

NICOLA FALCITELLI\*, MARCO TRABUCCHI\*\*  
E FRANCESCA VANARA\*\*\*

## INTRODUZIONE: I SERVIZI SOCIO-SANITARI IN RETE

La continuità dell'assistenza è strutturale ad ogni moderno e civile sistema di promozione e tutela della salute. Oggi non è possibile sottrarsi alla responsabilità di progettare, organizzare e verificare un sistema integrato che preveda per ogni cittadino modelli leggeri e non burocratici di accompagnamento nei diversi momenti del bisogno e che si fondi su una cultura della salute non estemporanea ed improntata al rispetto dell'autonomia e della libertà del singolo individuo.

Da molti anni la Fondazione Smith Kline ha posto il tema delle reti al centro dei propri interessi di ricerca e di studio: la modernità impone una lettura della realtà che non può prescindere dalle interconnessioni, dalle interdipendenze, dalle dialettiche che si sviluppano all'interno di un servizio socio-sanitario (si vedano in particolare il *Rapporto Sanità 2001* e il *Rapporto Sanità 2007*). La medicina puntiforme interessa un numero sempre minore di cittadini: chi entra oggi nel sistema richiede per lo più servizi di lunga durata, attivati da professionisti afferenti a discipline diverse ed erogati in ambienti differenti, in particolare quando il cittadino è caricato del peso di una malattia complessa e di lunga durata ed è fragile sul piano culturale, relazionale ed economico.

\* *Presidente Consiglio di indirizzo e verifica Istituto Ortopedico Rizzoli Irccs, Bologna.*

\*\* *Università di Roma Tor Vergata e Gruppo di ricerca geriatrica di Brescia; Responsabile Area Politiche sociali e sanitarie della Fondazione Smith Kline.*

\*\*\* *Consulente finanziario indipendente; professore a contratto di Economia applicata, Università di Torino, direttore scientifico dello Iass (Istituto per l'analisi dello stato sociale), Milano; Area Politiche sociali e sanitarie Fondazione Smith Kline, Roma.*

I pazienti che oggi vengono assistiti nelle strutture territoriali e negli ospedali sono persone prevalentemente affette da più problemi, fra loro embricati, e necessitano di interventi qualificati da parte di professionisti che spesso sono chiamati a lavorare in equipe, integrando saperi e competenze e con un utilizzo sapiente di relazione e di tecnologia. L'obiettivo è realizzare una risposta che sia clinicamente funzionale, umanamente rispettosa delle difficoltà, organizzativamente ed economicamente compatibile con l'attuale condizione dei pubblici bilanci.

Nel *Rapporto Sanità 2001* della Fondazione Smith Kline si sono approfonditi, in particolare, i settori della salute mentale (nel capitolo scritto da Munizza e Montesanti), dell'anziano (Rozzini), dell'assistenza domiciliare oncologica (Borin), del diabete mellito (Muggeo *et al.*) e dell'assistenza ai minori affetti da patologie croniche (Cestroni, Zaccello).

Tuttavia, anche in altri casi la continuità dell'assistenza ed il rapporto fra territorio ed ospedale è fondamentale. Si pensi all'assistenza in gravidanza, parto e puerperio (*Rapporto Sanità 2001*, cap. di Todros e La Prova). Con il passaggio del parto dalla casa all'ospedale è venuta meno la presenza di una figura, in genere l'ostetrica, che era già conosciuta dalla donna e dalla famiglia nel corso della gravidanza e che assisteva al parto e durante il puerperio. Oggi l'ingresso in ospedale per la donna che deve partorire significa per lo più entrare in un ambiente sconosciuto, essere assistita da persone che non ha mai visto prima e che solo casualmente non cambiano durante il travaglio ed il parto. Inoltre, pur in presenza di un numero sempre maggiore di gravidanze ad alto rischio, i diversi specialisti coinvolti (quali il cardiologo ed il nefrologo) agiscono per lo più in un contesto del tutto privo di coordinamento.

Da molti anni si assiste in Italia a sperimentazioni settoriali che hanno anche portato a risultati significativi (talune sono discusse in capitoli del presente volume, altre già illustrate nel *Rapporto Sanità 2007*, come, ad esempio, l'esperienza della Asl 4 Chiavarese della Regione Liguria

descritta da Cavagnaro *et al.*), ma troppo spesso si incontrano ancora difficoltà concrete importanti. Si sono persi molti anni senza fare sperimentazioni serie e controllate ed i risultati di cui disponiamo ora sono sostanzialmente aneddotici: sarebbe utile creare un Osservatorio delle Esperienze, che raccolga le *best practices*.

Nella maggior parte dei Paesi si registra l'orientamento ad un'organizzazione dei servizi di cura a reti integrate ed il passaggio da un sistema organizzativo orientato al servizio ad uno centrato sul paziente. Un riorientamento dell'offerta in questo senso comporta cambiamenti sia a livello del sistema delle emergenze, sia dell'organizzazione dell'ospedale, sia delle competenze distrettuali e, quindi, il ricorso a nuovi meccanismi di comunicazione ed informazione, di gestione dell'accessibilità, di presa in carico complessiva.

L'elaborazione di linee guida, l'individuazione di percorsi diagnostico-terapeutici, gestiti da gruppi di lavoro multidisciplinari, una buona organizzazione della logistica dei pazienti, esperienze di *disease management*, l'introduzione di nuove figure professionali quali il *case manager*, l'*hospitalist* negli ospedali anglosassoni o il medico di riferimento nelle nostre strutture, rappresentano strumenti messi in atto per superare la frammentazione delle cure, riportare ad unitarietà informativa e organizzativa il percorso assistenziale e garantire la continuità assistenziale.

In particolare, lo sviluppo e la diffusione delle idee di rete e continuità hanno suggerito la figura di un professionista che si fa garante nel tempo dell'intero processo diagnostico-assistenziale del paziente, svolgendo direttamente parte delle prestazioni, ma soprattutto interfacciandosi con i diversi operatori per assicurare continuità e tutela degli interessi del paziente stesso. Talvolta a questa figura è attribuita anche una responsabilità economica sui consumi del paziente per ottimizzare i benefici ottenibili da un ammontare prestabilito di risorse associate ad ogni patologia. Nel contesto italiano, il ruolo di gestore del caso può essere giocato dal medico di famiglia o dal pediatra di libera scelta, dall'assistente sociale per patologie o bisogni sociali

di tipo generale oppure da uno specialista del settore per casi più complessi (ad esempio, psichiatrici).

Così scrive Patch Adams: «Scegliendo un guaritore, chiedetevi di che tipi di professionisti della cura della salute vi fidereste. Tra loro, sceglietene almeno uno come 'medico di famiglia'. Deve essere una persona a cui potete dare con fiducia totale tutte le informazioni sulla vostra salute fisica ed emotiva. Il vostro medico di famiglia deve avere il desiderio di esplorare queste aree in modo completo e di confortarvi in un modo che sia soddisfacente per voi e per la vostra famiglia. Idealmente, dovrete cercare di trovare un medico o un guaritore che sia anche un amico. E dovrete cercarlo mentre siete in una condizione di buona salute. (...) *Questa persona deve raccogliere le informazioni su di voi da tutti gli altri guaritori*». Nel 1998 l'attore Robin Williams lo ha portato sul grande schermo, ma Patch Adams è una persona in carne ed ossa e lo scopo della sua professione è *prendersi cura* del malato: secondo Adams la professione del medico consiste proprio nell'ascoltare il malato, seguirlo nel suo percorso di cura, avere tempo da dedicargli, mentre purtroppo la realtà è ben diversa, essendo venuto sostanzialmente a mancare il rapporto tra paziente e medico ed essendo i clinici sempre più spesso assicurati da compagnie per far fronte ad eventuali problemi col paziente.

Ci sono veramente tanti professionisti che non si prendono affatto cura dei loro clienti! Il primo a parlarci di cura in termini filosofici è Heidegger, che definisce l'uomo l'unico ente in grado di prendersi cura dell'essere. Arricchendo la filosofia heideggeriana della dimensione trascendente, possiamo dire ancora di più: l'uomo è essenzialmente capacità di prendersi cura. La sua esistenza non è riducibile a pura presenza, ma è proprio dell'uomo prendersi cura del proprio essere e di quello altrui. Prendersi cura di una persona significa innanzitutto rispettare, stimolare e valorizzare lo svolgersi della sua esistenza, secondo la progettualità che essa stessa contiene e che a priori non è conosciuta neanche dal soggetto stesso, ancor meno da chi la osserva. Nella relazione personale,

il prendersi cura dell'altro non può mai rifarsi a schemi precostituiti, elaborati su esperienze pregresse. Se l'altro è accolto nella sua unicità, colui che si prende cura dovrà necessariamente partire dalla unicità del soggetto a cui rivolge questa cura e questo comporterà un atteggiamento attento all'altro, di accoglienza e di ascolto.

Venendo agli strumenti attraverso i quali è possibile favorire la continuità dell'assistenza, i sistemi di remunerazione, che notoriamente giocano un ruolo cruciale nel tracciare le linee di sviluppo dei programmi di promozione e tutela della salute, dovrebbero essere elaborati proprio per rispondere a questa esigenza fondamentale. Già alla fine degli anni '90 i modelli di concorrenza amministrata fatti propri da alcuni Servizi sanitari nazionali hanno conosciuto una trasformazione verso la cooperazione, la collaborazione amministrata, basata su rapporti di lungo periodo tra acquirenti e produttori, per incentivare il raggiungimento dell'obiettivo comune di migliorare lo stato di salute della popolazione (per approfondimenti, v. Vanara, 2001 e Vanara, 2005).

Così, in Italia, il pagamento per funzione assistenziale – in base al costo standard di produzione del programma – previsto dal d.lgs. 229/99 è volto a promuovere un approccio collaborativo fra gli attori del sistema ed a superare il criterio centrato sulla remunerazione della singola prestazione, che tende a spezzettare la catena degli eventi. La prima delle sette aree di attività nel cui ambito vanno definite le funzioni assistenziali riguarda i «programmi a forte integrazione fra assistenza ospedaliera e territoriale, sanitaria e sociale, con particolare riferimento all'assistenza per patologie croniche di lunga durata o recidivanti». A oltre dieci anni dal dettato normativo, tuttavia, le esperienze condotte in tal senso non hanno ancora conosciuto uno sviluppo significativo.

L'attivazione di meccanismi di remunerazione che determinino convenienze ad agire in una logica di rete richiede l'affidamento diretto ad un nodo della rete della contrattazione, del controllo e del pagamento delle prestazioni (domiciliari, residenziali, ospedaliere...) con la con-

seguinte responsabilizzazione anche in termini finanziari. Anche l'utilizzo di quote capitarie pesate per raggruppamenti di patologie potrebbe rappresentare una scelta utile a raggiungere questo fine.

Un richiamo, infine, al concetto di complessità (per approfondimenti v. Trabucchi e Vanara, 2007). Sarebbe illusorio pretendere di fissare entro schemi rigidi i modi di funzionamento di una rete che per definizione deve essere elastica, adattarsi ai cambiamenti, dipendere da molteplici sistemi di governo. La complessità dell'atto di cura non può essere risolta mediante semplice scomposizione, ma richiede l'interazione tra questa ed una visione d'insieme. Il criterio di complessità deve essere una regola interpretativa della realtà: è necessario accettare la logica dell'incertezza, evitando di costruire piani che vogliono regolare tutti gli eventi intercorrenti con indicazioni cogenti. Il sistema trae vantaggio dall'indicazione di poche regole flessibili e semplici, che non interferiscano con la naturale spontaneità e creatività delle organizzazioni. Certamente, la concretezza ci porta a constatare che spesso emerge la centralità dell'ospedale, sempre presente, che organizza anche i servizi sul territorio, mentre il territorio in certi contesti va proprio ancora costruito...

In conclusione, consideriamo che per affrontare correttamente e globalmente l'ampio ventaglio di problematiche connesse alla salute è essenziale che le politiche socio-sanitarie non solo si integrino al loro interno, ma interagiscano anche con quelle di altri settori, con l'obiettivo di migliorare la qualità della vita ed il benessere della popolazione: la salute rappresenta il risultato marginale di tutte le politiche e gli interventi che hanno a che fare con lo sviluppo, quali quelli relativi all'occupazione, all'urbanistica ed alle infrastrutture, all'istruzione.

Territorio ed ospedale, integrazione, reti, continuità e complessità: non è tanto un modello organizzativo da mettere a punto, quanto piuttosto il prendersi cura, l'operare della persona competente e premurosa che accompagna nel cammino della salute e dello star bene.

## Riferimenti bibliografici

- Adams P. (2004), *Salute!*, Milano, Urra-Apogeo.
- Age.n.a.s.-Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, Archivio Age.n.a.s., Osservatorio sulle reti, [www.agenas.it](http://www.agenas.it)
- Auxilia F. (2009), *Integrare e dare continuità ai livelli di cura tra ospedale e territorio*, in «Prospettive Sociali e Sanitarie», 4, pp. 8-10.
- Baldantoni E., Bovo C. e Rausa G. (2002), *La continuità delle cure tra ospedale e territorio: una strategia per il miglioramento della qualità dell'assistenza*, in «QA», 13, 1, pp. 9-14.
- Bazzoli G.J., Shortell S.M., Dubbs N., Chan C. e Kralovec P. (1999), *A taxonomy of health networks and systems: bringing order out of chaos*, in «Health Serv Res», 33(6), pp. 1683-1717.
- Berwick D. (2009), *What «patient-centered» should mean: confessions of an extremist*, in «Health Aff (Millwood)», 28(4), pp. 555-65.
- Bocchi G. e Ceruti M. (a cura di) (2007), *La sfida della complessità*, Milano, Mondadori.
- Casati G., Deales A., Paladino G. e Delli Quadri N. (2002), *La gestione per processi in sanità prende avvio dal «percorso del paziente»*, in «Mecosan», 44, pp. 9-26.
- Coffman J. e Rundall G. (2005), *The impact of hospitalist on the cost and the quality of inpatient care in the United States. A research synthesis*, in «Med Care Res Rev», 62, pp. 379-406.
- Colle F. et al. (2004), *La continuità dell'assistenza basata su informazioni scritte e infermieri dedicati: revisione della letteratura. Prima parte*, in «Assistenza infermieristica e ricerca», 23, pp. 179-185.
- De Giacomi G.V., Di Virgilio E., Aguilar Matamoros M., Di Domenicantonio R. e Angelastro A. (2009), *Le reti ospedaliere: strumenti e modelli per la programmazione*, Atti del Convegno Age.n.a.s. «Reti ospedaliere. Strumenti e modelli per la programmazione», Roma, 5 novembre.
- Ermini R., Ciuffi D. e Bielli S. (1996), *Gestione integrata ospedale-territorio dei percorsi della riabilitazione*, in «Mondo Sanitario», 662, pp. 8-14.
- Falcitelli N., Trabucchi M. e Vanara F. (a cura di) (2000), *L'ospedale del futuro*, Bologna, il Mulino.
- Falcitelli N., Trabucchi M. e Vanara F. (a cura di) (2001), *La continuità assistenziale*, Bologna, il Mulino.

- Geddes da Filicaia M. (2005), *Il rapporto tra ospedale e territorio*, in «Prospettive Sociali e Sanitarie», 22, pp. 3-7.
- Gensini G.F., Rizzini P., Trabucchi M. e Vanara F. (a cura di) (2007), *Servizi sanitari in rete. Dal territorio all'ospedale al territorio*, Bologna, il Mulino.
- Gensini G.F., Rizzini P., Trabucchi M. e Vanara F. (a cura di) (2005), *Invecchiamento della popolazione e servizi sanitari*, Bologna, il Mulino.
- Haggerty J.L., Reid R.J., Freeman G.K., Starfield B.H., Adair C.E. e McKendry R. (2003), *Continuity of care: a multidisciplinary review*, in «BMJ», 327, p. 1219.
- Licheri N., Lagamma M.L. e Quercioli C. (2008), *La continuità delle cure nel circuito ospedale-territorio-domicilio dell'assistito: il contributo del punto unico di accesso*, in «Mondo Sanitario», 6, pp. 8-14.
- Morin E. (1993), *Introduzione al pensiero complesso*, Milano, Sperling & Kupfer.
- Plochg T. e Katzinga N. (2002), *Community-based integrated care: myth or must?*, in «Int J Qual Health Care», 14, pp. 91-101.
- Plsek P.E. e Greenhalgh T. (2001), *Complexity science: the challenge of complexity in health care*, in «BMJ», 323, pp. 625-8.
- Querci A., Calvelli P. e Nante N. (2008), *Dall'Ospedale al Territorio, Percorso Assistenziale Sperimentale nella Asl 7 di Siena*, in «Mondo Sanitario», 6, pp. 1-7.
- Scarcella C., Indelicato A. e Lonati F. (2006), *Strategia organizzativa dell'Asl per affrontare la sfida dell'invecchiamento e delle patologie croniche*, in «Tendenze nuove», 4/5, pp. 335-360.
- Trabucchi M. e Vanara F. (2007), *Presentazione*, in Mele A., Materia E. et al. (a cura di), *Salute e complessità. Viaggio nei campi del sapere*, Bologna, il Mulino, pp. 7-12.
- Vanara F. (2001), *Continuità del percorso di cura: pagamento per funzione, budget di distretto e accordi contrattuali*, in Falcitelli N., Trabucchi M. e Vanara F., *La continuità assistenziale*, Bologna, il Mulino, pp. 139-158.
- Vanara F. (2005), *Il pagamento delle unità di offerta nelle cure prolungate*, in Gensini G.F., Rizzini P., Trabucchi M. e Vanara F. (a cura di), *Invecchiamento della popolazione e servizi sanitari*, Bologna, il Mulino, pp. 177-195.
- Vanara F. (a cura di) (2008), *Il governo dell'azienda sanitaria*, Bologna, il Mulino.
- Williams M.V. (2008), *Hospitalists and the hospital medicine system of care are good for patient care*, in «Arch Intern Med», 168(12), pp. 1254-1256.