

Cronicità e fragilità: alla ricerca di un modello assistenziale sostenibile

Il modello assistenziale territoriale multiprofessionale e multidisciplinare integrato si rivela al momento il più adatto a garantire la sostenibilità dell'assistenza alle cronicità. Inoltre presenta alcune fondamentali caratteristiche contemplate nei modelli organizzativi internazionali di riferimento

Bruno Agnetti

Responsabile Nazionale Assistenza Primaria Sindacato dei Medici Italiani (SMI)



Il sociologo **Domenico De Masi** prevede tra 8 anni profondi cambiamenti che supereranno le già note modificazioni bio-psico-sociali e che saranno in grado di riscrivere drasticamente scenari e previsioni nel campo della senilità, della tecnologia, dell'economia, dell'etica e dell'estetica, della cultura e del tempo libero; lo studioso si attende un *empowerment* di genere femminile e un incremento notevole del tele-lavoro/tele-relazioni. Non ci sarà da stupirsi se fra breve il nostro telefonino ci permetterà di comunicare con qualunque altro abitante della terra tramite una traduzione istantanea, quasi perfetta, che potremo ascoltare in diretta nel nostro auricolare mentre la persona che è davanti a noi o lontano da noi parla nella sua lingua originaria.

All'interno di tutte queste variabili planetarie *in progress* il nostro microcosmo sanitario persegue una sua propria evoluzione storica proponendo, per esempio, nel tempo, in modo formale oppure attraverso pragmatiche operative, svariati modelli organizzativi finalizzati a un riordinamento del sistema sanitario-assistenziale.

È necessario premettere che il nostro Ssn presenta delle peculiarità che lo distinguono da molte altre realtà o iniziative internazionali. La legge n. 833 del 1978 che lo ha istituito ha concretizzato e reso operativo il dettame contenuto nell'art. 32 della Costituzio-

ne (diritto alla salute per tutti). In questo disegno normativo il Mmg è individuato come ufficiale sanitario di primo livello (corrispondente al *General Practitioner* anglosassone).

In sintesi, i modelli organizzativi di riferimento su cui si basano i sistemi sanitari occidentali sono: il Kaiser Permanente (KP) e il *Chronic Care Model* (CCM). In Italia nell'ultimo periodo il dibattito si sta concentrando su due particolari modelli che comunque racchiudono molte caratteristiche contemplate nei modelli organizzativi internazionali: i Creg (*Chronic Related Group*) lombardi e il modello assistenziale multiprofessionale e multidisciplinare territoriale integrato.

► L'evoluzione italiana

I Creg (*Chronic Related Group*) lombardi sono stati ideati inizialmente (partendo dal modello dei Drg ospedalieri), da persone desiderose di assicurare una assistenza socio-sanitaria agli ammalati cronici. Le intuizioni e i principi originari si sono progressivamente orientati verso una possibile esternalizzazione dell'assistenza primaria (alla cronicità). Il Mmg diventa uno degli attori del Creg e perde la prerogativa di centralità in favore di un *case manager* fiduciario che potrebbe essere anche lo stesso Mmg, ma non è detto. In questo caso si perde-

I modelli internazionali di organizzazione sanitaria

Il **Kaiser Permanente** (1945) è una organizzazione sanitaria sia no profit (fondazione) che profit (assicurazione) che tenta di offrire la migliore assistenza possibile per qualità delle cure, appropriatezza delle prestazioni e innovazioni organizzative-tecniche asserendo il principio della centralità del paziente e della priorità delle cure primarie. Inizialmente, il KP, si proponeva di diffondere il più rapidamente possibile le informazioni scientifiche sulle migliori pratiche descritte nei minimi particolari e redatte quasi come mansionari (tipo linee guida), iniziativa che si è enormemente implementata con lo sviluppo della rete informatica. Tra i principi della filosofia e dell'organizzazione del KP vi è quello di promuovere la salute e di prendersi carico del malato e non della malattia, fondando l'azione sulla pro attività al fine di prevenire eventuali complicazioni o aggravamenti nelle malattie croniche.

Il KP si propone inoltre di coinvolgere nel processo delle cure il malato e la famiglia e motiva i professionisti con sistemi incentivanti. La professionalità infermieristica

è più utilizzata di quella medica e si ricercano degenze sempre più brevi e il minor numero di ricoveri.

Il **Chronic Care Model** (CCM) è del 2002 ed è sottoposto a brevetto e a copyright. Si caratterizza per l'approccio proattivo del personale sanitario non medico che si relaziona direttamente con i pazienti in funzione della promozione della migliore autocura in caso di patologie croniche di modo che il ricorso al medico sia reso il più appropriato possibile. Per attuare il modello del CCM sono necessarie risorse, organizzazione in *team* e coordinamento di tutto il personale coinvolto. L'aggiornamento continuo, tipo KP, sostiene tutto il processo decisionale supportato a sua volta dalla tecnologia informatica. Il CCM ha subito nel tempo numerose modificazioni o migliorie: *Social Care Chronic Disease Management Model* (Regno Unito/Inghilterra); *Expanded Chronic Care Model* (Canada); *Kaiser Permanente's Risk Stratification Model* (Usa/Stati di diffusione del KP e Canada); *Patient Centred Medical Home* (PCMH definita nei suoi criteri specifici nel 2007).

rebbe il ruolo di riferimento svolto dal medico di medicina generale a garanzia dell'efficacia delle terapie: questa distrazione sulle caratteristiche distintive della medicina generale sembra poter essere una delle cause del prevedibile fallimento "terapeutico-assistenziale" dell'esperienza dei Creg oppure l'inizio, casalingo, di una profonda modifica del ruolo del Mmg (così come è stato fino ad ora) verso un sistema *provider/voucher/assicurativo*.

► Gestire i nuovi bisogni assistenziali

Il modello assistenziale multiprofessionale e multidisciplinare territoriale integrato sembra poter offrire migliori garanzie per una sostenibilità ed un mantenimento

dell'assistenza alle persone affette da patologie croniche in quanto permette quell'integrazione ospedale territorio (ospedale forte-territorio forte) e tutte le relative sinergie auspicate a gran voce da più parti (*Panorama della sanità*, 2011; 44: 18-29; *M.D.* 2012; 1: 14-17). L'integrazione multiprofessionale e multidisciplinare raccoglie molte caratteristiche contemplate nei modelli organizzativi internazionali, ma ne riduce quelle rigidità che hanno costretto più volte, in vari contesti, ad apportare numerose aggiustature ai programmi internazionali stessi; trasforma il disegno organizzativo in modello soprattutto assistenziale (cioè fondato sui nuovi e reali bisogni assistenziali in incremento esponenziale per la cronicità e per la fragilità), riconfermando la

centralità del Mmg, della medicina generale e dei *team* in grado di prendersi carico della persona affetta da cronicità che altri costrutti, nonostante le dichiarazioni di intenti, non riescono ad assicurare. La MG infatti ha carattere universale e permette una accessibilità estremamente facilitata: gli ambulatori sono diffusi capillarmente su tutto il territorio nazionale; il rapporto con gli assistiti è di tipo fiduciario e richiede una azione attiva di libera scelta da parte dei cittadini; ripetute indagini di *customer satisfaction* riconfermano il gradimento della popolazione verso il servizio reso dai Mmg; la qualità dell'assistenza erogata è da sempre omogenea e diffusa tanto che anche per l'efficacia delle cure primarie il Ssn ricopre da sempre i primi posti del-

le classifiche mondiali; la filosofia che ispira la medicina generale è di tipo olistico e il paradigma di riferimento è bio-psico-sociale.

Per quanto riguarda il tema della formazione e dell'autoformazione dei Mmg occorre riconoscere che vi è stato negli ultimi tempi uno stimolo istituzionale importante. Ma la propulsione è stata a sua volta facilitata anche dall'alta flessibilità e adattabilità dei professionisti della MG che hanno adottato, prontamente, gli strumenti tecnologici della comunicazione e si sono resi disponibili per la loro riqualificazione. Non da ultimo va ricordato che i medici di medicina generale sono libero professionisti/parasubordinati assoggettati alle leggi del libero mercato come poche altre figure sanitarie.

► **Caratteristiche di problem solving**

Nel *team* assistenziale territoriale, con estrema facilità, si attua la condivisione delle più recenti LG (linee guida) proprio perché la presenza, all'interno del gruppo, di specialisti ambulatoriali, ospedalieri, di medici dei servizi territoriali, di medici di medicina generale, di medici di CA e di altre professionalità operanti sul territorio e nell'ospedale, permette una circolarità dei saperi che si possono poi tradurre in percorsi diagnostici-terapeutici-assistenziali-relazionali (PDTA-R). Questi PDTA-R sono realmente applicati e contestualizzati come conseguenza della responsabilità condivisa e della *accountabilty* che ogni componente il *team* automaticamente condivide con gli altri. L'enfasi sottolineata dalla R posta nell'acronimo PDTA-R vuol

proprio sottolineare l'importanza della relazione professionale all'interno dei componenti il *team*.

L'unità di intenti dei professionisti favorisce non di meno una facilità di accesso alle informazioni scientifiche riguardanti l'efficacia degli interventi attuati in ottemperanza alle decisioni assistenziali assunte dal gruppo (Ebm). Lo stesso dicasi per l'apprendimento e la formazione continua che si realizza grazie ad una spontanea esperienza di audit clinico professionale e ad una gestione dei possibili rischi collegabili all'attività.

La conseguenza è che la rendicontazione formale (*verbale finale eventualmente redatto o da un medico o dall'assistente sociale o dall'infermiera o da un altro componente il gruppo*) breve e semplificata, firmata elettronicamente da tutti i partecipanti, evidenzia non solo le prestazioni e i servizi erogati, ma i criteri, gli indicatori e gli standard di riferimento.

Tutto ciò rappresenta uno sviluppo *bottom-up* professionale solido e stabile nel tempo che permette il raggiungimento di obiettivi riguardanti l'assistenza alla cronicità che non sarebbero perseguibili se impostati su un piano individuale. Inoltre la costituzione di un gruppo (*team*) risolve anche la problematica della complessità relazionale che la tecnologia e l'informatica non riescono a dipanare. Solo un incontro *vis a vis* e un confronto tra persone può assicurare una risposta agli ammalati in grado di affrontare positivamente le complessità umane.

Questo progetto prevede un ruolo/funzione specifica per il Mmg: tutt'ora il Mmg rimane il vero conoscitore del territorio, delle

persone e delle loro famiglie. È il gestore ferrato in assistenza territoriale, ne ha una esperienza ed una competenza specifica come se fosse un "sistema esperto" ed è fisiologico che possa rivestire il ruolo di coordinatore di un gruppo di operatori che si muovono per obiettivi sanitari comuni sullo stesso territorio.

L'intensa stagione dell'associazionismo medico rappresenta, da questo punto di vista, una prefazione e un allenamento all'attività dei *team*. Il medico di medicina generale inoltre è direttamente interessato al buon funzionamento del progetto e della sua produttività in quanto questa azione è finalizzata alla soluzione dei problemi dei "suoi-propri" pazienti che, per altro, diventano essi stessi "sistemi esperti" per quanto riguarda la propria patologia (G. Bateson 1984).

Il *team* assistenziale territoriale può quindi diventare un modello gradito anche alle istituzioni aziendali perché in grado di assicurare un buon sviluppo ed un progresso delle capacità di adeguamento istituzionale alle condizioni di instabilità del sistema in quanto, lo stesso *team*, ha in se le abilità per attuare aggiustamenti in diretta (bio-feedback-omeostasi), anticipando e prevedendo eventuali evoluzioni dell'intera complessità assistenziale usufruendo di due sistemi esperti in grado di autoregolarsi (Mmg e paziente).

È evidente che una tale programmazione, uno strumento di lavoro così articolato richiede un sostegno politico prima centrale e poi regionale, un adattamento ai contesti e una revisione dei sistemi incentivanti che si dovrebbero e in gran parte riallocare a favore



dei *team* assistenziali territoriali integrati e delle figure professionali coinvolte pur nella considerazione della loro diversa posizione giuslavoristica e contrattuale come, a suo tempo, è stato fatto, in alcune realtà, con convinzione, per quanto riguarda l'associazionismo medico evoluto.

Questo modello è in grado di convivere perfettamente con tutte le forme organizzative/associative già esistenti. Non di meno ogni forma associativa ed in particolare il progetto "Case della Salute", se si considera la struttura così detta "grande", è in grado di facilitare l'operatività dei team, la logistica, gli orari, le modalità di convocazione e l'esecuzione

stessa della riunione, la copertura h. 12 ed h. 24, la continuità dell'assistenza sette giorni su sette, l'integrazione ospedale-territorio, la gestione della cronicità e degli accessi al PS o dei ricoveri passibili di inappropriatezza, l'inserimento fattivo e concreto nell'attività ambulatoriale dei giovani colleghi in formazione per la medicina generale e dei colleghi di continuità assistenziale nella organizzazione dell'Assistenza e delle Cure Primarie.

► I territori montani

Una particolare attenzione dovrà essere rivolta, da questo punto di vista, alle zone disagiate, con

popolazione dispersa e territori montani. I *team* assistenziali territoriali multi professionali e multidisciplinari integrati attraverso i PDTA-R possono, (indipendentemente dalle filosofie collegate a modelli organizzativi, algoritmi predittivi o forme associative), assicurare una reale presa in carico appropriata e umanizzata della cronicità/fragilità che può essere applicata da subito su tutto il territorio nazionale. È possibile raggiungere così l'obiettivo di rispondere in modo adeguato ai nuovi bisogni assistenziali e forse liberare preziose risorse in grado di auto mantenere e auto finanziare tutte le nuove iniziative collegabili ai *team* assistenziali territoriali.