

La lunga marcia dei sistemi di assistenza primaria

di **Stefano A. Inglese**

Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

I sistemi di assistenza primaria e la necessità di investire su di essi per garantire risposte più adeguate al nuovo, complesso, esigente bisogno di salute che è di fronte a noi sono sempre più al centro del dibattito di politica sanitaria. I mutamenti rilevanti intervenuti nel corso degli ultimi decenni, originati da una migliore aspettativa di vita, dall'invecchiamento della popolazione e dal conseguente incremento della incidenza di malattie croniche e degenerative, impongono alle politiche sanitarie pubbliche scenari e soluzioni assai diversi rispetto al passato.

Si tratta, probabilmente, di una delle trasformazioni più radicali degli ultimi decenni, che ha riverberi evidenti e macroscopici sulla dimensione organizzativa. Basta pensare al cambiamento del ruolo e delle funzioni dell'ospedale. Tranne qualche rara eccezione, in tutti i paesi industrializzati le reti ospedaliere si sono ridotte e concentrate, il numero dei posti letto più che dimezzato, la durata delle degenze drasticamente accorciata, la tipologia delle prestazioni erogate profondamente modificata a vantaggio di interventi intensivi e specialistici.

La necessità di riorganizzare l'offerta assistenziale per garantire una adeguata presa in carico di cronicità e disabilità porta con sé l'esigenza di rafforzare i sistemi di assistenza primaria per offrire risposte alternative e più efficaci dell'ospedale. I sistemi di assistenza primaria sono riconosciuti come la risposta più appropriata per garantire integrazione, personalizzazione dei percorsi e attenzione per la qualità della vita in tutte le sue fasi, al di fuori da ogni logica meramente prestazionale.

La prima Conferenza nazionale sulle cure primarie, promossa da Ministero della Salute e Regione Emilia-Romagna, svoltasi a Bologna lo scorso 25-26 febbraio 2008, ha rappresentato una occasione per una fotografia dello stato dell'arte attuale, mettere a fuoco punti di forza e di debolezza, guardare al futuro, a medio, breve e lungo termine, e fissare una serie di punti fermi condensati nella Dichiarazione conclusiva della stessa Conferenza. La Conferenza ha rappresentato uno sforzo di consolidamento rispetto al percorso compiuto per porre alla attenzione dell'intero sistema sanitario la centralità e il rilievo dei sistemi di assistenza primaria. Il richiamo a due trentennali, quello della istituzione del Ssn e quello della dichiarazione di Alma Ata, ha confermato una cornice di valori fondanti e, al tempo stesso, di riferimento per il futuro.

La Conferenza si è svolta, infatti, nell'anno del trentennale della Legge istitutiva del nostro Servizio Sanitario Nazionale, la 833/78. Grazie a quella Legge disponiamo oggi di un sistema sanitario universalistico e solidale, uno dei pezzi di maggior pregio del sistema di protezione sociale. Se andiamo a riprendere non solo il testo di quella Legge, ma anche il ricchissimo dibattito che ne ha preceduto ed accompagnato il varo, ci rendiamo conto di quanto il territorio fosse, già da allora, un protagonista assoluto della riflessione che condusse alla istituzione del Ssn.

Ma il 2008 è anche l'anno del trentennale della storica Dichiarazione di Alma Ata, con la quale, tra l'altro, vennero individuati i punti qualificanti alla base delle garanzie di "salute per tutti entro il 2000", e una definizione di cure primarie tuttora valida: "L'assistenza sanitaria di base è quella assistenza sanitaria essenziale, fondata su metodi pratici e tecnologie appropriate, scientificamente valide e socialmente accettabili, resa universalmente accessibile agli individui, le famiglie e la collettività. E' il primo livello attraverso il quale gli individui, le famiglie e la collettività entrano in contatto con il sistema sanitario nazionale, avvicinando il più possibile l'assistenza

sanitaria ai luoghi dove le persone vivono e lavorano, e costituisce il primo elemento di un processo continuo di protezione sanitaria". Quella definizione, il suo approccio, quanto essa evoca come essenziale individua, ancora oggi, la miglior risposta a ciò che abbiamo definito un nuovo, complesso, esigente bisogno di salute.

A qualche mese di distanza dalla Conferenza di Bologna, l'Assessorato alle politiche della salute della Regione Emilia-Romagna è tornato sul tema promuovendo un incontro tematico dedicato specificamente al contributo della medicina generale ai sistemi di cure primarie nel quadro della evoluzione della assistenza territoriale, con particolare attenzione ai percorsi clinico-organizzativi nella gestione delle cronicità e alle potenzialità degli strumenti contrattuali. Non si è trattato della Conferenza regionale sulle cure primarie in Emilia-Romagna, ma di un incontro dichiaratamente pensato e realizzato per discutere di assistenza primaria a partire dal ruolo centrale della medicina generale, con un approccio molto pratico, guardando alle tante esperienze in atto, ai contenuti e alle potenzialità dell'Accordo integrativo, mettendo a confronto aspettative e disponibilità dei diversi attori in gioco, primi fra tutti decisori, amministratori, rappresentanti della comunità professionale. Il valore della giornata, al di là dei frutti che matureranno nei prossimi mesi, risiede nella intuizione della necessità di mantenere viva la discussione pubblica sui sistemi di assistenza primaria, e di averlo fatto con un approccio concreto, guardando alle questioni e ai problemi ancora non sufficientemente affrontati per garantire soluzioni più solide ed efficaci, come è giusto che sia per chiunque assuma ed eserciti fino in fondo una responsabilità nei confronti della collettività e un ruolo nella governance del sistema.

L'esperienza della Regione Emilia-Romagna: programmare, sperimentare, misurare, valutare

Il sistema di assistenza primaria in Emilia-Romagna può contare su un modello definito in maniera chiara dalla programmazione regionale. Il Piano sociale e sanitario 2008-2010 individua nel distretto il punto di riferimento per le garanzie dei Lea e il raccordo tra gli aspetti generali e la necessaria attenzione per la dimensione territoriale della programmazione. Al distretto è affidata la individuazione delle soluzioni compatibili con il quadro programmatico regionale e l'orientamento delle attività dei dipartimenti, tanto ospedalieri che territoriali, prevedendo modalità di verifica e controllo continue, in maniera da consentire i necessari aggiustamenti.

Il distretto esercita, quindi, una funzione di committenza, mentre ai dipartimenti è demandata la funzione gestionale. L'assistenza primaria è erogata, in particolare, dai *Dipartimenti di cure primarie*, anche attraverso i *Nuclei di cure primarie*, distribuiti in maniera capillare sul territorio. All'interno di essi operano medici di medicina generale, compresi i medici di continuità assistenziale, pediatri di libera scelta, infermieri, ostetriche, con una forte integrazione con gli specialisti territoriali e gli operatori sociali.

Il modello investe sui *Nuclei di cure primarie*, che operano in aree omogenee con un bacino di utenza tra i 15.000 e i 30.000 abitanti, per l'integrazione e il coordinamento dei diversi professionisti. Alla integrazione tra professionisti e discipline è affidata la possibilità di assicurare una presa in carico efficace e sempre più adeguata ai bisogni complessi di cronicità e disabilità, garantendo processi di cura completi e senza soluzione di continuità rivolti, in particolare, prevedendo piani personalizzati e capacità di monitoraggio e valutazione costante.

Un ruolo fondamentale è riconosciuto e affidato alla medicina generale, alla quale viene richiesto, tra l'altro, il coordinamento per lo sviluppo di reti

cliniche integrate. In questa direzione va anche la forte accelerazione impressa al processo di associazionismo, utilizzando a questo scopo anche l'Accordo integrativo regionale. L'obiettivo per la medicina generale è duplice: contribuire significativamente al miglioramento della efficacia dei percorsi assistenziali e assumere un ruolo di primo piano nella organizzazione dei servizi sanitari.

Le diverse sperimentazioni che hanno attraversato la medicina del territorio negli ultimi anni hanno consolidato percorsi clinico-assistenziali e strumenti organizzativi per la presa in carico delle cronicità. Particolare attenzione è stata dedicata alla analisi e alla valutazione del profilo di salute della popolazione, alla continuità della assistenza nell'arco delle 24 ore e al domicilio, ai punti unici di accesso, alla informatizzazione come strumento per promuovere la messa in rete, solo per citare alcune piste di lavoro, tutte esperienze che hanno contribuito a delineare meglio un ruolo effettivo per i Nuclei di cure primarie.

La medicina generale rappresenta, indubbiamente, uno snodo essenziale del passaggio attuale, ancorché non l'unico. La nuova programmazione regionale sociale e sanitaria integrata riconosce e affida un ruolo rilevante anche alla professione infermieristica, con particolare riferimento alla promozione di nuovi modelli assistenziali e al presidio della continuità della assistenza nella gestione delle cronicità. Sperimentazioni interessanti, e in linea con quanto già realizzato con successo in altri paesi occidentali avanzati, affidano a questa figura professionale la responsabilità del Punto unico di accesso alle cure domiciliari (Pua), del case management, sino ad arrivare all'infermiere di famiglia.

Tuttavia per ragioni evidenti, e perfino ovvie, il salto di qualità richiesto al sistema di cure primarie è strettamente legato alla volontà della medicina generale di interpretare fino in fondo, con determinazione, senza *se* e senza

ma, la centralità che tutti le riconoscono, e alla capacità dei decisori e degli amministratori, ai diversi livelli, di metterla effettivamente nelle migliori condizioni per farlo.

L'annuncio della volontà della Agenzia per i servizi sanitari della Regione Emilia-Romagna di dar vita ad un gruppo di monitoraggio sulla assistenza territoriale, individuando indicatori condivisi per una attività di misurazione e valutazione della efficacia degli interventi sul territorio, rappresenta un altro tassello di un percorso che sembra procedere, per gradi, nella direzione giusta.

Il modello di assistenza primaria della Regione Emilia-Romagna dimostra, nel complesso, di consolidarsi progressivamente utilizzando tutti gli strumenti a sua disposizione: gli atti programmatici, le sperimentazioni di innovazioni organizzative, gli strumenti contrattuali, la valutazione. Con la costanza e la determinazione di chi è pienamente consapevole di non poter fallire. Altri esempi potrebbero essere richiamati, come ha fatto Monitor nel suo ultimo numero, di Regioni che stanno sperimentando con successo percorsi che vanno nella medesima direzione, nel rispetto delle peculiarità e dei bisogni di salute e assistenziali delle loro realtà territoriali.

Una necessità che nasce dal basso

Cronicità e disabilità sono paradigmatiche del cambiamento di prospettiva richiesto al sistema per metterlo nelle condizioni di rispondere di più e meglio ai bisogni di salute e di assistenza dei cittadini. Non si può più immaginare un sistema che mette a disposizione un menù di servizi e prestazioni, e un cittadino che ne usufruisce organizzando il *fai da te* al quale è obbligato. Abbiamo bisogno di servizi costruiti intorno alla persona e ai suoi bisogni. Quando parliamo di presa in carico parliamo di questo, di percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali completi, che accompagnano il cittadino, tenendo conto in maniera integrata delle sue esigenze, tanto sul terreno

sanitario che sociale, dal momento della diagnosi sino alla riabilitazione, con la massima attenzione per la qualità della vita in tutte le fasi della malattia, tanto quando si ha la garanzia di guarire che quando restano pochi mesi di vita.

Questo mutamento di prospettiva è stato promosso e accompagnato, negli anni, anche da una serie di atti della programmazione sanitaria nazionale. Basti pensare al Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, che prevedeva tra le 10 priorità per le strategie a sostegno del cambiamento l'obiettivo di "promuovere il territorio come prima sede di assistenza e di governo dei percorsi sanitari e sociosanitari". Indirizzo confermato dal PSN 2006-2008, che sostiene lo sviluppo della deospedalizzazione, il rafforzamento del distretto, il riorientamento delle risorse tra ospedale e territorio. Il Patto per la Salute, siglato da Governo e Regioni il 28 settembre 2006, in coerenza con la strategia di forte investimento sulla medicina del territorio voluta dal Ministro della salute dell'epoca, Livia Turco, al punto 4.2 cita espressamente il sistema di cure primarie stabilendo che "Per realizzare la continuità assistenziale dall'ospedale al domicilio del cittadino/paziente, che rende effettivo il diritto alla salute, oltre a generalizzare le già consolidate forme aggregative presenti sul territorio con le Unità Territoriali di assistenza Primaria, si conviene di promuovere ulteriori forme e modalità erogative dell'insieme delle cure primarie, attraverso l'integrazione dei medici di famiglia tra di loro e con la realtà distrettuale, con i medici della continuità assistenziale e con i medici del 118, anche allo scopo di migliorare le varie forme di assistenza domiciliare".

Non si tratta di una scelta tra le tante possibili, ma della strada obbligata per assicurare risposte ad una esigenza inderogabile, coniugandole con la sostenibilità complessiva del sistema. E', questo, un punto fermo del quale prendere atto per fondare su di esso una parte rilevante delle politiche presenti e future. Dopo anni di dibattiti sull'eccesso di attenzione per l'ospedale e sui bisogni di assistenza dei cittadini non adeguatamente

soddisfatti, è necessario sfilare questo tema dal terreno, pur necessario, delle riflessioni illuminate, per provare a considerarlo un punto fermo e imprescindibile per la costruzione delle politiche sanitarie pubbliche.

Tuttavia, al di là degli interventi rilevanti attraverso i quali il livello di governo centrale ha orientato il sistema in questa direzione, dei quali ci siamo limitati a citare solo gli ultimi in ordine di tempo, la necessità di riconsiderare ruolo, funzioni e importanza dei sistemi di assistenza primaria nasce dal basso, dal riconoscimento di bisogni profondamente mutati ed esigenti, ai quali il sistema non è in grado di offrire, al momento, risposte adeguate e dalla sperimentazione di buone pratiche da parte di operatori sensibili e capaci e amministratori lungimiranti. In ciò risiede un elemento di forza di questa politica, il suo legame stretto con la realtà, con i bisogni di salute e di assistenza, e la dimostrazione che ci sono soluzioni di successo già sperimentate e sostenibili per l'intero sistema a tutela di bisogni di salute e di assistenza così complessi. Ma in questa sua origine ritroviamo anche il suo limite più vistoso. Si fa fatica ad individuare un profilo unitario nella molteplicità di esperienze che si sono via via sviluppate, e prevale la disomogeneità dei linguaggi e degli stessi obiettivi.

Può essere utile, quindi, concentrare l'attenzione su una serie di elementi generali sui quali si raccoglie oramai un consenso pressoché unanime tra addetti ai lavori, a partire dalle premesse :

1. la necessità di ripensare il territorio, di progettarlo, di ridefinire il sistema delle cure primarie e di riequilibrare il rapporto ospedale-territorio;
2. la considerazione del territorio, nel contesto attuale, come garanzia della effettività dei Lea e della appropriatezza;
3. la centralità della presa in carico e della continuità assistenziale come modalità per dare gambe e corpo effettivamente, e pienamente, alla

centralità dei cittadini, al di fuori di qualunque logica meramente prestazionale;

4. l'attenzione crescente richiesta dalle cronicità, dalle disabilità, dalla perdita della autosufficienza, dalle fragilità in genere, che sono di fronte a noi con tutta la drammatica pesantezza di problemi ancora non risolti.

Restituire profondità al concetto di salute

Il punto di riferimento obbligato non può che essere la persona, la sua dignità, la sua integrità, il suo benessere. E a partire da tutto questo che si può provare a ridefinire quel nuovo, complesso, esigente bisogno di salute, ripensando la salute come promozione:

- della responsabilità e della competenza delle persone;
- della salubrità degli ambienti di vita e di lavoro, della diffusione di stili di vita salutari, della prevenzione delle malattie evitabili anche attraverso politiche intersettoriali (*la salute in tutte le politiche*);
- della prevenzione, del rallentamento e della presa in carico delle patologie già in essere;
- di politiche attive verso i gruppi sociali più vulnerabili, attraverso la cosiddetta *medicina d'iniziativa*, esempio efficace di quell'universalismo selettivo, o differenziato, essenziale per garantire maggiore equità di accesso ai servizi;
- della dignità della vita e della qualità delle cure in tutte le fasi.

Esigenze di salute e di assistenza così profondamente mutate incidono pesantemente sulla dimensione organizzativa dei sistemi di assistenza primaria. Si tratta di una pressione esercitata su diversi piani:

- l'individuazione delle priorità, a partire dalla programmazione e dalla valutazione dei bisogni dei cittadini;
- l'appropriatezza, l'uso razionale delle risorse e il filtro (e anche la committenza) verso le cure secondarie e terziarie;
- il coordinamento, la continuità delle cure e la gestione complessiva ed integrata dei percorsi assistenziali, a partire dal primo contatto con il paziente.

L'insieme di queste domande da una parte evidenzia il ruolo sempre più strategico delle cure primarie all'interno dei sistemi sanitari, dall'altra porta con sé effetti non irrilevanti sulla ridefinizione di ruoli e funzioni delle diverse figure professionali, con maggiori carichi di lavoro e di responsabilità per gli operatori di prima linea, in particolare medici di medicina generale e infermieri.

Non è casuale, quindi, che questa componente della comunità professionale più coinvolta nello sviluppo dei sistemi di assistenza primaria abbia sviluppato, nel corso degli ultimi anni, riflessioni attente orientate a ricalibrare il rapporto tra bisogni di salute che cambiano e professioni. Un percorso, questo, affrontato con molto impegno dalle professioni infermieristiche, e di recente anche dalla medicina generale, che ha maturato la consapevolezza della necessità di un intervento significativo sul proprio profilo professionale, privilegiando due terreni:

- la formazione, puntando sulla formazione specialistica per la *Medicina generale* e la *Pediatria*;
- la dimensione organizzativa, individuando nella istituzione dell'*area omogenea della medicina generale*, una delle modalità possibili per ripensare il ruolo e le funzioni della medicina generale, puntando sul coordinamento più efficace delle forze in campo, oggi decisamente

inadeguato. Dell'*area* entrano a far parte i medici appartenenti ai settori dell'assistenza primaria, della continuità assistenziale e della medicina dei servizi, con compiti di diagnosi, cura e riabilitazione, tanto individuale che collettiva, nonché di organizzazione, di insegnamento, formazione e ricerca.

Una ipotesi di riorganizzazione della medicina generale che riorienta il profilo professionale del medico di famiglia, per renderlo più adeguato ai nuovi bisogni di salute e di assistenza, secondo tre assi strategici, considerati prioritari: la relazione di fiducia con il paziente, l'integrazione professionale, la partecipazione alla governance del sistema. Un ripensamento delle modalità organizzative della medicina generale che punta a garantire un apporto costante al miglioramento e alla qualificazione del sistema a partire dalla sua matrice originaria, la visione olistica della salute, la considerazione integrata e globale della persona, e dei suoi bisogni, inserita nel suo contesto sociale e nel suo ciclo vitale. Una ridefinizione di ruoli e funzioni che può consentire alla medicina generale di offrire un contributo sostanziale alla individuazione degli obiettivi e alla definizione degli strumenti di lavoro, superando una condizione di asimmetria informativa e decisionale che non coincide con le capacità che la professione ha sviluppato sul terreno della analisi efficace delle attività, della individuazione e selezione delle scelte cliniche più appropriate, del miglioramento dell'impatto clinico ed economico dei comportamenti professionali sugli obiettivi del sistema.

In queste valutazioni e proposte della medicina generale c'è una lettura che va al di là ed oltre la tutela degli interessi, peraltro legittimi, di una parte della componente professionale. C'è la consapevolezza della necessità di esercitare una responsabilità nei confronti di un sistema in transizione, e di assicurare un contributo alla esigenza di ridare profondità, concretamente, al concetto di salute, integrando le azioni di recupero con quelle destinate alla sua difesa, alla prevenzione delle malattie, all'eliminazione o

attenuazione dei fattori di rischio, alla riabilitazione fisica, psichica e sociale del malato nella sua comunità e, a livello macro, alla soluzione dei problemi che hanno contribuito alla crescita delle disuguaglianze.

Le cure primarie fanno bene ai sistemi sanitari

D'altra parte dai cittadini ci arrivano messaggi chiari e incontrovertibili. Costruire e garantire una offerta adeguata di assistenza sul territorio, il più vicino possibile al domicilio, o al domicilio del paziente, in grado di assicurare non solo quella parte del percorso assistenziale che non ha più senso continuare a garantire attraverso le strutture ospedaliere, ma la vera e propria presa in carico, individua un bisogno e una richiesta pressanti. Così come la domanda di continuità della assistenza nell'arco delle 24 ore, sette giorni su sette.

Nella capacità di assicurare risposte certe e adeguate a questo genere di bisogni risiede una delle modalità attraverso le quali il Ssn è in grado di esserci quando il cittadino ne ha necessità, a maggior ragione in un contesto, come quello attuale, nel quale lo scarto tra i tempi dei decisori, ai diversi livelli, e quelli dei cittadini è tollerato sempre meno. E il rapporto di fiducia tra cittadini e servizio pubblico, lo sappiamo bene, si basa essenzialmente sulla capacità di esserci, e di esserci nel modo giusto, quando serve.

Non si tratta di qualcosa che interessa solo il nostro Ssn. I Paesi europei che hanno sperimentato soluzioni di successo sul terreno della assistenza primaria hanno rilevato un incremento significativo e incontrovertibile del gradimento da parte dei cittadini nei confronti dell'intero servizio sanitario.

Dalla valutazione di ciò che sta accadendo nei servizi sanitari di altri Paesi europei emergono elementi comuni e conferme:

1. il riconoscimento della strategicità dei sistemi di assistenza primaria, e il forte investimento su di essi;
2. l'attenzione per il potenziamento della domiciliarietà, che va di pari passo con il recupero del valore della prevenzione, soprattutto nei confronti delle patologie evitabili, o delle complicanze di patologie già in essere;
3. la promozione e il sostegno delle forme di associazionismo medico;
4. la valorizzazione di nuovi profili professionali, in particolare di quello infermieristico, e la considerazione della integrazione professionale come elemento imprescindibile per l'esistenza e il buon funzionamento di un sistema di assistenza primaria, soprattutto nell'ottica di una presa in carico efficace delle cronicità;
5. la necessità di riorientare le professionalità mediche e sanitarie, sociali e assistenziali, ad una capacità di lettura ed interpretazione precoce dei bisogni di salute e di assistenza, di interlocuzione pronta, di intervento preventivo, di azioni curative e ri-abilitative. E' ciò che chiamiamo, in altre parole, *medicina di iniziativa*;
6. la sperimentazione di forme di ancoraggio della remunerazione degli operatori sanitari, primi fra tutti i medici di famiglia, alla qualità clinica;
7. la constatazione che un buon sistema di cure primarie produce un elevato grado di appropriatezza prescrittiva, un minore ricorso improprio alla specialistica e ai ricoveri ospedalieri, il gradimento più elevato da parte dei cittadini.

Elementi significativi, che devono incoraggiarci a proseguire sulla strada intrapresa, cogliendo l'opportunità per rilanciare in questa prospettiva temi

cruciali per il governo del sistema come quelli che fanno riferimento alla equità, alla efficacia e alla efficienza del servizio sanitario pubblico.

C'è un valore simbolico-culturale in questa riflessione, legato alla nuova fase che il nostro sistema sanitario, con i suoi diversi attori, deve affrontare. Dopo l'istituzione del Ssn, dopo la stagione della aziendalizzazione, dopo la stagione della introduzione e individuazione dei Lea, il sistema deve affrontare fino in fondo la sfida per la qualità e la sicurezza. La costruzione di un sistema di assistenza primaria in linea con i bisogni di salute e di assistenza dei cittadini è parte significativa di questa sfida. Avere consapevolezza della centralità e del rilievo dei sistemi di assistenza primaria nel contesto delle politiche sanitarie pubbliche significa, in qualche modo, tutelarsi da arretramenti futuri. E questa consapevolezza porta con sé una serie di altri punti fermi:

- la convinzione che un buon sistema di assistenza primaria non può essere costruito al di fuori di una attenzione forte per l'integrazione, tanto per ciò che attiene agli aspetti istituzionali che per ciò che riguarda la dimensione multidisciplinare e multiprofessionale;
- la certezza che alcune attività assistenziali possono, e devono, essere svolte solo sul territorio;
- la conferma del ruolo dei distretti e la necessità di investire sul loro rafforzamento;
- l'attenzione ad evitare che la promozione e lo sviluppo del secondo pilastro della sanità pubblica siano interpretati come una forma di *ospedalizzazione del territorio*;
- l'attenzione rinnovata nei confronti della formazione, anche in questo ambito del sistema;

- la consapevolezza che le cure primarie hanno bisogno della messa a punto degli indispensabili strumenti di governo del sistema, a cominciare dalle reti infrastrutturali per governare il territorio.

Difficile dire, con esattezza, dati alla mano, quale sia, al momento, lo stato effettivo del nostro sistema di assistenza primaria. Le informazioni a nostra disposizione sono ancora insufficienti e inadeguate, e fanno fatica a raccontarci lo stato dell'arte. Manca il coordinamento dei sistemi di informazione e disponiamo di pochi numeri.

Ma i dati disponibili ci raccontano una realtà effervescente, assai disomogenea, che fa i conti con una babele di lingue e denominazioni diverse per strutture sovrapponibili tra Regione e Regione, a volte nell'ambito della stessa Regione. Ci dicono anche che siamo nel bel mezzo di un processo che sta cambiando profondamente l'aspetto del territorio, anche a cominciare da Asl sempre più grandi, per bacino di utenza, e meno numerose, e distretti grandi che programmano e governano sempre di più, sui territori di riferimento. E ci confermano che il governo del territorio è un governo complesso, assai più complesso di altri settori del Ssn, forse anche in ragione del fatto che le progettualità riguardanti il territorio sono giovani, così come sono giovani i distretti, se raffrontati alla dimensione storica dell'ospedale.

L'integrazione irrinunciabile

Una delle parole chiave della riflessione sui sistemi di assistenza primaria, tornata continuamente anche in queste pagine, è *integrazione*. Due aspetti di essa meritano, ci sembra, particolare attenzione e individuano, al tempo stesso, criticità e assi strategici intorno ai quali costruire le azioni per gli interventi a breve, medio e lungo termine.

Il primo riguarda l'integrazione istituzionale. L'assistenza organizzata per percorsi integrati esige continuità tra le diverse aree della assistenza sociale e sanitaria, primaria e ospedaliera. Ma tutto ciò richiede, anche, una attenzione rinnovata per il tema della integrazione istituzionale, ai diversi livelli, da quello regionale, attraverso strumenti di programmazione socio-sanitari integrati, a quello territoriale, reinvestendo su ruolo e funzioni del distretto, snodo fondamentale nella organizzazione del secondo pilastro della sanità pubblica ancorché potenzialità incompiuta nella gran parte del Paese.

Il secondo aspetto riguarda l'integrazione tra le discipline e le professioni. Prendere sul serio le nuove sfide, come la pressa in carico di pazienti cronici, significa individuare nuovi paradigmi organizzativi e gestionali, basati sulla presenza di team multidisciplinari e sul coinvolgimento di diverse figure professionali nella valutazione sistematica dei bisogni della comunità, per l'individuazione e il raggiungimento dei gruppi più esposti a rischi, per la promozione degli interventi di prevenzione e il miglioramento delle condizioni di salute della popolazione. L'ampliamento e la valorizzazione delle competenze, l'integrazione disciplinare e professionale sono garanzia di continuità e coerenza nelle risposte ai bisogni della persona.

L'integrazione professionale rappresenta, senza alcun dubbio, una delle sfide più complesse per la realizzazione di un sistema di cure primarie in grado di assicurare un salto di qualità effettivo alle risposte nei confronti dei bisogni assistenziali e di salute dei cittadini. I sistemi sanitari di diversi Paesi occidentali stanno sperimentando con successo, in questo momento, il riconoscimento di funzioni e responsabilità per professioni sanitarie non mediche nella presa in carico delle cronicità. Nessun profilo professionale è in grado, da solo, di dare risposte efficaci ed adeguate a bisogni così complessi. Si tratta di una delle sfide più impegnative, che presuppone di investire con determinazione nella valorizzazione di tutti i profili professionali e nel superamento di vecchie e nuove resistenze di stampo corporativo.

Guardando oltre

Costruire un buon sistema di assistenza primaria non è impresa semplice. La rete dei servizi sul territorio, e la sua integrazione, rappresentano senza ombra di dubbio quanto di più complesso siamo chiamati a realizzare per la parte di welfare alla quale ci riferiamo. La sua realizzazione esige, tra l'altro, stretta cooperazione tra risorse umane e professionali la cui estrazione, cultura, sensibilità è la più diversa e per le quali è indispensabile riuscire a dare visibilità e corpo ad una risposta appropriata, credibile e sostenibile a problemi di salute e di assistenza molto complessi. La sua efficacia dipende dai collegamenti tra i nodi della rete e dalla capacità di fare della continuità assistenziale una cosa vera, in grado di assicurare accompagnamento e tutoraggio lungo tutto il percorso assistenziale. Ciò richiede forti motivazioni, sensibilità, rigore, passione e assunzione di responsabilità pubblica, a tutti i livelli. E anche coinvolgimento e partecipazione.

Al di là delle apparenze, delle inevitabili specificità e dei tecnicismi, discutere della promozione e dello sviluppo di buoni sistemi di assistenza primaria significa riflettere su un pezzo rilevante del nostro sistema di protezione sociale. E di ciò troviamo conferma anche nei tanti elementi in comune con altre aree del welfare. Come spesso accade nel nostro Paese quando si discute di protezione sociale si fa fatica, per esempio, ad individuare un linguaggio comune e siamo costretti a svolgere le nostre considerazioni e valutazioni in carenza di dati completi e affidabili, ciò che individua, peraltro, uno dei terreni elettivi di azione per i prossimi anni. E ancora, si può considerare matura tra gli addetti ai lavori la consapevolezza sulla promozione di sistemi di assistenza primaria come parte della modernizzazione necessaria del nostro sistema sanitario, ma non sempre si sente collocare tutto ciò, anche in relazione alle ricadute sulla vita quotidiana dei cittadini, all'interno di una più ampia programmazione sociale.

Il welfare, lo sappiamo, necessita di una forte iniziativa nella società, perché promuovere il benessere delle persone ha bisogno certamente di norme, di buone azioni di governo, di risorse, ma anche e soprattutto di partecipazione. In altre parole, presuppone la capacità di costruire comunità. E questo non lo si fa solo con le leggi, lo si fa, appunto, con la partecipazione, con l'iniziativa diretta dei cittadini, della società. Occuparsi di welfare significa occuparsi di politiche capaci di costruire comunità. Promuovere comunità significa assumerne le contraddizioni e cercare di affrontarle concretamente, facendo, leva sulle opportunità, le tante risorse, anche morali, le tante competenze. E' la partecipazione attiva dei cittadini. Sono i legami comunitari, sociali e interpersonali. E' un modo di declinare la cittadinanza, secondo l'idea del prendere in carico, del prendersi cura. Il tema della integrazione, tanto che lo si declini facendo riferimento alla esigenza di considerare il cittadino per il suo tratto unitario, privilegiando un approccio integrato ai suoi bisogni, tanto che lo si declini come necessità di puntare alla integrazione e alla messa in rete dei diversi pezzi di sistema di protezione sociale di cui disponiamo, esige da noi tutti la riapertura di una riflessione sul sistema di welfare. Questa riflessione deve avere come obiettivo prioritario la capacità di non dimenticare e smarrire il fine ultimo del nostro lavoro, la persona, con i suoi bisogni e le sue necessità.

Ciò che bisogna provare a mettere in campo è uno sforzo per l'innovazione a sostegno della tenuta del sistema, privilegiando l'attenzione per l'interazione tra bisogni sociali e servizi, per la valutazione delle ricadute sulla vita quotidiana dei cittadini e sulle sue forme di organizzazione, per il più ampio coinvolgimento dei diversi attori nella realizzazione degli obiettivi individuati, per la giusta valorizzazione di un indispensabile sistema di relazioni che coinvolge riferimenti culturali, interessi ed esigenze assai diverse tra loro e variegate. In altre parole è necessario, a partire dai nuovi bisogni di salute e di assistenza, guardare a questa parte delle politiche sanitarie come ad

una porzione significativa delle nostre politiche sociali, e non perdere di vista l'equilibrio tra esse e la vita quotidiana dei cittadini, con un'attenzione particolare per gli esiti degli interventi messi in campo e i vantaggi e gli svantaggi concreti per la popolazione.

Centralità del cittadino, presa in carico delle fragilità, integrazione socio-sanitaria rappresentano una parte consistente di questo sforzo. L'ambizione di assicurare risposte ai nuovi bisogni di salute, a partire da questi punti fermi, non ha tanto a che vedere, quindi, con le alchimie e gli equilibri degli assetti giuridico-istituzionali o organizzativi, pur importantissimi, ma appartiene alla esperienza di governo concreta, tocca le progettualità, la voglia e la determinazione di investirci e spenderle, rischiando. Non uno dei tanti obiettivi, appunto, ma un punto di vista attraverso il quale declinare politiche, risorse, professionalità.

DICHIARAZIONE DI BOLOGNA

La 1^a Conferenza nazionale sulle Cure Primarie, svoltasi a Bologna il 25-26 febbraio 2008, riaffermando i principi contenuti nella Dichiarazione di Alma Ata del 1978:

L'assistenza sanitaria di base è quell'assistenza sanitaria essenziale fondata su metodi pratici e tecnologie appropriate, scientificamente valide e socialmente accettabili, resa universalmente accessibile agli individui, le famiglie e la collettività. È il primo livello attraverso il quale gli individui, le famiglie e la collettività entrano in contatto con il sistema sanitario nazionale, avvicinando il più possibile l'assistenza sanitaria ai luoghi dove le persone vivono e lavorano e costituisce il primo elemento di un processo continuo di protezione sanitaria,

concorda sui seguenti punti:

1. La salute non deriva soltanto dalla efficienza dei servizi sanitari, ma dalle politiche più generali di una comunità. Salubrità degli ambienti di vita e di lavoro, promozione di stili di vita sani e della salute in tutte le politiche rappresentano momenti essenziali nel perseguimento di questo obiettivo.
2. I sistemi di assistenza primaria impongono di ripensare il territorio, che è garanzia effettiva dei LEA, di progettarlo, di dotarlo delle infrastrutture necessarie al suo governo, di riequilibrarne il rapporto con le altre aree della assistenza evitandone la ospedalizzazione.
3. Il distretto è lo snodo fondamentale nella organizzazione del secondo pilastro della sanità pubblica, quello territoriale, e garante della integrazione ai diversi livelli.
4. La centralità dei cittadini è resa effettiva attraverso la presa in carico e la garanzia di continuità dell'assistenza, organizzata per percorsi integrati, al di fuori di qualunque logica meramente prestazionale, utilizzando opportunità come la *Casa della Salute*.
5. La continuità tra le diverse aree della assistenza (sociale e sanitaria, primaria e ospedaliera) è elemento imprescindibile per la qualità e la sicurezza delle cure e deve essere organizzata in percorsi integrati.

6. I sistemi di assistenza primaria rappresentano la risposta più adeguata e appropriata per il nuovo, complesso, esigente bisogno di salute e per garantire personalizzazione dei percorsi e attenzione per la qualità della vita in tutte le sue fasi.
7. Il punto di vista della persona, valorizzandone responsabilità e competenza, è elemento costitutivo e imprescindibile nella costruzione dei percorsi assistenziali. L'organizzazione dei sistemi di assistenza primaria deve essere strumentale alle funzioni svolte e la loro qualità deve essere misurata e valutata per obiettivi di salute.
8. I sistemi di assistenza primaria devono essere in grado di assicurare capacità di lettura e interpretazione precoce dei bisogni, interlocuzione pronta, intervento preventivo, presa in carico di cronicità e disabilità, azioni curative e riabilitative secondo l'approccio tipico della medicina di iniziativa.
9. L'ampliamento e la valorizzazione delle competenze, l'integrazione disciplinare e professionale sono garanzia di continuità e coerenza nelle risposte ai bisogni della persona.
10. I sistemi di assistenza primaria devono essere fondati su una governance basata sulla trasparenza, sul merito, sul coinvolgimento delle professioni, sulla partecipazione attiva dei cittadini. Enti locali, aziende sanitarie, cittadini singoli e associati partecipano alla individuazione e definizione di politiche sociali e sanitarie orientate al perseguimento di obiettivi di salute.