

La gestione delle cronicità: l'esperienza lombarda

Giuseppe Belleri

Medico di medicina generale
Flero (BS)

In Lombardia si sono sviluppati alcuni significativi progetti pilota nella gestione delle patologie croniche - in particolare la gestione del diabete - ma, malgrado i buoni risultati, non hanno ancora ottenuto un riconoscimento istituzionale e un inquadramento normativo a livello regionale

A Desenzano del Garda di recente si sono svolti in concomitanza il X Congresso della Simg Lombardia e il IV Congresso nazionale dell'area metabolica della medesima Società scientifica. La concomitanza degli eventi è stata una scelta per poter fare il punto sulla gestione delle malattie croniche in particolare della patologia diabetica, evidenziando i problemi, le opportunità e i risultati dei vari progetti attivati sul territorio dai medici di medicina generale. Durante i lavori si sono intrecciati, sebbene in modo non intenzionale, due *leitmotif* apparentemente agli antipodi: il tema della personaliz-

zazione delle cure e quello della gestione organizzativa dell'assistenza alle popolazioni di diabetici sul territorio.

Parlare oggi di personalizzazione delle cure può sembrare quasi scontato e al limite dello slogan, data la trasversalità dell'argomento. Se a livello della presa in carico del singolo assistito la personalizzazione delle cure, vista l'ampia gamma di opzioni terapeutiche, appare quasi scontata non si può dire altrettanto della personalizzazione a livello di gestione organizzata dell'assistenza integrata, che dovrebbe vedere il concorso armonico di una pluralità di agenti professionali. Il processo

di personalizzazione passa per la cosiddetta fenotipizzazione, ovvero l'adattamento della terapia alle caratteristiche del singolo malato: età, sesso, durata della malattia, valori di Body Mass Index, pressione arteriosa, emoglobina glicata, caratteristiche dell'iperlipidemia e dell'eventuale dislipidemia, complicanze cardiovascolari, ecc. Alcuni esempi relativi ai tre parametri cardine della gestione (pressione arteriosa, emoglobina glicata e colesterolo LDL) possono chiarire il concetto: di fronte a un assistito con persistenti valori elevati di emoglobina glicata, nonostante una politerapia ipoglicemizzante orale, sarà necessario introdurre una dose serale di insulina a lento rilascio. Così pure i farmaci di scelta in caso di pressione elevata saranno ACE-inibitori e sartani per la nota nefroprotezione di queste molecole. Infine in caso di dislipidemia potrebbe essere indicata la prescrizione di metformina eventualmente associata al pioglitazone per sfruttare il suo effetto ancillare sui lipidi.

Migliorare la qualità di vita del paziente cronico: il progetto RRO

Migliorare la qualità di vita del paziente colpito da malattia cronica e favorire un consistente risparmio al Ssn e regionale. È l'obiettivo del progetto "Rete di rilevazione del Rischio cardiovascolare e outcome clinici (RRO)", presentato al 10° Congresso Regionale Simg della Lombardia (e 4° Congresso Nazionale Simg dell'area metabolica).

"Il progetto che abbiamo realizzato in Lombardia - ha spiegato **Aurelio Sessa**, presidente del Congresso - può diventare un modello di riferimento a livello nazionale e ha l'obiettivo di monitorare la qualità dell'assistenza delle malattie croniche. L'iniziativa, a cui partecipano 250 Mmg della Regione, avviata inizialmente come progetto di prevenzione cardiovascolare, è stata estesa a dodici patologie croniche (asma, BPCO, tumori, depressione, diabete, ipertensione, ipotiroidismo, lombalgia, malattia coronarica, malattia del reflusso gastroesofageo, scompenso cardiaco e ulcera peptica), che complessivamente assorbono il 90% del lavoro quotidiano del Mmg".

Secondo **Gerardo Medea**, responsabile nazionale dell'area metabolica Simg, per garantire la gestione ottimale del paziente diabetico non è sufficiente conoscere quante persone sono colpite dalla malattia in una certa zona, ma è necessario anche sapere se seguono correttamente la terapia ipoglicemizzante e un regolare programma di follow-up, e soprattutto se ogni paziente raggiunge gli obiettivi terapeutici fissati. "Il nostro sistema non solo è l'unico a permettere questo tipo di valutazioni - ha specificato Medea - ma soprattutto ha dimostrato, nella gestione dei pazienti diabetici, di migliorare i risultati di salute e di ridurre i costi attraverso un abbattimento dei ricoveri ospedalieri.

I nostri dati associati a quelli forniti dalla Asl attraverso la Banca dati assistiti forniscono una fotografia precisa e approfondita del percorso di cura dei pazienti cronici.

Le criticità

La fenotipizzazione appare una tappa indispensabile poiché i dati sulla gestione della malattia, relativi ai tre indicatori citati, sono poco confortanti. Sia dalle statistiche internazionali sia da quelle nazionali, relative alla medicina generale e ai centri specialistici, emerge un dato abbastanza omogeneo, ovvero che poco più di 1/3 degli assistiti sono a target per quanto riguarda valori pressori (<130/80 mmHg) e di LDL (<100 mg/dl). Più incoraggianti sono le percentuali di diabetici che

hanno un buon livello di emoglobina glicata, superiori alla metà dei campioni con punte di eccellenza del 60%. Tuttavia, se si computano gli assistiti che raggiungono tutti e tre gli obiettivi ci si trova di fronte a percentuali davvero sconcertanti, vale a dire solo il 7%.

La letteratura internazionale ha prodotto, negli ultimi 10 anni, un considerevole numero di ricerche cliniche EBM sulla corretta gestione farmacologica e non delle alterazioni del metabolismo glucidico. Da queste ricerche sono scaturite dettagliate linee guida cliniche e, al termine di questo processo a cascata, percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali che supportano gli interventi coordinati dei diversi professionisti deputati alla cura dei diabetici.

Tuttavia, a fronte di questo *corpus* di indicazioni teorico-pratiche, non corrispondono modelli organizzativi e gestionali altrettanto consolidati e validati dall'esperienza. Per ovviare a tale carenza sono state imboccate due strade.

■ La ricerca di standard qualitativi

Prima di tutto per potere fornire elevati standard qualitativi si rende necessario un processo continuo di valutazione e verifica dei principali indicatori di processo/esito, correlati a un migliore compenso metabolico e alla riduzione di complicanze ed eventi acuti. Per favorire il monitoraggio continuo sono stati approntati strumenti informatici evoluti come il progetto DECOR, arrivato ormai al terzo anno di attività: si tratta di un software di semplice utilizzo che estrae dall'archivio clinico informatizzato i principali indicatori e consente quindi la comparazione dei dati di processo con quelli rilevati in precedenza dallo stesso medico o con il gruppo dei pari. Grazie a questi periodici feedback informativi, sotto forma di report individualizzati di un dato set clinico predefinito, sono stati documentati significativi miglioramenti delle *performance* tra i medici aderenti alla rete. Il progetto DECOR fa riferimento al cosiddetto modello di

gestione delle patologie croniche di Wagner divenuto ormai classico e che costituisce la cornice teorica di altre esperienze.

■ Il Chronic Care Model

Il Chronic Care Model (CCM) è un modello di assistenza medica dei pazienti affetti da malattie croniche sviluppato dal professor Wagner in California (Wagner HC, Austin BT et al. *Improving chronic illness care: Translating evidence into action. Health Aff* 2001; 20: 64-78). Il modello propone una serie di cambiamenti per migliorare la condizione dei malati cronici e suggerisce un approccio "proattivo" tra il personale sanitario e i pazienti, perché diventino parte integrante del processo assistenziale. Il CCM si compone di sei elementi fondamentali:

1. Le risorse della comunità.
2. Le organizzazioni sanitarie.
3. Il sostegno all'autocura (*empowerment*).
4. L'organizzazione del team assistenziale.
5. Il sostegno alle decisioni cliniche.
6. I sistemi informativi per valutare gli esiti.

■ La normativa regionale che non c'è

Tuttavia, se si confrontano i modelli gestionali attualmente in atto, per esempio quelli avviati nella Asl di Pavia e Brescia, si può constatare come rispondano solo in parte all'idealtipo proposto da Wagner, nonostante i significativi miglioramenti dei processi assistenziali. Purtroppo manca in Lombardia una cornice normativa regionale coerente con i principi del governo clinico imperniata su alcuni elementi essenziali: un accordo quadro regionale su obiettivi e compiti professionali condivisi, un sistema informativo adeguato e incentivi per favorire la cosiddetta *accountability*. Attualmente il sistema lombardo privilegia la figura del Mmg come *gatekeeper* mentre in un'ottica di gestione integrata e di governo clinico dovrebbe spostare il baricentro sulla fornitura diretta da

parte del generalista di pacchetti di servizi e prestazioni, tarati sul livello di complessità di ogni singolo assistito, come prevedono da tempo le linee guida americane. Ogni medico, in base al proprio assetto organizzativo, potrebbe optare per il pacchetto più appropriato rispetto alle esigenze assistenziali individuali.

■ La personalizzazione delle cure

Il tema della personalizzazione delle cure ritorna anche a livello organizzativo. Le patologie croniche obbligano infatti a una transizione culturale tanto impegnativa quanto necessaria: da un'organizzazione orientata alla soluzione in chiave tecnologica di una condizione acuta ad una gestione integrata orientata dai bisogni della singola persona, con l'obiettivo di stabilizzare il problema. I principi cardine di questo approccio sono la formazione continua degli operatori, la bassa intensità tecnologica degli interventi, il coinvolgimento del paziente, l'investimento sulla competenza, sulle risorse umane e sui sistemi informativi, in sintonia con il CCM. Nonostante le ripetute prese di posizione e i documenti prodotti dalle associazioni professionali specialistiche e dei medici di medicina generale purtroppo non si è ancora arrivati alla proposta di modello organizzativo coerente con tali principi, con la sola eccezione della delibera piemontese sulla gestione integrata del diabete varata nell'estate 2008. Al contrario, nei Paesi anglosassoni si va affermando l'idea che la gestione della malattia sia affidata da una rete assistenziale coordinata da un *case manager* che ha anche l'incarico di stipulare con l'assistito un vero e proprio contratto annuale di cura (*The year of care*), dopo una fase preliminare di condivisione del progetto basata sulla compartecipazione attiva dello stesso. Anche in Francia si è scelta la strada di coinvolgere e responsabilizzare il più possibile i diretti interessati, con eventuali disincentivi per chi non rispetti i "patti".