



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI ECONOMIA “GIORGIO FUÀ”

Corso di Laurea Magistrale in Management pubblico e dei Sistemi socio-sanitari

**GESTIONE PROATTIVA DELLA CRONICITÀ: IL
FISIOTERAPISTA DI COMUNITÀ' PER LA
SOSTENIBILITÀ' DEL SISTEMA SALUTE E DEI
BISOGNI ASSISTENZIALI DEL CITTADINO**

PROACTIVE CHRONICITY MANAGEMENT: THE COMMUNITY
PHYSIOTHERAPIST FOR THE SUSTAINABILITY OF THE
CITIZEN'S HEALTH SYSTEM AND CARE NEEDS

Relatore:

Prof. Massimo Magi

Tesi di Laurea di:

Venusia Albano

Anno Accademico 2018 – 2019

INDICE

<i>Introduzione</i>	4
---------------------------	---

I PARTE

CAPITOLO 1

<i>L'evoluzione del concetto di salute</i>	13
--	----

CAPITOLO 2

<i>Le cure primarie: genesi e sviluppo</i>	25
--	----

CAPITOLO 3

<i>Evoluzione demografica, mutamenti epidemiologici ed implicazioni di salute: la crisi del modello "ospedalocentrico"</i>	33
--	----

3.1 I fattori determinanti il bisogno di Assistenza Primaria.....	33
---	----

3.2 Differenze assistenziali tra le patologie acute e quelle croniche.....	39
--	----

3.3 Crisi del modello ospedaliero.....	45
--	----

CAPITOLO 4

<i>Forme di cura complesse, multidimensionali e collaborative: la risposta delle cure primarie ai nuovi bisogni assistenziali</i>	50
---	----

4.1 De-medicalizzazione della malattia: prevenzione, promozione della salute, empowerment del paziente.....	50
---	----

4.2 Continuità assistenziale ed organizzazione a rete.....	56
--	----

CAPITOLO 5

<i>Cure primarie e forme associative della Medicina Generale.....</i>	<i>65</i>
---	-----------

5.1 Le aggregazioni funzionali territoriali.....	66
--	----

5.2 Le unità complesse delle cure primarie.....	67
---	----

II PARTE

CAPITOLO 6

<i>La ricerca di riconoscimento della Medicina Riabilitativa.....</i>	<i>71</i>
---	-----------

6.1 L'area grigia della Medicina Riabilitativa.....	73
---	----

6.2 Razionalizzazione manageriale della spesa sanitaria: conseguenze per il campo riabilitativo.....	75
--	----

6.3 Considerazioni finali	80
---------------------------------	----

CAPITOLO 7

<i>Il fisioterapista di comunità per l'appropriatezza dei percorsi riabilitativi e per la sostenibilità del SSN.....</i>	<i>82</i>
--	-----------

7.1 Triage fisioterapico: valutazione del bisogno riabilitativo.....	87
--	----

7.2 Il fisioterapista di comunità nelle AFT e UCCP.....	93
<i>Conclusioni</i>	100
<i>Bibliografia</i>	107

INTRODUZIONE

La scelta del tema trattato nel presente lavoro nasce da un grande interesse verso la neuroriabilitazione. L'esperienza professionale come fisioterapista a contatto diretto con i pazienti affetti da malattie neurodegenerative mi ha portato a toccare con mano le molte problematiche che l'Assistenza Primaria si trova oggi a dover affrontare, sia sotto il profilo della razionalizzazione dei costi che dell'efficacia dei risultati di salute.

Il miglioramento delle condizioni sociosanitarie e l'aumento della sopravvivenza hanno portato progressivamente a una profonda modificazione degli scenari di cura in quanto, parallelamente all'invecchiamento della popolazione, si è avuto un progressivo incremento delle malattie ad andamento cronico, spesso presenti contemporaneamente nello stesso individuo. Il rischio di incorrere nella condizione di non autosufficienza e di contrarre patologie di tipo cronico degenerative aumenta sensibilmente con l'età, causando un bisogno sempre maggiore di cura ed assistenza, oltre che di progressiva dipendenza dai servizi socio-sanitari. Le affezioni che riguardano questa tipologia di pazienti sono, quindi, particolarmente complesse sia per la molteplicità dei bisogni che sottendono che per la loro mutabilità negli anni e richiedono uno sforzo assistenziale "oneroso" in quanto necessitano di continuità assistenziale per lunghi periodi e di una forte integrazione dei servizi sanitari con i servizi sociali.

L'irreversibilità delle condizioni patologiche orienta verso lo sviluppo di un sistema assistenziale capace di contrastare in modo efficace l'incremento progressivo della prevalenza di patologie croniche, agendo contemporaneamente sia sul fronte della promozione della salute che su quello della prevenzione, facendo sì che tali patologie vengano intese non solo come malattie da "curare", ma anche da "evitare". Nel trattamento delle patologie croniche, dunque, si dovrebbe assistere a un vero e proprio processo di de-medicalizzazione della malattia, dal momento che, conoscendo la storia naturale delle malattie ed i fattori di rischio ad esse correlati, le strategie di intervento iniziano quando non esiste ancora nessun danno biologico e sono prevalentemente legate all'educazione sanitaria e alla promozione della salute. Per quel che riguarda, invece, gli obiettivi di cura nei pazienti a cui è stata già diagnosticata una patologia cronica, 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 al fine di prevenire la progressione e la comparsa delle complicanze.

La transizione da uno scenario ad alta prevalenza di condizioni acute a uno ad alta prevalenza di condizioni croniche comporta, quindi, un profondo cambiamento di paradigma per la medicina e per l'organizzazione dei servizi in termini di percorsi assistenziali, modalità di lavoro, relazioni tra professioni e tra diversi settori. Paradossalmente, attraverso l'approccio per i pazienti acuti applicato alle patologie cro-

niche, i servizi sanitari sono in grado di intervenire in maniera efficace solo nelle fasi finali della malattia, quando il paziente necessita di ospedalizzazioni frequenti o di un trattamento in regime residenziale. Ma a questo punto il paziente ha ormai dilapidato il suo patrimonio di salute, la qualità della vita è scadente ed i costi assistenziali sono altissimi.

Il modello clinico di medicina oggi richiesto per rispondere alla complessità emergente del nuovo contesto socio-sanitario, prevede il superamento del modello prestazionale di assistenza, per introdurre un paradigma di cura integrata dove tutti i professionisti coinvolti garantiscono la continuità assistenziale che è condizione necessaria per il corretto trattamento delle malattie cronico-degenerative: occorre, cioè, iniziare a sviluppare un modello di assistenza capace di promuovere e mettere in campo politiche intersettoriali che mettano a sistema tutte le risorse formali e informali della comunità e del territorio, anche con quei servizi della società che agiscono sui determinanti non sanitari della salute.

In quest'ottica, l'ospedale va quindi concepito come uno snodo di alta specializzazione del sistema di cure per la cronicità, che deve interagire con l'Assistenza Primaria attraverso nuove formule organizzative che prevedano la creazione di reti multidisciplinari finalizzate a ridurre il "dropout" dalla rete assistenziale, causa frequente di riospedalizzazione a breve termine e di outcome negativi. Inoltre, per meglio garantire la continuità delle cure è fondamentale ampliare l'assistenza domiciliare: uno degli obiettivi dei sistemi di cura della

cronicità è, infatti, quello di mantenere il più possibile la persona malata al proprio domicilio e impedire o comunque ridurre il rischio di istituzionalizzazione, senza far ricadere sulla famiglia tutto il peso dell'assistenza al malato. Il setting assistenziale domiciliare è quello in cui è più agevole per l'equipe curante promuovere l'empowerment del paziente, al fine di migliorare la sua capacità di 'fare fronte' alla patologia e sviluppare le abilità di auto-cura: mentre la permanenza in ospedale o in una struttura residenziale può favorire la passività e la deresponsabilizzazione dei ricoverati, completamente affidati alle cure di "esperti", l'organizzazione domiciliare dell'assistenza contribuisce fortemente a conservare l'autodeterminazione della persona e l'autogestione dei propri bisogni, fondamentali per il buon esito delle cure.

Per rendere sostenibile la spesa sanitaria e soprattutto per convogliare le risorse disponibili verso l'appropriatezza delle prestazioni, si pone oggi, con forte enfasi, la necessità di riordinare la rete ospedaliera e di spostare il baricentro della politica sanitaria sui servizi territoriali e sulle cure primarie, affinché si possa superare la vecchia cultura ospedale-centrica, meno adatta ad una corretta gestione delle cronicità. Nell'ambito dell'assistenza territoriale e del potenziamento delle cure primarie, nel 2012 con la legge Balduzzi (D.L.189/2012) si è aperta una stagione di riforme per il Sistema Sanitario Nazionale incentrate sulla riorganizzazione delle Assistenza Primaria e sulla valorizzazione delle risorse esistenti sul territorio: per tale motivo il rinnovo delle modalità organizzative ha visto come protagonisti i

medici di Medicina Generale i quali rappresentano il collegamento sanitario tra la rete assistenziale territoriale e la realtà ospedaliera.

Alla luce di quanto esposto, il presente lavoro nasce dalla necessità di individuare nuove soluzioni organizzative atte a rispondere in modo efficace ai problemi legati alla cronicità.

La competenza dei fisioterapisti nell'educare e promuovere la salute fornisce una possibile risposta ai nuovi bisogni di salute, che va ad aggiungersi a quelle offerte dalle altre professionalità del team multidisciplinare dell'Assistenza Primaria. In virtù dell'importanza della figura del MMG nel rinnovo delle cure primarie, il seguente lavoro va a delineare le caratteristiche di una nuova figura professionale, quale quella del fisioterapista di comunità, integrandola nelle forme associative della Medicina Generale.

Introducendo il fisioterapista di comunità nelle AFT e UCCP si assisterebbe ad un nuovo modello proattivo di assistenza dove il professionista della riabilitazione, interfacciandosi con il MMG, con lo specialista e con le altre figure coinvolte nel processo di diagnosi, cura e riabilitazione, è chiamato ad offrire un significativo contributo nel perseguire gli obiettivi volti a promuovere ed a conservare la salute della popolazione. La funzione primaria del fisioterapista di comunità è di assicurare la continuità assistenziale sia in ambito domiciliare che in quello ambulatoriale, fornendo tutti i servizi riabilitativi di maggior richiesta e diventando

un punto di riferimento per la comunità anche per quanto attiene la prevenzione, la promozione della salute e l'accesso ai servizi riabilitativi che l'ASL e la comunità mettono a disposizione dei cittadini. Il vero valore aggiunto alla professionalità ed alla competenza del fisioterapista di comunità sta nel cercare di dar vita ad un'azione educativa destinata ad implementare le capacità di auto cura e, quando necessario, di adattamento dei pazienti e della famiglia alla malattia cronica e invalidante. La nuova figura avrebbe, inoltre, altre applicazioni: dalla prevenzione delle cadute al sostegno alla partecipazione alla vita sociale, all'individuazione di percorsi riabilitativi appropriati sino agli interventi sull'ambiente domestico o proposte di ausili per l'autonomia. La presenza del fisioterapista di comunità a supporto della Medicina Generale rappresenta un'opportunità per potenziare l'integrazione tra i servizi riabilitativi e l'Assistenza Primaria con la funzione di collegamento tra i servizi di riabilitazione già esistenti nel territorio e la rete assistenziale. Il fisioterapista andrebbe a delinearsi come una figura professionale inserita nella comunità, in grado di stabilire una relazione di fiducia con gli individui che la compongono e capace di far leva su quest'elemento per promuovere la salute e permettere agli individui di raggiungere il massimo grado di benessere possibile.

Tutto ciò porterebbe notevoli vantaggi legati alla riduzione delle ospedalizzazioni, alla riduzione delle liste di attesa, alla prontezza delle cure fisioterapiche e alla riduzione degli accessi a domicilio dei professionisti. Il fisioterapista di comunità

avrebbe, quindi, una ricaduta positiva sia per la salute dei cittadini che per la sostenibilità stessa del Ssn, entrambe legate ad una maggiore appropriatezza dei percorsi assistenziali.

Per ciò che concerne il concreto svilupparsi della tesi, la dissertazione si sviluppa in due parti: la prima, di natura prevalentemente teorica, ha lo scopo di ricostruire i quadri concettuali entro cui contestualizzare il fisioterapista di comunità, la seconda invece delinea le potenzialità di questa nuova figura professionale per capire se il fisioterapista può contribuire allo sviluppo delle Cure Primarie, non solo sotto il profilo economico legato alla riduzione dei costi sanitari, ma soprattutto sotto l'aspetto dei risultati di "cura" e di assistenza e, quindi, di risposte efficaci ai bisogni di salute emergenti, sviluppando la loro funzione in cure dell'accompagnamento.

Più nel dettaglio, nel primo capitolo sarà proposta una riflessione sull'evoluzione del concetto di salute fino ad arrivare alla definizione di "salute possibile"; nel capitolo seguente si propone un excursus storico sulla nascita e sviluppo delle Cure Primarie, partendo da quel documento che per primo ne ha delineato contenuti e finalità: la Dichiarazione di Alma Ata. Nel terzo capitolo si analizzano i fattori che determinano il bisogno di Assistenza Primaria, bisogno che si articola lungo un "continuum" che dalla transizione epidemiologica (insorgenza delle condizioni di non autosufficienza e cronicità) e demografica (aumento esponenziale della popolazione over 65 anni) arriva a quella di tipo socio-culturale (fisionomia della "famiglia"). Con il capitolo quarto si affronta un argomento centrale rispetto

all'oggetto del lavoro: verrà illustrato il modello di assistenza necessario per il corretto trattamento delle malattie cronico-degenerative, introducendo un paradigma di cura integrata dove tutti i professionisti coinvolti garantiscono la continuità assistenziale. Nel quinto ed ultimo capitolo della prima parte, prendendo come riferimento la riforma Balduzzi (D.L. 189/2012), verranno descritte le forme associative della medicina generale.

Il capitolo sesto apre la seconda parte del presente lavoro ed è dedicato alle motivazioni che hanno fatto sì che il campo della riabilitazione sia stato relegato ai margini dei cambiamenti riguardanti la riorganizzazione delle Cure Primarie. L'ultimo e settimo capitolo, invece, è la parte dedicata agli aspetti relativi al fisioterapista di comunità ed al suo rapporto con la figura del medico di famiglia all'interno delle AFT e UCCP.

Nelle riflessioni di sintesi presentate a conclusione della tesi si è voluto evidenziato, invece, la necessità di avviare dei progetti pilota che valutino sia l'esito dell'attività svolta dal fisioterapista di comunità che le risorse necessarie per avviare la sua implementazione nella rete delle Cure Primarie affinché possano avvalorare la loro importanza nella gestione della cronicità, ma anche per poter dimostrare i possibili vantaggi economici legati alla riduzione del numero di ospedalizzazioni. Si sono, inoltre, volute presentare delle riflessioni riguardanti la formazione necessaria affinché la figura professionale del fisioterapista possa aderire ad un progetto così ambizioso.

PRIMA PARTE

CAP.1 – L’EVOLUZIONE DEL CONCETTO DI SALUTE

Nella vita quotidiana usiamo la parola salute convinti che significhi e palesi un concetto chiaro ed estremamente facile da individuare e riconoscere.

In realtà, il concetto di salute porta con sé una difficoltà estrema ad essere sintetizzato in parole semplici e perfettamente comunicabili agli altri. Non è un caso che, sin dall’antica Grecia, l’identificazione del significato di tale termine abbia portato con sé notevoli quesiti etico-esistenziali che trovano forma ed oggetto nella filosofia. *(Codato, 2016)*

Fino al 1948 il concetto di salute era semplice, basato su un’affermazione negativa: “salute è assenza di malattie”. Tale concezione ha ridotto, di fatto, il nostro vivere ad un puro modello meccanico nel quale esistono delle falle che bisogna continuamente riparare. Si può affermare che il modello meccanico considera la salute come pura assenza di alterazioni organiche. *(Codato, 2016)* Con il termine della Seconda guerra mondiale, nel mondo esplose un immenso desiderio di pace, di libertà, di rapporti sereni tra le nazioni e tra i popoli che si concretizzò nell’istituzione delle Nazioni Unite (ONU). Da quel complesso di idee e di fermenti nacque anche un nuovo concetto di salute.

Nel Preambolo della Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)¹, infatti, emerse una nuova definizione pubblica e condivisa di salute che capovolgeva la prospettiva organicistica fino ad allora dominante per proporre una “in positivo”, che spostava l'accento su una definizione olistica: la salute come uno stato completo di benessere fisico, psichico e sociale, ma anche come diritto umano da garantire da parte dei costituendi Sistemi Sanitari Nazionali.

Riportando le parole dell'OMS:

“La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, non soltanto assenza di malattia o infermità. Il godimento del più alto standard di salute raggiungibile è uno dei diritti fondamentali di ogni essere umano senza distinzione di razze, religione, credo politico, condizione economica o sociale. La salute di tutti i popoli è fondamentale per il raggiungimento della pace e sicurezza e dipende dalla più ampia cooperazione degli individui e degli Stati. L'impegno di ogni Stato nella promozione e protezione della salute è utile a tutti. Lo sviluppo diseguale tra i Paesi nella promozione della salute e controllo delle

¹ L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), istituita nel 1948 con sede a Ginevra, è l'Agenzia delle Nazioni Unite specializzata per le questioni sanitarie. L'OMS è l'organismo di indirizzo e coordinamento in materia di salute all'interno del sistema delle Nazioni Unite. Tra le altre funzioni, è impegnata a fornire una guida sulle questioni sanitarie globali, indirizzare la ricerca sanitaria, stabilire norme e standard e formulare scelte di politica sanitaria basate sull'evidenza scientifica; inoltre, garantisce assistenza tecnica agli Stati Membri, monitora e valuta le tendenze in ambito sanitario, finanzia la ricerca medica e fornisce aiuti di emergenza in caso di calamità.

malattie, specialmente delle malattie trasmissibili, rappresenta un pericolo per tutti”.

La nuova concezione ha provocato un enorme impatto nel campo della cultura, delle scienze e delle politiche sanitarie. L’affermazione positiva della salute come benessere fisico, mentale e sociale della persona, rispetto al concetto negativo tradizionale, provocò un sovvertimento culturale e strutturale nel campo della Sanità pubblica, dove si presentava la necessità di dare nuove impostazioni ai servizi sanitari esistenti. La medicina tradizionale era, infatti, impegnata da secoli quasi esclusivamente nello studio e nella lotta contro le malattie per diagnosticarle, per curarle, per prevenirle e per prolungare la vita dei malati e si trovò impreparata di fronte alla nuova prospettiva di tutelare e promuovere la salute. La nuova concezione, inoltre, allargava decisamente l’area della salute umana dalla sfera del corpo a quella della mente e a quella delle relazioni sociali. L’identificazione delle relazioni sociali quali possibili cause di condizionamento della salute portò la necessità di pensare a un riorientamento dei servizi, per indirizzarli anche verso la tutela e la promozione della salute e non soltanto per la diagnosi, la cura e la prevenzione delle malattie. *(Paccagnella, 2005)*

È utile notare che, mentre nasceva l’ONU, nel 1946 in Italia veniva adottata la nuova Costituzione repubblicana che, nell’art. 32, affermava quanto segue:

La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.

La contemporaneità degli eventi, in aggiunta al fatto che l'Italia abbia aderito fin dall'inizio all'OMS, ha portato l'Italia a adottare non solo la nuova concezione di salute, ma anche a riconoscere la salute come un diritto umano e interesse della collettività.

Ritornando a percorrere le tappe evolutive del concetto di salute, nel 1974 ha avuto una forte influenza sul progresso delle conoscenze intorno alla nozione di salute, il programma politico del Governo del Canada presentato dal Ministro della Sanità Marc Lalonde². Il programma suscitò molto interesse perché aveva messo l'accento su una domanda che tutti si ponevano: "Che possiamo fare, come possiamo agire praticamente, concretamente, per migliorare la salute delle nostre popolazioni?". Il documento diede un contributo importante perché dimostrava che, intervenendo sull'ambiente, sugli stili di vita, sui diversi fattori biologici e sulle caratteristiche dei servizi che venivano resi disponibili alle popolazioni, si poteva raggiungere

² M. Lalonde, A New Perspective on the Health of Canadians, Ottawa, Health and Welfare Canada, 1974.

l'obiettivo generale di tutelare e promuovere la salute. Su quella strada si sono poi sviluppati gli studi intorno ai fattori considerati determinanti per la salute.

Un'ulteriore fase nell'evoluzione del concetto di salute fu fissata dalla Carta di Ottawa, prodotta alla fine della prima Conferenza internazionale sulla promozione della salute (1986)³.

La Carta di Ottawa rappresenta una delle tappe importanti perché fornisce una definizione più elaborata di promozione della salute:

"La promozione della salute è il processo che conferisce alle popolazioni i mezzi per assicurare un maggior controllo sul loro livello di salute e migliorarlo. Questo modo di procedere deriva da un concetto che definisce la salute come la misura in cui un gruppo o un individuo possono, da un lato, realizzare le proprie ambizioni e soddisfare i propri bisogni e dall'altro, evolversi con l'ambiente o adattarsi a questo. La salute è dunque percepita come risorsa della vita quotidiana e non come il fine della vita: è un concetto positivo che mette in valore le risorse sociali e individuali, come le capacità fisiche. Così, la promozione della salute non è legata soltanto al settore sanitario: supera gli stili di vita per mirare al benessere".

³ World Health Organization (WHO), Ottawa Charter for Health Promotion, 1st International Conference on Health Promotion, Ottawa, Ontario, Canada, 17-21 November 1986.

Secondo la Carta di Ottawa, quindi, la promozione della salute non è responsabilità esclusiva del settore sanitario, ma coinvolge anche i settori che influiscono sulla salute stessa. Prevede, cioè, l'intervento, la collaborazione e il coordinamento di settori diversi dalla sanità per realizzare iniziative in grado di migliorare lo stato di salute della popolazione.

Per rafforzare il concetto appena espresso, nella Carta di Ottawa troviamo scritto che:

Senza pace e giustizia sociale, senza cibo sufficiente e acqua, senza un'educazione e un'abitazione decente, senza che ognuno e tutti abbiano un ruolo da svolgere nella società e senza un reddito adeguato non ci può essere salute, né crescita reale, né sviluppo sociale.

La Carta di Ottawa, quindi, sostiene che per poter agire sui fattori che determinano la salute è di fondamentale importanza che esistano delle condizioni e delle risorse iniziali che possono essere definite "prerequisiti" della salute. Essi sono la pace, l'abitazione, l'istruzione, il cibo, un reddito, un ecosistema stabile, le risorse sostenibili, la giustizia sociale e l'equità. La presenza dei pre-requisiti della salute rappresenta un'ulteriore tappa nel perfezionamento del concetto di salute: si riconosce che la salute dipende da fattori che non sono riscontrabili all'interno del settore sanitario, liberandolo di fatto dal ruolo di esclusivo tutore e unico responsabile della salute. (Paccagnella, 2005) La strategia di sviluppo della salute

che emerge dalla Carta di Ottawa prevede, pertanto, il cambiamento delle condizioni sociali, ambientali ed economiche, la quale deve prevedere un approccio globale rispetto alle singole azioni affinché risulti più efficace. Per sostenere l'azione di promozione della salute, è inoltre essenziale la partecipazione attiva e cosciente della popolazione in modo che possa operare non come semplice "oggetto", ma quale "soggetto" corresponsabile e codeterminante di tutte le decisioni sociali che la coinvolgono. (*Paccagnella, 2005*) Secondo alcuni interpreti, tali considerazioni fanno sì che si possa parlare di un salto culturale, capace di far passare da una visione statico-olistica a una dinamica e socio-ecologica. (*Ingresso, 2018*)

Passando ad analizzare l'ultimo decennio, sono emerse critiche nei confronti della definizione di salute dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) in relazione al cambio di rischi e problematiche sanitarie avvenute negli ultimi decenni.

A tal proposito, l'articolo sul *British Medical Journal* pubblicato nel 2011 dal titolo "How should we define health?"⁴ sostiene che la definizione di salute dell'OMS non sia più adatta allo scopo, considerato il radicale cambiamento del quadro nosologico, caratterizzato dal dominio delle malattie croniche. (*Col, Koterle, 2012*)

⁴ Gli autori (Huber, M. et al.) riportano i concetti sviluppati nel corso dei lavori della Conferenza Internazionale "Invitational Conference 'Is health a state or an ability? Towards a dynamic concept of health.'" svoltasi a L'Aia (Olanda) il 10 e 11 dicembre 2009.

Nell'articolo sono tre le limitazioni rilevate riguardanti la definizione dell'OMS, limitazioni che sono il frutto di critiche che per la maggior parte riguardano l'assolutezza del termine "completo" in relazione al benessere:

- il primo punto di riflessione è rivolto ai requisiti richiesti per una salute completa che, in realtà, lascerebbero malati la maggior parte delle persone per la maggior parte del tempo. La definizione dell'OMS, quindi, contribuirebbe involontariamente alla medicalizzazione della società;
- la seconda riflessione riguarda le condizioni demografiche e la natura delle malattie, le quali negli anni sono notevolmente cambiate: nel 1948 le malattie acute rappresentavano il peso principale, in quanto quelle croniche portavano ad una morte precoce; attualmente, invece, il numero di persone affette da malattie croniche è in aumento in tutto il mondo ed invecchiare con tali malattie è diventato la norma, tanto che rappresentano la maggior parte della spesa del sistema sanitario, con conseguente pressione sulla sua sostenibilità. In questo contesto, la definizione dell'OMS diventa controproducente perché dichiara ammalate in modo definitivo le persone affette da malattie croniche e disabilità e, inoltre, minimizza la capacità umana di fronteggiare in modo autonomo le sfide fisiche, emotive e sociali e di percepire di stare bene pur in presenza di una malattia cronica o di una disabilità;
- l'ultima riflessione riguarda la modalità con cui rendere operativa la definizione. L'OMS ha sviluppato diversi sistemi per classificare le malattie e

descrivere gli aspetti della salute, della disabilità, del funzionamento e della qualità della vita. Eppure, a causa del riferimento ad una condizione assoluta, la definizione rimane impraticabile perché “assoluta” non è misurabile.

Tali considerazioni non hanno la finalità di andare a svalutare i meriti storici della definizione del 1948 che sono senz'altro molto rilevanti, soprattutto perché il “diritto alla salute” è stato il motore degli interventi di welfare e di organizzazione della sanità in molti paesi del mondo. (*Ingresso, 2018*) Come spiegato nell'articolo del BMJ, la definizione OMS rischierebbe, però, di penalizzare la popolazione anziana o i portatori di disabilità, che costituiscono una quota rilevante delle popolazioni attuali e future, che non sempre devono essere considerati malati cronici allorché riescono ad affrontare validamente la loro situazione. Proprio per queste ragioni, sul piano sociale si sta mettendo sempre di più l'accento sulla possibilità di mantenere un buon inserimento sociale, pur in condizioni non ottimali sul piano fisico, facendo sì che si aprano nuovi scenari per una riformulazione della definizione di salute.

Una nuova interpretazione della salute dovrebbe evidenziare le capacità personali di gestire varie problematiche, lasciando al professionista una funzione di affiancamento e facilitazione. In tal modo si avrà una visione non tanto globale o “positiva”, quanto “di funzionamento”. (*Ingresso, 2018*)

I due concetti principali che sono stati proposti per sostenere questa impostazione sono stati quelli di “resilienza” e di “salutogenesi”. Il primo, inteso come “capacità

degli individui di fronteggiare, mantenere e ripristinare la propria integrità, il proprio equilibrio e senso di benessere”⁵. Il secondo, coniato da Antonovski in studi condotti negli anni '70 e '80, fa riferimento ad un modello di salute che si concentra sui fattori che permettono ai soggetti di affrontare e superare al meglio le difficoltà, sostenendo un movimento a sostegno della “salute”. Secondo Antonovski, infatti, la salute non rappresenta uno stato di equilibrio, bensì il risultato di un'interazione dinamica tra fattori d'aggravio e fattori di protezione e deve essere ricreata e mantenuta attraverso le “risorse generali di resistenza”. Queste risorse rappresentano il potenziale a disposizione degli individui per affrontare in maniera costruttiva tensioni e difficoltà ed è descrivibile come una sorta di competenza di superamento che include risorse fisiche, personali, psichiche, interpersonali, socioculturali e materiali.

Pochi anni prima Ivan Illich, criticando l'orientamento passivizzante e tecnocratico della nuova medicina nella famosa opera *Nemesi Medica* (1976), aveva proposto una visione della salute molto vicina a quella di Antonovski.

Scrivendo Illich:

“La salute è la capacità di adattarsi a un ambiente che cambia, la capacità di crescere, di invecchiare, di guarire, in caso di necessità di soffrire e di aspettare

⁵ Conferenza sul concetto di Salute, Olanda, dic. 2009

la morte in pace. La salute tiene in considerazione il futuro, cioè suppone l'angoscia, e contemporaneamente le risorse interiori per vivere con l'angoscia e superarla”

A differenza di Illich tuttavia, la definizione di resilienza proposta dalla Conferenza del 2009 è parsa troppo schiacciata sulla dimensione personale e poco esplicita sul piano delle dimensioni sociali e delle garanzie di cura dei soggetti poco resilienti. Nonostante ciò, il merito della Conferenza del 2009 è quello di aver fatto nascere l'esigenza di chiarire se la salute possa essere considerata ancora uno stato o piuttosto una abilità, individuando un concetto più dinamico e meno statico rispetto a quello tradizionalmente riconosciuto dall'OMS: una definizione di salute meno rigida, orientata a modalità di “salute possibile”, in grado di confrontarsi con i concetti di adattabilità ed equilibrio, sottointesi dal termine “resilienza”. (Magi, 2018)

Per questa ragione altri autori hanno sviluppato definizioni più comprensive come quella formulata da Ingrosso nel 2015 e ripresa in pubblicazioni successive⁶.

Essa recita:

“La salute consiste nella capacità di mantenere il proprio equilibrio vitale, di affrontare gli eventi della vita, di adattarsi ai cambiamenti del proprio ambiente.

⁶ Ingrosso M. (2016). “La cura complessa e collaborativa”, Aracne.

La salute necessita di ambienti favorevoli alla vita umana, di adeguate relazioni sociali e di opportune forme di cura reciproca e organizzata. Le condizioni che permettono a un gruppo sociale e ai suoi membri di mantenere e sviluppare la salute costituiscono un bene comune da promuovere e tutelare”.

Questa definizione suggerisce una nuova interpretazione della salute, considerata come una visione sintetica di adeguatezza, adattamento e coerenza dei quattro circuiti organizzativi integrati (somatico, mentale, socio-culturale, eco-ambientale) sui quali si basano la vita singola e collettiva. Essa va quindi affrontata con una responsabilizzazione del soggetto nelle varie fasi della vita (cura di sé), ma soprattutto ha bisogno di condizioni collettive di tipo ambientale, di tipo sociale e di cura interpersonale e organizzata. (Ingrosso, 2018)

Il bisogno di pensare a un'altra idea di salute rappresenta un'opportunità per poter dare risposte più adeguate alle domande e ai bisogni emergenti dal quadro epidemiologico e demografico contemporaneo⁷. Una sua nuova definizione inciderebbe, infatti, non solo su modelli organizzativi e gestionali dei processi di cura, ma anche sul ruolo e funzione delle figure della cura. (Magi, 2018)

È proprio la salute intesa nella modalità di “salute possibile”, la stella polare che seguirò per orientare quanto segue nei prossimi capitoli.

⁷ L'argomento verrà approfondito nel capitolo 3

CAP.2 – LE CURE PRIMARIE: GENESI E SVILUPPO

Possiamo dare una definizione pratica e operativa delle Cure Primarie con le parole che Pringle, nel 1998, usa per definirne i “core values”: coordinamento, continuità (estensività), comprensività (presa in carico complessiva) e accessibilità; parole che definiscono i contorni di uno specifico approccio di cura definito, appunto, primario. (*Magi, 2018*)

In letteratura le cure primarie hanno riscontrato grande interesse, fin dai tempi in cui non era ancora comparsa nemmeno la definizione stessa dei livelli di assistenza: era infatti il 1920 quando nel Regno Unito fu pubblicato il “rapporto Dawson”, che teorizzò per la prima volta la nozione dei tre livelli di assistenza (primaria, secondaria e terziaria), ancora oggi alla base della ripartizione piramidale prevalente nei sistemi sanitari contemporanei. (*Curto, Garattini, 2014*)

Lo scopo di questo capitolo è quello di esaminare il contesto delle Cure Primarie partendo da quel documento che per primo ne ha delineato contenuti e finalità: la Dichiarazione di Alma Ata. Fu nel 1978, nell’ambito della I Conferenza Internazionale sulla Primary Health Care convocata dall’Organizzazione Mondiale della Sanità ad Alma Ata che si giunse, infatti, alla più accurata indicazione di cosa fosse l’assistenza sanitaria primaria e di quale potesse essere la sua collocazione nell’ambito della organizzazione sanitaria. (*Auxilia, 2003*). Alla fine dell’evento fu

prodotto il documento finale “Report of the International Conference on Primary Health Care”, ricco di raccomandazioni e contenente la storica “Declaration of Alma Ata on Primary Health Care”, documento che riafferma con forza la definizione di salute dell’OMS (1946) legandola ad aspetti come quello dello sviluppo di un’assistenza sanitaria onnicomprensiva e per tutti.

Dei punti chiave descritti nella Dichiarazione, quello relativo alla definizione del concetto stesso di Cure Primarie è tra i messaggi più incisivi e significativi:

“L’assistenza sanitaria di base è quell’assistenza essenziale fondata su dei metodi e delle tecnologie pratiche, scientificamente valide e socialmente accettabili, resa universalmente accessibile agli individui e alle famiglie nella collettività, attraverso la loro piena partecipazione a un costo che la collettività e i Paesi possono permettersi ad ogni stadio del loro sviluppo nello spirito di autoresponsabilità e di autodeterminazione. L’assistenza sanitaria di base fa parte integrante sia del Sistema sanitario nazionale, di cui è il perno ed il punto focale, sia dello sviluppo economico e sociale globale della collettività. È il primo livello con cui gli individui, le famiglie e la collettività entrano in contatto con il sistema sanitario, avvicinando il più possibile l’assistenza sanitaria ai luoghi dove le persone vivono e lavorano, e costituisce il primo elemento di un processo continuo di protezione sanitaria”.

Tale definizione rappresenta una svolta epocale per le Cure Primarie, sia in termini di modello assistenziale di riferimento che di indirizzo politico tanto che, ad oltre venti anni di distanza, alcuni concetti chiave conservano inalterata la loro attualità.

Relativamente al modello assistenziale, viene sostenuta la necessità del passaggio dal tradizionale modello bio-medico, basato sulla cura dei singoli episodi di malattia riconducibili a variabili biologiche (*Ardigò, 1997*) e su un approccio medico di tipo paternalistico (*Parsons 1996*), ad un modello biopsico-sociale, caratterizzato da una concezione multidimensionale della salute e da una partecipazione diretta dei pazienti nella gestione delle malattie. Un modello attraverso il quale si vuole favorire il contatto degli individui, della famiglia, della comunità con il Servizio Sanitario, portando l'assistenza sanitaria il più vicino possibile ai luoghi di vita e di lavoro e che sottintende un assetto al quale collaborano figure professionali diverse che devono condividere obiettivi e modalità di intervento. (*Auxilia, 2003*)

In merito all'indirizzo politico, vengono indicati una serie di valori guida per l'organizzazione dei servizi sanitari di base che richiamano l'attenzione sull'equità sociale nella salute, la centralità della persona nell'assistenza sanitaria, la continuità assistenziale, il principio di prossimità delle cure, la partecipazione delle comunità nelle decisioni per garantire servizi appropriati ed accettabili e la necessità di adottare tecnologie a costi accessibili in funzione di quelle che sono le proprie

condizioni economiche e le proprie caratteristiche sociali e culturali; ovvero in funzione delle risorse di cui dispone, ma anche della complessità dei problemi che si trova ad affrontare , nonché delle attese di chi dovrà rivolgersi a quello specifico livello di assistenza. (Auxilia, 2003)

Il nuovo approccio alla salute e all'assistenza primaria delineato ad Alma Ata segna un cambiamento di rotta per le politiche sanitarie globali e nazionali. La sua messa in pratica, infatti, necessita di un mutamento ideologico e di paradigma: si deve passare dalla sanità alla salute, dai determinanti biologici a quelli sociali, dalla cura alla promozione e alla prevenzione, dall'ospedale al territorio, dall'operatore sanitario al cittadino e alla comunità. (Pierucci, 2012)

Ritornando all'exkursus storico, negli anni successivi la Dichiarazione di Alma-Ata, il panorama economico-politico mondiale cambiò radicalmente: gli anni Ottanta infatti segnarono l'inizio dell'egemonia del pensiero neoliberista anche in campo sanitario. Nei paesi industrializzati, le raccomandazioni che provenivano da Alma Ata furono considerate poco rilevanti visto il contemporaneo sviluppo del settore ospedaliero, delle biotecnologie e dell'industria farmaceutica, con la conseguente minore attrazione della medicina generalista rispetto a quella specialistica ed il calo generale di attenzione morale verso i valori di giustizia sociale ed equità. (Pierami, 2015)

Non mancarono comunque tentativi per coinvolgere i medici nell'assistenza primaria. Il 2 giugno 1986 un medico finlandese, Hunnu Vuori, responsabile del settore ricerca e sviluppo dell'OMS, presentò al Congresso Wonca (l'Organizzazione Mondiale dei Medici di Famiglia) del 1986 le ragioni delle cure primarie:

“È diventato dolorosamente chiaro, particolarmente nei paesi in via di sviluppo, che è impossibile garantire il diritto alla salute a ogni cittadino, un principio affermato nella costituzione di molti paesi di nuova indipendenza, attraverso una medicina altamente tecnologica. Anche i paesi industrializzati si trovano di fronte ad una impasse. Nessun paese è ricco abbastanza per erogare a tutti i cittadini ogni cosa che la medicina moderna può offrire. È necessario trovare alternative che siano socialmente accettabili, costo-efficaci ed economicamente sostenibili. La soluzione a portata di mano è la PHC (Primary Health Care). Questa è l'unica strada per realizzare la giustizia sociale nei confronti delle malattie”.

Nella “Carta di Ottawa sulla Promozione della Salute” (1986), sulla base del concetto di Salute dell'OMS, la Promozione della Salute veniva definita come:

“quel processo che mette in grado le persone e le comunità di avere un maggior controllo sulla propria salute e di migliorarla”.

La Carta di Ottawa individuava, tra le aree prioritarie di azione, la riorganizzazione dei servizi sanitari ovvero era necessario:

“riorientare i servizi sanitari, al fine di creare sistemi centrati sui bisogni della popolazione e creare una reale partnership tra i servizi e con gli utenti, la persona diventa più importante della malattia e diventa co-artefice della sua cura/assistenza⁸”.

Il nuovo orientamento dei servizi sanitari si sintetizzava nello spostamento dal concetto di “malattia” a quello di “salute”: in tale ottica, le organizzazioni sanitarie dovevano passare dalla frammentarietà delle specializzazioni alla globalità dell’approccio, per garantire la continuità assistenziale tra le diverse componenti della comunità. (Pierami, 2015)

Dalla Conferenza di Alma Ata sono trascorsi più di quarant’anni, dal Congresso Wonca del 1986 sono passati più di tre decenni, eppure, le condizioni di salute nei vari Paesi del mondo non sembrano sostanzialmente migliorate, anzi, sulla base del World Health Report 2008 dell’Oms dal titolo “Primary health care. Now more than ever”, sono addirittura peggiorate per l’aumentare delle diseguaglianze nei risultati di salute, nell’accesso alle cure e nei costi dell’assistenza sia tra Paesi che entro i Paesi. Il Rapporto, presentato ad Almaty⁹ in occasione del trentennale della

⁸ 1° Conferenza Internazionale sulla promozione della salute. The Ottawa Charter for Health Promotion. 17-21 Novembre 1986, Ottawa, Ontario, Canada

⁹ Almaty è la città del Kazakistan precedentemente chiamata Alma-Ata

Conferenza del 1978, indica che molti sistemi sanitari nel mondo hanno erogato cure sanitarie in base al modello che concentra l'attenzione su alte tecnologie e cure specialistiche, ignorando quasi del tutto l'importanza della prevenzione e della promozione della salute. (Pierucci, 2012)

Nel "The World Health Report 2008" l'OMS definisce una strategia per ridurre le inequità e le inefficienze nei sistemi di assistenza sanitaria ed individua nel potenziamento dell'Assistenza Sanitaria Primaria la via verso il miglioramento delle condizioni di vita delle popolazioni del mondo. Viene sottolineato che un sistema basato sulle Cure primarie è in grado di riportare un bilanciamento nell'assistenza sanitaria, portando famiglie e comunità al centro del sistema sanitario e, ponendo l'accento sulla ownership locale, rende possibile la creazione di soluzioni create dalle comunità stesse, gestite e sostenute sulla base dei propri bisogni.

Nonostante le Cure Primarie siano state esaltate per il loro ruolo chiave, sono andate deluse molte delle aspettative per una loro definitiva valorizzazione. Alcuni studiosi¹⁰ attribuiscono gran parte delle ragioni di questo sostanziale fallimento alla tripartizione piramidale dei livelli di assistenza che, "presa a prestito" dal sistema educativo, di fatto mal si adatta alla realtà sanitaria, determinando un erroneo senso

¹⁰ Frenk J e collaboratori nella pubblicazione del 2009 dal titolo "Reinventing primary health care: the need for systems integration"

di semplicità e progressività, sia di problemi che di risorse, attorno al concetto di cure primarie. (Curto, Garattini, 2014)

Dopo tanti anni di oblio e di spostamento in avanti degli obiettivi contenuti nella Dichiarazione di Alma Ata nonché nella Carta di Ottawa, sta ritrovando vigore la volontà degli organismi internazionali di riportare l'attenzione dei policy maker nazionali sull'urgenza di riformare e di riorganizzare i propri sistemi sanitari sulla base dei valori dell'equità, della giustizia sociale e della solidarietà: la necessità di ripensare ad un'assistenza sanitaria equa, disponibile per tutti, efficiente e sostenibile. (Pierucci, 2012) Se il ruolo delle Cure Primarie non è ormai più in discussione, come conferma il rapporto di Almaty e le sempre più numerose e concordanti evidenze empiriche^{11 12}(Curto, Garattini, 2014), la questione che si apre riguarda il tipo di organizzazione necessaria per coniugare equità, efficienza, efficacia, qualità e appropriatezza a costi sostenibili.

A tal fine, nei prossimi capitoli si cercherà di dare una risposta alla questione, analizzando in primis i fattori che determinano il bisogno di Assistenza Primaria, per poi proseguire con il tema legato al riassetto delle Cure Primarie e al conseguente bisogno di riorganizzare la medicina generale e tutte le figure

¹¹ Atun, R. (2004). "What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services?"

¹² Starfield B, Shi L, Macinko J. (2005). "Contribution of primary care to health systems and health".

professionali che costituiscono il Sistema della “Primary Health Care”. Infine, si proseguirà con gli sviluppi determinati dagli atti normativi degli anni Novanta e successivi nell’ottica di offrire un quadro di riferimento dell’Assistenza Primaria in Italia.

CAP. 3 - EVOLUZIONE DEMOGRAFICA, MUTAMENTI EPIDEMIOLOGICI ED IMPLICAZIONI DI SALUTE: LA CRISI DEL MODELLO “OSPEDALOCENTRICO”

3.1 I FATTORI DETERMINANTI IL BISOGNO DI ASSISTENZA PRIMARIA

Prima di iniziare ad esaminare le iniziative assunte per lo sviluppo delle attività assistenziali territoriali, è necessario presentare i cambiamenti socio-demografici ed epidemiologici che determinano il bisogno di cure primarie. Le necessità sanitarie, infatti, sono strettamente connesse alle peculiarità di una popolazione e quindi l'analisi della sua evoluzione consente di capire quali bisogni sono cresciuti nei decenni e quali caratterizzeranno la popolazione nel prossimo futuro (*Pierucci, 2012*).

Come la maggior parte dei paesi occidentali, l'Italia ha vissuto nel corso dell'ultimo secolo una profonda transizione demografica, caratterizzata dalla parallela caduta dei tassi di mortalità e fecondità. Questi hanno prodotto un considerevole allungamento della speranza di vita, una persistente diminuzione del numero dei nati, il ribaltamento della piramide delle età ed un forte invecchiamento della popolazione. Se già nel 2005 la popolazione con 65 anni e più (19,5%) superava di

5 punti percentuali la popolazione fra 0 e 14 anni (14,1%), nel successivo decennio tale gap si è accentuato: nel 2015 le persone con 65 anni e più costituivano il 21,7% della popolazione e quelle fra 0 e 14 anni il 13,8%. In appena un decennio, l'indice di dipendenza degli anziani¹³ è passato dal 29,4 del 2005 al 33,7 del 2015 (+14,6%), mentre l'indice di vecchiaia¹⁴ è aumentato da 138,1 anziani ogni 100 giovani di 0-14 anni del 2005 al 157,7 del 2015 (+14,2%). La popolazione sta invecchiando e continuerà a farlo, come confermato dalle proiezioni Istat del 2019. Tali scenari prevedono che la quota di ultra65enni sul totale della popolazione potrebbe ulteriormente aumentare rispetto al livello del 2018 (pari al 23 per cento) tra 9 e 14 punti percentuali. Alla stessa data, la percentuale di popolazione di età 0-14 anni potrebbe mantenersi, nel migliore dei casi, attorno al livello attuale (13,5 per cento), ma anche scendere al 10,2 per cento nello scenario meno favorevole.

Relativamente al quadro epidemiologico, negli ultimi anni le patologie croniche, ovvero “le malattie di durata superiore ai tre mesi e non auto-limitanti” (*Hoffman, 1996*), sembrano iniziare a prevalere rispetto alle patologie acute su cui per lungo tempo si è strutturato l'intero sistema sanitario. Il rischio di incorrere nella condizione di non autosufficienza, di contrarre patologie di tipo cronico degenerative aumenta sensibilmente con l'età, causando un bisogno sempre

¹³ L'indice di dipendenza degli anziani è il rapporto tra popolazione di 65 anni e più e popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100.

¹⁴ L'indice di vecchiaia è il rapporto tra popolazione di 65 anni e più e popolazione di età 0-14 anni, moltiplicato per 100.

maggiore di cura ed assistenza oltre che di progressiva dipendenza dai servizi socio-sanitari. L'anziano-cronico, difatti, è costretto a cure continuative che lo portano ad avere un'interazione costante col sistema sanitario, sia in termini di visite mediche che di prestazioni diagnostiche e farmacologiche. Le affezioni che riguardano l'anziano sono, quindi, particolarmente complesse sia per la molteplicità dei bisogni che sottendono che per la loro mutabilità negli anni. Lo sforzo assistenziale richiesto per le patologie cronico-degenerative è "oneroso" per l'enorme necessità di risorse (economiche, fisiche, psicologiche e di tempo) da impiegare dovuta alle caratteristiche intrinseche che le contraddistinguono (*Pierucci, 2012*). Questa prospettiva ha senza dubbio effetti importanti sull'organizzazione sociale e sul sistema sanitario proprio perché, comportando un cambiamento della morbilità, si avrà un cambiamento della domanda sanitaria: tanto più è ampia la speranza di vita tanto maggiore è la probabilità del peggioramento delle condizioni di salute¹⁵ che, a sua volta, genera richiesta di prestazioni socio-sanitarie (*Pierucci, 2012*). In particolare, le patologie croniche comportano un bisogno assistenziale e un'attività clinica persistente nel tempo che spesso si traduce in frequenti e prolungati periodi di degenza ospedaliera e soprattutto nel ricorso ad una pluralità di operatori sanitari. Inoltre, la naturale tendenza a situazioni degenerative e di disabilità temporanea o

¹⁵ "Tra gli anziani di una certa età, i rischi di morte si stanno riducendo, ma l'incidenza delle disabilità o delle malattie croniche, a quella stessa età, potrebbero in futuro diminuire meno velocemente dei rischi di morte stessi. Se così avvenisse, ne deriverebbe la conseguenza che mentre la speranza di vita si allunga, cresce la proporzione di questa vissuta in salute non buona" (*Bacci, 1998*)

permanente implica la necessità di un intervento sociale particolarmente incisivo (*Albano, 2008*).

In proposito è utile sottolineare che, se oggi garantire un'assistenza dignitosa a quasi 14 milioni di ultra65enni sembra ancora possibile, è opportuno interrogarsi “se” e “come” saremo in grado di soddisfare la stessa domanda anche solo tra vent'anni, allorché gli anziani saranno saliti di altri 5 milioni. Ma soprattutto c'è da chiedersi quali strategie andranno avviate per garantire la tenuta degli equilibri di welfare, considerando il prevedibile accrescimento del numero dei “grandi vecchi”: oggi gli ultra90enni sono circa 800 mila e sono destinati ad aumentare di oltre mezzo milione nei prossimi vent'anni; inoltre, al loro interno, gli ultra centenari che sono attualmente 14 mila, dovrebbero superare le 50 mila unità (*Blangiardo, 2019*).

Nel nostro paese il carico dell'assistenza al paziente disabile, al malato cronico, all'anziano, è ancora prevalentemente sostenuto dalla rete “familistico-parentale”, retaggio di un regime di welfare cosiddetto “mediterraneo” (*Naldini, 2002*). Il tratto caratteristico di tale modello nei confronti della non autosufficienza è quello della delega del lavoro di cura alla famiglia e, da parte dello Stato, dell'erogazione di trasferimenti finanziari piuttosto che di servizi di cura ed assistenza.

In un simile sistema di welfare, dove gli aiuti finanziari sono sostanzialmente gli unici aiuti garantiti dallo Stato, la rete “familistico-parentale” assume un ruolo sempre più rilevante per l'assistenza del paziente geriatrico.

Difatti:

“... anche quando il trasferimento sia sufficiente per comprare tutti i servizi che si rendessero necessari, l’acquisto, il coordinamento ed il controllo dei vari servizi richiede un intervento significativo da parte delle famiglie degli anziani non autosufficienti” (Albertini, 2009)

Tuttavia, la trasformazione degli assetti sociali, in particolare della famiglia, rende complesso il lavoro di cura e di soddisfacimento dei bisogni che nascono all’interno di questa. Per effetto del calo di natalità, le dimensioni familiari si riducono notevolmente come si restringono le generazioni giovani ed adulte, in grado di perpetuare il sistema di sostegno parentale (Bargagli, Castiglioni, Della Zuanna, 2003). Inoltre, poiché l’allungamento della speranza di vita rende maggiori le probabilità di arrivare ad un’età importante, è plausibile che, in modo sempre più frequente, una persona anziana debba prendersi cura di un familiare già vecchio con effetti di non poco conto per il proprio stato di salute (Golini, 2003). Altro elemento da tener conto è che i compiti di cura vengono storicamente affidati ai soggetti femminili della famiglia, a cui spetta l’accudimento dei figli e la responsabilità della cura degli adulti/anziani con problemi di salute. Tale atteggiamento si traduce, tuttora, nell’affidare il ruolo di caregiver prevalentemente alle donne. In Italia, infatti, l’83% del tempo di assistenza/cura dell’anziano fragile, all’interno del sistema informale, è svolto da soggetti femminili, pur a fronte di una loro maggiore

partecipazione al mercato del lavoro (*Del Boca, Rosina 2009*). Un ulteriore aspetto fondamentale per il funzionamento del welfare familistico è la prossimità tra le generazioni: è la vicinanza territoriale o la convivenza che consente alla famiglia di soddisfare il bisogno della continuità dell'assistenza determinata dalla patologia disabilitante del familiare.

Questo particolare “welfare mix”, con cui si è affrontato nel nostro paese il processo di invecchiamento, presenta oggi problemi di sostenibilità non irrilevanti. L'assottigliarsi delle dimensioni familiari, la crescita dell'instabilità coniugale, l'incremento della mobilità geografica, che riduce la prossimità tra genitori e figli, stanno indebolendo la capacità assistenziale della rete parentale (*Pierucci, 2012*).

3.2 DIFFERENZE ASSISTENZIALI TRA LE PATOLOGIE ACUTE E QUELLE CRONICHE

Come illustrato nel precedente paragrafo, è in atto un processo di transizione epidemiologica e demografica. In questo paragrafo verranno analizzate le molteplici differenze esistenti tra le patologie acute e quelle croniche, differenze che hanno ricadute dal punto di vista sanitario.

Un primo elemento interessante da considerare è il tempo di esposizione del paziente al servizio sanitario e alle cure mediche. Nel caso di un ricovero ospedaliero, per esempio, i servizi sono a contatto diretto con i pazienti per una percentuale di tempo molto alta, che può arrivare ad essere prossima al 100% nei reparti ad alta

intensità di cura. Già nel caso di patologie acute che richiedono intensità di cura minore, il tempo di prossimità tra il sistema dei servizi sanitari ed il paziente si riduce drasticamente. Se il paziente, poi, non è in grado di seguire la terapia in maniera corretta, il successo terapeutico può essere raggiunto aumentando l'intensità delle cure ed il tempo di prossimità tra servizi e paziente, fino, all'ospedalizzazione. Il ricorso a livelli di cura sempre più intensi, però, risulta inutile se non addirittura dannoso nel caso delle patologie croniche: il contrasto delle patologie croniche non avviene in tempi limitati, come accade per il trattamento delle patologie acute, ma può arrivare a coincidere con l'arco dell'intera esistenza del soggetto. Per quanto riguarda i tempi di interazione tra paziente e servizio, dal momento che il contrasto alle malattie croniche deve essere protratto per tutta la vita, la centralità dei processi di cura sta nei pazienti e nelle loro reti di relazioni significative. Al contrario delle patologie acute, nelle patologie croniche se il paziente non è d'accordo con le strategie terapeutiche proposte, o non è in grado di eseguirle, è estremamente complesso controllare il decorso della malattia. Il conseguente aggravio delle condizioni biologiche richiederà l'intervento di un livello di intensità di cura maggiore, capace di controllare la riacutizzazione, ma senza sostanziali benefici in termini di controllo della condizione di cronicità. È per questo che i pazienti cronici non complianti vanno incontro ad una più rapida progressione di malattia e diventano più rapidamente forti consumatori di servizi ad alta intensità di cura. Nelle patologie croniche, infatti, il livello terziario, che rappresenta l'ultimo livello in termini di intensità,

rischia di divenire il principale erogatore delle cure, con un aumento della spesa sanitaria, una riduzione della qualità della vita dei pazienti e senza sostanziali benefici in termini di decorso della patologia. Un altro elemento da considerare è quello dell'autorità terapeutica e della partecipazione del paziente al processo terapeutico. Nel paradigma per acuti, il paziente è più facilmente in grado di correlare un evento del quotidiano alla malattia e riconoscere così di essere malato. Nel momento in cui il paziente si rivolge al sistema sanitario, ha compreso di aver bisogno di aiuto ed ha trasferito al sistema dei servizi l'autorità terapeutica necessaria a poter intraprendere il percorso di cura. Al contrario, nel contesto delle patologie croniche, questo processo non è scontato (*Dunbar-Jacob, Erlen, Schlenk, 2000*). Nel caso, per esempio, di un paziente con importanti fattori di rischio, benché la probabilità di sviluppare una patologia cronica sia concreta, questi può non percepire tali fattori come elementi significativi tali da spingerlo ad entrare in contatto con il servizio sanitario. Non necessariamente, infatti, una persona con un cattivo stile di vita è consapevole dei rischi a cui si espone; inoltre può considerare la qualità della sua vita soddisfacente e non percepire la necessità di cambiarla. La qualità della vita degli individui, infatti, è soggettiva e dipende dalle dimensioni simboliche e culturali che gli sono proprie, dai vissuti, dalle narrazioni (*illness*) e dalle dimensioni sociali della malattia (*sickness*), che possono o no coincidere con la patologia organica così come è descritta dalla medicina (*disease*).

Se la dimensione disease è spesso centrale nella patologia acuta, nel paziente con una condizione cronica e, ancor più, nella persona sana ma con fattori di rischio, illness e sickness sono preminenti. Pertanto, in un modello per acuti il paziente corre il rischio di essere intercettato dai servizi solo al momento dell'insorgenza di una sintomatologia.

Anche nel caso che, nell'incontro con i servizi, il paziente sia stato informato degli effetti sulla salute del suo stile di vita e dei comportamenti da seguire, oltre che di eventuali percorsi diagnostici e terapeutici necessari, l'aderenza alle prescrizioni dipende dalla volontà e dalla capacità del paziente di seguirle. In un sistema tarato sugli acuti, se il paziente non vuole o non è in grado di seguire le indicazioni comportamentali e/o il percorso diagnostico terapeutico, o non si presenta ai servizi, i servizi stessi non possiedono le funzioni e i professionisti deputati al contatto ed alla proattività con i pazienti. Date queste condizioni, esiste il rischio concreto che il successivo incontro con il paziente avvenga quando si realizzi un'ulteriore evoluzione della patologia. A questo punto, se i fattori che hanno fino a questo punto impedito la compliance del paziente non vengono rimossi, non ci sono garanzie che questi sia in grado o d'accordo nel seguire ulteriori prescrizioni. Il potenziale destino di questo paziente, dunque, è di sviluppare precocemente le complicanze della sua malattia, andando verso un progressivo deterioramento delle condizioni di salute.

Paradossalmente, attraverso l'approccio per acuti applicato alle patologie croniche i servizi sanitari sono in grado di intervenire in maniera efficace solo nelle fasi finali della malattia, quando il paziente necessita di ospedalizzazioni frequenti o di un trattamento in regime residenziale. Ma a questo punto il paziente ha ormai dilapidato il suo patrimonio di salute, la qualità della vita è scadente ed i costi assistenziali sono altissimi.

Anche dal punto di vista strettamente terapeutico inoltre, bisogna comprendere come la definizione della terapia cronica differisca sostanzialmente da quella acuta. Nelle patologie acute, i bisogni di salute dei pazienti sono prevalentemente legati alle dimensioni organiche e le dimensioni percettive e sociali della malattia sono rapidamente risolte alla risoluzione della patologia stessa. Anche nelle patologie croniche esiste una correlazione più evidente tra le condizioni organiche ed i fattori che le hanno generate e che rappresentano dei determinanti prossimali di salute. Questi fattori sono, però, strettamente correlati a dimensioni percettive e sociali, ovvero ai comportamenti e allo stile di vita del paziente. In aggiunta, in una prospettiva longitudinale, oltre ai determinanti "prossimali" di salute, quelli immediatamente implicati nella generazione della malattia, bisogna tenere in considerazione in determinati "strutturali" ovvero i fattori culturali, sociali, economici e politici che possono influenzare o vincolare i comportamenti degli individui, delle comunità e quindi essere causa dei determinanti prossimali e quindi della malattia. Nel para-

digma curativo vengono, però, generalmente considerati solo i fattori che possiedono una correlazione forte e diretta con un singolo o un ristretto gruppo di patologie, dal momento che è importante controllare direttamente le cause della patologia. In una prospettiva promotiva e preventiva una tale semplificazione appare riduttiva perché le condizioni potenzialmente capaci di generare malattia o influenzare negativamente il livello di salute delle persone e della comunità sono spesso aspecifiche e debolmente correlate a singole patologie.

Tali caratteristiche implicano, dunque, che un'adeguata gestione delle malattie croniche sia subordinata all'organizzazione e l'erogazione di servizi assistenziali secondo approcci sensibilmente differenti da quelli tradizionalmente impiegati nella cura e nella riabilitazione delle malattie acute, al contrario caratterizzate da elevata complessità ma da una durata del bisogno contenuta (*Albano, 2008*).

In definitiva, è possibile affermare che l'approccio e i comportamenti assistenziali propri delle patologie acute applicati alle cronicità rappresentano in sé un dispositivo per la produzione di ospedalizzazioni. In definitiva, è possibile affermare che l'approccio e i comportamenti assistenziali propri delle patologie acute applicati alle cronicità rappresentano in sé un dispositivo per l'incremento delle ospedalizzazioni (*Ardigò, Bontempo Scavo, Panajia, 2019*).

3.3 CRISI DEL MODELLO OSPEDALIERO

In presenza di condizioni economiche, culturali, sociali ed epidemiologiche del tutto rinnovate, si sta assistendo ad un sostanziale ripensamento delle logiche organizzative del sistema assistenziale che riconosce tra le principali direttrici di azione, il tentativo di “spostamento del baricentro dall’ospedale al territorio” (*Cavicchi, 2007*).

Obiettivo di questo paragrafo è proprio quello di delineare i tratti principali di questo cambiamento evidenziandone i principali determinanti e soprattutto le criticità che si accompagnano ad esso e che i sistemi sanitari si trovano a dover fronteggiare. In particolare, verranno evidenziate le principali implicazioni organizzative che tale passaggio comporta.

Uno dei temi che è da tempo al centro del dibattito sulla organizzazione dell’assistenza sanitaria nel nostro Paese è l’attuale ruolo dell’ospedale vissuto come luogo privilegiato di diagnosi e cura. L’evoluzione storica stessa di questo luogo di cura ne ha fatto un punto di riferimento imprescindibile, da luogo di accoglienza e di assistenza a sede e tempio della medicina ove si concentrano le migliori energie, le più affermate professionalità, il più ricco patrimonio di tecnologie. (*Auxilia, 2003*) Nel corso degli ultimi anni, tuttavia, sembra che il modello noto come “ospedalocentrico” sia in crisi, a causa delle evidenti debolezze del tradizionale modo di intendere ed organizzare il sistema della salute. (*Albano,*

2008) Il doloroso capitolo dei costi sanitari ha portato, infatti, i decisori politici a ridefinire il ruolo di tale struttura e ad orientarla verso la cura dell'acuzie e l'offerta di prestazioni diagnostico-terapeutiche ad elevata tecnologia ed impegno clinico (Guzzanti 2006; Gardini 2007). Se dal lato dei costi si ottiene risultati importanti grazie alla riduzione delle ospedalizzazioni improprie, dal lato del sostegno assistenziale si rischia, allo stato attuale, di creare un dilemma. Ed infatti, in riferimento al rinnovamento del proprio ruolo, l'ospedale tende ad evitare pazienti con necessità di cura a lungo termine e a bassa complessità clinica, ma sul versante delle alternative, l'Italia è ancora molto indietro: l'aver privilegiato la leva dei trasferimenti monetari ha indebolito lo sviluppo di servizi assistenziali specifici come l'assistenza domiciliare, i centri riabilitativi, le strutture di assistenza a medio e lungo termine, i centri diurni, e così via (Pierucci, 2012). Ciò che dobbiamo chiederci è se e fino a che punto, il modello di assistenza ospedaliera possa rispondere da solo a tutti i nostri bisogni di assistenza che, come evidenziato nel paragrafo precedente in riferimento a patologie croniche, non sono solo di tipo sanitario, cioè di cura, ma spesso, si muovono in un'area grigia che include anche il versante sociale e assistenziale in senso lato; in un contesto peraltro reso ulteriormente più complesso dalla evoluzione della famiglia tradizionale, punto di riferimento per l'anziano cronico e disabile, ed alle sue crescenti difficoltà a garantire forme di sicurezza, di assistenza e di cura (Albano, 2008). Non è solo,

quindi, un problema di costi e di sostenibilità del sistema sanitario, ma anche di corretta e appropriata localizzazione dell'attività assistenziale.

In particolare, Merlino nel 1994 nella sua riflessione in merito alla gestione del cosiddetto "anziano fragile" individua i motivi principali che rendono il setting ospedaliero non appropriato al trattamento delle patologie cronico degenerative e della disabilità.

Il primo motivo è di carattere sociale. Con il passaggio dal concetto di sanità a quello di salute, si è riconosciuta la natura multidimensionale del benessere che trascende gli aspetti meramente fisici e mentali per andare a considerare anche quelli propriamente di carattere sociale. L'assistenza necessita, quindi, di un'organizzazione coerente con le caratteristiche sociali del paziente e di un orientamento al miglioramento della qualità della vita. In questa prospettiva, l'ospedale difficilmente risulta il luogo più opportuno per il trattamento dell'anziano cronico caratterizzato da un bisogno assistenziale protratto nel tempo. La degenza ospedaliera rischia, infatti, di impattare negativamente sul mantenimento dell'inserimento nel proprio ambiente familiare, aumentando la probabilità di diffusione di situazioni di isolamento ed emarginazione. Con l'emergere di un approccio alla sanità maggiormente incentrato sul paziente e non più sull'istituzione erogatrice, maggiore attenzione viene invece attribuita alle forme di domiciliarizzazione dell'assistenza. Tali soluzioni sono sicuramente molto

più attente a mitigare l'impatto della malattia sulla qualità della vita, così come le forme di responsabilizzazione del paziente (empowerment) e la sua partecipazione attiva nella gestione della propria condizione di salute (self-care).

Il secondo motivo è di natura economica. Sebbene il XX secolo si sia contraddistinto per la naturale tendenza della medicina a spostarsi sempre più verso forme di cura specialistica, non sempre tale scelta corrisponde ad un evidente guadagno di efficacia, mentre corrisponde spesso ad un incremento dei costi unitari (*Longo, 1999*), dovuto essenzialmente all'eccessiva onerosità che implica la gestione di casi a bassa complessità, o dei casi di lungodegenza, a causa del ricorso alle costose tecnologie e risorse ospedaliere.

Al fine di garantire una maggiore razionalizzazione delle risorse, dunque, l'ospedale necessita di rispettare la propria mission. In presenza di un sistema che si estende dalla diagnosi al trattamento fino a comprendere la prevenzione e la riabilitazione, l'ospedale cessa di configurarsi come centro pressoché assoluto dell'assistenza per andare a concentrarsi su specifiche attività della catena del valore assistenziale.

Per poter superare il modello "ospedalocentrico", bisogna mettere in discussione la logica tradizionale, verticale, che associa al setting ospedaliero le attività di complessità intensivo-alte ed al territorio quelle medio-basse. È necessario riorganizzare il sistema dei servizi sanitari in modo innovativo, orizzontale, per

bisogni diversificati: l'ospedale ,in quanto fondato su una tecnologia sofisticata e un'elevata competenza professionale, deve mirare e risolvere quelle problematiche sanitarie che per la loro natura non possono essere gestite in altri ambiti quali le emergenze e le grandi acuzie cliniche non risolvibili in regimi alternativi, la formulazione diagnostica ad alta complessità o invasività, le terapie di particolare impegno, la media e la alta chirurgia e la fase intensiva delle terapie riabilitative (*Albano, 2008*). Tutte le altre attività che presentano un'"altra" complessità devono essere invece demandate all'insieme di strutture e servizi territoriali riconducibili alle cure primarie.

Dunque, l'ospedale per funzionare al meglio delle sue potenzialità, per svolgere la funzione alla quale è chiamato, ha bisogno che a monte e a valle del suo intervento esistano altri setting assistenziali che gli consentano di prendersi cura del paziente solo quando ciò è appropriato, ma anche di non trattenerlo oltre quando è cessato il proprio ambito di intervento, senza abbandonarlo a sé stesso o lasciarlo in carico alla sola famiglia. In sostanza l'ospedale ha bisogno più che mai di pensarsi collocato in una rete di servizi a disposizione del cittadino con la quale ha continui rapporti e non più come la cittadella isolata da un contesto (*Auxilia, 2003*).

**CAP.4 – FORME DI CURA COMPLESSE,
MULTIDIMENSIONALI E COLLABORATIVE: LA RISPOSTA
DELLE CURE PRIMARIE AI NUOVI BISOGNI
ASSISTENZIALI**

La transizione da uno scenario ad alta prevalenza di condizioni acute a uno ad alta prevalenza di condizioni croniche comporta un profondo cambiamento di paradigma per la medicina e per l'organizzazione dei servizi in termini di percorsi assistenziali, modalità di lavoro, relazioni tra professioni e tra diversi settori. Le ragioni di una così drastica trasformazione risiedono nella natura stessa delle patologie croniche e delle strategie per il loro contrasto.

**4.1- DE-MEDICALIZZAZIONE DELLA MALATTIA: PREVENZIONE,
PROMOZIONE ALLA SALUTE, EMPOWERMENT DEL PAZIENTE**

Una malattia si può definire cronica se è permanente, causata da alterazioni patologiche non reversibili e con conseguenze disabilitanti. Dal momento che le patologie croniche non possono essere guarite, in uno scenario demografico dove l'aspettativa di vita è alta, il loro trattamento è in grado di ritardare l'esito della patologia, ma non di ridare salute al paziente. In altre parole, il trattamento è in grado di aggiungere anni di vita, ma non anni di vita in salute. Il risultato è che il paziente può vivere una frazione considerevole della sua vita nella condizione di

malato, con un impatto negativo sia sulla qualità di vita, ma anche sulla sostenibilità dei sistemi sanitari. L'esito delle cure, quindi, non si può limitare solamente alla valutazione della sopravvivenza assicurata, ma deve aver a che fare con il tema della autonomia, della non-autosufficienza differibile nel tempo (Giorgi, 2018) e del contenimento della progressione verso condizioni più severe e invalidanti.

L'irreversibilità delle condizioni patologiche orienta verso lo sviluppo di un sistema assistenziale capace di contrastare in modo efficace l'incremento progressivo della prevalenza di patologie croniche, agendo contemporaneamente sia sul fronte della promozione della salute che su quello della prevenzione, facendo sì che tali patologie vengano intese non solo come malattie da "curare", ma anche da "evitare". Nel trattamento delle patologie croniche, dunque, si dovrebbe assistere a un vero e proprio processo di de-medicalizzazione della malattia, dal momento che nelle fasi precoci del percorso patogenetico non esiste ancora nessun danno biologico e le strategie di intervento sono prevalentemente legate all'educazione sanitaria¹⁶ e alla promozione della salute¹⁷.

¹⁶ L'educazione sanitaria mira all'aumento delle conoscenze di carattere preventivo e di salute circa la scelta di abitudini e stili di vita salutari attraverso messaggi chiari, corretti e non contraddittori.

¹⁷ La promozione della salute è un processo che investe non solo nelle azioni finalizzate al rafforzamento delle capacità e competenze individuali, ma anche l'azione volta a modificare le condizioni sociali, ambientali ed economiche che impattano sulla salute del singolo e della collettività.

Il contrasto alle patologie croniche, quindi, non va limitato alla fase clinica: nei pazienti giovani, in assenza di particolari condizioni predisponenti o di esposizione a specifici fattori di rischio, le attività di contrasto saranno principalmente incentrate su azioni di promozione della salute e di prevenzione primaria; al crescere dell'età saranno incrementate le azioni di prevenzione verso fattori specifici, così come le attività di prevenzione secondaria; con l'instaurarsi delle condizioni di cronicità, invece, le terapie assumeranno un valore di prevenzione terziaria, dal momento che saranno dirette al controllo della progressione della patologia, fino a gradi maggiori di severità, e soprattutto alla prevenzione dell'invalidità e della perdita di autonomia dei pazienti.

Il successo delle strategie di promozione, prevenzione e trattamento delle patologie croniche dipende, però, solo limitatamente dalle conoscenze biomediche, dal momento che queste si riferiscono al corpo ed alla patologia, ma non al significato che la malattia riveste per i soggetti (*Barr, Robinson, Marin-Link, 2003*): il significato che gli individui attribuiscono alla salute e alla malattia viene, infatti, costruito ed appreso all'interno della cultura di appartenenza (*Ingrosso 1994*) come pure le pratiche che si mettono in atto nei loro confronti (*Pierucci, 2012*).

In questa cornice di referenza è rilevante la disamina dell'"alfabetizzazione alla salute", traduzione italiana del più ampio concetto anglosassone "health literacy", usato per la prima volta negli anni Settanta (1974) da Scott K. Simonds in un paper

dal titolo: “Health education as social policy” (Pierucci, 2012). Che cosa si intende per alfabetizzazione alla salute?

Nel glossario della Health Promotion dell’OMS del 1998 si legge:

“L’health literacy indica le abilità cognitive e sociali che motivano gli individui e li rendono capaci di accedere, comprendere ed utilizzare le informazioni sanitarie in modo da promuovere la salute personale. L’health literacy implica il raggiungimento di un livello di conoscenze, capacità individuali e di fiducia in se stessi tali da spingere gli individui ad agire per migliorare la salute propria e collettiva, modificando lo stile e le condizioni di vita soggettive. Pertanto, l’health literacy non significa solo essere in grado di leggere opuscoli e prendere appuntamenti, ma è un’importante strategia di empowerment che può migliorare l’accesso delle persone all’informazione sulla salute e la loro capacità di usarla con efficacia.”

Una scarsa health literacy rappresenta, quindi, un notevole fattore di rischio per il benessere sociale e la salute delle persone: come sostenuto da Ilona Kickbusch e Daniela Maag (2007) possedere un adeguato livello di alfabetizzazione sanitaria rappresenta una condizione necessaria sia per orientarsi e prendere decisioni nel contesto sanitario sia per riuscire ad operare un maggior controllo sui fattori determinati la salute delle persone. Accanto alla necessità di lavorare per orientare e migliorare la health literacy, è necessario citare il tema del coinvolgimento attivo

della persona nel processo di cura. È noto, infatti, che strategie di empowerment¹⁸ sono in grado di sviluppare competenze di autogestione della malattia nonché migliorare sensibilmente la qualità della vita e il ricorso alle cure: i pazienti si trasformano da riceventi passivi di prestazioni sanitarie a primi e fondamentali operatori del lavoro di cura nei riguardi della propria salute. All'informazione del cittadino vengono dunque associati obiettivi riguardanti l'empowerment e lo sviluppo delle competenze/capacità necessarie per rendere le persone protagoniste del loro "benessere"; tali obiettivi sono indispensabili in termini di compliance perché permettono alle persone di avere le conoscenze ed i mezzi necessari a decidere consapevolmente rispetto a come utilizzare il proprio patrimonio di salute in funzione della qualità di vita desiderata.

Sicuramente gli avanzamenti tecnologici hanno facilitato e parzialmente indotto un cambio nei comportamenti del paziente orientandoli ad assumere un maggiore controllo e partecipazione attiva nel prendere decisioni con il professionista sanitario e facendo sì che non debbano "subire" le decisioni prese dallo stesso. I pazienti di oggi presentano, infatti, un fabbisogno informativo superiore rispetto a quelli del passato, relativo alle azioni necessarie da intraprendere per un corretto

¹⁸ L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce l'empowerment come "un processo attraverso il quale le persone acquisiscono maggiore controllo sulle decisioni e le azioni che riguardano la loro salute" (World Health Organization. (1998) "Health promotion glossary"). Gli autori Clark E.J. e Stovall E.L. identificano quattro tipi di competenze considerate essenziali per sviluppare comportamenti di empowerment di fronte alla malattia: 1) l'informazione sulle proprie abilità di fronte alla malattia; 2) le competenze di comunicazione; 3) le competenze di risoluzione dei problemi; 4) le competenze in materia di negoziazione.

stile di vita. (*Bellio, Buccoliero, Mazzola, Solinas, 2015*). Il paziente moderno utilizza le tecnologie dell'informazione e della comunicazione per ottenere informazioni sanitarie, relazionarsi con altri individui e condividere esperienze su diversi temi (non necessariamente solo di tipo medico). Si tratta di un'evoluzione culturale, oltre che evidentemente tecnologica (*Bellio, Buccoliero, Mazzola, Solinas, 2015*): un utilizzo sempre più intensivo di canali di comunicazione social conduce, infatti, alla determinazione di un profilo di paziente che utilizza questi strumenti per essere in contatto con altri pazienti che hanno vissuto o stanno vivendo le stesse esperienze. Studi mostrano che il 36% degli utilizzatori di social network considera le esperienze degli altri prima di prendere decisioni riguardanti la propria salute (*Bellio, Buccoliero, Mazzola, Solinas, 2015*). Si sviluppano così reti sociali online sul tema della salute, community dove le persone “aiutano” e “cercano aiuto” soprattutto in situazioni delicate o di imbarazzo legate ad un problema di salute. (*Bellio, Buccoliero, Mazzola, Solinas, 2015*). Si sta generando il cosiddetto fenomeno della salute 2.0, o anche “partecipativa”, in cui ogni paziente è chiamato ad assumere un ruolo “attivo” nel processo di cura e, in generale, nel sistema sanitario attraverso un'intensa comunicazione, lo scambio di opinioni con il professionista e con altri pazienti. Il paziente attiva così un processo di “skill building” per effetto di informazioni che reperisce attraverso diverse fonti (*Bellio, Buccoliero, Mazzola, Solinas, 2015*). Ne deriva dunque una migliore capacità di

discernimento del paziente tra le varie opzioni diagnostiche e terapeutiche disponibili.

In considerazione di quanto esposto, si può affermare che le conoscenze biomediche non siano in grado da sole di garantire la compliance dei pazienti ed il successo degli interventi sulle cronicità dipende dalla capacità di negoziare strategie di intervento che sappiano mediare tra le esigenze sanitarie e la qualità della vita percepita dai soggetti.

4.2 - CONTINUITA' ASSISTENZIALE ED ORGANIZZAZIONE A RETE

La ricerca di soluzioni e setting alternativi all'ospedale, in grado di garantire una maggiore appropriatezza dell'intervento assistenziale, tanto in una prospettiva economica quanto in una sociale, e più in generale di qualità assistenziale, hanno favorito lo spostamento dell'attenzione nei confronti del sistema di offerta territoriale, riconosciuto come luogo elettivo per la prevenzione, la gestione delle patologie croniche e la personalizzazione dell'assistenza (*Albano, 2008*). Si fa strada la consapevolezza della necessità di un ripensamento di fondo dell'organizzazione sanitaria, attuando un riorientamento capace di fare i conti con le tendenze sociologiche ed epidemiologiche di fondo della società contemporanea (*Ingrosso, 2016*).

Il modello clinico di medicina oggi richiesto per rispondere alla complessità emergente del nuovo contesto socio-sanitario, prevede il superamento del modello

prestazionale di assistenza, per introdurre un paradigma di cura integrata dove tutti i professionisti coinvolti garantiscono la continuità assistenziale che è condizione necessaria per il corretto trattamento delle malattie cronico-degenerative: si dovranno mettere in atto strategie di sviluppo e di integrazione organizzativa, sia a livello “orizzontale¹⁹”, con la creazione di team multiprofessionali, che “verticale²⁰” (*Fondazione Sicurezza in Sanità, 2013*). Occorre, cioè, iniziare a sviluppare un modello di assistenza capace di promuovere e mettere in campo politiche intersettoriali che mettano a sistema tutte le risorse formali e informali della comunità e del territorio (*Ardigò, Bontempo Scavo, Panajia, 2019*), anche con quei servizi della società che agiscono sui determinanti non sanitari della salute.

Dopo l’evento acuto, l’uscita dall’istituzionalizzazione comporta, infatti, la pianificazione di un percorso che possa garantire alla persona con cronicità le cure e l’assistenza adeguate ad evitare o rallentare la progressione della malattia e l’isolamento del malato rispetto alla propria quotidianità, tenuto conto del gradiente di complessità che la persona presenta. La necessità per il paziente di disporre di un riferimento sistematico è sostanziale per evitare le situazioni di smarrimento in cui si può incorrere nel tentativo di individuazione del servizio o della struttura più opportuna alla soddisfazione del bisogno emerso.

¹⁹ *Modelli a rete multiprofessionali*

²⁰ *Sistemi assistenziali integrati con l’ospedale.*

Vari studi dimostrano che, per i pazienti con alta complessità assistenziale, con elevato rischio di perdita dell'autosufficienza, di ricoveri ripetuti e di istituzionalizzazione, il coordinamento degli interventi, l'integrazione dei diversi apporti professionali e la garanzia della continuità assistenziale in tutte le fasi del progetto di cura può promuovere una migliore qualità delle cure e quindi un miglioramento della qualità della vita. *(Silvestro, 2009)*.

Nella gestione del percorso assistenziale, più che usare il termine "presa in carico", si dovrebbe preferire "riferimento" delle persone. Il processo di cura non deve essere inteso, infatti, solo come "agire", ma anche come processo di prossimità che accompagna le persone nei percorsi della loro vita con l'obiettivo di produrre più salute possibile, andando a sviluppare nuove competenze per fronteggiare, mantenere, ripristinare la loro integrità, il loro equilibrio, il loro benessere. Il processo di cura è sempre attivato all'interno di una relazione che diventa curante perché rappresenta il facilitatore delle azioni orientate a mantenere/ripristinare la salute. Il cittadino viene a trovarsi così sempre più protagonista di un percorso di cura, sempre più competente nel gestire le sue patologie, un cittadino che cerca di governare il percorso della sua vita, all'interno di relazioni curanti, all'interno di una garanzia di accompagnamento.

È importante, però, che nell'ottica di uno sviluppo della salute, il sistema curante preveda una presa in carico più "operativa" e "funzionale", con la definizione di

outcomes di salute che possano guidare il processo di salutogenesi, tenuto conto delle caratteristiche specifiche della persona e del suo contesto sociale, affinché si possa focalizzare l'attenzione sulla capacità del paziente di adattarsi, di autogestirsi di fronte alle sfide sociali e fisiche.

Questa nuova visione di presa in carico è importante soprattutto per evitare il doppio rischio burocratico della medicalizzazione costituito dalla:

1. de-responsabilizzazione del paziente, della famiglia, del caregiver, degli altri servizi sanitari e sociali interessati;
2. presa in carico “di carta”, dove l'importante è tenere una documentazione clinica orientata alla medicina difensiva (*Guidi, 2018*).

Il passaggio ad una assistenza più centrata su bisogni di salute che richiedono assistenza di lungo periodo, implica uno scenario di salute che metta al centro una nuova concezione della salute e della cura, nonché la valorizzazione e collaborazione delle risorse professionali e di quelle informali oggi disponibili, in una logica di “sviluppo dell'esistente” piuttosto che del “nuovo”.

Come già esposto, la continuità assistenziale è condizione necessaria per il corretto trattamento delle malattie cronico-degenerative. Per “continuum delle cure” si intende un complesso di interventi integrati e coordinati orientato al prendersi cura del benessere e della salute, capace di supportare in modo sufficiente e adeguato tutti i soggetti di una popolazione durante tutte le fasi della loro vita, sia favorendo

i processi di salutogenesi sia contrastando o contenendo quelli di patogenesi (*Ingrosso, 2016*). Al fine di risolvere i processi patogenetici, essi possono essere contrastati secondo varie combinazioni di risorse umane e organizzative, ossia con varia e opportuna intensità e sequenzialità, ma sempre contando sulla collaborazione del soggetto interessato e della sua rete di supporti. Proprio in virtù del coinvolgimento di diversi attori, lo scenario di salute a cui ci si deve orientare è denominabile “della cura collaborativa”, ossia di una cura capace di integrare tecnica e relazioni, risorse personali e risorse organizzate, professionalità sociali e professionalità sanitarie, centri specializzati e percorsi di cura, medicina tecnologica e pratiche complementari (*Ingrosso, 2016*). Si tratta di ragionare non più in termini di compartimenti chiusi (prevenzione, cure primarie, secondarie, ecc.), ma piuttosto di percorsi che attraversano, combinano, strutturano cure integrate e collaborative per il tempo e con le modalità necessarie (*Ingrosso, 2016*). Vanno superate, quindi, le organizzazioni gerarchiche e monodimensionali per approdare a luoghi di cura complessi, coordinati e integrati con un adeguato riconoscimento delle varie professionalità coinvolte (*Ingrosso, 2016*). Si tratta di pensare a procedure che tengano conto della multidimensionalità della cura e delle varie parti coinvolte, dove gli aspetti tecnici non vanno mai considerati a sé stanti, ma piuttosto connessi con quelli relazionali e di personalizzazione degli interventi (*Ingrosso, 2016*).

Dal punto di vista dell'organizzazione, si tratta di poter disporre di sufficienti strumenti per una gestione ordinaria di varie situazioni “quotidiane” a bassa e media gravità, ma altresì di poter di ricorrere velocemente ad interventi più strutturati di fronte ad aggravamenti e situazioni più difficili e multiproblematiche. (*Ingresso, 2016*). Il primo centro di cura va considerato, quindi, il domicilio del paziente collegato con opportune reti telematiche e territoriali ai servizi e ambienti di supporto: i servizi “di secondo livello” diventano, così, risorse di facilitazione e sostegno della rete di interventi primari. In una logica di continuità ospedale-territorio, dovranno essere messe a disposizione equipe di specialisti attrezzati per visite di urgenza e periodiche a domicilio. Il domicilio diventa, dunque, un luogo di cura a “lungo termine” che catalizza delle risorse professionali e non professionali intorno a progetti di Assistenza domiciliare integrata (*Ingresso, 2016*), attrezzato con opportuni ausili sanitari e con la possibilità di essere collegato attraverso reti di “telemedicina” e “teleassistenza”.

Oggi tali tecnologie presentano, infatti, un elevato potenziale per divenire efficienti ed efficaci strumenti di erogazione dell'assistenza sanitaria (*Wang, Liu, 2009*). Il Mobile Health²¹ comprende un ampio spettro di tecnologie (strumenti di monitoraggio, data collection software, applicazioni mobile, etc.) e presenta il vantaggio di ridurre la distanza tra pazienti e il mondo sanitario tramite l'offerta al

²¹ Il paradigma Mobile Health “mHealth” indica la fornitura di servizi di assistenza medica attraverso dispositivi di comunicazione mobile.

paziente di un accesso facilitato al servizio. Con riferimento alle applicazioni per smartphone, è possibile distinguerne diverse categorie: gli strumenti sviluppati a supporto dell'equipe territoriale come le applicazioni per il monitoraggio dei parametri clinici e quelle per comunicare con il personale sanitario, e le applicazioni sviluppate da terzi a supporto di una buona condotta nella gestione della propria salute (*Wang, Liu 2009*). Tramite i dispositivi mobile le rilevazioni dei parametri vitali del paziente possono essere effettuate e inviate in tempo reale all'operatore sanitario che può dunque a distanza monitorare i pazienti. Ne deriva inoltre una maggior rapidità nelle decisioni riguardanti il trattamento e le cure da sottoporre al paziente. Ciò è un beneficio non solo per il paziente, ma anche per il sistema sanitario che, grazie a minori casi di ospedalizzazione, consegue una sensibile riduzione di costi (*Wang, Liu, 2009*).

In definitiva non si tratta di pensare al domicilio come semplice luogo fisico, ma come riferimento attrezzato e connesso a varie tipologie di reti che forniscono informazioni, opportunità, risorse.

Possono fare riferimento al domicilio:

- le reti familiari;
- le reti informali e quelle associative (di self-help, di aiuto volontario, di associazionismo fra pazienti e familiari;

- le reti istituzionali costituite dai servizi socio-sanitari territoriali che offrono servizi anche a domicilio (*Ingresso, 2016*).

Ognuna delle reti che fanno capo al domicilio svolgono proprie funzioni e compiti specifici, ma esse possono chiamare in causa altre al fine di azioni congiunte o sinergiche (*Ingresso, 2016*). Si tratta di un complesso di risorse e riferimenti adattabile e attivabile sulla base di necessità, incaricato di contenere il più possibile le degenerazioni cronicizzanti.

Oggi i professionisti che operano nell'ambito della salute devono sempre più aprirsi a competenze collaborative e a logiche di connessione. Devono essere professionisti collaborativi orientati nelle loro attività a una "prassi di accompagnamento" e più relazionale utilizzando, tra gli altri, strumenti adeguati di sviluppo del coinvolgimento, della partecipazione e del self-management dei cittadini quali ad esempio l'empowerment e il family learning²² (*Vicarelli 2018*).

Abbiamo bisogno, quindi, di una cura complessa e collaborativa come tessuto e orientamento di un fondo di tutti i professionisti, operatori, curanti e curati, trovando poi forme opportune e contestuali perché tale orientamento possa utilmente esplicarsi (*Ingresso, 2016*). In questo scenario, la partecipazione personale e familiare è importante perché concretizza un investimento di risorse

²² Il family learning in campo socio-sanitario è un approccio terapeutico che ha come obiettivo la creazione di competenze a favore delle famiglie nella cura di pazienti con patologie croniche.

maggiore nella cura. Il settore delle cure primarie assumerebbe su di sé un carico maggiore, portando ad una diminuzione dei ricoveri ospedalieri (*Ingresso, 2016*). Si limiterebbero così gli aggravii di costi per ricoveri di non autosufficienti oggi diffusi, ma si potrebbe agire anche sul rilevante vuoto di cure presente. Si otterrebbe così effetti rilevanti sulla sostenibilità economica dell'intero "sistema di salute".

In definitiva, il recupero di sostenibilità sarebbe legato ad una migliore efficienza organizzativa, ad una più forte capacità e partecipazione dei cittadini, a forme di aggregazioni capaci di garantire servizi locali favorevoli al benessere, a relazioni di cura più coinvolgenti e soddisfacenti (*Ingresso, 2016*).

Nell'attuale situazione, però, vi è una mancanza di fondi per adeguati investimenti volti all'implementazione di un modello assistenziale in linea con quanto esposto, ma questo salto organizzativo è diventato urgente per la necessità delle cure primarie di essere sempre più proiettate nella gestione della salute, sviluppando quelle possibilità che la cronicità sembra aver ostacolato.

CAP. 5 –CURE PRIMARIE E FORME ASSOCIATIVE DELLA MEDICINA GENERALE

Negli ultimi anni si è assistito a numerosi tentativi di riorganizzazione del settore della Medicina Generale, volti a promuovere la sperimentazione di nuovi modelli di servizi territoriali. Le finalità di tale riorganizzazione sono state quella di migliorare il coordinamento dei servizi lungo tutto il percorso di presa in carico dei pazienti, di aumentare la qualità dell'assistenza e di contenerne i costi (*Pierami, 2015*). Sia negli strumenti di governo della Medicina Generale, quali gli Accordi Collettivi Nazionali (ACN) e Regionali (AIR), sia nei più generali provvedimenti nazionali, la spinta riformatrice si è concentrata verso lo sviluppo di forme organizzative professionali “integrate”, che possono intendersi sia come forme di coordinamento monoprofessionale tra i Medici di Medicina Generale (MMG), sia come coordinamento multiprofessionale, in primis tra MMG e infermieri, ma anche con altri professionisti sanitari, quali gli specialisti (*Pierami, 2015*).

Nell'ambito dell'assistenza territoriale e del potenziamento delle cure primarie, nel 2012 con la legge Balduzzi (D.L.189/2012) si sono istituite due nuove forme organizzative della Medicina Generale: le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e le Unità Complesse delle Cure Primarie (UCCP), entrambe già introdotte con l'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale del 2005.

Per legge, l'adesione da parte dei MMG all'assetto organizzativo (AFT e UCCP) è obbligatorio (art. 26 bis ACN 2009) e le regioni hanno l'impegno di prevederne lo sviluppo (Agnetti, 2015). Queste forme aggregative individuate sostituiscono tutte le diverse tipologie di forme associative funzionali o strutturali realizzate nel tempo nelle varie regioni (art. 54 ACN 2009).

5.1 - LE AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI

Le AFT sono forme organizzative monoprofessionali della Medicina Generale e comprendono un'area di pertinenza che non supera i 30.000 abitanti (art. 1, L. 189/2012 Balduzzi). Ogni AFT è costituita da MMG che svolgono sia attività di tipo fiduciaria che attività oraria nei riguardi dei cittadini che hanno esercitato la scelta di medici che fanno parte della stessa AFT. I medici che costituiscono la AFT sono funzionalmente connessi tra loro mediante una "rete clinica" che è una struttura informatico-telematica di collegamento tra le varie schede cliniche dei MMG delle AFT.

La finalità delle AFT è la realizzazione degli obiettivi di salute per i cittadini di riferimento, producendo quelle prestazioni che sono tipiche della Medicina Generale finalizzate al governo clinico territoriale. In questo modo, quindi, tramite le AFT si può realizzare una omogeneità nei comportamenti assistenziali alla popolazione assistita in quanto i medici componenti l'AFT condividono in forma strutturata obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità

assistenziale, audit e strumenti analoghi. Al fine di garantire i livelli assistenziali descritti all'art. 19 dell'ACN, i medici della AFT possono dotarsi di tecnologia diagnostica che garantisca interoperabilità con la rete clinica di AFT e che possa permettere, se necessarie, le attività di telemedicina quali telerefertazione, teleassistenza e teleconsulto.

I medici della AFT possono esercitare le attività in sedi individuali, in sede unica aggregata o in una o più sedi associate, ma ogni AFT deve disporre almeno di una sede di riferimento per l'assistenza rivolta a tutta l'utenza presa in carico dall'AFT.

5.2 – LE UNITA' COMPLESSE DELLE CURE PRIMARIE

Le UCCP sono forme organizzative multiprofessionali (art. 1, L. 189/2012 Balduzzi) che erogano prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei professionisti delle cure primarie e del sociale a rilevanza sanitaria, all'interno di strutture o presidi (*art. 5, comma2, Patto per la Salute 2014-2016*). La UCCP è di norma organizzata in sede unica, pur potendo prevedere sedi accessorie funzionalmente legate e opportunamente collegate con un'adeguata rete informatica.

L'UCCP ha il compito di facilitare e semplificare l'accesso della popolazione ai servizi territoriali, assicurando l'accoglienza e l'orientamento ai servizi sanitari, sociosanitari e assistenziali e garantendo l'equità di accesso nelle varie aree geografiche. Ma non solo, ha anche l'obiettivo di erogare alla popolazione le

prestazioni previste dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) per l'assistenza primaria in modo integrato e coordinato, di rispondere ai bisogni di base che non necessitano di ricorso all'ospedale e di svolgere attività di diagnostica di 1° livello.

La UCCP, inoltre, abbraccia i principi della sanità d'iniziativa, prevedendo un sistema di presa in carico proattiva e precoce dei malati cronici finalizzata al rallentamento dell'evoluzione clinica e alla riduzione delle complicanze, nonché l'implementazione di percorsi integrati fra ospedale e territorio al fine di garantire la continuità assistenziale. In linea con le proposte per contrastare l'aumento delle patologie croniche, la UCCP può rappresentare un luogo dove interventi di prevenzione e promozione alla salute.

Il team multiprofessionale prenderà in carico i cittadini per il loro bisogni assistenziali e sarà coordinato clinicamente dal MMG titolare della scelta del singolo paziente, garantendo la fruibilità dei percorsi ed i necessari raccordi con gli altri servizi aziendali. Il carattere multiprofessionale dell'UCCP è testimoniato dall'effettivo stretto collegamento tra le diverse professionalità presenti nell'UCCP, ma anche dall'integrazione ottenuta tramite relazioni e collegamenti con i professionisti ospedalieri, con quelli dei servizi distrettuali e con il terzo settore. Garantire la possibile presenza di medici specialisti è importante, non solo per assicurare la risposta ai bisogni all'interno dei percorsi individuali finalizzati alla

gestione della cronicità, ma anche per l'erogazione di consulenze specialistiche/diagnostiche per le urgenze di comunità.

La UCCP è, quindi, parte fondamentale ed essenziale della rete dei servizi aziendali delle Cure Primarie, permettendo una relazione diretta tra l'assistenza territoriale e gli altri nodi della rete assistenziali.

L'assetto organizzativo, le linee, le modalità e le caratteristiche in merito alla divisione del lavoro tra i professionisti che compongono l'UCCP vengono definite da disposizioni nazionali. Sono demandati, invece, alle regioni l'individuazione dei principi per definire gli standard relativi alle erogazioni delle prestazioni, la programmazione e la realizzazione delle UCCP con la specifica dei criteri attraverso cui le aziende devono individuare e concordare i programmi di attività nelle UCCP con la possibilità di definire i livelli di spesa programmati avvalendosi anche di forme di finanziamento a budget nei confronti delle UCCP.

SECONDA PARTE

CAP.6 – LA RICERCA DI RICONOSCIMENTO DELLA MEDICINA RIABILITATIVA

Nella prima parte del seguente lavoro si è voluto offrire un quadro teorico di riferimento da cui poter cogliere le principali questioni legate al rinnovamento dell'Assistenza Primaria italiana. Dopo aver delineato la cornice necessaria per la messa a fuoco dell'oggetto di indagine, mi sono posta la domanda su come la figura del fisioterapista potesse contribuire, integrandosi con gli altri professionisti, alla ristrutturazione delle Cure Primarie, non solo sotto il profilo economico della riduzione dei costi sanitari legati all'ospedalizzazione dei pazienti, ma soprattutto sotto l'aspetto dei risultati di "cura" e di assistenza e, quindi, di risposte efficaci ai bisogni di salute emergenti. Sicuramente, tutto ciò è possibile solo attraverso il superamento del modello gerarchico delle Cure Primarie in modo da favorire l'integrazione fra professionisti tipica delle cure dell'accompagnamento: a fronte della nuova complessità emergente legata alla cronicità data dal sovrapporsi di patologie diverse, di funzioni lese o compromesse o di problematiche socio-assistenziali, non può essere solo il singolo professionista a rispondere ai bisogni di salute, ma è necessario attivare diverse competenze specialistiche e professionali secondo la logica della "cura collaborativa".

Nonostante la stretta relazione con la Medicina Generale, il campo della riabilitazione e il suo ruolo in merito al rinnovamento dell'Assistenza Primaria e, più in particolare, della Medicina Generale, è scarsamente approfondito sia negli atti di programmazione che in letteratura: poco o nulla, infatti, viene detto a proposito delle relazioni interprofessionali tra i MMG e gli operatori della riabilitazione, malgrado i modelli di gestione della cronicità siano basati su un approccio integrato e al medico di famiglia spetti la responsabilità complessiva nei confronti del paziente in ordine alla diagnosi, terapia, prevenzione e riabilitazione (Wonca, 2002).

La riabilitazione è, come i farmaci, una possibile prestazione terapeutica: nel paziente cronico, infatti, la riabilitazione ha una funzione di mantenimento delle condizioni fisiche, con riattivazione metodica a fronte del loro decadimento, e permette di trovare strategie compensative per raggiungere il massimo potenziale di recupero dell'autonomia. La riabilitazione, quindi, può orientare l'assistenza verso una "salute possibile", guidando il paziente nell'adattare la propria vita in funzione delle proprie condizioni cliniche al fine di raggiungere un nuovo equilibrio che vada a sdoganare l'idea del paziente cronico come una persona "malata a vita".

La questione che si pone è: in seno al rinnovamento auspicato per i servizi territoriali ed alla posizione di regia attribuita alla Medicina Generale, come si possono collocare i professionisti della riabilitazione?

Come accennato precedentemente, la risposta a tale domanda non può avvalersi di conclusioni riconducibili a studi dedicati al tema, però si possono offrire spunti di riflessione su una realtà poco indagata, introducendo la figura del fisioterapista di comunità e analizzando il suo possibile ruolo nelle AFT e UCCP, in coerenza con la promozione di nuovi modelli sperimentali di servizi territoriali.

Prima di approfondire la figura professionale del fisioterapista di comunità, è bene indagare sulle motivazioni che hanno fatto sì che il campo della riabilitazione sia stato relegato ai margini dei cambiamenti riguardanti la riorganizzazione della medicina del territorio, nonostante i numerosi studi che ne confermano i benefici nella gestione della cronicità.

6.1 – L'AREA GRIGIA DELLA MEDICINA RIABILITATIVA

La riabilitazione, come fisioterapia, è genericamente intesa come moto, movimento attivo e/o passivo, molto più vicina alla rieducazione fisica e alle scienze motorie, che alla medicina e alle cure delle malattie, tanto da essere accreditata come esercizio fisico o cognitivo misurato in ore, e non in riferimento ai risultati o alla performance sanitaria. Per cui, di solito, non si distingue la medicina riabilitativa dalla riabilitazione sociale, la riabilitazione medica dalla riabilitazione non medica,

non si rilevavano e valutano gli esiti in termini di autonomia recuperata in tempi medio-brevi frutto del lavoro del fisioterapista. Di fatto, in sanità prevale un'idea di attività complementare della riabilitazione invece che di medicina (*Giorgi, 2018*). Questo significa considerare la riabilitazione solamente come un'attività, una tecnica di mantenimento della forma fisica o di riadattamento sociale e non, in primo luogo, un obiettivo di salute delle cure mediche.

Il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 12.01.2017 sui nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), ha messo insieme la medicina riabilitativa alla lungodegenza (art. 44) e le definisce e connota in modo molto simile alla riabilitazione sociale e residenziale (art. 30 "Assistenza sociosanitaria"). Il citato DPCM, mettendo insieme la riabilitazione con la lungodegenza, ha alimentato la nociva tradizione di mantenere la medicina riabilitativa in un'area grigia e indeterminata, non rapportata alle performance, cioè agli esiti attesi in funzione delle attività assicurabili.

Le medicine specialistiche riabilitative dovrebbero essere accreditate in quanto hanno un effettivo potenziale terapeutico e di recupero, e non di "lungodegenza" e dovrebbero rappresentare il posto di riferimento del paziente cronico complesso: a fronte del risultato sanitario atteso costituito dal possibile recupero dell'autonomia, spesso parziale e nel medio periodo, la misura della performance riabilitativa non può essere l'ora o le tre ore di "di ginnastica" giornaliere effettuate. Al contrario, la

misura dovrebbe essere l'evidenza del recupero di autonomia, o di minore non-autosufficienza ed il permanere del risultato nel tempo (*Giorgi, 2018*).

Misurare alla dimissione il livello di autonomia riacquistato e l'invalidità controllata, cioè l'adattamento e la diversa abilità acquisita, con l'intervento di medicina riabilitativa rispetto al momento di presa in cura specialistica, e verificarne la tenuta nel tempo (vedi re-ricoveri) sono le sfide per fare uscire la medicina riabilitativa, con i relativi setting di ricovero, ambulatoriale e domiciliare, dalle incertezze/contraddizioni valutative e regolatorie in cui è avvolta (*Giorgi, 2018*). L'esito dell'azione di prevenzione-cura-riabilitazione dovrebbe essere, quindi, oggetto di valutazione sistematica con i metodi dell'outcome research indispensabile per i processi di miglioramento dell'efficacia e della qualità dei servizi sanitari (*Giorgi, 2018*).

6.2 - RAZIONALIZZAZIONE MANAGERIALE DELLA SPESA SANITARIA: CONSEGUENZE PER IL CAMPO RIABILITATIVO

Negli ultimi anni si è assistito ad una razionalizzazione manageriale del Sistema Sanitario Nazionale attraverso forti accentramenti procedurali e organizzativi dei vari servizi. In questo contesto, gli aspetti riabilitativi sono stati visti come integrativi e strumentali rispetto al processo di ripristino funzionale delle condizioni cliniche del paziente: si è assistiti ad un calo delle dotazioni con conseguente carenze di attrezzature e sussidi, ma soprattutto una diminuzione di intensità dei

trattamenti e della durata dei percorsi riabilitativi, causate dalla ricerca di una standardizzazione e velocizzazione dei trattamenti (Ingresso, 2018). Tutto questo ha discapito dell'autonomia dell'operatore.

La centralità del paziente viene, quindi, spesso contrapposta alle direttive centralistiche e procedurali aziendali che vorrebbero esaltare l'efficienza, ma producono arretramenti in termini di efficacia e di relazionalità, ma non solo: la tendenza alla concentrazione dei servizi va a diluire i rapporti col territorio facendo sì che venga a mancare la continuità assistenziale a domicilio e creando difficoltà organizzative dovute, ad esempio, alla scarsa disponibilità di mezzi di trasporto aziendali per recarsi al domicilio del paziente (Ingresso, 2018). Per questa ragione, pare che una parte delle risposte ai bisogni dei pazienti si sposti altrove, in particolare verso centri privati.

A tal proposito, è possibile citare lo studio “*Monitoraggio dei Servizi sul Territorio- Fuori dall'Ospedale e dentro le mura domestiche*²³” condotto nel 2017. Il monitoraggio ha esplorato, in maniera unitaria, l'offerta dei servizi sanitari

²³ Sintesi della partecipazione al monitoraggio: 14 Regioni invitate alla compilazione di cui 10 hanno aderito al questionario regionale, 36 Aziende Sanitarie Locali (ASL), 82 Distretti sanitari, 14 UCCP, 1592 pazienti in cure domiciliari, 207 pazienti di cui oltre 100 appartenenti al Coordinamento Nazionale Associazioni Malati Cronici (CNAMC).

territoriali, compresi quelli legati all'Assistenza Domiciliare Integrata²⁴ (ADI) e ne ha fotografato il funzionamento.

Dallo studio sono emersi gli effetti della razionalizzazione dei servizi riabilitativi: il fisioterapista, infatti, risultata essere coinvolto nell'erogazione delle cure domiciliari solo nel 37.65% ed inoltre, tra le voci che evidenziano gli aspetti che i pazienti migliorerebbero dell'assistenza domiciliare, troviamo “*Aumento dei minuti dedicati alla fisioterapia*” e “*Tempi celeri per ricevere l'assistenza fisioterapica*”. Per l'attivazione del servizio fisioterapico, infatti, un cittadino su cinque ha atteso oltre 10 giorni e circa il 14% ha incontrato criticità nell'attivazione. Ma non solo, capita che l'accesso a strumenti indispensabili per la cura inerenti al campo riabilitativo, come ad esempio un sollevatore, un deambulatore o una carrozzina, veda una persona su tre attendere più di 30 giorni. Se la presenza del fisioterapista a domicilio è solo del 37,65%, la situazione non migliorare se si considerano le attività svolte nelle 14 UCCP monitorate: solo nel 43% sono presenti attività riconducibili al Nursing e riabilitazione, di cui non sono specificate quelle solamente di fisioterapia. La carenza dei servizi riabilitativi ha fatto sì che tra il

²⁴ *L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) consiste in un insieme di trattamenti tra i quali riabilitativi integrati con servizi socio-assistenziali (igiene personale, cura della persona, assistenza ai pasti). Il servizio di ADI viene erogato gratuitamente al domicilio del paziente, essendo finanziato dal Servizio Sanitario Nazionale. L'Assistenza Domiciliare Integrata, quindi, si rivolge unicamente a persone: 1) Non autosufficienti in modo totale o parziale, per un periodo di tempo più o meno lungo 2) Non in grado di deambulare o di essere trasportate presso i presidi sanitari ambulatoriali 3) Affiancate quotidianamente da un caregiver 4) In condizioni abitative idonee*

38,71% dei rispondenti che hanno affermato di aver dovuto rinunciare per motivi di carattere economico ad alcuni aspetti dell'assistenza, il 30,43% abbia rinunciato proprio della riabilitazione (Tab.1), mentre il 53,95% dei rispondenti ha dovuto integrare a proprie spese le prestazioni necessarie (Tab.2).

Tab.1 –Aspetti dell'assistenza cui il cittadino ha dovuto rinunciare per motivi di carattere economico

Riabilitazione	30,43%
Assistenza psicologica	17,39%
Acquisto di parafarmaci	52,17%
Esami strumentali/visite di controllo	43,48%
Farmaci di fascia C	21,74%
Cure odontoiatriche	43,48%
Assistenza protesica e integrativa	13,04%
Altro	4,35%

*Tab.2 -
Prestazioni/forniture
integrate a carico del
paziente*

	Mai	Occasionalmente	Spesso	Sempre
Farmaci	13,93%	42,57%	5,39%	18,11%
Integratori alimentari	24,52%	25,96%	22,12%	27,40%
Materiale sanitario	8,84	52,17%	27,04%	11,96%
Attrezzature medicali	30,30%	37,74%	21,21%	10,74%
Badante	19,91%	9,95%	14,35%	55,79%
Infermiere	61,97%	24,26%	8,52%	5,25%
Fisioterapista	46,06%	24,55%	14,55%	14,85%
Psicologo	75,24%	6,67%	4,76%	13,33%
Nutrizionista	81,04%	9,00%	3,32%	6,64%

Inoltre, il 30,43% ha dichiarato di integrare mensilmente la spesa per le attività fisioterapiche, facendola rientrare tra le voci di spesa ricorrenti (Tab.3)

	Spesso	Occasionalmente	Mai
Attrezzature medicali	17,24%	55,17%	27,59%
Farmaci	50,00%	47,37%	2,63%
Fisioterapista	30,43%	26,09%	43,48%
Infermiere	8,33%	45,83%	45,83%
Integratori alimentari	37,14%	31,43%	31,43%
Nutrizionista	24,00%	28,00%	48,00%
Presidi medicali	20,00%	60,00%	20,00%
Psicologo	6,25%	18,75%	75,00%
Altro	25,00%	41,67%	33,33%

Tab.3-
Prestazioni/forniture integrate mensilmente a carico del paziente

Nel campo della riabilitazione, quindi, si mischiano aspetti di riconoscimento che provengono dai pazienti e familiari, con elementi opposti di disconoscimento provenienti dalla dirigenza aziendale. Questo dualismo fa sì che il processo di definizione dell'identità professionale del fisioterapista sia avvertito come relativamente incompiuto, elemento rafforzato dalla poca autonomia dell'operatore: il fisioterapista, infatti, percepisce di non poter fruttare a fondo la specializzazione professionale, ma di essere dentro una sorta di catena di montaggio poco controllabile (*Ingresso, 2018*).

Inoltre, l'irrigidimento dei controlli dovuto alla richiesta di realizzare gli obiettivi aziendali, comporta un carico accentuato di adempimenti burocratici che è avvertito come eccessivo e che va a discapito del lavoro di riabilitazione. A ciò si aggiunge anche l'esigenza di documentare il lavoro per far fronte ad eventuali problematiche di responsabilità civile. Si opera, quindi, in un clima meno fiduciario e meno fluido, ma piuttosto governato da direttive (spesso impersonali), ansia di risultati formali e

documentabili, attenzione limitata alla pratica concreta e all'efficacia dei trattamenti (*Ingresso, 2018*).

La realtà appena descritta evidenzia come non venga compreso e valorizzato gran parte del lavoro dei fisioterapisti dato ai pazienti e alle famiglie e questo mancato riconoscimento si ripercuote anche nelle opinioni negli specialisti; coi MMG, invece, il rapporto è piuttosto buono e di stima grazie al lavoro svolto a livello domiciliare di cui il medico di base si avvale (*Ingresso, 2018*).

6.3 – CONSIDERAZIONI FINALI

In definitiva si può sostenere che sia necessario un marcato cambiamento culturale, metodologico e organizzativo per recuperare i rilevanti aspetti qualitativi perduti o a rischio nel settore riabilitativo (*Ingresso, 2018*). È inoltre evidente come la riorganizzazione aziendalistica, in particolare realizzata attraverso forti accentramenti procedurali e organizzativi, abbia aperto diversi problemi di qualità dell'intervento, di soddisfazione tanto dei pazienti quanto degli operatori, di efficacia degli interventi, spesso sostituita dall'adempimento delle formalità procedurali (*Ingresso, 2018*).

In risposta ai mutamenti dei bisogni dei cittadini e all'esigenza di riconsiderare le modalità di intervento riabilitativo, è nata la cosiddetta "Fisioterapia di comunità" nella quale la riorganizzazione delle attività di riabilitazione parte dalla centralità attribuita ai servizi territoriali. Grazie alla fisioterapia di comunità, anche il campo

riabilitativo potrà portare il suo apporto nell'ammodernamento del sistema sanitario ed alla sua sostenibilità, in linea con i principi che delineano il percorso per la continuità assistenziale del paziente cronico.

Nel prossimo capitolo, quindi, verrà approfondito il tema del fisioterapista di comunità ed il suo possibile ruolo all'interno delle AFT e UCCP.

CAP. 7 – IL FISIOTERAPISTA DI COMUNITA' PER L' APPROPRIATEZZA DEI PERCORSI RIABILITATIVI E PER LA SOSTENIBILITA' DEL SSN

Nel corso degli ultimi decenni, le trasformazioni della società ed il progressivo invecchiamento della popolazione hanno fatto emergere nuovi bisogni di salute dei cittadini, legati soprattutto all'aumento delle malattie croniche considerate come una nuova "macrocategoria nosologica" (*Bodenheimer, Wagner, Grumbach, 2002*). Il termine "cronico" individua la caratteristica del problema di salute nel suo persistere o nel suo ripresentarsi ripetutamente nel lungo periodo, riflettendo un concetto temporale e non, di per sé, un esito stabilizzato: esprime, pertanto, un bisogno di salute e di presa in carico prolungati nel tempo.

Il rapporto della salute globale, redatto nel 2010 dall'OMS e confermato nella 66° Assemblea Generale del 2013, identifica due strategie complessive di intervento per fronteggiare i nuovi problemi di salute della popolazione: il potenziamento della prevenzione delle malattie croniche mediante la promozione di stili di vita sani e l'assistenza integrata ai malati cronici, all'interno di un sistema di assistenza primaria. Il suggerimento offerto dall'OMS è, quindi, quello di prevedere una

riorganizzazione del sistema sanitario, andando a potenziare l'assistenza territoriale e domiciliare al fine di fronteggiare e rispondere concretamente ai nuovi problemi di salute dei cittadini.

Come evidenziato nel capitolo 4, la continuità assistenziale è condizione necessaria per il corretto trattamento delle malattie cronico-degenerative. La continuità delle cure, nella sua accezione più ampia, può essere definita come *"estensione non interrotta nel tempo degli obiettivi assistenziali attraverso una linearità di svolgimento degli interventi fra i diversi livelli e ambiti di erogazione delle cure e dell'assistenza"* (Brambilla, Nicoli, 2010).

In molti casi, nel settore della riabilitazione, l'applicazione del principio di continuità delle cure si traduce nella costruzione di percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) per specifiche patologie. Il problema è che nelle persone in condizioni di multimorbilità, cronicità e disabilità, lo sviluppo di questi percorsi non appare sufficiente e adeguato a rispondere ai bisogni delle persone: in condizioni di pluripatologia disabilitante va fatta un'ulteriore azione di integrazione ed armonizzazione dei vari PDTA, integrazione che andrebbe correttamente strutturata intorno alla problematica comune della limitazione del funzionamento o disabilità. È necessario, quindi, che alle persone in condizioni di cronicità e disabilità sia garantita la possibilità di accesso a tutti i setting riabilitativi in funzione della tipologia di bisogno nella specifica fase temporale del decorso

clinico e dello stato funzionale. Per poter affrontare le problematiche di salute in questo settore, è importante adottare un approccio che parta da proposte basate su una visione “centrata sulla persona” e non sulla malattia, e su una prospettiva che tenga conto dei molteplici fattori, personali ed ambientali, che interagendo fra loro, concorrono ad influenzare lo stato di salute nel corso del tempo (approccio biopsicosociale).

L’efficacia del sistema socio-sanitario di assicurare le risposte corrette è legata non solo allo sviluppo di modalità innovative di assistenza nel territorio, ma anche alla sua capacità di potenziare il ruolo dei cittadini nella gestione, in primis, della loro condizione di salute, e poi della loro condizione di malattia: è necessario un approccio assistenziale e un’organizzazione che consideri l’assistito e la sua famiglia come soggetti che devono essere sostenuti ed orientati nell’acquisizione delle competenze necessarie alla gestione e al controllo della malattia.

Cambia il quadro epidemiologico, cambiano i bisogni di salute dei cittadini e cambia di conseguenza anche il lavoro svolto dal fisioterapista.

Le consolidate modalità di intervento riabilitativo devono essere, infatti, riconsiderate per poter partecipare all’ammodernamento del sistema sanitario ed alla sua sostenibilità: la centralità dei servizi territoriali, con la loro declinazione nelle forme residenziale, ambulatoriale, domiciliare e comunitaria, dovrà

caratterizzare anche la riorganizzazione delle attività di riabilitazione (A.I.FI., 2019).

“Mantenere una visione ospedalocentrica dell’attività di riabilitazione, significa non cogliere le ricadute sul sistema dovuti dai profondi cambiamenti epidemiologici, sociali e scientifico-tecnologico che sono intervenuti negli ultimi anni. E ‘necessario che l’attività riabilitativa territoriale non sia considerata unicamente a supporto e “completamento” del programma riabilitativo già erogato nel setting ospedaliero. Questo riorientamento consentirà di rispondere alla prevalenza della domanda in riabilitazione, che proviene dalle condizioni di cronicità” (Tavarnelli,2019).

Il fisioterapista non deve essere più soltanto uno specialista della riabilitazione, ma anche uno degli attori protagonisti del rinnovo delle cure primarie: le risorse della riabilitazione, infatti, possono contribuire a garantire un approccio proattivo nei confronti dei malati cronico, soprattutto con interventi di prevenzione ed empowerment del paziente.

In coerenza con quanto sopra presentato, si dovrebbe procedere alla valorizzazione di modelli che formalizzino e sostengano nuove modalità di intervento nelle condizioni di cronicità prevedendo, ad esempio, la presenza del fisioterapista di comunità in collaborazione con i medici di famiglia delle Unità Complesse di Cure Primarie e delle Aggregazioni Funzionali Territoriali.

Con il Fisioterapista di comunità, si assisterebbe ad un nuovo modello di assistenza dove il professionista della riabilitazione, interfacciandosi con il MMG, con lo specialista e con le altre figure coinvolte nel processo di diagnosi, cura e riabilitazione, lavorerebbe sia alla prevenzione che al miglioramento della gestione delle malattie croniche-degenerative in ogni loro stadio.

La nuova figura avrebbe molteplici applicazioni, dalla prevenzione delle cadute alla promozione di corretti stili di vita e sostegno alla partecipazione alla vita sociale, all'individuazione di percorsi riabilitativi appropriati sino agli interventi sull'ambiente domestico o proposte di ausili per l'autonomia. Tutto ciò porterebbe notevoli vantaggi legati alla riduzione delle ospedalizzazioni, alla riduzione delle liste di attesa, alla prontezza delle cure fisioterapiche e alla riduzione degli accessi a domicilio dei professionisti. Il fisioterapista di comunità avrebbe, quindi, una ricaduta positiva sia per la salute dei cittadini che per la sostenibilità stessa del Ssn, entrambe legate ad una maggiore appropriatezza dei percorsi assistenziali.

Sarebbe, quindi, necessario sviluppare strumenti di governo dei percorsi assistenziali-riabilitativi integrati con la comunità e con la medicina generale che, in coerenza con la medicina di iniziativa, sappiano promuovere una presa in carico con un approccio proattivo, in grado di sostenere anche processi di self-management da parte del cittadino.

Alla luce di quanto sopra esposto, lo scopo del presente capitolo è quello di illustrare ed offrire spunti di riflessione circa l'apporto in termini tecnico-professionali, gestionali ed organizzativi che il fisioterapista di comunità può dare nella presa in carico a lungo termine delle persone in condizioni di cronicità, nella prospettiva che tale apporto costituisca una risorsa essenziale nel corretto approccio a queste problematiche di salute in termini di efficacia, sostenibilità e appropriatezza, assicurando maggiore uniformità ed equità di accesso ai cittadini.

Verranno, quindi, affrontate nel dettaglio le modalità di integrazione del fisioterapista di comunità nelle forme aggregative della medicina generale, partendo però dal concetto cardine di questo modello organizzativo che è la valutazione diretta del fisioterapista del bisogno riabilitativo in relazione all'impatto funzionale delle condizioni di comorbidità.

7.1 TRIAGE FISIOTERAPICO: VALUTAZIONE DEL BISOGNO RIABILITATIVO

La Fisioterapia di comunità prevede un modello assistenziale di gestione delle malattie croniche che, proponendosi in ottica proattiva tipica della sanità d'iniziativa e superando l'approccio derivante dal modello ospedaliero della "medicina d'attesa", va ad utilizzare al meglio le risorse interne già disponibili, mettendole al servizio della collettività al fine di garantire e migliorare la continuità delle cure riabilitative. Tutto ciò è possibile solo con la sinergia e la condivisione

di competenze che si concretizzano attraverso il PAI o Piano Assistenziale Individualizzato: il PAI è, infatti, il documento di sintesi che raccoglie e descrive in ottica multidisciplinare le informazioni relative ai pazienti con l'intento di formulare ed attuare un progetto di cura e assistenza volto favorire la migliore condizione di salute e benessere raggiungibile per il paziente.

Questo modello assistenziale prevede sicuramente dei cambiamenti per i fisioterapisti ai quali verranno riconosciuti di pertinenza alcuni aspetti prima esclusi, quali ad esempio, la valutazione del bisogno riabilitativo prima assegnato solo al medico specialista. Questa apertura a nuove competenze permetterebbe l'accesso diretto del paziente al fisioterapista, con abbattimento dei costi delle cure e dei tempi di applicazione, facendo sì che la centralità del territorio sia presente anche nella rete dei servizi di riabilitazione. Si avrebbe così una piena realizzazione di un intervento riabilitativo efficace in quanto sarebbero presenti due presupposti fondamentali per realizzare questo obiettivo: la precocità della valutazione del bisogno riabilitativo per la definizione dei programmi di cura personalizzati e la tempestività nell'attivazione degli interventi fisioterapici.

Per una appropriata collocazione dei pazienti e per giustificare in ogni caso l'impegno delle risorse riabilitative impiegate, è importante definire il grado di necessità della persona da riabilitare. È importante, quindi, prevedere delle funzioni di Triage fisioterapico quale supporto per delineare il più appropriato percorso e

setting riabilitativo, ma anche per diminuire i tempi di attesa. Sono tre le dimensioni per definire le necessità della persona da riabilitare: la complessità clinica (assessment e stratificazione del rischio clinico), la valutazione della disabilità (o del “funzionamento”) e la presenza di comorbidità.

La valutazione del “funzionamento” è un elemento fondante dell'intervento del fisioterapista e comporta l'integrazione di dati sulla malattia di base o condizione di salute specifica, con i fattori personali e del contesto ambientale. Essa è lo strumento fondamentale per decidere cosa fare, quando e come farlo, sia in fase acuta che a lungo termine. La metodologia di valutazione e la conseguente impostazione degli interventi che viene adottata in Medicina Fisica e Riabilitativa ha, pertanto, in sé un valore aggiunto: non considera solo gli indicatori clinici delle malattie come l'approccio bio-medico classico ha sempre fatto (dati biochimici e parametri fisiologici, dati di mortalità e morbidità, ecc.), ma utilizza e ricerca nuovi indicatori di outcome centrati sulla persona nella sua realtà di vita (indicatori di limitazione di attività e di restrizione di partecipazione, indicatori di facilitazione e barriera del contesto ambientale). A fronte di situazioni che presentano vari livelli di complessità e spesso ampi margini di incertezza, va formulata una previsione che va ben oltre l'aspetto di prognosi di malattia tipico dell'ambito biomedico. Non si tratta di prevedere “come potrà andare la malattia” ma “come potrà essere la persona” in funzione della patologia, dei suoi effetti sull'attività, dei fattori

contestuali e dei possibili interventi su ciascuno di questi fattori: proprio per questi motivi l'intervento del fisioterapista per essere davvero efficace deve essere personalizzato, sia negli obiettivi riabilitativi che negli strumenti per perseguirli.

Per quel che riguarda invece la terza dimensione da analizzare, ovvero la presenza di comorbidità, nella valutazione dell'impatto funzionale delle condizioni di comorbidità. in Medicina Fisica e Riabilitativa è molto importante la distinzione tra "comorbidità interagente" e "comorbidità concomitante": la malattia, infatti, può presentarsi come situazione concomitante ma senza un diretto impatto sulla disabilità oppure come causa operante nel determinare e modificare il grado di disabilità (malattia interagente). La complessità e la sfida per la gestione delle malattie croniche aumentano con lo sviluppo di multiple condizioni patologiche interagenti ed è proprio per questo motivo che, per svolgere l'attività riabilitativa in questo campo, il fisioterapista deve prevedere un programma riabilitativo che sia flessibile e dinamico, che segua il corso della malattia nella sua progressiva evoluzione affinché lo possa adattare nel tempo alle necessità della persona.

Il concetto cardine del modello della "fisioterapia di comunità" è, come in precedenza anticipato, la valutazione del bisogno riabilitativo effettuata direttamente dal fisioterapista, associata alla valutazione funzionale. Questa tappa rappresenta il momento reale di presa in carico della persona nella quale si può

strutturare la migliore proposta terapeutica in base alla valutazione dei problemi, ma anche alle capacità residue e alle aspettative di ciascuna persona.

In merito alla valutazione del bisogno riabilitativo, si possono identificare due livelli che condizionano il percorso assistenziale all'interno della rete dei servizi territoriali:

- *bisogno riabilitativo complesso*: prevede l'intervento di diversi professionisti della riabilitazione (fisioterapista, logopedista, terapeuta occupazionale) coordinati dal medico specialista o dal MMG.
- *bisogno riabilitativo semplice*: prevede la presa in carico diretta del fisioterapista in un sistema integrato di interventi sanitari e socio-assistenziali destinati alla continuità assistenziale e alla gestione della cronicità.

Per poter valutare il bisogno riabilitativo, il fisioterapista di comunità dovrà avere le competenze per collaborare alla pianificazione dell'assistenza del paziente, in sinergia con gli altri professionisti di riferimento e con la famiglia, affinché possa organizzare il proprio intervento in relazione ai PDTA previsti e al PAI (Piano Assistenziale Individualizzato) definito, avendo come finalità quella di raggiungere la massima autonomia e mobilità possibile del paziente nelle attività di vita quotidiana, in relazione sia alle sue caratteristiche cliniche e assistenziali che al suo ambiente sociale.

In un'ottica proattiva, il programma fisioterapico dovrà avere il focus anche sul processo di empowerment del paziente e del caregiver al fine di garantire una progressiva costruzione di abilità nella gestione della patologia cronica. Il compito del fisioterapista di comunità non sarà, quindi, solamente quello di “erogare prestazioni”, ma anche di educare il malato e i familiari a collaborare alla cura. È importante che, in virtù di un riscontro sull'efficace e sulla qualità dei servizi sanitari, il programma riabilitativo preveda momenti di valutazione sistematica dell'attività fisioterapica con i metodi dell'outcome research al fine di verificare che il goal setting, il timing dell'intervento ed il setting scelto siano in linea con l'esito previsto dalle attività di prevenzione-cura-riabilitazione. Un incremento delle attività di valutazione è, infatti, necessario affinché il servizio sanitario consegua una riduzione dell'inappropriatezza e una migliore capacità di fornire risposte al bisogno. Gli strumenti di valutazione della qualità delle cure e della qualità della vita dal punto di vista del paziente devono essere strettamente connessi ai percorsi assistenziali e non essere utilizzati soltanto “ex post”. In altre parole, devono avere una struttura dinamica, che permetta non solo le valutazioni finali di un periodo, ma anche le verifiche in itinere, che possono fornire dati e informazioni utili a rivisitare criticamente la strategia e l'organizzazione dell'assistenza. È quindi fondamentale che gli strumenti di misura guardino non solo ai processi attivati e alle attività svolte, ma anche agli “esiti”, intesi non solo come esiti clinici, ma anche come benessere e qualità della vita.

7.2 IL FISIOTERAPISTA DI COMUNITA' NELLE ATF E UCCP

Il percorso di valorizzazione e di qualifica dell'intervento del fisioterapista di comunità all'interno della rete assistenziale territoriale può essere intrapreso attraverso la sua integrazione all'interno delle AFT e delle UCCP.

Per quel che riguarda la fruibilità dell'utenza al servizio riabilitativo, il fisioterapista di comunità può lavorare in due setting differenti: sia nella sede di riferimento di tutta l'utenza dell'AFT o dell'UCCP che al domicilio del paziente. L'accesso al servizio può essere diretto in ambulatorio senza appuntamento nei giorni e nelle fasce orarie preventivamente fissate e con appuntamento sia in sede, per lo svolgimento di specifiche attività o valutazioni, che al domicilio del paziente.

L'intervento del fisioterapista di comunità è da coordinarsi ed integrarsi con l'attività dei MMG soprattutto in relazione ad alcuni elementi costitutivi del modello di gestione proattiva della cronicità:

- la valutazione dei bisogni della comunità, tramite l'elaborazione di profili di salute;
- l'identificazione di gruppi di popolazione a rischio per patologie croniche, ai fini della salvaguardia della salute, ma anche della sostenibilità del Ssn.

La presa in carico da parte del Ssn dei soggetti in condizioni di rischio aumentato per malattie croniche o che, in assenza di sintomatologia evidente, ne siano già

affetti, è essenziale per la riduzione della disabilità nel breve-medio termine. Il contrasto ai fattori di rischio comuni modificabili passa attraverso la modifica degli stili di vita della popolazione. L'identificazione dei soggetti in condizioni di rischio, seguita dall'attivazione di interventi mirati alla modificazione degli stili di vita con percorsi terapeutico-assistenziali di presa in carico, permette di prevenire o ritardare l'insorgenza delle complicanze più gravi. Uno degli obiettivi del fisioterapista di comunità è, infatti, il potenziamento della prevenzione delle malattie croniche mediante la progettazione e la realizzazione di azioni per la promozione di stili di vita sani. Tali programmi sono finalizzati a creare le condizioni per facilitare l'adozione di comportamenti salutari, con il coinvolgimento di tutti i diversi "portatori di interesse", dai responsabili politici che possono influire su alcuni determinanti della salute alle comunità locali (empowerment di comunità).

Gli interventi del fisioterapista di comunità finalizzati a tale scopo e diretti alla popolazione target individuata insieme al MMG, saranno di informazione, educazione ed empowerment, utilizzando tecniche di counselling motivazionale (individuale o di gruppo), suggerendo ed indirizzando i soggetti identificati anche verso offerte derivanti dai programmi di comunità (es. gruppi di cammino, gruppi di auto-mutuo-aiuto per specifiche patologie) o terapeutico specifici (es. attività fisica adattata), per supportare il cambiamento dei comportamenti e favorire abitudini positive. A queste attività, il fisioterapista di comunità può associare la

fornitura di un vademecum di consigli utili e di indicazioni per contattare le strutture appropriate. È importante, inoltre, che il fisioterapista pianifichi degli appuntamenti per verificare sia l'aderenza del soggetto al percorso che il raggiungimento dei risultati prefissati. Per cui, una delle attività riabilitative svolte in ambulatorio è di tipo educativo, con interventi di prevenzione e di promozione della salute, ed ha come finalità quella di aumentare la capacità di autocura della comunità affinché le persone possano mantenere il più a lungo possibile una buona qualità di vita attraverso un invecchiamento attivo e in buona salute.

Per una gestione efficace ed efficiente della cronicità è importante lavorare non solo sulla prevenzione, ma bisogna anche identificare la popolazione affetta da patologie croniche, in modo da poter iniziare un percorso di coinvolgimento della persona all'interno del processo di presa in carico.

È importante che il team mono/multiprofessionale individui tra la popolazione affetta da patologia cronica delle subpopolazioni (sub-target) identificate sulla base della complessità assistenziale in relazione, ad esempio, allo stadio di sviluppo della malattia, all'esistenza o meno di complicanze o a specifici fabbisogni legati a coesistenza di altre patologie. Questa differenziazione risulta indispensabile per definire le strategie e gli interventi specifici più efficaci per i singoli subtarget di pazienti, ma è anche rilevante per la riduzione degli interventi inappropriati.

La definizione del piano di cura per i pazienti cronici rientra tra i compiti propri del MMG. Nella sua stesura, il medico dovrà tener conto delle diverse competenze specialistiche e professionali coinvolte nel processo di cura per il sovrapporsi di patologie diverse, di funzioni lese o compromesse o di problematiche socio-assistenziali, operando una sintesi adeguata alla specifica condizione clinica. Per cui il MMG si coordinerà con il fisioterapista di comunità indicando i pazienti che, sulla base del PAI definito, necessitano di una valutazione del bisogno riabilitativo al fine di un miglioramento della gestione della loro condizione nel quotidiano.

Come esposto in precedenza, l'attività fisioterapica si può svolgere anche a domicilio ed è qui che il fisioterapista riveste un ruolo rilevante nel percorso dei pazienti con cronicità. Per valorizzare le capacità del paziente nel proprio contesto abitativo, il fisioterapista di comunità può promuovere l'adozione di ausili idonei e assicurare l'addestramento al loro uso e la verifica dell'efficacia, garantendo l'appropriatezza organizzativa del processo prescrittivo. Inoltre, ha il compito di favorire il coinvolgimento attivo della persona e del caregiver nel processo di cura e promuovere strategie di autogestione della malattia, per migliorare sensibilmente la qualità della vita e ridurre il ricorso alle cure. Questo ultimo compito rappresenta una effettiva necessità del Ssn, dato che la letteratura internazionale testimonia come l'empowerment del paziente e dei suoi caregiver rappresenti una indubbia

garanzia di maggiore efficacia e di economicità (riduzione dei ricoveri, degli accessi ai servizi specialistici e di base, riduzione delle complicanze, ecc.).

Pertanto, il programma riabilitativo deve prevedere lo sviluppo della capacità di 'fare fronte' alla patologia e di conviverci (ability to cope) e lo sviluppo delle abilità di auto-cura. Si tratta di una fase del processo riabilitativo fondamentale perchè aiuta il soggetto ad acquisire padronanza della propria malattia e a percepire se stesso al centro del percorso di cura. I risultati ed i problemi dell'auto-cura (self-management) devono essere valutati regolarmente: per questa ragione gli interventi proattivi sono integrati e rafforzati da interventi programmati di follow-up.

Quando il fisioterapista di comunità valuta il bisogno riabilitativo come complesso, è necessario che la pianificazione dell'assistenza riabilitativa sia in sinergia con gli altri professionisti dei servizi territoriali. In questi casi, è necessario che il fisioterapista di comunità possa avvalersi dell'impegno non solo del medico di medicina generale, ma anche del team professionale multidisciplinare. In considerazione della complessità delle patologie croniche e delle comorbilità, vi può essere, infatti, la necessità di integrare nel disegno assistenziale una rete di altri specialisti. È importante, infatti, che il paziente possa essere indirizzato verso i contesti che siano in grado di rispondere meglio alle esigenze specifiche. Per questa ragione, il fisioterapista di comunità assegnato all'AFT dovrà attivare la rete di collegamento con la UCCP di riferimento, che rappresenta il luogo all'interno del

quale la Medicina Generale può condividere sedi e progetti di integrazione con le altre professionalità. Così facendo, il fisioterapista di comunità può collaborare con i professionisti sanitari e sociosanitari alla valutazione del bisogno e alla definizione degli interventi e percorsi assistenziali ed organizzare le risorse di comunità.

Accanto all'attività domiciliare ed a quella svolta in ambulatorio riferita alla popolazione target per i fattori di rischio, il fisioterapista di comunità può svolgere attività ambulatoriale di consulenza senza appuntamento in orari e giorni prestabiliti. L'attività di consulenza può interessare la scelta della cura, dell'operatore e della struttura più adeguati dopo una valutazione funzionale, oppure può consistere in un consiglio sullo stile di vita da migliorare, sull'autocura da praticare o sulla pratica del benessere da inserire nel proprio bagaglio di abitudini. L'attività di consulenza ha, quindi, lo scopo di favorire l'accesso precoce ed appropriato ai Servizi Territoriali di riabilitazione ed alle risorse della comunità (gruppi di volontariato, gruppi di auto-aiuto, attività fisica adattata, centri per anziani ecc.). Inoltre, nel caso in cui il MMG valutando la proposta del fisioterapista decida di prescrivere le prestazioni riabilitative, si potrebbe prevedere la prenotazione delle stesse direttamente nella sede dell'AFT o UCCP al fine di velocizzare l'accesso alle cure.

In sintesi, il risultato degli interventi del fisioterapista di comunità dovrà essere quello di far raggiungere all'assistito la condizione di "paziente con patologia

cronica in salute”, intendendo con tale formula non soltanto l’assenza di complicanze e di malessere, ma anche una maniera quanto più “salutogenetica” possibile di convivere con la propria patologia, che costituisce la base fondamentale del processo di empowerment.

CONCLUSIONI

La crescita della complessità della domanda di salute associata all'aumento delle patologie croniche descrive il quadro epidemiologico emergente da cui partire per innovare e cercare di assicurare l'appropriatezza dei servizi sanitari, garantendo la sostenibilità del Ssn.

La presa in carico del paziente cronico nell'ambito della Medicina Generale rappresenta una prospettiva di intervento efficace e dalle potenzialità largamente inesprese, oltretutto a costi contenuti. L'apporto della Medicina Generale al miglioramento dell'assistenza territoriale è dato dal recupero di quella che è la sua matrice originaria, ovvero, la visione olistica della salute, la considerazione integrata e globale dell'individuo e dei suoi bisogni e l'inserimento del soggetto nel proprio contesto sociale. Al medico di famiglia viene ri-attribuito l'originario mandato di responsabile-coordinatore della presa in carico complessiva degli assistiti, nonché di essere il promotore e garante della salute dei cittadini: il MMG rappresenta l'anello di una catena inter/multiprofessionale della quale è soggetto attivo e centrale, anello che è parte integrante, e non più marginale, del sistema di tutela della salute.

Nonostante al medico di famiglia spetti la responsabilità complessiva nei confronti del paziente in ordine alla diagnosi, terapia, prevenzione e riabilitazione, poco o nulla è stato detto a proposito delle relazioni interprofessionali tra i MMG e gli

operatori della riabilitazione, men che meno in merito al loro possibile ruolo nel rinnovamento dell'Assistenza Primaria sebbene numerosi studi confermino i benefici che il campo riabilitativo può apportare nella gestione della cronicità.

La riabilitazione ha, infatti, un ruolo fondamentale nella presa in carico del paziente cronico in quanto permette il mantenimento delle condizioni fisiche a fronte del loro decadimento e consente di trovare strategie compensative per raggiungere il massimo potenziale di recupero dell'autonomia. L'autonomia è un elemento chiave per il paziente cronico e rappresenta una condizione necessaria, se pur non l'unica, per migliorare la qualità della vita.

Guidando il paziente nell'adattare la propria vita in funzione delle proprie condizioni cliniche, la riabilitazione orienta l'assistenza verso una "salute possibile", permettendo al paziente di raggiungere un nuovo equilibrio. Questo aspetto è molto significativo, tanto da poterlo considerare l'esito riabilitativo maggiormente atteso nei pazienti cronici con disabilità ed è un elemento particolarmente simbolico perché va a sdoganare l'idea che il paziente cronico sia una persona "malata a vita". Inoltre, investire nella figura del fisioterapista di comunità vuol dire investire nella promozione della salute e nella prevenzione e progressione delle complicanze legate all'andamento cronico delle patologie.

Il fisioterapista di comunità ha, quindi, le potenzialità per poter dare un contributo importante in un ambito molto dinamico come quello del territorio: nonostante il

territorio sia un setting quasi inesplorato per la categoria, il fisioterapista ha la possibilità di applicare la propria professionalità con responsabilità, autonomia, continua crescita professionale e responsabilità decisionale in quanto il profilo professionale è in linea con quelle che sono le esigenze dei paziente cronici con limitazioni del funzionamento. Questa evoluzione delle competenze proprie dei fisioterapisti, non deve essere interpretata come il tentativo di appannaggio della professione medica, in quanto il fisioterapista non lavora in solitaria, ma affianca il medico di medicina generale che rimane il responsabile della presa in carico complessiva degli assistiti.

Come precedentemente anticipato, il campo riabilitativo è stato relegato ai margini dei cambiamenti riguardanti la riorganizzazione della medicina del territorio e questo è avvenuto in quanto gli aspetti riabilitativi sono stati visti come integrativi rispetto al processo di ripristino funzionale delle condizioni cliniche del paziente. Questo mancato riconoscimento del ruolo della riabilitazione ha fatto sì che nel corso degli ultimi anni, gli interventi in tema di contenimento e razionamento della spesa sanitaria abbiano compromesso l'organizzazione dell'attività riabilitativa, andando a centralizzare il servizio a discapito dei rapporti con il territorio. Tali politiche aziendali hanno, quindi, nettamente limitato la continuità assistenziale a domicilio, soprattutto in quelle Regioni meno virtuose che non hanno sperimentato modelli innovativi di organizzazione delle cure primarie.

Ora più che mai la riorganizzazione delle cure primarie e dell'offerta dei servizi sul territorio rappresenta una necessità oggettiva che richiede una seria attenzione politica, sia per la revisione e rimodulazione dell'assistenza ospedaliera così come definita dal DM 70/15²⁵, sia in virtù del Piano Nazionale della Cronicità. Il processo di riorganizzazione dell'assistenza territoriale avviato a macchia di leopardo nonostante le norme e gli atti programmatori esistenti (Patto per la Salute 2014-2016, il Piano Nazionale delle Cronicità, la L. 189/12) paga fortemente il fatto di non aver visto varare gli standard dell'assistenza territoriale come invece accaduto per l'ospedale e che avrebbero rappresentato una risposta efficace alla disomogeneità tra le Regioni, non solo per quel che riguarda l'attività riabilitativa. In altre parole, c'è bisogno di un DM 70 del territorio, che, come per gli ospedali chiarisca bene standard quantitativi e qualitativi.

In virtù di quanto sopra esposto, sorgono diverse domande su come possa essere concretamente implementata la figura del fisioterapista di comunità nelle forme associative della medicina generale, soprattutto per quel che riguarda la fonte di

²⁵ Il decreto ministeriale n. 70/15 è un "Regolamento sugli standard qualitativi, tecnologici, strutturali e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" che ha avviato la fase applicativa del processo di qualificazione e riorganizzazione della rete ospedaliera. Il DM 70 promuove standard organizzativi secondo il modello di clinical governance, i cui strumenti contribuiscono ad erogare un'assistenza basata sulle evidenze, di elevata qualità, sostenibile e centrata sui bisogni della persona. Gli standard generali di qualità per tutti i presidi ospedalieri sono costituiti dalla documentata e formalizzata presenza di sistemi o attività di gestione del rischio clinico, evidence-based medicine, percorsi assistenziali, health technology assessment, valutazione e miglioramento continuo delle attività cliniche (audit clinico, misurazione della performance clinica, degli esiti e della qualità percepita), documentazione sanitaria, comunicazione, informazione e partecipazione del cittadino/paziente, formazione continua del personale.

finanziamento e la modalità di remunerazione vista la continuità della presa in carico del paziente.

Le risposte a questi quesiti potrebbero arrivare solo a fronte di studi di ricerca che possano quantificare concretamente le risorse necessarie per avviare l'implementazione del fisioterapista di comunità nella rete delle cure primarie.

Sarebbe necessario avviare dei progetti pilota utilizzando i fondi stanziati per la ricerca. Questo tipo di ricerca non meno di quella che viene sviluppata per mettere a punto terapie innovative e sempre più efficaci, è necessaria per far sì che tutti coloro che ne hanno bisogno possano usufruire di servizi sanitari efficaci senza spreco di risorse. Quanto maggiore sarà infatti il grado di appropriatezza delle cure, tanto maggiore sarà la possibilità di garantirne l'accesso a quanti ne hanno diritto.

Per poter avviare processi di miglioramento dell'efficacia e della qualità dei servizi riabilitativi, è fondamentale che i progetti pilota valutino l'esito dell'attività svolta dal fisioterapista di comunità: è necessario misurare il livello di autonomia riacquisito e l'invalidità controllata, cioè l'adattamento e la diversa abilità acquisita rispetto al momento di presa in cura e verificarne la tenuta nel tempo (vedi re-ricoveri). Inoltre, è altresì importante il controllo della qualità dei servizi erogati coinvolgendo direttamente gli utenti.

Questi progetti pilota sono importanti, quindi, sia per avvalorare l'importanza del fisioterapista nella gestione della cronicità, ma anche per poter dimostrare i possibili

vantaggi economici legati alla riduzione del numero di ospedalizzazioni: i risultati positivi potrebbero così incentivare anche le Regioni meno virtuose ad investire su una figura professionale che porta dei benefici non solo ai pazienti, ma anche alla sostenibilità del Ssn.

Su questo fronte, un primo aiuto può essere offerto dall'Azienda USL Toscana centro che ha avviato da gennaio la prima ed unica esperienza a livello nazionale di presenza strutturata del fisioterapista di comunità nelle AFT e nelle Case della Salute. Il progetto prevede una fase sperimentale di 24 mesi, al termine del quale, se l'esito della sperimentazione sarà positivo, potrà rappresentare un modello da prendere come esempio per le altre ASL presenti su tutto il territorio nazionale.

Sicuramente, per un progetto così ambizioso, il fisioterapista deve tendere ad una maggiore formazione nell'ambito della sanità pubblica, affinché possa acquisire gli strumenti necessari a gestire in autonomia un ambito molto vario e dinamico, quale il territorio. L'università gioca un ruolo chiave nella formazione in quanto deve fornire, nell'ambito del percorso didattico, una solida base di conoscenza sulle patologie croniche e le loro ricadute sulla quotidianità della persona e della famiglia e tutti gli elementi necessari per la gestione del malato cronico. I nuovi bisogni formativi devono trovare una risposta adeguata non solo nell'ambito della formazione universitaria, ma anche nella formazione continua e nell'aggiornamento professionale. La formazione continua dei fisioterapisti è,

infatti, una delle leve strategiche per favorire e supportare il miglioramento dell'assistenza sanitaria ai cittadini.

In conclusione, in questi anni la riorganizzazione aziendalistica, in particolare realizzata attraverso forti accentramenti procedurali e organizzativi, ha aperto diversi problemi di qualità dell'intervento riabilitativo, di soddisfazione tanto dei pazienti quanto degli operatori, di efficacia degli interventi, spesso sostituita dall'adempimento delle formalità procedurali.

L'obiettivo di questo lavoro è stato quello di fornire spunti di riflessione sulla figura del fisioterapista di comunità e su come potesse contribuire al rinnovo delle cure primarie ed alla sostenibilità del Ssn. L'impiego del fisioterapista all'interno della comunità non è un futuro utopistico, ma al contrario un progetto su cui investire in termini di persone e risorse, al fine di garantire all'utenza risposte efficaci ai bisogni di salute emergenti con servizi di qualità sempre maggiore e, non ultimo, per ridurre i costi sanitari legati a ricoveri impropri ed anche a quelli che, seppure appropriati, originano da una carenza di assistenza o dall'insorgenza di complicanze legate a patologie croniche.

BIBLIOGRAFIA

- A.I.FI. (2017). *“La Fisioterapia d’iniziativa. Promuovere il supporto alla gestione delle malattie croniche e il coinvolgimento attivo della persona nei processi di cura”*.
- A.I.FI. (2019). *“Linee di indirizzo per l’individuazione di percorsi appropriati nella rete di riabilitazione”*.
- Agenas. (2010). *“Indagine sullo stato di attuazione dei Distretti sanitari in Italia”*
- Agnetti, B. (2015). *“Cure primarie. I punti deboli della legge Balduzzi e del Patto della Salute”*.
- Albano, V. (2008). *“Modelli organizzativi e sistemi informativi per un’assistenza socio-sanitaria integrata”*.
- Albertini, M. (2009). *“Come affrontare la cattiva salute in età anziana: similitudini e differenze tra poveri e non, in Italia e in Europa”* in *Dimensioni della disuguaglianza in Italia: povertà, salute, abitazione*, pp. 231-250, Bologna: Il Mulino.
- Anderson, R.M., Funnell, M.M. (2005). *“Patient empowerment: reflections on the challenge of fostering the adoption of a new paradigm”*.
- Ardigò, A. (1997). *“Società e salute. Lineamenti di sociologia sanitaria”*, Milano: Angeli.
- Ardigò, M., Bontempo Scavo, S., Panajia, A. (2019). *“Se avessimo bisogno di un modello di cure primarie di tipo comprehensive? Nasce la campagna 2018: primary health care now or never”*
- Atella, V., Donia Sofio, A., Memeguzzo M., Mennini, F.S., Spandonaro, F. (2005). *“Rapporto CEIS Sanità 2005. Sette parole chiave del SSN.”*, Roma: Italtpromo Esis Publishing.
- Atun, R. (2004). *“What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services?”*
- Auxilia, F. (2003). *“L’altra faccia dell’assistenza: ospedale e cure primarie”*, in *La casa grande*, n. 4
- Bargagli, M., Castiglioni, M., Della Zuanna, G. (2003). *“Fare famiglia in Italia. Un secolo di cambiamenti”*, Bologna: Il mulino.

- Barr, V.J., Robinson, S., Marin-Link, B. (2003). *“The expanded Chronic Care Model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model”*.
- Barsanti, S. (2014). *“Assistenza Primaria e Aggregazioni funzionali. Il Sistema di valutazione della performance delle AFT Toscane”*.
- Bellentani, M. (2009). *“Stato di attuazione dei modelli innovativi di assistenza primaria nelle regioni italiane”*.
- Bellio, E., Buccoliero, L., Mazzola, M., Solinas, E. (2015). *“Il paziente 2.0”* in *Quaderni dell’osservatorio e-Health e-Sanit@*, n.3, pp. 4-9.
- Blangiardo, G. C. (2019). *“Rapporto annuale 2019.La situazione del Paese”*.
- Bodenheimer, T., Lorig, K., Holman, H. (2002). *“Patient self-management of chronic disease in primary care”*.
- Bodenheimer, T., Wagner, E.H., Grumbach, K. (2002) *“Improving Primary Care for Patients with Chronic Illness: The Chronic Care Model”* in *Journal of the American Medical Association*, n. 15, pp 1909-1914.
- Brambilla, A., Nicoli, A. (2010). *“La continuità dell’assistenza in Emilia-Romagna”*.
- Cabana, M.D., Jee, S.H. (2004). *“Does continuity of care improve patient outcomes?”* in *The Journal of family practice*, Vol. 53, pp. 974-980.
- Carta di Ottawa*. (1986).
- Cicchetti, A., Ceccarelli, A., Palmieri, A., Vanacore, R. (2007). *“Nuove forme di organizzazione della medicina territoriale: l’associazionismo in medicina generale”* in *Rapporto Osservasalute*.
- Codato, F. (2016). *“La salute, un concetto difficile da definire e comunicare”*.
- Col, P., Koterle, S. (2012). *“La salute come capacità di adattamento”*.
- Curto, A., Garattini, L. (2014). *“La riforma delle cure primarie nel servizio sanitario nazionale: fra teoria e pratica”*, in *Quaderni di farmacoconomia*, n. 24
- Damiani, G., Silvestrini, G., Visca, M., Bellentani, M. (2017). *“Governare l’Assistenza Primaria. Manuale per Operatori di Sanità Pubblica”*, Torino: Mondadori Bruno.
- De Maeseneer, J. (2007). *“Primary health care as a strategy for achieving equitable care: a literature review commissioned by Health Systems Knowledge Network”*.
- Del Boca, D., Rosina, A. (2009). *“Famiglie sole”*, Bologna: Il Mulino.
- Doumont, D., Aujoulat, I. (2002). *“L’empowerment e l’educazione del paziente”*.
- Dunbar-Jacob, J., Erlen, J.A., Schlenk, E.A. (2000). *“Adherence in chronic disease”* in *Annual review of nursing research*, Vol. 18, pp. 48-90.

- Esposito, C. (2018). “Cronicità e riabilitazione in medicina generale e geriatria” in *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*, Vol.40, n.1, pp. 30-36, Pavia: Editor Marcello Imbriani.
- Fondazione ISTUD. (2013). “*La riorganizzazione delle cure primarie in Italia: verso quali orizzonti di cura ed assistenza*”.
- Fondazione Sicurezza in Sanità. (2013). “*Le cure primarie nel nuovo assetto organizzativo funzionale del Ssn*”.
- Frenk J. (2009). “*Reinventing primary health care: the need for systems integration*”, in *The lancet*, n.374.
- Galli, D., Heller, L., Tedeschi, P. (2005). “*Nuova Convenzione della Medicina Generale e implicazioni sugli attuali accordi regionali*” in *Rapporto Oasi. L'aziendalizzazione della sanità italiana*, pp. 252-274, Milano: Cergas.
- Gardini, A. (2007). “*L'ospedale del XXI secolo*”, Milano: Angeli.
- Gensini, G.F., Rizzini, P., Trabucchi, M. (2005) “*Rapporto sanità 2005. Invecchiamento della popolazione e servizi sanitari*”, Bologna: Il mulino.
- Gentili, G., Madeddu, A., Trimachi, A. (2011). “*I distretti italiani verso un modello di community oriented primary care: una sfida trentennale tra filosofia e pragmatismo*”, in *La rete dei distretti sanitari in Italia*, pp. 172-177.
- Giorgi, G. (2018). “*Il paziente cronico e le medicine specialistiche riabilitative delle cure correlate*”, in *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*, Vol.40, n.1, pp. 6-21, Pavia: Editor Marcello Imbriani.
- Golini, A. (2003). “*La popolazione del pianeta*”, Bologna: Il mulino.
- Grisillo, D. (2016). “*La gestione proattiva della BPCO: un paradigma per migliorare aderenza e l'impatto della malattia. Strategie organizzative per ottimizzare la gestione del paziente con BPCO*”
- Grone, O., Garcia Barbero, M. (2001).” *Integrated care: a position paper of the WHO European Office for Integrated Health Care Services*” in *International Journal of Integrated Care*, vol. 1.
- Guzzanti, E. (2009). “*Il governo clinico e l'Assistenza primaria*”, in *L'assistenza primaria in Italia: dalle condotte mediche al lavoro di squadra*, pp. 775-786, Roma: Edizioni iniziative sanitarie.
- Huber, M. et al. (2011). “*How should we define health?*”, in *British Medical Journal*, vol. 342.

- Illich, I. (1977). *“Nemesi medica. L'espropriazione della salute”*, Milano: Mondadori.
- Ingrosso M. (1994). *“La salute come costruzione sociale. Teorie, pratiche e politiche”*, Milano: Angeli.
- Ingrosso, M. (2018). *“Ripensare la salute e le relazioni di cura”*, in *Magrugada*, n.110.
- Ingrosso, M. (2018). *“La cura complessa e collaborativa”*, Roma: Aracne.
- Jordan, J.E., Briggs, A.M., Brand, C.A. (2008). *“Enhancing patient engagement in chronic disease self-management support initiatives in Australia: the need for an integrated approach”*.
- Kinckbusch, I., Maag, D. (2005). *“Health Literacy: towards active health citizenship”*.
- Kodner, D.I., Spreuwenberg, C. (2002). *“Integrated care: meaning, logic, applications, and implications: a discussion paper”*, in *International Journal of Integrated Care*, vol.2.
- Livi Bacci, M. (1998). *“Storia minima della popolazione nel mondo”*, Bologna: Il mulino.
- Longo, F. (1999). *“ASL, distretto, medico di base. Logiche e strumenti di management”*, Milano: EGEA.
- M. Farnè, J. Polimeni, F. Chierici, A. Macchia, A. D'Urso. (2014). *“La creazione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) nella ASL 2 di Lucca: il risultato di una lunga esperienza di innovazione per il governo della Medicina Generale”* in *Mecosan - Management ed Economia Sanitaria*, n. 92.
- Macinko, J., Starfield, B., Shi, L. (2003). *“The contribution on primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998.”*, in *Health Services Research*, Vol.38, pp.831-865.
- Maciocco, G. (2012).” *Cure primarie, malattie croniche e diritto alla salute”*.
- Magi, M. (2018). *“Il ruolo delle figure di cura e del loro coordinamento”*, in *Madrugada*, n.110
- Mariotti, C., Aceti, T., Nardi, S. (2017). *“Fuori dall'Ospedale dentro le Mura Domestiche - Monitoraggio dei Servizi sul Territori.*

- Maso, G. (2011). *“Il Medico in Gabbia. I limiti alle cure primarie in Italia”*, Venezia: Filippi Editore.
- Maso, G. (s.a.)” *Migliorare le cure primaria in Italia”*.
- Mazzeo, M. C., Le Rose, C. F. (2009). *“Le criticità nella realizzazione dell'Assistenza Primaria in Italia”* in *L'Assistenza Primaria in Italia: dalle condotte mediche al lavoro di squadra*, pp. 699-716, Roma: Edizioni Iniziative Sanitarie.
- Ministero della Salute Italiano. *“Patto per la Salute 2014-2016”*
- Ministero della Salute Italiano. (2016). *“Piano Nazionale della cronicità”*.
- Ministero della Salute Italiano. *“Piano Sanitario Nazionale 1998-2000. Un patto di solidarietà per la salute”*.
- Ministero della Salute Italiano. *“Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007”*
- Moretti C., Mammoli M. (2011).” *Progetto Passi: l'integrazione del servizio sociale negli studi medici”*, in *Dieci anni di welfare territoriale: pratiche di integrazione socio-sanitaria*, Napoli-Roma: ESI.
- Naldini, M. (2002). *“Le politiche sociali e la famiglia nei paesi mediterranei. Quale prospettiva per un'analisi comparata?”* in *Stato e Mercato*, Vol. 1, n. 64, pp 73-99, Bologna: Il mulino.
- Nardini, A. (2019). *“La Medicina di Gruppo e l'associazionismo tra MMG”*.
- OMS. (1978).” *Dichiarazione di Alma Ata”*.
- OMS. (1998). *“Health promotion glossary”*.
- OMS. (2005). *“Prevenire le malattie croniche: un investimento vitale”*.
- OMS. (2014). *“Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2014”*.
- Paccagnella, B. (2005). *“L'evoluzione del concetto di salute”*, in *Pace diritti umani*, n.3.
- Paolini, I., Pesca, L. (2009). *“Il ruolo delle tecnologie della informazione e della comunicazione”* in *L'assistenza primaria in Italia: dalle condotte mediche al lavoro di squadra*, pp. 739-756, Roma: Edizioni Iniziative Sanitarie.
- Parsons, T. (1996).” *Il Sistema sociale”*, Milano: Edizioni di Comunità.
- Pierami, G. (2015). *“Medicina Generale e riorganizzazione delle Cure Primarie: l'esperienza dell'Azienda Usl2 di Lucca”*.

- Pierucci, P. (2012). *“La trasformazione delle Cure Primarie nel Servizio Sanitario Italiano. Un’analisi di progetti ed esperienze di “Case della Salute” in Emilia-Romagna”*.
- Rapporto Meridiano Sanità 2007*.
- Redazione STAMP Toscana. (2019). *“Salute, arriva il fisioterapista di comunità”*.
- Sales, C. (2019) *“Il ruolo del terapeuta della riabilitazione e la continuità nella promozione della salute”*.
- Signorelli, et al. (2017). *“La riforma costituzionale e i possibili riflessi sul Servizio sanitario nazionale e sulle attività di sanità pubblica”*.
- Silvestro, A. (2009). *“L’assistenza distrettuale. Il ruolo dell’assistenza infermieristica”* in *L’assistenza primaria in Italia: dalle condotte mediche al lavoro di squadra*, pp. 361-370, Roma: Edizioni iniziative sanitarie.
- Simmons, L.A., Wolever, R.Q., Bechard, E.M. (2014) *“Patient engagement as a risk factor in personalized health care: a systematic review of the literature on chronic disease”*.
- Società italiana di medicina fisica e riabilitativa. (2015). *“La riabilitazione delle persone in condizioni di cronicità e disabilità”*.
- Starfield B, Shi L, Macinko, J. (2005).” *Contribution of primary care to health systems and health”*.
- Testa, C. (2018). *“Il nuovo fisioterapista: chi è, cosa fa, quali requisiti deve avere”*.
- Tsai, A. C., Morton, S. C., Mangione, C. M., Keeler, E. B. (2005). *“A meta-analysis of interventions to improve care for chronic illness”* in *The American Journal of Managed Care*, Vol.11, pp. 478-488.
- Wang, H., Liu, J. (2009). *“Mobile Phone Based Health Care Technology”* in *Recent Patents on Biomedical Engineering*, Vol.2 pp.15 - 21.
- Wonca Europe. (2002). *“La definizione europea della medicina generale/medicina di famiglia”*.
- Zannini, C. (2018). *“Un bene prezioso da perseguire”*, in *Magrugada*, n.110