

**MODELLO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE
PER LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CON MALATTIA CRONICA
SECONDO QUANTO DECLINATO DAL PIANO NAZIONALE DELLA CRONICITÀ**

Allegato A

Decisione Comitato Tecnico Scientifico n. 32 del 12/07/2023



Regione Toscana



Articolazione funzionale dell'Organismo Toscano per il Governo Clinico, ai sensi dell'art. 49 ter della l.r. 40/2005:

- a) Coordinatore;
- b) Ufficio di coordinamento;
- c) Comitato tecnico scientifico

Coordinatore dell'OTGC
Prof. Stefano Grifoni

Supporto amministrativo:
Roberta Bottai
Stefania Della Luna
Giuseppina Agata Stella

Il presente documento è stato prodotto da un gruppo multidisciplinare di esperti su mandato dell'Organismo Toscano per il Governo Clinico (istituito con Legge regionale 24 febbraio 2005 n. 40, modificata con Legge regionale 25 luglio 2017 n. 36).
L'intero documento in formato PDF è consultabile sul sito Internet della Regione Toscana al seguente indirizzo: <http://www.regione.toscana.it/pubblicazioni>
Chiunque è autorizzato, per fini informativi, di studio o didattici, a utilizzare e duplicare i contenuti di questa pubblicazione, purché ne citi la fonte.

Modello terapeutico assistenziale per la presa in carico del paziente con malattia cronica secondo quanto declinato dal piano nazionale della cronicità

Composizione del Gruppo di lavoro:

Pietro Claudio Dattolo (coordinatore), Sergio Baglioni, Stefano Bombardieri, Luciano Gabbani, Pamela Gallo, Giulia Innocenti Bruni, Fabio Marra, Monica Milla, Bernardo Salani, Gabriele Siciliano, Chiara Somma, Serafina Valente

Premessa

Il mondo della cronicità è in progressiva crescita, anche perché la medicina è sempre più efficace nella cura dell'acuzie, e comporta un notevole impegno di risorse. Sono necessari una continuità assistenziale permanente, una forte integrazione dei servizi sanitari con quelli sociali, servizi residenziali e territoriali finora ancora non del tutto adeguati.

Caratteristiche delle patologie croniche e loro esigenze assistenziali sono, fra l'altro, la continuità nel tempo, una eziopatogenesi multifattoriale, la necessità di cure continue e non risolutive, la indisponibilità di una terapia causale, la impossibile guarigione completa; occorre una assistenza sanitaria a lungo termine che si configura come presa in carico globale del paziente da parte di personale sanitario adeguatamente formato.

L'obiettivo terapeutico è dunque, la gestione dei sintomi, delle riacutizzazioni e la garanzia di una maggiore qualità di vita per il paziente e per i familiari.

Il 15 settembre 2016 è nato, da un accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, il Piano Nazionale della Cronicità (PNC)* per l'esigenza di armonizzare a livello nazionale le attività in questo campo. Il PNC è un documento, condiviso con le Regioni, che, compatibilmente con la disponibilità delle risorse economiche, umane e strutturali, individua un disegno strategico comune inteso a promuovere interventi basati sulla unitarietà di approccio, centrato sulla persona ed orientato su una migliore organizzazione dei servizi e una piena responsabilizzazione di tutti i professionisti coinvolti nel percorso assistenziale. Il fine è quello di contribuire alla presa in carico totale delle persone affette da patologie croniche da parte delle strutture sanitarie e sociosanitarie, riducendo il peso sull'individuo, sulla sua famiglia e sul contesto sociale, migliorando la qualità di vita, rendendo più efficaci ed efficienti i servizi sanitari in termini di prevenzione e assistenza e assicurando maggiore uniformità ed equità di accesso ai cittadini.

La gestione della cronicità rappresenta quindi una sfida, oltre i limiti delle diverse istituzioni, superando i confini tra servizi sanitari sociali, tra ospedale e territorio, dove l'integrazione tra professionalità diverse diventa fondamentale.

La regione Toscana ha recepito il PNC (secondo l'accordo della CSR) con deliberazione n. 826 del 23 luglio 2018.

La Toscana ha una popolazione di 3.750.000 abitanti che hanno una età media di 47,8 anni.

Dati ARS riferiscono (per difetto) per singola patologia cronica in regione Toscana nell'anno 2022, 250.692 pazienti affetti da diabete, 80.040 pazienti con insufficienza cardiaca, 153.750 con cardiopatia ischemica, 56.331 pazienti affetti da BPCO, 46.490 pazienti con malattia renale cronica avanzata, 65.736 con malattie reumatiche, 31.188 con malattie infiammatorie intestinali, 51.665 affetti da demenza, 16.685 con morbo di Parkinson, 35.134 con epilessie, 9.298 con sclerosi multipla e 67.354 con esiti di ictus.

La spesa sanitaria per la cronicità aumenta in maniera esponenziale ogni anno.

Questo documento ha la finalità di attuare a livello regionale il PNC, proponendo modelli di presa in carico dei pazienti affetti da malattie croniche che rendano più efficaci ed efficienti i servizi sanitari. Occorre avere una condivisione gestionale tra medici di medicina generale, specialisti ospedalieri, infermieri ospedalieri e territoriali e altri attori del sistema sanitario, per costruire piani di cura personalizzati della cronicità e delle sue riacutizzazioni, che considerino la stratificazione prognostica e il contesto socio economico del paziente.

Alla stregua del PNC il documento regionale si svilupperà in una prima parte che definisce la proposta di gestione generale del paziente con malattia cronica e una seconda parte che vede elaborate le proposte per singola specialistica medica, ciascuna secondo le proprie peculiarità.

Saranno oggetto del lavoro le seguenti malattie croniche specialistiche:

malattie renali

malattie reumatiche

malattie gastrointestinali ed epatiche

malattie cardiovascolari (scompenso cardiaco)

malattie neurodegenerative e neurologiche

malattie respiratorie croniche

Obiettivi

L'obiettivo principale è quello di contribuire ad una maggiore tutela della persona affetta da malattia

cronica, riducendo il carico sul paziente stesso e sui familiari (o caregivers), e la riduzione della progressione della malattia, considerandone il contesto sociale e la qualità di vita.

Potrebbe essere utile considerare anche un elemento più direttamente collegabile alla qualità di vita del paziente con malattia cronica e conseguente disabilità, ossia sviluppare il senso di appartenenza e l'inclusione al progetto da parte del paziente e dei familiari, aumentandone la compliance verso i protocolli di prevenzione secondaria e terapeutici del caso, con figure intermedie, prima fra tutte quella dell'infermiere come case manager.

È necessario assicurare i contatti fra i professionisti ai fini di una azione congiunta nell'interesse del paziente.

La gestione della cronicità rappresenta quindi una sfida, oltre i limiti delle diverse istituzioni, superando i confini tra servizi sanitari sociali, tra ospedale e territorio, dove l'integrazione tra professionalità diverse diventa fondamentale

Il modello di presa in carico del paziente con malattia cronica permetterà la riduzione degli accessi in DEA e dei ricoveri ospedalieri ordinari a causa della riacutizzazione della patologia.

Ciò consentirà, oltre al miglioramento della qualità della vita dei pazienti e dei familiari, di ottenere un risparmio economico per la Regione.

Sarà inoltre possibile controllare e ridurre gli episodi di riacutizzazione. La gestione del paziente con malattia cronica da parte del medico di medicina generale sarà più agevole grazie al modello assistenziale che permetterà una più stretta collaborazione MMG-specialista ospedaliero di riferimento-DS ospedalieri e territoriali.

Metodologia e modalità operative

1.Strutture di cronicità

In ospedale si curano gli acuti che sono ben diversi dai cronici riacutizzati (limite del modello ad intensità di cure) che dovrebbero avere setting predefiniti. L'ospedale va concepito come uno snodo di alta specializzazione del sistema di cure per la cronicità, che interagisca con la specialistica ambulatoriale e con l'assistenza primaria, attraverso nuove formule organizzative che prevedano la creazione di reti multispecialistiche dedicate.

Il Regolamento n. 70 del 2 aprile 2015 reca la definizione degli standard ospedalieri. Tale regolamento prevede che le iniziative di continuità ospedale territorio possano anche prevedere la disponibilità di strutture intermedie, la gestione di alcune situazioni di riacutizzazione a domicilio mediante gruppi multidisciplinari, programmi di ospedalizzazione domiciliare per particolari ambiti clinici, centri di comunità/poliambulatori, strutture di ricovero nel territorio gestite anche dai medici di medicina generale.

Le "strutture di cronicità" dovranno essere attive h12, essere situate all'interno di reparti ospedalieri o realizzate all'interno delle case e degli ospedali di comunità.

Tali strutture prevederanno la modalità di accesso diretto, previo contatto telefonico fra MMG e ospedaliero nel caso la struttura sia sita all'interno dell'ospedale.

La presa in carico iniziale e principale, vedrà la valutazione congiunta del paziente da parte di MMG e specialista ospedaliero, anche in team multispecialistico in caso di comorbidità. Potranno essere coinvolti nella gestione del paziente, dalla prima valutazione anche psicologo clinico, assistente sociale, nutrizionista, fisioterapista, infermiere ospedaliero e infermiere territoriale. La valutazione multidisciplinare sarà finalizzata a stabilire un piano di cura personalizzato per il singolo paziente e si tradurrà nella organizzazione di una serie di accessi programmati per esecuzione di visite specialistiche ed esami periodici. La rivalutazione periodica permetterà di adeguare il PCP nel tempo in relazione alle variazioni cliniche e psico-sociali.

Nei casi in cui vi siano i criteri clinici prognostici di necessità, e socio assistenziali di fattibilità, sarà favorita la gestione domiciliare attraverso la figura professionale dell'infermiere territoriale e con l'appoggio del medico di medicina generale e con l'implementazione di cure palliative quando indicato.

In caso di riacutizzazione non gestibile sul territorio e dalla struttura di cronicità ospedaliera sarà garantito l'accesso al DEA o a ricovero in elezione.

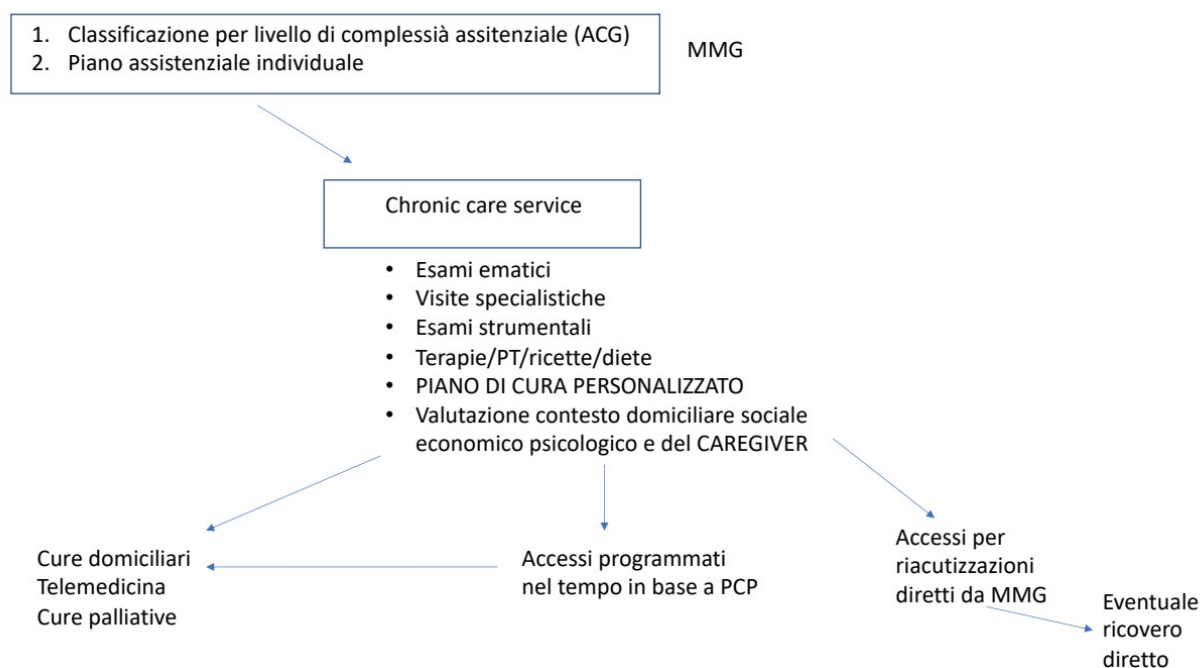
Questo strumento offre quindi la possibilità di diretta collaborazione con i medici di medicina generale che possono far afferire direttamente i pazienti alle strutture di cronicità o in ospedale, riducendo gli accessi in DEA, spesso impropri, nel malato cronico, garantendo la migliore assistenza possibile.

Sviluppo e utilizzo di quanto la telemedicina ci offre (dettaglio nelle diverse declinazioni specialistiche).

2. Realizzazione di specifici PDTA o documenti di indirizzo

Saranno elaborate in allegato i modelli per singole specialità mediche.

Nello schema seguente è riassunto il modello organizzativo proposto.



Risultati attesi

Riduzione del numero di accessi in DEA per riacutizzazione di patologie croniche, riduzione dei ricoveri ospedalieri ordinari per riacutizzazione di patologie croniche, riduzione della progressione della malattia, miglioramento qualità della vita dei pazienti con malattia cronica. Risparmio economico consistente.

Bibliografia