

## **La presa in carico dei pazienti cronici: l'opinione di un MMG**

Un contributo del dott. Giuseppe Belleri, medico di medicina generale, Flero (BS)

L'articolo propone le riflessioni di un medico di medicina generale su alcune criticità ravvisabili nel percorso di presa in carico dei pazienti cronici, attualmente in fase d'avvio in Lombardia.

**a cura di Rosemarie Tidoli - mercoledì, maggio 02, 2018**

<http://www.lombardiasociale.it/2018/05/02/la-presa-carico-dei-pazienti-cronici-lopinione-un-mmg/>

### **Le differenze tra malattia acuta e cronica**

Prima di analizzare alcune criticità della riforma lombarda sulla Presa in Carico della Cronicità (d'ora in avanti PiC) è necessaria una premessa sulle differenze "fenomenologiche" tra malattia acuta e cronica; tale distinzione è stata delineata ormai una trentina d'anni fa dal ginevrino prof. Assal, pioniere dell'educazione terapeutica dei pazienti, segnatamente diabetici o asmatici.

La malattia acuta:

- si presenta tipicamente con sintomi evidenti e improvvisi, segno di una crisi e di grande pericolo, anche per la vita, che richiedono una diagnosi rapida e certa;
- si basa sull'individuazione della causa, per iniziare il trattamento razionale.

Tale approccio è il modello di riferimento della formazione universitaria, che influenza l'identità professionale, allineando l'esperienza individuale del paziente alle modalità di intervento medico-sanitario.

### **La malattia cronica è agli antipodi in quanto:**

- è asintomatica al di fuori delle crisi, delle riacutizzazioni o delle fasi di scompenso d'organo;
- manca una causa specifica e un nesso tra sensazioni corporee e variabili biologiche;
- spesso è impossibile guarire e l'evoluzione può essere incerta e variabile;
- può dipendere da fattori di rischio ed essere influenzata da abitudini voluttuarie, variabili ambientali e stili di vita.

Nella malattia acuta è relativamente possibile isolare il problema "biologico" dalle altre dimensioni dell'esistenza, ad esempio con un ricovero per una "soluzione chirurgica", radicale e definitiva. Non è così per la cronicità, dove spesso le patologie si intrecciano e si influenzano reciprocamente e sono a loro volta influenzate dalle condizioni socioeconomiche ed ambientali, dalle abitudini di vita, dalle relazioni familiari e con i servizi sanitari e sociali, specie in caso di invalidità, handicap e disabilità. Proprio per questa differenza qualitativa la **gestione della cronicità esige un riorientamento culturale e paradigmatico che coinvolge tutti gli attori**: assistiti, professionisti ed organizzazione sanitaria.

Il prof. Azzone ha efficacemente descritto questo riorientamento concettuale e il suo impatto sulla relazione di cura sugli obiettivi terapeutici: «Nel caso delle morti premature il ruolo della medicina è quello di potenziare le risposte naturali dell'organismo agli agenti e alle condizioni ambientali per ristabilire l'equilibrio naturale» mentre nelle malattie cronico-degenerative, «è quello di contrastare

l'evoluzione lenta e spontanea dei processi biologici. Nel primo caso è quello di un aiutante, nel secondo caso è quello di un oppositore» della deriva entropica del sistema biologico.

## **L'impostazione della riforma lombarda sulla presa in carico: alcune criticità**

L'elaborazione e l'applicazione della riforma lombarda sulla PiC **sconta un'impostazione top down, che ha ignorato esperienze di gestione della cronicità attuate "dal basso" e a "Km zero"**, come l'ultradecennale Governo Clinico dell'ASL/ATS di Brescia, che ha coinvolto l'80% dei generalisti della provincia. Tale impostazione comporta delle **criticità epidemiologiche, organizzative ed etico-deontologiche**, che hanno indotto la maggioranza dei MMG a declinare la proposta di PiC e che si presume potranno avere un impatto negativo sulla relazione medico-paziente, sul ruolo della MG e sull'efficacia della stessa PiC.

Evidenziamo di seguito alcuni tra i nodi più critici:

1. L'individuazione delle tre categorie di cronici in base alla mera sommatoria delle condizioni cliniche ricavate da dati amministrativi (esenzioni per patologia, consumi farmaceutici e SDO ospedaliera) comporta una **distorsione quantitativa della valutazione**: i bisogni clinici, e soprattutto socio-assistenziali di un assistito monopatologico, possono essere più complessi e diversificati di quelli di un paziente con tre patologie in buon compenso farmacologico. E' il caso, ad esempio, di un paziente con esiti di ictus ischemico senza altre patologie, in condizioni di disabilità, rispetto al tipico diabetico iperteso con iniziale insufficienza renale o pregressa rivascolarizzazione coronarica, asintomatico e ben compensato. Correttamente, nella stratificazione della popolazione condotta in Veneto con il progetto ACG sono stati considerati al medesimo livello di intensità assistenziale cronici polipatologici e monopatologici "complessi". **Va da se che un'appropriata analisi dei bisogni può essere portata a termine dal basso, vale a dire in sede di compilazione del PAI**, a prescindere ed anche sovvertendo una stratificazione informatica schematica e impersonale, avulsa dal contesto socio-assistenziale e antitetica rispetto alla personalizzazione delle cure.

2. La storia naturale delle malattie croniche è contrappuntata da una **crescente intensità dei bisogni clinici ed assistenziali, a partire dall'esordio della monopatologia fino alla disabilità/terminalità multipatologica**, a cui deve corrispondere una pari mobilitazione delle risorse dell'organizzazione sanitaria, a diversi livelli ed in modo integrato.

I cronici si distribuiscono lungo un continuum che va dal soggetto asintomatico, portatore di fattori di rischio (ipertensione arteriosa e/o iperglicemia compensati), fino all'estremo opposto della polipatologia conclamata in condizioni di disabilità e fragilità (plurime complicanze cardiovascolari, piuttosto che insufficienza cardiaca o renale terminale). Per quanto riguarda le pluripatologie in buon compenso funzionale, **la redazione del PAI e la sottoscrizione del Patto di Cura, con le relative incombenze a livello informatico, appaiono ridondanti** rispetto ad un'applicazione personalizzata del PDTA[1] ed una duplicazione del monitoraggio attuato dai MMG sul territorio ([si vedano gli indicatori di processo ed esito del report 2016 del Governo Clinico dell'ATS di Brescia](#)).

In sostanza, **i compiti previsti dalla PiC accentuano il tasso di burocratizzazione amministrativa e farraginosità delle procedure**, di cui si suppone pagheranno le spese assistiti e medici, entrambi gravati di ulteriori incombenze a detrimento della relazione di cura,

dell'educazione e dell'efficacia/efficienza della gestione della cronicità nel suo complesso (si pensi solo al tempo necessario – 1 ora circa – per rinnovare annualmente il PAI, il Patto di Cura, il consenso al trattamento dei dati etc..).

3. All'inizio del percorso di cura l'unitarietà "olistica" e la continuità del monitoraggio è garantita dal MMG sul territorio, con eventuali consulenze specialistiche ambulatoriali. Le cure primarie possono far fronte alle esigenze organizzative fino ad un certo livello di complessità, oltre il quale si deve ricorrere alle strutture sanitarie, alla tecnologia biomedica, alle prestazioni specialistiche, al supporto socio-assistenziale domiciliare etc... Di fronte a polipatologie ed elevata intensità il MMG può ricorrere al "passaggio in cura", concordato con lo specialista di riferimento per gestire il singolo caso, secondo norme consolidate da decenni e già attuate nella pratica clinica (ad esempio uremici in fase terminale, dializzati, HIV, diabetici complicati etc..).

L'impostazione top-down della PiC lombarda ha connotati centrati sull'ospedale, in contrasto con i principi enunciati nel Libro Bianco del 2014, **nel senso che ha spostato il baricentro della gestione dal territorio verso le strutture nosocomiali**; questa è la sorte dei cronici il cui MMG non aderisce alla PiC – se accettano di essere seguiti dal Clinical Manager del Gestore ospedaliero – mentre tale rischio è minore se il MMG partecipa alla PiC in qualità di socio di una Cooperativa/Gestore.

## **Presa in carico e cure primarie**

Il modello di PiC attuato da Regione Lombardia si discosta dagli Accordi Collettivi Nazionali vigenti e soprattutto dal Piano Nazionale per la Cronicità (PNC), che ha l'obiettivo prioritario di migliorare l'integrazione e la continuità ospedale-territorio e non certo **l'emarginazione delle cure primarie, probabile conseguenza del passaggio al Clinical Manager da parte dell'assistito**. Ad esempio, il PNC dopo aver sottolineato i limiti dei PDTA nei pazienti pluripatologici complessi, rimarca la centralità del **"medical generalism**, in cui la conoscenza della persona nel suo intero e dei suoi bisogni, la visione continua degli eventi (non solo) sanitari del singolo soggetto – integrate con le conoscenze basate sulle evidenze – determinano scelte più appropriate e fattibili per il singolo paziente (evidence based practice)".

Ai livelli elevati di intensità assistenziale l'apporto organizzativo del Gestore, per l'applicazione del PDTA/PAI e per il coordinamento degli interventi da parte del case/care manager, potrebbe costituire un valore aggiunto per l'efficacia delle cure primarie. Tuttavia la PiC lombarda ha attribuito al Gestore anche compiti clinici, affidati al Clinical Manager della struttura competitor e sostituito del generalista per conto del Gestore, nel caso in cui il MMG non partecipi alla PiC come Gestore in Cooperativa. Infatti, [come recita la Dgr n.7655 del 28.12.2017](#), sono competenza del Gestore *«Le prescrizioni farmaceutiche e specialistiche, correlate alle patologie della PiC»* mentre *«Il clinical manager si occupa in modo completo di tutte le sezioni del PAI, ivi compresa quella della farmaceutica»* ed *«avrà la responsabilità clinica delle prescrizioni contenute nel PAI»*.

## **Gestore vs MMG?**

**Questa è la criticità più "sensibile" della PiC per i risvolti etico-deontologico e relazionali a livello della triade cronico-MMG-Clinical Manager**, come messo in evidenza dal documento inviato

all'assessore dalla Federazione regionale degli Ordini dei Medici della Lombardia: "Si introduce in buona sostanza una dicotomia tra compiti clinico-assistenziali del MMG e quelli affidati al Clinical Manager del Gestore, che potrebbe pregiudicare la continuità e l'integrazione dell'assistenza....[...]. A chi competono e chi è responsabile delle modificazioni terapeutiche in caso di momentaneo scompenso, squilibrio metabolico etc.? Chi si farà carico della visione unitaria e della continuità assistenziale della persona affetta da più patologie croniche, specie se disabile e fragile, impossibilitata a recarsi presso il Gestore?".

**Questa inedita figura professionale, peraltro non prevista dalle norme vigenti, si contrappone al MMG, con rischi di divergenze pratiche, pregiudizio per la continuità e l'integrazione ospedale-territorio**, fino alla possibile emarginazione, di fatto, delle cure primarie della gestione della cronicità. L'esito potrebbe essere quello di avere un paziente "dimezzato", gestito da due professionisti a "mezzo servizio", in antitesi all'auspicata integrazione sistemica. Se invece il Gestore della PiC avesse avuto solo un ruolo di supporto organizzativo alle cure primarie – e non clinico alternativo al MMG – probabilmente le adesioni dei medici lombardi alla riforma sarebbero state superiori al modesto 40% registrato (2156 MMG su 6300 circa in attività).[\[2\]](#)

## Le incognite della PiC

In concreto, chi garantirà l'assistenza ai cronici fragili e/o non autosufficienti, attualmente in assistenza domiciliare o in ADI, che sceglieranno il Clinical Manager? Chi assicurerà in futuro la cosiddetta medicina di prossimità, la visione globale dei problemi e il coordinamento degli interventi sul territorio? Sarà in grado il Clinical Manager di recarsi regolarmente al domicilio dell'assistito per monitorarne le condizioni di cronicità come fanno attualmente i MMG?

**Sono queste alcune delle incognite che pone la PiC ai medici del territorio e ai loro assistiti.**[\[3\]](#)

---

[\[1\]](#) Percorso diagnostico terapeutico-assistenziale. Per approfondimenti sui contenuti del Governo Clinico della patologie croniche dell'ATS di Brescia, attivo dal 2005, [si veda il seguente collegamento internet](#)

[\[2\]](#) A tale proposito segnaliamo quanto affermato recentemente dall'Assessore alla Sanità Giulio Gallera "«Avere coscienza dei ripetuti tagli» significa, per Gallera, adottare anche una «migliore gestione» della sanità regionale. «In questa direzione va la riforma della cronicità che, solo nel Bresciano, riguarda quasi 400mila persone», continua. Una riforma alla quale, però, ha aderito meno della metà dei medici di medicina generale. «Per questo avvieremo a breve un confronto con tutti, e siamo disponibili a rivedere i punti di maggior criticità della legge, spiega l'assessore. Per questo, serve un maggiore coinvolgimento della medicina del territorio. Medicina che si sta atrofizzando in medicina d'attesa e non di iniziativa, ovvero impegnata a tenere sotto controllo il paziente cronico per contenere al massimo i ricoveri negli ospedali per acuti, compresi gli accessi impropri al pronto soccorso che non servono al malato e pesano sui costi generali del sistema sanitario». (Fonte: Giornale di Brescia, 7/4/2018).

[\[3\]](#) Nell'intento di superare alcune di tali incertezze, i Medici di medicina generale hanno elaborato una proposta di revisione della PIC. Per approfondimenti [si veda il seguente collegamento internet](#).

PDF generated by Kalin's PDF Creation Station