

“Prendersi cura” delle persone. Il modo giusto di organizzare il territorio.

“La cura della persona, e più ancora il prendersi cura è un atto complesso fatto di biologia e di relazione, di ascolto e di proposta, di competenze tecniche e di etica. La prestazione è il tentativo della sua scomposizione in atti isolati, è il vedere la salute come la somma di risposte tecnico-amministrative, economicistiche o al massimo di riparazione di un pezzo del corpo un po' danneggiato. Ed è anche funzionale a trasformare la nostra salute, i nostri disturbi, in oggetto del mercato, nel più ampio ambito del consumismo sanitario” (G. Giustetto). In una situazione come quella che stiamo vivendo - dove le malattie croniche rappresentano la parte preponderante del carico assistenziale - basare il funzionamento del sistema sanitario sulle prestazioni e cercare di rispondere ai pressanti bisogni dei cittadini aumentando le prestazioni (per lo più a pagamento), nella vana ricerca di ridurre le liste di attesa, è una scelta disastrosa per la salute della popolazione (e per l'economia delle famiglie).

Erogare le prestazioni è la modalità basilica di un'organizzazione sanitaria, funzionava benissimo al tempo in cui prevalevano le malattie acute, per lo più infettive, dove si doveva rispondere a un singolo episodio di malattia. Il “prendersi cura” richiede una modalità molto più evoluta dell'organizzazione sanitaria. Il “prendersi cura” infatti richiede la progettazione di un percorso assistenziale, con la partecipazione del paziente. Richiede la presenza di una solida organizzazione delle cure primarie – il Distretto -, basata su un team multidisciplinare e con la partecipazione della comunità. La Casa della Comunità (CdC) è la sede perfetta per organizzare e praticare il “prendersi cura”, data la contemporanea presenza di medici di famiglia, infermieri, specialisti e operatori di altri servizi, incluso quello sociale. Ma il “prendersi cura” non può essere limitato alle CdC, dovendo essere l'obiettivo primario delle cure primarie. Ciò significa promuovere ovunque l'organizzazione di gruppi di MMG, che possano poi disporre di risorse infermieristiche e specialistiche messe a disposizione dalla USL. La telemedicina può svolgere un ruolo decisivo nelle interazioni tra MMG e specialisti nella presa in carico dei pazienti.

Fermare l'ondata delle malattie croniche. Prevenirle è possibile, anche per rendere più sostenibile il sistema sanitario.

Le malattie croniche sono le principali cause di morte prematura e disabilità in tutto il mondo, stimate nel 2021 come responsabili della morte di 17,3 milioni di persone e di quasi l'80% di tutti gli anni vissuti con disabilità prima dei 70 anni. L'incremento delle malattie croniche negli ultimi decenni è stato travolgente, di gran lunga superiore all'aumento della longevità delle popolazioni. In alcuni casi, come negli USA, la mortalità per malattie croniche ha contribuito a provocare la riduzione della longevità della popolazione americana. Per questo le malattie croniche rappresentano un forte elemento di pressione e di instabilità sui sistemi sanitari dati gli alti costi delle cure e i danni permanenti provocati alle persone (fino ad essere la principale causa di precoce non-autosufficienza). I fattori di rischio più comuni per le malattie croniche sono influenzati da “determinanti commerciali della salute”. Lo studio *Global Burden of Disease* ha stimato che nel 2019 il 41% di tutti i decessi per malattie croniche poteva essere attribuito a soli quattro prodotti commerciali: tabacco, alcol, alimenti ultra-processati (detti anche “cibi spazzatura” per l'alto contenuto calorico e il basso apporto nutritivo) e combustibili fossili. Alcune delle più grandi multinazionali del mondo dipendono dai profitti di questi prodotti e dedicano enormi risorse a lobbying, marketing e intimidazioni legali per interferire negli sforzi di regolamentarli e ridurre il consumo.

Fermare l'ondata delle malattie croniche, diminuendo la loro incidenza è possibile. Infatti i paesi europei che hanno registrato il miglioramento dell'aspettativa di vita dopo il 2011 (Norvegia, Islanda, Belgio, Danimarca e Svezia) lo hanno fatto attraverso la riduzione della mortalità per malattie cardiovascolari e neoplasie, sostenute da una diminuzione dell'esposizione ai rischi maggiori, favorita dalle politiche governative. I continui miglioramenti dell'aspettativa di vita in cinque paesi nel periodo 2019-2021 indicano che questi paesi erano meglio preparati a resistere alla pandemia di COVID-19. Al contrario, i paesi europei – tra cui l'Italia - con il maggiore rallentamento nel miglioramento dell'aspettativa di vita dopo il 2011 hanno continuato ad avere alcune delle maggiori diminuzioni dell'aspettativa di vita nel 2019-2021. Le tendenze nell'aspettativa di vita a livello nazionale sono associate a importanti interventi politici a lungo termine, il che implica che i governi possono influenzare sostanzialmente la longevità della loro popolazione attraverso scelte politiche che dovrebbero includere l'affrontare i determinanti commerciali della salute, la riduzione dei rischi alimentari, il miglioramento dei livelli di attività fisica e la garanzia dell'accesso a un'assistenza sanitaria efficace per la prevenzione e il trattamento. È urgentemente necessario un ulteriore sviluppo di strategie intersettoriali nazionali e internazionali a lungo termine, che coinvolgano governi, comunità, scuole e datori di lavoro, per invertire il rallentamento nei miglioramenti dell'aspettativa di vita e il peggioramento dell'aspettativa di vita negli ultimi 15 anni nelle nazioni europee.