



Cronicità: un nuovo approccio di presa in carico integrata

In Toscana prende forma una visione innovativa dell'assistenza: meno frammentazione, più continuità delle cure, un ruolo centrale e rafforzato per il medico di medicina generale e percorsi multidisciplinari condivisi tra ospedale e territorio. A illustrare il progetto è Pietro Dattolo, presidente dell'Omceo Firenze e coordinatore del gruppo di lavoro che ha elaborato il documento "La presa in carico della cronicità fra ospedale e territorio"

Anna Sgritto

La gestione dei pazienti cronici rappresenta oggi una delle sfide più urgenti per il Servizio sanitario nazionale, aggravata dall'invecchiamento della popolazione e dalla crescente complessità clinica. In Toscana, l'Ordine dei medici di Firenze propone un approccio innovativo capace di superare la frammentazione tra ospedale e territorio, valorizzando il ruolo del medico di medicina generale e promuovendo percorsi multidisciplinari integrati. Ne discutiamo con **Pietro Dattolo**, presidente dell'Omceo Firenze e coordinatore del gruppo dell'Organismo toscano per il governo clinico che ha redatto il documento "La presa in carico della cronicità fra ospedale e territorio".

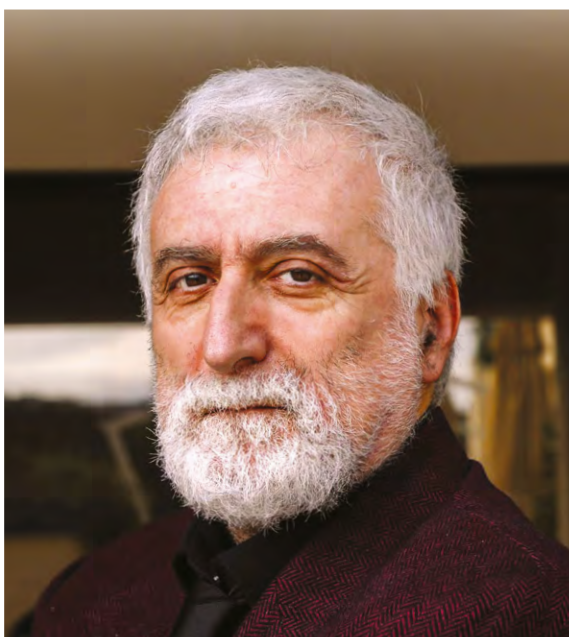
Quali sono le principali criticità che il nuovo modello intende superare nella gestione dei pazienti cronici, e perché oggi il Ssn non riesce più a garantire un universalismo effettivo?

“La criticità principale è la frammentazione dei percorsi di cura. Oggi un paziente cronico si trova spesso a dover navigare tra più professionisti, strutture e sistemi informativi che non comunicano tra loro. Questo genera duplicazioni, ritardi diagnostici, costi aggiuntivi e, soprattutto, una sensazione di smarrimento nel paziente, già provato fisicamente e psicologicamente dalla malattia. Il nostro Ssn rimane universalistico nei principi, ma nella pratica quotidiana la capacità di presa in carico integrata è messa alla prova da una domanda crescente e da risorse umane ed economiche che non crescono allo stesso ritmo. La cronicità non è più un evento eccezionale: riguarda una quota cre-

scente della popolazione e assorbe ormai oltre il 70% delle risorse sanitarie. Per questo serve un cambio di paradigma: va bene un sistema che risponde ai pazienti acuti, ma ci vuole anche un sistema che risponda ai cronici riacutizzati, un modello capace di accompagnare il paziente lungo tutto il percorso di vita e di malattia. L'obiettivo è ristabilire quell'universalismo reale che passa dalla capacità di garantire continuità, accessibilità e qualità, non solo diritto formale alla cura”.

Il documento propone la figura dello "specialista unico di percorso". Come cambierebbe concretamente la collaborazione tra Mmg e specialisti ospedalieri?

“Lo specialista unico di percorso rappresenta un elemento innovativo del modello. Non si tratta di creare una nuova figura, ma di attribuire una funzione di riferimento clinico stabile lungo tutto il decorso della patologia. Oggi il paziente cronico incontra più specialisti in momenti diversi, spesso senza un coordinamento reale tra loro. Lo specialista (o meglio gli specialisti) di percorso, invece, ha il compito di garantire coerenza clinica, uniformità delle decisioni terapeutiche e raccordo continuo con il medico di medicina generale. Questo non toglie nulla al ruolo del medico di famiglia, anzi: lo valorizza come interlocutore costante del paziente e come garante della continuità assistenziale. La collaborazione diventa bidirezionale: il medico di medicina generale mantiene la visione globale della persona, mentre lo specialista unico di percorso assicura l'appropriatezza e l'aggiornamento tecni-



Pietro Dattolo, presidente dell'Omceo di Firenze, è direttore della Struttura complessa di Nefrologia e Dialisi Firenze II (Ospedale Santa Maria Annunziata, Ospedale Serristori e Ospedale del Mugello) con incarico nel governo clinico della Toscana. Da anni si occupa di organizzazione sanitaria, gestione integrata della cronicità e promozione di modelli assistenziali fondati sulla collaborazione tra professionisti e sulla sostenibilità clinica dei percorsi di cura.

co-scientifico. È un modello di corresponsabilità, fondato su un linguaggio comune, protocolli condivisi e strumenti digitali che permettano un dialogo clinico quotidiano tra professionisti, superando le barriere fisiche tra ospedale e territorio ”.



Il superamento del Cup tradizionale è una delle proposte più innovative. Come funzionerebbe il nuovo sistema di prenotazione in back office e quali vantaggi porterebbe ai pazienti e ai professionisti?

“ Il Cup, per come è oggi concepito, è uno strumento amministrativo che gestisce la prenotazione di singole prestazioni, ma non di percorsi. È perfetto per una visita o un esame isolato, ma non per la gestione continuativa di un paziente cronico. La proposta di un sistema di prenotazione in

back office nasce dall'idea di trasformare la logica della prenotazione in un processo clinico, non burocratico. In pratica, lo specialista o il medico di famiglia, al termine della visita, possono attivare direttamente gli appuntamenti successivi, in base al piano di cura condiviso. Non serve più che il paziente torni allo sportello o cerchi di orientarsi nel sistema: l'intero percorso viene costruito e gestito in modo coordinato da un *team*. Questo permette una migliore programmazione delle agende, riduce i tempi d'attesa e, soprattutto, restituisce al professionista la regia clinica delle decisioni. È un modello che valorizza il tempo del paziente e del medico, semplifica la burocrazia e migliora la qualità percepita del servizio. Inoltre, un sistema di *back office* integrato con le piattaforme digitali regionali consente di raccogliere dati preziosi per il monitoraggio dei percorsi e la valutazione degli esiti ”.



I gruppi multidisciplinari e i day service nelle Case di Comunità sono al centro del modello. Quali risorse e competenze servono per renderli operativi su larga scala?

“ I gruppi multidisciplinari rappresentano il cuore della presa in carico integrata. Sono composti da medici di medicina generale, specialisti ospedalieri, infermieri di famiglia, fisioterapisti, psicologi e assistenti sociali, tutte figure coordinate dalle Aggregazioni funzionali territoriali nelle Case di Comunità. Ognuno contribuisce con una competenza specifica, ma ciò che fa la differenza è la capacità di lavorare insieme, con un linguaggio e una metodologia comuni. Le Case di Comunità, se dotate di personale stabile e di strumenti digitali adeguati, possono diventare il luogo naturale di questa collaborazione. Per renderle operative su larga scala servono tre condizioni: personale formato al lavoro di équipe, piattaforme informatiche interoperabili e un sistema di governance territoriale che ne coordini l'attività. Il day service, inoltre, è un elemento di grande modernità: consente di concentrare in una sola giornata valutazioni cliniche e diagnostiche che oggi richiedono settimane. Questo riduce l'affaticamento del paziente, migliora la tempestività delle decisioni e aumenta l'efficienza complessiva del sistema. Ma tutto ciò richiede senza dubbio investimenti, soprattutto nelle risorse umane e nella capacità organizzativa dei distretti ”.



In che modo questa proposta valorizza il ruolo del medico di medicina generale e ne rafforza la centralità nel percorso di cura del paziente cronico?

“ Il medico di medicina generale è e deve restare il punto di riferimento del cittadino. Il modello che proponiamo rafforza tale paradigma. In un sistema complesso come quello della cronicità, il medico di famiglia è la figura che conosce il contesto del paziente, la sua storia clinica, le sue abitudini e le sue fragilità. Oggi però è spesso lasciato solo, con strumenti informatici limitati e carichi di lavoro che crescono sempre di più. La nostra proposta prevede invece un'integrazione piena: il medico di medicina generale (o meglio le Aggregazioni funzionali territoriali) partecipa e coordina ai gruppi multidisciplinari, accede al fascicolo sanitario elettronico in tempo reale, può interagire con lo specialista unico di percorso e con il *team* di *back office*. In questo modo viene restituita al territorio la sua funzione di regia e di prevenzione. È anche un riconoscimento del valore professionale del medico di famiglia, che deve essere un clinico a tutti gli effetti, inserito in un sistema coordinato e tecnologicamente evoluto. Solo così si può realizzare una vera medicina di prossimità, capace di intercettare precocemente i bisogni e di prevenire l'acuzie ”.



Il modello proposto per la gestione della cronicità nasce in Toscana, ma affronta criticità comuni a tutto il Paese. Secondo lei, ci sono le condizioni perché questa proposta possa diventare un riferimento nazionale per la riforma dell'assistenza territoriale?

“ Sì, il nostro gruppo di lavoro ne è convinto. La Toscana ha una tradizione consolidata di programmazione sanitaria basata sulla qualità, sull'integrazione e sulla partecipazione dei professionisti. Il lavoro del gruppo nasce da un confronto ampio, che ha coinvolto medici, dirigenti, infermieri e rappresentanti delle aziende sanitarie. È un documento tecnico, ma anche un messaggio politico nel senso più alto del termine: la necessità di un Servizio sanitario nazionale che torni a essere capace di programmare, non solo di rispondere. Le criticità che abbiamo analizzato - la frammentazione, la disomogeneità territoriale, la difficoltà di accesso, l'eccessiva burocrazia - sono comuni a tutto il Pa-

se. Per questo il modello toscano può essere una base di lavoro per una riforma nazionale dell'assistenza territoriale. Credo che la forza di questa proposta stia nella sua concretezza: non teorie astratte, ma soluzioni operative, basate sull'esperienza quotidiana dei professionisti. Se il confronto tra Regioni e Ministero della Salute saprà valorizzare queste buone pratiche, potremo costruire insieme un sistema più equo, più moderno e più vicino ai cittadini, in particolare alle persone che soffrono di una malattia cronica ”.

IL MODELLO TOSCANO PER LA CRONICITÀ IN SINTESI

- **Presa in carico attiva:** non è il paziente a cercare l'offerta, ma il sistema che intercetta il bisogno.
- **Team base territoriale** (Mmg /PIs, infermiere, assistente sociale) supportato da **Gruppi multidisciplinari** con specialisti e servizi sociali.
- **Day service della cronicità:** aperti 12 ore, con diagnostica e valutazioni multidisciplinari in un'unica presa in carico.
- **Pai unico e condiviso** tra Mmg e specialisti, con cartella clinica indicizzata e teleconsulto come standard.
- **Specialista unico** che ruota tra strutture per continuità di cura e competenze uniformi.
- **Accesso diretto degli Mmg** a rivalutazioni, PADiC e ricoveri; dopo la prima visita sparisce il passaggio dal Cup (agende interne dedicate).
- **Gestione preventiva delle liste d'attesa** grazie ai percorsi unificati e al coordinamento Mmg-specialisti.
- **Pubblico e accreditato integrati:** lo specialista privato può operare "come pubblico" solo dentro i percorsi Ssn/Ssr.
- **Obiettivo finale:** stabilizzare il paziente cronico attraverso presa in carico parallela e decisioni in tempo reale.



Attraverso il presente **QR-Code** è possibile visualizzare con tablet/smartphone il PDF del documento: il Day service (Ds) nelle Case di comunità e il Gruppo multidisciplinare per la presa in carico della Cronicità (Gmc)