

CASA della COMUNITÀ
ASL T03 Rvoli

45 anni di Servizio Sanitario Nazionale La Primary Health Care: una scelta strategica per il Servizio Sanitario Nazionale

Mara Morini

Demografia e sostenibilità

L'attuale contesto epidemiologico, economico e sociale associato ad una domanda sempre più esigente e consapevole da parte dei cittadini, porta a riflettere sulla pressione che tutto ciò determina sul Servizio Sanitario Nazionale e sulla sua capacità di risposta e soddisfazione dei bisogni, anche in termini di sostenibilità. La demografia del nostro paese ci presenta un invecchiamento della popolazione che spiega l'80% dei suoi cambiamenti. Infatti la cosiddetta piramide demografica degli anni '60 è diventata ai nostri giorni un'anfora per la presenza della moltitudine dei *baby boomer* che avanza salendo sempre più verso l'alto, età over 65 anni, a fronte di un calo consistente delle nascite che si stima porterà nel 2100

ad un'immagine a forma di cilindro. L'Italia ha perso 1,4 mil di abitanti nel periodo 2013-2021 e L'ISTAT prevede che dal 2021 con i suoi 23 mil di occupati ed il 60% della popolazione tra i 15-64aa si passerà nel 2050 a 17-20 mil di occupati con 19 mil di over 65 anni. A tutto ciò si aggiunge che il 32% delle famiglie è unipersonali e il 41% dei residenti ha almeno 1 malattia cronica. Un Servizio Sanitario Nazionale che per

come si presenta e date le previsioni future necessita certamente di un maggiore finanziamento.

Il finanziamento del 2019 è stato di 118.454 mln € a fronte di una spesa di 119.714 mln € e nel 2022 dove il finanziamento ha raggiunto i 130.803 mln€, la spesa si è attestata sui 132.274 (Fonte Corte dei Conti rapporto sul coordinamento della finanza pubblica 2023, pp.233-234). La spesa del SSN procapi-



Fig 1 La diffusione di malattie croniche e limitazioni funzionali negli >65 aa nel 2021

te per i residenti cresce e se la si analizza per regioni vediamo che cresce maggiormente al nord e lo stesso per quanto riguarda i dipendenti del SSN che aumentano tra 2019 e 2002, specialmente al Nord. Una situazione di contesto che alimenta disparità e disuguaglianze tra i residenti sempre più forte.

Nella fotografia del contesto generale va considerato anche il tema delle fragilità, condizione distinta rispetto alla cronicità, ma che può sovrapporsi in quanto il 70% degli adulti con fragilità presenta anche multimorbosità e il 50% delle persone con multimorbosità è fragile (Vetrano e al. 2019). Situazioni non sovrapponibili che necessitano di strategie diverse di prevenzione e gestione.

In particolare per la fragilità è molto importante un riconoscimento precoce in quanto può essere considerata un predittore di sequele negative per la salute, più accurato della multimorbosità (National Institute for Health and Care Excellence, British geriatrics Society).

Queste considerazioni vanno inserite nella diversità degli anni vissuti in buona salute che vede la differenza in Europa tra un'aspettativa di vita in Italia quasi pari a quella della Svezia, ma con oltre il doppio di anni trascorsi non in buona salute (circa 20aa Italia vs 8aa Svezia).

Una condizione che va valutata in termini di disuguaglianze, diritti negati in un'ottica di salute e di risultati nella gestione delle malattie croniche e delle *Long Term Care* che richiedono un ripensamento complessivo dell'offerta, poiché lunghi tratti del percorso di cura della malattia cronica sono ampiamente gestiti in maniera autonoma dal paziente, lontano dagli operatori sanitari, in quanto vanno gestite l'aderenza alla terapia, i piani diagnostici, i follow-up insieme ad uno stile di vita adeguato alla

patologia, in una realtà dove il sostegno familiare e parentale appare sempre più esiguo per il crescere di contesti familiari unipersonali e i nuovi stili di vita.

Diventa importante approdare allo sviluppo diffuso di logiche di *co-production*, con protagonisti i pazienti e le loro reti familiari e amicali e più in generale l'intera comunità.

Questa forma di *co-production* è influenzata dalla tenuta della rete familiare, amicale e dei *care giver*. Viene alimentata dalle reti sociali che a loro volta sostengono familiari, *care giver* e paziente. Si tratta di reti ampie spesso informali o formali, se sono di tipo associativo, oppure di associazioni di pazienti o loro familiari o di mutuo aiuto di comunità. Il capitale sociale di una comunità si esprime sotto queste forme e ne rappresenta lo scheletro portante basato su relazioni di collaborazione, fiducia reciproca che innesca le relazioni sociali di sostegno. Il riconoscere, recuperare, valorizzare e sviluppare questa ricchezza della comunità è una scommessa sulla sostenibilità del sistema di welfare ma anche di efficacia dell'azione di assistenza e cura della persona. Una comunità intesa come sistema che ha cura.

Perché la Primary Health Care (PHC)

Siamo ormai tutti consapevoli del valore dei sistemi sanitari organizzati prevalentemente sulla base delle strategie proprie della PHC che a fronte di un'evoluzione della Primary Health Care che viene da lontano e di seguito si rappresenta, non riesce ancora a prevalere. Evoluzione della PHC:

- 1920: Focalizzazione sul ruolo di erogazione di servizi sanitari (Dawson)
- 1950: *Community-Oriented Primary Care*: attenzione su destinatario comunitario (Kark)

- 1970: *Primary Health Care*: attenzione non solo su aspetti connessi all'offerta di servizi, ma anche aspetti organizzativi (Christian Medical Commission)

- 1978: Dichiarazione Universale di Alma-Ata, esplicita le basi dell'Assistenza Primaria (*Primary Health Care*)

- 1978: l'Institute of Medicine individua le cinque funzioni proprie dell'Assistenza Primaria (PHC): *accessibility, comprehensiveness, coordination, longitudinality, accountability*

- 2008: Carta di Tallin (Regione Europea OMS): visione ampia della salute e dei suoi determinanti; necessità di un'efficace assistenza sanitaria primaria anche per i paesi sviluppati

- 2013: Health 2020: l'approccio basato sull'Assistenza Primaria è considerato elemento cardine

Ma nonostante ciò nel 2019 l'OMS inserisce tra le «Dieci minacce alla salute globale del 2019» la «presenza di un'assistenza sanitaria primaria debole». Esistono evidenze scientifiche che dimostrano come sistemi sanitari che si affidano maggiormente alle cure primarie hanno:

- una minore mortalità per tutte le malattie,
- più facile accesso ai servizi in caso di necessità,
- migliore qualità di cura,
- un focus maggiore sulla prevenzione, ecc...

Tutto questo con costi minori e miglior appropriatezza (Macinko J, Starfield B, Shi L the contribution on primary care systems to health outcomes within OECD countries health service research 831-833 2003) rispetto a sistemi incentrati sulle cure specialistiche.

Per rafforzare il concetto di PHC vanno

sottolineati gli elementi che la caratterizzano riguardanti prioritariamente:

- obiettivi di salute (interventi preventivi e precoci al fine di non giungere all'intervento clinico perché si opera sui determinanti della salute)
- integrazione dei servizi e dei professionisti (la produttività nelle cure primarie non dipende dalla singola attività bensì dall'efficacia con cui sono organizzate le interdipendenze, ovvero il coordinamento dei servizi)
- necessità di collaborazione (la collaborazione tra i professionisti deve superare i linguaggi delle singole specialità difficilmente comprensibili)
- reclutamento precoce (l'esplosione epidemologica delle patologie croniche, fragilità e non autosufficienza impongono nuove strategie di approccio basate su: reclutamento precoce, aderenza dei professionisti della rete ai PDTA, compliance dei pazienti)
- lavorare in rete (coordinamento tra tutti i servizi sanitari e socio-sanitari, con le politiche per la salute prodotte da EE.LL., Istituzioni, scuola ecc.. e sviluppate capacità manageriali)
- crocevia di saperi (è necessaria una sintesi clinica, una personalizzazione della cura e del percorso coerente con le caratteristiche della persona, la sua compliance, la condizione sociale e la rete in cui è inserito).

Tutto ciò crea una opportunità per una nuova professionalità degli operatori del territorio, diversa da chi opera negli ospedali che rappresenta una sfida da cogliere in particolare in questo momento storico che vede la riorganizzazione della sanità del territorio al centro dell'attenzione dopo la fase pandemica.

La lezione del COVID

La recente pandemia ha messo in

luce le difformità dei Servizi Sanitari regionali (SSR) con i diversi risultati ottenuti, soprattutto nella prima fase, determinati principalmente dal diverso sviluppo dei processi organizzativi e culturali aggregativi a superamento delle divisioni e barriere tra unità operative (UO) e professionisti che ne determinano la mancanza di capacità di presa in carico, continuità di cura e appropriatezza del *setting* assistenziale (accessi in PS, ricoveri in ospedali, saturazione delle degenze e Terapie Intensive). Coloro che hanno investito nella programmazione sanitaria privilegiando l'assistenza primaria rispetto alla specialistica (modello ospedalocentrico) sono stati in grado di affrontare con maggiore lucidità e determinazione la fase pandemica, soprattutto nella fase iniziale.

Questo inconvertibile elemento ha portato molta attenzione sulla sanità territoriale e il COVID è stata una finestra in cui abbiamo osservato un forte *commitment* sui servizi territoriali in alcune regioni. La responsabilità del coordinamento territoriale è stata assegnata ora a un dipartimento (es. Sanità Pubblica in Veneto, Cure primarie in E-R), si è osservato un forte coinvolgimento del *top management* e un forte investimento nel regime domiciliare e ambulatoriale, mentre in alcuni casi è stato l'ospedale ad uscire sul territorio; il problema non è stata la variabilità delle soluzioni organizzativa ma la loro chiarezza e forza (Dipartimento cure primarie, Distretto, Dipartimento di Sanità Pubblica?). E la domanda che scaturisce naturale diventa se è possibile rigenerare il senso di urgenza determinato dal COVID che ha generato organizzazione «*mission driven*». In realtà non c'è nessuna novità

in quanto emerso poiché tutti questi aspetti erano già ben presenti nelle agende di coloro che da tempo pensano a come migliorare l'assistenza e la tutela della salute e il benessere nelle proprie comunità di appartenenza. Il COVID 19 ne è stato un rafforzativo. Il Distretto Socio Sanitario che rappresenta in Italia l'esplicitazione organizzativa delle cure primarie, l'articolazione organizzativa portante del processo aggregativo e d'integrazione dei servizi (DL 229/99). Fornisce continuità di cura, dialogo fra i servizi, prossimità, produttività e tempestività d'azione. Ha la responsabilità della regia complessiva e unitaria dell'organizzazione territoriale attraverso i servizi che produce, l'integrazione con i servizi sociali, quella orizzontale con i dipartimenti territoriali e quella verticale con l'ospedale. Ma quanto si è investito negli anni in termini di risorse del SSN sul territorio? Ancora si privilegia l'ospedale. Quanto è diffusa e sviluppata l'organizzazione distrettuale nelle regioni? E'quasi assente in alcune. Le direzioni di Distretto hanno sviluppato competenze manageriali, di leadership, hanno seguito percorsi formativi in tal senso? Ancora tutto da dimostrare. Secondo e non minor elemento su cui riflettere se si vuole affrontare il tema delle cure primarie, riguarda la figura del Medico di Medicina Generale: snodo della presa in carico e continuità di cura che ha dimostrato negli anni una buona capacità di gestione della cronicità, nonostante gli investimenti modesti in termini di attrezzature sanitarie, personale di studio ecc. rispetto ai colleghi europei, ma relativamente a capacità di tempestività, dinamicità, flessibilità, adattamento alle necessità anche emergenziali, non possiamo dire

altrettanto. Inoltre come si pone rispetto al sistema: alleato o in contrapposizione rispetto alla governance aziendale/distrettuale? La soluzione da alcuni sollecitata del passaggio alla dipendenza, non può essere la panacea di tutte le difficoltà poiché esistono esperienze virtuose di assistenza primaria in alcune realtà regionali, indipendentemente dalla contrattualistica di lavoro. Le recenti esperienze delle USCA hanno mostrato la possibilità di aprire pagine nuove nell'assistenza primaria, ma il nodo centrale del tema resta l'accordo collettivo nazionale, che andrà radicalmente rivisto ed aggiornato ai nuovi bisogni assistenziali ed organizzativi.

Il riconoscimento dell'importanza della sanità territoriale effettivamente è stato raggiunto e il Piano Nazionale Ripresa Resilienza (PNRR) ne rappresenta la manifestazione con la Missione 6 Salute del PNRR, dove vengono stanziati 15,63 miliardi, così divisi tra le due componenti della Missione: Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale: 7 miliardi di stanziamenti rispetto a Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale: 8 miliardi e 63 milioni di euro. Ma già il 18 ottobre 2021 il Recovery Plan e la riforma della sanità territoriale dal Quotidiano sanità registravano che la "Casa della Salute" è da anni presente nel dibattito nazionale, ha avuto le sue prime attuazioni e oggi è una realtà significativa e considerata di successo in varie Regioni, per quanto senza che sia percepita come strategia nazionale. Il Lazio aveva messo in cantiere 48 Case della Salute nella programmazione europea 2014-2020, e 22 sono ora attive, mentre una settantina sono in

funzione in Toscana, e per esempio 22 nella sola provincia di Bologna. Non tutte le Regioni hanno seguito questo modello, per cui è prevista entro il primo trimestre del 2022 una ricognizione delle Case della Salute esistenti, delle strutture da riconvertire e di quelle da fare ex-novo. Seguiranno i lavori e gli accordi istituzionali di programma con le Regioni, con il completamento dell'operazione nel 2026.

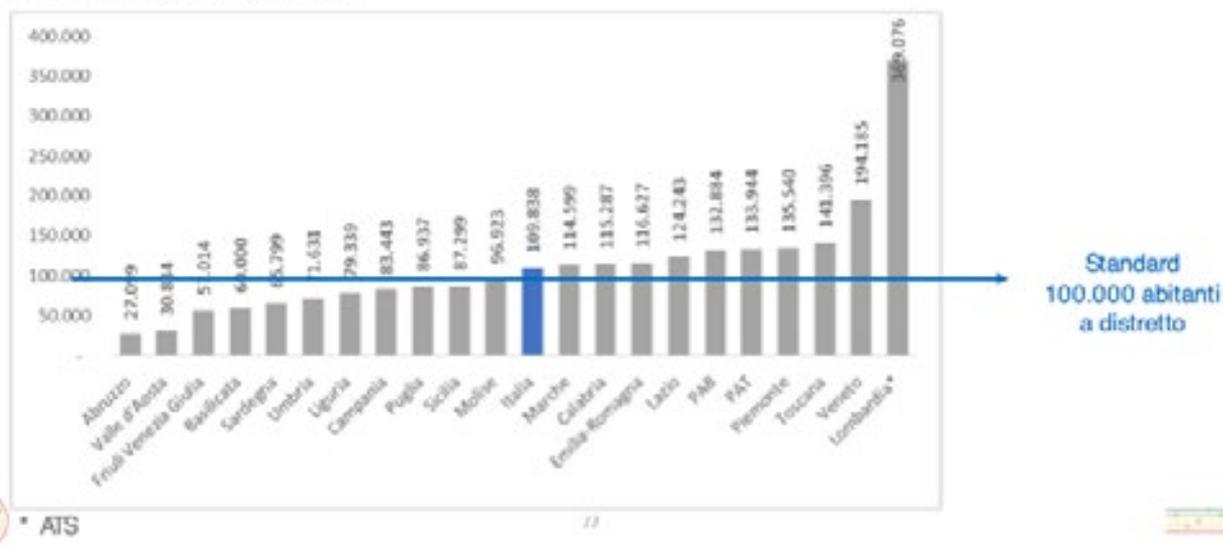
Verso il DM/77

Successivamente Ministero della Salute con il Decreto del 23 maggio 2022, n. 77, ha legiferato un regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale. Rispetto al Distretto ha individuato funzioni e standard organizzativi così riassumibili: Distretto di circa 100.000 abitanti, con variabilità secondo criteri di densità di popolazione e caratteristiche orografiche del territorio. La programmazione deve prevedere i seguenti standard: - almeno 1 Casa della Comunità *hub* ogni 40.000-50.000 abitanti; - Case della Comunità *spoke* e ambulatori di Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS) tenendo conto delle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio al fine di favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree interne e rurali. Tutte le aggregazioni dei MMG e PLS (AFT e UCCP) sono ricomprese nelle Case della Comunità avendone in esse la sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente; - almeno 1 Infermiere di Famiglia o Comunità ogni 2.000 - 3.000 abitanti. Tale standard è da intendersi come numero complessivo di Infermieri di Famiglia

o Comunità impiegati nei diversi *setting* assistenziali in cui l'assistenza territoriale si articola; - almeno 1 Unità di Continuità Assistenziale (1 medico e 1 infermiere) ogni 100.000 abitanti; - 1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il Distretto abbia un bacino di utenza maggiore; - almeno 1 Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto ogni 50.000 - 100.000 abitanti. La CdC è il luogo fisico di riferimento per la comunità su cui insiste, è il luogo di prossimità e di facile individuazione dove la comunità può accedere per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria, al fine di trovare risposta al proprio bisogno di salute. Introduce un modello organizzativo di approccio integrato e multidisciplinare attraverso l'équipe multiprofessionale territoriale. Costituisce la sede privilegiata per la progettazione e l'erogazione dei servizi sanitari Standard: - almeno 1 CdC hub ogni 40/50.000 ab. - CdC e ambulatori di MG e PLS tenendo conto delle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio al fine di favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree interne e rurali, nel pieno rispetto del principio di prossimità. Tutte le aggregazioni di MMG, PLS (AFT, UCCP) sono ricomprese nella CdC avendone in esse la sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente. Alla CdC accederanno anche gli Specialisti ambulatoriali. Standard di Personale: 11 Infermieri, 1 assistente sociale, 5-8 unità di personale di supporto (Sociosanitario, amministrativo).

Al momento, analisi e survey come quella svolta dall'Università Sant'Anna di Pisa in collaborazione con il Ministero della

Popolazione nei distretti identificati attraverso i siti istituzionali



Salute, attraverso la somministrazione di un questionario con 47 domande, per analizzare i Distretti nelle diverse realtà italiane ci presenta molte “incertezze” rispetto alle funzioni svolte dai Distretti, in forte cambiamento e poche certezze, quali uno sviluppo dell’assistenza domiciliare, l’erogazione diretta di servizi, una funzione di committenza soprattutto rispetto alla residenzialità, un ruolo nella gestione della cronicità (Dati della analisi preliminare, forniti da CARD).

Una differenza molto ampia rispetto agli standard proposti dal DM/77 rispetto alla popolazione di riferimento. Considerazioni rispetto alle difficoltà nella realizzazione dell’applicazione del DM/77 sono riprese anche nell’articolo di Elio Borgonovi e Giovanni Migliore pubblicato su Mecosan che riferiscono: “per dare concreta attuazione al modello distrettuale, i coordinatori o

direttori devono possedere conoscenze, capacità, competenze, atteggiamenti e comportamenti molto diversi da quelli dei direttori di strutture complesse di ambito ospedaliero specialistico. Per tale motivo diventa una posizione contendibile da più discipline purché abbia le conoscenze in elenco. Occorre fare in fretta ma bisogna evitare di fare male, come accadrebbe se si nominassero come direttori di distretto persone che hanno seguito percorsi formativi per direttori di strutture complesse che non hanno conoscenza del territorio e uno scarso interesse a passare dall’assistenza di attesa all’assistenza di iniziativa, a utilizzare le nuove tecnologie..... Per queste posizioni diventa essenziale individuare processi di selezione dei coordinatori di distretto che si basano su alcuni principi fondamentali. Innanzitutto, strumenti in grado di far emergere attitudini relazionali,

quindi persone orientate a esercitare una leadership orizzontale.. occorre partire dai bisogni per “ricostruire” le conoscenze e le competenze necessarie. Un processo simile a quello attuato dalle imprese che sono passate dalla logica di product-oriented a quella di client-oriented. attitudine a delegare ai vari professionisti individuando le figure di clinical manager (quando il bisogno di carattere medico è più elevato), care manager (quando il bisogno di assistenza infermieristica è più elevato), fragility manager o altra definizione (quando il bisogno di tipo sanitario è una diretta conseguenza di condizioni socio-economiche di fragilità). Trattandosi di una figura nuova, essa può essere sviluppata nel tempo con un adeguato mix di formazione formale (che attribuisce specifici titoli di studio), informale (collegata a iniziative di formazione per adulti) e non formale

(acquisita con l'esperienza e con comunità di pratica). “

In conclusione, sulla base delle considerazioni sopra riportate si ritiene necessario che per il “nuovo” Distretto siano chiari ruoli e responsabilità dei protagonisti fondamentali:

- competenze cliniche, di tutoraggio clinico ai MMG,
- organizzative, di *case manager* all'Infermiere di Famiglia/Comunità,
- specialistiche di consulenza, agli specialisti territoriali o ospedalieri,
- le funzioni di regia che garantiscano il coordinamento complessivo delle attività ad una figura con competenze manageriali, di leadership ed esperienza validata. Inoltre sarebbe auspicabile un nuovo percorso formativo per Medico di Medicina Generale e un Accordo nazionale per la MG impostato sulla capacità di lavorare in equipe multidisciplinari nella Casa della Comunità. Infine percorsi di formazione per coloro che ambiscono al ruolo di Direttore di Distretto.

Bibliografia

1. Barsanti S., Bonciani M., (2017) (a cura di), Il Quaderno delle Case della Salute, Polistampa, Firenze.
2. Blackwell A. G. And Colmenar R. “Community Building: From Local Wisdom to Public Policy”. Public Health Reports, 2000, 113 (2 and3), 167-173
3. Walter C. “Community Building Practice” In M. Minkler (ed.), Community Organizing and Community Building for Health (2nd ed.) New Brunswick, N. J. : Rutgers University Press, 2004
4. Elio Borgonovi, Giovanni Migliore “Il direttore di distretto: ritorno al futuro” Editoriale-Il punto di vista Mecosan 2022

*Mara Morini,
coordinatore del Gruppo di lavoro
Prevenzione di Genere SII
(Società Italiana di Igiene, Medicina
preventiva e sanità pubblica)*