

Premessa

L'attuale organizzazione del servizio sanitario, centrata sull'elevata capacità di risposta agli eventi acuti in ambito ospedaliero, risulta ormai inadeguata a far fronte ai problemi di salute e alla sostenibilità del sistema. Il primo dato da considerare è l'invecchiamento progressivo della popolazione. La quota crescente di anziani non solo determina un aumento numerico delle patologie cronicodegenerative, aspetto di per sé rilevante, ma anche un cambiamento qualitativo dello spettro di malattia che impone un adattamento organizzativo importante. Le persone anziane presentano con frequenza crescente costellazioni di patologie e fragilità con fasi intercorrenti di acuzie e scompenso che si sovrappongono a un quadro di lento deterioramento delle condizioni generali. Le conseguenze sono molteplici. La gestione del paziente anziano richiede spesso l'apporto coordinato di diversi specialisti, non solo nelle fasi di acuzie. Il rafforzamento delle cure primarie costituisce la chiave per prevenire o ritardare eventi acuti che richiedono il costoso trattamento in regime di ricovero ospedaliero.

La presa in carico tempestiva e il controllo dell'evoluzione mediante interventi farmacologici e non di numerose patologie cronicodegenerative appare la risposta efficace per garantire la sostenibilità del servizio sanitario.

In questo contesto assume fondamentale valore la riorganizzazione del sistema delle cure primarie.

Assume valore perché non si tratta di un mero spostamento del luogo delle cure dall'ospedale a un ambiente medico meno dotato di capacità tecnologica e dunque meno costoso, ma di un cambiamento di paradigma che mira a rispondere al problema del controllo della patologia cronica al di fuori delle fasi di acuzie mediante una presa in carico tempestiva e attenta fin dalle prime fasi della malattia: la sanità d'iniziativa.

Perché un miglior controllo sulle patologie cronicodegenerative possa esercitarsi attraverso il sistema delle cure primarie è richiesto alle figure coinvolte un mutamento di atteggiamento e di comportamenti. Mutamento che deve rendere protagoniste le persone, i pazienti che dovrebbero risultare al centro del sistema assistenziale.

Lo spostamento del fulcro del controllo della patologia cronica al sistema delle cure primarie richiede anche cambiamenti delle capacità organizzative sia

all'interno dell'area distrettuale che all'esterno, verso l'ospedale.

Due elementi vanno sottolineati: l'elemento culturale/progettuale del nuovo sistema delle cure primarie e l'elemento infrastrutturale.

Dell'elemento infrastrutturale prendo in considerazione solo lo sviluppo dell'intelligenza artificiale.

Come rendere operativo un sistema che deve integrare l'azione di diverse strutture e figure professionali? Come realizzare l'attività concertata di medici di famiglia, medici specialisti, infermieri, medici di distretto e delle altre figure coinvolte? Come assicurare una interazione non saltuaria ed episodica con le strutture ospedaliere e con le altre strutture sanitarie?

Una difficoltà nasce dalla eterogeneità delle figure e dei rapporti professionali coinvolti e dalla distanza "fisica" degli operatori che non agiscono in un ambiente unico altamente organizzato come l'ospedale. La risposta a questo non semplice problema va cercata nella definizione di protocolli flessibili (implementazione di percorsi diagnostico terapeutici, creazione di gruppi di coordinamento e gestione) e nello sviluppo di una infrastruttura informatica in grado di garantire la funzionalità e l'evoluzione del sistema.

La realizzazione di un sistema di intelligenza artificiale (IA) costituisce un elemento centrale per il funzionamento del sistema delle cure. Lungi dal rappresentare un fattore limitante o di ostacolo o di burocratizzazione e sclerosi del sistema, la IA deve essere in grado di semplificare lo scambio di informazioni e rappresentare la base per la raccolta di un insieme di informazioni di sorveglianza e valutazione del sistema. In un contesto evolutivo e sperimentale la disponibilità di dati è essenziale per migliorare gli interventi e individuare gli assetti organizzativi efficienti ed efficaci (modelli).

L'altro aspetto rilevante è il confronto continuo tra organizzazioni e professionisti della sanità, la condivisione e la discussione per un progetto di nuovo servizio sanitario.

Così come opportuna è la riflessione che tragga forza anche dalle origini, dall'esame degli elementi fondativi del nostro servizio sanitario.

Si evidenzia nel progetto originale di servizio sanitario nazionale, quello nato con la legge 833 del 1978, l'importanza della integrazione multidisciplinare e della capacità di comunicare al di fuori dello stretto ambito medico per realizzare interventi non medici di prevenzione e controllo delle malattie. Se, infatti, l'invecchiamento della popolazione assieme alla disponibilità di risorse limitate costringe il servizio sanitario a modificare faticosamente la propria prospettiva, e la propria organizzazione, verso il controllo attivo delle patologie croniche mediante le cure primarie, allora non può sfuggire che il ruolo della preven-

zione nel controllo delle malattie dovrà essere molto accresciuto. Questo è già implicito nella presa in carico nel sistema delle cure primarie che ha tra le sue finalità l'individuazione precoce delle malattie croniche.

Non è allora vantaggioso puntare sulla prevenzione per migliorare il controllo delle patologie croniche laddove interventi di provata efficacia sono disponibili? La risposta è senza dubbio affermativa ma non scontata. La comunicazione e la condivisione di questi percorsi assume importanza, anche quando il ragionamento è tecnicamente scontato. Prendiamo in considerazione il controllo dei tumori maligni associati all'infezione da virus del papilloma (HPV). Abbiamo finora ottenuto un eccellente controllo del cancro della cervice uterina mediante lo screening. Nei prossimi anni otterremo un'ulteriore riduzione non solo delle persone che muoiono ma anche di quelle che si ammalano e non solo di cancro della cervice uterina ma anche di altri tumori maligni causati dal virus, grazie alla introduzione della vaccinazione. Eppure questo chiaro successo della prevenzione, che è presente solo nei paesi che hanno introdotto dapprima lo screening e più recentemente la vaccinazione, rischia di essere vanificato se i ricercatori e i professionisti che lavorano nel servizio sanitario non saranno capaci di comunicare il beneficio di queste misure e generare condivisione attorno al proprio operato. Il nostro servizio sanitario è stato in grado di introdurre importanti interventi di prevenzione di tipo sanitario come le vaccinazioni (somministrazione di un farmaco a persone sane) o gli screening (somministrazione di un test diagnostico a persone asintomatiche) ma non altrettanto in grado di comunicarne i benefici. Eppure sviluppare interventi non medici che coinvolgono le persone e settori esterni al servizio sanitario potrebbe avere un ruolo chiave per il miglioramento della salute della popolazione e la sostenibilità del servizio sanitario universale.

Il quadro che si delinea fa emergere l'importanza di formare professionisti di sanità pubblica in grado di operare scelte strategiche collaborando con specialisti di diverse discipline, oltre che con i clinici e le altre professioni sanitarie.

A tal proposito mi piace ricordare che la struttura che coordino, denominata - nell'attuale organizzazione dell'università di Perugia - Sezione di Sanità Pubblica del Dipartimento di Medicina Sperimentale, ha avuto tra i suoi più importanti cattedratici Alessandro Seppilli, fondatore della scuola di Igiene dell'università di Perugia, uno dei padri della riforma sanitaria del 1978, che ha dato un contributo fondamentale alla realizzazione di un servizio sanitario pubblico basato su universalità ed equità, servizio sanitario tra i primi al mondo per efficacia ed efficienza. Ebbene il professor Seppilli già negli anni '60-'70 affermava l'importanza del lavoro interdisciplinare e costruiva gruppi di lavoro

con medici, economisti e antropologi.

La sanità pubblica universitaria, che già ha avuto un ruolo centrale nella riforma del 1978 , è chiamata oggi a contribuire al rinnovamento del nostro servizio sanitario con un duplice ruolo. Da un lato essa può svolgere un ruolo importante nella progettazione e valutazione di modelli organizzativi così come nella sperimentazione di nuovi interventi e dall'altro deve provvedere, in sinergia con i professionisti del servizio sanitario, alla formazione di un medico di sanità pubblica che possa contribuire efficacemente al miglioramento del servizio sanitario nazionale e al miglioramento della salute delle persone.

Questa pubblicazione, con i suoi articolati contributi di analisi ed esperienze può costituire un utile spazio di confronto sui temi del rinnovamento del nostro servizio sanitario pubblico ad accesso universale, per una rafforzata cultura di sanità pubblica.

Fabrizio Stracci

Direttore della Scuola di specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva
Università degli studi di Perugia