Cure intermedie tra ospedale e assistenza primaria: dove spostare il baricentro?

Le Cure Intermedie
in una visione di Sanità Pubblica

Il ruolo del MMG

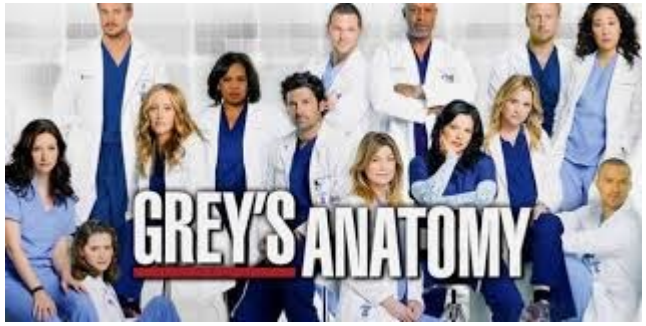
Luigi Canciani

Chi è il MMG ?

La cittadella
DVD
con Alberto Lupo e Anna Maria Guarnieri
1

IL PROF. DOTT. GUIDO TERSILLI
PRIMARIO DELLA CLINICA
VILLA CELESTE
CONVENZIONATO CON LA MUTUA

ER
TNT
WEEKDAYS AT 10am/9c


GREY'S ANATOMY

Rapporto fiduciario life long

ART. 13 BIS – **COMPITI E FUNZIONI DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE.**

- **persegue gli obiettivi di salute dei cittadini con il miglior impiego possibile delle risorse.**

In che contesto esercita la professione?

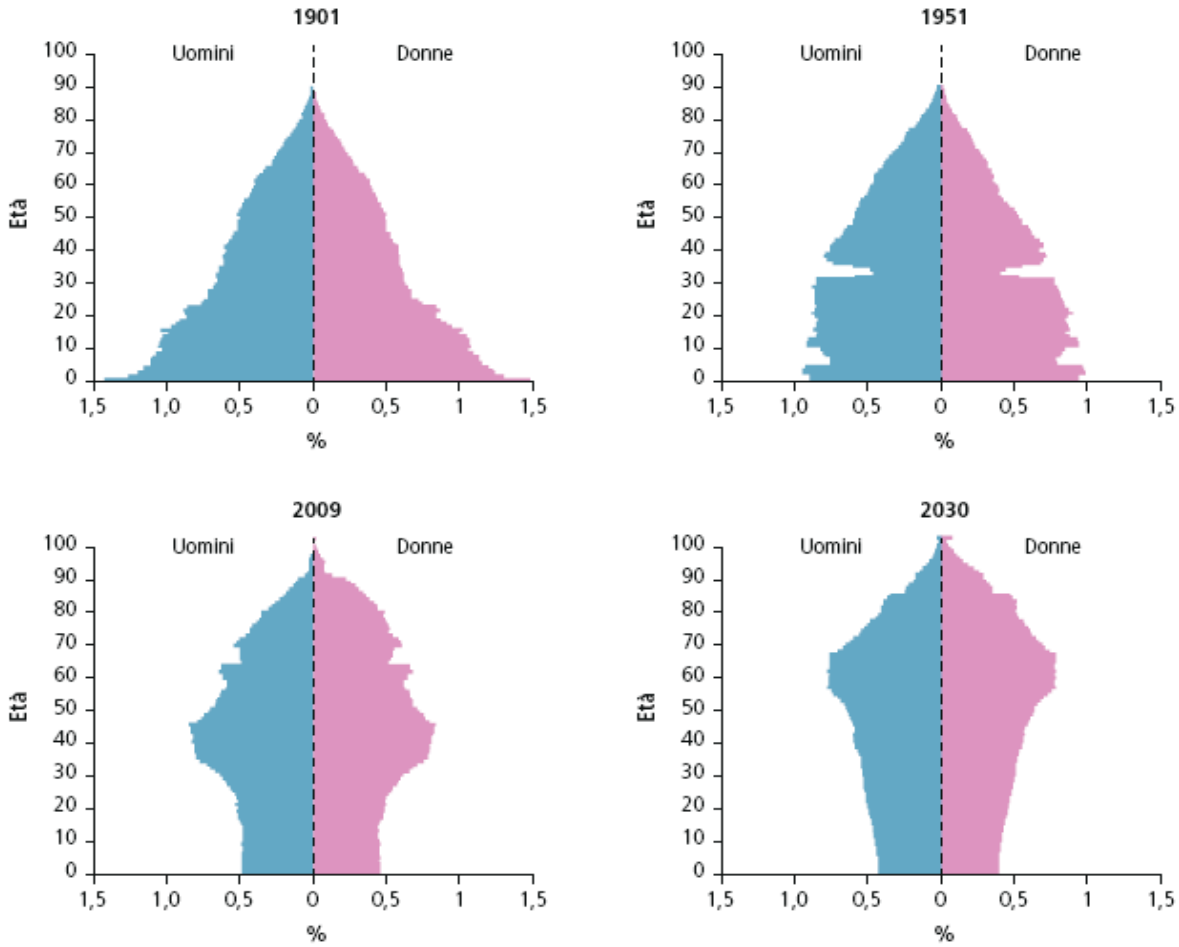


Figura 1.4 Distribuzione per età e per sesso della popolazione italiana al 1901, al 1951, al 2009 e al 2030 (valori in percentuale). Fonte: Human Mortality Database e Istat (HMD, 2010; Istat, 2008 e 2010 b).

Previsioni demografiche

popolazione per classi d'età, FVG 2001 – 2051

Scenario centrale (dati al 1° gennaio, valori percentuali) - Istat

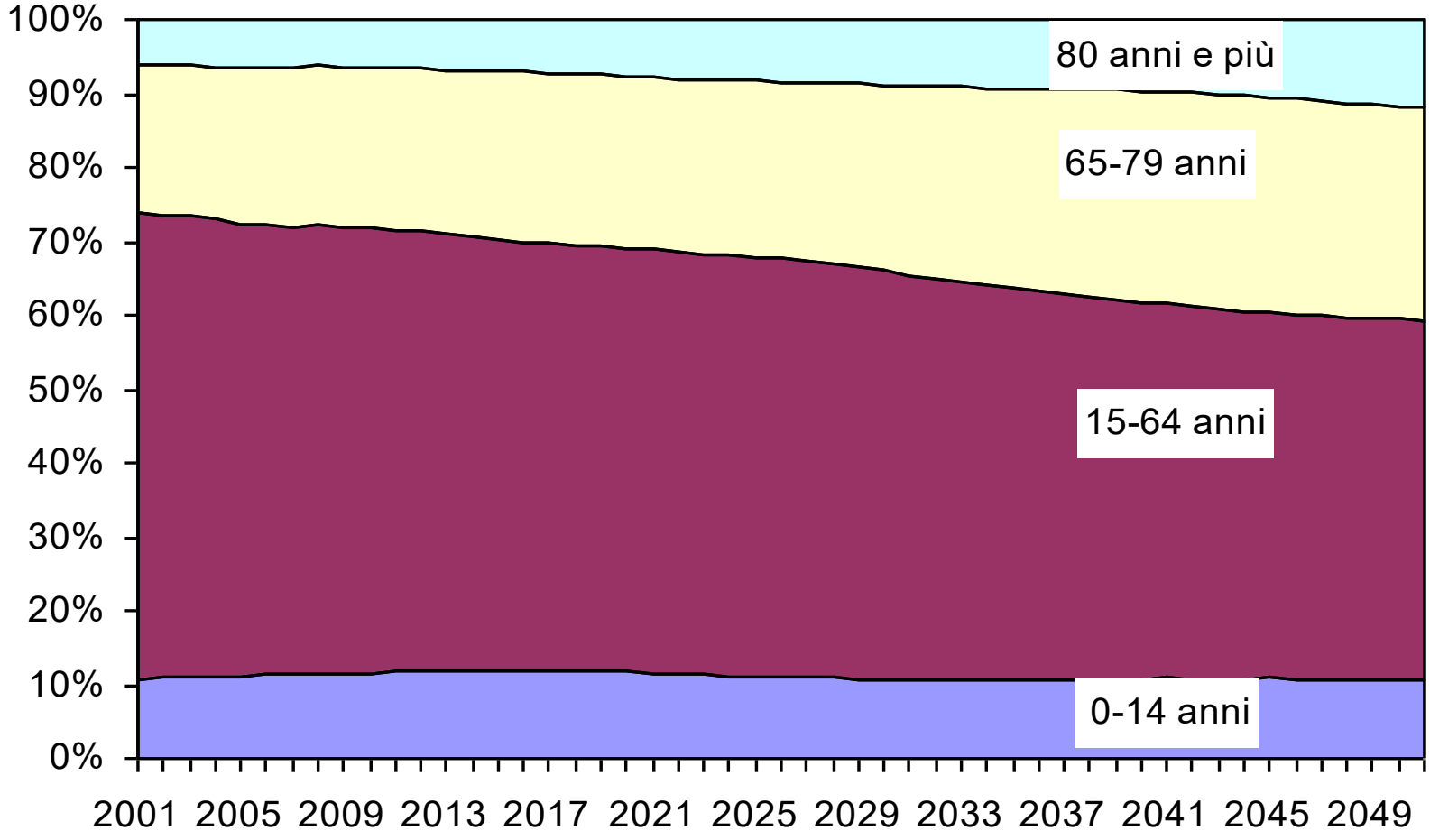
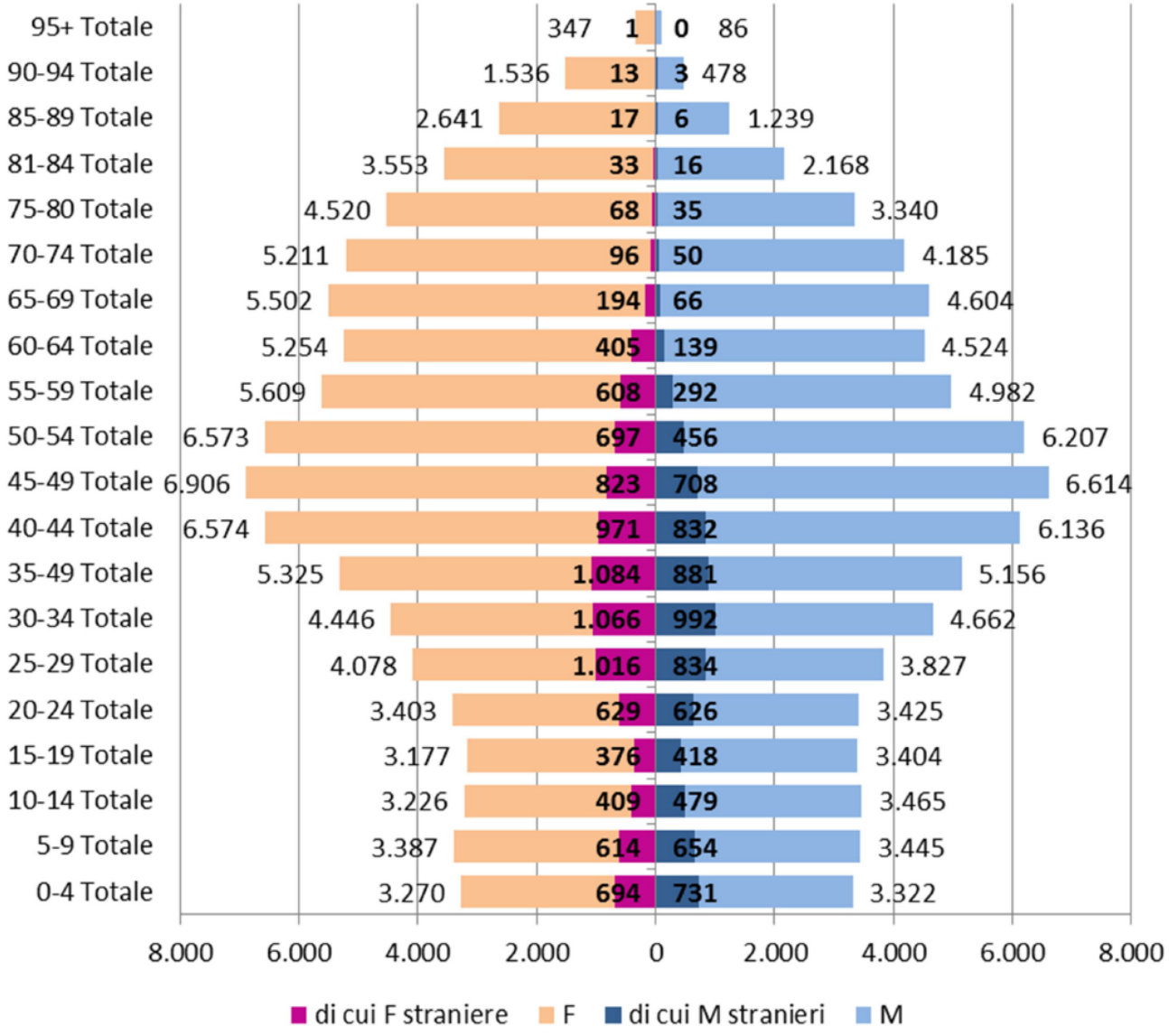
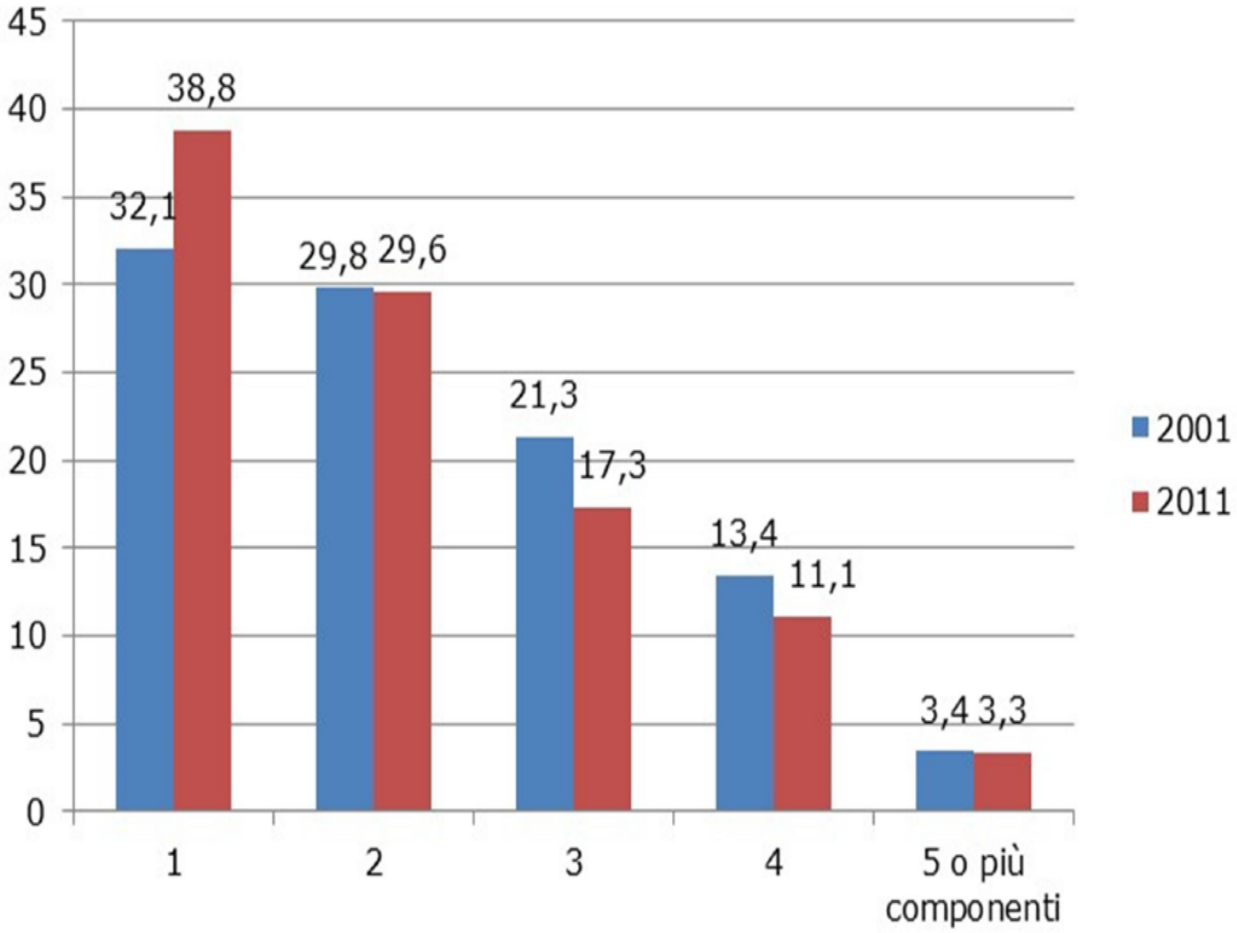


Fig. 6 - Piramide d'età popolazione residente nell'ambito distrettuale 4.5 Udine, di cui stranieri al centro. Anno 2014.



Fonte: ns. elaborazioni su dati Istat

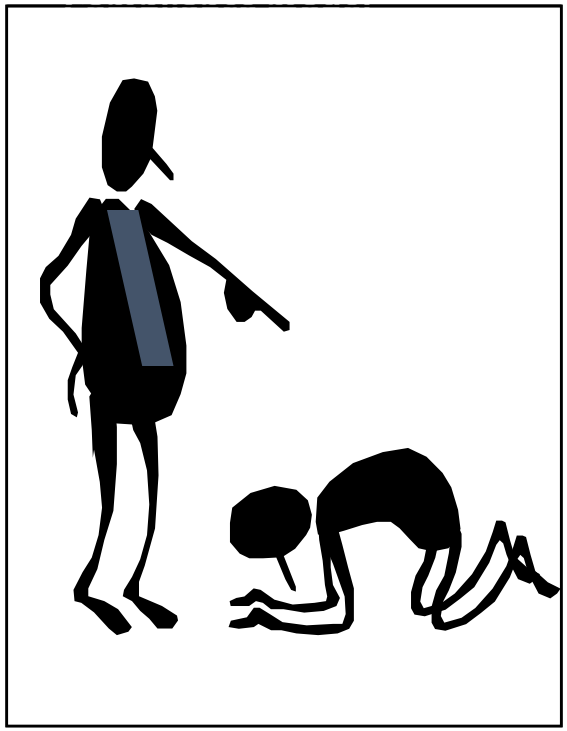
Fig. 8 - Incidenza percentuale delle famiglie per numero di componenti nell'ambito 4.5 Udine ai censimenti 2001 e 2011.



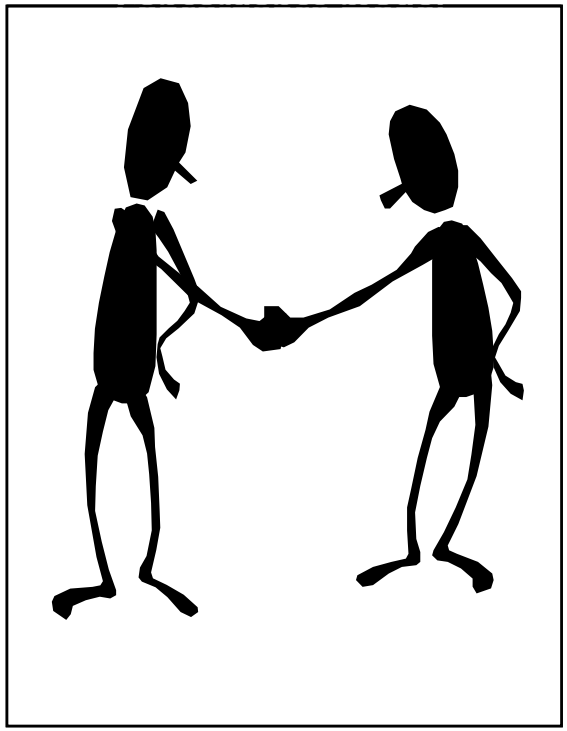
Fonte: ns elaborazione su dati 14° e 15° Censimento generale della popolazione e delle abitazioni, anni 2001 e 2011.

From compliance to concordance

Compliance model



Concordance model



Arriva il dottor internet: sempre più diagnosi sul web

Siti, chat, blog e "video-sharing": lo specialista 2.0 riceve a tutte le ore. Ogni qual volta si desideri lui è lì pronto a dare risposte. Su qualsiasi argomento che riguardi la salute: dai tumori alla claustrofobia, alle diete per contrastare il colesterolo sino alle malattie più rare.

La rete sta trasformando il rapporto tra medico e paziente

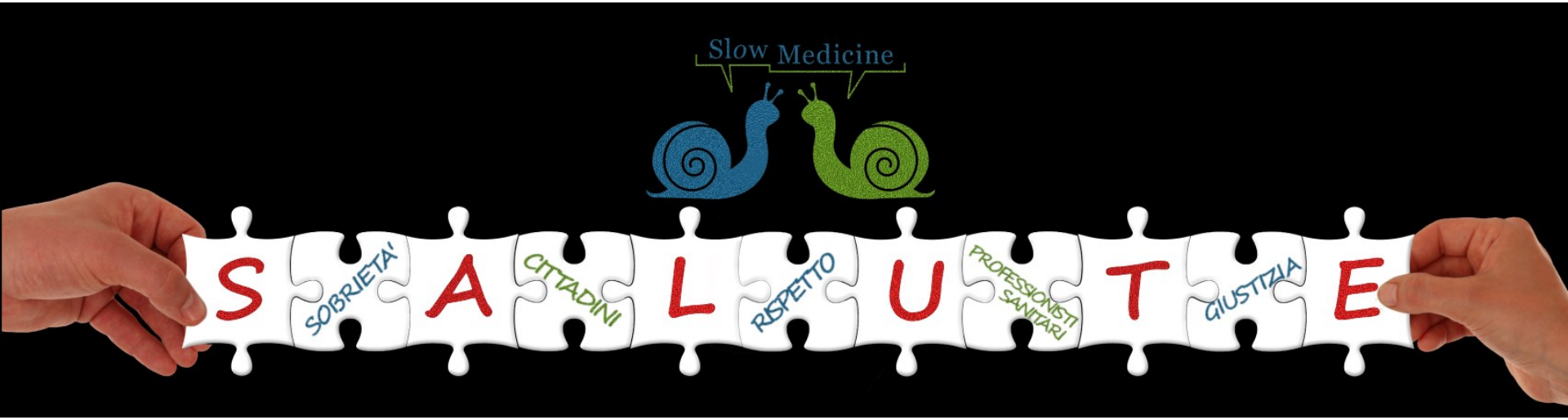
proprio medico. Il 55 per cento verifica su internet la diagnosi e le indicazioni dopo una visita. In altri casi **si discute con il medico dei risultati delle proprie ricerche su internet** (il **37 per cento**). Infine c'è anche chi contesta l'esattezza di diagnosi e terapie in base a quanto ha appreso dal web (il 20 per cento).

"That's not what it says on the Web!"

La medicina ha fatto così tanti progressi che ormai più nessuno è sano.

Aldous Huxley

fare di più
non significa fare meglio



La sfida che ci attende …

Conciliare l' <u>EQUITA'</u> di accesso e fruizione dei servizi (quantità e qualità) con la <u>SOSTENIBILITA'</u> nel tempo.

… Un cambiamento culturale

L'obiettivo principale del cambiamento nella cultura della salute è quello di :

- riportare le attese dei cittadini alla realtà, attraverso informazioni più corrette e non influenzate da interessi economici, da parte sia dei professionisti sanitari che dei mezzi di informazione;
- promuovere l'autonomia decisionale degli individui:
- ridurre il consumismo inadeguato da parte della popolazione.

G. Bert, A. Gardini, S. Quadrino: «Slow Medicine». 2013 Sperling & Kupfer Editori SPA

Come esercita la professione?

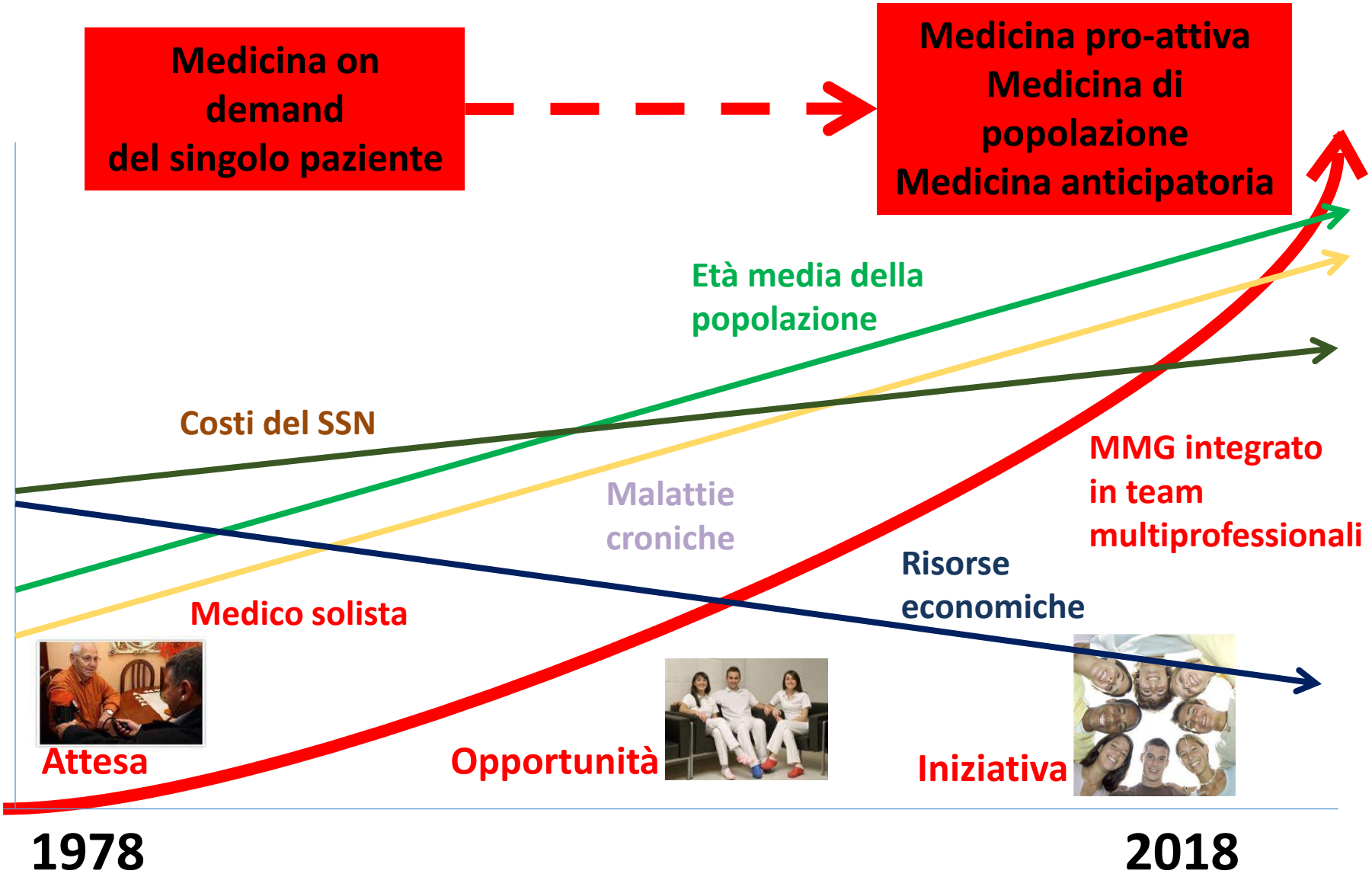


Figura 2.1b Numero medio di contatti per paziente stratificati per sesso

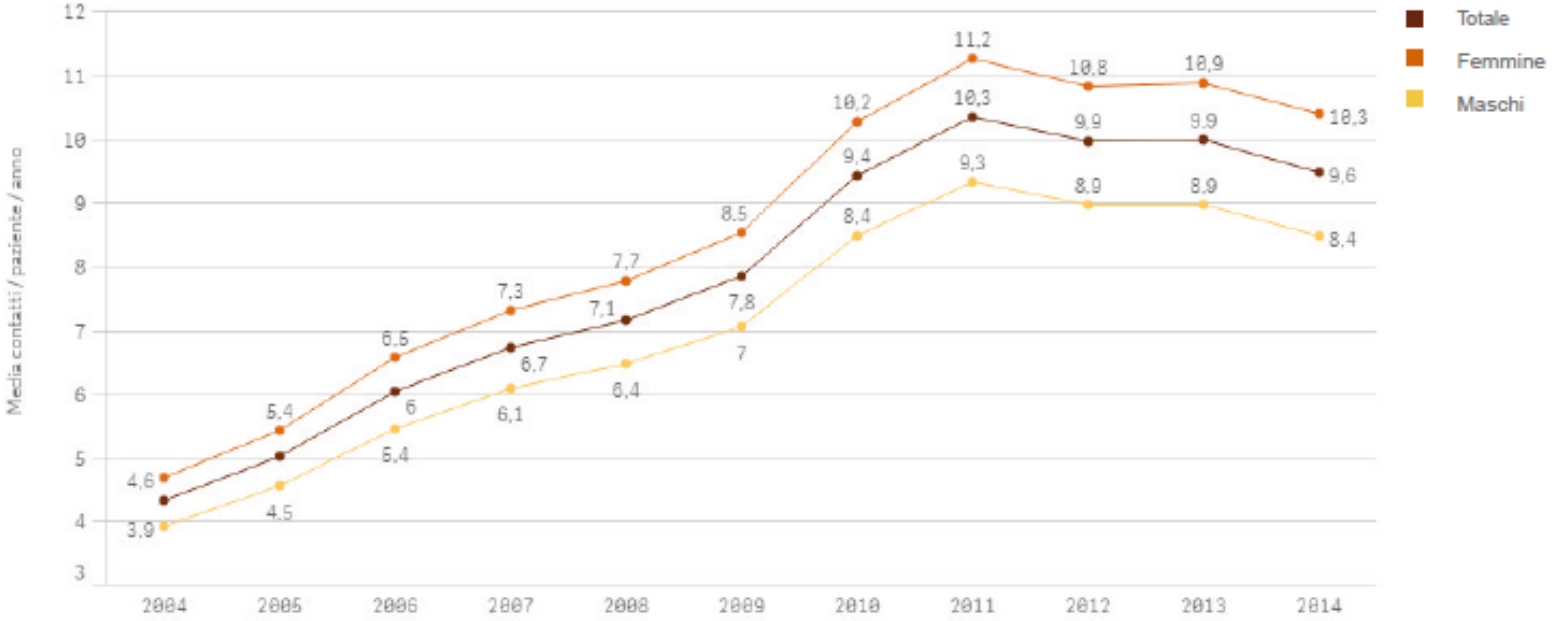


Figura 2.1a Distribuzione percentuale per tipo di visita (2004-2014)

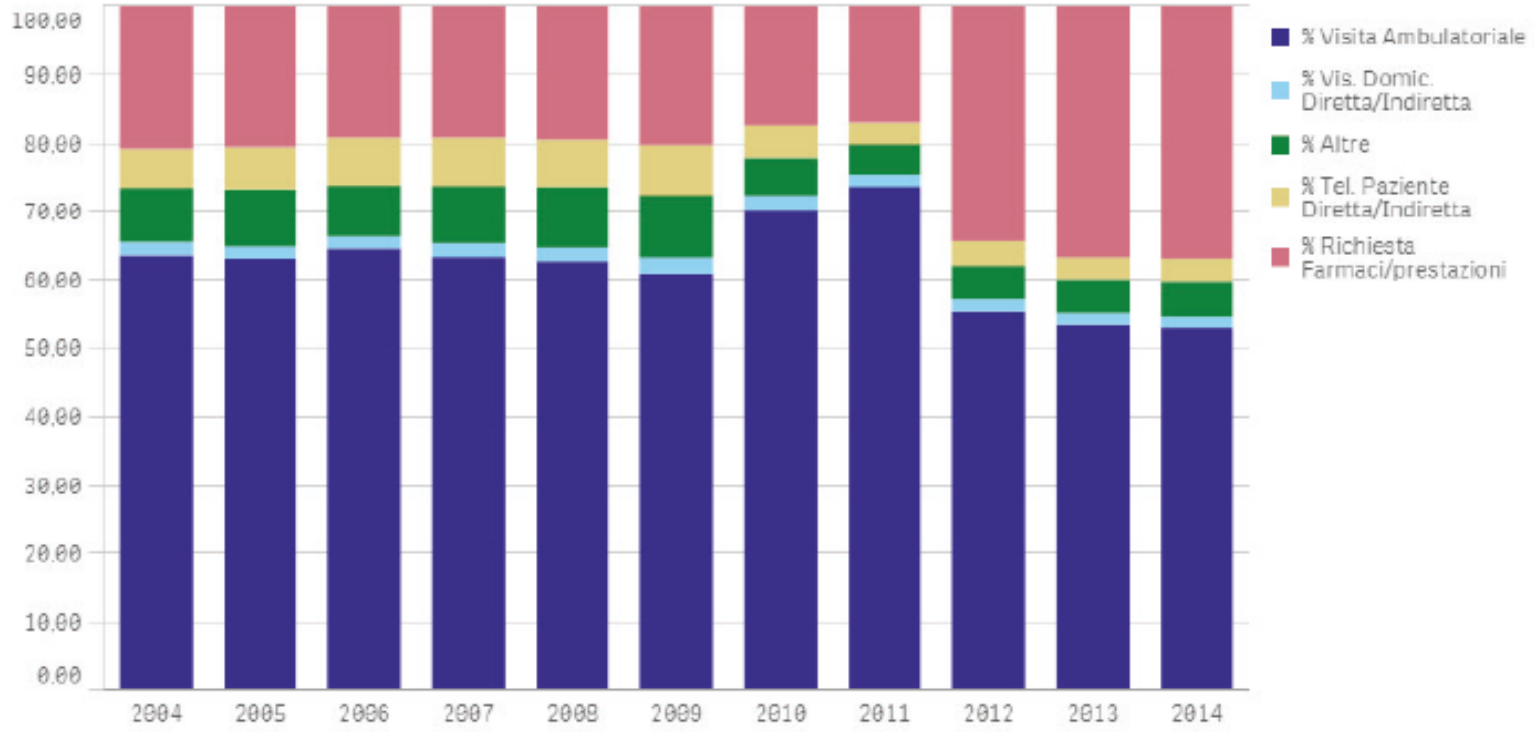
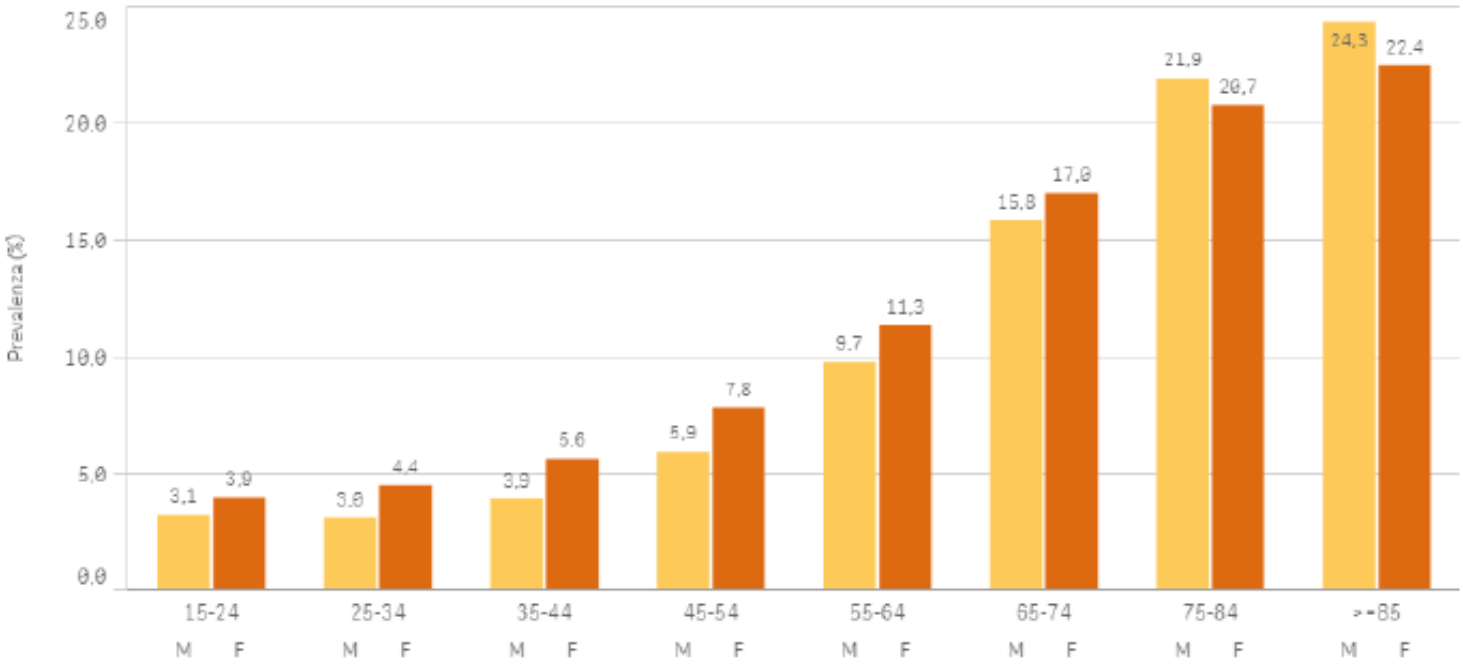


Figura 2.1d Distribuzione per sesso e fasce d'età del numero medio di contatti per paziente (anno 2014)

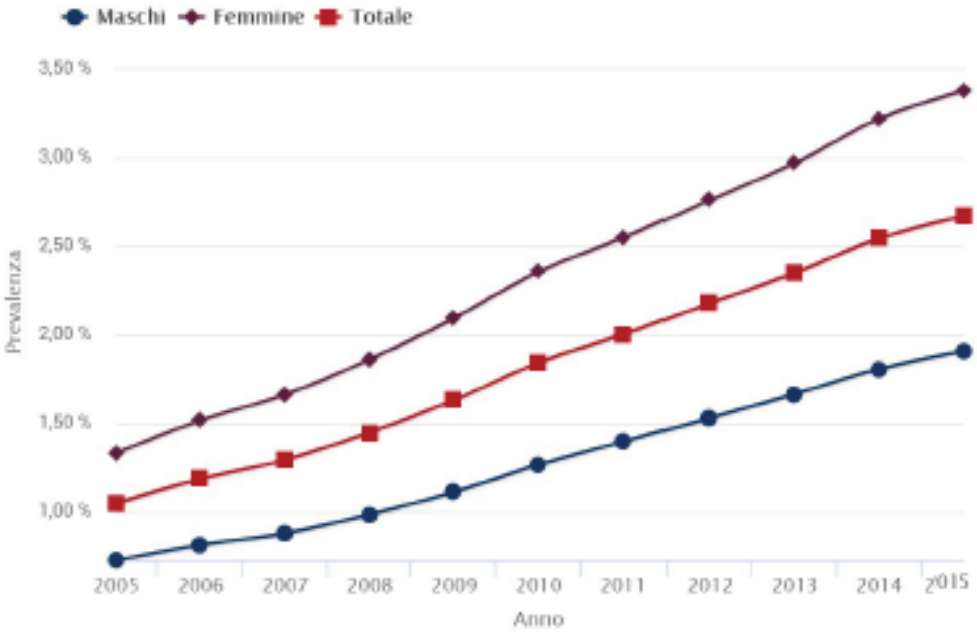


DEMENZA

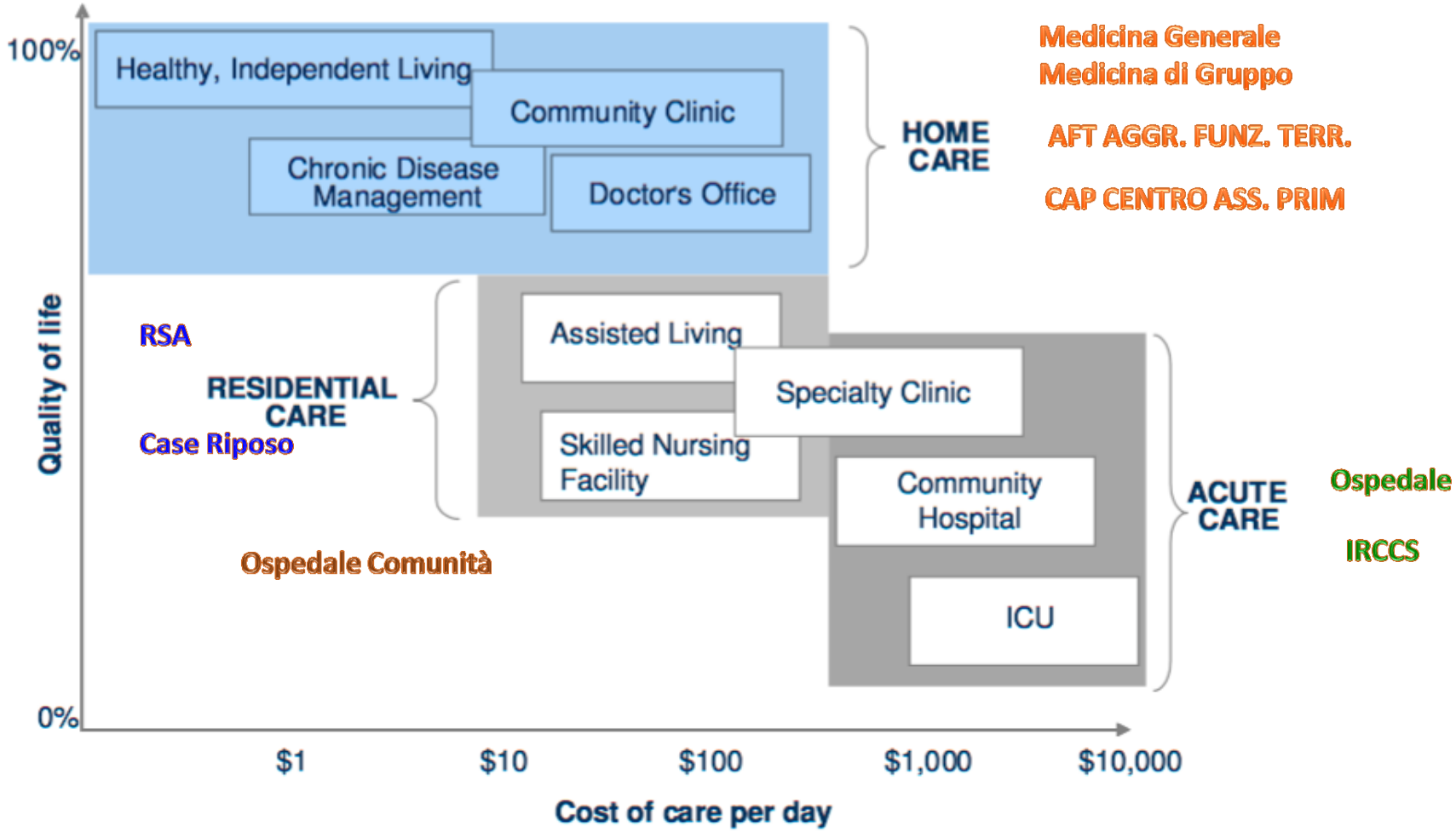
La prevalenza di Demenza è in continua crescita: dall'1,1% del 2005 al 2,7% del 2015, con valori che arrivano a 22,3% tra le donne ultra 85enni e a 17,0% tra gli uomini ultra 85enni.

Prevalenza (2015)	2,7%
Trend 2005 - 2015	Trend crescente: dall'1,1% del 2005 al 2,7% del 2015.
Differenze geografiche	Maggiore prevalenza in alcune regioni del Centro, quali Emilia-Romagna (4,4%), Umbria (3,4%), Abruzzo e Molise (3,3% ciascuna), nonché Marche (3,1%).
Differenze di genere	Stime sensibilmente maggiori nelle donne rispetto agli uomini (3,4% vs. 1,9%).
Differenze di età	Trend crescente all'aumentare dell'età, con un evidente aumento dopo i 65 anni e con un picco oltre gli 85 anni, sia per gli uomini (17,0%), sia per le donne (22,3%). La differenza tra maschi e femmine si accentua all'aumentare dell'età.
Prevalenza uso farmaci	Calo degli anticolinesterasici e degli "altri antipsicotici" dal 2005 al 2015: i primi sono calati dal 12,6% al 7,5%, i secondi dall'11,1% all'8,1%. Al contrario, la memantina e gli antipsicotici atipici hanno mostrato un aumento nell'impiego, arrivando a coprire nel 2015 rispettivamente il 4,6% e l'8,1%.
Quota generici	Nel 2015 la quota di generici era pari al 40,3% per gli antipsicotici atipici, al 37,8% per gli anticolinesterasici, al 30,9% per la memantina e all'1,8% per gli "altri antipsicotici".

PREVALENZA (%) "LIFETIME" DI DEMENZA: ANALISI PER SESSO E ANNI (ANNI 2005-2015)



Care Delivery will be provided in or near the home



dal Disease al Care Management

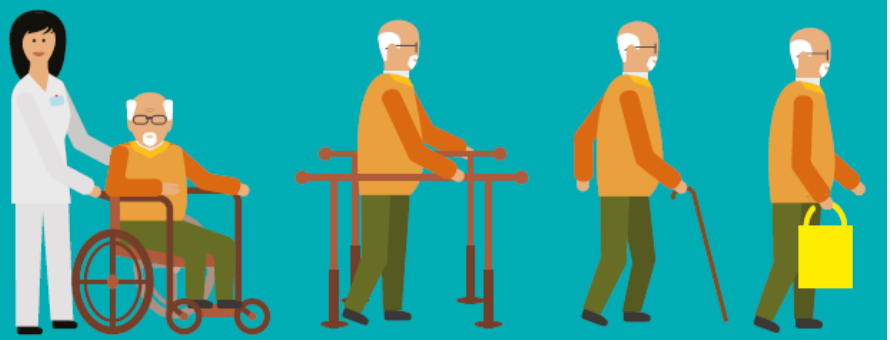
social care institute for excellence

NICE National Institute for Health and Care Excellence

QUICK GUIDE

Understanding intermediate care, including reablement

A quick guide for people using intermediate care services



Intermediate care services help people recover, regain independence and remain at home

Intermediate care services provide support for a short time to help you recover and increase your independence.

This support is provided by a team of people, who will work with you to achieve what you want to be able to do. Intermediate care may:

- Help you remain at home when you start to find things more difficult
- Help you recover after a fall, an acute illness or an operation
- Help you avoid going into hospital unnecessarily
- Help you return home more quickly after a hospital stay

Intermediate care at a glance

How is it different to other health and social care support?

- A free short-term service
- Intensive support from a range of professionals
- Working with staff to agree your goals (e.g. making a meal; dressing and putting on make-up) and how to achieve them
- Helping you to practice doing things on your own

Intermediate care services may have different names.

There are 4 types that are usually called:

- Reablement
- Crisis response
- Home based
- Bed based

Where does it happen?

- Your own home
- Care home
- Hospital

Four stages of intermediate care – what to expect

1. Before it starts

- An assessment by a professional, that takes into account your abilities, needs and wishes
- Involvement, with your family if you wish, in decisions about intermediate care, including whether it will be suitable for you and which setting it will be provided in
- Information about advocacy services (an advocate is someone to support you to speak or who speaks on your behalf)

2. At the start

- A quick start to the service, which could be within a few hours for crisis response, or a few days for other settings
- Information about the service and what will be involved
- Support to plan what you are aiming for (your goals) and how to reach them. These discussions can include your family and carers if you wish
- A copy of the goals you have agreed to work towards in a format that suits you
- Help to think about any activities that might be risky, and to decide what support you need
- The opportunity to ask questions

3. While you are receiving the service

- Support from a range of people, including therapists, to help you towards your goals
- How long the service lasts may change, depending on the progress you make
- Any information you need to help achieve your aims, written in a way that makes sense to you
- Day to day entries in your intermediate care diary to record the support you have received and your progress
- Information about who to talk to if you have any questions or concerns

4. At the end of intermediate care

- A plan for transferring to another service, if you need ongoing support
- Information about other types of support available
- Information about how to refer yourself back to the service, if you need to

The intermediate care team

Intermediate care services are usually provided by a mix of health and social care professionals with a range of different skills. The team might include nurses, social workers, doctors, and a range of therapists:

Occupational therapists help you to work out how to manage everyday activities more easily and independently

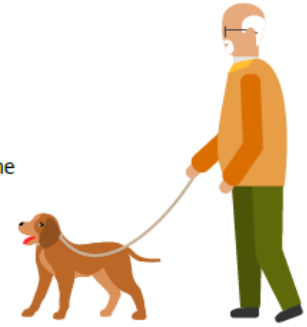
Physiotherapists help you to improve your movement and physical activity

Speech and language therapists help you if you have difficulty with communication, or with eating, drinking and swallowing

Care home staff may be involved if the service is provided in that setting, as may **home care staff** for people receiving intermediate care at home.

Further information

Intermediate care including reablement – NICE guideline
Intermediate care and reablement – Age UK
Your care after discharge from hospital – NHS Choices
Intermediate care – SCIE
Maximising the potential of reablement – SCIE
Coming out of hospital – Carers UK
The role of carers and families in reablement (SCTV film) – SCIE



This content has been co-produced by NICE and SCIE and is based on NICE's guideline on intermediate care, including reablement.

National Institute for Health and Care Excellence
www.nice.org.uk
© NICE 2017. All rights reserved. See Notice of Rights
Social Care Institute for Excellence
www.scie.org.uk

LA PRESA IN CARICO IN DIMISSIONE PROTETTA DEL PAZIENTE FRAGILE

Redazione:	Verifica:	Approvazione:
Per la Direzione Sanitaria ASUIUD Dott.ssa Anna Paola Agnoletto Dott.ssa Fabia Bassan Per il Distretto Sanitario di Udine Dott. Luigi Canciani Dott.ssa Laura Calligaris Dott.ssa Graziella Mauro Dott.ssa Carla Toffoli Per l'Ambito Socio-Assistenziale N. 4.5 dell'Udinese Dott.ssa Daniela Moimas	Il Direttore Sanitario ASIUD Dott. Giampaolo Canciani Il responsabile ff. Servizio Sociale dei Comuni dell'ambito Socio Assistenziale N. 4.5 dell'Udinese Dott. Filippo Toscano	Il Direttore Generale ASUIUD Dott. Mauro Delendi Il Presidente dell'Assemblea dei Sindaci dell'Ambito Socio-Assistenziale N. 4.5 dell'Udinese Dott.ssa Katia Pagnutti
Firma del referente di redazione	Firma	Firma

Documento precedente			Motivo della modifica
Codifica	Versione	Data	
DMP_04	02	31/05/2013	Aggiornamento procedura a due anni dall'ultima revisione
	01	03/2013	Revisione ed aggiornamento della versione 0
	00	29/06/2006	Creazione del protocollo

Parola chiave 1	Parola chiave 2	Parola chiave 3
Dimissione protetta	Paziente fragile	Punto unico integrato

CONTINUITÀ ASSISTENZIALE PRONTO SOCCORSO - SERVIZI TERRITORIALI

Redazione:	Verifica:	Approvazione:
Referente di redazione **Miria Del Forno** Ref. Ass. Area Territ. e PTF Cividale **Gruppo di redazione** **Anna Paola Agnoletto** Medico di Direzione Sanitaria Territoriale **Fabia Bassan** Infermiera Direzione Sanitaria **Stefano De Sabbata** Coordinatore Direzione Sanitaria **Tamara Boschi** Responsabile Area Riabilitazione **Laura Calligaris** Medico PUI Distretto Sanitario Udine **Luigi Canciani** Direttore Distretto Sanitario di Udine **Grazia Caporlingua** Coll. Amm. GESPEC **Cristina De Sarno** RTA Distretto Cividale **Roberto Marson** RDA DPT Medicina Interna **Rosetta Mattielligh** Inf. Coord. Pronto Soccorso **Bruna Mattiussi** Direttore Distretto Sanitario di Tarcento **Graziella Mauro** RTA Distretto Udine **Patrizia Menotti** Assistente Sociale Servizio Sociale Ospedaliero **Daniela Moimas** Assistente Sociale SLS-UTI Udine **Bruna Odasmini** RTA Distretto Tarcento **Catia Tavano** Inf. Coord. Pronto Soccorso **Carla Toffoli** Referente Area Riabilitativa Distretto di Udine **Luigi Vidotto** Direttore Distretto Sanitario di Cividale **Francesco Crupi** Medico di Medicina Generale **Chiara Toffoletti** Medico di Medicina Generale **Salvatore Galliotto** Medico di Medicina Generale **Francesca Patamia** Medico di Medicina Generale	Dr. Rodolfo Sbrojavacca Direttore SOC Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso Dr. Luca Lattuada Direttore Direzione Medica di Presidio Dott.sa Maura Mesaglio Referente Area Infermieristica e Coordinatore Professioni Sanitarie	Dr. Giampaolo Canciani Direttore Sanitario
Firma del referente di redazione	Firma	Firma

Documento precedente			Motivo della modifica
Codifica	Versione	Data	
//	//	//	Creazione del documento.

Parola chiave 1	Parola chiave 2	Parola chiave 3
Valutazione del paziente	Continuità assistenziale	Servizi territoriali

52.Accessi - Assistenza infermieristica domiciliare

	Gennaio-Novembre 2016	Gennaio-Novembre 2017	Diff %	Anno 2016	Stima Anno 2017
ALTO FRIULI-COLLINARE-MEDIO FRIULI	76.724	74.126	-3,4	82.919	80.111↓
AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI TRIESTE	96.331	98.567	2,3	105.277	107.721↑
AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI UDINE	77.623	88.456	14,0	85.593	97.538↑
BASSA FRIULANA-ISONTINA	81.482	84.869	4,2	89.175	92.882↑
FRIULI OCCIDENTALE	84.200	83.798	-0,5	91.692	91.254↓
	416.360	***429.816***	**3,2**	***454.656***	**469.506↑**

Periodo Novembre 2017

Luogo: Domicilio

Report generato in data 12FEB2018

Distretto di Udine

	2016	2017	%
Segnalazione DP	2.940	3.221	+ 9.6
Segnalazione MMG	937	995	+ 6.2
Utenti in carico ADI	3.456	3.775	+ 9.2
Accessi ADI	67.835	76.759	+ 13.2

- 70 % degli utenti in carico è over 75
- 40 % ha un CIA >0,5
- 11 % ha un accesso giornaliero 7/7

Pazienti in carico CP deceduti 246

- 67 a domicilio 27.2%
- 95 in Hospice/RSA 38.6%
- 84 in Ospedale 34.1%

Bisogna tornare alla
“Medicina della persona”.
Per curare qualcuno
dobbiamo sapere chi è, che
cosa pensa, che progetti ha,
per che cosa gioisce e soffre.
Dobbiamo far parlare il
paziente della sua vita, non
dei suoi disturbi.
Oggi le cure sono fatte con
un manuale di cemento
armato: “Lei ha questo,
faccia questo; ha quest’altro,
prenda quest’altro”.
Ma così non è curare.

Umberto Veronesi

…Il medico è colui che
si prende cura della nostra fragilità,
è l'interlocutore e a volte il protagonista di molte storie,
ha in mano **il suo mai perfetto sapere**
e la nostra vita e
ogni volta, con ognuno,
deve ricominciare daccapo…