



Con il patrocinio della



Con il patrocinio di



COMO

HOTEL METROPOLE SUISSE

Piazza Camillo Benso Conte di Cavour, 19

31 GENNAIO 2019 - 1 FEBBRAIO 2019

WINTER SCHOOL 2019

GESTIRE IL CAMBIAMENTO

LE SOLUZIONI POSSIBILI

2019 MOTORE
SANITÀ
Gestire il Cambiamento

**PRESA IN CARICO E CRONICITA'
DALLE PAROLE ALLE AZIONI**

II CARE PUGLIA 3.0

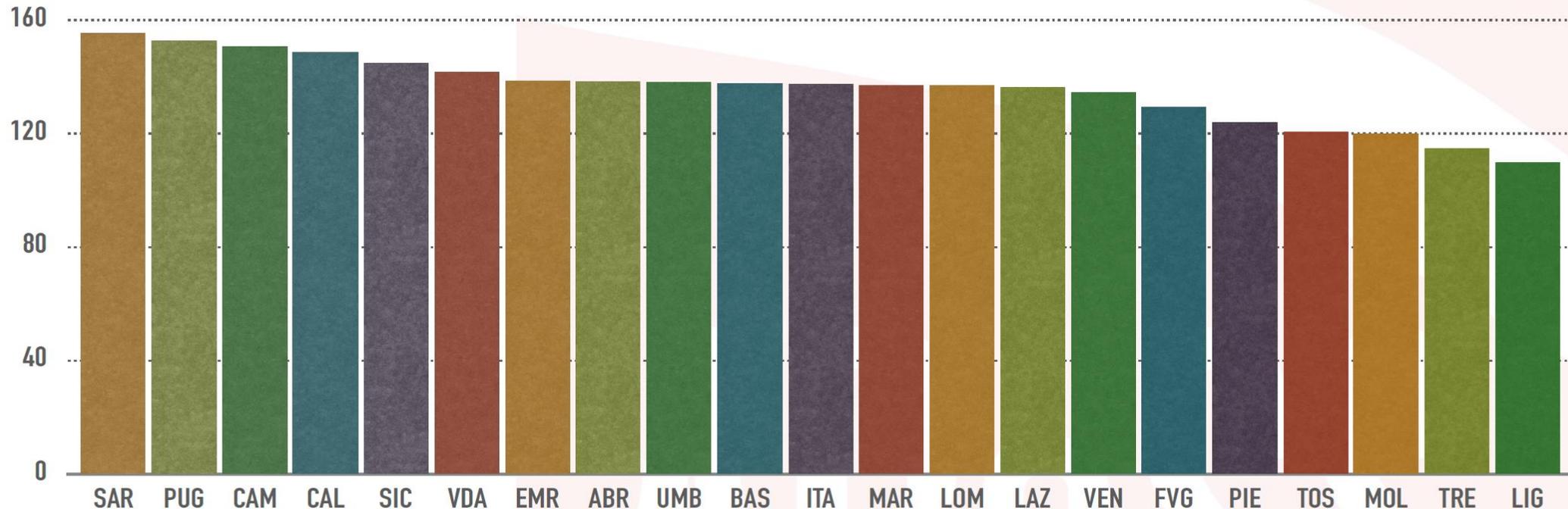
Nicola Calabrese

Tasso standard una cronicità grave

CRONICITÀ, UN'ALTRA QUESTIONE MERIDIONALE



Tasso Std/1000 abitanti con una cronicità grave



152,65

+11%

137,62

Tasso standard tre o più cronicità gravi

CRONICITÀ, UN'ALTRA QUESTIONE MERIDIONALE

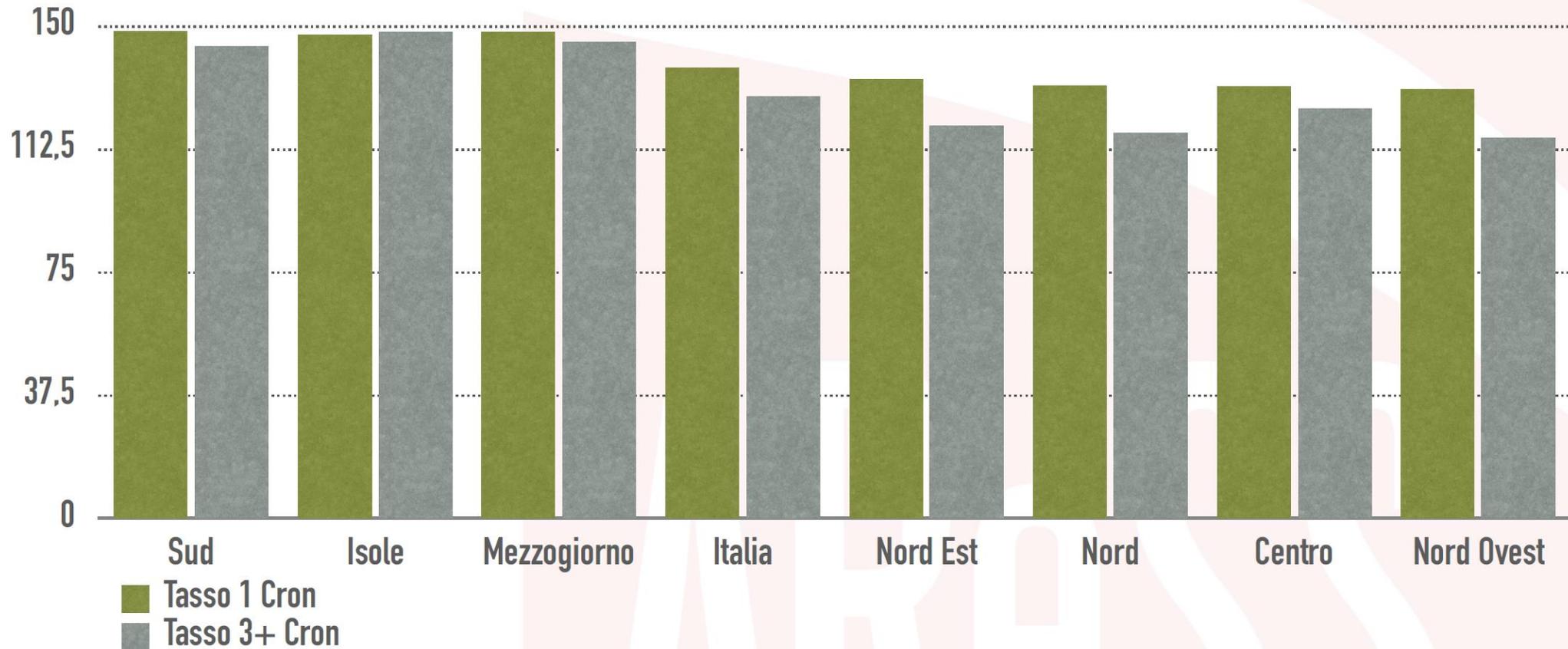


Tasso Std/1000 abitanti con tre o più cronicità gravi

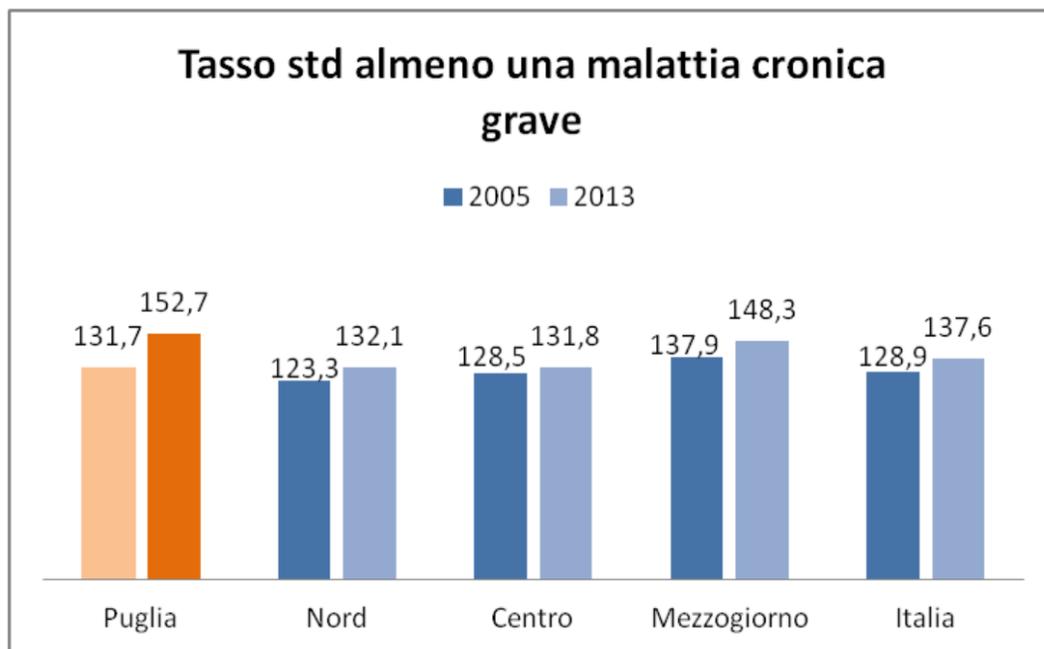


CRONICITÀ, UN'ALTRA QUESTIONE MERIDIONALE

Tasso Std/1000 abitanti con cronicità gravi (1 vs 3+)



CRONICITÀ, UN'ALTRA QUESTIONE MERIDIONALE



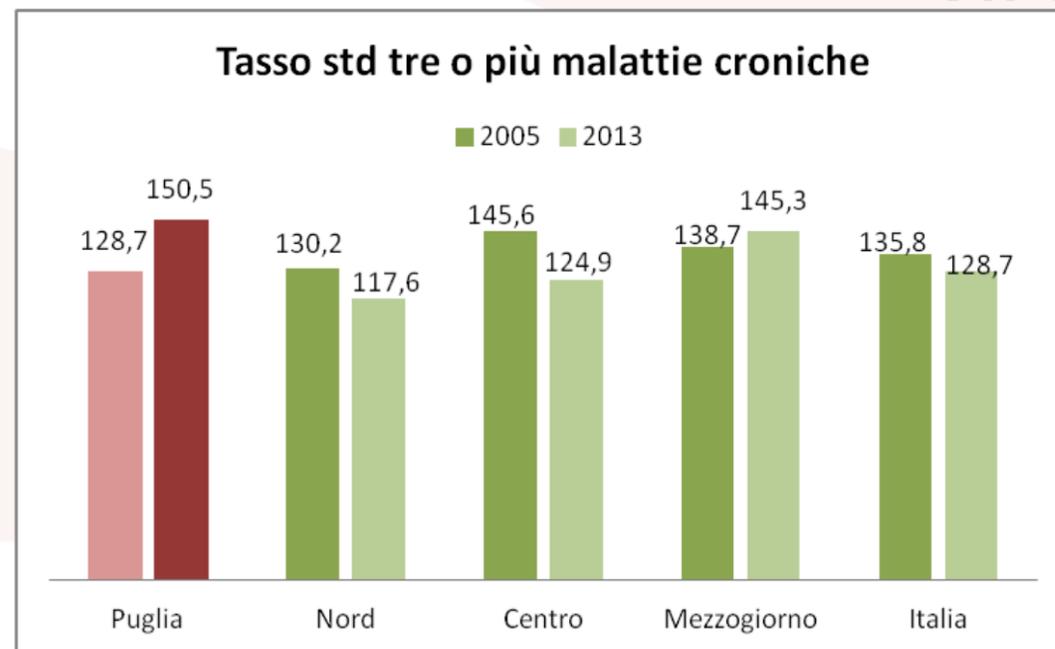
+16%

+7%

+3%

+8%

+7%



+17%

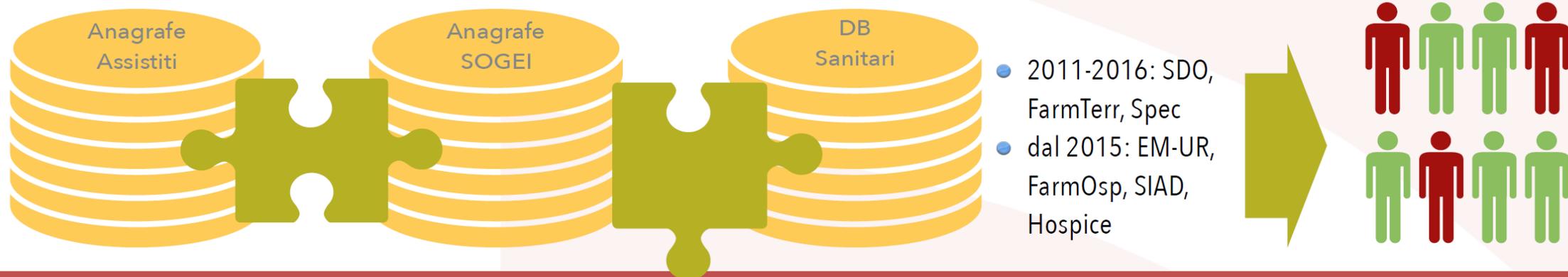
-10%

-14%

+5%

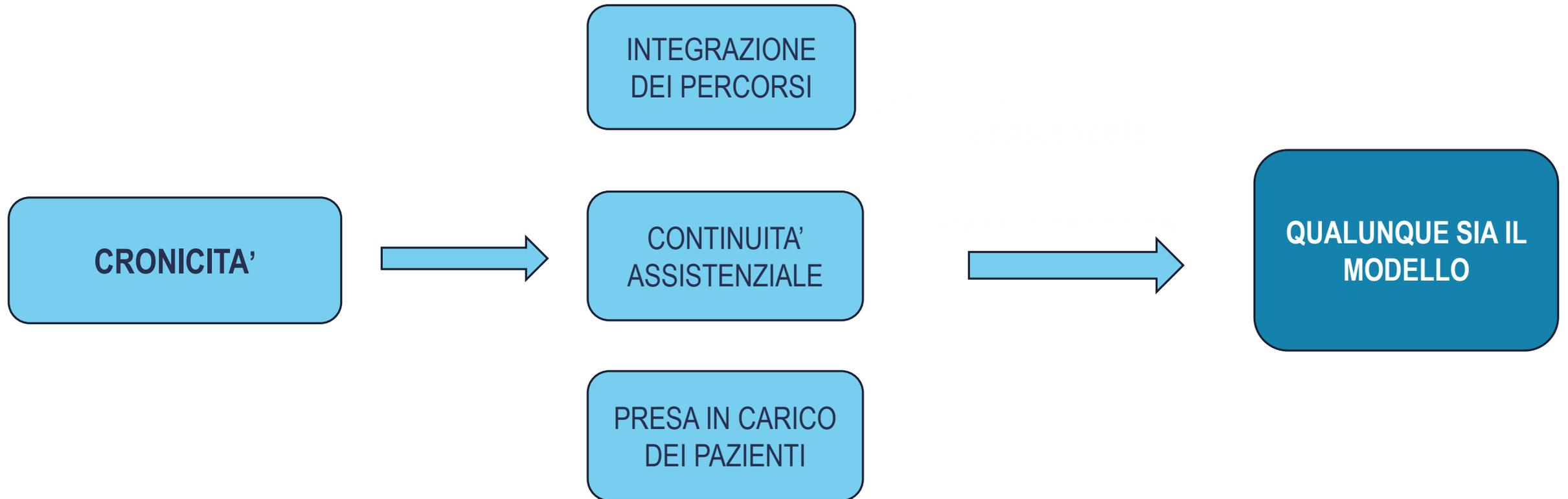
-5%

IL CARE PUGLIA 3.0: STRATIFICAZIONE CON BDA PUGLIA

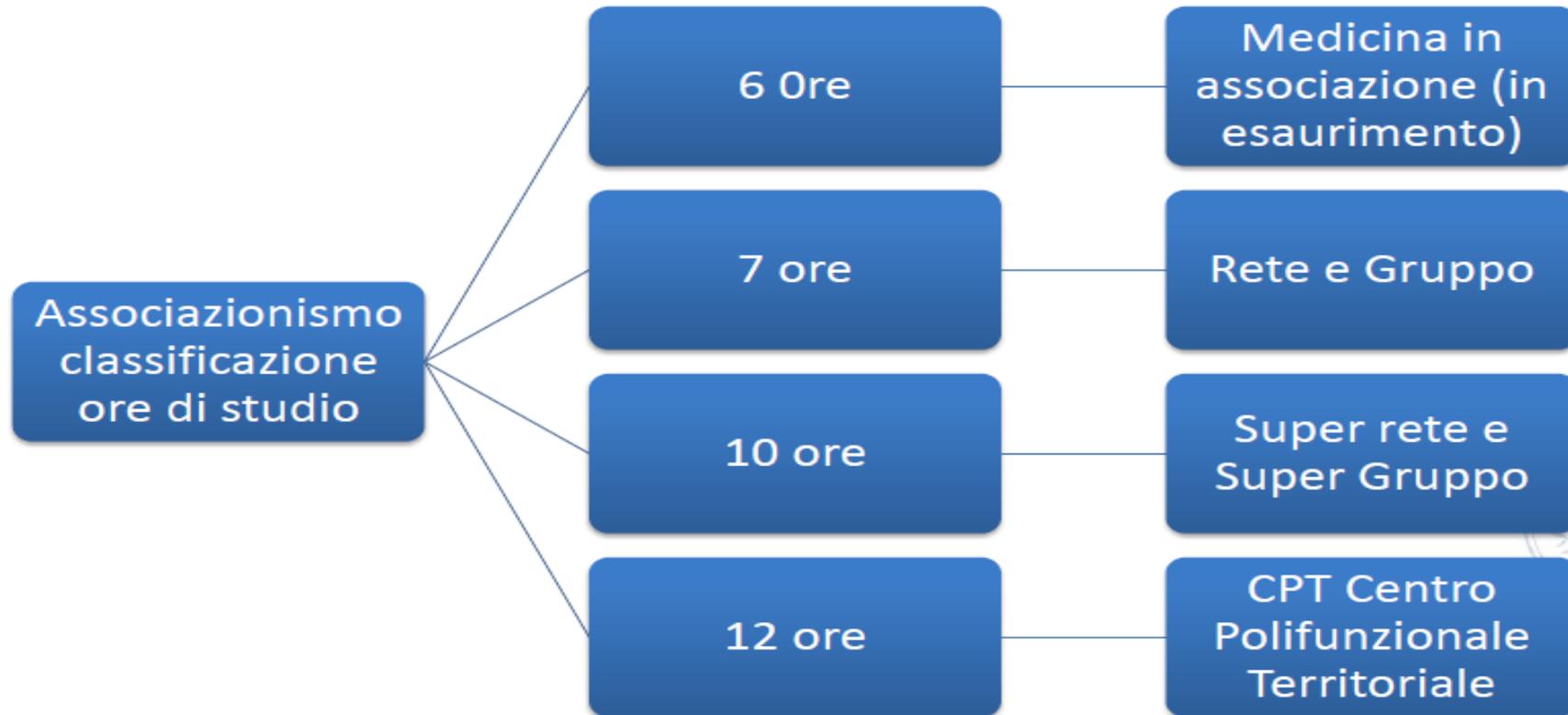


INDICATORE	2016	2015	2014	2013	2012
Numero assistiti BDA	4.385.941	4.387.960	4.395.968	4.396.397	4.419.084
% senza prestazioni	21,7	21,8	21,1	22,3	22,5
N° assistiti cronici	1.722.859	1.709.397	1.739.770	1.704.187	1.670.672
% Cronici	39,3	39,0	39,6	38,8	37,8
Spesa totale	3.646.023.626	3.603.229.867	3.641.322.831	3.609.851.552	3.588.861.874
Spesa totale cronici	3.138.494.324	3.087.032.970	3.140.215.232	3.090.910.901	3.038.103.703
Spesa media cronico	1.821,68	1.805,92	1.804,96	1.813,72	1.818,49
Spesa % cronici	86,07	85,67	86,23	85,62	84,65

LA SFIDA COMUNE A TUTTI I PAESI SVILUPPATI

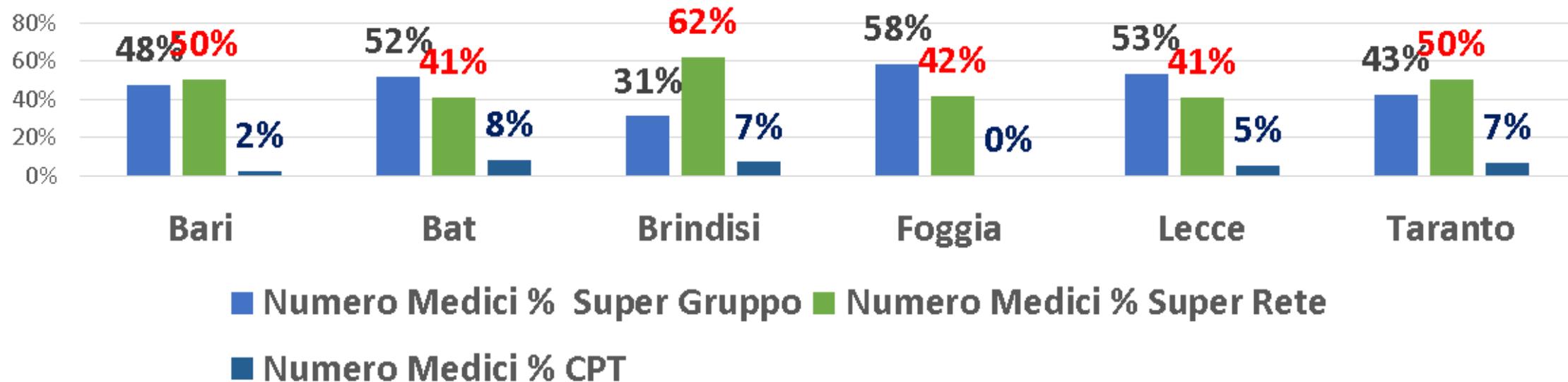


Il modello Puglia



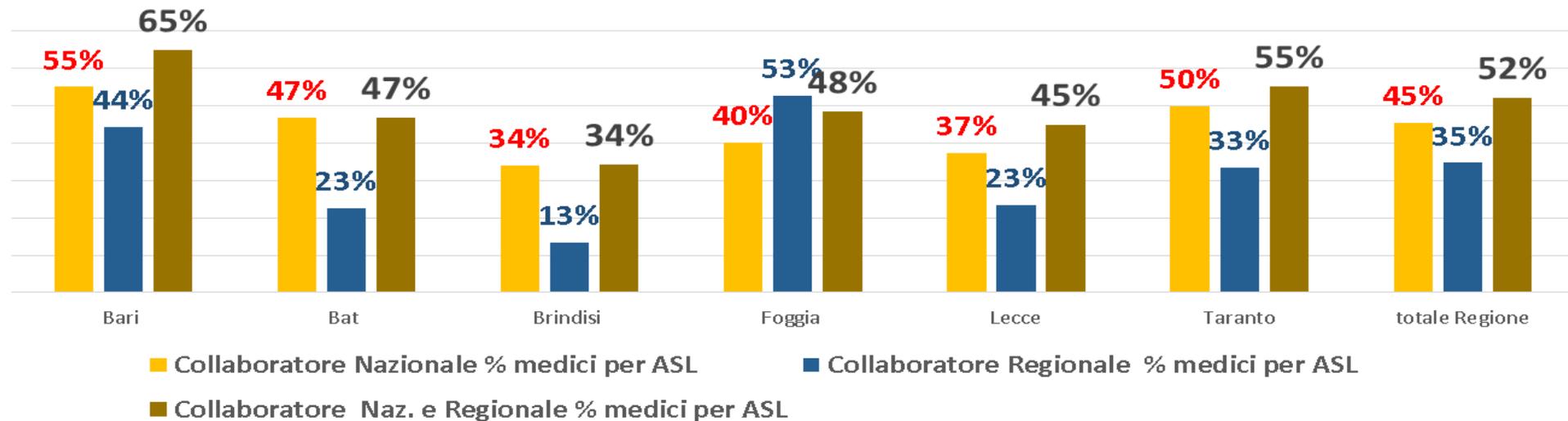
La Medicina Generale in Puglia

% Medici AC Puglia 2015



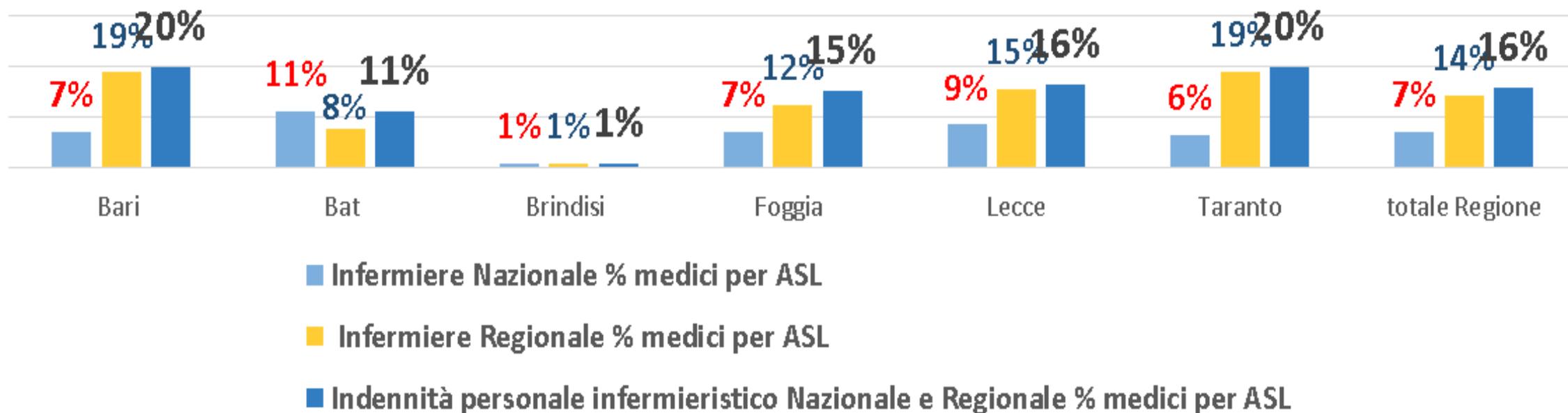
2.000 collaboratori di studio

% medici con collaboratore per ASL 2015



722 INFERMIERI ASSUNTI DALLA MEDICINA GENERALE

% medici con infermiere per ASL 2015



La presa in carico dell'ADI

11. Il personale infermieristico di cui al presente articolo dovrà essere utilizzato per assicurare nel seguente ordine di priorità:
 - l'assistenza domiciliare,
 - le attività relative ai progetti regionali sulla prevenzione,
 - le altre attività infermieristiche.

5. L'assistenza infermieristica per gli assistiti dei medici che partecipano al progetto obiettivo regionale di cui all'art 3 e 4 del presente accordo viene assicurata dal personale infermieristico assegnato secondo quanto previsto dall'art. 5 lettera B del presente accordo. In tutti gli altri casi viene interpellato il distretto di competenza.

6. Il distretto fornisce, a richiesta, il materiale sanitario necessario per garantire le PPIP di cui all'allegato D dell'ACN per l'assistenza infermieristica di cui al comma precedente. I compensi per le PPIP comunque eseguite a domicilio del paziente sono riconosciute al medico di medicina generale che è titolare della presa in carico, quale rimborso forfettario delle spese sostenute per l'accesso domiciliare.

Percentuale di anziani ≥ 65 anni in ADI dal 1,8 del 2010 al 3,01 del 2016.

Fonte: Ministero della Salute - DG Sistema Informativo e Statistico Sanitario - Ufficio II - Elaborazione SIS Modello FLS21

IL CARE PUGLIA 3.0: UN PERCORSO COMINCIATO TEMPO FA...



1



2

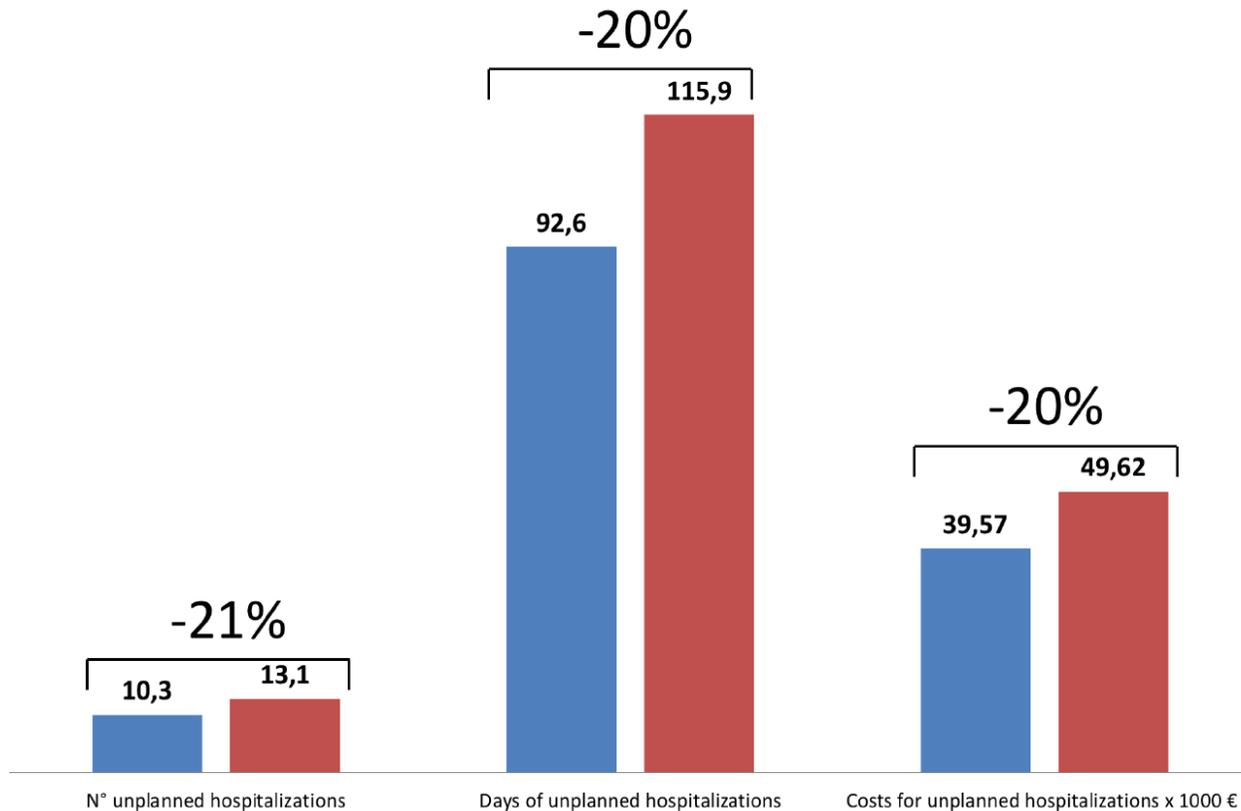
Care
Puglia

3.0

IL CARE PUGLIA 3.0: I RISULTATI DEL PASSATO (CAMPIONE ARES >2.000 CASI)

Mean number of events per 100 person/years

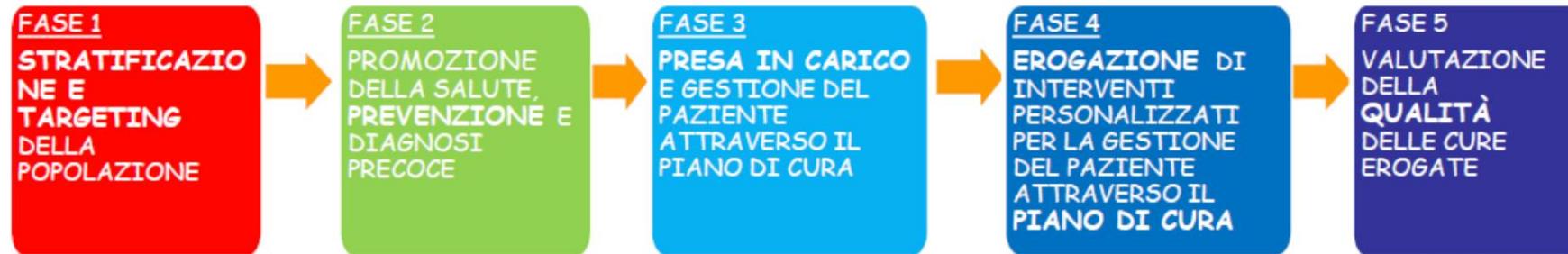
■ Intervention group ■ Control group



IL MODELLO
"NARDINO" CON
IL CARE MANAGER
RIDUCE
OSPEDALIZZAZIONE

IL CARE PUGLIA 3.0: IL FRAMEWORK DI PROCESSO

Si basa sul Model of Innovative and Chronic Conditions (ICCC):



Riguarda i soggetti residenti in Regione Puglia, di età superiore a 40 anni

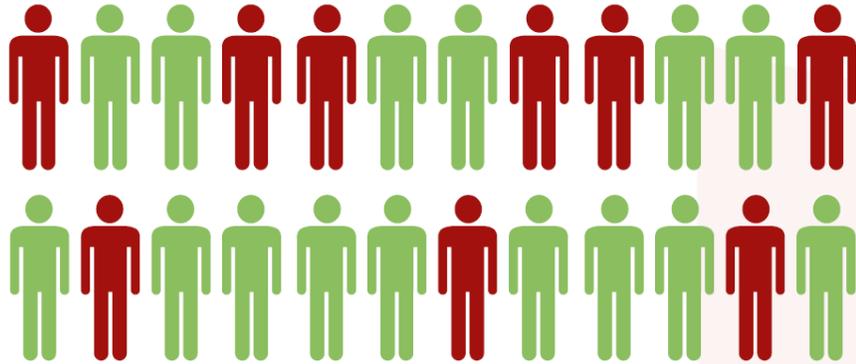
Patologie di interesse:

- Diabete mellito
- BPCO
- Ipertensione arteriosa
- Scompenso cardiaco

} 4 CRONICITÀ'

Possono aderire tutti i **Medici di Assistenza Primaria** con **infermiere** e **collaboratore di studio**

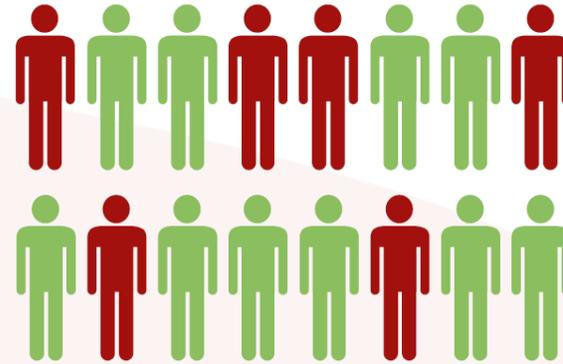
IL CARE PUGLIA 3.0: STRATIFICAZIONE CON BDA PUGLIA



1.722.859 assistiti

0 - N anni

con almeno una Cronicità qualsiasi



1.082.678 assistiti

>40 anni

e con almeno una Cronicità tra diabete, scompenso, ipertensione e broncopatia



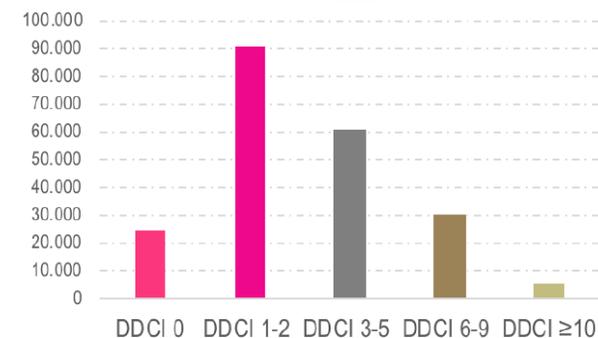
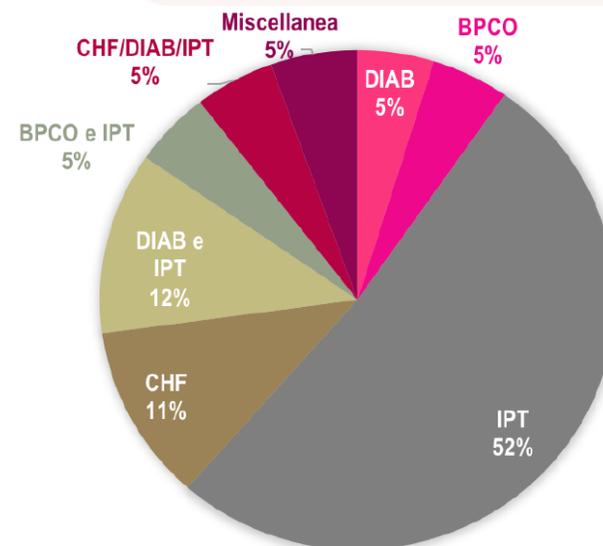
212.219 assistiti

>40 anni

e con almeno una Cronicità tra diabete, scompenso, ipertensione e broncopatia afferenti a MMG con infermiere e collaboratore

IL CARE PUGLIA 3.0: STRATIFICAZIONE CON BDA PUGLIA

Raggruppamenti per patologia	N. di assistiti per gruppo patologico	% assistiti per gruppo patologico
Totale	212.219	100
DIAB	10.185	4.80
BPCO	10.374	4.89
IPT	109.895	51.78
CHF	24.142	11.38
DIAB e IPT	25.029	11.79
BPCO e IPT	10.383	4.89
CHF/DIAB/ IPT	10.624	5.01
Miscellanea	11.587	5.46



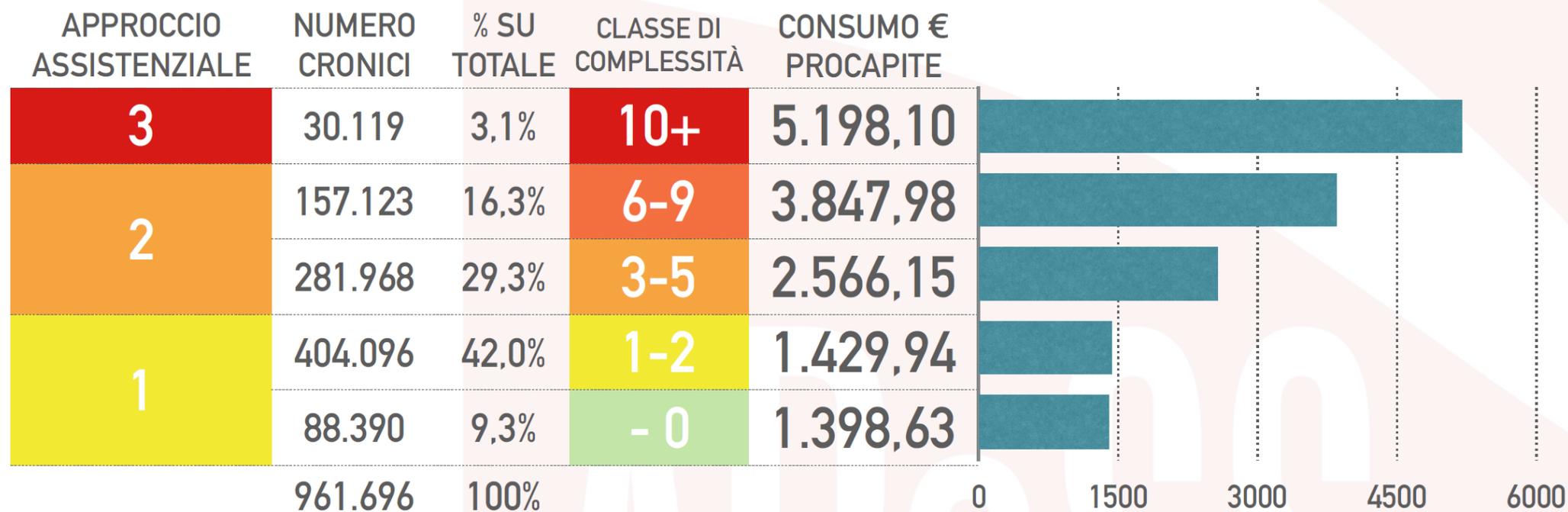
DIAB=Diabete – IPT=Ipertensione – BPCO=Broncopatia Cronica Ostruttiva – CHF=Scopenso Cardiaco

Il Care Puglia 3.0

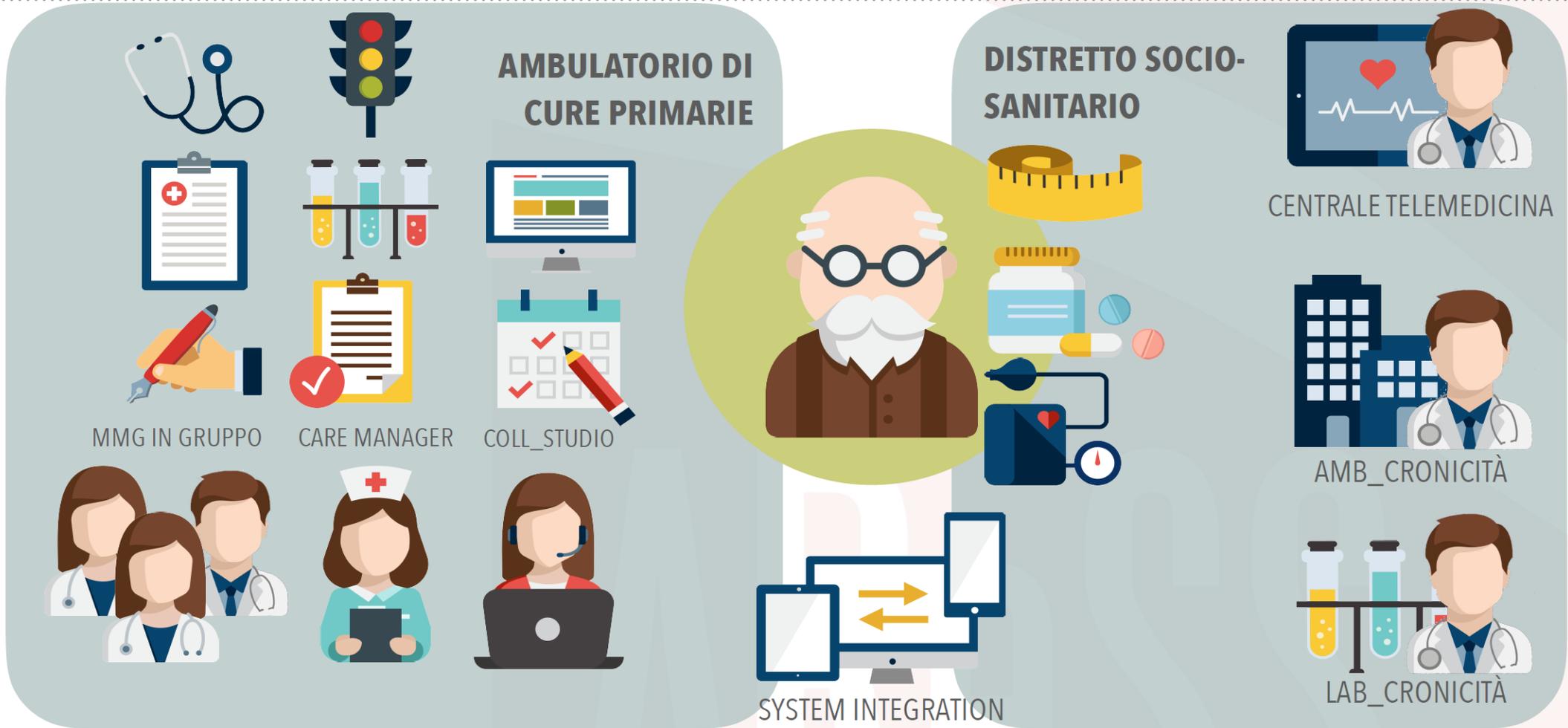
Classe DDCI	Consumo medio per assistito di risorse sanitarie anno 2015 in €
Classe DDCI ≥ 10	4668.6
Classe DDCI 6-9	3320.2
Classe DDCI 3-5	2142.7
Classe DDCI 1-2	1295.5
Classe DDCI ≤ 0	389.8
Totale	1703.3

L'obiettivo principale del progetto è il mantenimento in buona salute della popolazione: considerando come proxy dell'impegno assistenziale i valori tariffari delle prestazioni sanitarie erogate e guardando l'evoluzione della coorte dei cronici pugliesi dal 2012 al 2016 si osserva che il maggiore differenziale in termini proporzionali, dal punto di vista dell'impegno assistenziale e del correlato assorbimento di risorse, si ottiene dal passaggio dalla classe "assenza di malattia" alla classe "malattia lieve", con un incremento della spesa pari a 3 volte.

LA PIRAMIDE DI RISCHIO CRONICO E L'IPERTENSIONE IN PUGLIA



IL CARE PUGLIA 3.0: ARCHITETTURA GENERALE



IL CARE PUGLIA 3.0: ARCHITETTURA E MEDICO DI CURE PRIMARIE



MMG IN GRUPPO



AMBULATORIO DI CURE PRIMARIE



SYSTEM INTEGRATION

- valida gli elenchi dei soggetti eleggibili (30gg);
- recluta i soggetti eleggibili (90 gg);
- inquadra sul piano clinico e sociale le esigenze del paziente
- disegna il percorso assistenziale (tipologia e cadenza dei controlli, terapia educativa e farmacologica)
- promuove l'adesione al percorso
- si rende garante dell'appropriatezza e dell'efficacia della presa in carico
- può erogare prestazioni di I livello previste dal PAI, anche in telemedicina

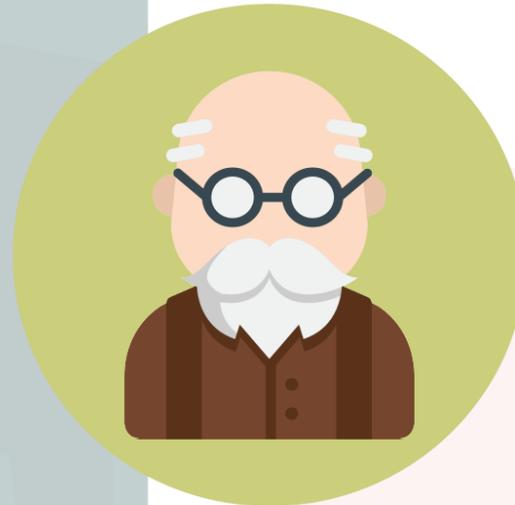
IL CARE PUGLIA 3.0: ARCHITETTURA E CARE MANAGER



AMBULATORIO DI CURE PRIMARIE



CARE MANAGER



SYSTEM INTEGRATION

- fa da pivot informativo e assistenziale tra i diversi attori e da tutor del paziente utilizzando peculiari competenze educative, comunicative, organizzative e professionali
- monitora l'aderenza del paziente al piano assistenziale individuale e agli stili di vita prescritti
- registra in ambulatorio e da remoto domiciliare i parametri biologici basali del paziente (peso, pressione, circonferenza, etc.)
- esegue in ambulatorio i prelievi biologici e la diagnostica strumentale di base (ECG, spirometria, pressione, saturimetria, etc.) previsti da routine diagnostico-terapeutica
- si rapporta con il Care Manager distrettuale per il complemento diagnostico-terapeutico fornito dall'Ambulatorio di Cronicità

IL CARE PUGLIA 3.0: ARCHITETTURA E COLLABORATORE DI STUDIO



AMBULATORIO DI CURE PRIMARIE



COLL_STUDIO



SYSTEM INTEGRATION

- gestisce il back-end informativo e amministrativo della presa in carico del paziente
- effettua le prenotazioni sulle agende di studio e sulle agende dell'Ambulatorio di Cronicità distrettuale
- esegue recall e remaining per appuntamenti e aderenza al paziente
- garantisce integrità e completezza della documentazione clinica del paziente

IL CARE PUGLIA 3.0: ARCHITETTURA E PAZIENTE CRONICO



AMBULATORIO DI CURE PRIMARIE

- aderisce con "patto di cura" al piano assistenziale (diagnosi, terapia, assistenza e stile di vita) propostogli dal Medico
- esegue a domicilio misurazioni diagnostiche di base (peso, glicemia, pressione, circonferenza, etc.) che comunica al suo Care Manager
- si rende disponibile e si impegna a conoscere meglio la propria malattia e ad autogestirla sotto la guida del Medico e del Care Manager
- rispetta gli appuntamenti periodici di follow-up e approfondimento diagnostico
- assume i farmaci secondo tempi e modi prescritti dal Medico e adotta gli stili di vita assegnati

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO



SYSTEM INTEGRATION

IL CARE PUGLIA 3.0: ARCHITETTURA E SPECIALISTA AMBULATORIALE

- consulenza per inquadramento diagnostico
- collaborazione per piano educativo e terapeutico
- esecuzione prestazioni per follow up
- eventuali approfondimenti
- presa in carico prevalente dei pazienti a più alta complessità nell'ambito di Unità di Cure Integrate di II Livello



SYSTEM INTEGRATION

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO



CENTRALE TELEMEDICINA



AMB_CRONICITÀ



LAB_CRONICITÀ

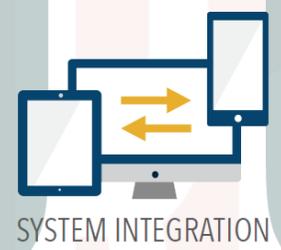
IL CARE PUGLIA 3.0: ARCHITETTURA E DIRETTORE DI DISTRETTO



AMBULATORIO DI CURE PRIMARIE

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO

- vigila - quale avamposto locale della Regione - sul corretto svolgimento del progetto
- concorda con i MMG e allestisce l'offerta assistenziale di complemento tramite l'Ambulatorio di Cronicità
- fornisce backend clinico (elaborazione e refertazione) tramite Centrale di Telemedicina e Laboratorio di Cronicità



L'infermiere di famiglia. Una soluzione per la cronicità?

Una figura professionale ancora non strutturata a livello nazionale. Per adesso ci sono sperimentazioni regionali diffuse più nel Centro-Nord che al Sud.

Talvolta gli infermieri di famiglia e comunità sono dipendenti delle Aziende sanitarie, da alcuni questo viene considerato un problema dal punto di vista dell'organizzazione del lavoro, secondo **la Presidente della Fnopi Barbara Mangiacavalli**: “Questa è un'opzione limitante dagli stessi infermieri che finora sono stati coinvolti nelle sperimentazioni/organizzazioni locali”, ecco dunque che la scelta potrebbe essere **“quella del libero professionista, oppure di quello convenzionato, in modo tale da poter anche dividere con il Mmg il rischio di impresa: lo studio funziona se funzionano i professionisti, il paziente è fidelizzato se si ottiene la loro fiducia”**.

Alla domanda su come valuti la figura dell'infermiere di famiglia e comunità, **Silvestro Scotti, Presidente della Fimmg**, ha precisato che: **“Nessuno discute l'utilità assistenziale di una figura di questo tipo”**, tuttavia, “Non la vedo finché non la vedo sul piano della definizione contrattuale. Al momento è uno spostamento di un'azione di contratto di dipendenza all'interno di comunità territoriali. ... **L'offerta delle cure primarie del Mmg è legata alla scelta del paziente, con un reddito legato al paziente; l'infermiere di famiglia è invece legato a una contrattualità oraria. Nel caso in cui un infermiere di famiglia sia inserito nella struttura del Mmg, allora collabora e soprattutto 'rischia' alla pari con il Mmg, ma anche in questo tipo di sistema in alcuni casi si rischia di aumentare le conflittualità. Il problema comunque è sostanzialmente contrattuale e non professionale”**.

La sfida

Il modello assistenziale Care 3.0 è caratterizzato da una profonda riorganizzazione delle cure territoriali che si realizza tutta all'interno della sanità pubblica, senza l'intervento di soggetti "gestori" esterni.

Tale riorganizzazione si realizza all'interno delle diverse componenti del distretto, che diventa il luogo di cura valorizzato.

La sfida

Il distretto socio sanitario dovrà definitivamente realizzare **la propria funzione di committenza e produzione per garantire i LEA** in un contesto di elevata organizzazione e complessità del sistema. Se il governo della domanda pone i presupposti per un'assistenza più efficiente in termini di salute, di utilizzo delle risorse e di accesso alle prestazioni, **una non adeguata organizzazione della corrispondente offerta rischia di rendere inefficace l'intera progettualità sulla presa in carico del paziente**. Garantire **la comunicazione all'interno della rete dei professionisti e il processo di integrazione, tempi e volumi corretti delle prestazioni assistenziali sarà quindi il tema cruciale**.

Contestualmente il Distretto dovrà essere in grado di implementare l'integrazione tra i macrolivelli di assistenza, le strategie e le iniziative per la prevenzione, nonché il monitoraggio sull'effettiva equità di accesso alle cure.

La Medicina Generale

Il successo del Care Puglia può essere determinante nel definire e garantire il ruolo cardine del medico di famiglia all'interno del SSN nei prossimi anni. Competenza gestionale con la collaborazione delle altre figure professionali del microteam e capacità nell'erogare servizi e prestazioni assistenziali di I livello (CUP, telemedicina, spirometria, prestazioni infermieristiche, etc.) sono le grandi novità presenti nel modello assistenziale

Grazie

