

Strategie per migliorare la medicina territoriale

Gianluca Bruttomesso

Occorre una nuova medicina del territorio centrata sul paziente, sul lavoro in team e in grado di assicurare, attraverso strutture dedicate, presa in carico degli assistiti, continuità di cura e integrazione socio-assistenziale. È quanto suggerisce un numero di Quaderni di Italianieuropei dedicato interamente alla sanità in cui si insiste sulla necessità di promuovere le varie forme associative tra i Mmg

Quanto siano strategiche le cure primarie per i servizi sanitari nazionali e quanto sia necessario puntare su queste per far fronte alla domanda di salute attuale e futura è un concetto su cui esponenti istituzionali ed esperti di settore non hanno dubbi. Il problema nasce sul come articolare questa strategia e ancor di più sugli investimenti da fare in questo settore. La scarsità delle risorse da poter mettere a disposizione del comparto sanitario in rapporto alle sue necessità è una criticità di tutti i Paesi occidentali. Il dibattito su questa tematica resta aperto e anche i suggerimenti e le analisi dei vari schieramenti politici.

Di recente *Quaderni di Italianieuropei*, bimestrale riformista diretto da **Giuliano Amato e Massimo D'Alema**, ha dato ampio spazio a questa problematica con un numero monotematico, interamente dedicato alla sanità. Il numero, curato da **Ignazio Marino**, riserva un ampio capitolo alla medicina di primo livello e alla sua organizzazione. Secondo quanto scrive **Roberto Polillo**, medico esperto in sanità pubblica e cure primarie, una nuova medicina del territorio "orientata al paziente" deve realizzare un sistema di cure focalizzato sui bisogni dei cittadini e non solo sulla cura delle singole malattie, rendendo possibile una medicina di iniziativa, proattiva, diversa da quella dell'attesa, propria dell'assistenza ospedaliera. Ciò si può realizzare attraverso una relazione stabile con il paziente, non limitata alla cura del singolo episodio e offrire un servizio onni-

comprensivo, continuato, centrato sulla persona e capace di coordinare le cure nei diversi momenti. Bisogna prendersi cura della salute per tutto il ciclo della vita e trasformare i cittadini, oggi soggetti passivi, in partner nella gestione della propria salute e di quella della comunità di appartenenza.

Una nuova medicina del territorio deve farsi carico del fenomeno della cronicità aprendosi alle esperienze di nuovi modelli di gestione integrata dei servizi realizzati in altri Paesi. Il **Chronic Care Model** è un esempio importante. Si tratta di un approccio multidimensionale alla cronicità che da un lato valorizza le risorse della società, il cosiddetto capitale sociale, e dall'altro prevede un nuovo modello di erogazione delle cure. Un ap-

proccio centrato sulla cultura dell'organizzazione che ha come obiettivo la più alta qualità delle cure e che utilizza strumenti innovativi: l'istituzione di registri di patologia e la stratificazione dei pazienti per livello di gravità; la creazione di un database in grado di segnalare ai pazienti e agli operatori dati sanitari rilevanti; l'addestramento del paziente e della sua famiglia all'autogestione delle cronicità e infine l'utilizzo di strumenti di supporto per gli operatori come linee guida e protocolli basati sulle evidenze scientifiche.

Le azioni da intraprendere

L'istituzione del Punto Unico di Accesso (Pua) del cittadino per le prestazioni sociali e sanitarie in ogni

La Community Oriented Primary Care

Un gruppo di ricercatori olandesi ha proposto una versione allargata del Chronic Care Model, dove gli aspetti clinici sono integrati da quelli di sanità pubblica, quali la prevenzione primaria collettiva e l'attenzione ai determinanti di salute. Come scrive **Gavino Maciocco**, docente di politica sanitaria internazionale all'Università di Firenze, le cure primarie che si prefiggono questo scopo sono definite da Jan De Maeseneer (Department of General Practice and Primary Health Care all'Università di Gent, Belgio) Community-Oriented e sono caratterizzate da: sistematica valutazione dei bisogni sanitari della popolazione; identificazione dei bisogni di salute della comunità; implementazione di interventi sistematici, con il coinvolgimento di specifici gruppi di popolazione (rivolti per esempio al cambiamento degli stili di vita o al miglioramento delle condizioni di vita); monitoraggio dell'impatto di tali interventi, per verificare i risultati raggiunti in termini di salute della popolazione.

Il compito di definire le priorità e di stabilire la pianificazione strategica deve essere assunto da un team misto di operatori delle cure primarie e di rappresentanti della comunità. La Community Oriented Primary Care in questo senso integra l'approccio verso l'individuo con quello verso la popolazione, combinando le abilità cliniche del medico di famiglia con l'epidemiologia, la medicina preventiva e la promozione della salute.

presidio sanitario territoriale, sarebbe uno dei primi obiettivi da garantire per dare certezza al paziente, specie se portatore di problematiche complesse, di ottenere una risposta concreta alle sue effettive necessità. Il Pua è la porta attraverso cui si realizza la presa in carico da parte dell'Unità valutativa multifunzionale, all'équipe o al case manager di competenza. Al Pua è affidato inoltre il paziente complesso all'atto di dimissione dall'ospedale, ponendo fine così, con la definizione di precisi percorsi assistenziali, alla frammentazione degli interventi o, quel che è peggio, allo scarico dei pazienti con effetti positivi sulla continuità assistenziale e sull'appropriatezza delle cure e dell'uso delle risorse. La realizzazione di un'assistenza continua per le 24 ore e sette giorni su sette è un'altra necessità per garantire assistenza continuata e disincentivare l'uso inappropriato del Pronto soccorso. Per fare questo, tuttavia, è indispensabile l'inserimento a pieno titolo dei medici di continuità assistenziale e di emergenza territoriale nelle attività di assistenza primaria, prevedendo un'unica figura che svolga assistenza di base e, a rotazione, il servizio di guardia festivo e notturno, ponendo così fine all'attuale frammentarietà e precarietà degli interventi sul territorio.

Altrettanto indispensabile è la promozione di forti forme associative dei Mmg. L'ACN per la medicina generale è il luogo dove sancire il passaggio definitivo di tutti i Mmg alla medicina di gruppo. Andrebbero rilanciate le Unità Territoriali di Assistenza Primaria (Utap), rimaste per lo più sulla carta, così come le aggregazioni più avanzate tipo Case della Salute. Va ulteriormente potenziato, nella direzione del lavoro in rete sul territorio, anche il ruolo degli specialisti ambulatoriali.

Nell'ottica di una forte integrazione tra le attività sanitarie e assistenziali, la costituzione in ogni singola Azienda sanitaria di un dipartimento delle cure primarie, integrato a matrice con il distretto, avrebbe un significato di rilievo. Solo con un

dipartimento unico in un distretto forte è possibile il governo effettivo del complesso delle attività di assistenza primaria: dalla predisposizione di piano d'intervento specifici per le diverse aree assistenziali alla gestione unitaria delle risorse umane e professionali. Lo stesso dicasi per la possibilità di programmare e verificare accessibilità, qualità e adeguatezza delle prestazioni e, più in generale, per avvicinare le decisioni ai loro destinatari.

La costituzione di Case della Salute o di altri presidi di prossimità laddove il territorio non sia eccessivamente disperso consentirebbe di erogare in un unico luogo l'insieme delle cure primarie garantendo continuità assistenziale. Si creerebbe così il contesto per il lavoro in team degli operatori: dai Mmg (che vi potranno eleggere il proprio studio associato) agli specialisti, al personale tecnico-amministrativo, infermieristico, della riabilitazione e del

segretariato sociale. La Casa della Salute in particolare si configura come un insieme di attività organizzate e integrate tra loro, in cui si realizzano nel concreto presa in carico del cittadino, promozione della salute e addestramento dei pazienti e loro famiglie alle pratiche di autogestione delle cronicità. La Casa della Salute è il contesto organizzativo che rende possibile realizzare un'assistenza domiciliare multidisciplinare (Mmg, specialisti ambulatoriali, infermieri, personale della riabilitazione, assistenti sociali, ecc.) e definire protocolli assistenziali condivisi che garantiscano, attraverso il Pua, la continuità tra assistenza ospedaliera e territorio. Un insieme di interventi incentrati su appropriatezza, efficacia e umanizzazione delle cure in cui anche la partecipazione dei cittadini alla definizione dei bisogni è garantita attraverso procedure certe, codificate e periodicamente verificate.