

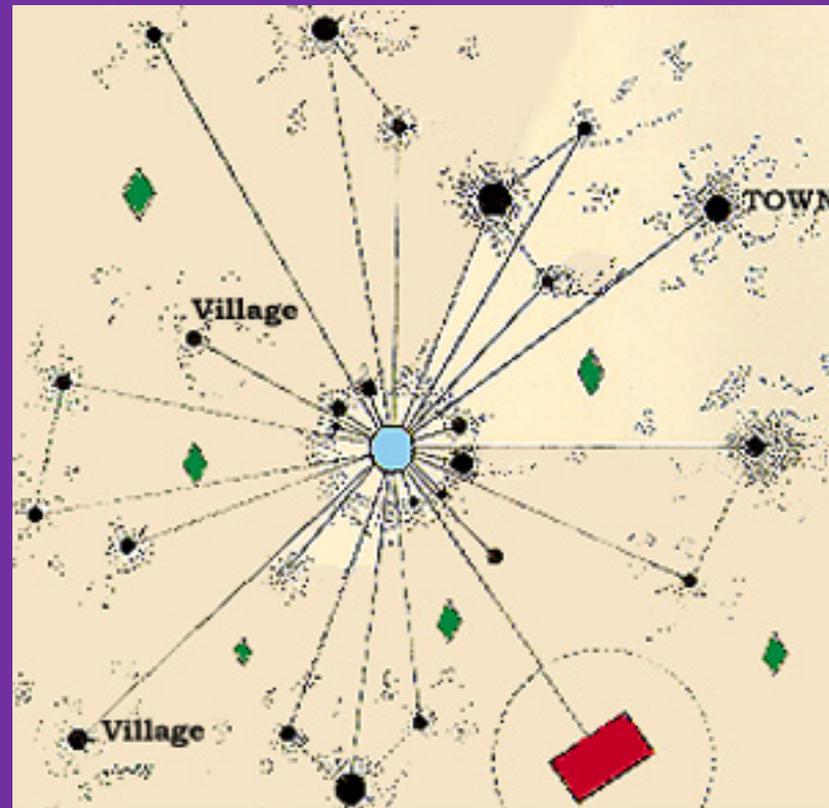
LE CURE PRIMARIE
E LA GESTIONE DELLE MALATTIE
CRONICHE

Gavino Maciocco

gavino.maciocco@unifi.it



The Dawson Report, 1920



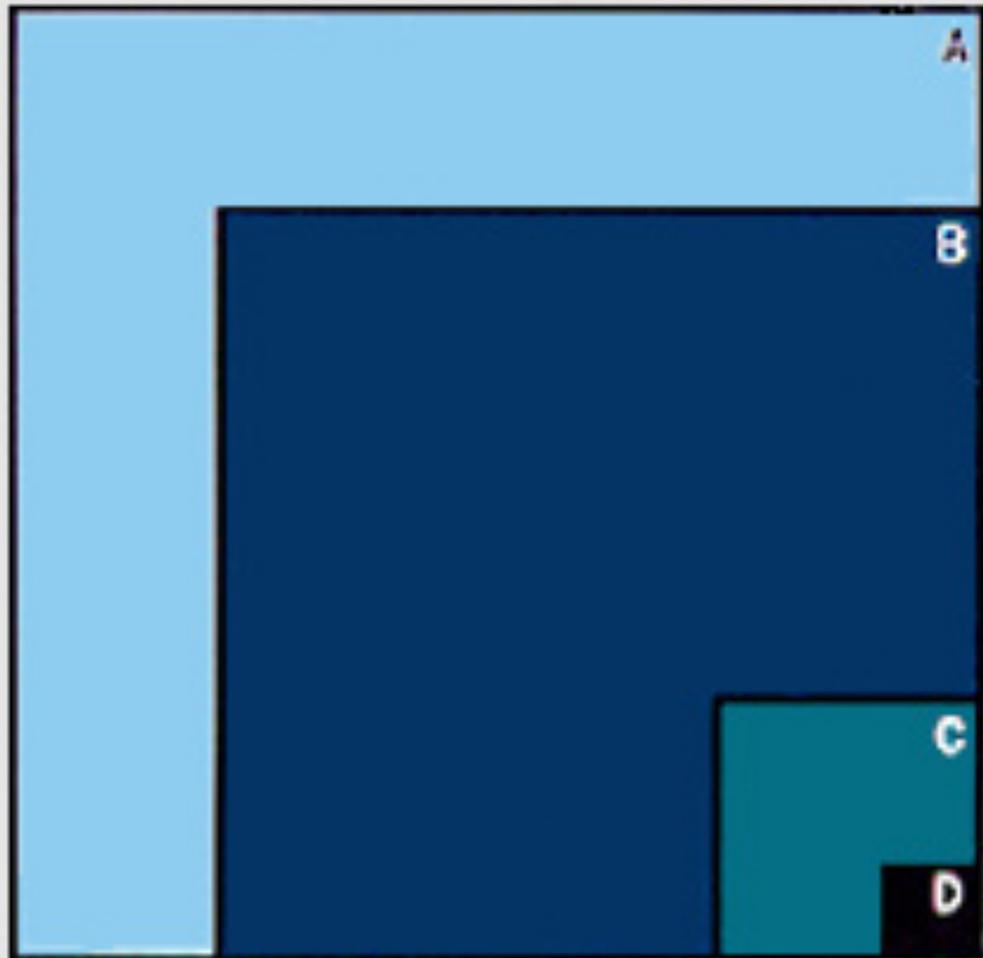
- = Primary Health Centers
- ◆ = Supplementary Services
- = Secondary Health Centers
- = Teaching Hospital
- = Domiciliary Services

Kerr White e coll.

New England Journal of Medicine 1961

Ecology of Health Problems Annual Rates, USA

- A** Total population at risk: 1000
- B** Persons receiving primary care: 720
- C** Persons admitted to general hospital: 100
- D** Persons admitted to university hospital: 10



USA – Family Medicine

- ◎ Fornire ad ogni paziente un medico personale e garantire che esso rappresenti il punto di entrata nel sistema sanitario.
- ◎ Erogare un set completo di servizi: valutativi, preventivi e clinici generali.
- ◎ Assicurare una continua responsabilità nei confronti del paziente, incluso il necessario coordinamento dell'assistenza al fine di garantire la continuità delle cure.
- ◎ Operare nei confronti degli individui avendo presenti i bisogni e le preoccupazioni della comunità.
- ◎ Fornire un'assistenza appropriata ai bisogni fisici, psicologici e sociali del paziente nel contesto della famiglia e della comunità.

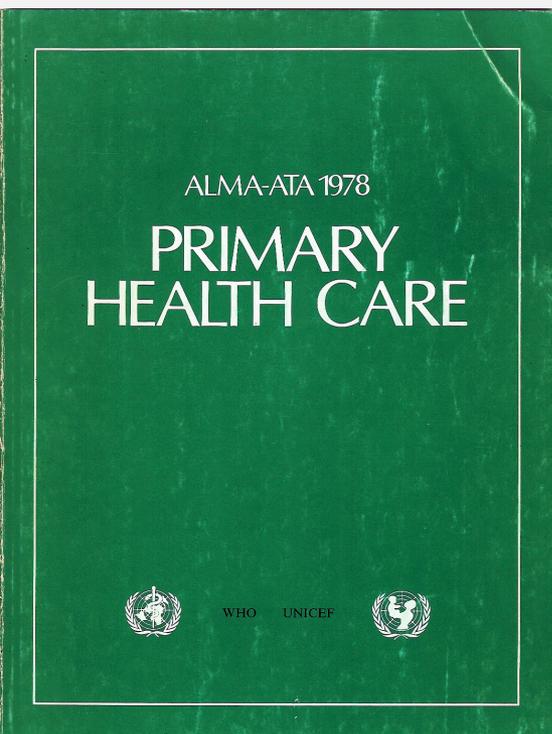
ALMA-ATA 1978

PRIMARY HEALTH CARE



WHO UNICEF





- La conferenza riafferma fermamente che **la salute** - come stato di benessere fisico, sociale e mentale e non solo come assenza di malattia e infermità - è un **diritto fondamentale dell'uomo** e l'accesso a un livello più alto di salute è un obiettivo sociale estremamente importante, d'interesse mondiale e presuppone la **partecipazione di numerosi settori socio-economici**, oltre che di quelli sanitari.

- L'assistenza sanitaria primaria è costituita da quelle forme essenziali di assistenza sanitaria che sono basate su tecnologie e metodi pratici, scientificamente validi e socialmente accettabili, che sono rese accessibili a tutti gli individui e alle famiglie nella comunità grazie alla loro piena partecipazione, che sono realizzate a un costo che la comunità e la nazione possono sostenere in ogni fase del proprio sviluppo in uno spirito di autonomia e di autodeterminazione.
- L'assistenza sanitaria primaria è una parte integrante sia del sistema sanitario di un paese, del quale rappresenta la funzione centrale e il punto principale, sia del completo sviluppo sociale ed economico della comunità. Essa rappresenta la prima occasione di contatto degli individui, della famiglia e della comunità con il sistema sanitario nazionale, portando l'assistenza sanitaria il più vicino possibile ai luoghi di vita e di lavoro, e costituisce il primo elemento di un processo continuo di assistenza sanitaria.

- L'assistenza sanitaria primaria affronta i principali problemi di salute nella comunità, fornendo i necessari servizi di promozione, prevenzione, cura e riabilitazione.
- Coinvolge, oltre al settore sanitario, tutti gli altri settori e aspetti dello sviluppo nazionale e della comunità che sono collegati, in particolare l'agricoltura, la zootecnia, la produzione alimentare, l'industria, l'istruzione, l'edilizia, i lavori pubblici, le comunicazioni e altri settori inoltre necessita del coordinamento delle attività tra tutti questi settori.
- Richiede e promuove al massimo l'autonomia dell'individuo e della comunità e la partecipazione alla progettazione, organizzazione, funzionamento e controllo dell'assistenza sanitaria primaria stessa, usando appieno le risorse locali, nazionali e le altre disponibili; per questo fine sviluppa, attraverso un'adeguata educazione, la capacità delle comunità a partecipare.

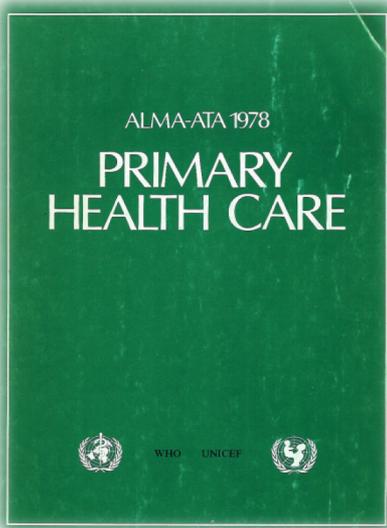
HEALTH FOR ALL BY YEAR 2000



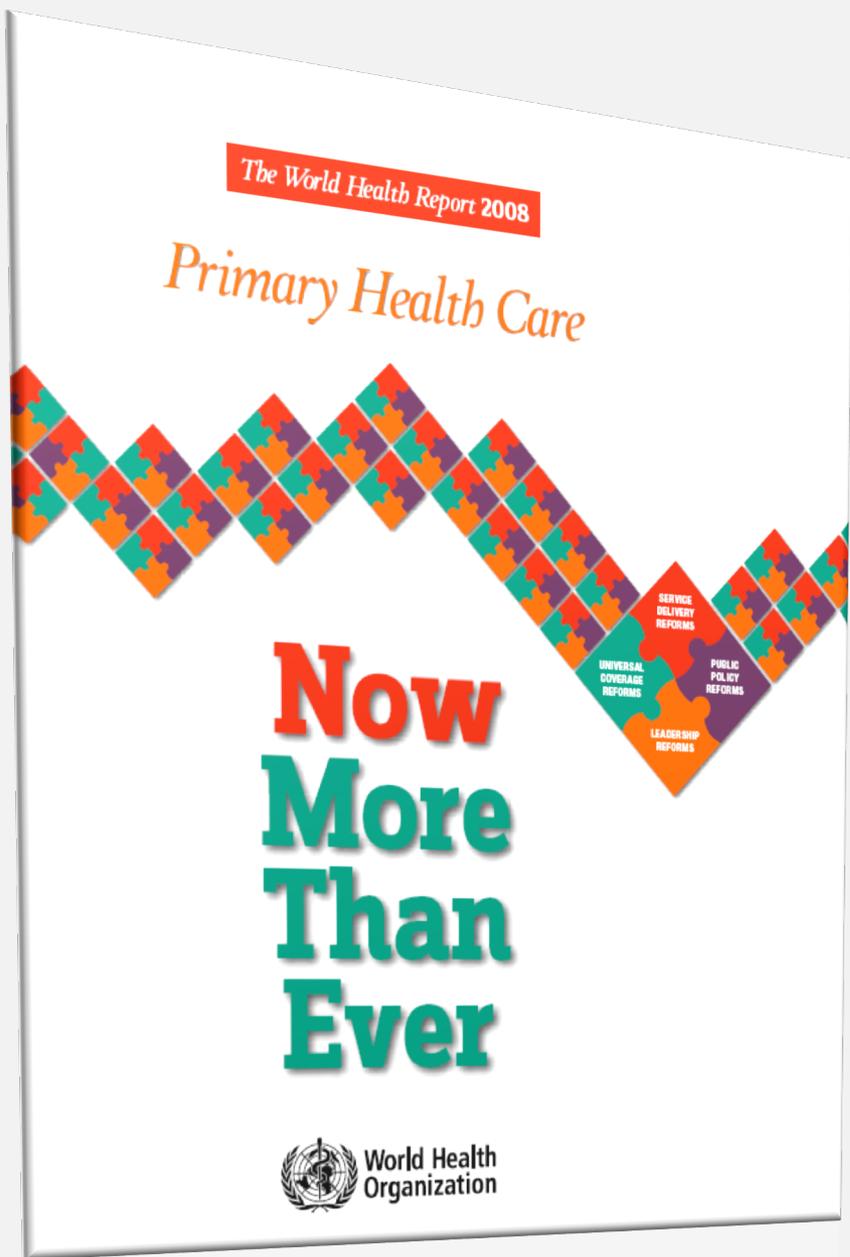
Table 1: From Primary Medical to Primary Health Care

<i>Conventional</i>			<i>New</i>	
	<i>Focus</i>			
Illness		➔	Health	
Cure			Prevention, care and cure	
	<i>Content</i>			
Treatment		➔	Health Promotion	
Episodic Problems			Continuous care	
Specific problems			Comprehensive care	
	<i>Organization</i>			
Specialist		➔	General Practitioners	
Physicians			Other personnel groups	
Single-handed practice			Team	
	<i>Responsibility</i>			
Health sector alone		➔	Intersectoral collaboration	
Professional dominance			Community participation	
Passive reception			Self-responsibility	

Adapted from Vuori (1985)²⁵

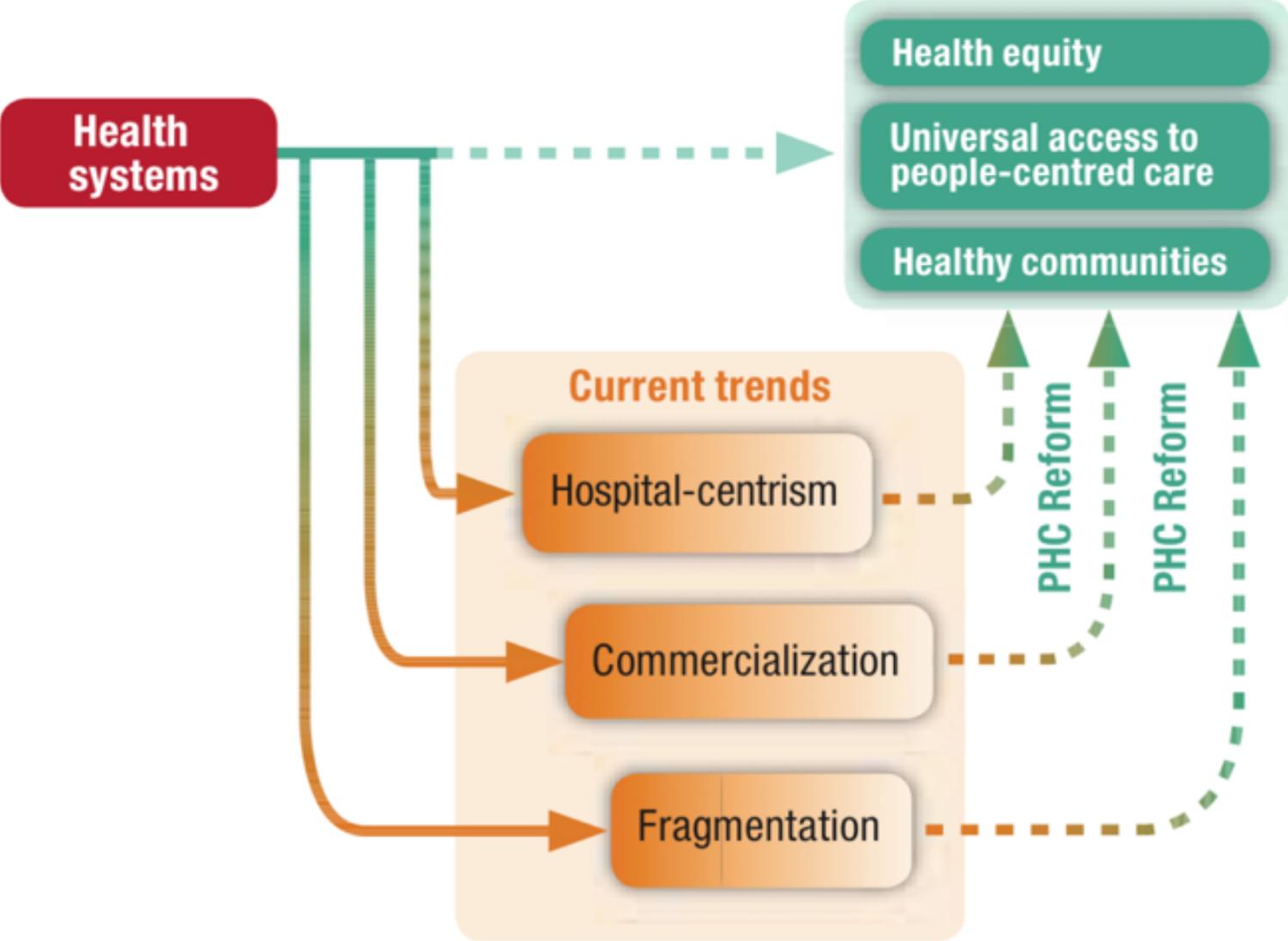


1978



2008

Figure 1.10 How health systems are diverted from PHC core values





Julian Tudor Hart

THE INVERSE CARE LAW

JULIAN TUDOR HART

Glyncorrwg Health Centre, Port Talbot, Glamorgan, Wales

Summary The availability of good medical care tends to vary inversely with the need for it in the population served. This inverse care law operates more completely where medical care is most exposed to market forces, and less so where such exposure is reduced. The market distribution of medical care is a primitive and historically outdated social form, and any return to it would further exaggerate the maldistribution of medical resources.

The Lancet · Saturday 27 February 1971

Anticipatory Health Care

Our aim was to improve health in the whole registered population by identifying treatable problems at an early, often presymptomatic stage, and to learn from our mistakes by looking for them systematically.

This proactive policy depended on practice organisation, teamwork, and structured records.

Twenty five years of case finding and audit in a socially deprived community

Julian Tudor Hart, Colin Thomas, Brian Gibbons, Catherine Edwards, Mary Hart, Janet Jones, Margaret Jones, Pam Walton

Abstract

Objective—To evaluate audit and case finding (whole population care) in a community over 25 years.

Design—Contemporary screening for and audits of care of chronic disease and risk factors; retrospective review of computerised practice records; and comparisons of mortality and social indices with neighbouring communities.

Setting—One general practice in Glyncoed, West Glamorgan.

Subjects—1800 people registered with the practice in 1987 and 558 people who died from 1964 to 1987, whose records had been retained.

Main outcome measures—Detection of high blood pressure, smoking, airways obstruction, obesity, diabetes, and alcohol problems in adults aged 20-79; prevalence of smoking in this population and in hypertensive and diabetic groups; age standardised mortality ratios in relation to indices of social deprivation.

development of structured process, may diminish health outputs.

Introduction

For health as for commodity production, absolute growth conceals relative decline. By 1980 the United Kingdom ranked highest in the European Community and Scandinavia for all causes mortality in men and women aged 45-64.¹

The close and causal relation between mortality, morbidity, and social class for all major causes^{2,3} is the main explanation for the exceptionally high mortality and morbidity in Scotland, Northern Ireland, and parts of northern England and south Wales, for all causes as well as for coronary disease. As inequalities in wealth have grown so have inequalities in sickness and death.⁴ These differences are compounded by increasing inequalities in clinical resources available to deal with them: fed by the market, the inverse care law⁵ thrives. As predicted by thoughtful economists,^{6,7} the

10/16 novembre 2017

n. 1230 • anno 25

internazionale.it

4,00 €

Ogni settimana
il meglio dei giornali
di tutto il mondo

Roxane Gay
Cari uomini
ora tocca a voi

Reportage
Sulle strade
dell'Africa

Attualità
La strategia saudita
in Medio Oriente

Internazionale

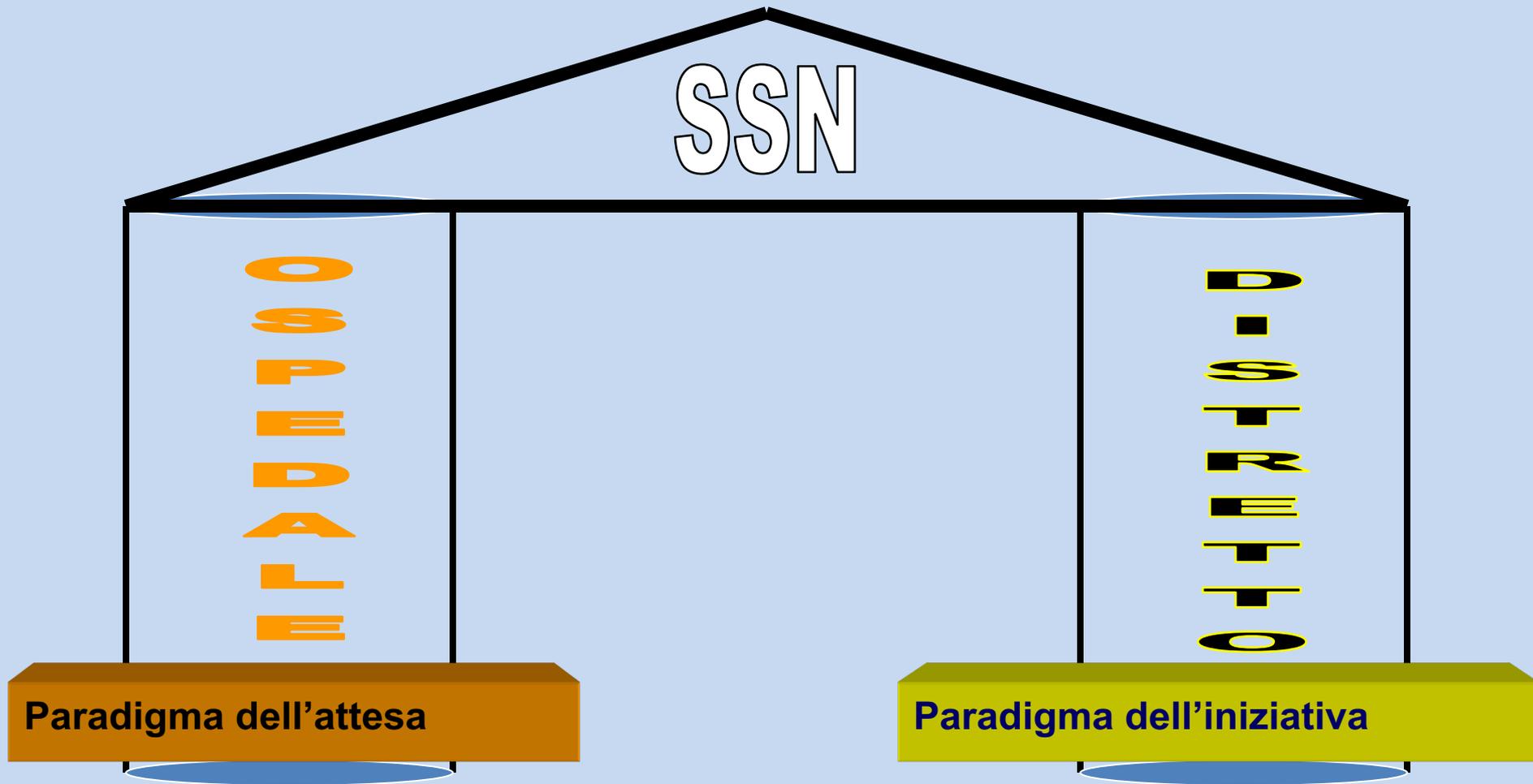
Il medico che ti salva la vita

La medicina d'emergenza e quella specialistica sono fondamentali, ma è il rapporto prolungato tra medici di base e pazienti che fa davvero la differenza, scrive Atul Gawande



- “I medici di famiglia di Jamaica Plain usano un metodo incrementale. Essi seguono la salute del paziente nel corso del tempo, anche dell’intera vita. Tutte le decisioni sono provvisorie e soggette a continui aggiustamenti. Affrontano un problema specifico di un paziente senza perdere di vista la sua vita personale, la sua storia familiare, la sua dieta, i suoi livelli di stress, e l’intrecciarsi di tutte queste cose. Questo significa che nella medicina il successo non è determinato da vittorie episodiche e momentanee, sebbene anche queste abbiano la loro importanza. È determinato da una serie di passaggi gradualmente che producono progressi duraturi.”
- *Atul Gawande, chirurgo statunitense, professore alla Harvard Medical School di Boston*

I due pilastri del SSN e i due diversi paradigmi



OSPEDALE

Intensività assistenziale
“Technology-intensive”

**Orientato alla produzione
di prestazioni**

**Presidia
soprattutto l'efficienza**

**Tende all'accentramento
(Economie di scala)**

Punta all'eccellenza

CURE PRIMARIE

Estensività assistenziale
“Labor-intensive”

**Orientato alla gestione
di processi assistenziali**

**Presidia
soprattutto l'efficacia**

**Tende al decentramento
(Partecipazione)**

Punta all'equità



OECD Health Policy Studies

Realising the Potential of Primary Health Care



- **Even before the COVID-19 pandemic, health systems in OECD countries faced significant challenges.** Citizen expectations about health services are high, societies are ageing, health spending is rising in response to more complex health needs, and fiscal pressures make it difficult to expand allocations of resources to the health sector. **The rapid spread of COVID-19 added complexity to these challenges,** given both the surge in demand for **treatment of the acutely ill** and the need to continue to **deliver preventive care and manage chronic patients.** In this context, **primary health care plays a key role for health systems to deliver more and better services.**

Box 1.2. What is primary health care?

Primary health care is expected to be the first and main point of contact for most people with the health care system, focused on the people and their communities. It takes into account the whole person and is patient-focused, as opposed to disease or organ system-focused, and thus recognises not only physical, but also psychological and social dimensions of health and well-being. The most commonly used definitions of primary health care encompass the following characteristics:

- **People and community orientated** – primary health care operates in close proximity with where people live or work, and provides care that is focused on the needs of local people and their families.
- **Continuous care** – primary health care is the first point of contact with the health system, and the people who use it identify it as their main source of care over time.
- **Comprehensive** – primary health care addresses the majority of health problems of the people it serves, providing preventive, curative and rehabilitative services.
- **Co-ordinated** – primary health care helps patients navigate the health system, communicating effectively with the other levels of care. It goes beyond services provided solely by primary health care physicians and encompasses other health professionals such as nurses, pharmacists, auxiliaries and community health workers.

There is extensive discussion about the differences between “primary care” and “primary health care”. While primary care has been defined as the more visible and service-oriented core of primary health care, these two definitions are intrinsically linked (Hone, Macinko and Millett, 2018^[9]). Given that the concept of “primary health care” typically encompasses “primary care” and places stronger emphasis on health system responsiveness and community orientation, the former it is better aligned with the contents of this report.

COVID 19

Noi medici di Bergamo



1 6K 4 Min | 28 Marzo 2020



Lettera di un gruppo di medici ospedalieri al *NEJM*. L'epidemia è fuori controllo

Iscriviti all

Inserisci

Accetto la

INVIA

- La situazione è così grave che siamo costretti a operare ben al di sotto dei nostri standard di cura. I tempi di attesa per un posto in terapia intensiva durano ore. I pazienti più anziani non vengono rianimati e muoiono in solitudine senza neanche il conforto di appropriate cure palliative. Le famiglie non possono avere alcun contatto coi malati terminali e sono avvisate del decesso dei loro cari per telefono, da medici benintenzionati ma esausti ed emotivamente distrutti.
- Siamo in quarantena dal 10 marzo. Purtroppo il resto del mondo sembra non essersi accorto che a Bergamo l'epidemia è fuori controllo.
- I sistemi sanitari occidentali sono stati costruiti intorno al concetto di patient-centered care. Ma un'epidemia richiede un cambio di prospettiva verso un approccio community-centered care.

Un'altra medicina di famiglia



10 10.3K 7 Min | 20 Maggio 2020



Gavino Maciocco



Non è facile trovare nella storia della medicina scelte di politica sanitaria che abbiano avuto effetti così catastrofici sulla salute della popolazione. Ci voleva un evento eccezionale, una pandemia appunto, per rivelarne in tempi brevissimi tutta la sua magnitudo.

“Nei prossimi 5 anni mancheranno 45 mila medici di base, ma chi va più dal medico di base, senza offesa per i professionisti qui presenti? (...) Tutto questo mondo qui, quello del medico di cui ci si fidava anche, è finita anche quella roba lì”. Siamo al Meeting di Comunione e Liberazione, Rimini domenica 25 agosto 2019, e Giancarlo Giorgetti, ancora sottosegretario e numero due della Lega, si esprime così sul destino della medicina di famiglia, tra il serio e faceto, come Arlecchino che dice la verità burlando.



CORRIERE DELLA SERA

DATAROOM

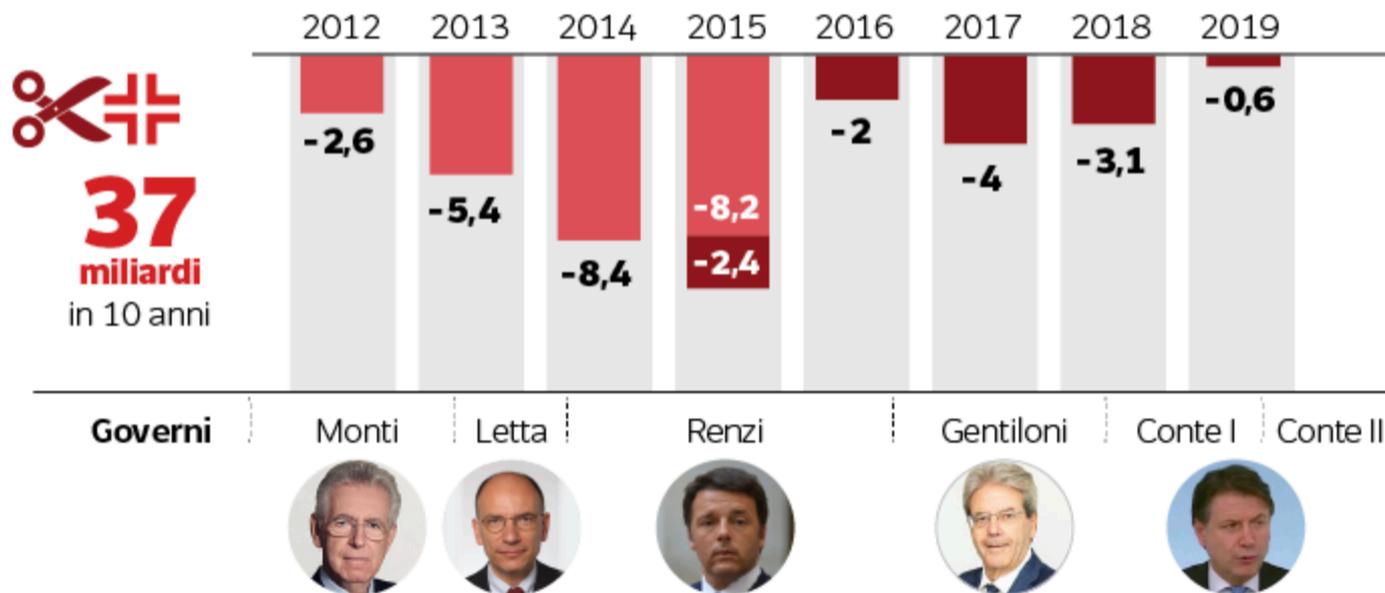
di Milena Gabanelli

Coronavirus in Italia: i tagli al Servizio sanitario nazionale, chi li ha fatti e perché

Tagli alla sanità

Miliardi di euro

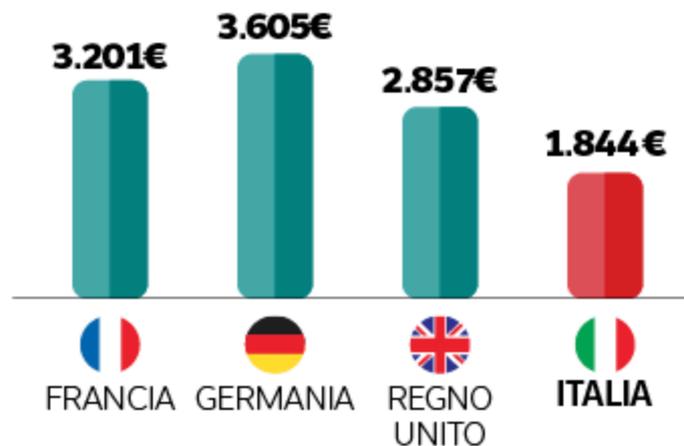
■ tagli conseguenti a manovre finanziarie ■ meno risorse di quelle programmate



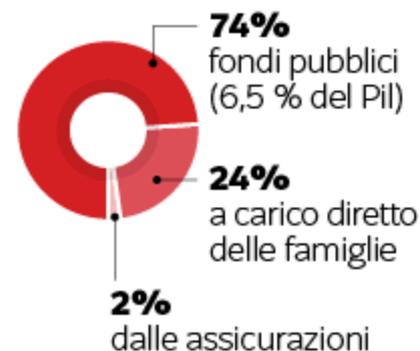
Fonte: Fondazione Gimbe

La spesa sanitaria

SPESA
PER ABITANTE
(2016)



FINANZIAMENTI IN ITALIA
PER LA SPESA SANITARIA
(2017)



% di fondi
pubblici destinati
alla sanità
rispetto all'Italia



Fonte: Istat, Commissione europea

Corte dei Conti, Rapporto 2020 sul coordinamento della finanza pubblica

- La crisi ha messo in luce anche e soprattutto i rischi insiti nel ritardo con cui ci si è mossi per rafforzare le strutture territoriali a fronte del forte sforzo operato per il recupero di più elevati livelli di efficienza e di appropriatezza nell'utilizzo delle strutture di ricovero. Se aveva sicuramente una sua giustificazione a tutela della salute dei cittadini la concentrazione delle cure ospedaliere in grandi strutture specializzate riducendo quelle minori che, per numero di casi e di disponibilità di tecnologie, non garantivano adeguati risultati di cura, la mancanza di un efficace sistema di assistenza sul territorio ha lasciato la popolazione senza protezioni adeguate.

- Se fino ad ora tali carenze si erano scaricate non senza problemi sulle famiglie, contando sulle risorse private e su una assistenza basata su manodopera con bassa qualificazione sociosanitaria (badanti), tale carenza ha finito per rappresentare una debolezza anche dal punto di vista della difesa complessiva del sistema quando si è presentata una sfida nuova e sconosciuta. E' infatti sempre più evidente che un'adeguata rete di assistenza sul territorio non è solo una questione di civiltà a fronte delle difficoltà del singolo e delle persone con disabilità e cronicità, ma rappresenta l'unico strumento di difesa per affrontare e contenere con rapidità fenomeni come quello che stiamo combattendo. L'insufficienza delle risorse destinate al territorio ha reso più tardivo e farraginoso trovare disarmato il primo fronte che doveva potersi opporre al dilagare della malattia e che si è trovato esso stesso coinvolto nelle difficoltà della popolazione pagando un prezzo in termini di vite molto alto".

-

2018

PRIMARY HEALTH CARE
NOW MORE THAN EVER

CURE PRIMARIE ORA O MAI PIÙ

LABORATORIO SICILIANO DELLA CAMPAGNA
“2018 PRIMARY HEALTH CARE: NOW OR NEVER”
PER TRASFORMARE L'ASSISTENZA IN CURE PRIMARIE
VERSO UN MODELLO *COMPREHENSIVE* E PROATTIVO

2018

PRIMARY HEALTH CARE
NOW MORE THAN EVER

Un Manifesto per rinnovare le Cure primarie



2 5.2K 7 Min | 23 Settembre 2020



Gavino Maciocco



Senza radici culturali, senza formazione e ricerca all'altezza dei problemi che devono affrontare gli operatori delle cure primarie, dai medici di famiglia agli infermieri, sono destinati a rimanere le Cenerentole del SSN.



Il Manifesto “Verso il libro azzurro” prodotto da un gruppo di giovani medici di famiglia, infermieri e antropologi ha l’ambizione di rinnovare in profondità le cure primarie e la medicina di famiglia in Italia.

Un gruppo che – si vede dal nome “Campagna 2018. Primary Health Care. Now or never” – ha come **faro ideale e strategico la (molto nota) Dichiarazione di Alma Ata del 1978** e come riferimento politico e programmatico un documento sconosciuto in Italia, ma non in Portogallo: **il Libro Azzurro, “Livro Azul – Um futuro para a Medicina de Familia em Portugal”**.

Redatto nel 1990 dalla APMCG (Associazione Portoghese di Medicina Generale e Familiare), il

Equipe e reti integrate di cure primarie

Proponiamo che le nuove Cure Primarie siano incentrate sul lavoro in equipe e su reti interprofessionali, intersettoriali e partecipative. L'equipe di Cure Primarie rappresenta l'unità assistenziale socio-sanitaria di base ed è costituita dai professionisti necessari a rispondere con risolutività ai problemi di salute epidemiologicamente più frequenti e alle caratteristiche socio-demografiche della popolazione di riferimento. **Elemento costante dell'equipe è la modalità di lavoro in accordo ai principi della PHC, ovvero: interprofessionalità e interdisciplinarietà degli interventi; prossimità, capillarità e proattività sia nella rilevazione dei bisogni che nella costruzione degli interventi socio-sanitari; capacità di sviluppare strategie adattative e processi di educazione permanente.** Al fine di intervenire in maniera altrettanto risolutiva e continuativa anche rispetto ai bisogni di salute meno frequenti, le equipe di Cure Primarie devono avvalersi di percorsi assistenziali in rete con altri servizi, professionisti e attori comunitari. L'interazione e l'integrazione dei professionisti operanti nelle equipe e nelle reti integrate di Cure Primarie si attua anche attraverso la strutturazione di incontri in presenza o da remoto a cadenza stabilita che devono pertanto essere supportati da idonee strutture fisiche e strumenti informatici.

Cure primarie come disciplina accademica

Nonostante la complessità e la specificità delle competenze richieste, manca ancora un riconoscimento accademico al bagaglio culturale della PHC. **Riteniamo che le Cure Primarie debbano diventare disciplina universitaria con l'istituzione di uno specifico settore scientifico disciplinare.** Per quanto riguarda la professione medica, sosteniamo che non sia più procrastinabile l'istituzione di una Scuola di Specializzazione universitaria che formi contemporaneamente alle Cure Primarie, alla Medicina Generale e alla Medicina di Comunità. **Riteniamo, inoltre, auspicabile la creazione di percorsi formativi pre e post lauream comuni alle diverse figure professionali (medico, infermiere, assistente sociale, psicologo, ecc) che si troveranno a lavorare insieme nelle Cure Primarie,** per garantire l'acquisizione di conoscenze condivise e meta-competenze necessarie al futuro lavoro di equipe. Al fine di un generale rinnovamento della formazione universitaria, contenuti e metodi dei percorsi formativi in Cure Primarie devono essere definiti, al pari di tutti gli altri insegnamenti, da un Core Curriculum la cui stesura si realizzi attraverso un processo trasparente e partecipato, che veda la collaborazione di università e colleghi professionali e il cui rinnovamento avvenga con cadenza stabilita alla luce dei potenziali cambiamenti dei bisogni di salute della popolazione.

Cure primarie e servizi territoriali

Esperienze nazionali e internazionali

A cura di Gavino Maciocco



PROFESSIONI SANITARIE

Carocci Faber

La Gestione delle Malattie Croniche

JAMA®

Improving Primary Care for Patients With Chronic Illness The Chronic Care Model, Part 2

Thomas Bodenheimer, MD

Edward H. Wagner, MD, MPH

Kevin Grumbach, MD

A PREVIOUS ARTICLE¹ DESCRIBED the chronic care model, a guide to improving the management of chronic illness, particularly within primary care. That article featured several case studies of organizations that have implemented components of the model. This article examines research evidence demonstrating that components of the model can improve quality and reduce costs and examines some

This article reviews research evidence showing to what extent the chronic care model can improve the management of chronic conditions (using diabetes as an example) and reduce health care costs. Thirty-two of 39 studies found that interventions based on chronic care model components improved at least 1 process or outcome measure for diabetic patients. Regarding whether chronic care model interventions can reduce costs, 18 of 27 studies concerned with 3 examples of chronic conditions (congestive heart failure, asthma, and diabetes) demonstrated reduced health care costs or lower use of health care services. Even though the chronic care model has the potential to improve care and reduce costs, several obstacles hinder its widespread adoption.

JAMA. 2002;288:1909-1914

www.jama.com

BMJ



The NHS versus Kaiser

Same inputs: different outcomes. Why does the NHS do worse? p 135

Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente

BMJ 2002;324:135-43

Richard G A Feachem, Neelam K Sekhri, Karen L White

Table 3 Comparison of inputs and use in NHS and Kaiser, 2000

Inputs	NHS	Kaiser, California
Specialists per 100 000 people		
Pediatricians	4.9*	12.3
Obstetricians-gynaecologists	4.1*	8.3
Oncologists	0.9*	1.7
Radiologists	4.3*	6.0
Cardiologists	0.8†	2.4
Primary care facilities		
Percentage of primary care physicians in single handed practices	9%‡	0%
Average No of primary care physicians per office	3-5‡	20-40
Percentage of primary care physicians with laboratory, imaging, or pharmacy on site	25%-pharmacy (few with other services)	>95%
Percentage of primary care physicians connected to clinical IT system	100% by 2002	>95% today
Use		
Average acute length of stay (days)	5.0§	3.9
Acute bed days per 1000 per year	1000	270

Sources: NHS plan,¹ OECD,⁶ HEDIS,⁸ unpublished Kaiser data, Department of Health,^{23, 24} Office of Health Economics.²⁵

*1999 Includes registrars as well as consultants for England.

†1998 Consultants for England.

‡1998 data.

§1996 latest OECD data.

¶1997 latest OECD data.

Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente

BMJ 2002;324:135-43

Richard G A Feachem, Neelam K Sekhri, Karen L White

Hospital bed utilisation in the NHS, Kaiser Permanente, and the US Medicare programme: analysis of routine data

Chris Ham, Nick York, Steve Sutch, Rob Shaw

BMJ VOLUME 327 29 NOVEMBER 2003 bmj.com

Making the NHS more like Kaiser Permanente

Donald Light, Michael Dixon

BMJ 2004;328:763-5

The NHS needs to break down the barriers between primary, secondary, and tertiary care

MANAGING CHRONIC DISEASE

What can we learn from the US experience?

 <p>King's Fund</p>	<p>Summary</p>  <p>Research paper</p>	<p>Contributors JENNIFER DIXON RICHARD LEWIS REBECCA ROSEN BELINDA FINLAYSON DIANE GRAY</p>	<p>Date</p> <p>JANUARY 2004</p>
<p>Research paper orders</p> <p>MANAGING CHRONIC DISEASE £8.00 68pp 2004 ISBN 1 85717 476 3</p> <p>King's Fund Publications 020 7307 2591 www.kingsfund.org.uk/publications</p>	 <p>MANAGING CHRONIC DISEASE</p>	<p>Summary orders</p> <p>Free</p> <p>King's Fund Publications 020 7307 2591 or download at www.kingsfund.org.uk/summaries</p>	

Population management

More than care and case management

Deciding the right approach

It is important to have the information and knowledge to be able to carry out a risk-stratification on local populations to identify those who are most at-risk.

Level 3

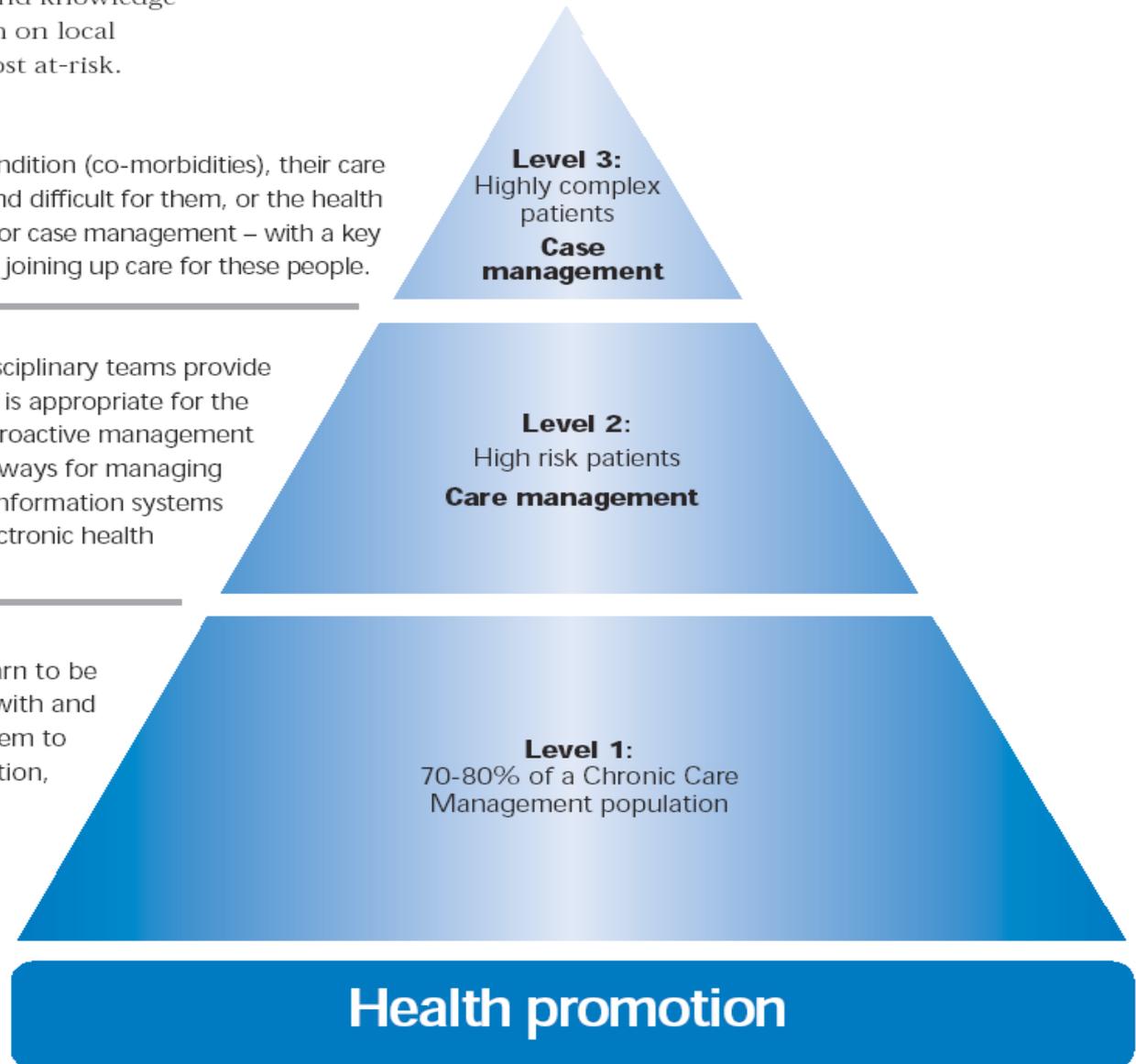
As people develop more than one chronic condition (co-morbidities), their care becomes disproportionately more complex and difficult for them, or the health and social care system, to manage. This calls for case management – with a key worker (often a nurse) actively managing and joining up care for these people.

Level 2

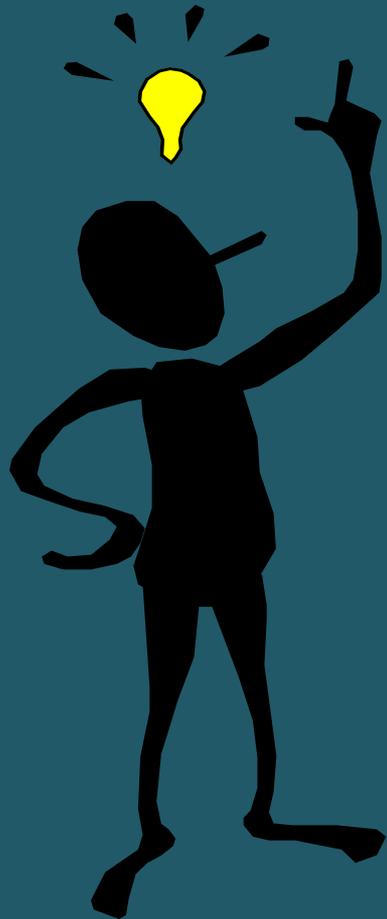
Disease/care management, in which multidisciplinary teams provide high quality evidence based care to patients, is appropriate for the majority of people at this level. This means proactive management of care, following agreed protocols and pathways for managing specific diseases. It is underpinned by good information systems – patient registries, care planning, shared electronic health records.

Level 1

With the right support many people can learn to be active participants in their own care, living with and managing their conditions. This can help them to prevent complications, slow down deterioration, and avoid getting further conditions. The majority of people with chronic conditions fall into this category – so even small improvements can have a huge impact.



Sperimentare il CCM a Firenze (2004-2005)



Cure primarie e assistenza ai pazienti affetti da scompenso cardiaco cronico.
Sperimentazione di un nuovo modello assistenziale.

Rapporto finale

N. Comodo*, S. Franciolini°, G. Maciocco* P. Marcheselli#, E. Messina#, M.G. Monti°, L. Roti*

* Dipartimento di Sanità Pubblica, Università di Firenze

° Servizio Infermieristico, ASL di Firenze

Medici di medicina generale, ASL di Firenze





Vecchie malattie Nuove risposte

*Modelli innovativi
per l'assistenza
alle malattie croniche*

**5-6 maggio 2005
Palazzo degli Affari
Firenze**

Segreteria del Convegno:
Ufficio Congressi
Newtours S.p.A.

Via A. Righi, 8 - 50019 Sesto F.no - FI -
Phone: +39 055 3361.1 - Fax: +39 055 3033.895
E-Mail: belluomini@newtours.it



Lettura magistrale: Il Chronic Care Model
Ed Wagner - MacColl Institute for Healthcare Innovation,
Seattle, USA

Chronic Care and the Future of Primary Care

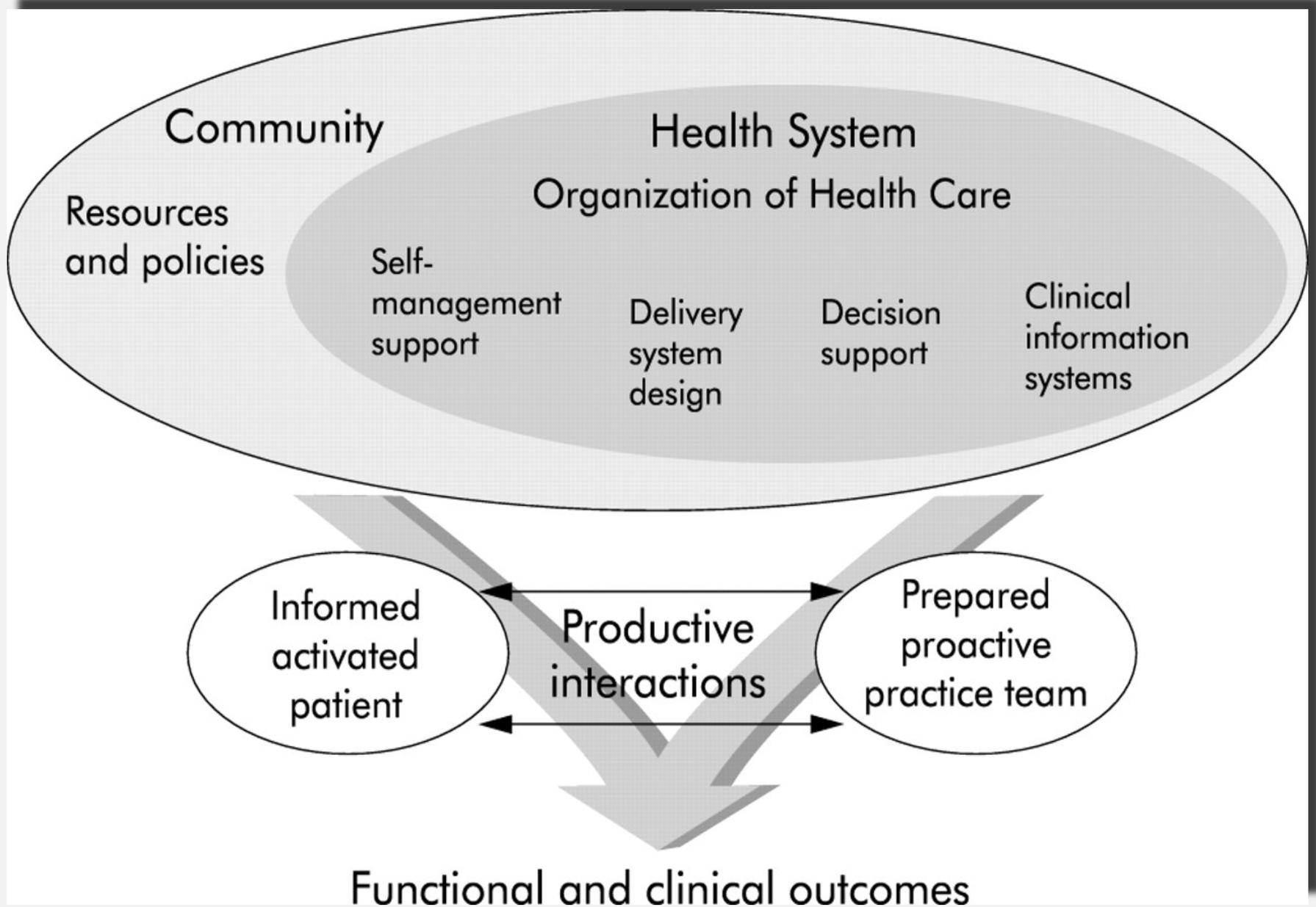
Ed Wagner, MD, MPH

“Current care systems cannot do the job”

- Oriented to acute illness
- Interactions not productive of good care or satisfying to patients or clinical staff



THE CHRONIC CARE MODEL





Regione Toscana

Diritti Valori Innovazione Sostenibilità

Piano Sanitario Regionale

Aggiornamento ai sensi dell'art.18, comma 3,
e dell'art.142, comma 3 della L.R. 40/2005

Parte Prima

**UN PIANO PER LA SALUTE,
UNA SANITÀ D'INIZIATIVA**

Il Sole
24 ORE

Sanità



Toscana

Versione Pdf del supplemento al n. 41
anno XV del 6-12 novembre 2012
per la pubblicazione sul sito
della Regione Toscana
www.regione.toscana.it

Roma

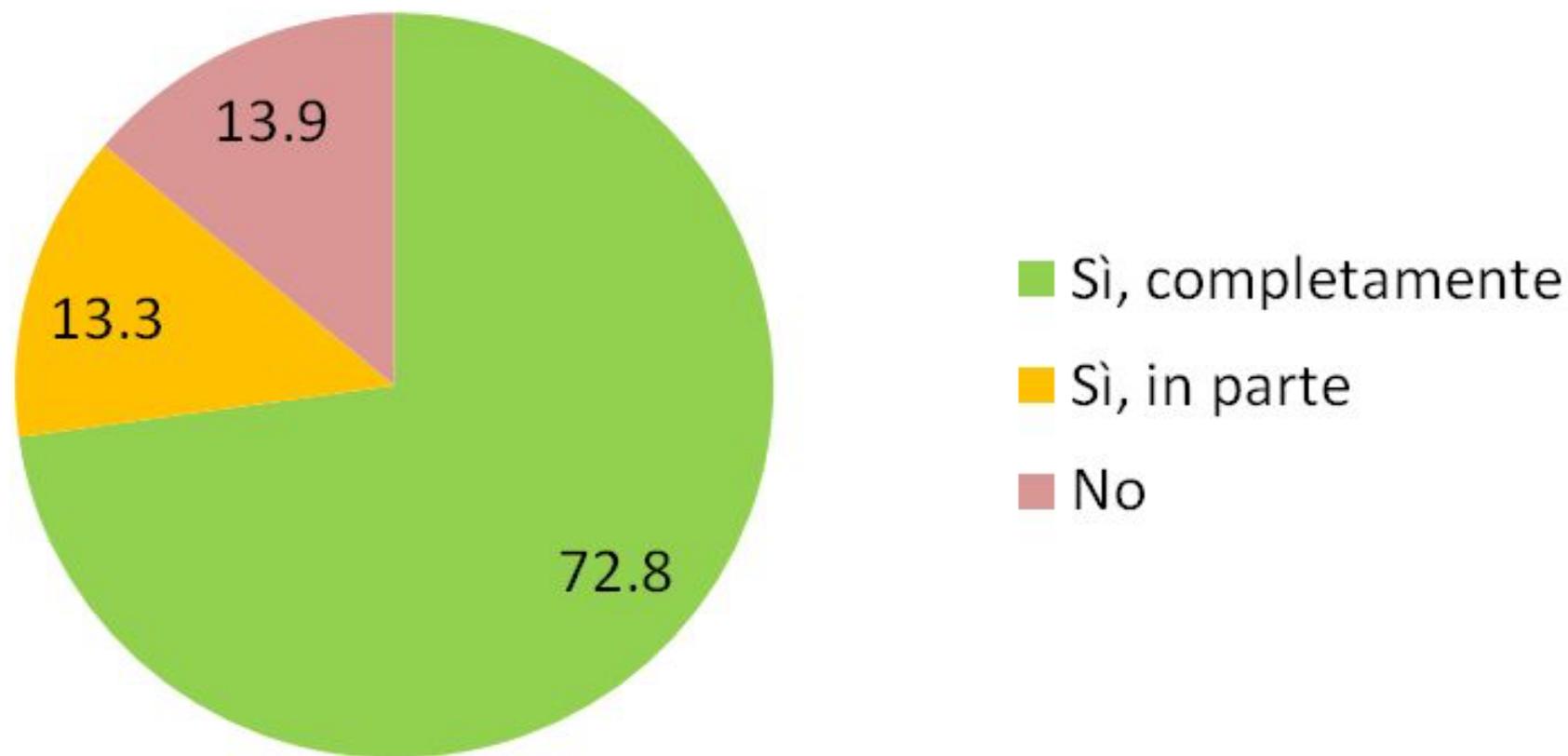
MODELLI

Sondaggio tra 6.500 pazienti sui vantaggi del Chronic care model

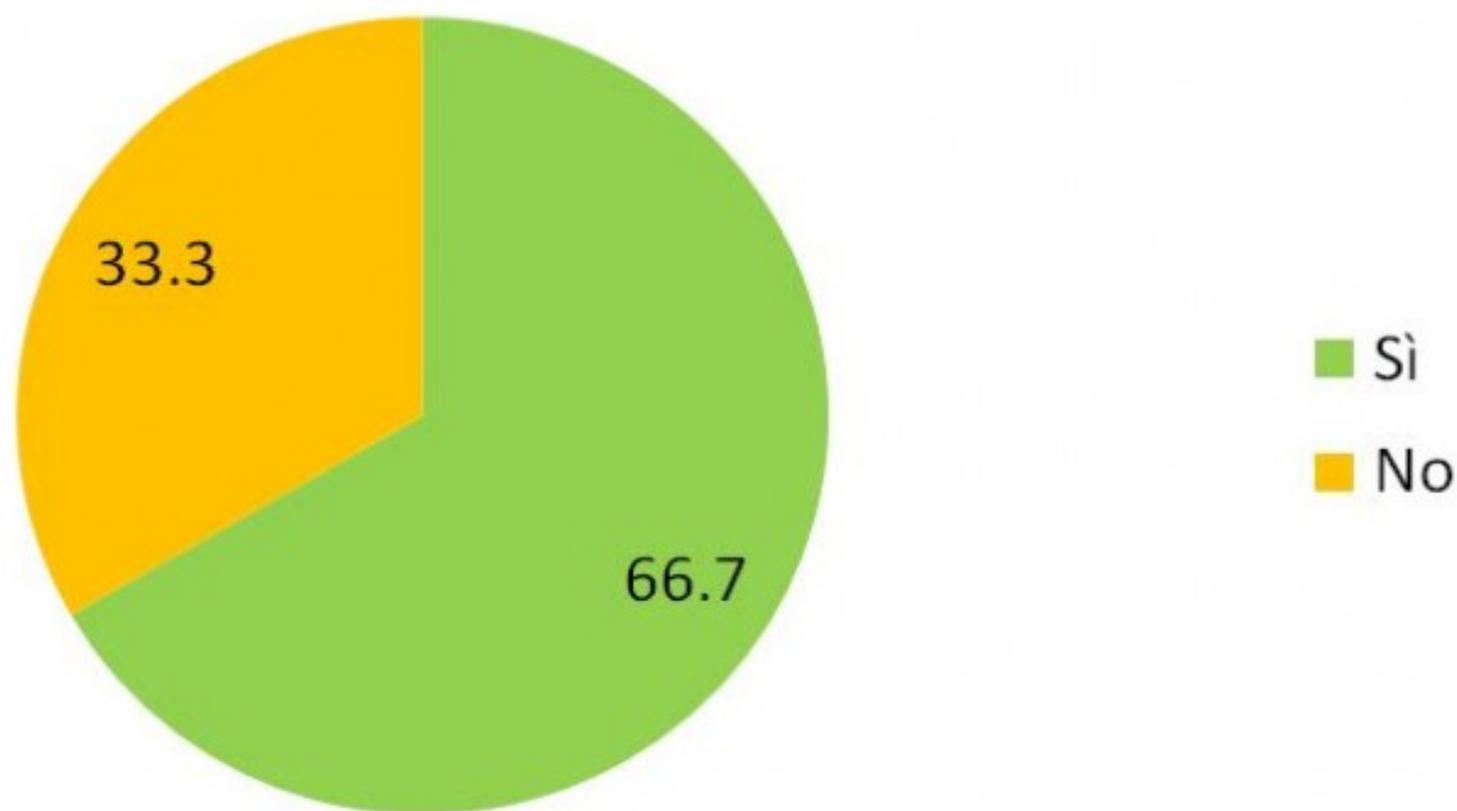
Sanità d'iniziativa a pieni voti

Più informazione ed empowerment con la presa in carico da parte del team

Da quando è stato per la prima volta all'ambulatorio delle malattie croniche pensa sia migliorata l'assistenza che riceve per la sua malattia cronica?



Da quando è stato per la prima volta all'ambulatorio delle malattie croniche pensa di aver avuto dei benefici in termini di salute?



Evidence On The Chronic Care Model In The New Millennium

Thus far, the evidence on the Chronic Care Model is encouraging, but we need better tools to help practices improve their systems.

by **Katie Coleman, Brian T. Austin, Cindy Brach, and Edward H. Wagner**

ABSTRACT: Developed more than a decade ago, the Chronic Care Model (CCM) is a widely adopted approach to improving ambulatory care that has guided clinical quality initiatives in the United States and around the world. We examine the evidence of the CCM's effectiveness by reviewing articles published since 2000 that used one of five key CCM papers as a reference. Accumulated evidence appears to support the CCM as an integrated framework to guide practice redesign. Although work remains to be done in areas such as cost-effectiveness, these studies suggest that redesigning care using the CCM leads to improved patient care and better health outcomes. [*Health Affairs* 28, no. 1 (2009): 75–85; 10.1377/hlthaff.28.1.75]

Saluteinternazionale.info - Newsletter mensile - Numero 34 - Windows Internet Explorer

http://www.saluteinternazionale.info/newsletter/numero34.html

bing

Se non visualizzi correttamente questa email, leggi la [versione online](#)



La newsletter di SaluteInternazionale #34

EDITORIALE / Gavino Maciocco

Chronic Care Model in salsa tedesca



L'introduzione del Chronic Care Model (CCM) non ha prodotto solo effetti positivi sulla salute della popolazione tedesca e sul budget delle assicurazioni sociali, ha anche rafforzato il sistema delle cure primarie, molto debole in Germania. I vari componenti del CCM sono stati applicati in maniera rigorosa: dalla creazione di registri di patologia alla proattività degli interventi, dal supporto all'autocura all'adesione a linee guida definite a livello centrale. Tutto ciò ha richiesto lo sviluppo di équipe di cure primarie coordinate da un medico di famiglia che ha la responsabilità della presa in carico del paziente e

Internet | Modalità protetta: attivata

100%

Arruolati CCM

	2006	2012
Diabete tipo 1	29.000	156.000
Diabete tipo 2	1.948.000	3.749.000
Cancro della mammella	67.000	126.000
Cardiopatía ischemica	635.000	1.700.000
Asma	6.000	799.000
BPCO	8.000	633.000
Totale	2.693.000	7.163.000

Figura 1. Mortalità e complicanze maggiori da diabete tra pazienti arruolati (*intervention*) e gruppo di controllo. 2007.

Mortality And Major Diabetic Complications In Intervention (Enrolled) And Control Groups, German Disease Management Program, 2007

	<u>Intervention</u>		<u>Control</u>	
	Number	Percent	Number	Percent
Mortality	458	2.30	935	4.70
DIABETIC COMPLICATIONS				
Myocardial infarction (ICD: I21, I22)	165	0.83	219	1.10
Stroke (ICD: I63)	180	0.91	226	1.14
Chronic renal insufficiency (ICD: N18, N19)	71	0.36	94	0.74
Amputation of lower leg or foot (OPS: 5-865, 5-864)	95	0.48	152	0.76
Occurrence of at least one of the four complications	496	2.49	667	3.35

1. Stock S. et Al. German Diabetes Management Programs Improve Quality Of Care And Curb Costs. Health Affairs 2010; 29(12): 2197–2205

Figura 2. Numero di pazienti per 1000 pazienti partecipanti al programma che sono stati ricoverati almeno una volta con la diagnosi descritta (in confronto con i pazienti non partecipanti). 2006.

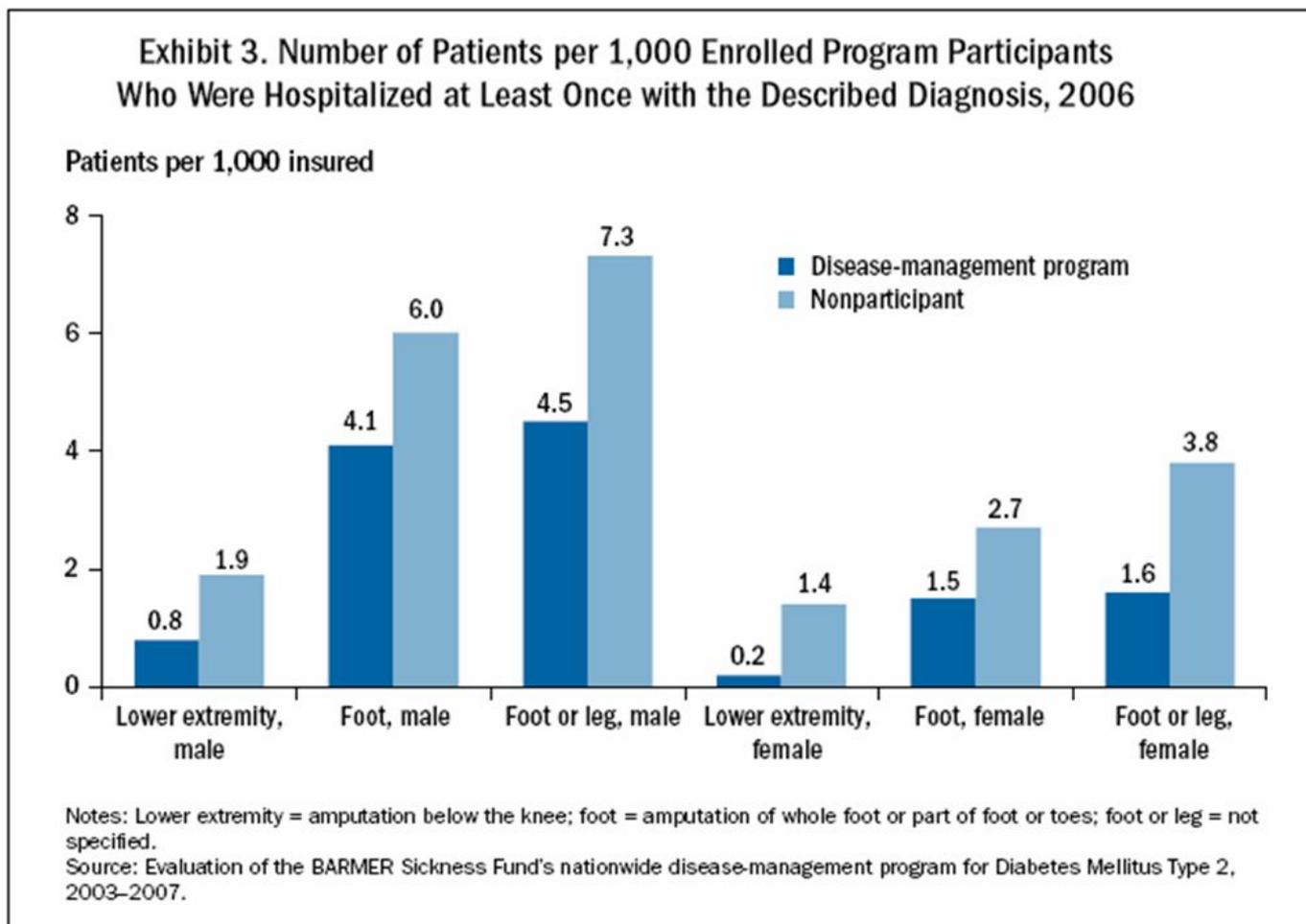


Figura 3. Costi e utilizzazione dei servizi tra pazienti arruolati (*intervention*) e gruppo di controllo. 2003-7.

Various Cost And Health Services Use Indicators In Intervention (Enrolled) And Control Groups, German Disease Management Program, 2003-7

	Intervention	Control
Overall cost difference, 2007-2003	US\$1,443.65	US\$1,890.40
Overall costs, 2007	US\$5,273.99	US\$5,896.54
Hospital costs, 2007	US\$2,664.71	US\$3,292.65
Drug costs, 2007	US\$2,609.28	US\$2,603.89
Length of hospitalization per insured, days, 2007 (mean/median)	4.97/0.00	6.41/0.00
Number of hospital stays per insured, 2007 (mean/median)	0.55/0.00	0.62/0.00

1. Stock S. et Al. German Diabetes Management Programs Improve Quality Of Care And Curb Costs. Health Affairs 2010; 29(12): 2197-2205

IL TEAM

LA
COMUNITA'

LE
STRUTTURE

LE
MALATTIE

The ten characteristics of the high-performing chronic care system

Chris Ham

Health Economics, Policy and Law / Volume 5 / Issue 01 / January 2010, pp 71 - 90
DOI: 10.1017/S1744133109990120, Published online: 07 September 2009

The Chronic Care Model

The Chronic Care Model developed by Wagner provides a framework for describing the elements needed in a system that aspires to provide high-quality care for people with chronic diseases (Wagner, 1998). The Model was based on a review of available literature about promising strategies for chronic illness management, much of which derived from experience in European health care systems.

The Chronic Care Model has been used in a range of settings to support the reorientation from acute care to chronic care (Singh and Ham, 2006).

**The ten characteristics
of the high-performing
chronic care system**

1

The first and arguably most important characteristic of the high-performing chronic care system is ‘ensuring universal coverage’, for without universal coverage it is difficult to act consistently on the other characteristics. Recent

2

The second characteristic is the provision of ‘care that is free at the point of use’, or at least care that is provided at a cost that does not act as a major deterrent to sick patients seeking medical help. The RAND study of the Health

3

The third characteristic is that ‘the delivery system should focus on the prevention of ill health’ and not just the treatment of sickness. Despite progress in a

4

The fourth characteristic is that 'priority is given to patients to self manage their conditions with support from carers and families'. The importance of self-

5

The fifth characteristic is that 'priority is given to primary health care'. This

6

The sixth characteristic is that 'population management is emphasised' through the use of tools to stratify people with chronic diseases according to their risk and offering support commensurate with this risk.

7

The seventh characteristic is that 'care should be integrated to enable primary health care teams to access specialist advice and support when needed'. The

8

The eighth characteristic, closely linked to the last point, is ‘the need to exploit the potential benefits of information technology in improving chronic care’. Not least, information technology underpins effective population man-

9

The ninth characteristic is to ensure that ‘care is effectively coordinated’. Coordination is particularly important in the care of people with multiple conditions who are at much greater risk of hospital admission than people with single diseases (Wolff *et al.*, 2002). The role of primary care physicians in providing coordination has been emphasised in a number of studies (Starfield

10

The tenth characteristic, alluded to in the review of the evidence above, is to ‘link these nine characteristics into a coherent whole as part of a strategic approach to change’. This is important in view of evidence that it is the *cumulative* effect of different elements that explains the degree of impact of the Chronic Care Model rather than individual components. By extension, the argument of this paper is that

Conclusion

The evidence summarised in this paper indicates that a start has been made in reorienting health care systems to meet the challenge of chronic diseases.

Guided by the Chronic Care Model, policy makers and health care leaders are beginning to take the actions required to rise to this challenge.