

LA GESTIONE INTEGRATA DELLA CRONICITÀ

Il Piano Nazionale della Cronicità, messo a punto dalla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute e condiviso con le Regioni, prende le mosse dall'attuale contesto di riferimento, caratterizzato dal progressivo invecchiamento della popolazione nei Paesi ad economia avanzata.

Questo fenomeno ha determinato una profonda trasformazione degli scenari di cura in seguito al progressivo incremento delle malattie ad andamento cronico, spesso presenti contemporaneamente nello stesso individuo, che si distinguono dalle patologie ad andamento acuto per alcune caratteristiche:

- insorgenza graduale nel tempo;
- eziopatogenesi multipla e non sempre identificabile;
- cura continua e non risolutiva;
- necessità di assistenza sanitaria a lungo termine per migliorare la qualità di vita.

A livello globale le malattie croniche sono responsabili dell'86% di tutti i decessi e di una spesa sanitaria di 700 miliardi di euro; nel 2020 rappresenteranno l'80% di tutte le patologie del mondo.

In Italia la percentuale di persone di età superiore ai 65 anni sul totale della popolazione è pari al 21,2%; il 51% della spesa per i ricoveri ospedalieri è attribuita a questa fascia di età (dati SDO Ministero della Salute) e sempre nella stessa fascia si concentra anche il 60% della spesa farmaceutica territoriale. La spesa pro capite di un assistito di età superiore a 75 anni è stimata 11 volte superiore a quella di una persona appartenente alla fascia di età 25-34 anni.

Gli obiettivi

Obiettivo fondamentale del Piano è "quello di contribuire al miglioramento della tutela per le persone affette da malattie croniche, riducendone il peso sull'individuo, sulla sua famiglia e sul contesto sociale, migliorando la qualità della vita, rendendo più efficaci ed efficienti i servizi sanitari in termini di prevenzione e assistenza e assicurando maggiore uniformità ed equità di accesso ai cittadini".

Il Piano pone l'accento sulla necessità di una

migliore organizzazione dei Servizi e una maggiore responsabilizzazione di tutti gli interlocutori, compresa la persona con cronicità, allo scopo di prevenire o ritardare il più possibile l'insorgenza delle complicanze.

In questa cornice il Piano identifica come elementi chiave di gestione della cronicità: l'aderenza, l'appropriatezza, la prevenzione, le cure domiciliari, l'informazione, l'educazione, l'empowerment, la conoscenza e la competenza.

Le patologie croniche

Le cronicità approfondite nella seconda parte del Piano sono state individuate attraverso criteri quali la rilevanza epidemiologica, la gravità, l'invalidità, il peso assistenziale ed economico, le difficoltà di diagnosi e di accesso alle cure, e sono le seguenti:

- artrite reumatoide e artriti croniche in età evolutiva;
- malattie renali croniche in età evolutiva e insufficienza renale cronica;
- malattia di Crohn e rettocolite ulcerosa;
- insufficienza cardiaca cronica;
- malattia di Parkinson e parkinsonismi;
- insufficienza respiratoria cronica in età evolutiva e BPCO;
- ipertensione;
- malattie allergiche;
- asma bronchiale in età evolutiva;
- diabete.

La presa in carico dei pazienti cronici

Al crescere della cronicità e della disabilità, aumenta la domanda di servizi sanitari per i soggetti fragili. Il Piano ridisegna la presa in carico dei pazienti cronici riconoscendo come elementi fondamentali:

- l'ospedale, concepito come uno snodo di alta specializzazione del sistema di cure per la cronicità, che interagisca con la specialistica ambulatoriale e con l'assistenza primaria;
- una forte integrazione tra l'assistenza primaria, centrata sul medico di medicina generale, il pediatra e le cure specialistiche;
- la continuità assistenziale, modulata sulla base dello stadio evolutivo e sul grado

di complessità della patologia e l'ingresso quanto più precoce della persona con malattia cronica nel percorso diagnostico-terapeutico multidisciplinare;

- il potenziamento delle cure domiciliari e la riduzione dei ricoveri ospedalieri, anche attraverso l'uso di tecnologie innovative di "tecnoassistenza";
- piani di cura personalizzati, che assicurino un differenziamento dei pazienti in base alla loro fase di storia naturale della malattia, e *Chronic Care Model* integrativi, che garantiscano un approccio "proattivo" tra i professionisti della salute e i pazienti stessi.

I criteri di valutazione

Facendo riferimento alla cornice disegnata dal Patto per la Salute, dai Livelli Essenziali di Assistenza, dal Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (SIVeAS), dal Programma nazionale per la promozione permanente della qualità nel Servizio Sanitario Nazionale (PROQUAL), dal Programma Nazionale Esiti (PNE), dalle iniziative e attività dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), dal Sistema Nazionale per le Linee Guida, dall'Osservatorio nazionale buone pratiche per migliorare la sicurezza del paziente, il Piano Nazionale della Cronicità prevede che il sistema di valutazione debba essere orientato su tre focus principali:

- il paziente-persona e il suo progetto individuale di salute "globale" costruito attraverso un "Patto di Cura" personalizzato e condiviso che consideri non solo la sua condizione clinica ma anche il contesto di vita in cui la malattia viene vissuta;
- gli esiti effettivamente raggiungibili nella storia del paziente ma anche i processi attivati, dato che alcune misure nel breve-medio periodo sono leggibili come misure di processo e come esiti intermedi (*intermediate outcome*);
- il sistema organizzativo sociosanitario, vale a dire quanto l'organizzazione riesca effettivamente ad attivare "leve di sistema" (politiche, strategiche, gestionali, organizzative, operative, etc) capaci di ottenere risultati validi sui pazienti e sulle loro storie.

La prevenzione: un alleato nella gestione del paziente cronico

A colloquio con **Walter Ricciardi**

Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità

La prevenzione, sia primaria che secondaria, è uno degli elementi chiave della gestione delle persone con malattie croniche: quali strategie sono state messe in atto per la promozione di stili di vita corretti?

Alla base delle principali malattie croniche ci sono fattori di rischio comuni e modificabili: una dieta non sana (l'eccessivo consumo di zuccheri prima di tutto), una scarsa attività fisica, l'eccesso di peso (che sta diventando una vera epidemia), il consumo di tabacco e di alcol.

Questi fattori, provocando l'aumento della pressione sanguigna, del glucosio nel sangue, dei lipidi e dell'obesità, sono fra le cause principali delle malattie croniche più importanti. L'OMS ha individuato anche nella transizione nutrizionale, cioè nell'acquisizione da parte dei Paesi più poveri – o degli strati sociali più poveri all'interno dei Paesi ricchi – di abitudini nutrizionali non sane, un fattore di rischio importante causato dalla globalizzazione.

Un altro fattore che influisce sulla salute delle popolazioni è rappresentato dalle scelte politiche che i singoli governi attuano su temi quali l'alimentazione, l'agricoltura, il commercio, la pubblicità, i trasporti e l'urbanizzazione.

Per una sensibilizzazione più incisiva su questi temi, l'Organizzazione Mondiale della Salute ha messo a punto nel 2006 la *'Gaining health'*, una strategia europea per la prevenzione e il controllo delle malattie croniche. Da questa ha preso spunto il progetto italiano *'Guadagnare salute'*, a cura del Ministero della Salute, approvato dal Consiglio dei Ministri il 16 febbraio 2007, in cui si è ribadita l'importanza di prevenire quattro fattori di rischio: l'alimentazione, l'attività fisica, il fumo e l'alcol.

Quali altre azioni sono importanti per gestire al meglio le patologie croniche?

Oltre alla prevenzione, sono essenziali diagnosi precoce, trattamenti efficaci e nuovi modelli assistenziali che si basino sulla centralità della persona, sulla continuità e integrazione delle cure, sull'accesso regolare ai servizi sanitari, su un patto di cura/fiducia tra il paziente e il personale sanitario.

È necessario un vero e proprio cambio di paradigma, in grado di condurre a una gestione integrata che preveda il passaggio da una sanità di attesa alla sanità d'iniziativa; un'organizzazione delle cure primarie basata su team multidisciplinari; l'empowerment

delle persone con malattie croniche; l'integrazione ospedale-territorio e quella sociosanitaria.

Così come il lavoro in team è riconosciuto come uno degli elementi essenziali per una buona qualità della cura per le persone con malattie croniche, il lavoro condiviso, lo scambio di dati, informazioni e buone pratiche deve essere considerato uno degli elementi essenziali per una strategia di successo contro le malattie croniche e la multimorbidità.

Il summit europeo sulle malattie croniche, svoltosi a Bruxelles il 3 e 4 aprile 2014, ha sottolineato la necessità di uno sforzo comune, a livello europeo, per ottimizzare risorse ed energie, e nelle sue conclusioni sono stati identificati i temi principali per una risposta complessiva contro le malattie croniche.

In Italia il 15 settembre 2016 è stato approvato in Conferenza Stato-Regioni il Piano Nazionale Cronicità, che sottolinea l'importanza della prevenzione sia primaria che secondaria e fornisce indicazioni per:

- contribuire al miglioramento della qualità di vita e di cura delle persone con malattie croniche;
- assicurare uniformità ed equità di accesso ai servizi;
- armonizzare a livello nazionale le attività in questo campo;
- individuare un disegno strategico comune, un approccio centrato sulla persona, una migliore organizzazione dei servizi, la responsabilizzazione di tutti gli attori.

In una strategia di gestione della cronicità, come può essere sostenuto e rilanciato il ruolo della vaccinazione come risorsa di prevenzione fondamentale per proteggere i pazienti cronici che spesso sono anche pazienti 'fragili'?

La prevenzione delle malattie infettive mediante la vaccinazione dei soggetti affetti da patologie croniche costituisce una priorità di salute pubblica in molti Paesi a elevato livello di sviluppo socioeconomico. In tali aree, tra cui l'Italia, le persone con condizioni mediche di base sono protette dall'effetto indiretto dell'*herd immunity* (immunità di gregge) raggiunta in diversi programmi di vaccinazione dell'infanzia. Nell'ultimo decennio, tuttavia, si sta assistendo a un fenomeno paradossale legato al successo stesso di alcune vaccinazioni (per esempio, quelle contro la pertosse, lo pneumococco, l'emofilo, etc), con un decremento delle coperture vaccinali e quindi un aumentato rischio da parte dei gruppi più fragili di contrarre infezioni target di interventi vaccinali ormai consolidati (per lo spostamento dell'età di prima infezione, il decadimento dell'immunità acquisita, l'immunosenescenza, etc).

In taluni casi esistono evidenze che i gruppi più fragili vengono vaccinati peggio sia per il timore di false controindicazioni che per la difficoltà di raggiungerli efficacemente. Per la tutela della salute dei pazienti cronici è quindi cruciale proteggere individualmente, attraverso programmi specifici, anche i soggetti ap-

partenenti alle categorie a rischio di sviluppare forme gravi e/o complicanze di malattie che non rappresentano invece una seria minaccia per la popolazione sana.

Le peculiarità cliniche e immunologiche dei pazienti cronici, nonché i trattamenti terapeutici specifici a cui sono sottoposti, possono condizionare l'efficacia del vaccino (per esempio, la risposta immunitaria insufficiente o poco specifica o di breve durata) o la sua sicurezza con controindicazioni temporanee o permanenti alla somministrazione. Vaccinare pazienti affetti da alcune patologie croniche richiede, ad esempio, dosi aggiuntive di vaccino, diversi calendari o formulazioni vaccinali a differente contenuto antigenico rispetto a quanto previsto dalle relative schede di registrazione.

La presenza di medici non sufficientemente formati sulle vaccinazioni e su quali siano i vaccini raccomandati nelle diverse categorie di rischio può rappresentare un ostacolo al raggiungimento di coperture vaccinali ottimali in queste categorie. Tutto questo determina un clima di diffidenza verso le vaccinazioni, che si traduce in un pericoloso atteggiamento di "esitazione vaccinale", che ha determinato un calo delle coperture vaccinali. Un esempio è la copertura vaccinale per l'influenza che dal 2005, quando ha raggiunto il 68%, ad oggi ha subito un progressivo calo fino ad arrivare al 50% nella stagione 2015-2016. Le ragioni di questo calo sono rappresentate da un'inadeguata comunicazione sia del personale sanitario sia dei mezzi di comunicazione, che spesso presentano il tema delle vaccinazioni ponendo sullo stesso piano le osservazioni scientifiche e le opinioni personali. In quest'ottica, l'approccio basato sulla percezione emotiva prevale sempre su quello della ragione.

Per la promozione delle vaccinazioni è quindi necessario migliorare la formazione del personale e la comunicazione, sia con la famiglia sia direttamente con i soggetti con fragilità, e identificare i soggetti in base alla categoria di rischio, che sono già stabilmente in contatto con il Servizio Sanitario.

Nei pazienti cronici è fondamentale attivare canali di comunicazione stabili fra Servizi vaccinali, pediatri di libera scelta, medici di medicina generale, reparti specialistici di ospedali, ambulatori specialistici territoriali, altre strutture dei distretti sociosanitari e le associazioni di pazienti per una offerta corretta. Inoltre, per monitorare l'efficacia delle strategie adottate è essenziale raccogliere il dato relativo alle coperture vaccinali che spesso per queste categorie non sono disponibili.

Molte vaccinazioni sono di cruciale importanza per la prevenzione di malattie gravi anche nella popolazione anziana. In effetti, la popolazione anziana comprende fasce di età molto ampie e stati di salute che vanno dall'ottimo al molto compromesso. In ogni caso, le vaccinazioni indicate per i soggetti al di sopra dei 65 anni trovano giustificazione e forte raccomandazione in tutti i possibili stati di salute del soggetto.

Il DPCM sui nuovi Livelli Essenziali di Assistenza permette di garantire la gratuità delle vaccinazioni previste dal Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale per i soggetti a rischio di tutte le età. ■ ML

Piano Nazionale della Cronicità: quello che resta da fare

A colloquio con **Antonio Gaudio**

Segretario Generale Cittadinanzattiva

Il Piano Nazionale della Cronicità approvato nei mesi scorsi ridisegna la presa in carico dei pazienti cronici, pazienti complessi e spesso fragili: quali sono le principali criticità a cui deve dare risposta?

Con il Piano Nazionale della Cronicità si passa finalmente da una medicina d'attesa ad una medicina d'iniziativa. Si punta alla cura integrata, ovvero all'idea che la presa in carico debba essere globale, a 360 gradi, e che il paziente deve essere al centro di tutto. Questa idea di assistenza globale parte dal presupposto che è necessario coinvolgere tutti gli operatori, medici di medicina generale e specialisti, realizzando una copertura totale in termini di servizi.

Tuttavia non mancano le zone d'ombra: in primo luogo, il paziente cronico viene considerato ancora in maniera troppo frammentaria, ossia l'esatto contrario del principio di centralità del malato e dei suoi bisogni. Per migliorare la qualità di vita dei pazienti occorre semplificare la burocrazia e assicurare un accesso ai servizi continuativo, aspetto questo molto sentito dalle famiglie che ne avvertono le carenze.

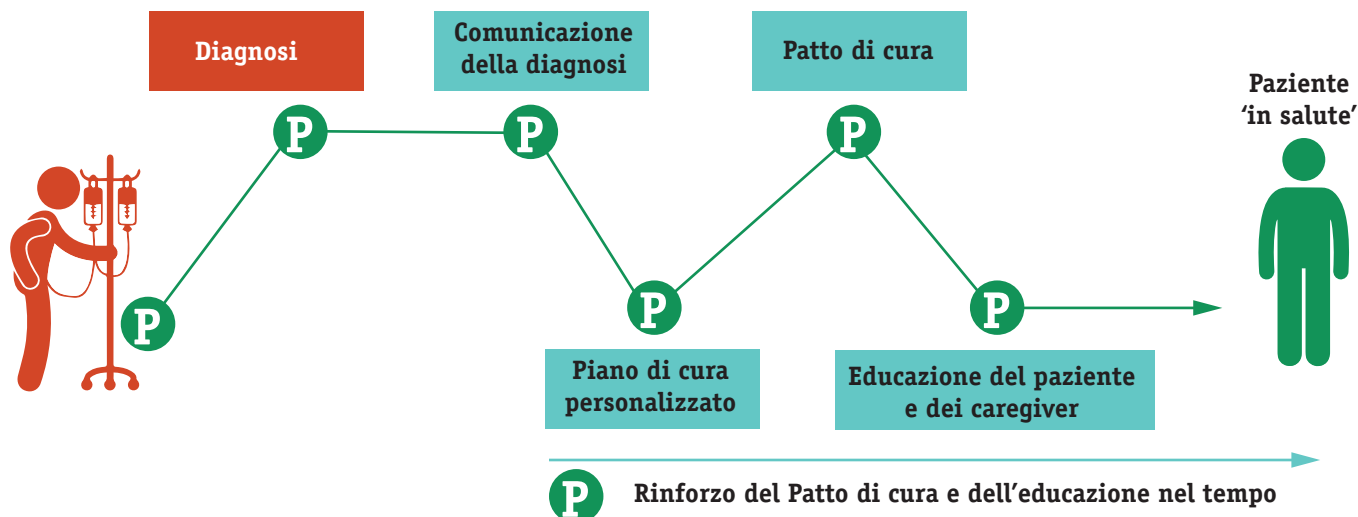
Un'altra criticità è rappresentata dalla disomogeneità dell'assistenza: di buon livello al Nord, mediocre al Centro, carente al Sud. Servono inoltre trasparenza e velocizzazione dell'accesso all'innovazione, altro tema tanto delicato. Nel momento in cui le evidenze scientifiche dimostrano l'efficacia e la sicurezza dei nuo-

vi farmaci per i pazienti con patologie pesantemente invalidanti, la loro approvazione, registrazione, rimborsabilità e accesso dovrebbero essere rese quanto più veloci possibile. Il Piano rappresenta in ogni caso un passo in avanti e va nella direzione giusta anche perché nella sua elaborazione sono stati coinvolti tutti gli interlocutori di riferimento.

Quanto sono importanti la centralità e l'empowerment del paziente cronico nel percorso di assistenza? In che misura vengono favoriti dal nuovo Piano?

Centralità ed empowerment del paziente sono fondamentali. Nel Piano si punta alla presa in carico integrata della persona che significa appunto centralità, si fa espresso riferimento al *Chronic Care Model*, si punta all'empowerment e all'educazione terapeutica. L'empowerment ha a che fare con la responsabilizzazione del paziente, condizione necessaria per garantire la migliore aderenza terapeutica possibile. Empowerment significa soprattutto essere consapevoli e utilizzare al meglio i servizi che il sistema sanitario mette a disposizione; un paziente consapevole e responsabile conosce e utilizza al meglio tutti i servizi disponibili. Il miglior utilizzo si traduce anche in un risparmio per il Servizio Sanitario Nazionale. L'empowerment è molto di più della semplice informazione, è ascolto e coinvolgimento attivo dei pazienti nei percorsi di cura, fino alla costruzione di percorsi personalizzati. Una cura a misura di singolo paziente lo aiuta a stare meglio, migliora la qualità della sua vita, fa risparmiare il Servizio Sanitario Nazionale e rende più appropriati gli interventi. Il Piano parla esplicitamente di questi aspetti e punta sulla promozione di Piani di cura personalizzati e Patti di cura. Per questo va valutato positivamente nel suo impianto e nelle linee generali. ■ ML

Modello di percorso assistenziale che vuole porsi anche come uno strumento di empowerment del paziente. Modificata da: Piano Nazionale della Cronicità, 2016.



Pazienti cronici anziani: grazie ai nuovi LEA più facile l'accesso ai vaccini

A colloquio con **Michele Conversano**
Presidente Happy Ageing

Quali sono le malattie infettive che possono complicare il quadro clinico del paziente anziano fragile, affetto da malattia cronica e come possiamo prevenirle?

Un paziente anziano è spesso un paziente fragile perché caratterizzato da un quadro di comorbidità, vale a dire dalla presenza di una o più malattie croniche. Inoltre, nella persona anziana si manifesta il fenomeno dell'immunosenescenza, caratterizzato dall'indebolimento del sistema immunitario che rende l'organismo meno reattivo e di conseguenza maggiormente suscettibile alle malattie infettive, *in primis* l'influenza, che può provocare importanti complicazioni in quanto interviene in un quadro di cronicità cui è associato l'indebolimento delle difese immunitarie.

Altre patologie infettive che possono colpire gli anziani sono quelle da pneumococco, quali le polmoniti ma anche le meningiti e le meningo-encefaliti o la sepsi. Secondo i dati dell'ultimo rapporto pubblicato dall'Istituto Superiore di Sanità sulle malattie batteriche invasive per il periodo 2011-2016, i casi di sepsi e meningiti in soggetti con più di 64 anni sono stati circa 400 nel 2011, 700 nel 2015 e 560 nel 2016. Altra importante malattia infettiva peculiare dell'anziano è l'herpes zoster.

Tutte queste malattie possono essere prevenute attraverso le vaccinazioni: non solo quella antinfluenzale, da eseguire ogni anno, ma anche quella antipneumococcica e contro l'herpes zo-

ster, da eseguire una sola volta nella vita. Tutti e tre questi vaccini rientrano nel nuovo Piano Nazionale Vaccini e, grazie al loro inserimento nei nuovi Livelli Essenziali di Assistenza, possono essere offerti gratuitamente dalle Regioni alle persone a rischio per età o per condizione di patologia.

In che misura oggi i Dipartimenti di Prevenzione intervengono in una gestione integrata del paziente anziano con malattia cardiovascolare e metabolica?

Siamo ancora lontani da una sinergia dei Dipartimenti di Prevenzione nella gestione integrata del paziente anziano e purtroppo quel poco che si fa non avviene in maniera uniforme sul territorio nazionale.

Le esperienze in tal senso sono davvero limitate, per esempio in Umbria e in Puglia, ma nell'insieme al percorso di diagnosi, cura e riabilitazione non si affianca quasi mai il necessario percorso di prevenzione. Un paziente anziano fragile, oltre che riguardo alla diagnosi, alle terapie e alla riabilitazione, dovrebbe essere preso in carico anche per attuare un corretto stile di vita, con un'adeguata alimentazione e attività fisica, che possono migliorare la prognosi e lo stato di malattia.

È una priorità da attuare, una scommessa per il futuro: oggi l'obiettivo è aumentare il più possibile la sopravvivenza, ma c'è una notevole differenza tra semplice aspettativa di vita e aspettativa di vita in salute e il fattore decisivo è la prevenzione. Ci si può domandare perché, considerata l'importanza della prevenzione, questa non venga inserita nel percorso assistenziale. La risposta è semplice: mancano risorse da destinare a investimenti e organizzazione. Le ricadute di un simile intervento impatterebbero positivamente sia in termini di salute sia in termini economici. ■ ML



La gestione integrata del paziente anziano diabetico

Il diabete comporta una riduzione dell'aspettativa di vita di 7,5 anni negli uomini e di 8,2 anni nelle donne e rappresenta l'ottava più importante causa di morte nel mondo.

In Europa le persone con diabete sono 52 milioni ovvero un adulto su 13 e la prevalenza è in crescita: si prevede che le persone affette da diabete nel 2035 saranno circa 69 milioni.

In Italia è affetto da diabete mellito il 5,4% della popolazione: secondo le stime dell'International Diabetes Federation gli italiani con diabete (fascia d'età 20-79 anni) sono circa 3.516.000. Altri 1.195.000 diabetici non sanno di esserlo: sono proprio loro le persone a maggior rischio di sviluppare complicanze gravi e costose per il sistema sanitario.

In Italia solo un paziente diabetico su 3 è adeguatamente controllato: di conseguenza, le complicanze del diabete — cardiovascolari, renali, oculari — determinano un altissimo impatto economico per il SSN con costi complessivi, diretti e indiretti, stimati in 20,3 miliardi di euro l'anno. Claudio Cricelli, Domenico Mannino e Giorgio Sesti discutono con noi su questo tema.

Diabete: medico di medicina generale 'registra' dell'assistenza ai pazienti diabetici sul territorio?

A colloquio con **Claudio Cricelli**
Presidente SIMG - Società Italiana di Medicina Generale

Come indicato dal Piano Nazionale Diabete, il medico di medicina generale ha un ruolo determinante nella gestione della patologia diabetica. In che misura riesce a svolgere pienamente quanto previsto dal Piano?

Il Piano Nazionale Diabete esprime le migliori intenzioni e rappresenta uno standard di indicazioni ideali al quale i medici di medicina generale debbono tendere: purtroppo sono numerose le difficoltà che si frappongono tra le indicazioni del Piano, che abbiamo contribuito a redigere, e la loro attuazione. Il documento indica con puntualità la necessità di traghettare sul territorio le cure della persona diabetica ma il medico di medicina generale non sempre è messo nelle condizioni di svolgere quanto occorre per prendere in carico i pazienti diabetici. Allo stato attuale il medico di medicina generale è in grado di gestire solo un 70% di pazienti diabetici semplici, che non sono in cura presso i Centri

per il diabete, ma non i diabetici complessi e questo soprattutto perché risultano ancora carenti la comunicazione con il Centro specialistico, la raccolta dei dati clinici per il monitoraggio della malattia e l'accesso ad esami per il controllo del diabete. Inoltre vi è l'impossibilità di fatto di prescrivere i farmaci innovativi. L'assistenza al paziente diabetico richiederebbe invece forte integrazione tra i diversi punti di erogazione delle prestazioni sanitarie, una logica di rete, un ruolo centrale dell'assistito lungo tutto il percorso di cura e un PDTA.

Quali sono gli ostacoli più importanti alla piena applicazione del modello di gestione integrata da parte dei medici di medicina generale?

I diabetici sono pazienti molto diversi tra loro e complessi. Un'organizzazione sanitaria non integrata, basata esclusivamente sull'erogazione di prestazioni da parte di strutture diverse e scollegate, non è in grado di realizzare un'efficace ed efficiente cura del diabete. Tre sono le categorie di ostacoli che si frappongono all'applicazione del modello di gestione integrata da parte del medico di medicina generale:

- ostacoli organizzativi: il Piano prevede che il medico lavori in gruppo e con funzioni evolute, ma queste condizioni si realizzano solo in alcune realtà del Paese;
- coordinamento: manca la volontà di creare sistema con i Centri per la cura del diabete, ai quali si ricorre solo quando non è possibile curare il diabetico sul territorio;
- mancata pianificazione: nonostante il Piano Nazionale Diabete lo indichi in modo esplicito, non esiste un percorso di cura per il paziente diabetico, che non viene seguito in maniera accurata e appropriata e, appunto, inviato ai Centri anche quando non sarebbe necessario.

Tutto questo comporta un sovraccollamento dei Centri per il diabete, lunghe liste d'attesa e un aumento della spesa. L'unica soluzione è un'effettiva presa in carico, anche questa esplicitata dal Piano Nazionale Diabete: ogni paziente andrebbe gestito in contatto con gli specialisti dal medico di medicina generale, che dovrebbe avere un suo programma nel quale definire quando ricorrere al centro specialistico, quando e a chi prescrivere i farmaci innovativi.

In sintesi, la criticità più grave è proprio la mancanza di un percorso diagnostico terapeutico condiviso, che garantisca un flusso assistenziale omogeneo a livello nazionale e appropriato rispetto ai bisogni dei pazienti, come proposto dal Piano Nazionale Diabete.

In tal senso la medicina generale andrebbe inserita in una rete professionale multilivello, in cui implementare il modello organizzativo plurispecialistico e pluriprofessionale, che indirizzi la gestione globale del singolo paziente e della popolazione affetta da questa patologia. ■ ML

Diabete: costi per le complicanze in aumento

A colloquio con **Domenico Mannino**

Presidente eletto AMD, Associazione Medici Diabetologi

Negli ultimi decenni la ricerca scientifica ha portato ad un notevole arricchimento dell'armamentario terapeutico per la cura del diabete: in 30 anni si è passati da 2 a 7 classi di farmaci orali, con meccanismi d'azione altamente innovativi. Eppure i dati evidenziano un utilizzo ancora molto alto di vecchi farmaci e un accesso limitato alle nuove terapie. Può spiegarci il motivo?

Il dato circa il maggior utilizzo dei vecchi farmaci rispetto ai nuovi, è assolutamente realistico e confermato da numerose evidenze tra cui lo studio ARNO.

L'uso dei farmaci per la cura del diabete è talvolta incongruo ed è riconducibile al fenomeno definito "inerzia terapeutica", dovuto da un lato alle difficoltà di tipo organizzativo, perché riuscire a individuare il paziente giusto cui prescrivere il farmaco giusto richiede tempo e non è semplice, a volte al comportamento dello specialista, che è indotto per vari motivi ad atteggiamenti di tipo conservativo non intervenendo con la necessaria tempestività. Vi è poi il problema della prescrizione dei farmaci innovativi, riservata attualmente allo specialista diabetologo. I nuovi farmaci, alcuni dei quali in realtà ormai prossimi alla scadenza brevettuale, sono soggetti al Piano terapeutico e così, pur essendo efficaci, anche rispetto alle complicanze del diabete, e sicuri, in quanto non provocano ipoglicemia, non vengono utilizzati nella misura opportuna. L'obiettivo del Piano terapeutico è contenere la spesa farmaceutica ma in questo modo si rischia di negare a molti pazienti l'accesso alle terapie più efficaci e con miglior profilo di sicurezza, con conseguente possibile aumento della spesa per il trattamento delle complicanze.

Quali sono gli ostacoli più importanti per i Centri di diabetologia rispetto alla piena attuazione del modello di gestione integrata?

Il vero problema rispetto all'applicazione del modello di gestione integrata è rappresentato dalla presenza di tanti modelli di assistenza quante sono le Regioni, con differenze persino all'interno di una singola Regione.

Quello che accade è che l'assistenza integrata per il diabete viene meglio realizzata al centro-nord, dove esistono già modelli di integrazione assistenziale anche per altre patologie croniche mentre in altre numerose realtà l'assistenza diabetologica è ancora lasciata a modelli improvvisati. Poi ci sono ostacoli di tipo

prettamente organizzativo. Il sistema "Hub&Spoke" funziona per particolari patologie, è molto meno efficace per una patologia cronica come il diabete, che richiede l'integrazione di un sistema di assistenza capillare organizzato su più livelli. Gli organismi regolatori dovrebbero rendersi conto che l'assistenza a una persona con diabete è qualcosa di profondamente diverso, che richiede risorse, personale, tempistiche e organizzazione, mentre al momento in alcune realtà non si riesce nemmeno a mettere in rete specialisti e medici di medicina generale. ■ ML

Diabete: cresce la mortalità per le complicanze

A colloquio con **Giorgio Sesti**

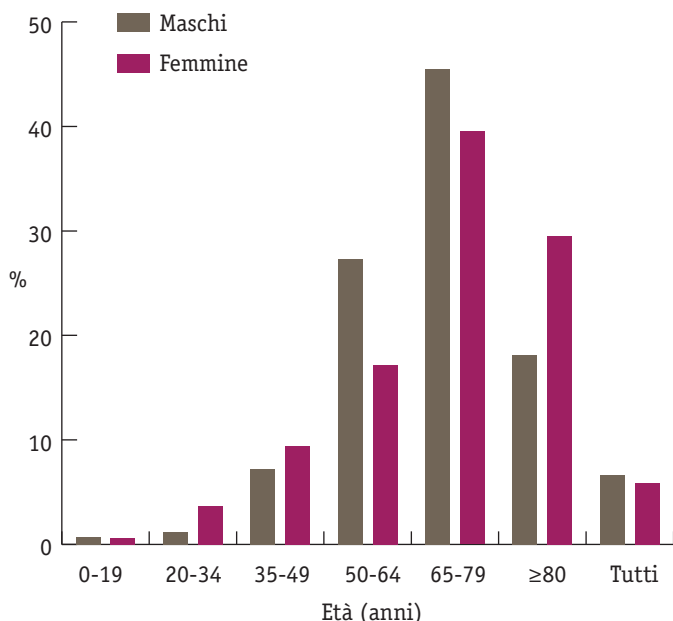
Presidente della Società Italiana di Diabetologia

Qual è l'impatto sociale ed economico del diabete in Italia e quali sono le prospettive future?

La malattia diabetica ha un impatto drammatico sia dal punto di vista sociale che economico. Si tratta di una patologia molto complessa, che non coinvolge solo la vita del paziente in tutti i suoi aspetti ma l'intero nucleo familiare.

Non meno gravoso è l'impatto economico, basti dire che i costi indiretti legati al welfare ammontano a ben 12 miliardi di euro, quattro volte i costi diretti, che sono di circa 3 miliardi. Inoltre, a differenza di quel che sta accadendo per le patologie oncologiche e per quella cardiovascolare, dove si registra un calo dei decessi, nel diabete la mortalità è in aumento. Uno studio del Global Burden Disease, pubblicato nel 2016 su *Lancet* e che ha preso in esame più di 200 patologie, sottolinea come il diabete, che nel 1990 era al 27° posto come causa di morte, sia salito dal 18° nel 2005 al 15° nel 2015. Peraltro, mentre il trend di mortalità per le altre patologie che precedono il diabete è in forte diminuzione, la mortalità per malattia diabetica è cresciuta del 25%.

Siamo di fronte ad una emergenza che non è esagerato paragonare a quella vissuta con l'AIDS. Le prospettive sono in parte migliorate e potrebbero migliorare ancora soprattutto grazie alla disponibilità di farmaci innovativi efficaci, agli avanzamenti delle tecnologie allo studio (come quella del pancreas artificiale) e ai dispositivi che consentono misurazioni della glicemia sempre più accurate. Tutto questo consente di trattare molto bene il diabete e di tenere sotto controllo i suoi effetti sul sistema cardiovascolare. Ma c'è purtroppo una zona grigia rappresentata dalle carenze nella diagnosi precoce: in Italia oltre un milione di persone diabetiche non sa di esserlo o non si cura. Molte persone arrivano dal diabetologo quando si sono già manifestate le complicanze. A questo proposito sarebbe opportuno mettere in campo campagne di educazione e sensibilizzazione come si fa per altre patologie.



Prevalenza del diabete in funzione dell'età e del genere secondo i dati dell'Osservatorio ARNO 2015

Un'attenzione a parte meriterebbe il diabete giovanile, che richiede un'assistenza particolare ed è anch'esso in aumento.

Come viene applicato il modello di gestione integrata previsto dal Piano Nazionale Diabete? Ci sono delle disomogeneità nelle diverse realtà regionali?

Il Piano Nazionale Diabete, che prevede la gestione integrata del paziente diabetico, è stato approvato da tutte le Regioni, ma solo alcune lo hanno effettivamente applicato e nemmeno in queste viene attuato in modo omogeneo perché non poche ASL lo hanno disatteso. I dati disponibili dimostrano che, laddove viene attivata la gestione integrata coinvolgendo il Centro per la cura del diabete, la sopravvivenza dei pazienti aumenta, in quanto il paziente non viene perso al follow-up.

La disomogeneità che si riscontra a livello regionale è dovuta al fatto che solo certe Regioni hanno investito risorse adeguate, da destinare al personale e soprattutto alla creazione della rete informatica, strumento cruciale in quanto permette un dialogo costante tra il medico di medicina generale e il Centro per la cura del diabete e la condivisione delle informazioni cliniche relative ai pazienti.

Purtroppo, se i Centri per la cura del diabete non solo non vengono sostenuti ma, come sta avvenendo, vengono depotenziati o addirittura chiusi e se la rete informatica per la condivisione dei dati clinici non è sviluppata, è inevitabile che saremo sempre meno in grado di assicurare un adeguato controllo metabolico dei nostri pazienti, con tutte le conseguenze immaginabili. ■ ML

La gestione a lungo termine del paziente dopo un evento coronarico acuto

In Italia ogni anno si registrano oltre 135.000 eventi coronarici acuti, dei quali un terzo risulta fatale. Nei primi due anni successivi al primo infarto la probabilità di essere nuovamente ricoverati è superiore al 60% dei casi e il 30% di questi casi è dovuto ad una nuova sindrome coronarica acuta.

Uno dei problemi sanitari maggiori nella gestione dei pazienti con sindrome coronarica acuta, che sono a tutti gli effetti pazienti cronici, è l'abbandono delle cure dopo l'episodio acuto. Secondo le ultime rilevazioni, entro i due anni successivi all'infarto, almeno la metà dei pazienti smette di assumere i farmaci prescritti per la prevenzione di un nuovo evento. Per superare questa criticità sarebbe opportuna una gestione integrata e una presa in carico del paziente già al momento della sua dimissione dall'Unità di Terapia Intensiva Cardiologica (UTIC) per impostare e concordare la strategia terapeutica più efficace e meglio tollerata dal paziente, sulla base del suo profilo di rischio. Ne abbiamo parlato con Raffaele Calabrò, Francesco Fedele e Giuseppe Musumeci.

Sindrome coronarica acuta: informazione, dialogo e percorso a misura di paziente

A colloquio con **Raffaele Calabrò**
Membro XII Commissione Affari Sociali,
Camera dei Deputati

Ritiene che il percorso assistenziale del paziente cronico con sindrome coronarica acuta oggi sia efficiente? Come favorire una migliore integrazione tra tutte le figure socio-sanitarie coinvolte nel suo percorso di assistenza?

In primo luogo, è opportuno ricordare che le malattie ischemiche del cuore rappresentano tuttora la principale causa di morte in Italia con circa 75.000 decessi l'anno e sono quindi uno dei maggiori problemi di sanità pubblica. Negli anni, soprattutto grazie alla cardiologia interventistica, alla migliore conoscenza dei sintomi, alle terapie farmacologiche, abbiamo migliorato la gestione della fase acuta. Il numero crescente di persone che sopravvivono a un infarto accresce ogni anno la popolazione dei pazienti cronici, con esigenze di salute specifiche e complesse. Anche nel

follow-up del paziente dopo l'evento acuto sono stati certamente fatti molti passi in avanti ma siamo ancora lontani da un livello soddisfacente: basta considerare che nel primo anno dopo l'evento coronarico acuto la mortalità extraospedaliera raggiunge il 12%. Non possiamo rassegnarci a questi numeri, a maggior ragione perché oggi abbiamo strumenti terapeutici che potrebbero permetterci di evitare di perdere molti di questi pazienti. La questione è favorire un modello organizzativo costruito intorno alle esigenze di recupero del paziente. Occorre in concreto identificare già a monte della dimissione un iter definito e stabile favorito dalla collaborazione tra Centro e territorio (visite domiciliari, ambulatoriali, controlli telefonici in collaborazione con i medici di medicina generale) nel quale sia da subito chiarito il percorso del paziente sulla base del suo profilo di rischio, impostando una terapia adeguata e informandolo sull'importanza dei controlli e dello stile di vita. Ci devono essere una connessione e un dialogo costanti tra tutte le figure coinvolte – cardiologo interventista, cardiologo riabilitatore, medico di medicina generale – per monitorare l'efficacia della terapia, migliorare la compliance del paziente ed evitare interruzioni premature della terapia. Connessione che oggi, grazie agli strumenti informatici e di telemedicina, può essere assicurata a costi sostenibili e che potrebbe contribuire a ridurre le recidive e i costi correlati.

Un aspetto cruciale dopo un episodio di sindrome coronarica acuta è il raggiungimento dei target terapeutici nel trattamento del colesterolo che richiede, da parte del paziente, aderenza al trattamento, controlli periodici, consapevolezza e gestione dei fattori di rischio: come si possono migliorare questi aspetti? Quali iniziative di informazione le Istituzioni potrebbero promuovere per sensibilizzare i pazienti?

L'educazione del paziente rimane l'aspetto centrale e la premessa per il successo e l'efficacia di ogni percorso assistenziale finalizzato a prevenire un nuovo episodio acuto. Sappiamo che l'eventualità di un secondo infarto è in buona parte correlata a comportamenti e fattori di rischio che possono e debbono essere controllati. Il paziente deve essere reso consapevole in primo luogo dell'importanza di assumere le terapie prescritte e di controllare il raggiungimento dei valori target per il colesterolo e la pressione arteriosa, di seguire una dieta equilibrata, svolgere una moderata attività fisica regolare, evitare fumo e tabacco. Come sensibilizzare i pazienti? Credo che il Servizio Sanitario dovrebbe promuovere attività d'informazione direttamente nel contesto della cura. A mio avviso la partita decisiva si gioca infatti su due scenari: il primo è la dimissione dalla UTIC o dal Centro di Cardiologia dopo l'evento acuto. È in quel momento che il Centro e il medico devono trasferire al paziente avviato verso il recupero della vita quotidiana l'urgenza di modificare il proprio stile di vita, di aderire alla terapia e di controllare i valori fondamentali. Il messaggio

deve avere un tono realistico ma positivo: dopo un infarto si entra nella sfera della cronicità, la vita non è più quella di prima, ma facendosi parte attiva del controllo della propria salute non si pregiudica il futuro e ci si può riappropriare della propria quotidianità. L'altro contesto riguarda invece il medico di medicina generale, che è il primo interlocutore del paziente: è suo compito incoraggiarlo e sostenerlo nello sforzo non facile di reimpostare la vita quotidiana in base alle nuove esigenze di salute, aiutandolo a riconoscere e monitorare i segni e sintomi, conoscere ed eliminare i fattori di rischio, favorire l'aderenza terapeutica. Oltre a informare i pazienti nei luoghi della cura, bisogna quindi lavorare per accrescere la sensibilità e l'impegno del medico per favorire un cambiamento nello stile di vita del paziente e nel *self-care management*. ■ ML

Vita dopo l'infarto, istruzioni per l'uso

A colloquio con **Francesco Fedele**

Presidente FIC - Federazione Italiana di Cardiologia

A seguito di un evento cardiovascolare quali sono le indicazioni che il cardiologo fornisce al paziente per un follow-up efficace?

Al momento della dimissione a seguito di un evento cardiovascolare al paziente vengono forniti due tipi di indicazioni. Il primo riguarda la prevenzione secondaria di un nuovo evento cardiovascolare e consiste in raccomandazioni che riguardano il controllo dei fattori di rischio: mantenere i valori della pressione arteriosa sotto i 140/90 mmHg, ridurre i valori della glicemia in caso di diabete, raggiungere il valore target di 70 mg/dl di colesterolo LDL nei pazienti a rischio più elevato, controllare il peso corporeo facendo attività fisica, seguire la dieta mediterranea, abbandonare il fumo, consumare modicamente alcol.

Il secondo tipo di indicazioni riguarda le indagini strumentali: nel caso si sia verificato un infarto o sia stata eseguita un'angioplastica coronarica, sarà necessario effettuare un'ecocardiogramma per la valutazione funzionale del ventricolo sinistro, un elettrocardiogramma da sforzo per monitorare eventuali alterazioni elettrocardiografiche segno di ischemia residua o, nel caso il paziente abbia avuto un'aritmia, l'Holter elettrocardiografico delle 24 ore per vedere se sono ancora presenti episodi di fibrillazione atriale asintomatica nonostante la terapia.

Nella lettera di dimissione si devono prescrivere non solo le terapie, ma anche gli esami ematochimici, le indagini strumentali, le indicazioni dietetiche e di stile di vita che il paziente deve seguire al fine di creare una sempre più efficace continuità ospedale-territorio. Tutto questo perché è ben noto quanto sia fondamentale il controllo dei fattori di rischio dopo un evento cardiovascolare.

Quali sono le sfide e gli ostacoli da affrontare per raggiungere i valori target di colesterolo indicati dalle linee guida?

Per raggiungere il valore target di colesterolo raccomandato dalle linee guida sono fondamentali due fattori: l'aderenza del paziente alle terapie e un adeguato counselling, da parte del medico, che dovrebbe spiegare al paziente il carattere cronico e degenerativo della sua malattia e, conseguentemente, la necessità di assumere a vita la terapia e di controllare i fattori di rischio. Naturalmente la consapevolezza riguarda anche i medici, che nel rispetto delle linee guida, una volta prescritta la terapia appropriata a base di statine per il controllo del colesterolo, devono monitorare il raggiungimento e il mantenimento dei valori target. E qualora non si riesca a raggiungere il valore target di colesterolo LDL, bisogna cambiare statina o dosaggio o valutare un'associazione di farmaci, aggiungendo alle statine, che agiscono riducendo la produzione di colesterolo endogeno, farmaci come ezetimibe, che inibiscono l'assorbimento del colesterolo a livello intestinale. Uno studio molto importante, IMPROVE IT, che ha coinvolto 18.000 pazienti colpiti da infarto miocardico nell'arco di 7 anni, ha dimostrato come l'associazione statina + ezetimibe riduca non soltanto il colesterolo ma anche nuovi eventi cardiovascolari di un ulteriore 6% rispetto alla terapia con sola statina.

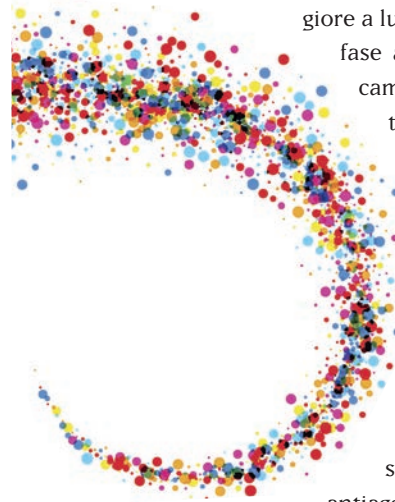
In prospettiva, direi che la sfida si può vincere perché abbiamo i farmaci ma sono necessarie cultura, educazione e informazione ai pazienti, attraverso un dialogo che favorisca la crescita culturale e una maggiore consapevolezza; poi, aspetto da non sottovalutare, servono cardiologi ben preparati. ■ ML

Andamento della cronicità dopo un evento coronarico acuto

A colloquio con **Giuseppe Musumeci**
Presidente della Società Italiana di Cardiologia
Interventistica (SICI-GISE); Direttore SC Cardiologia,
Ospedale Santa Croce e Carle, Cuneo

In che modo il cardiologo può influenzare la prognosi di un paziente subito dopo un evento cardiaco acuto?

Dopo un evento cardiaco acuto il ruolo del cardiologo interventista è determinante per cambiare il profilo di rischio del paziente. Se nella fase acuta si agisce con un intervento precoce, tempestivo ed efficace, si può garantire il recupero o il mantenimento di una normale funzione cardiaca; una rivascolarizzazione tardiva o inefficace invece può associarsi a una disfunzione cardiaca e quindi ad un profilo di rischio più alto e ad una prognosi peggiore a lungo termine.



L'intervento in fase acuta condiziona, o meglio, cambia il destino della cronicità: permette di salvare una parte significativa del muscolo cardiaco con un rischio a lungo termine più basso. Il cardiologo interventista, inoltre, può indirizzare il trattamento farmacologico, impostando una terapia aggressiva costituita da ipolipemizzanti, antiaggreganti e anti-ischemici, in modo da garantire un *outcome* migliore.

In concreto, questo specialista condiziona la prognosi rivascolarizzando precocemente, prescrivendo farmaci molto potenti e stratificando il rischio del paziente, individualizzando di conseguenza il follow-up sulla base del profilo di rischio residuo del paziente. È importante che il cardiologo interventista non si limiti al trattamento in acuto ma definisca e concordi il follow-up sulla base della stratificazione del rischio al momento della dimissione del paziente dall'ospedale con il cardiologo clinico e riabilitatore. Inoltre il cardiologo interventista dovrebbe restare in contatto stretto con queste figure e con il medico di medicina generale per monitorare la terapia, migliorare la compliance del paziente ed evitare interruzioni premature della terapia.

Nel momento in cui il cardiologo dimette un paziente, esiste un coordinamento con il territorio? Quali possono essere gli strumenti o le best practice per migliorare questo passaggio?

Purtroppo tocchiamo un punto molto critico perché allo stato attuale spesso non esiste un coordinamento sul territorio. Per questo motivo come Società Italiana di Cardiologia Interventistica (SICI-GISE) ci siamo mossi e abbiamo messo a punto protocolli condivisi con ANMCO (Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri), GICR (Gruppo Italiano di Cardiologia Riabilitativa e preventiva) e SIMG (Società Italiana di Medicina Generale) per provare a creare un coordinamento tra ospedali e territorio. Abbiamo promosso il confronto su questi protocolli a livello regionale in modo da ottimizzare il follow-up del paziente sulla base del profilo di rischio individuale. Sarebbe fondamentale programmare in ciascuna Regione un percorso diagnostico terapeutico assistenziale individuando le classi di rischio. Purtroppo ci confrontiamo con una realtà disomogenea tra le diverse aree e spesso il paziente, una volta dimesso, si ritrova da solo senza un adeguato coordinamento tra cardiologo ospedaliero, cardiologo del territorio e medico di medicina generale. ■ ML