Modelli organizzativi per la cronicità e continuità delle cure

Roma 29-30 Ottobre 2019
Forum PA Sanità

isabella.mastrobuono@sabes.it

24 milioni di cittadini soffrono di una patologia cronica

La quota degli ultra75enni sul totale della popolazione, attualmente pari al 22,4%, nei prossimi 20 anni supererà il 29% e quella degli over 85 sarà oltre il 5%. L'indice demografico di dipendenza strutturale supera il 55,5%, quello di dipendenza degli anzianiil 34%.

La speranza di vita in buona salute alla nascita si attesta a 58,2 anni e quella senza limitazioni funzionali a 65 anni è pari a 13,7 anni per gli uomini e 14,1 per le donne, contro una media UE rispettivamente di 14,4 e 15,8 anni.

Sempre a 65 anni la speranza di vita senza limitazioni funzionali è di 7,8 anni per gli uomini e 7,5 per le donne a fronte di una media europea di 9,4 anni per entrambi i sessi.

Rispetto alla media UE decisamente peggiore è la condizione degli over 75 con patologie di lunga durata o problemi di salute. Circa un anziano su due soffre di almeno una malattia cronica grave o più patologie, con quote tra gli ultra80enni rispettivamente di 59% e 64%.

Profilazione della popolazione: l'esempio della P.A. Bolzano 2018

PROFILO	Popolazione	%	Età media	Spesa complessiva (Mil €)	Spesa media (€)	Carico assistenziale
Non utente	109.105	20,6 %	34,9	-	-	-
Occasionale	228.222	43,1 %	33,7	30,4	133	0,11
Cronico senza ricovero	131.301	24,8 %	61,3	121,4	924	0,87
Materno-infantile	10.488	2,0 %	32,1*	28,3	2.694	2,39
Ricovero acuto	16.252	3,1 %	36,5	64,2	3.948	3,50
Cronico con ricovero	**30.780**	**5,8 %**	**65,5**	**306,6**	**9.960**	**9,21**
Cronico termine vita	2.978	0,6 %	79,9	44,7	15.007	14,94
TOTALE	**529.126**	**100,0%**	**42,7**	**595,5**	**1.125**	**1,00**

** adulti*

34 patologie croniche mappate.
Governo dei flussi informativi. Creazione di nuovi flussi dal territorio

Nel 2035, nella Provincia Autonoma di Bolzano, il numero di persone affette da patologie croniche passerà dal valore attuale di ca. 159.000 a ca. 191.000
In Italia 24 milioni di persone "dichiarano" di essere affette da patologie croniche (39,9%) e di questi il 29% da due patologie

Fonte: Sistema informativo sanitario provinciale, 2018

L'assistenza primaria

La Commissione Europea (febbraio 2014) ha definito l'assistenza primaria come un ***"sistema accessibile universalmente, centrato sulla Persona, che integri servizi sanitari e sociali, assicurati da team multiprofessionali e multidisciplinari, per fare fronte ai bisogni di salute dei cittadini in partnership tra i pazienti e i loro caregiver in un contesto familiare o di comunità garantendo il coordinamento e la continuità delle cure"***. La definizione non si limita alla tutela della salute da un punto di vista biomedico, ma comprende anche aspetti socio-economici per le forti ripercussioni che questi ultimi hanno sulla vita delle persone.

La spesa sociale è destinata ad aumentare assai più che quella sanitaria

Fonte: Masterplan Chronic Care, 2018-2020

Accessi al PS ed ai reparti

248.646

Accessi complessivi Pronto Soccorso 2018

Accessi in PS con esito RICOVERO	di cui accessi in ricovero in reparti AFO mediche	Età media ricoveri nelle medicine
12,4%	60,2%	72,2
30.803	17.154	

84,1%

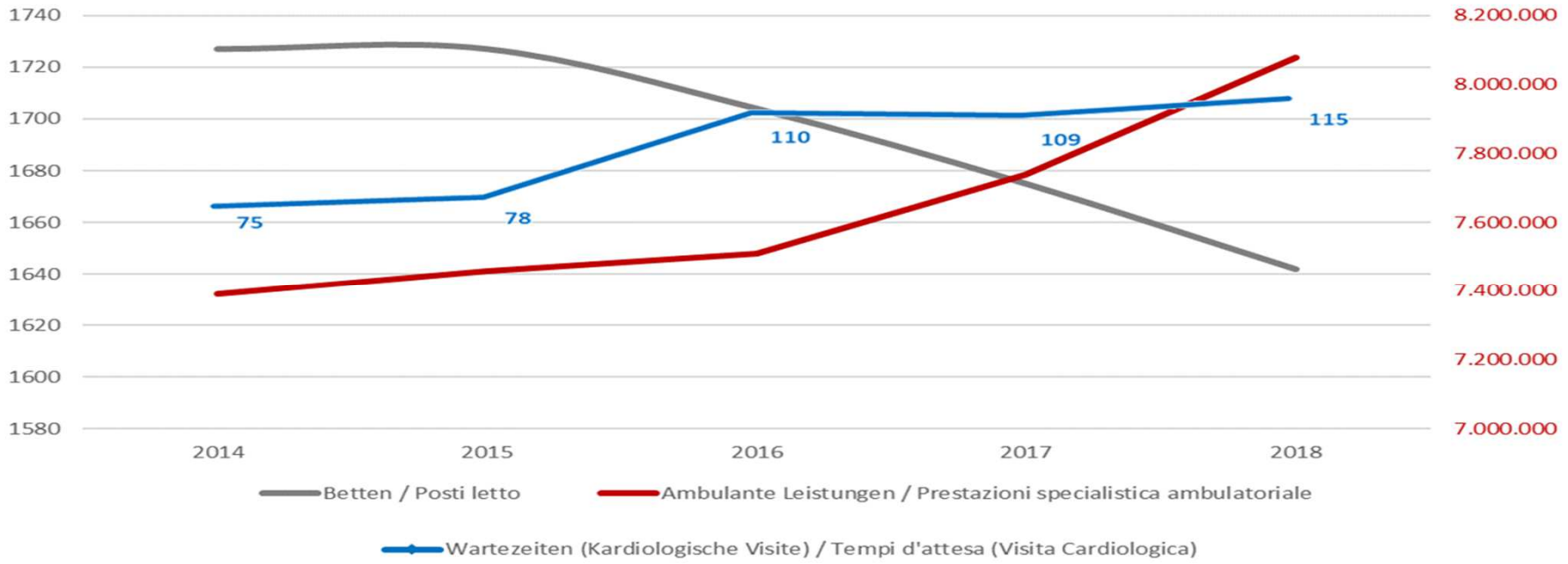
Ricoveri nelle medicine attraverso il Pronto Soccorso

Fonte: Flusso EMUR, MdS 2018

Tempi d'attesa

per prestazioni ambulatoriali

Tra le cause. Riduzione dei posti letto in regime di ricovero il che ha comportato lo spostamento di molte prestazioni in regime ambulatoriale



Posti letto territoriali?

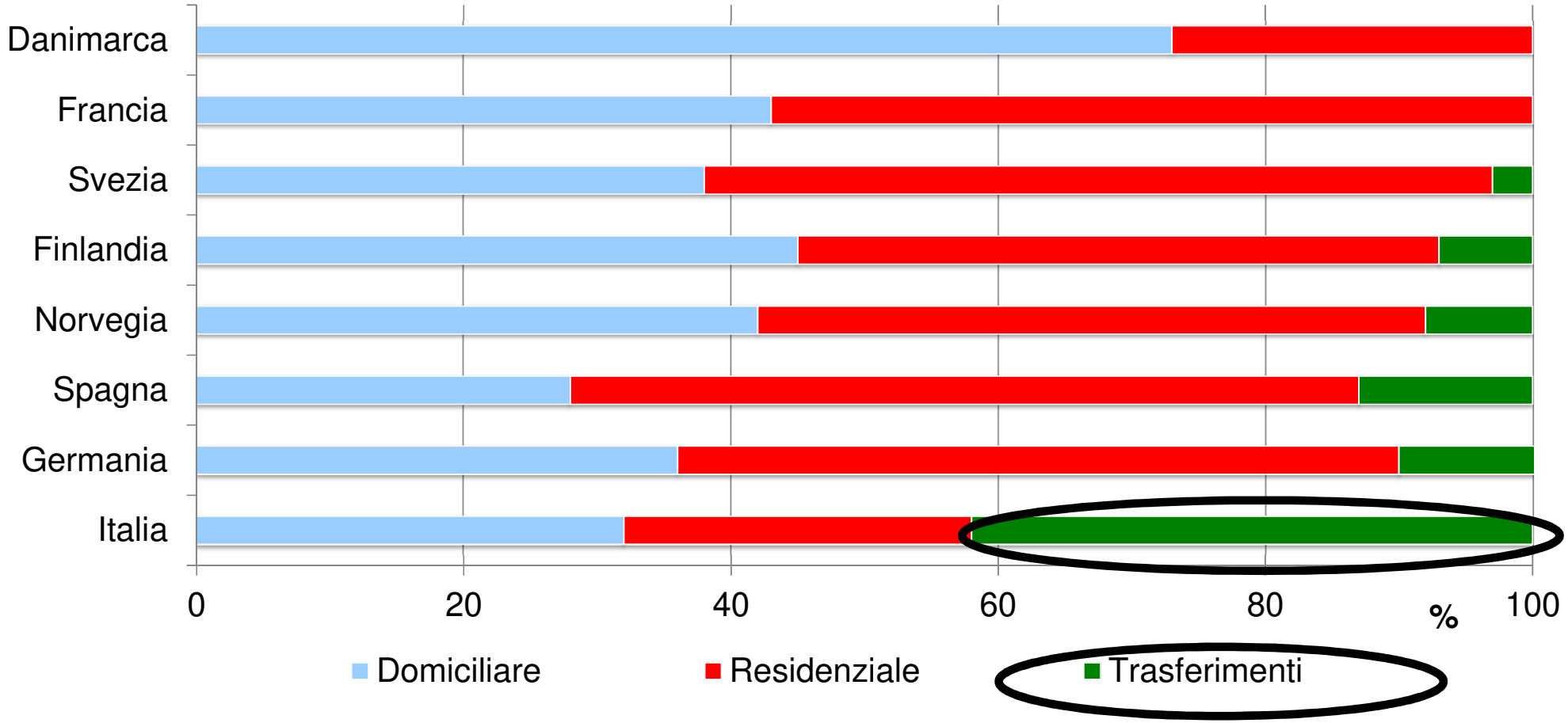
Fonte: Osservatorio per la salute, Centro Unico di Prenotazione Provinciale

Non autosufficienza

La non autosufficienza è un concetto ampio, correlato sia all'età che allo stato di salute dell'individuo, e si esprime non soltanto nella incapacità totale o parziale di compiere le "normali azioni della vita quotidiana" ma anche nel non riuscire a far fronte a quelle esigenze di natura economica e sociale che si concretizzano in un adeguato reddito, un'abitazione con caratteristiche microclimatiche, strutturali e di accesso compatibili con l'igiene e la sicurezza dell'ambiente e dell'individuo e una rete sociale protettiva.

L.Beltrametti, I. Mastrobuono, R. Paladini: *L'assistenza ai non autosufficienti: aspetti di politica economica e fiscale.* Relazione per il Gruppo di lavoro intercommissione sulla riforma fiscale del CNEL, anno 2000. La definizione esprime un concetto ampio di non autosufficienza che ingloba anche gli aspetti di natura sociale e di relazione e si ispira alle definizioni adottate in molti Paesi industrializzati dove vigono Fondi ad hoc come la Germania ed i Paesi Bassi.

Composizione della spesa pubblica per l'assistenza continuativa

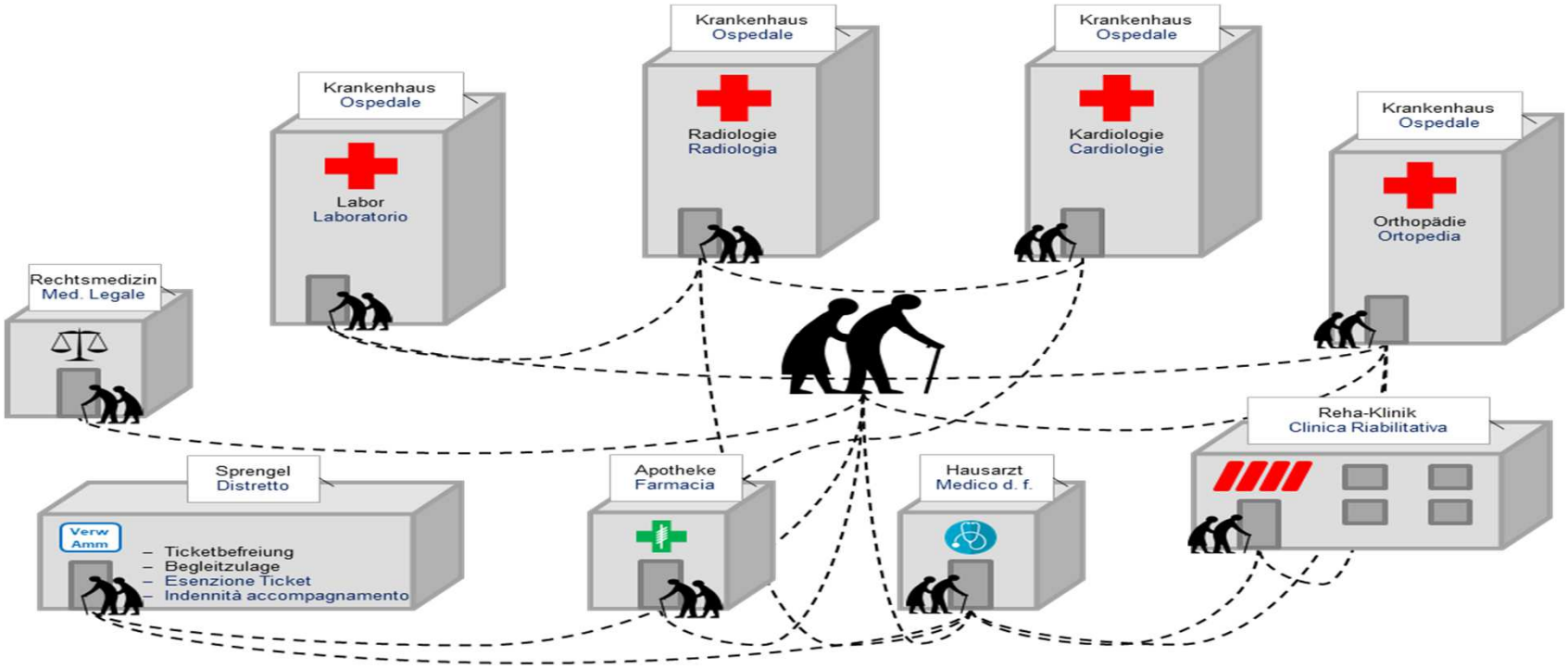


Il principale presidio è rappresentato dall'indennità di accompagnamento, misura nazionale, a carattere monetario (al 01/01/2017 515,43 euro mensili), erogata senza condizioni di reddito.

Nel 2016 sono state erogate oltre 2 milioni di indennità per un importo complessivo di oltre 13 miliardi. Di queste circa il 71% è corrisposto a ultra65enni, per una percentuale pari all'11,5% del totale della classe di età, con la riduzione di 1 punto rispetto al 2010.

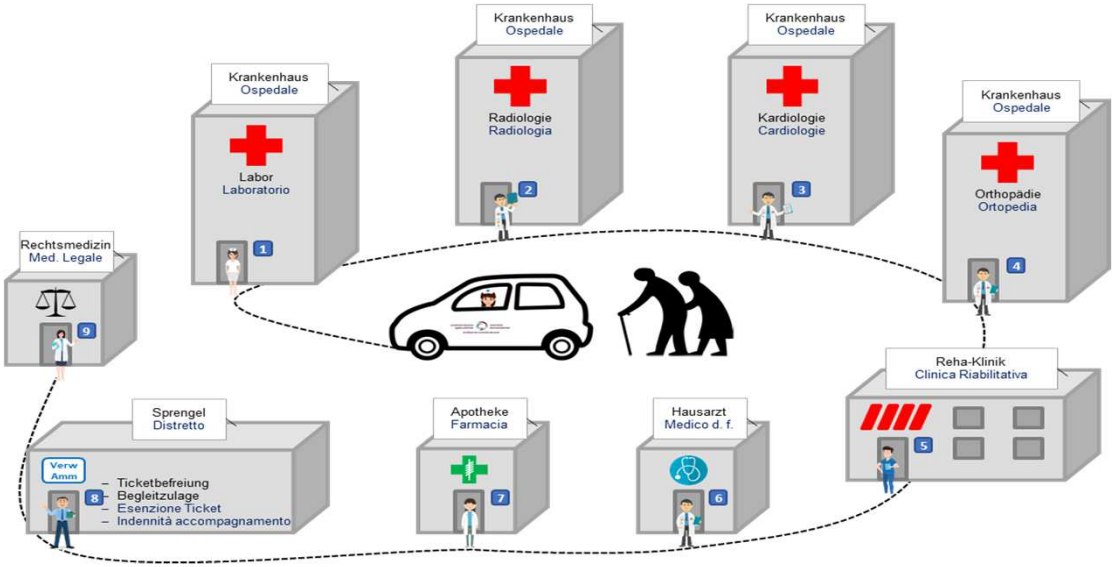
Le altre prestazioni dedicate alla non autosufficienza rientrano invece nella **sfera territoriale**, a livello regionale o comunale, erogate sia in forma monetaria - voucher, assegni di cura e buoni sociosanitari – sia sotto forma di servizi: Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), e Servizi di Assistenza Domiciliare (SAD). Risultano inoltre a carico del SSN le quote sanitarie (50% del totale) dei costi relativi al soggiorno in RSA, mentre con riferimento alla cosiddetta quota alberghiera sono i Comuni a stabilire il livello di compartecipazione dell'utenza, anche in questo caso generalmente in funzione dell'ISEE.

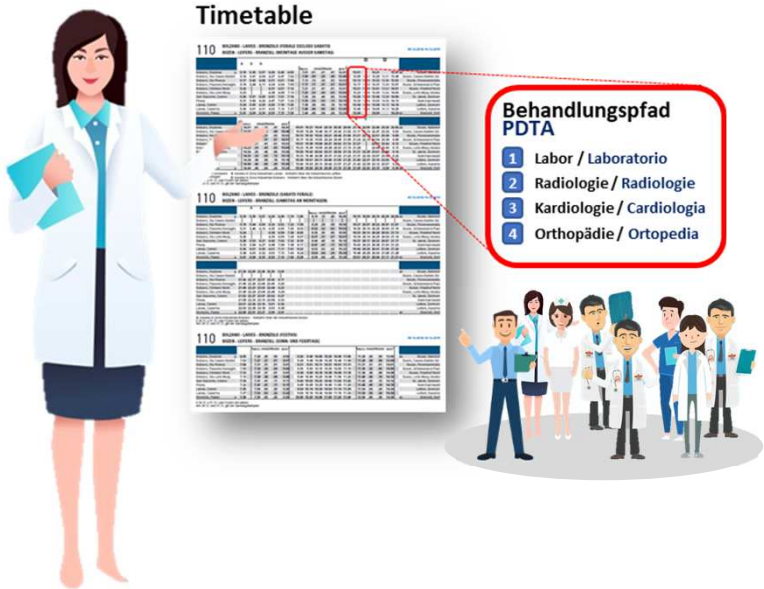
Il mancato coordinamento tra i servizi



L’assistenza primaria

- Centrato sulla persona
- Coordinamento e continuità
- Team multiprofessionali





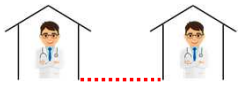
L'assistenza primaria

20

Infermiere di Famiglia e di Comunità

Assistenza infermieristica domiciliare

Distretti sanitari e sociali



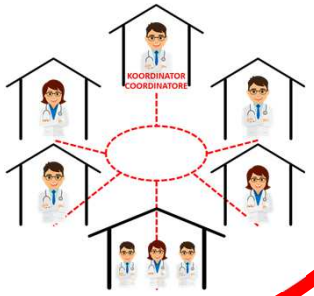
Medici di medicina generale in rete

288 [1]

Medici di medicina generale

34 [1]

Medici di gruppo



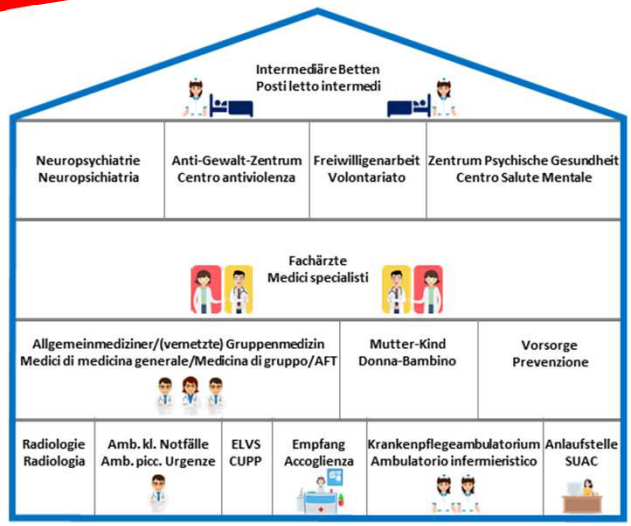
27

Aggregazioni funzionali territoriali (AFT)

Medico specialista

0

Unità complesse di cure primarie (UCCP)



0

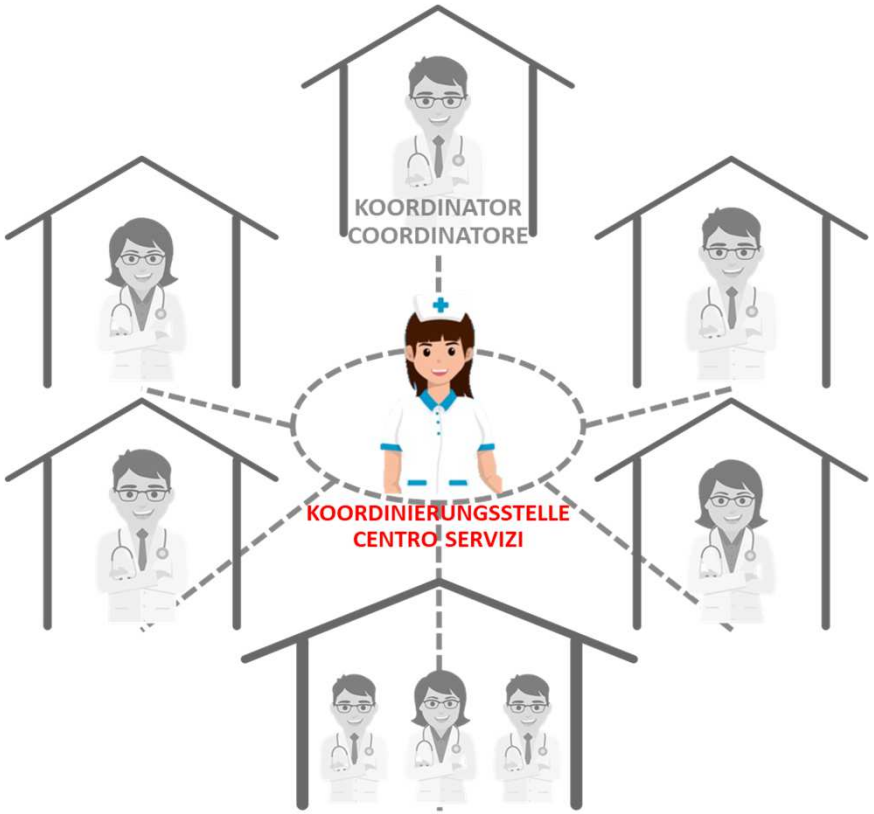
Centri d'assistenza sanitaria e sociale

Percorsi Diagnostici, Terapeutici ed Assistenziale Diabete tipo 2, Scompenso cardiaco, BPCO, …

[1] *Stand 12.09.2019; ohne Kinderärzte freier Wahl*

[1] *in data 12/09/2019; senza pediatri di libera scelta*

Centro Servizi Infermieristici per le Aggregazioni funzionali territoriali (AFT) e le altre forme di aggregazione dei medici di medicina generale



- Presa in carico infermieristica dell'assistito ed arruolato in un PDTA
- Ad esempio per il PDTA Diabete Tipo 2:
  - misurazione dei parametri (PA, Polso, BMI)
  - screening della neuropatia diabetica (questionario MSNI, test al monofilamento, test col diapason)
  - screening dell'arteriopatia diabetica (indice di Winsor, ispezione del piede)
  - educazione terapeutica per l'autocontrollo della glicemia e per la gestione dell'ipoglicemia

Infermiere di Famiglia e di Comunità

L'assistenza centrata sulla famiglia mira a promuovere la salute all'interno della stessa riducendo il carico di lavoro per i caregiver.

Tramite con i medici di medicina generale ed i servizi sociali

Progetto pilota partito nel comune di Aldino
(Distretto sanitario Bassa Atesina)

I Percorsi Diagnostici, Terapeutici ed Assistenziali
(PDTA)

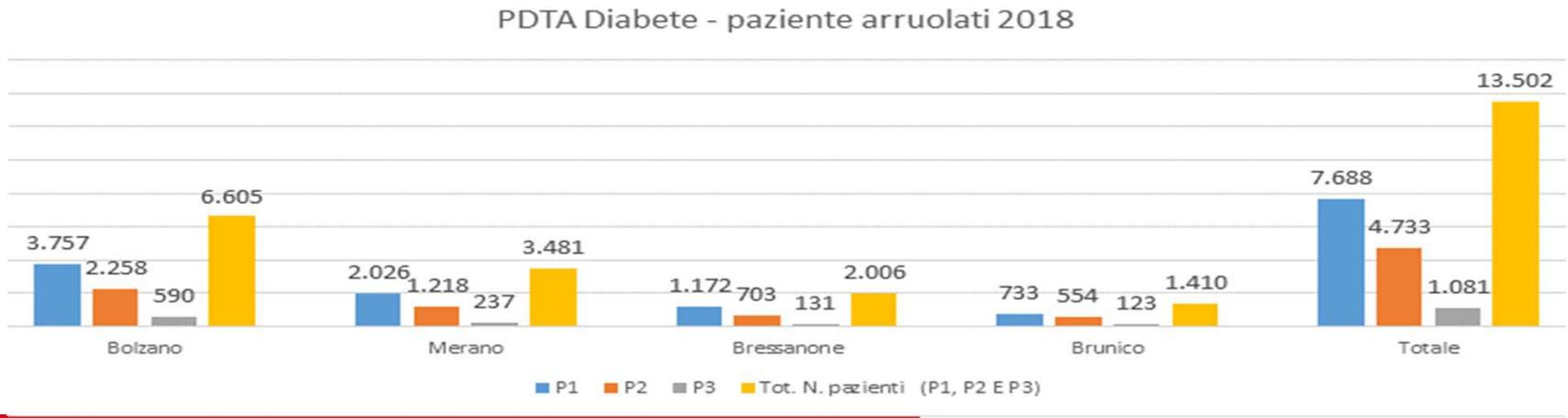
Nel PDTA, per ciascun percorso, vengono indicate:

quali PRESTAZIONI — **con che FREQUENZA** — **CHI le fa**

CHI	COME	DESCRIZIONE	FREQUENZA	NOTE
MMG	Prescrive e valuta	Glicemia, HbA1c	2/aa ogni 6 mesi salvo visita SD (0, 6, 12), 4/aa ogni 4 mesi se cambio terapia/HbA1c > 7,5	Livello prova I Raccomandazione B
	Esegue	Visita generale, Pressione arteriosa, FC, rivalutazione terapia e richiamo educazionale	2/aa ogni 4 mesi salvo visita SD (4, 8)	
	Esegue	BMI, circonferenza vita	1/aa ogni 12 mesi se non eseguito da SD	
	Prescrive	Fundus oculi	1/2 aa ogni 24 mesi se non prescritto da SD (0, 24)	Livello prova VI Raccomandazione A
	Prescrive	Ecodoppler AI se Winsor <0,9	1/aa ogni 12 mesi se non prescritto da SD (0,12)	Livello prova III Raccomandazione B
	Prescrive	ECG	1/aa ogni 12 mesi se non prescritto da SD (0,12)	Livello prova III Raccomandazione B
INFERMIERE (se presente in studio, Distretto Socio-sanitario, Casa della Salute, SD.)	Esegue	richiama il paziente, rileva e registra i dati in cartella, verifica l'adesione terapeutica; rileva: PAO, FC, calcola e registra il Rischio C-V (ISS e/o ESC Score), verifica adesione prescrizioni dietetiche ed attività fisica, applica e verifica l'educazione strutturata per l'autocontrollo glicemico.	2/aa ogni 4 mesi salvo visita SD (4, 8) Negli studi privi di infermiere viene eseguito dal MMG	
SERVIZIO DIABETOLOGICO	Esegue	visita generale, pressione arteriosa, BMI, circonferenza vita, Ispezione piedi + valutazione polsi, VALUTAZIONE: glicemia, HbA1c, Emocromo, es. urine, colesterolo totale, HDL, LDL, trigliceridi, creatinina, ACR, GPT, GOT, Gamma-GT	1/aa ogni 12 mesi (0, 12)	III A
		ECG	1/aa ogni 12 mesi (0, 12)	III B
		Indice di Winsor	1/2aa ogni 24 mesi (0, 24), se normale rivalutazione ogni 2 anni	III B
		Ecodoppler AI se Winsor <0,9	1/aa ogni 12 mesi (0, 12)	III B
		Screening neuropatia (ROT e diapason)	1/aa ogni 12 mesi (0,12)	
		Rivalutazione terapia		
		Fundus oculi	1/2 aa ogni 24 mesi (0, 24)	
DIETISTA	Esegue	BMI, Circonferenza vita, verifica adesione prescrizioni dietetiche	Solo se ritenuto necessario: 1/aa ogni 12 mesi (0, 12), più frequentemente se non compensato	

I Percorsi Diagnostici, Terapeutici ed Assistenziali
(PDTA)

- Ad oggi sono stati arruolati **13.564 pazienti** nei percorsi definiti nel PDTA Diabete Tipo 2.
- Hanno partecipato **240 medici di medicina generale**



La digitalizzazione

Il nostro Paese investe in sanità digitale 1,3 miliardi di euro pari a 22 euro procapite rispetto ai 40 della Francia e ai 60 del Regno unito (Politecnico di Milano, 2018).

“Elemento utile a colmare divario tra bisogni e risorse ma deve andare di passo all’organizzazione, all’empowerment del paziente e nuove competenze degli operatori.”

- Analisi di Big Data (stratificazione della popolazione)
- **Piattaforme di condivisione di PDTA, PAI**
- Telemedicina e teleassistenza
- Cartelle cliniche digitalizzate
- Dispositivi indossabili
- App

Solo il 29% delle aziende ha in qualche modo informatizzato i PDTA.I cittadini sono poco digitali

SMS, E-mail, WhatsApp

Lea sociosanitari e corrispondenti prestazioni sociali a rilievo sanitario.

Gli strumenti per la Valutazione Multidimensionale in Italia.

L'indice di copertura assistenziale minimo per non autosufficienti.

Aree di Monitoraggio (nuovo sistema di garanzia?)

La formazione e l'aggiornamento professionale.

Grazie