

Convention Internazionale 2021: Contributo del Chapter di Padova

“La cooperazione fra istituzioni e comunità come strumento per combattere l’esclusione”

Le crisi finanziarie degli ultimi decenni, gli effetti negativi della globalizzazione, l’invecchiamento della popolazione, la crescente prevalenza di malattie croniche e, non ultima, l’emergenza pandemica COVID, hanno impattato profondamente la nostra società ma soprattutto hanno comportato l’impoverimento e l’isolamento sociale delle persone più vulnerabili: anziani, disabili, immigrati, emarginati. Mai come oggi si può comprendere appieno il significato del termine *salute* nella definizione data dall’OMS nel 1948: “... *uno stato di completo benessere fisico, mentale e psicologico-emotivo e sociale*”. Un concetto che trascende la semplice presenza, assenza di malattia. Salute è benessere mentale, fondamentale per la qualità della vita e la produttività degli individui, delle famiglie e delle comunità (Dichiarazione sulla salute mentale per l’Europa, 2005). Salute è assenza di povertà economica, abitativa, relazionale, cause di isolamento sociale. Salute è la possibilità per chi è portatore di handicap fisico di far fronte ai problemi e limiti di integrazione in famiglia, nella scuola, nel lavoro, nella società.

Come garantire allora questa forma di salute, unico e vero bene incontrovertibile? La definizione OMS non lascia spazio alla soluzione di “medicalizzazione”. Non è sufficiente curare le malattie. Non basta un SSN superorganizzato. Non sono sufficienti i LEA (fondati su buoni principi ma vincolati a risorse disponibili) a garantire un’assistenza sanitaria completa e dinamica. I DRG non sono gli unici sistemi di riferimento validi per attuare politiche sanitarie estese.

Nella Carta di Ottawa del novembre del 1986 si legge: “*Le condizioni e le risorse fondamentali per la salute sono la pace, l’abitazione, l’istruzione, il cibo, un reddito, un ecosistema stabile, le risorse sostenibili, la giustizia sociale e l’equità*”. Soddisfare un bisogno di salute oggi può significare trovare la soluzione a un problema clinico-assistenziale, ma anche sociale o addirittura culturale. Ne consegue che il processo di cura della salute è determinato dai bisogni (le condizioni e le risorse fondamentali per la salute) ed è un processo dinamico, legato al rapporto fra individui, tra l’individuo e l’ambiente, alla capacità degli individui di fronteggiare nel modo massimamente adattivo gli eventi della vita. Le malattie croniche e i malati difficili da raggiungere sono i principali obiettivi di cura. Luogo ideale di cura è il territorio (mal si adattano invece gli ospedali pensati per interventi acuti e iper-specialistici). Come si legge nella Dichiarazione di Alma Ata, le “cure primarie” rappresentano il primo contatto di individui, famiglie e intere comunità con il sistema sanitario. Le cure primarie facilitano l’accesso ai gruppi più svantaggiati della popolazione e quindi sono un potente fattore di equità all’interno del sistema sanitario e per contrastare le disuguaglianze socio-economiche. Nell’ambito delle “cure primarie” emergono i bisogni di salute della popolazione e dovrebbe scaturire l’offerta di servizi primari atti a soddisfare i bisogni stessi. Un processo apparentemente semplice trasformato oggi in una sfida per la crescente complessità dei bisogni: l’invecchiamento della popolazione, il problema delle patologie croniche e della co-morbidità, il fenomeno delle migrazioni con relative barriere culturali, la disuguaglianza socio-economica determinata dalla precarietà e disoccupazione, la scarsa

istruzione. Le cure primarie devono trovare soluzioni, talvolta anche attraverso medicina di iniziativa, ma devono anche garantire livelli standard di qualità. Non è facile. Purtroppo, la buona assistenza tende a variare in modo inversamente proporzionale al bisogno della popolazione. All'aumentare dei bisogni la qualità delle cure tende a diminuire.

Troppo a lungo gli investimenti finanziari sono stati rivolti ai servizi ospedalieri, agli utenti più giovani e alle patologie acute. Si pratica principalmente una medicina per acuti nonostante si viva in una società dominata dalle patologie croniche come dimostrano le indagini ISTAT (Istituto nazionale di statistica) che rivelano che oltre il 40% della popolazione è affetta da una patologia cronica e che oltre il 20% è affetto da più di due patologie croniche. Inoltre, con l'aumentare dell'età aumenta la prevalenza delle malattie croniche e della comorbidità.

Se dunque l'organizzazione della sanità territoriale così come il Piano nazionale della cronicità (Ministero della Salute 2016) hanno accumulato annosi ritardi nell'attuare i processi di cura attesi (strategie di "empowment" e "selfcare" del paziente, di approccio multidimensionale, costruzione di percorsi integrati condivisi, forme di presa in carico proattiva, assistenza domiciliare, teleassistenza, teleconsulto, telemonitoraggio), il PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza), strategia nazionale di utilizzo del programma NGEU (Next Generation EU) con il quale l'Europa ha risposto alla crisi pandemica, rappresenta una opportunità di effettuare una vera e propria riforma dell'assistenza sanitaria territoriale centrata di fatto sulla persona e sulla comunità. La declinazione del PNRR a livelli regionali offre la possibilità dell'attuazione di processi di programmazione sanitaria integrata e partecipata. L'*integrazione* è la principale finalità del PNRR nelle sue diverse declinazioni: istituzionale, settoriale, gestionale e operativa. In particolare, l'integrazione operativa è la più significativa in quanto richiede una visione allargata dei bisogni dei destinatari e la considerazione della multidimensionalità delle problematiche al fine di attivare una presa in carico globale della persona e della sua famiglia.

"Missioni" del PNRR sono interventi a sostegno delle persone vulnerabili, della capacità genitoriale, delle famiglie. Interventi per l'inclusione sociale e la coesione territoriale, prevenzione della loro istituzionalizzazione attraverso soluzioni alloggiative e dotazioni strumentali innovative che permettano di conseguire e mantenere la massima autonomia. Ad esempio, realizzazione di gruppi di appartamenti autonomi, dotati di attrezzature e servizi necessari alla permanenza in sicurezza sul proprio.

"Missioni" del PNRR sono il potenziamento delle cure domiciliari per le persone over 65 anni, anche attraverso progetti di telemedicina; l'istituzione delle Case della Comunità (CdC), luoghi fisici a cui la comunità può accedere per trovare assistenza integrata, sanitaria e socio-sanitaria; gli Ospedali di Comunità per ricoveri brevi con funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero con finalità sia di evitare ricoveri impropri, sia di favorire dimissioni protette e nell'ottica di una sempre maggiore umanizzazione delle cure.

Alla implementazione delle iniziative volte allo sviluppo di un *welfare di comunità* tutti sono chiamati a partecipare: le Regioni con interventi di programmazione sanitaria, i Comuni con

interventi di programmazione sociale, le aziende ULSS con la partecipazione alla programmazione degli interventi sanitari, la ricognizione dei bisogni, lo sviluppo di reti assistenziali, Centri per l'Impiego, Istituti scolastici, aziende Territoriali del Settore Edilizia, Tribunali, Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza, Associazioni sportive, INPS, INAIL, Enti del Terzo Settore e Parti Sociali.

Attori principali sono le figure del caregiver e dell'Assistente Sociale.

Il PNRR promuove inoltre l'inserimento della COT (Centrale Operativa territoriale) quale piattaforma di interconnessione fra ospedali, ospedali di comunità, cure domiciliari, strutture residenziali, case della comunità, cure palliative, centri diurni, servizi sociali, medici di medicina generale, servizi di continuità assistenziale, cittadini.

La digitalizzazione è un'altra delle "missioni" del PNRR finalizzata all'assistenza ma anche programmazione sanitaria guidata dall'analisi di dati raccolti nel rispetto della sicurezza e della tutela delle informazioni.

Tutte le "missioni" del PNRR sono rivolte in buona sostanza ad affermare una *medicina di prossimità* che rimanda a una visione ecologica della salute intesa non solo come condizione del singolo ma come qualità che lega l'individuo alla società e che lo fa sentire integrato nell'ambiente in cui vive. Una medicina complessa, quella di prossimità, fatta di relazioni tra istituzioni pubbliche sanitarie e sociali e del privato, in grado di offrire misure preventive e cure primarie, di occuparsi dell'orientamento delle persone verso i servizi territoriali e ospedalieri.

Come governare questa complessità? Servono spirito di collaborazione rispetto a obiettivi condivisi, una natura non rigidamente gerarchica delle relazioni, un sistema pubblico vitale e potenziato in grado di cooperare in modo efficace con le organizzazioni private, bisogna utilizzare un approccio bio-psico-sociale al paziente, bisogna coinvolgere il paziente nelle decisioni, bisogna conciliare i bisogni degli individui con i bisogni della comunità, individuazione ove possibile di microaree dove intervenire con medicina di iniziativa, sartoriale (ad esempio soluzioni concrete di emergenze abitative o case studio in cui prendono corpo i diritti di cittadinanza di cittadini emarginati). La lotta alla cronicità può comprendere programmi che contrastano l'inattività fisica quale fattore di rischio per la salute a livello globale (si passa da una buona pratica di settore a una buona pratica di sistema coinvolgendo amministrazioni locali, associazioni di volontariato, sfruttando tecnologie di comunicazione). Bisogna cercare realmente chi non arriva. Questo significa contemplare nella programmazione sanitaria la ricerca di utenti che non arrivano attraverso equipe multiprofessionali di strada o di quartiere. Si deve pensare a programmi di istruzione familiare e all'acquisizione di modelli di consumo. Si deve riformare la scuola di medicina di Comunità e cure primarie, si devono formare operatori sanitari non solamente in reparti ospedalieri dove vige il paradigma di cura iperspecialistico e ipertecnistico, frammentato, ma anche nella territorialità. Bisogna cambiare la mentalità per imparare a chiedersi non quale tipo di malattia ha un paziente ma quale tipo di paziente ha quella malattia (Covid docet!). Implicita la responsabilità di chi decide la formazione! Una riforma sanitaria dovrebbe coinvolgere in maniera decisiva i medici di famiglia. Infine, servono accordi di lavoro nuovi, interprofessionali e di tipo verticale tra operatori sanitari dell'assistenza primaria, secondaria, terziaria e sociale. Servono sistemi informatico-tecnologici come quelli

in cui sono archiviati fascicoli sanitari e cartelle cliniche dei pazienti quali facilitatori di percorsi assistenziali coordinati.

Servono azioni terapeutiche educative mirate ad aiutare l'individuo e la famiglia ad utilizzare le proprie risorse e potenzialità per autogestire nel modo più idoneo la propria salute. Una progettualità che implica costi contenuti, risultati a medio-lungo termine, lontana da logiche di mercato, contraria agli interessi economici dei big Pharma. Una progettualità che richiede la collaborazione di diverse competenze sanitarie a vari livelli, ma senza dare spazio all'individualismo e alla creazione di nuovi spazi di potere. Una progettualità che non complica, ma semplifica. Una progettualità che richiede responsabilità di tutti e la disponibilità di tutti a mettersi sullo stesso piano. La responsabilità assunta che non vincola ma "dona" libertà.

Si devono evitare le ipocrisie di apparenti rinnovamenti atti a giustificare la sopravvivenza di strutture, percorsi e luoghi di cura, funzioni e ruoli già consolidati. Si devono rimuovere i conflitti e gli interessi personali. Un senso morale disinteressato e alla base di ogni etica deve prevalere. Solo così saranno garantiti il successo di ogni singolo intervento e il processo della medicina di prossimità. **Valutare l'adeguatezza** degli interventi in medicina di prossimità è facile: valutando la reale facilità di accesso alle cure primarie, se l'assistenza e il coordinamento sono realmente focalizzati sulla persona, se è garantita la longitudinalità quale prosecuzione del rapporto quando la persona è riferita alle cure secondarie, se la gamma delle prestazioni è sufficientemente ampia, se viene facilitata la coesione della famiglia, se le soluzioni trovate contemplanò una sanità di iniziativa (sartoriale), se vi è aderenza alla prevenzione e alle terapie (per interventi mirati alla cronicità), se si è evitata l'ospedalizzazione.