

Gestione integrata delle malattie croniche

DI MARINA MAGGINI

Responsabile Progetto IGEA
Centro Nazionale
di Epidemiologia,
Istituto Superiore
di Sanità, Roma



Cfr pagg. 53-61

L'attuale sistema assistenziale in Italia è di tipo settoriale-specialistico, per cui ciascun soggetto erogatore (MMG, specialisti, ospedali, ecc.) è qualificato per fornire assistenza con diversi gradi di complessità clinico-assistenziale. Per quanto riguarda la domanda di prestazioni, il paziente accede di propria iniziativa alle prestazioni di 1° livello (MMG e pediatri di libera scelta) e a quelle d'emergenza-urgenza mentre, per le prestazioni di livello superiore (prestazioni specialistiche, degenze ospedaliere, assistenza farmaceutica, ecc.), l'MMG è il "gatekeeper" che motiva la loro richiesta in modo relativamente autonomo da protocolli diagnostico-terapeutici e linee guida condivisi.

L'adozione di questo modello assistenziale è stata giustificata nel tempo da esigenze di ordine tecnico-scientifico: la rapida evoluzione delle conoscenze mediche e l'elevato grado di innovazione tecnologica rendevano di fatto necessario un processo di specializzazione delle professionalità sempre più spinto per far fronte con competenza alle continue esigenze di aggiornamento (differenziazione professionale). Tuttavia, se da un lato un certo grado di differenziazione favorisce l'efficienza, dall'altra produce diversità e frammentazione. L'elevata differenziazione professionale ed organizzativa fa emergere il problema del coordinamento tra operatori, necessario per produrre un'azione diagnostico-terapeutica coerente ed efficace nell'interesse esclusivo della salute del paziente. Inoltre, la scarsa integrazione, soprattutto informativa, e lo scarso coordinamento delle risorse possono causare problemi quali l'aumento delle prestazioni specialistiche e dei ricoveri inappropriati e l'allungamento delle liste d'attesa a carico dei livelli di assistenza più elevati.

Per fare fronte alle "nuove epidemie", come l'OMS definisce le cronicità, si affacciano nuove parole d'ordine, che impongono di ripensare l'organizzazione dei servizi, quali assistenza multidimensionale e multiprofessionale, globalità dei bisogni, gestione proattiva. Emerge, inoltre, la necessità di prendere in considerazione nuove dimensioni: malattia vissuta e non solo malattia organica, salute possibile e non solo salute, mantenimento e non solo guarigione, accompagnamento e non solo cura, risorse del paziente e non solo risorse tecnico-professionali.

La necessità di recuperare spazi di integrazione e coordinamento nella gestione delle cure e di introdurre sistemi di partecipazione attiva del paziente al processo di cura, preservando al tempo stesso la specializzazione delle risorse professionali e la sostenibilità economica, ha visto nascere nuovi modelli assistenziali definiti, con un termine molto generale, di "gestione integrata". Questi modelli si basano su sistemi organizzativi e tecnologici, conoscenza scientifica, incentivi ed informazione per migliorare la qualità delle cure ed aiutare le persone con malattie croniche a gestire più efficacemente le proprie condizioni di salute (cfr come esempi di possibili modelli di gestione integrata per i pazienti diabetici le esperienze in Piemonte pagg. 53-56 e a Modena pagg. 57-61). L'obiettivo è quello di ottenere un miglioramento dello stato di salute e, contemporaneamente, di contenere/ottimizzare l'utilizzo delle risorse umane ed economiche.

La gestione integrata va considerata come un processo dinamico in evoluzione, strettamente correlato alla maturità culturale e organizzativa del contesto. Essa è, quindi, definibile come un processo assistenziale mirato al progressivo consolidarsi di una prassi di gestione condivisa tra il medico di medicina generale, riferimento primario del singolo paziente, e la rete di professionisti territoriali e ospedalieri che entrano in gioco nell'erogazione dell'assistenza. Non può esservi "distanza" tra le varie componenti e tra i diversi attori del sistema assistenziale e non vi sono, pertanto, pazienti affidati esclusivamente all'MMG e altri esclusivamente allo specialista. Molto importanti sono, inoltre, in una logica di ampia integrazione, il contributo del mondo del volontariato, dei familiari e dello stesso paziente che, come ampiamente dimostrato in letteratura, ha una centralità non solo decisionale ma anche gestionale rispetto alla patologia ed alla cura e deve, quindi, essere messo nelle condizioni di divenire consapevole ed esperto della propria malattia.

Il presupposto per il realizzarsi di questo importante progetto di *governance* è l'assunzione di un approccio sistemico che implichi un'azione coordinata tra tutte le componenti e tra tutti gli attori del sistema assistenziale che, con responsabilità diverse, devono essere chiamati a sviluppare interventi mirati verso comuni obiettivi. Senza concreti binari di interconnessione, rappresentati dalla gestione integrata e dai percorsi assistenziali, l'integrazione continuerà a rimanere una semplice affermazione di principio, un terreno ipotetico ed auspicabile calpestato soltanto occasionalmente.