

## NICE-AMD: Need Is Core of Effectiveness

### Il progetto AMD: l'appropriatezza nei nuovi modelli di cura. Il Chronic Care Model



**A. Ceriello**

antonio.ceriello@hotmail.it

*Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi I Sunyer (IDIBAPS), Barcellona*

**Parole chiave:** Appropriatezza, Diabete, Chronic care model, Costo/beneficio, Rischio/efficacia

**Key words:** Appropriateness, Diabetes, Chronic care model, Cost/benefit, Risk/effectiveness

Il Giornale di AMD, 2014;17:61-62

Il Chronic Care Model (CCM) è attualmente riconosciuto come il miglior approccio alla cronicità, per realizzare un'assistenza "ideale", sicura ed efficace, alla persona con diabete mellito e per ridurre l'impatto economico della malattia<sup>(1)</sup>.

Più in generale, il CCM è un modello di assistenza medica dei pazienti affetti da malattie croniche sviluppato dal professor Wagner e dai suoi colleghi del McColl Institute for Healthcare Innovation, in California<sup>(2)</sup>. Il modello propone una serie di cambiamenti a livello dei sistemi sanitari utili a favorire il miglioramento della condizione dei malati cronici e suggerisce un approccio "proattivo" tra il personale sanitario e i pazienti stessi, con questi ultimi che diventano parte integrante del processo assistenziale<sup>(3)</sup>.

Questo percorso per i pazienti cronici ha l'obiettivo di passare da un modello di "Medicina d'attesa", dove il bisogno si trasforma in domanda, ad una "Sanità d'iniziativa". Da qui la creazione di percorsi ad hoc per patologie croniche quali: scompenso, diabete, ipertensione, bronco-pneumopatia cronica ostruttiva che assorbono un'elevata quantità di risorse al SSN. Finalità del CCM è quella di integrare questo modello con l'organizzazione dell'Ospedale per Intensità di cure<sup>(4-6)</sup>.

Di seguito le sei direttive sulle quali si muove il CCM.

#### 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 deve essere modificata, separando l'assistenza ai pazienti acuti dalla gestione programmata ai pazienti cronici. 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:

- come sistema di allerta che aiuta il team di cura ad attenersi alle linee-guida;
- come feedback per i medici, mostrando i loro livelli di performance nei confronti degli indicatori delle malattie croniche, come ad esempio i livelli di emoglobina A1c e dei lipidi;
- come registri di patologia per pianificare la cura individuale dei pazienti.

Questi modelli individuano come determinanti principali, la diagnosi precoce, interventi tempestivi e personalizzati, il supporto all'aderenza alla terapia nel lungo periodo, una visione di insieme dell'intero percorso di cura con precisi indicatori per ottenere una valutazione/controllo step by step dell'intero processo.

Il CCM tiene in forte considerazione la sostenibilità. Infatti, una criticità nell'approccio alla cronicità è rappresentata dai costi in continua crescita, il che rende necessario che ogni professionista ne acquisisca consapevolezza e si faccia carico di un'attenta verifica e di un continuo controllo della spesa.

Il CCM è per una "cura personalizzata e domiciliare" in cui assicurare l'offerta di programmi di trattamento integrati e centrati sulla partecipazione attiva della per-

sona. In questa logica l'empowerment della persona ed il continuo miglioramento dell'efficienza delle organizzazioni è fondamentale per il successo.

Tutto questo si coniuga in unico termine: appropriatezza.

L'appropriatezza dell'intervento significa perciò mettere in atto un rigoroso e tempestivo utilizzo della terapia farmacologica e non, personalizzandola in base al fenotipo metabolico del paziente e adattandola allo stile di vita di ciascuno. In questo processo evolutivo dall'assistenza alla malattia cronica va sempre tenuta da conto il costo diretto della cura, relativamente al costo di farmaci, presidi e tipologia delle prestazioni (ambulatoriali e o di ricovero, che comportano l'impiego di risorse professionali e strutturali e tecnologiche), che tradizionalmente assorbono una consistente quota del finanziamento sanitario in ogni Paese<sup>(7,8)</sup>.

**Nella visione di AMD, il diabetologo moderno è un professionista in grado di** operare per programmazione di processi, risorse, responsabilità e sistemi di valutazione, capace di proporre un'offerta assistenziale qualificata, quantificabile e misurabile ed in grado di collaborare efficacemente con tutte le altre figure del mondo sanitario, specialmente con le Direzioni Sanitarie e di Distretto, identificate come interlocutori privilegiati con i quali condividere la costruzione dei percorsi. Tutto questo per dare valore ed evidenza sempre crescenti all'unicità dell'azione del diabetologo all'interno del nuovo mondo sanitario.

Per AMD appropriatezza significa:

- gestione personalizzata della terapia farmacologica e non, ottimizzando il rapporto rischio-beneficio nell'utilizzo di risorse a tutti i livelli: vecchi e nuovi farmaci, ricorso all'autocontrollo come guida dell'azione terapeutica, empowerment del paziente come risorsa, storia naturale della malattia e cambiamento dei target metabolici in funzione dello stato clinico nel corso del tempo, bisogni individuali di cura e di assistenza delle persone diabetiche, fragilità/complessità clinica e umana, relazioni all'interno del team di cura con i Medici di Medicina Generale e con i pazienti.

All'interno di questa visione si collocano tutti i gruppi a statuto, di valenza strategica e di lavoro della nostra Società Scientifica, che come sempre concorrono alla crescita globale di AMD e come è facile intuire leggendo queste brevi note che annunciano il progetto societario del prossimo quadriennio il Progetto Appropriatezza è in completa continuità di pensiero con il Progetto Subito ed anzi lo estende e lo coniuga in una visione multidisciplinare, rendendolo ancor più attuale e centrato sull'evoluzione nella pratica clinica delle attività assistenziali.

Gli strumenti di questo percorso sono quindi gli Anali, gli Standard di cura, le monografie, la ricerca clinica, gli algoritmi di terapia personalizzata, i percorsi, la medicina di genere, l'alimentazione, l'attività fisica, tut-

to quello insomma che caratterizza le attività di AMD, rivisitate in una nuova dimensione, proiettata a fare tesoro dei principi del Chronic Care Model.

Tutto questo è diventato uno slogan accattivante, NICE-AMD, che evidentemente richiama il prestigioso National Institute for Health Excellence (NICE) inglese a cui AMD si ispira ma con un significato più ricco e compiuto e che si rispecchia nella decodifica dell'acronimo: **Need Is Core of Effectiveness**.



A questo slogan ed a questa visione mi auguro che tutte le donne e gli uomini di AMD si ispireranno d'ora in poi nella loro quotidiana battaglia per migliorare la qualità di vita e di cura delle persone con diabete e per dare valore al proprio ruolo di specialisti.

Auguri a tutti i soci AMD.

Antonio Ceriello  
*Presidente Nazionale AMD*

## BIBLIOGRAFIA

1. Gabbay RA, Bailit MH, Mauger DT, Wagner EH, Siminerio L. Multipayer patient-centered medical home implementation guided by the chronic care model. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 37:265-73, 2011.
2. Ladden MD, Bodenheimer T, Fishman NW, Flinter M, Hsu C, Parchman M, Wagner EH. The emerging primary care workforce: preliminary observations from the primary care team: learning from effective ambulatory practices project. *Acad Med.* 88:1830-4, 2013.
3. Mirzaei M, Aspin C, Essue B, Jeon YH, Dugdale P, Usherwood T, Leeder S. A patient-centred approach to health service delivery: improving health outcomes for people with chronic illness. *BMC Health Serv Res.* 13:251. doi: 10.1186/1472-6963-13-251, 2013.
4. Wagner EH, Coleman K, Reid RJ, Phillips K, Abrams MK, Sugarman JR. The changes involved in patient-centered medical home transformation. *Prim Care.* 39:241-59, 2012.
5. Chatterjee R, Narayan KM. Putting evidence for diabetes care into practice. *Curr Diabetes Rev.* 7:406-15, 2011.
6. Dücker ML, Wagner C, Vos L, Groenewegen PP. Understanding organisational development, sustainability, and diffusion of innovations within hospitals participating in a multilevel quality collaborative. *Implement Sci.* 9:6-18, 2011.
7. Suter P, Hennessey B, Florez D, Newton Suter W. Review series: Examples of chronic care model: the home-based chronic care model: redesigning home health for high quality care delivery. *Chron Respir Dis.* 8:43-52, 2011.
8. Battersby M, Von Korff M, Schaefer J, Davis C, Ludman E, Greene SM, Parkerton M, Wagner EH. Twelve evidence-based principles for implementing self-management support in primary care. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 36:561-70, 2010.