

Presentazione

Il mondo continua a cambiare, il concetto di salute si adegua, anche le malattie si modificano ... singolarmente e nella prevalenza; la medicina deve modificarsi per almeno tre motivi: migliorare l'adeguatezza diagnostica e terapeutica, costruire un approccio di sistema al governo dei processi di salute e, infine, garantire l'espressione della professionalità dei medici.

In particolare il cambiamento è sentito da chi si trova in prima fila nell'approccio ai problemi di salute: i medici di famiglia, *front office* del servizio sanitario e, contemporaneamente, alleati e patrocinatori dei pazienti che si affidano loro.

Si pratica una medicina solo in apparenza ancorata ai procedimenti di diagnosi, prognosi e terapia, procedimenti che sono in realtà sovrastrutture di un sistema assistenziale costruito su conoscenze sistemiche, competenze umane e relazionali, approccio diversificato alle complessità ed esperienze professionali che fanno di ogni professionista impegnato nella medicina generale un collettore di informazioni e peculiarità insostituibili.

Troppo spesso purtroppo siamo poco consapevoli di questo insieme di conoscenze, competenze, approcci ed esperienze che va oltre i procedimenti classici ed è una fondamentale espressione della pratica medica spesso invisibile, in quanto non percepita, poco rendicontabile, non valutabile oppure svalutata.

Difficilmente valutabile è anche la condizione di fragilità di un numero crescente dei nostri pazienti. Appena si voglia superare la semplice espressione verbale e andare a una descrizione o meglio a una misura, pur relativa, si scopre un universo di incertezze e di sfumature, si lascia l'abbagliante bianconero per entrare nella gamma dei grigi, abbandonati i paradigmi lineari si è costretti a seguire quelli della complessità.

Ci si pone a volte il dubbio se valga la pena di affrontare questioni che riguardano una parte limitata dei pazienti, eppure anche in questo caso vale la legge di Pareto per cui il 20% dei nostri pazienti sono anziani e determinano l'80% del carico ambulatoriale; tra loro il 20% ha elementi di fragilità e provocherà l'80% del carico assistenziale. Quindi vale la pena occuparsene.

Se da una parte si è ripensata la struttura organizzativa attraverso il processo di rifondazione della medicina generale – che sta procedendo tra le pastoie delle norme e della burocrazia statale – dall'altra è necessario un similare processo di ripensamento, o meglio di autocoscienza, della pratica medica di famiglia che porti tutta la categoria ad appropriarsi dei termini e dei valori di quanto già ora esprime nel territorio.

Il testo di De Toni, Giacomelli B. e Ivis raccoglie e organizza molte delle questioni in gioco, dalla definizione alla classificazione e stratificazione della fragilità, ma aggiunge originali considerazioni, almeno per la medicina generale, sull'approccio logico-concettuale all'argomento e valorizza l'esperienza comune ai medici di famiglia nella ordinaria gestione della fragilità.

Credo però che il valore aggiunto del libro sia rappresentato da una parte dal collegamento sistematico – tra l'altro ben riuscito in un testo a più mani – agli elementi di struttura del servizio sanitario e dall'altra dalla valorizzazione di un percorso consistente e appropriato di riappropriazione del tema «dal basso», con effettivo protagonismo del medico di medicina generale che utilizza le competenze altrui per costruire originali e specifici modelli interpretativi e applicativi. Ne è un esempio la proposta di una scheda di valutazione della fragilità a partire dalla medicina generale, che assume la complessità in toto, ne individua i determinanti e accetta la loro interazione come fattore esponente, al fine di un giudizio che valorizza anche l'occhio clinico come parametro di stima. D'altra parte la relazione tra l'oggetto e l'attore dell'esperienza è alla base di ogni teoria della scienza.

Saranno necessari altri cambiamenti? Certamente sì, pena l'inadeguatezza e l'emarginazione. Ma la convergenza tra i processi istituzionali di adeguamento strutturale e quelli di elaborazione di conoscenze e di percorsi formativi consentiranno alla Medicina Generale che è in Italia il progressivo adeguamento alle nuove istanze della salute.

Dr. Giacomo Milillo
Segretario nazionale FIMMG

Già dalle sue prime pagine questo libro ispira entusiasmo. La prima impressione che se ne ricava pare confermare la massima filosofica di Eraclito, *panta rei*, tutto scorre, tutto cambia; anche se non sembra. In questo cambiamento continuo e talvolta invisibile, il Medico di Famiglia prova a uscire dall'anonimato e tenta di porsi con coraggioso protagonismo.

Il libro analizza come il Medico di Famiglia gestisce il paziente fragile all'interno dei diversi «contenitori» tradizionali del modello veneto delle Cure Primarie. È infatti appropriato parlare di «Modello Veneto», poiché – ad esempio – tutta la Residenzialità cosiddetta intermedia (territoriale) nel Veneto è stata da tempo affidata alle cure della Medicina Generale.

Nella maggior parte delle Regioni italiane non è affatto così. Ma la realtà sta dando ragione a questa intuizione tutta veneta che vede nell'assistenza al paziente fragile un compito esclusivo del Medico di Medicina Generale: certo integrato con la rete del Sistema, dentro la *community* delle cure, ma tuttavia affidato a lui, come protagonista principale. In un panorama talvolta confuso e variabile questa posizione risulta chiara e salda nel Veneto.

Ed è da qui – da questo punto di vista – che scaturisce un bagliore di luce da questo libro, scritto a più mani, quelle esperte di assistenza primaria del nostro direttore del Centro Studi Kéiron As.Me.G. Veneto, dott. Stefano Ivis e quelle esperte di management di organizzazione dei servizi del prof. Alberto F. De Toni e dell'ing. Francesca Giacomelli B. Una linea di congiunzione tra il passato – positivo ma critico – e il futuro, incerto ma interessante.

Ancora interessante questo libro, perché ivi la Medicina Generale tenta di esprimersi, creare e diffondere cultura e per affermare un punto di vista finora considerato a torto marginale.

La cultura nasce per l'appunto dalla osservazione dell'esperienza in atto, dal vagliare tutto e trattenere il valore. Lo sforzo culturale di questi nostri colleghi e collaboratori è grande e foriero di un nuovo modo di guardare il paziente. Una visione armonica che riesce a comprendere non solo il tutto del paziente, ma anche il tutto dell'ambiente in cui esso vive. Questa visione coglie con più coerenza la realtà del nostro lavoro nei suoi fattori più condivisi e radicati.

Sono onorato di presentare quest'opera a tutta la categoria dei Medici di Famiglia del Veneto.

Dr. Lorenzo Adami

Segretario regionale FIMMG Veneto e presidente Kéiron

Il libro scritto grazie alla collaborazione tra medici di medicina generale e ingegneri gestionali è, a mio avviso, uno strumento di straordinaria importanza per la medicina generale perché pone l'accento e, per la prima volta, va ad analizzare in modo dettagliato, offrendo strumenti di codificazione, il mondo della fragilità.

Il malato fragile è da sempre «un cliente privilegiato» per il medico di medicina generale ed è in qualche modo il paradigma del cliente più tipico della medicina di famiglia. Un cliente complesso in cui il versante sanitario dell'intervento si intreccia indissolubilmente con quello socio-assistenziale e relazionale. Ma una definizione altrettanto appropriata di questo tipo di paziente è, come scrivono gli autori, il paziente invisibile.

Molta dell'attività del medico di famiglia si svolge nel confronto con il malato anziano affetto da polipatologia che necessita sempre di un approccio che va ben oltre la gestione della malattia contingente. La fragilità dell'età assommata

alle patologie croniche da cui è affetto, richiedono al medico di medicina generale un intervento se così si può dire a tutto tondo che implica interventi e progettualità che vanno ben oltre al sanitario in senso stretto. Il ridimensionamento delle strutture ospedaliere, dei ricoveri e della degenza poi, ha di fatto riversato sempre di più sul territorio la gestione del malato cronico fragile.

Il paradosso delle situazione è che al di là delle tante parole e dei tanti proclami, fino ad ora sono ben poche le risorse che vengono veramente liberate e messe a disposizione del territorio e della medicina generale *in primis*, per far fronte a questo continuo incremento nelle file di questo popolo, se mi è concesso dire, di «disperati». Nonostante questo carico di lavoro sia in continuo e progressivo aumento tanto negli ambulatori di medicina generale quanto nella domiciliarità svolta o potenzialmente da svolgere, esso non è facilmente visibile e quantificabile, pur essendo un aspetto sempre più preminente dell'attività del medico di famiglia.

È più di una sensazione per molti di noi medici di famiglia che il percorso dell'anziano o del fragile, o se volete, quando i problemi si sommano, dell'anziano fragile, progredisca secondo un percorso poliedrico e proteiforme che però ha, a una lettura complessiva e «trasversale», una progressione graduale da una indipendenza iniziale seppur limitata e fragile, a una dipendenza dapprima circoscritta e parziale e poi via via sempre più evidente.

Le risposte sanitarie in senso stretto sono solo uno degli approcci possibili e sono sicuramente riduttive se non inserite in un contesto e in una programmazione più ampia e definita. Quanti dei nostri pazienti che iniziamo a seguire in ambulatorio diventano prima pazienti da assistenza domiciliare programmata poi da assistenza domiciliare integrata di vario livello o da casa di riposo o protetta? Molti certamente. C'è un filo conduttore che unifica i percorsi di sofferenza e di fragilità di questi pazienti quasi fosse un *fil rouge* sottotraccia del quale il medico di famiglia è chiamato a prendere visione e coscienza nella medicina di famiglia del terzo millennio.

Proprio nel «dialogare» con la fragilità e progettare interventi territoriali di ampio respiro e di largo impatto che vadano oltre al contingente sanitario programmando provvedimenti preventivi, di protezione e di accompagnamento, si giocherà la grande partita del sistema sanitario pubblico e della medicina di famiglia di questo Paese nel prossimo decennio.

Il pregio di questo libro è di mettere a fuoco i problemi, non solo di nominarli ma di analizzarli a fondo, quantificarli e di provare a sottolinearne le criticità e a suggerire proposte e interventi possibili. Occuparsi del problema fragilità in questo Paese non è e non sarà un compito facile visto l'allungarsi della vita media e il contrarsi di natalità e risorse. Ma solo con una corretta allocazione di quest'ultime sul territorio, con un'attenta e puntuale rilevazione dei bisogni e una programmazione oculata ed efficace che tenga presente i problemi, ma anche le risposte realisticamente possibili e proponibili, potrà continuare a sopravvivere un sistema sanitario pubblico come il nostro.

I medici di famiglia non possono non cogliere lo stimolo professionale che il libro suggerisce e le implicazioni che esso propone nella gestione della quotidianità del lavoro. Solo se avremo la capacità di cogliere la criticità per la sanità pubblica in generale e per il nostro lavoro in particolare della fragilità come macrocontenitore del problema gestionale in senso lato del malato cronico affetto da polipatologie e della sua territorializzazione in affidò alla medicina generale, avremo la consapevolezza e la forza di provare a disegnare strategie propositive e di intervento.

Esse dovranno necessariamente partire da uno spostamento di risorse e di professionalità sul territorio sotto la regia illuminata e adeguatamente formata della medicina di famiglia. Essendo propositivi, ma anche rigorosamente assertivi, per quanto riguarda norme, progettualità, allocazione di risorse e strumenti anche e soprattutto sui tavoli contrattuali, dove si disegna il futuro del sistema territorio e della sanità italiana più in generale.

In caso contrario il rischio è di finire per essere travolti dagli eventi e di sperimentare sempre di più, nell'attività di ogni giorno la parcellizzazione e l'inadeguatezza degli interventi che risulteranno sempre più contingenti e tampone senza che si abbia la forza e la capacità di farli diventare strutturali ed efficaci. Senza questa visione la sanità pubblica e il suo alfiere il medico di famiglia, rischiano, a breve, di non avere più un futuro che sia credibile e sostenibile.

Per fare questo ci vuole una maggiore consapevolezza tra i medici di famiglia di come la fragilità sia diventata un crocevia sostanziale della professione attuale e che le armi che abbiamo attualmente a disposizione per affrontarla sono «spuntate», inadeguate, insufficienti e parcellizzate.

In conclusione, per giocare questa partita e provare a vincerla bisognerà recuperare alla professione armi più efficaci partendo da un'analisi e da una lettura strategica complessiva della realtà spesso «invisibile o misconosciuta» dell'impatto che ha la fragilità in senso lato sui determinanti e sulle fondamenta strutturali del sistema sanità in questo Paese. Bisognerà ripensare alle modalità della pratica ambulatoriale, ma soprattutto all'assistenza domiciliare che andrà stratificata in modo più puntuale e preciso modulandone caratteristiche, intensità e modalità di erogazione. Per fare tutto questo ci vorrà un progetto puntuale e dettagliato frutto di una progettazione teorica prima, testata poi sul campo, per procedere dove necessario agli opportuni correttivi. Essa dovrà diventare la base per un nuovo accordo nazionale tra sistema sanitario e medicina di famiglia che contempli risorse umane (per esempio infermieri e amministrativi dedicati, oltre che l'inserimento in squadra di nuovi colleghi che hanno superato il tirocinio in medicina generale come già previsto dal documento per la rifondazione della medicina di famiglia) ed economiche, sotto la regia collegiale dei medici di famiglia di quel determinato territorio.

Dr. Claudio Blengini

*Medico di famiglia esperto in medicina palliativa
e terapia del dolore*