

LE SFIDE DELLA CRONICITÀ
Ordine dei Medici di Brescia

20 Maggio 2017

**Modelli clinici
e approcci organizzativi**

Fulvio Lonati



APRIREnetwork
Assistenza PRIMaria In REte
Salute a Km 0

Prima riflessione

Differenti tipologie di cronicità:

- **Malattie**
- **Fattori di rischio**
- **Fragilità**
- **Disabilità**

Seconda riflessione

Differenti approcci terapeutici:

- **Eziologico**
- **Preventivo**
- **Funzionale**
- **Riparativo**
- **Sostitutivo**
- **Sintomatico**
- **Palliativo**

Terza riflessione

Grandi tipologie clinico-assistenziali, differenti per:

- **Bisogni di cura e assistenza**
- **Dimensione epidemiologica**
- **Criticità attuali**
- **Approccio**
- **Ruolo degli attori**
- **Logiche di integrazione**

Le grandi tipologie di assistiti

ASSISTITI CON MALATTIE CRONICHE AD ELEVATA PREVALENZA

ASSISTITI CON BISOGNI ASSISTENZIALI COMPLESSI

ASSISTITI CON NECESSITA' DI APPROCCIO PALLIATIVO

ASSISTITI CON MALATTIE CRONICHE RARE

ASSISTITI CON PROBLEMI PSICO SOCIALI

ASSISTITI CON NUOVI PROBLEMI DI SALUTE

ASSISTITI SANI

Le grandi tipologie di assistiti:

ASSISTITI CON MALATTIE CRONICHE AD ELEVATA PREVALENZA

Quanti sono:

- Circa un terzo della popolazione
- 300-500 per MMG

Come si caratterizza la domanda di salute:

- Esigenza di presa in carico di un percorso di prevenzione, diagnosi, cura assistenza
- Continuità nel tempo e tra professionisti
- Ruolo dei comportamenti e aspetti multidimensionali coinvolti (relazionale, educativo, terapeutico)

Possibili aspetti critici nella risposta alla domanda:

- Logica prestazionale: i diversi operatori lavorano tendenzialmente “da soli”, discontinuità tra professionisti e livelli di cura diversi
- Assistito non coinvolto nel percorso di cura – carente educazione terapeutica
- Approccio di attesa, non proattivo

Le grandi tipologie di assistiti:

ASSISTITI CON MALATTIE CRONICHE AD ELEVATA PREVALENZA

I professionisti / servizi coinvolti:

MMG/PDF *organizzati in AFT*, UO diagnostica/specialistica ambulatoriale, farmacie, UO (ricovero ospedaliero)

Il percorso di riferimento per l'assistito:

Preso in carico del problema di salute da parte del proprio MMG/PDF, *organizzato in AFT*, a cui fare riferimento per il monitoraggio dello stato di salute e il controllo della malattia, la prevenzione delle sue complicanze

I modelli di intervento:

- Il MMG/PLS assume il governo clinico del percorso del paziente, secondo *PDTA* condivisi, accompagnandolo lungo la storia sanitaria e nei passaggi verso e dagli interventi specialistici
- Possibilità di avvalersi del *contributo infermieristico e delle altre professioni sanitarie* nell'*educazione al processo di cura* e nei controlli periodici
- Ruolo attivo dell'assistito nella gestione della malattia

Le grandi tipologie di assistiti: ASSISTITI CON BISOGNI ASSISTENZIALI COMPLESSI

Quanti sono:

- Circa 8-16/1.000 abitanti
- 12-24 per MMG

Come si caratterizza la domanda di salute:

- Frequente multi morbosità
- Compromissione dell'autosufficienza e/o con necessità di cure complesse
- E' richiesto un piano assistenziale integrato che prevede il coinvolgimento di servizi sanitari – assistenziali - sociali

Possibili aspetti critici nella risposta alla domanda:

- Valutazione multidimensionale
- Integrazione e coordinamento tra servizi e figure professionali diverse

L'approccio alla persona con problemi di salute dipende sempre da tre dimensioni

➤ Dimensione **"Clinica"**

- **Diagnosi**
- **Terapia**



**Professione:
Medico**

➤ Dimensione **"Funzionale"**

- **Fisica**
- **Sensoriale**
- **Cognitiva**



**Professione:
Infermiere**

➤ Dimensione **"Ambientale"**

- **Relazionale**
- **Economica**
- **Abitativa**



**Professione:
Psico-sociale**

***Di fronte ad ogni persona con problemi di salute
si dovrebbe fare sempre
una Valutazione MultiDimensionale***

- **L'approccio dovrebbe cambiare in funzione della Valutazione MultiDimensionale**
- **La gestione della sola dimensione "clinica"
(*"qualcun altro ci penserà!"*)
può essere destinata al fallimento terapeutico**

Valutazione MultiDimensionale: sempre? ... ma come procedere in pratica?

- **Sempre >>> VMD “impercettibile” ma “consapevole”**
(*“Ritengo che sia:*
 - *In grado di badare a sé*
 - *Arrangiarsi nel gestire la propria vita*
 - *Problemi di contesto?”*)
- **Se sospetto presenza di un problema**
>>> **VMD elementare** (ad esempio:
 - *CIRS*
 - *Barthel*
 - *“Con chi, dove, come vive?”*
- **Se presenza di problemi rilevanti**
>>> **VMD approfondita/mirata**

Per il malato con bisogni assistenziali complessi

È **NECESSARIO** un approccio **"MULTIDIMENSIONALE"**, che affronti contemporaneamente almeno tre "dimensioni" fondamentali della persona da assistere:

- la **"dimensione" medico-clinica** (prevenzione, diagnosi e cura delle malattie propriamente dette),
- la **"dimensione" del soddisfacimento dei bisogni fondamentali** (mangiare, muoversi, essere puliti),
- la **"dimensione" della tutela psico-sociale** (abitazione, possibilità economiche, relazioni interpersonali).

Le grandi tipologie di assistiti

ASSISTITI CON BISOGNI ASSISTENZIALI COMPLESSI

I professionisti / servizi coinvolti:

MMG/PDF *organizzati in AFT*, Cure domiciliari sanitarie e socio sanitarie, assistenza protesica e integrativa, diagnostica e specialistica ambulatoriale, servizi riabilitazione, servizi socio sanitari semiresidenziali e residenziali

Il percorso di riferimento per l'assistito:

- L'assistito è seguito a livello domiciliare dal proprio MMG con cui collaborano i diversi professionisti coinvolti in un Piano di assistenza individuale
- L'assistito può essere ricoverato, previa valutazione multidimensionale, presso strutture di riabilitazione e lungodegenza post acuzie o presso strutture socio sanitarie residenziali

I modelli di intervento:

- Il MMG/PLS è il responsabile clinico al domicilio e accompagna l'assistito all'eventuale ricovero e alla dimissione
- La *valutazione multidimensionale* e il *Piano di Assistenza Individuale (PAI)* sono gli strumenti su cui coinvolgere i diversi professionisti
- *Coinvolgimento del care giver nel PAI*

Le grandi tipologie di assistiti:

ASSISTITI CON NECESSITA' DI APPROCCIO PALLIATIVO

Quanti sono:

- Circa 7.000 per milione di abitanti (75% dei morenti) ogni anno
- 5-10 per MMG ogni anno

Come si caratterizza la domanda di salute:

- Cure palliative e terapia del dolore garantendo la continuità assistenziale
- Adeguato sostegno sanitario e socio assistenziale della persona malata e della famiglia
- Tutela e promozione della qualità della vita fino al suo termine
- Tutela della dignità e autonomia della persona malata

Possibili aspetti critici:

- Non è diffusa l'attenzione alla necessità di cure palliative né la capacità di approccio palliativo
- Le cure palliative sono attivate in modo incostante, intempestivo, inappropriato

Le grandi tipologie di assistiti: ASSISTITI CON NECESSITA' DI APPROCCIO PALLIATIVO

I professionisti / servizi coinvolti:

MMG/PDF *organizzati in AFT*, cure domiciliari, UO Cure Palliative

Il percorso di riferimento per l'assistito:

Il MMG / PLS e gli specialisti di riferimento devono *saper riconoscere* la necessità di cure palliative e terapia del dolore ed attivare la rete delle cure palliative

I modelli di intervento

- Presa in carico da parte del MMG/PDF e dell'UO di Cure Palliative (in base al livello di complessità e instabilità clinica) per ciò che riguarda sia gli interventi di base, coordinati dal MMG, sia quelli delle équipes specialistiche di cure palliative, di cui il MMG è in ogni caso parte integrante, garantendo una continuità assistenziale ininterrotta.
- Coinvolgimento del malato e della famiglia

Le grandi tipologie di assistiti:

ASSISTITI CON MALATTIE CRONICHE RARE

Quanti sono:

- Pochissimi assistiti con singola malattia, ma numerose malattie rare: le persone interessate sono nell'ordine delle migliaia per milione di abitanti
- **Casi isolati** presso singoli MMG

Come si caratterizza la domanda di salute

- Problema rilevante
- Specificità della diagnosi e della terapia
- Necessità di riferimenti specializzati per i pazienti e i familiari e messa a punto di progettualità mirate

Possibili aspetti critici nella risposta alla domanda:

- Inadeguata conoscenza della dimensione e caratterizzazione delle malattie rare
- Difficoltà ad individuare operatori, servizi, unità operative in grado di riconoscere la malattia e di curarla adeguatamente
- Frammentazione dell'iter diagnostico terapeutico assistenziale

Le grandi tipologie di assistiti

ASSISTITI CON MALATTIE CRONICHE RARE

I professionisti / servizi coinvolti

MMG/PDF, Specialisti, Rete Malattie rare, ...

Il percorso di riferimento per l'assistito

- Precoce formulazione del sospetto di malattia rara
- Tempestivo invio alla rete specialistica delle malattie rare
- Tempestivo inquadramento diagnostico/terapeutico
- Definizione e attuazione di un congruente piano terapeutico-assistenziale

I modelli di intervento

- MMG/PLS sospetta e invia a specialista / rete malattie rare
- Rete malattie rare formula diagnosi e appronta il piano terapeutico-assistenziale
- Informati/formati e attivati specialisti locali di riferimento e MMG/PLS

Le grandi tipologie di assistiti:

ASSISTITI CON PROBLEMI DI SALUTE MENTALE (psico sociali)

Quanti sono:

- La prevalenza annuale di disturbi della salute mentale nella popolazione è di circa l'8 %, una minoranza di questi accede ai servizi psichiatrici.
- Nel corso della vita circa il 10% degli adulti presenta sintomi depressivi, 5% disturbi d'ansia, 1% schizofrenia, 1% disturbo affettivo bipolare.
- Dal 5 al 10% dei giovani adulti presenta disturbi di personalità, circa 5 % degli adulti alcoldipendenza, 2% dipendenza da sostanze.

Come si caratterizza la domanda di salute:

- Situazioni patologiche complesse nelle quali sono coinvolti fattori genetici, biologici, comportamentali, sociali, familiari, relazionali
- Presa in carico integrata dei bisogni di salute fisica e mentale

Possibili aspetti critici nella risposta alla domanda:

Percorsi di cura integrati correlati alla gravità del disturbo che prevedono setting differenziati, dalla medicina generale ai servizi psichiatrici, in un rapporto di continuità

Le grandi tipologie di assistiti

ASSISTITI CON PROBLEMI DI SALUTE MENTALE (psico sociali)

I professionisti / servizi coinvolti

MMG/PDF organizzati in AFT, Consultori familiari, Sert, UO Psichiatria, NPIA

Il percorso di riferimento per l'assistito

- Accesso al proprio medico di fiducia ed eventuale successivo invio a servizio specialistico
- Accesso diretto a Consultori, Sert, CPS, NPIA

I modelli di intervento

- Il MMG/PLS può farsi carico del problema dell'assistito, utilizzando la consulenza dei servizi di riferimento in base alla tipologia del problema e al suo livello di gravità / complessità, secondo PDTA condivisi
- I servizi di salute mentale (Psichiatria, Sert), NPIA prendono in carico l'assistito per il problema considerato

Le grandi tipologie di assistiti:

ASSISTITI CON NUOVI PROBLEMI DI SALUTE

Quanti sono:

La maggioranza dei cittadini può presentare problemi di nuova insorgenza

Come si caratterizza la domanda di salute:

- Livello di acuzie
- Esigenza di accesso a consulenza sanitaria / visita
- Esigenza di accertamenti diagnostici
- Presa in carico e risoluzione del problema

Possibili aspetti critici nella risposta alla domanda:

- Tempi di risposta in rapporto al problema di salute: organizzazione dei servizi in funzione della domanda
- Carenza di cultura / informazione sanitaria: non appropriato accesso diretto al secondo livello e al pronto soccorso

Le grandi tipologie di assistiti:

ASSISTITI CON NUOVI PROBLEMI DI SALUTE

I professionisti / servizi coinvolti:

MMG/PLS/MCA *organizzati in AFT*, UO diagnostica / specialistica ambulatoriale, farmacie, trasporto sanitario, SUEM 118, Pronto soccorso, UO di ricovero ospedaliero

Il percorso di riferimento per l'assistito:

- Accesso “integrato” al MMG / PLS / MCA / Pronto soccorso / SUEM 118 in base al livello di urgenza del problema
- Percorso di accertamento diagnostico e terapia su prescrizione e accompagnamento del proprio medico
- Eventuale ricovero ospedaliero
- Educazione alla salute “opportunistica - sul campo”

I modelli di intervento:

- Accessibilità alla consultazione del medico di fiducia nell'arco della giornata
- Accesso ai MCA “collegato” al MMG/PDF nell'AFT nei prefestivi/festivi e di notte
- Condivisione informazioni tra i professionisti coinvolti
- Percorsi di continuità di cura dalla dimissione al domicilio
- Collocazione dell'evento neòlla storia sanitaria della persona

Le grandi tipologie di assistiti: ASSISTITI SANI ed eventi fisiologici

Quanti sono:

Più della metà della popolazione gode di buona salute

Tutta la popolazione “passa attraverso” (nascita, adolescenza, sessualità, genitorialità, menopausa, senescenza ...)

Come si caratterizza la domanda di salute

- Monitoraggio, accompagnamento e assistenza nelle diverse fasi della vita
- Importanza dell'educazione e dei comportamenti individuali e collettivi
- Interventi di profilassi per patologie prevenibili
- Diagnosi precoce nei casi in cui è possibile modificare la storia naturale della malattia

Possibili aspetti critici nella risposta alla domanda:

- esistenza di segmenti di offerta specifici ma mancanza di un disegno e di un **investimento strutturato**

Le grandi tipologie di assistiti: ASSISTITI SANI ed eventi fisiologici

I professionisti / servizi coinvolti

MMG / PLS, infermiere, ostetrica

Igiene pubblica, Consultori familiari, Sert, UO ostetricia, UO diagnostica, UO oncologia

Il percorso di riferimento per l'assistito

Pluralità di percorsi in rapporto alle fasce di età e agli eventi fisiologici: bilanci di salute in età pediatrica, vaccinazioni dell'infanzia, sessualità consapevole, percorso nascita, percorsi screening oncologici, promozione di stili di vita

I modelli di intervento

Medicina di iniziativa da parte del MMG/PDF che deve essere in grado di giocare un ruolo di regia rispetto al coinvolgimento personalizzato dei propri assistiti

Programmi strutturati di sanità pubblica, contestualizzati con la partecipazione dei servizi / professionisti coinvolti

Stratificazione della popolazione secondo il livello di rischio (Expanded CCM, Kaiser Permanente)

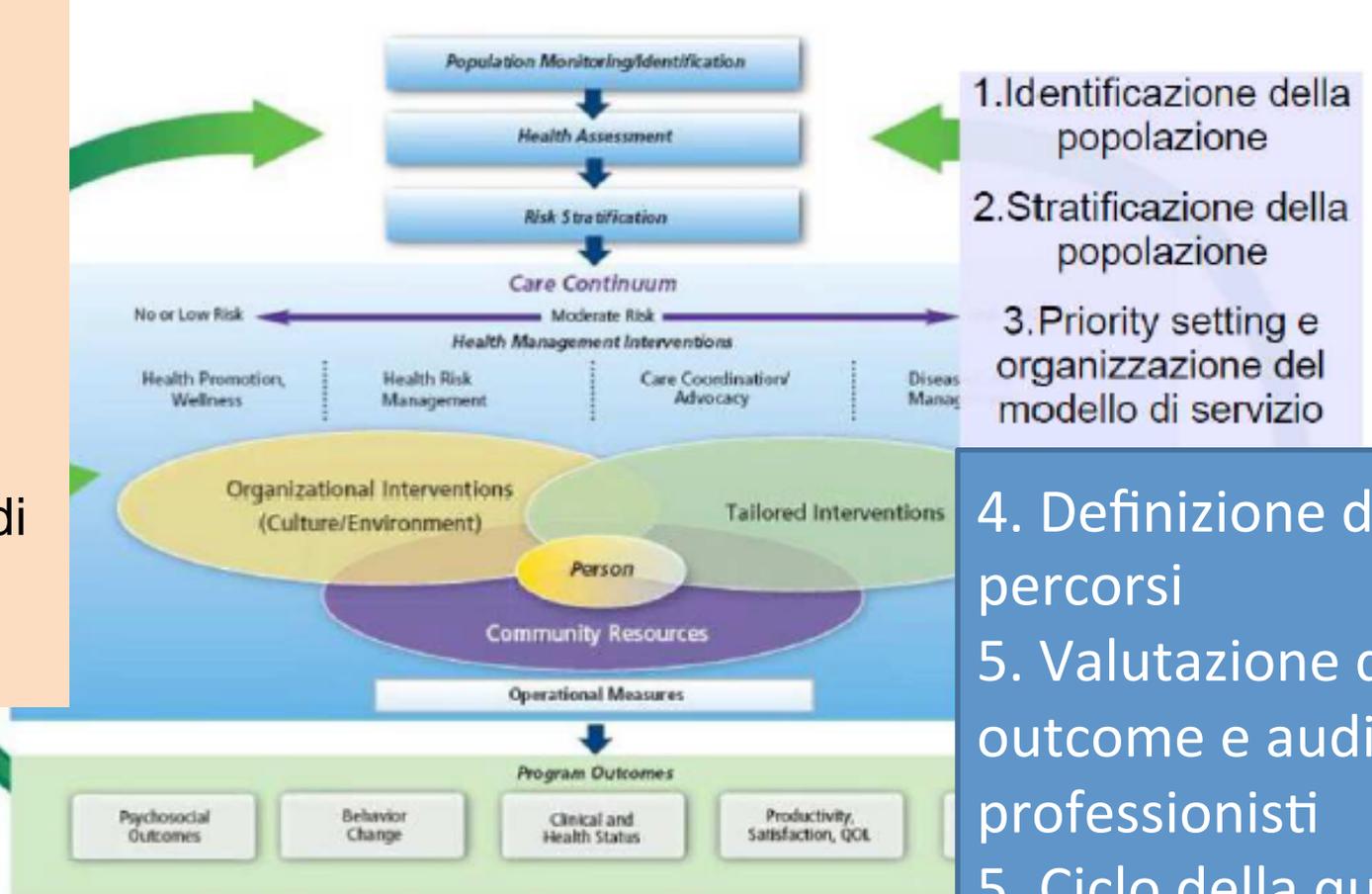


CCM RT: patologie conclamate (diabete, scompenso cardiaco, BPCO, ictus)

Sistema di stratificazione dei bisogni assistenziali e di differenziazione delle strategie di intervento in relazione a differenti livelli di rischio clinico

Population Health Management

Approccio che consente di identificare nella popolazione gruppi di pazienti con livelli diversi di severità e complessità della malattia, facilitando la modulazione di risposte adeguate



Fonte: Care Continuum Alliance, 2010

ALMA MATER STUDIORUM - UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

Fulvio Lonati



APRIREnetwork
Assistenza PRImaria In REte
Salute a Km 0

Le Case della Salute

Innovazione e buone pratiche

Antonio Brambilla

Gavino Maciocco



Carocci Faber

Fulvio Lonati



APRIREnetwork
Assistenza PRimaria In REte
Salute a Km 0

STRATIFICAZIONE DELLA DOMANDA

N.
Soggetti
potenziali

150.000

1.300.000

1.900.000

3.000.000

3.500.000

Tipologia Pazienti	Domanda	Bisogni
Fragilità clinica (quattro o più patologie)	Prevalentemente di tipo Ospedaliero e/o Residenziale	Integrazione Ospedale, Socio San (RSA, ADI, RIA,...)
Cronicità polipatologica (2-3 patologie)	Prevalentemente extra ospedaliera ad elevati accessi ambulatoriali (frequent users)	Coordinamento e promozione del percorso di terapia (prev. farmacologica), gestione proattiva del follow up (più visite ed esami all'anno)
Cronicità in fase iniziale (1 patologia)	Richiesta medio bassa di accessi ambulatoriali integrati	Percorsi ambulatoriali riservati/di favore. Controllo e promozione dell'aderenza terapeutica
Soggetti non cronici	Prime visite/accessi ambulatoriali veri	Accesso a tutte le agende ambulatoriali disponibili sul territorio
Non utilizzatori	Potenziali utenti	

N.B. Non sono in questa prima fase inclusi nel modello di presa in carico le attività di tipo sociosanitario: residenziale persistente (es: RSA, RSD, comunità per tossicodipendenti, ...).



Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ATS Brescia

***Documento Preparatorio
del
PIANO DI ATS BRESCIA
PER LA PREVENZIONE E PER LA PRESA IN CARICO
DELLE CRONICITÀ:
MALATTIE, DISABILITÀ, FRAGILITÀ E CONDIZIONI DI RISCHIO***

Dr.ssa Annamaria Indelicato
*Direttore SocioSanitario
Agenzia di Tutela della Salute di Brescia*

Brescia, Dicembre 2016

Fulvio Lonati



APRIEnetwork
Assistenza PRimaria In REte
Salute a Km 0

Finalità e destinatari del Piano - 1

DESTINATARI

Tutti gli stakeholders: erogatori sanitari e sociosanitari pubblici e privati, Medici e Pediatri di Famiglia, Comuni e Terzo Settore.

OBIETTIVO

Indicare le linee di riferimento e i meccanismi di integrazione per favorire lo sviluppo, nel rispetto degli indirizzi regionali e valorizzando la storia e le peculiarità locali, **delle reti dei servizi per la prevenzione e per la presa in carico delle cronicità**: malattie, disabilità, fragilità e condizioni di rischio.

In particolare il Piano si propone di:

- Valorizzare l'esperienza consolidata di ATS Brescia (ex ASL Brescia) nell'ambito della presa in carico e della continuità assistenziale.
- Rispondere al quadro epidemiologico demografico attuale, nell'ottica della sostenibilità del Servizio Sanitario Regionale
- Realizzare le indicazioni della LR 23/2015 e norme relative alla sua implementazione e alla gestione della cronicità

Reti per la Cronicità e Livelli di stratificazione di Regione

Tipologia di rete	Livello 1	Livello 2	Livello 3
Reti per i malati cronici in fase di compenso, mono o pluripatologici con forme morbose ad elevata prevalenza			X
Reti per i malati cronici con necessità di controllo specialistico frequente		X	
Reti per i malati con compromissione dell'autonomia personale o con compromissioni funzionali gravi e/o multiple	X		
Reti per i malati con decadimento cognitivo / demenza	X	X	
Reti per le persone affette da malattie rare	X	X	X
Reti per le persone con necessità di cure palliative	X		
Reti per minori e adulti con disabilità	X	X	X
Reti per persone con problemi di salute mentale	X	X	X

Gli attori delle reti: ruolo e coinvolgimento - 2

Tipologia di rete	MMG/ PLS	ASST e Priv.Ac c.	Socio Sanita rio	Altri
Rete per i malati cronici in fase di compenso, mono o pluripatologici con forme morbose ad elevata prevalenza	MMG in AFT	Specialisti		Farmacie
Reti per i malati cronici con necessità di controllo specialistico frequente	MMG in AFT	Specialisti		Farmacie
Rete per i malati con compromissione dell'autonomia personale o con compromissioni funzionali gravi e/o multiple	MMG in AFT	Equipe VMD Specialisti	ADI RSA CDI	Comune Volont.
Rete per i malati con decadimento cognitivo / demenza	MMG in AFT	CDCD	ADI RSA CDI	
Rete per le persone affette da malattie rare	MMG/ PLS in AFT	Specialisti	ADI	COLMaRe
Rete per le persone con necessità di cure palliative	MMG in AFT	Specialisti	ADI RSA Hospice	Comune Volont.
Rete per minori e adulti con disabilità	MMG/ PLS in AFT	EOH	ADI CSS RSD	Comuni Associ. Scuole
Rete per persone con problemi di salute mentale	MMG in AFT	CPS SERT	CRP SMI	Comune Volont.

Un nuovo orizzonte: la responsabilizzazione al cittadino nella gestione del percorso di cura

La cronicità impone soluzioni compatibili con la “domiciliarità” e la “quotidianità”, proiettate al di fuori degli “spazi sanitari”:

- **Il malato cronico ed il suo contesto:** fattivamente coinvolti attraverso una non generica “educazione terapeutica” per divenire **attori consapevoli, motivati, competenti del proprio processo di cura**
- **I sanitari:** da “operatori” a “assistenti” del malato/famiglia, con azioni di informazione, formazione, orientamento, consulenza, supporto, verifica

**DA OPERATORI
(SANITARI-ASSISTENZIALI-SOCIALI)
A
ASSISTENTI-FORMATORI-CONSULENTI
CHE AGISCONO
IN “EQUIPE FUNZIONALI”**

Fulvio Lonati



[News](#)

[Eventi](#)

[Progetti e lavori in corso](#)

[Contributi pubblicati](#)

[Presentazioni a convegni e corsi](#)

[Sostieni APRIREnetwork con 10€](#)

Un network per

APRIREnetwork nasce da un'idea di un gruppo di professionisti nell'ambito Assistenza Primaria nel 2014. Crediamo che l'evoluzione tecnologica, sociale ed epidemiologica richieda un nuovo approccio alla materia, muoverci dal modello della patologia acuta ad un nuovo paradigma sistematico e proattivo che rispetti i principi di economicità e sia compatibile con la quotidianità delle persone.

L'obiettivo è promuovere e qualificare l'Assistenza Primaria come materia specifica di ricerca, studio e lavoro. Un obiettivo da perseguire attraverso un network collaborativo e multidisciplinare basato su tre pilastri:

1. favorire la conoscenza reciproca e l'interazione tra realtà associative e professionisti portatori di interessi e di letture multidisciplinari sull'Assistenza Primaria;
2. valorizzare le persone quali veri e propri "operatori" dei propri percorsi di salute e malattia;
3. rappresentare il punto di vista e il ruolo dell'Assistenza Primaria nel dialogo con gli interlocutori sociali e istituzionali.

"APRIRE - Assistenza Primaria In Rete - Salute a Km 0" è l'associazione, non profit, che coordina le attività di *APRIREnetwork*: ecco il Consiglio e gli Organi associativi:

**GOVERNARE
L'ASSISTENZA
PRIMARIA**
MANUALE PER OPERATORI
DI SANITÀ PUBBLICA

Progetto editoriale
Gruppo di Lavoro Primary Health Care
della Società Italiana di Igiene,
Medicina Preventiva e Sanità Pubblica



www.aprirenetwork.it