



Le malattie croniche
in Toscana:
Epidemiologia e
priorità dei servizi
Il Piano nazionale della
cronicità

PAOLA PISANTI

**COORDINATORE COMMISSIONE PIANO DELLA
CRONICITA'**

**CONSULENTE E COMPONENTE CABINA DI REGIA DEL
MINISTERO DELLA SALUTE**

PRESIDENTE DI FARE RETE INNOVAZIONE BENE COMUNE

PIANO DELLA CRONICITA'

Il Piano Nazionale della Cronicità è stato approvato il 15 settembre 2016 con Accordo sancito dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le PPAA di Trento e Bolzano” ai sensi dell’Intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014 concernente il “Patto per la Salute per gli anni 2014-2016”



- alle conseguenze del crescente impatto della cronicità sui Sistemi Sanitari

- **evoluzione dei modelli di assistenza**

- miglioramento e potenziamento della prevenzione e della promozione della salute

- **crescente investimento nell'assistenza dei soggetti con patologie croniche**

- riorganizzazione delle cure primarie

- integrazione e del coordinamento tra MMG, altri

Patto per la salute e il Piano cronicità del 2016.

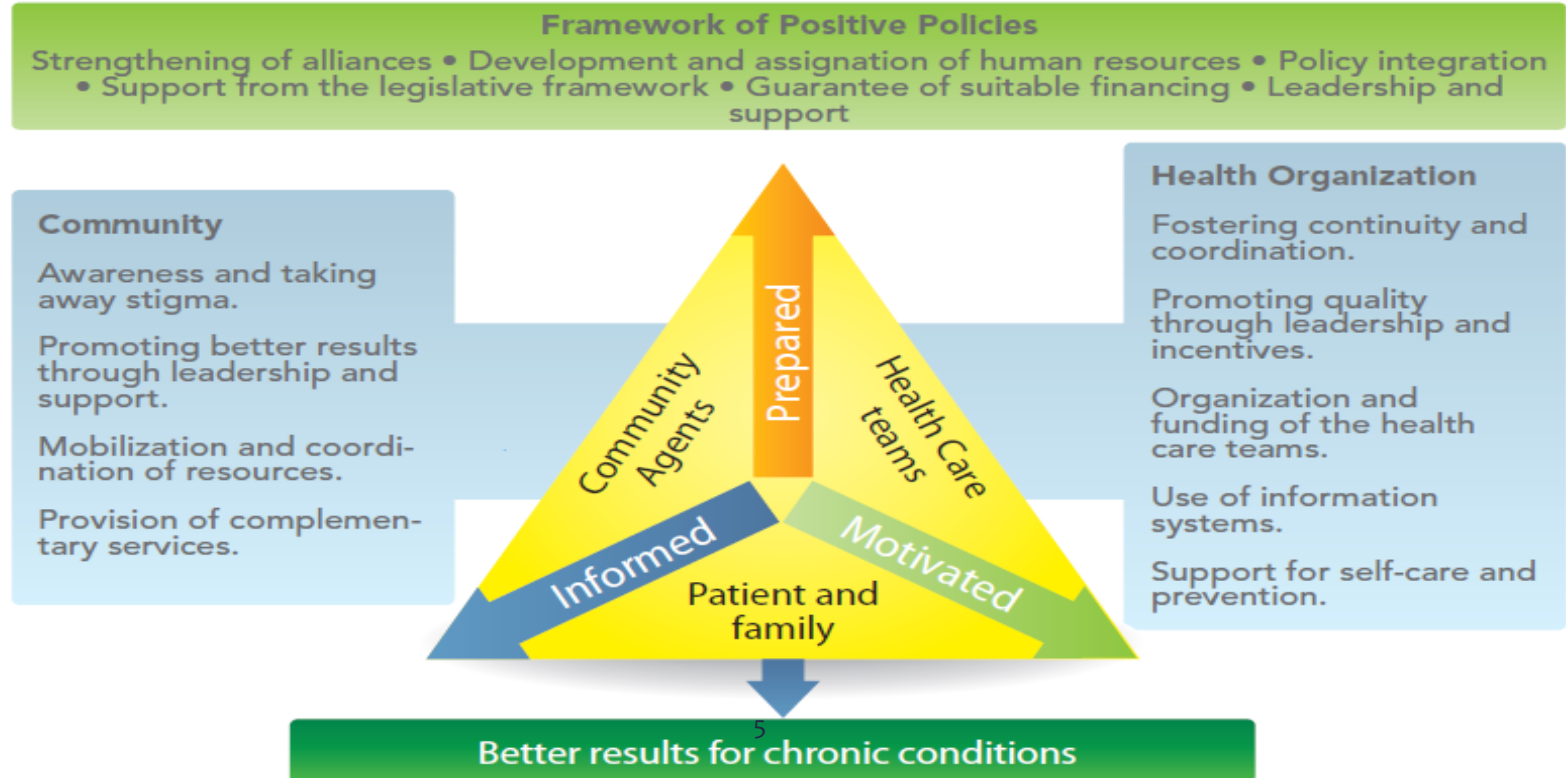
Propongono un documento, condiviso con le Regioni, che, compatibilmente con la disponibilità delle risorse economiche, umane e strutturali, individui un disegno strategico comune inteso a promuovere interventi basati sulla unitarietà di approccio, centrato sulla persona ed orientato su una migliore organizzazione dei servizi e una piena responsabilizzazione di tutti gli attori dell'assistenza

La struttura specifica del PNC



il PNC tiene conto del “Model of Innovative and Chronic conditions (ICCC)” che aggiunge al CCM una visione focalizzata sulle politiche sanitarie

The Model of Innovative Care and Chronic Conditions (ICCC)



Messaggi chiave

Una nuova cultura del sistema, dei servizi, dei professionisti e dei pazienti

coinvolgere e responsabilizzare tutte le componenti, dalla persona al macrosistema salute



Un diverso modello integrato ospedale/territorio

l'ospedale concepito come uno snodo di alta specializzazione del sistema di cure per la Cronicità, che interagisca con la Specialistica ambulatoriale e con l'Assistenza Primaria



Le cure domiciliari

mantenere il più possibile la persona malata al suo domicilio e impedire o comunque ridurre il rischio di istituzionalizzazione



Un sistema di cure centrato sulla Persona

Il paziente "Persona" (e non più "caso clinico"), a sua volta esperto in quanto portatore del sapere legato alla sua storia di "co-esistenza" con la cronicità



Una valutazione multidimensionale e di outcome personalizzati

la valutazione orientata sul paziente-persona, sugli esiti raggiungibili e sul sistema sociosanitario



Struttura del Piano

- **La struttura generale del Piano**

I parte

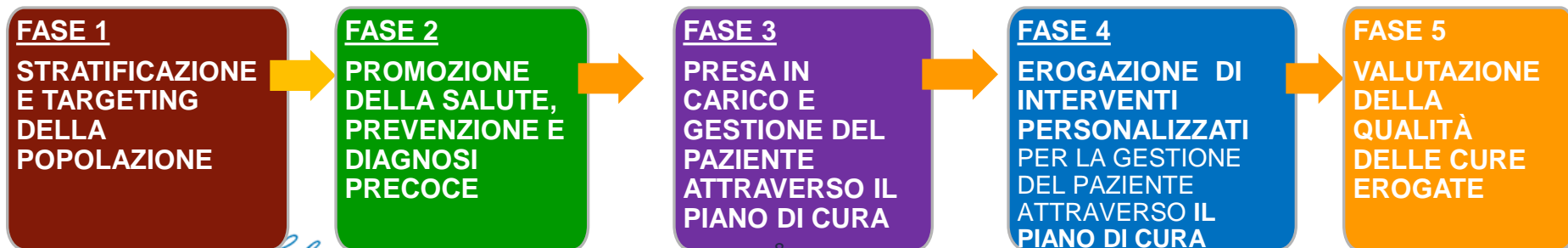
II Parte



La struttura specifica del PNC

I macro-processi di gestione della persona con malattia cronica

Il Piano, nella declinazione degli obiettivi specifici e delle linee di intervento, ha utilizzato una metodologia che, disegnando il percorso del malato cronico suddiviso in fasi, ne descrive gli aspetti peculiari e le macroattività, proponendo uno o più obiettivi con le relative linee di intervento e i risultati attesi.





LA FORMAZIONE E' UNA LEVA FONDAMENTALE MA ESSA DEVE ESSERE LO STRUMENTO (SUPPORTO ESPERTO, COACHING...) DI ATTUAZIONE/ACCOMPAGNAMENTO DI UN PIANO (REG.LE/Az.LE) CHIARO, MIRATO, "VOLUTO", SOSTENUTO E CON RESPONSABILITA' DEFINITE...



Aleksej Grigor'evič Stachanov - Алексей Григорьевич Стаханов
([Lugovaja, 3 gennaio 1906](#) – [Torez, 5 novembre 1977](#))

... BASATO SULLE **COMUNITA' DI PRATICA** (E. Wenger)

CAPISALDI

Stadiazione

Le cure primarie

Una nuova visione ospedale territorio

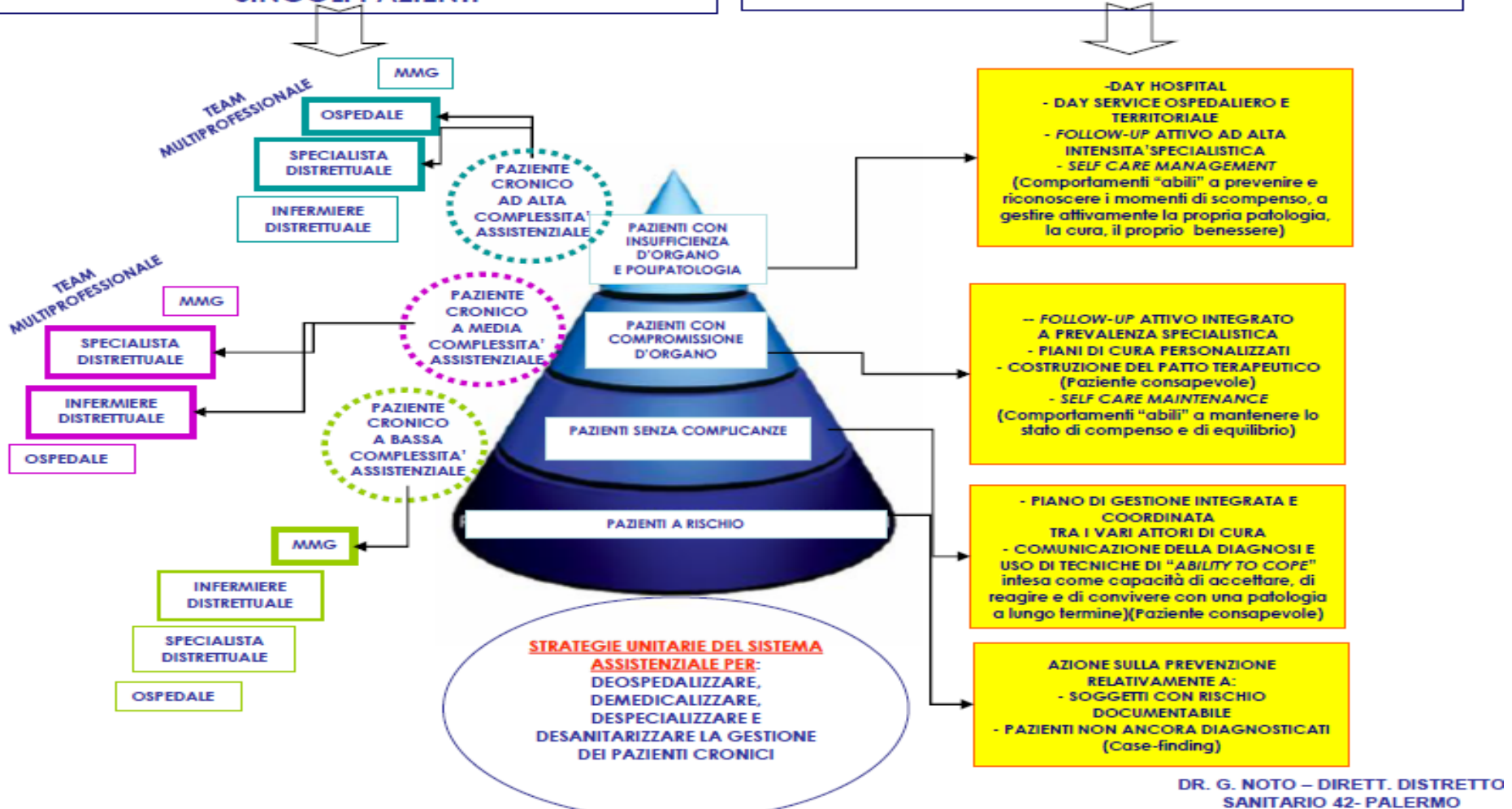
Percorsi personalizzati

Demedicalizzazione

STRATIFICAZIONE

ORGANIZZAZIONE DEGLI ATTORI ASSISTENZIALI PER LA GESTIONE INTEGRATA DI GRUPPI E DI SINGOLI PAZIENTI

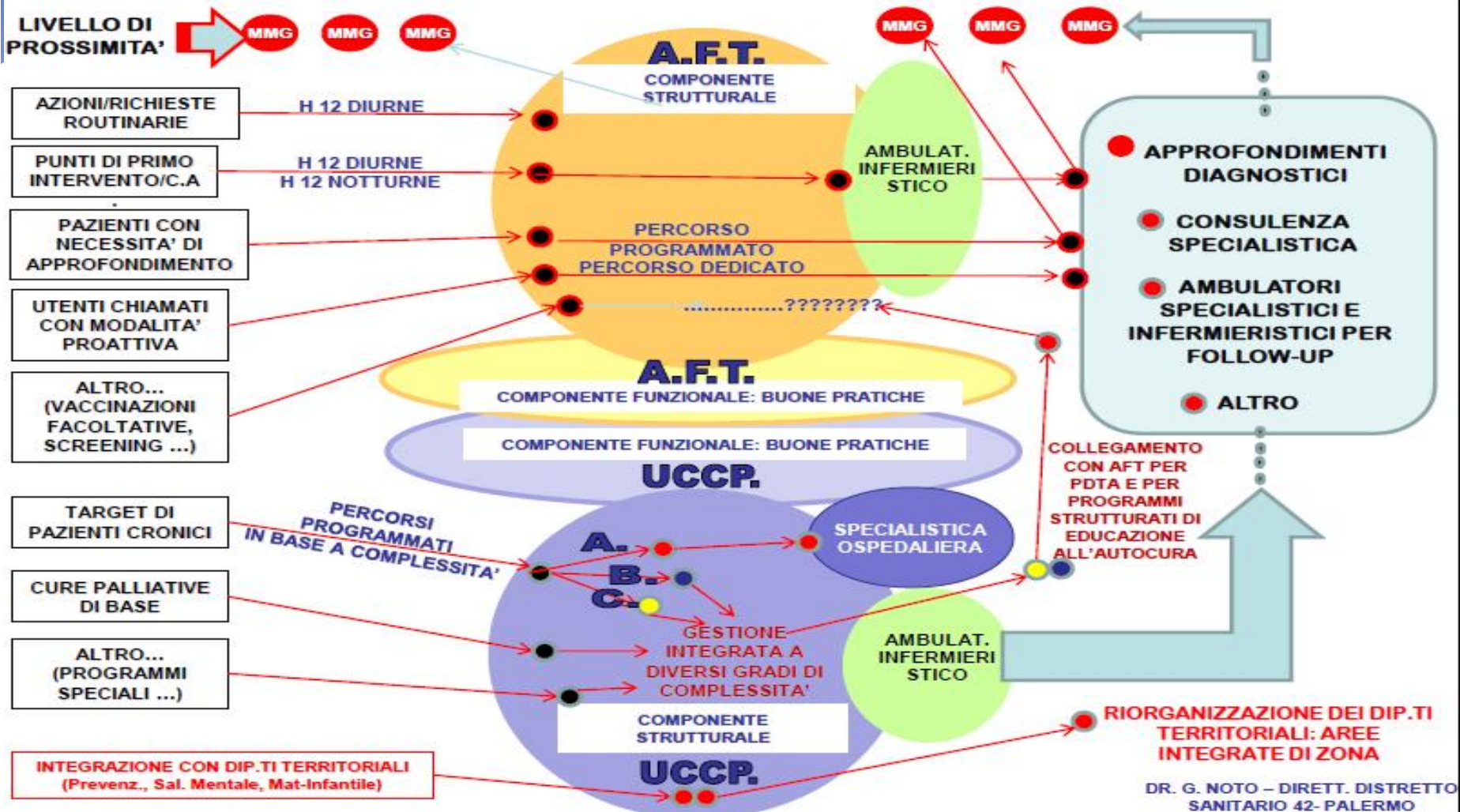
STRATEGIE E STRUMENTI DI GOVERNO CLINICO SU TARGET STRATIFICATI DI PAZIENTI



DR. G. NOTO – DIRETT. DISTRETTO SANITARIO 42- PALERMO

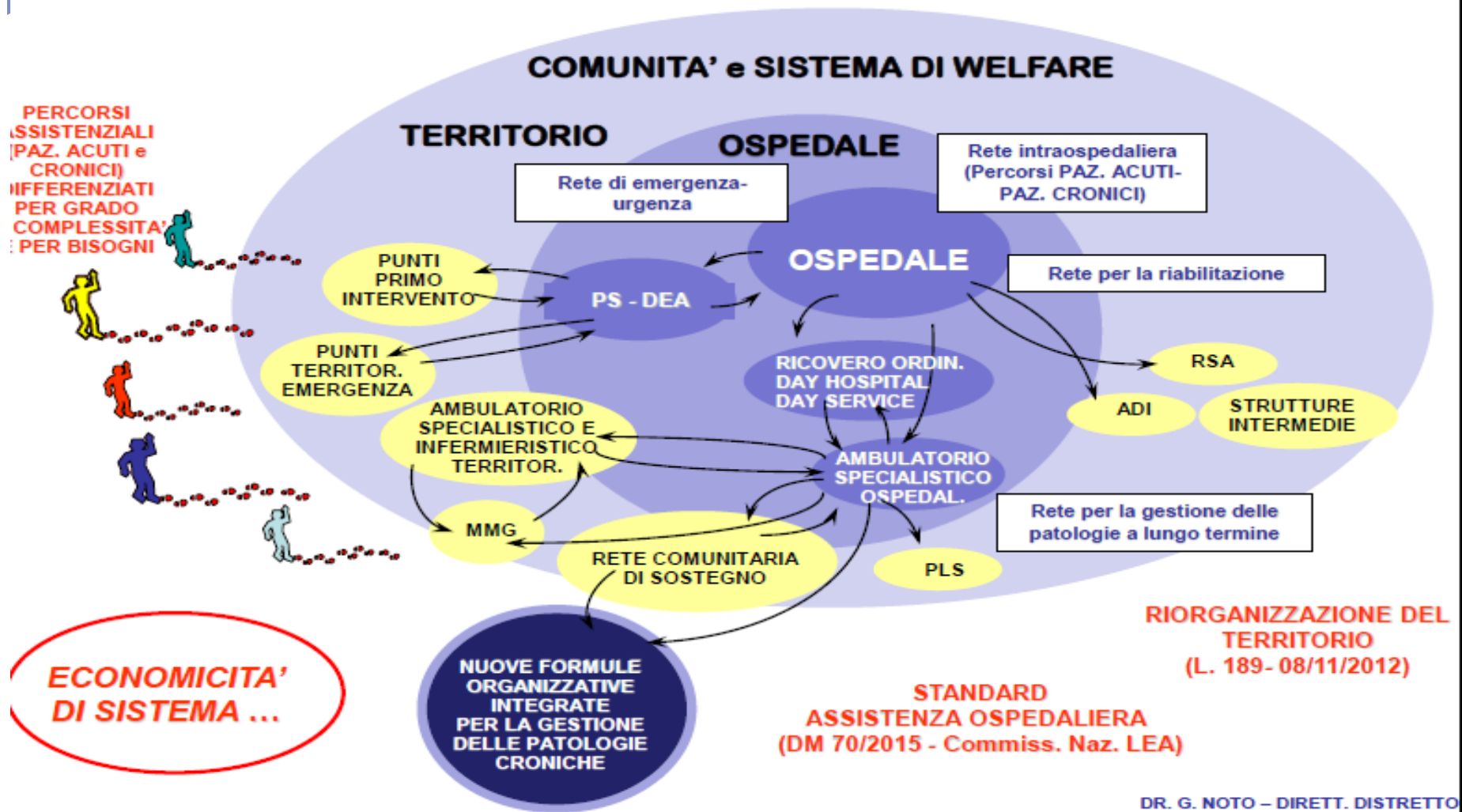
AFT E UCCP/CdS

AFT CON "SEDE DI RIFERIMENTO" NEL DISTRETTO/CdS E RAPPORTI CON UCCP

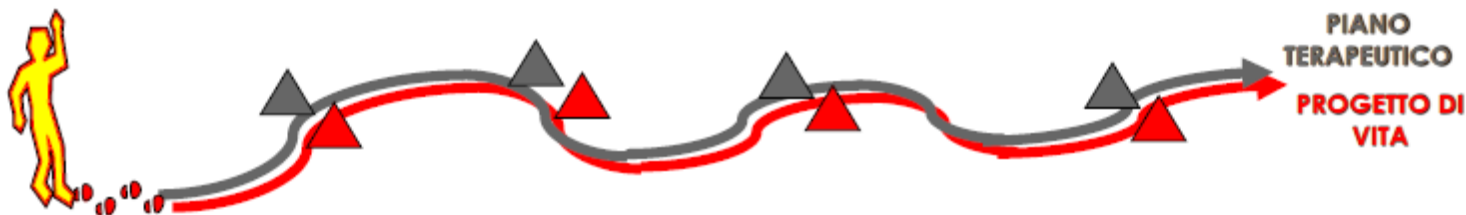


ospedale-territorio

**UNA NUOVA VISIONE DELL'OSPEDALE e DEL TERRITORIO:
 VERSO UN "SISTEMA UNICO" (ed un NUOVO POSIZIONAMENTO STRATEGICO)
 RISPETTOSO DELLE SPECIFICITA' DELLE STRUTTURE E DEI PROFESSIONISTI...**



CRONICITA': PERCORSO ASSISTENZIALE-ESISTENZIALE...



PERCORSO ASSISTENZIALE

ESITI INTERMEDI (SALUTE GLOBALE)



PERCORSO ESISTENZIALE

Il parte del Piano

Aprile 2018

Nella SECONDA PARTE il Piano individua un primo elenco di patologie croniche.

Tali patologie sono state 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.

Per la maggior parte di queste patologie al momento non vi sono atti programmatici a livello nazionale



Elenco patologie

- * **BPCO e insufficienza respiratoria;**
- * **Malattie renali croniche e insufficienza renale ;**
- * **Artrite reumatoide (e artriti croniche in età evolutiva);**
- * **Retocolite ulcerosa e malattia di Crohn;**
- * **Insufficienza cardiaca cronica;**
- * **Malattia di Parkinson (e Parkinsonismi)**
- * **Insufficienza respiratoria cronica in età evolutiva**
- * **Asma in età evolutiva**
- * **Malattie endocrine croniche in età evolutiva**
- * **Malattie renali croniche in età evolutiva**



*** Per una concreta attuazione**

Molto si giocherà sulla capacità di governance (Cabina di regia) e sulla collaborazione tra governo centrale e regioni nelle fasi di realizzazione del piano:

- * Coordinare e indirizzare l'attuazione**
- * Monitorare la realizzazione dei risultati**
- * Diffondere buone pratiche**
- * Valutare modelli innovativi Tra cui sistemi di remunerazione**
- * Proporre, se necessario, l'aggiornamento del Piano.**



Gli strumenti

Necessità di regole e strumenti che accompagnino la trasformazione del SSN da modello per Sylos verticali a percorsi integrati e trasversali:

- * Sistemi di valutazione**
- * Sistemi informativi**
- * Sistemi di remunerazioni degli erogatori**
- * Compensation dei professionisti**
- * Elasticità/flessibilità dei luoghi di erogazione delle cure**
- * Sistemi di accreditamento e autorizzazione**
- * Regole di telemedicina**



LEA:
GARANZIA DELL'EROGAZIONE

20

NUOVO SISTEMA DI GARANZIA NAZIONALE

(aggiornamento DM 12-12-2001)

Sistema di indicatori descrittivo, di valutazione, di monitoraggio e di verifica dell'attività sanitaria erogata da soggetti pubblici e privati accreditati di tutte le regioni, comprese le regioni a statuto speciale, e le province autonome di Trento e Bolzano

NUOVO SISTEMA DI GARANZIA



VALUTAZIONE DEI PDTA



Protocollo operativo per ogni PDTA che contiene

- 1. la definizione di**
 - **coorte prevalente e incidente (caso)**
 - **indicatori del processo di cura**
 - **indicatori di esito**
 - **analisi dell'associazione tra processo ed esito**
 - **indicatori di efficienza**
- 2. le fonti specifiche dei dati**
- 3. la sequenza temporale di identificazione delle coorti, calcolo degli indicatori, valutazione**
- 4. i metodi per correggere i dati in base alla gravità della condizione (indice di complessità clinica)**
- 5. i riferimenti bibliografici**

Manuale operativo uguale per tutte le regioni

CONOSCIAMO IL TERRITORIO ? Integrazione dei contenuti informativi per la gestione sul territorio di pazienti con patologie croniche



Getting more value out of data that currently exists by overcoming barriers to linkage across databases.



I flussi NSIS specifici per la assistenza territoriale:

- Specialistica ambulatoriale - art. 50 L. 326/2003
- Assistenza domiciliare (flusso SIAD), DM 17.12.2008 a regime dal 2012
- Assistenza residenziale e diurna (flusso FAR), DM 17.12.2008 a regime dal 2012
- Sistema informativo nazionale dipendenze (SIND), DM 11.6.2010 a regime dal 2012
- Sistema informativo per la salute mentale (SISM), DM 15.6. 2010 a regime dal 2012
- Sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza negli Hospice, DM 6.6.2012 a regime dal 2013



Nuovi flussi in via di attivazione ai sensi del Patto per la Salute 2014-2016

- Sistema informativo sulle prestazioni delle strutture territoriali della riabilitazione
- Sistema informativo monitoraggio delle prestazioni erogate nei Presidi Residenziali di Assistenza Primaria - Ospedali di Comunità
- Sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito delle cure primarie

Fascicolo sanitario elettronico DPCM 29.09.2015, n. 178. «Regolamento in materia di fascicolo sanitario elettronico»
Decreto di interconnessione dei dati: Lo schema di DM sulle procedure per l'interconnessione dei dati ha avuto il parere positivo della Conferenza Stato-Regioni

1. Broncopneumopatie cronico-ostruttive (BPCO)

2. Scompenso cardiaco

3. Diabete

4. Tumore operato della mammella nella donna

5. Tumori operati del colon e del retto

6. Ictus

7. Percorso nascita

Chronic care model

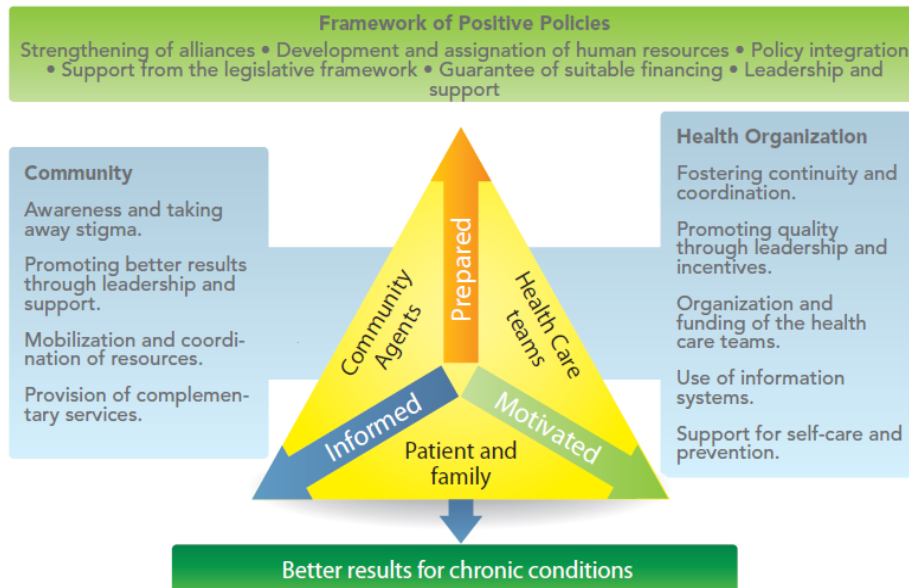
Le tecnologie della sanità digitale (eHealth) possono risultare di grande supporto nell'implementazione di modelli di gestione della cronicità basati sul Chronic Care Model (CCM).

E' possibile ipotizzare un modello concettuale di CCM "rafforzato" dalle tecnologie eHealth (eCCM)

che, non solo preveda un contributo della eHealth sulla messa in azione di ogni componente del CCM,

ma possa fornire un supporto fondamentale nell'ambito dell'educazione e della formazione del paziente

The Model of Innovative Care and Chronic Conditions (ICCC)



CABINA DI REGIA

RILEVAZIONE INIZIATIVE REGIONALI

**strumenti di stratificazione
della popolazione**



**attraverso un questionario relativamente ai seguenti
aspetti:**



**modelli di
integrazione tra servizi
per la presa in carico
della cronicità**



PDTA regionali

REGIONI CHE HANNO RECEPITO FORMALMENTE IL PIANO

UMBRIA

PIEMONTE

TOSCANA

MARCHE

**EMILIA
ROMAGNA**

PUGLIA

LAZIO

VALLE D'AOSTA

MOLISE

P.A.BOLZANO

P.A. Trento

Grazie

