

L'integrazione sociosanitaria

di Pino Frau*

(nota per il sottogruppo "Integrazione socio-sanitaria e medicina del territorio"
del gruppo di studio su "Le politiche sanitarie")

Perché integrazione sociosanitaria?

Tanto si discute in questi ultimi anni di integrazione sociosanitaria nonostante questo tema si sia affacciato alla ribalta ormai da un decennio. Le motivazioni di tale discussione possono essere riportati ad alcune criticità abbastanza evidenti che ancora impediscono la realizzazione della integrazione sociosanitaria in un'epoca in cui appare non solo fondamentale ma addirittura inevitabile considerata la "globalizzazione" dei sistemi e la "fretta" di cui questa stessa è intrisa. Le criticità sono di diversa natura ma principalmente possiamo ricondurle alle seguenti: la semantica e i significati, i processi e i percorsi dell'integrazione, le consapevolezze e i coinvolgimenti dei diversi soggetti e attori dell'integrazione, la storia con i suoi tempi che rappresentano il vissuto degli stessi soggetti.

La semantica e i significati

Il termine "integrazione" si collega a quello di "integrare" che sta a significare "aggiungere ciò che manca" ad un "intero", ad un "intatto" nella sua espressione di unità. Il tutto richiama dunque alla unitarietà delle cose, dei soggetti, dei sistemi, delle realtà. Nel caso specifico che ci riguarda si tratta di applicare questi significati ai due sistemi: "sistema sociale" e "sistema salute"

In riferimento al primo sistema, quello "sociale", dove persistono le due spinte opposte, quella della differenziazione e quella della integrazione, potremmo semplificare la questione affermando che con il concetto di "integrare" in sociologia intendiamo indicare un processo attraverso cui il "sistema" acquista e conserva "unità strutturale e funzionale", pur mantenendo la differenziazione degli elementi.

In relazione al sistema "salute" pensiamo sia opportuno riportare la questione alla "persona" quale riferimento prioritario del sistema e alla sua "unicità" e "unitarietà" che fanno a loro volta riferimento sostanziale alla identità e individualità di ogni singola persona. Allora nel sistema salute integrare significa *attivare processi attraverso i quali i sistemi sociale e sanitario acquistano e conservano una "unitarietà e funzionalità" centrate sulla "persona"*.

I processi e i percorsi dell'integrazione

I processi e i percorsi dell'integrazione non possono, a nostro avviso, che ripartire da una visione nuova del "sistema salute" che si orienta a partire dalla fase della pianificazione-programmazione e si sviluppa soprattutto nella fase della gestione-organizzazione, indirizzando gli sforzi verso l'impianto di "servizi alla persona". Non più quindi servizi orientati alla "organizzazione" e agli operatori, ma in funzione della "persona". Si tratta soprattutto di orientarsi verso paradigmi e schemi cognitivi nuovi in una ottica di passaggio dalla cura e assistenza al "*prendersi cura*" della persona e dei suoi bisogni in tutta la sua globalità e complessità. Soprattutto partire dai bisogni ci sembra una indicazione fondamentale per costruire nuovi processi e nuovi percorsi orientati alla integrazione sociosanitaria che sono peraltro presupposti della stessa soprattutto quando il sistema si impone necessariamente come sistema integrato in rete.

* Pino Frau, direttore socio-sanitario della ASL di Cagliari

Le consapevolezza e i coinvolgimenti

Questi due concetti, peraltro intrisi di problematiche sostanziali, sono da riferirsi principalmente ai soggetti e agli attori che partecipano nei processi di integrazione sociosanitaria: i soggetti istituzionali, gli operatori, le persone e le famiglie, , la rete parentale, la rete di prossimità (amici,vicini) la rete di volontariato.

Le consapevolezza richiamano necessariamente alla capacità che i soggetti hanno di dare “senso” e “significati” all’integrazione sociosanitaria. Al riguardo riteniamo utile, in un’ottica di coerenza con quanto sopra esplicitato, proporre la seguente “visione”. L’integrazione è un pensare olistico e progettuale *su la... e con la...* “persona” nella sua “unicità” e “unitarietà”: la persona è una e irripetibile con i propri bisogni, peraltro abbastanza complessi e necessita che il sistema salute si approcci ad essa tenendo particolare riguardo alla sua “globalità” intesa come benessere-salute. Perché il benessere divenga una qualità dell’ “essere”, la salute deve presentarsi come espressione dell’incontro tra le componenti della persona:la sua mente, il suo corpo e la sua vita di relazione e cioè tra i sistemi cognitivi della singola persona, le sue espressioni di vita corporea e le sue relazioni socio-ambientali. Infine le risposte dello stesso sistema salute ai suoi bisogni, in termini di offerta di interventi, per essere efficaci non possono prescindere dalla condivisione delle stesse con la “persona” e con la “famiglia”.

La storia e i tempi

Tra le consapevolezza acquisite nel tempo e quasi consacrate dalla storia del sistema socio sanitario una appare con prepotenza agli occhi di tutti. La eccessiva “sanitarizzazione” della società sia in termini di “visione” dei problemi riguardanti le persone, le famiglie e i microambienti che le circondano, sia in termini di approccio alla formulazione degli interventi per soddisfare i bisogni manifestati. Scarso è l’utilizzo, da parte degli operatori, dei processi di “decodifica della domanda” per l’identificazione del vero bisogno/i che la sottendono così che l’approccio negli anni si è limitato a quello più sviluppato nel sistema assistenziale : quello sanitario-medico. Così, storicamente, gli interventi “sanitari” risultano esuberanti, quelli “sociali” spesso insufficienti, quelli “socio-sanitari” stentano a decollare, mentre appare opportuno pensare in termini di “novità” soprattutto sul versante della semantica, che esprime sempre visioni, approcci, comportamenti, azioni, riformulando gli interventi in termini “socio-sanitari”, senza trattino – tra socio e sanitario. Si tratta di pensare che ci troviamo ormai di fronte a “nuovi bisogni” che afferiscono alla complessità della persona anziana, spesso con perdita della autosufficienza, persona con disabilità e altre persone così dette “fragili”, minori con disagio, persone con disagio mentale, persone con diverso grado di insufficienza mentale, etc. Questi nuovi bisogni non sono la risultanza di una sommatoria di bisogni sociali e bisogni sanitari per i quali spesso è difficile stabilirne la diverse graduazione e priorità in riferimento alla persona che li manifesta, ma si tratta di bisogni “socio-sanitari” dove questo termine è da intendere nella sua unicità, unitarietà proprio perché legato alla sua complessità.

La nuova visione

Una nuova “visione” ci appare allora un po’ più chiara per il futuro della integrazione se si comincia a vedere in una forma nuova il concetto e il senso stesso della integrazione sociosanitaria che, peraltro, è essenziale oltre che per ridurre la “sanitarizzazione” degli interventi, per accrescere la responsabilità ed il coinvolgimento sociale degli operatori e della persona interessata attraverso interventi personalizzati.

L’integrazione al di là di apparire come valore aggiunto rappresenta così un valore essenziale e irrinunciabile per la diffusione a livello territoriale di Livelli Essenziali di Assistenza già definiti come LEA Sociosanitari.

E’ fondamentale promuovere la “persona” nella sua unità che significa supportarne i processi di autodeterminazione e restituirle la libertà e la responsabilità delle proprie scelte, ricondurla nel suo “stato di diritto” anche quando affetta da menomazioni o minorazioni o quando in stato di squilibrio e sofferenza.

Soprattutto Il diritto di “cittadinanza” si impone in maniera forte in alcune persone “fragili” e “sofferenti” (sofferenti mentali, persone con disabilità, anziani non autosufficienti, minori in difficoltà) la cui fragilità è spesso oggetto di interventi “interessati” piuttosto che oggetto di attenzioni privilegiate per interventi di riguardo, promozione e tutela.

Ancora oggi, infatti, sulla persona/utente/paziente si giocano interessi economici e professionali che sostengono la frammentazione di analisi ed interventi, che scindono il benessere in aree di specializzazione, ma anche in ridondanze e sovrapposizioni e, perché no, in sprechi di risorse.

Inoltre, se l'integrazione sociosanitaria può nascere dalla necessità di diversi soggetti istituzionali di razionalizzare ed unificare le risorse, raccoglie senz'altro il desiderio degli operatori del settore di non sentirsi più parziali, in solitudine, spesso impotenti rispetto a bisogni della persona che non sono né semplici, né lineari, ma sempre più spesso complessi e fuggevoli, bisogni sui quali diviene necessario intervenire in termini di sistema interdisciplinare, coordinato e collaborante, anche in modo critico.

Non basta infatti la multiprofessionalità e la multidisciplinarietà, più punti di vista, più strategie, più idee, ma è essenziale che la sommatoria di questi diversi elementi ed entità sia accompagnata da una loro **integrazione** nell'azione per accogliere ed offrire soluzioni capaci di accompagnare e supportare la crescita di salute e benessere delle persone.

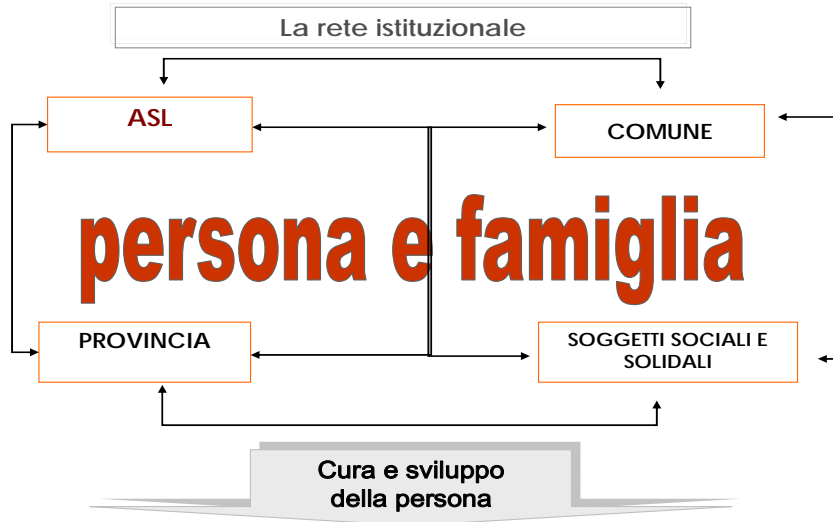
Ma l'integrazione sociosanitaria diviene solo il primo passo di un percorso che non può non incontrare e rendere partecipe altri mondi del sistema salute: il mondo della scuola, della formazione e della cultura, perché l'unità sia unità di mente, psiche, natura e cultura.

Le reti per l'integrazione

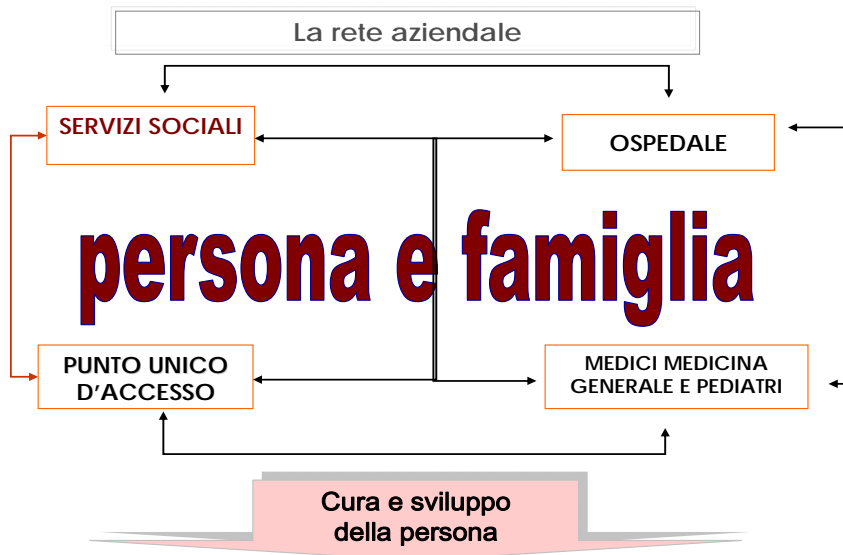
Le normative nazionali (*l. n. 328/2000 “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”*) e regionale (*l. n. 23/2005 “Sistema Integrato dei Servizi alla persona. Abrogazione della l. r. n. 4 del 1998”*) individuano in maniera chiara i soggetti istituzionali che partecipano alla costruzione del Sistema Integrato degli interventi e dei servizi alla persona: Comuni, Provincia, ASL, Soggetti sociali e solidali.

La rete naturalmente si costruisce ponendo al centro la persona e la famiglia e stringendo con le stesse un patto di solidarietà per la promozione della salute. Le interazioni trovano esplicitazione attraverso l'organizzazione in rete dei servizi e degli operatori afferenti ai diversi soggetti istituzionali secondo uno schema che può essere così rappresentato.

QUALI RETI per la "presa in carico"?



QUALI RETI per la "presa in carico"?



Come rendere effettiva questa integrazione socio-sanitaria?

Un primo passo consiste nel mettere a disposizione *idee e progettualità* diverse e comuni insieme con *risorse economiche* per realizzare queste progettualità compartecipate e creare poi *azioni e servizi* in cui operano professionisti dei diversi settori che insieme organizzano l'intervento alla persona.

Il processo dell'integrazione esige anche azioni di *formazione* per gli operatori in modo da sviluppare un linguaggio socio-sanitario comune attento all'unità della persona e dell'intervento.

Nelle ipotesi dell'ambito della Pianificazione Integrata (PLUS) si propone la definizione di una "entità" (agenzia) *socio-sanitaria* per la programmazione integrata locale e per la gestione integrata delle azioni .

Lo sviluppo di strategie per promuovere l'integrazione istituzionale, gestionale, professionale e comunitaria

Se l'integrazione sociosanitaria non ha ancora trovato attuazioni convincenti evidenziando le perduranti criticità e carenze di integrazione ai diversi livelli, obiettivo sarebbe avviare un percorso sistematico di superamento delle contraddizioni e delle carenze di risposta a fronte di bisogni estesi, che interessano l'intero corso di vita delle persone e delle famiglie, che comportano inoltre impegno di risorse e flussi economici considerevoli e crescenti.

Per livelli di integrazione si intendono gradi diversi di collaborazione e condizione di responsabilità a seconda che essi siano di natura istituzionale, gestionale, professionale, normativa e comunitaria.

Nel primo caso (*integrazione istituzionale*) i soggetti interessati a integrare responsabilità e risorse sono enti pubblici titolari di risorse finalizzate alla presa in carico integrata dei bisogni della popolazione, in particolare enti locali, aziende sanitarie, province, comunità montane, amministrazioni decentrate dello Stato, ecc..

Nel secondo caso (*integrazione gestionale*) i soggetti interessati sono i centri di erogazione dei servizi (pubblici e privati).

Nel terzo caso (*integrazione professionale*) sono coinvolte tutte le professioni operanti nel sistema sanitario, sociale, educativo, che quotidianamente affrontano i bisogni delle persone e delle famiglie.

A questo livello vanno qualificate le capacità di lavoro interprofessionale, a partire dalla valutazione multiprofessionale del bisogno.

Il livello normativo (*integrazione normativa*) è abbastanza noto nella sua differenziazione sia in termini di normativa di settore: sociale e sanitario abbastanza autonomi nel loro percorso evolutivo storico, sia in termini di livelli istituzionali: nazionale, regionale ed enti locali. I differenti percorsi normativi afferiscono alla sfera giuridica sul personale e sui ruoli dei diversi soggetti istituzionali, ma anche e soprattutto alla sfera della regolamentazione economica e gestionale che seguono percorsi antichi e sostanzialmente differenti comportando enormi difficoltà allo sviluppo dei processi di integrazione.

Per "*integrazione comunitaria*" si intendono le forme di collaborazione che interessano l'attività congiunta di professionisti e volontari, il coinvolgimento e la responsabilizzazione dei familiari nei processi di cura, la partecipazione del volontariato organizzato nei processi di servizio, ... cioè tutte le situazioni in cui la presa in carico dei problemi, oltre che professionale, è, a tutti gli effetti, anche, comunitaria e solidaristica, per una più efficace risposta ai problemi.

Nel D.Lgs. n. 229/1999 e nell'atto di indirizzo sull'integrazione sociosanitaria (DPCM 14 febbraio 2001) le prestazioni sociosanitarie vengono caratterizzate come processo assistenziale unitario. Il loro finanziamento è a carico delle ASL e dei comuni, con riferimento agli ambiti di collaborazione intercomunale previsti dall'art. 3, comma 2, del decreto legislativo 31 marzo 1998 n. 112, e della citata legge n. 328/2000, art. 8, comma 3, lettera a.

A tal fine, è auspicabile che vengano individuati criteri per la costituzione e gestione unitaria della quota di fondo sanitario e della quota di fondo sociale finalizzate all'integrazione sociosanitaria, da gestire su scala territoriale omogenea. Vanno anche definite le modalità di organizzazione dei livelli essenziali di assistenza sociosanitaria.

Lo strumento di programmazione per il governo strategico dell'integrazione sociosanitaria nella Regione Sardegna è il Piano locale unitario dei servizi alla persona (PLUS). Il citato atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione sociosanitaria indica i necessari elementi tecnico-professionali per qualificare l'integrazione (in particolare, art. 2 del DPCM 14 febbraio 2001).

I criteri qualificanti per l'integrazione dei processi professionali dei bisogni sociosanitari possono essere sintetizzati nella successiva scheda di processo .

Processo integrato di presa in carico professionale dei bisogni sanitari

Ai fini della determinazione della *natura del bisogno* si tiene conto degli aspetti inerenti a:

- a. funzioni psicofisiche,
- b. capacità, potenzialità e relative limitazioni della persona,
- c. modalità di partecipazione alla vita sociale (ostacoli e possibilità),
- d. fattori di contesto ambientale e familiare che incidono nella risposta al bisogno e nel suo superamento.

L'*intensità assistenziale* è articolata per *fasi temporali* che caratterizzano il progetto personalizzato, così definite:

- e. la fase intensiva, caratterizzata da un impegno riabilitativo specialistico e terapeutico, di elevata complessità e di durata definita, con modalità operative residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali e domiciliari;
- f. la fase estensiva, caratterizzata da una minore intensità terapeutica, tale comunque da richiedere una presa in carico specifica, a fronte di un programma assistenziale personalizzato;
- g. la fase di lungoassistenza, finalizzata a mantenere l'autonomia funzionale possibile a rallentare il suo deterioramento, a valorizzare le risorse presenti nonché a favorire la partecipazione alla vita sociale, della persona e della famiglia che si prende cura.

La *complessità dell'intervento* è determinata con riferimento alla composizione dei fattori produttivi impiegati e alla loro articolazione nel progetto personalizzato

Lo sviluppo normativo: il nuovo

Sulle considerazioni sopra esposte si basa la seguente riflessione che, lungi dal rappresentare una soluzione definitiva, si configura come possibile percorso per il decollo di un sistema sociosanitario integrato a partire dalla rivisitazione di alcuni fondamenti normativi soprattutto inerenti la sfera gestionale.

Per l'impostazione di nuovi fondamenti normativi sarebbe opportuno partire dalla semantica, che coinvolge gli schemi cognitivi, elidendo il trattino "-" che separa socio da sanitario e individuando un termine unico "sociosanitario" ad indicare un nuovo termine: sarebbe un buon inizio. Così si smetterebbe di pensare in termini socio-sanitari o socio sanitari, ma in maniera veramente integrata "sociosanitaria". Sul versante gestionale la semantica potrebbe aiutare la normativa evolvendosi da gestione "ASL-Comune" o "Comune-ASL" a gestione "Sociosanitaria Integrata". Sul versante politico-istituzionale la programmazione potrebbe evolvere da Pianificazione sociale (Piano dei Servizi Sociali) e Pianificazione sanitaria (Piano Sanitario) in *Pianificazione integrata sociosanitaria* (Piano Sociosanitario). Infine sul versante dei Livelli Essenziali di Assistenza, considerato che i LEA sociali stentano a decollare si potrebbero ampliare i concetti già avviati di LEA Sociosanitari Integrati.

Ma è sul versante gestionale che sarebbe opportuno proporre nuove formule organizzativo gestionale che superino le "gestioni associate" previste nei PLUS per passare alle "gestioni integrate" per arrivare alla "gestione integrata della rete" dei servizi alla persona superando la frammentazione dei servizi in un "sistema di servizi e interventi sociosanitari integrati". L'auspicio è che il sistema istituzionale evolva verso un terzo soggetto istituzionale autonomo che sia in grado gestire in maniera integrata i servizi alla persona attraverso una graduale evoluzione che passa per Accordi di programma, Sperimentazioni

gestionali per culminare in una possibile Azienda per i Servizi alla Persona dove far confluire gradualmente tutti i servizi sanitari e sociali che si occupano della persona “fragile”.

La rete dei servizi territoriali

Nel Distretto Sociosanitario, si rende sempre più necessario rimodulare gli schemi di offerta delle attività sanitarie e sociosanitarie, ciò in considerazione dei seguenti elementi:

- tendenzialità dell’assetto demografico della nostra popolazione verso la prevalenza di popolazione anziana;
- continuo affermarsi di patologie croniche soprattutto cronico-degenerative e invalidanti
- sempre maggior consapevolezza dei diritti alla salute globale sia da parte della persona/utente che da parte dei familiari con “esigenze” sempre più specifiche;
- promozione sempre più concreta del territorio come sede primaria delle cure per la persona e contestuale ridefinizione del ruolo dell’ospedale, come ambito di gestione degli eventi acuti e di alta specializzazione e complessità

Ciò soprattutto al fine di garantire la *continuità dell’assistenza* nei confronti delle persone anziane e/o non autosufficienti. Già il PSN 2003-2005 individuava il “*territorio quale primaria sede di assistenza e di governo dei percorsi sanitari e socio-sanitari*” lasciando all’ospedale il ruolo di “*assistenza extraterritoriale*”

Il PSN invita a realizzare un processo di riordino che garantisca:

- a. un elevato livello di integrazione tra i diversi servizi sanitari
- b. un elevato livello tra i servizi sanitari e quelli sociali
- c. la continuità tra cura e riabilitazione
- d. la realizzazione di percorsi assistenziali integrati
- e. intersettorialità degli interventi
- f. riequilibrio di risorse finanziarie e organizzative a favore del territorio rispetto all’ospedale

In quest’ottica il territorio intercetta il bisogno sanitario e si fa carico in maniera integrata delle necessità sanitarie e socio assistenziali dei cittadini.

Come può avvenire tutto questo?

Attraverso l’individuazione e la proposizione di nuovi percorsi relativi:

- a. *alla pianificazione* a vari livelli: si tratta di effettuare scelte strategiche regionali e aziendali che prevedano reale spostamento delle strategie incentrate sui Distretti sociosanitari
- b. *ai mutamenti culturali*: si tratta di ripensare le *modalità* delle cure nel territorio in un’ottica di servizi orientati alla persona e quindi *prendersi cura* della persona attraverso la “*presa in carico globale*”,
- c. *ai mutamenti organizzativi*: si tratta di attivare sistemi di *servizi territoriali integrati in rete* e di *sviluppare processi di negoziazione in rete*

La rete territoriale sociosanitaria

Il termine rete, nel suo significato metaforico, così come viene inteso nel contesto dei sistemi organizzativi, delle imprese e anche dei servizi sanitari, serve per esplicitare il sistema di *relazioni* e quindi il sistema delle *orizzontalità*. Nello specifico dei sistemi sociale e sociosanitario riassume i due concetti di relazioni e di orizzontalità: tra organizzazioni, istituzioni, gruppi e, in accezioni più estensive, anche tra singole persone

Così la rete, in campo sociosanitario svolge diverse funzioni:

1. *sostiene l'identità sociale*. nella rete ogni soggetto che vi partecipa si inserisce con una identità o comunque, è quello che gli altri gli restituiscono come informazione e conferma a livello di informazione ;
2. *fornisce feed-back*: nella rete il passaggio di informazioni senza intoppi favorisce le informazioni di ritorno utili per i comportamenti e le risposte organizzate ;
3. *mobilizza risorse*: la rete permette di far circolare risorse nel sistema in termini di soldi, spazi, idee, persone, tecnologie, e altro;
4. *trasmette informazioni*: l'informazione è un tipo di risorsa e quindi è implicita nelle finalità del punto 3., ma in questa accezione rappresenta anche una finalità specifica in quanto può rappresentare un obiettivo, una motivazione, una finalità per cui i soggetti entrano in rete .

Perché le reti nei servizi sanitari?

I servizi sociosanitari nello stare in rete assumono almeno due ordini di vantaggi:

- vantaggi di tipo *statico*: sviluppano infatti sinergie tra i diversi soggetti complementari e disponibilità e condivisione di informazioni prima non possedute;
- vantaggi di tipo *dinamico*: acquisiscono infatti innovazioni e di accedono a opportunità nuove concesse dalla rete

L'introduzione della struttura reticolare nel sistema sociosanitario rappresenta inoltre una esigenza di risposte all'emergere, in forme nuove e decisamente critiche, di problemi "organizzativi"

Dal punto di vista organizzativo le motivazioni forti sono:

- a. la complessità del "sistema ambiente" esterno alle organizzazioni sociosanitarie e del "sistema ambiente" interno delle stesse;
- b. incremento dei livelli di incertezza nel sistema sociosanitario dovuti a processi e momenti organizzativi nuovi legati a sviluppo di ruoli e interrelazioni avanzate, nuovi linguaggi e sistemi informativi sofisticati, scelte di razionalizzazione di servizi e risorse inoltre dovuti a crescente differenziazione e complessità della domanda nei servizi sociosanitari, maggior varietà di risposte disponibili
- c. necessità di un coordinamento organizzativo nella complessità dei "sistemi" sopra evidenziati

Le Aziende sanitarie, I Comuni, quindi , operano in contesti caratterizzati da crescenti livelli di complessità, innovazione e incertezza per cui deve essere esaltata la funzione di coordinamento del sistema e dei singoli centri di offerta dei servizi sociosanitari . E' essenziale allora individuare una *rete di servizi sociosanitari* in cui ciascuna struttura, servizio o funzione può attivare e quindi migliorare le potenzialità e le capacità *auto organizzative*, nonché le proprie *specializzazioni*. D'altra parte i servizi sociosanitari nel collocarsi e collegarsi in una rete di servizi trovano nella *specializzazione*, nel *coordinamento* e nella *integrazione* la loro stessa ragion d'essere.

Due sono gli ambiti distinti in cui si impone il paradigma delle reti nel sistema sociosanitario:

- a. a livello di singola istituzione: in quanto è stimolo di cambiamento organizzativo in termini di integrazione di funzioni e servizi interni;
- b. a livello più complessivo: in quanto è stimolo di integrazioni tra servizi/funzioni "esterni" alle singole aziende sanitarie e comuni

Il network dei servizi sociosanitari:

Il network diventa indispensabile nella ridefinizione delle logiche di funzionamento interne all'organizzazione sociosanitaria perché sono entrati in una fase di crisi senza ritorno :

- la vecchia visione dell'atto medico
- il rapporto medico-paziente
- la gestione separata per servizi/ reparti , per patologie
- la separazione dei momenti preventivi/screening da quelli assistenziali

E' ormai in avanzato decollo il concetto nuovo di "tutela della salute" e "promozione della salute": si è presa ormai "distanza" dal vecchio concetto di interventi, azioni e servizi sanitari in ottica di "sanità" sganciata dalla "salute".

E' in questa logica che la *promozione della salute* richiede interventi in un "sistema di rete network":

- *in senso territoriale*: ambulatori e studi medici, ospedali, strutture di riabilitazione, residenze socio assistenziali e sociosanitarie, attività di ricerca integrata;
- *in senso funzionale*: prevenzione, diagnosi, trattamento, riabilitazione

In particolare all'interno delle moderne organizzazioni sociosanitarie due elementi richiedono cambiamenti adattativi :

- *l'atto di cura-assistenza* ormai diventato più complesso trasformandosi in un vero e proprio processo produttivo fortemente dipendente dalla funzione organizzativa
- l'ottica della "centralità della persona" rispetto al processo produttivo (*atto medico*) richiede essa stessa i cambiamenti organizzativi

Questi cambiamenti devono prevedere adattamenti alla complessità, specializzazione professionale e tecnologica delle unità e cellule operative che intervengono nelle varie fasi del processo: l'adattamento della struttura organizzativa deve orientarsi alla integrazione, anche logistica, delle singole unità produttive.

Quale logica di rete all'interno delle organizzazioni sociosanitarie?

La logica che si attende di realizzare e verificare è rappresentata da un sistema in grado di attivare competenze diverse sul singolo paziente creando moduli interdisciplinari (cellule ed unità operative integrate) accorpate per aree omogenee di intervento (diagnosi, terapia, ricerca) e per tecnologie utilizzate. L'Azienda Sanitaria, Il Distretto sociosanitario, i Comuni, i soggetti accreditati, gli altri soggetti sociali, organizzati nella logica di rete si presentano come sistema organizzativo complesso in cui sono presenti professionalità , tecnologie e sottosistemi organizzativi che gestiscono processi complementari diversi all'interno di un unico ciclo erogativo .

Quale logica di rete nella esternalizzazione di attività sociosanitaria

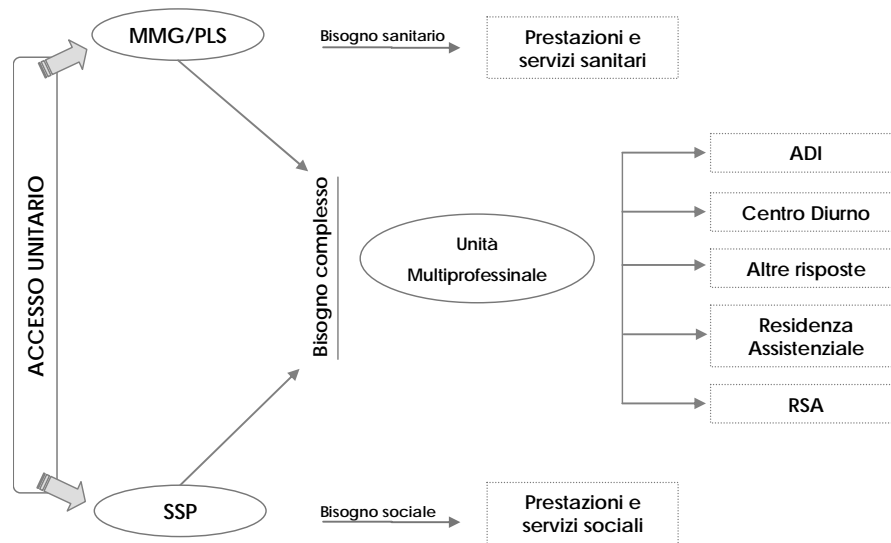
Anche nelle ipotesi di esternalizzazione di attività sociosanitaria la logica di rete si esplicita in una rete "governata" di soggetti formalmente autonomi, ma inseriti in un unico processo erogativo diffuso sul territorio, che ha un unico reale obiettivo: la tutela e la promozione della salute della persona.

La logica di rete anche in questi casi deve permettere di individuare in maniera più approfondita gli aspetti di convenienza economica e di integrazione funzionale ed inoltre di superare rigidità comportamentali ed ostacoli di ordine organizzativo/burocratico.

Una governance sociosanitaria

L'appropriatezza complessiva del sistema e quindi il sistema di governance nell'area sociosanitaria si deve fondare sulla reale attivazione della "presa in carico" della persona e di conseguenza sulla implementazione di modelli e di erogazione di servizi in rete e di prestazioni a partire dai bisogni delle persone. Un modello di riferimento per lo sviluppo della rete integrata dei servizi territoriali è rappresentato dalla istituzione della *porta unica di accesso* ai servizi secondo il seguente schema:

Fig. 1. Modello di sviluppo della rete integrata dei servizi territoriali su accesso unitario



L'accesso unitario alla rete dei servizi potrà funzionare in quanto i sistemi di rilevazione del bisogno, di progettazione dell'intervento personalizzato, di programmazione delle attività, di gestione delle responsabilità e di verifica dei risultati e dei costi sarà fondato, per l'area sociosanitaria, sullo stesso strumento utilizzato sia dai referenti del Sistema Sanitario sia dai referenti del Servizio Sociale Professionale.

Questo può essere realizzato attraverso la messa in rete dei soggetti e la strutturazione di un sistema che, a partire da dati comuni (dati anagrafici, riferimenti al medico curante, parenti di riferimento, servizi in essere), consenta ad ogni professionista di utilizzare alcune informazioni specifiche di settore che da sole gli consentono di assumere decisioni di intervento che non implicano integrazione (presa in carico di *bisogno semplice*). Ciascun soggetto, MMG o SSP, potrà altresì monitorare gli esiti delle proprie azioni e gestire gli utenti a bassa complessità senza alcun problema.

Quando però la situazione è *complessa* (per un aggravamento, per la gestione di una dimissione protetta, o altro ancora) interviene l'équipe multiprofessionale (UVT) che di fatto prevede, nella sua composizione, ancora la partecipazione del MMG e del SSP. Pertanto tale équipe non fa altro che "utilizzare" le informazioni già esistenti o preliminarmente fornite dal MMG e dal SSP alle quali si aggiungono le eventuali valutazioni specialistiche per decidere assieme (in équipe) un adeguato piano di intervento (scelta del servizio più idoneo, definendo anche un progetto di intervento di massima dal quale risultino i risultati attesi da assegnare al servizio prescelto) e i soggetti da attivare.

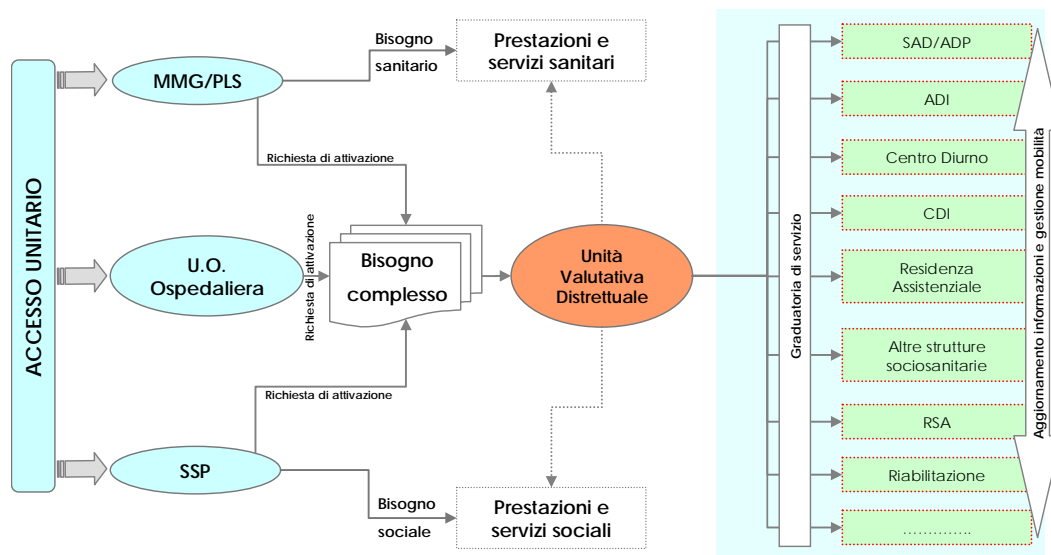
Nella scelta della rete dei servizi attivabili dovranno essere valutati due aspetti:

- l'aspetto legato alla *gestione operativa dei servizi* al momento disponibili. Va implementato infatti un sistema in grado di monitorare, da un lato, lo stato dei servizi (es. utenti gestiti e utenti gestibili per effetto degli accreditamenti dei vari soggetti ad erogazione diretta o contrattati) e, dall'altro, l'impiego delle giornate di cura da parte dei soggetti attuatori (ASL e Comuni – da cui anche le esigenze di corretta e puntuale mappatura dello stato dei servizi stessi: ADI, Strutture di riabilitazione, RSA, Hospice, Case Protette, Comunità Alloggio, ecc. e del loro aggiornamento in relazione agli sviluppi sul piano degli accreditamenti da implementare);
- l'altro aspetto è legato alla logica di *gestione della persona/utente*. Sotto questo profilo lo sforzo consiste nella puntuale rivisitazione dell'intero sistema dei servizi con l'emanazione di precise linee di indirizzo nazionali e regionali, ossia la puntuale definizione dei livelli di intensità assistenziale e

sanitaria delle persone/ utenti (definizioni di profili assistenziali) al fine di legare poi il riconoscimento anche economico non tanto ad eventuali posti letto di residenzialità o giornate di assistenza, ma all'intensità del servizio erogato per soddisfare uno specifico bisogno. Questo tipo di impostazione renderà un po' più flessibile il sistema dell'offerta che potrà essere riorganizzata in funzione della domanda espressa dalla analisi del bisogno effettuata in équipe multidisciplinare (UVT).

Il flusso logico semplificato di funzionamento nel modello può essere quello proposto dalla normativa regionale

Fig. 2. Modello di funzionamento



Lo schema, che per ragioni di rappresentazione semplifica il funzionamento reale, rende però complessivamente l'idea di come possa funzionare la gestione dei bisogni complessi e il ruolo del Punto Unico d'Accesso (PUA).

Il percorso per l'implementazione del sistema si deve basare su due prerequisiti definiti:

1. il requisito di **tipo organizzativo** - l'attivazione puntuale delle UVT in ogni PUA;
2. il requisito di **tipo strumentale** - l'apparato tecnologico (Server, PC, Sistema e software di base Personal Computer Client) collocati nelle sedi ove potranno operare le UVT e in tutte le sedi operative dove avere accesso al programma: Controllo di Gestione, Gestore del CED, ADI, Sedi Distrettuali, Amministratore di Sistema, ecc. e collegati ad un sistema centrale.

In conclusione il modello per l'attuazione della *governance* sociosanitaria del territorio tramite anche un sistema informatizzato potrà essere funzionale per l'attuazione degli stessi obiettivi nazionali e regionali di governo del territorio.

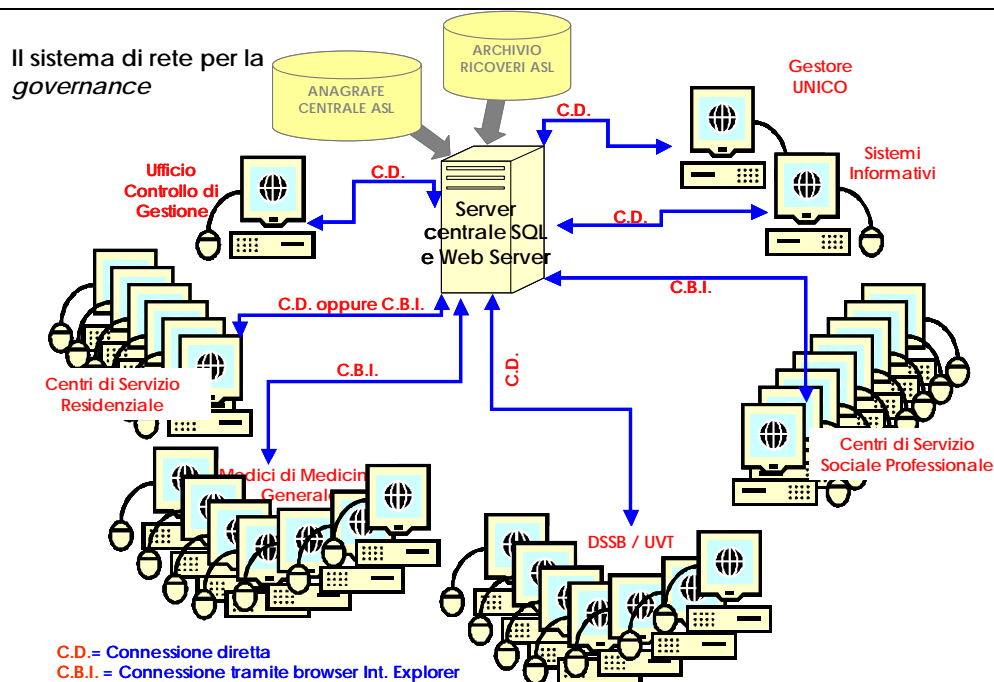
Al di là delle ipotetiche scelte sugli aspetti tecnici, il modello di *governance* del territorio, descritto nel grafico seguente, prevede una serie di aspetti che abbiamo visto essere fondamentali nel modello sperimentale. Di fatto esso:

- *si basa sulla presa in carico da parte del PUA* della gestione, per tutta la rete dei servizi distrettuali integrati, del database contenente le informazioni relative ai dati anagrafici, dei bisogni, delle valutazioni espresse, delle soluzioni prospettate, e dei piani di dettaglio di intervento per ciascuna persona/utente che acceda, nel tempo, alla rete dei servizi;

- *si basa sul collegamento del PUA con tutti i soggetti e gli attori del sistema* ancorché questo possa avvenire con gradualità e accompagnando il percorso di condivisione dei programmi territoriali. Si parte peraltro dall'assunto che venga accettata l'idea che una persona/ utente può avere attivi più servizi con più soggetti attuatori rispetto ai quali possono esistere rispettivamente uno o più soggetti erogatori (es. il Distretto che prende in carico gli aspetti sanitari e che si avvale in parte di propri dipendenti e della Cooperativa per l'erogazione; lo stesso può valere per il Comune) e che ogni soggetto erogatore "prenda in carico" la persona/utente con la disponibilità, in tempo reale, di tutta la sua storia valutativa e la storia dei servizi fruiti ed in corso.
- *si basa sul presupposto che ciascun attore raccolga nel sistema solo le informazioni* che assolvono ad alcune esigenze cogenti:
 - una efficace gestione dei percorsi di cura (definizione e verifica di esito degli interventi);
 - un efficiente ed integrato utilizzo delle risorse (verifica quali-quantitativa delle risorse impiegate);
 - la possibilità di monitorare nel tempo i costi dei percorsi di cura soggettivi e per classi/tipologie di utenti;
 - un efficace processo programmatorio;
 - l'assolvimento, senza ulteriori oneri, di debiti informativi nei confronti di terzi.

Di seguito lo schema per il sistema di network sociosanitario

Fig. 3. Il Sistema di rete per la governance



Il budget complessivo sociosanitario- il Piano preventivo delle attività sociosanitarie

Il Budget sociosanitario e il Piano Preventivo delle attività sociosanitarie nelle Aziende Sanitarie Locali possono rappresentare uno strumento di riqualificazione del sistema delle attività territoriali riguardanti l'area sociosanitaria che si fonda sulla necessità di rivedere gli investimenti economici, collegati all'area di interesse, rimodulando le allocazioni storiche delle risorse sui settori coinvolti : l'ADI, la

Riabilitazione, le RSA e i CDI. Tale rimodulazione potrà essere strettamente collegata con la rimodulazione dell'offerta fondata sulla rivisitazione della domanda e dei bisogni che la sottendono. Ciò comporterà naturalmente la giusta modulazione dell'intero universo di offerta sanitaria e socio-sanitaria a favore delle persone anziane e con disabilità : maggiore o minore offerta di interventi domiciliari integrati e/o di residenzialità e semiresidenzialità sociosanitaria specifica (RSA e CDI), maggiore o minore offerta di riabilitazione.