

# Il Piano Nazionale per le Cronicità

Mario Zappia

Università di Catania





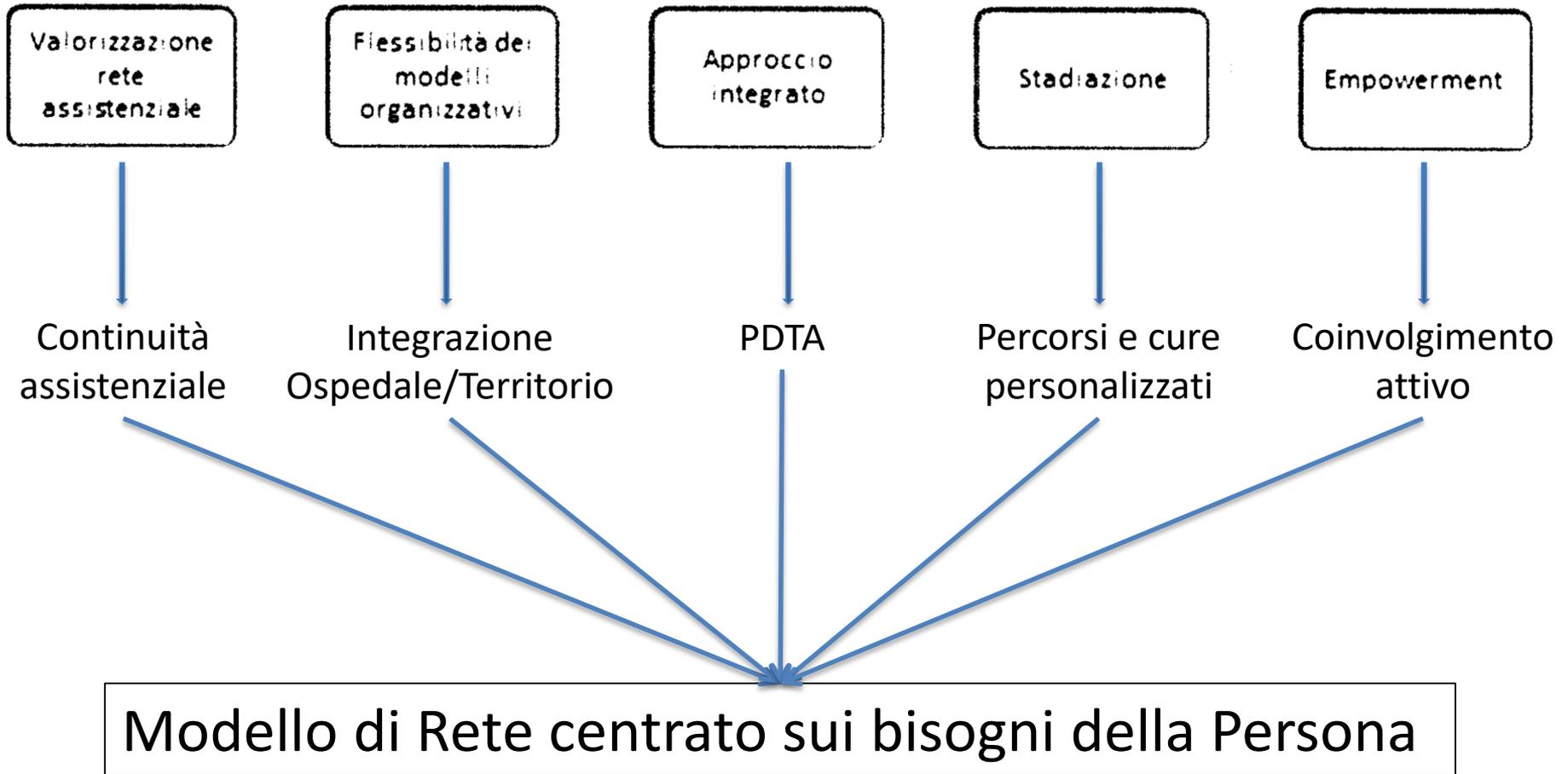
*Ministero della Salute*

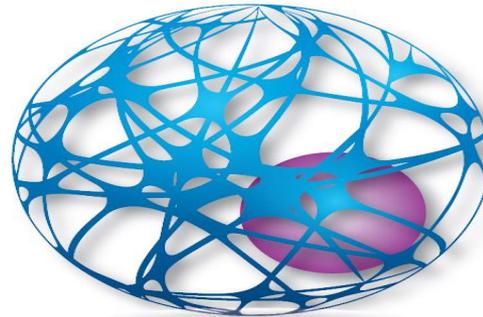
DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

## **Piano Nazionale della Cronicità**

Il Piano Nazionale della Cronicità (PNC) nasce dall'esigenza di armonizzare a livello nazionale le attività in questo campo, proponendo un documento condiviso con le Regioni

# Il sistema assistenziale





## IL POSIZIONAMENTO ATTUALE DELLA NEUROLOGIA E LE AMBIZIONI FUTURE

20.02.2019

### EXPERT MEETING REFERENTI REGIONALI SIN

VIA BOCCONI, 8  
MILANO

#### MERCOLEDÌ 20.02.2019

9.30 CONSUMI SANITARI PUBBLICI E PRIVATI IN NEUROLOGIA  
Mario Del Vecchio , SDA Professor

10.30 IL POSIZIONAMENTO DELLA NEUROLOGIA

- Andamento delle attività di ricovero
- Le attività ambulatoriali
- Confronto sui temi proposti e condivisione delle esperienze dei partecipanti

Mario Del Vecchio e Roberta Montanelli , SDA Professor

13.00 LUNCH

14.00 LA GESTIONE DELLE CONNESSIONI

- Le sinergie tra ricovero e attività ambulatoriale
- Come gestire gli attraversamenti tra ospedale e territorio
- Allargamento del dibattito sul tema con i Direttori Generali e Sanitari che partecipano a MSMLab

Mario Del Vecchio e Roberta Montanelli , SDA Professor

17.00 FINE DEI LAVORI

## Tipologie di prestazioni per classi di strutture sanitarie (valori in euro)

	VISITE	EEG e P.E	TEST	SONNO	Totale
H grandi >100m	6.659.252	2.180.558	1.219.221	3.291.092	13.350.124
H medi >20m e <100m	1.031.335	286.505	165.980	399.411	1.883.231
H specializzati	883.544	277.294	202.172	337.779	1.700.788
poliamb pubblici	851.369	56.272	118.732	395.494	1.421.867
poliamb privati >100m	360.411	213.101	217.094	374.575	1.165.182
poliamb privati >10m e <100m	603.929	65.834	140.588	340.519	1.150.870
istituti riabilitazione	231.558	114.641	97.065	483.840	927.104
H marginali <20m	180.687	10.804	3.819	21.150	216.459
UONPIA	1.762	93.266	1.108	67.878	164.013
poliamb privati marginali <10m	153.144	1.805	799	6.150	161.899
CPS	-	-	4.264	-	4.264
<b>Totale</b>	<b>10.956.991</b>	<b>3.300.079</b>	<b>2.170.843</b>	<b>5.717.889</b>	<b>22.145.801</b>
<b>Somma H</b>	<b>8.754.817</b>	<b>2.755.161</b>	<b>1.591.192</b>	<b>4.049.433</b>	<b>17.150.602</b>
<b>Somma H / Totale</b>	<b>80%</b>	<b>83%</b>	<b>73%</b>	<b>71%</b>	<b>77%</b>

## Distribuzione % attività ambulatoriali delle diverse classi di strutture sanitarie

	VISITE	EEG e P.E	TEST	SONNO	Totale
H grandi >100m	50%	16%	9%	25%	100%
H medi >20m e <100m	55%	15%	9%	21%	100%
H specializzati	52%	16%	12%	20%	100%
poliamb pubblici	60%	4%	8%	28%	100%
poliamb privati >100m	31%	18%	19%	32%	100%
poliamb privati >10m e <100m	52%	6%	12%	30%	100%
istituti riabilitazione	25%	12%	10%	52%	100%
H marginali <20m	83%	5%	2%	10%	100%
UONPIA	1%	57%	1%	41%	100%
poliamb privati marginali <10m	95%	1%	0%	4%	100%
CPS	0%	0%	100%	0%	100%
<b>Totale</b>	<b>49%</b>	<b>15%</b>	<b>10%</b>	<b>26%</b>	<b>100%</b>

## Focus visite: numero di visite per classi di strutture sanitarie

	I vis PS	I vis non PS	I vis tot	vis controllo	tot vis	I vis PS su tot I vis	I vs tot vis	vis controllo su I vis non PS
H grandi >100m	78.240	99.543	177.783	148.555	326.338	44%	54%	1,49
H medi >20m e <100m	10.559	20.332	30.891	18.787	49.678	34%	62%	0,92
H marginali <20m	1.020	4.596	5.616	3.035	8.651	18%	65%	0,66
poliamb privati marginali <10m		5.306	5.306	1.886	7.192		74%	0,36
poliamb privati >10m e <100m		14.612	14.612	15.372	29.984		49%	1,05
poliamb pubblici		22.272	22.272	19.567	41.839		53%	0,88
poliamb privati >100m		8.408	8.408	9.566	17.974		47%	1,14
istituti riabilitazione		3.468	3.468	8.577	12.045		29%	2,47
H specializzati		15.892	15.892	29.384	45.276		35%	1,85
UONPIA		60	60	23	83		72%	0,38
CPS								
<b>Totale</b>	<b>89.819</b>	<b>194.489</b>	<b>284.308</b>	<b>254.752</b>	<b>539.060</b>	<b>32%</b>	<b>53%</b>	<b>1,31</b>

Nel 2017 i ricoveri in Neurologia (disciplina 32), in Lombardia,  
sono stati 37.470 pari a **348.960** giornate di degenza.

Ciò significa che per ogni giornata di degenza/paziente sono state  
effettuate nell'intero sistema (strutture di ricovero e strutture esclusivamente  
ambulatoriali) **1,5 visite.**



*Ministero della Salute*

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

## **Piano Nazionale della Cronicità**

Il Documento si compone di due parti:

- la prima recante gli indirizzi generali per la cronicità;
- la seconda che contiene approfondimenti su patologie con caratteristiche e bisogni assistenziali specifici.

## Cronicità oggetto della seconda parte del Piano

*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 (scompenso cardiaco)*

*malattie neurodegenerative: malattia di Parkinson e parkinsonismi*

*malattie respiratorie croniche: 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*



*Ministero della Salute*

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

## **Piano Nazionale della Cronicità**

**PATOLOGIA: Malattia di Parkinson e Parkinsonismi**

**A CURA DI:** *Società Italiana di Medicina Generale, Società Italiana di Neurologia, Società Italiana di Neurofisiologia Clinica, Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa, Società Italiana di Riabilitazione Neurologica, Associazione Italiana Fisioterapisti, Federazione Logopedisti Italiani*

**REFERENTE TECNICO:** *Mario Zappia, Università di Catania*

# MALATTIA DI PARKINSON E PARKINSONISMI

## MACRO ATTIVITA'

- Diagnosi precoce e impostazione terapeutica comprese le terapie complesse (infusive e chirurgiche)
- Interventi collegati alla disabilità
- Mantenimento del buon stato di funzionamento e stadiazione dei bisogni per l'autonomia e il massimo livello di partecipazione sociale

**ASSOCIAZIONI**



**AGENAS**



**AZIENDA SANITARIA**

## LINEE DI INTERVENTO PROPOSTE

1. Promuovere la formazione degli operatori delle cure primarie (MMG, infermieri) per indirizzare il sospetto diagnostico.
2. Migliorare la formazione dei professionisti sanitari per la gestione multidisciplinare del paziente.
3. Promuovere interventi per omogeneizzare le indicazioni terapeutiche spesso non aderenti alle linee guida.
4. Applicazione dei percorsi riabilitativi.
5. Avviare indagini conoscitive sui dati epidemiologici regionali e sulla consistenza delle proprie strutture dedicate.
6. Migliorare la conoscenza del numero dei soggetti con Parkinson e parkinsonismi
7. Definire criteri obiettivi (numero di pazienti trattati, disponibilità di risorse per diagnosi e cura, aderenza a linee guida, ecc.) per l'individuazione di strutture ospedaliere e strutture ambulatoriali territoriali dedicate e verificare la rispondenza delle strutture
8. Promuovere la revisione dei criteri di "appropriatezza" del processo terapeutico/riabilitativo (ricoveri, trattamenti farmacologici, trattamenti riabilitativi) con particolare attenzione ai momenti di cambiamento sintomatologico e all'aggravamento della disabilità
9. Favorire l'adozione di strumenti di gestione condivisi e accessibili ai differenti livelli dagli operatori della Rete.
10. Favorire la realizzazione di strutture con disponibilità di terapie complesse infusive (apomorfina e duodopa) e chirurgiche (stimolazione cerebrale profonda).

## OBIETTIVI GENERALI

- Migliorare la conoscenza della dimensione multidisciplinare e della complessità della gestione della patologia e ridurre la disomogeneità degli interventi attuati sul territorio nazionale
- Ridurre piena autonomia e stabilità clinica al paziente

## OBIETTIVI SPECIFICI

- Migliorare la formazione dei professionisti per una gestione multidisciplinare del paziente
- Promuovere un monitoraggio adeguato delle terapie farmacologiche con una personalizzazione della terapia farmacologica per le differenti esigenze dei singoli con particolare attenzione per le condizioni di fragilità e/o esclusione sociale.
- Favorire la realizzazione di strutture con disponibilità di terapie complesse infusive (apomorfina e duodopa) e chirurgiche (stimolazione cerebrale profonda).
- Promuovere l'adozione di PDTA nazionali condivisi, codificati per ogni fase di malattia, sulla base dei bisogni assistenziali
- Promuovere un trattamento riabilitativo appropriato e personalizzato (Progetto Riabilitativo Individuale).

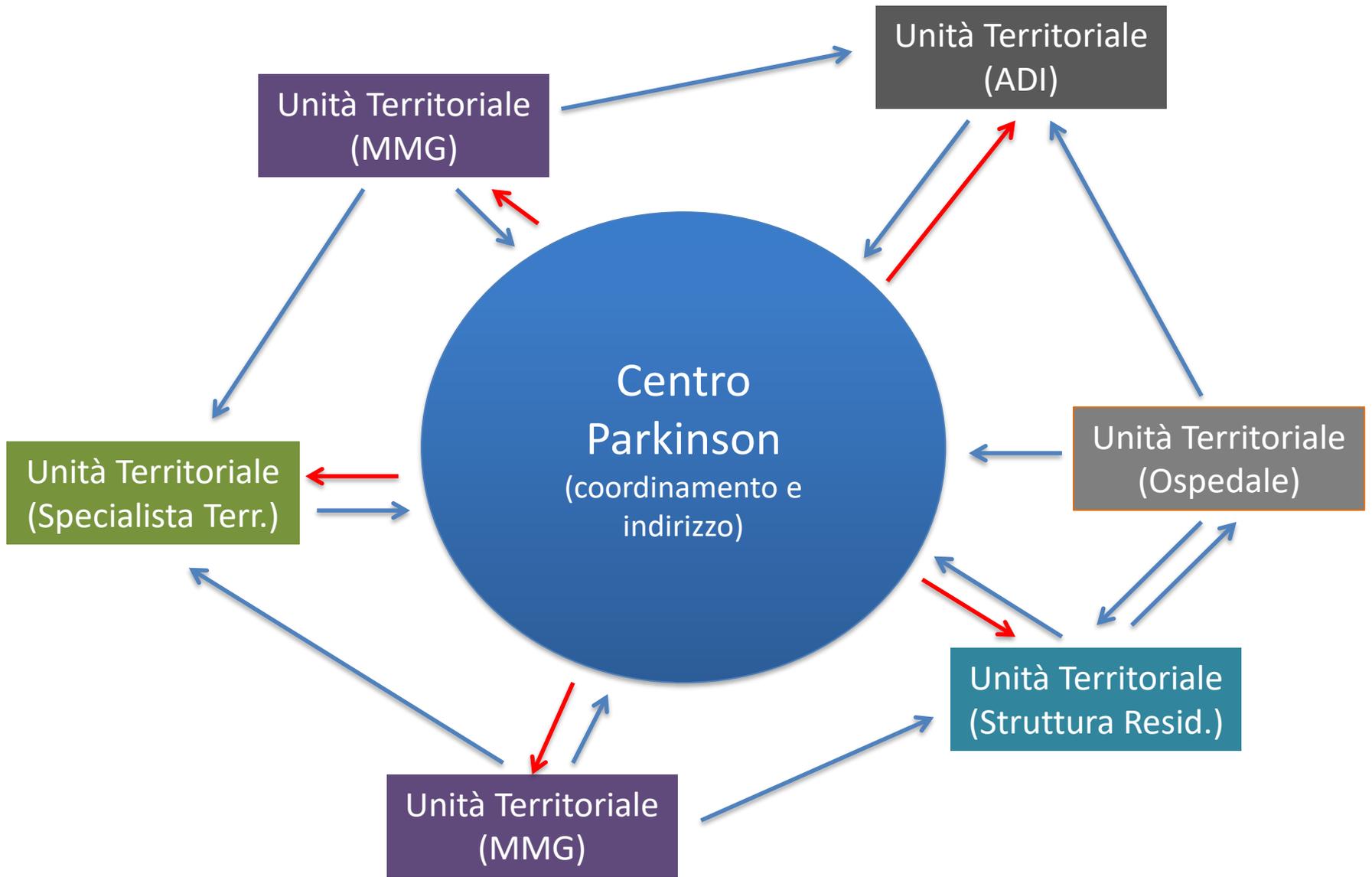


## RISULTATI ATTESI

- Diagnosi precoce entro i tempi stabiliti dalle linee guida
- Omogeneità dei percorsi diagnostici, di follow-up e riabilitativi

## INDICATORI

- % di pazienti con diagnosi entro i tempi previsti dalle linee guida
- % di pazienti inseriti in un PDTA che assicuri l'aderenza alle linee guida e le risposte ai bisogni complessi dei pazienti



**RETE PARKINSON**

# Come organizzare l'assistenza per la MP

1. **Fase iniziale**, centrata sulla diagnosi e sull'impostazione terapeutica in grado di ridare piena autonomia alla persona e stabilità clinica;
2. **Fase intermedia**, caratterizzata da scelte terapeutiche variabili nel tempo in funzione delle modifiche dello stato clinico;
3. **Fase avanzata**, in cui sono preminenti aspetti collegati alla grave disabilità, alle terapie complesse (infusive e chirurgiche), all'assistenza sia domiciliare che in strutture residenziali, alle cure palliative o riabilitative-compensative e alle tematiche di fine vita.



*Ministero della Salute*

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

## **Piano Nazionale della Cronicità**

**Favorire la realizzazione di strutture con disponibilità di terapie complesse infusive (apomorfina e duodopa) e chirurgiche (stimolazione cerebrale profonda).**

Short communication

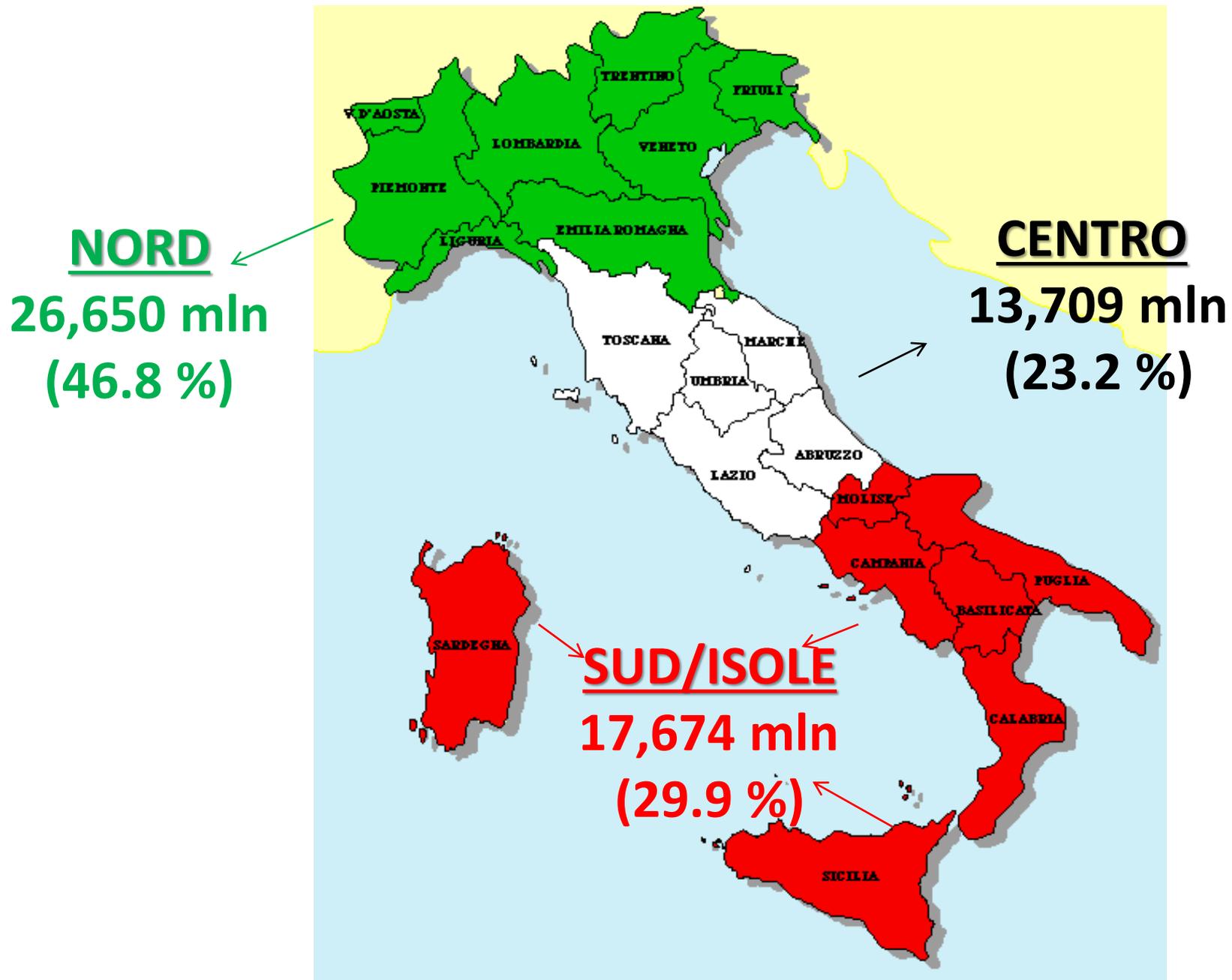
## How many parkinsonian patients are suitable candidates for deep brain stimulation of subthalamic nucleus? Results of a questionnaire

Letterio Morgante<sup>a,\*</sup>,<sup>1</sup>, Francesca Morgante<sup>a</sup>,<sup>1</sup>, Elena Moro<sup>b,c</sup>, Antonio Epifanio<sup>a</sup>, Paolo Girlanda<sup>a</sup>, Paolo Ragonese<sup>d</sup>, Angelo Antonini<sup>e</sup>, Paolo Barone<sup>f</sup>, Ubaldo Bonuccelli<sup>g</sup>, Maria Fiorella Contarino<sup>h</sup>, Livio Capus<sup>i</sup>, Maria Gabriella Ceravolo<sup>j</sup>, Roberto Marconi<sup>k</sup>, Roberto Ceravolo<sup>g</sup>, Marco D'Amelio<sup>d</sup>, Giovanni Savettieri<sup>d</sup>

We used a CAPSIT-based questionnaire to estimate the percentage of parkinsonian patients suitable for subthalamic nucleus (STN) deep brain stimulation (DBS) in a movement disorders clinic. We found that out of 641 consecutive PD patients only 1.6% fulfilled strict STN-DBS criteria. When we applied more flexible criteria, the percentage of eligibility increased to 4.5%. Most patients (60%) were ineligible because they did not satisfy multiple questionnaire items. Items related to disease severity were responsible for the largest number of exclusions. This knowledge will help make decisions on resource allocation in centres wishing to start DBS surgery.

**1.6% dei pazienti; circa 3500 pts**

# Popolazione Italiana 59,033 mln



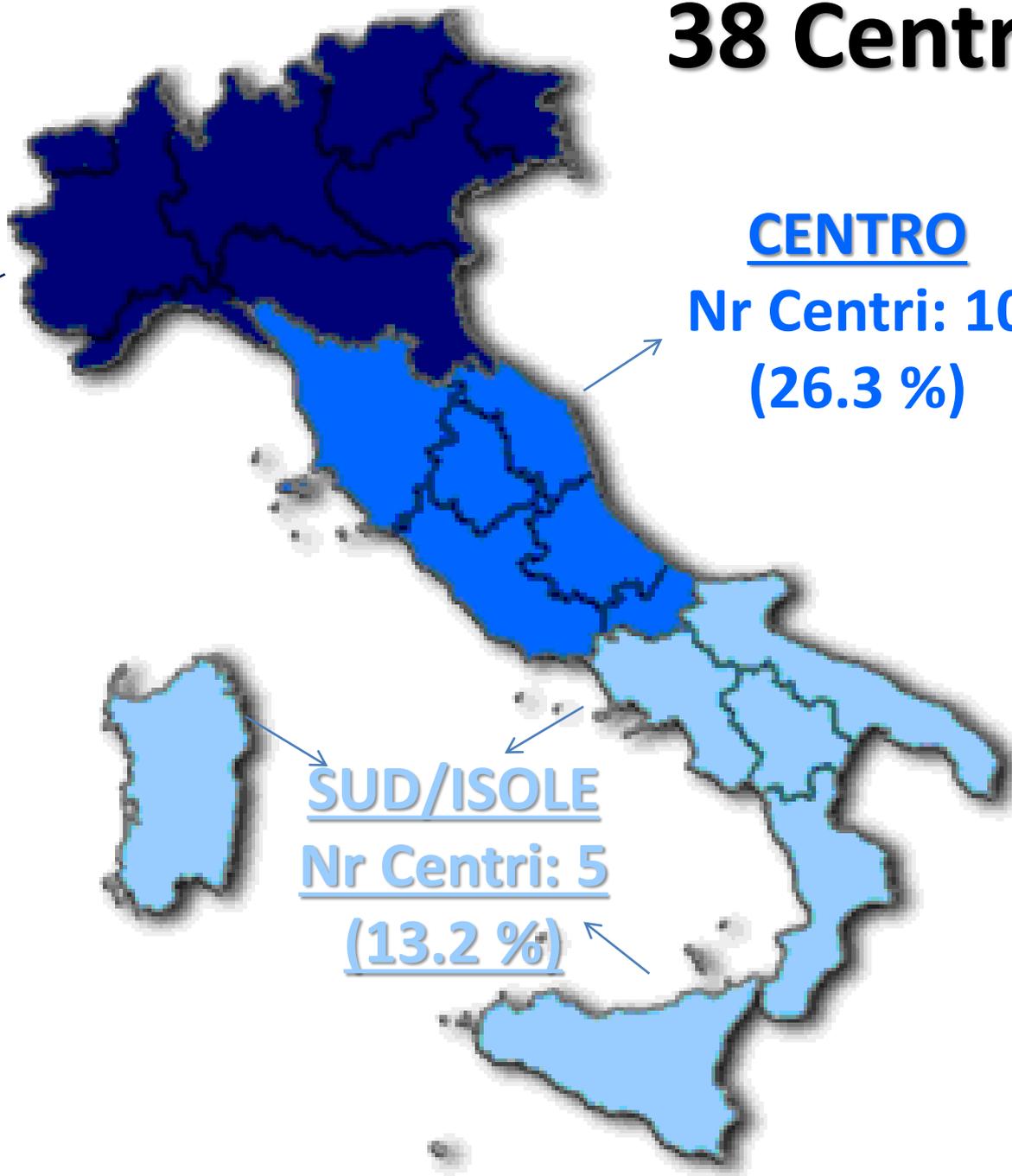
# DBS

# 38 Centri

NORD  
Nr Centri: 23  
(60.5 %)

CENTRO  
Nr Centri: 10  
(26.3 %)

SUD/ISOLE  
Nr Centri: 5  
(13.2 %)



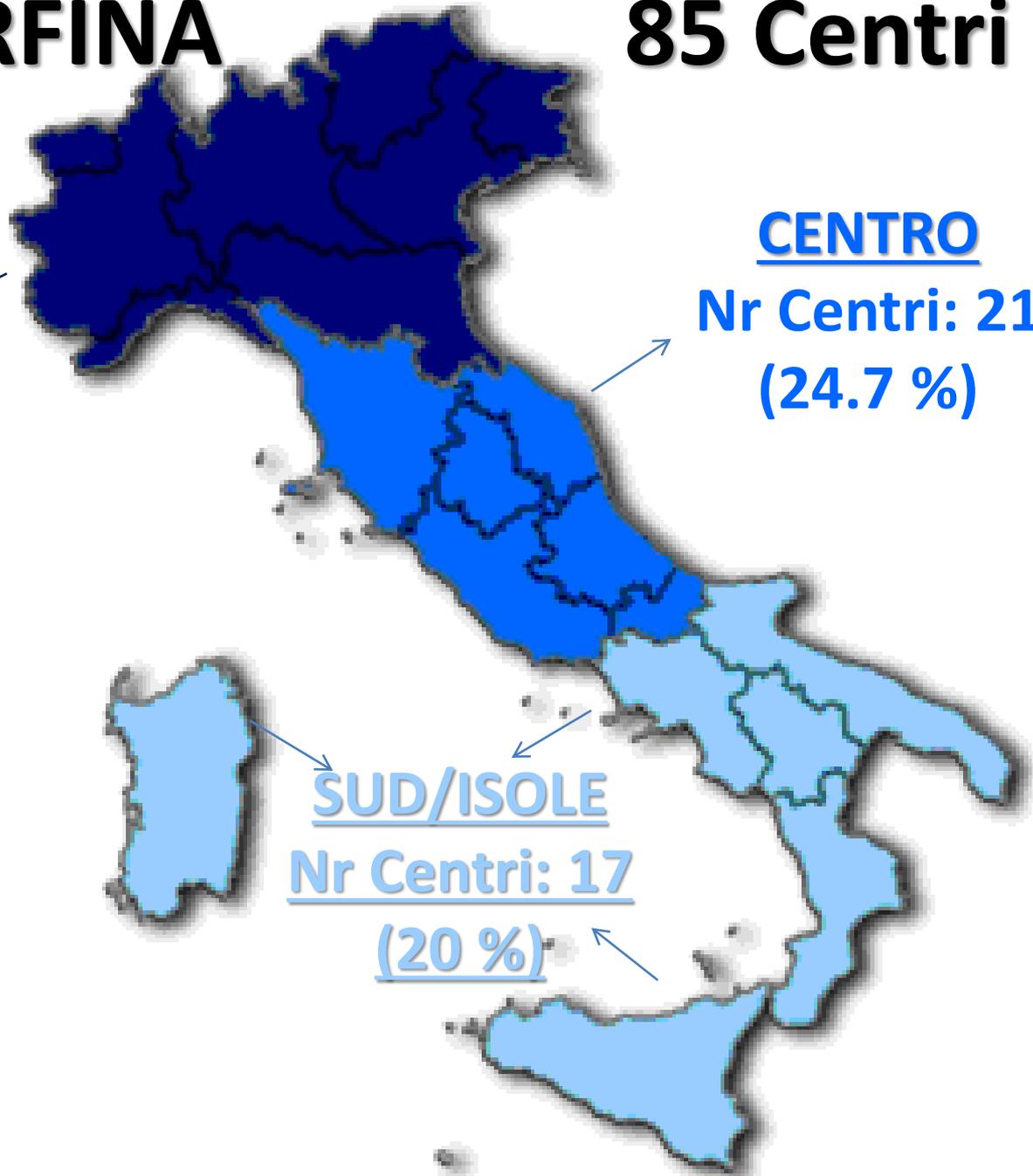
# APOMORFINA

85 Centri

NORD  
Nr Centri: 47  
(55.3 %)

CENTRO  
Nr Centri: 21  
(24.7 %)

SUD/ISOLE  
Nr Centri: 17  
(20 %)



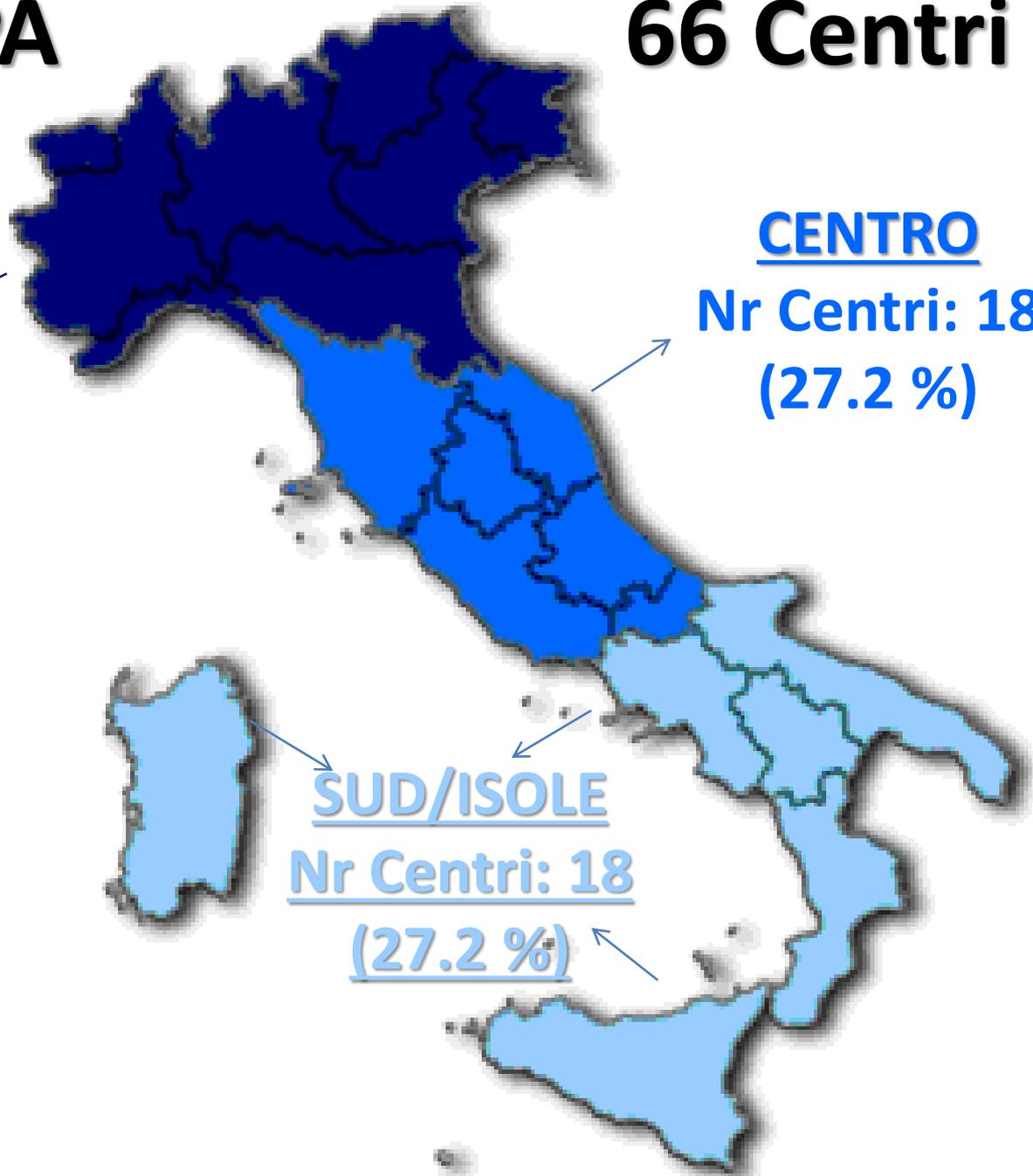
# DUODOPA

66 Centri

NORD  
Nr Centri: 30  
(45.5 %)

CENTRO  
Nr Centri: 18  
(27.2 %)

SUD/ISOLE  
Nr Centri: 18  
(27.2 %)



## Criticità organizzative e culturali

- marcata disomogeneità degli interventi attuati sul territorio nazionale;
- reti assistenziali inesistenti e assenza di PDTAR codificati nella maggioranza delle Regioni;
- deficitaria continuità assistenziale con scarsa integrazione dei servizi presenti, frequente assenza di definizione dei ruoli tra i vari operatori e scarsa presenza di team multidisciplinari;
- scarsa conoscenza di dati epidemiologici specifici per le varie Regioni, anche relativamente alla consistenza dei servizi assistenziali territoriali dedicati;
- mancanza di strumenti gestionali informatici condivisi tra gli operatori coinvolti;
- deficitaria formazione dedicata alla patologia per gli operatori sanitari generalisti, soprattutto MMG, carente formazione multidisciplinare e scarsa informazione di pazienti e familiari;
- difficoltoso iter burocratico per riconoscimento di invalidità e prescrizione di ausili.

## Criticità assistenziali

- ritardo nella diagnosi per scarsa conoscenza dei segni iniziali di malattia;
- necessità di ridefinire le caratteristiche di appropriatezza dei ricoveri ospedalieri e degli altri setting di cura in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale;
- indicazioni terapeutiche non omogenee e spesso non aderenti a linee guida e a una medicina basata sulle evidenze;
- difficoltosa gestione delle comorbidità e delle multiterapie associate;
- squilibrio geografico nell'applicazione di terapie complesse (infusive e chirurgiche) con eccesso di offerta al Nord del Paese e estrema povertà di risorse al Sud e nelle Isole;
- percorsi riabilitativi ancora poco codificati e scarsamente applicati, con necessità di redigere piani riabilitativi individuali che rispondano ai bisogni funzionali e di salute individuati secondo i principi dell'ICF;
- assistenza domiciliare spesso assente e, in ogni caso, largamente deficitaria in molte Regioni;
- strutture residenziali spesso non adeguate e scarsamente sensibili alle problematiche specifiche della Persona con Parkinson.

# INTERVENTI

- Avviare indagini conoscitive sui dati epidemiologici regionali e sulla consistenza delle proprie strutture dedicate;
- Assegnare i ruoli specifici previsti per la costituzione delle singole Reti Assistenziali; predisposizione di un “network” di Reti con coordinamento regionale;
- Definire PDTAR codificati per ogni fase di malattia, nonché provvedere a identificare le gerarchie di intervento nell’ambito dei diversi setting operativi sulla base della prevalenza del bisogno;
- Rivedere i criteri di “appropriatezza” relativamente ai ricoveri ospedalieri;
- Realizzare, soprattutto al Sud e nelle Isole, strutture con disponibilità di attuare terapie complesse infusive (apomorfina e duodopa) e chirurgiche (stimolazione cerebrale profonda);
- Creare strumenti informatici di gestione condivisi e accessibili a differenti livelli di responsabilità dagli operatori della Rete;
- Predisporre la creazione di Registri di malattia su base regionale;
- Formazione continua del personale sanitario che opera sul territorio;
- Attivare campagne di informazione e di sensibilizzazione sulle problematiche di malattia destinate ai pazienti, ai loro familiari e alla popolazione generale;
- Programmare attività di monitoraggio sulle attività di Rete con la costituzione di tavoli tecnici regionali costituiti da rappresentanti delle Società Scientifiche e delle Associazioni di Pazienti.