

L'assistenza al paziente nell'era post-covid

Barbara Porcelli

Direttore UOC Assistenza alla Persona, ASL Roma 2

Premessa

Il crollo delle Torri Gemelle, l'affermazione del nuovo terrorismo, le alluvioni e i disastri naturali dovuti ai mutamenti climatici hanno reso evidente la fragilità del mondo, ma nulla ha imposto cambiamenti così radicali allo stile di vita delle persone come la pandemia da COVID-19 (Sorrentino, 2020¹) che ha colpito l'Italia e il mondo dal 2020 ad oggi.

L'emergenza sanitaria da COVID-19 ha infatti esposto l'intero Pianeta ad una condizione di incertezza e di eccezionale instabilità rendendo ancora più evidenti l'incertezza del contesto sanitario e socio-economico.

Gli acronimi VUCA e BANI sono considerati, da molti studiosi, le chiavi di lettura utili a decodificare quanto accaduto in questi ultimi due anni. L'acronimo VUCA coniato quasi 30 anni fa in ambienti militari, ha trovato la sua migliore contestualizzazione nella prima fase della pandemia da COVID-19, caratterizzata proprio da instabilità, complessità, incertezza e ambiguità:

V – Volatility: mancanza di stabilità e prevedibilità

U – Uncertainty: impossibilità nel prevedere cambiamenti prossimi presunti

C – Complexity: difficoltà nel districare gli eventi in corso e nel dar loro una direzione

A – Ambiguity: precarietà nell'individuare la migliore linea d'azione e le sue implicazioni future.

A causa della velocità e della turbolenza con cui il virus SARS-CoV2 ha impattato sulla quotidianità delle persone stravolgendo la vita privata e lavorativa, questo modello è via via risultato non più adeguato a rappresentare il contesto di riferimento anche con un'ottica rivolta al futuro post-pandemia. In questo senso, l'acronimo BANI, creato dall'antropologo, autore e futurista americano Jamais Cascio, sembra essere oggi maggiormente esplicativo dei cambiamenti portati dalla pandemia ma anche delle misure e degli strumenti necessari per rispondere ad ogni ulteriore eventuale minaccia futura che potrà interessare i Paesi del mondo. Declinando questo acronimo, il contesto in cui viviamo oggi è sicuramente:

- Più fragile (B – Brittle), cioè più esposto alle sollecitazioni e ai cambiamenti che lo interessano e che richiedono soluzioni alternative ed innovative;
- Più agitato (A –Anxious), ovvero caratterizzato dalla paura di non avere informazioni sufficienti per controllare consapevolmente i fenomeni circostanti e poter operare le scelte più giuste.
- Non lineare (N – Nonlinear) cioè senza una connessione chiara ed evidente tra causa ed effetto (e quindi senza poter identificare un chiaro inizio e una fine) con eventuale conseguente ritardo nelle soluzioni.
- Incomprensibile (I – Incomprehensible), estremamente difficile, se non impossibile, da capire.

¹ Sorrentino R. (2020) La paura ci può salvare. Milano, Solferino

La pandemia ha rivoluzionato gli schemi di vita “di routine” per tutti durante e dopo il lockdown del 2020. Vissuti di incertezza, di precarietà, di ansia e di paure hanno improvvisamente interessato indistintamente ogni individuo in ogni parte del Mondo.

Il cambio dei paradigmi organizzativi nelle Aziende Sanitarie

In questo framework dovuto all'emergenza sanitaria da COVID-19, le Organizzazioni sanitarie hanno dovuto constatare la propria incapacità di adattarsi a tale stravolgimento e l'inadeguatezza della propria cultura organizzativa ed hanno dovuto imparare in fretta a muoversi con sempre maggiore agilità, velocità e utilizzando metodologie nuove e strumenti di lavoro diversi dal solito. Contestualmente hanno dovuto riprogrammarsi rapidamente l'organizzazione, dimostrando capacità, flessibilità e resilienza, empatia e attenzione ed affidando creatività e intuizione alla ricerca di soluzioni innovative sia per la gestione dei servizi sanitari che per l'erogazione delle cure.

Nelle Aziende Sanitarie tutto questo si è tradotto in un **cambio di paradigma organizzativo**. Punti essenziali del cambiamento dei modelli per l'assistenza alla persona che dovranno realizzarsi nel prossimo futuro riguardano:

- a) la capacità di **mettere in rete servizi e professionisti (interprofessionalità)**: già nel 1978 la dichiarazione di Alma Ata aveva evidenziato che l'eccellenza delle cure si ottiene quando l'assistenza è coordinata tra i diversi livelli ed integrata con quella primaria che garantisce servizi di prossimità al domicilio del paziente (Starfield, 1994; Starfield et al., 2005, Kringos et al., 2013; Schafer et al., 2019)^{2 34}.
- b) la **“prossimità”**: ovvero la capacità di portare le cure nei luoghi di vita e di lavoro delle persone al fine di garantire equità di accesso alle cure abbattendo le distanze tra cittadino e servizi sanitari; durante la pandemia, si è compreso che gli ospedali, pur eccellenti, non erano in grado di rispondere da soli alla sfida del COVID-19 e che l'eccellenza nella cura si raggiungeva con le cure di prossimità nel fornire assistenza a domicilio, evitando così l'accesso in ospedale;
- c) la **condivisione dei saperi**: la condivisione delle conoscenze incorporata nei sistemi organizzativi delle Aziende Sanitarie ha consentito, durante la pandemia, e consentirà di mantenere un alto livello di apprendimento (learning organization) e di garantire un funzionamento dei servizi coeso, efficace (anche attraverso l'uso della metodologia “Agile”) e coordinato, essenziale per fornire un'assistenza sanitaria appropriata, personalizzata e di elevata qualità anche durante eventuali prossimi periodi di crisi;
- d) le **competenze**: secondo una recentissima ricerca del McKinsey Global Institute⁵, la crisi COVID-19 ha accresciuto la domanda di personale qualificato cui sono richieste per lo più quattro ampie **categorie di abilità: cognitive, digitali, interpersonali e di autoleadership**.

² Schafer W., Boerma W.G.W., van den Berg M.J., De Maeseneer J., De Rosi S., Detollenaere J., Greß S., Heinemann S., van Loenen T., Murante AM, Pavli? DR., Seghieri C., Vainieri M., Willems S., Groenewegen P.P., (2019), *Are people's health care needs better met when primary care is strong? A synthesis of the results of the QUALICOPC study in 34 countries*, in Primary health care research & development, Vol. 20.

³ Starfield B., (1994), *Is primary care essential?*, In The Lancet 344(8930), 1129–1133.

Starfield B., Shi L., Macinko J., (2005), *Contribution of primary care to health systems and health*, in The Milbank Quarterly 83(3), 457–502.

⁴ Kringos D., Boerma W., Bourgueil Y., Cartier T., Dedeu T., Hasvold T., Hutchinson A., Lember M., Oleszczyk M., Rotar Pavlic D., Svab I., Tedeschi P., Wilm S., Wilson A., Windak A., Van der Zee J., Groenewegen P., (2013), *The strength of primary care in Europe: an international comparative study*, in The British Journal of General Practice, 63(616), 742-50, Nov.

⁵ McKinsey Global Institute *Defining the skills citizens will need in the future world of work*, giugno 2021

Sono state inoltre identificati 13 gruppi di competenze appartenenti a tali categorie. Ad esempio, comunicazione e agilità mentale sono due gruppi di abilità che appartengono alla categoria cognitiva, mentre l'efficacia del lavoro di squadra appartiene alla categoria interpersonale. In questi gruppi di competenze rientrano 56 elementi distinti di talento, denominati DELTA, che rappresentano un mix di abilità e attitudini. In assenza di interventi nel 2023, in Europa, si conteranno ben 8,6 milioni di dipendenti pubblici privi di **adeguate competenze nell'uso degli strumenti digitali e nel campo del problem-solving**. L'Italia è in grave ritardo su questi temi collocandosi al 24° posto fra i 28 Stati membri dell'UE nell'Indice di Digitalizzazione dell'Economia e della Società (DESI) della Commissione Europea per il 2019⁶

- e) la **formazione**, quale strumento di facilitazione dell'apprendimento e sviluppo delle competenze professionali del futuro: bisogna pensare a rafforzare la formazione di nuovo personale sanitario; dall'altra è obbligatorio investire anche nella formazione sanitaria continua, affinché infermieri e medici abbiano tutte le competenze necessarie per garantire un Sistema Sanitario efficiente, in qualsiasi situazione;
- f) **l'uso delle tecnologie digitali** avanzate e la creazione e l'utilizzo delle conoscenze contemporanee possono aiutare le organizzazioni sanitarie a garantire la continuità assistenziale consentendo di superare le distanze tra il paziente e i servizi sanitari e di realizzare indirettamente in modo complementare da remoto la prossimità delle cure.

Il post-COVID, dovrà, dunque, essere necessariamente caratterizzato da un modello di Azienda Sanitaria “forte” e “in crescita”, in grado di cioè di rinnovare la propria **cultura aziendale** e di **ripensare i ruoli professionali e le relazioni tra i professionisti** e tra questi gli stakeholder e la realtà territoriale. Il COVID-19 ha infatti cambiato completamente il nostro modo di pensare e di essere: non esiste più un unico modo ed unico interlocutore per fare le “salute”, ma esistono molti differenti approcci e diversi stakeholder con i quali gestire al meglio i “**percorsi di salute e di assistenza**” in funzione dei bisogni delle persone e del contesto in cui opera (ospedale, domicilio, residenzialità, comunità etc.).

Le Aziende più virtuose hanno già saputo reagire prontamente adattandosi velocemente al nuovo contesto ambientale, prevedendo formazione tecnica e trasversale per i propri dipendenti al fine di:

- dotarli di strumenti idonei per il lavoro anche da remoto
- supportarli nell'adattamento a questo nuovo modo di vivere l'Azienda e curare le persone anche grazie al supporto tecnologico attraverso:
 - o la definizione di nuove modalità di collaborazione;
 - o l'apertura a nuovi ruoli aziendali;
 - o la definizione di nuove modalità di decision making;
 - o l'apertura alle nuove idee, nuovi approcci ed alle innovazioni.

I professionisti sanitari attraverso le proprie esperienze e l'acquisizione di nuove competenze maturate sul campo, costituiscono i principali agenti del cambiamento aziendale e dello sviluppo di

⁶ The Digital Economy and Society Index (DESI) summarizes indicators on Europe's digital performance and tracks the progress of EU countries. <https://digital-strategy.ec.europa.eu/en/policies/desi> last update 24/02/2022

una nuova cultura organizzativa (Schein, 1996)⁷ nel post-pandemia, quanto mai necessaria per garantire un'equa ed uniforme tutela del diritto alla salute su tutto il territorio nazionale.

La pandemia ha, infatti, posto il benessere della persona nuovamente al centro dell'agenda politica. Le riforme e gli investimenti proposti nella Missione 6 del Piano Nazionale per la Ripresa e Resilienza (PNRR) hanno due obiettivi principali:

- a) potenziare la capacità di prevenzione e cura del sistema sanitario nazionale a beneficio di tutti i cittadini, garantendo un accesso equo e capillare alle cure;
- b) promuovere l'utilizzo di tecnologie innovative nell'assistenza sanitaria⁸.

Come cambia l'approccio all'assistenza alla persona nel post-COVID anche alla luce Piano Nazionale per la Ripresa e Resilienza (PNRR): digitalizzazione per la continuità e la prossimità delle cure.

La pandemia ha sconvolto la vita delle persone e sovvertito gli approcci di cura da parte dei professionisti sanitari. Durante l'emergenza da Covid-19 sono state adottate strategie nel rapporto con il paziente o la persona assistita che rimarranno e miglioreranno la qualità dell'assistenza nei prossimi anni.

La rapidità di diffusione del Covid-19, il numero di morti correlati alla patologia, nonché l'allarme amplificato dai media e dai social, hanno accresciuto la percezione del rischio per la salute, accentuando i timori individuali correlati all'ansia, allo sconforto ma anche al senso di profonda solitudine di ogni persona (Sorrentino, 2020⁹). Anche la relazione d'aiuto infermieristica ne è stata profondamente influenzata: infatti, la relazione e il contatto fisico, a causa dell'uso dei DPI, delle misure di prevenzione, del distanziamento e dell'isolamento, sono spesso venuti a mancare.

Secondo uno studio recentemente pubblicato¹⁰, la pandemia da COVID-19 ha rafforzato l'immagine dell'infermiere che è riuscito, con competenza, a "stare accanto" alla persona affetta da Covid-19 e alla sua famiglia superando di fatto le barriere dei setting fisici.

Infatti, malgrado il distanziamento, l'uso delle tecnologie digitali (telemonitoraggio, teleassistenza, contact call, etc), ha consentito agli Infermieri di essere vicini alle persone assistite, costruendo una relazione d'aiuto efficace, ascoltando, dando sollievo, comunicando, condividendo virtualmente le emozioni di vita e della quotidianità.

Lo sviluppo di strumenti interconnessi è anche un'opportunità per ogni infermiera e infermiere di sviluppare la conoscenza delle proprie pratiche. Questa crescita della conoscenza diventa a sua volta un mezzo per migliorare la qualità delle cure. I professionisti delle cure nella loro pratica quotidiana avranno accesso illimitato alla conoscenza da entrambe le parti, grazie all'intelligenza artificiale e al supporto permanente per l'analisi di dati complessi.

⁷ "La cultura organizzativa è un insieme di assunti di base, valori e comportamenti messi in atto dall'organizzazione per risolvere problemi di integrazione al suo interno e di adattamento verso l'esterno, che si sono rivelati così funzionali da essere insegnati a chi entra nell'azienda come la modalità corretta di affrontare tali problemi" E. H. Schein, "Organizational Culture and Leadership", Jossey Bass, 1985, (trad. It. Cultura d'azienda e leadership, Guerini e associati, Milano, 1990); 5ª edizione Trad. It. "Cultura d'azienda e Leadership", Raffaello Cortina Editore, Milano, 2018.

⁸ <https://www.governo.it/it/approfondimento/pnrr-salute/16707>

⁹ Sorrentino R. (2020) La paura ci può salvare. Milano, Solferino

¹⁰ Giorgetta S, Pasquot L (2021) L'immagine dell'infermiere in Italia durante la prima fase dell'emergenza sanitaria da Covid-19: Content Analysis su quotidiani nazionali e locali, Professioni Infermieristiche Vol. 74 (1 (2021)

L'esperienza delle Centrali Operative Territoriali della Regione Lazio e della ASL Roma 2

Nella Regione Lazio, gli interventi di risposta all'emergenza COVID19 sono stati garantiti attraverso un'efficace azione di coordinamento ottimizzando al tempo stesso tutte le risorse disponibili. Il **“Programma di potenziamento Cure Primarie – COVID19”** (nota prot. n. 291852 del 08.04.2020) ha consentito di:

- Garantire canali di ascolto attivo del bisogno dei cittadini, sia per quanto riguarda le problematiche legate all'emergenza COVID-19 sia per quanto riguarda la gestione della risposta ad altri bisogni sanitari della popolazione;
- Svolgere una funzione proattiva con particolare riferimento alla popolazione fragile, anche attraverso l'adozione di strumenti e/o metodologie che consentano la rilevazione del rischio e il triage COVID-19, nonché l'utilizzo delle tecnologie di telesorveglianza regionale;
- Fornire assistenza ai casi confermati COVID-19 in isolamento domiciliare o alberghiero o altro, attivando la modalità di sorveglianza sanitaria, anche attraverso il telemonitoraggio e la telesorveglianza mediante Lazioadvice e ADILIFE, ovvero prevenire l'insorgenza di situazioni critiche e consentire un'adeguata programmazione degli interventi;
- Monitorare le strutture residenziali sociosanitarie e socioassistenziali – compresi alberghi protetti COVID e NO-COVID – garantendo, laddove necessario, le specifiche azioni di sorveglianza sanitaria, nonché gli opportuni interventi sanitari.

L'esperienza della ASL Roma 2 durante l'emergenza sanitaria legata alla pandemia da Covid-19 ha reso evidente e urgente il miglioramento di diversi processi così come la necessità di introdurre nuovi modelli di presa in carico del paziente a livello territoriale, in particolare per la gestione dei pazienti cronici e fragili.

Per il futuro, sarà fondamentale riuscire a garantire un corretto e continuo scambio di informazioni e dunque disporre di un sistema unico in cui vengano inseriti tutti i dati del paziente.

In questo senso, le tecnologie per l'assistenza e delle piattaforme di telemedicina assumono rilevanza; a partire dalle reali esigenze di pazienti e professionisti diventa cruciale creare modelli di riferimento coerenti che non si limitino alla semplice distribuzione di computer e dispositivi digitali ai professionisti sanitari ed ai pazienti ma consentano di costruire un'architettura che sia funzionale per rispondere ai loro bisogni. La Professione Infermieristica dovrà, in quest'ottica, rendersi garante (ruolo di advocacy) di un'assistenza competente e centrata sulla persona e pianificata per obiettivi, svolgendo una funzione di engagement, empowerment, di cura (anche a distanza – telenursing) e/o di selfcare nei riguardi del paziente ed assicurando la continuità assistenziale insieme agli altri professionisti anche nell'ambito di team multidisciplinari.

Recentemente la ASL Roma 2 ha ulteriormente implementato il modello delle Centrali Operative Territoriali (COT), in coerenza anche con le indicazioni del PNRR (così come recepito dalla Regione Lazio) e della recente proposta di Decreto Ministeriale n.71/2022, ed anche altri progetti di cura innovativi che hanno di fatto ridisegnato il sistema dell'offerta territoriale aziendale, quali:

1. **“Curare@casa”**; servizio già attivo dall'ottobre 2021 che prevede la creazione di un percorso di ospedalizzazione virtuale a domicilio mediante il quale i pazienti in carico alle degenze geriatriche del PO Sant'Eugenio, considerati stabili, che hanno superato la fase acuta, possono rientrare a casa precocemente sulla base di uno specifico score ed essere seguiti da remoto in teleassistenza - telemonitoraggio fino alla guarigione;
2. **“+ Vit@”**: progetto rivolto ai pazienti affetti da patologie croniche, in fase di attivazione.

3. **“Liberi@mo la salute”** relativo all’implementazione del servizio di assistenza in telemedicina presso l’Istituto Polipenitenziario di Rebibbia attivato da dicembre 2021.

La nuova vision aziendale su cui si fondano gli interventi prevede l’orientamento e l’accompagnamento, con competenza, di ogni persona nella sua esperienza di salute garantendo la presa in carico globale dei bisogni (socio) sanitari e la continuità delle cure attraverso una gestione integrata ed appropriata e semplificando l’accesso ai servizi”.

La presa in carico globale della persona assistita, fin dall’inizio del percorso terapeutico, prevede un approccio multidisciplinare e multidimensionale sostenuto da un’organizzazione delle attività, che garantisca da un lato, il miglior trattamento delle patologie (in termini di qualità, di tempi, e di coordinamento degli interventi), e dall’altro un precoce riconoscimento di eventuali altri bisogni (fisici, funzionali, psicologici, spirituali, sociali e riabilitativi) del malato.

Questo nuovo modello di servizio supportato dalle Centrali Operative territoriali e dalle tecnologie digitali e della telemedicina, evidenzia, come nella visione futura della Sanità, anche alla luce delle indicazioni del PNRR, vi sia la necessità, di ripensare gli standard di servizio “mettendo insieme” i bisogni della salute della popolazione residente, attraverso la ricomposizione unitaria degli interventi in un unico processo di risposta basato sulla presa in carico e il coordinamento multiprofessionale e sulla capacità di lavorare in rete.

Conclusioni

L’esperienza della ASL Roma 2, in un contesto territoriale metropolitano, ha consentito di sperimentare un diverso modello per l’assistenza alle persone fragili, vulnerabili e con problemi di salute correlati alla cronicità basato sulla presa in carico, la prossimità, la continuità delle cure.

Appare altresì evidente come vi sia la necessità di supportare lo sviluppo delle competenze professionali per l’acquisizione e il mantenimento delle nuove “skills” richieste attraverso un modello di formazione di base (aggiornamento degli ordinamenti didattici universitari dei corsi di laurea in infermieristica e in medicina) e permanente (knowledge management) che accompagni l’innovazione organizzativa (learning organization), faciliti la comprensione dei “fenomeni” (adaptive challenge) ed integri le conoscenze necessarie per imparare a lavorare anche con le tecnologie, nonché per svolgere nuove funzioni di cura. Nella fattispecie, l’uso della tecnologia presuppone:

- la piena padronanza delle cure infermieristiche che consenta di rafforzare la relazione di cura ma anche il mantenimento del pensiero “critico” nella pratica clinica così da favorire un uso appropriato, consapevole e responsabile degli strumenti tecnologici a disposizione;
- l’acquisizione di conoscenze digitali di base e l’uso un linguaggio standardizzato tra i diversi professionisti che favorisca l’interdisciplinarietà ed un approccio coordinato e mirato nell’assistenza al paziente;
- il mantenimento di un linguaggio semplice e comprensibile che consenta di comunicare facilmente con lo stesso paziente ed i relativi caregivers.
- maggiore propensione a lavorare con/ scambiare le informazioni ed i dati sanitari necessari alla gestione del “caso clinico” ed al raggiungimento degli obiettivi di salute della persona assistita.