

CONVEGNO SiTI “Salute, centralità del cittadino, percorsi integrati di cura”
Sesto al Reghena – 3, 4 dicembre 2009.

TAVOLA ROTONDA – Lo sviluppo del ruolo e delle competenze a supporto dei percorsi diagnostico terapeutici.

Il tema del convegno si colloca nel quadro complessivo delle politiche di intervento per la cronicità e le cure di lungo termine.

In quest'ambito vale la pena ancora una volta di ricondurre ogni ragionamento ai principi del Chronic Care Model, in base al quale la popolazione dei cronici è suddivisa in tre livelli di gravità cui corrispondono tre modalità di intervento:

- fasi iniziale della malattia, che richiedono azioni di **monitoraggio e counseling** per favorire la consapevolezza e l'adesione attiva alle cure, secondo criteri di “self help”;
- stadio della malattia complicata, in cui si richiede un'azione di **disease management** e quindi un ruolo clinico più rilevante;
- livello della grave compromissione funzionale, fino alla perdita di autonomia della persona, che esige un approccio personalizzato programmato, sostenuto da una funzione di **case management**.

Una strategia di intervento che si richiami alla lezione del CCM richiede necessariamente un approccio di tipo **proattivo** piuttosto che reattivo, come è caratteristica della cosiddetta “medicina d'attesa” a cui i nostri servizi sanitari fondamentalmente si ispirano.

Una strategia che non può essere lasciata all'iniziativa o alla buona volontà del singolo professionista, ma si deve fondare su un impianto organizzativo che consenta di garantire un'equa gestione della malattia cronica nella popolazione, particolarmente orientato a sviluppare ed affinare ogni forma di interazione con altri soggetti presenti ed attivi nel contesto delle comunità servite, secondo gli orientamenti della medicina di comunità ed in coerenza con politiche intersettoriali per la promozione e la salvaguardia della salute.

Non è possibile pensare, a mio parere, di perseguire questo obiettivo, semplicemente attendendosi, o pretendendo, una riconversione verso la modalità della medicina di iniziativa da parte dei professionisti della clinica: medici di famiglia e specialisti.

Il ruolo di queste figure, continua ad assumere la massima rilevanza del percorso di diagnosi e di cura, ma l'azione anticipatoria deve essere consentita da un livello organizzativo che non può che svilupparsi a livello territoriale per tutta la popolazione di riferimento. Un compito organizzativo che compete quindi al distretto ed esige da esso, e dalle aziende in cui esso è inquadrato, una capacità e una disponibilità di mezzi che permettano di raggiungere i risultati di conduzione efficace e equamente distribuita nella popolazione, di tali percorsi a favore dei cittadini affetti da malattia cronica.

Nell'ambito del distretto, il profilo professionale che meglio può interpretare il ruolo tecnico di conduzione dei percorsi di diagnosi, cura ed assistenza, è quella dell'infermiere.

A questa figura vengono richieste competenze in ambito clinico, per potersi raccordare con i responsabili clinici del caso (MMG in primis), ma anche la capacità di essere attivatore di risorse personali informali, sia del paziente e, nei casi più gravi, di coloro che lo accudiscono, sia dei soggetti che a diverso titolo possono incidere favorevolmente sul contesto di vita delle persone seguite (relazioni, ambiente, aiuti).

L'infermiere che agisce in un'organizzazione che adotta ed applica i criteri del CCM, deve possedere quindi, accanto alle competenze tecnico-scientifiche connesse al settore di patologia specifico, anche capacità relazionali, sia connesse ad una sistematica attività di counseling verso i pazienti, sia

necessarie per la gestione dei rapporti con la comunità in cui interviene. Deve inoltre essere in grado di padroneggiare le procedure e gli strumenti di gestione delle informazioni cliniche ed il registro di patologia, di cui sovrintende l'alimentazione e l'implementazione in stretta collaborazione con i clinici (specialista e MMG).

Il ruolo assegnato a tale operatore richiede inoltre specifiche competenze nella conduzione di gruppi multidisciplinari di autovalutazione, secondo le tecniche dell'audit clinico, che viene a completare il ciclo delle attività di monitoraggio e presa in carico della casistica.

Per l'avvio di un modello di gestione dei percorsi diagnostico terapeutici ed assistenziali in una popolazione servita di un determinato territorio, ci si deve avvalere di modalità di reclutamento e preparazione che selezionino infermieri adatti ad un ruolo altamente qualificato e strategico e che non possono quindi essere lasciate al caso, o come troppo spesso accade nei servizi territoriali, essere l'esito di politiche di mera ricollocazione di operatori provenienti da altre strutture.

La scelta di professionisti di comprovata esperienza in ambito clinico-assistenziale specialistico è senza dubbio giustificata e condivisibile, ma deve essere associata ad una valutazione di attitudini e competenze che miri al reclutamento di infermieri di alto profilo professionale ed umano. Solo in quest'ottica e con questa logica è possibile garantire alta qualità del servizio e risultati di buona efficacia, con effettivo miglioramento della qualità di vita dei malati, riduzione degli eventi avversi evitabili e di fenomeni di inappropriatazza nell'utilizzo delle risorse pubbliche.

Luciano Pletti