



ASSIMSS

ASSOCIAZIONE ITALIANA MEDICINA E SANITÀ SISTEMICA
ITALIAN ASSOCIATION FOR SYSTEMS MEDICINE & HEALTHCARE

REPORT LABORATORIO NORD ITALIA

PERSONALIZZAZIONE DELLE CURE E SYSTEMS MEDICINE

Comitato organizzatore:

Stefano Ivis, Sabrina Cipolletta, M.A. Patrizia Longo, Alessandra Mattiola, Sara Mondini

16 maggio 2015, Scuola di Psicologia, Università di Padova

Il laboratorio, costituito da una sessione plenaria e due sessioni parallele, ha visto la partecipazione di circa 70 professionisti in ambito sanitario, accademico e della cura in generale.

SESSIONE PLENARIA

Mauro Ceruti apre i lavori puntualizzando come il campo delle scienze biomediche si trovi ad affrontare la gravissima sfida della complessità, che è una sfida di cambiamento di paradigma e non di ricerca di soluzioni nuove a problemi consolidati. Si parla, quindi, di deutero-apprendimento, di riformulare i problemi e cambiarne la natura e di ricontestualizzare i problemi. La relazione fra chi e cosa è la grande sfida della complessità, oggi più di ogni altra questione che ci viene posta. Nel primo Novecento la scienza galileiana ha cambiato la nostra conoscenza del mondo, consolidando, col tempo, anche l'epistemologia che fa da motore alla scienza. Alla base della scienza moderna vi è l'estrapolazione secondo la quale, sulla base di alcune leggi generali, sarebbe sempre possibile costruire con certezza una conoscenza e predire il futuro dell'oggetto d'indagine. Vi è dunque l'idea di andare alla ricerca di un codice nascosto dietro i fenomeni studiati: Epifenomenica. L'osservatore è uno scienziato astratto che descrive l'oggetto delle sue indagini come disincarnato, separando la parte dal tutto.

Il termine "complesso" deriva dal latino *complexor*, che vuol dire, in senso metaforico, abbracciare, comprendere, unire tutto in sé; intrecciare, dunque, molteplici fili, fino a costruire nel tempo un'unità. L'opposto di complessità non è semplicità, che vuol dire intrecciare una sola volta, ma complicazione. La chiave quindi diventa la relazione e non ciò che è estraibile dalla relazione. Ceruti sottolinea che "siamo parte di un complesso che si fa e rispetto al quale non possiamo astrarci ed estrarci". Complicati si rivelano solo una piccola parte dei sistemi, mentre il resto è una realtà complessa.

Ceruti, poi, sottolinea l'importanza del tempo. L'esigenza del tempo è una presa di coscienza che ha bisogno di una nuova epistemologia e di una nuova psicologia della scienza. E' necessario dare tempo per introdurre una costruzione della grammatica e della sintassi del vedere la complessità; l'estetica della complessità è controintuitiva e, purtroppo, si cerca di renderla bidimensionale.

Ceruti conclude sottolineando che si ha una comprensione scientifica quando sappiamo spiegare perché gli eventi sono andati così, mentre non era inevitabile che andassero così.

Christian Pristipino ha puntualizzato gli elementi fondamentali della *Systems Medicine*, sottolineando come la medicina e la psicologia abbiano fatto a pezzi la persona in innumerevoli aspetti slegati, e ora il "giocattolo si è rotto" - con queste parole inizia l'intervento di Pristipino, che sottolinea l'urgenza della risoluzione di questo stallo. Ci sono infatti settori completamente paralizzati, settori in cui le malattie sono particolarmente urgenti e gravi come l'oncologia o le malattie infettive. La medicina, andando nel dettaglio, paga il prezzo di allontanarsi dal quadro generale e di non essere più in grado di vedere il contesto. Con questo metodo si è in grado di spiegare molto, anche molto dettagliatamente, ma si perdono alcuni aspetti fondamentali. L'obiettivo di ASSIMSS è quello di rimettere insieme i pezzi del giocattolo rotto, cosa che viene

avvertita come necessità praticamente da tutti ma che nessuno fa o sa come fare. Per fare questo è necessario, sottolinea Pristipino, entrare nella scienza dei sistemi e, oltre che descrivere i nodi di una rete, capirne anche la relazione reciproca, cosa che consente di tenere in considerazione il tempo, lo spazio e il contesto. La prospettiva della *system science* è dunque quella di uscire dal paradigma astratto della media, per passare a un paradigma complesso, attualizzato, individualizzato e storico di un sistema. A livello quantitativo i progressi tecnologici nella information technology consentono di costruire modelli di complessità e tendendo ad avere meta-mappe dei livelli organizzativi individuali; attraverso queste immagini complesse e dinamiche nel tempo, più che cercare di predire numericamente, si può cercare di individuare gli attrattori attorno a cui si organizzano processi e dati, come la transizione da salute a malattia.

Tuttavia l'approccio sistemico alle cure consente di rimettere in gioco, insieme a quella quantitativa, la dimensione qualitativa, conosciuta come "arte del curare", che fa riferimento all'integrazione di multiple emergenze a livelli diversi, quindi anche qualitativi, che coesistono in un ecosistema individuale bio-psico-socio-ambientale; tutti elementi interrelati tra loro come nuvole gassose mutualmente penetranti. Basandosi sulle proiezioni individuali delle modellizzazioni e delle meta-modellizzazioni, si può quindi costruire una nuova relazione terapeutica che può a sua volta influenzare la modellizzazione e gli attrattori del sistema, uscendo dal mito del controllo oggettivo e unilaterale. In questa ottica giocano un ruolo cruciale le discipline come le medical humanities, la medicina narrativa, la psicologia sanitaria, le pratiche autobiografiche, la medicina educativa, ecc.

Considerando che esistono centinaia di approcci medici, Pristipino conclude che non esiste "La" cura, ma esiste un'ecologia di sistemi di cura che rispondono alla complessità mutevole nel tempo dei sistemi complessi e per costruirla è necessario costruire una nuova scienza che consideri qualitativo, quantitativo e organizzazione dei sistemi sanitari. Lo scopo dei laboratori ASSIMSS è quello di individuare le grandi aree di intervento e le pratiche per realizzare questo.

L'intervento di **Alberto De Toni** inizia con la proiezione di due filmati inerenti il principio dell'emergenza di pesci, uccelli e lucciole; in particolare sulla formazione di stormi di uccelli e di banchi di pesci. Questo è un ottimo esempio per comprendere il passaggio da regole semplici - micro-regole individuali - a comportamenti complessi - comportamenti collettivi armoniosi - per poi parlare di resilienza, che risulta migliorata dalle piccole regole. La resilienza nell'ingegneria è la capacità di un materiale di resistere agli urti senza spezzarsi, nella psicologia è la risorsa che consente di superare traumi e dolori più rapidamente e in ecologia è la predisposizione di un sistema a ritrovare l'equilibrio dopo uno shock esterno. Ancora una volta si tocca il tema della complessità sottolineando che essa emerge dalla semplicità. Quando si hanno molte variabili, vi sono moltissime relazioni fra esse e queste sono sia lineari che non-lineari, allora si parla di complessità e l'approccio risolutivo non può essere che sistemico.

Il problema semplice si risolve con la modellizzazione, un problema complicato si risolve con la scomposizione e ricomposizione (rendendolo semplice) e un problema complesso si risolve con la micro-regolazione. Le fasi della soluzione di un problema complesso sono: individuare le micro-regole che generano il fenomeno e ridurre, aumentare o modificare le micro-regole.

Anche le organizzazioni, così come gli stormi di uccelli o i banchi di pesci possono sfruttare regole semplici per superare i problemi complessi.

Secondo Eisenhardt e Sull esistono 5 classi di regole: unicità, confine, priorità, tempo e uscita. L'unicità serve a distinguersi dagli altri; il confine permette di focalizzarsi sulle opportunità che possono essere ottenute e quali no; le priorità aiutano i manager a categorizzare le opportunità; il tempo permette di sincronizzare i manager con il ritmo delle opportunità e con le altre parti dell'azienda e infine la regola dell'uscita aiuta il manager a decidere se uscire dalle opportunità di ieri qualora un membro chiave del team decidesse di abbandonare il progetto.

Infine per gestire la complessità e la complicazione De Toni presenta le sei regole di Yves Morieux:

1. Scoprire quello che succede realmente nella tua organizzazione;
2. Rinforzare gli integratori e sfruttare la devianza positiva;
3. Aumentare la quantità totale di potere;
4. Aumentare la reciprocità;
5. Stendere l'ombra del futuro e mettere ciascuno di fronte alle conseguenze delle proprie azioni;
6. Premiare chi coopera.

Le regole nascono dall'esperienza, sono contingenti: l'applicazione di regole semplici fa emergere comportamenti collettivi complessi, in una logica di auto-organizzazione, con livelli di flessibilità e adattabilità difficilmente individuabili nelle organizzazioni tradizionali.

De Toni conclude con l'importanza per le aziende ospedaliere e territoriali di fare affidamento su micro-regole che possano aiutare alla risoluzione dei problemi complessi e alla ricerca di un'organizzazione armoniosa e funzionale. Individuare quali siano queste micro-regole è uno degli obiettivi di questo convegno.

Aldo Mariotto introduce la discussione su questa prima sessione plenaria sottolineando le molte incertezze che la medicina deve affrontare e il fatto che i cittadini la vedano come una scienza esatta. Mariotto evidenzia che su dieci medici, le risposte diagnostiche possono essere sette, otto. Questo per il sistema e per il paziente è un elemento incomprensibile, quindi pone delle domande provocatorie: Perché un medico è più bravo di un altro? Il ragionamento clinico va insegnato? I tools elettronici potranno aiutare effettivamente il medico nel momento in cui va a prendere una decisione personalizzata?

Christian Pristipino risponde assumendo che si parla di competenze diverse e il problema è l'approccio: la medicina non sa tutto quello che serve per dare delle risposte e i medici che sono sapienti, auto-apprendono, imparano a non affogare, altri, invece, si formano con esperienze collaterali - aggiunge ancora - La stessa medicina usata in due contesti differenti può funzionare in modi diversi. I tool aiutano se li usiamo all'interno di una relazione terapeutica.

Ancora Mariotto chiede se nella complessità esiste una "fattore Italia". De Toni risponde che gli italiani sono portatori inconsapevoli di un percorso culturale profondo. Non sono consapevoli di ciò che si portano dietro. L'italiano è la lingua più profonda del mondo e il suo pluralismo ha permesso di conservare una lingua che dona un approccio più ricco.

Dalla sala proviene una domanda dal dott. Morello - ematologo di Brescia - che solleva la preoccupazione che le companies possano sviluppare dei software che siano protetti da brevetto, rendendo la medicina personalizzata per pochi e non pubblica in quanto troppo costosa. De Toni risponde evidenziando l'importanza di sviluppare tecnologie a basso costo per rendere la medicina personalizzata una cosa pubblica.

Ceruti conclude la discussione evidenziando come i progressi degli ultimi dieci anni hanno generato un nuovo tipo di ignoranza e incertezza. Le grandi difficoltà si nascondono nelle forme di intelligenza più sofisticata.

Chiude la prima parte della sessione plenaria **Giacomo Milillo**, Segretario nazionale della Federazione Italiana Medici di Medicina Generale, per sottolineare l'importanza per i medici di famiglia della formazione alla complessità, che è la complessità del paziente e dell'organizzazione.

Sergio Boria apre la seconda parte della sessione plenaria dedicando il suo intervento alla relazione. Boria afferma che le idee vivono nelle relazioni tra le persone e vivono nei discorsi. Sarebbe allora necessario facilitare la nascita di contesti di conversazione in cui queste idee, quelle dell'approccio sistemico e della complessità, possano svilupparsi ed essere rielaborate.

Secondo Boria la cura è un aspetto ontologico della nostra esistenza, ed esiste solo in una dimensione relazionale. Il primo tipo di esperienza che ha un bambino è proprio quello della cura materna. In ambito medico la relazione con il paziente è un'occasione per fare delle riflessioni sulla vita. Il momento dell'incontro con un paziente è cioè un'opportunità per andare oltre a quello che si vuole risolvere, seppur comprendendolo e in tal modo ricontestualizzandolo. Le conoscenze scientifiche e le abilità tecniche sono importanti, ma la parte meno sviluppata nell'ambito clinico è la conoscenza relazionale, intesa sia come relazione medico-paziente, ma soprattutto come stile di pensiero che connette e mette in relazione aspetti diversi seppur integrati della vita di chi vive una sofferenza.

Nella pratica clinica molti medici pensano che curare vuol dire portare una persona in una condizione precedente, ma Boria sottolinea che la cura è il favorire i processi allostatici, mantenendo uno stato di equilibrio, di coerenza e di senso. Un curante deve mantenere alto il senso della malattia e dell'intervento, ricollocando entrambi dentro una cornice ecologica; la condivisione di questo senso ha un effetto profondamente terapeutico.

Anche in questo intervento si tocca il tema della tecnologia. Boria afferma che la tecnologia sta per così dire rottamando delle competenze che hanno sempre funzionato, inducendo un'atrofia di dimensioni che invece vanno protette, come per esempio il contatto e la relazione. L'iper-tecnologismo è visto come una ferita alla possibilità di prendersi cura della

relazione, che diventa così disincorporata. Ancora, viene volta una critica alla mercificazione della cura, con riferimento alle case farmaceutiche e alla *overdiagnosis*. Secondo Boria, chi cura non deve tirarsi fuori dal gruppo di persone che hanno bisogno di cure, perché la relazione da l'occasione di fiorire come persone.

Infine fa riferimento all'ecologia della comunicazione e alla salute della comunicazione, all'importanza che i sistemi sanitari incorporino un'ecologia della comunicazione sana. Si fa riferimento alla *Medical Humanities* e alla medicina sociale.

Per concludere Boria fa riferimento ai seguenti quattro punti della medicina sociale: Oggetto della cura, Contesto, Metodo, Epistemologia. L'oggetto è l'intreccio delle componenti bio-psico-socio-ambientali; il contesto è il territorio in cui emerge la malattia e in cui si fa la cura; il metodo riguarda la riflessività degli operatori e l'*empowerment*; infine l'epistemologia riguarda il bisogno di avere il coraggio di concettualizzare le lenti con le quali si guarda al mondo. Accettare l'irruzione dell'osservatore e passare da un pensiero che estrapola a un pensiero che integra, stare attenti a come si parla, lasciarsi alle spalle la metafora della macchina e passare da un pensiero dell'opposizione a un pensiero della complementarità.

Stefano Ivis presenta il suo intervento sottolineando la necessità di ragionare sulle connessioni tra gli interventi già avvenuti e dare concretezza operativa a tutto ciò che è stato detto. Presenta un caso pratico di assistenza primaria: il 48% degli utenti presenta una delle 9 patologie croniche più frequenti, negli over 65 questo dato sale a 5. Applicando le linee guida ad una ipotetica paziente 79 enne con diverse condizioni cliniche emergerebbe la necessità di somministrare 12 farmaci in 19 diverse assunzioni, applicare 18 attenzioni alimentari, 7 attenzioni comportamentali e 10 elementi di performance gestionale. Questo ci fa capire come sia difficile per il paziente, ma anche per il medico, comprendere e dare senso al processo di cura.

Per quanto riguarda i bisogni personalizzati, sia per il paziente, sia per l'organizzazione ospedaliera e sia per l'organizzazione di assistenza primaria i punti cardini sono: l'approccio bio-psico-socio-ambientale, le esigenze comunicative e le esigenze gestionali ed organizzative. Viene messa in risalto l'importanza dell'ascolto e della necessità di un'organizzazione che velocizzi le visite e che abbia il tempo per l'ascolto quando necessario, nonché un'educazione all'ascolto. A questo proposito viene proposta la prospettiva della telemedicina che può essere un mezzo per camminare più velocemente attraverso il percorso costituito dalla visita medica, dall'intervento e dalla valutazione dell'esito. Stefano Ivis conclude riportando una citazione di Starfield - "i sistemi basati su cure primarie efficienti con medici di medicina generale [...] garantiscono cure clinicamente più efficaci ed economicamente più efficienti rispetto ad altri sistemi meno orientati verso le cure primarie".

Paolo Fortuna apre la discussione su questa seconda parte della sessione plenaria. Fortuna sottolinea il concetto della multi-professionalità all'interno del sistema medico, evidenziando che il problema è quello di avere un approccio più profondo, ma iper-specializzato che non è in grado di capire il problema generale. Secondo Fortuna, così come gli altri relatori negli interventi precedenti, è necessario recuperare una medicina più generalista, che garantisca una presa in carico e una continuità della cura. La frammentazione dei processi di cura può generare disorientamento nei pazienti. Solleva quindi le domane: Che cosa determina il benessere? Chi lo misura? C'è una medicina che crea cronicità e disabilità? Boria risponde dicendo che la continuità relazionale deve essere nella mente degli operatori, se c'è condivisione del modo di intendere la vita come un fenomeno integrativo, allora è spontaneo entrare in relazione con chi ha uno sguardo arricchente, in quanto è presente la condivisione di una prospettiva. Il problema è, quindi, culturale: la refrattarietà ad entrare in relazione con l'incertezza è la causa di questa tendenza a separare nel tentativo di controllare. Le condizioni per una continuità relazionale stanno nell'epistemologia.

In conclusione vengono sollevati i problemi dell'interculturalità, dell'agire insieme nel cambiamento degli stili di vita, dell'agire nell'approccio alle risorse e della modifica degli assetti organizzativi.

SESSIONE PARALLELA - A

“ComuniCare: Le parole nella personalizzazione delle cure” coordinamento: M.A. Longo e A. Mattiola

Le coordinatrici della sessione, M.A. Longo (medico di medicina generale e counsellor) e Alessandra Mattiola (counsellor ed esperta nella cura delle comunicazioni nelle neo-organizzazioni di Assistenza primaria) hanno incentrato il lavoro del pomeriggio a partire dalla pratica concreta nei contesti di cura. L'obiettivo era riflettere e far riflettere su quali strategie utilizzare per affiancare alla medicina evidence-based una medicina più aperta alle medical humanities, agli aspetti relazionali e comunicativi del rapporto medico paziente, attraverso un metodo sperimentato a lungo negli anni, quale il counselling.

Il counselling applicato in ambito sanitario, come rilevato negli anni dall'esperienza nei contesti sia territoriali che ospedalieri, è di grande aiuto ai professionisti sanitari nell'affrontare i cambiamenti nella loro professione legati all'uso delle nuove tecnologie, ai nuovi problemi etici e deontologici che quotidianamente incontrano.

Tutte le pratiche narrative di cura sono soprattutto un atteggiamento mentale, un modo di porsi nei confronti dell'altro, che si conquistano attraverso un rigoroso iter formativo. La capacità di condurre il colloquio è infatti elemento essenziale perché la narrazione possa essere utilizzata per la salute del paziente, e non si limiti ad una chiacchierata.

La sessione dedicata alla narrazione e all'importanza della parole come cura, è iniziata proprio con una sollecitazione a conoscersi: presentarsi è stata la modalità scelta per entrare concretamente nel tema della giornata.

La scelta del prendersi cura a partire dall'accoglienza non è stata solo di ordine metodologico/formativo ma epistemologico: dal pronunciare il proprio nome al co-costruire un percorso condiviso, creare una storia collettiva da narrare insieme alla fine della giornata.

Altro obiettivo, era anche facilitare la partecipazione alla riflessione stimolata non solo dalla mattina, molto intensa e ricchissima di contributi, ma anche dagli interventi delle relatrici.

Tentativo, riteniamo riuscito, di mantenere sempre stretto e integrato il rapporto tra la parola e la cura, la parola che cura. Dove medicina e narrazione stanno insieme in una cornice di senso.

Simona Gasparetti (filosofa): ha messo in luce come le parole siano importanti perché sono strumento che costruisce senso, ma come già emerso in mattinata prima di tutto c'è la relazione.

Tradurre senza tradire, costruire un vocabolario interiore, non conforme ma che corrisponda ai parlanti che ci consente di parlarci reciprocamente.

Emerge l'importanza di costruire un vocabolario affettivo che è anche politico.

Luciana Cacciotti (Medico di medicina generale): nella costruzione della medicina personalizzata vi è uno spazio naturale del *counseling*, in quanto la relazione tra professionista della salute e paziente è fortemente sbilanciata: soprattutto il primo deve prendersi cura della comunicazione.

Tra le difficoltà principali che il medico deve affrontare è quella di condividere scelte terapeutiche e/o percorsi diagnostici in maniera che il paziente possa parteciparvi in maniera consapevole. Diventa importante quindi riuscire a mettere insieme processi decisionali condivisi con: a) evidenze scientifiche disponibili; b) esperienza del professionista sanitario; c) valori, preferenze e condizioni specifiche del paziente.

In una revisione sistematica Cochrane su 86 studi internazionali (circa 20.000 pazienti) sulla valutazione degli effetti dei processi decisionali condivisi con strumenti di supporto decisionale su scelte relative a test di screening e interventi medici (per esempio pratica del counselling), risulta che i pazienti:

- a) comprendono più chiaramente rischi e benefici delle scelte possibili;
- b) fanno scelte più in linea con i loro valori;
- c) partecipano di più al processo decisionale.

Le evidenze dello studio Cochrane suggeriscono che le persone sono maggiormente portate a scegliere opzioni terapeutiche più conservative.

Tuttavia sono risultati da prendere con cautela: viene valutata solo la decisione iniziale, manca pertanto una stima degli effetti della decisione a lungo termine e dei costi conseguenti.

Si tratta ora di mettere a punto un metodo che permetta di misurare gli effetti di un diverso approccio nella condivisione delle scelte terapeutiche.

- Elaborare un protocollo per misurare l'effetto del *counselling* (esiti) all'interno delle cure personalizzate
- Individuare aree sanitarie e figure professionali da coinvolgere nel progetto pilota

Ilenia Visca (Logopedista): partire dalla pratica dei colloqui logopedici per riflettere sull'approccio alla complessità: i colloqui sono momenti fondamentali e permettono di personalizzare la presa in carico. La gestione di essi mediante le counselling skills favorisce la personalizzazione delle cure, poiché il professionista pone attenzione alla scelta delle parole, alle modalità comunicative secondo un principio di comunicazione consapevole, ascolto attivo, *esplorazione* attraverso una scelta consapevole delle domande aperte/chiusure, *raccolta co-costruita di dati anamnestici*.

Ma non solo, utile anche per incorniciare le informazioni, in macro-aree secondo un ordine prestabilito

Usare metafore e ridurre il gergo tecnico

Collegare le osservazioni portate dai genitori con quanto valutato, con la funzione di modificare l'assetto cognitivo degli interlocutori, in modo tale che le informazioni date siano utilizzabili, integrabili in progetti e traducibili in comportamenti sostenibili.

Ricerca il "che cos'altro c'è" per una restituzione co-costruita.

Questa efficacia è misurabile?

Che cosa mi porta a dire che il mio intervento con queste caratteristiche è verosimilmente più efficace rispetto ad un altro?

Dai quesiti proposti dalle relatrici sull'efficacia e sulla validazione di strumenti, quali il counselling, si è andato ad analizzare quali fossero le aree di maggior interesse tra le persone presenti.

Sono emersi tre interessi in particolare:

- a) **un ambito di ricerca**: provare a strutturare una ricerca che possa valutare non solo in modo qualitativo, ma anche quantitativo l'intervento di cura, messo in atto anche con il supporto di abilità di counselling;
- b) **una riflessione sulla comunicazioni in contesti particolari** con pazienti anziani, psichiatrici, oncologici;
- c) il ruolo della comunicazione come facilitazione **nella costruzione di reti**.

In chiusura si è provato a fare una sintesi:

costruire un disegno di ricerca che valuti l'efficacia dell'intervento di counselling nella cura, tenendo conto anche di contesti specifici quali l'oncologia, la psichiatria e la geriatria.

Obiettivo emerso nella sessione parallela è stato provare a costruire un gruppo di ricerca che possa dare un contributo concreto e scientifico in Assimss, attraversando la sfida dell'integrazione tra qualitativo e quantitativo, superando la distinzione forzata che spesso viene associata a una scelta di campo tra due mondi contrapposti e non dialoganti.

SESSIONE PARALLELA - B

"Proposte di ricerca e d'intervento organizzativo per l'integrazione tra i sistemi di cura" coordinamento: Sabrina Cipolletta e Stefano Ivis

Milena Guarinoni (Scienze infermieristiche-complessità assistenziale) la dott.ssa Guarinoni da inizio alla sua presentazione con la definizione data da Moiset (2003) di complessità assistenziale: "La complessità assistenziale è l'insieme degli interventi che si riferiscono alle diverse dimensioni, definite da un modello concettuale di riferimento dell'assistenza infermieristica, espressi in termini di intensità di impegno e quantità-lavoro dell'infermiere". La complessità assistenziale, quindi, definisce il livello e la quantità di lavoro richiesta all'infermiere per soddisfare i bisogni di assistenza infermieristica del singolo paziente. Il concetto viene utilizzato come sinonimo di Intensità assistenziale e/o carico di lavoro: si ottiene dunque un elevato numero di strumenti per misurare la complessità assistenziale. Questo fa comprendere che non c'è ancora un concetto maturo di complessità assistenziale. La presentazione si conclude con delle domande riguardanti le determinanti della complessità assistenziale: Sono riferibili solo ai bisogni del paziente o anche a professionisti e organizzazione? La complessità assistenziale è misurabile?

Guglielmo Frapporti - Comunicare la complessità Guglielmo Frapporti ci presenta il caso del patient summary, un documento socio-sanitario redatto e aggiornato, che riassume la storia clinica dell'assistito e la sua situazione corrente conosciuta. In Veneto è stato costituito un patto aziendale, nel 2013, per produrre telematicamente il patient summary di almeno il 95% dei pazienti al di sopra dei 75 anni. L'obiettivo è quello di migliorare la registrazione in cartella dei dati essenziali di salute, con criteri condivisi e la produzione telematica ai fini dell'intercomunicabilità tra operatori.

Frapporti pone l'accento sui limiti del patient summary, principalmente riferendosi alle infrastrutture tecnologiche che possono essere garantite e dalla problematica della privacy.

Uno studio sul patient summary ha dimostrato che il 20% dei medici non è riuscito a produrne e inviarne nessuno; viene posto l'accento sul fatto che i medici, molto spesso non riescono a coordinare la propria pratica con l'utilizzo di strumenti telematici. L'accuratezza è stata valutata con due criteri: completezza e correttezza. Per completezza si intende il numero di registrazioni con associazione di diagnosi e terapia, mentre per correttezza, la tendenza a registrare le diagnosi e a codificarle. Risulta che i dati che sono in possesso dei medici, sono inquinati perché non aggiornati; questo apre lo scenario di un lavoro lungo, che richiede tempo, risorse, formazione e condivisione.

Frapporti conclude che gli elementi chiave su cui si dovrebbe porre più attenzione sono le infrastrutture telematiche; la conoscenza, non solo di un momento, ma di un'intera storia; l'abilità di sintesi; la sicurezza e affidabilità della tecnologia e la condivisione e la collaborazione con il paziente.

Stefano Fortinguerra - Proposte di ricerca e d'intervento organizzativo per l'integrazione tra i sistemi di cura

Stefano Fortinguerra, tossicologo, presenta lo scenario americano riguardo alla morte per errori connessi ad attività assistenziali che è l'ottava causa di morte. Sempre negli Stati Uniti in un anno sono stati osservati più di 5 milioni di reazioni avverse a farmaci, mentre in Europa il 5-20% dei pazienti ricoverati in ospedale soffrono di reazioni avverse. Si pone l'accento anche sull'uso eccessivo dei farmaci e la loro efficacia variabile.

Fortinguerra propone la visione internazionale per la sicurezza del paziente che vede come punti chiave una cultura della sicurezza, il miglioramento dell'efficacia e il coordinamento della comunicazione tra operatori e destinatari - che include la riconciliazione della terapia farmacologica - e l'utilizzo sicuro dei farmaci ad alto rischio.

L'elemento su cui Fortinguerra si concentra maggiormente è la riconciliazione farmacologica, che è composta da due momenti: la ricognizione e la riconciliazione. Per ricognizione si intende il processo sistemico eseguito dal personale sanitario che consiste nella raccolta di informazioni complete e accurate su farmaci e altri prodotti assunti dal paziente, quindi assicurare la miglior anamnesi farmacologica possibile. Per riconciliazione si intende, invece, il processo nell'ambito del quale si confrontano i farmaci assunti dal paziente, così come evidenziati nella ricognizione, con quelli indicati per la cura nella particolare circostanza, in funzione di una decisione prescrittiva corretta e sicura. Per semplificare, il medico dovrebbe chiedersi "quello che io somministro, concilia con quello che il paziente sta già prendendo?".

A questo livello emerge un nuovo tipo di paziente: il paziente complesso. Ancora una volta ci viene ripresentata la tematica della complessità, in questo caso ci riferiamo a quel paziente che per la compresenza e la co-evoluzione di più patologie richiede più di tre specialisti sulla base della stima e della fiducia reciproca che li fa lavorare in accordo. Nelle situazioni semplici il livello di accordo e di certezza sarà alto, mentre nelle situazioni complesse saranno basse, ed è proprio a questo punto che i professionisti devono agire insieme.

Fortinguerra, infine, presenta la farmacogenomica che spiega con le semplici parole "somministrare il farmaco giusto, alla dose giusta per il paziente giusto". Con questo nuovo approccio si ha la possibilità di raggiungere in tempi più rapidi la scelta del farmaco più efficace, inoltre, può essere uno strumento che può aiutare il medico ad evitare ridondanze farmacologiche. La relazione si conclude con un invito a favorire lo sviluppo di relazioni tra professionisti, allo scopo di superare le tradizionali barriere che tendono a frammentare i processi di cura.

Tiziano Scarponi (Medico di medicina generale) presenta le nuove sfide della medicina riferendosi all'invecchiamento generale della popolazione, alla nascita di un nuovo concetto di salute, al crescente sviluppo della tecnologia sanitaria, alla crisi economica e alla multietnia.

Per far fronte a queste sfide si fa riferimento al patto della salute che tende ad una medicina umanizzata, al fine di promuovere un modello multiprofessionale ed interdisciplinare. A questo proposito vengono citate le UCCP e le AFT che hanno come compiti quelli di assicurare l'erogazione delle prestazioni territoriali e garantire la continuità dell'assistenza

mediante l'utilizzo della ricetta elettronica e il continuo aggiornamento della scheda sanitaria individuale informatizzata e del FSE. Il patto della salute, inoltre, sancisce la nascita di tre nuove figure professionali: un manager delle cure primarie, un medico con speciali interessi e un medico delle cure primarie in grado di gestire la diagnostica di primo livello.

I problemi di questo nuovo approccio riguardano: la sostenibilità economica, la crisi della comunicazione dei sistemi assistenziali, la deriva ospedalocentrica della casa della salute e il perpetuarsi di modelli concepiti su logiche di tipo gerarchico e prestazionale. Quindi viene proposta la *community care* che ha come obiettivo quello di organizzare cure assistenziali a favore delle categorie sociali più deboli ponendo come esigenza fondamentale la possibilità, per queste persone, di continuare a condurre la propria vita entro i confini della comunità di appartenenza, dove sono sempre vissute, anziché rivolgersi a strutture residenziali. La *community care* è, dunque, un nuovo approccio teorico-pratico che prova a ripensare il sistema dei servizi come reti di intervento che si basano sull'incontro creativo e collaborativo fra soggetti del "settore informale" e del "settore formale"; ha come obiettivo quello di coinvolgere nelle attività di cura tutte le risorse presenti all'interno della comunità. Ancora una volta, dunque, si fa riferimento alle relazioni sociali, anche con la *community care* si supera il concetto di comunità intesa come luogo fisico destinato a prestazioni socio-sanitarie, ma si passa ad un'immagine della stessa comunità come rete.

In conclusione Scarponi presenta la prospettiva delle organizzazioni empatiche a geometria variabile in cui l'intreccio dell'aspetto relazionale e operativo è un obiettivo primario esplicito: l'organizzazione empatica si prende cura a 360 gradi di tutti gli attori, favorendo le capacità di ascolto e *problem solving* dei suoi professionisti, riconoscendo il benessere e il malessere lavorativo e la soddisfazione o insoddisfazione di tutti. In una dimensione ecologica, i sistemi assistenziali sanitari e sociali diventano sostenibili e sobri. Le organizzazioni che ascoltano e dedicano tempo all'aspetto educativo rendono gli utenti più soddisfatti e competenti, in grado di ricorrere all'organizzazione giusta al momento giusto. Scarponi conclude aggiungendo che sono indispensabili le abilità di riconoscere il bisogno, di creare trasparenza informativa, di valorizzare le buone pratiche di *try&learn*.

G.P. Stefani - Protocollo di gestione condivisa tra medici di medicina generale e diabetologi dei soggetti con diabete mellito di tipo2

G.P. Stefani presenta la prospettiva della gestione integrata tra medici di medicina generale e diabetologi. Questa gestione integrata consiste nella condivisione di una cartella computerizzata da parte del medico di medicina generale che monitora il paziente secondo un sistema concordato che lo invia al servizio di diabetologia. Qualora fosse necessario e lo specialista volesse accedere ai dati, questi sono già in suo possesso in quanto condivisi telematicamente. Questo permette una più rapida consultazione, utile in casi di urgenza. Produce un risparmio di tempo sia per il paziente che per i professionisti.

Stefani riporta anche l'esempio del controllo telematico dei *pace-maker*, che vede i medici di medicina generale in collegamento con gli specialisti di cardiologia. Inoltre questo sistema permette di gestire i pazienti sia in ambulatorio che a domicilio.

La sessione si conclude con un ultimo dibattito su questioni specifiche, che riguardano, per esempio, la comunicazione tra il medico di famiglia e il tossicologo - in riferimento all'intervento di Stefano Fortinguerra - e all'invecchiamento della popolazione - circa l'intervento di Tiziano Scarponi.

SEZIONE POSTER

Durante il convegno sono stati esposti poster riguardanti diversi ambiti di cura.

Renato Avesani, Margherita Pasi, Elena Rossato - Riabilitazione e complessità. Sempre più spesso al termine riabilitazione viene affiancato quello della complessità. Uno dei motivi che contribuiscono al mutare della terminologia è certamente il fatto che i quadri patologici che si affacciano al percorso riabilitativo sono sempre più complicati e caratterizzati dal permanere di una disabilità rilevante nel tempo. Non bisogna dimenticare che la natura della complessità non è sempre e solo legata alle caratteristiche intrinseche della patologia, ma deriva da una serie di aspetti anche esterni alla cura che rendono difficoltosa l'individuazione di un percorso lineare di cura e recupero. Ragionare in termini di complessità in riabilitazione significa necessariamente pensare ad un sistema che garantisca, senza che questo diventi un imperativo assoluto, qualità di vita e sostenibilità per il paziente ed i familiari e sostenibilità economica. A monte ci deve comunque essere una riflessione sul progressivo aumento della cronicità e della disabilità in genere.

Giovanni Carollo – Comunità Ca' delle Ore. Questo poster illustra un modello di organizzazione di una comunità terapeutica per persone affette da dipendenza da sostanze ed alcool che si basa sui principi sistemici di originalità, creatività, cambiamento, rispetto, fiducia e condivisione. Viene presentato nello specifico un progetto di intervento che integra un percorso terapeutico individuale e di gruppo, assistenza psichiatrica e medica, attività psicomotorie ed espressive e interventi sistemici con le famiglie.

Sabrina Cipolletta, Nadia Oprandi – Le narrazioni degli operatori sul fine vita. La qualità delle cure del fine vita è un tema centrale in ambito sanitario. Nonostante la grande quantità di letteratura, l'esperienza dei professionisti che si occupano del fine-vita è ancora in parte incompresa. Questa ricerca qualitativa si propone di esplorare ciò che costoro intendono per "buona morte" e il modo in cui valutano le cure nel fine-vita. Non solo è difficile rispondere alla domanda "cos'è una buona morte?", ma vengono alla luce altri dilemmi etici: dove morire, come gestire il dolore, se perpetuare i trattamenti. Un nodo cruciale è rappresentato dalla comunicazione che lascia continuo spazio alla speranza nel tentativo - implicitamente condiviso da sanitari e familiari - di negare la morte in quanto rappresenta un evento "indicibile" e un fallimento per la medicina considerata "invincibile".

Marinella Sommaruga, Paola Gremigni – Caratteristiche personali e comunicazione consapevole dei professionisti della salute. Questo studio mostra come l'auto-consapevolezza circa le proprie competenze comunicative e di counselling, possa essere correlata a caratteristiche individuali come intelligenza emotiva, ottimismo e auto-efficacia. Questo studio fornisce informazioni per programmi di insegnamento in competenze comunicative per le professioni sanitarie. Le ricercatrici si aspettano che facilitando l'*insight* e fornendo un mezzo per promuovere l'auto-sviluppo, migliorando l'intelligenza emotiva e altre risorse personali, si possa verificare un incremento delle competenze comunicative e interpersonali del personale sanitario.

Malihe Shams, Beatrice Bellini – L'uso della metafora nel discorso sul cancro. Le metafore usate nella comunicazione medico-paziente sono particolarmente efficaci nelle conversazioni sul cancro, in cui il linguaggio è la chiave d'accesso all'esperienza della malattia. Questo articolo revisiona la letteratura sul tipo di metafore usate in oncologia e i suoi effetti sull'auto-identificazione. Le metafore maggiormente usate sono quelle di "Guerra" e "Viaggio", ma anche "Disastri naturali", "*Gambling*" e "Metafore poetiche".

Malihe Shams, Daniela Maretto, Marta Ghisi, Gioia Bottesi, Ezio Sanavio – Sessualità, una questione ancora poco valutata in oncologia. E' difficile per una coppia condividere i problemi legati alla propria sessualità, anche quando si parla con un professionista. Nel campo dell'oncologia questo problema tende ad essere trascurato, soprattutto nel caso di pazienti anziani, perché in questi casi la sessualità è considerata una questione secondaria. La letteratura conferma la mancanza di una valutazione della sessualità dei pazienti oncologici in Italia. Questa ricerca si pone l'obiettivo di esplorare tutte le sfide in materia di sessualità che si affrontano in oncologia. Coloro che sperimentano un'esperienza più difficoltosa si trovano ad affrontare neoplasie che coinvolgono gli organi sessuali o il seno.

REPORT LABORATORIO NORD ITALIA

LA CURA DELLA COMPLESSITA, LA COMPLESSITA DELLA CURA. UN LABORATORIO BIO-PSICO-SOCIO-AMBIENTALE

Comitato organizzatore:
Sergio Boria, Christian Pristipino e Alfredo Zuppiroli

11 aprile 2015, Presidio Ospedaliero San Filippo Neri, Roma

SESSIONE PLENARIA

Il Laboratorio ha visto la partecipazione per oltre 8 ore di una settantina di partecipanti, tutti autofinanziati, provenienti da Lazio, Toscana, Emilia Romagna, Piemonte, Umbria, Sardegna, Marche, Calabria, Campania.

I lavori sono iniziati con l'introduzione di **Mauro Ceruti**, che ha focalizzato alcuni fondamentali principi per un approccio complesso alla scienza. In particolare, Ceruti ha ricordato l'importanza di considerare la complessità non come una nuova teoria della conoscenza, ma come un nuovo, un altro tipo di rapporto con la conoscenza, una problematizzazione del nostro rapporto con il sapere e con il mondo. Ceruti è partito dall'analisi dei caratteri essenziali, fondanti, della scienza classica: monismo cognitivo e epistemologico, mondo come un immenso mosaico e conoscenza come estrazione di un tassello, leggi generali ed invarianti, ricerca di un ordine unico, di una verità universale, al di là della particolarità e della precarietà dei casi specifici, oggettività razionale, osservatore astratto dalla relazione con l'oggetto d'indagine, focus su ciò che è rilevante, permanente, essenziale, le interferenze vanno trascurate. Compito della scienza classica è allora quello di ricercare un invisibile semplice dentro la complessità, che è solo apparente, della realtà. In sostanza nel modello deterministico il mondo è una macchina i cui eventi diventano perfettamente prevedibili nel momento in cui se ne conoscano le leggi generali e tutti i valori delle infinite variabili in ogni istante (ideale di Laplace).

La rivoluzione epistemologica consiste nell'emergere dell'importanza delle relazioni tra le cose (Bateson: la relazione viene per prima). Si sottolinea l'importanza di un pluralismo epistemologico, di un pluralismo sistemico. La parola chiave è "Emergenza": nei sistemi complessi il tutto è diverso dalla somma delle parti, e le interazioni tra i componenti dei sistemi complessi sono non lineari, i componenti reagiscono alle perturbazioni in modo non correlato all'intensità delle stesse perturbazioni, per cui i sistemi complessi possono cambiare nel tempo in modo improvviso ed imprevedibile. Tutti i sistemi complessi hanno una storia in senso proprio che influenza il loro divenire: sono quindi dei sistemi anche deterministici, ma governati da leggi che non sono prescrittive ma prospettive, la loro traiettoria non è determinata solo dalle regole del gioco, ma anche dalla contingenza e dalla strategia dei giocatori.

La conseguenza e la premessa dell'importanza della storia di un sistema è quindi il fattore tempo che diventa così cuore della complessità. Ceruti ha sottolineato che "senza il tempo non si ha complessità... ed è nella morte che finisce la complessità". E' nel divenire dell'intreccio in parte contingenziale di eventi e processi che si ha la complessità.

In proposito Ceruti ha sottolineato l'analogia tra il modello della scienza classica con quello della tragedia - spiegare scientificamente un evento significa spiegare perché le cose sono andate così, ed anche perché era inevitabile che le cose andassero così - mentre il pensiero sistemico è assimilabile al modello dell'epica - spiegare perché le cose sono andate così, mentre non era inevitabile che le cose andassero così.

E la medicina, più in generale tutto il campo della scienza biomedica, rappresenta oggi il campo ideale per un cambiamento del paradigma dell'organizzazione della scienza, come lo è stata la fisica nel secolo scorso.

Christian Pristipino ha tracciato la cornice dei laboratori ideati dal consiglio direttivo per dare operatività agli scopi dell'ASSIMSS.

Partendo dal lavoro di Barabasi pubblicato nel 2007 sul New England Journal of Medicine ha tracciato le coordinate fondamentali della Systems Medicine, il cui compito è paragonabile a quello di un bambino di fronte ad un giocattolo rotto e che deve cercare soluzioni per come rimettere insieme quel corpo umano fatto a pezzi. Infatti, se la iperspecializzazione della Medicina aumenta la conoscenza specifica, causa però anche una perdita di informazione sul contesto e sulle interazioni che sono cruciali per caratterizzare lo stesso elemento che si sta osservando. Questo metodo ha così un limite nel livello di efficacia conoscitiva e operativa. Questo plateau conoscitivo diventa tangibile per esempio in cardiologia dove, se è vero che i fattori di rischio mostrano una "correlazione" con gli eventi cardiovascolari, in realtà non descrivono e non predicano l'evoluzione dei singoli pazienti. Inoltre dal lato dell'efficacia terapeutica si constata che, a dispetto di una mole di bersagli terapeutici sempre crescente, il numero di farmaci efficaci clinicamente è in netto calo e comunque anche i farmaci efficaci nella ricerca, nella realtà clinica producono i benefici attesi solo in una minoranza dei pazienti che li assumono. Questa impotenza, onnipresente in medicina e ormai paralizzante in alcuni settori come l'oncologia e le malattie infettive, non è superabile se non allargando l'attenzione ai sistemi in interazione e quindi includendo nuovi paradigmi.

Dopo lo zoom-in riduzionistico, utile e indispensabile, è quindi necessario fare uno zoom out sistemico che permetta di includere la relazione degli elementi tra di loro e con il contesto circostante, ovvero la mappatura dell'ecosistema individuale bio-psico-socio-ambientale in fenotipi complessi variabili nel tempo tramite anche dati multidimensionali.

Tuttavia questa mappatura non deve dare l'illusione di un controllo unilaterale del sistema di cura, che viene invece fortemente influenzato dalla relazione terapeutica bidirezionale oltre che dal contesto stesso delle cure, in cui emerge fortemente un aspetto qualitativo e non quantificabile che sembra qui offrire prospettive alla sintesi tra scienza e arte del curare. Quindi altro scopo del laboratorio è quello di sia di proporre percorsi e contesti di cura che possano far emergere pratiche bio-psico-socio-ambientali della medicina che di proporre iniziative rigorose nell'integrazione degli aspetti qualitativi e quantitativi.

I LABORATORIO: MODELLIZZAZIONE DI SISTEMA

coordinamento: Christian Pristipino in sostituzione di Giovanni Apolone

Giordano Bruno (Matematico) ha ricordato l'importanza del tenere conto dell'incertezza, fondamentale presupposto dello studio della complessità. La scienza, nel campo delle previsioni, non può fornire certezze assolute come nel campo teorico ma soltanto probabilità che possono divenire tanto grandi da potersi definire "certezze pratiche" sempre aperte alla probabilità, come le chiamava il matematico De Finetti.

Tuttavia, la probabilità - e la sua grandezza, che conduce fino alla "certezza pratica" - è un feeling, un sentimento, è un atto soggettivo, esprime un atto di fiducia individuale nel verificarsi di un evento. Per questo motivo il concetto di probabilità deve essere distinto dal concetto di frequenza ricavabile da studi, specie nella comunicazione tra medico e paziente dove è essenziale mettere in evidenza le attese del p., che sono correlate anche al linguaggio che usa il medico.

Maurizio Simmaco (Medico del S. Andrea, esperto di medicina personalizzata) Ha fatto il punto sulle varie "omiche", sottolineando l'importanza di non pensare che con i Big Data si daranno risposte definitive e certe, perché anche con la fotografia più accurata i dati ottenuti sono "storici", perché nel frattempo il sistema è cambiato ed è sottoposto a confondenti e perturbanti. In sostanza si tratta di cercare di fare passi innovativi verso il paziente-individuo, ma con un atteggiamento scientifico sobrio, e nella consapevolezza dei limiti operativi e strumentali con i quali avanziamo.

Liborio Stuppia (Genetista) Ha sottolineato il contributo dell'Epigenetica, che ha liberato il genetista dall'accusa di essere un riduzionista determinista. I geni e l'ambiente non formano un fenotipo in maniera indipendente, ma strettamente interrelata. In particolare Stuppia ha parlato di come i fattori ambientali modulino l'attività genetica, soffermandosi sulla questione dell'alimentazione e dell'ambiente fetale. Le modalità di migrazione dell'embrione, le modalità e caratteristiche dell'impianto uterino, l'alimentazione materna ed eventuali infiammazioni, possono influenzare profondamente l'espressività genica del feto.

Alessia Ciarrocchi (Biologa IRCCS S. M. Nuova Reggio Emilia) ha illustrato un impianto di ricerche di Systems Medicine che verte su una forma specifica di tumore del polmone, quello sarcomatoide, per capirne la particolarità, ed anche altre ricerche che studiano la correlazione tra diversi aspetti di comportamento relativi al fumo ed i dati clinici e biologici, per mappare il continuum che fa virare dal sano alla patologia più conclamata. Ha altresì sottolineato l'importanza della logistica nei programmi di systems medicine.

Durante la fase laboratoriale sono emersi i seguenti punti:

1. Importanza della storia del paziente, vista come una sorta di epigenetica biografica, da inserire in qualche modo nelle mappe fenotipiche
2. Ruolo dei processi economici nell'approccio complesso: il mercato è favorevole alla complessità, o no?
3. Problema di dover contemperare i costi con la privacy, a proposito dei Big Data, e poi con la ricaduta "pratica": Che ci fa un medico di famiglia con il DVD della sequenza genetica di quel suo assistito? Proposta di documento di consenso per definire quali sono gli ambiti, gli obiettivi ed i limiti della modellizzazione complessa, inclusi i problemi di privacy
4. Attenzione al riduzionismo dei Big Data: nel nome della complessità si possono fare gli stessi errori del riduzionismo semplificativo deterministico. Sempre di mappe si tratta, di strumenti, la realtà è altro!
5. Modelli sperimentali negli studi di epigenetica: inclusi i rapporti tra alimentazione e attività genica.

6. Importanza della modellizzazione epistemologica del modo in cui è stato costruito il database e inclusione del curante nel database
7. ASSIMSS come osservatorio delle reti di systems medicine.
8. Proposta di un documento intersocietario per trovare un accordo sui contenuti di questi database (minimal data-set). Come si può procedere per identificare contenuti che siano condivisi dalle società scientifiche?

Inoltre sono stati toccati temi come:

- La questione tempo nel contesto della cura
- Aspetti "sciamanici" del ruolo del medico
- Identificazione di ausili per comunicare chiaramente le evidenze vecchie e nuove, generare nuove metafore

II LABORATORIO: CONTESTI E PERCORSI DI CURA FRA AMBIENTE SOCIALE E SERVIZI SOCIO-SANITARI coordinamento: Marco Ingresso

Marco Ingresso (Sociologo della salute) ha sottolineato che, nel passaggio da un ambiente biologico ad un ambiente interumano, abbiamo bisogno di capirci quando parliamo di Salute e di Cura.

Salute è una parola, un concetto che parla sia del singolo che della collettività. E' un insieme di fenomeni con tante dimensioni, corporee, ecologiche, sociali, psicologiche. Ingresso si è soffermato sulle varie definizioni di Salute, dal '48 fino ai nostri giorni notando come oggi ci sia l'opportunità per ASSIMSS di contribuire ad una ulteriore evoluzione dell'idea di salute a partire da una prospettiva eco-sistemica e relazionale - gli individui come "sistemi auto-eco-organizzati" nella visione di Morin - centrando l'attenzione sui quattro circuiti organizzativi dell'essere umano: Socio-culturale (tu, noi); Psico-affettivo (Io, Sé); Somatico-sensoriale-riproduttivo (mio corpo, me); Ecologico (sono parte della Natura, del Tutto), da cui deriva una prospettiva ecosistemica della salute

Questa prospettiva eco-sistemica considera quindi la Salute come una forma dell'appartenenza, come un'espressione di coerenza nel cambiamento, o come diceva Ivan Illich *"la capacità di adattarsi ad un ambiente che cambia"* e che implica anche un'evoluzione nell'idea di cura che diventa così *"un gioco combinatorio tra una serie di interventi professionali e non"*.

Bartolomeo Terzano (ISDE) ha sottolineato l'importanza dei determinanti ambientali di salute e malattia

Maurizio Marceca (Igienista) ha ricordato l'impossibilità di restare neutrali di fronte alle implicazioni etiche e politiche delle disuguaglianze di salute, traducendo questo con *"chi vuole lavorare per la salute deve essere un attivista"*.

A supporto di questo ha ricordato come nel Congresso WHO del 2008, i determinanti sociali della salute furono il tema centrale dell'evento. Approfondendo il tema, ha sottolineato la distinzione tra determinanti sociali di salute prossimali e distali, parlando ad esempio di globalizzazione, di disuguaglianze sociali, e di una sorta di violenza strutturale sul piano dei rapporti umani a livello planetario. Componendo quanto detto ha quindi sottolineato la cardinalità dell'Empowerment e delle Politiche intersettoriali nella promozione della salute.

Attilia Fabio (Specialista in alcolismo) ha esemplificato un approccio all'alcolismo, che non può essere letto con categorie di carattere etico-moralistico. Sarebbe ancora meglio parlare di alcolismi, utilizzando quindi il plurale, ad indicare una gamma variabile di condizioni.

In particolare l'alcolismo può essere considerato come un tentativo di auto-terapia collegato all'attivazione dei circuiti dopaminergici. Attilia, utilizzando una metafora afferma che *"l'alcolista utilizza l'alcool così come noi utilizziamo una tacca per stabilizzare un tavolo che balla"* addentrandosi anche nella sindrome feto-alcolica, una condizione di danno fetale collegata all'abuso di alcool da parte della madre in gravidanza.

Alessandro Boccanelli (Cardiologo) ha ricordato che se nel 1974 l'attesa di vita di un italiano era mediamente sui 69 anni, oggi ha raggiunto gli 80 anni, con tutta una serie d'implicazioni sociali e sanitarie. In particolare, ha illustrato i risultati di una ricerca sull'impatto degli aspetti sociosanitari sul benessere degli anziani disabili sociali ospitati nella casa di Santa Francesca Romana a Roma.

Il lungo dibattito conseguente ha toccato i seguenti aspetti:

- La salute vista come un insieme di eventi: ogni definizione di salute non deve superare la precedente, ma integrarla. Qualsiasi concetto di salute si co-costruisce, deve essere condiviso con la persona che abbiamo davanti.
- Multidimensionalità come espressione di coerenza nell'evoluzione nel tempo delle variabili osservate. Le medie ci dicono che in media si è migliorati con un certo intervento, ma cosa dire di quella percentuale che è peggiorata?
- Overdiagnosis e pericoli per la salute: importanza di considerare non neutrale l'osservatore medico che può condizionare con le modalità di osservazione, di diagnosi, di interazione con il paziente lo stesso stato di salute.
- Carenze di formazione: il medico appena laureato esce formato solo alla malattia ospedaliera, non sa nulla dell'approccio bio-psico-sociale.
- Carenze di "manutenzione" degli operatori
- Cura e salute come processi relazionali: se il paziente è un co-curante esso diventa una risorsa sia per se stesso che per il sistema.

III LABORATORIO : INTEGRAZIONE DI APPROCCI QUALI-QUANTITATIVI

coordinamento: Marina Risi

Marina Risi (Ginecologa, esperta di PNEI) si è soffermata sulla definizione di stress, sottolineando l'importanza di allargarne e contemporaneamente specificarne l'accezione, in modo rigoroso, nel concetto sistemico di allostasi, quali-quantitativo, in cui il corpo è autoregolato non solo da equilibri fisiologici omeostatici (quantitativo) ma anche dai meccanismi comportamentali (qualitativo) che modulano la fisiologia stessa.

Infine il "*cambio di paradigma*" potrà individuare "valore quantitativo" a concetti qualitativi come l'Empowerment del paziente, al riorientamento dei modelli di cura ed alla creazione di un "ambiente" di cura favorevole al cambiamento.

Simona Landolfi (Filosofa) ha messo in evidenza l'importanza del contributo che le Medical Humanities possono dare all'inclusione del qualitativo nel mondo quantitativo. Ha ripreso la proposta, espressa già nelle riunioni tra fondatori, di redigere un Glossario interiore di complessità in medicina, da condividere tra curanti e pazienti. In particolare, si è soffermata sul significato dei termini:

- "terapia" come servizio, rispetto, ossequio, sollecitudine, assistenza; il verbo greco *terapeuo* si usa anche per indicare la cura per la coltivazione delle piante, l'allevamento degli animali ed il culto degli dei.
- "ascolto" come porta sull'incertezza in quanto elemento costitutivo del dialogo, per sua natura incerto esso stesso in quanto processo dinamico e complesso, "*mutua fecondazione*" e una "*rivelazione reciproca*" in progress.
- *Intimità* e *Confidenza* come antidoti all'immunità dalla malattia e dalla sofferenza da parte del medico.

Marco Bianciardi (Psicoterapeuta) ha focalizzato il suo intervento sul contributo della psicologia sistemica, in cui "la relazione viene prima", e quelle che noi chiamiamo "caratteristiche personali" sono in realtà proprietà emergenti dalla relazione. Le narrazioni sono qualcosa che avviene qui ed ora, qualcosa che si co-costruisce perchè la realtà psichica si costruisce nel momento dell'incontro con l'altro. Noi siamo testo e con-testo, cioè un testo scritto "a più mani". Come fare entrare il corpo e la malattia nella narrazione co-costruita tra curante e paziente è una delle sfide che ASSIMSS può raccogliere.

Stefania Polvani (Sociologa) ha ripercorso la storia della medicina narrativa a partire dagli anni '80 del secolo scorso, da Kleinman e Good, per arrivare alla recente Consensus Conference organizzata dall'Istituto Superiore di sanità nel 2014. In tal senso la medicina narrativa ha tra i suoi obiettivi quello di "*integrare il qualitativo con il quantitativo*", e come suo oggetto d'indagine/intervento il vissuto, l'esperienza soggettiva dello star male (*illness*) inscindibile dalla realtà biologica (*disease*) e dalla sua lettura sociale (*sickness*). La medicina narrativa inoltre non si focalizza esclusivamente sulla relazione medico-paziente, ma è interessata alle relazioni "a 360 gradi". Polvani ha infine concluso parlando 1) della necessità che la

cittadinanza percepisca come un vero e proprio dovere quello di partecipare alle cure e alla promozione della salute, e 2) della necessità di ripensare radicalmente i percorsi formativi di tutti gli operatori in ambito sanitario.

Lorenzo Sommella (Direttore sanitario) ha toccato il tema del possibile contributo del management orientato al pensiero sistemico. Se il management è sistemico per definizione, in quanto si interagisce con persone che operano in un contesto, il riduzionismo aziendalistico è sotto gli occhi di tutti. Si dovrebbe lavorare avendo ben presente una gerarchizzazione delle caratteristiche personali: 1) Passione 2) Creatività 3) Iniziativa 4) Esperienza 5) Diligenza 6) Obbedienza.

La discussione che è seguita ha toccato i seguenti punti:

- opportunità di individuare indicatori della trasformazione del modello cognitivo del paziente e del medico attraverso la relazione e quindi della generazione di un sistema terapeutico. Tali indicatori di tipo sistemico consentirebbero una nuova modalità di ricerca di correlazione con molteplici endpoint tra cui la riduzione o l'aumento del rischio di overdiagnosis e/o di spesa sanitaria
- valutazione quantitativa di approcci qualitativi: quali indicatori? come fare?
- Disegno di curriculum formativi per i curanti includenti il qualitativo e la sua coniugazione con il quantitativo.
- Quantità e qualità sono irriducibili nella loro entità ma possono essere complementari: identificare quando devono essere coniugate e quando disgiunte Marina Risi ha concluso citando le parole del Dalai Lama: "per voi compassione significa io patisco con te, ma io sto bene e tu stai male; per me invece vuol dire che io patisco come te, ho compassione di te perché ho compassione di me".

IV LABORATORIO: RISPOSTE SISTEMICHE ALLA CRONICITÀ

coordinamento: **Stefano Ivis**

Stefano Ivis (Medico di medicina generale) che ha sottolineato la necessità di documenti di consenso in merito a buone pratiche cliniche di orientamento sistemico partendo da un ambito come quello della fragilità, destinato a crescere epidemiologicamente nella componente di anzianità ma non solo. Tale consenso dovrebbe essere costruito sulla base della validazione di strumenti specifici di cui ASSIMSS potrebbe farsi carico.

Giovanni Peliti (Medico di medicina generale) che ha tracciato il ruolo sistemico della medicina di famiglia nell'interazione tra ospedale e territorio, da promuovere sperimentando modalità di comunicazione da contestualizzare in diverse realtà e in diversi setting e incontri periodici su pazienti comuni e mediante opportuni protocolli

Alessandro Bussotti (Esperto di continuità assistenziale) ha proposto un'analisi della problematicità irrisolta della catena della continuità tra ospedale e territorio. Nella sua analisi i nodi prioritari appaiono: la gestione delle riacutizzazioni delle cronicità, l'insufficienza dell'assistenza sociale, il ruolo dei MMG nell'acuzie di bassa gravità, la cultura della collaborazione tra i vari operatori, la condivisione della cartella tra territorio ed ospedale. Possibili soluzioni potrebbero passare attraverso la separazione dell'approccio territoriale ai problemi acuti ed ai problemi cronici e dalla Sanità d'Iniziativa, riguardante il paziente complesso. L'elaborazione di programmi assistenziali individuali che prevedano una pianificazione anticipata delle cure nei pazienti con gravi insufficienze d'organo sono strumenti da sviluppare nella cornice di una riflessione sul ruolo delle cure palliative e sulla formazione ad un uso sistemico nelle scelte di Cura.

Fabrizio Bandini (Medico di medicina generale) ha portato l'esperienza del Mugello dove è stato possibile, con soluzioni organizzative molto semplici e di nessun costo, migliorare la comunicazione tra MMG e specialisti ospedalieri ottenendo, anche con la partecipazione controllata e condivisa del privato accreditato, la riduzione delle liste d'attesa e degli sprechi (esami inutili) migliorando nel contempo gli esiti.

Milena Guarinoni (Infermiera) ha riflettuto sull'approccio sistemico nell'infermieristica delle cronicità. In particolare ha proposto un nuovo tipo di ricerca per formulare linee guida appropriate: focalizzazione dell'immaginario del paziente nel momento della diagnosi; superare le indicazioni di "cosa" fare per arrivare al "come" farle nel supporto quotidiano alla cronicità.

Laura D'Addio (Infermiera e Dirigente di formazione) ha rimarcato l'importanza della formazione all'interdisciplinarietà. I professionisti sanitari dovrebbero essere tutti sia dei Facilitatori - per la società, per le famiglie, per gruppi mirati, sulla elaborazione culturale di questioni cruciali (es. scelte di fine vita) – che dei civil servant - elaboratori di strategie incentrate sui cittadini/assistiti (es. badanti, formazione per pazienti esperti)

La discussione ha focalizzato i seguenti punti:

- ruolo dei pazienti nel cambiamento di paradigma: nessun cambiamento potrà avvenire senza il coinvolgimento dei cittadini, anche all'interno dell'ASSIMSS.
- necessità di una formalizzazione complessa dell'interazione tra i saperi per consentire una convivenza dinamica e operativa dell'approccio riduzionista e lineare con quello sistemico, della medicina sartoriale con la medicina tecnologica.
- necessità di definire in ambito sistemico la continuità della medicina palliativa con quella di guarigione, formalizzandone le sovrapposizioni, contemporaneità e irriducibilità.

REPORT LABORATORIO SUD ITALIA

LA CURA DI CHI CURA. VISIONE E FORMAZIONE SISTEMICA IN MEDICINA E SANITA'

Comitato organizzatore:
Giuseppe Gembillo, Fabrizio Consorti, A. Chiara Scardicchio

9 giugno 2015, Università di Messina e, in call conference, Università di Napoli Federico II, Lecce, Bari, Foggia

L'evento ASSIMSS –Laboratorio Sud si è svolto in modalità “rizomatica”, coinvolgendo sia una sede principale, nella quale si sono svolti gli interventi magistrali, sia altre 4 sedi, connesse tramite piattaforma digitale: il laboratorio ha dunque coinvolto Centri di ricerca scientifica universitaria e associazioni mediche coinvolgendo un numero significativo di partecipanti – tra medici, specializzandi, dottorandi, studenti, formatori – nelle regioni Sicilia, Campania e Puglia.

SESSIONE PLENARIA

La sede principe dell'evento ha prodotto interventi che si sono caratterizzati sia un duplice valore: teorico/epistemologico e progettuale/prattico. In ordine ad entrambi, segue una sintesi redatta dal Presidente ASSIMSS, dott. Christian Pristipino ed una sintesi dell'intervento del dott./prof. Fabrizio Consorti.

Il dott. **Christian Pristipino**, presidente ASSIMSS, ha aperto il laboratorio esponendo la cornice generale del laboratorio del Sud Italia, ringraziando gli organizzatori per il lavoro svolto.

Lo scopo del laboratorio è quello di proporre progetti di lavoro e priorità pedagogiche di tipo sistemico per rispondere alle criticità attuali della medicina e del mondo sanitario.

Quale pedagogia per formare ad un approccio sistemico che possa rispondere alle sfide della complessità non abbordabili con un approccio riduzionista?

Tale pedagogia dovrà identificare come riconoscere i limiti epistemologici dell'approccio riduzionista e come operare con un nuovo paradigma complesso secondo tre assi interdisciplinari:

- Formazione a una scienza dei sistemi per: una modellizzazione dell'ecosistema bio-psico-socio-ambientale e lo studio delle sue proprietà emergenti, tramite l'utilizzo di big data; lo studio delle transizioni da salute a malattia; lo sviluppo di una medicina personalizzata e di precisione.
 - Formazione agli approcci che sappiano valutare ed interagire con le componenti qualitative della dimensione umana in relazione alla salute e alla malattia
- Formazione al management dei sistemi complessi per formulare soluzioni che rendano realizzabili i precedenti punti

Il prof. **Giuseppe Gembillo** ha poi offerto una prospettiva epistemologica al tema e all'urgenza e ponendo due nodi cruciali al centro della riflessione affidata al Laboratorio Sud, ovvero:

- Impostare una formazione medica in termini sistemici necessita una rifondazione del modo di intendere la mente e il corpo sia dei curati che dei curanti e di tutti i cittadini, in quanto la cura deve considerare l'identità personale che è un processo storico di salute e malattia che si alternano, che si trasformano continuamente l'una nell'altra trattandosi di sistemi dissipativi.
- Ripensare e riformulare il modo di intendere importanti atti medici quali, ad esempio, il consenso informato: esso non può essere un atto standardizzato ma deve prendere in considerazione la storicità della persona che deve essere informata, oltre che di chi deve informare.

Il dott. **Fabrizio Consorti** Presidente nazionale SIPEM, socio fondatore ASSIMS, ha presentato un intervento magistrale dal titolo: *Visione sistemica dell'ambiente formativo delle professioni di cura*, i cui nuclei fondamentali sono stati i seguenti:

fin dagli anni '60 sono presenti lavori in letteratura relativi all'uso di concetti mutuati dalla teoria delle organizzazioni per modellare sistemi educativi¹, ma con alcune eccezioni nulla si è mai applicato al dominio della formazione medica, che gode della doppia caratteristica di essere un "sistema di formazione" al "sistema delle cure" e dunque con un livello speciale di complessità.

Possono essere indicati 5 elementi per una visione sistemica della formazione delle professioni di cura:

1. L'ambiente fisico
2. Le relazioni inter-personali
3. I sistemi di controllo e di potere
4. Le dinamiche di apprendimento
5. Gli esiti di apprendimento

Tutti questi elementi vanno considerati nella loro complessità reale e nelle relazioni reciproche, che ne fanno un "sistema"

1. Gli ambienti fisici in cui si svolge la didattica hanno un grande influsso su ciò che si può materialmente fare e sugli stessi risultati di apprendimento². E' evidente che non si possono progettare attività per piccoli gruppi se si dispone solo di aule ad emiciclo o stanze a banchi fissi. Ma è possibile allargare il concetto di "spazio didattico" oltre i confini dell'aula, a considerare tutti gli ambienti di un edificio (larghi atri o corridoi attrezzati con tavoli sono ambienti adatti allo studio sociale), il campus nella sua interezza e addirittura il tessuto urbano, con le sue risorse. Per le professioni di cura esse sono tipicamente le strutture assistenziali ospedaliere e del territorio, che vanno però immaginati come "spazi didattici". Dove gli ambienti fisici hanno limiti invalicabili, si può usare la tecnologia di ICT per realizzare spazi virtuali, che si integrino con gli spazi fisici per costruire un panorama integrato di apprendimento².

2. Gli ambienti fisici e virtuali sono parte integrante e significativa del contesto in cui si realizzano le interazioni formative, creando sistemi di pre-concetti e attese (uno studente in un'aula di 100 persone si aspetta una lezione frontale, poco interattiva). Ogni relazione inter-personale ha bisogno anche di un "contenitore sociale" di ruoli e regole che indirizzino e diano senso alla relazione stessa; in ambito didattico il curriculum svolge in ampia misura questa funzione, attraverso i regolamenti didattici, i programmi e l'insieme di regole non scritte ma insite nell'organizzazione. Si distinguono:

- a. il curriculum formale: ciò che una scuola afferma, i materiali di studio e gli obiettivi
- b. il curriculum informale: insegnamento e apprendimento che si verificano al di fuori del curriculum formale (ad esempio, durante il tirocinio in reparto al letto del paziente)

¹ Etzioni (1961) ha definito una learning organization come "an organization that is continually expanding its capacity to create its future"; "Organizations are social units deliberately constructed and reconstructed to seek specific goals. Schools are an example of an organization". Etzioni, A. (1961). *A comparative analysis of complex organizations*. New York: Free Press.

² Nordquist J, Laing A. Designing spaces for the networked learning landscape. *Med Teach*. 2015; 37(4):337-43.

- c. il curriculum nascosto (hidden)³: norme e valori che sono incorporati nella struttura organizzativa di una scuola e nei comportamenti dei docenti
- d. il curriculum nullo⁴: ciò che viene deliberatamente omissso

Le dinamiche fra i 4 tipi di curriculum sono spesso di contraddizione e per le professioni di cura si intrecciano con i modelli di ruolo professionale testimoniati dai docenti e progressivamente introiettati dagli studenti, in cui l'immagine professionale si forma a seguito di processi in larga misura ancora da chiarire⁵.

A tutto ciò vanno aggiunte le dinamiche di relazione che si creano fra gli stessi studenti, indagabili con tecniche sociometriche come la Social Network Analysis⁶.

3. Tra i sistemi di relazione significativi per una visione sistemica dell'ambiente formativo vanno annoverati i rapporti con le strutture di potere della società, in senso politico, culturale, economico, organizzativo. Considerando il potere come la capacità di imporre o indirizzare un comportamento, Michel Foucault nell'Introduzione a "L'uso dei piaceri"⁷ dichiara il suo programma di ricerca come indirizzato ad esplorare la genesi dei saperi, i sistemi di potere che ne regolano la pratica, le forme in cui gli individui possono e devono riconoscersi come soggetti. Il suo studio riguarda l'analisi delle pratiche discorsive, dei rapporti e delle tecnologie del potere.

E' evidente l'impatto che i sistemi di potere hanno nel sistema complessivo della formazione alle cure: ad esempio far condurre il tirocinio clinico agli studenti solo in ambienti ospedalieri non è tanto l'esito di una scelta pedagogica o scientifica, ma espressione dei rapporti di potere tra Università e articolazioni interne del Servizio Sanitario Nazionale, in cui perdura una marginalizzazione dell'assistenza territoriale.

Se ci rifacciamo alla suddivisione proposta da Etzioni (vedi nota 1) di potere normativo in senso proprio, coercitivo e remunerativo, possiamo riconoscerne esempi nei meccanismi premiali simbolici come i percorsi di eccellenza o il voto "con lode" (quanto vale? 31? fa media?), nella "pedagogia dell'umiliazione" per cui una dose di frustrazione modella il carattere (sic ...) e nel controllo delle risorse introdotto dalla legge 240/2010 (c.d. legge Gelmini) attraverso i meccanismi premiali con cui viene aumentato o diminuito il Fondo di Finanziamento Ordinario degli Atenei e dei Dipartimenti.

4. Gli ultimi due elementi proposti ci riportano ad un ambito più tradizionalmente pedagogico. Esiste la radicata, implicita convinzione che l'apprendimento proceda in maniera lineare, per acquisizione progressiva e costante di conoscenza. Questa opinione forse origina dalla radice comportamentista e orientata all'istruzione programmata di ispirazione skinneriana ancora molto presente nei sistemi formativi italiani, in cui ancora si fa abitualmente riferimento a concetti come "progressione didattica" e "unità d'apprendimento". Sono concetti utili a modellare molti aspetti della didattica e non intendo metterli in discussione, ma nessuno ha mai dimostrato che l'apprendimento sia realmente un processo lineare. In un divertente articolo scritto a due mani con un fisico, la pedagogista canadese Rachel Ellaway discute della "termodinamica della formazione"⁸, argomentando quanto diversi possano essere i percorsi di apprendimento anche in funzione della distribuzione nel tempo delle attività didattiche.

5. Infine un elemento di grande complessità è legato alla rappresentazione degli esiti attesi della formazione dei professionisti della cura. In un articolo di importanza fondamentale, apparso sul Lancet nel 2010⁹, un team internazionale di esperti fornisce una visione complessiva dei due sistemi della formazione e delle cure, come connessi dai nodi della richiesta del mercato del lavoro da un lato e dei bisogni di salute della popolazione dall'altro. La soluzione proposta per una formazione dei professionisti della cura che sia adeguata ad un "mondo interdependente" è un chiaro orientamento alle competenze e non più ai programmi nella progettazione educativa.

³ Hafferty FW, Franks R. The hidden curriculum, ethics teaching, and the structure of medical education. Acad Med. 1994;69:861-871

⁴ Flinders DJ, Noddings N, Thornton SJ. The null curriculum: Its theoretical basis and practical implications. Curriculum Inquiry. 1986;16:33-42

⁵ Hafferty FW, Castellani B. The increasing complexities of professionalism. Acad Med. 2010;85(2):288-301

⁶ Hafferty FW et al. Anatomy and histology as socially networked learning environments: some preliminary findings. Acad Med. 2013;88(9):1315-23

⁷ Foucault M. (1984). *L'uso dei piaceri*. Milano: Feltrinelli.

⁸ Ellaway R, Topps D. eMedical teacher. Med Teach. 2010; 32(2):186-188

⁹ Frenk J, Chen L, Bhutta ZA et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. The Lancet, Volume 376, Issue 9756, 2010, 1923 - 1958.

Ciò richiede un notevole sforzo di riprogettazione anche – e soprattutto – dei sistemi di valutazione, che non possono più solo essere limitati alla misura di conoscenze ma al giudizio multidimensionale quanti/qualitativo della capacità di individuare, descrivere e risolvere problemi professionali

Possono in sintesi essere proposti i seguenti indirizzi di ricerca:

1. Relazione fra spazi formativi ed esiti di apprendimento
2. Progettazione educativa per ambienti virtuali
3. Dinamiche relazionali fra gruppi sociali formali e informali negli ambienti di apprendimento
4. Analisi dei “discorsi” sulla formazione delle professioni di cura
5. Relazione fra dispositivi di controllo nelle organizzazioni e formazione continua post-laurea
6. Progettazione per competenze e valutazione iterativa, multi-dimensionale e multimodale
7. Metodi didattici orientati ai processi non lineari, alla gestione dell’incertezza e della complessità

SESSIONE PARALLELA – A – UNIVERSITA’ DI MESSINA

coordinamento: Giuseppe Gembillo

Partendo da una sintetica delineazione della “visione sistemica della vita” che sta a fondamento della medicina sistemica, i relatori hanno esaminato alcune delle critiche che da questa visione vengono elevate nei confronti del “modello biomedico” dominante nella medicina ufficiale, con particolare riguardo alle nozioni “meccanicistiche e riduzionistiche” di salute e di malattia. Su questa base ci si è chiesti se la nozione di “medicina integrativa” proposta dal movimento sistemico si configuri come complementare o radicalmente alternativa alla medicina ufficiale. In questo secondo caso, è evidente come le trasformazioni richieste da una medicina sistemica abbiano carattere, per così dire, epocale, in quanto comprendenti:

a) un sistema integrato di promozione e mantenimento della salute e di prevenzione puntato sui determinanti sociali e ambientali della salute (stili di vita, cibo, ambiente in tutte le sue molteplici dimensioni: inquinamento, abitazioni, condizioni di lavoro, mancanza di lavoro ecc.);

b) una trasformazione dell’attività medica: il medico diventa “terapista”, nel senso originario del termine, assistente delle forze riequilibratrici naturali in un ambiente favorevole (ma tutto da creare);

c) una drastica limitazione della farmacologia e della tecnologia medica e un ripensamento degli ospedali tradizionali;

d) una ristrutturazione dei sistemi di preparazione universitaria dei futuri medici.

In sintesi, dai lavori svoltasi sono emersi le seguenti proposte e i seguenti punti di riflessione:

- Proposta di decalogo o documento di consenso con indicazioni su come impostare una formazione medica sistemica, includendo una progettazione educativa per ambienti virtuali e una progettazione formativa per competenze con valutazione interattiva, multidimensionale e multimodale (non unicamente sul sapere) nonché indicando la necessità di sviluppare metodi didattici specifici per la formazione alla non-linearità, e ai sistemi complessi (eventualmente specificando già alcune indicazioni in merito)
- Proposta di registro nazionale delle pratiche didattiche esistenti da condividere online per generare moduli e idee originali (anche simmetricamente con altre società scientifiche)
- Proposta di moduli formativi nazionali ASSIMSS itineranti e/o residenziali da includere in crediti formativi universitari (CFU)
- Dare rilievo alla meta-formazione esplorando risposte a domande solitamente date per scontate (cosa è la scienza? cosa è la medicina?)
- Dare spazio anche a una formazione meta-medica, esplorando saperi che vadano oltre il “ciò che funziona”, per es. nel campo della ricerca pura in vari ambiti e nella ricerca di senso.

- Necessità di una abilitazione professionale alla carriera educativa universitaria non solo basata sul curriculum scientifico ma anche su quello didattico
- Sviluppo di modelli formativi che aggiungano al focus specialistico tecnico che risponde a più problemi diversi, quello per problemi approcciati in chiave interdisciplinare (per es. sul modello delle multiversità messicane)
- Necessità di indagare:
 - l'esistenza di una relazione tra spazi formativi e esiti di apprendimento, oltre che degli esiti della cura
 - le dinamiche relazionali tra gruppi sociali formali e informali negli ambienti di apprendimento
- relazione tra dispositivi di controllo aziendale e formazione continua post-laurea
- E' stata inoltre ricordata l'opportunità di costruire un master di II livello in Medicina e sanità Sistemica

SESSIONE PARALLELA – B – UNIVERSITA' DEL SALENTO

coordinamento: Salvatore Colazzo

La giornata di studio è stata accolta dal Gruppo di Pedagogia della Salute dell'Università del Salento (www.pedagogiadellasalute.it) ; hanno partecipato studenti, dottorandi e dottori di ricerca in Pedagogia delle Scienze della Salute dell'Università del Salento i partecipanti ai lavori afferiscono tutti al *DREAM, Laboratorio Diffuso di Ricerca Interdisciplinare Applicata alla Medicina*, collaborazione tra l'Università del Salento e ASL/LE (<http://dream.unisalento.it/pedagogia-della-salute>). Durante la fase laboratoriale, le riflessioni condivise ci hanno consentito di rendere evidenti le seguenti tematiche:

- Importanza di assumere il paradigma sistemico, affinché dal processo di cura si possa passare ad assumere il percorso di cura, in grado di prendere in carico ogni aspetto della vita del paziente.
- Il **paziente fulcro autentico** del percorso terapeutico. Superando la logica lineare dell'integrazione, il paziente diviene attore principale del suo percorso di guarigione, entro il quale poter esprimere vissuti, rappresentazioni, paure, dubbi.
- Importanza di definire **equipe sistemiche di cura** entro le quali poter riconoscere l'apporto del **pedagogista della salute**, sia nell'attività di mediazione tra il sapere medico, sapere psicologico e sapere incarnato del paziente, sia nella possibilità di definire percorsi che facilitino il paziente nell'attività di ridefinizione della sua vita biologica, psicologica e sociale, nonché dell'esperienza stessa di guarigione.
- Importanza di **nuovi percorsi formativi** che consentano di acquisire competenze significative atte a **migliorare la comunicazione** che si realizza tra il medico e il paziente, quella che viene agita entro la stessa equipe medico-sistemica e non ultimo quella che interviene tra l'equipe e i care giver del paziente.
- Maggiore presenza sul **territorio**, affinché si possa prevenire la salute e garantire il benessere, partendo proprio dal **contesto**, partendo cioè dalla promozione della conoscenza consapevole che il proprio stile di vita è determinato anche dall'ambiente in cui viviamo.

SESSIONE PARALLELA – C – UNIVERSITA' DI NAPOLI FEDERICO II

coordinamento: Maura Striano

Il gruppo, guidato da **Maura Striano**, ha cominciato con l'interrogarsi sul significato di *professionalità sistemiche*; è stato evidenziato che questa espressione può rappresentare una contraddizione poiché nella realtà le professionalità sono fatte in modo tale da non essere sistemiche (basti pensare al contrasto tra medici e infermieri, riabilitatori e fisioterapisti, ostetriche e ginecologi). Le situazioni conflittuali risalgono al fatto che le professionalità tendono a coincidere con le discipline, ad autonomizzarsi.

Quest'anno c'è una sperimentazione in corso che coinvolge tutti i corsi di laurea della Facoltà di Medicina, relativa al tentativo di legare la formazione di varie professionalità attraverso la medicina narrativa (Integrazione dei Saperi per la Salute). Il tentativo è quello di creare un luogo dove gli studenti di tutte le lauree possano interagire, pur se i risultati non sono del tutto positive poiché le narrazioni spesso sono molto essenziali.

Inoltre, sono stati individuati dei criteri che possano servire nella formazione. Il sistema universitario, nel modo in cui educa alla professione, veicola dei significati su che cos'è la formazione. Innanzitutto, dobbiamo capire se si tratta di una

formazione pre o una formazione post (formazione continua). Il passaggio dalla formazione al lavoro è altamente critico perché significa immissione in un sistema, in un contesto, e questo comporta una verifica, un riscontro, una modificazione della propria formazione, del proprio percorso formativo e delle proprie idee. Molti dei problemi nascono perché in buona sostanza la formazione universitaria utilizza un modello trasmissivo, di consegna di contenuti, e nella pratica lavorativa ci si trova di fronte a delle situazioni in cui non si sa come far agire le conoscenze apprese per risolvere i problemi o anche per individuare quale sia il problema. Questo si collega con una riflessione sugli *errori in medicina*: la maggior parte di essi sono determinati dal perseverare del medico lungo una strada che ritiene essere quella giusta, e dal suo insistere a perseguirla, anche quando intervengono feedback negativi. Il passaggio dal perseverare al pensare che forse sia il caso di provare un'altra strada è un passaggio che evidentemente comporta una quota di disconferma, di rivisitazione della propria identità professionale. Si è notato che gli specializzandi rispetto ai medici, più facilmente compiono un passo indietro rispetto a modalità intraprese, nel senso che sembrano più disponibili a sperimentare delle alternative d'azione, mentre i medici con un grosso *background* di esperienza più facilmente continuano a portare avanti un percorso sbagliato. Bisogna essere in grado di tollerare il fallimento affinché l'esperienza possa diventare un vissuto di risorsa.

Un'altra esperienza che sta funzionando abbastanza bene, utilizzata per l'integrazione di diversi sguardi professionali, è il modello dell'*Action Learning Conversation* che prevede la presenza di un professionista che pone una sfida, la quale è analizzata da professionalità diverse che aiutano il professionista stesso a rivedere la questione, a reimpostarla, a riformularla utilizzando un altro sguardo. L'interprofessionalità può essere una risorsa, se però la formazione viene impostata a partire da problemi e casi critici.

Il gruppo ha, infine, condiviso l'opportunità di continuare a riflettere insieme su esperienze e progetti; in particolare viene proposta la partecipazione alla piattaforma Integrazione dei Saperi per la Salute.

Principali punti emersi:

- ✓ La maggior parte degli utenti denuncia non tanto per errori medici, ma per il modo in cui sono stati trattati
- ✓ Dati dimostrano la "non compliance" dei pazienti
- ✓ Molti pazienti non "obbediscono" alle prescrizioni mediche
- ✓ Importanza della negoziazione del piano terapeutico
- ✓ I pazienti hanno enormi aspettative dai medici
- ✓ Bisogno di chiarire i confini dei ruoli: chi può dire cosa? (medico/professioni sanitarie)
- ✓ Difficoltà di stabilire una buona relazione con il paziente in momenti di carenza di personale
- ✓ Necessità di considerare una "buona relazione" una responsabilità sia dell'operatore che del paziente.
- ✓ L'operatore deve conoscere il suo obiettivo nei confronti di "quel" paziente e deve trovare la strada giusta per lui.
- ✓ Non è importante che l'operatore dica soltanto la cosa giusta, è necessario che l'obiettivo finale sia ottenere un cambiamento
- ✓ Alcuni operatori comunicano in modo troppo spontaneo senza considerare il peso delle conseguenze delle parole sul paziente
- ✓ L'empatia non è buonismo, ma serve a comprendere i bisogni del paziente
- ✓ Lo strumento operativo per raggiungere l'empatia è l'ascolto attivo
- ✓ Necessità di integrare con autobiografia, medicina narrativa e altre abilità, la tradizionale presa in carico del paziente.
- ✓ Questi metodi sperimentali impiegano più tempo, ma ne risparmiano altro.

Suggerimenti:

- ✓ Oltre al Sapere e Saper fare, occorre la formazione sul Saper essere
- ✓ Nella formazione la teoria va maggiormente collegata a pratica
- ✓ Necessità di formazione sulle Medical Humanities a partire dal 1° anno di medicina e di tutte le professioni sanitarie
- ✓ Formare i formatori sulle metodologie didattiche "non frontali", in modo che gli obiettivi didattici vengano raggiunti davvero
- ✓ Stimolare e indirizzare le persone all'autoriflessione e all'autoformazione

SESSIONE PARALLELA – D – UNIVERSITA' DI BARI

coordinamento: **A. Chiara Scardicchio**

Molteplici vettori hanno caratterizzato la discussione tra facilitatori e partecipanti che hanno scelto di muoversi tra tutti gli input proposti per i lavori di gruppo, in particolare in seguito alle relazioni introduttive di **Franca Pinto Minerva** e **Rosa Gallelli**, ordinario ed associato, esperte di Pedagogia della Salute e di **Francesco Bellino**, filosofo morale; in prima analisi, è possibile farne sintesi attraverso la formulazione di alcune domande/provocazioni che dovrebbero diventare nodi/problemi attorno a cui riformulare la formazione in medicina e sanità:

- L'enfasi sulla centralità del paziente tiene conto del delicato fenomeno della "tirannia del paziente"?
- Come *educare* il paziente che si sente "cliente" e concepisce anche la relazione di cura come compravendita?
- In quest'ottica, la salute è l'ennesimo bene "da acquistare": come offrire ai medici strumenti per orientare questa "transazione commerciale" verso la complessità della relazione di cura?
- Il sapere medico ha la forma della scienza medica: il tecnicismo è la risposta ad un bisogno di semplificazione e controllo. Come riformulare sistemicamente e dunque filosoficamente e pedagogicamente la formazione nei percorsi ECM?
- "*Libera nos a malo*": quando non è ridotta a richiesta di salute come prodotto da banco, la richiesta del paziente è *smisurata* e investe aspetti che richiedono al medico competenze di *counselling*. Come riformulare sistemicamente e dunque psicologicamente la formazione nel curriculum universitario?

Alcune proposte/prospettive di lavoro e cambiamento possibile, giunte dalle facilitazioni di **Franco Colizzi**, psichiatra, dirigente, e **A. Chiara Scardicchio**, ricercatrice:

- Contaminazione di saperi: avviare collaborazioni tra dipartimenti umanistici e dipartimenti di medicina, mutuare corsi disciplinari, attivare insegnamenti trasversali a tutte le professioni d'aiuto. La formazione per la salute e la sanità sia compito interdipartimentale;
- Crucialità della meta riflessione: moltiplicare le didattiche riflessive e laboratoriali nelle pratiche ECM;
- Riconnettere il sapere medico al sapere filosofico dell'utopia: la tensione utopica, variabile cruciale per chi si occupa di processi formativi, va collocata anche nel cuore della preparazione medico-sanitaria: come tensione decisiva per la ricerca scientifica e per la pratica clinica.
- L'assenza di paradigmi estetici nella formazione, l'assenza di cura per le dimensioni simboliche dei linguaggi umani, fa sì che il medico perda la capacità di "congettura": pensiero ipotetico, pensiero abducente e competenze immaginative sono altresì fondamentali sia per il ragionamento clinico idiografico sia per l'evoluzione della ricerca sperimentale. Identificare percorsi e professionisti specialisti della formazione medica mediante le didattiche metabelliche.
- Identificare pratiche – anche multimediali, tanto individuali quanto social - per la promozione "cura sui": il medico, come il paziente, necessita di acquisire competenze di *self-care*;
- Nei contesti dei decisori politici, promuovere documenti e linee guida ufficiali affinché l'aggiornamento continuo non si identifichi nel mero accrescimento di conoscenze ma anche nella morfogenesi dei paradigmi (tanto cognitivi che comportamentali).

SESSIONE PARALLELA – E – UNIVERSITA' DI FOGGIA

coordinamento: **Gaetano Serviddio**

Il coinvolgimento dell'Università di Foggia – e del suo *Centro di Pedagogia delle Scienze della Salute* - nella rete dell'evento è stato reso possibile solo a pochissimi giorni dallo stesso: per tali ragioni in questa sede (che infatti non compare nelle locandine ufficiali) non è stato possibile attivare i workshops. L'evento, tuttavia, sebbene circoscritto, ha fatto sì che il gruppo di *specializzandi* in Medicina Interna, ascoltasse le relazioni. Hanno partecipato anche i *dottorandi* in Pedagogia i quali, pur destinando le loro ricerche ad altri ambiti, sono tutti impegnati sul fronte della *long life education* e pertanto hanno espresso interesse al tema specifico della formazione.