Percorsi di prevenzione individuale e di empowerment degli assistiti

Ruolo delle forme organizzative della Medicina Generale

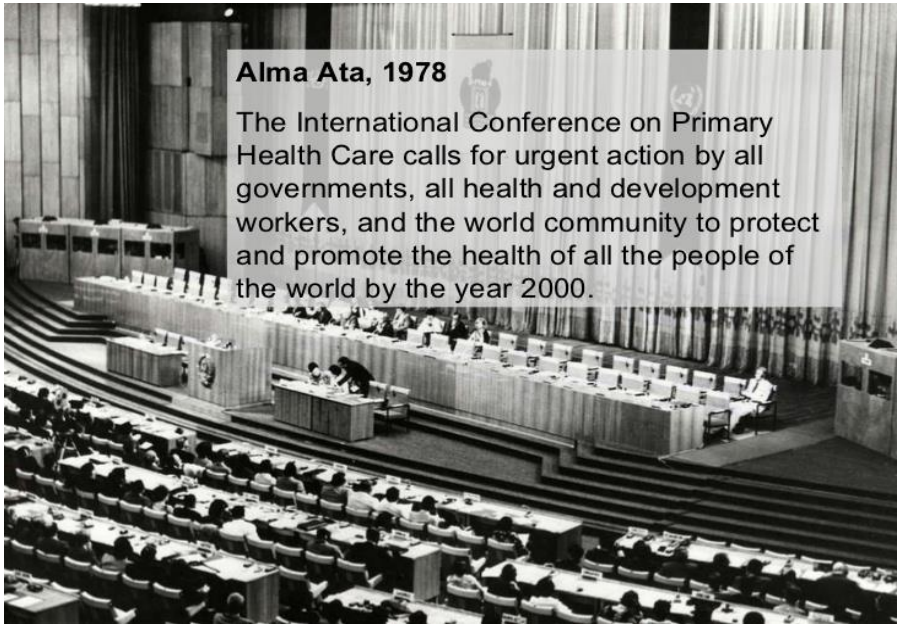
Beretta Enrico MMG – Concorezzo (MB)

Milano - 23 Novembre 2016

Promozione della salute

- Alma Ata (1978) Dichiarazione di Alma Ata sull'assistenza sanitaria primaria

  – Nasce una nuova prospettiva di sanità pubblica richiamando l'attenzione sull'importanza della prevenzione nell'ambito delle politiche sanitarie nazionali e internazionali, così come all'interno dei sistemi sanitari nazionali



Promozione della salute

- Ottawa (1986)
  - fu adottata una carta sulla **promozione della salute**
  - ″La promozione della salute è il processo che mette in grado le persone di aumentare il controllo sulla propria salute e di migliorarla. Per raggiungere uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, un individuo o un gruppo deve essere capace di identificare e realizzare le proprie aspirazioni, di soddisfare i propri bisogni, di cambiare l'ambiente circostante o di farvi fronte. La salute è quindi vista come una risorsa per la vita quotidiana, non è l'obiettivo del vivere. La salute è un concetto positivo che valorizza le risorse personali e sociali, come pure le capacità fisiche. Quindi la promozione della salute non è una responsabilità esclusiva del settore sanitario, ma va al di là degli stili di vita e punta al "benessere".

Promozione della salute

- **PREVENZIONE**
  - Pre-venire
  - Modello Bio-Medico causa effetto
  - Fattori di rischio
  - Soggetti a rischio

- **PROMOZIONE**
  - Pro-muovere
  - Modello ecologico
  - Fattori di protezione
  - Comunità

Empowerment del paziente

Dimensione sociale

Wonca 2011

- **<u>Promuove la salute</u>** ed il benessere con interventi appropriati ed efficaci;
  - Gli interventi devono essere *<u>appropriati</u>*, *<u>efficaci</u>* e basati su chiare *<u>prove</u>* ogni qualvolta sia possibile. Gli interventi, ***<u>quando non sono necessari</u>***, possono *<u>causare danno</u>* e la *<u>perdita di preziose risorse</u>* del sistema sanitario.

- Ha una **<u>responsabilità specifica della salute della comunità</u>**;

- **Promuove la responsabilizzazione del paziente nella gestione della propria salute (*<u>empowerment)</u>***
  - La *<u>medicina di famiglia</u>* è in una *<u>posizione strategica</u>* per promuovere la responsabilizzare del paziente nella gestione della propria salute *<u>(empowerment) e nell'autogestione</u>*. *Le cure longitudinali, l'approccio multidisciplinare*, la forte relazione basata su di un esclusivo processo di consultazione e sulla fiducia, l'approccio centrato sulla persona, sono il punto di partenza per un *<u>processo educativo continuo orientato</u>* ***<u>all'empowerment del paziente</u>***.

ACN Medicina Generale

- **Articolo 45 - Compiti del Medico**
- 1. Le funzioni ed i compiti individuali del medico di assistenza primaria sono così individuati:
  - a) servizi essenziali: gestione delle patologie acute e croniche secondo la miglior pratica e in accordo con il malato, inclusi gli interventi appropriati e le azioni rilevanti di **promozione della salute**.

Le dinamiche sociali

- Il progressivo invecchiamento della popolazione, con un progressivo aumento dei “bisogni” sanitari e sociali
- L’incremento delle malattie croniche (con *Targets* da raggiungere sempre più ambiziosi)
- L’aumento della prevalenza della polipatologia e della multiproblematicità
- Il progressivo modificarsi del contesto sociale (persone sole, povertà, non autosufficienza , fragilità…)
- *Risorse limitate* (…e sempre meno!)

Cosa ci aspetta

- L'OMS definisce ***la cronicità*** → **"nuova epidemia"**
- Nel **2050**, in Italia, la quota di *anziani* sarà del **30 – 40%** della popolazione
- Le malattie croniche costituiscono circa il **75 – 80%** di tutte le patologie e il **70%** dei costi diretti della sanità
- Mancata adesione alla terapia nel **50%** dei pazienti
- *Nuovi paradigmi assistenziali* (multidimensionalità, multiprofessionalità, globalità dei bisogni assistenziali, gestione integrata e proattiva, …)
- *Riorganizzazione* della *Sanità Territoriale* e dell'offerta sanitaria proposta al Cittadino
- Rivisitazione critica degli attuali *percorsi assistenziali (CReG)* e dell'*organizzazione* della *medicina territoriale (AFT)*
- Approccio *complesso*, *sistemico* e *integrato* alla **cronicità**
- *Sostenibilità finanziaria* e *organizzativa* del sistema

Che fare?

- E’ richiesto un salto di qualità nel *programmare* e *gestire* la salute dei pazienti (oltre che del SSN)
- Il modello di Sanità necessario per affrontare in maniera sostenibile l’epidemia della cronicità deve *basarsi su servizi territoriali profondamente rinnovati* per:
  - Programmazione
  - Governo
  - Produzione-erogazione dei servizi
  - ……..

Criteri di appropriatezza del processo di Patient Care Management

- **Barbara Starfield** ne descrive quattro:
  - Accessibilità
  - Continuatività
  - Completezza
  - Coordinazione

Accessibilità

- Definisce un servizio come: *conosciuto, fidato, e appropriato al tempo e nel luogo in cui il bisogno si manifesta (o viene rilevato) senza barriere.*

- Il criterio può essere sotto articolato nei seguenti sub-criteri:
  - DISPONIBILITÀ DEL SERVIZIO
    - Esistenza di servizi “On demand” su appuntamento e in urgenza
    - Esistenza di servizi pro-attivi: Ambulatorio per patologia (AmO), personale dedicato, ecc. …
  - CONOSCENZA
    - Carta dei servizi, visibilità, facilità di accesso, segreteria, ..
  - FIDUCIA
    - Presenza del **rapporto fiduciale**
  - APPROPRIATEZZA CLINICA
    - Utilizzo di LG / PDTA / EBM, …
  - APPROPRIATEZZA METODOLOGICA
  - TEMPORALITA’
    - Copertura diurna, copertura notturna, ottimizzazione dei percorsi ecc

Continuatività

- Definisce un servizio come: *continuativo per luogo e professionista e per il grado di **ricomposizione unitaria degli interventi multi professionali** necessari alla gestione di un episodio di cura e/o dei processi di follow up di ogni singolo servizio AmO attivo sul paziente*

- Il criterio può essere articolato nei seguenti sub-criteri
  - LONGITUDINALITÀ
    - Per luogo, per sede, per curante
  - CONTINUITA'
    - **Ricomposizione unitaria degli interventi multi professionali**: per episodio di cura, per episodio di assistenza, per processo di follow up → trasmissione informazioni (sistema informativo)

Completezza

- Definisce un servizio come: *capace di gestire la maggior parte dei problemi di diagnosi, cura, riabilitazione e prevenzione e i loro aspetti multidimensionali favorendo anche l'integrazione interistituzionale*

- Il criterio può essere articolato nei seguenti sub-criteri:
  - DIAGNOSTICA
    - Piccola tecnologia, telemedicina/teleassistenza
  - CURA
    - Ambulatoriale, domiciliare (ADI, ADP…)
  - RIABILITAZIONE
  - PREVENZIONE
    - AmO per fattori di rischio, prevenzione complicanze in patologie croniche, **promozione della salute**, **empowerment del paziente**…
  - CLINICAL GOVERNANCE
    - Attività di coordinamento (specialistica, H), sistema informativo
  - INTEGRAZIONE INTERISTITUZIONALE
    - Agenda dell'assistito multi professionale, fascicolo socio-sanitario condiviso ecc

Coordinazione

- Definisce un servizio come: *capace di coordinazione con livelli esterni anche quando non formalmente integrati*
- Il criterio può essere articolato nei seguenti sub-criteri
  - LIVELLI ESTERNI FORMALMENTE INTEGRATI
    - Sportello unico, prenotazione diretta, trasferimento diretto documenti, semplificazione dei percorsi, delle procedure ecc. …
  - LIVELLI ESTERNI FORMALMENTE **NON** INTEGRATI
    - Volontariato

La cronicità nel mondo

- Come si cerca di gestire il problema delle malattie croniche nel mondo occidentale?
  - *Modelli organizzativi avanzati* per la gestione della cronicità.

Stati Uniti

- Incredibile **paradosso:**

– Sistema Sanitario con *molti e gravi difetti* (tra cui la *debolezza e la frammentarietà delle Cure Primarie*)

– Hanno *elaborato* e proposto i *modelli di Cure Primarie/Medicina di famiglia* più *avanzati e innovativi*

- Negli USA è stata, nel 1966 “inventata” e inserita nel *percorso accademico* la disciplina di *“Family medicine”*

- Negli USA è stato sperimentato un *modello organizzativo* di gestione delle malattie croniche centrato sulle Cure Primarie : il ***Cronic Care Model*** di Ed. Wagner

Anni ’90 …. In California

- Dalla *metà degli anni ‘90* diversi gruppi di ricercatori (Katon et al., 1995; Wagner et al., 1996; Von Korff et al., 1997):
  - *Dall’approccio “reattivo”* basato sul paradigma “dell’attesa” dell’evento acuto, ad un *approccio “proattivo”* improntato al paradigma preventivo:
    - *Evitare* o *rinviare* nel tempo la progressione di malattia
    - Promuovere *l’empowerment del paziente* e della comunità
    - Qualificazione del *team assistenziale* (sanitario e sociale)
- MacColl Institute for Healthcare Innovation (University of California, Barkeley), (Wagner E. H. e la Robert Wood Johnson Foundation):

» **Chronic Care Model**

approccio “sistemico” alle malattie croniche

Anni ’90 …. In California

- Il modello è stato testato con una *sperimentazione* condotta per 4 anni in 51 zone e con il coinvolgimento di circa 4000 pazienti con diabete, scompenso cardiaco, asma e depressione con i seguenti risultati
  - **Maggir compliance** alle terapie
  - **Minor incidenza di complicanze**
  - Significativa **riduzione dei ricoveri** ospedalieri

Chronic Care Model (CCM)

Chronic Care Model (CCM)

Chronic Care Model (CCM)

1. Le risorse della comunità (The Community)

- Stabilire solidi *collegamenti con le risorse della comunità*: gruppi di volontariato, gruppi di auto aiuto, centri per anziani autogestiti, organizzazioni sociali.
- Sostenere *politiche* che *migliorino l'assistenza al paziente*

2. Il sistema organizzativo (Health System - Organization of Health Care)

Una nuova modalità di *gestione delle malattie croniche* dovrebbe diventare una ***priorità*** degli erogatori e dei finanziatori dell'assistenza sanitaria (una *chiara scelta politica* e un *investimento di risorse*.

Chronic Care Model (CCM)

3. Il supporto all'auto-cura (Self-Management Support)

- Il ***paziente*** diventa il *protagonista attivo* dei processi assistenziali.
- La *gestione* di queste malattie *può essere insegnata alla maggior parte dei pazienti* e un rilevante segmento di questa gestione – la dieta, l'esercizio fisico, il monitoraggio (della pressione, del glucosio, del peso corporeo, etc.), l'uso dei farmaci – può essere trasferito sotto il loro diretto controllo.
- *Il supporto all'auto-cura* significa aiutare i *pazienti* e le loro *famiglie* ad acquisire abilità e fiducia nella gestione della malattia, procurando gli strumenti necessari e valutando

Chronic Care Model (CCM)

4. L'organizzazione del team e il disegno del sistema di erogazione (Delivery System Design)

- La *struttura* del team assistenziale (medici di famiglia, infermieri, educatori) deve essere modificata separando l'assistenza ai pazienti acuti dalla gestione programmata ai pazienti cronici.
- I *medici* trattano i pazienti acuti, *intervengono nei casi cronici difficili* e *complicati*, e formano il personale del team.
- Il *personale non medico* è formato per *supportare l'auto-cura dei pazienti*, per svolgere alcune *specifiche funzioni* (test di laboratorio per i pazienti diabetici, esame del piede, etc.) e assicurare la *programmazione e lo svolgimento del follow-up* dei pazienti.
- Le ***visite programmate*** sono uno degli aspetti più significativi del nuovo disegno organizzativo del team.

Chronic Care Model (CCM)

5. Il supporto alle decisioni (Decision Support)

- L'adozione di *linee-guida basate sull'evidenza* forniscono al team gli standard per fornire un'assistenza ottimale ai pazienti cronici.
- Le linee-guida sono rinforzate da un'attività di *sessioni di aggiornamento* per tutti i componenti del team.
- Integrare la conoscenza specialistica con l'assistenza di base

6. I sistemi informativi (Clinical Information Systems)

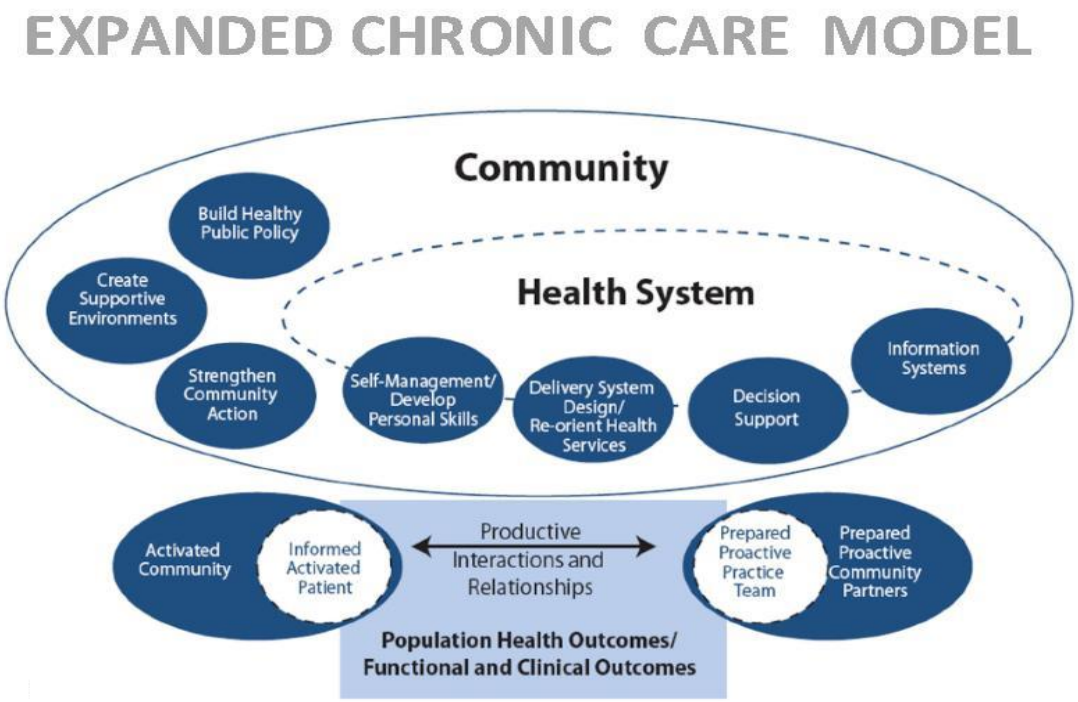
- I sistemi informativi computerizzati svolgono *tre importanti funzioni*:
  - 1) come ***sistema di allerta*** che aiuta i team delle cure primarie ad attenersi alle linee-guida;
  - 2) come ***feedback per i medici*** , mostrando i loro livelli di performance nei confronti degli indicatori delle malattie croniche, come i livelli di emoglobina A_{1c} e di lipidi;
  - 3) come ***registri di patologia*** per pianificare la cura individuale dei pazienti e per amministrare un'assistenza "*population-based*". I registri di patologia – **una delle caratteristiche centrali del *chronic care model*** – sono **liste di tutti i pazienti** con una determinata condizione cronica in carico a un team di cure primarie

Chronic Care Model (CCM)

- OBIETTIVO FINALE
  - ***Paziente informato*** che *interagisce con un team* multidisciplinare, preparato e *proattivo*, con lo scopo di ottenere:
  - *Cure primarie di alta qualità*,
  - *Miglioramenti dello stato di salute* del paziente della popolazione
  - *Riduzione della disomogeneità* nell'erogazione dei servizi socio-sanitari
  - *Riduzione di ricoveri impropri* (e riacutizzazioni)
  - ……

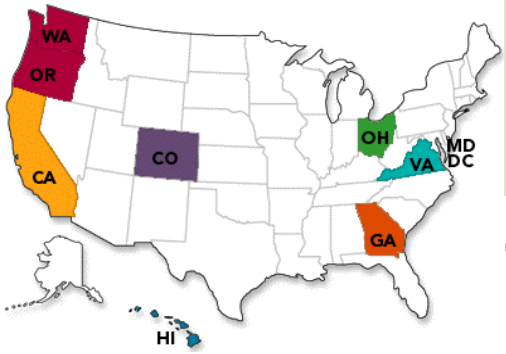
Il CCM è stato adottato dall'OMS e largamente introdotto nei sistemi sanitari di diversi paesi: Canada, Olanda, Germania e Regno Unito e alcune Regioni Italiane

Expanded Chronic Care Model



Gli **aspetti clinici** (individuali) sono **integrati** da quelli di **sanità pubblica** (approccio verso la popolazione) quali:

- *Prevenzione primaria collettiva*
- Attenzione ai *determinanti sociali della salute*
- Gli outcome non riguardano solo i pazienti ma *le comunità* e *l'intera popolazione*



Stati Uniti

"Il volto buono della Sanità Americana"

(Gavino Maciocco)

- **Modello KAISER PERMANENTE**
  - Fondato nel 1933, assiste 8.7 milioni di persone in 9 stati dell'unione
    - (è divento famoso solo in questo millennio quando sul British Medical Journal sono comparsi diversi articoli che paragonando le performance di KP con quelle del National Health Service inglese (NHS) evidenziavano costi minori con migliori esiti di salute per la popolazione assistita a favore di KP.
  - Si tratta di una HMO (Health Maintenance Organization), una sorta si *cassa mutua privata non-profit*
  - Soggetto *senza fine di lucro*
  - *Livello di cure* estremamente *avanzato*

Kaiser Permanente

- Servizi territoriali ad *alto grado di integrazione* tra *cure primarie e secondarie*
- Ingenti *risorse* nella *educazione del paziente*
- Il *principale strumento operativo* nei confronti degli assistiti è il *Piano di Salute* (Healt Plan), affidato ai “Permanente Medical Groups”
- Questa organizzazione ha fondato molto del suo welfare sulle *cure primarie*.

Kaiser Permanente

BMJ 19 – gennaio 2002

Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente

Richard G A Feachem, Neelam K Sekhri, Karen L White

- **CONCLUSIONE**
  - La popolare idea che il NHS è efficiente e che la scarsa performance in certe aree è giustificata dai bassi investimenti non è suppportata da questa ricerca: KP ottiene *prestazioni migliori* a un *costo approssimativamente simile* a quello del NHS grazie ad una *forte integrazione* all'interno del sistema, a un'efficiente gestione dell'uso degli ospedali, ai benefici della competizione e a maggiori investimenti nell'*information technology*

Kaiser Permanente

- **Making the NHS more like Kaiser Permanente**
  BMJ 2004;328:763

- ***La fondamentale lezione che ci consegna la tradizione del KP*** *è che i clinici devono gestire i servizi – l'insieme di tutti i servizi – con una responsabilità condivisa. I medici del KP, sia i generalisti sia gli specialisti, hanno deciso che il modo più efficace per allocare il loro budget condiviso, in un'era di medicina specialistica sofisticata, è quello di* ***poter trattare I pazienti in centri sanitari multidisciplinari e multi-specialistici****, dove il team multidisciplinare delle Cure Primarie lavora, pranza, e socializza con i medici specialisti, con i tecnici di laboratorio e di radiologia, e con il team dei farmacisti.* ***I pazienti scelgono il loro medico di famiglia,*** *ma in sede c'è la possibilità di una* ***rapida valutazione da parte dei più comuni specialisti*** *o di un tempestivo ricorso agli* ***accertamanti diagnostici.*** *Recentemente questo tipo di approccio è integraato e potenziato da un sistema informativo elettronico molto avanzato e condiviso tra tutti I professionisti*

Kaiser Permanente

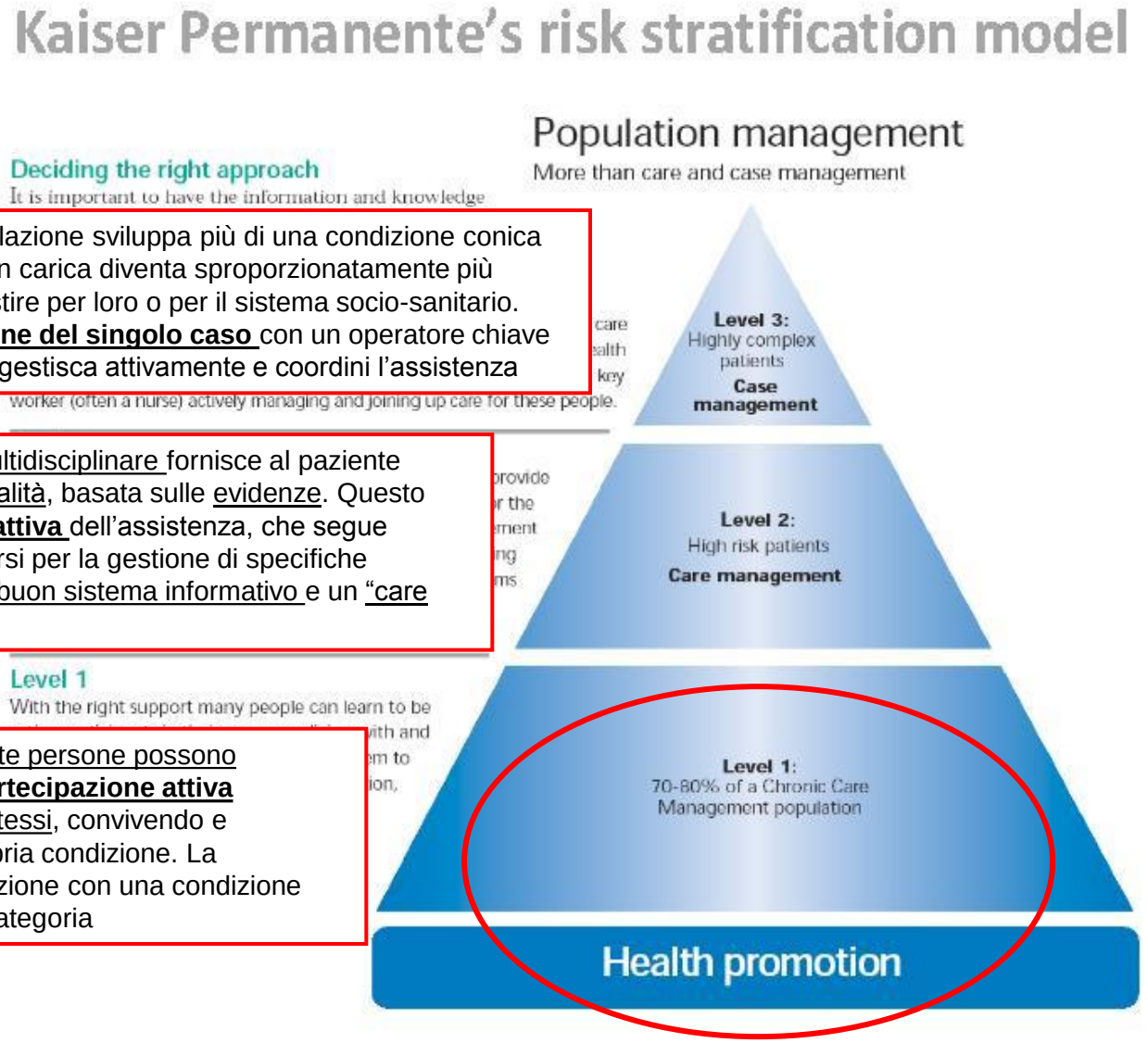
- In ogni Office lavorano da *20 a 40 medici di famiglia* riuniti in gruppi di 4 – 5unità
- Ogni medico ha in media *2500 assistiti*
- Ogni medico dispone di un *"medical assistent"* con funzioni burocratico-amministrative e di gestione dei registri dei pazienti
- Gli assistiti scelgono anche un *infermiere di famiglia* (nurse practitioner)
- Negli Office lavorano *vari specialisti* per consulti rapidi con i MdF
- Gli Office dispongono di un *laboratorio di analisi* e di *diagnostica per immagini* e di una *farmacia*
- Di notte e nei festivi è attiva *un'unità per le urgenze* con il supporto di mezzi diagnostici
- L'intera organizzazione è impegnata nella *"sanità di iniziativa"* e nella prevenzione degli scompensi e degli aggravamenti delle patologie croniche (importante causa di accesso al PS)
- I medici del KP hanno un *rapporto esclusivo* con l'organizzazione.
- Il KP dispone di uno dei più *evoluti sistemi informatici sanitari* /Healt Connect)

Kaiser Permanente

Nel momento in cui la popolazione sviluppa più di una condizione conica (comorbilità), la loro presa in carica diventa sproporzionatamente più complessa e difficile da gestire per loro o per il sistema socio-sanitario. Questo richiede una **gestione del singolo caso** con un operatore chiave (spesso un infermiere) che gestisca attivamente e coordini l'assistenza

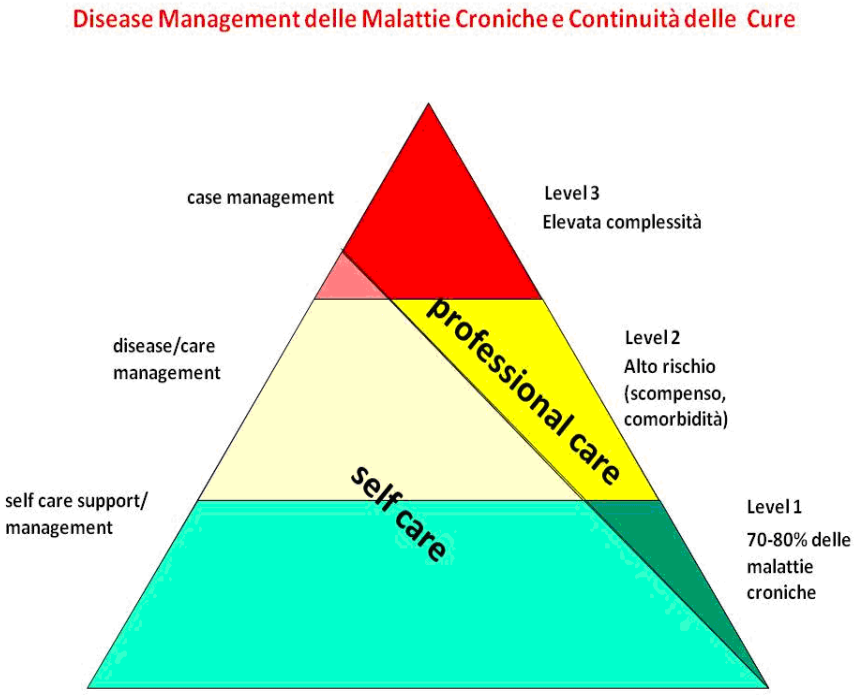
A questo livello un team multidisciplinare fornisce al paziente un'assistenza di elevata qualità, basata sulle evidenze. Questo significa una **gestione proattiva** dell'assistenza, che segue protocolli approvati e percorsi per la gestione di specifiche patologie. E'necessario un buon sistema informativo e un "care planning" condivisi da tutti

Con il giusto supporto molte persone possono imparare ad avere una **partecipazione attiva** prendendosi cura di loro stessi, convivendo e riuscendo a gestire la propria condizione. La maggioranza della popolazione con una condizione cronica rientra in questa categoria



Kaiser Permanente

- **Il bisogno assistenziale è stratificato su tre livelli:**
  - **Livello 1**: bisogno di assistenza sanitaria relativamente basso per una condizione di *cronicità facilmente controllabile* fornito da un team di professionisti *dell'assistenza primaria*
  - **Livello 2**: bisogno di assistenza più *complesso* per condizioni cliniche non perfettamente compensate e stabili in cui necessita un *supporto strutturato* attraverso una gestione specifica della patologia
  - **Livello 3**: *bisogni complessi* e/o utilizzo intensivo di assistenza secondaria non pianificato che richiedono una gestione attiva attraverso un *case manager*



Kaiser Permanente

- **ALCUNE REGOLE DEL MODELLO**
  - *Identificazione* dei soggetti con *malattie croniche*
  - Riferimento a *"pathways" clinici*
  - *Stratificazione per rischio* di aggravamento
  - *Informatizzazione* dei dati. Condivisione.
  - *Cure intermedie "nurse led"*
  - Approccio *multidisciplinare* nel primary care
  - *Forte integrazione* primary care – specialisti
  - Promozione del *"self-care"*

Kaiser Permanente

- Il sistema sanitario USA è scarsamente paragonabile al nostro, ma possiamo *ispirarci ai principi di KP* per rafforzare il sistema socio – sanitario italiano:
  - maggiore spinta al sistema delle *cure primarie* con ospedali per acuti a degenza breve
  - *forte controllo del "dato"* raccolto in un sistema informativo unico e condiviso
  - *obiettivi chiari*, semplici e *trasparenti* a tutti
  - *rapporto di lavoro paritario* tra tutti gli attori.

- **In conclusione** la puntuale applicazione dei principi esposti ci farà senz'altro fare un *passo avanti nel campo del disease management*, inteso come **presa in carico globale** (socio-sanitaria) del cittadino, *condivisa* (da tutti gli attori, cittadino compreso) e *trasparente* nelle regole e negli obiettivi

E in Italia ?

- **Centro Italia:** Toscana, Umbria, Marche, Puglia → attivate sperimentazioni con il CCM

- Emilia Romagna → Case della salute

- Lombardia → CReG

E in Italia ?

- **Legge Balduzzi** del 13/09/2012
  - Si riorganizzano le cure primarie, nella consapevolezza che il processo di de-ospedalizzazione, se non e' accompagnato da un corrispondente e contestuale rafforzamento dell'assistenza sanitaria sul territorio, determina di fatto una impossibilita' per i cittadini di beneficiare delle cure. I punti qualificanti sono:
    - *Integrazione* monoprofessionale e multiprofessionale (AFT e UCCP)
    - Favorire il *coordinamento* operativo tra i MMG e gli specialisti
    - *Sviluppo dell'ICT* quale strumento irrinunciabile per l'aggregazione funzionale e per l'integrazione delle cure territoriali e ospedaliere.

Il futuro … AFT e UCCP

AFT: Aggregazioni Funzionai Territoriali

- Le **AFT sono aggregazioni di medici di medicina generale** che garantiranno l'erogazione delle prestazioni mediche a livello territoriale attualmente garantite dal medico singolo e che coordineranno tra loro interventi e budget di spesa. Ogni AFT avrà un medico coordinatore (eletto dagli altri) che si interfaccerà con l'azienda sanitaria per il governo delle cure primarie sul territorio ed i rapporti con l'ospedale.

Il futuro … AFT e UCCP

UCCP: Unità Complesse di Cure Primarie

- Forme organizzative **multiprofessionali**, che erogano, prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei medici, delle altre professionalità convenzionate con il SSN, degli infermieri, delle professionalità ostetrica, tecniche, della riabilitazione, della **prevenzione** e del sociale a rilevanza sanitaria**.**

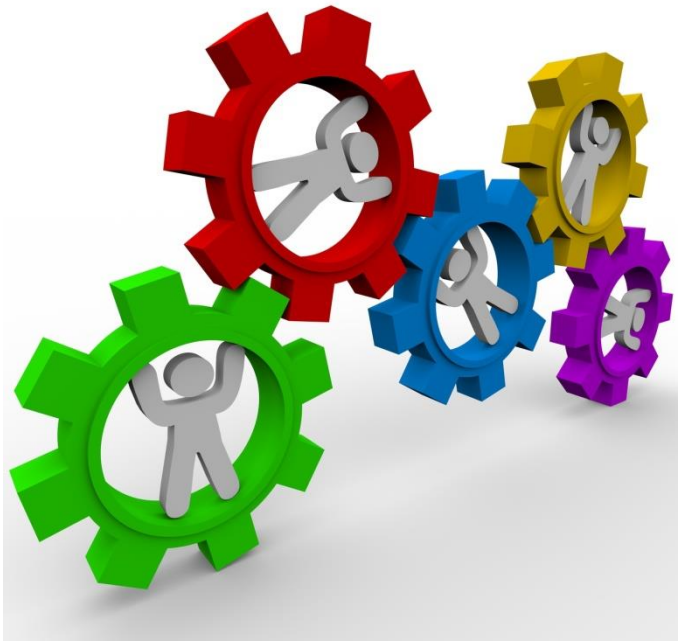
Il futuro … AFT e UCCP

- Gli **obiettivi** sono:

  a) passare da una medicina di attesa ad una medicina di iniziativa;

  b) operare per PDTA (per percorsi di cura personalizzati);

  c) avere gestione proattiva delle cronicità, delle complessità e la tutela del paziente fragile



Quali dovrebbero essere le caratteristiche fondamentali delle AFT-UCCP

- Superamento della frammentazione dell'assistenza sanitaria nel territorio mediante la continuità assistenziale
- Affiancamento dell'assistenza "reattiva" "on demand" con l'assistenza "proattiva" "di iniziativa" da parte della Medicina Generale
- Assistenza basata sulla popolazione, sulla stratificazione del rischio e su *differenti livelli di intensità assistenziale*
- Assistenza primaria come "HUB" dei processi assistenziali con forti collegamenti con il resto del sistema

Quali dovrebbero essere le caratteristiche fondamentali delle AFT-UCCP

- Una chiara caratterizzazione e definizione delle funzioni delle diverse figure professionali, mediche e non, con forte **integrazione** fra *MMG*, *infermieri*, *specialisti*, *altre figure professionali sanitarie e sociali*
- La responsabilità clinica del paziente e quindi il coordinamento del processo di cura è in carico al MMG
- Sistemi informativi evoluti in grado di leggere i percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) al fine di monitorare e valutare (Audit) l'assistenza erogata al paziente cronico
- Utilizzo di Linee Guida in grado di tener conto della comorbilità e della complessità assistenziale
- Investire sull'autogestione dei pazienti e sull'Empowerment e sulla promozione della salute

Fondazione sicurezza in Sanità 2013 (Agenas, ANCI, FIMMG)

Quali contenuti per le AFT/UCCP?

- **Accesso all'assistenza**
  - Abilità dei cittadini di ricevere assistenza quando, come e dove è necessario
- **Continuità delle prestazioni tra i professionisti e nel tempo**
  - Capacità di offrire interventi coerenti tra i diversi professionisti e di assicurare nel tempo la continuità delle prestazioni
- **Collaborazione nell'ambito del team, con altri provider di cure primarie e con altri livelli di assistenza**
  - Collaborazione all'interno dello stesso team, tra provider diversi di assistenza primaria, e tra assistenza primaria e altri livelli di assistenza

Quali contenuti per le AFT/UCCP?

- **Ampiezza dei servizi assicurati**
  - Gli interventi di assistenza primaria comprendono interventi di cura, riabilitazione e sostegno, così come la promozione della salute e la prevenzione delle malattie
- **Responsabilità dei professionisti**
  - I clinici assumono la responsabilità della popolazione che assistono e assicurano un'assistenza di qualità basata sull'evidenza
- **Centralità dell'assistito e della famiglia**
  - Gli individui e le famiglie sono al centro dell'assistenza che deve favorire l'impegno del paziente a porsi obiettivi e assicurare una comunicazione competente e comprensibile

(SITI Lombardia – Gruppo di lavoro Cure Primarie – Aprile 2015)

E in Lombardia?

LR 11 agosto 2015 – n. 23
Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo

- POT: Presidi Ospedalieri Territoriali
  - Sono <u>strutture multi servizio</u> deputate all'erogazione di <u>prestazioni</u> <u>residenziali</u> sanitarie e sociosanitarie a <u>media e bassa intensità</u> per acuti e **<u>cronici</u>** e, tenuto conto delle peculiarità territoriali come definite nel PSL, di <u>prestazioni ambulatoriali e domiciliari.</u>

LR 11 agosto 2015 – n. 23
Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo

- PreSST: Presidi Socio Sanitari Territoriali
  - Costituiscono una *modalità organizzativa di riferimento* con lo scopo di *integrare* le attività e le *prestazioni* di carattere *sanitario*, *sociosanitario* e *sociale* e concorrono alla presa in carico della persona e della fragilità.
    - Erogano prestazioni sanitarie e sociosanitarie ambulatoriali e domiciliari a media e bassa intensità
    - Possono attivare degenze intermedie, subacute, post acute e riabilitative, a bassa intensità prestazionale ed in funzione delle particolarità territoriali, secondo la programmazione dell'ATS territorialmente competente
    - Promuovono percorsi di sanità d'iniziativa, di **prevenzione** e di **educazione sanitaria**
    - I PreSST possono essere anche organizzati secondo le modalità previste per **l'ospedale di comunità**

In Lombardia – I CREG

- L'attuale organizzazione delle cure primarie ***è adeguata*** *alla sfida della cronicità*?
  - Mancano:
    - *Premesse contrattuali*
    - *Competenze cliniche, gestionali, amministrative*

- Pensare ad un *nuovo soggetto:*
  - Non un erogatore di prestazioni
  - Ma un *gestore di pazienti e percorsi*

In Lombardia – I CREG

- Il CReG è un *modello innovativo*, al momento esclusivo per la Regione Lombardia, che intende *migliorare la gestione clinica ed organizzativa delle patologie "croniche",* garantendo la corretta *erogazione di tutti i servizi extraospedalieri* previsti da appositi *percorsi di cura*, senza soluzione di continuità.

- **CReG: Chronic Related Group**
  - Innovativa modalità di presa in carico dei pazienti.
  - Corresponsione anticipata di risorse definite (tariffa)
  - Garantisce servizi extraospedalieri
    - Ambulatoriale, farmaceutica, protesica, ADI, …
  - Specifici per patologia
  - Concordati in PDTA
  - Assicurando i LEA

In Lombardia – I CREG

- **TRE pilastri**
  - Capacità di *identificare e stadiare la malattia cronica* **(BDA)**
  - **EPA:** "Elenco delle Prestazioni Attese" → **PAI** "Percorsi Assistenziali Individuali" con *riferimento ai PDTA e LG* (identificazione dei fabbisogni di cura di ogni cronicità e standardizzazione dei percorsi)
  - Sistema di *remunerazione* **(tariffa)**

- La piattaforma organizzativa
  - Vera innovazione del progetto: **Ente gestore/Provider**
    - Garantisce la presa in carico di un gruppo di pazienti
    - Interagisce con gli attori del processo di cura
    - Assicura competenze amministrative, organizzative e gestionali
  - Chi è il gestore?
    - Il MMG (ma possono essere altri: associazione di pazienti/operatori, qualunque tipo di erogatore (privato o pubblico))

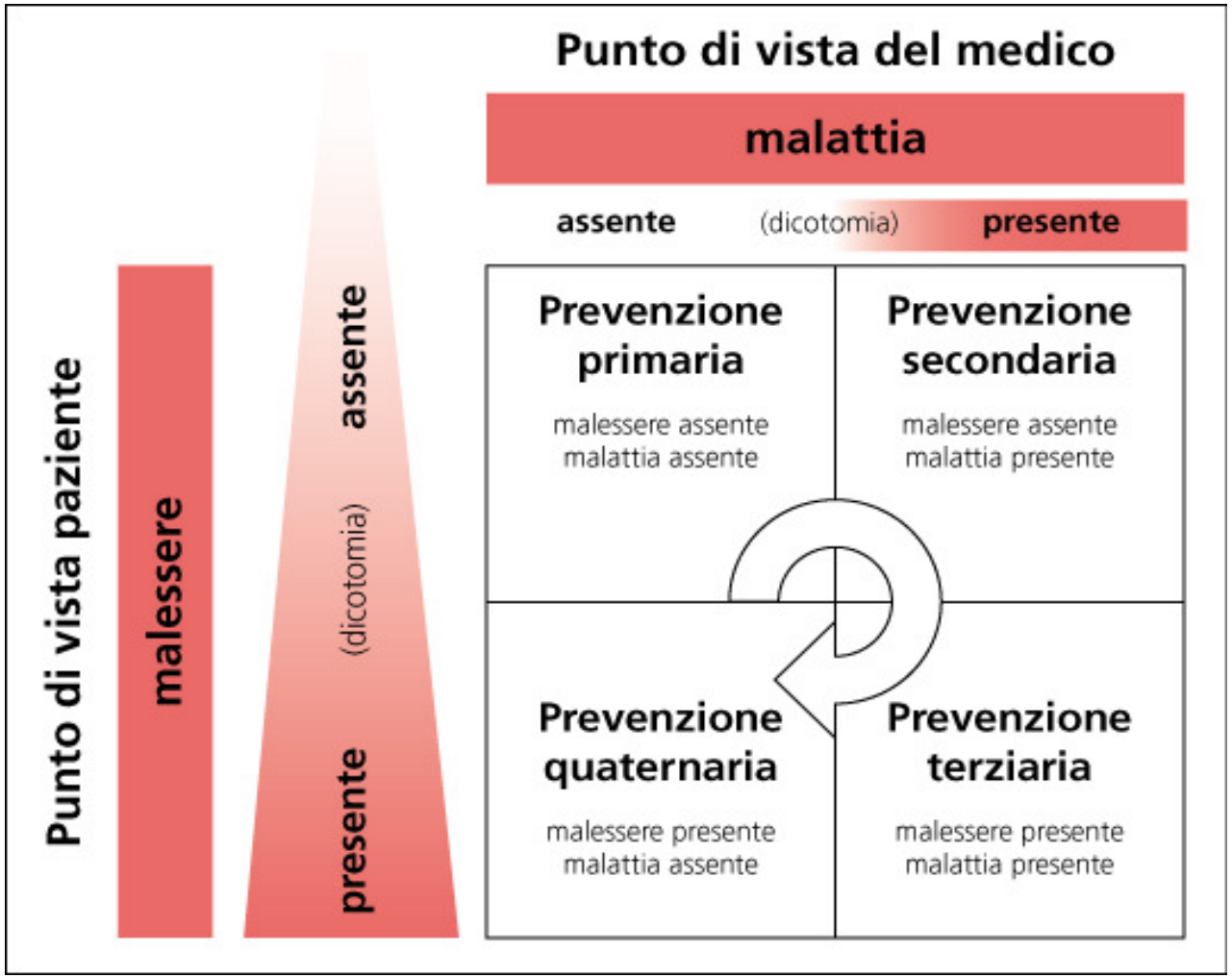
Criticità dei CREG

- Il mancato coinvolgimento del MMG nel progetto in fase iniziale. E' un progetto pensato solo all'interno della Regione Lombardia
- Ha un'impostazione fondamentalmente imprenditoriale-economicistia
- Mancanza di coordinazione con altri decisori/prescrittori (strutture ospedaliere e specialistiche) che comporta la perdita di centralità e di "governance" del MMG nella gestione del percorso CREG
- Mancata condivisione dei singoli PDTA per la gestione delle patologie croniche
- Mancanza di una dimensione organizzativa nel contesto della quale inserire in CREG (es. Casa della Salute, AFT, UCCP)
- Mancanza di "cultura" di promozione della salute, autogestione ed empowerment

Prevenzione quaternaria

- La prevenzione quaternaria è la *prevenzione della medicina non necessaria* o la **“prevenzione della medicalizzazione”.**

Prevenzione quaternaria



Prevenzione quaternaria

Aiutare il paziente a gestire l'incertezza

Conclusione (1)

- Le malattie croniche – MCV, diabete, cancro, BPCO – sono globalmente trascurate, nonostante la crescente consapevolezza del peso sulla salute che esse provocano. Le politiche nazionali e globali hanno fallito nel contrastarle e in molti casi hanno contribuito a diffonderle. **Esistono soluzioni molto efficaci e a basso costo** per la prevenzione delle malattie croniche; l'incapacità di adottarle è oggi un **problema politico**, piuttosto che tecnico"

THE LANCET

November 2010; 376: 1689 - 98

Raising the priority of preventing chronic diseases: a political process
Dr. R. Geneau et al.

Conclusione (2)

- **Cure primarie, malattie e pazienti**

  ….E' tempo che i medici di famiglia prendano l'iniziativa per promuovere l'assistenza medica laddove ci sono i bisogni, …per assistere i pazienti e le popolazioni e non le malattie. Tutto ciò non solo è biologicamente corretto, ma anche più efficace, più efficiente, sicuro e più equo

  Barbara Starfield JHU

Grazie per l'attenzione