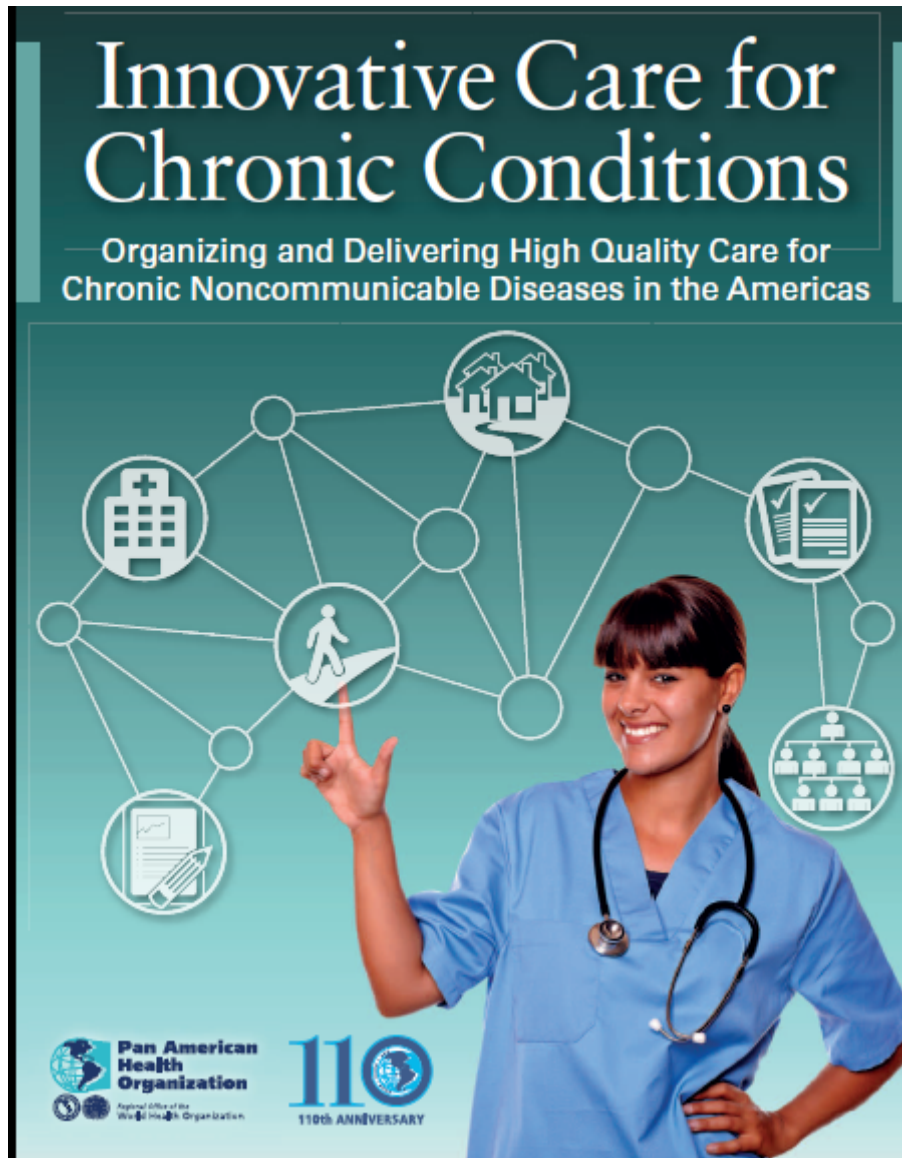
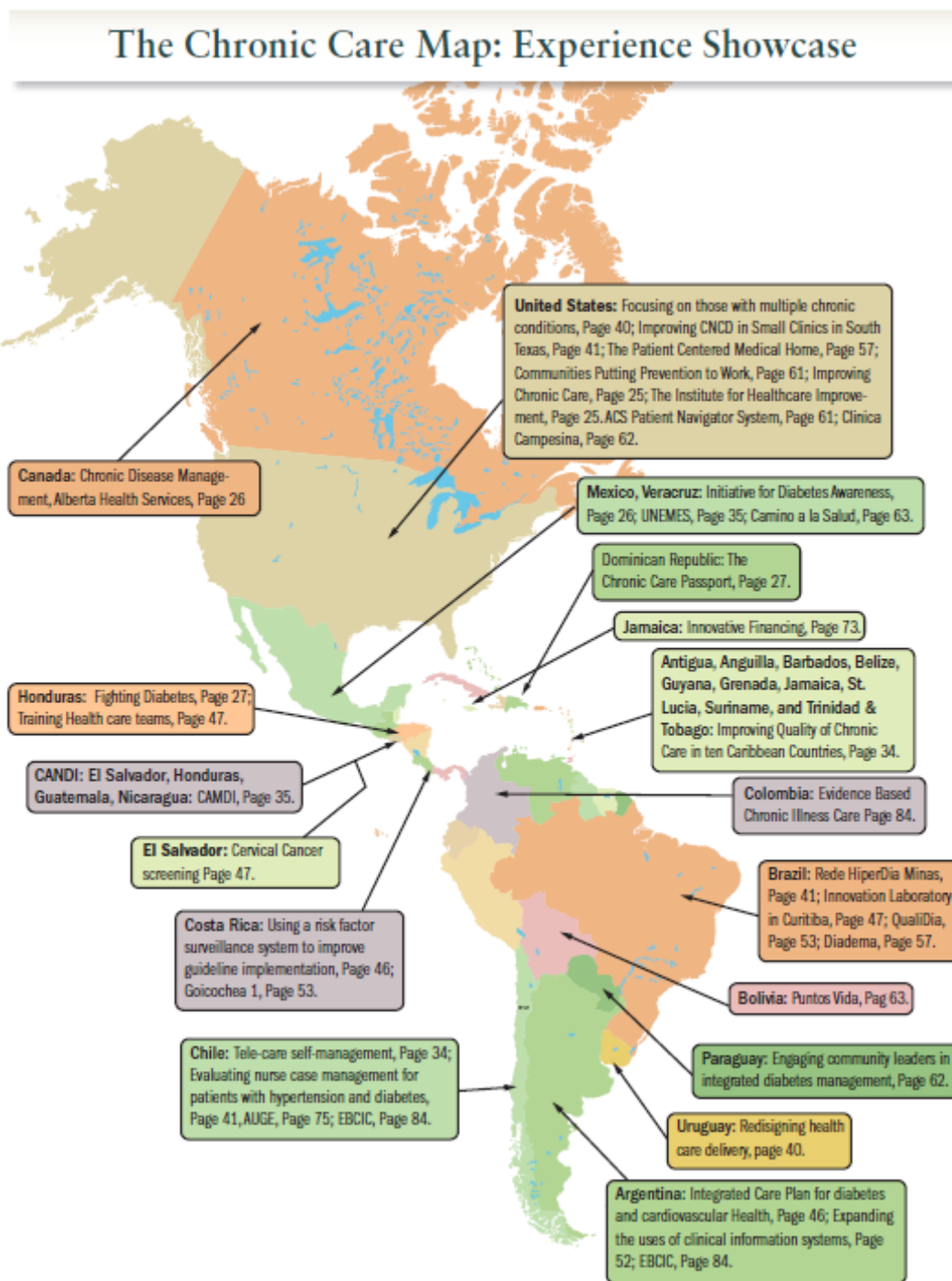


**Il documento della “Pan American health organization”
“Innovative Care for Chronic Conditions”
Roberto Polillo**



L'organizzazione “Pan American health organization” ha recentemente pubblicato un suo rapporto in cui viene fatto il punto sulla diffusione nell'intero continente americano del più accreditato modello di gestione e trattamento delle patologie croniche non trasmissibili: il Chronic care model (CCM). Tale modello è, come evidenzia una delle figure del rapporto medesimo ormai universalmente diffuso (dal Canada al Perù passando per gli USA e per gli altri stati del centro america) e la sua filosofia è quella, già ampiamente nota e discussa, di

Figura 1 : alcune esperienze di applicazione del CCM



creare un forte integrazione tra il paziente (informato e attivato nei confronti della sua condizione clinica) e il team degli operatori (preparati e attivamente impegnati in interventi di prevenzione e promozione della salute).

Il rapporto mette in luce le esperienze più avanzate nei diversi paesi presi in esame e di ciascuno di essi illustra in modo analitico gli specifici campi

in cui il CCM ha trovato applicazione. Infine il rapporto si conclude con la definizione di dieci raccomandazioni che possono rappresentare valide indicazioni anche per i paesi europei, Italia compresa.

Le dieci raccomandazioni di PAN American health organization

1. Implementare il CCM nella sua interezza
2. Garantire un approccio centrato sul paziente
3. Creare (o adeguare le già esistenti) politiche multisettoriali per la gestione delle malattie croniche non comunicabili (CNCD) ivi compreso l'accesso universale alle cure, allineando i sistemi di pagamento al fine di sostenere le migliori pratiche
4. Creare (o migliorare se esistente) un sistema informativo clinico e implementare il monitoraggio, la valutazione e le strategie di miglioramento della qualità, intese come parti integranti del sistema sanitario
5. Introdurre in modo sistematico il “self-management support del paziente
6. Orientare l'assistenza verso la prevenzione e la cura della popolazione rafforzandola con strategie di promozione della salute e di partecipazione della comunità,
7. Riformare (o mantenere se esistenti) le strutture del sistema sanitario al fine di meglio sostenere la gestione e il controllo delle CNCD
8. Creare networks assistenziali a supporto della continuità delle cure sotto la guida delle organizzazioni di cure primarie (PHC)
9. Riorientare i sistemi di cura creando una cultura della cura delle patologie croniche ed introducendo set di cure proattive basate sull'evidenza e su strategie di miglioramento della qualità
10. Riconfigurare il lavoro degli operatori della sanità all'interno di team multidisciplinari assicurando una formazione permanente nella gestione e il controllo delle patologie croniche

La necessità di implementare il “Chronic care model”

Per PAHO la necessità di implementare il CCM nasce dalla convergenza di problematiche diverse sia di natura epidemiologica che di natura finanziaria che, si badi bene, lungi dall'interessare in modo esclusivo il Continente Americano rappresentano, a contrario, un tratto comune a tutti

i paesi indipendentemente dal livello di sviluppo raggiunto da ciascuno di essi. Al primo posto si colloca dunque il profondamente mutato quadro epidemiologico con l'emergenza di una nuova epidemia globale: la cronicità e l'invecchiamento della popolazione

“il peso globale di CNCD continua a crescere, sia a livello globale che di singole regioni, caricando di ancora maggiori richieste i già stressati sistemi di salute. La Cura per le malattie croniche non trasmissibili (CNCD) come malattia cardiovascolare (CVD), diabete, cancro, e malattia polmonare cronica ostruttiva (BPCO) rappresentano un problema globale. La ricerca dimostra che la stragrande maggioranza delle persone con CNCD non riceve cure adeguate. Solo la metà circa di questi pazienti vengono diagnosticati, e fra quelli, solo la metà sono trattati. Tra il quarto delle persone con CNCD che ricevono assistenza circa solo la metà è in grado di conseguire gli obiettivi di trattamento clinico prestabiliti. Cumulativamente circa solo 1 persona su 10 affetta da patologie croniche è trattata con successo. Questo è principalmente il risultato di inadeguata gestione, ma anche di insufficiente accesso alle cure e di presenza di numerose barriere di accesso”

Questo pesante fardello si traduce in un numero di morti calcolato globalmente in 36 milioni di casi l'anno. Di questi il 48% avviene per CVD, il 21% per cancro, il 12% per BPCO e il 3% per diabete.

“Le CNCD sono una delle principali preoccupazioni per le popolazioni ad alto indice di invecchiamento non solo in paesi ad alto reddito ma anche in quelli a basso reddito. Paesi in cui l'onere di queste malattie sta aumentando in modo sproporzionato. Principali fattori di rischio per CNCD sono la cattiva alimentazione e l'inattività fisica, che porta a sovrappeso e obesità; a questo si aggiungono l'uso di tabacco e il consumo eccessivo di alcol. A macro-livello i catalizzatori di queste condizioni includono crescita demografica, invecchiamento, urbanizzazione, iniquità e povertà” .

Il secondo problema posto dalle CNCDs è quello a livello macroeconomico. Nel 2010, il costo globale di CVD è stato stimato in 863. bilioni di dollari; tale cifra dovrebbe salire a più di 1 trilione di dollari entro il 2030 con un incremento del 22%.

Una situazione dunque difficilmente tollerabile causa anche la profonda crisi economica che nata negli USA si è poi diffusa nel vecchio continente dove sta stringendo in una morsa che non tende ad allentarsi l'intera area sud europea, creando pesanti danni anche in termini sanitari ai cittadini di Grecia, Spagna ed ora anche Italia

Gli elementi costitutivi del “chronic care model”

Il rapporto ribadisce che gli elementi costituenti il CCM sono quelli già ampiamente noti (adottati nel nostro paese dalla Regione Toscana) e ne definisce le diverse azioni chiavi da implementare nel processo di cura fornendo per ciascuno di essi un’analisi dettagliata delle *best practises*.

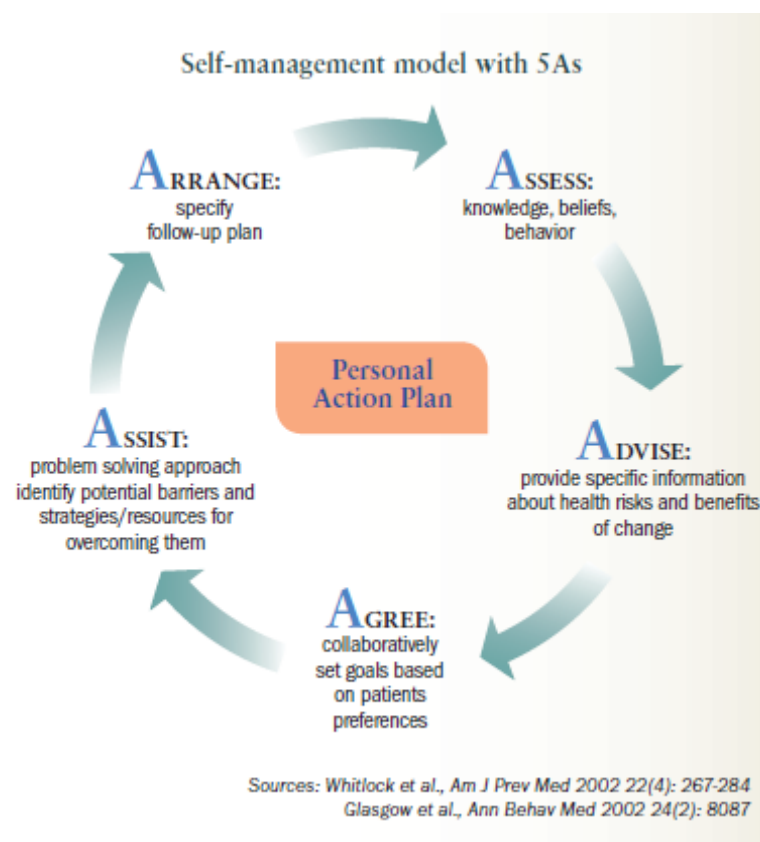
1)Self-Management Support (supporto al self management)

- Garantire la partecipazione del paziente al processo di cura;
- Promuovere l'impiego di educatori alla salute laici ;

Realizzare visite per gruppi di popolazione;

- Sviluppare le capacità di auto-regolamentazione del paziente (ad esempio, la gestione della salute, il ruolo e le conseguenze emozionali legate alla cronicità);
- Promuovere le capacità di comunicazione dei pazienti (soprattutto per quanto riguarda le interazioni con i professionisti della salute e il sistema sanitario più generale);
- Negoziare con il paziente gli obiettivi di uno specifico e cambiamento di comportamento di salute realisticamente ottenibile
- Stimolare le azioni di auto-monitoraggio del paziente (tenendo traccia dei comportamenti);
- Promuovere modifiche a livello di ambiente di vita (la creazione di un contesto per massimizzare il successo);
- Assicurare l’ auto-ricompensa (rinforzo del comportamento corretto con premi immediati, personali coerenti con le aspettative del paziente)
- Disporre di sostegno sociale (guadagnando il supporto di altri);
- Utilizzare l'approccio 5AS durante incontri clinici di routine (vedi figura N° 2)

Fig 2: Il modello di self-Management basato sulle 5As. Il ciclo inizia con la valutazione dei comportamenti, delle credenze e del capitale culturale del paziente; prosegue con la illustrazione chiara dei rischi e dei benefici derivanti da un percorso di cambiamento; a questo segue la negoziazione con lo stesso paziente di una serie di obiettivi realizzabili e l'assistenza continua durante l'intero percorso al fine di rimuovere ostacoli e difficoltà eventualmente insorte e termina con la definizione di uno specifico programma di follow-up

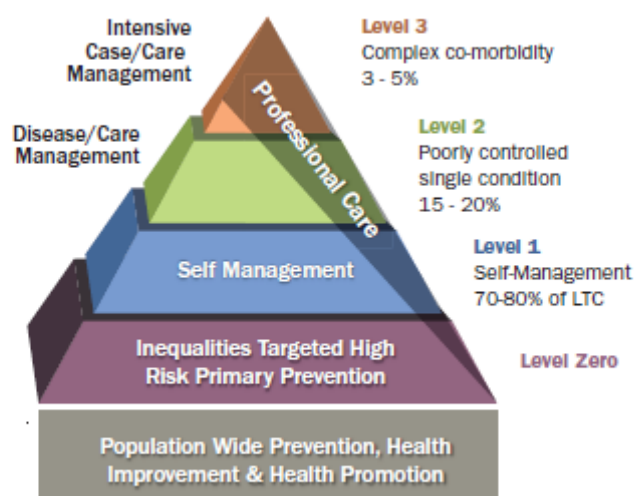


2) Delivery System Design (ridefinire il modello assistenziale sanitario)

- Organizzare il sistema di cure primarie;
- definire i ruoli e competenze all'interno dei membri del team
- garantire cure proattive e regolari follow-up dei pazienti;
- Utilizzare sistemi di stratificazione del rischio;
- Istituire la figura del case manager o del coordinatore di cura per tutti i pazienti con patologie complesse (Fig 3);

- Fornire cure che i pazienti siano in grado di comprendere e che siano conformi al loro background culturale;
- Sviluppare reti di erogazione di servizi sanitari integrati

Fig 3: Il Modello (modificato) della HMO Kaiser Permanente di stratificazione dei pazienti in funzione del livello di cura (tre livelli) stabilisce il rapporto tra auto-cura (70-80%) e cura da parte dei sanitari in funzione della crescente complessità assistenziale dei pazienti. Stabilisce infine un livello zero in cui definire e realizzare programmi di promozione della salute a livello di popolazione generale



3) Decision support (Strumenti decisionali di supporto)

- Diffondere linee guida sulle CNCDS basate sull'evidenza;
- Utilizzare metodologie tecnico-sound per sviluppare nuove linee guida evidence-based o adattare quelle esistenti;
- Garantire linee guida evidence-based periodicamente aggiornate
- Incorpora linee guida evidence-based nella pratica clinica quotidiana;
- Integrare competenze specialistiche e cure primarie;
- Utilizzare modalità di cura condivise;
- Utilizzare metodi collaudati di educazione degli operatori sanitari;
- Condividere con i pazienti linee guida e informazioni.

4) Clinical Information Systems (Sistemi di gestione dei dati sanitari)

- Monitorare la risposta al trattamento;
- Supervisionare pazienti singoli e gruppi di pazienti;
- Fornire promemoria tempestivi per gli operatori e per i pazienti;
- identificare sottogruppi di pazienti rilevanti ai fini di una assistenza proattiva;
- Facilitare la pianificazione della cura personalizzata del paziente;
- Condividere le informazioni con i pazienti e i familiari per coordinare la cura;
- Monitorare la performance del team di cura e del sistema di cura
- Utilizzare idonei promemoria per l'implementazione del piano di cura.

5) The Health Care Organization (L'organizzazione del sistema di cura)

- Supportare in modo visibile il miglioramento a tutti i livelli dell'organizzazione, a cominciare dal gruppo di vertice;
- promuovere efficaci strategie di miglioramento della qualità finalizzate a cambiare il sistema in modo globale;
- Incoraggiare la gestione aperta e sistematica di errori e dei problemi di qualità ai fini del miglioramento della cura;
- Fornire incentivi (finanziaria e non) in rapporto alla qualità delle cure;
- Sviluppare intese che facilitano il coordinamento all'interno e tra i vari setting di trattamento e livelli di cura.

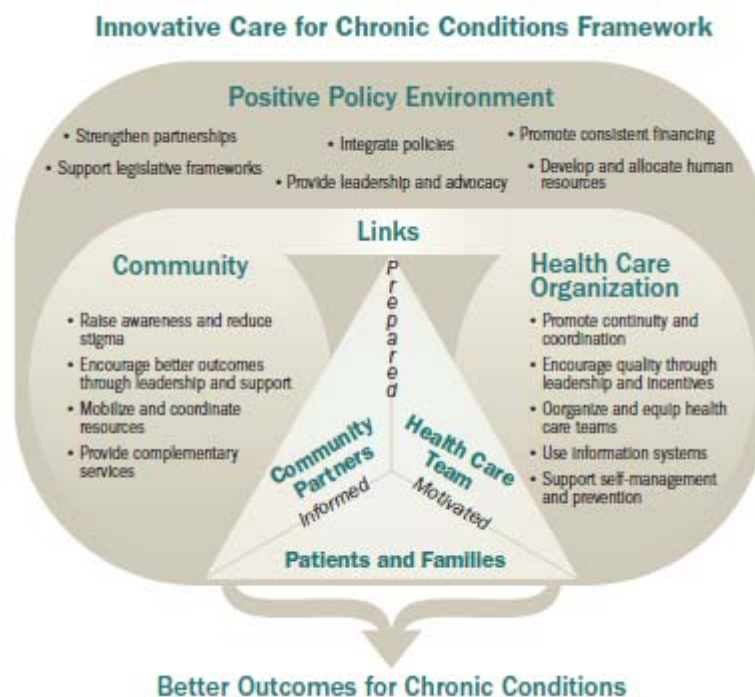
6) Community Resources and Policies (risorse della comunità e delle politiche)

- Incoraggiare i pazienti a partecipare a efficaci programmi di gruppo;
- Dare forma a partenariati con le organizzazioni della comunità per sostenere e sviluppare interventi in grado di colmare le lacune presenti nei servizi essenziali;
- Dare sostegno a politiche finalizzate al miglioramento della cura del paziente e delle strutture di assistenza della comunità;
- Fornire un coordinatore della cura non religioso;
- auto-gestione e sostegno sociale

Andare oltre il CCM: considerazioni di macrolivello.

Ai fini del buon successo nell'attuazione del CCM sono elementi necessari sia convinte politiche di sostegno e sia idonei meccanismi di finanziamento. Questi fattori di livello macro non sono considerati in dettaglio all'interno del CCM in sé, ma sono affrontati nel suo adattamento, l'OMS ICCC- quadro (vedi Figura 4)

Figura 4 Il quadro delle cure innovative per le condizioni croniche di salute



Il quadro ICCC, concettualmente legato al CCM, riflette il contesto internazionale di assistenza sanitaria e pone pertanto l'accento su diversi aspetti di ciò che si deve intendere per cure delle CNCD di buona qualità. Per il rapporto infatti “ Un ambiente politico positivo a supporto del modello integrato di cura delle CNCD è essenziale per ridurre a lungo termine il carico determinato da questi problemi di salute. Finanziamento, legislazione, risorse umane, partneriati, leadership e

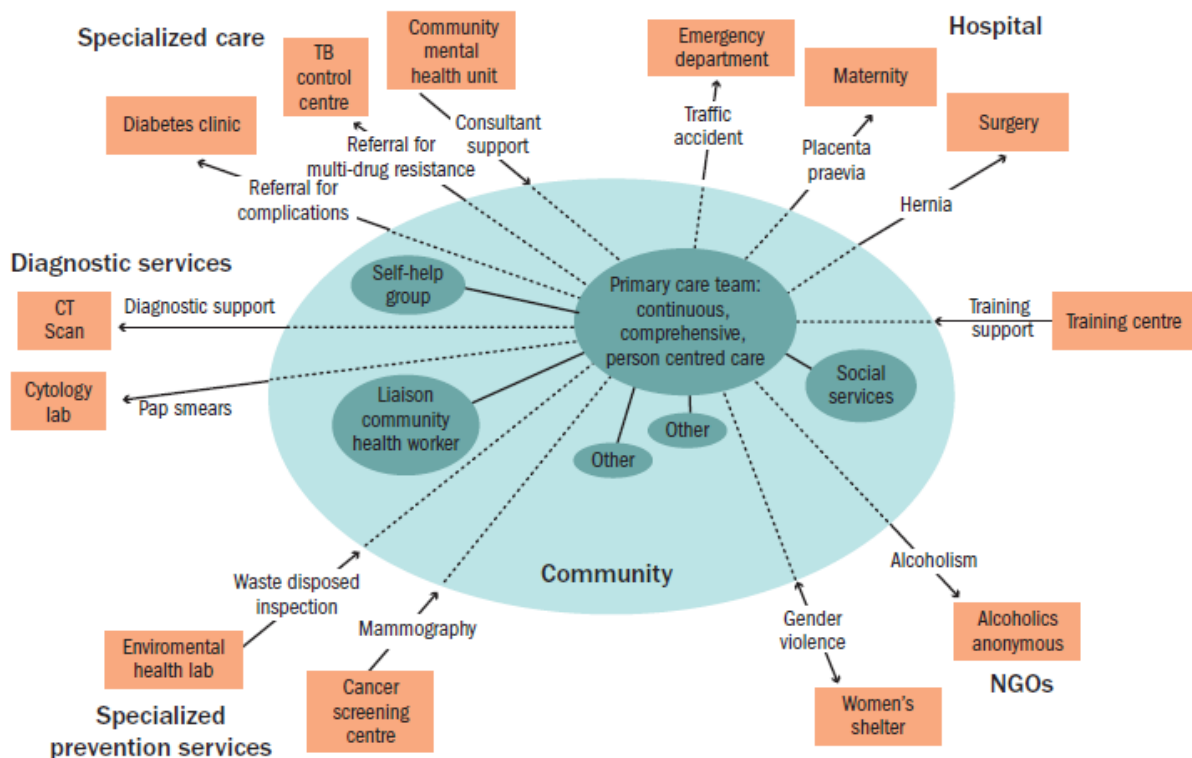
advocacy sono esempi di domini del livello politico che influenzano in modo determinante la qualità del sistema di gestione integrata delle CNCD.

Per ottenere il massimo risultato, il rapporto ribadisce il concetto che la cura delle malattie croniche deve essere affidata al sistema di cure primarie (PHC). E, dunque, gli strumenti necessari per ottenere un'assistenza di alta qualità per la cronicità sono gli stessi che costituiscono parte integrante del PHC:

- Copertura e accesso di tipo universalistico
- Risorse
- Modelli cura integrata e onnicomprensivi
- Enfasi sulla promozione e prevenzione
- Appropriatezza delle cure
- Modelli di Cura basati su famiglia e comunità
- Meccanismi di partecipazione attiva
- Quadro giuridico e istituzionale
- Organizzazione e gestione ottimali
- Politiche e programmi pro –equità (Pro-equity)
- Primo contatto
- Risorse umane adeguate
- Intersettorialità

Il sistema di cure primarie che è rappresentabile come un "gatekeeper" per la salute del paziente, può svolgere un ruolo di coordinamento nella erogazione di altri tipi di cure, facendo da collegamento con l'assistenza ospedaliera, con la diagnostica specialistica, con i servizi di prevenzione e quelli di comunità (Figura 5)

Figura 5 : Le cure primarie come un Hub di coordinamento tra comunità e servizi di secondo livello



Un metodo per ottenere il cambiamento

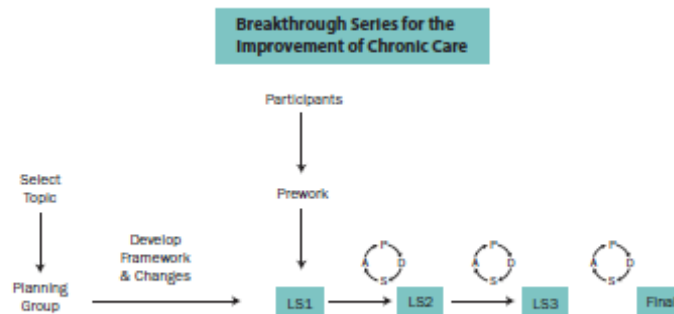
L'ultima parte del rapporto è dedicata alla metodologia attraverso cui ottenere il cambiamento.

Mentre il CCM e ICC-quadro prevedono informazioni su come organizzare l'assistenza per il miglioramento degli esiti, lo strumento per l'introduzione e il mantenimento di cambiamento del sistema sanitario è il BTS (Breakthrough Series). Il BTS (Figura 6) sviluppato dall'Istituto per Healthcare Improvement (IHI) (Cambridge, MA, USA) riunisce gruppi di operatori provenienti dalle diverse organizzazioni sanitarie che condividono l'impegno ad introdurre significative e rapide modifiche di sistema a specifici aspetti delle loro organizzazioni.

Circa 20-40 membri delle organizzazioni partecipano a un programma di 13 mesi che coinvolge tre sessioni di formazione di due giorni alternati con periodi di attività pratica. Alle sessioni di apprendimento, i docenti illustrano interventi evidence-based relativi a specifiche problematiche, e ogni organizzazione partecipante

lavora su un proprio piano di miglioramento con il supporto di docenti. Durante i periodi di attività pratica, i partecipanti sono collegati a docenti via e-mail, o attraverso report mensili, e conference calls

Figura 6: i diversi steps di cui è costituito il BTS: selezione di problemi; pianificazione di gruppo degli interventi e delle strategie di cambiamento; successive elaborazioni e adozione del piano definitivo.



Conclusioni

Il Chronic Care Model dovrebbe essere attuato nella sua interezza, in quanto i suoi componenti hanno effetti sinergici, e il *tutto* è maggiore della *semplice somma* delle singole parti. Nessun componente preso isolatamente è in grado di garantire risultati soddisfacenti. Al contrario sono pacchetti di interventi multidimensionali, incorporanti caratteristiche diverse e distinte del CCM, a risultare più efficaci. Il risultato finale è una interazione produttiva tra un team di operatori ben preparati e un paziente attivo e ricettivo. Il paziente, tuttavia, rimane il principale protagonista e soltanto garantendo a tale soggetto la centralità del percorso di cura, il CCM può essere in grado di conseguire risultati di salute significativi. Un'assistenza di qualità centrata sul paziente, proattiva, continua e basata sull'evidenza, è inoltre in grado di garantire significativi benefici a tutti i pazienti, indipendentemente dalla natura di trasmissibilità o no delle condizioni cliniche di cui risultano affetti.

La popolazione target per un'assistenza di tipo continuativo è una quota ampia e crescente degli adulti con patologie croniche accertate, non ancora diagnosticate o alto rischio di loro incidenza

Questa stessa popolazione è inoltre esposta a rischi di diverse malattie trasmissibili. L'applicazione del Chronic Care Model si traduce nell'implementazione di un'assistenza integrata di alta qualità e basata sulle migliori prove di efficacia.

E questo significa migliorare la cura per tutti, e non solo per quelli affetti da patologie croniche.