



Il paziente complesso e la nuova sanità d'iniziativa

Valentina Barletta
ARS Toscana Osservatorio Epidemiologia

- La nuova sanità di iniziativa in Toscana e il progetto del Centro per il Controllo delle Malattie del Ministero sul paziente complesso

DGR 650/2016

Sanità d'Iniziativa – Indirizzi per l'implementazione del nuovo modello

- Il target A: “**assistiti complessi**, ovvero a più alto rischio di ricoveri ripetuti per condizioni croniche effettivamente ancora suscettibili di cure territoriali”
- Pazienti complessi identificati dall'ARS utilizzando dati correnti del Sistema Informativo Sanitario Regionale sulla base di criteri ex ante, elenco revisionato dai MMG - **3% degli assistiti**

Azioni fondamentali previste

- Identificazione di team multidisciplinari: MMG, infermiere, operatori sociosanitari, specialisti ambulatoriali e ospedalieri
- Trasmissione liste pazienti complessi: ARS → ASL → AFT
- Restituzione liste consolidate AFT → ASL → ARS
- Presa in carico dei pazienti secondo le indicazioni della Commissione Permanente per la Sanità d'Iniziativa (CSR), anche usufruendo delle agende dedicate per l'assistenza specialistica (DGR 694/2014 – Ridefinizione modalità di accesso offerta clinico-diagnostica)

Soggetti e ruoli

- **MMG** “partendo dal bisogno, **struttureranno i PAI** e i percorsi con la partecipazione degli **infermieri e delle componenti aziendali coinvolte.**” Nell’ambito dei percorsi dedicati alla cronicità, tramite l’organizzazione delle AFT di medicina generale e le risorse messe a disposizione nel team, provvede alla **prenotazione delle agende di follow-up**, nonché al **contatto con lo specialista di riferimento** in caso di necessità di consulenza telefonica
- **Il coordinatore di AFT** coordina l’applicazione del modello all’interno dell’AFT, assicura la raccolta dati di monitoraggio e la trasmette all’azienda, cura gli **audit periodici**
- **Medici specialisti** parteciperanno alla **definizione dei PAI** e **garantiranno l’assistenza specialistica** agli arruolati secondo i percorsi previsti
- **Infermieri** ... operando prevalentemente al **domicilio** dei pazienti e delle loro famiglie; aiutando le persone nel processo di adattamento e **autogestione** delle malattie croniche; contribuendo all’**accesso ai servizi territoriali** di cure primarie, al **collegamento con i vari soggetti** e le varie risorse della comunità; contribuendo a garantire la **continuità assistenziale**

Organizzazione dei rapporti strutturati fra dipartimenti specialistici ospedalieri – cure primarie

Le **interconnessioni** fra ospedale (**specialistica**) e territorio (**MMG**) sono cruciali per il funzionamento del sistema di cure del paziente cronico.

Si prevedono i seguenti sistemi di coordinamento:

- a) Ciascuna AFT è in rapporto con figure specialistiche, con una relazione di tipo funzionale, orientata a strutturare una **rete clinica integrata territoriale**.

Alle AFT sono assicurati **specialisti di riferimento, talora proiettati nelle sedi territoriali** (non solo Case della Salute/UCCP), con i quali saranno instaurati dei preordinati percorsi diagnostico terapeutici.

Tali modalità di collaborazione ed integrazione sono in coerenza con la finalità di spostare la logica dell'intervento sanitario dalle mere prestazioni alla cura del paziente, all'interno di un percorso condiviso, **superando il concetto prestazionale** che prevedeva l'erogazione di esami strumentali singoli isolati ad accesso dal CUP.

b) **Day Service Multidisciplinare** e diagnostico

Costituisce un sistema complesso di interfaccia con il territorio. Ogni struttura ospedaliera dovrà attivare i Day Service multidisciplinari necessari a garantire, anche nell'ambito delle risposte di primo livello, i PACC (**percorsi ambulatoriali complessi e coordinati**) costruiti non come un elenco di prestazioni ma come un algoritmo diagnostico preordinato.

Le possibilità di azione del Day Service sono:

- presa in carico su indicazione MMG;
- pacchetti diagnostici a gestione diretta MMG;
- visita specialistica integrata e rinvio al MMG;
- sistema di fast track per l'urgenze differibili.

La nuova sanità d'iniziativa e il progetto CCM

“L'applicazione in tal senso della sanità d'iniziativa costituisce **oggetto di studio nell'ambito del progetto CCM 2015** ... Il progetto si propone infatti di supportare e valutare in modo comparativo modelli proattivi e coordinati di presa in carico dei pazienti complessi, affetti da multimorbilità, sia per quanto riguarda la loro identificazione che la loro presa in carico.”

“ La **Commissione Permanente** fornirà indicazioni sulle modalità più idonee di gestione del paziente complesso, ivi incluse le componenti minime di un piano assistenziale individualizzato, tenendo conto delle **acquisizioni che potranno derivare dall'attuazione del progetto CCM 2015**”

Il progetto funge pertanto da pilota per gli interventi previsti nell'ambito delle azioni della sanità d'iniziativa sul paziente complesso in Toscana.

I MMG che parteciperanno al progetto sulla "gestione del paziente complesso" saranno parte dei MMG che aderiranno alla nuova Sanità d'Iniziativa.

Progetto Esecutivo – Programma CCM 2015

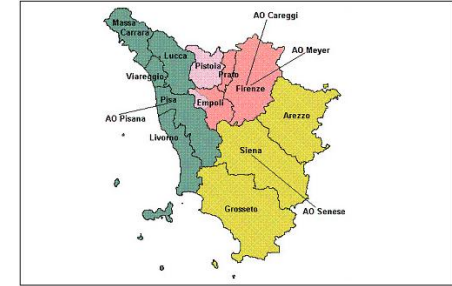
Malattie croniche: supporto e valutazione comparativa di interventi per l'identificazione proattiva e la presa in carico del paziente complesso finalizzati alla prevenzione dei ricoveri ripetuti

- ENTE RESPONSABILE DELL'ESECUZIONE: Regione Toscana
- REGIONI ED ENTI COINVOLTI: Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Sardegna, Age.Na.S
- DURATA PROGETTO: 24 mesi
- ENTE ESECUTORE: Agenzia Regionale di Sanità della Toscana
- COORDINATORE SCIENTIFICO DEL PROGETTO: Paolo Francesconi

- **OBIETTIVO GENERALE:** Supporto all'attivazione e valutazione comparativa di interventi per l'identificazione proattiva e la presa in carico a livello territoriale del paziente complesso

- **OS 1:** individuare le indicazioni evidence based sui modelli predittivi di identificazione dei pazienti ad alto rischio di eventi avversi e sui percorsi di cura per pattern di complessità
- **OS 2:** validare alcuni algoritmi per l'identificazione dei pazienti complessi
- **OS 3:** definire un set di contenuti minimi di un Piano Assistenziale Personalizzato (PAP) per pazienti complessi
- **OS 4:** identificare e sperimentare l'utilizzo di una o più piattaforme informatiche per la gestione integrata del paziente complesso da parte dei medici di medicina generale, del care manager e degli specialisti di riferimento
- **OS 5:** supportare l'identificazione pro-attiva dei pazienti complessi (tramite gli algoritmi validati) e la definizione e l'attuazione di Piani Assistenziali Personalizzati (PAP) da parte di team multidisciplinari: almeno una ASL, 20 MMG e 400 PAP per Regione
- **OS 6:** descrivere gli interventi attivati e valutarne l'impatto in termini di volumi di prestazioni erogate, accessi al pronto soccorso e ricoveri in ospedale, confrontando i pazienti "arruolati" con pazienti con le stesse caratteristiche di complessità ma assistiti secondo l'usual care
- **OS 7:** produzione di report contenenti proposte operative

Un progetto pilota in ogni ASL della Toscana:



- Almeno **sette MMG**, associati in una o più medicine di gruppo, già aderenti alla sanità d'iniziativa, parteciperanno al progetto
- Un'unità di **personale infermieristico** con compiti di **care management** farà parte del team
- Si identificheranno degli **specialisti di riferimento**
- Si svolgerà una giornata di **formazione** con i professionisti
- Si trasmetteranno ai MMG **le liste di pazienti ad alta complessità gestionale**
- I MMG selezioneranno tra i propri assistiti, facendo particolare riferimento alla lista di pazienti ricevuta, almeno **20 pazienti ad alta complessità gestionale**
- e li prenderanno in carico attraverso la predisposizione e l'attuazione di un **Piano Assistenziale Individuale**, in collaborazione con gli **specialisti** di riferimento, l'**infermiere** assegnato ed un **medico di comunità**

51 MMG coinvolti

**461 pazienti complessi
arruolati**

I team selezionati

- Già moduli della sanità d'iniziativa con infermiere assegnato
- Partecipazione dei mmg al momento “su base volontaria”
- Esistenza di una “rete clinica integrata” (territoriale, basata sul day-service, ...) tra MMG e specialisti di riferimento potenzialmente in grado di prendere in carico il paziente complesso in modo coordinato

Elementi essenziali di un modello di care management

- **Identificazione dei casi, assessment del soggetto, pianificazione, implementazione, coordinamento, monitoraggio, valutazione.** Al fine di prevenzione della frammentazione nell'utilizzo dei servizi (Berdes, 1996; Mick & Ackerman, 2002).

Elementi essenziali del nostro modello

- Identificazione pro-attiva dei pazienti complessi
- Strutturazione della loro presa in carico da parte di un team multidisciplinare (MMG, infermiere, specialisti di riferimento, medico di comunità) attraverso:
 - Valutazione multidimensionale
 - Pianificazione dell'assistenza: predisposizione PAI
 - Erogazione assistenza pianificata: attuazione PAI
- Presenza di un infermiere che assuma compiti di care management attraverso:
 - Tutoraggio dell'assistito e facilitazione attuazione del PAI
 - Verifica attuazione PAI

Definizione ed identificazione del paziente complesso

Il paziente complesso

- Paziente con (multi)morbosità cronica
- Ad alta complessità gestionale per la necessità di assistenza multi-specialistica
- Ad alto rischio di accessi al pronto soccorso / ricoveri urgenti in area medica

Definizione più descrittiva

- **Un assistito, non istituzionalizzato, ad alto rischio di accessi ripetuti al Pronto Soccorso (esclusi codici bianchi e traumi) e/o di ricoveri ripetuti in Ospedale (regime ordinario, area medica) per una o più condizioni croniche suscettibili di cure territoriali**
- **Per condizione cronica suscettibile di cure territoriali, si intende una condizione la cui gestione può essere migliorata con la presa in carico da parte di un team multiprofessionale e multidisciplinare (medico di medicina generale, infermiere, specialisti) in ambito territoriale secondo un Piano Assistenziale Individuale.**

L'algoritmo di identificazione dei casi

CRITERIO 1

Caso conosciuto (Ma.Cro) di diabete, cardiopatia ischemica, BPCO, scompenso cardiaco, insufficienza renale, pregresso ictus, demenza, parkinson.

O

Storia recente di ricoveri per cause suggestive di malattie croniche

E

CRITERIO 2

Numero uguale o superiore al 95° percentile nell'ultimo anno di almeno uno tra:

- farmaci totali / diversi erogati (ATC5);**
- visite specialistiche totali / diverse erogate;**
- esami di diagnostica strumentale o per immagini totali / diversi erogati;**
- esami di laboratorio totali / diversi erogati;**

E

CRITERIO 3

Almeno un ricovero ordinario urgente in area medica o un accesso in PS, escluso codici bianchi/traumi;

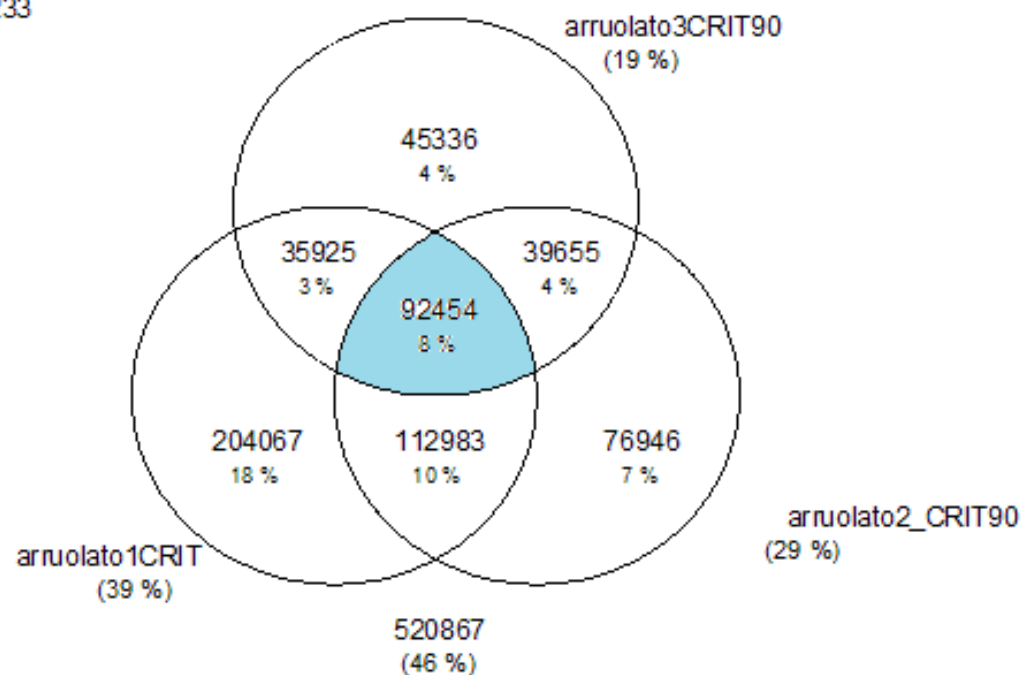
Analisi descrittiva dei casi complessi

Figura 1. Diagramma di Venn dei criteri utilizzati

**92.454 complessi
al 1.7.2016
mediamente 34
casi complessi per
MMG (3% degli
assistiti).**

Venn Diagram

N = 1128233



Dove:

arruolato1CRIT “una malattia cronica o ACC”

arruolato2CRIT “consumi totali” o “consumi di prestazioni diverse”

arruolato3CRIT “almeno un ricovero o accesso al pronto soccorso”

Pazienti complessi per MMG

Percentili	Numero	Ogni 1.000 assistiti 16+
5	6	14
25	25	23
Mediana	34	29
Media	34	30
75	45	36
95	60	49

Soglie dei criteri dei consumi:

- Visite specialistiche diverse: ≥ 3
 - Esami di laboratorio diversi: ≥ 27
 - ATC diversi: ≥ 14
 - Esami di diagnostica diversi ≥ 6
-
- Totale visite specialistiche ≥ 4
 - Totale esami di laboratorio ≥ 50
 - Totale ricette farmaci ≥ 58
 - Totale esami di diagnostica ≥ 8

Distribuzione per età e genere dei casi complessi.

Classe d'età	M		F		Totale	
	N	%	N	%	N	%
60-74	19.729	40,9	15.159	31,2	34.888	36,0
75-84	19.991	41,4	19.540	40,2	39.531	40,8
85+	8.546	17,7	13.856	28,6	22.402	23,2
Totale	48.266	100,0	48.555	100,0	96.821	100,0

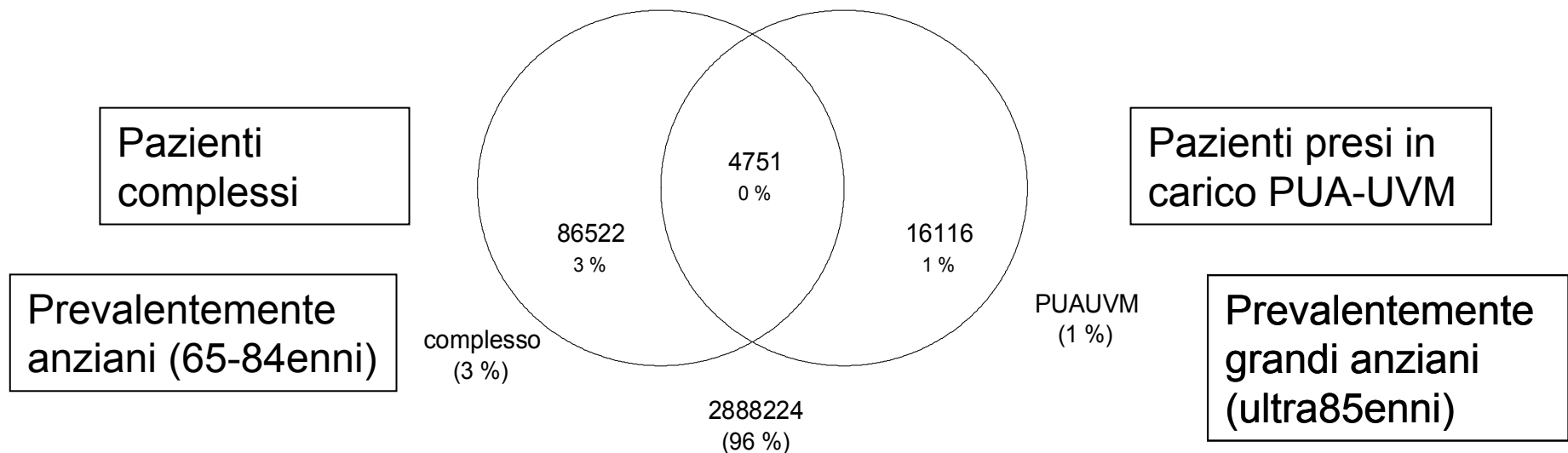
Prevalenza grandi gruppi (ACC o MaCro)

ACC	N	%
Cardiologici (cardiopatía ischemica, scompenso cardiaco)	55.121	56,9
Diabete	37.242	38,5
Respiratori (BPCO)	37.062	38,3
Renali (insufficienza renale)	20.401	21,1
Neurologici (demenza, parkinson)	13.622	14,1
CerebroVascolari (ictus)	12.373	12,8
Cancro	4.572	4,7
Gastrointestinali	1.413	1,5

Paziente complesso \neq Paziente con bisogni socio-sanitari complessi

Venn Diagram

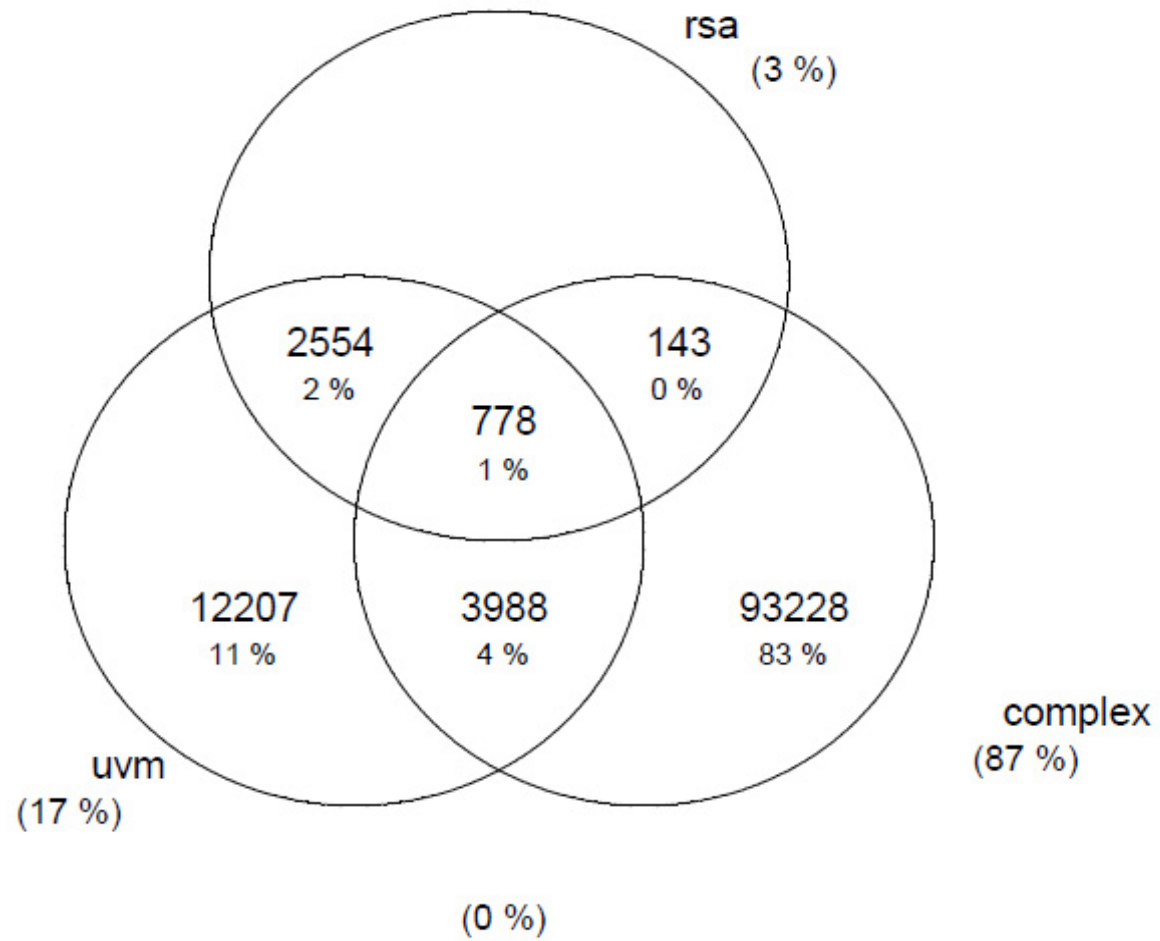
N = 2995613



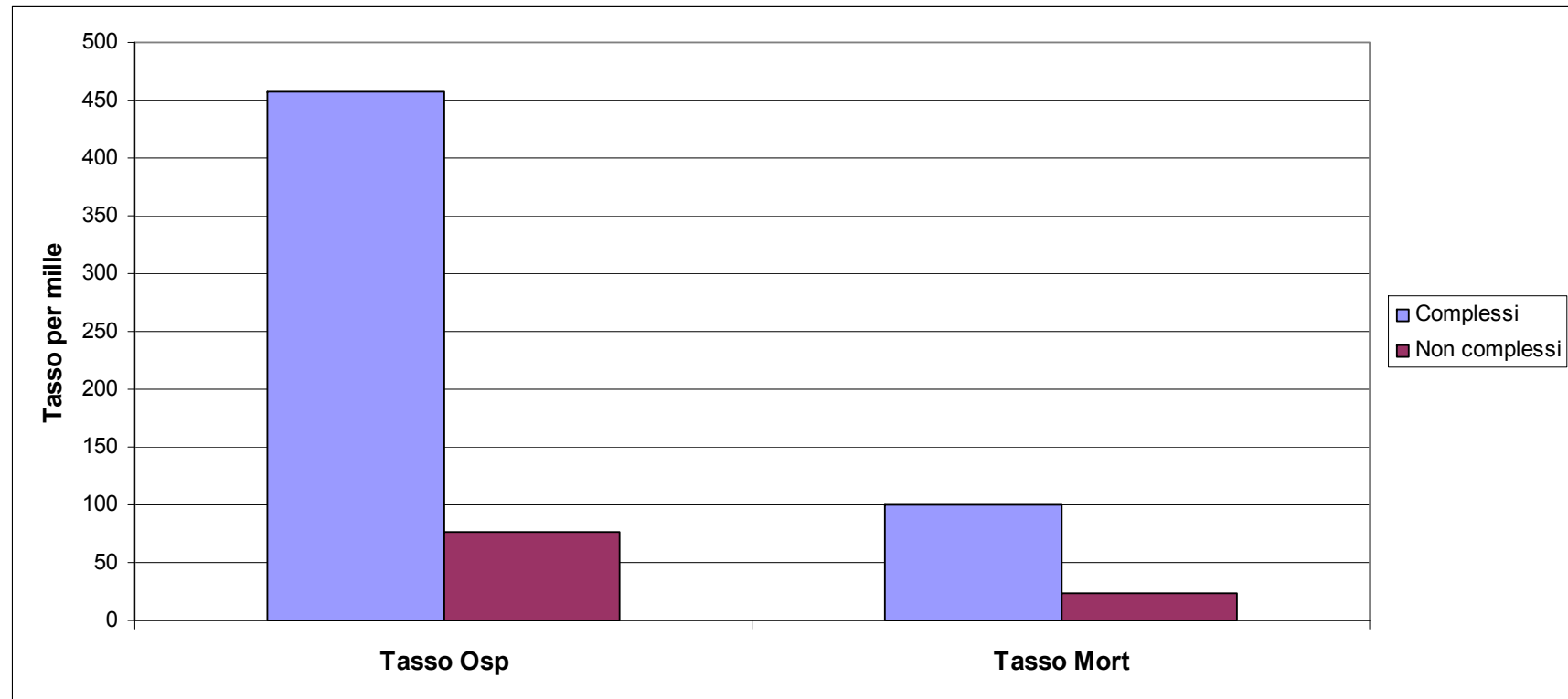
CLAS SE ETA'	2016				
	N. pz complessi sottoposti a UVM	N. pz complessi in Rsa	N. pazienti compless i Macro	% pz complessi sottoposti a UVM	% pz complessi in Rsa
60-64	89	17	7.705	1,16	0,22
65-69	255	38	12.525	2,04	0,30
70-74	382	74	14.449	2,64	0,51
75-79	786	141	20.020	3,93	0,70
80-84	1208	250	19.847	6,09	1,26
85+	2046	401	23.591	8,67	1,70
Totale	4.766	921	98.137	4,86	0,94

Venn Diagram

N = 112898



Predittività decesso e ospedalizzazione (area medica, regime ordinario)



IRR: 5,9

HR: 4

Grazie per l'attenzione!

valentina.barletta@ars.toscana.it



www.ars.toscana.it