

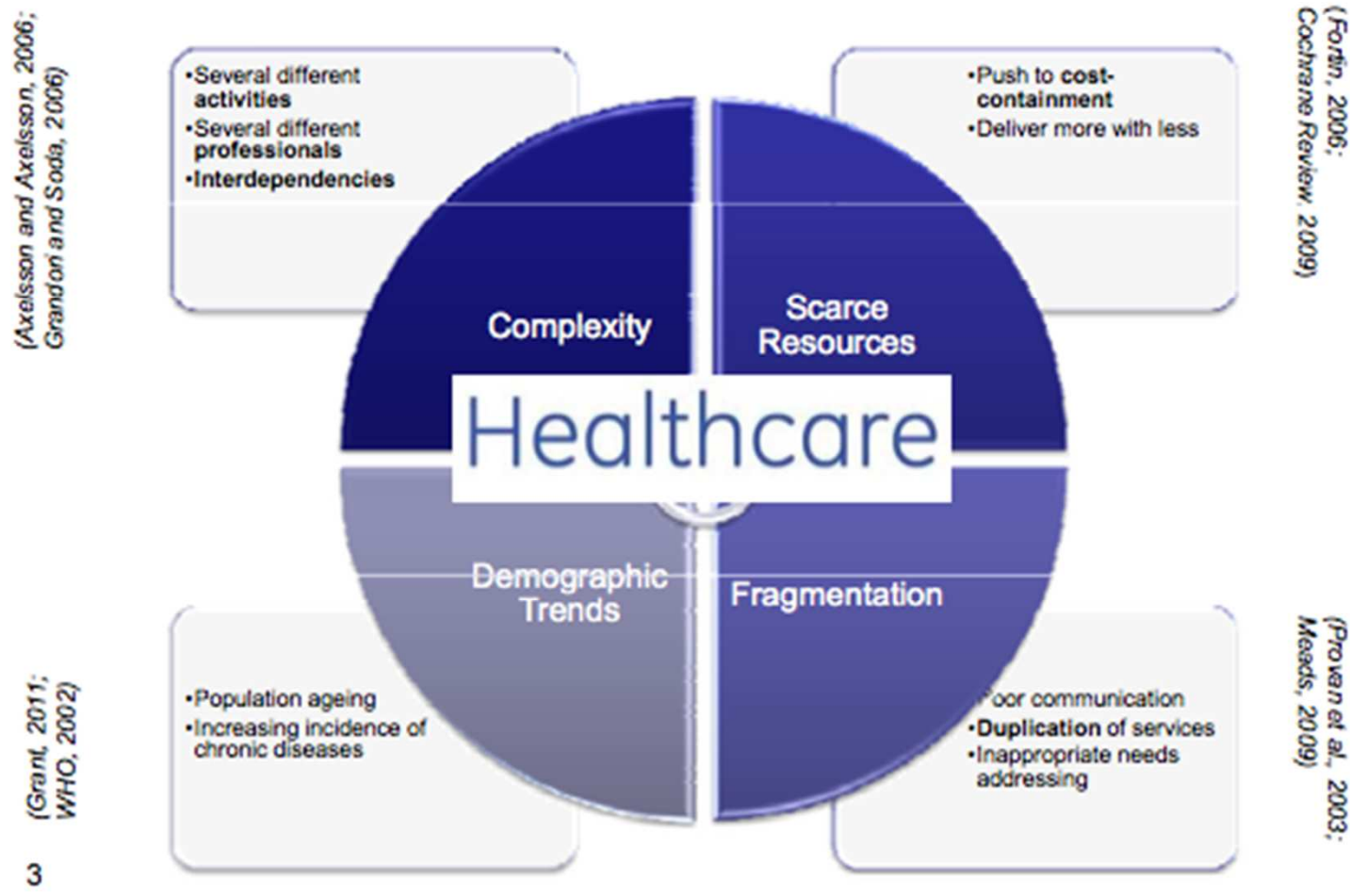
**MEDICI E PROFESSIONI SANITARIE A
CONFRONTO
L'ARMONIZZAZIONE DELLE COMPETENZE:
QUALI AUTONOMIE, QUALI RESPONSABILITA'**

1

I nuovi contesti assistenziali: ruolo e compiti del Medico Generale

Giorgio Carlo Monti

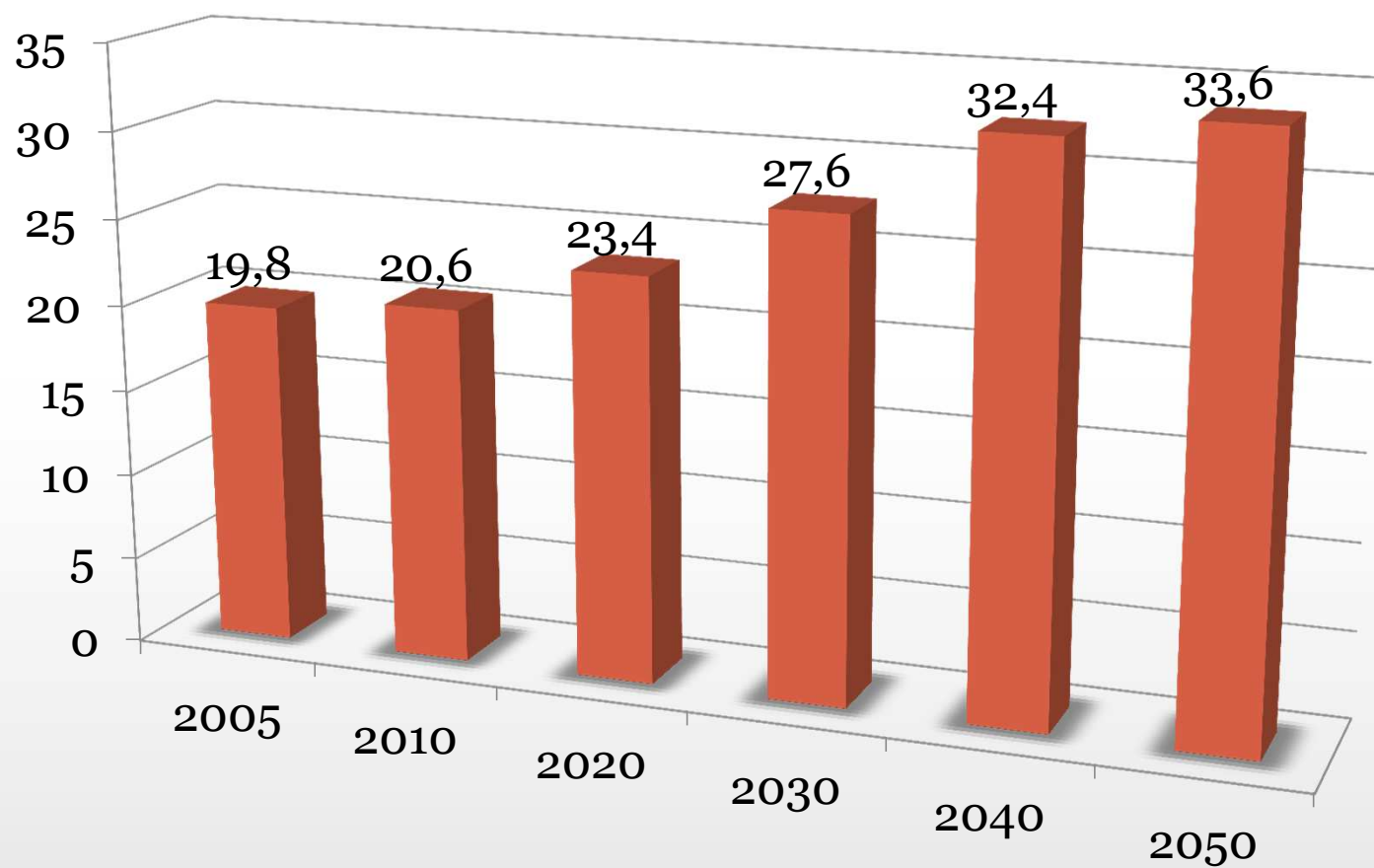
Il contesto



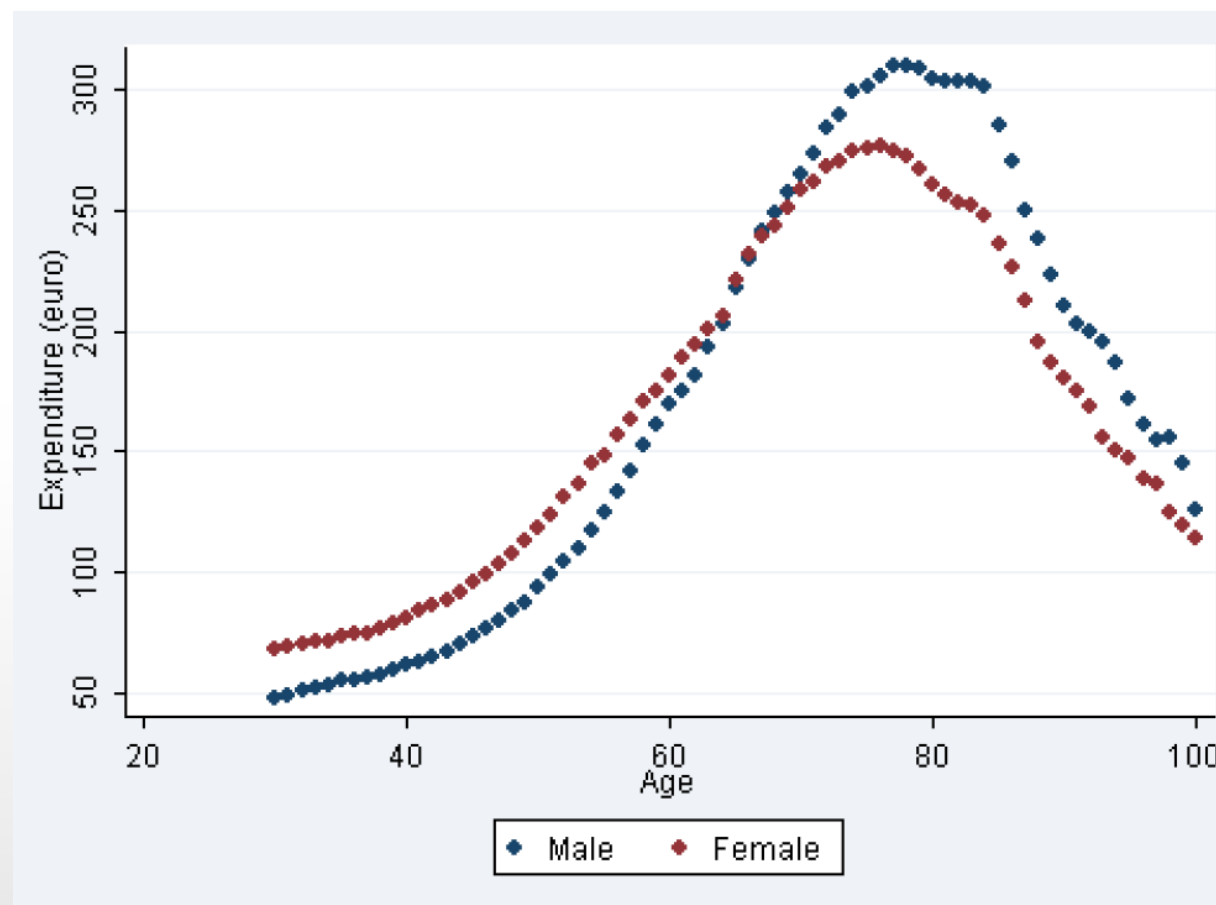
Il nuovo contesto epidemiologico

- L'inversione della piramide demografica
- L'invecchiamento della popolazione
- La transizione epidemiologica e le malattie della "terza fase"
- La "cronicità" e non autosufficienza nuova dimensione dell'assistenza
- I cambiamenti della società
(famiglia, identità, reti sociali)
- L'innovazione della tecnologia
- Evoluzione dei modelli assistenziali

Popolazione over 65 in Italia (% sul totale della popolazione) – Proiezione 2050



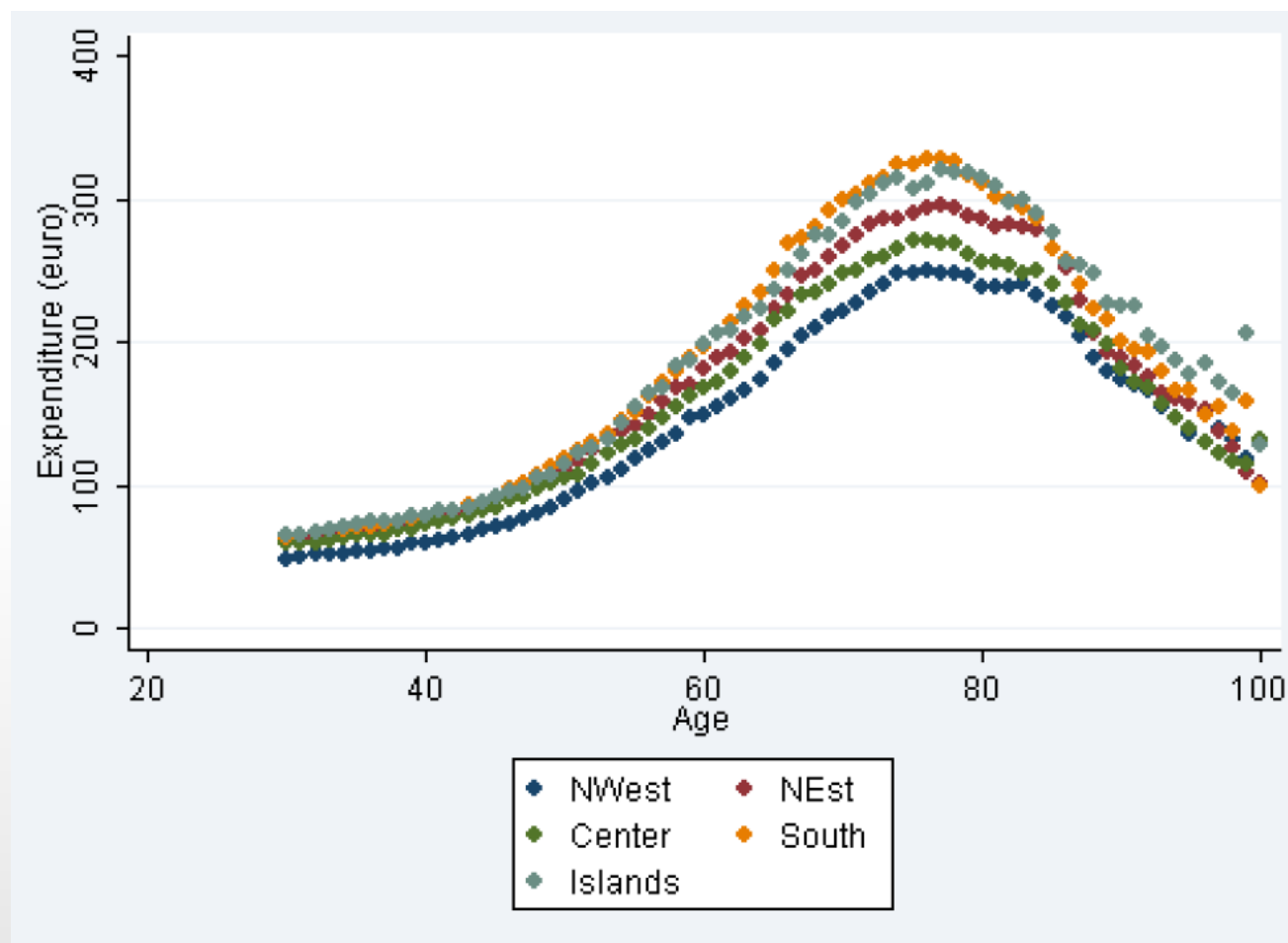
Costo totale per sesso ed età



Fonte: SISSI; V.Atella, C.Cricelli



Costo totale per area ed età

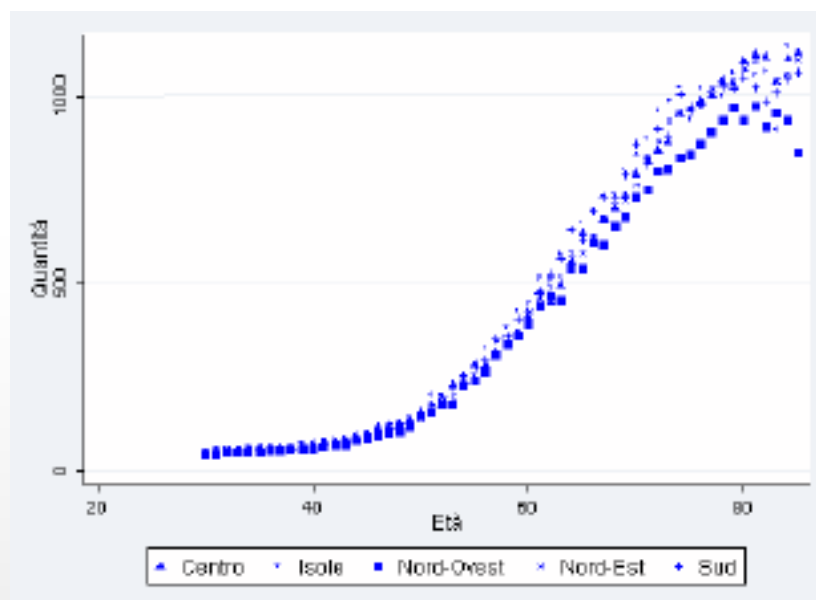


Fonte: SISSI; V.Atella,C.Cricelli

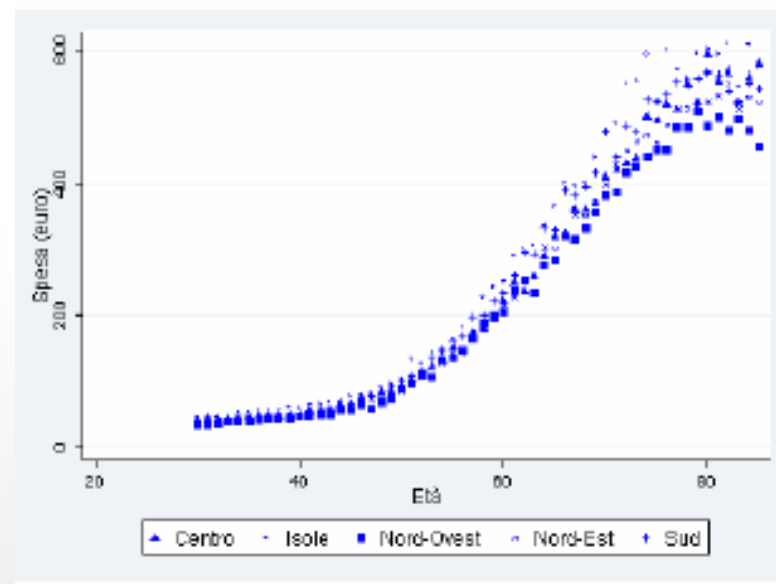


Farmaci, costi e consumi per età ed area geografica

Consumo di farmaci (media DDD)



Costo per farmaci

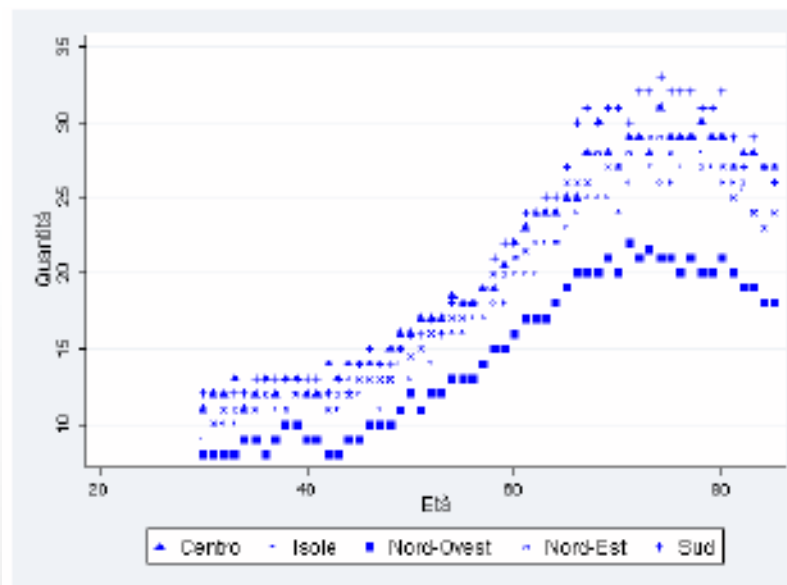


Fonte: SISSI; V.Atella,C.Cricelli

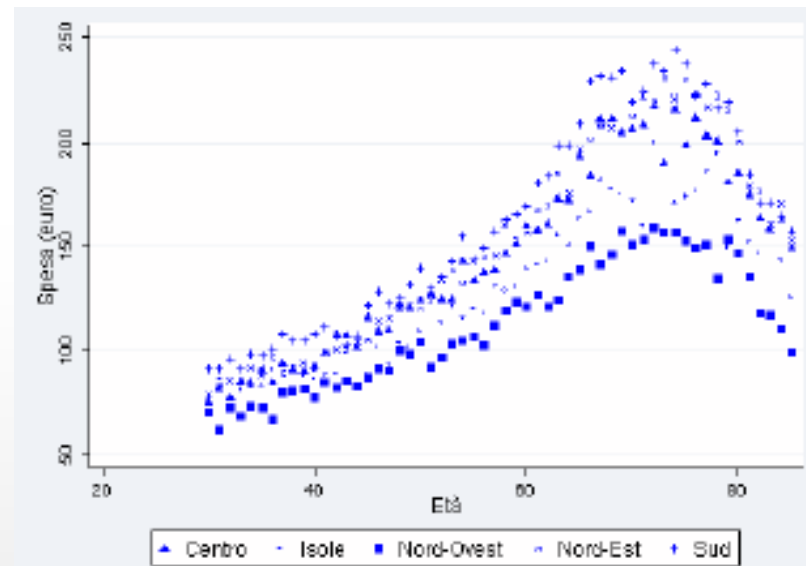


Accertamenti, costi e consumi per età ed area geografica

Consumo di accertamenti (media)



Costo per accertamenti (media)

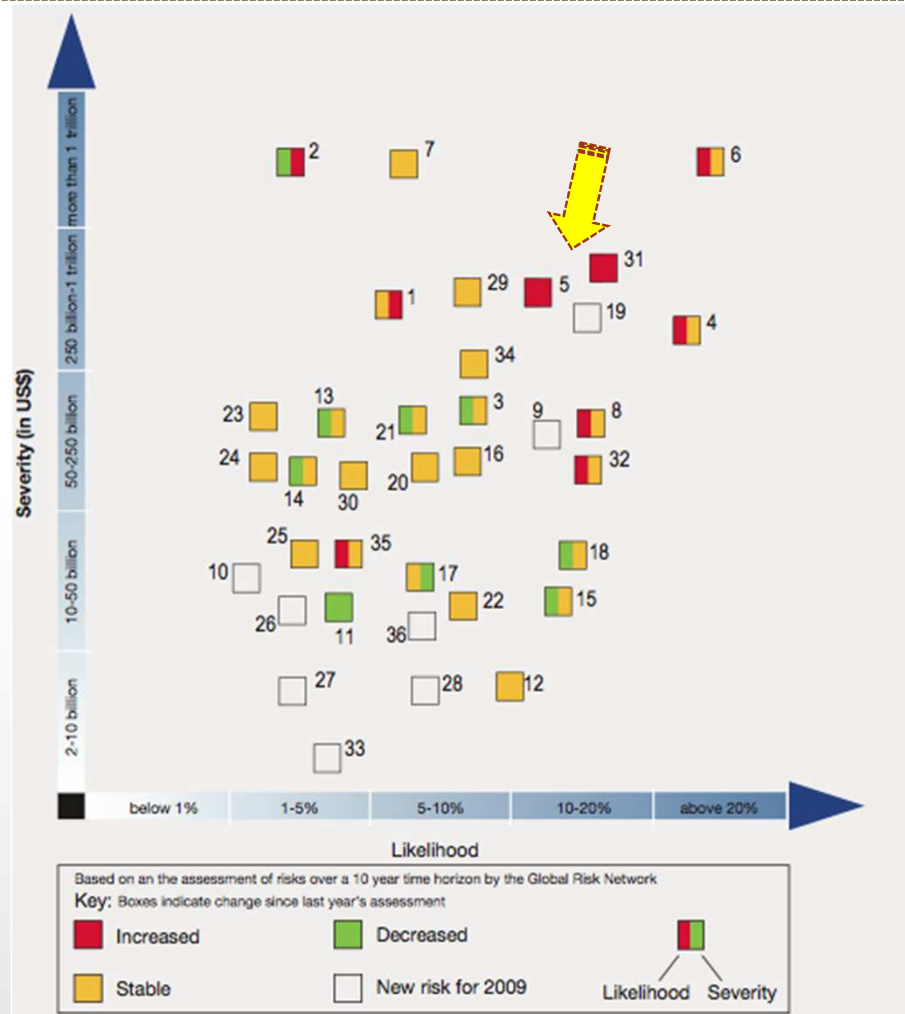


Fonte: SISSI; V.Atella,C.Cricelli



Global Risks Landscape 2009

Likelihood with Severity by Economic Loss



ECONOMIC

- 1 Food price volatility
- 2 Oil and gas price spike
- 3 Major fall in US\$
- 4 Slowing Chinese economy (6%)
- 5 Fiscal crises
- 6 Asset price collapse
- 7 Retrenchment from globalization (developed)
- 8 Retrenchment from globalization (emerging)
- 9 Regulation cost
- 10 Underinvestment in infrastructure

GEOPOLITICAL

- 11 International terrorism
- 12 Collapse of NPT
- 13 US/Iran conflict
- 14 US/DPRK conflict
- 15 Afghanistan instability
- 16 Transnational crime and corruption
- 17 Israel-Palestine conflict
- 18 Violence in Iraq
- 19 Global governance gaps

ENVIRONMENTAL

- 20 Extreme climate change related weather
- 21 Droughts and desertification
- 22 Loss of freshwater
- 23 NatCat: Cyclone
- 24 NatCat: Earthquake
- 25 NatCat: Inland flooding
- 26 NatCat: Coastal flooding
- 27 Air pollution
- 28 Biodiversity loss

SOCIETAL

- 29 Pandemic
- 30 Infectious disease
- 31 Chronic disease
- 32 Liability regimes
- 33 Migration

TECHNOLOGICAL

- 34 CII breakdown
- 35 Emergence of nanotechnology risks
- 36 Data fraud/loss

Innovative care for Chronic Conditions – WHO Global Report

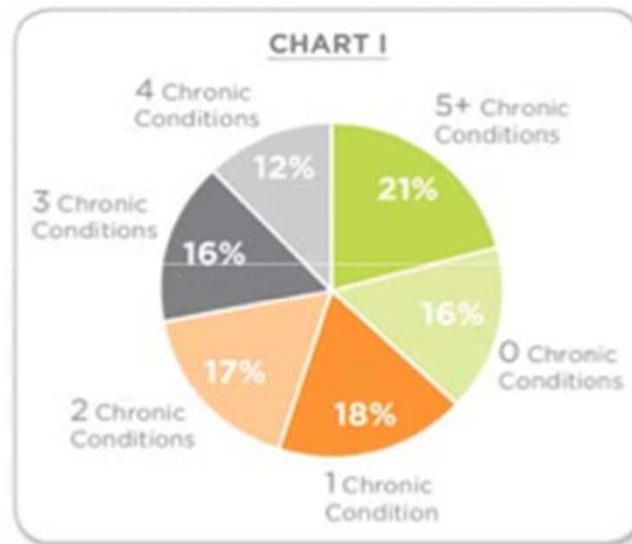
- **Chronic conditions: the health care challenge of the 21st century**
- **Current Systems Are Not Designed for Chronic Problems**
 - When health problems are chronic, the acute care practice model doesn't work.
- **Innovations in care: meeting the challenge of chronic conditions**
- **Taking action to improve care for chronic conditions**



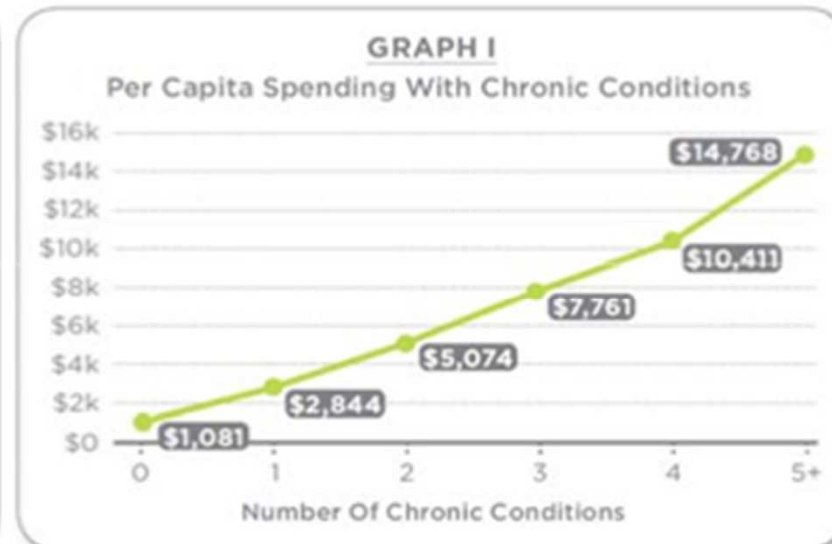
La cronicità

(Stange, 2005; Fortin, 2006; Cochrane Review, 2009; Soubhi et al., 2010; Grant, 2011)

- “Long-term degenerative illnesses, requiring ongoing management over a period of years/decades” (e.g. CHF, diabetes, COPD) → social burden
- 75% of global healthcare spend → economic burden
- **Multi-morbidity**

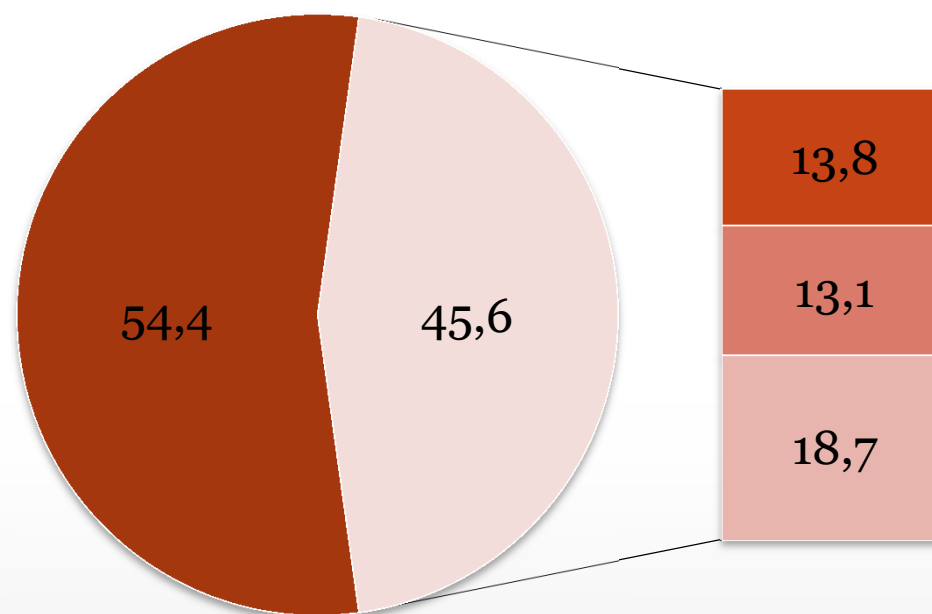


4



Source: Medical Expenditure Survey, 2006

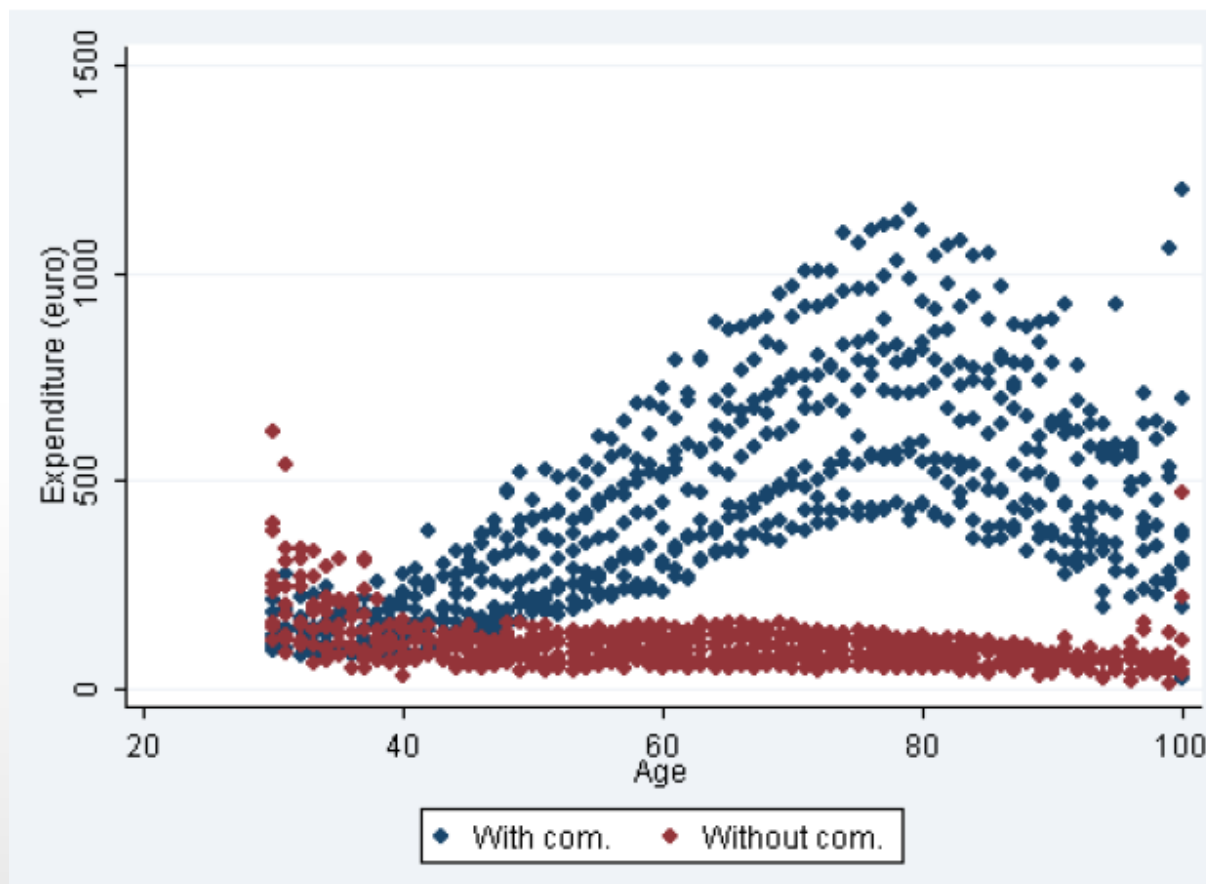
Le malattie croniche in Italia



- Persone senza malattie croniche
- Persone con 3 o più malattia croniche
- Persone con 1 malattia cronica grave
- Persone >65 cha ha 1 disabilità

Fonte: Dati ISTAT 2005

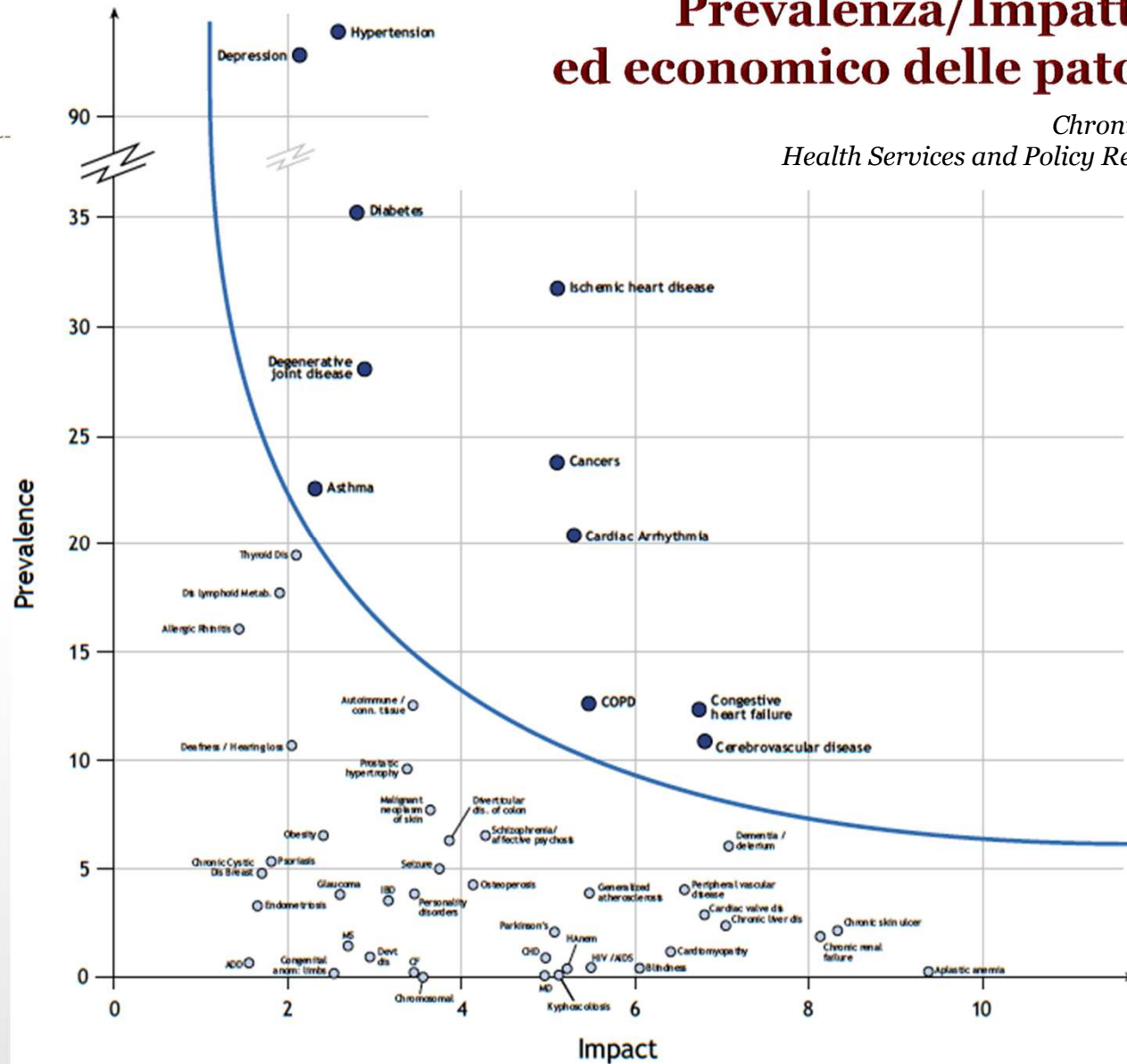
Costo totale dei trattamenti del diabete, per età e comorbidità



Fonte: SISSI; V.Atella, C.Cricelli

Prevalenza/Impatto assistenziale ed economico delle patologie croniche

*Chronic Conditions and co-morbidity
Health Services and Policy Research, British Columbia 2005*



Cosa c'è di sbagliato nel sistema corrente?

- **Problemi clinico gestionali:**
 - I primi contatti sono orientati al trattamento di problemi acuti
 - Si pone maggior attenzione ai sintomi ed ai risultati di laboratorio, non al controllo della malattia nel lungo termine nè alla prevenzione
 - Crescente attenzione alla sola prescrizione del farmaco
 - Le cure non sono programmate
 - Le cure dipendono dal dottore, dalla sua memoria e da cartelle cliniche disorganizzate
- **Problemi di follow-up e coordinamento delle cure:**
 - Non esistono sistemi informatici di raccolta dati trasversali ed integrati
 - Le cure primarie non assumono un ruolo proattivo di coordinamento
 - La comunicazione tra gli attori del sistema non è una priorità per nessuno



Chronic Care Model



**LO SVILUPPO DELLE COMPETENZE
MANAGERIALI NEI DISTRETTI E NELLE
CURE PRIMARIE**

17

Le cure primarie

“Evoluzione della “specie” in MG”

COMPLESSITÀ ORGANIZZATIVA

MG + Personale
+ MSpecialisti +
Continuità Assist.

MG + Personale
+ MSpecialisti

MG + Segretaria +
Infermiera + LAN

MG + Segretaria
+ LAN

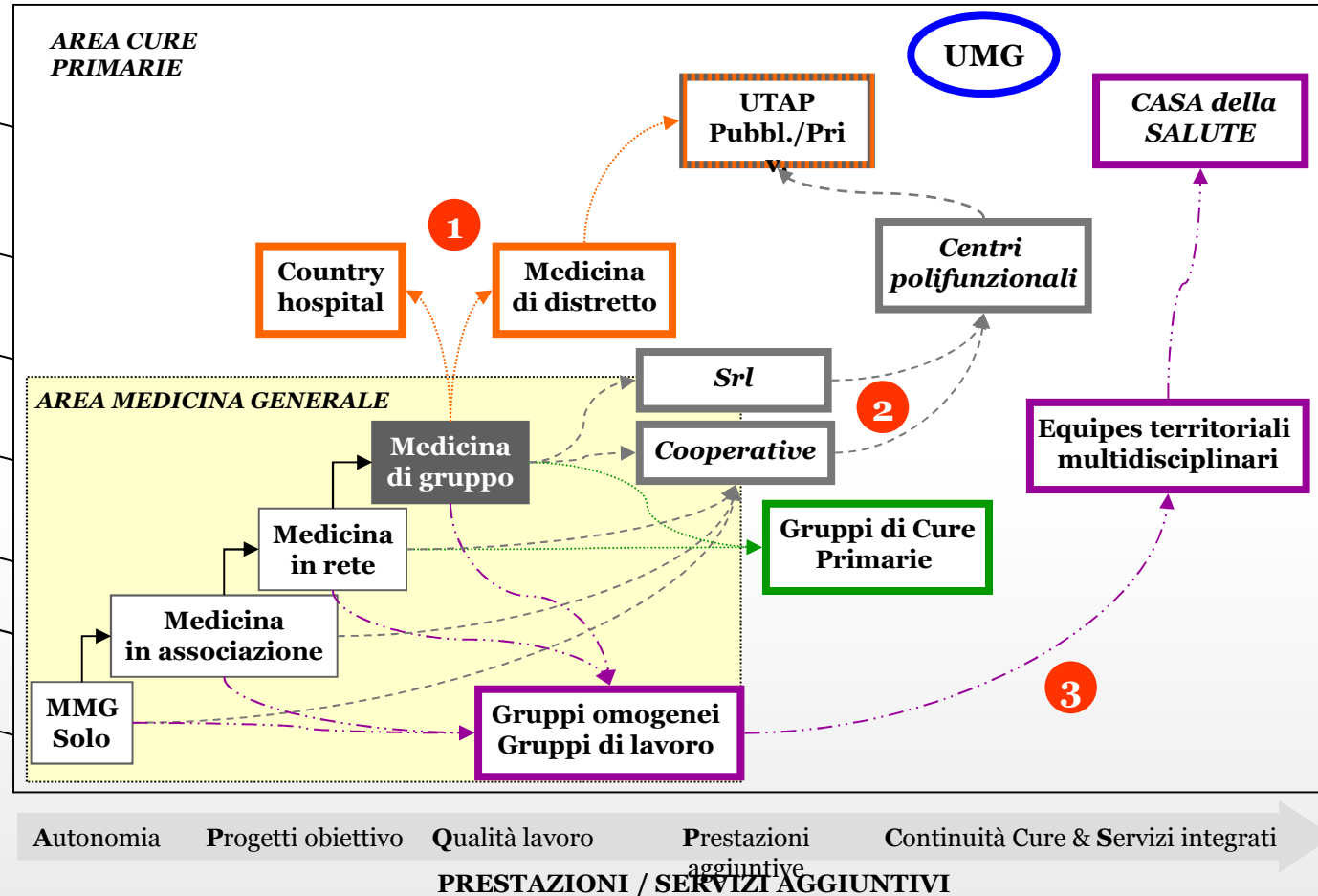
MG + WAN

MG + collaboraz.

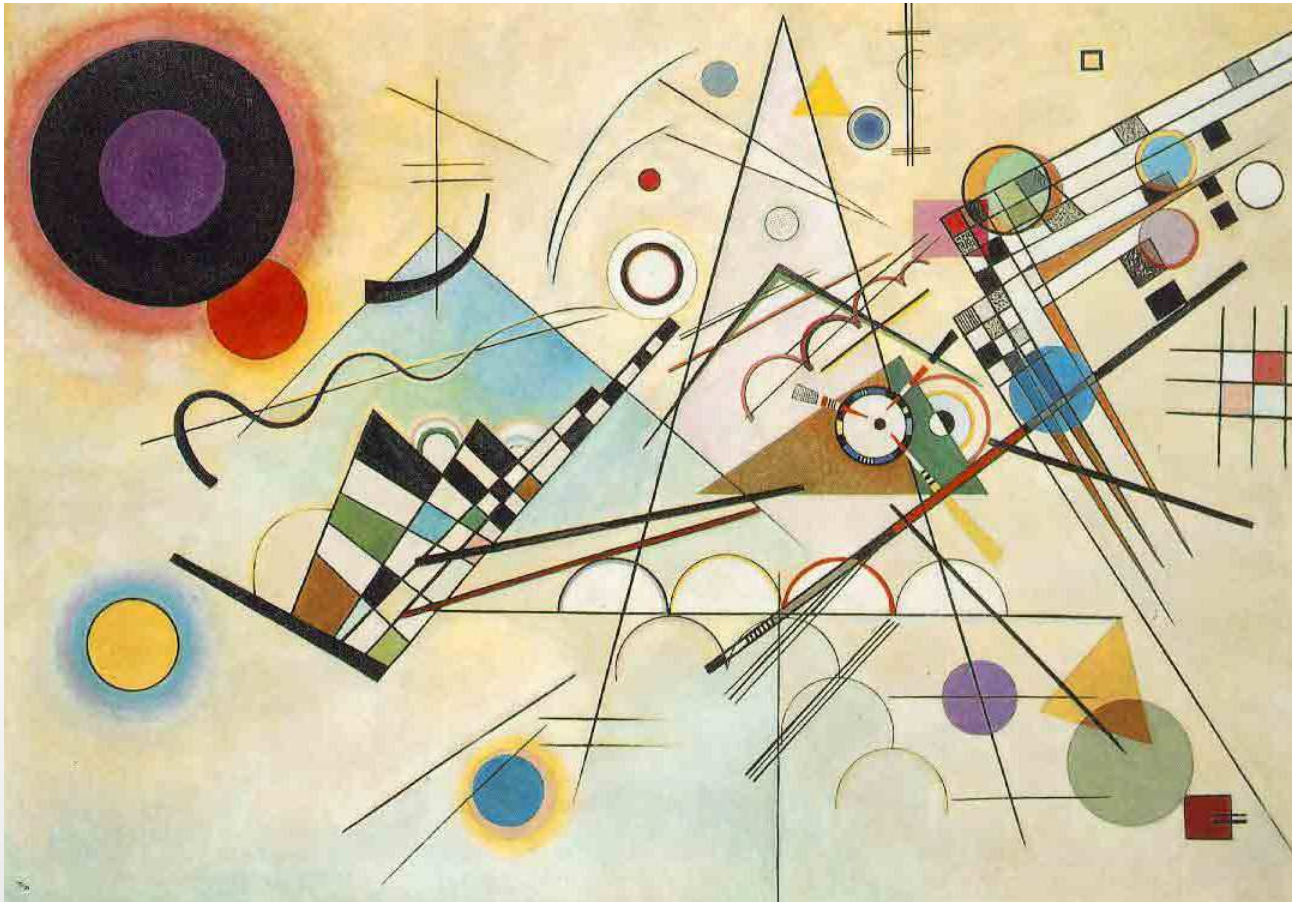
MG singolo

AREA CURE PRIMARIE

AREA MEDICINA GENERALE

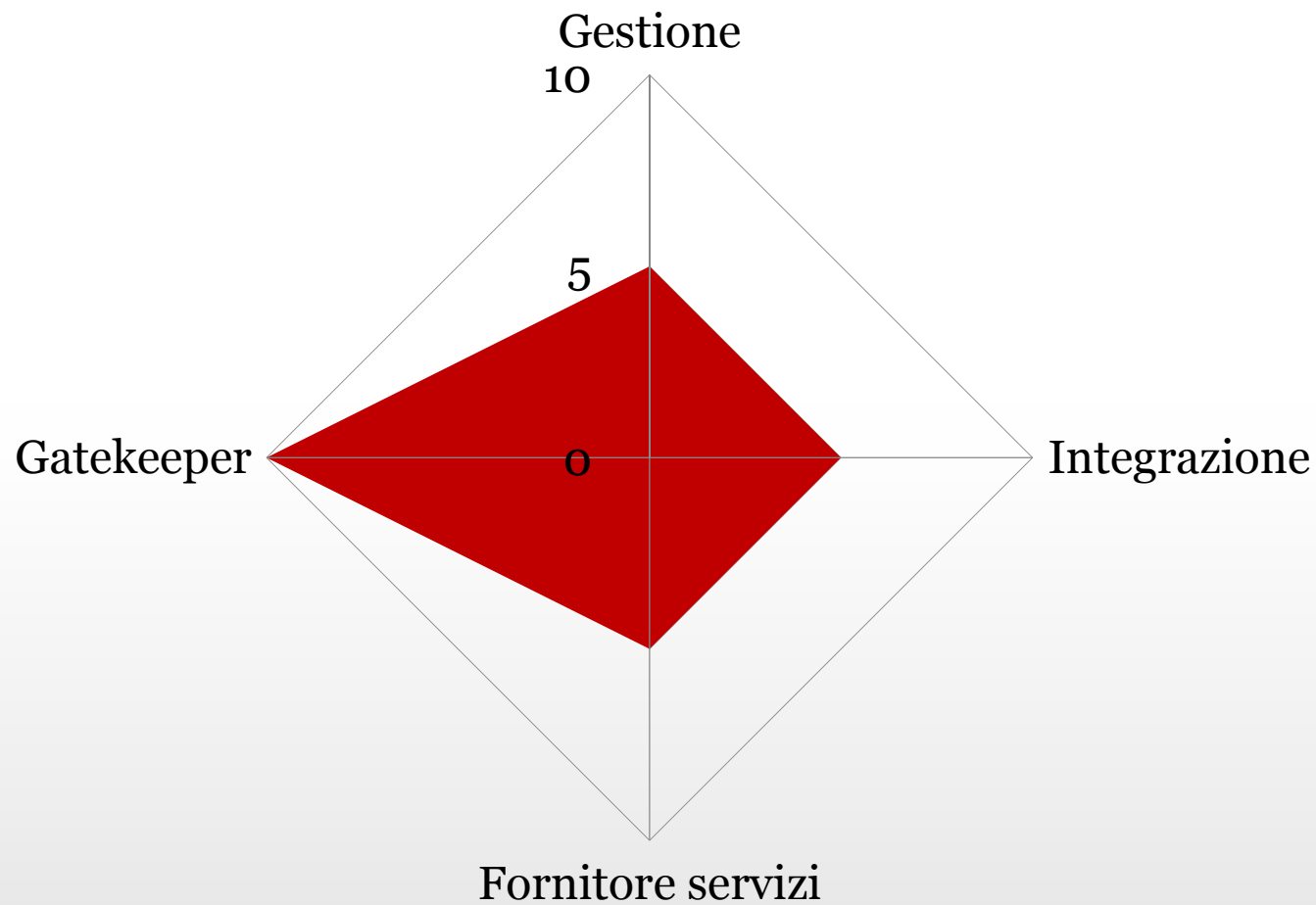


Il razionale ??



W. Kandisky

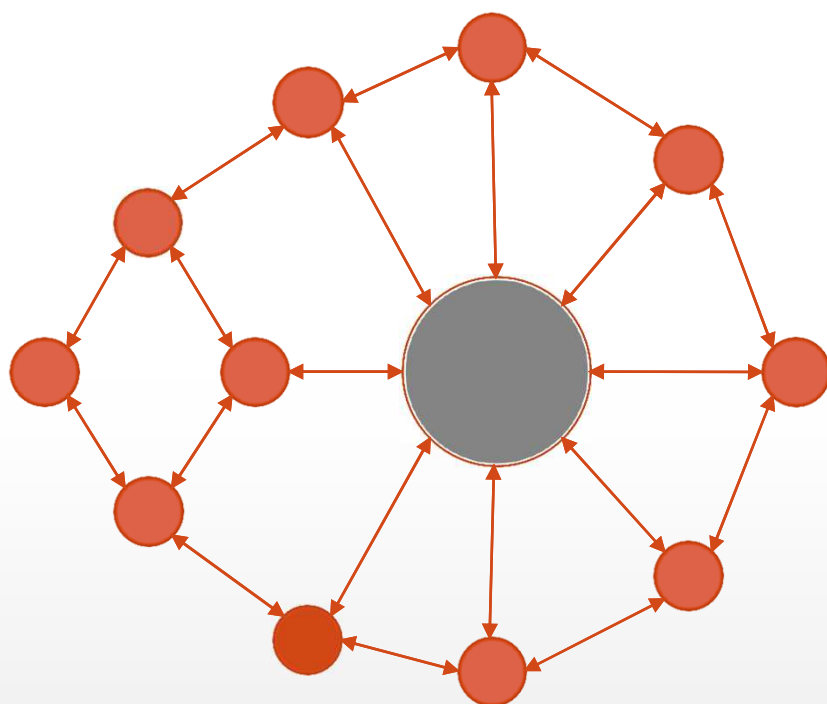
Compiti delle Cure Primarie



In Italia...

- **Aggregazioni Funzionali Territoriali**
 - **Compiti:**
 - ✦ Debito informativo
 - ✦ PDT
- **Unità Complesse di Cure Primarie**
 - **Compiti:**
 - ✦ Debito informativo
 - ✦ PDT
 - ✦

Organizzazioni erogatrici di cure primarie



● MG solo

● MG in gruppo

- **Aggregazione Funzionale Territoriale**
 - Rete
 - Medicina di gruppo
- **Unità Complessa di Cure Primarie:**
 - Rete + Centri Erogatori di Servizi

Distribuzione % delle patologie che hanno causato il maggior numero di contatti - 2009

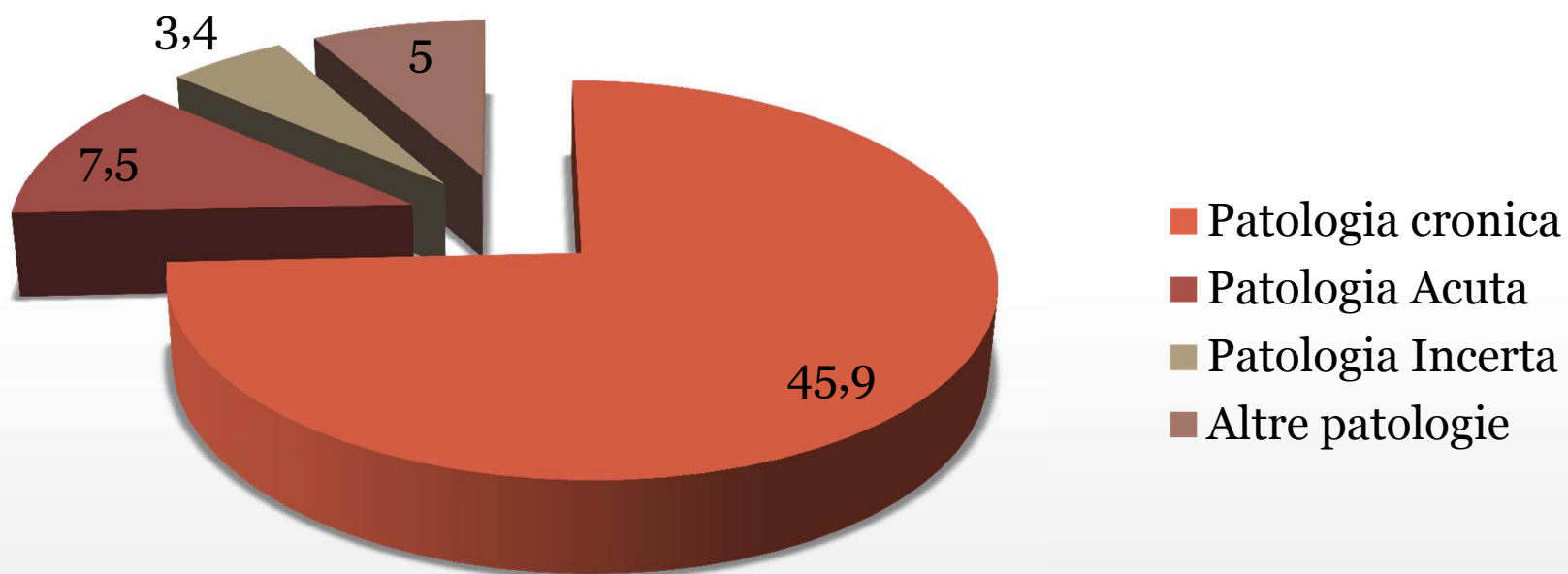
Patologia	%
Ipertensione arteriosa	15,5
Diabete mellito	5,3
Disordini metabolismo lipidi	3,3
Malattie dell'esofago	2,5
Artrosi	2,2
Cardiopatía ischemica cronica	2,0
Iperplasia della prostata	2,0
Aritmie cardiache	2,0
Altri disturbi delle ossa e delle cartilagini	1,5
Glaucoma	1,1
Ipotiroidismo acquisito	1,0
Asma	0,9
Cardiopatía ipertensiva	0,8
Patologie dei dischi intervertebrali	0,7
Insufficienza cardiaca	0,6

Prime 30 patologie per numero medio di contatti 2009

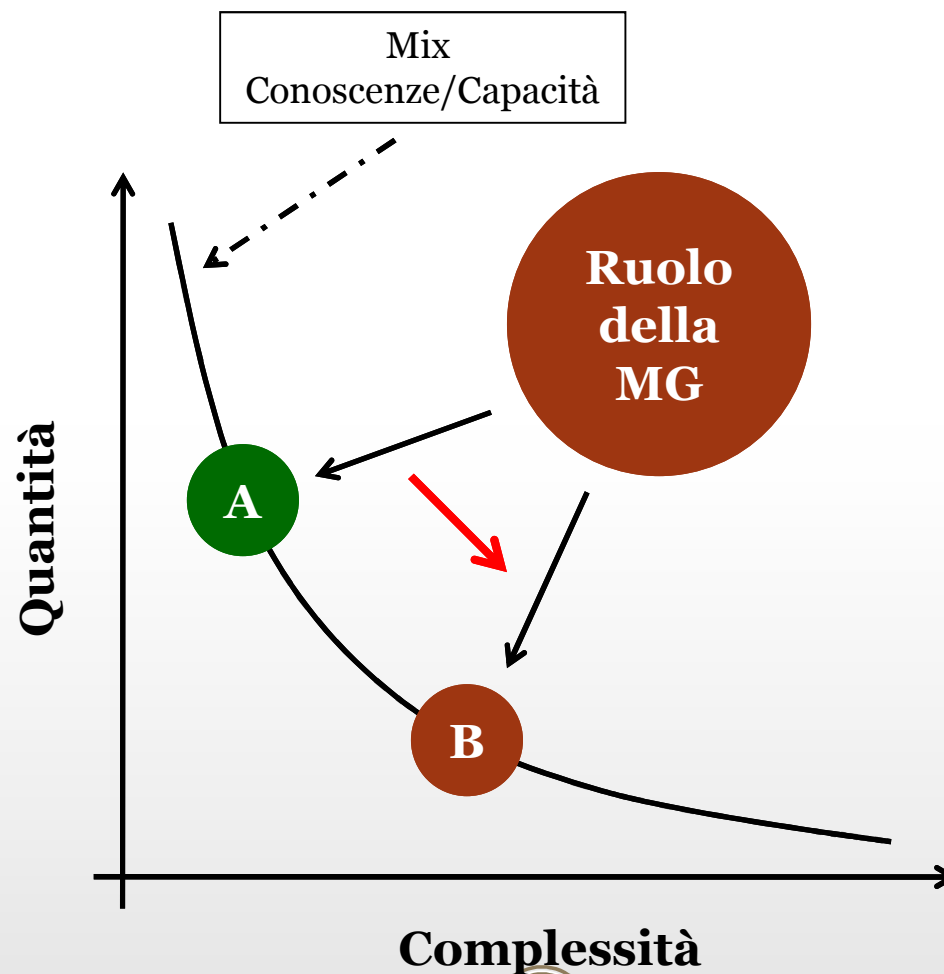
Diagnosi codificate	Contatti/paziente/anno
IMA, Cardiopatie ischemiche acute e croniche, Cardiomiopatie, Aritmie	34,68
Tumori della mammella, tiroide, prostata, bronchi e polmoni, colon	25,2
Vasculopatie cerebrali acute e croniche	12,99
Ipertensione arteriosa e cardiopatia ipertensiva	12,43
Psicosi	9,27
Artrite reumatoide e mal. del connettivo	8,20
Diabete mellito	7,57
M. Di Parkinson	6,65
Epilessie	6,07
Insufficienza cardiaca	5,8
Psicosi affettive	5,41
Altre malattie del polmone	4,53
Enterite regionale	4,03
Glaucoma	3,7
Insufficienza renale cronica	3,46

Case Mix Medicina Generale

Case mix



Il nuovo ruolo della MG finalizzato alla gestione della complessità e della comorbidità



Fonte: RCGP2008, modificato

Criteri di complessità assistenziale

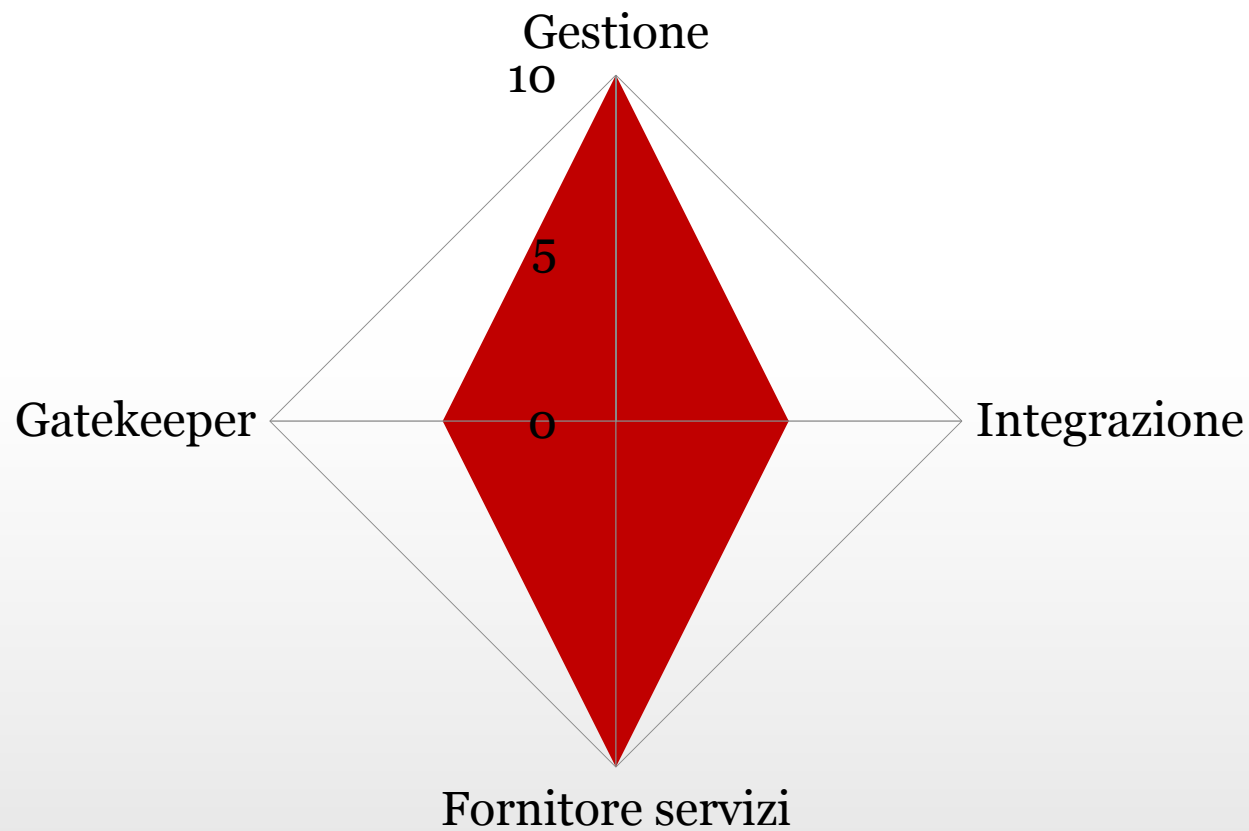
	Liv.1	Liv.2	Liv.3	Liv.4	Tot.Paz.
Asma	Step 1	Step 2	Step 3	Step 4	
BPCO	Stadio 1: Lieve	Stadio 2: Moderata	Stadio: 3 Grave	Stadio 4: Molto grave	
Cancro	FACT-AN 1	FACT-AN 2	FACT-AN 3	FACT-AN 4-5	
Depressione	Disagio	Lieve	Moderata	Resistente	
Diabete	Compensato	Scompensato senza complic.	Scompensato con complicanze	Scompensato con ECV	
ICTUS - TIA		Autosufficienza FIM – SF36	Non autosufficienza parziale FIM – SF36	Non autosufficienza FIM – SF36	
Ipertensione	Normale alta	Grado 1-2	Grado 3		
Lombalgia	Acuta	Cronico Yellow flag	Cronico Red flag		
Malattia coronarica	Pregressa	IMA recente	IMA complicato	MD	
Scompenso	NYHA 1	NYHA 2	NYHA 3	NYHA 4	

Criteri di complessità assistenziale

	Liv.1	Liv.2	Liv.3	Liv.4	ADI	Tot.Paz.
Asma	?	?	?	?		209
BPCO	?	?	?	?		106
Cancro	?	?	?	?		153
Depressione	?	?	?	?		1095
Diabete	?	?	?	?		294
ICTUS - TIA	?	?	?	?		8
Ipertensione	?	?	?	?		1247
Lombalgia	?	?	?	?		1028
Malattia coronarica	?	?	?	?		67
Scompenso	?	?	?	?		68
N° pazienti						

Compiti delle organizzazioni di cure primarie?

Modello di governance ideale



Come deve cambiare la MG

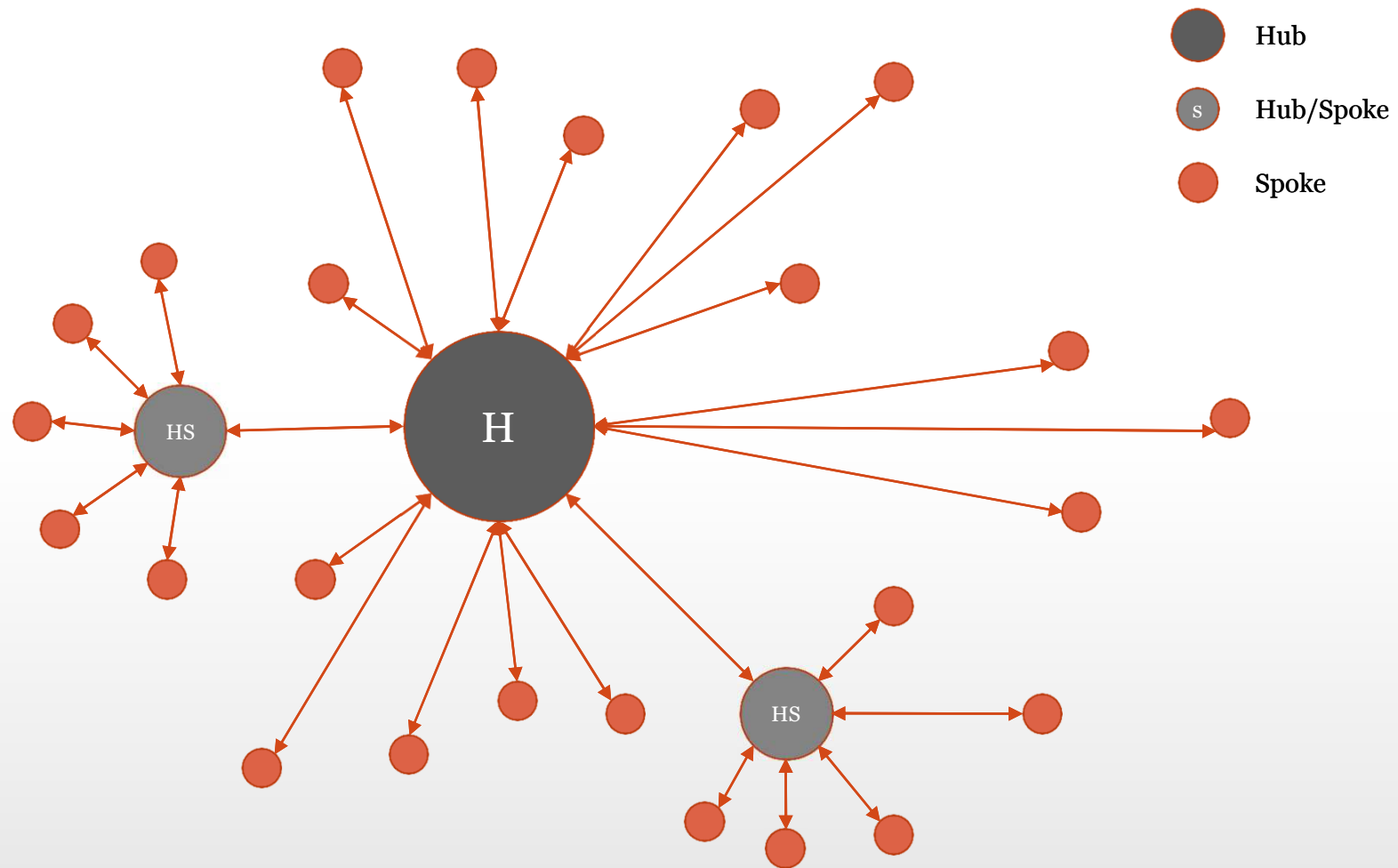
- Dalla Medicina basata sulle evidenze alla Medicina basata sulla pratica
- Dalla medicina di attesa alla medicina di iniziativa
- Sviluppo della medicina traslazionale
- Medicina generale e medicina di comunità
- La medicina delle emergenze
- Dalla quantità alla complessità
- Dal medico solo al medico in rete
- Evoluzione verso forme organizzative complesse

New model of primary care...



Royal College of GPs, 2008

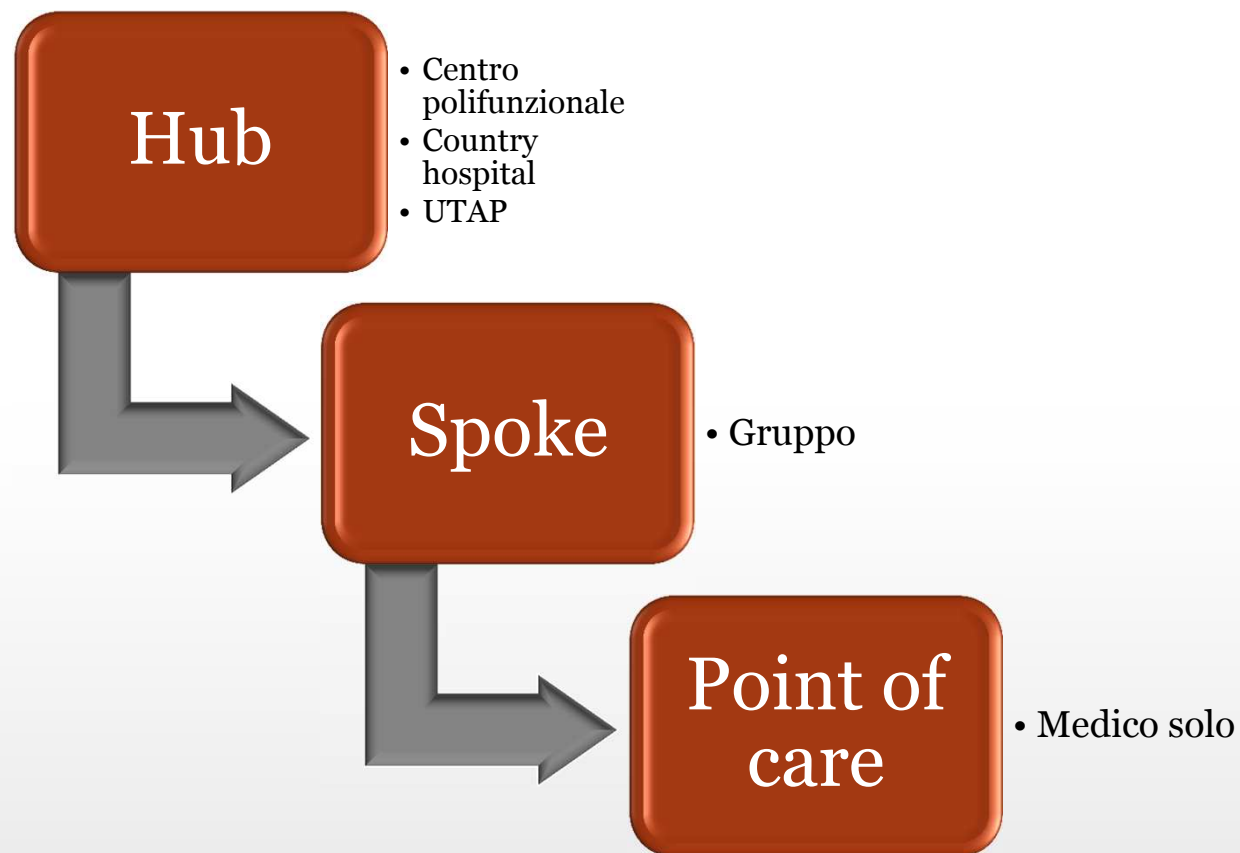
Organizzazioni erogatrici di cure



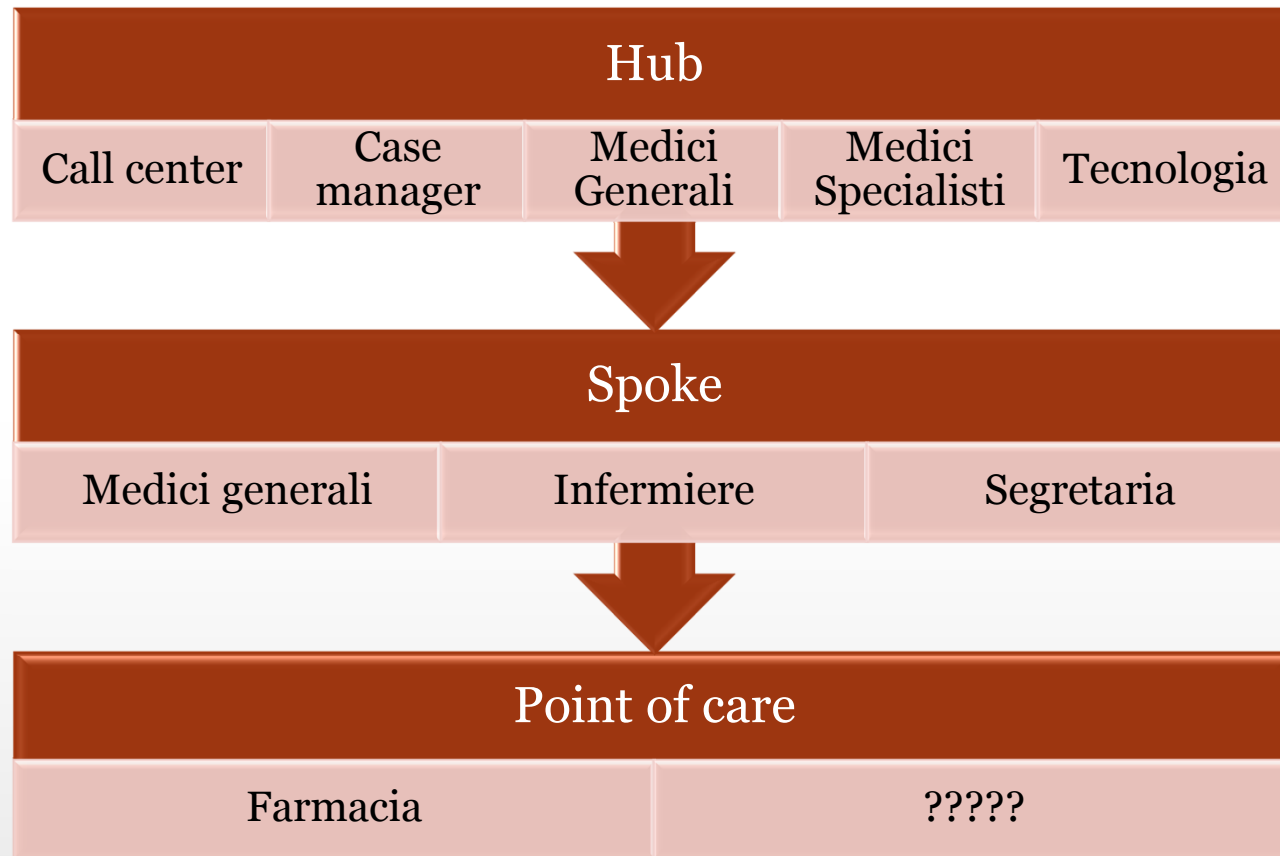
Organizzazione erogatrice di cura

- Hub
 - Centri polifunzionali
 - Country hospital
 - UTAP
- Spoke
 - Ambulatorio di gruppo
- Point of care
 - Medico solo

Organizzazione Cure Primarie



Organizzazione cure primarie



Livelli di cura erogabili

- Cure minime (*Minimal care*)
 - Il livello minimo di cure che ogni paziente deve ricevere. Comprende interventi a basso costo o ad alto costo/efficacia
- Cure standard (*Standard care*)
 - La cura che ogni paziente dovrebbe ricevere *evidence e practice based* in condizioni ottimali di erogazione
- Cure complesse (*Comprehensive care*)
 - Cure evidence based + cure avanzate (tecnologia, servizi, terapie di gruppo, ADI, case manager etc.). Vengono erogate in setting che dispongono di strutture e risorse umane dedicate



BPCO

37

Criticità

- Sottodiagnosi
- Spirometria
- Mancata stadiazione
- Terapia insufficiente

Azioni

- Revisione modello assistenziale
 - Medicina di iniziativa
- Spirometria nei gruppi e in Telemedicina
- Stadiazione sintomatica ?
- Identificazione popolazione a rischio
- Disassuefazione al fumo

Diabete mellito

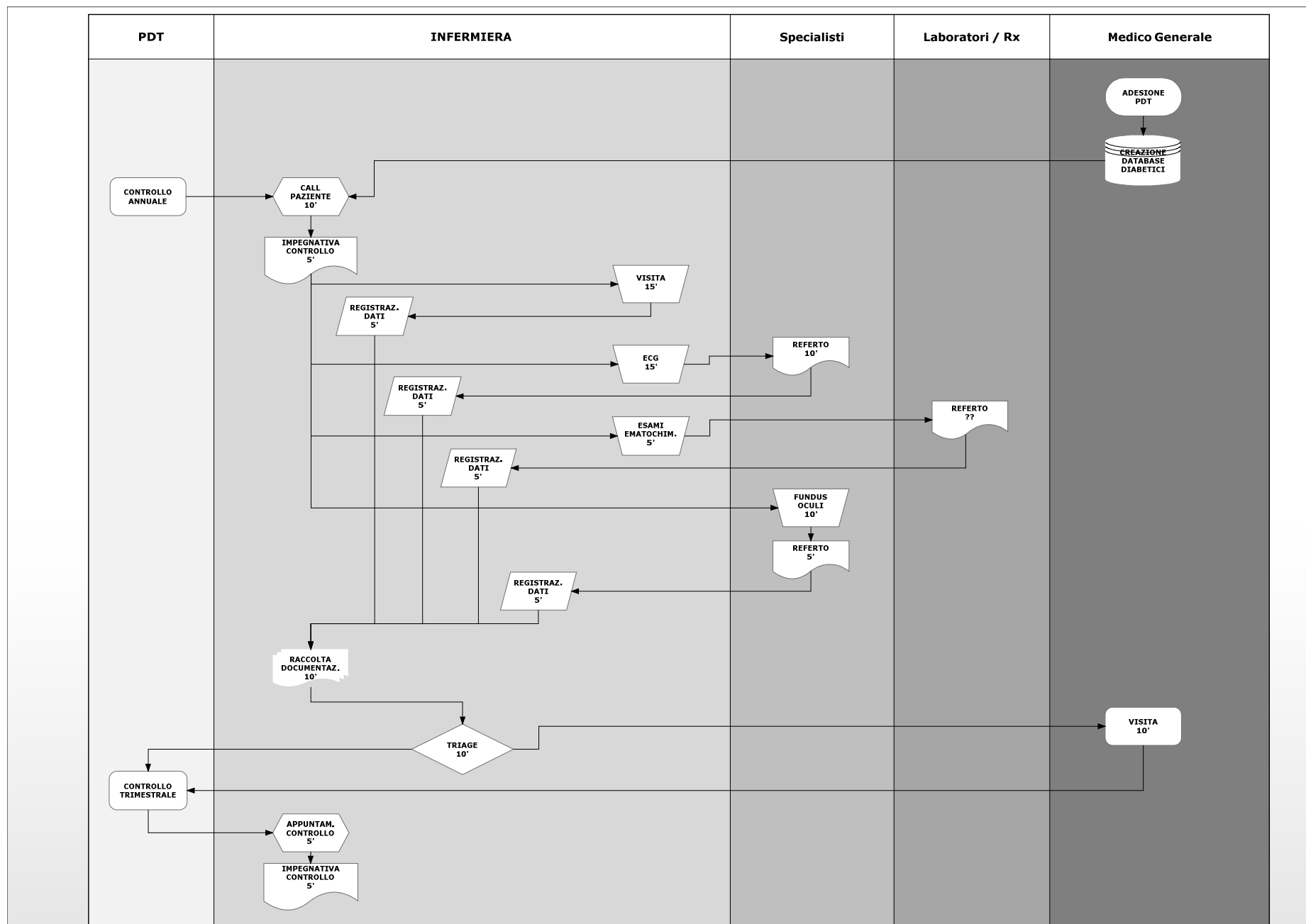
38

Criticità

- Scarso compenso
- Ridotta compliance terapeutica
- Mancata effettuazione ABI
- Piede diabetico
- Educazione alimentare

Azioni

- Formazione Operatori
- Terapia di gruppo
- Case manager dedicato
- Self assessment
- Compliance percorso
- Diagnostica 1° livello



Determinazione carico di lavoro: Diabete

Livello	Interventi	Tipologia	Figure professionali	Tempo	Tempo per operatore	Costi
Pazienti Compensati	Controllo anno	Esami Ematoch.	Infermiere	10'		
		ECG	Infermiere	15'		
		ABI	Infermiere	15'		
		Educazione sanitaria	Infermiere	15'	75'	
		Piede diabetico	Infermiere	5'		
		MDS	Infermiere	5'		
		Peso / PA	Infermiere	10'		
		Registrazione dati	Infermiere	5'/intervento		
		Visita medica	MG	15'	15'	
		Fundus Oculi	Oculista	15'	15'	
		Referto ECG	Cardiologo	10'	10'	

La Governance del MG



