

Inquadramento concettuale

Il termine 'cronico' (spesso usato in sanità con il sinonimo di 'cronico-degenerativo'*) ha un connotato temporale facilmente identificabile (l'etimologia richiama infatti 'khronos', il 'tempo' degli antichi greci). Viene di norma impiegato con riferimento a gruppi di patologie che – salvo improvvisi e ingovernabili aggravamenti – sono caratterizzate da una 'storia naturale' che accompagna per un prolungato periodo di tempo la vita del paziente che ne è affetto. Tale storia naturale viene usualmente schematizzata (in contrasto con quella delle patologie infettive) sottolineando: la natura multifattoriale della malattia attraverso l'esposizione a cosiddetti 'fattori di rischio'; la presenza di una fase 'preclinica' che consente (laddove disponibile uno 'screening' di provata efficacia) una diagnosi precoce; il costante rischio di complicazioni (con paralleli e progressivi scadimenti nella qualità della vita) e l'inevitabile evoluzione verso l'exitus (figura 1).

Come ormai risaputo, sotto tale termine vengono essenzialmente riunite le patologie cardiovascolari (con particolare riferimento all'ischemia cardiaca e cerebrale), le patologie oncologiche (con implicito riferimento a quelle di natura maligna), un vasto gruppo di patologie respiratorie di natura ostruttiva (bronchite cronica, asma, enfisema) ed alcune patologie dimetaboliche (sopra a tutte il diabete). I principali fattori di rischio associati allo sviluppo e alla manifestazione di tali patologie sono l'ipertensione arteriosa, il sovrappeso e l'obesità, la dislipidemia e l'iperglicemia, il fumo di tabacco, l'alcol e la sedentarietà, tutti fattori

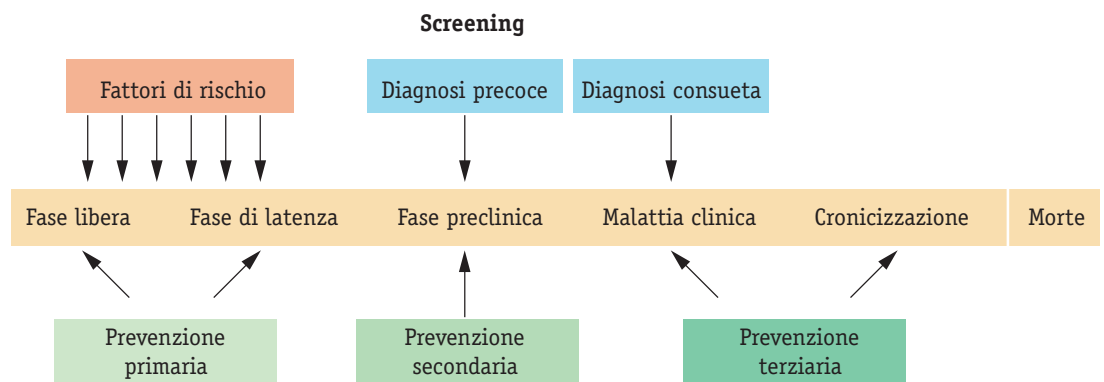
modificabili attraverso interventi sull'ambiente sociale (come il divieto di fumo nei locali pubblici), modifiche dei comportamenti ricercate attraverso interventi educativi (per esempio, sulla dieta e sull'attività fisica) e/o trattamenti terapeutici (come nel caso dell'ipertensione, dello scompenso metabolico glucidico, dell'ipercolesterolemia).

Meno frequentemente, ancorché correttamente, va ricondotto allo stesso gruppo un gran numero di altre patologie, per lo più di natura degenerativo/infiammatoria, come quelle di ambito neuropsichiatrico (per esempio, le demenze) – insieme a molti quadri nosologici di disagio psichico (per esempio, la depressione) –, le patologie degenerative di natura osteo-articolare (per esempio, l'artrosi), di natura gastroenterica (per esempio, il morbo di Crohn), oculistica (per esempio, la degenerazione maculare), ginecologica (per esempio, l'endometriosi) o dermatologica (per esempio, la psoriasi). In verità, a 'scardinare' la classica distinzione tra patologie infettive a decorso acuto e patologie non infettive a decorso cronico sono intervenute, negli ultimi 25 anni, patologie come le epatiti B e C o l'AIDS, di chiara eziologia infettiva, ma in cui la ricerca ed il progresso farmacologico hanno consentito di prolungare il decorso della malattia per molti anni, facendo quindi assumere loro una storia naturale intermedia tra le due classicamente descritte; per di più, in diverse patologie definite cronico-degenerative è provata o si sospetta una eziologia infettiva.

Nelle società a sviluppo socioeconomico avanzato come la nostra, caratterizzate da una lunga aspettativa di vita, la crescente popolazione di anziani ultrasettantacinquenni

*Nella letteratura medico-scientifica anglofona si riscontrano comunemente, in modo intercambiabile, i termini: *chronic disease, chronic condition, life-long disease/condition, long-term disease/condition* e *non-communicable disease/condition*.

Figura 1 - Storia naturale e prevenzione delle malattie cronico-degenerative. Modificata da Signorelli, 2003.



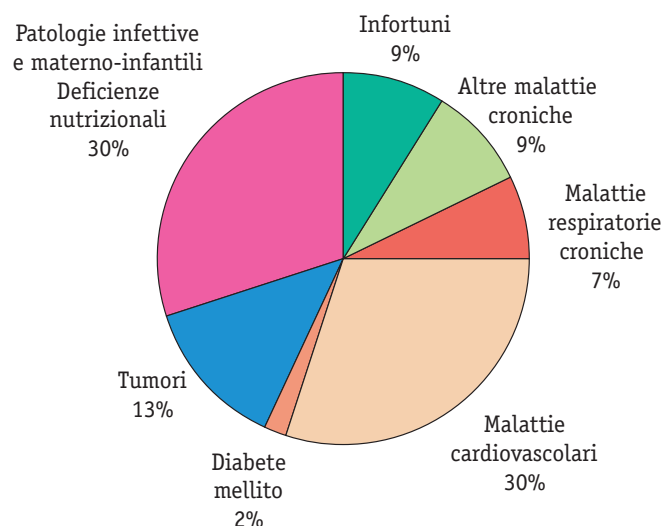
mostra di frequente condizioni di cosiddetta 'polipatologia', in cui lo stesso soggetto è contemporaneamente affetto, per esempio, da scompenso cardiaco, diabete e insufficienza respiratoria. In effetti, nel settore sanitario, il termine 'cronico' viene sempre più utilizzato con specifico riferimento alla prolungata necessità di assistenza sanitaria e/o sociosanitaria.

Una epidemia di livello mondiale

Si stima che, nel corso del 2005, le malattie croniche abbiano causato nel mondo il 60% (circa 35 milioni) di tutti i decessi; solo il 20% di questi si è registrato nei Paesi più ricchi, mentre il maggior impatto ha interessato i Paesi a medio e basso livello di sviluppo (dove vive circa l'85% della popolazione mondiale) (figura 2).

Ciò avviene, oltre che per la presenza di un terreno predisponente quale la povertà e le scadenti condizioni di vita che a questa si accompagnano, anche per quella che è stata definita la 'globalizzazione dei comportamenti a rischio'. Una dimensione epidemica, quindi; si tratta, però, come ha intitolato un editoriale del *Lancet* dell'ottobre 2005, di una epidemia 'negletta', ossia dimenticata, almeno a giudicare dalla natura e dalle caratteristiche delle strategie promosse dai principali organismi internazionali, riconducibili al modello dei programmi 'verticali' contro le principali malattie infettivo-parassitarie (Aids, malaria, tubercolosi) e contro la mortalità materno-infantile, piuttosto che a programmi 'orizzontali'

Figura 2 - Distribuzione globale (proiettata) del totale dei decessi per cause principali, 2005. Modificata da Strong et al., 2005.



basati sui principi della 'primary health care' e fortemente orientati alla prevenzione.

Tale situazione epidemiologica non ha evidentemente pesanti ricadute solo in termini di quantità di vita, ma anche e soprattutto di qualità della stessa, come attesta il sistematico utilizzo, nei rapporti di salute internazionali, di indicatori come il QALY (quality adjusted life years - vedi CARE 3, 2000) ed il DALY (disability adjusted life years).

L'impatto economico

Come recita il Rapporto dell'OMS del 2005 ad esse dedicato, "le malattie croniche sono un grosso fardello economico per i singoli individui, le loro famiglie, i sistemi sanitari e le società". Basti pensare a come la riduzione della quantità e della produttività del lavoro da esse indotta può influire sulle economie nazionali in modo diretto e indiretto. Esistono fondamentalmente tre tipologie di approcci valutativi sul costo delle malattie croniche: 1) il metodo 'cost of illness' (Coi) o costo per patologia; 2) i 'modelli di crescita economica', che valutano l'impatto delle malattie croniche sui redditi nazionali tramite variabili quali la fornitura di manodopera e i risparmi; 3) il metodo del 'pieno reddito', che calcola le perdite di benessere associate alle malattie in termini economici.

L'applicazione del Coi, che caratterizza la maggior parte degli studi pubblicati, ha fatto emergere, ad esempio, come negli USA le spese totali dovute alle cardiopatie sono ammontate, nel 2002, a circa 352 miliardi di dollari (nell'anno precedente erano state di circa 329 miliardi); nel Regno Unito, nel 1999, le cardiopatie sono costate al solo sistema sanitario l'equivalente di circa 3 miliardi di dollari; alla sola obesità è stata attribuita, nel 2001, una percentuale di spesa sanitaria nazionale variabile dal 2% della Francia al 5,3% degli Stati Uniti; per la Russia si prevede che la riduzione annuale del Pil dovuta alle morti per cardiopatie, ictus e diabete passerà da poco più dell'1% nel 2005 ad oltre il 5% nel 2015.

Aspetti etici, ruoli e responsabilità

Considerata la rilevanza delle malattie croniche in termini di assorbimento di risorse (in particolare nei sistemi sanitari a finanziamento pubblico di natura universalistica) va registrata - anche se non può essere qui approfondita - la comparsa sulla letteratura medico-scientifica di una serie di articoli in cui si propone provocatoriamente di limitare le cure, quando

non di rifiutarle, a persone che, nel corso della loro vita, hanno ‘volontariamente’ assunto stili di vita e comportamenti nocivi (tipicamente, il fumo di sigaretta). È stato infatti dimostrato che fino all’80% delle malattie coronariche, il 90% dei casi di diabete di tipo 2 ed il 40% dei casi di tumore potrebbero essere evitati attraverso una dieta sana, una regolare attività fisica ed evitando l’uso di tabacco. Poiché tale orientamento, di dubbio fondamento etico, sembra banalizzare in modo semplicistico il ruolo complesso delle diverse variabili sociali nel condizionare la libertà e la consapevolezza di queste scelte, la questione è stata stigmatizzata attraverso il termine *victim blaming*, traducibile come ‘colpevolizzazione della vittima’. Resta aperto il dibattito su quale ruolo debba essere rivestito, negli stessi sistemi sanitari pubblici, dai governi nazionali, e quanto possano essere legittime le ‘intrusioni nella vita privata delle persone’ prodotte attraverso interventi normativi con finalità di sanità pubblica; tale dibattito, peraltro non nuovo, è stato sintetizzato in modo suggestivo dal titolo di un recente rapporto del King’s Fund: “Nanny (cioè bambinaia) or steward (assistente)?”

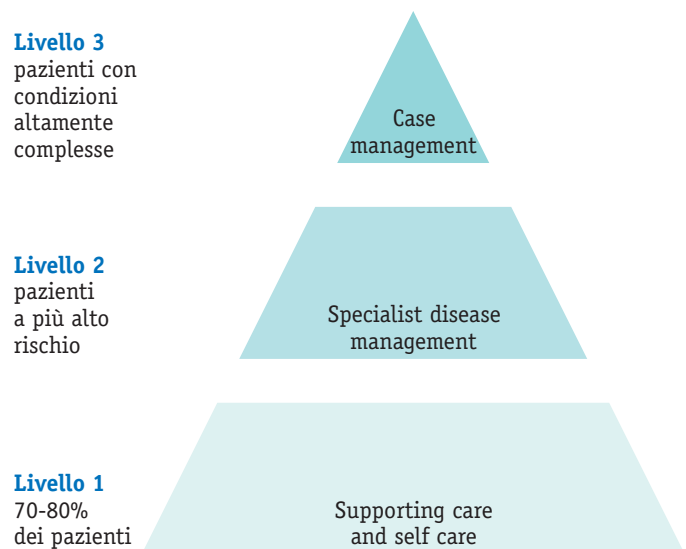
La necessità di un nuovo paradigma assistenziale

Una solida letteratura scientifica, come accennato, ha ormai dimostrato che adeguati interventi potrebbero evitare una ragguardevole quota di mortalità ed un pesante carico di malattia (*global burden of disease*) causati dalle patologie croniche. Da circa un decennio tale consapevolezza ha iniziato a interrogare i ricercatori sulla necessità di riorientare i modelli di cura, spostandoli da un approccio reattivo, in quanto basato sul paradigma ‘dell’attesa’ dell’evento acuto (per esempio, lo scompenso), ad un approccio proattivo, cioè improntato al paradigma preventivo, dell’evitamento o del rinvio nel tempo della progressione della malattia.

Una radicale innovazione in tal senso è rappresentata dal ‘Chronic care model’ elaborato dal professor Wagner, direttore del McColl Institute for Healthcare Innovation, quale risultato di una revisione della letteratura e delle evidenze scientifiche disponibili effettuata da un panel di esperti nordamericani. Tale modello è stato originalmente sperimentato presso una MCO (Managed Care Organization) di Seattle con benefici (in termini di outcome clinici, processi di cura e qualità della vita dei pazienti) già dimostrati con studi di metanalisi. Tale è il valore attribuito al modello di Wagner e dei suoi collaboratori che il Ministero della Sanità britannico, ispirandosi

esplicitamente a tali esperienze, ha recentemente elaborato un proprio modello di assistenza sociosanitaria per i pazienti cronici, da implementare nel sistema sanitario nazionale (NHS), dal titolo “Improving chronic disease management” che, pur strutturandosi diversamente, ne condivide premesse, strategie e risultati attesi. Entrambi i modelli puntano essenzialmente sull’empowerment del paziente (e della comunità) – vedi CARE 2, 2005 – e sulla qualificazione del team assistenziale (sanitario e sociale) nella logica dell’approccio proattivo. Cerchiamo, incorrendo inevitabilmente in semplificazioni, di schematizzare le principali caratteristiche di questi due modelli, destinati forse (è il nostro auspicio) a ispirare l’organizzazione dell’offerta assistenziale anche del nostro Paese nei prossimi decenni. Oltre ad enfatizzare la promozione della salute per tutta la popolazione sana, si parte da una stratificazione della popolazione portatrice di problemi di salute in tre livelli di necessità assistenziali correlati ad altrettanti livelli di rischio, cui si ritiene di dover far fronte con tre approcci distinti: il cosiddetto ‘supported self-care’ (traducibile come ‘autogestione guidata’), che dovrebbe riguardare all’incirca il 70-80% della popolazione; il ‘disease specific care management’, che dovrebbe riguardare all’incirca il 15-20% della popolazione; ed il ‘case management’ in senso stretto, che dovrebbe riguardare all’incirca il 2-3% della popolazione (figura 3).

Figura 3 - Stratificazione in livelli di necessità assistenziali correlati ai livelli di rischio della popolazione. Modificata da: Department of Health, Government of United Kingdom, per concessione di Kaiser Permanente.



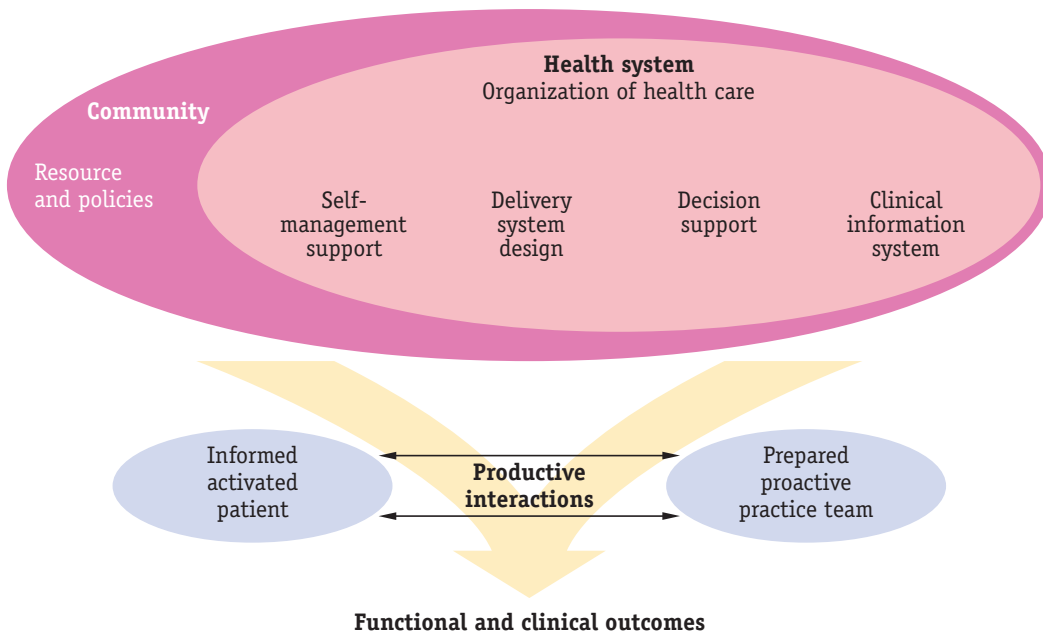


Figura 4 - Il Chronic Care Model (CCM). Modificata da Epping-Jordan et al., 2004.

Il 'Chronic Care Model' del gruppo del McColl Institute è caratterizzato da sei elementi fondamentali:

1. le risorse della comunità;
2. le organizzazioni sanitarie;
3. il supporto all'autocura;
4. l'organizzazione del team;
5. il supporto alle decisioni;
6. i sistemi informativi per tentare di valutarne la fattibilità di applicazione allo specifico contesto nazionale (figura 4).

attraverso l'adozione e l'implementazione di linee guida basate sull'evidenza, rinforzate da un'attività di sessioni di aggiornamento per tutti i componenti del team. Cruciale è anche l'aspetto del miglioramento delle informazioni disponibili attraverso il potenziamento e la qualificazione dei sistemi informativi, con funzioni di sistemi di 'allerta' a supporto del team assistenziale; feedback per i medici sui livelli di performance (appropriatezza clinica) e 'registri di

Il modello britannico prevede invece, similmente, una infrastruttura composta di tre elementi (1. le risorse della comunità; 2. i sistemi informativi e le linee guida; 3. i servizi sanitari e sociali) e il sistema di erogazione dei servizi caratterizzato dagli approcci assistenziali già accennati (*promoting better health, supported self-care, disease management e case management*) (figura 5).

Rinunciando ad illustrare ogni singolo elemento (cui questa rivista potrebbe in futuro dedicare una specifica parola chiave), si segnala come un particolare interesse è rivestito dalla possibilità di introdurre, quale usuale approccio assistenziale, la 'gestione programmata' dei pazienti cronici attraverso un nuovo disegno del team assistenziale che preveda la valorizzazione di tutte le figure sanitarie. Un altro tema particolarmente significativo di approfondimento è quello del 'supporto alle decisioni'

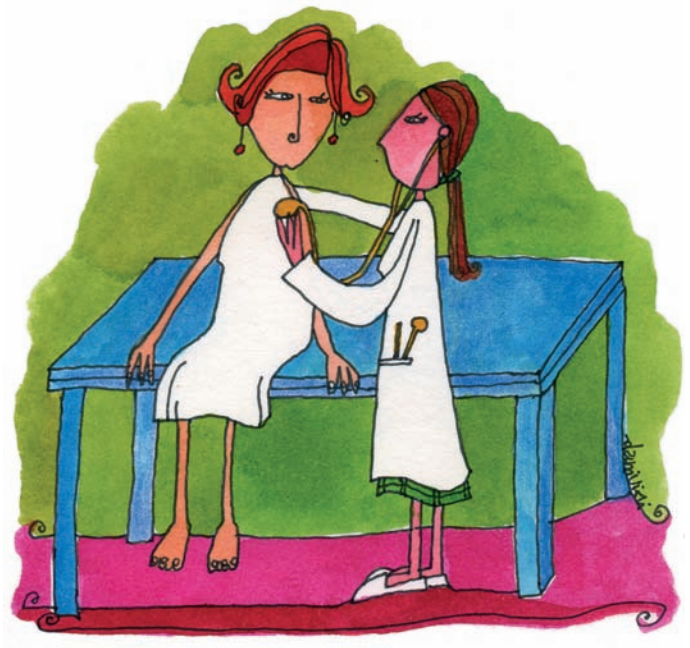
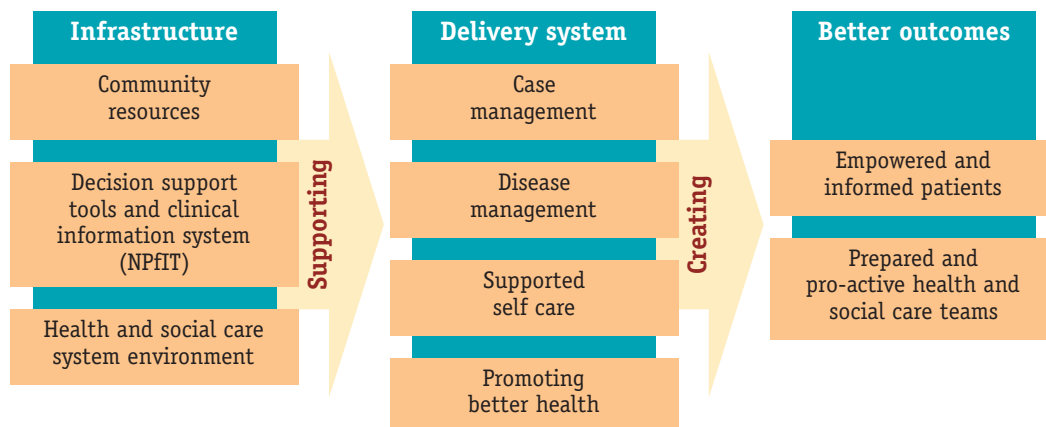


Figura 5 - Il modello britannico di assistenza sociosanitaria ai pazienti affetti da malattie croniche. NPfIT: National Programme for Information Technology. Modificata da Lorini et al., 2006.



patologia' per la pianificazione dell'assistenza individuale e collettiva.

Non secondaria appare anche la valutazione della possibile introduzione di sistemi di finanziamento innovativi come la remunerazione dei produttori basata su 'payment by result', l'utilizzo di budget comuni per i servizi sanitari e sociali nell'ottica della loro integrazione, l'affidamento di reali funzioni di committenza ai medici di famiglia.

Come accennato, gli stimoli al cambiamento che tali movimenti culturali possono produrre per il nostro sistema sanitario sono straordinari. Sulla necessità del cambiamento non sembrano esserci dubbi, considerando che, come ha scritto il Ministro Turco nella prefazione all'edizione italiana del Rapporto dell'OMS *Prevenire le malattie croniche: un investimento vitale* del 2006: "... in Italia abbiamo un sistema di cure che funziona come un radar a cui il paziente appare per essere curato e scompare alla vista una volta guarito. Perfetto per le malattie acute, ma non per le patologie croniche, per le quali serve invece un modello di assistenza diverso: occorre evitare non solo che le persone si ammalino, ma anche che chi è già malato vada incontro a ricadute, aggravamenti e disabilità. Un sistema, insomma, adatto a malattie che non guariscono e che devono essere seguite nel territorio, adeguatamente attrezzato. Le istituzioni devono allora impegnarsi su questo fronte, attraverso politiche e strategie mirate...".

Maurizio Marceca* e Silvia Ciccarelli**

*Professore Associato di Igiene, Università La Sapienza, Roma

**Medico specializzando in Igiene, Roma

BIBLIOGRAFIA

- Department of Health – Government of United Kingdom
Improving Chronic Disease Management
http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4075213.pdf
- Ebrahim S, Garcia J, Sujudi A, Atrash H
Globalization of behavioural risks needs faster diffusion of interventions
Prev Chronic Dis [serial online] 2007, Vol. 4: No. 2
- Epping-Jordan JE, Pruitt SD, Bengoa R, Wagner EH
Improving the quality of health care for chronic conditions
Qual Saf Health Care 2004; 13: 299-305
- Goetzel RZ, Ozminkowski RJ, Villagra VG, Duffy J
Return on investment in disease management: a review
Health Care Financing Review 2005; 26 (4): 1-19
- Horton R
The neglected epidemic of chronic disease
Lancet 2005; 366: 1514
- Institute for Health and Aging – University of California, San Francisco
Chronic care in America. A 21st century challenge
Princeton, The Robert Wood Johnson Foundation, August 1996
- Jochelson K.
Nanny or steward? The role of government in public health
London, King's Fund, October 2005
- King's Fund
Managing chronic disease. What can we learn from the US experience?
King's Fund Publications, January 2004
- Lewis R, Dixon J
Rethinking management of chronic diseases
BMJ 2004; 328: 220-222
- Lorini C, Voller F, Maciocco G
Malattie croniche. L'epidemia dimenticata
L'Arco di Giano 2006; 47: 9-93
- Signorelli C
Igiene, epidemiologia e sanità pubblica
Roma 2003, Società Editrice Universo
- Strong K, Mathers C, Leeder S, Beaglehole R
Preventing chronic diseases: how many lives can we save?
Lancet 2005; 366: 1578-1582
- Tsai AC, Morton SC, Mangione CM, Keeler EB
A meta-analysis of interventions to improve care for chronic illnesses
Am J Manag Care 2005; 11 (8): 478-488
- Wagner EH
Chronic disease care
BMJ 2004; 328:177-178
- World Health Organization
Preventing chronic diseases: a vital investment
Geneva, WHO 2005 (tradotto dal Ministero della Salute e pubblicato nel 2006 con il titolo Prevenire le malattie croniche: un investimento vitale).