

MARCO TRABUCCHI ^(*)

I SERVIZI SANITARI IN RETE: UN'INTRODUZIONE

La Fondazione Smith Kline da molti anni ha posto la tematica delle reti al centro dei propri interessi di ricerca e di studio, perché la modernità impone una lettura della realtà che non può prescindere dalle interconnessioni, dalle interdipendenze, dalle dialettiche che si sviluppano all'interno di un servizio sanitario nel momento in cui si pone pienamente al servizio della persona. Il tempo delle autoreferenzialità, quando la tecnica adottata da questo o quel segmento del sistema sanitario sembrava dar ragione di tutto, è finito. Il tempo presente è invece caratterizzato dall'impegno di recuperare il passato per inserirlo in una logica più ampia, dove trovino spazio i problemi veri, che hanno bisogno della risposta tecnica inserita in un quadro complessivo di attenzione alla dimensione degli eventi e alla loro durata, nonché all'insieme delle interconnessioni che si attivano quando si relazionano realtà viventi plurime con sistemi organizzati definiti da vari livelli di flessibilità e di capacità di adattamento.

La Fondazione Smith Kline, negli ultimi dieci anni di vita, ha dedicato ai temi dell'organizzazione sanitaria spazi rilevanti della rivista "Tendenze Nuove" (che compie appunto dieci anni), alcuni volumi e convegni, in particolare i Seminari dei Laghi.

In questo Rapporto Sanità 2007 vi è un impegno di sintesi, nel tentativo di fare il punto di un dibattito molto vasto che ancora non si è concluso. Ma, d'altra parte, sarebbe illusorio pretendere oggi di fissare entro schemi rigidi i modi di funzionamento di una rete che per definizione deve essere elastica, adattarsi ai cambiamenti, dipendere da sistemi di

^(*) *Past president Società italiana di gerontologia e geriatria, responsabile Area politiche sociali e sanitarie della Fondazione Smith Kline.*

governo diversi. È forse proprio questa caratteristica della modernità che rende il modello della rete così difficile da adottare in un mondo ancora purtroppo dominato dalle logiche della burocrazia che ama le regole apparentemente chiare, possibilmente indiscutibili e di lunga durata, alle quali tutti devono attenersi qualsiasi siano i loro punti di partenza e gli obiettivi di arrivo.

A chi serve disporre di servizi sanitari in rete? La risposta potrebbe essere banale, perché è evidente che la medicina puntiforme interessa un numero sempre minore di cittadini, perché chiunque entri oggi nel sistema richiede servizi di lunga durata, operati da personale diverso, in ambienti diversi e con diversi livelli di competenze culturali e tecnologiche. Quindi i sistemi sanitari a rete sono la base strutturale per qualsiasi sistema moderno, non perché si voglia accompagnare in modo acritico ogni cittadino “dalla culla alla tomba”, ma perché ogni atto clinico è accompagnato da un prima e da un dopo che divengono momenti irrinunciabili per il successo dell’atto stesso. Si tratta quindi di una logica clinica e non di un’affermazione ideologica. In questa prospettiva non trova spazio la dialettica che dominava fino a qualche tempo fa, che tendeva a contrapporre l’ospedale ad alta tecnologia alla rete a bassa tecnologia, il primo moderno e fruitore di grandi finanziamenti, la seconda come un insieme quasi volontaristico di attività “povere”. Oggi fortunatamente questo modello è stato superato, non tanto per una scelta politica, ma per la realtà stessa dell’ospedale moderno, che si colloca all’interno di interventi operati a livello territoriale, spesso di alta tecnologia diagnostica e che vengono comunicati attraverso sofisticati sistemi di Ict. Perché questo trend si sviluppi completamente è però necessaria ancora molta strada, soprattutto che gli investimenti siano compiuti seguendo linee precise di sviluppo e quindi compiendo scelte di priorità. Ad esempio, in questo momento la crescita dei sistemi di *imaging* non trova sempre adeguate giustificazioni cliniche, ma ugualmente è favorita per dare l’impressione di una medicina sempre più tecnologicamente avanzata. Poco importa se poi il progresso è prevalentemente “estetico”, se

i vantaggi riguardano pochissimi fruitori, se gli operatori addetti sono altamente selezionati, in poche parole se le ricadute sono limitate. Ben diverso sarebbe il vantaggio per il sistema sanitario se gli stessi investimenti si indirizzassero verso l'Ict, perché avrebbe una ricaduta su moltissimi operatori e sulla concreta possibilità di migliorare la qualità dell'assistenza dedicata a cittadini che altrimenti entrano nel sistema senza poter fruire di una guida attraverso le diverse tappe del loro percorso clinico-assistenziale. In questo modo si potrebbe costruire il sistema nervoso dei servizi sanitari, il cui essere in rete diventerebbe progressivamente una condizione irrinunciabile e non una sovrapposizione imposta dall'esterno. Ma queste scelte sono legate alla lungimiranza delle scelte politiche e alla capacità di dialogo tra tecnici e decisori: purtroppo non sempre i trend decisionali sono nel senso della modernizzazione (e forse sarebbe necessario definire con maggiore attenzione le responsabilità di questi atteggiamenti conservatori).

1. Servizi sanitari in rete e la cura

La domanda chiave rispetto alla costruzione della rete è se la cura dei cittadini ne riceve un giovamento sostanziale. Più che una revisione della letteratura che confermi questa prospettiva può essere interessante mettere alcuni punti fermi, attorno ai quali costruire un dibattito come quello che si sviluppa in questo Rapporto.

L'aspetto fondamentale è rappresentato dalla durata dei casi clinici; vi è stata infatti in questi anni una radicale modificazione delle storie naturali di malattia, per cui oggi molte anche gravi sono divenute croniche e le relative storie si sono prolungate moltissimo. Il punto più importante è non confondere questa modificazione come un cambiamento dei bisogni, ma solo come il prolungarsi degli stessi e l'aggiungersi di altri. Ad esempio, il paziente affetto da uno scompenso cardiaco – la cui storia naturale mediamente si è più che raddoppiata in quest'ultimo decennio – continua ad aver bisogno della specificità dell'intervento cardiologi-

co puntiforme nel momento della riacutizzazione, ma questo non potrà prescindere da un'attenzione all'evoluzione nel tempo dei fenomeni clinici, all'esigenza di un'educazione del paziente e dei suoi *caregiver*, all'organizzazione di sistemi di monitoraggio e di accompagnamento. Come è ovvio, non si è in presenza di un declassamento delle cure a livello di assistenza sociale, ma – anzi – di una loro complessificazione, che richiede competenze diverse, con una più forte capacità di guida nel tempo.

Partendo da una valutazione multidimensionale della condizione del paziente al momento della presa in carico, solo un'organizzazione plurima, con diverse capacità di attivazione di servizi e competenze, sarà in grado di continuare a rispondere nel tempo all'emergere di nuovi bisogni. Purtroppo in questa visione trovano spazio anche numerose storture di tipo burocratico, che cercano di sovrapporsi ai diversi settori responsabili dell'intervento per imporre regole e limiti in modo spesso inutile, costoso, frustrante per gli operatori addetti. Come discusso altrove, la burocrazia è sempre in agguato quando si cerca di costruire il nuovo, anche perché la cultura medica non è sempre adeguata e si creano spazi che vengono occupati da chi propone soluzioni apparentemente funzionalistiche. Infatti, il pensiero medico non sempre riesce a elaborare i propri contenuti in modo da dimostrare che una visione complessiva della condizione clinica del paziente non significa presappochismo né mancanza di attenzione a tutti i singoli aspetti delle dinamiche biologiche. Inoltre, il pensiero medico tradizionale ha difficoltà a identificare obiettivi di sistema di un intervento che preveda attori e funzioni diversi, perché dimentica i punti forti della medicina contemporanea, che sono la difesa della qualità della vita, dell'autonomia della persona e il prolungamento della vita stessa.

Manca spesso nella prassi medica l'impegno a un rilievo analitico degli *outcome* di un processo di cura, per cui non sono chiari gli strumenti per identificare una prospettiva di insieme e il raggiungimento degli obiettivi prefissati. Guai se prevale l'idea che la medicina delle reti si pone solo obiettivi di umanizzazione, come una certa cultura errata

tende a imporre, anche perché in questo modo si lascia spazio alla medicina burocratica, che indirizza i flussi, determina i tempi, indica i finanziamenti ecc., senza controllare i risultati di salute. È quindi necessario un impegno diffuso per costruire una medicina dell'equilibrio, che sappia accompagnare gli interventi plurimi e di lunga durata e che quindi eviti gli stress indotti da interventi puntiformi non coordinati. Il recente dibattito sull'eutanasia e sull'accanimento terapeutico è il frutto di una medicina che non ha ancora interiorizzato il compito di accompagnamento, associato a quello della dimostrazione dell'obiettivo clinico da raggiungere. La medicina tradizionale, precedente a quella costruita attorno alla rete, rende ogni atto tendenzialmente inutile perché separato dagli altri e incapace di adeguarsi alle reciproche influenze. Così è facile che gli interventi non siano commisurati a obiettivi di salute, anche relativa, perché ciascuno si pone come l'unico e risolutivo, anche quando gli scopi dovrebbero essere limitati, in linea rispetto alla prognosi ipotizzata e quindi non violenti e rispettosi della dignità e della libertà della persona.

Purtroppo in questi anni recenti, l'enfasi riposta giustamente sulla medicina basata sulle evidenze ha indotto a misurare ciò che era facilmente misurabile – e quindi gli effetti puntiformi –, dimenticando che l'evidenza stessa dovrebbe essere misurata sul lungo periodo, considerando interventi diversi, che utilizzano strumenti operativi diversi. È quindi necessario – anche se molto complesso – ripensare a una medicina delle evidenze in grado di identificare risultati che dipendono da interventi plurimi: sarà il vero progresso della medicina di domani.

Un'ulteriore prudenza da considerare è legata all'uso di internet per raccogliere informazioni sulla propria salute. Il cittadino sarà sempre più invogliato a ricorrere a questi sistemi, che sono tipici di un mondo evoluto, in grado di collegare il singolo individuo con i progressi avvenuti in qualsiasi parte del mondo. Ma il sistema funziona? La rete non diviene un contenitore di interessi commerciali scarsamente utili per la difesa della salute del cittadino? È interessante studiare nel tempo l'evoluzione in termini positivi

della rete di internet come modello primario di un collegamento tra persone e di trasmissione delle informazioni. I rischi connessi al suo uso sono numerosi; è però scorretto enfatizzarli di fronte agli enormi vantaggi. Ciò vale per il singolo individuo così come la rete che interconnette servizi diversi. Vi può essere il rischio di burocratizzazione, di allontanamento tra il bisogno e la risposta, di sfruttamenti commerciali; tutti però meno rilevanti rispetto ai guadagni che possono derivare alla salute dei cittadini da uno sviluppo controllato delle nuove tecnologie che tendono a creare reti tra individui e tra servizi. Ancora una volta si pone il problema di una guida culturale dei processi, per costruire attorno allo sviluppo tecnologico l'insieme di condizioni che ne valorizzano al massimo la ricaduta sui servizi alla persona.

2. L'organizzazione dei servizi sanitari in rete

Partendo dalla costruzione di una nuova cultura come fondamento della rete, è irrinunciabile indicare quali possono essere le tappe concrete del sistema, cercando di valorizzare al massimo quanto è già presente all'interno dei sistemi sanitari e quanto invece dovrebbe essere costruito ex novo.

È necessario ancora una volta premettere un criterio di prudenza. Vi è infatti il rischio che venga interpretata come strutturale alla rete la presenza di servizi sulla cui efficacia non vi sono prove. Un esempio tipico è l'ospedale di comunità, esperienza che si va diffondendo nel nostro Paese come risposta alle incertezze generate dalla diminuzione del tasso di ospedalizzazione, dalla conseguente chiusura di alcuni ospedali e dallo sconcerto dei cittadini che soffrono per la mancanza di punti di riferimento diffusi nel territorio. L'ospedale di comunità però non risponde al bisogno di continuità di servizi sanitari, ma solo all'esigenza di una protezione sociale della persona ammalata cronica. In questo modo si rischia di sottrarre a chi è davvero bisognoso un intervento qualificato, in nome di un servizio che spesso è

nato per esigenze politico-organizzative, piuttosto che cliniche e assistenziali. Se infatti la persona ha bisogno di un'assistenza sanitaria qualificata questa non potrà essere offerta da un ospedale di comunità; se, invece, l'esigenza è prevalentemente sociale, vi è il rischio che la presenza dell'ospedale di comunità tolga attenzione dai servizi domiciliari che dovrebbero farsi carico dei bisogni sociali delle persone affette da malattie croniche, per le quali l'obiettivo primario è il mantenimento nel proprio domicilio.

Purtroppo in questi anni si è assistito in Italia alla crescita di un'offerta di servizi extraospedalieri non sempre razionali, con una pulsione alla differenziazione tra le regioni difficilmente giustificabile sul piano tecnico-organizzativo. Se il risultato finale fosse soddisfacente si potrebbero anche trascurare i danni di questa forzata differenziazione; poiché, invece, i risultati sono mediamente modesti – eccetto poche eccezioni – è necessario ripensare alle scelte politiche da compiere rispetto all'autonomia regionale interpretata come esercizio provincialistico di un inventività senza fondamenti. L'aspetto è particolarmente preoccupante perché è necessario costruire reti tra l'ospedale e i servizi extraospedalieri, il primo costruito e operante in maniera sostanzialmente omogenea su tutto il territorio nazionale (e internazionale!), i secondi progettati invece secondo modelli spesso estemporanei e non controllati. Come potranno integrarsi realtà così diverse? L'interrogativo non è banale se si desidera attuare un sostanziale e omogeneo sviluppo dei sistemi sanitari a rete in tutto il nostro paese.

3. La rete e la formazione degli operatori

Una vera nuova era nell'organizzazione dei servizi sanitari impostati sulla logica della rete potrà realizzarsi nel prossimo futuro solo se si comprende l'importanza di costruire una cultura condivisa da parte di tutti gli operatori. Le caratteristiche fondamentali sono l'elaborazione di alcuni contenuti, che possono essere appresi in comune da professionalità diverse. È un aspetto non banale, che supe-

ra la tradizionale visione del lavoro di équipe come momento imposto da specifiche esigenze per arrivare a costruire un modello professionale che vede nella prestazione condivisa l'unico modello efficace rispetto al raggiungimento di obiettivi di salute. Anche i contenuti dovranno essere modificati, perché il criterio della complessità dovrà essere accettato come costitutivo dei saperi e non come sovrastrutturale. Gli specialisti dovranno accettare un ruolo parziale rispetto al medico generalista (sia esso il medico di medicina generale o l'internista o il geriatra), per arrivare a costruire il responsabile del caso, cioè il professionista in grado di gestire la transizione del cittadino-paziente all'interno della rete, assumendo decisioni condivise e costruendo modelli prognostici indispensabili per delineare interventi non parcellari o addirittura lesivi della salute e dalla dignità della persona. Una formazione che tenga conto della rete come fondamento del sistema sanitario saprà anche coniugare contenuti specifici e specialistici con quelli di insieme, realizzando il modello di formazione da molti auspicato, ma minimamente praticato perché gli ambiti di impegno pratico sono diversi rispetto ai contenuti formativi.

La formazione degli operatori si fonda in modo indissolubile sulla ricerca di soluzioni innovative, cioè di risposte adeguate al cambiamento del bisogno, alle disponibilità tecnologiche, alle capacità economiche. La ricerca non potrà mai essere interpretata come un lusso da relegare solo in centri dedicati di alta specializzazione, ma deve essere un comportamento diffuso, che permette a tutti di sentirsi in grado di affrontare le nuove realtà senza crisi. Una rete diffusa di centri in grado di generare dati sui sistemi a rete mettendo in luce punti di debolezza e di forza costituirebbe l'ossatura del sistema e anche un punto di appoggio politico-psicologico per chiunque desideri cambiare la vecchia prassi. I cambiamenti hanno bisogno di indicazioni strategiche precise, che possono nascere dalle intuizioni di alcuni uomini particolarmente sensibili, ma poi solo la costruzione di precisi fondamenti – partendo dalla ricerca e dalle sperimentazioni – permette di raggiungere stabilità e condivisione, cioè una vera condizione di progresso.

Nei prossimi anni i sistemi sanitari a rete si diffonderanno fino a costituire il modello unitario del sistema solo se il complesso ricerca, sperimentazione, formazione diventerà una prassi diffusa a tutti i livelli. Questo Rapporto Sanità 2007 della Fondazione Smith Kline rappresenta un contributo per la costruzione di fondamenti sempre più solidi e aperti all'innovazione per permettere in tempi brevi la transizione verso i nuovi modelli di sistemi sanitari in rete.