

## Integrazione delle cure: un monito per i Mmg

Gianluca Bruttomesso

*Medici ospedalieri "promossi", medici di famiglia "bocciati" in tema di integrazione delle cure e continuità assistenziale. È il quadro che emerge dalla ricerca "Misurare e valutare l'integrazione professionale e la continuità delle cure", presentata di recente a Milano e condotta dal Cergas Bocconi per conto della Federazione Italiana delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere (Fiaso)*

L'analisi dei risultati della ricerca del Cergas Bocconi commissionata dalla Fiaso "Misurare e valutare l'integrazione professionale e la continuità delle cure" è stata al centro del convegno milanese "Il governo del territorio delle Aziende sanitarie", organizzato dalla rivista *AboutPharma*. I ricercatori del Cergas hanno coinvolto per più di un anno 13 Asl, rappresentative di oltre 5 milioni di cittadini, cercando di osservare il livello di integrazione tra professionisti (Mmg e specialisti) nei percorsi di cura di tre condizioni croniche (diabete, BPCO e assistenza domiciliare oncologica) e la continuità delle cure percepita dai pazienti.

In una scala di valori da 0 a 5, calcolata su accessibilità dei servizi, qualità delle relazioni medico-paziente e unitarietà diagnostico-terapeutica avvertita, l'indice di integrazione è risultato pari a 3.24 per la cura del diabete, a 3.06 per le insufficienze respiratorie gravi connesse a BPCO e a 3.17 per i tumori. Per il diabete i medici di famiglia non vanno al di là del 2.40 contro il 4.03 degli specialisti, mentre il rapporto - sempre a vantaggio degli specialisti - è di 2.39 contro 3.65 per le insufficienze respiratorie gravi e di 2.69 contro 3.68 per i tumori.

Le disuguaglianze si devono soprattutto alla frequenza degli scambi informativi, mentre la condivisione dei percorsi terapeutici è buona sia per gli specialisti sia per i medici di famiglia. Emerge tuttavia il fatto rilevante che i Mmg tendono a confrontarsi con gli ospedalieri e gli specialisti territoriali, mentre questi ultimi preferiscono comuni-

care tra loro o al massimo con gli infermieri, lasciando un ruolo un po' marginale ai Mmg, a meno che non ci si trovi di fronte a patologie particolarmente gravi.

Sono invece insufficienti i sistemi informativi adottati da tutti i professionisti: solo il 2% utilizza correntemente le email, la forma di comunicazione più usata è la cartella clinica o altri strumenti cartacei portati direttamente dal paziente al momento della visita. Per quanto riguarda l'offerta dei servizi delle aziende sanitarie e ospedaliere, anche se con elevata variabilità, tutte hanno strutturato percorsi organizzati per il diabete, pur con una rilevante componente ospedaliera rappresentata dai centri specifici per la cura del diabete. In merito alle insufficienze respiratorie gravi, quasi tutte le Asl utilizzano percorsi diagnostico-terapeutici formalizzati, ma sbilanciati sul ruolo delle unità pneumologiche ospedaliere, con una scarsa integrazione tra queste e l'ambito territoriale.

L'integrazione è quasi assente nel caso dei pazienti oncologici, per i quali tutte le Asl garantiscono però un'elevata intensità assistenziale, percepita positivamente dai malati. Nella scala da 0 a 5 l'indice di continuità assistenziale percepita è infatti pari a 4.42 per i pazienti oncologici, contro il 3.45 di quelli pneumologici e il 3.52 dei diabetici. Tali valori - evidenzia l'indagine - non sono però correlati all'effettiva integrazione dei professionisti e agli sforzi compiuti dalle Asl per garantire l'unitarietà del percorso diagnostico-terapeutico. A prevalere nel giudizio sono infatti quasi esclusivamente i

rapporti interpersonali - se non affettivi - tra medico e paziente, ai malati non sembra interessare molto il livello di partnership fra medici diversi. "A incidere positivamente sull'integrazione di medici e infermieri e sulla continuità assistenziale percepita dai pazienti - evidenzia il direttore del Cergas **Francesco Longo** - non sono tanto i diversi modelli organizzativi, quanto la presenza fisica dei professionisti nella stessa struttura, la gravità della condizione clinica dei malati e la maggiore apertura degli stessi professionisti verso l'integrazione".

"Tanto più gravi sono le condizioni del paziente - sottolinea **Giovanni Monchiero**, presidente della Fiaso - tanto maggiore è il coordinamento dei professionisti coinvolti. Il rischio però è che la maggior parte delle risorse sia destinata ai soggetti con patologie conclamate, limitando a interventi residuali l'investimento in prevenzione e monitoraggio. La sfida per il futuro è invece quella di andare a intercettare quei livelli di bisogno inespresse che non riescono a tradursi in domanda esplicita di servizi. Sempre che le condizioni di sostenibilità economica del Ssn non costringano le aziende a ripiegare sull'essenziale rispondendo alla domanda di cura più che a quella di salute".

### Tutta colpa dei medici di famiglia?

Scarsa integrazione e minor cura del paziente: l'ospedale, secondo quanto evidenziato dalla ricerca del Cergas, batte il territorio. Ma è davvero così? **Luciano Bresciani**, assessore alla Sanità della Regione Lombardia ha spezzato una lancia a favore dei

Mmg: "Non si tratta di liquidare il problema gettando la croce sulle sole spalle dei medici di famiglia, perché diverse sono le condizioni operative e organizzative in cui operano. Tuttavia va ricercata una sempre più efficace continuità assistenziale, capace di assicurare nel contempo l'omogeneità delle terapie e che il paziente non sia abbandonato dal Ssr".

**Mauro Martini**, presidente Snami, aggiunge: "Non si può pensare che il Mmg possa essere artefice solitario della integrazione con le strutture sanitarie: ciò va fatto nell'ottica di accordi, convenzioni e contratti. Manca la lungimiranza, da parte ospedaliera e da parte delle Asl, di trovare il *trait d'union* per riuscire a far collaborare territorio e nosocomi tramite un accordo che metta sullo stesso piano i singoli medici e le strutture ospedaliere. Purtroppo in Italia non vengono mai interpellati i Mmg. Per fortuna il viceministro Fazio, invece, tenta di partire dal rapporto con la medici-

na generale per riorganizzare tutto il sistema sanitario".

Anche l'assessore alla Sanità della Lombardia, per la verità, ha rilasciato delle dichiarazioni d'intenti in questo senso: "Su questo la Regione Lombardia - ha affermato Bresciani - sta lavorando, spingendo, per esempio, gruppi di giovani medici a consorzarsi per essere sempre reperibili. Si tratta di una soluzione possibile e razionale, che però deve passare attraverso il consenso di Mmg e pediatri e delle loro associazioni di categoria".

**Fiorenzo Corti**, responsabile nazionale comunicazione Fimmg, ribadisce il concetto: "L'integrazione fra professionisti non va lasciata alla passione e all'iniziativa del singolo, ma deve essere parte di un disegno contrattuale preciso. Parimenti il rapporto tra medico ospedaliero e medico di famiglia deve essere strutturato e mediato da impegni e investimenti dei servizi sanitari regionali".

**Maria Paola Volponi**, responsabile nazionale dello Smi per la medicina generale, ammette le mancanze della propria parte, ma attacca anche gli specialisti: "È noto che esiste un problema di integrazione fra ospedale e territorio. Ma le colpe, se di queste si può parlare, non sono da imputarsi tutte ai Mmg, anche perché con gli ospedalieri è sempre molto difficile intrattenere rapporti. Inoltre c'è un problema culturale di fondo affacciato da poco tempo nella medicina del territorio che è quello dell'aderenza alle linee guida, mentre nell'ospedale è prassi consolidata. Il Mmg finora è stato un professionista che non ha mai tollerato protocolli e imposizioni. Adesso si è reso conto che prima deve costruire l'integrazione nel territorio, con i colleghi e con i distretti, attraverso un linguaggio comune. Il passo successivo è quello di rapportarsi e integrarsi con l'ospedale, sempre su questa lunghezza d'onda".