

Come cambierà il management delle patologie croniche nel percorso di evoluzione della medicina generale

Massimo Magi



Lo scenario attuale

- Previsione di prevalenza delle malattie croniche 5.6%
- Aumento stimato della popolazione anziana disabile è del 2% annuo

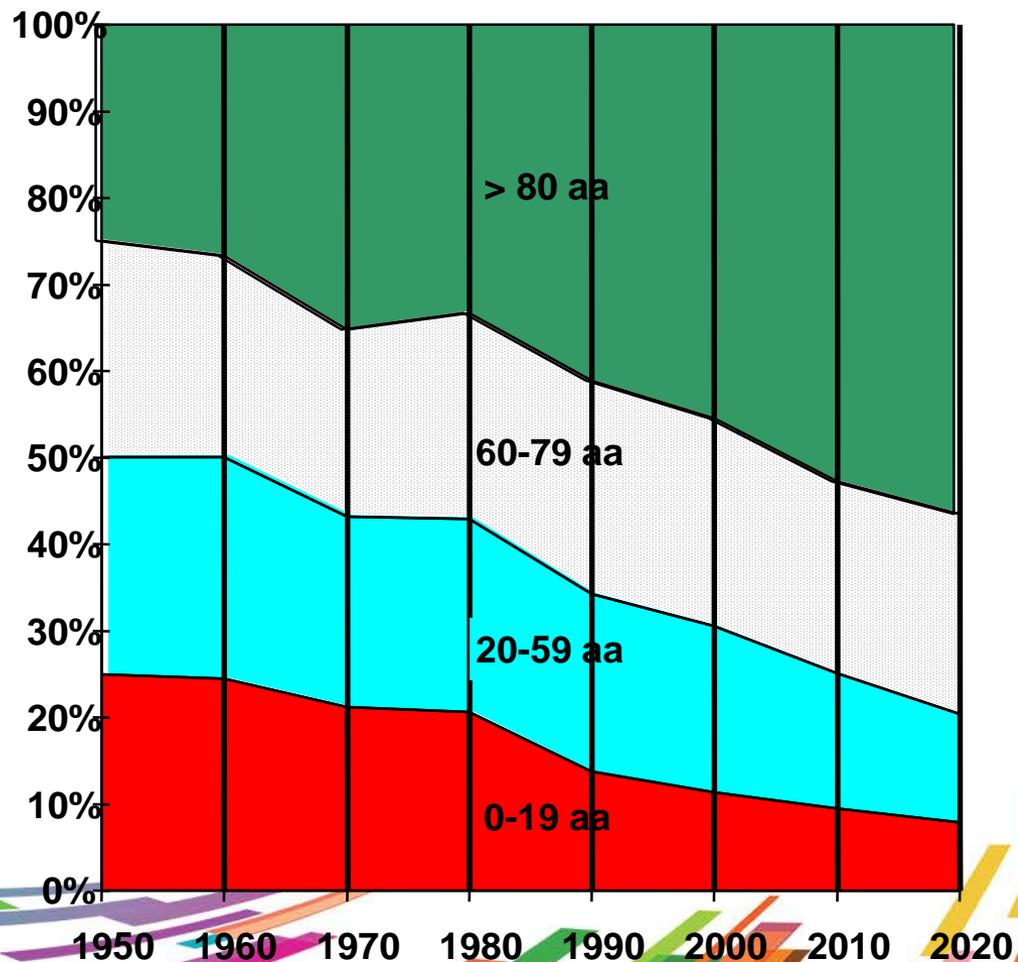


Lo scenario attuale

- Nel 2020 circa il 25 % della popolazione in Italia sarà over 65
- Riduzione delle potenzialità di assistenza informale da parte delle famiglie
- Invecchiamento della popolazione (dinamica demografica fredda)
- Entro 20 anni il 90% delle richieste in ambito sanitario saranno dovute alla malattia cronica
- Adeguare le scelte di politica sanitaria a questo scenario



- Invecchiamento della popolazione
- Entro 20 anni il 90% delle richieste in ambito sanitario saranno dovute alla malattia cronica
- Adeguare le scelte di politica sanitaria a questo scenario



Il fenomeno della CRONICITA'

- Allungamento della vita media associata ad una dinamica demografica fredda
- I medici curano le persone ma creano malati
- La salute possibile (o residua) e qualità della vita
- La riduzione delle potenzialità di assistenza informale da parte delle famiglie



MODIFICA del CONCETTO di SALUTE

«Totale benessere psichico, fisico, sociale» (OMS 1948)

° eccessiva medicalizzazione (salute perfetta e completa)

° non ha consentito di interpretare il fenomeno della cronicità

° introduce una rigidità operativa a sfondo utopico che la rende difficilmente realizzabile



SALUTE non più come stato ma come ABILITA'

- La capacità di un progressivo adattamento per raggiungere un equilibrio
- E' un processo di **riadattamento pro-attivo**, di fronte alle avversità, ai traumi, alle malattie, agli stress, che consente di "risalire" ripristinare uno stato di equilibrio e una dinamica vitale costruttiva (**RESILIENZA**)



Salute come ABILITA'

- Nascono nuove esigenze:
 - All'interno del rapporto fiduciario Medico-Paziente il processo di ACCOMPAGNAMENTO diventa prioritario (LongLife Health Promotion)
 - Sviluppo di COMPETENZE da parte del Cittadino attraverso innovativi strumenti quali:
 - Empowerment
 - Family Learning Socio Sanitario

Percorsi educazionali di sviluppo delle competenze



Le carenze del SSN

- Autoreferenzialità
- Rigidità della risposta assistenziale
- Mancanza di risposte intermedie tra territorio e ospedale
 - Il Sistema Sanitario non funziona come un “sistema” ma un insieme di “isole”



Una considerazione

- Mentre sta aumentando la richiesta di risposte ai bisogni delle patologie cronic-degenerative, il sistema assistenziale nel suo complesso da sostanzialmente una risposta ancora di tipo ospedalocentrico più attrezzata per il trattamento delle patologie acute.



Esigenza di dare risposta alla cronicità

- Individuare un modello socio-assistenziale flessibile e a costi sostenibili
- Aumentare l'attenzione alla QUALITA' della vita
- Costruire e migliorare la rete assistenziali del territorio al fine di individuare percorsi alternativi alla ospedalizzazione
- Rideterminare un nuovo equilibrio tra il sociale e il sanitario



...non solo

- occorre porsi un'altra domanda avendo a che fare con grandi numeri e con situazioni complesse e polifattoriali

COME ORGANIZZARSI per garantire questi servizi



TERRITORIO

- Il TERRITORIO con la sua RETE dei SERVIZI rappresenta il luogo più APPROPRIATO per la GESTIONE delle CRONICITA'



I punti di forza del TERRITORIO

- Flessibilità degli interventi
- Sostenibilità dei percorsi assistenziali
- Appropriatelyzza e Gradimento
- CARATTERISTICHE operatori:
 - DISPONIBILITA'
 - ACCESSIBILITA'
 - FLESSIBILITA'



Nelle forme di cronicità, specie le più avanzate anche la medicina specialistico-tecnologica ha pochi strumenti, mentre una **medicina basata sulla persona** appare più adeguata ed esaustiva nei confronti dei bisogni che si creano in tale situazione e più appropriata nelle risposte



Le CONDIZIONI

- Lo sviluppo di **MODELLI di RETE** della assistenza territoriale in grado di presidiare il territorio collegando i punti di erogazione delle prestazioni
- Lo sviluppo **MODELLI di INTEGRAZIONE** in grado di realizzare percorsi di **CONTINUITA'** della **ASSISTENZA**
- Lo sviluppo di **MODELLI di COORDINAMENTO** per dare maggiore **ESAUSTIVITA'** e **APPROPRIATEZZA** alle risposte dei bisogni dei cittadini e facilitare l' **ACCESSO** alle cure primarie



DISTRETTO

- Articolazione unitaria del sistema sanitario dove avviene la **programmazione** dei servizi e si dà attuazione agli istituti della **partecipazione** dei cittadini
- All'interno del distretto una ulteriore suddivisione dello spazio assistenziale in aree sub-distrettuali consente che l'erogazione dei servizi e delle cure avvenga in **prossimità** dei cittadini e dei loro bisogni



I Bisogni della CRONICITA'

Quattro MACROAREE:

- AREA della cronicità di lunga durata o stabilizzata
- AREA della cronicità riacutizzata e/o scompensata
- AREA della cronicità ad elevato recupero funzionale o della riabilitazione
- AREA della cronicità con necessità di sollievo dei care-givers

ASSOCIATE ad un diverso grado di bisogno sociale.



Le risposte

- **Medicina PRO-ATTIVA o di Iniziativa**
- **CAPACITA' di ORGANIZZAZIONE della Medicina Generale**
- **Investimento sulla Medicina Generale sui Fattori Produttivi**
- **Tecnologia di Primo Livello (v. Progetto InSpir@)**

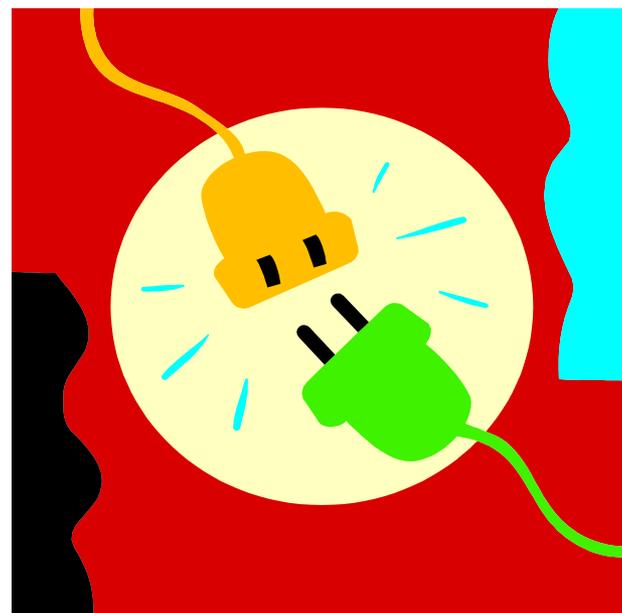


TABELLA I - Aspetti che distinguono l'assistenza sanitaria convenzionale dall'assistenza sanitaria di base "centrata sulla persona"

Assistenza medica ambulatoriale convenzionale	Assistenza basata su programmi verticali di controllo delle malattie	Assistenza sanitaria di base centrata sulla persona
Focus sulle malattie e sulla cura	Focus sulle malattie prioritarie	Focus sui bisogni sanitari
Relazioni limitate al momento della consultazione	Relazione limitata all'implementazione del programma	Relazioni personali che durano nel tempo
Assistenza curativa episodica	Interventi finalizzati al controllo di determinate malattie	Assistenza globale, continua e centrata sulla persona
Responsabilità limitata alle prescrizioni che riguardano quella specifica consultazione	Responsabilità per il controllo della specifica malattia rispetto alla popolazione Target	Responsabilità per la salute di tutti i membri della comunità durante tutto il ciclo della vita; responsabilità nei riguardi dei determinanti di malattia e delle disuguaglianze nella salute
Gli utenti sono consumatori dell'assistenza che essi hanno acquistato	Gruppi di popolazione sono l'oggetto dei programmi di controllo di una determinata malattia	Le persone sono partner nella gestione della loro malattia e affrontano i problemi di salute della loro comunità

Una delle risposte di sistema della RETE delle CURE PRIMARIE

- Studio del MMG
 - Domiciliarità
 - Residenzialità
 - Servizio di Continuità
 - Altri servizi distrettuali



DOMICILIARITA'

- Regime assistenziale che favorisce il mantenimento della persona al proprio domicilio
- In condizioni in cui il ricovero ospedaliero non aggiunge alcun miglioramento alle condizioni del soggetto



Rivedere i modelli di ADP

- ADP: Assistenza Domiciliare Programmata
 - Regime che prevede la presenza effettiva del MMG al domicilio del paziente per situazioni socio-sanitarie a rischio di peggioramento
- ADI: Assistenza Domiciliare Integrata
 - Servizi di assistenza sanitaria al domicilio del paziente in maniera alternativa al ricovero ospedaliero

SONO ANCORA VALIDI?



La SCELTA di fondo: La RETE dei SERVIZI

- L' **Assistenza Domiciliare** rimane la scelta strategica. Però.....
 - Situazioni a forte rischio sociale o di riacutizzazione di patologie croniche con necessità di monitoraggio più intensivo possono indicare un trattamento residenziale alternativo a quello ospedaliero che realizzi e rafforzi un **MODELLO di RETE** dei servizi territoriali con l'offerta di soluzioni flessibili e appropriate a seconda dei bisogni dei cittadini il cui costo sia sostenibile
 - ***Modelli organizzativi, modelli gestionali, modelli retributivi, sono coerenti con i nuovi bisogni?***



RESIDENZIALITA'

- Il Sistema della Residenzialità rappresenta nella Regione Marche una rete di strutture in grado di funzionare come **sistema scambiatore** tra ospedale e domicilio, fortemente integrato con il Distretto di cui potenzia le risposte assistenziali in favore dei bisogni di salute dei cittadini in particolare quelli anziani oppure affetti da patologie croniche, alternativo al ricovero ospedaliero in particolare in quelle condizioni in cui risulta essere appropriato un regime assistenziale più attento ai bisogni di assistenza della persona.



- Esso inoltre rappresenta un **sistema** dove realizzare percorsi clinico-assistenziali per la **gestione delle patologie cronicodegenerative** o delle fasi di scompenso e/o riacutizzazione di condizioni cliniche oramai definite e già precedentemente diagnosticate, associate o meno ad esigenze di tipo socio-assistenziali.



- In particolare comprende un **insieme funzionale di strutture** quali Ospedale di Comunità, Hospice, le varie tipologie di R.S.A., Nar, Case di riposo ecc. ovvero strutture a bassa medicalizzazione dove prioritario è l'aspetto di assistenza alla persona e la responsabilità clinica è ricondotta al medico di medicina generale.



- I modelli della Residenzialità sono organizzati in maniera tale da dare risposte appropriate ed esaustive
- Chiarire la confusione dei ruoli e funzioni e contenuti assistenziali del **Sistema della Residenzialità** vs sistema **Cure Intermedie** che sostanzialmente ripropone la centralità del territorio rispetto a quella dell'ospedale



Considerazione Finale

Queste le sfide e i problemi aperti nella riflessione sulla gestione della cronicità. Ma evitiamo di essere rinchiusi nel «ghetto» della cronicità. La MEDICINA GENERALE non gestisce solo la cronicità, ma in maniera complessiva i percorsi di salute dei cittadini. La capacità di saldare questa questi due funzioni del ruolo del MMG e della sua organizzazione credo dovrà essere la «via maestra» dello sviluppo professionale dei prossimi anni.

