

Riformare le Cure Primarie, chiave necessaria per affrontare le sfide emergenti: cronicità, fragilità, disuguaglianze di salute

Fulvio Lonati

Riassunto

Il contributo intende mostrare la necessità, per affrontare cronicità, fragilità e disuguaglianze in salute, di una nuova visione complessiva del Servizio Sociale e Sanitario nazionale, basato su Cure Primarie secondo l'approccio della Primary Health Care come indicato dall'Organizzazione Mondiale per la Salute; al contrario, il mantenimento dell'attuale approccio prevalente, basato sulla erogazione di singole prestazioni, risulta inefficace oltre che non sostenibile.

Dopo una carrellata introduttiva di casi aneddotici esemplificativi, il contributo espone le proposte formulate dal Libro Azzurro e dalla correlata Alleanza per la Riforma delle cure Primarie in Italia, evidenziandone le potenzialità per affrontare in modo congruente, efficace, continuativo e sostenibile cronicità, fragilità e disuguaglianze in salute, fenomeni sociali in progressiva espansione, reali sfide emergenti.

In particolare il contributo analizza alcuni fattori chiave: l'approccio globale nella presa in cura, la graduazione delle risposte partendo dalla valorizzazione delle risorse delle comunità, la "territorializzazione" -non decentramento- dei servizi per la salute; il lavoro in equipe interdisciplinari e intersettoriali con un corretto rapporto operatore-assistito.

Storie di fragilità e cronicità

Francesca ha 8 anni, frequenta la terza elementare, è diabetica e deve fare la puntura dell'insulina alle 11,45, durante l'orario scolastico. L'infermiera incaricata va a scuola e gli somministra l'insulina (siamo in una regione italiana dove la gestione dei servizi sanitari territoriali, abbastanza strutturati, è per lo più affidata a cooperative che erogano prestazioni). Un giorno, un'ora dopo la somministrazione dell'insulina, Francesca comincia a sudare e non stare bene: a scuola non si sa che fare. Quindi si chiama l'ambulanza per le emergenze (l'infermiera non è ovviamente attrezzata e attivabile per urgenze). Si tratta di una crisi ipoglicemica: sarebbe bastato un po' di zucchero, dopo il controllo della glicemia con la striscia reattiva.

Nome ed episodio, benché di fantasia, sono mutuati da vicende realmente sperimentate.

Un'altra Francesca, in altro contesto con differente orientamento ed approccio, riceve invece cure diverse. L'infermiera di famiglia e comunità supporta il contesto scolastico della bambina: informa, raccoglie le disponibilità, forma, avvia l'autonomizzazione, rimane disponibile ad intervenire per problemi-dubbi-cambiamenti-difficoltà: il contesto scolastico (si scopre che una bidella fa la volontaria con le ambulanze), acquisisce così competenze-capacità (peraltro non particolarmente complesse) per gestire in "autonomia supportata" i bisogni del bambino, in accordo con i genitori, anche nella prospettiva educativa di una sua progressiva acquisizione della capacità di auto-somministrarsi le cure, non in solitudine ma in una comunità, anche educativa, presente.

Fatto, benché di fantasia, mutuato da vicende realmente sperimentate¹.

Leonardo è un adolescente, in un quartiere periferico di una grande città, vittima di un episodio di bullismo. Il pronto soccorso prima ed il medico di famiglia poi si trovano a doverlo curare; trattano il caso con un esame obiettivo per rilevare eventuali segni di violenza -che non si riscontrano- e con ansiolitici; affermano: "Il problema bullismo non è di nostra competenza". Il pronto soccorso denuncia il caso alle forze dell'ordine. Anche questo fatto, benché di fantasia, è mutuato da vicende realmente sperimentate.

Un approccio diverso viene già attuato in alcune realtà: lo psicologo della Casa della Comunità si attiva con incontri, telefonate, comunicazioni verso medici-pediatri di famiglia, farmacie, scuole, oratori, gruppi sportivi, bar, forze dell'ordine per evidenziare la presenza del problema bullismo tra gli adolescenti e perché ciascuno usi attenzione, segnali, chieda aiuto; tutta la comunità locale può essere attivata perché ciascuno giochi un ruolo attivo, sapendo di non essere solo e di poter contribuire alla prevenzione del problema.

La signora Teresa ha 87 anni, è ancora abbastanza autonoma ma con parecchi acciacchi. Fa fatica ad uscire da casa; peraltro non ne ha neanche molta voglia, anche perché non saprebbe che fare. Vive sola, in solitudine: i vicini la conoscono appena. L'assistente sociale del Comune, a seguito della richiesta della figlia che vive lontano, in città, ha attivato il servizio "pasto a domicilio", che viene consegnato da operatori, che si avvicendano, della ditta incaricata dal Comune.

Fatto, ancora di fantasia: certamente però molti hanno conosciuto situazioni analoghe.

Ecco un approccio alternativo: l'assistente sociale che lavora presso la Casa della Comunità individua una trattoria vicina e attiva la possibilità che l'anziano vi faccia i pasti principali o, quando necessario, possa riceverlo a casa. Infatti, il Comune ha coinvolto i gestori di bar, trattorie e ristoranti perché forniscano ad anziani e disabili pasti idonei "in convenzione" (tariffa agevolata e sostenuta dal Comune); gestori che fanno, se insorgono problemi, di poter chiedere informazioni-supporto-aiuto alla Casa della Comunità e che, in un clima di "accoglienza" e "supervisione", diventano "antenne sociali": pongono puntualmente la domanda "va tutto bene?" e sanno chi attivare se insorgono problemi².

Giovanni, 35 anni, dopo cinque mesi di permanenza in una comunità terapeutica riabilitativa psichiatrica, torna a casa, in famiglia; il piano di reinserimento sociale di fatto può "appoggiarsi" solo sulla famiglia con il supporto di un educatore del Centro Psico-Sociale: la famiglia si sente abbandonata, con un carico troppo pesante e teme di non farcela.

¹Bibliografia Protocollo Farmaci a Scuola dell'ASL di Brescia, 2011 - <https://www.aprirenetwork.it/?s=farmaci+a+scu>

² Il governo della rete: l'esperienza del Dipartimento Anziani in Valtrompia. I nodi della rete: cure domiciliari integrate e servizi residenziali articolati. 1999, Milano, Franco Angeli

Gli approcci alternativi proposti negli esempi precedenti lasciano chiaramente intravedere la possibilità di dare un respiro ben più ampio al piano di reinserimento di Giovanni, trovando “appoggi” anche oltre la famiglia, in una comunità “accogliente”.

Che cosa intende mostrare questo contributo

I casi aneddotici riportati vorrebbero dare una visione concreta di quanto sia poco efficace affrontare fragilità e cronicità con un modello fatto di singole prestazioni; vorrebbero altresì dare l’immagine della potenza di un approccio basato invece sull’attivazione delle risorse, anche “laiche”, di una comunità attivamente coinvolta nel promuovere salute.

Il presente contributo intende appunto esporre questo approccio, avvalendosi dei contenuti, ampiamente riportati testualmente, del *Libro Azzurro*³ (2021) e della *Alleanza per la Riforma delle Cure Primarie in Italia*⁴ (2022) evidenziandone le potenzialità per affrontare in modo congruente, efficace, continuativo e sostenibile cronicità, fragilità e disuguaglianze in salute, fenomeni sociali in progressiva espansione, reali sfide emergenti⁵. In particolare il contributo analizza alcuni fattori chiave: l’approccio globale nella presa in cura, la graduazione delle risposte partendo dalla valorizzazione delle risorse delle comunità, la “territorializzazione” -non decentramento- dei servizi per la salute; il lavoro in equipe interdisciplinari e intersettoriali con un corretto rapporto operatore-assistito.

L’impossibilità di garantire incrementalmente, a tutti, tutte le tecnologie sanitarie più evolute

Come affermato da Hunnu Vuori già al Congresso WONCA – Organizzazione mondiale dei medici di famiglia nel 1986⁶:

“È impossibile garantire il diritto alla salute a ogni cittadino -un principio affermato nella costituzione di molti paesi di nuova indipendenza- attraverso una medicina altamente tecnologica. Anche i paesi industrializzati si trovano di fronte a un’impasse. Nessun paese è ricco abbastanza per erogare a tutti i cittadini ogni cosa che la medicina moderna può offrire. È necessario trovare alternative che siano socialmente accettabili, costo-efficaci ed economicamente sostenibili. La soluzione a portata di mano è la Primary Health Care. Questa è l’unica strada per realizzare la giustizia sociale nei confronti delle malattie.”

Chi ha più bisogno di cure ha minori possibilità di riceverle

Allargando lo sguardo verso le disuguaglianze in salute, risulta utile richiamare il concetto della “*Inverse care law*” (legge dell’assistenza inversa) di Tudor Hart⁷:

“Le comunità che avrebbero maggiore bisogno di una buona assistenza sono quelle che hanno minore probabilità di riceverla. La disponibilità di una buona assistenza medica tende a variare in modo inversamente proporzionale

³ Il Libro Azzurro per la Riforma delle Cure Primarie, 2021- <https://sites.google.com/view/il-libro-azzurro-della-phc/home>

⁴ Alleanza per la Riforma delle Cure Primarie in Italia, 2022 - <https://sites.google.com/view/il-libro-azzurro-della-phc/alleanza-per-le-cure-primarie-in-italia>

⁵ Una sfida per la sanità pubblica: prevenzione e gestione delle fragilità – Traiettorie di lavoro per professionisti della salute, 2022 - Pearson Italia Milano-Torino 2022

⁶ Vuori H. Health for All, Primary Health Care and General Practitioners. Journal of the Royal College of General Practitioner, 1986, 36, 398-402

⁷ Hart JT. The inverse care law. Lancet 1971; 1: 405-412

al bisogno della popolazione servita. Questa legge dell'assistenza inversa opera più profondamente laddove le cure mediche sono in maggior misura esposte alle forze del mercato, e in modo meno rilevante laddove tale esposizione è ridotta.”

È necessario un cambio di paradigma

Anche sulla base di quanto prima riportato, il Libro Azzurro per la riforma delle Cure Primarie in Italia propone una nuova visione:

“... il ruolo sempre più rilevante del mercato che, anche nell'ambito della salute, spinge verso un approccio prestazionale e frammentato dei sistemi di assistenza. Un orientamento sostenuto dal concomitante straordinario sviluppo tecnologico della biomedicina, che ha contribuito a generare l'illusione di una sufficienza dell'approccio alla salute di tipo prestazionale-specialistico.

Senza un modello adeguato a fronteggiare le sfide poste dalle transizioni in atto, basato sul potenziamento delle Cure Primarie, dovremo attenderci la convergenza di due gravi fenomeni, che rischia di porre i sistemi assistenziali in una condizione di crisi strutturale. Da una parte un maggior incremento del numero di persone con malattie croniche e condizioni di non autosufficienza, conseguenza di un mancato intervento proattivo, preventivo e individualizzato. Dall'altra, l'impossibilità di dare una risposta adeguata e sistematica alle persone con malattie croniche e condizioni di non autosufficienza, effetto dell'incapacità a privilegiare, innanzitutto, le risposte più semplici e più vicine al contesto di vita delle persone.

La stessa recente pandemia ha mostrato quanto le dimensioni non biomediche intervengano, in modo assolutamente rilevante, anche nel determinare l'evolversi di condizioni acute. Ciò prova come, nel contesto attuale, sia 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.

Un recente studio dell'OMS (WHO, Building the economic case for primary health care: a scoping review, 2018)⁸ ha inoltre fatto luce sul rapporto costi-efficacia della Primary Health Care. 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 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.”

Le proposte dell'Alleanza per la Riforma delle Cure Primarie in Italia

Facendo proprie le proposte del Libro Azzurro, è nata nel marzo 2022 l'*Alleanza per la Riforma delle Cure Primarie in Italia*, con l'obiettivo di ripensare, valorizzare e riprogettare la cosiddetta “medicina territoriale”. All'Alleanza aderiscono oggi 19 organizzazioni convinte che:

- Il Servizio Sanitario Nazionale debba essere sorretto da risorse pubbliche e adeguate, sostenute dalla fiscaltà generale a carattere progressivo;

⁸ WHO, Building the economic case for primary health care: a scoping review, 2018 -<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018.48>

- Sia necessaria una nuova visione complessiva del Servizio Sociale e Sanitario Nazionale, basato su Cure Primarie secondo l'approccio della Primary Health Care come indicato dall'organizzazione Mondiale per la Salute;
- Il rinnovamento di tutta l'Assistenza Primaria italiana rappresenti un obiettivo strategico e non più rinviabile;
- La riforma delle Cure Primarie in Italia possa iniziare ad attuarsi se richiesta e sostenuta da una "massa critica" di organizzazioni-enti-movimenti sensibili alla problematica che condividono le linee di rinnovamento fondamentali e siano alleate tra loro.

Il documento fondativo dell'Alleanza individua una serie di proposte che sottintendono l'inscindibile interdipendenza tra salute-istruzione-formazione e la circolarità del concetto di salute, che deve essere perseguita *"in tutte le politiche"*.

Proprio l'insieme di queste proposte si ritiene che rappresenti l'unico modello sostenibile e capace di affrontare con efficacia, tra l'altro, la sfida delle cronicità e delle fragilità, contrastando al contempo le disuguaglianze in salute. Di seguito andremo quindi ad esporre le proposte dell'Alleanza con potenziale impatto sulla prevenzione e gestione di tali problematiche, riportandole testualmente e commentandole successivamente.

Definire un'unica cornice istituzionale-organizzativa delle Cure Primarie

Le proposte dell'Alleanza:

"Nonostante la normativa nazionale abbia progressivamente precisato ruolo e organizzazione del Distretto, v'è un'applicazione incompleta e molto diversificata tra le Regioni, in alcune delle quali il Distretto risulta essere un'entità virtuale.

Proponiamo che il modello istituzionale-organizzativo delle Cure Primarie sia uniforme in tutte le Regioni, basato su una cornice istituzionale-organizzativa vincolante del Distretto Sociale e Sanitario, della Casa della Comunità e delle "Microaree" (livello organizzativo dei servizi per la salute di prossimità), all'interno di un governo rigorosamente pubblico. Proponiamo che il Distretto Sociale e Sanitario abbia una dimensione di circa 100.000 abitanti e che coincida con l'Ambito Territoriale Sociale."

Dalle vicende aneddotiche di Francesca, Leonardo, Teresa e Giovanni, narrate nell'introduzione, emerge chiaramente che le loro cronicità e fragilità non possono essere affrontate coerentemente attraverso l'erogazione di singole *prestazioni*, specie se fornite da diversi *enti* tra loro scollegati e, ancor più, se non radicati nel luogo dove queste persone vivono. Risulta peraltro evidente la necessità che ci si *prenda cura* di ciascuno di loro in modo *globale*, tenendo conto delle diverse *dimensioni* della loro vita: medico-clinica, autonomia, risorse personali e del contesto. La decantata *libera scelta del cittadino*, nel caso delle cronicità e delle fragilità, tanto più quando questi è povero di risorse economiche e culturali, non può funzionare. Al contrario solo un'organizzazione locale dei servizi territoriali per la salute può garantire che la persona sia presa in carico, o meglio, che ci si prenda cura di lei.

Le proposte dell'Alleanza indicano appunto la necessità di attrezzare e organizzare i servizi per la salute in ciascun territorio, non come articolazioni secondarie periferiche di ospedali o di centri specialistici, ma con una propria strutturazione organica, articolata su tre livelli fondamentali:

1. *Il territorio del Distretto Socio-Sanitario*: deve essere chiaramente individuato, riconoscibile, definito sulla base di elementi geografici, sociali, organizzativi, epidemiologici e deve coincidere con l'Ambito

Territoriale Sociale. Il bacino dovrebbe essere di circa 100.000 abitanti, ovvero la dimensione “più piccola possibile” ma sufficiente a contenere, oltre che un ospedale, tutte le diverse tipologie di attività territoriali per la salute: l’assistenza primaria, le diverse tipologie di specialisti ambulatoriali, i servizi per la salute mentale, le disabilità infantili e dell’età adulta, il contrasto alle dipendenze, la tutela minorile, la medicina del lavoro, In questo modo, il Distretto può divenire l’ente cardine per l’attuazione territoriale del Servizio Sanitario Nazionale e delle politiche sociali locali, con precisi compiti: individuare gli strumenti di riferimento organizzativi-professionali di comunicazione-coordinamento tra i diversi operatori e servizi; promuovere la connessione in rete tra tutti gli attori locali; organizzare le risposte ai bisogni della propria popolazione superando la separazione tra i “silos” organizzativi. È proprio per tale orientamento che risulta necessaria la coincidenza territoriale tra Distretto socio-Sanitario (di competenza delle Aziende Sanitarie) e Ambito Territoriale Sociale (di competenza dei Comuni).

2. *Il territorio della Casa della Comunità*: con un bacino al di sotto dei 50.000 abitanti, rappresenta la dimensione che rende possibile che gli attori presenti -sanitari, sociosanitari, sociali, delle diverse attività locali- conoscano specificamente il territorio (le vie, le scuole, i mercati, le parrocchie, ...) e possano tra loro incontrarsi, confrontarsi, connettersi, stimarsi e progettare insieme come affrontare coerentemente i problemi locali. È a questo livello che diventa possibile e funzionale il lavoro in équipe multi professionali-multisetoriali, radicate nella comunità, appoggiate operativamente appunto alla Casa della Comunità. Ed è a questo livello che anche i cittadini e le loro organizzazioni locali possono partecipare attivamente alla promozione della salute dei singoli e della comunità, con il supporto logistico-organizzativo, anche in questo caso, della Casa della Comunità.
3. *La Microarea*: ha la dimensione di quartiere, frazione, piccolo Comune. È il livello nel quale dovrebbe essere presente l’équipe di base, a cui è affidata la promozione della salute delle persone che lì vivono, composta elettivamente da medici e pediatri di famiglia, infermieri di famiglia e comunità, segretari clinici, assistenti sociali, farmacisti e, a seconda delle specificità locali, dagli eventuali altri operatori-servizi presenti localmente. L’équipe di base di ogni Microarea si deve coordinare, in modo tanto più forte quanto più è piccola e decentrata, con la Casa della Comunità per i servizi di maggiore complessità e fa parte dell’équipe allargata con i professionisti che operano su più Microaree (o su più Case della Comunità).

Sostenere le comunità locali perché generino salute e benessere

Le proposte dell’Alleanza:

“Il passaggio da un modello prettamente “sanitario” (concentrato nell’erogazione di prestazioni sanitarie) 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 in alcune Regioni e comunque solo marginalmente. Proponiamo che si attivino politiche pubbliche capaci di far crescere il capitale sociale e di promuovere la resilienza e l’empowerment delle comunità mediante la loro effettiva partecipazione. Questo passa attraverso un cambiamento culturale radicale da promuovere in tutti gli ambiti educativi, formativi e lavorativi, a partire dai livelli primari di istruzione. Proponiamo in tal senso che sia vincolante il coinvolgimento dei Sindaci e delle rispettive organizzazioni comunali.”

Nel caso di Francesca il contesto che si è attivato per produrre salute è la scuola; con Leonardo sono coinvolti medici-pediatri di famiglia, farmacie, scuole, oratori, gruppi sportivi, bar, forze dell’ordine; per Teresa è un

esercizio commerciale che dà un supporto personalizzato; il piano di reinserimento sociale di Giovanni ha bisogno di “appoggiarsi” su una comunità accogliente. L’orientamento, specie in presenza di cronicità, fragilità e deprivazione, richiede quindi che si ricerchino, si coinvolgano e si attivino le possibili risorse che possono contribuire a produrre il migliore stato di salute, non a partire dal “sanitario” e dal “sociale”, ma dal contesto di vita della persona, affidando ai professionisti sanitari-sociali il compito di essere “ascoltatori-orientatori-formatori-facilitatori-consulenti-supervisor” e, solo quando necessario, “operatori”. In tale direzione il Libro Azzurro esplicita precisazioni, valutazioni e, soprattutto, indicazioni:

“È ampiamente evidenziato che solo la partecipazione, quale processo sia individuale che collettivo, consente il perseguimento della salute come benessere, la possibilità di vita piena del soggetto e della comunità. Quindi è un processo indispensabile per l’efficacia delle cure e dell’assistenza, ma soprattutto per la sostenibilità del sistema. Per queste ragioni la partecipazione della comunità è il fattore fondante dei principali modelli internazionali di riferimento per le Cure Primarie⁹.”

Per queste ragioni la partecipazione della comunità è il fattore fondante dei principali modelli internazionali di riferimento per le Cure Primarie.

[...] La cittadinanza necessita di abituarsi alla “partecipazione” per non perseguire il proprio benessere soltanto attraverso la delega. Va facilitato questo processo di ri-appropriazione decisionale sulla propria salute e benessere, individuale e collettivo.

[...] Per permettere la partecipazione si deve conoscere il territorio/comunità, sapere come quali attori e dinamiche si muovono al suo interno e per farlo occorre instaurare relazioni di fiducia, possibili soltanto con il tempo, la costanza e la continuità.

[...] Co-costruire l’analisi dei bisogni e la definizione di obiettivi e interventi tramite la creazione di reti tra istituzioni, associazioni, comunità e singole persone, in modo che le reti stesse divengano sostegno della salute dei singoli e del benessere complessivo.

[...] Porre come obiettivo prioritario nel percorso di empowerment della comunità la condivisione delle competenze, degli strumenti e delle strategie di partecipazione tra tutti i portatori di interessi.

[...] Favorire l’integrazione degli operatori delle Cure Primarie nella comunità: valorizzare la conoscenza di bisogni, risorse, linguaggi e dinamiche relazionali; facilitare il riconoscimento degli operatori come persone/professionisti di fiducia e di riferimento nel tempo, promuovendo così la continuità relazionale con la comunità di riferimento, il terzo settore e le istituzioni locali.

[...] Porre come obiettivo dei servizi l’interazione tra gli operatori e le persone che vivono il territorio, favorendo un senso di appartenenza e di cooperazione per la salute della comunità.

Ciò può avvenire se gli operatori della salute del territorio hanno tale visione e sono a ciò formati e attrezzati:

[...] Le equipe che promuovono la Primary Health Care e lo sviluppo di comunità devono essere multidisciplinari con professionisti sociali e sanitari appartenente a diversi profili e composte anche dai referenti dei portatori di interessi della comunità, da rappresentanti del terzo settore e degli enti locali.

[...] I professionisti devono essere specificamente formati, con competenze in Cure primarie e partecipazione della comunità. Devono essere dotati di strumenti metodologici per supportare la rilevazione dei bisogni, per l’empowerment di comunità, per l’advocacy e per costruire e accompagnare gli incontri, gestire i conflitti.

[...] Promuovere nella popolazione, nel contesto universitario e tra tutti gli operatori (sia del territorio sia dell’ospedale) la cultura delle Cure Primarie riconoscendone ad ogni livello l’importanza e la significatività scientifico-professionale, anche al fine di sviluppare negli operatori territoriali un “orgoglioso senso di appartenenza”.

⁹ Lemma P., Promuovere Salute. Principi e Strategie. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore; 2018

Territorializzare il Servizio Sociale e Sanitario

Le proposte dell'Alleanza:

“Il bisogno di salute è di norma supposto piuttosto che concretamente rilevato e le risposte e le soluzioni ad esso fornite sono spesso standard piuttosto che appropriate al contesto.

Il servizio sanitario si è sviluppato e costruito per grossi “silos”, spesso indipendenti per organizzazione, funzionamento e finanziamento e con pressoché nulla condivisione di dati e informazioni formali e informali. Ciò impedisce l'integrazione, la prossimità e la flessibilità dei servizi di salute, fondamentali ad accogliere e adattare la risposta ai bisogni e dunque alla risolutività degli interventi.

Proponiamo che le attività del Servizio Sociale e Sanitario siano pensate e strutturate a partire dalla individuazione dei bacini territoriali per bisogni-risorse e non dai “silos” professionali e di patologia.”

Le persone fragili e con problematiche croniche descritte aneddoticamente nell'introduzione evidenziano la necessità di “territorializzare” il Servizio Sanitario, ovvero lavorare nel/sul/col territorio, inteso sia come spazio fisico che come comunità di persone.

Territorializzare significa attuare il Servizio Sanitario nello specifico contesto locale, tutelare la salute delle persone e della comunità “proprio lì” dove vivono, incentivando la partecipazione individuale e collettiva, valorizzando tutte le risorse locali (scuole, aggregazioni culturali-sportive-ricreative-religiose, negozi, volontariato, ...) perché promuovano la salute globale, superando l'attuale modello di sanità “sovra-territoriale”, centrato sulla malattia e focalizzato sulle prestazioni, specialmente se super-specialistiche ed erogate presso centri di eccellenza.

In tal senso, risulta chiarificante il Libro Azzurro, che afferma:

“Le Cure Primarie producono modelli organizzativi e strategie di intervento specifici, che siano partecipati e basati sulla mappatura delle caratteristiche, delle risorse e dei bisogni della popolazione del territorio attraverso la territorializzazione, ovvero il processo di conoscenza (mappatura descrittiva) e di co-costruzione (mappatura trasformativa) del territorio di cui l'equipe/servizio di salute è responsabile.

Lo scopo della territorializzazione è quello di raccogliere e analizzare i dati di salute e malattia, dai più prossimi ai più distali, di attivare le risorse comunitarie e il capitale sociale e di pianificare e programmare le conseguenti azioni di salute, il più possibile volte alla realtà quotidiana di vita delle persone.

La partecipazione delle persone e delle comunità nelle diverse fasi della territorializzazione è indispensabile al conseguimento dell'obiettivo, ovvero quello di promuovere la salute come salute eco-bio-psico-sociale, orientata all'autodeterminazione, all'autonomia e alle libertà individuali e collettive.

Organizzare il lavoro delle Cure Primarie in equipe interdisciplinari e in rete con territorio e ospedale

Le proposte dell'Alleanza:

“Il coordinamento tra la componente “sanitaria” e quella “sociale”, così come il lavoro in equipe interprofessionali, sono avvenuti occasionalmente, solo dove si sono incontrate disponibilità individuali e favorevoli ed eccezionali contingenze.

Manca una cultura della co-gestione partecipativa e le competenze necessarie alla costituzione di reti della salute che siano multi-settoriali, multi-professionali e partecipative in cui le decisioni passino per la costruzione di consenso.

Proponiamo di organizzare il lavoro delle Cure Primarie in equipe interdisciplinari con la presenza di tutte le figure professionali della salute (sanitarie e sociali) adeguatamente formate, in numero congruo, operanti su definiti segmenti di territorio e opportunamente organizzate su tre livelli (Distretto, Casa della Comunità, Microarea), integrate con i professionisti ospedalieri, in rete con il territorio e partecipate dalle comunità.”

Francesca, la bambina malata di diabete, ha bisogno che diabetologo, pediatra di famiglia e infermiera territoriale innanzitutto, ma poi anche dietista, psicologo e assistente sociale lavorino collaborando in modo organico, non

occasionale, benché appartengano ad enti-organizzazioni diversi ed abbiano professioni-specializzazioni diverse. Ciò risulta possibile solo se funziona l'equipe di base, quella del territorio dove Francesca vive, sulla quale può innestarsi il supporto di specialisti e, come nel caso specifico, super-specialisti (il centro diabetologico pediatrico). Leonardo, l'adolescente vittima di bullismo, non ha bisogno di ambulatori, che non potranno che dire "non è di mia competenza", ma di equipe multi professionali e multisettoriali (cioè di enti diversi, nel caso specifico persino le forze dell'ordine) che affrontino il problema dalle origini. Il singolo caso potrà anche aver bisogno delle cure farmacologiche o psicologiche del momento, ma la sua situazione va affrontata andando alle radici. Anche in questo caso è solo la presenza di equipe multiprofessionali "agganciate" alla Casa della Comunità che rende possibile il processo di collaborazione necessario.

L'anziana signora Teresa, non ha bisogno solo dell'assistente sociale: anche il suo medico di famiglia e i vari specialisti attivati per inquadrare e approntare le cure per i "vari acciacchi" dovrebbero lavorare tra loro coordinati, anche per evitare che la somma delle terapie prescritte raggiunga un numero di somministrazioni quotidiane ingestibili. E anche in questo caso la cosa è possibile solo se quegli specialisti sono quelli della Casa della Comunità e sono responsabilizzati elettivamente sulla popolazione di riferimento della Casa stessa. Ciò rende possibile che medici di famiglia e specialisti si conoscano, si stimino, si correlino, si incontrino... e, quando necessario, informino l'assistente sociale di possibili necessità non sanitarie ma, di sicuro, utili per la salute, pur tra i tanti acciacchi, della Signora Teresa¹⁰.

La possibilità che Giovanni, dopo il suo percorso riabilitativo nella struttura psichiatrica, possa trovare una comunità locale accogliente, richiede che, innanzitutto, siano accoglienti gli operatori sanitari e sociali di quella comunità.

In tale direzione, il Libro Azzurro indica le modalità di lavoro dei professionisti della Casa della Comunità:

- *lavorano con un approccio multiprofessionale necessario per poter soddisfare i diversi bisogni delle persone;*
- *sono capaci di mappare il territorio, rilevare determinanti di salute, mobilitare le risorse comunitarie, raccogliere informazioni quantitative e qualitative dei bisogni della popolazione, realizzare itinerari terapeutici, di accessibilità ai servizi, elaborare temi specifici per la formazione e l'empowerment comunitario, stimolare la costruzione di reti comunitarie e la partecipazione attiva della popolazione;*
- *lavorano tramite un approccio di tipo proattivo, non volto solamente a soddisfare le domande espresse, ma anche quelle inesprese;*
- *promuovono l'integrazione tra Casa della Comunità e Ospedale."*

E per questo formula proposte:

Impegnare ogni professionista della Casa della Comunità a:

- *apprendere in forma permanente (tracciabile) i principi fondamentali della PHC, attraverso un percorso di studi adeguato, indipendentemente dal proprio curriculum di studi;*
- *rispettare/condividere la visione culturale della PHC;*
- *conoscere i ruoli e le competenze degli altri operatori per stimolare la costruzione di saperi e pratiche condivise, funzionali a potenziare la capacità assistenziale per il territorio di competenza;*
- *partecipare alle equipe multiprofessionali finalizzate alla presa in carico congiunta di situazioni a medio-alta complessità, con incontri periodici sulla base delle esigenze presenti; - cooperare con il mondo accademico, in*

¹⁰ A latere va ricordato che una connessione locale organica tra medici di famiglia e specialisti della Casa della Comunità è la via per affrontare radicalmente il problema delle lunghezze delle liste d'attesa: il collegamento tra queste figure professionali con la possibilità di attivare gli altri attori locali, tutti responsabilizzati sulla salute della specifica popolazione del territorio di competenza, consente di garantire continuità (e semplificazione) di cura e di avvalersi di consulenze, anche brevi-estemporanee, alternative alla necessità di ricorrere alla prescrizione di prestazioni. Inoltre, diventa possibile gerarchizzare in modo razionale, in base anche alle risorse disponibili, le priorità ed i percorsi (leggasi anche prescrizioni di prestazioni) alternativi.

particolare nella formazione per le Cure Primarie di tutte le professioni sanitarie.”

E, quale conclusione del contributo:

“Organizzare:

- l'equipe multiprofessionale che si tiene con cadenza regolare per la risoluzione multiprofessionale di casi complessi;*
- periodicamente corsi di role playing e di simulazione per immedesimarsi nell'esperienza altrui;*
- un training per obiettivi strutturati per chiunque entri a lavorare nella Casa della Comunità, indipendentemente dal curriculum di studi, con un affiancamento a tutor esperti scelti “interni”, di durata adeguata alla complessità del territorio/comunità di riferimento.”*