

CURE PRIMARIE: SALUTE IN RETE SUL TERRITORIO

Le cure primarie sono in continua e rapida evoluzione. In questi anni, in particolare la riorganizzazione della M.G. sta rideterminando la distribuzione dei servizi a livello territoriale e la loro modalità di erogazione.

PROBLEMI e OPPORTUNITA'

Tavola rotonda

“la salute sul territorio, prima e dopo l'ospedale: ascolto, qualità, tempestività e prossimità”

Come ospite di un convegno organizzato da Federsanità ANCI, mi piace iniziare prendendo spunto dall'intervento del presidente Pier Natale Mengozzi al recente congresso nazionale CARD (confederazione delle associazioni regionali di distretto, cui è affiliata ASSODIS FVG) tenutosi a Calabrone (Pisa) il 10-21 marzo scorso, in cui egli, riaffermando la funzione del distretto quale interlocutore dei comuni (coerentemente con i dettami del D.leg. 229/99) propone l'idea dei “distretti integrati: caratterizzati dall'alleanza con i decisori locali”. “Al Comune – Mengozzi inoltre ha affermato in quell'occasione - compete di agire per raggiungere una più elevata coesione sociale ed una riduzione delle disuguaglianze”. Il tema delle disuguaglianze era proprio al centro del dibattito congressuale dei distretti, in cui è stata portata chiara evidenza della stratificazione esistente nella popolazione del livello di salute e di accesso alle cure, in base a diversi determinanti (fra cui spiccano la capacità reddituale e il grado di istruzione).

Affrontando il tema delle cure primarie è importante partire dai concetti di coesione sociale (quindi attuazione delle politiche di welfare di comunità) e di equità (quindi “capacità di raggiungere tutti i cittadini” – come affermato nelle linee di indirizzo pluriennali dell'assessorato SPS).

Questo perché ci permette di ragionare su questo tema mettendo al centro il cittadino, sia come singolo individuo sia come parte di una collettività.

Da queste premesse per passare all'argomento della **cronicità**, che rappresenta è il principale terreno di sviluppo delle moderne politiche sanitarie (epidemia dimenticata - malattie croniche che incidono sul 45% della popolazione: libro verde; ma con un 72% della spesa per ogni malato cronico assorbita dall'ospedale – dati U.K. del 2006).

La condizione di cronicità è il campo che principalmente interessa il sistema delle cure primarie.

L'approccio che richiede si basa su interventi di iniziativa (proattivi) non specialistici, sulla presa in carico dei problemi, sulla personalizzazione dei programmi di intervento e sulla continuità degli stessi. Richiede un importante coinvolgimento della comunità locale sia nella fase di promozione della salute e di intervento precoce, sia in quella della riabilitazione, intesa come valorizzazione delle capacità e reinclusione sociale.

Le cure primarie quindi non possono evidentemente essere strutturate su modelli monoprofessionali o riconducibili al sistema dei servizi specialistico-ospedalieri (anche nella forma organizzativa: di tipo tradizionalmente gerarchico).

Benché ciò costituisca convinzione diffusa e emergente anche dai contenuti degli interventi in seno alla presente tavola rotonda, non posso negare che, da parte di chi lavora nei distretti si avverte ancora la preoccupazione che, in realtà, le cure primarie tendano ad essere identificate *tout court* con la medicina generale, riproponendo nei fatti il modello specialistico monoprofessionale, che oggi comincia ad essere messo in discussione anche in ambito di organizzazione degenziale ospedaliera (dove è nato e si è affermato): si tratterebbe di un grave errore strategico.

Questa tendenza di pensiero non tiene conto del variegato fronte di impegno che caratterizza le cure primarie (riguardanti non solo anziani e adulti, ma anche l'area materno infantile, che comprende coppie, neonati, bambini, adolescenti, donne e uomini, persone con disabilità psico-intellettive; che ricomprende l'area del disagio e del maltrattamento).

Non tiene conto che esse si avvalgono già ora di numerose e diversificate professionalità (infermieri, fisioterapisti, medici specialisti ambulatoriali, psicologi, assistenti sociali, operatori di assistenza).

Vale la pena a tale proposito ricordare anche l'evoluzione che ha contrassegnato la storia recente di queste professioni (come nel caso dell'infermiere), verso una maggior competenza tecnico-scientifica, organizzativa e di autonomia di intervento. Evoluzione che ha trovato nei servizi distrettuali una delle forme più mature (vedi esperienza dell'infermieristica e della riabilitazione domiciliare e delle cure intermedie).

I medici di medicina generale rimangono la componente fondamentale e qualificante nel sistema delle cure primarie, ma non si può pensare di lasciarli soli di fronte al compito di ridisegnare e rilanciare le cure primarie. Devono costituire parte integrante dell'organizzazione distrettuale. La gestione della cronicità è responsabilità delle strutture territoriali, dove azioni coordinate devono essere intraprese per garantire una elevata qualità delle prestazioni.

Venendo quindi al titolo della tavola rotonda, evidenziando che la salute sta nel territorio, cioè nel luogo in cui si vive, piuttosto che "prima o dopo" l'ospedale, e che nel territorio va tutelata, con il sistema dei servizi sociosanitari territoriali, ma soprattutto attuando strategie di salute in tutte le politiche (secondo i più recenti orientamenti che evidenziano quanto i principali determinanti della salute di una comunità siano "non sanitari").

Per quanto riguarda distretto e cure primarie, mi sentirei di affermare che bisogna "ricominciare da TRE", perché un "paio di cose" in questi 12-13 anni, in cui il distretto ha assunto la configurazione organizzativa di struttura operativa delle aziende sanitarie, sono state realizzate.

Questo sia dal punto di vista strutturale/organizzativo:

- La nascita e lo sviluppo dei servizi assistenziali domiciliari (SID e SRD), anche all'interno di forme organizzative avanzate, come le microaree a Trieste e l'infermiere di comunità nella Bassa Friulana;
- Lo sviluppo di una rete di cure intermedie socio sanitarie (RSA, Ospedali di comunità, Hospice) ;

ma anche e soprattutto dal punto di vista della modalità di approccio ai problemi di salute delle persone:

- L'attuazione operativa dell'integrazione socio sanitaria (professionale e gestionale);
- L'adozione di modalità di intervento multiprofessionali e dell'approccio multidimensionale ai problemi di salute (soprattutto per fasce fragili dell'area socio-sanitaria) → UVD, Equipe multiprofessionali per handicap e per età evolutiva, UVM;
- La progettazione personalizzata che ha visto in questi ultimi due anni l'avvento del Fondo per l'Autosufficienza (FAP).

Tutto questo in un periodo relativamente breve, in cui la più giovane delle strutture sanitarie aziendali ha sviluppato un intenso percorso di crescita e di cambiamento.

Quello che ancora manca è una modalità di misura dei risultati e della qualità dei servizi territoriali ed in particolare distrettuali.

(Nota 1).....

Ciò non toglie che risultati e innovazione appartengano alla storia dei distretti, in cui si è sviluppata una modalità operativa orientata alla persona nella sua interezza, una capacità di ascolto e lettura dei problemi nella loro multiformità, puntando alla vicinanza dei servizi alla persona nel suo contesto di vita e di relazioni. Si può quindi affermare che tutto è già una realtà per gli operatori impegnati nelle cure primarie dei distretti. Così come lo è la capacità di collaborazione fra professionisti di diversa disciplina ed area, realizzando un effettivo lavoro di rete.

La traduzione queste modalità in forme strutturate è stata affrontata in diverse realtà e senza dubbio deve essere ulteriormente perfezionata e diffusa.

Le prospettive che oggi si pongono all'organizzazione dei distretti e degli ambiti, ai primi posti vi è quello di garantire la presa in carico dei soggetti portatori di bisogni assistenziali, gestendo il Punto Unico di Accesso socio-sanitario. Il P.U.A. deve essere inteso come organizzazione funzionale piuttosto che strutturale (modalità a rete di collegamento dei diversi punti di contatto fra sistema dei servizi e cittadino, con capacità di intercettazione e lettura dei problemi, di valutazione degli stessi e di programmazione degli interventi, e con funzione di accompagnamento dei cittadini fragili).

Infine, anche per migliorare la tempestività degli interventi, la mappatura territoriale della fragilità mediante strumenti validati, la costante interlocuzione con le amministrazioni e, insieme ad esse, con le espressioni associative delle comunità locali, sia per l'adozione delle **misure e degli interventi di promozione della salute**, sia per il **governo delle implicazioni sanitarie in tutte le politiche**, rappresentano le ulteriori prospettive di sviluppo per i servizi territoriali, per il distretto ed in particolare per il sistema delle cure primarie.

(nota 2) Quali prospettive e che ipotesi si possono allora delineare per un rilancio del sistema delle cure primarie?

Si devono quindi prevedere modelli organizzativi innovativi nei distretti, che potrebbero avere le seguenti caratteristiche:

- territori subdistrettuali con definita numerosità della popolazione servita (20-25000 ab.);
- attuazione di programmi di medicina di iniziativa per fasce di popolazione affette da patologie croniche (cardiovascolari, polmonari, metaboliche, ecc.), a conduzione subdistrettuale (Equipe territoriali, GTO, UCP) impegnate in iniziative di promozione della salute (con stretta collaborazione e coinvolgimento del Dipartimento di Prevenzione), di promozione del self management e programmi di care e case management;
- sedi fisiche attrezzate per l'attuazione degli interventi di medicina di iniziativa dedicata ai principali settori della patologia cronica, in cui operano equipe miste di MMG, infermieri, fisioterapisti, PLS, specialisti, psicologi, medici e tecnici della prevenzione;
- obbligatorietà di partecipazione da parte dei MMG di quel territorio (a fronte di corresponsione della parte variabile del compenso);
- conduzione multiprofessionale (organismo di gestione operativa collegiale per ogni unità subdistrettuale di cure primarie);
- valutazione per performances e adozione sistematica delle modalità dell'audit clinico da parte dell'equipe multiprofessionale;

Tale modello non sostituisce la funzione tradizionale del medico di famiglia, che continua ad esercitare il suo ruolo di interlocutore privilegiato del cittadino assistito, nella propria sede, ma la integra e la supporta per la gestione proattiva della popolazione affetta da patologia cronica e per le iniziative di promozione della salute.

Per concludere riprendendo il discorso della qualità, fermo restando che esso richiederebbe uno spazio specifico per un approfondimento appositamente dedicato, in estrema brevità si può dire che il metro di misura deve avere connotazioni affatto diverse da quelle dell'ospedale (valorizzazione della maggiore complessità e costo a fronte di una rapida chiusura dell'intervento = DRG, nel caso dell'attività ospedaliera; valorizzazione dell'abbattimento dei costi e della complessità degli interventi a fronte del mantenimento delle cure – continuità - nel caso delle cure primarie).

Una metrica per i servizi territoriali deve essere in grado di misurare:

- la strategia (quali priorità, quale mix di problemi si affrontano con quali risorse e con quali fonti delle stesse)
- le infrastrutture (ancora adesso “le direzioni aziendali non sono in grado di conoscere come si posizionano per questo aspetto”: CERGAS Bocconi)
- processi di erogazione (PDTA): quali percorsi per quali pazienti; progetti di riabilitazione e reinclusione sociale sostenuti da fondi socio sanitari misti (azienda/ambito).

Un cambiamento verso un sistema più evoluto, proattivo ed intergato delle cure primarie richiede una forte condivisione della strategia fra i diversi soggetti coinvolti (decisori politici, organismi di governo tecnico del SSR, aziende sanitarie, organizzazioni sindacali di categoria, organizzazioni di rappresentanza dei cittadini e dei portatori di bisogni di salute). Rende necessario un investimento in termini di competenze, di programmi di sviluppo e conduzione prima ed oltre che di risorse.

Prima di tutto però richiede un rafforzamento della collaborazione fra distretto e amministrazioni comunali, che, riprendendo le affermazioni del presidente di Federsanità, va intensificata e sistematizzata, nella comune finalità di accrescere il livelli di salute attraverso la partecipazione e responsabilizzazione dei cittadini e della comunità, garantendo l'equa possibilità di accesso ai servizi e il pieno esercizio del diritto di cittadinanza.

Luciano Pletti

Direttore del distretto Est ASS n. 5 “Bassa Friulana”.

Presidente ASSODIS – C.A.R.D. FVG (associazione degli operatori dei distretti sanitari)

Note:

1) la linea punteggiata segna il punto in cui il mio intervento si è dovuto concludere per ragioni di tempo, in occasione della tavola rotonda;

2) la parte evidenziata in giallo era stata tolta da me, per ragioni di semplificazione, dalla versione finale dell'intervento.