

Forme associative: chance per gestire le cronicità?

Forme associative in medicina generale: un'opportunità colta nella convenzione recentemente approvata, oppure un problema in più da gestire per i Mmg, soprattutto di fronte ai grandi problemi sanitari dovuti all'aumento delle cronicità? Il dibattito si snoda trasversale

tra i recenti eventi della categoria, dal 64° Congresso Fimmg in provincia di Cagliari, al convegno "Terza età", organizzato a Roma da Somedia, al secondo Congresso nazionale Assimefac sul paziente cronico e la continuità delle cure, svoltosi anch'esso nella capitale.

Monica Di Sisto

La cronaca racconta che le persone non autosufficienti sono circa 3 milioni in Italia, delle quali 1.7 milioni over 65. Oggi gli ultrasessantenni rappresentano il 20% della popolazione, nel 2051 saliranno al 33% con un forte aumento degli ultra ottantenni (4.8 milioni). Il sottosegretario al Welfare **Francesca Martini**, intervenendo a Roma all'evento Somedia sulla "Terza età" ha chiarito però che non ci sono abbastanza soldi per il Fondo *ad hoc* per i non autosufficienti. I 103 miliardi di euro che attualmente finanziano la sanità dovrebbero bastare per curare bene gli italiani. "Non serve spendere più soldi, ma spendere bene quelli stanziati", ha sostenuto.

Non così la pensano le Regioni: nello stesso evento **Giovanni Bissoni**, assessore alla salute dell'Emilia Romagna e coordinatore dei suoi omologhi in Conferenza Stato-Regioni, ha denunciato che questi 103 miliardi di euro collocano l'Italia a uno dei posti più bassi in Europa come spesa sanitaria, e che per questo quando i 400 milioni di euro che il Governo Prodi aveva stanziato e distribuito alle Regioni per la non autosufficienza sono venuti meno, si è creato un autentico problema di risorse che accomuna tutti i territori.

Si spera che con il rifinanziamento di 400 milioni del Fondo per la non autosufficienza per il 2010, riconosciuto dall'esecutivo nel nuovo Patto per la Salute, ci possa essere un'inversione di tendenza da attribuire anche a una maggiore consapevolezza dell'importanza strategica di tale fondo.

Come si organizzerà la medicina di domani?

A questa domanda le istituzioni rispondono con indicazioni precise.

Il direttore generale della programmazione sanitaria presso il Ministero del Welfare **Filippo Palumbo** ha spiegato nell'ambito del secondo Congresso nazionale Assimefac sul paziente cronico e la continuità delle cure che se si vuole mantenere caro il Ssn visti i tempi che corrono, è necessario avere coscienza dei cambiamenti demografici e sociologici in corso. "L'Italia sarà la California dei Paesi Ocse - ha ironizzato Palumbo - e la prospettiva è preoccupante se, come sta accadendo, le risorse tendono a polarizzarsi e gli incrementi di fondi seguono al contrario flussi ciclici; l'ultimo si è verificato tra il 2001 e il 2006, e non so dire quando ci sarà il prossimo". La razionalizzazione, quindi, dovrà puntare prioritariamente all'integrazione tra le tre filiere centrali del Ssn: prevenzione, ospedale e territorio.

Si fa largo il geriatra di famiglia

Francesca Martini ha avanzato un'altra proposta per ovviare alle difficoltà annunciate: sviluppare specifiche convenzioni per la medicina territoriale con geriatri che si possano occupare in maniera competente di questo preciso segmento di popolazione. "D'altronde - ha detto Martini - esiste già il pediatra di famiglia, facciamo anche il geriatra di famiglia". Se c'è una popolazione anziana

che presenta complessità per la presenza di patologie croniche, che spesso si manifestano anche contemporaneamente, lo spostamento della responsabilità dall'ospedale al territorio, con la possibilità di una presa in carico territoriale e domiciliare del paziente, diventa il modo per mantenere un Ssn che guardi alla persona. "Ci sono situazioni di resistenza a questa modalità di spostamento di risorse, di personale, di servizi. La centralità dell'ospedale, che è stata negli anni Settanta la filosofia su cui si è sviluppato il Ssn - ha sottolineato la Martini - ora viene meno rispetto alla centralità fortissima del territorio. La sfida della longevità ci pone questa come strada necessaria, con molto terreno da recuperare".

C'è chi dice no

La proposta è stata respinta al mittente da un altro Martini, ovvero **Mauro Martini**, presidente del Sindacato Nazionale Autonomo Medici Italiani (Snam). Martini ha ricordato come gli assistiti del medico di medicina generale siano "almeno per il 20% ultra75enni, con un accesso medio in studio molto maggiore rispetto alle categorie d'età inferiore: il Mmg è quindi di fatto un medico dell'anziano".

Snami avanza invece una controproposta: "forniamo invece ai medici di famiglia ulteriori specifiche competenze sulla popolazione anziana. Non sentiamo il bisogno di un nuovo dottore per l'anziano: i medici di famiglia già seguono gli over 65enni

tra i loro assistiti e si tratta di pazienti che accedono massicciamente agli studi della medicina generale per i problemi quotidiani. Il geriatra è uno specialista e come tale ha un suo preciso posizionamento di consulente in situazioni difficili, come nei casi di gestione dell'anziano con pluripatologie complesse. Forniamo invece ai medici di famiglia ulteriori specifiche competenze nei confronti della popolazione anziana, soprattutto, per citarne alcune, sulla prevenzione del rischio cerebrovascolare o delle fratture oppure sull'ottimizzazione dell'uso dei farmaci, la depressione e quant'altro". Secondo Mauro Martini, spezzettare la medicina di famiglia porterebbe a una parcellizzazione delle figure sanitarie. Al riguardo il presidente Snam si chiede: "Si vorrebbe per caso istituire anche il cardiologo di famiglia, per l'iperteso, il diabetologo di famiglia per il diabetico non complicato, o l'ortopedico di famiglia per l'artrosico, tutti malati gestiti in prima persona dalla medicina generale?"

■ **Associazionismo: un aiuto ma...**

Giacomo Milillo, segretario nazionale Fimmg, nella sua relazione all'ultimo Congresso del sindacato, ha rivendicato per sé, Fimp e Sumai di essersi posti subito dalla "parte costruttiva" della categoria, capendo che per poter procedere con efficacia verso un reale e autentico cambiamento si sarebbe reso necessario un accordo che, senza aggravare la condizione operativa dei medici, "potesse fornire alle Regioni la prova concreta della loro volontà di procedere in modo coerente verso le proposte formulate". Anche secondo Milillo, però, la crisi in corso da un lato limita le risorse da investire nel cambiamento, "ma dall'altro lo sollecita proprio per garantire la sostenibilità di un sistema sanitario che deve affrontare le sfide importanti dell'aumento della speranza di vita della popolazione e dell'aumento dei malati cronici e non autosufficienti". Che, però, qualcosa non stia andando per il verso immaginato lo testimonia la relazione stessa di Milillo che se assegna

da un lato alle Aggregazioni funzionali territoriali (AFT) tra medici il profilo più adatto a intervenire proprio sulla cronicità, dall'altro evidenzia la necessità di una "più articolata definizione delle Unità Complesse di Cure Primarie (Uccp)", prevedendo fra queste ultime anche forme omogenee per categoria, cioè costituite da soli Mmg, in modo da ottenere due risultati fondamentali:

1. offrire un percorso più graduale e più esteso di evoluzione dalle attuali forme associative e organizzative (nuclei, unità e gruppi di cure primarie, équipe) presenti nelle diverse realtà regionali, verso le forme più complesse che prevedono l'integrazione di altri medici specialisti convenzionati;
2. avviare al più presto il processo di integrazione fra medici di famiglia e medici di continuità assistenziale in un lavoro di squadra.

■ **Qualche elemento di criticità in più**

Ernesto Mola, responsabile della medicina generale per l'Assimefac, ha sollevato qualche criticità in più. Innanzitutto rispetto alle istituzioni: se, cioè, esse pensano davvero che sia il territorio a dover dare una risposta concreta ai bisogni di cure che cambiano nel Paese "non possono limitarsi alle chiacchiere e agli apprezzamenti per la medicina di famiglia, ma provvedere a riorientare concretamente le risorse a disposizione". **Salvo Calì**, segretario dello Smi, nel corso del congresso ha aggiunto che "un vero cambiamento dell'approccio di cura sul territorio non sia possibile senza investimenti significativi della parte pubblica in questa direzione. Dopo la riforma ospedaliera del 1968 c'è stato un grande sforzo organizzativo e di investimento pubblico per adeguare la rete dei presidi, con finanziamenti strutturali. È chiaro che altrettanto va fatto oggi nelle cure primarie prevedendo il tempo pieno, la progressione di carriera, l'accesso unico alla professione e forme associative che consentano l'interdisciplinarietà e la multiprofessionalità necessarie a un

approccio efficace alla cronicità".

Quello che invece Mola ha colto a partire dalla nuova convenzione, è una tendenza al ripiegamento della medicina generale al suo interno.

"I limiti del nuovo Acn - afferma Mola - al di là di quelli economici e normativi, sono riscontrabili anche in una forte autoreferenzialità e chiusura all'interno della medicina di famiglia. La cronicità, tuttavia, non è affrontabile e risolvibile dalla sola medicina generale. L'integrazione è un elemento fondamentale e lo sforzo che deve fare la categoria è identificare all'interno di tutte le pieghe della convenzione i momenti di integrazione multidisciplinare intorno a questi pazienti che hanno bisogno di cure ospedaliere, di appoggio in famiglia, ma anche di interventi sociali e che non possono essere scaricati sul solo medico di famiglia".

La parola d'ordine è integrazione, applicazione di modelli assistenziali trasferiti da un approccio legato all'acuzie e alla cronicità, "che vuol dire supporto al *self-management* del paziente, alla rimozione degli ostacoli che gli impediscono di seguire stili di vita salutari, e poi follow-up, in continuità con i servizi sociali perché migliorano la qualità della vita del paziente".

Su questa tematica Calì ha tenuto a sottolineare che l'Emilia Romagna ha unificato fondo sociale e fondo sanitario, "integrando i due capitoli di spesa considerando inscindibili i due interventi. Se il sociale è, al contrario, stabilmente sottofinanziato, in alcune Regioni non potremo aspettarci che il medico di medicina generale faccia i miracoli da solo, continuando a esercitare il ruolo di supplenza che ha svolto fino a oggi". Accanto a questo c'è bisogno, secondo Calì, "anche di un intervento normativo nazionale che articoli le forme associative della medicina generale in modo omogeneo su tutto il territorio, introducendo uniformemente questi elementi di novità insieme al necessario finanziamento, senza lasciarli alla libera interpretazione delle Regioni che ci porterebbe a standard differenti sul territorio, come purtroppo accade oggi".