

Il nodo della continuità assistenziale

Dal Dm 77 alla rete territoriale: integrazione, presa in carico e lavoro d'équipe come condizioni essenziali per un modello assistenziale davvero centrato sulla persona e sostenibile per il Ssn



di GINO GOBBER

Le cure palliative riconoscono alcune modalità operative peculiari che ne disegnano con precisione il perimetro, quasi fossero "parole magiche". La prima è "presa in carico", entrata stabilmente nel linguaggio sanitario e dei servizi sociali ad indicare "l'iter di azioni e interventi di cura e assistenza pensati attorno ad una persona", (Accademia della Crusca). "Prendersi cura" di un paziente significa pianificare il suo percorso sanitario, assumere la responsabilità di programmare e gestire un iter terapeutico utilizzando strumenti e risorse per affrontare un problema che l'utente da solo non è in grado di gestire e poiché i problemi sono di natura clinica e assistenziale ma anche sociali, economici, emozionali e spirituali un singolo professionista da

solo non basta.

L'"**équipe**" è lo strumento di lavoro delle cure palliative: consente il lavoro transdisciplinare "esercitato da molte persone con diverse specificità professionali ed eseguito come se fosse una sola persona ad agire", (Who 1988), serve per prendere decisioni e per rivedere periodicamente programmazione e organizzazione. L'etimo di **équipe** è lo stesso di equipaggiamento: è il bagaglio di esperienze, idee, sentimenti, creatività che ognuno porta con sé per realizzare l'impresa.

Nell'**équipe** ogni operatore esercita un "ruolo", definito da comportamenti e funzioni agite per contenuti e responsabilità.

Queste sono le caratteristiche irrinunciabili delle cure palliative che nascono come un "sistema di rete" e come tale sono previste dalla normativa. **Nella rete le strutture sono i nodi e le maglie sono le relazioni che non sono né costanti né sempre uguali. La rete**

non è accostare strutture, servizi ed operatori ma "costruire un sistema di fiducia" in grado di "valorizzare le competenze di tutti gli operatori, rispettare gli impegni, mantenere le promesse, comprendere le necessità e trovare un corretto equilibrio tra gli interessi degli interlocutori", (A. De Toni, M. De Bona). Il sistema di rete, per aver garanzia di successo, pretende una reale "**integrazione**" tra gli operatori che richiede disponibilità e preparazione, un linguaggio comprensibile da tutti e l'impiego di strumenti comuni. **L'integrazione è faticosa, richiede un adeguato investimento di tempo e non può essere improvvisata, va ricercata, organizzata, strutturata e curata.** Il logico e atteso precipitato di questo lavoro è la "**continuità delle cure**" che è uno dei principi cardine del Ser-

vizio Sanitario Nazionale attraverso i suoi livelli interconnessi: la continuità informativa, la continuità relazionale e la continuità gestionale.

Tutto questo è ben rappresentato nel nuovo **modello di sanità territoriale** proposto dal **Dm77/22** che procede camminando su due gambe: quella delle strutture e quella dell'attività domiciliare definita con una felice frase di impatto "**la casa come primo luogo di cura**".

La Casa della Comunità è il luogo fisico dell'integrazione dei professionisti sanitari e sociali ed è "in rete con tutti i settori assistenziali territoriali e con l'attività ospedaliera; lo strumento attraverso cui avviene il coordinamento a rete è la Centrale Operativa Territoriale (Cot) che opera come vettore di coordinamento e raccordo tra i nodi e i pro-



Peso: 28-69%, 29-69%

fessionisti", (GU 144/22).
L'assistenza domiciliare è un setting privilegiato dell'assistenza territoriale e verte sulla valutazione multidimensionale (Vmd) e sulla stesura del Piano di Assistenza Individuale Integrato. È qui che emerge tra le righe del **Dm77 il ruolo centrale delle cure palliative nel Ssn** con il modello storicamente sancito dalla Legge 38/2010 che viene riproposto, cambiati gli attori, anche per la presa in carico della cronicità complessa e della fragilità, quasi procedendo a ritroso con una sorta di contaminazione virtuosa oltre la seconda transizione, quella tra le condizioni croniche avanzate e il bisogno di cure palliative, (X. Gomez-Batiste).
Si rende evidente una volta di più il ruolo di volano per tutta l'assistenza domiciliare assunto dalle cure palliative, "punto in cui il **sistema sanitario dimostra la propria natura: universalistica**, perché non seleziona i pazienti

in base alla possibilità di guarigione; solidale, perché si prende carico della vulnerabilità; **centrata sulla persona** prima che sulla malattia", (G. Fortini).
"Le cure palliative sono il punto in cui la società decide se **la dignità è un principio astratto o un diritto concreto**, garantito fino all'ultimo istante di vita" e questo a maggior ragione vale nelle **strutture residenziali per gli anziani (Rsa)**.

I dati di attività registrati dal monitoraggio degli obiettivi del Pnrr sulle cure domiciliari sollevano molte preoccupazioni: solo il 3,79 % di tutti i piani di assistenza domiciliare registrati nel 2024 sono piani di cure palliative tanto da far pensare che **"l'assistenza domiciliare stia diventando sempre più episodico-prestazionale"**; gli interventi di presa in carico continuativa e intensiva non sembrano emergere come auspicato. "Le risorse disponibili sono evidentemente impie-

gate con logiche diverse, frenando quella presa in carico domiciliare intensiva e multidisciplinare utile a generare virtuosismi nel Ssn", (L. Pelliccia). **Esattamente il contrario di quanto auspicato dal Dm77.**

La continuità delle cure, garantita nelle strutture ospedaliere e nelle strutture residenziali per anziani attraverso l'implementazione delle competenze in cure palliative nelle degenze e la presenza dei palliativisti e degli infermieri esperti agevolata da un sempre migliore impiego delle tecnologie, risponde al **principio etico di giustizia** perché l'inadeguato coordinamento dell'assistenza contribuisce in maniera significativa allo spreco di risorse del Ssn, (Gimbe). Le dimissioni non programmate generano ricoveri ripetuti con sovra-utilizzo di interventi diagnostici e terapeutici, le risposte inadeguate e non coordinate a livello domiciliare esitano in accessi impropri al Pronto Soc-

corso e nell'allungamento dei tempi di degenza, la continuità informativa inadeguata determina quanto meno la duplicazione degli esami clinici. La valutazione costo-efficacia delle cure palliative stimata attraverso l'incrocio dei costi e degli outcome colloca inequivocabilmente **l'attività delle reti**, dell'adulto e pediatriche, **tra i programmi dominanti**, quelli che generano qualità a fronte di costi contenuti, che dovrebbero avere un posto privilegiato nell'attenzione di chi organizza e governa i Servizi Sanitari, (V. Rebba). I robusti e chiari interventi normativi recenti sulle cure palliative hanno il loro perché: **l'affermazione delle cure palliative non è un optional di una medicina marginale ma una condizione irrinunciabile per la sopravvivenza e la sostenibilità del Ssn.**

“LA CONTINUITÀ DELLE CURE RISPONDE AL PRINCIPIO ETICO DI GIUSTIZIA”

