

Cure domiciliari: una sfida per la medicina di famiglia

Filippo Mele

Quanto previsto in convenzione è un punto di riferimento per i Mmg, ma si tratta di grandi contenitori in cui ci sta tutto e il contrario di tutto.

È dalla medicina generale e dal confronto con altre specialità coinvolte nell'assistenza domiciliare che deve nascere la definizione dei modelli erogabili per dare unitarietà a una realtà variegata e disomogenea

La cura a domicilio è una peculiarità del Mmg nel panorama dell'assistenza sanitaria nazionale (tranne alcune eccezioni) ed è anche un compito sancito da numerosi Accordi collettivi nazionali (Acn). Avere la possibilità di essere curati nella propria casa, del resto, è anche una domanda assistenziale in forte crescita in una società civile connotata da una popolazione sempre più anziana affetta da cronicità e polipatologie.

Ma, qual è lo "stato dell'arte" di questo tipo di prestazione nel nostro Paese? Lo abbiamo chiesto a **Gaetano Feltri**, medico di medicina generale dal 1978 a Modena e autore di una relazione dal titolo: *"Il medico di medicina generale a domicilio. Specificità del curare a casa"*, che ha presentato a Firenze nel corso dell'ultimo Congresso nazionale Simg.

Esiste veramente una specificità nelle cure domiciliari da parte dei Mmg? Secondo Feltri la risposta non può che essere affermativa: "Sì, esiste una specificità insita nella stessa disciplina, ma se si analizza l'attuale pratica e codificazione delle cure domiciliari tale specificità non si coglie, risulta frammentata, non applicata nella sua complessità". Questa tipologia di intervento assistenziale è inserita da tempo nella convenzione nazionale. "L'Acn - ha tenuto a puntualizzare Feltri - è stato il primo contratto di lavoro di un comparto sanitario che si è spinto su questo versante dell'assistenza, non senza problemi, i quali ancora oggi sono sul campo, mostrando significative criticità".

Le cure domiciliari infatti hanno una rilevanza non solo clinica, ma socio-sanitaria cui sono legati concetti di

rete e di integrazione sicuramente non facili da declinare. La situazione si complica ancor di più se dalla teoria si sposta l'attenzione sul profilo della pratica. In proposito Feltri specifica che: "Se ci soffermiamo su tutto quello che è richiesto al Mmg nelle cure domiciliari e su quello che tale professionista mette realmente in atto, le cose diventano ancora più complesse perché bisogna contemplare eterogenee tipologie di prestazioni, di gestione di patologie e di percorsi di cura".

Un sistema da chiarire

"Occorre fare chiarezza nel sistema - ha tenuto a puntualizzare Feltri - individuando quello che il medico delle cure primarie può mettere in campo quando assiste un suo paziente a casa. In Italia un percorso culturale in questo senso non è stato ancora approntato". Sarà una questione di formazione, da sviluppare con appositi corsi di ECM, oppure di elaborazione e predisposizione di modelli di riferimento? Non basta quello che è previsto nell'Acn: Adi, Adp, o assistenza presso le Rsa (Adr)?

Né l'uno né l'altro. Per il medico di famiglia modenese è necessario partire da quello che realmente i medici di famiglia fanno al domicilio dei pazienti: "nella mia relazione ho evidenziato, provocatoriamente, alcuni studi sull'assistenza erogata nelle Rsa. Studi che dimostrano come in Italia esistono un numero enorme di modelli in tal senso, ma per fare cose diversissime. A livello di cure domiciliari, al contrario, non abbiamo proprio nulla a livello di indagini scientifiche: neanche la descrizione della diversità. Quanto previsto in conven-

zione è un punto di riferimento del e per il nostro lavoro, ma si tratta di grandi contenitori in cui ci sta tutto e il contrario di tutto. Basti solo pensare alle difformità regionali che si sono così ben palesate nella Conferenza delle Cure Primarie di Bologna, nel febbraio di un anno fa. È stato interessante il confronto, ma si è percepito che parlando di distretto, di Adi, di dimissioni protette, di Rsa, ognuno lo faceva intendendo qualcosa di diverso dall'altro. Questo è il primo punto, a mio parere, su cui dovrebbero lavorare le Società scientifiche della medicina generale".

L'Accordo collettivo nazionale, cioè, dovrebbe definire con più precisione i modelli di assistenza domiciliare? Per il nostro interlocutore si tratta di una possibilità che si deve realizzare dal basso e cioè attraverso l'impegno del "sistema" della medicina generale italiana: "I medici di famiglia debbono definire questi modelli insieme agli altri professionisti interessati - ha sostenuto Feltri - poiché è il Mmg ad avere la responsabilità dell'integrazione tra i diversi attori. Il tutto andrebbe, poi, recepito in convenzione. Mi rendo conto, però, che si farà fatica a dare unitarietà a una situazione così variegata e disomogenea".

Non solo problemi di integrazione

Le difficoltà, ovviamente, non sono solo di rete e di integrazione ma anche cliniche. Ogni medico di cure primarie ha la consapevolezza professionale che curare a casa è diverso dal curare in studio.

"Il medico di famiglia mette al primo posto del suo curare a casa - ha chiarito Feltri - la globalità del suo

intervento. Sinora si è ragionato per patologie, mettendo al primo posto il che cosa curare a domicilio, per esempio i pazienti oncologici, quelli con BPCO, chi ha lo scompenso cardiaco o problemi neurologici gravi. Ma se si focalizza l'attenzione sull'assistito e non su ciò che qualificerebbe l'intervento assistenziale domiciliare, le cose risultano ben più articolate e meno schematizzabili. I medici di medicina generale si rendono conto che questa declinazione di patologie è restrittiva e fuorviante. È il caso che chiarisca questo concetto attraverso un esempio pratico: ho due assistiti, il primo ha una neoplasia, ma è anche diabetico, è demente e ha una piaga da medicare. Il paziente morirà ma non per la neoplasia. In quale categoria "patologica" lo inseriamo? Il secondo paziente non mangia, non beve, è allettato, ma non ha nessuna delle patologie per le quali viene amessa l'idoneità dell'assistenza domiciliare. Si tratta di un paziente che nella prassi professionale definiamo come il "malato senza qualità" non perché non abbia bisogno di assistenza a casa, ma perché non riusciamo ad allineare la nostra offerta ai suoi bisogni. È questo il buco che va assolutamente riempito. Ci rendiamo conto, allora, che non possiamo ragionare né per patologie né per intensità".

■ La peculiarità della MG

È proprio sui "malati senza qualità" che il medico di famiglia fa la differenza e mette palesemente in gioco la sua specificità: "Il medico di famiglia offre una globalità di intervento. Si occupa di tutta la persona, del soma, della psiche. È maestro della polipatologia. Nessun altro lo è. Offre la continuità delle cure. Il Mmg c'è prima e dopo la malattia, ha continuità di rapporti con la famiglia come anche nell'elaborazione del lutto. Ci dovrebbe essere continuità anche nell'assistenza sulle 24 ore, ma anche in tal senso ci sono cose che già facciamo nell'ambito della medicina generale come l'Adi ad alta intensità. In un tale contesto non bisogna dimenticare la nostra diffusione capillare sul territo-

rio. Non va neanche trascurato il fatto che noi costiamo poco al Ssn".

L'approccio globale al paziente permette di individuare anche delle "parole chiavi" che possano connotare la specificità della cura domiciliare della MG? La risposta di Feltri è affermativa e particolareggiata con un dettagliato elenco di "parole chiave":

1) Qualità della vita: ovvero tenere presente che non è il Mmg che può dire che il paziente sta bene, ma deve essere quest'ultimo a dichiararlo al proprio medico.

2) Etica della cura: non accelerare la dimissione ospedaliera, ma favorire una scelta consapevole dei pazienti e delle famiglie. Esserci, prendendo in carico la persona nella continuità. Includere la morte nell'orizzonte della pratica professionale (cosa fare e cosa non fare) altrimenti si rischia di trasferire a casa tutto il tecnico ospedaliero che sarà, inevitabilmente, di basso profilo.

3) La relazione: la casa è il luogo privilegiato per interagire. A casa si scoprono cose che è impossibile scoprire fuori: l'uso dei farmaci, l'alimentazione, le condizioni igieniche, la tenuta della famiglia, i rapporti con i familiari.

4) La famiglia: è un altro elemento cruciale. Dare la dovuta attenzione a fenomeni nuovi come quello delle badanti, di famiglie che si fanno e si disfano, di anziani che curano anziani, di giovani che curano anziani, dei *care giver*. Un universo che è ancora tutto da decifrare. Dieci anni fa si soleva affermare che ci voleva la famiglia per assistere a casa. Oggi al contrario che ci vuole una presenza familiare che spesso è da costruire, da motivare, da assemblare.

5) La rete: una parola ed una realtà che in Italia sono strutturate in maniera diversa. Secondo Feltri due sono attualmente i modelli di riferimento. Quello emiliano, centrato sui distretti e sui servizi da esso forniti, con un medico del territorio fortemente integrato, con collegamenti pianificati con il mondo del volontariato, del sociale, con l'ospedale. È un modello che porta le persone quasi per mano. Probabilmente, fa perdere qualcosa in libertà perché fa fare un

percorso definito. L'altro modello è quello che, per convenzione, definiamo lombardo. La famiglia e il paziente comprano i servizi di cui necessitano sul territorio. Si guadagna in libertà, ma si perde in integrazione e in accompagnamento. Ed è più difficile stabilire il livello di presenza del Mmg in questi percorsi.

"Ma, la cosa più interessante della rete da studiare, tuttavia - ha puntualizzato Feltri - è l'infinita declinazione con cui è stata realizzata, sinora, su tutto il territorio nazionale. Essa, infatti, è orientata verso questi due modelli di riferimento ma con mix che non è stato mai descritto".

■ Note dolenti: gli specialisti a domicilio

Tra le criticità dell'impianto assistenziale domiciliare del paziente al primo posto per Feltri c'è la mancanza di specialisti orientati. "Spesso i medici ospedalieri non hanno questa ottica di cura e anche le Asl si muovono in modo sperimentale. Insomma, capita che per avere uno specialista a casa del proprio assistito ci siano molti problemi, ma anche su questo versante, però, l'Italia è disomogenea. Nella mia realtà lavoriamo da dieci anni attorno a questa questione. Dove non ci fosse lo specialista a disposizione, perciò, ci sono percorsi facilitati all'interno dell'ospedale. Credo, però, che in altre situazioni questa criticità sia più sentita. Il bisogno di specialisti a domicilio, tuttavia, non è enorme come si può pensare. Quando il medico di famiglia prende realmente in carico il suo paziente, se ha un buon servizio di supporto soprattutto di tipo infermieristico, gestisce, probabilmente, il 98% delle situazioni, ma quel 2% di differenza va comunque contemplato. Nell'ambito delle cure palliative, o dei grandi anziani, o di pazienti con poli patologie, non disponiamo di specialisti culturalmente orientati alle cure a domicilio. Non serve a nulla avere lo specialista che, interpellato dal Mmg a casa dell'assistito, afferma che il paziente è da ricoverare. Ci vuole un percorso di integrazione culturale oltre che organizzativa".