

Scenari italiani di futura assistenza territoriale

Gianluca Bruttomesso

Stiamo assistendo a una vera e propria evoluzione delle cure primarie, sempre più tese alla gestione dei bisogni clinico assistenziali sviluppatasi in rapporto all'aumento dell'età della popolazione e delle malattie croniche. Un'evoluzione di cui ancora non è dato prevedere l'esito

Nell'ambito dell'assistenza sanitaria i servizi territoriali in Italia valgono oggi più del 50% della spesa. A trent'anni dalla nascita del Ssn, è giunto il momento in cui la medicina generale e le strutture di cure primarie comincino a interrogarsi su come organizzarsi per meglio rispondere alle nuove condizioni del territorio.

Tenendo conto delle innovazioni scientifiche nei programmi di screening, di nuove modalità di prevenzione e cura, ma anche di situazioni contingenti come l'incremento del numero di anziani e il conseguente aumento di patologie croniche, così come l'ingresso nel sistema di nuove figure non professionali (le badanti, per esempio), il Cergas Bocconi, il centro di ricerche sulla gestione dell'assistenza sanitaria e sociale legato all'università economica milanese, ha provato a immaginare l'evoluzione delle attività di base, del ruolo professionale dei medici e degli altri operatori. Nei prossimi anni si potrebbero configurare tre scenari: potrebbero prevalere le strutture intermedie, si potrebbe invece sviluppare solo l'area delle cure primarie, oppure creare un modello bilanciato fra le due realtà.

■ Sviluppo di strutture intermedie

Nel caso dovesse prevalere lo sviluppo delle strutture intermedie si assisterà alla crescita dei centri diurni e a un'ampia diffusione delle sedi con servizi di mensa, dirette prevalentemente da personale infermieristico. Si svilupperanno anche le lungodegenze, le Case della

Salute, le Rsa, le residenze protette, ma anche i dipartimenti specialistici come quelli materno-infantile o psichiatrici. Si contrarrà invece il ruolo degli ospedali di prossimità. Le strutture intermedie si prenderanno in carico permanentemente dei pazienti suddivisi per specialità (soprattutto per patologie come Alzheimer o diabete o inerenti alla salute mentale). Crescerà il numero di dimissioni protette precoci da ospedali verso strutture intermedie. In tutto questo il ruolo del Mmg diventerà quello di *consultant* sul territorio.

■ Cure primarie al centro o soluzioni equidistanti

Se dovessero invece prevalere le cure primarie, ovvero se dovesse predominare l'utilizzo dei servizi dei medici di famiglia, degli infermieri, dell'assistenza domiciliare o della specialistica ambulatoriale, diventerebbe modesto il ruolo delle attività intermedie, con maggiore rilevanza riservata ai nosocomi di prossimità. In questo scenario si svilupperebbe molto il ruolo e il portafoglio di attività del Mmg in qualità di *case manager* di patologie croniche complesse, a cui farebbero riferimento tutti i pazienti in dimissioni protette dagli ospedali. Nel terzo e ultimo caso si creerebbe una suddivisione pressoché paritaria del territorio in strutture intermedie e cure primarie (che si svilupperebbero molto), nei cui confronti assumerebbe la funzione di triade la dimissione protetta dall'ospedale. Ci sarebbe perciò minor spazio per la diffusione di nosocomi di prossimità.

Nel prossimo futuro si definirà meglio anche il ruolo dei cosiddetti *case manager* e *caregiver* sempre nell'ambito dell'assistenza territoriale: "Da cinque anni a questa parte", afferma **Francesco Longo**, direttore del Cergas, "abbiamo sostenuto che il *case manager* avrebbe dovuto essere il medico di medicina generale e il *caregiver* l'infermiere professionale. Questa visione attualmente non è più scontata: vista l'enorme crescita delle patologie croniche, il sistema sanitario corre il rischio di non essere all'altezza della situazione perché troppo specialistico e costoso".

■ Tre scelte possibili

Anche in questo caso perciò il direttore del centro di ricerche della Bocconi delinea tre possibili scenari: un "territorio specialistico", che si occupi, cioè, prevalentemente di malati cronici gravi (qui il *case manager* sarebbe un Mmg o uno specialista territoriale e il *caregiver* una figura infermieristica laureata), un territorio "della presa in carico", ovvero uno scenario intermedio dove il *case manager* è un Mmg o un infermiere specializzato e il *caregiver* è un operatore sanitario non laureato, e infine un territorio "socio-sanitario" o "socio-assistenziale", in cui il *case manager* sarebbe il medico di medicina generale o l'infermiere laureato, mentre il *caregiver* prevalente sarebbe chi si occupa del sostegno familiare o addirittura potrebbe diventare il paziente stesso. "Quanto più l'azienda sanitaria guarderà a confini aperti - conclude Longo - tanto più ci avvicineremo al terzo scenario; quanto

più la sanità rimarrà in una visione ristretta, tanto più saremo vicini al primo scenario". Nel sistema territoriale dei prossimi decenni evolverà anche il mondo della prevenzione, che potrebbe rientrare, secondo le definizioni di Longo, nello scenario "kit della prevenzione", in quello di "medicina di iniziativa e *chronic care model*", oppure in un panorama di "*personal technology driven*". Nel primo caso si assisterà sempre più frequentemente all'acquisto, da parte dei cittadini-pazienti, di kit chimici in grado di effettuare diagnosi, permettendo loro di stabilire autonomamente il bisogno di cura, di decidere come trasformarlo in domanda e dove rivolgerla. Di segno opposto è il modello di cura legato alle cronicità: l'azienda sanitaria, indagando per *cluster* di utenti i rischi epidemiologici, potrebbe decidere proattivamente come intervenire, con percorsi diagnostico-terapeutici calibrati sui bisogni delle singole fasce di popolazione. Se prima dunque si ipotizzava uno spostamento della prevenzione sull'asse individuale, nel secondo caso l'iniziativa sarebbe totalmente pubblica. Il terzo scenario prospettato da Longo è quello che si sta già sperimentando

nel nostro Paese: si tratta, infatti, di un modello di prevenzione che nasce da piccole tecnologie distribuite a domicilio che valutano alcuni parametri biologici fondamentali. A differenza dei kit di prevenzione, questi strumenti forniscono valutazioni continue nel tempo, il cui risultato viene inviato elettronicamente in tempo reale alla Asl, che può modificare, così, le priorità di intervento.

In sintesi, la combinazione dei vari scenari presentati determinerà la natura dei servizi territoriali futuri. Le condizioni che determineranno l'evolversi delle diverse prospettive saranno anche finanziarie - in base all'aumento o al decremento del Pil - socio-culturali (si andrà, per esempio, verso forme crescenti di individualismo o verso modelli neo-comunitari?), e istituzionali, non solo a livello nazionale, ma anche europeo (si potrebbe anche ipotizzare una Maastricht del Welfare).

■ Domande aperte

Naturalmente bisognerà anche verificare se si svilupperà o meno la spesa sanitaria privata, quale ruolo continueranno a svolgere le Regio-

ni, quali equilibri si creeranno tra medici e altri professionisti. Quale sarà, in particolare, il futuro per i Mmg? Dipende se prevarranno le strutture intermedie o le cure primarie. Se "vinceranno" queste ultime saranno i manager del territorio, diversamente perderanno di peso specifico o saranno chiamati a entrare nelle prime. "Ma ancora più importante - afferma Longo - è un'altra questione: se i medici vogliono fare i *case manager* o gli specialisti clinici. Il ruolo di *case manager*, infatti, oggi viene rivendicato da figure non mediche, come gli infermieri o gli assistenti sociali, ma i numeri delle cronicità non permettono loro di esserlo per tutti i pazienti. Bisognerebbe diventare più selettivi, e identificare quali sono i livelli di intensità patologica rispetto ai quali il medico di famiglia può rappresentare il *case manager*. Non bisogna fare l'errore di occupare più spazi possibili, ma individuare quelli giusti, coerenti al destino strategico della professione. Occorre domandarsi e decidere in che punto del sistema collocarsi, ma da soli è difficile farlo: per avere maggiore consapevolezza si potrebbe dare più credito all'associazionismo".