

## LA GESTIONE DELLE MALATTIE CRONICHE

La gestione delle malattie croniche (*chronic disease management*, CDM) è la sfida più grande della sanità del 21° secolo. Il nostro Servizio Sanitario è stato creato per rispondere primariamente alle malattie acute e non è ben attrezzato per rispondere alla cronicità, che ha bisogno non tanto di Ospedali, ma di una medicina territoriale ben collegata alla residenza del paziente, accessibile e disponibile, proattiva, organizzata in una squadra di professionisti (medici generalisti, specialisti, infermieri, riabilitatori, farmacisti, personale adibito al servizio della persona e della casa) ben collegata ai Reparti Ospedalieri di Geriatria, alle Residenze di Sollievo (RSA per ricoveri temporanei o permanenti), dotati di cartella elettronica dei pazienti e supportati dalla telemedicina. Per ogni paziente una Unità di valutazione multidimensionale deve redigere un piano di assistenza e cura, deve verificarne l'attuazione e gestirlo con personale adeguatamente preparato. Come si vede, si tratta di un'organizzazione e gestione complesse, che ancora sono ferme a modelli sperimentali e quindi non ancora ben definite. Particolarmente difficile è la comunicazione tra i vari professionisti ai vari livelli di cura, tra loro e con il paziente e i suoi familiari. Una simile complessità è anche molto costosa e ciò comporta ulteriori difficoltà. Infine non è più tempo di separare l'aspetto sanitario della assistenza da quello sociale, cosa che è ancora presente in Italia con la sanità affidata alle ASL e l'assistenza affidata ai Comuni.

Per affrontare un problema così complesso credo si debba procedere a piccoli passi, cominciando da due iniziative:

- ① riformare la medicina territoriale, inserendo quest'ultima in una rete di assistenza e cura di decrescente intensità, che parta dall'Ospedale per arrivare fino al domicilio del paziente, affidando quest'ultimo ad un *case manager* che lo segue nei suoi spostamenti nella rete, cura la compilazione della cartella elettronica, stabilisce i necessari collegamenti tra i vari momenti, chiede l'intervento dei vari operatori e degli specialisti nei momenti opportuni. In tal modo la gestione quotidiana dei malati cronici non diviene più un insopportabile peso per i medici, che intervengono solo come supervisori, prescrivendo e verificando gli interventi più opportuni. E' ovvio che la figura del *case manager* va creata *ex novo*: una nuova figura professionale che va aggiornata e motivata continuamente, dotata dei necessari poteri per intervenire autorevolmente ai vari livelli.
- ② Oltre alla cura delle malattie croniche conclamate, tuttavia, è indispensabile avviare un'iniziativa ad ampio raggio che prevenga la loro comparsa. Sappiamo, infatti, che una larga parte di queste malattie è prevenibile, e ciò significa oltretutto risparmiare una ingente quantità di risorse: oggi circa 2/3 della spesa sanitaria è infatti assorbita dalle malattie croniche, e nel mondo occidentale cresce progressivamente in modo largamente superiore alla crescita del PIL, così da divenire a breve insostenibile. Il tema della promozione della salute e della prevenzione è stato affrontato per la prima volta in Italia nel 2004 con il Piano Nazionale della Prevenzione e, più recentemente, negli USA con il *Patient Protection and Affordable Care Act* (2010) (ACA) che, alla Sezione 4103, prevede che per migliorare la salute degli Americani venga eseguita ogni anno una visita medica, una valutazione dei rischi di salute individuali con obiettivi di miglioramento monitorati e la stesura di un **Piano Personalizzato di Prevenzione**. La valutazione dei rischi (*Health Risk Assessment*, HRA) comprende:
  - ① identificazione di malattie croniche (inclusa l'assuefazione a fumo o droghe)
  - ② rischi di trauma
  - ③ fattori di rischio modificabili
  - ④ urgenti bisogni sanitari
  - ⑤ necessità di strumenti per il monitoraggio telefonico o via web, ma anche per misurare la pressione arteriosa, la glicemia o altro.

La visita annuale è diretta agli anziani e mira a prevenire la comparsa o recidive di malattie o disabilità, a promuovere stili di vita salutari (prevenzione primaria), a fare gli *screening* (prevenzione secondaria).

Si vuole che i pazienti capiscano bene i loro problemi di salute e prendano parte attiva a proteggere il loro benessere. L'ACA sollecita i sanitari a fare ricerca in questo ampio e ancora negletto settore, a raccogliere i dati dei pazienti con l'aiuto dell'elettronica (monitoraggio, registri, ecc.), a valutare gli *outcomes* nel tempo, a sostenere regolarmente i pazienti in modo proattivo con il *counselling*, la sollecitazione perché le date del monitoraggio vengano rispettate, l'impegno ad assumere i farmaci prescritti in modo ordinato.

Il *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) ha pubblicato 10 Raccomandazioni pratiche rivolte a tutti gli attori interessati per realizzare questo ambizioso e impegnativo programma (Goetzel RZ et al - *A framework for patient-centered health risk assessments. Providing health promotion and disease prevention services to Medicare beneficiaries, 2011. [www.cdc.gov/policy/oph/hra/](http://www.cdc.gov/policy/oph/hra/)*).

Ancora un volta, quindi, è la medicina territoriale che deve giocare un ruolo determinante per contrastare le cronicità. A questa, tuttavia, deve affiancarsi una possente e continua iniziativa centrale di comunicazione e marketing sociale, che sappiamo capace di modificare le abitudini dei cittadini inducendoli a prestare maggiore attenzione alla propria salute e quindi a prevenire i danni delle cronicità.

Si vede da quanto sopra che i due passaggi suggeriti danno corpo anche ad una pratica medica territoriale più ampia e importante dell'attuale, con un servizio ininterrotto e multidimensionale. Una "**Casa della Salute**" che prende in carico i suoi pazienti cronici e ne risponde.

L'obiettivo ideale è che la medicina di base gestisca e si responsabilizzi sia sugli interventi clinici individuali sia quelli in favore della popolazione (Stine NW, Chokshi DA - *Opportunity in austerity. A common agenda for medicine and public health. NEJM 366, 395-97, 2012*).

Penso che una sperimentazione gestionale di questo nuovo modello sia opportuna e urgente.

**Prof. Girolamo Sirchia**

Milano, 30 aprile 2012