

SOCIOLOGIA DELLA SALUTE
HEALTH SOCIOLOGY

Tutta la salute è sociosanità

All health is social health

ANTONIO MONTELEONE

Presidente di AGeSPI Lombardia, Milano

Premessa. L'articolo rielabora la relazione d'apertura del convegno *Territorial services for elderly people: organizational models and new forms of funding*, svoltosi il 15 giugno 2018 presso il Palazzo dell'Arte Antica – Spazio Novecento a Roma e organizzato dalla Fondazione Alberto Sordi.

Materiali e metodi. Viene fatta una rapida ricognizione dell'invecchiamento della popolazione e di altri fenomeni socio-economico-demografici, che condizionano incidenza e prevalenza delle malattie croniche e della non autosufficienza negli anziani. Tali fenomeni sono inquadrati all'interno delle raccomandazioni dell'OMS sulla *Long Term Care* e di una serie di provvedimenti legislativi italiani, nazionali e regionali, intesi a fronteggiare l'impatto della policronicità sulla vita dei singoli, sul ménage familiare e sulla sostenibilità dei sistemi sociosanitari.

Conclusioni. La conclusione è espressa nel titolo, ossia la gravità e l'estensione dei problemi di salute legati a un indice di vecchiaia in costante crescita richiama alla sollecitudine sia le istituzioni sia la società civile in uno sforzo comune di prevenzione e di risoluzione delle molteplici criticità.

Parole chiave: Integrazione sociosanitaria, policronicità, capacità intrinseca, welfare community, abilità funzionale

Introduction. The article re-elaborates the opening report of the conference "Territorial services for elderly people: organizational models and new forms of funding" held on June 15, 2018 at the 'Palazzo dell'Arte Antica – Spazio Novecento' in Rome and organized by the "Alberto Sordi Foundation".

Materials and methods. The paper presents a survey of the aging population and of other socio-economic-demographic phenomena, which influence the incidence and prevalence of chronic diseases and non-self-sufficiency in the elderly. These phenomena are framed within the WHO recommendations on integrated care and within some Italian, national and regional, legislative measures, aimed at tackling the impact of polymorbidity on the lives of individuals, on the family ménage and on the sustainability of the social health systems.

Conclusions. The title expresses the conclusion, i.e. the severity and extent of health problems linked to constantly growing aging index calls to concern both institutions and civil society in a joint effort to prevent and resolve multiple critical issues.

Key words: Integrated care, polymorbidity, intrinsic capacity, welfare community, functional ability

Address for correspondence
Indirizzo per la corrispondenza

Antonio Monteleone
via Morozzo della Rocca 3
20123 - Milano
Email: antonio.monteleone@tiscali.it



L'espressione "tutta la salute è sociosanità"¹ è coerente con molti dati osservazionali della realtà in atto e allo stesso tempo assume il valore di una rivendicazione programmatica a favore di un sempre più esteso e intenso lavoro d'integrazione organica tra il mondo sanitario e quello sociale.

È importante convincerci che l'organizzazione di un sistema a tutela della salute della popolazione non può più – da anni ormai – declinarsi in termini puramente sanitari e con prestazioni e servizi non centrati olisticamente sulla individualità personale, lavorativa e relazionale – i "percorsi di vita" meglio che di sola "personalizzazione" – dell'utenza del SSN².

Lo affermo senza limitarmi alla definizione di prestazioni sociosanitarie proposta dal D. Lgs 229/99 art. 3 *septies*: "Attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione"³. Infatti, voglio piuttosto sottolineare l'inevitabilità di una costante e organica osmosi tra le politiche sociali e quelle sanitarie, al punto che sotto certi aspetti sia difficile capire dove comincino le une e finiscano le altre⁴. Tant'è che da più parti non ci si limita ad avere come obiettivo i bisogni di salute e si preferisce parlare più estesamente

di attenzione al wellbeing⁵ e al welfare, cioè al benessere individuale anche attraverso il sostegno della collettività⁶ in caso di malattia⁷.

Mi sto riferendo perciò a un ampio salto di paradigma che, a oggi, non tutti hanno pienamente compreso, sia perché il cambio prospettico è ancora in fase dinamica e non ha ancora raggiunto un fermo immagine da poterlo analizzare con serenità, sia perché qualcuno è trattenuto dalla paura che comprenderlo possa significare poi prendere decisioni indirizzate a una capillare sanitarizzazione della collettività, cui consegue la lievitazione dei costi a carico del Fondo Sanitario Nazionale, ovvero della fiscalità.

Quali sono le cause maggiori, tuttora imperanti e taluna finanche cupa in alcuni possibili sviluppi futuri, di tale trasformazione sistemica?

1. All'origine alcuni fenomeni sociodemografici.

In primis l'aumento della longevità, evento positivo se disgraziatamente non si fosse manifestato in contemporanea con la bassa natalità. Ne sorge, a questo punto, l'invecchiamento inevitabile della popolazione e l'aumento delle persone sole – dal '71 sono 4 volte più numerose – a seguito peraltro della crisi della famiglia.

Crisi quest'ultima che toglie a molti la massima camera di compensazione e riequilibrio, al cui interno assorbire i tanti stimoli stressogeni della vita moderna, e porta a scaricare ansie e ipocondrie sulle istituzioni e a delegare a esse compiti di prossimità, che prima erano facilmente esercitati dentro le mura domestiche.

2. L'ancora recente e graffiante recessione economica, che ha comportato una riduzione di risorse a disposizione dei singoli, delle famiglie, degli enti locali e dello Stato. Soprattutto l'incertezza della sostenibilità economica

¹ Questo articolo ripropone, approfondendola, la relazione tenuta al convegno "I servizi territoriali per gli anziani: modelli organizzativi e nuove forme di finanziamento", svoltosi il 15 giugno 2018 presso il Palazzo dell'Arte Antica – Spazio Novecento a Roma e organizzato dalla Fondazione Alberto Sordi.

² Ministero della Salute, *Piano Nazionale Cronicità – Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016*: "Gli obiettivi di cura nei pazienti con cronicità, non potendo essere rivolti alla guarigione, sono finalizzati al miglioramento del quadro clinico e dello stato funzionale, alla minimizzazione della sintomatologia, alla prevenzione della disabilità e al miglioramento della qualità di vita. Per realizzarli è necessaria una corretta gestione del malato e la definizione di nuovi percorsi assistenziali che siano in grado di prendere in carico il paziente nel lungo termine, prevenire e contenere la disabilità, garantire la continuità assistenziale e l'integrazione degli interventi sociosanitari".

³ Le prestazioni sociosanitarie descritte nel D. Lgs 229/99 comprendono:

- prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, cioè le attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite;
- prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, cioè tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute.

⁴ Ministero della Salute, *Piano Nazionale Cronicità – Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016*: "Ciò premesso, è ormai ampiamente consolidato il consenso sul principio che la sfida alla cronicità è una 'sfida di sistema', che deve andare oltre i limiti delle diverse istituzioni, superare i confini tra servizi sanitari e sociali, promuovere l'integrazione tra differenti professionalità, attribuire una effettiva ed efficace 'centralità' alla persona e al suo progetto di cura e di vita".

⁵ Il report mondiale su invecchiamento e salute dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO-OMS) del 2015 riconosce quale obiettivo di *healthy aging* quello di aiutare le persone a "sviluppare e mantenere l'abilità funzionale che consente il wellbeing".

⁶ World Health Organization 2017, *Integrated care for older people – Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity*: "Vi è una pressante necessità di sviluppare approcci globali basati sulla comunità e di introdurre interventi a livello di assistenza sanitaria di base per evitare cali di capacità. Queste linee guida rispondono a questa esigenza".

⁷ L'inglese riesce con disinvoltura ad attraversare linguisticamente i diversi percorsi semantici della malattia, servendosi di ben quattro termini: *disease, illness, sickness, and malady*.

- *malady* ha un significato generico e il termine è spesso usato in senso figurativo per indicare un frangente miserevole;
- *disease* designa una condizione di interesse prettamente medico e abbraccia gli aspetti eziologici, diagnostici e terapeutici in una visione biologica;
- *illness* mette l'accento sui risvolti psicologici ed esistenziali del malato.
- *sickness* rimanda ai provvedimenti che la società nel suo insieme mette in campo per riconoscere lo stato di malattia e attenuarne gli effetti sul singolo e sulle relazioni lavorative e comunitarie.

delle cure e assistenza di lunga durata⁸ (*Long Term Care*, in acronimo LTC):

- a) ha ridato grande slancio al tema della prevenzione di condotte che mettano a rischio la salute, da implementare fondamentalmente dentro i perimetri esistenziali delle persone;
 - b) d'altro lato, ha facilitato la concettualizzazione di un modello di autorganizzazione della società, lungo linee di solidarietà promotrice di servizi di aiuto alla persona, che non attendono direttive dalla pubblica amministrazione o dalla politica in generale e raccolgono risorse dalle fonti più diverse. Sto parlando di welfare community.
3. I nuovi quadri epidemiologici, collegati strettamente ai motivi precedenti, quali l'incremento delle patologie croniche e neurodegenerative con polimorbilità e politerapia, da cui viene un incremento degli anni vissuti con limitazioni severe o moderate nelle attività quotidiane. Peculiarità di gran parte di tali patologie è la sostituzione del concetto di cura, intesa come restituzione dell'integrità precedente la malattia, con quelli di:
- a) Resilienza.

La Resilienza è la predisposizione di un individuo ad affrontare un evento traumatico o un periodo di difficoltà senza conseguenze permanenti. Essa si ottiene adoperandosi tempestivamente per ampliare le riserve omeostatiche, mantenendosi attivi e conservando rapporti umani, che rappresentano soluzioni più efficaci dei farmaci⁹ al momento di "carico allostatico", inteso come circostanza in cui certi cambiamenti mettono a prova le energie fisiche, psichiche e cognitive di una persona con l'eventualità di rendere disfunzionale lo stress trasformandolo in distress, ossia indebolendo o annullando lo sforzo di *coping* adattivo;

- b) Abilità funzionale e capacità intrinseca.

L'abilità funzionale è definita nel rapporto *World Report on Aging and Health* (2015), come un insieme di "attributi relativi alla salute che consentono alle persone di essere e di fare ciò cui hanno motivo di dar valore".

La capacità intrinseca, infine, è "l'insieme di tutte le ca-

pacità fisiche e mentali cui un individuo può attingere". In questo senso il significato si sovrappone a quello di resilienza.

Il modello di sanità pubblica dell'OMS per l'invecchiamento in buona salute si concentra sull'obiettivo di mantenere la capacità intrinseca e l'abilità funzionale lungo tutto il corso della vita¹⁰.

3. I progressi scientifico-tecnologici che, qualora non sia possibile curare, cronicizzano il decorso della malattia consentendo al malato di rientrare a casa e finanche nel contesto lavorativo. In questo contesto, per converso e sulle conseguenze anche di ultime riforme pensionistiche, il malato incanutisce con gli strascichi del caso sulla sua condizione psicofisica.
4. Lo studio e la costante revisione dei determinanti sociali della salute.

Per cui l'OMS raccomanda iniziative condivise con la società nel suo insieme e orientate a ridurre le sperequazioni, ad agevolare l'educazione alla genitorialità, ad assicurare un sistema educativo accessibile e di elevate qualità, a combattere la disoccupazione favorendo l'accesso all'impiego e a un lavoro soddisfacente, a introdurre azioni efficaci intersettoriali per contrastare le disuguaglianze in età avanzata, per migliorare il benessere al di là del posizionamento sociale¹¹.

Quali – in una carrellata sintetica però emblematica – le conseguenze cui stiamo assistendo?

La conseguenza preminente, in cui tutte le altre decisioni s'incorniciano, è lo spostamento del *focus*, prima centrato sull'ospedale, sul territorio¹².

Esprimendoci in termini informatici, si è superato persino un rapporto *peer-to-peer* tra l'ospedale e il territorio, ovvero un'architettura logica in cui, a seconda delle esigenze, uno dei due fa o da *client* (cliente) o da *server* (servitore)

⁸ Quaderni Ministero della Salute, *Criteri di appropriatezza clinica, tecnologica e strutturale nell'assistenza del paziente complesso*, n° 23 del 2013: "Paradossalmente si potrebbe affermare che gli indubbi grandi progressi del sapere medico degli ultimi decenni abbiano fortemente accelerato la necessità dei Sistemi Sanitari Nazionali di rifondare i postulati del proprio agire in modo scientificamente corretto, socialmente congruo e soprattutto economicamente sostenibile".

⁹ Idem: "La coesistenza di più patologie, spesso senza la possibilità di individuare quella prognosticamente e terapeuticamente più saliente (multimorbilità), è un'altra caratteristica dei nostri tempi, così come sta divenendo proporzionalmente meno importante l'agire medico incentrato su un approccio riduzionistico (malattia - terapia - guarigione) soverchiato dalla necessità di un approccio di sistema (persona - definizione dei problemi - qualità della vita); approccio di sistema in cui l'intero comportamento del tutto altro non è che il portato, ovvero 'emergenza' delle interazioni (e non della semplice somma) delle singole componenti".

¹⁰ World Health Organization 2017, *Integrated care for older people – Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity*: "Gli operatori sanitari in contesti clinici possono rilevare cali di capacità fisiche e mentali (espressi clinicamente come menomazioni) e fornire interventi efficaci per prevenire e ritardare la progressione. Tuttavia, i marcatori di diminuzione della capacità intrinseca, come la diminuzione della velocità dell'andatura o della forza muscolare, spesso non sono precocemente identificati, trattati o monitorati, eppure rappresentano azioni cruciali se questi declini devono essere invertiti o ritardati".

¹¹ World Health Organization Europe 2013, *Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region*.

¹² Ministero della Salute, *Piano Nazionale Cronicità – Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016*: "Il riequilibrio e l'integrazione tra assistenza ospedaliera e territoriale costituisce oggi uno degli obiettivi prioritari di politica sanitaria verso cui i sistemi sanitari più avanzati si sono indirizzati per dare risposte concrete ai nuovi bisogni di salute determinati dagli effetti delle tre transizioni (epidemiologica, demografica e sociale) che hanno modificato il quadro di riferimento negli ultimi decenni portando ad un cambiamento strutturale e organizzativo".

nella fornitura dei servizi. Infatti il territorio, ospitando la maggior parte dei nodi della rete e avendo spesso la regia, si assume sempre più il ruolo di *client* lasciando all'ospedale il compito di *server*.

È quanto avviene, ad esempio, con la riforma della presa in carico della cronicità in Lombardia. Qui, sono quasi esclusivamente i medici di medicina generale a fare da gestori di un percorso annuale, sicché sono loro a occuparsi di prenotare visite ed esami, organizzare controlli di una popolazione di cronici stratificata in diversi livelli di gravità¹³.

Intendo dire che, l'ospedale – l'icona della sanità tradizionale e per acuti – non è da tempo una realtà auto-referenziale e intramurale, né in senso organizzativo né operativo, obbligata in ciò dalla razionalizzazione, in chiave restrittiva, effettuata con il decreto del Ministero della Salute n. 70 del 2 aprile 2015¹⁴, nonché dall'esigenza di mantenersi entro il valore di durata della degenza specifico per ciascun DRG. A questo punto è un nodo di una rete integrata col territorio e opera sempre più in prospettiva extra-murale.

Il nuovo piano sociosanitario 2019-2023 del Veneto¹⁵ riserva un'attenzione privilegiata ai temi del territorio, della cronicità e della non autosufficienza e conferma la scelta, considerata strategica, di una forte integrazione tra sanitario e sociale. Tra le tante innovazioni, introduce a fianco del Pronto Soccorso alcuni posti letto di "Obe, Osservazione breve estensiva", dove tenere i malati non gravi ma non ancora dimissibili, prevedendo sia una breve degenza per la stabilizzazione e la deidratazione sia che possano essere visitati lì anche dal medico di base o del distretto.

Esaminiamo anche i PDTA, che intanto già da tempo hanno inserito la A nel loro acronimo – Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali – e che in quanto sistema integrato di servizi e prestazioni erogati da una équipe in differenti contesti organizzativi (cure primarie, intermedie e ospedaliere), richiede il superamento del modello concettuale di valu-

tazione non solo clinico-assistenziale ma anche economica e sociale¹⁶ per singola unità di offerta.

In tale linea, troviamo diversi studi sul cosiddetto *budget* di cura o di salute, inteso come un *pool* di risorse provenienti da diverse fonti istituzionali – essenzialmente sanità e politiche sociali di Regione e Comune – e impostato per rispondere a bisogni articolati e favorire la qualità di vita. Per questo lo si ipotizza flessibile e non legato a un tipo particolare di servizio o a uno specifico erogatore.

Inoltre, vanno aumentando gli ospedali di comunità¹⁷ e le case della salute.

“Gli ospedali di comunità sono strutture intermedie tra l'assistenza domiciliare e l'ospedale, in sostanza un ponte tra i servizi territoriali e l'ospedale per tutte quelle persone che non hanno necessità di essere ricoverate in reparti specialistici, ma necessitano di un'assistenza sanitaria che non potrebbero ricevere a domicilio.

Le persone assistite sono: pazienti, prevalentemente con patologia cronica, provenienti da una struttura ospedaliera, per acuti o riabilitativa, che clinicamente possono essere dimessi da ospedali per acuti, ma non in condizione di poter essere adeguatamente assistiti a casa; pazienti fragili e cronici provenienti dal domicilio.

Gli ospedali di comunità sono quindi strumento di integrazione ospedale-territorio e di continuità delle cure, erogate sulla base di una valutazione multidimensionale della persona da assistere, attraverso un piano integrato e individualizzato di cura. Non vanno intesi come strutture ex novo, ma come la riconversione di posti letto per la degenza in strutture già esistenti, che vengono rimodulate all'interno del nuovo modello organizzativo”, dal sito E-R salute.

In merito alla Casa della Salute, citiamo quanto segue dal sito della Regione Lazio.

“La Casa della Salute è aperta dalle ore 8 alle ore 20, dal lunedì al venerdì. I servizi di urgenza e l'unità di degenza infermieristica sono attivi tutto il giorno.

¹³ La Lombardia immediatamente all'articolo 1 della Legge 23 del 2015 si esprime molto bene come segue: “1. Il sistema sanitario, sociosanitario e sociale integrato lombardo, di seguito denominato sistema sociosanitario lombardo (SSL), promuove e tutela la salute ed è costituito dall'insieme di funzioni, risorse, servizi, attività, professionisti e prestazioni che garantiscono l'offerta sanitaria e sociosanitaria della Regione e la sua integrazione con quella sociale di competenza delle autonomie locali”.

Il Ministero stranamente continua a considerare l'acronimo SSN come indicativo del Servizio Sanitario Nazionale, mentre le regioni – qui sopra la Lombardia – nella loro autonomia più vicina alla gente e più incline ad adeguarsi ai fatti, lo chiamano Servizio Sociosanitario Regionale.

¹⁴ Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70, *Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.*

¹⁵ La proposta di Piano Socio Sanitario Regionale 2019-2023, approvata dalla Giunta e trasmessa al Consiglio regionale del Veneto a fine maggio, il 20 luglio 2018 è approdato in Quinta Commissione consiliare permanente. Le prime audizioni si sono tenute il 30 luglio.

¹⁶ Si legge opportunamente in un documento degli assistenti sociali referenti per i CAS (Centri Accoglienza Servizi) della Rete oncologica del Piemonte: “Il gruppo di lavoro degli AASS referenti per i CAS della Rete oncologica avendo lavorato negli ultimi anni per uniformare le procedure d'intervento del servizio sociale nei confronti dei pazienti oncologici, ritiene di poter dare un contributo univoco alla stesura dei PDTA. Si è valutato, infatti, che l'attività dell'AS nelle fasi di presa in carico del paziente da parte dell'équipe sanitaria (accoglienza CAS, comunicazione diagnosi post-GIC, recidive, palliazione ecc.) si potrebbe considerare un'attività TRASVERSALE a tutti i PDTA in elaborazione. Pertanto si richiede di valutare la possibilità, come Rete, di inserire nelle indicazioni per la formulazione dei PDTA una nota per l'Area sociale così come elaborata dal Gruppo, con la possibilità di arricchirla e personalizzarla a seconda delle varie realtà di lavoro (per esempio in molti ospedali l'AS referente CAS è anche 'componente NOCC – Nucleo Operativo di Continuità Assistenziale' e lo si può aggiungere ecc.)”.

¹⁷ Sul tema Ospedale di Comunità il Ministero della salute ha appena inviato alle Regioni un documento per disciplinarne in un quadro normativo nazionale tutti gli aspetti.

Ecco cosa si può trovare nella Casa della Salute, che porta le cure più vicino a chi ne ha bisogno:

- *area dell'accoglienza con lo sportello prenotazioni (CUP) e informazioni e orientamento sociosanitario (PUA);*
- *assistenza primaria garantita dai medici di medicina generale dalle 8 alle 20;*
- *ambulatori attrezzati a disposizione dei medici di medicina generale;*
- *area di sorveglianza temporanea;*
- *servizi di urgenza: punto di primo intervento, punto di soccorso mobile 118, continuità assistenziale (ex guardia medica);*
- *attività specialistiche (cardiologia, pneumologia, diabetologia, oculistica, otorinolaringoiatria, chirurgia ecc.);*
- *prelievi ed esami diagnostici;*
- *presa in carico di pazienti con malattie degenerative”.*

La Lombardia ha previsto con la legge 23 del 2015 i PreSST (Presidi Sociosanitari Territoriali). Essi costituiscono una modalità organizzativa di riferimento con lo scopo di integrare le attività e le prestazioni di carattere sanitario, sociosanitario e sociale e concorrono alla presa in carico della persona e delle fragilità. Di conseguenza erogano i LEA nazionali e quelli eventualmente aggiuntivi della Regione, l'insieme delle prestazioni dovute per l'area consultoriale e per le dipendenze, le prestazioni ambulatoriali e domiciliari a media e bassa intensità; effettuano la valutazione multidimensionale (VMD) e la definizione dei piani assistenziali individualizzati (PAI), l'attività vaccinale, la fornitura di protesi e ausili. Inoltre, promuovono percorsi di sanità d'iniziativa, di prevenzione e di educazione sanitaria e possono attivare degenze intermedie, subacute, post acute e riabilitative, a bassa intensità prestazionale e in funzione delle particolarità territoriali.

Sono di norma collocati presso i PreSST anche le attività di medicina legale, ivi comprese quelle per l'accertamento dell'invalidità civile, e l'assistenza sanitaria primaria. I comuni possono allocarvi alcuni dei loro servizi quali i Centri diurni e le segreterie sociali.

In Toscana è stata appena approvata, con la Dgr 597 del quattro giugno 2018, la nuova figura dell'infermiere di famiglia e di comunità, colui che secondo l'Oms ha per compito di aiutare gli individui ad adattarsi alla malattia e alla disabilità cronica, trascorrendo buona parte del suo tempo a lavorare a domicilio della persona assistita e della sua famiglia.

Ma ancor prima la Toscana ha sviluppato la sanità d'iniziativa. Citiamo dal sito ARS-Toscana:

“Per sanità d'iniziativa s'intende un modello assistenziale di gestione delle malattie croniche che – a differenza di quello classico della medicina d'attesa disegnato sulle malattie acute – sia in grado di assumere il bisogno di salute prima dell'insorgere della malattia, o prima che essa si manifesti o si aggravi, e rallentarne il decorso, garantendo al paziente interventi adeguati e differenziati in rapporto al livello di rischio.

La sanità d'iniziativa mira sia alla prevenzione che al miglioramento della gestione delle malattie croniche in ogni loro

stadio e riguarda dunque tutti i livelli del sistema sanitario, con effetti positivi attesi per la salute dei cittadini e per la sostenibilità stessa del sistema. (...)

A livello territoriale, il modello di riferimento per l'implementazione di questo nuovo concetto di sanità, è quello del Chronic Care Model (CCM), elaborato dal Prof. Wagner del Mac-Coll Institute for Healthcare Innovation e caratterizzato da una serie di elementi la cui combinazione dà come risultato: l'interazione efficace tra un paziente reso esperto da opportuni interventi d'informazione e di educazione e un team assistenziale multiprofessionale, composto da medico di famiglia, infermieri e altre figure professionali (operatore sociosanitario, dietista, fisioterapista, specialista di riferimento e di supporto al team)”.

Conclusioni

Insomma, il “sociosanitario” ha pienezza sostantiva e pertanto non solo va scritto senza alcun trattino separante il socio dal sanitario, ma soprattutto occorre calarlo profondamente nella mente di programmatori regionali e di tutti i professionisti e operatori del settore della salute. Iniziando dal dare flessibilità ai vincoli di destinazione del Fondo sanitario nazionale per investire di più sul territorio e inoltre dall'istituire tavoli e occasioni d'incontro e condivisione tra Regioni e Comuni, al di là degli schieramenti partitici.

Certo al momento ci troviamo davanti un mondo eterogeneo nel quale si annoverano modelli superati accanto a importanti situazioni innovative e crescenti sperimentazioni, promosse e finanziate non solo da fondi pubblici, ma pure da fondazioni e da semplici privati.

Nell'assistenza agli anziani non autosufficienti sono in fase di verifica diversi sviluppi del percorso che porta dal domicilio alla Rsa, migliorando servizi già noti o accrescendo le tappe intermedie così da ritardare l'accesso alla residenzialità temporanea o permanente. Perciò, anche sulla spinta dei nuovi LEA (DPCM 12 gennaio 2017), si sta rivedendo l'ADI, si ridà impulso ai centri diurni comunali e a quelli integrati, si implementa la RSA aperta ecc.

Se mi chiedeste un'immagine capace di dare una comprensione sistemica dell'evoluzione già avviata e di cogliere l'insieme dei servizi a tutela o recupero della salute e al mantenimento dell'autosufficienza piena o residua, vi proporrei un'ellissi con due fuochi: l'ospedale e la Rsa. Sono essi – l'ospedale e la Rsa – la sintesi attuale della massima expertise conseguita, l'uno per il trattamento dell'acuzie, l'altra per la cronicità complessa. In essi cura e assistenza debbono diversificarsi per intercettare il polimorfismo della fragilità e soddisfare le trasformazioni della domanda. Da essi debbono irradiarsi verso il territorio competenze e servizi più leggeri e sostenibili con percorsi specifici e in filiera. Il che – si deduce da alcuni dei punti prima toccati – già avviene ma si può e si deve fare ancora molto.

In tutto questo processo trasformativo, va salvaguardato l'accompagnamento delle famiglie perché se già gli addetti ai lavori si trovano a dover inseguire col fiato spesso corto la realtà, a maggior ragione le famiglie rischiano l'inerzia da smarrimento nella rete. Raccomandazione che vale quando le Regioni puntano all'aumento dei servizi distribuiti in prossimità della cittadinanza ma ancor più quando si preferisce il governo dei percorsi, come nel caso della presa in carico della cronicità in Lombardia.

Bibliografia

- Barnett K, Mercer SW, Norbury M, et al. *Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study*. Lancet 2012;380:37-43.
- Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. *Improving primary care for patients with chronic illness - the chronic care model, Part 2*. JAMA 2002;288:1909-14.
- Choudhry NK. *Randomized, controlled trials in health insurance systems*. N Engl J Med 2017;377:957-64.
- Coleman K, Austin BT, Brach C, et al. *Evidence on the chronic care model in the new millennium*. Health Aff (Millwood) 2009;28:75-85.
- Decreto Presidente Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, *Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*.
- Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229, *Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419*.
- Evidence-Based Medicine Working Group. *Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine*, JAMA 1992;268:2420-5.
- Ham C. *The ten characteristics of the high-performing chronic care system*. Health Econ Pol Law 2010;5:71-90.
- Landers SH. *Why health care is going home*. New England J Med 28;363;1690-1.
- Maciocco G. *Cure primarie e gestione delle malattie*. Chronic Care Model 2007;119.
- McEwen BS. *Stress, adaptation, and disease. Allostasis and allostatic load*. Ann NY Acad Sci 1998;840:33-44.
- Quaderni Ministero della Salute. *Criteri di appropriatezza clinica, tecnologica e strutturale nell'assistenza del paziente complesso*, n° 23 del 2013.
- Scopetani E. *Il Chronic care model nel nuovo Piano sanitario regionale Regione Toscana*. D.G. Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà, 16/6/2009, pp. 1-12.
- Regione Lombardia. *Attivazione della presa in carico dei pazienti cronici e fragili: DGR n. 6164 del 30 gennaio 2017 "Governo della domanda"*.
- Regione Lombardia. *Delibera n. 6551 del 4 maggio 2017. Riordino della rete di offerta e modalità di presa in carico dei pazienti cronici e fragili in attuazione dell'art. 9 della legge regionale n. 33/2009*.
- Regione Lombardia. *Legge Regionale 11 agosto 2015, n. 23. Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)*.
- Regione Toscana. *Delibera n. 596 4 giugno 2018. Indirizzi per lo sviluppo del modello assistenziale infermiere di famiglia e di comunità. Approvazione e destinazione delle risorse*.
- Salisbury C, Johnson C, Purdy S, et al. *Epidemiology and impact of multimorbidity in primary care: a retrospective cohort study*. Br J Gen Pract 2011;582:e12-e2.
- Seeman TE, Singer BH, Rowe JW, et al. *Price of adaptation - allostatic load and its health consequences*. MacArthur studies of successful aging. Arch Intern Med 1997;157:2259-68.
- Tinetti ME, Fried T. *The end of the disease era*. Am J Med 2004;116:179-85.
- Van Spall HGC, Toren A, Kiss A, et al. *Eligibility criteria of randomized controlled trials published in high-impact general medical journals: a systematic sampling review*. JAMA 2007;297:1233-40.
- World Health Organization Europe. *Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region*, 2013.
- World Health Organization. *World Report on Aging and Health*, 2015.
- World Health Organization. *Integrated care for older people. Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity*, 2017.