LA CRONICITÀ, LA POLIPATOLOGIA, GLI STILI DI VITA: UNA SFIDA PER LA MEDICINA GENERALE

RAZIONALE

L'invecchiamento della popolazione e il conseguente progressivo incremento della prevalenza delle patologie croniche richiede un'attenta riflessione sul modo in cui le linee guida cliniche vengono sviluppate e applicate.

L'Italia è il Paese dell'Unione Europea con il maggior numero di persone anziane: i dati indicano che l'Indice di Vecchiaia (termine usato per descrivere il peso della popolazione anziana in una determinata popolazione) è nel nostro Paese il più alto, con valori che raggiungono in alcune Regioni livelli estremamente elevati (ai primi posti troviamo Liguria, Toscana, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Umbria e Piemonte).

Un'età superiore ai 65 anni è inoltre caratterizzata da comorbidità, definita come la presenza concomitante di due o più patologie nello stesso soggetto. È stato valutato, infatti, che la maggioranza delle persone tra 65 e 79 anni presenta 4,9 malattie, mentre nei soggetti con più di 80 anni il numero delle patologie sale a 5,4.

La comorbilità è legata a una maggiore durata dell'ospedalizzazione, alla ri-ospedalizzazione dei pazienti a breve e lungo termine, alla comparsa di complicanze e alla scarsa qualità della vita del paziente anziano. Infine, la comorbilità incrementa il rischio di mortalità e di disabilità ben oltre quello osservabile in una singola specifica malattia.

Ottimizzare il trattamento per questa fascia di popolazione diventa dunque un'esigenza ad alta priorità. Inoltre è facile immaginare come tutti questi problemi si riflettano sul lavoro quotidiano di chi opera nell'ambito della Medicina Generale: il medico di famiglia è quello che si trova più spesso a doverle mettere in pratica, unico baluardo nei confronti della tanto citata appropriatezza.

È altrettanto facile immaginare la complessità della terapia che questi pazienti si trovano a dover gestire con il loro MdF, assieme ai dovuti consigli sullo stile di vita da adottare e sulla più corretta alimentazione da seguire.

In un interessante articolo pubblicato su *The Journal of The American Medical Association* (*JAMA*) gli Autori ipotizzano un caso pratico, realistico, di una signora di 79 anni affetta contemporaneamente da diabete mellito tipo 2, ipertensione arteriosa, osteoartrosi, osteoporosi e BPCO. L'esame del caso fornisce lo spunto per delineare un'attenta analisi dell'applicabilità delle linee guida a un paziente anziano con polipatologia.

I dati che ne emergono evidenziano in modo chiaro la dicotomia esistente tra la teoria delle linee guida e la pratica clinica corrente: quest'ultima dovrebbe trovare in esse gli strumenti per la gestione quotidiana delle malattie; invece, spesso, le linee guida derivano da studi clinici che sono effettuati in maniera randomizzata e controllata (RCTs) e sono dunque caratterizzati dal fatto di escludere i pazienti con patologie concomitanti fornendo in definitiva solo risultati "medi", con evidenti difficoltà di estrapolazione e applicazione nella pratica.

TIME TABLE + ABSTRACT

Sabato 13/04/2013

	ATTIVITÀ	ABSTRACT	DOCENTI
10,00 – 10,15	INTRODUZIONE E RAZIONALE		Marrocco Pizzini Verginelli
10,15 – 10,30	**1-** Le Patologie Croniche e la Medicina Generale: un sfida per la sopravvivenza	Il MMG deve puntare ad un cambiamento epocale nel modo di approcciare le patologie croniche nella popolazione del proprio territorio. Il rapporto tra Medico e paziente è un modello personalizzato individuale che deve essere mantenuto ed implementato attraverso una serie di interventi di prevenzione, di diagnosi precoce e di terapia razionale. Il MMG deve assumersi l'onere di nuove responsabilità dotandosi di conoscenze e strumenti che possano tradurre i forti bisogni e le sollecitazioni dei pazienti ad un approccio diagnostico precoce, condiviso e più qualificato.	Verginelli Pirro
10,30 – 11,00	**2 -** Quali modelli per la gestione delle Patologie Croniche in MG: Internazionali e Nazionali	Vi è un generale consenso internazionale sulla necessità che per migliorare l'assistenza alle persone con condizioni croniche è necessario un approccio più ampio «A more comprehensive approach». E' necessario sollevare l'orizzonte del Sistema Sanitario dalla malattia alla persona malata e poi alla popolazione. A partire dal Chronic Care Model di Ed. Wagner, capostipite dei modelli innovativi, si sono andati sviluppando in tutto il mondo vari modelli che comunque si fondano su 6 elementi fondamentali: 1) Le risorse della Comunità; 2) Le Organizzazioni Sanitarie; 3) Supporto all'autogestione; 4) Supporto alle decisioni; 4) Organizzazione del Team; 6) Sistema Informativo Computerizzato. In Italia vi sono alcune Regioni che hanno già iniziato ad affrontare il problema: Vedi Relazione "La Gestione delle Patologie Croniche in Italia"	Pizzini Coppola

11,00 – 11,20	**3 -** Le Linee Guida: cosa sono e cosa servono	Le linee guida possono essere definite come ausili razionali, etici ed efficienti finalizzati ad un corretto comportamento clinico-organizzativo. Tali "raccomandazioni di comportamento clinico" fanno però riferimento ad un paziente astratto e non a quel particolare paziente che il medico deve in concreto curare, con la sua complessità clinica e la sua specificità patologica. Per tale motivo grande importanza assume la capacità (arte) del medico di applicare conoscenze scientificamente consolidate alla realtà di ogni singolo malato. Di fatto le linee guida sono un metodo per migliorare la comunicazione tra cittadini e servizi sanitari, esplicitando le reali possibilità diagnostiche e terapeutiche.	Galli Donini
11,30 – 13,00		**Caso Clinico Interattivo** 1° Step: la diagnosi e gli esami di follow up	*Lavoro di Gruppo in Plenaria*
13,00 – 14,00		*PAUSA PRANZO*	
14,00 – 16,00		**Caso Clinico Interattivo** 2° Step: la terapia farmacologica, la dieta e lo stile di vita	*Lavori di Gruppo*
16,00 – 16,15		*INTERVALLO*	
16,15 – 17,45		**Caso Clinico Interattivo** 3° Step: le interazioni	*Lavori di Gruppo*
17,45 – 18,15	Conclusioni del Caso clinico		Pizzini Donini Verginelli Galli

Domenica 14/04/2013

	ATTIVITÀ	ABSTRACT	DOCENTI
9,00 – 9,30	RIEPILOGO DELLA GIORNATA PRECEDENTE		Marrocco Pizzini Verginelli
9,30 – 9,55	**4 -** La dieta nelle Patologie croniche	Il Medico di Medicina Generale viene sempre di più chiamato a rispondere alle esigenze del paziente, pertanto deve essere in grado di dare risposte complete e complesse come saper indicare dei consigli dietetici congrui alla o alle patologie del paziente in particolare al cronico. Il Medico deve essere in grado di utilizzare le risorse messe a disposizione dalle più svariate fonti, sia professionali che non. E' importante sapere riconoscere la correttezza delle risorse utilizzabili, saperle confrontare e porle a disposizione del paziente con la massima semplicità e professionalità.	Verginelli Donini
9,55 – 11,00		**Costruzione di un "Documento di Consensus"** • quale dieta nelle polipatologie	*Lavori di Gruppo*
11,00 – 11,15		*INTERVALLO*	
11,15 – 11,40	**5 -** Lo stile di vita nelle Patologie croniche	Sono 2 i punti importanti che possono essere presi in considerazione a questo punto: 1) La scarsa propensione all'attività fisica della popolazione in generale che sta portando, anche nei più giovani, all'adozione di uno stile di vita sempre più sedentario; diventa dunque molto difficile pensare di utilizzare questo importante strumento terapeutico in ambito sanitario per il controllo e la cura delle patologie croniche. 2) La scarsa aderenza dei pazienti alla terapia cronica prescritta, che è oggi considerata una delle più delicate barriere per il aggiungimento del risultato clinico voluto, rimanendo un momento critico irrisolto nella via che conduce al successo terapeutico; è infatti noto che circa un paziente su quattro non segue adeguatamente la prescrizione farmacologica indicatagli dal proprio medico.	Pizzini Donini

11,40 – 12,45		**Costruzione di un "Documento di Consensus"** • quale stile di vita nelle polipatologie	*Lavori di Gruppo*
12,45 – 13,15	Conclusioni e proposta per il Convegno con l'ISS		Marrocco – Pizzini – Verginelli

LA GESTIONE INTEGRATA DELLE MALATTIE CRONICHE: IL PAZIENTE AL CENTRO DEL PROCESSO ASSISTENZIALE E L'APPROCCIO MULTISCIPLINARE

Dr. Maria Carmela Coppola

L'Italia non è il paese più vecchio del mondo, ma quasi.

A contenderle il primato è il Giappone, dove gli ultra-sessantacinquenni rappresentano il 21% della popolazione, rispetto al 20% della nostra penisola.

Nel corso degli ultimi 150 anni l'aspettativa di vita della nostra penisola è progressivamente aumentata, grazie alle migliorate condizioni di vita della popolazione e ai continui progressi nell'ars medendi e nella organizzazione sanitaria.

L'allungamento della vita media ha comportato un progressivo cambiamento del panorama nosografico in ragione del riscontro sempre più frequente di quadri clinici dominati non più da una singola condizione morbosa, ma da poli-patologie di pari rilevanza clinica ed impatto prognostico.

Ciò sta determinando un profondo ripensamento culturale sulla gestione più efficace delle patologie con una progressiva transizione da un passaggio esclusivamente d'organo ad una visione globale, dalla cura della singola malattia alla presa in carico della persona nella sua complessità clinica.

Lo strumento fondamentale di questa moderna strategia assistenziale è l'approccio multidisciplinare.

- Facilità di accesso alle cure: tempestività delle risposte, facilità di comunicazione con i professionisti;
- Coinvolgimento del paziente nelle scelte e nella gestione delle cure (supporto all'auto-cura, counseling, facilità di accesso ai propri dati personali);
- pro-attività degli interventi (utilizzazione di registri di patologia, sistemi di programmazione delle visite e di allerta dei pazienti) che facilitano il follow-up;
- coordinamento delle cure tra i diversi professionisti e la continuità dell'assistenza tra i differenti livelli organizzativi ospedale-territorio.

…. In Italia in molte regioni sono state o si stanno avviando attività relative ai percorsi di integrazione ospedale-territorio, relative a patologie specifiche come:

diabete

scompenso cardiaco

….

in generale sulla cronicità con fasi di attuazione diverse anche in relazione alle specificità delle realtà locali.

I nuovi modelli organizzativi per la gestione delle malattie croniche sono centrati sulle cure territoriali e domiciliari, così da riservare l'assistenza ospedaliera ai casi acuti /complessi e non gestibili dagli operatori sanitari delle cure primarie.

In questo modello l'appropriatezza e l'efficacia dell'assistenza è garantita dai processi di cura disegnati nel contesto di Percorsi Diagnostico Terapeutici condivisi tra cure primarie e specialistiche.

Ogni paziente riceve le cure appropriate al momento giusto, nel luogo giusto ed è assistito da operatori che per ruolo e competenze possono in quel preciso momento prenderlo in cura, per affrontare e risolvere i suoi problemi di salute con un approccio sistemico e multidisciplinare.

Molti accordi integrativi regionali o progetti locali sottolineano l'importanza di una azione pro-attiva e coordinata della medicina di famiglia nella gestione dei cronici, ed il fatto che e ancora alto il tributo in termini di disabilità, morbilità e mortalità causato dalla mancata aderenza ai trattamenti e ai percorsi di cura.

I CREG DELLA REGIONE LOMBARDIA

Il modello di presa in carico dei malati cronici (Chronic Related Group) consiste nella rifondazione di una medicina territoriale “forte” e ben organizzata, correttamente finanziata per i costi di gestione, remunerata anche in base alla performance in grado non solo di gestire al meglio i problemi acuti e quotidiani, ma di prevedere e programmare con precisione la propria attività in relazione ai bisogni della popolazione assistita e alle risorse disponibili, ma anche-soprattutto – in grado di verificare in modo continuo e sistematico l'appropriatezza e la qualità delle cure erogate.

Appare evidente che questo modello richiede necessariamente che il MMG sia supportato da personale di studio(amministrativo e infermieristici) dall'information technology e da strumenti professionali realizzati ad hoc di facile utilizzo ,ma potenti per efficacia e capacità di fornire ai bisogni professionali e alle richieste degli amministratori.

Il punto di partenza è l'identificazione dei pazienti Cronici -Banca Dati assistito, PDT e Linee Guida.

Al centro del progetto rimane, oltre al paziente, il suo medico,riferimento degli operatori del centro Servizi, degli infermieri e del personale di studio, per realizzare un nuovo modello di medicina d'iniziativa.

Il progetto include una serie di prestazioni, mirate sulle esigenze del paziente:

aderenza al piano di cura, tele-monitoraggio(ECG,bilancia, ossimetro,glucometro, sfigmomanometro), tele-consulto, educazione ed empowerment, compliance farmacologica, centro servizi pro-attivo.

Gli Obiettivi sono di ridurre gli accessi al PS, diminuire i ricoveri ospedalieri, contrastando la progressione della patologia cronica e migliorando la qualità di vita dei pazienti.

Evidente l'impatto positivo sulla spesa sanitaria complessiva, considerando che le patologie croniche interessano il 27% della popolazione, incidendo del 70% sui costi totali.

IN TOSCANA – LA SANITA' D'INIZIATIVA IL PAZIENTE CRONICO PROTAGONISTA DEL PERCORSO ASSISTENZIALE

La Sanità di iniziativa nel territorio affida “alle cure primarie” e quindi insieme al MMG il compito di programmare e di coordinare gli interventi a favore dei malati cronici. Il modello di riferimento per l'attuazione delle attività è il Chronic Care Model che assegna ad un team assistenziale, multi-professionale, la gestione attiva dei pazienti affetti da patologie croniche sulla base di percorsi assistenziali predefiniti e con il supporto di sistemi informatizzati.

Che cos'è la Sanità dì iniziativa?

E' una sanità che intercetta i bisogni e va incontro ai cittadini più deboli. E' un modo per rendere i servizi maggiormente attivi, capaci di intervenire sempre più in fase preventiva e nei confronti delle persone che “meno sanno e meno possono”.

La Sanità di iniziativa pone attenzione verso le fasce di popolazione che, per condizioni socio-sanitarie, livello di istruzione e/o scarsa conoscenza dei servizi, si trova ad accedere al SSR con minore intensità e tempestività, oppure vi accede attraverso la rete dì emergenza-urgenza, con minori possibilità di recupero.

A livello territoriale, il modello di riferimento e l'attuazione della sanità di iniziativa è costituito da una versione evoluta del Chronic Care Model (CCM - modello di presa in carico del paziente cronico) che cala il singolo cittadino nella più ampia dimensione della comunità.

Il modello si basa sull'interazione tra il paziente reso “esperto” da interventi di formazione e di addestramento ed il team multi-professionale composto da operatori socio-sanitari, infermieri, MMG, medici del DSS e specialisti.

IN PIEMONTE – GESTIONE INTERGATA DEL DIABETE MELLITO

L'AIR 2008 definisce un nuovo modello per la gestione delle patologie croniche di cui il Diabete mellito è un esempio paradigmatico con l'esigenza del passaggio da una offerta passiva e non coordinata ad un sistema integrato, multi-professionale e multidisciplinare, che vede il coinvolgimento attivo del paziente in prima persona, oltre a prevedere come elemento fondamentale lo scambio di informazioni fra tutti i professionisti coinvolti.

Il modello di gestione integrata del paziente affetto da Diabete Mellito in Piemonte presenta diversi aspetti innovativi:

- Rappresenta un modello esportabile alla gestione di altre patologie croniche; richiede un passaggio da una medicina di attesa ad una medicina pro-attiva;
- è un modello che permette ai professionisti di misurare la qualità dei propri interventi attraverso l'audit, con la misurazione e la verifica di indicatori di processo e di esito intermedio;
- introduce il meccanismo di riconoscimento economico legato alla prestazione erogata.