

Come rispondere alla medicina della complessità

Gianluca Bruttomesso

La complessità, sebbene sia il fondamento della medicina generale, per essere realmente espressa nella sua pienezza ed efficacia ha bisogno di modelli assistenziali integrati capaci di rispondere ai bisogni formativi e di cura inerenti alla crescente articolazione della gestione della salute che connota i nostri tempi

In medicina generale il solo aspetto clinico non è esaustivo: la complessità, ovvero la malattia, la salute, il contesto, la famiglia, l'aspetto psicologico oltre che biologico, sono elementi che compongono quotidianamente la relazione medico-paziente. Su questi temi si è dibattuto a Torino durante il secondo congresso regionale di Simg Piemonte "Medicina generale: medicina delle complessità. Modelli integrati di assistenza al paziente tra ospedale e territorio". Secondo **Ovidio Brignoli**, vice presidente Simg, la medicina generale ormai è costituita da malati cronici, quindi pazienti comorbidi, per definizione complessi: tutti i giorni il Mmg deve porsi le domande: dove e come curare un paziente, per quale obiettivo, quali impatti ha una determinata terapia sull'assetto familiare, lavorativo e sociale del soggetto. Inoltre le esigenze della popolazione e la sua stessa composizione sono mutate: "Nella MG italiana - afferma Brignoli - il 25% degli assistiti è rappresentato da anziani ultra-sessantacinquenni e il 10-12 da ultra-settantacinquenni su cui si concentra la maggior parte dell'attività del medico di famiglia". La crescente articolazione nella gestione della salute arriva a intrecciare componenti scientifiche, relazionali, economiche, gestionali e anche politiche. Per coniugare la complessità è importante che non vi sia più un singolo operatore sanitario a intervenire sul soggetto, c'è la necessità di essere transdisciplinari, di considerare la creazione di team di cura, di vagliare tutte le opzioni che il territorio offre. Il medico di medicina generale non è l'unico decisore, deve nei fatti con-

frontarsi con altri professionisti. È palese quindi che in una simile strutturazione delle cure sia necessario puntare i riflettori sul tema dell'organizzazione delle cure primarie e intermedie della cronicità o comorbidità assieme ai modelli assistenziali attuali di riferimento. "È in un tale contesto - ha tenuto a evidenziare Brignoli - che si impone la visione della continuità assistenziale oltre a quella della complessità, quindi un rapporto preciso con l'ospedale, dove il paziente inizialmente può entrare per una riacutizzazione e venire accompagnato per essere accolto nel territorio. Diventa necessaria la scelta su quale opportunità sia la migliore opzione di cura per il paziente: tornare al proprio domicilio, in una casa di riposo, in un hospice se il malato è terminale, in un ospedale di comunità per stabilizzarsi. Una tale interpretazione dell'assistenza primaria richiede di verificare se, nella MG, risulti più utile il medico singolo o quello che lavora in gruppo". L'elemento trainante, affinché tale possibilità si realizzi, sta nell'esigenza di poter contare su un processo di *disease management*, di cure condivise e di avere sul territorio operatori sanitari, i cosiddetti *care manager*, che possano aiutare il Mmg nelle decisioni e nell'assistenza.

Le criticità dell'integrazione

A proposito di integrazione tra MG e ospedale, però, resta ancora molto da fare per superare visioni e metodi di cura differenti. Al riguardo, durante il convegno di Torino, si è tenuto a precisare che in tema di malattia cronica la configurazione dei piani diagnostico-terapeutici

o diagnostico-assistenziali deve rappresentare lo strumento di rapporto tra ospedale e territorio, purché il nosocomio sia fedele a quanto viene deliberato. Molto spesso, infatti, non è la medicina generale a venire meno a questi piani, ma è l'ospedale a mostrare un'ansia di ipertrattamento e di iperdiagnosi. Alcune situazioni di cronicità particolarmente "articolate", quali la presa in carico e la gestione condivisa del paziente con diabete, con patologie broncostruttive od osteo-articolari, oppure la questione della farmacovigilanza, richiedono oggi più che mai una stretta collaborazione fra le varie figure, ma anche la necessità di una formazione specifica del Mmg alla complessità. Su questo argomento **Giuseppe Ventriglia**, responsabile nazionale dell'area progettuale Simg Formazione, ha fatto notare che la crescente complessità della MG richiede di orientarsi verso modelli di sviluppo professionale continuo con attività formative molteplici, per coinvolgere i medici in progetti che uniscano abilità, intercettazione dei bisogni, autovalutazione e disponibilità alla verifica dei risultati conseguiti. Si deve mirare allo sviluppo sia delle conoscenze e delle competenze, sia della cosiddetta *capability*, ossia dell'acquisizione di capacità, possibilità e risorse indispensabili per affrontare i cambiamenti insiti nelle nuove situazioni complesse e fortemente contestualizzate nell'ambiente in cui nascono. Ma la *capability* non può essere semplicemente insegnata o appresa dai manuali: richiede di essere raggiunta attraverso un processo di adattamento di competenze già possedute alle necessità *in fieri*. E ciò va pensato fin dai tempi del corso di laurea.