

# Leonardo prende casa in Puglia

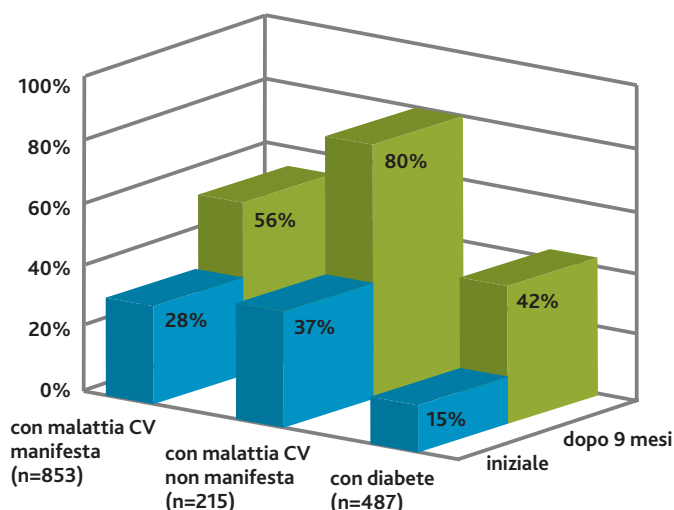
**Ernesto Mola**

ASSIMEFAC  
RESPONSABILE DEL PROGETTO LEONARDO  
PER LA ASL DI LECCE

**Al Congresso europeo di WONCA, tenutosi a Parigi in ottobre 2007, l'Italia ha presentato i risultati preliminari del progetto Leonardo, Disease and Care Management (DCM) delle condizioni croniche.**

RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO DI PA OTTIMALE: PERCENTUALI IN PROGRESSO

FIGURA 1



(NB: IN ITALIA RAGGIUNGE UNA PA OTTIMALE UNA PROPORZIONE VARIABILE TRA IL 12% E IL 22% DI PAZIENTI IPERTESI)

Lo studio di fattibilità del Progetto Leonardo, eseguito nella ASL di Lecce e conclusosi nel mese di settembre 2007 e promosso in concerto con l'Agenzia sanitaria regionale pugliese e Pfizer Italia, è iniziato nel febbraio del 2006 ed è costato complessivamente più di 3 milioni di euro. Ha coinvolto oltre ottanta medici di famiglia riuniti in 20 medicine di gruppo, 30 infermieri / care manager e 10 specialisti cardiologi e diabetologi. Il progetto prende le mosse dalla necessità della Regione Puglia di far fronte alla crescente prevalenza delle malattie croniche. Obiettivi dello studio indicati nel protocollo erano:

- ◆ dimostrare la fattibilità dell'attuazione di programmi di Disease and Management (DCM) per il diabete mellito, l'insufficienza cardiaca cronica e il rischio o la malattia conclamata cardio-vascolari;
- ◆ valutare il grado di soddisfazione nei confronti del programma dei pazienti, dei medici e degli infermieri care manager;
- ◆ identificare e raffinare le procedure di misurazione e di valutazione dei risultati;
- ◆ adattare l'intervento di DCM all'organizzazione sanitaria locale in vista di un futuro allargamento del programma all'intera Regione Puglia.

La ricerca si basava sul Chronic Care Model (Wagner 1999), secondo il quale ingrediente essenziale per il trattamento efficace delle condizioni croniche è l'alleanza tra paziente e professionisti sanitari, che offre l'opportunità di responsabilizzare il paziente ad agire personalmente nella gestione della propria salute.

Attraverso l'educazione e la responsabilizzazione del paziente (empowerment) e la collaborazione tra curante, infermiere deputato all'assistenza (care manager) e specialisti (in stretta collaborazione con il paziente), si in-

## OCCHIO AL CONCETTO

### In équipe per cambiare

- ▶ **Promozione dell'attività fisica e della correzione dietetica.**
- ▶ **Adesione alle linee guida per diabete e ipertensione.**
- ▶ **Miglioramento dell'adesione alle terapie**

tendeva infatti migliorare l'aderenza ai percorsi di cura e al trattamento, con una forte attenzione agli stili di vita salutari, per ottenere migliori esiti clinici.

Il team delle cure, insomma, arrivava a includere anche il paziente, che doveva essere messo nelle condizioni, attraverso l'intervento di chi lo assisteva, di condividere il piano delle cure, di scegliere e di agire conscientemente (vedi figura 1, sul sito [www.occhioclinico.it](http://www.occhioclinico.it)).

Il progetto Leonardo è stato basato sulle medicine di gruppo e sul rapporto fiduciario dei medici di medicina generale, disegnando percorsi clinici per ciascuna delle 3 patologie croniche oggetto dello studio, supportando i medici di famiglia e i pazienti nel loro percorso clinico con infermieri, care manager formati alle tecniche di addestramento e insegnamento (coaching).

L'infermiere aveva 8 priorità nell'educazione del paziente, finalizzate al raggiungimento di consapevolezza e capacità di autogestione della condizione cronica (vedi la tabella a pagina 30). Il target di arruolamento è stato ottenuto per tutte le patologie raggiungendo i 1.153 pazienti.

Dopo l'arruolamento da parte del medico di famiglia, egli completava la valutazione iniziale utilizzando le informazioni fornite dal paziente e quelle già contenute nel database del medico. Il medico e l'infermiere definivano poi il piano assistenziale individuale e lo concordavano con il paziente.

Allo scopo di completare il piano delle cure sono stati attivati, ove necessario, consulti specialistici, utilizzando agende esclusive di prenotazione.

Si è infine organizzato il follow up individuale, più o meno intenso a seconda dei bisogni assistenziali.

Ogni passaggio è stato registrato in un software dedicato che ha avuto la funzione anche di supporto decisionale per il care manager (CM).

Sono per ora disponibili i primi dati riferiti all'arruolamento, ai comportamenti salutari, all'aderenza alle linee guida e al trattamento.

A Parigi sono stati presentati, per quasi tutti gli indicatori, i dati al 31 agosto 2007 riferiti a più di 850 pazienti (75 per cento), con almeno 9 mesi di osservazione.

Uno dei risultati più interessanti riguarda gli stadi del cambiamento di James Prochaska (Gambarelli 2003). I pazienti agli stadi «azione e mantenimento» sono passati in 9 mesi dal 29 al 67 per cento per la pratica di un'attività fisica e dal 28 al 77 per cento per la correzione della dieta. Il livello di adesione alle linee guida è stato misurato attraverso molteplici indicatori di processo (vedi la tabella 2 sul sito). La definizione di un piano assistenziale individualizzato e il supporto del CM hanno prodotto un buon quadro complessivo del livello di aderenza per tutti i parametri. Particolarmente significativi quelli riguardanti i pazienti diabetici: l'HbA1c (l'81 per cento dei pazienti lo ha valutato negli ultimi 6 mesi) o il dosaggio della microalbuminuria (misurata nel 73 per cento dei malati negli ultimi 12 mesi).

L'aderenza al trattamento farmacologico, misurata con la Morisky Compliance Scales (Morisky 1986), è migliorata in modo significativo dopo 9 mesi: da 1,9 a 0,08 (valori più bassi indicano una migliore aderenza).

Lo stato di salute, valutato con SF-12 Health Survey (Ware 1996), è cresciuto in maniera significativa sia per la salute fisica (da 43,9 a 46,8) sia per quella mentale (da 50,3 a 54,6).

### IL COINVOLGIMENTO E' APPREZZATO

Il protocollo prevedeva alcune indagini sulla soddisfazione. Una prima condotta nel settembre 2006 sui pazienti arruolati da almeno 3 mesi e una alla fine dello studio, nell'estate 2007, con questionari anonimi ai CM, ai medici di medicina generale e nuovamente ai pazienti. →

#### Leonardo Project

*Occhio Clinico 2008; 1: 28*

**Key words:** Chronic diseases; General medicine

#### Summary

At the European congress of WONCA, held in Paris in October 2007, Italy presented the preliminary results of the Leonardo Project, Disease and Care Management

(DCM) of chronic conditions. The results confirm which had already been suggested by international literature: general medicine, partly due to its widespread presence, is the most suitable environment for promoting patients' empowerment, that is the responsibility for managing their own illness.

## TABELLA - LE 8 PRIORITA' EDUCATIVE DEL PAZIENTE CRONICO

- ◆ Riconoscere il momento di consultare il medico
- ◆ Conoscere la malattia e gli obiettivi raggiungibili con le cure
- ◆ Assumere correttamente i farmaci
- ◆ Effettuare gli esami e le visite raccomandati
- ◆ Mantenere il controllo sulla malattia
- ◆ Modificare gli stili di vita per ridurre i rischi
- ◆ Far leva sui punti di forza per superare gli ostacoli
- ◆ Sottoporsi alle visite specialistiche per il follow up

Il tasso di risposta è stato molto alto per tutte le indagini (93-98 per cento) e dalle risposte appare che l'obiettivo di rendere i pazienti consapevoli e partecipi al proprio piano assistenziale è stato raggiunto: il 99 per cento conferma di essere coinvolto dal care manager nelle decisioni in merito alle cure (era il 93 per cento alla prima indagine). L'80 per cento si sente più consapevole nel prendere decisioni in merito alla propria salute (il 66 per cento alla prima indagine).

E' da notare che il quasi il 70 per cento dei pazienti riferisce che, con l'inclusione nel progetto, la relazione con il medico di famiglia è migliorata (62 per cento alla prima indagine). Le risposte dei care manager confermano il miglioramento della relazione tra i pazienti e i curanti e dell'abilità dei pazienti nel gestire la propria condizione cronica e la soddisfazione per il proprio ruolo nel modello assistenziale. Infine, quasi l'80 per cento dei medici che hanno compilato il questionario pensa che sia migliorata la qualità del tempo dedicato ai pazienti coinvolti nel progetto e l'aderenza di questi al trattamento.

Tra gli obiettivi del protocollo non c'era la valutazione degli esiti clinici, mancando un gruppo di controllo, ma solo quella delle misure dello stato di malattia; a Parigi sono state presentati soltanto quelle riguardanti l'indice di massa corporea (IMC), la pressione arteriosa, il colesterolo totale e LDL.

Per quanto riguarda l'IMC, il follow up a 6 mesi mostra un incremento significativo dei pazienti che rientrano nella normalità, dal 13,7 iniziale al 17,4 per cento.

Tra i pazienti che al 31 agosto avevano avuto almeno 9 mesi di osservazione, quelli con malattia cardiovascolare conclamata che raggiungevano l'obiettivo terapeutico di 140/90 per la pressione arteriosa sono passati dal 28 al 56 per cento. E un incremento ancora mag-

giore ha riguardato i non cardiopatici conclamati e i diabetici (con target a 130/85; vedi la figura a pagina 28).

Anche i pazienti che hanno raggiunto l'abbassamento previsto del colesterolo totale e LDL sono aumentati in modo significativo: dal 28 al 40 per cento i cardiopatici e dal 31 al 43 per cento i diabetici.

In conclusione, i dati preliminari suggeriscono che il modello assistenziale:

- ◆ è efficace nel migliorare i comportamenti salutari dei pazienti e gli esiti psicosociali e, almeno in apparenza, quelli clinici;
- ◆ favorisce il coordinamento dell'assistenza tra i professionisti sanitari, migliora la relazione tra questi e il paziente e la soddisfazione generale;
- ◆ rafforza la relazione fiduciaria tra medico di famiglia e paziente tramite l'opera dei Care manager;
- ◆ dimostra il valore della personalizzazione del piano assistenziale;
- ◆ dimostra la possibilità di una partnership virtuosa tra pubblico e privato.

### RIFLESSI NELLA PRATICA QUOTIDIANA

La Regione Puglia intende espandere il modello assistenziale a tutto il territorio regionale e il recente accordo regionale per la medicina generale finanzia questo programma.

Il progetto Leonardo e gli altri progetti analoghi, presentati a Parigi, di molti paesi europei (Belgio, Regno unito, Danimarca, Francia) e del Canada confermano quanto già suggerito dalla letteratura internazionale: la medicina generale, anche per la sua capillarità, è l'ambito più adatto per promuovere la responsabilizzazione del paziente sulla gestione della sua malattia.

E' sempre più attuale, perciò, la proposta che la delegazione italiana formulò nel congresso WONCA a Firenze, di includere nella definizione europea della medicina generale come XII caratteristica «Promotes patient empowerment and self management».

### BIBLIOGRAFIA

- ◆ Gambarelli L et al. In Caimi V et al. Medicina generale. Milano: UTET, 2003.
- ◆ Morisky DE et al. Concurrent and predictive validity of self-reported measure of medication adherence. Medical Care 1986; 24: 67.
- ◆ Wagner EH et al. A survey of leading chronic disease management programs: are they consistent with the literature? Manag Care Q 1999; 7: 56.
- ◆ Ware JE et al. A 12-Item Short-Form Health Survey: Construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. Medical Care 1996; 34: 220.