

ATTUAZIONE DELLA RIFORMA SANITARIA

*Modalità di percorso di presa in carico
dei pazienti cronici*

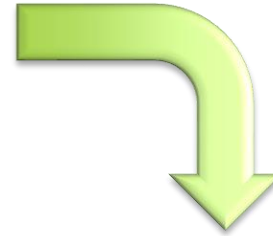


L'AVVIO DEL NUOVO SISTEMA

1° «**Governo della domanda:**

avvio della presa in carico di
pazienti cronici e fragili»

DGR n. X/6164 del 30.1.2017



2° «**Riordino della rete di offerta** e modalità di presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili»

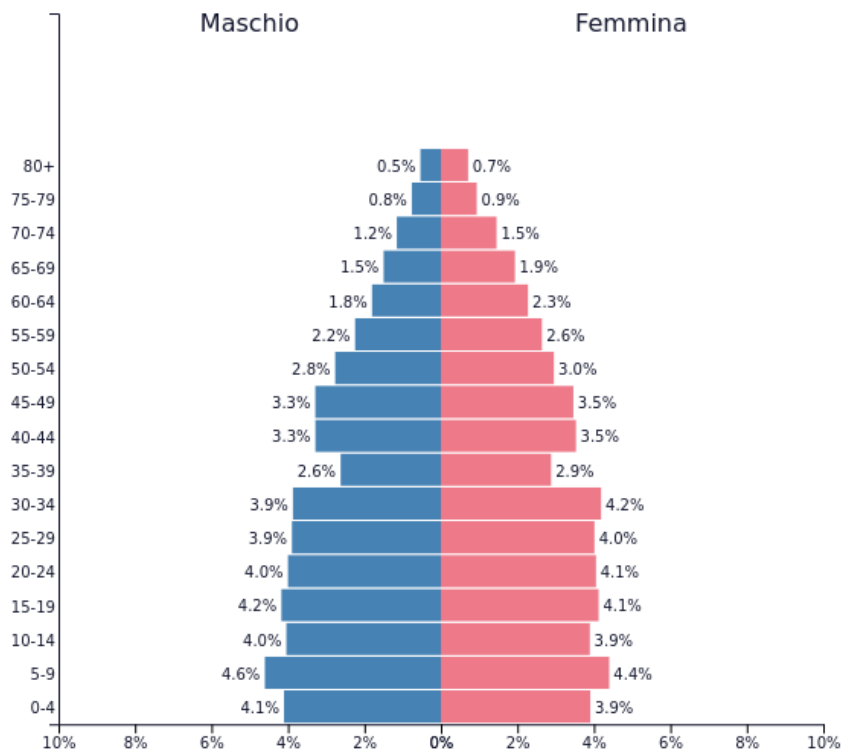
in attuazione dell'art. 9 della L.R. 33/2009

DGR n. X/6551 del 04.05.2017

DGR n. X/7038 del 03.08.2017

DGR n. X/7655 del 28.12.2017

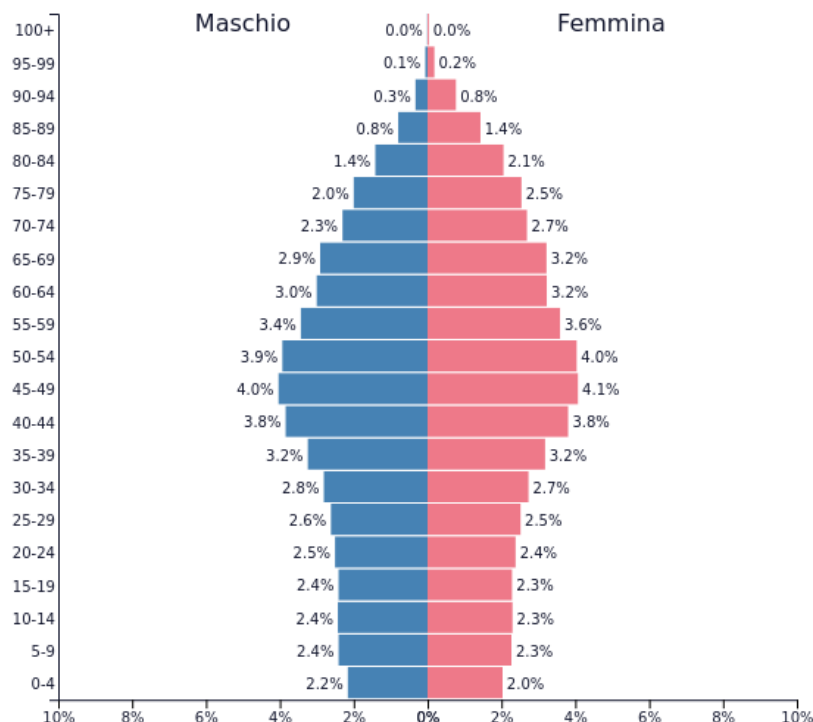
Population Pyramid > 65 Year aged 1956 10% / <34 aa 59% - > 65 Year aged 2016 22,5% / <54 aa 59% The birth rate 1956 18 - 2016 8 per 1.000 people / aspettativa di vita 70 anni nel 1960 e 83 nel 2016



PopulationPyramid.net

Italia - 1956

Popolazione: : **48,614,865**



PopulationPyramid.net

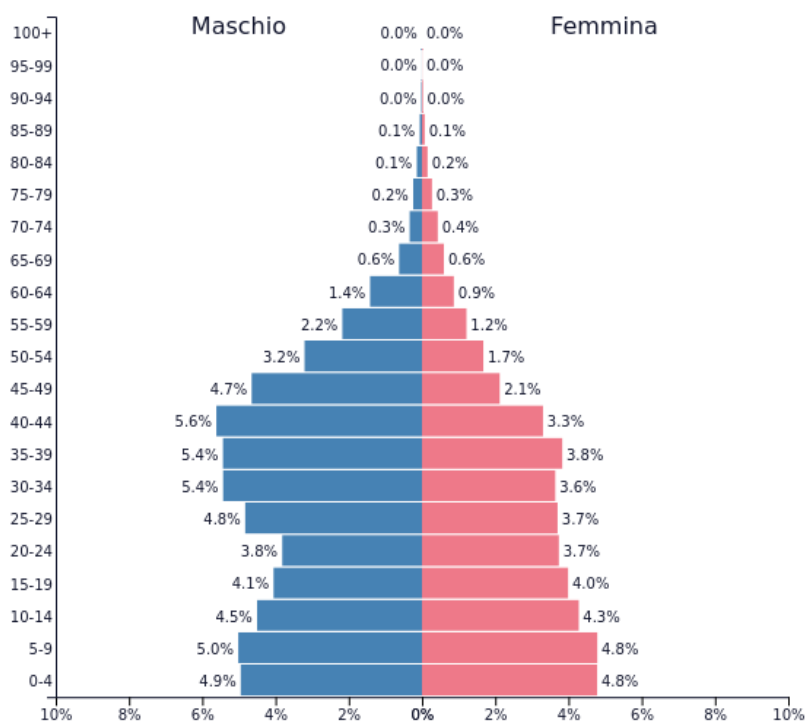
Italia - 2016

Popolazione: : **59,801,003**



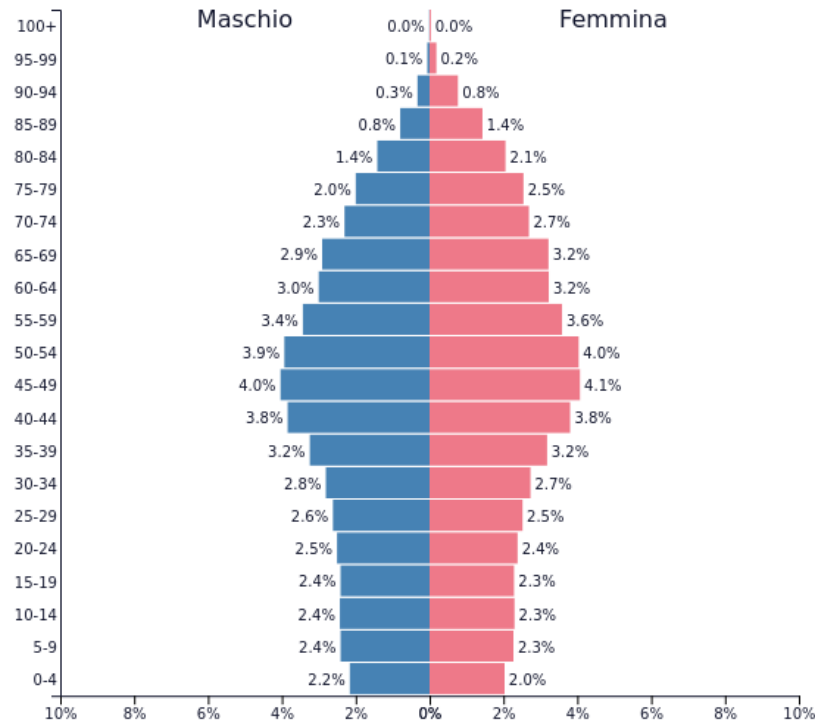
**Regione
Lombardia**

Population Pyramid > 65 Year aged Saudi Arabia 3% Italy 22,5% [The birth rate in Saudi Arabia](#) is 20.00 births per 1000 people in Italy is 8 per 1.000 people



PopulationPyramid.net

Arabia Saudita - 2016
Popolazione: : **32,157,974**



PopulationPyramid.net

Italia - 2016
Popolazione: : **59,801,003**



**Regione
Lombardia**

Inquadramento generale 1)

Circa il 33% della popolazione è affetta da una o più patologie alle quali si può attribuire la definizione di cronica, ovvero di una condizione di salute e di alterazione di qualche organo o apparato di tipo irreversibile, leggermente ingravescente nel tempo che accompagna l'individuo per tutto il tempo residuo di vita, dal momento della insorgenza.

Circa il 50% dei soggetti in condizione di cronicità sono affetti da più di una patologia e quindi pongono il tema del coinvolgimento di più specialisti, di più professionisti e della attuazione di modelli proattivi che svolgano in modo efficace negli anni e nei decenni il percorso di cura.

La condizione di cronicità offre anche delle opportunità per quanto riguarda l'organizzazione delle cure:

Prevede terapie farmacologiche e prestazioni specialistiche di controllo molto prevedibili, ripetitive nel tempo e quindi programmabili;

Per periodi molto lunghi resta stabile e se ben curata è compatibile con una buona qualità della vita;

Permette un coinvolgimento del paziente e dei suoi familiari nella gestione della malattia con il risultato di poter raggiungere un buon livello di condivisione e di alleanza terapeutica (patient engagement).



Regione
Lombardia

Inquadramento generale 2)

Anche a livello della organizzazione mondiale della sanità (OMS) la variabile “tempo” è decisiva per definire una condizione cronica e questo tempo inizia ad essere individuato nella durata di almeno 6 mesi (tema dell'oncologia...come esempio).

Il periodo prolungato infatti correla con:

- Continuità ed integrazione degli interventi
- Continuità di impegno e coinvolgimento richiesti al soggetto ed alla famiglia
- Organizzazione e programmazione delle cure di tipo multi specialistico e multi professionale



Regione
Lombardia

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)

Non sottovalutiamo l'importanza del rapporto di cura quando si tratta di cronicità. La libertà dei soggetti malati e dei professionisti sanitari deve accettare di trasformarsi in responsabilità perché il primo livello terapeutico è quello del rapporto in sé stesso prima di quello rappresentato dalle terapie farmacologiche o strumentali.



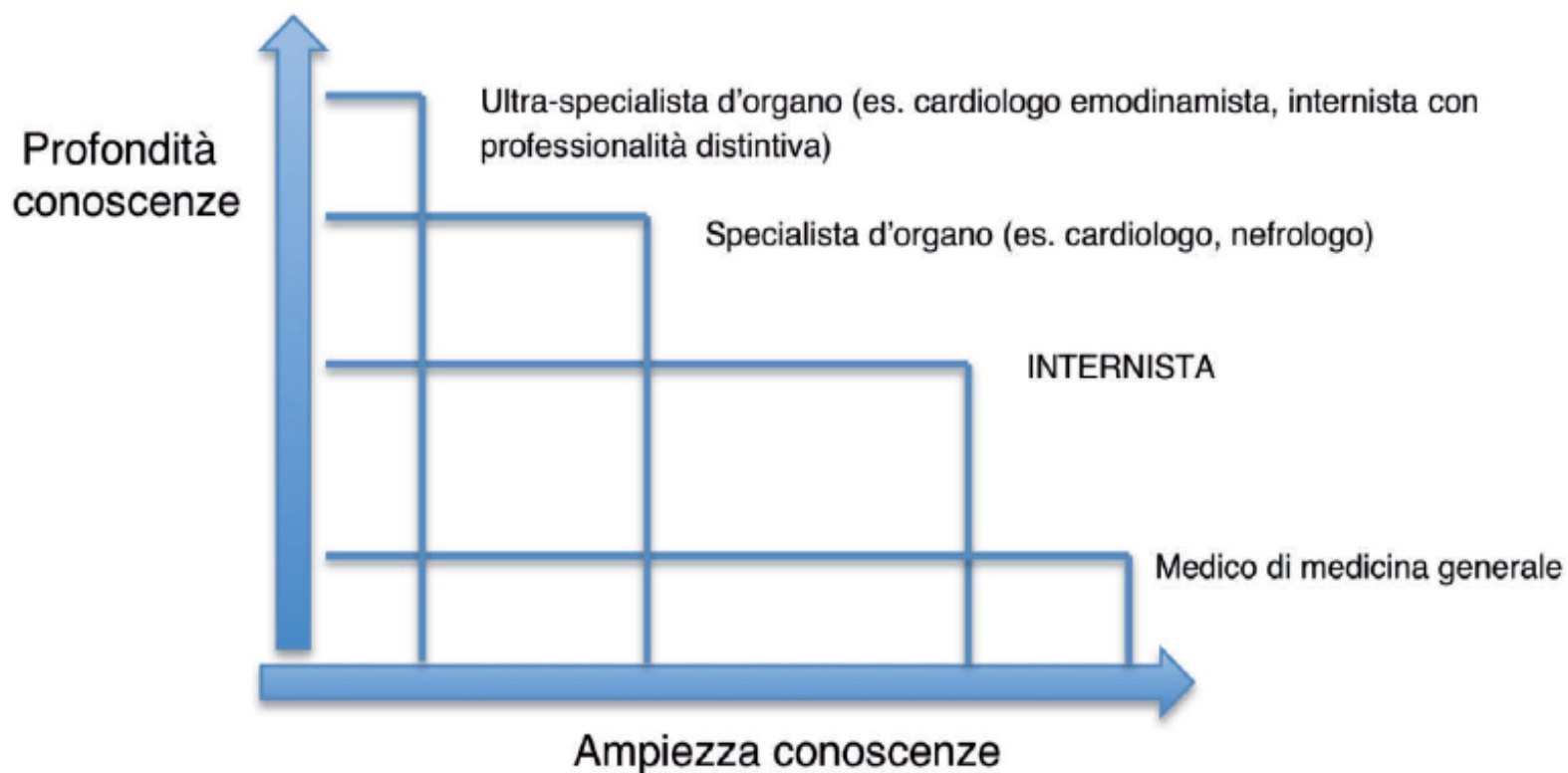


Figura 2. L'internista: ampiezza e profondità delle conoscenze.

Inquadramento generale 4)

Le opportunità hanno, a loro speculari, dei grossi svantaggi che sono correlati a disagi per la qualità di vita e a problemi per la salute:

- 1) Frammentazione del percorso di cura tra diversi specialisti e professionisti con il risultato di avere il paziente e la sua famiglia ad essere i principali coordinatori del percorso (prenotazioni, ricettazioni, ricerca di consigli e di contatti...)**
- 2) Il grande impegno richiesto ai soggetti ed alle loro famiglie esita in molti casi (spesso il 50% per condizioni molto diffuse tipo il diabete, l'ipertensione e le dislipidemie che rappresentano almeno la metà dei problemi di cronicità) nella sospensione delle cure farmacologiche e nella bassa adesione alle visite ed agli esami strumentali di follow up.**
- 3) Ciò comporta aumento della mortalità ed insorgenza prematura di danni d'organo molto invalidanti quali ad esempio l'infarto cardiaco, l'ictus cerebrale e gravi danni arteriosi periferici.**



**Regione
Lombardia**

Contesti clinici	Medicina della Semplicità	Medicina della Complessità	Medicina del Caos
Metodo clinico	Disease Oriented	Patient Oriented	Person Oriented
Attenzione del medico	Gestione della malattia acuta di un solo organo	Management del numero di malattie croniche (comorbidity)	Management dei vari illness (multimorbidity)
Follow-up	Generalmente si limita a breve periodo di tempo	Interazione medico paziente presa in carico (ricovero- day service)	Interazione overtime
Relazione medico-paziente	Relazione professionale limitata alla prestazione Consenso comune	Relazione di fiducia Basso grado di condivisione	Relazione esistenziale
Obiettivo del medico	Guarigione di malattia acuta (Guidelines)	Co-management delle patologie croniche e ottimizzazione della politerapia farmacologica(Mindlines)	Il miglioramento dello stato di salute attraverso il management dei problemi di salute

Aspetti culturali ed organizzativi in gioco 1)

Il rischio è quello di approcciare il tema clinico, gestionale ed organizzativo della cronicità secondo il modello proprio dell'intervento ospedaliero che si concentra mediamente in 7/8 giorni di ricovero e che al momento della dimissione accomuna gli attori coinvolti (pazienti ed operatori) nel condividere pensieri e certezze di aver risolto un problema.

Anche in fase acuta sono coinvolti più professionisti e più discipline ma il giudizio, alla fine del ricovero, è di aver risolto il problema e di passare la palla ad altri in modo definitivo. Da questa mentalità deriva la consuetudine di definire “curante” solo il MMG suggellando di fatto una situazione nella quale la gran parte dei medici specialisti si pongono come consulenti che si occupano di problemi più o meno importanti e prevalenti ma che non si considerano responsabili, meglio corresponsabili, delle condizioni complessive di salute del paziente e dei risultati complessivi delle cure erogate

Aspetti culturali ed organizzativi in gioco 2)

Questa impostazione di tipo concettuale ed operativo è presente anche quando gli specialisti gestiscono a livello ospedaliero centri di cura del diabete, dell'ipertensione, dello scompenso cardiaco, delle dislipidemie. Anche se gli specialisti sanno bene come si può gestire la comorbidità, in quanto hanno a che fare con pazienti che in prevalenza hanno più patologie, non si sentono “curanti” e rimandano sempre al MMG il paziente spesso solo per farsi fare delle ricette.

Anche l'organizzazione ospedaliera non si sente curante e ciò è testimoniato dalla poca attenzione che si pone anche solo organizzativamente alle attività ambulatoriali. Tutti gli attori del sistema nel complesso devono diventare progressivamente curanti aderendo, per la propria parte, a questo compito.



Regione
Lombardia

Aspetti culturali ed organizzativi in gioco 3)

Ad oggi si può dire che in Lombardia:

almeno un terzo dei cronici (più di un milione) sono in carico presso centri specialistici perché, per periodi prolungati (anche tre anni consecutivi), ivi si rivolgono per le prestazioni e per le visite

Molti altri soggetti, soprattutto ipertesi, dislipidemici e diabetici in fase iniziale sono prevalentemente “gestiti” dal MMG

E che ciò avviene prevalentemente secondo il modello e la logica dei livelli e dei piani separati che vede un implicito accordo non sancito per il quale nessuno dei due livelli interferisce con l'altro in una sorta di patto di non belligeranza dove a ciascuna delle due parti conviene affermare che il “curante” è sempre solo il MMG.

Questa manca di integrazione e comunicazione tra i due diversi livelli è quella che rappresenta il terreno fertile per il verificarsi della bassa aderenza terapeutica, del difficile accesso alle prestazioni ed alla ridondanza e ripetizione non solo inutile ma anche dannosa di prestazioni, con il risultato di non ottenere tutti e risultati di salute conseguibili che sono lì, a portata di mano.



**Regione
Lombardia**

Aspetti culturali ed organizzativi in gioco 4)

Si è ipotizzato e teorizzato che il coinvolgimento degli specialisti in modello strutturato di presa in carico (in questo molto simile al piano nazionale della cronicità) comporterebbe maggiori responsabilità medico legali dello specialista rispetto al quale non dovrebbe verificarsi la dinamica di affidamento che invece le delibere regionali prevederebbero. Al riguardo pare essere interessante, se non dirimente, lo stralcio di una sentenza della Cassazione di seguito riportato

Aspetti culturali ed organizzativi in gioco 5)

I) Ultime definizioni giurisprudenziali della Cassazione – sentenza 15178 - 18

E' principio indiscusso, nella giurisprudenza di legittimità, quello in base al quale, in tema di colpa professionale medica, l'instaurazione della relazione terapeutica tra medico e paziente è fonte della posizione di garanzia del primo nei confronti del secondo, con conseguente assunzione dell'obbligo di tutela della vita e della salute della persona (così Sez. 4, n. 10819 del 04/03/2009, Rv. 243874).

E' ancora corretto considerare su due diversi piani separati la figura di MMG e specialista?

Aspetti culturali ed organizzativi in gioco 6)

L'ACN vigente degli MMG non prevede esplicitamente un loro coinvolgimento nella presa in carico della cronicità. Il Preaccordo dell'accordo collettivo nazionale degli MMG siglato il 29 MARZO 2018 contiene dei principi inediti (vedi di seguito) che porteranno, si spera, ad avere il riferimento normativo per poter coinvolgere gli MMG obbligatoriamente nella presa in carico dei soggetti cronici.



Regione
Lombardia

Aspetti culturali ed organizzativi in gioco 7)

a) *PIANO NAZIONALE DELLA CRONICITÀ (P.N.C.)*. Il miglioramento delle condizioni socio-sanitarie e l'aumento della sopravvivenza, parallelamente all'invecchiamento della popolazione, hanno prodotto un progressivo incremento delle malattie ad andamento cronico, spesso presenti contemporaneamente nello stesso individuo. Il P.N.C. impegna le Regioni nella programmazione di un disegno strategico centrato sulla persona ed orientato su una migliore organizzazione dei servizi ed una piena responsabilizzazione di tutti gli attori dell'assistenza. Per migliorare la gestione della cronicità nel rispetto delle evidenze scientifiche, dell'appropriatezza delle prestazioni e della condivisione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), in coerenza con le scelte di programmazione regionale, gli AAIRR prevedono l'attiva partecipazione dei medici di medicina generale nella valutazione dei casi sottoposti alle loro cure, che si esplica nell'individuazione della terapia ritenuta più idonea ad assicurare la tutela della salute del paziente. Gli AAIRR, nel rispetto del P.N.C., definiscono altresì il ruolo dei medici nell'ambito del coordinamento clinico (definizione del Piano di cura e stipula del Patto di cura) necessario alla presa in carico delle persone affette da patologie croniche per rendere più efficaci ed efficienti i servizi sanitari in termini di prevenzione e assistenza assicurando, così, maggiore uniformità ed equità di accesso ai cittadini.



Norme nazionali e regionali 1)

Il Ministero della Salute ha preso atto di questo scenario e nel novembre del 2016, a seguito di un accordo stato regioni, ha approvato il piano nazionale della cronicità che riprende, per certi temi in modo più sfumato ma comunque citato, gli argomenti trattati in questa relazione.

Come è stato sopra evidenziato le soluzioni organizzative possono essere sostanzialmente due:

- 1) Ipertrofizzare i due livelli dello specialista/specialisti e del MMG, continuando a perpetrare la logica della separazione degli stessi**
- 2) Promuovere una gestione che metta a sistema e in sinergia tra loro le risorse che oggi operano in modo separato**



**Regione
Lombardia**

Norme nazionali e regionali 2)

Il piano nazionale della cronicità si attesta sulla soluzione 2) e promuove come collante tra i diversi livelli il PDTA (percorso diagnostico terapeutico assistenziale) che rappresenta il riferimento organizzativo contenente gli elementi clinico assistenziali necessari per garantire una presa in carico tecnicamente corretta.

La tesi è quella che basta il riferimento tecnicamente corretto (PDTA) per garantire nel tempo il corretto ed efficace svolgimento del percorso di cura senza agire introducendo elementi gestionali innovativi.

Il PDTA (svolge questa considerazione anche il piano nazionale della cronicità stesso), riguardando la singola patologia, quando si ha a che fare con pazienti polipatologici, perde la sua efficacia di strumento clinico organizzativo in quanto l'oggetto della presa in carico diventa il paziente e non la singola patologia.



**Regione
Lombardia**

Norme nazionali e regionali 3)

Per almeno 400 volte nel piano nazionale della cronicità ricorrono le parole gestione e gestionale ma nel testo si propongono solo soluzioni organizzative quali il PDTA senza proporre nuove soluzioni gestionali. Le delibere di Regione Lombardia ripercorrono in larghissima parte i temi del piano nazionale della cronicità (stratificazione della domanda, patto di cura, piano di assistenza individuale e necessità di integrare le risorse sul paziente) e in sostanza fanno il passaggio gestionale che il piano nazionale della cronicità non ha voluto e potuto fare che è quello di prendere un soggetto gestore con personalità giuridica che faccia da garante effettivo della tenuta del percorso e del suo corretto svolgimento .

Norme nazionali e regionali 4)

Il gestore ed i professionisti

L'acuzie ha come soggetto gestore con personalità giuridica l'ospedale, le attività socio sanitarie hanno come soggetti gestori ad esempio le rsa e le strutture riabilitative extra ospedaliere quali il Pio albergo trivulzio e la cronicità ha come soggetto gestore:

- 1) cooperative di MMG e medici singoli che come co-gestori si legano per le funzioni amministrative e di tecnologia IT ad altri gestori erogatori . In totale si tratta ad oggi di circa 3.000 MMG che hanno come assistiti circa la metà dei soggetti cronici presenti in regione**
- 2) Soggetti erogatori sanitari e socio sanitari che si sono candidati per garantire le funzioni di supporto alla presa in carico.**



**Regione
Lombardia**

Norme nazionali e regionali 5)

Le principali funzioni di accompagnamento alla presa in carico che il gestore deve garantire sono:

- 1) Sottoscrizione del patto di cura con il paziente**
- 2) Definizione del piano di assistenza individuale PAI**
- 3) Prendere in carico proattivamente il paziente, anche attraverso la prenotazione delle prestazioni, il coordinamento dei diversi partner di rete per l'attuazione del PAI**
- 4) Erogazione delle prestazioni previste dal PAI, direttamente o tramite partner di rete accreditati**
- 5) Implementare i servizi innovativi, quali ad esempio la telemedicina**
- 6) Monitorare l'aderenza del paziente al percorso di cura programmato**



**Regione
Lombardia**

Norme nazionali e regionali 6)

Il gestore rappresenta, si scusi il gioco di parole, una soluzione gestionale e non si sovrappone agli attori della presa in carico clinico assistenziale che ne restano i responsabili così come lo sono adesso.

Lo specialista ed il MMG, al fine della presa in carico del paziente cronico, sono messi sullo stesso piano e nessuno dei due prevale o prevarica l'altro. Come si vede di seguito si integrano ampiezza e profondità di conoscenze.

Non sottovalutiamo l'importanza di avere una infrastruttura tecnologica che permetta di gestire i diversi passaggi ed attori del modello (il sistema deve essere integrato umanamente, professionalmente e tecnologicamente)



Regione
Lombardia

Norme nazionali e regionali 6)

- 1) Il gestore rappresenta, si scusi il gioco di parole, una soluzione gestionale e non si sovrappone agli attori della presa in carico clinico assistenziale che ne restano i responsabili così come lo sono adesso.
- 2) Lo specialista ed il MMG, al fine della presa in carico del paziente cronico, sono messi sullo stesso piano e nessuno dei due prevale o prevarica l'altro. Come abbiamo visto prima si integrano ampiezza e profondità di conoscenze.
- 3) Non sottovalutiamo l'importanza di avere una infrastruttura tecnologica che permetta di gestire i diversi passaggi ed attori del modello (il sistema deve essere integrato umanamente, professionalmente e tecnologicamente)
- 4) accordo con gli ordini, integrazione cartelle cliniche degli MMG con sistema regionale PIC per fare il pai ed avere il ritorno sul prenotato ed il prescritto

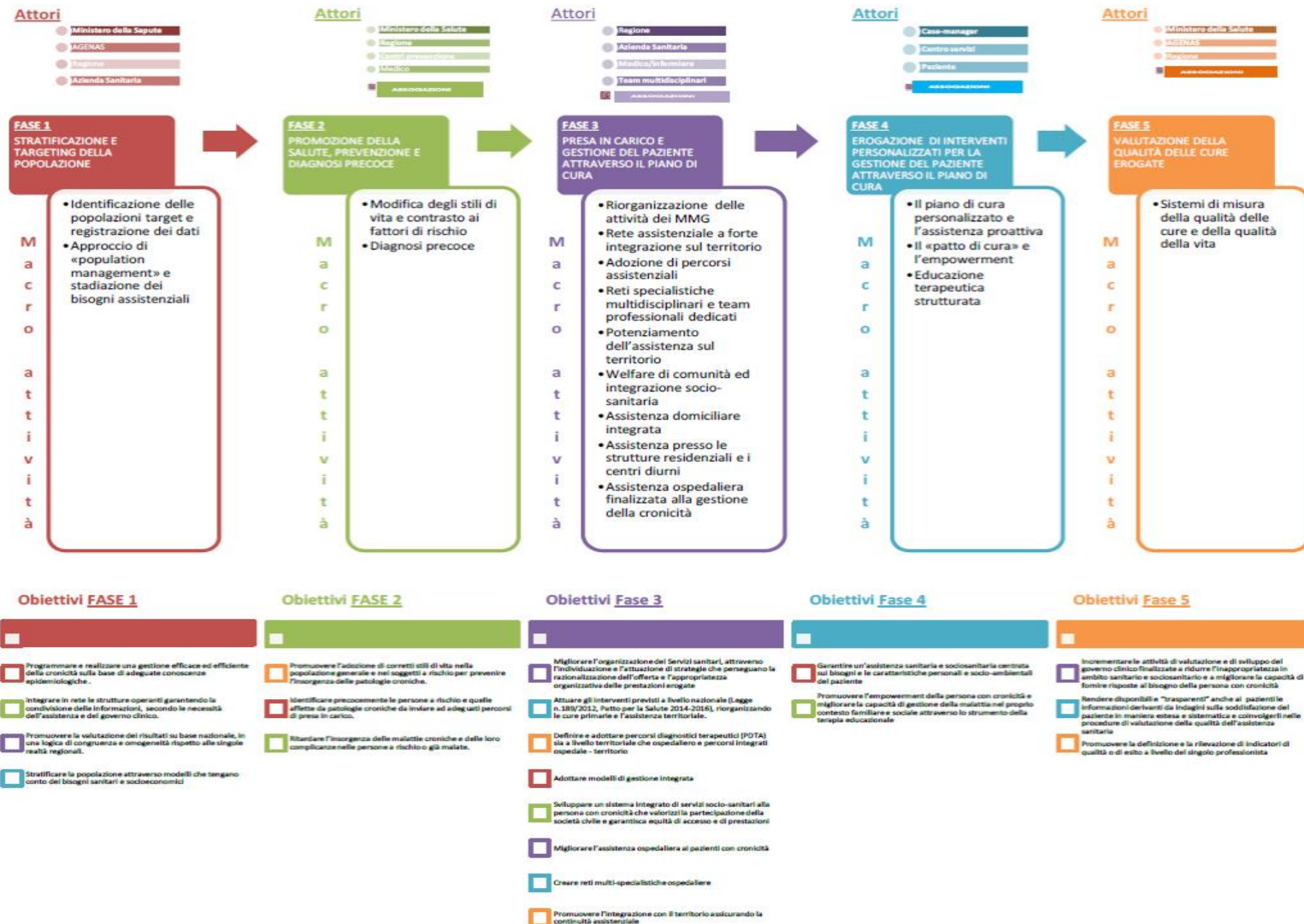


Regione
Lombardia

Le pietre miliari

- Stratificazione della domanda
- La gestione del processo
- Gli attori
- I set di riferimento per la presa in carico

IL DISEGNO DEL MACROPROCESSO



Le stratificazione della domanda

Banca Dati Assistito

Modelli di Classificazione

Categorici	Basati su regressione
Prospettici/Predittivi	Concorrenti/Retrospettivi
Aggregati	Individuali

Banca Dati Assistito

Classificazione degli malati cronici

Il modello adottato è di tipo **categorico retrospettivo/concorrente**, e si basa sulla rilevazione di comportamenti traccianti degli assistiti.

Gli algoritmi per l'attribuzione di una specifica patologia si basano su:

- presenza di esenzioni
- eventi di ricovero con determinate diagnosi, procedure o DRG
- erogazione di farmaci
- erogazione di prestazioni specialistiche
- Combinazioni delle precedenti



RegioneLombardia

Banca Dati Assistito

Classificazione degli malati cronici

Vasculopatia arteriosa

Traccianti



Ad un assistito viene associata tale patologia se è verificata almeno una delle seguenti condizioni:

- **Esenzione** nei 10 anni precedenti (002.440 002.441.2 002.441.4 002.441.7 002.441.9 002.442 002.444 002.447.0 002.447.1 002.447.6)
- **Ricovero ospedaliero** nei precedenti 5 anni con diagnosi del tipo (440* 441* 442* 443.1 443.2* 444* 445* 447*)
- **Ricovero ospedaliero** nei precedenti 5 anni con intervento in elenco (3924 3925 3926 3950 3951 3952 3954 3956 3957 3958 3971 3972 3973 3974 3979 3990)

002.440	ATEROSCLEROSI
002.442	ALTRI ANEURISMI
002.444	EMBOLIA E TROMBOSI ARTERIOSE
002.441.2	ANEURISMA TORACICO SENZA MENZIONE DI ROTTURA
002.441.4	ANEURISMA ADDOMINALE SENZA MENZIONE DI ROTTURA
002.441.7	ANEURISMA TORACOADDOMINALE SENZA MENZIONE DI ROTTURA
002.441.9	ANEURISMA DELL'AORTA SEDE NON SPECIFICATA SENZA MENZIONE DI ROTTURA
002.447.0	FISTOLA ARTEROVENOSA ACQUISITA
002.447.1	STENOSI DI ARTERIA
002.447.6	ARTERITE NON SPECIFICATA



Foglio di lavoro di
Microsoft Excel

 **Regione**


LOMBARDIA INFORMATICA


Regione Lombardia

Banca Dati Assistito

Ordinamento patologie (1/2)

A CODICE PIU' BASSO CORRISPONDE MAGGIORE ASSORBIMENTO DI RISORSE



BDA3_ID	PATOLOGIA	PATOLOGIA_DESC
K02A 1	TRAPIANTATI ATTIVI	
K03A 2	IRC - DIALISI	
K13Q 3	SINTOMI, SEGNI E STATI MORBOSI MAL DEFINITI	
K12A 4	ACROMEGALIA E GIGANTISMO	
K13D 5	MALATTIE DEL SANGUE E DEGLI ORGANI EMATOPOIETICI	
K04 6	HIV POSITIVO ED AIDS CONCLAMATO	
K02B 7	TRAPIANTATI NON ATTIVI	
K06A2 8	DIABETE MELLITO TIPO 1 COMPLICATO	
K08C 9	INSUFFICIENZA RESPIRATORIA/OSSIGENOTERAPIA	
K05A 10	NEOPLASIA ATTIVA	
K10E 11	NEUROMIELITE OTTICA	
K11H 12	ANEMIE EMOLITICHE IMMUNI	
K10D 13	SCLEROSI MULTIPLA	
K07D1 14	VASCULOPATIA ARTERIOSA	
K13P 15	ALCUNE CONDIZIONI MORBOSE DI ORIGINE PERINATALE	
K06B2 16	DIABETE MELLITO TIPO 2 COMPLICATO	
K03B 17	INSUFFICIENZA RENALE CRONICA	

Banca Dati Assistito

Il Codice CReG

FASE 4

ASSISTITO CODICE BDA FINALE
NNNNNN K08C/K07D1

09 05 02

Patologia Principale

Distanza
5 posiz.

N° patologie

PATOLOGIA ID	BDA3	PATOLOGIA
1	K02A	TRAPIANTATI ATTIVI
2	K03A	IRC - DIALISI
3	K13Q	SINTOMI, SEGNI E STATI MORBOSI MAL DEFINITI
4	K12A	ACROMEGALIA E GIGANTISMO
5	K13D	MALATTIE DEL SANGUE E DEGLI ORGANI EMATOPOIETICI
6	K04	HIV POSITIVO ED AIDS CONCLAMATO
7	K02B	TRAPIANTATI NON ATTIVI
8	K06A2	DIABETE MELLITO TIPO 1 COMPLICATO
9	K08C	INSUFFICIENZA RESPIRATORIA/OSSIGENOTERAPIA
10	K05A	NEOPLASIA ATTIVA
11	K10E	NEUROMIELITE OTTICA
12	K11H	ANEMIE EMOLITICHE IMMUNI
13	K10D	SCLEROSI MULTIPLA
14	K07D1	VASCULOPATIA ARTERIOSA
16	K06B2	DIABETE MELLITO TIPO 2 COMPLICATO
17	K03B	INSUFFICIENZA RENALE CRONICA

SOGGETTO CON INSUFFICIENZA RESPIRATORIA PLURIPATOLOGICO

 Regione


LOMBARDIA INFORMATICA


RegioneLombardia

Banca Dati Assistito

Risultati

TERZO LIVELLO = 4 O PIU' PATOLOGIE

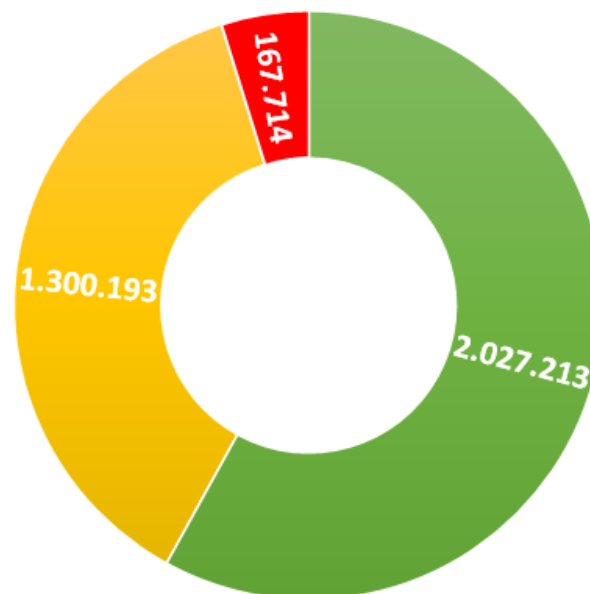
SECONDO LIVELLO = 2 O 3 PATOLOGIE

PRIMO LIVELLO = 1
PATOLOGIA

-  5% PRIMO LIVELLO
-  37% SECONDO LIVELLO
-  58% TERZO LIVELLO

CIRCA 3.5 MILIONI DI CRONICI

Popolazione Cronica 2017



La gestione

Non sembra esserci dubbio che per un'efficace gestione sia indispensabile un approccio multidisciplinare. Questo significa il coinvolgimento di diversi specialisti: il medico di medicina generale, che deve prendersi cura della maggior parte dei pazienti ipertesi; specialisti in varie aree sulla base della natura dell'ipertensione e della difficoltà posta dal suo trattamento; infermieri specificatamente addestrati a seguire da vicino i pazienti nel corso del trattamento e farmacisti che devono gestire le prescrizioni del medico, affrontare direttamente i problemi dei pazienti e rispondere alle loro domande. **In un'organizzazione ideale, tutti i professionisti dovrebbero cooperare nell'intervento terapeutico a lungo termine.** In una rivalutazione del risultato di 13 studi, **l'implementazione di programmi di gestione della malattia ha condotto ad un migliore controllo pressorio, pari a circa 5 mmHg e 4 mmHg rispettivamente per SBP e DBP**

le Linee Guida?

Linee guida
2013 ESH/ESC
per la
diagnosi ed il
trattamento
dell'ipertensione
arteriosa



Regione
Lombardia

Piano nazionale cronicità / gestione

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

Preaccordo ACN MMG 29 MARZO 2018

a) *PIANO NAZIONALE DELLA CRONICITÀ (P.N.C.)*. Il miglioramento delle condizioni sociosanitarie e l'aumento della sopravvivenza, parallelamente all'invecchiamento della popolazione, hanno prodotto un progressivo incremento delle malattie ad andamento cronico, spesso presenti contemporaneamente nello stesso individuo. Il P.N.C. impegna le Regioni nella programmazione di un disegno strategico centrato sulla persona ed orientato su una migliore organizzazione dei servizi ed una piena responsabilizzazione di tutti gli attori dell'assistenza. Per migliorare la gestione della cronicità nel rispetto delle evidenze scientifiche, dell'appropriatezza delle prestazioni e della condivisione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), in coerenza con le scelte di programmazione regionale, gli AAIIRR prevedono l'attiva partecipazione dei medici di medicina generale nella valutazione dei casi sottoposti alle loro cure, che si esplica nell'individuazione della terapia ritenuta più idonea ad assicurare la tutela della salute del paziente. Gli AAIIRR, nel rispetto del P.N.C., definiscono altresì il ruolo dei medici nell'ambito del coordinamento clinico (definizione del Piano di cura e stipula del Patto di cura) necessario alla presa in carico delle persone affette da patologie croniche per rendere più efficaci ed efficienti i servizi sanitari in termini di prevenzione e assistenza assicurando, così, maggiore uniformità ed equità di accesso ai cittadini.

Quale passaggio organizzativo e gestionale?

Per passare dalla buona e condivisa teoria alla pratica **deve essere definito chi è titolare della presa in carico e che ha la responsabilità riconosciuta ed accettata di coordinare in modo efficace una tale complessità di organizzazione**: noi abbiamo introdotto la figura del **gestore**

IL GESTORE DELLA PRESA IN CARICO (I)

Ferma restando che la responsabilità clinica della presa in carico è in carico al medico, il titolare e garante del nuovo modello organizzativo, Gestore, può essere rappresentato da:

- 1) MMG e PLS aggregati in forme che abbiano personalità giuridica
- 2) Enti accreditati ed a contratto con il SSR di tipo sanitario e socio sanitario

Questa scelta è prevista anche dal Piano Nazionale della Cronicità che prevede che per tipologie particolari di pazienti il medico responsabile della presa in carico può essere anche lo specialista

IL GESTORE DELLA PRESA IN CARICO(2)

Il gestore garantisce il coordinamento e l'integrazione tra i differenti livelli di cura ed i vari attori. **È il titolare della presa in carico.**

Il gestore deve garantire:

- Sottoscrizione del patto di cura con il paziente
- Definizione del piano di assistenza individuale PAI
- Prendere in carico proattivamente il paziente, anche attraverso la prenotazione delle prestazioni, il coordinamento dei diversi partner di rete
- Coordinare e attivare i nodi della rete necessari per l'attuazione del PAI
- Erogazione delle prestazioni previste dal PAI, direttamente o tramite partner di rete accreditati
- Implementare i servizi innovativi, quali ad esempio la telemedicina
- Monitorare l'aderenza del paziente al percorso programmato

LA REMUNERAZIONE DEL GESTORE DELLA PRESA IN CARICO

Le risorse individuate per remunerare le funzioni del gestore corrispondono ad un valore medio di circa 40 euro. In considerazione dell'impegno crescente correlato ai tre livelli di complessità previsti per tutte le patologie, si stabilisce che per i pazienti monopatologici (livello verde) la quota fissa, al lordo dell'importo previsto per il PAI, sia pari a 35 euro, per i pazienti con più di tre patologie (livello rosso) sia pari a 45 euro e per i restanti (livello giallo) sia pari a 40 euro”

Ad esempio 100 medici aggregati in cooperativa con un numero prevedibile di 40.000 pazienti presi in carico avrebbero a disposizione per la implementazione della funzione di presa in carico (vedi slide precedente) circa 1,5 MLN di euro per i case manager, per il sistema di supporto e monitoraggio dei pazienti, per le prenotazioni, per garantire supporto telefonico

PDTA? SET di riferimento da garantire da un nuovo soggetto con personalità giuridica?
(aggiuntivo rispetto ad ospedale e strutture ambulatoriali – MMG non è autorizzato e accreditato)

PDTA, linee guida, altro (piano nazionale cronicità)??

*“la principale **limitazione dei PDTA** nelle malattie croniche è legata ad una intrinseca rigidità che confligge con il bisogno di personalizzazione delle cure. Tale limite si manifesta nella definizione di obiettivi di salute non contestualizzati nel soggetto, **particolarmente nel paziente con multimorbidità, in cui la comorbidità interferisce con l’applicazione del percorso ideale e ‘attrae’ la traiettoria principale verso un percorso alternativo** diverso da quello ideale, ma egualmente appropriato per il paziente specifico. La crescente complessità dei malati cronici rende spesso non applicabili i percorsi di cura al singolo paziente. Affrontare quindi un paziente con condizioni cliniche multiple fa emergere lo **spinoso problema della gestione clinica di pazienti per cui si renderebbe necessario seguire le indicazioni di due o più linee guida (una per ogni singola malattia) con la conseguenza di far fronte ad eventuali incompatibilità o eventuali scelte da compiere tra i vari percorsi diagnostico-terapeutici presentati singolarmente ma non nella loro complessità interazionale.***

PDTA, linee guida, altro ??

*La crescente diffusione di dati in campo sanitario offre la possibilità di analizzare pragmaticamente i percorsi di cura effettivamente realizzati attraverso **l'estrazione ('mining') di pattern di prestazioni sanitarie programmate o erogate per le diverse condizioni morbose e le loro combinazioni, da cui ricavare gli elementi per definire un PDTA il più vicino possibile al bisogno ideale di un paziente in quelle condizioni.***"

In Lombardia si è proceduto così

SET DI RIFERIMENTO PER LA PRESA IN CARICO

Sono le prestazioni correlate ai bisogni espressi da almeno il 5% dei soggetti di ogni patologia e per livello di complessità della stessa. Il soggetto erogatore deve garantire per queste prestazioni, l'erogazione nei modi e nei tempi stabiliti nel piano di assistenza individuale (PAI).

- I set di riferimento non rappresentano un PDTA in quanto non sono esito di una *consensus conference* di professionisti ed anche perché riguardano situazioni molto spesso polipatologiche.
- I set di riferimento approvati con la DGR n.X/6551/2017 rappresentano il risultato di un'analisi pragmatica dei percorsi di cura effettivamente realizzati e contengono i pattern di prestazioni sanitarie programmate ed erogate per le diverse condizioni morbose e le loro combinazioni, da cui ricavare gli elementi per definire un PAI il più vicino possibile al bisogno ideale di un paziente in quelle condizioni.

DIABETE DI TIPO 2 INSULINO-TRATTATO, SENZA GRAVE INSTABILITA' METABOLICA, SENZA COMPLICANZE EVOLUTIVE, CON NECESSITA' DI RIVALUTAZIONE SPECIALISTICA OGNI 4-6 MESI – esempio PDTA

Dettaglio attività	Timing controlli (follow up 12 mesi)				
	0	3	6	9	12
Visita diabetologica	X		X		X
Emoglobina glicata	X	opzionale	X	opzionale	X
Microalbuminuria	X		opzionale		X
Colesterolo totale	X		opzionale		X
HDL	X		opzionale		X
LDL	X		opzionale		X
Trigliceridi	X		opzionale		X
Creatinina clearance	X				X
Transaminasi	X				X
CPK	X				X
Uricemia	X				X
Sodio	X				X
Potassio	X				X
Cloro	X				X
Azotemia	X				X
Emocromo	X				X
TSH riflesso	X				opzionale
Sideremia	X				X
Ferritina	X				X
Transferrina	X				X
C-peptide basale	X				opzionale
C-peptide PP	X				opzionale
Esame urine completo	x				X
Glicemia a digiuno	X	opzionale	X	opzionale	X
Glicemia PP	X	opzionale	X	opzionale	X

Dettaglio attività	Timing controlli (follow up 12 mesi)				
	0	3	6	9	12
Visita oculistica per fondo occhio	X				X
elettrocardiogramma	X				X
Ecocolordoppler TSA	opzionale				opzionale
ECG da sforzo	opzionale				opzionale
Elettromiografia	opzionale				opzionale
Fluorangiografia	opzionale				opzionale
Visita cardiologica	opzionale				
Visita nefrologica	opzionale				
Visita neurologica	opzionale				

PRESTAZ_ AMB_ V_ II	PRESTAZ_ AMB_ V_ DESC
90271	GLUCOSIO [S/P/U/dU/L
90281	Hb - EMOGLOBINA GLIC
90163	CREATININA [S/U/dU/L
90143	COLESTEROLO TOTALE
90432	TRIGLICERIDI
90443	URINE ESAME CHIMICO
90141	COLESTEROLO HDL
90622	EMOCROMO: Hb, GR, G
90045	ALANINA AMINOTRANSFE
90092	ASPARTATO AMINOTRANS
90334	MICROALBUMINURIA
90435	URATO [S/U/dU]
90255	GAMMA GLUTAMIL TRANS
90374	POTASSIO [S/U/dU/(Sg
90404	SODIO [S/U/dU/(Sg)Er
90441	UREA [S/P/U/dU]
90104	BILIRUBINA TOTALE
90565	ANTIGENE PROSTATICO
90154	CREATINCHINASI (CPK
90418	TIREOTROPINA RIFLESS
90384	PROTEINE (ELETTROFOR
90723	PROTEINA C REATTIVA
90114	CALCIO TOTALE [S/U/d
90825	VELOCITA' DI SEDIMEN
90164	CREATININA CLEARANCE
90942	ESAME COLTURALE DELL
90133	CLORURO [S/U/dU]
9013C	COLESTEROLO LDL (det
90445	VITAMINA D
90754	TEMPO DI PROTROMBINA
90225	FERRO [S]
90235	FOSFATASI ALCALINA
90223	FERRITINA [P/(Sg)Er]
90761	TEMPO DI TROMBOPLAST
90421	TIREOTROPINA (TSH)
90292	LATTATO DEIDROGENASI
90064	ALFA AMILASI [S/U]

I set di
referimento per
Diabete – più del
 PDTA, ci si mette
 nelle condizioni di
 garantire anche
 altre prestazioni
non strettamente
correlate alla
patologia ma alla
persona

prestazione	forecast	%
GLUCOSIO__S_P_U_dU_La_	190.270	8%
Hb__EMOGLOBINA_GLICATA	182.172	17%
CREATININA__S_U_dU_La_	164.964	24%
URINE_ESAME_CHIMICO_FISICO_E_MICR OSCOPICO	149.575	31%
COLESTEROLO_TOTALE	131.238	36%
EMOCROMO__Hb,_GR,_GB,_HCT,_PLT,_I ND._DERIV.,_F._L.	129.920	42%
TRIGLICERIDI	129.055	48%
COLESTEROLO_HDL	123.085	53%
ALANINA_AMINOTRANSFERASI_(ALT)_(G PT)__S_U_	90.420	57%
MICROALBUMINURIA	85.285	61%
ASPARTATO_AMINOTRANSFERASI__(AST)_(GOT)__S_	84.701	65%
GAMMA_GLUTAMIL_TRANSPEPTIDASI_(g amma_GT)__S_U_	60.101	68%
POTASSIO__S_U_dU_(Sg)Er_	58.021	70%
URATO__S_U_dU_	55.412	73%
SODIO__S_U_dU_(Sg)Er_	42.721	75%
TIREOTROPINA_RIFLESSA_(TSH_R)TSH_In cluso_eventuale_dosaggio_di_FT4_e_FT3	32.640	76%
ANTIGENE_PROSTATICO_SPECIFICO_(PSA)	30.164	77%
PROTEINE_(ELETTROFORESI_DELLE)__S_	28.996	79%
UREA__S_P_U_dU_	28.060	80%
BILIRUBINA_TOTALE	25.625	81%
Totale complessivo	2.248.084	200%

Se proviamo a stimare il
fabbisogno con tecniche
predittive?

PRESTAZ_AMB_V_ID	PRESTAZ_AMB_V_DESC
VISITA - ENDOCRINOLOGIA/MEDICINA INTERNA	VISITA - ENDOCRINOLOGIA/MEDICINA INTERNA
VISITA OCULISTICA\FUNDUS OCULI	VISITA OCULISTICA\FUNDUS OCULI
8952	ELETTROCARDIOGRAMMA
VISITA - 0021	VISITA - CARDIOLOGIA
88735	ECO(COLOR)DOPPLER DE
VISITA - 0191	VISITA - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
88761	ECOGRAFIA ADDOME COM
87441	RADIOGRAFIA DEL TORA
88722	ECO(COLOR)DOPPLERGRA
VISITA - 0211	VISITA - OTORINOLARINGOIATRIA
VISITA - 0121	VISITA - MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE
8827	RADIOGRAFIA DI FEMOR
VISITA - 0251	VISITA - UROLOGIA
VISITA - 0061	VISITA - DERMOSIFILOPATIA
8724	RADIOGRAFIA DELLA CO
9512	ANGIOGRAFIA CON FLUO
87371	MAMMOGRAFIA BILATER
VISITA - 0031	VISITA - CHIRURGIA GENERALE
8826	RADIOGRAFIA DI BACIN
88772	ECO(COLOR)DOPPLERGRA
VISITA - 0151	VISITA - NEUROLOGIA
992A	INIEZIONE O INFUSION

I set di riferimento per Diabete – più del PDTA, ci si mette nelle condizioni di garantire anche altre prestazioni non strettamente correlate alla patologia ma alla persona



prestazione	forecast	%
VISITA__ENDOCRINOLOGIA_MEDICINA_I NTERNA	126.867	17%
VISITA__OCULISTICA_FUNDUS_OCULI	56.958	25%
ELETTROCARDIOGRAMMA	41.248	30%
VISITA__CARDIOLOGIA	25.557	34%
VISITA__ORTOPEDIA_E_TRAUMATOLOGI A	24.686	37%
ECO(COLOR)DOPPLER_DEI_TRONCHI_SO VRAAORTICI	23.208	40%
ECOGRAFIA_ADDOME_COMPLETO	15.893	42%
VISITA__MEDICINA_FISICA_E_RIABILITAZ IONE	13.852	44%
VISITA__OTORINOLARINGOIATRIA	13.500	46%
ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA_CARDIACA	12.763	48%
VISITA__DERMOSIFILOPATIA	11.673	49%
ANGIOGRAFIA_CON_FLUORESCINA_O_A NGIOSCOPIA_OCULARE	11.044	51%
VISITA__UROLOGIA	10.970	52%
RADIOGRAFIA_DEL_TORACE_DI_ROUTINE, _NAS	9.604	54%
VISITA__CHIRURGIA_GENERALE	9.350	55%
RADIOGRAFIA_DI_FEMORE,_GINOCCHIO, _GAMBA	9.150	56%
TERAPIA_EDUCAZIONALE_DEL_DIABETICO _E_DI_PAZIENTI_CON_ALTRE_PATOLOGIE _NUTRIZIONALI	9.131	57%
MAMMOGRAFIA_BILATERALE	8.377	59%
VISITA__NEUROLOGIA	8.200	60%
Totale complessivo	741.147	

Se proviamo a stimare il
fabbisogno con tecniche
predittive?

Diabete Il secondo livello

coorte seguita per 6 anni – escono solo deceduti e/o cambio patologia - peggioramenti

Cluster	Frequency	%			Mortalità	Peggioramento
1	4.770	3,70%	IN PERCORSO	(Copertura insuline)	1,45%	9,14%
2	14.404	11,17%	IN PERCORSO	(Copertura antidiabetici orali e ace inibitori)	0,76%	4,70%
3	17.107	13,27%	IN PERCORSO	(Alta copertura antidiabetici orali)	0,67%	5,42%
4	32.684	25,35%	IN PERCORSO	(Copertura antidiabetici orali e angiotensina)	0,66%	4,46%
5	59.963	46,51%	BASSA COPERTURA	(Ipoglicemizzanti 50° percentile 175)	1,30%	3,66%
TOTALE	128.928	100,00%			1,00%	4,42%

Diabete Il secondo livello

coorte seguita per 6 anni – escono solo deceduti e/o cambio patologia - peggioramenti

						29,5%	Neoplasia	
			1.731	Deceduti		19,7%	Altro livello	
			5.473	Peggiorati		3,4%	Non assistiti. Emigrati?	
			10.320	Usciti dalla coorte		2,2%	Non classificati	
						45,2%	Altre patologie	
Cluster 2013	N. soggetti						Cluster 2014	N. soggetti
1	4.770		26.448	23,74%	Diminuzione della cura		4	1
2	14.404						1	4.702
3	17.107		72.865	65,41%	Cura costante		2	13.346
4	32.684						3	21.652
5	59.963		12.090	10,85%	Aumento della cura		5	71.703
TOTALE	128.928						TOTALE	111.404



Regione
Lombardia

Il PAI - 1

- Il documento del PAI (piano di assistenza individuale) contiene gli elementi essenziali utili a programmare, accompagnare ed aggiornare il percorso dei pazienti presi in carico.
- Il PAI sarà gestito in modalità esclusivamente informatica e nel mese di agosto sono state fornite, alle ATS e poi ai soggetti idonei come Gestori, le specifiche informatiche per poterlo collegare al SISS, quindi al fascicolo sanitario elettronico (FSE).
- Tutto quanto sopra esposto consente di coinvolgere tutti gli attori interessati al processo di presa in carico, ai quali il cittadino ha concesso l'autorizzazione ad accedere alle proprie informazioni sanitarie, e di informarli in tempo reale sulle necessità del paziente e sugli elementi essenziali per il controllo ed il monitoraggio del processo stesso.
- Le indicazioni relative agli elementi essenziali del PAI riguardano il momento di inizio della presa in carico, quando sono prevedibili solo le attività e le necessità più correlate con le patologie e si rileva che il PAI può essere comunque aggiornato con altre prestazioni contenute nei set di riferimento e non.

II PAI - 2

- Curano: il rapporto, le corrette abitudini e stili di vita ed i farmaci
- Monitorano come un cruscotto: esami di laboratorio e prestazioni di specialistica e di diagnostica
- Le prestazioni di specialistica e di laboratorio infatti non correlano direttamente con la mortalità o il peggioramento che sono correlati alle terapie
- Nel PAI questi elementi devono entrare
- Per i pazienti con almeno un anno di malattia forniremo al medico redattore, vedi esempio precedente, il profilo di «rischio» ed i profili più protettivi

E le Linee Guida?

Linee guida 2013 ESH/ESC per la diagnosi ed il trattamento dell'ipertensione arteriosa

Una volta che l'obiettivo pressorio è stato raggiunto, si possono **programmare visite a intervalli di alcuni mesi in quanto è accertato che non vi sono differenze nel controllo pressorio tra 3 e 6 mesi**. Sulla base dell'organizzazione sanitaria locale, **molti dei controlli possono essere eseguite da personale infermieristico dedicato**. Per i pazienti stabili possono essere usate come alternative l'HBPM (monitoraggio domiciliare) e le comunicazioni elettroniche con il medico (SMS, e-mail, social media o telecomunicazione automatica delle registrazioni delle BP domiciliari). E comunque indicato rivalutare i fattori di rischio ed il OD (danno d'organo) al massimo ogni 2 anni.