

Dal curare al prendersi cura del paziente fragile: sfide e cambiamenti necessari per il MMG

TORINO 23/10/2015

Dott. Roberto Venesia

PREMESSA

- Vi è un generale consenso internazionale che per migliorare l'assistenza alle persone con condizioni croniche è necessario un approccio più ampio...
- «*A more comprehensive approach*»
- “E' necessario sollevare l'orizzonte del sistema sanitario dalla malattia alla persona e alla popolazione”. Quindi è necessario il coinvolgimento di tutte le forze in campo: dalla Sanità, alla Società.

**Lo sviluppo dell'assistenza primaria assumere
in Italia un'importanza strategica fondamentale
per la tutela della salute della popolazione
ma anche per la sostenibilità di tutto
il Welfare System.**

E. Guzzanti, in L'Assistenza Primaria in Italia: dalla condotte mediche al lavoro di squadra, GISAP 2009

LA SANITA' IN ITALIA:

Opinioni e giudizi della popolazione

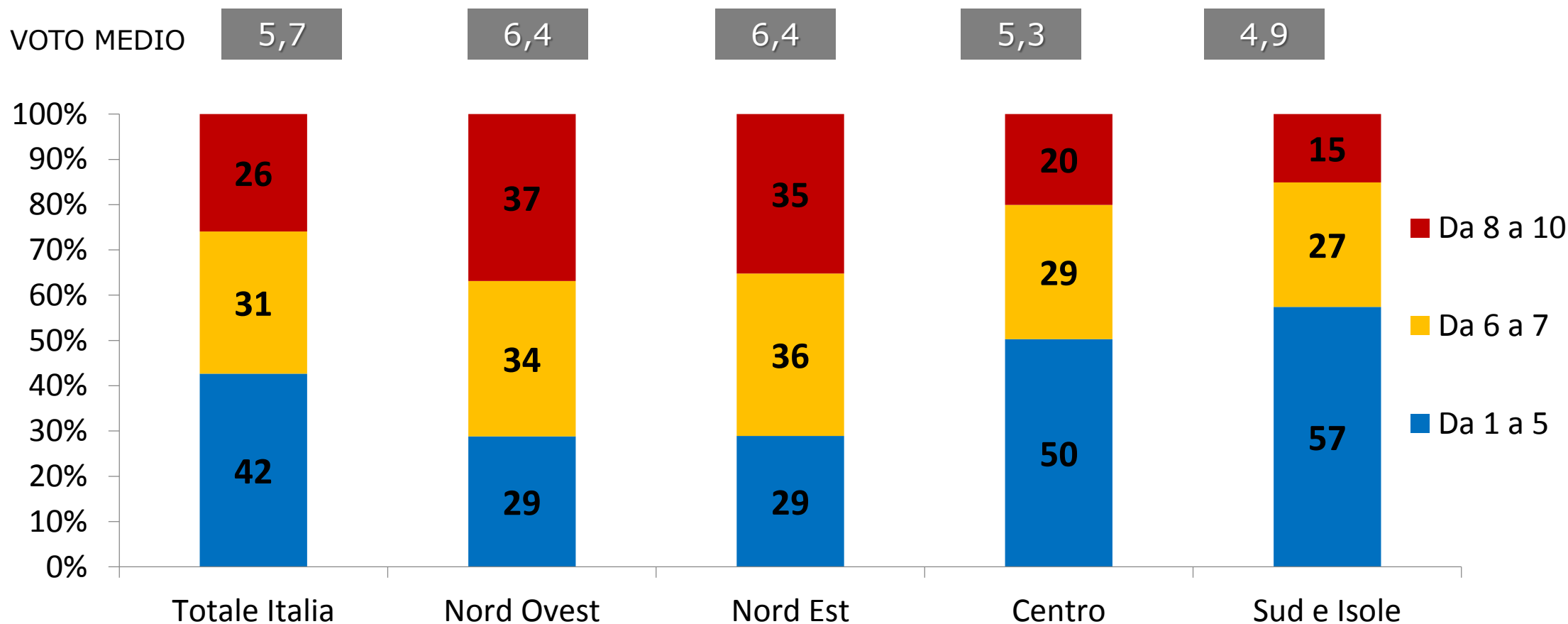
Gennaio 2014

Il giudizio sulla qualità delle cure

1. Mi dà un voto da 1 a 10 sulla qualità delle cure garantite dallo stato, in Italia.

Scala 1-10, dove 10 vuol dire ottima qualità e 1 vuol dire pessima qualità

Valori %



I fattori che incidono negativamente sulla sanità italiana

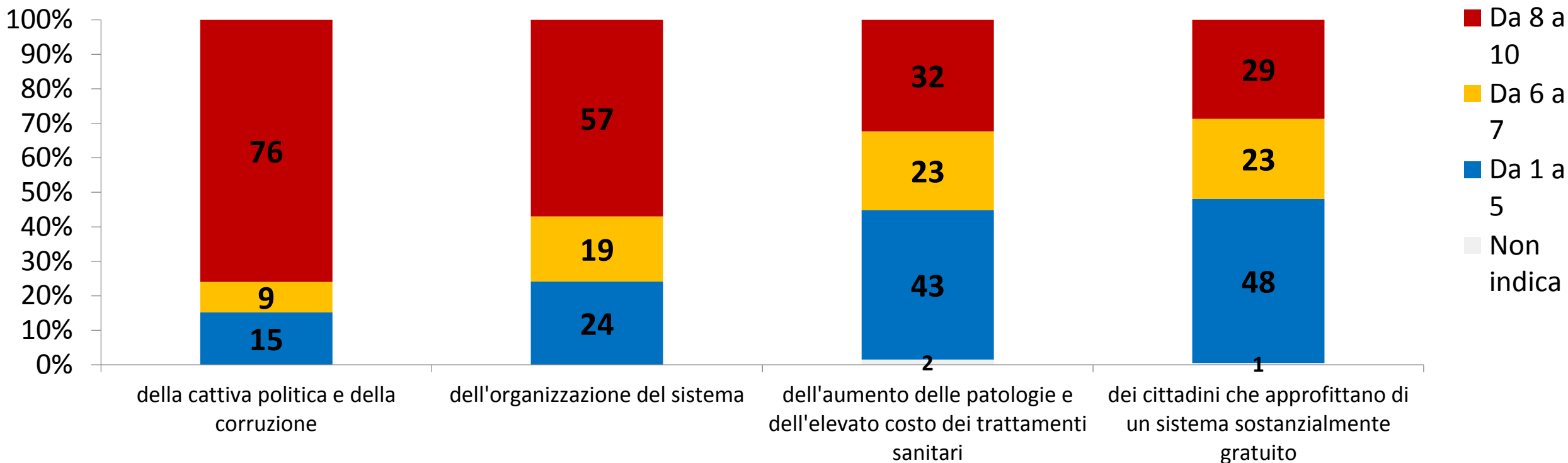
2. Lei pensa che i problemi della sanità italiana siano colpa...

Scala 1-10, dove 10 vuol dire molta colpa e 1 vuol dire poca colpa

Valori %

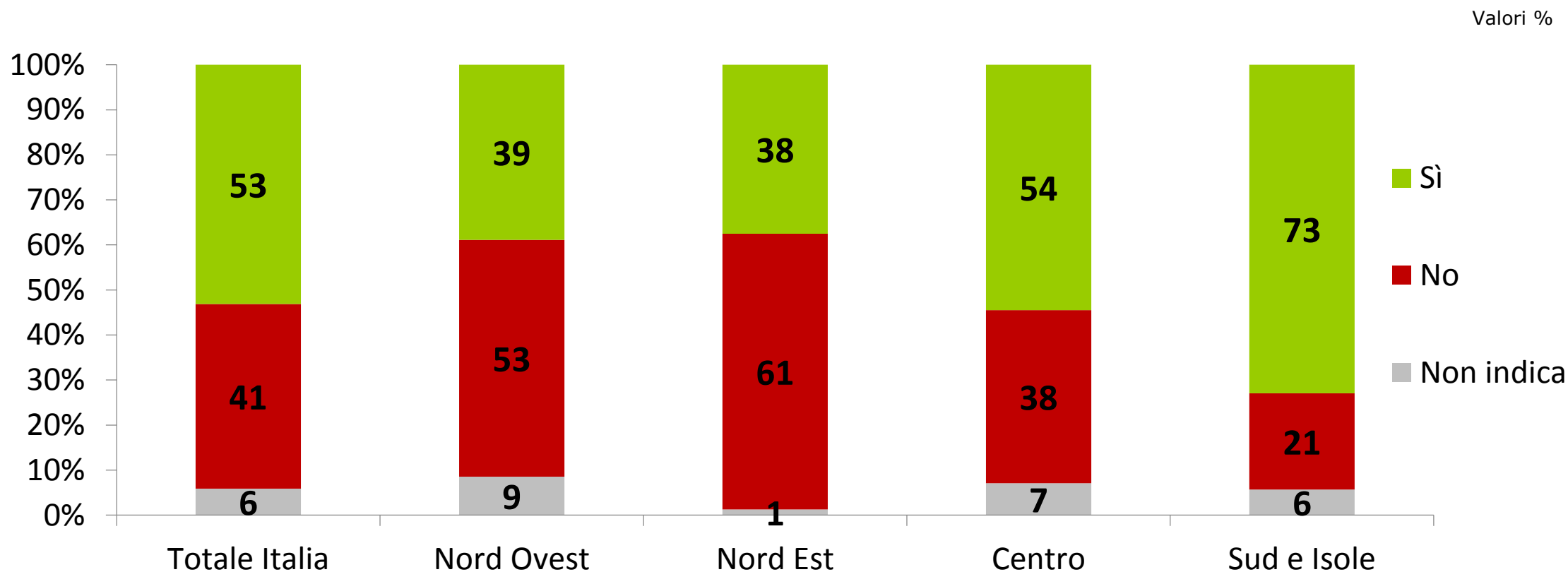
TOTALE ITALIA

VOTO MEDIO



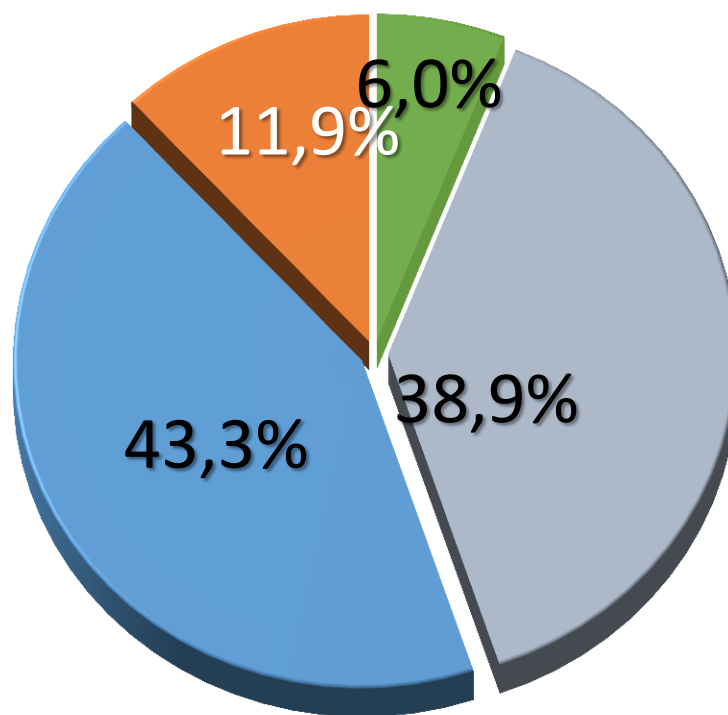
Riportare il SSN sotto la responsabilità dello stato?

3. Il finanziamento e l'organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale è gestito attualmente dalle Regioni e questo può produrre grandi differenze di efficienza sul territorio nazionale. Per garantire una maggior omogeneità Lei pensa che l'assistenza sanitaria debba invece essere riportata sotto la diretta responsabilità dello Stato?



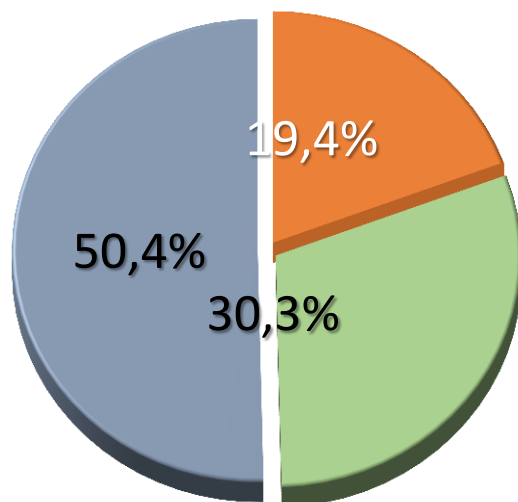
IL RUOLO DELLE REGIONI IN SANITÀ: DA MANTENERE O DA ... *RIMODULARE* ?

PENSI CHE L'AFFIDAMENTO ALLE REGIONI DELLE FUNZIONI IN MATERIA SANITARIA E DELLA GESTIONE DEI RELATIVI FONDI, DOVREBBE ESSERE:



- Mantenuto, come è già oggi
- Lievemente rimodulato
- Fortemente rimodulato
- Del tutto abolito

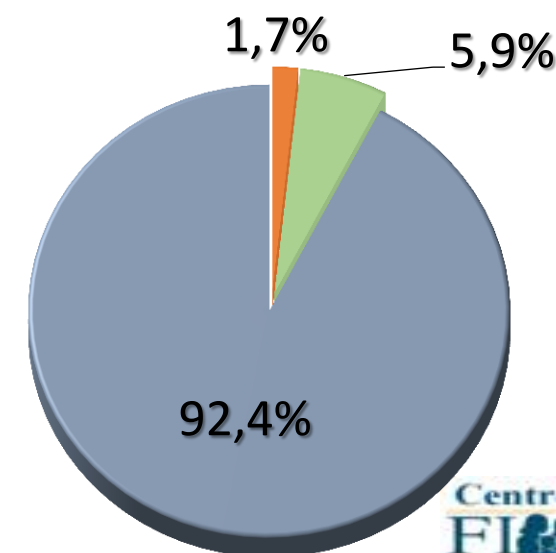
I MMG e il CAMBIAMENTO: "SUBIRE" o "PROPORRE" ?



RITIENI CHE I MMG **DEBBANO ADATTARSI** AGLI EVENTUALI CAMBIAMENTI ANCHE SE QUESTI DOVESSERO COMPORTARE L'ABBANDONO DI POSIZIONI TRADIZIONALI ?

■ No ■ Forse ■ Sì

RITIENI CHE I MMG **DEBBANO PROPORRE SOLUZIONI** ED IPOTESI DI ASSETTO ADEGUATE PER LE ESIGENZE DEL SISTEMA, MA ANCHE COERENTI CON LA VISIONE CHE I MEDICI HANNO DEL SSN?



NUOVO MODELLO ORGANIZZATIVO

- Domanda di salute complessa = risposta di salute organizzata
- Gestione dei pazienti complessi (fragili ,anziani, cronici, disabili)
- Qualità e continuità dell'Assistenza
- Estensione del legame fiduciario, dal singolo alla struttura organizzata valorizzando l'aspetto fiduciario come un valore aggiunto della cultura della MG

- La domanda di salute è in continua evoluzione.
- Il peso della popolazione anziana è in crescita esponenziale e con esso il bisogno di una assistenza sanitaria diversa, più mirata al “care” che alla terapia acuta di sintomi e malattie.
- Siamo entrati in una fase demografica che fa della “cronicità” il paradigma dello stato di salute della popolazione.

- La sfida della sanità negli anni 2000 è sostenere economicamente l'onere della cronicità.
- Il 60% dell'onere della spesa sanitaria è rappresentata da 7 fattori di rischio principali

- Solo una medicina generale adeguatamente strutturata può assicurare la diffusione della prevenzione e l'erogazione delle cure di patologie croniche ad un costo accettabile.

Punti di forza della medicina generale

Rapporto di fiducia continuato nel tempo
Relazione con il nucleo familiare



Personalizzazione
delle risposte

Distribuzione capillare sul territorio



Accessibilità

Gestione in economia dei fattori di produzione
con assunzione del rischio

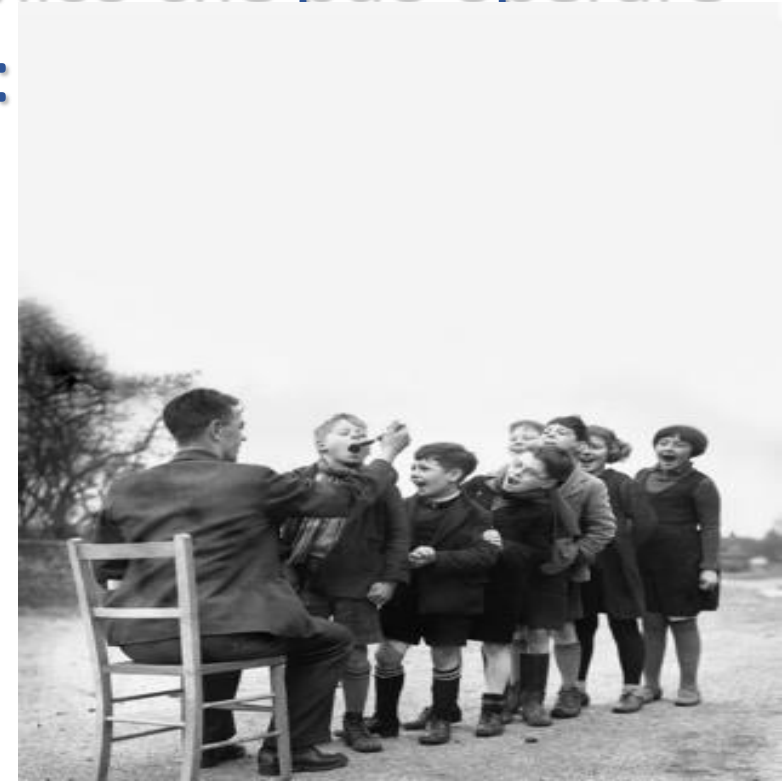
studi
attrezzature
materiale
personale
servizi



Economicità
Efficienza



Il Medico di Famiglia deve poter combinare una strategia dell'alto rischio con una strategia di popolazione. E' l'unico che può operare in questo modo perché è l'unico che può agire: su tutta la popolazione utilizzando il tempo



Strategie di opportunità: valutando il Rischio/Patologia di chiunque lo consulti

Strategie di pianificazione: valutando le caratteristiche epidemiologiche della popolazione assistita e definendo a priori le modalità di intervento

Strategie di iniziativa: richiamando periodicamente tutti i soggetti che sono oggetto della pianificazione

Il sistema «circolare»

- E' un obiettivo primario, sia per l'ospedale che per il territorio, contribuire a rinforzare l' area di interconnessione ospedale-territorio, non ancora pienamente ed uniformemente sviluppata in campo nazionale. Se vogliamo accettare la sfida di realizzare un sistema assistenziale senza più la separazione dicotomica ospedale-territorio, nel quale **il paziente venga inserito in un percorso assistenziale continuo**, bisogna definire una strategia in grado di prendere in carico tutte quelle condizioni di particolare complessità, nelle quali risultino necessari interventi a forte integrazione

- Sembra banale o addirittura demagogico ritornare a parlare di “centralità del cittadino” ma da lì non si scappa se si vuole veramente riposizionare l’offerta sanitaria del SSR.

Cosa chiedono i cittadini

IL cittadino richiede :

- Sicurezza
- Accessibilità alle prestazioni
- Disponibilità dei servizi essenziali
- Rapidità di accesso alle strutture sanitarie
- Assistenza in condizioni di fragilità e disabilità.
- Certezza di essere seguito in tutto il percorso di vita

Cosa chiedono i cittadini

- Senza dubbio la richiesta più diffusa che registriamo è quella di un presidio sanitario il più possibile “vicino” ai propri bisogni, intendendo per “vicino” non tanto la distanza fisica ma il modo e l’approccio con cui si risponde al bisogno di assistenza.

- La risposta è la creazione di una Rete Assistenziale Territoriale che si identifica con la costituzione delle AFT – Aggregazioni Funzionali Territoriali dei MMG e dei MCA.

- Deve prevalere la logica della “rete assistenziale” con un regista, il medico di famiglia, posto nelle condizioni di poter “governare” una medicina territoriale moderna e riorganizzata, in grado di garantire risposte appropriate a misura di cittadino.

- Questa capacità di risposta ampia oggi rivendicata dalla medicina di famiglia potrà essere ulteriormente migliorata con l'organizzazione in Aggregazioni Funzionali Territoriali e lo sviluppo della I.C.T (Information and Communication Technology) che costituisce lo strumento indispensabile per la realizzazione di una efficace ed efficiente rete assistenziale territoriale.

- Il progetto della Rete Assistenziale Territoriale mediante A.F.T. ha il suo punto di forza in una vera continuità nell'assistenza dei cittadini che si realizza mediante l'integrazione stabile ed organica delle diverse professionalità sanitarie coinvolte per garantire una risposta al bisogno di salute non solo temporale ma anche di metodo

- Per fare questo occorre promuovere ed incentivare la costituzione delle diverse forme aggregative già previste per i MMG (UTAP – Medicina di Gruppo Integrata – Medicina di Gruppo – Medicina di Rete).

- Il governo clinico nella medicina generale può e deve rappresentare la risposta organica alla necessità, riconosciuta da tutti, di una maggiore responsabilizzazione degli operatori sanitari sul piano delle risorse e della loro gestione, ma prima ancora sulla qualità delle prestazioni assistenziali e dell'appropriatezza dell'offerta assistenziale.

IL SISTEMA DOMICILIARE

- COSTITUISCE UNA DELLE POSSIBILI RISPOSTE ALLE RICHIESTE DELL'UTENZA CHE NECESSITA DI ASSISTENZA A CAUSA DELLE CONDIZIONI DI SALUTE
- PREVEDE LA POSSIBILITA' DI EROGARE L'ASSISTENZA SECONDO TIPOLOGIE DIFFERENTI CARATTERIZZATE DA DIVERSI BISOGNI ASSISTENZIALI
- PROPONE UN'INTENSITA' DI ASSISTENZA PROPORZIONALE ALL'INTENSITA' DEI BISOGNI

TIPOLOGIE DI CURE DOMICILIARI

- ADP (ASSISTENZA DOMICILIARE PROGRAMMATA)
- LUNGOASSISTENZA
- ADI (ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA)
- ADI UOCP
- RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI (RSA)

IL SISTEMA DOMICILIARE

- Per la Medicina Generale, l'assistenza domiciliare costituisce un livello essenziale da garantire al cittadino.
- Il MMG rappresenta la figura del responsabile unico e globale in riferimento alla tutela della salute del proprio assistito in ambito extra-ospedaliero.

- Negli ultimi dieci anni gli Accordi Collettivi Nazionali disciplinano in modo dettagliato le prestazioni, i destinatari, le procedure di attivazione e il coordinamento con le altre figure coinvolte nell'assistenza a domicilio, prevedendo anche la possibilità di un potenziamento a livello di Accordi Regionali.

- Nel contratto terapeutico-assistenziale rappresentato dalle cure domiciliari, il ruolo del MMG prevede prestazioni professionali di tipo tecnico e relazionale di identico livello che portano ad un' alleanza terapeutica tra medico, operatori sanitari, persona assistita e la sua famiglia.

- La visione dell'assistenza come un percorso di cura, che prende in considerazione per " intensità " variabili di bisogno: da momenti che necessitano tecnologie/professionalità/assistenza di livello medio-basso, a momenti che implicano un impegno maggiore, differenziato, specifico. Il percorso è graduale, dinamico, con possibilità di incremento o riduzione di complessità sia nello stesso paziente che nella totalità della popolazione assistita, da uno stadio minimale fino all'accompagnamento alla morte.

- Il supporto fornito a casa non è limitato alla prestazione sanitaria in senso stretto, ma comporta una serie di aspetti relazionali e pedagogici finalizzati allo sviluppo dell'autonomia residua da parte del malato, lo sviluppo della responsabilizzazione del paziente e del familiare alla conduzione del proprio stato, attraverso processi educativi in termini di addestramento a tecniche, ma anche e soprattutto alla comprensione, all'accettazione, all'auto-recupero psicofisico possibile.



**Grazie
per l'attenzione e
per la pazienza**

ROBERTO VENESIA

FIMMG Torino e Piemonte