

Così l'aiuto ai malati cronici «difficili» non è più un rebus

Sperimentato in quattro regioni un nuovo modello di presa in carico

Dal Corriere della Sera dell'1 Aprile 2018, a firma Maria Giovanna Faiella.

Proponiamo l'esperienza di quattro regioni: Toscana, Veneto, Emilia Romagna e Sardegna, che hanno avviato la sperimentazione su **400 (QUATTROCENTO)** malati cronici ciascuna.

Ricordiamo che la Regione Lombardia ha definito le modalità di avvio della presa in carico del paziente cronico e/o fragile con Dgr 7655 del 28/12/17. In Regione le persone coinvolte sono oltre **3.000.000**.

Solo nell'Ats di Brescia la cronicità riguarda **388.369** persone ed in Valle Camonica, che fa parte di altra Ats, le persone sono **35.132**. Complessivamente oltre il 32% della popolazione bresciana.

Per chi soffre di più malattie croniche anche complesse, come scompenso cardiaco, diabete, patologie renali o respiratorie, spesso è un continuo peregrinare tra i vari dottori, che intervengono il più delle volte sul trattamento della singola malattia piuttosto che coordinarsi per gestire il malato nella sua interezza. I pazienti affetti da condizioni croniche multiple, inoltre, sono ad alto rischio di andare incontro a ripetuti ricoveri ospedalieri e accessi al Pronto soccorso, a condizioni di disabilità e di non autosufficienza.

Ma come individuare e prendersi cura sul territorio di questi pazienti per prevenire eventi acuti e migliorare la loro qualità di vita? Un nuovo modello di presa in carico proattiva del paziente complesso è stato sperimentato negli ultimi due anni in **Toscana, Veneto, Emilia Romagna e Sardegna**, nell'ambito di un progetto del Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ccm) del Ministero della Salute. I risultati sono stati raccolti in un libretto: «*la gestione del paziente complesso nel territorio: un compendio di buone pratiche*».

Innanzitutto, sono stati individuati gli assistiti a più alto rischio di ospedalizzazione (**circa 400 in ogni Regione**) coinvolgendo i medici di famiglia e mediante modelli che consentono di prevedere il futuro ricovero in ospedale.

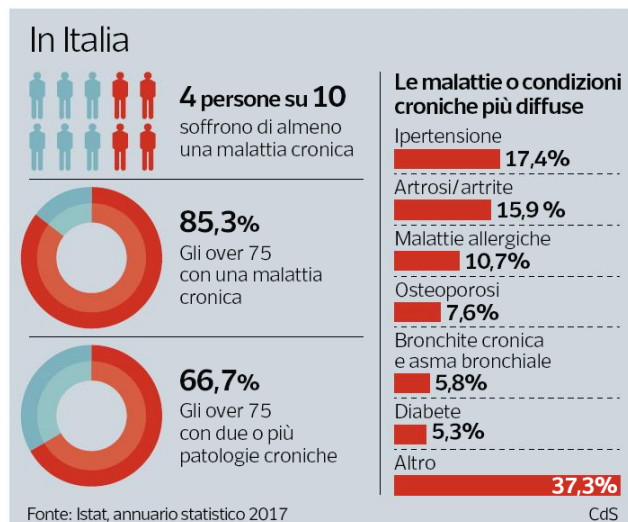
Per ciascun paziente è stato predisposto, in base ai suoi bisogni, un piano assistenziale individuale (**Pai**) in cui sono indicati gli interventi sociosanitari che vanno previsti (dalle terapie, all'adozione di stili di vita salutari, dagli appuntamenti per visite ed esami alle prestazioni sociali) e il team multidisciplinare che deve occuparsi della presa in carico proattiva, in genere formato da medico di medicina generale, infermiere, specialisti di riferimento, assistente sociale, caregiver.

L'adesione al Pai viene monitorata periodicamente in modo da introdurre eventuali correttivi in base alle necessità del paziente.

Anche se ci sono alcune differenze tra gli interventi attuati nelle quattro Regioni, i referenti dell'esperienza pilota hanno condiviso gli elementi essenziali per soddisfare sul territorio i bisogni del paziente complesso.

Li sintetizza Paolo Francesconi, dell'agenzia regionale di sanità della Regione Toscana, capofila del progetto Ccm. «Suggeriamo l'organizzazione di un team multidisciplinare e di reti cliniche integrate che favoriscono la condivisione dell'assistenza tra medici di medicina generale e specialisti, in modo che il paziente possa usufruire dei benefici degli interventi specialistici e della continuità di cure e gestione delle co-morbilità che spettano al medico di famiglia, responsabile clinico del paziente e all'infermiere care manager o di famiglia, che coordina l'assistenza (rinvii agli specialisti, esami previsti ecc.) ed educa il malato all'autogestione della propria condizione, migliorandone le competenze».

«Il paziente competente, infatti, — continua Francesconi — è l'attore principale: gli va dedicato tempo per ascoltare i suoi bisogni anche perché la medicina narrativa, integrandosi con quella basata sulle evidenze, rende le decisioni clinico-assistenziali più complete, efficaci e appropriate». E, ancora, si sono dimostrati ingredienti fondamentali, ma quasi mai disponibili tutti insieme e quindi ancora da amalgamare gli strumenti informatici che facilitano anche la comunicazione tra i professionisti, la continuità dell'assistenza tra territorio e ospedale, la disponibilità di tecnologie per la telemedicina. Essenziale anche l'integrazione socio-sanitaria: per esempio, in Emilia Romagna gli assistenti sociali sono intervenuti soprattutto per far fronte alla solitudine dei pazienti anziani, attivando reti di supporto.



	ATS BRESCIA (POP. 1.200.767)		ASST VALLE CAMONICA (POP. 102.654)	ASST VALLE CAMONICA (POP. 102.654)
	N° PAZIENTI	% SU POP.	N° PAZIENTI	% SU POP.
LIVELLO 1				
Soggetti ad elevata fragilità clinica in cui sono presenti oltre la patologia principale almeno 3/4 o più patologie complessive	17.194	1,4	1.586	1,54
LIVELLO 2				
Soggetti con cronicità pluripatologica in cui è presente la patologia principale e 1/2 patologie complessive	142.368	11,9	13.473	13,12
LIVELLO 3				
Soggetti con una cronicità in fase iniziale, presenza della sola patologia principale	228.807	19,1	20.073	19,55
TOTALE	388.369	32,4	35.132	34,22



Per vedere le News letters precedenti [clicca qui](#)



Vuoi essere informato sull'attività della Federazione Nazionale Pensionati? Conosci qualcuno che vuole essere informato? Invia una e-mail con nominativo e recapito a: pensionati.brescia@cisl.it