

Prevenzione, cronicità e integrazione sanitaria

■ Il servizio sanitario è un bene prezioso per tutti. Anche per il nostro territorio.

In questo periodo di grandi cambiamenti e relative incertezze ci si chiede se, anche in questo ambito, potranno esserci modifiche alle prassi comuni più note e se, nonostante il momento, si possa aspirare a significativi miglioramenti. La storia sanitaria ci ricorda come, nello specifico, la medicina di base abbia subito, nel tempo, numerose trasformazioni. Nel medioevo e nel rinascimento c'era il medico dei poveri (medicina comunale). Nel settecento il medico è considerato come un dipendente del sovrano (pubblico ufficiale sanitario). Nell'ottocento si sviluppa il concetto del medico "condotto", dipendente dall'amministrazione, impegna "con patto di mercede" la sua opera per la cura dei malati di una amministrazione comunale. Nel novecento nasce la mutualità corporativa come mezzo di tutela dei lavoratori. Il Servizio Sanitario Nazionale viene istituito nel 1978 (e l'Aziendalizzazione della Sanità nel 1992): nel rapporto privato tra medico e paziente si inserisce, come conseguenza delle riforme, una nuova dimensione del medico, inserito nel SSN: oltre ai compiti storici si richiedono ulteriori ruoli e funzioni di "governo della clinica", di "gestione manageriale" e di "farmaco economia" (medicina politica).

La complessità attuale (condizionata dalla finanza e dai mercati) scompiglia ulteriormente queste posizioni rendendo oltremodo precarie acquisizioni e comportamenti assistenziali consolidati nel tempo. Sarà forse opportuno quindi rivedere modelli organizzativi e stra-

tegie di intervento in favore di visioni sostenibili, adeguate ai tempi e che permettano di assicurare una risposta ai bisogni assistenziali territoriali collegabili, in questo momento, in primis alle emergenze dettate dalla cronicità e dalla fragilità e poi alla promozione dei corretti stili di vita in grado di prevenire le patologie. Il modello assistenziale multiprofessionale e multidisciplinare integrato (maturato nel tempo grazie alle esperienze dell'associazionismo medico rappresentato soprattutto dalle medicine di gruppo) può offrire le migliori garanzie per una sostenibilità ed un mantenimento nel tempo dell'assistenza territoriale alle persone malate di patologie croniche e un sostegno alla prevenzione. Questo sistema può essere inoltre applicato da subito, richiede risorse contenute e può convivere con qualsivoglia costrutto organizzativo (es. Case della Salute ma anche territori sprovvisti di queste strutture).

Elemento essenziale e distintivo del disegno progettuale è l'integrazione tra tutti gli attori impegnati nell'attività di cure primarie: sia intra-territoriale ma anche tra ospedale-territorio (ospedale forte-territorio forte): mmg, specialisti ambulatoriali, medici di continuità assistenziale-guardia medica, medici dei servizi territoriali, infermieri, assistenti sociali, medici ospedalieri, giovani medici già specializzati affiancati a mmg in procinto della pensione o che manifestino problematiche di salute...). Ogni aspetto di diversità contrattuale e giuslavoristica dei vari attori territoriali va studiata nei minimi particolari per rendere praticabile l'attività di un team multidisciplinare e

multi professionale.

Una visione "prima di tutto e senza indugio" assistenziale riconferma l'importanza centrale del medico di medicina generale (di ogni mmg) che diviene così il coordinatore del team territoriale.

Tutt'ora il medico di base rimane il vero conoscitore del territorio, delle persone e delle loro famiglie; è il gestore ferrato in assistenza territoriale ("sistema esperto"); ha una esperienza ed una competenza specifica e rappresenta un hab assistenziale naturale. È direttamente interessato al buon funzionamento del progetto e della sua produttività in quanto questa azione è finalizzata alla soluzione dei problemi dei "suoi-propri" pazienti che, per altro, diventano essi stessi "sistemi esperti" per quanto riguarda la propria patologia (G. Bateson 1984). Il mmg da sempre poi è orientato in modo olistico alle persone e non alla malattia/caso specialistico rappresentando così un punto di riferimento ben riconoscibile da ogni assistito.

La medicina generale è in grado quindi di offrire flessibilità ed adattabilità "pronto-uso" purché si voglia effettivamente scegliere di investire in questo tipo di ri-ordine delle cure primarie. Gli ambulatori dei medici di base presentano una diffusione logistica capillare sul territorio, una accessibilità estremamente facilitata. Il rapporto fiduciario (che richiede a sua volta una libera scelta attiva da parte dell'assistito) garantisce la possibilità di poter instaurare e applicare, anche nella cronicità, in modo continuativo il self-management-care, la personalizzazione delle cure, la necessaria contestualizzazione di LG (linee guida),

protocolli, raccomandazioni, evidenze e buone pratiche.

Si può sostenere quindi che il modello assistenziale di team multi professionale e multidisciplinare territoriale integrato (tra tutti gli attori coinvolti) può assumersi l'onere e l'onore di affrontare le criticità delle cure primarie creando un favorevole compromesso tra bisogni assistenziali, interessi di categoria e obiettivi politici aziendali.

Il questo team può inoltre diventare un modello gradito anche alle istituzioni aziendali in quanto è in grado di assicurare un buon sviluppo ed una evoluzione delle capacità di adeguamento istituzionale alle condizioni di instabilità del sistema: lo stesso team ha in sé le abilità per attuare aggiustamenti in diretta (bio-feedback/omeostasi), anticipando e prevedendo eventuali improvvisate modifiche della complessità assistenziale potendo usufruire di due sistemi eserti (mmg e paziente) in grado di autoregolarsi ("rete di tenuta" di fronte all'"epidemia della cronicità"). Oltre al tema dell'assistenza ai malati di patologie croniche e ai pazienti fragili un investimento assolutamente "vitale" è rappresentato dalla questione della prevenzione verso alcune patologie specifiche: malattie cardiovascolari, infarti, tumori, diabete, Alzheimer, obesità, patologie respiratorie. Alcuni fattori di rischio, in grado di influire sulle malattie croniche, sono conosciuti e modificabili: dieta (troppo ricca di zuccheri e grassi), abitudini di vita poco sane (riduzione dell'attività fisica), abuso (tabacco/sostanze/alcol). Ogni elemento può comportare progetti concreti di interesse non solo per un'Azienda USL/AO ma anche per una amministrazione comunale e le iniziative territoriali, fondate su esperienze pregresse efficaci e low-cost, possono consentire rapidi miglioramenti dello stato di salute per molti cittadini per i quali i benefici risulteranno essere ben superiori ai costi. ♦

Bruno Agnetti

Responsabile Nazionale Assistenza Primaria - Sindacato dei Medici Italiani (Smi)