

# Uscire dall'Ospedale

*Il luogo della cura nella malattia cronica è il territorio, il contesto dove vive la persona con diabete. All'Ospedale vanno riservati gli interventi intensivi, mentre il cuore dell'assistenza e gli investimenti sono patrimonio di ambulatori specialistici, medici di Medicina generale e altre strutture di assistenza che operano a fianco del paziente.*



*Paola Pisanti si occupa di tutela assistenziale del malato cronico presso la Direzione generale Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute e presiede la Commissione nazionale Diabete.*

Il territorio è il luogo dove si deve svolgere l'assistenza al paziente cronico; un percorso di assistenza concordato e condiviso fra i vari attori del sistema è il modo migliore per realizzarla. Il paziente deve essere al centro di questo percorso. Paola Pisanti, presidente della Commissione nazionale Diabete e alto funzionario del Ministero della Salute, ha le idee chiare e le condivide con i lettori di *Modus*. Da qualche anno sono aumentate le risorse del fondo sanitario nazionale destinate alla cosiddetta Sanità territoriale, vale a dire all'insieme delle strutture di cura esterne all'Ospedale. «Una svolta storica», commenta Paola Pisanti, medico igienista specializzata in organizzazione dei Servizi sanitari di base, lavora dal 1994 presso la Direzione generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute.

Paola Pisanti, che è stata medico sia di base sia ospedaliero, sostiene la necessità di un cambiamento di rotta riguardo al modello assistenziale che la Medicina ha intrapreso da

molti decenni: la tendenza a curare il paziente secondo il modello della malattia acuta, «quando invece oggi la domanda di salute si orienta sempre di più sulla malattia cronica».

**Il Sistema sanitario nazionale è all'altezza della sfida posta dall'aumento delle malattie croniche?**

Non ancora. La riduzione delle patologie acute e l'aumento di quelle croniche, per quanto forse prevedibile, ha colto di sorpresa e chiede un cambiamento di cultura a tutti: amministratori e medici, forse solo gli infermieri hanno una formazione o comunque un ruolo compatibile con le esigenze di assistenza che caratterizzano la cronicità.

**Facciamo un esempio del cambiamento culturale che la malattia cronica richiede.**

Il medico è abituato a risolvere il problema, meglio se da solo e in poco tempo. Questa logica va benissimo al Pronto soccorso; nella malattia cronica parte del lavoro del medico consiste proprio nel collegarsi con altri opera-

tori all'interno e all'esterno della sua struttura e soprattutto nel dialogo con il paziente. È un modo completamente diverso di intendere il proprio ruolo. Deve accompagnare il paziente, non risolvere il problema al suo posto.

### **Cosa fa il Ministero della Salute per il diabete?**

Noi cerchiamo di seguire tutte le condizioni croniche che incidono sulla qualità di vita del paziente. E sicuramente il diabete è tra queste patologie, oltre a essere una delle più diffuse: i soli tesserini di esenzione rilasciati per diabete sono 1,6 milioni. I pazienti diagnosticati sono molti di più. È probabilmente la patologia con il maggiore tasso di crescita, ma soprattutto è quella di cui conosciamo meglio i modelli assistenziali grazie all'attenzione particolare che la Diabetologia italiana ha dato al tema della Programmazione sanitaria, sappiamo cosa dobbiamo misurare per capire l'impatto che un tipo di organizzazione sanitaria può avere sull'andamento del problema.

Il modello di gestione della malattia cronica non cambia molto da condizione a condizione. E possiamo dire che i

modelli assistenziali per la maggior parte delle patologie croniche possono essere realizzati sulla falsariga di quello che si sta elaborando per il diabete. Insomma la Diabetologia è l'avanguardia nella risposta assistenziale e organizzativa alla malattia cronica.

### **Il diabete si cura con l'organizzazione?**

Sicuramente sì. E per una semplice ragione. Nella patologia cronica la cura deve essere continuativa. Prima di tutto deve avvenire dove il paziente vive, sul territorio, come diciamo in gergo sanitario; in secondo luogo avviene interpellando figure molto diverse che devono quindi collegarsi l'una all'altra, senza sovrapposizioni ma anche senza 'buchi'. Queste figure sono il medico di Medicina generale o il pediatra di base, lo specialista ambulatoriale con i suoi Team, gli operatori del distretto, gli assistenti sociali e così via. Soggetti diversi le cui prestazioni devono essere integrate. L'Ospedale dovrebbe riservarsi l'intervento acuto che può rendersi necessario per esempio su una complicanza. La tutela assistenziale richiede una presa in carico globale del paziente con una forte integrazione tra risorse territoriali e ospedaliere.



*Nella patologia cronica la cura deve avvenire dove il paziente vive, sul territorio, come diciamo in gergo sanitario; in secondo luogo avviene interpellando figure molto diverse che devono collegarsi l'una all'altra, senza sovrapposizioni ma anche senza 'buchi'.*



## **Qui Unione Europea**

Con la presidenza di turno austriaca nel primo semestre 2006, il diabete è entrato fra gli obiettivi della politica dell'Unione Europea. A questo tema è stata dedicata a Vienna una Conferenza che ha visto la partecipazione di rappresentanti del Ministero, delle associazioni di pazienti, di un diabetologo e di un rappresentante degli infermieri. Ne è emerso un documento di raccomandazioni per i 25 Paesi membri finalizzato alla definizione di un programma quadro per la prevenzione e gestione del diabete.



## **Qui Ministero**

Dal 2001, con la riforma del titolo V della Costituzione, il ruolo del Ministero della Salute non è più quello di gestore e organizzatore della Sanità ma di garante dell'equità fra i cittadini. Per assicurarsi che le stesse cure per qualità e quantità siano offerte a tutti, il Ministero ha determinato con il Decreto del 2001 i livelli essenziali delle prestazioni che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale. Alla luce dell'evoluzione del rapporto Stato-Regioni sono divenuti fondamentali quegli strumenti della programmazione diretti a favorire l'armonizzazione delle rispettive legislazioni o il raggiungimento di posizioni unitarie o il conseguimento di obiettivi comuni.



## **Qui Regione**

In Italia le Regioni gestiscono in autonomia l'organizzazione dei Servizi sanitari. Nell'approccio alla patologia cronica e in specifico al diabete, i modelli assistenziali delle Regioni sono alquanto diversificati. Alcuni danno un ruolo importante ai medici di Medicina generale nella assistenza alla persona con diabete e prevedono il 'passaggio' al Centro specialistico solo in certi momenti o solo quando vengono superati certi parametri. Nel caso di altri modelli invece, è il Centro specialistico a seguire di fatto tutti i pazienti.





**In Italia il diabete è seguito da una rete 'speciale' di strutture, i Centri di diabetologia, Centri antidiabete. Sono strutture ospedaliere o territoriali?**

Quella dei Cad è stata una soluzione originale, prevista dalla legge 16 marzo 1987 n. 115, e preveggente, che si è mostrata molto utile, tanto che è studiata da diversi Paesi esteri. I Centri antidiabete, detti anche servizi specialistici diabetologici ambulatoriali, hanno collocazione ospedaliera o extraospedaliera. Per garantire un'efficace continuità assistenziale sarà necessaria l'adozione di percorsi integrati tra il medico di Medicina generale, il pediatra per la diabetologia dell'età evolutiva, il Centro di diabetologia ospedaliero o extraospedaliero e l'Ospedale, inteso come momento di ricovero. L'adozione nel territorio del 'modello per la malattia cronica' potrebbe rappresentare una risposta efficace per rispondere ai problemi del malato con diabete. Già molte Regioni stanno cercando di spostare nel territorio risorse e servizi che oggi sono forniti impropriamente dagli Ospedali.

**È la logica del percorso diagnostico terapeutico?**

Sicuramente. Se il territorio è il luogo dell'assistenza al paziente cronico, il percorso o meglio gli standard di cura sono il modo attraverso cui realizzarla. Nel piano sanitario 2003-2005 uno dei dieci progetti strategici era dedicato alla promozione del territorio come sede primaria di assistenza e di governo dei percorsi sanitari e sociosanitari. Il progetto Igea intende costruire alla luce delle conoscenze più moderne percorsi terapeutici chiari e condivisi con il paziente e fra tutti gli operatori.

**È il paziente al centro del percorso...**

Ovviamente. La diretta partecipazione alle scelte che lo riguardano non è solo un diritto del cittadino, è anche una condizione necessaria. L'empowerment inteso come consapevolezza della situazione, degli obiettivi e delle alternative è necessario al paziente per modificare il proprio comportamento.

**Perché il territorio è il luogo della cura nella malattia cronica?**

Mi vengono in mente molte risposte. In Ospe-

dale per definizione non si fa prevenzione. Sul territorio sì. Il medico di Medicina generale sa bene che fra i suoi compiti c'è la prevenzione, e questo significa tener conto nell'anamnesi dei fattori di rischio del paziente, monitorarli e proporre delle correzioni nello stile di vita ben prima che si manifesti una condizione. Oppure parliamo di compliance: troppo spesso le persone con patologie croniche non seguono interamente le prescrizioni. A volte il paziente smette di frequentare il Centro specialistico. Ma dal medico di Medicina generale deve andare comunque. Sul territorio è possibile monitorare quel che succede. Solo sul territorio si può realizzare quella struttura a rete che è necessaria per garantire la continuità delle cure, mettendo in rapporto Enti molto diversi sia legati alla ASL sia, pensiamo, all'assistenza sociale, agli Enti locali. Per non parlare delle Associazioni fra pazienti, delle residenze sanitarie assistite, delle farmacie... e l'elenco potrebbe continuare. Ciascuno ha un suo ruolo.

**Cosa sta facendo il Ministero per accelerare la creazione dei percorsi e la identificazione del territorio come luogo della cura?**

Tenuto conto che il Ministero ha cambiato il suo ruolo negli ultimi anni, stiamo facendo molto. La prevenzione e l'identificazione dei fattori di rischio sono espressamente previste fra i compiti principali della medicina di base nel contratto quadro siglato con i medici di Medicina generale e i pediatri di base. Nel Piano sanitario nazionale 2006-2008 si dedica grandissimo spazio alla riorganizzazione delle cure primarie e alla necessità di accelerare il riassetto organizzativo del territorio, coinvolgendo maggiormente medici di Medicina generale e pediatri nel governo dei percorsi. Direi che gli strumenti a disposizione ci sono tutti: leggi, indirizzi, principi. Si tratta solo di affrettarsi a tradurre questi concetti in risultati operativi. E in questo vedo un grande alleato nella maturità sia delle Società scientifiche dei diabetologi, della medicina generale e dei pediatri sia delle Associazioni delle altre figure professionali coinvolte nel sistema, e in quella del ricco tessuto delle Associazioni di tutela dei pazienti.



*Gli strumenti a disposizione ci sono tutti: leggi, indirizzi, principi. Si tratta solo di affrettarsi a tradurre questi concetti in risultati operativi.*

