

Cure e prevenzione primaria

Secondo Donato Greco, responsabile del Dipartimento della Prevenzione e della Comunicazione del ministero della Salute, sarebbe questa la dicitura più corretta per il ruolo delle cure primarie in un moderno Ssn. La

prevenzione è oggi il pilastro delle cure primarie per fronteggiare l'aumento delle cronicità e il medico di famiglia è il consigliere più efficace nell'adozione di stili di vita corretti e salutari.

L'inaugurazione della nuova sede del ministero della Salute ha prestato l'occasione al ministro uscente **Livia Turco** per comunicare alla stampa il "succo" del suo mandato: una filosofia della salute pubblica che è partita da una nuova definizione di questo stesso concetto, per puntare dritto a una redistribuzione dei "pesi" nell'ambito del sistema dei servizi: dall'ospedale al territorio ma, soprattutto, dalla cura alla prevenzione proprio grazie a una riattribuzione di competenze quanto mai necessaria oggi.

La salute nel nostro Paese

Negli ultimi trenta anni la qualità di vita degli italiani è di sicuro molto migliorata. Malattie che si consideravano letali in breve tempo oggi diventano cronicamente compatibili con una discreta qualità di vita: si guarisce da

vari tumori, spesso dall'infarto, si vive meglio con il diabete e con le malattie osteoarticolari; i guadagni in termini di attesa di vita e di qualità della vita sono impressionanti. Tuttavia, ha rivelato anche nella recente Conferenza sulle cure primarie di Bologna il Capo del Dipartimento della Prevenzione e della Comunicazione del ministero, **Donato Greco**, la "guarigione" dai grandi killers (malattie cardiovascolari, respiratorie, tumori ecc.) non determina la domanda di salute perché di fatto cronicizza la storia clinica del cittadino, sia pure con un buon livello di qualità di vita; la popolazione dei cronici quindi inesorabilmente cresce e con lei cresce la domanda di servizi sanitari; il sistema contributivo che fornisce le risorse per i servizi sanitari non può più tenere il passo con la crescente domanda, tra l'altro corredata di un continuo miglioramento della tecnologia della

salute, ma anche dei suoi costi.

Grande successo ha avuto la prevenzione secondaria con l'adozione di screening di massa per i tumori, con il trattamento dell'ipertensione e della ipercolesterolemia, ma la prevenzione secondaria non impedisce l'inizio delle malattie, ma si limita a controllarne o a interromperne l'evoluzione. "Obiettivamente molto meno si è fatto per la prevenzione primaria - ha ammesso Greco - come è evidente dal continuo aumento dei fattori di rischio che causano la gran parte delle malattie croniche". Il 10% degli italiani soffre per delle malattie acute, il 15% per traumi subiti, ma ben il 75% per malattie croniche e l'80% della loro eziologia è legata a fumo, alcol, inattività fisica e dieta scorretta.

Imperativa quindi diventa la prevenzione primaria, "che significa evitare comportamenti a rischio, non iniziare a fumare, non bere alcol, fare regolare attività fisica e mangiare osservando una dieta equilibrata", ha sottolineato Greco. Azioni queste che non appartengono alla struttura sanitaria specializzata, che nulla hanno a che vedere con l'ospedale, con la medicina specialistica, con le più sofisticate strutture diagnostiche, con l'avanzata ricerca genomica o di cellule staminali. "Non possono che essere un pilastro portante - ha specificato Greco - di quelle che oggi sono definite cure primarie". È indispensabile chiarire bene che le cure primarie vedono pilastro principale la prevenzione arrivando anche, per chiarezza, ad una loro nuova dicitura: "cure e prevenzione primaria". Infatti tutti gli studi di efficacia, le valutazioni costi-benefici, indicano senza dub-

Dalla sanità alla salute

Dal 1958, anno di istituzione del ministero della Sanità - poi divenuto della "Salute" nel 2001 - ad oggi, molte cose sono cambiate nella stessa definizione delle politiche di promozione della salute da parte delle autorità, degli esperti e dei cittadini. "Cinquanta anni fa - ha ricordato Livia Turco - esse erano sostanzialmente intese come sommatoria delle prestazioni assistenziali da erogare ai cittadini in caso di malattia". Oggi, a partire dalla nuova definizione della salute presente nella Costituzione dell'OMS e intesa "quale stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia", assistiamo, secondo il ministro, "ad una vera rivoluzione di quelle politiche che appaiono sempre più orientate a considerare il complesso degli ambiti di vita, di lavoro e di contesto sociale ed economico nei quali vive ogni persona". Da questa visione, in tempi più recenti, è nata una nuova dizione che l'Unione Europea ha fatto propria e che mira a promuovere "la salute in tutte le politiche". In questa azione l'Italia vanta la capacità di fare "squadra" nella promozione della Salute, rappresentato dal DPCM del 4 maggio 2007 che ha disciplinato un programma di azioni in cooperazione con altri nove ministeri per la promozione di corretti stili di vita e denominato "Guadagnare Salute". Un programma che sta portando alla condivisione di scelte produttive e comportamentali da parte di istituzioni pubbliche e private che hanno sottoscritto dei veri e propri protocolli di intesa con il ministero per la diffusione di cibi più sani, per l'incentivazione della pratica sportiva, per la lotta al fumo e per un uso consapevole delle bevande alcoliche.

bio che è il medico di famiglia il consigliere più efficace nell'adozione di stili di vita corretti, "ma anche che è il livello distrettuale del sistema salute - ha precisato Greco - quello dove si può garantire una più diretta e consapevole partecipazione del cittadino, elemento fondante di qualsiasi attività di prevenzione primaria".

■ La medicina d'iniziativa

Gavino Maciocco, del Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Università di Firenze, ha spiegato proprio a Bologna che delle cure primarie coerenti con gli obiettivi di porre al centro delle attività assistenziali i bisogni del paziente e di ridurre le disuguaglianze nella salute devono adottare un approccio "community oriented", cioè orientato alla comunità, i cui elementi costitutivi sono:

- la sistematica valutazione dei bisogni sanitari della popolazione;

- l'identificazione dei bisogni di salute della comunità;

- l'implementazione di interventi sistematici, con il coinvolgimento di specifici gruppi di popolazione (per esempio, rivolti al cambiamento degli stili di vita o al miglioramento delle condizioni di vita);

- il monitoraggio dell'impatto di tali interventi, per verificare i risultati raggiunti in termini di salute della popolazione.

La nuova "formula magica" che è stata rilanciata anche da Bologna per raggiungere con una mossa tutti questi risultati è quella della medicina d'iniziativa, le cui caratteristiche sono:

- offrire agli assistiti le massime facilitazioni nell'accesso ai servizi, utilizzando ampiamente strumenti come telefono, e-mail e internet nelle relazioni tra pazienti e professionisti;

- coinvolgere i pazienti nei processi assistenziali attraverso il più ampio accesso alle informazioni, il counseling e il supporto all'autocura;

- allestire sistemi informativi, accessibili anche agli assistiti, in grado di documentare i risultati e la qualità degli interventi sanitari;

- organizzare sistemi di follow up e reminding che agevolino il controllo dei processi di cura, in particolare nel campo delle malattie croniche;

- garantire l'attuazione di percorsi diagnostico-terapeutici e il conseguente coordinamento tra i diversi professionisti e la continuità dell'assistenza tra differenti livelli organizzativi come, ad esempio, tra ospedale e territorio. Sono queste le nuove sfide molto pratiche cui la medicina generale deve rispondere se vorrà giocare un ruolo decisivo soprattutto nella prevenzione primaria. Sfide cui la nuova convenzione dovrà dare precise risposte organizzative e finanziarie se non vorrà arrivare, come spesso è successo, a normare "a valle" innovazioni che i Mmg dei territori più dinamici stanno già sviluppando in completa autonomia.