

Saffi Giustini, Anna Fedi*, Antonio Sanna**

Medico di Medicina Generale (Modulo eCCM Montale di Pistoia); * Medico tirocinante, II anno Corso Formazione Specifica in Medicina Generale; ** Pneumologo Ospedale S. Jacopo, ASL 3 Pistoia

Dalla medicina d'attesa alla sanità d'iniziativa: il *Chronic Care Model* e il malato di broncopneumopatia cronica ostruttiva

CCM e BPCO

Dal 2008 la Regione Toscana ha scelto il *Chronic Care Model* (CCM) come modello per la ri-organizzazione dell'assistenza primaria, assegnando al team multidisciplinare di medici di medicina generale (MMG), infermieri, specialisti, il compito di educazione terapeutica del paziente e della famiglia. Poiché maggiore è il bisogno di assistenza, maggiore deve essere lo sforzo fatto nell'aiutare il paziente a essere "esperto" della propria salute e della gestione della propria patologia. Sviluppando una gestione d'insieme e non per singola malattia del cittadino affetto da comorbidità attraverso la sanità di iniziativa e il CCM, si passa da un sistema assistenziale puntiforme e "passivo" a un processo costruito su forme di aggregazione territoriale "proattive" che si fanno carico dei malati cronici in modo integrato con altre figure professionali allo scopo formate, soprattutto infermieri, ma anche alcuni specialisti, dietisti, fisioterapisti, ecc.

Sostanzialmente e in sintesi:

- forte mandato del Piano Sanitario Regione Toscana;
- nuova organizzazione delle cure primarie basata su team multi-professionali (moduli) proattivi;
- supporto alle decisioni con la condivisione di percorsi diagnostico terapeutici;
- ruolo dell'infermiere per il supporto al self-management;
- investimento sul sistema informativo a supporto delle attività di cura e di self-audit;

- coinvolgimento delle risorse della comunità (esempio AFA).

La sanità d'iniziativa mira sia alla prevenzione che al miglioramento della gestione delle malattie croniche in ogni loro stadio e riguarda dunque tutti i livelli del sistema sanitario, con effetti positivi attesi per la salute dei cittadini e per la sostenibili-

tà stessa del sistema. Nel Piano sanitario regionale 2008-2010 (punto 4.3 "Dalla medicina d'attesa alla sanità d'iniziativa") il modello viene individuato come strategia di risposta alla luce delle dinamiche demografiche ed epidemiologiche, che evidenziano la tendenza all'invecchiamento della popolazione toscana con il conseguente aumen-

FIGURA 1.

Per sanità d'iniziativa si intende un modello assistenziale di gestione delle malattie croniche che – a differenza di quello classico della medicina d'attesa disegnato sulle malattie acute – sia in grado di assumere il bisogno di salute prima dell'insorgere della malattia, o prima che essa si manifesti o si aggravi, e rallentarne il decorso, garantendo al paziente interventi adeguati e differenziati in rapporto al livello di rischio.



to della rilevanza delle patologie croniche e la modifica della domanda assistenziale.

A livello territoriale, il modello di riferimento per l'implementazione di questo nuovo concetto di sanità è quello del CCM, elaborato dal prof. Wagner del *Mac-Coll Institute for Healthcare Innovation* e caratterizzato da una serie di elementi la cui combinazione dà come risultato: l'interazione efficace tra un paziente reso esperto da opportuni interventi di informazione e di educazione e un team assistenziale multiprofessionale, composto da MMG, infermieri e altre figure professionali (operatore sociosanitario, dietista, fisioterapista, specialista di riferimento e di supporto al team). Tuttavia, alla luce di ulteriori acquisizioni scientifiche e coerentemente con le indicazioni del Consiglio sanitario regionale (parere n. 37 del 2008), la Giunta regionale ha ritenuto di dover adottare una versione evoluta del CCM (*Expanded Chronic Care Model*, ECCM) nella quale il singolo paziente sia calato nella più ampia dimensione della comunità e dove gli aspetti clinici considerati dal medico di famiglia siano integrati da quelli di sanità pubblica, quali la prevenzione primaria collettiva e l'attenzione ai determinanti di salute.

Nell'ECCM, i sei fattori originari del modello (le risorse della comunità, l'organizzazione dei servizi sanitari, il supporto all'auto-cura, il sistema di erogazione dell'assistenza, il supporto alle decisioni, i sistemi informativi) sono considerati in una prospettiva che guarda non solo all'individuo ma anche alla comunità e producono come risultato l'informazione e l'attivazione sia dei pazienti come singoli, sia delle famiglie di appartenenza, al fine di renderli capaci di interagire consapevolmente e responsabilmente con il team assistenziale.

In tale più ampia prospettiva, gli elementi costitutivi del modello sono:

- la valutazione dei bisogni della comunità, tramite l'elaborazione di profili di salute, l'identificazione di gruppi di popolazione a rischio, l'analisi delle disuguaglianze nella salute e nell'assistenza sanitaria; la promozione della salute mediante interventi settoriali e intersettoriali rivolti a specifici determinanti di salute (ambiente, lavoro, traffico, stili di vita, ecc.); la valorizzazione delle risorse della comunità

(gruppi di volontariato, gruppi di auto-aiuto, attività fisica adattata, centri per anziani, ecc.);

- l'assetto organizzativo dei servizi sanitari, supportato da una chiara scelta politica e dall'impegno degli amministratori all'investimento di risorse;
- il supporto all'auto-cura (self-management), come aiuto ai pazienti e alle loro famiglie ad acquisire conoscenze, abilità e motivazioni nella gestione della malattia, fornendo loro gli strumenti necessari e valutando regolarmente i risultati e i problemi;
- la proattività degli interventi, quale modalità operativa in cui le consuete attività cliniche e assistenziali sono integrate e rafforzate da interventi programmati di follow-up sulla base del percorso previsto per una determinata patologia e in funzione del profilo di rischio dei pazienti;
- il supporto alle decisioni, consistente nell'adozione di linee-guida basate sull'evidenza che forniscano al team gli standard per fornire un'assistenza ottimale ai pazienti cronici e che siano oggetto di una costante attività di aggiornamento, di adattamento alla realtà locale e di audit da parte del team stesso;
- sistemi informativi in grado di garantire alcune fondamentali funzioni quali: un sistema di allerta che aiuti i team delle cure primarie ad attenersi alle linee guida; un sistema di feedback per i medici riguardo ai loro livelli di performance rispetto agli indicatori delle malattie croniche; un sistema di raggruppamento dei pazienti per patologie ("registri di patologia") e di stratificazione degli stessi per profilo di rischio all'interno di un determinato gruppo; un sistema di monitoraggio e valutazione degli interventi individuali realizzati.

Organizzazione

- L'unità elementare del progetto è rappresentata dai Moduli, aggregazioni funzionali di MMG con una popolazione di circa 10.000 assistiti.
- All'interno di ogni modulo, che è coordinato da un MMG, opera un team

multiprofessionale costituito dai MMG e da infermieri e OSS, operatori di provenienza aziendale, opportunamente formati e assegnati funzionalmente al gruppo di MMG.

- La sede del modulo è l'ambulatorio della MMG. Qui vengono svolte tutte le attività previste dai percorsi, che sono registrate sulla cartella clinica del MMG.

I ruoli

- Il MMG è il responsabile clinico del team e del paziente, con funzione di *supervisione* e orientamento della attività del team verso obiettivi condivisi, misurabili. Un MMG assume le funzioni di coordinatore.
- L'infermiere ha autonomia e responsabilità per funzioni specifiche alla gestione assistenziale del paziente individuate sulla base dei protocolli operativi condivisi a livello aziendale, è impegnato nel follow-up e nel supporto al self-management.
- L'OSS costituisce una risorsa di rilievo per l'attuazione del CCM, continuando a svolgere le funzioni di assistenza alla persona al domicilio del paziente nei casi di non autosufficienza o laddove risulti comunque necessario.

La gestione sul territorio della BPCO e dell'insufficienza respiratoria

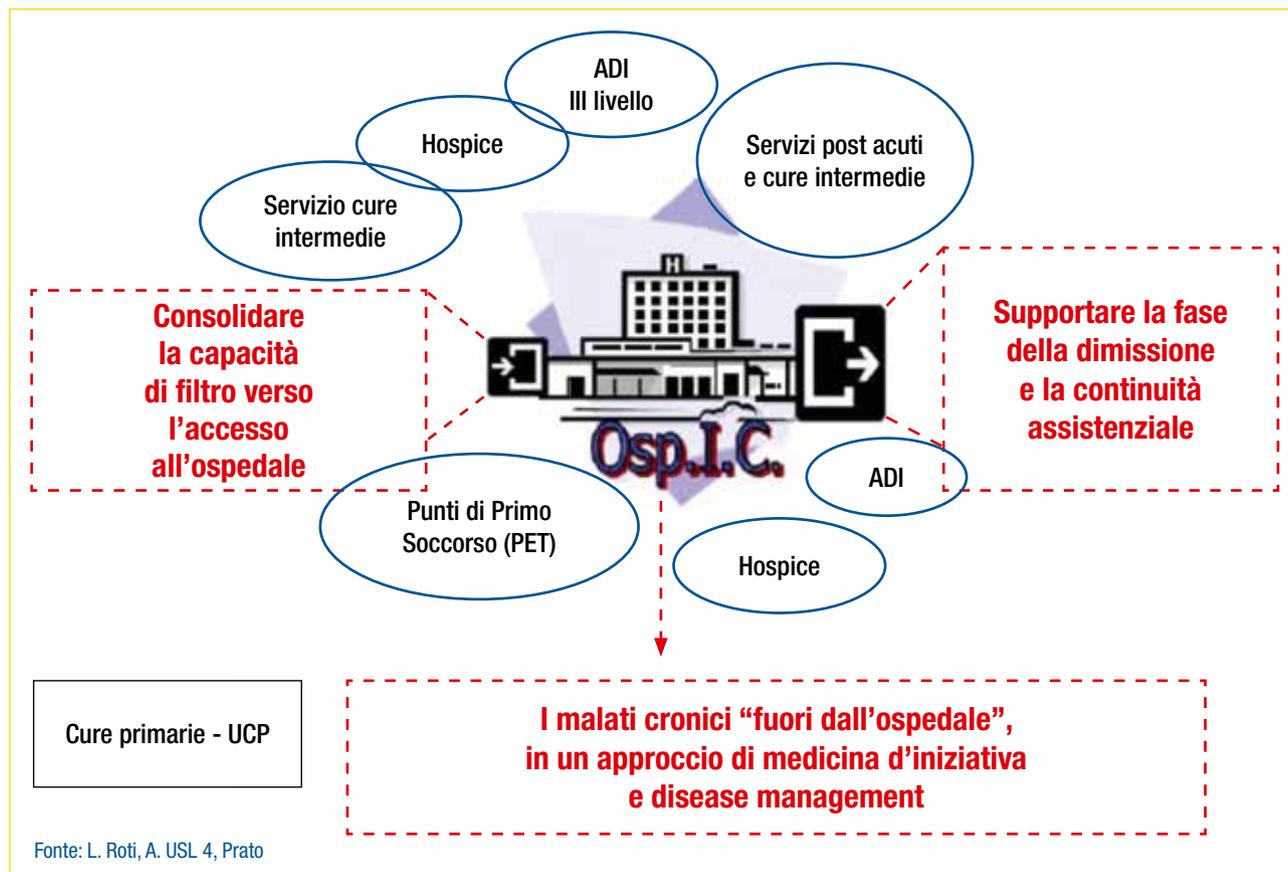
La broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), malattia frequente, prevenibile e trattabile, è caratterizzata da una limitazione persistente al flusso aereo, che è in genere evolutiva e si associa a un'aumentata risposta infiammatoria cronica agli inquinanti inalatori a carico delle vie aeree e dei polmoni.

Si osserva in entrambi i sessi e riconosce il fumo, attivo e passivo, quale maggiore fattore di rischio. Circa il 40-50% dei fumatori sviluppa una BPCO. Da un'indagine multiscope ISTAT sulle malattie croniche dichiarate nella popolazione toscana risulta avere una prevalenza del 3,9%. La sua prevalenza è in crescita nel sesso femminile e all'aumentare dell'età.

È causa di circa il 50% delle morti per

FIGURA 2.

La riconfigurazione della rete territoriale.



malattie dell'apparato respiratorio, a loro volta terza causa di morte in Italia dopo le malattie cardiovascolari e le neoplasie, ed è responsabile del progressivo incremento della mortalità complessiva nella popolazione generale.

Molti soggetti affetti da BPCO sono ad alto rischio di riacutizzazione bronchiale e insufficienza respiratoria (IR) principali cause di mortalità nella BPCO e responsabili dell'assorbimento della maggior parte delle risorse destinate alla cura di questi pazienti!

Un audit condotto nel mese di aprile del 2008 nel Presidio Ospedaliero di Pistoia ha documentato che il 34% delle persone ricoverate in degenza ordinaria medica si è presentata al pronto soccorso per sintomatologia respiratoria e oltre il 90% presentava una IR trattata con O2-terapia e/o dispositivi a pressione positiva.

L'interesse per la BPCO deriva dalla sua ampia diffusione nella popolazione generale, dall'impatto socio-sanitario che deri-

va della mancata diagnosi e trattamento e dalla possibilità di prevenirne la comparsa o rallentarne l'evoluzione.

Ciò è possibile intervenendo sui fattori di rischio, migliorando le abitudini e stili di vita dei soggetti a rischio per BPCO o con BPCO, e trattando nel modo più appropriato la persona che ne è affetta qualunque sia la complessità del suo quadro clinico funzionale. In ragione della gravità del quadro clinico, della comorbidità, e dei valori dello scambio gassoso la gestione della BPCO, stabile o riacutizzata, è realizzata a domicilio o in ospedale. Nel secondo caso è preferibile sia realizzata in degenza ospedaliera pneumologica o in terapia subintensiva respiratoria.

L'intervento sul territorio e nell'ambito delle cure primarie, come proposto dall'expanded CCM per la BPCO, è possibile con la messa in atto di attività sanitarie integrate che vedono protagonista il MMG e gli infermieri preferibilmente con il supporto attivo

dello specialista pneumologo e del fisioterapista.

Compito dello specialista pneumologo è indicare la modalità diagnostica più semplice e appropriata nel garantire accuratezza diagnostica e appropriatezza terapeutica della persona affetta da BPCO con o senza IR. Compito del fisioterapista è educare la persona con BPCO a gestire la dispnea, sintomo prevalente spesso causa di disabilità e handicap, e i dispositivi per il trattamento domiciliare della IR.

Obiettivo del team composto dal MMG, infermieri, specialista pneumologo e fisioterapista, e operante sul territorio è il miglioramento della qualità della vita della persona affetta da BPCO con riduzione della frequenza di accesso alle prestazioni diagnostiche-terapeutiche erogate nell'ambito della residenza ospedaliera per acuti.

La prevalenza di BPCO mostra un trend crescente che varia dal 2,1% del 2003 al 2,9% del 2011, con stime sensibilmente

TABELLA I.

Chi fa che cosa ... come ...

| | Tipologia paziente | Stato di salute | Livello di gestione/intervento |
|--------------------|---|--|--|
| Pazienti a rischio | Sintomatici Età > 40 anni Fumatori Tipologia occupazione lavorativa per rischio inalazione di sostanze/polveri | Il soggetto non è consapevole del rapporto di causalità dei fattori di rischio ai sintomi iniziali della patologia | LIVELLO BASE (INFERMIERI) sono presi in carico in GESTIONE INTEGRATA dal team CCM, previa espressione del consenso |
| Lieve | Può essere presente tosse ed espettorazione cronica VEMS/CVF < 70% con VEMS ≥ 80% del predetto | Il paziente in genere non è consapevole che la sua funzionalità polmonare è alterata | LIVELLO INTERMEDIO (INFERMIERE/MMG) sono presi in carico in GESTIONE INTEGRATA dal team CCM, previa espressione del consenso |
| Moderato | Aggravamento della dispnea da sforzo, tosse ed espettorazione VEMS/CVF < 70% con VEMS ≥ 50% e ≤ 80% del predetto | Il paziente richiede l'intervento del medico a causa dei sintomi respiratori cronici, o per una riacutizzazione della malattia | LIVELLO AVANZATO (MMG) sono presi in carico dal team CCM; i Centri specialistici svolgono il ruolo di consulenti |
| Grave | Ulteriore peggioramento della sintomatologia VEMS/CVF < 70% con VEMS ≥ 30% e ≤ 50% del predetto | Ripetute riacutizzazioni. Qualità di vita compromessa | Sono presi in carico dal team CCM; i Centri specialistici svolgono il ruolo di consulenti |
| Molto grave | VEMS/CVF < 70% con VEMS < 30% del predetto o VEMS < 50% del predetto con insufficienza respiratoria cronica | Qualità di vita molto compromessa. Spesso riacutizzazioni | LIVELLO AVANZATO (MMG) sono presi in carico dal team CCM; lo specialista svolge il ruolo di consulente |

Percorso elaborato su specifiche RT nella A. USL 3 Pistoia.

maggiori negli uomini (2,8% nel 2003 vs. 3,5% nel 2011) rispetto alle donne (1,5% nel 2003 vs. 2,3% nel 2011). Si osservano sensibili differenze geografiche nella stima di prevalenza, con valori più elevati nel sud e più bassi al nord, in assenza di rilevanti differenze di genere. La prevalenza di BPCO mostra valori crescenti all'aumentare dell'età, con un netto incremento nel sesso maschile che raggiunge il picco negli ultra 85enni.

La prevalenza dei pazienti con BPCO che non ricevono alcuno dei farmaci respiratori appare costante negli anni considerati (47,5% nel 2003 vs. 48,2% nel 2011); in questi soggetti non si osservano particolari differenze legate alla distribuzione geografica, al sesso e al tempo intercorso dalla

diagnosi, mentre una relazione inversa si osserva rispetto all'età.

Si ringraziano per il materiale fornito:

P. Francesconi, ARS Toscana, G. Maciocco, Università di Firenze, S. Nuti, MeS Pisa, P. Salvatori, Regione Toscana, L. Roti, ASL Prato, Regione Toscana

Normativa

- Piano sanitario regionale 2008-2010 - punto 4.3.1 "Dalla medicina d'attesa alla sanità d'iniziativa".
- Parere Consiglio sanitario regionale 2008, n. 37.
- Delibera giunta regionale 2008, n. 894/2008 Allegato A. Indirizzi per l'attuazione della sanità d'iniziativa a livello territoriale e per la gestione dei percorsi territorio-ospedale-territorio.

- Delibera giunta regionale 2009, n. 716 Allegato A. Progetto per l'attuazione della sanità d'iniziativa a livello territoriale.
- Delibera giunta regionale 2010, n. 355 Allegato A. Scheda Indicatori fase di avvio (generali - diabete mellito - scompenso cardiaco).

Bibliografia di riferimento

- Wagner EH. *The role of patient care teams in chronic disease management*. BMJ 2000;320:569-72.
- Bodenheimer T, Wagner E, Grumbach K. *Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model*. JAMA 2002;288:1775-9.
- Barr V, Robinson S, Marin-Link B, et al. *The Expanded Chronic Care Model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model*. Hospital Quarterly 2003;7:73-82.

TABELLA II.

La valutazione dell'efficacia degli interventi sanitari e socio-sanitari sul territorio – risultati monitorati dall'Agenzia Regionale di Sanità.

| BPCO | | | | |
|--|--------------------------|---------------------------------------|----------------------------|---|
| A - Indicatori di processo: livelli di adesione a raccomandazioni di monitoraggio e terapia (percentuale) | | | | |
| | Valore medio al baseline | Impatto (differenza nelle differenze) | Significatività statistica | Impatto in percentuale sul valore atteso tra i MMG CCM in assenza di intervento |
| Spirometria | 10,9 | +0,02 | > 0,05 | +0,2% |
| Terapia con broncodilatatori | 23,8 | +0,7 | < 0,05 | +1,9% |
| B - Consumo di prestazioni territoriali: valorizzazione tariffaria (€) pro capite | | | | |
| Specifiche | | | | |
| Visite specialistiche ad esempio respirazione | 4,13 | +0,06 | 0,67 | +1,7% |
| Diagnostica immagini e strumentale | 15,10 | +0,35 | 0,34 | +2,7% |
| Diagnostica laboratorio | 20,07 | +0,64 | 0,037 | +3,3% |
| Farmaci | 248,92 | +2,69 | > 0,05 | +1,1% |
| Totali | | | | |
| Prestazioni ambulatoriali | 433,11 | -15,46 | 0,26 | -3,7% |
| Farmaci | 918,07 | +39,71 | < 0,01 | +4,6% |

Fonte: P. Francesconi, ARS Toscana.

FIGURA 3.



TABELLA III.

Impatto sugli accessi al pronto soccorso e sulle ospedalizzazioni.

| BPCO | | | | |
|---|--------------------------|---------------------------------------|----------------------------|---|
| C - Pronto Soccorso: tassi di accesso per 1.000 prevalenti (dati dal 2010) | | | | |
| | Valore medio al baseline | Impatto (differenza nelle differenze) | Significatività statistica | Impatto in percentuale sul valore atteso tra i MMG CCM in assenza di intervento |
| Cause correlate | 6,0 | -0,1 | 0,67 | -5,4% |
| Totali | 33,5 | +0,1 | 0,88 | +1% |
| D - Ospedalizzazione in regime ordinario: tassi di accesso per 1.000 prevalenti – DD negativa | | | | |
| Patologie correlate | 40,3 | -2,7 | 0,28 | -7,1% |

Fonte: P. Francesconi, ARS Toscana.

FIGURA 4.

BPCO: tra gli assistiti di MMG CCM, l'ospedalizzazione per BPCO o insufficienza respiratoria ... diminuisce di più.

