

Il valore delle cure domiciliari nell'evoluzione dei sistemi sanitari

Carlo Favaretti

Direttore generale Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari

Desidero, innanzitutto, porgere un saluto cordiale a tutti gli intervenuti, a nome dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari e mio personale.

L'obiettivo di oggi è quello di presentare la nostra esperienza che si situa nel campo delle cure domiciliari palliative (l'esperienza sarà presentata da Menegoni, Clerici, Tenni e Martino) e di rendere chiare a tutti i presenti (e questo è il mio compito) le basi concettuali e scientifiche delle scelte programmatiche della Provincia Autonoma di Trento e di quelle gestionali dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari.

Vorrei, quindi, presentare alcune considerazioni e vi pregherei di fare un piccolo sforzo: di collegare le considerazioni di principio e teoriche che andrò a svolgere con la presentazione successiva dei colleghi. Senza questo collegamento, probabilmente, non si riuscirebbe a cogliere la complessità di un'azione che è stata messa in campo quasi due anni fa e che ha già prodotto realizzazioni positive non solo per i professionisti, ma soprattutto per gli utenti del servizio e le loro famiglie.

La mia presentazione cercherà di illustrare alcuni concetti che costituiscono la base teorica e scientifica dello sviluppo dei sistemi sanitari moderni.

Il primo concetto attorno al quale vorrei presentare alcune riflessioni riguarda *la centralità del cittadino e del malato nei moderni sistemi sanitari*.

Questa espressione può essere considerata uno slogan se non trova applicazioni precise e pratiche.

Vorrei cogliere l'occasione per chiarire un diffuso malinteso. Assistiamo ad autorevoli prese di posizione assolutamente inadeguate, secondo me, dal punto di vista concettuale e scientifico che sottovalutano il fatto che la moderna medicina, la moderna assistenza sanitaria si svolge comunque in sistemi organizzati. In Italia questi sistemi organizzati si chiamano aziende sanitarie. Le aziende sanitarie sono sistemi organizzati, finalizzati a mantenere e promuovere la salute dei cittadini e delle comunità. Quindi, chi pensa che le aziende sanitarie abbiano come obiettivo la riduzione dei costi è fuori dal mondo dal punto di vista concettuale. Le aziende devono preoccuparsi di mantenere e promuovere la salute dei cittadini. Certamente, poiché utilizzano risorse pubbliche, chi opera in esse, amministratori e professionisti, deve dare conto del modo in cui le usano per quanto attiene all'efficacia ed all'efficienza.

In questa interpretazione del ruolo dell'azienda sanitaria, la centralità del cittadino non è uno slogan teorico, ma è la vera essenza del gioco. Questa centralità del paziente, del cittadino, del malato e della sua famiglia non è, come pensano riduttivamente alcuni professionisti ancora legati a schemi mentali paternalistici, una centralità passiva nella quale si dà benevolmente assistenza; è una centralità attiva; è una centralità in cui i pazienti e i loro familiari voglio essere protagonisti delle decisioni che vengono prese sulla loro salute.

I cittadini vogliono essere sempre più *coproduttori* della loro salute: è un concetto che forse coloro che "odiano" il sistema aziendale non digeriscono! Pazienza, ma il concetto rimane valido: i cittadini vogliono essere protagonisti della coproduzione della propria salute. Questo concetto non ce lo siamo inventato noi nel 2003 a Trento: sono almeno cinquant'anni che i sistemi sanitari moderni stanno evolvendo sulla questa base.

Vi è poi un secondo concetto sul quale vorrei richiamare la vostra attenzione: *la centralità delle cure primarie o dell'assistenza sanitaria primaria* nello sviluppo dei sistemi sanitari moderni. La sua base teorica è la dichiarazione di Alma-Ata. Questa Dichiarazione dell'OMS ha posto le basi del riorientamento dei moderni sistemi sanitari la cui differenza, rispetto al passato, dovrebbe essere la centralità dei servizi territoriali ed il ruolo strumentale degli ospedali inseriti nei processi di continuità assistenziale.

E' noto a tutti che, nell'immaginario collettivo, gli ospedali (con la loro struttura ben visibile, la concentrazione di professionisti e tecnologia) mantengono una "forza comunicativa" eccezionale rispetto ai servizi territoriali che, con la loro capillarità e l'assenza di una struttura fisica, non riescono, per definizione, ad "imporre" un'immagine definita!

In Trentino, tuttavia, negli ultimi anni abbiamo molto investito sull'assistenza sanitaria primaria. Per la prima volta, lo scorso anno, la percentuale del bilancio aziendale dedicata alla spesa ospedaliera è rimasta sotto il 50% e quella dedicata all'assistenza sanitaria primaria è stata incrementata di qualche punto percentuale, coerentemente con la tendenza internazionale sopra ricordata.

Il terzo concetto che vorrei discutere riguarda la necessità di lavorare sempre più sui *processi assistenziali ed organizzativi*, in risposta alla crescente complessità dei sistemi sanitari. La recente promulgazione del decreto sui livelli di assistenza costituisce per il nostro Paese un passo importante prima di tutto per dare attuazione pratica all'art. 32 della Costituzione ed in secondo luogo per rendere chiara a tutti la necessità di innovare la nostra azione, superando l'impostazione basata sull'erogazione di singole prestazioni ed identificando processi assistenziali considerati essenziali per mantenere e promuovere la salute dei nostri cittadini. Lavorare per processi assistenziali è l'unico modo per presidiare nei fatti la continuità delle cure. La continuità delle cure può essere descritta come una catena. La qualità complessiva di una catena è data dall'anello più debole, non da quello più forte. Fuor di metafora, la sanità ha interesse ad avere centri di eccellenza (gli anelli forti), ma deve anche puntare a non avere nella sua catena anelli deboli. Solo lavorando sui processi integrati potremo avere buoni standard di base con qualche punta di eccellenza. Purtroppo, di solito è più faticoso e meno motivante lavorare sugli standard di base che sulle punte di eccellenza!

Per quanto attiene strettamente alle cure palliative, è bene ricordare che esse si basano su due principi: *l'analisi multidimensionale dei bisogni e la soluzione multidisciplinare ed intersettoriale dei bisogni stessi*.

In tal senso, la nostra impostazione delle cure palliative domiciliari si basa su scelte molto definite e chiare: il nostro modello è comunque centrato sul coinvolgimento e la responsabilità dei medici di medicina generale, aiutati da una unità operativa ad hoc dove operano specialisti, infermieri ed operatori che si collegano con i professionisti di altri settori (gli enti gestori). Contrariamente ad altri modelli italiani, quindi, il nostro modello non è centrato sull'ospedale, ma sull'assistenza sanitaria primaria. Anche la funzione di hospice va considerata strumentale, per la continuità assistenziale, rispetto all'assistenza territoriale domiciliare. Nella nostra Azienda, con i fondi dell'art. 20, si sta realizzando un hospice a Mezzolombardo ed è attualmente operativa una funzione di hospice presso l'Ospedale San Camillo. Stiamo inoltre collaborando con la Fondazione Trentina per il Volontariato Sociale per uno studio di fattibilità relativo ad un'ulteriore struttura.

La diffusione delle cure domiciliari palliative a tutto il Trentino richiederà, probabilmente, organizzazioni differenziate: i problemi dell'area urbana sono diversi da quelli delle aree di montagna. Tuttavia, rimarremo fedeli al modello basato sull'assistenza sanitaria primaria e sul medico di medicina generale.

Concludo offendo questa ulteriore considerazione. *Le cure palliative sono una tecnologia sanitaria*. Quando parliamo di tecnologia sanitaria siamo, troppo spesso anche come professionisti, abituati a pensare che la tecnologia sanitaria sia solo la risonanza magnetica, la TAC o l'ultimo intervento chirurgico che suscita clamore. In realtà, anche l'intelligenza di singoli operatori o di operatori che lavorano insieme sono una tecnologia sanitaria. Anche comunicare con i pazienti è far uso di una tecnologia sanitaria.

In questo senso le cure palliative sono una tecnologia sanitaria e, come tutte le tecnologie sanitarie, devono essere oggetto di valutazione. Innanzitutto ci interessa la valutazione di efficacia. In altri termini, la nostra impostazione è veramente in grado di tutelare le esigenze che si propone di tutelare? Oppure dopo una fase di sperimentazione dobbiamo introdurre degli aggiustamenti?

I colleghi che seguiranno illustreranno l'esperienza di Trento; nei prossimi mesi attiveremo una seconda esperienza a Rovereto; successivamente sperimenteremo soluzioni nelle valli. Potremo quindi valutare tre modelli che seguono comunque gli stessi principi che ho prima illustrato.

Concludo con un ringraziamento a tutti i professionisti e gli operatori dell'APSS, ai professionisti convenzionati ed a quelli di altri enti ed associazioni (la Fondazione Trentina del Volontariato e la Lega Tumori in primis) che hanno reso possibile questa prima esperienza nella città e nel distretto di Trento. Questa esperienza è stata molto gradita dalla popolazione e dalle famiglie e ci ha consentito di migliorare non solo il servizio reso, ma anche la percezione dell'opinione pubblica che chiedeva sempre più esplicitamente che le fasi finali della vita avvenissero al di fuori di ospedali organizzati per curare essenzialmente malattie acute.

Buon lavoro!