



Regione Toscana



WORKSHOP

**"La governance delle cure primarie per la gestione delle cronicità:
framework e strumenti - il ruolo del middle management"**

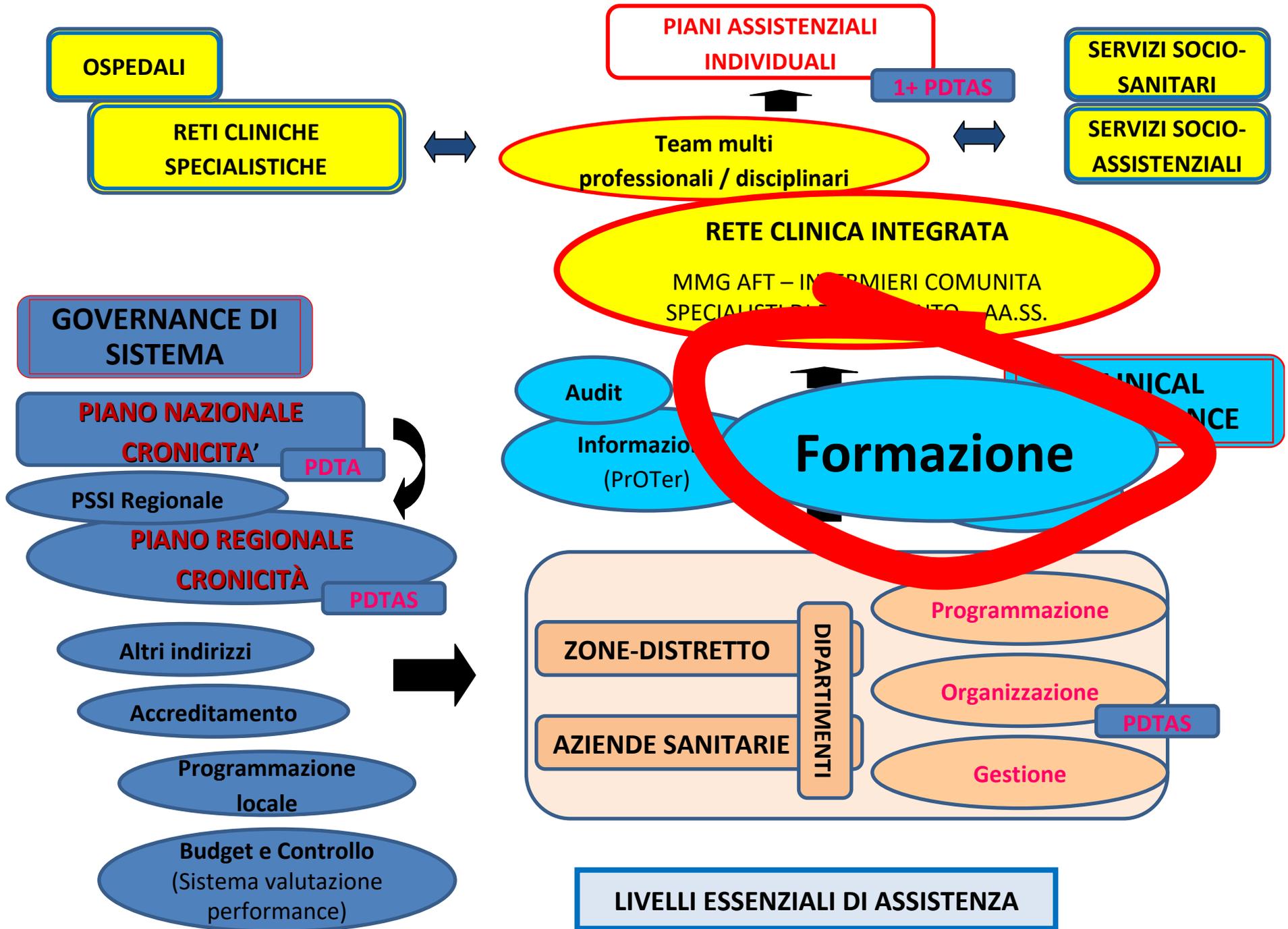
22 novembre 2018

Sala Blu - "Il Fuligno" Centro Servizi Formativi (Via Faenza, 48) Firenze

Andrea Salvetti.ppt

La leva formativa: i piani formativi aziendali

Andrea Salvetti - Coordinatore AFT SUD Azienda USL Sud Est Toscana
Presidente SIMG Grosseto



La principale caratteristica che si richiede ad un'iniziativa formativa condotta per i professionisti in attività è la sua efficacia. Dove per efficacia s'intende la *capacità di coinvolgere i discenti ed ottenere la loro attiva e convinta partecipazione* in modo tale da modificare positivamente le proprie performance professionali.

Finora lo *specialista* di turno preparava sul tema a lui assegnato una “lezione” solitamente lunga e “frontale” e sviluppava il tema assegnato sulla falsa riga della proiezione di una serie di diapositive. Alla lezione faceva seguito qualche domanda. Questa era la modalità con la quale si conduceva la “formazione continua” che però di veramente formativo aveva in realtà molto poco.



Ma di cosa ha realmente bisogno la
Medicina Generale?

Teoria o pratica?

Quali sono le reali esigenze per una
corretta gestione del nostro paziente?



L'aggiornamento e la formazione continua deve essere progettata e gestita con la *diretta partecipazione e corresponsabilità dei medici di medicina generale*, in quanto solo in questo modo si può garantire il riferimento a bisogni formativi reali, coerenti con i compiti professionali dei “discenti”.

In secondo luogo si propone un *modello formativo fortemente interattivo*, con il relatore-docente disponibile sia a declinare la sua cultura specialistica in funzione delle esigenze professionali dei medici che in quel momento sono in posizione di discenti, sia a considerare (e partire) dalla loro esperienza professionale come base per un confronto costruttivo e realmente formativo.

Si parte da un'attenta analisi dei bisogni formativi dei MMG, una corretta strutturazione degli obiettivi didattici, un'adeguata scelta delle tecniche didattiche con lavoro prevalentemente basato sull'analisi e la risoluzione di "casi" che simulano problemi del tutto simili a quelli tipici del contesto professionale dei MMG.



Dai dati di Health Search e dell'ARS Toscana ne deriva la possibilità di intercettare le criticità presenti in qualsiasi area decisionale, dal ricorso alla diagnostica all'impiego dei farmaci, dalle attività di tipo preventivo al follow-up delle patologie croniche e di analizzarle attraverso audit clinici.



Informazioni preziose in quanto consentono da un lato di orientare in modo preciso gli interventi formativi da proporre ai medici e dall'altro di poter svolgere attività di **audit**, individuale e di gruppo, spontaneo (self-audit) o organizzato all'interno delle singole AFT.



Esaminare, nell'ambito delle principali patologie croniche, oltre ai dati di prevalenza, alcuni *indicatori di processo, di esito e di spesa* relativi ai singoli MMG, all'interno delle singole AFT e insieme a tutti i colleghi afferenti alle diverse AFT ragionare per capire le eventuali difformità emerse

In effetti le nuove forme associative prevedono un ripensamento delle attività e dei compiti dei medici di famiglia, con due diverse tipologie di ruolo prevedibili oltre quella classica assistenziale, declinata per un'attività contestualizzata nelle forme associative: il **coordinatore di AFT**, assimilabile a un vero e proprio manager delle Cure Primarie, ed **il Medico di medicina generale "con Speciali Interessi"** (GPwSIs).

Oggi un evento formativo su **BPCO** non si deve basare solo sull'eziopatogenesi della malattia e sugli ultimi farmaci a disposizione sul mercato (alcuni dei quali con PT ovvero solo su prescrizione dello specialista), ma sulle misure di *prevenzione primaria e secondaria* che la MG può mettere in atto, *sull'individuazione precoce della patologia* attraverso strumenti facili da avere a disposizione nell'ambulatorio, *sull'aderenza alla terapia e sul corretto uso dei broncodilatatori* e, non ultimo, sui *dati di spesa* sull'assistenza farmaceutica, specialistica e ospedaliera.

Parlare di **Cure palliative nel fine vita** significa individuare *precocemente* il nostro paziente candidato ad un percorso di cure palliative, significa offrire una buona qualità di vita attraverso strumenti farmacologici e non (ADI/ADP) e lavorare in modo “diverso” da quello a cui siamo abituati: il processo formativo deve andare in questo senso per dare dignità ad una persona che sta morendo e ognuno dei MMG può portare il proprio contributo personale di fronte ai colleghi.

Strategie di formazione

1. Identificazione di un **obiettivo unico e condiviso tra MG ed Azienda Sanitaria**: la qualità del processo di cura, vale a dire “migliorare l’efficacia, l’efficienza e l’appropriatezza degli interventi attuati dai MMG e verificarne il raggiungimento attraverso il monitoraggio d’indicatori di processo ed esito”

2. l'impegno contrattuale dei MMG a migliorare efficacia, efficienza, appropriatezza dei propri interventi, applicando nel miglior modo possibile i PDTA riguardanti le patologie croniche considerate (diabete mellito tipo 2, Ipertensione arteriosa, BPCO, Ictus)

3. la **produzione di Report trimestrali da parte dei MMG**, quale fonte principale di dati per il monitoraggio del processo ed ottenuti dalle cartelle cliniche dei MMG.



“I MMG lavorano con pazienti che hanno disturbi non severi, ma il timore di avere patologie gravi” *(Olesen F, Fleming D. Patient registration and controlled access to secondary care. European Journal of General Practice 1998 June;4:8183)*

Uno degli strumenti essenziali alla produzione di evidenze è la revisione delle pratiche cliniche assistenziali condotta secondo i principi del *Clinical Audit*.



Nell'approccio di *problem solving* che utilizzano i MMG si realizza l'incontro, a volte problematico, fra la medicina centrata sulla patologia e quella centrata sul paziente. Il luogo (*occasione*) in cui si fondono le due tematiche è quello della negoziiazione e della presa in carico (*advocacy*) condivisa fra MMG e paziente di problemi che spesso sono di difficile inquadramento sanitario e nosografico, legati come sono a tematiche che richiedono invece un approccio biopsicosociale.

Una scadente relazione medico- paziente si traduce in un inappropriato utilizzo degli esami di laboratorio, cattivo ricorso agli specialisti e ad un uso incongruo di farmaci.

Tuttavia esistono **difficoltà ad applicare i comuni metodi quantitativi dell'Audit Clinico** ad un contesto in cui prevalgono dimensioni e variabili di tipo prevalentemente *relazionale*.

Molto problematico, nello specifico, appare riuscire a dimensionare i fenomeni qualitativi (variabili, elementi del processo di cura) a mezzo di indicatori misurabili, quando essi debbono riferirsi a diverse variabili.



La pratica del **self audit** si è dimostrata utile soprattutto a far maturare nei professionisti le motivazioni allo spirito critico delle proprie pratiche professionali, piuttosto che un metodo certo di modifica delle stesse.



Il secondo passo naturale è quello della *Peer-review*. Si tratta di gruppi di MMG (*talora interdisciplinari con altri professionisti della salute che cooperano*) coinvolti in attività orientate alla loro valutazione volta al miglioramento continuo della qualità delle cure. La loro filosofia di fondo è basata sulla capacità che hanno i gruppi di pari di influenzare reciprocamente i singoli.

La banca dati Proter dell'ARS Toscana

Gli indicatori riguardano la prevalenza ed il percorso di cura delle principali patologie croniche, processi, esiti e costi della gestione della cronicità da parte delle AFT, la presa in carico tramite servizi di lungoassistenza degli anziani non autosufficienti (*report LTC*), i percorsi riabilitativi e l'assistenza specialistica ambulatoriale.

Su alcuni indicatori si sono sviluppati, nell'ambito della formazione obbligatoria per la medicina generale, alcuni **audit** (*Peer-review*) che hanno coinvolto tutti i componenti delle AFT della Provincia di Grosseto, mantenendo l'anonimato dei singoli MMG, condotti dal coordinatore di AFT.



Regione Toscana



ZONE E INDICATORI SELEZIONATI ▾

Deseleziona tutto

Andrea Salvetti ▾

Informazioni generali Grafici di sintesi Assistiti ultra15enni ▾ Ipertensione senza diabete né malattie cardiovascolari ▾ Diabete ▾

Cardiopatía ischemica senza scompenso e senza pregresso IMA ▾ Pregresso IMA ▾ Insufficienza cardiaca cronica ▾ BPCO e insufficienza respiratoria ▾

Fibrillazione Atriale non ventricolare ▾ Pregresso ictus ▾ Demenza ▾ Pazienti complessi ▾ Choosing Wisely ▾ Follow up oncologico ▾

Aggregazioni Funzionali Territoriali - MMG

Malattie croniche e sanità di iniziativa

Indicatori su dati aggiornati al 2017

Sono stati analizzati i dati di **prevalenza**, gli **indicatori di processo**, **di esito**, **di spesa** e **nel “fine vita”** riguardo alcune patologie croniche, suddivisi tra MMG che partecipavano alla Sanità d’Iniziativa e MMG che non ne facevano parte, sia all’interno del Distretto, dell’ASL, della Regione.

Pazienti complessi prevalenti complessi

Sanità Iniziativa	AFT				Distretto	Ex ASL	ASL	Regione
	Numeratore	Denominatore	Grezzo	Standardizzato				
No	165	4160	39,7	33,6	31,3	34,3	32,3	28,9
Si	526	16057	32,8	29,3	30,5	34,0	32,7	29,0
Totale	691	20217	34,2	30,2	30,9	34,1	32,5	28,9

Descrizione

Prevalenti MaCro definiti **complessi**, ovvero malati cronici con almeno una patologia cronica monitorizzata (diabete, ipertensione, cardiopatia ischemica, scompenso cardiaco, BPCO, ictus) e alti consumi di prestazioni e/o frequenti accessi al Pronto Soccorso e ospedalizzazioni, per 1.000 residenti di età 60+, standardizzato per età.

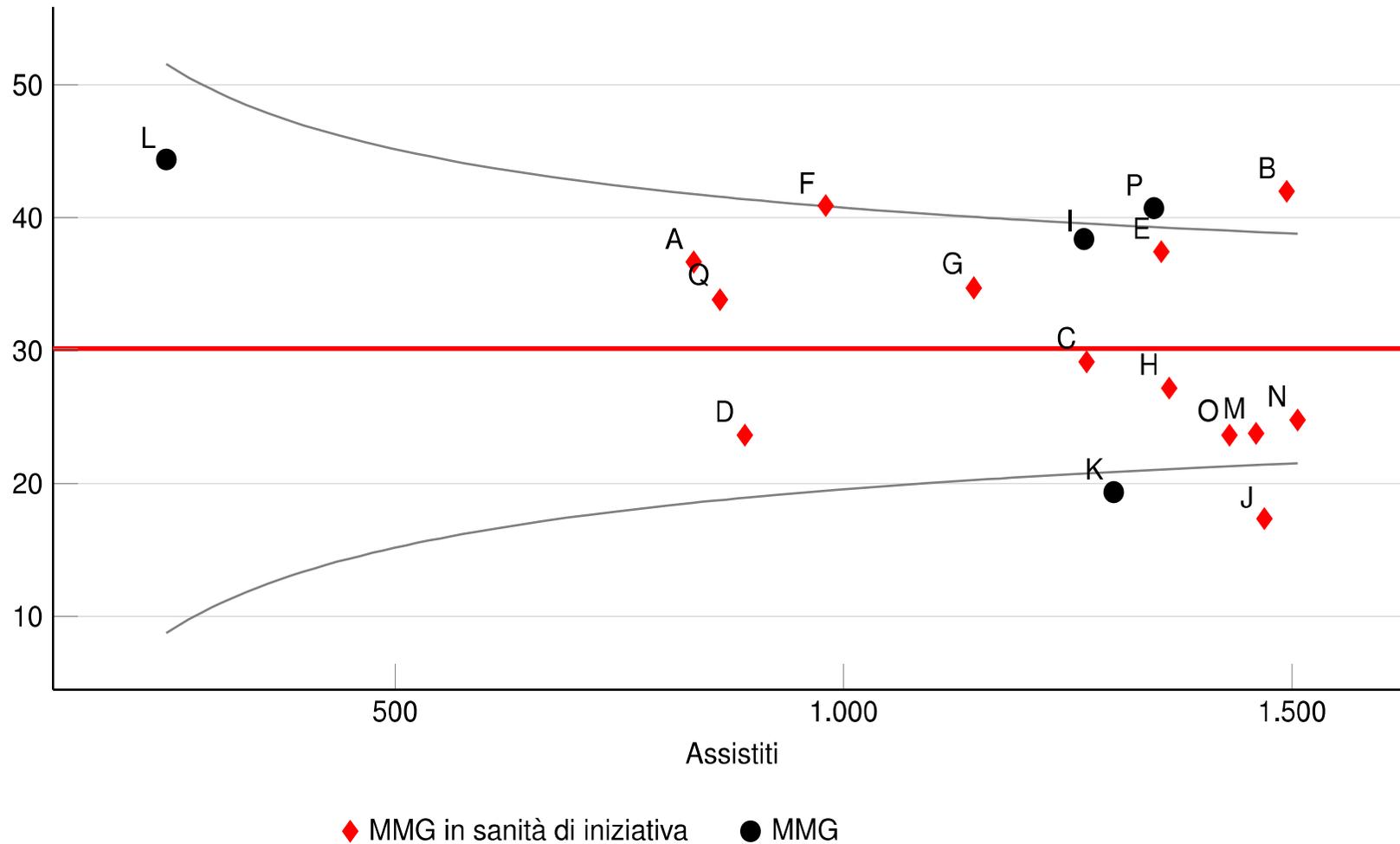
Numeratore

Residenti in Toscana prevalenti MaCro definiti complessi assistiti dall'AFT

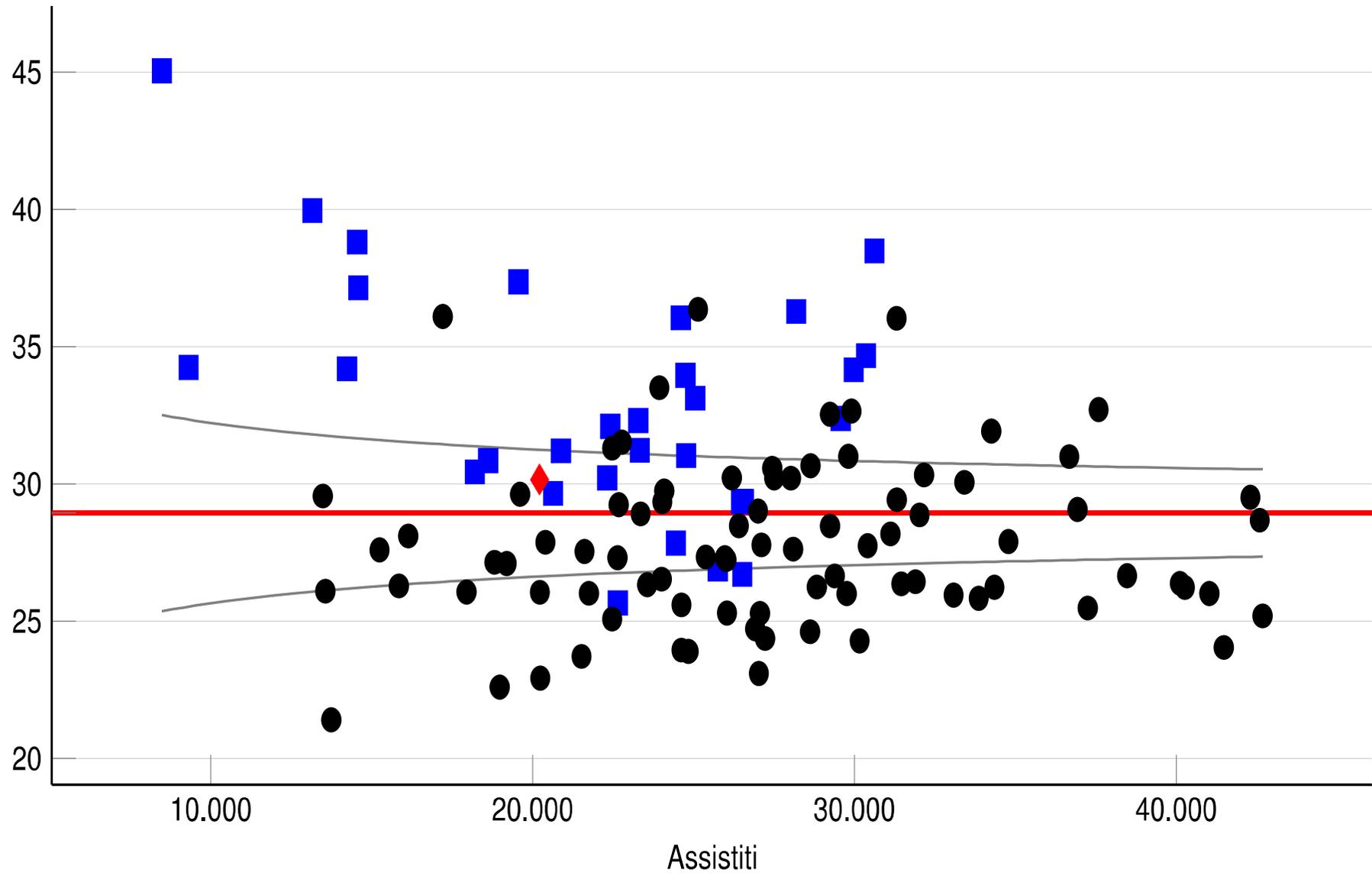
Denominatore

Numero di residenti in Toscana assistiti dai MMG dell'AFT età 16+

Funnel AFT_SUD

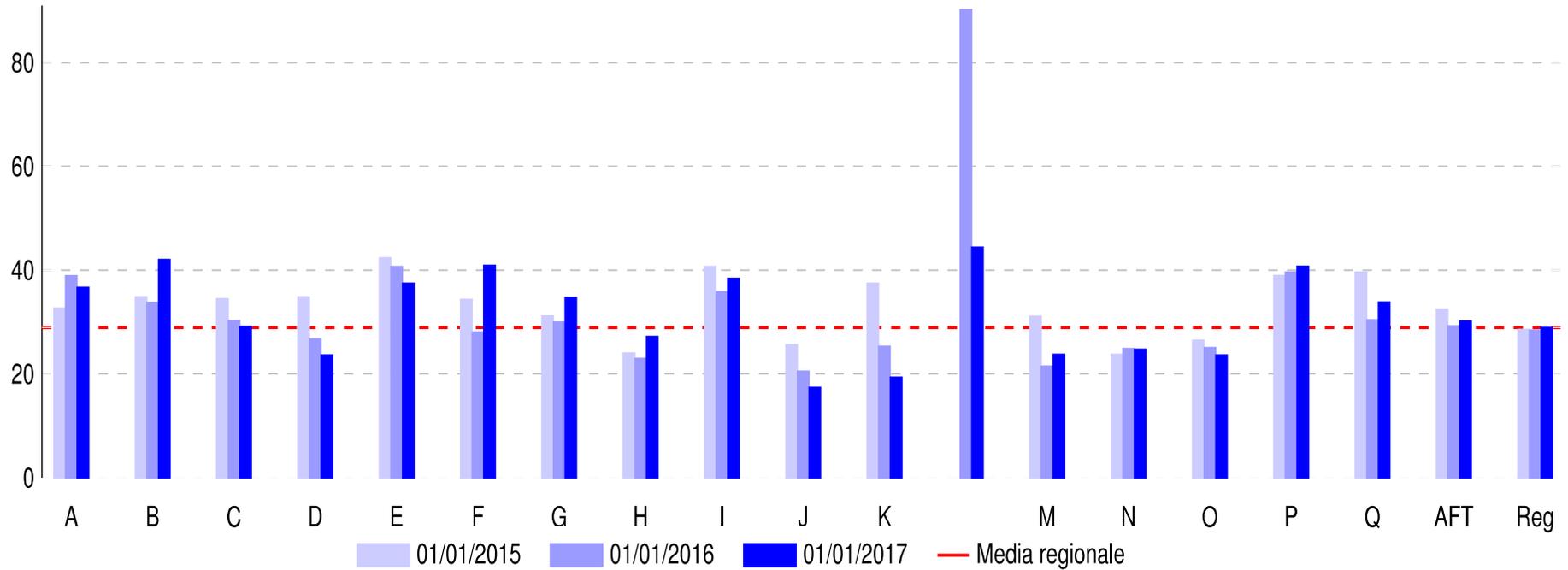


Il funnel plot descrive la prevalenza dei pazienti complessi assistiti dell'AFT da attribuire ad ogni MMG dell'AFT. In ascissa, il numero degli assistiti. In ordinata, il valore dell'indicatore. Il valore di riferimento è la prevalenza media di pazienti complessi assistiti dell'AFT.



■ AFT tua ASL ● AFT ◆ Tua AFT

Trend ultimi 3 anni



Il grafico rappresenta il trend dell'indicatore nel triennio di riferimento attribuito ad ogni medico dell'AFT, all'AFT, al distretto, all'ASL e alla Regione. La linea rappresenta il valore medio regionale.

Pazienti complessi
Percentuale complessi presi in carico nell'anno in Assistenza Domiciliare Integrata o Programmata

Descrizione

Percentuale di assistiti ultra64enni complessi presi in carico durante l'anno in Assistenza Domiciliare Integrata o Programmata, per 100 residenti, standardizzato per età.

Numeratore

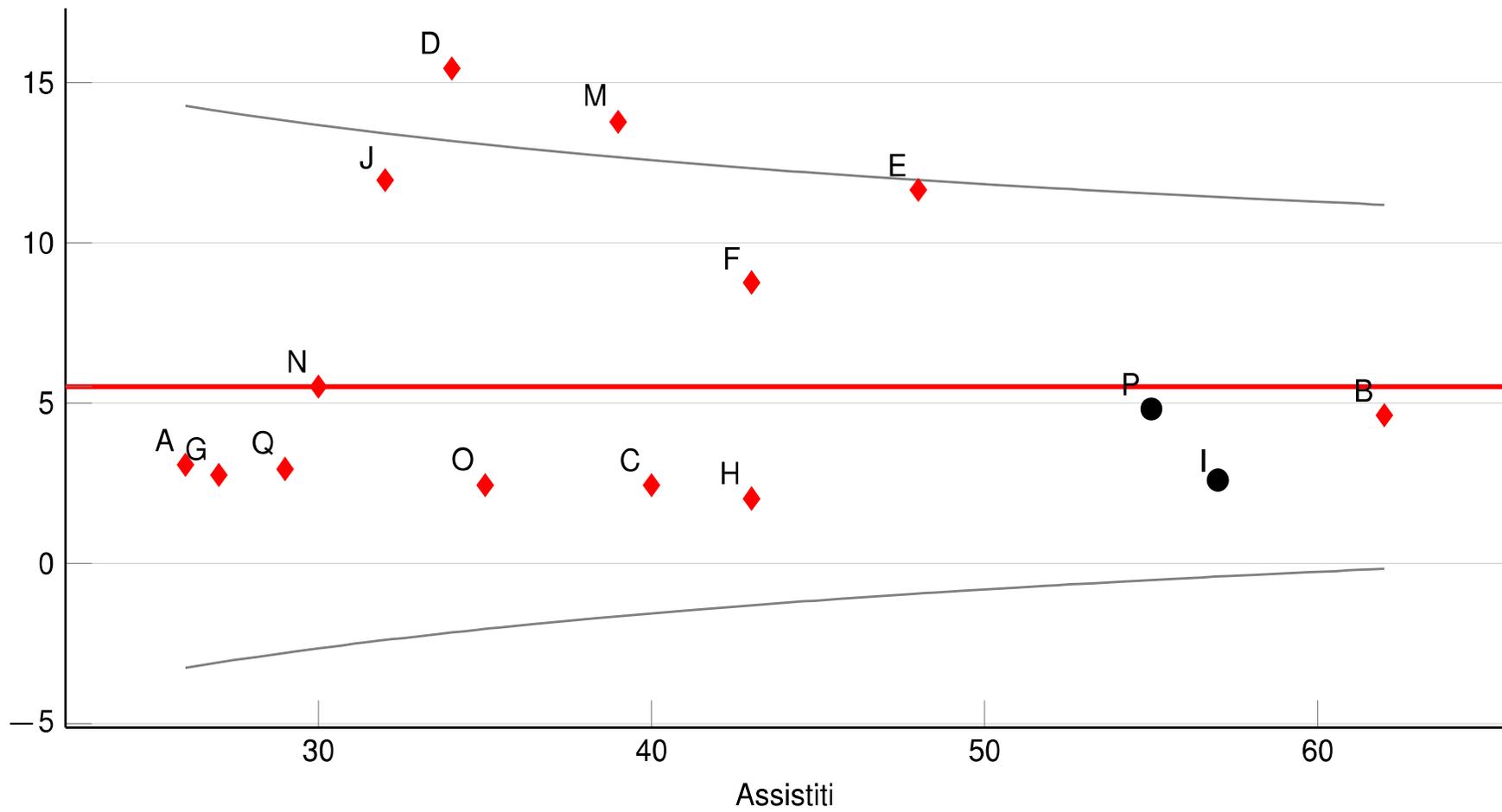
Numero di ultra64enni presi in carico durante l'anno in Assistenza Domiciliare Integrata o Programmata

Denominatore

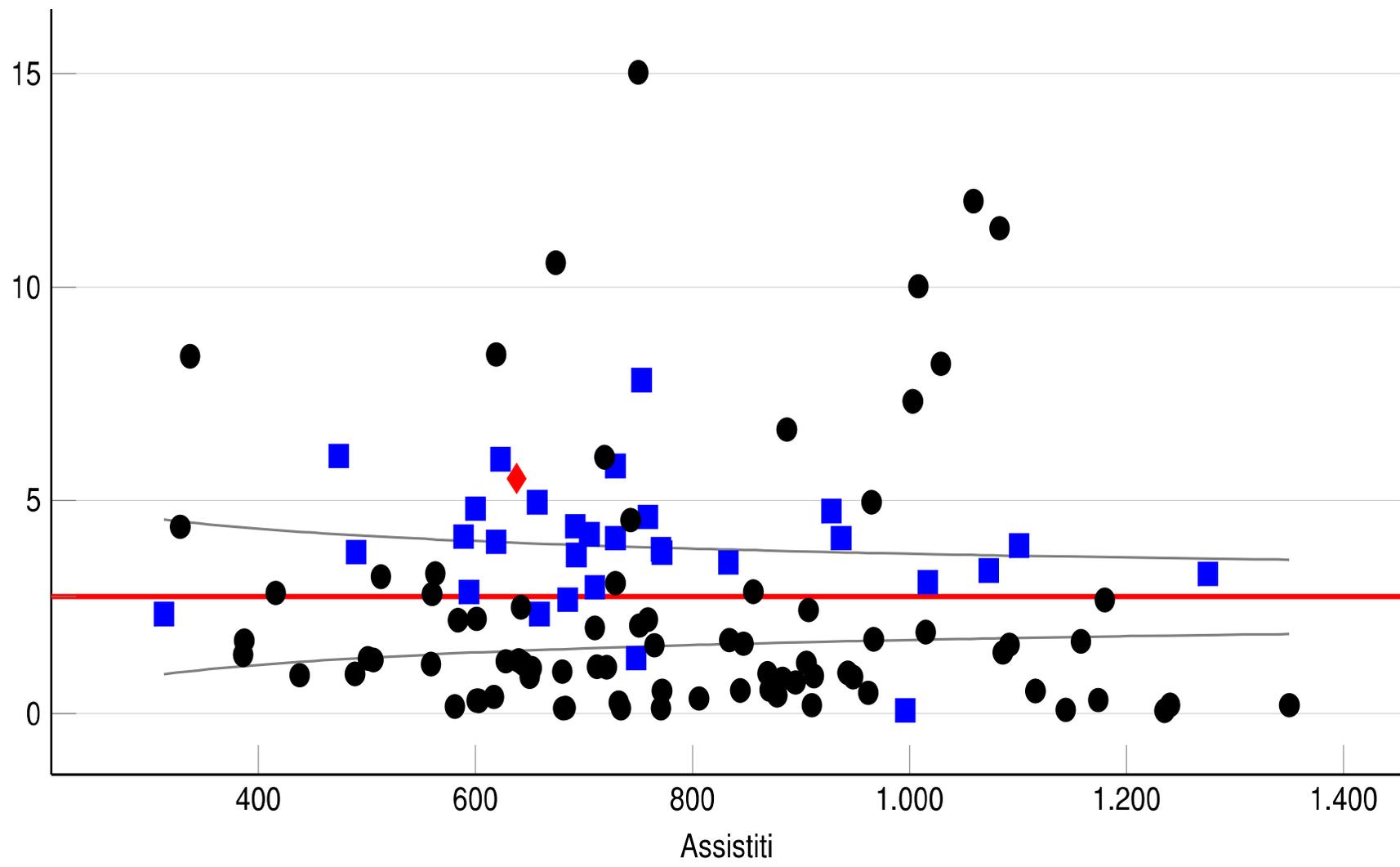
Numero di ultra64enni definiti complessi residenti in Toscana assistiti dai MMG dell'AFT

Sanità Iniziativa	AFT				Distretto	Ex ASL	ASL	Regione
	Numeratore	Denominatore	Grezzo	Standardizzato				
No	5	150	3,3	3,1	5,7	4,9	4,2	2,5
Si	32	488	6,6	6,3	6,2	4,9	3,6	2,9
Totale	37	638	5,8	5,5	5,9	4,9	3,8	2,7

Funnel AFT_SUD

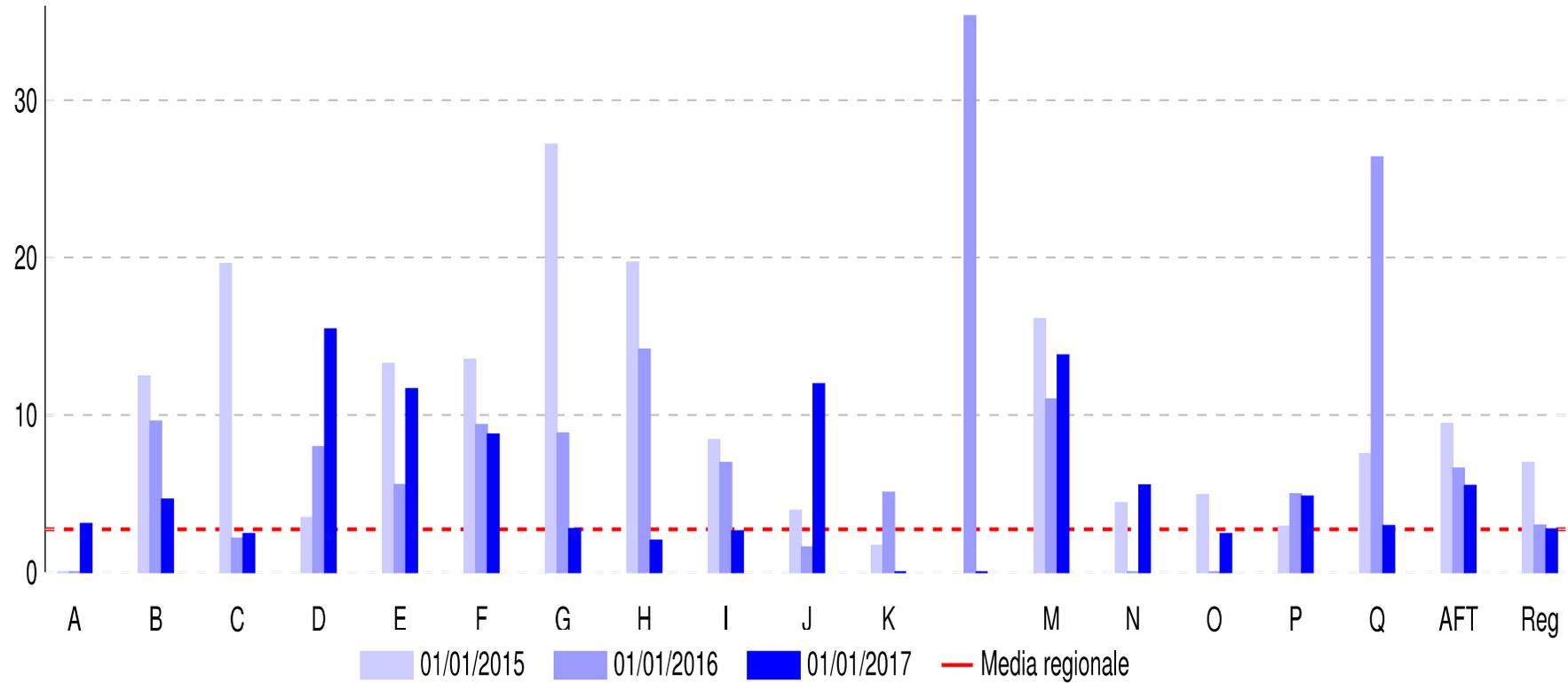


◆ MMG in sanità di iniziativa ● MMG



■ AFT tua ASL ● AFT ◆ Tua AFT

Trend ultimi 3 anni



Il grafico rappresenta il trend dell'indicatore nel triennio di riferimento attribuito ad ogni medico dell'AFT, all'AFT, al distretto, all'ASL e alla Regione. La linea rappresenta il valore medio regionale.

Pazienti complessi

Spesa per assistenza territoriale per assistito

Descrizione

Valorizzazione tariffaria, in euro, per l'assistenza territoriale per assistito complesso. Ottenuta dalla somma di: importo lordo in euro ottenuto dal prodotto tra il numero e la tariffa delle prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate e spesa per la farmaceutica ad erogazione diretta ed indiretta.

Numeratore

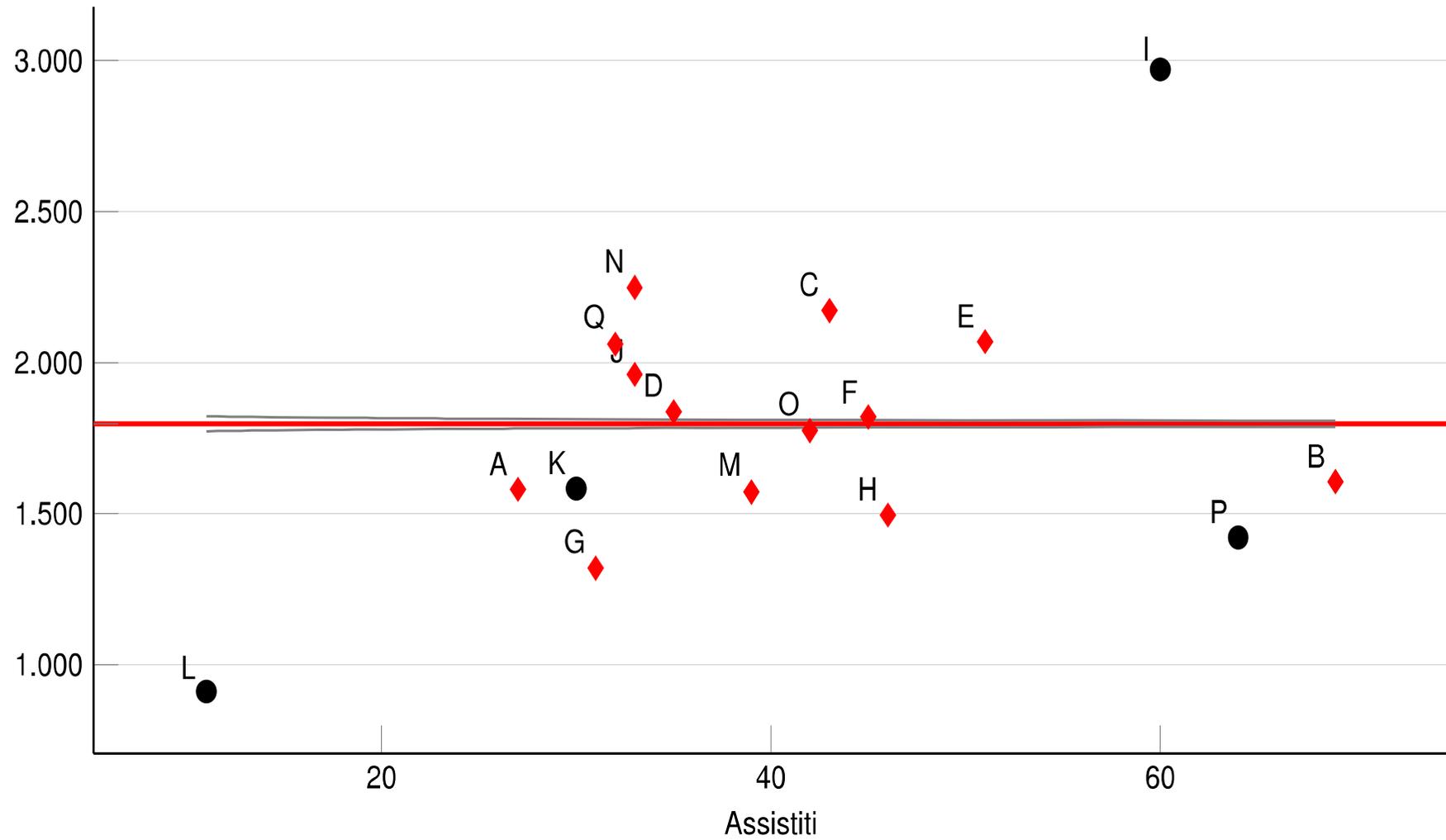
Spesa totale (somma delle tariffe) per le prestazioni specialistiche ambulatoriali, la farmaceutica diretta ed indiretta per gli assistiti complessi dell'AFT

Denominatore

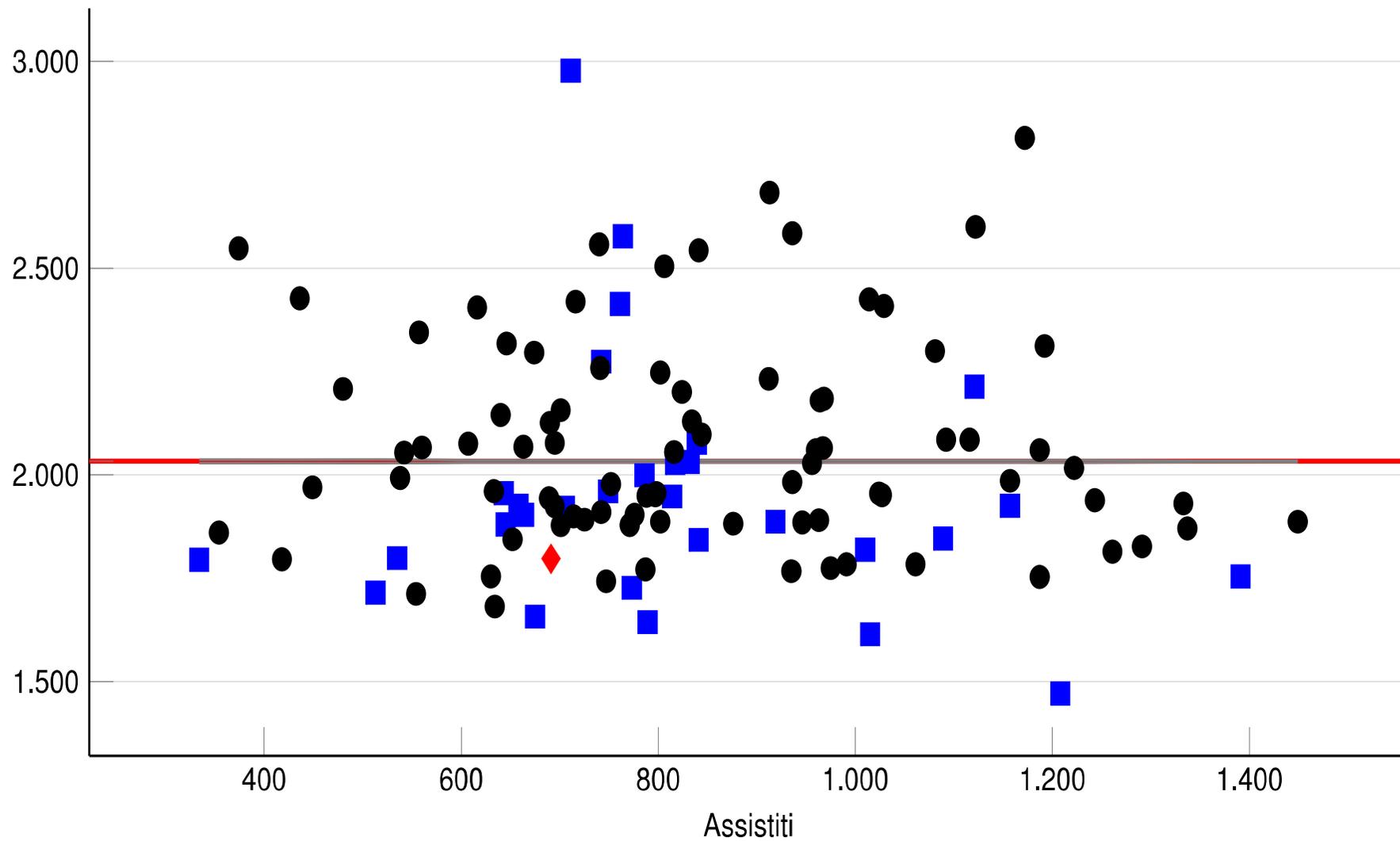
Numero di residenti in Toscana definiti complessi assistiti dai MMG dell'AFT

Sanità Iniziativa	AFT				Distretto	Ex ASL	ASL	Regione
	Numeratore	Denominatore	Grezzo	Standardizzato				
No	297303	165	1801,8	1745,1	1795,3	1732,9	2012,3	2057,4
Si	961622	526	1828,2	1800,5	1711,4	1705,0	1878,5	2016,4
Totale	1258925	691	1821,9	1797,5	1750,3	1715,8	1932,6	2032,7

Funnel AFT_SUD

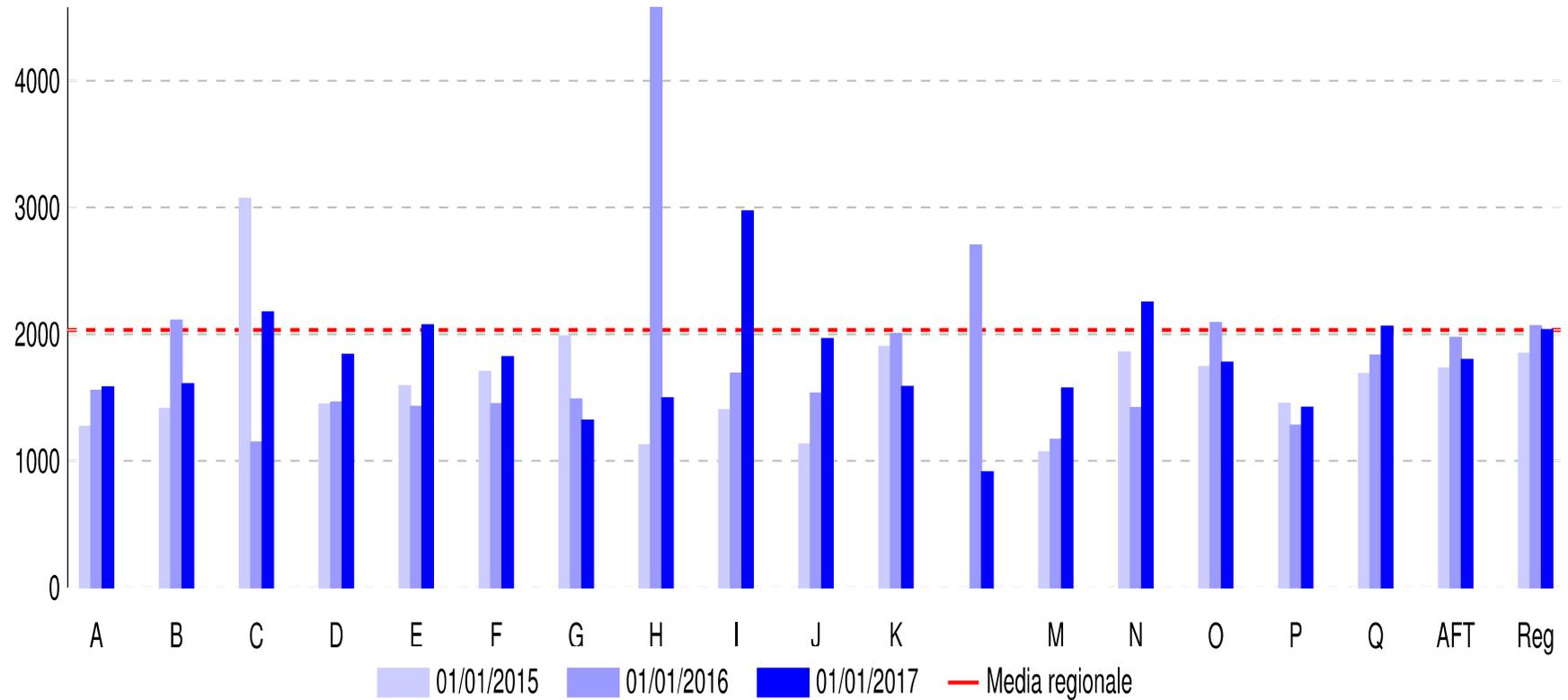


◆ MMG in sanità di iniziativa ● MMG



■ AFT tua ASL ● AFT ◆ Tua AFT

Trend ultimi 3 anni



Il grafico rappresenta il trend dell'indicatore nel triennio di riferimento attribuito ad ogni medico dell'AFT, all'AFT, al distretto, all'ASL e alla Regione. La linea rappresenta il valore medio regionale.

Pazienti complessi

Deceduti con almeno un accesso domiciliare nell'ultimo mese di vita

Descrizione

Percentuale di assistiti complessi deceduti nell'anno con almeno un accesso di Assistenza Domiciliare Integrata o Programmata ricevuto negli ultimi 30 giorni, standardizzato per età.

Numeratore

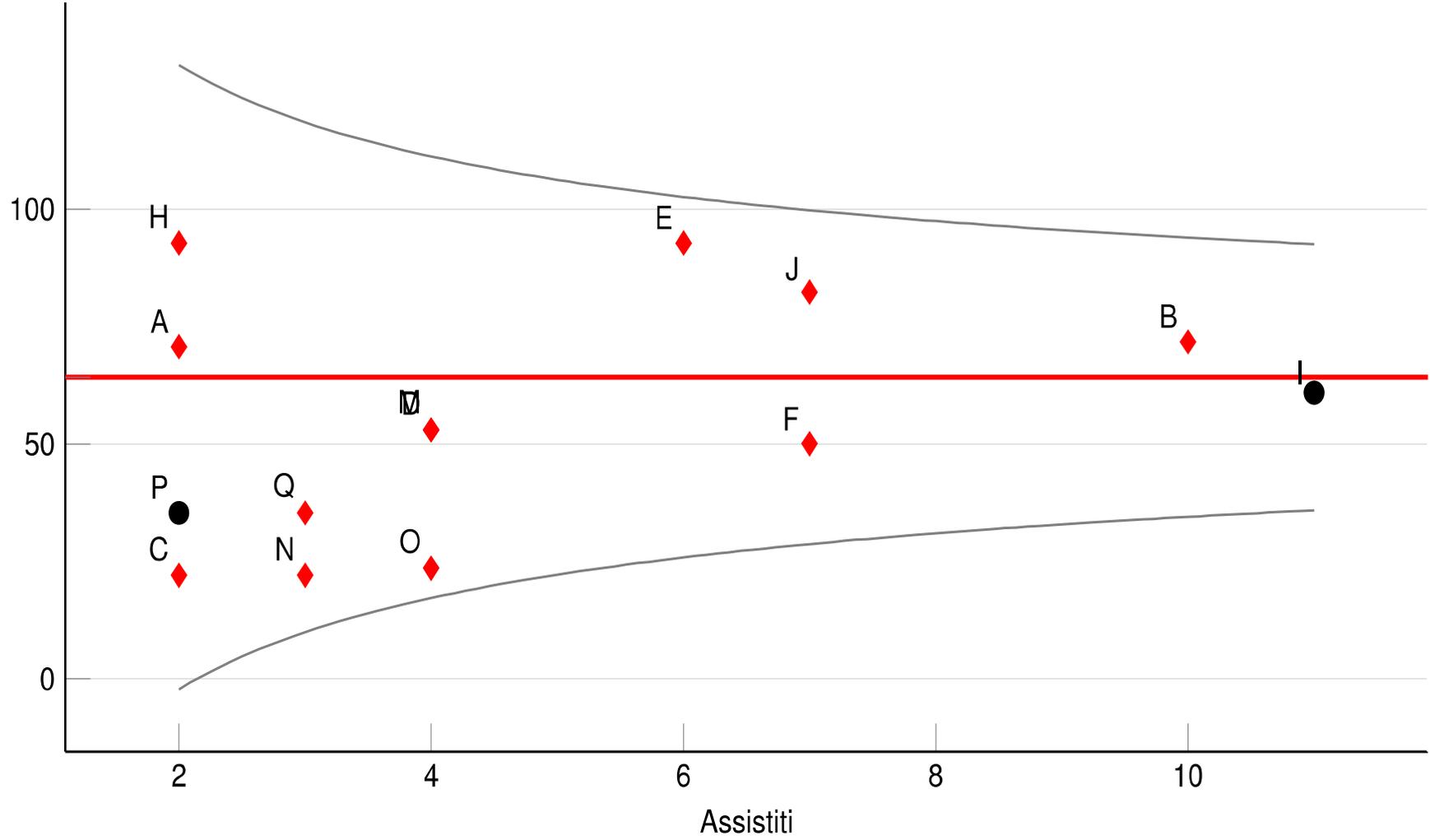
Numero di deceduti con almeno 1 accesso negli ultimi 30 giorni

Denominatore

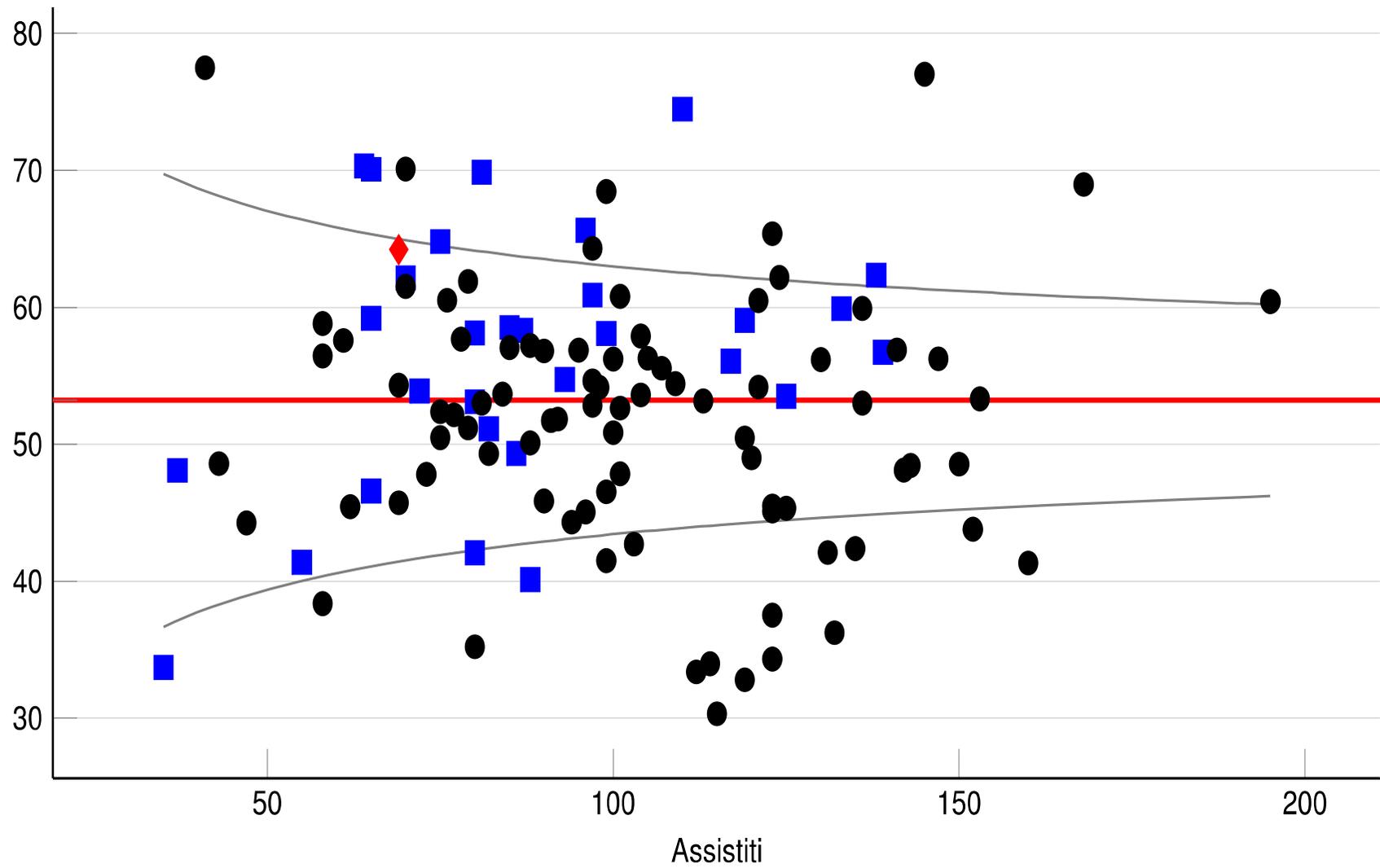
Numero dei residenti in Toscana definiti complessi deceduti nell'anno assistiti dai MMG dell'AFT

Sanità Iniziativa	AFT				Distretto	Ex ASL	ASL	Regione
	Numeratore	Denominatore	Grezzo	Standardizzato				
No	8	15	53,3	47,6	65,3	57,0	57,7	52,3
Si	38	54	70,4	68,0	57,3	55,3	57,7	53,8
Totale	46	69	66,7	64,2	59,4	55,6	57,7	53,2

Funnel AFT_SUD

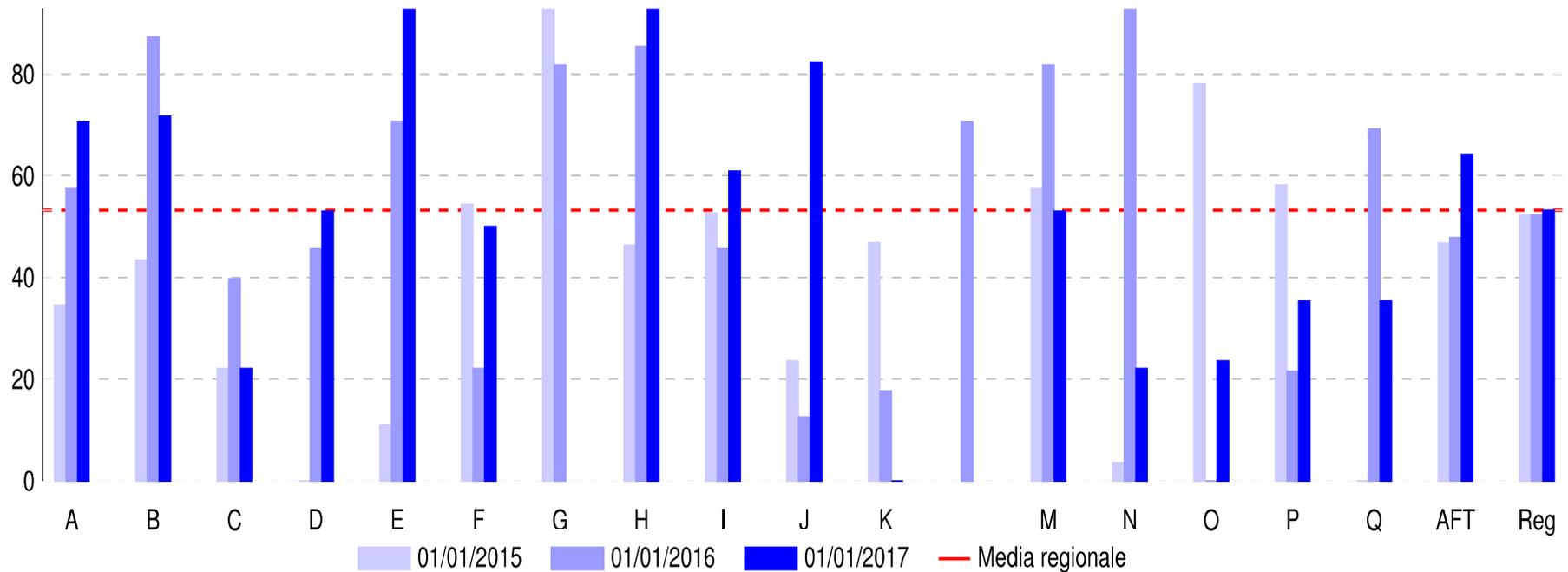


◆ MMG in sanità di iniziativa ● MMG



■ AFT tua ASL ● AFT ◆ Tua AFT

Trend ultimi 3 anni



Il grafico rappresenta il trend dell'indicatore nel triennio di riferimento attribuito ad ogni medico dell'AFT, all'AFT, al distretto, all'ASL e alla Regione. La linea rappresenta il valore medio regionale.

Inglobare l'**Audit nella pratica corrente dei MMG** non è solo un auspicio, ma una **necessità**. Molteplici dovrebbero essere gli approcci da applicare se il focus delle attività è quello del miglioramento stabile delle prestazioni erogate al paziente e una omogenizzazione di comportamenti dei singoli MMG all'interno delle singole AFT.

È probabile che, **grazie al superamento di alcune barriere**, si possa realizzare una MG di elevata qualità negli anni futuri. Tra le molte che sono individuate in letteratura, le principali appaiono:

- carico burocratico e informativo eccessivo;
- basso livello motivazionale professionale da elevato *burn out*;
- scarsa omogeneità nella gestione dei dati, per *background* formativo non omogeneo fra i professionisti;
- basso status del MMG all'interno del SSN e scadenti rapporti interprofessionali con difficoltà a mettersi "in discussione" tra colleghi.

“Siate il metro della qualità. Alcune persone non sono abituate ad un ambiente dove ci si aspetti costantemente l’eccellenza”
(Steve Jobs)

Grazie dell’attenzione