“GIORNATA DEL DIRITTO COSTITUZIONALE PER LA TUTELA DELLA SALUTE”

ART. 32: STATI GENERALI DELLA SALUTE IN SICILIA

Martedì 7 giugno 2011 – ore 9.00 – 14.00

Sala Gialla - Palazzo dei Normanni Piazza Indipendenza 1 – Palermo

“SALUTE E SANITÀ”

Dr Luigi Spicola

Medico di Medicina Generale

Sommario

- DEFINIZIONE DI SALUTE ED I DETERMINANTI DELLA SALUTE
- LE SFIDE DELLA MEDICINA MODERNA
- LE RISPOSTE DELLA PROFESSIONE E DELLA SANITA’

Dr. Giuseppe Noto

Dirigente Servizio 8 (Programmaz. Territor.) e Servizio 2 (Personale Convenz.) Dip.to Pianificazione Strategica- Assess. Reg.le Salute Sicilia

L'ORGANIZZAZIONE DELLE CURE TERRITORIALI IN SICILIA

Qualità e utilità assistenziale nei nuovi modelli organizzativi regionali delle cure primarie

HTA, MEDICINA GENERALE E CONSENSO SOCIALE

Società Italiana di Medicina Generale
Regione Sicilia

7° Congresso Regionale SIMG Sicilia

Gerardo Medea

HTA e la Medicina Generale: cosa si deve sapere, cosa bisognerà fare

Qualità e utilità assistenziale nei nuovi modelli organizzativi regionali delle cure primarie

HTA, MEDICINA GENERALE E CONSENSO SOCIALE

Società Italiana di Medicina Generale
Regione Sicilia

7° Congresso Regionale SIMG Sicilia

Anselmo
7° Congresso Regionale SIMG
Maddau
Il ruolo del Distretto nell'organizzazione dei PTA

Forum del Mediterraneo 2011

“INNOVAZIONE IN SANITÀ: QUALITÀ E SICUREZZA NELLE CURE”

“SICUREZZA DEL PAZIENTE E BUON USO DEL FARMACO”

“La qualità nell’assistenza farmaceutica”

“Appropriatezza prescrittiva”

Luigi Galvano

Area Politica del farmaco SIMG

V.Presidente vicario FIMMG Sicilia - Componente esecutivo nazionale SIMG

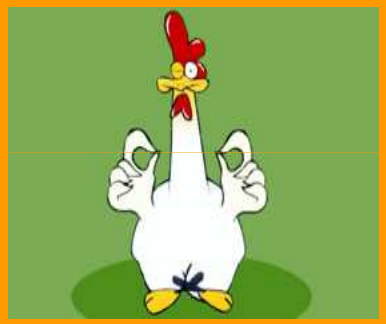
Palermo, 26 Maggio 2011

Sommario

- DEFINIZIONE DI SALUTE ED I DETERMINANTI DELLA SALUTE
- LE SFIDE DELLA MEDICINA MODERNA
- LE RISPOSTE DELLA PROFESSIONE E DELLA SANITA’

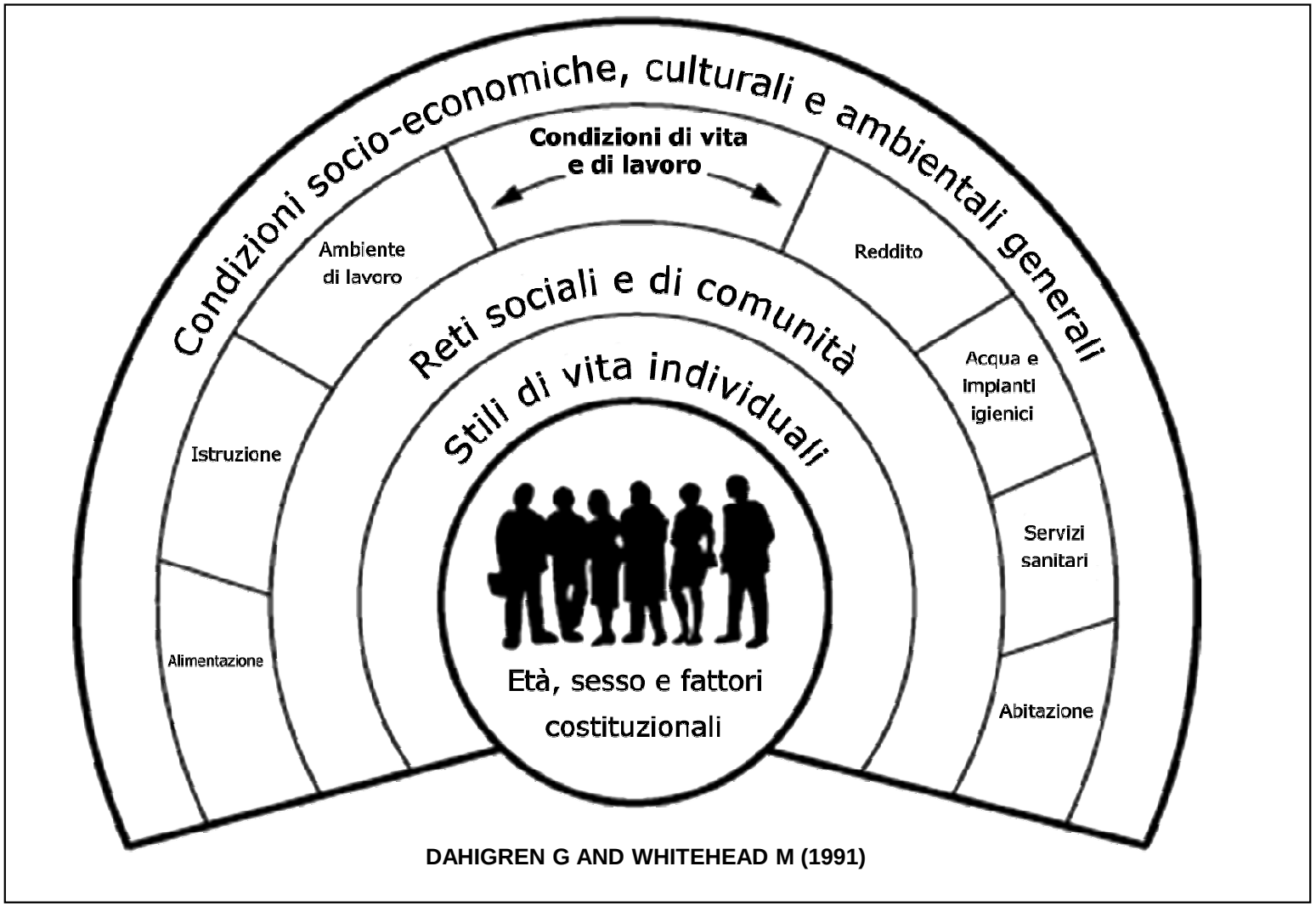
Definizione di SALUTE O.M.S.

Non solo assenza di malattia ma stato di completo benessere fisico, psicologico e sociale.



Sanità=salute?

I DETERMINANTI DELLA SALUTE:
LA COMPLESSITA’ DI GOVERNO DEL SISTEMA SANITARIO

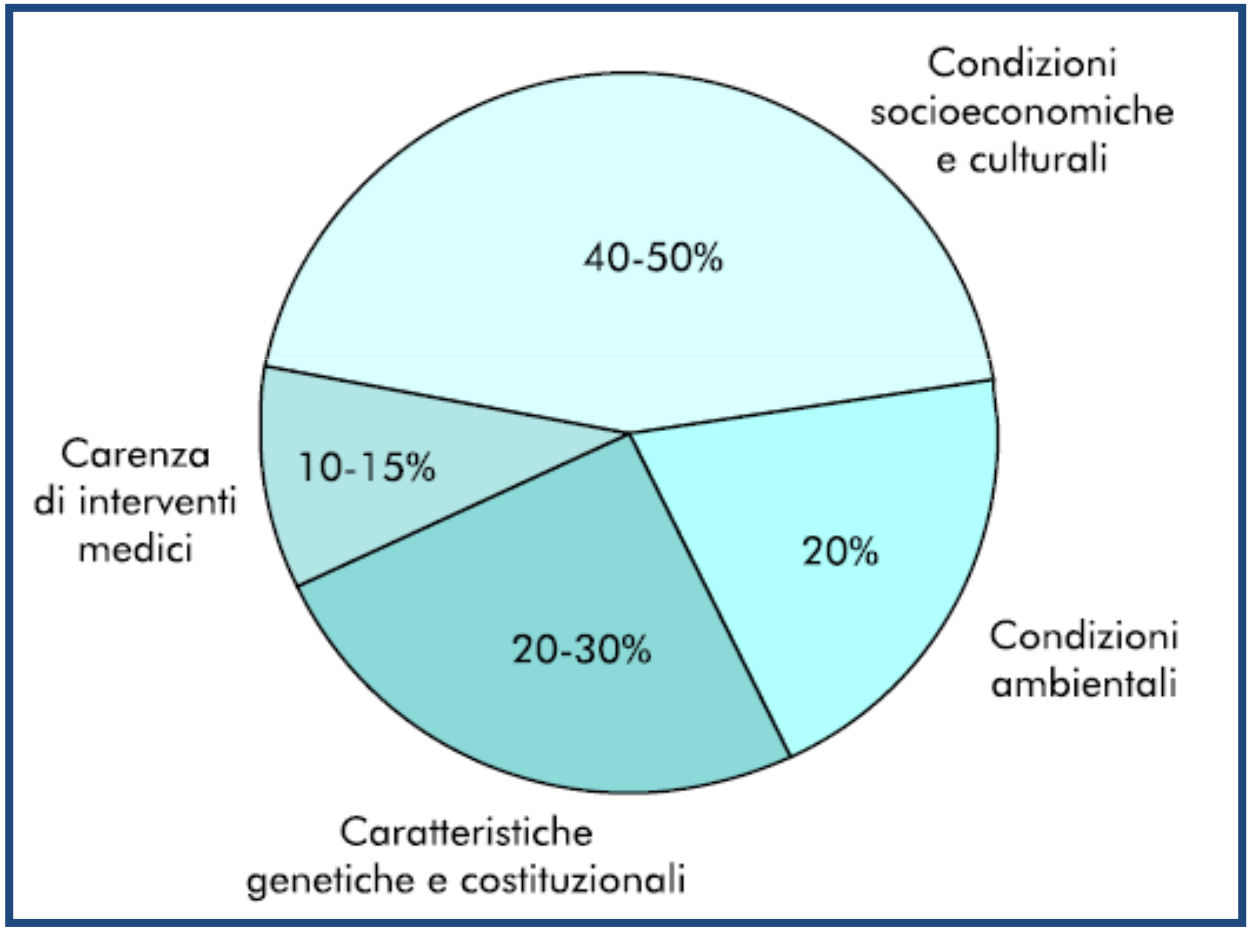


DAHIGREN G AND WHITEHEAD M (1991)

I derminanti della salute

Determinanti di salute				
Non modificabili	Sociali ed economici	Ambientali	Stili di vita	Accesso ai servizi
Genetica	Povertà	Qualità dell'aria	Alimentazione	Educazione
Sesso	Lavoro	Abitazione	Attività fisica	Servizio Sanitario Nazionale
Età	Esclusione sociale	Qualità dell'acqua	Fumo	Servizi sociali
		Ambiente sociale	Alcol	Trasporti
			Comportamento sessuale	Tempo libero
			Droghe	

L’influenza dei diversi determinanti della salute sulla mortalità prima dei 75 anni*

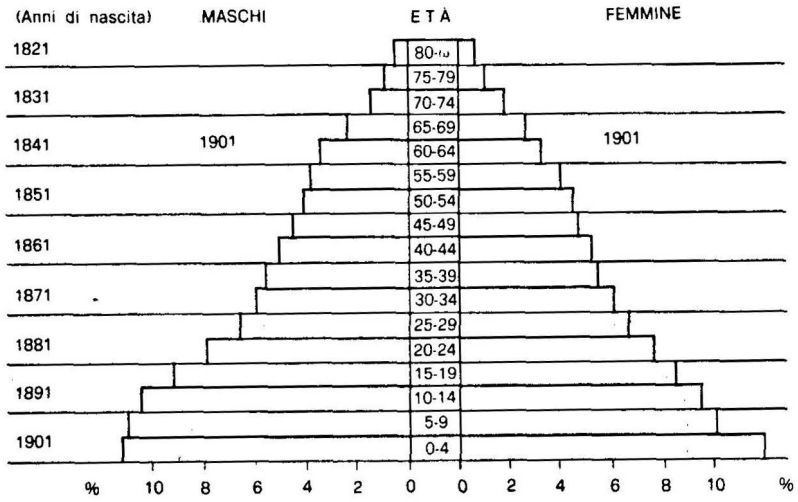


*G.Domenighetti, 2003

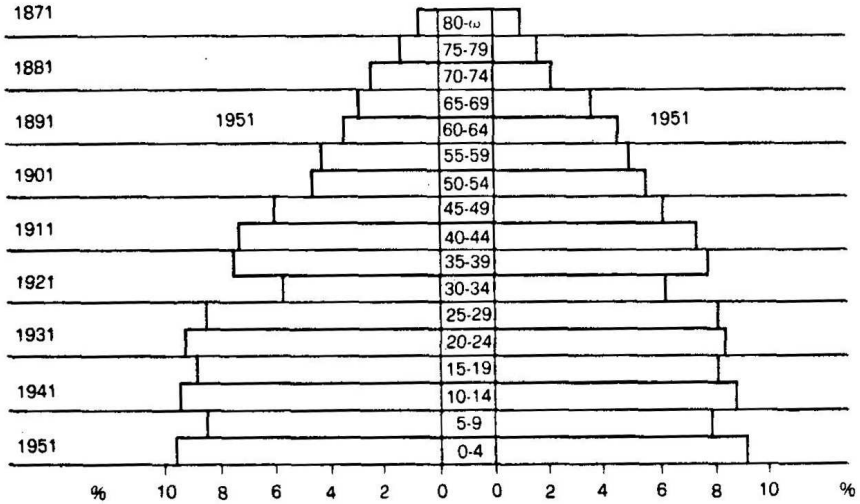
Sommario

- DEFINIZIONE DI SALUTE ED I DETERMINANTI DELLA SALUTE
- LE SFIDE DELLA MEDICINA MODERNA
- LE RISPOSTE DELLA PROFESSIONE E DELLA SANITA’

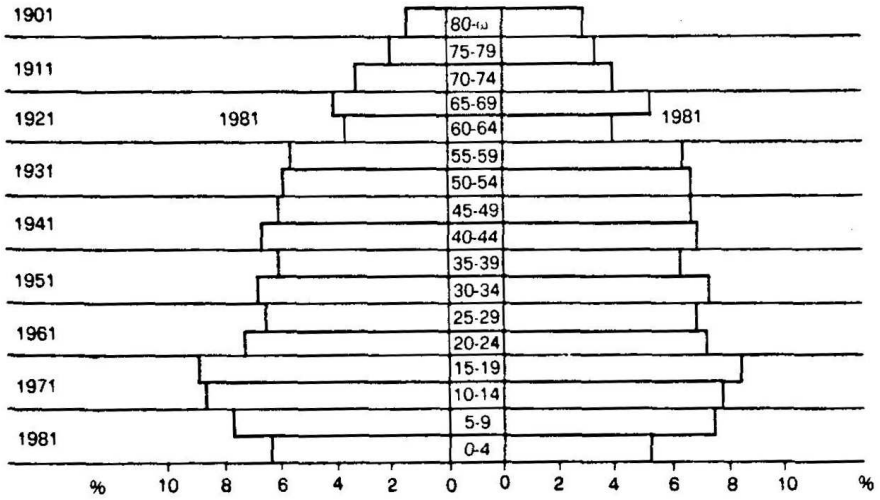
1901



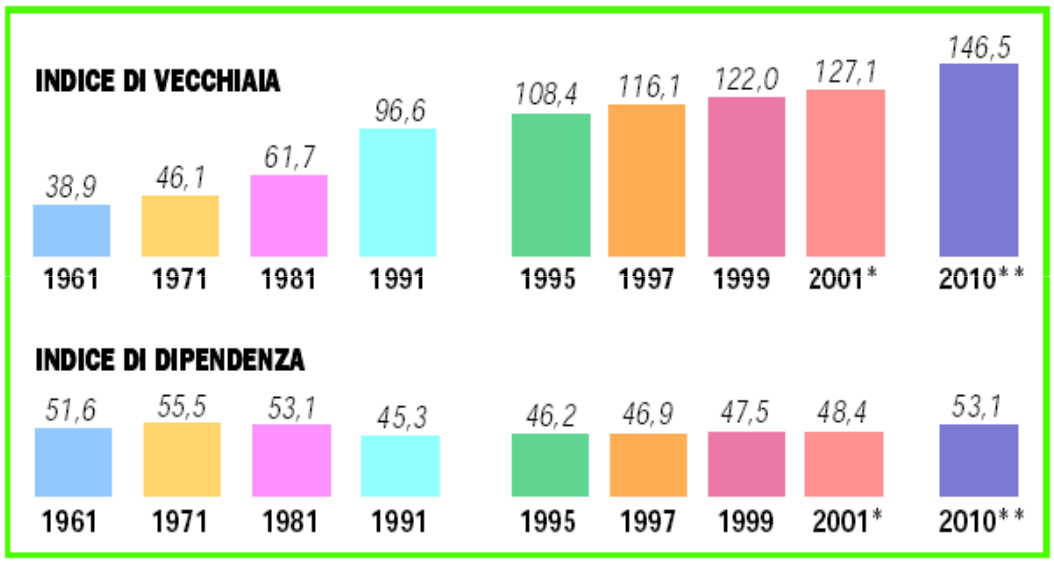
1951



1981



Censimenti 1961-1991 e 1 gennaio 1995-2010



* *stime* ** *previsioni*

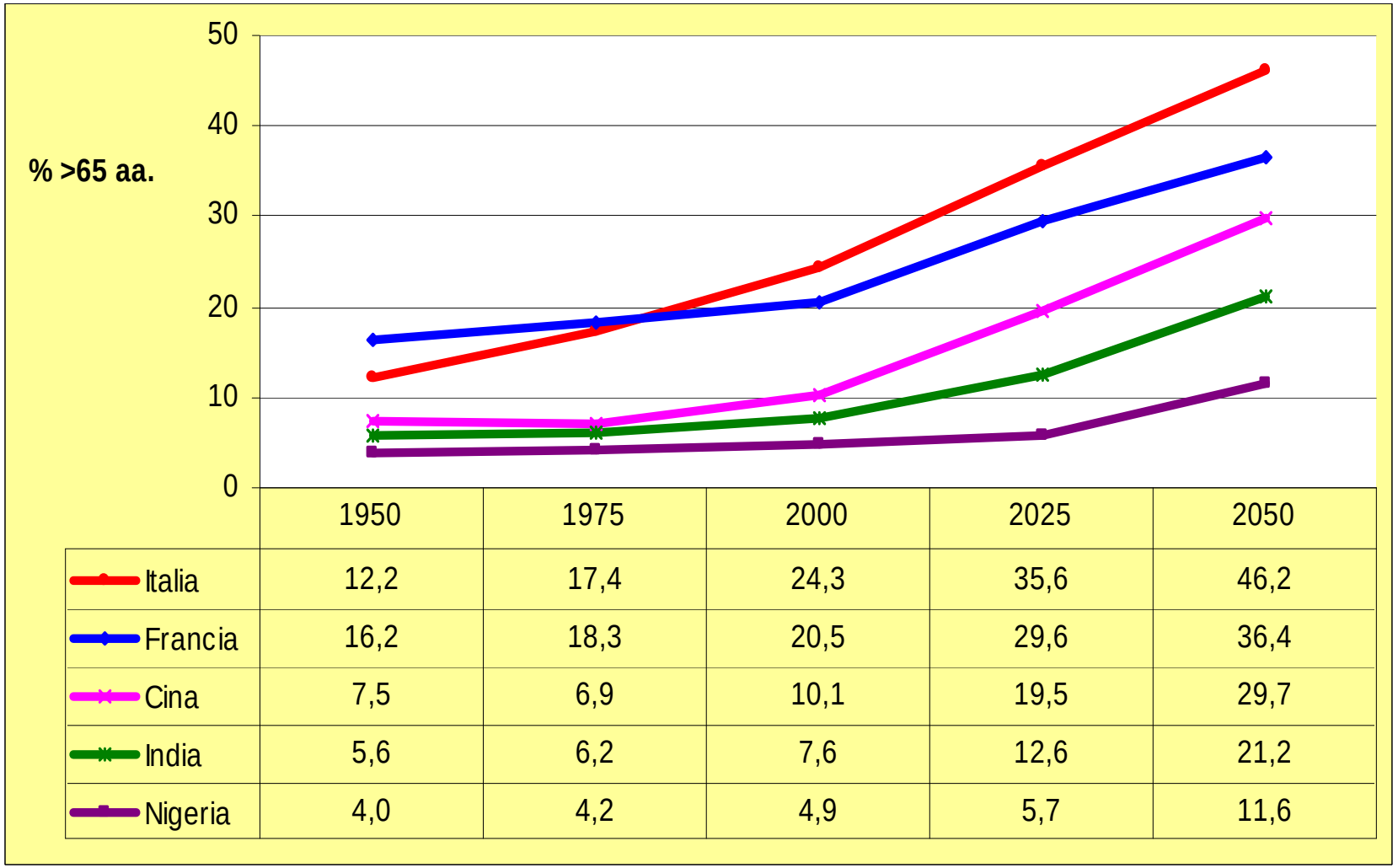
Indice di vecchiaia:
rapporto tra la popolazione di 65 anni e più e la popolazione fino a 14 anni di età, per 100

Indice di dipendenza:
rapporto tra la popolazione in età non attiva (fino a 14 anni e di 65 anni e più) e la popolazione in età attiva (tra 15 e 64 anni), per 100

Speranza di vita alla nascita (vita media):
numero medio di anni di vita per un neonato

Fonte: www.istat.it

La dinamica dell’invecchiamento



	1950	1975	2000	2025	2050
Italia	12,2	17,4	24,3	35,6	46,2
Francia	16,2	18,3	20,5	29,6	36,4
Cina	7,5	6,9	10,1	19,5	29,7
India	5,6	6,2	7,6	12,6	21,2
Nigeria	4,0	4,2	4,9	5,7	11,6

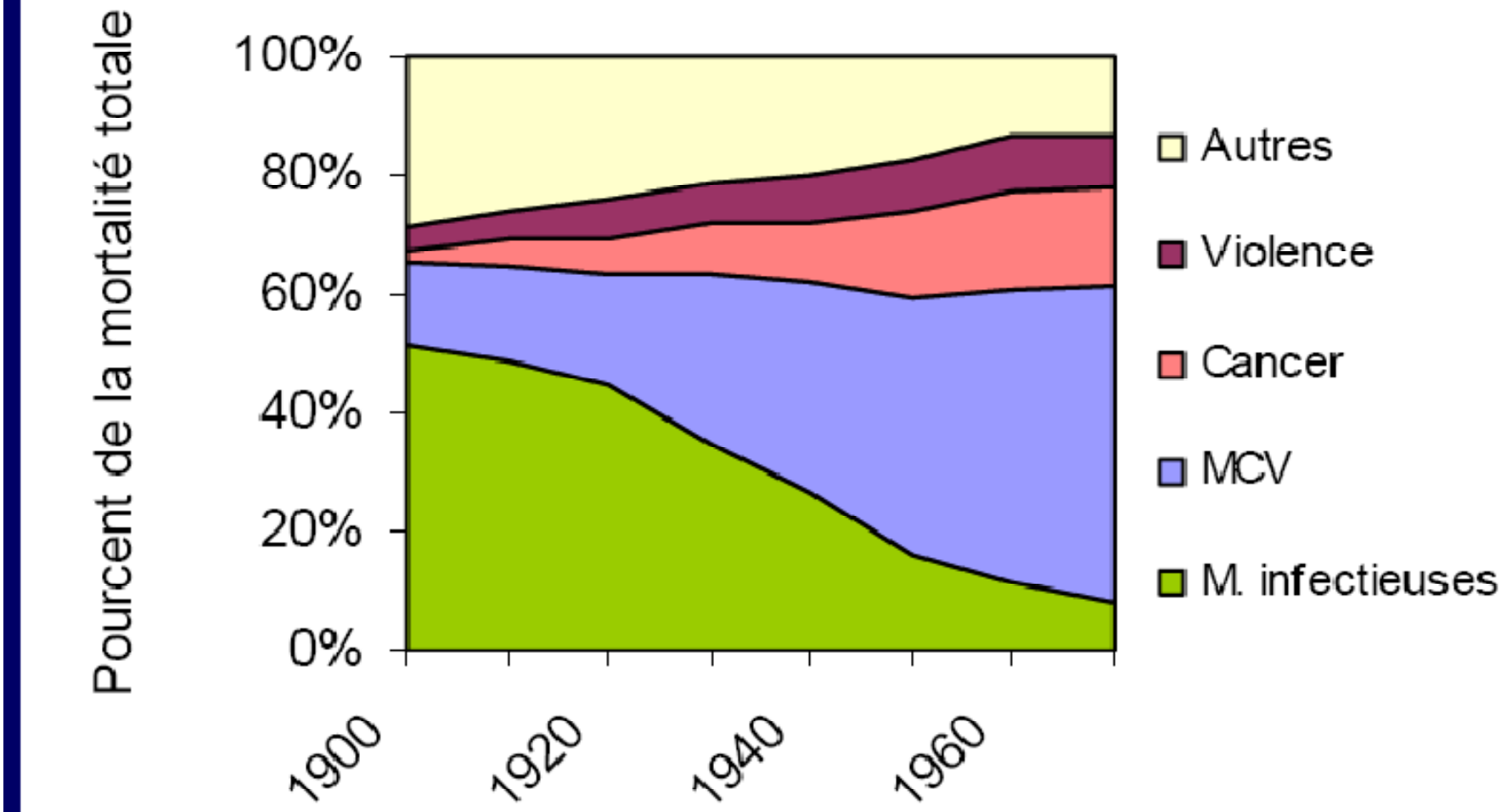
Transizione epidemiologica.

Con questo termine si indica il cambiamento di caratteristiche delle malattie che ha accompagnato il miglioramento complessivo delle condizioni di salute dalla fine del XIX alla prima parte del XX secolo.

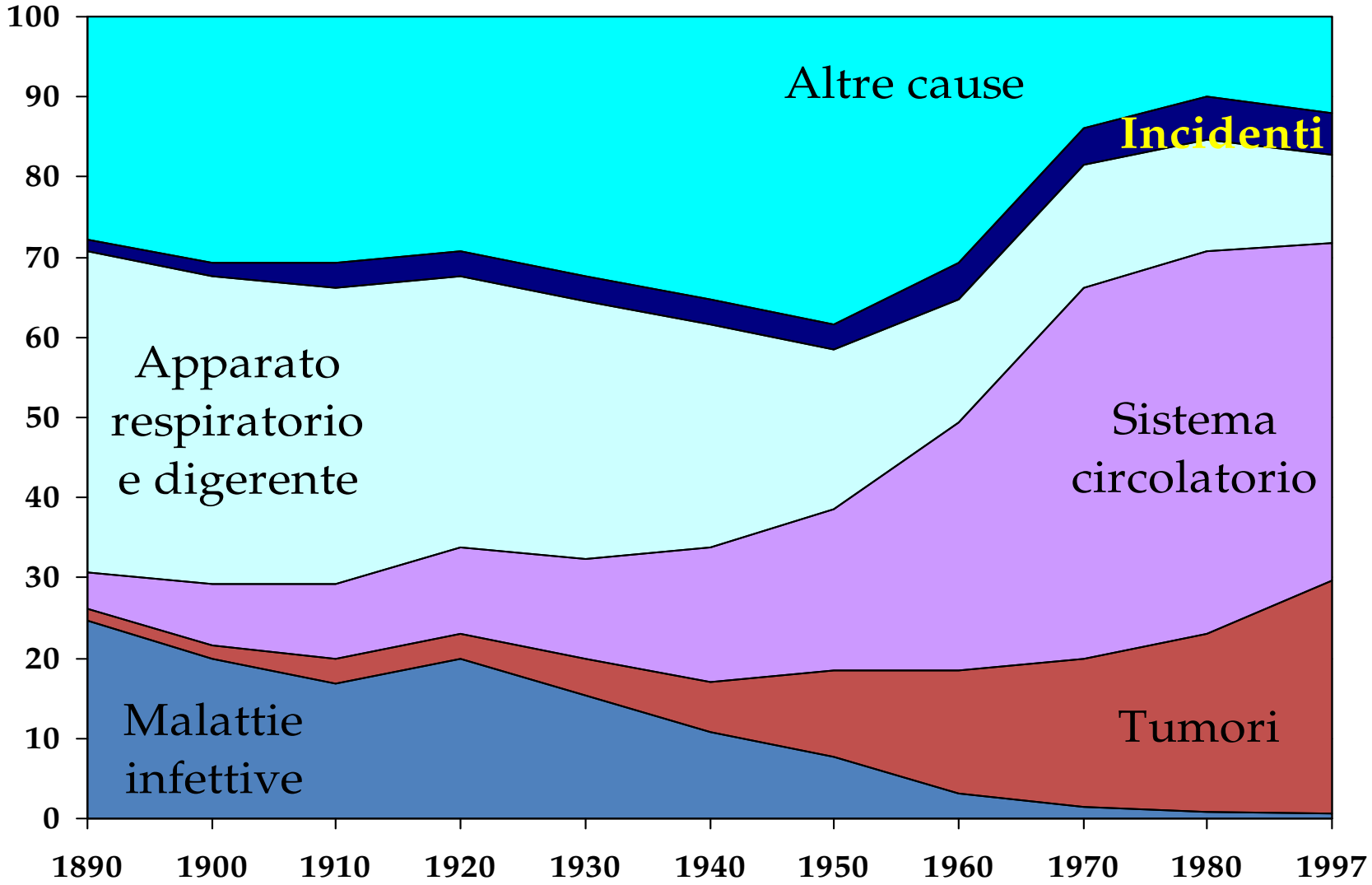
Insieme al calare della mortalità e al crescere della speranza di vita, si è avuto uno spostamento delle caratteristiche delle malattie da un quadro dominato dalle **malattie infettive** a uno in cui prevalgono **malattie croniche** come le cardiopatie e i tumori.

Questo scivolamento verso le patologie croniche si può **in parte** spiegare col fatto che molta più gente ha vissuto fino all’età in cui queste malattie colpiscono.

Transizione epidemiologica nei paesi industrializzati, 1900-1970



Transizione epidemiologica - Italia - 1890-1997

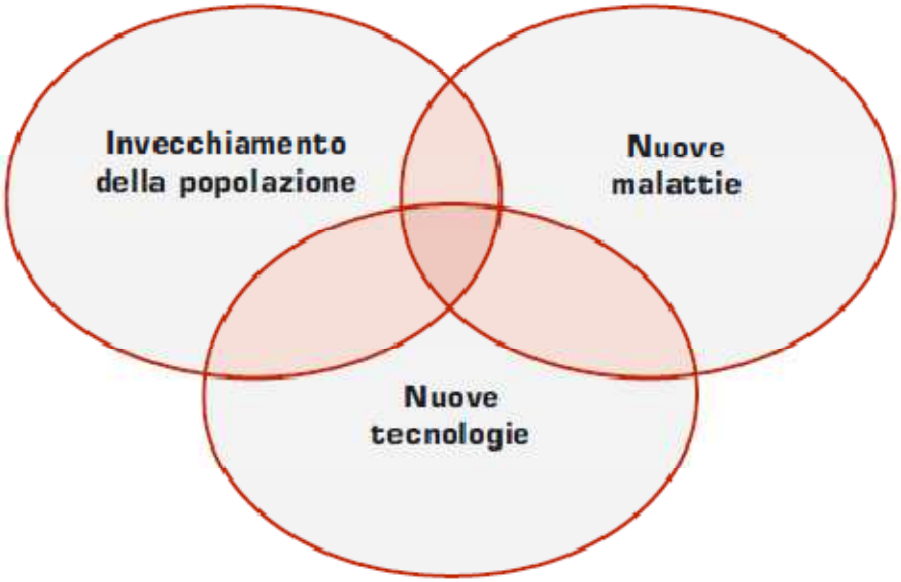


Caratteristiche epidemiologiche differenziali delle patologie infettive e cronico-degenerative

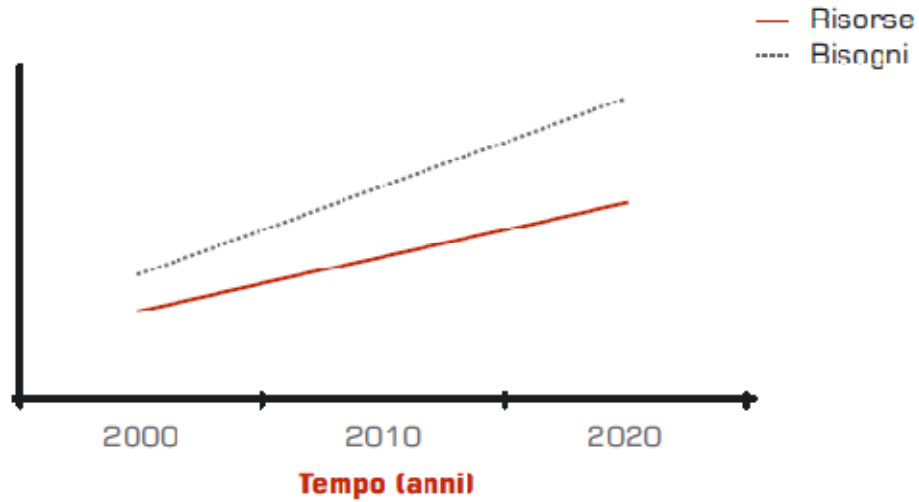
Caratteristiche	**Malattie infettive (acute)**	**Malattie non infettive (croniche)**
Fattori causali maggiori	Per lo piu’ specifici. Necessari	Molteplici. Per lo piu’ aspecifici. Non necessari
Durata del periodo di latenza	Per lo piu’ breve (giorni o settimane)	Per lo piu’ lunga (anni o decenni)
Esordio	Per lo piu’ clamoroso	Spesso subdolo e lento. manifestazione dei sintomi graduale o improvvisa
Decorso	Rapido (giorni o settimane)	Lento (anni o decenni)
Esito	Guarigione	Stabilizzazione o progressivo peggioramento. In molte frome decesso a distanza di anni o decenni
Effetto dei miglioramenti terapeutici	Abbreviano il decorso. Diminuisce la prevalenza	Allungano il decorso. Aumenta la prevalenza

Il problema del Sistema Sanitario Nazionale

Aumento <u>domanda</u>



Aumento <u>offerta</u>



<u>Risorse</u> limitate!

I criteri di scelta "storici"

I criteri di contenimento dei costi

"Tutti i trattamenti efficaci dovrebbero essere gratuiti"
Archie Cochrane, 1971

"Tutti i trattamenti costo-efficacia dovrebbero essere gratuiti"
Alan Williams, 1997

1990 ***2000***

Interventi di Budget per il contenimento dei costi *('Imperativo economico')*

Riforme per il contenimento dei costi attraverso il recupero di efficacia, appropriatezza ed efficienza

L'efficacia diventa solo un "prerequisito"

Sommario

- DEFINIZIONE DI SALUTE ED I DETERMINANTI DELLA SALUTE
- LE SFIDE DELLA MEDICINA MODERNA
- LE RISPOSTE DELLA PROFESSIONE E DELLA SANITA’

L’appropriatezza degli atti medici rappresenta in una definizione generale la sintesi virtuosa tra bisogni sanitari, domanda e offerta.

- In modo più analitico l’appropriatezza coincide con la possibilità di erogare prestazioni efficaci ed efficienti, pertinenti con i bisogni sanitari, sicure, accessibili e accettabili.
- L’efficacia delle prestazioni rappresenta un compromesso tra le indicazioni della miglior letteratura (efficacy) e la possibilità concreta di contestualizzare questi messaggi alla singola realtà locale.
- Questa dimensione “operativa” delle prove di efficacia coincide con il termine inglese -intraducibile- “Effectiveness”

Health Technology Assessment

- Strumento di valutazione **“multidisciplinare”** di una tecnologia sanitaria
- Mette in relazione tutti i **vantaggi** (altrimenti considerati isolatamente) per stabilire se conviene utilizzarla
- Tiene conto delle **risorse limitate** di cui il sistema sanitario

Le tecnologie biomediche: cosa sono? Da OMS e Carta di Trento (2006)

- le apparecchiature
- i farmaci
- le procedure impiegate nell’erogazione dei servizi sanitari
- i sistemi organizzativi e di supporto attraverso i quali viene fornita l’assistenza sanitaria

efficacy / effectiveness

Capacità di raggiungere l’obiettivo atteso

efficacia teorica (EFFICACY)

capacità di un intervento di raggiungere un determinato obiettivo **in condizioni “ideali”** (RCT, metanalisi, revisioni sistematiche etc..)

•Migliora le condizioni del paziente?

efficacia pratica **(**EFFECTIVENESS**)**

documenta i risultati conseguiti nelle **situazione “reali”** dovrebbe essere valutata prioritariamente (trial pragmatici)

•Può essere impiegato nella pratica medica?

l’efficienza

capacità di utilizzare in **modo ottimale le risorse** per il raggiungimento di un determinato risultato

mette in relazione i **risultati ottenuti** con le **risorse impiegate**

al fine di **confrontare diverse strategie** di intervento per valutarne l’**economicità** e quindi la **priorità** assistenziale

Per cui la “tecnologia” deve risultare:

L’ASSOCIAZIONISMO

Medici Singoli

Modello dominante nel passato. Il medico agisce da solo ed è isolato

Medici in Associazione Semplice

I Medici si associano ma senza gli obblighi dei Medici in Gruppo

Medici in Rete

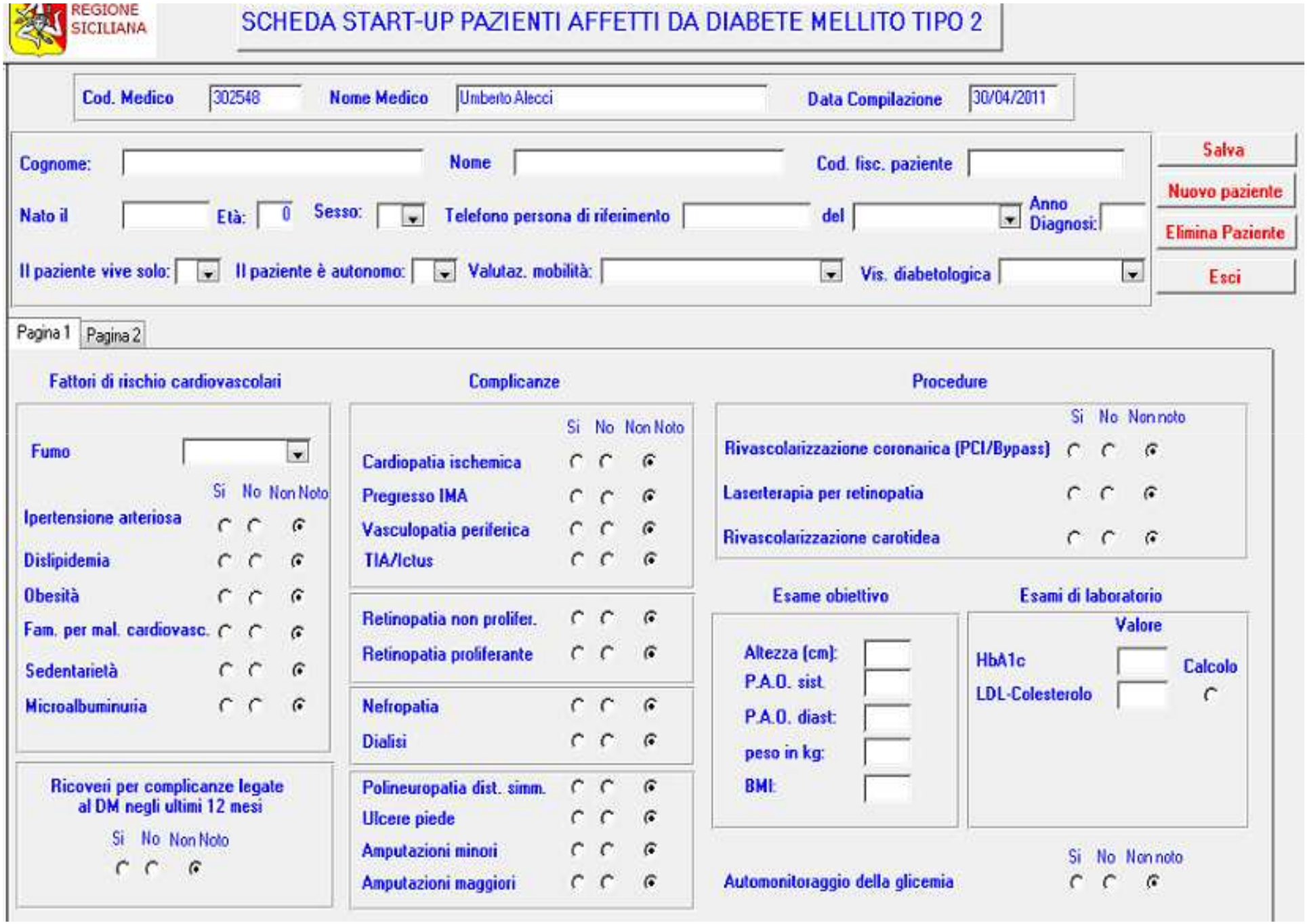
Medici informatizzati e collegati tra loro in rete, ma ancora singoli

Medici in Gruppo

Condivisione di ambulatori, obbligo di garantire adeguati livelli di continuità assistenziale diurna, possibilità di sostituzione interna.

Gruppi Complessi

NB: Vi sono poi le forme “Miste”



REGIONE SICILIANA

SCHEDA START-UP PAZIENTI AFFETTI DA DIABETE MELLITO TIPO 2

Cod. Medico: 302548 | Nome Medico: Umberto Alecci | Data Compilazione: 30/04/2011

Cognome: | Nome | Cod. fisc. paziente

Nato il | Età: 0 | Sesso: | Telefono persona di riferimento | del | Anno Diagnosi:

Il paziente vive solo: | Il paziente è autonomo: | Valutaz. mobilità: | Vis. diabetologica

Salva | Nuovo paziente | Elimina Paziente | Esci

Pagina 1 | Pagina 2

Fattori di rischio cardiovascolari

Fumo

	Si	No	Non Noto
Ipertensione arteriosa	○	○	◉
Dislipidemia	○	○	◉
Obesità	○	○	◉
Fam. per mal. cardiovasc.	○	○	◉
Sedentarietà	○	○	◉
Microalbuminuria	○	○	◉

Ricoveri per complicanze legate al DM negli ultimi 12 mesi

Si	No	Non Noto
○	○	◉

Complicanze

	Si	No	Non Noto
Cardiopatia ischemica	○	○	◉
Pregresso IMA	○	○	◉
Vasculopatia periferica	○	○	◉
TIA/Ictus	○	○	◉
Retinopatia non prolifer.	○	○	◉
Retinopatia proliferante	○	○	◉
Nefropatia	○	○	◉
Dialisi	○	○	◉
Polineuropatia dist. simm.	○	○	◉
Ulcere piede	○	○	◉
Amputazioni minori	○	○	◉
Amputazioni maggiori	○	○	◉

Procedure

	Si	No	Non noto
Rivascolarizzazione coronarica (PCI/Bypass)	○	○	◉
Laserterapia per retinopatia	○	○	◉
Rivascolarizzazione carotidea	○	○	◉

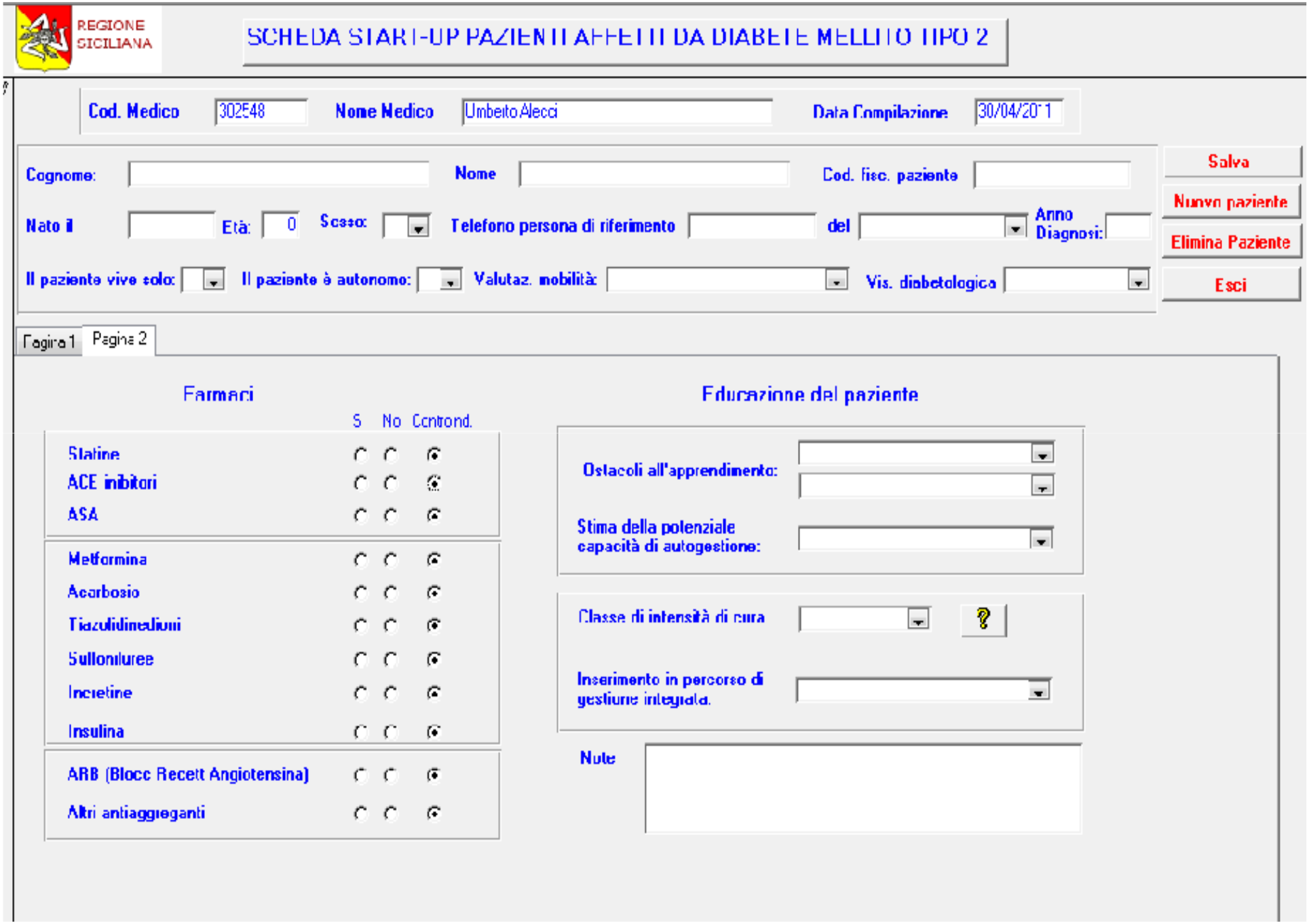
Esame obiettivo

Altezza (cm):	
P.A.O. sist.	
P.A.O. diast.	
peso in kg:	
BMI:	

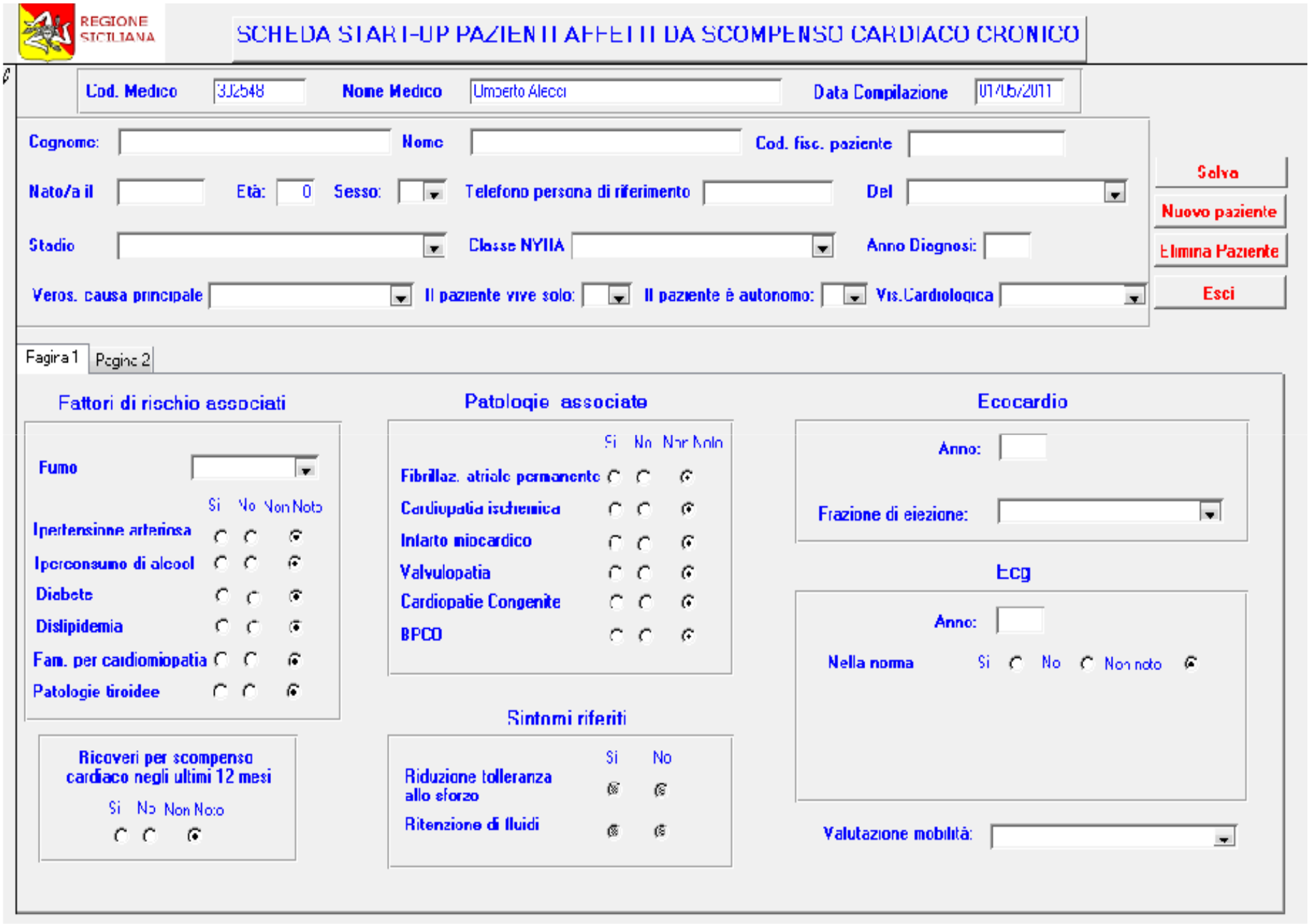
Esami di laboratorio

	Valore	
HbA1c		Calcolo
LDL-Colesterolo		○

	Si	No	Non noto
Automonitoraggio della glicemia	○	○	◉


REGIONE SICILIANA
SCHEDA START-UP PAZIENTI AFFETTI DA DIABETE MELLITO TIPO 2
Cod. Medico
302548
Nome Medico
Umberto Alecci
Data Compilazione
30/04/2011
Cognome:
Nome
Cod. fisc. paziente
Nato il
Età:
0
Sesso:
Telefono persona di riferimento
del
Anno Diagnosi:
Il paziente vive solo:
Il paziente è autonomo:
Valutaz. mobilità:
Vis. diabetologica
Salva
Nuovo paziente
Elimina Paziente
Esci
Pagina 1
Pagina 2
Farmaci
S
No
Controind.
Statine
ACE inibitori
ASA
Metformina
Acarbosio
Tiazolidinedioni
Sulfoniluree
Incretine
Insulina
ARB (Blocc Recett Angiotensina)
Altri antiaggreganti
Educazione del paziente
Ostacoli all'apprendimento:
Stima della potenziale capacità di autogestione:
Classe di intensità di cura
?
Inserimento in percorso di gestione integrata.
Note

REGIONE SICILIANA
SCHEDA START-UP PAZIENTI AFFETTI DA DIABETE MELLITO TIPO 2
Cod. Medico
302548
Nome Medico
Umberto Alecci
Data Compilazione
30/04/2011
Cognome:
Nome
Cod. fisc. paziente
Nato il
Età:
0
Sesso:
Telefono persona di riferimento
del
Anno Diagnosi:
Il paziente vive solo:
Il paziente è autonomo:
Valutaz. mobilità:
Vis. diabetologica
Salva
Nuovo paziente
Elimina Paziente
Esci
Pagina 1
Pagina 2
Classe 1 pazienti critici e/o fragili, con complicanza e/o una situazione clinica per cui vi è un serio e grave pericolo per la vita o l'autosufficenza (es: infarto acuto, coma, intervento di bypass, sepsi, amputazione; comunque ogni situazione che comporti un ricovero ospedaliero urgente .
Classe 2 pazienti che presentano una complicanza acuta in atto o che necessitano di un intervento specialistico urgente, anche in regime di ricovero, ma che non sono in immediato pericolo di vita e/o di disabilità (es: piede in gangrena, dialisi, angioplastica, grave scompenso metabolico senza coma, recente e grave episodio di ipoglicemia con perdita di coscienza ma successivo recupero, paziente diabetico ricoverato in reparto non di terapia intensiva, ecc);
Classe 3 pazienti che richiedono un intervento specialistico o multidisciplinare non urgente, ma comunque indifferibile .
Il diabetico di nuova diagnosi per il quale è necessaria la definizione diagnostica e/o l'inquadramento terapeutico e/o un intervento di educazione terapeutica strutturata (vedi documento Allegato 1);
Il diabete in gravidanza (diabete gestazionale e gravidanza in diabetica nota);
Il paziente con complicanza acuta in atto (es: ulcera piede senza infezione, retinopatia proliferante (PDR), controllo metabolico molto instabile);
I pazienti diabetici da sottoporre allo screening annuale delle complicanze micro e macrovascolari.
Classe 4 pazienti diabetici con compenso metabolico instabile; non a target per i vari fattori di rischio cardiovascolare; ad alto rischio di evoluzione rapida verso una qualsiasi complicanza; pazienti che hanno avuto un evento cardiovascolare recente; piede diabetico senza ulcera.
Classe 5 Pazienti diabetici stabili, in buon compenso metabolico (HbA1c<7,0%) ed a target per i vari fattori di rischio cardiovascolare, senza complicanze evolutive in atto
Classe 6 Pazienti diabetici caratterizzati da la coesistenza di cronicità multiple e riduzione dell'autosufficienza (in molti casi allettati in modo permanente o prevalente).
Classe 7 comprende tutta la popolazione generale sulla quale sono necessari interventi generali o specifici sullo stile di vita per ridurre il rischio di comparsa di un DM12. Comprende anche i soggetti a rischio per diabete, sui quali il MMG deve attuare interventi di screening opportunistico per la diagnosi precoce di diabete mellito tipo 2.
Le eventuali neodiagnosi rimandano alla Classe 3.


REGIONE SICILIANA
SCHEDA START-UP PAZIENTI AFFETTI DA SCOMPENSO CARDIACO CRONICO
Cod. Medico
33b548
Nome Medico
Umberto Alecci
Data Compilazione
07/06/2011
Cognome:
Nome
Cod. fisc. paziente
Nato/a il
Età:
0
Sesso:
Telefono persona di riferimento
Del
Stadio
Classe NYHA
Anno Diagnosi:
Veros. causa principale
Il paziente vive solo:
Il paziente è autonomo:
Vis.Cardiologica
Salva
Nuovo paziente
Elimina Paziente
Esci
Pagina 1
Pagina 2
Fattori di rischio associati
Fumo
Si No Non Noto
Ipertensione arteriosa
Iperconsumo di alcool
Diabete
Dislipidemia
Fam. per cardiomiopatia
Patologie tiroidee
Ricoveri per scompenso cardiaco negli ultimi 12 mesi
Si No Non Noto
Patologie associate
Si No Non Noto
Fibrillaz. atriale permanente
Cardiopatia ischemica
Infarto miocardico
Valvulopatia
Cardiopatie Congenite
BPCO
Sintomi riferiti
Si No
Riduzione tolleranza allo sforzo
Ritenzione di fluidi
Ecocardio
Anno:
Frazione di eiezione:
Ecg
Anno:
Nella norma
Si No Non noto
Valutazione mobilità:

REGIONE SICILIANA

SCHEDA START-UP PAZIENTI AFFETTI DA SCOMPENSO CARDIACO CRONICO

Cod. Medico 332648 | Nome Medico Umberto Alecci | Data Compilazione 01/06/2011

Cognome: | Nome: | Cod. fisc. paziente:

Nato/a il: | Età: 0 | Sesso: | Telefono persona di riferimento: | Del:

Stadio: | Classe NYHA: | Anno Diagnosi:

Veros. causa principale: | Il paziente vive solo: | Il paziente è autonomo: | Vis.Cardiologica:

Salva | Nuovo paziente | Elimina Paziente | Esci

Pagina 1 | Pagina 2

Procedure

	Si	No	Non noto
PCI - Angioplastica	○	○	◉
CABG - Bypass	○	○	◉
Pacemaker	○	○	◉
ICD - Def.aut. impiantabile	○	○	◉
Resincroniz. cardiaca	○	○	◉
Chirurgia valvolare	○	○	◉
Trapianto	○	○	◉

Farmaci

	Si	No	Controind
ACE inibitori	○	○	◉
Beta bloccanti	○	○	◉
Diuretici (esc. ant. dell'aldosterone)	○	○	◉
Antagonisti dell'aldosterone	○	○	◉
ARB (blocc recett Angiotensina)	○	○	◉
Digitale	○	○	◉
Nitrati	○	○	◉
Calcio antagonisti diidropiridinici	○	○	◉
Antiaritmici	○	○	◉
Anticoagulanti orali	○	○	◉
Antiaggreganti	○	○	◉
Eritropoietina	○	○	◉
Statine	○	○	◉

Educazione del paziente

Ostacoli all'apprendimento:

Stima della potenziale capacità di autogestione:

Inserimento in percorso di gestione integrata:

Note

REPUBBLICA ITALIANA
REGIONE SICILIANA

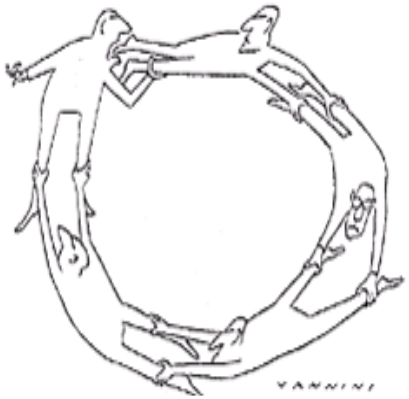
ASSESSORATO DELLA SANITA'

DIPARTIMENTO PER LA PIANIFICAZIONE STRATEGICA
(Direzione Generale: Dott. Maurizio Guizzardi)

SERVIZIO 8: PROGRAMMAZIONE TERRITORIALE E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

RETI E PERCORSI ASSISTENZIALI INTEGRATI OSPEDALE-TERRITORIO

DOCUMENTO N. 3



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

relativo a RETI E PERCORSI ASSISTENZIALI delle persone affette da patologie croniche:

- SCOMPENSO CARDIACO

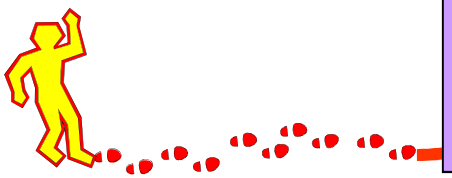
- DIABETE MELLITO DI TIPO 2

Strumento-base per il confronto in seno al PANEL TECNICO-SCIENTIFICO REGIONALE

IL PAZIENTE IN "GESTIONE INTEGRATA" NEL SISTEMA …

FASE 1 **"REGISTRO"**
Inserimento

FASE 2 **STADIAZIONE**
Presa in carico



APPROFONDIMENTO DIAGNOSTICO SPECIALISTICO PER LA STADIAZIONE E PER LA PIANIFICAZIONE DEL FOLLW UP ANNUALE

IL PAZIENTE ESCE DA QUESTA TAPPA CON:

- PIANO DI CURA CON FOLLOW UP ANNUALE PERSONALIZZATO a seconda del suo fabbisogno assistenziale (il Piano viene inviato anche per e.mail al MMG),
- PIANO EDUCATIVO PERSONALIZZATO (Scheda Automonitoraggio ed eventuale inserimento in programma di Gruppo) c/o AMBULAT. INFERMIER.
- LIBRETTO-PAZIENTE
- PROGRAMMAZIONE VISITE ED INCONTRI
- EVENTUALE INSERIMENTO IN PROGRAMMA DI FOLLOW UP TELEFONICO o IN AMBULATORIO DI GESTIONE INTEGRATA o IN DAY SERVICE

MONITORAGGIO FOLLOW UP

GESTIONE DEL *FOLLOW-UP ATTIVO* PER LA PREVENZIONE DELLE COMPLICANZE E DEI RICOVERI E PER IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DI VITA

Esiti

FASE 3
Gestione del Piano di Cura

PER IL MONITORAGGIO DEI CONTRIBUTI DEI DIVERSI ATTORI ASSISTENZIALI SI UTILIZZ GLI INDICATORI DEL "**PROGETTO IGEA**" E GLI **"STANDARD ITALIANI" DELLE SOC. SCIENTIF. AMD-SID-SIMG 2010**

Il FOLLOW UP è DIVERSIFICATO con una PREVALENZA DI PRESA IN CARICO da parte del MMG o dello Specialista sulla base della complessità assistenziale.
Il FOLLOW UP è ATTIVO perché ogni attore assistenziale ha la responsabilità della GESTIONE ATTIVA e del RICHIAMO dei pazienti (pre- o post-scadenza del follow up), considerato che la perdita (DROP OUT) del paziente è una causa frequente di ricovero.

DAI DATI ALLA PROGRAMMAZIONE: IL TERRITORIO

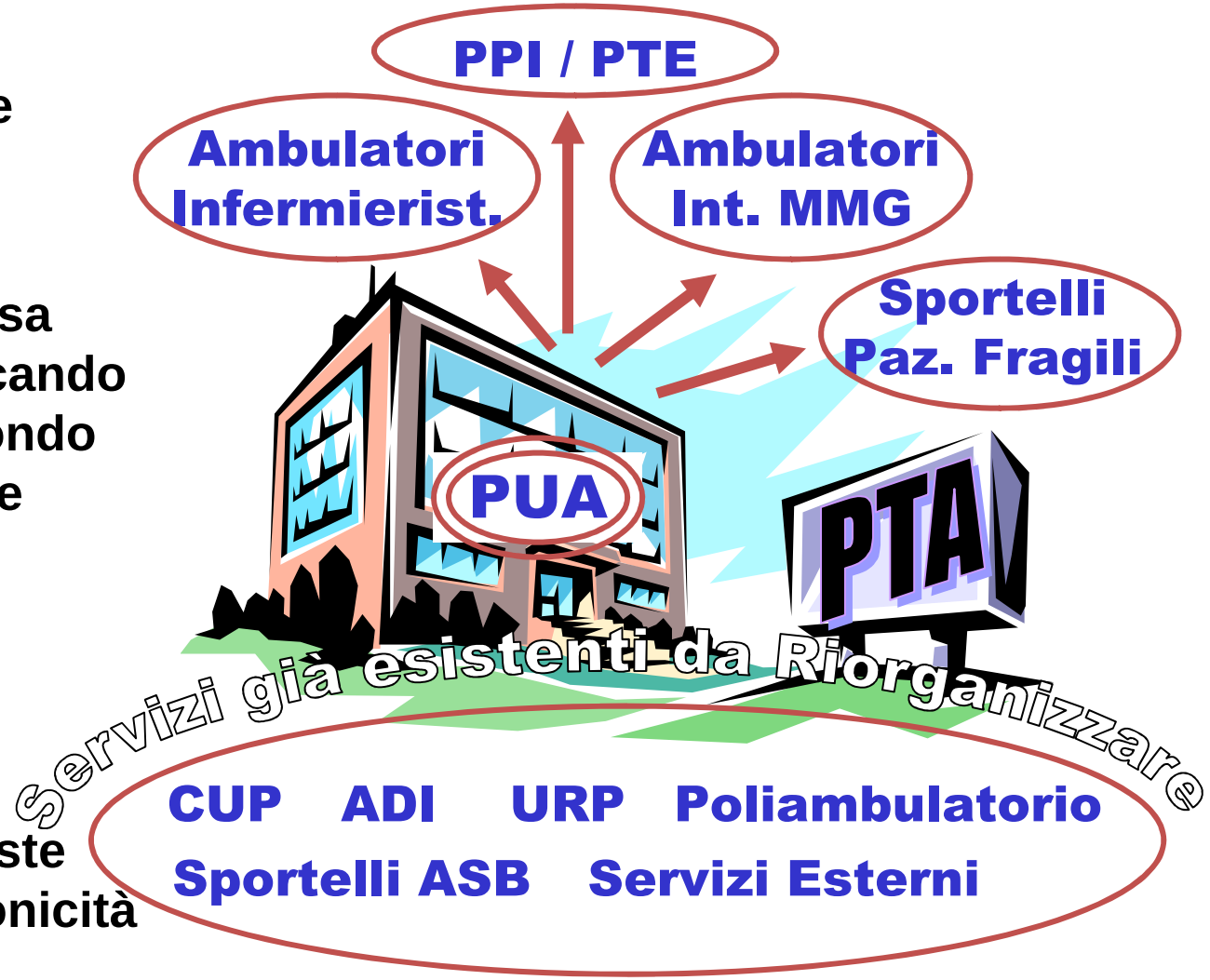
Riorganizzare il Territorio alla luce dei dati epidemiologici introducendo i P.T.A.

L’epidemiologia del terzo millennio è mutata, sono aumentati i bisogni dei soggetti cosiddetti “fragili”, vi è il problema dell’invecchiamento, è cambiato il paradigma della sanità: da cura della malattia a tutela della salute. Non è possibile rimanere ancorati al modello ospedalo-centrico.

Con la realizzazione dei PTA ha inizio la seconda fase della riforma sanitaria siciliana. L’obiettivo dopo la rimodulazione della rete ospedaliera, infatti, è quello di potenziare la sanità territoriale.

Perché i PTA? Quali le sue principali novità?

- **Ridurre i ricoveri ospedalieri incrementando le prestazioni ambulatoriali,**
- **con tempi di attesa congrui, classificando la domanda secondo criteri di priorità e urgenza,**
- **promovendo la Continuità Assistenziale**
- **e fornendo risposte integrate alla Cronicità ed ai Fragili**



Il P.U.A. (Punto Unico di Accesso)

Il P.U.A. (Punto Unico di Accesso) è il punto cruciale del PTA, attraverso il quale si creano i collegamenti con tutti i servizi territoriali, sia quelli fisicamente aggregati dentro il PTA, sia quelli esterni (ad esempio Consultori, Sert, ecc.) ma collegati funzionalmente al PTA.

D.A. 10.03.2010 n. 723: Linee Guida P.T.A. e Territorio

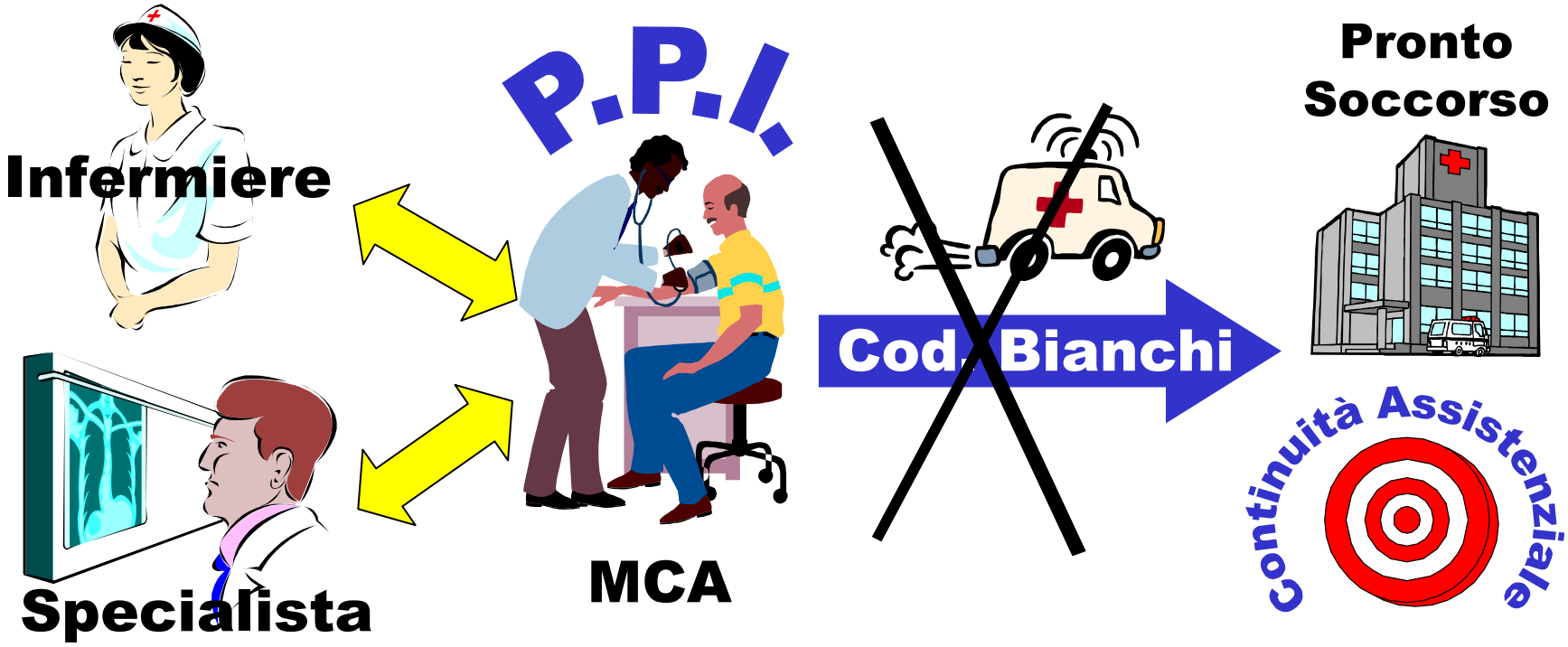
Accoglienza
Informazione
Valutazione
Indirizzamento
Collegamenti

- ❑ **URP**
- ❑ **CUP**
- ❑ **Sportelli ASB**
- ❑ **Sportello ADI**
- ❑ **Sport. Paz. Fragili**
- ❑ **PPI**
- ❑ **Amb. Integr. MMG**
- ❑ **Strutture Esterne PTA**

I P.P.I. (Punti di Primo Intervento) : L’ A.I.R.

Le modalità di attivazione dei PPI (Punti di Primo Intervento), oltre che dalle “Linee Guida” del D.A. 10.03.2010 n. 723, sono previste dall’AIR (Accordo Integrativo Regionale) dei MCA (Medici di Continuità Assistenz.)

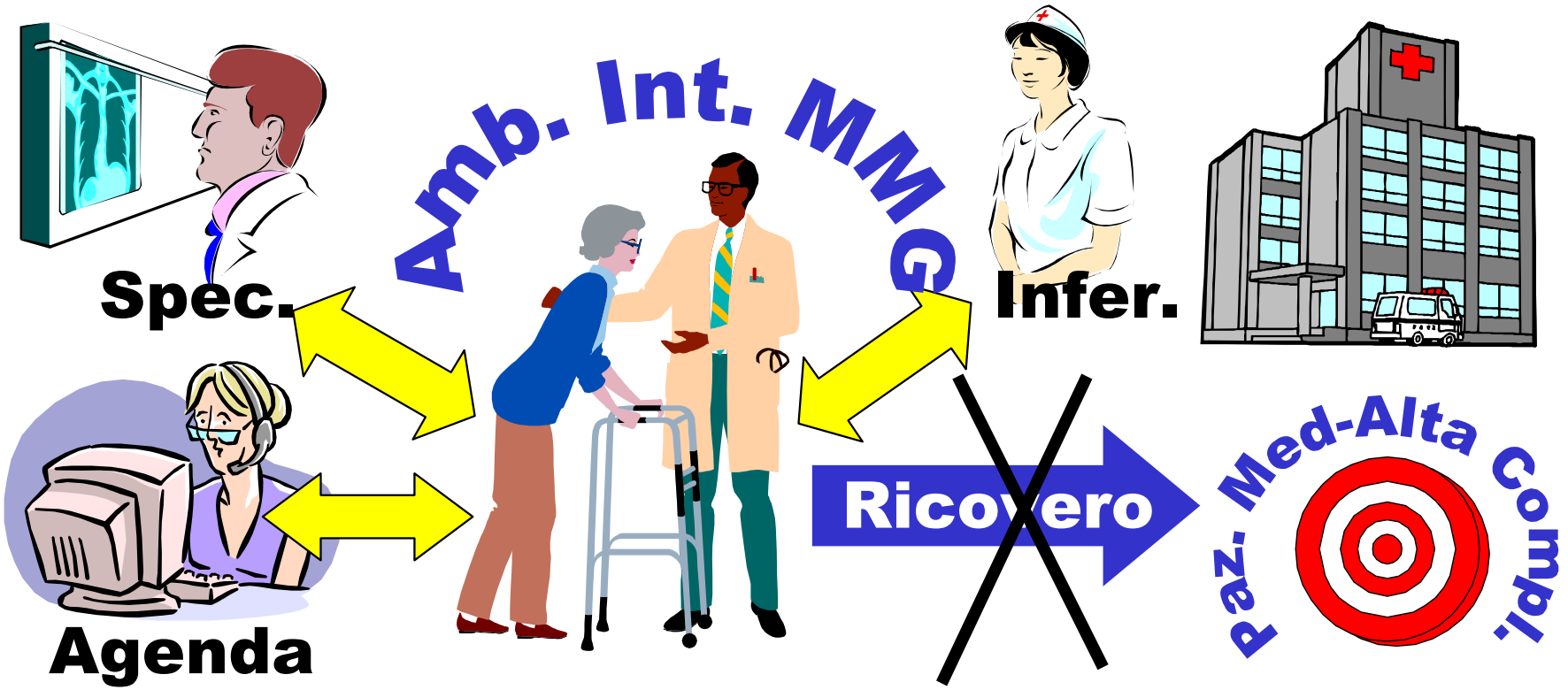
D.A. 06.09.2010 (G.U.R.S. 15.10.2010 n. 45): AIR dei MCA



Gli Ambulatori Integrati dei MMG : L’ A.I.R.

Le modalità di attivazione degli Ambulatori Integrati dei MMG (Medici di Medicina Generale), oltre che dalle “Linee Guida” del D.A. 10.03.2010 n. 723, sono previste dall’AIR (Accordo Integrativo Regionale) dei MMG

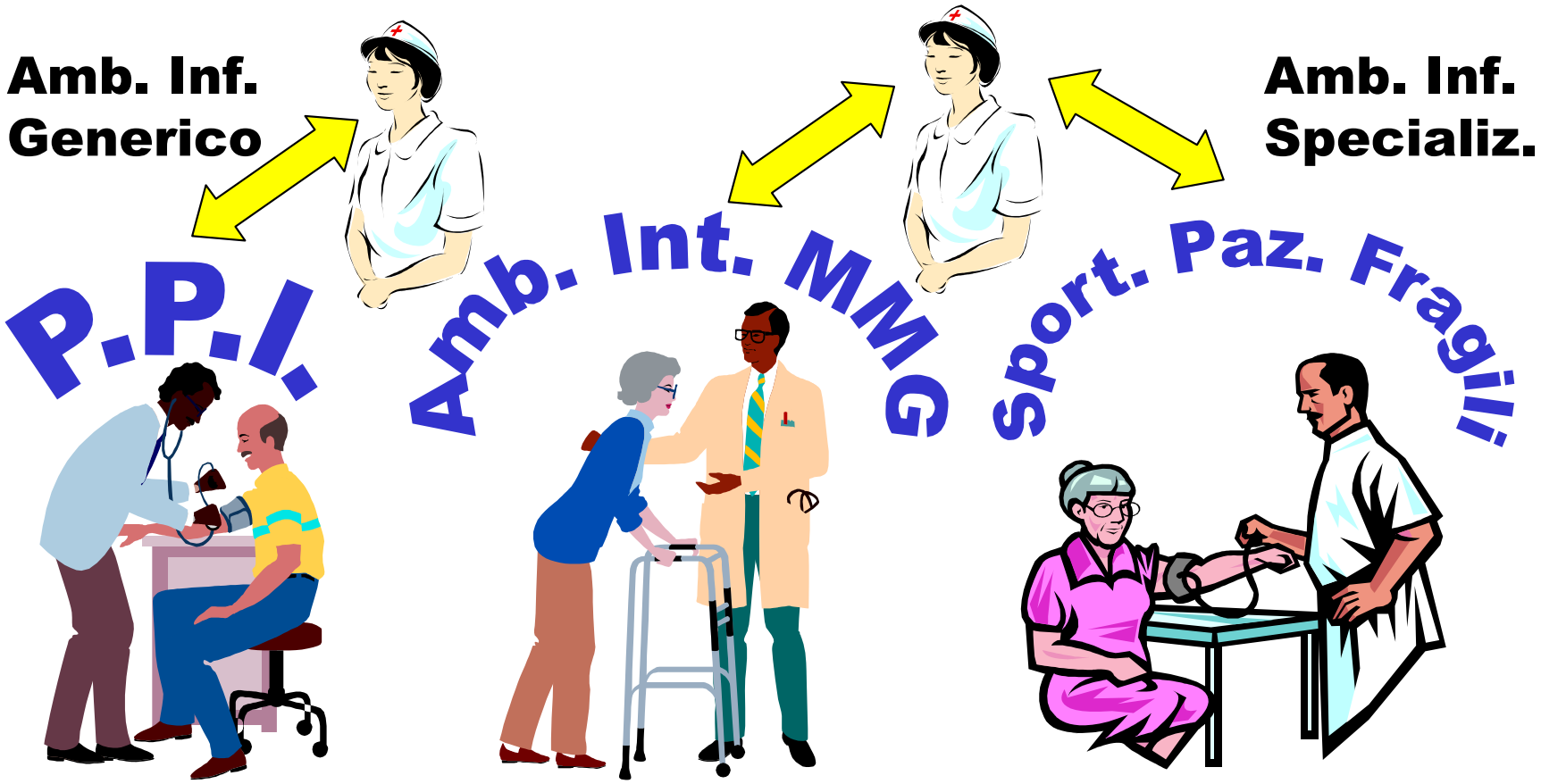
D.A. 06.09.2010 (G.U.R.S. 15.10.2010 n. 45): AIR dei MMG



Gli Ambulatori Infermieristici: Il D.A. 723/10

Le Linee Guida dei PTA di cui al D.A. 723/2010 conferiscono grande rilievo all’ “Ambulatorio Infermieristico” del PTA.

D.A. 10.03.2010 n. 723: Linee Guida P.T.A. e Territorio



Gli Sportelli dei Pazienti Fragili : L’ A.I.R.

Le modalità di attivazione degli Sportelli dei Pazienti Fragili, oltre che dalle “Linee Guida” del D.A. 10.03.2010 n. 723, sono previste dall’AIR (Accordo Integrativo Regionale) dei MMG (Medici di Medicina Generale

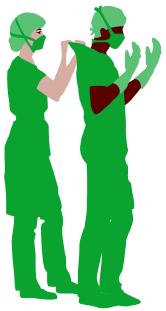
D.A. 06.09.2010 (G.U.R.S. 15.10.2010 n. 45): AIR dei MMG

DAL PARADIGMA DELL’ATTESA …

Con l’aumento della vita media, è risaputo ormai che ci si ammala e si muore soprattutto di malattie croniche

Ma il Sistema Sanitario in Italia ha finora investito quasi soltanto nel settore delle malattie acute

Per riequilibrare il Sistema occorre modificare il paradigma su cui finora si è basata la medicina, anche territoriale: il paradigma dell’attesa (m. acute)



Applicare alle mal. croniche il paradigma assistenziale delle malattie acute provoca danni incalcolabili. Significa che il “sistema” si mobilita solo quando il paz. cronico si aggrava, si scompensa, diventa “finalmente” un paziente acuto (rinuncia a prevenzione e trattamento mal.cronica)

… A QUELLO DELL’INIZIATIVA

Il paradigma dell’iniziativa, invece, è quello che più si adatta alla gestione di malattie croniche, perchè i suoi attributi sono:

1. La **valutazione dei bisogni** della comunità e l’attenzione ai determinanti della salute (anche quelli socio-economici, causa di diseguaglianze nella salute dei malati cronici)
2. La propensione agli interventi di **prevenzione**, all’utilizzo dei **dati epidemiologici**, alla **medicina proattiva** (es: costruzione di registri di patologia, stratificazione del rischio, richiamo programmato dei pazienti, etc)
3. La **presa in carico** dei pazienti, il **coinvolgimento** e la **motivazione degli utenti**, l’interazione con le risorse della comunità (volontariato)

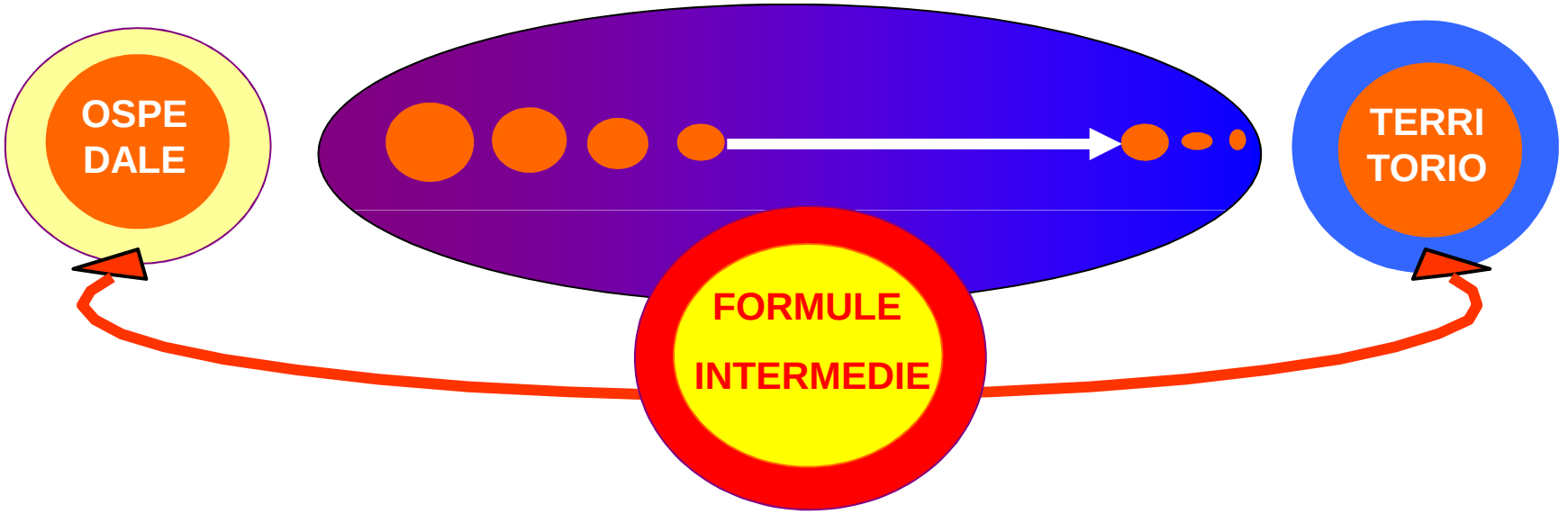
LA NOSTRA CAPACITA' DI FARE FRONTE ALLE PATOLOGIE CRONICHE

SISTEMA UNITARIO — CONTINUITA' ASSISTENZIALE

QUALI STRATEGIE?

SISTEMA OSPEDALIERO — SISTEMA TERRITORIALE

QUALI STRUTTURE E QUALI PERFORMANCE?



- **UN PROBLEMA DI TUTTI (Ospedale, Territorio, Paziente, Famiglia, Società)**
- **IN ATTO IL MASSIMO DELLA DIS-INTEGRAZIONE (con quali RISULTATI…?)**
- **NESSUNA "STRATEGIA DI SISTEMA"**

CONCLUSIONI

- LA RISPOSTA ALLE SFIDE DELLA MEDICINA MODERNA IMPONE L'INTEGRAZIONE DEGLI INTERVENTI SANITARI ED UN PIU' STRETTO RAPPORTO TRA MEDICI DEL TERRITORIO E MEDICI OSPEDALIERI CON ESIGENZA ADOTTARE PERCORSI ASSISTENZIALI CONDIVISI
- E' NECESSARIO INVESTIRE LE NECESSARIE RISORSE PER RENDERE IL SERVIZIO SANITARIO PIU' EFFICIENTE ED EFFICACE, VERIFICANDO CHE CIO' SI TRADUCA IN UN MIGLIORE SERVIZIO E PIU' SALUTE PER I CITTADINI

GRAZIE

PER

L'ATTENZIONE