

ADI : il punto di vista del MMG tra presente e futuro

Davide Lauri, MMG

*Scuola di Formazione e Ricerca in Medicina di Famiglia
Presidente Coop Medici Milano Citta'*

H. Niguarda , Milano
23 Gennaio 2012



SCUOLA ITALIANA DI FORMAZIONE E RICERCA IN MEDICINA DI FAMIGLIA



ADI : definizione

- **Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)**
- Il servizio ADI – Assistenza Domiciliare Integrata - si pone come obiettivo principale quello di offrire cure sanitarie e socio – assistenziali presso il domicilio della persona, che per difficoltà invalidanti, siano esse temporanee e/o permanenti, non può accedere alle strutture ambulatoriali presenti sul territorio.
- **Cosa offre l'ADI**
- L'Assistenza Domiciliare Integrata fornisce interventi medico specialistici, infermieristici, riabilitativi e socio – assistenziali.

ADI : attivazione

Come attivare il Servizio ADI

- **Il medico di medicina generale** o il pediatra di libera scelta, valutati i bisogni della persona, fa richiesta di attivazione dell'ADI al Distretto Socio Sanitario di appartenenza. Accolta la richiesta viene definito un piano di assistenza individualizzato formulato dall'Equipe socio sanitaria . Nel caso ve ne sia necessità, nel corso della progettazione può essere richiesta la partecipazione di altre figure professionali come Medici Specialistici o l'assistente sociale del Comune di Residenza se occorrono interventi socio – assistenziali.
- La persona interessata, per gli interventi previsti nel piano di assistenza individualizzato, può scegliere di avvalersi o di personale dell'ASL o di personale di strutture accreditate pubbliche o private, "profit" o "non profit", presso le quali, per l'erogazione ADI, è spendibile il [voucher socio-sanitario](#) rilasciato dall'ASL stessa.

ADI : criticita' e contesto generale

- Le scelte della programmazione nazionale: verso una soluzione delle criticità?
- Il contributo delle forme associative innovative della Medicina Generale
- Alcuni nodi che rimangono aperti: il rapporto tra le diverse professioni sanitarie e sociali; il rapporto ospedale-territorio

ADI : il contesto generale in evoluzione

Un sistema in cambiamento

Sono in fase di definizione:

- un nuovo Patto di stabilità interno - Patto della salute 2010-2012 (ex art. 79 L. 133/2008) con ridefinizione degli standard della rete ospedaliera (presumibilmente da 4,5 a 4 p.l. complessivi) e promozione dell'assistenza territoriale
- schema di nuovo DPCM di definizione dei LEA, in sostituzione del DPCM 29 novembre 2001

ADI : caposaldo dei LEA

La nuova proposta di definizione dei LEA Capo V - Integrazione sociosanitaria

Percorsi assistenziali integrati

domiciliari, territoriali, semiresidenziali e residenziali, prevedono l'erogazione congiunta di attività e prestazioni afferenti all'area sanitaria e all'area dei servizi sociali.

Le cure domiciliari

- Sono un sistema unitario basato su VM, presa in carico e PAI
- Comprendono prestazioni professionali mediche, infermieristiche e riabilitative, ass. farmaceutica e accertamenti diagnostici per persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati

Il Responsabile clinico è il MMG o PLS, e, per ADI 3° livello, può essere il Medico competente per la terapia del dolore

ADI : caposaldo dei LEA

La nuova proposta di definizione dei LEA

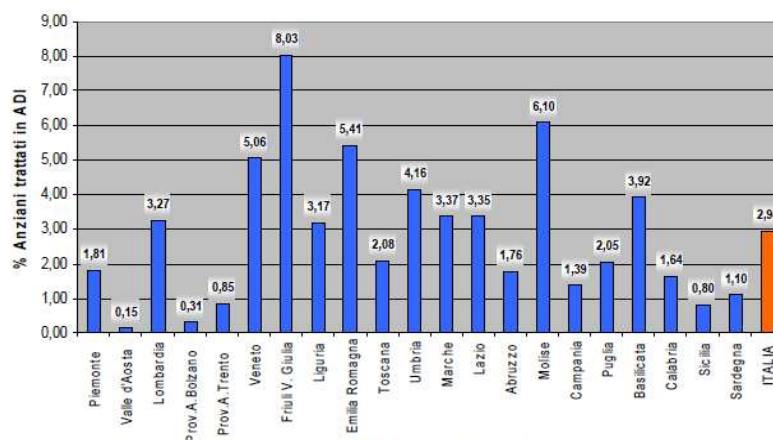
“Cure Domiciliari Prestazionali” - prestazioni sanitarie occasionali o a ciclo programmato, comprese le visite programmate del MMG. Sono attivate dal MMG/PLS;

“Cure Domiciliari Integrate (ADI)- con VM, PAI, Presa in carico, verifica:
1° e 2° livello: interventi su 5 - 6 gg. su 7
3° livello o OD: quadri clinici instabili e patologie ad alta complessità, che richiedono continuità e interventi su 7 gg. e supporto a famiglia e/o al caregiver.

“Cure domiciliari di elevata intensità e palliative per malati terminali”
Assorbono le forme territoriali (ADI- pz. terminali) e l'ospedalizzazione domiciliare cure palliative: OD-CP
sono caratterizzate da una risposta intensiva a bisogni di elevata complessità definita dal PAI ed erogata da un'équipe in possesso di specifiche competenze e formazione, di cui fa parte il MMG. Richiedono interventi su 7 gg. su 7; supporto al pz. e alla famiglia

ADI : distribuzione e utilizzo in Italia

Percentuale di anziani trattati in Assistenza Domiciliare Integrate (ADI)
Anno 2005



Fonte: Sistema Informativo Sanitario 2008; ISTAT popolazione-residente (censimento 2001)

ADI e MMG : i numeri

**Media pazienti cronici
per MMG a massimale** **Media pazienti in ADI
per MMG a massimale**

290

4 + 3

ASL di Milano dato 2° semestre 2010

ADI alcune criticita' in ASL di Milano

- Alto numero di pattanti , scarsa conoscenza diretta da parte del MMG
- Coordinamento solo teorico da parte del MMG
- Scarsa integrazione con altre figure professionali esterne : infermiere , fisioterapista
- Scarsa programmazione nell'attivazione ADI rispetto a dimissione ospedaliera

ADI alcune criticita' in ASL di Milano

- Tempistica
- Carente disponibilita' di presa in carico soprattutto per la bassa intensita' di cura e la FKT da parte di alcuni pattanti

ADI: i pattanti in ASL di MILANO

Regione Lombardia ASL Milano		ELENCO EROGATORI (ENTE GESTORE PAZIANTE)- 19 gennaio 2010 www.asl.milano.it - Anziani - Assistenza Domiciliare - Servizi on line - ADI Voucher					Allegato 4	
Ente Gestore Paziante	Distretti	Settore specifico di intervento				Sede operativa	Telefono	Fax
		Mixed	SLA	Pazienti Terminali	Pazienti in EV			
A.S.P. Gotsi-Redonelli	5-6					Via S. D'Alviano, 78 - 20146 - Milano	02/41315268	02/86996154
A.S.P. Istituto Milanese Martini e Stefani e Rio Altesse Invidio Airo Faxina	3		X	X		Via Marosica, 6 Milano	02/4029241-252-257	02/4029239
Associazione AQUA	3	X	X	X	X	Viale Restelli, 49 Milano	02/367362785 - 02/36566129 - 139	02/89690505
Consorzio PrivatAssistenza	Tutti					Via Fancini, 66 Milano	02/36515876	02/89992484
Cooperativa Nuovi Orizzonti	Tutti					Piazza P. Frattini, 15 - Milano	02/36523210	02/36523284
Fondazione Don Gnocchi Istituto Palazzolo	2-5-7			X		Via Forderone, 19 Milano	02/91531737	02/91531738
Fondazione Maddalena Grossi	1-2-3-4-5	X	X	X	X	Via L. Palazzolo, 21 Milano	02/39703349	02/39703546
Fondazione Ricovero Martinielli	7-7					Via Borighiera, 6 Milano	02/29521856	02/20240374
Home Nursing "La Rugiada"	1-2-3-4-5		X		X	Via Martinielli, 45 Crivello Italiano	02/64054310	02/64049055
IC3 Caregiver	4					Via Mameli, 88 Milano	02/73952837	02/7010084
Martiniengo Cooperativa Sociale s.r.l. archi	4			X		Via Mecenate, 96 Milano	02/58018008	039/6056765
Medicosa Italia s.p.a.	1-2-3-5-6-7	X	X		X	Via Martiniengo, 12 Milano	02/57303632	02/55230940
Misalco	2-3-4-5-6-7	X	X		X	Via Clorini, 9 Milano	02/455971 n. verde 800202288	02/65597619
Multimedica	6-7			X		Via C. Clericelli, 42 Milano	800502999 - 02/70608997	02/70608997
Palomo 2000	1-2-3-4-5		X		X	Via Milanese 303 Sesto San Giovanni	02/245091 (centralino)	02/24209832 02/29556073 - 02/29403385
Punto Service Coop. Sociale	2					Vie Tunisia, 10 Milano	02/29403385	02/29538075
Sanigno Magico	Tutti		X			Via Ippocrate, 18 Milano	02/6440809	02/644280783
Vidas	Tutti			X		Via F. Conin, 7 Milano (p.zza Spagna, Moz. S. Cristoforo)	02/28381129	02/41273355
Vivici s.r.l.	Tutti	X	X		X	Via Cletti, 64 Milano	02/3008081	02/30080813
						Via Morini, 167 Sesto San Giovanni	800997141	02/76222985

ADI cronicita' e presa in carico in Medicina Generale

Le politiche

I Medici convenzionati (MMG, PLS, MCA, Spec.Amb.) sono chiamati ad assumere una responsabilità:

- nel coordinare gli interventi sulle patologie cronicodegenerative
- di presa in carico del governo della diagnostica e delle cure
- di messa a punto di meccanismi di promozione della salute
- di governo della domanda e partecipazione al governo dell'offerta

Occorre promuovere un approccio di rete, che integri il sistema dell'assistenza primaria con l'insieme dei servizi sanitari e le risorse delle comunità locali
(Ospedale, amministrazioni locali, strutture residenziali, scuole etc.)

per consentire una presa in carico globale della persona, con continuità dell'assistenza a forte integrazione sociosanitaria

Accordi Collettivi Nazionali 27 maggio 2009

La Medicina Generale : verso il futuro

*Contributo delle forme associative
innovative della Medicina Generale*

Forme associative della Medicina Generale

Forme associative della Medicina generale - ACN 23 marzo 2005, art. 54 e 4

Tipologia	Obiettivi	N. Medici	Sede unica	Accessibilità
Medicina in associazione	Confronto e coordinamento professionale incontri di VR.Q e appropriatezza prescrittiva; possibili linee guida condivise per patologie prevalenti.	3 - 10	No	Almeno 1 studio fino ore 19.00.
Medicina di rete	<i>In più:</i> Gestione informatica della scheda sanitaria, in connessione telematica Possibili accordi retribuiti con Asl per prenotazioni e trasmissione dati.	3 - 10	No	Almeno 1 studio fino ore 19.00.
Medicina di gruppo	<i>In più:</i> Utilizzo di supporti tecnologici e strumentali comuni e di personale di segreteria o infermieristico Favorire la partecipazione dei pazienti nei processi di cura e valutazione della qualità dei servizi. Favorire l'autogestione del paziente cronico, lavorare in team su protocolli o PDTA	3 - 8	Sì, anche con più studi	Fascia oraria di apertura fino alle ore 19.00
Coop./ Srl Fondazioni/ Soc. servizi	Supporto all'attività dei MMG (non forniscono prestazioni sanitarie, ma solo beni e servizi ai medici associati)	Non applicab.		

Modelli organizzativi evoluti della Medicina Generale

Secondo l'ACN 27.5.2009 i MMG devono partecipare a:

Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT)

Sono aggregazioni funzionali di professionisti distinte per MMG, PLS, Specialisti Ambulatoriali

per conseguire obiettivi di salute definiti dalla programmazione regionale e aziendale

- condividono buone pratiche, peer review, ricerca etc.
- monitoraggio e verifica obiettivi da parte del Distretto
- operano nei propri studi e sono individuati in ambito infradistrettuale adottano percorsi di integrazione con MCA e ospedale

La Regione, con le OO.SS. individua le AFT entro 6 mesi, tenendo conto, per i MMG, di: pop. ≤ 30.000 ab. e almeno 20 medici

Unità Complesse delle Cure Primarie (UCCP)

Gruppi di Medici convenzionati MMG, PLS, MCA, Specialisti e altri Professionisti sanitari convenzionati, con eventuali altri operatori

per garantire i LEA, presa in carico dell'utente, integr. socio-san., passaggio alla medicina d'iniziativa, assistenza h. 24 die e 7 gg. su 7

- erogano prestazioni sanitarie, nell'ambito dei LEA
- sono attivate secondo i bisogni della pop., le caratteristiche oro-geografiche e demografiche
- operano in sede unica o con sede di riferimento, nell'ambito dell'organizzazione distrettuale

La Regione con le OO.SS. disciplinerà tutti gli aspetti: indennità, incentivi, dotazioni strumentali etc.

Modelli organizzativi evoluti della Medicina Generale

Alcuni modelli regionali

Regioni	Emilia-Romagna	Toscana	Lombardia	Veneto	Umbria
Modelli	Nuclei di cure primarie	Unità di cure primarie	Gruppi di cure primarie	UTAP	Equipe professionali
Tipologia	Funzionale ma versus modello strutturale	Funzionale, con sede unica anche con più studi	Funzionale, con sede unica anche con più studi	Funzionale, con sede unica anche con più studi	Funzionale
Professioni Coinvolte	MMG, PLS, Infermieri, Prof. sanitarie Distretto, Ass. Sociali Terapisti	MMG, MCA, Infermieri, a legame con 118	MMG, Infermieri, Specialisti Ospedalieri, Terapisti	MMG, PLS, MCA, infermieri Ass. Sociali Specialisti territoriali ed ospedalieri	MMG, PLS, MCA, infermieri Ass. Sociali Specialisti territoriali ed ospedalieri
Bacino utenza	10.000 - 30.000 ab.	5.000 - 50.000 ab.	Minimo 6.000 ab.	10.000- 25.000 ab.	10.000- 15.000 ab.
Finanziamento	Sperimentale	Per obiettivi	Sperimentale	Da accordi integrativi	Da accordi integrativi
Responsabilità e Strumenti controllo	SI Referente NCP		SI, controlli interni / esterni ASL	SI, accordi integrativi locali	SI, riunioni audit
Sistema Informativo	SI progetto Sole	SI	SI, SISIS regionale	SI, Sistema informativo Az. Ulss	SI

Relaborazione di schema di Paolo Tedeschi, Cergas Bocconi, 2006

Nuove proposte per la Medicina Generale

Alcune proposte

Potenziare gli aspetti gestionali e organizzativi:

- Il ruolo dei diversi professionisti - rafforzare il ruolo degli Infermieri e del nursing nelle cure primarie;
- spostare la gestione ed il monitoraggio del paziente cronico a livello territoriale (es. diabete, ipertensione, ecc.);
- privilegiare l'attivazione di ambulatori integrati su pazienti con pluripatologia ed incentivare l'attività di consulenza degli Specialisti in diretta connessione con i Medici di famiglia;
- potenziare il sistema della residenzialità intermedia (es. RSA, Hospice, ecc.)
- estendere l'approccio delle dimissioni protette e le ammissioni protette
- investire nel settore, anche con forme di agevolazione fiscale per le forme aggregative; attivazione di un Call center territoriale collegato al Punto Unico di Accesso etc.

Nuove proposte per la Medicina Generale

Alcune proposte

Sviluppare la Medicina di iniziativa e/o proattività degli interventi

- La medicina di iniziativa ed il follow up delle malattie croniche trova il suo massimo espletamento nel distretto, nelle sue strutture e professionalità. Le attività di prevenzione, screening, diagnosi (precoce) e follow-up integrano le consuete attività cliniche e assistenziali.

Promuovere l'adozione di linee guida o percorsi assistenziali

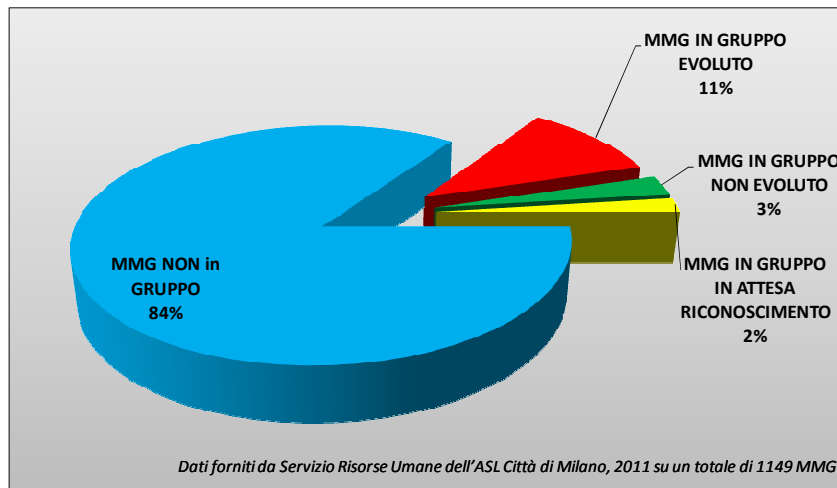
Potenziare il sistema informativo/informatico

Avviare piani di formazione e comunicazione, in forma integrata tra i diversi Professionisti operanti nell'ambito delle cure primarie

Organizzazione del lavoro in Medicina Generale

Tipologia di collaborazione in medicina generale	% MMG
Lavorano da soli	13%
Usano supporto informatico	84%
Collaboratore di studio	34%
Infermiere	18%

MMG in Medicine di Gruppo nell'ASL Citta'di Milano



**Quale modello organizzativo adottare x i MMG in
gruppo e/o in evoluzione verso forme di
associazionismo complesso**

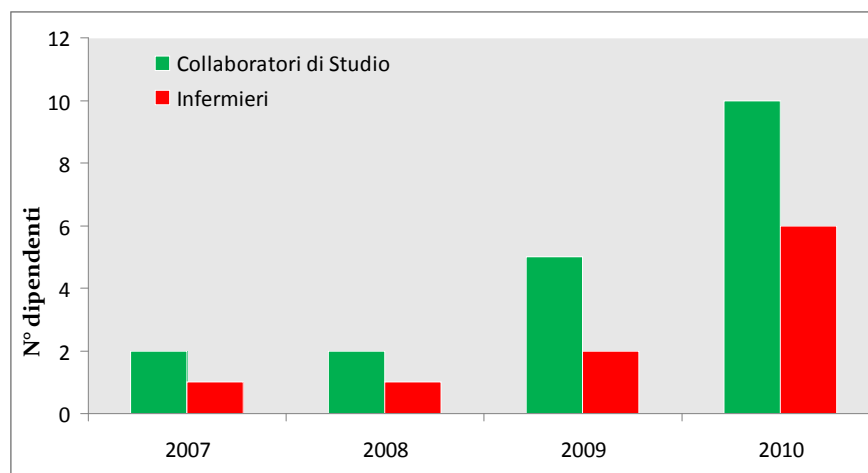


Una cooperativa di servizi per:



- **SUPPORTO GESTIONALE;** fornire gli strumenti e i servizi necessari ai medici per l'esercizio della professione in forma associata
- **AFFRONTARE I CAMBIAMENTI;** fornire ai medici gli strumenti necessari alle nuove richieste del contesto normativo regionale e nazionale
- **PROMUOVERE LA CRESCITA CULTURALE** attraverso partecipazione dei soci a progettualità innovative, sperimentali e di ricerca .

Il personale in carico alla CMMC



L'attività dell'associazionismo avanzato e del modello cooperativo valutato da Regione Lombardia

Definizione di nuovi modelli di gestione dei MMG, differenziati in base alle specificità territoriali e coerenti con i bisogni dei cittadini

Sintesi Rapporto Finale
Milano, gennaio 2010

BOZZA

E Individuazione di una serie di test per i diversi modelli territoriali proposti

Territorio	Asse	Elemento da testare ipotizzato	Razionale	Possibili variabili da monitorare (esemplificativo)
Città	Organizzazione	Orari di apertura	<ul style="list-style-type: none"> Molti pazienti durante la settimana lavorano all'estero o in trasferta L'apertura al sabato mattina consentirebbe l'accesso anche alle urgenze ed eviterebbe anche il ricorso improprio alle strutture di PS 	<ul style="list-style-type: none"> Numero di pazienti che vengono il sabato Urgenze registrate (che avrebbero generato un accesso al PS) Tempi/costi per il paziente (ore di lavoro perse) Ecc.
Provincia / Compagna	Competenze / Servizi	ADI	<ul style="list-style-type: none"> La ASL affida al MMG il servizio ADI Questo dovrebbe portare a maggiore velocità/snellezza del processo e maggior appropriatezza grazie alla continuità assistenziale e alla sinergia tra la figura del MMG e l'Infermiere 	<ul style="list-style-type: none"> Numero di pazienti che utilizzano il servizio Numero di ricadute e ricoveri ospedalieri Soddisfazione del paziente Ecc.
		TAO	<ul style="list-style-type: none"> Il paziente può effettuare la TAO (esame ripetuto) presso il centro la medicina di gruppo senza doversi recare in ospedale a molti chilometri di distanza 	<ul style="list-style-type: none"> Numero di accessi al C.E.T. ospedalieri Tempi/costi per il paziente Ecc.
Campagna / Montagna	Tecnologie / Informatizzazione	Telemedicina	<ul style="list-style-type: none"> In luoghi di difficile accesso dove i pazienti sono lontani dall'ospedale, il MMG utilizza sistemi di tele-cardiologia per avere un consulto in tempo reale con lo Specialista 	<ul style="list-style-type: none"> Numero di visite specialistiche evitate Tempi/costi per il paziente

L'attivazione di sinergie con eventuali progetti in corso permette di contenere i tempi di sperimentazione entro i termini della ricerca (ad esempio grazie all'utilizzo di misure già monitorate per altri fini)

Visite ambulatoriali effettuate il sabato mattina presso il centro polifunzionale Dergano – CMMC durante il 2010

	Visite programmate	Visite non programmate	Totale visite	Telefonate
Numero totale	80 (28%)	201 (72%)	281 (100%)	215
Media per sabato	1.7	4.2	5.7	4.5

La possibilità di accesso non programmato era ben evidenziata nella Carta dei Servizi distribuita agli utenti.

Delle 201 visite non programmate: 170 potenziali codici bianchi , 28 codici verdi
3 codici gialli -> successivamente ospedalizzati

ADI gestita dai MMG: la sperimentazione ASL di Cremona

ASL delega la componente assistenziale infermieristica ai MMG operanti in forme associative complesse:

- ✓ **MMG attiva servizio infermieristico a sua discrezione**
- ✓ **Servizio gestito da cooperativa di MMG con gli infermieri professionali dei centri polifunzionali**
- ✓ **assegnato un tetto orario commisurato a numero assistiti in carico (30 ore/settimana ogni 9000 assistiti)**

ADI gestita dai MMG: la sperimentazione ASL di Cremona

Sono stati analizzati come variabili:

- ✓ Numero totale di pazienti che utilizzavano il servizio
- ✓ Numero ricadute e ricoveri ospedalieri
- ✓ Soddisfazione del paziente

ADI gestita dai MMG: i risultati

Si e' osservato:

- ✓ Riduzione dei ricoveri ospedalieri
- ✓ Riduzione del ricorso a forme assistenziali piu' costose
- ✓ Buona integrazione con strutture ospedaliere x casi complessi (piede diabetico)
- ✓ Aumento della sinergia tra MMG e infermiere

affrontare i cambiamenti ...



Regione Lombardia
LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° IX / 1479

Seduta del 30/03/2011

Allegato 2 dgr n. IX/.....del

**Ulteriori indicazioni per l'implementazione del
CReG "Chronic related group "**

Aspetti gestionali dei CReG

AVVISO PUBBLICO RIVOLTO AI MMG DELLA ASL DI MILANO PER L'AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO SPERIMENTALE DI GESTIONE DEL CReG (Chronic Related Group)

In linea con le indicazioni della DGR n. IX/1479/2011, il presente bando viene in fase di prima pubblicazione rivolto in via esclusiva ai Medici di Medicina Generale (MMG) che vi potranno aderire singolarmente o in aggregazione esclusiva con altri MMG.

La Regione Lombardia con le citate deliberazioni ha previsto di implementare sperimentalmente il CReG inteso come nuova modalità di presa in carico dei pazienti cronici finalizzata ad assicurare una migliore gestione clinico-organizzativa delle patologie di cui sono affetti.

L'aspetto cardine del progetto è rappresentato dall'individuazione di un soggetto, Ente gestore/Provider, che garantisce la continuità del percorso e della presa in carico del paziente - relativamente alla gestione/organizzazione del suo Percorso Diagnostico-Terapeutico Individuale (interagendo con tutti gli attori coinvolti nella gestione della patologia) - e le necessarie competenze amministrative, organizzative e gestionali.

Le ASL coinvolte nella sperimentazione dei CReG

ASL Coinvolte	Cooperative MMG Provider	MMG partecipanti
ASL Città di Milano	Coop CMMC	55
ASL Milano 2	Coop IML	40
ASL Bergamo	Coop IML	180
ASL Como	Coop MMG-CReG	25
	Coop COSMA 2000	30
ASL Lecco	Coop COSMA	9

Le patologie croniche dei CReG

- ✓ **Ipertensione arteriosa**
- ✓ **Diabete mellito**
- ✓ **BPCO**
- ✓ **Scompenso cardiaco**
- ✓ **Osteoporosi**
- ✓ **Malattie neurodegenerative**

I CReG aspetti gestionali

Presa in carico dei pazienti cronici mediante :

- ✓ Adesione PDTA
- ✓ Monitoraggio attivo e recall
- ✓ Centro servizi-Call Center
- ✓ Telemedicina
- ✓ Budget

I CReG : obiettivi delle cooperative provider del Co.S.

Migliorare la gestione dei pazienti cronici :

- ✓ Presa in carico ottimale dei centri dei MMG
- ✓ Misurare i risultati
- ✓ Migliorare l'accesso degli assistiti alle prestazioni
specialistiche /diagnostiche
- ✓ Ridurre le ospedalizzazioni
- ✓ Ottimizzare la gestione delle risorse

CReG: il sito della CMMC

<http://coslombardia.cos.it/cmmc/>