

# Le Malattie croniche in Toscana: Epidemiologia e priorità dei servizi

## Sessione: Le priorità per fronteggiare l'epidemia di cronicità- I dipartimenti e le Zone Distretto



### Le Cure Primarie

**Dario Grisillo**

Direttore Dipartimento di Medicina Generale  
Azienda USL Toscana Sud Est

enze, 13 Novembre 2019

ONE DELLE ROBBIANE - VILLA LA QUIETE

# Considerazioni generali

**Piano nazionale cronicità**

**dati presentati nella sessione «Epidemiologia e dati di impatto sui servizi»**

**ducono a considerare la Cronicità come “epidemia”**

**la rendono uno, se non il principale, banco di prova per la sostenibilità del SSN**

# Cosa dobbiamo garantire

**Presa in carico della popolazione e garanzia di risposta complessiva alla luce di:**

**Rapporto fiduciario medico-paziente**

**Le 3 «E» della 833: Equità Efficienza Efficacia**

**Le 5 «P»: prevenzione, prossimità, proattività, personalizzazione, partecipazione**

**Capillarità sedi di erogazione**

**Equità di accesso alle cure**

## Cosa possiamo e dobbiamo fare

**Lottare la Medicina di Iniziativa per la gestione di cronicità e fragilità che deve affiancare la tradizionale Medicina di Attesa più idonea a trattare le emergenze e riacutizzazioni**

**Superare il modello CCM basato sulla gestione delle singole patologie**

**Lottare un modello di Presa in carico della persona con tutte le sue problematiche cliniche, ma anche socio-assistenziali mediante la formulazione di un Piano Assistenziale Individuale (PAI)**

**Nella Legge 40 di riordino del SSR si parla di «percorsi di Cura»**

**Medicina di Iniziativa – proattiva è, nella sua essenza, un approccio metodologico alla presa in carico e al processo di cura del paziente, caratterizzato dall'interazione tra il paziente reso esperto ed un team multi-professionale e consiste nel richiamo attivo periodico del paziente per sottoporlo ad attività educative, valutative e clinico assistenziali, definite dal Team multiprofessionale mediante un Piano Assistenziale Individuale, volte alla correzione degli stili di vita, all'empowerment, alla prevenzione, diagnosi precoce e al monitoraggio delle malattie croniche conclamate e delle condizioni di fragilità, al fine di rallentarne l'insorgenza, l'evoluzione e prevenirne le complicanze**

**Descrive quali azioni devono essere garantite, da quale figura professionale del team e con quale cadenza temporale e viene formulato dal Team multiprofessionale sulla base di una valutazione multidimensionale sanitaria e socioassistenziale, tenendo conto delle indicazioni dei PDTA delle patologie di cui l'assistito è affetto.**

**Viene rivisto in occasione di mutamenti delle condizioni cliniche o socio-assistenziali e comunque con cadenze predefinite.**

**Viene garantito all'assistito negli studi della Medicina Generale, nelle strutture territoriali dell'azienda, a domicilio dell'assistito stesso o nelle strutture intermedie ed in tutte le altre strutture ove sono erogate prestazioni o servizi necessari all'assistito.**

# Team Multiprofessionale

Il team multiprofessionale è composto dal medico di medicina generale, che è il Coordinatore clinico, dall'infermiere di famiglia, che ne è il Coordinatore organizzativo, dall'Assistente sociale, dai medici specialisti e dalle altre figure professionali che operano sul Territorio in funzione delle esigenze assistenziali del singolo assistito.

La composizione del team per ogni singolo assistito deve tendere ad essere nominalmente individuata per garantire non solo la continuità e personalizzazione delle cure ma anche la continuità e personalizzazione del team dei professionisti erogatori delle cure.

**Valutazione multidimensionale sanitaria e sociale**

**Stesura di un PAI**

**Garantito da un Team multiprofessionale**

**Scelta dell'idoneo setting assistenziale**

**pazienti affetti da una o più patologie croniche privi di problemi socio-assistenziali: «sedi comuni» del Territorio/Medicina Generale**

**pazienti con patologie croniche associate a problematiche socio-assistenziali : a domicilio (ADI) o nelle Strutture Intermedie**

**pazienti «post acuti» (dimissione) o con cronicità «riacutizzata»,  
provenienti dal domicilio: a domicilio (ADI) o nelle Strutture  
Intermedie**

**ruolo della «Agenzia di Continuità Ospedale-Territorio (ACOT)**

# Infrastruttura informatica di supporto

Le attività connesse con la Sanità di Iniziativa devono essere supportate da una piattaforma informatica che consenta l'accesso reciproco dei vari componenti del Team ai dati del paziente per la valutazione multidimensionale, la formulazione del PAI e poi la sua attuazione

Necessaria modifica Legge 40 che introduca il concetto di Sanità di Iniziativa e che legittimi il trattamento dei dati anche tra diversi titolari del trattamento (I trattamenti di dati personali sono effettuati sia per finalità di cura sia per motivi di interesse pubblico rilevante di cui alle disposizioni del Regolamento (UE) 2016/679, articolo 9, paragrafo 2, rispettivamente lettera h e lettera g).)