

ALCUNE RIFLESSIONI

PDTA e AFT



IL NOSTRO BACKGROUND

Una realtà in movimento

(dati Regione Veneto aggiornati al 31-12-2008)

- **M.M.G. del Veneto (totale 3618 medici)**
 - ✓ 27% in medicina di gruppo (17% nel 2004)
 - ✓ 42% in associazione
 - ✓ 6% medicina in rete
 - ✓ 25% da soli
- **Personale di studio**
 - ✓ 61% collaboratore di studio
 - ✓ 26% infermiere professionale (“di famiglia”)
- **U.T.A.P. (4 in Veneto + 1 ASL20-Verona)**

I TRECENTISSIMI DATI ISTAT 2012



focus

24 settembre 2012

Centro diffusione dati
tel. +39 06 4673.3105



Ufficio stampa
tel. +39 06 4673.2243-44
ufficiostampa@istat.it

Anni 2000-2011

IL DIABETE IN ITALIA

■ Nel 2011 sono quasi 3 milioni le persone che dichiarano di essere affette da diabete, il 4,9% della popolazione.

■ Il diabete è più diffuso nelle classi più svantaggiate laddove i fattori di rischio, quali obesità e inattività fisica, sono più comuni.

■ Valori superiori alla media si registrano al Sud, dove risiedono 900 mila diabetici, contro 650 mila al Nord-ovest, 600 mila al Centro, 450 mila al Nord-est e circa 350 mila nelle Isole.

■ Nel 2009 il diabete è stato riconosciuto come causa principale di morte in 20.760 casi. Nello stesso anno sono inoltre ben 71.978 i decessi per i quali nella scheda di morte è indicato anche il diabete.

■ Tra il 2003 e il 2010 aumentano i contatti tra i diabetici e il medico di medicina generale: il numero medio per paziente passa da 9 a 13 per gli uomini e da 12 a 15 per le donne. Anche le visite specialistiche, gli accertamenti diagnostici e gli esami di laboratorio subiscono un incremento.



IL MMG

Sempre più frequenti i contatti con il medico di base

Altre importanti informazioni sulla patologia diabetica sono desumibili dal database *Health Search* della Società italiana dei medici di medicina generale (SIMG), grazie al quale, per i pazienti con più di 15 anni affetti da diabete mellito di tipo 2, è possibile descrivere il ricorso a visite mediche specialistiche o presso il medico di medicina generale, l'effettuazione di esami di laboratorio, accertamenti diagnostici, analizzare i consumi farmaceutici.

Sono esclusi dal database i consumi sanitari che il paziente diabetico effettua senza ricorrere al medico di medicina generale, cioè eventuali visite mediche o esami effettuati nel settore privato senza prescrizione del medico di medicina generale (MMG) e le prestazioni sanitarie prescritte direttamente al paziente dai centri diabetologici pubblici. Il quadro è di estremo interesse soprattutto dal punto di vista della dinamica.

Il medico di medicina generale è certamente un punto di riferimento importante per la diagnosi precoce del diabete e per un adeguato monitoraggio dei comportamenti dei pazienti affetti da diabete. La quasi totalità dei pazienti si rivolge almeno una volta nell'anno al medico di medicina generale. La percentuale è passata dal 93% nel 2003 al 97% nel 2010 negli uomini e dal 94% al 99% nelle donne. Le donne si rivolgono al medico di famiglia con una frequenza leggermente più elevata degli uomini: effettuano mediamente 15 contatti l'anno contro i 13 degli uomini. Questo dato è significativamente più elevato della media riferita a tutte le patologie che è pari a 8 nelle donne e a 6 negli uomini. Il dato nel 2010 risulta in aumento rispetto al 2003 quando il numero medio di contatti era pari a 12 nelle donne e a 9 negli uomini.



Le premesse

- I MMG come “single practice” sono la minoranza e per molti di noi avere personale è già una realtà NB la vera novità è l’infermiera professionale
- LA REALTA’: i pazienti diabetici si rivolgono comunque al loro medico di famiglia e lo fanno sempre più frequentemente sommandosi a quei diabetici in ADI e in casa di riposo che da sempre assistiamo

Costruire il nuovo setting della Medicina Generale





REGIONE DEL VENETO

giunta regionale
9^a legislatura

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 1666 del 18/10/2011

OGGETTO: Assistenza territoriale tramite le cure primarie. Linee di indirizzo e operative per l'attuazione della D.G.R. n. 41 del 18.1.2011 – medicina generale

NOTE PER LA TRASPARENZA: riorganizzazione della Medicina convenzionata per garantire la continuità delle cure e dell'assistenza in ogni parte del territorio regionale.



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale – 9^a legislatura

ALLEGATO A alla Dgr n. 1510 del 31 luglio 2012

pag. 1/7

ASSISTENZA PRIMARIA – D.G.R. N. 1666 DEL 2011. MODALITÀ OPERATIVE

Le forme associative possono essere classificate nel seguente ordine:

- *Medicina di Gruppo/Integrata con sede unica: indennità base: euro 10,10 + 3,10 + 1,35 = euro 14,55 ass./anno più contratto di esercizio.*
- *Medicina di Gruppo senza sede unica: indennità base: euro 6,00 + 3,10 + 1,35 = euro 10,45 ass./anno più contratto di esercizio.*

c) Gestione della cronicità

- supporto all'autogestione del paziente, aiutandolo ad acquisire le capacità necessarie ad affrontare e risolvere i problemi di salute e a porsi obiettivi di miglioramento (es. nel campo dell'alimentazione, dell'esercizio fisico, delle automisurazioni cliniche, dell'uso dei farmaci);
- adozione di percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali basati sull'evidenza scientifica atta a delineare gli standard per garantire un'assistenza ottimale ai pazienti cronici;
- presa in carico della terminalità e del paziente fragile, attraverso l'implementazione della apposita scheda;
- gestione della domiciliarità, delle dimissioni protette, delle cure palliative.

- 3) di coordinarsi per l'effettuazione delle visite domiciliari, al fine di una prestazione più pronta;
- 4) di coordinarsi per l'effettuazione degli accessi di assistenza programmata domiciliare ed Integrata, in modo da garantire la continuità di tale forma assistenziale sia nell'arco della giornata sia anche nei periodi di assenza di uno o più medici del gruppo o, eventualmente nei casi di urgenza, nel rispetto delle modalità previste dall'Accordo nazionale in materia di recepimento delle chiamate;
- 5) di gestire la scheda sanitaria individuale su supporto informatico mediante software tra loro compatibili;
- 6) di aver attuato il collegamento reciproco degli studi medici con sistemi informatici tali da consentire, su richiesta e con il consenso del paziente, l'accesso alle informazioni relative agli assistiti dei componenti il proprio Gruppo;
- 7) di utilizzare, da parte di ogni medico, sistemi di comunicazione informatica di tipo telematico per il collegamento con i centri di prenotazione della Azienda e l'eventuale trasmissione dei dati epidemiologici e prescrittivi, quando tali prestazioni siano normate da appositi Accordi Regionali e/o Aziendali, nonché per la realizzazione di momenti di revisione della qualità e della appropriatezza prescrittiva e per la promozione di comportamenti prescrittivi uniformi e coerenti con gli obiettivi dichiarati dal medesimo Gruppo;
- 8) di adottare linee guida diagnostico-terapeutiche condivise e nell'ambito delle attività di formazione professionale dei Medici di Medicina Generale;
- 9) di realizzare ulteriori possibilità assistenziali per quanto riguarda gli aspetti organizzativi in relazione ai bisogni della salute della popolazione o a forme di sperimentazione organizzativa del servizio che saranno concordate di volta in volta con l'Azienda;

PDTA e AFT

- Necessità di un PDTA regionale, declinato poi a livello locale
- Assolutamente da evitare accordi per SINGOLA AFT!
- Obiettivo: uniformità di cura
- Minimum data set di indicatori: l'AFT gestirà PDTA multipli



Orizzonte temporale in AFT

- Il progetto PDTA deve essere ad applicazione poliennale
- 1° anno: valutazione diabetici in carico (es. patto area vasta Asl 20-21-22)
- 2° anno: gestione nuovi pazienti
- 3° anno: gestione totale pazienti diabetici : attivazione PDTA + screening



Gestione del PDTA in AFT

- Ideale programmare in AFT di ambulatori dedicati con personale infermieristico e/o dietologico dedicato
- Libertà di scelta per le singole aggregazioni



Il “contratto” di presa in carico

- Mantenimento del rapporto fiduciario: punto NON negoziabile
- Formalizzare un “contratto” di assistenza tra diabetico e MMG
- Documentazione dell’assistenza svolta: il paz diabetico diventa il garante della performance assistenziale del MMG
- Convolgere le Associazioni dei paz: malati-guida per gruppi di auto-aiuto



Il finanziamento del PDTA

- Il contratto di esercizio dell'AFT può fare da “cassa” per incentivare il progetto (omogeneizzazione regionale)
- In alternativa, inserimento nei patti aziendali (quota C)
- Incentivazione pesata come h/anno di personale: infermiera, dietista, segretaria
- Esistono software in grado di pesare il carico di lavoro



La gestione dei dati

- Il database della AFT va BLINDATO: privacy, dati epidemiologici, controllo ASL
- Server è controllato solo dall'AFT: la ASL controlla semmai il hardware
- Dati epidemiologici: “tesoro” da gestire in GRUPPO-DATI
- NB: il database è il frutto del nostro lavoro



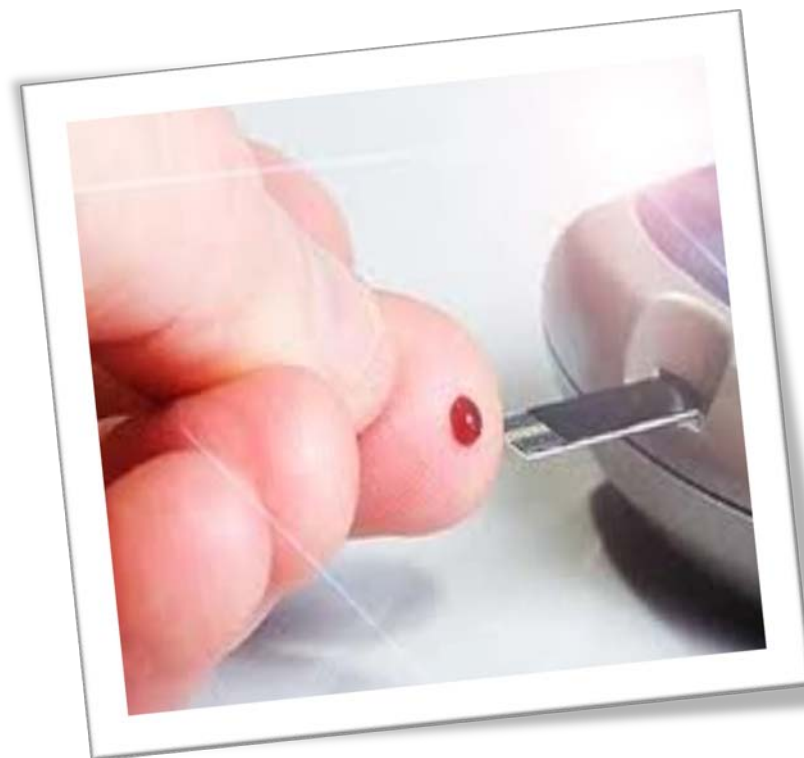
Aggiornamento e Formazione

- L'applicazione del PDTA nel gruppo di MMG in AFT porta alla revisione delle conoscenze
- Il feedback dei dati: AUDIT
- Sorge la necessita di formazione e aggiornamento
- L'AFT può gestire la formazione del gruppo (nasce la nuova formazione continua)
- L'AFT prepara



Rapporto con il diabetologo

- Il diabetologo si rapporta direttamente con la AFT come consulente
- Il Servizio di Diabetologia diventa diffuso sul territorio
- Un sogno? Il Diabetologo presente in AFT o in Ambulatorio Dedicato



AFT, PDTA e Cooperative

- L'organizzazione è essenziale per l'applicazione del PDTA
- Pensiamo ad una struttura (Società o Coop) che supporti l'AFT nella gestione del personale, dell'informatica o del call-center



CONCLUSIONI

- Il MMG è il riferimento del diabetico (SEMPRE DI PIU'!)
- Abbiamo gli strumenti per gestire il carico di lavoro e le modalità (contratto di presa in carico)
- Sostenibilità del sistema : a fronte del TUTTI al C.A.D. rispondiamo con organizzazione in gruppo, dati epidemiologici, appropriatezza, formazione /audit, finanziamenti
- L'integrazione e NON la sostituzione
- Il PDTA regionale condiviso che diventa PIC (Piano Integrato di Cura)
- La gestione del diabete come modello di affermazione della nuova struttura del territorio veneto (AFT)



**L'OBIETTIVO:
la CONDIVISIONE di un
percorso**

