

## La presa in carico nella X legislatura

Diversi percorsi e modelli alla ricerca di una maggior integrazione sociosanitaria

Quando si parla di presa in carico, le evidenze operative sembrano indicare come non sempre i servizi intendano la stessa cosa. Questo articolo analizza le differenti forme e i diversi contesti nei quali la presa in carico viene attuata; una specifica attenzione viene poi dedicata alla declinazione del tema nelle principali misure della X legislatura lombarda.

**a cura di Fabrizio Giunco - venerdì, aprile 22, 2016**

<http://www.lombardiasociale.it/2016/04/22/la-presa-in-carico-cose-e-come-si-e-tradotta-nella-x-legislatura/>



### Cosa intendiamo quando parliamo di presa in carico?

[In un precedente contributo](#) sulla presa in carico nell'ambito del servizio ADI erogato in Lombardia, elaborato a seguito di un focus-group di enti gestori, le osservazioni dei soggetti intervenuti portavano a fare distinzioni tra presa in carico amministrativa o organizzativa e presa in carico globale dei bisogni delle persone. Emergeva come, nel territorio regionale, la prima sia relativamente chiara e abbastanza omogenea mentre la seconda risenta di complessità e incertezze.

Un servizio come l'ADI per sua natura dovrebbe permettere di integrare le funzioni sociali e sanitarie in un processo di cura organico e coerente, basato sulla valutazione multidimensionale dei bisogni, fondato sulla collaborazione governata fra gli attori del sistema (ASL, comuni, medicina generale, erogatori, medicina ospedaliera e specialistica). E' proprio a questo livello, invece, che si evidenziano i principali conflitti fra un modello di presa in carico essenzialmente orientato in senso amministrativo (*taking charge*) e la presa in carico globale e integrata dei bisogni della persona (*taking care o caring*) [1].

Sembra che i diversi Enti, caratterizzati da ruoli e riferimenti istituzionali non omogenei fra loro, più che operare secondo quest'ultimo modello, lo facciano in base a un'ottica di "passaggio in carico" [2].

Partendo da questa constatazione, con questo articolo ci proponiamo di entrare nel merito del concetto di presa in carico. Rimandiamo invece ad altri contributi la disamina puntuale dei motivi e dei meccanismi che in Lombardia danno origine alla situazione accennata sopra.

## **Il concetto di presa in carico**

Questo concetto nasce in ambito sociale e, in termini ampi, rimanda all'idea di un servizio che *“si fa carico di seguire continuamente una persona (o una famiglia), garantendo presenza, opportunità e sostegni, con l'obiettivo di permettere ad esse di controllare attivamente la propria vita”* (Milani P, 2001). Vitale ne dà una definizione più orientata all'azione specifica dei servizi formalizzati, intendendo la presa in carico come *“un processo in cui un operatore sociale, a fronte di una domanda espressa o inespressa, ma sulla base di un mandato istituzionale, progetta uno o più interventi rivolti a una persona o a un nucleo di convivenza, mantenendo con essa (esso) un rapporto continuativo al fine della revisione dell'intervento stesso nel corso del tempo”* (Vitale T, 2013). Sotto questa luce, la presa in carico *“non è una forma di aiuto spontaneo che nasce in una relazione personale: avviene su un mandato istituito da un'organizzazione e ha una base organizzativa che richiede competenze individuali, un'attenta programmazione orientata alla pianificazione dei carichi di lavoro, formazione e aggiornamento, controlli, confronti fra pari in un gruppo di lavoro, supervisione, forme di valutazione”* (Vitale T, 2013). Lo stesso autore, citando Bianchi e Verno? distingue infine fra:

1. **presa in carico tecnico-professionale**, l'intervento è legittimato dalla particolare conoscenza del problema, dall'uso di strumenti adeguati e da particolari procedimenti metodologici;
2. **presa in carico del servizio**, che dovrà? mettere insieme mandato istituzionale e risorse umane, tecnico-professionali, strumentali, economiche e logistiche e che dovrà definire procedure perché? tutto contribuisca alla soluzione del problema–bisogno;
3. **presa in carico dell'istituzione**, titolare di quella competenza in forza di questa o quella legge (Bianchi, 1997);
4. **presa in carico comunitaria**, la capacita? dell'insieme dei soggetti locali, istituzionali e sociali di attivare e condividere responsabilità? e risorse per garantire risposte ai bisogni delle persone in difficoltà?, oltre a azioni coordinate, in grado di favorire processi di promozione, prevenzione e benessere (Verno?, 2007).

## **La presa in carico in sanità: il *caring* infermieristico**

In sanità il concetto di presa in carico è affrontato soprattutto in ambito infermieristico e riguarda il tema del prendersi cura dei bisogni del paziente (*caring*). Il *caring* infermieristico può essere descritto come

una pratica “che si realizza attraverso azioni competenti e la disponibilità? a preoccuparsi e occuparsi intenzionalmente delle necessità della persona assistita” (Corbin, 2008). La sola azione pratica (eseguire prestazioni), viene arricchita da componenti - valore morale, tratto umano, attitudine soggettiva, relazione interpersonale – che aggiungono valore all’assistenza standard (Saiani, 2013) [3]. Esercitata sotto questa modalità, l’azione professionale intercetta in modo più completo le attese e i bisogni delle persone e delle famiglie (Tabella 1) nelle diverse fasi che caratterizzano l’azione di cura (Tabella 2) e supera i limiti impliciti della sola risposta tecnica al bisogno clinico-assistenziale specifico.

**Tabella 1 - Il caring infermieristico**

<b>Aspettative e bisogni delle persone e delle famiglie</b>	<b>Azione professionale orientata al caring (infermiere/équipe/organizzazione)</b>
Ricevere informazioni	Centrare le cure infermieristiche sul paziente
Sorriso e gentilezza	Essere presenti
Risposte tempestive (tempo a disposizione)	Favorire il comfort
Sentire attenzione, percepire vicinanza fisica	Prestare attenzione a intimità? e contatto fisico/tocco
Sentirsi sicuri, protetti	Tutelare lo spazio del paziente
Sentirsi compresi e percepire l’interesse del professionista	Vigilare, sorvegliare, mantenere sotto controllo i bisogni
Sentire che il proprio punto di vista è considerato	Favorire l’autodeterminazione e l’empowerment
Percepire il rispetto per il proprio corpo e pudore	Sostenere l’autocura, favorire le soluzioni autonome
Vedere mantenute le promesse	Rispettare le diversità? multiculturali
	Coinvolgere le famiglie, includere le loro esigenze

Fonte: Saiani, 2013. Modificata

**Tabella 2 - Le fasi della presa in carico infermieristica**

Fonte: Saiani, 2013. Modificata
---------------------------------

## Presa in carico o passaggio in carico? Il caso del sistema sanitario

Soprattutto in ambito sanitario, **il concetto di presa in carico può essere confuso con quello della semplice accettazione in un servizio**, intesa come l'insieme delle attività necessarie per consentire o regolarizzare l'ammissione del paziente, ad esempio in ospedale. L'accettazione, che si traduce in un insieme di azioni puramente amministrative e di assunzione di responsabilità professionali e legali, è **diversa dall'accoglienza**, necessaria per "*costruire un rapporto di fiducia e collaborazione tra persona assistita e persona che assiste all'interno di una relazione di aiuto, focalizzata sui bisogni dell'utenza e sulla partecipazione alle decisioni assistenziali che la riguardano*" (Geddes, 2013). Nel mondo anglosassone, il concetto di presa in carico ospedaliera si traduce nel termine univoco di *admission* (ammissione, accettazione), mentre nelle funzioni territoriali in quello più ampio di *taking charge* (che in italiano può benissimo essere tradotto come presa in carico), mantenendo in entrambi i casi una connotazione amministrativa e di controllo direttivo, quindi diversa dai significati sintetizzati sopra<sup>[4]</sup>.

## La presa in carico nella X legislatura della Regione Lombardia

L'attenzione alla presa in carico sembra rappresentare l'obiettivo principale della riforma del welfare della X legislatura. La DGR 116/2013 stabilisce l'istituzione di un Fondo regionale a favore della famiglia e dei suoi componenti fragili e vuole favorire la presa in carico integrata delle famiglie e dei componenti fragili da parte di Enti Locali e Asl attraverso la valutazione multidimensionale del bisogno e modalità organizzative che saranno successivamente identificate. Alla luce di questo filo conduttore, tutti i provvedimenti inerenti il riparto del Fondo Nazionale Non Autosufficienza (FNA) prevedono una forte integrazione tra Asl e Comuni nella *governance* degli interventi e nella gestione dalla fase di prima valutazione. Lo stesso indirizzo prioritario delle politiche di welfare (presa in carico integrata della persona) viene ribadito dalle delibere successive (740/2013, 856/2013, 392/2013, 2942/2014). La prima delibera applicativa della 116, la 856/2013, stabilisce che il **presupposto necessario per accedere a tutte le misure previste a favore dei diversi gruppi di beneficiari è il percorso di presa in carico globale della persona**. I passaggi di processo previsti dal programmatore regionale sono sintetizzati nella Tabella 3.

**Tabella 3 - Regione Lombardia: le fasi della presa in carico integrata dei bisogni delle persone e della famiglia**

### **Valutazione multidimensionale, in capo alle ASL**

- realizzata in accordo con i comuni/ambiti territoriali di residenza della persona
- considera il profilo funzionale della persona e le condizioni familiari, abitative e ambientali
- utilizza gli strumenti di valutazione in uso per l'accesso all'ADI (tranne profili b. e c. elencati nella normativa)

### **Progetto Individuale Assistenziale, in capo alle ASL (PI)**

- steso in accordo con i comuni/ambiti territoriali di residenza della persona
- condiviso con la persona/famiglia
- contiene obiettivi, interventi da attivare, attori da coinvolgere, modalità e tempi di verifica

### **Erogazione di un voucher con conseguente libera scelta dell'erogatore da parte della persona/famiglia**

- gli erogatori devono possedere requisiti minimi sperimentali, aggiuntivi a quelli gestionali e organizzativi e ai requisiti soggettivi (allegato c della delibera)

### **Piano di assistenza individuale, steso dall'erogatore (PAI)**

- coerente con il PI
- condiviso con la persona/famiglia

### **Monitoraggio e controllo, in capo all'Asl, riguardante**

- requisiti degli erogatori (definiti nell'allegato c)
- appropriatezza degli interventi

*Fonte: Nostra elaborazione su delibere 116/2013 e seguenti, Regione Lombardia*

Il modello di presa in carico proposto dalla X legislatura sembra chiaro. La famiglia si rivolge alle centrali della rete dei servizi (distretti ASL, Comuni, MMG). Queste, a diverso titolo e con diversi ruoli, cooperano alla valutazione del bisogno con strumenti di VMD, condividono un progetto di cura che la famiglia può implementare attraverso servizi integrativi domiciliari o mediante le unità di offerta identificate dal progetto come appropriate (autorizzate, accreditate o contrattualizzate, diversamente sostenute dalle risorse previste dal FSR, dal FNA o dal Fondo regionale per la famiglia). L'ASL vigila sulla struttura della rete e sull'appropriatezza delle risposte garantite. La DGR 2989/2014 (Regole 2015)

conferma la **centralità della presa in carico integrata**, per il cui perseguimento si identificano alcuni strumenti di sistema: il budget di cura e i centri multiservizi.

### La presa in carico nella riforma del sistema socio-sanitario

La legge 23/2015 di riforma del sistema sociosanitario lombardo collega la gestione dell'acuzie sanitaria all'azione dei servizi sociosanitari continuativi nel tempo. Il *claim* della riforma ("dalla cura al prendersi cura"), indica l'intento di uscire da un sistema settoriale e frammentato promuovendo l'integrazione fra servizi sanitari, sociosanitari e sociali. La funzione della presa in carico viene attribuita a diversi soggetti: alla Regione con i suoi diversi strumenti di programmazione, alle ATS (governo del percorso della presa in carico) e ai loro distretti (contribuire alla presa in carico delle persone fragili con problematiche complesse), alle ASST (garantire la continuità della presa in carico anche attraverso i Presidi Socio-sanitari Territoriali - PreSST, che concorrono alla presa in carico delle persone e della fragilità), ai medici di medicina generale, attraverso le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP), e alle Unità di offerta sociosanitarie. Traspare, però, una ridotta chiarezza sui compiti e le responsabilità di ciascun attore del sistema e non è chiaro a chi (né dove, né come) il cittadino possa chiedere di essere preso in carico, trovando una risposta certa come per ogni altro diritto esigibile. La Legge 23 (articolo 9) prevede che la Regione definisca i modelli per individuare le prestazioni appropriate attraverso la VMD e i criteri di accreditamento e remunerazione per le attività di presa in carico dei pazienti da parte di soggetti di natura pubblica e privata interessati ad attuare questo modello. In altre parole, **la presa in carico sembra divenire una prestazione, riconosciuta come tale anche da un punto di vista economico e gestionale**. Come illustrato da Merlo in un [precedente contributo](#), questa visione è distante dal modello che vede la presa in carico come un processo dal cui esito dipendono tipologia e orientamento dei progetti e delle prestazioni da erogare, senza considerare il destinatario solo come utente passivo degli interventi.

### La presa in carico nel Piano per la Cronicità

[Il Piano per la Cronicità 2016-2018 \(DGR 4662/2015\)](#) adotta come riferimento l'Expanded Chronic Care Model - che integra gli aspetti clinici di gestione della malattia con gli approcci preventivi di sanità pubblica - e l'approccio Population Health Management, secondo il quale la modulazione dei servizi deve essere basata sul livello di rischio e sulle effettive necessità assistenziali delle specifiche categorie di pazienti. Il Piano delinea i nuovi modelli di cura per la cronicità basati sull'integrazione degli interventi e la loro sostenibilità: cooperative dei Medici di Medicina Generale, Presidi Ospedalieri Territoriali (POT),

PreSST, percorsi ospedalieri per i pazienti cronici, RSA Aperta ex DGR 2942/2014. Gli strumenti organizzativi e tecnologici per attuare il modello di cura proposto sono PAI, Centri di assistenza (Contact Center) e remunerazione forfettaria. Il PAI viene descritto come una forma evoluta e di adattamento del Percorso diagnostico terapeutico e assistenziale (PDTA), di cui sembra emergere l'inadeguatezza per valutare il percorso integrato ospedale-territorio. Il Contact Center (CC) è composto da un'area gestionale e da un'area clinica. L'area gestionale (possibile evoluzione del CeaD/Sportelli fragilità) si avvale di strumenti operativi potenti, come l'accesso al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e la stretta contiguità con l'area clinica, costituita da ambulatori dedicati alla presa in carico di pazienti cronici già noti. L'area clinica garantisce la risposta sanitaria, incluse quelle di emergenza/urgenza, in collegamento con i POT, i PreSST e le stesse ASST. La remunerazione forfettaria, assegnando un budget complessivo a un "conduttore", facilita l'integrazione tra i livelli di servizio e di responsabilizza il gestore al governo (clinico e di spesa) al processo di cura. Sviluppando l'esperienza dei CReG (oggi applicata solo nell'ambito delle Cure primarie), si vogliono costruire sistemi tariffari a percorso, differenziati per livello di cronicità e ambiti di erogazione.

## Conclusioni

I già citati riscontri provenienti dai gestori ADI fanno emergere che nel processo di presa in carico esistono ampi spazi di migliorabilità. A questo proposito, va detto che lo scenario di riforma riassunto nella Legge 23 e nel Piano Cronicità è interessante; pone al centro i percorsi e il territorio e ripensa le relazioni fra gli attori del sistema. Richiederà però un intenso lavoro attuativo e dovrà confrontarsi con inevitabili resistenze. Non emerge inoltre con chiarezza a chi (né dove, né come) il cittadino debba chiedere di essere preso in carico e a quali condizioni la sua richiesta possa trovare una risposta certa, configurandosi come un diritto esigibile. La DGR 4702/15 (Regole 2016) descrive l'esercizio 2016 come un tempo di transizione, in vista della **dichiarata intenzione di costruire e governare nuove reti fra soggetti, come premessa per affrontare la declinazione dei percorsi di presa in carico**. Si tratta quindi di una fase delicata ma promettente, soprattutto se il programmatore saprà far proprie le sollecitazioni della cultura operativa e dell'esperienza consolidata degli attori della rete dei servizi di comunità, mettendo anche in campo la forza politica per orientare il sistema verso le cure continuative dei bisogni globali dei soggetti più fragili. Resta però una domanda di fondo: sarà davvero possibile trovare un luogo e una modalità per far operare come sistema un così gran numero di attori vecchi e nuovi (Comuni, ATS, ASST, POT, PreSST, AFT, UCCP, Erogatori, Enti Gestori e CC)?

## Bibliografia

- Bianchi E, Vernò F. (a cura di). Le famiglie multiproblematiche non hanno solo problemi. Fondazione Zancan, 1995
- Corbin J. Is caring a lost art in nursing? Int J Nurs Stud 2008;45(2):163-165
- Geddes M. Accettazione, accoglienza, presa in carico. Ricerca e Pratica 2013; 27: 75-77
- Milani P. (a cura di). Manuale di Educazione Familiare. Ricerca, intervento, formazione. Erickson, Trento, 2001
- Polizzi E, Tajani C, Vitale T. “Programmare i territori del welfare. Attori, meccanismi ed effetti”. Carocci, Roma, 2013
- Saiani L. Si può imparare a prendersi cura? ACOS Nazionale, 2013
- Vernò F. Lo sviluppo del welfare di comunità: dalle coordinate concettuali al gruppo di lavoro. Carocci, Roma, 2007

---

[1] La presa in carico integrata presuppone una relazione sistemica fra enti e attori, che regolano fra loro anche (e non solo) i trasferimenti amministrativi, in un contesto di condivisione di informazioni e di responsabilità orientato alla cura globale, accogliente e facilitante dei bisogni delle persone e delle famiglie. Il focus del processo risiede qui nel percorso di cura e nella tutela della sua continuità; l’orientamento è verso la persona.

[2] Geddes ricorda come “*in sanità, la presa in carico assicura la continuità assistenziale, in particolare quando la persona passa da una unità operativa all’altra o transita fra diversi livelli del sistema socio-sanitario (ospedale/domicilio; ospedale/residenza; MMG/specialista). In quest’ottica, la presa in carico può essere definita come una modalità di **governance** di un processo assistenziale articolato e integrato nei suoi diversi passaggi, ovvero una modalità per garantire al cittadino un insieme coordinato di interventi rivolti a soddisfare un bisogno complesso*” (Geddes, 2013).

[3] Riassumendo il pensiero dell’autore, prendersi cura di un paziente vuol dire collocare entro un piano di lavoro programmato una serie di azioni pratiche (prestazioni), che assumono un valore superiore alla sommatoria delle prestazioni singole perché esercitate nel contesto di una specifica relazione interpersonale, connotata in senso etico e arricchita dalle attitudini soggettive e dal modo di essere del professionista.

[4] Queste sottolineature sembrano utili poiché la letteratura, la modellistica e le linee guida sanitarie sono nella maggior parte dei casi in inglese e la semplice traduzione linguistica rischia di trascinare con sé modelli e concetti non coerenti col significato che gli stessi termini esprimono in italiano. In inglese "taking charge" ha due possibili connotazioni. La prima è di tipo implicitamente direttivo (prendere il comando, prendere il controllo della situazione) mentre la seconda è di tipo amministrativo e si riferisce agli aspetti economici, di responsabilità e di obbligazione reciproca sottesi al processo di ammissione di una persona. In questo caso, il termine *charge* fa riferimento a tasse, oneri, prezzi, spese, obbligazioni fra soggetti; include, marginalmente, anche la cura, ma con significati e obiettivi diversi dai verbi *to cure* e *to care* (curare e prendersi cura). In sintesi, *taking charge* definisce chi controlla il processo di cura o chi si assume la responsabilità economica delle cure piuttosto che desii ignare una presa in carico globale, accogliente e orientata agli obiettivi e desideri delle persone, meglio riassunta dai verbi *care* (*caring*) e *take care of* (*taking care of*).