

12° Congresso Nazionale AME Associazione Medici Endocrinologi Update in Endocrinologia Clinica Workshop

La presa in carico delle cronicità: modelli regionali a confronto

**Dal modello "Sumero" alla Presa in carico delle cronicità e
delle persone fragili**

*Servizio Integrazione
Ospedale-Territorio
e Integrazione Socio-
Sanitaria*

Direttore:

Vito Piazzolla

v.piazzolla@arespuglia.it

Bari 2013.11.07-10

Sistema Salute della Regione Puglia

Progetto Salute

I nuovi Luoghi di Salute

Le scelte

In un sistema di vincoli

Tra Principi e Domande

Storia - Contesto - Situazione di partenza

“Piano di rientro, riconversione delle strutture ospedaliere e ... qualche provocazione”

49 DSS

che fanno capo alle sei
Aziende Sanitarie Locali,
Risultato dell'accorpamento
provinciale avvenuto 1.1.2007

Un territorio che
contava al 2010:

102 H

di cui:

68 H pubblici

di cui:

- **2 Aziende H**

- **2 IRCCS**

34 H Privati

Le Puglie

Un Modello Etico di
“Azienda Pubblica”

258

Comuni



I Comuni della Regione Puglia per popolosità

N. Posiz. per Ab.	DSS	N. Ab.	N. Comuni < Ab.
30	Gioia del Colle	27.949	228
50	San Vito dei Normanni	19.884	208
74	San Ferdinando di Puglia	14.822	184
111	Melendugno	9.894	147
174	Stornara	4.990	84
205	Trigiano	2.927	53



Progetto Salute

*Il Distretto e i nuovi
Luoghi della Salute*

***Perchè lo
facciamo?***

Il paradigma del modello

Salute e L.E.A.

Dalla sanità alla salute

la morte è inevitabile;
la maggior parte delle malattie gravi non può essere guarita;
gli antibiotici non servono a curare l'influenza;
le protesi artificiali ogni tanto si rompono;
gli ospedali sono luoghi pericolosi;
ogni medicamento ha anche degli effetti secondari;
la maggioranza degli interventi medici danno solo benefici marginali e molti non funzionano affatto;
gli screening producono anche risultati falsi negativi e falsi positivi;
ci sono modi migliori di spendere i soldi che spenderli per acquistare tecnologie medico-sanitaria.

(R. Smith)

Fattori che influenzano lo stato di salute, la mortalità e la spesa sanitaria

Fattori	Contributo potenziale alla riduzione della mortalità	Ripartizione spesa sanitaria
Biologici	27 %	6,9 %
Ambientali	19 %	1,6 %
Stile di vita	43 %	1,5 %
Servizi sanitari	11 %	90 %



Progetto Salute in Puglia

“Studiare i Bisogni”

A garanzia dei LEA

Ospedalieri e Distrettuali

In Italia si vive più a lungo.

Lo conferma una ricerca dell'Università di Leicester in G. Bretagna,

pubblicata sulla prestigiosa rivista "The Lancet".



Gli uomini con aspettativa di vita di **80,4 anni** (di cui almeno **71 in buona salute**) sono i primi in Europa. Le donne con aspettativa di vita pari a **85,3 anni**, sono seconde solo alle francesi.

Gli ultra 75'enni in Puglia: 2004 = 63.512 - 2011 = 94.609 + 31.097

“Tutti ad imparare a fare le cure primarie”

Bisogno – Offerta o Offerta - Bisogno?



Non sono Professore : 1° Principio

Progetto Salute in Puglia

1° principio
“ a tomba ”

“Metodo Browniano”

(A casaccio)

A garanzia dei LEA Ospedalieri e Distrettuali

I Babilonesi non avevano medici e portavano i malati nella piazza

La cura dei malati:

la medicina era poco conosciuta dai babilonesi, che infatti non avevano medici.

I malati dunque si recavano o venivano portati in piazza e i cittadini consigliavano loro delle cure, in base alla loro esperienza o a quella di qualcuno che avevano conosciuto o di cui sapevano



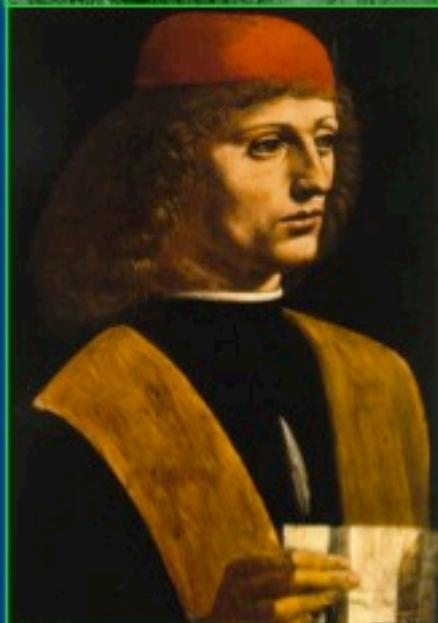


La traduzione originale della legge Babilonese, seconda per saggezza, è la seguente:

“Avvicinandosi dunque all’ammalato, (i passanti) gli danno consigli sul suo male, se qualcuno ha sofferto di quella stessa malattia avvicinandosi gli suggerisce di fare tutte quelle cose che ha fatto per sfuggire a quella malattia. Se sanno di un altro che l’ha avuta: o sconsigliano o suggeriscono di fare tutto quello che ha fatto l’altro a seconda che sia guarito o no dalla malattia.

Non è permesso di oltrepassare il malato in silenzio senza avergli chiesto prima quale malattia ha.”

Obiettivi del Progetto Care Puglia



- 1. Superare il paradigma dell'offerta di prestazioni a favore della continuità dell'assistenza e della presa in carico anche degli autosufficienti**
- 2. Identificare e stratificare la popolazione anziana e le patologie croniche ed invalidanti**
- 3. Misurare l'efficacia e l'efficienza della Presa il carico**
- 4. Registro delle cronicità**
- 5. Evitare o allontanare, il più possibile, il ricorso a setting assistenziali ad elevata intensità e/o la non autosufficienza (team cure)**

Progetto Salute in Puglia

“Noi e gli altri”

Care Puglia e gli altri modelli di gestione delle cronicità

La Regione Puglia è stata chiamata a descrivere questo Progetto in diverse sedi istituzionali nazionali :

- 1. AgeNaS - Progetto di Ricerca Autofinanziata 2012-2013** valutare qualità ed equità dell'assistenza sanitaria territoriale erogata ai cronici ed effettuare **analisi organizzativa dei vari modelli delle regioni coinvolte** (Emilia Romagna - Lombardia - Marche - Puglia - Sicilia - Toscana - Veneto).
- 2. AgeNaS - Progetto di Ricerca 2012-2013: "L'impatto dei modelli proattivi innovativi implementati a livello regionale per l'assistenza alle persone affette da patologie croniche"** per valutare l'impatto dell'assistenza sanitaria territoriale erogata ai cronici attraverso la **validazione di un set di indicatori per monitorare l'attività**. (Emilia Romagna - Lombardia - Marche - Puglia - Sicilia - Toscana - Veneto).

Care Puglia e gli altri modelli di gestione delle cronicità

- 3. AgeNaS** - Progetto di Ricerca Autofinanziata dal titolo *“Sviluppo e validazione di un set di indicatori per monitorare la Long Term Care degli anziani non autosufficienti”*, che prevede la partecipazione della Regione Puglia, accanto a Lombardia, Toscana, Veneto e Emilia-Romagna.
- 4. Università Bocconi di Milano** - "Osservatorio sui modelli di presa in carico della **BPCO**". Sviluppato da Academy of Health Care Management and Economics, è una ricerca-intervento sui temi della **misurazione delle performance** e si svilupperanno nel corso di un triennio. L'analisi e la misurazione dei modelli di presa in carico della BPCO rappresenteranno il focus dell'Osservatorio: **due Regioni “sperimentatrici”** (Emilia Romagna e Veneto) e **tre Regioni “discussant”** (Puglia, Lazio e Toscana).

INNOVAZIONE

1. Organizzativa (Modelli)
2. Funzionale
3. Tecnologica



IL PROGETTO CREG (Chronic Related Group) IN REGIONE LOMBARDIA

Carlo ZOCCHETTI

Direzione Generale Sanità – Regione Lombardia



Identificazione della Patologia del cittadino

Patologie croniche di interesse

Broncopneumopatie

Diabete

Cardiovasculopatie

Epato-Enteropatie

Neoplasie

Esofago-Gastro-

Neuropatie

Duodenopatie

Trapianti

HIV-AIDS

Dislipidemie

Insufficienza renale

Malattie endocrine

Malattie autoimmuni

Carlo ZOCCHETTI

CReG: i pilastri

- **1. CReG: identificare, stadiare malattia**
 - **Criticità: quale gravità? stadio?**
 - » Modificazioni da introdurre nei flussi informativi: ricoveri
 - **La Banca Dati Assistiti (BDA):**
 - » Attribuisce ad ogni soggetto tutte le sue patologie croniche
 - » A partire da un elenco definito di patologie
 - **Ogni raggruppamento di patologie (o pluripatologie) rappresenta potenzialmente un CReG**



CReG: i pilastri

- **2. CReG: processi diagnostico-terapeutici di cura**
 - Identificano i fabbisogni di cura di ogni cronicità
 - Esistono diverse proposte di PDTA:
 - » Da concordare a livello regionale
 - » Definizione delle attività attese
 - » Valutazione, a posteriori, se il percorso di cura è stato erogato
 - » Valutazione se la proposta tariffaria è conforme ad un consumo tipico
 - I PDTA permettono standardizzazione dei percorsi (ridurre variabilità)



CReG: (i pilastri) la tariffazione

CReG: remunerazione del servizio a tariffazione

- **Ciclo (classificazione ibrida):**
 - Definizione classe (inclusione, esclusione)
 - Categorizzazione
 - Valorizzazione e valutazione consumi
- **Risultato:**
 - Omogeneità intraclassa
 - Oltre **150 classi (CReG)**



Carlo ZOCCHETTI

CReG	Tariffa Base	Incremento Tariffario
Insufficienza renale cronica con dialisi, ipertensione	34.702	1.356
Insufficienza renale cronica senza dialisi, ipertensione	1.666	1.049
Insufficienza renale cronica senza dialisi, patologie gastrointestinali e del fegato	1.149	375
Ipercolesterolemia, ipertensione	1.014	530
Ipercolesterolemia, asma	1.391	534
Diabete Insulinico, trapianto (inattivo)	5.252	389
Diabete, Parkinson	2.504	289
BPCO, cardio-vasculopatia	2.262	579
Asma, diabete	1.588	235
Cardio-vasculopati, Lupus eritematosus sistemico	1.477	650
Ipertensione, artrite reumatoide	1.003	566



CReG: la piattaforma organizzativa

• 4. CReG: la piattaforma organizzativa

– Vera innovazione del progetto: Ente Gestore

- » Garantisce la presa in carico di un gruppo di pazienti
- » Interagisce con gli attori del processo di cura
- » Assicura competenze amministrative, organizzative, gestionali

– Chi è il Gestore?

- » Un gruppo di MMG
- » Associazioni di pazienti/operatori
- » Qualunque tipo di erogatore (privato o pubblico)



Progetto Salute in Puglia

Innovazione

Organizzativa – Funzionale

“La Rete di protezione

Sanitaria e SocioSanitaria”

(Di cosa parliamo e Quanto costa?)



Progetto Salute

Il Distretto e i nuovi
Luoghi della Salute

*Dove lo
facciamo?*

Le tipologie organizzative, già previste nel Programma, sono:

1. modello basato sulle forme complesse di associazionismo della Medicina Generale;
2. modello basato sulle Case della Salute o Centri Territoriali di Assistenza;
3. modello basato sul Servizio Infermieristico ed Ostetrico Distrettuale che prevede l'attivazione degli Ambulatori Infermieristici all'interno dell'Assistenza Specialistica Territoriale che rappresenta un sistema molto diffuso nella rete dell'offerta regionale.

Si tratta, tuttavia, di tipologie flessibili che possono contemplare altre forme multi professionali e monoprofessionali come quelle previste dalle norme nazionali e regionali, come:

1. Unità Territoriale di Assistenza Primaria (UTAP);
2. Unità Complessa Cure Primarie (UCCP;)
3. Nuclei Cure Primarie (NCP);
4. Casa della Salute;
5. Centri di Assistenza Primaria (CAP);
6. Centri di Assistenza Primaria Territoriale (CAPT);
7. Presidi Territoriali di Assistenza (PTA);
8. Centri Clinico-Assistenziali Distrettuali (CeCAD);
9. Altro.



Innovazione Organizzativa – Funzionale

La Medicina Generale in Puglia

	Ass.ne Semplice	Gruppo	Super Gruppo	Rete	Super Rete	CPT
Forme	123	133	133	143	66	1
N. Medici	451	436	516	633	368	8
N. Infermieri	454 (ASL di Lecce n. 90)					

Presidio Territoriale di Assistenza (PTA)

Definizione:

1. Il Presidio Territoriale di Assistenza (PTA) è un nuovo modello di organizzazione dell'assistenza che pone al centro il paziente facilitando l'accesso ai servizi.
2. È la “**porta d'ingresso**” del cittadino ai servizi territoriale, fornendo una risposta integrata ai bisogni di salute, **aggregando funzionalmente le diverse componenti dell'assistenza territoriale.**

Secondo l'ACN 29.7.2009 e s.m.i., i MMG partecipano a:

Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT)

Sono aggregazioni funzionali di professionisti distinte per MMG, PLS, Specialisti Ambulatoriali per conseguire obiettivi di salute definiti dalla programmazione regionale e aziendale condividono buone pratiche, peer review, ricerca etc.

monitoraggio e verifica obiettivi da parte del Distretto

operano nei propri studi e sono individuati in ambito infradistrettuale adottano percorsi di integrazione con MCA e ospedale

La Regione, con le OO.SS. individua le AFT entro 6 mesi, tenendo conto, per i MMG, di: pop. ≤ 30.000 ab. e almeno 20 medici

Unità Complesse delle Cure Primarie (UCCP)

Gruppi di Medici convenzionati MMG, PLS, MCA, Specialisti e altri Professionisti sanitari convenzionati, con eventuali altri operatori per garantire i LEA, presa in carico dell'utente, integr. socio-san., passaggio alla medicina d'iniziativa, assistenza h. 24 die e 7 gg. su 7 erogano prestazioni sanitarie, nell'ambito dei LEA

sono attivate secondo i bisogni della pop., le caratteristiche oro-geografiche e demografiche operano in sede unica o con sede di riferimento, **nell'ambito dell'organizzazione distrettuale La Regione con le OO.SS. disciplinerà tutti gli aspetti:**

indennità, incentivi, dotazioni strumentali etc.



“I modelli di Riferimento”

“Progetto Salute”

Il Distretto come produttore di salute

“Un Modello di Cure Primarie”

**La Funzione Orienta
l' Organizzazione e
l' Organizzazione diventa un
luogo simbolo e standardizza la
funzione (ospedaliera)
(i Letti – i Camici – i Pigiami)**

**L' Assistenza Distrettuale
produce uno Shock
funzionale:
Si fa dove serve!
non produce un Luogo ...**

Progetto Salute

Il Distretto e i nuovi Luoghi di Salute

PTA e Legge n. 189/2012

*“disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese
mediante un più alto livello di tutela della salute”.*

***L'esperienza
Multiprofessionale
di Ceglie Messapica (BR)***

Azienda Sanitaria Locale BR – DSS Francavilla F.
Riconversione ex P.O. di Ceglie Messapica

Presidio Territoriale
di Assistenza (PTA)

Dipartimenti Territoriali

Distretto SocioSanitario

Igiene e
Prevenzione
(Uff. Vaccinazioni
Med. Legale)

Area Emergenza
Territoriale
(P.P.I. – 118)

CUP - Ticket

Anagrafe Sanitaria

Ass. Protesica

Ass. Special.ca
Ambulatoriale

Day
Service

PUA

UVM

Continuità
Assistenziale

Amb. Infirm. Di
Care Management

Ospedale di
Comunità

Ufficio
Cure Domiciliari

PACC - Diabete

PACC -
Ipertensione

PAC -
Tunnel Carpale

DL sanità: la legge di conversione del decreto Balduzzi Legge 08.11.2012 n° 189 , G.U. 10.11.2012

2. Le aggregazioni funzionali territoriali e le unità complesse di cure primarie erogano l'assistenza primaria attraverso personale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale. Le regioni **possono, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica,** prevedere la presenza, presso le medesime strutture, sulla base della convenzione nazionale, di personale dipendente del Servizio sanitario nazionale, in posizione di comando ove il soggetto pubblico incaricato dell'assistenza territoriale sia diverso dalla struttura di appartenenza.

Non sono Professore: **IV Principio**

L' Organizzazione a **“Ciambotto”**



pastaenonsolo.blogspot.it

DL sanità: la legge di conversione del decreto Balduzzi Legge 08.11.2012 n° 189 , G.U. 10.11.2012

- b) dopo la lettera b) sono inserite le seguenti: "b-bis) **nell'ambito dell'organizzazione distrettuale del servizio**, garantire l'attività assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana, nonché un'offerta integrata delle prestazioni dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, della guardia medica, della medicina dei servizi e degli specialisti ambulatoriali, **adottando forme organizzative monoprofessionali**, denominate aggregazioni funzionali territoriali, che condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi, **nonché forme organizzative multiprofessionali, denominate unità complesse di cure primarie**, che erogano prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei professionisti delle cure primarie e del sociale a rilevanza sanitaria tenuto conto della peculiarità delle aree territoriali quali aree metropolitane, aree a popolazione sparsa e isole minori;

Riordino cure primarie

Attivare un modello di cure primarie che aggregi, organizzandole, le risorse umane e strutturali in forma coordinata e funzionale alla continuità assistenziale, alla gestione delle patologie croniche, alla medicina d' iniziativa

- 1. Equipe multi professionali territoriali e PDTA standardizzati**
- 2. Strutture territoriali es. Case della Salute, UTAP con la presenza di medici, infermieri, consulenti esterni**
- 3. Livello di coordinamento e governo delle cure primarie**
- 4. Sistema informativo specifico a supporto di prevenzione, diagnosi e cura patologie croniche**
- 5. Assetto organizzativo della medicina penitenziaria omogeneo con l' inserimento nei sistemi di responsabilità delle Aziende Sanitarie**
- 6. Revisione dell' organizzazione della continuità assistenziale mediante l' integrazione con il servizio di Emergenza/Urgenza**
- 7. Modifica delle convenzioni con assegnazione ai PLS unicamente di bambini da 0 a 6 anni**
- 8. Sospensione della medicina dei servizi a partire dal 1 gennaio 2013**

Al Distretto il coordinamento delle cure

“La Rete di Protezione Sanitaria e Socio Sanitaria”

Paziente a casa

Servizi medici

Provider(s)

**Settings
assistenziali**

Tecnologia



***“La leadership della rete di protezione
Sanitaria e SocioSanitaria”***

Territorio -Ospedale - Territorio

Coordinamento

Il Pescatore solitario





Complesso
museale di Santa
Maria della Scala
**Una leggenda
medievale senese
parla di un mitico
fondatore, tale
Sorore, calzolaio,
morto nell '898.**

***Dobbiamo tutti
ancora uscire dal
mansionario entrare
nel caos produttivo
e, in quel caos,
lavorare di senso
per ricondurre tutto
all'unicità del
sistema organizzato***

Curare e prendersi cura



Care = Cure?

- **Avere cura;**
- **Prendersi cura;**
- **Avere attenzione;**
- **Assistere;**
- **Aiutare;**
- **Soccorrere;**
- **Proteggere;**
- **Appoggiare;**
- **Incoraggiare**
- **Favorire;**
- **Coadiuvare;**
- **Partecipare;**
- **Assistere;**

Care = Cure

- **Aiutare;**
 - **sostenere**
 - **sorreggere**
 - **facilitare**
 - **agevolare**
 - **avvantaggiare**
- **Soccorrere;**
 - **spalleggiare**
- **Incoraggiare**
 - **rincuorare;**
 - **consolare;**
 - **confortare;**
 - **sollevare;**
 - **animare;**
 - **promuovere**

Il Laboratorio di Ricerca-Azione: "Una mappa di Senso"

Cure

Raccolta
anamnesi

Esame
Obiettivo

Indagini
diagnostiche

Diagnosi

Prognosi

Terapia

Appropriatezza delle prestazioni erogate

Produzione

Produzione Diretta
Produzione Indiretta

Produzione Integrata
(S.S. e T.- H.-T.)

Governare i Processi
Assistenziali
(Pres. in Carico Cont.à
Cure - PDTA)

Assistenza
(Pres. in
Carico)

Raccolta
Domanda

Indiv.ne
Bisogno

Definizione
Problema

V.M.D.

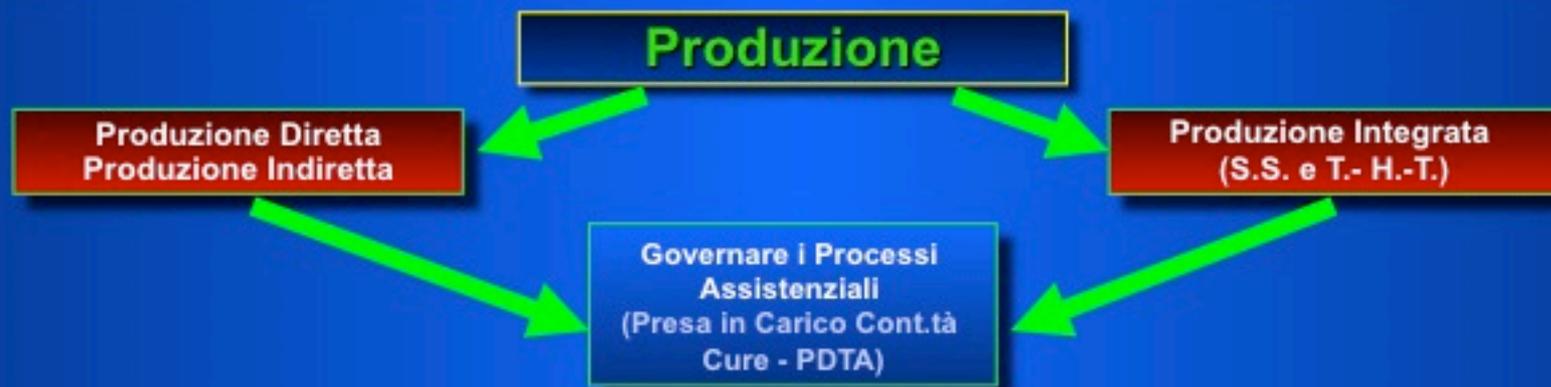
P.A.I.

Revisione
P.A.I.

Appropriatezza delle prestazioni erogate +

Appropriatezza della presa in Carico – Continuità dell' Assistenza

Il Laboratorio di Ricerca-Azione: "Una mappa di Senso"



Assistenza
(Presenza in Carico)

Raccolta
Domanda

Indiv.ne
Bisogno

Definizione
Problema

V.M.D.

P.A.I.

Revisione
P.A.I.

Appropriatezza delle prestazioni erogate +

Appropriatezza della presa in Carico – Continuità dell' Assistenza

la Valutazione

Indicatori e Standards per Valutare

l' Appropriatezza della presa in Carico – Continuità dell' Assistenza

Progetto Salute

“Utopia e Sogno”

“incompresi” o “visionari”

“Nuove Categorie del Pensiero”

per

“Sviluppare Comportamenti adeguati”

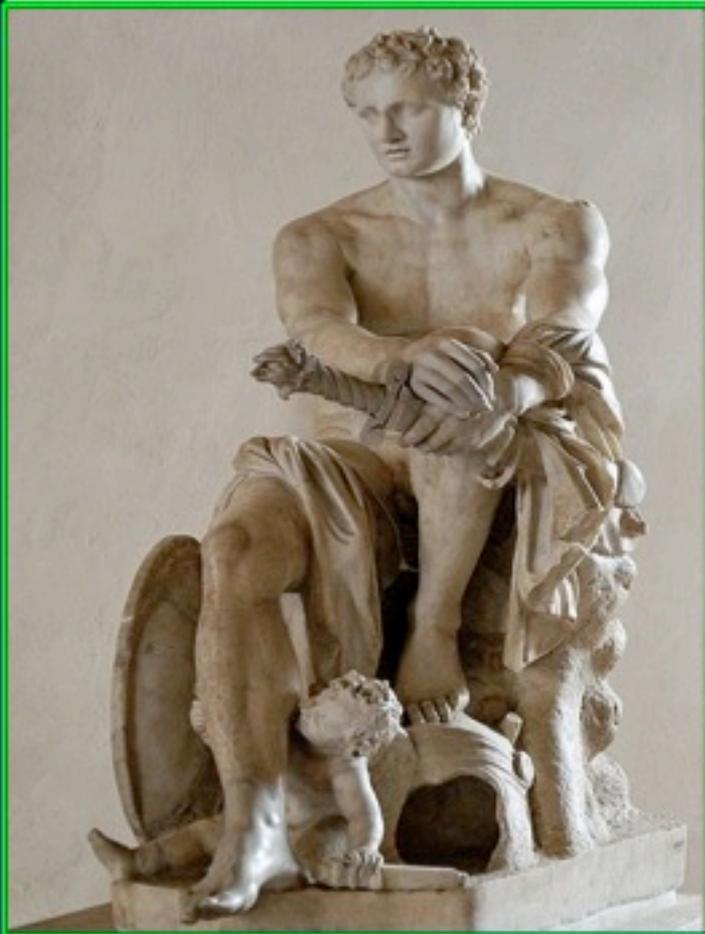
“All’interno di Luoghi adeguati”

Setting



Una
“sfida”

Impossibile?



Una “sfida” *importante*

I "Visionari" : il concetto di Potere

*Il vero potere
è il servizio*



Papa Francesco



GRAZIE, PER L'ATTENZIONE