

## IL RUOLO DELLA MEDICINA DI FAMIGLIA NELLA GESTIONE DELLE PATOLOGIE CRONICHE

MASSIMO MAO \*

La popolazione italiana è in costante invecchiamento, i dati demografici ci dicono che al 2012 la quota di giovani con meno di 14 anni si è ridotta al 14%, mentre quella dei soggetti con più di 65 anni è salita al 20,8%, con un conseguente incremento dell'indice di vecchiaia a 148,6 (è il rapporto percentuale tra il numero degli ultrasessantacinquenni ed il numero dei giovani fino ai 14 anni). Questo dato significa che ci sono 148,6 anziani ogni 100 giovani (1).

Considerato dal punto di vista collettivo, il fenomeno dell'invecchiamento demografico provoca svariate conseguenze a livello macroeconomico, sui sistemi previdenziale, assistenziale, sanitario, scolastico e su quello dei consumi.

Le ricadute sul sistema sanitario sono sostanzialmente legate al notevole incremento delle patologie croniche, la cui gestione necessita di un modello meno ospedalocentrico (funzionale alla gestione delle patologie acute), ma più legato al territorio ed a programmi di prevenzione. L'obiettivo deve essere quello di poter gestire al meglio le malattie croniche in ambito domiciliare e ridurre al minimo il ricorso al ricovero ospedaliero. Ciò richiede investimenti per potenziare i servizi territoriali esistenti (in particolare supportare l'attività ambulatoriale del medico di famiglia con strumenti informatici e personale dedicato), metterli in condizione di lavorare in rete e sviluppare una reale integrazione ospedale-territorio.

In quest'ottica anche la Medicina di famiglia deve ripensare alla propria organizzazione ed al proprio modo di operare. Da una medicina di attesa (disegnata per le patologie acute e che si limita ad attendere i cittadini sulla soglia dei servizi, accogliendoli quando le patologie si sono già presentate, e magari sono in una fase avanzata) bisogna passare ad una medicina di iniziativa che prevede programmi di prevenzione per intercettare le malattie prima della manifestazione clinica e programmi di gestione delle malattie croniche, per rallentarne l'evoluzione e prevenirne le riacutizzazioni, promuovendo

percorsi di cura guidati e corretti stili di vita. Prioritario è il coinvolgimento del paziente all'interno del progetto di cura: è lui che, attraverso l'informazione, deve diventare elemento attivo del sistema.

Il modello di riferimento è quello del Chronic care model (Ccm), un modello di assistenza medica per i malati cronici (2). Il Ccm propone l'organizzazione di un Team assistenziale (medico di famiglia, infermiere professionale, operatore socio-sanitario), la messa in rete dei servizi socio-sanitari territoriali ricercando la massima integrazione con i servizi ospedalieri, la valorizzazione delle risorse presenti in ambito sociale come le associazioni di volontariato, il supporto all'auto-cura (la gestione di queste malattie può essere insegnata alla maggior parte dei pazienti e/o familiari), l'adozione di linee guida basate sull'evidenza, l'utilizzo di efficienti sistemi informativi computerizzati.

In alcune Regioni sono state condotte sperimentazioni, con risultati più che soddisfacenti, che sono di stimolo a proseguire su questa linea (3), (4), (5).

In particolare vorrei soffermarmi sulla possibilità di applicare i dettami del Ccm ai malati affetti da demenza, patologia cronicodegenerativa per la quale nei prossimi decenni è atteso il massimo aumento (+57% nel 2030, +130% nel 2050) (6). È una condizione morbosa attualmente inguaribile. Il costo medio annuo per le cure formali ed informali di ciascun paziente è stimato in circa euro 29.000, ma ne è previsto il costante incremento. Nell'ambito delle patologie croniche, oltre al progressivo declino delle

*(segue alla pag. 26)*

(2) Coleman K, Austin BT, Brach C, Wagner EH. Health Aff, Jan/Feb 2009, vol. 28 no. 1, 75-85.

(3) Barletta V., Francesconi P. Toscana Medica, 2012; 1: 33-35.

(4) Fabbo A et. al. Percorso di gestione delle persone con demenza nelle cure primarie: il modello della Ausl di Modena. I Convegno Igea: dal progetto al sistema. L'integrazione delle cure per le persone con malattie croniche, Istituto superiore di sanità, Roma, 22-23 aprile 2013.

(5) Delibera della Giunta regionale del Piemonte n. 18-2663, 3 ottobre 2011.

(6) Regione Toscana. Sindrome demenza, diagnosi e trattamento. Snlg 15, 2011.

\* Medico di famiglia - Asl To1.

(1) Istat, 2013.

funzioni cognitive, dà particolare rilievo alla demenza la frequenza di gravi disturbi del comportamento. Questo aspetto della malattia scompensa l'intero ambiente di vita della persona, impedisce o complica le normali attività familiari, determina una forte domanda di istituzionalizzazione.

È ormai scientificamente consolidato che la diagnosi tempestiva della demenza consente di elaborare e sperimentare interventi, anche farmacologici, prima che il danno neuronale sia avanzato (7) e permette una migliore gestione della malattia, influenzando anche sull'equilibrio del contesto familiare e sociale in cui il malato è inserito (8). Diviene quindi importantissima la diagnosi precoce. Il setting della Medicina di famiglia, per il particolare rapporto che si viene ad instaurare negli anni e per la conoscenza dell'intero nucleo familiare, è il più idoneo a questo scopo; sono i medici di famiglia a fungere da "sentinelle" del problema, perché per primi, e molto prima che la malat-

---

(7) Dubois B et al. Research criteria for the diagnosis of Alzheimer's disease: revising the Nincds-Adrda criteria. *The Lancet Neurology*, (6) 8, 734-746, 2007.

(8) Ashford J et al. Should older adults be screened for dementia? It is important to screen for evidence of dementia! *Alzheimer's and Dementia* (3) 2, 75-80, 2007.

tia sia conclamata, possono formulare un sospetto diagnostico, avvalendosi anche delle segnalazioni dei familiari, e dare il via ad ulteriori indagini da condurre in ambito specialistico. Il governo clinico della malattia richiede dunque un approccio sistematico, che integri le competenze della Medicina di famiglia e dei servizi specialistici.

Ma, ad oggi, in attesa di iniziative più "illuminate", il medico di famiglia deve confrontarsi con le risorse esistenti: le Unità di valutazione Alzheimer (Uva), le Unità di valutazione geriatrica (Uvg), i servizi specialistici ospedalieri, le associazioni di volontariato sociale, l'invalidità civile, la tutela legale (amministrazione di sostegno, inabilitazione, interdizione). A mio avviso è importante indirizzare precocemente i malati e le loro famiglie a questi servizi, soprattutto Uvg e Uva, considerando quelli che possono essere i tempi di attesa e di risposta. Troppo spesso assistiamo a percorsi lunghi e faticosi delle famiglie quando la malattia è avanzata ed occorrerebbero risposte immediate. Per cercare di migliorare questo aspetto occorre investire di più nella formazione degli operatori, a cominciare dai medici di famiglia che si trovano nella condizione, come già detto, di poter cogliere i primi segni della malattia demenza.