

# Le sfide dei modelli territoriali per la salute e l'equità

scritto da Luisella Gilardi | 21 Ottobre 2019

In questa newsletter presentiamo alcune esperienze di innovazione dei servizi di medicina territoriale attive in Italia, con cui siamo entrati in contatto nell'ultimo anno. La rassegna non è esaustiva, perché sappiamo che in Italia si stanno sviluppando molte esperienze, anche a livello di sistemi regionali. Le esperienze si collocano nell'ambito di uno sforzo di innovazione dei modelli di servizio, che coinvolgono aspetti di importanza centrale per qualificare la medicina territoriale e prefigurarne l'evoluzione in varie direzioni. Uno stimolo particolarmente rilevante è venuto dal Piano Nazionale Cronicità, che ha costituito un quadro normativo istituzionale per lo sviluppo di nuovi modelli di medicina territoriale.

A dispetto della varietà delle esperienze, tuttavia, possiamo rilevare che a livello generale nel paese la presenza di forme tradizionali di intendere i servizi, dal ruolo dell'ospedale, alla separatezza operativa dei *punti di contatto con i cittadini*, costituiti dai medici di medicina generale, dagli specialisti, dalle differenti strutture, ecc., ai limiti di funzionalità dei sistemi informativi per la *gestione unitaria* dei problemi del cittadino, continuano a costituire la forma prevalente di organizzazione dei servizi territoriali. Ciò genera una serie di problemi aperti e di difficile soluzione, come le liste d'attesa, il ruolo anomalo del pronto soccorso, la difficoltà a gestire la multi-cronicità in modo integrato, ecc.

Il tema della diffusione dei modelli innovativi di medicina territoriale, quindi, rappresenta un tema chiave per migliorare la qualità e l'equità della sanità pubblica, da diversi punti di vista. In questo senso le esperienze, raccolte nelle pagine che seguono, a cui è stato chiesto di fornire una breve presentazione, rappresentano uno stimolo interessante. Se avessimo allargato questa rassegna ad altre esperienze, avremmo osservato un aumento della varietà di articolazioni dei modelli di intervento e delle soluzioni di governance e operatività adottate. L'adattamento locale può rappresentare una qualità necessaria dei modelli, tuttavia, come in molti altri campi di attività e servizi, solleva la domanda implicita circa le effettive ragioni dei differenti assetti e soluzioni sperimentate. In altre parole, rimane prioritaria **l'esigenza di diffondere i modelli innovativi, ma associata all'esigenza di riflettere sulle coordinate dei modelli e su ciò che le differenti soluzioni organizzative possono favorire o ostacolare**, soprattutto riguardo al conseguimento di elevati livelli di integrazione dei sistemi sanitari e con i servizi di welfare, al fine di migliorare la salute delle persone e l'equità.

In questo senso possiamo anche leggere le differenti esperienze come traiettorie di evoluzione, che dovrebbero caratterizzare il sistema nel suo complesso. Questa prospettiva è tutt'altro che scontata, insieme agli sforzi di allargamento di alcune esperienze, osserviamo la preoccupazione di molte, che rimangono progetti sperimentali, che si sviluppano in modo piuttosto

esterno ai servizi sanitari e che sembrano affidare la continuità della loro esperienza a risorse e decisioni che ruotano intorno a progetti e finanziamenti di vari soggetti territoriali. Peraltro, anche sperimentazioni condotte all'interno del sistema sanitario possono essere messe in discussione, se non prevale la consapevolezza che lo sviluppo dei modelli territoriali integrati costituisce il cuore della missione della sanità pubblica sui temi della cronicità e della prevenzione.

Per quanto detto, nei prossimi mesi avvieremo diverse iniziative di approfondimento e studio dei modelli di medicina territoriale, attingendo ad esperienze italiane e alla letteratura internazionale, in collaborazione con diversi soggetti e contesti, con l'obiettivo di esplicitare e discutere le dimensioni critiche culturali, organizzative e contestuali che dovrebbero essere considerate nella definizione dei modelli operativi e del ruolo trainante della sanità pubblica.

Tra queste, nelle esperienze sembrano assumere particolare rilievo 5 dimensioni:

1. il carattere di **medicina di iniziativa/ proattività** assunta dalla sanità pubblica, che implicherebbe spostarsi nel territorio perché il territorio è l'ambiente di vita delle persone, dove è necessario costruire salute;
2. il livello di **autonomia e protagonismo degli operatori**, innanzitutto della sanità pubblica e delle altre aree del welfare pubblico, e soprattutto delle equipe multi-professionali, trasversali ai ruoli, alle specializzazioni e agli ambiti di attività, come alle strutture e amministrazioni di appartenenza, anche non sanitarie;
3. la capacità di **attivare e coinvolgere le persone destinatarie del servizio**, senza tralasciare le organizzazioni di varia natura che operano sul territorio, in modo che possano esprimere i loro bisogni, il loro potenziale e la loro visione e che la missione del servizio possa essere modellata e sviluppata in modo sinergico e coordinato con queste specificità;
4. la capacità di **creare e valorizzare la risorsa del capitale sociale**, legami solidaristici, di cooperazione attiva e di espressività di capacità delle persone, adattandosi ai diversi territori. Ci sono luoghi dove sono più forti, mentre in altri (es. nelle aree degradate delle città o nelle montagne spopolate) questi legami sociali dovrebbero essere riattivati, con una strategia specifica;
5. la capacità di **disegnare i ruoli** (dal 'case manager' al 'contest' o 'community manager'?) e i sistemi organizzativi e informativi e di utilizzare spazi e luoghi fisici, per sostenere una funzionalità dei servizi coerente con la missione della cooperazione e dell'integrazione, tra servizi, con il territorio e con altre politiche e servizi locali.

Queste dimensioni emergenti suggeriscono di utilizzare due **domande chiave** per la progettazione, l'autovalutazione e la valutazione delle esperienze che mirano a far evolvere i servizi di medicina territoriale della sanità pubblica, su cui noi intendiamo lavorare:

1 – In che misura cresce la qualità del processo di servizio verso i bisogni

della persona? (Qualità tecnico professionale? Qualità relazionale con la persona? Qualità di integrazione tra ambiti e professioni nei servizi sanitari e con altri)

2 – In che misura cresce la qualità del radicamento dei servizi per la salute nella comunità? (Il processo genera attivazione di persone e gruppi con finestre appropriate al target e alla comunità? Il processo innesca capitale sociale? Il processo apre alle persone spazi di coordinamento, partecipazione e decisione sui problemi che incontrano?)

A cura di

*Silvia Pilutti -Prospettive Ricerca Socio-Economica*

*Roberto Di Monaco – Università degli Studi di Torino, Dipartimento di Culture, Politica e Società*