

 Gavino Maciocco

La sanità d'iniziativa lombarda è del tutto anomala: 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 tutto avviene in un contesto privo della infrastruttura fondamentale e irrinunciabile in ogni seria strategia di gestione delle malattie croniche: il distretto e l'organizzazione delle cure primarie. L'affossamento di questa 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 a un surrogato debole e improprio: il Centro Servizi.

"La sanità di iniziativa, intesa come modello assistenziale per la presa in carico, costituisce, nell'ambito delle malattie croniche, un nuovo approccio organizzativo che affida alle cure primarie l'ambizioso compito di programmare e coordinare gli interventi a favore dei malati cronici. □ Il modello operativo prescelto è il Chronic Care Model." **Siamo nell'aprile del 2008 e il Consiglio Regionale della Toscana approva il Piano Sanitario Regionale 2008-2010, che introduce un'inedita priorità: la sanità d'iniziativa come strumento di prevenzione e controllo delle malattie croniche**, in quanto - si legge nel documento - "la gestione dell'incremento della prevalenza di cronicità rappresenta uno dei problemi sanitari e sociali più rilevanti che le società così dette evolute debbono affrontare."

In realtà il biennio 2008-2010 servirà per attivare il progetto, per definire le strategie e le linee guida, per la formazione del personale (in particolare medici di medicina generale

e infermieri). **Le attività partiranno di fatto agli inizi del 2010**, con modalità e caratteristiche, con risultati e limiti descritti nei seguenti post:

- [La sanità di iniziativa attraverso gli occhi dei pazienti](#)
- [La sanità di iniziativa in Toscana. Parte 1](#)
- [La sanità di iniziativa in Toscana. Parte 2](#)

In un post del 2011 veniva descritto - con ampi riferimenti bibliografici - il [Chronic Care Model](#), il modello assistenziale più innovativo e efficace nella gestione delle malattie croniche, basato su un forte potenziamento delle cure primarie, sul coinvolgimento delle comunità e dei pazienti, sulla presenza di team multiprofessionali e multidisciplinari. Nato negli USA, adottato dall'OMS, ha dimostrato la sua efficacia a latitudini diverse: vedi [Germania](#) e [Brasile](#).

Il Piano Nazionale della Cronicità

In Italia il Ministero della Salute (con qualche anno di ritardo) produce, nel 2016, il Piano Nazionale della Cronicità (vedi **Risorse**), un documento di 150 pagine che fa proprie le parole chiave del *Chronic Care Model*:

- **empowerment del paziente** inteso come abilità a “fare fronte” alla nuova dimensione imposta dalla cronicità e □ sviluppo della capacità di autogestione (self care);
- **approccio multidimensionale e di team** e non solo relazione “medico-paziente”;
- **costruzione condivisa di percorsi integrati, personalizzati e dinamici** e superamento dell’assistenza basata unicamente sulla erogazione di prestazioni, occasionale e frammentaria.
- **presa in carico pro-attiva ed empatica** e non solo risposta assistenziale all’emergere del bisogno.

Anche sul piano concettuale il Piano contiene precisi richiami alla filosofia del Chronic Care Model, vedi:

“Gli obiettivi di cura nei pazienti con cronicità, non potendo essere rivolti alla guarigione, sono finalizzati al miglioramento del quadro clinico e dello stato funzionale, alla minimizzazione della sintomatologia, alla prevenzione della disabilità e al miglioramento della qualità di vita. Per realizzarli è necessaria una corretta gestione del malato e la definizione di nuovi percorsi assistenziali che siano in grado di prendere in carico il paziente nel lungo termine, prevenire e

contenere la disabilità, garantire la continuità assistenziale e l'integrazione degli interventi sociosanitari. Il paziente cui ci si riferisce è una persona, solitamente anziana, spesso affetta da più patologie croniche incidenti contemporaneamente (comorbidità o multimorbidità), le cui esigenze assistenziali sono determinate non solo da fattori legati alle condizioni cliniche, ma anche da altri determinanti (status socio- familiare, ambientale, accessibilità alle cure ecc.). (...) La presenza di pluripatologie richiede l'intervento di diverse figure professionali ma c'è il rischio che i singoli professionisti intervengano in modo frammentario, focalizzando l'intervento più sul trattamento della malattia che sulla gestione del malato nella sua interezza, dando talvolta origine a soluzioni contrastanti, con possibili duplicazioni diagnostiche e terapeutiche che contribuiscono all'aumento della spesa sanitaria e rendono difficoltosa la partecipazione del paziente al processo di cura. (...) In tale concezione, le cure primarie costituiscono un sistema che integra, attraverso i Percorsi Diagnostico- Terapeutico-Assistenziali (PDTA), gli attori dell'assistenza primaria e quelli della specialistica ambulatoriale, sia territoriale che ospedaliera e, in una prospettiva più ampia, anche le risorse della comunità (welfare di comunità). La costruzione di PDTA centrati sui pazienti è garanzia di effettiva presa in carico dei bisogni "globali" e di costruzione di una relazione empatica tra il team assistenziale e la persona con cronicità ed i suoi Caregiver di riferimento".

Anche le illustrazioni sono quelle classiche del Chronic Care Model (vedi **Figura 1**, nella versione Kaiser Permanente).

Figura 1. Malattie croniche: stratificazione della gravità e tipologia degli interventi



La “distorsione” lombarda

Con l’acronimo “CReG” (*Chronic Related Group*) la Regione Lombardia lancia nel 2011 un progetto il cui obiettivo dichiarato è quello di migliorare le condizioni di vita dei cittadini affetti da patologie croniche. Gli obiettivi “non dichiarati” erano altri:

a) tenere fuori dalla partita della cronicità i medici di medicina generale (MMG), ritenuti non idonei allo scopo; b) portare dentro la partita ogni tipo di provider in grado di gestire percorsi assistenziali complessi remunerati attraverso un sistema di budgettizzazione forfettaria simile ai DRGs ospedalieri; c) tenere sotto controllo una spesa - quella legata alla gestione delle cronicità - destinata altrimenti a impennarsi.

L'idea di escludere dal progetto i MMG non va in porto, anzi: la sperimentazione dei CReG sarà riservata a cooperative di medici di famiglia di 5 Asl: Bergamo, Lecco, Como, Milano città e Milano 2. A supporto delle cooperative dei MMG operano i Centri Servizi, strutture private (h12/365) cui è affidata la programmazione dei Piani Assistenziali Individuali (PAI): visite specialistiche, accertamenti diagnostici, assistenza infermieristica, nonché eventuali servizi aggiuntivi come farmaci a domicilio, trasporti, telemedicina.

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 (e di cui abbiamo dato ampio conto in precedenti post) [1,2,3]. Il quadro che abbiamo di fronte (peraltro ancora confuso e incompleto, il che spiega l'esitazione dei grandi gruppi privati, come il San Donato, a imbarcarsi nell'impresa) 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 della 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 questa 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 a 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**[4] ("*The ten characteristics of the high-performing chronic care system*" - vedi Risorse) 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 dell'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 (**Tabella 1**).

Tabella 1. *The ten characteristics of the high-performing chronic care system*. Le dieci caratteristiche di un sistema efficace di controllo e gestione delle malattie croniche

1	<p><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.</i></p>	<p>La prima e più importante condizione - anzi la precondizione - è che vi sia un sistema di copertura universale.</p>
2	<p><i>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.</i></p>	<p>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</p>
3	<p><i>The third characteristic is that 'the delivery system should focus on the prevention of ill health' and not just the treatment of sickness.</i></p>	<p>L'organizzazione dei servizi deve focalizzarsi sulla prevenzione.</p>
4	<p><i>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.</i></p>	<p>La priorità deve essere data al supporto all'auto-cura, sia nei riguardi dei pazienti che delle loro famiglie.</p>

- 5 *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.*
- La priorità deve essere data alle cure primarie**, al cui interno è di fondamentale importanza il **lavoro multidisciplinare in team**, con la partecipazione degli infermieri.
- 6 *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.*
- E' di fondamentale importanza **l'analisi dei bisogni della popolazione, attraverso la stratificazione dei rischi** per offrire servizi commisurati a tali rischi.
- 7 *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.**
- 8 *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.**

9 *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.**

10 *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.**

Risorse

1. [Piano nazionale cronicità](#) [PDF: 3,8 Mb]
2. Ham C. [The ten characteristics of the high-performing chronic care system](#) [PDF: 285 Kb]. Health Economics, Policy and Law 2010; 5: 71-90

Bibliografia

1. Lonati F. [La nuova sanità lombarda](#). Saluteinternazionale.info, 23.02.2017
2. Gazzetti A, Trianni G. [Lombardia. I malati cronici al miglior offerente](#). Saluteinternazionale.info, 18.04.2017
3. Gazzetti A. [Sanità lombarda e cronicità. Riforma confusa, con metodo](#). Saluteinternazionale.info, 24.05.2017
4. Ham C. [The ten characteristics of the high-performing chronic care system](#) [PDF: 285 Kb]. Health Economics, Policy and Law 2010; 5: 71-90