

Seminario ANMDO



IL PROGETTO DOMINO:

LE LINEE GUIDA COME STRUMENTO DI GESTIONE DEL
PERCORSO PAZIENTE IN LOMBARDIA

San Donato Milanese (MI), 18 giugno 2018

Le linee guida e i nuovi modelli di presa in carico: il confronto tra gli stakeholder

Cristina Calligarich

Presidente Associazione NOI Insieme per i diabetici
insulinodipendenti, Bergamo



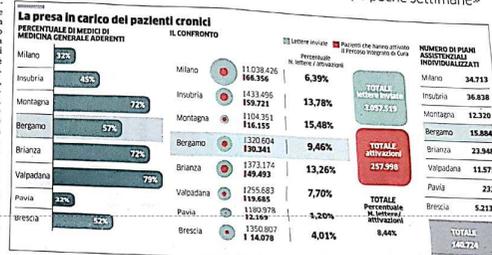
Patto di cura Al momento a Bergamo scarsa adesione da parte dei pazienti cronici

Città
Cronaca@ECO.BG.IT
www.quotidianobergamo.it/verba/regione/

Malati cronici, la riforma parte al rallenty A Bergamo adesione al 9,46 per cento

Il bilancio. Su 320.604 lettere inviate hanno risposto 30.341 pazienti. Una percentuale di poco superiore a quella regionale (8,44%). Gallera: «Nessuno può mettere in discussione una riforma così ampia dopo poche settimane»

ELISA STRAZZI
Sono per ora 252.998 i pazienti cronici lombardi che hanno attivato «i servizi» di cui sono disposti a farlo. Il nuovo modello di presa in carico introdotto dalla riforma regionale della sanità tradotto in percentuale, 78,44%. Andamento identico anche nel territorio bergamasco dove è finora a fronte di 320.604 lettere inviate a partire da metà gennaio, hanno risposto all'appello 30.341 pazienti pari al 9,46% dei destinatari. I dati sono stati forniti ieri dall'Assessorato regionale al Welfare Giulio Gallera che ha così tracciato un primo bilancio sulla risposta al nuovo modello di assistenza per i malati cronici, attività che se una valutazione più completa, ha precisato, potrà essere fatta solo a fine anno, con ricontrolli più ampi. Dal quadro riferito emerge anche del totale dei pazienti che hanno attivato la presa in carico, 140.724 a livello regionale e 15.884 nel territorio bergamasco - hanno già attivato anche un piano assistenziale individualizzato (Pa), primo passo concreto del percorso tra la programmazione di esami e visite. Va però tenuto conto che i pazienti si sono rivolti principalmente (137.869 patti di cura con 139.347 Pa) ai medici di medicina generale, figura chiave del nuovo modello e meno alle strutture pubbliche e private del territorio (40.133 patti di cura e 1.377 Pa). «È pienamente soddisfatto» Gallera. «Nessuno può



la «Assessorato conferma che i piani di assistenza individualizzati e efficaci con il nuovo sistema, deprivati di quelli già in essere e riferiti a 60 mila unità ma fronte di 3,2 milioni di malati cronici in Lombardia». Cauti anche Nicola Carretta (Lista lombardi civici europei): «Il principio è corretto, ma rimangono molti nodi in sospeso sulla mancanza di strutture per la presa in carico, sulla lungaggine della compilazione del Pa, ma soprattutto sul coinvolgimento virtuoso dei medici di famiglia. Dai medici e dalle strutture continueranno ad arrivare preoccupazioni, continuerò a vigilare in Commissione sanità».

L'iter
La lettera è senza «scadenza»
Adesione sempre possibile

Le lettere e inviate i miei scorsi dalla Regione ai pazienti cronici non hanno «scadenza»: chi ha ricevuto da Palazzo Lombardia la comunicazione con la proposta di aderire al nuovo modello di assistenza può infatti decidere in ogni momento di contattare il proprio medico di medicina generale (o in alternativa una delle strutture sul territorio indicate) per ulteriori informazioni e scegliere se sottoscrivere il patto di cura - con l'individuazione del Pa, il Piano assistenziale individualizzato, che consiste ad esempio nella pianificazione di esami e accertamenti periodici e nella prescrizione di cure farmacologiche. Le ultime lettere è stata riferita ieri durante l'incontro in Regione, sono state recapitate «solo una ventina di giorni fa» e i dati quindi, sono in costante aggiornamento. Anche per questo l'andamento delle adesioni sarà costantemente monitorato dagli uffici dell'Assessorato regionale al Welfare che forniranno report bimestrali. E.S.

Le critiche dei sindacati dei medici «Sproporzione tra sforzi e risultati»

Cgil e Cisl
Le rappresentanze sindacali pongono l'accento sulla scarsa adesione alla riforma. «Deve essere ripensata»

«Questa riforma deve essere rivista, deve essere riconosciuto un ruolo centrale al medico di medicina generale». I sindacati esortano Regione Lombardia a ripensare il modello di presa in carico dei pazienti cronici alla luce dei dati presentati ieri. Cgil e Cisl di Bergamo commentano positivamente l'ampio ricorso ai medici, ma negativamente la scarsa adesione al progetto. «I pazienti hanno fiducia nei propri medici di medicina generale» - commenta Orazio Amboni, Welfare Cgil - «questo è il messaggio più chiaro che emerge dai dati pubblicati. Infatti l'84% dei pazienti che ha attivato la presa in carico ha scelto come gestore il proprio medico

«solo il 16% ha scelto un gestore esterno». Secondo il sindacato questa sarebbe la conferma del modello proposto dal Piano nazionale per la cronicità al contrario di quello proposto dalla Regione Lombardia che ha investito sul ruolo del gestore esterno. Troppo bassa la partecipazione, dice - solo 30 mila pazienti su 320 mila lettere inviate, solo il 9,46%. Una macrospinta sproporzionata in un sforzo organizzativo, il dispendio di energie

e i risultati raggiunti. Tra l'altro, dei 90 mila pazienti aderenti, solo 15 mila hanno attivato il Piano di assistenza individualizzato, il Pa. Il numero di Pa attivato dalle strutture pubbliche e private è davvero irrisorio: solo 1.377 in tutta la Lombardia». Secondo Amboni è necessario un ripensamento da parte della Regione e la porta d'ingresso alle cure deve essere il medico di medicina generale. È atteso che lui che hanno programmati gli inter-

venti specialistici e definiti i Pa. Inoltre «vanno eliminati i ripadimenti tutti i nuovi regimi, i collegi dei medici, vanno attivate le strutture associative dei medici, con strutture di prossimità vicine al paziente, con orari di apertura prolungati e con più servizi». Amboni chiede anche un quadro chiaro della situazione nella nostra provincia, rivolgendosi ad Ats: «I pazienti, gli operatori della sanità e le Amministrazioni locali hanno diritto di conoscere come sta evolvendo questa riforma che, per come è stata presentata, ha suscitato interesse». Sta Amboni che Onesto Recanatì, Pensionati della Cisl, evidenziano la confusione vissuta dai pazienti: i dati riferiscono della mancanza di in-

formazione dettagliata agli interessati - sottolinea Recanatì - ma non di più sul ruolo dei medici di medicina generale rispetto alla presa in carico dei pazienti. Le osservazioni pervenute alle nostre sedi, con orari di apertura prolungati e con più servizi. Amboni chiede anche un quadro chiaro della situazione nella nostra provincia, rivolgendosi ad Ats: «I pazienti, gli operatori della sanità e le Amministrazioni locali hanno diritto di conoscere come sta evolvendo questa riforma che, per come è stata presentata, ha suscitato interesse». Sta Amboni che Onesto Recanatì, Pensionati della Cisl, evidenziano la confusione vissuta dai pazienti: i dati riferiscono della mancanza di in-



Palazzo Lombardia

In linea teorica....

enunciati della Riforma sono ragguardevoli:

- Paziente al **“centro”**: **valutazione globale e multidisciplinare dei bisogni del paziente**
- Nuovo modello di governance per **“realizzare un’effettiva integrazione del percorso di cura del paziente”**
- **Risposta assistenziale programmata e personalizzata**
- **Costruzione di “Rete” tra ospedale e territorio e tra servizi sanitari, sociosanitari e sociali**
- **Visite mediche e prestazioni prenotate dal gestore**
- **Promozione dell’ empowerment e dell’ engagement del paziente**
- **Presenza in carico proattiva del paziente attivo**
etc etc etc

Come previsto nel Piano Nazionale della Cronicità, al quale la Riforma si ispira

- Cosa si chiedono i pazienti
- Criticità

Classificazione per categorie

- **Livello 1:** soggetti ad elevata fragilità clinica in cui sono presenti oltre la patologia principale almeno tre comorbilità (quattro o più patologie complessive) ovvero una fragilità clinica più lieve associata ad una condizione di particolare fragilità.
- **Livello 2:** soggetti con cronicità polipatologica in cui è presente la patologia principale e una o due comorbilità (due o tre patologie complessive) o in cui è presente una condizione di fragilità sociosanitaria non aggravata da un quadro polipatologico.
- **Livello 3:** soggetti con una cronicità in fase iniziale, presenza della sola patologia principale.

(Rif. Delibera n. X/6164 del 31/01/17)

	N° Pazienti/ Utenti	DOMANDA	BISOGNI	PERTINENZA PREVALENTE
Livello 1	150.000	Fragilità clinica e/o funzionale con bisogni prevalenti di tipo ospedaliero, residenziale, assistenziale a domicilio	Integrazione dei percorsi ospedale/domicilio/riabilitazione/sociosanitario	Struttura di erogazione Strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private accreditate
Livello 2	1.300.000	Cronicità poli-patologica con prevalenti bisogni extra-ospedalieri, ad alta richiesta di accessi ambulatoriali integrati/ <i>frequent users</i> e fragilità sociosanitarie di grado moderato	Coordinamento e promozione del percorso di terapia (prevalentemente farmacologica e di supporto psicologico-educativo) e gestione proattiva del <i>follow-up</i> (più visite ed esami all'anno)	Struttura di erogazione e MMG Strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private accreditate MMG in associazione
Livello 3	1.900.000	Cronicità in fase iniziale, prevalentemente mono-patologica e fragilità sociosanitarie in fase iniziale, a richiesta medio-bassa di accessi ambulatoriali integrati e/o domiciliari / <i>frequent users</i>	Garanzia di percorsi ambulatoriali riservati/di favore e controllo e promozione dell'aderenza terapeutica	Territorio (MMG proattivo)

Diabete tipo 1 non complicato Quale livello

?

MMG / PLS ??

- Alta intensità di cura
- Presidi tecnologicamente avanzati, di ultima generazione, in continua evoluzione: sono richiesti costanti corsi aggiornamento

Allarme per....

- Carezza MMG
- Carezza PLS
- Mancanza di reti diffuse valide e strutturate

Potrà il “territorio” ottemperare alle disposizioni previste dalla riforma?

Patto di cura

Non modificabile per un anno : solo possibilità di scegliere nel privato?

Prescrizione farmaci salvavita

Chi se ne occupa?

Liste di attesa

Quale futuro per chi non aderisce?

Il Gestore garantirà l'accorciamento delle liste di attesa?

Impossibilità di presentarsi alla visita

Cosa accade?

Al momento, non avendo ancora ricevuto chiarimenti esaustivi, i pazienti diabetici di tipo 1 monopatologici non vedono la necessità di sottoscrivere il PAI:

Percorso di cura già programmato, visite pianificate: appuntamento successivo fissato nel corso della visita precedente ...

E osservano che il sistema presenta criticità per poter offrire un'assistenza adeguata alle necessità del malato e dei caregiver

ovvero per garantire «aderenza, appropriatezza, prevenzione, empowerment....»

Vista anche la costante diminuzione di:

- Medici
- Specialisti
- Infermieri dedicati

.....

Lo scarso livello di informatizzazione del SSN

La scarsa presenza di «Reti» sul territorio

Apertura servizi H12 – Quando?

Differenza pubblico/privato

Seminario ANMDO



IL PROGETTO DOMINO:

LE LINEE GUIDA COME STRUMENTO DI GESTIONE DEL
PERCORSO PAZIENTE IN LOMBARDIA

San Donato Milanese (MI), 18 giugno 2018

GRAZIE!

