

La cronicità, la polipatologia, gli stili di vita:
una sfida per la medicina generale



QUALI MODELLI PER LA GESTIONE DELLE PATOLOGIE CRONICHE IN MEDICINA GENERALE

Carmela COPPOLA
Andrea PIZZINI



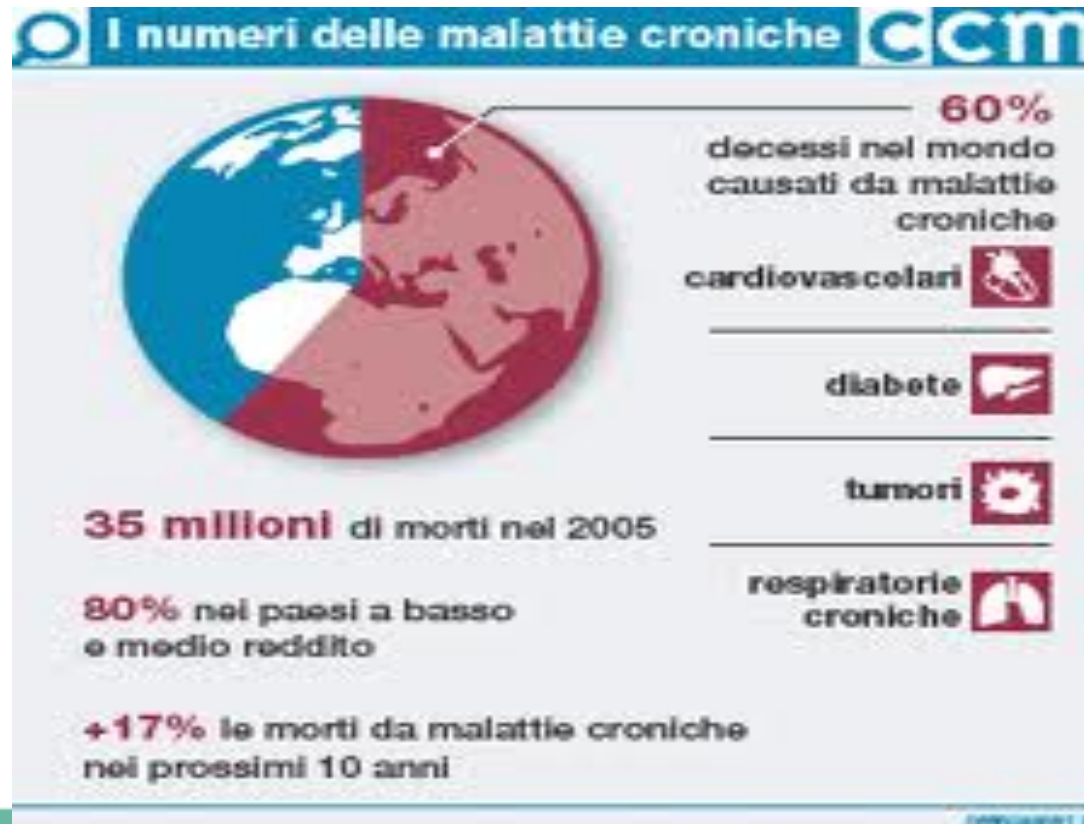
CORSO WEEK-END
Frascati, 13-14 aprile 2013



SIMP^eSV
Società Italiana di Medicina
di Prevenzione e degli Stili di Vita

I modelli organizzativi della medicina generale nella gestione delle patologie croniche

Perché occuparsi di modelli assistenziali per le malattie croniche?



La cronicità, la polipatologia, gli stili di vita: una sfida per la medicina generale

Frascati, 13-14 aprile 2013



SIMPeSV
Società Italiana di Medicina
di Prevenzione e degli Stili di Vita

La qualità della cura per le persone con malattie croniche è lontana dall'ottimale

Uno dei fattori che contribuisce maggiormente a questo basso livello di qualità è l'organizzazione del sistema di cura



Modello suggerito



Gestione integrata

Chronic care model

Disease management

Rispondere alle sfide di un mondo che cambia

**Grandi miglioramenti dello stato di salute
... ma aumento delle disuguaglianze**

**Cambiamento dei problemi di salute
...aumento delle persone con malattie multiple**

The World Health Report 2008

As information improves, the multiple dimensions of growing health inequality are becoming more apparent

L'organizzazione come opportunità per il miglioramento della qualità delle cure

Putting people first

Centralità della persona

Completezza e integrazione

Continuità delle cure

Accesso regolare ai servizi

Patto di cura/fiducia

La gestione integrata della malattia

Un sistema organizzato, integrato, proattivo, orientato alla popolazione, che pone al centro dell' intero sistema un paziente informato/educato a giocare un ruolo attivo nella gestione della patologia da cui è affetto.

continuità assistenziale



integrazione e coordinamento tra i livelli di assistenza



coinvolgimento attivo del paziente nel percorso di cura

formazione

NECESSITA' DI AFFIANCARE

Medicina "on demand"



Medicina Attiva

Medicina del Singolo



Medicina di Popolazione

Medicina di Attesa



Medicina di Iniziativa

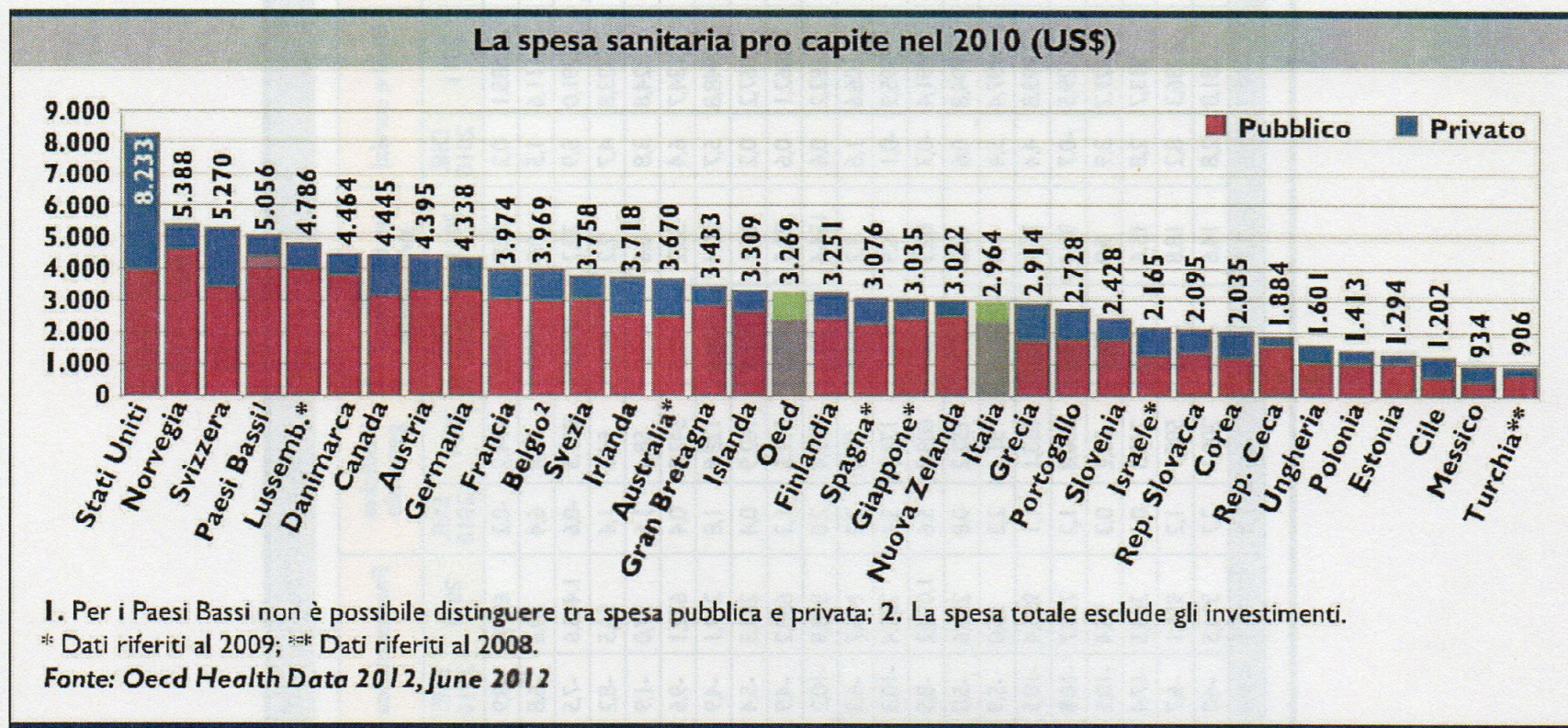
MALATTIE ACUTE

MALATTIE CRONICHE

Secondo i dati 2012 dell'Organizzazione le uscite sanitarie rallentano ma il Paese "tiene"

Conti italiani nella media Ocse

Esborso pro capite a quota 2.964 dollari - Meno posti letto e più hi-tech



TUTTI I FRUTTI DELLE MANOVRE

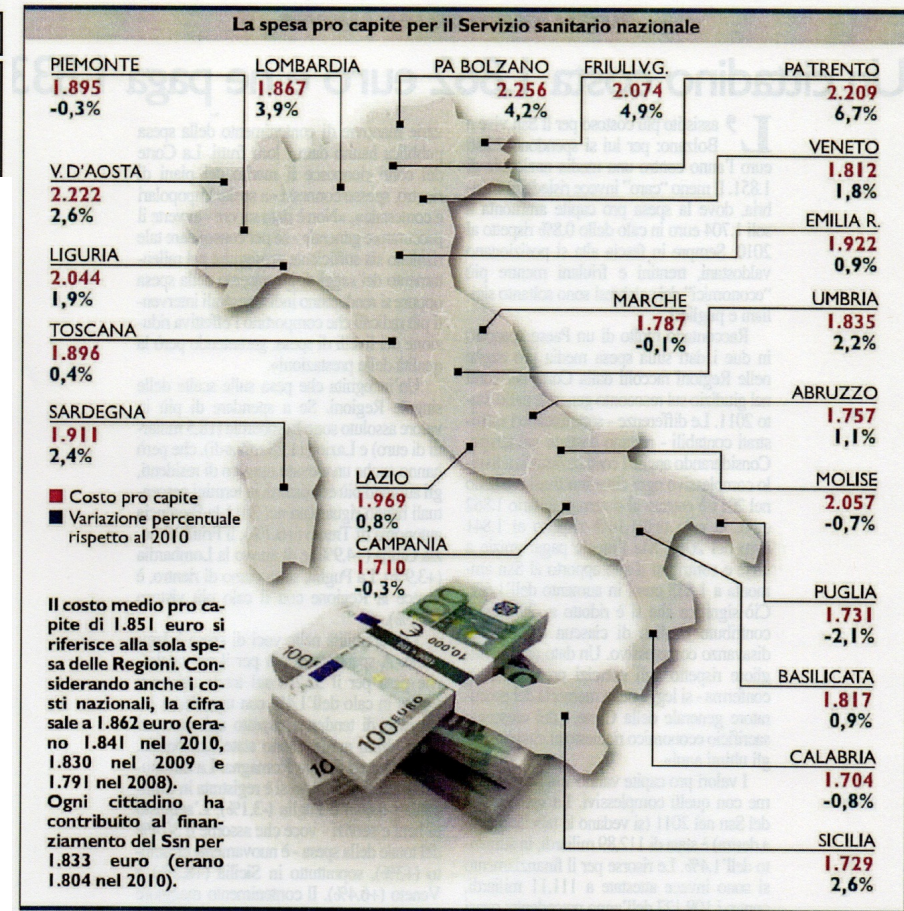
Un cittadino costa 1.862 euro e ne paga 1.833

Vi è un generale consenso internazionale: per migliorare l'assistenza alle persone con condizioni croniche è necessario un approccio più ampio...

«A more comprehensive approach»

“E’ necessario sollevare l’orizzonte del sistema sanitario dalla malattia alla persona e alla popolazione”.

I MODELLI ASSISTENZIALI INNOVATIVI PRESENTI





Canadian Academy of Health Sciences
Académie canadienne des sciences de la santé

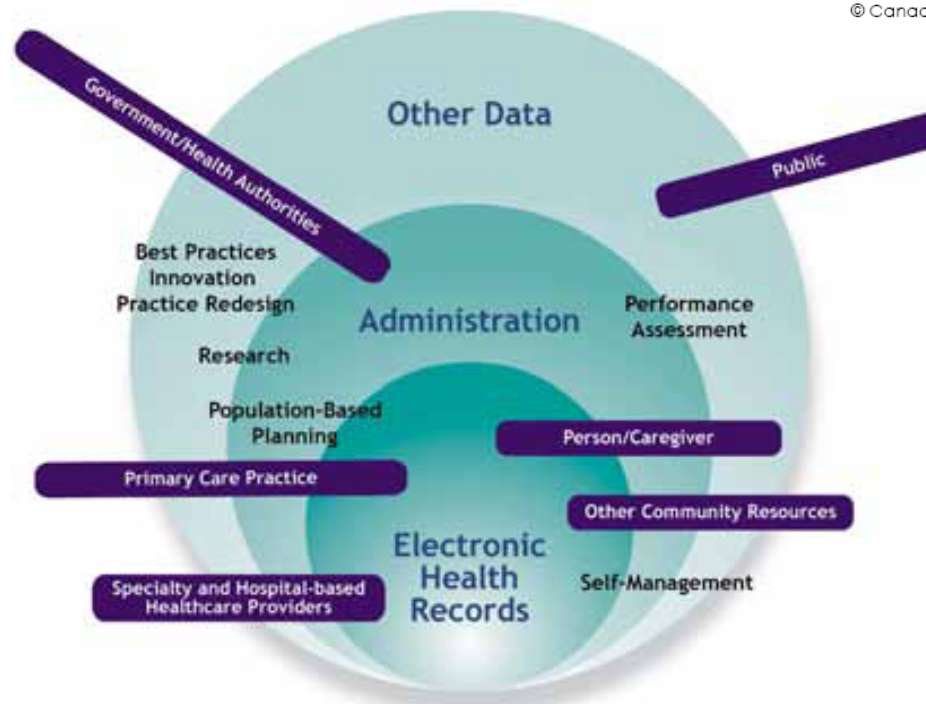
TRANSFORMING CARE FOR CANADIANS WITH CHRONIC HEALTH CONDITIONS

Put People First, Expect the Best, Manage for Results



© Canadian Academy of Health Sciences 2010. All rights reserved.

Printed in Canada



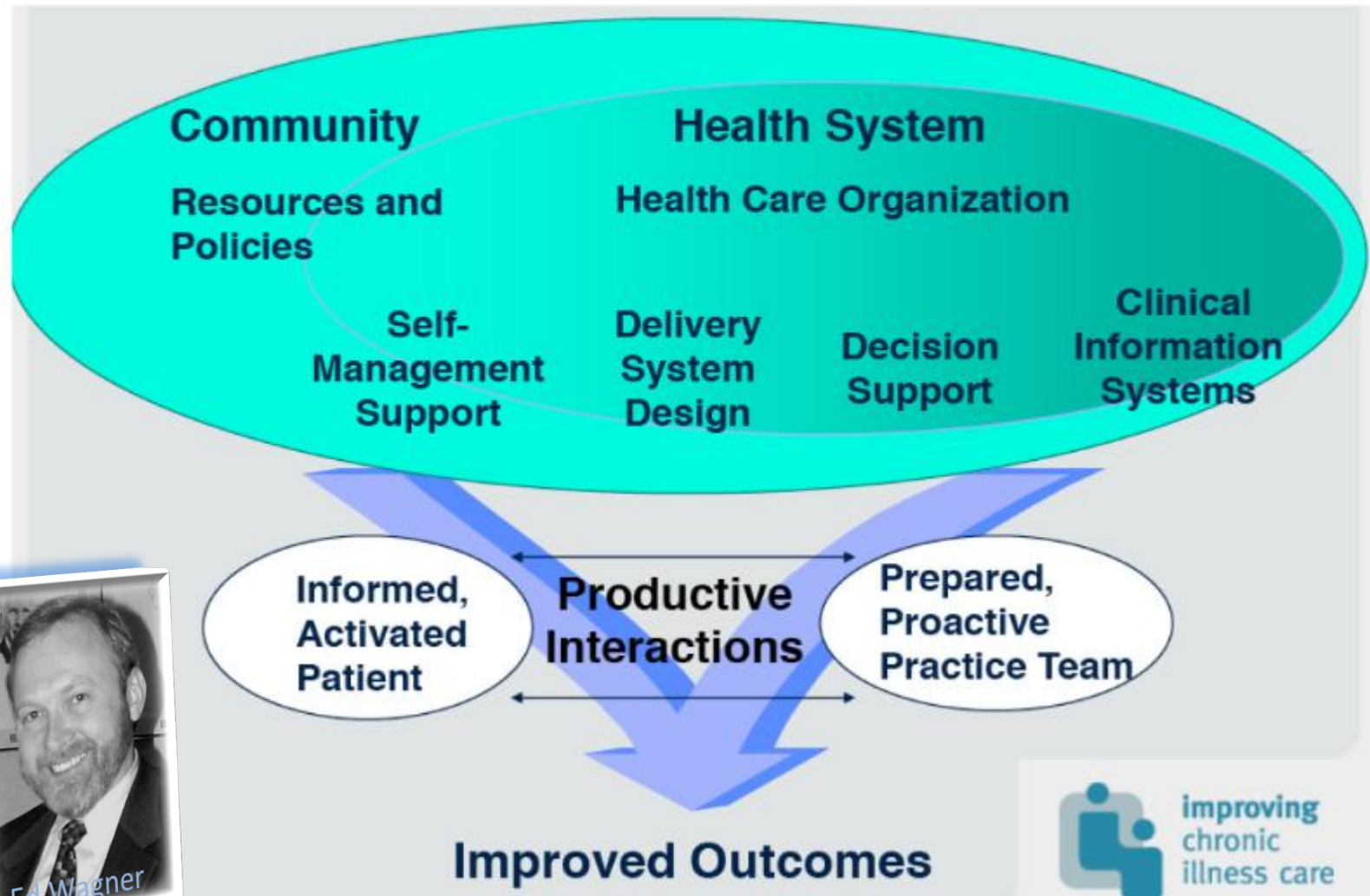
<http://www.cahs-acss.ca/>

La cronicità, la polipatologia, gli stili di vita: una sfida per la medicina generale
Frascati, 13-14 aprile 2013



SIMPeSV
Società Italiana di Medicina
di Prevenzione e degli Stili di Vita

CHRONIC CARE MODEL



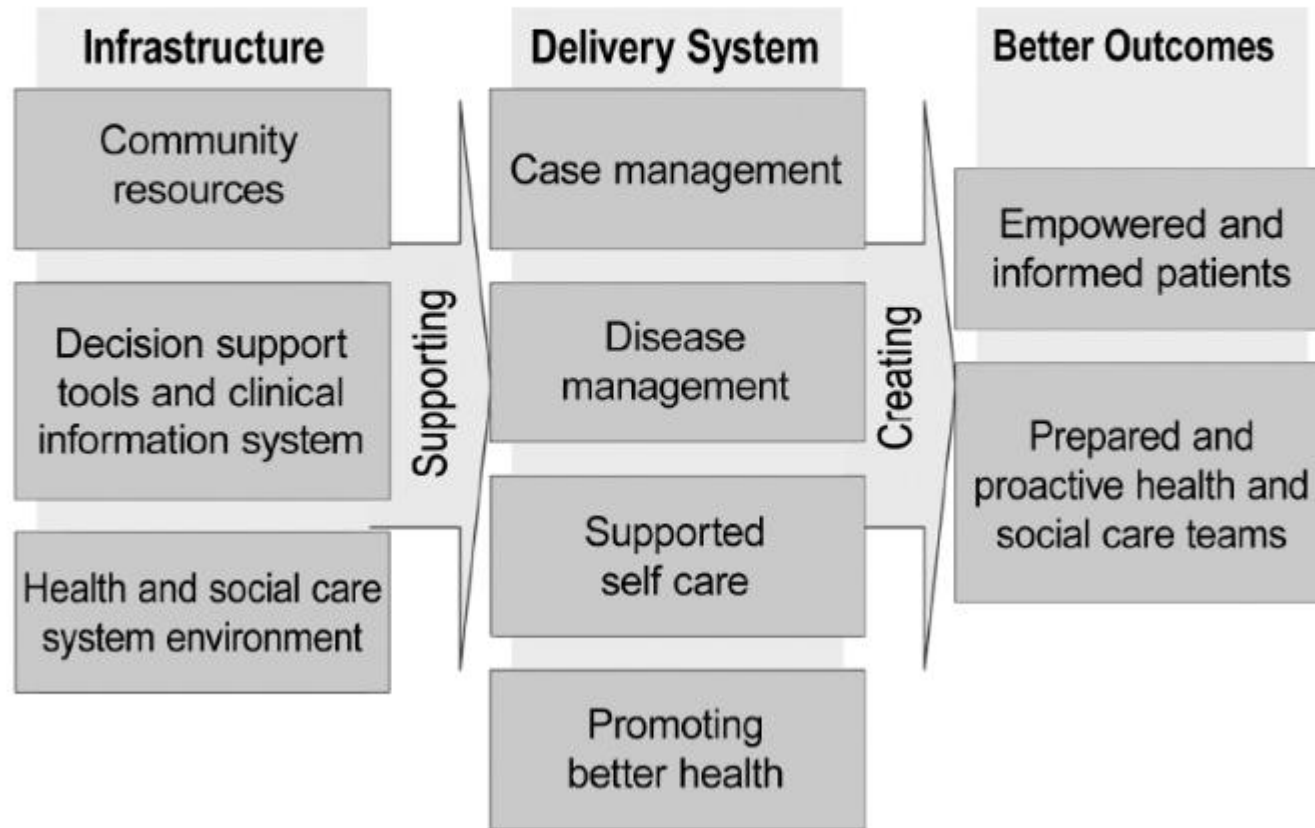
I 6 ELEMENTI DEL CHRONIC CARE MODEL



- 1. Le risorse della Comunità:** gruppi di volontariato, associazioni Pazienti, ecc...
- 2. Le Organizzazioni Sanitarie:** Malattie Croniche come priorità per i SSN.
- 3. Supporto all'autogestione:** paziente diventa il protagonista attivo.
- 4. Supporto alle decisioni:** percorsi di cura con Standard basati sulle evidenze e Formazione.
- 5. Organizzazione del Team:** multidisciplinare e con chiara condivisione del lavoro.
- 6. Sistema Informativo Computerizzato per:**
 1. attenersi al Percorso di Cura
 2. mostrare le performance nei confronti degli indicatori
 3. creare i Registri di patologia (che sono alla base del sistema «*population-based*»)

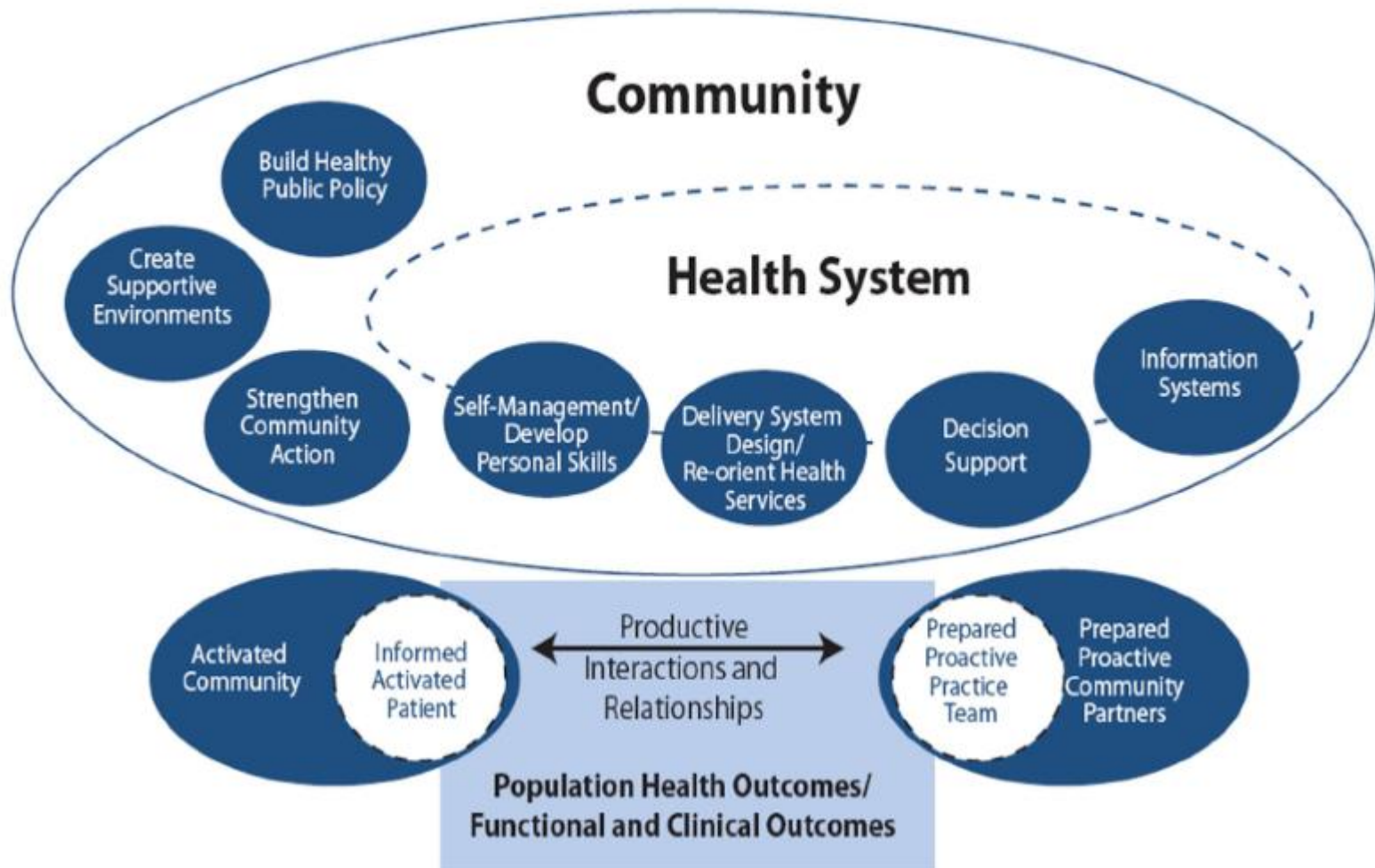
REGNO UNITO

National Health Service Social Care and Chronic Disease Management Model

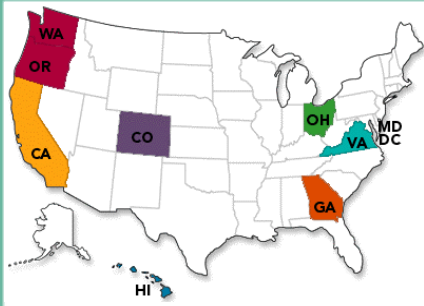


CANADA

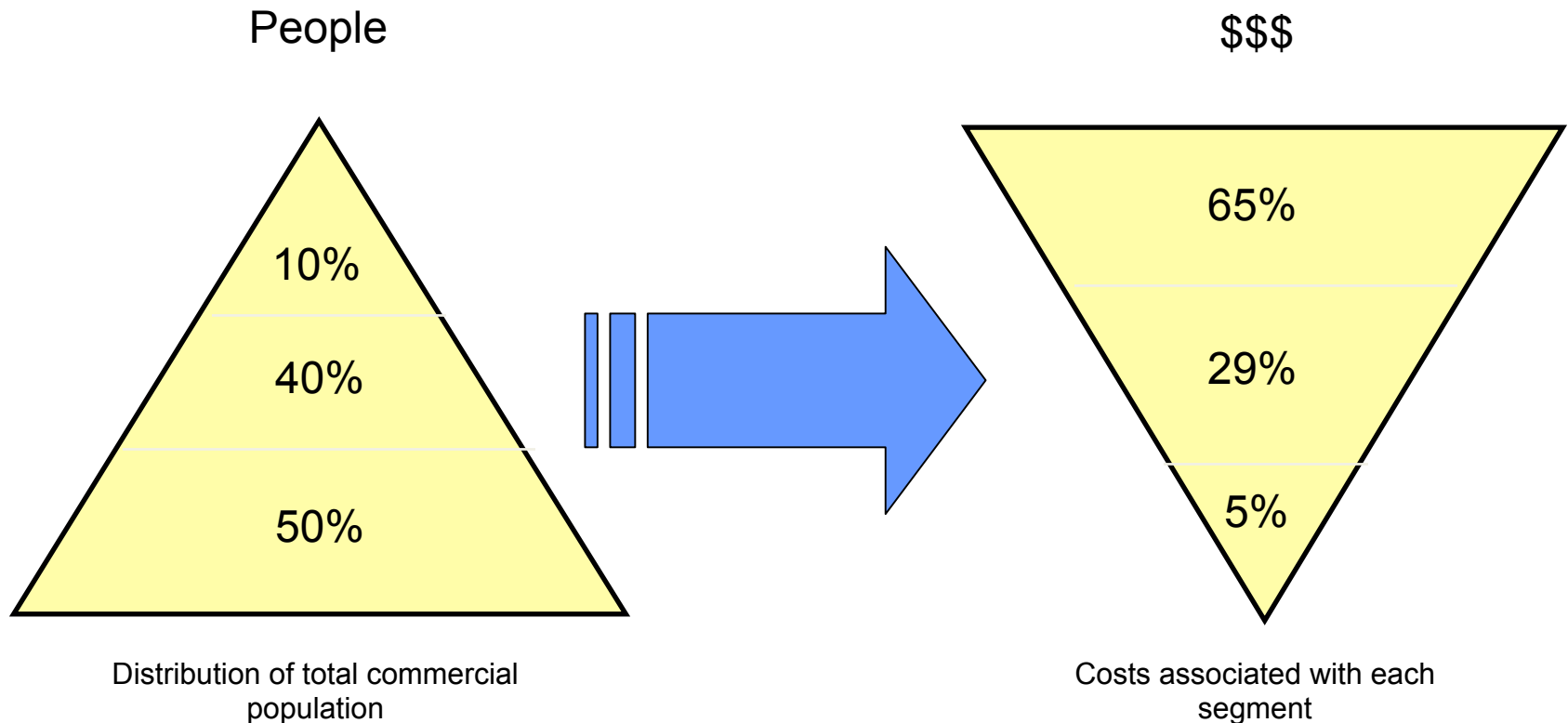
EXPANDED CHRONIC CARE MODEL



STATI UNITI



The traditional cost “iceberg” ...



Source: 2001 Northern California, Group XYZ Commercial Membership; DxCG methodology.

STATI UNITI

Kaiser Permanente's risk stratification model

Population management

More than care and case management

Deciding the right approach

It is important to have the information and knowledge to be able to carry out a risk-stratification on local populations to identify those who are most at-risk.

Level 3

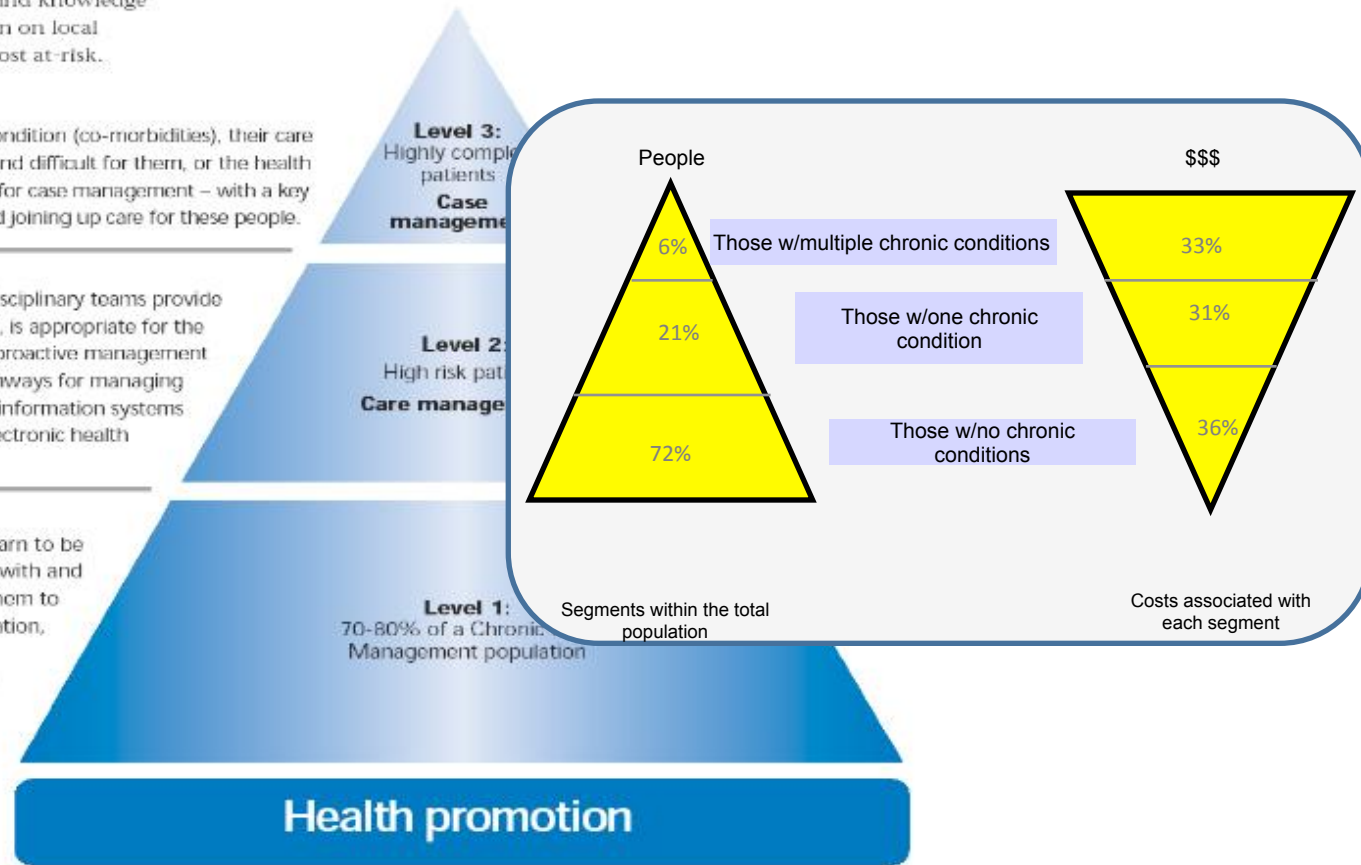
As people develop more than one chronic condition (co-morbidities), their care becomes disproportionately more complex and difficult for them, or the health and social care system, to manage. This calls for case management – with a key worker (often a nurse) actively managing and joining up care for these people.

Level 2

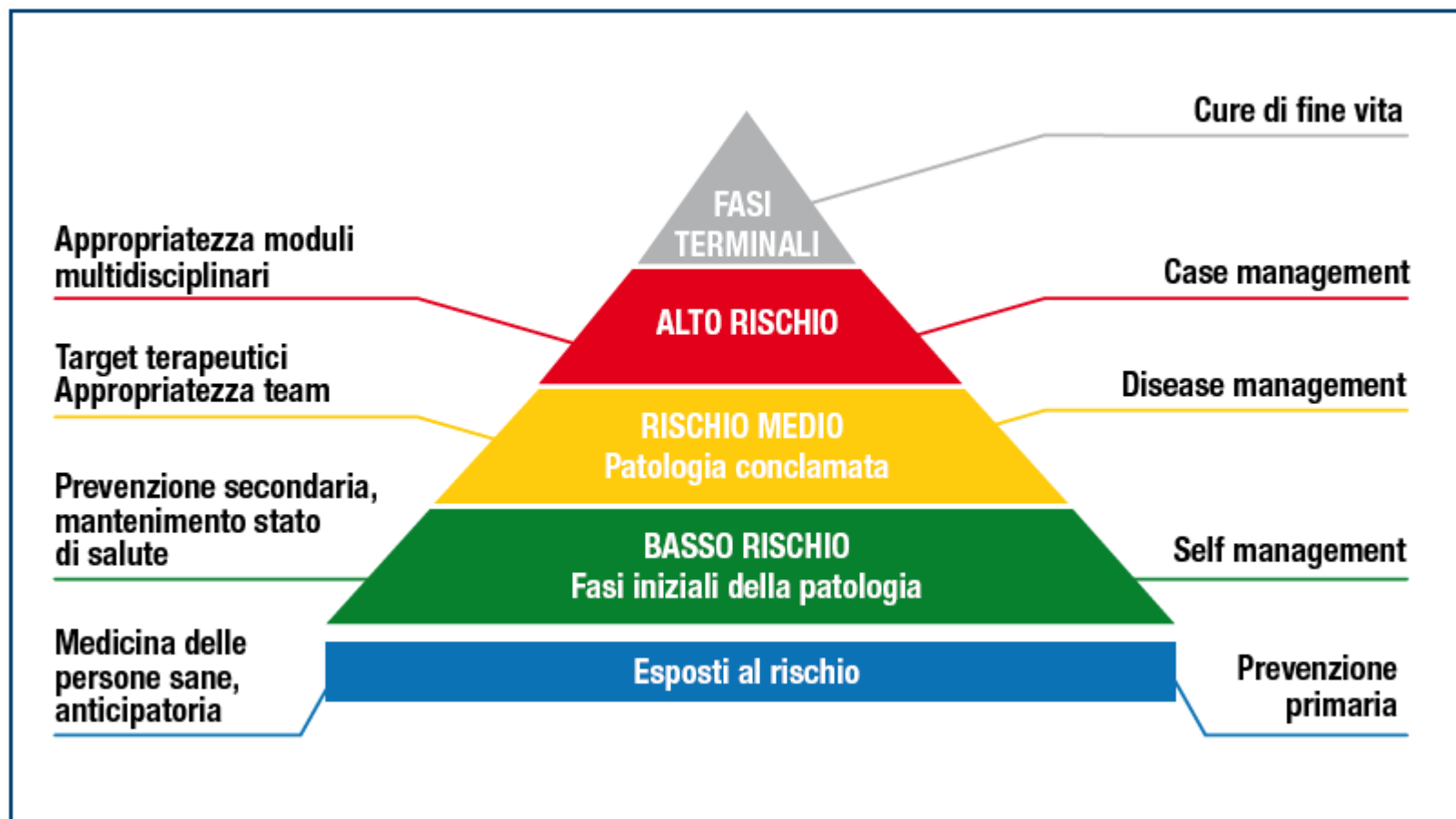
Disease/care management, in which multidisciplinary teams provide high quality evidence based care to patients, is appropriate for the majority of people at this level. This means proactive management of care, following agreed protocols and pathways for managing specific diseases. It is underpinned by good information systems – patient registries, care planning, shared electronic health records.

Level 1

With the right support many people can learn to be active participants in their own care, living with and managing their conditions. This can help them to prevent complications, slow down deterioration, and avoid getting further conditions. The majority of people with chronic conditions fall into this category – so even small improvements can have a huge impact.



STATI UNITI



Stratificazione della popolazione secondo il livello di rischio (Expanded CCM, Kaiser Permanente).

Patient Centered Medical Home



STATI UNITI

Reviews/Commentaries/ADA Statements

REVIEW

Patient-Centered Medical Home and Diabetes



TRAJKO BOJADZIEVSKI, MD
ROBERT A. GABBAY, MD, PHD

DIABETES CARE, VOLUME 34, APRIL 2011

Migliorano gli esiti del diabete e calano i costi sanitari, con un'incentivazione alla visita:
«face – to – face»



La cronicità, la polipatologia, gli stili di vita: una sfida per la medicina generale
Frascati, 13-14 aprile 2013



SIMPesV
Società Italiana di Medicina
di Prevenzione e degli Stili di Vita

Enrolment in primary care networks: impact on outcomes and processes of care for patients with diabetes

Braden J. Manns MD MSc, Marcello Tonelli MD SM, Jianguo Zhang MSc, David J.T. Campbell MSc,

Primary care networks: inteso come nuovo modello di cure primarie per le persone con malattie croniche, basato sulla costituzione di Team Multidisciplinari.

Anche qui migliorano gli esiti.



QUESTI MODELLI ASSISTENZIALI HANNO IN COMUNE MOLTI ELEMENTI:

1. Il passaggio da un'assistenza "reattiva" a un'assistenza "proattiva".
2. Un'assistenza basata sulla popolazione, sulla **stratificazione del rischio** e su differenti livelli di intensità assistenziale.
3. Il riconoscimento che le **cure primarie devono essere il punto centrale (Hub)** dei processi assistenziali con forti collegamenti con il resto del sistema (*Spoke*).
4. L'erogazione di un'assistenza focalizzata sui **bisogni individuali della persona**, nel suo specifico contesto sociale.
5. La presenza di **sistemi informativi evoluti**.
6. Poter far leva sulla **partecipazione comunitaria**.
7. Investire sull'**auto-gestione dei pazienti** e dei caregivers.
8. Disporre di **linee guida** in grado di tener conto della **co-morbilità**.
9. Basarsi su **team multiprofessionali** che puntano al miglioramento continuo (*Gestione Integrata*).



QUESTI ELEMENTI SONO IL CARDINE SU CUI CROSTUIRE L'APPROCCIO ALLE MALATTIE CRONICHE

10. Il **Sistema di remunerazione** deve essere poi calato nel Sistema Sanitario della Nazionale.

... in Italia

In molte Regioni sono state o si stanno avviando attività relative ai percorsi di integrazione ospedale-territorio, relativi a patologie specifiche come:

diabete

scompenso cardiaco

...

in generale sulla cronicità

con fasi di attuazione diverse anche in relazione alle specificità delle realtà locali.

I CREG (Chronic Related Group) DELLA REGIONE LOMBARDIA

Una modalità innovativa di presa in carico dei pazienti che, a fronte della corresponsione anticipata di una quota predefinita di risorse, deve garantire senza soluzioni di continuità e cali di cure, tutti i servizi extraospedalieri (prevenzione secondaria, follow up, monitoraggio persistenza terapeutica, specialistica ambulatoriale, protesica, farmaceutica) necessari per una buona gestione clinica organizzativa delle patologie croniche.

LA “FILOSOFIA” DEI CREG

TRE PILASTRI TECNOLOGICI

- ➔ BDA (Banca Dati Assistiti)
- ➔ PDT (Processi Diagnostico-Terapeutici di Cure) e Linee Guida
- ➔ Criteri di renumerazione di servizio (DGR IX/1479/11)

Requisiti organizzativi e funzionali per i soggetti gestori del Creg

- ➔ Gestore unico che coordini l'erogazione di tutte le prestazioni sanitarie individuate nel Pdt o profilo di cura EPR (electronic patient record)
- ➔ Un centro servizi [almeno 12h (8-20)/365 giorni] per la gestione dei documenti comprovanti le attività sanitarie, coerenti con protocolli condivisi e conosciuti da tutti gli operatori.
- ➔ Personale operante presso la centrale professionalmente qualificato .
- ➔ Coordinatore Medico
- ➔ Case Manager del caso clinico

I CREG DELLA REGIONE LOMBARDIA

«Chronic Related Group»

ELEMENTI ESSENZIALI PER LA GESTIONE DELLE PATOLOGIE CRONICHE:

1. Il passaggio da un'assistenza "reattiva" a un'assistenza "proattiva".
2. Un'assistenza basata sulla popolazione, sulla **stratificazione del rischio** e su differenti livelli di intensità assistenziale.
- X Il riconoscimento che le **cure primarie devono essere il punto centrale (Hub)** dei processi assistenziali con forti collegamenti con il resto del sistema (*Spoke*).
4. L'erogazione di un'assistenza focalizzata sui **bisogni individuali della persona**, nel suo specifico contesto sociale.
5. La presenza di **sistemi informativi evoluti**.
- ? Poter far leva sulla **partecipazione comunitaria**.
- ? Investire sull'**auto-gestione dei pazienti** e dei caregivers.
- X Disporre di **linee guida** in grado di tener conto della **co-morbilità**.
- ? Basarsi su **team multiprofessionali** che puntano al miglioramento continuo (*Gestione Integrata*).
10. Il **Sistema di remunerazione** deve essere poi calato nel Sistema Sanitario della Nazionale.

Modello Toscano

RIORGANIZZARE



la Sanità di iniziativa e il
Chronic care model
(*extendend*)

MODULI SANITÀ DI INIZIATIVA:
+20% pop. coperta/anno

Revisione percorsi assistenziali per cronicità
in ottica di *presa in carico integrata*



CURE PRIMARIE, INTERMEDIE E PRESID



Le **AFT** sono aggregazioni di medici di medicina generale che garantiscono l'erogazione delle prestazioni mediche a livello territoriale . Ogni AFT ha un medico coordinatore che si interfaccia con l'azienda sanitaria per il governo delle cure primarie sul territorio ed i rapporti con l'ospedale. Ogni AFT ha un bacino di circa 30mila abitanti ed è costituita da circa 20-25 medici di medicina generale (Mmg) e 5-6 medici di continuità assistenziale.

UCCP

aggregazioni strutturali multi-professionali
MMG , PLS,
infermieri, assistenti sociali e alcuni
specialisti
(Case della Salute)

OBIETTIVO

effettuare in maniera integrata le attività utili ad
affrontare soprattutto la cronicità

Nuovo modello assistenziale Toscana

La sanità d'iniziativa

Il Chronic Care Model (CCM)

L'Expanded Chronic Care Model (ECCM)

Chronic care model - Wagner 1908



CCM DELLA REGIONE TOSCANA

«Chronic Care Model»

ELEMENTI ESSENZIALI PER LA GESTIONE DELLE PATOLOGIE CRONICHE:

1. Il passaggio da un'assistenza "reattiva" a un'assistenza "proattiva".
2. Un'assistenza basata sulla popolazione, sulla **stratificazione del rischio** e su differenti livelli di intensità assistenziale.
3. Il riconoscimento che le **cure primarie devono essere il punto centrale (Hub)** dei processi assistenziali con forti collegamenti con il resto del sistema (*Spoke*).
4. L'erogazione di un'assistenza focalizzata sui **bisogni individuali della persona**, nel suo specifico contesto sociale.
5. La presenza di **sistemi informativi evoluti**.
6. Poter far leva sulla **partecipazione comunitaria**.
7. Investire sull'**auto-gestione dei pazienti** e dei caregivers.
8. Disporre di **linee guida** in grado di tener conto della **co-morbilità**.
9. Basarsi su **team multiprofessionali** che puntano al miglioramento continuo (*Gestione Integrata*).
10. Il **Sistema di remunerazione** deve essere poi calato nel Sistema Sanitario della Nazionale.

La gestione integrata del diabete mellito in Piemonte AIR 2008

Possibile modello per la gestione delle patologie croniche



La gestione integrata del diabete mellito in Piemonte AIR 2008

Possibile modello per la gestione delle patologie croniche



Indicatori e Standard

Attività previste per il Medico di Famiglia

1. OBIETTIVO: migliorare la prevalenza, ridurre i casi di diabete tipo 2 misconosciuti

Almeno il **3%** della popolazione di assistiti inserita in Gestione Integrata

2. OBIETTIVO: per un efficace follow-up dei pazienti

Registrazione di almeno una **HbA1c** negli ultimi 12 mesi nel **70%**

Registrazione di almeno un **Profilo Lipidico** negli ultimi 12 mesi nel **60%**

Registrazione di almeno una **Pressione Arteriosa** negli ultimi 12 mesi nel **90%**

Registrazione di un **BMI** negli ultimi 12 mesi nel **70%**

Registrazione di una **Circonferenza Addominale** negli ultimi 12 mesi nel **50%**

Registrazione di almeno una **Microalbuminuria** negli ultimi 12 mesi nel **50%**

Registrazione di almeno una **Creatininemia** negli ultimi 12 mesi nel **60%**

3. OBIETTIVO: per migliorare la "performance"

Ultimo valore registrato di **HbA1c** $\leq 7,5\%$ nel **25%**

Ultimo valore registrato di **Colesterolo LDL** $\leq 130\text{mg/dl}$ nel **20%**

Ultimo valore registrato di **Pressione Arteriosa** $\leq 130/80\text{mmHg}$ nel **20%**

GID DELLA REGIONE PIEMONTE

«Gestione Integrata del Diabete»

ELEMENTI ESSENZIALI PER LA GESTIONE DELLE PATOLOGIE CRONICHE:

1. Il passaggio da un'assistenza "reattiva" a un'assistenza "proattiva".
2. Un'assistenza basata sulla popolazione, sulla **stratificazione del rischio** e su differenti livelli di intensità assistenziale.
3. Il riconoscimento che le **cure primarie devono essere il punto centrale (Hub)** dei processi assistenziali con forti collegamenti con il resto del sistema (*Spoke*).
4. L'erogazione di un'assistenza focalizzata sui **bisogni individuali della persona**, nel suo specifico contesto sociale.
5. La presenza di **sistemi informativi evoluti**.
6. Poter far leva sulla **partecipazione comunitaria**.
7. Investire sull'**auto-gestione dei pazienti** e dei caregivers.
8. Disporre di **linee guida** in grado di tener conto della **co-morbilità**.
9. Basarsi su **team multiprofessionali** che puntano al miglioramento continuo (*Gestione Integrata*).
10. Il **Sistema di remunerazione** deve essere poi calato nel Sistema Sanitario della Nazionale.