

Paziente cronico, Linee Guida e Piano Assistenziale Individuale

**"IL PROGETTO DOMINO"
le linee guida come strumento di gestione del
percorso paziente in Lombardia**

SEMINARIO ANMDO

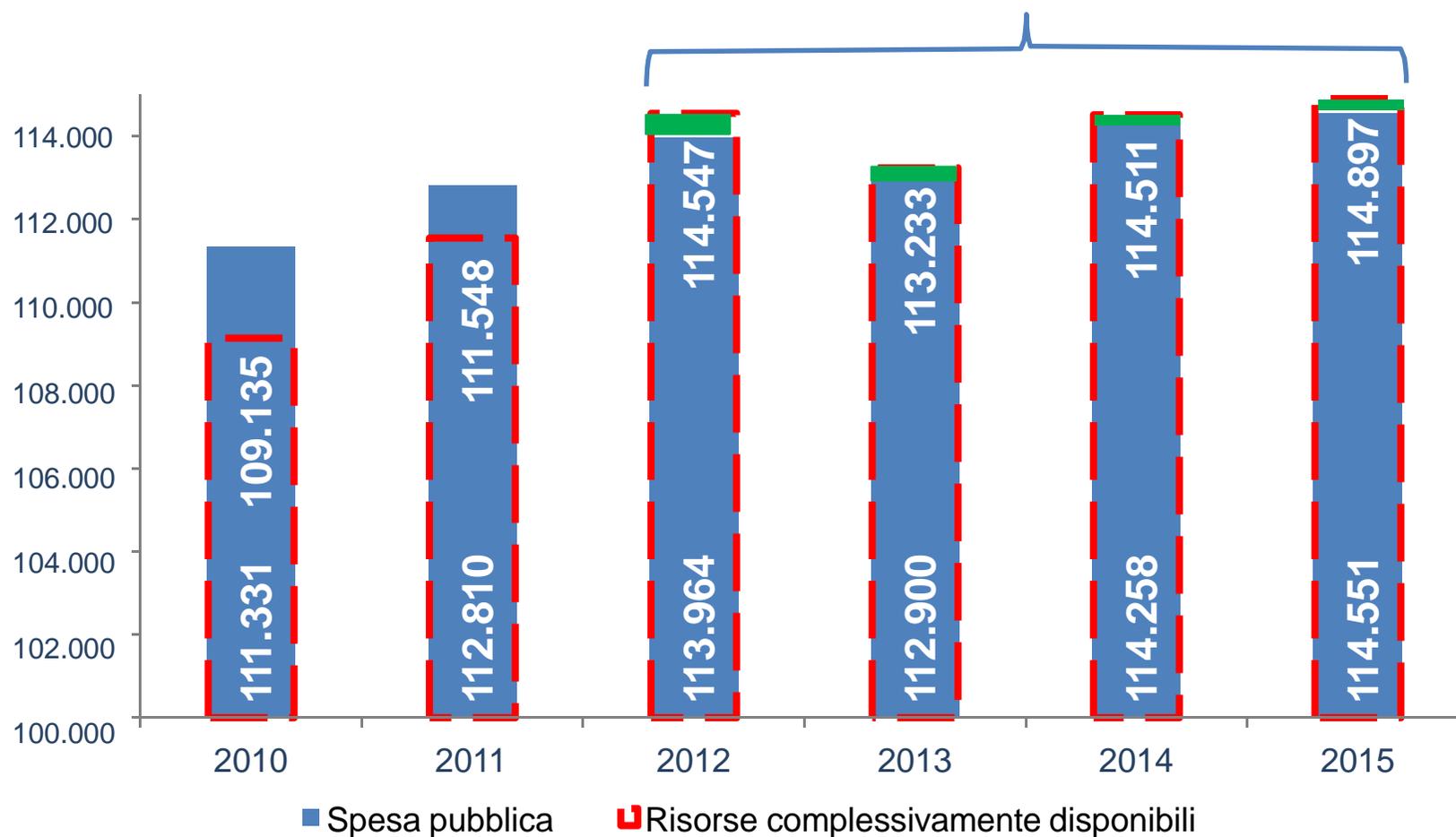
San Donato Milanese

18 giugno 2018

L'equilibrio economico del SSN

Spesa SSN per la gestione corrente,
finanziamento e disavanzo, mln €, 2010-15

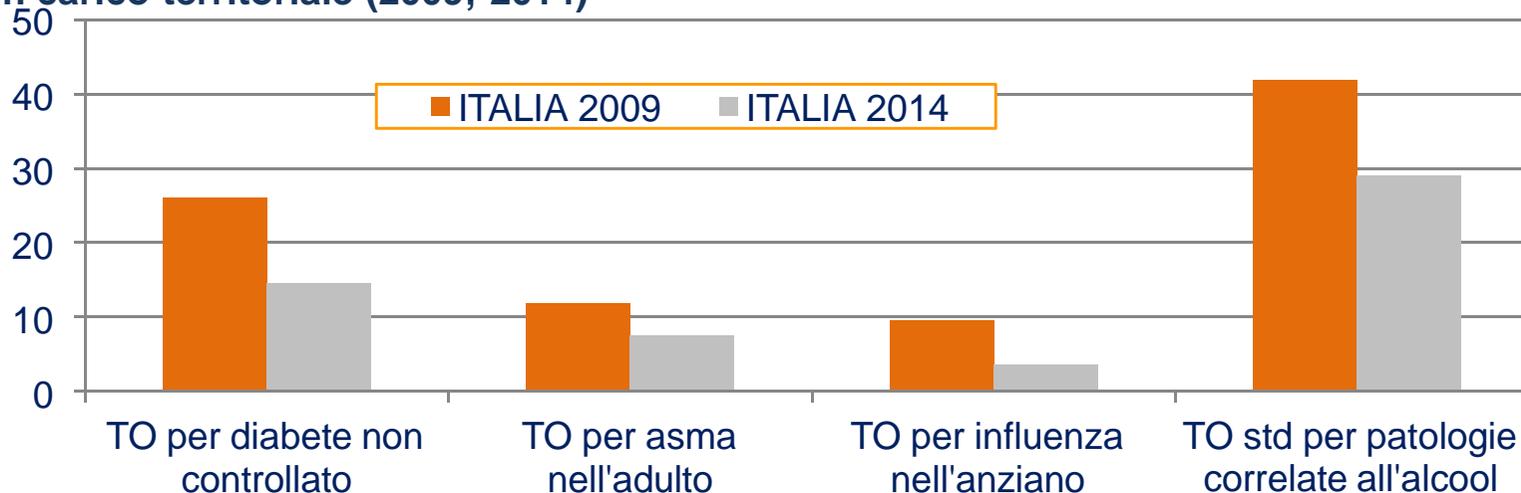
Avanzo **contabile** consolidato
€ 346 mln nel 2015
€ 1.515 mln dal 2012



Fonte: elaborazione OASI su dati ministero della Salute

Profili di attività: appropriatezza

Tasso standardizzato (TO) di ospedalizzazione per 1.000 abitanti per patologie a presa in carico territoriale (2009; 2014)

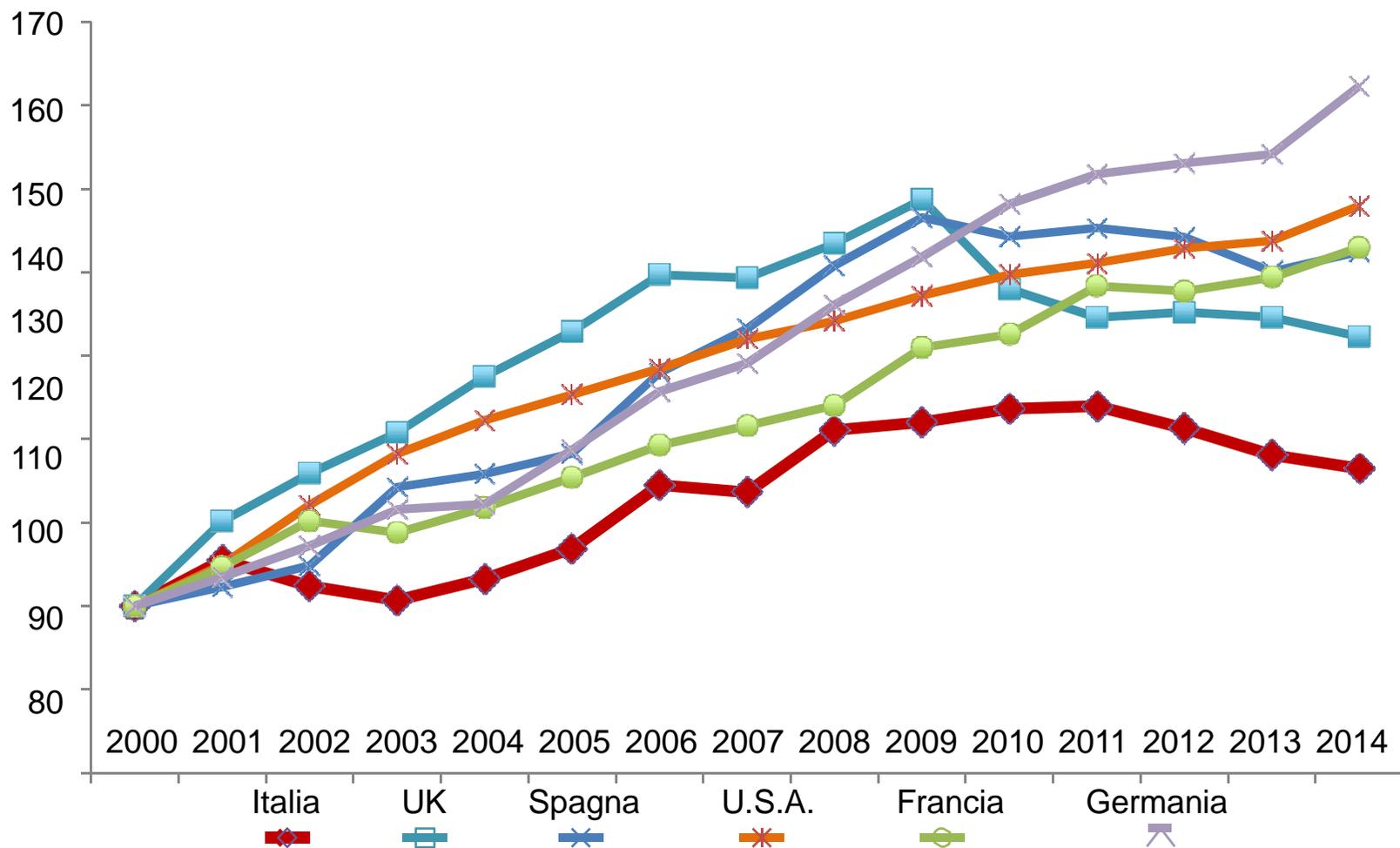


Indicatori di appropriatezza clinica e organizzativa del ricovero (2014)

% Dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico sul totale dimissioni da reparti chirurgici		% RO brevi 0-1 giorno sul totale RO con DRG medico		% RO acuti medici oltre soglia per ultra65enni		Percentuale parti cesarei sul totale dei parti	
1998	2014	1998	2014	2006	2014	1998	2014
44,9	29,8	12,8	10,3	4,6	4,3	31,4	35,9

Fonte: elaborazioni OASI su dati Rapporto SDO Ministero della Salute

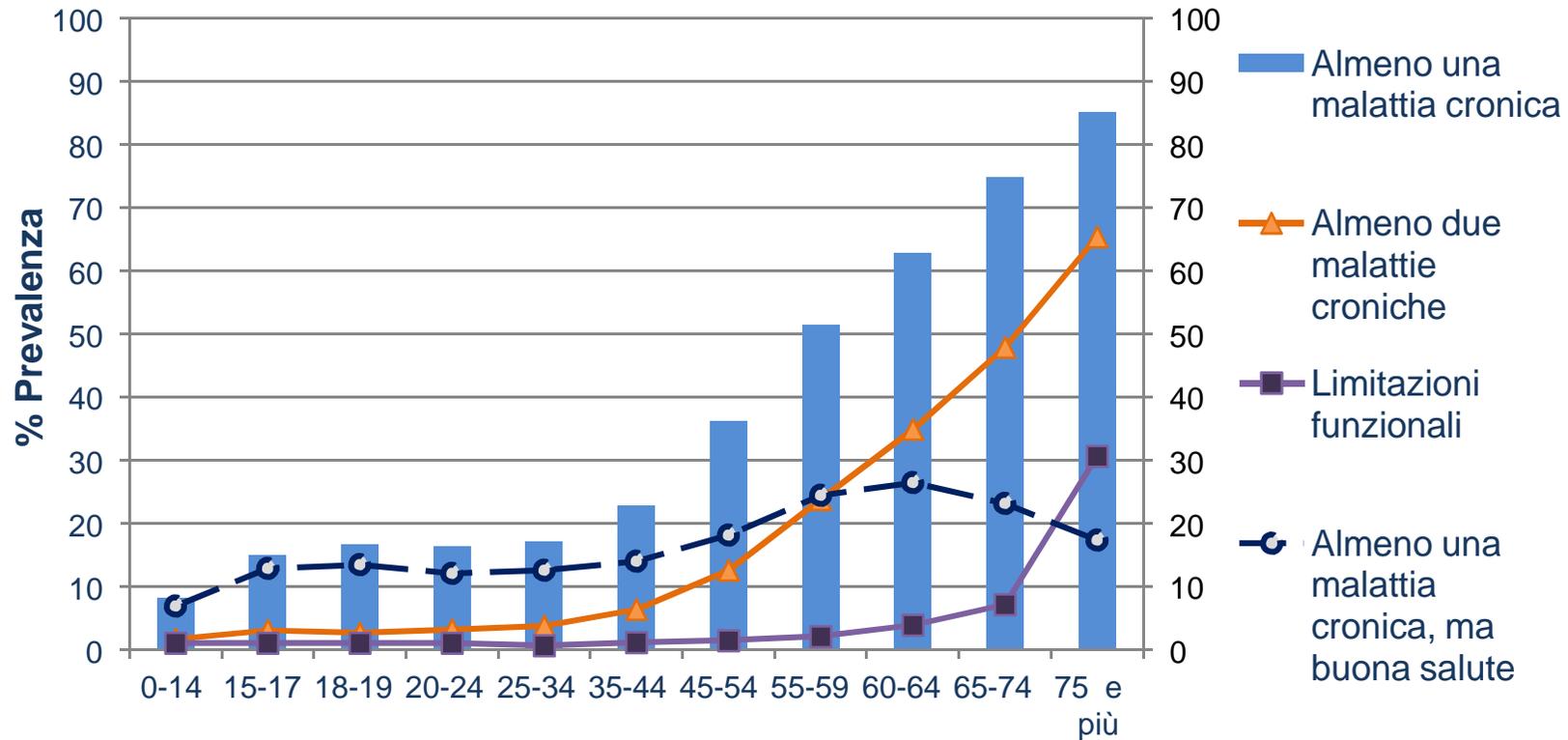
Spesa sanitaria totale pro capite (\$PPA)



Fonte: elaborazioni OASI su dati WHO 2016

Trend demografici, epidemiologici, sociali

Prevalenza della cronicità e delle limitazioni funzionali per classi di età, % (2015)



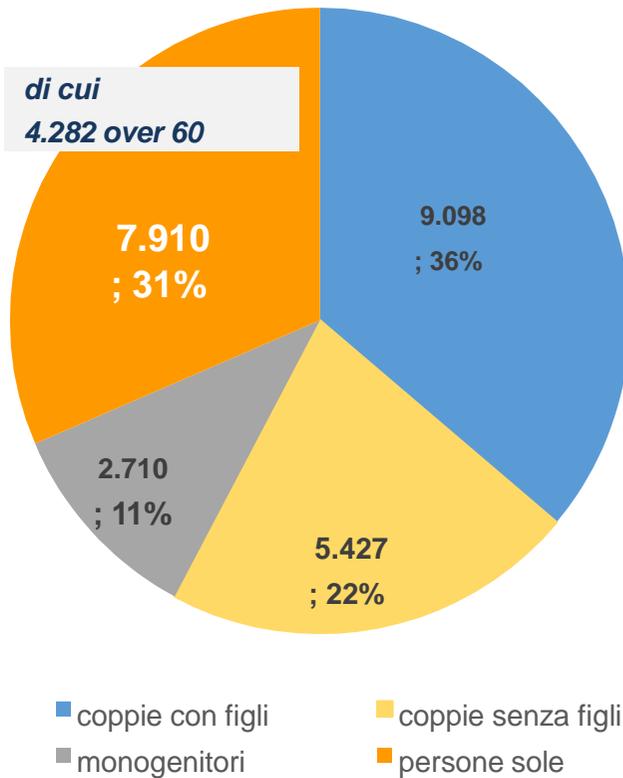
38,3 % della popolazione che dichiara almeno una malattia cronica (incluse allergie e artriti)

5,5 % della popolazione sopra i 6 anni che dichiara una limitazione funzionale

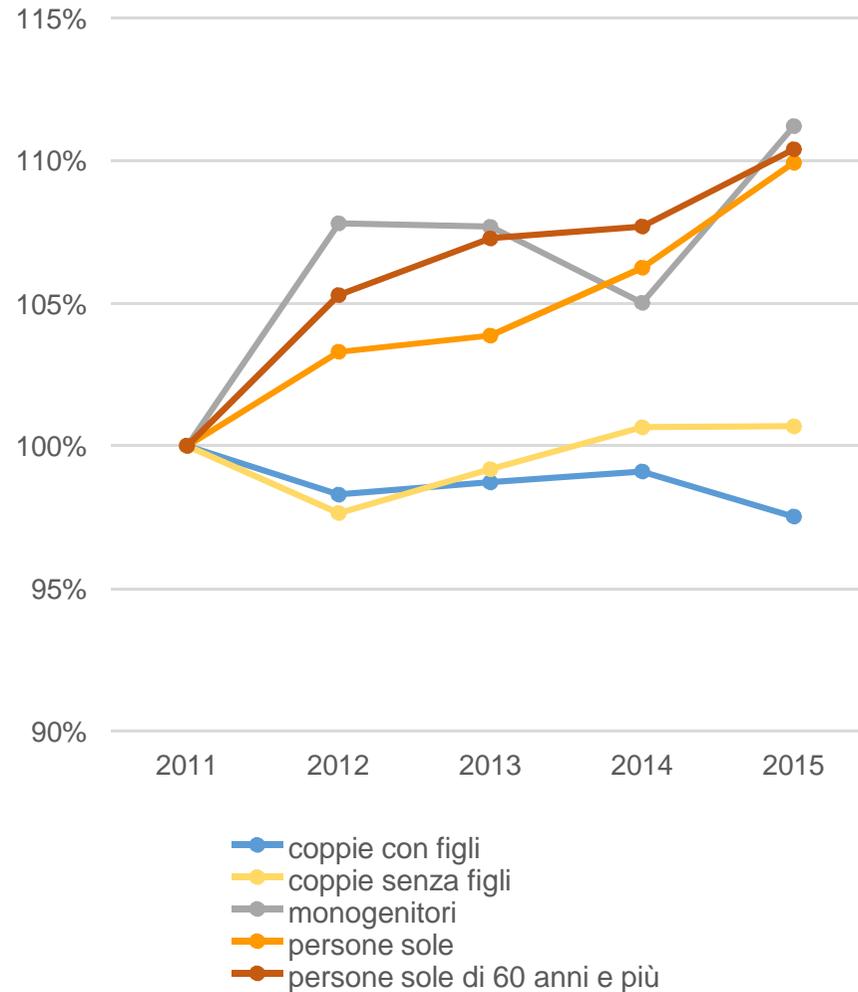
Fonte: Elaborazioni OASI su dati ISTAT 2016. I dati sulle limitazioni funzionali sono da riferire all'anno 2013.
N.B. auto-dichiarazioni su 100 intervistati

Struttura dei nuclei familiari

Nuclei per tipologia (migliaia) e incidenza % su totale famiglie (25.145=100%), 2015



Trend tipologia dei nuclei familiari (numeri indice), 2011-15



La presa in carico della cronicità a livello internazionale

	Popolazione target	Attenzione ai pazienti polipatologici	Integrazione tra assistenza sanitaria e sociosanitaria	Presa in carico differenziata in accordo con i bisogni di salute dei pazienti (definizione di stadi/livelli)
 Olanda (Primary care group ZIO)	Pazienti monopatologici	✗	✗	Sì
 Regno Unito (Integrated care Pilot)	Pazienti monopatologici e pluripatologici	✓	✓	No
 Germania (Gesundes Kinzigtal)	Intera popolazione	✓	✗	Sì
 Svezia (Esther model)	Anziani fragili	✗	✓	No
 Francia (Sophia diabetes care programme)	Pazienti monopatologici	✗	✗	Sì

Fabbisogni della cronicità

Al fine di garantire una buona gestione della cronicità, e promuovere interventi basati sull'unitarietà di approccio, centrati sulla persona e orientati a una migliore organizzazione dei servizi e a una piena responsabilizzazione degli attori come individuato dal Piano Nazionale della cronicità (PNC), è necessario presidiare 4 principali dimensioni:



1. Reclutamento precoce



2. PDTA costo-efficaci, fondati sulle migliori evidenze scientifiche disponibili mediate dalle preferenze dei pazienti e dall'esperienze dei clinici (Evidence-based Medicine - EBM)



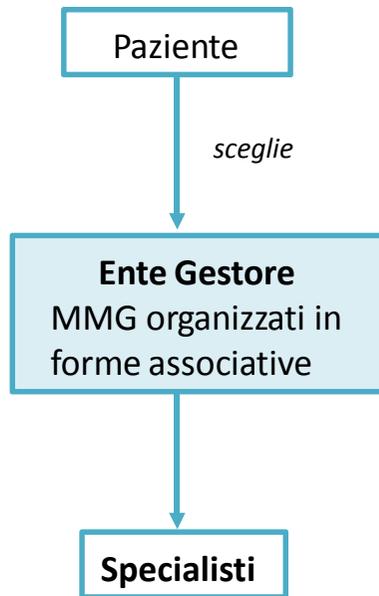
3. Integrazione della filiera professionale



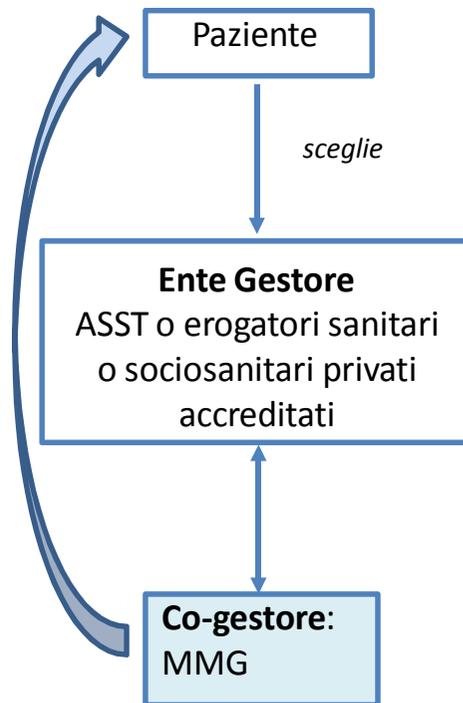
4. Controllo della compliance

Il modello organizzativo della DGR- n. X/6551:
Il ruolo del MMG nella rete d'offerta

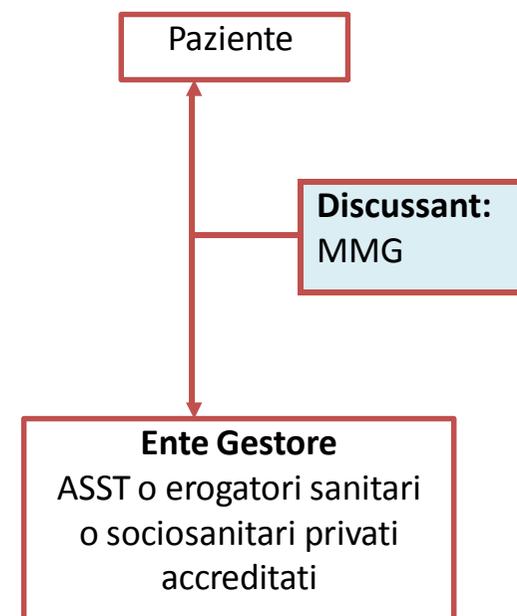
MMG Clinico e Case Manager



MMG Clinico



MMG tradizionale



Il modello organizzativo della DGR- n. X/6551: **Gli strumenti di supporto nella rete di offerta**

Le funzioni di supporto possono classificarsi in due macro ambiti:

1. Organizzativo

Figure professionali di supporto nella presa in carico: personale infermieristico, assistenti sociali e sanitari, personale amministrativo

2. Tecnologico

- **Applicativo clinico gestionale** integrato con il sistema informativo aziendale, che permetta il monitoraggio della compliance della persona, la condivisione e il controllo aggregato delle prestazioni previste nel PAI
- **Sistema ingegnerizzato di prenotazione e recall**
- **Monitoraggio** del livello di aderenza della persona al processo di cura e alla terapia, attraverso il controllo degli accessi/PAI e degli esiti

Finalità modello presa in carico (1)

Queste 4 dimensioni contenute nel PNC sono declinate a livello regionale lombardo con la DGR n. X/6164/2017 e si completano con la DGR n. X/6551/2017.



1. Reclutamento precoce



- Esercizio della **medicina di iniziativa** nei confronti delle cronicità e delle fragilità così da concorrere a garantire la continuità delle cure.
- La DGR n. X/6164 assegna ciascun soggetto ad una fascia a diverso livello di complessità e di domanda in relazione ai bisogni individuati e verifica e controlla il livello di stratificazione attribuito alla persona.



2. PDTA costo-efficaci, fondati sulle migliori evidenze scientifiche disponibili mediate dalle preferenze dei pazienti e dalle esperienze dei clinici (Evidence-based Medicine - EBM)



Stesura del PAI, quale strumento clinico-organizzativo di «presa in carico» del paziente.

Finalità modello presa in carico (2)



3. Integrazione della filiera professionale



- Introduzione della figura dell'Ente Gestore che è il titolare della presa in carico ed è la figura individuata per garantire il coordinamento e l'integrazione tra i differenti livelli di cura e i vari attori al fine di attuare il PAI.
- La governance dei processi erogativi garantisce il coordinamento della presa in carico attraverso interdipendenze organizzate tra i diversi livelli di erogazione



4. Controllo della compliance



- L'Ente Gestore della presa in carico individua la figura del **case manager** che ha il compito di monitorare l'aderenza al PAI, effettuare il monitoraggio clinico e la rivalutazione periodica.
- Sistema informativo integrato che garantisce il monitoraggio degli sviluppi clinici e sociali del paziente cronico e/o fragile e in particolare dell'aderenza al percorso programmato nel PAI, di competenza del gestore.

Il modello organizzativo della DGR- n. X/6551: **Opportunità e sfide per gli erogatori**

Il rinnovato baricentro del sistema a favore del paziente e dei suoi bisogni rappresenta anche per gli erogatori una opportunità con risvolti positivi:

- ✓ Possibilità di governare con largo anticipo agende e prenotazioni così da facilitare l'intera programmazione dell'attività;
- ✓ Costruzione di alleanze strategiche con relazioni stabili e non-spot che permettono inoltre di completare la propria filiera produttiva;
- ✓ Istituzionalizzazione di un comportamento *de facto* nel caso dei frequent-users, che potranno essere formalmente seguito da un unico gestore in tutto il percorso di cura
- ✓ Possibilità di maggiore infrastrutturazione e più facile accesso a servizi di supporto;
- ✓ Duplice possibilità di candidatura come gestore e nodo erogatore.

Il modello organizzativo della DGR- n. X/6551: **Il PAI come "ricettone"**

La definizione di un Piano Assistenziale Individuale (PAI) annuale permette:

- Eliminazione del lavoro burocratico collegato alla prescrizione;
- Maggiore focalizzazione sulla dinamica clinica;
- Semplificazione nella prenotazione e nella fruizione per il cittadino.

Il modello organizzativo della DGR- n. X/6551: **I grandi vantaggi per il paziente**

Questo sistema pone il paziente al centro, generando una serie di ricadute positive sulla sua presa in carico:

- ✓ Diffusione di PAI evidence-based, con conseguente riduzione della variabilità clinica;
- ✓ Reclutamento attivo e precoce;
- ✓ Gestione ingegnerizzata delle prenotazioni;
- ✓ Accesso a servizi di supporto;
- ✓ Azzeramento accessi per motivi burocratici;
- ✓ One-stop office: individuazione di un interlocutore unico.

La stratificazione dei pazienti cronici in Lombardia

La stratificazione della domanda

SOGGETTI POTENZIALI	LIVELLO	TIPOLOGIA PAZIENTI	DOMANDA
150.000	1	Fragilità clinica (4 o più patologie)	Prevalentemente di tipo Ospedaliero e/o Residenziale
1.300.000	2	Cronicità polipatologica (2-3 patologie)	Prevalentemente extra ospedaliera ad elevati accessi ambulatoriali <i>(Frequent users)</i>
1.900.000	3	Cronicità in fase iniziale (1 patologia)	Richiesta medio bassa di accessi ambulatoriali integrati
3.000.000	4	Soggetti non cronici	Prime visite/accessi ambulatoriali veri
3.500.000	5	Non utilizzatori	Potenziali utenti

65 categorie patologiche

Pazienti cronici

Numerosità e frequenza relative delle prime dieci categorie di cronicità

PATOLOGIA	N	%
IPERTENSIONE ARTERIOSA	68.074	24,4
DIABETE MELLITO TIPO 2	21.335	7,7
IPERCOLESTEROLEMIE FAMILIARI E NON	20.077	7,2
NEOPLASIA ATTIVA	16.620	6,0
ASMA	15.966	5,7
SCOMPENSO CARDIACO	13.653	4,9
CARDIOPATIA ISCHEMICA	12.965	4,7
MIOCARDIOPATIA ARITMICA	10.768	3,9
MIOCARDIOPATIA NON ARITMICA	10.434	3,7
IPOTIROIDISMO	8.569	3,1

N = 278.595

Il Gestore della presa in carico proattiva

Garantisce il coordinamento e l'integrazione tra i differenti livelli di cura ed è
RESPONSABILE DEL PAI e DELLA PRESA IN CARICO.

E' un soggetto erogatore di prestazioni sanitarie o sociosanitarie accreditato e a contratto con il SSL oppure un soggetto del sistema delle cure primarie. L'idoneità è valutata dall'ATS sulla base di criteri esplicitati nella manifestazione di interesse.

Svolge le seguenti funzioni

- *Sottoscrizione del PATTO DI CURA con il paziente*
- *Valutazione Multidimensionale del bisogno*
- *Definizione del piano di assistenza individuale (PAI)*
- *Presa in carico proattiva (prenotazione delle prestazioni, monitoraggio dell'aderenza al PAI, monitoraggio clinico e rivalutazione)*
- *Erogazione delle prestazioni necessarie direttamente o tramite partner*
- *Coordinamento e attivazione dei nodi della rete erogativa*
- *Implementazione di servizi innovativi quali la TELEMEDICINA*

Dà indicazioni per l'accesso alle altre prestazioni necessarie (*ausili e presidi–invalidità civile–servizi sociali dei Comuni*)

Condivide le informazioni cliniche con i professionisti che compongono la rete assistenziale ed è dotato di un sistema informativo interoperabile e accessibile dalla ATS

Le attese dei pazienti

Paola Rossi è una paziente cronica che viene presa in carico.

2) Servono le ricette per visite e farmaci?

1) Mi faranno un PAI?



3) Le prestazioni del PAI verranno prenotate?

4) La compliance e esiti saranno controllati?

5) Comunicano al mio care giver?

Individuazione dei ruoli professionali nelle ASST

- Chi è il **consulente specialistico** dei MMG gestori per i pazienti cronici di tipo3 nelle11 patologie primarie?
- Chi è il **PAIsta (clinical-manager)** dei pazienti di tipo3 privi di MMG gestore nelle11 patologie primarie?
- Chi è il **PAIsta** dell'ASST per i pazienti cronici di tipo2 nelle11 patologie primarie?
- Chi è il **consulente specialistico** dei MMG gestori per i cronici di tipo2 nelle11 patologie primarie?

Insufficienza respiratoria/ossigenoterapia, scompenso cardiaco, diabete tipo I e tipo II, cardiopatia ischemica, BPCO, ipertensione arteriosa, vasculopatia arteriosa, vasculopatia cerebrale, miocardiopatia aritmica, insufficienza renale cronica.

LE 11 PRINCIPALI PATOLOGIE	Livello 3*		Livello 2	
	Clinical-manger (dei pazienti privi di MMG gestore)	Consulente specialistico (dei MMG gestori)	Clinical-manger (dei pazienti privi di MMG gestore)	Consulente specialistico (dei MMG gestori)
Insufficienza respiratoria/ossigenoterapia				
Scompenso cardiaco				
Diabete mellito tipo 1				
...				

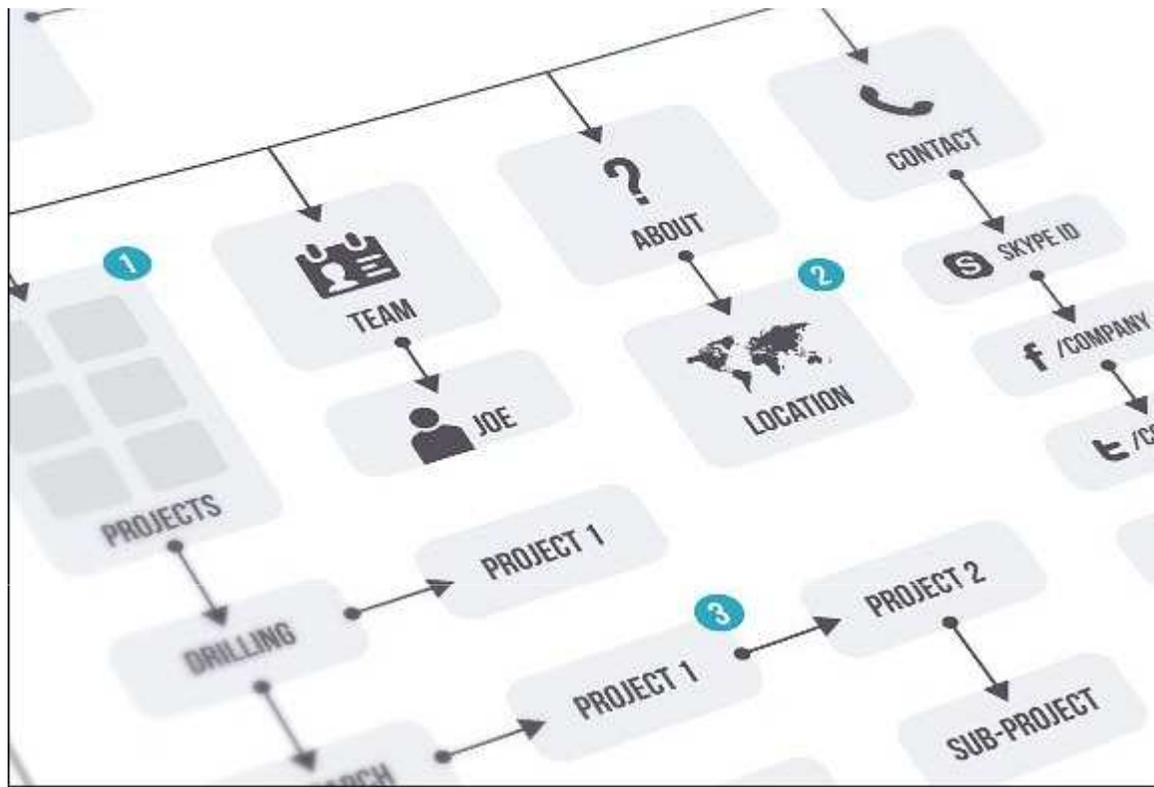
Individuazione dei Case manager delle ASST

- Chi è il **case-manager** dell'ASST per i pazienti cronici di tipo3, privi di MMG gestore, nelle11 patologie primarie?
- Chi è il **case-manager** dell'ASST per i pazienti cronici di tipo2 nelle11 patologie primarie?
- Chi è il **case-manager** dell'ASST per i pazienti cronici di tipo1 nelle11 patologie primarie?

Insufficienza respiratoria/ossigenoterapia, scompenso cardiaco, diabete tipo I e tipo II, cardiopatia ischemica, BPCO, ipertensione arteriosa, vasculopatia arteriosa, vasculopatia cerebrale, miocardiopatia aritmica, insufficienza renale cronica.

LE 11 PRINCIPALI PATOLOGIE	Livello 3*	Livello 2	Livello 1
	Case Manager	Case Manager	Case Manager
Insufficienza respiratoria/ ossigenoterapia			
Scompenso cardiaco			
Diabete mellito tipo 1			
...			

*Pazienti privi di MMG gestore



LINEE GUIDA

Linee Guida ed impatto sulla pratica clinica



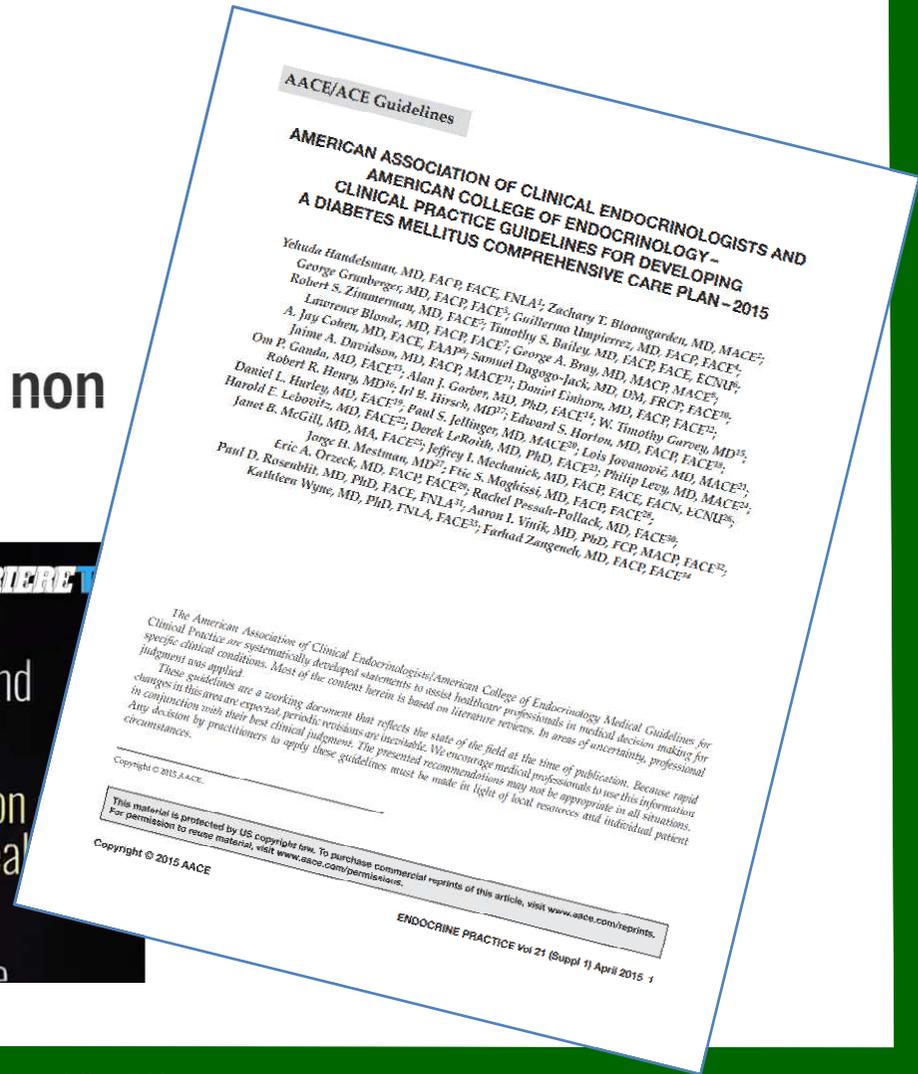
CORRIERE DELLA SERA

DATAROOM

di Milena Gabanelli

Zucchero, la dose giornaliera da non superare

di Milena Gabanelli e Silvia Turin



Flow chart

42 AACE/ACE Diabetes Guidelines, *Endocr Pract.* 2015;21(Suppl 1)

Copyright © 2015 AACE

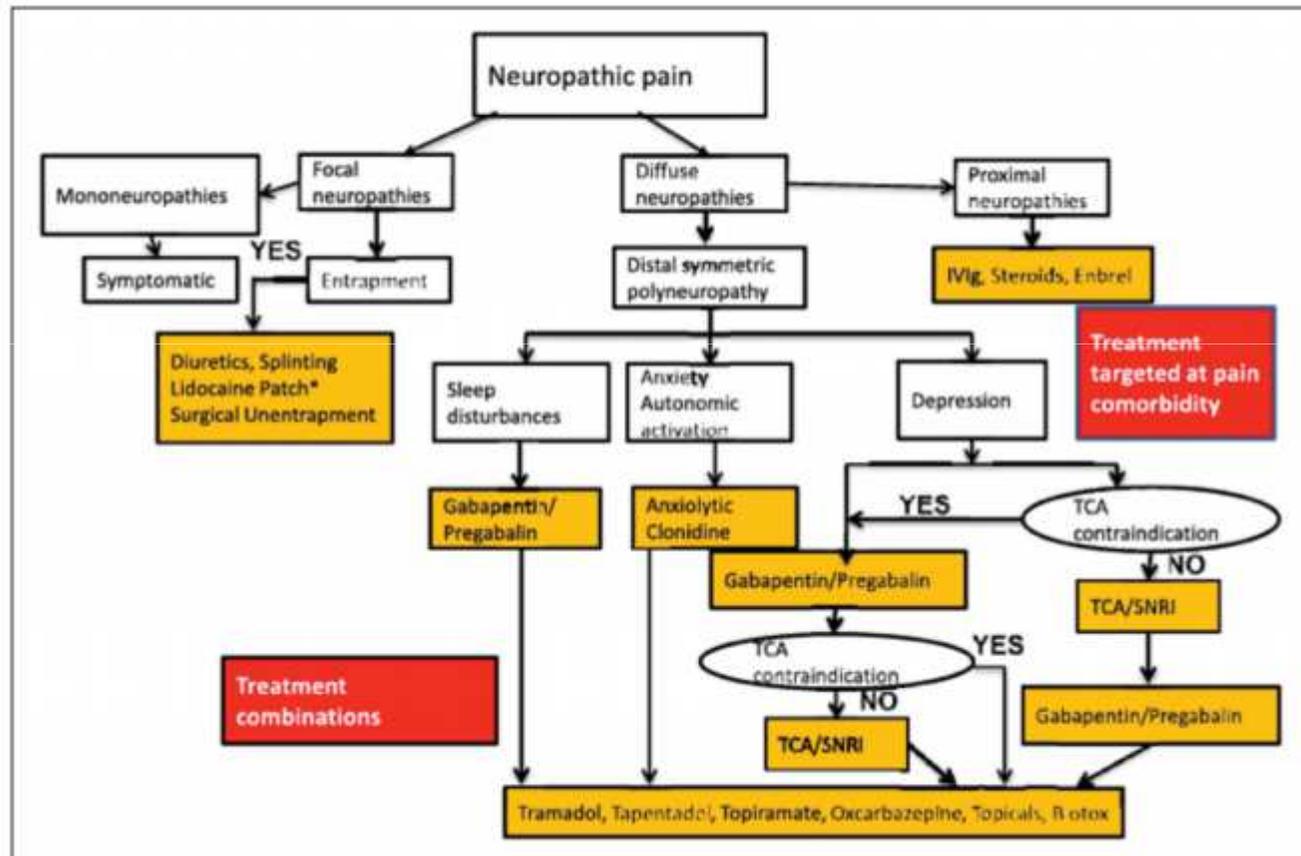


Fig. 3. Treatment algorithm for neuropathic pain after exclusion of nondiabetic etiology and stabilization of glycemic control (314 [EL 4; review NE]; 357 [EL 4; NE]). Reprinted from the *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, Vol. 95, A. Vinik, "The approach to the management of the patient with neuropathic pain," pp. 4802-4816. Copyright 2010, with permission from Elsevier.

La forza della raccomandazione

Grade of Recommendation	Clarity of risk/benefit	Quality of supporting evidence	Implications
1A. Strong recommendation, high quality evidence	Benefits clearly outweigh risk and burdens, or vice versa.	Consistent evidence from well performed randomized, controlled trials or overwhelming evidence of some other form. Further research is unlikely to change our confidence in the estimate of benefit and risk.	Strong recommendations, can apply to most patients in most circumstances without reservation. Clinicians should follow a strong recommendation unless a clear and compelling rationale for an alternative approach is present.
1B. Strong recommendation, moderate quality evidence	Benefits clearly outweigh risk and burdens, or vice versa.	Evidence from randomized, controlled trials with important limitations (inconsistent results, methodologic flaws, indirect or imprecise), or very strong evidence of some other research design. Further research (if performed) is likely to have an impact on our confidence in the estimate of benefit and risk and may change the estimate.	Strong recommendation and applies to most patients. Clinicians should follow a strong recommendation unless a clear and compelling rationale for an alternative approach is present.
1C. Strong recommendation, low quality evidence	Benefits appear to outweigh risk and burdens, or vice versa.	Evidence from observational studies, unsystematic clinical experience, or from randomized, controlled trials with serious flaws. Any estimate of effect is uncertain.	Strong recommendation, and applies to most patients. Some of the evidence base supporting the recommendation is, however, of low quality.
2A. Weak recommendation, high quality evidence	Benefits closely balanced with risks and burdens.	Consistent evidence from well performed randomized, controlled trials or overwhelming evidence of some other form. Further research is unlikely to change our confidence in the estimate of benefit and risk.	Weak recommendation, best action may differ depending on circumstances or patients or societal values.
2B. Weak recommendation, moderate quality evidence	Benefits closely balanced with risks and burdens, some uncertainty in the estimates of benefits, risks and burdens.	Evidence from randomized, controlled trials with important limitations (inconsistent results, methodologic flaws, indirect or imprecise), or very strong evidence of some other research design. Further research (if performed) is likely to have an impact on our confidence in the estimate of benefit and risk and may change the estimate.	Weak recommendation, alternative approaches likely to be better for some patients under some circumstances.
2C. Weak recommendation, low quality evidence	Uncertainty in the estimates of benefits, risks, and burdens; benefits may be closely balanced with risks and burdens.	Evidence from observational studies, unsystematic clinical experience, or from randomized, controlled trials with serious flaws. Any estimate of effect is uncertain.	Very weak recommendation; other alternatives may be equally reasonable.



CONSIDERAZIONI ORGANIZZATIVE

Il **clinical-manager** definisce e modifica:

il Piano Assistenziale Individuale (PAI)



- Il PAI è una sintesi diagnostica e terapeutica di tutte le patologie
- Il PAI è in funzione della literacye delle reti sociali del paziente
- Il PAI dovrebbe diventare un “ricettone” annuale

Il **clinical-manager** deve essere "protetto" dal resto del sistema.

Interviene solo:

- In prima stesura PAI
- In caso di cambio di stadio di patologia
- In caso di scostamenti rispetto alla complianceo agli esiti intermedi attesi

Il case-manager tramite la centrale operativa

Il case manager serve a minimizzare gli accessi al clinical-manager



Attiva i sistemi di «tracking»



Attiva la produzione del «cruscotto» di controllo del PAI e produce l'analisi degli scostamenti



Gestisce alert, no show e necessità di riprogrammazione

Attiva i sistemi di «comunicazione» con Paola



CLINICAL
MANAGER



CLINICAL
MANAGER



PAZIENTE
PAOLA



Riassumendo



Una plancia di comando corroborata da molta gestione operativa



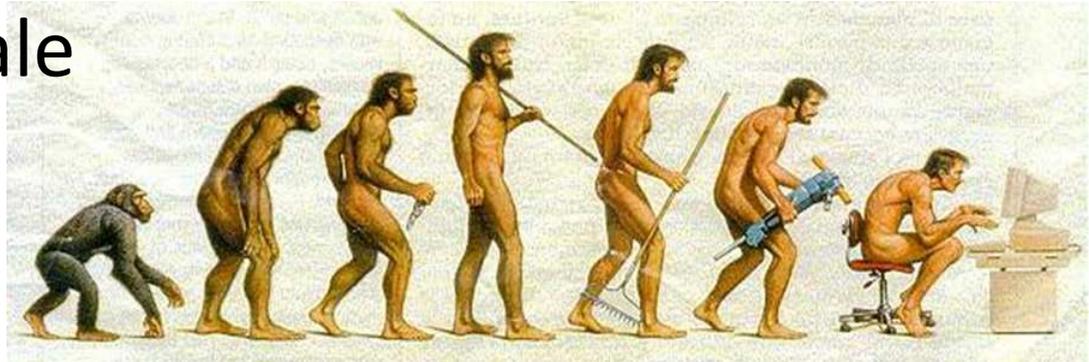
**Un clinical manager
«engaged»**

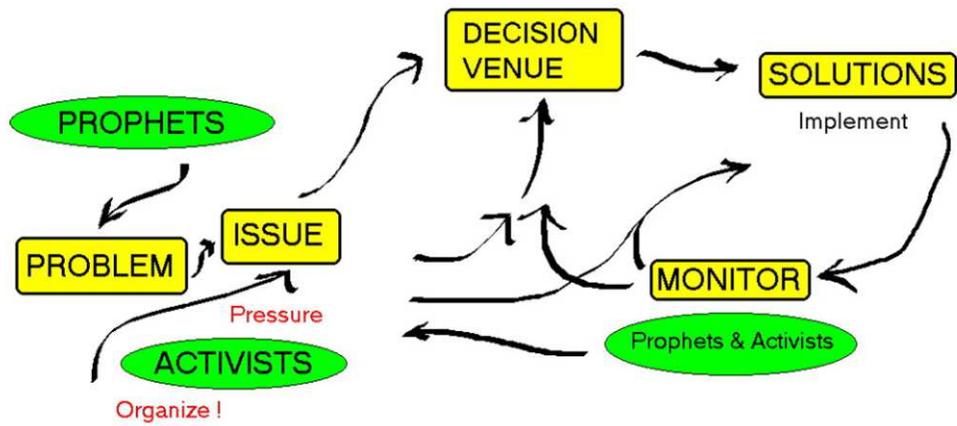


**Un case manager
«con tutto sotto
controllo»**

Conclusioni

- Le Linee Guida sono uno strumento fondamentale di appropriatezza e sicurezza
- Nella cronicità si sommano più quadri patologici
- Il PAI è fondamentale per individualizzare le scelte diagnostiche terapeutiche in modo multidimensionale





Frattini