

# La Community care come modello di integrazione socio-sanitaria a livello territoriale

The Community Care as a model of social and health integration at the local level

Luciana Ridolfi<sup>1</sup>

## RIASSUNTO

L'articolo sviluppa un'ipotesi di miglioramento dei servizi delle cure primarie attraverso soluzioni organizzative in grado di superare i modelli assistenziali in uso (di tipo gerarchico e prestazionale) a favore di nuovi approcci di tipo relazionale, multisettoriale e di rete che sappiano privilegiare un'ottica di integrazione socio-sanitaria a livello territoriale e distrettuale (Community care). L'approccio metodologico è stato di tipo qualitativo analizzando il ruolo delle reti sociali nella Community care, alcune esperienze nazionali ed internazionali di erogazione delle cure primarie, una valutazione del ruolo attribuito alle cure primarie nella concezione piramidale ed in quella orizzontale (rete).

Diverse regioni italiane stanno sperimentando modelli organizzativo-assistenziali efficaci quali i Nuclei di Cure Primarie, le Unità di Cure Primarie, le équipes Territoriali, i Dipartimenti di Cure primarie, le Case della Salute... A livello internazionale, tra gli altri, va menzionato il Chronic Care Model (CCM), recentemente individuato dall'OMS quale modello di riferimento e, in Italia, utilizzato dalla Regione Toscana.

Il concetto di centralità della persona implica una gestione condivisa degli interventi assistenziali da parte di équipes multiprofessionali competenti e funzionali: l'esito migliore per il paziente si gioca sul tasso complessivo della buona interazione tra più soggetti. È fondamentale che il legame tra i membri del gruppo si basi sull'interdipendenza, l'integrazione e l'omogeneità per evitare il rischio dell'illusione gruppeale.

**Parole Chiave:** Community care, Cure primarie, distretto socio-sanitario, reti sociali, reti di cura.

## ABSTRACT

The article develops a hypothesis for improving primary care services through health care solutions that can exceed the models in use (essentially hierarchical and based on tasks) in favor of new relational, multi-sectoral and network approaches that could privilege the integration of social and health services at the regional and district level (Community care).

A qualitative methodological approach which analyzes the role of social networks in Community care, some national and international experiences of primary care models and the evaluation of the different role given to primary care both in the hierarchical-pyramidal approach and in the horizontal one (network approach).

Some Italian regions are experimenting effective organizational models of care such as Primary Care Teams, Primary Care Units, Regional teams, Departments of Primary Care, Houses of Health ... At international level, it should be mentioned the Chronic Care Model (CCM), recently identified by WHO as a reference model, and adopted by the Tuscany Region (Italy).

People-centered health care projects need shared interventions by competent and functional multiprofessional teams: the best outcome for the patient depends on the good interaction between individuals. It's necessary that relationships between members of the group are based on interdependence, integration and consistency to avoid risks of group illusion.

**Key words:** Community care, Primary Health Care, Health District, social networks, care networks.

## INTRODUZIONE

Gli attuali sistemi di *Welfare* sono caratterizzati da una crisi profonda tra i macro-sistemi (Organizzazioni) e le micro-individualità (cittadini): i primi sembrano sempre meno in grado di rispondere ai bisogni di tipo sociale e sanitario dei secondi... Una possibile soluzione può giungere dal potenziamento della rete dei servizi socio-sanitari e dallo sviluppo di modelli di "assistenza integrata" incentrati sulla famiglia e sulla comunità e finalizzati a pratiche di

auto-cura; tale rete organizzativa, tuttavia, deve interagire con i nodi della rete professionale ed umana per dar vita a Reti di comunità (*Community networks*).

La sfida della *Community care* consiste proprio nella capacità di realizzare reti di assistenza per i membri più deboli della comunità (anziani, cronici, disabili, malati mentali...), coinvolgendo una pluralità di soggetti in grado di operare nel contesto umano e sociale in cui le persone vivono.

## Obiettivi del lavoro

Queste righe sviluppano un'ipotesi di miglioramento dei servizi delle cure primarie attraverso solu-

<sup>1</sup> Dirigente Infermieristico AUSL Rimini

Corrispondenza: luciana\_ridolfi@hotmail.com

zioni organizzative di tipo comunitario, in grado di superare i modelli assistenziali di tipo gerarchico e prestazionale a favore di nuovi approcci relazionali, multisettoriali e di rete che sappiano privilegiare un'integrazione socio-sanitaria a livello territoriale e distrettuale.

Tale prospettiva acquista ulteriore rilievo in una fase di cambiamento del sistema sanitario caratterizzata dal progressivo spostamento del baricentro dai centri tradizionali di cura al territorio ed alle politiche di prevenzione, per rispondere in modo più appropriato ai nuovi bisogni di salute derivanti dal progressivo invecchiamento della popolazione.

## METODO

L'articolo indaga alcuni aspetti correlati al tema delle cure primarie, tra cui: una riflessione sociologica sul ruolo che i diversi tipi di reti sociali svolgono nella Community care, un'analisi delle esperienze nazionali e internazionali sui modelli organizzativi per l'erogazione delle cure primarie, una valutazione sul diverso ruolo attribuito alle cure primarie nell'ambito della concezione piramidale e in quella orizzontale (rete).

### Dai sistemi sanitari ai "sistemi di salute"

Oggi si parla sempre più di *setting* assistenziali alternativi alla concentrazione ospedaliera di prestazioni diagnostico-curative; ora è il territorio a costituirsi quale ambiente privilegiato del governo socio-sanitario dei processi assistenziali. La tutela della salute non sembra essere più "ambito esclusivo" dei soli professionisti sanitari: essa richiede il coordinamento e l'integrazione tra l'azione diagnostico-terapeutica e quella preventiva e promozionale di altri soggetti e strutture di riferimento non professionali all'interno delle comunità territoriali (parenti, amici, vicinato) che si affiancano alle strutture pubbliche e di mercato, a sostegno di percorsi assistenziali di tipo relazionale.

Sta prendendo forma un concetto di sistema sanitario più organico che ricomprende l'insieme di risorse terapeutiche alternative e comunitarie, secondo una concezione olistica che include tutte le pratiche mediche presenti in una data società (biomediche, tradizionali, popolari, alternative...).

L'insieme di queste "connessioni multidimensionali" definisce i confini di un "sistema di salute" evidentemente più ampio del sistema sanitario *tout court*: è un sistema che ingloba anche il sistema sociale (le persone e le loro reciproche interconnessioni di tipo sociale, simbolico, psichico...).

## La Community care

In questa prospettiva, la *Community care* si delinea come un nuovo approccio teorico-pratico che prova a ripensare il sistema dei servizi a livello delle comunità locali, suggerendo un nuovo modo di progettarli ed attivarli come reti di intervento basate sull'incontro creativo fra soggetti "informali" (vicinato, gruppi amicali, famiglie) e "formali" (organizzazioni sanitarie pubbliche, private e non profit) mediante relazioni di reciprocità sinergica.

Il concetto di *Community care* – inteso come "presa in carico della comunità da parte della stessa comunità" – rende possibile il transito da un'idea di comunità come luogo fisico destinatario di prestazioni socio-sanitarie (territorio), ad un'immagine di comunità come "rete di relazioni sociali significative" (Tartaglini, 2006). Si tratta di un'astrazione che possiamo provare a ricondurre lungo una triplice ripartizione: *self care* (auto-cura), *home o family care* (cura a domicilio o in famiglia) e *community care* in senso stretto (auto-mutuo aiuto).

### La famiglia come luogo di self care e home care

I principi affermati dall'OMS in svariati documenti (ove si considerano l'azione comunitaria e l'*empowerment* dei cittadini come pre-requisito base per la salute) ottengono oggi tangibilità a livello europeo nel Programma di azione comunitaria in materia di salute pubblica 2008-2013: qui la partecipazione dei cittadini sui processi decisionali si configura come la strategia comunitaria da perseguire. Attraverso azioni di empowerment non "calate dall'alto" ma costruite insieme alle associazioni rappresentative degli stessi pazienti a cui sono rivolte, le organizzazioni, le comunità e gli stessi individui acquistano competenza sulle proprie vite, per cambiare il proprio ambiente e migliorare la qualità della loro esistenza.

Come sottolinea Twelvetrees (2006), "il lavoro di comunità si basa su un'idea di fondo: che gli obiettivi di prodotto vadano perseguiti con un processo che metta i partecipanti (ossia i membri della comunità) in condizione di controllare al massimo tutti gli aspetti, fino ad acquisire la capacità di prendere l'iniziativa per conto loro, a livello individuale o collettivo" (pag. 18). In questo senso, il concetto di *self care* contribuisce ad accrescere l'empowerment del paziente in quanto si fonda su una rappresentazione della persona malata non come semplice ricevente passivo dei servizi sanitari ma come primo e fondamentale operatore del lavoro di cura nei confronti della propria salute.

La *self care*, tuttavia, non può essere spiegata come una pratica unicamente individuale poiché si attua principalmente all'interno della famiglia, in quel

“luogo sociale entro il quale la malattia si presenta ed è risolta” (Giarelli, Venneri, 2009, pag. 357).

L'*home* o *family care* si fonda sul ruolo dei *caregivers* e si caratterizza per un forte coinvolgimento affettivo nei confronti del malato, rispetto al quale il *caregiver* ha di solito legami di tipo matrimoniale o di parentela. Alcuni autori (Ferrari, Salati, Folloni, 2012) evidenziano come l'attività dei caregivers, per l'appesantimento emotivo che comporta, può non essere alla portata di tutti: il dato va tenuto presente nella formulazione dei programmi assistenziali, poiché la condizione psicologica di chi assiste è una variabile fondamentale per la riuscita del programma stesso, oltretutto per la qualità di vita della persona fragile/disabile e dell'ambiente/sistema in cui si muove.

Questi fattori spiegano come la *home care* sia una realtà a rischio di scomparire, nel momento in cui le famiglie non riusciranno più a sostenerla: essa, dunque, non va data come pratica scontata dai professionisti, ma verificata tutte le volte che si tratta di reinserire il malato al proprio domicilio.

#### L'integrazione in rete: reti sociali e reti di cura

Diversi studi epidemiologici hanno messo in luce lo stretto rapporto esistente tra reti di sostegno sociale e condizioni di salute: in questo senso, le reti sociali sono identificabili come reti relazionali significative in grado di influenzare positivamente, in termini di supporto sociale, sia l'insorgere che il decorso della malattia (Salvini, 2007). Una rete sociale può svolgere, perciò, diverse funzioni cruciali, come: il sostegno dell'identità sociale, l'opportunità di fornire feedback, la mobilitazione di risorse, il flusso di informazioni, il sostegno emotivo.

Cerchiamo di analizzare meglio il concetto di rete sociale...

La *Network analysis* la definisce come il “sistema di relazioni sociali” che individuano una comunità: essa è vista come un efficace strumento di analisi per definire la realtà psicologica e sociale di una persona (il significato che essa attribuisce alle relazioni/contesto in cui vive e, parallelamente, il significato che gli altri attribuiscono alla persona).

L'individuo tende ad appartenere contemporaneamente a più reti tra loro diverse, così come la costellazione delle reti sociali che egli attraversa è destinata, nel corso della sua vita, a modificarsi ed evolvere con modalità diverse e non determinabili a priori. Esaminiamo ora la distinzione tra reti primarie (informali) e reti secondarie (informali e formali), rimandando l'analisi dei servizi formali delle cure primarie al prossimo paragrafo.

Le reti primarie informali sono caratterizzate da

relazioni faccia a faccia, dove il supporto alla persona sofferente e alla sua famiglia proviene da parenti, vicini e altre persone significative con le quali si possiede un particolare legame sociale (sistemi protettivi di salute); di norma tali reti si attivano spontaneamente in presenza dell'evento malattia.

Dal punto di vista del lavoro di cura, queste reti influenzano positivamente la condizione delle persone in quanto si fondano su legami a forte supporto emotivo-psicologico-affettivo (reti della socievolezza primaria), consentendo la circolazione di prestazioni personalizzate che non potrebbero essere soddisfatte dai servizi istituzionali. Qualora la rete primaria informale non si attivi spontaneamente, è necessario avviare le reti secondarie, dando precedenza a quelle di tipo informale, costituite da varie tipologie quali associazioni di volontariato, gruppi del Terzo Settore, organizzazioni di *advocacy*, gruppi di *self help* (auto-mutuo aiuto).

In secondo luogo vanno avviate le reti di tipo formale, costituite sia da servizi pubblici, sia da servizi del settore privato: la loro attivazione avviene con l'intervento di un attore socio-sanitario (assistente sociale, MMG, infermiere), o di un soggetto operante al di fuori dei servizi socio-sanitari (volontario, sacerdote...) che svolge il ruolo di *gatekeeper* per l'accesso al sistema delle cure del settore formale. Ai fini della “presa in carico globale”, il professionista socio-sanitario deve dunque conoscere quale tipologia di rete sociale meglio si adatti in ciascun caso specifico: la raccolta degli elementi permetterà la pianificazione delle strategie più opportune da adottare.

#### Il governo delle cure primarie: esperienze nazionali ed internazionali

Il settore formale delle cure territoriali è rappresentato dalle cure primarie, gestite dal distretto come luogo privilegiato dell'integrazione socio-sanitaria. All'interno delle cure primarie viene ricompresa l'assistenza dei MMG, dei PLS, degli specialisti ambulatoriali, l'assistenza sanitaria e socio-sanitaria domiciliare/ambulatoriale e l'assistenza per alcune categorie di persone (area materno-infantile, anziani, disabili, cronici, psichiatrici e tossicodipendenti).

Negli studi in materia, il distretto appare come la macrostruttura dell'azienda su base dipartimentale, in quanto committente ed erogatore diretto dei servizi, con attività di integrazione dei servizi sanitari territoriali tra loro e con quelli ospedalieri, nonché principale attore istituzionale nei rapporti con gli enti locali in funzione dei bisogni della popolazione.

Nel 2011, l'Agenas ha presentato una ricerca dal titolo “La rete dei Distretti sanitari in Italia” nella

quale, accanto agli aspetti critici del distretto, si prospettano anche le ipotesi per una sua efficace riorganizzazione. Il documento fornisce una serie di traiettorie di sviluppo che vertono su importanti punti cardine quali: la funzione del distretto come punto unico di accesso e di riferimento per il cittadino, il coordinamento della rete di servizi per la presa in carico dei problemi socio-sanitari complessi, le modalità di integrazione e relazione tra i diversi attori dell'assistenza primaria, i modelli organizzativi *community oriented*. I principi ispiratori delle cure primarie sono dunque la continuità delle cure, l'integrazione professionale e la partecipazione del paziente e della famiglia alla tutela della salute.

Se le politiche di *Community care* sono il risultato del processo di de-istituzionalizzazione del lavoro di cura, le iniziative di *Primary care* rappresentano l'esito finale della critica all'idea ospedale-centrica che per molto tempo ha identificato i nosocomi come luoghi di cura per eccellenza. Come emerge dal rapporto Atun (2004), malgrado sia notevolmente cresciuta l'importanza delle cure primarie, l'allocation delle risorse è ancora a favore delle cure ospedaliere e specialistiche: una condizione palesemente in conflitto rispetto ad una situazione epidemiologica caratterizzata dalla prevalenza e dalla diffusione capillare sul territorio di malattie croniche.

Per riequilibrare il sistema occorre che il tradizionale "paradigma dell'attesa" (tipico delle malattie acute) cambi in favore del "paradigma della medicina di iniziativa"; applicare alle malattie croniche il paradigma assistenziale delle malattie acute provoca infatti costi e danni incalcolabili: mobilitandosi solo quando il paziente cronico si aggrava (diventando *finalmente* un paziente acuto), il sistema di fatto rinuncia alla possibilità di prevenzione, di rimozione dei fattori di rischio e di predisposizione di adeguati trattamenti per la malattia cronica di base.

La sanità di iniziativa, al contrario, è quella che meglio si adatta alla gestione delle cure primarie in generale e delle malattie croniche in particolare, perché prende in considerazione la valutazione dei bisogni della comunità, l'attenzione ai determinanti della salute, la propensione agli interventi di prevenzione, il coinvolgimento e la motivazione degli utenti (*empowerment*, *counselling* individuale e di gruppo, interazione con il volontariato e altre risorse della comunità). L'assistenza, per la gran parte "estensiva", è caratterizzata da una presa in carico a lungo termine (*long term care*): qui il valore aggiunto dei processi di cura è rappresentato dalla capacità di presidiare la continuità delle cure e dalla qualità delle relazioni che si stabiliscono tra servizio e utenti, tra terapeuta e paziente.

Nell'ultima Relazione sullo Stato Sanitario del Paese (2011), si rimarca l'impegno delle regioni italiane per la riorganizzazione delle cure primarie al fine di migliorare l'assistenza sociosanitaria e la rete della non autosufficienza. Tale riorganizzazione deve passare attraverso l'implementazione di nuove forme organizzative della Medicina generale (tra cui le Aggregazioni Funzionali Territoriali), ma anche attraverso processi d'integrazione sia a livello di coordinamento (percorsi diagnostico-terapeutici, integrazione ospedale-territorio e integrazione socio-sanitaria), sia a livello di sistemi informativi. Tra i principali modelli organizzativi ad oggi adottati dalle regioni, vanno soprattutto menzionati:

- il *Chronic Care Model* (CCM), utilizzato prevalentemente nella Regione Toscana. Si tratta di un modello di assistenza per soggetti affetti da malattie croniche che propone una serie di cambiamenti volti a migliorare la condizione dei pazienti attraverso un approccio "proattivo": assumendo un ruolo attivo nella gestione della propria salute, i pazienti diventano parte integrante del processo assistenziale;
- la Casa della Salute: struttura polivalente in grado di erogare l'insieme delle prestazioni socio-sanitarie (implementata soprattutto in Regione Emilia Romagna e Toscana);
- le Unità Territoriali di Assistenza Primaria (UTAP): strutture territoriali ad alta integrazione multidisciplinare ed interprofessionale, presenti soprattutto in Veneto;
- i Nuclei di Cure Primarie (NCP), modelli organizzativi di base delle cure primarie che operano in aree territoriali omogenee, presenti soprattutto in Emilia Romagna;
- i modelli H 24, diffusi oggi in quasi tutte le Regioni e che consistono in forme di riorganizzazione della medicina del territorio usate anche per contrastare il ricorso improprio alle strutture di emergenza. Vi sono inoltre esempi di modelli sviluppati per garantire la continuità assistenziale H 24 nell'età pediatrica (Regione Calabria).

Altre forme di aggregazione funzionale territoriale si sono diffuse soprattutto nelle regioni del centro-nord: ne sono esempio le Unità Complesse delle Cure Primarie (UCCP), finalizzate a garantire la continuità dell'assistenza e il potenziamento di percorsi condivisi tra gli operatori.

Secondo la programmazione regionale, nel 2011 risultavano attivi e/o in fase di attuazione:

- 20 Case della Salute ripartite tra Toscana (16), Molise (1), Marche (1), Umbria (2);
- 220 Nuclei di Cure Primarie (NCP), dei quali

215 realizzati in Emilia Romagna;

- 45 Unità Territoriali di Assistenza Primaria (UTAP) delle quali 35 nella Regione Veneto.

Nell'ambito del processo di riqualificazione della rete assistenziale territoriale ed ospedaliera, verso cui si sono impegnate le Regioni sottoposte ai piani di rientro, sono stati individuati alcuni modelli organizzativi con lo scopo di riorganizzare e razionalizzare l'offerta. Tra questi vanno citati:

- i Centri di Assistenza Primaria (C.A.P.) della Regione Piemonte;
- i Centri di Assistenza Primaria (C.A.P.T) della Regione Calabria;
- i Presidi Territoriali di Assistenza (P.T.A.) dell'Abruzzo e della Sicilia;
- i Centri Clinico-assistenziali Distrettuali (CeCAD) della Regione Lazio.

Per ciò che concerne più specificatamente la continuità delle Cure, nel 2011 diverse Regioni hanno portato avanti interventi di razionalizzazione della rete dell'urgenza integrandola con quella territoriale, usando come modelli gli ambulatori per la gestione dei codici di minore gravità, i Presidi ambulatoriali distrettuali e i Presidi di Primo Intervento (PPI). Accanto a questi, ve ne sono altri più mirati che prevedono l'istituzione, all'interno delle Centrali Operative 118, di aree dedicate alla Continuità Assistenziale (integrazione funzionale con la CO 118 per aree metropolitane).

Per l'assistenza alle persone non autosufficienti, la programmazione sanitaria nazionale sostiene la scelta di garantire, per quanto possibile, alla persona non autosufficiente di rimanere nel proprio contesto di vita. In tal senso, nel 2001, si è registrato un progressivo incremento del numero di anziani trattati in assistenza domiciliare integrata, con circa 60 progetti predisposti dalle Regioni per la presa in carico globale delle persone non autosufficienti, gestiti da équipe multiprofessionali coordinate da un infermiere di comunità (Pellizzari, 2008). Nello specifico, le Regioni hanno focalizzato il loro lavoro su:

- Potenziamento dei Punti Unici di Accesso (PUA);
- Promozione dell'approccio multiprofessionale al paziente;
- Incremento dell'ADI;
- Realizzazione di interventi a favore dei pazienti affetti da demenza;
- Implementazione di iniziative di sollievo per il sostegno alle famiglie, con la partecipazione attiva delle associazioni di volontariato quale parte integrante della rete assistenziale.

A livello internazionale, l'attenzione va posta su due modelli di Cure Primarie proposti nell'ambito delle riforme sanitarie del Regno Unito e degli Stati

Uniti: i *Clinical Commissioning Group* e le *Accountable Care Organization* (Damiani, Carovillano, Poscia, Silvestrini, 2013).

Nel marzo del 2012, il Regno Unito ha emanato l'*Health and Social Care Act 2012* con l'obiettivo di giungere ad una semplificazione dell'apparato burocratico e ad un recupero della centralità del paziente. Una delle principali innovazioni previste è stata l'abolizione dei *Primary Care Trust* (un equivalente delle nostre Aziende Sanitarie Locali) e delle *Strategic Health Authorities* (strutture simili ai nostri assessorati Regionali alla Sanità) che sono stati sostituiti dai *Clinical Commissioning Group* (CCG), organizzazioni private formate da grandi associazioni di medici di famiglia (*General Practitioners*).

I CCG – che agiscono in collaborazione con altre figure sanitarie e con le *Local Communities* e le *Local Authorities* – hanno l'obiettivo di garantire assistenza ai loro iscritti: tale assistenza viene erogata direttamente o commissionando i servizi, promuovendo l'uguaglianza e coinvolgendo il paziente e la comunità nella definizione/valutazione dei percorsi assistenziali più idonei. Ogni associazione di medici di famiglia (*GP practice*) appartiene ad un CCG, che deve formarsi in modo tale da assicurare la migliore assistenza ed i migliori risultati in termini di salute; sebbene sia prevista la libertà del paziente che sceglie a quale practice iscriversi, i CCG hanno confini che normalmente non oltrepassano quelli delle *Local Authorities* e con un numero di pazienti oscillanti tra i 100 mila ed i 750 mila. Tra i punti di forza dei CCG vi è il maggior coinvolgimento (e responsabilizzazione) dei clinici, associato alla riduzione della burocrazia a livello centrale, con un consistente trasferimento delle funzioni di programmazione/controllo al livello locale. Nel porre il paziente al centro dei percorsi di cura e assistenza, il NHS britannico predispone il sistema all'erogazione di un'offerta di qualità che, se costituisce un sicuro vantaggio per "l'iscritto malato", potrebbe invece comportare un potenziale indebolimento dell'attenzione verso "l'iscritto sano", in termini di medicina preventiva e di comunità.

Tra i rischi più immediati vi è infatti un incremento del ricorso al privato in conseguenza della riduzione di servizi offerti dall'NHS e che sono solo parzialmente delegati alle Local Authorities.

Il sistema sanitario americano sta invece percorrendo, per così dire, una traiettoria opposta...

"Storicamente" fondato sul settore privato (sia sul versante del finanziamento tramite le assicurazioni, sia sul versante dell'offerta e produzione dei servizi, con una rilevante componente assicurativa pubblica finanziata dal Governo federale e statale), con l'approvazione della riforma sanitaria (2010) voluta dal

presidente B. Obama, le politiche sanitarie sono state indirizzate verso il contenimento della spesa e la riduzione degli ampi margini di inappropriatazza, iniquità ed inefficienza che da sempre affliggono la sanità americana. L'obiettivo dichiarato è il miglioramento degli outcome di salute della popolazione, contrastando in particolare la diffusione delle malattie croniche (in primis obesità e diabete).

In questo contesto di cambiamento, hanno iniziato a muovere i primi passi le *Accountable Care Organizations* (ACO), un modello di erogazione dell'assistenza di primo livello rivolto esclusivamente a quella parte di popolazione beneficiaria dell'assistenza sanitaria "gratuita" offerta da *Medicare* e *Medicaid* (programmi assicurativi statali per tutti i cittadini ultrasessantacinquenni e pazienti dializzati senza limite di età, e a gruppi di popolazione a basso reddito come bambini, donne in gravidanza, disabili, anziani indigenti e malati di AIDS).

Istituite per ridurre i costi relativi alla quota di spesa assorbita da *Medicare* e *Medicaid*, le ACO, di fatto, sono diventate un vero e proprio modello di assistenza con l'obiettivo di implementare qualità e coordinamento dell'assistenza sanitaria nell'ambito del settore delle cure primarie, attraverso lo sviluppo di partnership tra ospedali e medici.

Questi modelli assistenziali si basano sull'operato di medici che si occupano di assistenza primaria, su accordi di joint venture tra ospedali e medici delle ACO e sull'attività di operatori sanitari di altro tipo che si uniscono volontariamente per coordinare e fornire un'alta qualità di assistenza ai pazienti fruitori di Medicare: obiettivo del coordinamento assistenziale è quello di garantire che gli stessi pazienti, in particolare i malati cronici, ottengano risposte adeguate ai loro bisogni di salute al momento opportuno, evitando inutili duplicazioni di accessi ospedalieri.

Le ACO si fanno inoltre promotrici della Evidence Based Medicine e del coinvolgimento del paziente: in ogni ACO viene istituito un sistema di reporting e di valutazione dei costi. Il coordinamento dell'assistenza e la gestione informatizzata di tutto il percorso di cure verranno visualizzati on line, attraverso l'utilizzo dei servizi di e-health. Approvato dai contribuenti, dai medici e dai gruppi di pazienti, questo progetto pilota è tuttavia ancora osteggiato da diverse barriere culturali, giuridiche e legali che ne frenano uno sviluppo più impetuoso.

### **Il governo delle cure primarie attraverso le reti di tutela della salute**

Il concetto di integrazione nelle cure primarie si sviluppa attorno a due assi concettuali: una dimen-

sione verticale, con riferimento all'integrazione tra strutture e professionisti posti su differenti livelli di cura e una dimensione orizzontale, relativa a forme di cooperazione e specializzazione tra strutture e professionisti posti sullo stesso livello di cura.

Vi è dunque un doppia prospettiva tra reti diagnostico-assistenziali lungo la dimensione verticale (funzionali alla gestione di problemi di salute che richiedono risposte specialistiche) e reti di tutela della salute lungo la dimensione orizzontale (essenziali per la loro capacità di fornire risposte differenziate nell'ambiente socioculturale dell'individuo).

L'integrazione verticale considera le cure primarie semplicemente come il livello di accesso al sistema sanitario (funzione di "primo contatto"). L'integrazione orizzontale delle cure, all'opposto, ne ripensa la collocazione lungo un continuum articolato tra le due polarità del settore formale e informale, del sapere comprensivo e specialistico, della prevenzione e promozione e del trattamento, della cura e della cura.

In sintesi, l'obiettivo delle cure primarie non si compendia più nella tradizionale funzione di filtro (*gate-keeping*), bensì nella capacità di integrazione tra cure primarie e secondarie: si opera così una svolta qualitativa (*system-keeping*), nella quale viene facilitata e implementata l'integrazione dell'assistenza verticale (gestione di specifiche malattie dell'assistenza primaria e terziaria) e di quella orizzontale (integrazione dell'assistenza vicino ai bisogni dell'individuo e strategia che dà priorità ai bisogni più ampi della comunità e della popolazione).

Come già detto, l'organizzazione in grado di gestire le cure primarie secondo questa modalità assistenziale è il distretto socio-sanitario. La normativa attribuisce al distretto (valorizzato dal D.Lgs. n. 229/99 come una delle strutture fondamentali dell'Azienda Sanitaria) un ruolo di ampia responsabilità sanitaria, gestionale, organizzativa ed economica: al distretto viene richiesto di svolgere la duplice funzione di governo dei processi integrati fra diverse istituzioni e di offerta di servizi e di prestazioni, di promozione della salute e del benessere della comunità di riferimento.

Questa struttura dovrebbe dunque operare seguendo un approccio multisettoriale, in un'ottica di integrazione socio-sanitaria per la costruzione di un sistema integrato di servizi sociali e sanitari gestiti dalle ASL, dai Comuni, dal Terzo Settore e dai Privati; non a caso oggi si parla del distretto come Area-sistema, ricomprendente tutta quella serie di presidi e servizi (ancora fortemente dispersi) finalizzati a dare risposte territoriali ai problemi di salute e di cura dei cittadini.

Lo stesso PSN 2011-2013 individua come macro

obiettivo la promozione del “benessere e della salute dei cittadini e della comunità”, sottolineando il ruolo centrale assegnato alle cure primarie e alle strutture territoriali nell’ambito di quella che viene definita “sanità di iniziativa”, con funzioni di prevenzione/counselling/informazione della popolazione sana e gestione dello stato di salute di tutte le tipologie di assistiti. In quest’ottica, viene data grande importanza alla continuità delle cure e all’integrazione ospedale-territorio, da realizzarsi attraverso reti di assistenza in grado di garantire appositi percorsi e la presa in carico, costante nel tempo, da parte di team multiprofessionali.

## CONCLUSIONI

Il “sistema della salute” si presenta come una nuova concezione paradigmatica in grado di superare la polarità medico-sanitaria per aprirsi ad una dimensione sociale e comunitaria che contempla la creazione di servizi non più orientati all’organizzazione, ma in funzione (prendersi cura) della persona e dei suoi bisogni in modo olistico e progettuale, perseguendo l’obiettivo del benessere visto come possibile raggiungimento di uno stato di reale “ben-essere”....

Il concetto di centralità dei bisogni della persona implica una gestione condivisa degli interventi assistenziali e sociali, per dar coerenza e unitarietà al lavoro delle équipes multiprofessionali: l’esito migliore per il paziente non si gioca più solo sull’eccellenza del singolo specialista, ma sul tasso complessivo di interazione di più soggetti. E’ fondamentale, dunque, che l’integrazione professionale diventi un processo organico nel quale i diversi operatori mettono in campo le propria individualità e specificità, dando vita a quell’intreccio di “pluricompetenze” che è la base del lavoro di équipes. Particolare attenzione va tuttavia posta alle dinamiche dell’azione collegiale...

Il legame tra i membri del gruppo non può basarsi solo sull’interazione, sulla coesione e sull’appartenenza: esso deve includere anche altri aspetti quali l’*interdipendenza* (consapevolezza di dipendere gli uni dagli altri, in una sorta di unità nella differenza), l’*integrazione* (equilibrio tra somiglianze e differenze, bisogni individuali e bisogni del gruppo, esigenze interne e richieste esterne) e l’*omogeneità* (persone con un obiettivo comune o stesso ruolo organizzativo o stessosessionale). Se queste funzionalità non vengono attivate, il rischio è che l’équipe multiprofessionale ceda ad una sorta di illusione gruppale che può frustrare le genuine aspirazioni di autonomia professionale dei singoli operatori coinvolti, deprez-

zando, conseguentemente, anche la qualità dei processi attivati.

## BIBLIOGRAFIA

- Agenas (2011). La rete dei Distretti sanitari in Italia, *Quaderno di Monitor* n. 8, Anno X, N. 27. <http://www2.sanita.ilsole24ore.com/Sanita/Archivio/Normativa%20e%20varie/DISTRETTI%20AGENAS.pdf?cm>. Ultimo accesso 20-07-2013.
- Atun, R. (2004). What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report). <http://www.euro.who.int/document/e82997.pdf>. Ultimo accesso 01-04-2013.
- Batti, R., Rossi, M., Mercone, A., Autieri, F. (2009). Il chronic care model e la sua attuazione nell’Azienda usl di Arezzo, *Mondo Sanitario*, 3, 27-33, Roma: Edizioni SECUP.
- Benigni, B., Fagnoni, P.M. et al. (2007). *La casa della salute. Idee di progetto*. Firenze: Alinea Editrice.
- Commissione europea (2012). Programma di azione comunitaria in materia di salute pubblica 2008-2013. <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2012:394:0036:0036:IT:PDF> Ultimo accesso 10-06-2013.
- Damiani G., Carovillano S., Poscia A., Silvestrini G. (2013). Cure primarie. Confronto shock tra UK e USA. Salute internazionale.info. <http://www.saluteinternazionale.info/2013/03/cure-primarie-confronto-shock-tra-uk-e-usa/> Ultimo accesso 10-05-2013.
- Ferrari, A., Salati, M., Folloni D. (2012). Indagine sul livello di stress nei familiari caregivers di persone con disabilità. Lo Spallanzani. <http://www.lospallanzani.it/wp-content/uploads/2012/12/indagine-sul-livello-di-stress-nei-familiari.pdf> Ultimo accesso 10-07-2013.
- Giarelli, G., Venneri, E. (2009). *Sociologia della salute e della medicina*. Milano: Franco Angeli.
- Legislation.gov.uk. (2012). Health and Social Care Act 2012. [http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2012/7/pdfs/ukpga\\_20120007\\_en.pdf](http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2012/7/pdfs/ukpga_20120007_en.pdf). Ultimo accesso 20-07-2013.
- Ministero della salute (2011). Relazione sullo Stato Sanitario del Paese. <http://www.rssp.salute.gov.it/rssp2011/paginaSfoggiaRssp2011.jsp?lingua=italia>. Ultimo accesso 28-07-2013.
- Ministero della salute (2011). Schema di piano sanitario nazionale 2011-2013. <http://www.mis.it/Portals/0/Documenti/Schema%20di%20piano%20sanitario%20nazionale%202011-2013.pdf>. Ultimo accesso 20-07-2013.

- [//www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1454\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1454_allegato.pdf). Ultimo accesso 29-07-2013.
- Pellizzari, M. (2008). *L'Infermiere di comunità. Dalla teoria alla prassi*. Milano: McGraw-Hill
- Salvini, A. (a cura di) (2007). *Analisi delle reti sociali: teorie, metodi, applicazioni*. Milano: Franco Angeli.
- Tartaglino, D. (2006). *L'infermiere e la comunità*. Roma: Carocci editore.
- Twelvetrees, A. (2006). *Il lavoro sociale di comunità. Come costruire progetti partecipati*. Trento: Erickson.

