



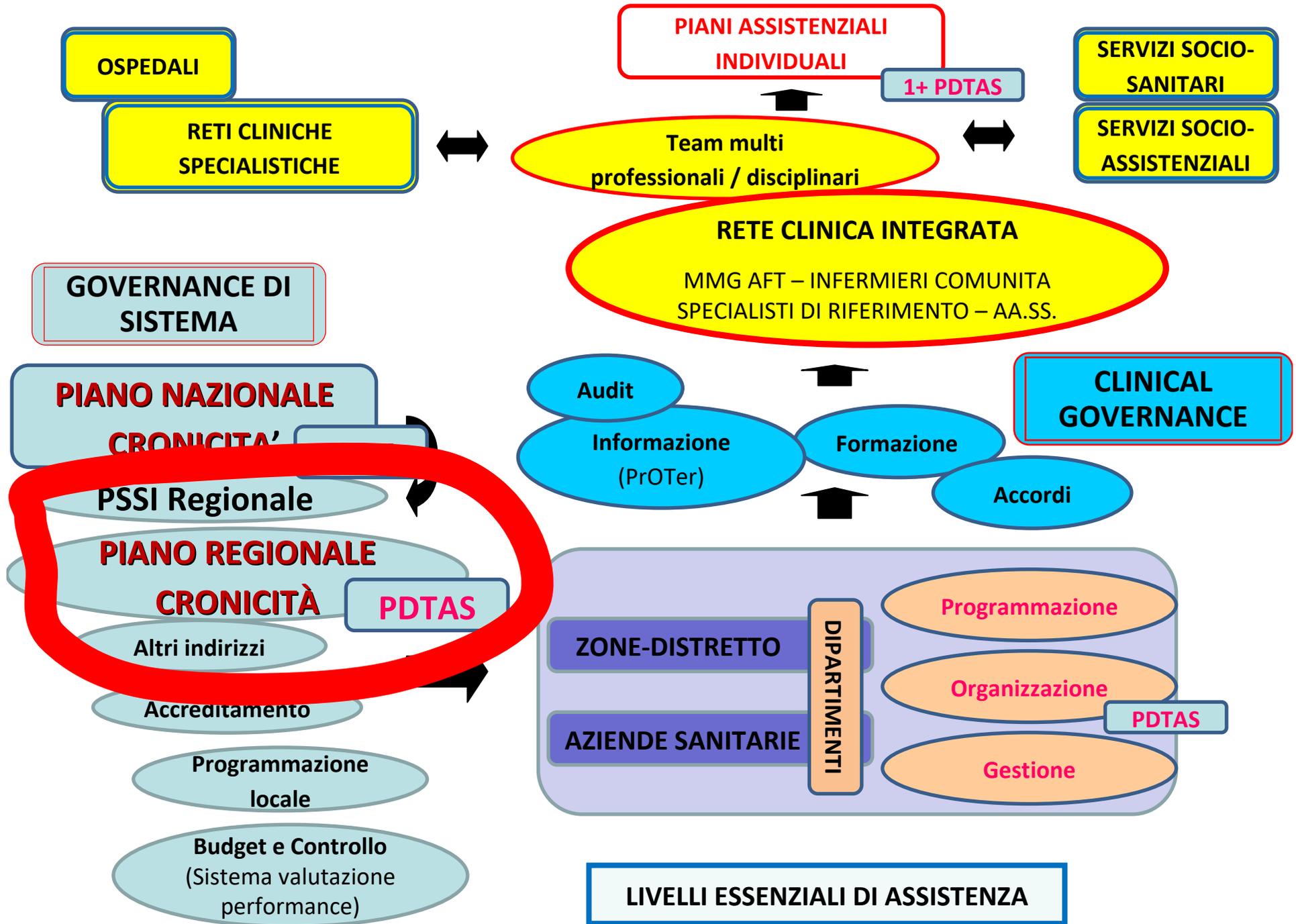
## WORKSHOP

"La governance delle cure primarie per la gestione delle cronicità:  
framework e strumenti - il ruolo del middle management"

22 novembre 2018

# La programmazione e gli indirizzi regionali per le cure primarie

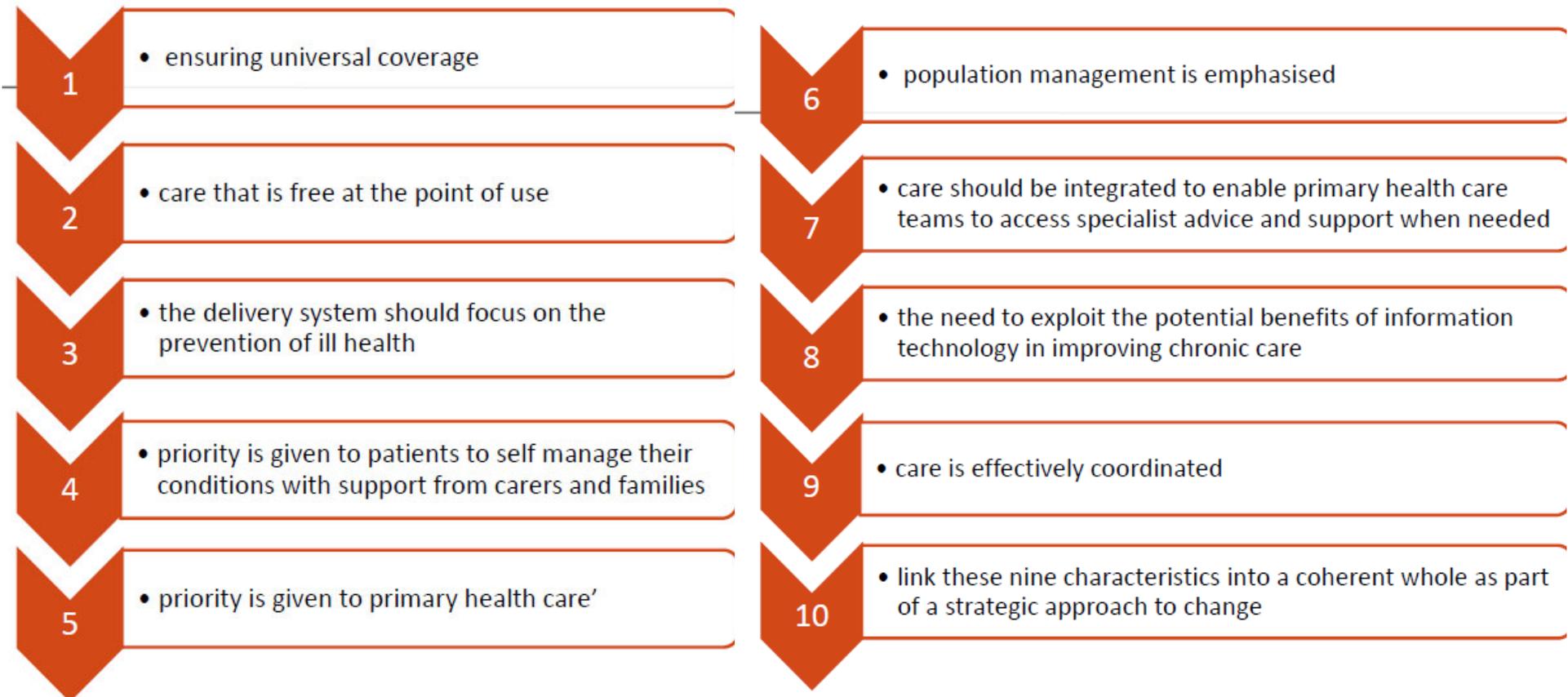
Lorenzo Roti  
Regione Toscana  
Settore Organizzazione delle cure e percorsi di cronicità



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

CHRIS HAM\*

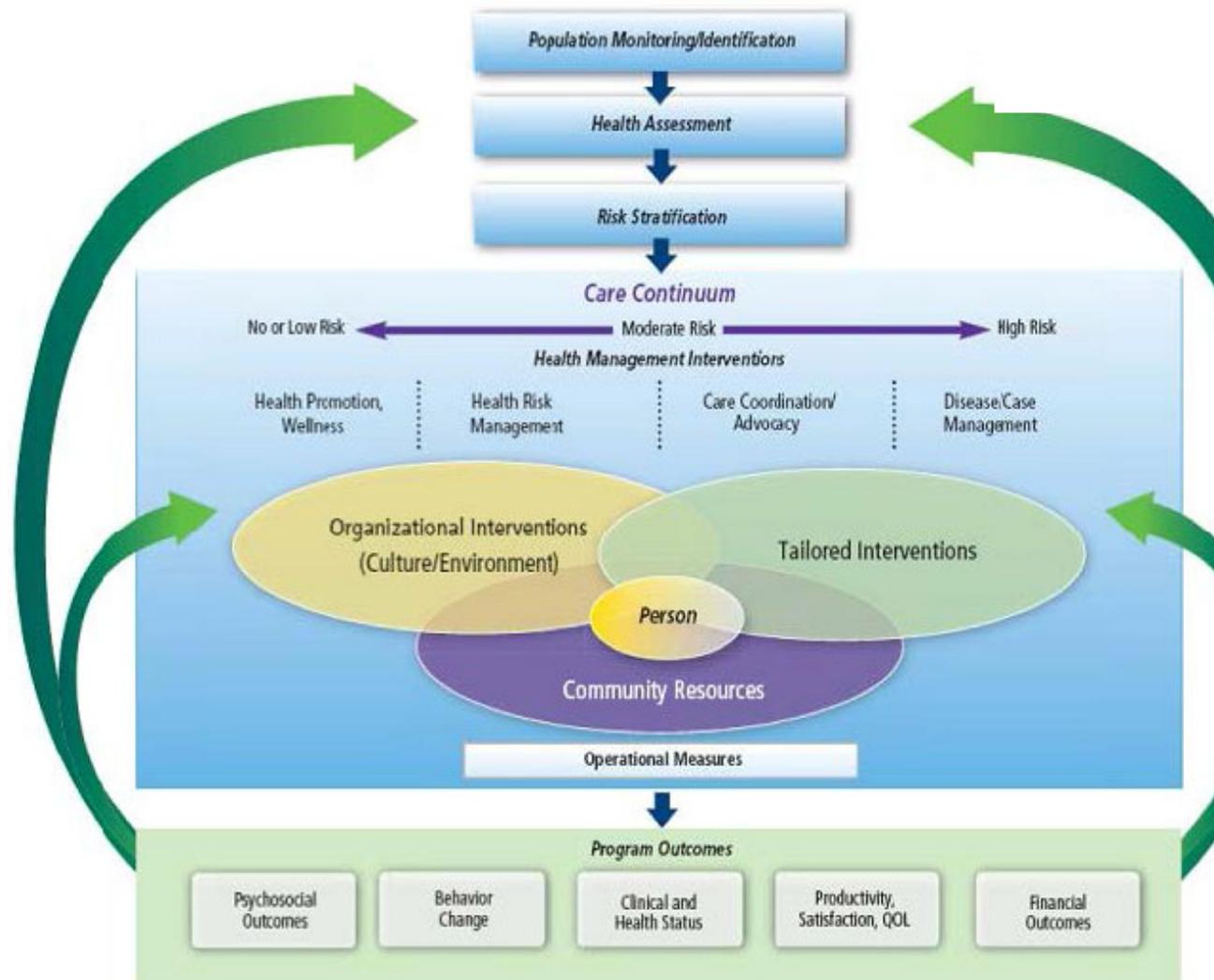
*Professor of Health Policy and Management, Health Services Management Centre, University of Birmingham, Birmingham, UK*



Chris Ham (2010). The ten characteristics of the high-performing chronic care system. *Health Economics, Policy and Law*, 5, pp 71-90 doi:10.1017/S1744133109990120

# Population Health Management

## Gli elementi distintivi del PHM



1. Identificazione della popolazione
2. Stratificazione della popolazione
3. Priority setting e organizzazione del modello di servizio
4. Definizione degli interventi individuali
5. Valutazione degli outcome e audit con i professionisti
6. Ciclo della qualità

# Cure Primarie – Il modello di riferimento

- Nuova organizzazione delle cure primarie (AFT, sanità d’iniziativa, visite programmate, infermiere di comunità)
- Supporto alle decisioni (condivisione pdta, accesso consulenza specialistica, priorità cliniche)
- Supporto all’autocura (Il ruolo del’infermiere, il paziente e il caregiver esperto)
- Sistema informativo e ICT abilitante (supporto alle attività di cura e di self management)
- Potenziamento risorse della comunità e iniziative di comunità
- Forte interazione tra modello di cura e contesto di riferimento (*community*) - associazionismo

## EXPANDED CHRONIC CARE MODEL

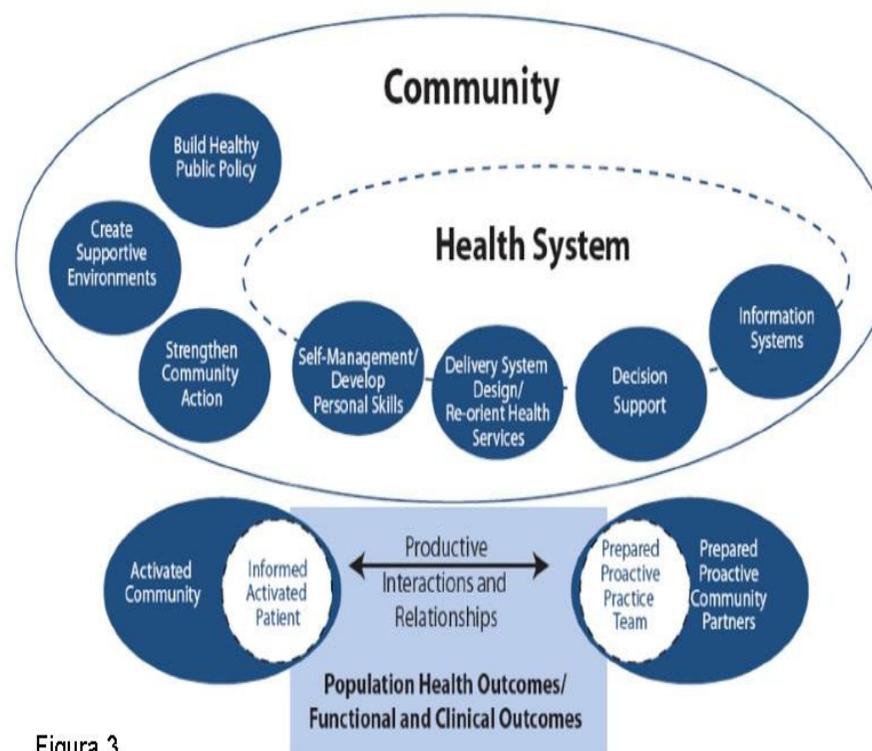
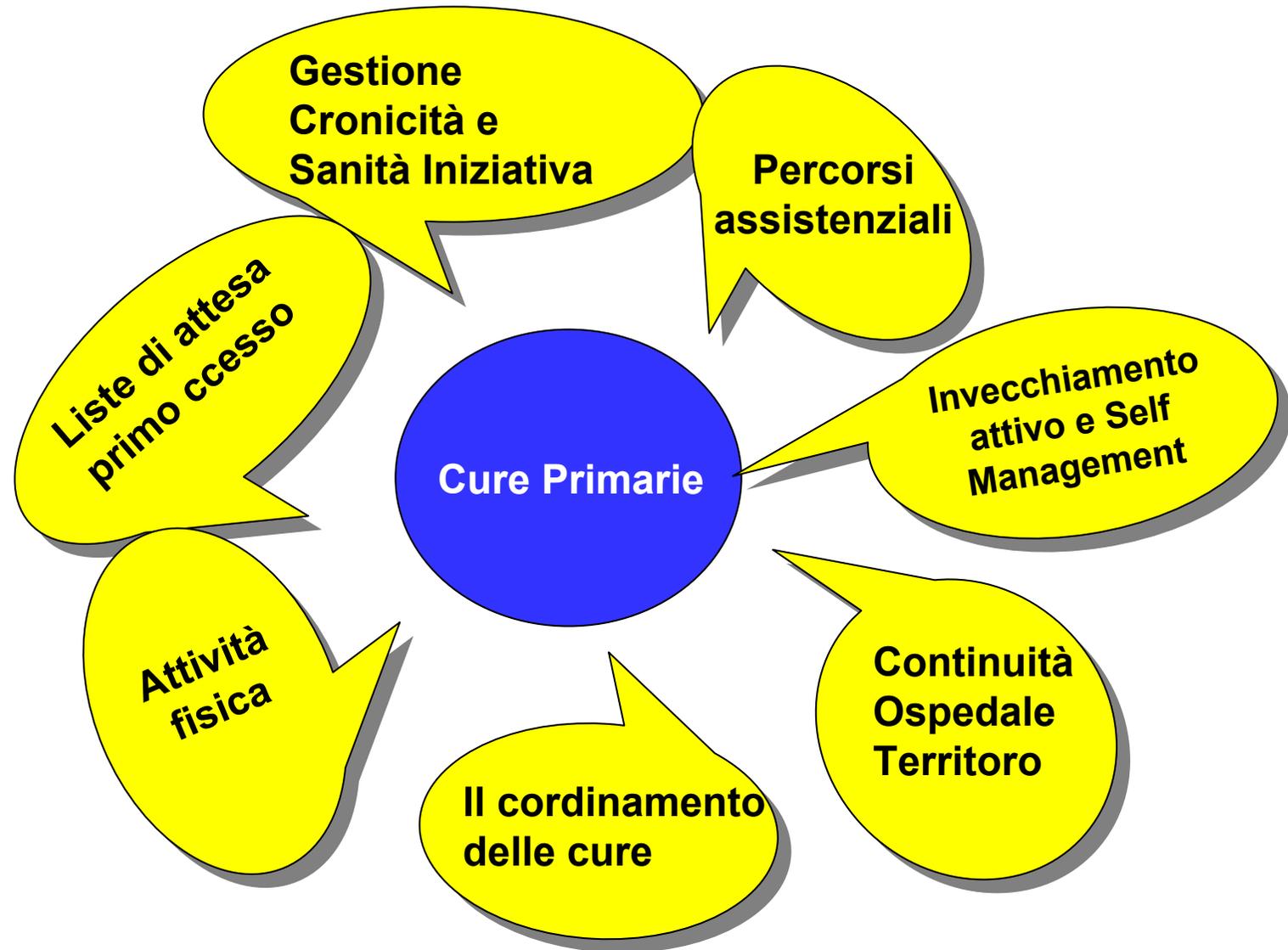


Figura 3



Regione Toscana

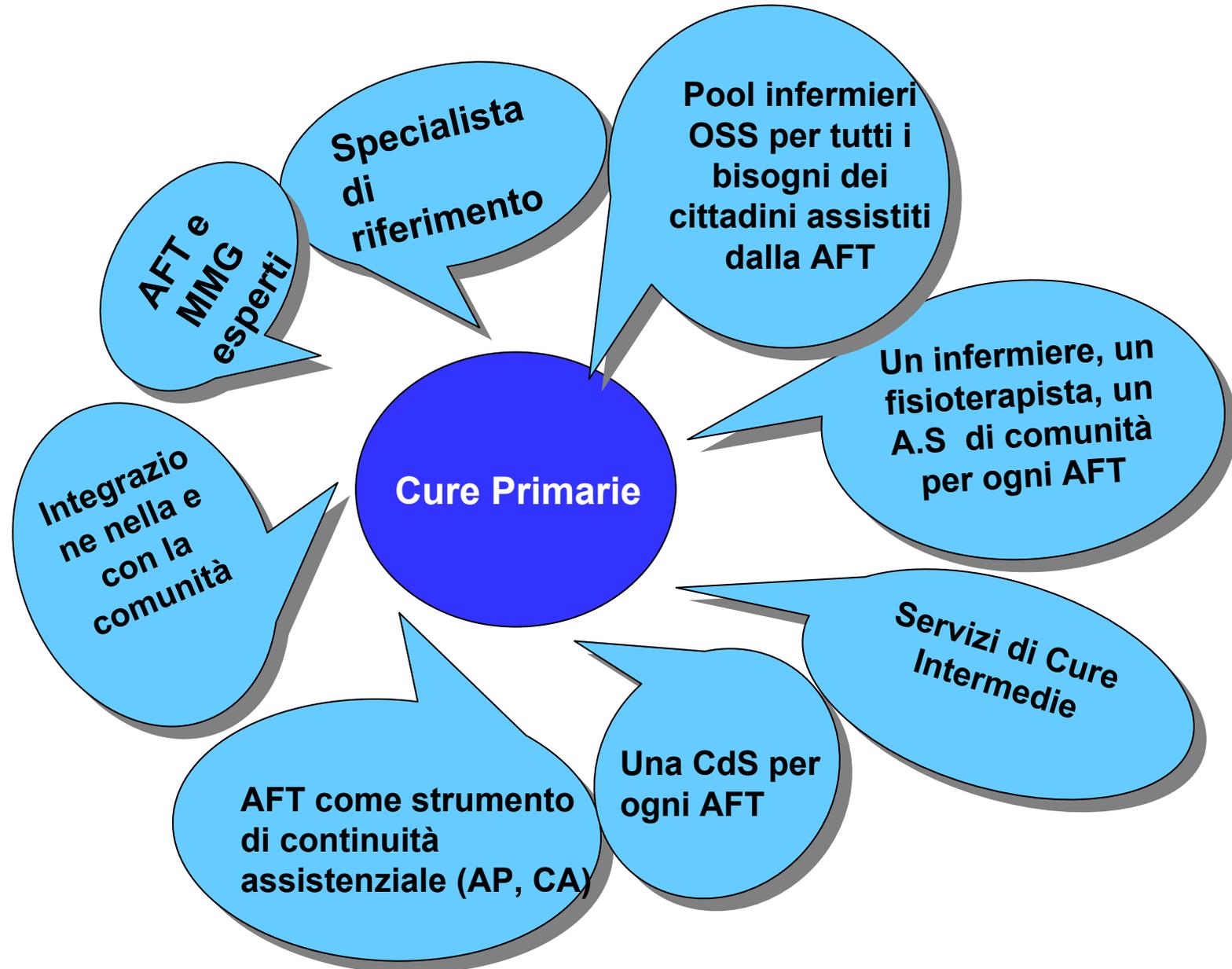
## Organizzazione delle risposte assistenziali nelle cure primarie: le tematiche





Regione Toscana

# L'organizzazione delle reti delle Cure Primarie





Regione Toscana

## **PROMOZIONE DELLA SALUTE, PREVENZIONE E DIAGNOSI PRECOCE**

- **Epidemiologia e sorveglianza:** per guidare e orientare le priorità nonché implementare e monitorare gli interventi più efficaci di prevenzione a livello di popolazione;
- **Azioni su ambiente, tessuto sociale e comunità di cittadini:** per favorire le abitudini positive e per individuare le risorse accessibili per l'adozione di comportamenti sani;
- **Azioni sui singoli individui:** per identificare precocemente coloro che hanno un rischio aumentato di malattia e intraprendere iniziative di counselling motivazionale individuale o di gruppo.

# Approvazione schema di accordo regionale con i medici di medicina generale in materia di ambiente e salute ai sensi della DGR 1252/2016 – DGR n.807 del 24-07-2017

Al fine di garantire una capillare ed appropriata gestione delle problematiche riguardanti l'ambito Ambiente e Salute, si ritiene necessario sviluppare una rete territoriale di referenti”, fra i quali “un medico di medicina generale per ogni zona-distretto in accordo con la UF Cure Primarie e Distrettuali dell’Az. USL”

- Visto che la stessa DGR 1252/16 prevede che “Nell’ambito della rete, i referenti dei Dipartimenti di Prevenzione **promuovono la condivisione delle conoscenze sulle tematiche ambiente e salute**, acquisiscono informazioni riguardanti la percezione delle criticità sanitarie e ambientali da parte dei MMG e PLS.”
- Inoltre “**I referenti aziendali dei MMG e dei PLS hanno un ruolo di supporto tecnico, anche relativamente alla formazione, ciascuno per il proprio ambito.**





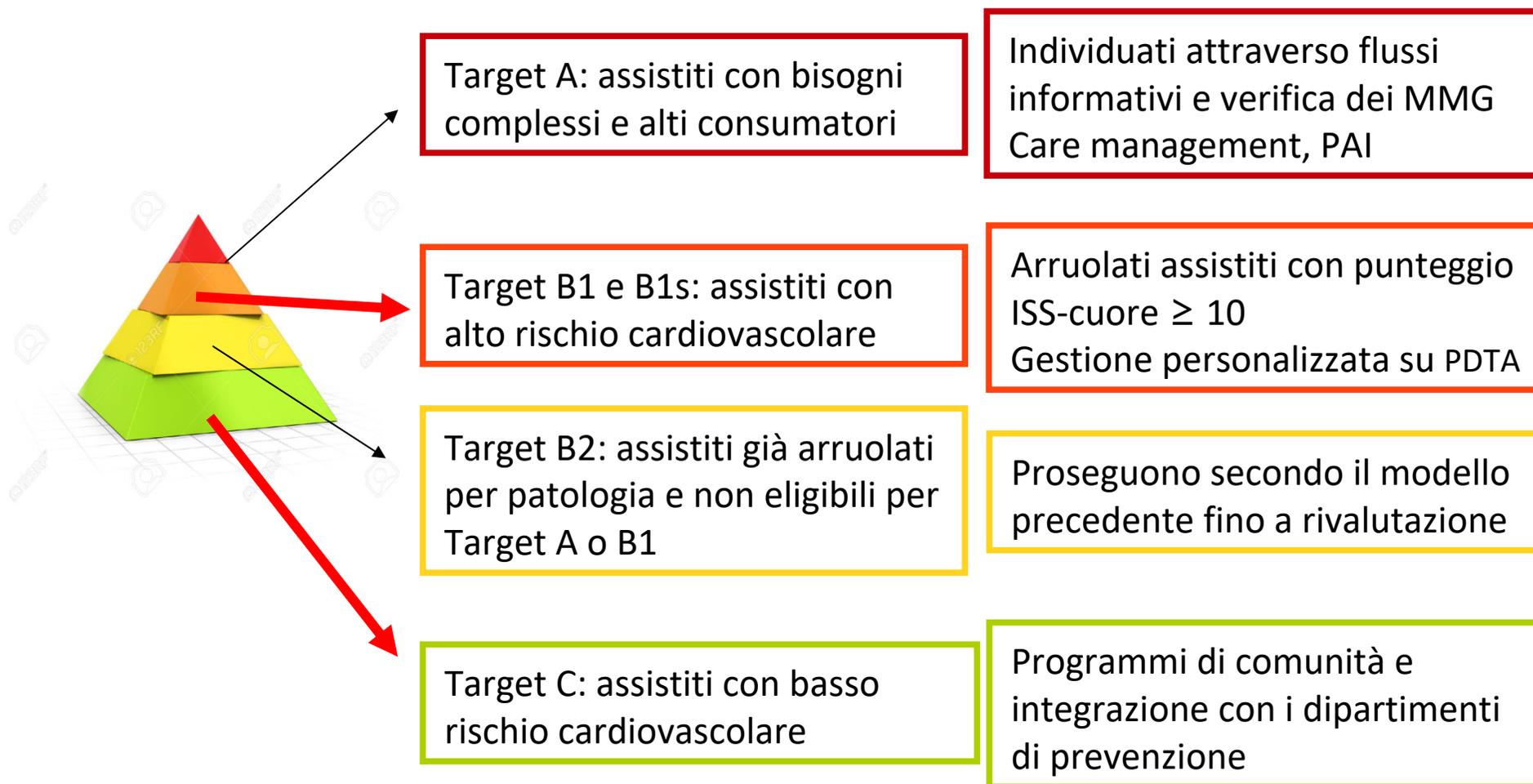
Regione Toscana

## **PROMOZIONE DELLA SALUTE, PREVENZIONE E DIAGNOSI PRECOCE**

**Nell'ambito delle cure primarie per la prevenzione individuale** devono essere promossi:

- la **valutazione del livello di rischio per patologie croniche** (rischio cardiovascolare, rischio d'insorgenza di diabete tipo 2) oltre che dei **fattori di rischio comportamentali conosciuti** (fumo, alcol, sovrappeso, obesità);
- gli **interventi individuali** come, ad esempio, colloqui motivazionali brevi con i soggetti target insieme all'attivazione di quelle risorse che nel territorio sono atte a supportare il cambiamento dei comportamenti.

## Il nuovo modello di Sanità di Iniziativa (DGR 650/2016)



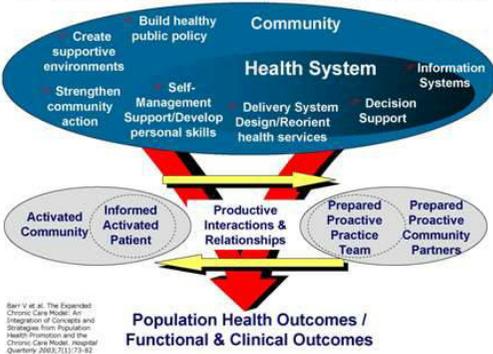


# Elementi comuni a tutti i target

- **Personalizzazione del percorso** in base al rischio individuale ed alle caratteristiche cliniche e assistenziali del paziente e del suo ambiente sociale;
- **Percorsi assistenziali (PDTAS) strutturati** in una prima fase di presa in carico-stadiazione e quindi nella fase di gestione del piano di cura;
- **Gestione del piano di cure individualizzato (PAI) programmata** su lungo periodo (12 mesi) e gestita in modo proattivo e differenziato sulla base del bisogno misurato;
- **Continuità assistenziale**, con previsione delle modalità di passaggio ai livelli assistenziali più intensivi in caso di necessità;
- Focus sul processo di **empowerment**, sulla progressiva costruzione di abilità alla gestione della patologia cronica da parte del paziente e del caregiver, anche attraverso il supporto del paziente esperto;
- **“Patto di cura”** fra il team ed il paziente, che implica una adesione consapevole al percorso;
- Focus sulla **prevenzione**, sia primaria che secondaria dell’evoluzione rispetto allo stadio clinico di partenza.

# Sanità di Iniziativa

## DELIVERY SYSTEM DESIGN

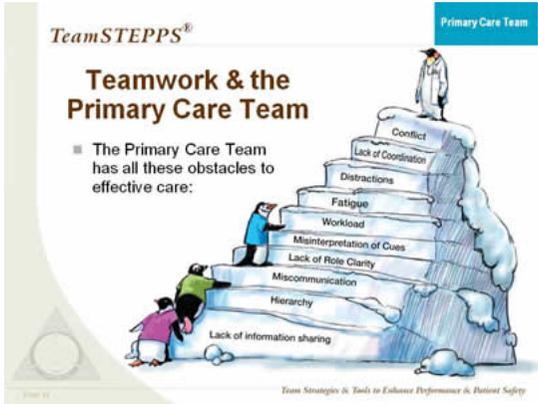


**Equipe di Base: Modulo**

- MMG
- Infermiere / OSS / collaboratore di studio
- Percorsi Specialistici follow up e riferimento per urgenze

Percorsi assistenziali

Protocolli infermieristici



- **Bacino assistiti:** AFT, circa 30.000
- Infermieri / OSS aziendali (1+1/10.000)
- **Sede:** ambulatori MMG e Case della Salute
- **Scheda Sanitaria Informatizzata Unica:** quella della medicina Generale
- **Attività di follow up ambulatoriale medico e infermieristico** con dotazioni strumentali minime (spirometro, glucometro, teleECG, biotesiometro)
- **Percorsi specialistici dedicati**

# La costituzione e il ruolo dei dipartimenti di medicina generale

- Il Dipartimento di Medicina Generale è stato introdotto con la LR 84/15. Il Dipartimento rappresenta la componente professionale della Medicina Generale, ed è **finalizzato alla integrazione ed alla piena realizzazione del governo clinico**.
- Raccoglie i **coordinatori di AFT** delle Aziende Sanitarie.
- Il **Direttore di Dipartimento** è un coordinatore di AFT, nominato dal Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria, scelto fra una terna di nominativi eletti dai coordinatori di AFT
- **E' lo strumento attraverso il quale la Medicina Generale si rapporta con gli altri Dipartimenti per definire i bisogni del territorio, con particolare riferimento alla cronicità, declinabili a livello di Zona/Distretto e sulle singole AFT.** Il Direttore del dipartimento partecipa al collegio di direzione dell'Azienda.
- Il Dipartimento viene individuato quale centro di responsabilità nel sistema aziendale di Budget
- **Garantisce gli standard organizzativi delle AFT**

# L'AIR della Continuità Assistenziale DGR 488/18

## Ruolo del medico di CA

1. Eroga **prestazioni sanitarie non differibili** ai cittadini residenti nell'ambito territoriale afferente alla sede di servizio;
2. Collabora con i medici di assistenza primaria della AFT di assegnazione per la **gestione dei pazienti polipatologici e complessi** (questi ultimi appartenenti al target A della sanità d'iniziativa) con interventi territoriali o domiciliari programmati nei giorni non coperti dal medico di A.P.

### Attività:

1. Domiciliare:           - per prestazioni non differibili  
                                  - programmata per polipatologici e target A
2. Ambulatoriale per prestazioni non differibili a libero accesso (orari e sedi concordati in AAA)

*L'attività ambulatoriale al di fuori degli orari concordati a livello aziendale avviene solo previo contatto telefonico*



# L'AIR della Continuità Assistenziale

Introduce:

- rilevazione informatizzata delle presenze a inizio e fine turno
- Obbligo per le Aziende Sanitarie di attivare la registrazione della conversazione con l'attivazione di un servizio telefonico unico dedicato alla CA
- Utilizzo di: **Allegato A – Registro**  
**Allegato C – Scheda clinica**, anche ai fini della tutela del professionista, informatizzata
- Integrazione informatica fra AP e CA per lo scambio di informazioni cliniche
- Sicurezza delle sedi: inserimento nei piani aziendali degli investimenti, accorpamento orario notturno su sedi sicure
- Riadeguamento trattamento accessorio su fondo regionale e fondo aziendale
- Referente di CA della AFT



# Dal Supporto al self management all'empowerment di comunità

- ✓ Adozione di una strategia di provata efficacia nel supporto al self-management dei pazienti cronici
- ✓ uno strumento a disposizione prima di tutto del team
- ✓ un' iniziativa per l'attivazione della comunità (coordinamento sanitario, conduttori laici ) e la valorizzazione delle opportunità di salute e di rafforzamento sociale sul territorio (social value)

**Il paziente (cittadino) esperto, con la sua comunità**



REGIONE TOSCANA  
UFFICI REGIONALI GIUNTA REGIONALE

ESTRATTO DAL VERBALE DELLA SEDUTA DEL 22-05-2017 (punto N 25 )

Delibera

N 545

del 22-05-2017



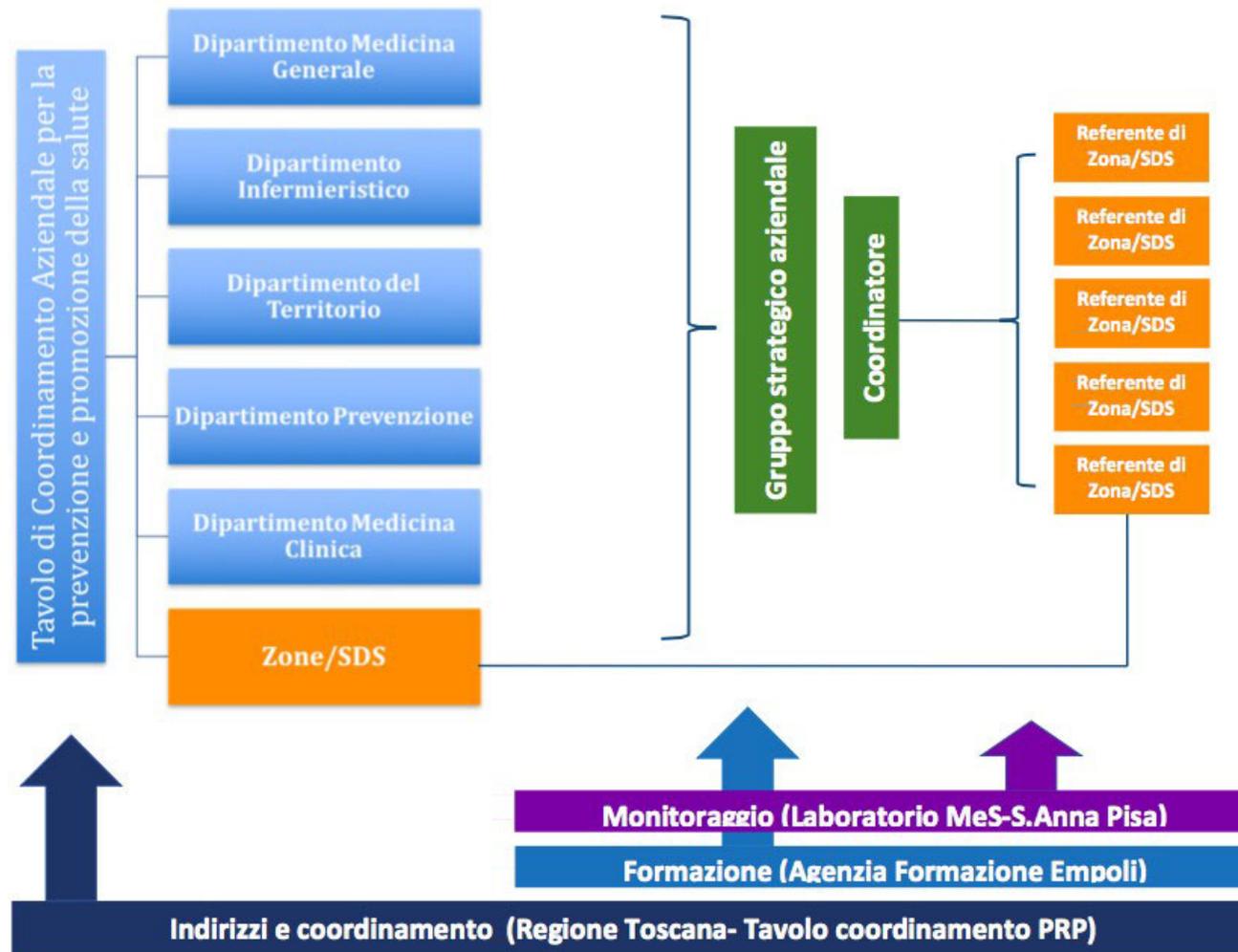
Regione Toscana



**Direzione Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale  
Settore Organizzazione delle Cure e Percorsi Cronicità**

# Gli attori del progetto

L'implementazione del Programma si basa su funzioni di responsabilità e coordinamento a livello regionale e aziendale:



# Case della salute (CdS)

- **Consensus conference 2017** al fine di identificare in maniera partecipata con tutti gli attori coinvolti raccomandazioni ed indicazioni condivise relative al futuro del modello organizzativo delle CdS
- Sono emerse le seguenti indicazioni:
  - Inserimento delle attività della CdS nella **programmazione di zona-distretto**, in linea con la programmazione aziendale e coerentemente con l'analisi dei bisogni locali
  - Riconoscimento del **valore e rilevanza sia della presenza dei MMG nella CdS sia del loro collegamento funzionale**
  - **ogni AFT ha come riferimento almeno una CdS all'interno della zona-distretto per collaborare con i professionisti sanitari e sociosanitari alla valutazione del bisogno e alla definizione degli interventi e percorsi assistenziali in particolare nella gestione della cronicità / sanità di iniziativa e per organizzare le risorse di comunità**
  - **Conferma che il livello coerente di integrazione prevede che la CdS sia anche sede dell'UCCP, ma riconoscimento della CdS, anche in assenza della formalizzazione della UCCP, quale luogo all'interno del quale la MG può condividere sedi e progetti di integrazione con le altre**

**professionalità**

# Il governo della domanda e dei percorsi specialistici nelle cure primarie

La valutazione a livello di AFT del fabbisogno di prestazioni sulla base delle condizioni locali di bisogno e ricorso al SSR

Il supporto alla decisione appropriata attraverso i criteri clinici di priorità (U,B,D, P)

“Dove si prescrive si prenota”: messa a disposizione del team di cure primarie di collaboratori di studio

Specialista di riferimento e MMG esperti nella AFT

La differenziazione dell'accesso alle prestazioni tra primo contatto e successivo (PDTA)

La messa a disposizione di PAC e agende per urgenze



## L' ICT NELLE CURE CONTINUATIVE: LA TELEMEDICINA

I servizi di Telemedicina rivolti a pazienti cronici possono facilitare la possibilità di operare in rete, con una più facile accessibilità a cure integrate, anche nei contesti più svantaggiati dal punto di vista geografico. La telemedicina favorisce la gestione domiciliare della cura, riduce gli spostamenti futili e i relativi costi sociali

- 1. prevenzione:** attraverso servizi che aiutano quotidianamente a mantenere adeguati stili di vita oppure a monitorare parametri vitali importanti per ridurre il rischio di insorgenza di complicazioni;
  - 2. diagnosi:** favorendo la circolazione delle informazioni diagnostiche tra i diversi operatori sanitari coinvolti come nella tele visita o il teleconsulto, nonché nella tele refertazione
- cura e riabilitazione:** con la trasmissione di dati relativi ai parametri vitali tra il paziente (a casa, in farmacia, in strutture assistenziali) e una postazione di monitoraggio, per la loro interpretazione e l'adozione delle scelte terapeutiche necessarie (ad esempio, i servizi di Teledialisi).



**Grazie per l'attenzione**



**Regione Toscana**  
Diritti Valori Innovazione Sostenibilità

**Direzione Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale**  
**Settore Organizzazione delle Cure e Percorsi Cronicità**