

RIFLESSIONI SU CONTESTO CHE DOVREBBERO ORIENTARE E RENDERE COERENTE OGNI SCELTA STRATEGICA

1. PREMESSA

Il periodo che stiamo vivendo è molto particolare perché se da un lato una crisi così prolungata, corrosiva, diffusa sta rendendo al vita difficile a milioni di persone, dall'altro tuttavia impone di riguardare gli attuali modelli di sviluppo per trovare nuove forme di convivenza, di gestione dell'economia e dei sistemi di welfare. Quindi questo tempo è comunque un tempo di possibile ri_generazione e sviluppo di nuove opportunità.

Per questo apriamo questa riflessione con l'analisi di alcune parole chiave utili ad una maggior comprensione dell'oggi per coglierne le vie di costruzione del nuovo futuro.

2. ANALISI DEL CONTESTO ATTUALE

2.a Dal Complicato al Complesso

Uno dei fenomeni che caratterizzano i nostri giorni è rappresentato dalla cosiddetta globalizzazione, ovvero il progressivo allargamento in senso lato della sfera delle relazioni sociali che consente di superare i confini fisici propri della nostra condizione di individui. Il mondo è diventato per certi versi "piccolo" e, sicuramente, sempre più interconnesso e **complesso**.

Questa sorta di "interrelazione globale" ha consentito una generale maggiore libertà personale ma anche una crescente interdipendenza. Siamo dunque consapevoli di fare parte di contesti (sistemi) dotati di elevata e crescente imprevedibilità.

Appare quindi auspicabile un nuovo approccio teorico e pratico volto a rappresentare il momento storico in cui viviamo non tanto e non solo attraverso la semplice scomposizione ed analisi dei diversi elementi che lo costituiscono, ma bensì determinandone le regole di funzionamento, di reciproca influenza e del conseguente adattamento al mutare delle condizioni di riferimento.

Se la semantica ci venisse in aiuto scopriamo che complicato in latino è cum plicum, che significa "con pieghe", complesso, cum plexum, significa invece "con nodi", intrecciato.

L'approccio "complicato" è di tipo analitico, il fenomeno-problema si suddivide in parti, che vengono "spiegate", studiate, analizzate e ricomposte. L'approccio "complesso", invece, è di tipo relazionale e integrato con lo scopo di fornire una visione del fenomeno-problema nella sua unitarietà ed interezza. Non c'è un rapporto diretto di causa effetto tra le parti coinvolte piuttosto di causalità Circolare (forse Reticolare), con questo punto di vista non si possono scomporre i fenomeni in parti elementari poiché si sta esaminando qualcosa di dinamico, che continua a mutare incessantemente.

È in questa accezione che perché la nostra medicina del territorio sia progettata in modo efficace deve avere le seguenti caratteristiche: una capacità di restituire una lettura **complessa** della realtà con cui opera e saper interpretare i bisogni di salute delle persone volendo comprendere interamente la loro esperienza fatta di **relazioni**, condizioni economiche e sociali, competenze e risorse

E' l'interazione stessa tra i singoli elementi che determina il comportamento globale dei sistemi (care giver, familiari, vicini, comunità, badante, medico di base, oss, IP...)

2.b Cambiamento

Tutto ciò che conosciamo si muove costantemente nella direzione del futuro. Il Cambiamento ovvero la Trasformazione di qualsivoglia forma avvengono con o senza la nostra presa di coscienza. Rispetto a questo fenomeno, certamente naturale ma negli ultimi anni fortemente accelerato, ci si può:

- Cronicizzare su schemi ripetitivi magari rassicuranti ma non adeguati alle nuove situazioni.
- Cambiare quindi rigenerarsi e rimotivarsi.

Oggi il tema più importante è quindi gestione del cambiamento.

2.c Conoscenza

Una richiesta esponenziale di conoscenze e competenze viene percepita come una minaccia alla sopravvivenza dei singoli e delle organizzazioni producendo forme individuali e di gruppo di resistenza ai cambiamenti.

L'autoreferenzialità (fare riferimento esclusivamente a se stessi, trascurando o perdendo ogni rapporto

con la complessità della realtà odierna) è una delle prime resistenze alla complessità e al cambiamento (è una forma della Paura)... determinante diventa quindi saper stare in un processo continuo di conoscenza. La conoscenza è qualcosa di diverso dalla semplice informazione. L'informazione infatti può esistere indipendentemente da chi la possa utilizzare, e quindi può in qualche modo essere preservata su un qualche tipo di supporto (cartaceo, informatico, ecc.), la conoscenza invece esiste solo in quanto c'è una mente in grado di possederla. La conoscenza vera e propria si ha solo in presenza di un utilizzatore che ricollegli le informazioni alla propria esperienza personale. Fondamentalmente la conoscenza esiste solo quando un'intelligenza possa essere in grado di utilizzarla.

Rispetto alla nostra progettazione la conoscenza dovrebbe avere le seguenti caratteristiche:

- Essere un luogo dove i vari attori si riconoscono e riconoscono le diverse professionalità e interdipendenze nel sistema
- Essere un luogo dove la conoscenza viene rappresentata a più mani
- Essere un luogo dove si impara a stare nella complessità delle relazioni
- Essere un luogo dove si cerca di produrre trasformazione, innovazione ed efficienza

L'obiettivo finale è quello di creare percorsi logici che permettano agli attori delle cure primarie di avere, su vari livelli, una visione di insieme che prenda in considerazione attività, servizi e strumenti che presi singolarmente presenterebbero buone potenzialità, ma assemblati e/o integrati insieme creerebbero una combinazione decisamente più efficace

2.d Verso l'integrazione socio-sanitaria

In questo quadro generale diventa non più prorogabile un sistema che integra le due dimensioni il sanitario e il sociale, il successo necessita che le esigenze di salute non siano più percepite e organizzate per rispondere alle domande del singolo ma come diritto di tutti i cittadini.

Un'assistenza socio-sanitaria non più come fatto individuale (il paziente diabetico, quello iperteso..) ma come dimensione da realizzare dentro una rete di relazioni che produce benessere diffuso. Da interventi solo sull'emergenza/contingenza, a presa in carico della vita delle persone, compresa la loro morte, nella comunità e con la comunità.

Va costruita una cultura che riconosca che le persone non hanno solo bisogni ma anche capacità, non solo fruitrici di processi di cura ma anche parti attive, termini come welfare di comunità a responsabilità diffusa o welfare generativo sono nuove frontiere che necessitano essere attraversate.

Di seguito un elenco di caratteristiche dei nuovi percorsi di cura:

- flessibilità (conciliazione tempi di vita e tempi di lavoro),
- integrazione professionale dove ruoli diversi e nuove competenze vengono organizzate con una logica orizzontale (la conoscenza di ogni attore è indispensabile)
- operare per il cambiamento di stili di vita (..10% cittadini di altre culture)
- rivoluzionare il paradigma e accettare che gli esperti della malattia non sono solo gli operatori sanitari, ma anche e soprattutto le persone che con la malattia convivono.
- realizzare una cabina di regia che permetta di tenere le fila di tutto il percorso terapeutico

2.e Medicina di iniziativa

Come ultimo termine che proponiamo come determinante nel trasformare il futuro delle cure primarie è passare dalla medicina di attesa alla medicina di iniziativa. Le strategie infatti per affrontare adeguatamente le malattie croniche degenerative sono ben diverse da quelle attuate per affrontare le malattie acute. Esse richiedono un **diverso ruolo delle cure primarie basato sulla medicina d'iniziativa**, con un'attenzione del tutto particolare nei confronti dei determinanti sociali della salute.

Un sistema sanitario moderno che voglia davvero fornire risposte adeguate ai nascenti e mutati bisogni di salute dei cittadini per rispondere in maniera efficace all'aumentata diffusione delle patologie croniche, deve necessariamente operare un cambiamento radicale nell'organizzazione, nella qualità e nell'erogazione dei servizi sanitari e sociali.

Una vera e propria rivoluzione culturale, prima ancora che organizzativa, un nuovo modello assistenziale in grado di intercettare il bisogno di salute dei cittadini, prima dell'insorgere della malattia, prima che essa si manifesti o evolva verso forme più gravi. Un modello assistenziale è orientato alla popolazione con al

centro il paziente informato ed educato a giocare un ruolo attivo e da protagonista nella gestione della propria patologia.

Secondo tale modello il paziente cronico non si limita a ricevere “passivamente” le prestazioni sanitarie ma interagisce attivamente, anzi proattivamente, con il Team Multiprofessionale che lo prende in carico. Aspetto fondamentale della medicina d’iniziativa è quindi far acquisire alle persone assistite quelle conoscenze e quelle capacità che le mettano in grado di contribuire fattivamente all’autogestione della propria malattia.

CRITICITÀ E SFIDE DA AFFRONTARE

Attraverso l’analisi di contesto si evidenzia il mutare dei bisogni assistenziali della popolazione, con **l’emergere di nuove sfide assistenziali indotte:**

- dalla crescita della aspettativa di vita con progressivo invecchiamento della popolazione, con l’aumento delle patologie cronico-degenerative collegate spesso alla disabilità, generando nelle famiglie un elevato carico assistenziale;
- dalla precarietà che connota i rapporti familiari, amicali, lavorativi e che, più in generale, si configura come una condizione di vita, con la progressiva destrutturazione del tradizionale sistema di protezione sociale;
- dalla correlazione tra la fragilità individuale, specie nell’anziano ma anche nei giovani, e la condizione di solitudine, insita in un contesto relazionale sempre più complesso;
- dalla rilevanza della componente immigrata tra la popolazione residente, che apporta nuove istanze ed approcci differenziati ai servizi socio-sanitari.

A livello di sistema si evidenziano, poi, alcuni **punti critici** che meritano di essere affrontati:

- le disomogeneità tra le Aziende ULSS, con rilevanti differenze nell’offerta (ad esempio la distribuzione della dotazione di posti letto ospedalieri per acuti e per riabilitazione) e nel ricorso ai servizi sanitari per i vari setting assistenziali, non sempre associabili a differenze nei profili della domanda o a caratteristiche ambientali specifiche;
- la progressiva crescita della mobilità passiva ospedaliera, non solo ascrivibile alle Aziende ULSS di confine, ma anche legata ad alcuni specifici ambiti di domanda che non trovano risposta nel contesto regionale (es. la riabilitazione);
- il ricorso inappropriato ad alcune prestazioni come l’accesso al Pronto Soccorso o le liste d’attesa nell’ambito della specialistica strumentale e diagnostica;
- la variabilità dei modelli organizzativi e gestionali, dei sistemi di remunerazione delle prestazioni e dei livelli di integrazione tra i diversi nodi che compongono la rete socio-sanitaria nelle Aziende ULSS.

Rappresentano, dunque, **scelte strategiche:**

- il potenziamento e consolidamento dell’offerta territoriale, imperniata sulla gestione integrata del paziente e sulla continuità dell’assistenza; L’ASSISTENZA TERRITORIALE deve essere:
 - **generalista, in quanto include la promozione della salute, la prevenzione delle malattie, la diagnosi, la cura e la riabilitazione;**
 - **olistica, perché interessata alla persona nel contesto della famiglia e della comunità;**
 - **continua, poiché usa tipicamente strategie di presa in carico e di controllo nel tempo dei problemi di salute.**
 - la ridefinizione organizzativa dell’offerta ospedaliera, secondo criteri di omogeneità quali-quantitativa per i diversi segmenti del SSSR in un contesto di equità allocativa e di accessibilità;
- la ridefinizione delle competenze e l’implementazione di una sinergia virtuosa tra Ospedale e Territorio, orientando il primo al trattamento dell’acuzie ed il secondo alla presa in carico della cronicità, secondo **logiche di rete; nell’area dell’assistenza al paziente cronico:**
- l’implementazione e la diffusione dei PDTA condivisi e di riconosciuta efficacia con riferimento particolare al paziente diabetico, al paziente oncologico, al paziente con scompenso cardiaco e BPCO

- l'assunzione di responsabilità e l'educazione terapeutica del paziente cronico e della sua famiglia al fine di migliorare i processi di autocura e di gestione attiva della malattia
- l'individuazione precoce delle malattie respiratorie (in particolare BPCO e asma), anche attraverso l'utilizzo di test di funzionalità respiratorie, nonché lo sviluppo dell'autogestione della malattia respiratoria
- il consolidamento delle cure palliative, anche con strutturazione dell'attività ambulatoriale ad integrazione e supporto delle cure domiciliari e dell'ospedalizzazione
- l'individuazione del corretto setting assistenziale e dell'appropriato approccio terapeutico nella gestione dei pazienti affetti da patologie reumatiche, anche alla luce dell'introduzione dei nuovi farmaci ad alto costo in grado di modificarne il decorso
- lo sviluppo dei team della medicina e pediatria di famiglia, sviluppando il ruolo dell'infermiere e del personale di studio, e con gli specialisti ambulatoriali interni ed ospedalieri ed altri operatori del sistema
- lo sviluppo di politiche di integrazione professionale e di intersectorialità degli interventi, all'interno di modelli organizzativi sostenibili e qualificati;
- l'investimento sull'appropriatezza clinica ed organizzativa, con particolare riguardo all'appropriatezza prescrittiva ed al consumo di risorse socio-sanitarie, attraverso il coinvolgimento attivo e responsabile dei professionisti e dei cittadini, anche allo scopo di ottenere una consistente riduzione delle liste d'attesa.

Modello organizzativo di assistenza integrato, le cui dimensioni strategiche sono:

1. l'organizzazione in team multiprofessionali composti da vari professionisti sanitari e sociali, strutturata su una chiara divisione del lavoro, fondata sulla pianificazione delle attività e del follow up, garantendo l'integrazione attraverso l'implementazione di appositi PDTA;
2. l'individuazione di un case manager all'interno del team multiprofessionale che prenda in carico l'assistito e proattivamente lo segua, ne verifichi i progressi, coordini gli interventi fra i vari attori, funga da interfaccia con il medico di famiglia e gli specialisti;
3. il supporto all'autocura attraverso cui il paziente diventa il protagonista attivo dei processi assistenziali, coinvolgendo e responsabilizzando il cittadino nelle decisioni che attengono alla propria salute;
4. il supporto sistematico ai professionisti nelle decisioni assistenziali anche attraverso il potenziamento dei sistemi informativi in grado di seguire il cittadino nel suo percorso assistenziale e nel contatto con tutti i servizi socio-sanitari del Distretto;
5. l'adozione di linee guida basate sull'evidenza ed il potenziamento della formazione continua che rappresentano per il team gli strumenti necessari per fornire un'assistenza ottimale ai pazienti cronici;
6. il coinvolgimento attivo delle risorse della comunità, stabilendo solidi collegamenti fra organizzazioni sanitarie e comunità locali attraverso programmi di partecipazione (es. la messa a disposizione di strutture, ecc.);
7. la sperimentazione di modelli di intervento e di presa in carico multi professionali che avvalorino l'efficacia dell'approccio integrato biopsicosociale alla persona.

Nella gestione integrata della cronicità **il medico/pediatra di famiglia rappresenta il principale referente** e corresponsabile della presa in carico, in grado di svolgere la funzione di accompagnamento dei pazienti, con l'obiettivo di conseguire la migliore adesione ai percorsi assistenziali, nel pieno coinvolgimento dei pazienti stessi. Questo approccio presuppone **una medicina di famiglia organizzata e coadiuvata da personale infermieristico, di supporto ed amministrativo, una collaborazione funzionale con gli specialisti territoriali ed ospedalieri, la messa a punto di un sistema informativo integrato.**

Ho scritto queste righe assemblando documenti già scritti per il lavoro fatto gli anni scorsi con il COS e attingendo a documenti di programmazione regione veneto.

Queste righe le propongo in seguito alla discussione aperta questi giorni sul tema della Selezione e Formazione del personale. Le propongo perché in questa situazione complessa, per evitare di perdere la bussola ed entrare nel “disorientamento”, è INDISPENSABILE una sorta di cornice di SENSO che CONDIVIDIAMO e che ci permetta di FARE DELLE SCELTE STRATEGICHE COERENTI.

SINTESI:

1. il SISTEMA STA CAMBIANDO passando da forme semplici a **COMPLESSE (pluriprofessionalità)**
2. OGNI ATTORE E' INSERITO IN UN **SISTEMA/NETWORK OLISTICO/INTERDIPENDENTE**
3. UN OBIETTIVO importante è la **SOSTENIBILITA** che si fonda su **SOLUZIONI APPROPRIATE (valutazione dei risultati EFFICACIA/EFFICIENZA [CONTRATTI DI ESERCIZIO])**
4. OGNI SOLUZIONE prevede PROCESSI che RICHIEDONO LA “PRESA DI DECISIONE” DI MOLTI ATTORI E **TUTTI CONCORRONO AL RISULTATO FINALE (interdipendenza)**
5. OGNI ATTORE PRENDE DECISIONI all'INTERNO DEL PROPRIO RUOLO (livello proprio di Responsabilità)
6. OGNI ATTORE HA NECESSITA' DI CONOSCERE I RUOLI DEGLI ALTRI ATTORI
7. OGNI DECISIONE DI OGNI ATTORE NECESSITA DI UNA **QUANTITÀ DI INFORMAZIONI**
8. QUESTE INFORMAZIONI SONO PRODOTTE DA Più ATTORI
9. PER OGNI ATTORE POSSONO ESSERE UTILI ANCHE INFORMAZIONI NON NECESSARIAMENTE SPECIFICHE DEL PROPRIO RUOLO
10. VA ACCOMPAGNATO UN PROCESSO di **COSTRUZIONE di una CULTURA COMUNE CHE guardi al FUTURO**
 - i. FORMAZIONE A MMG coerente con punti sopra
 - ii. SELEZIONE E FORMAZIONE A PERSONALE AMMINISTRATIVO E INFERMIERISTICO coerente con punti sopra