

INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO COSA È STATO FATTO E COSA ANCORA BISOGNA FARE

a colloquio con **Gavino Maciocco**

Docente di Politica Sanitaria, Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica, Università di Firenze

Professor Maciocco, il *Quaderno di Monitor dal titolo Assistenza H24 e riduzione degli accessi impropri al Pronto Soccorso: evidenze e indirizzi regista per la prima volta nel 2012 una riduzione del numero di accessi al Pronto Soccorso, in base ai dati trasmessi dalle Regioni al sistema informativo EMUR del Ministero della Salute. Qualcosa sta iniziando a cambiare nella visione 'ospedalocentrica' che ha caratterizzato fino a anni recenti la cultura sanitaria del nostro Paese?*

Ritengo che l'assistenza H24 non sia in grado di influenzare l'inappropriatezza degli accessi al Pronto Soccorso se non è accompagnata da una radicale riorganizzazione delle cure primarie, basata sulla sanità di iniziativa, l'innovazione nell'assistenza delle malattie croniche (vedi *Chronic Care Model*), e seri investimenti strutturali (Case della salute, con dotazione di un set di strumenti diagnostici di primo livello).

Mi sembra che stia finalmente maturando la consapevolezza della necessità di un cambiamento e di un serio riordino delle cure primarie, ma poiché il cambiamento è innanzitutto culturale i tempi non saranno brevi.

Si è tenuto recentemente a Firenze il convegno Politiche e esperienze sulle cure primarie, un'occasione importante nella quale Toscana e Emilia-Romagna hanno analizzato e messo a confronto i percorsi organizzativi e normativi seguiti nella programmazione dell'assistenza e in particolare nella gestione delle malattie croniche. Si tratta di due Regioni sicuramente all'avanguardia nella proposta di nuovi modelli di organizzazione delle cure primarie. Quali risultati hanno ottenuto?

Il convegno ha dimostrato che le due Regioni, pur seguendo percorsi normativi e organizzativi diversi, hanno raggiunto obiettivi praticamente identici a conferma che l'idea originaria di politica sanitaria non solo era simile, ma anche valida. Un'idea basata sui seguenti elementi.

- Per affrontare efficacemente l'epidemia delle malattie croniche è necessario intervenire con la prevenzione primaria (diminuire il numero dei malati riducendo l'esposizione ai rischi comportamentali, ambientali e socioeconomici) e con la prevenzione secondaria (per stabilizzare nelle persone ammalate l'evoluzione della patologia, prevenendo per quanto possibile complicazioni e scompensi). Questo richiede un importante 'cambio di paradigma' ossia il passaggio dalla sanità di attesa alla sanità di iniziativa.
- L'area di intervento si sposta necessariamente dall'ospedale al territorio: altro fondamentale 'cambio di paradigma'. Ma solo un territorio adeguatamente attrezzato può sostenere una sfida del genere.

Quindi le innovazioni da apportare al sistema attuale sono numerose e complesse.

Citiamo di seguito le più importanti.

1. L'organizzazione delle cure primarie deve basarsi su team multidisciplinari (medici di famiglia, infermieri, specialisti, fisioterapisti, assistenti sociali, etc) che adottano programmi di sanità di iniziativa e che comprendono, come elemento centrale, la promozione dell'*empowerment* dei pazienti e il supporto all'auto-cura.
2. Un'organizzazione del genere richiede infrastrutture adeguate, in grado di accogliere gli studi di molteplici operatori sanitari e sociali, di dotarsi di spazi per riunioni e attività collettive, di dotarsi delle necessarie attrezzature diagnostiche di primo livello. Stiamo parlando

CAREregioni

CAREregioni nasce come supplemento a CARE per approfondire tematiche sanitarie a livello di singole Regioni, con l'intento di fornire a medici, amministratori e operatori sanitari un'ulteriore opportunità di riflessione su come conciliare l'esistenza di risorse limitate con l'irrinunciabile esigenza di garantire al cittadino il diritto fondamentale all'assistenza.

Supplemento a
Care n. 3 maggio-giugno 2013

Direttore Responsabile
Giovanni Luca De Fiore

Redazione
Antonio Federici (editor in chief)
Cesare Albanese, Giancarlo Bausano, Mara Losi, Maurizio Marceca, Fabio Palazzo

Stampa
Arti Grafiche TRIS - Roma

Progetto grafico
Doppiosegno - Roma

Immagini
©2013 Dreamstime.com
e Photos.com

Disegni
Daniela Violi

Registrazione del Tribunale
di Roma n. 00472/99
del 19 ottobre 1999
Periodicità bimestrale.

Finito di stampare settembre 2013

Il Pensiero Scientifico Editore
Via San Giovanni Valdarno 8
00138 Roma

E-mail: info@careonline.it
Internet://www.careonline.it

“
**Le innovazioni
 da apportare
 al sistema
 sono molte
 e complesse**
 ”

- delle 'Case della salute': la sede ideale per conferire ai servizi territoriali una finalmente innovata identità.
3. L'integrazione sociosanitaria è essenziale e la collaborazione tra ASL e Comuni è indispensabile per portare avanti programmi multi-settoriali.
 4. La sanità di iniziativa, per funzionare a pieno, deve disporre di un forte supporto da parte delle comunità locali, variamente organizzate in associazioni di volontariato o in gruppi di auto-aiuto.
 5. Infine – ma non per questo meno importante – è necessario allestire strumenti di programmazione e valutazione.

Il programma 2013 del Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie stanZIA 19 milioni di euro: andranno a finanziare progetti regionali e settori di intervento direttamente gestiti dal Ministero della salute. Che ruolo gioca attualmente la prevenzione nella dinamica delle politiche sanitarie territoriali?

La prevenzione gioca un ruolo fondamentale, perché è alla base della sanità di iniziativa. Preven-

zione primaria, per ridurre l'esposizione ai rischi e quindi l'incidenza delle malattie; prevenzione secondaria e terziaria per frenare il decorso della malattia, riducendo complicazioni e aggravamenti. Prevenzione secondaria e terziaria sono nelle mani dei sanitari. La prevenzione primaria è invece nelle mani della politica e, da quanto ha recentemente affermato il Direttore Generale dell'OMS, Margaret Chan – in occasione dell'Ottava Conferenza Globale sulla Promozione della Salute (Helsinki, giugno 2013) – c'è poco da stare tranquilli: "La prevenzione delle malattie croniche va contro gli interessi commerciali di potenti operatori economici – Big Tobacco, Big Food, Big Soda e Big Alcohol – e questa è una delle più grosse sfide della promozione della salute".

Innovazione tecnologica e partecipazione attiva del paziente al percorso di cura si possono considerare due delle rivoluzioni più significative per migliorare la salute della popolazione in questo momento di crisi?

Delle due rivoluzioni, quella tecnologica ha trovato nel sistema sanitario il massimo dell'espressione e della forza propulsiva. Il motivo è evidente: su questa rivoluzione vi è stata una convergenza di interessi: dei professionisti, dell'industria e dei pazienti. Anche per questo è una rivoluzione che ha prodotto, insieme a indubbi benefici, anche enormi sprechi ed eccessi che la politica non ha controllato, anzi spesso (per interesse proprio) ha favorito.

L'altra rivoluzione – l'*empowerment* del cittadino e del paziente – fa una grande fatica ad affermarsi all'interno del sistema sanitario perché ciò comporta il già citato 'cambio di paradigma' – il passaggio da un modello assistenziale paternalistico e di attesa a un modello partecipativo e proattivo – e ciò produce potenti reazioni e resistenze a vari livelli del sistema.

Cosa non dovrebbe assolutamente mancare, secondo lei, nel nuovo Patto della Salute che il Ministro Lorenzin si sta accingendo a discutere con le Regioni?

Proprio questo 'cambio di paradigma'. ■ ML

