

**Le difficoltà  
dell'assistenza  
domiciliare**

*Francesco  
Bogliola*



# ***LA CRONICITA' E' UN PROBLEMA ?***

- Nel 2000 le patologie non-trasmissibili sono state la causa del 60 % dei decessi ed il 43 % del carico globale della malattia
- Nel 2020 saranno il 60 % del carico globale, di cui l' 84 % nei paesi in via di sviluppo
- A causa del mercato globale e libero si assiste ad un incremento della distribuzione dei rischi sanitari connessi a tali malattie : tabacco, alcool e regimi alimentari non sani sono in costante aumento a livello mondiale ed i paesi in via di sviluppo sono un mercato attraente per tali beni di consumo

# ***LA CRONICITA' E' UN PROBLEMA ?***

- 2.800.000 persone non autosufficienti in Italia ( 5,2 % ): il 92 % vive in casa ed il 44 % e' "confinato" (Istat)
- 500.000 sono immobilizzati a letto o sedia
- 350.000 con grave deficit o con multipatologia
- Tra i non autosufficienti e' diffusa la condizione di single o quella di famiglia con 2 componenti
- Tendenza nel 2020 al coinvolgimento del 7.5 % della popolazione



# ***ALASSIOSALUTE: PAZIENTI IN CARICO SSN***

<b>M</b>	<b>F</b>	<b>0-14</b>	<b>15-44</b>	<b>45-64</b>	<b>&gt;65</b>	<b>TUTTI</b>
<b>45%</b>	<b>55%</b>	<b>467</b>	<b>4026</b>	<b>3169</b>	<b>3617</b>	<b>11279</b>
		<b>4%</b>	<b>36%</b>	<b>28%</b>	<b>32%</b>	<b>100%</b>

- **MEDIA NAZIONALE 19 %**
- **MEDIA SAVONESE 26.4 %**

# ***ALASSIOSALUTE : PAZIENTI IN CARICO SSN***

**32 % della spesa terapeutica annua : malattie cardiovascolari**

- 13 % malattie gastrointestinali e metabolismo
- **10 % malattie neoplastiche**
- 10 % malattie sistema nervoso
- 8 % malattie sistema genito-urinario
- 7 % antibiotici
- 6 % malattie sistema respiratorio

<b>N° PEZZI</b>	<b>EURO</b>	<b>15-44</b>	<b>45-65</b>	<b>&gt;65</b>	<b>TUTTE</b>
<b>157.509</b>	<b>2.685.693</b>	<b>30,56</b>	<b>106,18</b>	<b>199.43</b>	<b>111,15</b>



# *Malattie croniche : le criticita'*

- I modelli sanitari esistenti sono disegnati per fornire assistenza medica nel caso di episodi acuti ma una carente gestione delle malattie croniche porta ad una dispersione delle risorse ad alta intensita' sanitaria : in Europa il 70 % dei giorni di degenza e' utilizzato come posti letto di emergenza. **Molti di questi ricoveri sono prevenibili attraverso il rafforzamento dell'utilizzo delle risorse di assistenza sanitaria primaria e territoriale**

# *La sindrome radar*

- Il paziente appare
- Il paziente viene curato : “trovo ed aggiusto”
- Il paziente viene dimesso
- Il paziente scompare dal “sistema radar”
- Il paziente e' insoddisfatto
- Gli erogatori sono sovraccaricati e frustrati



# *Malattie croniche : le criticita'*

- I pazienti con malattie croniche spesso ricevono un'assistenza frammentata e centrata sull'ospedale che non consente la continuita' delle cure e conduce a forme di assistenza sub-ottimali, mancata continuita' terapeutica e doppie prese in carico
- Il modello di cura dell'acuzie trascura la comunita' ed il "gioco di squadra" tra professionisti mentre il modello di assistenza a lungo termine la integra



***... le malattie croniche sono  
malattie che gli interventi medici  
attuali possono solo controllare e  
non curare. Poiche' tale forma di  
patologia diventa la piu' comune, il  
sistema medico attuale non puo'  
piu' sopravvivere senza  
un'alleanza organizzata con la  
comunita'....***

**Bengoa, OMS 2003**



# *Piano sanitario nazionale 2003-2005*

- ...**processo di riordino** che garantisca un elevato livello di integrazione tra i diversi servizi sanitari e sociali, che fornisca **l'unitarietà** tra prestazioni sanitarie e sociali, **la continuità** tra cure e riabilitazione, la realizzazione di percorsi assistenziali integrati, **l'intersettorialità** degli interventi, unitamente al conseguente **riequilibrio di risorse** finanziarie e organizzative in rapporto all'attività svolta tra l'ospedale e il territorio a favore di quest'ultimo...



# *Extended hospital*

- Erogazione di servizi di qualità con l'estensione delle cure al di fuori dell'ospedale grazie al **coordinamento degli specialisti con la medicina territoriale**, decentrando la diagnostica e le terapie di media complessità e concentrando negli ospedali quelle acute e di alto impatto tecnologico
- L'equità e la solidarietà del nostro SSN può essere mantenuta integrando la virtuosità di gestione tipica delle aziende private con l'etica e la responsabilità sociale di quelle pubbliche, coniugando l'efficacia con l'efficienza



# *Extended hospital*

- L'ospedale del futuro va progettato intorno ad un cuore diagnostico e direzionale connesso ad una struttura territoriale-assistenziale flessibile ed adattabile alle diverse esigenze che offra al di fuori dell'ospedale le medesime garanzie interne
- Si passa da un “ modello gestionale gerarchico ” ad uno “ a pettine ” dove si valorizzano merito ed iniziative con la nascita di dipartimenti misti ospedalieri-territoriali con moduli assistenziali multidisciplinari che “curano” anche il paziente che ha lasciato l'ospedale



# *Reengineering delle cure primarie per l'assistenza alla cronicità*

- **MEDICINA DELLE CURE PRIMARIE** con la responsabilità del MMG manager, professionista-imprenditore e co-gestore del sistema cronicità: il MMG può esserne il **REGISTA**, curando l'integrazione ed il coordinamento di tutti gli attori del sistema, in quanto l'interazione del MMG con le altre componenti del SSN è lo snodo principale del governo dell'assistenza sanitaria.



# *I campi di azione ed intervento*

- Riordino strutturale delle cure primarie
- Integrazione con la comunità'
- Promozione e supporto all'autogestione
- Ridisegno della pratica clinica : proattività'
- Sistemi informatici avanzati ( cartelle informatizzate, feedback, avvisi )



# *Mmg e Societa' di responsabilita'*

- Sistema vincolante che fidelizza i soci e permette investimenti a lungo raggio
- Strumento stabile che garantisce all'utente i privilegi di una struttura privata, senza pero' addebitarne i costi
- Struttura dinamica e versatile che permette di variare, al bisogno, gli obbiettivi e modulare l'azione alle esigenze del mercato sanitario

# *Paziente al centro del sistema*

- L'organizzazione assistenziale e' centrata sul paziente con una serie di servizi gestiti dalla S.r.l. ed erogati all'interno della medesima struttura che semplificano il percorso di salute quali ambulatorio codici bianchi H12 7/7 , CUP, centro prelievi, ufficio igiene, telemedicina cardiologica, ecografia multidisciplinare , attivita' specialistica, ADI,.....



# *Integrazione con la comunità'*

- Stabilire solidi collegamenti con le risorse della comunità' : gruppi di volontariato, centri per anziani, associazioni dei pazienti
- Prestazioni socio-assistenziali ( aiuto domestico, accompagnamento e assistenza personale )
- Ruolo del TERZO SETTORE : rilevante ruolo sociale ma anche capacità' di produrre beni e servizi secondo obiettivi e finalità' definite (L. 381/1991 sulla cooperazione sociale e L. 266/1991 sul volontariato )

# *Paziente attivo : l'autogestione*

- Intervento psicologico su riabilitazione cardiaca riduce il tasso di mortalita' del 41 % nell'anno successivo
- Partecipazione dei pazienti al coordinamento e nell'ottimizzazione dei sistemi di erogazione sanitaria oncologica riduce le liste d'attesa
- Programma di auto-gestione dell'artrosi riduce il dolore dei pazienti del 20 % e le visite del MMG del 40 % con risparmio di circa 400 dollari



# *Paziente attivo : l'autogestione*

- L'obiettivo di diminuire/abolire il fenomeno dell'abbandono del paziente a se stesso e alla famiglia si ottiene sia con la classica “ **presa in carico** ” che sottointende un rapporto di dipendenza passiva sia sviluppando “ **la capacità dell'individuo di far fronte** ” alla propria malattia , facendolo diventare un nostro alleato

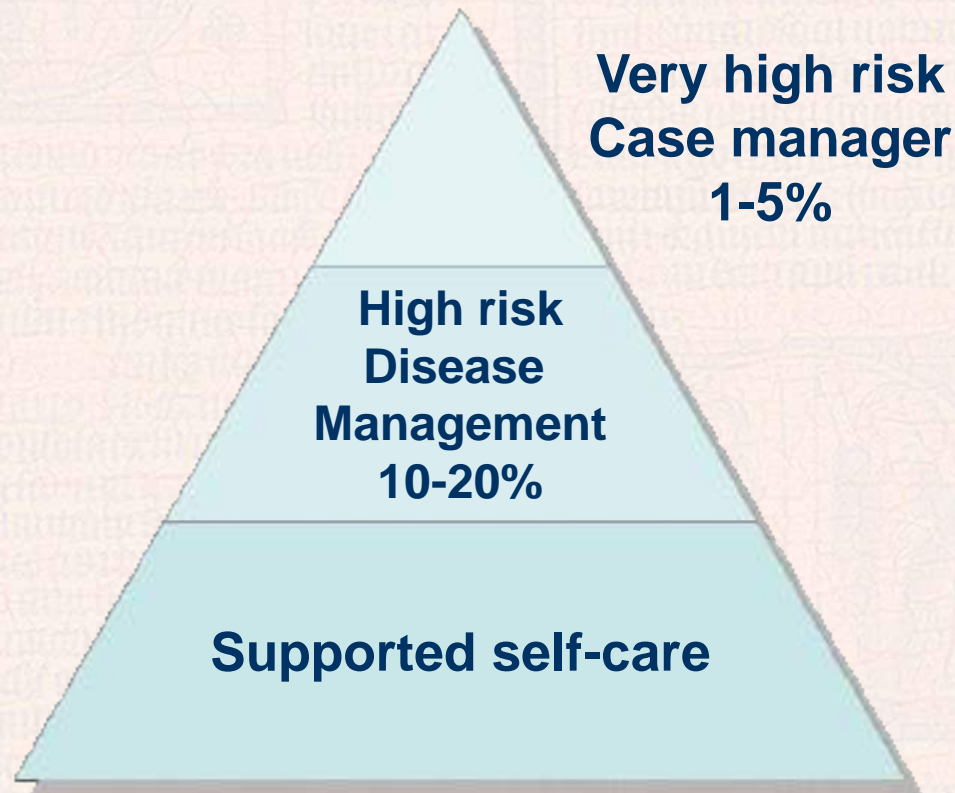
# *Supporto all'auto-cura*

- Aiutare i pazienti e le loro famiglie ad acquisire abilità e fiducia nella gestione della malattia , procurando loro gli strumenti necessari e valutando regolarmente i risultati ed i problemi : auto-gestione di stili di vita, monitoraggio di parametri vitali, uso corretto dei farmaci



# *Chronic care model*

## *Stratificazione del rischio*



# *Case management*

- Gestione intensiva, continua e personalizzata
- Infermiere specializzato che diventa l'angelo custode del paziente
- Coordinare gli interventi professionali e del terzo settore
- Monitorare markers di gravita' ( n° ricoveri, comorbilita' )
- Migliorare l'educazione del paziente e promuovere l'auto-cura
- Vigilare sulla compliance



# *Disease management*

- Istituire registri elettronici di malattia per monitorare regolarmente l'assistenza
- Usare protocolli clinici e linee guida
- Promuovere attività' di clinical review tra diversi professionisti
- Produrre e diffondere di materiale educativo per i pazienti e le loro famiglie e promuovere il self-management
- Organizzare sessioni educative per gruppi omogenei di pazienti

# *Supported self-care*

- Rafforzamento dell'informazione e della capacità dell'autocura in malattie croniche senza complicazioni
- Il paziente prende coscienza della malattia, impara a conoscerla ed entra in un sistema di monitoraggio che si basa su attività di prevenzione (**i pazienti di domani**)



# *Sistemi informativi*

- Cartella clinica unica e condivisa
- Sistema di allerta che aiuta il team delle cure primarie ad attenersi alle linee guida
- Feedback per i medici, mostrando i loro livelli di performance nei confronti degli indicatori
- Registri di patologia per programmazione sanitaria

# *Strumenti operativi*

- Partnership
- La Medicina Generale come Centro di Responsabilita'
- La Committenza



# *Partnership*

- La medicina delle cure primarie come laboratorio dove si sperimentano nuove alleanze operative : ogni partner mette a disposizione per una finalita' comune le proprie migliori risorse, le rispettive competenze ed i punti di forza in una sorta di patto pubblico-privato per migliorare le performance e l'efficienza
- Una risposta alla crescita di complessita' del sistema sanitario perche' responsabilizza su risultati e risorse e diviene strumento di coordinazione e di integrazione nonche' spinta dinamica al cambiamento

# *Medicina Generale come Centro di Responsabilita'*

- Gruppo di persone che opera per raggiungere un obiettivo dell'azienda ed e' guidato da un dirigente che si assume la responsabilita' delle azioni intraprese ( Anthony-Young , 1992 )
- Nel sistema di budget i MMG sono una componente fondamentale del processo di programmazione e controllo in quanto produttori ma sono anche fortemente responsabilizzati sui consumi e sulle funzioni di tutela e controllo in quanto parte committente per l'erogazione di determinate attivita'



# *La Committenza*

- Approccio alla pianificazione e alla programmazione che parte dai bisogni e dai consumi per individuare le principali inapproprietezze, carenze ed eventuali prioritizzazioni per riprogrammare l'offerta
- Determina volumi e tipologie di prestazioni sanitarie e la loro erogazione : il Committente puo' stipulare un contratto con il Produttore su quale tipo di servizi/prestazioni deve produrre





*Fine*