

La gestione dei pazienti con malattie croniche al tempo del COVID: criticità e prospettive

**Sanità d'Iniziativa: la “decisione ” sulla Medicina di iniziativa
dell'Organismo Toscano per il Governo Clinico**

Dario Grisillo

Webinar

Sabato 29 maggio 2021

Chronic Care Model

Punti di forza

- Controllo proattivo della patologia
- Definizione di “cosa fare” periodicamente (Follow-up) e di “chi fa cosa” (multiprofessionalità), quindi applicazione del PDTA di patologia nella parte “A”, cioè percorso assistenziale
- Coinvolgimento attivo del paziente (Empowerment)

Punti di debolezza

- Paziente curato per patologia e non come persona
- Solo patologie e non situazioni complesse
- Autoreferenzialità professionisti coinvolti e quasi tutto in realtà svolto dal MMG, anche se risultano descritti compiti dell’infermiere e dello specialista
- Manca in assoluto coinvolgimento Assistenti Sociali
- Percorso definito solo dai professionisti, senza apporto dei rappresentanti dei cittadini

“Nuova” sanità di Iniziativa DGR 650/16 e 930/17

Punti di forza

- Cura del paziente e non della patologia
- Attenzione anche agli aspetti preventivi (rischio cardiovascolare)
- Attenzione al paziente complesso (Target A) ed alla base della piramide (target C)
- Definizione ruoli dei singoli professionisti e della “assegnazione” di personale ai MMG (DGR 930)

“Nuova” sanità di Iniziativa DGR 650/16 e 930/17

Punti di debolezza

- Perdita progressiva del controllo della evoluzione delle patologie perché i medici “nuovi” non garantiscono i 4 percorsi ex CCM
- Target A mai partito per problemi di Privacy
- Target C non definito nella operatività
- Integrazione con il personale buona se personale assunto dai MMG, scadente se personale aziendale
- Manca in assoluto coinvolgimento Assistenti Sociali
- Percorso definito solo dai professionisti, senza apporto dei rappresentanti dei cittadini

Medicina di iniziativa – ultimo modello

Quadro normativo

- Legge 20/2020 di modifica della Legge 40/2005
- PISSR (DGR n. 273 del 2 marzo 2020 relativa al Piano Sanitario Sociale Integrato Regionale 2018 – 2020, nella scheda sulla gestione del paziente cronico

Questa cornice normativa definisce “cosa” si deve garantire al cittadino, estendendo la modalità “proattiva” a tutti i percorsi assistenziali, quando richiedono l’intervento di più professionisti

DGR 273 del 2 marzo 2020

Determinazioni in merito alle azioni per l'attuazione del PSSIR 2018-2020



Regione Toscana

PIANO SANITARIO SOCIALE INTEGRATO REGIONALE 2018-2020

SCHEDA OPERATIVA N. 14

**LA RETE DEI SERVIZI TERRITORIALI E PRESA IN CARICO DEL
PAZIENTE CRONICO**

- Gestione del paziente cronico

Azioni da sviluppare

1. **PREVENZIONE IN OGNI PIS:** nei PIS deve essere inserita della progettualità specifica intersettoriale per la prevenzione delle malattie croniche
2. **RETI CLINICHE INTEGRATE E TEAM MULTIDISCIPLINARI:** l'organizzazione delle reti cliniche territoriali integrate e strutturate (ad ogni AFT uno o più infermieri di comunità e un gruppo di specialisti di riferimento per le più comuni discipline specialistiche) rappresenta il pre-requisito per formare poi, intorno ad ogni singolo assistito con condizioni croniche, un team multi-professionale e multi-disciplinare
3. **CARTELLA CLINICA TERRITORIALE INFORMATICA E INTEGRATA:** sviluppo di un sistema informativo abilitante in quanto rappresenta un pre-requisito per poter lavorare in modo diffuso con team multidisciplinari a partire dal medico di medicina generale e dagli specialistici riferimento per condividere il PAI
4. **PREVEDERE UN PAI PER OGNI ASSISTITO CON CONDIZIONI CRONICHE:** Sul 100% del target degli assistiti con condizioni croniche è opportuno applicare il modello della shared care, ovvero l'opportunità di fornire ai pazienti i benefici degli interventi specialistici integrati con la continuità di cura e gestione delle comorbidità attuata dalle cure primarie che mantengono la responsabilità di tutti gli aspetti dell'assistenza oltre le singole malattie specifiche e, quindi, la definizione e la condivisione del PAI su ogni singolo assistito

5. **DIAGNOSTICA DI PRIMO LIVELLO E TELEMEDICINA**: definizione e applicazione di un progetto per un efficiente utilizzo delle risorse previste nell'ultima legge di bilancio. Supporto ai progetti regionali di sviluppo delle telemedicina
6. **ATTIVAZIONE DELLA NUOVA SANITÀ D'INIZIATIVA**: su un modello diffuso di shared care applicare i principi della sanità d'iniziativa, ovvero ricerca proattiva degli assistiti da prendere in carico e organizzazione proattiva dell'assistenza, a partire dai target di cui all'ultimo accordo con la medicina generale
7. **PROGETTO IDEA**: Rilancio del progetto per un suo sviluppo: aggiornamento dei formatori e monitoraggio
8. **AZIONI DI SUPPORTO E FORMATIVE**: per un potenziamento della sanità di iniziativa e la costituzione di team delle cure primarie e l'infermieristica di famiglia prevedere un programma formativo regionale per la standardizzazione del supporto al self management, riferito alla diffusione dei programmi di formazione del "paziente esperto" con estensione del modello di infermieristica di famiglia. Potenziare le attività di clinical governance dei PDTA per le cronicità

Medicina di iniziativa – ultimo modello

Decisione dell'OTGC “Modalità attuative della Legge Regionale 20 del 5 Marzo 2020 “Promozione della medicina di iniziativa.

Modifiche alla l. r. 40/2005”

- Definisce “come” si applica il dettato normativo
- Documento prodotto da un gruppo di lavoro nell'ambito della Commissione permanente Governance ed Appropriatezza dell'OTGC
- Gruppo di lavoro multidisciplinare e multiprofessionale
- Partecipazione convinta dei rappresentanti dei cittadini
- Recepimento del documento con Delibera(DGR 469/2021)

Quindi non ipotesi o “desiderata” ma precise indicazioni organizzative ed operative sulla base di solida normativa

Medicina di iniziativa – ultimo modello

Il “core” della decisione/delibera, sulla base della Legge 20 e del PISSR

- garantire all'assistito la fruizione di un percorso assistenziale appropriato in relazione agli accertati bisogni di educazione alla salute, di servizi preventivi, di assistenza sociale, di diagnosi, cura e riabilitazione, laddove questo richieda l'intervento di più professionisti in forme coordinate, integrate e programmate.
- **la presa in cura dell'assistito dovrà avvenire sulla base di un Piano Assistenziale Individuale (PAI), che tenga conto di tutti gli aspetti che incidono sulla salute del paziente, da quelli strettamente sanitari a quelli sociali, (valutazione multidimensionale) e che preveda l'intervento di più professionisti in forme coordinate, quali un Team multidisciplinare e multiprofessionale.**

La Valutazione Multidimensionale

- **valutazione multidimensionale sanitaria e socioassistenziale**
- riguarda l'educazione alla salute, la prevenzione, il cambiamento degli stili di vita, la diagnosi precoce delle malattie croniche la gestione nel tempo delle cronicità presenti e la gestione della fragilità e delle problematiche socio-assistenziali:
- corrisponde a grandi linee alla definizione di un “profilo di salute” del cittadino.

Nel documento dell'OTGC ci sono Indicazioni pratiche di come condurre la valutazione, anche in modalità informatica e individuando quali dati deve rilevare ciascuna figura professionale del team

Il Piano Assistenziale Individuale (PAI)

- definizione preventiva di quali interventi sono utili/necessari in presenza di particolari situazioni o di “compromissione” di specifiche aree valutative,
- PAI formulato in modalità “Teleconsulto” condiviso tra le figure professionali del Team multiprofessionale e multidisciplinare coinvolte per quel singolo cittadino sulla base della valutazione multidimensionale sanitaria e socioassistenziale

PAI in buona sostanza, un “piano di lavoro” dove si definiscono

- quali attività cliniche, valutative ed educative siano necessarie, tenendo conto delle indicazioni dei PDTAS delle patologie di cui l’assistito è affetto,
- quale professionista del Team le assicura al cittadino
- con quale cadenza temporale

Il Piano Assistenziale Individuale (PAI)

per ogni azione (accertamento diagnostico o valutazione clinica o funzionale individuato)

- se sia possibile garantirla attraverso l'utilizzo della diagnostica di primo livello "Point of Care" (POC), da parte del MMG nelle sedi di lavoro della Medicina Generale o a domicilio
- se sia possibile garantirla in modalità digitale mediante telemonitoraggio, televisita e teleconsulto.

PAI formulato su Piattaforma informatica che consente poi di monitorarne la esecuzione

Sistema informativo

Per valutazione multidimensionale e formulazione e poi attuazione del PAI necessaria piattaforma informatica della M.G. che deve garantire:

- disponibilità ed accessibilità per lettura e scrittura a tutti i componenti del Team
- comunicazione col paziente, in particolare telemonitoraggio e televisita,
- consultazione reciproca tra i medici di medicina generale della Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT)
- consultazione reciproca tra MMG altre figure professionali del Team col teleconsulto
- interoperabilità con le piattaforme aziendali e regionali per lo scambio dei dati, sia clinici che amministrativi.

Il documento dell'OTGC contiene precise indicazioni di cosa deve garantire la Piattaforma informatica

Privacy

tutti i professionisti del Team multidisciplinare e multiprofessionale e l'Azienda sanitaria stessa condividono il trattamento dei dati di ciascun assistito non solo per le finalità di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione ma anche per finalità di organizzazione e di valutazione della efficacia ed efficienza del percorso garantito all'assistito e per finalità amministrative, pur operando come distinti Titolari del Trattamento, subordinatamente al rilascio di consenso informato da parte dell'assistito a seguito di specifica informativa. Il presupposto giuridico nella L.R. 40/2005 e s.m.i. all'art. 3 quater "I trattamenti di dati personali sono effettuati sia per finalità di cura sia per motivi di interesse pubblico rilevante di cui all'articolo 9, paragrafo 2, rispettivamente lettera h) e lettera g) del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo

Il Team Multidisciplinare e Multiprofessionale

- **Team “base”** che opera sempre ed in continuum composto da
 1. MMG curante con la sua organizzazione (Personale e diagnostica point of care), cioè il microteam +
 2. altri MMG della AFT e la Continuità Assistenziale della AFT
 3. Infermiere territoriale- di famiglia
 4. Assistente sociale
- **Team “allargato”** ad altri professionisti, nominalmente individuati , che operano in particolari circostanze ed in particolari momenti, in funzione della situazione sanitaria e socio assistenziale del singolo cittadino e del suo PAI.
- “cogestione”-presa in carico condivisa - condivisione continua delle decisioni, che comporta anche una “corresponsabilità”
- il responsabile clinico del Team è il Medico di Medicina Generale curante del paziente

Il Setting assistenziale adeguato

due macro gruppi di cittadini a cui corrispondono due modelli di presa in carico per intensità di cure e due setting assistenziali diversi:

1. Cittadini con problematiche varie ma comunque sostanzialmente privi di problemi socio-assistenziali ed in grado di recarsi autonomamente allo studio del medico, che saranno presi in cura prevalentemente dal Team base rispetto ai quali il setting assistenziale idoneo è rappresentato dalle Case della Salute e sedi della Medicina Generale, con personale e diagnostica "Point of Care".
2. Pazienti con multicronicità-complessità più o meno associata a problematiche socio-assistenziali e con situazione di difficoltà a recarsi allo studio del medico che saranno curati dal Team allargato per i quali il setting assistenziale idoneo è rappresentato dal proprio domicilio (ADI) oppure dal Sistema della Residenzialità/Strutture intermedie

Il Sistema di valutazione – Gli Indicatori

Valutazione multidimensionale e formulazione ed erogazione del PAI monitorato con indicatori

- di processo,
- di esito clinico
- di esito economico

con strumenti di valutazione del gradimento dei cittadini interessati

Applicazione delibera monitorata con indicatori

I passi ulteriori

Accordo Integrativo Regionale (AIR) per definire

- popolazione target iniziale
- tempistica di estensione del modello a tutta la popolazione target
- individuazione in ogni Azienda/Distretto/AFT dei setting idonei
- come i MMG vengono dotati dei fattori di produzione (Personale, diagnostica);
- aspetti economici

Work in Progress

Grazie per l'attenzione