

Cure primarie al centro del nuovo Psn

“Accordi attuativi aziendali”, con l’introduzione di “sistemi di valutazione” e “studi aggregati dei medici di famiglia aperti 24 ore al giorno” con la consulenza degli specialisti. Poi l’ampliamento dell’assistenza domiciliare e delle cure palliative per i pazienti oncologici e terminali. Sono queste le principali innovazioni del Piano Sanitario Nazionale 2011-2013, che ha ricevuto il via libera della Conferenza Stato-Regioni e ora aspetta l’approvazione da parte del Consiglio dei ministri, i pareri delle confederazioni sindacali e delle commissioni parlamentari di merito per poi approdare per il varo definitivo di nuovo in Conferenza Stato-Regioni.

Monica Di Sisto

Il nuovo Psn 2011-13 presenta un testo “asciugato” rispetto alla prima stesura del ministero della Salute, ma conserva uno dei principali pilastri dell’innovazione proposta fin dalla prima versione della programmazione sanitaria pubblica per il prossimo triennio: la centralità delle cure primarie. Un obiettivo che torna nel documento d’indirizzo principale del Ssn con la speranza che, questa volta, si realizzi davvero e a partire da una dimensione autenticamente operativa dell’Acn della medicina generale (MG). In un contesto orientato verso il sapere specialistico, secondo il nuovo Psn, c’è la necessità di garantire e mantenere nel tempo una visione integrata e olistica del benessere, dei problemi di salute e dei relativi processi di cura relativo alle singole persone e alle comunità a cui esse afferiscono. Questo compito è affidato, secondo il documento di indirizzo, anche alle cure primarie, in particolare, alla medicina generale (che il documento definisce “generalista”) e alle altre componenti dell’assistenza convenzionata, in una logica di rete.

Dopo un periodo di scarsa visibilità nell’ingegneria istituzionale, torna in luce il distretto al quale è affidata la *governance* del sistema per l’erogazione di livelli appropriati. La funzione delle cure primarie deve essere riconosciuta nelle strategie aziendali mediante la definizione, nei momenti istituzionali e nei documenti di pianificazione, del ruolo e degli obiettivi assegnati ad esse e al distretto. Il contributo delle cure primarie alla

governance aziendale è definito da questi documenti, che declinano gli obiettivi aziendali in obiettivi specifici per le cure e per l’assistenza primaria, è reso operativo dalla programmazione territoriale/distrettuale (PAL e PAT) e dagli accordi con la medicina convenzionata (Accordi Attuativi Aziendali - AAA) che, a loro volta, definiscono le modalità con cui le cure primarie concorrono al perseguimento delle strategie aziendali. La programmazione regionale ne definisce i modelli organizzativi più rispondenti ai bisogni del proprio territorio e attiva, dove necessario, modelli sperimentali per adeguare il servizio ai nuovi bisogni.

Rete è un’altra parola chiave del Psn, per quello che riguarda la medicina generale. Il Mmg e i professionisti territoriali, infatti, dovrebbero vedere rafforzato il loro ruolo, nelle intenzioni del Governo, attraverso la realizzazione di sistemi d’integrazione tra coloro che operano nel territorio (e cioè la rete orizzontale) e tra le diverse strutture d’offerta, in particolare tra territorio e ospedale (ovvero la rete verticale).

Le parole chiave

Il percorso delineato deve consentire un’organizzazione della sanità che definisca esattamente il ruolo dell’ospedale e del territorio a garanzia della continuità delle cure e della centralità della persona. Per migliorare la qualità delle cure primarie, il Governo indica alle autorità due strumenti: le “leve di *governance*” e le “leve di gestione”. Le “leve di *governance*” (inerenti la di-

mensione strategica del sistema) devono armonizzare e coordinare tutti gli attori del sistema e i loro specifici interessi per indirizzarli verso gli obiettivi di qualità delle cure primarie. Tra di esse troviamo, per esempio: strumenti di programmazione territoriale/distrettuale (PAL/PAT); accordi con la medicina convenzionata (AAA); processo di valutazione e di miglioramento continuo delle cure primarie.

Le “leve di gestione” (dimensione operativa) sono in effetti come l’insieme delle azioni realizzate nell’ambito del sistema pubblico integrato per perseguire gli obiettivi definiti a livello strategico.

I principali strumenti di gestione delle cure primarie sono, secondo il Psn:

- forme organizzative, tra le quali le Aggregazioni Funzionali Territoriali (Acn 2009 e Acn 2010), che comprendono al proprio interno le medicine di gruppo, recuperate in “zona Cesarini” dopo che nell’ultima convenzione si era tentato di marginalizzarle, sostituendo loro le forme integrate nelle stesse strutture fisiche;
- sistema di monitoraggio;
- processi d’integrazione sia a livello di coordinamento (percorsi diagnostico-terapeutici, integrazione tra ospedale e territorio, integrazione socio-sanitaria) sia a livello informatico/informativo (Acn 2009 e Acn 2010);
- formazione continua.

Come dovrebbe cambiare il territorio per dare l’impulso definitivo al rinnovamento? Prendendo a riferimento quanto già attivato dalle diverse Regioni, il Psn prevede alcuni assetti-

po per rinforzare la rete territoriale che sono già "a prova di efficacia". Si parte, naturalmente, con l'attivazione di posti letto territoriali gestiti dal Mmg e dal personale infermieristico. Si prevede, poi, la possibilità di una gestione della fase acuta a domicilio mediante un'assistenza domiciliare integrata, garantita da gruppi multidisciplinari che offrano consulto immediato, organizzino la presa in carico strutturata sulla base di un piano terapeutico individuale e integri l'offerta di servizi sul territorio.

Una soluzione intermedia è quella proposta con la disponibilità di posti letto in strutture intermedie intraospedaliere, il cui coordinamento è affidato a *team* infermieristici con il medico specialista che svolge funzioni di consulenza a fronte di specifici bisogni di assistenza e monitoraggio. Seguono varie modalità di dimissione assistita o programmata dall'ospedale, l'innovativo modello "albergo sanitario", servizio gestito completamente

da infermieri all'interno di apposite unità di tipo ambulatoriale e a bassa intensità assistenziale, rivolte sia a pazienti dimessi da una struttura ospedaliera sia a quelli in attesa di un ricovero programmato, accanto ai centri di comunità/poliambulatori specialistici, in cui sono presenti medici specialisti, Mmg e infermieri.

■ L'informatizzazione

La parola d'ordine perché questo sistema - prefigurato e auspicato in tutte le ultime edizioni del Psn e in realtà largamente disatteso - diventi finalmente una realtà è, secondo il ministero della Salute, il monitoraggio. Il Nuovo Sistema Informativo Sanitario Nazionale (NSIS) è lo strumento di riferimento a supporto del governo del Ssn e per il monitoraggio dei Livelli essenziali di assistenza (Lea). Nonostante non colleghi perfettamente tutti i luoghi del Ssn in modo uniforme, il NSIS, favorendo la raccolta di dati incentrati sull'indivi-

duo, punta a ricostruire i percorsi seguiti dai pazienti, attraverso le diverse strutture e i diversi *setting* assistenziali, a fronte di bisogni sanitari e socio-sanitari. Di cosa necessita perché nei prossimi anni compia a pieno le sue finalità? Mancano dai nodi della rete del NSIS nuovi contenuti informativi, fondamentali per il monitoraggio dell'equità e della sostenibilità del Ssn, per esempio: il sistema informativo per il monitoraggio della rete di assistenza, quello per il monitoraggio della riabilitazione territoriale, ma anche un sistema per ricapitolare tutti i fattori produttivi necessari all'erogazione dei Lea. Senza una raccolta di dati sempre più avanzati non sarà possibile arrivare a effettuare analisi comparative con le altre realtà regionali e confronti sistematici con i dati economico-finanziari, al fine di supportare il monitoraggio del bilanciamento Lea/costi. Ma il Psn guarda al futuro sperando che il presente entri nella stessa prospettiva, praticamente e virtualmente.

Un sì da Simg e Sumai, ma resta il problema delle risorse

■ Piano sanitario? Avanti tutta per i medici di medicina generale e per gli specialisti ambulatoriali. Un po' meno per i Governatori. Non rispetto ai contenuti, certo, considerato che la Conferenza unificata ha dato il primo via libera per la sua approvazione. Il nodo, tuttavia, è rappresentato dalle risorse destinate alla sanità in un quadro di federalismo fiscale. Un nodo che irrigidisce le Regioni in posizioni difensive rispetto alla possibile reingegnerizzazione del territorio, ma non ha impedito alle categorie di cogliere nel disegno complessivo elementi di novità rassicuranti per il territorio rispetto alle direzioni intraprese con l'ultima Convenzione.

La prima occasione di commento positivo al nuovo testo l'ha offerta il 27esimo Congresso nazionale della Società Italiana di Medicina Generale (Simg), dove il presidente **Claudio Cricelli** ha notato che il testo condivide la 'filosofia' della medicina generale e la vede al centro della rete assistenziale, come parte integrante dell'alleanza tra cittadini, istituzioni e professionisti. "Troppo spesso in passato siamo stati considerati come interlocutori 'esterni', talvolta guardati con sospetto - ha lamentato Cricelli - Oggi invece si riconosce che i progetti sviluppati in questi anni dalla Simg rappresentano il modello concreto per raggiungere gli obiettivi di efficacia e appropriatezza e di presa in carico globale del cittadino. Riteniamo che questo Piano, che si pone come obiettivo l'efficienza del sistema, sia estremamente rigoroso".

Rispetto alla centralità delle cure primarie e delle strutture territoriali, la continuità assistenziale attraverso l'integrazione ospedale-territorio, il concetto di *governance*, il rilancio delle misure di prevenzione, che sono al centro, come abbiamo visto, del nuovo testo, i medici di famiglia sono in grado di offrire un

contributo essenziale, "perché dispongono degli strumenti per governare con consapevolezza, appropriatezza ed efficacia i percorsi clinico-assistenziali dei pazienti - ha aggiunto **Ovidio Brignoli**, vicepresidente Simg. Abbiamo introdotto modelli organizzativi nuovi, che ci permettono di ricavare una fotografia sempre aggiornata dei nostri assistiti e di capire giorno per giorno i nuovi bisogni e le emergenze. Un 'patrimonio' che ci pone in una posizione privilegiata nel valutare l'impatto delle nuove soluzioni sanitarie".

■ Appello alla concretezza...

Stesso registro nei commenti che arrivano dal segretario nazionale del Sumai-Assoprof, **Roberto Lala**, secondo il quale gli obiettivi e le finalità evidenziate dal Piano - che punta deciso alla riorganizzazione dell'area della prevenzione, delle determinanti ambientali, della veterinaria, della sicurezza alimentare, dell'*health impact assessment*, delle cure primarie e strutture territoriali, delle reti ospedaliere, della riabilitazione, delle nuove tecnologie, dell'ammmodernamento strutturale e tecnologico, della medicina di laboratorio e della sicurezza nei luoghi di lavoro - non possono che essere condivisi dal sindacato. Ma, c'è un ma, che è la stessa obiezione sollevata dai Governatori e dallo stesso Cricelli. Il Sistema sanitario, secondo questi suoi autorevoli protagonisti, ha bisogno di vedere davanti a sé stabilità, concretezza e continuità. "Non è più tollerabile che ogni momento di instabilità si traduca in un cambiamento radicale di rotta - ha aggiunto, tra l'altro, Cricelli - con la conseguente rivoluzione dei principi cardine. Ribadiamo il nostro impegno nel sostenere il sistema con gli strumenti della medicina generale. Perché tutti i cittadini, colpiti da malattie acute o

croniche, abbiano la miglior cura al minor costo possibile".

■ ...e alla sostenibilità

Altra criticità evidenziata dal Piano Sanitario Nazionale è rappresentata dalla sostenibilità del sistema. La spesa sanitaria nel 2009 è pari a circa 105 miliardi di euro ed è destinata a crescere nei prossimi anni, raggiungendo percentuali pari all'8% del PIL. Dati allarmanti che impongono di adottare con urgenza contromisure. "Vi sono Regioni che presentano disavanzi eccessivi - ha aggiunto Cricelli -. Perché il processo di *governance* si realizzi, è necessario valorizzare anche i nostri strumenti di valutazione economica e di audit che permettono di indicare non il costo di una misura sanitaria, ma quale risultato si ottiene attraverso l'impiego di ogni singola unità monetaria". La sostenibilità, insomma, non può essere separata dalla valutazione dei risultati.

Inoltre, ha notato dal canto suo Lala, il Piano sanitario nazionale mette nero su bianco ciò che gli addetti ai lavori segnalano già da tempo: il rischio per il prossimo futuro di assistere ad una carenza di medici rispetto al fabbisogno del Paese. "Ora - ha concluso il segretario degli specialisti ambulatoriali delle Asl - ci auguriamo che l'iter del testo del Psn, che dev'essere approvato dal Consiglio dei Ministri per poi successivamente approdare in Conferenza Stato-Regioni, non subisca intoppi o rallentamenti in quanto esso rappresenta il testo di riferimento per il futuro del nostro Ssn, aspetto essenziale per consentire alla nostra sanità di rimettersi in sesto".

La palla passa ai Governatori, che però in assenza di risposte chiare sul finanziamento del Ssn, non sembrano intenzionati ad andare oltre questo primo passaggio. Ce la farà il nostro sistema sanitario a reggere un ulteriore periodo d'incertezza?