

## I medici e la Riforma

### Primo Piano

La riforma nella nostra realtà  
Ruolo dell'Agencia di Tutela  
della Salute

### Forum

I sindacati ospedalieri a  
confronto sulla Riforma  
sanitaria in Regione  
Lombardia

### Associazione

MEDICUS MUNDI  
ITALIA ONLUS ONG

## EDITORIALE

- Racconto di una riforma,**  
Gianpaolo Balestrieri ..... 3
- Gli altri come fanno?**  
Ottavio Di Stefano ..... 4

## PRIMO PIANO

- La riforma nella nostra realtà,**  
Carmelo Scarcella ..... 6

## INTERVISTE

- Civile e Poliambilanza di fronte alla riforma,**  
a cura di Lisa Cesco ..... 13
- Gioco di Squadra,**  
Fabio Besozzi Valentini ..... 18
- Adriano, la sig.ra Maria  
e la riforma sanitaria lombarda,**  
Roberto Furloni ..... 20

## FORUM

- Fra innovazione e integrazione le sfide della gestione  
della cronicità dall'ospedale al territorio (...o viceversa),**  
testo a cura di Lisa Cesco ..... 24

## PUNTI DI VISTA

- Patologie croniche, pazienti cronici e modelli di cura,**  
Renzo Rozzini e Angelo Bianchetti ..... 28
- Senza distretto dove vai?**  
Gavino Maciocco ..... 34
- La presa in carico della cronicità in Lombardia:  
un modello "aperto"**  
Francesco Longo ..... 38
- Il sistema bresciano di regia e di governo clinico  
delle cronicità alla prova del riordino del servizio  
socio-sanitario lombardo,**  
Fulvio Lonati ..... 41
- Due anni dall'entrata in vigore della legge 23/2015  
di Regione Lombardia: più ombre che luci,**  
Piergiorgio Muffolini ..... 45
- I medici di medicina generale  
e la riforma lombarda: luci ed ombre,**  
Angelo Rossi ..... 47
- Il parere dello specialista ospedaliero,**  
Mauro Magoni ..... 50
- La voce dei pazienti**  
Anna Della Moretta ..... 52



## ASSOCIAZIONE

- MEDICUS MUNDI ITALIA ONLUS ONG,**  
Giampiero Carosi ..... 54

## MEDICINA E LETTERATURA

- Clinica che passione,**  
recensione a cura di Gianpaolo Balestrieri ..... 57

## RICORDI

- Maria Rosa Inzoli,**  
Angelo Bianchetti ..... 58

DIREZIONE-REDAZIONE-AMMINISTRAZIONE: Via Lamarmora, 167, Brescia, Tel. 030 2429537, Fax 030 2429530, info@ordinemedici.brescia.it, www.ordinemedici.brescia.it  
Direttore Responsabile: Dott. Gianpaolo Balestrieri, Comitato Di Redazione: Dott. Angelo Bianchetti, Prof. Giovanni Cancarini, Dott. Claudio Cuccia, Dott. Ottavio Di Stefano, Dott.ssa Eleonora Mozzo, Dott. Piergiorgio Muffolini, Dott. Renzo Rozzini, Dott.ssa Intissar Sleiman, Dott. Raffaele Spiazzi, Dott. Erminio Tabaglio.

CONSIGLIO DELL'ORDINE 2015-2017: PRESIDENTE: Dott. Ottavio Di Stefano, VICE PRESIDENTE: Dott.ssa Luisa Antonini, SEGRETARIO: Dott. Bruno Platto, TESORIERE: Dott.ssa Graziella Iacono, CONSIGLIERI: Dott. Gianpaolo Balestrieri, Dott. Germano Bettoncelli, Dott. Angelo Bianchetti, Dott. Ovidio Brignoli, Prof. Francesco Castelli, Dott.ssa Daniela Gatti, Dott.ssa Adriana Loglio, Prof. Francesco Puccio, Dott. Cesare Spedini, Dott. Umberto Valentini, Dott. Lorenzo Zanini, Dott. Pierantonio Bortolami (Odontoiatra), Dott. Luigi Veronesi (Odontoiatra), COLLEGIO REVISORI DEI CONTI: PRESIDENTE: Dott. Raffaello Mancini, COMPONENTI EFFETTIVI: Dott. ssa Analia Carmen Perini, Dott.ssa Emanuela Tignonsini, COMPONENTE SUPPLENTE: Dott.ssa Intissar Sleiman, COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI, PRESIDENTE: Dott. Luigi Veronesi, SEGRETARIO: Dott. Aldo Francesconi, COMPONENTI: Dott. Pierantonio Bortolami, Dott. Claudio Dato, Dott. Piero Alessandro Marcoli, UFFICIO DI PRESIDENZA COMPONENTI: Dott.ssa Luisa Antonini, Dott. Gianpaolo Balestrieri (Direttore Responsabile BresciaMedica), Dott. Germano Bettoncelli (Coordinatore Comm.ne Cultura), Dott. Ottavio Di Stefano, Dott.ssa Graziella Iacono, Dott. Bruno Platto, Dott. Umberto Valentini (Consigliere).

STAMPA: Com&Print srl - Brescia • PROGETTO EDITORIALE: a cura di Luca Vitale e Associati • IMMAGINE DI COPERTINA: realizzata dal Dott. Raffaele Spiazzi  
La riproduzione di vignette e testi è libera, purchè vengano citate fonti e autori.

# Racconto di una Riforma



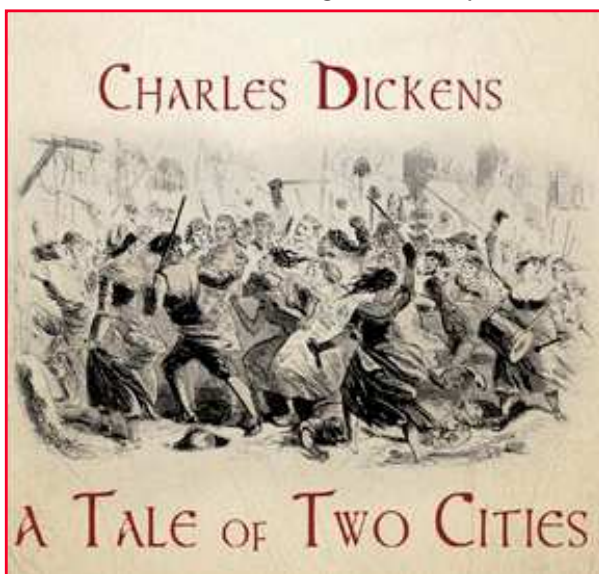
Il Direttore  
**Gianpaolo Balestrieri**

Era il migliore dei tempi, era il peggiore dei tempi, era l'età della saggezza, era l'età della follia, era l'epoca della certezza, era l'epoca dell'incredulità, era la stagione della luce, era la stagione dell'oscurità...

Così l'*incipit* del "Racconto di due città" di Charles Dickens. Londra e Parigi negli anni della Rivoluzione, le contraddizioni, i drammi, in un periodo di svolte radicali.

Anche la medicina oggi vive tensioni e paradossi. Da una parte i successi, impensabili solo pochi decenni fa, in campo di diagnosi e terapia. L'allungarsi della vita media, il convivere con malattie un tempo rapidamente mortali. Dall'altra l'insoddisfazione verso la qualità del rapporto medico paziente, la medicina difensiva, lo spreco di risorse, l'incertezza sulla sostenibilità dei sistemi universalistici, l'individualismo esasperato, la sfiducia nelle istituzioni, la difficoltà crescente nell'accesso alle cure di strati impoveriti della popolazione.

Guardando all'orizzonte ampio i problemi sanitari sono in testa alle agende della politica.



Negli Stati Uniti con l'offensiva di D. Trump verso l'*Obamacare*, in Gran Bretagna con la privatizzazione crescente del glorioso *National Health Service*, in Grecia con il drammatico taglio delle prestazioni.

**Strade nuove, mutamenti radicali nella gestione della sanità si prospettano anche nella nostra Regione. Questo numero del giornale vi è dedicato, con l'intento di illustrare i contenuti della Riforma in via di attuazione e di dare evidenza alla discussione in atto senza posizioni preconcrete.**

La cronicità, tema centrale della sanità contemporanea e futura, per l'impatto sulle persone, le famiglie, le strutture, per il consumo di risorse.

Va dato atto di aver affrontato questo nodo, nella regione più popolosa del Paese. Una sfida alla medicina delle cure primarie, presidio fondamentale di ogni sistema sanitario. Una sfida complessa, difficile, che penso vada comunque raccolta, per evitare una marginalizzazione perdente. Tanto più nella nostra provincia che ha una storia recente di successi nel "governo clinico" delle patologie croniche, con la partecipazione attiva dei medici di medicina generale. Più incerto, a mio avviso, il ruolo degli ospedali, chiamati, se così avverrà, a sostenere, con forze del tutto inadeguate, un ruolo di gestione continuativa dei pazienti cronici che non appartiene alla loro vocazione.

Un quadro in divenire, ancora confuso. Perplexità tra i colleghi, rischio di ulteriore disaffezione. Come Ordine cercheremo di fare la nostra parte per informare, commentare, criticare, se è il caso, alla luce del nostro Codice Deontologico, convinti che la partecipazione attiva dei medici è il presupposto ineludibile di ogni riforma. ●

# Gli altri come fanno?



Il Presidente  
Ottavio Di Stefano

Martino aveva lavorato quaranta anni in ferrovia. Guidava la littorina e fumava sessanta nazionali senza filtro al giorno. Quando poteva faceva straordinari. Andata e ritorno da Rimini in giornata e poi il turno di notte.

Non gli pesavano perché c'era lei che voleva fare il dottore e lui l'aveva promesso alla sua povera moglie. Tasse, affitto dell'appartamento, libri. Ogni viaggio in più voleva dire qualcosa di meno da pagare. La vedeva china a studiare ore e ore, anche fino a tarda sera, al tavolo della cucina, tanto che, a volte si domandava se ne valesse la pena. Accarezzava i capelli di suo figlio piccolo che dormiva da tempo, all'altro lato del tavolo, con il capo sulla ricerca di storia. *"Lui non ha tanta voglia di studiare, beh farà il ferroviere"*.

Ma lei era appassionata. E dopo la laurea il lavoro in ospedale ed ancora più passione. *"non fumare papà"* quella figlia meravigliosa lo tormentava con quella esortazione quotidiana.

*"Quaranta anni che fumo e sto un gran bene... solo un po' di tosse al mattino, e poi ci sei tu che nel caso mi curerai. Pensa che fortuna"*.

La tosse, il catarro, quasi non ci badava, era così da anni, ma quella mattina vide il sangue, rosso rosso proprio rosso.

Così nelle mattine successive.

Si ritrovò, un giorno, dopo l'edicola a prendere il tram per l'ospedale. La trovò in corsia, con il fonendo al collo e un fascio di cartelle in mano. Lei stupita- il suo papà lì!!- ed il viso si illuminò.

*"Non è niente...solo che da una settimana nel catarro del mattino ho visto il sangue rosso... non sarà niente, e mi sono detto ne parlo con la mia dottoressa"*.

Lei impallidì. Una raffica di domande"

*da quando..tutti i giorni... è da solo o mescolato con il catarro... ti fa male da qualche parte...hai la febbre...".* Lo fece stendere su lettino. E che visita. Il collo, le ascelle la pancia e poi ascoltava di qua e di là. Era tesa, le labbra imperlate di sudore e forse un tremolio delle mani.

*"Stai tranquillo papà. Torno subito"* ricomparve con un medico più anziano che gli sorrise.

Di nuovo domande e visita.

Entrava in tubi enormi che facevano paura, la cannetta in gola che si vedeva tutto sullo schermo, i prelievi e poi le flebo, la nausea e di nuovo i tubi enormi. *"Come faccio con un polmone solo?"* le domandò uscito dalla sala operatoria.

Tre anni di andare e venire dall'ospedale, il fiato che gli mancava, era rosso, gonfio in faccia e la glicemia era impazzita. Lei era sempre lì con lui. In ospedale e poi a casa, pronta a curare ogni disturbo.

Aveva arruolato uno stuolo di figure. La sua amica infermiera che gli metteva le flebo, il muscoloso fisioterapista che gli insegnava a respirare, la ragazza del comune che lo lavava. Il medico della mutua che passava due volte la settimana a cui chiedeva continui consigli. Gli sembrava di stare sempre un po' meglio. Stava in poltrona con le due piccole cannetine nel naso, andava a tavola da solo. *"Papà il peggio è passato, certo ti rimarrà un po' di mancafato e dovrai utilizzare sempre l'ossigeno"*.

Guardava il gran premio, leggeva il giornale, aveva perfino appetito.

Stava davvero quasi bene. Certo che fortuna avere a disposizione tutti quei servizi, ma dietro c'era sempre lei, la sua dottoressa. Si sentiva proprio curato da tante persone che



si muovevano coordinate dalla sua regia.

*"Benedetti gli straordinari"*

Si era assopito davanti alla Tv e lo svegliò la voce di suo figlio che guidava, altro orgoglio, il Freccia Rossa.

Stava parlando con Lei ed il loro vecchio medico della mutua.

*"Sta meglio?" "sì la malattia è in remissione, parla piano se no si sveglia" Suo figlio, come lui aveva una voce tonante "però se non ci fossi stata tu....."*

***ma gli altri come fanno?"***

*"cosa dici questi servizi ci sono per tutti"* rispose lei con veemenza

*"sì certo, ma tu li fai funzionare all'unisono come il programma del mio treno che interagisce con tutta la rete. E gli altri?"*

*"no la rete esiste, se pur a macchia di leopardo. Poi la Medicina Generale della nostra ATS (la vecchia ASL) non è all'anno zero. Da anni abbiamo i Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) concordati con gli specialisti e la stragrande maggioranza di noi conferisce i dati clinici dei nostri pazienti cronici. Quindi sappiamo come sta la nostra popolazione di malati ed anche quali interventi correttivi mettere in atto" c'era un certo orgoglio nelle parole del loro vecchio medico.*

*"Clinical governance e medicina non di attesa ma proattiva" intervenne lei la dottoressa. Martino non capiva niente e poco anche il pilota del freccia rossa. Ancora il medico di famiglia "Adesso c'è la riforma. Sono vecchio ed ero tentato di non aderire. Martino, che per sua fortuna è diventato un malato cronico, riceverà una lettera dall'ATS con un elenco di gestori accreditati per prendersi in carico la sua malattia" "anche di lui spero e non solo della malattia e poi non sarà più lei per mio padre il medico?" intervenne sorridendo il pilota.*

*"Come dicevo prima aderirò ad una delle cooperative di MMG che si stanno strutturando e ci candideremo come gestori, avremo un centro di coordinamento (Centro Servizi) che appunto coordinerà prenotazioni, visite, esami secondo un programma per ogni paziente (PAI Piano Assistenziale Individuale)".*

Il pilota *"mi sembra una buona cosa, ma se*

*il mio papà ha bisogno di qualcosa che non è previsto nel PAI cosa succede? Ed ancora se Lei non si candida come gestore cosa succede? Per tutti i problemi di Martino interviene uno che non lo conosce? E tu rivolto alla sorella- con il tuo ospedale?"*

*"anche l'ospedale si potrà candidare come gestore. Abbiamo già fatto riunioni per questo e siamo molto preoccupati noi medici perché ci si prospetta un nuovo carico di lavoro e siamo sempre meno" "ma fatemi capire l'ospedale, i MMG e quindi anche gli ospedali privati accreditati, le case di riposo... sono confuso"*

*"Certo anche gli ospedali pubblici e privati, ma vedi i pazienti sono di tre classi, dai più gravi, meno numerosi, ai meno gravi, più numerosi. I gestori potrebbero diversificarsi secondo questa tipologia in relazione alle capacità di intervento ... ma non so"*

Il pilota *"ma anche lei è perplesso?" "Certo forse si potevano fare cose più semplici, per esempio rivalutare le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) fra MMG e i distretti" il medico della mutua e la dottoressa si guardarono "e poi c'è il problema della informatizzazione della comunicazione che in un sistema come questo deve essere molto efficiente, in ospedale siamo molto preoccupati"*

*"devo andare. Ma sono sempre più confuso. Lei in questi anni è stato il nostro dottore, mia sorella dava risposte immediate ai bisogni del papà, ma quante volte le ha telefonato piena di dubbi e Lei c'era a rispondere con la sua esperienza. Un bell'esempio di interazione... Certo quando hanno pensato all'alta velocità molti vecchi ferrovieri erano perplessi pensando piuttosto ai pendolari ed ai loro treni fatiscenti come priorità... L'alta velocità funziona.. anche se costa tanto il biglietto. Beh con tutti i dubbi e le perplessità solo voi dottori potete fare in modo che tanti altri abbiamo l'assistenza che ha avuto mio padre, speriamo senza aumento del costo della corsa individuale. Vado. Milano - Roma in 2 ore e 45 minuti."*

***Martino aveva capito poco....però sua figlia ed il dottore della mutua non gli avevano dato solo medicine e richiesto esami, ma si erano presi cura di lui ed adesso stava benino...forse bene. Che fortuna! ●***

# La riforma nella nostra realtà

## Ruolo dell' Agenzia di Tutela della Salute

**Carmelo Scarcella**  
Direttore Generale ATS Brescia

Sistema Socio Sanitario

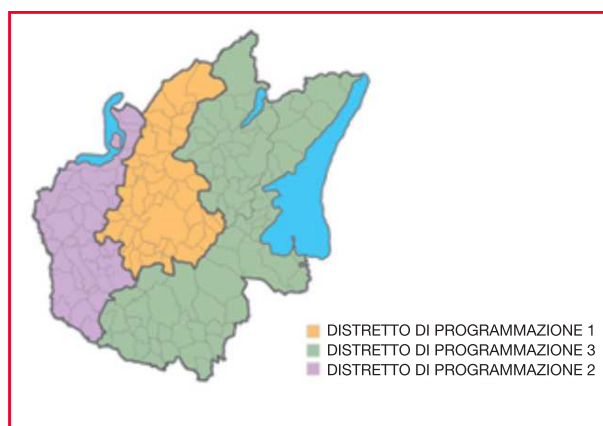


### CONTESTO TERRITORIALE E DEMOGRAFICO

ATS Brescia è stata istituita, nel processo di evoluzione del Sistema Sociosanitario Lombardo previsto dalla LR 23/2015, dal 01/01/2016, si estende su una superficie di 3.465 km<sup>2</sup>, comprende 164 Comuni e si organizza in tre Distretti di Programmazione, come mostrato in **Figura 1**. Inquadrando il contesto demografico, la popolazione residente al 31/12/2016 risulta composta da 1.176.312 soggetti, con un'età

media di 43,8 anni, maggiore nelle femmine (45,2) rispetto ai maschi (42,4). Le persone con più di 65 anni rappresentano il 20,8% (244.436 soggetti), e gli ultra 85enni il 3,1% (36.020 soggetti, di cui il 71% femmine). In **Figura 2** si può osservare la piramide demografica che fotografa la popolazione al 31/12/2016, e mostra la numerosità dei soggetti con età compresa tra i 40 e i 55 anni, il cui invecchiamento porterà in un decennio ad un importante incremento degli ultra65enni, con le implicazioni sanitario assistenziali che questo comporta; tale trend si accompagna ad un saldo negativo tra nuovi nati (9.875) e deceduti (9.999), e ad una continua contrazione delle fasce di popolazione sotto i 40 anni, sempre maggiore nelle coorti dei più giovani.

Prendendo in considerazione la popolazione effettivamente presa in carico nel corso del 2016, essa risulta pari a 1.200.767 soggetti, in quanto include, rispetto alla fotografia al 31/12/2016, anche i deceduti e le persone emigrate durante l'anno. Tale popolazione è stata utilizzata per calcolare i tassi dei cronici di seguito riportati.



**Figura 1:** Il territorio di ATS Brescia, suddiviso nei tre Distretti di Programmazione

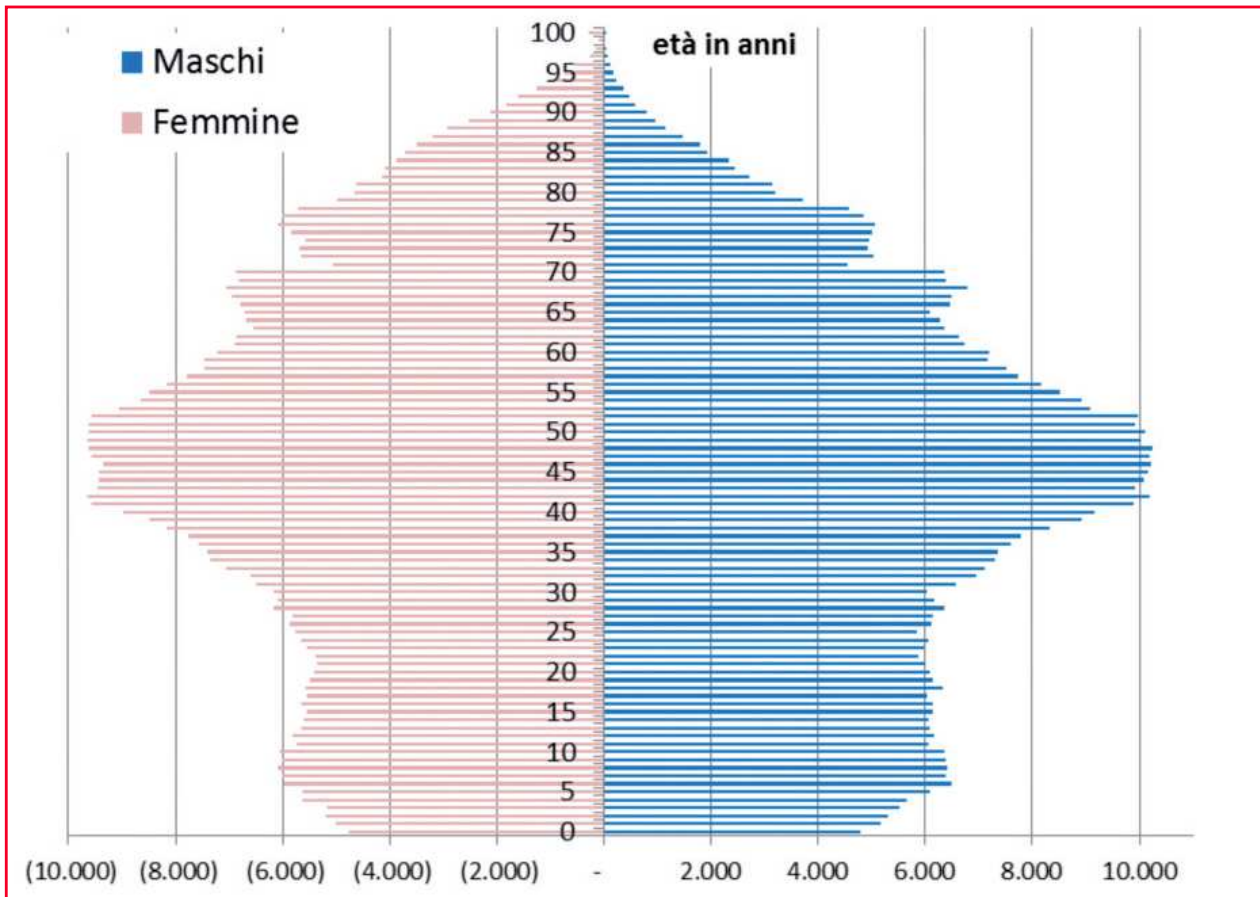


Figura 2: La piramide demografica della popolazione di ATS Brescia al 13/12/2016

## LA STRATIFICAZIONE REGIONALE

Regione Lombardia, come previsto nella DGR 6164/2017,

ha inviato ad ATS la stratificazione degli assistiti - rispetto alle 62 patologie croniche definite nella deliberazione - nel Marzo 2017, frutto dell'elaborazione dei dati di consumo sanitario compresi tra ottobre 2015 e ottobre 2016. Nel Maggio 2017 Regione ha inviato ad ATS i dati aggiornati, elaborati sui dati di consumo dell'intero 2016, che sono quelli esposti nella presente trattazione.

Il numero di soggetti cronici identificati è di 388.369, pari al 32,34% della popolazione; in particolare sono attribuiti al livello 1 (quattro o più patologie, complessità più elevata) 17.194 soggetti (1,43% della popolazione), al livello 2 (due o tre patologie, complessità intermedia) 142.368 soggetti (11,86% della popolazione), e al livello 3 (monopatologia) 228.807

soggetti (19,06% della popolazione).

La **Tabella 1** mostra la stratificazione dei cronici per classi d'età, mostrando un andamento in crescita della prevalenza per quella fascia di età per entrambi i sessi fino agli 80-84 anni, con una successiva diminuzione della prevalenza nella popolazione più anziana, facendo ipotizzare una maggior sopravvivenza dei non cronici, oppure l'effetto di esclusione dei soggetti istituzionalizzati, o comunque una mancata intercettazione dei cronici in età avanzata da parte dei servizi utilizzati dagli algoritmi regionali.

Analizzando la distribuzione per età dei tre livelli di complessità (**Tabella 2**), si nota come i soggetti classificati al Livello 3 si concentrino nella fascia 15-64 anni (57% dei cronici a Livello 3), mentre i Livelli 2 e 1 nella fascia 65-84 anni (rispettivamente, 55,6% e 63,4% dei cronici a Livello 2 e 1).

Tabella 1 Numerosità				Percentuale sulla popolazione			
categorie età	F	M	Total	categorie età	F	M	Total
<1	332	384	716	<1	7,0%	8,0%	7,5%
01-04	1.573	2.021	3.594	01-04	7,4%	9,2%	8,3%
05-09	1.814	2.359	4.173	05-09	6,0%	7,3%	6,7%
10-14	1.733	2.120	3.853	10-14	5,9%	6,8%	6,4%
15-19	2.083	2.234	4.317	15-19	7,4%	7,2%	7,3%
20-24	2.268	2.234	4.502	20-24	8,1%	7,3%	7,7%
25-29	3.013	2.370	5.383	25-29	9,9%	7,5%	8,7%
30-34	4.372	3.078	7.450	30-34	12,6%	8,8%	10,7%
35-39	6.267	4.784	11.051	35-39	15,6%	11,7%	13,6%
40-44	9.268	8.423	17.691	40-44	19,4%	16,8%	18,1%
45-49	12.253	12.334	24.587	45-49	25,5%	23,9%	24,7%
50-54	15.930	16.467	32.397	50-54	33,9%	33,9%	33,9%
55-59	17.170	18.225	35.395	55-59	43,2%	46,0%	44,6%
60-64	18.618	19.647	38.265	60-64	53,9%	58,5%	56,2%
65-69	22.914	22.993	45.907	65-69	66,1%	70,4%	68,2%
70-74	22.016	20.700	42.716	70-74	75,1%	78,1%	76,5%
75-79	23.769	19.942	43.711	75-79	81,3%	83,0%	82,1%
80-84	18.726	12.455	31.181	80-84	84,2%	84,3%	84,2%
85-89	13.977	6.638	20.615	85-89	82,1%	80,6%	81,6%
90-94	6.712	2.168	8.880	90-94	73,9%	72,5%	73,6%
95-99	1.426	339	1.765	95-99	62,4%	60,2%	61,9%
>=100	196	24	220	>=100	46,2%	45,3%	46,1%
Total	206.430	181.939	388.369	Total	34,0%	30,7%	32,3%

*Tabella 1: Numerosità dei cronici per sesso e fascia d'età, valore assoluto e percentuale*

Categoria età	Livello 1		Livello 2		Livello 3	
	N	%	N	%	N	%
0 - 14	37	0,2%	792	0,6%	11.507	5,0%
15 - 64	2.972	17,3%	46.695	32,8%	131.371	57,4%
65 - 84	10.904	63,4%	79.147	55,6%	73.464	32,1%
85+	3.281	19,1%	15.734	11,1%	12.465	5,4%
Totale	17.194	100,0%	142.368	100,0%	228.807	100,0%

*Tabella 2: Numerosità e prevalenza soggetti cronici per fasce di età e livello di complessità*



È rilevante considerare che, nonostante gli algoritmi regionali identifichino 62 patologie, la stratificazione mostri come le 15 patologie principali più rappresentate coprano ben l'81,6% dei cronici classificati (Tabella 3), con il primato dell'ipertensione arteriosa che interessa 90.845 soggetti, il 23,4% dei cronici.

N	PATOLOGIA PRINCIPALE	Numero	%
1	IPERTENSIONE ARTERIOSA	90.845	23,4%
2	DIABETE MELLITO TIPO 2	31.515	8,1%
3	IPERCOLESTEROLEMIE FAMILIARI E NON	26.784	6,9%
4	ASMA	20.914	5,4%
5	CARDIOPATIA ISCHEMICA	17.409	4,5%
6	NEOPLASIA ATTIVA	17.354	4,5%
7	SCOMPENSO CARDIACO	17.252	4,4%
8	MIOCARDIOPATIA ARITMICA	15.126	3,9%
9	MIOCARDIOPATIA NON ARITMICA	14.507	3,7%
10	BPCO	13.599	3,5%
11	VASCULOPATIA CEREBRALE	11.536	3,0%
12	IPOTIROIDISMO	11.226	2,9%
13	DIABETE MELLITO TIPO 2 COMPLICATO	10.594	2,7%
14	NEOPLASIA FOLLOW-UP	9.714	2,5%
15	EPATITE CRONICA	8.566	2,2%

Tabella 3: Numerosità e prevalenza soggetti cronici per patologia principale

Regione Lombardia mette inoltre a disposizione il dato rispetto all'Ente di riferimento, ovvero la struttura presso la quale il soggetto assistito ha consumato nel triennio il maggior numero di ricette di specialistica ambulatoriale, ad esclusione di Pronto Soccorso e laboratorio. Si sottolinea che un quarto dei cronici (96.785, 24,93%) risultano non avere attribuito un Ente di riferimento, il che significa che non hanno

ricevuto prestazioni di specialistica ambulatoriale nell'ultimo triennio a carico del SSR.

La Tabella 4 mostra come i cronici più complessi tendano ad avere con maggior frequenza un solo ente di riferimento (91,4%), mentre tra quelli meno complessi è più elevata la percentuale dei soggetti senza ente di riferimento (35,67%).

		Livello di complessità			Total
		1	2	3	
Non frequent user	n.	602	14.574	81.609	96.785
	%	3,50%	10,24%	35,67%	24,92%
Frequent user: 1 solo ente di riferimento	n.	15.715	117.803	131.449	264.967
	%	91,40%	82,75%	57,45%	68,23%
Frequent user: 2 o più enti di riferimento	n.	877	9.991	15.749	26.617
	%	5,10%	7,02%	6,88%	6,85%

Tabella 4: Enti di riferimento per livello di complessità

## LA RETE D'OFFERTA SANITARIA E SOCIOSANITARIA

L'avvio del modello di presa in carico previsto da Regione

Lombardia, basandosi sul concetto cardine che i servizi si devono organizzare intorno all'assistito, necessita di una profonda conoscenza della rete esistente. Il territorio bresciano si caratterizza per una ricca e diversificata rete d'offerta di servizi sanitari e sociosanitari, di cui si illustra di seguito una sintetica panoramica.

Nel sistema delle Cure Primarie sono convenzionati 729 Medici di Medicina Generale, 128 Pediatri di Libera Scelta e 210 Medici di Continuità Assistenziale (al 31/05/2017). Nel territorio si contano 303 farmacie e 46 parafarmacie. Gli erogatori sanitari pubblici sono rappresentati dalle 3 Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST) Spedali Civili, Franciacorta e Garda, che oltre all'ospedale per acuti e alla specialistica ambulatoriale comprendono le strutture di psichiatria e di neuropsichiatria

dell'infanzia e dell'adolescenza.

Gli erogatori privati contano invece 11 strutture di ricovero e cura, 16 strutture di specialistica ambulatoriale (di cui 5 di Medicina della Sport, 8 ambulatori specialistici e 3 laboratori), 8 strutture di psichiatria (tra cui un IRCCS) e 3 strutture di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza.

Le Unità d'Offerta sociosanitarie comprendono un'eterogenea rete di servizi dedicati a specifici bisogni di salute e d'assistenza.

I servizi per gli anziani/fragili includono 86 Residenze Sanitarie Assistenziali autorizzate (di cui 85 accreditate e 84 a contratto), 54 Centri Diurni Integrati, 35 erogatori di Assistenza Domiciliare Integrata, 8 Hospice, 3 strutture di Cure Intermedie e 2 strutture di post-acuti. Dal 01/07/2017 è stato avviato il progetto sperimentale di degenza di comunità "Servizio Territoriale di Assistenza Residenziale" (STAR), previsto dal DM 70/2015 e dalla DGR 6551/2017 che si caratterizza per un'assistenza infermieristica assicurata 24/24h e la responsabilità clinica in capo al MMG del singolo assistito.

La rete per la disabilità si compone di 29 Centri Diurni per Disabili, 21 Centri Socio Sanitari e 8 Residenze Sanitarie per Disabili. Il mondo dei consultori ne conta 20 privati e 16 pubblici, mentre quello per le dipendenze si articola in 8 Servizi Territoriali per le Dipendenze (SerT) - Nuclei Operativi Alcoldipendenze (NOA) e 4 Servizi Multidisciplinari Integrati (SMI).

È rilevante notare che le unità d'offerta sociosanitarie rappresentano un attore che



già possiede, per storia e cultura sottostante, le competenze professionali e la prospettiva propria della presa in carico prevista dalla LR 23/2015, e che rappresenterà l'attività core del Gestore: l'approccio multidimensionale nella valutazione dei bisogni dell'assistito, la definizione di un Piano Assistenziale Individuale (PAI) da parte di un Clinical Manager, la firma di un Patto di Cura tra le parti e il monitoraggio dell'aderenza agli interventi previsti nel PAI. A fronte di questa "naturale" predisposizione per una presa in carico globale della persona, più difficile invece appare il raggiungimento di una dimensione organizzativa, gestionale ed anche finanziaria che permetta la sostenibilità di quei servizi di supporto, identificati dalla norma nel Centro Servizi, deputati a curare tutto il "back-office" della presa in carico, ovvero la prenotazione automatica delle prestazioni programmate con verifica delle stesse e il "front-office", ovvero l'interlocuzione continua da parte del Case Manager con il cronico per le comunicazioni relative al percorso. Al fine di facilitare l'ingresso nel sistema delle Unità d'offerta sociosanitarie è stata prevista la possibilità che più Enti presentino la propria candidatura a Gestore in associazione, in modo che possano raggiungere una massa critica di soggetti arruolati che renda sostenibile il processo.

### IL SISTEMA DI REGIA DELLE CURE PRIMARIE

Va peraltro sottolineato che ATS Brescia ha costruito nel tempo un percorso

finalizzato a creare un sistema di regia nella gestione complessiva delle malattie croniche nei confronti di tutti gli attori interessati, con un'attenzione particolare ai Medici delle Cure Primarie. Tale sistema, che si può considerare prodromico all'attuale realizzazione della presa in carico, ha permesso di promuovere un intenso processo professionale ed organizzativo per favorire la trasformazione

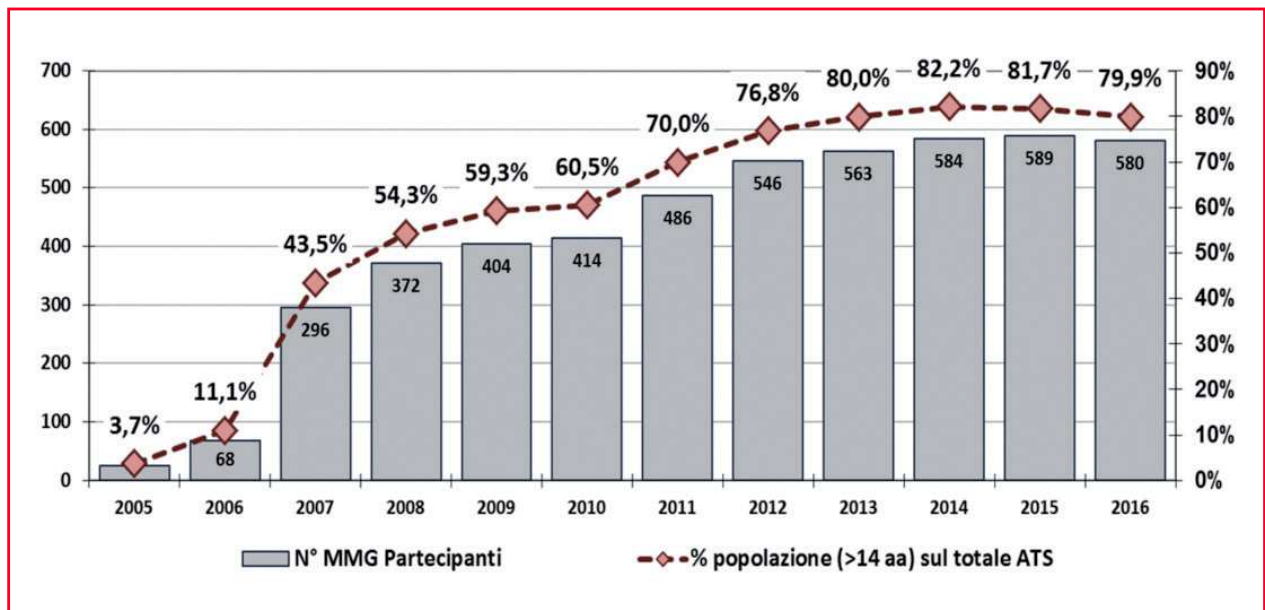


Figura 3: Evoluzione temporale del numero di MMG partecipanti al conferimento dei dati per il Governo Clinico e popolazione assistita

culturale dei Medici di Medicina Generale (MMG) nei confronti della cronicità, convertendo il tradizionale approccio della medicina passiva alla filosofia della medicina attiva o d'iniziativa. Al contempo il percorso ha offerto al MMG gli strumenti per gestire nel modo più razionale la rilevante massa di lavoro connessa al crescente numero di malati cronici. Tra questi strumenti si ricordano il costante controllo sulla prevalenza delle malattie croniche mediante l'elaborazione dei dati sanitario-amministrativi con la Banca Dati Assistiti; il monitoraggio tramite l'analisi dei dati anonimizzati dei singoli assistiti, raccolti e registrati dai MMG e dai Pediatri di Famiglia (PDF); la definizione e il continuo aggiornamento insieme agli *stakeholders* coinvolti dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) per la gestione integrata delle patologie croniche ad elevata prevalenza e delle patologie complesse come le demenze o dei percorsi riabilitativi; nonché l'aggiornamento professionale continuo dei Medici delle Cure Primarie promosso da ATS anche in collaborazione con le Società Scientifiche di settore. Questo percorso ha portato, nel 2016,

al risultato di una partecipazione della maggioranza dei MMG, ovvero 580 MMG, pari al 79% del totale dei 732 Medici attivi, al sistema informativo integrato che permette uno scambio bidirezionale di dati e report tra l'Agenzia e i MMG/PDF. Il sistema prevede dei ritorni informativi personalizzati, attraverso i quali ogni medico ha la possibilità di estrarre dal proprio archivio informatico e di trasmettere all'ATS una serie d'informazioni relative a ciascun assistito in merito a stili di vita ed a 15 malattie cronico-degenerative.

L'elaborazione dei dati acquisiti con le cartelle dei MMG permette il monitoraggio di diversi tipi d'indicatori misurabili: gli indicatori di processo restituiscono un riscontro circa la completezza del dato inviato dal MMG. Vi sono poi gli indicatori di terapia, attraverso i quali possono essere monitorati i comportamenti prescrittivi dei MMG. Infine, lo strumento permette anche la valutazione di indicatori di esito, ad esempio in termini di controllo pressorio, assetto lipidico, andamento dell'emoglobina glicata, abitudine tabagica, attività motoria, BMI.

## L'AVVIO DELLA PRESA IN CARICO

ATS Brescia ha messo in atto le azioni previste nella

DGR 6551/2017 e dalla sua successiva circolare esplicativa per l'attuazione della presa in carico. Con Decreto 317 del 30/05/2017 ha pubblicato l'*Avviso per l'iscrizione nell'elenco degli idonei per il ruolo di gestore, di co-gestore e di erogatore per la presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili*; gli interessati potranno candidarsi entro il 31/07/2017. ATS avrà tempo fino al 15/09/2017 per valutare l'idoneità dei gestori, dei co-gestori e degli erogatori, predisporre e pubblicare l'elenco degli idonei al percorso di presa in carico (ruolo gestore e co-gestore) e l'elenco degli idonei per il ruolo di erogatore a supporto della presa in carico dei pazienti cronici da parte dei MMG/PLS in forma aggregata. I MMG/PLS in forma aggregata esplicheranno la filiera erogativa (prendendo accordi con erogatori dall'elenco degli idonei) entro il 15/10/2017 e ATS valuterà tale filiera entro il 31/10/2017.

Dalla fine di maggio ATS è impegnata ad incontrare i principali *stakeholders* per illustrare i passi per l'attuazione della riforma e la sua filosofia ispiratrice: le strutture pubbliche e private accreditate a contratto e non, i MMG/PLS, i titolari delle farmacie private e i responsabili di quelle comunali, i servizi sociali dei Comuni, le associazioni di pazienti e il mondo delle cooperative.



## Considerazioni conclusive

Il modello organizzativo della presa in carico previsto da Regione Lombardia rappresenta una risposta alle proiezioni sociodemografiche che mostrano un'impossibilità del sistema a fare fronte ai bisogni di salute dei prossimi anni, così come strutturato attualmente.

Uno fra gli obiettivi principali di tale modello è il superamento della frammentazione attuale degli interventi di cura/assistenza, prevedendo la figura del *Clinical Manager* - il responsabile clinico del percorso terapeutico-assistenziale dell'assistito cronico - che fa capo al Gestore (un Ente con personalità giuridica che è titolare della presa in carico) e che ha il compito di fare sintesi clinica tra i vari specialisti, con il pieno coinvolgimento del MMG/PLS. Accanto al *Clinical Manager*, il Case Manager è la seconda figura chiave attraverso la quale il Gestore assicura il controllo della *compliance* del soggetto al percorso.

Questa ristrutturazione del sistema, che ha la prospettiva e l'ambizione di ricomporre le filiere erogative sanitarie e sociosanitarie in funzione dell'assistito (e non del proprio funzionamento come purtroppo ancora accade), rappresenta una grande sfida ed un profondo cambiamento culturale, che deve accompagnare la rivoluzione organizzativa.

Data la complessità del sistema in trasformazione - un servizio sociosanitario che assiste circa 10 milioni di persone tra cui più di tre milioni di cronici - il modello proposto necessiterà di una serie di aggiustamenti in corso d'opera durante un percorso che si prospetta senza dubbio difficile ma allo stesso tempo sfidante, al fine di arrivare alla piena messa a regime. ●



# Civile e Poliambulanza di fronte alla riforma



## INTERVISTA A DUE

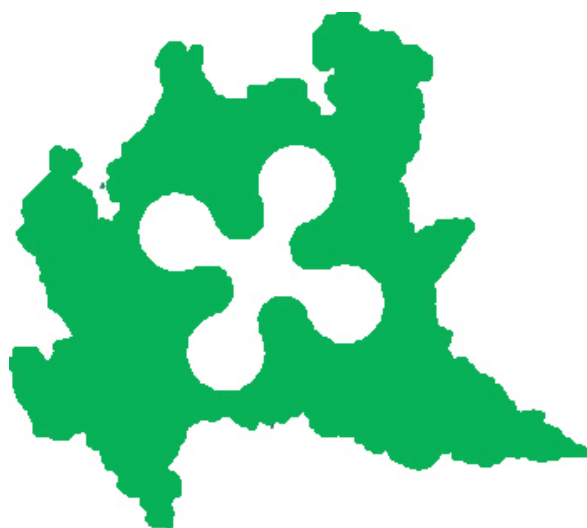
a cura di **Lisa Cesco**  
giornalista

Confronto sulla riforma della sanità lombarda e le nuove sfide che attendono gli ospedali con i vertici dei due principali poli ospedalieri bresciani: **Roberta Chiesa**, Direttore Socio Sanitario dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) Spedali Civili di Brescia, e **Alessandro Signorini**, Direttore Generale di Fondazione Poliambulanza, **intervistati da Ottavio Di Stefano**, Presidente dell'Ordine dei Medici, e **Gianpaolo Balestrieri**, Direttore di Brescia Medica.



**Gianpaolo Balestrieri:** «Siamo stati abituati a vivere il Civile come ospedale per acuti dotato di specialità di terzo livello, un riferimento per i bresciani, da sempre percepito come l'«ospedale della città». La riforma sanitaria lombarda ha introdotto importanti cambiamenti, fra cui il passaggio di molte funzioni sociosanitarie dalle vecchie ASL alle Asst: il ruolo dell'ospedale sulla realtà territoriale diventa sempre più rilevante. Si incontreranno ostacoli culturali e logistici nell'occuparsi dei problemi del territorio?».

**Roberto Chiesa:** «È solo un anno e mezzo che lavoro all'ASST Spedali Civili di Brescia, anche se conosco l'Azienda da un punto di vista diverso, avendo lavorato negli ultimi quindici anni presso la ex ASL di Brescia nell'ambito



dell'accreditamento e del controllo delle Strutture Sanitarie e prima come ricercatore universitario per un decennio presso la Cattedra di Igiene e Medicina preventiva dell'Università degli Studi di Brescia. Con il nuovo incarico ho inizialmente cercato di conoscere la complessa articolazione aziendale, in particolare il presidio Civile, dove ho trovato un ambiente di lavoro favorevole e un'ottima accoglienza. La riforma sanitaria regionale ha avuto un impatto importante per un'azienda complessa come il Civile: i concetti di polo ospedaliero e rete territoriale sono emblematici, insieme alle parole chiave «polo» e «rete», perché danno già l'idea delle caratteristiche diverse dei due ambiti, dovendo rispondere a pazienti con bisogni diversi.

**La rivoluzione è rappresentata dal fatto che non si dovrà più ragionare dell'ospedale come "luogo di cura", ma trasformare l'ospedale nel segno del "percorso di cura".**

Il Civile, va ricordato, non ha solo alte specialità: conta più di cento posti letto di Medicina che rappresentano il 15% dei ricoveri di tutta l'azienda. E i primi tre Drg riguardano patologie come l'insufficienza cardiaca, la polmonite e una miscellanea di problematiche legate alla cronicità. C'è già intrinsecamente, quindi, la vocazione a gestire pazienti anziani cronici e con più patologie che spesso necessitano di dimissione protetta. Su alcuni filoni specifici, inoltre, come il diabete, la sclerosi multipla, le patologie pneumologiche e nefrologiche, sono già stati avviati percorsi condivisi con il coinvolgimento dei medici di medicina generale. Sono tante, quindi, le esperienze già in essere di integrazione territorio - ospedale, soprattutto per quelle specialità che da sempre gestiscono un'elevata percentuale di pazienti con patologia cronica. Alla luce di questo non ci saranno difficoltà maggiori ad organizzare il nuovo sistema di presa in carico al Civile rispetto ad altri ospedali per acuti, anche se certamente delle difficoltà da affrontare ci sono: ad esempio le modalità organizzative, i modelli di risposta ai bisogni del paziente, che sono diversi fra il medico ospedaliero e il medico del territorio. Quello che serve oggi è un salto culturale e una grande disponibilità al cambiamento».



**Ottavio Di Stefano:** «Ci sono attese ma anche preoccupazioni circa il nuovo ruolo che il Civile potrà acquisire, in particolare quello di gestore: ci si interroga sui sistemi di comunicazione, dialogo e informazione esistenti, sul fatto che manchi la cartella clinica informatizzata. Peraltro come azienda avete già in atto un progetto di informatizzazione e diventerete Centro servizi».

**Roberto Chiesa:** «Dobbiamo candidarci come ente gestore, faremo quindi una doppia candidatura come ente gestore ed ente erogatore. Verranno attivati due Centri servizi, uno in Valle Trompia e uno a Brescia (diverso

il contesto di Montichiari, il cui servizio territoriale afferisce ad un'azienda diversa dalla nostra): le infrastrutture informatiche e informative saranno un elemento portante, verranno predisposti pacchetti-base per consentire di preparare il Piano Assistenziale Individuale (PAI) e il patto di cura. Verrà favorita la comunicazione fra specialisti e medico di medicina generale, attraverso un sistema che viaggia con la piattaforma SISS (Sistema Informativo Socio Sanitario).

**Determinanti, infine, saranno i sistemi per verificare l'aderenza al PAI da parte del paziente, che consentiranno di riscontrare, ad esempio, se si è effettivamente sottoposto agli esami prescritti».**



**Gianpaolo Balestrieri:** «Brescia vanta la presenza di una rete territoriale molto diffusa, a governo pubblico, che conosce il suo territorio e i pazienti critici. Con la riforma questa rete, che ha sempre fatto da perno, diventa un punto di offerta insieme ad altre filiere possibili, non necessariamente pubbliche. Questo può essere un problema? Non si rischia - pensiamo al sociosanitario e alla fragilità - di indebolire la storia positiva esistente?».

**Roberto Chiesa:** «Si parla, in proposito, di "reti parallele". Non credo che questo rappresenti un problema, perché il "governo" del sistema è rimasto in capo ad Agenzia di Tutela della Salute (ATS), che esercita le azioni di programmazione, acquisto e controllo. Gli accordi futuri, quindi, dovranno tenere conto del taglio di ATS Brescia. Inoltre, nei piani di organizzazione delle ASST è stata inserita la Rete Integrata di Continuità Clinico Assistenziale - (RICCA), uno strumento che gestisce la rete "interna" e quella "esterna" per attuare la presa in carico delle persone in condizioni di cronicità e fragilità, garantendo continuità e appropriatezza nell'accesso alla rete dei servizi e delle unità di offerta deputate all'erogazione delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali. In questa prospettiva è prevista la messa in rete con altri erogatori, come le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) e le cooperative».



**Gianpaolo Balestrieri:** «Concretizzare il nuovo sistema promosso da Regione Lombardia comporterà inevitabilmente un carico di lavoro aggiuntivo: ci saranno i PAI da predisporre, il patto di cura, ed è prevedibile che la gestione di un numero cospicuo di pazienti ricadrà sulle spalle dei dipendenti medici ospedalieri. L'azienda sta pensando a nuove assunzioni?»

**Roberto Chiesa:** «Ci stiamo interrogando su una serie di questioni fondamentali, per capire qual è il massimo della nostra potenzialità erogativa, in base al personale e alle disponibilità organizzative. Ma il vero momento in cui verrà impostata l'organizzazione sarà dal 15 settembre, quando ATS pubblicherà la lista delle realtà candidate alla gestione ed erogazione, definendo quante saranno.

Per ora possiamo ragionare su tre numeri: i "frequent user" di prestazioni che fanno riferimento alla nostra azienda sono 103 mila pazienti, suddivisi in 7 mila nel livello 1, il più grave, 50 mila per il livello 2 e i restanti nel livello 3. È probabile che i pazienti del livello 3, portatori di una sola patologia cronica, verranno seguiti dal medico di medicina generale. Per il livello 2 potrebbe affermarsi la formula della cogestione, con integrazione fra medico di base e ospedale. Come azienda potremo verosimilmente candidarci per i livelli 1 e 2 (non sappiamo ancora se potremo non fare il livello 3)».



**Ottavio Di Stefano:** «Per la presa in carico dei malati polipatologici non è indicata una figura specialistica, serve piuttosto quella di un medico "generalista" all'americana, che potrebbe rientrare nella figura dell'internista/geriatra».

**Roberto Chiesa:** «I pazienti di livello 1, che presentano diverse cronicità, verranno inseriti come patologia prevalente, che, ad esempio, se è il diabete avrà il diabetologo come riferimento, anche se il paziente è anche cardiopatico e nefropatico. Abbiamo avviato tavoli di lavoro congiunti con più specialisti territoriali ed ospedalieri e infermieri territoriali e ospedalieri per i percorsi che riguardano le patologie più rilevanti, e verranno definite le

caratteristiche del case manager che seguirà la presa in carico globale del malato; inoltre verranno individuati i potenziali clinical manager e case manager.

Le lettere ai pazienti con la comunicazione di avvio del nuovo sistema dovrebbero essere inviate fra ottobre e novembre, noi siamo pronti a partire a gennaio, si inizierà con le visite per la presa in carico e l'inquadramento della patologia prevalente».



**Ottavio Di Stefano:** «Questa riforma è "isorisorse"? Non va dimenticato che oltre al lavoro in ambito clinico il medico dovrà seguire anche una cospicua parte organizzativa e burocratica».

**Roberto Chiesa:** «Spero di no. Il carico sui medici è una preoccupazione, ma lo specialista avrà strumenti organizzativi per seguire i pazienti cronici a regime. Non sta scritto che aumenta l'organico, ma nel corso del 2018 la Regione darà strumenti per la valutazione dell'impatto economico-organizzativo del nuovo sistema. In questo confidiamo, ricordando che rimane anche un piccolo margine con la tariffa di presa in carico che verrà riconosciuta».



**Gianpaolo Balestrieri:** «La Poliambulanza, invece, si connota per la vocazione come ospedale per acuti con eccellenze importanti, aspetto che a prima vista può non coincidere con un ruolo di erogazione di servizi a pazienti fragili e cronici sul territorio, secondo l'orientamento impresso dalla Regione. Ma Poliambulanza ha anche una tradizione importante sulle polipatologie, la geriatria, l'ambito della fragilità, ed è stato uno dei primi ospedali sul territorio ad attivare un reparto per sub-acuti. Come si declina la vocazione di Poliambulanza nel nuovo scenario delineato dalla riforma sanitaria?».

**Alessandro Signorini:** «Si tratta di uno scenario diverso da quello del Civile: per l'ASST rientra nella sua stessa definizione l'impegno a sviluppare questo nuovo fronte di presa in carico dei cronici, per noi dipenderà da quello che decideremo di fare, dal momento che il testo di

“riforma” non contempla esplicitamente una competenza ma si limita a stabilire che “possono svolgere le funzioni previste dalle ASST”, di conseguenza l’adesione al progetto costituisce un atto di libera scelta. Fatte queste premesse, è certo che la nostra storia è sempre stata “favorevole” a queste categorie di pazienti. Quest’anno si celebra il trentennale dell’*hospice* della Domus Salutis, che nacque dotato di una costola importante, quella dell’assistenza domiciliare. E fin dall’inizio dell’esperienza più recente delle Ancelle, Fondazione Poliambulanza si è distinta per l’impegno sui sub-acuti e una Geriatria connotata per acuti, differenziata da altre esperienze come quella del Sant’Orsola, più ispirata alla lungodegenza riabilitativa.

Una vocazione a correlarci con il territorio c’è sempre stata: basta pensare alla rete di collaborazioni attivata con strutture del territorio, o al numero di dimissioni protette, che segna un trend in progressiva crescita: sono state 1995 nel 2016, erano 1870 l’anno precedente.

Cosa faremo ora, tuttavia, non è ancora completamente definito. Non possiamo non essere presenti, ma dobbiamo capire come affrontare la nuova situazione, a partire dalla costruzione di una rete, che sarà una rete parallela all’ASST, e richiederà di stabilire collaborazioni e alleanze con molteplici interlocutori, a partire dai medici di medicina generale e le RSA, alcune delle quali sono già vicine.

L’elemento dirimente, per noi, sarà capire la sostenibilità economica dell’operazione. Al momento non siamo in grado di stimare fino in fondo quanto sia sostenibile: siamo una realtà non profit, il nostro obiettivo non è ricavare profitto, ma mantenere il “*break even*”, cioè il pareggio dei costi. Ad esempio, la scelta di assumere nuovo personale deve necessariamente essere subordinata a una verifica su come l’operazione possa sostenersi.

È comunque altamente probabile che ci candideremo come gestori ed erogatori, bisognerà capire come stringere alleanze per presentare la filiera, entro la scadenza del 31 luglio».

**Roberto Chiesa:** «Il contesto, in effetti, diverso: noi come ASST dobbiamo fare il bando».

**Alessandro Signorini:** «Noi abbiamo meno informazioni sui cronici e sugli aspetti correlati, conosciamo i nostri numeri ma dipendiamo, per una visione di insieme del territorio, dalle informazioni che la Regione ci può rendere disponibili, cosa si è verificata solo in recentissime occasioni. Il problema più grosso che per Poliambulanza si profila è quello di ridurre la produzione. Tradizionalmente “sfondiamo” il *budget* che ci viene assegnato da Regione Lombardia: ci attestiamo sui 4,5 milioni di euro di “sforamento”. Abbiamo una domanda superiore a ciò che possiamo offrire, e il trend quest’anno è in crescita.

**Ci poniamo quindi la domanda se debba essere presa in considerazione una eventuale limitazione della nostra offerta specialistica per destinare risorse ed impegno al fronte della cronicità sul territorio».**



**Ottavio Di Stefano:**

«Seguendo questo ragionamento cosa potrebbe succedere per le realtà del privato profit?».

**Alessandro Signorini:** «Può emergere un rischio sul quale gli organi di controllo devono esercitare grande attenzione: l’ingresso nel sistema di soggetti “nuovi” o non strutturati secondo modelli di assistenza consolidata nell’ambito ospedaliero può originare “improvvisazioni” nella erogazione di prestazioni domiciliari, soprattutto se l’intento è di ricavare margini economici di profittabilità.

**In questi termini diviene sostanziale il ricorso a professionisti (infermieri in particolare) pienamente autonomi e qualificati ed in grado di fronteggiare le situazioni che, al di fuori di un ambiente sanitario, rischiano di divenire più complesse da controllare e gestire.**



Il timore che le tariffe di rimborso previste per la gestione extraospedaliera di alcuni percorsi siano "borderline" esiste e deve quindi essere posto in atto ogni sforzo per non abbassare il livello della qualità e della sicurezza procedurale. Esiste un rischio sottovalutato, quello di tendere al ribasso per avere dei margini di utile. È nella natura delle cose che l'ospedale si occupi anche dell'assistenza sul territorio, e nei sistemi più evoluti questi percorsi esistono, ma non possiamo trascurare che gestire il malato cronico è un compito importante e delicato, ad esempio per i più fragili che necessitano dell'"ospedalizzazione domiciliare" servono grandi competenze e vanno selezionate le persone più esperte, penso in particolare agli infermieri. Per sostituire un catetere vescicale a domicilio a un malato compromesso da più patologie serve un infermiere di grande esperienza, non puoi prendere l'avventizio. Questo è il grande pericolo, e sarà cruciale il ruolo di ATS nella verifica - operazione di certo non facile - dei requisiti e delle qualità».

**Gianpaolo Balestrieri:** «*Emerge una perplessità di ordine generale davanti alle strutture ospedaliere che si candidano come gestori: se il fine è quello di coniugare qualità in salita con controllo dei costi, non sono forse più attrezzati i medici di medicina generale nel domandare prestazioni agli erogatori, piuttosto di figure che uniscono in sé il doppio ruolo di gestori ed erogatori? È prevedibile che il "for profit" non si metterà in un sistema in cui le prestazioni tendono a calare, nel nome dell'appropriatezza e di un minore numero di interventi. Tutto questo non è qualcosa che rientra più nelle corde della "primary care" tradizionale?».*

**Roberto Chiesa:** «*Infatti noi come ASST Spedali Civili avremo una doppia candidatura, secondo un doppio binario di gestione ed erogazione».*

**Ottavio Di Stefano:** «*Centrale, in questa prospettiva, sarà la verifica degli indicatori di processo e indicatori di esito».*

**Roberto Chiesa:** «*Va precisato che gli indicatori di esito non credo siano interpretati come outcome in termini di salute, molto difficili da misurare nel breve periodo, ma penso si riferiscano soprattutto all'aderenza al PAI e alla qualità percepita dal paziente. La capacità di presa in carico dell'ente gestore è misurata sulla base dell'effettiva aderenza al PAI da parte del paziente».*

**Gianpaolo Balestrieri:** «*Non mi convince il ruolo dell'ospedale come gestore, se non per alcune nicchie, come i malati dializzati, trapiantati, con diabete di primo tipo. Mi chiedo anche come si articolerà il rapporto fra l'ospedale in veste di gestore e i medici di medicina generale che non saranno cogestori, e si sentiranno messi in discussione nel loro ruolo.*

**È un grande pericolo che la medicina generale sia messa in stato d'accusa. Come sostenuto da alcuni sindacati, è come se il messaggio trasmesso ai medici del territorio fosse "non siete capaci a fare questo mestiere". C'è il rischio, così facendo, di mettere in crisi la medicina generale».**



# Gioco di squadra

**Fabio Besozzi Valentini**

Direttore socio sanitario ASST Franciacorta

Quando il Presidente dell'Ordine dei medici Ottavio Di Stefano mi chiese di stendere un articolo per la nostra rivista dal titolo "Riforma: incontro ospedale/territorio", di rimbalzo io gli chiesi: "perché?".

La risposta fu: "So che ti stai muovendo sul tuo territorio per riuscire ad attuarla mettendo a confronto i vari attori del sistema; scrivi, da medico, e non solo da direttore socio sanitario di ASST, a che punto sei e come la vedi".

La sfida lanciata da Regione Lombardia, prima Regione che "si vuole provare" sulla cronicità, è certamente ambiziosa; a mio parere la sfida si può vincere, e bene!!

Ma, appunto perché ho una ormai lunga esperienza trasversale in ambito socio sanitario, vorrei condividere alcune considerazioni con i colleghi che avranno cura di leggere queste mie poche righe.

Noi medici veniamo tutti da esperienze che negli ultimi anni hanno messo la cura del paziente al centro del percorso sanitario; la tecnologia e la ricerca hanno fatto passi da gigante, nuovi farmaci sempre più costosi sono stati immessi sul mercato.

Per quanto riguarda il controllo della spesa pubblica sono stati introdotti dei sistemi di rendicontazione quali i DRG e le valorizzazioni ambulatoriali; tramite questi strumenti si è reso molto efficiente il sistema ospedaliero la cui attenzione si è rivolta soprattutto al rispetto dei budget assegnati. La prevenzione primaria si è fatta molto spesso a spot (alcune manifestazioni di interesse specifico), si è dato spazio alla prevenzione secondaria (fortunatamente)

attraverso il lancio degli *screening* per intercettare alcune patologie. Tuttavia poco si è fatto come sistema per la prevenzione, perché la prevenzione costa purtroppo molto tempo, non paga immediatamente ed i risultati/benefici si vedono alla lunga. Il territorio si è mosso a diverse velocità: in alcune zone, dove sono nati gruppi di medici di medicina generale che hanno sfruttato bene l'opportunità di lavorare insieme, si è assistito ad un miglioramento dell'assistenza dei cronici clamoroso sia in termini di ricaduta di salute che in termini di appropriatezza delle cure e risparmio dei costi per il sistema pubblico, in altre zone invece ciò è accaduto con minore efficacia. I servizi offerti dal pubblico o dal privato accreditato sul territorio hanno aumentato la loro efficacia ed efficienza con una logica però meno spinta che in ospedale in quanto l'Ospedale cura (o meglio "salva") mentre il territorio cura (di meno) e fa anche altro (assiste?).

Ora, con l'unione nelle ASST delle ex AO con parti di ex ASL, con la parte ospedaliera (più forte) che deve garantire il rispetto dei budget assegnati (ovvero fare prestazioni appropriate pena taglio di risorse), e con la parte territoriale (meno forte) che, con meno risorse (da ex ASL il personale è rimasto in ATS o è passato in ASST) deve assicurare, in proporzione, più prestazioni di quelle che doveva rendere prima (vedi aumento delle vaccinazioni), la situazione da affrontare è difficile, direi ardua. Le ASST fanno fatica a riorganizzare il sistema al loro interno e, dovendo spostare l'attenzione sul territorio per

norma, dovrebbero anche spostare le attività sul territorio al fine di ricoverare di meno, erogare prestazioni specialistiche certamente di qualità, ma maggiormente appropriate perché ben indirizzate dal territorio; dovrebbero diminuire la produzione ospedaliera a favore di una maggiore erogazione territoriale ma così facendo come possono raggiungere l'obiettivo di budget?

È ovvio che in questo momento è necessaria maggiore chiarezza nel sistema, chiarezza

che, forse, si avrà dopo che sarà terminata la questione "gestori", "cogestori", "erogatori", sia per la cronicità che per le cure palliative.

Personalmente ritengo che noi medici, tutti (noi, fino a prova contraria, siamo gli interlocutori principali del cittadino in termini di salute e dovremmo anche essere esempio per tutti coloro che, con noi lavorano nel sistema socio sanitario regionale) dovremmo essere maggiormente disponibili al confronto interno su un nuovo modo di lavorare.

**Il "prendere in carico il cittadino" è molto diverso dal curare il cittadino** e, se non si lavora tutti in questa direzione in un vero sistema di rete dove tutti fanno quello che si può concordare nell'interesse del cittadino senza guardare al proprio orticello (per gli ospedalieri ciò può essere il reparto, per i medici di medicina generale (MMG) ed i pediatri di libera scelta (PLs) ciò può essere il governo del proprio numero di assistiti), si rischia d'immobilizzare il sistema.

**Da cittadino-medico penso che tutti noi medici non possiamo che apprezzare l'idea di essere presi in carico dal sistema.**

**La presa in carico è una sfida necessaria ai nostri tempi, la cronicità costa più dell'80% delle risorse impegnate e riguarda i fragili che sono il 30%; non è possibile non capire che, se non si agisce in fretta, il sistema avrà bisogno d' integrazioni di risorse a carico dei cittadini.**

Oltretutto con la presa in carico la prevenzione primaria e secondaria potranno riprendere necessariamente il ruolo importantissimo che avrebbero dovuto sempre avere. Il fatto che si sia

avuto un calo di vaccinazioni, il fatto che l'obesità, il fumo ed altri fattori di rischio siano ancora presenti in maniera evidente su determinate popolazioni, il fatto che si debba ricorrere sempre più spesso a interventi legislativi obbligatori per ottenere risultati in tema di prevenzione, tutto ciò non è indizio che la prevenzione vera, intesa anche come informazione corretta e crescita culturale della persona, non è stata fatta o, meglio, è stata relegata ad un ruolo minore?

Penso che si possa incominciare a vincere la sfida agendo, a prescindere da chi debba fare queste azioni istituzionalmente, secondo i seguenti steps:

- ✘ Mettersi a confronto fra medici del sistema sia che operino nel pubblico o nel privato, sia che siano dipendenti, liberi professionisti, convenzionati;
- ✘ Far interiorizzare, soprattutto agli specialisti ospedalieri, che il sistema deve cambiare, che l'ospedale fa parte del territorio e non viceversa, che l'ospedale non è una cosa a sé, che l'ospedale deve dedicarsi in particolare alla cura degli acuti e che la cronicità va seguita sul territorio insieme ai medici del territorio. Nel contempo bisogna interloquire con i colleghi medici di famiglia facendo loro interiorizzare che fanno parte del sistema, che sono gli attori principali da mettere in campo per prendere in carico la cronicità e che la vera sfida del sistema è la continuità assistenziale;
- ✘ Una volta viste per singolo territorio le candidature accreditate come gestori, co gestori o erogatori (o, sarebbe pessima cosa, registrare la mancata manifestazione di interesse da parte di alcuni colleghi del territorio) trovarsi ancora fra attori e trovare la giusta "quadra" del sistema a favore del cittadino;
- ✘ Monitorare di continuo la situazione, apportando modifiche al sistema ogni qual volta si verificano criticità.

Personalmente credo che le ASST debbano fare i gestori, ed i MMG ed i PIs i gestori solo se convinti di essere pronti a fare i gestori o almeno i cogestori (se hanno dubbi sulla loro capacità di stare in squadra, almeno all'inizio della partita). A mio parere grande problema sarebbe l'evenienza di mancata adesione da parte dei MMG e dei PIs al sistema in qualità di gestori o di cogestori.

I MMG ed i PIs che si organizzeranno in cooperative o altro e che vorranno fare i gestori (e le ASST o altri enti dovranno di conseguenza essere erogatori) dovranno essere molto forti dal punto di vista gestionale e, per esperienza, vedo tali azioni fattibili solamente in alcuni territori, non in tutti.

Io sono comunque fiducioso sulla cosiddetta evoluzione del sistema socio sanitario in Lombardia, forse perché spero che i medici, e con essi tutti coloro che lavorano nel sistema sia pubblico che privato, si mettano nei panni del cittadino e operino tutti insieme per il suo bene.

In sintesi (e torno alle mie origini di sportivo che ha praticato, con discreto successo, sport di squadra): facciamo squadra non solamente all'interno dei nostri orticelli, riappropriamoci responsabilmente del ruolo medico di tutela della salute che abbiamo acquisito con tanta fatica in anni e anni di lavoro e non perdiamoci su questioni burocratiche e prove di forza basate su concetti ormai vecchi. Bisogna stare insieme, ognuno dovrà praticare nel sistema il ruolo assegnato che sarà possibile condividere nei contenuti con la massima professionalità necessaria, dobbiamo "farcela fuori" all'interno dei nostri spogliatoi virtuali e giocare la partita sul campo con l'onestà intellettuale che il nostro titolo ci impone.

E onestà vuole dire: vederci tutti come siamo con le nostre virtù e i nostri difetti in maniera obiettiva, essere uniti come una grande famiglia, avere un obiettivo comune che è, in questo momento, prendere in carico il cronico. ●

# Adriano, la Sig.ra Maria e la riforma sanitaria lombarda

**Roberto Furloni**

Specialista in Cardiologia  
Direttore UO Medicina Interna  
ASST Valcamonica

## L'imperatore Adriano

La scrittrice francese Marguerite Yourcenar pubblica il suo capolavoro *Memorie di Adriano nel 1951*; secondo il pensiero dell'autore "è tutt'altro che un saggio di storia, non è un poema e meno che meno un romanzo, benchè per comodità lo si chiami così".

Le memorie di Adriano sono infatti una lunga epistola che **L'imperatore Adriano** (117-138 dc), ormai anziano e malato, scrive al nipote adottivo, poi futuro imperatore, Marco Aurelio. Nel capitolo *Anima vagula blandula (piccola anima smarrita e soave)*, Adriano, malato cronico, scrive al nipote del suo precario stato di salute. Ha una chiara percezione della gravità della sua malattia "le gambe gonfie non mi sostengono più... mi sento soffocare e ho sessantanni... sono vicino a morire di idropisia cardiaca...". È in carico a Ermogene, il suo medico di famiglia, un buon medico nella percezione del paziente "è un uomo fine,



*dotto, saggio... avrò in sorte di essere il più curato dei malati...”, con i soliti difetti nel rapporto con i colleghi “... pronto ad attribuire la colpa della rapida progressione del mio male al giovane Giolla, che mi ha curato in sua assenza...*

**Adriano vive la sua malattia come una persona qualunque** “... è difficile rimanere imperatore in presenza di un medico... egli non vede in me che un aggregato di umori, povero amalgama di linfa e sangue...”

### La Sig.ra Maria

Nessuna parentela con l'imperatore Adriano, abita in un piccolo paese montano; anche lei è una malata cronica, affetta da scompenso cardiaco, con associate numerose comorbidità (diabete mellito, una pregressa PTCA per una sindrome coronarica acuta, ipertensione arteriosa, vasculopatia cerebrale, artrosi con osteoporosi che determinano difficoltà alla deambulazione, portatrice di pacemaker). Anche lei ha un nipote di nome Marco; non farà l'imperatore, ma l'ingegnere; studia e vive in città, lontano dalla zia. La Sig.ra Maria, 85enne, vedova, vive da sola, assistita dalla badante. Anche il suo medico di famiglia è un buon medico; la visita a domicilio almeno una volta alla settimana, tiene i rapporti con il nipote e con l'ospedale (la paziente ha avuto frequenti ricoveri) e, stante la presenza delle numerose comorbidità, ha concordato con il collega dell'ospedale, un accesso facilitato per la sua paziente (nella giornata in cui la paziente esegue la visita cardiologica, viene valutata anche dal diabetologo ed esegue esami ematochimici; se sono necessarie ulteriori indagini vengono programmate). Il medico di famiglia pensa che è una buona soluzione; la paziente ha evitato ricoveri inutili nel corso dell'anno e la presenza di esami strumentali e pareri specialistici, consentono a lui una gestione ottimale della sua paziente a domicilio. Certo il meccanismo funziona per la ventennale amicizia con il collega ospedaliero; sarebbe bello poter applicare questa



soluzione a tutti i suoi malati fragili e anziani, sarebbe bello poter organizzare una assistenza per il malato cronico così strutturata, ma pensa che è un problema di risorse e di organizzazione. Lo stesso pensiero è condiviso dal collega ospedaliero; ne hanno discusso tante volte; la gestione del malato cronico non può più essere affidata solamente all'entusiasmo dei singoli, ma va regolamentata, organizzata, discussa, attuata.

**È noto infatti come il 40% dei malati cronici assorbe il 70% delle risorse e, in un periodo di risorse limitate, un intervento diviene indispensabile.**

A tale proposito, le richieste dei medici di medicina generale, dei medici ospedalieri, delle società scientifiche, degli specialisti del territorio, hanno avuto una risposta con il DGR X/6164 del 30/01/2017 (governo della domanda) ed il DGR X/6551 del 04/05/2017 (riordino della rete di offerta), che propongono un modo nuovo di gestione della malattia cronica. Magari

non è la risposta che alcuni si attendevano, ma almeno è un tentativo di approccio al problema. Il medico di famiglia ed il collega ospedaliero leggono il testo con attenzione.

### **Il nuovo modello di gestione della malattia cronica**

In estrema sintesi d'ora in poi ogni paziente che ha una o più patologie croniche, sarà seguito sempre dallo stesso medico nello stesso ospedale, che ogni anno stilerà un piano (Piano Assistenziale Individuale: PAI) con tutti gli appuntamenti per visite ed esami.

Il malato quindi non dovrà più prenotare i controlli da solo: a farlo per lui sarà lo stesso medico, che di volte in volta fisserà i controlli e potrà seguire il paziente anche a distanza grazie alla telemedicina.

Il nuovo modello prevede che, nei prossimi mesi, ogni paziente cronico (oltre 3 milioni in tutta la Lombardia), riceva una lettera inviata dalla ATS del suo territorio. Nel documento, a seconda della patologia del malato, saranno indicati i medici di famiglia e gli ospedali della zona tra i quali il paziente potrà scegliere per essere "preso in carico". Il malato con il medico prescelto stilerà un programma annuale, il piano assistenziale individuale, una sorta di calendario di visite ed esami da eseguire nel corso dei 12 mesi successivi. Il piano sarà gestito dal medico curante. In cambio della presa in carico del paziente, l'ospedale percepirà ogni anno dalla Regione una tariffa fissa, che dovrebbe coprire i costi di tutte le visite e gli esami che il malato sosterrà nel corso dell'anno, stimati sulla base della sua patologia.

Il problema della gestione del malato cronico con comorbidità è certamente un problema di risorse e di organizzazione, ma è anche e soprattutto un problema di cultura medica.

**Nel corso degli anni, medici ospedalieri e medici di famiglia, hanno percepito la problematica e l'hanno affrontata spesso da soli, certamente disuniti.**

La nascita dei *day hospital* prima e

degli ambulatori dedicati poi a livello ospedaliero, l'esperienza della *clinical governance* a livello territoriale, altro non sono che un tentativo di risposta a questa esigenza; penso allo scompenso cardiaco, patologia cronica, gravata da frequenti riospedalizzazioni, che coinvolge numeri elevati anche nella nostra provincia. La necessità della "presa in carico" del paziente con scompenso cardiaco nell'ambulatorio dedicato, è stata dettata dalla necessità di uniformare la terapia, secondo linee guida e PDTA, al fine di ridurre riospedalizzazioni improprie, dannose per il paziente e antieconomiche per il sistema.

Il paziente in carico al *day hospital* o all'ambulatorio dedicato, esegue periodiche valutazioni con programmazioni che coinvolgono non solo esami cardiologici, ma l'approccio multidisciplinare come base per una efficace terapia. In tale modo il paziente viene "riaffidato" al suo medico di famiglia che proseguirà il controllo e la terapia a domicilio, in accordo con il collega ospedaliero.

Un esempio è il modello di *day hospital* per lo scompenso cardiaco della Cardiologia degli Spedali Civili; è stato uno dei primi nella nostra Regione; la sua struttura è stata "copiata" anche in molti ospedali "periferici" della nostra provincia, con una positiva diffusione della cultura dello scompenso cardiaco. E che cosa è di fatto il *day hospital* se non un tentativo di presa in carico del paziente cronico? Ognuno, specialista e medico di famiglia, concorrono alla realizzazione del fine ultimo: la gestione ottimale del paziente, la riduzione delle riospedalizzazioni evitabili. Penso agli ambulatori di diabetologia; non sono forse da anni una presa in carico del paziente diabetico? Nella mia realtà della Valcamonica la presenza dell'ambulatorio di diabetologia sul territorio è capillare e capillare la partecipazione delle associazioni di pazienti; la gestione ambulatoriale sconfinava nella gestione domiciliare in collaborazione con il medico di famiglia.

E l'attività educativa travalica in modo

positivo la presa in carico, con corsi per la conoscenza e la gestione della malattia da parte del paziente stesso. Anche questa è una presa in carico. E gli esempi sono numerosi e ognuno di noi, nelle rispettive realtà, ha diretta conoscenza di altrettanti esempi positivi.

### Conclusioni

Tutti questi tentativi di gestione della malattia cronica, trovano, a mio avviso, una riorganizzazione nella riforma del sistema sanitario della nostra Regione; viene data dignità e soprattutto unitarietà ad un progetto di assistenza al malato cronico che tutti, medici ospedalieri e medici di famiglia, abbiamo richiesto negli anni precedenti. Certo non

mancano le zone grigie; è importante, direi fondamentale costruire una cultura della collaborazione reale fra ospedale e territorio, mantenendo inalterata la figura del medico di famiglia, unico vero "gestore" del malato. E in quest'ottica, vedo l'ordine dei medici in prima linea nella nostra provincia quale garante di questa collaborazione.

Le risorse, sia a livello ospedaliero che territoriale, devono essere chiaramente definite, senza dimenticare la fase acuta della malattia e, soprattutto la necessità, da parte dell'ospedale di "assorbire" le riospedalizzazioni in fase di riacutizzazione della malattia cronica. Cultura, organizzazione, risorse, come parole d'ordine per raccogliere la sfida delle malattie croniche.

E allora ritengo che la proposta di riorganizzazione del sistema sanitario lombardo non ci debba cogliere impreparati. Ricordo il parere di un collega che sentenziava "tanto è una riforma che non vedrà mai la luce... prima che venga applicata io sarò in pensione da anni..." - la sua enorme capacità clinica era di molto superiore alla sua lungimiranza, ma nessuno è perfetto.

Pertanto la presa in carico del malato cronico passa, finalmente, dalla fase di pensiero, alla fase di azione, e ci obbliga a pensare un modo nuovo di seguire i malati cronici. "Malato cronico" non è



una dizione nuova voluta dal legislatore, ma la realtà di molti dei nostri malati. È un obiettivo interessante e auspicabile, che è giusto sia fonte di discussione, perché dalla discussione nascono anche proposte migliorative. Di certo è una occasione per far sì che l'ospedale sia veramente aperto al territorio, questa volta non come sterile proclama, ma come richiesta condivisa ed efficace per la gestione della cronicità.

Il medico di famiglia ed il medico ospedaliero si scambiano le opinioni dopo la lettura della riforma sanitaria lombarda; pensano che la cronicità deve essere governata dai medici, sia a livello territoriale che ospedaliero, che non va lasciata al burocrate di turno, che è una occasione per rinsaldare i rapporti ospedale territorio, che sarà un passaggio complesso, ma che fa parte del loro lavoro, un lavoro bellissimo, faticoso, ma estremamente gratificante sul piano dei rapporti umani.

La Sig.ra Maria la riforma sanitaria lombarda non la conosce di certo; sa solo che il dolore alle gambe è aumentato; domani il suo medico di famiglia la visiterà a casa; se necessario la invierà all'ambulatorio dell'ospedale per i controlli già programmati, come succede da alcuni anni. Gestì normali per il medico di famiglia ed il medico ospedaliero, da riversare nel nuovo processo organizzativo della riforma sanitaria.

L'imperatore Adriano, uomo di cultura e riformatore, avrebbe apprezzato "gli atteggiamenti maestosi e immoti delle statue, mi hanno insegnato ad apprezzare i gesti degli uomini". ●

# Fra innovazione e integrazione le sfide della gestione della cronicità dall'ospedale al territorio (...o viceversa?)

Testo a cura di **Lisa Cesco**  
giornalista

**Forum con i sindacati ospedalieri sulla Riforma sanitaria in Regione Lombardia**  
Lunedì 19 giugno 2017

*I sindacati dei medici ospedalieri intervengono sul nuovo modello di gestione dei cronici delineato nella riforma sanitaria lombarda. Un quadro a luci e ombre da cui emergono non poche criticità sotto il profilo organizzativo e delle risorse umane disponibili. E un rischio possibile: che invece di portare l'ospedale verso il territorio, la riforma faccia convergere il territorio sull'ospedale.*

## Hanno partecipato:

**Gianpaolo Balestrieri**, Direttore responsabile di *Brescia Medica*

**Ottavio Di Stefano**, Presidente dell'Ordine dei Medici

**Claudio Macca**, Consigliere Nazionale Anaao-Assomed,  
Segretario Aziendale Anaao-Assomed Spedali Civili di Brescia

**Francesco Falsetti**, Presidente UMI



Dal Libro Bianco alla definizione pratica di ruoli e modelli organizzativi, la riforma del sistema sanitario lombardo si sta muovendo verso un'applicazione concreta. Il disegno generale, ispirato al principio del passaggio "dalla cura al prendersi cura", è ora chiamato a confrontarsi con la realtà dei territori, le risorse e gli attori da coinvolgere nella gestione dei malati cronici. L'Ordine dei Medici di Brescia, mediante questo Forum, intende proporre un confronto sull'attuazione della riforma del Sistema Sanitario Regionale osservata dal punto di vista dei rappresentanti sindacali di

ambito ospedaliero, chiamati a portare un contributo sul modello lombardo in via di realizzazione.

Una nuova impostazione nella gestione del cronico che deve necessariamente confrontarsi con i grandi temi della "medicina della complessità" che caratterizza il nostro tempo: dal progressivo invecchiamento della popolazione al nodo dell'appropriatezza e della riduzione degli sprechi, dalla diminuzione delle risorse disponibili all'impegno per continuare a garantire nei fatti il carattere universalistico e solidaristico del nostro sistema sanitario.



## ⇒ Una riforma, tanti nodi ancora da sciogliere

«L'ospedale è chiamato dalla riforma a un ruolo importante, a partire dalla gestione della cronicità e dei malati polipatologici, con la produzione di piani assistenziali individuali per ciascun paziente: uno degli interrogativi più attuali riguarda il concreto lavoro che ricadrà sull'ospedale, correlato alle quote di pazienti cronici che saranno affidate alle strutture», sottolinea Balestrieri, ricordando il peculiare contesto in cui si inserisce la riforma. «I medici ospedalieri oggi hanno un'età media che è diventata progressivamente più alta, devono far fronte a un carico di turni importante, e affiancare all'impegno clinico anche il lavoro burocratico. Con la riforma si introduce un carico ulteriore, perché il medico sarà chiamato a predisporre i Piani assistenziali individuali (PAI), sulla scorta di valutazioni cliniche da effettuare "sulla carta": si tratta di un compito eticamente e deontologicamente difficile, soprattutto per le patologie complesse, che introduce una responsabilità clinica riguardo alla malattia cronica». Da ultimo, che figura sarà quella del medico ospedaliero chiamato a seguire la cronicità? Il dibattito è aperto, con un'opzione naturale verso una figura più "generalista", di tipo internistico-geriatrico.

**Francesco Falsetti:** «Con la classificazione dei cronici su tre livelli prevista dalla Regione si prevede che del primo livello, il più grave, faranno parte 150 mila malati, che saranno seguiti con ogni probabilità dagli ospedali: si pensi ad esempio ai dializzati, ma anche ai malati oncologici in fase di trattamento, o ai diabetici o scompensati gravi. È prevedibile che questi malati "usciranno" dalla medicina generale, come successo in passato con i malati ospiti delle case di riposo, presi in carico direttamente dalla RSA e non più dal medico di medicina generale. Si tratta di pazienti con patologie impegnative che saranno affidati a specialisti che già li conoscono, e in questo caso per il medico ospedaliero non cambierà molto, se non qualcosa di più dal punto di vista burocratico.

Gli altri due livelli, il 2 e il 3, raccolgono molti malati, si parla di 2,5 milioni di persone. In

particolare per i pazienti con pluripatologie croniche non sarà facile definire le coordinate di gestione. Pensiamo a un malato con diabete, ipertensione e altre problematiche: che medico ospedaliero potrà essere scelto per seguirlo? Di certo non potrà essere un plurispecialista. Chi è portatore di una sola patologia, invece, rimarrà probabilmente con il proprio medico di famiglia, ma fra sistemi di co-gestione e medici che si uniranno per formare cooperative si profila un articolato incrocio di scelte, in cui il paziente si farà i suoi conti per valutare da chi preferisce essere seguito. È chiaro che la gestione in ospedale non sarà uguale a quella del medico di medicina generale, che ha il vantaggio di offrire un'ampia disponibilità in studio. Da non dimenticare, infine, che la riforma non obbliga il paziente a scegliere comunque un gestore, e ci sarà una quota di cittadini che rimarrà con il medico di base come avviene ora».

**Gianpaolo Balestrieri:** «Quando si parla di pazienti portatori di più cronicità non si tratta, peraltro, di fare una semplice somma delle diverse patologie, ma di andare più a fondo, valutando l'impatto che queste hanno effettivamente sul malato e le funzionalità che gli consentono. La sensazione, però, è che non vengano indicati nella legge strumenti di valutazione per verificare quanto la persona è compromessa».

## ⇒ Software, contratti e sfide organizzative

**Claudio Macca:** «D'altronde l'attività ambulatoriale è molto impegnativa in termini di tempo e spesso può avere una minore "resa" dal punto di vista dell'efficacia. Per questo il privato sarà molto restio a mettersi in gioco, dal momento che il flusso dei cronici andrebbe ad intasare molte attività, in un contesto che parametrizza il proprio operato su aspetti come la resa di un reparto e il tempo di applicazione del personale.

Sul pubblico, al contrario, si prevedono numeri impegnativi: gli iniziali 43 mila pazienti ipotizzati per l'ASST Spedali Civili sono saliti a 100 mila nelle ultime proiezioni, e la gestione di questi volumi sarà un problema sia per gli 800 medici, fra universitari e ospedalieri - che

dovranno far fronte a questa “ondata” - sia sotto il profilo dell’efficienza organizzativa. Non essendo il Cup utilizzabile per queste attività, serve un sistema gestionale informatizzato adeguato, ma dalle ultime informative risulta che mancano ancora gli strumenti per la gestione dei pazienti che verranno presi in carico, in particolare il software.

Fermo restando che il “cuore” di queste attività sarà di tipo geriatrico-internistico, e andrà riferito alle discipline mediche, faccio notare, a margine, una peculiarità: abbiamo 700 pazienti in nutrizione artificiale, ma questa voce non rientra nell’elenco delle patologie stilate dalla Regione, che di questo aspetto pare essersi dimenticata».

**Ottavio Di Stefano:** «Come dovranno organizzarsi i medici ospedalieri per far fronte ai nuovi compiti previsti dalla riforma, in particolare le sfide dell’integrazione sul territorio e la possibile richiesta di una presenza anche al di fuori dell’ospedale? Come sindacati che richieste farete alle aziende?»

**Francesco Falsetti:** «Dal punto di vista sindacale si aprirà un problema enorme, perché questa attività non è contrattualizzata, e il medico ospedaliero fino ad ora non è stato considerato nella gestione della medicina generale. Ora le carte in tavola vengono cambiate, e il professionista ospedaliero in questo contesto non viene chiamato per le sue competenze specialistiche, ma per la medicina generale. Aspetto, questo, non previsto nel contratto».

### ⇒ **L’ospedale va verso il territorio o è il territorio ad essere ospedalizzato?**

**Claudio Macca:** «Le previsioni della nuova normativa aprono interrogativi su più fronti, sia in termini giuridici che giurisprudenziali e giuslavoristici. Quando analizzi l’impianto di questa riforma non capisci bene se sia il territorio che viene ospedalizzato, o l’ospedale territorializzato.

Ci sono poi aspetti problematici dell’assistenza che viene realizzata a favore del cronico, perché si aumenta la responsabilità medico legale e giuridica fuori dalle mura dell’ospedale: una sorta di responsabilità omnicomprensiva

che coinvolge il “dentro” e il “fuori”. Non solo: l’assenza di una base logistica può aprire un contenzioso medico legale connesso a queste carenze. Non va dimenticato inoltre il possibile aspetto di violazione contrattuale, legato al mancato recupero di ore lavorative e riposi, da parte del personale medico ospedaliero, già particolarmente impegnato dal punto di vista della turnistica di reparto (notte, festivi, prefestivi, straordinari, ecc.)».

**Ottavio Di Stefano:** «Provo a mettermi nei panni dell’avvocato del diavolo: da anni avete posto l’attenzione sul malato cronico. L’idea che anche l’ospedale possa partecipare alla sua gestione, uscendo dai confini delle proprie mura, non è così assurda».

**Claudio Macca:** «Diciamo sì all’integrazione, ma per farla sono necessari incrementi di organico e un’organizzazione che non vediamo. Va chiarito che i cronici che oggi seguiamo sono quelli che accedono in ospedale per una situazione di acuzie, che equivale al 2-4% dei casi. Ma un conto è vederli perché si stanno criticizzando, sapendo che c’è un percorso preciso cui avviarli, un conto è la stesura e la gestione del PAI, che è tutt’altra faccenda. Peraltro il cronico può diventare acuto, e in questo caso l’assistenza si duplicherebbe».

**Francesco Falsetti:** «Se c’è una collaborazione fra ospedale e medico di medicina generale il PAI lo potrebbe fare il medico di medicina generale, e questa potrebbe essere una buona soluzione. Ma la co-gestione piace poco al medico di famiglia».

**Claudio Macca:** «Ciò che emerge in filigrana da questa riforma è una sfiducia nel medico di medicina generale, che viene “degradato” sul campo. C’erano altri modi per efficientare l’ambito territoriale, senza dover mettere lo “zaino” dei cronici sugli ospedalieri. I medici di base non lo meritavano».

### ⇒ **Medici ospedalieri in cerca d’autore**

**Gianpaolo Balestrieri:** «In fondo caricare l’ospedale di nuovi compiti non è contro

la logica del potenziamento delle cure primarie? E quello previsto dalla riforma è davvero il mestiere dell'ospedaliero, che dovrebbe occuparsi di malati gravi molto critici? L'impressione è che dilatando sempre più questo ruolo si perda la vocazione del professionista ospedaliero».

**Francesco Falsetti:** «Va detto che il PAI è uno strumento clinico, poi c'è il Patto di cura che viene sottoscritto dal paziente, e che rappresenta uno strumento gestionale-amministrativo: lì vengono messi i paletti (dove vado, cosa faccio). Si tratta di due documenti diversi che regolano il rapporto fra il cittadino e il sistema sanitario».

**Ottavio Di Stefano:** «È indubbio, parlando di ospedale, che il sistema deve saper dialogare con l'esterno. L'età media degli ospedalieri si attesta prevalentemente nella fascia dai 54 ai 64 anni, e in quella dai 64 ai 70: oltre alla necessità di assicurare la copertura del turnover di questi medici, si pone il problema di incrementare l'organico».

**Falsetti e Macca:** «L'aumento dell'organico rientra sicuramente fra le richieste portate avanti dai sindacati».

**Claudio Macca:** «Vorrei portare l'attenzione anche sul ruolo del "gestore" previsto nella legge di riforma sanitaria: che figura è? Sappiamo che può essere pubblico o privato: in quest'ultimo caso bisognerebbe riconoscergli un profitto. Ma se la somma è sempre uguale rispetto al pubblico? Chi va col privato rischia di avere di meno. Se infatti si profila un minor guadagno a fronte di un maggior carico di lavoro, è intuitivo che siamo davanti a un sistema economico che non regge: a parità di prestazioni il privato dovrebbe lavorare di più guadagnando di meno (...)».

### ⇒ Criticità e punti di forza della riforma vista dall'ospedale

**Claudio Macca:** «I punti di forza diventano criticità se non riusciamo ad applicarli. Una delle necessità intercettate dalla riforma era quella di "strutturare" il territorio, davanti a un massiccio flusso di bisogni che

converge verso il Pronto soccorso: cercare di razionalizzare il problema, dare un corpo organizzativo alla questione.

Resta il fatto, tuttavia, che l'ospedalizzazione del territorio nasce da una visione "ospedaliera" della cronicità. L'intento era buono ma legato a una visione "partigiana". Il rischio non troppo remoto è quello di reintrodurre quel gap ospedale/territorio che si vorrebbe colmare. Il vero tallone d'Achille della riforma rimane il coinvolgimento del medico di medicina generale. Da punto di forza, se non è applicabile, diventa criticità».

**Francesco Falsetti:** «Il punto di partenza della riforma è legato a un ragionamento inevitabile, oggi in Lombardia la spesa per i cronici sta diventando insostenibile, e da sola assorbe il 70% delle risorse in sanità. Ma in fase applicativa notiamo delle distorsioni, e questo ci porta a dubitare che la vicenda abbia un buon esito.

Le cooperative, ad esempio, non erogano nulla e dovranno affidarsi ad altri. I privati avranno un ruolo come erogatori più che come gestori. Il rischio è di andare verso una commercializzazione e politicizzazione della professione, e che il medico diventi una pedina di questo disegno più grande».

**Claudio Macca:** «Vedo per i medici un rischio preoccupante: siamo tutti d'accordo sull'appropriatezza e il riferimento alle linee guida, ma se insorge il dubbio clinico? Esci di prestazione. La chiamano medicina difensiva: ma questo aspetto è destinato a proporsi ancora e di più, e ci si chiede in capo a chi sarà la responsabilità medico legale. In merito, il settore assicurativo è stato interpellato? Inoltre, la conseguenza presumibile è che davanti a un aumento delle ore di lavoro senza un riflesso economico ci sia chi decida di andare nel privato».

**Francesco Falsetti:** «Nel Piano nazionale della cronicità l'affidamento al medico ospedaliero è previsto solo in rari casi. Come sarà garantita la continuità clinica nel nuovo sistema? Come farà l'ospedale ad assicurare a tutti i cronici la continuità del medico? Allo stato non sembra sia possibile garantirla». ●

# Patologie croniche, pazienti cronici e modelli di cura

**Renzo Rozzini**

Fondazione Poliambulanza-Istituto Ospedaliero

**Angelo Bianchetti**

Istituto Clinico Sant'Anna

## Introduzione

La malattia cronica è tipica dell'età adulta -anziana. Circa il 50% degli ultrasessantacinquenni ha tre o più patologie croniche, e il 20% ne ha più di cinque.

La percentuale di persone con condizioni croniche multiple aumenta con l'età. Sebbene le persone nate tra il 1945 il 1965 (i cosiddetti "baby boomer") abbiano uno stato di salute migliore rispetto ai coetanei nati trent'anni prima, ugualmente fra una decina d'anni il peso dei loro problemi di salute si farà sempre più rilevante e il servizio sanitario sarà messo alla prova dalla domanda di assistenza.

Il nodo della cronicità viene oggi finalmente affrontato in modo sistematico in diverse regioni del nostro paese: sono pianificati modelli di cura nuovi e si prevedono modalità remunerative innovative. Pur rappresentando un radicale cambiamento rispetto al passato, l'impressione che si ha dalla lettura dai programmi già operativi e dalle proposte di riforma da attuare è che non abbiano tenuto in dovuto conto alcuni aspetti concettuali propri della cronicità: il primo riguarda la relazione tra patologia cronica e disabilità, che ne rappresenta invece la via finale comune. Ogni patologia cronica favorisce, determina e aggrava la disabilità, trasformandola da condizione preclinica a dipendenza (da qui

**The Chronic Care Paradox.  
We are still practicing acute  
care medicine in a world of  
chronic disease:  
19th century models at the  
dawn of the 21st century.**

RL Kane, 2005

origina il bisogno assistenziale). Il secondo è legato alla copresenza di più patologie croniche, di gravità variabile e con peso altrettanto variabile sia sulla sopravvivenza che sulla disabilità (queste condizioni sono fortemente correlate tra loro, seppur in modo etiopatologico non completamente definito): considerare la cronicità senza avere in mente questi postulati non può produrre un miglioramento dell'assistenza rilevante. Infine, ma non per ultimo, va ricordato che disabilità e multimorbilità (comorbilità) non sono condizioni stabili né facilitano la stabilità clinica: sono al contrario situazioni che minano l'equilibrio omeostatico del paziente che ne è affetto. La programmazione di servizi che governano i percorsi della cronicità, senza assumere che patologia cronica-multimorbilità e disabilità sono le principali determinanti della patologia acuta e del ricorso alle strutture per acuti e che ogni evento acuto produce a sua volta un ulteriore incremento

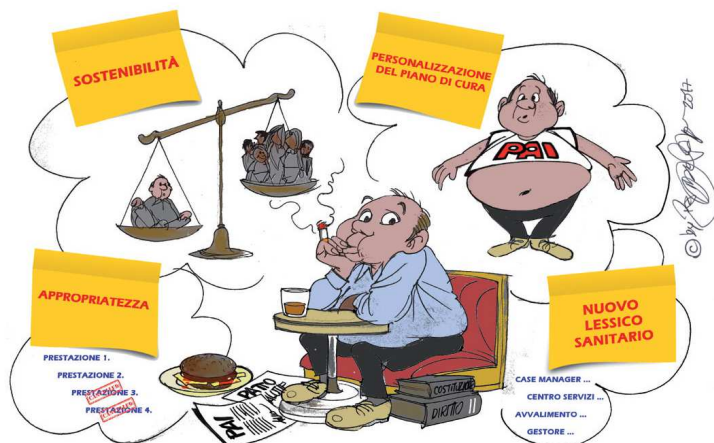


dei bisogni di assistenza, è visione incompleta e culturalmente “immatura”.

La geriatria può essere considerata come l’epitome della cura delle malattie croniche. Tra le discipline mediche è certamente quella che più ha avuto a che fare con le malattie e con i pazienti cronici, studiandone evoluzione, impatto sulla funzione e sulla psiche, carico assistenziale e organizzazione dei servizi. I geriatri, pionieri della cura primaria “proattiva”, hanno avuto una particolare necessità di esplorare e testare approcci innovativi per migliorare la cura dei pazienti cronici a loro affidati e valutarne la sostenibilità. Dalla geriatria si possono trarre gli spunti più avanzati per la cura delle patologie croniche e del paziente che ne è affetto.

I modelli della cura per la cronicità  
Qualche anno fa il *Journal of American Geriatric Society* ha ospitato una serie di articoli dedicati al problema della cronicità, alla gestione delle patologie croniche e all’organizzazione dell’assistenza; in una *review* sono stati individuati ben undici modelli di cura:

1. **Cura primaria interdisciplinare:** modelli eterogenei di *team* costituiti da un medico di medicina generale e da uno o più operatori sanitari (infermieri, operatori sociali, terapisti della riabilitazione) che lavorano in stretta collaborazione ed erogano un’assistenza primaria completa.
2. **Case management (CM):** modello collaborativo che generalmente coinvolge un’infermiera o un assistente sociale in supporto ai malati cronici e alle loro famiglie per identificare i problemi rilevanti, fare da *trait d’union* con gli erogatori dell’assistenza sanitaria e muoversi tra i servizi del sistema sanitario.
3. **Disease management (DM):** integra l’assistenza primaria fornendo ai pazienti informazioni formali per la cura di una patologia cronica specifica (es. Diabete mellito o insufficienza cardiaca); controllo e supporto possono avvenire anche per via telefonica e tramite posta elettronica.
4. **Visite domiciliari preventive:** valutazioni multidimensionali effettuate da infermieri, da medici o da altre figure professionali, che generano raccomandazioni specifiche per il trattamento di problemi sanitari attivi e la prevenzione di nuovi.
5. **Valutazione multidimensionale (CGA) e valutazione e gestione multidimensionale geriatrica (GEM):** servizi complementari finalizzati a identificare tutte le condizioni, cliniche ed extracliniche, che possono interferire con la salute di un paziente e sviluppare piani di trattamento a breve e lungo termine.
6. **Assistenza farmaceutica:** consulenza fornita da farmacisti ai pazienti o ai team di cura interdisciplinare per corretto impiego dei farmaci.
7. **Autogestione della malattia cronica:** fa riferimento a programmi strutturati di *self-care*, attraverso l’informazione e la motivazione di pazienti nella gestione attiva delle loro condizioni croniche.
8. **Riabilitazione proattiva:** modalità relativamente nuova in cui i terapisti di riabilitazione forniscono valutazioni ambulatoriali e interventi finalizzati ad aiutare le persone anziane disabili a massimizzare la loro autonomia funzionale e la sicurezza in casa.
9. **RSA (Nursing Home):** diversi programmi sono stati sviluppati per migliorare la cura dei residenti in RSA. La maggior parte si basa sulla cura primaria fornita da un medico geriatra o da un infermiere con competenza specialistica.
10. **Prevenzione e gestione del delirium:** programmi speciali per prevenire il delirium, rilevarne la manifestazione precoce, valutarne le cause e avviare un trattamento tempestivo in caso di occorrenza.
11. **ACE-Medical Unit:** team interdisciplinari di consulenza geriatrica, unità operative per la cura di pazienti affetti da patologia acuta (ACE), Unità di Valutazione Multidimensionale Geriatrica (CGA) e Unità di Valutazione e Gestione Multidimensionale (GEM) ospedaliera.



“I nuovi dilemmi della cronicità”, Raffaele Spiazzi

La ricchezza e la varietà dei modelli di cura, molti dei quali già in fase post-sperimentale, sono il termometro della necessità di dare risposte ai bisogni crescenti della popolazione che invecchia e che i modelli di cura attuali, sia per quanto riguarda l’impalcatura teorica che quella operativa, non sono in grado di soddisfare in modo appropriato.

Molte persone anziane, specialmente quelle più vecchie, hanno condizioni croniche che richiedono un’assistenza sanitaria complessa. A meno che la ricerca medica non produca scoperte rilevanti, ad oggi non previste, per prevenire o curare le patologie croniche, il mondo occidentale, e buona parte dei paesi dell’Asia e dell’America latina, dovrà affrontare la dilagante pandemia delle malattie croniche. Da almeno trent’anni chi si occupa di vecchiaia e di cronicità sa che il modello assistenziale attuale, che si concentra sulla cura delle malattie e delle lesioni acute, è inadeguato a fornire un’assistenza adeguata e sostenibile ai pazienti che soffrono di condizioni croniche e da almeno trent’anni i servizi sanitari dispongono, per questo motivo, indicazioni specifiche per sviluppare modelli assistenziali per pazienti con patologia cronica. Ciononostante il servizio sanitario, ospedali e territorio, continua a operare senza tener conto delle caratteristiche della cronicità e la qualità e l’efficienza della cura rimangono «lontani dall’ottimale». Le meta-analisi relative ai diversi modelli di cura per le patologie e per i pazienti cronici hanno dimostrato che alcuni modelli sono in

grado di produrre risultati significativamente migliori rispetto alla cura erogata in modo convenzionale.

C’è ancora molto da fare, ma molti degli aspetti che oggi vengono affrontati in modo sempre più sistematico dalle organizzazioni sanitarie possono trovare negli studi geriatrici e gerontologici un valido punto di ispirazione e confrontarsi con sperimentazioni già testate.

### Analisi critica della cura della cronicità

Quando si affronta una patologia cronica si può partire da punti diversi. Il primo, l’ideale, riguarda la prevenzione primaria, il secondo l’adozione di modelli di cura finalizzati a rallentare la progressione, infine si può affrontare il problema trovando modalità gestionali più economiche (modello organizzativo). Nel primo caso la prevenzione si basa sul cambiamento comportamentale dei pazienti, obiettivo difficile da raggiungere e ancor più difficile da sostenere, nel secondo caso (strategia preventiva finalizzata a ridurre la probabilità di complicanze e di esacerbazioni) l’atto di cura è medico e si fonda sull’approccio farmacologico, certamente efficace, ma che ugualmente richiede un’adeguata adesione continua da parte del paziente. Il modello organizzativo cerca di individuare modi economici di cura piuttosto che investire in cure di migliore qualità (un esempio è l’intervento domiciliare in sostituzione a quello ospedaliero, sebbene non vi siano evidenze che il primo sia più efficace del secondo); la migliore organizzazione ha più a che fare col modello di cura medica che con quello comportamentale.

Poiché la modalità di cura erogata nella maggior parte dei servizi alla persona si basa oggi su modelli concettuali nati per la gestione di problemi acuti e utilizza approcci tecnologicamente complessi, è difficile immaginare una transizione indolore verso modalità di cure della malattia cronica, fondate su una bassa tecnologia e alta “care”. Si deve inoltre tenere in considerazione che anche in presenza di contesti concettuali elaborati relativi alla cronicità (quelli disponibili), la loro attuazione in strategie operative, poco

testate perché relativamente nuove, non è oggettivamente facile. Dei diversi approcci sperimentati e attuati per la riorganizzazione del sistema di erogazione, gli aspetti più innovativi riguardano nuovi compiti per professioni nuove e l'informatizzazione dell'assistenza. La maggior parte dei ricercatori concorda sul fatto che qualsiasi modalità di cura della patologia cronica debba fondarsi sulla centralità del paziente: i pazienti devono essere direttamente coinvolti e consapevoli, devono essere abilitati ad assumersi responsabilità dirette (e deve inoltre migliorare la partnership tra paziente e medico).

La gestione della patologia cronica richiede infine modifiche importanti nel modo in cui ne è organizzato il monitoraggio, implica il cambiamento dalla cura di episodi incidentali (dove è l'evento acuto che accende la richiesta di un controllo) alla rilevazione di episodi preclinici monitorati (cioè ad una valutazione che precede l'evento acuto).

Di tutti i modelli di gestione della cronicità il *disease management* ("gestione integrata della malattia") è quello più studiato. Il *disease management* è nato come risposta organica alla frammentazione della cura, al trattamento inappropriato e alla deviazione dalle linee guida. L'obiettivo è far sì che l'assistenza alle persone con malattie croniche sia omogenea, coordinata e comprensiva; l'assistenza è incentrata e integrata sui diversi aspetti della malattia e delle relative complicanze, sulla prevenzione delle condizioni di co-morbilità e su aspetti rilevanti del sistema di erogazione. Il *disease management* è considerato lo strumento più indicato per migliorare l'assistenza delle persone con malattie croniche.

Il *disease management* tende a concentrarsi su una singola malattia cronica piuttosto che sul paziente. Nella maggior parte degli studi il *disease management* non ha prodotto miglioramenti generalizzabili nei risultati delle cure; facilita invece un miglioramento delle prestazioni mediche. Ad esempio nel diabete mellito è stato osservato un monitoraggio più adeguato dell'emoglobina glicosilata, ma non un miglioramento nel controllo del diabete mellito. I risultati del

*disease management* nello scompenso, non definitivi, non sono univocamente favorevoli; risultati incerti si sono osservati anche nella gestione della malattia coronarica: migliorano i processi di cura, la sensibilità medica e la capacità di controllo dei fattori di rischio, ma non gli *outcome* globali. Anche per quanto riguarda i costi, i risultati relativi al *disease management* non sono univocamente favorevoli. In una *review* di 15 studi di *disease management* dello scompenso cardiaco solo in uno si è osservata una riduzione dei costi rispetto alla gestione convenzionale (risparmio del 9% in sei mesi!) negli altri è risultato complessivamente superiore fino a un massimo del 300%.

### Coordinamento della cura

La critica più frequente del *disease management* è relativa allo scarso coordinamento con le cure primarie. Gli studi che hanno testato i modelli di coordinamento integrato (per certi versi il punto più elevato della demagogia geriatrica: "l'Unità di Valutazione Geriatrica è costituita da un'equipe multidisciplinare formata da: geriatra, infermiere, assistente sociale e, se necessario, dal fisiatra, dal MMG e da altre figure necessarie per lo specifico del paziente!!!) hanno prodotto risultati alterni: una meta-analisi iniziale ha suggerito che l'approccio integrato è efficace nel posticipare la mortalità e migliorare la funzione, studi successivi non sono stati così favorevoli (diminuiva solamente il ricorso all'assistenza infermieristica!). L'area in cui l'intervento di coordinamento integrato sembra essere la più efficace è quella delle dimissioni ospedaliere. Diversi studi hanno dimostrato i vantaggi, in particolare in termini di riduzione del ri-ricovero ospedaliero, dell'educazione dei pazienti da parte di medici, infermieri, educatori, al momento della dimissione ospedaliera. Gli interventi adottati hanno la finalità di verificare che i pazienti in dimissione avessero inteso i nuovi regimi di trattamento e vi fosse un'adeguata compliance, oltre a promuovere uno status più attivo nella cura. In altri studi i risultati non sono stati confermati.

Nell'ambito delle cure coordinate vi sono studi interessanti sul coinvolgimento di uno psichiatra nel team di cura quando alla patologia cronica somatica si associa quella psichica. La maggior parte degli studi riguarda la depressione; i risultati sono stati generalmente favorevoli per quanto concerne gli *outcome* psichici, ma gli effetti sulla patologia somatica sono risultati incerti.

### Autocura (*self-care*)

Il coinvolgimento attivo dei pazienti con malattia cronica è essenziale; l'aspetto che ne condiziona maggiormente l'efficienza pare essere la percezione di protagonismo nel *work-up* della propria salute. Purtroppo anche in questo caso i risultati dell'impatto della *self-care* sulla salute sono ancora deboli. Vi sono ovviamente risultati incoraggianti: in un RCT i pazienti educati alla *self-care*, a fronte di un maggior numero di visite mediche, hanno ottenuto tassi di sopravvivenza migliori e un minor grado di ospedalizzazione. A prescindere dagli *outcome* la maggior parte degli studi dimostra che l'educazione dei pazienti migliora il processo di *self-care*: si ottiene un effetto positivo quando si comunicano al paziente (a) i target da monitorare, (b) l'interpretazione dei dati alla luce dei target di riferimento, (c) l'adeguamento del piano di cura quando necessario, (d) le raccomandazioni o i consigli comportamentali. L'informazione rinnovata produce comportamenti che si mantengono nel tempo. La letteratura indica che approcci malattia-specifici sono più efficaci di quelli generici e che i "pazienti esperti" sono più bravi nel seguire le indicazioni.

### Discussione

La miriade di modelli della gestione della cura delle patologie croniche rende non agevole una sintesi dei dati della letteratura. È tuttavia evidente che è necessario cambiare

paradigma di riferimento e che il semplice ampliamento della capacità del sistema attuale per soddisfare le crescenti esigenze degli adulti con patologia cronica non può essere sufficiente.

Oggi si è concordi nell'affermare che:

- le esigenze sanitarie della popolazione affetta da patologia cronica devono essere affrontate in modo completo;

- i servizi devono essere forniti in modo specificamente organizzato alla cura della cronicità;

- le persone devono essere *partner* attivi nella propria cura.

I risultati disponibili relativi alle diverse modalità di cura del paziente cronico non sono straordinari.

Nel complesso si può affermare che

(a) le prove che sostengono una strategia di prevenzione primaria sono deboli;

(b) il *disease management* è più efficace nel migliorare

i processi di cura che a produrre risultati;

(c) non è chiaro quali interventi funzionano e per quali condizioni;

(d) l'integrazione multiprofessionale non ha prodotto risultati definitivi;

(e) sebbene persistano variazioni sostanziali di efficacia, i risultati più favorevoli riguardano l'autocura.

La variabilità dei





risultati che emerge dalle strategie di gestione delle malattie croniche deve essere infine attribuita alla variazione di altri elementi cardine tra loro strettamente correlati, e cioè il tipo di trattamento e le caratteristiche dei pazienti (le prestazioni non straordinarie del *disease-management* suggeriscono infatti che si dovrebbe fare un esame più approfondito a chi e come si applica la strategia di cura).

Due concetti devono essere richiamati al proposito: il principio del *triage di Battlefield* e quello della cura individualizzata.

Il *triage* si basa sull'affermazione che l'attribuzione delle risorse, sempre più scarse, deve essere indirizzata a coloro che potranno maggiormente beneficiarne; la decisione si fonda su una combinazione di necessità e di potenzialità di beneficio. Nel caso di malattie croniche, i pazienti e i fattori situazionali, anche extraclinici, possono rifletterne le necessità. Maggiore attenzione deve essere prestata ai pazienti: è illogico pensare che tutti siano uguali candidati per il *disease management* o per l'auto-cura e immaginare che tutte le persone con una determinata malattia debbano ricevere lo stesso trattamento. Le differenze individuali possono influenzare gli effetti della cura prestata. In sintesi, le esigenze dei pazienti devono corrispondere alla loro probabilità di trarre vantaggio da uno specifico trattamento, cioè deve essere valutata la loro suscettibilità. Questo concetto richiama quello di medicina

personalizzata, in cui i genotipi possono determinare chi beneficerà maggiormente di vari trattamenti. Nella cura del paziente cronico potrebbe essere applicato un approccio comparabile, che considera lo psicotipo di un paziente. La gestione delle malattie può funzionare solo quando esiste un paziente ricettivo. Quando i pazienti non sono in grado di assumere un loro ruolo nel partenariato, sono necessarie modalità alternative per ottenere una partecipazione attiva. Gli "ordini" prescrittivi sono validi per un numero sempre inferiore di pazienti, soprattutto se la *partnership* deve essere mantenuta per un lungo periodo. Alcune persone possono preferire incontri personali, altri possono utilizzare il telefono, altri preferiscono la videoconferenza e altri ancora sono maggiormente gratificati da sms o *whatsapp*. Ogni paziente esprime modalità personali di interazione con il sistema sanitario.

La prospettiva di cura descritta rappresenta una grande differenza rispetto al sistema attuale incentrato prevalentemente sulla cura del paziente acuto. La sua attuazione richiede un cambiamento nel modo in cui i servizi sono organizzati e finanziati. C'è ancora molta strada da fare, ma molta è stata fatta e vi è una sempre più diffusa convinzione che i modelli di cura della cronicità più appropriati al paziente-persona rispetto alle procedure sino ad oggi attuate, siano prossimi a produrre risultati vantaggiosi in termini di salute. ●



#### Lecture consigliate

Kane RL., *The Chronic Care Paradox and the Need for Shared Goals. Personal Communication, Poliambulanza Istituto ospedaliero, Brescia, 2005.*

Kane RL., Priester R, Totten AM. *Meeting the Challenge of Chronic Illness. Baltimore: JoÚs Hopkins University Press, 2005.*

Boult C., Green AF., Boult LB., et al. *Successful Models of Comprehensive Care for Older Adults Evidence for the IOM's "Re-tooling for an Aging America" report. J Am Geriatr Soc 2009; 57:2328-2237.*

Reuben DB., *Better Ways to Care for Older Persons: Is Anybody Listening? J Am Geriatr Soc 2009; 57:2348-2349.*

Kane RL., *The Enthusiasm: Evidence Ratio for Comprehensive Chronic Disease Care? J Am Geriatr Soc. 2015; 63:1940-3.*

Kane RL., Huckfeldt P., Tappen R., et al. *Effects of an Intervention to Reduce Hospitalizations From Nursing Homes: A Randomized Implementation Trial of the INTERACT Program. JAMA Intern Med. 2017.*

USPSTF Recommendation Statement. *Behavioral Counseling to Promote a Healthful Diet and Physical Activity for Cardiovascular Disease Prevention in Adults Without Cardiovascular Risk Factors. JAMA. 2017; 318:167-174.*

# Senza distretto dove vai?

Gavino Maciocco

*Quando si tratta di scelte che riguardano l'organizzazione sanitaria il ruolo della politica è così intrusivo da rendere difficile o impossibile un approccio evidence based, come dimostra il caso Lombardia.*

“L'accesso ai servizi sanitari è un diritto fondamentale o un privilegio?”. Se lo chiedono negli USA mentre Trump si appresta a cancellare la riforma di Obama<sup>1</sup>. Ma dovremmo chiedercelo anche in Italia, dove milioni di persone rinunciano a curarsi per motivi economici. Stiamo, passo dopo passo, adattandoci all'idea “americana” che l'accesso alle cure sia un privilegio, e non più un diritto. In Italia il concetto di salute come **Basic Right (Diritto Fondamentale) è scolpito nella Costituzione dal lontano 1948, ma ce ne stiamo rapidamente dimenticando.** La Legge 833/78, con l'Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, non solo ribadisce tale concetto, ma afferma solennemente che: “Il Servizio Sanitario Nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio”. Anche di questo ce ne stiamo dimenticando. Non fa notizia nemmeno la continua emorragia di

personale sanitario, il segnale più evidente e perverso dell'impovertimento del SSN (**Figura 1**). Dal 2009 al 2015 la sanità pubblica ha perso 40.364 dipendenti, 10.444 unità nel solo anno 2015. Ed il rapporto pubblicato dal Ministero dell'Economia rileva anche la crescita dell'età media del personale e della precarietà lavorativa<sup>2</sup>. Anche la prevenzione, altro pilastro della Legge 833/78, è scomparsa dai radar della politica sanitaria italiana. I dati contenuti nell'ultimo rapporto dell'OCSE sulla salute in Europa<sup>3</sup> sono impressionanti, e anche per questo ignorati dai media. L'Italia è agli ultimi posti in Europa su tutti gli indicatori di salute che riguardano i giovani: sovrappeso/ obesità infantile (peggio di noi solo la Grecia); fumo tra i 15enni (peggio di noi solo la Bulgaria); inattività fisica tra i giovani di 11-15 anni (peggio di noi nessuno). Questi dati, che preannunciano l'insorgenza precoce di malattie croniche tra la popolazione, fanno il paio con il dato tutt'altro che positivo sulla speranza di vita tra le persone ultra65enni. Queste infatti godono sì di una notevole longevità (intorno ai 20 anni - tra i primi in Europa), ma questa è resa precaria da

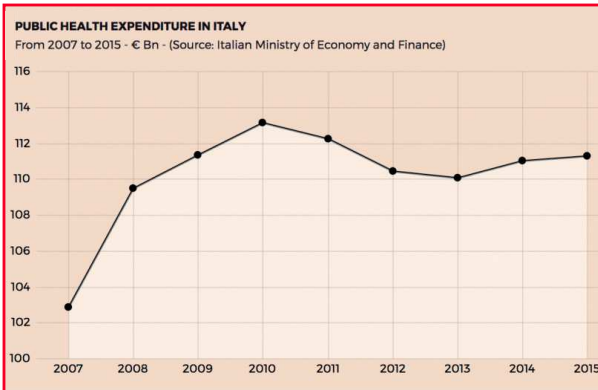


Figura 1: Il de-finanziamento del SSN. Spesa sanitaria pubblica in Italia. Anni 2007-2015

un lungo periodo di cattiva salute (con solo 7-8 anni di buona salute - tra gli ultimi in Europa - Figura 2).

### Mergermania

La soluzione “politica” al de-finanziamento del SSN (anch’esso, beninteso, frutto di una scelta “politica”) è stata quella della fusione delle ASL. La riduzione del numero delle USL, poi ASL, è un processo che viene da lontano, ma ha registrato una forte accelerazione negli ultimi anni con modalità bipartisan: Toscana, Sardegna e Lazio da una parte, Veneto e Lombardia dall’altra (per citare i casi più recenti). Alla base di quella che è stata definita “merger mania”<sup>4</sup> l’idea di ottenere risparmi (attraverso economie

di scala) e recupero di efficienza (attraverso l’accentramento delle decisioni). Un’idea tutta da dimostrare, infatti le evidenze empiriche di beneficio nella performance ed economicità dovute agli accorpamenti sono il più delle volte negative: uno dei motivi del fallimento è che l’incremento della dimensione organizzativa produce una maggiore “distanza” tra vertice strategico e linee operative con conseguente aumento di costi d’ integrazione legati alla necessaria espansione delle funzioni di *middle management*<sup>5 6 7</sup>.

### Evidence-based Healthcare? No grazie

Siamo nella metà degli anni ‘90 del secolo scorso e mentre David Sackett lanciava l’idea della *Evidence-based medicine* come strumento per trovare le soluzioni più efficaci e appropriate nella pratica clinica<sup>8</sup>, il suo collega Muir Gray estendeva il concetto di scelte appropriate ed efficaci all’organizzazione sanitaria ed alla sanità pubblica, pubblicando un libro dal titolo *Evidence-based Healthcare*<sup>9</sup>. A più di vent’anni di distanza si parla ancora di Evidence-based medicine, ma della Evidence-based Healthcare si sono perse le tracce. Questo perché si è ben presto capito che quando si tratta di scelte che riguardano l’organizzazione sanitaria il ruolo della politica è così intrusivo da rendere difficile

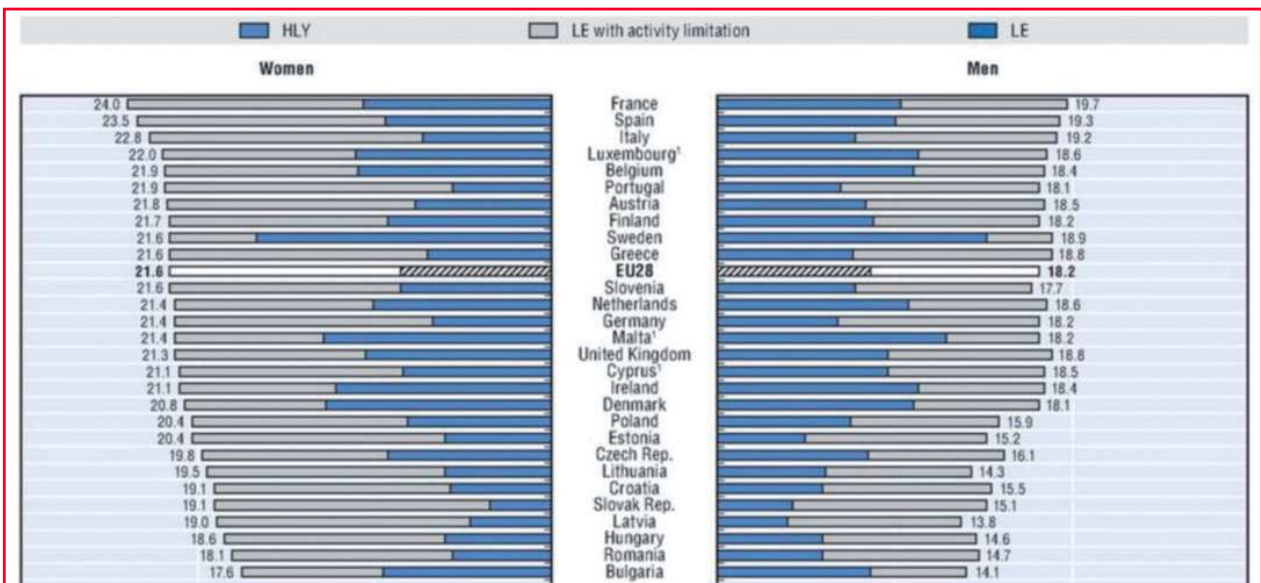


Figura 2: Speranza di vita e anni di vita sana a 65 anni, donne e uomini. 28 paesi UE. 2014

o impossibile un approccio *evidence based*, come dimostra il caso dell'accorpamento delle ASL. Ma non solo.

### **Evidence-based Healthcare e la gestione delle malattie croniche Il caso Lombardia**

In Italia il Ministero della Salute (con qualche anno di ritardo) produce, nel 2016, il Piano Nazionale della Cronicità, un documento di 150 pagine che fa proprie le parole chiave della sanità d'iniziativa e del *Chronic Care Model*: **a)** priorità alla prevenzione (primaria, secondaria e terziaria); **b)** *empowerment* del paziente inteso come abilità a "fare fronte" alla nuova dimensione imposta dalla cronicità e sviluppo della capacità di autogestione (*self care*); **c)** approccio multidimensionale e di team e non solo relazione "medico-paziente"; **d)** costruzione condivisa di percorsi integrati, personalizzati e dinamici e superamento dell'assistenza basata unicamente sull'erogazione di prestazioni, occasionale e frammentaria; **e)** presa in carico pro-attiva ed empatica e non solo risposta assistenziale all'emergere del bisogno; **f)** centralità delle cure primarie come ambito privilegiato d'intervento.

L'approvazione del Piano Nazionale della Cronicità è stata per la Lombardia l'occasione per dichiarare conclusa l'esperienza del CREG, rilanciandone tuttavia la filosofia di fondo con le due delibere (6164 del 30 Gennaio 2017 e 6551 del 4 maggio 2017) finora approvate dalla Giunta Regionale. Il quadro che abbiamo di fronte è quello di una sanità d'iniziativa dal carattere del tutto particolare: basata su tariffe e risparmio, su competizione e mercato, sulla

presenza opzionale dei medici di medicina generale, sull'assenza di efficaci interventi di prevenzione e di supporto all'autocura (il massimo che si concede è il "controllo e promozione dell'aderenza terapeutica"). Il tutto avviene in un contesto privo dell'infrastruttura considerata fondamentale e irrinunciabile in ogni seria strategia di prevenzione, controllo e gestione delle malattie croniche: il distretto e l'organizzazione delle cure primarie. L'affossamento di quest'infrastruttura, avvenuto diversi anni fa, è una sorta di "peccato capitale" della sanità lombarda. Un peccato da cui non si può essere assolti dando vita ad un surrogato debole e improprio (e come al solito del tutto privato): il Centro Servizi.

### **Cosa serve per un'efficace gestione delle malattie croniche**

#### **Il decalogo di Chris Ham**

Chris Ham, professore di *Health Policy and Management*, uno dei più noti e autorevoli analisti di politica sanitaria, ha dedicato alla gestione delle malattie croniche un ampio studio<sup>10</sup> (*"The ten characteristics of the high-performing chronic care system"*) in cui traccia la storia dell'applicazione del *Chronic Care Model* nel decennio 2000-2010, valutandone i risultati e evidenziando quanto ancora è necessario per migliorare il sistema e riorientare i servizi per soddisfare i bisogni delle popolazioni.

Sulla base delle esperienze che meglio hanno funzionato e dell'ampia letteratura a disposizione C. Ham traccia una sorta di decalogo, un elenco delle dieci caratteristiche necessarie per garantire un'efficace gestione delle malattie croniche. ●

1 Bauchner H. *Health Care in the United States. A Right or a Privilege*. JAMA 2017;317:29.

2 [http://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professionioni/articolo.php?articolo\\_id=47078&fr=n](http://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professionioni/articolo.php?articolo_id=47078&fr=n).

3 OECD, *Health at a Glance: Europe 2016. State of Health in the EU Cycle*, [http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2016\\_9789264265592-en;jsessionid=3afgdntlkm538.x-oecd-live-03](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2016_9789264265592-en;jsessionid=3afgdntlkm538.x-oecd-live-03).

4 <http://www.saluteinternazionale.info/2017/01/lossessione-degli-accorpamenti-delle-asl/>.

5 <http://www.saluteinternazionale.info/2014/11/hope-le-ristrutturazioni-e-gli-accorpamenti-dei-servizi-sanitari-sono-efficaci/>.

6 Gaynor M., Laudicella M., Propper C. *Can governments do it better? Merger mania and hospital outcomes in the English NHS*. *Journal of Health Economics* 2012; 31: 528-543.

7 King's Fund. *Future organisational models for the NHS. Perspectives for the Dalton review*, July 2014.

8 Sackett D. et al. *Evidence based medicine: what it is and what it isn't*. *BMJ* 1996;312:71.

9 Gray, J.A. Muir. *Evidence-based Healthcare*. Churchill Livingstone, 1996.

10 Ham C., *The ten characteristics of the high-performing chronic care system*, *Health economics, Policy and Law*, 2010, 5, pp. 71-90.



**The ten characteristics of the high-performing chronic care system.**

**Le dieci caratteristiche di un sistema efficace di controllo e gestione delle malattie croniche**

- I. *The first and arguably most important characteristic of the high-performing chronic care system is 'ensuring universal coverage', for without universal coverage it is difficult to act consistently on the other characteristics.*  
**La prima e più importante condizione - anzi la preconditione - è che vi sia un sistema di copertura universale.**
- II. *The second characteristic is the provision of 'care that is free at the point of use', or at least care that is provided at a cost that does not act as a major deterrent to sick patients seeking medical help.*  
**E che l'assistenza sia gratuita nel punto di erogazione delle prestazioni. E comunque che l'eventuale tariffa non sia un deterrente per rinunciare alla cura.**
- III. *The third characteristic is that 'the delivery system should focus on the prevention of ill health' and not just the treatment of sickness.*  
**L'organizzazione dei servizi deve focalizzarsi sulla prevenzione.**
- IV. *The fourth characteristic is that 'priority is given to patients to self manage their conditions with support from carers and families': a number of reviews have summarised the evidence on the benefits of self-management support.*  
**La priorità deve essere data al supporto all'auto-cura, sia nei riguardi dei pazienti che delle loro famiglie.**
- V. *The fifth characteristic is that 'priority is given to primary health care'. This characteristic derives from evidence on the contribution that primary care makes to overall system performance, and to the everyday reality that most chronic disease management takes place in primary care in most health care systems (and commensurately that most primary care entails the management of chronic disease, especially, but not exclusively among older people). To be more specific, there is evidence of the value of multidisciplinary team work in primary care with much of the responsibility for the management of chronic diseases resting with nurses working as part of the team.*
- VI. *The sixth characteristic is that 'population management is emphasised' through the use of tools to stratify people with chronic diseases according to their risk and offering support commensurate with this risk.*  
**È di fondamentale importanza l'analisi dei bisogni della popolazione, attraverso la stratificazione dei rischi per offrire servizi commisurati a tali rischi.**
- VII. *The seventh characteristic is that 'care should be integrated to enable primary health care teams to access specialist advice and support when needed'.*  
**L'assistenza deve essere fortemente integrata per consentire agli specialisti di far parte del team.**
- VIII. *The eighth characteristic, closely linked to the last point, is 'the need to exploit the potential benefits of information technology in improving chronic care'.*  
**Utilizzare al massimo le potenzialità offerte dalle tecnologie informatiche.**
- IX. *The ninth characteristic is to ensure that 'care is effectively coordinated'. Coordination is particularly important in the care of people with multiple conditions who are at much greater risk of hospital admission than people with single diseases.*  
**Garantire il coordinamento e la continuità delle cure.**
- X. *The tenth characteristic, alluded to in the review of the evidence above, is to 'link these nine characteristics into a coherent whole as part of a strategic approach to change'. This is important in view of evidence that it is the cumulative effect of different elements that explains the degree of impact of the Chronic Care Model rather than individual components.*  
**Fare in modo che le suddette 9 caratteristiche siano parte coerente di un approccio strategico di cambiamento.**

# La presa in carico della cronicità in Lombardia: un modello "aperto"

**Francesco Longo**  
CERGAS/SDA Università Bocconi di Milano

*La questione centrale per la sanità contemporanea è la crescita delle persone con una o più patologie croniche. Esse rappresentano il 38% dei 10 milioni di lombardi, con una prevalenza del 50% dopo i 55 anni di età. Dei 3,8 milioni di cittadini con una patologia cronica circa la metà presentano delle comorbidità di rilievo o una pluralità di patologie croniche.*

La cronicità richiede nuovi modelli di medicina basati sui seguenti principi cardini, su cui c'è ampio consenso in letteratura internazionale:

- a) **reclutamento precoce**: intercettare un paziente cronico per tempo, significa garantirli molto probabilmente una vita sana per molti anni, con terapie leggere per la persona e la sua identità e poco costose per il SSN. Viceversa, se la patologia cronica non viene intercettata e curata per lungo tempo, le condizioni di
- ingresso del paziente saranno peggiori per lui/lei, così come per il SSN.
- b) **Definizione di** percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) o piano di assistenza individuale (PAI) costo/efficaci, costruiti attorno alle migliori evidenze scientifiche. Siccome la cronicità riguarda milioni di persone, è importante riuscire a disporre di linee guida di indirizzo medico-scientifico robuste, aggiornate, operative, di ampio consenso clinico e condivise.

**c) Coerenza della filiera professionale.**

Il paziente cronico attraversa molti *setting* assistenziali, per molti anni. È decisivo che riceva segnali e indirizzi coerenti tra di loro in ogni ambito di diagnosi e cura, sia per avere certezze, ma anche per sentirsi in un sistema sanitario affidabile e strutturato.

**d) Controllo e incentivo alla *compliance* alle terapie.** Il paziente cronico assume la maggior parte delle terapie da solo o aiutato da un suo *care giver*, lontano dallo sguardo dei professionisti sanitari, all'opposto del paziente acuto e questo per un lungo periodo di tempo. Compito del sistema sanitario è generare consapevolezza ed *empowerment* del paziente o del suo *care giver*, in modo che la *compliance* sia massima, essendo uno dei driver decisivi per l'efficacia delle cure nel caso di patologie croniche. La *compliance* può e deve essere sostenuta da ausili (tecnologici, di *counseling*, di processo) ed essere parte degli obiettivi del percorso di cura.

**e) La patologia cronica va sostenuta psicologicamente ed esistenzialmente.**

La cronicità non è uno stadio da cui si guarisce, ma al contrario, tendenzialmente una condizione che peggiora nel tempo. In una società che rifiuta i problemi non risolvibili, insegnare a sostenere esistenzialmente la cronicità è un elemento decisivo per la qualità di vita delle persone e per la stessa efficacia delle cure.

**L'obiettivo**

C'è ampio consenso in letteratura su questi principi. Il problema è capire quali dispositivi istituzionali e organizzativi di sistema siano in grado di attivare i processi di trasformazione dei modelli di cura e servizio in grado di determinare i comportamenti sopra descritti tra i professionisti del SSN. In tutti paesi sviluppati si stanno sperimentando diversi tentativi di implementazione di logiche di *disease management* della cronicità, con l'obiettivo di cambiare i modelli di servizio adottati dai professionisti sanitari. L'obiettivo è

passare a logiche di medicina di iniziativa (reclutamento precoce) sfruttando i database amministrativi disponibili sui pazienti cronici, inserire i pazienti in percorsi strutturati e integrati, coordinare la filiera professionale e prendere in carico stabilmente il paziente per sostenerlo psicologicamente e aumentarne la *compliance* alle terapie.

Non vi sono ancora evidenze su quali dispositivi istituzionali e organizzativi siano più efficaci per determinare questo *shift* del paradigma assistenziale, anche perché si tratta di un cambiamento che non riguarda il singolo professionista ma la rete delle interdipendenze di sistema. In altri termini, non si tratta di far lavorare in modo diverso il singolo medico o infermiere, ma di modificare la suddivisione dei compiti tra i professionisti, di coordinare e integrare i processi, di accompagnare il paziente, in un'ottica di sistema o di rete di professionisti. Finora i diversi tentativi internazionali riguardano di norma alcune patologie croniche *target*, alcuni limitati territori, in ottica ancora sperimentale.

La Regione Lombardia, dopo l'esperimento dei CREG, ha coraggiosamente deciso di buttare il cuore oltre l'ostacolo e di iniziare un modello di presa in carico della cronicità su scala universale, con l'obiettivo di reclutare nel giro di qualche anno tutti i 3,8 milioni di cronici lombardi, aiutando loro a scegliere un soggetto gestore, che garantirà la presa in carico, la definizione del loro PAI, la sottoscrizione del patto di cura, l'accesso integrato a tutte le prestazioni contenute nel PAI e il controllo e sostegno alla *compliance*. L'adesione allo schema è volontario, sia sul lato dei professionisti, delle aziende private del sistema e dei pazienti. L'investimento e l'aspettativa è però alta, con un obiettivo di coinvolgere almeno la metà dei professionisti e dei pazienti *target*.

Quali sono le principali intuizioni del modello lombardo, ovvero quali sono i suoi dispositivi istituzionali e organizzativi che dovrebbero generare la presa in carico dei pazienti cronici nelle modalità sopra descritte?

- 1) Il soggetto gestore (cooperativa di MMG/PLS, ASST pubblica o azienda sanitaria privata accreditata) sottoscriverà contratti con gli erogatori delle prestazioni specialistiche e diagnostiche per realizzare le componenti del PAI che il gestore non è in grado di offrire da solo (o perché non ne ha la competenza o perché non ne ha la *capacity/agenda*). Questa facoltà decentra, per la prima volta nella storia del sistema sanitario lombardo, il potere di indirizzare paziente in alcune strutture, in capo al soggetto gestore, quindi a livello locale. A

titolo d'esempio, una cooperativa con 100 MMG/PLS che svolge

il ruolo di gestore ha in media 40.000 pazienti cronici arruolati (400 per MMG/PLS). Se la cooperativa di MMG, dovendo sottoscrivere contratti con gli erogatori, privilegiasse una o due strutture erogatrici per la produzione delle prestazioni previste

nei PAI, di fatto eserciterà un ruolo di programmazione sanitaria locale rilevante. Questo modificherà potenzialmente le relazioni professionali tra MMG e specialisti, rendendole più equilibrate e necessariamente integrate, perché i secondi dipenderanno, almeno in parte, dai primi per l'invio dei pazienti.

- 2) Le istituzioni pubbliche e private della sanità sono invitate ad aderire allo schema non come produttori singoli, ma come reti integrate e complete di erogatori. Ogni rete dovrebbe disporre al proprio interno di un soggetto gestore e di erogatori di diversa natura e *mission* in modo da poter offrire un portafoglio completo di servizi ai pazienti cronici. Questo modifica la natura della competizione, passando da una competizione tra produttori singoli per singole prestazioni a una competizione tra reti di erogatori che offrono pacchetti completi di presa in carico. Formalmente i pazienti mantengono il potere di poter

accedere alle singole prestazioni dove vogliono, ma se lo schema dovesse funzionare, il paziente troverà conveniente muoversi lungo una delle filiere coordinate e integrate, che diventeranno progressivamente degli ecosistemi mutuamente escludentesi.

- 3) Ogni gestore attiverà una piattaforma di interfaccia con gli utenti molto articolata e robusta. Essa si baserà su una molteplicità di canali, dal web, all'ufficio fisico, al centro telefonico. Le piattaforme, a regime, saranno un luogo di grande rilievo informativo, perché conosceranno di ogni loro paziente reclutato le condizioni fisiche, i dati anagrafici e sociali, il PAI prescritto, le prestazioni consumate, la *compliance*, gli esiti, i bisogni che il SSN non riesce a soddisfare a cui si potranno offrire servizi *out of pocket*. Nasceranno delle piattaforme robuste e rilevanti come in altri settori industriali sono Amazon, Ebay, Tripadvisor o AirB@B. La natura del proprietario di queste piattaforme influenzerà significativamente l'esito istituzionale di questo schema.

A questo proposito è importante sottolineare come il nuovo modello lombardo di presa in carico della cronicità non prefiguri un esito istituzionale atteso. L'esito del gioco è aperto. Potrebbe esserci un esito con un focus sulle cure primarie se la maggioranza degli MMG/PLS diventassero gestori o almeno cogestori, mentre potrebbe esserci un esito di progressiva marginalizzazione delle cure primarie se prevalentemente le strutture ospedaliere pubbliche e private opteranno per il ruolo di gestori, mentre gli MMG potrebbero stare fuori dalla partita. Il protagonismo potrebbe essere più pubblico o più privato. L'indeterminatezza dell'esito del gioco ne rappresenta un catalizzatore di energia, uno spazio di imprenditorialità per gli attori pubblici e privati, ma costituisce anche un elemento di criticità, perché ogni assetto istituzionale che nasce o si trasforma necessita di precisi meccanismi di *governance* e regolazione, che sarebbe opportuno prevedere ex ante e non implementare ex post. ●





# Il sistema bresciano di regia e di governo clinico delle cronicità alla prova del riordino del servizio sociosanitario lombardo

Fulvio Lonati

## La peculiarità del sistema bresciano

Negli ultimi 15 anni, nel territorio bresciano si è creata una favorevole situazione peculiare, per cui ciascun professionista sanitario, con qualche eccezione, si sente parte del sistema: la parola d'ordine, *governo clinico*, indica che ciascuno è invitato ad operare bene non solo nei confronti del singolo, ma ad avere anche una visione di *sanità pubblica*, ovvero sia capace di valutare se l'insieme degli assistiti affidati raggiunge i risultati attesi, in termini di percentuale di malati individuati e presi in carico, di dati di processo e di buona pratica clinica rilevati e registrati, di impatto sulla salute.

A partire dai MMG, che assumono un ruolo nodale e imprescindibile. Infatti, benché permangano tante **criticità**, il quadro nel bresciano è ben diverso da quella frequente contrapposizione tra operatori e azienda sanitaria locale, vista come «controparte nemica». Infatti a Brescia l'Ordine dei Medici e gli specialisti, invitano ai loro convegni l'azienda sanitaria e i MMG perché portino, anche con dati locali aggiornati, le loro valutazioni ed esigenze.

I MMG sono al contempo relatori e discenti, insieme agli specialisti e alle altre figure professionali, dei loro eventi formativi, strutturati in piani annuali preventivamente concordati e diretti dall'azienda sanitaria, realizzati con iniziative replicate in più edizioni in modo da raggiungere la maggioranza dei medici. I MMG estraggono dati clinico-gestionali dai loro archivi informatici e li trasmettono periodicamente, anonimizzati, all'azienda sanitaria locale che li assembla e li elabora per produrre ritorni informativi personalizzati a ciascun medico per l'*audit* individuale e per il confronto tra pari in piccoli *gruppi di miglioramento*; gli strumenti di indirizzo professionale ed organizzativo, come i *PDTA Territorio-Ospedale*, sono prima definiti collaborativamente, poi approvati dalle rappresentanze sindacali e dalle direzioni sanitarie delle strutture pubbliche e private, quindi implementati con apposite iniziative formative, infine verificati a posteriori circa l'attuazione e la ricaduta in termini di salute. La presa in carico dei malati con compromissione dell'autonomia avviene,

almeno in alcuni distretti, attraverso una valutazione e pianificazione multidimensionale che dà accesso a tutti i servizi disponibili. Il risultato è che, mentre la spesa farmaceutica e il ricorso al ricovero si sono progressivamente ridotti, la presa in carico dei malati cronici è cresciuta rapidamente raggiungendo, in modo documentato, i livelli attesi dalla letteratura. Tali risultati sono stati comunicati pubblicamente da referenti dell'azienda sanitaria locale, dei MMG, degli specialisti ambulatoriali ed ospedalieri, dell'Ordine dei Medici, dei Collegi delle Professioni Sanitarie. Questa è la storia.

### **Ma come si colloca, nel bresciano, il processo di radicale trasformazione del sistema socio sanitario avviato dalla regione?**

Provo a rispondere alla domanda: dal mio angolo di visuale del tutto particolare, di chi ora è "fuori dai giochi" ma in passato si è trovato a coordinare le *Cure Primarie* e, per qualche anno, a coordinare al contempo le funzioni di *Programmazione-Acquisito-Controllo* di quella che allora era l'ASL, **vado a ripercorrere alcune tappe "storiche".**

- ✓ **Nel 2007** l'ASL di Brescia propone alla Regione di valorizzare la positiva esperienza che si sta maturando: assegnare ai Distretti un *budget* figurato di riferimento, corrispondente alla spesa storica per farmaci, specialistica, ricoveri, responsabilizzando con il "governo clinico" i MMG, singoli e aggregati nel distretto, ponendo però al centro gli obiettivi di salute, di presa in carico, di buona pratica clinica, riferiti a tutta la popolazione assistita. Si tratta di una anticipazione dei CReG, che non comporta "rischi economici" per la regione e che, al contempo, valorizza la qualificazione ed il protagonismo professionale, con un radicamento territoriale; soprattutto ha una impostazione preventiva, prevedendo ad esempio la valutazione sistematica del rischio cardiocerebrovascolare. Dalla regione nessuna risposta.
- ✓ Successivamente, **nel 2009**, l'ASL di Brescia partecipa, insieme ad altre ASL, ad un progetto promosso dalla regione per sperimentare il *Patto di Cura*: si impernia sull'idea che l'assistito debba essere coinvolto fattivamente sottoscrivendo, appunto, il *Patto di Cura*. I risultati di Brescia, a cui partecipano una cinquantina di MMG, sono particolarmente positivi, soprattutto perché si appoggiano sull'esperienza del *governo clinico* dei MMG da un lato e sulla *regia di sistema delle malattie croniche* che l'ASL sta conducendo. Risultati che vengono esposti a Milano nel convegno appositamente organizzato dalla Regione: in particolare, si evidenzia - io ho avuto l'onore di essere il portavoce- come le peculiarità di Brescia forniscano chiare indicazioni su come ottenere risultati promettenti ed esportabili su tutto il territorio regionale. Purtroppo, il progetto non ha seguito e, anche in questo caso, le proposte bresciane non vengono ascoltate.
- ✓ **Nel 2011** parte il CReG: Brescia non è coinvolta. Certamente, se fosse stata coinvolta, avrebbe giocato un ruolo determinante nel condizionare una serie di aspetti, come la valorizzazione e responsabilizzazione dei professionisti, l'orientamento preventivo, l'aggancio ai territori, il puntare su risultati di salute, la visione sull'insieme degli assistiti e non solo sugli *arruolati*. Forse proprio per questo - mi scuso per l'illazione- Brescia non è stata coinvolta; in qualche modo, nelle interlocuzioni informali con i funzionari regionali, emergeva l'immagine che "tanto a Brescia voi andate bene lo stesso". Non a caso forse, proprio in quegli anni, Regione Lombardia incaricava Brescia di rappresentarla in numerosi progetti condotti dall'agenzia nazionale AGENAS.
- ✓ **Nel 2014-2015** si ipotizza di estendere il *modello CReG* anche a Brescia. E Brescia propone di introdurre una serie di elementi migliorativi per superare gli evidenti limiti della *sperimentazione*

CReG, ormai quinquennale. Proposte vengono quindi formulate ai vari livelli in regione: io personalmente parlo con il funzionario che coordina la *sperimentazione CReG* proponendo precisi e applicabili elementi innovativi. Innanzitutto identificare congruenti obiettivi di salute, non riferiti solo agli *arruolati* ma anche all'insieme di tutti gli assistiti, in una logica di *sanità pubblica*; quindi comprendere nella progettualità tutta la popolazione assistita, anche i "sani", puntando sulla prevenzione. Poi strutturare il lavoro sulle *Aggregazioni Funzionali Territoriali* dei MMG - le *AFT* previste dalla "Legge Balduzzi" - identificando quindi bacini territoriali agganciati al Distretto e ai futuri *POT* e *PRESST*.

Soprattutto non ridurre la *presa in carico* ad una procedura amministrativa, ritmata su tempi ragionieristici, basata su una classificazione degli assistiti dedotta unicamente dai flussi amministrativi dell'anno precedente e centrata sulla patologia individuata come *prevalente* perché "*costa di più*"; al contrario prevedere che il *PAI - Piano Assistenziale Individuale* venga formulato man mano, esattamente quando assistito e MMG hanno la necessità di fare il punto della situazione, aggiornando il quadro clinico-terapeutico-assistenziale a quel momento. Infine prevedere una remunerazione non autoreferenziale, cioè non centrata solo su chi è stato arruolato, ma anche sui risultati raggiunti nel totale della popolazione assistita. Anche in questo caso: nessuna risposta alle proposte di Brescia.

Anzi: il nuovo disegno regionale di superamento dei *CReG* va in una direzione opposta alle ripetute e qualificate proposte bresciane, mai accolte benché convincenti, verosimilmente perché l'orientamento regionale non è verso il rafforzamento del servizio sociosanitario a conduzione pubblica e agganciato ai territori, ma verso l'attivazione di enti di natura privatistica *gestori della presa in carico*, in concorrenza tra loro e, di fatto, prefigurazione di enti assicurativi.

### Elementi di criticità

La linea di sviluppo che emerge dalla Legge 23/2015 e dai numerosi atti progressivamente decretati dalla regione presenta, a mio parere, **forti elementi di criticità**.

Innanzitutto non si capisce l'utilità del sovertimento istituzionale, irreversibile, conseguente all'abolizione delle ASL-AO e attivazione di ATS-ASST, foriero di confusione, conflitti ed elevatissimi costi organizzativi (si pensi che alcuni piani di organizzazione aziendali non sono ancora adottati, a distanza di quasi due anni dalla legge di riordino!): infatti, il nuovo modello di *gestori della presa in carico dei cronici* avrebbe potuto essere attuato esattamente con le vecchie ASL e AO.

Altro aspetto generale di criticità: il disegno della riorganizzazione è molto complesso, farraginoso, difficile da interpretare, indicato da atti normativi successivi che presentano, tra loro, elementi contraddittori.

Anche passando ai contenuti della progettualità per la *presa in carico dei cronici*, gli aspetti critici appaiono veramente numerosi: MMG marginalizzati, recuperati solo nell'ultimo atto normativo, messi in competizione con enti che hanno una natura completamente diversa; responsabilizzazione professionale non prevista in alcun modo; professioni sanitarie sacrificate in una logica da "*call center*"; orientamento preventivo assente perché "*paga la malattia*" e anche le "*condizioni di rischio cronico*" sono trattate come malattie; partecipazione dell'assistito ridotta alla sottoscrizione formale del *Patto di Cura* e alla ricezione passiva di telefonate-promemoria; Distretti, e tanto più le *AFT*, che diventano entità del tutto virtuali; comunità locali e amministrazioni comunali esterne al disegno (dov'è l'integrazione, di cui si afferma la necessità, con i servizi sociali e con le risorse informali e del volontariato?); definizione dei *PAI* a tempi fissi e di durata annuale (come fossero bilanci economici).

### La classificazione degli assistiti

Meritano un cenno anche il sistema regionale di classificazione degli assistiti, di fatto basato sulle sole diagnosi senza che si tenga conto delle compromissioni funzionali



e del contesto di vita socio-economico dell'assistito: l'attribuzione dei livelli di intensità avviene confondendo malattie, fattori di rischio, disabilità e fragilità, mediante un algoritmo per cui la presenza di più patologie corrisponde a complessità e fragilità (quando basta una sola malattia associata a gravi compromissioni funzionali per rendere il quadro complesso, mentre più patologie facilmente trattabili possono coesistere senza che la vita della persona sia significativamente disturbata).

Anche per quanto riguarda il versante economico, gli aspetti critici sono importanti: la remunerazione appare del tutto mercantile-ragionieristica a fronte di "molti soldi messi sul piatto", almeno come sembra di poter dedurre dagli atti regionali; se le stesse risorse fossero state attribuite alla strutturazione distrettuale per attuare il processo di presa in carico continuativa e appropriata dei cronici, dedicando la stessa attenzione regionale, normativa e di governo, i risultati non sarebbero certamente mancati.

L'aspetto più preoccupante è che l'attivazione di *gestori della presa in carico* stanno creando le premesse per smantellare di fatto il servizio sociosanitario e avviare la Lombardia verso un sistema di enti assicurativi in concorrenza, che svolgono i compiti che non si sono voluti attribuire ai Distretti. In questo contesto, le ASST, erogatori pubblici, di fatto si trovano già ora in forte svantaggio competitivo rispetto

alla imprenditorialità privata: sono infatti legati dalle norme organizzative regionali, oltre che dai vincoli delle amministrazioni pubbliche, estremamente stringenti per quanto riguarda i bilanci, ma anche per il personale, i contratti, le gare per acquisire beni e servizi. Infine, la libera imprenditorialità degli enti porterà, come già accaduto con gli accreditamenti delle strutture sanitarie e sociosanitarie negli anni passati, ad uno sviluppo anarchico, al di fuori di ogni programmazione su base geografico-epidemiologica.

**Nessun "ingrediente" dell'esperienza bresciana, purtroppo, è entrato nel nuovo assetto regionale mentre gli ultimi bandi, predefiniti in modo rigido dalla regione, stanno impedendo alle ATS, di fatto agenzie solo esecutrici senza potere decisionale, di contestualizzarli valorizzando la ricchezza delle peculiari esperienze e risorse locali.**

Temo anzi che siano minacciati anche risultati ormai consolidati nel bresciano, soprattutto il *governo clinico dei MMG* e la prassi di valutazione e pianificazione multidimensionale nei confronti dei malati con bisogni complessi.

In conclusione quindi, il mio giudizio, per quanto può valere, risulta decisamente e complessivamente negativo e ho una viva preoccupazione su quelli che potranno essere gli scenari futuri: tuttavia capisco, e sostengo, quei MMG (unica entità in grado di consentire un accesso equo e capillare al sistema socio-sanitario) e quelle strutture socio-sanitarie (strettamente legate e riconosciute dalle comunità locali che hanno contribuito a realizzarle nel tempo) che decidono, comunque, di accettare di entrare in gioco; l'augurio è che trovino la forza per ricostruire al meglio, recuperando le risorse straordinarie che, come spesso avviene dopo un evento catastrofico, gli eventi eccezionali richiedono. ●



# Due anni dall'entrata in vigore della legge 23/2015 di Regione Lombardia: più ombre che luci

**Piergiorgio Muffolini**  
Medico di Medicina Generale

Il diffuso aumento dell'aspettativa di vita è stata una conquista legata al miglioramento delle condizioni sociali ed ai progressi tecnologici e scientifici, ma a più anni di vita non sempre corrisponde una qualità di vita migliore.

Da qui l'idea fondante della riforma di Regione Lombardia: passare dal "curare" al "prendersi cura", per affrontare gli aspetti critici della cronicità. In presenza di una popolazione che invecchia, sempre più persone dovranno essere assistite e curate, e per tempi sempre più lunghi. La disgregazione della famiglia porta alla mancata costruzione di una rete familiare assistenziale.

Questo il quadro drammatico da affrontare. Regione Lombardia afferma che il superamento del modello ospedale-centrico rappresenta il punto centrale della riforma, ma le nuove ASST ancora non funzionano

ed i percorsi dedicati per il malato cronico trovano ostacoli normativi e deontologici.

**A due anni dall'entrata in vigore della riforma, per i cittadini nulla è cambiato.**

Non c'è politico che in Regione Lombardia non sostenga che la soluzione del problema sia riportare l'assistenza sul territorio, relegando l'acuzie all'ospedale.

Come un mantra tutti ripetono "basta investire nell'ospedale, occorre rifondare il territorio".

**Il collasso economico-sanitario previsto per i prossimi anni ha motivato quindi i decisori di Regione Lombardia a rivoluzionare l'assistenza sanitaria.**

Fino ad oggi la professione medica ha costruito la sua identità e i propri codici di riferimento attorno a un sapere specialistico che ha trovato la sua massima espressione nello sviluppo dei servizi ospedalieri.

Questo tipo di sviluppo dell'identità e del sapere ha portato a considerare (da parte degli utenti, ma anche degli operatori sanitari), i medici ospedalieri come i portatori del vero sapere, e quelli territoriali come ancelle organizzative e burocratiche del sistema (quasi veri e propri segretariati sociali). Questo è il punto di partenza che la legge va a modificare.

**Il contesto organizzativo è un altro elemento che differenzia le culture professionali della sanità: da una parte si parla di medici ospedalieri e dall'altra di medici che operano nel territorio** (ad oggi: MMG, PLS e specialisti ambulatoriali, questi ultimi non considerati dalla legge 23 per cui a esaurimento).

Nel primo caso si tratta di professionisti che agiscono come dipendenti all'interno di un sistema organizzativo complesso, mentre nel secondo di liberi professionisti abituati a lavorare da soli. Queste diverse culture organizzative e identità professionali non hanno nel tempo sviluppato capacità di integrazione, ma anzi diffidenza e scarsa legittimazione reciproca. **Lo sviluppo di un sistema territoriale non può prescindere dalla reciproca legittimazione delle professioni in campo e dalla ridefinizione di un sapere integrato capace di far sintesi delle specializzazioni come passare dal lavoro individuale al lavoro in team, per dividerne la presa in carico.** Oggi la medicina generale non è pronta *d'è* a far questo, occorre recuperare tale attitudine.

La legge regionale pone l'accento sulla libera scelta e sulla presa in carico del paziente, affermando che passare dal governo dell'offerta al governo della domanda è un dovere come il passare dal considerare il paziente "una patologia" ad una "persona" nel suo contesto familiare. Tutto questo viene definito "la personalizzazione dell'offerta".

**Una criticità è il sistema di finanziamento basato sull'efficacia. Ma**

**come verrà misurata l'efficacia?** Non è dato sapere. Molte società scientifiche affermano che gli indicatori di efficacia delle *performance* non coincidono con quelli stabiliti nella delibera regionale. Altra **criticità** della Riforma è la modalità di presa in carico del paziente e di redazione del PAI (Piano Assistenziale Individuale). Regione Lombardia ha posto un percorso complesso per realizzare questo, obbligando il medico ad una scelta: seguire il paziente sottoscrivendo un nuovo accordo - nonostante per la legge 833 il paziente l'avesse già fatto nella fase di scelta del medico - oppure rinunciare in parte al rapporto medico paziente.

Per questo il PAI nel secondo caso risulterà monco: solo il MMG possiede i dati completi del paziente, e costruire il PAI solo con lo storico (come avverrebbe quando compilato da un medico non in continuità con il paziente) senza il "presente" inficia il processo di presa in carico proattiva. **La legge regionale 23/2015 non ha superato indenne il controllo di legittimità costituzionale, lo Stato ha chiesto di modificarne ben 16 punti, il che si è tramutato nella legge 22 dicembre 2015 che contiene modificate tutte le parti ritenute incostituzionali. Questa legge sancisce il passaggio dal *to cure* al *to care*.**

Conferma la libertà di scelta e il principio della separazione tra la fase di programmazione e quella di acquisto, introducendo un nuovo modello di presa in carico del cittadino: la valutazione multidimensionale del bisogno. Tale modello prevede di seguire il paziente nell'intera filiera sanitaria grazie ad un'*equipe* multi professionale il cui approccio è mosso da un orientamento sistemico. Il nuovo impianto si prefigge di ricucire il distacco tra servizi sanitari e servizi sociali verificatosi dal 1991 ad oggi, attraverso un modello di presa in carico integrato che consideri la centralità della persona nella complessità dei suoi bisogni e nelle ricadute. È un cambiamento radicale

rispetto all'approccio "contrattuale" dell'epoca Formigoni determinato dal profondo cambiamento del quadro epidemiologico in corso. Con la legge 31/97, la Lombardia aveva introdotto un modello copia della riforma Thatcher del 1991 (il modello quasi mercato), in cui gli acquirenti - finanziatori ed i produttori/ospedali erano due identità giuridiche distinte che basavano i loro rapporti nel rispetto di un contratto in cui si fissavano i prezzi delle prestazioni. La Regione Lombardia aveva contrattualizzato tutti gli ospedali in modo standard, molto elementare (l'ASL riconosce il 98% del fatturato dell'anno precedente senza indicare quantità e tipi di ricovero). I prezzi sono fissi e non è ammessa la selezione dei produttori. Oggi invece la riforma Maroni sposta l'asse su un altro tipo di modello, quello integrato, cioè un'unica azienda che è allo stesso tempo assicuratore/ finanziatore e produttore di servizi. Da qui osserviamo una nuova **criticità**: come può un sistema integrato avere in essere due tipi di enti: le ASST e le ATS? **A livello europeo non esiste un modello simile. È un modello molto compromissorio.**

**Aristotele affermava che:**

*“i buoni legislatori sono quelli che hanno avuto più cura dell'amicizia che della giustizia”*

La riforma cambia l'assetto istituzionale ed organizzativo, ma purtroppo non si auto realizza: per questo conteranno la visione progettuale, la capacità delle persone e la ricchezza degli strumenti di *governance*. ●

# I medici di medicina generale e la riforma lombarda: luci ed ombre

**Angelo Rossi**

Segretario FIMMG Brescia

Vice segretario FIMMG Lombardia

## La logica del "mercato"

Il Sistema Sanitario lombardo è stato, per scelta strategica, un sistema ospedale-centrico che, per scelta politica, ha privilegiato un approccio gestionale di tipo liberistico. Per vent'anni Regione Lombardia ha messo in concorrenza erogatori pubblici e privati (entrambi accreditati e/o a contratto e, quindi, resi "pubblici").

L'ambiente concorrenziale ha, inevitabilmente, fatto sì che si privilegiasse la "produzione" dei DRG a maggior rendimento evitando, ove possibile, di investire sulle "partite" meno convenienti, tendenzialmente ad alto contenuto sociale/assistenziale.

Queste scelte strategiche associate al combinato/disposto di procedure di accreditamento per erogatori non basate sui bisogni ma sulle regole del "mercato", sul "mito" dell'accorciamento delle liste d'attesa e sulla "libera

scelta” del cittadino ha determinato una proliferazione ipertrofica di erogatori e la duplicazione di servizi ad alta specialità/alto costo lasciando nel contempo sottodimensionato e sguarnito il “basso profilo” o ciò che le strutture consideravano “troppo oneroso”. Probabilmente anche per queste scelte troviamo: pronto soccorso in costante affanno, reparti di dialisi “riservati” al settore pubblico, RSA/Geriatrie/ lungo degenza sempre piene e con liste d’attesa giurassiche.

Nel frattempo il territorio (intendendo per territorio il comparto delle cure primarie e l’assistenza socio/sanitaria) non è stato adeguatamente rafforzato, nonostante l’invecchiamento progressivo della popolazione e la destrutturazione sociale in atto (famiglie sempre meno numerose, con anziani da gestire) suggerissero di fare il contrario.

### La “Delibera dei bisogni”

Di fatto ci sarebbe voluta, in fase di programmazione, una “**Delibera dei bisogni**” che partisse da dati epidemiologico/clinici di “realtà”, come quelli contenuti nei *data-base* della Medicina Generale, collettore finale comune di tutti gli eventi socio/sanitari e dei dati utili alla prevenzione. **In carenza di un’efficiente attenzione ai “bisogni” della popolazione ora dobbiamo quindi discutere di delibere della domanda e dell’offerta per regolare un “quasi-**

**mercato” della salute che rischia di far saltare il sistema socio/sanitario universalistico.**

Eppure, ad onor del vero, anche sistemi sanitari regionali che hanno fatto scelte diametralmente opposte di politica sanitaria (Emilia Romagna e Toscana) si trovano ad affrontare con i medesimi dati/strumenti gli stessi problemi pur avendo investito in Case della salute/distretti/CCM e quant’altro.

Tutti i sistemi socio/sanitari regionali infatti, pur con le loro differenze, privilegiano, in fase di programmazione, i dati amministrativi come *proxy* dell’epidemiologia; ma i dati amministrativi tracciano “eventi”/condizioni già “accaduti” e non servono affatto per la prevenzione (non tracciano esempio fumo, sovrappeso, sedentarietà). Inoltre il calo del costo delle prestazioni/ accertamenti determinato dalla proliferazione dell’offerta ha contribuito a far crescere un “mercato” parallelo intercettato spesso da mutue sostitutive/ integrative che saranno uno dei pilastri del sistema/misto in crescita, soprattutto in Lombardia, sul modello dei sistemi mutualistici nord-europei. Questo mercato parallelo peraltro non viene tracciato dai sistemi di *governance* regionali e ciò può confondere ulteriormente le “carte” della programmazione.

### Invertire la tendenza degli ultimi vent’anni

In un quadro di questo tipo e con tali dati a disposizione La legge 23 di Regione Lombardia che ha come obiettivo principale di passare dalla cura al “prendersi cura” intende, lodevolmente, invertire la tendenza in atto da vent’anni in Regione Lombardia.

Aver unificato nell’assessorato al *Welfare* il comparto sanitario ed il comparto sociale risponde ad esigenze d’integrazione che sono il leitmotiv di tutti i sistemi socio/sanitari in Europa e nel mondo ed un tentativo per ridurre la “compartimentalizzazione” e la duplicazione dei sistemi di gestione





dei problemi socio/sanitari della popolazione.

**Cercare di governare la domanda e l'offerta partendo dalla "presa in carico" dei pazienti cronici e/o con multimorbilità, che generano più dell'80% del consumo di risorse, è un modo per cercare di garantire la "tenuta" del sistema di fronte alla "tempesta" perfetta che si sta delineando nel prossimo futuro determinata da: invecchiamento della popolazione, destrutturazione delle famiglie, incremento dei costi delle cure in un paese in crisi economica endemica.**

Il portato dei vent'anni precedenti non è comunque annullabile per "decreto" ecco quindi che la scelta di "territorializzare" l'ospedale pubblico caricandolo di funzioni "sociali/territoriali" condensando il tutto in sigle ASST/POT/Presst ha risposto ad una necessità "storica" ma ha sovraccaricato l'ospedale pubblico di funzioni che non hanno vocazione "storica" a compiere avendo investito per un ventennio nell'erogazione di DRG; oltretutto con carenza endemica di personale, assunzioni bloccate, dovere istituzionale di farsi carico di erogazione poco remunerativa etc.

Peraltro il quasi completo "spopolamento" dei distretti socio/sanitari lascia i Medici di Medicina Generale con un punto di riferimento "debole". Nel sistema lombardo il distretto non è mai stato comunque la priorità e le delibere della domanda/offerta, che dovrebbero essere il "motore" operativo della riforma, di fatto potrebbero essere viste come una sorta di "outsourcing" della gestione del territorio ad enti "altri" con ATS che fa da agenzia/garante per la popolazione in sede di programmazione, acquisto e controllo con i MMG (in carico ad ATS) a fare da terminale finale di questa funzione di "agenzia"/garanzia per i singoli pazienti nel confronto delle strutture ospedaliere pubblico/private.

Le recenti delibere di domanda/offerta pongono inoltre ai Medici di Medicina Generale una sfida "gestionale" che ha un carattere copernicano quanto per gli ospedali. Passare dalla gestione *on*

*demand*, alla presa in carico proattiva con un *budget* pre-assegnato esige uno sforzo culturale e organizzativo di tutto rispetto considerando anche che una buona metà dei MMG si approssima alla pensione nel lustro che verrà. **Le resistenze al cambiamento sono pertanto forti e di sicuro potranno frenare il cammino della riforma.**

Riforma peraltro ineludibile anche se, nel passaggio dalla delibera della domanda alla delibera dell'offerta, dopo un travaglio durato alcuni mesi, le risorse assegnate alla gestione della cronicità sono state più che dimezzate ponendo interrogativi di non poco conto a chi avesse deciso, nel frattempo, di pensare alla gestione come ad un'opzione praticabile.

Peraltro ai Medici di Medicina Generale viene lasciata anche la possibilità di non partecipare al processo di "gestione" o, per altro verso, di partecipare come co-gestori con strutture accreditate e a contratto (tendenzialmente ASST).

Entrambe opzioni possibili ma che pongono il MMG nel primo caso fuori dal "sistema" di gestione e quindi marginalizzato, nel secondo caso in un ruolo "ancillare" verso le strutture ospedaliere.

A mio avviso quindi, a prescindere dalle risorse in campo, la sfida della presa in carico da parte delle associazioni di MMG va accettata e portata avanti.

**Peraltro sono convinto che buona parte di quello che viene previsto dalla riforma come "presa in carico" la maggior parte dei MMG lo fa già ora "inconsapevolmente", e lo fa anche se non lo volesse fare (di fatto, ripeto, siamo il terminale comune dei bisogni della popolazione, inevitabilmente)...definire un piano di cura per e con il paziente, chiedersi quale può essere il percorso migliore all'interno del contesto in cui si opera, fare le scelte secondo PDTA, monitorare i propri comportamenti prescrittivi fa già parte del DNA della professione di Medico di Medicina Generale si tratta SOLO di standardizzarlo e condividerlo cooperando. ●**

# Il parere dello specialista ospedaliero

**Mauro Magoni**

Direttore U.O. Neurologia Vascolare  
ASST Spedali Civili Brescia

Con la nuova riforma sanitaria regionale si intende passare da un sistema orientato all'offerta delle prestazioni per i malati cronici, che pur rappresentando circa il 30% della popolazione e assorbono oltre il 70% delle risorse economiche, ad una gestione più efficiente ed appropriata di questi pazienti, attraverso un nuovo modello di cura che introduce la possibilità da parte del paziente cronico di aderire e sottoscrivere un "Patto di cura" con un "gestore" che avrà il compito di redigere il Piano Assistenziale Individuale (PAI).

Le persone che sono affette da patologie croniche si lamentano spesso della mancanza di continuità tra i diversi specialisti ed i medici di medicina generale e della mancanza di una figura sanitaria che prenda in carico l'intera storia sanitaria individuale spesso ricca di problematiche complesse.

L'introduzione di figure professionali deputate alla presa in carico del paziente cronico *Case Manager* e *Clinical Manager* offrono la garanzia di una presa in carico

globale del paziente stesso superando la attuale frammentazione della presa in carico.

Il "gestore" dovrà inoltre organizzare e prenotare gli appuntamenti per visite ed esami specialistici, erogare - direttamente o tramite altre unità di offerta sanitarie e sociosanitarie facenti parte della filiera di erogazione del Gestore - le prestazioni sanitarie e sociosanitarie previste dal PAI prevedendo anche il raccordo con i servizi sociali, e dovrà monitorare l'aderenza dell'assistito al piano di cura.

**Le patologie che saranno progressivamente oggetto di presa in carico sono 62 e rappresentano tutte patologie croniche che hanno una rilevante importanza epidemiologica .**

Le considerazioni che seguono si limitano a quanto contenuto nelle linee d'indirizzo per la presa in carico della cronicità e della fragilità in Regione Lombardia: **per esprimere un giudizio definitivo sull'efficacia della riforma si dovrà attendere la sua completa attuazione tra qualche anno.**

### Criticità e aspetti positivi

Si possono comunque già sottolineare alcune criticità da chiarire e alcuni

**aspetti positivi** da evidenziare con particolare attenzione.

Innanzitutto sarà importante conoscere l'elenco delle strutture accreditate che si candideranno nel ruolo di "gestore": non è ancora chiaro ad esempio se le strutture private accreditate parteciperanno al bando, se il ruolo di "gestore" verrà affidato solo alle ASST pubbliche spesso già in sofferenza per la cronica carenza di organici o anche alle cooperative di medici di medicina generale. Un ruolo cardine per l'attuazione della riforma dovrebbe inoltre svolgerlo il medico di Medicina generale: sarà lui a scegliere come aderire al nuovo sistema, in qualità di gestore, organizzandosi in forme associative, o sotto forma di co-gestore, collaborando con i soggetti gestori, oppure non aderendo alla presa in carico ma ricevendo comunque il PAI dal gestore scelto dal suo paziente.

**Purtroppo ad oggi non è nota la percentuale di adesione dei medici di medicina generale alla riforma: il loro coinvolgimento e l'importanza del renderli protagonisti del sistema delle cure dei pazienti affetti da patologie croniche rappresenta una grande sfida e può determinare il successo o l'insuccesso della riforma stessa.**

Da chiarire è peraltro anche la modalità con cui la Regione attribuisce al paziente cronico pluripatologico la "patologia prevalente" ossia la patologia cronica che richiederà l'estensione del PAI e non è ancora definito se in questa tipologia di pazienti il ruolo di *clinical manager* possa essere assunto anche collegialmente dai diversi specialisti coinvolti nella gestione del paziente.

Ovviamente queste **criticità** potranno essere superate grazie a circolari esplicative e alla progressiva attuazione della riforma stessa.

**Fattore positivo della riforma è il considerare la cronicità sia come un bisogno su cui fondare la programmazione sanitaria regionale che come un obiettivo di risposta su cui fondare l'organizzazione dei servizi permettendo un monitoraggio attento delle spesa per queste patologie.**

Un ruolo molto importante potrebbe svolgerlo la possibilità di implementazione degli strumenti di telemedicina previsto nella riforma: tali strumenti potrebbero infatti permettere una valutazione clinica ed un monitoraggio a distanza del paziente effettuato dallo specialista, evitando inutili spostamenti al paziente stesso, fornendo uno strumento per una più stretta collaborazione tra medico specialista e medico di medicina generale.

L'attuazione della riforma richiederà anche un impegno particolare da parte del medico specialista abituato spesso solo alla gestione medica della fase acuta ed ora chiamato ad interagire con il sistema socio-sanitario territoriale; questa integrazione diventa fondamentale per la corretta gestione di alcune patologie croniche a carattere degenerativo come ad esempio la sclerosi multipla o le demenze, in cui il ruolo centrale dello specialista neurologo o geriatra non può essere scisso dalla gestione "territoriale" del paziente che avviene tramite l'attivazione ed il lavoro sinergico con le diverse figure sanitarie coinvolte in base a quanto previsto dal PAI (infermiere, fisioterapista, psicologo, assistente sociale). L'unione delle aziende ospedaliere e della rete territoriale in ASST offre inoltre l'occasione di assicurare maggiore continuità assistenziale tra ospedale e territorio, grazie anche all'articolazione di strutture

intermedie come i POT (Presidi ospedalieri territoriali), garantendo nuove e positive opportunità per i percorsi di dimissioni protette e altri ambiti della fase post-acuzia. La nuova modalità di gestione della cronicità prevista dalla riforma regionale può apportare quindi indubbi benefici sia al paziente che vedrà soddisfatti i propri bisogni individuali sia al sistema sanitario regionale permettendo un attento monitoraggio del processo di presa in carico, dei suoi esiti ed un controllo più attento della spesa sanitaria a patto che vi sia un impegno sinergico di tutti gli attori coinvolti (politici, medici di medicina generale, medici specialisti, altre figure sanitarie) nell'attuazione solidale della stessa. ●

# La voce dei pazienti

**Anna Della Moretta**  
giornalista

Voglio raccontarvi la storia di Martina, una donna di 90 anni, come ce ne sono molte, alle prese con una frattura di femore.

In questi casi, i medici ben lo sanno, la diagnosi di frattura di femore spontanea è complessa. Mi spiego: è il femore che si è rotto e che ha fatto cadere Martina a terra, o viceversa?

Comunque sia, il doloroso "imprevisto" è accaduto. Figli che si angosciano, specialisti che rassicurano sull'intervento divenuto "quasi" di routine e sull'alta percentuale di recupero. Bene. **L'evento acuto è sotto controllo e si procede. Poi, dopo pochi giorni di decorso post-operatorio senza complicanze, arriva il momento delle dimissioni. E qui, per citare il sommo Poeta, iniziano le "grida e gli alti lai..."**. Martina a casa non può andare. Non subito, almeno. Ha bisogno di essere riabilitata.

In reparto si attivano le "dimissioni protette" (un bel nome, tranquillizzante, nella giungla di sigle e sottosigle generosamente inventate dall'ultima riforma regionale), ma senza successo. Non c'è posto. Passa qualche giorno ed il primario (scusate, so che non si chiama più così, ma per me tale è, così come lo è un ospedale, che nessuna signora Martina chiamerebbe mai azienda sociosanitaria territoriale) convoca i figli per dire che si deve trovare una soluzione fuori dall'ospedale per acuti. Lasciando intendere, senza dirlo in

modo troppo esplicito per quel residuo di pudore rimasto quando si parla di denaro, che in reparto ogni giorno di degenza costa più di 700 euro. E le degenze, se non sono appropriate, non rientrano nel budget della struttura. Inizia, dunque, il rosario delle telefonate nelle varie strutture, possibilmente non troppo lontane da casa perché sì, è vero che Martina deve essere riabilitata dopo l'intervento al femore, ma non può certo rimanere giorni in un ambiente estraneo - un altro, dopo quello dell'ospedale - senza vedere i famigliari. Il rischio è di recuperare le abilità motorie, ma di perdere quelle cognitive. Dunque, si va per esclusione, eliminando i centri di riabilitazione più distanti. **Il cerchio si chiude su un paio di realtà che, in questi casi sì, parlano di denaro: si parte dai tremila euro al mese in su.** Poi, si vedrà. Se Martina sarà in grado di tornare a casa, bene. Altrimenti aspetterà, pagando, che si liberi un posto in una Rsa a tariffe più calmierate. E se l'attesa diventerà troppo lunga, tornerà a casa perché i risparmi finiscono e i figli hanno i loro problemi, ma non sarà accolta solo dalle amate mura domestiche, ma da un tourbillon di badanti e assistenti domiciliari che si alternano al suo capezzale. Alcune previste dal sistema sociosanitario, altre a pagamento. Le telefonate dei figli di Martina continuano: possibile non ci sia posto?



Chiedono, esasperati ed esasperanti, alle varie residenze sparse sul territorio. Poi, provano la carta delle conoscenze perché, si sa, nel nostro Paese hanno un peso specifico ben definito. Il rosario riparte dal primo mistero (ops, dall'inizio, per chi non ha troppa confidenza con i rosari).

Ci si chiede se l'allungamento dell'aspettativa di vita, dai più salutato come un grande risultato della nostra civiltà e che è frutto di molte variabili, non si stiano rivelando un boomerang per le nostre società che, nel frattempo, si sono ammalate di "sostenibilità". Una "malattia cronica" alla quale di certo pensavano i legislatori di Regione Lombardia quando hanno approvato la dgr X/6551 del 4 maggio 2017 sul "Riordino della rete di offerta e modalità di presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili in attuazione dell'art. 9 della legge regionale N. 33/2009" in cui - come hanno spiegato - "vengono poste le basi per attivare, con progressiva messa a regime, le modalità innovative di presa in carico dei pazienti basate sul sistema di classificazione delle malattie croniche già definito con la precedente dgr X/6164 del 30 gennaio 2017 e scaturito dall'analisi dei dati sulla domanda di prestazioni rilevati in serie storica". Aiuto. In questo numero speciale di "Brescia Medica", autorevoli voci spiegano con dovizia di particolari come dovrebbe declinarsi la nuova organizzazione per gestire i sempre più numerosi malati cronici presenti tra di noi. "Rappresentano il 30% della popolazione assistita e a loro è destinato il 75% delle risorse per ricoveri, visite specialistiche ambulatoriali e farmaceutica territoriale ed ospedaliera" è la frase detta e ripetuta dall'assessore regionale al Welfare in tutte le occasioni in cui ha illustrato i provvedimenti regionali. Risorse, appunto. **Tanto da chiedersi se la "rivoluzione" dell'assistenza ai malati cronici sia stata ideata puntando a risultati vantaggiosi anche in termini di salute, oltre che economici.**

Se la presa in carico del paziente cronico di cui tanto si parla non sia, invece, la "presa in carico" della malattia, considerando tale anche l'ipertensione arteriosa - la si

incontra, ai primi posti delle tabelle delle cronicità - che propriamente tale non è, perché si ferma un gradino prima, quello dei fattori di rischio.

**È bello, pensare che, con la "presa in carico", nessuno più debba preoccuparsi di prenotare visite ed esami, o di trovare un posto dove andare dopo che l'ospedale per acuti ha terminato il suo compito.**

La signora Martina non avrà più problemi? Lei, in realtà, non era una malata cronica, ma lo è diventata in un baleno dopo quella frattura temuta ed arrivata.

Che ne sarà di lei, e di tutte le Martine del nostro mondo che invecchia, se la "presa in carico" si traduce - ulteriormente - in una procedura amministrativa ideata per controllare la spesa? **Che ne sarà di tutte le Martine che già avevano più patologie croniche, se dopo aver scelto il gestore e sottoscritto il "patto di cura", scoprono di volerlo differenziare?** Non per dispetto, certo, ma semplicemente perché un ospedale ha fama di curare meglio una patologia e un altro di curarne meglio un'altra?

È vero, servono molte risorse per garantire cure adeguate alle persone con patologie croniche. Tuttavia, anziché agitare lo spettro della bancarotta del sistema, sarebbe forse più opportuno eliminare quello che al sistema sanitario non serve e recuperare le risorse necessarie per quell'universalità dei servizi che, al pari dell'allungamento dell'aspettativa di vita, differenzia i Paesi civili - il nostro è ancora tra questi - dagli altri. A meno che lo "spettro" abbia altri obiettivi. All'inizio di queste righe, per esempio, avevamo lasciato Martina in un centro di riabilitazione a pagamento. ●

# MEDICUS MUNDI ITALIA ONLUS ONG

**Giampiero Carosi**  
Presidente



In quasi 50 anni di attività MMI (Medicus Mundi Italia) ha operato in Africa, America Latina, Asia ed Europa Orientale, nel rispetto delle relative culture e in accordo con le istituzioni locali. Negli ultimi anni, MMI ha rivolto sempre più la sua attenzione ai Paesi dell'Africa Sub-Sahariana, la regione più povera del nostro pianeta, attuando progetti multi-settoriali in partenariato con altre associazioni per azioni congiunte in ambito sanitario e in ambito nutrizionale.

## In particolare MMI ha focalizzato il proprio impegno:

- ☞ in **progetti integrati di sviluppo delle comunità** con particolare attenzione all'igiene e alla salute di base, alla prevenzione e all'educazione sanitaria, alla salute materno-infantile e al parto assistito;
- ☞ nella **lotta alla malnutrizione infantile e materno-infantile**;
- ☞ nella **lotta all'HIV**: in particolare rivolta all'informazione, all'assistenza dei pazienti e alla prevenzione della trasmissione verticale mamma-figlio;
- ☞ nella **lotta a Malaria, Tubercolosi** e a tutte le altre malattie infettive tropicali;

- ☞ nella **formazione di operatori socio sanitari in loco**: medici, infermieri professionali, ostetriche, tecnici di laboratorio;
- ☞ nell'**adeguamento** e/o nella **realizzazione di strutture con servizi di diagnosi e cura** sul territorio.

Questi obiettivi hanno guidato gli interventi di MMI, in particolare in paesi dove le priorità sanitarie sono rappresentate dalla lotta contro le 3 grandi epidemie/endemie indicata dal Fondo Globale: AIDS, TUBERCOLOSI e MALARIA e dalla lotta contro la malnutrizione nella sua forma acuta e nella sua forma cronica, che rappresenta la causa della fragilità nei confronti delle malattie sia metaboliche, sia infettive, tuttora prima causa di mortalità in Africa. MMI è stata presieduta per oltre 20 anni dalla Dott.ssa Maria Rosa Inzoli, luminosa guida scomparsa recentemente, e successivamente dal Dott. Giuseppe Andreis, dalla Dott.ssa Myriam Brunelli, dal Dott. Enrico Cavalli e dal Prof. Francesco Castelli. Tutti si sono impegnati in prima persona nella realizzazione sul campo di progetti intesi a migliorare la qualità dell'assistenza e l'efficienza dei servizi socio-sanitari nei paesi a risorse limitate in cui si è esplicitata l'attività di MMI. Personalmente rivestito la carica di Presidente

da un quinquennio e mi fa piacere parlare delle iniziative che mi hanno più direttamente coinvolto.

In **Burkina Faso**, grazie a programmi europei, all'impegno di numerosi finanziatori e del Ministero Affari Esteri, sono stati realizzati progetti di lotta all'AIDS negli ospedali camilliani di Ouagadougou e di Nanoro.

Le attività di formazione in loco hanno consentito di "passare il testimone" così che attualmente i pazienti adulti vengono gestiti autonomamente mentre si mantiene il supporto all'assistenza pediatrica e neonatale grazie agli stages assicurati da specializzandi dell'Università degli Studi di Brescia e di Parma, coordinati dal Dott. Fabian Schumacher, consigliere di MMI che riveste anche la delega ai rapporti internazionali.

Sempre in Burkina Faso un secondo obiettivo è rappresentato dalla lotta alla malnutrizione infantile dove MMI, anche attraverso la produzione e fornitura di farine arricchite (in partenariato con LVIA, Torino), è impegnata a migliorare la copertura dei servizi offerti dai Centri di Salute a oltre 10.000 bambini affetti da malnutrizione acuta (che è condizione mortale!) o cronica. Di recente l'attività di MMI ha sviluppato e sostenuto in particolare un progetto inteso a "Proteggere i 1000 giorni", dal concepimento al 2° anno di vita, cruciali per la crescita dei neonati e dei piccoli bambini. D'altra parte MMI realizza da tempo programmi di intervento in **Mozambico**, nella provincia di Inhambane, condotti in collaborazione ad altre due ONG bresciane (SVI e SCAIP), con cui condivide la sede comune in via Collebeato, 26 a Brescia. Si tratta di progetti complessi con componente anche agricola, di microcredito e - come sempre - di formazione del personale locale. Ma ciò che caratterizza maggiormente la componente sanitaria dei progetti, al di là del rafforzamento dei centri di salute cittadini, è l'istituzione e il sostegno alle "unità mobili", equipe di operatori sanitari che tramite camper del Ministero della Salute si recano nei villaggi più lontani e sono attrezzati per fare screening e cura di HIV e tubercolosi, curare i casi di malaria e somministrare vaccini dell'obbligo

(in Africa accettati con entusiasmo!) soprattutto per mamme e bambini.

Infine, sempre per quanto riguarda l'Africa, MMI è impegnato, insieme ad altre associazioni, nella riqualificazione dell'ospedale di Kiremba, in **Burundi**, che necessita di un potenziamento specie della medicina interna e dei servizi materno-infantili. Kiremba è un progetto particolarmente caro ai bresciani poiché rappresenta un dono che Brescia fece a Papa Montini nel momento della sua ascesa al soglio pontificio.

Ma MMI non opera solo in Africa: progetti sono tuttora attivi in **Brasile**, in **Equador** e in **India**.

Nel 1988, in armonia con il dettato del proprio Statuto, MMI ha creato il **Corso di aggiornamento in Malattie Tropicali** per la formazione di personale medico e paramedico con prospettiva di un impiego nei programmi di cooperazione sanitaria nei Paesi a risorse limitate. Responsabile del Corso sino all'edizione del 2013 è stata la dott.ssa Myriam Brunelli e attualmente è il Dott. Silvio Caligaris, vice-presidente di MMI con delega alla formazione.

Dal 2015, il Corso è evoluto in **Corso di Malattie Tropicali e Medicina Internazionale**, aprendosi in modo significativo alla complessa molteplicità di una sanità al servizio della cittadinanza globale.

L'epidemiologia delle malattie infettive infatti è profondamente cambiata, in relazione in particolare all'intensificazione dei recenti flussi migratori, ma anche al turismo di massa verso quei Paesi del Sud del Mondo carenti di servizi socio-sanitari di base.

Inoltre le aree di povertà cui le malattie, in particolare infettive, sono strettamente correlate, si sviluppano in sacche di marginalizzazione anche all'interno del mondo sviluppato.

In tal senso, non è più corretto parlare solamente di Malattie Tropicali, ma più in generale di Medicina Internazionale, che si propone di affrontare tutte le istanze sanitarie che la pluralità odierna delle popolazioni in contatto sviluppa.

Il Corso di Malattie Tropicali e Medicina Internazionale di Medicus Mundi Italia è aperto a tutti coloro che operano in ambito

socio sanitario. Per rendere più facilmente fruibile la facoltà di accesso, a partire dal 2015 il Corso è suddiviso in 3 moduli formativi disgiunti: Salute globale, Grandi Endemie Tropicali e Medicina delle Migrazioni (vedi scheda fuori testo).

Voglio infine segnalare che, a coronamento di questo spirito rivolto alla partnership e alla costruzione di progetti integrati *multitasking*, MMI ha dato vita, insieme ad altre 3 ONG lombarde, a una nuova ONLUS, denominata **NO ONE OUT** che, in controtendenza rispetto alla moltiplicazione delle ONG, mette insieme 4 realtà solidali ed è aperta a ulteriori future aggregazioni.

Da pochi mesi è stato assegnato (capofila SVI) dal MAECI (Ministero Affari Esteri e della Cooperazione Italia) un importante progetto di inclusione giovanile negli *slum* di Nairobi con particolare attenzione alla prevenzione e assistenza in campo di HIV, alla inclusione sociale ed economica di giovani e donne in condizioni particolarmente vulnerabili.

Tutte queste iniziative, che si mantengono e si sviluppano da oltre 50 anni, sono rese possibili dall'organizzazione (centrale e periferica) di MMI. Dobbiamo dire grazie a tutti i componenti del Consiglio Direttivo, che anche hanno assunto deleghe specifiche e dedicano ad esse lavoro gratuito (un particolare ringraziamento alla Dott.

ssa Monica Franchi che ha la delega alla comunicazione e raccolta fondi), e allo staff coordinato dal Direttore Dott. Massimo Chiappa. Si ringraziano altresì gli espatriati e i volontari di MMI sul cui prezioso apporto appoggiano i progetti.

Personalmente sono orgoglioso di presiedere pro-tempore questa prestigiosa associazione, le cui attività vengono illustrate anche da un bollettino semestrale, **Medicus Mundialmente**, distribuito gratuitamente e che invito a leggere per sostenerci. ●



### MEDICUS MUNDI ITALIA ONLUS ONG

Via Collebeato, 26 - 25127 Brescia

tel. 030 3752517 - Fax 030 43266

[www.medicusmundi.it](http://www.medicusmundi.it)

[info@medicusmundi.it](mailto:info@medicusmundi.it)

### Medicus Mundi Italia (MMI) ONLUS ONG

nasce a Brescia nel 1968, quale associazione italiana laica, libera ed indipendente del network internazionale Medicus Mundi International - Network Health for All! riconosciuto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS *resolution* EB 63R27). È riconosciuta dal Ministero Affari Esteri e Cooperazione Italia (MAECI) come Organizzazione della Società Civile iscritta nell'elenco dell'Agenzia Italiana per la Cooperazione allo Sviluppo (ai sensi della legge 125/2014) e come ONG (ai sensi della ex legge 49/1987).

MMI è Socio di Focsiv, dell'Osservatorio AIDS-AIDS Diritti Salute, e dal 2011, Socio Aderente dell'Istituto Italiano della Donazione, garanzia di trasparenza.

Bilanci, Report annuali, Certificazioni, Statuto, Regolamento, Codice Etico e Organigramma sono pubblicati online sul sito [www.medicusmundi.it](http://www.medicusmundi.it)

Finalità di MMI è contribuire alla promozione integrale della persona umana mediante la realizzazione di programmi di cooperazione socio-sanitaria allo sviluppo nel mondo e particolarmente nei paesi e presso le popolazioni economicamente svantaggiati.

### Corso di Malattie Tropicali e Medicina Internazionale

**XXX Edizione - Brescia, 6 novembre - 24 novembre 2017**

Il Corso è suddiviso in 3 moduli disgiunti della durata di una settimana ciascuno.

- 1° Modulo 6-10 novembre 2017 - Salute globale: Salute e malattia in ottica antropologica, Organizzazione dei sistemi sanitari, *Primary Health Care*, Applicazione a HIV, TBC, Malaria e Malnutrizione, Salute materno-infantile: Ostetricia e Neonatologia nei Paesi a risorse limitate, Vaccinazioni dell'infanzia
- 2° Modulo 13-17 novembre 2017 - Le grandi endemie tropicali e il laboratorio di base: (Malaria, Filariosi, Oncocercosi, Tripanosomiasi, Leishmaniosi, Lebbra. Tecniche di laboratorio di base
- 3° Modulo 20-24 novembre 2017 - Medicina delle Migrazioni: Aspetti socio-demografici del fenomeno migratorio, Malattie della povertà e dell'emarginazione, Problematiche socio-sanitarie del migrante, Mediazione interculturale



LIBRI

## Clinica che passione Claudio Rugarli

### Recensione a cura di Gianpaolo Balestrieri

La clinica, la cura degli ammalati. Un'attività distinta da quella, non meno importante, della medicina cosiddetta dei servizi, dalla radiologia all'anatomia patologica, al laboratorio etc. Diversa ancora dall'attività di ricerca che non veda un impegno diretto con i pazienti. Ma cos'è di fatto la clinica, quali sono i meccanismi logici che i medici utilizzano per porre una diagnosi, per impostare una terapia? Claudio Rugarli, professore emerito di Clinica Medica a Milano, autore di un celebre e moderno trattato di Medicina Interna, approfondisce questi temi in un lucido saggio. Il titolo "Medici a metà" non è forse dei più felici. Perché lo sguardo di Rugarli è anzitutto uno sguardo storico, sull'evoluzione della Medicina da Ippocrate e Galeno all'Ottocento della semeiotica fisica, allo straordinario sviluppo della

tecnologia fino all'attuale stagione dell'informatica. La natura peculiare del metodo clinico, lontano dalla meccanica applicazione di algoritmi, i suoi fondamenti logici, gli errori cognitivi fonte di errori diagnostici, la distinzione tra categoria nosologica e malattia quale si manifesta nel singolo individuo, l'immaginazione e la curiosità intellettuale indispensabili al medico clinico, la critica non aprioristica alla medicina alternative, la comunicazione con il paziente, sincera ma capace di dare conforto e speranza, l'accanimento terapeutico e l'eutanasia. Sono temi, anche complessi, svolti con limpidezza e facilità espositiva. Un fil rouge del libro è il racconto di vita del Prof. Rugarli, brillante studente del liceo classico, giovane medico al Policlinico di Milano, allievo del Prof. Melli, con la vivace descrizione di un Amarcord di realtà ospedaliera, che ci appare lontanissima ma



è ben presente ai meno giovani. Le lunghe camerate, i pazienti cui veniva dato del "tu", identificati col numero di letto o con la loro patologia, il carrello delle endovene con il temuto strofanto, i laboratori di corsia per gli strisci periferici ed i sedimenti urinari. Poi il Rugarli ricercatore che introduce per primo nel suo Istituto, incompreso e snobbato dagli altri, l'analisi statistica nei lavori. E poi il docente con l'approccio per problemi alla clinica, con le riflessioni sul rapporto tra cultura scientifica ed umanistica ed il loro ruolo nella selezione e nella formazione dei medici. Un racconto meditato e coinvolgente di un protagonista della medicina clinica, ricco di spunti capaci di rendere più consapevole il lavoro quotidiano.

Medici a metà  
Claudio Rugarli  
Raffaello Cortina Editore 2017  
186 p.  
Euro 18.00

# Maria Rosa Inzoli, medico

Ricordare Maria Rosa Inzoli non è facile, soprattutto se a farlo è un allievo. Non è facile perché ciò che è stata per la città di Brescia, per la medicina bresciana e per la medicina di una parte importante del mondo in via di sviluppo, rischia di sovrapporsi e di confondersi con ciò che ha rappresentato per la formazione personale. Eppure un tratto caratteristico di Maria Rosa Inzoli è stata proprio la capacità di stabilire rapporti personali intensi con i colleghi (ai quali ha saputo trasmettere insegnamento, saggezza, acume clinico e cultura), prestare grande attenzione ai moltissimi pazienti che a lei si rivolgevano trovando ascolto e indicazioni precise e nello stesso tempo mantenere e sviluppare un impegno a livello internazionale e locale che ha spaziato dai grandi problemi della medicina moderna (dall'attenzione alle malattie infettive alla cronicità), spesso anticipandoli, ai problemi dei paesi in via di sviluppo, dei migranti, delle persone anziane e fragili.

A Brescia è stata la prima donna medico a ricoprire il ruolo di primario (dal 1976 fino al 1997, anno della sua pensione, presso l'ospedale Fatebenefratelli Sant'Orsola; prima assistente e aiuto di Luigi Beltrametti in I Medicina al Civile), ha intuito prima di altri l'importanza della geriatria portandola anche nella nostra Università attraverso una lunga e proficua collaborazione con il Prof. Trabucchi, ha dato una impostazione innovativa al reparto di degenza ospedaliero ponendo al centro la dimensione funzionale, il reinserimento familiare e sociale, la salute fisica congiunta al benessere psicologico e mentale. Questa visione del malato anziano che oggi sembra scontata era innovativa 40 anni fa, tanto da suscitare interesse, curiosità e vero entusiasmo in molti giovani medici che si sono avvicinati attraverso il suo insegnamento alla geriatria.

Maria Rosa Inzoli è stato questo e molto altro.

Nel 1970 ha contribuito alla fondazione di Medicus Mundi, una organizzazione non governativa impegnata nel sostegno sanitario alle popolazioni dei paesi in via di sviluppo, di cui è stata presidente per 20 anni. È stata consigliere comunale dal 1980 al 1990 contribuendo allo sviluppo di quella rete di servizi territoriali di supporto ai fragili che sono un vanto della città di Brescia. Non ha fatto mancare il suo sostegno fattivo a molte realtà di volontariato (tra cui l'AVO che ha contribuito a fondare, la Fondazione SIPEC, la associazione Balestrieri, l'opera Cottinelli...). Maria Rosa Inzoli interpretava il suo essere medico come una dimensione totalizzante della vita, con generosità e disponibilità al di là degli orari, non ammettendo superficialità o disattenzione nel lavoro, pretendendo molto da sé ma anche molto dai suoi collaboratori, consapevole che la dedizione ai malati doveva essere totale. Certo, una visione dell'essere medico (e dell'essere primario) lontana da molta realtà attuale, ma, a mio avviso, ancora affascinante e, per molti aspetti, moderna! Medico certo, prima di tutto medico ma, proprio per questo, colta, appassionata di arte, viaggiatrice instancabile, intellettualmente curiosa, spiritualmente ricca. Maria Rosa Inzoli credeva nella dimensione pubblica e sociale della professione; molti la ricorderanno presente alla ultima assemblea annuale dell'ordine (era presente a tutte le assemblee annuali e giustamente l'ordine nel 1998 l'ha insignita del Premio al Merito); anche in questa occasione mi partecipava le sue riflessioni sulle riforme organizzative della sanità e la sua preoccupazione sulla necessità di avere sempre al centro il paziente. Maria Rosa Inzoli si è spenta appena compiuti i 90 anni, piena ancora di energia, di entusiasmo e con progetti per il futuro. Anche in questo ci è da insegnamento: non perdiamo il tempo in inutili lamentazioni (credo di non averla mai sentita lamentarsi), piuttosto agiamo, con riservatezza, ma senza paura, con saggezza, ma senza indecisioni, grati di ciò che abbiamo e che siamo, ma consapevoli che tutto ci è stato donato per un progetto, sapendo che il futuro non dipende solo da noi...ma anche da noi!

*Angelo Bianchetti*

**L'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri  
della Provincia di Brescia**

*ricorda con rimpianto i Colleghi deceduti recentemente*

*Dott. Mario Bodini*

*Dott. Francesco Cagna*

*Dott.ssa Maria Rosa Inzoli*

*Dott. Giuseppe Pinto*

*Dott. Fernando Prospero*

*Dott. Augusto Trombini*

*Dott. Amos Zichi*

*ed esprime ai loro familiari le più sentite condoglianze.*

seguici online

**ORDINEMEDICI.BRESCIA.IT**



*Per suggerimenti, commenti e lettere:*

***[bresciamedica@ordinemedici.brescia.it](mailto:bresciamedica@ordinemedici.brescia.it)***



**BUONE  
VACANZE!**