



*Ministero della Salute*

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

***IL PIANO NAZIONALE CRONICITA':  
il punto sulla sua attuazione e prospettive future  
anche alla luce dell'emergenza COVID-19***

**maurizio masullo**

“Fragilità, cronicità, territorio: quali sviluppi per i servizi socio-sanitari?”

Expo Sanità, 8 ottobre 2021.

# Alcuni flash sulla gestione della cronicità



# obiettivi di cura

- miglioramento del quadro clinico e funzionale
- **minimizzazione dei sintomi**
- prevenzione della disabilità
- **miglioramento della qualità di vita.**

per realizzarli è necessaria la definizione di **nuovi percorsi assistenziali** in grado di prendere in carico il paziente nel lungo termine, prevenire e contenere la disabilità, garantire la continuità assistenziale e l'integrazione degli interventi sociosanitari.



# UN NUOVO SISTEMA DI ASSISTENZA

- ✓ centrato sui bisogni globali del paziente
- ✓ assistenza multidimensionale, multidisciplinare e multilivello
- ✓ progetti di cura personalizzati a lungo termine
- ✓ razionalizzazione dell'uso delle risorse



# CINQUE GRANDI OBIETTIVI

1. assicurare prevenzione primaria e diagnosi precoce
2. **mantenere un buon controllo della malattia nel tempo**
3. prevenire e curare complicanze, comorbidità, disabilità
4. **garantire la qualità di vita (welfare)**
5. ottimizzare l'uso delle risorse (economiche, umane, strutturali, organizzative).



# le parole chiave

salute «possibile»

paziente persona e  
non caso clinico

bisogni globali del  
paziente

analisi del contesto  
ambientale

mantenimento e  
co-esistenza

accompagnamento

risorse del paziente

empowerment

autogestione  
(self care)

approccio  
multidimensionale  
e di team

costruzione  
condivisa di  
percorsi integrati e  
personalizzati

presa in carico pro-  
attiva

**PATTO DI CURA  
CON IL PAZIENTE E I SUOI CAREGIVER**



# LA PERSONA AL CENTRO DEL SISTEMA DI CURE

- forte integrazione tra assistenza primaria e cure specialistiche
- continuità assistenziale modulata sul grado di complessità della patologia
- ingresso precoce nel PDTA multidisciplinare
- potenziamento delle cure domiciliari (teleassistenza)
- riduzione dei ricoveri ospedalieri
- modelli assistenziali personalizzati (bisogni “globali” del paziente).



# Il Piano nazionale cronicità



*Ministero della Salute*

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

## Piano Nazionale della Cronicità

Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di  
Bolzano del 15 settembre 2016



*Ministero della Salute*

# obiettivi generali

- Armonizza a livello nazionale le attività nel campo della cronicità
- Individua un disegno strategico comune centrato sulla persona
- Contribuisce a migliorare la qualità della vita delle Persone affette da malattie croniche, riducendone il peso sull'individuo, sulla famiglia e sul contesto sociale
- Contribuisce a rendere più efficaci ed efficienti i servizi sanitari in termini di prevenzione e assistenza
- Assicura maggiore uniformità ed equità di accesso



# il percorso di gestione

Il Piano illustra il **macro-processo della gestione della persona con cronicità**, che si sviluppa attraverso cinque fasi:



per ogni singola fase il Piano elenca le principali macroattività, gli obiettivi, le proposte di intervento e i risultati attesi nel percorso di gestione della persona con malattia cronica.

# aspetti trasversali dell'assistenza

disuguaglianze  
sociali, fragilità e/o  
vulnerabilità

diffusione delle  
competenze,  
formazione,  
sostegno alla ricerca

appropriatezza  
nell'uso delle  
terapie e delle  
tecnologie

aderenza alla  
terapia  
farmacologica

sanità digitale

umanizzazione delle  
cure

ruolo  
Associazionismo

ruolo delle farmacie



## cronicità nella SECONDA PARTE

- 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.
- per ciascuna vengono elencate le principali criticità, gli obiettivi generali e specifici, le linee di intervento, i risultati attesi e i principali indicatori di monitoraggio.



- ✓ malattie renali croniche e insufficienza renale
- ✓ artrite reumatoide e artriti croniche in età evolutiva
- ✓ malattie intestinali croniche (rettocolite ulcerosa e Crohn)
- ✓ insufficienza cardiaca (scompenso cardiaco)
- ✓ malattia di Parkinson e parkinsonismi
- ✓ BPCO e insufficienza respiratoria cronica
- ✓ insufficienza respiratoria in età evolutiva
- ✓ asma in età evolutiva
- ✓ malattie endocrine in età evolutiva
- ✓ malattie renali croniche in età evolutiva



## IN GENERALE nella seconda parte:

- viene posta particolare attenzione alla **dimensione multidisciplinare e alla complessità** della gestione delle malattie
- si promuove la **riduzione della disomogeneità** degli interventi sul territorio nazionale e la **piena autonomia e stabilità clinica** del paziente.



# OBIETTIVI ASSISTENZIALI COMUNI

particolare attenzione  
per le condizioni di  
fragilità e/o esclusione  
sociale.

promozione di  
progetti assistenziali  
appropriati e  
personalizzati (PAI)

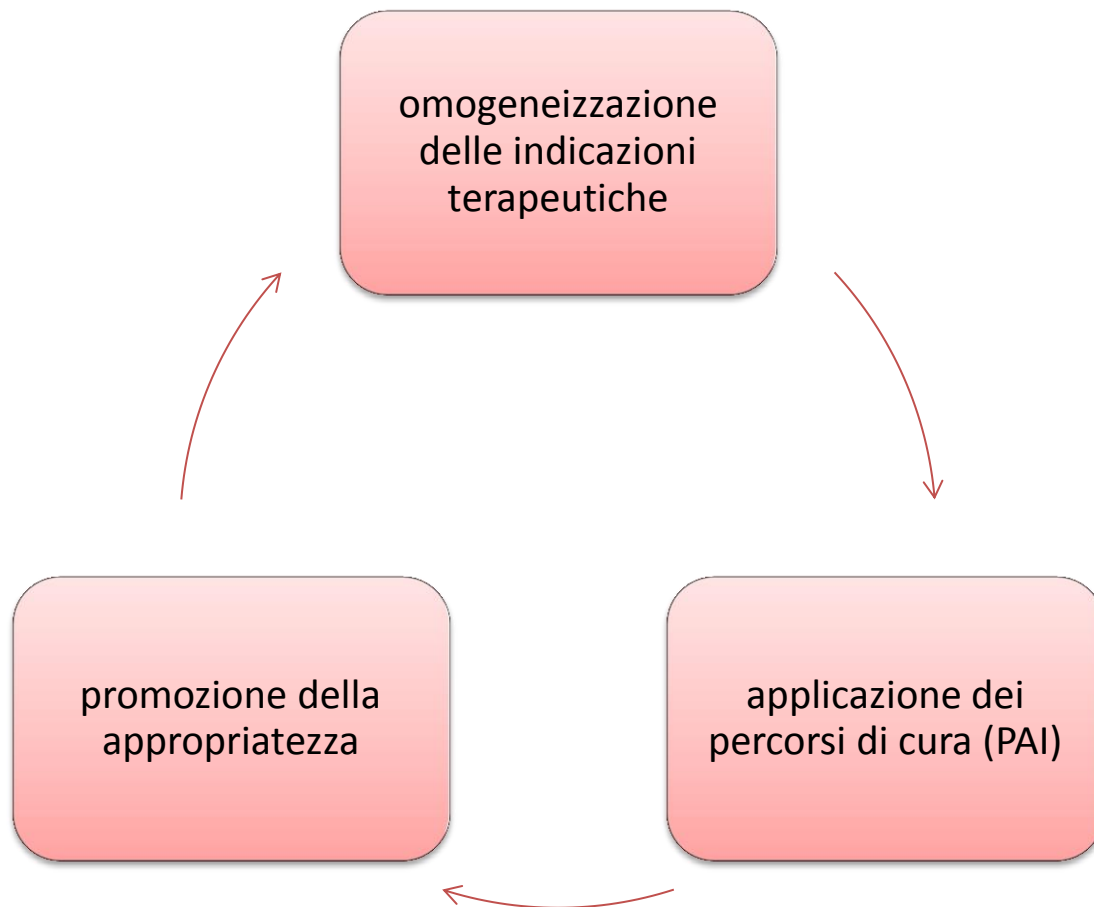
adozione di PDTA  
condivisi,  
codificati in base  
ai bisogni  
assistenziali

personalizzazione delle terapie  
farmacologiche

domiciliarità delle  
cure



# LINEE DI INTERVENTO COMUNI



# Gli sviluppi del PNC

RECEPIMENTO DEL PIANO

CABINA DI REGIA NAZIONALE

PON GOV «RESILIENZA»

PON GOV «CRONICITA'»

NUOVA CABINA DI REGIA

COVID 19 e CRONICITA'



# Recepimento del Piano

- Il Piano è ormai stato formalmente adottato da quasi tutte le Regioni e PPAA con delibera
- **La Lombardia redatto un proprio Piano che recepisce molti degli aspetti del PNC**
- L'implementazione del Piano ed il monitoraggio della sua applicazione sono obiettivi della Cabina di regia Nazionale del PNC



# Cabina di Regia

- La **CABINA DI REGIA NAZIONALE**, con durata triennale, ha il compito di coordinare a livello centrale l'implementazione del Piano e monitorarne l'applicazione e l'efficacia.
- La prima Cabina di regia è stata istituita con **dm 11 dicembre 2017**



# composizione della prima Cabina di Regia

Ministero della  
Salute  
(DGPROGS- DGPREV)

Conferenza delle  
Regioni

ISS

Agenas

ISTAT

FNOMCeO

FISM

FOFI

IPASVI

Ordine Psicologi

CnAMC  
Federanziani

Esperti nominati  
dal Ministro



# obiettivi specifici della Cabina

guidare e gestire gli interventi previsti dal Piano definendone la tempistica

coordinare le attività per il raggiungimento dei singoli obiettivi di Piano

monitorare la realizzazione dei risultati

**promuovere l'analisi e il confronto sulle esperienze locali di nuovi modelli di gestione della cronicità**

**diffondere i risultati delle buone pratiche e promuovere la loro adozione sul territorio nazionale**

raccogliere dati e informazioni sui costi connessi alla gestione della cronicità

valutare nuovi sistemi di remunerazione e formulare proposte in merito

produrre una relazione periodica sugli obiettivi realizzati

proporre l'aggiornamento del Piano

proporre la produzione e l'inserimento nella II parte del Piano di capitoli dedicati ad altre patologie croniche



# RILEVAZIONE DELLE ESPERIENZE REGIONALI (2018)

attraverso un  
**questionario**  
relativamente  
ai seguenti  
aspetti:

- strumenti di stratificazione della popolazione
- modelli di integrazione tra servizi per la presa in carico della cronicità
- PDTA regionali (DM e cronicità oggetto della seconda parte del PNC)



il rilevamento è  
iniziato ad aprile  
2018

hanno inviato il  
questionario 18 tra  
Regioni e PPAA

Valle d'Aosta  
Piemonte  
Lombardia  
Veneto  
PA Trento  
PA Bolzano  
FVG  
Emilia-Romagna  
Toscana  
Marche  
Umbria  
Lazio  
Abruzzo  
Molise  
Puglia  
Basilicata  
Sicilia  
Sardegna



# Stratificazione della Cronicità

Un Sistema di stratificazione della cronicità è stato attivato e consolidato da 6 regioni sulle 18 considerate (Lombardia, Veneto, P.A. Bolzano, E. Romagna, Umbria, Puglia) e risultava essere in fase di programmazione nelle altre Regioni.

I sistemi attivati utilizzano i flussi nazionali e regionali (anagrafe assistiti, esenzioni, farmaceutica territoriale, file F, specialistica ambulatoriale, SDO, ADI, ecc) e si basano prevalentemente su diagnosi dirette (MMG/PLS, SDO, ecc).



# Modelli di integrazione

Relativamente ai modelli di integrazione, 17/18 regioni hanno approvato atti programmatori per favorire l'integrazione tra servizi e operatori nella gestione delle malattie croniche (Piemonte, Lombardia, Veneto, FVG, PA TN, PA BZ, RER, Toscana, Marche, Umbria, Lazio, Abruzzo, Molise, Puglia, Basilicata, Sardegna, Sicilia);

Tali atti programmatori disciplinano: accreditamento (Lombardia, FVG, Toscana, Marche, Umbria), contratti con soggetti erogatori (Lombardia, FVG, PA TN, Marche, Umbria), remunerazione MMG ( VdA, Lombardia, Veneto, FVG, PA TN, Toscana, Umbria, Lazio), remunerazione ADI ( VdA, FVG, Marche , Umbria), remunerazione residenzialità (VdA, FVG, PA TN, Marche Umbria).

# PDTA regionali

Le informazioni acquisite indicano una **grande variabilità**. Tutte le Regioni hanno dichiarato di adottare PDTA per le malattie croniche (ad eccezione della Lombardia che usa Set di riferimento)

Relativamente alle singole patologie, per il **diabete nell'adulto** vengono adottati PDTA in 14 Regioni (12 regionali e 7 aziendali), per lo **scompenso cardiaco** in 9 Regioni (8 regionali e 7 aziendali), per la **BPCO** in 7 Regioni/PPAA (7 regionali, 3 aziendali).



# II PON GOV «resilienza»

- La Cabina di regia ha svolto successivamente una attività istruttoria volta a conoscere le caratteristiche dei **sistemi di stratificazione** adottati da alcune Regioni
- Le ipotesi di lavoro e le metodologie discusse e condivise sono state sottoposte all'attenzione del più ampio progetto **“Programma Operativo Nazionale Governance e capacità istituzionale 2014-2020- Analisi fattori di produzione per resilienza e sviluppo del SSN”**.

# Il POV GOV cronicità

- Il PNC prevede quale obiettivo la promozione dell'impiego di modelli, tecniche e strumenti della **sanità digitale** nella gestione della cronicità.
- Al fine di garantire continuità e migliore qualità dell'assistenza, migliore efficacia, efficienza e appropriatezza, la DGPROGS in collaborazione con la DGSIS e Agenas ha promosso il progetto **PON GOV CRONICITÀ - "Sostenere la sfida alla cronicità con il supporto dell' ICT"**.

Il progetto intende attivare tutte le iniziative necessarie e utili per promuovere la **diffusione di strumenti e tecnologie ICT a supporto della cronicità**, promuovendo l'innovazione nell'organizzazione e nella gestione dei servizi sanitari, come previsto nell'Accordo Stato-Regioni sul PNC.

Promuove la riorganizzazione dei processi di gestione della cronicità **attraverso la definizione, il trasferimento e l'adozione in ambito regionale di modelli, tecniche e strumenti innovativi della sanità digitale** al fine di garantire a livello locale continuità e migliore qualità dell'assistenza, migliore efficacia, efficienza e appropriatezza della cura.



## principali benefici della ICT

- equità di accesso all'assistenza sanitaria
- continuità delle cure e migliore qualità dell'assistenza
- migliore efficacia, efficienza, appropriatezza
- contenimento della spesa
- contributo all'economia del Paese.



# la nuova Cabina di regia

Sono state attivate le procedure per il rinnovo della Cabina di regia del PNC

Come la precedente, avrà il compito di coordinare a livello centrale l'implementazione del Piano, monitorarne l'applicazione e l'efficacia, nonché perseguire gli obiettivi specifici previsti dallo stesso.



# spunti di discussione

- inserimento di altre patologie croniche nella seconda parte del Piano
- raccolta dati e informazioni sui costi connessi alla gestione della cronicità
- valutazione di sistemi innovativi di remunerazione per l'assistenza ai malati cronici
- valutare possibili soluzioni per il problema dell'aderenza terapeutica



# Telemedicina e Covid 19

- La pandemia ha accelerato la programmazione e l'implementazione di soluzioni di telemedicina nella gestione del paziente cronico.
- La natura multiprofessionale e multidisciplinare delle attività, nonché la necessità di assicurare al paziente livelli adeguati monitoraggio costituiscono un contesto idoneo alla sperimentazione e diffusione controllata di pratiche di telemedicina.



# Il «long Covid»

- L'articolo 27 del dl n.73, del 25.5.2021 (conv. L. 23.7.2021, n.106) dispone che il SSN garantisce agli assistiti dimessi a seguito di ricovero ospedaliero, guariti dal COVID-19, prestazioni di specialistica ambulatoriale, in regime di esenzione, per un periodo di due anni (**cod. CV2123**)
- Le prestazioni sono rese nell'ambito di programmi di monitoraggio attivati dalle Regioni e PPAA
- La norma ha lo scopo di assicurare un'attività assistenziale modulata in base alla severità della sintomatologia presentata, anche mediante la diagnosi precoce di possibili sequele della malattia



grazie per l'attenzione...



[m.masullo@sanita.it](mailto:m.masullo@sanita.it)