

Piano Nazionale cronicità.

Documento tecnico – (All. 2)

La definizione che l'OMS ha fornito della malattia cronica (*problemi di salute che richiedono un trattamento continuo durante un periodo di tempo da anni a decenni*) fa rilevare il consistente impegno di risorse umane, gestionali, ed economiche, in termini sia di costi diretti, che di costi indiretti necessari a garantirne il controllo. In Europa si stima che le malattie croniche, nel complesso, siano responsabili dell'86% di tutti i decessi e di una spesa sanitaria valutabile intorno ai 700 miliardi di euro/anno

I dati a disposizione indicano che all'avanzare dell'età le malattie croniche diventano la causa principale di morbidità, disabilità e mortalità e con l'aumento della vita media risulta chiaro l'aumento di incidenza di tali malattie sul totale delle patologie e l'attenzione delle politiche sanitarie su tale problematica.

Il Piano nazionale della cronicità nasce dall'esigenza di armonizzare a livello nazionale le attività in questo campo, proponendo un documento condiviso con le Regioni, che individui 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 gli attori dell'assistenza. Il fine è contribuire al miglioramento della tutela per le persone affette da malattie croniche, riducendone il peso sull'individuo, la sua famiglia ed il contesto sociale, migliorando la qualità di vita con servizi più efficienti ed efficaci in termini di prevenzione e assistenza e assicurando maggiore uniformità ed equità di accesso ai cittadini.

Il documento recepito dall'Accordo sancito in sede di Conferenza Stato-Regioni (Rep. atti 160/CSR del 15 settembre 2016) si compone di due parti:

- ✓ la prima parte definisce a livello nazionale un "disegno strategico" per la gestione della cronicità, che le singole regioni potranno attuare sul proprio territorio in considerazione dei servizi, delle risorse disponibili e di quanto già realizzato;
- ✓ la seconda parte detta linee di indirizzo su patologie con caratteristiche e bisogni assistenziali specifici, individuate attraverso criteri quali la rilevanza epidemiologica, la gravità, l'invalidità, il peso assistenziale ed economico, la difficoltà di diagnosi e di accesso alle cure, ovvero:
 - malattie renali croniche e insufficienza renale;
 - malattie reumatiche croniche: artrite reumatoide e artriti croniche in età evolutiva;
 - malattie intestinali croniche: rettocolite ulcerosa e malattia di Crohn;
 - malattie cardiovascolari croniche: insufficienza cardiaca;
 - malattie neurodegenerative: malattia di Parkinson e parkinsonismi;
 - malattie respiratorie croniche: BPCO e insufficienza respiratoria;
 - insufficienza respiratoria in età evolutiva;
 - asma in età evolutiva;
 - malattie endocrine in età evolutiva;
 - malattie renali croniche in età evolutiva.

Per ciascuna tipologia è previsto un sintetico inquadramento generale; un elenco delle principali criticità dell'assistenza; la definizione di obiettivi generali, specifici, la proposta di linee d'intervento, di risultati attesi e di alcuni indicatori di monitoraggio.

Le linee portanti del Piano possono così essere riassunte:

- **nuova cultura del sistema, dei servizi, dei professionisti e dei pazienti.** Per vincere la sfida contro queste 'nuove epidemie' per il Piano "è necessario coinvolgere e responsabilizzare tutte le componenti, dalla persona con cronicità al 'macrosistema-salute', formato non solo dai servizi, ma da tutti gli attori istituzionali e sociali che hanno influenza sulla salute delle comunità e dei singoli individui";

- **diverso modello integrato ospedale/territorio.** Il Piano ribadisce come “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 e ‘dimissioni assistite’ nel territorio finalizzate a ridurre il drop-out della rete assistenziale, causa frequente di riospedalizzazione a breve termine e di outcome negativi nei pazienti con cronicità”;
- **riorganizzazione attività dei MMG e pediatri per garantire la operatività in stretta connessione con i livelli specialistici multidisciplinari ed i team professionali dedicati,** in grado di prendere in carico il paziente cronico, sia in considerazione della complessità clinica delle patologie croniche e della ricorrente presenza di comorbidità, sia per la necessità di operare in modo coordinato rispetto alle complesse esigenze assistenziali di questa tipologia di utenza.

L’obiettivo principale è quello di influenzare la storia naturale di molte patologie croniche, non solo in termini di prevenzione, ma anche di miglioramento del percorso assistenziale della persona, riducendo il peso clinico, sociale ed economico della malattia Il Piano fornisce, quindi, indicazioni per favorire:

- ✓ il buon funzionamento delle reti assistenziali, con una forte integrazione tra l’assistenza primaria, centrata sul medico di medicina generale e le cure specialistiche;
- ✓ la continuità assistenziale, modulata sulla base dello stadio evolutivo e sul grado di complessità della patologia;
- ✓ l’ingresso quanto più precoce della persona con malattia cronica nel percorso diagnostico-terapeutico multidisciplinare;
- ✓ il potenziamento delle cure domiciliari e la riduzione dei ricoveri ospedalieri, anche attraverso l’uso di tecnologie innovative di “tecnoassistenza”;
- ✓ modelli assistenziali centrati sui bisogni “globali” del paziente e non solo clinici.

La struttura complessiva del documento segna una svolta importante nell’approccio alla malattia: la persona diviene il centro del sistema di cure, con l’obiettivo dichiarato di rendere la persona ed i componenti del suo contesto (caregiver, familiari) consapevoli e corresponsabili nel processo di cura della malattia (empowerment). L’approccio ai bisogni globali di assistenza della persona si realizza attraverso l’individuazione di setting di cura appropriati, definiti grazie all’impegno del MMG e del PLS in collaborazione con team specialistici multidisciplinari, con funzioni assistenziali, di educazione terapeutica, di raccolta dei dati clinici. Questi team comprendono figure cardine dell’assistenza quali: *l’infermiere (che riveste un ruolo primario anche per il follow up infermieristico), il dietista (che garantisce informazioni sullo stato nutrizionale del paziente, sul grado di adesione all’eventuale piano dietetico e sui progressi nel raggiungimento degli obiettivi nutrizionali), l’assistente sociale (per la valutazione dei parametri socio-familiari e indispensabile nei casi “complicati” da difficoltà familiari o contesti sociali “difficili”), lo psicologo (per il sostegno al paziente e nella gestione della comunicazione/relazione), il tecnico della riabilitazione (che favorisce il raggiungimento degli obiettivi terapeutici, ritardando l’insorgenza della disabilità) ecc.*

Nel recepire il Piano Nazionale della Cronicità, è necessario considerare quanto è già stato previsto e realizzato a livello regionale, valutare la conformità degli atti già predisposti alle linee tracciate dal Piano e disporre la implementazione di percorsi già avviati o l’avvio di nuovi percorsi, in virtù delle esigenze delle singole realtà territoriali e aziendali, ma comunque nel tentativo di configurare un disegno unitario nell’approccio alla malattia cronica. Di seguito si riportano alcuni degli atti deliberativi già adottati dalla Giunta regionale nelle materie oggetto del Piano:

- DGR 28.01.2014, n. 41, recante “Linee di indirizzo per il trattamento della Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO)”;
- DGR 28.07.2014, n. 933, recante “Recepimento Accordo del 6 dicembre 2012 tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano sul documento “Piano sulla Malattia Diabete”

- (rep. 233/CSR). Approvazione Percorso Diagnostico–Terapeutico Assistenziale Regionale (PDTA)”;
- DGR 11.02.2013, n. 97, recante “Procedure operative per la gestione della nuova terapia dell’Epatite cronica C (DAA)”;
 - DGR 12.09.2016, n. 1019, recante “Recepimento del ‘Piano Nazionale Demenze’ – Strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell’appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze”;
 - DGR 27.06.2016, n. 705, recante “Aggiornamento accordo regionale per la disciplina dei rapporti con le farmacie pubbliche e private ai sensi dell’art. 8, comma 2, del D. Lgs. 502/92 e s.m.i.”;
 - DGR 27.03.2015, n. 364, recante “Indirizzi sulle attività di Psicologia nel SSR”.

L’esame di quanto realizzato a livello aziendale/territoriale in attuazione dei provvedimenti summenzionati e dei percorsi da attivare in riferimento alle linee tracciate nel P.N.C. richiede un approfondimento tecnico congiunto da parte della Direzione regionale “Salute Welfare. Organizzazione e risorse umane” e delle Aziende sanitarie regionali.

Pertanto si reputa necessario istituire dei gruppi di lavoro che preveda la partecipazione almeno di:

- un esperto clinico;
- un esperto di organizzazione aziendale;
- un infermiere;
- uno psicologo;
- un medico di medicina generale;
- un pediatra di libera scelta.

Ciascun gruppo, costituito con Determinazione direttoriale, su indicazione delle Direzioni Aziendali, sarà coordinato dal Direttore regionale alla “Salute Welfare. Organizzazione e risorse umane” o suo delegato, con il coinvolgimento delle strutture regionali di volta in volta competenti per materia.

Al termine dei lavori ciascun gruppo dovrà produrre un documento finale di sintesi che verrà sottoposto alla valutazione dell’organo politico e costituirà altresì lavoro prodromico al redigendo Piano Sanitario regionale.