

Assistenza territoriale, atto secondo

di Elio Borgonovi

Ora esistono anche modelli e numeri dell'assistenza territoriale secondo le indicazioni del PNRR. Il modello prevede 602 Distretti (in media uno ogni 100 mila abitanti con un minimo di 20 mila nelle aree con popolazione dispersa) nei quali saranno inserite 1.288 Case della comunità, che dovrebbero a regime diventare 3.000, circa 600 Centrali operative territoriali e 381 Ospedali della comunità a gestione prevalentemente infermieristica con dotazione da 20 a 40 posti letto per ricoveri a bassa intensità (anch'essi destinati ad aumentare di numero fino a 24 mila posti letto, dopo la sperimentazione nell'ambito del PNRR).

Agli addetti ai lavori è noto che è in via di predisposizione un Decreto sugli standard strutturali, tecnologici, di personale e di attività nel quale si presume saranno inclusi anche principi, criteri e indirizzi sul modello organizzativo. Si prospetta così per il SSN un periodo di "vacche grasse" per quanto riguarda le risorse finanziarie, dopo oltre 15 anni di "vacche magre" iniziati con i Piani di rientro e con la crisi del 2007-2008. Ai fondi del PNRR vanno poi aggiunti gli aumenti previsti nel bilancio dello Stato per il periodo 2021, circa 121,5 miliardi di euro, in aumento di quasi 2 miliardi rispetto al 2020, e gli ulteriori aumenti previsti per gli anni 2022 (circa 850 milioni) e 2023-2025 (altri 550 milioni annui).

Tutto bene, quindi, a condizione di non dimenticare quanto ho sentito dire da un noto relatore a un convegno di circa 25 anni fa sul tema dell'innovazione. A un partecipante che aveva levato il solito lamento italiano, "per fare l'innovazione ci vogliono soldi", il relatore reagì con molta enfasi affermando: "No, ci vogliono idee e progetti validi con i quali poi i soldi si trovano". Ora che sembrano esserci i soldi occorre evitare di sprecarli mettendo in campo buone idee, organiche politiche, rigorosa programmazione, progetti concreti e capacità attuativa.

Per mettere in fila alcune buone idee si può partire, per analogia, dalla famosa frase di Massimo D'Azeglio "Fatta l'Italia, bisogna fare gli italiani", suggerendo che fatto il modello di Distretti, Case e Ospedali della comunità e Centrali operative territoriali occorre fare o riattivare le comunità. Occorre che si ritorni a valorizzare le relazioni delle persone nei loro ambiti territoriali rispetto ai processi di disgregazione economica e sociale causati dalla globalizzazione dell'economia, prima, e dalla società liquida e delle relazioni virtuali, poi. Ciò richiede una forte azione di informazione, comunicazione, sensibilizzazione, coinvolgimento per fare in modo che i luoghi fisici diventino, siano conosciuti e percepiti anche come luoghi sicuri per quanto riguarda la tutela della salute.

Se le Case e gli Ospedali della comunità continueranno a essere considerati alla stregua di semplici slot machine che erogano prestazioni a domanda, ben difficilmente riusciranno a garantire un salto di qualità auspicato e sperato. Se invece saranno considerati come luoghi e organizzazioni che si preoccupano della "presa in carico" delle persone con cronicità, disabilità, fragilità, bisogni continuativi e come centri di interventi e progetti di prevenzione, potranno dare un reale contributo al "recupero, mantenimento, promozione del benessere fisico, psichico, sociale, relazionale e spirituale (in senso laico o religioso)". Un mantra che Mecosan non dimenticherà mai di proporre.

Il senso di comunità dovrà riguardare anche i professionisti che saranno chiamati a lavorare in équipe e in collaborazione. Mentre il trattamento delle acuzie si basa sulla specializzazione di conoscenze, compiti e prestazioni, gli inter-

venti di prevenzione e l'assistenza delle persone con cronicità, disabilità e fragilità richiedono uno stretto coordinamento di atti e prestazioni che può essere garantito solo con un'integrazione delle conoscenze di diversi professionisti. Nelle fasi acute la fiducia del paziente si traduce anche in un affidamento alla struttura e ai professionisti che in essa operano. Nelle condizioni non acute, che prevalgono nei contesti territoriali, la fiducia nasce dalla corretta informazione, dal coinvolgimento e, soprattutto, dalla percezione che medici, infermieri, psicologi, altri professionisti e assistenti sociali parlano una sola lingua dimostrando di conoscere la condizione della persona che si trovano di fronte. Si può dire che nelle condizioni acute prevale la professionalità clinica e tecnica; nelle condizioni non acute questa professionalità diventa un pre-requisito che deve essere arricchito con la professionalità relazionale e comunicativa. Funzioneranno meglio le Case della comunità nelle quali i professionisti non si sentiranno semplicemente colleghi, ma componenti di una squadra. Ovviamente all'interno della squadra vi saranno riferimenti specifici, il medico (Clinical Manager) per le persone che hanno bisogni a elevato contenuto clinico, l'infermiere (Care Manager) per le persone che hanno prevalenti bisogni assistenziali, l'assistente sociale o altre figure (Fragility Manager) per le persone le cui condizioni di salute dipendono da condizioni di fragilità socio-economica e culturale.

Oltre alla comunità di persone sarà necessario anche un salto di qualità nelle relazioni tra istituzioni che dovranno superare la "frammentazione" delle competenze di legge, della titolarità dei finanziamenti, della natura pubblica o privata. Alle persone che hanno bisogni di salute continui e duraturi non si può chiedere di rivolgersi alla ASL per certe prestazioni, al Comune per altre, all'INPS o alle Regioni per ottenere contributi e sostegni finanziari, a erogatori privati profit (per chi può permetterselo sul piano economico) o a organizzazioni non-profit (per chi ha minori disponibilità economiche), quando le istituzioni pubbliche non rispondono. L'istituzione di Case della comunità deve essere l'occasione per costruire "reti di assistenza e di presa in carico" tramite il coordinamento e la collaborazione di diverse istituzioni pubbliche e private.

Il rafforzamento dell'assistenza territoriale sarà reale e duraturo se saranno diffusi in tutto il territorio nazionale politiche di community building che si inseriscono nella cultura della circolarità, di cui tanto si parla in questo periodo storico con riferimento alla tutela di ambiente, risorse del pianeta ed economia. Storicamente anche le istituzioni di tutela della salute sono state espressione di comunità attive, generative e, in seguito con l'affermarsi della medicina/salute basata sulle evidenze, è aumentato il ruolo delle istituzioni specializzate nell'offerta di prestazioni e servizi (ospedali, centri diagnostici, ambulatori specialistici, centri di riabilitazione, altre strutture residenziali e semiresidenziali) alle quali è stata delegata la tutela della salute. La loro funzione di intermediazione tra bisogni/domanda e risorse/offerta che per molti decenni è stata positiva in termini di rapporti benefici/costi per le acuzie, da almeno due o tre decenni, mostra i limiti di una efficacia decrescente, soprattutto per le condizioni non acute. Perciò il potenziamento dell'assistenza territoriale e la sostenibilità di un SSN universalistico, solidale ed equo potranno essere garantiti, non tanto o non solo, dall'efficienza gestionale, organizzativa e dall'aumento dei finanziamenti, quanto dalla attivazione e messa in circolo di energie e risorse della comunità. Far leva sul "capitale sociale" consente di evitare un rischio. In passato c'erano comunità forti con risorse e conoscenze scarse, oggi ci sono risorse e conoscenze abbondanti ma con comunità deboli. Per svolgere bene la propria funzione le Case della salute dovranno inserirsi nelle reti di servizi sociali comunali, circoli per anziani, centri di aggregazione (sportive, ricreative, culturali), parrocchie, esperienze di vicinato, gruppi di autosostegno, esperienze di social housing, altri centri del variegato mondo del volontariato e iniziative imprenditoriali di "salute low cost", che non deve essere confuso con low quality. Dovranno essere in grado di far leva sul "capitale sociale" e a loro volta essere uno dei motori del suo sviluppo. I processi di community building richiedono che i diversi soggetti diventino al tempo stesso utilizzatori di servizi di salute e portatori di energie e risorse. Connettere direttamente bisogni e risorse, domanda e offerta di servizi significa eliminare attività di "intermediazione" che non producono valore. La logica della lean organization che si propone di generare valore all'interno di organizzazioni complesse può essere interpretata ed estesa alla Lean Community che si propone di generare valore nelle relazioni tra diverse organizzazioni.

Una collaborazione necessaria anche per la ricerca di sinergie nell'uso degli spazi. Per evitare il consumo di territorio e/o operazioni speculative di tipo immobiliare, che spesso riguardano edifici a uso sanitario dismessi in aree centrali

o semicentrali, sarà necessario ridurre al massimo la costruzione di nuovi edifici e puntare sulla riconversione o il riutilizzo di tanti spazi pubblici o privati attualmente già disponibili in tutto il Paese. Un orientamento che sembra essere presente anche nelle linee del PNRR e che potrebbe/dovrebbe essere esteso ad attività che riguardano il community building. Sarà necessario pensare a spazi “multifunzionali”, ovviamente a vocazione socio-sanitaria, che in rete con altri spazi con diverse vocazioni, per esempio culturali, ricreative, sportive, possano essere identificati dalle comunità come luoghi di aggregazione e ricostituzione del tessuto sociale.

Occorrerà affrontare con il giusto equilibrio anche il tema del rapporto tra standard di funzionalità di Case e Ospedali della comunità, Centrali operative territoriali e la contestualizzazione nei differenti territori. Predisporre standard (il preannunciato Decreto 71) dovrebbe evitare, o almeno arginare, l'eccesso di “creatività e differenziazione non necessaria e a volte solo terminologia” dimostrata dalle Regioni negli ultimi 20-25 anni.

Tuttavia non si dovrà dimenticare che è molto diversa la situazione di grandi e medie città, di paesi con dimensione significativa che sono punto di riferimento per la popolazione di un Distretto, di territori nei quali vi è una dispersione della popolazione con difficoltà di comunicazioni (tipicamente in aree collinari o montane).

Nella prima situazione la popolazione è probabilmente abituata e continuerà a far riferimento agli ospedali per ogni situazione percepita come aggravamento e complicanza, quindi sarà particolarmente critica l'informazione iniziale e capillare sull'attivazione della nuova struttura, sulle sue funzioni, sulle differenze rispetto al modello della semplice Guardia medica, sulla utilità della funzione filtro rispetto all'accesso improprio al pronto soccorso. Utilizzando le informazioni sui più frequenti casi di codici bianchi e codici verdi dei pronto soccorso si potrà comunicare alla popolazione che il ricorso alle Case della comunità può evitare di passare lunghe ore in spazi spesso poco confortevoli.

Nei Distretti e nei territori nei quali la popolazione già converge su un centro abitato per motivi di studio, lavoro, svago, attività commerciali sarà più agevole e facilmente comunicabile l'istituzione delle Case e Ospedali della comunità. Anche in questo caso sarà necessario tener conto che la prevalente gestione infermieristica non venga percepita come assistenza di serie B. Con l'aiuto di esperti di comunicazione, ma soprattutto con una efficiente organizzazione iniziale, dovranno essere superati certi preconcetti collegati alle gerarchie professionali consolidate nell'immaginario collettivo, secondo cui la presenza di un medico garantisce una migliore sicurezza al paziente. Occorrono progetti ben finalizzati, rivolti a target di popolazione che possano dare ampio risalto ai benefici ottenuti per dimostrare con i fatti, e non solo a parole, che la tutela della salute è diversa dalla lotta alle malattie e che per molti bisogni la “medicalizzazione” non è la soluzione migliore. Infermieri, ostetriche e altre figure sanitarie formate e motivate possono garantire una elevata qualità dell'assistenza, riservando all'intervento del medico (MMG/PLS o specialista) le funzioni di tipo strettamente clinico.

Al riguardo si sottolinea che le teorie dell'innovazione evidenziano l'esigenza di re-skilling e up-skilling nei sistemi di tutela della salute, come in tanti altri campi, anche a seguito del supporto di tecnologie (per esempio telesalute). L'istituzione di Case e Ospedali della comunità, a prevalente gestione infermieristica, può essere l'occasione per applicare il principio del ricorso appropriato alle professionalità (correct skilling). Per essere reale motore di cambiamento le Case e Ospedali della comunità devono contribuire a rompere preconcetti sociali, professionali e a stimolare modifiche di normative che, ancora oggi, prevedono “riserve di competenze” definite molti anni fa in un mondo che non esiste più.

A questo punto ci si può porre la domanda: che cosa vuol dire correct skilling? La risposta può venire solo dalla identificazione del gruppo di popolazione che si incontra sul territorio. Innanzitutto le persone cosiddette sane, utilizzatrici saltuarie di servizi sanitari. In caso di rotture di arti, incidenti, traumi, crisi cardiache ecc. queste persone fanno riferimento direttamente al pronto soccorso. Per bisogni di minore rilevanza quali piccole bruciate o ferite, iniezioni, medicazioni o per alcuni controlli periodici dovrebbero trovare nelle Case della comunità un riferimento continuativo, evitando la situazione del MMG che non si trova o della Guardia medica che arriva in ritardo o non è sufficientemente attrezzata. Tuttavia con riferimento a questa popolazione la funzione più significativa delle Case della comunità dovrebbe riguardare la prevenzione. Esse dovrebbero diventare i capillari sul territorio di piani di prevenzione, piani pandemici generali e centro propulsore, dal basso, di tante iniziative di controlli periodici, diagnosi precoce, medicina

scolastica e salute nei luoghi di lavoro, facendo anche ricorso ad altri soggetti della comunità. Dovrebbero elaborare un programma/portafoglio di progetti di prevenzione da attivare, monitorare e di cui valutare i risultati.

Per i gruppi di persone che hanno bisogno di servizi post-fase acuta, le Case della comunità dovrebbero essere il naturale punto di riferimento e di contatto degli ospedali. Dovrebbero mettere a punto procedure e processi per coordinare le dimissioni protette, garantendo anche l'assistenza domiciliare, se e quando, necessaria. Dovrebbero ridurre il numero di situazioni spiacevoli, oggi frequentissime, cui si trovano di fronte pazienti soli o famiglie che non sanno a chi rivolgersi quando si prospetta la dimissione dall'ospedale. Le Case della comunità dovrebbero garantire direttamente servizi di assistenza medica, infermieristica e la capacità di attivare altri soggetti per i bisogni di carattere socio-assistenziale.

Per le persone con cronicità lievi e stabilizzate, le Case della comunità dovrebbero diventare un rafforzativo dell'attuale situazione di monitoraggio più o meno attento da parte del MMG, e PLS per l'età pediatrica, potendo contare su alcune strumentazioni di base ed eventualmente strumenti di telesalute.

Per le persone con cronicità e disabilità medie, le Case della comunità dovrebbero diventare il primo punto di riferimento per i pazienti e i loro caregiver, sia per avere un supporto nell'assistenza domiciliare, sia per le situazioni di possibile aggravamento. Pazienti e caregiver dovrebbero trovare nelle Case della comunità professionisti ben preparati, con attrezzature adeguate, ma soprattutto con la conoscenza del contesto in cui vive il paziente per dare indicazioni immediate e rassicuranti su "che cosa fare", per esempio ricovero negli Ospedali della comunità o in ospedali più attrezzati.

Per i pazienti con cronicità e disabilità gravi, le Case della comunità dovrebbero svolgere la funzione di "regia" dell'assistenza. Dovrebbero garantire le prestazioni a elevato contenuto professionale (medico o infermieristico), stimolare interventi dei Comuni o di associazioni di volontariato per garantire un supporto alle famiglie. Dovrebbero individuare e mettere a disposizione device e strumenti richiesti dalle condizioni dei pazienti e dovrebbero formare i professionisti dell'assistenza domiciliare o i caregiver familiari. Date le specificità di condizioni di salute, economiche e socio-culturali di questi pazienti, la logica dovrebbe essere quella della "gestione per progetti", intesa come la punta di più elevata complessità dei PAI (piani assistenziali individualizzati).

Oltre a standard funzionali, tecnologici e di personale, le Case della comunità dovranno caratterizzarsi come centro nel quale far convergere e sistematizzare le informazioni riguardanti:

- mappatura quali-quantitativa dei bisogni di salute dei diversi gruppi di popolazione;
- mappatura delle caratteristiche del territorio per individuare i fattori ambientali che incidono sulla salute;
- mappatura dei soggetti attivabili nell'ambito della comunità con l'indicazione per ognuno del contributo delle energie e delle risorse che può mettere in campo;
- mappatura dei progetti attivati.

Si potrebbe dire che con il PNRR "il dado è tratto" in riferimento a un modello di continuità e integrazione assistenziale. Adesso si tratta di far seguire l'azione ai buoni propositi. Per fare ciò sono necessari piani esecutivi, piani di formazione del personale, piani di informazione e comunicazione tempestiva alla popolazione.

Se è vero che "non si possono fare le nozze con i fichi secchi" può valere anche il detto che "non bastano belle cerimonie e ricchi pranzi [le risorse del PNRR] per fare un buon matrimonio [assistenza territoriale forte, integrata con l'assistenza ospedaliera]".