

Le Priorità per fronteggiare la Cronicità Il Territorio



fabio.michelotti@uslnordovest.toscana.it
Azienda USL Toscana Nordovest
Dipartimento della Sanità Territoriale

Firenze, 13 Novembre 2019

Contenuti

▶ ***La cronicità e la strategia di Regione Toscana***

▶ ***La normativa e gli accordi***

▶ ***La formazione***

▶ ***La prevenzione***

▶ ***Gli ambiti di cura***

- *AFT e infermiere di famiglia*

- *AFT e investimento su associazionismo e su fattori produttivi della medicina generale*

- *Case della salute*

- *Cure Intermedie*

▶ ***I rapporti con gli specialisti***



Cronicità: strategia

Considerati:

- l'invecchiamento della popolazione
- l'aumento delle patologie croniche
- la crescita della popolazione non autosufficiente
- il ruolo centrale della famiglia nel nostro welfare e il cambiamento del nucleo familiare

*È necessario che la **strategia** per contrastare le patologie croniche divenga **un'assoluta priorità dell'organizzazione sanitaria.***



Malattie Croniche

- ▶ In generale sono malattie che hanno origine in **età giovanile** (per questo presentano diverse opportunità di **prevenzione...**), ma che richiedono anche decenni prima di manifestarsi clinicamente.
- ▶ Dato il lungo decorso richiedono **un'assistenza a lungo termine** (...territorio-ospedale-territorio..), necessitando di Percorsi socio assistenziali, presa in carico e continuità ospedale – territorio (**PDTAS**).



Cronicità: strategia

Le patologie croniche hanno conseguenze su:

1) **stato di salute** della popolazione....progressivo aumento pazienti affetti da patologie croniche

2. **bilancio statale**

- dirette: costi assistenza

- indirette...legate alla riduzione della produttività e del reddito

Per affrontare la sfida con le patologie croniche servono **politiche e strategie integrate**, con coinvolgimento di ampi settori della società e di vari ambiti di intervento, con un **approccio “multistakeholder”** (Servizio sanitario ma anche altri soggetti istituzionali e della società civile – *le risorse della comunità del CCM*).



Cure Primarie e integrazione

- ▶ I bisogni complessi vanno affrontati mettendo in campo, in maniera coordinata, **tutte le risorse** necessarie per soddisfare le varie componenti, cliniche, assistenziali, sociali, talora anche culturali, di quei bisogni.
- ▶ Questo richiede un' **integrazione “orizzontale”**, ad es. tra team multiprofessionali delle cure primarie e **un'integrazione “verticale”** tra differenti livelli di cura, es. cure primarie e cure specialistiche e tra differenti livelli istituzionali, ad es. il coinvolgimento dei comuni, per garantire la qualità e la continuità dell'assistenza.



SANITA' D'INIZIATIVA

Regione Toscana da circa 10 anni ha individuato la **Sanità d'iniziativa** (ECCM) quale paradigma per contrastare le patologie croniche, con la finalità di:

- evitare che le persone siano esposte ai fattori di rischio (promozione di sani stili di vita);
 - evitare che le persone ad alto rischio si ammalinino;
 - evitare che le persone ammalate vadano incontro ad aggravamenti e scompensi.
-
- 

La Sanità d'Iniziativa

Le tappe di un percorso di presa in carico

- **anno 2009**: prima dell'avvio del CCM in Toscana tutte Asl condividono un **percorso terapeutico assistenziale** per 4 patologie croniche, tra cui lo scompenso cardiaco;
- **anno 2010**: avvio **Sanità d'iniziativa (CCM)** con una “fase pilota” che riguarda inizialmente 2 patologie, diabete e scompenso cardiaco;
- **dal 2011 in poi**: progressiva estensione della S.I. con copertura fino al **60%** circa della popolazione;
- **anno 2017**: Regione Toscana delibera un **nuovo modello di S.I.** (DGRT 930/2017) con focus su:
 - paziente complesso**
 - alto rischio cardiovascolare.**

Sanità di Iniziativa I nuovi Target



Le cose da fare

Normativa e Accordi con la Medicina Generale

- ▶ DGRT 930 del 2017: necessaria una revisione per l'individuazione dei pazienti complessi nel rispetto della normativa privacy
- ▶ Accordi aziendali per l'avvio del nuovo modello e valutazione del periodo di transizione tra 2017 e l'avvio del nuovo.
- ▶ Formazione: riprendere il piano formativo multiprofessionale previsto, iniziato nel 2018 con la prima giornata giornata
- ▶ Accordi aziendali orientati a investire risorse su forme di associazionismo strutturale: Medicine di gruppo, UCCP / Case della Salute e sui fattori produttivi per la medicina generale, collaboratore di studio e infermiere



Le cose da fare

Prevenzione

▶ **Promozione stili di vita**

- ▶ **DGRT 903/2017**: piena applicazione degli interventi a favore dell'**invecchiamento attivo** della popolazione e dell'Attività Fisica:

- AFA per soggetti con autonomia funzionale conservata;
- AFA Otago, per soggetti con autonomia funzionale conservata e a rischio di caduta;
- AFA per soggetti con ridotta competenza funzionale;
- Specifici progetti a livello di Zone Distretto, con coinvolgimento delle Comunità Locali per percorsi pedonali strutturati per offrire ai partecipanti riferimenti “standardizzati” per autogestire con efficacia l'attività fisica.

- ▶ **DGRT 905/2017 Modello IDEA-** sviluppo ulteriore in tutte le Zone Distretto!

Incontri **D**i **E**ducazione alla salute per l'**A**utogestione delle patologie croniche, basati sull'evidenza e sviluppati dall'Università di Stanford (USA)



AFT: ipotesi di sviluppi futuri e rapporti con gli altri Dipartimenti

1) AFT e **pool infermieristico** di riferimento

2) AFT e Dip. Sanità Territoriale: un **medico ASC** di riferimento per ogni AFT

3) AFT e rapporti strutturati con **Dipartimenti specialistici ospedalieri**.

Ciascuna AFT potrebbe essere messa in rapporto con “**specialisti di riferimento**”, talora proiettati nelle sedi territoriali (es. Case della Salute/UCCP), con i quali instaurare dei preordinati percorsi diagnostico terapeutici.

4) **Assistenti sociali** di riferimento per AFT

5) **Psicologi** di riferimento per AFT

L’AFT rimane comunque un’aggregazione monoprofessionale di mmg, ma diventa il mattone elementare su cui organizzare a sistema l’assistenza territoriale, “ambito di AFT” come “dimensione ottimale” per l’organizzazione e le relazioni tra professionisti.



Infermiere di Famiglia e di Comunità

DGRT 597 del 4 Giugno 2018

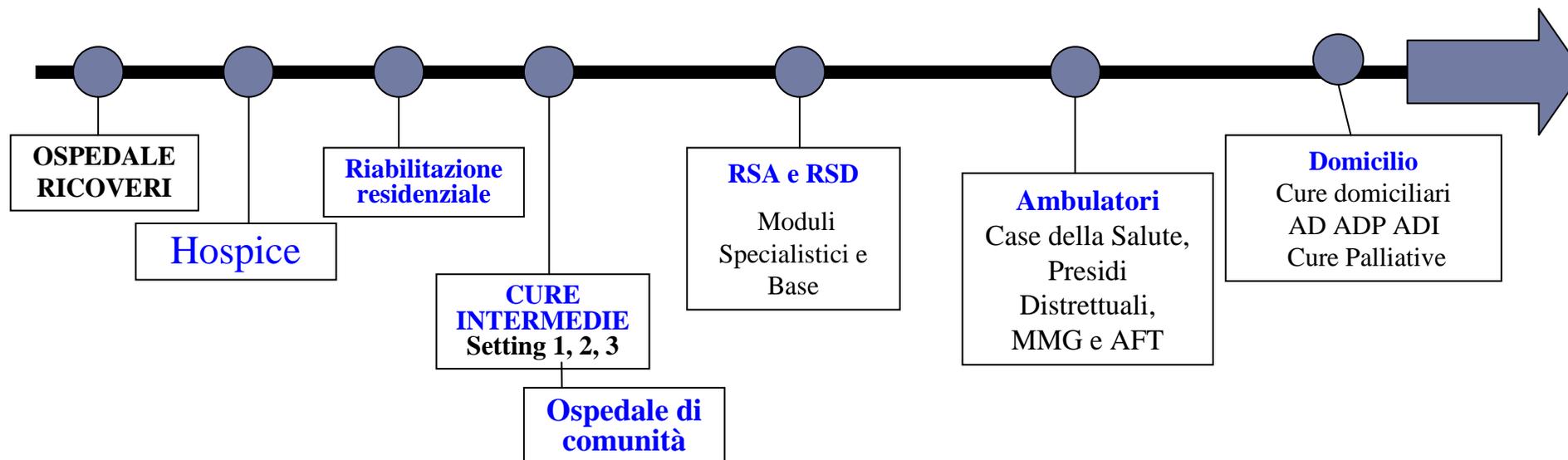
-
- ▶ L'IFeC, svolge il ruolo di “*Care Manager*”, e ha la responsabilità di gestire il processo di cura, ovvero di erogare prestazioni e interventi sanitari specifici del proprio ruolo...
 - ▶ Ogni IFeC opera nel territorio e nella popolazione di riferimento, identificabile di norma *nell'ambito delle AFT* della Medicina Generale, interagendo con i MMG, i PDF, i Medici di Comunità e le altre figure professionali
 - ▶ Gli *ambiti* di esercizio professionale dell'IFeC sono il domicilio, l'ambulatorio, le strutture intermedie e residenziali e l'intera comunità.



Sviluppo degli AMBITI DI CURA

Un ambito di cura appropriato garantisce:

- Adeguata risposta ai bisogni
- Qualità e sicurezza delle cure
- Soddisfazione del cittadino e della famiglia
- Sostenibilità del sistema



Data la pluralità di ambiti è necessario definire Percorsi Assistenziali e garantire la presa in carico del cittadino (PDTAS).



***Ulteriore sviluppo
del modello di
Casa della Salute
in tutte le Zone
Distretto.***

Riunire in un'unica struttura/edificio,

tutti gli attori e le attività necessarie per la **Sanità di Iniziativa** e per la **Primary Care**:

Cittadini diventati esperti, Medici di Medicina Generale, medici di Sanità pubblica, Infermieri, Specialisti, Assistenti sociali, Volontari,

aumenta efficacia, efficienza, crea valore per tutti ed è una delle condizioni necessarie perché i Sistemi Sanitari pubblici reggano.





**Le interconnessioni
fra ospedale (specialistica) e
territorio (MMG, infermiere...)
sono **cruciali**
per il funzionamento
del sistema di cure
del paziente cronico**



Ipotesi di organizzazione dei rapporti strutturati fra dipartimenti specialistici ospedalieri – cure primarie

- ▶ Le interconnessioni fra ospedale (specialistica) e territorio (MMG) sono cruciali per il funzionamento del sistema di cure del paziente cronico.
- ▶ Si possono prevedere i seguenti sistemi di coordinamento:
- ▶ **A) La rete clinica integrata territoriale:** ciascuna AFT è in rapporto con figure specialistiche, con una relazione di tipo funzionale. Alle AFT potrebbero essere assicurati specialisti di riferimento, talora proiettati nelle sedi territoriali (es. Case della Salute/UCCP). L'obiettivo è quello di spostare la logica dell'intervento sanitario dalle mere prestazioni / procedure / esami alla cura del paziente, all'interno di un percorso condiviso, superando il concetto prestazionale che prevedeva l'erogazione di esami strumentali singoli isolati ad accesso dal CUP di primo livello. Le prestazioni specialistiche dovranno quindi trovare riscontro nell'ambito di percorsi clinici preordinati e definiti, prevedendo anche allo scopo agende dedicate alla cronicità;
- ▶ **B) Il day service** multidisciplinare e diagnostico;
- ▶ **C) Un sistema di fast track** per le urgenze differibili;
- ▶ **D) Continuità ospedale territorio alla dimissione: l'A.C.O.T.** rappresenta in questo contesto il riferimento territoriale per l'organizzazione della continuità di cura.



Accreditamento Cure Primarie

- ▶ Si accredita non una struttura ma un processo, **processo «cure primarie»**.
- ▶ **Coinvolgimento** di tutti gli attori del processo, medici Asc, mmg, specialisti, infermieri, assistenti sociali.
- ▶ Promozione di **Audit clinici**, in particolare sui requisiti specifici del processo cure primarie, a livello di Dipartimenti, a livello di Zona Distretto e a livello di ambito di AFT, utilizzando apposita reportistica, portale PrOTer di Ars, bersaglio di Aft M&S, dati data base mmg, ecc



*Di fronte alla complessità dei bisogni le **cure primarie** devono innovare la loro organizzazione, tenendo conto che non sarà la tecnologia a trainare l'innovazione, come avviene nelle discipline specialistiche, bensì le scelte di politica sanitaria, la preparazione e la dedizione dei professionisti.*

Dott. Gavino Maciocco

***Introduzione al Libro “Le cure Primarie e i Servizi Territoriali”
dedicata a Julian Tudor Hart e Barbara Starfield***

► ***Grazie per l'attenzione***



Fabio Michelotti

Dipartimento Sanità Territoriale

ASL Toscana Nordovest