

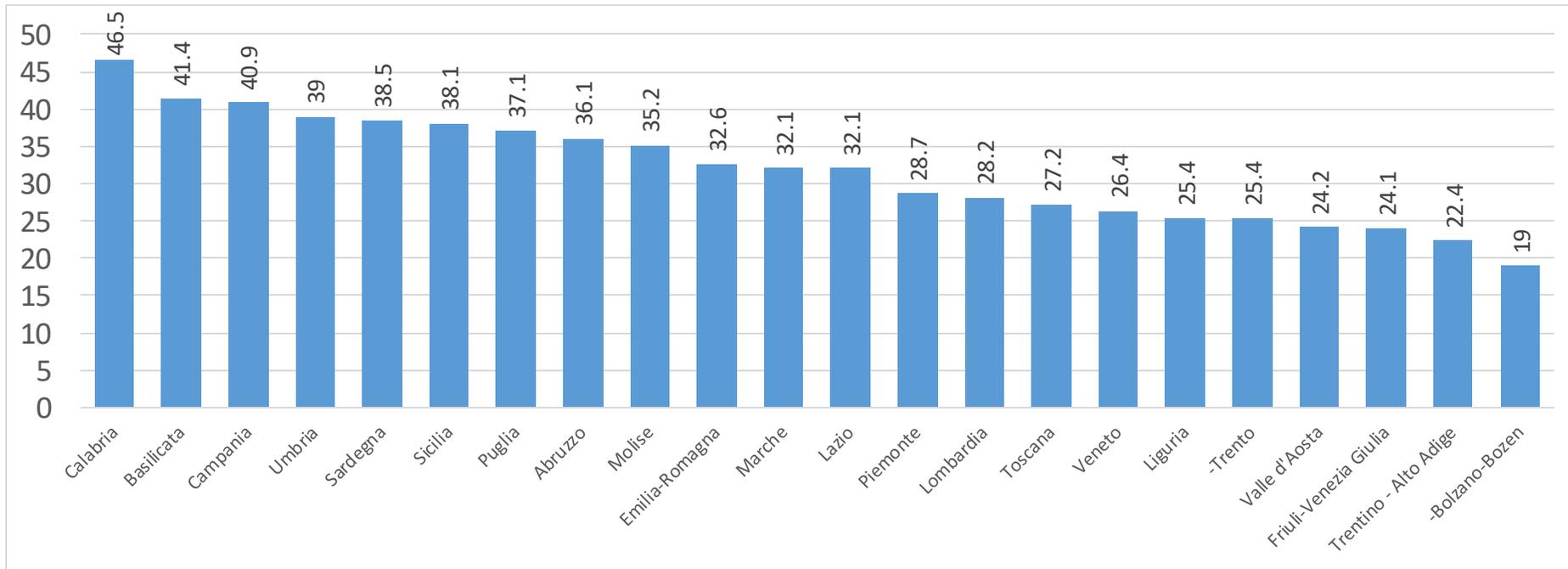
# Principi di gestione delle patologie croniche complesse

Graziano Onder

Istituto Superiore di Sanità

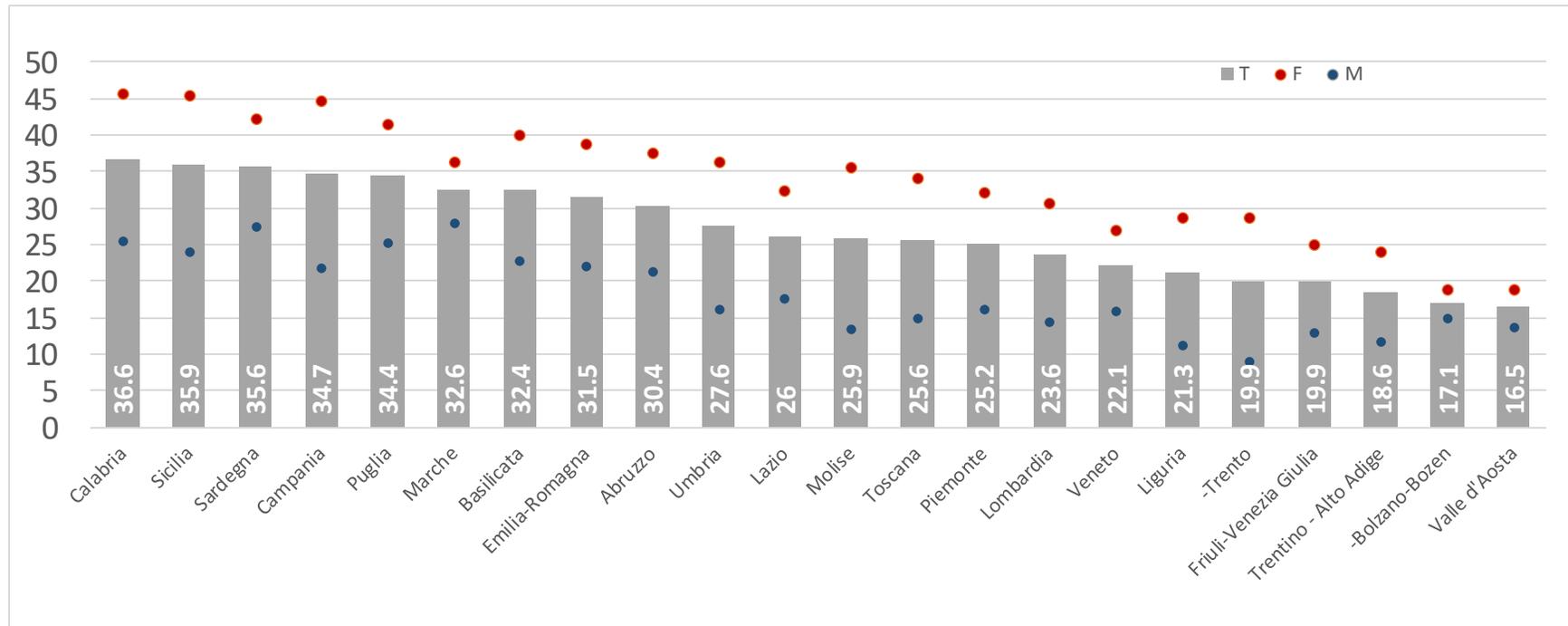
Università Cattolica del Sacro Cuore

# Persone di 65 anni e più con almeno 3 patologie croniche di cui almeno una grave per Regione.



Fonte: dati Istat, Indagine Europea sulla salute (EHIS) 2019

# Persone di 65 anni e più che dichiarano difficoltà nelle ADL o IADL per Sesso e Regione.



Fonte: dati Istat, Indagine Europea sulla salute (EHIS) 2019



# Popolazione anziana 65 anni o +

14 milioni



Fragilità  
max



Fragilità

No fragilità

# Principi di Gestione

## 1. Stratificazione

# Stratificazione

## OBIETTIVO

Sviluppare, validare e implementare **sistemi di stratificazione del rischio** per la presa in carico degli assistiti sulla base della complessità clinica (es. per presenza di comorbidità), del livello di rischio (es. per rischio di ospedalizzazione o di morte), del bisogno di salute (es. integrando aspetti sanitari e sociali) e del consumo di risorse, nonché per differenziare strategie di intervento.

## LINEE DI INTERVENTO

1. Promuovere la definizione di una metodologia per l'implementazione di **sistemi di stratificazione standardizzati**
2. Coinvolgere **i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta** nelle attività di alimentazione di dati dei propri pazienti
3. Definire un flusso delle **prestazioni erogate in regime privato**;
4. Promuovere l'implementazione di **registri previsti nel DPCM 3 Marzo 2017**;
5. Promuovere **l'integrazione di dati sanitari, sociali ed economici**
6. Rafforzare le attività di **formazione** di tutto il personale che è tenuto all'alimentazione dei flussi.

## Indici di fragilità

Gli indici di fragilità integrano informazioni su:

- **condizioni croniche**, utilizzando segnali e prestazioni capaci di “tracciare” la patologia.
- **fattori di vulnerabilità socio-economica, sindromi geriatriche, aspetti funzionali** che possono condizionare lo stato di salute e i bisogni di assistenza anche attraverso l'utilizzo dei flussi dati di istituzioni non sanitarie



## Health Search - Frailty Index (HS-FI)

$$\frac{\text{Numero di deficit presenti}}{\text{Numero di deficit potenziali}} < 1$$

$$\frac{10}{30} = 0.33$$

### DEFICIT

Malattie  
 Sindromi  
 Segni  
 Sintomi  
 Disabilità  
 Caratteristiche socioec.



DEFICIT	Prevalenza
Demenza / declino cognitivo	7.33%
Disabilità severa	5.29%
Malattia cerebrovascolare	7.85%
Cancro	11.99%
BPCO	13.59%
Cardiopatia ischemica	13.58%
Scompenso cardiaco	3.04%
Insufficienza renale	6.30%
Fibrillazione atriale	5.29%
Parkinson / parkinsonismi	2.84%
Frattura di femore	1.47%
Anemia	15.68%
Difficoltà economiche	53.07%
Nuova prescrizione ossigeno	0.30%
Ricovero nei 6 mesi precedenti	3.77%
Ulcere cutanee	1.12%
Bradycardia e disordini di conduzione	3.63%
Altre malattie neurologiche (paralisi, distonie etc)	0.99%
Stipsi	1.71%
Eparina a basso peso molecolare	3.52%
Vasculopatia periferica	1.94%
Problemi nutrizionali	0.28%
Diabete mellito	18.20%
Schizofrenia	0.66%
Edemi	0.21%



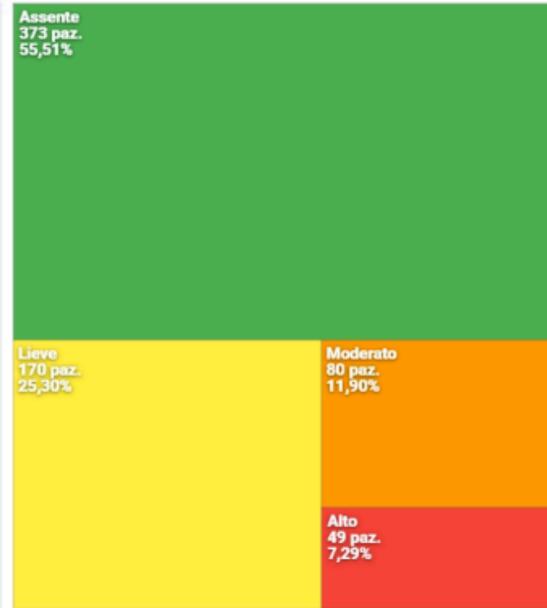
## POPOLAZIONE DI UN MEDICO DI MEDICINA GENERALE

**Popolazione totale : 1596 assistiti**  
**Ultrasessantenni: 672 Fragili: 299**

### Score di Fragilità (Frailty-HS Score)

\*Questo score stadia il paziente in base al suo livello di Fragilità che si basa sul rischio di decesso nei successivi tre anni.

#### Pazienti con livello di Fragilità (Frailty-HS)\*



#### Distribuzione per età dei pazienti con livello di Fragilità (Frailty-HS)\*



Visualizza tutti i pazienti con livello di Fragilità (Frailty-HS)\*

### Informazioni Utili



Le specifiche clinico-scientifiche di questo modulo sono definite e validate da S.I.M.G. (Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie)

Lo score di Fragilità (**Frailty-HS**) stadia il paziente ultra sessantenne in base al suo livello di fragilità che si basa sul rischio di decesso nel corso dei tre anni di follow-up.

#### Selezione dei potenziali deficit

Lo score viene ottenuto mediante la combinazione dei **25 deficit** di seguito elencati.

**Caratteristiche della popolazione alla data di calcolo dello score (senza limitazioni temporali):**

1. Alto livello di disabilità
2. Deficit cognitivo
3. Stroke
4. BPCO
5. Scoppio Cardiaco
6. Malattie ischemiche
7. Ulcerazioni croniche della pelle
8. Fibrillazione Atriale
9. Morbo di Parkinson
10. Neoplasie
11. IRC
12. Anemia
13. Esenzione per reddito
14. Frattura Femore
15. Malattia bradicardica
16. Altre malattie neurologiche
17. Costipazione
18. Malattie vascolari periferiche
19. Malattie nutrizionali
20. Diabete
21. Schizofrenia

# Principi di Gestione

1. Stratificazione
2. Presa in carico

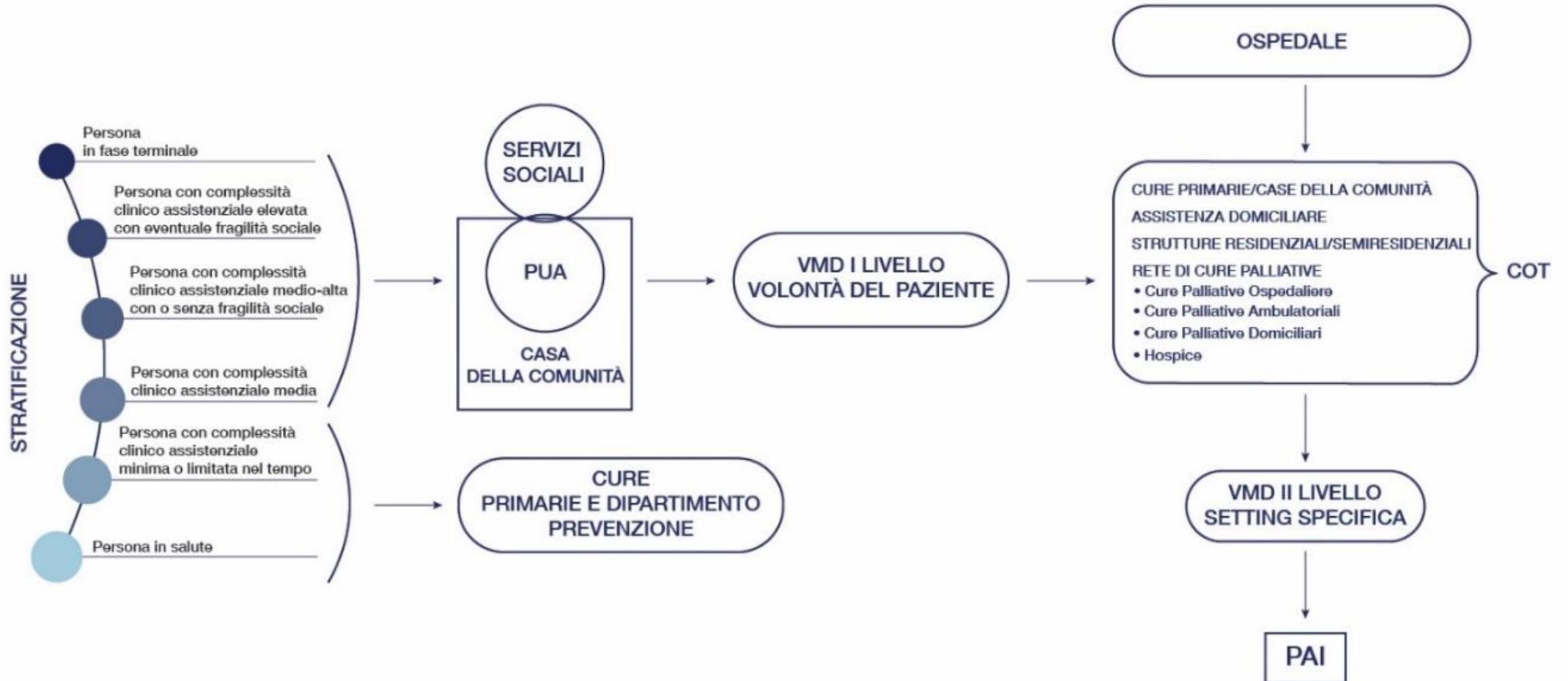
# Presa in carico

## OBIETTIVO

**Migliorare la presa in carico e la gestione del paziente con cronicità** attraverso interventi mirati ad un'ottimizzazione dell'organizzazione e del coordinamento dei servizi sanitari in linea con quanto definito dal DM77/2022 e ad una completa integrazione sociosanitaria.

## LINEE DI INTERVENTO

1. Sviluppare e ottimizzare il ruolo dei **Punti Unici di Accesso (PUA)**.
2. Promuovere lo sviluppo di **strumenti di VMD uniformi**
3. Promuovere modelli di **assistenza globale che integrino aspetti sanitari e sociali.**
4. Valorizzare **l'Infermiere di Famiglia e Comunità** al ruolo ricoperto e all'utilizzo degli strumenti operativi utilizzati.
5. Sviluppare la **rete di cure palliative e terapia del dolore** in linea con la vigente normativa, anche pattizia e gli atti di programmazione nazionale.



# Principi di Gestione

1. Stratificazione
2. Presa in carico
3. Coinvolgimento paziente e caregiver

# Coinvolgimento paziente e caregiver

## OBIETTIVO

Migliorare il **coinvolgimento del paziente e dei suoi caregiver nel piano di cura**, attraverso l'educazione del paziente con cronicità e un'ottimizzazione della comunicazione professionisti sanitari – assistito.

## LINEE DI INTERVENTO

1. Promuovere azioni per lo sviluppo **dell'alfabetizzazione sanitaria**.
2. Promuovere l'attuazione di **percorsi educativi per il paziente e il caregiver**.
3. Promuovere la formazione sulla **comunicazione medico-paziente**, rivolta agli operatori sanitari.
4. Promuovere l'**utilizzo di strumenti (PROMs e dei PREMs)** per misurare il punto di vista dei pazienti sul proprio stato di salute e la loro esperienza durante le cure.

# Principi di Gestione

1. Stratificazione
2. Presa in carico
3. Coinvolgimento paziente e caregiver
4. Monitoraggio

# Coinvolgimento paziente e caregiver

## OBIETTIVO

Promuovere la definizione delle **procedure di monitoraggio e valutazione delle cure** erogate, secondo quanto previsto dal modello organizzativo e assistenziale DM77/2022, in accordo alla metodologia del Nuovo Sistema di Garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza (NSG-LEA) Sperimentazione indicatori PDTA – DM 12 marzo 2019 e del Programma Nazionale Esiti (PNE).

## LINEE DI INTERVENTO

1. Diffondere la metodologia di monitoraggio e valutazione della qualità delle cure erogate: **dagli indicatori di performance del PNE agli indicatori dei PDTA del NSG-LEA;**
2. Implementare sistemi di controllo per **valutare la performance qualitativa delle strutture sanitarie e sociosanitarie**, in accordo al PNE;
3. Individuare delle strategie tecniche e regolatorie di **integrazione dei dati sanitari, sociali e assistenziali per un monitoraggio esaustivo;**
4. Sviluppare metodologie consolidate per la valutazione del punto di vista del paziente: dai ***Patient-reported outcome measures (PROMs)*** ai ***Patient-reported experience measures (PREMs)***.

# Principi di Gestione

1. Stratificazione
2. Presa in carico
3. Coinvolgimento paziente e caregiver
4. Monitoraggio

# Principi di Gestione

1. Stratificazione
  2. Presa in carico
  3. Coinvolgimento paziente e caregiver
  4. Monitoraggio
- criticità



**Forum Risk Management**

obiettivo sanità salute

26-29 NOVEMBRE 2024

19

## JACARDI - Informazioni generali

**Contributo EU: €53 Million**

**Durata: 01 Novembre 2023 – 31 Ottobre 2027**

**Coordinatore: Istituto Superiore di Sanità (Italia)**

**Numero di paesi Europei: 21**

**Numero di Partner: 76**

**Progetti pilota da implementare: 142**



## Progetto JACARDI - Patient journey

- Supportare i paesi dell'UE nella riduzione del carico delle CVD e del diabete e dei relativi fattori di rischio, sia a livello individuale che sociale.
- Rafforzare e promuovere l'implementazione delle best practices e/o di pratiche innovative durante l'intero percorso del paziente

