



Il Piano Nazionale delle Cronicità

Bari 16/9/2016

R Rollo

Il Patto per la Salute 2014-2016 e Legge Balduzzi Assistenza Territoriale

- **I grandi temi che il nuovo Patto prevede**
 1. Il rafforzamento dell'assistenza territoriale
 2. Il potenziamento dell'assistenza domiciliare integrata ADI,
 3. la riorganizzazione delle cure primarie,
 4. l'integrazione tra sistema di emergenza urgenza e servizi di continuità assistenziale
 5. La creazione dei **PRESIDI TERRITORIALI /OSPEDALI DI COMUNITÀ**
 6. l'umanizzazione delle cure
 7. l'impegno all'aggiornamento dei Lea,
 8. il rafforzamento dell'azione di monitoraggio e controllo sui Livelli essenziali di assistenza.
 9. la revisione della compartecipazione e delle esenzioni .
 10. La predisposizione del **“Piano nazionale della cronicità”** da approvare con Accordo sancito dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni.
- **Il riordino dell'assistenza territoriale è una novità? Legge 08.11.2012 n° 189 -Legge Balduzzi Riforma delle cure primarie (Art. 1)**
 - **AFT e UCCP, con medici di medicina generale, specialisti e infermieri**
 - **AFT e UCCP**, erogano prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei medici, delle altre professionalità convenzionate con il Ssn, degli infermieri, delle ostetriche, delle tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria . Si può prevedere la presenza, nelle medesime strutture anche di personale dipendente del Ssn.
 - Le unità complesse di cure primarie sono costituite in reti di poliambulatori territoriali dotati di strumentazione di base, aperti al pubblico per tutto l'arco della giornata, nonché nei giorni prefestivi e festivi con idonea turnazione.
 - Le unità complesse operano in coordinamento e in collegamento telematico con le strutture ospedaliere.
 - **Per i medici di medicina generale arriva il ruolo unico**
 - Il personale convenzionato è costituito dai medici di medicina generale, dai pediatri di libera scelta e dagli specialisti ambulatoriali. Per i medici di medicina generale è istituito il ruolo unico. Le attività e le funzioni disciplinate dall'accordo collettivo nazionale sono individuate tra quelle previste nei Lea nei limiti delle disponibilità finanziarie complessive del Ssn e Ssr
 - **Convenzioni da adeguare**
 - **Entro 180 devono essere adeguati gli Acn e nei successivi 90 giorni, sono stipulati i relativi accordi regionali attuativi. Decorso il termine il ministro della Salute emana le disposizioni per l'attuazione in via transitoria.**

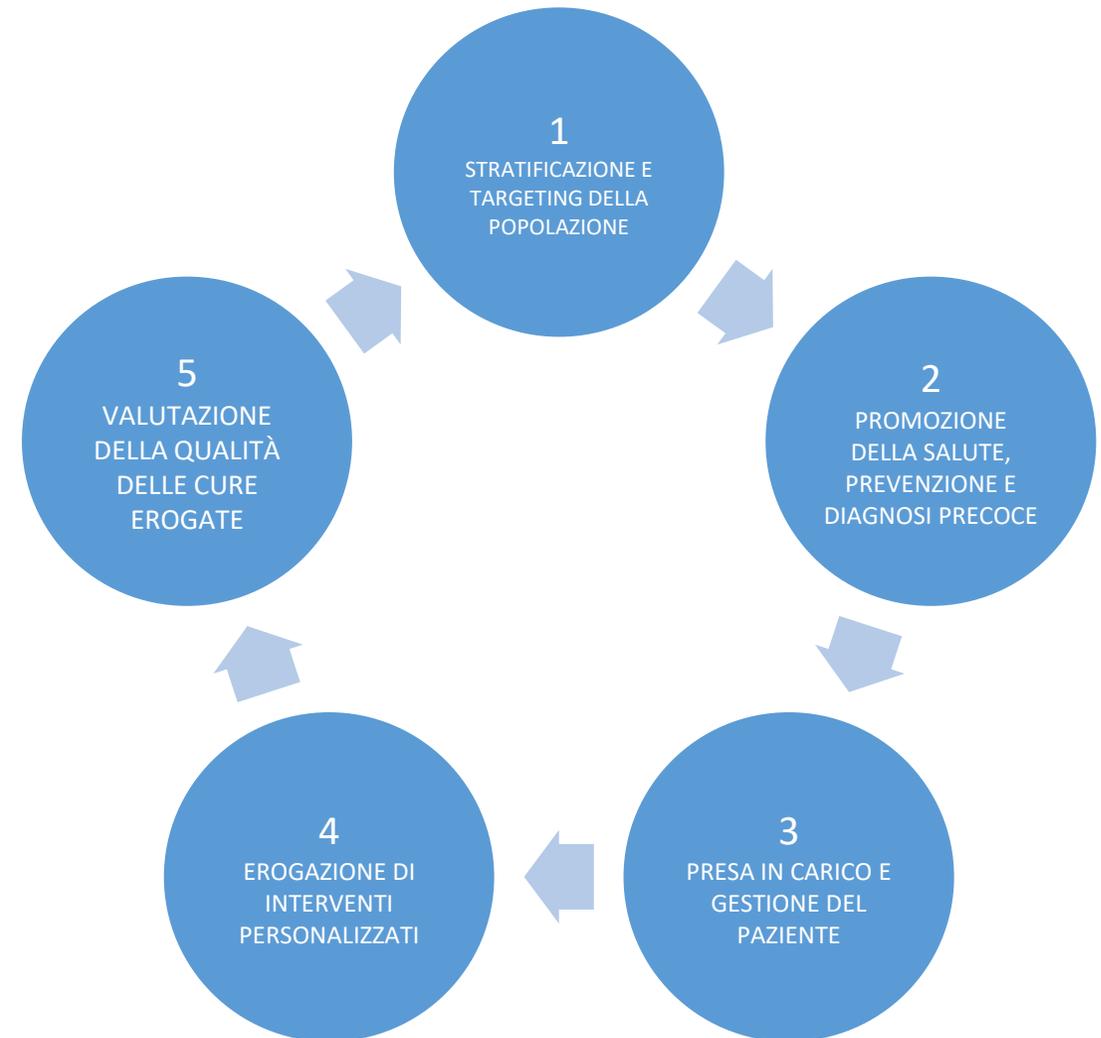
- Il Piano nazionale della Cronicità (PNC)

Il (PNC) nasce dall'esigenza di armonizzare a livello nazionale le attività in questo campo, proponendo **un documento**, condiviso con **le Regioni**, che, compatibilmente con la disponibilità delle risorse economiche, umane e strutturali, **individui un disegno strategico comune** inteso a promuovere **interventi basati sulla unitarietà di approccio, centrato sulla persona ed orientato su una migliore organizzazione dei servizi e una piena responsabilizzazione di tutti gli attori dell'assistenza.**

Il fine è quello di contribuire al miglioramento della tutela per le persone affette da malattie croniche, riducendone il peso sull'individuo, sulla sua famiglia e sul contesto sociale, migliorando la qualità di vita, rendendo più efficaci ed efficienti i servizi sanitari in termini di prevenzione e assistenza e assicurando maggiore uniformità ed equità di accesso ai cittadini.

I macro-processi di gestione della persona con malattia cronica. Le 5 Fasi

Il Piano.N.C. nelle sue linee di intervento, ha utilizzato una metodologia che disegna il percorso del malato cronico suddiviso in fasi, ne descrive gli aspetti peculiari e le macroattività proponendo specifici obiettivi con le relative linee di intervento e i risultati attesi.



1 STRATIFICAZIONE E TARGETING DELLA POPOLAZIONE

- **Macro Attività**

1. Identificazione delle popolazioni target e registrazione dei dati
2. Approccio di «population management» e stadiazione dei bisogni assistenziali

- **Obiettivi**

- Programmare e realizzare una gestione efficace ed efficiente della cronicità sulla base di **adeguate conoscenze epidemiologiche** .
- **Integrare in rete le strutture** operanti garantendo la **condivisione delle informazioni**, secondo le necessità dell'assistenza e del governo clinico.
- **Promuovere la valutazione dei risultati** su base nazionale, in una logica di congruenza e omogeneità rispetto alle singole realtà regionali.
- **Stratificare** la popolazione attraverso modelli che tengano conto dei **bisogni sanitari e socioeconomici**

2 PROMOZIONE DELLA SALUTE, PREVENZIONE E DIAGNOSI PRECOCE

- **Macro Attività**

1. Modifica degli stili di vita e contrasto ai fattori di rischio
2. Diagnosi precoce

- **Obiettivi**

(PREVENZIONE PRIMARIA)

Promuovere l'adozione di corretti stili di vita nella popolazione generale e nei soggetti a rischio per prevenire l'insorgenza delle patologie croniche.

(PREVENZIONE SECONDARIA)

Identificare precocemente le persone a rischio e quelle affette da patologie croniche da inviare ad adeguati percorsi di presa in carico.

(PREVENZIONE TERZIARIA)

Ritardare l'insorgenza delle malattie croniche e delle loro complicanze nelle persone a rischio o già malate.

3 PRESA IN CARICO E GESTIONE DEL PAZIENTE ATTRAVERSO IL PIANO DI CURA

• **Macro Attività**

- Riorganizzazione delle attività dei MMG
- Rete assistenziale a forte integrazione sul territorio
- Adozione di percorsi assistenziali
- Reti specialistiche multidisciplinari e team professionali dedicati
- Potenziamento dell'assistenza sul territorio
- Welfare di comunità ed integrazione sociosanitaria
- Assistenza domiciliare integrata
- Assistenza presso le strutture residenziali e i centri diurni
- Assistenza ospedaliera finalizzata alla gestione della cronicità

• **Obiettivi**

- Migliorare l'organizzazione dei Servizi sanitari, attraverso l'individuazione e l'attuazione di strategie che perseguano la razionalizzazione dell'offerta e l'appropriatezza organizzativa delle prestazioni erogate
- Attuare gli interventi previsti a livello nazionale (Legge n.189/2012 (Balduzzi), Patto per la Salute 2014-2016), riorganizzando le cure primarie e l'assistenza territoriale.
- Definire e adottare percorsi diagnostici terapeutici (PDTA) sia a livello territoriale che ospedaliero e percorsi integrati ospedale - territorio
- Adottare modelli di gestione integrata
- Sviluppare un sistema integrato di servizi socio-sanitari rivolti alla persona con cronicità che valorizzi la partecipazione della società civile e garantisca equità di accesso e di prestazioni
- Migliorare l'assistenza ospedaliera ai pazienti con cronicità
- Creare reti multi-specialistiche ospedaliere
- Promuovere l'integrazione con il territorio assicurando la continuità assistenziale

4 EROGAZIONE DI INTERVENTI PERSONALIZZATI PER LA GESTIONE DEL PAZIENTE ATTRAVERSO IL PIANO DI CURA

- **Macro Attività**

Il piano di cura personalizzato e l'assistenza proattiva

Il «**patto di cura**» e l'empowerment

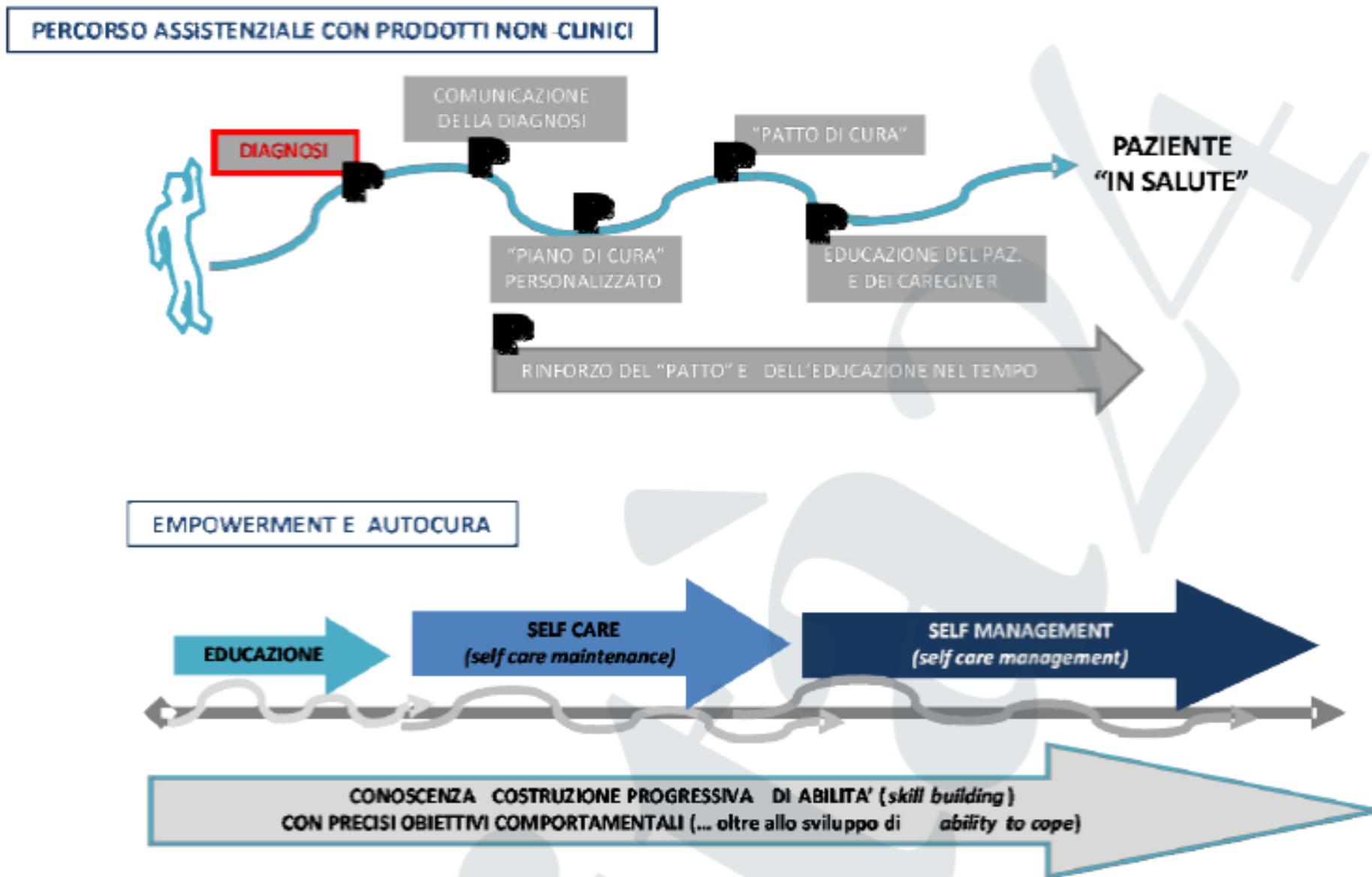
Educazione terapeutica strutturata

- **Obiettivi**

Garantire un'assistenza sanitaria e sociosanitaria centrata sui bisogni e le caratteristiche personali e socio-ambientali del paziente INDIVIDUALIZZAZIONE DELLE CURE SPECIE SE PAZIENTI CON COMORBILITA'

Promuovere l'empowerment della persona con cronicità e migliorare la capacità di gestione della malattia nel proprio contesto familiare e sociale attraverso lo strumento della terapia educativa

“Patto di cura” Un Percorso Assistenziale che sia strumento di Empowerment



5 VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DELLE CURE EROGATE

- **Macro Attività**

Sistemi di misura della qualità delle cure e della qualità della vita

- **Obiettivi**

Incrementare le attività di valutazione e di sviluppo **del governo clinico** finalizzate a ridurre l'inappropriatezza in ambito sanitario e sociosanitario e **a migliorare la capacità di fornire risposte** al bisogno della persona con cronicità

Rendere disponibili e “trasparenti” anche ai pazienti **le informazioni** derivanti da indagini sulla soddisfazione del paziente in maniera estesa e sistematica e coinvolgerli nelle procedure di valutazione della qualità dell'assistenza sanitaria

CRITICITA' DI SISTEMA: Moto browniano in sanità

Molti pazienti fanno l'esperienza di attraversare il sistema sanitario in un moto browniano (casuale). Questa esperienza consiste nell'aver frequenti contatti con diversi professionisti molto occupati, che spesso lavorano isolati. Molti di questi contatti individuali possono essere utili, ma il miglioramento del paziente sembra casuale, non sistematico e, talvolta, caotico.

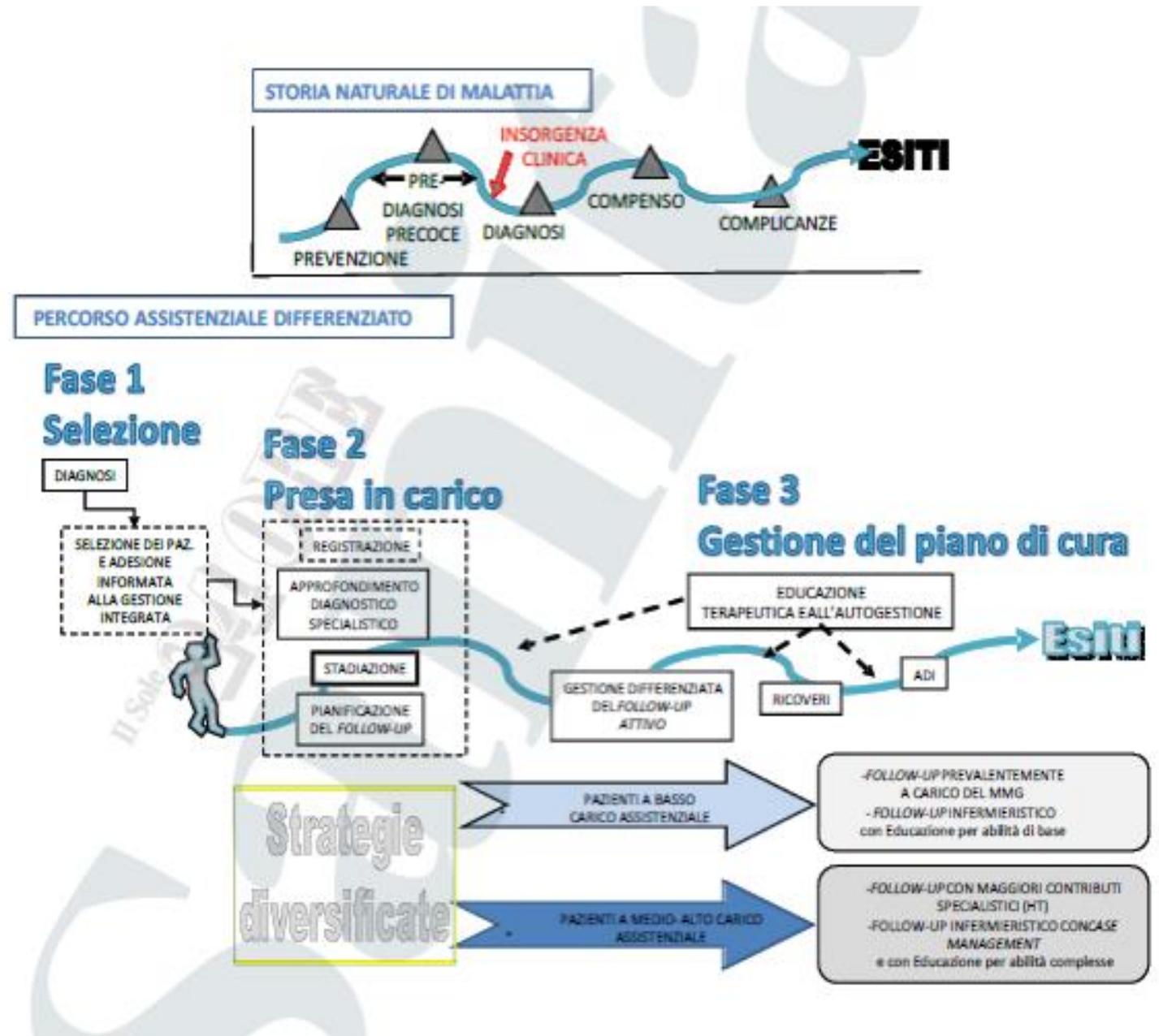
(sir Muir Gray, 2011)

- Il Ridisegno dei PDCA

La **“storia naturale”** di malattia è il binario-guida per la programmazione degli interventi. Grazie alla sua conoscenza si è in grado di avere nozione degli snodi più critici nella gestione della patologia stessa, con la possibilità di stratificare i pazienti in sottoclassi, in base ai loro bisogni socio sanitari.

Le altre variabili, individuali e sociali, fanno parte di un ulteriore specifico approfondimento sul **“paziente-persona”**, che include tutti gli aspetti in grado di incidere, negativamente o positivamente, nella **“storia personale”** di ogni individuo con la propria cronicità.

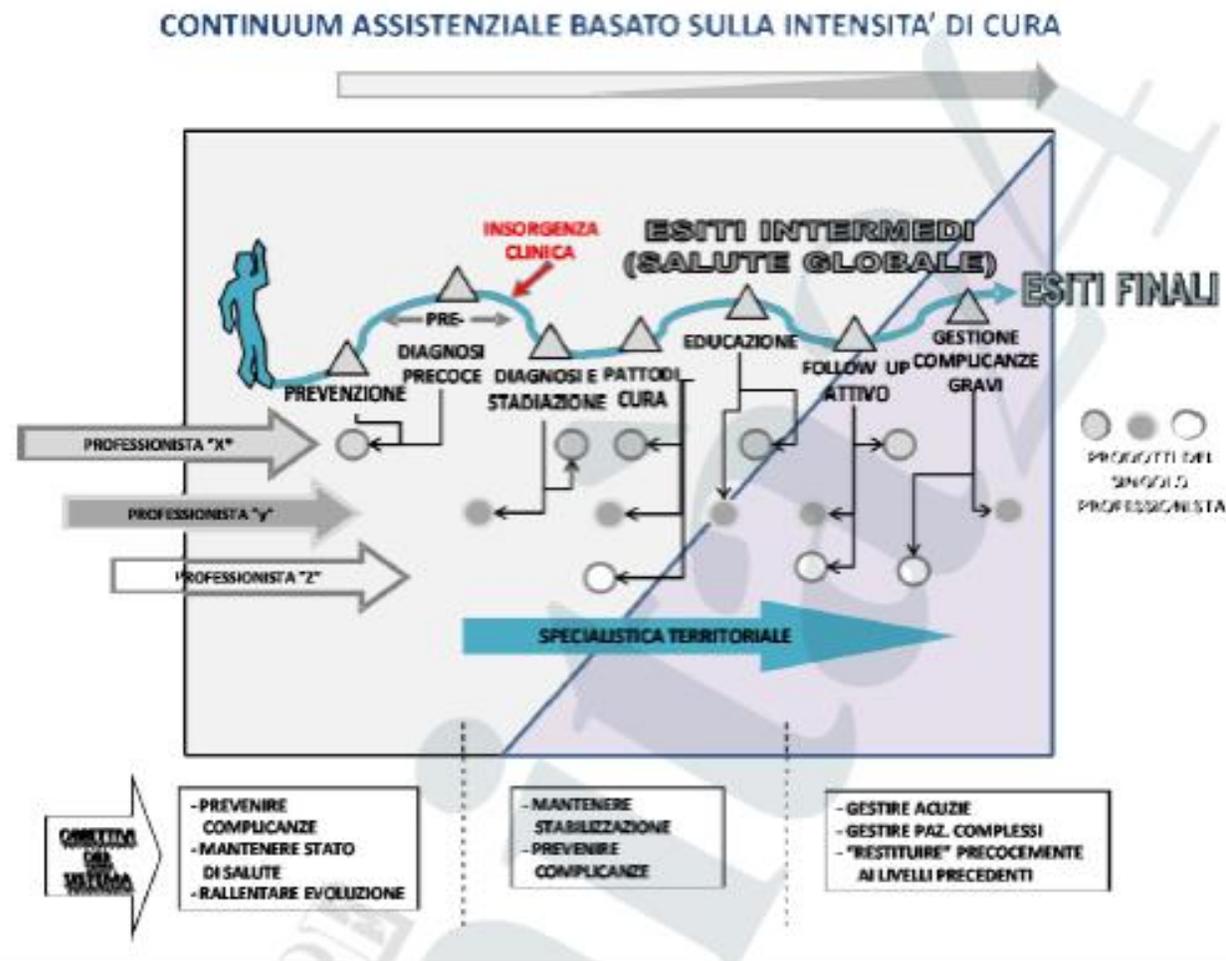
Il **“Percorso Assistenziale”** rappresenta lo strumento di traduzione della storia naturale e dei suoi snodi critici in prassi assistenziale. Esso permette di evidenziare le fasi dell’assistenza e, all’interno di queste, i principali **“prodotti assistenziali”** che i diversi attori del sistema salute dovranno garantire attraverso le loro attività.



Il percorso del paziente con patologia cronica:

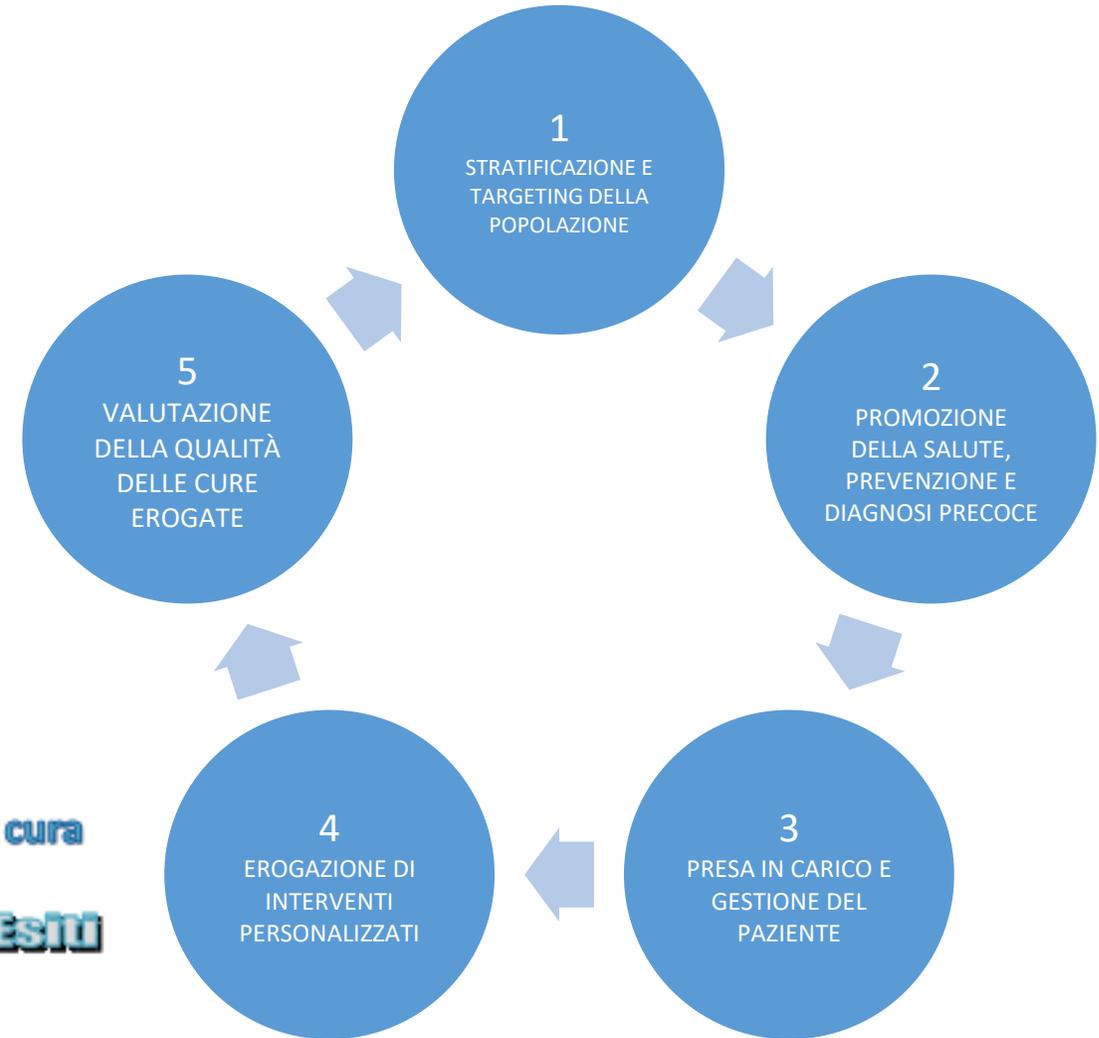
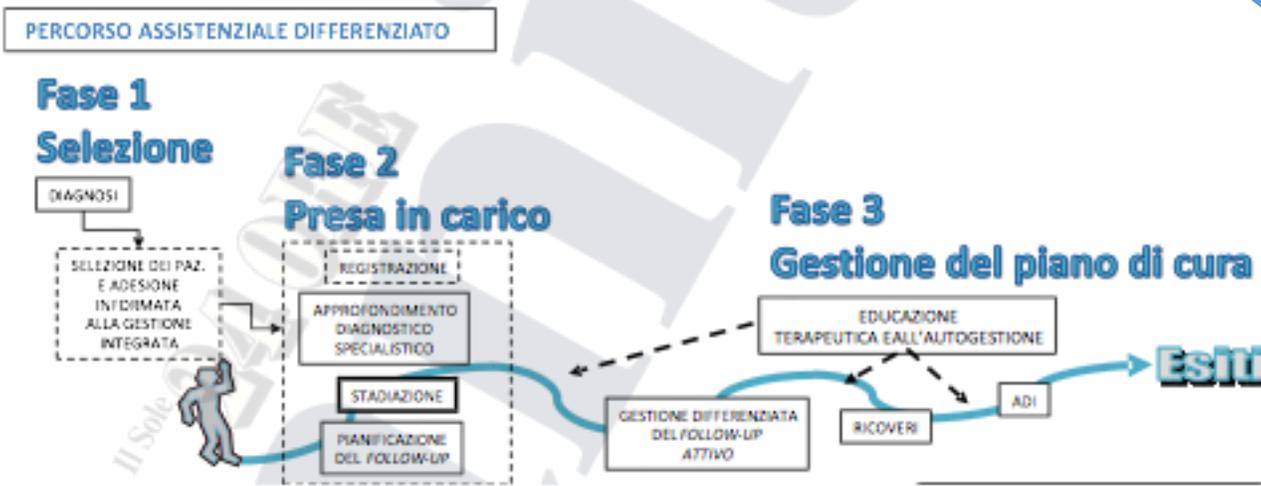
- **deve essere pianificato nel lungo periodo** e gestito in modo proattivo e differenziato, per rispondere in maniera efficace ed efficiente ai bisogni specifici e prevenire l'insorgenza di complicanze evitabili;
- **deve essere condiviso e gestito da un team** composto da diverse figure (MMG, PLS, Infermiere, specialista territoriale e ospedaliero, assistente sociale, etc.) in una logica di collaborazione e corresponsabilità, individuando il soggetto responsabile della gestione del percorso di cura;
- **il Follow up dove essere gestito** con una maggiore o minore presenza dell'uno o dell'altro attore assistenziale, a seconda delle fasi e del grado di complessità, che mantiene sempre e comunque la propria "appartenenza" al Team integrato ed a tutta la rete assistenziale.

Il Percorso Assistenziale permette quindi di specificare e dettagliare l'insieme dei contributi, i singoli prodotti e le relative caratteristiche erogative, nonché le specifiche responsabilità di ognuno sui risultati attesi, **senza perdere di vista il continuum di una prassi assistenziale "integrata"**.



La situazione in puglia ?

- Siamo all'inizio?
- Siamo a metà del cammino?



1 STRATIFICAZIONE E TARGETING DELLA POPOLAZIONE

2 PROMOZIONE DELLA SALUTE, PREVENZIONE E DIAGNOSI PRECOCE

- **Macro Attività**

1. Identificazione delle popolazioni target e registrazione dei dati
2. Approccio di «population management» e stadiazione dei bisogni assistenziali
3. Modifica degli stili di vita e contrasto ai fattori di rischio
4. Diagnosi precoce

- **Esperienze in corso**

EDOTTO

FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO

MILLEWIN E ALTRI PROGRAMMI

RICETTA DEMATERIALIZZATA

...

PROMOZIONE DELLA SALUTE

PROGETTO LEONARDO

PROGETTO NARDINO

DISEASE AND CARE MANAGEMENT

3 PRESA IN CARICO E GESTIONE DEL PAZIENTE ATTRAVERSO PDT

- **Macro Attività**

1. Riorganizzazione delle attività dei MMG
2. Rete assistenziale a forte integrazione sul territorio
3. Adozione di percorsi assistenziali
4. Reti specialistiche multidisciplinari e team professionali dedicati
5. Potenziamento dell'assistenza sul territorio

- **Esperienze già attive**

1. Accordo Integrativo regionale incentrato sulle forme organizzative complesse della medicina generale
2. Riordino ospedaliero e potenziamento della rete territoriale
3. Approvazione di numerosi PDT regionali (ARES)
4. Potenziamento Specialistica amo int. (Progetto RAO e Day Service)
5. potenziamento (strutturale e strumentale) della rete dei servizi con ingenti finanziamenti con fondi FESR 1° e 2° fase

3 PRESA IN CARICO E GESTIONE DEL PAZIENTE ATTRAVERSO PDT

- **Macro Attività**

6. Welfare di comunità ed integrazione sociosanitaria
7. Assistenza domiciliare integrata
8. Assistenza presso le strutture residenziali e i centri diurni
9. Assistenza ospedaliera finalizzata alla gestione della cronicità

- **Esperienze già attive**

6. Legislazione sul welfare tra le più evolute e attivazione di una rete capillare di strutture sul territorio (RR4/2007) Forte programmazione su 45 ambiti con i Piani di Zona
7. Linee guida regionali sulle cure domiciliari con un DIFE contenente obiettivi chiari. Integrazione dei servizi con finanziamento della quota sociale SAD e ADI. Assegnazione di rilevanti risorse FESR x la Demotica telemedicina ecc.
8. Stipula di accordi contrattuali con le Strutture Socio Sanitario attraverso PAI previsione di incremento del fabbisogno di posti x 1000 ab
9. Riordino Ospedaliero Nuove reti patologie tempo dipendenti , reti medicine specialistiche, PL riabilitazione e Lungodegenza , la continuità Ospedale Territorio, gli Ospedali di comunità (DM 70/2015)

- Innovative Care for Chronic Condition (ICCC) Framework

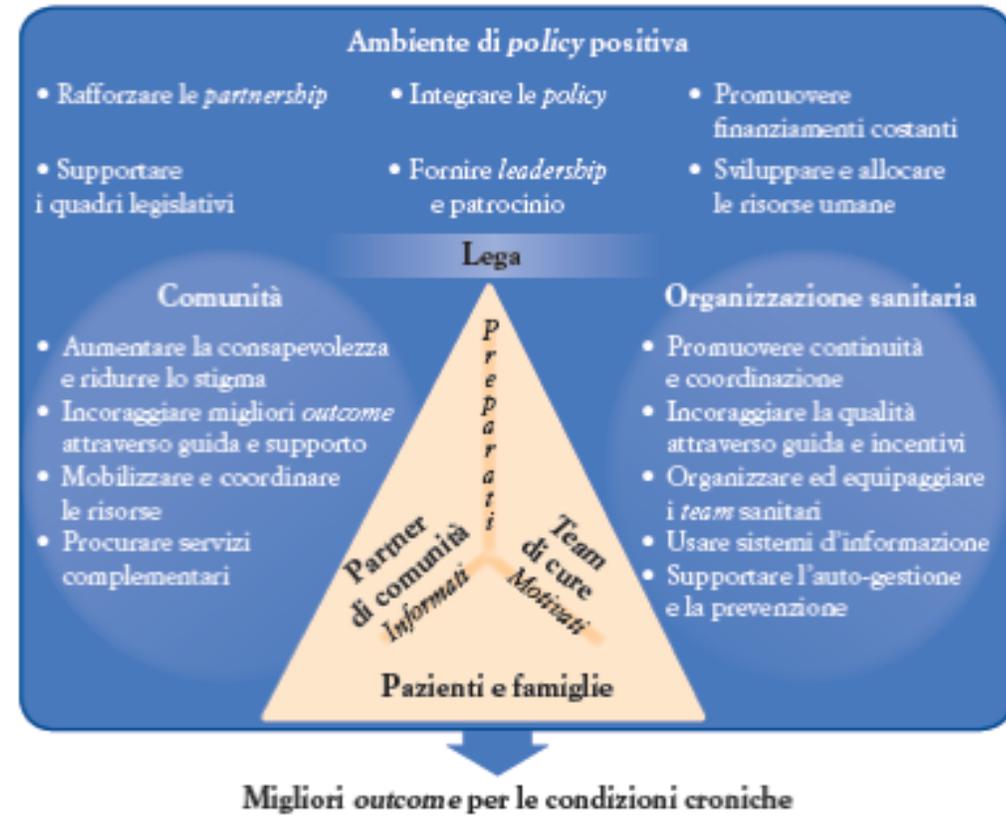
L'*Innovative Care for Chronic Condition (ICCC) Framework*) è stato elaborato dall'OMS come risposta alla domanda di integrazione tra livelli decisionali/gestionali socio-sanitari nel ciclo di vita delle malattie croniche.

Il modello considera tre livelli di integrazione che necessariamente devono interoperare:

- a) micro – di cui fanno parte il paziente, il personale sanitario ed i *caregiver*;
- b) meso – di cui fanno parte le organizzazioni sanitarie e la comunità;
- c) macro – la *policy*.

L'*ICCC Framework* definisce per ciascun livello i *building block* con cui “costruire” interventi finalizzati alla gestione delle cronicità delineandone le finalità.

E. Sabato, C. G. Leo, S. Sabina Tendenze nuove - 1/2015



Conclusioni

“ *Le Regioni*, al fine di agevolare il processo di ridefinizione della rete ospedaliera *devono procedere contestualmente al riassetto dell’assistenza primaria*, dell’assistenza *domiciliare* e di quella *residenziale*, in coerenza con quanto previsto dal quadro normativo in materia di LEA e con gli obiettivi economico finanziari nazionali fissati per il Servizio Sanitario Nazionale”.

Punto 10 dell’Allegato 1 DM 70/2015

“... le misure di *riorganizzazione* e di *razionalizzazione* dell’assistenza *ospedaliera*, inclusa la riduzione dei posti letto e la chiusura dei piccoli ospedali, *devono necessariamente accompagnarsi* ad estesi, complessi e costosi interventi di *rafforzamento dei servizi territoriali*, di natura residenziale ambulatoriale e domiciliare, inclusi quelli attribuiti al settore socio-sanitario.

Questi programmi devono spesso anticipare, al massimo essere contestuali, *agli interventi di riordino ospedaliero*; ... *sono* spesso *impegnativi anche sul piano finanziario* perché gli effetti economici della riorganizzazione ospedaliera (quando sono presenti) sono dilazionati nel tempo e, nel breve periodo, sono sovrastati dagli investimenti necessari allo sviluppo della rete assistenziale.

Il rischio di una programmazione miope e concentrata sul breve periodo *è di provocare un vuoto assistenziale* che ricadrebbe *sui segmenti più vulnerabili* della popolazione e inciderebbe negativamente *sulla qualità* delle prestazioni, *sulla continuità della cura* e *sulle condizioni di lavoro* degli operatori .”