

# Piano nazionale cronicità

*Gestire insieme la cronicità*

---

*Convegno FNOMCeO e IPASVI*

*Roma , 9 settembre 2016  
Auditorium "Biagio D'Alba"  
Ministero della Salute*



*Ministero della Salute*

**Renato Botti – Direttore Generale della Programmazione Sanitaria  
del Ministero della Salute**



## **La cronicità**

Il fenomeno della cronicità ha una significativa portata nel Sistema sanitario ed è in progressiva crescita: si stima che circa il 70-80% delle risorse sanitarie nei paesi avanzati sia oggi speso per la gestione delle malattie croniche e che nel 2020 le stesse rappresenteranno l'80% di tutte le patologie nel mondo



## Il contesto

Speranza di vita alla nascita: **M** 80,2 anni nel 2014 vs 79,8 anni nel 2013  
**F** 84,6 anni nel 2014 vs 84,9 anni nel 2013

Indice di vecchiaia in Italia: **157,7%** al 31.12.2015

(rapporto tra la popolazione  $\geq 65$  e quella  $< 15$  anni)

l'indice di vecchiaia più alto  $\Rightarrow$  Liguria 242,7 anziani ogni 100 giovani

l'indice di vecchiaia più basso  $\Rightarrow$  Campania 113,4%

Nella **Ue28**, l'Italia si conferma al secondo posto, dopo la Germania (160% circa).

## Il trend dell'invecchiamento

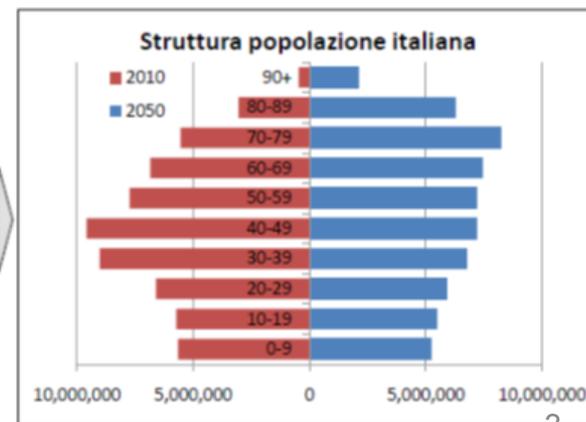
12,3% over 65 (2011)  $\Rightarrow$  16,6% (2030)

6,03% over 80 (2011)  $\Rightarrow$  8,93% (2030)



Il 38,3% dei residenti dichiara di essere affetto da almeno una patologia cronica:

- ✓ ipertensione (17,1%),
- ✓ artrosi/artrite (15,6%),
- ✓ malattie allergiche (10,1%),
- ✓ osteoporosi (7,3%),
- ✓ bronchite cronica e l'asma bronchiale (5,6%),
- ✓ diabete (5,4%).



Over 60ys 2010 = 26,4 vs 2060 = 39%



## **Piano nazionale cronicità**

- Definisce a livello nazionale un “**disegno strategico**” per la gestione della cronicità, che le singole regioni potranno attuare sul proprio territorio in considerazione dei servizi e delle risorse disponibili (**parte I del Piano**)
- Detta **linee di indirizzo su patologie** con caratteristiche e bisogni assistenziali specifici (**parte II del Piano**).
- Si pone l’obiettivo di influenzare la storia naturale di molte patologie croniche, non solo in termini di prevenzione, ma anche di miglioramento del percorso assistenziale della persona, riducendo il peso clinico, sociale ed economico della malattia



## **Piano nazionale cronicità**

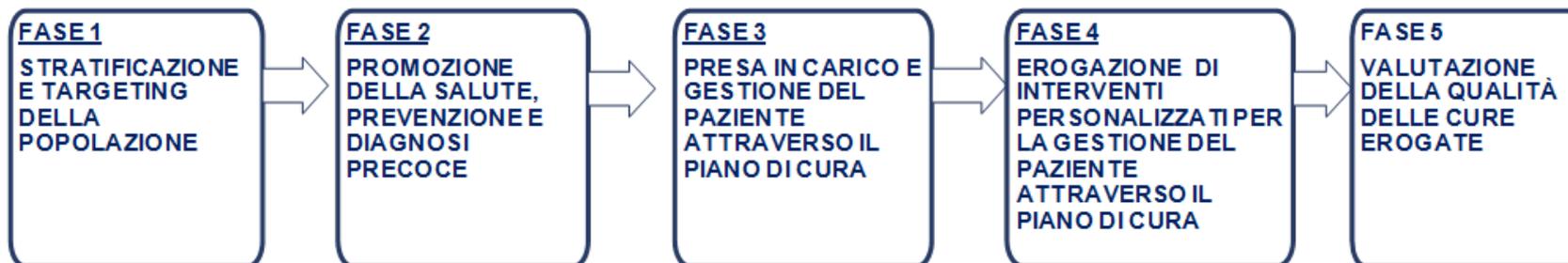
Il Piano fornisce, quindi, indicazioni per favorire:

- il **buon funzionamento** delle reti assistenziali, con una forte integrazione tra l'assistenza primaria, centrata sul medico di medicina generale, e le cure specialistiche;
  - la **continuità assistenziale**, modulata sulla base dello stadio evolutivo e sul grado di complessità della patologia;
  - l'**ingresso** quanto più **precoce** della persona con malattia cronica nel **percorso diagnostico-terapeutico multidisciplinare**;
  - il **potenziamento delle cure domiciliari** e la riduzione dei ricoveri ospedalieri, anche attraverso l'uso di tecnologie innovative di "tecnoassistenza";
  - modelli assistenziali centrati sui bisogni "**globali**" del paziente e non solo clinici.
- Il Piano segna una svolta importante nell'approccio alla malattia: **la persona diviene il centro del sistema di cure**



## Piano nazionale cronicità

Il Piano, dopo una definizione del contesto e dei principi generali, illustra il macro-processo della gestione della persona con cronicità, che si sviluppa attraverso le seguenti fasi:



Nel Piano sono elencate e descritte, per ogni singola fase i risultati attesi (nonché le principali macroattività, gli obiettivi e le proposte di intervento) del percorso di gestione della persona con malattia cronica.



# Piano nazionale cronicità

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

3

### MACRO ATTIVITA'

- 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 socio-sanitaria
- Assistenza domiciliare integrata
- Assistenza presso le strutture residenziali e i centri diurni
- Assistenza ospedaliera finalizzata alla gestione della cronicità



REGIONE



AZIENDA  
SANITARIA



MEDICO E  
INFERMIERE



TEAM MULTI-  
DISCIPLINARI

### ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI

#### OBIETTIVI

- Migliorare l'organizzazione dei Servizi sanitari, attraverso l'individuazione e l'attuazione di strategie che perseguano la riqualificazione della rete di offerta e l'appropriatezza organizzativa delle prestazioni erogate, secondo una declinazione adeguata alle realtà territoriali.
- Attuare gli interventi previsti a livello nazionale (Legge n.189/2012, 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

### LINEE DI INTERVENTO PROPOSTE

1. realizzare un censimento dell'offerta, dal punto di vista strutturale, organizzativo e delle risorse (umane, strumentali, dei servizi)
2. razionalizzare la distribuzione delle risorse, promuovendo l'integrazione dell'assistenza
3. creare una rete tra le strutture che assicuri la continuità assistenziale
4. valorizzare le diverse e specifiche competenze anche attraverso la creazione di reti specialistiche multidisciplinari
5. inserire ogni singolo paziente, fin dal momento della diagnosi, in un processo di gestione integrata condivisa, che preveda l'adozione di PDTA ai quali partecipino tutte le figure assistenziali coinvolte con impegno diversificato in funzione del grado di complessità della malattia (team multiprofessionali)
6. individuare figure di coordinamento che garantiscano la continuità territorio-ospedale e l'appropriatezza degli interventi e la valutazione di efficacia dei percorsi di cura
7. definire PDTA nazionali nel rispetto delle raccomandazioni e linee guida, almeno per le più importanti malattie croniche, ai fini di un uso appropriato delle risorse
8. utilizzare indicatori che permettano la valutazione periodica della performance e della qualità dell'assistenza
9. sperimentare modelli di remunerazione adeguati al malato cronico

### RISULTATI ATTESI

- Sviluppo di modelli e strumenti atti a garantire la continuità delle cure per il paziente cronico, in particolare durante la transizione tra i diversi livelli di assistenza
- Incremento di progetti di formazione del team multidisciplinare
- Sviluppo di modelli che prevedano una risposta integrata ai bisogni di salute sociali e sanitari
- Sperimentazione di modalità diverse di remunerazione delle prestazioni per la persona con malattia cronica sia a livello territoriale che in ospedale



## **Piano nazionale cronicità**

### **FASE 1 (stratificazione e targeting della popolazione)**

Per definire le strategie di intervento e personalizzare il percorso assistenziale sono di fondamentale importanza:

- l'identificazione della popolazione target;
- dati e informazioni sulla popolazione target;
- criteri e scale di valutazione per la stratificazione.



## **Piano nazionale cronicità**

### **FASE 2 (promozione della salute, prevenzione e diagnosi precoce)**

Tale fase prevede: la **promozione di corretti stili di vita**, sia nella popolazione generale, che nei soggetti a rischio.

Richiede attività di:

- Informazione, educazione e formazione dei cittadini;
- Coinvolgimento del cittadino nella definizione degli obiettivi di salute;
- Formazione e partecipazione dei professionisti responsabili della fasi del percorso di cura;
- Partecipazione delle associazioni dei pazienti nella promozione e monitoraggio dei servizi.



## **Piano nazionale cronicità**

**FASE 3 (presa in carico e gestione del paziente attraverso il piano di cura) e FASE 4 ( erogazione interventi personalizzati per la gestione del paziente attraverso il piano di cura)**

Strumenti necessari:

- PDTA;
- Collaborazione e integrazione ai vari livelli dell'organizzazione e, soprattutto, a livello professionale;
- Definizione di ruoli e responsabilità degli interventi previsti nel piano di cura;
- Partecipazione e consenso del paziente (patto di cura e autocura)
- Tecnologia e-health (telemedicina,telesalute).



## **Piano nazionale cronicità**

### **FASE 5 (valutazione della qualità delle cure erogate).**

In tale fase viene prevista la definizione di **sistemi di misura** della qualità delle cure e della qualità della vita.



## **Piano nazionale cronicità Per una concreta attuazione ...**

Molto si giocherà sulla capacità di governance (**Cabina di Regia**) e collaborazione tra governo centrale e regioni nella fasi che caratterizzano la concreta 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, quando necessario, l'aggiornamento del Piano.

## **UNA SFIDA DI SISTEMA**



## **Piano nazionale cronicità Alcuni elementi fondanti**

- Il ruolo delle cure primarie e dei MMG
- L'organizzazione e i nuovi ruoli e attività
- Il lavoro in rete (informatica, organizzativa)
- La tecnologia quale strumento abilitante al modello organizzativo e all'erogazione dei servizi (Patto Sanità Digitale Intesa CSR del 7 luglio 2016)
- La valutazione degli esiti e i sistemi di remunerazione



## Finanziamento delle cure primarie

*Report of the expert Panel on effective ways of investing in health on Definition of frame of reference in relation to primary care with a special emphasis on financing systems and referral systems (European Commission)*

Il gruppo di esperti raccomanda a tutti gli Stati Membri dell'Unione Europea, di garantire un adeguato livello di finanziamento per le cure primarie, di promuovere un accesso equo alle cure primarie e di prevedere incentivi per l'efficienza e la qualità dell'erogazione dei servizi di assistenza primaria, compreso il coordinamento dell'assistenza. Le aree che richiedono attenzione politica comprendono: la quota di spesa pubblica destinata al settore sanitario nei paesi in cui tale quota è bassa; metodi di allocazione delle risorse all'interno dei sistemi sanitari, sia tra i diversi settori della sanità che in tutte le aree geografiche; livelli di copertura della popolazione e dei servizi; il ruolo della partecipazione dei cittadini; e la riforma dei sistemi di remunerazione degli erogatori.



## **Piano nazionale cronicità**

### **Gli attori**

Forte coinvolgimento di:

Professionisti => MMG e specialisti  
=> professioni (infermieristica...)

Cittadini => Associazioni dei pazienti

Istituzioni => Governo Centrale/ Regioni/Asl /Comuni...



## **Piano nazionale cronicità Gli strumenti**

Necessità di regole e strumenti che accompagnino la trasformazione del SSN da un **modello per sylos** verticali a **percorsi integrati e trasversali** (integrated care)

- sistemi di valutazione (Nuovo Sistema di Garanzia Cfr slide successiva)
- sistemi informativi (Cfr slide successiva)
- sistemi di remunerazione delle prestazioni degli erogatori
- compensation dei professionisti
- elasticità/flessibilità dei luoghi di erogazione delle cure
- sistemi di accreditamento e autorizzazione
- regole di telemedicina (accreditamento, remunerazione, definizione di servizi)



## Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria (art. 10 Patto per la Salute 2014-2016)

Livelli essenziali di assistenza		Dimensione			
		efficacia ed appropriatezza clinica	efficienza ed appropriatezza organizzativa	sicurezza	equità sociale
Percorsi integrati di cura	prevenzione collettiva e sanità pubblica ..... .....				
	distrettuale ..... .....				
	ospedaliera ..... .....				

Bisogni di salute



- Fonti dei dati
  - Nuovo Sistema Informativo Sanitario
  - Indagini campionarie



# 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

# L'Agenda delle Riforme

- 1) Rafforzamento delle strategie di prevenzione PNP 2014-2018/PNPV 2016-2018
- 2) Patto Salute 2014-2016:
  - Nuovi LEA
  - Piano Nazionale Cronicità
  - DM70/2015: riorganizzazione delle reti ospedaliere
  - Patto Sanità Digitale e FSE
  - Nuovo Sistema di Garanzia
- 3) Legge di Stabilità 2016:
  - Piani di efficientamento e riqualificazione delle AO/IRCCS/AOU e ASL (dal 2017)
  - Commissione Nazionale LEA e Appropriatezza
    - Responsabilità professionale, medicina difensiva e gestione rischio clinico
- 4) PON GOV Sanità Digitale e Servizi innovativi per la cronicità
- 5) Legge di bilancio 2017: allo studio gli interventi



*Ministero della Salute*

**GRAZIE PER L'ATTENZIONE**