

PERCHÉ LE CRONICITÀ CONTINUANO AD ESSERE UNA SFIDA?

L'esperienza della Asl di Brescia (oggi Ats) di lavoro condiviso sul territorio tra tutti gli attori della salute pubblica ha portato frutti interessanti che vale la pena di prendere sul serio a livello nazionale.

di Fulvio Lonati

Dalle diverse realtà regionali non sta emergendo alcun modello che risulti vincente nell'affrontare con successo quella che continua ad essere la principale sfida dei sistemi sanitari: le cronicità, ovvero le condizioni permanenti di fragilità, malattia, disabilità. La sostenibilità economica appare essere l'aspetto più arduo; ma forse il problema basilare, per lo più insoluto, è l'incapacità di realizzare il vestito su misura attorno alla persona che ha problemi cronici di salute; un vestito su misura che risponda alle sue peculiari esigenze attraverso l'apporto coordinato e continuativo dei diversi operatori, servizi, presidi che, a seconda del caso, si rendono necessari; un vestito su misura che sappia inoltre valorizzare l'apporto fondamentale del primo operatore delle cronicità che è l'assistito stesso, con la sua famiglia; ancor più se alla malattia cronica sono associate compromissioni funzionali, contesti di vita fragili, esigenze assistenziali complesse.

La domanda diventa quindi: come organizzare l'insieme dei servizi affinché ciascun operatore sanitario, assistenziale, sociale del territorio, dell'ospedale, medico, infermiere, tecnico sanitario, operatore sociale, psicologo esca dal proprio guscio professionale per dare un contributo, specifico sì, ma inserito organicamente in un processo personalizzato di presa in carico globale, capace di potenziare le capacità dell'assistito nel gestire, con facilità ed efficacia, quotidianamente e nei luoghi di vita, i propri problemi di salute?

Nessun modello organizzativo, tra quelli messi in atto dalle diverse regioni, pare essere in grado di rispondere appieno alla domanda.

Non solo: le varie categorie tendono ad ostacolare, nei fatti più che nelle intenzioni, approcci e modalità orientate ad una sostanziale cooperazione e integrazione, tutelando rigidamente le proprie prerogative, contribuendo quindi ad sterilizzare gli immaginari e l'affettività nei professionisti affiliati. Ogni operatore non si sente così parte dell'intero sistema, né componente del processo globale di cura dell'assistito: preoccupato di lavorare bene per la sua parte, cosa che per lo più avviene, non si preoccupa in alcun modo, benché sia percepita la complessità della problematica, di quanto avverrà dopo perché "qualcun altro ci penserà".

Purtroppo, tra le categorie, anche i medici di medicina generale (mmg), cui il Servizio Sanitario attribuisce il ruolo di cerniera, tendono nei fatti ad estraniarsi dal sistema, limitandosi a tutelare rigidamente e unicamente le proprie peculiarità ed esigenze.

C'è un'esperienza atipica e rimasta incistata in un'unica azienda sanitaria locale (asl) (oggi Ats, ndr.) nonostante i tentativi di diffonderla, in cui curiosamente coesistono consolidati da un decennio aspetti che sembrano andare in una direzione diversa: nel bresciano, benché naturalmente permangano tante criticità, l'Ordine dei Medici come gli specialisti invitano ai loro convegni l'asl e i mmg perché portino, anche con dati locali aggiornati, le loro valutazioni ed esigenze; i mmg sono al contempo relatori e discenti, insieme agli specialisti e ad altre figure professionali della problematica trattata, dei loro eventi formativi, strutturati in piani annuali preventivamente concordati e diretti dall'asl, realizzati con iniziative replicate in più edizioni in modo da raggiungere la maggioranza degli operatori.

A Brescia i mmg estraggono dati clinico-gestionali dai loro archivi informatici e li trasmettono periodicamente anonimizzati all'asl che li assembla e li elabora per produrre ritorni informativi personalizzati a ciascun medico, che li usa per l'audit individuale e per il confronto tra pari in piccoli gruppi di miglioramento; gli strumenti di indirizzo professionale ed organizzativo, come i PDTA (acronimo per Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali) Territorio-Ospedale, sono prima definiti collaborativamente, poi approvati dalle rappresentanze sindacali e dalle direzioni sanitarie delle strutture pubbliche e private, quindi implementati con apposite iniziative formative, infine verificati a posteriori circa l'attuazione e la ricaduta in termini di salute. Il risultato è che, mentre la spesa farmaceutica e il ricorso al ricovero si sono progressivamente ridotti, la presa in carico dei malati cronici è cresciuta rapidamente raggiungendo, in modo documentato, i livelli attesi dalla letteratura. Tali risultati sono stati comunicati pubblicamente da referenti dell'asl, dei mmg, degli specialisti ambulatoriali ed ospedalieri, dell'Ordine dei Medici, dei Collegi delle Professioni Sanitarie.

In sintesi, si è venuta a creare una condizione per cui ciascuna componente, con qualche eccezione, si sente parte e non controparte del sistema: la parola d'ordine "governo clinico" indica che ogni operatore è invitato ad operare bene non solo nei confronti del singolo, ma ad avere anche una visione di "sanità pubblica", ovvero sia capace di valutare se l'insieme degli assistiti affidati raggiunge i risultati attesi in termini di percentuali di cronicità individuati e presi in carico, di dati di processo e di buona pratica clinica rilevati e registrati, di impatto sulla salute. A partire dai mmg che assumono un ruolo nodale e imprescindibile.

Quali sono gli ingredienti di questa formula all'apparenza vincente? L'asl (oggi Ats, ndr.) a fianco dell'adempimento dei compiti istituzionali e amministrativi ha occupato un nuovo ruolo, ponendosi come regista dell'insieme dei servizi. Elemento ispiratore: l'unitarietà degli interventi attorno all'assistito, specie quando necessita di cure prolungate nel tempo e/o di diverse prestazioni contemporanee, può essere garantita solo se, a monte, l'organizzazione complessiva è guidata nel promuovere soluzioni non parziali, ma organicamente integrate e coinvolgenti le diverse componenti.

Con tale orientamento, l'asl si è trovata nella posizione baricentrica per promuovere la reciproca interazione e guidare il miglioramento consensuale e continuo dei diversi nodi e delle molteplici professionalità presenti, attribuendo alle cure primarie, organizzate in forma interdisciplinare e dipartimentale, il compito di cerniera. Una asl che ha quindi puntato sulla valorizzazione delle professionalità e sull'alleanza con gli operatori: coinvolgere i



diversi professionisti nel processo di governo clinico, invitandoli a rendersi protagonisti consapevoli e responsabili del miglioramento continuo della qualità dei loro servizi e degli standard sanitari raggiunti, in modo da garantire i migliori risultati a fronte di un uso oculato delle risorse. Tutti i soggetti professionali portatori di differenti e complementari conoscenze, capacità, esperienze cliniche o gestionali sono stati invitati, con diversificate iniziative e occasioni, a partecipare al processo, riservando al mmg la posizione centrale.

Perché questa esperienza non si è diffusa e che cosa servirebbe per esportarla? Il processo di cambiamento va orientato e sostenuto da direzioni strategiche delle asl consapevoli di tali necessità e competenti nell'indirizzare coerentemente lo sviluppo dei servizi e dell'apporto dei professionisti in una logica di rete. Inoltre, i direttori devono potersi avvalere di medici e operatori di sanità pubblica analogamente consapevoli e competenti nel coordinare la rete locale dei servizi, a partire dall'assistenza primaria, ovvero dell'insieme dei servizi sanitari e assistenziali ad accesso diretto, distribuiti capillarmente nel territorio.

La strada da fare è purtroppo molta, precipuamente in senso formativo e culturale: è necessario che siano formati direttori ed operatori che sappiano svolgere il ruolo di registi della rete dei servizi, innovando e ispirando gli immaginari delle comunità professionali verso un nuovo paradigma, che coinvolga i professionisti quali protagonisti del processo di governo clinico.

L'autore
Medico, già Direttore del Dipartimento Cure Primarie dell'ASL di Brescia. Presidente di APRIRE - Assistenza PRimaria In REte - Salute a Km 0.