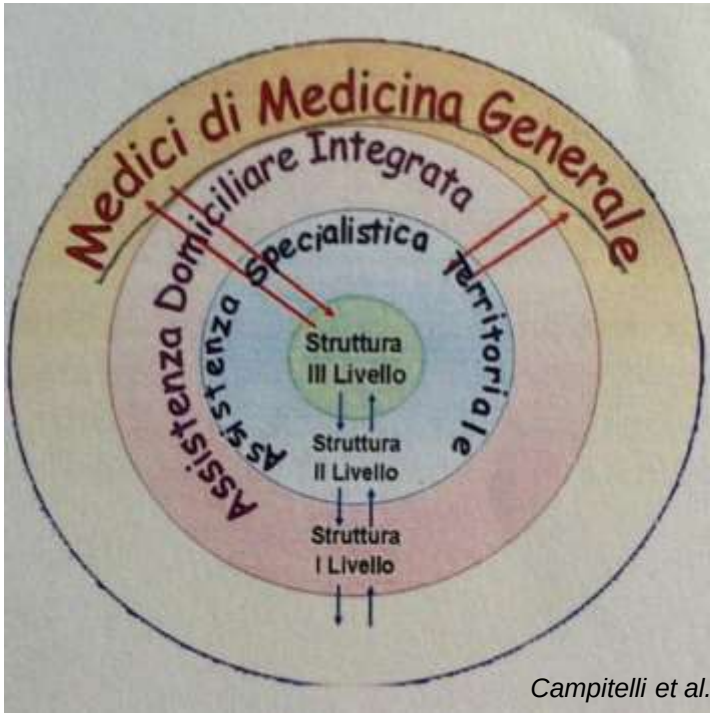
Il ruolo del Medico di Medicina Generale nella gestione delle ulcere

Dr. Robert Camos
CFSMG Regione autonoma Valle d'Aosta
Medico di Continuità Assistenziale distretto 4 AUSL Valle d'Aosta

Il Medico di Famiglia cornice fisica e sociale del paziente nell'assistenza integrata.



Campitelli et al.

- "una quota non trascurabile di prestazioni sanitarie e di ricoveri ospedalieri ordinari è sostituibile da trattamenti a livello domiciliare, territoriale o in ospedale in regime di day hospital" (Campitelli et al, AIUC 2011)

Il Medico di Medicina Generale

- È il primo strumento per il trattamento dell'ulcera cutanea
- È il regista dei percorsi clinici e assistenziali di trattamento.

Per gentile concessione del Dr. Oreste Maquignaz

Il Medico di Medicina Generale

- “si tende sempre più a ridurre il ruolo del MMG a puro smistamento del paziente verso servizi specialistici, mentre è necessario per garantire una adeguata risposta ai bisogni dei portatori di lesioni cutanee IL RECUPERO DEL MMG A UN MOMENTO GESTIONALE CARDINE DEL PROCESSO ASSISTENZIALE”

Perché + coinvolgimento dei MMG?

- Aumento dei pazienti non autosufficienti e dell'isolamento sociale con necessità dell'incremento dei servizi di cure domiciliari
- Innalzamento dell'età media
- Aumento della prevalenza di malattie croniche e del numero di pazienti "complessi" con patologie croniche concomitanti
- Riduzione dei fondi per l'assistenza sanitaria
- Riduzione degli sprechi
- Razionalizzazione dell'allocazione delle risorse (APPROPRIATEZZA!!!)

Gli Atouts del MMG?

- Continuità e durata dell'assistenza, conoscenza del paziente e del suo contesto familiare e sociale
- Figura centrale per l'assistenza integrata per la professionalità medica unita al legame con il territorio.
- Presa in carico del paziente nella sua globalità con particolare attenzione alla prevenzione
- Può ridurre i ricoveri impropri e il ricorso alle residenze per anziani
- Il rapporto di fiducia permette garanzia di soddisfacimento dei bisogni di assistenza

Gli Atouts del MMG?

- Il Medico di Medicina Generale rappresenta nel SSN la prima e più importante figura cui il paziente può e deve rivolgersi per ricevere informazioni, prevenzione, assistenza.
- Ogni MMG deve essere in grado di offrire le prestazioni di sua competenza e indirizzare il paziente verso i profili assistenziali definiti (conoscere e applicare procedure aziendali condivise!).

Il ruolo del MMG?

- Valutatore
- Estensore
- Esecutore
- Coordinatore

del piano assistenziale

PUO demandare alcune sue funzioni a figure specialistiche
MA RIMANE IL COORDINATORE DELL'ESECUZIONE DEL PIANO

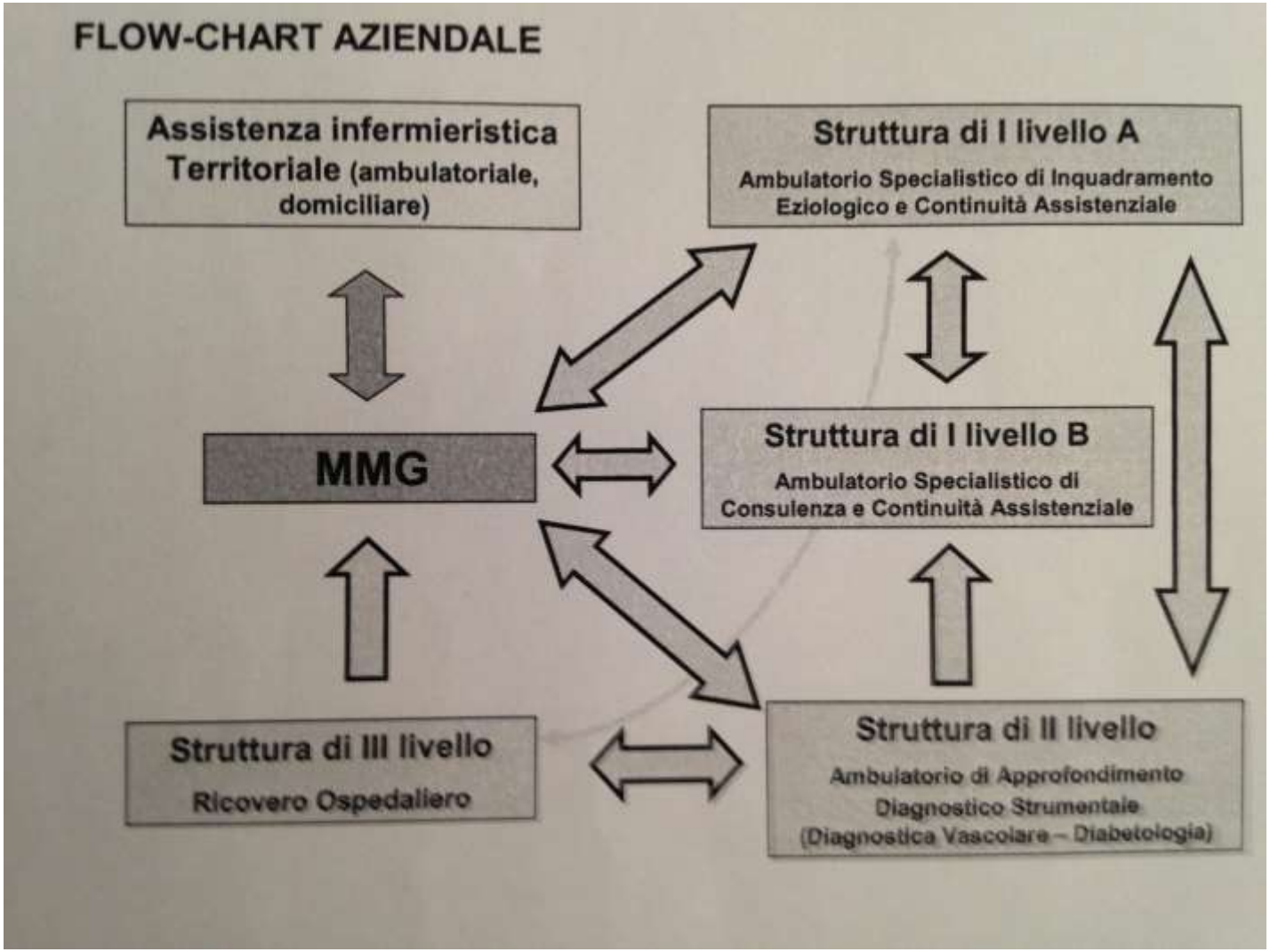
La gestione integrata delle ulcere nella Regione Autonoma Valle d'Aosta

- 2014: Gestione delle Ulcere degli Arti Inferiori e delle Ferite Chirurgiche Complesse (Procedura aziendale PAZ 30, Peinetti et al.)
- ULCERE CRONICHE
- PIEDE DIABETICO
- INFEZIONI DELLA FERITA CHIRURGICA

COLLABORAZIONE TRA LE FIGURE PROFESSIONALI

- CHIRURGO VASCOLARE
- DIABETOLOGO
- INFETTIVOLOGO
- MEDICO DI MEDICINA GENERALE
- INFERMIERE

Flow-Chart Aziendale



COMPITI DEL MMG operante nella Regione autonoma Valle d'Aosta

- Prima diagnosi
- Inquadramento clinico
- Trattamento preliminare
- Continuità assistenziale
- Attività di prevenzione primaria e secondaria

COMPITI DEL MMG operante nella Regione autonoma Valle d'Aosta

"Definisce l'iter diagnostico per la definizione della patologia di base;

fornisce le prime cure e indicazioni terapeutiche"

COMPITI DEL MMG operante nella Regione autonoma Valle d'Aosta

"PUO inviare da subito il paziente all'assistenza infermieristica; invia alla struttura di I livello A i pazienti con sospetta vasculopatia, i diabetici e tutti i casi che non migliorano dopo due settimane di tr

2 WEEKS

COMPITI DEL MMG operante nella Regione autonoma Valle d'Aosta

"gestisce il follow-up del paziente, INTERAGENDO con l'assistenza infermieristica e gli ambulatori di I e II livello;

PRIMA di ogni invio specialistico, dettaglia le principali misure terapeutiche adottate e la stadiazione dell'ulcera"

Pensando al domani…

- Il contesto territoriale e socioculturale della Valle d'Aosta è particolare e presenta peculiarità di cui si deve tener conto.

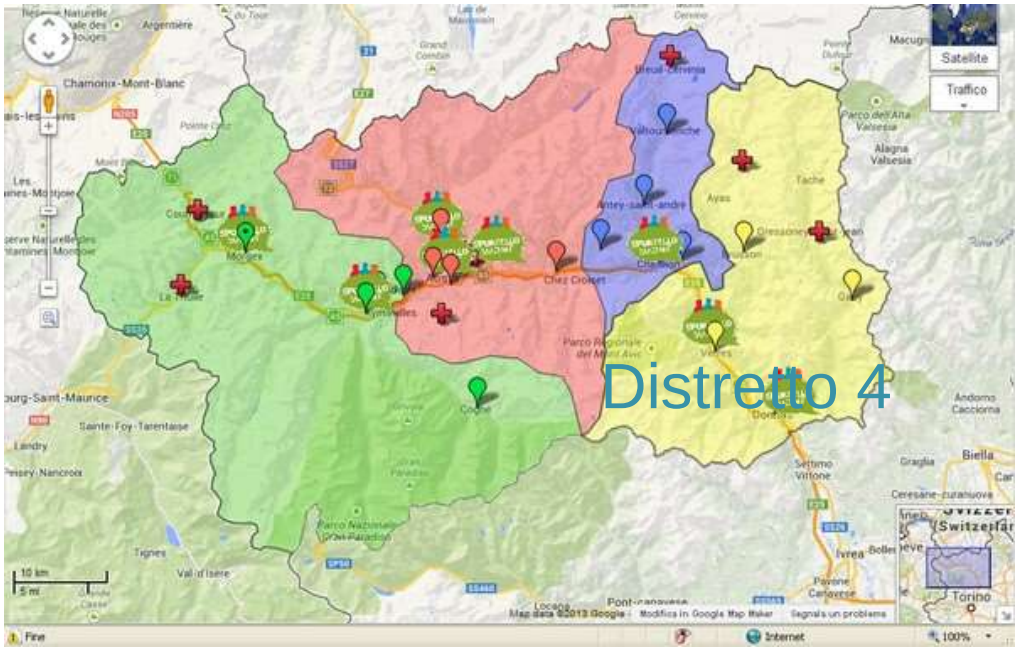
Pensando al domani…

Focus on Aosta Valley:

- 74 comuni
- 128298 residenti (al 31/12/2014) Sup. 3262 Kmq
- Quota: da 345 a 4810 m s.l.m.
- Comuni con una popolazione da 88 a 34777 abitanti
- 41 comuni con meno di 1000 abitanti
- Un solo ospedale, un solo Pronto Soccorso (Aosta)
- Distanza massima da un capoluogo comunale all'ospedale 85 km
- Una sola ASL (AUSL Valle d'Aosta)
- 4 distretti territoriali … 4-5 future AFT!!!

Pensando al domani…

Le possibili realtà nel Distretto 4 e nella futura AFT



Il Distretto attuale:
Circa 25000 residenti
Circa 80000 abitanti in alta stagione turistica
16 MMG operanti
12 Medici di CA
25 Infermieri sul territorio
3 consultori
1 poliambulatorio
sede di distretto

L'AFT:
Circa 25 medici divisi tra quota oraria e quota capitaria
Circa 30 infermieri territoriali
1sede di AFT
3 succursali di cui 1in valle centrale più servita e 2 nelle valli laterali principali

Un ipotetico modello di gestione integrata territoriale per la nostra AFT?

- Accesso diretto per le medicazioni presso la sede AFT e il consultorio della valle centrale h6 7 giorni/7
- Accesso diretto per le medicazioni presso i consultori delle valli laterali h2 5 giorni/7
- Accesso h 16 per la prevenzione l'inquadramento diagnostico clinico, le medicazioni e la terapia parenterale in assenza dell'infermiere presso la sede AFT con la presenza dei medici a quota capitaria od oraria.
- Accesso negli orari di ambulatorio presso gli ambulatori periferici del medico a quota capitaria
- Accesso in urgenza presso la struttura specialistica IA nella sede AFT su richiesta del medico a quota capitaria h2 un giorno a settimana.

Un ipotetico modello di gestione integrata territoriale per la nostra AFT?

- Due team di infermieri per medicazioni e terapie parenterali domiciliari nei pazienti non trasportabili, indigenti, o con problematiche sociali attivi su richiesta del MMG h 6 7 giorni/7
- Medicazioni programmate con rivalutazione clinica a domicilio in accordo tra Medici a quota capitaria AFT e infermieri territoriali 1 giorno a settimana
- Coinvolgimento del Medico a quota oraria (ex CA) nelle medicazioni e le terapie parenterali a domicilio in caso di aumento del carico di lavoro

Un ipotetico modello di gestione integrata territoriale per le AFT?

- Istituzione del medico a particolare interesse vulnologico, punto di riferimento per i colleghi e il restante personale dell'AFT per tali patologie.
- Rapporti diretti tra infermieri territoriali, coordinatore infermieristico AFT, medici a quota oraria capitaria e medico a particolare interesse vulnologico in riunione mensile di AUDIT e planning.
- Aumento di quota capitaria per la gestione del paziente affetto da ulcere
- Attribuzione di bonus agli infermieri secondo i tassi di guarigione e la riduzione delle recidive

Un ipotetico modello di gestione integrata territoriale per le AFT?

- Creazione del “Database Ulcere” dell’AFT:

Accesso di tutte le figure coinvolte

Condivisione dei risultati di esami clinici e laboratoristici

Diario del decorso delle lesioni

Conteggio delle recidive

Conteggio delle consulenze specialistiche

Conteggio di spesa per le medicazioni, i farmaci, gli accessi a domicilio, le consulenze, gli esami strumentali, le ospedalizzazioni

- AUDIT periodico di gruppo con le statistiche del database
- Utilizzo del database per ricerca e pianificazioni di soluzioni di appropriatezza e riduzione di spesa.

CONCLUSIONI

- La gestione multidisciplinare delle lesioni cutanee è fondamentale per ottenere un risultato che soddisfi i bisogni di salute dei pazienti e la necessità crescente di razionalizzare la spesa sanitaria
- Il compito di esser cardine di tale gestione spetta al Medico di Medicina Generale

CONCLUSIONI

- Il confronto costante tra le figure professionali, il dialogo, il rispetto delle linee guida, delle procedure e l'aggiornamento sono la via migliore per la gestione futura di questa problematica.