

Riorganizzazione delle cure primarie in Campania

ASL Caserta

Centro di Formazione
P.O. Anastasia Guerriero
Marcianise - Caserta

Progetto

Agire

Dr Pasquale Di Girolamo Faraone

IL DISTRETTO SANITARIO

È l'articolazione territoriale, organizzativa e funzionale dell'Azienda Sanitaria che fornisce tutte le prestazioni sanitarie e sociali nell'ambito della prevenzione, assistenza sanitaria di base e socio-sanitaria integrata.

IL DISTRETTO SANITARIO

«PROTAGONISTA DELL'ASSISTENZA»



GOVERNO CLINICO

Importanza della funzione clinico-assistenziale dell'attività dei servizi territoriali

Esigenza che efficacia ed appropriatezza clinica diventino parte dei criteri operativi dei servizi

Necessità di monitoraggio, indirizzo e regolazione dei processi assistenziali

PERCORSI PER PATOLOGIA

Uccp

Vero esempio di potenziamento della medicina territoriale

Strutture, gestite in autonomia e responsabilità, per assicurare le cure primarie e della cronicità.

Gruppi di medici dell'assistenza Primaria, Pediatri di libera scelta, medici della continuità assistenziale, specialisti

ADI

Per assistere pazienti non autosufficienti o a rischio di non autosufficienza con condizioni trattabili a domicilio con idonea condizione abitativa e valido supporto familiare o di vicinato

- Malati terminali
- Fasi acute di malattie croniche
- Dimessi da RSA
- Portatori gravi handicap

OSPEDALE DI COMUNITÀ

RSA

Con caratteristiche intermedie tra il ricovero ospedaliero propriamente detto e le altre possibili risposte assistenziali domiciliari (ADI)

II RUOLO DEL DISTRETTO

Al distretto compete, in questo senso, di assicurare i servizi di *primary ed intermediate care* relativi all'attività sanitaria e socio-sanitaria

- assicurando anche le funzioni di coordinamento delle proprie attività con quelle dei dipartimenti e servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri;
- divenendo, quindi titolare delle attività territoriali, garante dell'appropriatezza e dell'esigibilità dei LEA (livelli essenziali di assistenza), responsabile dell'ottimizzazione delle risorse assegnate organizzando le modalità di risposta e coordinando i percorsi.

Le alternative socio-assistenziali che il territorio mette a disposizione

ADP

**soluzioni tra ospedale
e
presa in carico**

**DIMISSIONI
PROTETTE**

ADI

RSA

**Residenza
protetta**

**Ospedale
di
comunità**

Riorganizzazione delle cure

AFT: compiti e risorse - DCA 134/2016



COMPITI

- Assistenza in ambulatorio e domicilio della popolazione in carico
- Valutazione dei bisogni, percorsi PDTA per continuità della cura
- Medicina preventiva / proattiva
- Obiettivi LEA :ADI, screening e vaccinazioni;
- Miglior uso possibile delle risorse efficacia – efficienza

R I S O R S E

- Strumenti diagnostici
- Accesso condiviso alle cartelle informatiche.
- Liste di pazienti affetti da patologie croniche)
- Monitoraggio tramite l'uso di indicatori specifici (griglia LEA)

Aggregazioni Funzionali Territoriali

- 1. Realizzano alcune fondamentali condizioni per l'integrazione professionale delle attività dei singoli MMG per il conseguimento degli obiettivi di assistenza.**
- 2. I MMG partecipano obbligatoriamente alle AFT.**
- 3. Criteri (Regionali e Aziendali, sulla base degli AIR) organizzativi delle AFT:**
 - riferimento all'ambito di scelta e comunque intradistrettuale;**
 - popolazione assistita non superiore a 30.000 con numero di MMG, di norma, non inferiore a 20.**
- 4. Nell'AFT è presente un Coordinatore eletto dai MMG componenti, con compiti di raccordo funzionale e professionale tra i MMG e tra AFT e Distretto.**

Prevenzione e Promozione della Salute

Aggregazioni Funzionali Territoriali

5. I MMG aderiscono all'AFT allo scopo di promuovere:
- l'equità nell'accesso ai servizi sanitari, socio-sanitari e sociali nel rispetto dei LEA, anche attraverso l'individuazione di percorsi di integrazione tra Assistenza Primaria e Continuità Assistenziale;
 - la diffusione e l'applicazione delle buone pratiche cliniche sulla base dei principi della "EBM", nell'ottica più ampia della "clinical governance";
 - l'appropriatezza clinica e organizzativa nell'uso dei servizi sanitari, anche attraverso procedure sistematiche ed autogestite di "peer review" (revisione tra pari);
 - le funzioni di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione ed assistenza e valorizzare la qualità degli interventi e il miglior uso possibile delle risorse, pubbliche e private, secondo i principi di efficienza e di efficacia.

Aggregazioni Funzionali Territoriali

6. L'AFT persegue le finalità di cui al punto 5 attraverso:
 - riorganizzazione delle proprie attività e condivisione delle stesse con il Distretto di riferimento, per la valutazione dei risultati ottenuti e per la socializzazione dei medesimi;
 - la partecipazione a programmi di aggiornamento e formazione e a progetti di ricerca concordati con il Distretto e coerenti con la programmazione regionale e Aziendale e con le finalità di cui al punto 5;
7. L'AFT è dotata di un proprio sistema interno informativo/informatico connesso al sistema aziendale e regionale.

Le AFT – arma gestionale per il coordinamento dei MMG

Sono composte da min.20 medici ciascuna e si possono organizzare con:

- servizio H12** → apertura coordinata degli studi per garantire copertura oraria;
- organizzazione in rete** sul territorio di appartenenza;
- stesso Software** utilizzato (es.Millewin, Atlas);
- cartelle cliniche condivise** tra MMG della stessa AFT;
- modalità comune di presa in carico** del Paziente (PDTA regionali);
- incontri mensili di allineamento attività e/o formazione.**

I MMG organizzati in AFT usufruiscono di tali

- 1. Conoscenza delle cartelle cliniche di tutta la popolazione assistita** indipendentemente dai diversi gestionali in possesso dei singoli MMG/PLS (**gestionale unico condiviso anche con la continuità assistenziale**)
- 2. Accesso alle liste di pazienti affetti da patologie croniche** (ogni MMG/PLS è in grado di conoscere **l'aderenza ai trattamenti** dei pazienti affetti da diabete, malattie cardiovascolari e respiratorie)
- 3. Ruolo decisivo per il migliore setting di cura per il paziente,** RSA, Domiciliare, **adozione dei PDTA** per gli assistiti, fornendo modelli di assistenza appropriati e sostenibili.

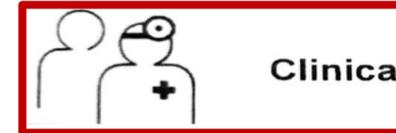
I compiti del coordinatore di AFT



Organizzazione

- Organizza la turnistica dei medici
- Garantisce la continuità assistenziale
- Indice, organizza, coordina le riunioni dei medici facenti capo all'AFT
- Registra partecipazione dei MMG alle attività di AFT e le comunica all'ASL
- Definisce e promuove le attività di formazione in concerto con il Distretto
- Rappresenta i MMG dell'AFT nei rapporti con Ospedali, Distretto, Azienda.

- Vigila sull'omogeneità dei comportamenti assistenziali
- Verifica se esistano le condizioni socio-assistenziali che garantiscono la C.A. nella dimissione dei pazienti difficili
- Concorda la partecipazione della AFT alle campagne di prevenzione
- E' garante per la parte medica dell'attuazione dei percorsi di presa in carico



Clinica



Budget

- Contratta con l'Azienda obiettivi di budget all'interno dell' ACN
- Garantisce all'interno dell'AFT la discussione del budget, definendo obiettivi assistenziali e risorse necessarie al loro raggiungimento

IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

in fase di assistenza pre-ospedaliera / territoriale: l'AFT
segue i pazienti attraverso una
medicina proattiva / preventiva

Medicina proattiva



- **Informazione/promozione:** campagne di prevenzione e di incontro con il cittadino nei nodi della rete territoriale

- **Programmazione:** attori, tempi, modelli di offerta legati a livello di conoscenza e contesto ambientale

- **Organizzazione:** rapidità e facilità di somministrazione dopo processi di comunicazione e persuasione fiduciaria

- **Valutazione**

- Raccolta del dissenso con motivazioni e azioni conseguenti
- Ritorno clinico con una rendicontazione dell'efficienza (adesione e soddisfazione)



Prevenzione

Dall'attenzione alla cura,
all'attenzione per evitare la cura

MMG DOTATI DI
STRUMENTAZIONE

Ecografo,
ECG,
Spirometro

Implementazione della prevenzione per il paziente, di diagnosi precoce attraverso gli screening, e dei processi di continuità assistenziale.



Il ruolo dell'Aft per garantire le vaccinazioni dell'adulto



IL RUOLO DELL'AFT PER GARANTIRE
L'ADEMPIMENTO DELLA GRIGLIA
DEI LEA NELL'ADULTO

13 OTTOBRE 2018

Napoli, Villa Walpole - ASI Napoli 1

Il MMG organizzato in AFT è un veicolo primario per le vaccinazioni perché:

- Assicura un'offerta rapida di accessibilità alle cure per maggiore copertura oraria
- Riscontra i bisogni del paziente non solo in modo passivo (nel proprio studio) ma agisce in modo proattivo, riunendosi con gli altri MMG dell' AFT elabora campagne di prevenzione con un uniforme piano di comunicazione per "educare" coloro che non sono informati o sono mal-informati sulla prevenzione.

Quale utenza

I pazienti che necessitano maggiormente di continuità delle cure sono:

- **pazienti post-acuti dimessi dall'ospedale che corrono rischio elevato, ove non adeguatamente assistiti, di ritorno improprio all'ospedale;**
- **Pazienti che necessitano di competenze cliniche ed infermieristiche, con l'affidamento ad un case manager, in una struttura dedicata o a domicilio;**
- **pazienti cronici, stabilizzati sul territorio, con elevati bisogni assistenziali e rischio di ricoveri inappropriati ove non adeguatamente assistiti.**

IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

in fase di assistenza post-ospedaliera: coinvolgimento di un MMG nella figura di case manager che prefigura al paziente la presa in carico territoriale e un percorso assistenziale.

Le AFT dell'ASL Caserta

DISTRETTO	NUMERO AFT
12	CASERTA
	CASAGIOVE
	S. NICOLA LA STRADA
13	MADDALONI
	S. FELICE A CANCELLO
14	TEANO
	SESSA AURUNCA
15	PIEDIMONTE MATESE
	FONTEGRECA
16	MARCIANISE
	PORTICO
17	AVERSA
18	CASALUCE
	SUCCIVO
	ORTA DI ATELLA
19	FRIGNANO
	TRENTOLA DUGENTA
20	S. CIPRIANO D'AVERSA
21	S. MARIA CAPUA VETERE
	CASAPULLA
22	CAPUA
22	MONDRAGONE

Il Percorso Diagnostico-Terapeutico (PDT)

- **Strumento di gestione clinica usato per definire il migliore processo assistenziale per rispondere a specifici bisogni di salute.**
- **Nasce da un approccio integrato dei processi di gestione dell'iter di cura dei pazienti**
- **Esso, infatti, pone l'attenzione sul miglioramento della sequenza spazio-temporale del processo di cura per migliorare la qualità dell'assistenza**

Perché è così utile?

- Per migliorare l'assistenza delle patologie con cui più frequentemente si trova a contatto l'assistenza territoriale
- Per tenere un'uniformità di comportamenti diagnostici, terapeutici e preventivi basati su ricerca ed evidenza clinica (EBM)
- Per raggiungere una maggiore possibilità di valutazione dei risultati
- Per abbattere le liste d'attesa
- Per ottenere l'appropriatezza delle prestazioni, l'eliminazione degli sprechi e risparmio economico

MODALITA' ATTUATIVA DI UN PDTA



Le AFT hanno il compito di **intercettare rapidamente il paziente** che manifesta una patologia di aspetto “cronico”:

- **sintomatologicamente** (prevenzione primaria / secondaria)
- **clanicamente** (prevenzione terziaria per le complicanze)

Individuato il bisogno del paziente si può:

(A) attuare strategie di cura basate sulla prevenzione e l'adozione di corretti stili di vita;

(B) indirizzarlo ad un **percorso di cura «integrato» PDTA**



PROGETTO AGIRE



• **L'individuazione rapida dei bisogni del paziente da parte della rete orizzontale dell'AFT per valutare le condizioni reversibili o meno del paziente e indirizzarlo alla rete verticale specialistica con l'adozione di un PDTA rientra in un progetto firmato dalla Regione Campania "AGIRE"**

AIFD
CARD
Meus
SIFO
SIMG
SIF

REGIONE CAMPANIA

Workshop di presentazione

13 Aprile 2018
ore 10:00

PROGETTO Agire

Appropriatezza clinica
Gestionale In
REgione Campania
per la
BPCO

Palazzo Armieri
Sala Armieri piano I
Via Nuova Marina 19/c
Napoli

MODELLI ORGANIZZATIVI PDTA/BPCO

Il progetto AGIRE vuole facilitare l'intercettazione da parte del MMG, formato in tal senso, in AFT, del bisogno di salute del paziente adulto e fumatore che:

- manifesti segni clinici e/o strumentali di BPCO



Con diagnostica idonea e in tempi rapidi si può:

- **rallentare l'evoluzione del processo patologico**
- **ridurre il ricorso a cure maggiormente complesse**

In soggetti con BPCO la vaccinazione anti-pneumococcica è fondamentale per evitare, in caso di infezioni da pneumococco, riacutizzazioni con un più alto rischio di complicanze.

PDTA BPCO / FUMO E DISPNEA

PREVENZIONE & EDUCAZIONE

DIAGNOSI

TERAPIA

RIACUTIZZAZIONE & OSPEDALIZZAZIONE

RIABILITAZIONE RESPIRATORIA

OBIETTIVO

- Abolire i fattori di rischio
- Confermare la diagnosi di BPCO
- Emersione della patologia
- Controllo dei sintomi
- Ridurre le riacutizzazioni
- Ospedalizzazione appropriata
- Corretto setting di ricovero
- Recupero funzionale
- Miglioramento qualità di vita

INPUT

- Visita ambulatoriale
- Visita ambulatoriale
- Richiesta di spirometria
- Visita ambulatoriale
- Visita ambulatoriale o domiciliare
- pulsossimetria
- Visita domiciliare/ambulatoriale o in corso di ricovero

ATTORI

- MMG
- Infermiere
- Specialista pneumologo
- MMG
- Specialista pneumologo
- MMG
- Specialista pneumologo
- MMG
- Specialista pneumologo
- Team multidisciplinare*

SETTING

- Studio del MMG
- AFT/UCCP
- Centri Anti Fumo
- Studio del MMG
- AFT/UCCP
- Ambulatorio pneumo territorio
- Studio del MMG
- AFT/UCCP
- Ambulatorio pneumo territoriale
- Studio del MMG
- AFT/UCCP
- Ambulatorio pneumo territorio
- ospedale
- Ricovero ord. Riab.
- DH
- Domicilio
- Ambulatorio

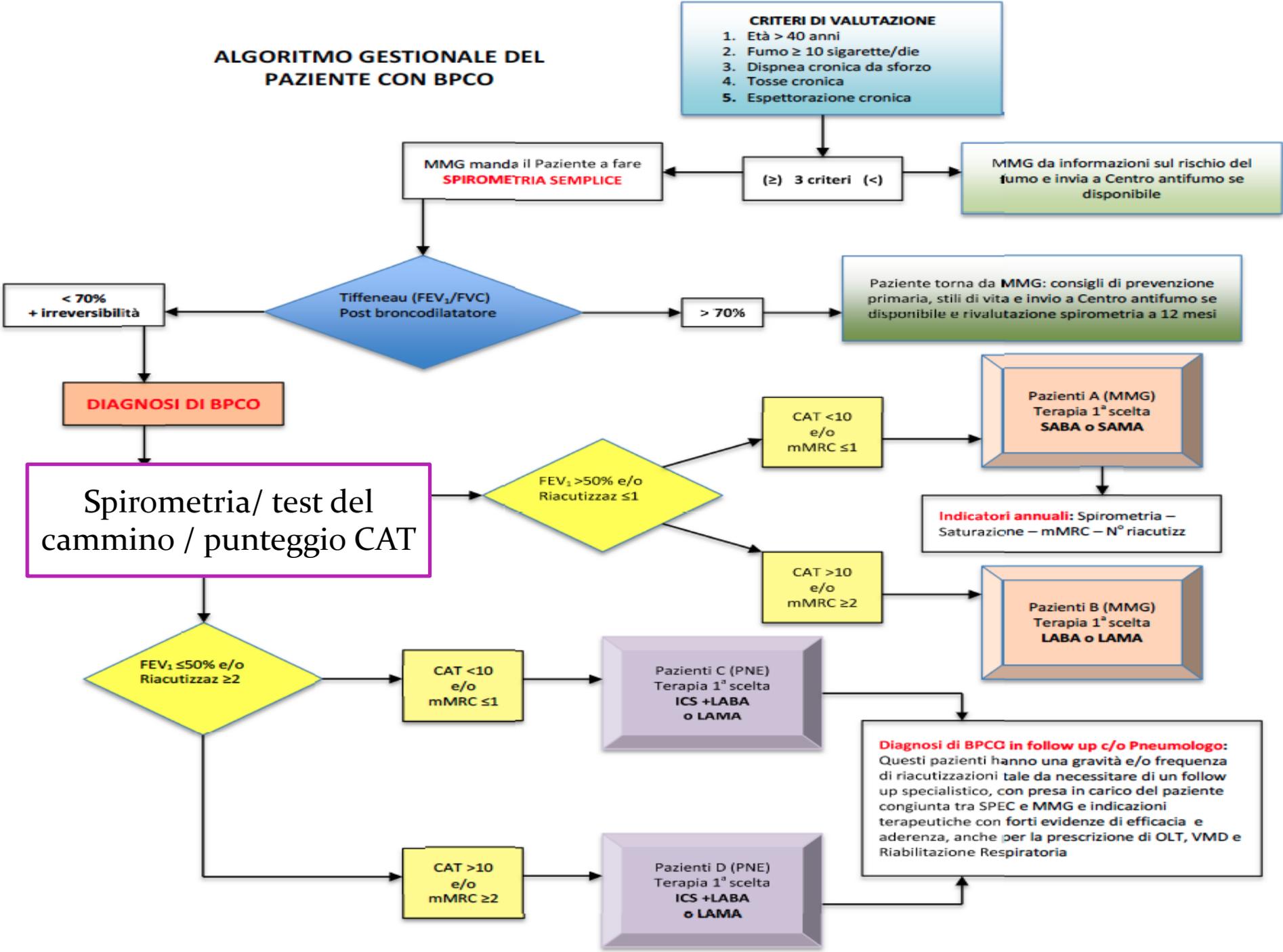
OUTPUT

- Registrazione dato fumo
- Trattamento tabagismo
- Diagnosi e stadiazione
- Visita specialistica
- Prescrizione terapia
- Programma di follow-up
- Risoluzione della riacutizzazione
- Presenza in carico post-ricovero
- Valutazione degli esiti
- Riduzione delle complicanze e delle disabilità residue

(*) Team multidisciplinare/UVBR – unità di valutazione fabbisogno riabilitativo (pneumologo, fisiatra, MMG, fisioterapista, infermiere, psicologo, assistente sociale, nutrizionista)

ALGORITMO GESTIONALE DEL PAZIENTE CON BPCO

- CRITERI DI VALUTAZIONE**
1. Età > 40 anni
 2. Fumo ≥ 10 sigarette/die
 3. Dispnea cronica da sforzo
 4. Tosse cronica
 5. Espettorazione cronica



MMG da informazioni sul rischio del tumo e invia a Centro antifumo se disponibile

Paziente torna da MMG: consigli di prevenzione primaria, stili di vita e invio a Centro antifumo se disponibile e rivalutazione spirometria a 12 mesi

Pazienti A (MMG)
Terapia 1ª scelta
SABA o SAMA

Indicatori annuali: Spirometria – Saturazione – mMRC – N° riacutizz

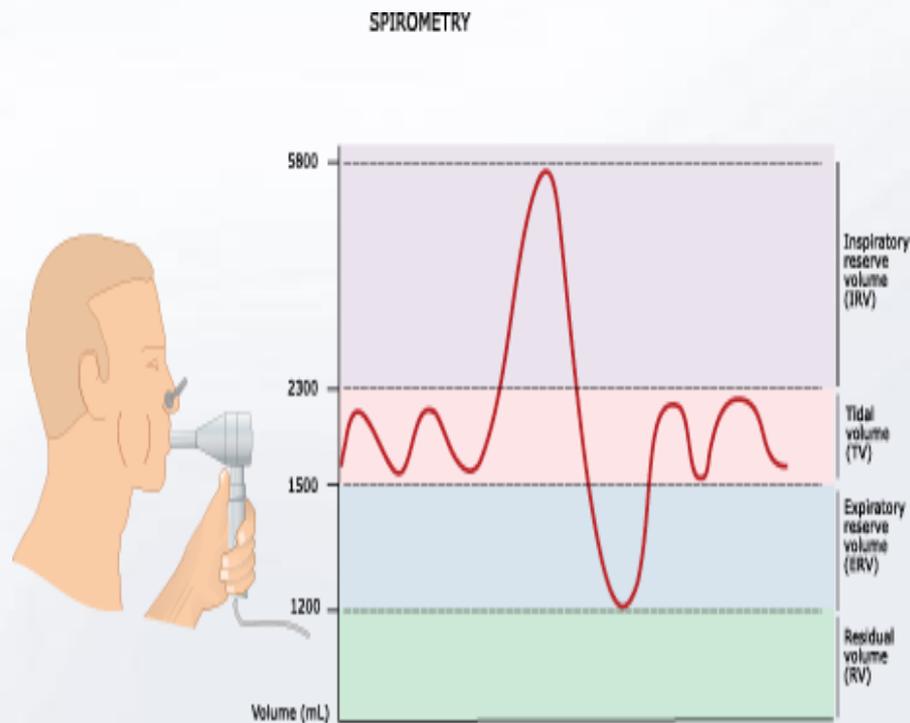
Pazienti B (MMG)
Terapia 1ª scelta
LABA o LAMA

Pazienti C (PNE)
Terapia 1ª scelta
ICS + LABA o LAMA

Pazienti D (PNE)
Terapia 1ª scelta
ICS + LABA o LAMA

Diagnosi di BPCG in follow up c/o Pneumologo:
Questi pazienti hanno una gravità e/o frequenza di riacutizzazioni tale da necessitare di un follow up specialistico, con presa in carico del paziente congiunta tra SPEC e MMG e indicazioni terapeutiche con forti evidenze di efficacia e aderenza, anche per la prescrizione di OLT, VMD e Riabilitazione Respiratoria

SPIROMETRIA



Male	Female
3000	1900
500	500
1100	700
1200	1100
5800 mL	4200 mL

La spirometria è l'esame che valuta il funzionamento del nostro apparato respiratorio. Permette di misurare quanta aria contengono i nostri polmoni (i volumi polmonari) e come questa aria si muove attraverso i nostri bronchi (i flussi aerei).

La reversibilità della patologia con test di broncodilatazione. Permette di monitorare l'andamento nel tempo delle malattie polmonari croniche, la risposta alle terapie utilizzate ed individuare precocemente eventuali danni da fumo e obesità.

TEST DEL CAMMINO



Nei pazienti con BPCO il test del cammino è oggi considerato un riferimento per la determinazione dello stato funzionale, inerente soprattutto alla capacità di svolgimento di attività fisica, oltre a fornirci indicazioni sulla funzione respiratoria attraverso il monitoraggio della saturazione ossiemoglobinica. L'eventuale disabilità di questi pazienti viene misurata sia attraverso la valutazione dei metri percorsi sia attraverso la registrazione della dispnea e della fatica muscolare soggettiva.

PUNTEGGIO CAT (valutazione del disagio ostruttivo)

Come va la Sua broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO)? Esegua il COPD Assessment Test (test di valutazione della BPCO) (CAT)

Questo questionario denominato CAT - COPD Assessment Test (che significa test per la valutazione della BPCO), aiuterà sia Lei che l'operatore sanitario a misurare l'impatto della BPCO sul Suo benessere e sulla Sua vita quotidiana. Le Sue risposte e punteggi del test possono essere utilizzati sia da Lei che dall'operatore sanitario per migliorare la gestione della Sua BPCO e per ottenere i massimi vantaggi del trattamento.

Esempio: Sono molto contento

0 1 2 3 4 5

Sono molto triste

Non tossisco mai

0 1 2 3 4 5

Tossisco sempre

Il mio petto è completamente libero da catarro (muco)

0 1 2 3 4 5

Il mio petto è tutto pieno di catarro (muco)

Non avverto alcuna sensazione di costrizione al petto

0 1 2 3 4 5

Avverto una forte sensazione di costrizione al petto

Quando cammino in salita o salgo una rampa di scale non avverto mancanza di fiato

0 1 2 3 4 5

Quando cammino in salita o salgo una rampa di scale avverto una forte mancanza di fiato

Non avverto limitazioni nello svolgere qualsiasi attività in casa

0 1 2 3 4 5

Avverto gravi limitazioni nello svolgere qualsiasi attività in casa

Mi sento tranquillo ad uscire di casa nonostante la mia malattia polmonare

0 1 2 3 4 5

Non mi sento affatto tranquillo ad uscire di casa a causa della mia malattia polmonare

Dormo profondamente

0 1 2 3 4 5

Non riesco a dormire profondamente a causa della mia malattia polmonare

Ho molta energia

0 1 2 3 4 5

Non ho nessuna energia

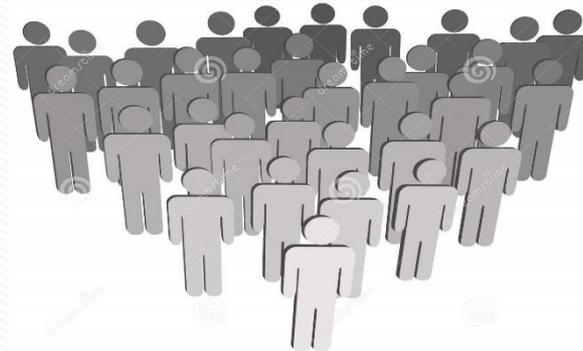
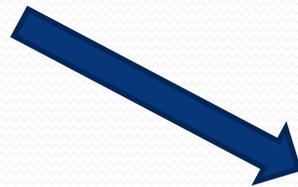
PUNTEGGIO

Il logo COPD Assessment Test e CAT è un marchio registrato del gruppo di società GlaxoSmithKline.
©2009 GlaxoSmithKline group of companies. Tutti i diritti riservati.

Faccia clic per visualizzare il punteggio totale

- semplice, standardizzato e validato
- misura l'impatto della BPCO sulla vita del paziente
- sviluppato con il contributo significativo dei pazienti
- intenso per uso nella pratica clinica quotidiana
- da usare insieme ad altre valutazioni cliniche, quali i test di funzionalità polmonare
- liberamente disponibile (www.catestonline.org)

La capacità **FIDUCIARIA** dei
MMG/AFT DIVENTA
ELEMENTO INDISPENSABILE
PER LA PRESA IN CARICO
DELLA POPOLAZIONE A
RISCHIO



PRESA IN CARICO

“E’ IMPORTANTE CONOSCERE E CONSIDERARE QUALE TIPO DI PAZIENTE HA UNA MALATTIA E NON SOLO QUALE MALATTIA HA UN PAZIENTE” (WILLIAM OSLER)

