

**XV° CONGRESSO NAZIONALE CARD ITALIA**  
**“Conferenza Nazionale Cure Domiciliari e Piano delle cronicità”**



**La presa in carico  
multiprofessionale e multidisciplinare  
del paziente diabetico**

**Anna Canaccini**

Direttore Dipartimento del Territorio, Ausl Toscana sud est

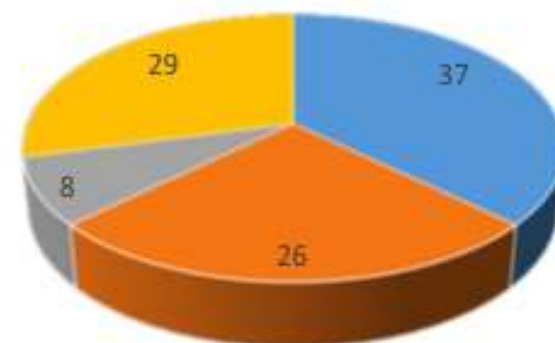
Bologna, 9 giugno 2017

## PASSI 2013-2014

Patologie	%	IC95%
Malattie respiratorie croniche (bronchite cronica, insuff. respiratoria, asma)	15,1	13,5-17,0
Pregresso infarto del miocardio o ischemia cardiaca	11,5	10,1-13,0
Tumori (comprese leucemie e linfomi)	7,6	6,5-8,9
Insufficienza renale	6,3	5,3-7,5
Malattie croniche del fegato, cirrosi	4,9	4,0-6,1
Pregresso ictus o ischemia cerebrale	3,5	2,8-4,9

**Frequenza di patologie croniche nelle persone con diabete, età 35-69 anni.**

Comorbidità (%)



- 1 malattia cronica
- 2 malattie croniche
- 3 malattie croniche
- più di 3



Diabetologo

Infermiere

Cardiologo

Dietista

Chirurgo Vascolare

Podologo

Oculista

Urologo

Radiologo

Psicologo

Chirurgo bariatrico

Epatologo

Ortopedico

Nefrologo

Neurologo

Volontariato

Politici

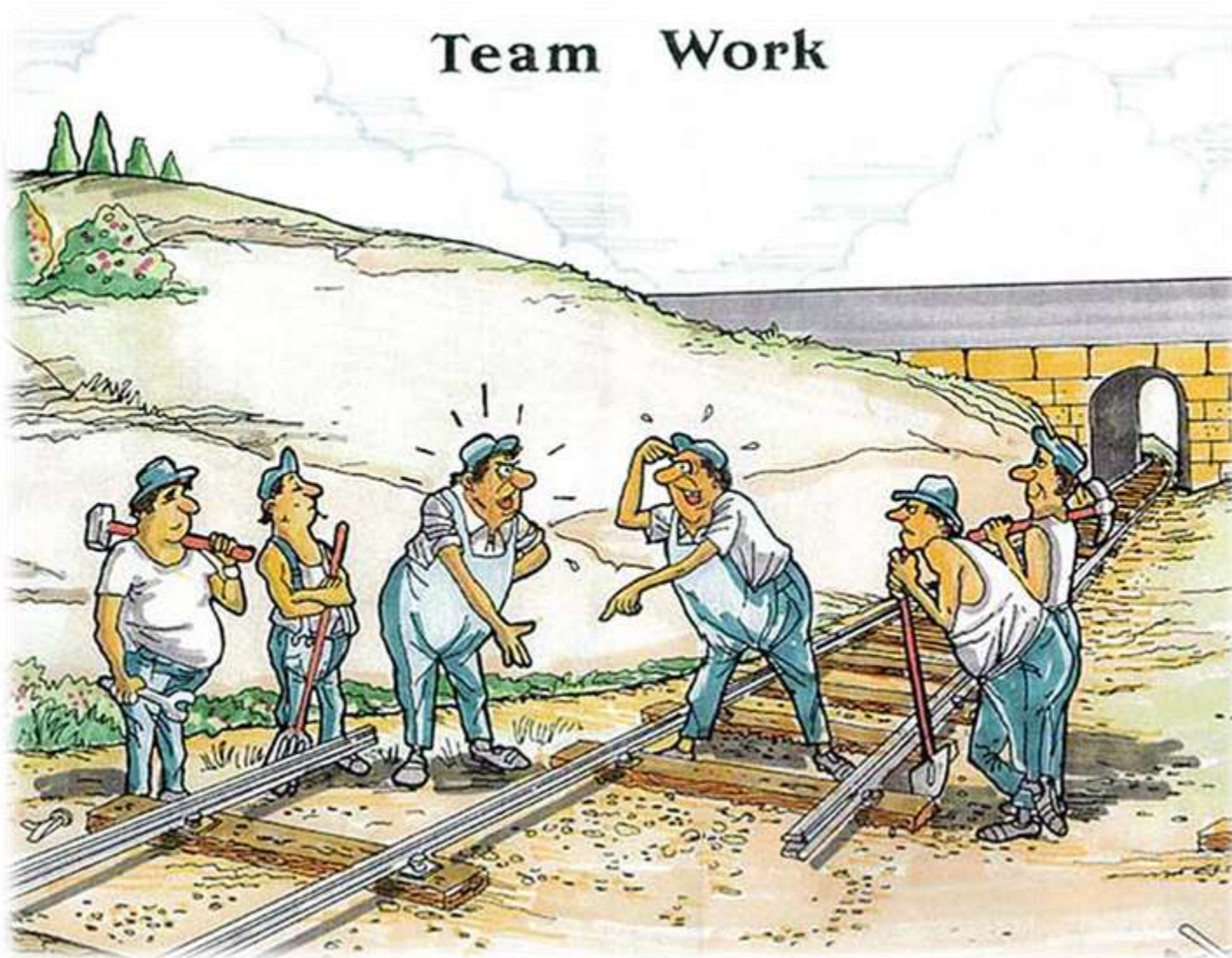
Ginecologo

Farmacisti

MMG



# Team Work



## Diabete in Italia – *Risultati da mantenere*

- Compenso glicemico migliore rispetto agli altri paesi occidentali (HbA1c 7.5% vs 8.7% UK);
- Incidenza più bassa di complicanze;
- Tassi più bassi al mondo per ricoveri per diabete scompensato;
- Eccesso di mortalità inferiore rispetto a quello degli altri paesi occidentali (50% vs 100% UK);
- Spesa più contenuta (1/2 vs UK, 1/3 vs Germania);
- Mortalità più bassa nei soggetti seguiti dalla diabetologia (33% - 38.6% vs 43.0%,  $p < 0.001$ ).

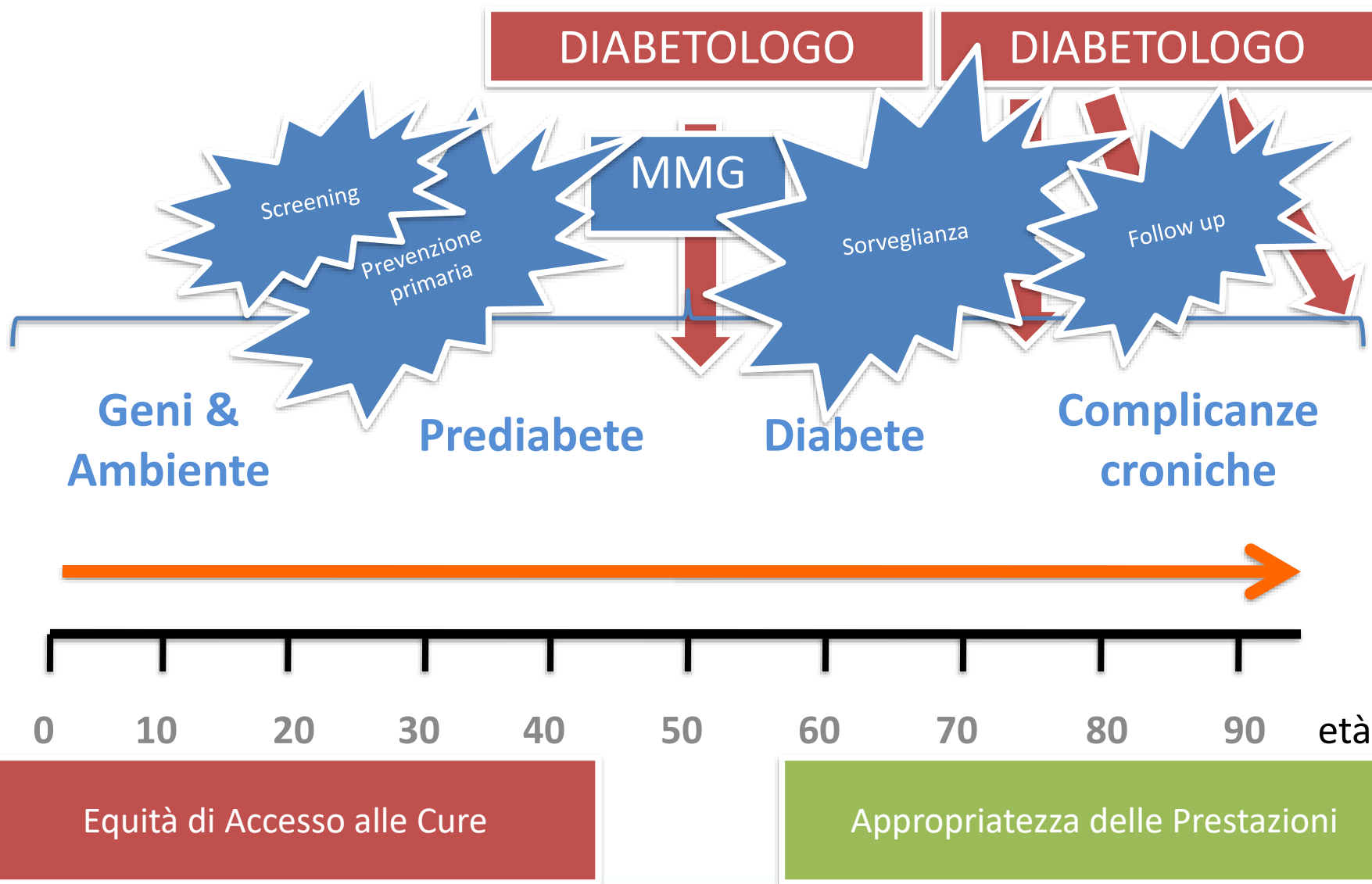
[Verlato G, the Verona Diabetes Study. *Diabetes Care* 1996; 19: 211-13.  
Bruno G, et al. Casale Monferrato Study. *Diabetologia* 2005; 48: 427-34.  
Bruno G, Turin study, Italy. *Nutr Metab Cardiovasc Dis* 2012; 22: 684-90]

# STRUTTURE di DIABETOLOGIA in H

- **Legge 115/87:** garantisce a tutti i pazienti diabetici l'assistenza specialistica diabetologica ed identifica, in base all'art.2, la “**Struttura di Diabetologia**” come l'unità organizzativa per l'erogazione delle prestazioni e dei presidi necessari.
- Svolge ruolo di diagnosi, terapia, prevenzione, cura delle complicanze della persona con il diabete.
- .....
- E' organizzata in un **team multiprofessionale** costituito da **medici, infermieri e dietisti**, integrati da **psicologo, podologo**.



# Diabete – Gestione Integrata



# Il Chronic Care Model (CCM)



**REGIONE TOSCANA**  
**GIUNTA REGIONALE**

ESTRATTO DAL VERBALE DELLA SEDUTA DEL 03-08-2009 (punto N. 46)

**Delibera** N.716 del 03-08-2009

*Proponente*  
ENRICO ROSSI

DIREZIONE GENERALE DIRITTO ALLA SALUTE E POLITICHE DI SOLIDARIETA'

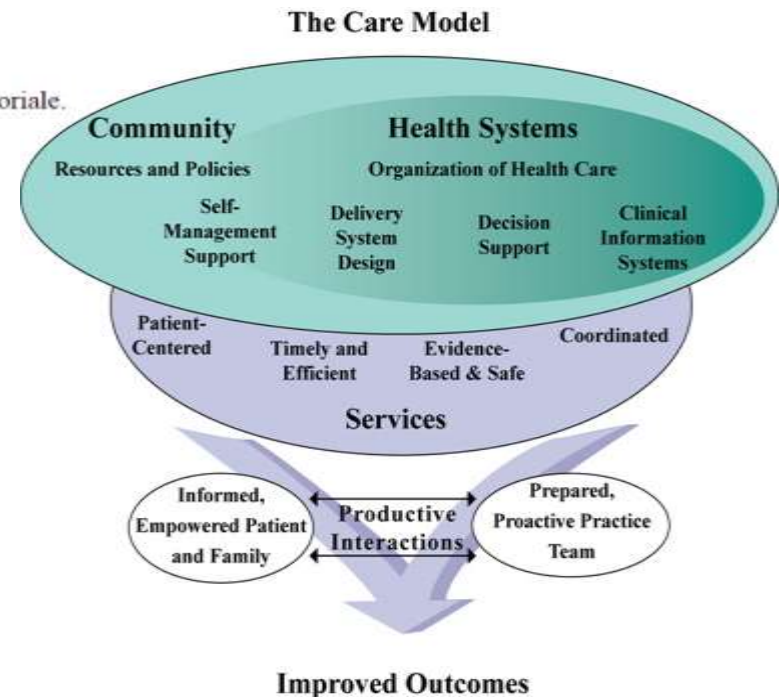
*Pubblicita' / Pubblicazione:* Atto soggetto a pubblicazione integrale (PBURT/BD)

*Dirigente Responsabile:* Andrea Leto

*Estensore:* Elisa Scopetani

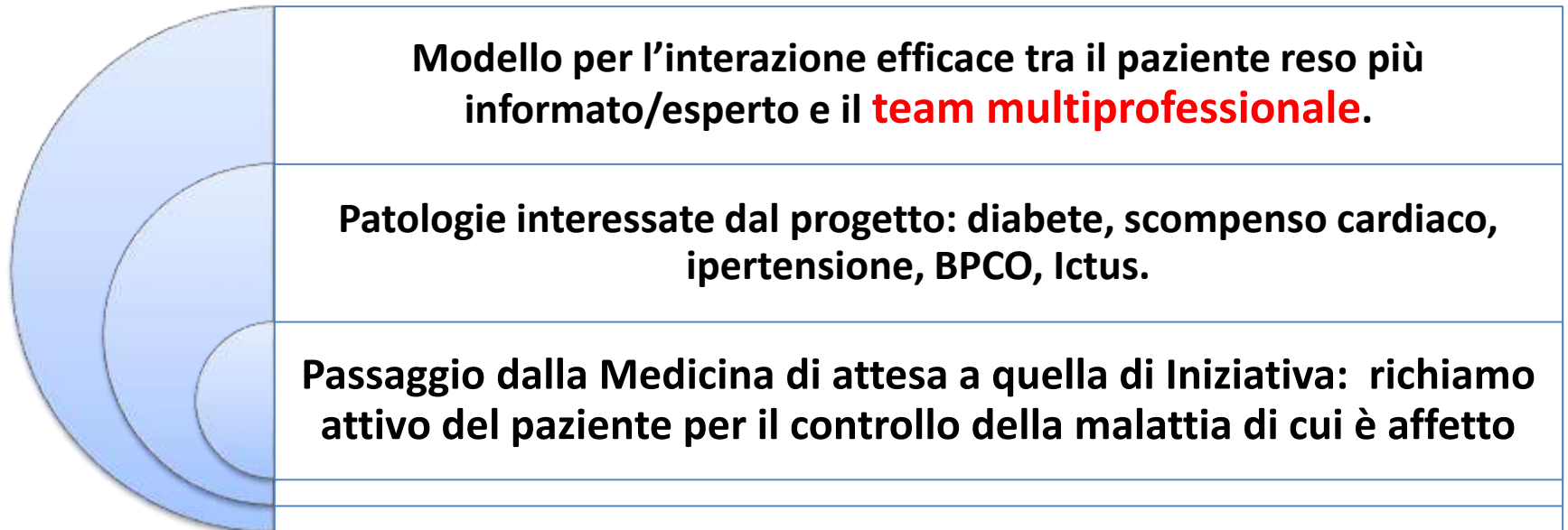
*Oggetto:*

PSR 2008-2010, punto 4.3.1. Progetto per l'attuazione della sanità d'iniziativa a livello territoriale.





# Chronic Care Model



**proattività**



# Expanded Chronic Care Model

**Gli Aspetti clinici del CCM** sono Integrati da quelli di Sanità Pubblica (prevenzione primaria collettiva e attenzione ai determinanti di salute) in ottica di *community oriented primary care*

## **Empowerment del paziente**

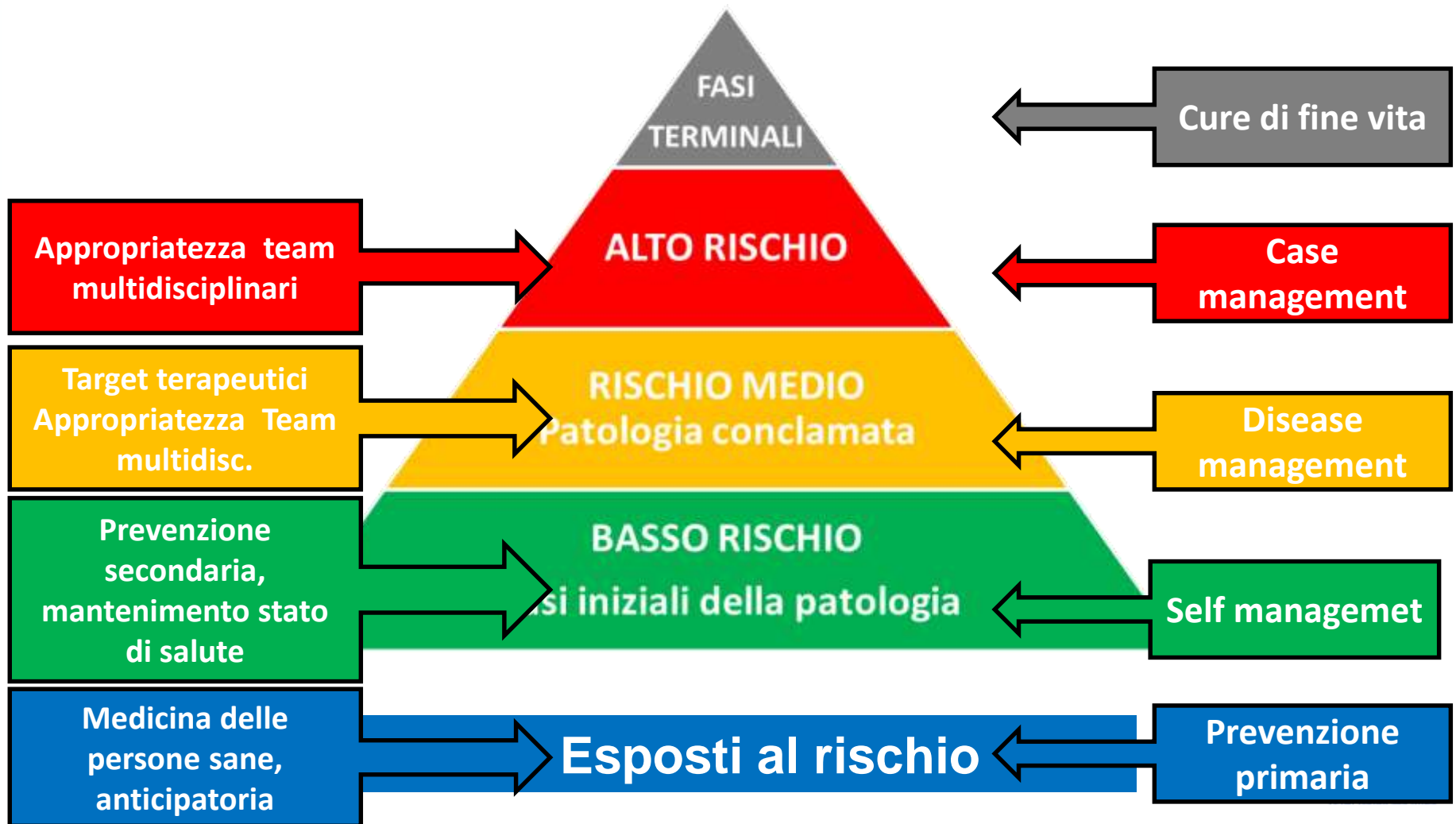
Accessibilità  
Informazione  
Proattività  
Self Care



## **Approccio Comunitario**

Bisogni della Comunità  
Partecipazione  
Lotta alle Disuguaglianze  
Prevenzione Primaria

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



# I punti di forza del modello CCM:

**TEAM MULTIPROFESSIONALE** (MMG, infermieri, operatori sanitari, Medico di Comunità, specialisti): lavorano insieme condividendo percorsi di cura

**Il supporto all'autocura**: mediante l'attività di counseling svolta dal team ( automisurazione della pressione, della glicemia, del peso corporeo, educazione alimentare e all'esercizio fisico ecc..)

**Il supporto alle decisioni**: adozione di linee guida (PDTA) che forniscono gli standard di qualità delle cure da fornire ai pazienti

**L'uso di Sistemi informativi** che offrono:

- **Sistemi di allerta** che aiutano il team ad attenersi alle linee guida
- **Sistemi di feedback** che mostrano i livelli di performance nei confronti degli indicatori

# Gli elementi su cui si basa il Chronic Care Model

**Registri di patologia**



CONDIVISI  
CONDIVISI

- MMG
- Infermiere/oss
- Specialista
- Medico di comunità

**TEAM MULTIPROFESSIONALE**

**GARANTISCE**

- Presa in carico del paziente

- Informato e reso esperto sulla propria malattia

**Paziente**

# Sanità di Iniziativa: 3 anni di Road Map



	2008	lug-09	ago-09	mar-10	dic-10	giu - dic 2010	gen - giu 2011	giu-dic 2011	gen - giu 2012
ATTI RT	PSR	conf. consenso	dgrt 716	dgrt 355	PDTA su WEB ASL	dgrt 962		DGRT 822 e Dec. 5027	
PDTA diabete						Moduli Pilota	Moduli I estensione		Moduli II estensione
PDTA Scompeso Cardiaco						Moduli Pilota	Moduli I estensione		Moduli II estensione
PDTA ICTUS/TIA							Moduli Pilota		Moduli I estensione
PDTA BPCO							Moduli Pilota		Moduli I estensione

	Fase pilota	Estensione 1	Estensione 2	Totale
Data attivazione	01/06/10	01/03/11	01/04/12	
Moduli	56	34	16	106
MMG coinvolti	627	284	105	1.016
Assistiti	766.274	331.121	131.200	1.228.595
% copertura residenti	24%	34%	38%	

**A fine 2015:**

58 %  
assistiti 16+

**Obiettivo DG 2012:**  
copertura 40%

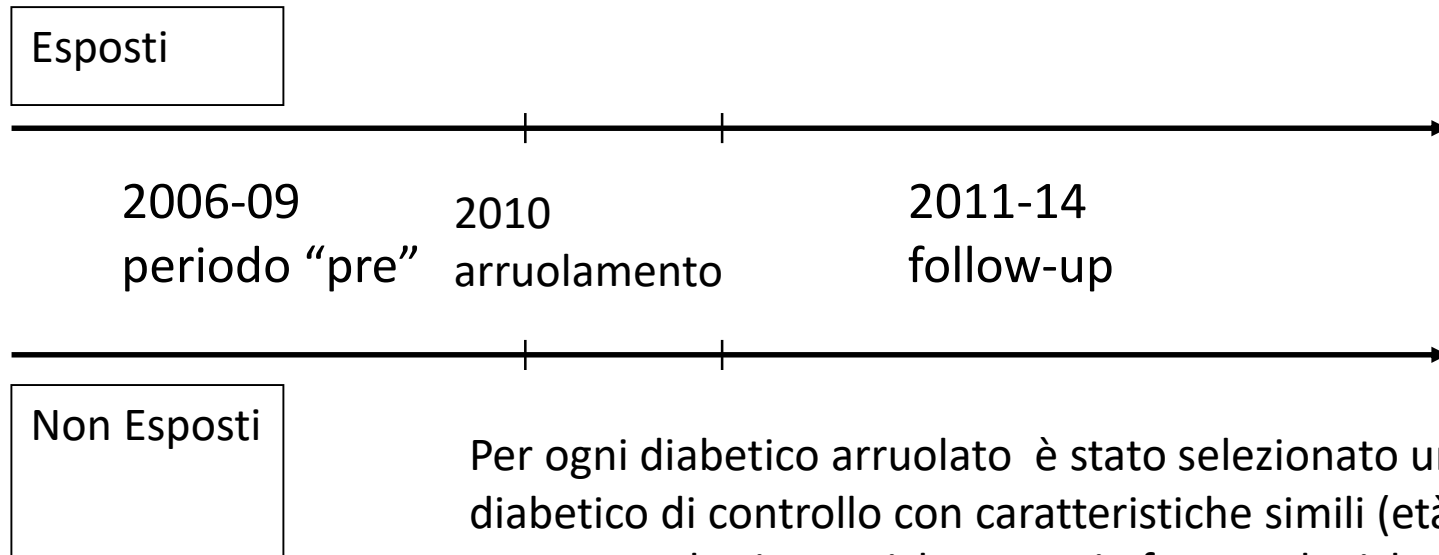
**Percorsi attivati:**  
Diabete mellito  
Scompeso cardiaco  
BPCO  
Ictus/TIA

**Percorsi attivati:**  
Diabete mellito  
Scompeso cardiaco





# La valutazione d'impatto



Per ogni diabetico arruolato è stato selezionato un diabetico di controllo con caratteristiche simili (età genere, malattie croniche, terapie farmacologiche)

Si confrontano le variabili di interesse nel follow-up "aggiustando" per il periodo "pre"

# La sanità d'iniziativa - diabete:

gli assistiti dei mmg che hanno aderito alla sanità d'iniziativa, nel periodo 2011-2014:

## Hanno ricevuto cure più appropriate:

adesione al GCI + 58 %

## Hanno consumato qualche prestazione territoriale in più

(spesa pro-capite):

Visite diabetologiche: + 0,8 %

Farmaci: + 6,3%

Diagnostica laboratorio: + 7,5%

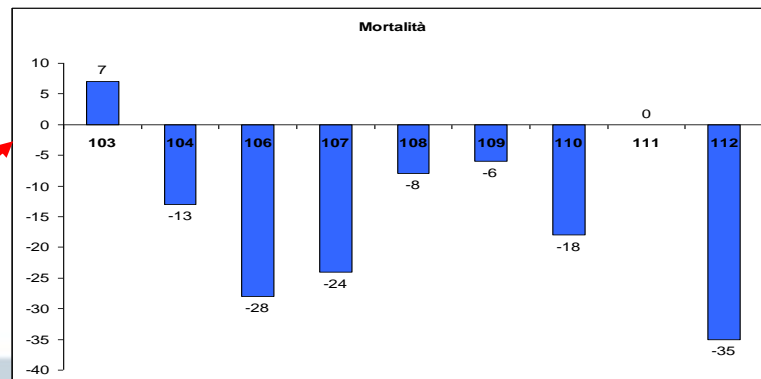
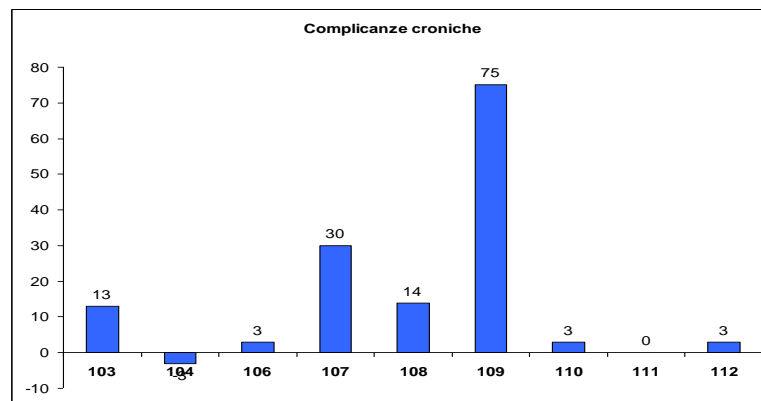
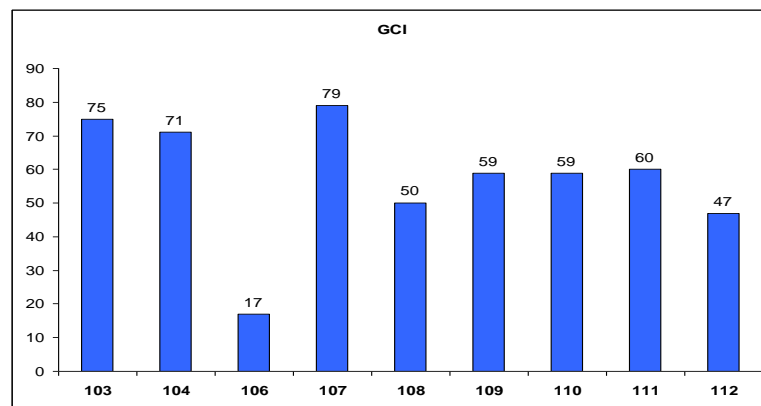
## Hanno fatto qualche ricovero ospedaliero correlato in più:

ricoveri per complicanze cardiologiche di lungo termine: + 11%

## Hanno avuto esiti di salute migliori

tasso eventi cardio-cerebrovascolari acuti: - 19%

rischio di decesso a 4 anni - 12%





REGIONE TOSCANA  
UFFICI REGIONALI GIUNTA REGIONALE

**ESTRATTO DAL VERBALE DELLA SEDUTA DEL 05-07-2016 (punto N 24)**

Delibera

N 650

del 05-07-2016

*Proponente*

STEFANIA SACCARDI

DIREZIONE DIRITTI DI CITTADINANZA E COESIONE SOCIALE

*Publicita'/Pubblicazione Atto soggetto a pubblicazione su Banca Dati (PBD)*

*Dirigente Responsabile Lorenzo ROTI*

*Estensore ELISA SCOPETANI*

*Oggetto*

Sanità d'iniziativa - Approvazione indirizzi per l'implementazione del nuovo modello.

***“...si è affermata la necessità, nel procedere all'ulteriore estensione della sanità d'iniziativa, di superare la selezione e la gestione dei pazienti cronici sulla base di percorsi specifici per le singole patologie e di passare ad una presa in carico integrata, basata sul profilo di rischio cardiovascolare e sulla complessità del singolo individuo...”***

## Sanità d'Iniziativa-Approvazione indirizzi per l'implementazione del nuovo modello

### Tre target di pazienti :

- **target A:** gestione della fragilità – apice della piramide, rivolta ad **pazienti complessi**, a più alto rischio di ricoveri ripetuti per condizioni croniche effettivamente ancora suscettibili di cure territoriali, al fine di migliorare gli esiti di salute. Presa in carico tramite **team multiprofessionali e multidisciplinari** tramite la definizione di **Piani assistenziali individuali (PAI )**.
- **target B1:** **pazienti ad alto rischio cardiovascolare** secondo il rischio individuale del progetto ISS-cuore;
- **target B2:** **pazienti affetti da patologie croniche già presi in carico** con il modello attuale del CCM (scompenso cardiaco, BPCO, pregresso ictus, diabete), e non elegibili nei target A e B1;
- target C:** interventi di **promozione della salute** organizzati dalle Zone-Distretto / Società della Salute ed indirizzati a **tutta la popolazione** , in stretta collaborazione con il Dipartimento della Prevenzione.

# Esperienze internazionali per la gestione della cronicità

**Superare la frammentazione** della risposta sanitaria e socio-sanitaria, garantire **piani di cura personalizzati**, concentrazione dei saperi, Team Multiprofessionali

- Integrated Delivery System
- Population Health Management
- People- centred health and integrated services
- Value based Medicine

**PIRAMIDE DI POPULATION MANAGEMENT**  
classificazione dei pazienti cronici in sottogruppi sulla base dello stadio di sviluppo della patologia



# Population health management

*“Garantire la salute delle persone per tutto l’arco della vita per la prevenzione, riduzione, rallentamento e cura delle patologie croniche”*

## Le 5 direzioni strategiche per lo sviluppo dei servizi sanitari integrati:

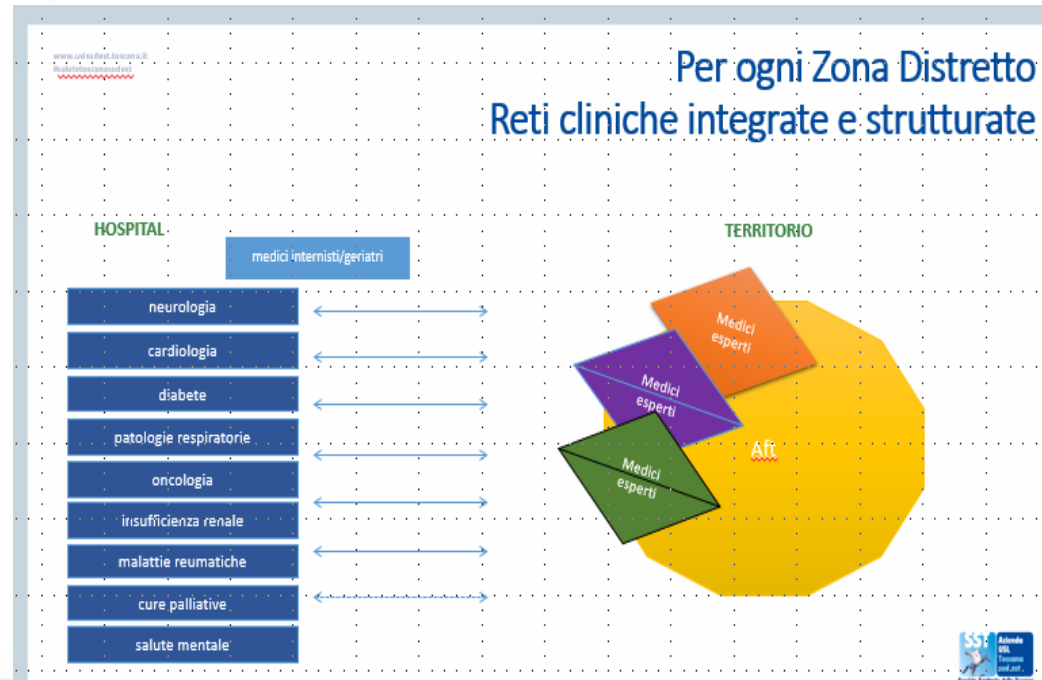
- Coinvolgere e responsabilizzare gli assistiti (self management)
- Rafforzare la governance distrettuale
- Riorientare il modello di cura e il coordinamento dei servizi
- Adottare ed estendere la proattività e quindi l’equità delle cure
- Creare un ambiente professionale favorevole allo sviluppo di una cultura organizzativa improntata alla condivisione (knowledge management)



# Reti cliniche integrate e strutturate

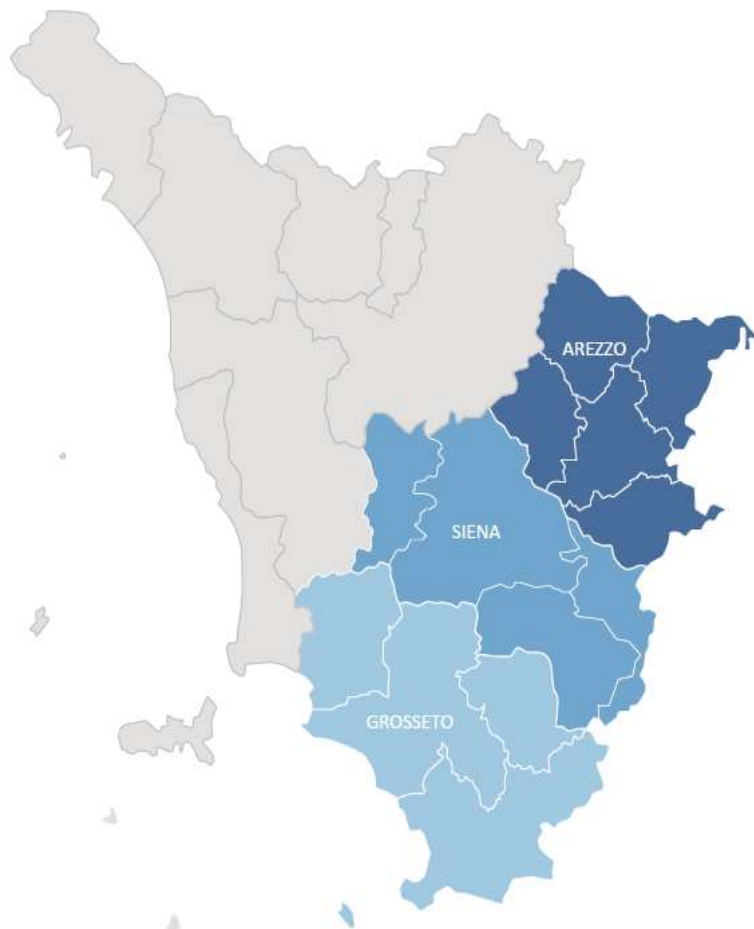
## Delibera DG 1052 del 15.09.2016

Il progetto «Reti cliniche integrate e strutturate»  
esempio di **integrazione multidisciplinare e multiprofessionale**:  
un nuovo modello di gestione proattiva della CRONICITA'.



# UN'AREA CAMPIONE: L'AZIENDA TOSCANA SUD EST

www.uslsudest.tosc  
ana.it  
#salutetoscanasude  
st



## Superficie

AVSE: circa 11.560 km<sup>2</sup>

RT: circa 22.990 km<sup>2</sup>

## Popolazione [Fonte Istat 01/01/2016]

AVSE: circa 838.150 ab

RT: circa 3.744.398 ab

## Densità abitativa [Fonte Istat 01/01/2016]

AVSE: 72,50 ab./km<sup>2</sup>

RT: 162,87 ab./km<sup>2</sup>

AVSE: 101 Comuni di cui 39 montani 20 parzialmente montani e 1 isolano

## Indici dotazione infrastrutturale\*

[Fonte Union camere]

	Strade	Ferrovie
Ar	104,13	163,22
Gr	49,42	81,80
Si	91,40	47,00
RT	101,90	139,80



## QUADRO DEMOGRAFICO ED EPIDEMIOLOGICO



**Quota di residenti di età superiore a 64 anni superiore alla media regionale:** una persona su quattro ha più di sessantacinque anni e il 4% della popolazione è costituito da quelli che vengono definiti i grandi anziani (85 anni e oltre).

**Calo della natalità:** nel 2014 il tasso di natalità è sceso a 7,5 nati per 1.000 abitanti.

**Speranza di vita alla nascita, mortalità generale, mortalità prematura** (prima dei 65 anni) e **anni potenziali di vita persi** indicano valori allineati alla media regionale.

In base all'utilizzo di risorse, si stima che nella USL sudest ci siano circa

56,200	diabetici
46.900	BPCO
20,000	affetti da Insufficienza Renale Cronica
20.000	psoriasi
18.700	Scompensati,
11.500	affetti da pregresso ictus
12.000	affetti da demenza
1.800	affetti da sclerosi multipla
4.000	artrite reumatoide

60% della popolazione  
coperto dalla  
Sanità d'Iniziativa



# Organizzazione ospedaliera e territoriale



**13 Distretti Zona/Società della Salute**  
**13 Stabilimenti Ospedalieri**

**31 Aft**

**605 Mmg**

**97 Pls**

**19 Cds**



# RETE TERRITORIALE esperienza maturata

- Rafforzamento della governante territoriale con l'istituzione Società della Salute o del Distretto "Forte";
- Nuovo ruolo della Medicina Generale nelle Cure Primarie;
- Creazione delle rete AFT e delle Case della Salute (UCCP);
- Sviluppo della Sanità d'Iniziativa (Chronic Care Model);
- Implementazione delle Cure Intermedie;
- Integrazione Socio-Sanitaria.



# PRESUPPOSTI ORGANIZZATIVI delle RETI

- costituzione di **team multiprofessionali**
- **valutazione multidimensionale**
- definizione di un **PDTA personalizzato “pro-attivo”** per ogni paziente
- individuazione in ogni Aft dei **MMG esperti**
- dotazione **in ogni Aft di diagnostica di I livello**
- **individuazione degli specialisti di riferimento**
- **riorganizzazione complessiva “strutturata”** del territorio tra cure primarie e specialistiche



# Le FASI del PROGETTO

1. Identificazione della popolazione target;
2. Stratificazione della popolazione;
3. Definizione del modello di presa in carico per intensità di cura
  - Pazienti affetti da una o più patologie croniche privi di rilevanti problemi socio-assistenziali
  - Pazienti con patologie croniche associate a problematiche socio-assistenziali;
4. Individuazione dei TEAM multiprofessionali ;
5. Definizione dei setting più idonei all'erogazione dell'assistenza e organizzazione del team.



# RETE CLINICA INTEGRATA E STRUTTURATA: Aggregazione funzionale territoriale (AFT)

- ridefinire e consolidare le AFT : MMG e medici di Continuità Assistenziale;
- progettare la rete delle sedi per AFT ( reti di sedi pubbliche- Case della Salute o sedi di MMG);
- programmare l'attività ambulatoriale festiva e prefestiva per AFT con medici Continuità Assistenziale;
- definire il fabbisogno di personale e di collaboratori di studio per le attività previste;
- rete clinica di AFT h. 24 : condivisione dei dati sanitari tra MMG e medici della CA per ciascuna AFT.



# RETE CLINICA INTEGRATA E STRUTTURATA: Sviluppo team multiprofessionale

## INDIVIDUAZIONE DEI TEAM MULTIPROFESSIONALE

MMG, MMG Esperto, Medico di Comunità, Medico Specialista di riferimento, Infermiere, Assistente Sociale, altri Professionisti (Fisioterapisti, Educatori Professionali, Dietisti...)

## IDENTIFICAZIONE MEDICO (MMG) ESPERTO PER AREA CLINICA PER AFT

Formazione, «certificazione», regolamentazione dell'attività, modalità retributiva

## DEFINIZIONE DI PROCEDURE CONDIVISE PER LA PRESA IN CARICO MULTIPROFESSIONALE

- Proporre strumenti per la valutazione multidimensionale.
- Definizione del Piano di Assistenza Personalizzato : format, monitoraggio e modalità di rivalutazione.



# Il sistema informatico: l'interoperabilità

Sistemi di controllo compliance farmacologica

Piattaforme di health collaboration tra medici, paziente, care giver

Piattaforme di monitoraggio domiciliare post acuzie e di lungo termine

Piattaforme di televisita e second opinion

Tecnologie biomedicali innovative



AFT e Territorio



Paziente e Care Giver



Specialista ospedaliero

# Adesso dove siamo?

- Firmato il **Preaccordo** con la Medicina Generale e la Continuità Assistenziale;
- Elaborazione dei **PDTA** per le prime 4 patologie (diabete, scompenso cardiaco, BPCO, Ictus);
- Processo formativo integrato in atto;
- Esperienze sperimentali già attuate con integrazione multiprofessionale e multidisciplinare per la BPCO (pneumologo - MMG), per le malattie neurologiche (neurologo – MMG), per scompenso (cardiologo-MMG).



