

Ospedale e territorio: la sfida della continuità

Premessa

Il tema dell'integrazione tra ospedale e territorio e, di conseguenza, della continuità delle cure, ormai da tempo oggetto di attenzione e di profonde riflessioni, è considerato uno degli obiettivi prioritari di politica sanitaria, al fine di intervenire in modo appropriato su uno scenario assistenziale sempre più condizionato dagli effetti delle cosiddette grandi transizioni (epidemiologica, demografica e sociale)¹. I bisogni di salute della popolazione stanno infatti assumendo progressivamente una maggiore complessità, riferibile, tra le altre cose, al progressivo aumento del numero degli anziani, all'incremento esponenziale delle patologie cronico-degenerative, alle conseguenti comorbidità.

Il d.lgs 70/2015, pur avendo come tema l'ospedale, dedica un intero paragrafo alla continuità con il territorio, sostenendo la necessità di potenziare l'assistenza primaria, quale presupposto indispensabile per scelte appropriate e per il conseguimento degli obiettivi prefissati in materia di riorganizzazione della rete ospedaliera². In una prospettiva di integrazione, l'ospedale dovrebbe occuparsi di gestire l'emergenza e l'acuzie, in un contesto di elevata professionalità e alta complessità tecnologica e assistenziale.

La continuità delle cure

Come rilevato alcuni anni fa da Agenas nel commentare i risultati di uno specifico progetto sul tema, la mancanza di continuità nell'assistenza di pazienti affetti da patologie croniche non solo impatta fortemente sulla qualità delle prestazioni, condizionando, tra le altre cose, un aumento dei costi per ridotta efficacia dei trattamenti, un ricorso improprio ai servizi e un incremento dei ricoveri evitabili, ma rischia anche di generare nel paziente una spiacevole e preoccupante condizione di 'vuoto assistenziale'³. Tale vuoto viene percepito con forza al momento della dimissione dal reparto di ricovero, quando, in assenza di una nuova presa in carico, il paziente



e la sua famiglia possono andare incontro ad un abbandono non solo terapeutico, ma anche, in talune condizioni, socioassistenziale.

Garantire al paziente la continuità nel passaggio dal reparto di degenza al proprio domicilio o alle strutture di ricovero territoriali presuppone dei cambiamenti di carattere culturale e organizzativo. Sono diverse le possibili azioni da mettere in campo.

Un primo intervento passa attraverso l'adozione di programmi di dimissione protetta o assistita dedicati a pazienti che richiedono continuità di cure, al fine di facilitare il passaggio tra i due contesti assistenziali, promuovendo al contempo un rafforzamento sia dell'assistenza domiciliare che delle cosiddette strutture intermedie, il cui modello più noto è l'ospedale di comunità⁴. Tale struttura, la cui responsabilità organizzativa e gestionale fa capo al distretto, consente ai pazienti di proseguire il percorso di cura iniziato nell'ospedale per acuti in un contesto di minore intensità assistenziale.

Altro strumento di particolare efficacia ai fini dell'integrazione tra ospedale e territorio è il PDTA (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale), percorso centrato sul paziente al fine di rendere omogeneo e coerente lo spostamento tra i diversi luoghi di cura, attribuendo specifici ruoli ai protagonisti dell'assistenza.

Ulteriori azioni devono essere poi rivolte al sistema dell'emergenza-urgenza, bisognoso di riorganizzazione in numerose realtà regionali.

Le dimensioni della continuità

È possibile riconoscere alla continuità assistenziale tre dimensioni principali⁵.

La prima dimensione è quella informativa, necessaria affinché i vari professionisti che si avvicendano nell'assistenza al paziente possano condividere le informazioni relative alla sua storia clinica, aumentando l'appropriatezza degli interventi e riducendo il rischio. La seconda dimensione è quella relazionale, relativa alla comunicazione tra operatori e tra paziente e operatori, della quale trarrà vantaggio principalmente il paziente, protagonista del processo assistenziale, che potrà anche conquistare maggiori spazi di consapevolezza e autonomia nella gestione della propria patologia (empowerment). La terza dimensione è la gestionale, quella più 'visibile' ai fini del raggiungimento della continuità, relativa all'integrazione programmata tra servizi e operatori diversi.

Dare continuità all'assistenza attraverso il raggiungimento delle tre dimensioni citate significa anche, in un certo qual modo, ricomporre l'unità delle cure superando approcci eccessivamente specialistici e settoriali e guardare al 'tutto' del paziente, considerato non come patologia sulla quale intervenire, ma come persona calata in un contesto di vita e di relazioni, da accompagnare attraverso percorsi sempre più personalizzati e continuativi. È infatti il governo clinico dei percorsi il fine principale di quanto detto finora, da realizzare attraverso l'individuazione del setting più appropriato di presa in carico⁶.

Tra i professionisti coinvolti, un ruolo chiave deve essere sicuramente svolto dai medici di medicina generale, i più vicini al paziente e, al tempo stesso, i depositari di informazioni sul suo stato di salute, da condividere attraverso specifiche reti.

Si tratta anche di pensare l'organizzazione dei servizi e dell'assistenza sanitaria secondo un modello di rete, improntato sui principi di tempestività, appropriatezza clinica e organizzativa, multidisciplinarietà e integrazione professionale, operativa, tecnologica e informativa⁷, di cui ogni soggetto interessato rappresenta un nodo essenziale.

In questo contesto, l'integrazione tra ospedale e territorio può così assicurare una gestione appropriata dei flussi sia in entrata che in uscita dall'ospedale.

In questa prospettiva ospedale e territorio non sono mondi lontani e non comunicanti, ma luoghi e momenti diversi di uno stesso percorso volto a garantire ad ogni cittadino il diritto costituzionale alla salute.

L'impegno dell'ANMDO

Questo e altri temi correlati saranno oggetto di ampie e approfondite riflessioni nel corso del 44° Congresso nazionale ANMDO, che si svolgerà a Padova dal 19 al 21 novembre 2018 e avrà per titolo 'Governare l'ospedale del futuro. L'innovazione: sfida e opportunità'.

Il futuro dell'ospedale dipende, tra le altre cose, dalla capacità di rispondere in modo appropriato alle grandi transizioni in atto e garantire continuità all'assistenza, per generare un sistema capace di confrontarsi e dialogare al proprio interno e con l'ambiente esterno e dar vita così, secondo una felice espressione comparsa alcuni anni fa sul *British Medical Journal*, ad un ospedale senza porte.

A cura della Segreteria Scientifica ANMDO

Ida Mura e Benedetto Arru, Alberto Appicciafuoco, Michele Chittaro, Karl Kob, Gianfranco Finzi, Ottavio Nicastro, Gabriele Pelissero, Franco Ripa, Roberta Siliquini

BIBLIOGRAFIA

1. Ministero della Salute, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria. Piano Nazionale della Cronicità 2016.
2. D.Lgs. 70/2015, Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.
3. Agenas. Elementi di analisi e osservazione del sistema salute. Monitor 2010, anno IX, n. 25.
4. Sideli C. Il sistema ospedale territorio. L'Ospedale 2016, n. 2.
5. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman G. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ* 2003; 327: 1219.
6. Gruppo di lavoro Primary Health Care S.It.I. Governare l'assistenza primaria. Manuale per operatori di sanità pubblica. Bruno Mondadori, Milano, 2016.
7. Agenas. Le reti tempo-dipendenti. Monitor 2017, anno XVII, n. 42.