

School Firenze – Focus annuale
Tavola rotonda «Cronicità: modelli regionali a confronto»
14 dicembre 2018

Il Piano Nazionale della Cronicità

On. Dott.ssa Fabiola Bologna
Commissione XII Affari sociali-Sanità
Commissione Bicamerale per l'Infanzia e l'Adolescenza

LA CRONICITÀ

Il mondo della cronicità è un'area in crescita che comporta un notevole impegno di risorse, richiede continuità assistenziale e una integrazione dei servizi sanitari con quelli sociali e necessita di servizi residenziali e territoriali.



Il Piano Nazionale della Cronicità (PNC) nasce dall'esigenza di armonizzare a livello nazionale le attività nel rispetto dell'autonomia delle Regioni, con un disegno strategico comune per la tutela delle persone affette da malattie croniche, delle famiglie e del contesto sociale.

IL PIANO NAZIONALE DELLA CRONICITÀ

Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016

Fine: contribuire al miglioramento della tutela per le persone affette da malattie croniche rendendo più efficaci ed efficienti i servizi sanitari in termini di prevenzione e assistenza e assicurando maggiore uniformità ed equità di accesso ai cittadini.

Definizione OMS di malattia cronica: *“problemi di salute che richiedono un trattamento continuo durante un periodo di tempo da anni a decenni”*.



Riferimento all’impegno di risorse umane, gestionali ed economiche, in termini sia di costi diretti- ospedalizzazione, farmaci, assistenza medica- che indiretti - mortalità prematura, disabilità nel lungo termine, ridotta qualità di vita- necessarie per il loro controllo.

Struttura del PNC

Prima parte:

- strategia complessiva e obiettivi
- linee di intervento e risultati attesi attraverso cui migliorare la gestione della cronicità nel rispetto delle evidenze scientifiche, dell'appropriatezza delle prestazioni e della condivisione dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA);
- approfondimento della parte relativa alla cronicità in età evolutiva.

Seconda parte:

- primo elenco di patologie croniche, individuate attraverso criteri quali la rilevanza epidemiologica, la gravità, l'invalidità, il peso assistenziale ed economico, la difficoltà di diagnosi e di accesso alle cure.

Elenco di patologie croniche:

- malattie renali croniche e insufficienza renale
- malattie reumatiche croniche: artrite reumatoide e artriti croniche in età evolutiva
- malattie intestinali croniche: rettocolite ulcerosa e malattia di Crohn
- malattie cardiovascolari croniche: insufficienza cardiaca
- malattie neurodegenerative: malattia di Parkinson e parkinsonismi
- malattie respiratorie croniche: BPCO e insufficienza respiratoria
- insufficienza respiratoria in età evolutiva; asma in età evolutiva
- malattie endocrine in età evolutiva
- malattie renali croniche in età evolutiva

I DATI ISTAT

Le **malattie croniche sono in crescita**: il 39,1% dei residenti in Italia ha dichiarato di essere affetto da almeno una malattia cronica ed è un dato in lieve aumento rispetto al 2015 (+0,8 punti percentuali).

Le patologie cronico-degenerative sono più frequenti nelle fasce di età più adulte: già nella classe 55-59 anni ne soffre il 53,0%, e tra le persone ultra settantacinquenni la quota raggiunge l'85,3%.

Come per le condizioni generali di salute, lo **svantaggio del sesso femminile** emerge anche dall'analisi dei dati relativi alla quota di popolazione che soffre di almeno una malattia cronica. Infatti, sono le donne ad esserne più frequentemente colpite, in particolare dopo i 55 anni. Il 20,7% della popolazione ha dichiarato di essere affetto da due o più patologie croniche, con differenze di genere molto marcate a partire dai 55 anni.

I DATI ISTAT:

Le malattie o condizioni croniche più diffuse

- l'ipertensione 17,4%
- l'artrosi/artrite 15,9%
- le malattie allergiche 10,7%
- l'osteoporosi 7,6%
- la bronchite cronica e l'asma bronchiale 5,8%
- il diabete 5,3%

Differenti bisogni del paziente con malattia cronica:

Malattie acute	Malattie croniche
■ Insorgenza improvvisa	■ Insorgenza graduale nel tempo
■ Episodiche	■ Continue
■ Eziopatogenesi specifica e ben identificabile	■ Eziopatogenesi multipla e non sempre identificabile
■ Cura specifica a intento risolutivo	■ Cura continua, raramente risolutiva
■ Spesso disponibile una specifica terapia o trattamento	■ Terapia causale spesso non disponibile
■ La cura comporta il ripristino dello stato di salute	■ La <i>restitutio ad integrum</i> è impossibile e si persegue come obiettivo il miglioramento della qualità di vita
■ Assistenza sanitaria di breve durata	■ Assistenza sanitaria a lungo termine (presa in carico del malato)

Gli elementi chiave di gestione della cronicità:

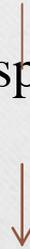
- aderenza
- appropriatezza
- prevenzione
- cure domiciliari
- informazione, educazione, empowerment
- conoscenza e competenza

Il macroprocesso di gestione della persona con cronicità:

- FASE I: stratificazione e *targeting* della popolazione
- FASE II: promozione della salute, prevenzione e diagnosi precoce
- FASE III: presa in carico e gestione del paziente
- FASE IV: erogazione di interventi personalizzati per la gestione del paziente
- FASE V: valutazione della qualità delle cure erogate

Raggiungimento di cinque grandi obiettivi

1. assicurare collegamenti con disegni di prevenzione primaria e diagnosi precoce
2. ottenere e mantenere nel tempo un buon controllo della malattia
3. prevenire e curare le complicanze, le comorbidità e le disabilità
4. garantire la qualità di vita, anche attraverso modelli di welfare di comunità
5. ottimizzare l'uso delle risorse disponibili: economiche, umane, strutturali, organizzative



Come?



- promuovendo l'adozione di corretti stili di vita nella popolazione
- adottando interventi finalizzati alla diagnosi precoce delle patologie croniche e delle condizioni di rischio che le precedono
- educando il paziente ad una autogestione consapevole della malattia e del percorso di cura
- creando un'adeguata assistenza sanitaria e socio-sanitaria che tenga conto delle comorbidità, della cronicità "ad alta complessità", della non-autosufficienza e delle condizioni di fragilità e/o di disagio o esclusione sociale
- realizzando la continuità assistenziale e semplificando le procedure per facilitare l'accesso del paziente alle cure e stabilendo una integrazione efficace dei diversi livelli: ospedale e territorio, medicina di base e specialistica, assistenza domiciliare, strutture residenziali territoriali, centri diurni
- definendo i processi di cura con l'applicazione della EBM e delle Linee guida
- monitorando i processi di cura realizzando adeguati sistemi informativi
- definendo ruoli, competenze, attività e risultati attesi di tutti gli attori in tutti i livelli assistenziali
- allocando risorse idonee all'ottenimento dei risultati

CABINA DI REGIA

(Insediata il 24 gennaio 2018)

Obiettivi:

- guidare e gestire gli interventi previsti dal Piano definendo una tempistica per la realizzazione degli obiettivi prioritari
- coordinare a livello centrale le attività per il raggiungimento dei singoli obiettivi
- monitorare la realizzazione dei risultati
- promuovere l'analisi, la valutazione e il confronto sulle esperienze regionali e locali di attivazione di nuovi modelli di gestione della cronicità
- diffondere i risultati delle buone pratiche e promuovere la loro adozione sul territorio nazionale
- raccogliere dati e informazioni sui costi connessi alla gestione della cronicità
- valutare sistemi innovativi di remunerazione dell'assistenza ai malati cronici e formulare proposte in merito
- produrre una Relazione periodica sugli obiettivi realizzati e sullo stato di avanzamento dei lavori
- proporre, quando necessario, l'aggiornamento del Piano
- proporre la produzione e l'inserimento nella seconda parte del Piano di capitoli dedicati ad altre patologie croniche

FOCUS: LA LOMBARDIA

I Chronic Related Group (CReG)

Anno 2011: progetto il cui obiettivo dichiarato è quello di migliorare le condizioni di vita dei cittadini affetti da patologie croniche.

La sperimentazione dei CReG sarà riservata a cooperative di medici di famiglia di 5 Asl: Bergamo, Lecco, Como, Milano città e Milano 2.

A supporto delle cooperative dei medici di medicina generale operano i Centri Servizi, strutture private (h12/365) cui è affidata la programmazione dei Piani Assistenziali Individuali (PAI): visite specialistiche, accertamenti diagnostici, assistenza infermieristica, nonché eventuali servizi aggiuntivi come farmaci a domicilio, trasporti, telemedicina.

L'approvazione del Piano Nazionale della Cronicità è stata per la Lombardia l'occasione per dichiarare conclusa l'esperienza del CReG, rilanciandone tuttavia la filosofia di fondo.

Con l'inizio del 2018 è entrato in funzione il nuovo modello di presa in carico dei pazienti cronici, così come definito da 4 delibere regionali (DGR 6164 del 30-01-2017; DGR 6551 del 04-05-2017; DGR 7038 del 03-08-2017; DGR 7655 del 28-12-2017).

Questa nuova impostazione si inserisce nel processo di riordino del sistema sociosanitario e sanitario lombardo ed è stato condiviso con le organizzazioni sindacali, come sottoscritto negli accordi del 3 maggio e del 21 novembre 2017.

5 LIVELLI DI BISOGNO

Livello	Condizione	Soggetti potenziali
1	Fragilità clinica e/o funzionale con bisogni prevalenti di tipo ospedaliero, residenziale, assistenziale a domicilio	150.000
2	Cronicità poli-patologica con prevalenti bisogni extra-ospedalieri, ad alta richiesta di accessi ambulatoriali integrati/frequent users e fragilità sociosanitarie di grado moderato	1.300.000
3	Cronicità in fase iniziale, prevalentemente mono-patologica e fragilità sociosanitarie in fase iniziale, a richiesta medio-bassa di accessi ambulatoriali integrati e/o domiciliari/frequent users	1.900.000
4	Soggetti non cronici che usano i servizi in modo sporadico	3.000.000
5	Soggetti che non usano i servizi, ma sono comunque potenziali utenti sporadici	3.500.000

In particolare, a partire dal 15 gennaio 2018, i cittadini con patologie croniche assistiti in Lombardia da almeno due anni, sono invitati ad aderire alla nuova opportunità dalla Agenzia di Tutela della Salute territorialmente competente con lettera individuale.

Accettato l'invito, il cittadino sceglie il Gestore che prenderà in carico i suoi bisogni di salute e che con lui sottoscriverà un "Patto di Cura" di validità annuale.

Successivamente, in base alle specifiche necessità cliniche, per ogni cittadino viene redatto il "Piano di Assistenza Individuale" (PAI), anch'esso di validità annuale, che contiene tutte le prescrizioni necessarie alla gestione delle patologie croniche da cui è affetto.

Da quel momento il Gestore accompagna il paziente nel percorso di cura, programmando visite, esami ed altre necessità di cura, affiancandolo nell'attuazione dell'intero piano terapeutico.

La scelta di un Gestore medico di fiducia

Il **cittadino individua il medico** al quale affidare la cura della propria patologia cronica, l'organizzazione e la gestione del relativo percorso terapeutico.

Il **medico gestore garantisce il coordinamento e l'integrazione** tra i differenti livelli di cura e i vari attori del Sistema Sanitario e Sociosanitario

Nell'organizzazione di visite ed esami, il gestore dispone di una articolata filiera di strutture idonee ad erogare le prestazioni previste dal percorso di cura specifico di ciascun paziente.

Il paziente ufficializza la scelta del proprio medico gestore, dichiarando la sua formale adesione al nuovo percorso di accompagnamento e stringendo un **Patto di Cura**, di durata annuale non tacitamente rinnovato. In seguito il medico programma annualmente, insieme al paziente, tutti gli interventi sanitari e sociosanitari **-Piano Assistenziale Individuale-** necessari per un miglior controllo della sua patologia, garantendo così cure più appropriate, controlli puntuali e periodici.

Il Piano Assistenziale Individuale (PAI)

Strumento per la programmazione e la pianificazione personalizzata del percorso di cura.

Al suo interno sono racchiuse tutte le prestazioni -visite ed esami- e le prescrizioni farmacologiche che un paziente cronico deve effettuare nell'arco di un anno, relativamente alla sua specifica patologia.

Il flusso di informazioni contenute all'interno del PAI è informatizzato e pubblicato sul Fascicolo Sanitario Elettronico "FSE" del cittadino. È così accessibile a tutti i professionisti sanitari chiamati a concorrere all'attuazione del programma delle cure.

Chi può ricoprire il ruolo di Gestore?

I soggetti risultati idonei a seguito di valutazione da parte delle Agenzie di Tutela della Salute:

- Medici di Medicina Generale/Pediatri di Libera Scelta appartenenti ad aggregazioni funzionali -le Cooperative.
- Strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private accreditate.
- In collaborazione con un soggetto gestore, un Medico di Medicina Generale/Pediatra di Libera Scelta risultato idoneo – anche se non in aggregazione – può svolgere ruolo di co-gestore e accompagnare il paziente nel percorso di cura.

LE CRITICITA'

- Organizzazione aziendale ospedaliera
- Attribuzione dei ruoli
- Adeguato supporto tecnologico informatico
- Salvaguardia della relazione di cura
- La figura del MMG
- Lo Specialista “Tuttologo”

ACCORDO REGIONE-ORDINE DEI MEDICI

Tavolo tecnico composto da rappresentanti della Direzione Generale Welfare, degli Ordini dei Medici e delle ATS che ha semplificato il percorso di accesso alle prestazioni per il cittadino cronico per favorire la sua piena adesione alla presa in carico

MMG/PLS Clinical manager sarà il redattore del Piano Assistenziale Individuale (PAI), documento di pianificazione delle attività sanitarie e socio sanitarie per la presa in carico

Il paziente, al momento della redazione del PAI, sceglie e comunica al MMG/PLS la struttura che fungerà, tramite il proprio centro servizi, da Gestore affinché svolga le funzioni non cliniche di accompagnamento della presa in carico.

La scelta verrà effettuata tra le strutture presenti in un elenco, predisposto dall'ATS, che tenga conto anche delle strutture presso cui il paziente risulta "Frequent User".

REGOLE 2019

Presa in carico del paziente cronico (PIC)

- Conferma dello stanziamento per il programma di Presa in carico
- Promozione dell'adesione dei MMG/PLS a seguito della sottoscrizione del Protocollo di intesa con gli ordini dei medici
- Sviluppo di nuove azioni per l'arruolamento dei cittadini nel programma di presa in carico tramite proposta diretta del MMG e per i pazienti più complessi da parte degli specialisti
- Integrazione MMG/PLS e specialisti ospedalieri
- Ulteriore implementazione e miglioramento degli strumenti informatici
- Possibilità di erogare prestazioni anche da parte dei MMG in coerenza con l'ACN, anche tramite strumenti di telemedicina;
- Istituzione di un gruppo di lavoro per il monitoraggio delle modalità di gestione della PIC.

INTEGRAZIONE MMG/PLS E SPECIALISTI OSPEDALIERI

Il MMG/PLS è il clinical manager referente clinico per il proprio assistito e svolge anche un'attività di integrazione con gli specialisti delle strutture sanitarie.

Nel 2019 i centri servizi dei gestori svolgeranno una funzione di coordinamento di tra professionisti -MMG/PLS e specialisti ospedalieri

IL PIANO DI ASSISTENZA INDIVIDUALE (PAI)

Il Piano di Assistenza Individuale (PAI) ha validità annuale.

Nel 2019 in fase di prima redazione ed in occasione del rinnovo, per i pazienti già presi in carico, è prevista anche la compilazione della sezione relativa agli stili di vita ed ai fattori di rischio ad integrazione delle attività di specialistica ambulatoriale, di laboratorio analisi e alle terapie farmacologiche.

Per i PAI che saranno redatti dal 1° gennaio 2019 dovranno essere presenti fin dalla prima redazione:

- 1) stili di vita, fattori di rischio
- 2) attività di specialistica ambulatoriale e di laboratorio analisi
- 3) terapie farmacologiche

Grazie per l'attenzione

On. Dott.ssa Fabiola Bologna
Commissione XII Affari sociali, Sanità
Commissione Bicamerale per l'Infanzia e l'Adolescenza