L'evoluzione dei sistemi socio sanitari integrati

* prof. Antonio Pignatto[1]

La programmazione socio sanitaria è finalizzata a garantire una migliore organizzazione dei servizi e delle prestazioni che richiedono un alto grado di integrazione tra le strutture sanitarie e le strutture deputate allo sviluppo e al mantenimento dei livelli esistenti di protezione sociale. La necessità dell'integrazione si rende evidente al fine di rispondere ai bisogni complessi del cittadino, inteso sia nell'accezione di singola persona sia nell'aggregato sociale della comunità.

Il coordinamento, la continuità delle cure e la gestione complessiva dei percorsi di assistenza sono fondamentali e da ricercare sia attraverso il raccordo tra cure primarie e specialisti ospedalieri che attraverso la promozione della collaborazione nell'ambito dei servizi sociali.

L'integrazione tra ambito ospedaliero e territoriale è un punto ritenuto fondamentale sin dai documenti di programmazione sanitaria nazionale degli anni 2000.

I temi che di volta in volta sono stati posti all'attenzione sono stati:

- l'esplicitazione di aree specialistiche di intervento, con particolare rilievo dato alla riabilitazione e alle cure palliative;
- la prefigurazione di modelli di ospedalizzazione domiciliare e di ospedale di comunità;
- Il coinvolgimento del paziente nella propria cura, riabilitazione e reintegrazione.

Tuttavia i diversi piani sanitari regionali mostrano non poca difformità nel porre quale priorità la questione dell'integrazione socio-sanitaria e non tutti i PSR la affrontano con la stessa enfasi.

Esistono, e sono stati messi in atto, strumenti differenti volti a favorire l'integrazione tra l'ospedale e il territorio. I principali tra questi sono consistiti nell'istituzione di strutture intermedie aventi differenti funzioni e variamente gestite. In taluni casi la gestione complessiva è stata affidata ai medici di base, altre ad infermieri, altre ancora a medici specialisti. Altri strumenti messi in campo dalle regioni sono invece legati alla gestione integrata di determinati processi come i programmi di dimissioni assistite e protette, i percorsi riabilitativi e l'assistenza domiciliare.

Un modello che merita un trattamento a parte è sicuramente il Chronic Care Model in quanto individua in modo puntuale le variabili fondamentali che rendono possibile un approccio "sistemico" alle malattie croniche, "sistemico" in quanto muove tutte le leve organizzative ed operative per promuovere un approccio appropriato da parte degli operatori. Il Chronic Care Model si basa su un approccio proattivo, improntato al paradigma preventivo, mirato cioè ad evitare o rinviare nel tempo la progressione delle malattie; a promuovere l'empowerment del paziente (e della comunità) e la qualificazione del team assistenziale (sanitario e sociale).

Oggi la sfida su cui si deve puntare seguendo il modello sopra descritto è proprio quello relativo all'empowerment del cittadino e della relativa famiglia, essendo quest'ultima sempre più destinata ad essere la vera risorsa preziosa per l'assistenza al paziente cronico.

La pluralità e l'articolazione della rete dei servizi sul territorio richiede la costituzione di un'organizzazione unitaria in grado di "farsi carico" della persona, guidarla tra i diversi nodi della rete, governare le interfacce, raccordare responsabilità, risorse e prestazioni, così da costruire percorsi di cura che garantiscano una effettiva integrazione tra diverse figure professionali e servizi e permettendo la presa in carico centralizzata

---

[1] Professore di Organizzazione dei Sistemi di Welfare presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli studi di Milano e direttore scientifico di Antiforma s.r.l. Milano,.

della fragilità. L'unitarietà della rete integrata potrà essere garantita attraverso la realizzazione uno dei seguenti modelli:

- Costituzione di una figura *gatekeeper* di accesso al sistema (es. MMG);
- Costituzione di una rete di Country Hospital
- Integrazione attraverso le Unità di Valutazione Integrata

Diventa infatti sempre più evidente la necessità di disporre di strategie e strumenti che puntino all'integrazione multiprofessionale a partire dalle équipe distrettuali di Cure Primarie (es. Medico di famiglia, Infermiere del Distretto, Assistente Sociale del Comune, Operatore di Assistenza del Comune, altri sanitari e medici specialisti del Distretto). I percorsi di accesso ai servizi residenziali, semiresidenziali e gli strumenti di valutazione dovranno essere unificati e gestiti dall'equipe territoriale, escludendo così una catena di possibili rimandi ad altri interlocutori e ad altre possibili soluzioni e permettendo così lì'apertura di un dialogo credibile con la famiglia.