



LA PRESA IN CARICO DELLE CRONICITÀ

COSA È ARESS: L.R. PUGLIA 29 DEL 24/07/17

1. L'A.Re.S.S. è un **organismo tecnico-operativo e strumentale** della Regione a supporto della definizione e gestione delle politiche in materia sociale e sanitaria, a servizio della Regione Puglia in particolare e della Pubblica Amministrazione in generale ed opera quale **agenzia di studio, ricerca, analisi, verifica, consulenza e supporto di tipo tecnico-scientifico**.
2. L'A.Re.S.S. si propone di **organizzare e migliorare**, attraverso il monitoraggio e la verifica continua degli esiti, la **prontezza di risposta del sistema sanitario regionale** alle esigenze ed aspettative delle **domanda di salute** dei cittadini pugliesi. A tal fine, identifica, **programma e promuove linee di sviluppo** in materia di salute e benessere sociale, anche definendo ed implementando strategie di innovazione dei servizi sanitari e sociali, finalizzate al pieno soddisfacimento del bisogno di salute, declinato nella duplice prospettiva della prevenzione e della cura sanitaria.
3. In qualità di **Agenzia Strategica**, acquisisce e sviluppa **nuove conoscenze strategiche e organizzative**. A tal fine, sperimenta **percorsi** di innovazione e di miglioramento, analizza e diffonde i migliori **protocolli** socio-sanitari esistenti sia in ambito nazionale sia in ambito internazionale, promuove e verifica **modelli** gestionali innovativi di governo clinico, anche nel rispetto delle esigenze di **razionalizzazione ed ottimizzazione delle spese a carico del bilancio regionale**.
4. L'A.Re.S.S. svolge, altresì, attività di studio sul **miglioramento della fruizione dei servizi sociali** indispensabili, sulla domanda di servizi conseguente ai **bisogni emergenti**, sulla **coesione sociale**. Favorisce ed accresce relazioni virtuose in ambito sanitario e socio-sanitario tra il mondo della **ricerca**, il settore dell'**impresa** e la **collettività**, attraverso lo studio delle interazioni interne alla società civile.

LO SCHEMA AMBIDESTRO AGENZIA-DIPARTIMENTO



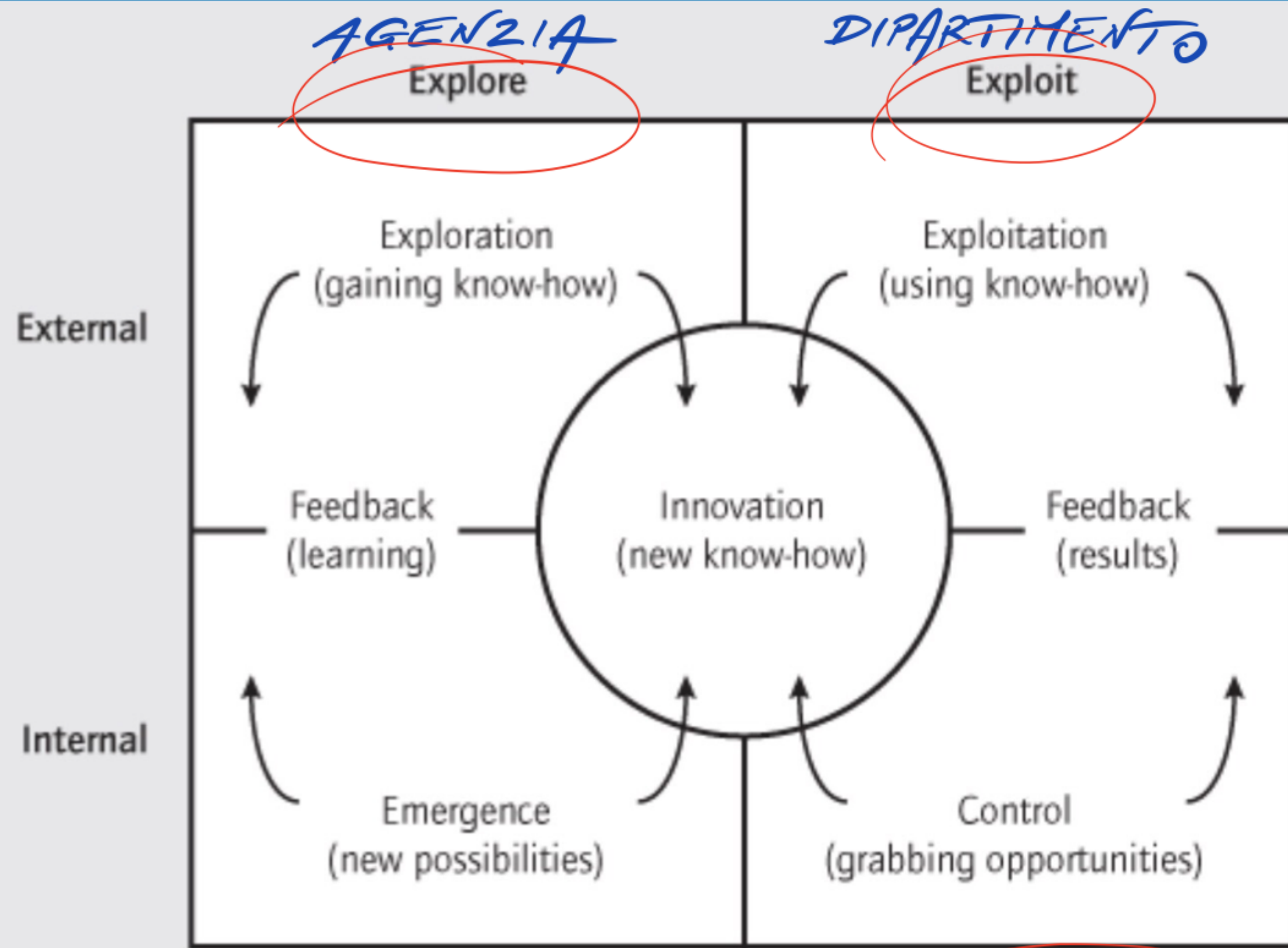
AGENZIA EXPLORATION





**DIPARTIMENTO
EXPLOITATION**

LO SCHEMA AMBIDESTRO AGENZIA-DIPARTIMENTO DELLA REGIONE PUGLIA

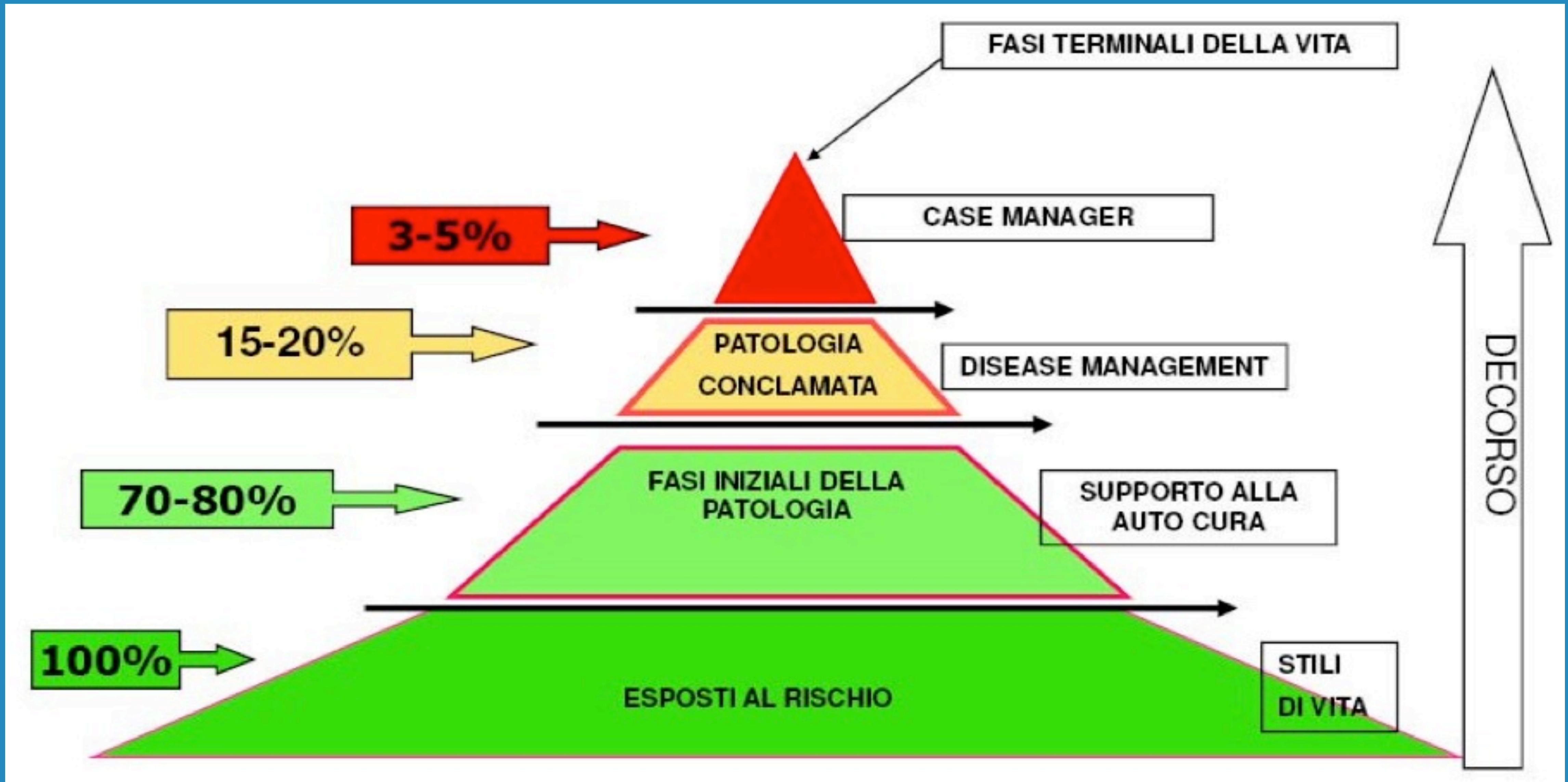


Source: James G. March (1991) Exploration and Exploitation in Organizational Learning. *Organization Science* 2(1): 71-87

LE ORGANIZZAZIONI
CHE APPRENDONO

- È intorno agli anni '90 che si fa strada l'idea di abbandonare l'approccio reattivo (attesa dell'evento acuto) nella gestione delle malattie croniche in favore di un approccio proattivo e di iniziativa allo scopo di rallentare la progressione della malattia.
- Verso la fine degli anni '90 E.H.Wagner ed i ricercatori del *MacColl Institute for Healthcare Innovation* sviluppano un primo modello compiuto - *Chronic Care Model* - di gestione della cronicità sulla base di un'attenta ricognizione della letteratura sull'argomento.
- Il modello viene ulteriormente perfezionato con il contributo della *Robert Wood Johnson Foundation* e di un *panel* di esperti per diventare poi il perno di un programma nazionale: *Improving Chronic Illness Care*.
- Il modello si caratterizza per un approccio sistemico alla malattia cronica attraverso l'integrazione di sei aree di intervento/cambiamento.

LE ORIGINI DEL CHRONIC CARE MODEL: PIRAMIDE DI RISCHIO



LE ORIGINI DEL CHRONIC CARE MODEL: PIRAMIDE DI RISCHIO

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

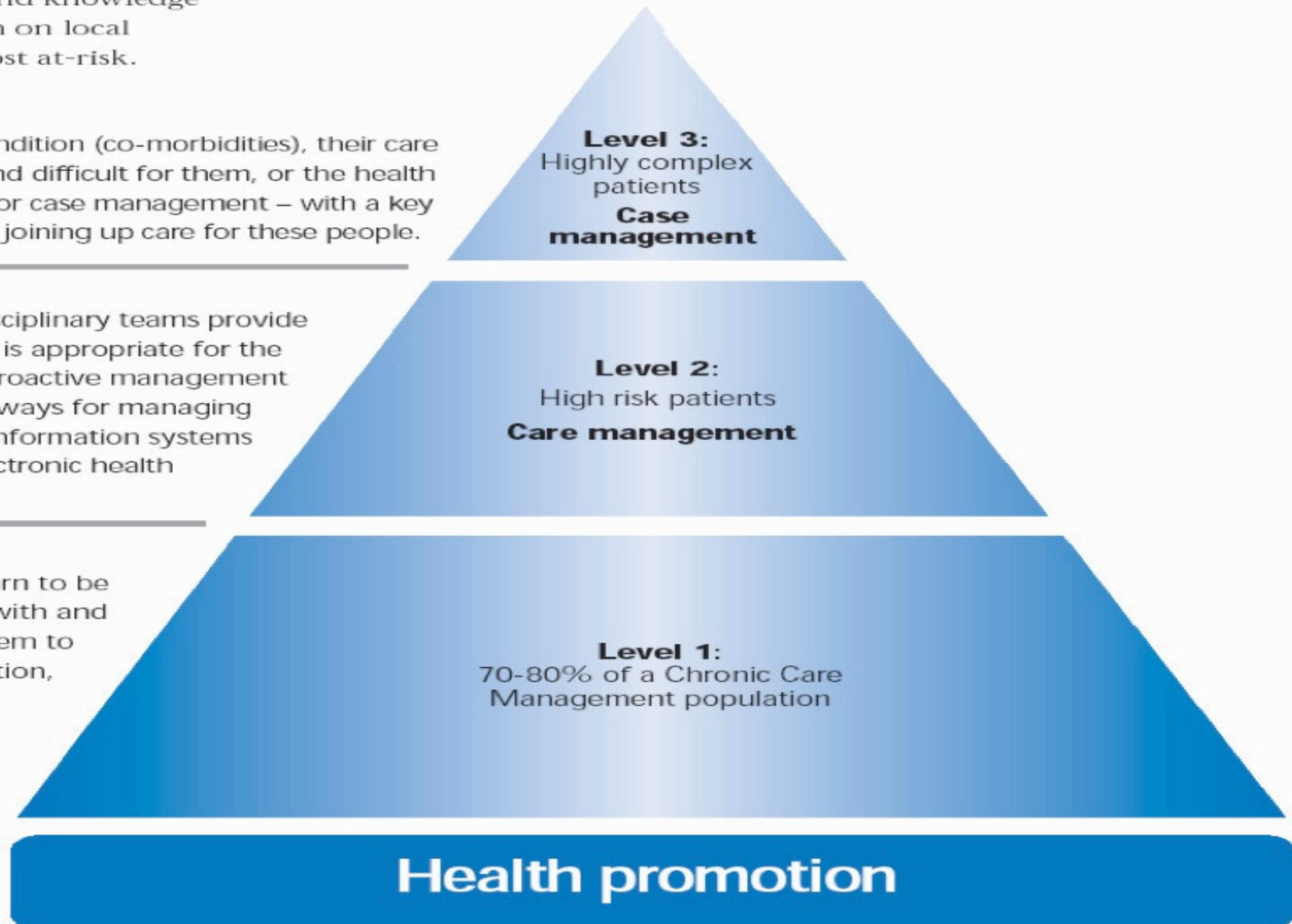
As people develop more than one chronic condition (co-morbidities), their care becomes disproportionately more complex and difficult for them, or the health and social care system, to manage. This calls for case management – with a key worker (often a nurse) actively managing and joining up care for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



LE ORIGINI DEL CHRONIC CARE MODEL: EXTENDED VERSION



SISTEMA ORGANIZZATIVO

- Creare cultura, organizzazione e meccanismi che promuovano un'assistenza sicura e di alta qualità attraverso:
 - il miglioramento apprezzabile a tutti i livelli dell'organizzazione, a partire dai leader senior;
 - la promozione di strategie efficaci di cambiamento del sistema nel suo complesso;
 - la gestione aperta e sistematica degli errori e delle criticità di qualità;
 - la corresponsione di incentivi basati sulla qualità dell'assistenza;
 - lo sviluppo di accordi che facilitino il coordinamento assistenziale all'interno e tra le organizzazioni.

Disegno del Sistema di Erogazione

- ! assicurare l'erogazione di assistenza clinica efficace ed efficiente e di sostegno auto-gestito, attraverso:
 - ! la definizione e la distribuzione dei compiti tra i membri del team sanitario;
 - ! l'impiego di interazioni pianificate per sostenere le cure basate sulle evidenze;
 - ! la disponibilità di servizi di *case management* per i pazienti complessi;
 - ! la garanzia di *follow-up* regolare e continuo da parte del team di cura;
 - ! la somministrazione di cure comunicandole in forma comprensibile per i pazienti e coerente con il loro background culturale;

Processo Decisionale

- ! Promuovere un'assistenza coerente con le evidenze scientifiche e con le preferenze dei pazienti, attraverso:
 - ! l'integrazione di linee guida basate sulle evidenze medico-scientifiche nella pratica clinica quotidiana;
 - ! la condivisione di linee guida e informazione con i pazienti allo scopo di incoraggiare la loro partecipazione al processo assistenziale;
 - ! l'impiego di metodi di formazione collaudati per gli erogatori;
 - ! l'integrazione delle competenze dello specialista e del medico di cure primarie;

Sistema Informativo Clinico

- ! Strutturare i dati relativi ai pazienti e alla popolazione comunitaria assistita allo scopo di contribuire ad un'assistenza efficace ed efficiente, attraverso:
 - ! la fornitura tempestiva di informazioni agli erogatori e ai pazienti;
 - ! l'identificazione delle sottopopolazioni rilevanti per un'assistenza proattiva;
 - ! la promozione di piani di cura individuali;
 - ! il coordinamento assistenziale conseguito anche attraverso la condivisione delle informazioni tra pazienti ed erogatori;
 - ! il monitoraggio della performance del team di cura e del sistema assistenziale.

Sostegno all'Autogestione

- ! Responsabilizzare i pazienti sulla loro salute e sulla loro assistenza mettendoli in condizione di controllarle e gestirle da sé, attraverso:
 - ! l'enfatizzazione del ruolo del paziente nella gestione della propria salute;
 - ! l'uso efficace di strategie di sostegno all'auto-gestione che includano momenti di valutazione, di definizione degli obiettivi, di pianificazione delle azioni, di risoluzione dei problemi e di follow-up;
 - ! l'organizzazione delle risorse interne e della comunità allo scopo di fornire ai pazienti sostegno continuo all'auto-gestione.

LE ORIGINI DEL CHRONIC CARE MODEL



1 Sapere come e quando consultare il medico



5 Sapere come mantenere la malattia sotto controllo



2 Conoscere la malattia e fissare gli obiettivi



6 Modificare gli stili di vita per ridurre i rischi



3 Assumere correttamente i farmaci



7 Far leva sui punti di forza per superare gli ostacoli



4 Effettuare gli esami ed i controlli raccomandati



8 Effettuare le visite specialistiche e follow-up

Comunità

- ! Mobilitare le risorse della comunità per venire incontro alle necessità dei pazienti, attraverso:
 - ! il coinvolgimento dei pazienti in efficaci programmi di comunità;
 - ! la costituzione di partnership con le organizzazioni sociali per sostenere e sviluppare interventi volti a colmare le lacune nei servizi essenziali;
 - ! la promozione di politiche che migliorino l'assistenza del paziente.

Comunità

- ! Mobilitare le risorse della comunità per venire incontro alle necessità dei pazienti, attraverso:
 - ! il coinvolgimento dei pazienti in efficaci programmi di comunità;
 - ! la costituzione di partnership con le organizzazioni sociali per sostenere e sviluppare interventi volti a colmare le lacune nei servizi essenziali;
 - ! la promozione di politiche che migliorino l'assistenza del paziente.



1

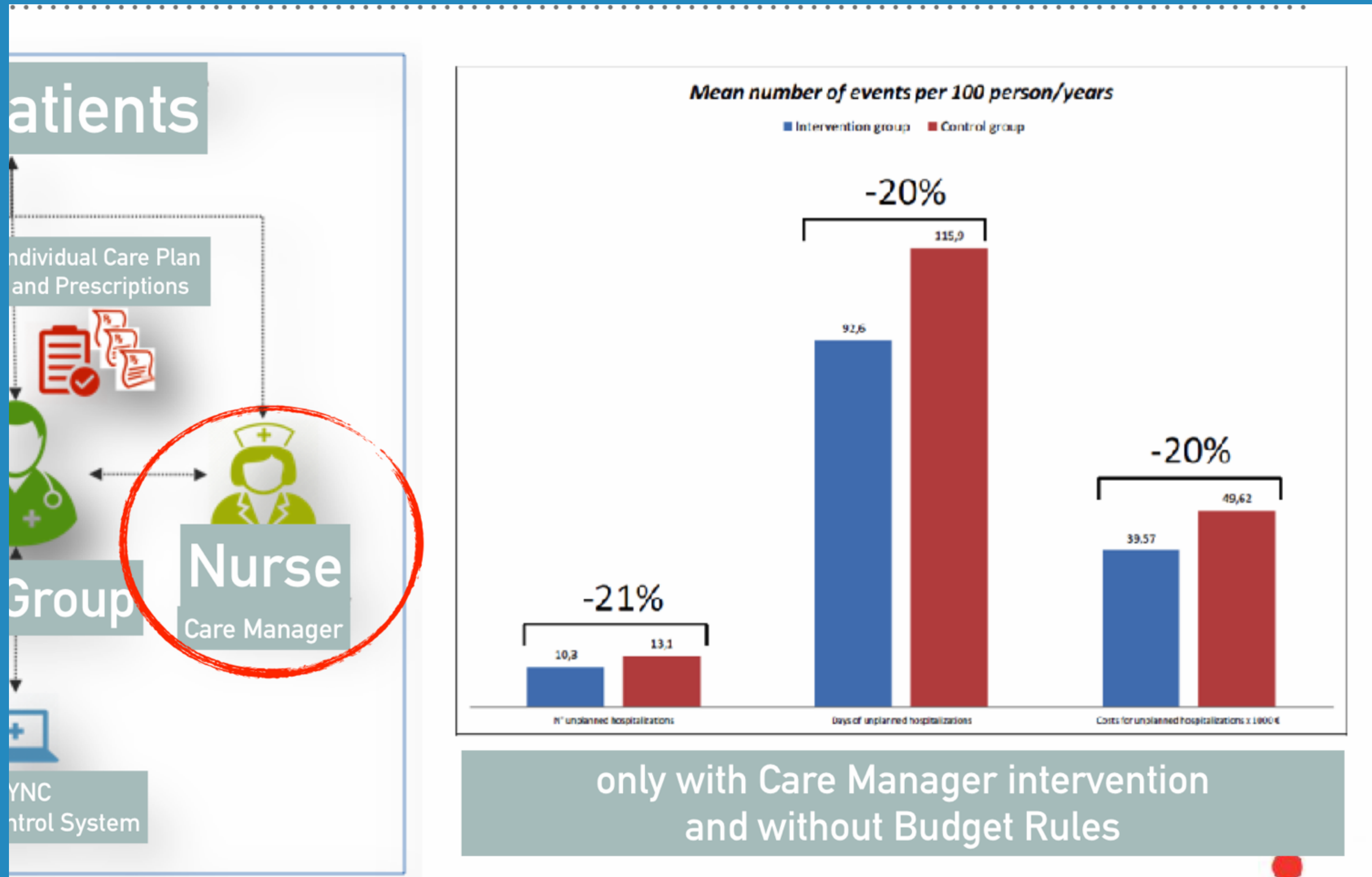


2

Care
Puglia

3.0

IL CARE PUGLIA 3.0: I RISULTATI DEL PASSATO



IL CARE PUGLIA 3.0: I RISULTATI DEL PASSATO



Lab
Diagnostics

+25%



Bioimaging

+59%



Specialistic
Services

+43%



Drugs

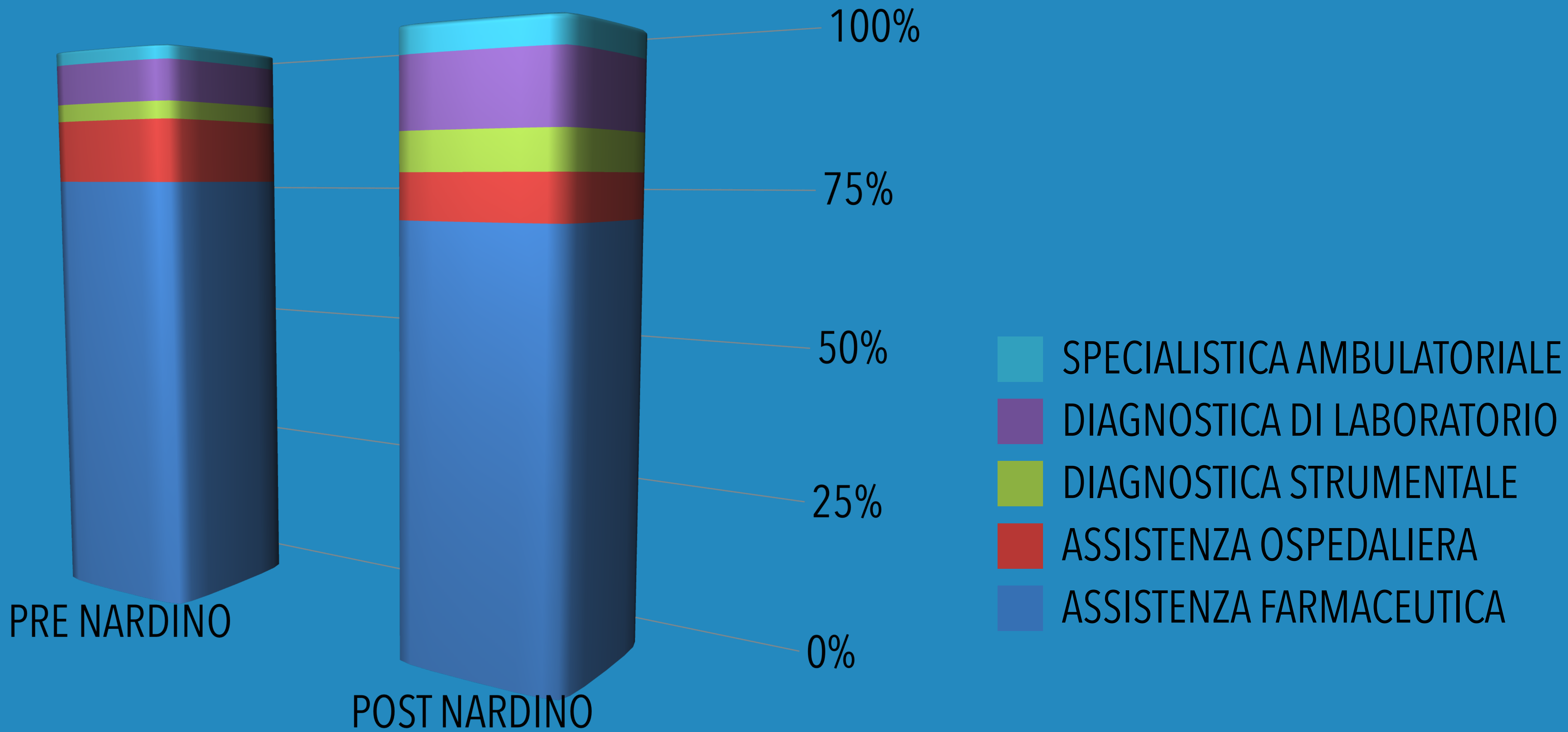
-27%

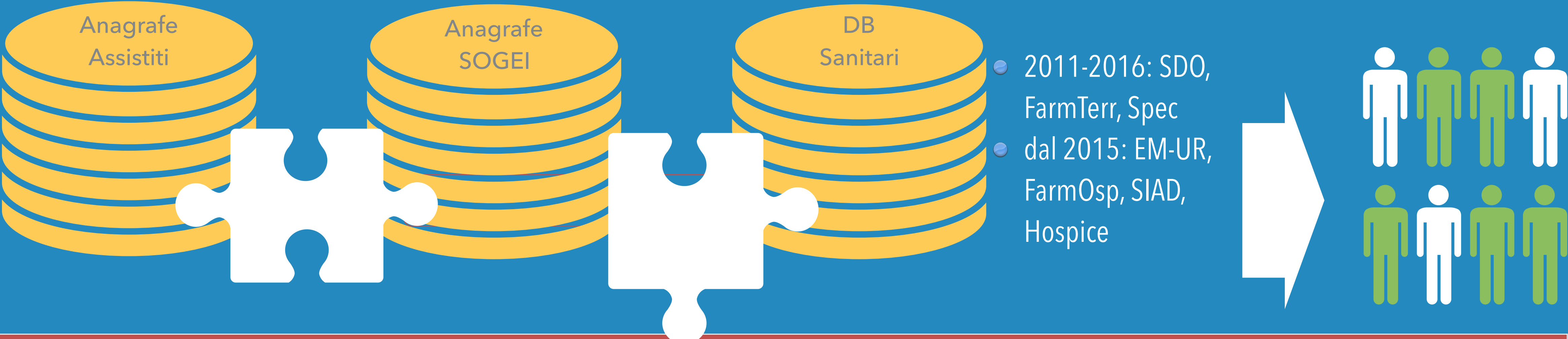


Hospital

-47%

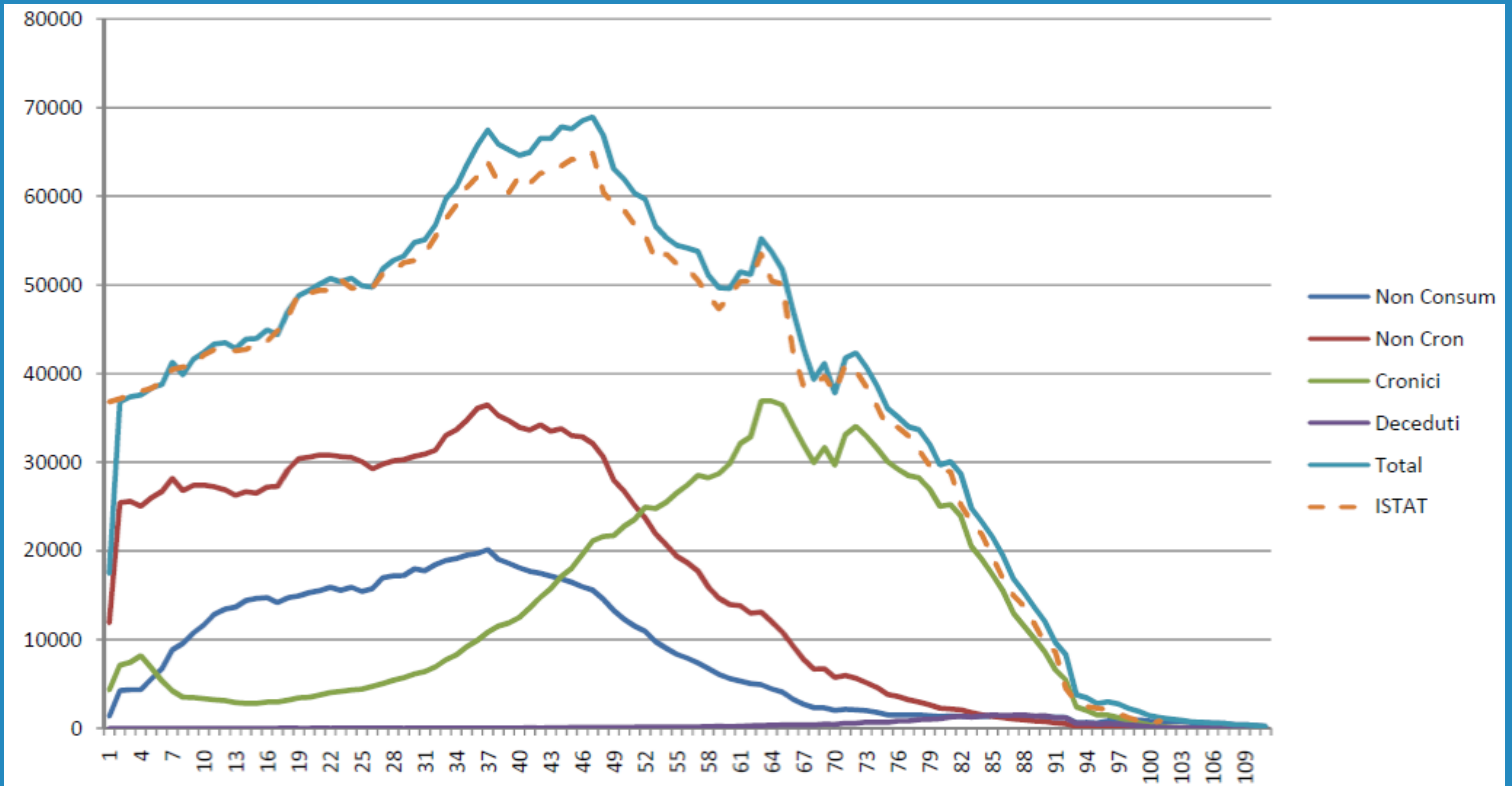
TOTAL
-21%



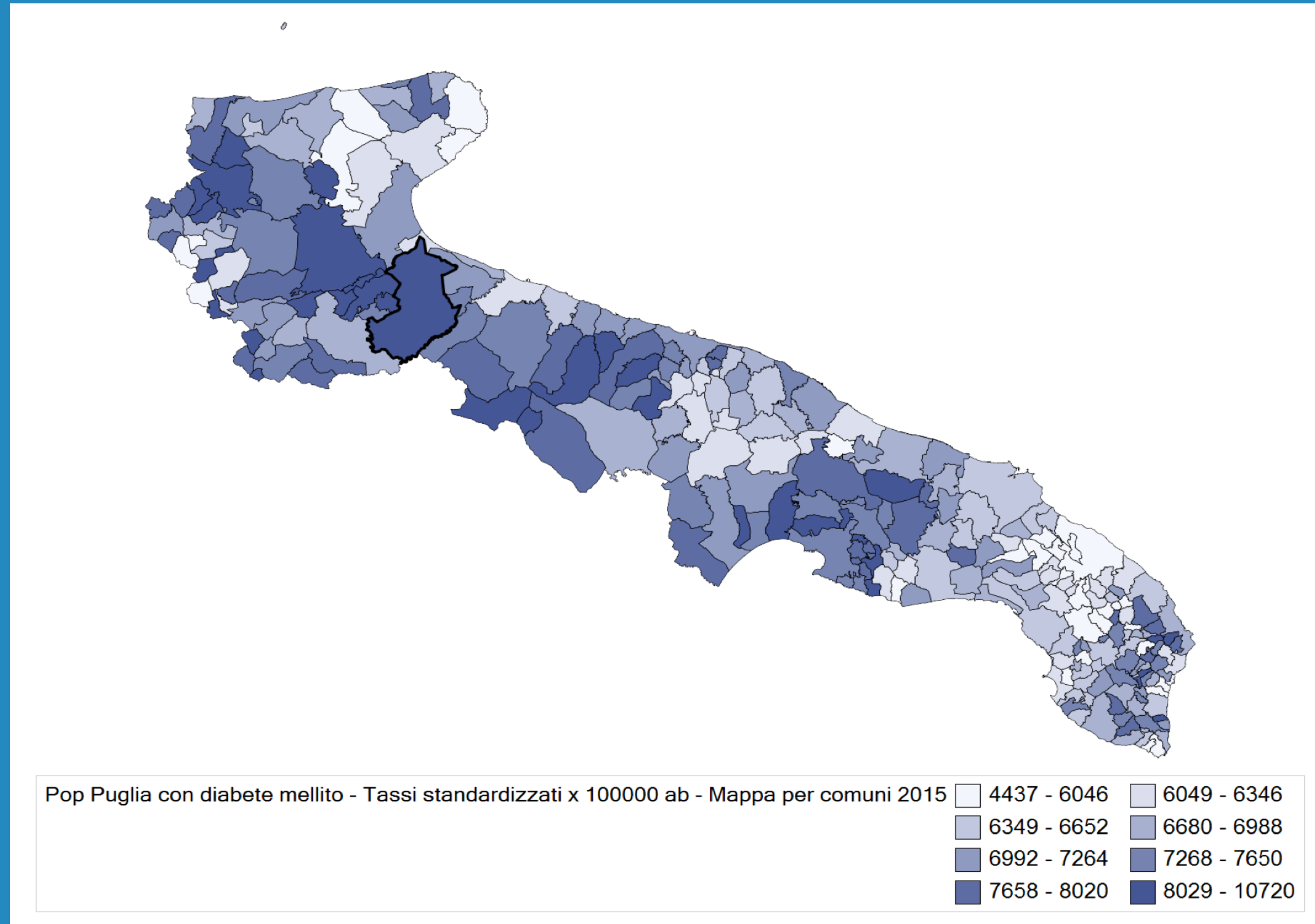


INDICATORE	2016	2015	2014	2013	2012
Numero assistiti BDA	4.385.941	4.387.960	4.395.968	4.396.397	4.419.084
% senza prestazioni	21,7	21,8	21,1	22,3	22,5
N° assistiti cronici	1.722.859	1.709.397	1.739.770	1.704.187	1.670.672
% Cronici	39,3	39,0	39,6	38,8	37,8
Spesa totale	3.646.023.626	3.603.229.867	3.641.322.831	3.609.851.552	3.588.861.874
Spesa totale cronici	3.138.494.324	3.087.032.970	3.140.215.232	3.090.910.901	3.038.103.703
Spesa media cronico	1.821,68	1.805,92	1.804,96	1.813,72	1.818,49
Spesa % cronici	86,07	85,67	86,23	85,62	84,65

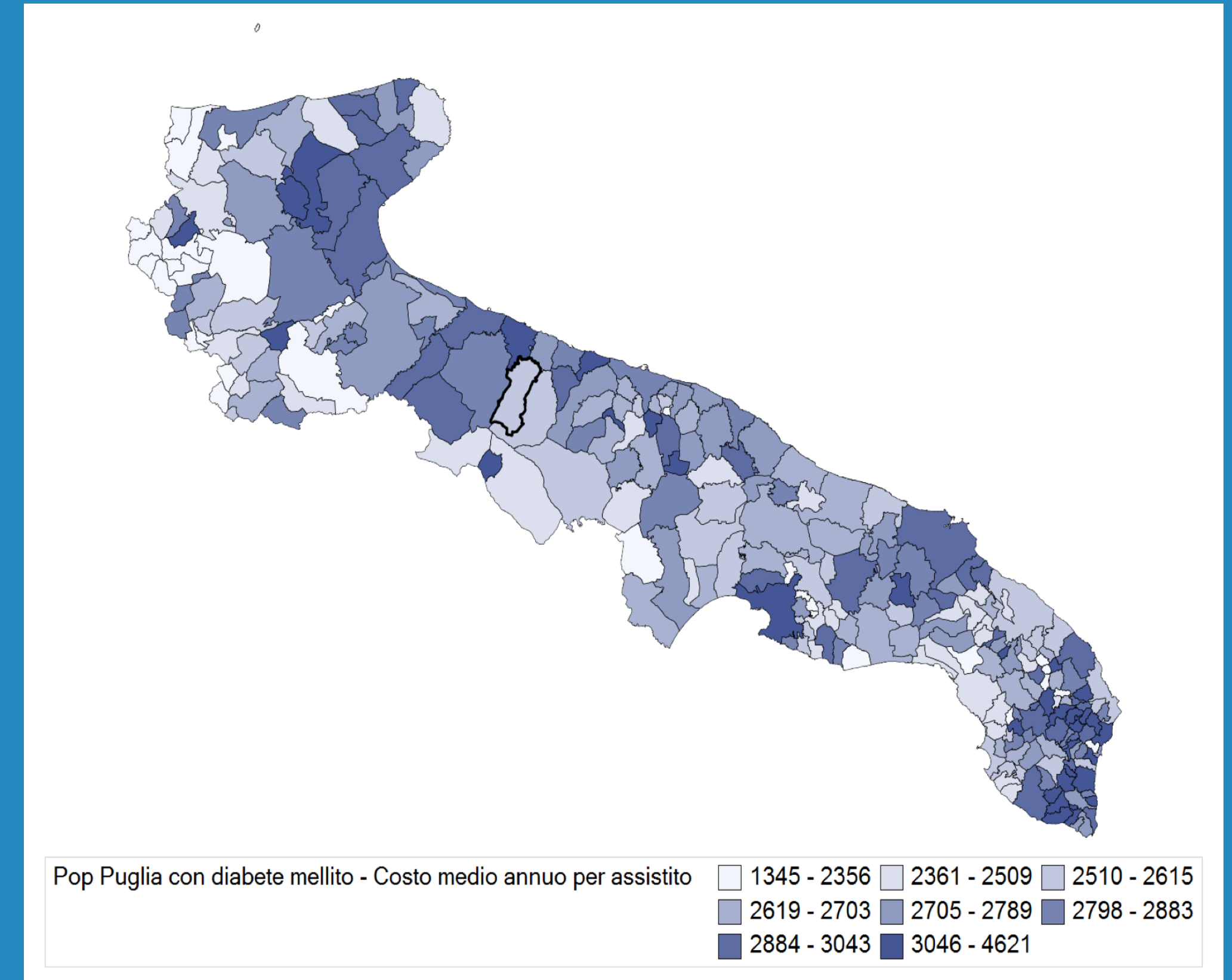
IL CARE PUGLIA 3.0: LA BANCA DATI ASSISTITO



IL CARE PUGLIA 3.0: LA PREVALENZA CRONICA



Distribuzione comunale del costo medio annuo per assistito



Distribuzione comunale del tasso di prevalenza

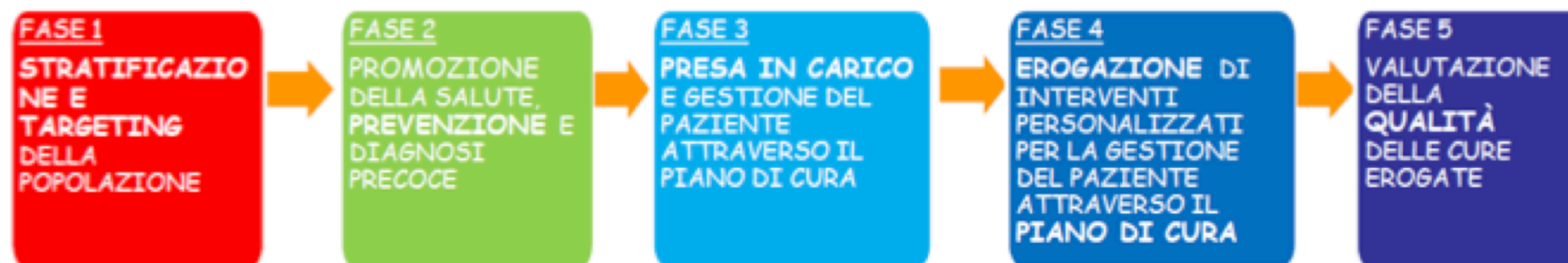
Sperimentazione Puglia Care: durata 24 mesi

Riguarda i soggetti residenti in Regione Puglia, di età superiore a 40 anni

Patologie di interesse:

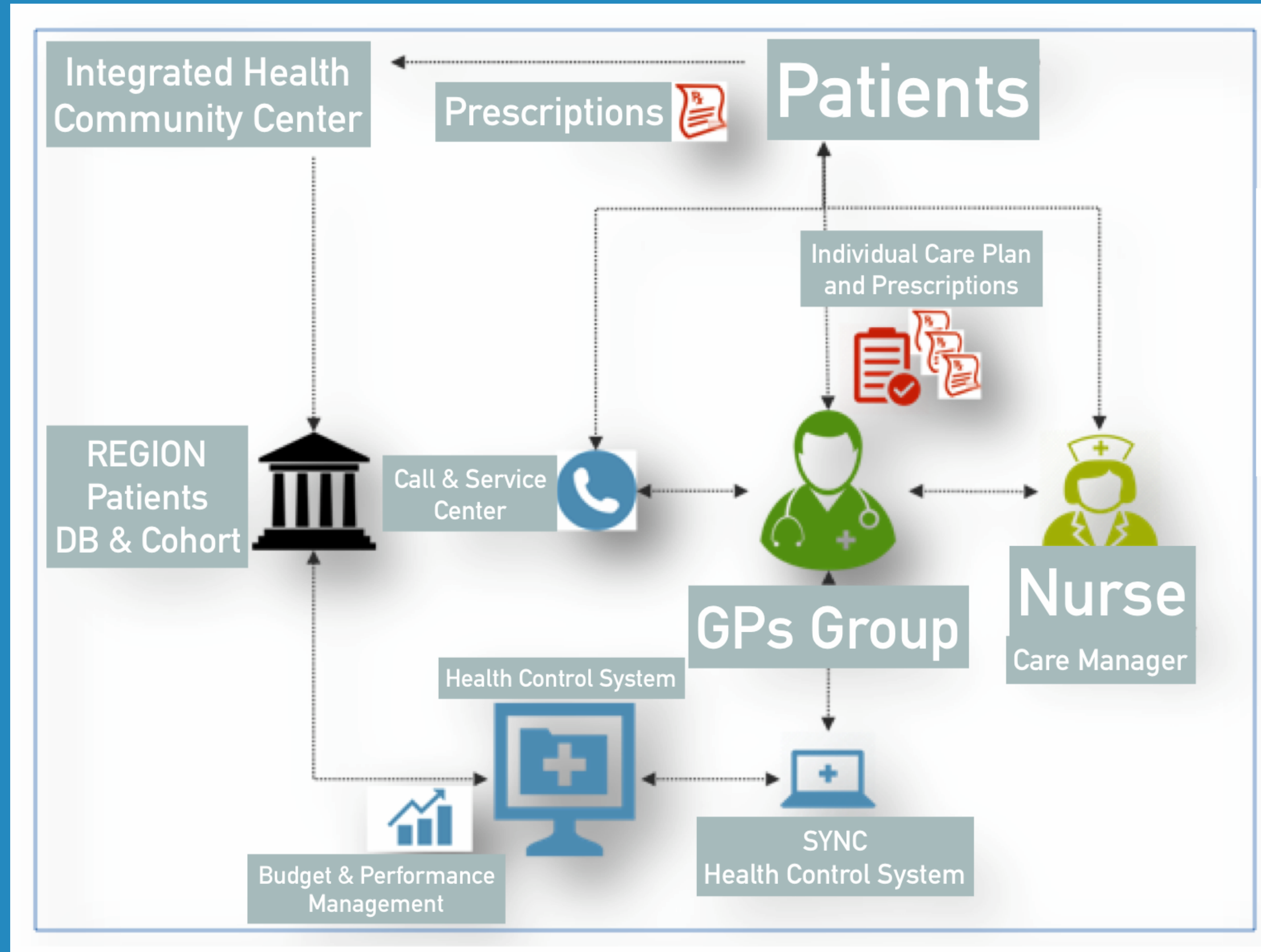
- Diabete mellito
- BPCO
- Ipertensione arteriosa
- Scompenso cardiaco

Si basa sul Model of Innovative and Chronic Conditions (ICCC):



Possono aderire tutti i **Medici di Assistenza Primaria con infermiere e collaboratore di studio**

IL CARE PUGLIA 3.0: L'ARCHITETTURA



Regione/AReSS

- Predispongono gli elenchi dei pazienti (BDA)
- Definiscono il sistema di valutazione
- Definiscono il fabbisogno e organizzano l'offerta (DSS)
- Eseguono il monitoraggio del programma
- Effettuano la valutazione
- Favoriscono la formazione

MMG

- Valida gli elenchi (30gg)
- Recluta i soggetti eleggibili (90 gg)
- Inquadra sul piano clinico e sociale le esigenze del paziente
- Disegna il percorso assistenziale (tipologia e cadenza dei controlli, terapia educativa e farmacologica)
- promuove l'adesione al percorso
- si rende garante dell'appropriatezza e dell'efficacia della presa in carico
- Può erogare prestazioni di I livello previste dal PAI, anche in telemedicina

Care Manager

- Case manager: figura professionale di assistenza ma anche di collegamento tra i diversi attori del percorso assistenziale, favorendo l'integrazione e fungendo da tutor del paziente
- Eroga prestazioni infermieristiche

Collaboratore di Studio

- Data entry
- Prenotazioni CUP
- Scadenze e Recall

Specialistica

- Consulenza per inquadramento diagnostico
- Collaborazione per piano educativo e terapeutico
- Esecuzione prestazioni per follow up
- Eventuali approfondimenti

		Tutte	DIABETE	IPERTENSIONE	BPCO	SCOMPENSO
Medici AP	N	3.668	3.517	3.567	3.384	3.395
Assistiti	N	1.080.424	266.041	960.080	173.478	224.740
Per ciascun Medico AP	Media	295	76	269	51	66
	Dev std	169,7	41,1	147,9	27,8	35,5
	Mediana	337	83	302	53	69
	Minimo	1	1	1	1	1
	Massimo	657	231	614	169	226
Classe di rischio	N. assistiti					
	<=0	124.188	16.824	88.390	20.350	941
	1-2	452.351	52.675	404.096	38.925	7.092
	3-5	312.140	104.835	281.968	54.417	86.970
	6-9	162.799	76.462	157.123	45.918	107.686
	>10	31.200	15.776	30.119	14.144	22.367
	N. assistiti/Medico AP					
	<=0	34	5	25	6	0
	1-2	123	15	113	12	0
	3-5	85	30	79	16	1314
	6-9	44	22	44	14	3035
	>10	9	4	8	4	324
	Costo procapite					
	<=0	1297.60	1329.36	1398.63	1170.04	2395.55
	1-2	1447.38	1962.17	1429.94	1848.75	2236.74
	3-5	2573.84	2720.95	2566.15	3050.45	2520.89
	6-9	3856.58	4081.19	3847.98	4629.95	3903.39
	>10	5185.37	5462.98	5198.1	5813.51	5312.94

722 MMG
potenzialmente
coinvolti (510 in
forme complesse)
per 175.000
pazienti circa della
classi di rischio 0-5
(secondo DDCl)

Si fonda non su meccanismi di risparmio di spesa ma sul riconoscimento dell'ulteriore impegno gestionale e assistenziale richiesto ai MMG e sull'assegnazione di obiettivi di salute.

Si compone di due parti:

- Una quota fissa legata all'arruolamento dei pazienti, pari a 25 euro/paziente reclutato.
- Una quota variabile, legata all'erogazione delle prestazioni specialistiche integrative di diagnostica (es. spirometria, ECG anche in telecardiologia, ecc.) eseguite dal medico di AP nell'ambito del PAI, che dovranno essere registrate sulla piattaforma di interfaccia con il SSR

Tale valorizzazione economica costituisce la base di calcolo per il riconoscimento di un maggior numero di ore di disponibilità del collaboratore di studio e di infermiere professionale, per garantire l'efficienza e l'efficacia della presa in carico.

Resta inteso che il riconoscimento economico costituisce un rimborso e non potrà superare quanto effettivamente speso.