

Un nuovo approccio alle cronicità è possibile?

Gianluca Bruttomesso

Relazione, innovazione, formazione, sono le parole chiave del futuro dei Mmg per "modernizzare" la gestione delle patologie croniche. Ma la messa a fuoco di questi obiettivi non è così semplice: a complicarla sono le stesse peculiarità della medicina generale che racchiudono in sé la forza e la debolezza di una disciplina che ha sempre maggiori difficoltà a declinarsi nell'attuale sistema sanitario

Secundo **Vittorio Caimi**, presidente del Centro studi e ricerche in medicina generale (Csermeg), il lavoro del medico di medicina generale è essenzialmente monocentrico, monodisciplinare e verticale. "Ma a quest'ultima caratteristica - tiene a evidenziare Caimi - si può e si deve invece contrapporre il concetto di approccio orizzontale, che significa corresponsabilità, collaborazione e dialogo. Esiste un problema culturale molto forte tra i medici di famiglia: quello di non accettare facilmente la funzione multidisciplinare e multidimensionale. Ma nel contesto lavorativo attuale, completezza e coordinazione divengono estremamente rilevanti. Si palesa infatti una possibilità di collaborazione tra Mmg e altre figure professionali, anche non mediche, nello stesso luogo fisico. Ma non bisogna dimenticare che il problema e allo stesso tempo la risorsa della medicina generale consiste nell'aver una distribuzione capillare sul territorio. La parola chiave a questo punto è la "comunicazione", intesa come capacità di inventare strumenti in grado di creare valide connessioni tra i vari protagonisti sanitari, al fine di riuscire a reperire con facilità la persona utile nel momento del bisogno". Multidimensionalità e multiprofessionalità, dunque, sono un altro tassello del nuovo modello di sviluppo dell'assistenza di primo livello. Un concetto sottolineato più volte anche durante il convegno "Cure primarie tra mito e realtà: il ruolo dei professionisti", organizzato dalla Asl di Bergamo e dalla Società italiana di igiene, medicina preventiva e sanità pubblica.

■ **L'integrazione**

Il convegno infatti ha posto una riflessione sull'effettiva applicabilità e sostenibilità dell'assistenza primaria per il governo e la gestione delle patologie croniche. Una riflessione da cui emerge l'esigenza di modulare l'organizzazione dei servizi sanitari tenendo presente la centralità del paziente e di coloro che se ne occupano e la necessità di un sistema che si caratterizzi primariamente per l'integrazione tra i diversi livelli di cura, non più focalizzati sulla sola risorsa ospedaliera, ma che riescano a fare partecipi tutti i professionisti che operano sul territorio, *in primis* i medici di famiglia. Questi ultimi rappresentano il perno centrale del modello complesso nel quale operano professionisti diversi con varie esperienze formative e capacità che devono convergere per assicurare all'assistito la progressione più adeguata di interventi elargiti nel luogo giusto e al momento giusto. Difficile, ma non impossibile. Da dove iniziare? Innanzitutto, come ha spiegato **Luca Merlini**, dirigente dell'Unità ospedaliera del governo dei servizi sanitari territoriali e politiche di appropriatezza e controllo della Regione Lombardia, "emerge la necessità di cambiare la prospettiva nell'affrontare il problema del paziente cronico. Ad oggi vengono eseguiti molti interventi efficaci e di qualità, ma l'approccio rimane perpendicolare al paziente e da ciò scaturisce la nascita dei consueti stereotipi: l'ospedale, il territorio, il Mmg, lo specialista. Ognuno esercita correttamente il proprio ruolo nella presa in carico del paziente, ma la criticità sta nel fatto che tali ruoli ven-

gono cristallizzati, separati e addirittura posti in contrapposizione, dando vita ai comuni cliché. È necessario quindi mettersi in parallelo rispetto al paziente, seguirlo nella sua storia di patologia, la sua storia di vita".

Un approccio diverso dunque, ma affinché l'intero sistema di cure possa muoversi in tale direzione è necessario che i protagonisti principali diventino il paziente stesso e la relazione con il suo medico. La relazione è uno snodo centrale nell'approccio alla cronicità, basti pensare, per esempio alla compliance terapeutica che riveste un ruolo essenziale nella gestione di queste patologie in termini di efficacia, ma anche di costi sanitari. "Il medico di famiglia può essere la figura che meglio di altre può seguire l'assistito in quest'ottica - ha sottolineato Merlini - tenendo conto che nella fase iniziale è sufficiente una buona compliance alla terapia e che in quelle più avanzate occorre effettuare un follow up".

■ **Le sperimentazioni: dote al Nord, care manager al Sud**

Un modello articolato, dunque, che però si sta già declinando diversamente nelle diverse sperimentazioni territoriali del nostro Paese, alcune molto significative, come quelle realizzate in Puglia (*care manager*) e in Lombardia, per esempio dalla Asl di Brescia. La provincia conta una popolazione di 1,15 milioni di abitanti, di cui 300 mila soffrono di patologie croniche. Tra i progetti sperimentali per affrontare tale criticità spicca quello della dote sanitaria.

Quando si parla di dote sanitaria ci si riferisce a tutto ciò di cui il paziente

cronico necessita, di questo obiettivo si fanno carico tutti gli attori del sistema - Mmg, Asl e soggetti erogatori - partendo dal presupposto che uno di questi attori (il medico di famiglia) si renda responsabile di una funzione di tutoraggio, perfezionamento dei servizi, valutazione e monitoraggio. Ad oggi la sperimentazione è in atto in sei Asl della Lombardia: Bergamo, Brescia, Cremona, Lecco, Melegnano e Monza. Il livello raggiunto finora risulta essere buono: in quasi tutte le aziende sanitarie è stata raggiunta una adesione significativa di medici (70), così come previsto, e ogni curante è riuscito a recuperare circa il 70% di pazienti afferibili a centri specialistici di ipertensione o diabete. "Continueremo fino a giugno-luglio del prossimo anno - conclude Merlini - per capire se questo tipo di modalità di presa in carico del paziente è la più efficace per ottenere il massimo di persistenza e di compliance riguardo ai percorsi diagnostici".

■ Il progetto Leonardo in Puglia

Il *care manager* è un nuovo attore sanitario, un infermiere specificatamente formato in grado di collaborare con medici di famiglia e specialisti operando in prima persona con gli assistiti in ambulatorio, a casa e via telefono. L'introduzione di questa nuova figura professionale è stata una degli obiettivi ambiziosi che si era prospettato di raggiungere il Progetto Leonardo, frutto di una *partnership* fra l'Agenzia Regionale Sanitaria (Ares) della Regione Puglia, l'Asl di Lecce e Pfizer Italia. Obiettivi che, stando ai risultati, sono stati raggiunti. Il gradimento di questa nuova figura è molto alto. Piace a tutti, medici e pazienti. Il *care manager* segue il paziente passo dopo passo, educandolo a prendersi cura di sé e indirizzandolo ad una maggiore responsabilizzazione (*empowerment*). L'assistito diviene così, per la prima volta, protagonista del suo stesso

processo di cura. "Il modello di riferimento era quello del *team* - chiarisce **Ambrogio Aquilino**, direttore medico dell'Area di accreditamento, formazione qualità e ricerca Ares della Regione Puglia - con una variazione: l'assistito veniva tolto da un'astratta centralità e posto al centro del piano delle cure definito insieme. Alcuni aspetti del profilo terapeutico sono cioè stati creati insieme al paziente stesso effettuando una rilevazione dei suoi bisogni". Punto fondamentale del modello è stato il programma di *Disease and Care Management*. Il progetto è stato studiato per rinforzare l'assistenza al paziente inserendo la nuova figura professionale del *care manager*. Le indagini conclusive sui miglioramenti apportati da tale modello sono state tutte positive; il 98% dei pazienti si è ritenuto più che soddisfatto del programma e il 95% dei Mmg che vi hanno partecipato raccomanderebbe l'adozione di un simile progetto ai colleghi.