



Università degli Studi dell'Insubria
Corso di Dottorato di ricerca in
Medicina e Scienze Umane
Coordinatore: Chiar.mo Prof. Giuseppe Armocida

La rete di assistenza alla cronicità: epidemiologia di un fenomeno sanitario e socio-culturale

Tesi di Dottorato
Dr.ssa Gaetana Silvia Rigo
Matricola n. 609869

Docente Guida: Prof. Giuseppe Armocida

Anno Accademico 2013/2014

INDICE

1. INTRODUZIONE pp. 2-8
2. PATOLOGIE CRONICHE IN LOMBARDIA: PREVALENZE NELLA POPOLAZIONE ANZIANA pp. 9-21
3. PERCHE' LE AGGREGAZIONI DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE (MMG) E PERCHE' LE AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI (AFT) pp. 22-33
4. LINEE GUIDA, PROTOCOLLI, PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA) pp. 34-42
5. LA MEDICINA DI INIZIATIVA: NUOVI RUOLI PER IL MEDICO E PER IL PAZIENTE. RAPPORTI DA RIDEFINIRE pp. 43-50
6. LA SPERIMENTAZIONE CHRONIC RELATED GROUP (CReG): LE FRAGILITA' DI SISTEMA pp. 51-59
7. OSPEDALE E TERRITORIO: SCAMBIO TRA PUNTI DI ARRIVO E PUNTI DI PARTENZA pp. 60-66
8. CARENZE DEL TERRITORIO: L'OPPORTUNITA' DEI PRESIDI OSPEDALIERI TERRITORIALI (POT) pp. 67-74
9. LA CENTRALITA' DELL'ANZIANO: DISLIVELLI DI PENSIERO TRA SOCIETA' E FAMIGLIA pp. 75-80
10. CONCLUSIONI pp. 81-82

1. INTRODUZIONE

L'argomento preso in esame si presta a svariate riflessioni, contemplando ambiti di studio che lasciano lo spazio sanitario a favore di ragionamenti a matrice sociale, psicologica, filosofica e antropologica. Per questo motivo è stato necessario ed anche naturale scegliere il "taglio" che meglio si addice al percorso di studio, alla preparazione ed alla professione di chi scrive. Si è quindi privilegiato un punto di vista medico-sanitario, senza trascurare la complessità del contesto nel quale si cerca di "governare" - nel senso di governo clinico, ma pure nel significato di politica sanitaria - i percorsi dei pazienti affetti da malattie croniche, nell'ottica di un miglioramento delle condizioni di salute, nei termini di maggiore sopravvivenza e di migliore qualità della vita.

E' noto che i pazienti affetti da una patologia cronica - o da una combinazione di malattie croniche (pluripatologie) - hanno un rischio di morbilità e di mortalità più alto rispetto al resto della popolazione indenne. Non è però scontato che la malattia degeneri - come fa intendere la denominazione di uso corrente di malattia cronico-degenerativa, peggiorando la qualità della vita della persona in termini di deterioramento delle proprie funzioni e riduzione della propria autonomia. Per evitare ciò è indispensabile mettere in atto una sequenza di azioni

perfettamente concatenate sia di salute pubblica, a impronta preventiva, sia di tipo clinico assistenziale nei confronti del singolo paziente. Infatti, la consapevolezza dell'individuo gioca un ruolo determinante, configurandosi come fattiva partecipazione inizialmente al percorso di salute e poi, eventualmente - nel caso di diagnosi di malattia - al piano di cura. La gran parte del lavoro degli operatori della sanità in tema di malattie croniche consiste nella divulgazione approfondita della conoscenza dei fattori di protezione e dei fattori di rischio rispetto alle malattie medesime. Segue una sensibilizzazione alle possibilità offerte dalle tecniche di diagnosi precoci (screening), all'interno di uno schema epidemiologicamente definito di correlazione tra malattie, fasce di età e sesso. Infine, nel terreno delle singole specialità, si delineano i percorsi di cura specifici per la patologia e adatti al singolo malato.

Appare evidente che i portatori di interessi, all'interno del panorama appena tracciato per sommi capi, sono diversi, in un intersecarsi di distinte competenze e di professionalità. L'esortazione, che oramai risuona come un eco - sempre più affievolito dal passare del tempo, a porre il paziente al centro dovrebbe concretizzarsi in un reale coordinamento tra gli operatori. In questa maniera, il paziente risulterebbe al centro di una "rete", dove ogni singolo aspetto del suo stato di salute è

scorporato, analizzato, riassembleto e restituito al legittimo proprietario, contribuendo a costruire l'unicità della cosiddetta "presa in carico". A questo punto del discorso, corre l'obbligo di passare dal tempo indicativo a quello condizionale, perché mancano ancora parecchi presupposti affinché si passi da un attuale impianto che sembra ispirarsi alle regole del ping pong tra specialisti ospedalieri, specialisti territoriali, medici di medicina generale e unità di pronto soccorso, alla creazione di un punto fermo con al centro i bisogni del paziente e di chi lo accompagna.

Ad oggi, si potrebbe dire che il monito di "mettere il paziente al centro" si sia evoluto verso la raccomandazione di creare reti funzionali ai processi interni ed ai percorsi esterni degli utenti. Infatti, non mancano esempi in tal senso: reti di patologia, rete dell'emergenza, rete dei punti nascita, rete delle alte specialità, rete dei trapianti, rete di cure palliative, rete di terapia del dolore, rete dei servizi di medicina di laboratorio, rete ospedaliera, rete territoriale. In realtà, ogni rete, con le sue caratteristiche, dovrebbe rappresentare punti di erogazione distinti per attribuzione di ruoli, compiti e funzioni di livello differente in un sistema omogeneo. Proprio le differenze, piccole o grandi, tra i punti che costituiscono una rete di offerta sanitaria dovrebbero consentire una rimodulazione in via

preliminare degli investimenti ed una programmazione della attività in linea con la peculiare vocazione della struttura. La logica dominante vorrebbe essere quella della appropriatezza degli accessi ai diversi servizi in base ad una corretta classificazione della domanda espressa. Infatti, il paradigma della cura centralizzata nell'ospedale risulta un generatore di costi quando si tratta di malattie croniche. Quindi, lo spostamento dell'asse di cura della cronicità dall'ospedale al territorio è imposto anche da una insostenibilità attuale dal punto di vista economico-finanziario.

Come si potrà evincere dal secondo capitolo, la dimensione del problema, in termini numerici, è assai rilevante, stante la crescente prevalenza delle patologie croniche in una popolazione che dimostra una tendenza continua ad una durata della vita più lunga. Lo snodo fondamentale di una rete che si dirama dal territorio all'ospedale e in direzione opposta risulta il medico di medicina generale, il quale riacquista, a sua volta, una centralità che era risultata - nei passati decenni - a tratti sfumata. Poiché anche il medico di medicina generale deve operare in un ambito di sicurezza e di qualità delle cure, si stanno configurando le aggregazioni tra MMG, arginando sempre più il fenomeno della autoreferenzialità e, di conseguenza, della disparità tra piani di cura per le stesse patologie (capitolo 3). Gli

strumenti operativi a disposizione dei medici, sia di quelli ospedalieri sia di quelli che afferiscono ad ambulatori extra-ospedalieri, sono descritti nel capitolo 4. Si tratta di documenti discendenti da organizzazioni internazionali e via via calati nelle realtà di dimensioni inferiori, fino ad una condivisione ed un adattamento nella realtà locale (provinciale - ASL, e aziendale - AO). Per quanto riguarda le malattie croniche, il risultato finale dovrebbe essere un Piano Assistenziale Individuale (PAI), frutto delle scelte operate di concerto tra i diversi professionisti, in sostanziale accordo con quanto previsto dalle più autorevoli società scientifiche esperte nella materia. Il Piano è uno strumento a disposizione del medico, per seguire il paziente nella successione degli esami e dei controlli calendarizzati, ma al contempo risulta una mappa per il paziente, che conosce la programmazione relativa agli interventi sanitari che lo riguardano. Nel capitolo successivo si scrive quindi di un nuovo rapporto tra medico e paziente, anzi, meglio, di una nuova fase nella storia del rapporto tra medico e paziente. Si tratta di una lunga storia, sulla quale si è soffermato un riflessivo e meditato pensiero medico-filosofico, nello studio delle diverse epoche dell'arte medica. Non è ancora stato scritto l'ultimo, per ora, capitolo di una, almeno parziale, rivoluzione, alla quale assisteremo nei prossimi anni. Sotto la spinta delle esigenze di

una gestione integrata della cronicità, e sulle tracce di una sostenuta medicina preventiva, la medicina di iniziativa si sta guadagnando un posto di prim'ordine nel panorama medico, come descritto del capitolo 5. Senza uscire dai confini di Regione Lombardia, si affronta poi, con l'ausilio degli elementi a disposizione, la sperimentazione Chronic Related Group (CReG), valutando le potenzialità di un progetto ancora in via di sviluppo (capitolo 6). A fronte di diverse pianificazioni regionali in tema di assistenza alla cronicità, a livello nazionale appare ubiquitariamente emergente il problema della carenza di servizi sul territorio. In Regione Lombardia, all'interno di un più ampio discorso che investe le strutture intermedie, si è aperto il fronte della conversione e riqualificazione dei piccoli ospedali in presidi territoriali, sul modello delle Case della salute emiliane (capitoli 7 e 8). Si tratta di trovare forme di aggregazione funzionali ad una presa in carico il più possibile continua dei malati cronici, con una maggior resa in termini di esiti e di efficacia delle cure, oltre che un risparmio nell'ottica di costi - a carico della sanità, e di tempo - a carico dei pazienti e dei loro familiari. Al termine di questa disamina e prima della conclusione sembra doveroso un passaggio sul valore dell'età senile, al di là di tutto quanto detto a proposito delle malattie croniche che affliggono una parte consistente della popolazione anziana (capitolo 9). Perché, se le

parti finora chiamate in causa sono state prevalentemente i servizi ospedalieri e quelli territoriali, la famiglia e la sua capacità di accoglienza, in rapporto con i valori socialmente promossi, risulta forse la protagonista del cambiamento verso un futuro più sereno per tutti gli anziani, anche per quelli affetti da patologie croniche.

2. PATOLOGIE CRONICHE IN LOMBARDIA: PREVALENZE NELLA POPOLAZIONE ANZIANA

Prima di addentrarsi nella materia della assistenza alla cronicità e di iniziare a valutare le soluzioni finora immaginate e sperimentate in Regione Lombardia, occorre possedere qualche coordinata per inquadrare in modo uniforme un problema così eterogeneo. Le fonti dalle quali attingere i primi dati per comprendere ed abbracciare il quadro nella sua complessità sono molteplici e potrebbero creare, nelle loro seppur piccole differenze, qualche difficoltà di interpretazione. Al fine di una reale semplificazione che consenta di raggiungere più rapidamente possibile il cuore della questione, si sceglie di far riferimento al documento che guida le scelte della Regione per l'anno corrente: le cosiddette “Regole per l'anno 2014”¹. Infatti, prima di declinare le diverse tematiche affrontate al suo interno, si rende un quadro d'insieme, con le proiezioni dei trend già consolidati in ambito socio-sanitario.

I primi numeri forniti riguardano, non a caso, i malati cronici, dovendo ancora una volta considerare emergente la questione della cronicità: si contano 3.000.000 di pazienti cronici, i quali rappresentano il 30% della popolazione totale.

¹ Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2014 (di concerto con l'Assessore Cantù), Deliberazione n. X/1185, seduta del 20/12/2013.

Questo dato è già di per sé alquanto allarmante, pur potendo trovare una soddisfacente spiegazione in diversi fattori: nel costante invecchiamento della popolazione del nostro Paese; nel miglioramento delle tecniche diagnostiche - che permettono indirettamente di aumentare, rispetto tempi appena passati, il numero delle persone affette da malattia; nella maggior sensibilizzazione/attenzione della popolazione verso i primi sintomi di malattia, anche grazie al moltiplicarsi delle campagne di prevenzione; nel modificarsi, al ribasso, dei valori soglia per distinguere tra salute e patologia rispetto diversi indicatori (valori pressori, valori glicemici, etc.). Il primo punto, cioè l'invecchiamento generale della popolazione, necessita di una ulteriore spiegazione, poiché si corre il rischio di dare ormai per consolidato un dato in continua evoluzione, anche nel panorama europeo. In Italia i processi demografici, che perdurano ormai da diversi anni, sono riconducibili in primis all'incremento della popolazione in età anziana, ma pure alla riduzione di quella in età giovanile, all'aumento della sopravvivenza e al contenimento della fecondità, ben al di sotto del livello di sostituzione delle generazioni (2,1 figli per donna). In ragione di tali fattori, il rapporto tra gli anziani e i giovani ha assunto proporzioni notevoli nel nostro Paese, raggiungendo, al primo gennaio 2012,

quota 148,6%². Peraltro, l'Italia tra il 2011 e il 2012 è salita nella graduatoria dell'indice di vecchiaia dei ventisette Paesi europei, collocandosi al secondo posto dopo la Germania: aumenta quindi, in misura maggiore, l'invecchiamento della popolazione in Italia rispetto agli altri paesi (Fig. 1). A livello regionale, nell'anno 2012 la Liguria (236,2%) ha detenuto l'indice di vecchiaia più elevato, come si conferma ormai da anni, seguita da Friuli-Venezia Giulia (189,6%) e Toscana (186,0%). La Campania risulta oramai storicamente la regione con l'indice di vecchiaia più basso (102,7%); ciò nonostante, presentando per la prima volta un indice superiore al 100%, porta l'Italia a non avere più nessuna regione con un numero di giovani superiore a quello degli anziani. La Lombardia, di cui ci occupiamo più diffusamente, all'1 gennaio 2012 presenta un indice di vecchiaia pari a 145,6%, risultando all'ottava posizione partendo dal basso nel grafico regionale.

Ad ogni buon conto, sembra meritevole di maggior attenzione il fatto che il 30% della popolazione residente di cui sopra assorbe il 70% della spesa sanitaria totale, relativamente ad attività di ricovero e di cura, di specialistica ambulatoriale ed al consumo di farmaci.

² L'indice di vecchiaia è un rapporto demografico di composizione, definito come il rapporto percentuale tra la popolazione in età anziana (65 anni e più) e la popolazione in età giovanile (meno di 15 anni). Si tratta di uno dei possibili indicatori demografici (es. indice di dipendenza anziani, età media, indice di ricambio) adatto a misurare il livello di invecchiamento di una popolazione.

Però, i tre milioni di pazienti cronici lombardi soffrono di una compromissione che non riguarda esclusivamente la sfera clinica, essendo più correttamente una condizione di cronicità sociale e sanitaria: sono compresi, infatti, anziani non autosufficienti, persone con disabilità, persone affette da dipendenze da sostanze, etc. Per meglio quantificare il peso della sottoclasse, si tratta di circa 600.000 unità, ossia il 20% dei tre milioni di cronici della Regione.

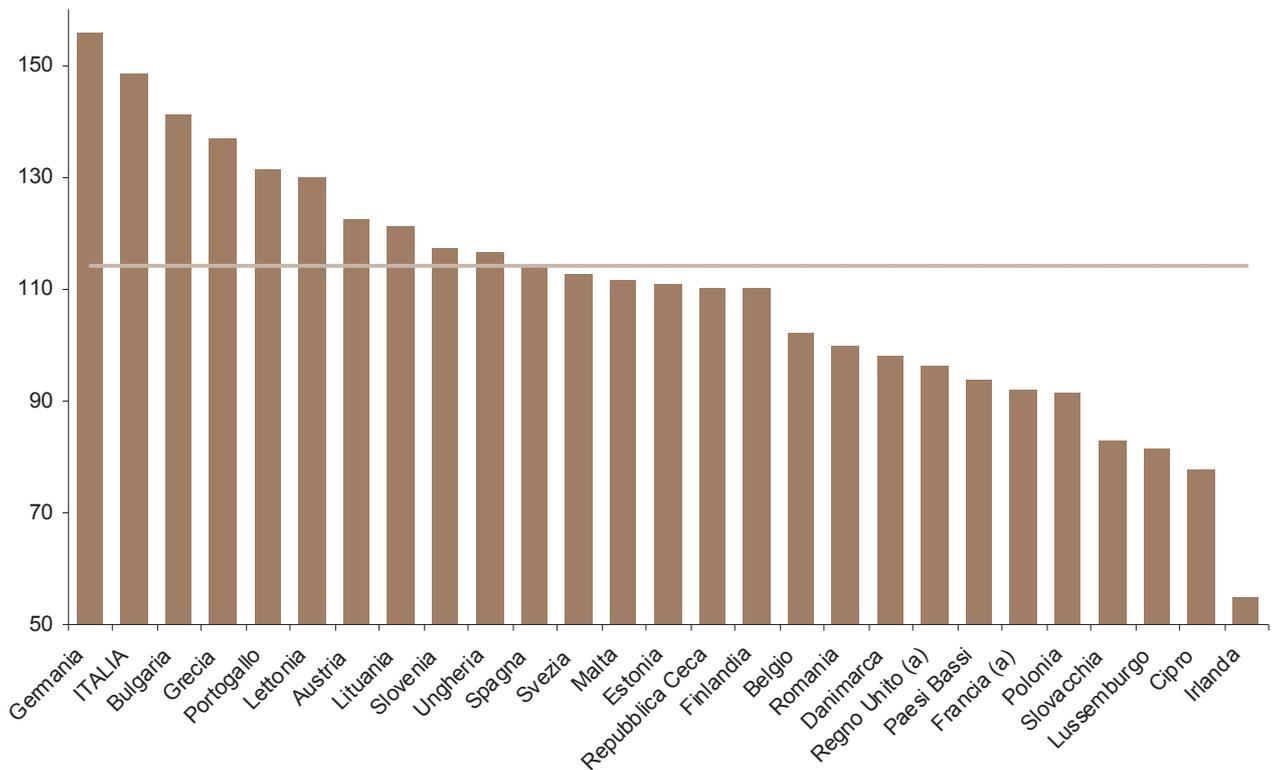


Figura 1: Elaborazione Istat su dati Eurostat, Demography

| REGIONI RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE | 2002 | 2012 | Differenze 2002-2012 |
|--|--------------|--------------|-------------------------|
| Piemonte | 176,1 | 181,0 | 4,9 |
| Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste | 148,6 | 152,0 | 3,4 |
| Liguria | 241,8 | 236,2 | -5,6 |
| Lombardia | 138,2 | 145,6 | 7,4 |
| Trentino-Alto Adige/Südtirol | 105,8 | 120,1 | 14,3 |
| <i>Bolzano/Bozen</i> | <i>92,1</i> | <i>111,8</i> | <i>19,7</i> |
| <i>Trento</i> | <i>120,8</i> | <i>128,7</i> | <i>7,9</i> |
| Veneto | 135,8 | 144,2 | 8,4 |
| Friuli-Venezia Giulia | 187,2 | 189,6 | 2,4 |
| Emilia-Romagna | 192,3 | 169,6 | -22,8 |
| Toscana | 192,2 | 186,0 | -6,2 |
| Umbria | 186,1 | 181,0 | -5,1 |
| Marche | 168,9 | 170,8 | 1,8 |
| Lazio | 130,4 | 146,3 | 15,9 |
| Abruzzo | 147,2 | 167,6 | 20,4 |
| Molise | 148,2 | 178,3 | 30,1 |
| Campania | 77,2 | 102,7 | 25,5 |
| Puglia | 95,7 | 130,3 | 34,6 |
| Basilicata | 119,3 | 154,2 | 34,9 |
| Calabria | 103,0 | 135,6 | 32,6 |
| Sicilia | 99,2 | 127,0 | 27,8 |
| Sardegna | 116,8 | 164,6 | 47,8 |

Figura 2: Anno 2002 Istat, Ricostruzione intercensuaria; Anno 2012 Istat, Rilevazione della popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile (Posas)

Sin da questo primo avvio di discorso, è chiaro che si intende la cronicità come un problema soprattutto a causa dei cospicui costi che ne discendono, in mancanza di un sistema in grado di offrire risposte secondo i principi della efficienza e della efficacia in sanità. Il trattamento delle persone con cronicità è tuttora legato quasi in via esclusiva all'assistenza ospedaliera. Addirittura, in alcuni presidi ospedalieri i pazienti cronici arrivano a coprire più del 90-95% della casistica, mettendo fortemente in discussione il concetto di ospedale per acuti. Infatti, numerosi ospedali per acuti trattano in realtà episodi insorti in pazienti affetti da patologia cronica, cioè il paziente si presenta nell'ospedale quando la malattia si è sviluppata al punto

di tradursi in evento acuto o in complicanza a lungo termine. Questo approccio risulta molto costoso, anche in termini di salute perché si perdono tutti i benefici che deriverebbero dal prendersi cura della propria condizione in uno stadio iniziale o meno avanzato. Per avere una stima della realtà ospedaliera nell'area di interesse, si ricorda che in regione Lombardia al 2009 si contavano 134 Istituti di cura, per un totale di 37.413 posti letto³.

Inoltre, conviene ricordare che gli ospedali risultano oggi stressati dal punto di vista economico e, di conseguenza, organizzativo anche sotto la pressione e la tensione della crisi economico-finanziaria, in un contesto financo internazionale che impone il ridimensionamento delle risorse a disposizione per l'erogazione dei servizi. Per il 2014 è stata pianificata un'ulteriore consistente riduzione del livello di finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale (1 miliardo di euro a decorrere dall'anno 2014, ex legge n. 228/2012)⁴, che si inserisce in un contesto problematico rispetto al controllo della spesa pubblica e del numero dei posti letto ospedalieri che a regime dovrebbe attestarsi a 3,7 posti letto ogni mille abitanti (di cui lo 0,7 riservato alla riabilitazione e alla lungodegenza, ex legge

³ Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute.

⁴ Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge di stabilità 2013). GU Serie Generale n.302 del 29.12.2012 - Suppl. Ordinario n. 212.

135/2012)⁵. A queste riduzioni si aggiunge la revisione dello standard di riferimento pro capite per l'attività di ricovero ospedaliero, passato da 180 a 160 ricoveri ogni mille abitanti (di cui il 25% si riferisce ai ricoveri diurni). Gli indicatori di offerta ospedaliera⁶, in questi ultimi anni, hanno presentato una forte tendenza alla riduzione tanto che sono stati presi diversi provvedimenti, di carattere nazionale e regionale, finalizzati a promuovere lo sviluppo di un modello di rete ospedaliera integrato con l'assistenza territoriale. Tale riorganizzazione continuerà ad essere richiesta alle regioni nei prossimi anni, soprattutto qualora presentino un'offerta di posti letto inferiore allo standard consentito dalla normativa (4,5 posti letto per mille abitanti, che scendono a 3,7 con la normativa del 2012) (Fig. 3).

⁵ Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, recante disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini. GU n.189 del 14.8.2012 - Suppl. Ordinario n. 173.

⁶ Gli indicatori di offerta ospedaliera del SSN in Italia sono rappresentati dal numero degli istituti di cura e il numero di posti letto ordinari per abitante, mensilmente utilizzati dalle strutture pubbliche e private accreditate.

| Regioni | Posti letto per 1.000 abitanti |
|------------------------------|--------------------------------|
| Piemonte | 3,8 |
| Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste | 3,8 |
| Liguria | 3,7 |
| Lombardia | 3,9 |
| <i>Bolzano/Bozen</i> | 3,9 |
| <i>Trento</i> | 4,2 |
| Veneto | 3,5 |
| Friuli-Venezia Giulia | 3,6 |
| Emilia-Romagna | 4,0 |
| Toscana | 3,2 |
| Umbria | 3,0 |
| Marche | 3,6 |
| Lazio | 3,9 |
| Abruzzo | 3,5 |
| Molise | 4,3 |
| Campania | 2,9 |
| Puglia | 3,5 |
| Basilicata | 3,2 |
| Calabria | 3,2 |
| Sicilia | 3,0 |
| Sardegna | 3,7 |
| Italia | 3,5 |

Figura 3: I dati si riferiscono al settore pubblico che comprende anche il privato accreditato e includono i posti letto ordinari degli Istituti di cura pubblici e delle case di cura private accreditate. Il denominatore utilizzato per il calcolo dell'indicatore dei posti letto per abitante è la popolazione media residente. Elaborazione Istat su dati del ministero della Salute, anno 2010

Indiscutibilmente, l'ospedalizzazione è di fondamentale rilevanza nella cura della salute, in quanto preposta al trattamento delle malattie gravi/acute; questa tipologia di assistenza assorbe la quota più consistente della spesa sanitaria pubblica totale. Le patologie per cui è più frequente il ricorso all'ospedale e anche quelle per cui è più elevata la mortalità sono i tumori e le malattie del sistema circolatorio.

I ricoveri in regime ordinario (con pernottamento) per queste diagnosi sono diminuiti nel tempo. A livello nazionale, la diminuzione nell'ultimo decennio è stata più evidente per le

malattie del sistema circolatorio (-17,9% tra 2001 e 2010) che per i tumori (-12,8 %). Questa differenza dipende dalla tendenza a trattare le malattie cardio-vascolari in contesti assistenziali diversi (day hospital o ambulatori), oltre che da un possibile miglioramento del quadro nosologico.

A livello addirittura mondiale, le malattie non trasmissibili costituiscono la principale causa di morte. Oltre il 60% del totale dei decessi/anno sono causati principalmente da malattie cardiovascolari, diabete, cancro e malattie respiratorie croniche. Secondo le proiezioni, poiché l'impatto delle malattie non trasmissibili è in aumento e la popolazione sta invecchiando, il numero annuo dei decessi dovuti a queste patologie è destinato a crescere in tutto il mondo. Si stima che, ad oggi, l'ipertensione causa 7,5 milioni di decessi nel mondo, trattandosi di uno dei principali fattori di rischio per le malattie cardiovascolari; il sovrappeso e l'obesità causano 2,8 milioni di morti, essendo in modo direttamente proporzionale legati al rischio di malattie cardiache, ictus e diabete; l'ipercolesterolemia causa 2,6 milioni di decessi l'anno, aumentando anch'essa il rischio di malattie cardiache e ictus. L'impatto della cronicità non si misura soltanto con i tassi di mortalità ma pure attraverso una analisi di macroeconomia, dalla quale si percepisce anche il danno in termini di perdite di produzione di reddito nazionale.

Molte delle malattie croniche appena elencate si possono prevenire adottando stili di vita salutari fin dall'età giovanile. Il programma “Guadagnare Salute” (Gaining in health) della Regione europea della Organizzazione Mondiale della Sanità è stato adottato anche in Italia a far data dal 2007, sostenendo interventi economici (per esempio: tassazione sui prodotti a base di tabacco e bevande alcoliche), sanitari (per esempio: riduzione del contenuto di sale negli alimenti, sostituzione degli acidi grassi insaturi con grassi polinsaturi) e di comunicazione (informazione sui rischi) per contrastare la diffusione dei principali comportamenti dannosi per la salute: fumo, alcol, stili alimentari non salutari e sedentarietà.

La tipologia dei bisogni derivanti dalle situazioni di cronicità richiede dunque un cambio di paradigma: il modello interpretativo non può essere quello della erogazione delle prestazioni e del loro finanziamento, bensì uno nuovo centrato sulla presa in carico integrata della persona, a partire dalla prevenzione. A sua volta, la “presa in carico” deve reggersi sul pilastro della continuità di assistenza tra servizi territoriali e servizi ospedalieri, attraverso percorsi articolati in accessi ai servizi sanitari e a quelli socio-sanitari. Come già anticipato, il sistema ospedaliero è appesantito da seri problemi di sostenibilità economica, derivanti in grande misura da una inappropriatezza

nell'accesso ai servizi. Sono in corso - e saranno oggetto dei prossimi capitoli - sperimentazioni di modelli di valutazione multidimensionale del bisogno espresso, sia dai pazienti sia dalle loro famiglie. A questo ultimo proposito, sappiamo che quando sul piano della cronicità si innestano i segni della fragilità, l'impegno ed il coinvolgimento delle famiglie diventa assai oneroso, sul piano della cura al domicilio - ove possibile - e su quello delle implicazioni emotive e relazioni tra i membri della famiglia stessa.

Quindi, i fattori positivi dovuti al progresso in campo medico (interventi di prevenzione, capacità di cura, sistema del soccorso nei casi di urgenza) hanno certamente e favorevolmente contribuito ad un innalzamento della speranza di vita. Per circoscrivere il fenomeno alla regione Lombardia, basti ragionare sui dati riferiti alla speranza di vita alla nascita, distinti per sesso: nell'anno 2001, maschi 76,6 femmine 83,0; nell'anno 2011, maschi 79,9 femmine 84,77. Tuttavia, questo aspetto deve fare i conti con l'aumento delle cronicità (Fig. 4). La cronicità, però, non si deve associare solamente alla popolazione anziana, perché anche persone con molto gravi disabilità hanno una speranza di vita più lunga di quanto si potrebbe immaginare. Quindi, è più corretto contemplare il problema della cronicità socio-sanitaria, in

⁷ Istat, tavole di mortalità della popolazione residente, sistema di nowcast per indicatori demografici.

un ragionare guidato dal concetto della complessità clinica e delle intensità di cura e assistenziale. L'obiettivo perseguito anche mediante le Regole 2014 è quello di ricomporre l'assistenza che oggi appare frammentata sia all'interno della componente sanitaria sia in quella sociale.

| | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|---|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| person e con almeno una malatti a cronica | 34,6 | 35,6 | 34,3 | 38,4 | 35,6 | 33,5 | 36,7 | 36,6 | 34,7 | 34,9 | 36,9 | 38,3 | 36,2 | 38,2 | 39,3 | 38,8 | 39,3 | 39,5 | 41,2 | 36,9 |
| person e con almeno due malatti e cronich e | 17,1 | 16,9 | 16,9 | 19,1 | 15,9 | 14,9 | 16,1 | 17,8 | 17,4 | 16,9 | 19,2 | 18,6 | 17,8 | 18,4 | 18,1 | 19,2 | 19,2 | 18,3 | 21,5 | 17,5 |
| person e con diabete | 2,6 | 2,8 | 2,7 | 3,3 | 3,5 | 2,1 | 3,3 | 3,3 | 3,2 | 3,2 | 3,3 | 3,6 | 4,2 | 3,9 | 3,4 | 4,6 | 4,5 | 3,6 | 5,5 | 4,6 |
| person e con iperten sione | 10,1 | 9,3 | 9,7 | 10,5 | 10,1 | 9,4 | 10,5 | 13,1 | 10,7 | 11,1 | 13,1 | 14,3 | 13,5 | 14,1 | 15,3 | 15,6 | 14,7 | 14,9 | 17,1 | 14,9 |
| person e con bronch ite cronica , asma bronch iale | 6,7 | 6,1 | 6,3 | 7,1 | 5,8 | 5,4 | 6,1 | 5,4 | 5,6 | 5,9 | 5,2 | 6,3 | 6,1 | 6,6 | 5,6 | 6,3 | 5,4 | 5,8 | 6,4 | 5,1 |
| person e con malatti e del cuore | 3,8 | 4,2 | 4,4 | 3,8 | 3,6 | 3,6 | 4,4 | 3,9 | 3,7 | 4,1 | 4,4 | 3,3 | 4,4 | 3,4 | 4,4 | 4,3 | 4,4 | 3,3 | 3,5 | 3,5 |

Figura 4: Persone con presenza di alcune malattie croniche per tipo di malattia e anno (per 100 persone con le stesse caratteristiche), Fonte Istat, dati Regione Lombardia

3. PERCHE' LE AGGREGAZIONI DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE (MMG) E PERCHE' LE AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI (AFT)

Tenendo come filo conduttore della presente disamina le Regole 2014, all'interno del paragrafo intitolato "Il governo dell'assistenza territoriale e della cronicità"⁸, si trovano le direttive per una nuova "continuità di sistema". Come primo punto, rimane fermo e chiaro l'obiettivo di garantire al malato cronico il miglior compenso clinico, ritardando il danno d'organo, le acuzie, l'invalidità e la disabilità, con le conseguenti ricadute sulla riduzione dei consumi sanitari ed il contenimento della spesa. Dal punto di vista pratico, si delineano i contorni di un sistema integrato, dove esiste un raccordo costante tra MMG, operatori territoriali, specialisti e mondo ospedaliero. È in questa prospettiva che si apre la via alle Aggregazioni Funzionali Territoriali. Secondo una breve definizione, contenuta nelle stesse Regole, l'AFT è monoprofessionale, tra pari, fondata sulla condivisione di obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit⁹. Senza anticipare i contenuti del capitolo 4, si cerca di valutare il valore della "aggregazione", esaminando per prima la realtà di una più

⁸ Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2014 (di concerto con l'Assessore Cantù), Deliberazione n. X/1185, seduta del 20/12/2013, cap. 2.4, "Interventi per il governo della cronicità" cap. 2.4.1, pp. 36-37.

⁹ Id, "La medicina convenzionata territoriale: accordi integrativi regionali", cap. 2.4.5, p. 43.

piccola forma di coesione risultante nella medicina associativa dei MMG.

Il medico di medicina generale è una figura in rapida evoluzione. Il sistema sanitario, infatti, sta evolvendo e con esso si trasformano anche i suoi membri. Si può tracciare un modello di cambiamento, ancora fluido e assai dinamico¹⁰: dal medico di medicina generale isolato alla aggregazione funzionale e organizzativa di MMG come baricentro di un sistema. L'archetipo del medico isolato consiste in un professionista che lavora da solo e fornisce singole prestazioni su richiesta del malato, avendo un comportamento prevalentemente clinico-prescrittivo e assai dipendente dalla formazione individuale, con anche considerevoli difformità tra diversi MMG. Le prime forme di associazionismo - con riferimento a quello "semplice" - sono state determinate da spinte di natura economica e logistica. Le forme più avanzate - associazionismo in gruppo e in rete - hanno sostanzialmente riprodotto in forma allargata il modello precedente, senza modificare l'approccio culturale e quindi senza un reale beneficio per il paziente. Infatti, si è trattato di realtà che a loro volta tendono all'isolamento. Una vera rottura rispetto al passato è stata introdotta con l'arrivo dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) per la gestione

¹⁰ C. Scarcella, F. Lonati, *Metodologie e strumenti per la gestione delle cure primarie: modelli ed esperienze a confronto*, Maggioli Editore, 2012, pp. 10-13.

integrata territorio-ospedale. Il PDTA ha costretto il MMG a confrontarsi con il livello specialistico, oltre che con i colleghi, incrinando uno dei cardini della variabilità clinico-prescrittiva. Il percorso intrapreso ha trovato un ulteriore momento di consolidamento con lo strumento dell'audit clinico, per cui ciascun medico ha iniziato a confrontarsi con i colleghi, generalmente all'interno di "Gruppi di miglioramento", sulla base di indicatori misurabili e confrontabili. Infatti, il MMG produce risultati non solo sul singolo assistito, ma sull'insieme degli assistiti che presentano quadri clinici sovrapponibili, diventando un osservatore privilegiato a supporto della programmazione di sistema. Oggi il MMG è l'attore che si trova nella posizione migliore per garantire la continuità nel tempo del percorso di cura per i malati cronici: conosce i problemi di salute, la storia sanitaria, il contesto familiare e di vita, le abitudini, gli elementi di fragilità e di potenzialità dell'assistito e della sua famiglia. Per queste ragioni, è immaginabile una programmazione di interventi preventivi personalizzati e contestualizzati, valorizzando l'alleanza con i familiari e avvalendosi della consulenza di diversi specialisti.

Le malattie croniche, ed i loro portatori, hanno caratteristiche peculiari rispetto alle malattie acute e richiedono particolari accorgimenti per instaurare una relazione terapeutica

ed una cura efficaci¹¹. Non è inutile ricordare che più della metà dei pazienti affetti da malattie croniche non mette in atto le terapie prescritte. La malattia cronica insinua nel paziente un sentimento di incertezza rispetto al futuro, sui piani personale, familiare, professionale ed economico, con un costante senso di perdita della propria integrità. Il MMG ha un compito fondamentale, rendendo il paziente in grado di farsi carico della propria malattia, attraverso anche un sostegno emotivo e motivazionale, oltre che trasmettendo le conoscenze e le abilità tecniche per realizzare una buona cura. Da queste considerazioni, alla fine degli anni Settanta si è sviluppato un approccio di “Educazione Terapeutica” per affrontare la cronicità. L’OMS, sul finire degli anni Novanta, ha sancito il cambiamento di prospettiva dal modello biomedico della medicina acuta - incentrato sulla malattia e sul suo trattamento - al modello biopsicosociale, nel quale viene dato ampio spazio alla persona portatrice della malattia, al suo stile di vita, alla sua vita familiare, sociale, lavorativa, alle sue preoccupazioni, etc. L’educazione terapeutica è un processo continuo, che vede il MMG in rapporto con tutta la filiera di specialisti impegnati nell’aiutare il paziente a gestire i vari aspetti della propria patologia. Evidentemente, cambia la relazione tra medico e

¹¹ Id, pp. 165-168.

paziente, assumendo il curante un ruolo di accompagnamento, ma di questo si tratterà nel capitolo 5.

Sicuramente oggi si attraversa una fase in cui occorre rifondare la medicina generale, rinforzando anche il patto di fiducia tra medico e cittadino che oggi costituisce purtroppo un elemento di debolezza nel governo della salute della comunità intera. In Lombardia è diventato operativo l'accordo regionale tra le Asl e le organizzazioni sindacali dei medici di medicina generale per il 2014. L'atto, deliberato dalla giunta regionale con l'approvazione della pre-intesa, si colloca in continuità con il suo analogo del 2013 e quindi saranno assegnate alle Asl le quote relative alle risorse aggiuntive regionali per il mantenimento del riconoscimento economico delle forme associative e del personale di studio, nonché le quote relative ai Fondi di qualificazione dell'offerta, oltre alla riconferma delle medesime risorse per i medici di continuità assistenziale, medicina dei servizi e medici di emergenza urgenza. Per la piena attuazione della Legge Balduzzi (189/2012) è stato stabilito un crono programma: entro il 31 marzo 2014 le parti si impegnano a definire i criteri di applicazione degli articoli 26 bis e 26 ter del vigente Acn, integrato con le novità della Balduzzi e delle eventuali indicazioni contenute nel Patto per la salute e nel nuovo accordo collettivo; entro il 30 giugno le Asl devono

presentare i progetti sulla base dei criteri comunicati, indicando la sostenibilità delle soluzioni indicate; entro il 30 settembre Regione e sindacati si impegnano a presentare un documento con le linee di indirizzo per il successivo accordo regionale; entro il 31 dicembre 2014 dovrà essere sottoscritto l'accordo regionale 2015.

Peraltro, se per un verso le risorse aggiuntive derivanti dall'associazionismo aggiungono fattori positivi, le stesse possono al contempo generare difficoltà in contesti metropolitani od urbani, tenendo conto del concetto di prossimità ai malati. Ad ogni modo, le regioni più evolute orientano le prestazioni sanitarie verso la medicina territoriale, agevolando e promuovendo forme di aggregazione che consentono la razionalizzazione dei servizi erogati fuori dalle strutture ospedaliere e un potenziamento dell'assistenza domiciliare. La cooperazione di medicina generale - nelle forme di medicina in associazione, in rete o in gruppo (Fig. 5) - ha certamente avuto un certo rilievo in alcune regioni (per esempio, Emilia Romagna, e Toscana), compresa la Lombardia. I risultati del lavoro fin qui svolto si sono concretizzati nella promozione e gestione di banche dati clinici, nella gestione dei fattori di produzione (personale, tecnologia diagnostica, gestione di cure domiciliari). In questa direzione si collocano le sperimentazioni e

le attuazioni regionali, che prevedono l'individuazione di aggregazioni funzionali territoriali, con la partecipazione obbligatoria di un minimo di venti medici convenzionati di assistenza primaria e un massimo di trentamila assistiti¹². Esistono anche forme associative non tipizzate (associazioni sperimentali e società di servizio). C'è accordo generale sulla necessità di implementare le forme complesse e di superare le forme associative semplici.

¹² Si tratta di forme introdotte negli Accordi collettivo nazionale (Acn) per la medicina convenzionata. Le modalità operative sono definite dagli accordi integrativi regionali (Air). L'Acn degli anni Ottanta (DPR 8, 1987) prevedeva un'unica forma associativa: la medicina di gruppo. L'Acn del 1996 (DPR 314) ha individuato due forme: associazione e medicina di gruppo. È però l'Acn del 2000 (DPR 270) che individua nelle forme associative (associazione semplice, di rete, di gruppo) la vera leva per lo sviluppo associativo della medicina primaria. L'Accordo fissa compensi aggiuntivi per l'adesione volontaria alle forme associative e prevede i compensi per risultato. Nell'Acn del 2005 si trova scritto che "l'esercizio della medicina generale sta superando progressivamente la caratteristica di pratica professionale individuale isolata e richiede sempre più livelli organizzativi crescenti che consentano la collaborazione fra medici di medicina generale, il supporto di professionisti non medici, l'impiego di tecnologie".

| | | semplice | in rete | in gruppo |
|--|--|----------|---------|-----------------------|
| Accessibilità e continuità assistenziale | Medici associati (numero minimo e massimo) | 3-10 | 3-10 | 3-8 |
| | Sede unica | no | no | si |
| | Apertura studi coordinata, con almeno 1 studio fino alle ore 19,00 | si | si | si |
| | Call center ed eventuale coordinamento con i MCA per la copertura 24 h/die per 7/7 giorni | no | no | si |
| Qualità clinica | Condivisione linee guida e PDT per le patologie prevalenti | si | si | si |
| | Condivisione di incontri di VRQ; audit clinico ed organizzativo; concorso al processo di governo della domanda, es. tasso di ospedalizzazione, appropriatezza prescrittiva e richiesta di prestazioni ambulatoriali secondo priorità clinica, etc. | si | si | si |
| Coordinamento informatico | Collegamento telematico degli studi, garantendo l'accesso reciproco alle informazioni sugli assistiti | no | si | si |
| | Gestione della scheda sanitaria individuale informatizzata | no | si | si |
| | Predisposizione a collegamento informatico con ASL e CUP, trasmissione dati e coordinamento con la rete dei servizi sociosanitari del distretto (secondo accordi regionali) | no | si | si |
| Standard strutturali, organizzativi, strumentali | Utilizzo di supporti tecnologici e strumentali comuni (es. spazi adeguati; strumentazione diagnostica di base etc.) | no | no | si |
| | Eventuale utilizzo di personale di segreteria o infermieristico comune | no | no | si |
| Assistenza ai malati cronici | Eventuale presenza di ambulatori per patologie croniche (favorire l'autogestione del paziente, realizzare un registro dei pazienti, lavorare in team su protocolli o PDTA concordati con i centri specialistici) | no | no | si (non obbligatorio) |
| Partecipazione | Carta dei servizi con standard di qualità espliciti; favorire la partecipazione dei pazienti nei processi di cura | no | no | si |

Figura 5: Caratteristiche distintive delle forme associative, Stato di attuazione dei modelli innovativi di assistenza primaria nelle Regioni italiane, Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Age.na.s), maggio 2009, p. 3

Le finalità perseguite attengono alla promozione dell'equità dell'accesso ai servizi sanitari, socio-sanitari e sociali nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza, all'individuazione di percorsi di integrazione tra assistenza primaria e continuità assistenziale e alla promozione della diffusione e della applicazione delle buone pratiche cliniche sulla base dei principi della evidence based medicine, nell'ottica più ampia della clinical governance. Si tratta della aggregazione multidisciplinare di un team di professionisti che prendono in carico il paziente secondo un modello di assistenza pro-attivo.

L'integrazione raggiunta in Italia tra i medici di medicina generale e tra questi e gli specialisti non è confrontabile con i traguardi di altri Paesi europei (specialmente Regno Unito ed Olanda). Nuovi modelli organizzativi per le cure primarie, sempre in forma associativa, hanno anche importante funzione di ridurre gli accessi impropri ai servizi di pronto soccorso: ambulatori per la gestione dei codici di minore gravità (presso presidi ospedalieri dove si registrano accessi superiori alle 25.000 unità annue o in periodi di particolare afflusso); punti di primo intervento (con competenze e strumenti in grado di stabilizzare il quadro fino alla attribuzione al pronto soccorso dell'ospedale di riferimento); presidi ambulatoriali distrettuali (dove i cittadini trovano risposta assistenziale continuativa in aree lontane dagli

ospedali); assistenza territoriale integrata (collaborazione tra più professionisti, con un utilizzo condiviso ed efficiente di spazi, attrezzature e personale di supporto); ambulatori territoriali integrati (presidi territoriali dove operano i professionisti ispirandosi alla medicina di gruppo).

Il passaggio successivo alle AFT sono le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP). Se la prima tipologia, come detto, favorisce le aggregazioni funzionali finalizzate a condividere strutturalmente percorsi ed obiettivi assistenziali da conseguire attraverso strumenti e programmi comuni, la seconda è destinata ad erogare prestazioni assistenziali in regime di concreta integrazione multidisciplinare convenzionata (con la partecipazione di infermieri, ostetriche, tecnici della riabilitazione, etc.) sotto la responsabilità ed il coordinamento dei medici.

La materia va quindi verso una necessaria revisione che deve contemplare anche gli aspetti relativi alla natura del rapporto di lavoro dei MMG, con riformulazione dei compiti e dei rispettivi compensi attraverso lo strumento della contrattazione.

Per riassumere la situazione¹³, alla fine del 2004 in Italia il 36% dei MMG lavorava in associazione semplice, il 13% in medicina di gruppo e il 9% in medicina di rete. Il 42% lavorava come singolo professionista. Inoltre, si contavano 98 cooperative di servizi di MMG, 554 equipe territoriali, 31 modelli sperimentali. La Lombardia risultava al primo posto per la medicina di gruppo con 241 associazioni e davanti a Lazio, Toscana ed Emilia Romagna. Per quanto riguarda la medicina in rete la Lombardia risulta terza (148 associazioni), dopo Emilia e Campania, davanti a Sicilia e Lazio. Comunque, a livello nazionale la Lombardia risultava in testa a tutte le altre regioni per numerosità di associazionismo semplice (5556 medici coinvolti).

A partire da competenze professionali definite, all'interno delle diverse forme di aggregazione, si avvia il processo di Clinical Governance Territoriale, raggiungendo gli obiettivi di salute in modo appropriato ed efficiente. Si sviluppano alleanze tra cittadini, strutture e professionisti, con un approccio unitario e complessivo che ottimizza l'uso delle risorse. Proprio il peso delle malattie croniche ha indotto ad una revisione sostanziale del sistema, superando la marginalità del territorio a favore di

¹³ I dati sono tratti da *Ricognizione ed analisi di modelli organizzativi innovativi per l'erogazione di Cure Primarie*, Analisi nazionale, Ministero della Salute, dicembre 2004.

una forte governance distrettuale, tale da riconsiderare l'intervento ospedaliero come trattamento extra-territoriale. Sicuramente, la migliore risposta organizzativa nell'ottica dell'evoluzionismo sanitario è quella dell'integrazione tra professioni e professionisti.

4. LINEE GUIDA, PROTOCOLLI, PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO-ASSISTENZIALE (PDTA)

Se all'interno delle Regole 2014 si dedica uno spazio agli "Interventi per valutare l'adesione a linee guida e PDTA"¹⁴, qui conviene aprire una parentesi sul processo che, per gradi e dilazionato nel tempo, ha portato alla stesura di protocolli condivisi, costituendo, come anticipato, il presupposto per un confronto e una collaborazione tra MMG e tra questi e gli specialisti.

Per ogni patologia le linee guida descrivono le alternative disponibili e le relative possibilità di successo in modo che il medico possa orientarsi nella gran mole di informazione scientifica in circolazione, il paziente abbia modo di esprimere consapevolmente le proprie preferenze, e l'amministratore possa compiere scelte razionali in rapporto agli obiettivi e alle priorità locali. Per promuovere le linee guida come strumento effettivo del governo clinico e dell'organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è stato attivato il Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG), che coordina a livello centrale le istituzioni interessate nella elaborazione, aggiornamento e verifica di linee guida, in coerenza rispetto ai vigenti livelli essenziali di assistenza

¹⁴ Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2014, id., cap. 3.2.4., pp. 63-64.

(LEA). Il SNLG è stato istituito con DM del 30 giugno 2004¹⁵, individuando le priorità di azione rispetto ad aree e tematiche a maggior rischio di inappropriatelyzza: variabilità nella pratica clinica (variabilità nell'accesso al servizio, nelle modalità di assistenza e/o nei risultati), liste di attesa, incidenti critici ed errori, aree e patologie ad elevata complessità ed incidenza (frequenza nella popolazione generale o in sottogruppi significativi), spesa sanitaria significativa (costi diretti e indiretti, della condizione oppure della procedura). Sulla base di quanto già detto sin qui, si riconoscono nell'elenco alcuni dei punti caratterizzanti le patologie croniche, sia per prevalenza/incidenza nella popolazione, sia per costi di gestione, complessità nei frequenti casi di polipatologie, etc. Le linee guida devono essere elaborate secondo precisi requisiti metodologici relativi alla raccolta ed alla analisi delle evidenze scientifiche disponibili; devono essere diffuse secondo modalità che ne permettano la massima accessibilità da parte di tutti i soggetti

¹⁵ All'interno del Decreto sono richiamati, in ordine cronologico: Dlg 502/92, che indirizza le azioni del SSN verso il rispetto del principio di appropriatezza e la individuazione di percorsi diagnostico terapeutici e linee guida; Legge 662/96 che stabilisce le modalità di individuazione e implementazione dei PDT; Decreto del Consiglio dei Ministri 29.11.2001 (definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza) nel quale viene indicata la necessità di individuare PDT sia per livello di cura ospedaliero sia per quello territoriale; Decreto del Presidente della Repubblica 25 maggio 2003 (Approvazione del Piano Sanitario Nazionale 2003-2005) nel quale viene ribadito il principio di adesione a linee guida e protocolli diagnostici e terapeutici; Conferenza Unificata del 19 giugno 2003 (Indirizzi per l'attività dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali) dove si individua come obiettivo principale quello di supportare le Regioni e il Ministero della Salute nello studio ed elaborazione di linee guida in materia diagnostica, terapeutica ed organizzativa.

interessati; deve esserne facilitata l'adozione nella pratica assistenziale. Occorre infine verificare e monitorare l'impatto sulla qualità e sui costi dell'assistenza, come definiti dalla linea, ai fini anche del tempestivo aggiornamento e revisione. I PDTA rappresentano la contestualizzazione di Linee guida relative a una patologia all'interno di una specifica realtà organizzativa. Sono quindi modelli locali che individuano il miglior percorso praticabile dal paziente. Il percorso di riferimento, sulla base delle linee guida e del percorso ideale, è la migliore sequenza temporale e spaziale delle attività da svolgere nel contesto di una determinata situazione organizzativa.

Le linee guida costituiscono i mattoni sui quali si può costruire il governo clinico, inteso come un approccio integrato per l'ammodernamento del SSN, che pone al centro della programmazione e gestione dei servizi sanitari i bisogni dei cittadini e valorizza il ruolo e la responsabilità dei medici e degli altri operatori sanitari per la promozione della qualità. Infatti, per assicurare la qualità e la sicurezza delle prestazioni, i migliori risultati possibili in salute e l'uso efficiente delle risorse, vengono impiegate metodologie e strumenti quali le linee guida ed i profili di assistenza basati su prove di efficacia, la gestione del rischio clinico, sistemi informativi costruiti a partire dalla cartella clinica integrata informatizzata, la valorizzazione del personale e la

relativa formazione, la integrazione disciplinare e multiprofessionale, la valutazione sistematica delle performance per introdurre innovazioni appropriate ed con il coinvolgimento di tutti i soggetti, compresi i volontari e la comunità.

Dunque, nonostante le definizioni - anche da un punto di vista legislativo - siano svariate, si può riassumere dicendo che il PDTA è uno strumento di coordinamento che, attraverso un approccio per processi, consente di strutturare ed integrare attività ed interventi in un contesto in cui diverse specialità, professioni e aree di azione sono implicate nella presa in cura attiva e globale del cittadino. Quindi, soprattutto nell'ambito della cronicità, il PDTA favorisce l'uniformità, la congruità e la continuità degli interventi. Proprio per queste caratteristiche, i PDTA rappresentano i percorsi di riferimento per i pazienti arruolati nelle diverse sperimentazioni per la prevenzione, la diagnosi ed il trattamento delle patologie croniche. I PDTA, all'interno dei progetti (come, per esempio, quello del CReG), servono ad indicare gli appropriati contenuti clinici ed i correlati bisogni di cura delle malattie croniche. Quindi i MMG hanno a disposizione uno strumento di lavoro condiviso con gli specialisti ambulatoriali ed ospedalieri, uniformandosi sotto il punto di vista degli aspetti clinici, tenendo conto delle linee guida. La continuità di cura, però, migliora se al PDTA

aderiscono non solamente gli operatori sanitari, ma pure il paziente. Infatti, il paziente deve essere informato e responsabilizzato circa il proprio stato di salute, sottoponendosi agli esami di follow-up. Alla casualità ed alla discontinuità si devono sostituire la regolarità e la continuità di cura, alimentando il circolo virtuoso della adesione al PDTA.

In altre parole, il percorso del PDTA è un iter sia del paziente sia organizzativo: il paziente è accompagnato dal primo contatto con il mondo sanitario, attraverso momenti di diagnosi e terapia; l'organizzazione si articola, dal momento della presa in carico del paziente, tra realtà ospedaliera e realtà territoriale. Il percorso è aggettivato con i termini diagnostico, terapeutico e assistenziale per intendere una presa in carico totale del paziente, dalla prevenzione alla riabilitazione, attraverso interventi multiprofessionali e multidisciplinari rivolti ad ambiti differenti, da quello psico-sociale a quello della disabilità.

Operatori e pazienti, mediante uno strumento metodologicamente standardizzato, conoscono gli obiettivi, i ruoli di ciascuno, i tempi di intervento e gli ambiti di intervento.

I PDT ed i PDTA, che consistono nell'identificazione di percorsi clinico-assistenziali ottimali sia dal punto di vista dell'organizzazione spazio-temporale sia dal punto di vista dei ruoli esercitati dai diversi professionisti coinvolti, stanno oggi

trovando crescente applicazione come possibile risposta all'esigenza delle aziende sanitarie di innalzare il livello qualitativo delle prestazioni erogate in condizioni di sostanziali isorisorse. Essi comportano oramai ampiamente dimostrati vantaggi in termini assoluti e in termini relativi. In termini assoluti i PDTA, nel pianificare e coordinare sistemi assistenziali complessi, riducono la variabilità delle procedure e dell'out-come assistenziale, forniscono opportunità per la formazione del personale, aiutano ad implementare il reclutamento dei pazienti ed esaltano la comunicazione con gli stessi per la condivisione del piano di cura. Rispetto ai protocolli ed alle linee guida, i PDTA offrono un approccio globale che tiene conto delle interazioni tra fornitori di servizi e loro utilizzatori, prevedendo specifiche cadenze temporali per la sequenza degli eventi, essendo sviluppati congiuntamente da più professionisti.

I PDTA possono avere una estensione ospedaliera (PDTA Ospedaliero), territoriale (PDTA Territoriale) oppure sia territoriale sia ospedaliera (Percorso Integrato di Cura, PIC). In particolare il PIC è oggetto di attenzione da parte delle sperimentazioni riguardanti la cronicità, essendo orientato alla continuità, alla integrazione ed alla completezza della presa in carico.

Più delle altre, la presa in carico delle malattie croniche richiede una gestione integrata lungo il continuum del percorso del paziente, attraverso l'interconnessione delle componenti e degli attori assistenziali. Il disease management, nel caso delle malattie croniche, mette in luce la dinamicità della struttura organizzativa dei servizi, superando lo storico contrasto tra ospedale e territorio, a favore di una visione unitaria di sistema. Esso consiste nella costituzione di gruppi di lavoro multi professionali (MMG, medici specialisti delle aziende erogatrici, professionisti dell'Azienda Sanitaria Locale con funzioni di coordinamento) ed interaziendali per ciascuna malattia cronica oggetto di interesse. La gestione integrata, e quindi il follow-up pro-attivo concordato tra MMG, specialisti ed altre figure coinvolte, implica l'adesione al piano personalizzato di cura, stringendo con il paziente un patto di cura avente diverse implicazioni, come si specificherà nel capitolo successivo. La cura è comunque, di volta in volta, personalizzata, considerando gli aspetti clinici (la cura più appropriata nel paziente giusto) e gli aspetti personali (la persona è portatrice di bisogni globali, non solo clinici). Infatti, la personalizzazione della cura è uno dei cardini della presa in carico delle patologie di lunga durata. Certamente la personalizzazione della cura è possibile solamente se si stabilisce, in via preliminare, una relazione tra soggetti - chi

cura e i beneficiari delle cure, in una posizione di reciprocità dove tutti ricevono qualcosa. Infatti, ciascun individuo portatore di malattia differisce dall'altro sia sul versante della patologia vissuta (illness) sia su quello della patologia organica (disease). Per questa ragione occorre inquadrare la stadiazione della patologia cronica sotto il profilo della stratificazione dei rischi, scegliendo il percorso più appropriato per il singolo paziente. Troviamo allora un sub-target a bassa complessità, nel quale mediamente si colloca fino al 70-80% dei pazienti con la medesima diagnosi, e la figura predominante della gestione integrata è il MMG, avendo come strumento fondamentale il piano di cura. Segue un sub-target a media complessità, nel quale si colloca una percentuale variabile di pazienti, a seconda della malattia cronica. In questo secondo caso, si vede l'impegno maggiore della specialistica distrettuale, restando comunque il MMG il riferimento stabile per il paziente. Ultimo, anche in un crescendo della frequenza dei controlli, è il sub-target a più alta complessità, dove si colloca il 6-7% dei pazienti cronici. A questo numero apparentemente esiguo corrisponde il maggior numero di ricoveri e di costi sanitari per il sistema. Anche in questo ultimo caso il MMG rimane il riferimento del paziente, essendo a tutti gli effetti il care-manager che si confronta con il diverso profilo del case-manager (funzione

più personalizzata sul “caso”, per la gestione dei pazienti ad alta complessità).

A chiusura del presente capitolo e ad apertura del prossimo è sufficiente enunciare i principi del Chronic Care Model (CCM): forte integrazione tra cure primarie e assistenza ospedaliera; sostegno alle cure territoriali, adozione prioritaria dei PDTA, presenza di strutture di cure intermedie che permettono di anticipare e facilitare le dimissioni ospedaliere; suddivisione dei pazienti cronici in tre diverse categorie, secondo la logica della stratificazione del rischio.

5. LA MEDICINA DI INIZIATIVA: NUOVI RUOLI PER IL MEDICO E PER IL PAZIENTE. RAPPORTI DA RIDEFINIRE

Il quadro logico e concettuale che sottende alla gestione integrata dei pazienti e quindi al Chronic Care Model è quello che si pone come obiettivo un follow up coordinato e proattivo. Cioè i servizi assistenziali non devono “perdere” il paziente, bensì gli sforzi devono essere concentrati sul fatto che il paziente sia motivato ad aderire efficacemente al proprio piano di cura. Tutto questo si configura in una pianificazione annuale del piano di cura, condiviso tra MMG, specialisti ed eventuali altri professionisti coinvolti. Attraverso il “patto di cura” il paziente è responsabilizzato rispetto all’andamento della sua patologia, che deve essere costantemente monitorato con la rilevazione e la registrazione dei parametri fondamentali o dei segni di allarme. Quindi, è il paziente l’attore principale del processo di sorveglianza attiva, pur prendendo parte qualsiasi attore assistenziale per il proprio ambito di competenza. Stringere un “patto di cura” significa condividere con il paziente le scadenze delle visite specialistiche, le eventuali scadenze del follow up infermieristico, le modalità del programma di auto-monitoraggio, il piano educativo, allargandolo ai familiari coinvolti nella cura. La presa in carico globale del paziente significa renderlo cosciente ed esperto attraverso un processo di

rinforzo della sua capacità di far fronte alla malattia (ability to cope) e di autogestirla (self care). È noto in letteratura che l'effettiva capacità di self care ha un impatto notevole sulla qualità della vita del paziente. Ciò si traduce, come è già stato in più momenti esplicitato, in una riduzione significativa delle percentuali di ospedalizzazione e di ricorso al servizio dell'emergenza. Allora, la centralità del paziente non è un mero enunciato, ma autenticamente regge l'economicità del sistema che governa la cronicità.

I programmi di empowerment dei pazienti si snodano su alcuni punti fondamentali: la comunicazione della diagnosi, la stadiazione, il piano di cura, il patto di cura e il monitoraggio. Una solida e proficua relazione tra medico e paziente si stabilisce nella prima fase di diagnosi ed è il cardine per rendere il paziente consapevole e rafforzare la capacità di convivere con la malattia. La stadiazione è il prerequisito per riconoscere i bisogni reali del paziente, personalizzando la cura e gli interventi educativi. Il piano di cura, condiviso tra gli attori assistenziali, è completo se include un progetto educativo personalizzato ed un monitoraggio dello stesso. Infatti, l'evoluzione della malattia porta ad un mutamento dei bisogni del paziente, modificando i processi tesi al mantenimento dello stato di compenso. Il patto di cura, invece, è il presupposto della reciproca

responsabilizzazione di servizio-professionista-paziente, a garanzia dell'efficacia del PDTA. Il monitoraggio e la verifica di tutti i passaggi fin qui elencati e descritti è parte integrante di tutta la durata del processo. Allora, all'interno di un programma di empowerment il paziente da oggetto di terapia diventa soggetto della terapia. Occorre agire sulle motivazioni, curando i significati alla base dei comportamenti e avviando un lavoro di modifica delle proprie abitudini. La malattia cronica, infatti, impone di confrontarsi quotidianamente con diverse problematiche. L'autogestione riguarda tre componenti che sono: la sfera clinica (assunzione di farmaci, adesione ad uno specifico stile di vita, auto misurazioni), la sfera comportamentale (adeguarsi a vivere con la malattia cronica, mantenendo o cambiando oppure creando nuovi ruoli di vita) e quella emotiva (gestione delle conseguenze emotive innescate da una patologia cronica, in una ottica rivolta al futuro). Per questa ragione, la logica del self-management offre grandi opportunità ai fini di un miglioramento sensibile della qualità di vita del paziente stesso. All'interno della partnership tra medico e paziente devono trovare un equilibrio le informazioni che il paziente detiene sulla propria condizione e le competenze scientifiche del suo medico. Si tratta di una relazione di complementarietà assai fisiologicamente diversa da quella che si

instaura per le malattie acute e in discontinuità rispetto al passato (Fig. 6). Peraltro, come già detto, la dimensione economica è coerente con la prospettiva dell'autogestione, favorendo un minor ricorso ai servizi sanitari da parte dei pazienti cronici. In estrema sintesi, l'empowerment mette in primo piano la storia personale, il vissuto del paziente, l'insieme delle sue relazioni sociali, il suo ambiente presente e quello passato e lo considera un soggetto attivo, rivoluzionando la classica suddivisione di ruoli fra medico e paziente.

| Malattia acuta | Malattia cronica |
|--|--|
| Decorso breve e risolvendosi che interseca la vita del paziente | Lungo decorso che condiziona di vita del paziente |
| Necessità di rapide e/o drastiche azioni | Piccole azioni successive |
| Il paziente non ha esperienza della malattia | IL paziente diventa esperto della sua malattia |
| Trattamento di breve durata, risolutivo | Trattamento cronico e mai risolutivo |
| Ha un decorso definito | Cambia lentamente e ripetutamente nel tempo |
| Impossibilità di acquisire cognizione della complessità della malattia | Il paziente impara a convivere con la propria cronicità |
| Fiducia segmentale nell'esperto. Verifica solo a posteriori | Fiducia continuativa nell'esperto sottoposta a continua verifica |
| Delega delle decisioni all'esperto | E' necessario acquisire capacità di decisione in merito alla gestione della malattia |
| Self-confidence indifferente per gli esiti della malattia | Self-confidence necessaria per ottenere migliori risultati delle cure |
| Atto fiduciario unilaterale | Dialogo. Reciprocità dell'atto fiduciario |

Figura 6: schema riassuntivo delle caratteristiche salienti delle malattie acute vs le malattie croniche

Dal modello di assistenza incentrata sul medico si nota una netta transazione verso un modello, per l'assistenza della cronicità, incentrata sul paziente, proattiva e fornita da una equipe socio-sanitaria. Per quanto riguarda le malattie croniche, già da diversi anni i ricercatori offrono evidenze per passare da un modello di cura reattivo, basato sul paradigma dell'attesa

dell'evento acuto, ad uno proattivo, improntato alla prevenzione e mirato ad evitare nel tempo la progressione della malattia, attraverso l'empowerment del paziente e la qualificazione del team assistenziale. Al di là dell'enfasi posta negli ultimi anni sul concetto di empowerment, è chiaro che il costrutto da cui discende il discorso - in ambito comunitario - è quello dell'autodeterminazione, per cui il paziente ha il diritto e le capacità per fare delle scelte e assumersene la responsabilità. Questo principio, però, per concretizzarsi richiede una trasformazione personale del paziente e una relazione interpersonale di co-creazione con gli operatori sanitari. In altri termini, per coinvolgere i pazienti nella loro cura non basta fornire materiale e suggerire che facciano domande, ma richiede una trasformazione della dinamica personale tra paziente ed operatore, oltre che del sistema di offerta. I programmi di autogestione, però, spostando implicitamente il potere nel concetto di empowerment, corrono il rischio di sollevare la responsabilità dei governi di finanziare il sistema sanitario in modo adeguato rispetto al crescente carico delle malattie croniche. D'altra parte, la ricerca pone molta attenzione nel definire la riduzione di costi realizzabile con i programmi di autogestione delle malattie croniche, rendendoli popolari in tempo di spending review. Però, i programmi di autogestione

per essere efficaci richiedono un sistema che li promuova, li sviluppi, li diffonda e li valuti. L'empowerment, inoltre, riguarda anche il rispetto dei diritti dei pazienti, coinvolgendoli, sia singolarmente sia come associazioni, nel disegnare le politiche sanitarie, per rendere i sistemi sanitari più accessibili e l'informazione più chiara e comprensibile. Solo in un contesto di questo tipo l'autogestione può avere efficacia e contribuire a promuovere salute.

In questo contesto le cure primarie devono giocare un ruolo diverso basato sulla medicina di iniziativa, con una nuova attenzione nei confronti dei determinanti sociali della salute. Semplificando, per medicina di iniziativa si intende un contatto da parte del medico nei confronti dei pazienti per programmare accertamenti e controlli ai fini di un corretto inquadramento dello stato della malattia cronica da cui sono affetti. La medicina di iniziativa deve prevedere: l'offerta agli assistiti della massima facilitazione nell'accesso ai servizi, utilizzando strumenti come telefono, email, internet nelle relazioni tra pazienti e professionisti; l'organizzazione di sistemi di controllo programmato e verifica (follow up e reminding) che agevolino i processi di cura nel campo delle malattie croniche; l'attuazione di percorsi diagnostico-terapeutici e il conseguente coordinamento tra i diversi professionisti (Medico di Medicina Generale,

Specialisti) e tra servizi territoriali ed ospedalieri. La sanità di iniziativa si muove da due presupposti fondamentali: un nuovo modello assistenziale per la presa in carico proattiva dei pazienti e un nuovo approccio organizzativo che si fa carico del bisogno di salute prima che insorga la malattia o quantomeno prima che si aggravi, organizzando le risposte assistenziali. Si rende quindi necessario il passaggio dall'atteggiamento del medico di famiglia denominato "di attesa" o "on demand", che risponde cioè ai problemi emergenti a richiesta del paziente, alla cosiddetta "medicina di iniziativa", intesa come il passaggio da un'offerta passiva e non coordinata di servizi ad un sistema assistenziale integrato in cui ogni soggetto coinvolto possa svolgere il proprio ruolo senza sovrapposizioni, garantendo al paziente interventi adeguati e differenziati in rapporto al livello di rischio.

Non solo il MMG sta ridefinendo il proprio rapporto con il paziente affetto da malattia cronica, adottando un modello di medicina di iniziativa, ma la stessa ristrutturazione della medicina generale, con le aggregazioni di cui si è già scritto, descrive un nuovo ed efficace orientamento delle cure primarie.

6. LA SPERIMENTAZIONE CHRONIC RELATED GROUP (CReG): LE FRAGILITA' DI SISTEMA

Regione Lombardia ha risposto alla esigenza di trovare una modalità sistemica congruente con il Chronic Care Model attraverso la sperimentazione Chronic Related Group. Questo modello organizzativo può essere definito come una modalità di presa in carico dei pazienti che, a fronte di una corresponsione anticipata di una quota predefinita di risorse (tariffa CReG), deve garantire senza soluzioni di continuità e cali di cure tutti i servizi extra-ospedalieri (ambulatoriali, protesica, farmaceutica, assistenza domiciliare integrata, etc.) necessari per una buona gestione clinico-organizzativa delle patologie croniche. Quindi, per realizzare tale obiettivo e incassare il rispettivo finanziamento, le strutture pubbliche e/o private sono chiamate a perseguire elevati livelli di integrazione orizzontale tra competenze e operatori che agiscono su un livello di bassa intensità assistenziale, per una presa in carico globale del malato cronico.

Il cambio di paradigma dalla cura della malattia alla presa in cura del malato è sancito definitivamente dalla Regione con le Regole del 2011 nelle quali, oltre all'attivazione di 1.145 posti letto in tutta la Lombardia per le cure sub acute, si è dato avvio alla sperimentazione in 5 Asl (Bergamo, Como, Lecco, Milano e

Milano2, per oltre 40.000 pazienti coinvolti e più di 400 MMG¹⁶⁾ del nuovo modello organizzativo CReG per coordinare ed integrare i servizi extraospedalieri a favore dei pazienti cronici¹⁷⁾.

L'obiettivo del Chronic Related Group è quello di assicurare la continuità del percorso assistenziale: la gestione dei diversi aspetti in cui si articola l'assistenza sanitaria del paziente, secondo il progetto, è affidata ad un unico soggetto, individuato dalle ASL, che potrà essere un MMG, una Onlus, una fondazione, un'azienda ospedaliera (AO), una struttura sanitaria accreditata e a contratto sia intra che extraospedaliera. Il soggetto scelto dovrà coordinare tutti gli attori coinvolti nella gestione della patologia, gestire le risorse messe a disposizione e garantire le necessarie competenze di tipo amministrativo, organizzativo e gestionale. Per la sperimentazione sono state individuate sei principali patologie, che coinvolgono potenzialmente 200 mila persone: broncopneumopatie cronico

¹⁶ I pazienti arruolabili erano circa 96.000. L'adesione alla sperimentazione è su base volontaria (ciascun paziente firma un consenso per partecipare). I MMG, per poter partecipare, devono essere associati in cooperative (provider). In totale i provider sono 9.

¹⁷ DGR IX/937 del 1 dicembre 2010, Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2011, Allegato 14, Cronicità e CReG. Segue la Deliberazione n. IX/1479, del 30.03.2011, Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2011. II° provvedimento di aggiornamento in ambito sanitario. Allegato 2: Ulteriori indicazioni per l'implementazione del CReG "Chronic related group". Ancora, Decreto n. 4383 del 16.05.2011, Determinazioni in materia di CReG (Chronic related group), in attuazione della DGR IX/1479 del 30 marzo 2011. Le Regole 2014 stabiliscono l'implementazione della sperimentazione in oggetto (Deliberazione n. IX/1185 del 20.12.2013, Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2014, paragrafo 2.4.2 Interventi per il proseguimento della sperimentazione CReG, pp. 37-39.

ostruttive, scompenso cardiaco, diabete, ipertensione e cardiopatia ischemica, osteoporosi, patologie neuromuscolari. Tra i servizi assicurati dal CReG rientrano la prevenzione secondaria, il follow up, il monitoraggio della persistenza terapeutica, la specialistica ambulatoriale, la protesica e la farmaceutica. Si prevede quindi la nascita e la crescita di un soggetto in grado di sostenere il confronto con l'ospedale in termini clinici, gestionali ed organizzativi, configurando un polo extra-ospedaliero che permetta lo scambio nel circuito ospedale e territorio. Infatti, il territorio ad oggi risulta carente sotto diversi aspetti che investono le competenze, il potere contrattuale, le capacità organizzative e gestionali. Se la presa in carico della patologia cronica deve passare attraverso percorsi di cura e atteggiamenti proattivi, occorre organizzare una rete a sostegno dei malati. Ancora oggi, nonostante i primi avanzamenti della sperimentazione, lo scenario rimane caratterizzato dalla frammentarietà delle cure, prevalendo un approccio clinico a svantaggio delle situazioni meno gravi e più suscettibili di controllo o miglioramento. La continuità di processo dovrebbe invece poggiare le proprie fondamenta sulla filiera domicilio-territorio-ospedale-territorio-domicilio. Parallelamente o in sequenza le distinte matrici di responsabilità tecnico sanitarie dovrebbero coinvolgere e far interagire MMG,

pediatri di libera scelta (PLS), le ASL, i soggetti erogatori di ricovero e cura e gli specialisti ambulatoriali.

Prima di cambiare i mezzi e gli strumenti a disposizione dei professionisti, occorre acquisire la consapevolezza di una rivoluzione culturale per arginare l'epidemia della cronicità. L'inquadramento clinico della malattia cronica, nella maggioranza dei casi, non è tecnicamente complesso ma richiede la cooperazione di altre attività, come quelle epidemiologiche, sanitarie di stadiazione e monitoraggio. L'evoluzione della malattia cronica segue molte volte in maniera lineare l'invecchiamento della persona, passando attraverso improvvise fasi di riacutizzazione o scompenso. Per questo motivo è fondamentale, come già detto, il monitoraggio, che permette di conservare il compenso clinico, ritardando il danno d'organo, con le prevedibili conseguenze in termini di disabilità e invalidità. Si tratta di attività che non si esauriscono nel completarsi dell'atto medico, ma che durano nel tempo, lungo tutto il corso della malattia e quindi della vita dei pazienti. Idee innovative devono animare network, dove i MMG sono certamente gli agenti della risposta territoriale alla cronicità, ma sono in rete con gli altri attori del sistema. La medicina di gruppo, quindi, risulta una fase embrionale di una sperimentazione di portata maggiore.

La sperimentazione CReG ha previsto una fase iniziale di analisi e valutazione sui dati di consumo sanitario di Regione Lombardia nel corso dell'anno 2009 (ricovero, specialistica ambulatoriale, file F, farmaceutica, dietetica, protesica minore), classificando le patologie croniche per gruppi omogenei in termini di bisogno sanitario (necessità di servizi e costi correlati). Quindi, ad una classe di patologie croniche, differenti dal punto di vista clinico, corrispondono gli stessi consumi di risorse. Allora, il CReG è il valore economico di una malattia e i CReG multi-patologici sono valori corretti sulla base delle combinazioni dei pesi delle diverse malattie da cui è affetto il medesimo paziente. Il CReG viene rappresentato da un codice, traducibile per un verso nella nomenclatura medica nell'altro in un valore economico. Il meccanismo consiste nell'assegnare al medico curante (MMG) una quota di risorse annua stabilita in anticipo, in funzione della tipologia di assistiti e delle patologie ad essi correlate. Sono state dunque individuate 155 tariffe, assimilabili ai Drg già utilizzati in ambito ospedaliero. Questi Drg (CReG) servono a remunerare l'intero "pacchetto" di cure effettuate all'esterno degli ospedali: visite ambulatoriali, esami specialistici, protesica e presidi (es. ossigeno), farmaceutica, cure a domicilio. Il paziente verrà seguito senza soluzioni di continuità nel suo percorso di cura dal proprio medico. Un call

center sempre attivo (365 giorni all'anno) e ausili di teleconsulto e telemedicina, dovrebbero rendere fluido il sistema, mettendo il paziente al centro del proprio piano di cura. Addirittura, un flusso di comunicazione ininterrotto tra medico e paziente dovrebbe accompagnare il malato cronico nella gestione della sua patologia, verificandone in tempo reale tutti i parametri clinici, le tempistiche corrette di esami e controlli, la regolare assunzione di farmaci.

Questa innovazione rientra nella logica di una sanità che si sviluppa, si evolve e migliora costantemente. La sfida che i CReG intraprendono in questi anni è quella di dare più servizi a minor costi, a vantaggio non solo del sistema, maggiormente appropriato, ma della qualità della vita degli stessi pazienti, perché il territorio dovrebbe rispondere alle loro esigenze. I primi risultati della sperimentazione CReG sono stati pubblicati all'inizio dell'anno 2014¹⁸ ed evidenziano una associazione tra l'arruolamento alla sperimentazione con la riduzione del numero di accessi ospedalieri, confrontando la coorte di pazienti arruolati con una di pazienti arruolabili.

Senza entrare nel merito, non avendo sufficienti competenze e strumenti, si vuole però evidenziare un difetto di partenza del CReG: la mancata condivisione con tutti gli attori

¹⁸ Determinazioni relative alla sperimentazione CReG (Chronic related group) - anno 2014, Deliberazione n. X/1465, seduta del 06/03/2014, Allegato 1.

coinvolti prima della deliberazione regionale. Da questo primo equivoco di interpretazione si è generato uno schieramento dei professionisti, divisi tra quelli a favore (Federazione Italiana Medici di Medicina generale, FIMMG) e quelli più critici (Sindacato Medici Italiani SMI, Ordine dei Medici di Milano e l'Unione Medici Italiani UMI). Da più parti, quindi, si è percepita una certa improvvisa accelerazione che ha portato al consolidamento della nuova sperimentazione CReG, laddove da diverso tempo si stava organizzando un progetto di governo clinico coinvolgendo varie articolazioni territoriali (nuove forme organizzative tra MMG, stesura condivisa di PDTA, audit, etc.). In particolare, i MMG si stavano impegnando in un graduale avvicinamento alle ASL, condividendo gli obiettivi, i piani di lavoro e di valutazione con l'assistenza specialistica. Al centro del processo si rafforzava non tanto la posizione del singolo paziente rispetto alla rete di assistenza quanto piuttosto il rapporto di fiducia tra medico e paziente, consistendo in un vero e proprio progetto culturale. In realtà, la sperimentazione CReG sottolinea che il MMG è responsabile del percorso del paziente, dovendo coordinare il proprio intervento con gli apporti di altri professionisti, per specifiche competenze. Se oggi occorre sottolineare ciò che, a prima vista, potrebbe apparire scontato, è forse perché le politiche sanitarie hanno via via depauperato il

ruolo clinico del MMG, aumentando le incombenze di tipo burocratico. Il risultato, nei decenni, è stato quello di creare piccoli ed isolati punti di risposta al bisogno sporadico dei pazienti. La situazione, a sua volta, è degenerata nella insoddisfazione e sfiducia dei pazienti stessi, non essendo e non potendo i MMG gestire da soli le problematiche legate alla cronicità. Certamente, questa è una delle possibili chiavi di lettura di uno scenario assai più complesso e con diverse implicazioni¹⁹.

Indipendentemente dai punti di vista sulla questione, è certo che durante questa fase di sperimentazione si rischia di creare una certa disomogeneità di comportamenti proprio sul territorio. Infatti, non solo è incostante la partecipazione di medici e pazienti alla sperimentazione, ma pure il fondamento di processo, cioè il PDTA, essendo per sua natura locale, può mostrare piccole o grandi variazioni tra province diverse. Peraltro, non sono poche le voci in letteratura che contestano la bontà del PDTA nel ridurre morbosità e accessi inappropriati nelle strutture ospedaliere, potendo costituire un generatore di costi, con richiami soprannumerari di interventi sanitari superflui. Il CReG non contempla la sempre più corposa componente di bisogni assistenziali di impronta sociale che

¹⁹ Vittorio Caimi, *I CReG della Regione Lombardia: rischi od opportunità per la medicina generale?*, Prospettive Sociali e Sanitarie, n. 13-14, 2011, pp. 6-10.

caratterizza la cronicità, ritornando ad una visione a prevalenza clinica e non globale. Inoltre, se l'obiettivo è quello di creare un sistema circolare tra ospedale e territorio, sembra poco probabile che in assenza di MMG associati in una cooperativa - che esternalizza alcuni importanti servizi, il provider possa essere una Azienda Ospedaliera. In questo modo si rischia nuovamente di perdere il filo conduttore del lavoro, che dovrebbe essere una distinzione tra cura della malattia acuta, attraverso il sistema ospedaliero e presa in carico della malattia cronica, lungo la rete territoriale.

E qui si ritorna al punto di partenza, ma anche al punto di arrivo.

7. OSPEDALE E TERRITORIO: SCAMBIO TRA PUNTI DI ARRIVO E PUNTI DI PARTENZA

Si è già avuto modo di accennare alla crisi economico-finanziaria che coinvolge il Paese, con le sue conseguenze sul piano socio-sanitario. Forse vale la pena estendere il concetto di crisi ad un livello più generale, che coinvolge direttamente l'ospedale, mettendo in crisi - appunto - il principio della cura della malattia come unico indicatore dell'intervento sanitario. La crisi investe anche il modello sociale, essendo la cura della malattia una parte integrante di un percorso che coinvolge la dimensione affettiva e le relazioni sociali. Il rafforzamento richiesto oggi dal sistema socio-sanitario, a causa delle crisi che lo attraversano e in ragione della transazione demografica e quindi del trend epidemiologico, potrebbe ispirarsi al Kaiser Permanente (KP). Il KP è una Health Maintenance Organization degli Stati Uniti d'America nata nella prima metà del secolo scorso (1933), rivalorizzata in tempi recenti proprio per gli esiti positivi di salute per la popolazione assistita. Il welfare di questa organizzazione è fondato sulle cure primarie, avendo un rapporto tra ospedale e centri medici diurni di 1 a 13²⁰. Il KP rappresenta il risultato dello spostamento dell'asse di

²⁰ Alcuni indicatori ospedalieri del Kaiser Permanente: numero posti letto per 1000 abitanti, 1; numero giorni di degenza per 1000 abitanti, 301; durata degenza media,

presa in carico dei pazienti sul territorio, fondandosi sulla spinta alla prevenzione e sull'empowerment del cittadino. Si tratta quindi di “un’isola felice” della sanità americana che si pone come leader mondiale nel perseguire la salute attraverso un forte sistema integrato. Allora, da questo punto possibile e auspicabile di arrivo, si riapre l’analisi sulla situazione attuale e locale sul dialogo tra governance territoriale e ospedaliera.

Quello che si ripete sin dall’inizio della discussione è che l’obiettivo della continuità assistenziale deve essere portato sul piano della integrazione ospedale-territorio²¹. Certamente, quando si parla di integrazione ospedale-territorio, non si può eludere l’ambito sociale. Infatti, la gestione del paziente include non rare volte la famiglia stessa del paziente. Le finalità della integrazione vanno dalla continuità assistenziale, all’appropriatezza, alla promozione ed alla condivisione di percorsi diagnostico terapeutici, alla riduzione della degenza ospedaliera, sino all’autogestione della patologia per il paziente in una logica di empowerment. Integrazione, quindi, è un concetto che riguarda i professionisti (integrazione fra le diverse figure professionali), i livelli di assistenza (integrazione fra i

3,2 giorni (Fonte: Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali - Agenas, “Stato di attuazione dei modelli innovativi di assistenza primaria nelle Regioni italiane”, 2009, p. 24).

²¹ *Modelli di integrazione Ospedale-Territorio. Confronti e prospettive in ottica economico- aziendale*, Atti del convegno, Milano 19 ottobre 2011, Università di Milano Bicocca.

diversi livelli di assistenza), l'utilizzo di percorsi conosciuti e condivisi. Il contesto attuale impone certamente una rimodulazione dell'offerta di servizi e prestazioni che consenta di colmare il vuoto esistente tra l'ospedalizzazione - per la gestione dell'evento acuto e le cure al domicilio del paziente.

L'ospedale ha storicamente inglobato funzioni non propriamente ed originariamente pertinenti, contribuendo alla complessità del sistema. In particolare, l'ospedale è divenuto nel tempo il riferimento principale per i pazienti affetti da patologia cronica - indipendentemente dal grado di complessità assistenziale. La fidelizzazione del paziente è avvenuta attraverso l'offerta di una sempre più ampia specialistica ambulatoriale, che ha contribuito ad affollare l'ospedale lasciando sgombero e spoglio il territorio. Un importante lavoro, soprattutto culturale, dovrebbe accompagnare una graduale inversione di tendenza, nella quale il paziente possa riconoscere punti fermi stabili nel territorio. La ricostruzione di una nuova fiducia da parte del paziente è facilitata se si accorciano le distanze tra i due poli, ospedale e territorio, a favore di una rete integrata di attori riconoscibili. I punti di integrazione più naturali tra l'ospedale ed il territorio in cui è inserito sono le dimissioni protette - rivolte ai pazienti non autosufficienti da inviare in regime di assistenza domiciliare o residenziale e le dimissioni facilitate - per tutti i

pazienti cronici dimessi dall'ospedale, anche in condizioni di piena autosufficienza, al fine di "agganciare" i pazienti alla rete territoriale. Le tipologie di pazienti che maggiormente richiedono la continuità assistenziale sono: quelle dei pazienti post-acuti con rischi elevati di ri-ospedalizzazione se non assistiti adeguatamente; pazienti cronici con elevati bisogni assistenziali e a rischio di ricovero inappropriato; pazienti cronici che necessitano di monitoraggio e di educazione all'autocura. L'arrivo del paziente cronico in ospedale è spesso determinato dall'evoluzione della storia naturale della malattia e dal non aver trovato, a livello territoriale, idonee risposte. Non sono infrequenti i casi in cui il paziente è sfuggito alla rete di assistenza, precipitando direttamente verso una fase di scompenso della malattia che richiede il ricovero ospedaliero. Le dimissioni del paziente cronico dall'ospedale dovrebbero essere pianificate e gestite già nei primi giorni di degenza, perché occorre concordare per tempo la dimissione cosiddetta attiva del paziente all'interno della rete territoriale. Ad oggi, invece, è stata data una certa rilevanza all'ingresso in ospedale, consolidando il servizio di Pronto Soccorso (fase di triage), mentre sembra ancora, almeno in parte, trascurato il momento dell'uscita. Peraltro, se da un punto di vista dell'appropriatezza, si dovrebbe dimettere il paziente appena possibile, da un punto di vista

economico la scelta avrebbe una direzione in senso opposto, perché dopo i primi giorni - in cui il costo di degenza è elevato - il costo del paziente si abbassa, aumentando quindi la redditività.

Un terzo e cruciale punto di integrazione è rappresentato dall'area della specialistica ambulatoriale, che dovrebbe essere ricalibrata secondo un'ottica di unitarietà e di continuità ospedale-territorio sperimentando formule che, per esempio, interpretino la specialistica ospedaliera come una funzione territoriale. Certamente, l'attività ambulatoriale ospedaliera potrebbe diversificarsi verso una offerta più specializzata, in ragione delle maggiori potenzialità tecnologiche. Nell'ottica di una riorganizzazione, il modello hub and spoke (mozzo della ruota e raggi) potrebbe essere applicato agli ambulatori per patologia, al fine di meglio standardizzare le funzioni dei diversi livelli di specializzazione che il sistema deve garantire per far fronte ai diversi gradi di complessità dei bisogni assistenziali. Si tratta di un modello molto in uso nelle patologie acute, distinguendo i centri con gradi di specializzazione diversi sulla base delle potenzialità strutturali, tecnologiche delle strutture, oltre che sulle esperienze e competenze professionali. Il riconoscimento della specificità di una struttura decentrata non equivale alla attribuzione di un valore minore, come non di rado

capita di fraintendere, avendo ciascuno la stessa importanza in un sistema integrato a rete.

Le reti che collegano i due poli (ospedale e territorio) potrebbero rispondere a queste categorie: reti territorio-ospedale, di iniziativa ambulatoriale e orientate a fornire cure di prossimità ad una specifica popolazione con una rilevante componente sociale; rete ospedale-territorio, di iniziativa ospedaliera e centrata su una patologia cronica complessa; rete ospedale-ospedale, che prevede una condivisione di conoscenze, esperienze e professionalità, nonché la ricerca di complementarietà tra ospedali secondo diversi livelli di intensità; reti territorio-territorio, che consistono in reti di prossimità in grado di organizzare il percorso del paziente nelle cure primarie.

In Veneto l'integrazione tra assistenza ospedaliera e assistenza territoriale e tra componente sociale e sanitaria è ad uno stadio più avanzato rispetto ad altre Regioni²². Sulla base dell'esperienza dei Consorzi socio-sanitari, strumenti funzionali di gestione che facevano capo ai Comuni già alla fine degli anni Settanta, l'organizzazione si è ammodernata alla luce dei nuovi contesti organizzativi.

Il pensiero operativo che abita tutti i tentativi di integrazione ospedale-territorio non può essere esso stesso

²² C. Carmine, P.P. Guzzo, *I sistemi sociosanitari regionali tra innovazioni e spendibilità*, Cacucci Editore, Bari 2013, pp. 73-84.

frammentato, pena il fallimento sicuro di qualsiasi ipotetica soluzione. All'integrazione ospedale-territorio deve quindi, per tutto quanto finora detto, essere sotteso un riassetto degli studi medici ed un coinvolgimento diretto degli assistiti. Le anime disciplinari che governano un processo di integrazione sono quelle della medicina, della sociologia, della psico-antropologia e della scienza politica, tracciando le diverse dimensioni di una innovazione sostenibile. A ciò, si può rispondere unicamente con una radicale trasformazione dell'apparato concettuale della medicina.

8. CARENZE DEL TERRITORIO: L'OPPORTUNITA' DEI PRESIDI OSPEDALIERI TERRITORIALI

Le sperimentazioni per affrontare in modo sistematico e sistemico le problematiche legate alla cronicità ed in particolare, per quanto riguarda la Regione Lombardia, la sperimentazione CReG, possono offrire spunti di forte innovazione organizzativa, “anche nella prospettiva prevista dalle linee evolutive del sistema sanitario di rafforzamento della medicina territoriale, che dovrà dotarsi di strutture di degenza territoriale (POT) organizzate per bassa intensità assistenziale, nelle quali sarà possibile sperimentare anche modelli di gestione infermieristica”²³.

Regione Lombardia, in coda ad altre, propone l'introduzione di un nuovo ambito assistenziale a livello distrettuale, il Presidio Ospedaliero Territoriale (POT), che ricorda certamente le esperienze del Presidio Territoriale di Prossimità (PTP). All'interno di queste strutture a vocazione multifunzionale e a gestione multiprofessionale, trovano collocazione una serie di servizi e funzioni distrettuali già in attività e una nuova tipologia di assistenza destinata a trattare persone affette da patologie cronico-degenerative in fase non acuta e con esigenze diversificate, che in passato afferivano alla

²³ Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2014 (di concerto con l'Assessore Cantù), Deliberazione n. X/1185, seduta del 20/12/2013, p. 39.

tradizionale degenza ospedaliera. Per esempio, il già avviato PTP garantisce, attraverso le Unità Operative di Degenza Infermieristica (UODI), l'assistenza in regime residenziale di natura medico-infermieristica di quei soggetti che, spesso appartenenti alle fasce più deboli della popolazione, sono affetti da riacutizzazione di patologie croniche, che non necessitano di terapie intensive o di diagnostica ad elevata tecnologia e che non possono, per motivi sia di natura clinica che sociale, essere adeguatamente trattati a domicilio.

In questo modo, si favorisce l'integrazione dei servizi sanitari e sociali, si valorizza il ruolo del Medico di Medicina Generale (MMG) e degli altri professionisti che operano nell'area delle cure primarie e intermedie, potendosi configurare una sorta di "domicilio allargato". La tipologia di assistenza erogata dalle UODI possiede, infatti, caratteristiche intermedie tra il ricovero ospedaliero e le altre risposte assistenziali domiciliari (ADI) o residenziali (RSA), alle quali non si pone in alternativa, ma piuttosto in un rapporto di forte integrazione e collaborazione, rappresentando uno snodo fondamentale della rete di assistenza territoriale.

I POT sono immaginati come "mini" ospedali, ispirati al modello delle case della salute della Toscana e destinati a curare quei pazienti che hanno bisogno di assistenza continua, ma non

di prestazioni super specialistiche tipiche di un grande ospedale. Vale la pena ripetere che in Lombardia i malati cronici sono il 30% della popolazione: diabetici, cardiopatici, anziani con problemi respiratori, persone in dialisi. Tutti pazienti che richiedono cure e assistenza continue, che assorbono i due terzi del bilancio sanitario. Soprattutto, pazienti che spesso si rivolgono al pronto soccorso senza però averne effettivamente bisogno: nel 2013 il 35 per cento delle persone arrivate nei reparti di emergenza è stato contrassegnato da un codice bianco o, al più, verde. Servono quindi nel territorio strutture per la cura di questi malati, riconvertendo i presidi ormai periferici o troppo piccoli, in modo da decongestionare i pronto soccorsi e garantire assistenza continua ai pazienti. Si dovrebbe trattare di piccoli ospedali, con la presenza dei medici di famiglia (MMG), della guardia medica e degli ambulatori specialistici. Si possono effettuare al loro interno radiografie ed ecografie; si troveranno servizi per la cura dei cronici (come la dialisi), i progetti di telemedicina e i posti letto per i malati subacuti. I malati ospitati sono quelli che dopo un intervento sono stati dimessi dall'ospedale specialistico, ma hanno ancora bisogno di riabilitazione e di essere seguiti e monitorati quotidianamente. E' un percorso che va in parallelo alla sperimentazione in atto con i MMG - sperimentazione CReG, considerata un altro strumento

organizzativo per migliorare l'assistenza ai cronici, ottimizzando l'aderenza alle cure e riducendo poi le complicanze delle malattie e le ospedalizzazioni. I POT risultano però una importante opportunità per tentare di riconvertire alcuni piccoli ospedali o strutture minori - che chiudere sarebbe impopolare. Si garantirebbe un presidio di assistenza sanitaria sul territorio con obiettivi diversi da quelli di un piccolo ospedale, ma certamente oggi più adeguati ai cambiamenti epidemiologici della popolazione. Il nuovo polo (POT), diverso da quello ospedaliero, gioca un preciso ruolo nei percorsi relativi alla cronicità. I POT dovrebbero fornire servizi di primo intervento, ambulatoriali di primo livello, di gestione del CReG, di gestione delle cure subacute e riabilitative estensive, di chirurgia ambulatoriale o diurna, di dialisi e di gestione ambulatoriale dei pazienti oncologici, integrando al loro interno servizi di assistenza domiciliare integrata e servizi socio sanitari. I fondi stanziati in Regione (cinque milioni di euro) potranno essere usati solo per sistemare o adattare presidi già esistenti e accreditati, ma non per la costruzione di nuove strutture. Il progetto è destinato a partire a titolo sperimentale, intendendo avviare almeno tre POT entro la fine dell'anno 2014.

Che si tratti di presidi di prossimità territoriale oppure di presidi ospedalieri territoriali, gli obiettivi comuni sono quelli di:

ridurre i ricoveri ospedalieri inappropriati fornendo un'alternativa di cura e assistenza per pazienti post-acuti o per soggetti con patologie cronico-degenerative in fase di riacutizzazione; ridurre le giornate di degenza ospedaliera inappropriate, attraverso il monitoraggio dello stato clinico generale dei pazienti con patologie cronico-degenerative e consolidando i risultati terapeutici ottenuti nel reparto ospedaliero per acuti; prevenire le complicanze e favorire il recupero dell'autonomia, in un'ottica di rientro a domicilio, o di ricorso a forme assistenziali territoriali; limitare gli ingressi a carattere definitivo in strutture residenziali, legati all'insorgenza di difficoltà familiari e sociali o alle difficoltà di gestione delle mutate condizioni fisiche e funzionali dell'anziano dopo un'evenienza acuta; favorire l'integrazione tra strutture ospedaliere e territoriali e la condivisione di risorse umane e tecnologiche.

Il Ministero della salute già nel 2007 ha promosso la realizzazione delle Case della salute, come potenziamento del sistema delle cure primarie, aiutando a sostenere i costi e gli sforzi per il mantenimento della cronicità²⁴. La Casa della salute è da intendersi come la sede pubblica dove trovano allocazione, in uno stesso spazio fisico i servizi territoriali che erogano

²⁴ Con la Legge Finanziaria (Legge 296/2007 articolo 1 comma 805) sono stati stanziati 10 milioni di euro per la sperimentazione della Casa della salute.

prestazioni sanitarie, ivi compresi gli ambulatori di Medicina Generale e Specialistica ambulatoriale, e sociali per una determinata e programmata porzione di popolazione. In essa si realizza la prevenzione per tutto l'arco della vita e la comunità locale si organizza per la promozione della salute e del benessere sociale. La realizzazione della Casa della salute è ovviamente possibile laddove le condizioni geografiche di non eccessiva dispersione territoriale consentano l'aggregazione dei servizi e non comportino una difficoltà di accesso per i cittadini. Per tale motivi, la Casa della salute deve intendersi come un presidio delle aree sub distrettuali corrispondenti all'incirca ad un bacino di 5-10.000 persone. Le soluzioni architettoniche adottate per la Casa della salute devono tener conto di evidenti esigenze di flessibilità modulare in rapporto all'hinterland di riferimento e ai servizi da consolidare. Esse sono il risultato dell'incontro tra la cultura sociale e la cultura progettuale del territorio, non solo per tarare e progettare il manufatto a misura dei bisogni, ma per inserire la Casa della salute nel complesso delle relazioni interne ed esterne al distretto e per fare di essa un centro che rafforza le relazioni tra i cittadini e la rete dei servizi sociosanitari. La Casa della salute deve essere preferibilmente la sede unica dei servizi e degli operatori. Solo alcune attività, che hanno una sufficiente autonomia di gestione, possono essere

ubicate eccezionalmente in sede diversa (per esempio la Residenza sanitaria assistenziale, l'hospice o le strutture residenziali che hanno una forte identità gestionale). In ogni caso, la Casa della salute, con l'essenzialità della rete dei servizi, con i sistemi informatizzati e con la sua struttura organizzativa, deve assicurare un forte coordinamento per garantire comunque un'attività programmata e l'integrazione delle attività sanitarie, sociali e sociosanitarie dell'area elementare.

Anche da questo punto di vista e per queste finalità sarebbe opportuno giungere alla definizione di un vero e proprio Piano regolatore del Distretto-Zona. Secondo quanto previsto dal Ministero, per la Casa della salute si potranno utilizzare strutture sanitarie o amministrative dismesse, da ristrutturare, edifici messi a disposizione dei Comuni, ambienti acquisiti dal mercato edilizio, sedi specificatamente progettate ed edificate.

Si può affermare che in diverse sedi istituzionali e in diversi momenti si è dato avvio a sperimentazioni con l'intento di creare modelli per la sanità territoriale, valorizzando la comunità locale, l'autogestione, l'integrazione per le politiche della salute, il coinvolgimento attivo degli operatori socio sanitari. Sostanzialmente, si cercano i mezzi per passare da un sistema ospedale-centrico ad uno integrato, soprattutto in previsione del sempre maggiore impatto della cronicità e della

co-morbidità sul sistema delle cure primarie. Però, le smagliature che si notano nell'assistenza erogata a livello territoriale sono anche l'effetto di disparità tra risposte organizzative regionali più o meno consistenti.

A fronte di tutto il lavoro fin qui impostato, sia a livello regionale che a livello nazionale, la programmazione andrebbe orientata implementando la formazione di quei profili specialistici maggiormente vocati all'assistenza nel territorio, oltre che dei profili generalisti. Quindi, sembra quasi incoerente pensare ai POT se prima non si rafforza la formazione dei MMG, orientandola alla assistenza della cronicità e quindi, in un certo senso, alla geriatria territoriale.

9. LA CENTRALITA' DELL'ANZIANO: DISLIVELLI DI PENSIERO TRA SOCIETA' E FAMIGLIA

Alla fine della tesi si riparte dal principio perché i tempi sembrano maturi per rileggere parte delle argomentazioni alla luce dei fondamenti della geriatria territoriale - nonostante manchino ancora i presupposti a livello politico e sanitario, sia ospedaliero sia territoriale. Se occupandosi di cronicità si deve far ricorso al concetto di transazione epidemiologica, non si può prescindere dall'importante fenomeno dell'invecchiamento della popolazione. Ma occupandosi di popolazione anziana non si può limitare il discorso alla prevalenza della patologia cronica, ovviamente.

La società attuale non apprezza sempre il valore degli anziani, i quali sono portatori di un prezioso patrimonio culturale ed esperienziale, trovandosi non di rado confinati negli interstizi del contesto sia familiare sia ambientale. La stessa società però, attraverso molteplici progressi in diversi campi (da quello della scienza, ai miglioramenti delle condizioni igieniche, alimentari e lavorative) ha favorito l'aumento dell'aspettativa di vita. In tal modo, numerosi uomini e donne anziane sono invitati a partecipare alla vita sociale in ogni suo aspetto. L'invecchiamento demografico, allora, sta inducendo un profondo mutamento della società e degli equilibri che la

reggono, avendo ripercussioni ed implicazioni di carattere economico, sociale, culturale. Tale fenomeno, per esempio, incide sul sistema previdenziale, assistenziale, sanitario e dei consumi. Di fronte a ciò, occorrerebbe avere un nuovo approccio culturale: riconoscere nell'anziano non un peso, ma una risorsa attiva del tessuto sociale, e ciò non soltanto per ovviare ai problemi pensionistici ed assistenziali. Il fenomeno ha generato un dibattito, a livello mondiale, per identificare e promuovere strategie di azione tese a generare benessere, a prevenire gli stati di disagio, la malattia e l'emarginazione, al fine, appunto, di elevare la qualità della vita promuovendo l'indipendenza, la partecipazione, la protezione, l'autorealizzazione e, infine, la dignità delle persone anziane.

Si è già detto che in un percorso di cura è fondamentale dare centralità all'anziano ed alla sua famiglia, perché occorre riconoscere il loro ruolo di esperti in qualità della vita, essendo i principali protagonisti della costruzione e del mantenimento della salute. Inoltre, proprio il Chronic Care Model indica nella comunità il luogo ideale per il prodursi di sinergie positive per affrontare i problemi di salute, costruendo rapporti durevoli tra i cittadini organizzati in gruppi di auto aiuto, di volontariato o di centri che supportano gli anziani affetti da patologie croniche (centri per anziani autogestiti). Per questo le organizzazioni

sanitarie devono stabilire solidi collegamenti con le risorse della comunità al fine di migliorare l'assistenza ai pazienti cronici. Quindi, la famiglia con l'anziano e la società devono esprimere per prime lo slancio necessario alla presa in carico degli anziani. Questo passaggio può derivare solamente dal contemporaneo riconoscimento dei valori portati dalle persone anziane.

Il punto di partenza è la revisione delle relazioni all'interno della famiglia, perché il rapporto fra generazioni deve essere riconsiderato alla luce del sentimento di solidarietà tra i singoli e la società. Però, le politiche sociali devono sicuramente tenere conto di tutti questi fattori. In Italia la spesa per l'anzianità, da un punto di vista sanitario e sociale, è molto alta, lasciando bassissime percentuali del Pil per la famiglia e per l'infanzia. La variabile salute è quella che più pesa nel costo della anzianità. Quindi, buone pratiche di prevenzione e una presa in carico globale della cronicità sono le leve che possono abbassare i costi, aumentando i margini operativi a favore della famiglia e dei giovani, che a loro volta sono il primo sostegno per gli anziani.

Favorire una vecchiaia attiva, non significa prolungare il periodo di produttività, all'interno di una visione strettamente utilitaristica. Infatti, in questo modo verrebbe compromesso il naturale e necessario ricambio generazionale. Il primo fattore da valorizzare è quello della salute negli anziani, nel contesto sociale

e familiare. Infatti, la famiglia è la prima rete di protezione dell'anziano, nonostante le notevoli difficoltà e le macroscopiche smagliature dei tempi attuali. In una società moderna, attenta al futuro e rispettosa della memoria del passato, le risorse impiegate dalle singole famiglie per una prima ed informale assistenza ai propri anziani dovrebbero essere liberate a favore delle nascite. La solitudine in cui si trovano le famiglie ai giorni nostri genera ulteriori incertezze, che arrestano i processi di crescita sociali.

I fattori che influenzano lo stato di salute della persona anziana sono svariati: demografici (il nucleo familiare è il centro di ogni sistema equilibrato di cure e condiziona le stesse modalità assistenziali), sociali (legami, interazioni e rapporti sociali, considerando il vivere soli, la vicinanza con i figli, la partecipazione ad attività sociali), economici (nella società attuale gli anziani sono il segmento di popolazione più svantaggiato, con una prevalenza di povertà economica), culturali (livello di istruzione - non solo scolastica - tenendo conto dell'esperienza, della tradizione e della continuità lavorativa), affettivi (stato maritale, presenza dei figli, numero di relazioni sociali), spirituali (condivisione con la famiglia delle credenze e dei valori di stampo spirituale e religioso). L'ambiente di vita non è l'ultimo per importanza dei fattori appena elencati: la situazione abitativa

determina una importante influenza sulla condizione psico-fisica. Oltre alla casa, come luogo principale di vita e deposito della memoria storica, l'ambiente circostante comprende le valutazioni circa la vicinanza e la disponibilità dei servizi (mezzi di trasporto, negozi, luoghi di ritrovo, parrocchia, servizi sanitari, etc.). Numerose ricerche, oltre al senso comune, confermano l'esistenza di una relazione tra la soddisfazione per l'ambiente di vita e lo stato di salute. Allora, la famiglia e la comunità, insieme e nella stessa direzione, sono in prima linea come agenti dei presupposti per una vecchiaia in salute. Quindi la salute è il prodotto di reti sociali più funzionali.

Il progresso morale della società non ha tenuto il passo con quello tecnologico e materiale, provocando un importante scollamento che si ripercuote in una esclusione ed emarginazione delle fasce più fragili della popolazione.

Oltre però al valore che la famiglia e poi la società attribuiscono alla vecchiaia, una parte del lavoro per sviluppare benessere nell'età avanzata dipende dall'opinione di ciascuno rispetto a quel periodo di vita. La dimensione individuale determina quindi l'interpretazione della vecchiaia come un fattore positivo oppure, al contrario, negativo. Come all'interno di un sistema circolare, però, il pensiero individuale è influenzato

da valori etici, religiosi e, soprattutto, dal funzionamento della rete relazionale in cui ciascuno è inserito come persona.

Un paese sviluppato, rispetto a quelli in via di sviluppo, è caratterizzato da una piramide delle età che presenta una crescita considerevole delle fasce sopra i sessanta anni, potendo affermare che l'invecchiamento della popolazione è una misura del grado di sviluppo e di maturità di una nazione. A questo punto, la nazione, per essere davvero avanzata, deve mostrare un autentico interesse verso gli anziani, essendo anche risorse per i più giovani come modelli educativi e modelli con cui confrontarsi. Mostrare interesse significa porsi in una condizione di ascolto, raccogliendo anche i bisogni espressi e rifondando una comunicazione che colleghi tra loro i soggetti all'interno di una nuova relazione: anziano, famiglia, MMG, comunità, società.

10. CONCLUSIONI

Mentre la letteratura internazionale ha già definito cosa sono le cure intermedie, nel nostro Paese ci sono ancora modelli diversi a seconda delle regioni.

Per creare lo spazio fisico nel quale inserire le cure intermedie, che rispondono alle esigenze della cronicità, occorre accelerare l'evoluzione del concetto di ospedale, distinguendo bene quello per acuti da quello cosiddetto General Hospital. In questo futuro, auspicabilmente imminente, i MMG potrebbero gestire la lungodegenza assistendo i pazienti insieme ai colleghi ospedalieri, integrando day hospital ed altre modalità operative - come in effetti accade negli Ospedali di Comunità. Infine, si eserciterebbe anche sul territorio un controllo di qualità e le convenzioni, come oggi i contratti dei dirigenti Ssn, sottoposti a verifica, andrebbero concesse a termine per garantire la necessaria qualità al cittadino mediante la continua verifica di medici e strutture. Dal punto di vista pratico, si tratta, almeno inizialmente di riconvertire i posti letto per la degenza in strutture già esistenti, nell'ambito di un nuovo modello organizzativo, parte delle cosiddette cure intermedie. Rispetto agli ospedali esistenti di minori dimensioni, l'atteggiamento, quindi, non è quello di ridurre l'offerta, ma di rimodularla, per offrire al cittadino la struttura adeguata al suo tipo di bisogno,

fermo restando che in caso di problemi acuti si sarà indirizzati all'ospedale di riferimento.

Allora, in Regione Lombardia, i POT potrebbero essere un tassello fondamentale per creare finalmente una rete di assistenza alla cronicità.

La presente discussione si arresta obbligatoriamente sul limitare di sperimentazioni che prendono avvio a metà anno 2014. Però, nondimeno, bisogna ricordare che forse uno degli atteggiamenti più controproducenti da parte degli stessi operatori della sanità è quello di restare in attesa di nuovi mezzi per risolvere vecchi problemi. Infatti, senza voler dissipare il valore di tutto quanto finora esposto, per offrire un servizio soddisfacente ai pazienti, basterebbe cominciare ad usare appieno ed al meglio gli strumenti già a disposizione di MMG ed ospedali, ricordandosi che le reti sono fatte di persone, prima che di servizi, che devono imparare a mettersi in relazione fra di loro.