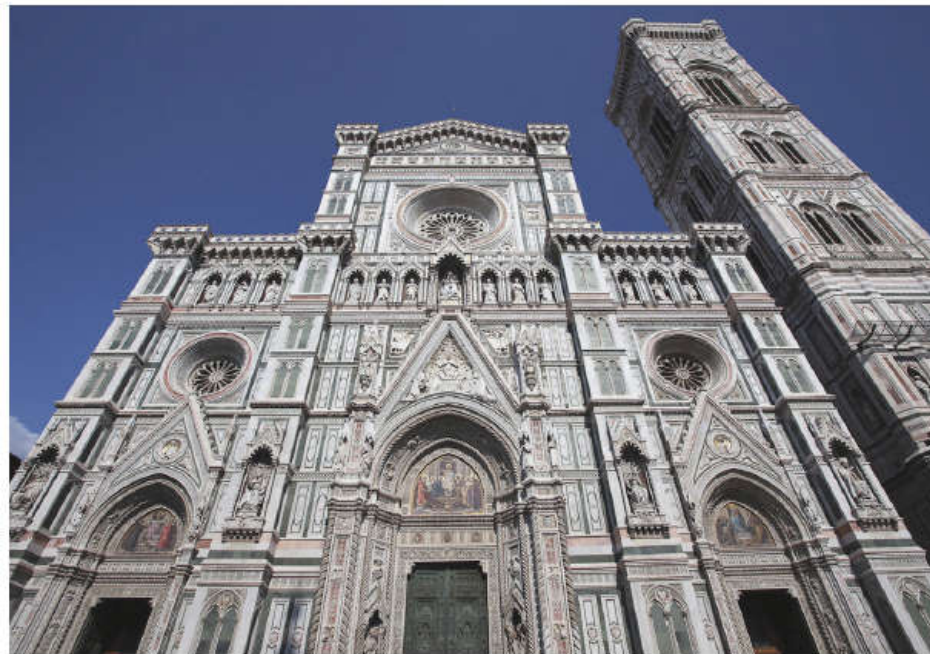




• FIRENZE •  
29 NOVEMBRE 2017



**MEDICINA E ASSISTENZA  
DI PRECISIONE**

COSA CAMBIA NELL'EPIDEMIOLOGIA,  
NELLA GESTIONE CLINICA E VALUTAZIONE OUTCOME

**Gestione delle  
cronicità:  
dai PDTA ai piani  
assistenziali  
individuali  
per un'assistenza di  
precisione  
*(Il caso della Sanità  
d'Iniziativa in Toscana)***

[paolo.francesconi@ars.toscana.it](mailto:paolo.francesconi@ars.toscana.it)

## ***Di cosa voglio parlarvi***

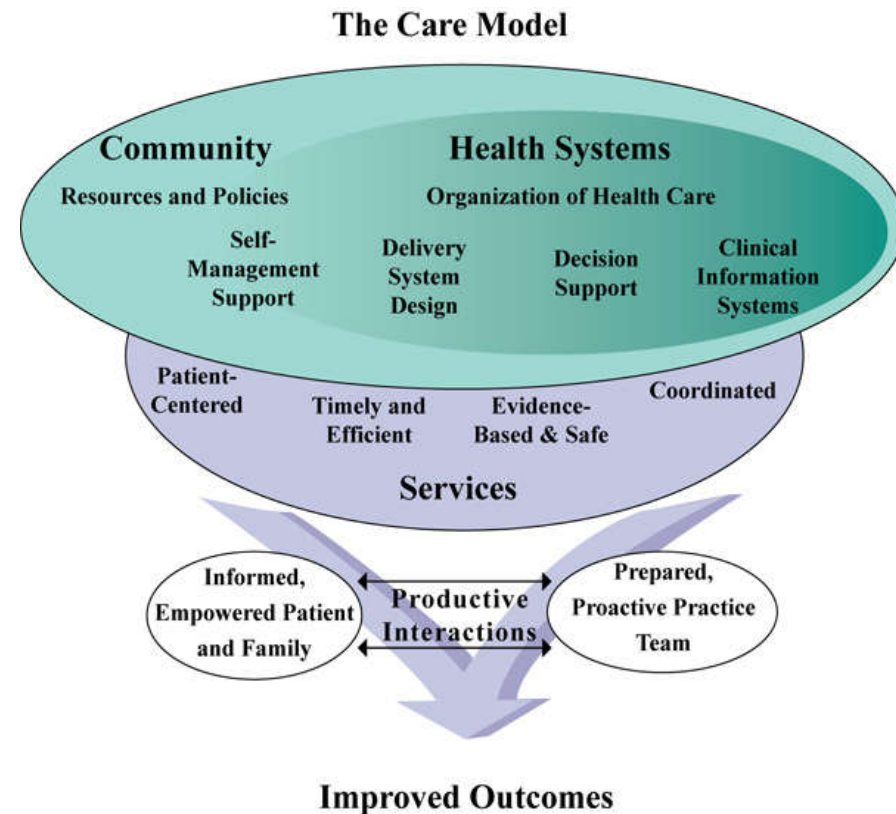
- La sanità d'iniziativa in Toscana basata sui PDTA per patologia: successi e limiti.
- La gestione del paziente con multimorbidità: dalle attuali regole di buon senso alla futuribile *systems medicine*.
- Alcuni presupposti per l'applicazione delle regole di buon senso
- La nuova sanità d'iniziativa basata sui piani assistenziali individualizzati

## ***Di cosa voglio parlarvi***

- **La sanità d'iniziativa in Toscana basata sui PDTA per patologia: successi e limiti.**
- *La gestione del paziente con multimorbidità: dalle attuali regole di buon senso alla futuribile (?) systems medicine.*
- *Alcuni presupposti per l'applicazione delle regole di buon senso*
- *La nuova sanità d'iniziativa basata sui piani assistenziali individualizzati*

# a. La precedente Sanità di iniziativa: Il Chronic Care Model (CCM)

- **Mandato politica sanitaria**
- **Nuova organizzazione delle cure primarie** – moduli – elenchi di patologia – visite programmate con richiami proattivi
- **Supporto alle decisioni** - PDTA – accesso consulenza specialistica
- **Supporto all'autocura** – ruolo dell'infermiere - colloqui motivazionali per stili di vita
- **Sistema informativo** - supporto delle attività di cura – gestione proattiva di comunità - audit
- **Coinvolgimento delle risorse di comunità** - AFA



# La valutazione d'impatto nel percorso del diabete

**È aumentata l'adesione alle raccomandazioni delle linee guida recepite nei PDTA:**

adesione al Guideline Composite Indicator (GCI) + 58 %

**Sono migliorati gli esiti di salute:**

tasso eventi cardio-cerebrovascolari acuti: – 19%

rischio di decesso a 4 anni – 12%

**The European Journal of Public Health Advance Access published October 10, 2016**

*European Journal of Public Health*, 1–6

© The Author 2016. Published by Oxford University Press on behalf of the European Public Health Association. All rights reserved.

doi:10.1093/eurpub/ckw181

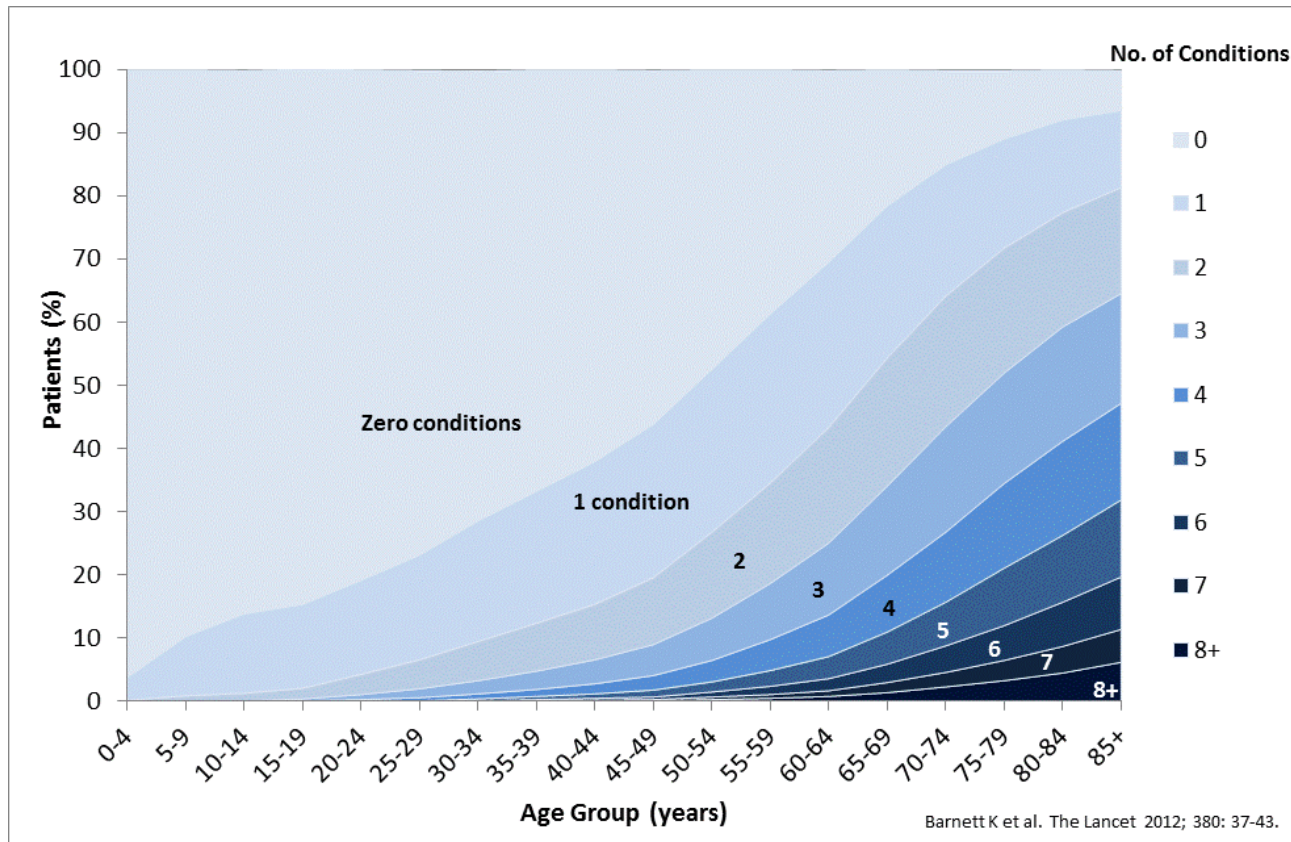
**Changes in diabetes care introduced by a Chronic Care Model-based programme in Tuscany: a 4-year cohort study**

Francesco Profili<sup>1</sup>, Irene Bellini<sup>2</sup>, Alfredo Zuppiroli<sup>1</sup>, Giuseppe Seghieri<sup>1</sup>, Fabio Barbone<sup>3,4</sup>, Paolo Francesconi<sup>1</sup>

1. Questi ottimi risultati sono stati ottenuti su assistiti selezionati, relativamente giovani e a bassa comorbidità
2. Un modello assistenziale basato sui PDTA è adeguato anche alla gestione di assistiti più anziani e con più malattie ?
3. In caso di più malattie, i PDTA possono essere sommati o uniti? oppure è necessario un approccio diverso ?



# La multimorbilità è la condizione cronica più frequente



- La maggioranza degli over-65s hanno 2 o più condizioni, e la maggioranza degli over-75s hanno 3 o più condizioni
- Sono di più gli assistiti che hanno 2 o più condizioni di coloro che ne hanno una soltanto

## ANALYSIS

---

### Better management of patients with multimorbidity

**Martin Roland** and **Charlotte Paddison** call for greater emphasis on continuity of care and clinical judgment to improve the experience of patients with multiple conditions

### Role of guidelines

It has been argued that evidence based guidelines (mostly developed for people with single diseases) are inappropriate for people with multiple conditions, resulting in overtreatment and overcomplex regimes of assessment and surveillance.<sup>4 5</sup> This is a particular problem for patients who are elderly, less well educated, or from less affluent communities.<sup>6 7</sup>

Doctors must be encouraged to think about the patient as a whole when deciding whether to apply guidelines developed for single diseases and to consider whether comorbidities mean that a more aggressive or more conservative approach to management is indicated.



## ***Di cosa voglio parlarvi***

- *La sanità d'iniziativa in Toscana basata sui PDTA per patologia: successi e limiti.*
- **La gestione del paziente con multimorbidità: dalle attuali regole di buon senso alla futuribile (?) *systems medicine*.**
- *Alcuni presupposti per l'applicazione delle regole di buon senso*
- *La nuova sanità d'iniziativa basata sui piani assistenziali individualizzati*

# THE LANCET

International journal of medical science and practice

## Precision medicine to precision care: managing multimorbidity

*\*Arlene S Bierman, Mary E Tinetti*

www.thelancet.com Vol 388 December 3, 2016

Multimorbidity is the most common condition managed in practice. Health-care delivery must be transformed to provide precision care to people with multimorbidity. Accomplishing this transition will require a change in practice, research, and policy from disease-specific to patient-centred models of care delivery.

## Precision medicine to precision care: managing multimorbidity

\**Arlene S Bierman, Mary E Tinetti*

www.thelancet.com Vol 388 December 3, 2016

Provision of effective care for people with multimorbidity requires dynamic individualised care plans. Core elements of these plans should include optimising quality of life, eliciting preferences and goals, weighing risks and benefits of implementing recommendations from single disease guidelines, addressing trade-offs, setting priorities, stopping potentially harmful or unnecessary medications and starting beneficial medications while simplifying regimens, integrating care, and minimising treatment

# Piano Nazionale della Cronicità

PRESA IN CARICO E GESTIONE DEL PAZIENTE  
ATTRAVERSO IL PIANO DI CURA

3

ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI

## *Pazienti cronici con multimorbidità*

La principale limitazione dei PDTA nelle malattie croniche è legata ad una intrinseca rigidità che confligge con il bisogno di personalizzazione delle cure. Tale limite si manifesta nella definizione di obiettivi di salute non contestualizzati nel soggetto, particolarmente nel paziente con multimorbidità, in cui la comorbidità interferisce con l'applicazione del percorso ideale e 'attrae' la traiettoria principale verso un percorso alternativo diverso da quello ideale, ma egualmente appropriato per il paziente specifico. La crescente complessità dei malati cronici rende spesso non applicabili i percorsi di cura al singolo paziente.

Su tale base acquisisce valore il concetto di *medical generalism*, in cui la conoscenza della persona nel suo intero e dei suoi bisogni, la visione continua degli eventi (non solo) sanitari del singolo soggetto - integrate con le conoscenze basate sulle evidenze - determinano scelte più appropriate e fattibili per il singolo paziente (*evidence based practice*).

Il risultato di tale processo fondamentale applicato ai pazienti con malattie croniche è quello di una programmazione di un percorso di cura individuale.



# Multimorbidity: clinical assessment and management

Multimorbidity: assessment, prioritisation and management of care for people with commonly occurring multimorbidity

*NICE guideline*

*Methods, evidence and recommendations*

*31 March – 12 May 2016*

## 32 raccomandazioni

Interazioni farmaco/farmaco,  
farmaco/malattia

Rapporto benefici/rischi delle  
singole raccomandazioni sviluppate  
per singole patologie

Priorità e obiettivi del paziente

La gravosità delle terapie, follow-  
up, indagini diagnostiche

evidence

open access journal published by the GIMBE Foundation

Best Practice

OPEN ACCESS

Linee guida per la valutazione clinica e il trattamento dei pazienti con multimorbidity



APPROCCIO ORIENTATO ALLA MULTIMORBIDITÀ

Approccio per un paziente con multimorbidity che tiene conto di

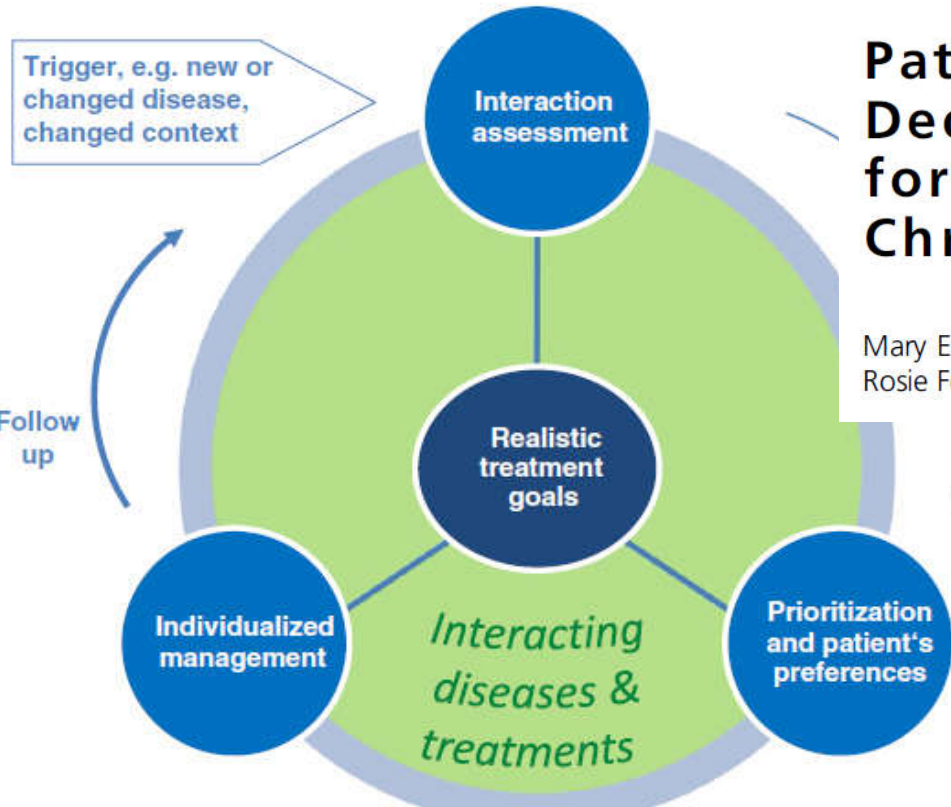
# The Ariadne principles: how to handle multimorbidity in primary care consultations

Christiane Muth<sup>1†</sup>, Marian van den Akker<sup>1,2,3†</sup>, Jeanet W Blom<sup>4</sup>, Christian D Mallen<sup>5</sup>, Justine Rochon<sup>6</sup>.



## Patient Priority-Directed Decision Making and Care for Older Adults with Multiple Chronic Conditions

Mary E. Tinetti, MD<sup>a,b,\*</sup>, Jessica Esterson, MPH<sup>a</sup>,  
Rosie Ferris, MPH<sup>c,d</sup>, Philip Posner, PhD<sup>e,f</sup>, Caroline S. Blaum, MD<sup>c,d</sup>



**Patient empowerment !**  
**Medicina narrativa**

The sharing of realistic treatment goals by physicians and patients is at the core of the Ariadne principles. These result from i) a thorough interaction assessment of the patient's conditions, treatments, constitution, and context; ii) the prioritization of health problems that take into account the patient's preferences – his or her most and least desired outcomes; and iii) individualized management realizes the best options of care in diagnostics, treatment, and prevention to achieve the goals.



# Limiti del riduzionismo/EBM...

Riduzionismo:  
Si ricercano nel paziente  
con multimorbilità  
le singole patologie  
con relative linee guida

L'individuo malato non può  
più essere semplicemente  
“de-strutturato” nelle  
singole patologie di cui è  
affetto, valutate in maniera  
analitica e isolata dal  
“tutto-individuo”

• <b>COMPLICATO versus COMPLESSO</b>		
<b>COMPLICATO</b>		<b>COMPLESSO</b>
<i>cum plicum</i>	<b>ETIMOLOGIA</b>	<i>cum plexum</i>
analitico	<b>APPROCCIO</b>	sistemico
spiegato nelle sue pieghe	<b>SOLUZIONE</b>	compreso nel suo insieme
		

Systems medicine and integrated care to combat chronic noncommunicable diseases

Criteria di appropriatezza clinica,  
tecnologica e strutturale nell'assistenza  
del paziente complesso

## ***Work in Progress: La Systems Medicine***

- La “*Systems Medicine*” mira a un **approccio olistico** di comprensione del paziente
- Prevede l'acquisizione delle conoscenze che permettono di **gestire l'attuale incertezza** di fronte al malato complesso
- Attraverso **modelli di bioinformatica**, si propone di individuare fra tutti i **determinanti** (biologici, psicologici, sociali, ambientali) e le loro connessioni quelli che hanno un ruolo chiave nell'**influenzare lo stato di salute** dell'individuo
- Può ambire ad acquisire tutte le **informazioni di tipo diagnostico, prognostico e terapeutico** utili per definire **percorsi di cura individualizzati** (medicina personalizzata)

## ***Di cosa voglio parlarvi***

- *La sanità d'iniziativa in Toscana basata sui PDTA per patologia: successi e limiti.*
- *La gestione del paziente con multimorbidità: dalle attuali regole di buon senso alla futuribile (?) systems medicine.*
- **Alcuni presupposti per l'applicazione delle regole di buon senso**
- *La nuova sanità d'iniziativa basata sui piani assistenziali individualizzati*

# L'organizzazione delle cure

## Il team multidisciplinare

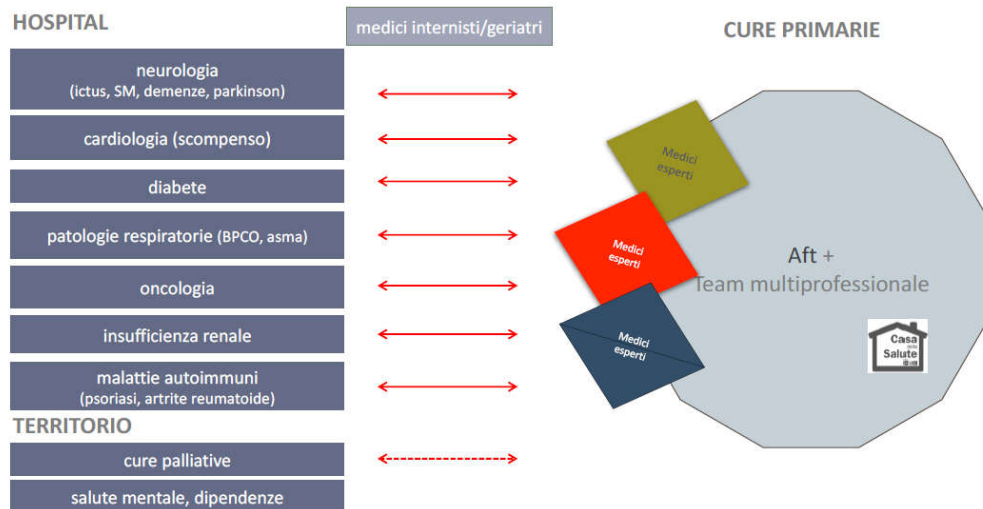


La **Shared care** presenta l'opportunità di fornire ai pazienti i benefici degli interventi specialistici con la continuità di cura e gestione delle comorbilità attuata dalle cure primarie che mantengono la responsabilità di tutti gli aspetti dell'assistenza oltre le singole malattie specifiche

Effectiveness of shared care across the interface between primary and specialty care in chronic disease management (Review)

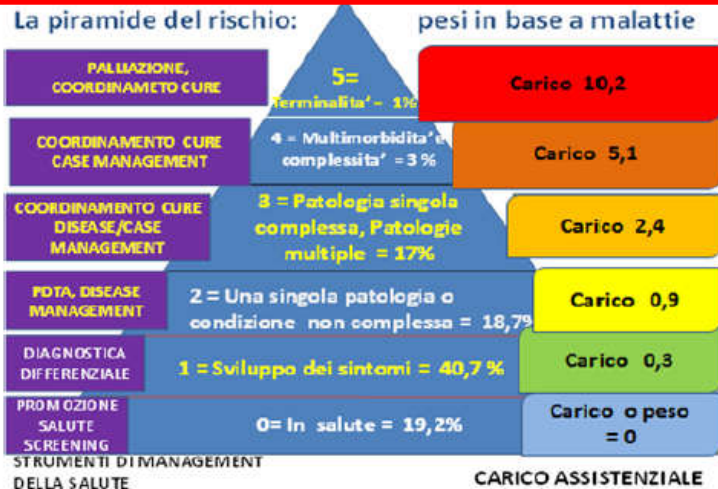
THE COCHRANE  
COLLABORATION®

## Per ogni Zona Distretto RETI CLINICHE INTEGRATE E STRUTTURATE



# Le strutture e le tecnologie

## I sistemi di classificazione del case-mix territoriale



## La cartella clinica elettronica condivisa

**Accertamento esteso**

**VISITA DI CONTROLLO CARDIOLOGICA**

Risultato:  Richiesto il 09.06.2017 Data esecuzione 29.08.2017

precedente (di 14 lut) Dic 2016

Normalità  U. di misura

B - Cardiologia A - Associabile - Esezione redi - Pianificazione prossime scadenze

Referto/Nota

Attiva suggerimenti per nuovo problema

Visita cardiologica di controllo in soggetto con progresso STEMI inferiore (2009), trattato con PTCA primaria su CDx (alla coro CAD2: subocclusione Cdx e stenosi 70% ramo intermedio, quest'ultima non trattata per eco stress negativo). All'eco lieve compromissione della funzione contrattile ventricolare sinistra. Dislipidemia. Iperuricemia. Ex-fumatore. Nel 2010 eseguiva test ergometrico per precordiale; risultato positivo ma con successivo ocodipridamololo negativo.

Ultimo ecocardiogramma del 2015 : EF 52%, acinesia inferiore prossimale. Ultima visita cardiologica di dicembre 2016 con riscontro di stabilità. Il paziente nega angor, dispnea e cardiopalmo.

Terapia: Torvast 40 mg 1 cp; Cardioaspirin: Quark 2.5 mg 1 cp; Cardicor 2.5 mg 1 cp; Zyloric.

Esami ematochimici (25/08/17): glu 126, Hgbli 5,7, col tot 209, TG 135, HDL 61, LDL 121, urato 4,5, creat 0,64, elettroliti nella norma, transaminasi nella norma, gamma-GT 73, BNP 63,2.

ECG: RS normofrequente (FC 64 bpm), PR ai limiti (0,19 sec), QTc nei limiti. Asse elettrico orizzontale. Onda Q a sede inferiore. Invariato.

PA: 135/70 mmHg braccio destro, braccio sinistro 105/60 mmHg

Esame obiettivo: azione cardiaca ritmica normofrequente. Soffio sistolico 1/6L alla base e al centrum. RRM. Sfigamenti alla base di destra. Non edemi declivi.

Al controllo odierno quadro di buon compenso emodinamico, paziente asintomatico. ECG invariato. Valori pressori nella norma ma con notevole differenza tra le due braccia (braccio destro sx).

Si consiglia di proseguire con l'attuale terapia; da valutare eventuale incremento del



## ANALYSIS

### Better management of patients with multimorbidity

**Martin Roland** and **Charlotte Paddison** call for greater emphasis on continuity of care and clinical judgment to improve the experience of patients with multiple conditions

Doctors must be encouraged to think about the patient as a whole when deciding whether to apply guidelines developed for single diseases and to consider whether comorbidities mean that a more aggressive or more conservative approach to management is indicated. Furthermore, skill at making these judgments needs to be built into medical training.

### La formazione!!

**Durante i corsi di laurea in medicina e di formazione specifica in medicina generale**

**Durante l'Educazione Continua in Medicina (ECM)**



# Il monitoraggio dei percorsi per la clinical governance

**Da:**

**Linee guida - raccomandazioni - pdta - indicatori**

Gli **indicatori di processo** trasformano i dati disponibili in informazioni utili a quantificare i livelli di adesione alle raccomandazioni delle linee guida recepite nei PDTA che, usate retrospettivamente, fungono da criteri di valutazione.

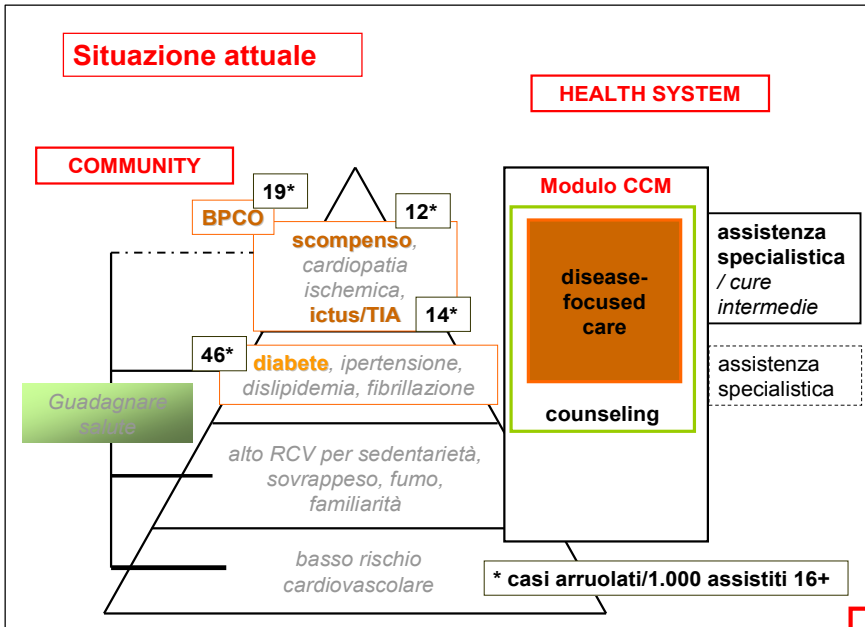
Baker R et al, **Development of review criteria: linking guidelines and assessment of quality**, BMJ 1995

**A:**

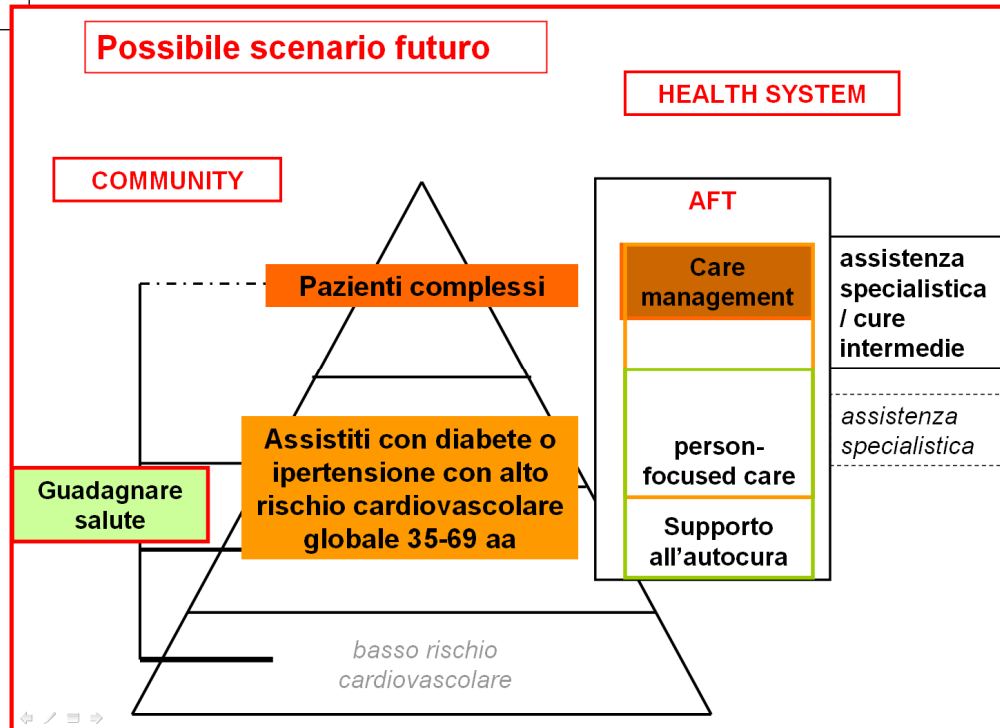
- Integrare il sistema informativo sanitario con i sistemi informatizzati delle cure primarie per quantificare i **livelli di adesione ai PAI**
- Focalizzare sugli **indicatori di esito**
- Esplorare la prospettiva dei pazienti: **PROMs, PREMs**

## ***Di cosa voglio parlarvi***

- *La sanità d'iniziativa in Toscana basata sui PDTA per patologia: successi e limiti.*
- *La gestione del paziente con multimorbidità: dalle attuali regole di buon senso alla futuribile (?) systems medicine.*
- *Alcuni presupposti per l'applicazione delle regole di buon senso*
- **La nuova sanità d'iniziativa basata sui piani assistenziali individualizzati**



# La nuova sanità d'iniziativa

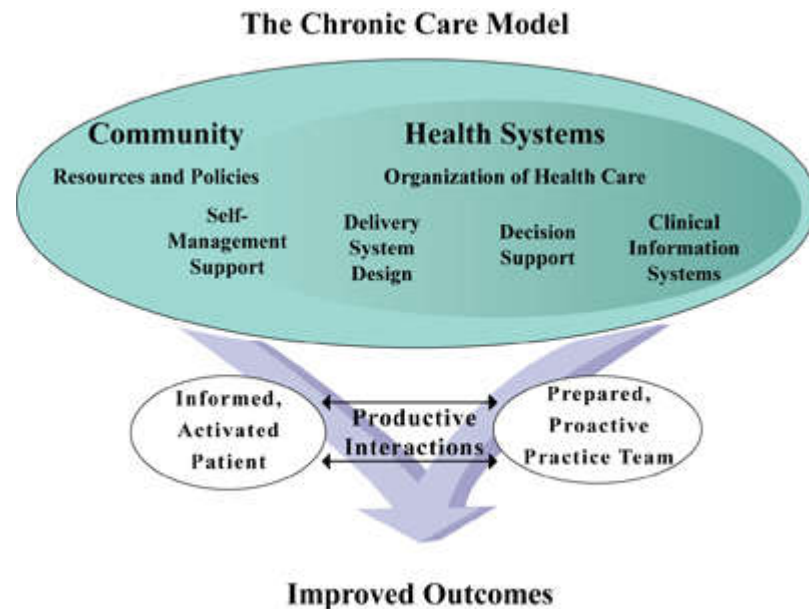


# Nuovi target e nuovi modelli di presa in carico

## Assistiti ad alto rischio cardiovascolare

- Assistiti con ipertensione o con diabete con alto rischio cardiovascolare (punteggio iss-cuore individuale  $\geq 10\%$ )
- Individuati durante i contatti di cura

## Modello CCM ma “person-focused” e con condivisione di un Piano Assistenziale Personalizzato



# Nuovi target e nuovi modelli di presa in carico

## Assistiti complessi “high risk / high cost”

- Assistiti ad alto rischio di accessi ripetuti al PS e di ricoveri ospedalieri per condizioni croniche suscettibili di cure territoriali
- Primi elenchi, con circa il 3% degli assistiti, definiti sulla base di dati correnti e comunicati ai medici curanti
- Elenchi consolidati dai medici curanti

## Modello di Care Management

La presa in carico proattiva avverrà per mezzo di team multiprofessionali e multidisciplinari, secondo i principi del Care e Case Management, attraverso la definizione di Piani Assistenziali Individuali (PAI)



[paolo.francesconi@ars.toscana.it](mailto:paolo.francesconi@ars.toscana.it)