

La gestione domiciliare del paziente con cardiopatia ischemica

Anna Carla Pozzi

Medico di Medicina Generale, FIMMG Lombardia, Milano

Chronic pathologies increase constantly as the average life period lengthens. In particular, it has been observed a significant increase in cardiovascular diseases. In the Lombardy Region, this issue has been faced by developing a project for those who are suffering from both single or multi-pathologies. This project called PIC, which stands for "treatment of chronic patients" in Italian, is improving patient adherence to therapies. To meet the needs of these patients, Lombardy's family doctors have joined in cooperatives in order to better help chronic patients by providing a service center and the necessary tools for drafting a detailed individual care plan. The individual care plan is a digital document including a customized planning for each patient. This allows a better monitoring, which results in an effective treatment course.

Key words. Adherence; Care; Chronic illness; Family doctor.

G Ital Cardiol 2019;20(10 Suppl 2):e21-e23

INTRODUZIONE

La vita media e quindi l'invecchiamento e le patologie croniche sono in continuo aumento¹, in particolare per quanto riguarda le malattie cardiovascolari dal 2005 al 2013 in Regione Lombardia si è avuto un incremento di 480 000 pazienti, oltre che un aumento dei pazienti con più patologie (+200% pazienti con più di quattro malattie croniche) (Figura 1). Questa situazione è destinata a peggiorare in futuro, come confermato anche dalle previsioni Istat che evidenziano che nel 2049 gli over 66 saranno ben il 41% (Figura 2).

Il trattamento del paziente cardiopatico non si ferma al trattamento del singolo evento ma deve proseguire per tutta la vita. Questa presa in carico viene svolta dai medici di medicina generale (MMG). Da qui la necessità di trovare un modello organizzativo che preveda di:

- garantire la continuità delle cure,
- effettuare un monitoraggio continuo,
- attuare l'integrazione tra le varie figure socio-sanitarie,
- supportare l'*empowerment* e il *self-management* del paziente.

Il valore aggiunto di questo modello sarà determinato da efficienza, appropriatezza, adeguatezza ed outcome.

LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CRONICO IN LOMBARDIA

La riforma lombarda della presa in carico del paziente cronico² è un modello innovativo che ha l'obiettivo di seguire al meglio lo stesso paziente. Va riconosciuto come quello della Regione

© 2019 Il Pensiero Scientifico Editore
L'autore dichiara nessun conflitto di interessi.
Per la corrispondenza:

Dr.ssa Anna Carla Pozzi Medico di Medicina Generale, FIMMG Lombardia, Via Mozart 10, 20096 Pioltello (MI)
e-mail: anna.pozzi@unimi.it

+ pazienti pluripatologici 2005-2013

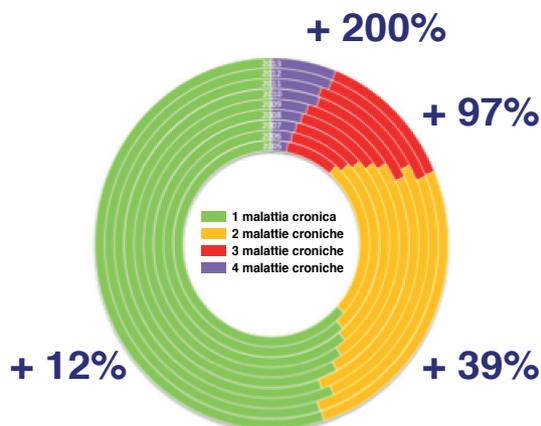


Figura 1. Incremento dei pazienti con mono o pluripatologie al 2005 al 2013 nella Regione Lombardia.

I.Stat

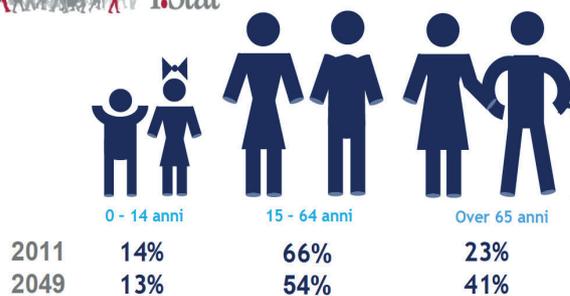


Figura 2. Previsioni Istat al 2049 delle percentuali di pazienti con patologie croniche.

AC Pozzi

Lombardia sia stato il primo e concreto tentativo di attuazione del Piano Nazionale della Cronicità.

È stato definito un modello di presa in carico che ha coinvolto come gestori sia le strutture pubbliche che private accreditate, ma soprattutto i MMG che si sono organizzati per attuare la riforma in cooperative che, garantendo un processo erogativo unitario ed una responsabilità unitaria in capo al soggetto gestore, coordinano l'integrazione tra i differenti livelli di cura ed i vari attori.

Secondo FIMMG Lombardia, sulla base dei dati evidenziati, solo la medicina generale può gestire il percorso del paziente cronico. Esistono però delle criticità che vanno affrontate. Il ruolo fondamentale del MMG è documentato dai primi dati che indicano che laddove lo stesso abbia scelto di candidarsi al ruolo di gestore o "clinical manager", si registra il numero maggiore di adesione dei pazienti (Tabella 1).

Strumento fondamentale è il piano assistenziale individuale (PAI), che è un documento digitale di pianificazione delle cure personalizzato per ogni paziente³ che permette un'organizzazione del percorso di cura nella rete con monitoraggio e verifica dell'*empowerment* del paziente. Questo determina maggior adeguatezza, appropriatezza⁴, continuità di sistema, maggior qualità di sistema e maggior educazione alla salute.

In questa riforma rivoluzionaria e ambiziosa è doveroso sottolineare come il protagonista debba rimanere il paziente nella sua totalità dal punto di vista sanitario e sociale. Tra gli obiettivi particolare importanza va data al miglioramento dell'aderenza⁵. Crediamo che uno dei risultati principali che dobbiamo attenderci da questa riforma debba essere proprio un miglioramento del percorso di cura sia in termine farmaceutico che di accertamenti. Importante è anche l'attenzione agli stili di vita e la presa di coscienza consapevole dei pazienti della propria patologia. Quest'anno nel PAI vengono inseriti anche gli "stili di vita" in termini di indice di massa corporea, abitudine al fumo e al consumo di alcool ed attività fisica oltre all'informativa sulle vaccinazioni consigliate.

LE COOPERATIVE DI MEDICI DI MEDICINA GENERALE

La cooperativa IML (Iniziativa Medica Lombarda) ha aperto il primo centro servizi della medicina generale che si occupa di contattare i pazienti cronici con PAI attivo per aiutarli a fissare gli appuntamenti, monitora l'aderenza al percorso di cura e promuove gli stili di vita e le campagne vaccinali⁶ (Figura 3).

La gestione delle patologie cardiovascolari sul territorio

La Regione Lombardia² ha stratificato la popolazione cronica in tre livelli:

Tabella 1. Presa in carico del paziente cronico (PIC).

Tipologia ente	N. pazienti che hanno attivato la PIC
Gestori MMG/PLS	245 829
Strutture pubbliche/private	64 458
Totale	310 287

MMG, medico di medicina generale; PLS, pediatra di libera scelta. Dati aggiornati al 12.02.2019.



Figura 3. Centro servizi IML.

- livello 3: monopatologici;
- livello 2: pluripatologici;
- livello 1: pluripatologici particolarmente fragili.

Le patologie cardiache sono state classificate nel seguente modo:

- cardiopatia ischemica,
- cardiopatia valvolare,
- miocardiopatia non aritmica,
- miocardiopatia aritmica,
- scompenso cardiaco.

È stato analizzato l'andamento dei pazienti arruolati di tre cooperative di MMG (IML, CMMC, GST) e si è visto che circa il 6% degli stessi è affetto da cardiopatia ischemica cronica (il 36% è di livello 3, il 58% di livello 2 e il 6% di livello 1).

Tabella 2. Prestazioni più prescritte dai medici di medicina generale nei piani assistenziali individuali.

Prestazioni di laboratorio più frequenti	
Glicemia	127%
Esame urine	115%
Colesterolo totale	113%
Trigliceridi	112%
Colesterolo HDL	112%
Creatinina	111%
Emocromo completo con formula	110%
Potassio	107%
Sodio	106%
Prestazioni ambulatoriali più frequenti	
ECG	104%
Visita cardiologica	100%
Ecocardiografia color Doppler a riposo	86%
Ecocardiografia Doppler dei tronchi sovra-aortici	78%
Fundus oculi	19%
Test cardiovascolare da sforzo al cicloergometro	13%
Visita diabetologica	9%
Visita oculistica	7%
Spirometria semplice	6%

Le co-patologie più frequenti dei pazienti con cardiopatia ischemica sono: l'ipercolesterolemia, l'ipertensione arteriosa, il diabete mellito di tipo 2, la miocardiopatia aritmica e non.

Nella Tabella 2 sono riportate le prestazioni più prescritte dai MMG nei PAI pubblicati. Il valore al di sopra del 100% indica che tali prestazioni sono state prescritte più di una volta in 1 anno. Particolarmente significativo è il dato di prescrizione del 100% di visite cardiologiche; questo dato sta a significare che verosimilmente i pazienti con recente evento acuto fanno anche due o più controlli in 1 anno, invece i pazienti già stabilizzati effettuano la visita con minor frequenza.

La recente delibera del 17 dicembre 2018 della Regione Lombardia avente per oggetto la telemedicina permetterà al medico di famiglia di eseguire nel proprio ambulatorio prestazioni di primo livello quali ECG, fundus oculi, spirometrie, ecc., in modo da poter monitorare direttamente il paziente stabile con notevole miglioramento dei tempi di attesa delle strutture erogatrici.

CONCLUSIONI

È doveroso sottolineare alcune criticità più frequentemente riscontrate durante l'attuazione del progetto:

- alcuni PAI bloccati nella pubblicazione sul Fascicolo Sanitario Elettronico da errori del Sistema Informatico Socio-Sanitario,

- alto numero di software di gestione in uso ai MMG (n=22),
- difficile dialogo con il sistema di pubblicazione,
- difficoltà del centro servizi a prenotare in autonomia per l'impossibilità di visione delle agende delle strutture (ogni struttura erogatrice ha richieste differenti ed il centro servizi si deve adattare alle diverse esigenze),
- mancanza dei dati di ritorno sul prescritto eseguito per il monitoraggio dell'aderenza.

RIASSUNTO

L'allungarsi della vita media determina un continuo aumento delle patologie croniche. In particolare si è osservato un incremento di quelle cardiovascolari. In Regione Lombardia è stato messo a punto un progetto (PIC – presa in carico del paziente cronico) per migliorare l'aderenza alla terapia e al percorso di cura dei pazienti mono e pluripatologici. Per rispondere a questa esigenza i medici di famiglia lombardi si sono associati in cooperative, per poter gestire il paziente cronico, anche fornendo un centro servizi e gli strumenti necessari per la stesura del piano assistenziale individuale. Quest'ultimo è un documento digitale di pianificazione delle cure personalizzato per ogni paziente, che permette di programmare un efficace percorso di cura con monitoraggio e verifica dell'empowerment del paziente.

Parole chiave. Aderenza; Cronicità; Medico di famiglia, Presa in carico.

BIBLIOGRAFIA

1. Ministero della Salute. Piano Nazionale della Cronicità. 15 settembre 2016. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2584_allegato.pdf [accessed September 16, 2019].
2. La gestione del paziente cronico. www.regionelombardia.it [accessed September 16, 2019].
3. Montalescot G, Sechtem U, Achenbach S, et al. 2013 ESC Guidelines on the management of stable coronary artery dis-

ease: the Task Force on the management of stable coronary artery disease of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J* 2013;34:2949-3003.

4. Mandorla S, Trambaiolo P, De Cristofaro M, Baldassi M, Penco M. Appropriatelyzza dell'esame ecocardiografico e definizione delle classi di priorità: una proposta della Società Italiana di Ecografia Cardiovascolare. *G Ital Cardiol* 2010;11:503-33.
5. Mayer-Berger W, Simic D, Mahmoodzad J, et al. Efficacy of a long-term secondary prevention programme following

inpatient cardiovascular rehabilitation on risk and health-related quality of life in a low-education cohort: a randomized controlled study. *Eur J Prev Cardiol* 2014;21:145-52.

6. Lettieri C, Colombo P, Rosiello R, et al. Il follow-up del paziente sottoposto a rivascolarizzazione coronarica percutanea: impatto potenziale dell'applicazione di un percorso clinico-gestionale strutturato sull'integrazione ospedale-territorio e modulato sul rischio clinico del paziente. *G Ital Cardiol* 2015;16:565-73.