

# Tavola Rotonda

## Come cambierà il management delle patologie croniche nel percorso di evoluzione della Medicina Generale?

Dario Grisillo



# Nuovo management

E' necessario definire :

Un nuovo modello assistenziale

Un nuovo modello professionale

Un nuovo modello organizzativo



# Nuovo modello assistenziale: Sanità di iniziativa

E' un approccio metodologico alla presa in carico e al processo di cura del paziente

Caratterizzato dalla interazione tra il paziente reso esperto ed un team mono-multi-professionale

Consiste nel richiamo attivo periodico del paziente per sottoporlo ad attività educative e clinico assistenziali volte alla correzione degli stili di vita, alla diagnosi precoce e al monitoraggio delle malattie croniche conclamate al fine di rallentarne la comparsa, l'evoluzione e prevenirne le complicanze.



# Nuovo modello assistenziale: Sanità di iniziativa

si basa sulla:

- identificazione delle patologie e delle condizioni di disagio socio-assistenziale
- valutazione multidimensionale sanitaria e socio-assistenziale del singolo paziente
- stratificazione del rischio/gravità dello stato di salute/malattia del paziente e su diversi livelli di intensità assistenziale



# Nuovo modello assistenziale: Sanità di iniziativa

E' possibile individuare due macro gruppi di pazienti a cui corrispondono due modelli di presa in carico per intensità di cure e di erogazione delle cure:

1. pazienti affetti da una o più patologie croniche privi di problemi socio-assistenziali, che saranno curati in base ad un piano individuale di cura derivante dalla "sincronizzazione" dei percorsi di cura delle singole patologie di cui è affetto
2. pazienti con patologie croniche associate a problematiche socio-assistenziali che saranno curati in base ad un piano individuale di cura formulato sulle risultanze della valutazione multidimensionale sanitaria e socio-assistenziale



# Nuovo modello assistenziale: Sanità di iniziativa

Il Piano individuale di Cura deve Definire “cosa” ( singoli accessi/prestazioni) fare e “chi fa cosa” ed ogni quanto ( real life e cost-effectivness) tra i vari componenti del Team

In entrambe le modalità di presa in carico il responsabile clinico della formulazione e poi attuazione del Piano è il medico di scelta del cittadino



# Nuovo modello professionale: Il Team Integrato di cura

Il Team integrato di Cura è un team che parte dal nucleo monoprofessionale della AFT che si apre poi alle altre figure professionali del territorio

L'impegno delle diverse figure è diverso a seconda della modalità di presa in carico e dello specifico Piano individuale di Cura



# Nuovo modello professionale: Il Team monoprofessionale

comunque sempre impegnato. E' composto da:

- Il medico di famiglia curante, cui spetta la responsabilità clinica del processo di cura "over time"
- il personale con funzioni segretariali,
- il personale con funzioni di supporto alle attività cliniche, valutative e di empowerment del paziente
- il "medico esperto" - coordinatore di progetto assistenziale - nelle varie branche





# Nuovo modello professionale: Il Medico esperto

MMG della AFT al servizio degli altri colleghi della AFT:

- trasferimento/implementazione delle nuove conoscenze secondo un modello orizzontale e di confronto inserito in un percorso formativo di tipo «esperienziale» ("coach" della AFT e «motore» di aggiornamento continuo )
- "first opinion" nelle specifiche situazioni di dubbio o difficoltà nella gestione del percorso e/o della diagnostica collegata



# Nuovo modello professionale: Il Medico Esperto

- Non è un mini-specialista, né un medico di mezzo tra medico di Famiglia e Medico Specialista
- Non è una figura che occupa una posizione gerarchica nelle varie forme di aggregazione della Medicina Generale
- Non interferisce col rapporto di fiducia vedendo pazienti in ambulatorio dedicato per patologia, ma è al servizio dei medici



# Nuovo modello professionale: Il Team multiprofessionale

Sono coinvolti oltre al team monoprofessionale di AFT:

- l'infermiere del territorio, che opera prevalentemente nel secondo gruppo di pazienti
- lo specialista di branca, che opera come consulente del medico di famiglia
- l'assistente sociale, individualmente assegnato al team di cura ed in grado poi di attivare sia le risorse del sociale comunale sia quelle del sociale sanitario
- altri professionisti come il fisioterapista, il dietologo ecc



# Nuovo modello professionale: Considerazioni

il singolo medico di medicina generale:

mantiene le attività proprie della medicina di attesa

si organizza in un lavoro di squadra - team della medicina generale, cioè della AFT

Rinforza:

il rapporto fiduciario riacquistando le competenze per erogare in prima persona i livelli assistenziali

Le caratteristiche della M.G.: personalizzazione, prossimità e continuità di cura



# Nuovo modello professionale: Considerazioni

i medici lavorano in squadra accettando self-audit e peer review

all'interno del team di AFT singoli colleghi dovranno sviluppare specifiche competenze - Expertise, da mettere a disposizione del team a favore dei cittadini-utenti,

i collaboratori di studio si potranno evolvere in Assistenti di studio medico di famiglia per supportare tutte le attività cliniche, educative-empowerment e valutative dei medici in relazione alla gestione della cronicità



# Nuovo modello professionale: Considerazioni

Punti di forza del Team di Cura:

- Medico di famiglia scelto dal paziente responsabile clinico del piano di cura “over time”
- team personalizzato mediante individuazione nominale dei vari componenti
- Definizione di un piano di cura personalizzato per curare la persona e non le patologie
- Basato su una valutazione multidimensionale
- Periodicamente rivalutato e se necessario aggiornato



# Nuovo modello organizzativo

La individuazione di due modalità di presa in carico di due popolazioni con differenti caratteristiche e bisogni comporta la ridefinizione di due diversi “setting” di erogazione di cure e di modelli organizzativi dei MMG e dei professionisti del Territorio:

1. pazienti affetti da una o più patologie croniche privi di problemi socio-assistenziali: AFT “strutturata” o “forte”
2. Pazienti con patologie croniche associate a problematiche socio-assistenziali: ridefinizione del sistema della domiciliarità (ADI) e residenzialità



# Nuovo modello organizzativo AFT strutturata o forte

- Necessità di riorganizzare la medicina generale ed il territorio e di soppiantare la vecchia cultura ospedale-centrica, meno adatta ad una corretta gestione delle cronicità.
- Nuova organizzazione della Medicina Generale in squadra, cioè AFT, per garantire il nuovo modello assistenziale proattivo, ma ribadendo caratteristiche proprie della Medicina Generale: approccio olistico alla persona; univocità del rapporto di fiducia medico-paziente, prossimità , continuità, ecc.
- La Medicina di iniziativa affidata alle AFT non sostituisce la tradizionale medicina di attesa che rimane compito fondamentale del singolo medico di famiglia, ma si aggiunge a questa





# Nuovo modello organizzativo AFT strutturata o forte

1. Rete di sedi comuni dimensionata alla realtà orografica della AFT e rete informatica di AFT

Singole sedi Fornite dalla Medicina Generale

Singole sedi fornite dalla Azienda quando disponibili ed idonee

2. Personale con funzioni organizzativo-segretariali

fornito dai medici di famiglia

3. Personale di supporto alle attività clinico-educative e valutative

fornito dai medici di famiglia

fornito dalla Azienda se esistente. Istituto del “Comando”

4. Diagnostica di primo livello – anche telemedicina

5. Medici esperti per le varie aree di patologie



# Nuovo modello organizzativo

## Sistema Domiciliarità e Residenzialità

**ADI:** rafforzata nella composizione ( disponibilità dei vari specialisti), nella operatività (telemedicina) e nella copertura oraria che deve essere H24 ?

**RSA:** revisione numero di posti letto per mille abitanti e ristrutturazione per intensità di cura?

**Diagnostica:** Day Service dedicato

**Altre strutture intermedie:** Agenzia Ospedale Territorio e Mo.di C.A.

