I luoghi della cura e dell'apprendimento dall'esperienza

L' evoluzione del Sistema Salute in Puglia: i nuovi modelli organizzativi di presa in carico dei pazienti cronici

Dott. Domenico Antonelli

Biella, Città Studi
Sabato, 15 novembre 2014

RELAZIONE CONCLUSIVA COMMISSIONE PARLAMENTARE D'INCHIESTA SUGLI ERRORI IN CAMPO SANITARIO E SULLE CAUSE DEI DISAVANZI SANITARI (22.01.2013)

30 GEN - Nei Paesi occidentali l'aderenza al trattamento farmacologico, tra i pazienti affetti da patologie croniche, arriva soltanto al 50%, causando serie conseguenze cliniche, psicosociali ed economiche.

…… Ma è l'intera struttura del team assistenziale che deve essere ripensata, separando l'assistenza ai pazienti acuti dalla gestione programmata dei pazienti cronici. Il medico di medicina generale deve essere dedicato soprattutto alla cura degli acuti, e deve occuparsi dei cronici solo in caso di complicazioni. È l'infermiere che deve essere la chiave di volta del sistema, supportando l'auto-cura del paziente, gestendo la programmazione dei trattamenti e del follow-up dei pazienti. …..

L'Evoluzione del sistema di assistenza primaria

Modello tradizionale	Modello innovativo
Focus	
Malattia	Salute
Cura	Prevenzione, assistenza e cura
Contenuto	
Trattamento	Promozione della salute
Assistenza episodica Problemi specifici	Assistenza continua Assistenza globale
Organizzazione	
Specialisti	MMG
MMG	Altro personale in gruppo
Pratica individuale	Team
Responsabilità	
Limitata al settore sanitario Dominanza professionale	Collaborazione intersettoriale Partecipazione della comunità
Ricezione passiva da parte del paziente	Responsabilizzazione del paziente

L'avanzata età media della popolazione ha cambiato il tipo di patologie di cui si soffre e di cui si muore

- aumento dei quadri cronico degenerativi
- maggiore stabilizzazione delle patologie acute
- comorbilità
- necessità di un'assistenza continua

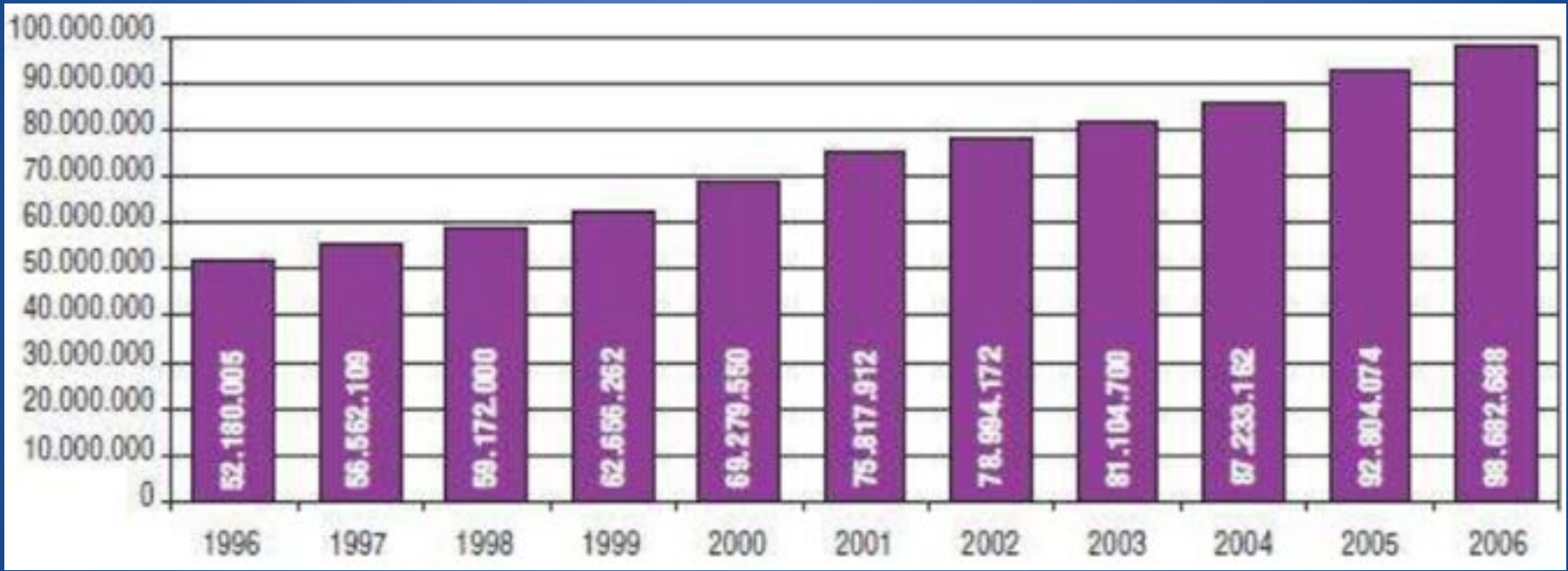
Questo dato ha imposto

la riprogettazione dei servizi e dei percorsi degli utenti e

lo sviluppo di nuovi modelli assistenziali, capaci di garantire la presa in carico a lungo tempo dei

pazienti cronici

EVOLUZIONE SPESA SANITARIA DAL 1996 AL 2006
(migliaia di euro)



Fonte: Elaborazione Federanziani su dati Ministero della Salute

- Invecchiamento
- Progressi tecnologici
- Cronicizzazione malattie
- Pazienti esigenti
- Iper-prescrizione
- Medicina difensiva

insostenibilità del sistema

Malattia acuta	Condizione cronica
Decorso breve e risolventesi che interseca la vita del paziente	Lungo decorso che condiziona di vita del paziente
Necessità di rapide e/o drastiche azioni	Piccole azioni successive
Il paziente non ha esperienza della malattia	Il paziente diventa esperto della sua malattia
Trattamento di breve durata, risolutivo	Trattamento cronico e mai risolutivo
Ha un decorso definito	Cambia lentamente e ripetutamente nel tempo
Impossibilità di acquisire cognizione della complessità della malattia	Il paziente impara a convivere con la propria cronicità

Malattia acuta	Condizione cronica
Fiducia segmentale nell'esperto. Verifica solo a posteriori	Fiducia continuativa nell'esperto sottoposta a continua verifica
Delega delle decisioni all'esperto	E' necessario acquisire capacità di decisione in merito alla gestione della malattia
Self-confidence indifferente per gli esiti della malattia	Self-confidence necessaria per ottenere migliori risultati delle cure
Atto fiduciario unilaterale	Dialogo. Reciprocità dell'atto fiduciario.

SOSTENIBILITA'

NON DIMENTICHIAMOCI CHE VIVIAMO CON LA REGOLA DEL 20:80

IL 20 % DELLA POPOLAZIONE ASSORBE L'80% DELLE RISORSE

"in Italia abbiamo un Sistema di cure che funziona come un radar a cui il paziente appare per essere curato e scompare dalla vista una volta guarito: ...

... perfetto per le malattie acute, ma non per le patologie croniche, per le quali serve un modello di assistenza diverso con un territorio adeguatamente attrezzato"

... è quindi necessario pensare ad un nuovo assetto organizzativo che permetta la presa in carico della cronicità con interventi sanitari integrati con l'area socio-assistenziale

Evoluzione della clinica di fronte alle malattie croniche

- Il ruolo del paziente cambia
  - diventa il protagonista della cura
- Il ruolo del medico cambia:
  - la collaborazione fra medico e paziente diventa cruciale per l'appropriatezza delle cure
- Il luogo delle cure cambia:
  - il trattamento prevede diversi protagonisti del team di cura in differenti luoghi: ospedale, strutture del territorio, domicilio
  - necessità di cure integrate e sviluppo di piani unificati

Holman H, JAMA 2004

L'ospedale nel nuovo modello

L'ospedale deve essere visto come una risorsa da usare solo quando è indispensabile e per il tempo strettamente necessario e deve essere ideato ed organizzato ponendo al centro il paziente, con la sua esigenza di cura ed i suoi bisogni d'assistenza.

Indispensabili percorsi efficienti che garantiscano la continuità

La Sanità In Italia

22 Regioni
Con
22 modelli organizzativi diversi.

ASP (Assistenza Sanitaria Primaria)

Germania…..: non esiste
Italia……..: viene ristretta a MMG
Nord-Europa: includono servizi specialistici e Sanità Pubblica

1000 pazienti al giorno in Italia vanno in cronicità

Circa 350000 all'anno

2,1% sono impegnati i parenti

Continuità assistenziale ospedale territorio: la presa in carico nei Nuclei di Cure Primarie

- Esistono condizioni cliniche gravissime gestite "serenamente" a domicilio e malattie lievi che mettono in crisi intere famiglie….

- La dimissione dall'ospedale rappresenta spesso un momento di crisi acuta nel sistema famiglia….figurarsi in chi la famiglia non ce l'ha

Le Richieste

I cittadini chiedono:

- Di essere assistiti a casa loro
- Di essere presi in carico da qualcuno che si occupi di tutti i loro problemi (sociali e sanitari)
- Di essere controllati periodicamente da personale sanitario
- Di avere consigli per autogestire la malattia e prevenire i peggioramenti
- Di essere accolti e aiutati ad affrontare momenti di crisi
- Di avere un supporto alla famiglia negli stessi momenti

Continuità delle cure. Fiaso: "Medici di famiglia poco integrati"

Secondo lo studio, per quanto riguarda l'integrazione delle cure e la continuità assistenziale Asl e ospedali sono promossi mentre tra i medici di famiglia si evidenzia ancora la scarsa capacità di 'fare rete';

Questo il quadro emerso dalla Ricerca promossa dalla Fiaso e condotta in partnership con il Cergas Bocconi;

LE SCELTE DELLA REGIONE PUGLIA

Come nasce il Progetto Nardino

L' OBIETTIVO

garantire una reale presa in carico complessiva al di fuori dell'ospedale dei pazienti cronici (che rappresentano il 27% della popolazione ma incidono sulla spesa sanitaria per il 70%)

→ appropriatezza + risparmio

LA STRATEGIA

favorire la crescita al di fuori dell'ospedale di un soggetto che sia in grado di sostenere il confronto con l'ospedale

Territorio ASL BAT

Minervino

Spinazzola

Progetto Nardino ASL BAT

Direzione Sanitaria Aziendale della ASL BAT in collaborazione col Servizio Infermieristico e col Distretto 3, ha individuato:

- *4 Infermieri (dipendenti Asl)*
- *2 infermieri (assunti con contratto a tempo determinato per 24 mesi)*

Territorio
Minervino Murge - Spinazzola

Popolazione di Minervino Murge e Spinazzola

10000 +7000=17000

Media inf/pz = 1 inf ogni 3000/3500 abitanti.

Le strategie dell'ASL BAT

regia del sistema sanitario e socio sanitario locale al fine di garantire per i pazienti cronici, autosufficienti, portatori di disabilità

- ***il governo clinico***
- ***la continuità di intervento assistenziale***
- ***l'integrazione fra ospedale e territorio***
- ***Inserimento progetto Nardino***

Alcuni aspetti significativi del modello dell'ASL BAT

- Costituzione di ambulatori infermieristici
- Agende
- Figura Care-Manager
- Percorsi formativi per pazienti e Careviger

Attori del progetto

1. ***MMG***

2. ***Care-Manager***

3. ***Medici Specialisti***
   (Cardiologo,Pneumologo,diabetologo)

Patologie da Trattare

I pazienti che aderiscono al Progetto Nardino saranno inseriti in elenchi per patologie:

1. Diabete
2. BPCO
3. Ipertensione Arteriosa
4. Scompenso Cardiaco

Contesto

1. Carenza infermieristica aggravata dal piano di rientro della Regione Puglia (blocco turn-over)
2. Presenza infermieristica territoriale insufficiente ad assegnare un CM a tempo pieno ad ogni medicina di gruppo
3. Modello organizzativo prevalentemente prestazionale: medicina d'attesa
4. Scarsa esperienza di percorsi clinico-assistenziali con MMG
5. Relazione Inf – Asl e MMG improntata ad aspetti burocratici - amministrativi

Presa in carico paziente

La presa in carico del paziente viene registrata su una scheda di valutazione del paziente per il Care-Management della cronicità, patrimonio di tutti gli attori del Piano delle cure.

Presa in carico paziente

Tale scheda di valutazione sarà informatizzata e risiederà sul sistema Informatico Regionale,interfacciandosi con i software dei medici di famiglia.

MODULO DI CONSENSO INFORMATO
per la partecipazione al programma di "disease and care management"

Io sottoscritto Cognome _____ Nome _____

nato a _____ il _____ residente in _____

Via/P.za _____ n. _____ Codice fiscale _____

Dichiaro

1. di essere stato informato sul Progetto "Nardino" che prevede la presa in carico globale della persona affetta da patologie croniche, attraverso un approccio di tipo proattivo, volto al cambiamento degli stili di vita e all'autogestione della malattia;
2. di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente;
3. di aver compreso di partecipare ad un modello organizzativo, già sperimentato, che prevede la presenza di un infermiere "Care Manager", a supporto della persona in cura, per una migliore gestione della malattia;
4. di essere stato informato del diritto di ritirarmi dal programma, in qualsiasi momento, senza incorrere in alcun ostacolo e senza necessità di motivarne la decisione, scegliendo di essere curato senza aderire al programma, consapevole che ciò non comporta alcuna penalità, nè influenzerà le cure mediche che mi saranno prestate, nè il rapporto con il mio medico;
5. di essere stato informato sui diritti e sui limiti di cui al D. lgs. 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali";
6. di aver compreso che tutte le informazioni e i dati che saranno raccolti su di me saranno tenute riservate e trattate in conformità al codice della Privacy, D. lgs. n. 196/2003, nonché alle norme dettate dai codici di deontologia medica ed infermieristica;
7. di aver compreso che l'AReS Puglia è titolare dei dati raccolti durante lo svolgimento del progetto;
8. di aver compreso che avranno accesso diretto, alla documentazione raccolta per il programma di cura, esclusivamente il medico curante, l' infermiere Care Manager, il medico specialista, il personale sanitario dell'AReS Puglia e dell'ASL con funzioni di supervisione e coordinamento del programma;
9. di aver compreso che le informazioni raccolte, in forma cartacea e su supporto informatico

ASL _____

attraverso un software gestionale dedicato, potranno essere utilizzate e divulgate, in forma anonima, a scopi di tipo scientifico e statistico-epidemiologico;

10. di aderire al programma avendo preso una decisione libera e volontaria;

11. dichiaro, inoltre, di aver ricevuto risposte adeguate ed esaustive, riguardo le modalità di conduzione dello studio, a tutte le domande che ho rivolto al:

☐ **Medico di famiglia** ☐ **Infermiere care manager**

pertanto:

☐ **Acconsento** ☐ **Non Acconsento**

a partecipare al programma di presa in carico globale della persona affetta da patologie croniche del Progetto Nardino e acconsento al trattamento dei miei dati personali e sensibili secondo le modalità illustrate nella informativa.

	Data	Cognome e Nome (in stampatello)	Firma
Assistito			
MMG			
CM			

All. n.2

TEST DI VALUTAZIONE DELLA DIPENDENZA DALLA NICOTINA

Assistito:
Data di somministrazione:

TEST DI FAGERSTRÖM		
Domande	Risposte	Punteggio
Dopo quanto tempo dal risveglio accende la prima sigaretta?	entro 5 minuti	3
	entro 6 - 30 minuti	2
	entro 31 - 60 minuti	1
	dopo 60 minuti	0
Fa fatica a non fumare in luoghi in cui è vietato (cinema, chiesa, mezzi pubblici, ecc.)?	si	1
	no	0
A quale sigaretta le costa di più rinunciare?	la prima del mattino	1
	tutte le altre	0
Quante sigarette fuma al giorno?	10 o meno	0
	11 - 20	1
	21 - 30	2
	31 o più	3
Fuma più frequentemente nelle prime ore dopo il risveglio che durante il resto del giorno?	no	0
	si	1
Fuma anche quando è costretto a letto a causa di una malattia?	no	0
	si	1

Punteggio totale _____

Risultati

Punteggio da 0 a 2 = Grado di dipendenza molto basso
Punteggio da 3 a 4 = Grado di dipendenza basso
Punteggio da 5 a 6 = Grado di dipendenza medio
Punteggio da 7 a 8 = Grado di dipendenza alto
Punteggio da 9 a più = Grado di dipendenza molto alto

All. n. 3

QUESTIONARIO SULL'ATTIVITA' FISICA
(Istituto di Ricerche Mario Negri)

Assistito:
Data di somministrazione:

(per ciascuna domanda segni con una crocetta la risposta che più si avvicina alla sua situazione, è possibile una sola risposta)

Attività fisica durante il tempo libero

	mai o saltuariamente	una volta alla settimana	più di una volta alla settimana	ogni giorno
almeno mezz'ora di attività leggera (ad esempio, passeggiare a piedi o in bicicletta)	❑	❑	❑	❑
almeno mezz'ora di attività moderata (ad esempio, cammino di buon passo, ballo, ginnastica dolce, giardinaggio)	❑	❑	❑	❑
almeno mezz'ora di attività intensa (ad esempio, nuoto, tennis, jogging, giardinaggio pesante, lavori pesanti in casa)	❑	❑	❑	❑

All. n. 4

QUESTIONARIO SULLE ABITUDINI ALIMENTARI
(Istituto di Ricerche Mario Negri)

Assistito:
Data di somministrazione:

(per ciascuna domanda segni con una crocetta la risposta che più si avvicina alla sua situazione, è possibile una sola risposta)

Abitudini alimentari				
	mai o saltuariamente	qualche volta alla settimana	una volta al giorno	più di una volta al giorno
verdura	❑	❑	❑	❑
legumi	❑	❑	❑	❑
frutta	❑	❑	❑	❑
formaggio	❑	❑	❑	❑
insaccati	❑	❑	❑	❑

	mai o saltuariamente	una volta alla settimana	due volte alla settimana	tre o più volte alla settimana
pesce	❑	❑	❑	❑

	mai	qualche volta	spesso	regolarmente
olio d'oliva	❑	❑	❑	❑
olio di semi	❑	❑	❑	❑
burro	❑	❑	❑	❑

	mai o saltuariamente	tutti i giorni		
caffè	❑	❑	→ n° di tazzine	
vino	❑	❑	→ n° di bicchieri	
birra	❑	❑	→ n° di lattine	
superalcolici	❑	❑	→ n° di bicchierini	

All. n. 5

INDICE DI KARNOFSKY

Svolge le normali attività quotidiane..

- ❑ 0 in assenza di disturbi o segni di patologia
- ❑ 1 con segni o sintomi minori di patologia
- ❑ 2 con fatica e segni evidenti di patologia
- ❑ 3 incapace di lavorare ma autosufficiente
- ❑ 4 richiede assistenza occasionale

All. n. 6

QUESTIONARIO SULLA VITA DI RELAZIONE
(Istituto di Ricerche Mario Negri)

Assistito:
Data di somministrazione:

(per ciascuna domanda segni con una crocetta la risposta che più si avvicina alla sua situazione, è possibile una sola risposta)

Vita di relazione			
	mai o raramente	qualche volta	spesso
Partecipa ad attività culturali e sociali (cinema, teatro, circoli ricreativi, associazioni, ecc.)?	❑	❑	❑
Le capita di sentirsi solo?	❑	❑	❑
Durante l'ultimo anno si è sentito triste, malinconico, depresso?	❑	❑	❑

Punteggio:
mai o raramente = 0
qualche volta = 1
spesso = 2
Se lo score totale della "Vita di relazione" è ≥ 4 si procede con il questionario di Hamilton.

All. n. 7

SCALA SULL'ADERENZA ALLA TERAPIA DI MORISKY *

Assistito:
Data di somministrazione:

(per ciascuna domanda barrare la risposta con una x, è possibile una sola risposta)		
	SI	**NO**
1. Ti capita mai di dimenticare di prendere le medicine?	0	1
2. Sei disattento sull'orario dell'assunzione del farmaco?	0	1
3. Quando ti senti meglio interrompi l'assunzione del farmaco?	0	1
4. Quando ti senti peggio nel prendere le medicine, interrompi l'assunzione del farmaco?	0	1

Punteggio totale _____

Risultati

Punteggio 1 o 2 = Soggetto non aderente alla terapia

Punteggio 3 o 4 = Soggetto aderente alla terapia

All. n. 5

VALUTAZIONE DEL CONTESTO SOCIALE

STATO CIVILE DEL PAZIENTE	☐ coniugato ☐ separato/divorziato ☐ celibe/nubile	
GRADO DI ISTRUZIONE	☐ nessun titolo ☐ licenza elementare ☐ scuola media inferiore ☐ scuola professionale ☐ scuola media superiore ☐ laurea	
ATTIVITA' LAVORATIVA	☐ lavoro dipendente ☐ autonomo ☐ disoccupato ☐ pensionato ☐ in attesa di pensione	
CONDIZIONI DI REDDITO	☐ meno di 10.000 € anno ☐ fra 10.000 e 20.000 € anno ☐ fra 20.000 e 40.000 € anno ☐ maggiore di 40.000 € anno	
CONDIZIONI ABITATIVE	alloggio	☐ alloggio in proprietà ☐ alloggio in affitto ☐ sfratto esecutivo ☐ alloggio in usufrutto ☐ alloggio a titolo gratuito
	ubicazione	☐ in zona fornita di adeguati servizi pubblici ☐ in zona poco fornita di adeguati servizi pubblici ☐ in zona isolata
	barriere architettoniche	☐ privo di barriere architettoniche ☐ con barriere architettoniche interne ☐ con barriere architettoniche esterne
	servizi	☐ con servizi igienici adeguati ☐ con servizi igienici carenti
CONDIZIONI FAMILIARI	☐ vive solo ☐ vive con i familiari ☐ vive con altri soggetti non familiari ☐ vive con familiare disabile	
RETE FAMILIARE	☐ rete familiare presente ☐ rete familiare assente	
CONDIZIONI SOCIALI	Relazioni con i vicini	☐ ha buone relazioni con i vicini ☐ ha relazioni formali con i vicini ☐ non ha alcuna relazione con i vicini

Programma

Viene attuato attraverso 7 passaggi fondamentali governati dal medico di medicina generale,che guida e supervisiona gli operatori che collaborano con lui.

Programma

1. Definizione del caso
2. Valutazione del paziente
3. Obiettivi terapeutici
4. Sviluppo di un piano di cura
5. Monitoraggio
6. Educazione del paziente
7. Ricorso appropriato ai servizi

Le 8 Priorità di Base per l'autogestione della malattia.

I 5 stadi del cambiamento

1. **Precontemplazione** – ‘Fumo da quando ero adolescente. Fumare è una parte di me e non ho intenzione di cambiare’

2. **Contemplazione** – ‘Mi piacerebbe smettere di fumare, davvero, ma ho già provato e devo ammettere che non ci riesco’

3. **Determinazione** – ‘Ho parlato con il medico della possibiltà di smettere di fumare. Mi ha prescritto qualcosa che mi aiuti a vincere il desiderio di fumare’

4. **Azione** – ‘Non ho fumato per tutto il giorno ed ho cerchiato la data sul calendario. Ho con me il farmaco che il medico mi ha prescritto in caso di necessità’

5. **Mantenimento** – ‘Da tre mesi non fumo più. Mi sento benissimo’

Prese in carico e follow up aggiornati al 07/11/14

MINERVINO MURGE		SPINAZZOLA	
PRESE IN CARICO	31	PRESE IN CARICO	348
DIABETE (3 MCV+1BPCO-DOPPIA DIAGNOSI)	17	DIABETE (6 MCV+4 BPCO-DOPPIA DIAGNOSI)	146
BPCO	2	BPCO (4 MCV DOPPIA DIAGNOSI)	16
MCV	12	MCV	156
SCOMPENSO CARDIACO		SCOMPENSO CARDIACO	1
FOLLOW UP	100	FOLLOW UP	1118
ECG+ VS. CARDIOLOGICA	57	ECG+ VS. CARDIOLOGICA	581
ECOCARDIO	39	ECOCARDIO	443
FUNDUS OCULI	29	FUNDUS OCULI	214
VISITA PNEUMOLOGICA	7	VISITA PNEUMOLOGICA	56
VISITA DIABETOLOGICA/ENDOCRINOLOGICA	22	VISITA DIABETOLOGICA/ENDOCRINOLOGICA	216
HOLTER CARDIACO APPLICATI	17	HOLTER CARDIACO APPLICATI	94

REGOLAMENTO REGIONALE 18 aprile 2011 n. 6 Regolamento di organizzazione del "Distretto Socio Sanitario"

Art. 4

Livelli di Assistenza Territoriale

Ambulatorio Infermieristico della cronicità

- **L'ambulatorio infermieristico rappresenta un nuovo modello di organizzazione e gestione dell'assistenza infermieristica in grado di rispondere con competenza alle diverse esigenze della collettività.**

GRUPPO CRONICITA'	COSTO ANNUO PRE-NARDINO					
	Diagnostica di Laboratorio	Diagnostica Strumentale	Specialistica Ambulatoriale	Assistenza Farmaceutica	Assistenza Ospedaliera	TOTALE
BPCO	€ 760,05	€ 190,68	€ 974,92	€ 23.448,00	€ 1.589,56	€ 26.963,20
BPCO MCV conclamata			€ 38,42	€ 2.003,77		€ 2.042,19
Condizione di rischio diabetico		€ 397,66	€ 115,26	€ 72,72		€ 585,64
Condizione di rischio per MCV	€ 8.713,83	€ 1.456,84	€ 712,66	€ 53.461,80		€ 64.345,13
Diabete Tipo II	€ 8.884,29	€ 4.316,30	€ 4.252,70	€ 112.358,92	€ 14.850,37	€ 144.662,58
Diabete Tipo II BPCO			€ 142,16	€ 4.486,86	€ 2.817,12	€ 7.446,14
Diabete Tipo II MCV conclamata	€ 977,54	€ 893,40	€ 971,96	€ 21.172,46	€ 2.486,15	€ 26.501,50
MCV conclamata	€ 4.751,76	€ 3.007,16	€ 1.946,98	€ 56.671,05	€ 15.661,24	€ 82.038,19
Totale	23.327,41	10.071,36	8.141,72	248.223,81	35.814,88	325.579,19

GRUPPO CRONICITA'	COSTO ANNUO POST-NARDINO					
	Diagnostica di Laboratorio	Diagnostica Strumentale	Specialistica Ambulatoriale	Assistenza Farmaceutica	Assistenza Ospedaliera	TOTALE
BPCO	€ 1.148,69	€ 1.363,42	€ 1.039,08	€ 13.411,98		16.963,17
BPCO MCV conclamata			€ 38,42	€ 1.001,92		1.040,34
Condizione di rischio diabetico		€ 43,94	€ 139,98	€ 166,58		350,50
Condizione di rischio per MCV	€ 6.476,65	€ 1.933,42	€ 888,44	€ 35.185,20		44.483,70
Diabete Tipo II	€ 15.016,28	€ 9.367,66	€ 6.422,46	€ 93.574,07	€ 7.970,38	132.350,85
Diabete Tipo II BPCO		€ 140,48	€ 180,58	€ 3.353,75		3.674,81
Diabete Tipo II MCV conclamata	€ 1.346,50	€ 937,94	€ 1.428,44	€ 11.534,81		15.247,69
MCV conclamata	€ 6.421,66	€ 3.635,86	€ 2.592,64	€ 36.958,95	€ 10.883,38	60.492,49
Totale	29.261,08	16.059,30	11.652,54	180.773,37	18.853,76	256.600,05

GRUPPO CRONICITA'	COSTO ANNUO POST-NARDINO					
	Diagnostica di Laboratorio	Diagnostica Strumentale	Specialistica Ambulatoriale	Assistenza Farmaceutica	Assistenza Ospedaliera	TOTALE
BPCO	51%	615%	7%	-43%	-100%	-37%
BPCO MCV conclamata			0%	-50%		-49%
Condizione di rischio diabetico		-89%	21%	129%		-40%
Condizione di rischio per MCV	-26%	33%	25%	-34%		-31%
Diabete Tipo II	69%	117%	51%	-17%	-46%	-9%
Diabete Tipo II BPCO			27%	-25%	-100%	-51%
Diabete Tipo II MCV conclamata	38%	5%	47%	-46%	-100%	-42%
MCV conclamata	35%	21%	33%	-35%	-31%	-26%
Totale	25%	59%	43%	-27%	-47%	-21%

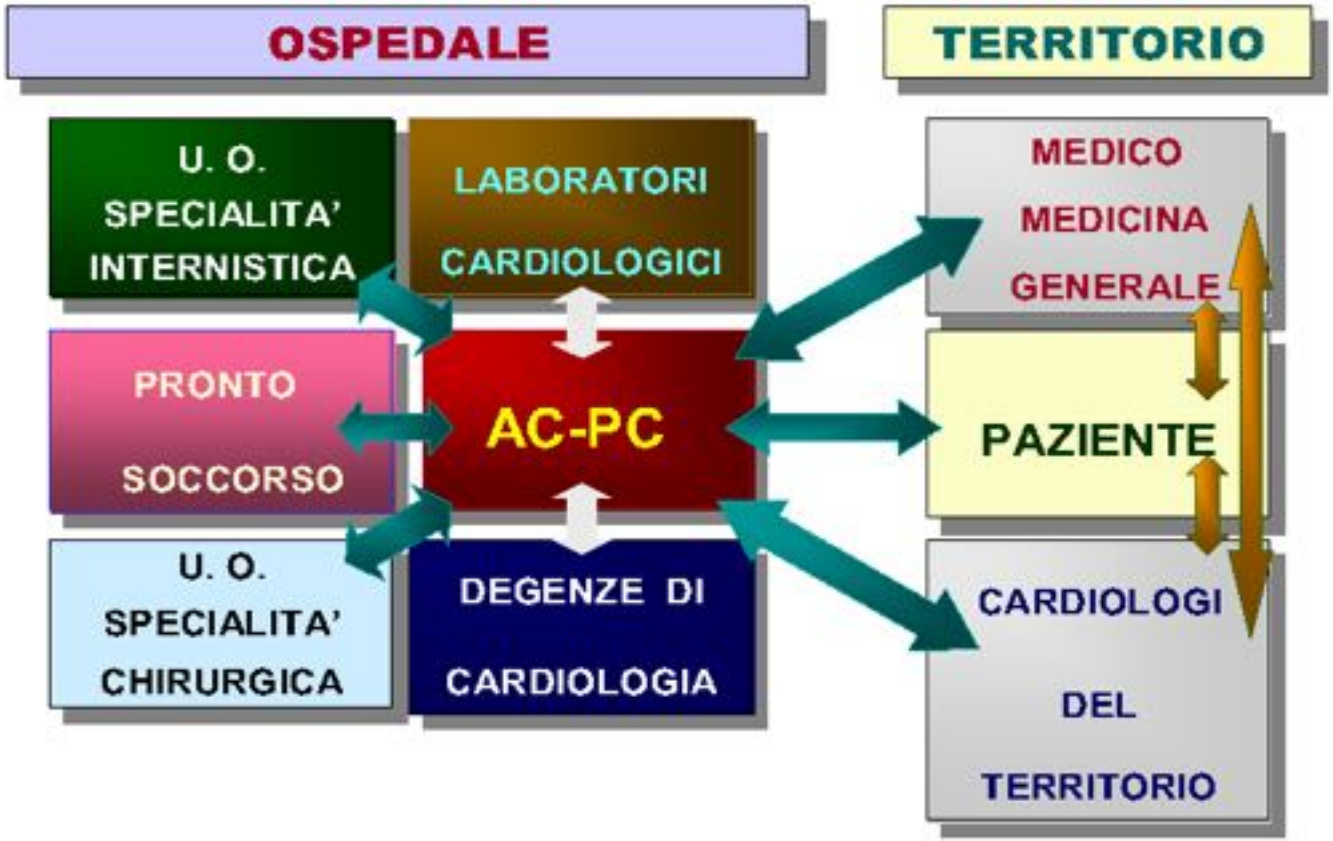
L'AMBULATORIO INFERMIERISTICO DELLA CRONICITA'

Ambulatorio Infermieristico della cronicità

Costituire una cerniera tra i servizi ospedalieri e territoriali, al fine di assicurare la continuità assistenziale

I Modelli 0rganizzativi

AC - PC
(Ambulatorio Cardiologico per la Prevenzione Cardiovascolare)



ELEVATA RESPONSABILITA'

Un CLINICO

AGENTE di CAMBIAMENTO

Individuatore di CASI

CONSULENTE

EDUCATORE e PROMOTORE di salute

IL CM quindi E'

COORDINATORE e FACILITATORE di assistenza

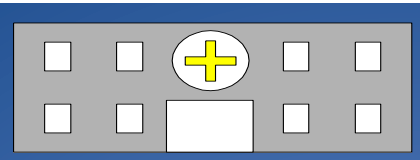
FACILITATORE del paziente

MANAGER di RISORSE

MANAGER di risultati di QUALITA'

Chiari P., Santullo A.; L'infermiere case manager; McGraw-Hill; 2001

Il problema della dimissione



Ospedale

Ricovero

Programmato

Urgente

Esami diagnostici, terapia farmacologica, intervento chirurgico...

Esami di verifica esito terapie e / o interventi

Accettazione — **Diagnosi e cura** — **Stabilizzazione e 1. decisione clinica** — **Dimissione**

tempestiva

~~ritardata~~

precoce

Punto critico

2. decisione sulla necessità e tipologia di assistenza

3. comunicazione al paziente e ai familiari

4. istruzione del paziente e dei familiari (condivisione!)

5. comunicazione con il MMG e con il responsabile della presa in carico territoriale

Territorio

Domicilio

ADI

RSA, Casa di Riposo...

LA DIMISSIONE

- Rappresenta l'anello debole del passaggio della persona assistita da un servizio all'altro.
- E' l'aspetto cruciale del piano di assistenza che risponde al diritto della persona di essere coinvolti nel processo di cura.
- La dimensione clinica non è quindi l'unico criterio che definisce la dimissibilità del paziente.

Perché una prescrizione non viene seguita?

"La terapia di un paziente cronico richiede una serie di comportamenti che **incide su tutti gli aspetti della vita** di una persona: lavoro, amici, tempo libero, abitudini alimentari e stile di vita"

Al paziente cronico il medico **proibisce mille attività, ne impone cento altre**.

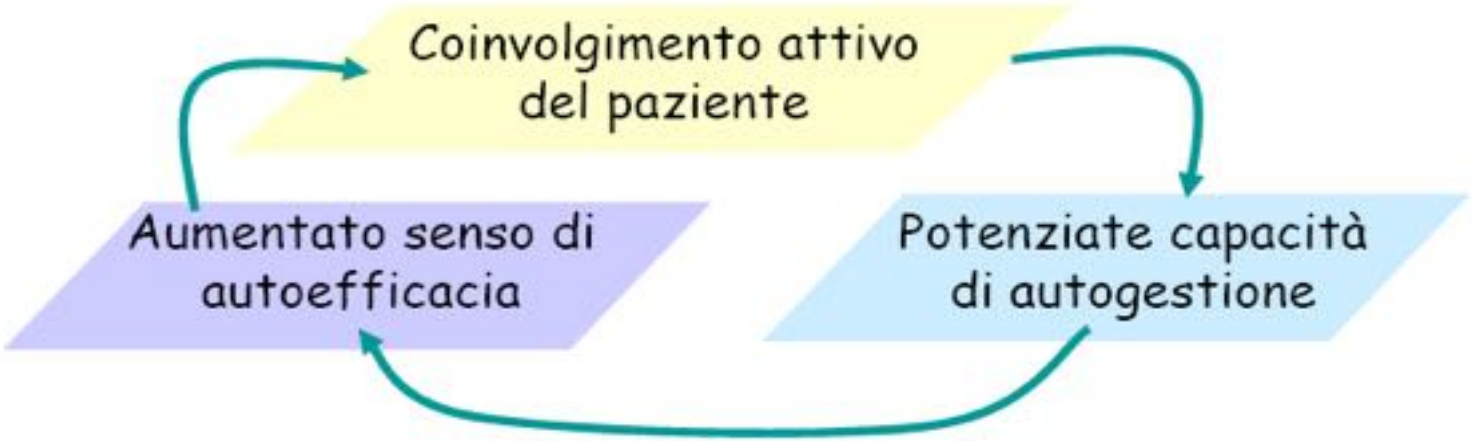
Su 5 pazienti cronici, solo uno o due, seguono correttamente le prescrizioni del medico.

La grande maggioranza adotta una propria “versione” della terapia e ha delle idee in proposito che non confesserà mai al curante.

Sbagliano, ma è proprio tutta colpa loro?

(J.P. Assal - 1999)

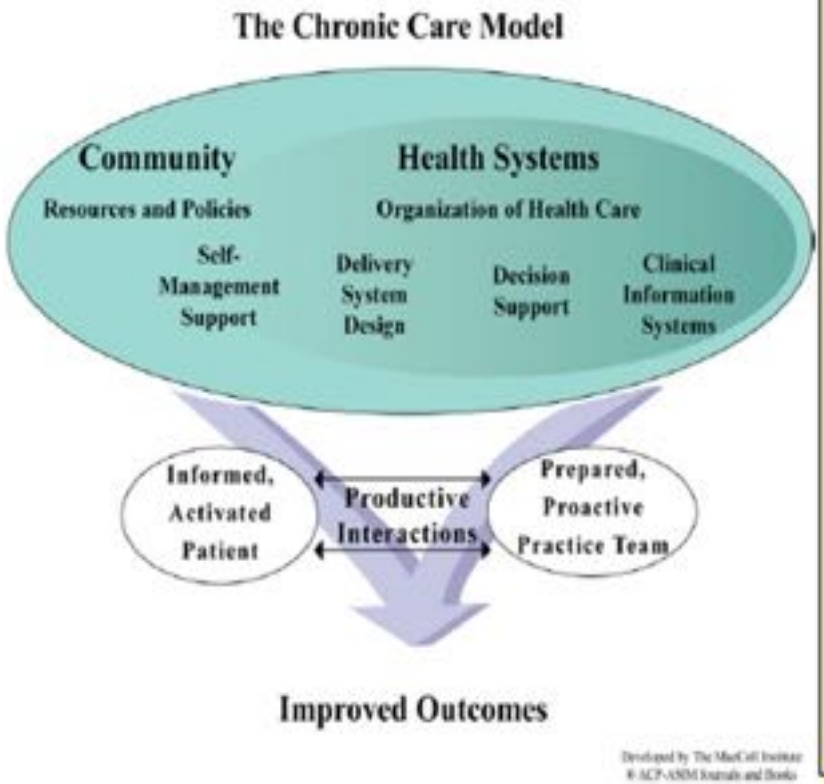
Centrare il vero obiettivo …



PEP Talk

Guardare al paziente come al principale ingrediente della "ricetta" della buona salute equivale a compiere un passo imprescindibile verso il coinvolgimento attivo dello stesso

Promuovere il Self-Management

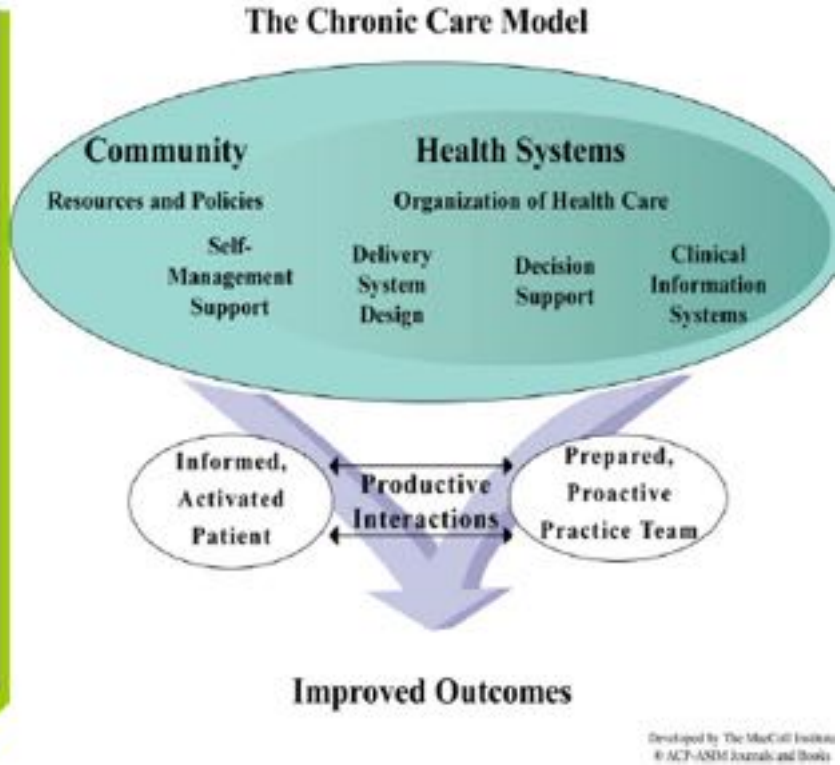


*"Le evidenze indicano che i pazienti portatori di condizioni croniche agiscono meglio quando ricevono un efficace trattamento all'interno di un sistema integrato delle cure che comprenda un supporto al self-management e un follow-up regolare."**

* Epping-Jordan JE, Pruitt SD, Bengoa R, Wagner EH: *Developing research and practice. Improving the quality of health care for chronic conditions.* Qual Saf Health Care 2004; 13; 299-305

Promuovere l'empowerment del paziente

"Se i pazienti sono più informati, coinvolti e responsabilizzati (empowered), essi interagiscono più efficacemente con gli operatori sanitari e si sforzano di intraprendere le azioni che producono risultati di salute"*



*Wagner EH, Davis C, Schaefer J et al. *A survey of leading chronic disease management programs: are they consistent with the literature?* Manag Care Q 1999; 7:56-66

quotidianosanità.it
Quotidiano on line di informazione sanitaria

24 settembre 2013

Ssn. Fiaso: "La buonasanità esiste anche nel Meridione"

Lo rileva l'Osservatorio della Federazione italiana delle aziende sanitarie e ospedaliere. Registrata una rimonta del Sud, dove si colloca il 31,7% delle esperienze, lo scorso anno localizzate quasi esclusivamente al Nord. A dicembre i dati completi nel "Libro Bianco sulla Buonasanità".

Risultati da Osservatorio

Libro bianco della Buona Sanità

3.7. In Puglia si punta sull'assistenza primaria

Attivare sul territorio forme di assistenza primaria in grado di offrire una risposta ottimale in termini di efficienza, efficacia e gradimento ai soggetti affetti da patologie croniche. Seguendo questo ideale filo conduttore l'Agenzia regionale Pugliese ARES ha attivato nel febbraio del 2012 in alcune aree della ASL BT (Barletta-Andria-Trani), il cosiddetto progetto "Nardino", basandosi sulla presa in carico del paziente cronico nell'ambito delle cure primarie secondo il Chronic Care Model.

Regione Puglia
Azienda Sanitaria Locale Barletta Andria Trani
Direttore Generale: Giovanni Gorgoni
Referente dell'esperienza: Domenico Antonelli
Titolo: Nardino

LA GAZZETTA DEL MEZZOGIORNO
Domenica 15 dicembre 2013

BUONA SANITÀ

IL «LIBRO BIANCO»

«NARDINO» E «SCAP»

I due progetti della Asl Bat (su tre progetti in tutta la Puglia) riguardano l'area di intervento «Integrazione socio-sanitaria»

IL DIRETTORE GENERALE

Gorgoni: «Siamo molto soddisfatti: è stato dato risalto a progetti di successo che hanno coinvolto diversi gruppi di lavoro nella Asl»

ASSISTENZA PEDIATRICA Tra le note di merito per la Asl Bt vi è quella relativa alle prestazioni pediatriche

SEDE LEGALE La direzione generale della Asl Bt ad Andria (foto Calvarese)

Buone pratiche, premiata la Asl

Apprezzati i progetti sulle patologie croniche e sull'ambulatorio pediatrico

MICHELE PALUMBO

● **ANDRIA.** Doppia buona notizia per la Asl Bt.

La Asl Bat, infatti, è stata premiata per le sue "buone pratiche". Precisamente per il progetto di presa in carico delle patologie croniche "Nardino" e per il progetto "Scap" di attivazione dell'ambulatorio pediatrico in ospedale il sabato e la domenica. Nello specifico la Asl Bt è stata segnalata nel volume "Libro Bianco della Buona Sanità" pubblicato da Fiaso-Federazione italiana delle aziende sanitarie.

Non solo: «L'Osservatorio buone pratiche per la sicurezza dei pazienti», edito ogni anno da Agenas-Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, e presentato al Forum del Risk Management, contiene 17 buone pratiche della Regione Puglia di cui 13 sono della Asl Bt.

La direzione generale della Asl Bat ha ricordato che «il Libro Bianco della Buona Sanità» della Fiaso, raccoglie esperienze di buona sanità realizzate su tutto il territorio nazionale per consentirne la replicabilità a beneficio dell'intero sistema. I progetti raccolti sono stati valutati da un comitato tecnico attraverso un modello che ne ha accertato il grado di sviluppo e i risultati ottenuti.

I progetti raccolti sono sostenibili nel tempo, trasferibili in altri contesti e sono riferiti alla metodologia del miglioramento continuo della qualità. Per la Regione Puglia sono stati selezionati 3 Buone Pratiche, di cui 2 della Asl Bt.

I due progetti segnalati della Asl Bt riguardano l'area di intervento "Integrazione socio-sanitaria". "Nardino" è un sistema di presa in carico dei pazienti affetti da patologie croniche, attivato a Minervino e a Spinazzola, che ha già fatto registrare significativi risultati: i dati relativi alla spesa farmaceutica mostrano una riduzione del consumo del 30 per cento mentre i ricoveri legati alla patologia sono diminuiti del 25 per cento.

Il progetto ha anche determinato un crollo dei tempi di attesa per i pazienti coinvolti e ha affiancato al paziente una figura di fiducia con funzioni educative e assistenziali.

DG Giovanni Gorgoni

"Scap" invece è l'acronimo di Servizio di Consulenza Ambulatoriale Pediatrica: in tutti gli ospedali della Asl Bat il sabato e la domenica, nei giorni festivi e prefestivi è attivo un servizio di consulenza pediatrica con la collaborazione dei pediatri di famiglia. I primi risultati: il numero dei bambini presi in carico direttamente dal Pronto Soccorso è diminuito del 17 per cento mentre i ricoveri sono diminuiti del 12 per cento.

L'Osservatorio Buone Pratiche per la Sicurezza del paziente ha invece l'obiettivo di promuovere, favorire e incoraggiare la realizzazione di specifici interventi mirati ad accrescere la sicurezza dei pazienti. L'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali ha nell'edizione del 2013 selezionato e pubblicato 13 Buone Pratiche attivate nella Asl Bt: implementazione del foglio unico di terapia; protocollo per la donazione di cornee da cadavere a cuore fermo; protocollo per la donazione degli organi; sepsi, shock settico e insufficienza renale acuta; scheda di accompagnamento alla dimissione del paziente con scompenso cardiaco acuto; valutazione clinico-strumentale riassuntiva; indicatori di appropriatezza per i ricoveri di scompenso cardiaco, aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza complicanze, angina pectoris, sincope e collasso senza complicanze; gripper con ago alHuber per l'accesso ai cateteri venosi centrali totalmente impiantabili; trasporto sanitario secondario; protocollo aspirazione tracheobronchiale; safety list peri-operatoria e di trasferimento; assistenza al paziente sottoposto a fibrobroncoscopia; protocolli terapeutici sull'uso degli antibiotici in terapia intensiva; protocolli per accessi venosi periferici.

Giovanni Gorgoni, direttore generale della Asl Bt, ha dichiarato: «Siamo molto soddisfatti per i riconoscimenti che abbiamo ottenuto: in entrambe le pubblicazioni è stato dato risalto a progetti di successo che hanno coinvolto diversi gruppi di lavoro all'interno della Asl e che in alcuni casi hanno comportato anche l'ampliamento e sviluppo di modelli organizzativi e gestionali innovativi. Questo per noi è uno stimolo importante per continuare a migliorarci, a beneficio dei servizi offerti ai cittadini».

Risultati da
Osservatorio
Libro bianco
della Buona Sanità
FIASO
agenas
L'Osservatorio buone pratiche
per la sicurezza dei pazienti
Prima stesura
Esperienze inviate all'Osservatorio Buone Pratiche
e validate dalle Regioni e P.A. al 19 novembre 2013
Sezione Qualità e Accreditamento
Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali
Via Puglie 23 - 00187 Roma
Tel. 06-427491
Fax. 06-42749480

Oggi solo il 25% dei MMG condivide l'ambulatorio (ministero della salute 2010).

Un possibile futuro della medicina generale italiana potrebbe essere dominato da nuove **micro-aziende di medici** che si aggregano e unificano i loro rapporti con il sistema sanitario pubblico.

Una volta consolidata la **pratica di gruppo come modalità lavorativa** unica si potrebbe lasciare al paziente la possibilità di scegliere la pratica e non più il singolo MMG; **l'ambulatorio associato**, a quel punto diventerebbe una vera e propria **piccola azienda**, a cui si potrebbe lasciare grado di libertà nella remunerazione dei suoi associati.

per un management sanitario reale …

Non bastano le 5 "E" convenzionali!

- ***Efficienza***
- ***Efficacia***
- ***Etica***
- ***Equità***
- ***Economicità***

È fondamentale una 6° "E" non convenzionale

- **EMOZIONE!**

Sentimento indispensabile per un manager , un leader, un gruppo di lavoro, un medico che voglia erogare salute in termini di appropriatezza integrata.

Grazie per l'attenzione

Descrivere il passato, comprendere il presente, prevedere il futuro: questo è il compito della medicina.

Dott. Domenico Antonelli
Direttore SIOT Asl Bat

antonellimimmo@libero.it