

17 aprile 2009 – Convegno Cure primarie –

Tavola rotonda “La salute sul territorio”.

Come è noto, il modello delle cure primarie è nato negli U.S.A. a partire da una gestione innovativa dei pazienti cronici. Per pervenire ad un’assistenza efficiente ed efficace si trattava anzitutto di collegare le organizzazioni sanitarie con le risorse della comunità: volontariato, gruppi di auto-aiuto, centri per anziani autogestiti.

Il modello, mutuato con adattamenti da altri Paesi, è stato poi adottato dall’O.M.S. come paradigma di riferimento.

La prima Conferenza nazionale, a Bologna, sulle cure primarie ha posto l’accento sui seguenti elementi:

distretto sociosanitario come snodo organizzativo, medicina di iniziativa anche preventiva, strumenti di monitoraggio, forte integrazione tra discipline e professioni, ruolo centrale del medico di medicina generale, coinvolgimento della comunità nella presa in carico dei bisogni. La salute infatti deriva non solo dall’efficienza dei servizi sanitari, ma anche dalle politiche più generali e nessun profilo professionale è in grado da solo di dare risposte efficaci.

Per assicurare poi la continuità delle cure necessita un efficiente sistema di comunicazione tra ospedale e territorio e vanno attivati percorsi diagnostico-terapeutici omogenei. In particolare, occorre promuovere una progettualità comune tra ospedali, distretti, medici di medicina generale, farmacie ed enti locali. Ed importante è pure l’aggregazione funzionale del personale di diversa formazione, meglio se attraverso la condivisione degli stessi spazi fisici.

Nella presentazione del Libro verde regionale sul futuro del sistema sociosanitario si è auspicato un “accordo strutturale, stabile e sostenibile tra sistema sanitario e sistema dei servizi sociali”. E nelle 13 Linee strategiche in cui il Libro si articola sono frequenti gli spunti attinenti al tema delle cure primarie. Ad esempio nella Linea 1 (*Eque opportunità*) si parla di organizzare le cure primarie secondo programmi attivi di governo clinico, in modo che la medicina generale possa rivestire un ruolo essenziale, e di sviluppare interventi di comunità e di promozione della salute

condivisi; nella Linea 5 (*Capitale professionale*) si indica la necessità di tenere presente il ruolo delle cure primarie nelle politiche della formazione; nella Linea 8 (*Presa in carico degli ammalati cronici e dei soggetti disabili*) si preannuncia la formalizzazione di un processo di presa in carico sociosanitaria da parte di tutti gli attori e si intende rendere sistematiche le procedure di dimissione protetta e concordata tra ospedale e territorio; nella Linea 12 (*Sistemi informativi*) si prospetta l'adozione di soluzioni informatiche nel sistema delle cure primarie e la ricomposizione delle informazioni relative al sistema sanitario e sociale.

Ciò testimonia, al di là della vaghezza di qualche enunciato, dell'attenzione della Regione al tema di cui oggi dibattiamo. Tuttavia nell'insieme delle tredici Linee del Libro vi è una netta prevalenza della logica e della componente sanitaria rispetto alla componente sociale e al ruolo dei Comuni. L'integrazione sociosanitaria nella nostra regione stenta ancora a passare dalla teoria alla pratica e va comunque intesa come funzionale completamento tra i due comparti, su di una base paritaria. Pertanto anche la proposta di riconoscere al distretto sanitario un ruolo di regia nel coinvolgimento di tutti gli attori e per la realizzazione di un livello unico di erogazione dei servizi potrebbe trovare consenso in merito alla complessiva gestione delle situazioni di non autosufficienza, tanto a domicilio quanto nei servizi semiresidenziali e residenziali. In tutto il resto, però, esiste sul territorio la centralità del Comune e del suo piano di zona.

Anche l'Azienda di servizi alla persona Itis è impegnata a realizzare la continuità dell'assistenza, a cominciare dall'acquisizione della documentazione pregressa alla presa in carico del paziente. Ma vorrei qui accennare, nel concludere, al nostro progetto "Casa Rusconi" che si giova di un contributo regionale all'innovazione e ricerca nel settore del welfare. Si tratta di riconvertire a Trieste una preesistente comunità alloggio di uno stabile in proprietà in un centro polifunzionale per l'anziano non autosufficiente, anche affetto da deficit cognitivo. Più precisamente, in collaborazione con il Comune, la Facoltà di architettura dell'Università e la

Fondazione Zancan di Padova, ci accingiamo a realizzare un centro diurno assistito, un punto informativo e formativo per le famiglie, un pronto soccorso Alzheimer integrato al servizio domiciliare e appartamenti autonomi protetti con l'uso di tecnologie informatiche e domotiche. Tutto ciò nell'intento di rimodulare le azioni sociosanitarie attraverso l'offerta integrata dei servizi, lo sviluppo della qualificazione professionale degli operatori e la valutazione di efficacia degli interventi. L'azione trova un sicuro raccordo con la strategia regionale di contrasto all'istituzionalizzazione e con i programmi innovativi dell'ambito europeo in tema di domiciliarità evoluta.

Elio Palmieri.