

## Le vie lombarde nella gestione delle cronicità

**Giuseppe Belleri**

Medico di medicina generale  
Flero (BS)

*Le esperienze territoriali più significative orientate all'organizzazione e gestione delle cure primarie, con particolare riferimento alla centralità del paziente multiproblematico affetto da patologie croniche*

**I**l convegno di Bergamo: "Cure primarie tra mito e realtà", organizzato dalla sezione lombarda della Società Italiana di Igiene Medicina Preventiva e Sanità Pubblica, ha offerto una panoramica dei vari progetti lombardi finalizzati alla gestione delle cronicità sul territorio.

Tra questi, il progetto della dote sanitaria (M.D. 2009; 5: 6-8) è un esempio di sperimentazione regionale su ampia scala, avendo coinvolto ben 5 Asl. L'idea della dote nasce dall'esigenza di un nuovo approccio al paziente cronico per evolvere da una gestione frammentata e settoriale a una presa in carico che vede il medico accompagnare in parallelo il malato lungo il percorso assistenziale, in quanto figura professionale di riferimento.

La dote propone quindi un patto tra medico e assistito, responsabilizzando entrambi. Oltre 300 sono i Mmg lombardi che hanno aderito a tale progetto con la finalità di verificare se gli assistiti coinvolti avranno usufruito di un livello assistenziale qualitativamente superiore a quelli seguiti in modo tradizionale.

La Asl di Monza ha invece imboccato con decisione la strada della diffusione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA). Dai primi anni del duemila infatti ne sono stati sfornati e implementati una decina, da quelli ormai consolidati: ipertensione, diabete, scompenso cardiaco, BPCO; ai più recenti e ancora in fase di rodaggio o elaborazione: artrite reumatoide, osteoporosi, ecc. L'esperienza degli screening oncologici ha dimostrato però che senza la condivisione dei progetti da parte dei Mmg e il rispetto per la centralità della relazione tra Mmg e assistito, gli esiti restano incerti e deludenti. La promozione dei PDTA ha comunque offerto ai Mmg

aggregati in team funzionali l'occasione per una riflessione sulle migliori modalità organizzative per l'applicazione dei vari percorsi, dalla creazione di ambulatori dedicati al coinvolgimento degli infermieri, dal miglioramento della continuità assistenziale all'adozione di adeguati strumenti di valutazione degli esiti. Dopo alcuni anni sono state avviate procedure di audit clinico per verificarne le ricadute a cui ha aderito però solo una parte minoritaria dei medici coinvolti. I primi dati sembrano confermare i miglioramenti attesi nella qualità dei processi assistenziali rispetto all'adozione di procedure meno strutturate.

Il metodo adottato invece nella Asl provinciale di Brescia per favorire la diffusione dei PDTA ha ricalcato l'esperienza monzese con due importanti variazioni. Il monitoraggio delle ricadute assistenziali è avvenuto contestualmente all'avvio dei percorsi e ha coinvolto progressivamente la maggioranza dei Mmg "arruolati". Inoltre il Governo Clinico ha superato i precedenti sistemi di raccolta e diffusione dei dati per andare a "pescare"

gli indicatori di processo ed esito direttamente dagli archivi dei Mmg, per una valutazione retrospettiva dei processi clinico-assistenziali in una logica di audit continuo. Si è passati così dal coinvolgimento di poche decine di sperimentatori ad oltre il 50% dei quasi 700 Mmg operanti nella Asl.

Il risultato, unico nel suo genere in Italia per mole e qualità della raccolta dati e dei ritorni informativi personalizzati, è stato possibile in virtù di una gestione delle informazioni che ha coinciso totalmente con l'applicazione del PDTA. Infatti ogni medico era semplicemente tenuto a inserire nella propria cartella informatizzata le informazioni generate e raccolte durante la normale attività ambulatoriale, senza la necessità di applicare altre procedure informatiche, come nell'esperienza brianzola. Questo risultato è stato propiziato dalla totale "apertura" informatica del progetto di Governo Clinico, nel senso che le procedure di estrazioni dei dati (*query*) sono applicabili a differenti programmi di gestione della cartella clinica, senza alcuna preclusione o esclusione.

### Dalla Lombardia alla Puglia: il progetto Leonardo

Secondo gli esperti riuniti al convegno di Bergamo, altra esperienza meritevole di attenzione, anche se sperimenta in altra Regione, la Puglia, è il progetto Leonardo nato nel 2004 attraverso una partnership pubblico-privato (Regione Puglia e Pfizer). Una sperimentazione premiata al Forum della Pubblica Amministrazione nel 2007. Il progetto ha privilegiato la concretezza dell'organizzazione delle cure primarie grazie all'introduzione nelle medicine di gruppo di un'inedita figura professionale: il *Care Manager* (CM), un infermiere professionale specificatamente formato e dedicato alla presa in carico del paziente con patologia cronica. I CM operano a stretto contatto del paziente con piani di assistenza personalizzati e promuovendo l'autogestione della malattia al fine di: favorire la compliance attraverso la responsabilizzazione del paziente nella gestione della propria salute; determinare il migliore approccio per favorire il *disease and care management* nel setting delle medicine di gruppo; attuare programmi integrati di gestione dell'assistenza sanitaria per i pazienti con malattie croniche.