

**Salute per tutti:
miti, speranze e certezze
della Primary Health Care**

**A cura di:
Antonio Bonaldi, Stefano Celotto,
Paolo Lauriola, Alessandro Mereu**

Prefazione di Sandro Spinsanti



CULTURA E SALUTE EDITORE PERUGIA

Salute per tutti: miti, speranze e certezze della Primary Health Care

A cura di: Antonio Bonaldi, Stefano Celotto, Paolo Lauriola, Alessandro Mereu

L'immagine di copertina trae origine da una pagina di saluteinternazionale.info
Si ringrazia per la collaborazione Gavino Maciocco e Norina Di Blasio

ISBN 978-88-85595-31-6

ISBN ebook 978-88-85595-33-0

©2021 CULTURA E SALUTE EDITORE PERUGIA

www.edizioniculturasalute.com

Stampa: Grafox srl Perugia

INDICE

Perché questo libro	7
Prefazione <i>Sandro Spinsanti</i>	9
Introduzione Salute per tutti: una visione sistemica <i>Antonio Bonaldi</i>	15
Contributi	31
1. Salute, diseguaglianze sociali e assistenza territoriale <i>Nerina Dirindin</i>	33
2. Che cos'è e cosa fa la Primary Health Care <i>Fulvio Lonati</i>	40
3. Le reti clinico-assistenziali per l'equità e la sostenibilità delle cure: il raccordo strutturato fra le cure primarie e la rete specialistica <i>Enrico Desideri</i>	50
4. Ruolo e organizzazione dei distretti sociosanitari <i>Luciano Pletti</i>	55
5. Casa della comunità non solo un luogo fisico ma un modo per promuovere la salute <i>Franco Riboldi, Franco Prandi</i>	63
6. Il ruolo dei medici nella gestione della sanità a livello locale <i>Filippo Anelli, Michele Bozzi</i>	72

7. La Salute e le sfide globali attuali e future. Emergenze ed opportunità. Quale ruolo della PHC? <i>Paolo Lauriola</i>	77
8. Quale prevenzione sul territorio: l'ambiente e la comunità. Carenza nel PNRR di proposte su rilancio/riorganizzazione/rinforzo della prevenzione <i>Ennio Cadum, Maria Grazia Petronio, Mauro Valiani</i>	90
9. La gestione del paziente cronico: modelli esplicativi a confronto <i>Giuseppe Belleri</i>	100
10. L'infermiere di Famiglia e di Comunità e l'équipe territoriale multiprofessionale <i>Paola Arcadi</i>	109
11. I medici del territorio <i>Silvio Garattini</i>	118
12. La riforma della medicina territoriale: perché è necessaria e quali sono gli ostacoli da affrontare <i>Stefano Celotto, Alessandro Mereu</i>	122
13. Medicina di prossimità: le proposte dei giovani medici <i>Annalisa Napoli, Federico Contu</i>	132
14. Educazione Permanente in Salute, la cassetta degli attrezzi per l'empowerment delle reti assistenziali e il supporto alla gestione dei servizi territoriali <i>Ardigó Martino</i>	137
15. Il Libro Azzurro per la riforma per le Cure Primarie in Italia <i>Alice Cicognani, Elena Rubatto</i>	145
16. Cittadini e assistenza territoriale: criticità e proposte <i>Annalisa Mandorino</i>	154
Gli Autori	160

PERCHÉ QUESTO LIBRO

L'idea di scrivere un libro a più mani nasce sostanzialmente da due considerazioni che sono l'esito dell'effetto congiunto della pandemia da Covid-19 e della, forse ancor più grave, crisi climatica: due fenomeni complessi, apparentemente disgiunti, che stanno condizionando pesantemente le nostre vite e che sono destinati a far sentire a lungo i loro effetti sul piano biologico, sociale, economico ed ecologico.

Dunque, la prima considerazione discende dalla consapevolezza che uomo, natura e società sono un tutt'uno e che la concezione classica (meccanicistica) della scienza basata sullo studio analitico delle parti, per quanto importante e tuttora valida, non è in grado, da sola, di capire e di gestire i problemi complessi, di natura sistemica, che affliggono la nostra società. Un problema non da poco perché il cambiamento del modello di interpretazione della realtà implica una revisione profonda del nostro modo abituale di osservare il mondo e di prendere le decisioni.

La seconda considerazione riguarda la constatazione dell'incapacità degli attuali servizi territoriali di far fronte ai nuovi bisogni di prevenzione e di cura e la conseguente necessità di avviare con urgenza un radicale cambiamento nel modo di intendere e di promuovere la salute e di garantire cure efficaci per tutti.

Sulla base di questi presupposti, abbiamo cercato quindi di spiegare in poche parole e con qualche semplice esempio in che cosa consiste la visione sistemica e come essa richieda un diverso metodo di approccio ai problemi che caratterizzano il nostro tempo, in particolare per quanto riguarda i temi relativi alla salute, alla prevenzione e alla Primary Health Care.

Nella seconda parte abbiamo invece raccolto una serie di contributi di diverse autorevoli persone che da tempo e a vario titolo si occupano di sanità pubblica, allo scopo di contribuire al vivace dibattito in corso, anche in prospettiva degli importanti provvedimenti di legge

che dovranno essere adottati con la realizzazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.

Un sentito ringraziamento va alle autrici e agli autori dei singoli capitoli che hanno aderito con entusiasmo a questa iniziativa, nonché alla ammirevole disponibilità dell'editor di "Cultura e Salute Editore Perugia", che si è preso l'impegno e l'onere di pubblicare il testo in formato scaricabile gratuitamente, così da renderlo facilmente disponibile a tutti.

Siamo ad un punto di svolta e si profila un cammino lungo e accidentato. Noi, per riprendere l'analogia di Sandro Spinsanti, ci uniamo *allo sciame di rimorchiatori e barchini popolati di persone di buone volontà*, nella speranza, ultima a morire, di sbloccare la nave chiamata medicina e riprendere finalmente il largo.

li, 3 ottobre 2021

PREFAZIONE

Sono passati mesi, ma l'immagine della portacontainer Ever Given, sdraiata a traverso nel canale di Suez, non ce la togliamo dagli occhi. E attorno al suo corpo fuori misura lo sciame di rimorchiatori e barchini, popolati di persone di buona volontà che ce la mettevano tutta per toglierla dalle secche. Inevitabile il riferimento alla condizione in cui si trova la medicina nella nostra società. Per le dimensioni, anzitutto: un corpo immenso, che mobilita strutture di ricovero, personale sanitario, interessi giganteschi sui quali dominano quelli di Big Pharma. Ma anche per la sua condizione spiaggiata. Siamo consapevoli che non corrisponde al nostro concetto ideale di "buona medicina", eppure tutti i tentativi di riformarla sembrano destinati al fallimento.

Rimane immobile: segmentata in mille trattamenti, ma senza una strategia unitaria; a contare e pagare le prestazioni, ma incapace di valutare il suo contributo a migliorare il livello di salute delle popolazioni; un sistema sanitario sulla bocca di tutti e nella esecrazione dei più. Una medicina sempre più lontana dal concetto di cura; sempre meno coniugabile con il prendersi cura.

Non sono certo le ricette avanzate per curare la sanità malata che scarseggiano. A cominciare da quelle che richiedono un più alto livello di scientificità nelle cure, più investimenti, maggiori tecnologie a servizio della modernità, diversa organizzazione dei servizi. Stiamo parlando di quel versante della cura che poggia sul sapere nutrito di scienze esatte. È la medicina che "conta", tutta rivolta a "capire" la patologia e i suoi rimedi. A suo fianco si colloca la medicina che affonda le radici nelle scienze umane e si traduce nella pratica delle *Medical Humanities*: è la cura che cerca di "comprendere" il vissuto patologico, la medicina che "racconta". Non a caso tradizionalmente l'arte terapeutica si è riconosciuta nella figura duplice del dio Giano, con i suoi due volti simmetrici.

La questione fondamentale è come si rapportino tra loro queste due metà della cura. L'evenienza più sfavorevole è che si voltino le spalle, come appunto nell'iconografia tradizionale. I rappresentanti del versante scientifico potrebbero idealmente sentirsi in sintonia con i farmacisti dell'Università di Padova che nel XVI secolo avevano creato il primo orto botanico da cui ricavare i farmaci, adottando come motto: *Herbis non verbis fiunt medicamina vitae*; ovvero: "Ciò che cura sono le erbe, non le parole" (magari implicitamente squalificate come chiacchiere...). In termini attuali, diremmo: "Per curare, pillole, non parole!". Certo, farmaci di ultima generazione, e vaccini, e terapie intensive efficienti: la pandemia da Covid-19 ci ammonisce di potenziare la *preparedness*, se non vogliamo ritrovarci nelle secche dell'impotenza in cui ci ha precipitato la prima ondata. E poi una nuova organizzazione, centrata sulla Primary Health Care e una radicale revisione dei percorsi di cura, potenziando la prossimità. Ma la ricetta a senso unico, centrata unicamente su ciò che possiamo ricondurre all'arsenale terapeutico, non soddisfa chi è convinto che per avere la "buona medicina" dobbiamo servirci di *Herbis et verbis*, sia di pillole che di parole. E che magari le due facce di Giano, quelle che rappresentano i due versanti della cura, facciano una torsione di 180 gradi e si guardino; e si rispettino, nella loro autonomia; e si valorizzino reciprocamente.

Tra i tanti che cercano di disincagliare il bestione – economisti, programmatori sanitari, politici – spiccano gli studiosi, animati di buona volontà, dell'ambito umanistico per i quali la parola, ovvero la competenza comunicativa, è lo strumento privilegiato della cura. Quelli che si affannano a raccomandare parole oneste, conversazione, ascolto e narrazione. Sforzi patetici? I più consapevoli tra i consiglieri di buona volontà che si nutrono di *Medical Humanities* ne hanno il sospetto. Rischiano di sentirsi ridotti al ruolo caricaturale degli "umarell": quegli ometti che, sfidando il ridicolo, si accostano con i loro consigli non richiesti a coloro che si sforzano nei cantieri pubblici con le grandi opere. Presumono di saperne di più; ambiscono a ottenere risultati dove i tecnici falliscono. Al più vengono educatamente tollerati. Quand'anche i loro consigli venissero accolti e alla parola condivi-

sa fosse riconosciuto pieno diritto di cittadinanza nel cantiere della buona medicina, la ricetta non sarebbe ancora completa. Il sistema delle cure sta in piedi perché, come un tavolo che si regge su tre gambe, ha bisogno che tutt'e tre lo sostengano. Il terzo elemento strutturale, oltre le pillole e le parole, è il rapporto di fiducia tra chi eroga le cure e chi le riceve. Indipendentemente dalla quantità di risorse che investiamo nel sistema e dall'efficienza del sistema stesso, se la sfiducia prevale la cura collassa. E proprio la sfiducia è il male che corrode dall'interno la medicina dei nostri giorni. Nella sua forma più radicale diffida della scienza in toto. Suo terreno di prova è attualmente la diffidenza verso i vaccini anti Covid. Coloro che cercano di smontare le resistenze alle vaccinazioni raccolgono come motivazione più frequente: "Io non mi fido (dei medici, di Big Pharma, degli scienziati vari, dei dirigenti e amministratori sanitari...)". La carenza di fiducia nello Stato e nelle sue istituzioni tracima nella diffidenza sistematica nei confronti dei professionisti della cura. L'onda lunga del sospetto, frastagliata in mille rivoli, non risparmia nessuno: "Con che criteri discriminanti fanno il *triage*?"; "Medici e infermieri non mi staranno nascondendo i loro errori?"; "Quale interesse ha il medico a prescrivermi quello che mi prescrive?"; "Il Servizio Sanitario Nazionale non sta colludendo con la sanità privata?". Anche il sapere del medico recede di fronte all'onniscienza di Google, a disposizione di ognuno con un click. L'intero edificio della cura che abbiamo ereditato rischia di sfasciarsi per il tarlo insidioso che rode la medicina dall'interno.

C'è chi pensa che la terapia del male nascosto della medicina possa consistere in un ritorno alla relazione che in passato si instaurava tra i sanitari e i malati. In Francia è appena stato pubblicato un libro-manifesto: *Je ne tromperai jamais leur confiance* (Ed. Gallimard 2021). Lo propone Philippe Juvin, un medico che gode di alto prestigio e che si appresta a entrare nell'agone politico. Appoggiandosi esplicitamente a una formulazione da giuramento ippocratico – "Non ingannerò mai la loro fiducia" – evoca un'epoca in cui il rapporto di cura richiedeva due atteggiamenti simmetrici: la "scienza e coscienza" del curante e l'appoggiarsi fiducioso a lui da parte della persona

in cura. Si era soliti chiamare questo rapporto “alleanza terapeutica”. Ebbene, è quanto mai ora di rendersi conto che quel modello è definitivamente superato.

Soprattutto se lasciamo risuonare nel concetto di alleanza la dimensione sacrale che lo caratterizza nella tradizione ebraico-cristiana. Quel tipo di alleanza non si presenta come un contratto tra parti uguali per potere e per iniziativa: è chi sta in alto – la divinità – che concede l'alleanza alla controparte umana; e pone anche le condizioni/comandamenti da osservare per poter restare nell'alleanza. Se l'eco di questa concezione poteva ancora essere percepita nella pratica medica del passato, è del tutto anacronistica ai nostri giorni. L'alleanza è solo concepibile come realtà laica, su un piano di parità. È stretta tra parti consapevoli, non concessa per benevolenza. Comporta impegni reciproci e trasparenti tra i partner.

È ben vero che l'asimmetria – di sapere e di potere – resta intrinseca alla relazione terapeutica. Ma andrà gestita diversamente rispetto al passato. Soprattutto è necessario rimettere in discussione il cammino per il quale ci siamo avviati, eloquentemente raffigurato dal moltiplicarsi della modulistica tra i professionisti e le istituzioni che offrono la cura e i cittadini che la ricevono. Quella montagna di carte è il simbolo stesso della diffidenza che ha preso il posto della fiducia. Il primo passo è dunque riconoscere, con onestà, che stiamo percorrendo con tenacia la strada sbagliata. Moltiplichiamo pervicacemente moduli su moduli, senza accorgerci che stiamo ottenendo l'esatto contrario di ciò di cui abbiamo bisogno: reciproca ostilità, invece di apertura; distanziamento, invece di vicinanza; sistematico sospetto, invece di trasparenza.

Come costruire un nuovo rapporto di fiducia in medicina? Un compito enorme. Ancor più grande è però quello di stabilire rapporti pacifici nel mondo. “Si parva licet componere magnis”, possiamo prendere in considerazione per l'ambito sanitario le strategie che la lettera enciclica *Fratelli tutti* (n. 231) immagina capaci di contribuire alla costruzione della pace.

Le sintetizza in due percorsi: architettura e artigianato. L'immagine di strutture “architetoniche” che tengano in piedi un rapporto di

fiducia tra sanitari e cittadini rimanda in primo luogo a solide, ma chiare, norme legali e deontologiche. La fiducia ha bisogno di essere difesa da un disegno delle responsabilità, che faccia anche diminuire l'incombere minaccioso delle cause legali. Una medicina sicura deve esserlo, in primo luogo, per il professionista. Non può esercitarla se si sente continuamente sotto il ricatto di possibili denunce, qualora l'esito della cura non corrisponda ai desiderata di chi la richiede.

L'artigianato, invece, evoca il lavoro quotidiano di promozione della partecipazione informata e consapevole al percorso di cura. Oltre alla garanzia fornita dalle norme giuridiche, la fiducia ha bisogno di altro nutrimento. Di parole oneste, in primo luogo. Magari, seguendo le indicazioni della grammatica, dando la precedenza al sostantivo sull'aggettivo.

Che le parole siano oneste è importante, ma anzitutto ci devono essere le parole. Una medicina sordomuta è inaffidabile, per quanto solida sia la sua base scientifica. La fiducia di cui ha bisogno la pratica della cura deve essere sostenuta dalla conversazione. Stiamo parlando non di due chiacchiere con una spolveratina di gentilezza, ma di un atto di civiltà. In senso rigoroso i conversanti devono prendersi sul serio e rispettarsi, ascoltare tanto quanto parlare, lasciarsi portare insieme in un terreno non predefinito, ma da costruire insieme ("Io mi fido di te perché tu ti fidi di me").

È il tessuto di una relazione fatta di ascolto e interrogazione, narrazione e informazione recepibile secondo i diversi livelli di cultura. "Il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura (legge 219/2017 *Norme sul consenso informato e sulle disposizioni anticipate di trattamento*): è il caso di cominciare a rendere concreta questa inflazionatissima citazione, che da esortazione riconducibile alla "moral suasion" è stata promossa addirittura a norma di legge. Siamo consapevoli che questa è la via regia per costruire una nuova e diversa fiducia in medicina. Dobbiamo praticarla, invece di limitarci a predicarla.

Mettere insieme pillole, parole e fiducia, le tre gambe di quel tavolo che ha nome cura. Propositi velleitari, vestiti di ingenuità? Eppure, eppure... la portacontainer alla fine si è mossa! Quelle minuscole, ridicolmente sproporzionate imbarcazioni che si affaticavano giorno

e notte intorno ad essa per disincagliarla, sono riuscite a rimetterla in movimento.

Questione di tenacia? Questione di fortuna? Vale la pena scommettere sulla possibilità che la nave chiamata medicina si sblocchi dalla sfiducia che la paralizza e riprenda la navigazione. Nei container non ci sono merci di consumo, ma un bene molto più prezioso: la nostra salute.

Sandro Spinsanti

Direttore Istituto Giano per le Medical Humanities, Roma

INTRODUZIONE

Salute per tutti: una visione sistemica

Antonio Bonaldi

Una piccola mutazione capace di sconvolgere il mondo

31 dicembre 2019, la Cina segnala all'OMS che a Wuhan (una città sconosciuta alla maggior parte di noi) si stanno verificando molti casi di una polmonite atipica, causata da un coronavirus molto contagioso e fino allora sconosciuto, responsabile di una malattia virale simile all'influenza, ma assai più grave, successivamente denominata Covid-19 (Coronavirus Disease 2019).

Da quel momento in poi la vita di miliardi di persone cambiò completamente. Cos'era successo? Era successo quello che Edward Lorenz, il famoso matematico e meteorologo statunitense, uno dei padri della teoria del caos, ha chiamato *effetto farfalla*. Cioè, un piccolissimo cambiamento ai confini della vita si è andato via via amplificato fino a produrre effetti catastrofici, proprio come il battito d'ali di una farfalla in Brasile può produrre un uragano nei Caraibi. Un fenomeno tipico dei sistemi complessi dove gli effetti di un evento non sono proporzionali alla forza che lo ha generato.

Ecco quindi che una piccola mutazione comparsa in un microscopico filamento di RNA racchiuso in una pallina di muco ha provocato in brevissimo tempo un cataclisma di dimensioni planetarie, procurando milioni di morti e una catena di eventi drammatici che non ha risparmiato alcun aspetto della vita biologica e sociale e di cui non abbiamo ancora visto la fine.

L'uomo, la natura e l'unità delle cose

Tutto ciò ci ha improvvisamente resi consapevoli (oltre che della nostra fragilità) che tutto ciò che sembra avere una vita autonoma in realtà è parte di una immensa rete di relazioni dove tutto è colle-

gato e dove si possono generare fenomeni del tutto inaspettati che sfuggono ad ogni controllo.

A dire il vero il concetto dell'unità delle cose non è poi così nuovo. Filosofi, teologi, mistici e scrittori ce ne parlano da molto tempo e con molta convinzione. Dal secolo scorso, a partire da Einstein, anche i fisici ne sono convinti: *non si può cogliere un fiore senza turbare una stella*, ci ricorda Einstein e in effetti gli scienziati ci hanno dato ampie dimostrazioni di come nell'universo tutto sia collegato. Pensiamo, per esempio, al fenomeno tuttora avvolto nel mistero dell'*entanglement quantistico*, secondo il quale, come ci spiega Carlo Rovelli in Helgoland (1), il legame tra due particelle che hanno interagito rimane tale anche quando vengono separate, per cui il cambiamento dell'una comporta l'istantaneo mutare dell'altra indipendentemente dalla distanza in cui sono poste.

In ogni caso la drammatica esperienza della pandemia è stata un'occasione davvero unica per far comprendere a tutti che i problemi della nostra epoca (epidemie, cambiamenti climatici, migrazioni, povertà) sono problemi tra loro interdipendenti, che investono contemporaneamente la sfera politica, economica, sociale, biologica, spirituale e che quindi non possono essere studiati e affrontati separatamente.

Visione sistemica

Da qui la consapevolezza che la concezione classica (meccanicistica) della scienza basata sullo studio analitico delle parti, che ci ha accompagnato negli ultimi trecento anni, a partire dalla rivoluzione scientifica di Cartesio, Galileo e Newton (solo per citare qualche nome) non solo non è in grado di spiegare ciò che accade intorno a noi ma soprattutto non può proporre soluzioni efficaci.

È pur vero che ormai da decenni la scienza ci sta offrendo nuovi schemi interpretativi della realtà ma queste concezioni sono perlopiù relegate nell'ambiente scientifico e filosofico mentre la vita quotidiana continua ad essere scandita dal paradigma culturale meccanicistico.

Aggiungere la dimensione sistemica alla comprensione del mondo significa modificare profondamente il comune modo di pensare, a

partire dalla metafora attraverso la quale osserviamo il mondo: non una macchina costituita da ingranaggi (elementi) che si possono isolare, studiare e all'occorrenza sostituire, ma una rete dove i nodi (elementi) non sono separabili e le loro proprietà non sono predefinite ma "emergono" (si generano) dalle relazioni che si instaurano tra di essi.

Se impariamo a riconoscerli ci rendiamo conto che i sistemi sono ovunque e dunque è bene sapere che essi hanno caratteristiche di funzionamento del tutto peculiari, quali, ad esempio: l'*autor-organizzazione*, cioè la tendenza ad evolvere mediante processi di adattamento alimentati dall'interazione tra il sistema e l'ambiente circostante; la *non-linearità*, per cui i cambiamenti non sono proporzionali alle dimensioni del fenomeno che li ha generati; l'*imprevedibilità*, cioè l'impossibilità di prevedere la loro evoluzione a lungo termine e quindi la necessità di operare in condizioni d'incertezza; la capacità di generare proprietà cosiddette *emergenti*, perché non sono presenti nei singoli elementi costitutivi ma "emergono" dalle loro interazioni.

Da dove iniziare

A questo punto, dobbiamo chiederci che cosa può cambiare nel modo di pensare e di agire quando osserviamo il mondo da una prospettiva sistemica. Ovviamente a questa domanda non c'è una sola risposta, non esiste infatti una ricetta valida per ogni circostanza. Tuttavia, a titolo esemplificativo descriviamo alcune situazioni in cui l'approccio sistemico si rileva di fondamentale importanza per innescare un processo di cambiamento e di innovazione.

Passare dalle cose alle relazioni

Innanzitutto è utile aver ben chiaro che i problemi complessi (cioè di natura sistemica) hanno a che fare con proprietà acquisite attraverso le interazioni tra le parti e pertanto non possono essere affrontati né tantomeno risolti concentrando l'attenzione su uno specifico elemento. Le proprietà sistemiche (emergenti), infatti, non si possono trattare come se appartenessero agli oggetti anziché essere acquisite tramite le interazioni. Di conseguenza, il tentativo di affrontare i

problemi contemporanei, isolando i vari elementi e attribuendo a ciascuno di loro proprietà malefiche o benefiche è un procedimento molto rischioso, spesso fallace e non di rado dannoso.

Se non ci rendiamo conto della dimensione sistemica dei problemi ci comportiamo come l'industria ittica canadese negli anni '90 del secolo scorso, quando per far fronte al calo dei merluzzi nell'atlantico adottò una soluzione tanto semplice quanto inefficace: uccidere il maggior numero possibile di foche, dato che esse si cibano di merluzzi. Attribuire alle foche la causa della diminuzione dei merluzzi significa però ignorare le milioni d'interazioni che compongono la catena alimentare marina ottenendo come magro risultato: lo sterminio delle foche e l'ulteriore calo dei merluzzi.

Come abbiamo visto nei giorni drammatici della pandemia, i problemi di natura sistemica implicano l'interdipendenza tra settori anche non direttamente collegati al problema in esame e perciò devono essere affrontati integrando le competenze relative a diversi ambiti di conoscenza: biologia, sociologia, comunicazione, economia, istruzione, ecc. Affrontare problemi complessi secondo una logica meccanicistica costituisce un grave limite culturale, strategico e tecnico perché concentrando l'interesse su uno o pochi elementi in gioco si riduce o addirittura si annulla la capacità di tener conto delle dinamiche evolutive del sistema. La conoscenza dei dettagli (specializzazione) si trasforma in un valore aggiunto solo allorquando si accompagna alla cooperazione, che a sua volta implica la condivisione di regole comuni e la rinuncia ad alcuni gradi di libertà individuale a beneficio della collettività.

In ambito sanitario per esempio l'orientamento meccanicistico si manifesta nel concentrare l'attenzione sugli ospedali, le tecnologie e la specializzazione (approccio biomedico) trascurando la molteplicità dei fattori ambientali, sociali, biologici, emozionali, spirituali che agiscono sulla salute e che influenzano gli esiti delle cure. Per controllare una pandemia non basta occuparsi del virus, della cura dei malati e delle vaccinazioni. Ovviamente cure efficaci e vaccini sono fondamentali ma ad essi si devono affiancare interventi afferenti ad altri saperi che si propongono di modificare le condizioni ambientali e sociali che facilitano l'insorgenza e la diffusione delle pandemie.

Gestire l'incertezza

Riconoscere la dimensione sistemica degli accadimenti ci può aiutare a meglio comprendere il valore delle previsioni e la governabilità degli eventi. Nei sistemi complessi la direzione degli eventi e il loro sviluppo sono continuamente sottoposti all'influsso e alle distorsioni generate dagli attori, dai vincoli e dagli eventi casuali che via via si presentano. Come ci ricorda Mauro Ceruti, *all'interno di un medesimo quadro di partenza, di una medesima situazione storica esistono diverse strategie possibili ... i cui esiti dipendono dall'interazione di una irriducibile molteplicità di fattori* (2). A questo scopo i modelli predittivi sono certamente utili per orientare le decisioni ma poiché essi si avvalgono spesso di schemi basati su criteri deduttivi di tipo deterministico, le previsioni (come nella meteorologia) sono attendibili solo a breve termine. Nel lungo periodo, le interazioni non-lineari (spesso sconosciute), rimescolando i fattori in campo rendono le previsioni sempre più vaghe, sfumate, imprecise e soprattutto si dimostrano assolutamente incapaci di prevedere i cosiddetti "cigni neri", ossia gli eventi estremamente rari, che hanno un impatto enorme sulla comunità e che sono "prevedibili" solo retrospettivamente (3).

Dato che la realtà procede lungo traiettorie dinamiche e perlopiù indecifrabili, occorre agire con molta flessibilità, dotarsi di grandi capacità di adattamento, impiegare strumenti capaci di indurre (facilitare) i cambiamenti attesi (fare in modo che le cose succedano), non stupirsi del fatto che la scienza cambi "parere" a mano a mano che si aggiungono nuove conoscenze e accettare l'idea che un certo grado d'incertezza è, e resterà ineliminabile.

Allineare scienza e umanesimo

Il terzo ambito in cui il pensiero sistemico ci può essere d'aiuto riguarda lo sviluppo della conoscenza. Oggi la scienza è diventata una sorta di religione e gli scienziati rappresentano i ministri del culto. La scienza si ritiene infallibile e ogni decisione deve essere giustificata dalla scienza. Essa, però, ci dice come è fatto il mondo e come funziona, ci insegna a misurare e a contare, ma non tutto ciò che ha valore nella vita riguarda la scienza e può essere indagato con il

metodo scientifico. Le emozioni, la paura, l'amore, la gioia, i valori, l'etica, le espressioni artistiche, non appartengano alla scienza, ma sono ugualmente importanti. *Se una cosa non è scientifica, se non può essere verificata tramite l'osservazione, non significa che sia inutile, o stupida o sbagliata* (4).

La cultura umanistica attraverso la filosofia, la letteratura e le varie forme di espressioni artistiche ci aiuta a capire l'uomo e ci fa apprezzare una dimensione della vita che non è contrapposta ma complementare a quella scientifica. Scienza e umanesimo sono due aspetti inscindibili e irriducibili della realtà e di ciò devono essere consapevoli soprattutto coloro che operano nell'ambito della medicina. Essi infatti hanno a che fare con il regno della scienza, della razionalità e della tecnologia, il cui compito è quello di indagare le cellule, gli organi e gli apparati, secondo un approccio lineare di causa ed effetto che si avvale di numeri, medie e statistiche. Ma contemporaneamente devono tener conto del sapere che sgorga dalla vita, in cui si combinano esperienze, valori, sentimenti, emozioni di cui solo la singola persona può disporre e che si alimenta di parole, racconti, fattori psicologici, sociali e spirituali.

La salute

Da un punto di vista sistemico la salute può essere definita come una sensazione soggettiva di benessere conseguente all'interazione tra fattori biologici, ambientali, psichici, spirituali e sociali. Si tratta cioè di una proprietà "emergente", non localizzabile e non estranea, come ci spiega Giuseppe Belleri, alle sfumature semantiche che designano la malattia: la componente soggettiva (*illness*), la descrizione biologica (*disease*) e le conseguenze sociali (*sickness*). In pratica la salute va considerata in senso dinamico, come risultato della complessa interazione tra l'individuo e il contesto fisico e sociale in cui è inserito. Ciò comporta due importanti conseguenze pratiche.

Innanzitutto mette in evidenza che per sentirsi in salute non è necessario conseguire un completo stato di benessere fisico, mentale e sociale (di cui alla famosa definizione dell'OMS) perché, come ben documentato dall'esperienza quotidiana, molte persone dichiarano di godere di un senso di serenità e di benessere ancorché colpite da

severe limitazioni funzionali.

In secondo luogo, dare rilievo al contesto significa richiamare l'attenzione sulla necessità di creare le condizioni ambientali e sociali che promuovono la salute. La prospettiva sistemica ci ricorda, infatti, che la salute non riguarda solo la medicina e i servizi sanitari, ma è indissolubilmente legata alla vita in tutti i suoi aspetti: biologico, cognitivo, sociale, spirituale. In effetti il nostro stato di salute dipende dalla medicina solo per il 15-20%. Per il restante 80-85% dipende dai fattori ambientali e sociali e dai nostri stili di vita: alimentazione, attività fisica, fumo, alcool (5). Da qui il concetto internazionalmente riconosciuto con il nome di *One Health*, secondo il quale la salute è influenzata in larga misura da una fitta rete d'interazioni che intercorrono tra l'uomo, gli animali, la natura e il contesto sociale, a partire dal livello molecolare fino a raggiungere le dimensioni planetarie (6).

Intendiamoci bene, l'apporto della medicina è essenziale. Senza dubbio la garanzia di poter accedere a servizi sanitari di buona qualità per tutti è uno dei più importanti indicatori di progresso sociale e civile, ma per preservare la salute non possiamo limitare il nostro interesse alla medicina. La salute dipende da tutto ciò che contraddistingue la vita: l'ambiente fisico, la città, la casa, la mobilità, i modelli di produzione agricola, l'alimentazione, le disuguaglianze sociali, l'istruzione, l'occupazione, l'organizzazione del lavoro, i consumi, la capacità di gestire sé stessi e le proprie emozioni.

La prevenzione

La pandemia e gli eventi metereologici estremi di questi ultimi mesi (alluvioni, incendi, ondate di calore) hanno messo in luce le tragiche conseguenze che possono derivare dal disinteresse dimostrato dai politici e dall'opinione pubblica nei confronti della tutela dell'ambiente e in particolare dalla progressiva riduzione degli investimenti dedicati alla prevenzione primaria.

Nel paragrafo precedente abbiamo visto che la salute, considerata da una prospettiva sistemica, è indissolubilmente legata alla vita e che apparteniamo ad un immenso ecosistema governato dalle leggi della complessità. Ne consegue che le attività di prevenzione primaria, il cui obiettivo

è quello di rimuovere le cause delle malattie, devono tener conto degli squilibri che si stabiliscono tra l'individuo e i fattori economici, biologici, culturali e sociali di cui è parte, perché da questa complessa rete di relazioni che si è andata strutturando dagli albori della vita fino ai nostri giorni, dipende la nostra salute e quella del pianeta. Certo, si può osservare che rispetto al passato la mortalità e la qualità della vita sono complessivamente migliorate, ma oggi i segnali di allarme relativi al progressivo degrado dell'ambiente e alle crescenti diseguaglianze sociali sono sempre più chiari. Non è ancora troppo tardi per agire, ma occorre acquisire la consapevolezza che è necessario avviare un cambio radicale dell'attuale modello di sviluppo votato al mito della crescita senza limiti, per indirizzarci senza ulteriori indugi verso una nuova organizzazione della vita pubblica, della convivenza sociale e della struttura produttiva, ispirata ed orientata ai principi della sostenibilità e della solidarietà.

A questo riguardo le idee non mancano (si veda in proposito quanto indicato da Ennio Cadun, Mauro Valiani e Maria Grazia Petronio), ma le attività vanno realizzate mettendo in comune i saperi afferenti a diverse discipline e avviando una stretta collaborazione tra differenti settori di attività: energia, trasporti, agricoltura, alimentazione, istruzione, economia, ecc. Tutte le attività umane, infatti, influiscono in varia misura e con diversi meccanismi sulla salute e il benessere dell'uomo ed è per questo motivo che tutti coloro che intendono intraprendere nuove attività devono imparare a tener conto dei rischi e dei benefici associati alle loro iniziative, secondo il principio della *"Salute in tutte le politiche"*. Medici, veterinari, architetti, biologi, amministratori, economisti, agricoltori, fisici, sociologi, filosofi, devono cooperare e integrare i loro rispettivi saperi per immaginare un modello di sviluppo che rispetti l'uomo e l'ambiente fisico e sociale in cui vive e lavora e per individuare gli strumenti capaci di realizzarlo in uno spirito di condivisione, cooperazione e solidarietà.

La politica dei co-benefici

Oggi, molto probabilmente, la più grave minaccia per la salute dell'uomo è rappresentata dal graduale riscaldamento globale che sta già generando enormi problemi sia a causa dell'aumentata fre-

quenza di eventi metereologici estremi (alluvioni, tifoni, ondate di calore, incendi) sia per le conseguenze sociali che ad essi si associano: guerre, distruzioni, migrazioni, carestie, epidemie.

Spesso le azioni messe in atto per mitigare i cambiamenti climatici, oltre a perseguire obiettivi misurabili a lungo termine e su scala planetaria e per questo motivo poco percepibili da parte della popolazione, possono conseguire anche immediati risultati positivi su altri fronti, quali: benefici economici, riduzione delle diseguaglianze e miglioramento della salute. Per esempio, gli interventi adottati per ridurre le emissioni di gas serra (la maggior parte delle quali dipende dall'impiego di combustibili fossili) diminuiscono anche l'inquinamento atmosferico locale che a sua volta è fortemente implicato nell'insorgenza di malattie respiratorie e di alcuni tipi di tumore che colpiscono soprattutto le persone più vulnerabili e socialmente fragili. La realizzazione di percorsi pedonali e di vie ciclabili, oltre a ridurre le emissioni di CO₂, contribuisce a promuovere l'attività fisica e conseguentemente a ridurre il rischio di obesità, diabete e malattie vascolari. Allo stesso modo la riduzione del consumo di carne a favore di proteine di origine vegetale, oltre a ridurre l'incidenza delle malattie cardiovascolari e di alcuni tumori, comporta una considerevole diminuzione delle emissioni associate agli allevamenti, soprattutto quelli intensivi, che incidono per circa l'80% delle emissioni di gas serra del settore agricolo.

Insomma, appare sempre più chiaro che le vere cause delle malattie, specie delle patologie croniche a più alta prevalenza, debbano essere ricercate nei mutamenti ambientali e nell'organizzazione sociale e produttiva prima ancora che nelle alterazioni di natura biochimica e che tali cause agiscono congiuntamente su più fronti e vanno pertanto considerate nel loro insieme. Tanto è vero che il direttore del Lancet Richard Horton a proposito del coronavirus non parla di pandemia, ma di sindemia, cioè della contemporanea insorgenza di patologie plurime caratterizzate dall'interazione tra condizioni biologiche e sociali che aumentano la suscettibilità delle persone di ammalarsi (7).

I livelli d'intervento

È evidente che gli interventi di prevenzione primaria si distribuiscono

su più livelli, a partire dagli impegni internazionali fino alle decisioni che riguardano il singolo individuo, lungo un ampio spettro di responsabilità. Tali interventi devono essere coerenti con le conoscenze disponibili e realizzati in modo coordinato tra i vari settori dell'amministrazione e i diversi ruoli professionali coinvolti.

A livello nazionale, per esempio, sono adottati i provvedimenti di natura legislativa e strategica che si propongono di dare attuazione agli accordi sottoscritti in ambito internazionale come per esempio: Gli obiettivi per lo sviluppo sostenibile dell'ONU; il Green Deal Europeo"; Il Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025; il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

A livello locale sono altrettanto importanti gli interventi che mettono in atto quando stabilito da leggi e documenti di programmazione, tenendo conto in particolare dei principali determinanti sociali della salute e in primo luogo della povertà, come ci ricorda Nerina Dirindin. A questo fine è di fondamentale importanza il ruolo della Case di comunità dove soggetti e istituzioni si organizzano per la promozione della salute e del benessere sociale, attraverso la regia dei Dipartimenti di Prevenzione, l'apporto della "Rete dei medici sentinella per l'ambiente" di cui ci parla Paolo Lauriola e il ruolo fondamentale dei medici di famiglia.

Fatta salva la responsabilità delle istituzioni di contrastare i fattori ambientali e sociali che agiscono sfavorevolmente sulla salute vi è comunque anche il dovere individuale di "mantenere la propria salute" per interesse personale e come forma di solidarietà nei confronti del Servizio Sanitario Nazionale. In fondo, ci ricorda Silvio Garattini, le cose da fare non sono tantissime, basterebbe seguire una dieta varia e moderata, astenersi dal fumo, usare l'alcool con moderazione e fare regolare esercizio fisico. Viceversa uno dei messaggi più frequenti per i cittadini in tema di prevenzione si basa sull'idea che per salvaguardare la salute sia sufficiente eseguire periodicamente qualche esame con finalità preventive. Check-up, percorsi di prevenzione personalizzati, esami strumentali, test genetici, bio-sensori indossabili e tecnologie di automonitoraggio, sono proposti con falsi messaggi pubblicitari come attività di prevenzione. È chiaro che la "vera prevenzione" è quella di cui abbiamo parlato sopra, per il resto

e in particolare per i check-up, non ci sono prove scientifiche della loro utilità, anzi i dati ci sono, ma dimostrano che essi sono inutili e perfino dannosi.

Non scordiamoci infine della responsabilità che ciascuno di noi ha nei confronti dell'ambiente e dei mutamenti climatici, dato che i grandi cambiamenti spesso nascono proprio dal basso quando i cittadini prendono coscienza che è giunto il tempo di cambiare. Pensiamo a cosa potrebbe succedere se improvvisamente tutti insieme decidessimo di bere solo acqua del rubinetto. Nell'azione coordinata delle singole persone è racchiusa una forza immensa capace di ottenere risultati eclatanti e del tutto insperati.

L'ospedale e la Primary Health Care

Ovviamente anche l'organizzazione e la gestione dei servizi sanitari risentono dell'impostazione meccanicistica o sistemica con cui sono pensati. Vediamo brevemente come.

L'ospedale

L'approccio meccanicistico trova la sua peculiare espressione nell'ospedale, dove l'organizzazione è di tipo gerarchico (piramidale) e la gestione si richiama ai principi del management scientifico di impronta Tayloristica: pianificazione e divisione del lavoro, controllo ed efficienza dei processi produttivi, formalizzazione delle procedure.

In ospedale l'interesse degli operatori sanitari si concentra sugli aspetti biologici della malattia, sulla quale si interviene attraverso la specializzazione, la standardizzazione dei trattamenti e l'uso intenso della tecnologia. In genere i problemi sono affrontati uno per volta, in occasione di episodi acuti di malattia, per un breve periodo di tempo e in ambienti controllati. L'attenzione è concentrata sulla malattia e l'obiettivo è il ripristino delle funzioni biologiche. L'individualità è perlopiù annullata e le relazioni con l'esterno sono interrotte anche quelle con gli affetti più cari. Ciò che conta è la cura del corpo e le attività di assistenza devono essere confacenti alle esigenze dell'organizzazione, dell'efficienza e della produttività.

È indubbio che specializzazione e tecnologia abbiano contribuito in modo decisivo al progresso della scienza e al miglioramento

della salute e della qualità della vita. Le nuove conoscenze e le nuove tecnologie hanno conseguito successi straordinari anche nel campo della medicina per cui giustamente ciascuno di noi, in caso di bisogno, desidera essere trattato dal miglior specialista, nel modo più minuzioso possibile e nel luogo dotato delle tecnologie più innovative. Tuttavia, questo modo di procedere, come abbiamo potuto constatare nel corso dell'epidemia, non è adatto per affrontare tutti i problemi che riguardano la salute.

La Primary Health Care

Benché negli ultimi anni la maggior parte dell'attenzione (e dei finanziamenti) sia confluita verso l'ospedale, i servizi territoriali o comunque il complesso dei servizi che va sotto il nome di Primary Health Care (si veda a questo riguardo il contributo di Fulvio Lonati), svolgono un ruolo fondamentale per la nostra salute.

In effetti, la maggior parte dei problemi di salute non afferrisce all'ospedale ma al territorio, nella sua connotazione fisica e sociale. È sul territorio, infatti, che si gestiscono gran parte delle attività di prevenzione e di cura: dai piccoli malesseri quotidiani, fino alla gestione della cronicità che riguarda una porzione sempre più consistente della popolazione e che da sola assorbe oltre l'80% dei fondi destinati alla sanità.

La forza delle reti

Nel territorio, però, i servizi non possono essere organizzati e gestiti in modo gerarchico, verticale, come avviene nell'ospedale. Per essi occorre far riferimento a un'organizzazione di tipo orizzontale che si richiama al funzionamento delle reti, le cui caratteristiche distintive sono quelle di creare relazioni dinamiche tra soggetti autonomi che hanno obiettivi simili, di apprendere dall'evoluzione e dai cambiamenti relativi al contesto di riferimento, di non avere un vertice che decide per tutti, di favorire l'integrazione interdisciplinare e multi-professionale.

Per esempio, per i pazienti cronici, il cui obiettivo non è la guarigione ma la gestione dei sintomi, la compensazione dei deficit funzionali e il mantenimento delle relazioni sociali, è necessario disegnare

un sistema di assistenza che li aiuti a compensare il progressivo venir meno della loro autonomia facendo leva sulle loro residue capacità di adattamento e ricorrendo al lavoro d'équipe per mantenerli il più a lungo possibile nel loro abituale contesto di vita. È in queste circostanze, come ci spiega Paola Arcadi, che si rileva fondamentale la nuova figura dell'infermiere di famiglia i cui interventi sono rivolti alla persona, alla famiglia e alla comunità, non solo mediante prestazioni di cura ma soprattutto con l'attivazione di una rete di connessioni formali e informali che fa leva su tutte le risorse presenti nella comunità.

Ovviamente anche i servizi territoriali devono poter contare su adeguate strutture di riferimento quali i distretti, le case della comunità, le Centrali Operative Territoriali, gli ospedali di comunità, i consultori. Per garantirne l'operatività occorre definire competenze e regole di funzionamento ma tali strutture devono mantenersi aperte alle aspettative, alle istanze e ai contributi che giungono dall'esterno. Le attività istituzionali devono sapersi coordinare con i servizi, gli operatori, gli enti, le associazioni di volontariato, la famiglia, ma senza contare sui vincoli della subordinazione gerarchica. Come ci spiegano Franco Riboldi e Franco Prandi, nella casa della comunità sono soprattutto i valori, i progetti condivisi, le esperienze, la solidarietà, l'accoglienza a convogliare le risorse e le attività verso gli obiettivi di salute.

Un cambiamento epocale

Tutto ciò richiede un profondo rinnovamento dell'organizzazione dei servizi sanitari territoriali, della loro integrazione con l'ospedale e del ruolo degli operatori sanitari. Come abbiamo visto il territorio non è solo un luogo fisico ma una rete strutturata di servizi e di operatori socio-sanitari organizzati in *team*, dotati di collegamenti agili e ben coordinati con i servizi specialistici di supporto, la famiglia, la comunità di riferimento, i servizi sociali. Una rete di promozione della salute e di assistenza che trova nella casa della comunità il luogo di aggregazione e nel medico di medicina generale il fulcro dell'assistenza.

Non a caso sul ruolo del medico di medicina generale si è aperto un acceso dibattito pubblico in particolare per quanto riguarda la sua

collocazione nel contesto del Servizio Sanitario Nazionale e il suo percorso formativo. In questo senso, come ben ci ricordano Stefano Celotto e Alessandro Mereu, c'è bisogno di un'idea rivoluzionaria che sappia creare le condizioni di contesto che meglio si addicono al fatto di dover operare in un sistema complesso, multiprofessionale, fortemente integrato, in cui la medicina generale occupa un ruolo di primo piano.

A questo fine occorre in primo luogo superare il crescente isolamento operativo e culturale che in questi ultimi anni ha contraddistinto la medicina generale, allo scopo di favorire la realizzazione di un sistema di cure ben organizzato, integrato, continuativo e centrato sulla persona e sulla comunità, che non può far affidamento solo sulla disponibilità e sulla sensibilità personale del singolo medico, quandanche organizzato in *micro-team*. C'è bisogno di relazioni stabili e strutturate con le rimanenti attività territoriali e gli ospedali di riferimento. Del resto, in occasione della pandemia, pur dando atto dell'encomiabile impegno dei medici di famiglia che per molti si è spinto fino al sacrificio della vita, abbiamo unanimemente constatato l'incapacità dell'attuale organizzazione dei servizi di reggere l'impatto con le nuove istanze di prevenzione e di cura che giungono dal territorio.

Insomma, ci vuole un deciso salto di qualità che però ancora non intravediamo nelle proposte della maggior parte dei sindacati medici, i quali trincerandosi dietro una supposta libertà di scelta da parte del cittadino, si ergono in difesa dello status quo, limitandosi a ipotizzare piccoli aggiustamenti di forma su proposte organizzative che da tempo si sono dimostrate inadeguate.

Siamo al punto di svolta e in vista dei provvedimenti di legge indicati dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), i documenti predisposti da AGENAS (8) e dalla Conferenza Stato-Regioni (9) possono costituire un buon punto di partenza per l'avvio, ancorché graduale, di un radicale processo di rinnovamento delle cure territoriali. Il PNRR, oltretutto, sarà un'occasione imperdibile, non solo per ridisegnare il sistema delle cure primarie ma anche per finanziare l'adeguamento delle strutture, il rinnovamento delle attrezzature e l'assunzione di nuovo personale dedicati alla Primary Health Care, in-

vestimenti che devono però restare rigorosamente all'interno del SSN. Si tratta certamente di un percorso non facile ma i tempi sono maturi ed è ormai tempo di passare dalle parole ai fatti. Sono descritte a titolo esemplificativo alcune caratteristiche dell'approccio meccanicistico e sistemico. Attenzione, i due approcci sono complementari e vanno opportunamente utilizzati tenendo conto degli obiettivi e delle circostanze in cui operiamo.

Box: Differenze tra approccio meccanicistico e approccio sistemico		
	Approccio meccanicistico	Approccio sistemico
Metodo	Riduzionista, basato sui principi della scienza classica, newtoniana.	Sistemico, basato sui principi dei sistemi complessi.
Medico	Osserva e decide.	Informa, guida e consiglia.
Paziente	Un corpo da indagare, che funziona come una macchina.	Una risorsa, unica e irripetibile che pensa, produce conoscenza, prova emozioni e sentimenti.
Obiettivi	Orientati verso la ricerca e il controllo dei sintomi.	Basati su priorità, aspettative e preferenze del paziente.
Trattamenti	Centrati sulla correzione dei meccanismi fisiopatologici delle malattie.	Centrati sull'insieme dei fattori che influiscono sulla salute.
Cure	Affidate a specialisti che lavorano, per lo più, in modo isolato.	Affidate a professionisti che lavorano in team e si scambiano informazioni.
Decisioni	Stabilite da procedure e protocolli standardizzati.	Personalizzate, mediate dalle conoscenze scientifiche e dal contesto di riferimento.
Risultati	Dipendono da relazioni lineari di causa-effetto, statiche, isolate, ripetibili e riproducibili.	Dipendono da sistemi dinamici, instabili, interconnessi, multidimensionali, aperti al cambiamento.
Conclusioni	Analisi quantitative centrate sulla media, perseguono l'omologazione.	Analisi qualitative che tengono conto della varianza, valorizzano la diversità.
Salute	Completo stato di benessere, fisico, psichico e sociale.	Capacità dell'individuo di adattarsi all'ambiente fisico e sociale.

Bibliografia

1. Rovelli C: Helgoland. Adelphi 2020.
2. Ceruti M: Il vincolo e la possibilità. Raffaello Cortina Editore, 2009.
3. Taleb N: Il cigno nero. Il Saggiatore, Milano 2008.
4. Feynman R: il senso delle cose. Adelphi 1999.
5. Donkin A et al: Global action on the social determinants of health. *BMJ Glob Health* 2017; 3:e000603. doi:10.1136/bmjgh-2017-000603
6. Rabinowitz P MacGarr et al: A planetary vision of One Health. *BMJ Glob Health* 2018;3:e001137.
7. Horton R: Covid-19 is not a pandemic. *Lancet*; Vol 396; 2020.
8. AGENAS: Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza Territoriale nel Sistema Sanitario Nazionale.
9. Conferenza Stato-Regioni: Prima analisi criticità e possibili modifiche nelle relazioni SSN/MMG in particolare nella prospettiva della riforma dell'assistenza territoriale determinata da PNRR.

CONTRIBUTI

1. Salute, diseguaglianze sociali e assistenza territoriale

Nerina Dirindin

La povertà è il primo fattore di rischio per la salute

«*Non essere povero. Se lo sei, cerca di smettere*» (1). È la prima delle 10 raccomandazioni che il Prof. Gordon della Bristol University scrisse nel 1999 per esortare gli individui a preservare la loro salute. La raccomandazione, volutamente provocatoria, adotta un approccio alternativo rispetto a quello prevalente, ieri come oggi, sottolineando il ruolo dei determinanti sociali della salute ed evitando di concentrare l'attenzione solo sulla responsabilità individuale nella prevenzione delle malattie.

Nel formulare le raccomandazioni, Gordon evoca il classico suggerimento degli oncologi «Non fumare. Se puoi, smetti. Se non ce la fai, riduci il numero di sigarette che fumi quotidianamente». Difficile non concordare con l'invito a smettere di fumare, ma sappiamo che non basta, perché trascura elementi che sono in gran parte al di fuori del controllo dei singoli individui. Un approccio alternativo, sempre di sanità pubblica ma capace di evocare la «causa delle cause» è quello che mette al primo posto l'esortazione di Gordon: «*Non essere povero. Se puoi smetti. Se non ci riesci, cerca di essere povero per il minor tempo possibile*».

La povertà è infatti il primo fattore di rischio per la salute. Sostenere la responsabilità del singolo rispetto alla propria salute è importante, ma ancor più importante è contrastare ovunque possibile la dimensione sociale, materiale e politica che mette a rischio la salute delle persone e che richiede interventi pubblici di tipo intersettoriale.

È ormai chiaro che le diseguaglianze sociali nella salute, tra paesi e all'interno degli stessi, nascono dalle diseguaglianze della società e sono un importante indicatore del grado di giustizia sociale di

un paese. «Spesso i dibattiti etici su giustizia e salute tendono a concentrarsi sull'accesso all'assistenza sanitaria. Ma riconoscere che la salute è fortemente influenzata dai determinanti sociali sposta la discussione sull'organizzazione della società» (1).

Il ruolo della sanità pubblica

Numerosi studi dimostrano che i sistemi sanitari, soprattutto se universali e senza barriere all'accesso, contribuiscono a ridurre la mortalità e le malattie, ma affermano anche che continuano a giocare un ruolo rilevante altri fattori - estranei alla medicina e alla sanità. Ciò che merita attenzione è il rischio che tali evidenze giustifichino il disimpegno dei responsabili della sanità pubblica nei confronti dell'erogazione di servizi adeguati e tempestivi. I sentieri di rischio sono almeno due: l'uno attiene allo spostamento delle responsabilità sui singoli individui, l'altro al disimpegno delle politiche sanitarie a vantaggio di altre priorità.

Il primo rischio riguarda la tendenza a enfatizzare la responsabilità del singolo nella tutela della propria salute e, conseguentemente, a disconoscere il fatto che la responsabilità personale non è indipendente dalle condizioni di vita alle quali siamo esposti e che una condizione di malattia richiede comunque un intervento della sanità pubblica, a prescindere dalle cause della stessa.

Il secondo rischio riguarda l'uso strumentale della responsabilità intersettoriale rispetto alla salute: poiché la salute dipende in buona parte da fattori extra-sanitari, il servizio sanitario può essere – secondo un certo modo di vedere – ridimensionato, o comunque considerato non prioritario nelle agende dei governi. Tale approccio può essere estremamente dannoso per la salute della popolazione. Riconoscere che la salute è fortemente influenzata dai determinanti sociali non può essere una giustificazione al disimpegno dei servizi sanitari nei confronti della salute della comunità. Disimpegno sempre più praticato, a qualunque livello di governo, dove le diverse amministrazioni regionali tendono a nascondere le loro inerzie dietro continue riorganizzazioni (per lo più incapaci di migliorare i servizi) e a rimbalzare i propri doveri e le proprie responsabilità l'una sull'altra. Disimpegno che talvolta contagia anche i professionisti,

grazie alla cui dedizione il servizio sanitario continua ad accogliere le persone in difficoltà e a offrire loro assistenza, ma il cui impegno è sempre più segnato dalla miopia di una politica incapace di riconoscere il valore del lavoro di cura.

Il servizio sanitario nazionale ha bisogno di essere rafforzato

Grazie alla Costituzione e alla legge 833 del 1978 l'Italia ha potuto affrontare l'emergenza Coronavirus senza aggiungere alle tante sofferenze la preoccupazione del costo di trattamenti che avrebbero potuto essere insostenibili per la gran parte delle famiglie italiane. Non è poco. E ce ne stiamo rendendo conto (forse) solo ora, con la pandemia.

Abbiamo la *fortuna* di vivere in un paese che ha saputo dotarsi nel 1978 di un servizio sanitario disegnato in modo da garantire a tutti, indistintamente, la tutela della salute. Un patrimonio che le generazioni che ci hanno preceduto hanno costruito per donarlo alle generazioni future e che tutti noi prendiamo in *prestito* dai nostri figli. Una fortuna, quella di poter beneficiare di una risorsa che altri hanno generato, di cui siamo poco consapevoli, che spesso diamo per scontata. Ma non dovremmo mai dimenticare che «le conquiste raggiunte non sono mai per sempre», come affermò Tina Anselmi, il ministro che portò a compimento l'approvazione della legge 833/1978, e che quindi dovremmo sentire il dovere di preservare tale patrimonio e, per quanto possibile, migliorarlo e adeguarlo alle mutate esigenze della popolazione.

Una fortuna che in realtà è il frutto delle lotte di tanti uomini e tante donne che, negli anni '70, si sono impegnati per garantirci il diritto alla tutela della salute attraverso un sistema universale, globale e solidale. Un servizio sanitario basato in primo luogo sulla prevenzione e sull'assistenza territoriale. Non dobbiamo infatti dimenticare che negli anni Settanta la spinta all'istituzione del SSN è nata proprio dalla convinzione che la riforma ospedaliera del 1968 non fosse sufficiente a promuovere la salute e a prevenire la malattia: l'idea forte della 833 è che bisogna intervenire - ovunque possibile - prima che le condizioni di salute si aggravino. Prevenire è meglio che curare, salvo per l'industria della salute che al contrario ha bisogno di mala-

ti, veri o immaginari. Ma per ironia della sorte, un sistema sanitario costruito sui pilastri della prevenzione e dell'assistenza territoriale è stato colpito dal Coronavirus proprio nel momento di massima debolezza di tali servizi, dopo un riordino dell'assistenza ospedaliera (avviato nel 2012 e definito nel 2015) che ha preceduto, anziché seguire, la qualificazione dell'assistenza distrettuale.

Mai come durante il 2020, la sanità pubblica è apparsa a tutti un patrimonio prezioso di cui essere orgogliosi, da salvaguardare e potenziare. L'insopportabile ritornello sulla insostenibilità del SSN è scomparso improvvisamente dal dibattito quotidiano, ma – ahimè - forse solo temporaneamente. La martellante pubblicità delle assicurazioni private di malattia si è dissolta nel nulla, ma è stata pronta a riproporre offerte seducenti appena l'emergenza si è allentata. Nel corso del 2020 l'assordante silenzio delle forme integrative di assistenza ha reso evidente il carattere (in gran parte) non indispensabile della loro offerta assistenziale. Oggi, i fondi integrativi e gli erogatori privati si stanno rapidamente riposizionando proponendo quelle prestazioni che - in alcune regioni - la sanità pubblica non riesce colpevolmente ad erogare con la necessaria tempestività e regolarità (spesso a causa di quel disimpegno di cui abbiamo parlato), alimentando diseguaglianze (in base alla condizione lavorativa e alla condizione economica delle famiglie) e facendo leva sulle paure degli italiani. Tutto ciò non ci fa ben sperare.

Dobbiamo impegnarci affinché la fase che stiamo affrontando, nella quale dobbiamo riqualificare il sistema sanitario tenendo conto di quanto abbiamo imparato nell'emergenza pandemica, non sia prigioniera delle vecchie ricette.

Ripartire dal territorio

Non possiamo rischiare di passare alla storia come la generazione che ha consentito il decadimento di una delle istituzioni che, nonostante tutto, ha contribuito a dare serenità e benessere alle famiglie italiane di fronte ai piccoli e grandi problemi di salute e, soprattutto, di fronte alla pandemia.

Sappiamo che equivoci, disinformazione e interessi di parte possono portare a scelte disastrose per il sistema di tutela della salute. E

sappiamo che alcune di queste scelte sono già state fatte anche nel nostro paese. Ma molto è ancora intatto e può essere valorizzato e rivitalizzato.

Per questo è importante che il rinnovamento del welfare sociosanitario abbia come leva principale il potenziamento dell'assistenza territoriale, il cui compito - presidiare la salute delle persone e delle comunità - è stato riscoperto dopo anni di disattenzione, proprio grazie alla pandemia.

In questa direzione vanno alcune delle scelte effettuate sin dall'inizio dell'emergenza Coronavirus e nel PNRR ora in attuazione. Una scelta importante che non va sottovalutata e che, se perseguita in tutte le regioni senza titubanze, potrebbe costituire un'occasione storica per cambiare la vita delle persone e per ridurre le disegualianze. Per tante ragioni.

Perché un sistema sanitario con una robusta rete territoriale potrebbe contribuire a modulare l'offerta assistenziale a partire dai reali bisogni delle persone più vulnerabili, e non dalle prestazioni che i produttori, pubblici e privati, sono disposti (o hanno convenienza) a offrire. Perché potrebbe ridare dignità a tutti coloro che, non essendo perfettamente vigorosi ed efficienti, hanno spesso difficoltà ad accedere a servizi sociosanitari sempre più poveri, difficilmente raggiungibili e poco accoglienti. Perché l'assistenza territoriale potrebbe contribuire a ridare senso alle comunità, a ricostruire convivenze orientate all'inclusione e alla qualità della vita. Perché può contribuire a dare valore a tutti i lavori di cura, promuovendo anche un'occupazione diffusa su tutto il territorio. Perché un welfare sociosanitario territoriale può essere disegnato in modo da essere di gran lunga più sostenibile di tutte quelle forme di assistenza che tendono a escludere (come le RSA) anziché ad includere. E infine perché un tale modello di assistenza sarebbe meno costoso e più efficace.

Una scelta fortemente voluta dal ministro Speranza e confermata dal presidente Draghi che nel suo primo discorso in Senato ha affermato "Il punto centrale è rafforzare e ridisegnare la sanità territoriale, realizzando una forte rete di servizi di base (case della comunità, ospedali di comunità, consultori, centri di salute mentale, centri di prossimità contro la povertà sanitaria). La casa come principale lu-

go di cura è oggi possibile”. Una affermazione impegnativa, mai pronunciata prima da un presidente del Consiglio.

Un impegno corale per un nuovo modello di welfare

Ci sono quindi le premesse per permettere, finalmente, la realizzazione di un nuovo modello di welfare, la cui costruzione è stata storicamente ostacolata non solo dalla mancanza di finanziamenti ma anche dalle molte resistenze culturali e da precisi interessi economici e professionali.

Il PNRR fa proprio tale modello, definendo obiettivi ambiziosi la cui concretizzazione dovrà essere attentamente seguita per evitare che ancora una volta il passato condizioni il futuro. Le riforme previste in accompagnamento degli interventi sono ugualmente condivisibili, in particolare l’impegno a definire standard strutturali, tecnologici e organizzativi dell’assistenza territoriale, oggi praticamente assenti.

Permangono tuttavia alcune preoccupazioni di fondo. La questione del personale del SSN ritorna ad essere centrale nella realizzazione dei cambiamenti programmati e di cui la nostra sanità ha bisogno: senza l’allentamento dei vincoli alle assunzioni le riforme rischiano di restare sulla carta. Serve inoltre uno sforzo importante per favorire una reale integrazione fra sociale e sanità, superando divari e disattenzioni che hanno profondamente penalizzato le fasce più deboli della popolazione.

Preoccupa infine la coerenza delle scelte regionali, soprattutto nelle realtà meno mature, rispetto agli indirizzi del PNRR. Prime affermazioni di alcune regioni sembrano far pensare a un PNRR all’interno del quale ogni regione opera scelte in totale autonomia, anche disattendendo indicazioni rilevanti proprio per superare quelle diseguaglianze interregionali e infraregionali più volte denunciate. Dopo il PNRR i divari nel diritto alla tutela della salute devono essere diminuiti e non aumentati.

Nonostante gli insegnamenti della pandemia, le scelte che ci aspettano non sono quindi per nulla scontate. Ciò che l’emergenza ci ha insegnato potrebbe essere presto dimenticato e le “carcasse” del passato potrebbero prevalere sulle luci accese sul futuro. Ma non

possiamo permetterci di sprecare una occasione unica, che non si ripresenterà mai più, almeno per molti decenni. Il lavoro di stimolo e monitoraggio della società civile e delle organizzazioni sindacali sarà a tal fine fondamentale.

Bibliografia

1. Marmot M. (2015), *The health gap. The challenge of an unequal world*, (trad. it. *La salute disuguale, La sfida di un mondo ingiusto*, Il Pensiero Scientifico Editore, 2016).

2. Che cos'è e cosa fa la Primary Health Care

Fulvio Lonati

Il non riconoscimento dell'Assistenza Primaria (AP)

All'immaginario collettivo italiano non appartiene il concetto di *Assistenza Primaria*, tentativo impreciso di tradurre *Primary Health Care* (PHC).

Mentre per ogni italiano risulta chiarissima l'immagine di pronto soccorso o di sala operatoria o di reparto di chirurgia o di rianimazione - e a chiunque risulta chiaro che tutte queste entità afferiscono al "sistema ospedale" - il termine AP è privo di significato.

Peraltro, anche per gli operatori sanitari, in genere, l'AP è qualcosa di approssimativo e poco definito. D'altro canto, l'AP non è una specifica materia di studio e ricerca nei percorsi pre e post laurea di medici, infermieri, farmacisti e professionisti della salute¹, tranne che per rarissime eccezioni.

I Servizi afferenti all'AP

Esiste ed è diffusa una serie di entità extra-ospedaliere che afferiscono all'AP, ovvero servizi - sanitari e assistenziali - per lo più ad accesso diretto e distribuiti capillarmente nel territorio, prodotti prevalentemente da "non specialisti": medici di medicina generale (MMG) e di continuità assistenziale, pediatri di famiglia, farmacie territoriali, consultori famigliari, ambulatori specialistici, forniture protesiche, servizi per la salute mentale e il contrasto alle dipendenze, cure domiciliari, strutture per anziani e disabili, cure palliative. È una serie articolata di attività, ma non riconoscibile come organico sistema unitario, perché prodotte da enti che appaiono indipendenti e tra loro non connessi; ciò benché il singolo cittadino usufruisca

¹ <https://www.apirenetwork.it/2020/07/11/motivazioni-e-aspettative-dei-giovani-medici-che-si-approcciano-alla-medicina-generale-i-risultati-dellindagine-online-orgogliosamente-mmg/#more-7071>

spesso di più servizi contemporaneamente, come, ad esempio: “MMG + esami di laboratorio + visita specialistica ambulatoriale + farmaci”, oppure “MMG + presidi protesici + farmaci + cure domiciliari + servizi assistenziali comunali”.

Cure Primarie e AP

Il riconoscimento dell'AP non è aiutato dall'oggettiva difficoltà di tradurre il concetto di PHC: ricorriamo infatti a diverse locuzioni, oltre ad AP, come “*Servizi Sanitari di Base*”, “*Cure Primarie*”, “*Assistenza Sanitaria Primaria*”. Se la definizione “*Servizi Sanitari di Base*”, utilizzata negli anni '90, è ora completamente caduta in disuso, “*Cure Primarie*” e “*Assistenza Sanitaria Primaria*”, o più sinteticamente AP, si sono evolute nel tempo e permangono tutt'ora, ma con differenti interpretazioni. Semplificando, potremmo intendere per:

- *Cure Primarie* le diverse tipologie di servizi sanitari e sociosanitari, definita da Guzzanti nel 1985 (1) come “*il complesso delle attività e delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie dirette alla prevenzione, al trattamento delle malattie e degli incidenti di più larga diffusione e di minore gravità e delle malattie e disabilità ad andamento cronico, quando non necessitano di prestazioni specialistiche di particolare complessità clinica e tecnologica*”²;
- *AP* l'insieme dei servizi delle *Cure Primarie* collocati all'interno del Sistema Sanitario orientato, secondo quanto precisato da Ricciardi e Damiani (2), alla “*presa in carico, valutazione globale dei bisogni di salute e definizione di un progetto di assistenza personalizzato dall'indirizzo unitario tra livelli assistenziali diversi e dalla garanzia della continuità assistenziale per la tutela della salute*”³.

² Il termine “Primary Care”, che potrebbe corrispondere in italiano a “Cure Primarie”, compare nel 1920, introdotto dal responsabile della British Army's Medical Services: si riferiva al solo ruolo di erogazione di servizi sanitari.

³ Dagli anni '50 prende corpo il concetto di “Community-oriented Primary Care”, estendendo così l'orizzonte della promozione della salute dal singolo all'intera comunità. Il termine “Primary Health Care” appare per la prima volta nel 1970, sempre nel contesto anglosassone, riferendosi sia ad aspetti strettamente connessi all'offerta di servizi di Primary Care, sia alla loro organizzazione complessiva, sia ad una correlata visione di politica sanitaria.

La definizione di PHC-AP

AP appare essere la definizione che più si avvicina al concetto di PHC, chiaramente definito dalla *Dichiarazione Universale di Alma Ata* nel 1978, ancora pienamente attuale:

“L’Assistenza Sanitaria Primaria è l’assistenza sanitaria essenziale basata su metodi e tecnologie pratiche, scientificamente valide e socialmente accettabili, resa accessibile a tutti gli individui e famiglie della comunità attraverso la loro piena partecipazione e ad un costo che la comunità e il paese possano sostenere in ogni stadio del loro sviluppo, nello spirito dell’auto-fiducia e della auto-determinazione.

Essa è parte integrale sia del sistema sanitario del paese, del quale assume la funzione centrale ed è punto focale, sia dello sviluppo generale sociale ed economico della comunità.

Essa è il primo livello di contatto degli individui, delle famiglie e della comunità col sistema sanitario del Paese, portando l’assistenza sanitaria quanto più vicino è possibile a dove la popolazione vive e lavora e costituendo il primo elemento di un processo continuo di assistenza [...] si avvale, a livello locale e agli altri livelli di riferimento, di operatori sanitari quali medici, infermieri, ostetriche, personale ausiliario e operatori sociali secondo le disponibilità e avvalendosi anche di operatori tradizionali se necessario, adeguatamente addestrati socialmente e tecnicamente a lavorare in gruppo sanitario e in modo da rispondere ai bisogni sanitari espressi dalla comunità”.

Modello concettuale di PHC-AP

L’AP prevede quindi un “sistema” che pone attenzione alla salute dell’intera comunità, comporta aspetti di politica sanitaria e di organizzazione dei sistemi sanitario-assistenziali, con un modello concettuale caratterizzato da:

- accessibilità ed equità dei servizi offerti
- centralità dei bisogni delle popolazioni
- utilizzo “*cost effective*” ed appropriato delle tecnologie e dei servizi
- integrazione dei diversi livelli di assistenza (primaria, secondaria e terziaria)
- coinvolgimento dell’assistito e della comunità nel progetto assistenziale

- collaborazione tra i diversi settori, sanitari e non.

In sintesi, richiamando quanto schematizzato da Damiani (3),

“... le funzioni proprie del modello concettuale di sistema di AP riguardano:

- *“Accessibilità all’assistenza (accessibility) che si traduce in facilità di accesso al primo contatto, prossimità dei servizi all’utenza, orari di impegno dei diversi attori del team di assistenza e gestione delle liste d’attesa;*
- *assistenza del paziente condotta in maniera sistemica (comprehensiveness), tenendo in considerazione le interdipendenze dei fattori bio-psico-sociali sullo stato di salute dell’individuo piuttosto che segni e sintomi specifici di organi o apparati;*
- *integrazione (coordination) tra i diversi attori coinvolti del sistema;*
- *continuità temporale (continuity/longitudinality) dell’assistenza;*
- *rendicontazione periodica (accountability) da parte degli attori istituzionali e professionali su processi e risultati dell’assistenza fornita per il miglioramento continuo di competenze e servizi offerti, e la corretta informazione agli assistiti per permettere loro di effettuare scelte informate. [...il sistema PHC-AP] possiede determinate caratteristiche intrinseche che fanno sì che possa essere considerato come un sistema adattativo complesso, inteso come insieme di attori autonomi nella loro azione in modo da non essere sempre totalmente prevedibili e le cui azioni sono interconnesse e tali da influenzarsi a vicenda. Pertanto, l’AP –PHC, caratterizzata nella sua complessità da una molteplicità di relazioni multiprofessionali, multidisciplinari e multisettoriali, può essere analizzata in termini di rete di relazioni sia a livello territoriale che tra il territorio e l’ospedale”.*

Le grandi tipologie di assistiti

Il sistema AP si rivolge con approcci differenziati alle diverse tipologie di bisogno:

- persone sane (o apparentemente sane), con un’azione proattiva di prevenzione personalizzata, finalizzata a promuovere stili di vita sani e l’adesione alla profilassi vaccinale e agli screening oncologici;
- persone con problemi di salute di nuova insorgenza, a cui garantire una tempestiva risposta, dalla semplice informazione, alla gestione diretta per problemi di base, al passaggio ai servizi specialistici;

- persone con problematiche croniche ad elevata prevalenza (sovrappeso, ipertensione, dislipidemie, diabete, BPCO, ...) con necessità di una presa in carico continuativa nel tempo e nei passaggi tra i diversi livelli di cura;
- persone in condizioni di fragilità (fisica, mentale, sociale, economica) e/o con compromissione dell'autonomia personale e/o con bisogni assistenziali complessi, con necessità di essere prese in carico globalmente e in modo coordinato da tutti i diversi attori indicati alla specifica situazione.

PHC-AP ed evidenze

Numerose evidenze hanno chiaramente dimostrato la maggior efficacia, economicità ed equità dei sistemi basati sulla “*Primary Health Care*” (4): anche il documento dell’OMS “*Salute 2020*”⁴ conferma il ruolo centrale e strategico che l’AP dovrebbe assumere in tutti i Sistemi Sanitari del XXI secolo, favorendo lo sviluppo di partenariati ed incoraggiando le persone a partecipare in modo nuovo al proprio percorso di cura e a tutelare maggiormente la propria salute.

L’*Assistenza Primaria* infatti rappresenta la via privilegiata per far fronte con successo alla sfida che il progressivo invecchiamento della popolazione ed il crescente numero dei malati cronici stanno ponendo ormai a tutti i Paesi. L’AP infatti può facilmente avvalersi, tra gli interventi di provata efficacia di natura preventiva, terapeutica, riabilitativa, assistenziale, di quelli meno costosi e più agevolmente gestibili dal singolo e dalla sua famiglia nei luoghi di vita.

Distretto Socio-Sanitario e AP

Nel contesto italiano, il Distretto Socio-Sanitario è il luogo chiave di connessione funzionale di tutti i servizi territoriali all’interno di un disegno organico di AP. Infatti, il DPCM del 29/11/2001⁵, individua precisamente i LEA - Livelli Essenziali di Assistenza (box 1) che afferiscono alla “*Assistenza distrettuale, vale a dire le attività e i servizi sanitari e sociosanitari diffusi capillarmente sul territorio,*

⁴ https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1819_allegato.pdf

⁵ <https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=12119&complete=true>

dalla medicina di base all'assistenza farmaceutica, dalla specialistica e diagnostica ambulatoriale alla fornitura di protesi ai disabili, dai servizi domiciliari agli anziani e ai malati gravi ai servizi territoriali consultoriali (consultori familiari, SERT, servizi per la salute mentale, servizi di riabilitazione per i disabili, ecc.), alle strutture semiresidenziali e residenziali (residenze per gli anziani e i disabili, centri diurni, case famiglia e comunità terapeutiche)”⁶.

Purtroppo questo processo di valorizzazione del Distretto Socio-Sanitario, progressivamente precisato dai successivi atti normativi sin dalla Legge istitutiva del SSN 833/1978 (5), è avvenuto in modo sporadico e difforme, prevalentemente nelle poche regioni che hanno investito strutturalmente in tale direzione.

Un drammatico riscontro dell'insufficiente sviluppo dell'AP nei Distretti si è avuto in occasione dell'epidemia COVID: universale è stato il giudizio circa l'inadeguatezza della “medicina territoriale”, ovvero dell'AP; la criticità è apparsa in modo eclatante in Lombardia, regione che più ha puntato sulla “eccellenza ospedaliera”.

Box 1: LEA - Livelli Essenziali di Assistenza per l'ASSISTENZA DISTRETTUALE (previsti dal DPCM 29/11/2001 e successive modifiche e integrazioni)

A. Assistenza sanitaria di base

- medicina di base in forma ambulatoriale e domiciliare
- continuità assistenziale notturna e festiva
- guardia medica turistica (su determinazione della Regione)

B. Attività di emergenza sanitaria territoriale

C. Assistenza farmaceutica erogata attraverso le farmacie territoriali

- fornitura di specialità medicinali e prodotti galenici classificati in classe A (e in classe C a favore degli invalidi di guerra), nonché dei medicinali parzialmente rimborsabili ai sensi del decreto legge 18 settembre 2001, n.347 convertito con modificazioni, dalla legge 16 novembre 2001, n. 405

- fornitura di medicinali innovativi non autorizzati in Italia, ma autorizzati in altri Stati o sottoposti a sperimentazione clinica di fase II o impiegati per indicazioni terapeutiche diverse da quelle autorizzate

D. Assistenza integrativa

- fornitura di prodotti dietetici a categorie particolari
- fornitura di presidi sanitari ai soggetti affetti da diabete mellito

E. Assistenza specialistica ambulatoriale

- prestazioni terapeutiche e riabilitative

⁶ Tratto da https://temi.camera.it/leg18/temi/tl18_aggiornamento_deilivelli_essenziali_di_assistenza_lea.html

- diagnostica strumentale e di laboratorio
- F. Assistenza protesica
 - fornitura di protesi e ausili a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali
- G. Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare
 - assistenza programmata a domicilio (assistenza domiciliare integrata, assistenza programmata domiciliare, comprese le varie forme di assistenza infermieristica territoriale)
 - attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle donne, alle coppie e alle famiglie a tutela della maternità, per la procreazione responsabile e l'interruzione della gravidanza
 - attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone con problemi psichiatrici e alle loro famiglie
 - attività riabilitativa sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale
 - attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone dipendenti da sostanze stupefacenti o psicotrope o da alcool
 - attività sanitaria e sociosanitaria rivolta a pazienti nella fase terminale
 - attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone con infezione da HIV
- H. Assistenza territoriale residenziale e semi-residenziale
 - attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone anziane non autosufficienti
 - attività riabilitativa sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone dipendenti da sostanze stupefacenti o psicotrope o da alcool
 - attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone con problemi psichiatrici
 - attività riabilitativa sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale
 - attività sanitaria e sociosanitaria rivolta a pazienti nella fase terminale
 - attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone con infezione da HIV
- I. Assistenza termale
 - cicli di cure idrotermali a soggetti affetti da determinate patologie

Perché l'AP non emerge?

Perché l'AP, a fronte di chiare evidenze sulla sua maggiore efficacia, economicità ed equità e sulle chiare indicazioni normative nazionali, continua ad essere poco riconosciuta, poco presente nei percorsi formativi degli operatori della salute, poco attuata?

Il fenomeno non è solo italiano, viste le ripetute campagne dell'OMS di rilancio della PHC, sino a quelle del 2008 "PHC - Now more than ever" (6) e del 2018 "Global Conference on Primary Health Care di Astana" (7).

Certamente, nell'immaginario collettivo, un approccio "riparativo" ("erogare" tempestivamente la "prestazione" che risolve "meccani-

camente” la specifica malattia insorta) risulta più attraente di un approccio “preventivo” (“investire in salute” quando “si sta bene”): significativa in tal senso la ricca serie filmografica che mitizza la medicina super-specialistica e d’urgenza.

Certamente peraltro, nel contesto italiano, alcune situazioni hanno ostacolato lo sviluppo dell’AP:

- Convenzioni nazionali (medici e pediatri di famiglia, specialisti ambulatoriali, farmacisti) orientate a porre questi attori come entità esterne e, per certi versi, controparte delle ASL (e, a cascata, dell’AP nei Distretti);
- Consultori familiari e servizi per la salute mentale concepiti come entità autonome, esterne all’organizzazione distrettuale;
- Marginalizzazione del ruolo delle figure professionali della salute non mediche;
- Scarso orientamento a valorizzare i professionisti in una logica di “governo clinico”;
- Mancato coinvolgimento di cittadini e comunità come co-attori nella promozione-salvaguardia della salute di singoli e collettività;
- Mancata formazione di professionisti competenti nei processi di territorializzazione-facilitazione-coordinamento distrettuali.

PNRR opportunità storica di sviluppo dell’AP

Il PNRR sta offrendo una straordinaria occasione di cambio di paradigma, in particolare per le chiare indicazioni contenute nella “*Missione 6 – Salute*” e, specificamente, per la spinta verso la realizzazione delle Case della Comunità (CDC), intese come evoluzione da attività ospedaliera (gestione delle acuzie) a poliambulatori (attività sanitarie territoriali) a case della salute (servizi sanitari-sociali vicino ai luoghi di vita) a CDC (persone-comunità partecipano per promuovere salute). Nel PNRR infatti si afferma (8):

“La CDC diventerà lo strumento attraverso cui coordinare tutti i servizi offerti, in particolare ai malati cronici. Nella CDC sarà presente il punto unico di accesso alle prestazioni sanitarie. La CDC sarà una struttura fisica in cui opererà un team multidisciplinare di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di comunità, altri professionisti della salute e potrà ospitare anche assistenti sociali. La presenza degli assistenti sociali nelle CDC rafforzerà il ruolo dei servizi sociali territoriali nonché una loro maggiore

integrazione con la componente sanitaria assistenziale. [...] La CDC è finalizzata a costituire il punto di riferimento continuativo per la popolazione, anche attraverso un'infrastruttura informatica, un punto prelievi, la strumentazione polispecialistica, e ha il fine di garantire la promozione, la prevenzione della salute e la presa in carico della comunità di riferimento. Tra i servizi inclusi è previsto, in particolare, il punto unico di accesso (PUA) per le valutazioni multidimensionali (servizi socio-sanitari). [...] Potranno inoltre essere ospitati servizi sociali e assistenziali rivolti prioritariamente alle persone anziani e fragili, variamente organizzati a seconda delle caratteristiche della comunità specifica”.

Il contributo di movimenti scientifico-professionali verso il cambio di paradigma della PHC-AP

Si sono sviluppate in Italia organizzazioni, anche informali, orientate a promuovere la centralità della PHC-AP; a conclusione di questo contributo si evidenzia:

- la campagna “PHC Now or Never”⁷: sta promuovendo la scrittura collettiva del “Libro Azzurro”⁸ per la progettazione di una riforma delle Cure Primarie in Italia;
- l’associazione “Prima La Comunità”⁹ ha prodotto un esaustivo progetto sulla CDC;
- l’Associazione “APRIRE – Assistenza Primaria In Rete”¹⁰: pubblica settimanalmente su sito web documenti, iniziative, esperienze, classificate in categorie afferenti all’AP (Box 2).

Box 2: LEA – Categorizzazione dei documenti pubblicati sul sito

<https://www.aprirenetwork.it/>

- Percorsi formativi dedicati all’Assistenza Primaria
- Stili di vita, attività motoria, nutrizione - Salute e comunità - Partecipazione attiva dell’assistito
- Organizzazione Servizi Sanitari territoriali - Medicina di famiglia - AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali), UCCP (Unità Complesse di Cure Primarie) - Continuità assistenziale
- Area materno infantile e medicina di genere - PDTA Pediatriche
- Governo clinico - Appropriata prescrizione
- Assistenza farmaceutica - Assistenza specialistica ambulatoriale
- Malattie croniche - PDTA (Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali) - Rapporto territorio-ospedale
- Valutazione e pianificazione multidimensionale - Assistenza protesica e integrativa - Cure domiciliari - Residenze Sanitarie Assistenziali - Disabilità
- Salute mentale e contrasto alle dipendenze

⁷ <https://2018phc.wordpress.com/>

⁸ <https://2018phc.wordpress.com/verso-il-libro-azzurro/>

⁹ <https://www.primalacomunita.it/>

¹⁰ <https://www.aprirenetwork.it/>

Bibliografia

1. Guzzanti E. Medicina di base e medicina ospedaliera. Federazione Medica. 1985; 9:1005
2. Damiani G, Ricciardi G, Colosimo SC, Cosentino M, Anselmi A, Farelli V e altri. Lo sviluppo dell'assistenza primaria ed il valore dell'integrazione per il distretto. I quaderni di Monitor. Elementi di analisi e osservazione del sistema salute. La rete dei distretti in Italia. 2011;2011:141-150
3. Damiani G (2016), Silvestrini G, Visca M, Bellentani D (2016). Che cos'è l'Assistenza Primaria. In Governare l'Assistenza Primaria – Manuale per operatori di sanità pubblica. 2016; 3:23
4. Starfield B. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. SESPAS report 2012. GacSanit, 26 (Suppl 1): 20–6, 2012
5. Del Giudice P, Menegazzi G, Lesa L, Brusaferrò S. Organizzazione distrettuale dei servizi dell'assistenza Primaria. In Governare l'Assistenza Primaria – Manuale per operatori di sanità pubblica. 2016; 177:202
6. WHO. The world health report 2008: primary health care now more than ever
7. WHO. Declaration of Astana - Global Conference on Primary Health Care di Astana. 2018
8. Governo Italiano. Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. 2021

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

4. Ruolo e organizzazione dei distretti sociosanitari

Luciano Pletti

Introduzione

Per esaurire il primo dei due concetti del titolo, basterebbe richiamare il capo III - Assistenza distrettuale - del DM 12/01/2017 (LEA), più gran parte dei 15 articoli del capo IV - Assistenza Sociosanitaria: il distretto è la struttura sanitaria che ha il compito di assicurare l'assistenza distrettuale e l'assistenza sociosanitaria.

Stabilito il “cosa”, più impegnativo è stabilire il “come”: l'organizzazione della struttura, le competenze, gli strumenti e i mezzi a disposizione. È ben vero che le principali norme sulla configurazione e il funzionamento del SSN, in particolare il DLeg 502/92, integrato con il DLeg. 229/99 (dall'articolo 3 quater al 3 septies), hanno delineato il distretto quale articolazione organizzativa dell'Unità Sanitaria Locale, con modalità di gestione, campo delle competenze, configurazione organizzative e risorse. Tutto questo però, non è stato mai portato a realizzazione in misura completa e omogenea nelle diverse Regioni. Anzi, in alcune, i distretti sono stati progressivamente svuotati, mentre in altre sono stati limitati alla sola funzione di committenza. In nessun caso si è dato seguito all'attribuzione al distretto, della “autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio della unità sanitaria locale”, prevista dalla 229.

Il distretto è rimasto quindi una “incompiuta” e, in diversi casi, è andato incontro ad una dissolvenza, con polverizzazione delle funzioni e dell'offerta LEA distrettuale e sociosanitaria. Le conseguenze di questo si sono potute chiaramente osservare durante la pandemia, in alcuni territori.

CARD, società scientifica nata dalla Confederazione delle Associazioni Regionali operatori dei Distretti, da anni affronta questi temi,

mettendo in risalto le buone pratiche realizzate in diverse realtà distrettuali nazionali e richiamando l'attenzione dei decisori su principi e progettualità che ritiene rilevanti, e fino ad ora in buona misura trascurati: la multiprofessionalità dell'assistenza, la prossimità e la continuità long-term della stessa, il contesto di cura domiciliare quale setting principale di intervento, l'approccio multidimensionale e personalizzato e, soprattutto, fortemente integrato, in cui i determinanti sociali della salute sono tenuti in dovuta evidenza. Una visione di "medicina territoriale" intesa nella più ampia accezione di assistenza primaria, che, in questo momento storico, pare tornata alla ribalta, e di cui la componente medica non rappresenta l'unico tassello.

Compiti del Distretto

Al Distretto compete una funzione di garanzia, con attenzione prioritaria ai soggetti deboli, fragili, più vulnerabili, quale centrale interesse della sanità pubblica. Ciò richiede interventi dedicati sia ai singoli portatori di specifici bisogni, sia alla comunità in cui vivono, che costituisce risorsa di cura. Siamo nell'ambito della personal care e della community care della letteratura scientifica (1). Si tratta in particolare degli ambiti di intervento già indicati nel D.Leg 229/99 e poi ripresi anche nei LEA, comprendenti le aree della maternità, infanzia, adolescenza e famiglia, l'ambito della neuropsichiatria e neuropsicologia dello sviluppo, il settore della disabilità e della riabilitazione, quello degli anziani e della non-autosufficienza e, infine, quello delle cure di supporto e palliative. I settori sanitari ad alta integrazione sociosanitaria, rappresentati dalla salute mentale e dalle dipendenze, in molte realtà regionali, sono affidati a strutture dipartimentali territoriali.

Il nostro SSN presenta Distretti molto difforni, con una varietà di interpretazioni che li rende difficilmente riconoscibili dai cittadini delle diverse Regioni. Da qui, una prima raccomandazione di CARD: trovare il modo, in sede legislativa e di Accordo Stato-Regioni, di rendere i Distretti obbligatoriamente uniformi, con funzioni omogenee, che per CARD devono essere: a) di produzione diretta di servizi; b) di committenza, ovvero di indirizzo programmatico per

l'offerta sanitaria, ricorrendo ove necessario anche a soggetti privati, accreditati, in base a precisi indicatori di qualità e spesa, in rapporto al bisogno rilevato con strumenti di lettura e stratificazione adeguati; c) di governo, ovvero di regia e coordinamento di tutti gli attori di cura del territorio, compresi tutti i professionisti convenzionati; d) di programmazione dell'offerta.

La Primary Health Care nel Piano Nazionale Ripresa e Resilienza

Le risposte complesse ai problemi di alta complessità, che la primary care deve affrontare, si fondano su un alto livello di integrazione verticale ed orizzontale. Nel primo caso si intende la collaborazione tra medicina generale e specialistica, quale presupposto della continuità di cura, imprescindibile per l'assistenza di lungo termine. A questo riguardo va sottolineato il tema della salute mentale, che deve entrare a far parte della medicina territoriale avanzata. Ricordiamo, per altro, l'affermazione dell'OMS: "non esiste salute per tutti senza salute mentale". Per integrazione orizzontale, invece, intendiamo l'offerta congiunta medico-sanitaria e socioassistenziale. La persona assistita a domicilio necessita, oltre che di appropriato programma terapeutico e di farmaci, di una abitazione e un'alimentazione adeguata, di aiuti per le attività della vita quotidiana (determinanti sociali della salute), in assenza dei quali anche le migliori prestazioni mediche sarebbero ben poco efficaci. Integrazione e Distretto rappresentano un binomio inscindibile. L'organizzazione distrettuale è chiamata a realizzarla, esprimendola, in particolare, nel lavoro delle Unità di Valutazione Multidimensionali Distrettuali. Ci piace anche ricordare che il PNRR offre un forte raccordo tra Missione 5 e 6 del PNRR, ovvero tra Ministero delle Politiche Sociali e della Salute.

La primary care avrà occasione di qualificarsi e potenziarsi grazie ai servizi inclusi nella Missione 6 del PNRR: Case della Comunità, Centrali Operative Territoriali, cure domiciliari, Ospedali di Comunità, infermieri di famiglia e di comunità.

LE CASE DELLA COMUNITA' (CDC). Luoghi di cura dove si concretizza il lavoro in team, multiprofessionale e multidisciplinare, la medicina proattiva, supportata anche nell'uso di strumenti infor-

matici – ICT e di telemedicina - superando modelli poliambulatoriali di vecchio retaggio post-mutualistico. Le 1.288 CDC previste dal Piano dovranno rientrare nel governo distrettuale, per evitare che diventino monadi isolate e autoreferenziali. Solo così possono rappresentare punti credibili e visibili delle nuove reti di servizi territoriali del SSN interconnessi con la regia del Distretto. CDC intese, non come “mini Pronto Soccorso”, ma quali presidi per la presa in carico proattiva, di prossimità e di continuità, a favore della prevalenza di cittadini con malattie croniche. In esse, inoltre, si deve svolgere attività di prevenzione, sia attraverso opera di promozione di stili di vita corretti, sia mediante screening oncologici. Si completa così in ogni territorio, capillarmente, il ciclo prevenzione-diagnosi-terapia-assistenza. Le CDC dovranno disporre di professionisti appositamente formati e qualificati, evitando l’esperienza già purtroppo vissuta frequentemente in passato, in cui ai servizi distrettuali si trasferivano operatori a fine carriera o con limitazioni. In quanto case “della comunità”, dovranno essere strutture aperte, capaci di accogliere anche servizi sociali e di dare spazio ad eventi e attività di coinvolgimento della popolazione sui temi della salute. Da evitare il rischio di lasciare sguarnite aree periferiche, concentrando tutte le risorse e professionisti in queste strutture: le CDC dovranno costituire lo snodo nevralgico in una rete di punti di contatto decentrati, rappresentati da ambulatori medici e infermieristici, dove i medici generalisti del distretto si avvicendano, cooperando con l’infermiere di comunità, con l’assistente sociale del comune e il farmacista. Da prevedere anche una modalità facilitata di accesso ai punti periferici, con il supporto di personale amministrativo, che si possa occupare della gestione appuntamenti e del raccordo per diverse prestazioni (es. fornitura AFIR, protesica, farmaceutica diretta). Tale modalità è di urgente attuazione, in relazione anche alla progressiva e massiccia riduzione numerica dei medici e alla necessità di alleggerire le incombenze burocratiche degli stessi. Ma soffermiamoci sulle cure domiciliari: la vera novità del PNRR è la previsione del raddoppio degli assistiti a casa. CARD enfatizza da vent’anni il valore della home care, concetto che vuole condensare la presenza di cure medico-sanitarie globali con gli interventi di

supporto sociale: cure globali, coordinate, continuative.

A questo proposito si deve entrare nel merito delle professionalità necessarie, delle loro competenze e prerogative professionali. Molti pensano che l'evoluzione della medicina territoriale sia legata sostanzialmente ai medici di famiglia, oggi circa 45.000. Essi rappresentano certamente una fondamentale risorsa per il SSN e per i territori, ma molto resta ancora da fare per la loro transizione da un lavoro individuale, autonomo e spesso autoreferenziale, verso un'operatività aggregata in equipe multiprofessionale, fortemente orientata alla medicina di iniziativa. È necessario ed urgente modificare gli accordi contrattuali per consentire la riqualificazione dell'assistenza primaria, costituita anche dai pediatri di libera scelta, dai medici della continuità assistenziale e dagli specialisti ambulatoriali. Al superamento della figura storica del medico di famiglia, quale professionista isolato e autonomo, si aggiunga anche quello dell'infermiere domiciliare tradizionale, impostato su un'attività prestazionale, con interventi standard, "on demand". Esistono già consolidate esperienze in alcune (purtroppo ancora poche) realtà distrettuali, in cui è stato istituito l'INFERMIERE DI COMUNITÀ (2) E DI FAMIGLIA, richiamato anche nelle linee programmatiche del PNRR, quale professionista incaricato della funzione di connettore delle risorse comunitarie e familiari utili ad un approccio assistenziale proattivo e generativo, in cui la capacità relazionale educativa è parte integrante e qualificante dell'intervento professionale, sempre all'interno di logiche di lavoro d'equipe distrettuale multiprofessionale, e mai come soggetto autonomo svincolato dall'organizzazione. In tal senso si temono soluzioni in cui questo ruolo, finalizzato alla personalizzazione e continuità della cura, possa essere affidato a soggetti esterni, privati, o attribuito a professionisti autonomi (convenzionati).

Infine, la figura portante della primary care, quella del medico generalista, si è recentemente arricchita di un nuovo profilo. È emersa, infatti, la figura del medico dell'U.S.C.A., organizzazione recentemente creata nel periodo pandemico, che ha visto scendere in campo unità mediche in grado di intervenire agilmente e tempestivamente nell'assistenza ai malati COVID a domicilio e nelle residenze

per anziani e disabili, e di svolgere un ruolo di supporto ai medici di medicina generale e ai servizi territoriali, collaborando con gli altri professionisti del Distretto e del Dipartimento di Prevenzione. Un'esperienza da molti considerata meritevole di consolidamento e che CARD propone di mantenere, per poter intervenire con la medesima tempestività e con forte integrazione multiprofessionale, a favore delle situazioni più complesse, delle persone afflitte da polipatologie, spesso non autosufficienti e talvolta in fase terminale, appartenenti a quella fascia di popolazione che assorbe gran parte delle risorse sanitarie, per periodi di lunga durata, ma che può essere validamente curata e assistita a domicilio. Un ambito di intervento in cui i medici USCA, i Medici di famiglia e gli infermieri di Comunità, possono svolgere una funzione determinante per migliorare la qualità di vita di queste persone e dei loro familiari, nonché di abbattere i costi di ricoveri e accessi ai servizi di emergenza, evitabili e molto gravosi per il paziente stesso. Il futuro sta nel lavoro di squadra. Una primary home care innovativa deve possedere quattro requisiti: avere personale adeguato; essere integrata; funzionare 24 ore al giorno, tutti i giorni; essere dotata di risorse di telemedicina e strumenti di ICT. Nella previsione del raddoppio del numero di assistiti del PNRR (da 700.000 a 1,5 milioni), CARD raccomanda che il baricentro della produzione rimanga pubblico. Sarebbe un grave errore strategico, compromettente i risultati di salute, pensare di potenziare la home care affidandola in toto ad erogatori privati, estranei alla rete. L'obiettivo non è incrementare la quantità di prestazioni, per produrre grandi volumi di attività, ma aumentare il numero di soggetti con problemi complessi, presi in carico con modalità multidisciplinare.

Un'altra importante previsione del PNRR, da CARD anticipata ancora oltre 10 anni fa con la proposta del numero unico distrettuale "124" (3) accanto alla porta unica di accesso (PUA), è rappresentata dalla CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE (COT). Il Piano ne prevede circa 600, una ogni 100.000 abitanti. Una COT, dunque, presente in ogni Distretto, che costituirà il centro operativo di coordinamento e porta di accesso ai servizi essenziali distrettuali, luogo di regia di team di home care, sede visibile di regolazione

dell'accesso degli utenti. Ancora, alla COT possono confluire le rilevazioni dei parametri vitali ed ambientali raccolti con i dispositivi di telemedicina, per inserirli nelle cartelle elettroniche dei pazienti presi in carico. Infine, la COT appresenta l'evoluzione del PUA (4), a garanzia di un accesso facilitato ed amichevole ai servizi, con valutazione integrata personalizzata dei bisogni ed avvio dei piani di cura personalizzati, verifica dei risultati di salute attraverso rivalutazioni periodiche e monitoraggio degli esiti dei PAI, svolti in sede di UVD. In merito poi all'OSPEDALE DI COMUNITÀ e all'assistenza residenziale, pare doveroso esprimere alcune riflessioni. Per il primo, un rischio presente è quello di creare 381 ospedali "bonsai", che possono, forse, soddisfare qualche campanilismo, ma non le esigenze di salute. Dovrà trattarsi di un contesto di cura protetto, con il vantaggio della vicinanza dei familiari e in prossimità al contesto di vita, per persone per cui sono temporaneamente impraticabili cure domiciliari di adeguata intensità assistenziale, o per pazienti dimessi dall'ospedale, necessitanti di "convalescenza protetta" e di riattivazione-riabilitazione estensiva. Relativamente all'assistenza residenziale, la pandemia ha purtroppo messo in tragica evidenza i limiti delle residenze per anziani (RSA e Residenze protette per anziani e per disabili). L'analisi dei LEA distrettuali del settore residenziale mostra una difformità di offerta nelle Regioni. Va colmata, sperabilmente grazie alla riforma per la non autosufficienza e per la disabilità della Missione 5, alla cui stesura CARD intende contribuire, con le esperienze dei Distretti in tema di pratiche deistituzionalizzanti e rispettose della libertà e dignità delle persone fragili.

Conclusioni

In conclusione, se il quesito è: come delineare la nuova organizzazione del distretto; CARD risponde convintamente che Il potenziamento e la riqualificazione della medicina territoriale richiede innanzitutto un cambio culturale, ovvero il recepimento dei contenuti della Primary Health Care, da anni proposta dall'OMS come caposaldo di sistemi di salute pubblici, equi, validi, efficaci e sostenibili. Al Distretto quindi il ruolo di interprete ufficiale della Primary Health Care. La sua funzione prevalente è di garanzia, in coerenza

con i LEA distrettuali, le esigenze di continuità e di coordinamento tra gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione. In chiusura, CARD sostiene con forza che è ormai tempo di costituire a livello nazionale, l'albo dei Direttori di Distretto, professionisti con multiforme back ground professionale, ma soprattutto solidi interpreti di quel middle management (5) che rappresenta la colonna portante del sistema, necessariamente di provata esperienza nei servizi territoriali (almeno decennale e con compiti di coordinamento-direzione almeno quinquennale), accreditati da percorsi di formazione specifica. L'attesa e l'auspicio di questa fase storica determinante per la primary health care in Italia, è per l'emanazione di normative che assicurino la presenza uniforme nel Paese di Distretti resi "forti" e riconosciuti come punto di riferimento dalla comunità servita, in grado di adempiere alle funzioni di produzione, integrazione, committenza, governo clinico ed organizzativo, con cui si armonizzano e si pongono in continuità nel Distretto le quattro modalità di cura proprie di una buona medicina territoriale avanzata: nuove cure ambulatoriali, domiciliari, residenziali-intermedie, e forte coinvolgimento della comunità.

Bibliografia

1. Jeste DV, Blazer DG 2nd, Buckwalter KC et Al. Age-friendly communities initiative: Public Health approach to promoting successful ageing. *Am J Geriatr Psychiatry* 2016; Dec 24 (12): 1158-1170
2. LIBRO. Pellizzari M. L'infermiere di Comunità dalla teoria alla pratica. Milano, Mc Graw-Hill, 2008
3. Relazione congressuale. Volpe G, Da Col P, Trimarchi A. 118-124-242 dare i numeri ovvero come dar conto della propria presenza attiva. Padova; Convegno Regionale CARD Veneto 2013
4. Agenzia Regionale di Sanità della Toscana. Individuazione ed implementazione di un sistema di accesso unitario alla rete dei servizi sociosanitari integrati della persona con disabilità. Collana Documenti ARS, 2011
5. FIASO. Gestione, Sviluppo e Valorizzazione delle competenze del Middle Management del SSN. Milano, Egea, 2021

5. Casa della comunità non solo un luogo fisico ma un modo per promuovere la salute

Franco Riboldi, Franco Prandi

Follia è fare sempre la stessa cosa e aspettarsi risultati diversi

Einstein

Una premessa

L'emergenza pandemica ha aperto orizzonti possibili di cambiamento nel momento in cui ha dato evidenza alle criticità di un sistema di protezione sociale e sanitaria con molti limiti: le cause sono molteplici di tipo strutturale/organizzativo, di scelte politiche, di vincoli finanziari derivanti da una economia globalizzata, di tipo culturale e socio - demografico. Sono spazi possibili di innovazione ma non certo scontati. Cercando di immaginare il futuro, ponendoci magari la domanda cruciale: "quale mondo vogliamo lasciare ai nostri figli e ai nostri nipoti?"

Per trovare risposte adeguate occorrono nuovi paradigmi e una visione che ponga al centro di ogni riflessione e decisione le persone, tutte le persone nel loro progetto di vita e di relazione. Il rischio di accantonare il tema per le nuove emergenze economiche e sociali è sempre presente; lo si accantona pensando che la questione sia risolta con più soldi - necessari ma non sufficienti - al Servizio Sanitario Nazionale.

Quale progetto di salute si vuole perseguire? E lo si vuole perseguire con i cittadini, le persone che ne sono protagoniste o si intende riproporre approcci mercantili, settoriali e autoreferenziali?

È indispensabile fare scelte di campo fin d'ora per non trovarci "spiazzati". Lo dobbiamo fare alzando lo sguardo da contesti limitati - regionali e nazionali - per riscoprire la dimensione europea e mondiale nella quale siamo profondamente immersi, dalla quale possiamo attingere chiavi di analisi, esperienze e confronti e con la

quale potremmo costruire ipotesi di nuovi e più adeguati sistemi di welfare, nell'ottica di una ecologia globale (1).

È l'oggetto di questo contributo (che scaturisce dalle idee della Associazione "Prima la Comunità" www.primalacomunita.it) nel quale facciamo una scelta di campo sul versante della salute, del suo significato e di conseguenza delineiamo una possibile forma organizzativa per accompagnarne il cammino di realizzazione. Senza proporre modelli ma più semplicemente un approccio coerente con la complessità sociale e le conseguenti necessarie scelte verso nuove forme di auto-organizzazione in grado di ricostruire il vero ruolo delle Istituzioni che nel tempo hanno perduto la funzione di strumento per la comunità per diventare esse stesse fine, ignorando il bisogno di advocacy e di legittimazione sociale.

“Riscoprire” la salute come progetto sociale globale

Nella Dichiarazione di Shanghai (2016) l'OMS ribadisce che *la salute si sviluppa nei contesti della vita quotidiana - nei quartieri e nelle comunità in cui le persone vivono, lavorano, amano, fanno acquisti e si divertono. La salute è uno dei più efficaci e potenti indicatori dello sviluppo sostenibile e di successo di ogni città (e comunità) e contribuisce a rendere le città (e le comunità) inclusive, sicure e resilienti per l'intera popolazione.* La salute, cioè, non è una questione individuale ma una “costruzione sociale”, un bene da perseguire socialmente, l'esito di un preciso disegno di governance della polis.

La salute nella sua accezione di benessere globale del singolo e della comunità, diventa un bene comune (2), primario, fondamentale e irrinunciabile, non una merce da acquistare in qualche supermercato specializzato, ma qualcosa che è parte della comunità, la ragione stessa dell'essere comunità (3). Il Welfare (con il suo insieme di strumenti di garanzia democratica) è la risposta compiuta e dinamica a questa esigenza. Salute e Welfare si sostengono a vicenda, la salute come tensione globale al benessere e Welfare come insieme degli strumenti e delle opzioni sociali che lo rendono possibile. Risulta evidente come salute e welfare per reggere hanno bisogno di una forte identità comunitaria, identità che la visione economicistica e mercantile ha profondamente minato.

Valori base come uguaglianza, reciprocità, solidarietà, equità e dignità della persona rischiano di diventare (o forse lo sono già) enunciazioni prive di sostanza e di concretezza se è vero che le disuguaglianze sono aumentate in questi anni in Italia ed in Europa e si sono create le condizioni per escludere gli ultimi, coloro che a diverso titolo (povertà economica, di età, di istruzione, di lavoro, di contesto abitativo o provenienza geografica) non trovano nel sistema di welfare garanzie né di dignità né di equità.

Un nuovo patto sociale

C'è bisogno di una diversa visione dei problemi e delle relative soluzioni. Una visione che ha alla sua base la persona e la sua dignità. La persona è! (4). Ed è in quanto in relazione, è il suo intreccio di relazioni che ne definisce la sostanza e apre opportunità e sogni, improvvisi e sempre legittimi quando attengono al riconoscimento della dignità e dell'appartenenza. Una risposta è lo sviluppo di un sistema interconnesso di interventi, partecipati, finalizzati alla salute che diventa il tracciante fondamentale delle scelte di governance della comunità. Considerare cioè il sistema di welfare come l'investimento fondante le opportunità di salute/benessere della comunità. Studi internazionali accreditati ci danno una stima dell'impatto di alcuni fattori sulla salute/benessere delle persone e delle comunità, individuando come le dimensioni socio-economiche e gli stili di vita, contribuiscano per il 40-50%, lo stato e le condizioni dell'ambiente per il 20-30%, l'eredità genetica per un altro 20-30% e i servizi sanitari per il 10-15%. Riprendendo Magatti Mauro nel "Cambio di Paradigma (Feltrinelli 2018)" "Più che un insieme di prestazioni individualizzate - che rientrano, cioè, nella logica del modello di consumo - il welfare va dunque concepito di nuovo in rapporto a un progetto di società, a un modo di stare in relazione, di vivere la propria individualità all'interno di una comunità di appartenenza. Dalla qualità di questo rapporto, reciproco e sostenibile, dipende una buona parte del nostro futuro". Salute come visione e welfare come strumento sistematico per costruire e sviluppare una comunità, sana, giusta, consapevole, istruita, intelligente, verde, ricca e con disuguaglianze ridotte.

La Casa della Comunità

La Casa della Comunità può rappresentare una opzione per ridurre la frammentazione sociale, la distanza istituzionale e riconsegnare ai cittadini le chiavi per la loro salute come progetto di comunità. Perché la comunità non è tanto qualcosa di statico che si esaurisce dentro logiche di territorio, di confini geografici, ma è essenzialmente il “noi” vissuto dinamicamente e creativamente dalle persone nella loro quotidianità. La casa della comunità diventa il luogo, sociale, organizzativo e simbolico di tale esperienza di vita. Lo ha colto anche il PNRR anche se ci pare una proposta che non connette, piuttosto ripropone alcune ambiguità e rischi dell’attuale organizzazione sanitaria senza inserirla nel contesto di vita delle persone (5).

Proposta del PNRR	Proposta dell’Associazione “Prima la Comunità”
<i>“La Casa della Comunità è” una struttura fisica in cui opera un team multidisciplinare di MMG e PDLS, Medici specialisti, infermieri e comunità e potrà ospitare anche assistenti sociali...” (quell’anche ci dice che seppure tutti siamo d’accordo da diversi anni sulla integrazione socio-sanitaria non abbiamo tanta voglia di realizzarla come non l’abbiamo realizzata fino ad ora: anche qui non c’è niente di nuovo però dovrebbe essere il momento di provarci per davvero)</i>	<i>“Aspiriamo a una Casa della Comunità che, superando il concetto di servizio e prestazione sanitaria, diventi luogo dove far convogliare le diverse risorse dei territori, far emergere e dare voce a quella ricchezza socialmente rilevante che è fatta di valori, storie, esperienze, risorse la cui scoperta e connessione auto organizzata ci permettono di guardare la realtà con occhi nuovi e immaginare che un altro modo di concepire il welfare sia possibile. La Casa della Comunità è dunque pensata per raccogliere la sfida di rappresentare il punto d’incontro tra soggetti, istituzioni e istanze sociali per il benessere comunitario”. (...In essa si realizza la prevenzione per tutto l’arco della vita e la comunità locale si organizza per la promozione della salute e del ben-essere sociale” dal Sito Ministero della Salute, anno 2007 per le allora Case della Salute)</i>

La CDC è sicuramente il luogo della accoglienza dove anche gli spazi fisici devono essere progettati come tali (non dell’accesso che sa di burocratico, anche le parole contano); è il luogo dove in modo interdisciplinare e intersettoriale ci si prende cura (prendere in carico dà il senso del peso) delle persone nella loro unicità ed unitarietà; quindi occorrono saperi specialistici ma non solo, occorre la tecnologia (specialmente le nuove modalità di telemedicina ad esempio)

ma occorrono soprattutto relazioni. È un luogo abitato, riconosciuto e percepito come proprio dalle persone che vivono la comunità; non è quindi uno spazio da consumare, da attraversare in una logica di consumo. Perché la salute non è una merce ma una condizione consapevole, partecipata e co-costruita quotidianamente da ciascuno. Quindi, quasi per definizione, vive le situazioni diversificate di ogni convivenza sociale.

Non è indispensabile quindi che sia tutto dentro quella struttura fisica (dovrebbe avere dimensioni gigantesche) ma deve essere il luogo, oltre che della prima accoglienza, della regia delle diverse forme attraverso le quali la salute viene garantita indipendentemente dal livello di autonomia delle persone. Per fare un esempio è anche il luogo della regia di tutte le politiche e gli interventi per la non autosufficienza, perché i temi del superamento delle strutture totalizzanti cui abbiamo delegato l'assistenza e quello di una loro riconversione verso modalità più tipiche della domiciliarità e del recupero del contesto di vita originario, si possono affrontare solo nel contesto comunitario, con una assunzione di responsabilità da parte della comunità stessa. Quindi una regia unica alla quale rispondono i gestori in una logica di domiciliarità allargata e protetta. Più in generale si deve poter affermare che i luoghi dell'educazione e della formazione, i luoghi del lavoro, della cultura, del tempo libero e della convivialità sono essi stessi luoghi della salute, parte simbolica e non solo del progetto di Casa della Comunità.

Andando per definizioni quindi, la Casa della Comunità:

- Non è un poliambulatorio, ma una infrastruttura sociale di rete in grado di rappresentarne sintesi e visione.
- Richiede una volta per tutte che sia definito il ruolo centrale di protagonismo degli enti locali su cui poggia la governance della comunità nelle sue diverse espressioni.
- Considera il ruolo del terzo settore non profit e del volontariato organizzato come co-progettatore e coprotagonista della CDC (vedi sentenza Suprema Corte 131/2020).
- Richiede la centralità del Distretto sociale e sanitario come struttura forte di governo dove dirigenza aziendale della sanità e sin-

daci condividono sia la programmazione - partendo da profili di comunità adeguati dove risorse e bisogni sono chiaramente esplicitati e documentati - sia la allocazione di tutte le risorse sanitarie e sociali alla CDC, definendone gli obiettivi attesi ed effettuandone la valutazione.

- Il metodo di lavoro è quello d'equipe, della interdisciplinarietà, della connessione di più saperi, non solamente quelli specialistici: occorrono anche figure che sappiano accogliere, informare, orientare, accompagnare, fare consulenza sulla rete dei servizi e sulle opportunità disponibili.
- La CDC va verso le persone, cerca chi non arriva, non è arroccata negli uffici e negli ambulatori, è garante attiva di una alleanza strategica con tutte le istituzioni sociali, formali e non, contribuendo a valorizzarne il contributo per la salute.

Una carta di identità possibile di una Casa della Comunità recupera questi elementi e ne ridefinisce visione e strategie legandole ai diversi contesti di riferimento. Anche le dimensioni sono da definire attraverso questo rapporto con il contesto di vita. Le dimensioni previste dal PNRR prendiamole quindi con la necessaria ragionevolezza: devono essere dei parametri di riferimento da adeguare ai singoli territori, vale a dire che non possiamo usare gli stessi numeri per un'area urbanizzata e un territorio di montagna. Non un modello astratto ma qualcosa che risponda a valori concreti e ponga attenzione al suo essere parte/protagonista non neutrale di un progetto sociale generale.

1) Non è una struttura “neutrale” ma schierata e artefice protagonista del disegno di comunità

Cosa è/deve essere una Casa della Comunità	Cosa non è /non deve essere una casa della Comunità
<ul style="list-style-type: none"> - <i>Luogo di una nuova identità comunitaria</i> - <i>Luogo dei diritti di cittadinanza</i> - <i>Luogo della partecipazione e della consapevolezza dei doveri</i> - <i>Luogo della integrazione delle risorse (un progetto di sistema)</i> - <i>Luogo dell'accoglienza e del riconoscimento di cittadinanza e dell'aver cura</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Un luogo dove si erogano solo prestazioni</i> - <i>Un luogo esclusivo della sanità</i> - <i>Un luogo della delega per la soluzione dei problemi individuali</i> - <i>Il luogo degli “specialismi” e della tecnologia</i> - <i>Il luogo dell'esercizio del potere</i>

2) Con una precisa Carta di identità, dove valori/obiettivi sono la base per una reale advocacy sociale

VALORI/OBIETTIVI	AZIONE
Andare verso	Far emergere i bisogni sanitari, sociali e di cittadinanza
Cercare chi non arriva	Porre in essere azioni preventive, curative e sociali che raggiungano fisicamente le persone ad alto rischio di vulnerabilità
Sviluppare una visione condivisa di salute	Promuovere la realizzazione di interazioni di conoscenza, di collaborazione, di attività (progettuali) con la comunità e le sue Istituzioni formali e informali
Rendere operativa la sostenibilità tecnica, sociale ed economica	Realizzare strumenti per la gestione e la rendicontazione delle risorse attivate a livello di ciascuna Casa della Salute
Favorire il protagonismo della persona	Sviluppare percorsi di salute, diritti, inclusione sociale nella relazione che ha cura
Favorire il protagonismo della comunità	Dotarsi di strumenti formali e sostanziali di partecipazione dei cittadini nei momenti decisionali, di erogazione dei servizi e nella valutazione dei risultati

Contenitore e contenuto

All'interno della Casa della Comunità possiamo immaginare (dico immaginare perché stiamo costruendo qualcosa di nuovo che richiederà aggiustamenti; tra l'altro si sarebbero potuti già sperimentare se avessimo dato applicazione al comma 4 bis, art.1 della legge 77/2020 dove ciò era previsto ed è rimasto ad ora lettera morta compresi i finanziamenti ivi stanziati):

- Un gruppo di MMG e PLS (protagonisti fondamentali della CDC ma per i quali è arrivato il momento di rivedere in maniera sostanziale il loro rapporto con il SSN)
- Le cure primarie con il rilancio dei consultori
- Medici specialisti
- I servizi di prevenzione e promozione della salute
- I servizi sociali
- Il servizio infermieristico di comunità
- Nuove figure come gli agenti di comunità o facilitatori di comunità
- Il volontariato

È il luogo dove, interpretando il quadro dei bisogni, la comunità insieme ai tecnici definisce il proprio progetto di salute per realizzare il quale si utilizzano e si portano ad unitarietà tutte le risorse formali provenienti dalle istituzioni e quelle informali che stanno dentro la comunità stessa, costruendo così un budget di comunità che supera la burocratica suddivisione per fondi. L'utilizzo poi del budget di salute per costruire progetti individuali/familiari diventa lo strumento operativo più efficace per personalizzare gli interventi. Solo se si fa questo passaggio si creano le condizioni per realizzare concretamente l'alleanza e l'integrazione operativa tra il sociale globalmente inteso e il sanitario.

In ordine alla governance

Detto più sopra del Distretto di cui la CDC è una articolazione, essa potrebbe essere utilmente governata a diversi livelli:

- I LIVELLO: Comitato di Coordinamento di 5 membri
 - 1 responsabile della Casa della Comunità, scelto tramite accordo tra Direttore di Distretto e Sindaco
 - 1 rappresentante delle professioni sanitarie
 - 1 rappresentante delle professioni sociali
 - 1 rappresentante delle istituzioni cooperanti
 - 1 rappresentante delle reti sociali
- II LIVELLO Contenitori tecnico-professionali
- III LIVELLO Assemblea delle istituzioni e dei servizi pubblici locali (esercizio del welfare di comunità)
- IV LIVELLO Assemblea dei cittadini

Concludendo

Si tratta certo di un disegno da costruire con i protagonisti, i cittadini e i professionisti. La complessità non permette modelli a tavolino o scelte tecno-burocratiche ma piuttosto processi partecipativi basati sulla formazione sia dei professionisti che dei cittadini; i professionisti per riattivare competenze come il lavoro di squadra, la capacità di convivere con la complessità, ascoltare e decidere responsabilmente e i secondi per riappropriarsi del proprio progetto di salute contribuendo in modo consapevole e responsabilmente critico alle scelte

sia individuali che collettive. E sviluppando una adeguata valutazione dei processi e dei risultati. La valutazione deve essere una regola fondamentale e responsabilità sociale oltre che professionale, garantita attraverso indicatori che misurino non solo i classici risultati dell'erogazione di servizi sanitari, sociali, educativi, ecc. (minor ricorso al PS, riduzione dei ricoveri, attesa anni di vita, promossi o bocciati, persone che hanno chiesto assistenza ecc.) ma anche indicatori che misurino risultati in ordine al miglioramento della coesione sociale, all'aumentato senso di solidarietà, alla sicurezza dei cittadini ... alla salute appunto e non solo al consumo di servizi e prestazioni (6).

Bibliografia

1. Per una riflessione sui temi della salute come scelta di campo c'è una vasta letteratura. Per noi utile: Michel Marmott, *La salute diseguale* - Pensiero scientifico 2016; Ilaria Capua, *La salute circolare* - Egea 2020; Papa Francesco, *Laudato sì* 2015; i siti della "OneHealth" e, in specifico ci piace ricordare un contributo di E.Ziglio e F.Lirussi, "OneHealth un approccio e un metodo non più rinviabili" (da Scienzainrete.it)
2. "... L'accento non è più posto sul soggetto proprietario, ma sulla funzione che un bene deve svolgere nella società. ... I beni comuni sono a titolarità diffusa, appartengono a tutti e a nessuno, nel senso che tutti devono poter accedere ad essi e nessuno può vantare pretese esclusive". (Stefano Rodotà)
3. Z.Bauman, *Voglia di comunità* Laterza 2004
4. James Hillman, *Il codice dell'anima* Adelphi 2000
5. S.Landra, F.Prandi, M.Ravazzini, *La salute cerca casa* - Derive&Approdi 2019
6. M.Campedelli, V.Lepore, G.Tognoni, *Epidemiologia di cittadinanza* - Pensiero scientifico 2010

6. Il ruolo dei medici nella gestione della sanità a livello locale

Filippo Anelli, Michele Bozzi

Premesse

L'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri (OMCeO) è un ente pubblico non economico, agisce quale organo sussidiario dello Stato al fine di tutelare gli interessi pubblici, garantiti dall'ordinamento, connessi all'esercizio professionale.

In tal senso, l'OMCeO di Bari ha avviato una stretta collaborazione con gli Enti Locali e i Comuni della Provincia di Bari attraverso la sottoscrizione di un protocollo d'intesa per la definizione degli ambiti e delle modalità di interazione.

I Medici Fiduciari nella provincia di Bari: la storia e le prospettive

Già da tempo in seno al Consiglio Direttivo dell'OMCeO di Bari si è sviluppata una riflessione sul nuovo ruolo che i medici Fiduciari dell'Ordine di Bari, presenti in ogni Comune, avrebbero dovuto assumere per meglio tutelare gli interessi pubblici connessi all'esercizio della professione medica. L'iniziativa era tesa a superare una visione romantica del medico fiduciario, sino ad allora considerato solo il rappresentante nel Comune dei medici residenti per gli aspetti legati al rapporto tra colleghi, per affidargli un ruolo diverso e più incisivo e interpretare in maniera più ampia i compiti che la legge affida all'OMCeO correlandosi ai bisogni di salute della intera comunità di riferimento. Un nuovo ruolo capace di essere non solo intermediario ma anche interprete delle esigenze di salute dei cittadini, in quanto comunità, nei confronti delle amministrazioni comunali dando piena attuazione anche all'art. 5 del codice deontologico sul tema salute-ambiente.

Buona parte dei medici fiduciari svolge le funzioni di medico di famiglia o pediatra di libera scelta. Una circostanza questa che fa-

cilita il compito assegnato in quanto l'attività professionale è svolta proprio nel contesto socio-economico, organizzativo, culturale della propria comunità, mettendo il medico fiduciario nelle condizioni migliori di interpretare i bisogni di salute della propria realtà locale e di interloquire efficacemente con le amministrazioni locali. Non solo, ma la rete dei medici fiduciari e degli amministratori che hanno sottoscritto il protocollo di intesa consente un continuo scambio di informazioni e di opinioni che migliorano e orientano le scelte politico-amministrative delle amministrazioni comunali.

Tale esperienza mostra come una rete di medici sul territorio, in stretta collaborazione con gli enti locali, possa essere efficace e utile anche per gli aspetti di tutela ambientale, validando in qualche maniera il progetto teso a istituire una Rete di Medici Sentinella per l'ambiente, cioè un sistema di sorveglianza in grado di monitorare il quadro epidemiologico sul territorio, interagendo in maniera attiva e continua con le istituzioni all'uopo deputate.

Il regolamento dei Medici Fiduciari

Il Regolamento sui Fiduciari dell'OMCeO di Bari, unico nel suo genere, prevede la presenza di un Medico Fiduciario in ognuno dei 41 Comuni dell'Area Metropolitana, affidandogli, tra gli altri, il compito di collaborare con i rispettivi Sindaci per le attività di promozione della salute, di tutela del benessere dei cittadini e di prevenzione primaria e secondaria di eventi e condizioni ambientali che possono costituire un rischio, anche potenziale, per la popolazione. I medici interessati, per la loro preparazione, per la loro conoscenza del territorio, per il loro rapporto di fiducia con gli assistiti sono gli artefici di una nuova visione della professione medica che guarda alla salute non solo come bene del singolo cittadino, ma dell'intera comunità, più vicina al territorio ed alle sue necessità.

Il rapporto tra l'OMCeO, attraverso i suoi medici fiduciari, e i Comuni è regolato da un Protocollo d'Intesa sottoscritto dal Presidente dell'Ordine di Bari e da ogni singolo Sindaco che disciplina la collaborazione, lo scambio costante e reciproco di informazioni per garantire un migliore coordinamento delle attività in materia di politiche ambientali e di tutela del diritto alla salute, con particolare

attenzione alla prevenzione di condizioni di contagio, di comportamenti che possono determinare disturbi e stati patologici (abusi, inquinamento, alimentazione).

La Formazione dei Medici Fiduciari alla base del modello organizzativo della rete dei Medici Fiduciari

Un'attività fondamentale per rendere efficace l'azione dei fiduciari, soprattutto nei rapporti con le amministrazioni locali ed i Sindaci, è la formazione.



L'OMCeO di Bari con il suo coordinatore dei Fiduciari ha avviato un percorso formativo, in collaborazione con altre associazioni operanti nel settore ambientale (ISDE, Rete Nazionale Citta Sane) al fine di consentire ai medici e agli amministratori locali di poter acquisire conoscenze e competenze sui temi di comune interesse. L'emergenza COVID-19, ha permesso di sperimentare l'efficacia di questo modello organizzativo basato sull'azione dei medici fiduciari e sul rapporto con le amministrazioni locali.

L'emergenza COVID-19 e la rete dei Medici Fiduciari

Con la dichiarazione di emergenza pandemica, il coordinamento delle componenti del Servizio Nazionale della Protezione Civile, avviene, ai vari livelli territoriali e funzionali, attraverso il cosiddetto 'metodo Augustus', che permette ai rappresentanti di ogni 'funzione operativa' (sanità, volontariato, telecomunicazioni, ...) di interagire direttamente tra loro ai diversi 'tavoli decisionali' e nelle sale operative dei vari livelli come il Centro Coordinamento dei Soccorsi (CCS), il Centro Operativo Comunale (COC) ed il Centro Operativo Misto (COM), avviando così in tempo reale processi decisionali collaborativi.

In questo contesto emergenziale, Il Sindaco, primo responsabile sanitario del comune, per assicurare, nell'ambito del proprio territorio comunale, la direzione ed il coordinamento dei servizi di soccorso e di assistenza alla popolazione, procede alla attivazione del Centro Operativo Comunale (COC) ed individua i responsabili di ogni funzione (tecnica, sanità, assistenza alla popolazione, materiali, servizi, ecc).

Novità assoluta, prevista proprio nel Protocollo d'Intesa, è stata l'inserimento nei COC del Fiduciario Comunale, a cui i sindaci hanno attribuito il compito di supportarli nelle decisioni di natura sanitaria e di rappresentare la rete dei MMG e PLS del proprio comune.

In considerazione delle notevoli differenze tra i vari territori, le proposte sempre condivise in rete tra i fiduciari ed effettivamente attuate, sono state numerose:

1. servizio di ascolto e orientamento per i cittadini al fine di dare informazioni varie relativamente alla pandemia (informazione e chiarimenti sui provvedimenti emanati dalle autorità competenti e sulla gestione delle eventuali situazioni di emergenza)
2. supporto psicologico alle persone più fragili
3. distribuzione dispositivi di protezione individuali a persone a rischio
4. distribuzione di termometri e saturimetri a pazienti in isolamento
5. modalità di prescrizione dei farmaci (limitando afflusso agli studi)
6. consegna farmaci al domicilio (in particolare rivolto alle persone anziane, con disabilità o comunque in isolamento)
7. creazione canale di comunicazione su stampa locale e social media
8. collaborazione con l'assessorato all'ambiente del proprio comune per la raccolta e smaltimento dei rifiuti nelle abitazioni di pazienti covid positivi o in isolamento

9. registro per il monitoraggio delle persone in isolamento
10. misure di sanificazione in ambienti a rischio
11. monitoraggio dei trasporti sanitari

L'elemento che ha reso efficace il nuovo impegnativo compito, è stata la creazione di una rete di coordinamento ed informazione tra tutti i medici operanti nel territorio (MMG E PLS) del proprio comune. Questa "rete", tra l'altro ha consentito di organizzare in maniera coordinata il monitoraggio delle persone in isolamento fiduciario, di identificare in tempi brevi i soggetti sospetti, di organizzare il tracciamento degli eventuali contatti.



Conclusioni

Quanto sopra descritto è stato effettivamente realizzato in 40 dei 41 Comuni dell'Area Metropolitana coinvolgendo 744 MMG e 125 PLS che avevano la responsabilità di 913.000 abitanti e dimostrando il ruolo strategico che il Fiduciario Comunale può svolgere nel proprio Comune gestendo la rete dei MMG e PLS, i soli realmente informati delle priorità sanitarie del proprio territorio e sulla popolazione più fragile.

L'interlocuzione sempre più stretta con il Sindaco e le Amministrazioni Comunali può consentire la creazione di migliori modelli organizzativi socio-sanitari aderenti alle necessità del proprio territorio.

7. La Salute e le sfide globali attuali e future. Emergenze ed opportunità. Quale ruolo della PHC?

Paolo Lauriola

Di fronte all'immane cataclisma che si è abbattuto sulle popolazioni di tutto il mondo, è inevitabile che tutti ci siamo chiesti: "ma non si poteva evitare tutto questo?", "quali sono le cause che hanno determinato questa reazione a catena che ha sconvolto, politiche, economie, vite, speranze, abitudini?", "cosa non ha funzionato nella risposta a questa emergenza" e soprattutto "e se dovesse capitare qualche cosa di simile...?".

Dopo una prima fase di terrore e smarrimento, è subentrata l'esigenza di capire, ma anche e soprattutto di reagire. Occorreva cioè organizzarsi rapidamente, e in tutto il mondo, per far fronte all'emergenza per contenere al massimo i danni e poi, e non ultimo, per trarre un insegnamento per il futuro.

In questa prospettiva, questo contributo nasce dalla profonda convinzione che la *Salute* non può essere un mero "stato di completo benessere fisico, mentale e sociale" individuale e collettivo, ma è il risultato dell'intima e dinamica relazione tra uomo, natura e società. In altre parole, se da una parte esistono cause sociali e naturali, che sono alla base degli squilibri che poi si manifestano con malattie e morti, la *Salute* influisce in modo cruciale sulla possibilità di migliorare ed estendere il benessere economico e sociale.

Inoltre si è fortemente convinti che l'oggetto "dell'assistenza" è la *persona* nella sua interezza fisica, emotiva e sociale e quindi, se la cosiddetta Assistenza Primaria (in inglese Primary Health Care - PHC), sarà realmente protagonista in un contesto di sanità pubblica (letteralmente la "salute di tutti") (1), essa potrebbe essere la chiave per una Sanità più efficace per l'individuo e la comunità nel senso più ampio.

Cosa ci ha insegnato la Pandemia

La pandemia da COVID-19, più che sollevare interrogativi nuovi, ha messo in evidenza tematiche che erano ben evidenti già da tempo:

- **La Crisi Climatica:** già prima ci si chiedeva se un'economia basata sui consumi individuali, potesse far fronte a bisogni collettivi. Siamo immersi in un'economia violenta, basata su una concezione della vita, che mette l'uomo (in particolare maschio e adulto) al centro dell'universo, con un rapporto di dominio e sfruttamento verso il resto del creato: animali, vegetali e minerali considerati solo come "risorse" da utilizzare a suo vantaggio. Alcune espressioni di questa economia violenta sono:
 - la crescente concentrazione della ricchezza in una minoranza di popoli (il Nord del mondo) e, al loro interno, in una minoranza della popolazione; con conseguenti migrazioni di massa dal Sud al Nord e dall'Est verso l'Ovest del mondo;
 - il mito del mercato e la divinizzazione della competizione come regola aurea a cui sottostare, con conseguenti guerre per il possesso delle risorse, dalle fonti energetiche fossili all'acqua;
 - l'ideologia del consumismo e dello spreco usa-e-getta, come volano dello "sviluppo" (2);
- **La globalizzazione** e i rapporti tra realtà economico-sociali molto differenti: come affrontarla? L'economista Dani Rodrik nel 1997 ha scritto un libro che prevedeva gli effetti della globalizzazione nei paesi ricchi: *Has Globalization gone so far?* Il problema non sono la globalizzazione o l'innovazione, il problema sono le politiche per affrontarle (3). Già all'inizio della pandemia diversi osservatori rilevavano che "Oggi una forma di globalizzazione senza regole del libero mercato, con la sua propensione per crisi e pandemie, sta morendo. Ne sta nascendo un'altra, che riconosce l'interdipendenza e il primato dell'azione collettiva basata sull'evidenza dei fatti" (4). Più in particolare "l'epidemia di Covid-19 non dimostra solo i limiti della globalizzazione dei mercati, ma anche quelli ancora più letali del populismo nazionalista, che insiste sulla piena sovranità dello stato", in altre parole "La crisi attuale dimostra che la solidarietà e la collaborazione globale sono nell'interesse di tutti, e sono l'unica cosa razionale ed egoista da fare" (5).

- Ed infine **le disuguaglianze**, che già prima erano al centro dell'agenda politica. Infatti già prima del COVID-19 era evidente che l'impatto legato alle condizioni prima ricordate (crisi climatica, globalizzazione) consisteva in un elevato numero di malattie croniche. Ma tutto questo assumeva un rilievo estremamente grave in conseguenza della diseguale distribuzione delle risorse economiche tra persone e popoli.

Anche con il COVID-19 si è visto che bassi livelli economici sono associati a cattive condizioni di vita lavorativa, minore accesso ai servizi (soprattutto sanitari), alla mobilità e alla gravità di condizioni di salute preesistenti associate alla deprivazione, che a loro volta possono influenzare la distribuzione dei casi e una maggiore gravità della malattia.

Tra l'altro il COVID-19 decorre in buona parte della popolazione in maniera a- o pauci-sintomatica, mentre assume i caratteri di estrema gravità quando interagisce con una serie di malattie non trasmissibili (ipertensione, malattie cardiocircolatorie, diabete, ...), specialmente in gruppi di popolazione caratterizzati da condizioni economiche e sociali di grave disagio e di povertà. Pertanto all'interno di tale approccio epistemologico, la COVID-19 non dovrebbe essere identificata come una pandemia, ma come una "Sindemia", concetto introdotto dall'antropologa americana Merril Singer nel 1990 (6) e cioè che COVID-19 peggiora le patologie croniche e le patologie croniche peggiorano COVID-19.

A fronte di queste premesse la lotta contro il COVID-19 ci ha rivelato le disastrose conseguenze del ridimensionamento dei servizi pubblici per ridurre la spesa dello Stato. In particolare per quanto riguarda la spesa sanitaria in Italia, secondo la Fondazione Gimbe, negli ultimi dieci anni sono stati tagliati circa 37 miliardi di euro di aumenti di spesa sanitaria previsti. Nel 2012, per esempio, il governo Monti annunciò un taglio della spesa sanitaria prevista per i tre anni successivi pari a circa 25 miliardi di euro. Dal 2015 al 2019 altri 12 miliardi di aumenti previsti (sia per pareggiare l'inflazione, sia per adeguare il sistema alle nuove necessità) sono stati cancellati. Questi tagli, in genere, sono stati giustificati con la necessità di mantenere un bilancio equilibrato e di eliminare sprechi e inefficienze (7).

In effetti se si guarda l'andamento della composizione della spesa negli ultimi 20 anni si è assistito ad una riduzione nominale e reale della spesa per il personale, mentre è aumentata la spesa farmaceutica dovuta in parte all'acquisto di costosi farmaci innovativi ed in parte ad una rimodulazione della spesa, passata dalla farmaceutica convenzionata all'acquisto diretto dei prodotti farmaceutici. A questo fenomeno si è aggiunta una crescita delle altre componenti dei consumi intermedi slegati dalla spesa farmaceutica (8).

In conclusione negli ultimi due decenni la spesa sanitaria non ha rappresentato una priorità per i governi che si sono succeduti, se non come settore nel quale era possibile risparmiare rendendolo più efficiente. Nonostante il fabbisogno di cure mediche del paese sia aumentato, a causa dell'invecchiamento della popolazione, la spesa sanitaria è rimasta più o meno stabile per un decennio, per poi ridursi sia sul totale del PIL che in termini assoluti, tenendo quindi conto dell'inflazione, e questo nonostante fosse già in partenza inferiore a quella di altri paesi europei, come Francia e Germania. Cionondimeno l'Italia mantiene una delle posizioni più alte nelle classifiche sanitarie mondiali e ha una delle aspettative di vita più elevate del mondo sviluppato.

Da un punto di vista organizzativo si è inoltre assistito ad uno sviluppo di sistemi sanitari regionali sempre più centrati sugli ospedali di eccellenza (pubblici o privati che siano), in cui progressivamente viene sguarnito il territorio sia dei "piccoli" ospedali che dei presidi territoriali necessari. Col risultato che il cittadino si è abituato, per problemi che eccedano la normalità, a intasare il pronto soccorso degli ospedali, saltando a piè pari la medicina di famiglia (medici di medicina generale e pediatri di famiglia).

In altre parole, con la pandemia da COVID-19 è emersa con grande forza la necessità di un forte investimento nei Servizi sanitari pubblici e di un approccio che valorizzi tutte le competenze in campo, puntando con chiarezza ad una stretta collaborazione tra: assistenza ospedaliera, cure primarie e presidi di prevenzione.

Ma, nella sostanza, cosa non ha funzionato? Il *non* considerare la salute come “bene comune”

In effetti non si può affrontare il problema di “cosa non ha funzionato” se non si va all’origine del problema. Di fatto non c’è stato un malfunzionamento del “sistema”, ma era il “sistema” che non era programmato per questo tipo di emergenza. Da qui le scelte che si sono rivelate fallaci e che erano basate su approccio basato sulla tecnologia e quindi sugli specialismi ovvero limitandosi al semplice obiettivo diagnostico-terapeutico.¹¹ In poche parole la pandemia ha fatto (ri-)emergere con forza il concetto di *Salute* come “bene comune” che tutti, istituzioni, cittadini, economia, cultura devono accettare come principio fondamentale.

Quindi cosa è mancato? il mettere al primo posto dell’agenda delle politiche sanitarie, anche e soprattutto a livello locale, la costruzione di un senso di comunità. L’importanza del “Capitale Sociale” deve essere riconosciuto come riferimento essenziale nel territorio in cui operano i cittadini, le imprese e le istituzioni (9). In altre parole la “coesione sociale” deve essere la base per sviluppare quella resilienza che ci consentirà di affrontare crisi come il COVID-19 ed altre che molto probabilmente (purtroppo!) si verificheranno nel prossimo futuro. Tutto questo anche, e non solo in conseguenza dei cambiamenti climatici, con effetti come le inondazioni in Germania-Olanda-Belgio e in Cina, USA, le ondate di calore in Canada, ma anche emergenze di tipo sociale ed economico (energia, trasporti, industria, agro-zootecnia, ma anche migrazioni). In definitiva non si tratta “solo” di ri-organizzare i servizi sanitari, ma di mettere la *Salute* al centro delle scelte sul territorio quale elemento fondamentale perché esse possano essere realmente e completamente condivise. In questa prospettiva la Prevenzione e la PHC hanno un ruolo essenziale. È così stato introdotto un nuovo termine che individua

¹¹ In questo contesto merita ricordare quanto dice il premio Nobel per l’economia Angus Deaton insieme con Anne Case (Case A, Deaton A, *Morti per Disperazione e il futuro del capitalismo*, 2021. Il Mulino Bologna a pag 271) sulla “intollerabilità sociale” della soluzione di mercato per la sanità. “L’assistenza sanitaria non è paragonabile agli altri servizi: ai pazienti mancano le informazioni di cui dispongono i fornitori, e ciò li mette in sostanza nelle loro mani”. Normalmente “i consumatori possono scoprire ben presto quali prodotti sono adatti a loro e quali no, e la concorrenza tra i fornitori rimuoverà quei prodotti difettosi o che non piacciono a nessuno”.

un “ambito” scientifico-organizzativo, proprio per sottolineare la necessità di un approccio sistemico ed integrato della PHC nell’ambito della prevenzione, la *Primary and Community Health Care* (P&CHC) (10).

Tra i compiti della P&CHC, in primo luogo, la conoscenza locale, attuale ed appropriata alle esigenze del territorio e dei problemi da affrontare.

La complessità delle informazioni in gioco in questo processo è molto elevata, richiedendo un’adeguata conoscenza delle dimensioni spaziali e temporali dei fenomeni studiati. In questo contesto, occorre sottolineare che i dati epidemiologici ottenuti nelle cure primarie consentono le misurazioni più consistenti con il reale impatto delle malattie in una comunità, ma anche dell’occorrenza dei confondenti ad esse connesse al fine di una più affidabile individuazione e quantificazione delle cause.

Inoltre, è da tenere ben presente il ruolo dei Medici di famiglia (MF) nella creazione e rafforzamento di una reale coesione sociale, e cioè il rapporto diretto e profondo che essi hanno con i loro pazienti. È quindi essenziale che MF siano in possesso di abilità per la comunicazione e il supporto informativo per potenziare sia le capacità di risposta dei pazienti (anche quelle psicologiche) alle emergenze sociali, ambientali e sanitarie, sia per migliorare l’alfabetizzazione sanitaria e ambientale della comunità.

Occorre quindi cambiare paradigma, ponendo al centro la persona, non la malattia, e su questo declinare la cultura, la forma organizzativa, le scelte e gli investimenti in modo coerente.

E quindi che fare?

Piano Nazionale di Rinascita e Resilienza (PNRR)

La pandemia, e la conseguente crisi economica, hanno spinto l’UE a formulare una risposta coordinata in particolare con il lancio a luglio 2020 del programma *Next Generation EU* (NGEU).

Si tratta di una iniziativa unica dalla costituzione dell’UE che ha visto l’Italia come il più importante beneficiario di questo sforzo comune di rilancio economico, ma anche soprattutto di innovazione politica e sociale, che impone risposte coerenti e tempestive.

NGEU intende promuovere una robusta ripresa dell'economia europea all'insegna della transizione ecologica, della digitalizzazione, della competitività, della formazione e dell'inclusione sociale, territoriale e di genere. Il regolamento del *Recovery and Resilience Facility* (RRF) enuncia le sei grandi aree di intervento (pilastri) sui quali i PNRR di tutte le nazioni europee si dovranno focalizzare (11):

1. Transizione verde
2. Trasformazione digitale
3. Crescita intelligente, sostenibile e inclusiva
4. Coesione sociale e territoriale
5. Salute e resilienza economica, sociale e istituzionale
6. Politiche per le nuove generazioni, l'infanzia e i giovani

A noi preme segnalare il 4° pilastro e naturalmente il 5°.

Il quarto pilastro è la **coesione sociale e territoriale**. I Piani presentati devono puntare a rafforzare la coesione e ridurre le disparità locali, regionali e fra centri urbani e aree rurali. Devono anche affrontare sfide generali come quelle legate alle disuguaglianze di genere e di reddito e alle tendenze demografiche.

Per quanto riguarda **salute e resilienza economica, sociale e istituzionale**, occorre rafforzare la capacità di risposta a shock economici, sociali e ambientali e a cambiamenti strutturali in modo equo, sostenibile e inclusivo. La pandemia ha evidenziato la vulnerabilità dei sistemi sanitari di fronte a tassi di contagio elevati e altre debolezze strutturali. La crisi economica ha ridotto la capacità degli Stati membri di crescere, e ha esacerbato gli squilibri e le disparità territoriali.

La Missione 6: Salute

Secondo quanto riportato dal PNRR italiano “La pandemia da COVID-19 ha confermato il valore universale della salute, la sua natura di bene pubblico fondamentale e la rilevanza macro-economica dei servizi sanitari pubblici”.

“Un significativo sforzo in termini di riforme e investimenti è finalizzato ad allineare i servizi ai bisogni di cura dei pazienti in ogni area del Paese. Una larga parte delle risorse è destinata a migliorare le dotazioni infrastrutturali e tecnologiche, a promuovere la ricerca

e l'innovazione e allo sviluppo di competenze tecnico-professionale, digitale e manageriali del personale”.

“La missione si articola in due componenti:

- **Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale:** gli interventi di questa componente intendono rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari.
- **Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale:** le misure incluse in questa componente consentiranno il rinnovamento e l'ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, il completamento e la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) attraverso più efficaci sistemi informativi. Rilevanti risorse sono destinate anche alla ricerca scientifica e a favorire il trasferimento tecnologico, oltre che a rafforzare le competenze e il capitale umano del SSN anche mediante il potenziamento della formazione del personale”.

Già da questo emerge l'importanza attribuita al Servizio pubblico orientato a soddisfare i bisogni del cittadino-paziente.

Preme qui ricordare che la parte preponderante di tale impegno economico si basa sul Dispositivo per la Ripresa e Resilienza, ovvero il già citato RRF, attraverso l'emissione di titoli obbligazionari dell'UE. In altre parole si tratta di un “prestito” che come tale implica un impegno ancora più forte per chi ne beneficia. In altre parole si è investito sull'Italia che però si è impegnata perché le cose pianificate vengano realmente realizzate.

La sanità italiana nei prossimi sei anni dovrà quindi impegnarsi a realizzare una rete di prossimità efficiente, dotata di strumenti organizzativi e funzionali adeguati con personale preparato e integrato con l'assistenza ospedaliera e la prevenzione.

Accanto a questo è cruciale segnalare che la “Riforma 1” tratta di:

“Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale e rete nazionale della salute, ambiente e clima” (pag. 224). In altre parole si mette in stretta relazione la integrazione della PHC con la prevenzione primaria, l’ambiente e il clima. Di fatto un legame così stretto non era mai stato stabilito in precedenza.

Coerentemente, il piano di investimenti prevede nuovo assetto di prevenzione collettiva e sanità pubblica, in linea con l’approccio ‘*Planetary One health*’,² che coinvolge esplicitamente la PHC per far fronte efficacemente ai rischi storici e quelli conseguenti ai cambiamenti ambientali e climatici.

Sicuramente una delle ragioni di questa scelta è stata l’importanza delle cure primarie nel creare importanti e durevoli rapporti nel contesto sociale, ma anche per stimolare una comune risposta per promuovere due beni comuni come la *Salute e l’Ambiente* che rappresentano due pilastri della cosiddetta “*community resilience*”, anche a fronte della pandemia COVID-19, come indicato da Fransen et al (12).

La risposta alla domanda (retorica) che veniva posta nel titolo di questo capitolo sta qui: quello di cui occorre preoccuparsi è realizzare nel miglior modo possibile quanto pianificato, nello spirito con cui è stato formalizzato.

Alcune considerazioni e proposte per la futura PHC

Sulla base delle chiare indicazioni contenute nel PNRR si inseriscono le seguenti considerazioni e proposte.

L’interesse di indagare e interpretare gli eventi che si presentano all’osservazione del medico curante, è sempre stato una caratteristica dell’operare medico in particolare per quelli che operano sul territorio. Già nel IV sec a.c. Ippocrate suggeriva “*Chiunque desideri indagare correttamente in medicina, dovrebbe procedere così: in primo luogo dovrebbe considerare le stagioni dell’anno, e quali effetti produce ciascuna di esse (poiché non sono tutte uguali, ma variano in funzione dei cambi di stagione). Poi bisogna considerare i venti, caldi e freddi, e quindi quelli peculiari per ciascuna località. Dobbiamo considerare la qualità delle acque, poiché, dato che esse differiscono fra loro per la leggerezza e sapore, avranno diversa qualità...*”.

Oltre alla naturale curiosità e diponibilità mentale, occorre però mettere in campo, coordinamento e organizzazione per concretizzare un obiettivo preciso.

Esperienze di questo tipo hanno però privilegiato l'approfondimento di esigenze connesse strettamente con le esigenze professionali quotidiane: quali patologie esistono nel territorio in cui si opera, come trattarle farmacologicamente, organizzativamente, psicologicamente etc.

Per quanto riguarda le esperienze nel campo "Ambiente e Salute" sono state assai rare e per lo più basate su esigenze particolari (13). Non esiste in Italia una rete specificamente e istituzionalmente riconosciuta destinata a tale scopo.

I medici sentinella e l'ambiente

Il termine molto evocativo di "medico sentinella" o meglio di "rete di medici sentinella" (MS) non è affatto recente. A partire dal 1955, a seguito del *Weekly Return Service* a Birmingham, nel Regno Unito, a cura del *Royal College of General Practitioners*, si sono succedute in tutto il mondo un elevato numero di esperienze (14).

Su questo tema è in atto un importante sforzo promosso da FNOMCeO e ISDE per la realizzazione di una Rete Italiana Medici Sentinella per l'Ambiente (RIMSA) (15,16) che si basa su tre elementi principali:

1. il ricco patrimonio scientifico e informativo in possesso dei MF e le grandi potenzialità epidemiologiche dei dati in loro possesso mediante le Cartelle Cliniche Elettroniche - *Electronic Medical-Records (EMRs)*;
2. l'importanza del loro ruolo informativo, educativo ed anche etico (conoscere le cause della malattia e come prevenirla) nei confronti sia dei pazienti-cittadini che delle istituzioni;
3. la possibilità di integrare RIMSA con le reti cliniche.

In sintesi, i MF, se adeguatamente sensibilizzati, formati ed organizzati, possono rappresentare un "anello di congiunzione" tra evidenze scientifiche, problemi globali ed azioni locali (Tabella 1).

PHC e strategie di adattamento nei confronti dei cambiamenti climatici

- Sensibilizzazione ed educazione dei pazienti e delle comunità
- Coinvolgimento giorno per giorno nelle strategie e locali, regionali e nazionali per contrastare l'antimicrobico resistenza nell'ambito dell'approccio *OneHealth*
- Allerta rapido in caso di eventi estremi ed epidemie da agenti infettivi
- Collaborazione alla *preparedness* per la risposta nei confronti dei disastri naturali
- Migliorare i programmi di controllo delle malattie infettive
 - Sicurezza alimentare, programmi vaccinali, identificazione e trattamento dei casi
- Sviluppare la sorveglianza nei confronti di:
 - Malattie trasmesse da vettori (*focaldiseases*)
 - Indicatori di rischio (ad es. concentrazione di aero-allergeni)
 - Indicatori di effetto (ad es. epidemie da agenti infettivi, suicidi, picchi di attacchi di asma)
- Adeguata formazione del personale sanitario (ad es. effetti dei cambiamenti climatici sulla salute)

Tabella 1 - PHC e strategie di adattamento nei confronti dei cambiamenti climatici
Fonte: (10)

Le potenzialità di utilizzo dei dati provenienti dalle cartelle cliniche informatizzate costituiscono un'opportunità di grande interesse per la ricerca, ad oggi ancora inespressa soprattutto nell'ambito dell'*environmental science*.

Lungo questa linea, il progetto RIMSA prevede che le cartelle cliniche elettroniche dei MF diventino parte integrante del sistema di sorveglianza epidemiologica. Questa nuova competenza aumenterà ulteriormente la credibilità e l'autorevolezza dei MF presso i pazienti e le istituzioni.

In questa prospettiva occorrerà creare un raccordo tra il lavoro dei Medici Sentinella per l'Ambiente con i Dipartimenti di Prevenzione delle ASL, le ARPA-APPA, gli Enti locali e le strutture regionali di riferimento. Questa integrazione è stata utilmente realizzata nel Regno Unito nel caso di disastri naturali e tecnologici (chimici e radiologici).

Conclusioni

Il PNRR, insieme ad altri importanti obiettivi (economia, giustizia, transizione ecologica, digitalizzazione etc.) ha focalizzato l'attenzione sulla PHC, che non è semplicemente "un" "Medico di Famiglia" che opera isolatamente sul territorio, focalizzandosi su alcuni aspetti ancillari e burocratici della sanità. La PHC è una organizzazione che mira principalmente a mettere al centro il cittadino-paziente, e non le strutture sanitarie che invece devono integrarsi tra loro per dare le risposte più appropriate in termini di Salute. Questa integrazione operativa deve realizzarsi anche e soprattutto nella prevenzione primaria ed ambientale.

Più specificamente, nell'ambito del Servizio Sanitario sul Territorio, riteniamo che quanto suggerito, potrebbe portare ad un nuovo paradigma che ponga l'individuo nella sua complessità fisica, psicologica e sociale e ambientale al centro di una organizzazione che consenta al medico di famiglia di svolgere un ruolo significativo nell'assistenza per l'individuo, ma anche e soprattutto promuovendo comportamenti virtuosi a livello individuale e collettivo.

In poche parole la PHC potrebbe realmente contribuire ad affrontare la complessità delle sfide, ambientali, sociali, economiche e sanitarie solo se saranno superate frammentazioni, ritardi culturali e soprattutto se ci si metterà in gioco per un obiettivo che *non può che* essere condiviso e cioè il "bene comune" la *Salute*.

Bibliografia

1. Rayner G, Lang T, Ecological Public Health, Reshaping the conditions for good health, 2012, Routledge, London
2. Mara Lorenzini CONSUMO CRITICO biologico, locale, etico, sobrio, in gruppo d'acquisto, Supplemento n° 1 a Gaia 42/2009 trimestrale edito dal Movimento dei Consumatori (2009)
3. Dani Ridrik, Has Globalization Gone so far? Washington DC. Institute for International Economics, 1997, Kindle
4. <https://www.theguardian.com/commentisfree/2020/mar/08/the-coronavirus-outbreak-shows-us-that-no-one-can-take-on-this-enemy-alone>
5. <https://www.internazionale.it/tag/autori/slavoj-zizek>
6. Singer M. AIDS and the health crisis of the US urban poor: the perspective of critical medical anthropology. *Social Science and Medicine* 1994; 39(7): 931-948.
7. <https://www.ilpost.it/2020/03/15/tagli-sanita/>
8. <https://osservatoriocpi.unicatt.it/cpi-archivio-studi-e-analisi-l-evoluzione-della-spesa-sanitaria>
9. Zeka A, Leonardi G, Lauriola P, - Climate change and ecological public health: an

integrated framework in Cost-Benefit Analysis of Environmental Health Interventions Ed Guerriero C, ELSEVIER San Diego, California, 2019

10. Lauriola P, Martín-Olmedo P, Leonardi GS, et al On the importance of primary and community healthcare in relation to global health and environmental threats: lessons from the COVID-19 crisis *BMJ Global Health* 2021;6:e004111. doi:10.1136/bmjgh-2020-004111
11. Regolamento (UE) 2021/241 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 12 febbraio 2021 che istituisce il Dispositivo per la Ripresa e la Resilienza, *Gazzetta Ufficiale dell'Unione Europea*, 18.2.2021.
12. Fransen J., Peralta D. O., Vanelli F., Edelenbos J., and Olvera B. C. (2021). The emergence of Urban Community Resilience Initiatives During the COVID-19 Pandemic: An International Exploratory Study. *The European Journal of Development Research*:1-23.
13. Lauriola, P., Serafini, A., Santamaria, M., Guicciardi, S.,Kurotschka, P. K., Leonardi, G. S., Zeka, A., Segredo, E., Bassi, M. C., Gokdemir, O.,de Tommasi, F., Vinci, E., Romizi, R., McGushin, A., Barros, E., Abelsohn, A., & Pegoraro, S. (2021). Family doctors to connect global concerns due to climate change with local actions: State-of-the art and some proposals. *World Medical &HealthPolicy*, 1–25. <https://doi.org/10.1002/wmh3.448>
14. Lauriola P, Pegoraro S, Serafini A, Murgia V, Di Ciaula A, et al. (2018) The Role of General Practices for Monitoring and Protecting the Environment and Health. Results and Proposals of the Italian Project Aimed at Creating an “Italian Network of Sentinel Physicians for the Environment” (Rimsa) within an International Perspective. *J Family Med Community Health* 5(5): 1160.
15. Murgia V, Romizi F, Romizi R, de Waal P, Bianchi F, De Tommasi F, Calgaro M, Pegoraro S., Santamaria MG, Serafini A, Vinci E, Leonardi G. Lauriola, Family Doctors, Environment and COVID-19 in Italy: experiences, suggestions and proposals *BMJ* 2020;368:m627 (<https://www.bmj.com/content/368/bmj.m627/rr-37>)
16. Lauriola P, Serafini A, Santamaria MG, Pegoraro S, Romizi F, Di Ciaula A, Terzano B, De Tommasi F, Cordiano V, Guicciardi S, Bernardi M, Leonardi G, Romizi R, Vinci E, Bianchi F. Sentinel practitioners for the environment and their role in connecting up global concerns due to climate change with local actions: thoughts and proposals, *Epidemiologia e Prevenzione*, 2019; 43 (2-3):129-130. doi: 10.19191/EP19.2-3.P129.05

8. Quale prevenzione sul territorio: l'ambiente e la comunità. Carenza nel PNRR di proposte su rilancio/riorganizzazione/rinforzo della prevenzione

Ennio Cadum, Maria Grazia Petronio, Mauro Valiani

Premessa

La Mission 6 del PNRR offre alcune prospettive interessanti anche per la prevenzione e l'epidemiologia. Nella pandemia in corso gli epidemiologi e i medici di sanità pubblica dovrebbero essere particolarmente ricercati ed apprezzati. Abbiamo assistito invece alla preponderante presenza mediatica di clinici e virologi, forse più abili nelle comunicazioni con i media.

In particolare, la seconda *mission* focalizzata nell'investimento "Infrastruttura tecnologica del Ministero della salute e analisi dei dati e modello predittivo per garantire i LEA italiani e la sorveglianza e vigilanza sanitaria" pare offrire un'occasione che la prevenzione e l'epidemiologia italiana dovrebbero sfruttare al meglio. Nel testo è riportato che il progetto, finanziato con 290 milioni di euro, ha come scopo «il rafforzamento del Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS), ovvero dell'infrastruttura e degli strumenti di analisi del Ministero della salute per il monitoraggio dei LEA e la programmazione di servizi di assistenza sanitaria alla popolazione che siano in linea con i bisogni, l'evoluzione della struttura demografica della popolazione, i trend e il quadro epidemiologico».

L'*Health Prevention Hub* citato nel PNRR in un punto (purtroppo non più ripreso successivamente in altri) è un passaggio importante su cui richiedere precisazioni e fornire indicazioni. Non solo come centro nazionale di riferimento deputato a elaborazione, valutazione e messa in atto di norme, linee guida e politiche di prevenzione (che dovrebbe anche rinforzare le attività di promozione e monitoraggio del pool di informazioni sul modello previsionale nel campo della prevenzione e degli stili di vita) ma anche come

modello replicabile ai livelli regionali.

Al di là delle parole sopra riportate manca chiarezza sugli scopi esatti di questo centro nazionale e dei centri regionali potenzialmente attivabili. Se da una parte la cosa può sconfortare, dall'altra può essere un'occasione di chiarimento e precisazione - anche attraverso l'organizzazione di momenti specifici di confronto sia in ambito AIE che nei Dipartimenti di Prevenzione - e redazione di documenti possibilmente congiunti indirizzati agli esponenti istituzionali, come già attuato in altri momenti della pandemia.

Lo stesso *Hub*, al di là dei timori che si possa rivelare un gestore di un sistema informativo sanitario evoluto e non un centro di coordinamento per la prevenzione e l'epidemiologia, in parte già risponde sotto l'aspetto organizzativo alla domanda "Quali sono le priorità di innovazione del sistema informativo sanitario nazionale? Quali strategie può essere utile sviluppare per guidarne la riorganizzazione in ambito preventivo?"

Confronti internazionali

Le esperienze internazionali (almeno in ambito europeo) sono multiformi. Riportiamo 3 esempi in 3 Paesi paragonabili all'Italia per popolazione e dimensione territoriale.

Particolarmente interessante l'esperienza francese. In Francia nel 2010 viene creata l'ANSES (agenzia nazionale per la sicurezza alimentare, ambientale e del lavoro), che assorbe l'attività, le risorse ed il personale dell'Agenzia francese per la sicurezza alimentare (AFSSA) e dell'Agenzia Francese Sicurezza Ambiente Salute e del Lavoro (AFSSET) (1).

La fusione di AFSSA e AFSSET è il risultato di un lungo processo di confronto fra le due agenzie pubbliche. L'intento perseguito è quello di avere un'unica agenzia sanitaria ed ambientale per valutare, prevenire e tutelare i cittadini contro i rischi nella società moderna. L'Agenzia nazionale per la sicurezza alimentare, ambientale e del lavoro è un ente pubblico sotto il controllo amministrativo dei ministri responsabili della salute, dell'agricoltura, dell'ambiente e del lavoro, articolata in 9 Laboratori regionali.

La missione dell'Agenzia è quella di effettuare la valutazione dei rischi

e fornire alle autorità competenti tutte le informazioni su questi rischi. L'Agenzia garantisce altresì la competenza e l'assistenza scientifica e tecnica necessarie per lo sviluppo delle normative e l'attuazione di misure di gestione dei rischi. Svolge compiti di controllo, di allarme e pronto intervento, definisce, realizza e sostiene programmi di ricerca scientifica e tecnologica e propone alle autorità competenti le misure per tutelare la salute pubblica.

In Germania è presente un'Agenzia Nazionale per la Protezione Ambientale (Umweltbundesamt), mentre l'Ufficio di igiene pubblica (Der öffentliche Gesundheitsdienst), presente nelle circoscrizioni e in alcune grandi città presso l'autorità sanitaria o presso altri uffici della pubblica sanità, è sotto il controllo del Land di competenza, ed è finanziato direttamente dallo stato. Svolge attività di tipo preventivo, di sicurezza alimentare, di sorveglianza infettiva, di assistenza sociale e di promozione della salute. L'integrazione tra le due componenti non è presente, ma sono previste attività collaborative su temi specifici.

Nel Regno Unito si è costituito l'Office for Environmental Protection (OEP) con compiti di indirizzo strategico, che affianca il DEFRA (Department for Environment, Food & Rural Affairs) ministeriale, il quale a sua volta coordina 33 autorità locali. Il DEFRA collabora con le Agenzie Ambientali nazionali di Inghilterra, Scozia e Galles e con il NHS (Sistema Sanitario nazionale), pur rimanendo distinto e con scarse integrazioni con quest'ultimo.

Difformità regionali e difficoltà di relazioni dei Dipartimenti di Prevenzione con le ARPA

La situazione italiana, con la presenza di Sistemi Sanitari Regionali (SSR) differenziati tra loro e la compresenza di Agenzie regionali per la Protezione Ambientale (ARPA) distinte, unite con l'Agenzia Nazionale in un Sistema Nazionale per la Protezione Ambientale (SNPA), è particolarmente variegata, con modalità di collaborazione tra Sistema sanitario e Sistema ambientale (ARPA) differenti tra regione e regione. Così ci sono regioni in cui la collaborazione è definita puntualmente sulla base dell'art. 7 quinquies della Legge 229/99 ad altre in cui manca ancora l'accordo regionale previsto dallo stesso articolo.

L'esperienza consolidata - anche nelle realtà in cui le collaborazioni sono più avanzate - è che il livello di scambio di dati ed informazioni non è ancora ottimale; i servizi sanitari ed i Dipartimenti di Prevenzione (DP) devono ancora richiedere le informazioni ambientali di cui necessitano per la prevenzione negli ambienti di vita con note protocollate ufficiali e risposte con latenze anche lunghe.

In particolare, nella partecipazione alle conferenze dei servizi mirate al rilascio delle autorizzazioni per piani e progetti la disponibilità di informazioni di dettaglio in campo ambientale è indispensabile per una valutazione preventiva ottimale dei rischi per la salute e per il rilascio del relativo parere sanitario. Disporre di tali informazioni solo in sede di conferenza e non prima è una criticità irrisolta che genera notevoli problemi al sistema sanitario ed a cui occorrerebbe porre rimedio.

Infine, la carenza di personale è un tratto che caratterizza entrambe le strutture della prevenzione collettiva e della tutela ambientale nel nostro Paese. Su questo punto, dunque sulla spesa corrente, oltre che sugli assetti organizzativi e i programmi, si gioca la gran parte del futuro di questi settori.

Prevenzione ed Epidemiologia

La Prevenzione, nelle sue molteplici articolazioni, necessita di dati ed informazioni sullo stato di salute della popolazione per poter intervenire efficacemente. In un famoso articolo del 2011 Friel affermava "No data, no problem, no action" (2). L'esperienza dell'attuale pandemia ha mostrato come ove l'integrazione e lo scambio di dati tra Dipartimenti di Prevenzione ed epidemiologia è stato costante, anche l'organizzazione e la risposta del Dipartimento è stata adeguata; laddove invece il Dipartimento di Prevenzione non ha avuto informazioni sull'andamento attuale e previsto dell'epidemia sul proprio territorio si è creato più facilmente uno squilibrio organizzativo tra personale necessario e personale disponibile e arruolabile. In alcune regioni (vedi Emilia-Romagna o Friuli) i Dipartimenti di Prevenzione ospitano una propria struttura di epidemiologia, proprio allo scopo di disporre internamente e facilmente delle informazioni indispensabili alla programmazione degli interventi di preven-

zione sul territorio. Anche laddove i servizi di epidemiologia non sono fisicamente all'interno del Dipartimento, tuttavia è importante che vi sia una collaborazione stretta e uno scambio di informazioni; pertanto appare auspicabile o la presenza di una struttura epidemiologica nel Dipartimento di Prevenzione o una cooperazione e continua con scambio di dati con l'osservatorio epidemiologico aziendale.

Abbiamo visto che il *Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025* (agosto 2020) rafforza una visione che considera la salute come risultato di uno sviluppo armonico e sostenibile dell'essere umano, della natura e dell'ambiente (*One Health*). Pertanto, riconoscendo che la salute delle persone, degli animali e degli ecosistemi sono interconnesse, promuove l'applicazione di un approccio multidisciplinare, intersettoriale e coordinato per affrontare i rischi potenziali o già esistenti che hanno origine dall'interfaccia tra ambiente-animali-ecosistemi. Anche in considerazione della pandemia da COVID-19, il Piano sottolinea l'indispensabilità di una programmazione sanitaria basata su una rete coordinata e integrata tra le diverse strutture e attività presenti nel territorio, anche al fine di disporre di sistemi flessibili in grado di rispondere con tempestività ai bisogni della popolazione, sia in caso di un'emergenza infettiva o ambientale sia per garantire interventi di prevenzione (prevenzione primaria, screening oncologici, vaccinazioni, individuazione dei soggetti a rischio etc.) e affrontare le sfide della promozione della salute e della diagnosi precoce e presa in carico integrata della cronicità. Per agire efficacemente su tutti i determinanti di salute, il Piano punta su alleanze e sinergie intersettoriali tra forze diverse, secondo il principio della "Salute in tutte le Politiche" e conferma l'impegno nella promozione della salute, quale elemento centrale nelle politiche sanitarie non solo per l'obiettivo di prevenire un limitato numero di condizioni patologiche, ma anche per creare nella comunità e nei suoi membri un livello di competenza, resilienza e capacità di controllo (*empowerment*) che mantenga o migliori il capitale di salute e la qualità della vita.

Lo stretto legame tra salute pubblica e ambiente rende necessario un rafforzamento della collaborazione tra Aziende (quanto ci piacerebbe che venisse eliminata la dizione azienda!) sanitarie e Agenzie

ambientali, ma anche conseguenti rivisitazioni nell'assetto istituzionale organizzativo dei servizi. La progettazione di **nuove entità organizzative integrate ambientali-sanitarie a livello locale, regionale e nazionale** si rende necessaria per realizzare quell'attività di prevenzione primaria che consiste nella riduzione dell'esposizione della popolazione a noxae ambientali attraverso la riduzione della loro presenza nell'ambiente esterno, in ambito lavorativo e negli ambienti di vita (case, scuole etc.).

L'integrazione funzionale delle due componenti, ambientale e sanitaria, presuppone altresì una rivisitazione dei rapporti interni delle varie componenti della Prevenzione: la sanità pubblica, la sanità veterinaria e la sicurezza alimentare, l'Igiene e la sicurezza dei lavoratori, l'educazione alla salute, l'epidemiologia (anche e soprattutto ambientale).

Pur tenendo conto delle differenze a livello regionale, a volte molto marcate, queste componenti si sono negli anni sempre di più separate per vari motivi. Tra questi una profonda trasformazione delle attività di prevenzione, centrate in passato sull'attività di valutazione preventiva di piani e progetti, che riguardava tutti gli insediamenti produttivi, ma anche gli strumenti urbanistici, gli impianti sportivi, ricreativi, ricettivi, scolastici.

La valutazione veniva svolta in commissioni multidisciplinari appositamente organizzate, che spesso vedevano anche la collaborazione stabile di operatori delle Agenzie ambientali e che erano in grado di verificare contemporaneamente l'impatto ambientale e quello sanitario da tutti i punti di vista. Queste commissioni hanno rappresentato per anni il fulcro delle attività dipartimentali ed il luogo fisico in cui venivano riportate tutte le attività transdisciplinari.

Accanto a queste un certo grado di libertà nella pianificazione delle attività locali aveva anche consentito negli anni di organizzare progetti integrati di prevenzione, orientati alla mitigazione delle criticità dei singoli territori, che, ancora una volta, coinvolgevano tutte le componenti dei Dipartimenti di Prevenzione e i Dipartimenti di protezione ambientale.

Con la "semplificazione" normativa, che ha favorito l'autocertificazione al posto dell'autorizzazione previa valutazione d'impatto, da

un lato, e con la trasformazione graduale delle attività di prevenzione, sempre più orientate al controllo e quindi alla numerosità degli interventi più che alla qualità degli stessi, dall'altra, le commissioni interdisciplinari sono state svuotate di contenuti e i diversi settori della Prevenzione si sono sempre più dedicati alle specifiche attività trascurando molto l'interazione, nell'illusione che concentrarsi su un singolo settore avrebbe consentito un risparmio di risorse e di tempo ma con il risultato di un impoverimento culturale e di efficacia dei provvedimenti. Altri elementi determinanti per questa separazione sono stati il progressivo depauperamento del personale e la carenza di formazione (demandata quasi totalmente ad un'attività FAD dall'efficacia tutta da verificare).

Dunque, la realtà è andata in una direzione esattamente opposta a quell'integrazione auspicata dagli strumenti di pianificazione sanitari e ambientali, dalle norme e dalla oggettiva constatazione di una necessità di integrazione per affrontare situazioni che non sono classificabili come ambientali o sanitarie o relative all'ambito veterinario o della medicina del lavoro ma che piuttosto richiedono un approccio integrato di tutti questi aspetti.

La pandemia di Covid-19 è un esempio lampante di questa necessità ma anche la prevenzione delle malattie cronico-degenerative, ben più conosciute e da più lungo tempo, avrebbe richiesto un approccio e una gestione integrati. A maggior ragione se, come realmente è accaduto, queste due condizioni interagiscono tra loro (sindemia) e sono entrambe sostenute da fattori di rischio socio-economici ed ambientali, la cui rimozione consentirebbe sicuramente di ridurre il rischio di nuove pandemie e di eliminare almeno il 25% delle malattie cronico-degenerative.

Conclusioni

In conclusione, riteniamo di far nostre le proposte del gruppo 'MSOH' (Mind for One Health) (3):

- **Istituzionalizzare l'approccio *One Health***, anche attraverso un piano generale di riorganizzazione delle attività relative alla protezione dell'ambiente fisico, sociale e della salute, che ponga il tema dei co-benefici (sinergie tra politiche sanitarie ed ambienta-

li) al centro delle attività di prevenzione e preveda ad ogni livello istituzionale e organizzativo il pieno coinvolgimento del Servizio Sanitario Nazionale e del Sistema Nazionale della Protezione Ambientale.

- **Rafforzare e riorganizzare i Dipartimenti di prevenzione** attraverso il reintegro del personale e l'integrazione tra le attività di epidemiologia e di sanità pubblica relative agli ambienti di vita e di lavoro, l'igiene degli alimenti e la medicina veterinaria, le attività dei dipartimenti territoriali delle ARPA. Aggiornare le norme obsolete di sanità pubblica (dettate ancora dal Regio Decreto del 1934) e assegnare ai Distretti le prestazioni di prevenzione rivolte alla persona (vaccinazioni, screening dei tumori, certificazioni varie).

Accompagnare gli interventi di rafforzamento della rete dei servizi sanitari territoriali con una chiara definizione degli obiettivi di prevenzione primaria e di assistenza alla persona orientate al *Chronic Care Model* ridefinendo, in primo luogo, il **rapporto dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con il SSN** e il loro percorso formativo, anche al fine di valorizzare il loro patrimonio di conoscenze e la loro capacità di influenzare i comportamenti individuali e le scelte collettive.

- **Unificare e mettere in rete tutti i laboratori di sanità pubblica** afferenti alle Aziende sanitarie, agli Istituti Zooprofilattici, all'ARPA e all'ISPRA in modo che le indagini ambientali, gli esami tossicologici e microbiologici sull'uomo e sugli animali possano trovare un unico punto di riferimento e di coordinamento.
- **Riorganizzare l'architettura dei sistemi informativi**, nell'ottica di una integrazione con un disegno funzionale collegato al contesto di vita delle persone a cui debbono essere riferiti tutti gli attributi ambientali, economici, sociali e di lavoro, prioritari rispetto alla semplice architettura informatica slegata dal contesto e dai valori, perché basata su dati astratti, in quanto tutta la conoscenza epidemiologica e sul singolo paziente è apprendimento legato a un contesto.

Abbinare gli interventi di ammodernamento delle apparecchiature sanitarie con progetti di **contenimento dell'eccesso di**

prestazioni inutili, inappropriate e di scarso valore clinico che rappresentano non solo una delle voci più rilevanti degli sprechi in ambito sanitario, pari al 20-30% della spesa complessiva, ma anche un possibile danno ai pazienti e un danno ambientale evitabile.

- **Ridurre l'impatto ambientale del settore sanitario** attraverso l'adozione di specifici interventi per il risparmio energetico, l'utilizzo di fonti rinnovabili di energia (fotovoltaico, geotermica, eolica) e, compatibilmente con le esigenze di sicurezza degli operatori e dei pazienti, per contenere il consumo e lo spreco di dispositivi medici e di altro materiale sanitario e no.
- **Istituire piani di formazione transdisciplinari** superando la settorialità dei processi formativi e la frammentarietà delle discipline che concorrono a delineare la complessa problematica del binomio ambiente e salute. I piani di studio devono avvalersi della prospettiva sistemica e rivolgersi a diversi ambiti disciplinari: architettura, ingegneria, agraria, chimica, fisica, economia etc. Dato che la salute, secondo l'approccio *One Health* (in una prospettiva di *Planetary Health*), non è una competenza esclusiva del sistema sanitario, non ha senso l'istituzione di una Scuola di Specializzazione in Salute Ambiente e Clima presso i Dipartimenti di Medicina. In coerenza con i principi espressi nei documenti del governo è necessario invece **avviare un piano generale di formazione per tutti i dipartimenti universitari secondo il modello previsto nel documento elaborato dalla Task Force ambiente e salute del Ministero della Salute.**

“Il dramma ambientale è forse l'occasione per ‘realizzare Keynes’ andando oltre il compromesso keynesiano. L'emergenza climatica ci impone infatti di affrontare contemporaneamente il bisogno di una piena occupazione, uscendo definitivamente dall'ubriacatura neoliberale, e la necessità di ripensare radicalmente il nostro sistema produttivo. Non possiamo cioè prima ritornare a un produttivismo, magari anche più egualitario e inclusivo, e poi ripulmare il nostro modo di vivere la produzione, la distribuzione e il consumo delle nostre economie. Dobbiamo compiere contestualmente queste due azioni, questa doppia svolta, dei

nostri sistemi produttivi. Senza questa ambiziosa, ma indispensabile conversione, temo che le nostre società si frammenteranno sempre di più in un individualismo di non senso e pura competizione”.

*Gabriele Guzzi, Economia Politica Università Roma Tre,
esperto economico presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri*

Bibliografia

1. <http://www.anses.fr/en/content/presentation-anses>
2. Friel S, Vlahov D, Buckley RM. No data, no problem, no action: addressing urban health inequity in the 21st century. *J Urban Health*. 2011 Oct;88(5):858-9. doi: 10.1007/s11524-011-9616-z. PMID: 21956281; PMCID: PMC3191207
3. https://www.isde.it/wp-content/uploads/2021/04/Mind-For-One-Health_doc-DEF.pdf

9. La gestione del paziente cronico: modelli esplicativi a confronto

Giuseppe Belleri

La pandemia mondiale di cronicità costituisce una sfida per i sistemi sanitari su diversi fronti: per l'organizzazione e per l'economia, per i professionisti e le loro associazioni, per i decisori pubblici e per la ricerca scientifica, per i pazienti e le famiglie, per i servizi sociali ed assistenziali, per le comunità e gli enti locali. Quella della cronicità è una tipica "sfida di sistema", nel senso che obbliga ad andare oltre i limiti delle visioni settoriali, superando i confini tra servizi sanitari, assistenziali e sociali (1). Nel 2016 per affrontare la sfida è stato approvato il Piano Nazionale della Cronicità (PNC) declinato a livello regionale con successivi provvedimenti: la chiave di volta delle *policy* per la cronicità è la promozione dell'integrazione tra differenti professionalità, per mettere al centro la persona e il suo progetto di cura e di vita (2).

Il PNC nasce dall'esigenza di armonizzare le politiche regionali, definendo una cornice culturale e normativa per promuovere l'unitarietà dell'approccio, la tutela delle persone affette da malattie croniche, riducendone il peso sull'individuo, sulla famiglia e sul contesto sociale. La cronicità è per definizione un fenomeno complesso, di natura multidimensionale, multilivello, può essere rappresentato da diversi punti di osservazione e categorizzato in schemi/livelli di realtà così stratificati.

Livello statistico generale

I cronici in Italia sono il 43% della popolazione vale a dire 26 milioni: il 39% è portatore di una condizione di cronicità (23,5 milioni) e il 4% di una cronicità complessa (2,5 milioni di persone in cure domiciliari, palliative e hospice). La metà dei cittadini italiani dopo i 65 anni dichiara di soffrire di una o più malattie croniche. Le malattie croni-

che costituiscono la principale causa di morte in Europa con l'86% circa dei decessi e a livello mondiale si stima che il 70-80% delle risorse sanitarie sia speso per la gestione delle malattie croniche.

Livello epidemiologico

La prevalenza media nella popolazione generale dei rischi/patologie croniche è la seguente (3):

- ipertensione arteriosa: 30,3%
- diabete mellito tipo 2: 8%
- depressione: 5,2%
- malattie ischemiche cardiache e cerebrali: 4,3% e 4,7%
- broncopneumopatia cronica ostruttiva e asma: 3% e 7,7%
- demenza: 2,9%
- scompenso cardiaco: 1,3%
- patologie a bassa prevalenza (<1%): tumori, malattie reumatiche e neurodegenerative, psicosi, malattie infiammatorie intestinali ed epatiti croniche, insuff. renale terminale, dermatiti ed emopatie croniche, malattie rare.

Livello di intensità assistenziale

In Lombardia, ad esempio, la popolazione dei cronici (circa 1/3 dei dieci milioni di cittadini residenti) è stata raggruppata in tre categorie di intensità assistenziale e consumo di risorse (3):

- livello 1: 150.000 soggetti ad elevata fragilità con una patologia principale e almeno altre 3 o più patologie (es. ipertensione, scompenso, diabete, fibrillazione atriale, bronchite cronica);
- livello 2: 1.300.000 soggetti con 2-3 patologie associate; esempio diabete ed ipertensione in fase di complicanze d'organo;
- livello 3: 1.900.000 cronici in fase iniziale, una patologia principale: ad esempio assistiti affetti da ipertensione arteriosa o diabete mellito non complicato, affidati preferenzialmente ai MMG.

Livello organizzativo sistemico

Per quanto riguarda la presa in carico e la gestione del SSN si possono distinguere quattro livelli organizzativi sui quali si misura l'efficacia degli interventi integrati e si valuta la continuità dell'assistenza:

- assistiti seguiti prevalentemente dai MMG: portatori di fattori di rischio ad elevata prevalenza o monopatologici in fase iniziale, asintomatici (ad esempio ipertesi, diabetici tipo II o dislipidemic);
- pazienti in gestione condivisa tra MMG e specialisti, sono affetti da due o più patologie croniche in fase di complicanze d'organo, instabilità clinica o scarsa compliance ecc. (ipertesi e/o diabetici con scadente compenso emodinamico e/o metabolico);
- pazienti con bisogni e situazioni cliniche complesse in assistenza domiciliare (ADP o ADI) o residenziali (RSA, hospice) per polipatologie ad elevata prevalenza con disabilità, fragilità, non autosufficienza o terminalità (pluripatologie croniche evolutive con insufficienza *end stage*).
- patologie a bassa prevalenza o rare (<1% nella popolazione generale) abitualmente in carico ai servizi specialistici: dializzati, neoplastici, psicotici o depressi gravi, epatopatici, affetti da patologie rare etc.

La dimensione culturale

L'antropologia medica con il concetto di modello esplicativo (ME) propone un'ulteriore chiave di lettura della cronicità. I modelli esplicativi, secondo l'antropologo americano Arthur Kleinman, indicano "l'insieme delle nozioni impiegate dai vari soggetti coinvolti nel processo terapeutico per ricostruire le cause e il significato di un episodio di malattia ed elaborare il sapere utile per una possibile azione terapeutica" (4,5).

In medicina si verifica l'incontro/scontro tra ME biomedico e quello "profano", che nella lingua inglese viene connotato dalle diverse sfumature semantiche dei tre termini che designano la malattia:

- *illness*, vale a dire la componente soggettiva della malattia, fatta di conoscenze informali, personali e dirette basate su percezioni corporee, sintomi, disturbi, dolore fisico con il correlato vissuto psicologico di preoccupazione;
- *disease*, la descrizione oggettiva della patologia secondo i canoni del pensiero medico che definisce ed interpreta i fenomeni secondo le categorie eziologico-fisiopatologiche d'organo e di apparato, da indagare con adeguati strumenti diagnostici e correggere con

la terapia appropriata

- *sickness*, le conseguenze sociali relazionali della condizione di malattia. Le ipotesi, le decisioni e le scelte adottate dal medico fanno riferimento al modello di spiegazione biomedica del disease mentre bisogni, attese e valutazioni del paziente si basano sull'illness, pur senza contrapposizione tra i due modelli ma con una relazione dialettica e di circolarità.

Acuto versus cronico: i modelli esplicativi e fattori di rischio

La seconda parte del PNC dedica approfondimenti specifici ad alcune patologie dell'adulto vale a dire: malattie renali croniche e insufficienza renale, artrite reumatoide, rettocolite ulcerosa e malattia di Crohn, insufficienza cardiaca (scompenso cardiaco), malattia di Parkinson e parkinsonismi, BPCO e insufficienza respiratoria cronica. Si tratta di patologie a bassa prevalenza gestite a livello specialistico con il supporto e l'integrazione delle cure primarie per l'elevato rischio di ricovero per riacutizzazione, peggioramento funzionale o scompenso acuto. Nella cronicità sintomatica si realizza una buona convergenza concettuale ed esperienziale tra illness e disease, proprio per la presenza del disturbo soggettivo, che è anche il parametro di riferimento per valutare la terapia e il decorso (6), cosa che invece non accade invece con i fattori di rischio asintomatici.

Sorprende che nelle schede del PNC non siano inserite le patologie ad elevata prevalenza, che costituiscono il *core* dell'assistenza extra-ospedaliera e dell'impegno professionale per il MMG; si tratta dei fattori di rischio e delle corrispondenti patologie dell'area clinica metabolica e cardio-cerebro-vascolare. Inoltre PNR dedica scarsa attenzione ad una distinzione culturale e categoriale che rappresenta un nodo problematico ed investe in particolare la gestione dei casi sul territorio: mi riferisco alla distinzione tra rischio asintomatico e patologia conclamata, caratterizzata da danno anatomico d'organo e/o funzionale. Con i principali fattori di rischio cardiometabolici - dall'iperglicemia alla dislipidemia, dall'ipertensione arteriosa all'aumento della creatinina - la discrasia tra esperienza soggettiva e valutazione probabilistica del disturbo è massima; il paziente è spiazzato dall'incongruenza tra parametri clinici "fuori norma" e percezione

corporea di benessere e normalità.

Il Professore ginevrino Philippe Assal è il pioniere dell'elaborazione culturale e della pratica assistenziale verso le malattie croniche. Il suo modello formativo è un riferimento per gli operatori sanitari e costituisce un'evoluzione della concezione biomedica tradizionale. Vale quindi la pena di riproporre sinteticamente la sua impostazione nel momento in cui la gestione della cronicità è al centro dell'attenzione della politica e al vertice dell'agenda pubblica dei prossimi anni con le innovazioni del PNRR (7).

Nella malattia acuta, tipicamente infettiva, l'incontro tra i due attori non comporta particolari problemi poiché il comportamento del paziente e del professionista sono spontaneamente allineati con le caratteristiche biologiche e fenomenologiche dell'evento clinico, così schematizzabile:

- la malattia si manifesta con segni e sintomi evidenti e in modo più o meno repentino;
- costituisce un momento critico, talvolta a rischio della vita;
- al medico spetta il compito di formulare urgentemente una diagnosi per iniziare il trattamento terapeutico razionale;
- l'approccio è di tipo riduzionista, in quanto si focalizza sui dati essenziali, e quando la prognosi è favorevole il ciclo si chiude con la *restitutio ad integrum* dopo l'eventuale riabilitazione;
- il processo diagnostico-terapeutico dell'acuzie è il modello di riferimento della formazione medica e pervade l'identità professionale, pur rappresentando meno del 20% dell'insieme delle visite del medico sul territorio.

In buona sostanza nella malattia acuta si realizza, grazie alla convergenza tra l'interpretazione dei sintomi e l'obiettivo terapeutico - ad esempio la terapia antibiotica in caso infezione batterica - un allineamento tra ME del medico (*disease*) e quelli del paziente (*illness* e *sickness*).

Nella malattia cronica l'incontro tra medico e paziente diventa problematico poiché la fenomenologia clinica cambia radicalmente:

- mancano sintomi evidenti e spesso il decorso resta silente per anni;
- non sempre vi è correlazione tra sintomi e parametri biologici, in particolare nelle fasi iniziali in cui si manifestano i fattori di rischio;

- la terapia ha l'obiettivo di ricondurre entro la norma i parametri biologici e ciononostante l'evoluzione clinica resta incerta sul lungo periodo;
 - può essere influenzata dallo stile di vita e dalle abitudini voluttuarie;
 - la guarigione e/o la *restitutio ad integrum* di regola non è possibile.
- Il disallineamento dei modelli esplicativi è il nodo problematico di matrice culturale che caratterizza la cronicità e spiega le difficoltà che incontrano medici e pazienti nel percorso di cura, in particolare per problemi di compliance alle terapie e alle indicazioni comportamentali. La chiave di lettura dei ME può consentire una corretta messa a fuoco della distinzione tra fattore di rischio e patologia, per un'appropriata impostazione della cura di queste forme sul territorio. Come già rilevato nella gestione dei fattori di rischio in soggetti asintomatici si manifesta il disallineamento tra *disease* e *illness* che ha conseguenze sulla compliance e sull'efficacia terapeutica. A tal proposito secondo Kleinman "quando modelli esplicativi di pazienti, medici e familiari sono simili ci sarà una comunicazione clinica migliore, meno problemi di gestione clinica, una maggiore adesione al regime terapeutico da parte del paziente e dunque una maggiore soddisfazione. Al contrario quando i ME sono sostanzialmente dissimili, la comunicazione clinica, l'adesione e la soddisfazione del paziente peggioreranno, e si verificherà un aumento significativo dei problemi di gestione" (8).

Il cambio di paradigma culturale

Se nella malattia acuta i ME nel medico e quelli del paziente convergono non è sempre così nella cronicità. La cronicità ha rimescolato le carte rispetto a tale configurazione, inducendo dissonanze cognitive, culturali, esperienziali, organizzative e socio-relazionali a cui il sistema non ha ancora dato una risposta univoca e una soluzione ben definita. Le condizioni di rischio e le patologie croniche in fase asintomatica sono problematiche perché ad esse non si adatta il ME della malattia acuta per l'assenza della dimensione soggettiva dell'*illness*. Queste differenze hanno conseguenze sull'identità professionale dei medici, sui bisogni e sulle aspettative dei pazienti, sulle concezioni e sulle valutazioni di entrambi circa la natura della

malattia, la qualità dell'assistenza e gli obiettivi delle cure.

Bisogna infatti tener conto che le patologie a bassa prevalenza, a differenza di quelle cardio-metaboliche sopra citate, si caratterizzano per la presenza di una sintomatologia più o meno specifica, che è sia l'obiettivo della terapia sia il parametro di valutazione dell'efficacia delle cure: dal dolore osteotendineo e muscolare nelle forme reumatiche ai disturbi gastroenterici nelle malattie intestinali, dai deficit neurologici nelle malattie neurodegenerative ai disturbi idro-elettrolitici nelle nefropatie etc. Questi sintomi rendono più agevole il confronto culturale e l'incontro tra i modelli esplicativi del medico e del paziente.

A differenza delle patologie prese in considerazione dal PNC la galassia dell'area cardiovascolare e metabolica si presenta con una duplice fisionomia clinica: in una prima fase sono assenti sintomi soggettivi significativi delle anomalie fisiopatologiche (ipertensione arteriosa, iperglicemia, ipercolesterolemia, ecc.) che solo in tempi successivi si manifestano con segni obiettivi e sintomi clinici dovuti alle complicanze e ai danni d'organo insorti per effetto della sinergia tra condizioni di rischio, specie se non ben controllate. Vi è un'ulteriore chiave di lettura delle patologie croniche, rispetto alla descrizione proposta da Assal, che consente un'appropriata messa a fuoco del problema a livello cognitivo.

Un nodo concettuale può ostacolare l'incontro clinico in caso di semplice rischio senza patologia conclamata: il portatore asintomatico di un fattore di rischio tende ad interpretare la sua condizione in chiave deterministica, nel senso di un nesso causale necessario tra il fattore e l'insorgenza della malattia mentre per il sapere medico la relazione è probabilistica, ovvero di natura frequentistica dedotta dall'osservazione di una popolazione esposta al medesimo fattore. La discrasia tra determinismo e probabilismo resta sotto traccia nella gestione della cronicità: mi riferisco all'incommensurabilità tra i benefici del controllo dei fattori di rischio, dimostrati a livello di popolazione dai trial clinici randomizzati, e il vantaggio terapeutico per il singolo individuo che resta aleatorio ed incerto (9).

La cronicità comporta un riorientamento paradigmatico anche per il medico, con risvolti di tipo cognitivo e identitario. Le differenze

biologiche in chiave evolutzionistica tra affezioni acute e cronico-degenerative, con ricadute sul ruolo del medico e del paziente, sono state lucidamente descritte dal patologo clinico Azzone (10): in caso di affezione acuta “è di solito sufficiente capire la natura e contrastare gli effetti a tempi brevi degli agenti ambientali occasionali. Nel secondo caso, invece, è necessario modificare il funzionamento a tempi lunghi di processi naturali che vanno incontro alla loro spontanea evoluzione. Poiché la tendenza naturale dell’organismo è verso la guarigione, nel giovane, e verso la progressiva degenerazione, nell’anziano, il ruolo del medico differisce radicalmente. Nel primo caso è quello di un aiutante, nel secondo caso è quello di un oppositore”. I due modelli di malattia si riverberano sulla relazione di cura: “nel caso delle morti premature il ruolo della medicina è quello di potenziare le risposte naturali dell’organismo agli agenti e alle condizioni ambientali: l’obiettivo principale di questo tipo di medicina è il ristabilimento dell’equilibrio naturale. Nel caso delle morti ai limiti dell’aspettativa media di vita biologica, il ruolo della medicina, invece, è quello di contrastare l’evoluzione lenta e spontanea dei processi biologici normali. Questo dà origine a due problemi, uno scientifico e un altro etico. Il problema scientifico è che così come vi sono due gruppi di malattie, quelle dei giovani e quelle degli anziani, allo stesso modo vi sono due tipologie di interventi medici” (10, p. 261).

L’educazione sanitaria nelle patologie croniche ha l’obiettivo di riallineare i modelli esplicativi divergenti. Questi brevi cenni illustrano come nella gestione della cronicità si intreccino problematiche culturali, interpretazioni biologiche e valutazioni cliniche in modo del tutto particolare; le divergenze potranno essere affrontate sul territorio in modo efficace nelle future Case della Salute previste dal PNRR, dove sarà possibile quella integrazione culturale di saperi, pratiche e professionalità che può migliorare la salute e la qualità di vita degli assistiti. Grazie al confronto tra differenti costruzioni culturali della realtà clinica si potrà avviare quel “processo di negoziazione tra le differenti interpretazioni al fine di creare un terreno comune da cui prendere le mosse per l’azione terapeutica” (8, p. XII).

Bibliografia

1. Rinnenburger D. (2019): La cronicità. Come prendersene cura, come viverla, Roma, Il Pensiero Scientifico Editore.
2. Ministero della Salute (2016): Piano Nazionale della Cronicità, consultabile al sito <http://www.salute.gov.it/>.
3. HEALTH SEARCH, XIII Report HS (edizione 2020), consultabile al sito: <https://www.healthsearch.it/report/>
4. Belleri G (2021), La presa in carico della cronicità e fragilità in Lombardia: nascita, evoluzione ed esiti di una riforma, Roma, FRG editore.
5. Pizza G. (2005): Antropologia medica, Roma, Carocci.
6. Becchi A, Di Giovanni P. (2020). LA CONDIZIONE DEL MALATO. Come viviamo l'esperienza della malattia, Really New Minds
7. Lacroix Assal J.P. (2004): Educazione terapeutica, Roma, Minerva Medica.
8. Quaranta I (2005): Antropologia medica. I testi fondamentali, Milano, Raffaello Cortina.
9. Giani U (2012), Probabilità ed incertezza nel ragionamento diagnostico, Verso una medicina multiprofessionale, Il Mio Libro
10. Azzone G.F. (2000): La rivoluzione della medicina, Bologna, Mc Graw-Hill.

10. L'infermiere di Famiglia e di Comunità e l'équipe territoriale multiprofessionale

Paola Arcadi

La premessa concettuale (dal pensiero al gesto)

“La salute del futuro deve rivolgere uno sguardo al passato”. Mentre mi dico queste parole, il mio pensiero va al signor Mario.

Mario ha 82 anni e vive solo in una casa di ringhiera della vecchia Milano. Ha vissuto un'intera vita in fabbrica, e gli ultimi anni ha dovuto rallentare molto la sua attività lavorativa a causa delle limitazioni date dal morbo di Parkinson che lo ha colpito sulla soglia della pensione. I tremori, che progressivamente si manifestano con maggior intensità, limitano la sua autonomia e richiedono di assumere farmaci specifici, che - uniti a quelli dell'ipertensione e del diabete - costituiscono un appuntamento fisso delle sue giornate. Ogni settimana l'infermiere di famiglia e di comunità lo chiama per sapere come sta, e periodicamente si reca al suo domicilio per valutare con lui e l'assistente familiare che lo aiuta nelle faccende domestiche se ci sono dubbi sulle terapie, se l'alimentazione richiede di essere modificata, se le attività di vita quotidiana sono gestite in modo soddisfacente, e se le attività di incontro al circolo di lettura procedono bene.

Mario è contento per la ristrutturazione del bagno di casa effettuata dal Comune, perché gli consente di poter utilizzare la vasca da bagno agevolmente, e aspetta l'arrivo della carrozzina elettrica con cui può muoversi fuori casa nel quartiere nel quale sono stati creati percorsi di viabilità protetta, che gli consentono di raggiungere il supermercato per fare la spesa e le visite agli amici vicini.

Mentre immagino Mario con la sua carrozzina, mi dico che forse sto raccontando un sogno.

È il sogno di un paese che nutre la cura nei luoghi di vita delle

persone, partendo dall'idea di una salute concepita come benessere individuale e in cui il sistema sanitario diventa uno dei tanti attori che la promuovono, non il protagonista assoluto.

Nella salute del futuro immagino una comunità nella quale il singolo individuo si sente parte integrante, nella quale la prossimità diventa solidarietà, nella quale i professionisti della salute intercettano i bisogni di salute ancor prima che questi si manifestino, e nella quale ogni individuo viene messo nelle condizioni di prendersi cura del proprio star bene.

Sentirsi sani anche in presenza di condizioni cliniche etichettate come "malattia", in un mondo popolato sempre più da chi questo mondo lo ha costruito con l'esperienza lunga un'intera vita, è il sogno da realizzare per le generazioni presenti e future".

L'incipit di questo capitolo, in cui narro a una giornalista un sogno immaginario (1), racchiude la sintesi della funzione dell'infermiere di famiglia e di comunità (IFeC) nel tessuto delle cure di prossimità così tanto auspiccate nella loro realizzazione e dibattute negli ultimi anni.

La cura, negli orientamenti teorici dell'infermieristica, si sposta dalla valutazione oggettiva del fenomeno "malattia", all'assumere come problema centrale della sfera professionale di competenze - e, dunque, come elemento fondativo della pratica clinica - non tanto la malattia, quanto le sue conseguenze di tipo bio-psico-sociale sul vivere quotidiano e sull'autonomia della persona. Possiamo incontrare pazienti con la medesima etichetta diagnostica (*disease*), ma con conseguenze della condizione clinica prodotte sul vivere quotidiano completamente differenti, che richiedono interventi diversificati, e che altresì caratterizzano vissuti ed esperienze di malattia (*illness*) peculiari per ciascuno di essi.

Colliere, riprendendo un pensiero di Ildegarda di Bindgen, afferma infatti "quando dico a qualcuno di "prendersi cura" delle mie piante nel momento in cui vado in vacanza, costui non penserà neanche lontanamente che "curare" le mie piante significa somministrare loro delle medicine. Bisogna provvedere a tutto ciò che è indispensabile alle mie piante perché sopravvivano, e questo in funzione delle loro abitudini di vita. Esse hanno tutte bisogno di bere, ma qualcu-

na in modo diverso. Lo stesso vale per la luce, il calore, le correnti d'aria”(2).

Curare si dispiega così in una serie di interventi, autonomi e complementari, aventi il fine ultimo di contribuire al miglioramento dello stato di salute delle persone e che rappresentano l'espressione delle dimensioni che costituiscono la natura dell'assistenza infermieristica: tecnica, relazionale ed educativa.

L'infermieristica da sempre considera l'uomo quale portatore di bisogni di cura le cui risposte non dipendono da interventi prettamente sanitari, poiché il concetto stesso di salute contempla dimensioni che esulano dall'ambito di azione della medicina.

In uno studio qualitativo effettuato da Accademia Scienze Infermieristiche volto ad indagare la concezione di salute dei cittadini di Regione Lombardia (3), i risultati emersi hanno infatti confermato l'assunto sopracitato. La salute, per i cittadini intervistati, è, anzitutto, un'esperienza profondamente soggettiva, tanto da renderne complesso il tentativo di categorizzazione: a ciascun individuo corrisponde un differente progetto influenzato da giudizi e valori esistenziali. Salute è sì buon funzionamento dell'organismo e risponde ad una norma di efficienza, ma ad un livello di concettualizzazione più complesso, a causa delle fragilità relazionali e sociali che caratterizzano il tempo presente e in particolare accompagnano gli anziani, sani o con malattie croniche più o meno controllate, i cittadini attestano il valore della salute come adattamento e capacità di svolgere i compiti della vita quotidiana senza ricorrere alla dipendenza da altri. Emerge inoltre una nuova percezione del rapporto con i professionisti sanitari e i servizi in cui operano. L'ospedale, struttura fondamentale del sistema sanitario che ha accompagnato in questi ultimi decenni la nostra esperienza di cittadini e professionisti e che ancora oggi mantiene un ruolo centrale nell'immaginario collettivo, viene oggi riconfigurato nell'articolazione delle strutture territoriali e dei servizi alla salute individuali e di famiglia, meglio rispondenti a una cura della salute e delle malattie che si richiami a comportamenti proattivi e stili di vita orientati al benessere, a impegni di riabilitazione e prevenzione. Vi è poi la consapevolezza della salute come fattore incisivo nella

realizzazione di sé nel rapporto con gli altri, anche di tipo affettivo. Stare in salute significa stare bene da soli e con gli altri e, pertanto, la salute è anche stato d'animo, sentire esistenziale.

La salute è infine connessa alle più generali condizioni ambientali, sociali ed economiche del contesto in cui viviamo. In questo ambiente, ricorrono nelle concezioni di salute dei cittadini le idee di equilibrio e armonia, di buon uso delle risorse - proprie e collettive - per il mantenimento e la promozione della salute stessa in un dato momento e in un dato contesto, richiamando - in tal modo - la visione di salute di Slow Medicine (4).

Aver chiaro questo quadro è un buon punto di partenza per la progettazione di interventi di promozione, cura e mantenimento della salute dei singoli e delle comunità, poiché tiene conto della complessità del costruito, soprattutto in uno scenario in cui la convivenza con condizioni di malattia croniche e la non guaribilità secondo il modello riparativo che ha dominato la scena medica da secoli, rappresentano il vero tassello su cui investire le competenze e i modelli organizzativi dei sistemi sanitari.

L'infermiere di famiglia e di comunità e la rete di competenze

In risposta agli obiettivi del Documento Salute 21 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) si sono sviluppati percorsi di formazione di nuove figure infermieristiche, tra cui quella dell'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC). Caratteristica di questa figura è l'interesse verso l'individuo, la famiglia, la comunità e la casa come ambiente in cui i membri della famiglia possono farsi carico dei problemi di salute (5-6).

L'Infermiere di Famiglia e di Comunità è il professionista responsabile dei processi infermieristici in ambito familiare e di comunità, in possesso di conoscenze e competenze specialistiche nell'area infermieristica delle cure primarie e sanità pubblica (6).

Agisce le competenze nella erogazione di cure infermieristiche complesse, nella promozione della salute, nella prevenzione e nella gestione partecipativa dei processi di salute individuali, familiari e della comunità, operando all'interno del sistema dell'Assistenza Sanitaria Primaria (7).

L'intervento dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità si esprime a:

- Livello individuale e familiare attraverso interventi diretti e indiretti che hanno come destinatari la persona, la sua famiglia e le sue persone di riferimento. Favorisce la promozione e il mantenimento della salute della persona attraverso il rafforzamento della sua autonomia decisionale, grazie ad un'offerta assistenziale capace non solo di garantire prestazioni che può comunque erogare specie se complesse, ma anche di anticipare la lettura dei bisogni ancora inespressi, con l'obiettivo finale di accompagnare i cittadini nel loro percorso di gestione del processo di salute e di vita, del quale diventano protagonisti portando alla luce i potenziali di cura dei singoli e delle famiglie.
- Livello comunitario attraverso azioni rivolte alle comunità, all'interno di una rete di relazioni e connessioni formali e informali, in cui il problema trova soluzione perché vengono modificate le relazioni che lo hanno generato (8).

L'IFeC interagisce con tutte le risorse presenti nella comunità sotto forma di volontariato, associazioni, parrocchie, vicinato, famiglie disponibili a dare aiuto ai concittadini che si trovano temporaneamente in una situazione di fragilità e contribuisce a supportare la rete del welfare di comunità. L'IFeC non è solo un erogatore di *care*, ma attivatore di potenziali di *care*, che insistono in modo latente nella comunità e che portati alla luce sprigionano una serie di beni cognitivi, affettivi, emotivi e di legami solidaristici che diventano parte stessa della presa in carico. L'IFeC svolge attività trasversali di implementazione dell'integrazione con l'obiettivo di favorire l'attivazione e l'integrazione tra i vari operatori sanitari e sociali e le possibili risorse formali e informali presenti sul territorio utili a risolvere problematiche inerenti ai bisogni di salute (6-8).

Il fulcro dell'attività dell'IFeC, in continuità con quanto descritto nelle premesse a questo paragrafo, è dunque quello di mitigare l'impatto della malattia sulla qualità di vita, responsabilizzare le persone sugli stili di vita, coinvolgendole attivamente nella gestione della propria condizione di salute (self-care). La promozione dell'autocura, a diversi livelli, dovrebbe infatti rappresentare il principale investimento (anche economico) di un sistema sanitario che ha compre-

so che la realizzazione della salute delle persone è nelle proprie case, con le proprie risorse, in una modalità di intervento proattivo e che necessita di figure professionali che fungano da tessuto connettivo nello scenario di competenze diversificate necessarie per sostenere l'impatto della cura.

La questione delle competenze è infatti cruciale nella decisionalità sulle cure di comunità. Se, infatti, la salute è un caleidoscopio di significati differenti, anche la sua promozione e il suo mantenimento chiamano in causa attori differenti che devono confluire in un'immagine unica. Come ci ricorda Bonaldi, infatti, "La maggior parte dei problemi sono multidimensionali, carichi di valori, ambigui, instabili, aperti e non risolvibili una volta per sempre. Occorre imparare a riconoscere le opposte dimensioni che coesistono nei sistemi complessi per coglierne limiti e potenzialità (...) Il rispetto delle competenze degli altri crea un legame potente ed è parte integrante di un efficace coordinamento dei lavori altamente interdipendenti"(9).

Affinché ci sia interdipendenza, è necessaria una trama che tenga insieme il patrimonio di competenze, talune specifiche, talune molto spesso più sfumate.

Gli infermieri, per formazione, per storia, per capacità di visione allargata, si propongono a pieno titolo per fungere da tessuto connettivo per la tenuta del sistema di competenze di cui tanto si sta dibattendo.

L'attualità, tra norme e sviluppi concreti

Il Patto per la salute 2019-2021 stabilisce che, al fine di promuovere una maggiore omogeneità e accessibilità dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria, garantendo l'integrazione con i servizi socio-assistenziali, vengano definite linee di indirizzo per l'adozione di parametri di riferimento, anche considerando le diverse esperienze regionali in corso, favorendo l'integrazione con tutte le figure professionali, compresa l'assistenza infermieristica di famiglia/comunità, per garantire la completa presa in carico integrata delle persone.

Nel momento in cui scrivo sono già molti i documenti di indirizzo dell'Infermieristica di Famiglia e Comunità, in particolar modo la Legge 77/2020 (l'ex "decreto rilancio"), e le linee di indirizzo della

Conferenza Stato Regioni del 17/09/2020 che ne traggano origine (10-11). Tuttavia la missione 6 (e 5 per gli aspetti sociali) del PNRR sta già modificando l'assetto futuro, che con l'importante contributo dell'AGENAS, vedrà nascere il tanto atteso e denominato in gergo "DM 71" sugli standard territoriali. Sintetizzando, l'IFeC è inserito all'interno dei servizi/strutture distrettuali e garantisce la sua presenza coerentemente con l'organizzazione regionale e territoriale (Case della Comunità, Ospedali di Comunità, domicilio, sedi ambulatoriali, sedi e articolazioni dei Comuni, luoghi di vita e socialità locale ove sia possibile agire interventi educativi, di prevenzione, cura e assistenza). Agisce nell'ambito delle strategie delle Aziende Sanitarie e dell'articolazione aziendale a cui afferisce, opera in stretta sinergia con la Medicina Generale, il Servizio sociale e i tutti professionisti coinvolti nei setting di riferimento in una logica di riconoscimento delle specifiche autonomie ed ambiti professionali e di interrelazione ed integrazione multiprofessionale.

L'IFeC, presente nel territorio con continuità, è di riferimento per tutta la popolazione (ad es. per soggetti anziani, per pazienti cronici, per istituti scolastici ed educativi che seguono bambini e adolescenti, per le strutture residenziali non autosufficienti, ecc...); tuttavia dato che la fragilità oggi è considerata la condizione da identificare precocemente nel modello di stratificazione del bisogno, da supportare con interventi diversificati a favore della persona e delle risorse del contesto abituale di vita e che tale condizione vincola a prevedere modalità e livelli diversi di intervento coerenti con l'intensità e le caratteristiche del bisogno, è opportuno concentrare il focus dell'IFeC su tale target identificato attraverso l'analisi dei dati epidemiologici e sociodemografici. Viste le caratteristiche epidemiologiche e il profilo demografico nazionale, la fascia di popolazione anziana con patologie croniche, risulta dunque essere un target preferenziale(10-11).

Inoltre in particolari condizioni epidemiologiche, quale quella da COVID-19 attuale, il suo intervento può essere orientato alla gestione di un target di popolazione specifica, ad es. per il tracciamento e monitoraggio dei casi di COVID-19 e nelle campagne vaccinali (10-11).

A tal proposito, è d'obbligo dire che gli infermieri, in questo scenario pandemico, sono stati davvero (e sono tutt'ora) gli operatori

della prossimità, capaci di arrivare ovunque, di modellare le proprie competenze al servizio dei pazienti ricoverati, in ogni setting di cura, e protagonisti di questa campagna vaccinale con spirito di servizio ineguagliabile.

La Presidente FNOPI Barbara Mangiacavalli, di cui riporto integralmente le parole spese in un recente intervento in tema di PNRR, sintetizza con estrema puntualità il valore dell'infermieristica di famiglia e di comunità in questo tempo di scelte:

«Gli infermieri conoscono e agiscono sul territorio, sono stati quelli che insieme ad altri professionisti, sono andati nelle case delle persone durante la pandemia. Abbiamo avuto l'ennesima conferma delle situazioni di fragilità, di mancata assistenza, di solitudine e isolamento, e come facciamo da anni ci siamo spesi per garantire il possibile nel prenderci carico della salute dei nostri assistiti e per questo siamo in pole position per il ruolo di team leader nel disegno del PNRR. Lo rivendichiamo nel contenuto e non nel contenitore: non se ne può più di sentir parlare di 'contenitori' e di leggere articoli in cui si discute se si deve chiamare in un modo piuttosto che in un altro o in cui ci si riferisce ancora a questioni ormai inesistenti di gerarchia. Spero che la forza del PNRR sia quella di rivedere e innovare modelli, spero che la forza stia nel non ragionare più di contenitori e gerarchie. Si raccomanda l'équipe multiprofessionale in cui deve esserci un team leader che rappresenta la professione che risponde al bisogno prioritario trovato in quella famiglia, in quella comunità, in quel singolo. Allora costruiamo il team leader sul bisogno prevalente che sia sanitario, sociale, sociosanitario, socioassistenziale: i meccanismi di lavoro non possono essere gerarchizzati secondo modelli precostituiti, ma deve esserci un adattamento reciproco, non la standardizzazione delle competenze, ma la standardizzazione della formazione. Questa è una vera équipe multiprofessionale e questa è l'organizzazione che ci aspettiamo dalle Regioni. Gli infermieri saranno al fianco di coloro che vogliono costruire davvero il nuovo modello, ma con altrettanta forza respingeranno ogni ipotesi di rimanere ancorati a vecchi schemi precostituiti».

La sfida della sanità del futuro deve essere quella di dare vigore ai servizi esistenti rivolti alla diagnosi, alla cura e alla prevenzione delle

malattie e, contemporaneamente, pensare allo sviluppo di nuove offerte che promuovano il paradigma salute in cooperazione con altri settori pubblici che permettano di soddisfare a pieno le esigenze dei cittadini. Se alcuni elementi che condizionano la salute dipendono da ambiti diversi da quelli della medicina è infine necessario raggiungere una visione d'insieme di tutti coloro che hanno responsabilità in tale campo. Infermieri inclusi.

Bibliografia

1. Arcadi P., Per stare meglio, in: Le 100 idee - L'anno che verrà, D-Repubblica, 2021
2. Collière M.F., Aiutare a vivere: dal sapere delle donne all'assistenza infermieristica, Edizioni Sorbona, Milano, 1992
3. Botter C., Nobile S., Arcadi P., Bonetti L., Bonfadini S., Demarchi A., Fortunato A., Motta P.C., Pasqua D., Perri M., Salvini L., Todisco A., Sappa B., Cos'è la salute per te? Studio qualitativo sul significato di salute percepito dai cittadini, L'infermiere, 2019, n°5
4. Gruppo Dirigente Slow Medicine, La visione di Slow Medicine, 2021, disponibile da: <https://www.slowmedicine.it/slow/wp-content/uploads/2021/06/27-maggio-2021-La-visione-di-Slow-Medicine.pdf> [consultato il 14/08/2021]
5. World Health Organization Europe. The family health nurse-context, conceptual framework and curriculum. 2000;(January 2000):54.
6. Federazione Nazionale Ordini delle Professioni Infermieristiche, Position Statement L'infermiere di Famiglia e di Comunità, disponibile da <https://www.infermiereonline.org/wp-content/uploads/2020/10/Position-Statement-FNOPI-LInfermiere-di-famiglia-e-di-comunit%C3%A0.pdf> [consultato il 14/08/2021]
7. Organizzazione Mondiale della Sanità, Dichiarazione di Alma Ata, 1978.
8. Pellizzari M., L'infermiere di comunità. Dalla teoria alla prassi, Mc Graw Hill, Milano, 2008
9. Bonaldi A., L'ABC della complessità. Festival della complessità, Tarquinia, 2011
10. Legge 17 luglio 2020, n°77, Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, recante misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19. Disponibile da: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/07/18/20G00095/sg> [consultato il 14/08/2021]
11. Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, Infermiere di famiglia e di comunità Linee di indirizzo, disponibile da: <http://www.regioni.it/newsletter/n-3909/del-17-09-2020/infermiere-di-famiglia-e-di-comunita-linee-di-indirizzo-21653/> [consultato il 14/08/2021]

11. I medici del territorio

Silvio Garattini

Premessa

Esiste un consenso generale sulla inadeguatezza della medicina del territorio, resa evidente, se c'è ne fosse stato bisogno, dalla recente pandemia. I medici sul territorio sono infatti rimasti senza informazioni e senza un minimo di attrezzature di sicurezza per poter interagire con i propri pazienti sia all'inizio, sia purtroppo anche alla seconda ondata con un carico di morti che avrebbe potuto essere evitato se i pazienti si fossero potuti curare tempestivamente a casa senza intasare i pronto soccorsi e le terapie intensive degli ospedali. Il medico di medicina generale o di famiglia che agisce da solo sul territorio non è più credibile in considerazione della crescente complessità delle conoscenze mediche e delle maggiori esigenze dei cittadini che hanno acquisito maggiori, anche se non sempre corrette, conoscenze attraverso internet.

Come dovrà operare il Medico di famiglia

Anzitutto il medico di famiglia deve operare all'interno di strutture che riuniscano più medici con una segreteria informatica, la presenza di infermieri, psicologi, operatori sociali, pediatri di famiglia. Si deve poter costituire un gruppo di lavoro collaborativo per poter mantenere aperti gli ambulatori sette giorni alla settimana. Esistono già, in questo senso, parecchie sperimentazioni in varie Regioni italiane con vari nomi: "case della salute" o "case della comunità". Con l'aiuto dell'infermiera(e) si possono eseguire anche piccoli interventi, come qualche punto per piccole ferite; con la psicologa(o) e con l'assistente sociale si possono eseguire supporti a livello domiciliare; i pediatri di famiglia potrebbero realizzare un'attività nella scuola

per identificare precocemente sintomi e malattie.

Nella struttura deve essere possibile eseguire le analisi di routine, grazie ad apparecchiature automatiche che possono evitare il ricorso dei pazienti a laboratori con relativa perdita di tempo. Avere a disposizione la telemedicina per comunicare con i pazienti e con gli specialisti ospedalieri. I pazienti con malattie croniche spesso non hanno bisogno di visite o di analisi, ma hanno bisogno di collegarsi con il medico per esprimere i loro problemi, per essere rassicurati sul loro stato di salute o anche semplicemente per avere qualche certificato o ricetta. Con gli specialisti ospedalieri è importante ristabilire relazioni di reciproca fiducia, oggi ridotte al minimo. Occorre che si parlino perché spesso è inutile inviare il paziente in ospedale. Basta che il medico del territorio esponga i problemi perché molte volte si tratta solo di cambiare il farmaco oppure di modificarne la dose o la durata del trattamento. Non è possibile mantenere l'attuale ibrido rapporto di lavoro. Tutti i componenti del Servizio Sanitario Nazionale devono essere dipendenti, membri della stessa organizzazione e con le stesse finalità in cui il paziente deve essere al centro.

In quale contesto culturale

I cambiamenti organizzativi della medicina del territorio non devono sottacere la necessità di una importante rivoluzione culturale. Il Servizio Sanitario Nazionale ha perso nel percorso di oltre 40 anni una parte importante della sua missione. Il termine prevenzione è divenuto obsoleto perché si è persa l'idea che la medicina deve evitare che si sviluppino le malattie, considerando la malattia un fallimento della medicina. La Costituzione ritiene che la salute sia un diritto di ogni cittadino, ma i diritti sono sempre accompagnati dai doveri. In questo caso il dovere è "mantenere la propria salute" per interesse personale, ma anche come forma di solidarietà visto che il Servizio Sanitario Nazionale non può avere risorse infinite. Non bisogna dimenticare che la prevenzione è un conflitto di interessi con il mercato della medicina perché ne impedisce la crescita, anzi tende a ridurlo. La mancata attenzione alla prevenzione ha determinato una significativa riduzione della durata di vita "sana". I maschi e le femmine hanno rispettivamente 6 e 8 anni di cattiva qualità di vita

per non aver osservato appunto le regole della prevenzione. Almeno il 50 per cento delle malattie croniche - diabete, insufficienza cardiaca, respiratoria e renale - sono evitabili; il 30 per cento delle demenze senili e perfino il 70 per cento dei tumori dipendono dai nostri stili di vita. Tutti li conosciamo, ma non li osserviamo soffrendo le conseguenti malattie di cui poi ci lamentiamo. Fumo, alcol e droghe illecite, obesità e sedentarietà sono nocivi alla salute mentre vanno privilegiate una dieta varia ma moderata, l'esercizio fisico e intellettuale e un'adeguata durata del sonno. Ognuno di questi comportamenti ha un suo significato in termini di prevenzione. Ad esempio l'esercizio fisico ed il sonno sono importanti per mantenere le funzioni cognitive mentre l'alcol e il fumo sono cancerogeni, l'obesità è un fattore di rischio per il diabete. Un grande studio condotto in Australia mostra che un insieme di cattive abitudini di vita aumenta di circa 6 volte la mortalità rispetto ad una vita condotta con buoni stili di vita. Ecco quindi una delle funzioni dei medici del territorio: prescrivere non solo farmaci, ma anche stili di vita spesso più importanti dei farmaci. Devono essere giudicati per la loro capacità di diminuire il numero di fumatori, di alcolizzati, di obesi. Devono svolgere questa missione anche con l'esempio - troppi medici che fumano! - che spesso giustifica i comportamenti dei pazienti.

Prevenzione e medici del territorio

Ecco una delle importanti componenti della formazione dei medici del territorio: la prevenzione. Il successo delle prestazioni dei medici del territorio deve essere rappresentato dalla capacità di mantenere i cittadini che si affidano alla loro cura nelle migliori condizioni di aderenza ai buoni stili di vita. Un secondo compito nella formazione dei medici del territorio deve sviluppare il concetto dell'appropriatezza delle terapie. Non è confacente alle conoscenze scientifiche osservare persone anziane che devono ingerire ogni giorno 15-20 farmaci. Chi ha stabilito che sono utili? Chi ha mai dimostrato che 20 farmaci sono meglio di 15 oppure che 15 sono meglio di 10? Quali sono le intersecate interazioni fra tutti questi composti chimici? Perché non conosciamo le differenze di genere nella efficacia e nella tossicità dei farmaci? Le donne sono notevolmente danneggia-

te perché non partecipano in numero significativo agli studi clinici controllati. Ne deriva che le donne vengono trattate come se fossero maschi, mentre sappiamo – quando vengono eseguiti gli studi – che le donne possono rispondere in modo diverso a causa del diverso metabolismo. Inoltre le donne subiscono più effetti tossici. Negli Stati Uniti a fronte di 1,3 milioni di effetti tossici nel maschio, se ne registrano 2 milioni nella femmina. Ben 8 su 10 farmaci ritirati dal commercio per tossicità sono dipesi da tossicità nelle donne. Qual è la probabilità che un farmaco possa agire su di un singolo paziente? Gli effetti dei farmaci si ricercano su gruppi di pazienti, ma poi il singolo farmaco va prescritto al singolo paziente. Spesso occorre somministrare il farmaco a molti pazienti perché uno abbia un vantaggio. Ad esempio nella prevenzione primaria occorre trattare centinaia di persone perché uno non abbia un infarto cardiaco. Questo dato noto con la sigla NNT (Number Needed to Treat) va poi comparato con il NNH (Number Needed to Harm) che esprime il numero di pazienti da trattare per avere un caso di tossicità. Se il medico avesse a disposizione questi dati probabilmente avrebbe importanti informazioni per prescrizioni più razionali. Sono domande prive spesso di risposta perché l'informazione ai medici è ormai completamente un monopolio dell'industria farmaceutica. È necessario realizzare una significativa informazione indipendente che permetta al medico di avere una visione oggettiva della letteratura scientifica. Chi vende deve incrementare il mercato mentre la prevenzione e l'informazione indipendente sono in contrasto con il mercato. Una formazione del medico alla appropriatezza delle terapie è la miglior condizione perché la medicina del territorio rappresenti un filtro per evitare inutili ricorsi dei cittadini al pronto soccorso ed ai ricoveri ospedalieri. Infine una terza area di formazione riguarda la conoscenza del Servizio Sanitario Nazionale come esempio di bene comune. Ogni errore commesso nel rapporto medico - paziente come accade nella diffusa medicina "difensiva" si ripercuote sulla sostenibilità del SSN.

Prevenzione ed appropriatezza terapeutica con particolare attenzione alle loro ripercussioni sul SSN sono le basi su cui si deve realizzare la formazione dei "nuovi" medici del territorio. Cominciamo subito con direttive centrali che lascino poco fascino alle "creatività" regionali.

12. La riforma della medicina territoriale: perché è necessaria e quali sono gli ostacoli da affrontare

Stefano Celotto, Alessandro Mereu

Il PNRR è stato presentato in un momento particolare per l'Italia. Particolare per molteplici ragioni, vista la recente emergenza COVID e vista la necessità di redistribuire risorse, economiche ed umane, nell'affrontare l'epidemia più severa che la nostra storia recente abbia conosciuto. Tuttavia la particolarità del momento sta soprattutto nella tendenza demografica della popolazione italiana, tanto per quanto riguarda i cittadini quanto per quanto riguarda i medici.

Demografia dei medici e dei pazienti

La popolazione italiana sta progressivamente aumentando per età e, conseguentemente, per complessità clinica. Secondo le stime ISTAT, le persone con più di 65 anni rappresentano attualmente oltre un terzo della popolazione con un'età media che ha ormai superato i 45 anni. La piramide demografica ormai ha preso quasi la forma di un rombo, con un calo di natalità solo parzialmente compensato dalla popolazione giovane che giunge in Italia tramite flussi migratori. D'altra parte, se ragioniamo rispetto ad una riforma della sanità territoriale attesa da 40 anni e che duri nel tempo, non possiamo immaginare di basare le nostre proposte sull'attuale popolazione, ma occorre ragionare in prospettiva. Vediamo quindi che la distribuzione demografica che ci aspettiamo nell'anno 2040, salvo sconvolgimenti del calibro di guerre o nuove crisi sanitarie, ha la forma di una piramide rovesciata, dove la maggioranza della popolazione si concentra nettamente nelle età più avanzate.



Figura 1 - Rappresentazione della popolazione italiana e distribuzione per fasce d'età relative agli anni 2020 e 2040 – Fonte: <https://www.populationpyramid.net/italy/>

Parallelamente all'invecchiamento della popolazione, aumenta anche il carico clinico ed assistenziale da fornire alla popolazione. Infatti sono progressivamente aumentate le incidenze di patologie croniche e degenerative e conseguentemente anche le necessità di rivolgersi ai servizi di Cure Primarie per i propri bisogni di salute. I contatti dei Medici di Famiglia con i propri assistiti sono cresciuti di oltre il 40% dal 2009 al 2018 superando quota 15000 all'anno di media (1).

A fianco di questo aumento della quota lavorativa relativa alla clinica, è avvenuto un progressivo aumento della burocratizzazione del lavoro. Il controllo delle prestazioni (ma soprattutto delle spese) degli operatori sanitari che operano nelle Cure Primarie, in primis i Medici di Famiglia, passa attraverso un incremento della modulistica da redigere e altri ostacoli da superare per lo svolgimento del proprio lavoro: dalle stampe complesse per attivazione di altri servizi operanti sul territorio alle modalità di erogazione di determinati farmaci in nota o con piano terapeutico, dai moduli da compilare per l'ottenimento di incentivi alla ripetizione di impegnative viziate da un vizio di forma (o addirittura "scadute") e ritenute inadeguate da

parte dei centri di prenotazione delle Aziende Sanitarie.

Tutto questo carico di lavoro non-clinico ha ulteriormente oppresso i Medici della Medicina Generale che operano in un sistema che era stato ideato per la popolazione ed il livello di complessità del 1978 e sono vincolati contrattualmente ad un Accordo Collettivo Nazionale fermo (come impostazione) al 2005, quando i bisogni clinici, assistenziali e burocratici della popolazione italiana erano estremamente diversi da quelli attuali.

Questo si somma ad una popolazione di Medici di Famiglia che invecchia parallelamente alla popolazione che assiste, ma che al momento attuale, nel 2021, si trova al picco del pensionamento dei medici appartenenti alla pleora medica dei laureati nei primi anni 80. Il culmine del ricambio è già stato raggiunto in alcune regioni, in particolare nel nord Italia, dove numerose aree del Paese rimangono scoperte, ma presto raggiungerà anche le regioni meridionali. È evidente, oltretutto, che l'aggravio lavorativo, clinico ma soprattutto burocratico, sommato all'ulteriore difficoltà occorsa durante la diffusione del SARS-CoV-2 e la percezione di abbandono rilevata negli ultimi mesi dagli stessi medici abbia portato (ed ancora porterà) una fetta di Medici di Famiglia a scegliere la strada del pensionamento anticipato, anche in aree dove non potranno essere sostituiti.

In questo contesto di enormi cambiamenti ed aumento dei bisogni dei cittadini, è necessario solcare una nuova traccia per le Cure Primarie. Ma da dove partire?

Breve storia delle Cure Primarie

Nell'arco degli anni numerose proposte sono state fatte, spesso trovando come direttive la dichiarazione di Alma Ata (2) del 1978 che evidenzia la necessità di rafforzamento dell'Assistenza Sanitaria Primaria anche attraverso misure che coinvolgano direttamente i cittadini e le comunità nella progettazione, organizzazione, funzionamento e controllo dell'Assistenza Sanitaria Primaria stessa. Questa dichiarazione aveva principalmente lo scopo di elevare il livello di salute delle persone abitanti i Paesi in via di sviluppo. Tuttavia nell'arco dei decenni successivi si è reso sempre più evidente che un sistema di Cure Primarie forti fosse un supporto imprescindibile ad

ogni Sistema Sanitario efficiente. Questo viene ribadito e confermato in diversi documenti come la Carta di Ottawa sulla promozione della salute (1986) che indica nel riorientamento dei servizi sanitari in un'ottica di coinvolgimento della comunità ed intreccio tra salute ed ogni luogo dove si vive la quotidianità il fulcro per l'ottenimento ed il mantenimento della salute dei cittadini. Un passo non ancora raggiunto nel 2008 quando la WHO chiede un ritorno ai valori di Alma Ata con il documento PHC – Now More Than Ever^[3] dove vengono auspiccate 4 categorie di riforme volte a garantire:

- una copertura universale;
- un'organizzazione dei servizi centrati sul cittadino e sulla comunità;
- lo sviluppo di politiche di promozione della salute;
- una rivoluzione della leadership che diventi più credibile ed affidabile.

Questi 4 obiettivi sono ancora in divenire in una larga maggioranza dei Paesi, ma il loro sviluppo è presente in numerose agende politiche. In Italia l'Assistenza Primaria è garantita dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), come previsto dal DPCM 12 gennaio 2017 che aggiorna il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. Dal 1978, anno in cui è stata promulgata la legge di istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, numerose sono state le evoluzioni dell'assistenza territoriale. Tuttavia, le competenze legislative ed amministrative regionali in materia di assistenza sanitaria hanno portato allo sviluppo diseguale del Servizio Sanitario nelle diverse regioni. Tentativi di rendere più uniforme l'assistenza territoriale è avvenuto in diverse fasi. Nello specifico i Piani Sanitari Nazionali (PSN) degli ultimi anni '90 e primi anni 2000 hanno evidenziato il ruolo dei Medici di Medicina Generale e Servizio sottolineando la necessità di una loro integrazione all'interno dell'organizzazione del Distretto indicando, già quasi 20 anni fa, il territorio come sede primaria di assistenza ed una rete integrata di servizi sanitari e sociali come base per l'assistenza ai pazienti cronici, anziani e disabili. Successivamente veniva identificata, con il PSN 2011-2013 una visione allargata e integrata del concetto di assistenza primaria che non solo affronta i problemi di salute incipienti, ma promuove il benessere, prende in carico il paziente in modo globale e completo favorendone anche l'empowerment, garantisce la continuità assistenziale e concorre ai

processi di governo della domanda mediante l'azione di gatekeeping del MMG. Tuttavia l'applicazione di quanto definito ha trovato lo sviluppo di leggi e regolazioni regionali ancora estremamente imperfette. Basti pensare al riordino dell'assistenza territoriale come definita dal decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158 convertito nella legge 8 novembre 2012, n. 189, c.d. Decreto Balduzzi. La riorganizzazione, auspicata dalla legge, in aggregazioni funzionali territoriali (AFT) e unità complesse di cure primarie (UCCP) è largamente rimasta solo sulla carta a poco meno di 10 anni dalla sua promulgazione: la variabilità nell'interpretazione della legge effettuata dalle diverse autorità regionali, affiancata ad una necessità di continua contrattazione con le Organizzazioni Sindacali appartenenti all'area delle Cure Primarie ha prodotto un'estrema disomogeneità nella sua applicazione e spesso una resistenza al cambiamento di modelli ormai radicati da tempo.

Le resistenze al cambiamento

Ora il tema della riforma del sistema sanitario territoriale si rende ulteriormente necessario alla luce di tutti i numerosi aspetti sopra illustrati. Tuttavia ogni proposta ascoltata finora pare essere stata effettuata mescolando tutti i vari attori coinvolti nelle Cure Primarie, e spesso lasciando sullo sfondo o proprio in disparte quelli che sono i beneficiari ed al contempo i proprietari stessi del sistema cioè i cittadini e le nostre comunità. La maggior parte del dibattito, mai concretamente realizzatosi con costruttivi e sinceri momenti di confronto tesi a creare trasparenti mediazioni o utili compromessi tra istanze, si è incentrato sull'aspetto probabilmente più emozionale ma anche meno concretamente riformatore. Stiamo parlando dell'annosa diatriba tra dipendenza e convenzione come tipologia contrattuale del personale medico delle cure primarie (Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta). La forma contrattuale è certamente importante, ma il dibattito tra quale sia la "miglior" forma (una delle due oppure una terza ulteriore da configurare) ha dissanguato la riflessione sulla riforma delle prassi in Cure Primarie. Possiamo accennare alle motivazioni, intuibili, che hanno prodotto uno scontro monotematico: la tradizionale impostazione conserva-

tiva di qualsivoglia istituzione, i timori per la sorte di ENPAM in assenza di un rilevante e forse indispensabile introito dei contributi dei medici non dipendenti, il mutato scenario demografico della massa della categoria (più giovani, più donne) che produce nuove necessità e nuove istanze sulle forme e tutele lavorative, la persistente e forse strumentale confusione tra libera scelta del cittadino nell'identificare un curante fiduciario (tralasciando che esistono ampie aree del paese dove non è più possibile scegliere un curante oppure non c'è nemmeno più nessun curante da scegliere) e la creazione di un rapporto fiduciario (mutevole nel tempo e nelle motivazioni della sua dinamica), una narrativa del mondo sanitario ancorata a una visione gerarchica dei sistemi complessi (comandare qualcuno *vs* farsi comandare da qualcuno contrapposto ad un più moderno concetto di rete dove esercitare una moderna leadership intesa come *soft skills* non come posizione di dominio), l'assenza dell'elemento comunitario come co-gestore e corresponsabile dei servizi sanitari stessi.

Oltre a queste motivazioni, interne al settore delle cure primarie, ciò che fa mancare una seria azione riformatrice è l'assenza di una cultura professionale ed accademica delle cure primarie in Italia associata all'assenza dell'attenzione politica ed istituzionale al mondo delle cure primarie. Spesso definita la "cenerentola" del SSN, le Cure Primarie sembrano più orientate al ritiro sociale che non alla trasformazione in principessa, aldilà degli entusiastici proclami o delle rivendicazioni categoriali.

Le Cure Primarie moderne

Avendo criticato l'attuale contesto riformatore andiamo però a identificare quegli elementi che dovrebbero essere invece discussi per ottenere proprio gli scopi dichiarati dalle riforme annunciate: prossimità, rete dei servizi, continuità socio-assistenziale, ammodernamento tecnologico. A questi obiettivi è utile affiancare anche lo scopo di tutela della salute che le istituzioni dovrebbero garantire, la necessità di inserire la partecipazione comunitaria nella scena, l'attenzione alla salute ed al benessere e non la mera presa in carico delle patologie (con tutto ciò che concerne in termini di prevenzione, promozione della salute, critica della medicalizzazione della vita, at-

tenzione alla fragilità ed alla vulnerabilità, orientamento ai bisogni di salute).

Questa sintetica analisi ci porta con forza da una idea riformatrice ad una idea rivoluzionaria delle Cure Primarie, ovvero a non accontentarsi di restaurare alcuni aspetti *demodè* o di calibrare la nuova macchina e le sue nuove appendici, ma invece a ritenere necessaria una revisione delle prassi tale da poter decidere anche di chiudere alcune cose del vecchio per aprire ad alcune cose del nuovo (come fu per il movimento rivoluzionario della Salute Mentale nel pensiero Basagliano). In questa idea rivoluzionaria preziose sono le sperimentazioni così come la rivalutazione di quanto già in essere.

Dobbiamo convivere con l'idea che andremo a operare in un sistema che è complesso, che non è possibile governare con la semplificazione né con la linearità dei processi per ragioni di ordine ontologico ed epistemologico. Ulteriore elemento che compone questo sistema complesso è la molteplice e contemporanea presenza di più bisogni e problemi di natura socio-sanitaria che non possono essere più gestiti da un unico professionista né in un unico modo o in un unico *setting* assistenziale. Un unico individuo non avrebbe il tempo di occuparsi di tutto ciò che richiede un singolo caso, né tantomeno un singolo professionista può possedere contemporaneamente tutte le competenze necessarie alla gestione del singolo caso.

Per queste ragioni la rivoluzione necessaria si sostanzia nel riordinare l'attività assistenziale con un approccio olistico di tipo "*comprehensive*" centrato sul paziente ed orientato alla comunità che verrà messo in atto da una *equipe* la quale abiterà ed "agiterà" più competenze contemporaneamente e che dovrà saper agire in un luogo prossimo al singolo ed alla sua comunità, ma capace di operare in connessione con più *setting* assistenziali. Quel che viene qui descritto non è utopico né distopico ma realizzabile nella misura in cui viene costituita una *equipe* che si integra coi servizi circostanti.

A cascata di questo punto nodale stanno le questioni contrattuali ed amministrative: è opinabile la composizione dei membri dell'*equipe* ma la riflessione deve puntare su quali siano le competenze (*skills*) necessarie che devono stare in quella *equipe* in relazione al contesto epidemiologico di riferimento.

Emerge nell'attuale scenario il montante carico di lavoro sui professionisti causato dalla duplice spinta in alto ed in basso che schiaccia gli operatori: la crescente fragilità della società sempre meno resiliente nel suo complesso e nei suoi individui (più anziani, più malati, meno solidali, più frammentati) sprema una forza lavoro ridotta all'osso da anni di manchevole programmazione (e di cui nessuno sembra sia responsabile, è incomprendibile ciò) e sempre più impoverita sul piano economico e sul piano del sociale riconoscimento che storicamente ottiene una "professione di aiuto".

In questa ottica l'*equipe* può meglio supportare i professionisti, prevenire il *burnout*, ridimensionare lo stress personale in una piattaforma di condivisione.

Ma non si diventa *equipe* mescolando semplicemente insieme degli elementi.

Si impara a lavorare in *equipe* (le metafore sportive e le esperienze di altre dimensioni professionali lo insegnano bene), si imparano le competenze con modalità diverse, e diversamente si esercitano. E soprattutto, rinforzando l'elemento rivoluzionario, si creano nuove prassi tra curanti e assistiti e tra i curanti stessi.

A corollario di questa rivoluzione necessaria si inserisce anche la questione del tempo. Il tempo del lavoro si deve modificare, si modificherà, in una dimensione di *equipe* all'interno di un sistema di cure primarie realmente capace di prevenire e programmare e personalizzare e di reagire alle acuzie e di interagire con altri settori sociali ed assistenziali. Si dovranno costruire momenti di riunione, di vario livello, e momenti di programmazione non meno importanti di momenti assistenziali; il tempo dedicato a tali riunioni, parimenti alla comunicazione medico-paziente, dovrà essere riconosciuto come orario lavorativo; l'assistenza dovrà sbilanciarsi maggiormente nelle cure pro-attive e saper rispondere efficacemente alle cure per le acuzie, il tempo dedicato alla prevenzione ed alla promozione deve essere accresciuto in quanto capace di risparmiare tempo e risorse in fasi successive e di spostare l'attenzione dalla malattia alla salute. E come le serie rivoluzioni queste cominciano dal giorno uno e non si esauriscono nel giorno zero. Non si tratterà di legiferare atti che nulla sposteranno nelle prassi, ma di costruire prassi informanti le

legislazioni da ammodernare.

In tutto questo dove sarà il Medico di Medicina Generale? Sarà in una casa di comunità e/o in un ambulatorio periferico o disperso in un territorio in funzione del territorio stesso, dedicherà la sua attività professionale in distinti momenti assistenziali (cure proattive, prevenzione, acuzie, palliazione e fine vita) e distinti momenti programmatici e formativi (riunioni di equipe, programmazione attività, programmazione piani di cura individuali, formazione permanente, educazione di studenti e professionisti in training). Le inevitabili attività amministrative devono essere affidate a personale idoneo che come membro della *equipe* collabora con i sanitari alla cura della persona e della sua comunità. La tecnologia informatica e diagnostica dovrà supportare le decisioni cliniche ed assistenziali dal lato dei sanitari e avvicinare i *setting* assistenziali ai malati, non come fine a sé stante ma sempre come strumento della cassetta degli attrezzi che nel tempo si modifica ed ammoderna rendendo i curanti sempre più capaci di fornire cure di qualità.

E lo stesso varrà per gli infermieri, di cure primarie o comunità che siano, con le specifiche e nuove competenze che anche loro dovranno saper apprendere e costruire insieme alla propria *equipe*. E lo stesso varrà per i fisioterapisti e i riabilitatori, gli psicologi, i terapeuti, gli assistenti sociali, gli operatori sociosanitari, i volontari e tutte le figure che saranno coinvolte.

A fundamenta di tutto ciò, ma non potendoci permettere di attendere il lavoro compiuto, è necessaria una diversa formazione dei sanitari. Le Cure Primarie devono entrare nei curricula universitari del pre e del post laurea, le formazioni dei professionisti devono avvenire in modo interdisciplinare in modo precoce. La formazione deve essere localizzata, nei setting assistenziali idonei al lavoro di prossimità. Molteplici possono essere le modalità per ottenere tali obiettivi, le categorie e i portatori di interesse non devono però perdersi in stucchevoli battaglie per posizioni di potere, difese acritiche di una tradizione ormai crepuscolare, impostazioni istituzionali antiche e non più al passo con una società "liquida" e complessa.

Bibliografia

1. XIII Report Health Search - https://report.healthsearch.it/Report_XIII.pdf?anno=2021
2. International Conference on Primary Health Care. Declaration of Alma-Ata. WHO Chron. 1978 Nov;32(11):428-30. PMID: 11643481.
3. The world health report 2008 : primary health care now more than ever - <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43949>

13. Medicina di prossimità: le proposte dei giovani medici

Annalisa Napoli, Federico Contu

I nodi irrisolti messi in luce dall'emergenza

Le crisi esistono e sono una delle potenziali declinazioni del cambiamento. È quanto il Servizio Sanitario Nazionale ha sperimentato di fronte all'imperversare dell'emergenza Covid-19, tra alterne fasi di costruzione e di ricostruzione, nelle quali sono emersi aspetti fondamentali per la salute pubblica. Basti pensare all'importanza della prevenzione, dell'assistenza territoriale, dell'integrazione sociosanitaria, di cui in passato ci siamo spesso dimenticati per concentrare attenzione, impegno ed investimenti esclusivamente sull'assistenza ospedaliera e sulla medicina specialistica.

Ma qualcosa sta cambiando. Prima della pandemia, la necessità di ricondurre la sanità alla sua finalità originaria, ovvero la tutela della salute come fondamentale diritto dell'individuo ed interesse della collettività, veniva considerata anacronistica e non prioritaria. Oggi tali principi sono tornati di attualità, così come il ruolo centrale della sanità pubblica e delle cure primarie, che si auspica non vengano dimenticati quando il virus inizierà a fare meno paura.

Oltre alle nuove consapevolezze, l'emergenza ha messo in luce criticità mai adeguatamente affrontate.

Tra i nodi irrisolti del Servizio Sanitario Nazionale, il Rapporto della Corte dei Conti un anno fa, in pieno stato di emergenza, puntava il dito su una *“insufficienza delle risorse destinate al territorio che ha reso più tardivo e ha fatto trovare disarmato il primo fronte che doveva potersi opporre al dilagare della malattia e che si è trovato esso stesso coinvolto nelle difficoltà della popolazione, pagando un prezzo in termini di vite molto alto”*.

In alcune Regioni la rete dei medici di medicina generale e dei dipartimenti di prevenzione, cruciale nell'intercettare i pazienti all'esor-

dio dei sintomi, non ha funzionato. Tale risultato è da interpretarsi come diretta conseguenza di pregresse scelte di politica sanitaria, che negli ultimi anni hanno condotto ad un graduale definanziamento della sanità pubblica, in particolare nei riguardi del territorio.

L'emergenza Covid-19 è solo l'ultima delle sfide che le cure primarie hanno dovuto affrontare in questi anni, aggiungendosi a quella di riuscire a dare risposte adeguate a bisogni di salute sempre più complessi, legati all'aumento dell'aspettativa di vita (transizione demografica) e alla prevalenza delle patologie croniche (transizione epidemiologica). Tali processi hanno reso sempre più urgente un cambio di paradigma nell'assistenza primaria verso un modello proattivo e globale, incentrato sulla promozione della salute e sulla prevenzione, come sottolineava *Atul Gawande*, chirurgo e professore alla *Harvard Medical School* di Boston, che nel suo articolo sosteneva come i sistemi sanitari costruiti per “*spegnere gli incendi*”, anziché prevenirli, non fossero un modello funzionale efficace rispetto ad un quadro epidemiologico caratterizzato prevalentemente dalle cronicità. Un quadro nel quale gli “*incendi*” - ovvero le malattie - possono essere invece prevenuti grazie ad una integrazione tra assistenza ospedaliera e cure primarie, consentirebbe una risposta multidimensionale ai bisogni di salute, in virtù di un approccio di tipo globale, centrato sulla persona.

Ridisegnare la medicina generale alla luce del PNRR

La pandemia ha messo in luce tutti gli aspetti di fragilità del nostro Servizio Sanitario, evidenziando in maniera tangibile innanzitutto l'importanza ed il ruolo imprescindibile di un sistema di cure primarie efficiente.

Riformare la medicina generale rappresenta una priorità non più procrastinabile oltre che una tappa di strategica importanza per il Servizio Sanitario Nazionale.

A tal fine, il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) potrebbe essere una proficua opportunità per riorganizzare e potenziare la medicina del territorio partendo dalla disamina delle criticità slatentizzate dalla pandemia.

Tra gli obiettivi da raggiungere vi è in primo luogo il rinnovamen-

to culturale e scientifico della medicina generale, che deve avvenire attraverso una riforma della formazione in tale disciplina, poiché ancorata tuttora ad un sistema formativo di tipo non universitario, frammentato in corsi regionali estremamente variabili, poco professionalizzante, nel quale mancano percorsi di dottorato, un Settore Scientifico Disciplinare (SSD) o un dipartimento universitario di cure primarie, ed un core curriculum che stabilisca in modo univoco competenze da acquisire, obiettivi formativi da raggiungere e prove formali di verifica. Si tratta, peraltro, di un caso pressoché isolato dal momento che l'Italia è uno dei pochi Paesi in Europa a non avere una Scuola di specializzazione in Medicina Generale.

Alla luce di queste premesse, nell'ottica di una riqualificazione della formazione nell'ambito della Medicina Generale e di un potenziamento del sistema delle cure primarie e, con esso, di tutto il Servizio Sanitario Nazionale, risultano prioritari l'adozione e lo sviluppo di modelli, formativi e professionali, finalizzati ad indirizzare e a plasmare la produzione di figure e di profili volti a rispondere ai bisogni di salute del territorio, coerentemente con quanto proposto nel PNRR, nel quale una parte degli investimenti è dedicata allo sviluppo della rete dei servizi territoriali, quali Case di Comunità (CDC) ed Ospedali di Comunità (OSCO), e al potenziamento dell'integrazione tra le politiche sanitarie e sociali per la presa in carico dei pazienti cronici e fragili.

Ma, per cambiare i modelli organizzativi è necessario partire dai modelli formativi, ponendo le basi per formare i profili professionali indispensabili a governare il cambiamento, ovvero medici di famiglia, pediatri di libera scelta, dipartimenti di prevenzione, medici di sanità pubblica, geriatri e i medici di comunità e cure primarie.

Per avere una medicina territoriale efficiente all'interno delle future Case di Comunità e degli OSCO, è necessaria la presenza di profili formati per lavorare in team multi professionali e che siano in grado di coniugare il ruolo assistenziale a quello organizzativo e di coordinamento, superando i modelli assistenziali e formativi attuali, rivelatisi anacronistici ed inefficienti, al fine di rispondere ai rinnovati bisogni di salute della popolazione.

Case di Comunità e la dura prova con la realtà

Il modello organizzativo proposto dal PNRR, quello delle Case di Comunità, può essere valido nella misura in cui si rivelerà in grado di farsi strada nei meandri dell'attuale medicina territoriale ponendo il medico di medicina generale quale figura centrale di coordinamento dell'assistenza, in stretta collaborazione con le altre figure e con gli altri servizi operanti sul territorio.

Le proposte contenute nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza sono attese, in primo luogo, dalla dura prova del confronto con l'attuale contesto, caratterizzato da medici di famiglia tuttora isolati nei loro ambulatori, circondati da una fitta rete di servizi sanitari con i quali sussistono estreme difficoltà di comunicazione. Tale modello, ormai anacronistico, si rivela inefficiente, soprattutto nelle grandi aree rurali e nelle periferie, nel rispondere ai bisogni di salute degli individui e delle comunità.

Un'ampia fetta della popolazione è ad oggi tagliata fuori dai servizi sanitari: manca un sistema di reale integrazione tra medici di medicina generale e specialisti del territorio, con il conseguente acuirsi delle disuguaglianze in salute e delle difficoltà di accesso alle cure primarie, che determinano un aumento degli accessi alla rete ospedaliera e specialistica.

La medicina di prossimità, intesa quale strategia di sanità pubblica volta a garantire il diritto alla tutela della salute nei gruppi "*hard to reach*", trova dunque terreno poco fertile per realizzarsi proprio nei contesti già gravati da condizioni di marginalità socio sanitaria.

A farsi strada deve essere invece la concezione di una sanità pubblica in grado di esprimere una visione globale e sistemica della salute, considerata in tutte le sue dimensioni (non solo biologica, ma anche culturale e sociale), e volta ad intraprendere politiche ed azioni efficaci in ognuna di queste dimensioni, mediante un approccio di tipo intersettoriale e multidisciplinare che ruoti attorno al medico di medicina generale quale regista dell'assistenza primaria.

Per essere realmente efficienti, le Case di Comunità dovrebbero rappresentare un modello non meramente strutturale bensì funzionale, caratterizzato da:

- accesso, accoglienza ed orientamento dei cittadini;

- risposta ai bisogni multidimensionali di salute degli individui, delle famiglie e delle comunità;
- continuità dell'assistenza tra diversi ambiti di cura: ospedalieri, territoriali e domiciliari;
- coordinamento di équipe interdisciplinari;
- programmazione di interventi di prevenzione e promozione della salute nell'ottica della presa in carico globale delle persone con patologie croniche e/o disabilitanti in tutte le fasi della malattia incluse quelle terminali;
- monitoraggio dei pazienti fragili all'interno di sistemi integrati.

Alla base devono esservi però modelli formativi adeguati a creare profili professionali in grado di rispondere alle nuove sfide alle quali è chiamato il Servizio Sanitario Nazionale.

Bibliografia

- Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, Missione 6 - Assistenza sanitaria
- <https://www.saluteinternazionale.info/2017/11/il-medico-che-ti-salva-la-vita/>
- http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=85796
- Gavino Maciocco. Cure Primarie e servizi territoriali, Esperienze nazionali e internazionali. Carocci Faber, 2019.
- Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *The Milbank Quarterly* 2005;83(3):457–502
- Definizione Europea di Medicina Generale/Medicina di Famiglia, WONCA Europe

14. Educazione Permanente in Salute, la cassetta degli attrezzi per *l'empowerment* delle reti assistenziali e il supporto alla gestione dei servizi territoriali

Ardigó Martino

Per comprendere le caratteristiche della formazione in salute nei servizi territoriali è necessario richiamare alcuni aspetti specifici, in particolare: le attività sociali e sanitarie territoriali contano sulla partecipazione di molti attori nella stessa rete; ogni territorio e comunità presenta caratteristiche proprie e mutevoli nel tempo che richiedono una adattabilità dei servizi al contesto ed alle sue trasformazioni; gli interventi sociali e sanitari propri del comparto territoriale investono tutto l'arco delle azioni in salute, dalla promozione, alla prevenzione alla cura ed al palliativismo; sono centrati sulla salute ed il benessere di individui e comunità e non sulla singola patologia; attraverso un approccio integrato ai processi salute malattia che contempli le dimensioni sociali, culturali, economiche, politiche, geografiche ed ecologiche; adottano quadri teorico metodologici che incorporano i così detti determinanti e determinazioni sociali di salute; devono rispondere a problemi complessi attraverso azioni integrate come nel caso del contrasto delle patologie croniche specialmente in comunità dove sono presenti frazioni rilevanti di popolazione anziana e vulnerabile, o in relazione al controllo di patologie acute con ampie implicazioni sociali come nel caso del sars-cov2; coinvolgono, infine, tutti gli attori istituzionali e comunitari portatori di interesse presenti sul territorio.

Dal punto di vista teorico virtualmente tutti i settori della società sono coinvolti negli interventi in salute: i decisori politici perché investiti della governance dei territori; i gestori e gli operatori dei servizi pubblici e privati in qualità di effettori delle politiche; gli attori comunitari legati ad organizzazioni o semplici cittadini come

portatori di interesse e/o di risorse; ed infine gli attori legati alla ricerca ed alla formazione.

Nel quotidiano di lavoro, però, il coinvolgimento di questi attori dipende quantitativamente e qualitativamente dal contesto e dal tipo di intervento. Nel lavoro quotidiano, pertanto, è possibile pianificare solo in parte il servizio, ma la configurazione complessiva della rete si costituisce adattativamente a partire dalle necessità, dalle opportunità e dall'evoluzione temporale dell'intervento stesso, rendendo necessario adeguare localmente e temporalmente la pianificazione e la gestione delle azioni in salute. Questa flessibilità è realizzata attraverso la de-standardizzazione dei modelli organizzativi e la de-centralizzazione gestionale. La de-standardizzazione e la de-centralizzazione a loro volta sollevano due nodi fondamentali (condizioni *sine qua non*): la responsabilità nell'offrire gli stessi servizi, con standard assistenziali e qualità omogenea in tutto il SSN; e la necessità di sviluppare competenze organizzative e gestionali diffuse. La de-centralizzazione dei processi gestionali ha come ulteriore condizione la riduzione della separazione tra i dipartimenti gestionali e quelli assistenziali (frammentazione verticale) e della separazione tra i vari servizi (frammentazione orizzontale) necessaria per rendere possibile il lavoro inter-professionale e inter-settoriale. Lo sviluppo delle tre dimensioni delle competenze sanitarie territoriali (assistenziali, relazionali e organizzative) deve perciò realizzarsi trasversalmente in tutte la rete, soprattutto rispetto agli operatori "della prima linea", che nel contesto attuale sono i meno provvisti di abilità relazionali e gestionali. Questa esigenza è resa ancora più evidente dall'adozione di modelli organizzativi centrati sul Distretto, sulle Case della Comunità e sull'assistenza in Equipe in cui per fornire ai cittadini ed alla comunità le migliori risposte assistenziali è necessario costruire interventi individualizzati e localizzati che tengano in conto i bisogni di salute specifici e le risorse disponibili. In tali modelli tutti gli operatori sono inseriti in reti assistenziali inter-professionali, inter-settoriali ed investiti di responsabilità meso e micro gestionali. In questo scenario in cui le competenze relazionali e gestionali sono direttamente collegate al miglioramento dell'assistenza. possono essere applicati i quadri teorico metodologici delle "Politiche Adattive"

in salute, delle istituzioni sanitarie “apprendenti”, e delle reti multi settoriali locali (politici, gestori e professionisti, comunità, istituzioni di formazione e ricerca). L’empowerment diffuso rispetto alla capacità di pianificazione, gestione ed erogazione dell’assistenza, realizzato attraverso interventi di formazione strutturati, continui, in rete rappresenta uno degli elementi chiave per lo sviluppo di azioni territoriali dirette alla tutela della salute. Questa formazione si configura a tutti gli effetti come una funzione gestionale, dal momento che mira a capacitare gli operatori rispetto alle abilità di progettazione di breve, medio e lungo periodo, che complementano quelle assistenziali. mantenendo una gestione flessibile sempre aderente ai cambiamenti in atto nel territorio e nella comunità attraverso un processo continuo di valutazione, formazione e riorganizzazione.

Educazione Permanente in Salute

A partire da quanto riportato è possibile comprendere come i processi adattivi nelle reti iter-settoriali territoriali e dei modelli basati sulla PHC abbiano bisogno di modelli di formazione specifici che non corrispondono alla formazione professionalizzante accademica o Continua.

Le Formazioni Professionalizzanti Accademica e Continua sono basate sulla pedagogia della trasmissione delle conoscenze, erogate in eventi formativi isolati dal contesto, circoscritti e puntuali; usano la scienza quale fonte prevalente di saperi tecnici e specialistici; sono legate ad una categoria professionale e centrate sulle conoscenze tecnico scientifiche di quella professione; generalmente realizzate senza tenere conto delle reali reti di assistenza alla salute, della loro organizzazione e gestione, e del contesto in cui insistono. Dal momento che i contenuti della formazione sono basati sulle necessità professionali, il risultato atteso è la semplice trasformazione delle pratiche individuali, senza tenere in conto delle necessità di riorganizzazione della rete di servizi in cui l’operatore è inserito che accompagnano l’inserimento di nuove conoscenze.

La Formazione Continua, per esempio, è efficace nel trasferire le migliori conoscenze scientifiche agli operatori ma non nel garantire il trasferimento di tali conoscenze nell’assistenza in rete né in ultima

analisi di garantire alle persone una migliore salute.

D'altra parte le conoscenze professionali rappresentano solo uno degli elementi coinvolti nei processi trasformativi, ma da sole non sono sufficienti a sostenerli. La trasformazione delle pratiche assistenziali dipende da multipli elementi: le dimensioni morali, culturali, politiche e sociali che coinvolgono l'intera comunità, le risorse materiali e umane disponibili sia in termini quantitativi che qualitativi e conoscenze tecniche, di pianificazione e gestione specifiche. È per questo motivo che gli operatori che partecipano ai corsi di Formazione Continua, al ritorno nei loro servizi constatano che quanto appreso non fornisce loro elementi sufficienti per affrontare le problematiche della vita concreta, e sperimentano la difficoltà di modificare le pratiche quotidiane.

Di fatto l'introduzione di nuove pratiche assistenziali produce un effetto di inabilità paradossa degli attori coinvolti (operatori e utenti) che devono re-significare e re-apprendere il funzionamento e la relazione con i servizi. La formazione basata sulle nuove conoscenze tecniche da sole trasferisce agli operatori l'onere di risolvere autonomamente il problema dell'inabilità paradossa, e non si occupa di supportare la complessa trasformazione del lavoro in equipe ed in rete. I processi trasformativi sono gravati da una serie di difficoltà degli attori coinvolti nel comprendere i motivi ed il proposito del cambiamento, con la loro resistenza e l'inerzia, la difficoltà di assimilazione dei nuovi contenuti, l'accettazione e la collaborazione nel processo trasformativo. Ognuno di questi aspetti per essere affrontato necessita di conoscenze e strategie specifiche. La formazione degli operatori deve dunque essere intesa nella più ampia accezione "Capacitazione", ossia nella produzione delle abilità trasformative in gruppo ed in rete, contemplando sia i contenuti tecnici e professionalizzanti, sia quelli relazionali, organizzativi e politici. La Capacitazione mira alla de-standardizzazione ed all'autonomia perché deve rispondere alle necessità specifiche delle reti e del contesto di lavoro in cui gli operatori sono inseriti.

A partire da questi presupposti già dalla fine degli anni 80, è andato affermandosi il quadro teorico metodologico dell'Educazione Permanente in Salute (EPS). L'EPS riscatta la pedagogia costruttivista

del secondo dopoguerra e le adatta allo sviluppo delle reti di servizi territoriali in una dimensione di Primary Health Care. L'EPS si è sviluppata soprattutto nel continente americano, in un primo momento per iniziativa dell'Organizzazione Pan Americana di Salute ed in seguito per iniziativa dei paesi dell'area. Un contributo significativo alla sua strutturazione proviene tutt'ora dal Sistema Unico de Saúde (SUS, il Servizio Sanitario Nazionale del Brasile), il più grande sistema sanitario basato sulla PHC al mondo, del quale l'EPS è una politica costituente sotto la responsabilità diretta del Ministero della Salute.

L'EPS ha come obiettivo capacitare gli attori delle "reti che si prendono cura della salute" perché questi assicurino alla popolazione l'accesso universale ed equitativo alle azioni ed ai servizi di salute in accordo con i principi e le direttrici del Sistema Sanitario Nazionale, attraverso la costruzione di relazioni organiche e permanenti tra gli attori politici, la gestione, di ricerca e formazione, di controllo, di assistenza e comunitari che assumono la responsabilità dell'evoluzione e manutenzione del SSN e delle reti inter-settoriali in salute. L'Educazione Permanente concorre alla definizione degli obiettivi della pianificazione e gestione in salute (non li esegue passivamente), dal momento che è chiamata ad individuare le risorse necessarie, le fasi e le tempistiche ed assicurare che quanto pianificato possa essere messo in pratica. Allo stesso tempo fornisce al sistema feedback elaborati e qualificati che consentono di orientare le politiche ed adattarle all'evoluzione del contesto in cui insistono.

Aspetti	Formazione Continua	Educazione Permanente
A chi è diretta	Mono-professionale	Multi-professionale
Ricadute sulla collocazione degli operatori nel mercato del lavoro.	Qualifica gli operatori per il mercato del lavoro e la pratica autonoma (svincolata dall'istituzione)	Qualifica gli operatori per il lavoro nell'istituzione, nel contesto, nel territorio e nella comunità.
Focus	Temi specialistici	Problemi di Salute
Obiettivo principale	Aggiornamento tecnico scientifico	Trasformazione delle pratiche: assistenziali, relazionali, organizzative e sociali
Periodicità	Sporadica	Continua inserita nella routine di lavoro
Risultati attesi	Appropriazione delle conoscenze	Trasformazione individuale e collettiva

Tabella 1- Tabella riassuntiva delle differenze tra Formazione Continua ed Educazione Permanente

EPS in pratica

Il focus dell'EPS è la relazione tra lavoro, pratiche e salute. La formazione legata al territorio ed alla PHC è caratterizzata "dall'apprendimento significativo", basato su presupposti costruttivisti, centrato sulle esperienze degli attori coinvolti.

L'Educazione Permanente ha un'impostazione "prasseologica", ossia basata sulla prassi quale fusione tra le teorie e le pratiche, a partire dalla pluralità di saperi, conoscenze, pratiche e valori presenti nei contesti di lavoro e di vita reali.

L'approccio prasseologico è valoriale, dal momento che riflette sulle relazioni di forza e di potere e sulle loro ricadute sulle disuguaglianze sociali e sanitarie; è basato sui principi di democrazia, giustizia ed equità; mira alla co-costruzione ed alla co-gestione democratica dei saperi, alla co-produzione, ed alla distribuzione equitativa delle risorse. Persegue la sintesi delle conoscenze: accademiche, "biomediche", delle scienze umane applicate alla salute, del settore politico, gestionale e amministrativo; professionali ed appartenenti al mondo del lavoro; include i saperi comunitari formali ed informali, delle pratiche locali, provenienti da altri contesti nazionali ed internazionali.



Figura 1 - Principali caratteristiche dell'Educazione Permanente

L'EPS è un apprendimento basato sul contesto e sulle relazioni “micropolitiche” che compongono il “sistema dei servizi” all'interno della cornice del SSN. La gestione micropolitica di tale complessità richiede strategie democratiche di cooperazione dal momento che nessun settore è egemone e/o detiene da solo tutte le risorse necessarie.

In queste reti il lavoro in salute è prodotto attraverso la negoziazione, la produzione di consenso e la co-gestione delle risorse, per questo l'EPS contribuisce alla costruzione di relazioni funzionali mirate allo sviluppo istituzionale.

Nel contesto e nel sistema delle reti territoriali gli operatori devono costantemente prendere delle decisioni e “risolvere problemi” ma la capacità di definire i problemi, la comprensione di quali risorse sono necessarie per la loro risoluzione, dove reperirle e come pianificare la loro messa in pratica non sono egualmente costanti.

La problematizzazione nel contesto della EPS risponde a questa funzione. Esistono vari strumenti e strategie che consentono la problematizzazione, basati sulla valutazione in gruppo ed in rete, e sulla valorizzazione delle differenze come strumento per stimolare la riflessività. Il lavoro in gruppo ed in rete permette lo scambio di conoscenze orizzontale, la costruzione di meta-conoscenze e meta-competenze, necessarie al lavoro assistenziale, ma anche l'emersione e la gestione dei conflitti e la ri-organizzazione inclusiva e partecipativa del lavoro

in rete e l'utilizzo equitativo delle risorse disponibili.

Questi processi devono essere sostenuti istituzionalmente attraverso politiche specifiche e l'allocazione di risorse per l'EPS, creando il contesto istituzionale ed organizzativo necessario, investendo nelle competenze e nelle professionalità che inducono e sostengono la trasformazione, destinando spazi fisici e organizzativi al lavoro inter-professionale e inter-settoriale, riconoscendo le funzioni microgestionali come parte delle attività core dei lavoratori dell'area della salute.

In definitiva attraverso la promozione di giustizia ed equità l'EPS rappresenta un esercizio di democrazia come pratica del SSN ed una opportunità per il supporto allo sviluppo delle cure territoriali e di tutta la rete assistenziale in un contesto epidemiologico tanto imprevedibile come quello attuale.

Bibliografia

- BurgCeccim R.; Cerchi In Rete. La costruzione metodologica della ricerca in salute come ricerca-formazione. In: Franco T.B. BurgCeccim R. (eds) Prassi in Salute Globale: Azioni Condivise tra Brasile e Italia. Porto Alegre, Brasile, Rede Unida, 2016.
- Carey G. Crammond B. Malbon, E., et al. Adaptive policies for reducing inequalities in the social determinants of health. *International Journal of Health Policy and Management*, 2015;4:11;763.
- Franco T.B. La cassetta degli attrezzi per il lavoro creativo nella gestione dei processi assistenziali. In: Franco T.B. BurgCeccim R. (eds) Prassi in Salute Globale: Azioni Condivise tra Brasile e Italia. Porto Alegre, Brasile, RedeUnida, 2016.
- Frenk, J. Chen, L. Bhutta, Z. A., Cohen, J. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The lancet*, 2010; 376:9756:1923-1958.
- Gomes L. Guimarães C. F. Sintoni F. et.al. L'educazione Permanente In Salute Nell'esperienza Brasiliana. In: Franco T.B. BurgCeccim R. (eds) Prassi in Salute Globale: Azioni Condivise tra Brasile e Italia. Porto Alegre, Brasile, Rede Unida, 2016.
- Lay, Margaret, and Irena Papadopoulos. "An exploration of fourth generation evaluation in practice." *Evaluation* 2007;13:4: 495-504.
- Merhy E.E. CamargoMacruzFeuerwerker L. Cerqueira M.P. Dalla ripetizione alla differenza: costruendo significati con l'altro nel mondo del cuidado. In Merhy E.E. Stefanini A. Martino A. (eds). *Problematizzando Epistemologie in Salute Collettiva: saperi dalla cooperazione Brasile e Italia*. Porto Alegre, Brasile, Rede Unida, 2015.
- Merhy E.E.; Le "viste dei punti di vista": Tensioni all'interno dei programmi di "Salute della famiglia" e possibili strategie di intervento. In Merhy E.E. Stefanini A. Martino A. (eds). *Problematizzando Epistemologie in Salute Collettiva: saperi dalla cooperazione Brasile e Italia*. Porto Alegre, Brasile, Rede Unida, 2015.
- Sade, P. M. C. Peres, A. M. Development of nursing management competencies: guidelines for continuous education services. *Rrevista da Escola de Enfermagem da USP*;2015;49:988-994.
- WHO / UNICEF. Report of the Global Conference on Primary Health Care: From Alma-Ata towards Universal Health Coverage and the Sustainable Development Goals; WHO: Geneve; 2019

15. Il Libro Azzurro per la riforma per le Cure Primarie in Italia

Alice Cicognani, Elena Rubatto

Sulla scia della positiva esperienza della riforma delle Cure Primarie Portoghesi, avviate dal 2005 sulla base del documento dell'Associazione Portoghese di Medicina Generale e Familiare "*LivroAzul - Um futuro para a Medicina de Familiaem Portugal*" (1), anche in Italia è stato pubblicato, nello scorso settembre 2021, il "*Libro Azzurro per la riforma per le Cure Primarie in Italia*" (2).

Promosso dalla "*Campagna PrimaryHealth Care Now or Never*" (3) e prodotto attraverso un percorso di *scrittura collettiva* di professionisti della salute e cittadini, giovani e non più giovani, il Libro Azzurro nasce da una precisa convinzione: per riformare le Cure Primarie è prima necessario sviluppare un immaginario condiviso.

Il nuovo modello di Cure Primarie si fonda sul modello della PrimaryHealth Care - PHC (4) i cui principi e i metodi di lavoro rappresentano la chiave per realizzare il cambio di paradigma necessario a tutelare e promuovere la salute in modo equo e sostenibile nella cornice di un Servizio Sanitario pubblico universalistico.

Il Libro Azzurro si configura come una proposta complessiva, articolata in sette linee di sviluppo tra loro strettamente connesse:

1. Territorializzare le Cure Primarie;
2. Partecipazione della Comunità;
3. Governance e coordinamento: politiche adattive ed educazione permanente;
4. Potenziare il Distretto Sociale e Sanitario;
5. Dalla Casa della Salute alla Casa della Comunità;
6. Domiciliarità e Cure Intermedie;
7. Formazione e ricerca in Cure Primarie.

Vuole essere strumento di riflessione, confronto, condivisione e cambiamento: a partire da questa prima versione, il Libro Azzurro resta aperto al dialogo e alla costruzione collaborativa, continuando a raccogliere i contributi di tutti coloro che desiderino partecipare a questo progetto che vuole essere, quanto più possibile, condiviso e motore di cambiamento.

Il Libro Azzurro: le origini

La *Campagna Primary Health Care Now or Never*¹² nasce a Ferrara nel 2017 e negli anni si configura come un movimento nazionale, aperto e interprofessionale che, già in epoca pre-covid, si poneva l'obiettivo di promuovere un profondo rinnovamento culturale delle Cure Primarie italiane, attraverso interventi di formazione e ricerca sul campo tenendo sempre la Comprehensive Primary Health Care come proprio baricentro cornice teorica di riferimento.

In seguito alla prima ondata pandemica la società civile, la classe politica e tutti gli organi di stampa e informazione sono stati costretti a prendere coscienza dei gravissimi problemi organizzativi, strutturali e culturali che in Italia rendono inefficiente e inefficace il sistema di Cure Primarie e Assistenza Socio-Sanitaria territoriale, nonché dell'urgente necessità di risolverli. Forte di questa "epifania nazionale", a partire da maggio 2020 la Campagna PHC intraprende un percorso, tuttora in divenire, volto alla stesura e diffusione di una proposta di riforma delle Cure Primarie a valenza politica; ad oggi si pone peraltro l'obiettivo di definire la cornice entro la quale possano essere accolti gli investimenti e le risorse attesi con il PNRR.

L'avvio della scrittura collettiva: il manifesto

"Verso il Libro Azzurro"

A Settembre 2020 viene pubblicato il documento *Verso il Libro Azzurro. Un manifesto aperto per la riforma delle Cure Primarie in Italia* (5), che si pone l'obiettivo di richiamare tutti i soggetti e/o le associazioni interessati e tutti gli stakeholders a collaborare alla stesura di una proposta di riforma delle Cure Primarie descrivendo i principi essenziali e gli elementi operativi nodali.

¹² <https://2018phc.wordpress.com/>

Il Manifesto viene ufficialmente presentato il 7 Novembre 2020 con una Conferenza Stampa on-line¹³ e attualmente conta centinaia di sottoscrizioni tra singoli professionisti, associazioni e cittadini. Il 28 Novembre 2020 viene dato ufficialmente avvio¹⁴ al processo collettivo di discussione e scrittura del Libro Azzurro, che viene portato avanti attraverso una piattaforma informatica condivisa permettendo ai partecipanti di lavorare in modalità sincrona e asincrona, suddivisi per aree di interesse e competenza.

Il Libro Azzurro: principi e proposte operative di riforma

Il Libro Azzurro si articola in quattro macro-aree nelle quali sono descritti i diversi livelli di azione: i principi essenziali, i principi pre-operativi, gli elementi strutturali e operativi, la cornice formativa e di ricerca.

I principi essenziali

La Primary Health Care rappresenta di fatto un nuovo modo di concepire l'assistenza: un approccio onnicomprensivo di tutte le variabili che influenzano la salute delle persone e delle comunità, oltrepassando l'ambito prettamente sanitario individuale.

Nel contesto attuale è infatti sempre più urgente sviluppare un modello capace di affrontare la complessità del mondo reale a partire da sistemi di assistenza che possiedano gli strumenti per intervenire sui determinanti di salute. Solo un modello assistenziale fondato sui principi della Comprehensive Primary Health Care può garantire ciò, favorendo il superamento della frammentazione tra gli attori coinvolti - sia professionali che comunitari - mediante la creazione di reti assistenziali multiprofessionali, multisettoriali e multidimensionali, a partire dal coinvolgimento delle persone e delle comunità, soggetti attivi a tutti gli effetti della propria salute, intesa come bene.

In termini di costo/efficacia (6), la Primary Health Care prevede un investimento iniziale per spostare l'accento dalla performance sanitaria alla prevenzione e partecipazione in salute. Questo investimento iniziale produce un forte risparmio di prestazioni

¹³ <https://youtu.be/Nf2EU6mlTH4>

¹⁴ <https://youtu.be/cePTDByxA7s>

sanitarie a medio e lungo termine, soprattutto rispetto ai ricoveri ospedalieri e agli accessi in pronto soccorso. La partecipazione in salute e l'utilizzo delle risorse già presenti sul territorio determinano inoltre un aumento dell'equità in salute.

I principi pre-operativi

1. Territorializzazione: lavorare per la salute di una popolazione necessita di agire *nell/sul/col* territorio, inteso sia come spazio fisico che come comunità di persone che vivono un certo spazio. La territorializzazione rappresenta l'organizzazione attraverso cui si incentiva l'autodeterminazione individuale e collettiva e si promuove una salute globale e circolare. Infatti, il modello territoriale è centrato sulla salute (logica degli obiettivi di salute, approccio globale, destandardizzazione/contestualizzazione, prossimità, rete/relazione, sostenibilità e uso delle risorse personali e locali) mentre l'attuale modello di sanità è sovraterritoriale e centrato sulla malattia (logica delle prestazioni, specialmente se super specialistiche e presso centri di eccellenza, fee for service, approccio selettivo e non globale).

Proposte operative del Libro Azzurro:

L'approccio territoriale

Il modello relazionale

La formazione e declinazione della territorializzazione a più livelli

L'organizzazione territoriale su tre livelli fondamentali: il Distretto, la Casa della Comunità e la Microarea

Aprire i servizi al territorio

Conoscere territorio e comunità

Comunanza di strumenti e strategie per la salute della comunità

Operatori formati e motivati per lavorare nelle Cure Primarie

I luoghi "strategici" della comunità

Interventi basati sulle evidenze e sulle buone pratiche locali

2. Governance e Coordinamento in Cure Primarie: politiche adattative e educazione permanente: la riorganizzazione dei servizi territoriali in ottica di PHC necessita di una profonda ristrutturazione delle strategie e metodologie di pianificazione, gestione, valutazione, qualificazione delle reti assistenziali, attraverso un approccio integrato, centrato sulla salute, multisettoriale e legato alle risorse presenti in ogni territorio. Affinché le politiche e gli interventi sanitari siano in grado di adattarsi alle caratteristiche uniche di ogni territorio, alla sua epidemiologia, alle risorse disponibili sia in termini quantitativi sia di competenze professionali, la pianificazione e gestione delle reti assistenziali territoriali deve basarsi su analisi integrate, partecipative e di lungo periodo, capaci di promuovere risposte organizzative diversificate. Pertanto, la gestione deve essere decentralizzata e accompagnata da una valorizzazione delle reti assistenziali territoriali già esistenti e dalla istituzione di un coordinamento intersettoriale e partecipativo. Attraverso il quadro teorico metodologico e tecnico dell'educazione permanente si creano le condizioni locali e le competenze per la gestione decentrata e si permette la realizzazione di politiche adattive in grado di rispondere alla complessità del nuovo sistema. Proposte operative del Libro Azzurro:

Decentralizzare per rispondere meglio agli specifici territori

Politiche adattative come strumento di governance

Ricerca, formazione e educazione permanente

Gli elementi strutturali e i cardini operativi

3. Potenziamento del Distretto Sociale e Sanitario: è necessario dare applicazione a quanto la normativa nazionale ha progressivamente precisato in merito al ruolo e organizzazione del Distretto, superando le criticità attuali:

l'applicazione incompleta e molto diversificata tra le Regioni e lo scarso sviluppo sia del coordinamento tra la componente "sanitaria" e quella "sociale" sia del lavoro in equipe interprofessionali.

Il passaggio da modello prettamente "sanitario" (concentrato

nell'erogazione e prestazione di servizi sanitari) ad un modello di "salute" (promozione e prevenzione nei luoghi di vita e coinvolgimento attivo delle persone e delle risorse delle comunità locali) si è realizzato solo parzialmente.

Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, a fronte del loro ruolo nodale in quanto "chiavi di accesso" ai servizi sanitari, sono rimasti solo parzialmente e occasionalmente coinvolti nei meccanismi di connessione tra le diverse componenti distrettuali.

Le nuove potenzialità tecnologiche di connessione informativa ed operativa sono state utilizzate nei servizi sociali, sociosanitari e sanitari in misura marginale, a volte frammentaria e non sempre coordinata all'interno di una progettualità organica.

Proposte operative del Libro Azzurro:

Il Distretto in una cornice istituzionale organizzativa vincolante

Distretto Sociale e Sanitario agente della territorializzazione

Il territorio del Distretto Sociale e Sanitario

I "partner" del Distretto Sociale e Sanitario

Il Distretto digitale

4. Dalla Casa della Salute alla Casa della Comunità: un passaggio che sottolinea la necessità di un cambiamento non solo organizzativo ma soprattutto culturale, da un approccio centrato sulla patologia a uno centrato sulla salute, cambiamento che già le Case delle Salute hanno tentato di portare, senza però riuscirvi nella maggior parte dei casi. Questo cambiamento implica che compito della nuova organizzazione del territorio non sia solo la cura o la prevenzione delle patologie, ma anche l'inclusione sociale, la giustizia, l'equità, il rispetto di sé e della dignità di ogni persona, l'accesso ai diritti di base come l'istruzione, il lavoro, la casa e la partecipazione, in un contesto di ecologia integrale, anche adottando strumenti come il budget di salute.

Una Casa della Comunità che metta al centro la comunità con i suoi bisogni e con le sue risorse; occasione permanente di "costruzione sociale", motore e punto di riferimento di un "nuovo

welfare generativo”, luogo di tutela e promozione della giustizia sociale e dell’equità nell’accesso a diritti di base quali la salute e il lavoro. La Casa della Comunità non deve essere sinonimo di accentramento e, quindi, allontanamento dal territorio, come in alcuni casi è avvenuto con le Case della Salute, ma anzi deve compensare e favorire l’accessibilità alle cure da parte dei cittadini. La Casa della Comunità, quindi, dialoga continuamente con il suo territorio di riferimento, ulteriormente suddiviso in *microaree*, e svolge un’azione di promozione, di supporto culturale e logistico alle attività che vengono progettate e svolte nelle microaree.
Proposte operative del Libro Azzurro:

Casa della Comunità “che accoglie”

Casa della Comunità “dotata”

Casa della Comunità come “costruzione sociale e nuovo welfare generativo”

Casa della Comunità “sostenibile”

Casa della Comunità “partecipata”

Casa della Comunità che “territorializza”

L’Osservatorio della Casa della Comunità

L’approccio interprofessionale e proattivo della Casa della Comunità

Casa della Comunità “connessa anche tecnologicamente”

Governo della Casa della Comunità

5. Domiciliarità e Cure Intermedie: le Cure Intermedie non sono ancora chiaramente definite a livello internazionale tanto che in diversi contesti sanitari si definiscono come intermedi dispositivi o strutture differenti. Esistono 2 orientamenti principali: l’identificazione delle cure intermedie con strutture specifiche o con una serie di servizi. In ottica PHC, appare come una scelta possibile quella di identificare e responsabilizzare singole strutture per l’erogazione di servizi che necessitano di interventi in rete, localizzati e centrati sulla persona. L’espansione del comparto intermedio di salute rappresenta la risposta adeguata alla mancanza

di una rete di servizi che supporti territorio ed ospedale nella gestione integrata dei pazienti cronici complessi e vulnerabili.

Proposte operative del Libro Azzurro:

L'espansione delle Cure Intermedie

L'alta densità di cura generalista

Capacitare le risorse informali dell'assistenza domiciliare

Equipe multidisciplinari per la multidimensionalità del bisogno domiciliare

Curare le dimensioni organizzative della domiciliarità

La cornice formativa e di ricerca

6. Formazione e ricerca in Cure Primarie: il nodo della formazione riguarda tutte le professioni della salute coinvolte nelle Cure Primarie. In particolare per la Medicina Generale, WONCA Europe definisce nel 2011 la Medicina Generale/Medicina di Famiglia una disciplina accademica e scientifica, con propri contenuti educativi e di ricerca, proprie prove di efficacia, una propria attività clinica e una specialità clinica orientata alle Cure Primarie (WONCA, 2011). Ogni Stato membro in Europa deve quindi riconoscere pienamente la disciplina e la specialità della Medicina di Famiglia (WONCA et al, 2018). In una logica di PHC, tali indicazioni possono orientare la formazione di tutti i professionisti che lavorano nelle Cure Primarie.

Proposte operative del Libro Azzurro:

Riconoscimento accademico

Il Dipartimento interdisciplinare di PHC per percorsi comuni tra figure professionali

Curricula con una base comune

Il setting di insegnamento

L'architettura dell'insegnamento

Il Libro Azzurro: i cantieri aperti

Alcune tematiche rilevanti non sono ancora state sufficientemente approfondite: il lavoro in equipe, la digitalizzazione e le nuove tecnologie, il rapporto tra Cure Primarie e Servizi di Emergenza-

Urgenza/Pronto Soccorso/Ospedale, l'inquadramento contrattuale dei professionisti delle Cure Primarie.

In particolare, rispetto a quest'ultimo aspetto, già è ben chiaro che è necessario giungere ad un sistema di nuove forme contrattuali per tutti i professionisti che lavorano nelle Cure Primarie, quale strumento applicativo per garantire il diritto alla salute secondo il modello di Primary Health Care.

Il Libro Azzurro: prospettive

Il Libro Azzurro, risultato di un lavoro di scrittura collettiva e partecipata e parte di un processo di educazione permanente, resta aperto alla partecipazione e si pone come strumento di riflessione e cambiamento per il rinnovamento delle Cure Primarie in Italia, con un'attenzione ai singoli contesti e agli specifici territori.

Affinché i singoli e le organizzazioni che lo vorranno possano partecipare al progetto da protagonisti, messi nella condizione di partecipare-influire, si propone di far nascere un "accordo-alleanza-patto", anche a termine, tra chi intende promuovere "la riforma delle Cure Primarie in Italia" secondo i contenuti già espressi nel Libro Azzurro, che da subito, è possibile sottoscrivere e commentare.¹⁵

Tante le azioni-iniziative possibili da sviluppare collaborativamente: realizzare percorsi formativi, promuovere e sostenere sperimentazioni concrete, avviare azioni politico-istituzionali.

Bibliografia

1. LivroAzul - Um futuro para a Medicina de Familiaem Portugal - <https://apmgf.pt/apmgfbackoffice/fich/8f42c888ced2b9ff480ef468c4b49d82.pdf>
2. Libro Azzurro per la riforma per le Cure Primarie in Italia - https://2018phc.files.wordpress.com/2021/09/libroazzurro_1v.pdf - <https://sites.google.com/view/il-libro-azzurro-della-phc/home-page>
3. Campagna Primary Health Care Now or Never - <https://2018phc.wordpress.com/>
4. Declaration of Alma Ata - <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/declaration-of-alma-ata>
5. Verso il Libro Azzurro. Un manifesto aperto per la riforma delle Cure Primarie in Italia - https://2018phc.files.wordpress.com/2020/09/manifesto_libro_azzurro.pdf
6. WHO, Building the economic case for primary health care: a scoping review, 2018 - <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference/phc---economic-case.pdf>

¹⁵ <https://forms.gle/ZrUURywKCGA2KhRw9>

16. Cittadini e assistenza territoriale: criticità e proposte

Annalisa Mandorino

L'assistenza territoriale secondo il Rapporto Pit

Ogni anno il Rapporto Pit Salute di Cittadinanzattiva fotografa lo stato del Servizio sanitario nazionale con un punto di vista - uno stand point - peculiare, che è quello del cittadino alle prese con la sanità pubblica. Lo fa sistematizzando le segnalazioni che arrivano direttamente dai cittadini, attraverso il servizio gratuito di tutela, assistenza e orientamento di Cittadinanzattiva: sono segnalazioni che non hanno un valore statistico, ma che si sono tuttavia dimostrate infallibili nel segnalare dei trend o nell'individuare degli "eventi-sentinella" che, anche qualora si manifestino in un numero limitato di casi, sono rivelatori di criticità o di cambiamenti in corso della realtà. Da molti anni ormai, e fino a prima della pandemia, il numero più cospicuo di segnalazioni da parte dei cittadini riguarda l'ambito dell'accesso alle cure, reso difficile, o addirittura impedito, da lunghe liste d'attesa e dalla conseguente necessità di ricorrere sempre di più alla spesa privata, out of pocket, per poter ottenere le cure necessarie. Ma subito seconde a queste, con un'impennata rispetto agli anni precedenti, sono le segnalazioni relative all'assistenza territoriale, con un trend sempre crescente a partire dal 2015. L'assistenza territoriale si è via via palesata, in maniera più marcata rispetto ad altri comparti della sanità pubblica, come il settore di maggiore e più abituale disagio per i cittadini. A confermarlo, le seguenti tre indicazioni: 1. in cinque anni, dal 2015 al 2020, il volume delle segnalazioni è pressoché raddoppiato, passando dall'11,5% al 19,7% sul totale delle segnalazioni raccolte dal Pit Salute; 2. ad oggi, come detto, risulta essere l'ambito più ricorrente dopo quello dell'accesso alle prestazioni; 3. nei cinque anni considerati il trend delle segnalazioni non ha accennato ad arrestare la sua preoccupante crescita,

a differenza di altri settori i cui trend hanno avuto andamenti altalenanti. Come è ovvio, all'ambito dell'assistenza territoriale si riferiscono questioni anche molto diverse fra loro. Le principali sono riconducibili a tre categorie: quelle relative all'assistenza primaria di base, mediamente circa un terzo delle segnalazioni relative all'assistenza territoriale sono spesso connesse a difficoltà nella relazione e/o nella comunicazione fra cittadino e medico di medicina generale o pediatra di libera scelta, in particolare al rifiuto da parte del medico di trascrivere la prescrizione indicata da un medico specialista, alla sottostima del problema lamentato dal paziente, alla difficoltà di ottenere una visita a domicilio nel caso di anziani, minori o soggetti debilitati; nella seconda categoria, quella dell'assistenza protesica e integrativa, i tempi di attesa per la ricezione delle protesi e degli ausili rimangono costanti nel tempo come la prima voce denunciata; la terza categoria rilevante di segnalazioni da parte del cittadino è sempre stata quella dell'assistenza domiciliare, con problemi relativi all'accesso alle informazioni, all'iter burocratico e, soprattutto, alla scarsa disponibilità di assistenza medico/infermieristica. Volendo attribuire a queste segnalazioni la valenza di una sorta di termometro, possiamo affermare che le condizioni "di salute" dell'assistenza territoriale non solo si sono via via aggravate, ma che, pur a fronte della costante denuncia dello stato precario in cui versavano, non si sia sufficientemente intervenuti sulle cause.

Altre fonti informative

Le segnalazioni provenienti dai singoli cittadini che si sono rivolti al Pit Salute non sono state per Cittadinanzattiva l'unica fonte di informazione sulle criticità dell'assistenza territoriale. Analoghi i problemi emersi dalla survey che annualmente viene costruita a partire dalle testimonianze di decine di associazioni di malati cronici riguardo alla insufficiente applicazione del Piano delle cronicità. Anno dopo anno, rispetto agli obiettivi di quel Piano, i malati cronici e le loro associazioni avevano già individuato esattamente le questioni più urgenti, segnalando in particolare la mancanza di integrazione fra assistenza primaria e specialistica (il 73,1% delle associazioni lo ha denunciato nel Rapporto Cnamc 2019), la mancanza di conti-

nuità assistenziale fra ospedale e cure territoriali (il 60,9%), la necessità del potenziamento delle cure domiciliari e la riduzione dei ricoveri ospedalieri (il 41,4%). Sull'assistenza domiciliare integrata, in particolare, le percentuali erano altissime, con l'82,3% delle associazioni che denunciavano difficoltà di accesso, il 76,4% difficoltà di attivazione, il 70,4% un numero di ore insufficiente. Così come sottolineavano le difficoltà nel rilascio del piano terapeutico, i tempi di autorizzazione e di rinnovo troppo lunghi per l'assistenza protesica. E il dato che forse più colpisce, perché non ha a che fare solo con l'aspetto sanitario, ma con il benessere della persona nel suo insieme e nella sua complessità, è quello relativo alle fragilità psico-sociali delle persone con malattia cronica, a pari livello con le difficoltà in ambito lavorativo, con le conseguenti difficoltà economiche e con gli ostacoli di tipo burocratico. Aspetti emersi poi con particolare crudezza e intensità durante la pandemia. Non ci si può non chiedere, davanti alla efficacia e alla precisione con la quale erano stati individuati i problemi già prima del Covid, quanto più incisiva durante il lockdown sarebbe stata la risposta di cura e di assistenza ai cittadini, e a quelli con malattia cronica e rara in particolare, se le cose previste sulla carta fossero state realizzate nella realtà.

Le disuguaglianze nella sanità in Italia

Tutto questo era già prima della pandemia, che ha dimostrato contro ogni "riforma strisciante" della sanità pubblica quanto la promozione della salute dei cittadini, e un Servizio sanitario che la garantisca e la tuteli, siano componenti essenziali della tenuta sociale e lo strumento al momento più efficace e di immediata attivazione per il superamento delle disuguaglianze: gli altri determinanti della salute, il reddito, il livello di istruzione, le condizioni dell'ambiente in cui si vive sono tali da richiedere, per il superamento delle disuguaglianze che comportano, investimenti di lungo periodo e trasformazioni graduali e complesse. Qualificare l'offerta di sanità pubblica, migliorarla e accrescerla, è strategia in grado di agire contestualmente sugli esiti di salute dei cittadini. Vi è dunque la necessità, ma anche la possibilità concreta, se si vuole operare per il superamento delle disuguaglianze in sanità, di attivare politiche pubbliche rigorose e

risolutive. Lo si è fatto in questi anni con riguardo ai fondi e non si vede perché la stessa determinazione che è stata utilizzata nelle Regioni da sottoporre al Piano di rientro dei loro bilanci, non per nulla definite “canaglia”, non debba essere utilizzata per implementare, governare e verificare Piani di rientro dei Lea, dei livelli di salute considerati essenziali, Piani che garantiscano l’allineamento della risposta di salute in tutte le Regioni. Vi è un ambito in particolare nel quale occorre un investimento che deve riguardare tutto il Paese in termini di riforma della sanità pubblica, perché è un ambito in cui, più che manifestarsi differenze fra un’area territoriale e l’altra, quello che è emerso è una inadeguatezza diffusa e la necessità di ribaltare politiche di riferimento, interventi di programmazione, modelli di organizzazione. Si tratta del mancato investimento sul personale con il blocco degli organici, introdotto nel 2007, che ha vincolato le Regioni ad una spesa per il personale non superiore a quella sostenuta nel 2004, diminuita dell’1,4%: un provvedimento introdotto come misura temporanea e rimasto in vigore per tredici anni, sino a pochi mesi fa. La contrazione del numero degli addetti, medici, infermieri, amministrativi e tecnici che ne è derivata è stimata in circa 46.000 unità; così come è stimato che tra il 2010 e il 2017 l’età media sia passata da 50,8 a 52,9 per i medici, e da 44,9 a 48,5 per gli infermieri, entrambe tra le più alte nell’ambito dei paesi occidentali più avanzati. Tra l’altro il blocco degli organici ha penalizzato proprio le Regioni più virtuose, quelle che si erano tenute prudenti nel calcolo del personale necessario e che hanno visto trasformarsi in un boomerang proprio la loro efficacia programmatica, essendo rimaste poi ancorate alla spesa ormai di decenni fa. Al blocco degli organici si sono aggiunti gli ostacoli all’accesso dei medici alle scuole di specializzazione, che comportano ora la carenza di medici specialisti di alcune aree o patologie; e la sottovalutazione della questione del numero di infermieri disponibili: nel 2017 in Italia disponevamo di 20,0 infermieri per 100.000 abitanti, laddove nel Regno Unito erano 29,4, in Francia 40,8, in Austria 43,5, in Germania 54,5.

Il PNRR come risposta alle criticità individuate

E su questo gli investimenti del PNRR non possono costituire un'ancora, anzi rischiano di rivelarsi controproducenti se non vi è un investimento anche in spesa ordinaria. Come reggere Case di comunità e Ospedali di comunità, questi ultimi a prevalente vocazione infermieristica, senza prevedere investimenti sugli operatori sanitari, sulle reti immateriali e sulle competenze, oltre che sugli spazi fisici da mettere a disposizione? Come evitare nuove “cattedrali nel deserto” se non affidando al protagonismo degli operatori sanitari, a partire dai medici di medicina generale, l'innovazione nelle modalità di azione, nelle procedure e negli strumenti? In conclusione, e per guardare al futuro: tante risorse aggiuntive sono arrivate e auspicabilmente arriveranno ancora per migliorare la tenuta del nostro sistema sanitario, e degli altri in Europa, e diventa imprescindibile a questo punto la responsabilità di come utilizzare tali risorse e su cosa orientare gli investimenti in sanità. Alla luce di quello che si è detto, la risposta a questa domanda è piuttosto scontata e sta nella priorità che, nell'allocazione delle risorse, deve essere finalizzata a superare le disuguaglianze.

È chiaro che, per abbattere le disuguaglianze sanitarie, il tema non è solo avere più risorse a disposizione, ma saperle spendere bene - senza sprechi, senza corruzione - per garantire i fabbisogni di salute nelle differenti Regioni. Ma due cose sono certe, e rendono più complesso questo ragionamento. La prima è che il fondo sanitario viene ripartito fra le Regioni con altri criteri che non sono i fabbisogni di salute, criteri che hanno a che fare, oltre che con il numero dei residenti di una Regione, con la sua capacità storica di spesa. Detto altrimenti, vengono date più risorse a chi si è dimostrato storicamente in grado di spenderne, non a chi ha un fabbisogno di salute maggiore perché semmai ha una popolazione più anziana, un maggior numero di individui affetti da patologie croniche (il 70/80% dei budget sanitari servono a questo), una maggiore incidenza di patologie dovute a fattori ambientali. La seconda considerazione è che il nuovo meccanismo di valutazione dei Livelli di assistenza erogati dalle Regioni - introdotto dal Patto per la salute e più accurato del precedente visto che conduce la valutazione su tre ambiti, la pre-

venzione, l'assistenza distrettuale e l'assistenza ospedaliera - mostra che le Regioni inadempienti rispetto ai Livelli essenziali di assistenza sono la maggioranza, non più poche Regioni "canaglia", e, soprattutto, che quelle eccellenti in alcuni ambiti, come quello dell'assistenza ospedaliera, non lo sono affatto nel campo della prevenzione e, ancor meno, dell'assistenza territoriale.

Conclusioni

E con questo il cerchio pare chiudersi: un'idea comunitaria di sanità - che capovolge perfino la relazione fra territorio e ospedale poiché integra quest'ultimo nel territorio e nella comunità - è anche quella in grado di garantire un meccanismo più efficace di lotta alle disuguaglianze, perché raggiunge le persone laddove sono, propone loro percorsi che tengano conto dei loro bisogni di salute e delle informazioni di cui dispongono per soddisfarli, garantisce la prossimità e rende possibili, attraverso essa, politiche di accesso, di prevenzione, di aderenza alle cure che sono presupposto di salute per tutti i cittadini.

GLI AUTORI	
Filippo Anelli	OMCeO - Bari
Paola Arcadi	Slow Medicine
Giuseppe Belleri	Medico di Medicina Generale, Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie (SIMG)
Antonio Bonaldi	Medico, esperto di sanità pubblica
Michele Bozzi	OMCeO - Bari
Ennio Cadum	Dipartimento Igiene e Prevenzione Sanitaria ATS Pavia
Stefano Celotto	Medico di Medicina Generale, Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale, Udine
Alice Cicognani	Campagna Italiana Primary Health Care Now or Never
Federico Contu	Segretariato Italiano Giovani Medici (SIGM)
Enrico Desideri	Fondazione per l'Innovazione e la Sicurezza in Sanità
Nerina Dirindin	Associazione Salute Diritto Fondamentale e Università di Torino
Silvio Garattini	IRCCS Mario Negri
Paolo Lauriola	Rete Italiana Medici Sentinella per l'ambiente (RIMSA) International Society Doctors for the Environment-Italy (ISDE-Italia)
Fulvio Lonati	Associazione APRIRE Assistenza Primaria In Rete, Salute a Km 0
Annalisa Mandorino	CittadinanzaAttiva
Ardigó Martino	Campagna Italiana Primary Health Care Now or Never
Alessandro Mereu	Medico di Medicina Generale, AUSL Toscana Centro
Annalisa Napoli	Segretariato Italiano Giovani Medici (SIGM)
M. Grazia Petronio	già Dipartimento di Prevenzione Az. USL Toscana Centro
Luciano Pletti	Confederazione Associazioni Regionali di Distretto (CARD)
Franco Prandi	Associazione "Prima la Comunità"
Franco Riboldi	Associazione "Prima la Comunità"
Elena Rubatto	Campagna Italiana Primary Health Care Now or Never
Mauro Valiani	già Dipartimento Prevenzione Azienda USL 11 Toscana Forum Diritto alla salute