

Sistemi di assistenza primaria e innovazione in sanità

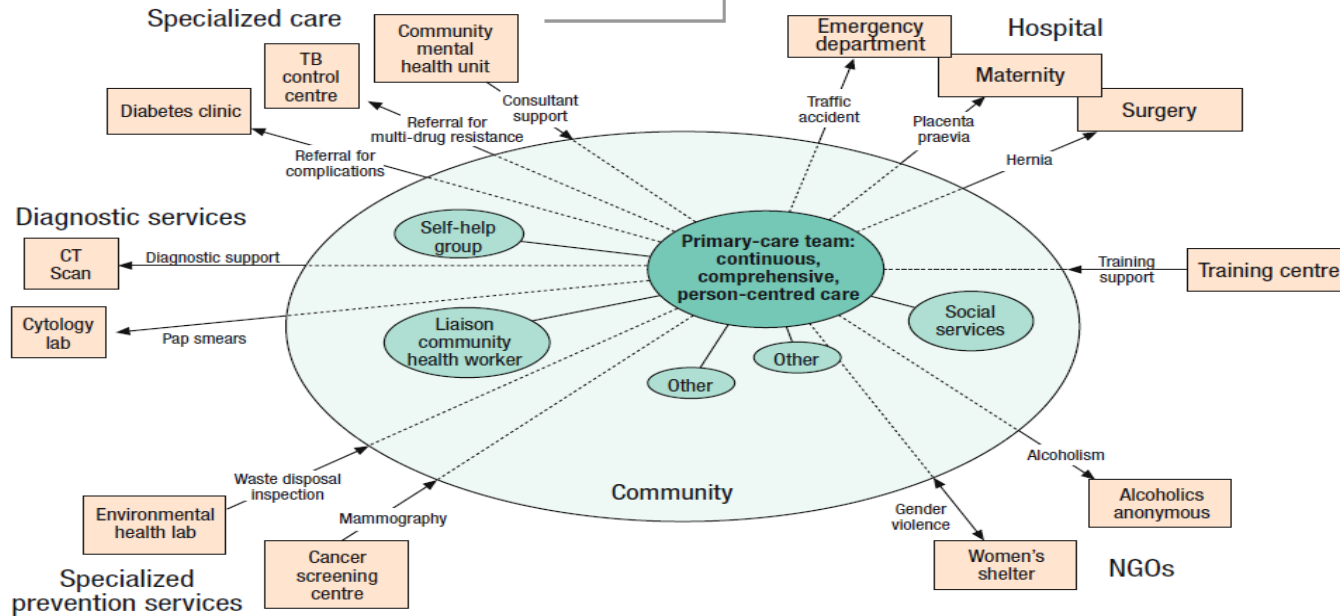
Il dibattito sull'assistenza primaria: le ricerche condotte da Agenas

Mariadonata Bellentani

Università Ca' Foscari
Venezia, 7 giugno 2013

Primary health care: hub of coordination

Primary care as a hub of coordination: networking within the community served and with outside partners



WORLD HEALTH REPORT, 2008



Primary Health Care Role

The potential of primary care is to improve the health population and the performance of health systems in terms of better opportunities to control costs, improved quality of care, better population health and less socioeconomic inequalities in health

L'approccio assistenziale

Sistema ospedaliero e Sistema dell'assistenza primaria	
Assistenza Ospedaliera <i>"Paradigma dell'attesa"</i>	Assistenza Primaria <i>"Paradigma dell'iniziativa"</i>
Ha intensività tecno-assistenziale ed elevata standardizzazione dei processi	Ha estensività socio-assistenziale e modularità della risposta
E' orientato alla produzione di prestazioni e alla cura dell'episodio acuto	E' orientato alla gestione di processi assistenziali e alla continuità delle cure
Presidia l'efficienza e i risultati sull'episodio acuto	Presidia l'efficacia e i risultati sul benessere della persona
Tende all'accentramento e alla verticalità per realizzare economie di scala	Tende al decentramento e alla orizzontalità per valorizzare il capitale sociale
Punta all'eccellenza	Punta all'equità
L'integrazione tra i due sistemi avviene attraverso la costituzione di un'unica rete assistenziale	

Rielaborato da schema di G.Maciocco, 2006; anche in www.salute.gov.it,



Assistenza convenzionale vs Assistenza centrata sul paziente basata sull'assistenza primaria

Conventional ambulatory medical care in clinics or outpatient departments	Disease control programmes	People-centred primary care
Focus on illness and cure	Focus on priority diseases	Focus on health needs
Relationship limited to the moment of consultation	Relationship limited to programme implementation	Enduring personal relationship
Episodic curative care	Programme-defined disease control interventions	Comprehensive, continuous and person-centred care
Responsibility limited to effective and safe advice to the patient at the moment of consultation	Responsibility for disease-control targets among the target population	Responsibility for the health of all in the community along the life cycle; responsibility for tackling determinants of ill-health
Users are consumers of the care they purchase	Population groups are targets of disease-control interventions	People are partners in managing their own health and that of their community

Le patologie croniche in Italia

- ✓ il **38,8%** dei residenti in Italia dichiara di essere affetto da almeno una delle principali patologie croniche (ISTAT, Indicatori demografici 2009)
- ✓ il **57,2%** dei residenti tra i 55 ed i 59 anni e l'**86,9%** degli over 75 soffre di almeno una malattia cronico degenerativa (IX rapporto sulle politiche per la cronicità, 2010)
- ✓ il **20,3%** ha almeno due patologie e tra gli over 75 la percentuale tocca il **68,2 %** dei "grandi vecchi" (IX rapporto sulle politiche per la cronicità, 2010)

Per la disabilità, sono 2 milioni e 600 mila le persone con disabilità di sei anni e più che vivono in famiglia, pari al **4,8%** della popolazione italiana

(ISTAT, La disabilità in Italia, 2010 - Anni 2004-2005)

Centralità dell'assistenza primaria

In un contesto fortemente orientato verso il sapere specialistico vi è la necessità di una visione integrata ed olistica dei problemi di salute, delle singole persone e della comunità a cui esse afferiscono.

Tale compito è affidato anche alle cure primarie, in particolare alla medicina generalista e alle altre componenti dell'assistenza convenzionata, in una logica di rete.

I principali obiettivi ad esse affidati sono:

- Promuovere il benessere e affrontare i principali problemi di salute della comunità.
- Prendere in carico i pazienti in modo globale e completo.
- Favorire la continuità assistenziale.
- Concorrere ai processi di governo della domanda.
- Misurare il mantenimento e il miglioramento dello stato di salute del singolo e della comunità.
- Favorire l'empowerment dei pazienti.

Le cure primarie sono riconosciute nelle strategie aziendali, nelle quali viene affidata al distretto la *governance* del sistema per l'erogazione di livelli appropriati.

Il processo organizzativo di presa in carico

Access

- prossimità temporale
- prossimità spaziale
- prossimità funzionale

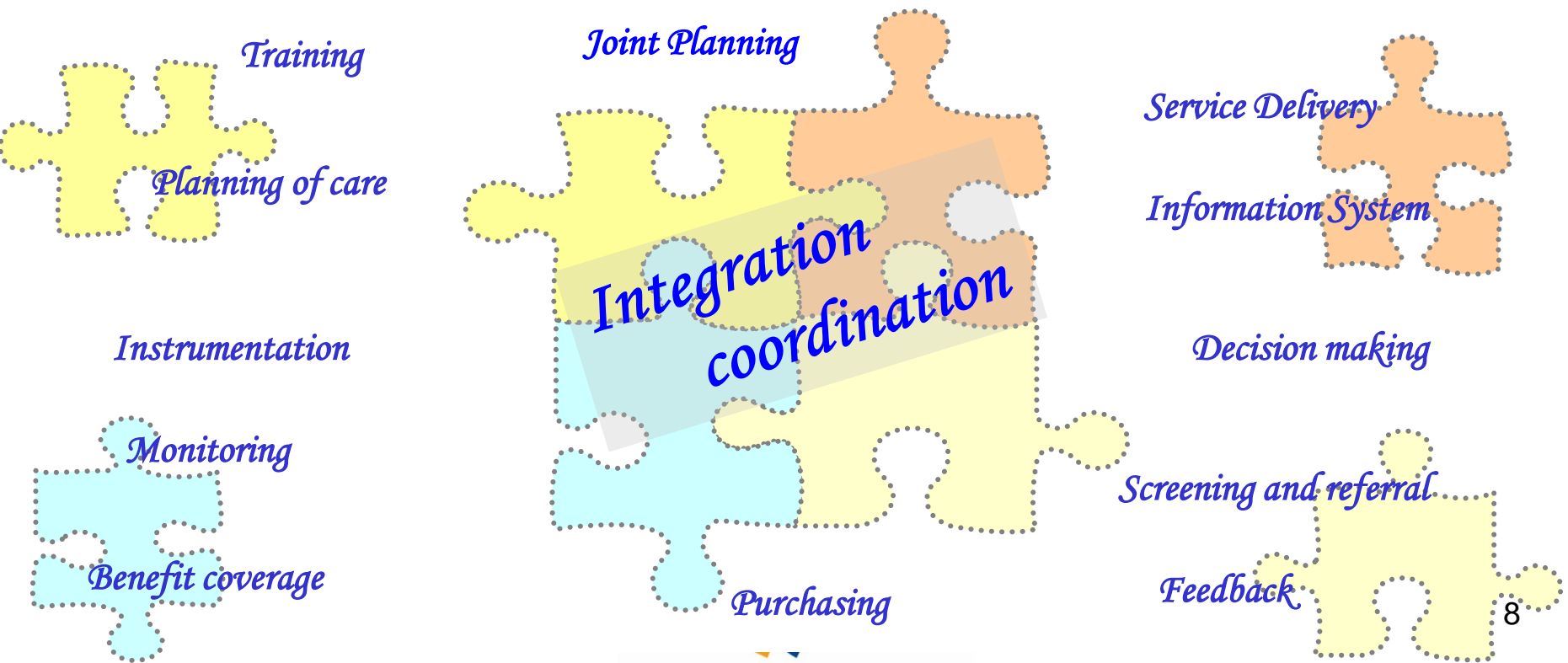


Continuing Care

- continuità temporale dell'assistenza (continuity/longitudinality);
- continuità dell'assistenza tra i diversi setting
 - continuità di informazione: uso di informazioni sugli eventi passati e sulle circostanze personali utili per effettuare un piano di assistenza individuale appropriato;
 - continuità di gestione: approccio unitario e coerente nella gestione della condizione di salute in risposta ai bisogni del paziente;
 - continuità di relazione: presenza di una relazione terapeutica continua tra il paziente ed uno o più fornitori di assistenza.

Le necessità: l'integrazione

L'**integrazione** mira a collegare il sistema di assistenza sanitaria (per acuti, di base e specialistica) con i più generali sistemi di assistenza alla persona (long term care, istruzione, servizi domestici e di volontariato) al fine di migliorare gli outcome (clinici, di soddisfazione, ed efficienza) - Leutz,1999



INTEGRAZIONE (Leutz, 1999)

Complessità BISOGNI



LIEVE

MODERATA

ALTA

(Leutz, 1999)



LINKAGE

COORDINATION

FULL
INTEGRATION

(Ahgren et al, 2005)



FULL
SEGREGATION

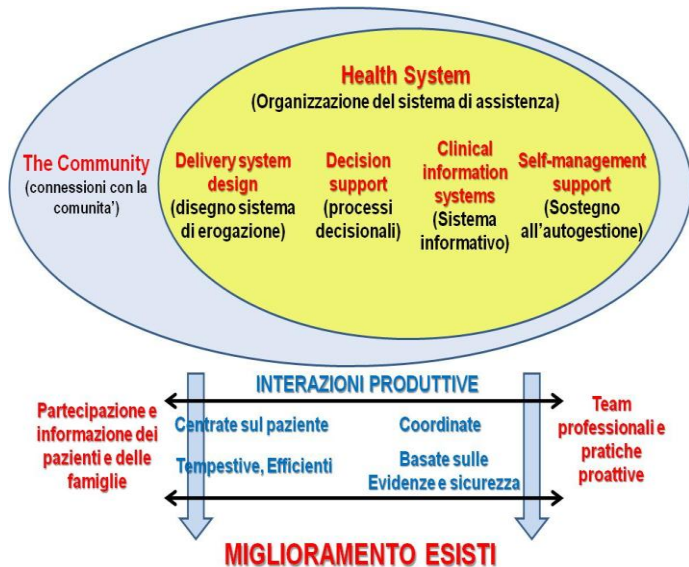
LINKAGE

CO-ORDINATION
IN NETWORKS

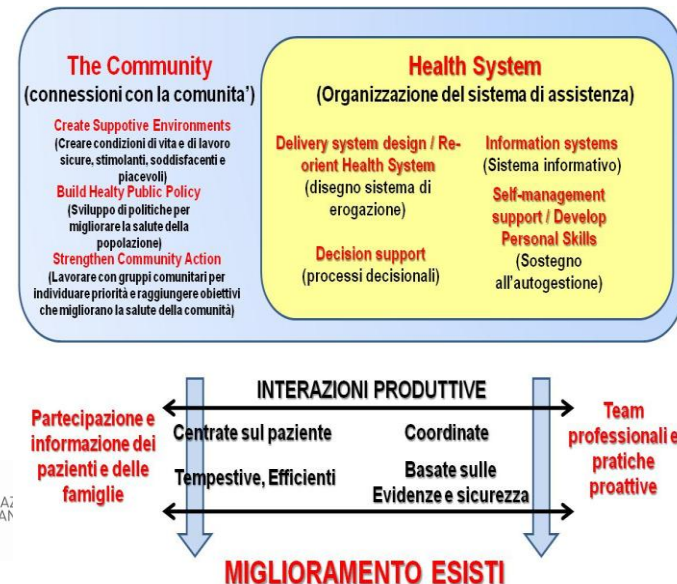
CO-OPERATION

FULL
INTEGRATION

CHRONIC CARE MODEL (Wagner et al, 1996)



EXPANDED CHRONIC CARE MODEL (Barr et al, 2003)



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. \leq 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.

D.I. n.158/2012 (conv. in L. n.189 dell' 8/11/2012)

Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più livello di tutela della salute

Art. 1. - Riordino dell'assistenza territoriale e mobilità del personale delle aziende sanitarie

" Le regioni definiscono l'organizzazione dei servizi territoriali di assistenza primaria promuovendo l'integrazione con il sociale, anche con riferimento all'assistenza domiciliare, e i servizi ospedalieri, al fine di migliorare il livello di efficienza e di capacità di presa in carico dei cittadini, secondo modalità operative che prevedono forme organizzative monoprofessionali, denominate aggregazioni funzionali territoriali ... nonché forme organizzative multiprofessionali, denominate unità complesse di cure primarie ... "

- AFT condividono, in forma organica, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi
- UCCP erogano, in coerenza con la programmazione regionale, prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei medici, delle altre professionalità convenzionale con il SSN, degli infermieri, delle professionalità ostetrica, tecniche della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria.

Entro 180 giorni dall'entrata in vigore della legge di conversione del decreto, gli ACN con i MMG, PLS e Spec. Amb. devono essere adeguati nel limite dei livelli remunerativi fissati dai medesimi vigenti ACN e nel rispetto dell'art.15, comma 25 del D.I. n.95/2012 convertito in L. n.135/2012 (Spending Review)

Entro successivi 90 giorni, senza ulteriori oneri per la finanza pubblica, sono stipulati i relativi AIR



“Assistenza distrettuale”

Alcuni risultati di ricerche Agenas
in collaborazione con diverse Regioni

GLI STUDI AGENAS

- ✓ Crescente diffusione delle patologie croniche e non autosufficienza
- ✓ Centralità dell'assistenza primaria
- ✓ Misurazione della performance
- ✓ Disponibilità diffusa di dati amministrativi

Assistenza primaria

Non autosufficienza

**Assistenza sociosanitaria
Fabbisogni e costi**

Cure palliative

La valutazione dei modelli organizzativi della Medicina Generale

Progetto Valore

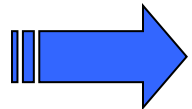
"Group versus single handed primary care: a performance evaluation of the care delivered to chronic patients by Italian GPs"



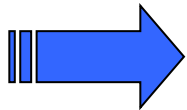
In press Health Policy

Obiettivi del progetto

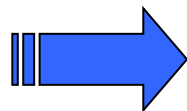
Stimare l'effetto delle forme organizzative della Medicina generale su alcuni indicatori di processo nella gestione di alcune patologie croniche



Individuare coorti di pazienti affetti da cardiopatia ischemica, insufficienza cardiaca, diabete (periodo 2003-2007)



Misurare il livello di adesione dei MMG alle raccomandazioni esplicitate nelle LLGG della pratica clinica- nell'anno 2008



Stimare l'effetto dell'appartenenza ad una forma associativa della medicina generale sull'adesione alle raccomandazioni nell'anno 2008

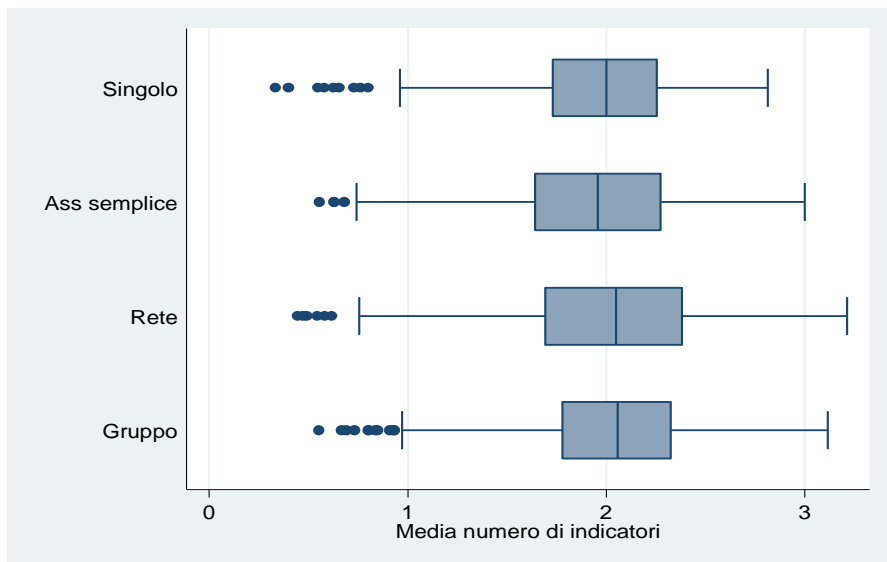
Misurazione della risposta

Variabile di risposta: **media del numero di raccomandazioni seguite dai MMG per gli assistiti con le condizioni di interesse nel corso dell'anno 2008**

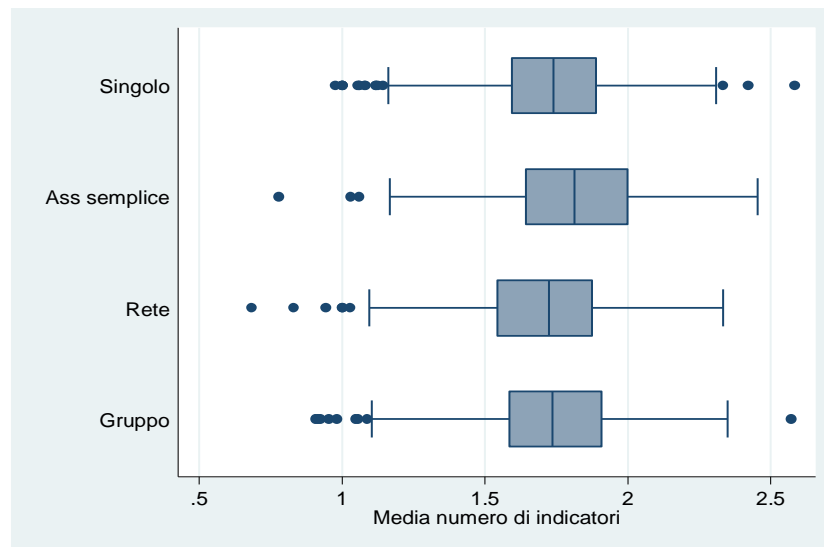
Diabete	Insufficienza cardiaca	Cardiopatía ischemica
1. creatinina	1. creatinina, sodio e potassio	1. colesterolo totale
2. emoglobina glicata	2. ecocardiogramma	2. ACE inibitori
3. profilo lipidico	3. ACE inibitori	3. terapia antitrombotica
4. esame retina	4. beta bloccanti	

Nel progetto sono stati identificati, in 21 distretti di 5 Regioni italiani, circa 165.000 malati cronici (delle patologie considerate) su due milioni di assistiti.

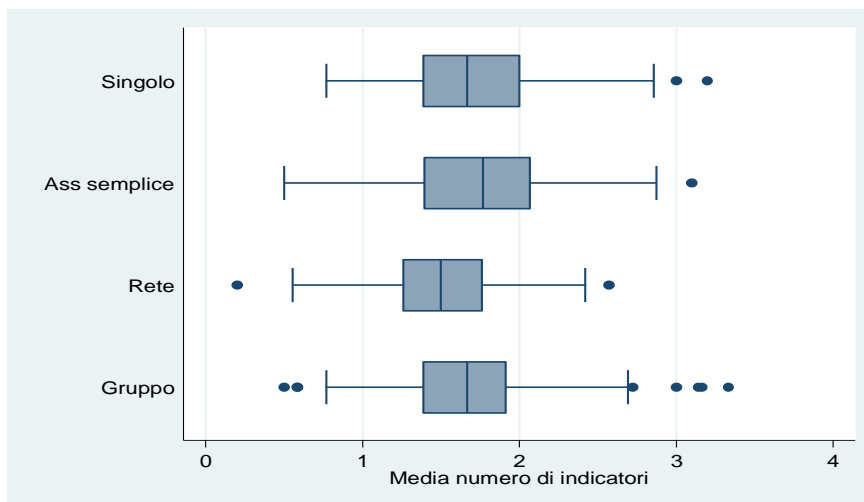
Media annua n. raccomandazioni seguite (max 4):
Diabete



Media annua n. raccomandazioni seguite (max 3):
Cardiopatia ischemica



Media annua n. raccomandazioni seguite (max 4):
Insufficienza cardiaca





Integrazione dei contenuti informativi per la gestione sul territorio di pazienti con patologie complesse o con patologie croniche

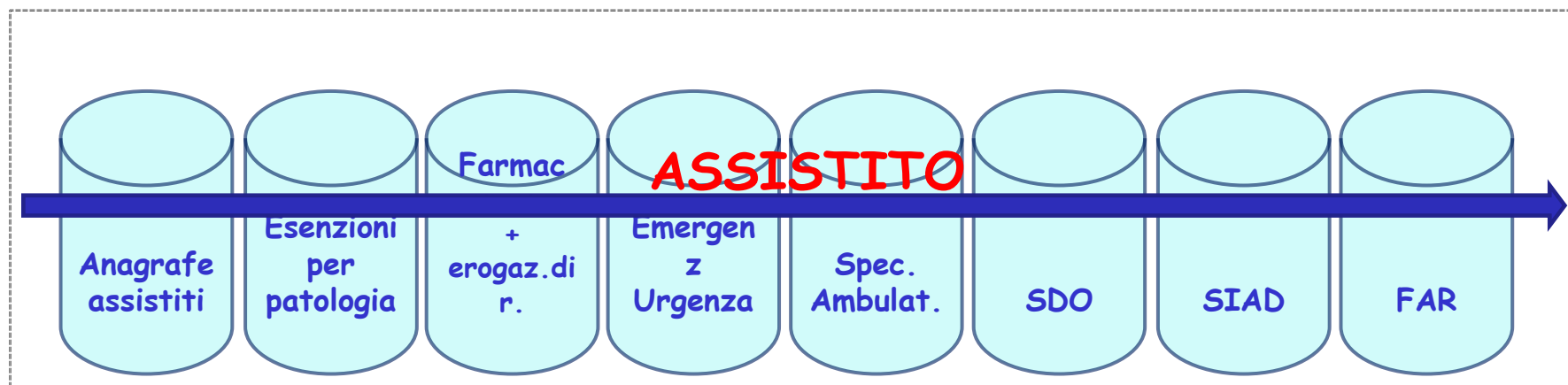
OBIETTIVO GENERALE

Monitorare la gestione di patologie croniche e complesse

- ✓ **DIABETE**
- ✓ **CARDIOPATIA ISCHEMICA**
- ✓ **IPERTENSIONE**
- ✓ **SCOMPENSO CARDIACO**
- ✓ **DEMENZA**

nelle diverse Regioni e Province Autonome, mediante l'utilizzo integrato di flussi informativi già esistenti.

Progetto MATRICE



OBIETTIVI

Appropriatezza clinica ed organizzativa attraverso governo clinico delle cure primarie

Appropriatezza clinica ed organizzativa del governo clinico per il processo di presa in carico ospedale-territorio

Maggiore caratterizzazione operativa del LEA per la cronicità e strumenti di misurabilità condivisi

Fornire "chiavi di lettura" condivise sulla cronicità

Miglioramento della qualità dell'assistenza

Pianificazione strategica territoriale

Definizione Coorti e verifica PDTA

Stima del fabbisogno di cronicità e sistemi di miglioramento continui della presa in carico e della qualità dell'assistenza

Benchmarking 'tra pari' in diverse Regioni

Confronto tra professionisti (medici e specialisti)

Medicina d'iniziativa

Progetto CCM 2012

"L'impatto dei modelli proattivi innovativi implementati a livello regionale per l'assistenza alle persone affette da patologie croniche"

Obiettivo è conoscere l'impatto delle progettualità di gestione attiva delle cronicità implementati a livello aziendale in termini di appropriatezza di processo ed esito e consumo di prestazioni sanitarie.

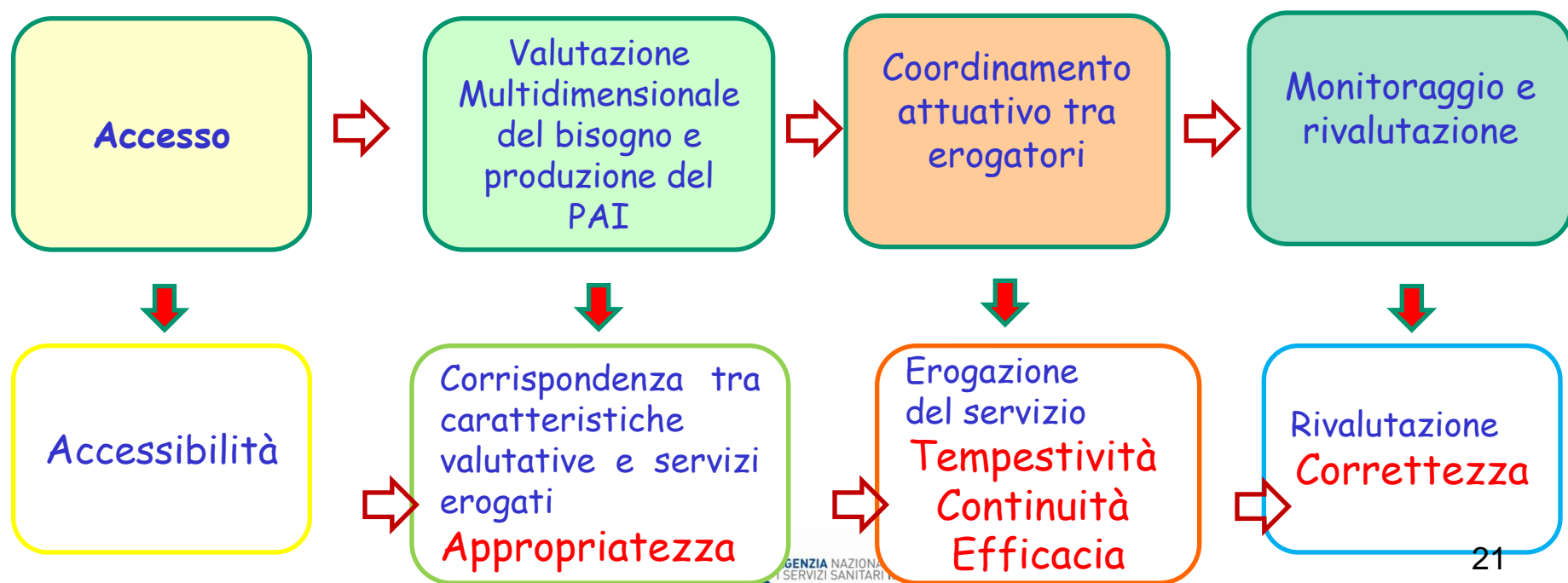
Patologie croniche indagate: **diabete, cardiopatia ischemica, scompenso cardiaco.**

- individuazione delle progettualità e analisi delle caratteristiche organizzative;
- misura dell'impatto di tali progettualità in termini di livelli di adesione dei professionisti alle raccomandazioni cliniche e relativa compliance dei pazienti affetti da patologie croniche e consumi di prestazioni sanitarie, attraverso l'utilizzo dei dati amministrativi.

Il progetto PIC anni 2010-2012



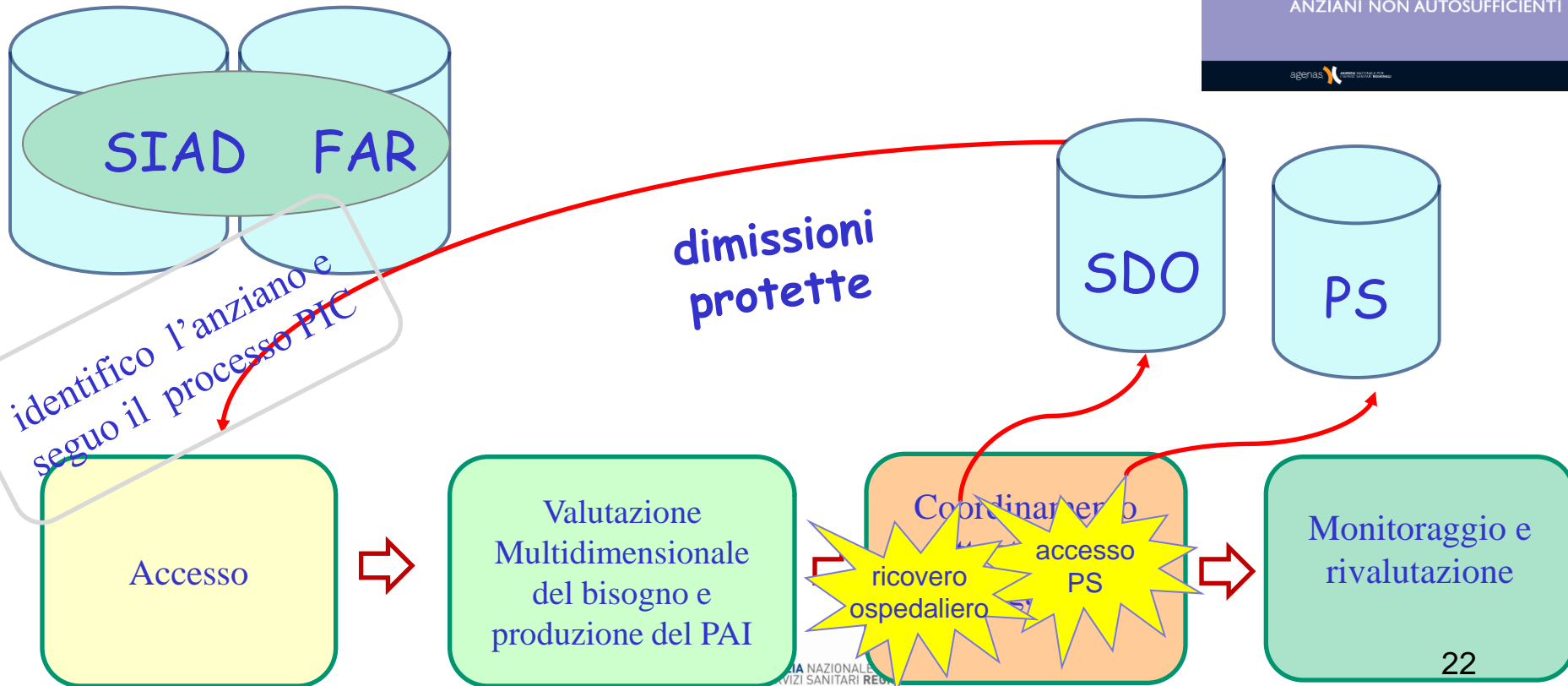
Individuare e sperimentare una metodologia per monitorare il processo di presa in carico-PIC in grado di trasformare i dati individuali trasmessi con i flussi informativi correnti in informazioni sotto forma di indicatori, essenziali per la governance dei servizi di assistenza domiciliare integrata, semiresidenziale e residenziale per gli anziani NA



Il set di indicatori: criteri

Sono stati analizzati 7.237 ultra64enni presi in carico in regime domiciliare o residenziale, valutati in condizione di bisogno socio-sanitario complesso (7.759 record)

periodo 1 luglio 2010 - 30 giugno 2011



Il set di indicatori: accessibilità

ASL Milano

	casi incidenti		oss/att
	osservati	attesi	
I1 (siad)	2.744	6.906	39,7
I1bis (far)	2.963	6.906	42,9
I1ter (tot)	5.632	6.906	81,6

accessibilità da parte
dell'anziano **non**
autosufficiente al sistema
di assistenza (domiciliare,
residenziale o totale)

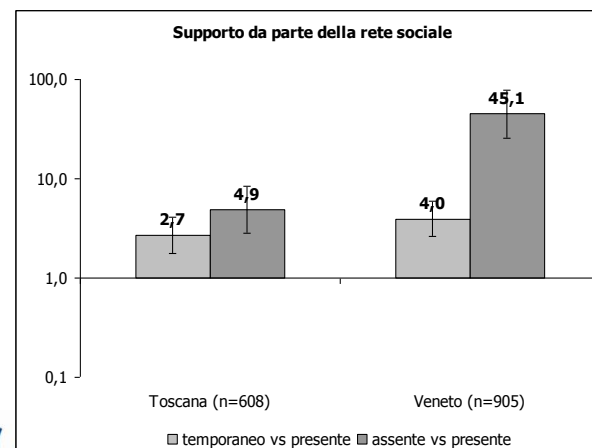
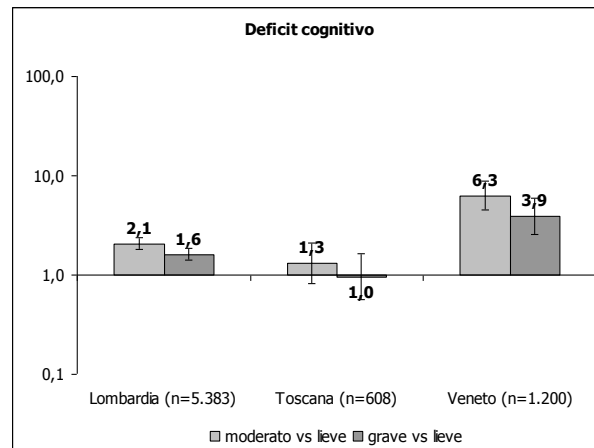
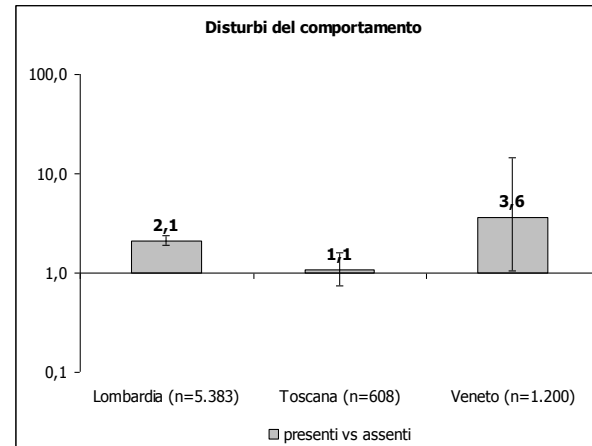
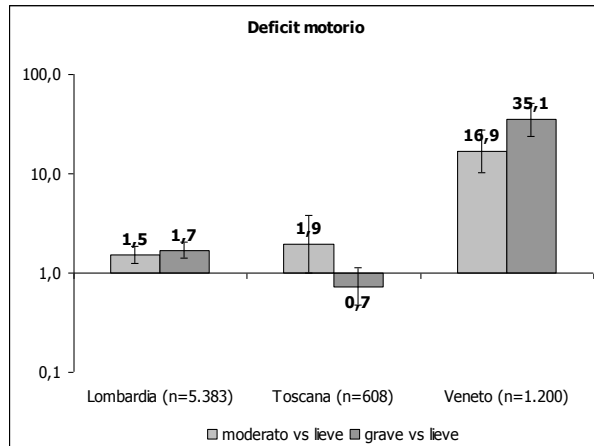
numeratore # nuovi soggetti presi in carico **osservati** nel periodo di osservazione

denominatore # nuovi non autosufficienti **attesi** nel periodo di osservazione

formula $(\text{numeratore}/\text{denominatore}) \times 100$

Il set di indicatori: 'appropriatezza'

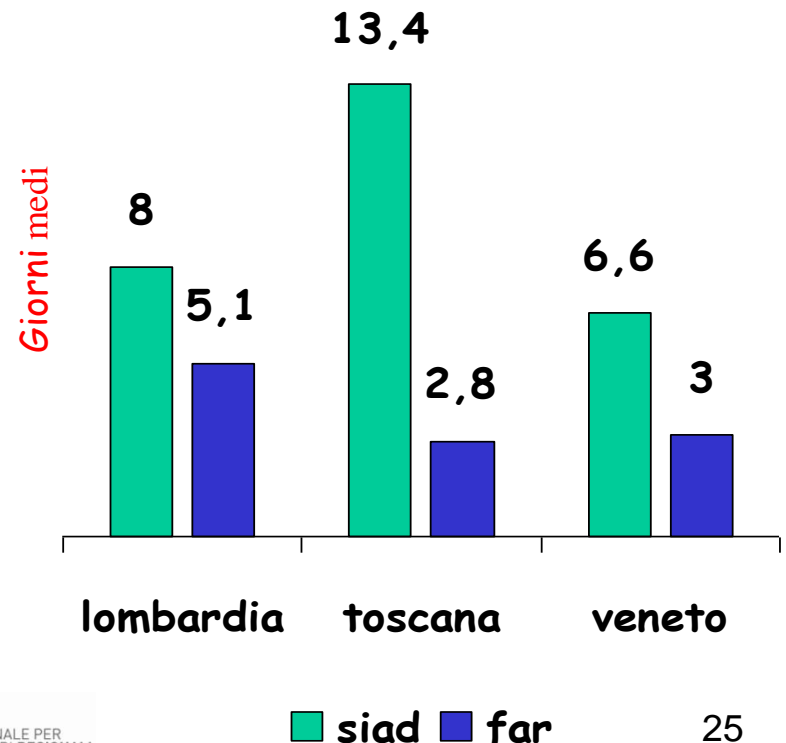
Correlazione tra caratteristiche valutative ed erogazione del servizio
Odds Ratio dell'assistenza residenziale vs semiresidenziale/domiciliare per livello di gravità della valutazione, aggiustato per età e genere (IC95%)



Il set di indicatori: 'continuità'

Correlazione tra caratteristiche valutative ed erogazione del servizio
Giorni medi trascorsi dalla dimissione ospedaliera (ricoveri ordinari) alla prima erogazione della presa in carico (ammissione in Rsa o primo accesso dell'operatore al domicilio), avvenuta entro 30gg dalla dimissione ospedaliera. Standardizzato per compromissione funzionale.

	regione	presi in carico entro 30gg da dim. osp.
	lombardia	649
siad	toscana	123
	veneto	217
	lombardia	1.132
far	toscana	29
	veneto	140



Il set di indicatori: 'efficacia'

Correlazione tra caratteristiche valutative ed erogazione del servizio

Tasso di accesso al pronto soccorso per codice triage bianco/verde tra gli anziani in assistenza domiciliare. Standardizzato per età e genere.

regione	assistiti (prevalenti)	tasso std
lombardia	2.784	0,7/anno-persona
toscana	747	0,7/anno-persona
veneto	754	0,4/anno-persona



Monitoraggio dei progetti regionali per l'attuazione degli obiettivi prioritari di PSN
Linea operativa: "Assistenza primaria, assistenza h 24 e riduzione degli accessi impropri al pronto soccorso"

Il Ministero della Salute ha incaricato l'Agenas di monitorare l'impatto dei progetti regionali relativi alla riorganizzazione dell'assistenza sanitaria territoriale in attuazione degli obiettivi prioritari individuati dal PSN per l'anno 2009.

L'Agenas ha invitato a partecipare al Monitoraggio tutte le Regioni i cui progetti sono stati ammessi al finanziamento per l'utilizzo delle risorse vincolate alla realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, per l'anno 2009.

L'attività di monitoraggio prende in considerazione i progetti presentati dalle Regioni che hanno aderito all'obiettivo cure primarie- Linea operativa 1: "Assistenza h 24 - Riduzione degli accessi impropri al pronto soccorso e miglioramento della rete assistenziale" prevista dall'Accordo approvato dalla Conferenza Stato-Regioni il 25 marzo 2009 - vedi Normativa. L'Accordo prevede uno stanziamento di un miliardo e 410 mila euro, suddivisi tra le Regioni; il 25% di queste risorse è relativo all'obiettivo 1 cure Primarie.

I progetti regionali sono sintetizzati in apposite schede regionali.

L'attività si pone l'obiettivo di:

- condividere con le Regioni una metodologia di analisi e monitoraggio sullo stato di avanzamento dei progetti e delle buone pratiche;
- garantire un confronto sistematico tra esperti e interlocutori regionali e individuare proposte per orientare le ulteriori scelte della programmazione;
- attivare una valutazione dei risultati in termini di processo assistenziale, assistenza h 24 e riduzione degli accessi impropri al pronto soccorso.

Monitoraggio

- Home Page

- Normativa

- Schede Progetti Regionali

- Partecipanti

- Zoom - foglio notizie

- Collegamenti

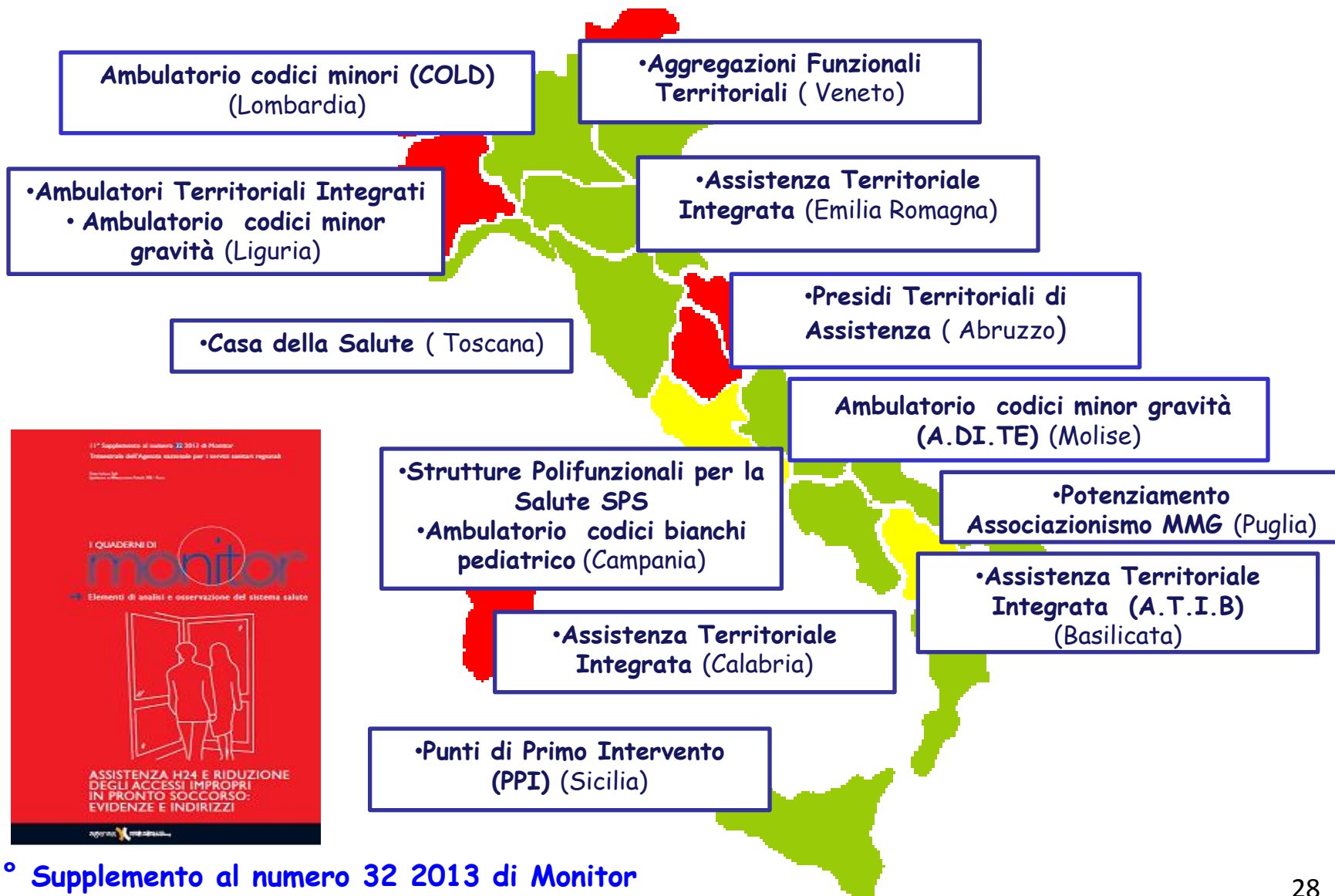
Area Riservata

Nome utente:

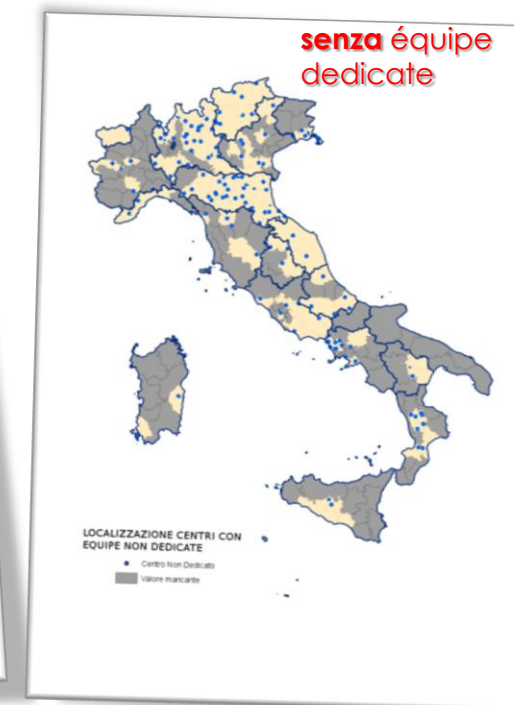
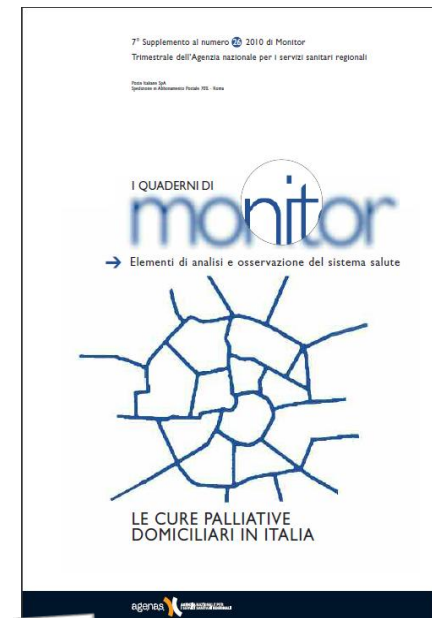
Password:

Non riesci ad accedere?

MONITORAGGIO DEI PROGETTI REGIONALI SUGLI OBIETTIVI DI CARATTERE PRIORITARIO E DI RILIEVO NAZIONALE DEL PSN



- Indagine 2010 sullo stato dell'arte delle cure domiciliari palliative in Italia.
- Lo sviluppo delle CP domiciliari risulta ancora parzialmente incompiuto e richiede un forte impegno del mondo professionale, scientifico ed istituzionale.
- I dati non sono raccolti uniformemente su tutto il territorio nazionale.
- Per applicare la legge in tutto il paese si richiede il superamento di alcune barriere culturali e organizzative.
- **Es. nel 2010 le cure palliative domiciliari erano attive nel 60% delle ASL italiane.**
- **% più alte di attivazione si riscontrano nelle Regioni del Nord (Piemonte, Veneto Lombardia).**



Nuova indagine conoscitiva sulle buone pratiche nelle cure palliative domiciliari

Progetto "Accanto al malato oncologico e alla sua famiglia: sviluppare cure domiciliari di buona qualità"

3 Questionari: 1. centri di erogazione delle cure palliative; 2. continuità delle cure fra ospedale (oncologia ed ematologia) e domicilio; 3. sostegno dei familiari che si prendono cura dei malati in casa.

Sei criteri per l'Unità di Cure Palliative

1. L'UCP è una articolazione organizzativa definita (ad esempio struttura semplice o complessa) nell'ambito del Piano Organizzativo Aziendale, o in assenza di questa, e negli enti privati, afferisce a un centro di responsabilità formalmente individuato?
2. Nell'ASL di riferimento è stata formalmente istituita la Rete Locale di Cure Palliative (legge 38/2010)?
3. L'UCP eroga Cure Palliative domiciliari con medici dedicati e specializzati o con almeno esperienza triennale?
4. L'UCP eroga Cure Palliative domiciliari con infermieri dedicati?
5. L'UCP garantisce Cure Palliative domiciliari 7 giorni su 7, dalle 8 alle 20, attraverso l'erogazione diretta degli operatori dell'équipe e per le restanti fasce orarie attraverso una delle seguenti modalità: Pronta disponibilità dedicata (servizio h24 garantito dall'UCP), Consulenza telefonica dedicata ai Medici di Continuità Assistenziale o al 118
6. L'UCP redige sempre un Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) nella pianificazione delle cure?

Indagine nazionale Distretti 2010

Obiettivo: evidenziare elementi comuni per il miglioramento della governance pubblica del Distretto

Indagine svolta con un questionario di tipo qualitativo rivolto ai Direttori di Distretto - 711 Distretti presenti nel 2009 (Tasso risposta 96%)



Un Distretto Responsabile e Facilitatore dei processi di integrazione

- ✓ gestione tecnica del processo organizzativo di presa in carico istituzionale dell'assistito con patologia cronica o bisogno di salute complesso;
- ✓ facilitazione dell'attuazione della continuità assistenziale in termini di sicurezza, efficacia, appropriatezza, sostenibilità, mediante la ricomposizione dei saperi specialistici e tecnici delle diverse autonomie professionali;
- ✓ rendicontazione e comunicazione di azioni svolte nel sistema di *primary health care*;
- ✓ azione di *advocacy* verso i cittadini, ossia sostegno e promozione di programmi di tutela della salute, favorendo la loro attiva partecipazione alla realizzazione di un reale sistema di attenzioni primarie per la salute.

In conclusione, una riorganizzazione che ha alcuni elementi comuni

- ✓ **Individuare una rete integrata di assistenza flessibile e centrata sulla persona nel suo processo di cura - valorizzando i principi della *primary health care* (*prossimità, coinvolgimento della comunità...*)**
Alcuni nodi: funzioni del distretto (ora con bacino di utenza media nazionale di oltre 75.000 abitanti), definizione giuridica dei nuovi presidi di erogazione dei servizi Uccp,
- ✓ **Coinvolgere e responsabilizzare le professionalità del territorio in modo concreto rispetto ai risultati da raggiungere**
(definizione di linee guida, protocolli diagnostici e terapeutici; obiettivi previsti nella programmazione e negli accordi regionali e realizzati negli accordi aziendali)
- ✓ **Priority setting: compiere scelte più responsabili nella definizione degli interventi sulla base dei principi di efficacia, appropriatezza, economicità**
- ✓ **Favorire l'integrazione sociosanitaria, con migliore definizione degli obiettivi da conseguire da parte di ASL e Comuni, dei modelli organizzativi e gestionali possibili e degli indicatori di verifica dei risultati**

Un sistema di primary health care

Strumenti

- ✓ Sviluppo di modelli innovativi per l'assistenza primaria integrati, per garantire maggiore accessibilità e flessibilità di risposte nei diversi target di assistenza (soggetti con patologie multiple, persone sane con stili di vita scorretti, disabilità)
- ✓ Potenziare la rete dei servizi territoriali, con priorità per il luogo di vita delle persone - *equilibrio tra residenzialità e domiciliarità - nodo delle cure intermedie*
- ✓ Punti di riferimento certi per il cittadino (distretto, punto unico di accesso)
- ✓ PDTA per patologie croniche e la multicronicità, con utilizzo integrato dei flussi informativi correnti, (percorsi a maggiore condivisione possibile, che rendano concreta la standardizzazione dei profili di cura) e adozione di indicatori/misure di processo e risultato di salute

Grazie per l'attenzione