

IL SISTEMA DELLE CURE PRIMARIE

Secondo la storica dichiarazione di Alma Ata del 1978 le cure primarie possono essere così definite:

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 e alle famiglie nella collettività, attraverso la loro piena partecipazione, a un costo che la collettività e i paesi possono permettersi ad ogni stadio del loro sviluppo nello spirito di responsabilità e di autodeterminazione. L'assistenza sanitaria di base fa parte integrante sia del sistema sanitario nazionale, di cui è il perno e il punto focale, sia dello sviluppo economico e sociale globale della 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.

Le cure primarie rappresentano, dunque, una vera e propria area-sistema dotata di caratteristiche peculiari e profondamente diverse da quelle, altrettanto tipiche, dell'assistenza ospedaliera. Per le Cure primarie a prevalere è il cosiddetto paradigma "dell'iniziativa" con il quale si intende un pattern assistenziale orientato alla "promozione attiva" della salute e al rafforzamento delle risorse personali(auto-cura e family learning) e sociali (reti di prossimità e capitale sociale) a disposizione dell'individuo, specie se affetto da malattie croniche o disabilità .

Per l'assistenza ospedaliera è invece prevalente il paradigma "dell'attesa" con il quale si evidenzia un pattern assistenziale ad elevata standardizzazione ed intensività tecnico-assistenziale che si attiva e si mobilita in presenza di un evento "nuovo" e con caratteristiche prevalentemente di acuzie, di urgenza od emergenza.

Due paradigmi assistenziali che identificano bisogni e fasi diverse ma che in ogni caso, per essere entrambi centrati sulla persona e riuscire a garantire presa in carico e continuità nelle cure, devono necessariamente integrarsi tra loro in una unica rete assistenziale

Le differenze tra Sistema ospedaliero e Sistema delle cure primarie	
Assistenza Ospedaliera "Paradigma dell'attesa"	Cure Primarie "Paradigma dell'iniziativa"
Intensività tecno- assistenziale ed elevata standardizzazione dei processi	Estensività socio-assistenziale e modularità della risposta
Orientato alla produzione di prestazioni e alla cura dell'episodio acuto	Orientato alla gestione di processi assistenziali e alla continuità delle cure
Presidia l'efficienza	Presidia l'efficacia e i risultati
Tende all'accentramento e alla verticalità per realizzare economie di scala	Tende al decentramento e alla orizzontalità per valorizzare il capitale sociale
Punta all'eccellenza	Punta all'equità
L'integrazione tra i due sistemi avviene attraverso la costituzione di una unica rete assistenziale	

Elementi fondamentali dell'area delle cure primarie sono dunque l'estensività ed equità nell'assistenza e nell'accesso alle cure, la prossimità delle cure ai luoghi di vita dei cittadini, l'integrazione tra attività sanitaria e sociale, la valorizzazione del capitale umano e sociale a disposizione dell'individuo e la partecipazione della comunità locale e dei cittadini alla programmazione dei servizi e alla valutazione delle attività e dei risultati di salute.

Il ruolo delle "cure primarie" tuttavia non può e non deve essere circoscritto al solo ambito sanitario e a quella dimensione particolare della vita dell'uomo che si identifica nella perdita di salute o nella malattia. Come infatti ha ampiamente dimostrato il premio Nobel A. Sen nel suo libro " Lo sviluppo è libertà" Ed. Mondadori Milano 2003, un adeguato sistema di cure primarie è il mezzo più importante per promuovere in senso globale il miglioramento delle condizioni di vita delle popolazioni del mondo. E questo vale non soltanto per quelle più povere, ma anche per quelle appartenenti agli stati ricchi.

Se noi infatti utilizziamo come indicatore complessivo di risultato la riduzione della mortalità, possiamo vedere come questa possa essere ottenuto attraverso due processi di sviluppo tra loro distinti:

- Growth-mediated (mediato dalla crescita)
- Support-led (mediato dal sostegno).

Mentre tuttavia il primo può operare solo attraverso una crescita economica rapida e sostenuta ed è quindi dipendente dal ciclo economico, il secondo, al contrario, agisce grazie ad un programma ben calibrato di supporto sociale ed assistenza sanitaria, istruzione e altri assetti sociali pertinenti ed è quindi indipendente dalla fase di espansione economica. . Esso dunque è principalmente legato ad una equa politica di redistribuzione dei vantaggi sociali e di investimento in socialità. Nella fattispecie l'adozione del secondo modello ha fatto sì che gli abitanti di alcuni paesi come il Kerala, lo Sri Lanka o la Cina precedente al boom economico , nonostante i loro bassissimi livelli di reddito (inferiori a 500 dollari annui pro capite nel 1994) abbiano raggiunto una speranza di vita pari rispettivamente a 73, 73 e 71 anni, di gran lunga superiore a quella delle popolazioni di altri paesi molto più ricchi come Brasile, Sudafrica e Namibia in cui invece l'aspettativa di vita si è fermata a 61, 62 e 58 anni.

Le cure primarie, dunque, sono indispensabili per migliorare le condizioni di vita di tutti i paesi, ivi compresi quelli più fortemente industrializzati che, nonostante gli alti livelli di ricchezza globalmente prodotta, possono presentare, invece fortissime differenze all'interno dei diversi gruppi sociali ed etnici. Caso tipico quello degli USA dove nei gruppi di popolazione di colore, si registrano attese di vita minori anche di 20 anni rispetto ai gruppi di popolazione bianca! Per fare luce sulle cause all'origine di tali differenze numerosi sono stati gli studi finora condotti . Tra questi particolarmente interessante è quello pubblicato da Peter B. Bach, M.D., e coll sul NEJM (2006) che ha evidenziato come uno dei principali elementi in grado di giustificare tale squilibrio sia da trovare nella diversa qualità delle cure primarie ricevute dalle diverse popolazioni. Dall'analisi condotta da questi studiosi , infatti, emerge con chiarezza come il livello di cure primarie ricevute dalla popolazione nera (in riferimento alla qualificazione professionale in possesso dei medici di base che prestano loro assistenza da cui dipende anche l'accesso alla rete assistenziale erogatrice di prestazioni di 2° livello) sia di qualità sensibilmente inferiore rispetto a quella ricevuta dai bianchi. Da questo ne deriverebbe una minore probabilità di ricevere diagnosi precoci e tempestive come pure una minore appropriatezza e qualità nel livello di cure ricevute. Un mix sufficiente per spiegare le differenze riscontrate in termini di salute e attesa di vita. Tale dato sarebbe del resto in linea con le più recenti osservazioni che attribuiscono al sistema sanitario il merito di contribuire per circa il 50% al guadagno di vita ottenuto dalle diverse popolazioni. Le cure primarie riconoscono dunque come proprio livello di riferimento quello più prossimo ai cittadini e cioè il territorio. Il loro ambito organizzativo specifico è quello distrettuale da intendersi come articolazione unitaria del sistema sanitario dove avviene la programmazione dei servizi e si dà attuazione agli istituti della partecipazione dei cittadini. All'interno del distretto un'ulteriore suddivisione dello spazio assistenziale in aree sub distrettuali, consente che l' erogazione dei servizi e delle cure avvenga in prossimità dei cittadini , ivi compreso il livello domiciliare .

E dunque quello delle primary care un sistema complesso ed articolato di cui si è parlato già molto ma che tuttavia , a fronte delle differenze ancora esistenti nei diversi ambiti regionali , ha bisogno di essere fortemente potenziato specie in alcune regioni dell'Italia meridionale.

Un potenziamento che tuttavia, ferma restando l'autonomia regionale nelle scelte organizzative non può non riconoscersi in alcuni principi fortemente condivisi dalla comunità scientifica e dagli operatori del settore.

Tali principi sono:

1. Realizzazione della presa in carico del cittadino attraverso la istituzione in ogni presidio sanitario territoriale del punto unico di accesso ai servizi. La creazione di uno sportello unico per le prestazioni sociali e sanitarie darebbe finalmente certezza al paziente, portatore di problematiche spesso complesse, di ottenere una risposta tempestiva ed adeguata alle sue effettive necessità. Il Punto unico di accesso dovrebbe rappresentare la porta attraverso la quale si realizza la presa in carico da parte del Ssn. o l'affido del paziente all' equipe che ne ha la specifica competenza. Cesserebbe, così, la dispersione e la frammentazione degli interventi o, quel che è peggio, il "palleggio" di responsabilità che spesso si verifica, anche in contrasto con la stessa volontà degli operatori, nei confronti di pazienti "difficili". Una presa in carico effettiva del paziente, attraverso la definizione di precisi percorsi assistenziali, comporterebbe ripercussioni importanti anche sui livelli di appropriatezza delle prestazioni e sulla accessibilità dei servizi.
2. Estensione della Continuità assistenziale a 24 ore al giorno e a sette giorni su sette. La realizzazione di un'assistenza continua è sicuramente l'esigenza più avvertita dai cittadini ed è l'unica mezzo in grado di disincentivare l'uso inappropriato dei Pronto soccorsi ospedalieri. Per fare questo, tuttavia, l'unica soluzione possibile è quella di cambiare l'attuale organizzazione delle cure primarie favorendo l'inserimento dei medici di continuità assistenziale nell' insieme delle attività di assistenza primaria (visite domiciliari, attività programmate a domicilio, dimissioni protette dai presidi ospedalieri, servizio in RSA e presso Ospedali di comunità, filtro all'accesso al PS). Una forte responsabilizzazione e valorizzazione di tali professionisti, la rottura del lavoro per compartimenti stagni delle varie figure professionali impiegate sul territorio, compresi i medici della emergenza territoriale (118), può rappresentare una ipotesi di lavoro concreta per sperimentare in tempi stretti forme efficaci e sostenibili di continuità assistenziale. Ciò significa ovviamente ripensare a quella figura come costituita da più professionisti che si danno il cambio nell' arco delle 24 ore e della settimana. Una organizzazione di questo genere ha il pregio, tra l'altro, di contribuire a stabilire un rapporto di fiducia tra il cittadino e i professionisti della medicina generale che in questo momento è assicurata dal medico di famiglia, non certamente da quello di guardia medica.
3. Istituzione del Dipartimento delle cure primarie. Nell' ottica, già più volte richiamata, di una forte integrazione tra le attività sanitarie e assistenziali la costituzione di un dipartimento delle cure primarie all' interno di ogni singola Azienda sanitaria, ma articolato per distretto sanitario, acquista un significato del tutto particolare, pratico e simbolico al tempo stesso. Solo attraverso un dipartimento unico è possibile realizzare un "governo" effettivo del complesso delle attività di assistenza primaria i cui momenti fondamentali passano attraverso la predisposizione di piani di intervento specifici per le diverse aree assistenziali e la gestione unitaria delle risorse umane e professionali. Discorsi analoghi valgono per la possibilità di programmare e verificare efficacemente accessibilità, qualità ed adeguatezza delle prestazioni e, più in generale, per avvicinare il più possibile le decisioni ai destinatari di quelle stesse decisioni. Il dipartimento dovrebbe essere integrato a matrice con il distretto che resterebbe in ogni caso il titolare del Piano, degli indirizzi, del bilancio di quello specifico ambito territoriale e del controllo de risultati.

4. Promozione delle "Case della Salute". Nell'ambito delle aree elementari del distretto (per un bacino corrispondente a circa 5-30.000 abitanti) dovrebbe trovare collocazione una struttura polivalente e funzionale in grado di erogare materialmente l'insieme delle cure primarie e di garantire la continuità assistenziale e le attività di prevenzione. La "casa della salute", di cui parleremo diffusamente in seguito, rappresenta il luogo di tale ricomposizione, il contesto in cui può essere realizzato il lavoro multidisciplinare ed in team degli operatori e in cui dunque può operare, superando le precedenti divisioni, l'insieme del personale del distretto (tecnico-amministrativo, infermieristico, della riabilitazione, dell'intervento sociale), i medici di base (che vi eleggeranno il proprio studio associato) gli specialisti ambulatoriali. La casa della salute è un insieme di attività organizzate in aree specifiche di intervento profondamente integrate tra loro in cui si realizza concretamente la presa in carico di cui al punto precedente; si persegue la prevenzione primaria, secondaria e terziaria; si attiva un'assistenza domiciliare delle cure a forte integrazione multi disciplinare ed infine si garantisce la partecipazione dei cittadini che viene disciplinata attraverso procedure certe, codificate e periodicamente verificate.
5. Promozione di forti forme associative dei Medici di medicina generale e degli altri professionisti sanitari. Il nuovo ACN (Accordo Convenzionale Nazionale) per la Medicina generale deve rappresentare un'occasione per un passaggio definitivo alle forme di associazionismo medico, di messa in rete e, in misura ancora maggiore, di medicina di gruppo. Vanno rilanciate le UTAP, finora totalmente rimaste sulla carta, così come la partecipazione di medici alle forme di aggregazione più avanzate come le "case della salute". Va ripensato in questa direzione, quella del lavoro in rete sul territorio, anche il ruolo degli specialisti ambulatoriali. A questo scopo andrà rimodellato l'accordo per la Specialistica ambulatoriale, che già attualmente consente, in aggiunta alle altre funzioni tipiche di servizio ambulatoriale, il lavoro in team con il MMG e la pronta disponibilità degli specialisti ambulatoriali per consulenze urgenti.
6. Potenziamento dell' Assistenza a domicilio. Il mutato scenario epidemiologico e l'inversione della piramide demografica con conseguente invecchiamento degli individui, della famiglia e delle popolazioni, lo abbiamo già detto, ha radicalmente mutato le necessità assistenziali e il profilo dei percorsi assistenziali necessari. L'incidenza crescente di patologie croniche ed invalidanti e della non autosufficienza richiedono modalità assistenziali più prossime al cittadino. La costituzione di team multiprofessionali (MMG, Specialisti ambulatoriali, infermieri, personale della riabilitazione, assistenti sociali etc) è in grado di realizzare, quando occorra, una sorta di ospedalizzazione a domicilio, garantendo appropriatezza, efficacia e umanizzazione delle cure e riducendo l'uso improprio dell'ospedale. Un potenziamento di tale attività, organizzata e coordinata in ambito di distretto è dunque una necessità già ampiamente avvertita dagli altri paesi europei che hanno un grado di implementazione di tale servizio sensibilmente maggiore rispetto al nostro.
7. Promozione delle attività di Autogestione delle patologie e family learning. Le attività di formazione del cosiddetto cittadino competente (o paziente esperto) e del family learning, espressamente finalizzate alla autogestione delle malattie croniche svolgono un ruolo di importanza crescente per i motivi precedentemente accennati e connessi all'aumento esponenziale delle malattie ad andamento cronico . Attraverso l'autogestione è infatti possibile ottenere una maggiore complicità del paziente nell'iter terapeutico, prevenire i fenomeni di riacutizzazione delle patologie croniche e limitare il numero di ricoveri, come dimostrano anche i più recenti dati della letteratura.
8. Potenziamento del ruolo degli Enti locali nella programmazione delle attività sociosanitarie e nella loro valutazione. Il ruolo di co-decisione degli Enti locali nella programmazione delle attività delle ASL (PAL e PAT) e AO è ancora estremamente limitato. Ancora più limitata è la possibilità per gli stessi Enti di esprimere valutazioni sui risultati di salute ottenuti in quel determinato territorio. Di fatto il Sindaco non ha quasi nessuna voce in

capitolo nonostante esso sia responsabile diretto della sanità del proprio ambito territoriale. Occorre, dunque, ridefinire le competenze e le capacità di governo effettivo dei Comuni, singoli o associati o consorziati (vedi anche quanto previsto per la realizzazione del governo unico nel distretto-zona) attraverso un percorso che potrebbe trovare una sede decisionale nella Conferenza unificata come premessa politica per successivi ed eventuali mutamenti legislativi.

9. Implementazione degli strumenti di partecipazione del cittadino alle scelte pubbliche. Il cittadino e le sue associazioni di rappresentanza devono potere svolgere una funzione attiva nell'intero processo assistenziale. Una funzione di co-partnership che deve trovare espressione, attraverso la istituzione di specifici organismi distrettuali e o di ASL, nel corso dell'intero percorso decisionale: dalla definizione dei bisogni alla programmazione degli interventi e alla valutazione dei risultati. Un processo di coinvolgimento indispensabile per il miglioramento continuo della qualità effettiva (non solo percepita) e per la verifica concreta della fruibilità dei LEA.