



Paola Pisanti
Consulente esperto
malattie croniche,
Ministero della Salute

*a cura di Gerando Medea,
 con la collaborazione
 di Franco Marchetti*

Intervista alla dottoressa Paola Pisanti

Dott.ssa Pisanti, il Piano cronicità è stato pubblicato l'anno scorso e recepito dalle Regioni.

Cosa si aspetta che accada concretamente a livello regionale da ora in avanti circa la gestione dei malati cronici?

Quello che ci aspettiamo come prima cosa sono la riorganizzazione dei servizi, la riqualificazione dei professionisti e la valorizzazione delle reti. Ci attendiamo anche una maggiore flessibilità dei modelli organizzativi: nel piano noi parliamo di una forte integrazione fra cure primarie e specialistiche, fra ospedale e territorio, fra reti multidisciplinari e team. Ci aspettiamo anche una differente applicazione dei modelli che però hanno l'obiettivo comune della continuità assistenziale, dell'integrazione ospedale-territorio. Per questo non abbiamo voluto dare un modello unico, ma piuttosto un modello generale che è quello della cronicità. Inoltre ci aspettiamo dei modelli che si basano sull'approccio integrato, dei protocolli basati sulla definizione dei PDTA. Ci interessa poi che venga fatta anche la stadiazione della patologia, non soltanto dal punto di vista epidemiologico, ma che venga stadiata la condizione clinica del malato cronico, utilizzando dei percorsi diagnostici e dei piani di cura personalizzati. C'è poi un altro aspetto su cui abbiamo molto insistito, l'*empowerment* del paziente e dei professionisti. Si tratta di un elemento fondamentale: noi possiamo mettere in campo qualsiasi modello, ma se non si crea un paziente consapevole, capace ed esperto nel gestire la propria patologia, l'intervento rischia di essere superficiale.

Si aspetta che il piano possa influenzare le strategie e i modelli che già alcune Regioni stanno mettendo in atto nella governance dei malati cronici nell'ambito delle cure primarie?

In effetti, dando queste indicazioni, abbiamo voluto essere in qualche modo promotori di un sistema organizzato sulla base di quanto ho appena detto, lasciando però naturalmente alle Regioni l'autonomia relativamente agli aspetti organizzativi e operativi. Questo è un punto fondamentale. Ogni Regione deve procedere in autonomia secondo un modello che risponde a questi obiettivi, ma che tenga conto anche delle proprie potenzialità e della propria organizzazione, di quanto è dato alla Medicina Generale, quanto alla Specialistica.

Nel concreto c'è qualche modello regionale che le sembra già molto coerente con i principi ispiratori del Piano?

In effetti in diverse Regioni si stanno già sperimentando questi modelli innovativi con l'obiettivo di renderli poi applicabili. Tutti questi modelli non

possono non fare riferimento al patto della salute e alla legge del 2012, quella sulle AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali) e le UCCP (Unità Complessa di Cure Primarie). Tutti i modelli tengono conto della nuova organizzazione delle cure primarie. Noi abbiamo detto che la rete deve tenere conto della costituzione di queste nuove unità, le UCCP e le AFT, che per noi sono fondamentali. Quindi tutti i modelli devono essere ispirati a un *chronic model*, ma devono essere strutturati in maniera tale da tenere conto del fatto che sul territorio la Medicina Generale e la Pediatria si devono organizzare in queste due unità funzionali e strutturali.

Crede che una determinata Regione potrebbe essere un modello virtuoso, un punto di riferimento per le altre?

In realtà il piano è nato facendo prima una ricognizione di tutti i modelli regionali: non abbiamo voluto inventare niente, né abbiamo voluto calare dall'alto qualcosa che non fosse già almeno nell'idea delle Regioni. Certo, posso dire che ci sono delle Regioni che sono molto più avanti e altre che sono più indietro; però in generale, pur con diverse velocità, tutte si stanno muovendo verso questo modello organizzativo. Ed è proprio quello su cui noi abbiamo puntato, vale a dire la centralità della persona, l'integrazione ospedale-territorio, l'équipe multidisciplinare, la formazione e l'adozione dei PDTA, soprattutto nei soggetti con patologia complessa. Quindi devo dire che non c'è un modello regionale che può essere più ispiratore rispetto alle altre Regioni e che tutte si stanno muovendo, anche se in maniera fra loro molto diversa.

Ha qualche consiglio per la Medicina Generale per sostenere l'implementazione del Piano?

Penso che sia importante superare la frammentazione che c'è nel territorio: la Medicina Generale e la Pediatria dovrebbero fungere da collante per superare questa frammentazione. Inoltre, la Medicina Generale deve insistere molto sull'assistenza

di tipo proattivo. Nel piano viene detto in maniera chiara che l'assistenza primaria rappresenta il punto centrale, ma che deve essere meglio caratterizzata la funzione delle diverse figure professionali, a partire dalla figura centrale, quella del medico di medicina generale. Un'altra cosa che viene sottolineata è che bisogna cercare di capire che la Medicina Generale, e naturalmente anche la Pediatria, rappresentano un punto di forza del nostro Paese, tanto è vero che abbiamo affidato alla Medicina Generale la redazione del piano di cura attraverso il patto di cura. La diagnosi e il patto di cura sono infatti una competenza della Medicina Generale, soprattutto quando il paziente può essere gestito maggiormente dalla Medicina Generale, anche se sempre in stretto collegamento con la Medicina Specialistica. Nel piano abbiamo anche anticipato una nuova figura che abbiamo chiamato "medico di medicina generale esperto", che non è uno specialista, ma è un medico di medicina generale esperto in quella branca e che può svolgere un ruolo di collegamento molto stretto con la Medicina Specialistica, diventando l'elemento di congiunzione con un secondo livello. Devo dire che in tutti i passaggi del piano della cronicità c'è una valorizzazione del ruolo del medico di medicina generale e del pediatra.

Noi siamo convinti che la Medicina Generale italiana abbia molti punti di forza per entrare con autorevolezza nella sia pur complicata partita iniziata già a livello locale per farsi carico con efficacia dei malati cronici. Che ne pensa?

La Medicina Generale deve entrare in questa partita. Ha già molti punti di forza, perché la nostra è una Medicina Generale di antica costituzione, per esempio siamo l'unico Paese che prevede la Pediatria di libera scelta. Deve entrare perché è l'elemento fondamentale; la Specialistica continuerà il suo ruolo, ma lì puntiamo a una Specialistica sempre più di alto livello. L'ospedale deve diventare un punto di eccellenza, mentre la malattia cronica deve essere gestita soprattutto a livello territoriale e la risposta è nei comportamenti, nella preparazione, nella formazione della Medicina Generale.