

UNA NUOVA FORMA
ASSISTENZIALE

IL CHRONIC CARE MODEL

LE MALATTIE CRONICHE SONO LA PRINCIPALE CAUSA DI MORTE IN QUASI TUTTI I PAESI

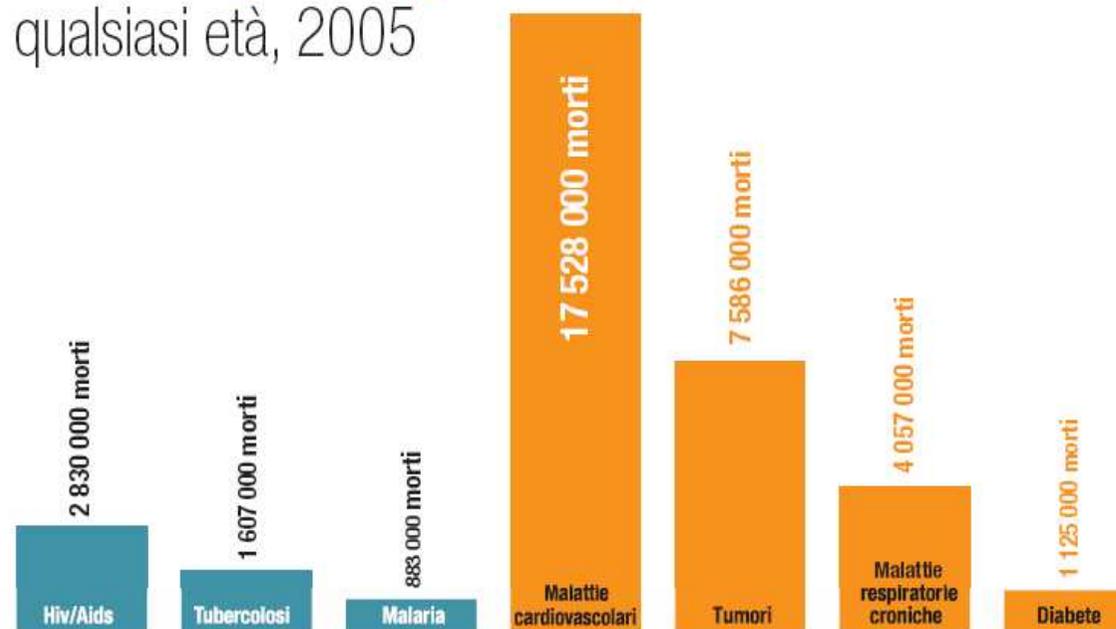
Tra le malattie croniche ci sono cardiopatie, ictus, cancro, disturbi respiratori cronici e diabete. Disturbi visivi e cecità, disturbi dell'apparato uditivo e sordità, problemi del cavo orale e difetti genetici sono altre condizioni croniche responsabili di una percentuale consistente del carico globale di malattia.

Dei 58 milioni totali di decessi previsti nel 2005¹, ben 3 milioni sono attribuibili a malattie croniche, praticamente il doppio di quelli imputabili a malattie infettive come Hiv/Aids, tubercolosi, malaria, malattie materno-infantili e carenze nutritive multiple.

¹ I dati presentati in questa panoramica sono il frutto di stime ricavate dall'Onu con metodi standard per ottenere la massima comparabilità tra Paesi diversi. Non si tratta necessariamente delle statistiche ufficiali dei singoli Stati membri.

35 000 000
le morti previste per
malattie croniche
nel 2005

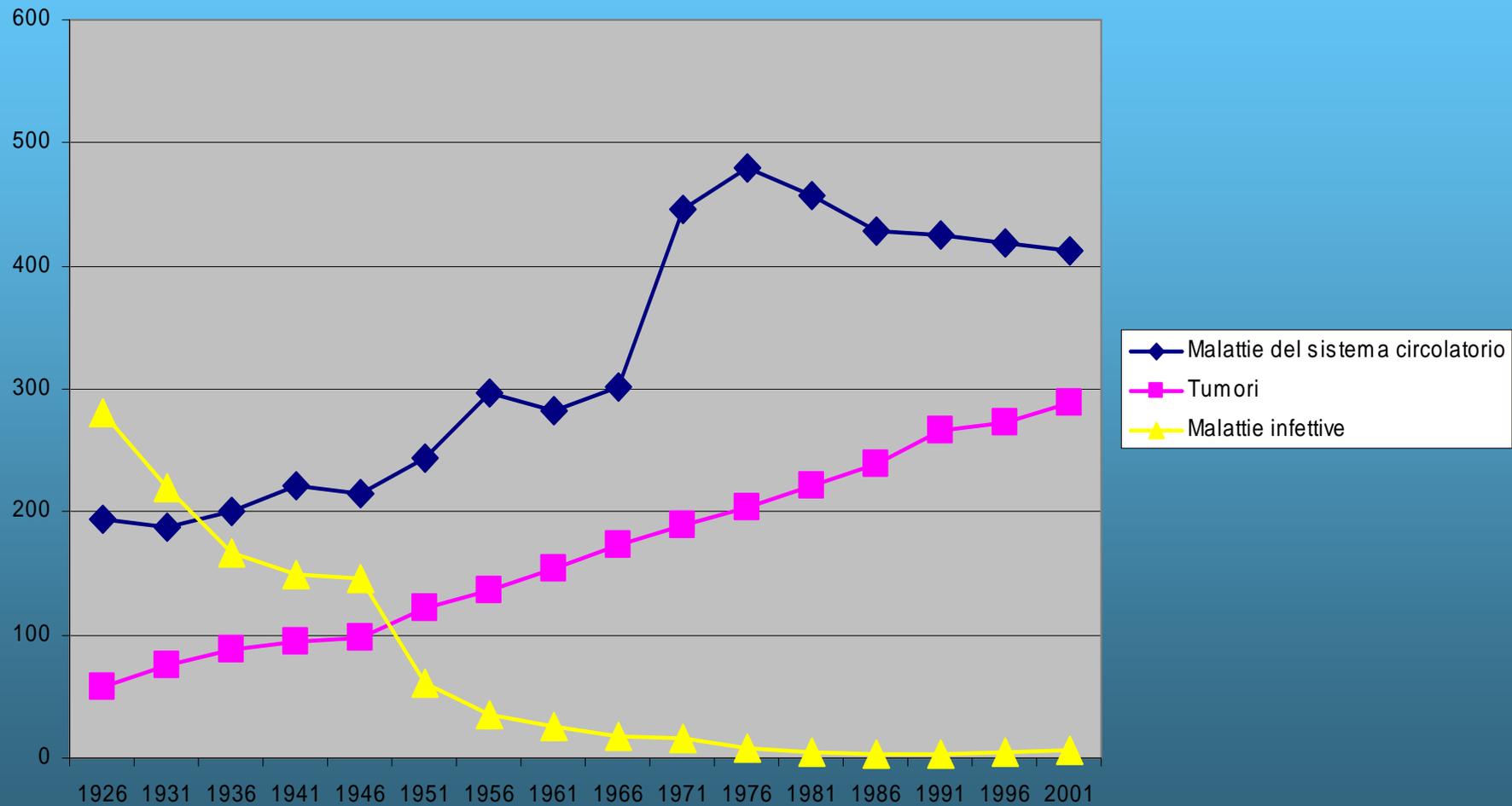
Decessi globali previsti per le diverse cause, qualsiasi età, 2005



il 60% di tutti i decessi è dovuto alle malattie croniche

Mortalità per malattie del sistema circolatorio, tumori e malattie infettive, per 100.000 abitanti. Anni 1926-2001.

Fonte: Istat



Preventing
CHRONIC DISEASES
a vital investment



World Health
Organization



PUBLIC HEALTH AGENCY OF CANADA
AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA

Prevenire le
MALATTIE CRONICHE
un investimento vitale



Ministero della Salute

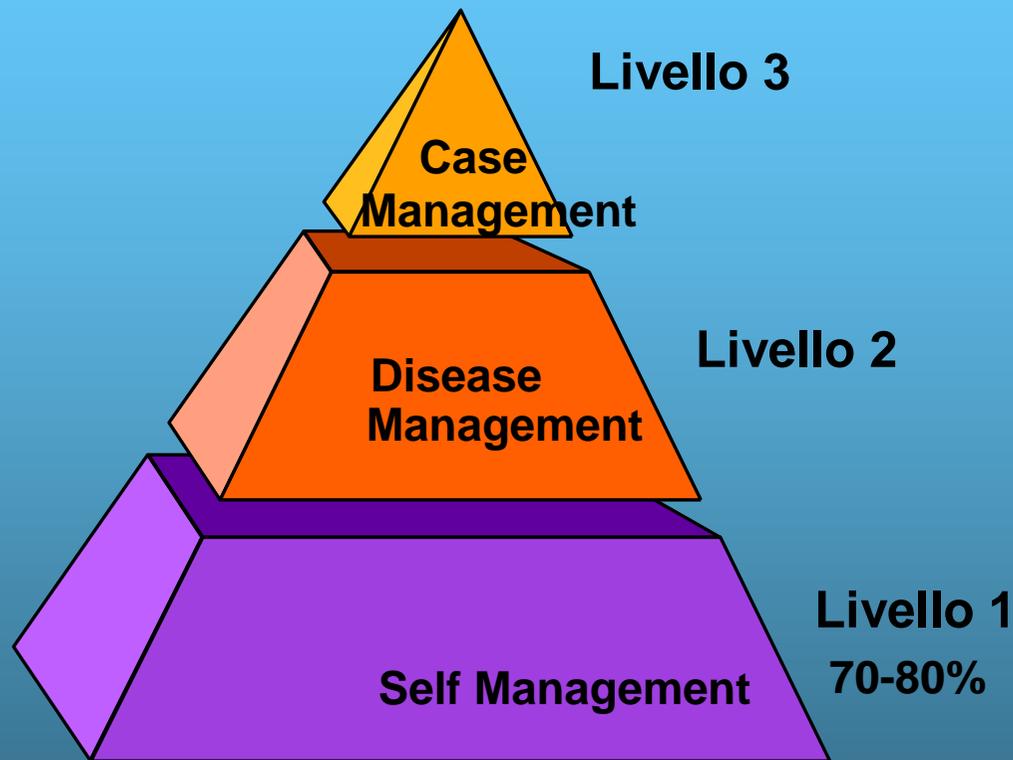


Organizzazione
Mondiale
della Sanità



PUBLIC HEALTH AGENCY OF CANADA
AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA

LA PIRAMIDE "CCM" PRESSO "KAISER-PERMANENTE"

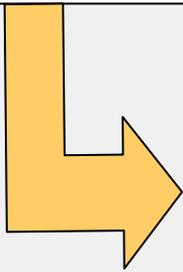


ALCUNE REGOLE DEL MODELLO

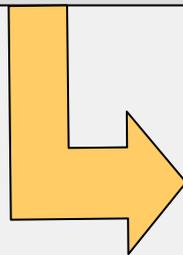
- Identificazione dei soggetti con malattie croniche
- Condivisione del rischio economico da parte degli operatori
- Riferimento a "pathways" clinici
- Stratificazione per rischio di aggravamento
- Informatizzazione dei dati. Condivisione.
- Cure intermedie "nurse led"
- Approccio multidisciplinare nel primary care
- Forte integrazione primary care – specialisti
- Promozione del "self-care"

Prevenire le
MALATTIE CRONICHE
un investimento vitale

I dati epidemiologici correnti – mortalità – ci offrono un quadro parziale dello stato di salute della popolazione.



Diseguaglianze nella salute



**Qualità delle cure
Qualità della vita**

NUOVO SCENARIO SANITARIO

- Invecchiamento della popolazione
- Aumento malattie cronico-degenerative
- Alta incidenza di patologie croniche concomitanti
- Crescenti bisogni socio-sanitari

Qualità delle cure - Qualità della vita

 The neglected epidemic of chronic disease

- Solo il 27% dei pazienti ipertesi è trattato appropriatamente;
- Il 55% dei pazienti diabetici hanno livelli di emoglobina A1c al di sopra del 7,0%;
- Solo il 14% dei pazienti con malattie coronariche raggiunge livelli di colesterolo LDL raccomandati dagli standard internazionali;
- Solo la metà dei fumatori riceve dal proprio medico di famiglia consigli su come smettere di fumare.

Leggende metropolitane intorno alle malattie croniche

Le malattie croniche sono le malattie dei benestanti

Di qualcosa si deve pure morire

Le malattie croniche si sviluppano dopo un lungo periodo di esposizione al rischio e quindi efficaci misure di prevenzione richiedono generazioni, un periodo che va là di là dell'attenzione dei politici

Gli interventi per la prevenzione e il controllo delle malattie croniche sono meno *cost-effective* di quelli per le malattie acute e infettive.

Panel 2: Common myths surrounding chronic diseases

Myth: "Chronic diseases are diseases of affluence"

Fact: four out of five deaths from chronic disease are in low-income and middle-income countries. Recent evidence points to the fact that chronic disease risks become widespread much earlier in a country's economic development than is usually realised. For example, population body-mass index and total cholesterol increase rapidly as the national income of poor countries rises. They remain steady once a certain level of national income is reached, before eventually declining.⁴

Myth: "People must die of something"

Fact: Certainly everyone has to die of something, but death does not need to be slow, painful, or premature. Most chronic diseases do not result in sudden death. Rather, they are likely to cause people to become progressively ill and debilitated, especially if their diseases are not managed correctly. This is especially true in low-income and middle-income countries, where people tend to develop disease at younger ages, suffer longer—often with preventable complications—and die sooner than those in high-income countries. Death is inevitable, but a life of protracted ill health is not.

Myth: "Chronic diseases develop over a lifetime of exposure to risk and hence effective prevention will take generations, far beyond political attention spans"

Fact: It is not necessary to wait decades to reap the benefits of prevention and control activities. Risk factor reduction can lead to surprisingly rapid health gains, at both population and individual levels. In the case of tobacco control, the effect of proactive policies and programmes is almost immediate. The implementation of tobacco-free policies leads to quick decreases in tobacco use, rates of cardiovascular disease, and hospital admissions due to myocardial infarction.^{5,6}

Myth: "Interventions for chronic disease prevention and control are necessarily less cost-effective than those for acute and infectious diseases"

Fact: A full range of chronic disease interventions has been judged to be very cost-effective for all regions of the world, including sub-Saharan Africa. Many of these solutions are not only very cost-effective, they are also inexpensive to implement.⁷ Examples of very cost-effective interventions are: salt reduction through voluntary agreements with the food industry; taxation of tobacco products, which is not only cost effective but also raises revenues for governments; comprehensive bans on advertising of tobacco products; and combination drug therapy based on an overall risk approach to identifying individuals at high risk.⁸ The ideal components of a medication to prevent complications in people with heart disease are no longer covered by patent restrictions and could be produced for little more than a dollar a month.⁹

CHRONIC CARE MODEL NEL PSR 2008-2010

- Passare dalla “Medicina d’attesa” dove il bisogno si trasforma in domanda alla “Sanità d’iniziativa”
- Creazione di percorsi ad hoc per patologie croniche quali: **scompenso, diabete, ipertensione, broncopneumopatia cronica ostruttiva** che assorbono un’elevata quantità di risorse al SSN
- Integrare questo modello con l’organizzazione dell’Ospedale per Intensità di cure

Chronic Care Model (C.C.M.)

- 1. Le risorse della comunità.** Per migliorare l'assistenza ai pazienti cronici le organizzazioni sanitarie devono stabilire solidi collegamenti con le risorse della comunità: **gruppi di volontariato, gruppi di auto aiuto, centri per anziani autogestiti.**
- 2. Le organizzazioni sanitarie.** Una **nuova gestione delle malattie croniche** dovrebbe entrare a far parte delle **priorità** degli erogatori e dei finanziatori dell'assistenza sanitaria. **Se ciò non avviene difficilmente saranno introdotte innovazioni nei processi assistenziali** e ancora più difficilmente sarà premiata la qualità dell'assistenza.

- 3. Il supporto all'auto-cura.** Nelle malattie croniche il paziente diventa il protagonista attivo dei processi assistenziali. **La gestione di queste malattie può essere insegnata alla maggior parte dei pazienti.**
- 4. L'organizzazione del team.** La struttura del team assistenziale (MMG, inf., ecc.) deve essere modificata, **separando l'assistenza ai pazienti acuti dalla gestione programmata ai pazienti cronici.** Il MMG tratta i pazienti acuti, interviene nei casi cronici complicati,. L'inf. è formato per supportare l'auto-cura dei pazienti ed assicurare la programmazione e lo svolgimento del follow-up dei pazienti. **La visita programmata è uno degli aspetti più significativi della nuova organizzazione.**

- 5. Il supporto alle decisioni.** L'adozione di linee-guida basate sull'evidenza forniscono **gli standard per fornire un'assistenza ottimale ai pazienti cronici.**
- 6. I sistemi informativi.** I sistemi informativi computerizzati svolgono tre importanti funzioni:
- 1) come **sistema di allerta** che aiuta i team delle cure primarie ad attenersi alle linee-guida;
 - 2) come **feedback per i medici**, mostrando i loro livelli di performance nei confronti degli indicatori delle malattie croniche, come i livelli di emoglobina A1c e di lipidi;
 - 3) come **registri di patologia** per pianificare la cura individuale dei pazienti.

LA CRONICITA'

E' un evento ineludibile ma tramite la clinical governance è possibile ridurre la variabilità dell'offerta, abbattere i costi e migliorare la qualità della vita

AZIONI DA INTRAPRENDERE

- Costituzione ,a livello aziendale, di gruppi di lavoro multiprofessionali per ciascuna patologia;
- Implementazione dei servizi territoriali per la presa in carico dei pazienti con patologie croniche;
- Definizione di percorsi condivisi territorio-ospedale-territorio;
- Informazione e formazione continua dei professionisti
- Valorizzazione delle nuove figure sanitarie infermieristiche
- Implementazione sistema informativo

PUNTI DI FORZA DEL CHRONIC CARE MODEL

- Sviluppo del lavoro in team
- Promozione del self-care per consentire al paziente di conoscere e gestire meglio la propria malattia (Empowerment)
- Utilizzo di linee guida e percorsi diagnostico-terapeutici ispirati all'evidence-based medicine
- Presa in carico del paziente con garanzia della continuità delle cure

RISULTATI ATTESI

- Diminuzione della frequenza delle riacutizzazioni
- Riduzione dei ricoveri impropri
- Riduzione della disomogeneità nell'erogazione dei servizi socio-sanitari
- **Migliorare la qualità di vita del paziente affetto da patologie croniche**

PAROLE CHIAVE

- RESPONSABILITA'
- INTEGRAZIONE
- MULTIDISCIPLINARIETA'
- VALORIZZAZIONE
- PROFESSIONALITA'
- QUALITA'

VALORE AGGIUNTO AL SISTEMA

- Migliore allocazione delle risorse
- Maggiore appropriatezza nella prescrizione di esami di diagnostica strumentale e di laboratorio
- Migliorare il clima interno attraverso il maggior coinvolgimento di tutto il personale
- Aumentare l'efficacia e l'efficienza