



XIII CONGRESSO CARD/ La Confederazione dei distretti fa il punto sull'assistenza a casa

La sfida delle cure a domicilio

Le premesse: lavoro in team, telemedicina e remunerazioni ad hoc per i Mmg

DI GILBERTO GENTILI *

La promozione del distretto e più in generale dell'assistenza territoriale hanno, negli ultimi 20 anni, rappresentato spesso un alibi alla mancata ridefinizione della rete ospedaliera, ponendosi come alternativa più o meno credibile alla presa in carico istituzionale operata dall'ospedale stesso. Stretti tra difficoltà economiche sempre crescenti, tra tecnologie a costi elevati e pressati dalla esigenza di fare fronte al progressivo invecchiamento della popolazione con la esplosione epidemiologica delle malattie croniche, i decisori hanno, non solo per scelta ma per oggettiva necessità, dovuto sposare una causa che a volte non sentivano come propria, e che, anzi, li ha portati spesso a scontri pesanti con i rappresentanti delle comunità locali arroccati nella difesa del loro - spesso piccolo - ospedale.

Ne è derivata una curiosa implementazione a "macchia di leopardo" con programmazioni e soprattutto pianificazioni regionali assolutamente eterogenee, con differenze macroscopiche, con attribuzione di responsabilità spesso approssimate. Nonostante questo la medicina territoriale ha preso sempre più campo, ha evoluto forme anche innovative di presa in carico, elaborato percorsi di integrazione, verrebbe da dire "nonostante" le difficoltà. Non giova certamente alla definitiva affermazione dei distretti la difficoltà a operare sui dati in maniera uniforme e la pervicacia con cui, spesso inventandosi curiosi acronimi, si continua a voler chiamare la stessa cosa con nomi diversi. In questo senso non ha contribuito a fare chiarezza il percorso della assistenza primaria che, a ogni rinnovo contrattuale, ha definito e formalizzato nuove forme associative, con il risultato di disegnare in Italia un quadro la cui definizione appare oggettivamente difficile (case della salute, Utap, gruppi e supergruppi, équipe territoriali).

La Società italiana di medicina generale è persuasa che le cure primarie e l'assistenza territoriale, benché organizzativamente distinte, rappresentino gli snodi di un'unica entità funzionale. Uno solo, del resto, è l'obiettivo comune ai nostri sforzi: un servizio socio-sanitario efficace, efficiente e vicino ai cittadini. Da qualche anno stiamo assistendo a una radicale trasformazione dell'assistenza territoriale, e quindi alla necessità di un riassetto della medicina di prossimità: la vecchia medicina generale, tutto sommato povera di servizi, è chiamata ad attrezzarsi per riuscire a erogare, in sinergia con gli altri professionisti del territorio, prestazioni sempre più ampie, complesse ed eterogenee. La Simg sostiene da circa vent'anni che la medicina moderna è una medicina di complessità, e quindi il medico di famiglia non può agire da solo, ma ha bisogno di condividere modelli organizzativi, management e flussi di lavoro per la concreta erogazione dei servizi.

A queste esigenze tenta di rispondere lo schema organizzativo delle Unità complesse di cure primarie (Uccp), che fa leva su una struttura più articolata, sulla multidisciplinarietà e su diversi strumenti di diagnostica per la presa in carico ottimale dei pazienti. Come medici di famiglia, siamo chiamati a essere al passo con le mutevoli esigenze di cura di una popolazione che invecchia rapidamente. Ci troviamo a misurarci con il problema delle comorbidità e con un numero crescente di patologie croniche e sottocurate, come il dolore e la Bpco. Non basta indirizzare il malato allo specialista di riferimento, occorre farsi carico, in senso forte, di buona parte del

Non stupisce quindi nel 2015 vedere una realtà con strutture territoriali sostanzialmente forti - operativamente - nel Nord-Est e nel Centro, sufficientemente organizzate nel Nord-Ovest; presenti, ma con difficoltà operative al Sud, pur se con differenze evidenti tra le Regioni. Tali differenze appaiono molto più esplicite nei processi produttivi che nella organizzazione generale. In altre parole non c'è un problema di attribuzione di funzioni dirette, quanto piuttosto di attribuzione di risorse reali. Contrariamente a quanto previsto dalla normativa ancora vigente (Dlgs 229/1999) praticamente nessuna Regione ha attribuito al distretto contabilità separata e budget definito. Una riflessione va posta anche sulla riduzione del numero di distretti che spesso ha seguito la contestuale ridefinizione del numero delle aziende sanitarie. È nostra convinzione che questo non sia un processo utile sempre e comun-

que specie quando si associa alla contestuale chiusura dei presidi ospedalieri che, di fatto, genera in quel territorio una sindrome da "deprivazione sanitaria" non sempre socialmente gestibile.

Appare inoltre necessario e quasi ineludibile far coincidere la gestione della sanità territoriale con quella del sociale (sia essa in forma delegata autonoma o consortile). La coincidenza dei territori detta regole cogenti di programmazione comune che rappresentano la base per una coerente pianificazione dei servizi. E la coerenza della azione integrata, la sua sinergia e la sua verifica paritetica rappresenta una necessità non derogabile specie in periodi, come questo, di carenza di risorse. Assistenti quindi a dibattiti ancora accesi sul ruolo del distretto, sulla sua definizione strutturale, sulla sua mission. Crediamo che sia certo che la presa in carico del paziente cronico e la tutela delle fragilità

siano la base su cui è necessario focalizzare l'azione dei distretti. Card Italia ha promosso fin dal 2013 lo slogan «la sanità del terzo millennio non concede esclusive» con ciò volendo ribadire e rafforzare la sua natura multidisciplinare, ma contestualmente affermare che nessuno ha la soluzione unica per affrontare platee di utenti che nei prossimi trent'anni diverranno numericamente enormi, economicamente depauperate da assegni di vecchieia sempre meno elevati e rappresenteranno, ipso facto, il vero snodo di un possibile scontro generazionale ove i figli non potranno farsi carico della assistenza dei propri genitori. È quindi necessario preparare il futuro per evitare di esserne travolti. Non sfugga a nessuno che la situazione in un over 75 del 2040 sarà clinicamente caratterizzata dalla contemporanea presenza di tre malattie croniche in oltre un terzo dei soggetti. È quindi evidente che le soluzioni strutturali

li ovvero la istituzionalizzazione in tutta la filiera (case riposo, case protette, Rsa ecc.) rappresenta un limite poiché tende, seppur a intensità ovviamente minore, alla riproduzione di un modello divisionale molto simile all'ospedaliero. Tale modello avrà un senso, anche se parziale, solo se saremo capaci di affidarlo a nuove figure professionali che non potranno essere medici operanti full time in struttura, ma infermieri che si raccordino con la assistenza primaria. Queste strutture dovranno garantire una funzione scambiatrice con ospedali finalmente capaci di operare sulla acuzie e parimenti - diciamo con chiarezza - offrire sollievo a famiglie che non potranno, per esigenze lavorative, gestire il congiunto nell'arco dell'intero anno. Ma la vera scommessa che il Ssn dovrà affrontare sarà la attuazione di forme strutturate di assistenza domiciliare che mantengano a casa il paziente, anche sfruttando i sistemi

IL PUNTO DI VISTA DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA GENERALE SU PROSP

Dai medici Simg mano tesa alle professioni sanitarie

DI CLAUDIO CRICELLI *

percorso di cura, soprattutto del paziente anziano. Anche intervenire a domicilio, per prevenire le cadute e aiutare a costruire un ambiente domestico sicuro e ben organizzato, è un compito che sentiamo sempre più nostro. Per questo, a esempio, dobbiamo prevedere che all'interno delle Uccp ci sia almeno un medico ergonomista.

Per queste ragioni, il rapporto della Medicina generale con Card, la Confederazione delle Associazioni regionali di distretto, si sta trasformando in un vero e proprio dialogo, non solo sugli aspetti amministrativi e burocratici, ma anche sulle questioni operative. Se la sanità pubblica è sempre stata vista in contrapposizione rispetto alla medicina generale, è giunto il momento che questi due snodi dell'assistenza socio-sanitaria interagiscano concretamente, per costruire nuovi modelli di collaborazione. Un compito come la gestione delle cronicità sarà il banco di prova del distretto, ma anche l'obiettivo sul quale si misurerà l'efficacia dell'intervento dei medici di famiglia. Se le

INTEGRAZIONE/ I

Così Bologna si fa carico del diabete infantile

DI RITA RICCI *, MARA MORINI *, EMANUELE CIOTTI * E CONCETTA RANDAZZO *

Il diabete di tipo 1 rappresenta la malattia endocrino-metabolica più frequente dell'età pediatrica, età in cui tipicamente esordisce. Nella popolazione generale incide per il 5% di tutti i casi di diabete, in età evolutiva interessa il 98% dei casi. Caratterizzato da eziologia autoimmune, necessita di terapia a base di insulina, in quanto il pancreas non è più in grado di produrla. Negli ultimi 3 decenni la sua incidenza ha mostrato in Europa un lento ma costante incremento, pari al 3%. In Italia, la Regione che ha la più alta incidenza è la Sardegna. L'Emilia Romagna ha un tasso di incidenza di 17,8/100.000 nel 2010, fra le Regioni a maggior incidenza in Italia. Nella Ausl di Bologna i dati relativi al decennio 2005-2014 mostrano un aumento di casi: nel 2005 vi erano 144 minori con diabete di tipo 1, nel 2014 sono 175. Dal 2005 al 2014, la prevalenza rimane pressoché costante mentre è aumentata l'incidenza.

La diagnosi, se tardiva, è gravata da un rischio elevato di chetoacidosi grave e di complicanze. Il diabete di tipo 1 è inoltre associato ad altre patologie autoimmuni (celiachia 7-12%, tiroidite 10-16%) che possono rendere più complessa la gestione della malattia.

La Regione Emilia Romagna, nell'ambito del Piano regionale della prevenzione

2010-2012 ha elaborato il "Percorso diagnostico assistenziale per bambini/e e adolescenti con diabete di tipo 1", che descrive le modalità di integrazione per rendere omogeneo, a livello regionale, il percorso di presa in carico fin dall'esordio della malattia.

Nel territorio dell'Ausl di Bologna, il bambino o adolescente all'esordio del diabete di tipo 1 viene ricoverato presso la Clinica pediatrica del Policlinico universitario Sant'Orsola-Malpighi. Al momento della dimissione il caso viene segnalato, oltre che al Pediatra di libera scelta, anche a un operatore del dipartimento cure primarie, presso il Punto di coordinamento assistenza primaria (Pcap). Si avvia così la presa in carico sul territorio, che consiste nelle seguenti azioni: stesura di un piano assistenziale individuale; fornitura dei presidi; formazione dei caregivers (familiari e non); formazione del personale scolastico (segni premonitori di ipoglicemia/iperglicemia, dieta, valutazione dell'ipoglicemia) e successivi incontri periodici; schema dietetico per la scuola e incontri con i referenti della ristorazione scolastica; terapia insulinica a scuola; verifica del piano assistenziale.

I minori seguiti dall'azienda nel 2014 sono stati 175, di cui il 42,2% nella fascia di

età 0-10 anni, in cui il bambino non è autonomo nella somministrazione della terapia insulinica, e il numero degli interventi è stato di 902.

Anche il diabete di tipo 2, in aumento nella popolazione generale, esordisce sempre più spesso in età evolutiva, in particolare in ragazzi obesi, o a rischio per la presenza di altri fattori, manifestandosi inizialmente come intolleranza glucidica. Un bambino su tre in Italia ha un eccesso ponderale; gli interventi preventivi e terapeutici sull'obesità infantile sono articolati e non sempre facilmente attuabili. Il Progetto 2 del Piano regionale della prevenzione "La prevenzione dell'obesità" stima in 40mila i bambini in eccesso ponderale e in 18mila quelli obesi in Emilia-Romagna, e in tale ambito è stato elaborato il modello organizzativo regionale per la presa in carico del bambino obeso. Pertanto è importante che la modalità della presa in carico avvenga in un'ottica di prevenzione primaria, con azioni molteplici da attuare in modo organico: riduzione della sedentarietà a partire dall'infanzia, promozione di un'alimentazione sana ed equilibrata, piano di comunicazione alla collettività.

* Card Emilia Romagna

© RIPRODUZIONE RISERVATA

INTEGRA

La scommessa della "i

DI PAOLO DA COL *

“Curare a casa di più e meglio”: affermato nel "Manifesto per le cure domiciliari" di Roma del 2013, questo motto è stato rilanciato nella recente conferenza nazionale sulle cure domiciliari di Bologna. Nonostante unanimi consensi scientifici e programmatici sulla necessità di potenziare la home care, la risposta ai crescenti bisogni, in questo campo, poggia ancora troppo sulle iniziative e sulle risorse private: nel nostro Paese ci sono oltre un milione di "badanti", mentre il numero di assistiti a domicilio continua ad aumentare solo lievemente. Erano 1.066 nel 2012 (+76 rispetto al 2010; 1.351 al Nord e solo 788 al Sud), e ci sarebbe tra l'altro da chiedersi fino a che punto questo unico indicatore ministeriale sia davvero rappresentativo del problema.

Secondo i distretti, «le cure a casa fanno bene»; ma «bisogna anche saperle fare bene»: con competenze tecnico-professionali e relazionali peculiari, specializzate. Dove se ne dovrebbe curare la qualità, per renderle credibili alternative al ricovero ospedaliero o residenziale, se non nei distretti?

Per questo occorre però dotarli di risorse adeguate e uniformi nel Paese, in primis di dotazioni professionali "essenziali", condizione necessaria per assicurare questo Lea, oggi disatteso. Confrontiamoci sui fatti: a partire dalla necessità di un'équipe infermieristica distrettuale a operatività costante di 30-35 operatori per 100.000 abitanti; di nuove regole contrattuali per i Mmg, oltre le antiquate prestazioni Adp, per una vera Adi proattiva e reattiva. Come in tutta la medicina, anche qui è irrinunciabile l'apporto di nuove tecnologie, di strumenti di Ict, con diffusione di quanto avviene già in molti distretti italiani partecipanti ai progetti europei SmartCare, BeyondSilos, Carewell e ad altre esperienze.

Ecco i progressi garantiti dalla Ict: a) l'informazione ruota su web attorno a una cartella personale del paziente, consultabile e alimentabile da tutti gli attori di cura formali e informali, con una scheda di terapia unica (che accompagna il paziente nei diversi setting di cura, con più sicurezza e appropriatezza nell'uso dei farmaci); b) la Comunicazione tra utenti e professionisti (inclusi Mmg e



ATTIVE E ALLEANZE

sfide e gli scopi sono comuni, sarebbe miope dividere le forze, privando la nostra azione del necessario coordinamento.

Tra l'altro c'è oggi un notevole consenso sulle condizioni cliniche che meriterebbero uno sforzo congiunto: figurano tra queste la Bpco, l'asma, l'ipertensione arteriosa, lo scompenso cardiaco, la fibrillazione atriale, la demenza senile, le cadute dell'anziano, le patologie oncologiche, l'osteoporosi, le patologie cardiache e il diabete mellito.

Per concludere, una breve considerazione sulle agitazioni che stanno accompagnando il percorso di riconoscimento delle nuove professioni sanitarie: da parte della Simg, il rapporto con tutte le professioni della sanità - infermieri, farmacisti e fisioterapisti - non solo non è vissuto con preconcetto o con il timore di qualche conflitto d'interesse, ma è approcciato con la sincera aspirazione all'individuazione di sinergie e di terreni di reciproco sostegno. Basti pensare che gli infermieri del territorio possono tranquillamente iscriversi alla Simg. Ci auguriamo quindi che i professionisti diversi dal medico, impegnati sul territorio, aumentino sempre di più e siano adeguatamente riconosciuti. E non facciano mancare al sistema delle cure primarie il proprio insostituibile contributo professionale.

* presidente Simg, Società italiana di medicina generale

© RIPRODUZIONE RISERVATA

di telemedicina, con il contributo degli infermieri, degli specialisti ambulatoriali che potrebbero, se liberati da una contrattualistica anacronistica, fornire valido supporto a questi processi. La sistematizzazione del badantato dovrà porsi come ulteriore punto di snodo della rete alla luce sia del numero di questi operatori che delle funzioni, anche sanitarie, che svolgono (cfr. studio Censis 2014). Parimenti necessaria sarà la identificazione di percorsi di medicina proattiva per i medici di famiglia, remunerati per gli esiti di salute e non per la cura sola e semplice della malattia. Sulla base di queste prospettive Card ha inteso promuovere, a cadenza biennale, una Conferenza nazionale sulle cure domiciliari, giunta quest'anno alla terza edizione. Conferenza che associa le visioni programmatiche dei maggiori esperti nazionali con la esposi-

zione delle migliori esperienze provenienti dalle aziende sanitarie. Il territorio si evolve e non può limitarsi a definire un raccordo con gli ospedali, cercando di evitare che il paziente acceda, in maniera impropria, a queste strutture. Prevenzione, stili di vita, compliance sono termini nuovi che rappresentano nuovi scenari tesi, almeno oggi, non alla soluzione del problema della cronicità, che lasciamo ai progressi della scienza medica, ma alla partecipazione della comparsa dei sintomi ovvero all'ottenimento di anni liberi da malattia e quindi liberi da pesanti oneri economici per il sistema. La sostenibilità passa da questa via e necessariamente da scelte che consentano di percorrerla.

* presidente Card - Confederazione delle Associazioni regionali di distretto

© RIPRODUZIONE RISERVATA

INTEGRAZIONE/ 2

Integrated home care"

E LUCIANO PLETTI **

118) migliora (non peggiora!) e si integra per più tempestive decisioni sui piani di cura; c) le Tecnologie permettono un più efficace self-care; l'esecuzione di prestazioni diagnostiche a casa (Rx, eco; analisi ematochimiche); il telemonitoraggio di parametri vitali (tipicamente in pazienti con insufficienza cardiaca, respiratoria, diabete) e ambientali, trasmessi automaticamente alla centrale di gestione degli allarmi.

Così si realizzano affidabili cure domiciliari anche di alta intensità e complessità, attive 24 ore al giorno e 7 giorni su 7. Per tutte queste ragioni, sarebbe utile se la home care fosse affidata di più ai distretti, centrali nelle reti di cura, misurandone efficacia ed esiti con nuovi indicatori. L'utilizzo dell'home care non andrebbe poi limitato quasi esclusivamente alla non-autosufficienza, circoscrizione che la precarietà (sono Lea!) e ne vanifica la prospettiva riabilitativa-ricapacitativa. Queste pratiche, fondate sull'Ict, andrebbero piuttosto inserite nella corrente pratica medico-clinica avanzata.

L'Ict infatti genera più solidi servizi di cure a casa nei percorsi di presa in

carico short-term, tipicamente post-dimissione ospedaliera, con questi risultati attesi: prevenzione-riduzione dei ricoveri, recidive, aggravamenti, rientro anticipato a domicilio, migliore continuità, riduzione degli interventi non-programmati (urgenti-emergenti) e degli accessi impropri a domicilio del 118 e dei sanitari in genere. Ma l'Ict può incidere molto positivamente anche sulle nuove forme di long-term care (oggi carenti in Italia), integrando meglio al loro interno e tra loro le componenti sanitarie, sociali, tutte le risorse (inclusi gli assegni di accompagnamento), per una presa in carico globale, unitaria, dovuta nelle situazioni complesse, in cui i bisogni sociali condizionano il decorso delle malattie long-term. I risultati sono attesi nel prolungamento della permanenza a casa con maggiore sicurezza e qualità di vita della persona, grazie a un numero inferiore di istituzionalizzazioni e di ricoveri, ma anche dei familiari, con una riduzione del carico assistenziale.

* resp. Area Cure domiciliari Card
 ** presidente Card Friuli V.G. (Assodis)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'ANALISI

Primo: misurare l'assistenza erogata sul territorio

DI WALTER RICCIARDI *

Anche per le cure territoriali è giunto il tempo delle grandi trasformazioni, perché i piccoli cambiamenti non bastano più. È un segnale positivo che il Congresso nazionale di Card, società scientifica dei professionisti che operano per le attività sociosanitarie territoriali, abbia coinvolto anche i pubblici decisori e i Medici di medicina generale. Il mio auspicio è che tutti insieme acquisiamo una reale consapevolezza dell'urgenza del cambiamento.

Quattro sono gli elementi che rendono la riorganizzazione della cure primarie una priorità improrogabile: la transizione epidemiologica, legata all'invecchiamento della popolazione e all'aumento delle malattie croniche e delle comorbidità; poi la sorprendente innovazione farmacologica e tecnologica, che ha riguardato anche la sanità in modo eclatante; e ancora, l'enorme differenziazione professionale, una grande promessa per la salute pubblica, ma che insieme alle altre due spinte appena citate, e naturalmente alla crisi finanziaria, sta rendendo il Sistema sanitario nazionale difficilmente sostenibile.

I tre perni del cambiamento - a parer mio ormai abbastanza condivisi - sono lo stimolo alla prevenzione e agli interventi precoci, l'empowerment del cittadino-paziente e la riorganizzazione dei servizi. Azioni sulle quali non solo il distretto, ma tutta la sanità territoriale si gioca una partita fondamentale, se non altro perché dalla sua efficienza in queste tre aree dipenderà anche la sua capacità di finanziarsi. Di qui un suggerimento sul più urgente degli interventi da attuare: rendere misurabile l'assistenza erogata sul territorio. I servizi ospedalieri, infatti, sono rigorosamente misurati attraverso cartelle cliniche, Drg e rigidi sistemi di finanziamento. Tutto ciò non avviene per l'assistenza territoriale, poco misurata e quindi più vulnerabile.

Tornando all'obiettivo primario del cambiamento, i modelli stranieri sono forse incapaci di suggerirci una strada maestra. Si stanno trasformando più rapidamente i Paesi caratterizzati da un modello assicurativo sociale, come Olanda e Germania, più agili perché in queste esperienze lo Stato si è assunto le responsabilità di semplice regolatore, dismettendo gli oneri di erogatore dei servizi.

Più lenti, nella trasformazione, i Paesi che hanno mantenuto un Ssn e stanno tentando di traghettarlo al di là della crisi. Ma anche fra queste esperienze esiste una differenza macroscopica: le nazioni del Nord Europa, soprattutto quelle scandinave, hanno fatto passi da gigante e hanno pressoché concluso il proprio percorso di riforma, mentre l'area mediterranea, come

Portogallo, Grecia e Spagna, si sta in realtà ritirando dai servizi sanitari, in qualche modo tradendo il modello beveridgiano.

C'è poi il caso a sé stante del Regno Unito, con un governo conservatore, legittimato per i prossimi 5 anni, che con ogni probabilità taglierà le risorse destinate al servizio pubblico e cercherà di privatizzarlo il più possibile. All'Italia, che non vuole rinunciare a un modello tendenzialmente universalistico, il compito di elaborare un assetto originale, efficace e sostenibile.

Uno schema ideale prefigurato da alcune esperienze virtuose - come il Cronic care model lanciato in Emilia Romagna e in Toscana, o l'esperimento della Lombardia con i Creg - ma sul quale è importante accelerare e tendere all'omogeneità, individuando modelli attuabili in tutte le Regioni. Convincimento comune è che il nuovo assetto della sanità territoriale dovrà essere in grado di misurarsi anzitutto con quattro grandi aree di intervento: malattie oncologiche, malattie cardiovascolari, malattie respiratorie e malattie neurologiche. In sostanza, le patologie che pongono al sistema sanitario il 90% dei problemi più spinosi.

Infine, il capitolo delle professioni, naturalmente implicato nel processo di trasformazione. A prescindere da miopi corporativismi, il vero è che abbiamo bisogno di tutte le professionalità, e non solo delle professioni sanitarie, ma anche di quelle legate all'assistenza sociale. Su questo fronte, per paradosso, potrebbero soccorrere i "meriti" della crisi: le questioni che dobbiamo affrontare, infatti, sono di natura e dimensioni tali da non poter essere risolte, banalmente, con i soldi, che tra l'altro sarebbero comunque insufficienti.

Si imporranno quindi nuove strategie e una nuova mentalità - che sono la linfa del vero cambiamento - e il distretto sociosanitario rappresenterà uno snodo organizzativo e un collettore di energie di straordinaria importanza. Il banco di prova, sia per i professionisti che lavorano nel distretto sia per i Medici di medicina generale, sarà la capacità di stringere un patto, e di individuare insieme modelli di collaborazione, buone pratiche comuni e flussi di lavoro condivisi. E ciò, naturalmente, mantenendo aperto il dialogo con l'ospedale e con le specialistiche.

* commissario straordinario dell'Istituto superiore di Sanità direttore del Dipartimento di Sanità pubblica dell'Università Cattolica di Roma

© RIPRODUZIONE RISERVATA

INTEGRAZIONE/ 3

La rete curante multi-team in vulnologia

DI GILBERTO GENTILI * E MASSIMILIANO POLINELLI **

Secondo le attuali linee guida, una ferita cutanea che non guarisce entro 6 settimane viene definita "ferita difficile", ovvero una lesione della pelle che non risponde ai comuni trattamenti e alle comuni medicazioni: di queste ferite si occupa la vulnologia.

Tra questo tipo di lesioni cutanee ci sono i decubiti, altrimenti detti lesioni da pressione, che si formano a causa di una prolungata pressione sulla pelle in un soggetto limitato nei movimenti. I decubiti insorgono per una serie di cause, sia locali, ovvero del tessuto, che generali, spesso frutto di deficit nella composizione alimentare del malato. Sono quindi ferite difficili a insorgenza multifattoriale, e più frequenti nei soggetti anziani con tessuti più fragili. Il progressivo invecchiamento della popolazione europea ha generato un forte incremento di queste lesioni, molto difficili da guarire, fino a farle diventare un problema sociale di notevoli proporzioni.

L'Italia detiene il primo posto in Europa per numero di malati (stimato intorno a 2 milioni). Le patologie producono costi elevatissimi al sistema, sia per l'impatto economico della assistenza, sia per i costi indiretti legati ai familiari che non si recano al lavoro per stare vicini ai propri congiunti. Questa particolare tipologia di

lesioni incide annualmente sul Servizio sanitario nazionale per oltre 900 milioni di euro, tre volte in più degli altri Paesi europei (221 Francia, 225 Germania, 435 Gran Bretagna). Circa il 10% delle persone ospedalizzate in Italia con più di 65 anni è infatti soggetta a sviluppare una lesione da pressione, e per questo motivo è esposta a una mortalità di circa 4 volte superiore rispetto a un soggetto che durante il ricovero non sviluppa questo tipo di lesioni.

Per affrontare questa problematica sanitaria è necessario l'impiego di prodotti innovativi ed efficaci e di una capacità sanitaria che tenga conto delle più evolute conoscenze in campo di rigenerazione dei tessuti. In risposta a ciò, nella Regione Marche dal 2009 si è costituita una rete curante, la Rete vulnologia marchigiana, che unisce percorsi di cura integrati, protocolli condivisi di gestione delle ferite difficili e professionisti sanitari formati anche con master post laurea.

Costituire una rete in vulnologia, scienza che non può essere attribuita a un solo profilo sanitario, ma che è patrimonio di più professionisti ha portato, ancorché trattasi di rete informale, alla strutturazione di un tavolo multidisciplinare, che dopo i primi 5 anni di attività ha raggiunto i seguenti risultati:

- uniformità di trattamento delle lesioni tra vari ospedali della Regione e tra Ospedale e territorio;
- individuazione e suddivisione dei centri di cura in vari livelli di assistenza con varia complessità e possibilità di percorsi specifici in tutto l'ambito regionale;
- diffusione e divulgazione della best practice con formazione continua di professionisti, medici e infermieri sulle linee guida internazionali e sull'innovazione nel campo della vulnologia;
- abbattimento delle attese per la presa in carico vulnologica.

La rete è stata estesa tra l'altro a professionisti dell'assistenza, come i medici di medicina generale, che mai erano stati coinvolti in maniera ponderata e che, su questi temi, molto spesso si limitavano a una delega operativa ad altro personale.

Progressivamente si è instaurata una "cultura vulnologica" fatta di teoria e pratica, che ha condotto a una progressiva razionalizzazione degli acquisti (output economico) e a una migliore performance negli esiti (output di salute).

* presidente nazionale Card
 ** medico dermatologo

© RIPRODUZIONE RISERVATA