

3. Le reti clinico-assistenziali per l'equità e la sostenibilità delle cure: il raccordo strutturato fra le cure primarie e la rete specialistica

Enrico Desideri

Le differenze dei SSR e le disuguaglianze di assistenza primaria in Italia

La mancanza di presa in carico, o meglio di assunzione in cura, dei pazienti cronici costituisce una grave carenza dei sistemi sanitari occidentali, anche pubblici. Nonostante che la letteratura internazionale abbia da anni documentato che le differenze - disuguaglianze di accesso (soprattutto in relazione al livello di istruzione, ma anche in relazione all'area di residenza e la relativa viabilità, al livello sociale, l'età e al genere) determinino un ritardo nell'avvio del percorso assistenziale e un conseguente - costoso - incremento della ospedalizzazione specie in urgenza e quindi dei costi, nonostante che anche in Italia siano state elaborate linee di indirizzo per la cronicità e l'equità delle cure, le disuguaglianze di accesso sono tuttora molto presenti, come documentato anche dall'Atlante Italiano delle disuguaglianze di salute (1). La pandemia causata dal Covid ha messo in risalto la mancanza di adeguate cure di prossimità in molte aree d'Italia con allarmanti differenze di mortalità e ospedalizzazione. Il fenomeno, più marcato durante la prima ondata, ha evidenziato sorprendenti differenze, anche all'interno delle singole regioni. Oggi assistiamo ad una - mi auguro non solo apparente - unanime visione strategica che riconosce nella prevenzione, nella prossimità e proattività delle cure il cardine del non più rinviabile cambiamento dei modelli organizzativi, modelli che dovranno avere una base unica, una visione strategica sistemica, olistica, ma che poi dovranno essere capaci di contestualizzarsi in relazione alle specificità di un'area (ad es. a bassa densità abitativa ovvero urbanizzata).

Se si considera che la cura delle malattie croniche assorbe fra l'82% e l'84% della spesa sanitaria pubblica e che tali patologie sono responsabili del 91% del totale delle cause di morte (2), la sfida di garantire le stesse cure a tutti appare non più rinviabile!

Alcuni spunti per il cambiamento

I temi centrali per il cambiamento fanno riferimento alla ampia letteratura sul *Population health management* e sono tesi a favorire sia l'equità delle cure, sia ad assicurare una maggiore resilienza del sistema in caso di pandemia. Di seguito una breve sintesi in 6 punti:

- La prevenzione (primaria-secondaria-terziaria), la prossimità e la proattività delle cure che, come sottolinea il PNRR, presuppone un rafforzamento sia delle strutture territoriali, sia organizzativo della rete territoriale. Il tema presuppone una nuova *governance* distrettuale, lo sviluppo della integrazione multi-professionale socio-sanitaria, un nuovo ruolo delle farmacie territoriali e nuovi approcci per la programmazione/prenotazione degli accertamenti specialistici (un PDTA- PAI senza ritardi, appropriato e senza i frequenti “rimpalli” da un accertamento specialistico all'altro causati dalla mancanza di collegamento fra i professionisti che seguono il singolo malato);
- Il raccordo strutturato fra i clinici che hanno in cura il malato: la *community of practice* (3), tipicamente - ma non esclusivamente - fra il medico di medicina generale e lo specialista ospedaliero “tutor” che ha già conoscenza del caso a seguito di un ricovero o per una visita specialistica effettuata dal paziente;
- Il consulto organizzato/strutturato fra specialisti della rete ospedaliera, indispensabile per gestire in sicurezza la multi-morbilità e, in particolare, per assicurare ai medici internisti o geriatri, che operano nei Presidi Ospedalieri di prossimità delle Aree Interne, il supporto dello specialista di branca per la corretta gestione diagnostico terapeutica dei casi più complessi e del percorso di persone affette da malattie rare. Così facendo, “piccolo ospedale” non significherà ospedale meno sicuro, fermo restando il rispetto della sicurezza delle cure, ad es. rispettando il rapporto volume esiti in ambito chirurgico!

- La sanità digitale (*digital health*) che abilita il raccordo fra i professionisti, rendendo possibile una sanità connessa ed inclusiva. La digitalizzazione, come sottolineato, e anche significativamente finanziato dal PNRR, facilita in particolare la condivisione di dati sanitari all'interno della comunità di pratica per il corretto svolgimento del PDTA-PAI, attraverso un approccio che superi la attuale non interoperabilità dei sistemi informativi e che, oltre il doveroso consenso informato, garantisca l'analisi dei rischi basata sul rilevamento dei fabbisogni di tutela dati, ex art.9 Reg. UE 2016/679 e in applicazione dei principi ex GDPR e delle Linee Guida OMS (*Classification of digital health intervention*).
La disponibilità di dati permette, inoltre, la stratificazione della popolazione in base alla gravità e rende applicabili i principi della ricerca traslazionale sull'efficacia di una innovazione (organizzativa o tecnologica), permettendo, inoltre, la produzione e il monitoraggio di specifici indicatori di esito, performance e costi. La scommessa digitale, così come la sicurezza dei dati, sono senza dubbio non più rinviabili come opportunamente sottolineato dalla Agenzia sulla cybersecurity (ACN) e, anche se il tema sta avendo una notevole accelerazione, rispetto ad altre nazioni europee, specie per lo specifico tema della sicurezza dati, il percorso nazionale di protezione dati è, secondo molti osservatori, da completare seguendo il Piano Triennale per l'informatica nelle pubbliche amministrazioni 2020-2022, frutto della collaborazione fra AGID e Dipartimento per la trasformazione digitale.
- Gli Indicatori sopra descritti, come detto, se opportunamente analizzati e monitorati possono essere una inconfutabile fonte di valutazione e validazione dei risultati in termini di efficacia ed efficienza al fine di correggere, ma anche valorizzare, il raggiungimento, ancorché per gradi, degli obiettivi di salute e costi condivisi. Se il percorso di comunicazione – concertazione è stato ben condotto, è corretto e condivisibile che questi indicatori costituiscano le fonti per l'applicazione delle variabili contrattuali previste nel contratto del personale dipendente e in percentuale molto più elevata, nel contratto del personale convenzionato (Accordo collettivo nazionale 2018, Medicina Generale).

- Per un cambiamento efficace è essenziale valorizzare ed integrare fra loro (multi-professionalità) tutte le professioni che operano in sanità e in ambito socio-sanitario (*primary care team*). Anche durante la pandemia, in particolare, si è delineato il forte contributo degli infermieri e il nuovo ruolo delle farmacie territoriali, nonché il ruolo della Sanità Pubblica nella tutela dei cittadini e nella valutazione epidemiologica. In questo contesto, un grande aiuto è venuto, e deve essere ulteriormente sviluppato, dai giovani specializzandi sia nell'ambito ospedaliero, sia in quello territoriale: un vero investimento per il presente e per la sanità del futuro!

I sei pillar, sopra descritti, possono essere messi in essere se - come accennato nel primo punto - le attività dei team multi-professionali costituiti viene resa possibile attraverso le strutture idonee per un'offerta territoriale rafforzata quali sono le Case della Comunità e gli "ospedali" di comunità, che - come noto - non sono ospedali, ma strutture territoriali con posti letto di cure intermedie, a degenza breve, utilissime per evitare un ricovero o per accelerare in sicurezza la dimissione.

I Distretti come sede elettiva di coordinamento

In una visione sistemica dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziale (PDTA) e del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) dei pazienti fragili e/o anziani, la realizzazione dei Punti Unici d'Accesso (PUA) e delle Unità per la Valutazione Multi-professionale (UVM) rendono concreti i presupposti di continuità e di qualità *patient centred* che sono alla base del *population health management*. Il domicilio "primo luogo di cura" deve essere reso sicuro avvalendosi di un adeguato servizio integrato (Assistenza Domiciliare Integrata - ADI) e mettendo a frutto le tecnologie disponibili ad es. per il tele-monitoraggio dei pazienti fragili e la domotica.

La sede principale per la programmazione, l'indirizzo e il coordinamento delle attività sopra descritte è il Distretto ove, avvalendosi della centrale operativa territoriale, si incardinano i PDTA e si promuove la necessaria interazione fra le professioni che operano nello stesso ambito sociale. Il Distretto è, inoltre, la sede ideale per favorire la partecipazione dei professionisti e dei comuni che lo com-

pongono. Inoltre, nel Distretto è realmente possibile promuovere la partecipazione attiva del volontariato (Associazioni per patologia, terzo settore) e dei cittadini tutti.

Ritengo utile ribadire quanto sopra appena accennato sul rapporto, all'apparenza paradossale, fra equità e sostenibilità delle cure: curare tutti costa meno! Come ha ottimamente ricordato Berwick (4), la sfida delle cure per tutti produce una riduzione significativa dell'ospedalizzazione (5) e quindi dei costi finali. A tale proposito fra gli errori più frequenti e ricorrenti vi è la misura solo dei costi intermedi (tetto sulle assunzioni del personale, tetto sulla spesa farmaceutica ...) dimenticando di rilevare la efficacia del percorso clinico-assistenziale molto spesso inficiata dalla ridotta aderenza alle cure, specie farmacologiche, della popolazione più fragile e culturalmente svantaggiata!

Solo la metà circa dei malati cronici, infatti, hanno una buona aderenza alla terapia prescritta e per le patologie respiratorie la percentuale della corretta aderenza si riduce ad un terzo! Questo fattore di rischio "occulto" è fra i principali responsabili della comparsa degli eventi acuti e della relativa ospedalizzazione, spesso con il coinvolgimento della emergenza territoriale o attraverso il Pronto Soccorso (6).

Una sanità capace di mettere, e far sentire, il malato al centro del suo percorso e delle attenzioni del sistema è la soluzione a cui il PNRR punta in coerenza con solide evidenze scientifiche internazionali. La *Primary Health Care* è oggi al centro delle attenzioni del legislatore, non possiamo né dobbiamo perdere anche questa favorevole opportunità, ma ogni impegno dovrà essere diretto alla crescita del Sistema attraverso indispensabili percorsi di affiancamento, formazione e condivisione di buone pratiche già presenti in Italia.

Bibliografia

1. Atlante Italiano delle disuguaglianze di salute. ISTAT- INMP, 2017
2. Thomas S. et al, Health System review: Osservatorio Europeo Sistemi e Politiche sanitarie, 2018
3. Wanger E, Community of practice, 1996
4. Berwick DM et al, The triple aim: care - health - cost reform, 2008
5. Desideri E, Reti cliniche integrate e strutturate. Igiene e Sanità Pubblica, dic. 2019
6. Ostterberg L et al, Adherence to medication. New England Journal Med. 353-487-497, 2005