

Ssn e malattie croniche

# Cronicità: nuova frontiera del terzo millennio

di **Vania Cirese**  
Avvocato, Foro di Roma

**L'**organizzazione del Sistema sanitario italiano si è finora dimostrata più adatta ad affrontare malattie acute piuttosto che malattie croniche in quanto nel tempo si è sempre adottato un modello di assistenza reattiva all'urgenza, alle acuzie. Un modello incentrato su formazione del personale, presidi, terapie, protocolli e linee guida atti a fronteggiare, nelle varie branche, situazioni di emergenza e gravità immediate. I pazienti cronici, d'altro canto, anche mediante organismi rappresentativi dei loro interessi, sollevano il problema delle difficoltà di accesso alle terapie, ad informazioni tempestive, a modelli di cura adeguati. Tenendo conto delle caratteristiche della popolazione della nostra epoca, non v'è dubbio che occorra pensare a sistemi più strutturati per i pazienti con disturbi cronici, introducendo un monitoraggio sui rischi per ridurli e sistemi di prevenzione di ricadute, aggravamenti e disabilità per quei malati la cui prognosi non è di guarigione, che non versano in una situazione di urgenza e che necessitano di cure nel tempo, anche a domicilio, nel proprio ambiente. I sistemi sanitari di tutte le nazioni sono confrontati inevitabilmente col problema di rispondere in modo costruttivo e sostenibile al carico delle malattie croniche e alla loro gestione. Occorre trovare risposte più equilibrate tra i problemi di salute dei pazienti acuti e di quel-

**■ In Europa il 77 per cento delle spese sanitarie è oggi devoluto alle malattie croniche. E le cifre sono destinate a crescere, richiamando l'attenzione sulla necessità di interventi efficaci nei vari sistemi socio-sanitari**

li cronici. Non v'è dubbio che queste nuove esigenze pongano richieste di altro tipo al personale sanitario, che deve necessariamente munirsi di abilità e competenze più ampie e specifiche, lavorando in un modello di assistenza integrato, orientato su una differente tipologia di pazienti che ha comunque diritto a qualità, sicurezza e accessibilità di cure.

## Promuovere una "cultura della cronicità"

I malati cronici necessitano di un approccio specifico e nel contesto ambientale di cui fanno parte. Il percorso di terapia non può che essere personalizzato e condiviso con i familiari del paziente chiamati a collaborare e dare riscontri. Si tratta di interventi a lunga durata, che implicano continuità e devono evitare il più possibile

una gestione frammentata della malattia, tenuto conto che molto spesso patologie complesse e patogenesi multifattoriali presuppongono un sistema multidisciplinare di assistenza, nell'obiettivo di creare gradualmente una rete di sostegno all'autogestione della malattia da parte del paziente e dei suoi familiari, seguiti con continuità e competenza dai medici curanti.

L'organizzazione della medicina del territorio e l'integrazione fra i vari servizi dovrebbe essere ripensata e valorizzata con un sostegno istituzionale normativo e finanziario più rispondente ai bisogni e ai diritti dei pazienti cronici e maggiormente teso a sviluppare specifiche competenze del personale sanitario. Non v'è dubbio che occorrono investimenti mirati alla cultura della qualità di cure per i malati cronici; si renda necessaria la

creazione di team multidisciplinari e l'integrazione tra i vari servizi per promuovere un approccio sistematico, centrato specificamente sul paziente cronico così da ridurre significativamente i ricoveri di emergenza.

L'assistenza individualizzata del paziente cronico chiama in causa il valore della persona e il riconoscimento della sua unicità.

## Medicina territoriale, un riferimento imprescindibile

Il rispetto per lo stato di vulnerabilità, di cui il sistema socio-sanitario deve farsi carico nella consapevolezza che la fragilità e l'inabilità non diminuiscono il valore della vita, nell'ambito di un'assistenza personalizzata per i malati cronici, chiama in causa la medicina territoriale che diventa un punto di riferimento imprescindibile della rete di assistenza e cura nel percorso costituito dal rapporto continuativo con l'assistito a tutela della sua salute psico-fisica e per fornirgli l'ausilio tecnico, scientifico e umano più adeguati per sviluppare le capacità di gestione auto responsabile, nella privacy, in assenza del sanitario. È agevole intuire la delicatezza e la particolarità della relazione che si instaura tra i medici a ciò preposti e i pazienti cronici e loro familiari.

Altrettanto evidente è la necessità che i medici di famiglia e i medici specialisti del territorio

seguano dei programmi formativi adatti a sviluppare specifiche competenze che includono la capacità di favorire la partecipazione del paziente e dei suoi cari, di saper comunicare realmente, per interagire, di tener conto dello stato di accettazione della malattia da parte di chi ne è portatore, della situazione sociale, culturale, familiare, le abitudini, le carenze educative e cognitive da colmare per conseguire una soddisfacente collaborazione nella più significativa alleanza terapeutica ed esperienza umana di profonda condivisione di difficoltà e traguardi.

Lo sviluppo di una assistenza territoriale che garantisce la copertura di tante necessità dei malati cronici nelle cure primarie costituisce oggi un obiettivo improcrastinabile e doveroso e pone agli operatori sanitari nuove responsabilità e nuove opportunità, chiamandoli a scelte coscienti verso l'integrazione delle attività, il lavoro d'équipe, la gestione condivisa del paziente e la comunicazione efficace e completa tra medici e con gli assistiti.

Le istituzioni dal loro canto non possono esimersi di adottare provvedimenti adeguati per incrementare le strutture e la formazione di personale dedicato che deve lavorare sul territorio nelle diverse (e purtroppo disomogenee) realtà. La completezza dell'assistenza territoriale per i malati cronici passa attraverso il dialogo fra i medici delle cure primarie e la collaborazione di équipe multidisciplinari. La pianificazione e l'attuazione dei programmi terapeutici vanno necessariamente concordate tra paziente, familiari, medico di famiglia e specialista territoriale e l'organizzazione del Ssn, così come quella degli altri Stati membri dell'Ue dovrà adottare modelli di assistenza più flessibili, nella reale considerazione delle due categorie di pazienti: acuti e cronici, meglio identificando e fronteggiando i loro diversi bisogni. **Y**



► **Segue da pagina 7**

## Ricoveri ospedalieri in diminuzione del 4,9%

ti in regime per acuti il parto vaginale senza diagnosi complicanti, l'insufficienza cardiaca e shock e il parto cesareo senza Cc.

La degenza media è rimasta sostanzialmente stabile da diversi anni posizionandosi su 6,7 giorni. Effettuando una standardizzazione per case-mix si è potuto

osservare un minimo di 6,13 giorni in Umbria, e un massimo di 7,78 giorni in Valle d'Aosta. La degenza media pre-operatoria, indice di efficienza organizzativa, è risultata lievemente in calo scendendo a 1,87 giorni (1,99 nel 2007, 1,97 nel 2008 e 1,88 nel 2009). I valori più elevati sono stati rilevati nel Lazio e Molise (rispettivamente 2,51 e 2,42 giorni) ed in Basilicata e Liguria (rispettivamente 2,38 e 2,30 giorni). I più bassi sono nelle Marche (1,23 giorni) e in Toscana (1,41).

## Parti & co.

L'elevata incidenza di parti cesarei ha mostrato solo una lieve diminuzione, nonostante siano stati messi in atto dalle Regioni ripetuti e significativi interventi. La percentuale rispetto al totale dei parti è del 38,2% nel 2010, contro un 38,4% nel 2009 e 38,3% del 2008, con valori massimi registrati in Campania (61,6) e Sicilia (52,8). In particolare valori superiori al 40% di parti cesarei si sono registrati in tutte le regioni del Centro-Sud ad eccezione della Sardegna (dato 2009).

L'indicatore sulla percentuale di interventi di colecistectomia laparoscopica rispetto al totale degli interventi di colecistectomia è in costante aumento: 88,72% nel 2010, 87,26% nel 2009, 86,79% nel 2008 e 85,96% nel 2007. Il tasso di ospedalizzazione per interventi di tonsillectomia si è mantenuto intorno al valore osservato l'anno precedente: 70,45 nel 2010, 70,2 nel 2009, rispetto ai valori più elevati degli anni precedenti: 71,51 nel 2008 e 86,44 nel 2007 (per 100 mila abitanti).

ti). Un trend che dimostra un miglioramento nel merito dell'appropriatezza. Diminuiscono anche altri indicatori come la percentuale di dimessi da reparti chirurgici con Drg medico sul totale dei dimessi in regime ordinario da reparti chirurgici (è passata dal 35,7% del 2008 al 34,7% del 2009 e al 33,5 del 2010), e quella di ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con Drg medico (dal 56,1% del 2008 al 54,7% del 2009 al 51,5 del 2010). **Y**