

La Casa della Salute *The House of Health*

Ardigò Martino, Francesco Sintoni, Brigida Marta

Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale (CSI), Dipartimento di Scienze Mediche Chirurgiche, Università di Bologna.

Parole chiave: Casa della Salute, assistenza primaria alla salute globale, salute pubblica, modelli assistenziali, risolutività.

RIASSUNTO

Obiettivo del testo è discutere le principali funzioni e competenze che dovrebbero qualificare la Casa della Salute (CdS) nel contesto italiano. Nel testo si prende spunto dalla letteratura internazionale rispetto ai cambiamenti demografici ed epidemiologici in atto a livello globale e vengono analizzate proposte ed esperienze di lavoro internazionali e nazionali. Le funzioni e le competenze riportate sono: risolutività, accoglienza, accettabilità, accessibilità, primo contatto, responsabilità, longitudinalità, tecnologie relazionali, di gestione e organizzazione dei percorsi assistenziali, negoziazione tra i linguaggi e i valori dei vari attori coinvolti. Sono inoltre analizzate le caratteristiche dell'assistenza *basata sul contesto*, del lavoro in rete ed in équipe e la collaborazione tra università e servizi sanitari.

Key words: House of Health, comprehensive primary health care, public health, health care models, effectiveness.

SUMMARY

Objective of the text is to discuss the main functions and competences that should qualify the House of Health (CdS) in the Italian context. The text is inspired by the international literature about the demographic and epidemiological changes taking place globally. Proposals and work experiences presented in international and national literature were analyzed. CdS's functions and competencies are: effectiveness, accountability, acceptability, accessibility, first contact, responsibility, continuity of care, relational technologies, management and organization of care pathways, negotiation between the meanings and the values of the various actors involved. We also analyze the characteristics of system and context based care, of team work, the constitution of horizontal integrated network and we affirm the importance of a collaboration between universities and health services.

Introduzione

Le trasformazioni demografiche della contemporaneità, i processi della globalizzazione, l'aumento della prevalenza delle patologie cronico-degenerative e la crescente complessità e variabilità dei bisogni di salute delle comunità presenti in un determinato territorio (1) hanno radicalmente modificato lo scenario in cui i professionisti sanitari operano. Sono già molti gli autori che ritengono superato il paradigma sanitario del XX secolo e che riflettono sulle caratteristiche di cui dovrà dotarsi il nuovo (2,3). Evidenze mostrano che il nuovo modello richiederà processi di lavoro e tipologie assistenziali socio-sanitarie molto differenti rispetto al precedente. A tale scopo appare chiaro che non sarà sufficiente ristrutturare e riorganizzare alcuni comparti dei Sistemi Sanitari, ma che dovremo soprattutto essere in grado di innovare, identificando nuove culture, forme e luoghi dell'assistenza. A titolo di esempio già nel 2001 l'US Institute of Medicine avvertiva: "gli attuali sistemi di assistenza non potranno funzionare. Tentare più intensamente con ciò che stiamo già facendo non funzionerà. Ciò di cui abbiamo bisogno è una trasformazione dell'assistenza" (4). Nell'affrontare il tema della Casa della Salute (CdS) dunque, bisognerebbe tenere ben presenti le trasformazioni in atto ed immaginare l'organizzazione dei servizi come un processo che sia in grado di tenere il passo con i cambiamenti della società in cui insistono. Le CdS dovrebbero essere pensate come un laboratorio, centrate sui bisogni e le esigenze attuali della popolazione, ma con un occhio rivolto al futuro, all'evoluzione dello scenario demografico, sociale ed epidemiolo-

gico. Bisognerebbe avere altrettanto chiara la necessità di una forte innovazione culturale, organizzativa e di produzione dell'assistenza dal momento che, com'è facilmente prevedibile, non abbiamo ancora a disposizione tutte le conoscenze, le funzioni, i dispositivi e le tecniche che dovrebbero essere proprie della CdS dei nostri territori. Pertanto, nella strutturazione di questo articolo tenteremo di sottolineare soprattutto che cosa le CdS non dovrebbero essere e a che cosa dovrebbero tendere, piuttosto che cercare di darne una definizione normativa. D'altra parte la regionalizzazione del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) ed il quadro legislativo ancora acerbo non rendono agevole la trattazione sulla CdS a partire dalla descrizione dell'esistente. È chiaro inoltre che la discussione sulle CdS non può limitarsi alla descrizione del luogo fisico, della sua organizzazione e dei processi di lavoro, dal momento che la scommessa della riorganizzazione del sistema dei servizi sarà vinta nella misura in cui riusciremo a comprendere quali nuove istanze la società ci presenta e quali di queste dovranno essere opportunamente collocate nella Casa della Salute. Possiamo perciò affermare che le funzioni e l'organizzazione della CdS e di tutto il SSN dipendono da come immaginiamo il sistema di welfare nazionale; riguardano cioè, questioni eminentemente etico-politiche, che non possono essere esaurite solo all'interno di una discussione tecnico-scientifica. I professionisti sanitari, gli amministratori, i cittadini che progettano le CdS possibili, riflettono allo stesso tempo rispetto al loro posizionamento nei confronti della Salute: Diritto Umano Fondamentale, servizio

pubblico, responsabilità dei cittadini o bene per il mercato dei servizi sanitari? Da posizionamenti etico-politici differenti discendono modelli assistenziali e di CdS totalmente differenti, dal momento che differenti sono le responsabilità e le funzioni che il SSN intenderà sviluppare. Nel corso di questo articolo ci rifaremo ai valori e al posizionamento etico della Dichiarazione di Alma Ata (5) e della Carta di Ottawa sulla Promozione della Salute (6), perché rappresentano un'ottima premessa per inquadrare le funzioni ed il ruolo che, secondo una nutrita fetta della comunità scientifica, le CdS dovrebbero svolgere nel nuovo contesto-paradigma.

Nel 2008, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha riportato alla ribalta l'Assistenza Primaria alla Salute (APS) come strategia proposta a livello globale per affrontare il cambiamento di scenario. E' sufficiente osservare l'indice del rapporto del 2008 – suggestivamente chiamato “*Primary Health Care (Now More Than Ever)*” (*Assistenza Primaria alla Salute (Ora più che mai!)*) (7) – per capire quali siano le sovrapposizioni con la Dichiarazione di Alma Ata. L'OMS mette a fuoco due gruppi distinti di problemi. Il primo è relativo al contesto: sviluppo diseguale, crescita delle disuguaglianze, aumento dell'incidenza delle patologie croniche, cicli economici, globalizzazione e urbanizzazione. Il secondo gruppo è relativo all'impostazione dei sistemi sanitari: ospedale-centrismo, cure centrate sugli specialisti, frammentazione dei servizi, priorità data a programmi specifici e non a persone e comunità, deriva dei sistemi sanitari verso una economicizzazione non regolamentata.

Uno dei temi che l'OMS e diversi altri attori

mettono a fuoco è quello della sostenibilità dei sistemi sanitari sotto il peso del grande aumento delle richieste assistenziali prodotte dalla cronicità e dalla multi-morbosità (8-10). In questo scenario appare irrazionale immaginare i sistemi sanitari come gli unici attori dei processi salute-malattia, sia per via della quantità di risorse che la presa in carico richiede, sia per la varietà di tipologie di interventi che devono essere realizzati (11). Il contrasto a malattie croniche e multi-morbosità, così come il supporto alle fragilità, devono puntare fortemente su azioni di promozione della salute e prevenzione delle disabilità (12,13). In aggiunta, un ruolo di primo piano deve essere agito dai soggetti e dalle comunità, dal momento che alcune attività di cura dovranno essere necessariamente affidate ai pazienti (auto-cura) e alle loro reti di assistenza. Inoltre, anche le attività di promozione e prevenzione dovranno poter contare su pazienti e comunità preparati, informati e pro-attivi.

Infine, dato che parte dei determinanti e delle determinazioni di malattie e condizioni croniche sono di natura culturale, sociale, economica e politica e che la loro diseguale distribuzione all'interno della comunità dipende dalla diseguale distribuzione di risorse, denaro e potere (14), il successo delle azioni promotivo – preventive – restitutive – riabilitative dipenderà in buona misura dalla capacità del sistema sanitario di stimolare la produzione di “*Healthy Public Policy*” (Sane Politiche Pubbliche)(10). Questo richiederà ai sistemi non solo il superamento della sanità d'attesa attraverso l'implementazione di azioni di salute d'iniziativa ma l'incorporazione all'interno del sistema di funzio-

ni, luoghi, spazi e competenze che rendano possibile la comunicazione, la mediazione e l'empowerment reciproco degli attori in campo: individui, comunità, servizi, gestori e decisori politici.

La partecipazione, come vedremo in seguito, non è dunque intesa in un'ottica di *controllo sociale* dei servizi sanitari ma come vero e proprio processo di co-costruzione dei percorsi assistenziali (15) dei servizi (16) di "Sane Politiche Pubbliche" e di beni comuni.

Trattazione

Esistono già evidenze molto suggestive rispetto al fatto che la APS di tipo *Globale* (APSG) sia un modello adeguato a rispondere al nuovo scenario (17,18). Un tale approccio permette di raggiungere migliori esiti in salute ad un minor costo economico e con una consistente riduzione delle disuguaglianze in salute (19).

La APSG mette al centro dell'azione dei servizi la salute, la comunità, le persone e la loro sicurezza. Tale approccio si preoccupa di produrre risposte risolutive rispetto a problemi *reali* di soggetti *reali*, garantendo un presa in carico **continuativa, integrata, coordinata, efficace, appropriata, accettabile e sostenibile**. Secondo l'OMS per sostenere queste funzioni all'interno dei sistemi sanitari è necessario costituire *hub* capaci di connettere e coordinare le risorse comunitarie, il terzo settore, i servizi sociali e sanitari di base, i servizi specialistici e gli ospedali, contribuire nel raccogliere informazioni rispetto ai bisogni di salute della comunità e alla produzione dei flussi assistenziali; nonché partecipare fattivamente alla valutazione, regolazione e

gestione dei servizi. La costituzione di questi hub risponde anche all'esigenza di stimolare la costruzione di reti dentro la comunità e favorire, quando non addirittura generare, partecipazione (7).

Quest'ultima funzione risponde ad un'altra esigenza dei servizi di salute nel contesto contemporaneo, quella di **generare risorse assistenziali**, non necessariamente di tipo economico ma che contribuiscano fattivamente agli interventi assistenziali socio-sanitari (11). Molte delle funzioni svolte dagli *hub* sono ora assenti all'interno del SSN e ragionevolmente le CdS sono il luogo più indicato in cui collocarle.

Seguendo il filo del ragionamento possiamo individuare alcune caratteristiche e competenze che discendono dal quadro teorico della APSG e qualificano una CdS come un servizio di assistenza primaria.

La **risoluzione dei problemi di Salute dei propri assistiti** è forse la prima caratteristica che un hub di APSG dovrebbe possedere. Il concetto di **risolutività** è molto denso ed apre la strada a numerose riflessioni sulle funzioni e le competenze della CdS.

In primo luogo **chiama in causa il paziente e le sue percezioni**, dal momento che chi si reca alla CdS lo fa perché *esperisce* un bisogno, un ostacolo al "normale" fluire della vita, una restrizione della libertà (20) che limita il quotidiano suo e del suo nucleo più prossimo di convivenza. Alcuni autori introducono il concetto di "diritto del paziente al significato" (21) rispetto alle sue condizioni di salute e malattia, proprio ad indicare l'impossibilità di raggiungere l'efficacia terapeutica escludendo dal percorso di cura le dimensioni simboliche, culturali e percettive

del paziente. L'ossimorica cura del paziente senza il paziente è condannata all'insuccesso in special modo con i soggetti cronici e fragili, dove non c'è nessuna fisiologia da ristabilire, e dove le dimensioni della malattia sono largamente percettive, culturalmente e socialmente definite. Il riconoscimento del "diritto al significato" è uno dei passi fondamentali per produrre **accettabilità** e quindi **accoglienza** e **accessibilità** nei servizi. Dare spazio al paziente, far emergere i suoi bisogni di salute, attenuare le barriere di accesso di tipo culturale e sociale, permette di intercettare bisogni di salute potenzialmente inespresi e così produrre una più equa distribuzione delle risorse assistenziali concorrendo al contrasto delle diseguaglianze. La maggior parte dei bisogni di salute presentati ai servizi di assistenza primaria, come giustamente sottolineato da Starfield (22), ha la caratteristica di essere molto aspecifica, chiamando in causa un set di conoscenze ampio (che la letteratura definisce di tipo *generalista*) ed integrato per la sua risoluzione. Nel nostro contesto epidemiologico, per esempio, cronicità, multi morbosità e fragilità (età, condizioni socio-economiche, aspetti culturali e normativi, legati per esempio ai flussi migratori e di rifugiati) sono ampiamente rappresentati, ma non per questo facilmente identificati e definiti in tutti i loro determinanti. Bisogni di salute di questo tipo sono spesso presentati in maniera indefinita o aspecifica, i racconti dei pazienti e la documentazione sanitaria possono essere frammentari, gli attori coinvolti molteplici e per descrivere nella loro interezza gli itinerari terapeutici possono essere necessarie diverse fonti informative. Altre volte è la componente normativa e burocrati-

ca a generare complessità nei percorsi, come nel caso dei pazienti stranieri in cui le diverse tipologie di visto (regolare, neo-comunitario, rifugiato, studente, per motivi religiosi etc.) aprono la strada a percorsi di cura totalmente differenti. E' necessario, pertanto, che gli operatori della CdS che si occupano di accoglienza dispongano di un alto livello di competenze *generaliste o primarie*, mentre le competenze di tipo specialistico non sono qui risolutive. Sottolineiamo tale aspetto perché al contrario, nel nostro contesto, i servizi sono generalmente focalizzati su gruppi, patologie o condizioni specifiche, basati su saperi ristretti e compartimentalizzati. Basti pensare, per esempio, alla separazione tra cure primarie, salute pubblica, salute mentale e servizi sociali; ed al fatto che la medicina generale o la pediatria di libera scelta non siano necessariamente a contatto con un territorio specifico e i pazienti che afferiscono allo stesso medico possono provenire da aree della città molti distanti e differenti tra loro. La compartimentalizzazione del sistema produce una sorta di selezione dei problemi del paziente, ne dirige le narrazioni e consente l'espressione soltanto di quei bisogni che il servizio è preparato a prendere in carico. Potremmo dire che l'accoglienza in un servizio tradizionale tende ad operare attraverso la prospettiva del *triage*: comprendere se il paziente è o no adatto a quel servizio e se non lo è escluderne la presa in carico. La CdS dovrà operare in maniera del tutto opposta, come **punto di primo contatto** e dovrà possedere le competenze e le funzioni per **accogliere** il paziente *reale*, comprenderne le necessità, conoscere le risorse territoriali e la rete dei servizi esistenti, pianificare un possibile inter-

vento socio-assistenziale, o riferire il paziente ad altre reti di intervento, laddove necessario. Così facendo la CdS non sceglierà i pazienti su cui il servizio è in grado di intervenire ma al contrario selezionerà gli interventi risolutivi per il paziente. Diverse sono le forme di **accoglienza** in via di sperimentazione in Italia. Le più avanzate si basano sul lavoro congiunto di operatori del sistema sanitario e dei servizi sociali, costituendo all'interno delle CdS punti di primo contatto integrati (23). Il **punto di primo contatto** dunque, indica il luogo in cui è prodotta la presa in carico (sociale e sanitaria) della popolazione di riferimento (24) che si **responsabilizza** per la promozione della risolutività dell'assistenza. Le CdS all'interno dei servizi di APSG vengono comunemente definite come la porta d'entrata del sistema, intendendo con questo le funzioni di porta d'entrata, regolazione degli accessi, accoglienza e informazione rispetto agli itinerari terapeutici, poiché il paziente può non conoscere gli aspetti organizzativi del sistema sanitario oltre a non avere informazioni chiare rispetto al proprio problema di salute. L'aspettativa quindi è che alla porta d'entrata si possa incontrare un supporto alla comprensione della natura del problema, delle possibili soluzioni e di come queste possano essere messe in pratica nel contesto di riferimento. È importante che l'itinerario diagnostico-terapeutico sia realmente percorribile dall'utente ed è necessario verificare l'assenza di ostacoli non prevedibili in fase di pianificazione o le eventuali difficoltà proprie degli utenti a cui i servizi devono rispondere. La letteratura associa alla mancanza di una porta di ingresso facilmente accessibile la distorsione dei percorsi terapeutici,

l'uso inappropriato dei servizi (riferimento al pronto soccorso anche in condizioni di non urgenza), il ritardo assistenziale, la diminuita risolutività e l'aumento dei costi (24).

La **responsabilità** rispetto ad accessibilità e risolutività del percorso assistenziale è indicata come la competenza necessaria al sistema per colmare questa lacuna. Starfield suggerisce che nella produzione dell'assistenza tradizionale le difficoltà che i pazienti incontrano nell'accedere ai servizi e alle risorse informative, così come nel comprendere e seguire le terapie o i percorsi assistenziali sono strutturalmente sottovalutate. Infatti, i professionisti sono ben educati, formati e valutati rispetto al fare diagnosi, prescrivere terapie e produrre interventi. Sono invece meno preparati per le funzioni che servono a garantire, nel corso del tempo, l'effettiva realizzazione di quanto pianificato. A farne le spese sono soprattutto i pazienti più fragili o con minori risorse cognitive, simboliche o materiali, che sono anche coloro più frequentemente intrappolati nelle maglie del sistema. Nella CdS dunque dovrebbero essere allocate alla **responsabilità** specifiche risorse umane e materiali. Responsabilizzarsi rispetto alle barriere di accesso e alla risolutività dei percorsi assistenziali non è necessariamente un compito complesso ma richiede alcune pre-condizioni: in primo luogo mettere al centro degli interventi la Salute degli individui e non meramente le loro patologie. A tale scopo le CdS devono sviluppare un'ampia serie di iniziative di promozione e prevenzione che, affiancandosi alle attività assistenziali, concorrano all'implementazione di **interventi longitudinali** che accompagnino individui e comunità nel corso della

loro intera esistenza. Una delle caratteristiche dell'intervento generalista è proprio la capacità di *pensare in prospettiva*, potendo intercettare il paziente in vari momenti della sua vita. In buona sostanza per un sistema di APSG ogni incontro deve essere sempre, allo stesso tempo, un momento di promozione, prevenzione, cura e riabilitazione perché il servizio non si focalizza su nessuna patologia o condizione specifica, ma sulla Salute. Così facendo ai pazienti o alla comunità possono essere proposti interventi promotivo-preventivi in occasione di un intervento curativo o viceversa. Per esempio, si può cogliere l'occasione di un ricovero in Ospedale di Comunità (presidio di cure intermedie a forte gestione infermieristica) di un anziano per mettere in atto interventi educativi rivolti a lui e alla sua famiglia, approfondire condizioni di rischio di altri familiari, mappare possibili fragilità di tipo sociale e raccogliere informazioni rispetto ad altri bisogni manifestati dai pazienti, riferendoli nel caso fosse possibile ai servizi competenti. Come è facile comprendere, tali attività necessitano dell'impiego di raffinate **tecnologie relazionali, di gestione e organizzazione dei percorsi assistenziali** e di negoziazione tra i linguaggi e i valori degli attori coinvolti. Queste competenze devono essere accompagnate da una **conoscenza specifica del territorio in cui si opera**, della popolazione che lo abita, dei determinanti sociali, culturali, economici che lo caratterizzano e delle modalità con cui i percorsi socio-assistenziali vengono erogati. In altre parole, necessitano dello sviluppo di un'assistenza **basata sul contesto e sul sistema**. La produzione di tale assistenza è coadiuvata da un'altra funzione specifica di

cui la CdS dovrà dotarsi: l'incontro con il territorio e la comunità e lo sviluppo di attività strutturate di medicina di iniziativa territoriali. Nella nostra esperienza, per quanto abbiamo potuto verificare in contesti internazionali e nazionali, l'implementazione di attività territoriali rappresenta un punto di svolta per gli *hub* dei servizi primari (25). A livello internazionale, in molti sistemi sanitari l'equivalente della CdS è responsabile per un territorio ed una popolazione ben definita (26). **Figure di prossimità e di connessione** assumono la funzione di incontro con la comunità, le famiglie, i singoli individui, le istituzioni e i dispositivi sociali che si trovano nei loro territori. Alle funzioni che competono a queste figure di connessione andrebbe riservato un articolo a parte, ma in sintesi possiamo affermare che, benché in contesti diversi assumano nomi differenti (*community health workers*, agente di salute, mediatore di comunità, ecc.), alcune caratteristiche comuni possono essere segnalate. In primo luogo le figure ponte non identificano un profilo professionale specifico e non sono vincolate a nessuna formazione peculiare, se non la conoscenza del sistema dei servizi in cui operano e lo sviluppo di competenze relazionali e di mediazione necessarie. Dal momento che il loro lavoro è strettamente legato al contesto, l'acquisizione delle competenze deve avvenire in loco, a partire dalle esperienze e dalle pratiche sviluppate nella CdS stessa e nel territorio di riferimento. Qualunque operatore del sistema sanitario può svolgere queste funzioni; in molti contesti internazionali vengono svolte da professionisti specifici (27); in altri, come per esempio nelle esperienze italiane, possono essere svolte da di-

versi professionisti indipendentemente dalla loro formazione (infermiere, educatore, assistente sociale, psicologo, mediatore culturale ecc.) (28,29). Tra le funzioni svolte dalle figure di prossimità possiamo annoverare:

- mappatura del territorio
- rilevamento dei principali determinanti di salute e delle risorse comunitarie
- raccolta di informazioni quantitative e qualitative relative ai bisogni della popolazione, agli itinerari terapeutici e all'accessibilità dei servizi
- individuazione di temi specifici per la formazione e l'*empowerment* comunitario
- stimolo alla costruzione di reti comunitarie e alla partecipazione attiva della cittadinanza

Come precedentemente accennato, a questo livello le tecnologie bio-mediche e le conoscenze specialistiche sono di moderata utilità ma devono comunque giocare un ruolo di primo piano nella rete assistenziale. Nella nostra esperienza, nel contesto nazionale e in Regione Emilia-Romagna abbiamo constatato come la separazione tra i livelli assistenziali rappresenti ancora una difficoltà alla realizzazione di percorsi fortemente coordinati. In accordo con quanto riportato in letteratura, anche la nostra attività di ricerca ha rilevato l'esistenza di almeno 3 tipologie di **frammentazione nell'erogazione dei servizi**: quella **orizzontale** generata dall'organizzazione settoriale degli stessi (separazione strutturale tra servizi sociali e sanitari benché insistano sullo stesso territorio, organizzazione per dipartimenti – ad esempio cure primarie, sanità pubblica e salute mentale); quella **verticale**, generata dalla costruzione stratificata, gerarchica e multi-livello dei ser-

vizi (cure primarie, secondarie e terziarie) e una frammentazione **trasversale** generata dall'organizzazione per servizi, obiettivi, patologie o gruppi target. Tali forme organizzative rendono difficile lo sviluppo di azioni di assistenza globale, e producono sovraccarico di lavoro per servizi e professionisti. Difatti, se la complessità del paziente viene continuamente scomposta e affrontata da un singolo comparto dei servizi, difficilmente potrà essere ottenuta risolutività, poiché i problemi di salute maggiormente prevalenti nel contesto attuale dipendono da cause multi-fattoriali che quasi sempre coinvolgono fattori di natura sanitaria, sociale e culturale. Pertanto una loro presa in carico globale dipenderà dalla qualità dell'intervento di ciascun servizio, ma anche dalla loro capacità di fare rete. Perciò, la presenza di **reti assistenziali multi-servizio** sarà un elemento essenziale per promuovere la risolutività degli interventi. Le Case della Salute potranno giocare un ruolo importante nel superamento della frammentazione se fungeranno da luogo di interfaccia tra servizi, istituzioni, risorse territoriali, pazienti e famiglie, permettendo la raccolta di informazioni relative a risorse di cura, flussi assistenziali pianificati e implementati e possibili barriere di accesso per utenti specifici. Infine, facilitando la diffusione di tali informazioni nella rete assistenziale. La CdS quindi dovrà lavorare a stretto contatto con tutti gli attori, connettendoli in una **rete orizzontale**, esercitando un ruolo centrale nel regolare i flussi verso le cure specialistiche ed ospedaliere e da queste al territorio, passando attraverso tutte le strutture che si rendono necessarie per ogni singolo caso. Tale configurazione permette-

rebbe di superare l'organizzazione gerarchica vigente nel paradigma della presa in carico delle malattie acute. Nel contesto delle cronicità e delle fragilità, infatti, vari nodi della rete devono attivarsi contemporaneamente e lavorare in sinergia. Per esempio, per pianificare un'efficace continuità assistenziale, le dimissioni di un anziano fragile dovrebbero poter essere concertate con l'aiuto della famiglia, degli assistenti sociali, del MMG, dell'ADI, mediante un coordinamento di tutti gli attori coinvolti e non soltanto sulla base delle esigenze cliniche o ospedaliere. Le **reti**, inoltre, devono essere **integrate**, ossia capaci di considerare nella definizione dei percorsi di presa in carico sia le risorse formali, appartenenti ai diversi servizi, sia quelle informali appartenenti ai diversi settori della società. Per superare la frammentazione i servizi dovrebbero essere vincolati tra loro da un mandato e da obiettivi comuni, da un'azione collaborativa e inter-dipendente e da processi di produzione del lavoro di assistenza compatibili tra loro. Tali caratteristiche permettono di offrire alla popolazione una presa in carico integrale e continuativa.

Numerose evidenze mostrano come i sistemi organizzati in reti orizzontali integrate siano in grado di ottenere risultati clinici, assistenziali, sanitari ed economici migliori rispetto a quelli organizzati con altri assetti (30-33). A questo proposito il nostro gruppo di ricerca sta seguendo alcune promettenti sperimentazioni brasiliane, in cui il sistema di assistenza primaria ha sviluppato figure professionali dedicate all'integrazione, con il compito di organizzare, verificare e rendere fruibili i percorsi assistenziali. Queste figure seguono gli itinerari terapeutici dei pazienti,

verificano l'accessibilità dei servizi e, se necessario, propongono strategie di innovazione; raccolgono informazioni relative alle criticità dei percorsi a partire da casi concreti; producono *empowerment* dei pazienti rispetto al corretto accesso alle risorse assistenziali. Forniscono inoltre a gestori e a decisori politici informazioni quali-quantitative relative alle loro esperienze di campo (34). Tale attività di supporto alla regolazione del servizio risponde ad un'altra caratteristica che le CdS dovrebbero assumere, ovvero **il ruolo di coordinatore della rete** (e quindi del sistema), che nei sistemi di **APSG spetta ai servizi di primo contatto**, proprio per la loro prossimità alla comunità, per la **responsabilità** nei confronti della Salute di persone e famiglie e per la funzione di *hub* tra i servizi.

Da alcune nostre ricerche attualmente in corso nel territorio della Regione Emilia-Romagna é emerso che la composizione di gruppi di lavoro inter-settoriali (Medici di Medicina Generale, professionisti di servizi sociali, sanitari specialistici e ospedalieri e di Dipartimenti di Salute Mentale, Cure Primarie, Sanità Pubblica) dedicati all'analisi e alla discussione della gestione terapeutica di pazienti complessi ha prodotto interessanti risultati. Tra questi, la formulazione di meta-saperi funzionali alla presa in carico; l'aumento della vicinanza ai pazienti; l'*empowerment* reciproco dei professionisti; la riduzione della frammentazione dei flussi assistenziali; la promozione della riorganizzazione della presa in carico e la razionalizzazione del funzionamento del sistema, determinando importanti outcome in termini di appropriatezza (es. riduzione delle duplicazioni prescrittive e degli accessi in ospedale

per problematiche risolvibili sul territorio) e un impatto positivo sulla salute degli utenti e sulla soddisfazione professionale degli operatori. Dal punto di vista organizzativo e gestionale gli elementi emersi cruciali per il corretto funzionamento delle reti sono:

- la strutturazione di **una cabina di regia**
- l'identificazione di **un coordinatore**, responsabile del monitoraggio e dell'implementazione di ciò che viene discusso e deciso in equipe
- **riunioni periodiche a cadenza prestabilita**, valorizzate e considerate come parte integrante delle attività professionali.

La **cabina di regia** rappresenta una buona strategia per poter costruire uno spazio di mediazione istituzionale che guidi le scelte organizzative e gestionali della stessa CdS. La riorganizzazione dei flussi assistenziali, infatti, necessita di uno spazio di coordinamento che coinvolga una rappresentanza dei decisori politici e delle istituzioni territoriali, dei gestori dei servizi sociali e sanitari, e di coloro che materialmente si occupano dell'erogazione dei servizi.

E' necessario inoltre che nel gruppo un **coordinatore** o responsabile di attività sia incaricato di dare seguito alle decisioni prese. Questo ruolo di coordinamento può essere variabile, nel senso che di volta in volta possono essere responsabilizzate le figure che possiedono le risorse materiali, simboliche ed istituzionali più appropriate per poter perseguire con efficacia le attività pianificate per quello specifico caso. Questa idea di **coordinamento variabile** rende conto della necessità di operare in reti orizzontali in cui le diverse professionalità sono chiamate in causa per via delle loro competenze in spe-

cifici interventi e non per la loro posizione gerarchica all'interno dell'equipe stessa.

Infine, le **riunioni periodiche a cadenza prestabilita** dovrebbero essere incorporate tra le mansioni che i professionisti devono compiere all'interno delle loro funzioni, diventando parte integrante dell'orario di lavoro. Consistenti evidenze mostrano una stretta correlazione tra il numero di riunioni settimanali e la capacità dell'equipe di offrire non soltanto un'assistenza di qualità, ma anche di sviluppare strategie innovative di organizzazione e gestione dei servizi (35). Tuttavia, in un contesto verticalizzato e compartimentalizzato la realizzazione di riunioni periodiche inter-settoriali può rappresentare un problema organizzativo rilevante. Gli attori che afferiscono a istituzioni sociali differenti (servizi sanitari, sociali, organi politici, terzo settore, liberi professionisti) possono avere orari di lavoro del tutto differenti, e non compatibili tra loro. Alcune figure professionali come per esempio alcuni specialisti ambulatoriali, medici di continuità assistenziale e MMG non sono dipendenti strutturati dei servizi, ma liberi professionisti convenzionati; la loro partecipazione a tali gruppi, pertanto, è resa più complicata dalla necessità di mettere a disposizione risorse economiche ed assistenziali non sempre facilmente presenti. Ciò nonostante, il lavoro in **equipe** è un altro elemento cruciale della produzione dell'assistenza all'interno delle CdS. Dal momento che la complessità presentata dal livello primario richiede conoscenze, competenze e attitudini trans-disciplinari e trans-professionali ragionevolmente non affrontabili da un solo operatore, la scelta di costituire gruppi di lavoro integrati o **equipe di lavoro**

ro trans-disciplinari e multi-professionali è una caratteristica necessaria per perseguire la risolutività.

Le composizioni delle equipe possono essere molto variabili, dal momento che in ogni contesto è necessario rispondere ad esigenze peculiari, valorizzando le risorse presenti nel territorio e nel sistema dei servizi (36). Tuttavia, indipendentemente dalla presenza o meno di differenti professionisti, bisogna tenere presente che una parte delle conoscenze e delle competenze necessarie all'assistenza è costituita dai saperi e dalle pratiche di contesto e di sistema. Queste conoscenze sono sviluppate mediante il contatto con la comunità e l'insieme dei servizi locali e possono essere apprese soltanto attraverso l'esperienza e la pratica auto-riflessiva. Detto ciò è facile comprendere come **una parte delle capacità di produzione dell'assistenza all'interno della CdS non dipenda da uno specifico profilo professionale**, quanto piuttosto dalle competenze apprese attraverso una sufficiente esposizione al territorio di intervento. Come visto, la **risolutività** in APSG è strettamente legata al superamento dell'impostazione mono-professionale e mono-disciplinare. In questa nuova rete semantica, il superamento di tale approccio dipende dalla capacità della CdS di **stimolare la costruzione di quella parte di saperi funzionali a potenziare la capacità assistenziale specifica per quel territorio e, a partire da questi saperi, formare i propri professionisti**.

La produzione di saperi e la capacità di formazione sanitaria basata sul contesto e sul sistema è riconosciuta dalla letteratura come una priorità che non dovrebbe riguardare soltanto i professionisti che dovranno ope-

rare nello scenario dell'assistenza primaria, infatti, come sostenuto dalla commissione del Lancet sull'educazione medica, dovrebbe coinvolgere tutti i professionisti sanitari a partire dai corsi di laurea (37). In questo senso tra le esperienze internazionali di maggior interesse riteniamo opportuno citare ancora una volta quella brasiliana, poiché il Sistema Sanitario Brasiliano (SUS) ha stretto una vera e propria alleanza con il mondo universitario allo scopo di stimolare la produzione congiunta di saperi, pratiche e percorsi formativi. Il Ministero della Salute Brasiliano ha costituito una rete di cooperazione diretta con le Università Federali per promuovere azioni di ricerca, formazione, cooperazione tecnica e supporto alla gestione, al monitoraggio e alla valutazione dei servizi sanitari; tale rete svolge inoltre un importante ruolo di diffusione delle conoscenze sviluppate (38). Anche in questo caso è importante notare come i saperi prodotti nei servizi di APS non vengano semplicemente usati all'interno dei servizi, ma siano attivamente introdotti nel sistema universitario e nei curriculum formativi dei corsi di laurea di Medicina e delle altre professioni sanitarie. Per esempio, le nuove direttrici curriculari ministeriali per le Facoltà di Medicina prevedono che almeno il 30% delle attività formative dei futuri professionisti vengano realizzate nel contesto della rete di assistenza primaria (sia in strutture paragonabili alle Case della Salute, sia in ambulatori di urgenza-emergenza) (39). Questo ha permesso di garantire la permanenza degli studenti all'interno delle strutture di assistenza primaria per un periodo di almeno 2 anni. Il sistema universitario pubblico è dunque chiamato a confrontarsi con

i bisogni di salute della comunità al pari del Sistema Sanitario. E' compito delle Scuole di Medicina e Chirurgia e dei Corsi di Laurea sanitari responsabilizzarsi nel formare professionisti che abbiano le competenze necessarie a promuovere e garantire salute nella comunità, costruendo forme di collaborazione strutturata tra università e servizi di assistenza primaria.

In definitiva, grazie alla capacità di produrre conoscenze puntuali, specifiche, qualitative e quantitative, la CdS si candida a svolgere un ruolo fondamentale di "regolatore del sistema" (40), riorganizzando e coordinando i flussi assistenziali nell'intero sistema dei servizi e supportando le scelte dei vari altri settori della società, dai decisori politici alle università.

E' attraverso queste caratteristiche e grazie alle funzioni elencate che gli *hub* dei servizi di APS sono indicati dalla letteratura come capaci di dare risposte soddisfacenti a circa l'85% dei bisogni sanitari dei propri territori (19).

Come Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale (CSI) abbiamo già da qualche anno avviato una sperimentazione congiunta italo-brasiliana relativa alla strutturazione di percorsi di ricerca-formazione-intervento nel contesto delle CdS, utilizzando il quadro teorico della APSG, dell'**educazione permanente**(41) e dell'**estensione universitaria** (42), oltre che **strumenti di analisi dei processi di lavoro** per favorire la condensazione di conoscenze da parte dei professionisti della CdS.

L'attività più corposa e di più lungo periodo è tutt'ora in corso presso la Casa della Salute "Terra e Fiumi" di Copparo – FE.

Nella nostra esperienza possiamo confermare che un nodo cruciale nei processi di implementazione della CdS risiede nella costituzione di un'**equipe multi-professionale e multi-servizio**, che possa beneficiare oltre che della presenza degli operatori, anche di quella dei gestori (coordinatori della CdS, del dipartimento di Cure Primarie, del Distretto Socio-Sanitario di riferimento ecc.), di rappresentanti della comunità e della stretta cooperazione dell'Università. Il lavoro in equipe, benché – nel caso della nostra esperienza – principalmente ristretto all'analisi della produzione dell'assistenza e alla valutazione di casi complessi, si è dimostrato un valido punto di partenza per estrapolare conoscenze nuove a partire dalle pratiche professionali, per produrre auto-riflessività e favorire attività di formazione crociata. Le equipe hanno rapidamente prodotto strategie di risposta innovative ai problemi evidenziati ed hanno confermato la capacità di riorganizzare in maniera più efficiente i percorsi assistenziali vigenti. In questo senso, la presenza della componente gestionale si è dimostrata un valido supporto, favorendo un rapido trasferimento delle decisioni prese in equipe nella pratica assistenziale.

Un ulteriore aspetto emerso dal lavoro di analisi dei casi complessi è stato quello relativo alle relazioni tra professionisti, al rispetto dei ruoli e delle mansioni professionali, nonché alla fiducia reciproca. In alcuni contesti da noi analizzati la produzione di lavoro in equipe ed il superamento della produzione dell'assistenza mono-disciplinare è resa più complessa da relazioni interpersonali e di categoria difficili, quando non addirittura conflittuali. In questi casi includere nel pro-

cesso di implementazione della CdS strategie di mediazione dei conflitti è un'esigenza cruciale. Anche le attività di educazione permanente basate sull'analisi della produzione del lavoro assistenziale si sono dimostrate molto efficaci nel produrre conoscenze situate e, a partire da esse, formazioni specifiche rispetto ai contesti.

Un punto di criticità è invece rappresentato dai liberi professionisti che forniscono prestazioni al Sistema Sanitario Nazionale mediante differenti regimi di dipendenza o collaborazione. Medici di famiglia, specialisti ambulatoriali, medici di continuità assistenziale producono una mole di lavoro rilevante per i servizi ma la loro inclusione strutturata all'interno della CdS è ancora piuttosto incerta e disomogenea. Soprattutto l'inclusione dei MMG all'interno dell'equipe rappresenterà nel tempo un fattore decisivo, dal momento che appare impossibile immaginare il sistema delle CdS a regime su tutto il territorio nazionale senza aver integrato appieno le funzioni della Medicina Generale.

Conclusione

Ci troviamo ormai ad un passo dal superamento del tradizionale modello bio-medico, basato sulla cura dei singoli episodi di malattia riconducibili a variabili biologiche (43) e su un approccio medico di tipo paternalistico (44). Progressivamente ci troveremo a lavorare sempre più in un modello in cui per produrre efficacia, efficienza e risolutività dovranno essere presi in carico contemporaneamente individuo, comunità, spazio ecologico e sociale, attraverso un approccio multidimensionale, trans-disciplinare e multi-servizio alla salute. La partecipazione dei soggetti

e della comunità nella gestione delle proprie condizioni di Salute e di vita sarà necessaria per garantire la sostenibilità dei Sistemi Sanitari. Non si tratta di un cambiamento semplice ed indolore ma di una ristrutturazione radicale dell'intera rete assistenziale, delle relazioni di potere e delle gerarchie tra servizi e professionisti. A tale scopo sarà necessario non soltanto identificare luoghi e tempi nuovi per l'assistenza, ma soprattutto favorire un processo di rinnovamento culturale dell'intero sistema. Una tale trasformazione non potrà avvenire mediante l'implementazione di soluzioni calate dall'alto, ma piuttosto mediante un percorso condiviso di responsabilizzazione collettiva, che da una parte permetta al sistema dei servizi di svincolarsi dal classico approccio auto-referenziale, e dall'altra favorisca un ruolo più attivo della cittadinanza nella costituzione dei servizi. Non esistono pertanto ricette pronte facilmente applicabili in ogni contesto, ma bensì indicazioni e strumenti di lavoro. Le evidenze più consistenti, come largamente discusso, mostrano che per favorire l'innovazione è necessario costruire dispositivi capaci di creare l'incontro: tra servizi, professionisti, istituzioni e comunità. La costituzione di equipe multi-disciplinari, cabine di regia inter-settoriali e figure ponte di connessione paiono strumenti efficaci al perseguimento di tali fini. In gioco non ci sono benefici personali o professionali ma la sopravvivenza del Sistema Sanitario Nazionale e con essa la possibilità di garantire buoni servizi di salute alle nostre comunità. Nel bene o nel male, la CdS sarà un attore di primo piano di questi processi sociali, culturali, economici e politici.

BIBLIOGRAFIA

1. Labonté R, Schrecker T, Packer C, Runnels V. Globalization and health: pathways, evidence and policy. New York: Routledge; 2009.
2. Ham C. Evaluations and impact of disease management programmes. Speech presented at Conference of Bonn; 2007; Bon.
3. Vilaça Mendes E. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília-DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012. p. 43-48.
4. Institute of Medicine (US). Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington: National Academy Press; 2001.
5. World Health Organization. Declaration of Alma-Ata [Internet]. 1978 [cited 18 December 2015]. Available from: http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf
6. World Health Organization. The Ottawa Charter for Health Promotion [Internet]. 2015 [cited 18 December 2015]. Available from: <http://www.who.int/health-promotion/conferences/previous/ottawa/en/>
7. World Health Organization. The World Health Report 2008 - primary Health Care (Now More Than Ever) [Internet]. 2008 [cited 18 December 2015]. Available from: <http://www.who.int/whr/2008/en/>
8. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Caring for people with Chronic Conditions. [Internet]. 2015 [cited 18 December 2015]. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/96468/E91878.pdf
9. Bodenheimer T, Wagner E, Grumbach K. Improving Primary Care for Patients With Chronic Illness. JAMA 2002; 288(15):1909.
10. Barr V, Robinson S, Marin-Link B, Underhill L, Dotts A, Ravensdale D et al. The Expanded Chronic Care Model: An Integration of Concepts and Strategies from Population Health Promotion and the Chronic Care Model. Hcq. 2003; 7(1):73-82.
11. Team W. Innovative care for chronic conditions : meeting report, 30-31 May 2001. Geneva : World Health Organization [Internet]. 2001 [cited 15 December 2015];. Available from: <http://www.who.int/iris/handle/10665/66955>
12. Fried L, Ferrucci L, Darer J, Williamson J, Anderson G. Untangling the Concepts of Disability, Frailty, and Comorbidity: Implications for Improved Targeting and Care. The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences 2004; 59(3):M255-M263.
13. World Health Organization. Overview - Preventing chronic diseases: a vital investment [Internet]. 2016 [cited 15 December 2015]. Available from: http://www.who.int/entity/chp/chronic_disease_report/part1/en/index.html
14. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: final report of the commission on social determinants of health. Geneva: WHO; 2008. p.2.
15. Realpe A, Wallace L. What is co-production. London: The Health Foundation; 2010.
16. Cottam H, Leadbeater C. RED paper 01: Health: Co-creating services. London: Design Council. 2004.
17. Magnussen, Lesley, John Ehiri, Pauline Jolly. Comprehensive versus selective primary health care: lessons for global health policy. Health affairs 2004; 23 (3):167-176.
18. Starfield B, Leiyu S, James M. Contribution of primary care to health systems and health. Milbank Quarterly 2005; 83 (3): 457-502.
19. Vilaça Mendes E. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília-DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012. p. 60-65.
20. Martino A. Salute, malattia, biomedicina. In: Calamo-Specchia F, editor. Manuale critico di Sanità pubblica. Rimini: Maggioli Editore; 2015. p. 36.
21. Quaranta I, Ricca M. Malati fuori luogo. Medicina interculturale. Milano: Raffaello Cortina Editore; 2012.
22. Starfield, B. Primary care: balancing health needs, services, and technology. Oxford (USA): Oxford University Press; 1998 p. 19-34.
23. Rapporto OASI 2015, Cergas, Università Bocconi. http://www.unibocconi.it/wps/wcm/connect/Cdr/Centro_CERGASit/News/News_II
24. Forrest C. B. Starfield B. The effect of first-contact care with primary care clinicians on ambulatory health care expenditures. The Journal of family practice. 1996; 43(1):40-48.
25. Piano di Zona per la salute ed il benessere sociale nel

- comprensorio forlivese triennio 2009 – 2011. Visitato il 26 Gennaio 2016. http://www.comune.forli.fc.it/upload/forli/gestionedocumentale/piano%20salute%20e%20benessere%202009-%202011%20def_784_12960.pdf
26. Paim J et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet* 2011; 377 (9779): 1778 – 1797.
 27. World Health Organization. Community health workers: What do we know about them? 200. Visitato il 27 Gennaio 2016. http://www.who.int/hrh/documents/community_health_workers.pdf
 28. Comune di Reggio Emilia. Ufficio Stampa. Visitato il 27 Gennaio 2015. [http://www.municipio.re.it/UfficioStampa/comunicatistampa.nsf/PESIdDoc/47B-B1816492EEF83C1257BAC0027091D/\\$file/Bando%20FEI%20-%20CS%20del%2017.7.13.pdf](http://www.municipio.re.it/UfficioStampa/comunicatistampa.nsf/PESIdDoc/47B-B1816492EEF83C1257BAC0027091D/$file/Bando%20FEI%20-%20CS%20del%2017.7.13.pdf)
 29. Regione Emilia-Romagna. Promozione e tutela della salute in carcere. Visitato 27 Gennaio 2016. <http://salute.regione.emilia-romagna.it/news/newsletter/2013/promozione-e-tutela-della-salute-in-carcere>
 30. Llewellyn-Jones R, Baikie K, Smithers H, Cohen J, Snowdon J, Tennant C et al. Multifaceted shared care intervention for late life depression in residential care: randomised controlled trial Commentary: Beyond the boundary for a randomised controlled trial?. *BMJ* 1999;319(7211):676-682.
 31. Wagner E, Davis C, Schaefer J, Von Korff M, Austin B. A Survey of Leading Chronic Disease Management Programs: Are They Consistent with the Literature? *Journal of Nursing Care Quality*. 2002; 16(2):67-80.
 32. Doughty R. Randomized, controlled trial of integrated heart failure management. *The Auckland Heart Failure Management Study*. *European Heart Journal*. 2002; 23(2):139-146.
 33. Singh D. Transforming chronic care: evidence about improving care for people with long-term conditions. Birmingham: University of Birmingham, Health Services Management Centre; 2005.
 34. Paixão L, Tavares MFL. The development of the project “Networking Support” as an institutional strategy Interface (Botucatu) vol.18 supl.1 Botucatu 2014 Epub Oct 28, 2014 <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0203>
 35. Borril C et al. Team Working and Effectiveness in Health Care. Visitato il 28 Gennaio 2016. <http://homepages.inf.ed.ac.uk/jeanc/DOH-glossy-brochure.pdf>
 36. Patient. Trusted Medical Information and Support. Primary Healthcare Team. Visitato il 28 Gennaio 2016 patient.info/doctor/primary-healthcare-team
 37. Frenk J, Chen L, Bhutta Z, Cohen J, Crisp N, Evans T et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*. 2010; 376(9756):1923-1958.
 38. Redegovernocolaborativo.org.br. Rede Governo - [Internet]. 2015 [cited 15 December 2015]. Available from: <http://www.redegovernocolaborativo.org.br/>
 39. Portal.mec.gov.br. Ministério da Educação, Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior, Resolução N° 3 , de 20 de Junho de 2014 [Internet]. 2014 [cited 15 December 2015]. Available from: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192
 40. Mendes E.V. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
 41. Ceccim Burg R. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciênc. saúde coletiva* 2005; 10(4): 975-986.
 42. Ceccim Burg R, Camargo Macruz Feuerwerker L. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*. 2004; 14(1): 41-65.
 43. Ardigò A. Società e salute. Lineamenti di sociologia sanitaria. Milano: Franco Angeli; 1997.
 44. Parsons T. Il Sistema sociale. Milano: Edizioni di Comunità; 1996.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno