



Tavola rotonda: la personalizzazione delle cure come indicatore di performance

FABIO BONO

Il modello Colorno (Pr):
15 anni di gestione integrata del territorio

Il problema cronicità in numeri

- ❖ Un terzo delle visite dei Mmg e degli specialisti è assorbito da malati cronici e due terzi da persone che lo potrebbero diventare (ruolo della prevenzione, della diagnosi precoce e delle acuzie territoriali)
- ❖ Il 51% dei ricoveri è di Pz. Over 65 anni
- ❖ I Pz over 65 assorbono il 60% della spesa farmaceutica con andamento progressivo in funzione dell'età

Il problema cronicità in numeri

- ❖ La popolazione anziana over 65 (?) rappresentata circa il 21% del totale, nel 2032 gli over 65 saranno il 27,6 %
- ❖ Ultra novantenni 1,2 % della popolazione
- ❖ Circa il 40-41 % dei malati cronici si dichiara in buona salute
- ❖ La maggior parte delle patologie si aggrava nell'ultima parte della vita dopo i 75 anni
- ❖ La prevalenza: l'artrosi/artrite (16,4%), l'ipertensione (16,7%), le malattie allergiche (10,0%), la bronchite cronica e asma bronchiale (5,9%), il diabete (5,4%)

CHRONIC CARE MODEL: LA SOLUZIONE ?



7
4
C
O
N
G
R
E
S
S
O
N
A
Z
I
O
N
A
L
E

- ❖ QUANDO: 1990 E.H. WAGNER TEORIZZA IL MODELLO CCM
- ❖ DOVE: USA
- ❖ TIPO DI SANITA': PRIVATA IN MASSIMA PARETE (1990 15% DEI CITTADINI SENZA COPERTURA SANITARIA)
- ❖ ASPETTATIVE DI VITA NEL 1990 NEGLI USA 75 ANNI (F-M)
- ❖ A 27 ANNI DI DISTANZA, ANALIZZANDO I RISULTATI DI GRANDI REVIEW SISTEMATICHE, NON VI SONO CERTEZZE SULLA APPLICABILITA' E SUGLI OUTCOME DI QUESTO MODELLO
 - ❖ Effectiveness of chronic care models: opportunities for improving healthcare practice and health outcomes: a systematic review - Davy et al. BMC Health Services Research (2015) 15:194 DOI 10.1186/s12913-015-0854-8
 - ❖ Effectiveness of chronic care models for the management of type 2 diabetes mellitus in Europe: a systematic review and meta-analysis -Bongaerts BWC, et al. BMJ Open 2017;7:e013076. doi:10.1136/bmjopen-2016-013076
 - ❖ A structured review of chronic care model components supporting transition between healthcare service delivery types for older people with multiple chronic diseases - Health Information Management Journal Accepted for publication November 06, 2016.
 - ❖ AUSTRALIAN PRIMARY HEALTH CARE RESEARCH INSTITUTE THE UNIVERSITY OF NEW SOUTH WALES SCHOOL OF PUBLIC HEALTH & COMMUNITY MEDICINE A SYSTEMATIC REVIEW OF CHRONIC DISEASE MANAGEMENT 2006
 - ❖ Tuscan Chronic Care Model: a preliminary analysis] Barbati et Al. [Igiene e Sanita Pubblica](#) [01 Sep 2015, 71(5):499-513]

Riflessioni sui modelli organizzativi

- ❖ Le aspettative di vita a 65 anni in Italia sono tra le piu' alte a livello mondiale (18,9 anni per i maschi e di 22,2 per le femmine)
- ❖ Le aspettative di vita in buona salute per i cittadini italiani over 65 è inferiore alla media europea (rispettivamente 13,7 anni per i maschi - media UE 14.4 e 14,3 per le femmine media UE 15,8) così come per la speranza di vita senza limitazioni (7,8 anni per i maschi e 7,5 per le femmine - media UE 9.4)
- ❖ La differenza diviene ancora più consistente se osserviamo le medie degli stati europei più performanti
- ❖ **Dai numeri sembrerebbe che il problema non sia la cura delle patologie ma ritardare la loro insorgenza**

<https://www.istat.it/it/archivio/203820>

Riflessioni sui modelli organizzativi

- ❖ I fattori che incidono sullo stato di salute della popolazione sono di tipo socio-economico, politici, ambientali, culturali, lavorativi ... e sanitari
- ❖ E' molto probabile che il modello Nazionale, e la Medicina Generale per quanto riguarda gli aspetti sanitari, abbiano svolto in modo egregio il loro lavoro a fronte di costi sanitari tra i più bassi a livello delle economie più evolute
- ❖ Un nuovo modello, sperimentato in realtà di dimensioni minori o con risultati inferiori a quelli nazionali, ed in culture diverse, non fornisce adeguate garanzie
- ❖ Cambiare un modello vincente è ambizioso e allo stesso tempo rischioso a meno che non si sia obbligati a farlo per mancanza di risorse

Riflessioni sui modelli organizzativi

- ❖ I nuovi modelli organizzativi teorizzano équipes di professionisti, dei più disparati settori, che fluttuano nell' etere, pronte ad intervenire per risolvere i problemi socio-sanitari dei cittadini qualora non ci riescano da soli (empowerment del Pz.)
- ❖ La realtà, forse, sarà questa ma tra diversi anni, non ora
- ❖ Attualmente abbiamo una Sanità territoriale, e nello specifico una Medicina Generale, che ha gestito sino ad ora la cronicità, il quotidiano e le acuzie territoriali con il contributo, a domanda, di altre professioni sanitarie

Riflessioni sui modelli organizzativi

- ❖ La Medicina Generale in questi anni stà mutando il suo modo di affrontare la domanda passando da un modello basato sulle singolarità ad un modello basato sulle aggregazioni (AFT-UCCP)
- ❖ I cambiamenti operano su una popolazione di professionisti che cambierà radicalmente nei prossimi 10 anni, evento che può essere visto come una opportunità ma che, in un settore così delicato come la sanità, appare rischioso
- ❖ Sarebbe sensato progettare modelli con un numero di cambiamenti limitato, rispetto ai modelli attuali, che incidano su singole criticità, e forniscano, per lo meno, indicatori di breve periodo che consentano di pesare i risultati in funzione dei cambiamenti indotti

Le criticità organizzative dei Pdta

- ❖ Il mantra dei percorsi come strumento organizzativo, pro-attivo, e depersonalizzato dove l'unico che ha un rapporto di scelta diretto con il Cittadino è il Medico di Medicina Generale ma che all'interno del percorso è spesso marginalizzato, nei fatti, e non ha nessuna possibilità di indirizzo
- ❖ I livelli di intervento delle professionalità sanitarie nell'ambito dei PDTA:
 - * Infermieri
 - * Mmg-Mmg con particolari interessi professionali
 - * Specialisti-Specialisti ospedalieri
- ❖ Conseguente aumento del carico amministrativo e diminuzione di quello sanitario per il MMG eroso da altre figure

Riflessioni sui modelli organizzativi: i pdta

- ❖ I Pdta potranno avere sicuramente un ruolo importante nei Pz. ad alta intensità ed alto/altissimo rischio di ricovero ma questi rappresentano nella nostra realtà non più del 3-4% della popolazione, parte della quale già istituzionalizzata nelle case di riposo
- ❖ Dal punto di vista organizzativo, in considerazione della frequente polipatologia in carico allo stesso utente, non ha senso avere una serie di Pdta ma sarebbe più utile un Pdta modulare ove il case manager possa organizzare il percorso, **su indicazione del Medico di Medicina Generale** in funzione dei piani nazionali per le singole patologie, coinvolgendo tutti i servizi sanitari e sociali necessari

Riflessioni sui modelli organizzativi

- ❖ La presenza sia nelle AFT che nelle UCCP di tecnologia e Mmg con particolari competenze professionali (piano nazionale cronicità) può consentire di portare ancora più vicino al Pz i processi di cura e rendere più appropriati i percorsi
- ❖ La quota di accessi agli studi di Medicina Generale per problematiche non sanitarie è di circa il 20 % degli accessi. La presenza dei servizi sociali, integrati alle nostre strutture, renderebbe più performante il nostro lavoro e libererebbe risorse ma ciò non avviene nella gran parte dei casi
- ❖ Le acuzie dei Pz. seguiti nei Pdta vengono per la maggior parte affrontate dalla Medicina Generale grazie alla sua presenza continuativa sul territorio

Criticità del sistema Pdta

- ❖ Orientamento, al di là delle parole, alla sanitarizzazione dei Pz. (troppi piani terapeutici sullo stesso utente)
- ❖ Esternalizzazione, nei fatti, della cronicità rispetto alla Medicina Generale
- ❖ Irrealistico pensare nel medio periodo, con le risorse disponibili, ad équipes integrate e dimensionalmente adeguate alla necessità
- ❖ Scarsa modularità ed adattabilità alle necessità contingenti
- ❖ Assenza del ruolo unico MMG - C.A. come vero strumento di continuità di cura

La nostra storia: dal progetto Colorno alla CdiS

- ❖ 1992 - Medicina di gruppo - SRL di servizio
- ❖ 1994 - La Medicina in rete
- ❖ 2002 - Presentazione del progetto Colorno
- ❖ 2003 - Inizio operatività del progetto Colorno come modello integrato gestionale (UCCP) del territorio
- ❖ 2004 - Nucleo di cure primarie (AFT)
- ❖ 2012 - Casa della salute - modello multi-dipartimentale



Obiettivi, strumenti e criticità del modello CdiS

- ❖ Obiettivi: Creare un modello territoriale integrato per la presa in carico dei bisogni sanitari e socio-assistenziali dei cittadini evitando che oneri ricadano sulle famiglie
- ❖ Strumenti: continuità assistenziale, ottimizzazione/creazione di percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali per la cronicità sul modello hub and spoke tra servizi/CDS/Professionisti
- ❖ Criticità nel modello generale:
 - * governance clinica raramente in capo alla Medicina Generale che rappresenta chi realmente “tiene accesa la luce” nelle CdiS
 - * ruolo unico della Medicina Generale (MMG-C.A.)
- ❖ Sostenibilità: liberare risorse da investire in nuovi servizi



La nostra esperienza in AFT-CdiS:La Medicina Generale

- ❖ AFT (NCP): 12389 Ab., 24,3% over 65, 12,9% over 75
- ❖ Medicina gruppo Studi Città di Colorno in CDS
 - ❖ 6 Mmg
 - ❖ 2 infermieri
 - ❖ 1 amministrativo
- ❖ Le attività
 - ❖ Apertura 11 ore 5gg la set.
 - ❖ Diagnostica primo livello (ecg, holter ecg, holter pressorio, ecografia, spirometria)
 - ❖ Pdta
 - ❖ interni (diabete)
 - ❖ Hub-spoke (paliazione)
 - ❖ In progettazione (IRC, scompenso)
 - ❖ Pz. Casa di Riposo (83 posti)
 - ❖ Posti di cure intermedie (6 posti)
 - ❖ Posti per gravi cerebropatie acquisite (7 posti)
- ❖ I Mmg del NCP extra Casa della Salute (3)



Gli attori: I servizi interni della CDS di Colorno

- ❖ Punto informazione al pubblico
- ❖ Centro unificato di prenotazione
- ❖ Punto prelievi
- ❖ Servizio infermieristico domiciliare
- ❖ Servizio ausili
- ❖ Mediatore culturale
- ❖ Specialistica
- ❖ Radiologia (rx - eco)
- ❖ Tao
- ❖ Cal dialisi
- ❖ Odontoiatria
- ❖ Pediatria - Salute donna
- ❖ Psichiatria
- ❖ Fisiatria
- ❖ Tossicodipendenze
- ❖ Endoscopia
- ❖ Chirurgia cataratta
- ❖ Amb. Vulnologico
- ❖ Volontariato
- ❖ Formazione

La nostra esperienza: i risultati

- ❖ Riduzione degli accessi al P.S. non seguiti da ricovero, ore 8-20, non inviati da MMG/C.A., non provenienti da ospedali, con mezzi propri (54,2 per 1000 ab. vs 76,5 Parma, 118 E.R.)
- ❖ Ricoveri medici in media Regionale
- ❖ Ricoveri ACSC (condizioni sensibili al trattamento ambulatoriale) 0,1 - 0,5 per 1000 ab. (escluso scompenso) , in linea con le medie regionali ed aziendali
- ❖ Riduzione spesa farmaceutica con miglioramento della appropriatezza e della distribuzione diretta
- ❖ Parte del carico di lavoro dei Mmg spostato sul front Office (amministrativo e infermieristico)
- ❖ Aumento della presa in carico dei Pz. con polipatologie (Posti cure intermedie, posti GRADA, Adi territoriali)
- ❖ Casa di riposo (83 Pz. in massima parte derivanti dal territorio di pertinenza dell' AFT)
- ❖ 11 ore di apertura al giorno per 5 giorni la settimana (Medicina di gruppo ed AFT)
- ❖ Diagnostica di primo livello all'interno della Medicina Generale in CdS come strumenti di miglioramento della gestione della cronicità e riduzione dell'invio al P.S. (ECG, Ecografia/Ecocolordoppler, holter Ecg, holter pressorio, spirometro, polisonografo)
- ❖ Aumento della formazione interna, tra pari, sanitaria ed organizzativa

La nostra esperienza: i risultati PDTA diabete

	E.R.	Pr	AFT-CDS colorno
I° visita endocrino	33,5 / 1000 Ab.	37,6 / 1000 Ab.	36,5 / 1000 Ab.
Visita di controllo	77 / 1000 Ab.	115 / 1000 Ab.	117 / 1000 Ab.
Tot. visite spec.	110,9 / 1000 Ab.	153,4 / 1000 Ab.	153,4 / 1000 Ab.
ACSC	0,4 / 1000 Ab.	0,5 / 1000 Ab.	0,4 / 1000 Ab.
tasso Pz. diabetici	64,1 / 1000 Ab.	63 / 1000 Ab.	69,4 / 1000 Ab.

<http://salute.regione.emilia-romagna.it/siseps/sanita/prim/analisi-statistica-ed-2017/reportistica-predefinita-nuclei-cure-primarie-edizione-2017>

La nostra esperienza: la cronicità senza PDTA

	E.R. VISITE	PR VISITE	AFT-CDS VISITE	E.R. ACSC	PR ACSC	AFT-CDS ACSC
BPCO	32 / 1000 Ab.	27,9 / 1000 Ab.	27,2 / 1000 Ab.	0,9 / 1000 Ab.	0,9 / 1000 Ab.	1,2 / 1000 Ab.
Angina	130,7 / 1000 Ab.	129,6 / 1000 Ab.	127,9 / 1000 Ab.	0,6 / 1000 Ab.	0,4 / 1000 Ab.	0,4 / 1000 Ab.
Scompenso				2,5 / 1000 Ab.	2,6 / 1000 Ab.	2,8 / 1000 Ab.

<http://salute.regione.emilia-romagna.it/sisepts/sanita/prim/analisi-statistica-ed-2017/reportistica-predefinita-nuclei-cure-primarie-edizione-2017>

PZ. AD ALTO E MOLTO ALTO RISCHIO DI RICOVERO CDIS DI COLORNO ANNO 2015

- ❖ PZ. CON UN RICOVERO : 167
 - ❖ RISCHIO MOLTO ALTO (185 PZ.): 105
 - ❖ RISCHIO ALTO (238 PZ.): 62
- ❖ PZ. CON PIU' DI UN RICOVERO : 74
 - ❖ RISCHIO MOLTO ALTO (185 PZ.): 56
 - ❖ RISCHIO ALTO (238 PZ.): 18

TOTALE : PZ. 423
TOTALE RICOVERI
ANNO 2015 CIRCA 330

Alcune osservazioni

- ❖ In provincia di Parma sono attualmente attive 17 Case della Salute tra piccola, media ed alta complessità, pari al 20% di quelle attive in regione
- ❖ Le case della salute insistono sul NCP (AFT) territoriali
- ❖ Ove negli NCP sono presenti Case della salute il numero di accessi al P.S. diminuisce e la riduzione appare maggiore ove nella CdiS lavora più del 50% del MMG del NCP

Criticità dei nuovi modelli

- ❖ Mancanza di un ACN che definisca ruoli e compiti della Medicina Generale alla luce dei cambiamenti delineati dalla legge “Balduzzi” e dal “Piano Nazionale della Cronicità”. Passaggio fondamentale sia per il mantenimento dei risultati di salute ottenuti sia, per il cittadino, per non perdere un riferimento certo nel SSN
- ❖ Elevato carico di lavoro della Medicina Generale (13 contatti/anno/Pz. contro circa 7 contatti/Pz./anno in nord Europa e 10 in Italia) senza un potenziamento del personale
- ❖ Mancata integrazione nel sistema della C.A. fondamentale per non vanificare il lavoro svolto durante il giorno
- ❖ Spersonalizzazione del rapporto Medico-Pz. nei PDTA
- ❖ Mancanza di adeguato supporto da parte dei servizi Sociali
- ❖ Necessità di una maggiore formazione indirizzata al personale ospedaliero, ma non solo, sulla struttura del SSN e SSR e sui suoi percorsi

Osservazioni sul Modello CdiS

- ❖ Credere che la soluzione sia nel Chronic Care Model esercitato attraverso i PDTA “esternalizzati rispetto alla M.G.” quando così non è
- ❖ Il sistema funziona se c’è chi tiene accesa la Luce tutto il giorno nelle strutture ed accoglie e gestisce le necessità di salute, acute e croniche, degli utenti
- ❖ Il sistema funziona se c’è qualcuno che ha un rapporto diretto, per scelta, con l’utente ed entrambi si sentono responsabilizzati rispetto ai percorsi di cura
- ❖ Il sistema funziona se il servizio infermieristico territoriale è integrato con la M.G.
- ❖ Il sistema funziona se il Coordinamento è in carico a chi vive giornalmente i suoi bisogni



GRAZIE PER LA VOSTRA
ATTENZIONE