A. O. "S. MARIA DEGLI ANGELI" PORDENONE

Federazione Friuli V.G.

I nuovi bisogni socio-sanitari in una società che cambia: le risposte sostenibili



Luigi Canciani - Direttore Scientifico

Centro Regionale di Formazione per l'Area delle Cure Primarie

Regione Autonoma Friuli-Venezia Giulia

Centro Regionale di Formazione per l'Area delle Cure Primarie

Regione Autonoma Friuli-Venezia Giulia

ARS



Centro regionale di formazione per l'area delle Cure Primarie

Centro regionale di formazione per l'area delle Cure Primarie

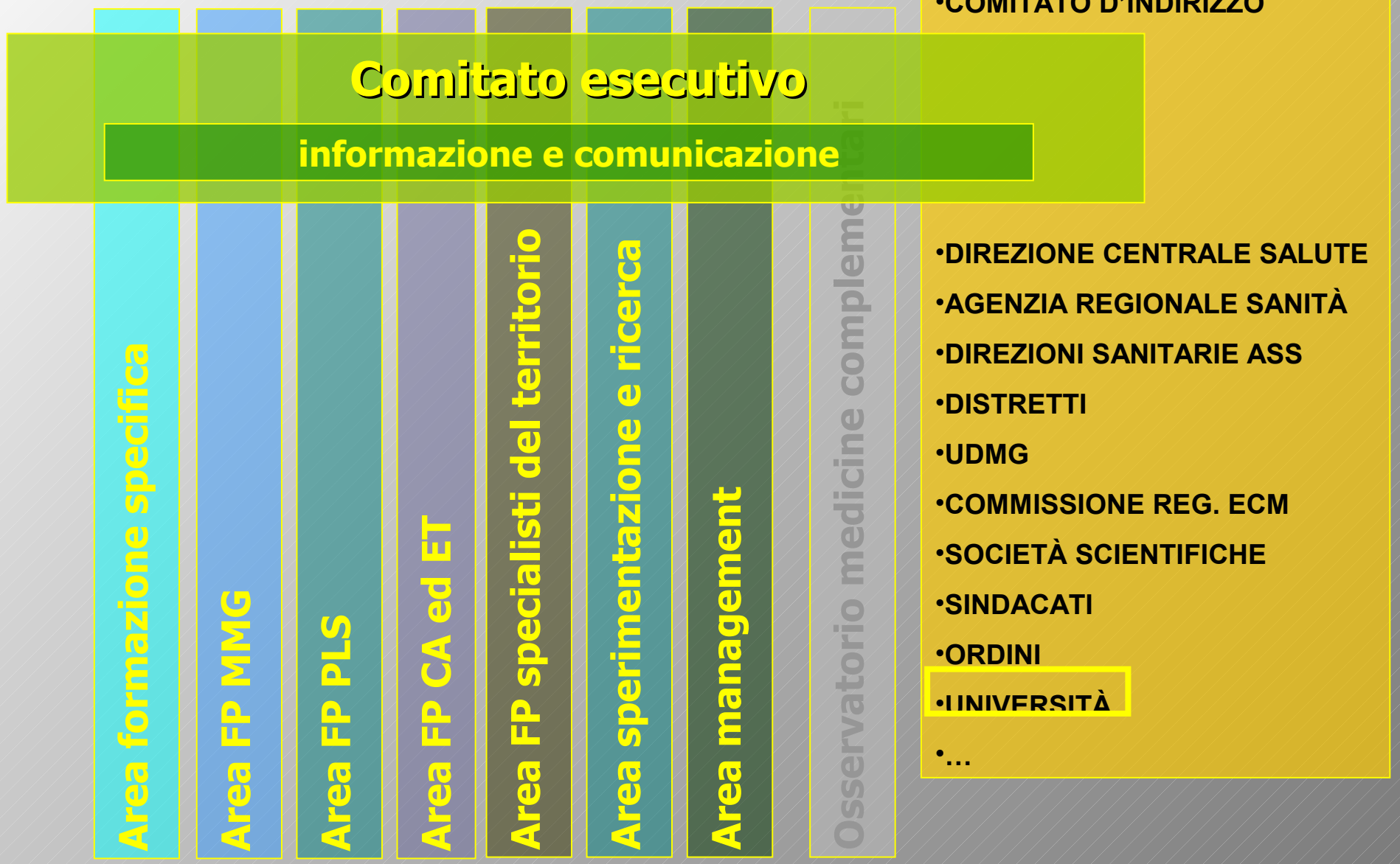
l'area della Medicina Generale

DGR n.3576 dd.9.8.1996

DGR n.1835 dd.5.6.1998

DGR n.25 dd.10.1.2001

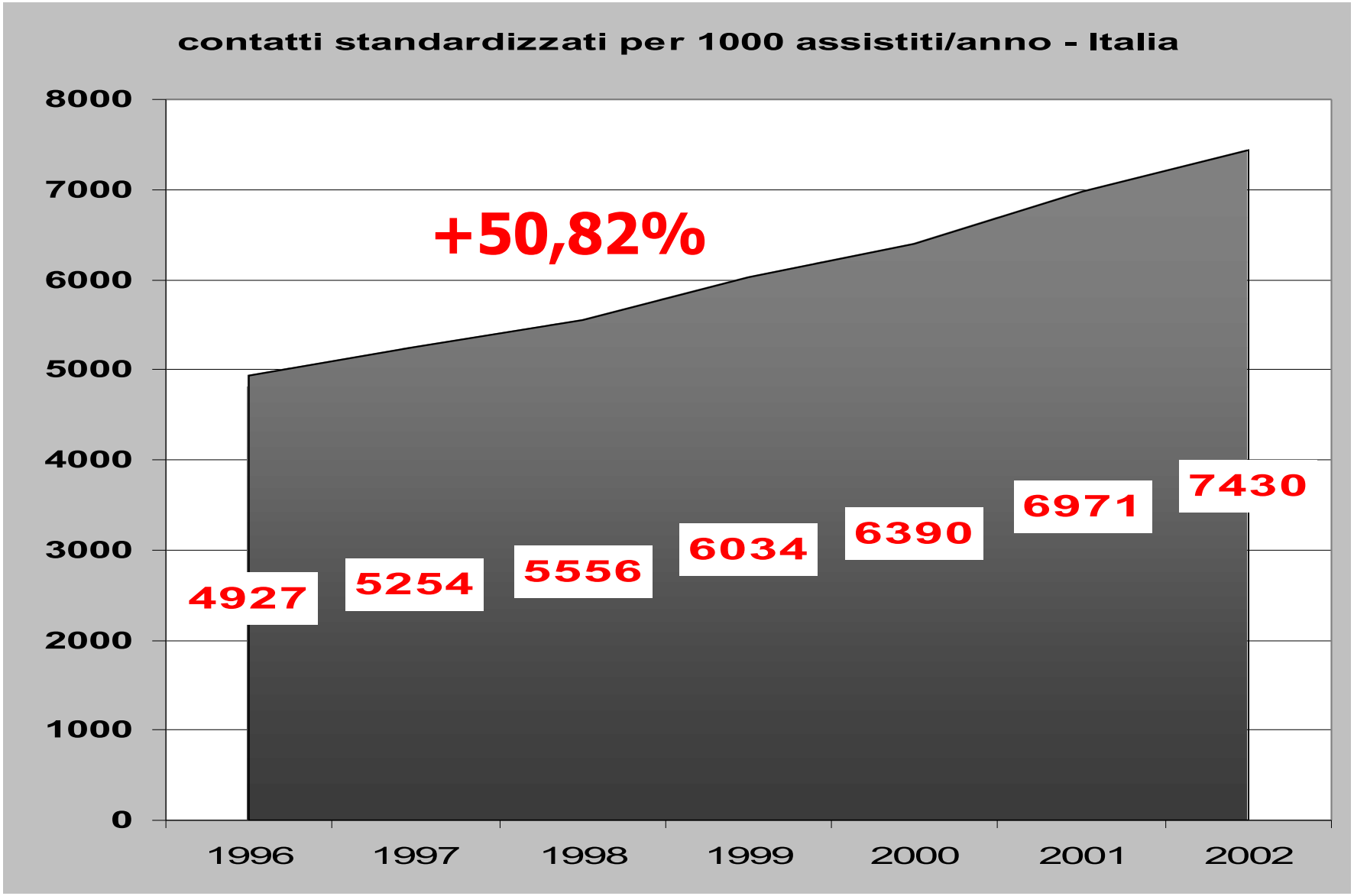
DGR n.139 dd.30.1.2006


Comitato esecutivo
informazione e comunicazione
Area formazione specifica
Area FP MMG
Area FP PLS
Area FP CA ed ET
Area FP specialisti del territorio
Area sperimentazione e ricerca
Area management
Osservatorio medicine complementari
•COMITATO D'INDIRIZZO
•DIREZIONE CENTRALE SALUTE
•AGENZIA REGIONALE SANITÀ
•DIREZIONI SANITARIE ASS
•DISTRETTI
•UDMG
•COMMISSIONE REG. ECM
•SOCIETÀ SCIENTIFICHE
•SINDACATI
•ORDINI
•UNIVERSITÀ
•…

Il problema delle risorse

- “nella storia dell’umanità non è mai esistita un’epoca in cui siano state disponibili risorse sufficienti per soddisfare il generale e costante desiderio dell’uomo di migliorare la qualità e la durata della vita, ma mai come in questi ultimi trent’anni la sproporzione tra obiettivi sanitari e risorse è sembrata tanto rilevante” (Klarman 1970)

dati Italia, 151 MMG, 206660 assistiti



Chronic disease - The need for a new clinical education

Holman H, JAMA 2004

Le malattie croniche:

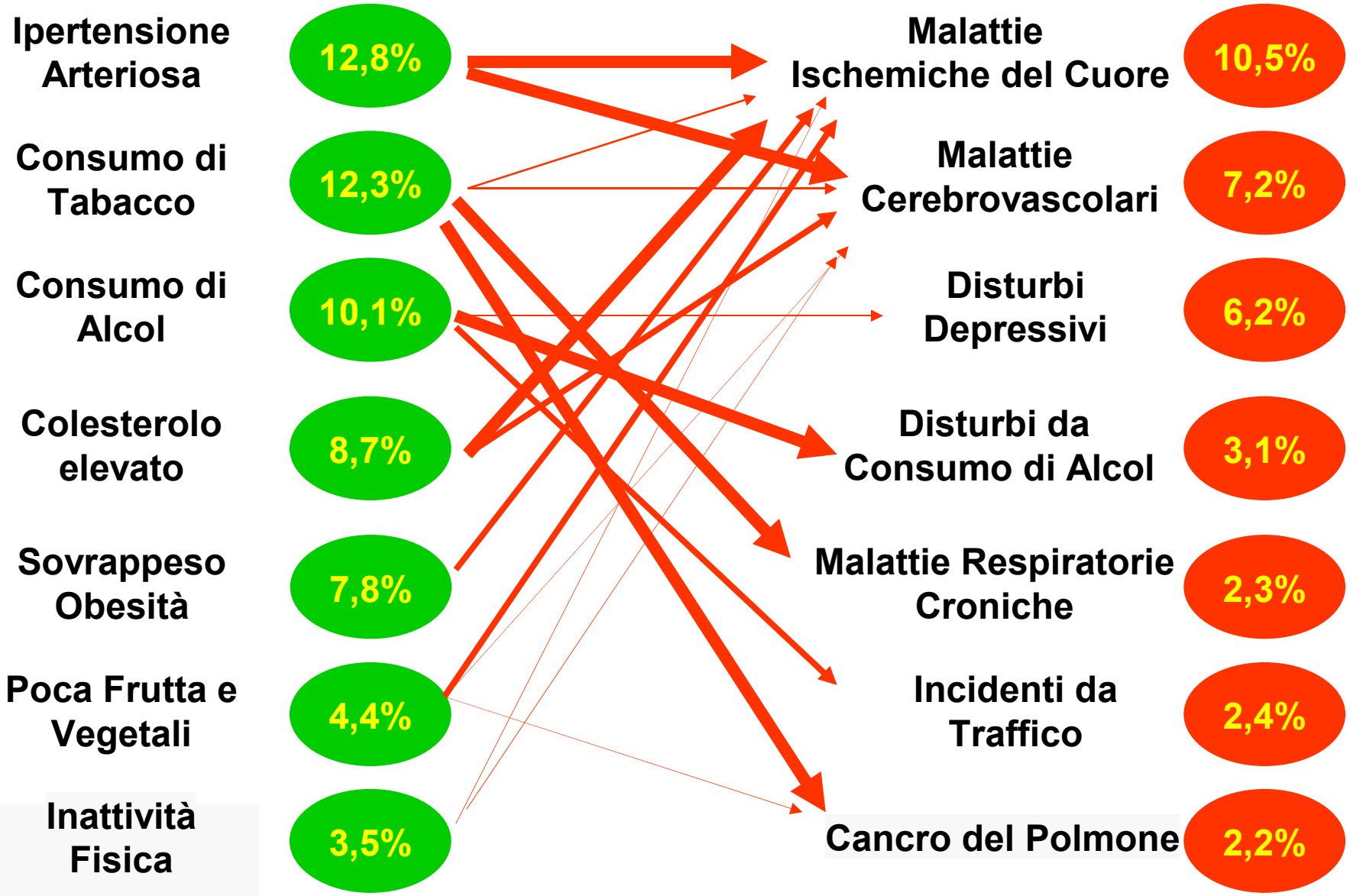
- **hanno sostituito quelle acute** come problema dominante per la salute, essendo diventate la principale causa di disabilità e di utilizzo dei servizi, consumando il 78% dell'intera spesa sanitaria.
- **hanno cambiato il ruolo del medico** che, da "unico" protagonista della cura, diventa membro di un team multiprofessionale in grado di elaborare il piano di cura che tenga conto della molteplicità dei bisogni, così come di garantire la continuità dell'assistenza.
- **hanno cambiato il ruolo del paziente** che, da soggetto passivo diventa protagonista attivo della gestione del proprio stato di salute, assumendo comportamenti e stili di vita adeguati.

The challenge of complexity in health care

Plsek and Greenhalgh, BMJ 2001



DALYs: 7 Rischi e 7 Condizioni



The world health report 2004 – Changing history, quoted in European Health Report 2005

LA PROMOZIONE DELLA SALUTE

- Nell'immaginario del medico la prevenzione ha lo scopo di mantenere il paziente nelle migliori condizioni di salute possibili: ciò implica restrizioni anche severe alla sua libertà e perdita del controllo sulla sua esistenza.
- Nell'immaginario (e nell'esperienza) del paziente, la prevenzione consiste di fatto in una somma di divieti, rinunce, sacrifici sicuri *oggi*, in cambio di vantaggi alquanto incerti e comunque posposti nel futuro.
- **Spesso salute e benessere compiono percorsi diversi.**

entriamo in Sintonia

- Negli ultimi anni stiamo assistendo alla trasformazione dei bisogni di salute e di benessere.
- L'affermazione di un approccio più dinamico al mantenersi in salute e in forma è un tema di grande attualità condiviso oltre che dai cittadini anche dalle Istituzioni nazionali e internazionali.
- Con la crescente diffusione di informazioni sanitarie, si sviluppa sempre più una forma di gestione soggettiva della salute e si accentuano le disuguaglianze in termini non solo di accesso quanto soprattutto di esito.
- **Il medico di Medicina Generale diventa, in questo scenario, il consulente naturale per il paziente e il cittadino per un corretto stile di vita.**

Società Italiana di Medicina Generale

LO SCENARIO ATTUALE

MEDICINA D' ATTESA = **Atteggiamento**

Passivo

(Modello professionale prevalente)

MEDICINA DELLA MALATTIA

↓

NON FOCALIZZATA SUL RILEVAMENTO E SULLA EVENTUALE CORREZIONE DEI FATTORI DI RISCHIO MODIFICABILI

↓

INSUFFICIENTE A GESTIRE CORRETTAMENTE ANCHE LA PREVENZIONE SECONDIARIA

Società Italiana di Medicina Generale

entriamo in Sintonia

LO SCENARIO AUSPICATO
(obiettivo intermedio)

MEDICINA DI OPPORTUNITA' = **Atteggiamento Propositivo**

(Modello raggiungibile a breve termine con interventi mirati)

MEDICINA PREVENTIVA INDIVIDUALE E FAMILIARE

↓

COGLIE LE OPPORTUNITA' PER AFFRONTARE IL TEMA DEI FATTORI DI RISCHIO

↓

PERMETTE LA DIAGNOSI PRECOCE GESTIONE DEI FATTORI DI RISCHIO MODIFICABILI

↓

ATTUA LA

Società Italiana di Medicina Generale

Entriamo in Sintonia

LO SCENARIO DELL'ECCELLENZA
(obiettivo finale)

MEDICINA DI INIZIATIVA = **Atteggiamento Anticipatorio**

(Modello raggiungibile a medio/lungo termine con interventi strutturali)

MEDICINA DELLA SALUTE

↓

SI REALIZZA ATTRAVERSO
POLITICHE DI PREVENZIONE
E DI **EDUCAZIONE** SANITARIA

↓

ATTUA LE STRATEGIE DI
PROMOZIONE DELLA SALUTE
(CORREZIONE DELLE ABITUDINI
E DEGLI STILI DI VITA)

Società Italiana di Medicina Generale

L’empowerment del cittadino

- **I pazienti sono empowered quando hanno la conoscenza, le abilità le attitudini e la consapevolezza necessaria per influenzare il proprio e l’altrui comportamento…per migliorare la qualità della propria vita.**

  (Funnell et al. 1991)

- **E’ una persona che sceglie…pianifica il proprio futuro, è il proprio case manager, è un self care giver, un manager dei propri stili di vita…ne consegue che i servizi devono accertare le aspettative e le priorità dei pazienti**

  (Poletti 2003)

Empowerment e processo decisionale

Quando l'utente partecipa al processo decisionale, la sua soddisfazione è maggiore, i risultati clinici migliorano; accetta le decisioni prese e si attiene al trattamento deciso .

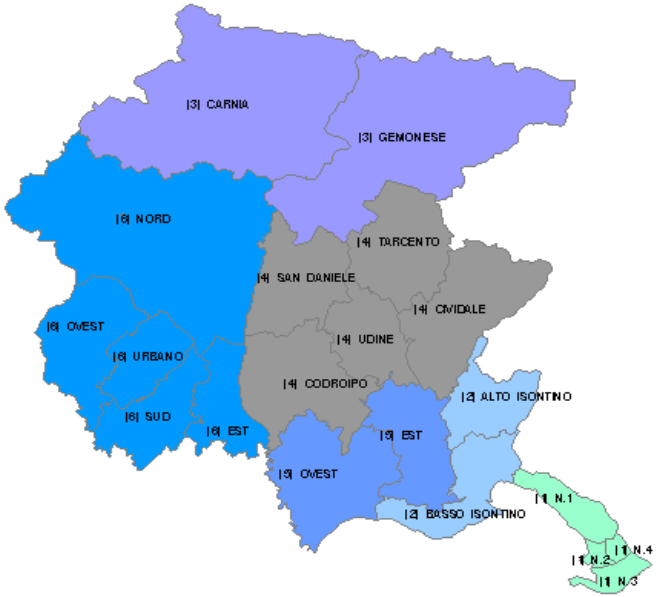
Patient centred care

(linee guida NICE 2006)

...il trattamento deve tenere conto dei bisogni e delle preferenze individuali del paziente, che deve avere l'opportunità di prendere decisioni basate su informazioni corrette… una buona comunicazione medico-paziente è essenziale e dovrebbe essere supportata dalla fornitura di adeguate informazioni basate sulle prove scientifiche. Tali informazioni devono essere date in forma comprensibile e adeguata alle capacità di comprensione del singolo paziente…

Cure primarie

- Ospedale
  - per acuti
- Cure Primarie (= *"Territorio"*):
  - Cronicità
  - Continuità nell' assistenza
    - h24
    - presa in carico *lifelong*
  - Promozione della Salute



Cure Primarie

- Migliorare le cure ridisegnando il ruolo del MMG
- Migliorare l'informazione e l'accesso del cittadino
- Usare i dati e le informazioni per guidare il cambiamento

Nuovo Codice Deontologico

approvato dalla FNOMCeO nella seduta del 16 dicembre 2006

articolo 5: educazione alla salute e rapporti con l'ambiente

Il medico è tenuto a considerare l'ambiente nel quale l'uomo vive e lavora quale fondamentale determinante della salute dei cittadini.

A tal fine il medico è tenuto a promuovere una cultura civile tesa all'utilizzo appropriato delle risorse naturali, anche allo scopo di garantire alle future generazioni la fruizione di un ambiente vivibile.

Il medico favorisce e partecipa alle iniziative di prevenzione, di tutela della salute nei luoghi di lavoro e di promozione della salute individuale e collettiva.

SINERGIE POSSIBILI

- CREARE AMBIENTI FAVOREVOLI ALLA SALUTE
- PROMUOVERE STILI DI VITA SALUTARI
- RIORIENTARE I SERVIZI SANITARI
- SVILUPPARE L'AZIONE DELLA COMUNITA'

"Il sogno della medicina è che la cura dei pazienti possa essere basata sulle evidenze scientifiche, derivate da trial clinici randomizzati e controllati, e validate da appositi studi sugli esiti clinici nei pazienti coinvolti"

(JAMA 1997)



Formazione Continua 2008
Progetto Qualità Misurabile

- Attività a livello distrettuale
- Come audit
- Sui propri dati
- Condotta da MMG formati ad hoc
- Assieme ai distretti
- Con misurazione dei risultati finali

Le domande

- che malattie hanno i miei assistiti?
- che prestazioni ho richiesto per loro?
- quanti hanno avuto eventi acuti?
- quanti sono stati ricoverati per ricoveri evitabili e/o prevenibili?
- come li sto curando (prescrizioni farmaceutiche, ma anche gestione clinica)?
- li sto curando secondo le indicazioni di letteratura?

e in particolare …

Come li sto curando rispetto ai miei colleghi, al mio gruppo, al mio distretto, alla mia azienda, alla regione ?

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

Centro Regionale di Formazione per l'Area delle Cure Primarie
Regione Autonoma Friuli-Venezia Giulia

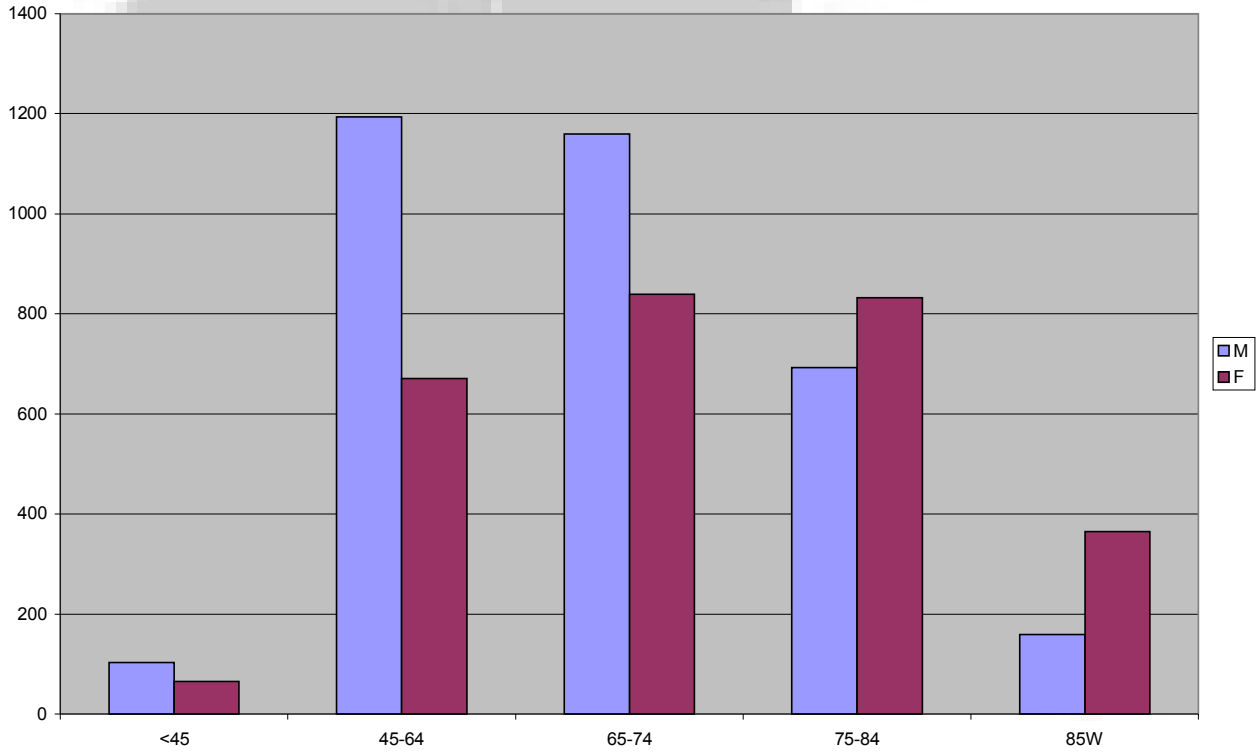
PROGETTO REGIONALE CLINICAL GOVERNANCE DEL DIABETE MELLITO DI TIPO 2 IN FRIULI VENEZIA GIULIA

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

Centro Regionale di Formazione per l'Area delle Cure Primarie
Regione Autonoma Friuli-Venezia Giulia

Base dati

- 77 MMG partecipanti al progetto
- 98.341 assistiti
- prevalenza del diabete mellito di tipo 2: 6,27%
- 6.167 pz diabetici: 54,47% M , 45,53% F



Risultati di uno studio pilota

- campione di 16 MMG (21.325 assistiti in carico);
- popolazione verosimilmente diabetica da SISSR: **1.153 soggetti**;
- popolazione risultante diabetica da cartelle cliniche elettroniche dei 16 MMG: **1.501 soggetti**;
- audit al fine di:
  - verificare la concordanza tra casi desunti dal SISR e casi presenti nel proprio database gestionale
  - confermare la diagnosi clinica dei casi presenti nel proprio database ma non riconoscibili dal SISR
  - verificare la coerenza diagnostica dei casi presenti nel SISR ma non nel proprio database
- dopo audit, dal merge derivante dalle diverse fonti sono stati identificati **1.527 soggetti** diabetici.

casi presenti nel SISR ma non nel database del MMG

Confronto fra MMG e SISR



casi presenti nel database del MMG ma non nel SISSR

28,6%

26 riconosciuti effettivamente diabetici

1,7%

63 riconosciuti dal MMG come non diabetici

5,46%

dei presunti casi estratti dal SISSR

casi presenti nel database del MMG e nel SISSR:

69,7%

del totale di diabetici riconosciuti dopo audit

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA
SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA (BPCO)

Percorsi diagnostico terapeutici condivisi per i medici di medicina generale ed ospedalieri in Friuli Venezia Giulia

BPCO

In rappresentanza di:

AIPO Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri

FADOI Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti

SIMG Società Italiana Medicina Generale

A. Gregoris, R. Stokelj, R. Della Vedova,
F. Gangi, A. Gasparin, A. Giammarini Barsanti

Coordinatori
V. Moretti, R. Paduano, A. Peratoner

AGENZIA REGIONALE DELLA SANITÀ

PROGRAMMA DI FORMAZIONE CONTINUA 2008

ALCRFMG_CEF02: 8 crediti ECM

8 maggio 2008

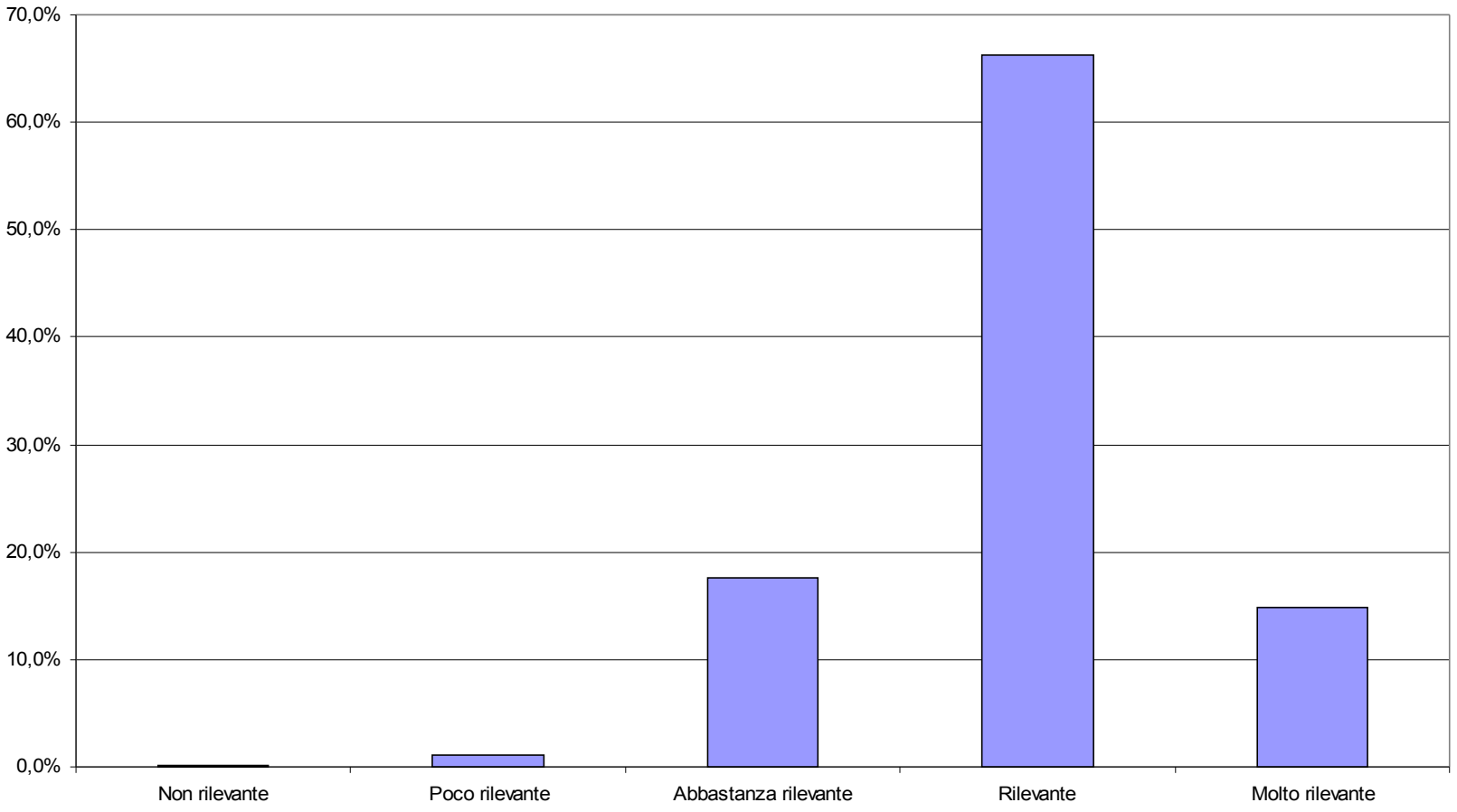
LA QUALITA' MISURABILE IN MEDICINA GENERALE: BPCO

Partecipanti (dati relativi a 19/20 distretti):

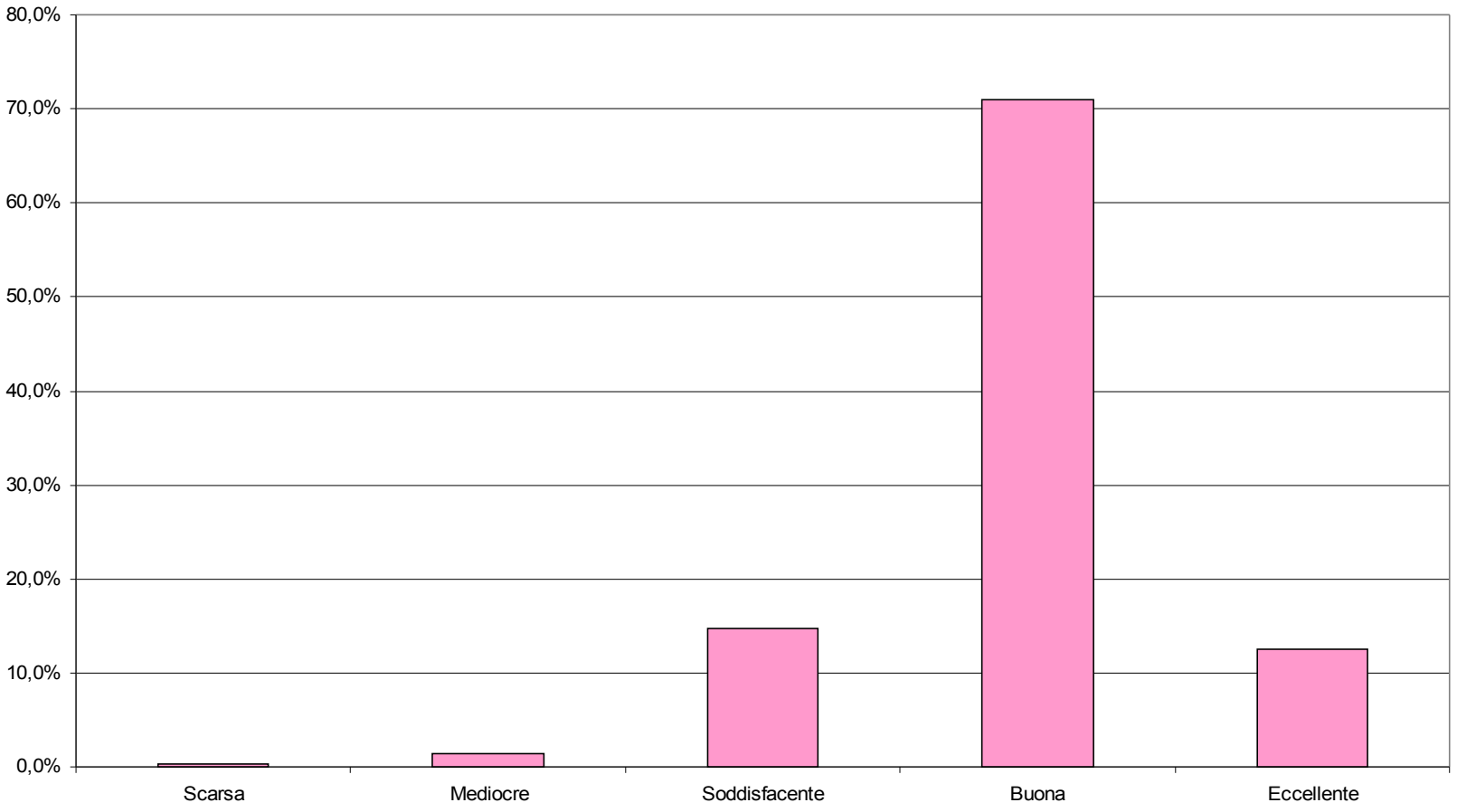
745 (85,2% dei MMG)

+ PNEUMOLOGI, MEDICI DI DISTRETTO, PERSONALE INFERMIERISTICO DI DISTRETTO

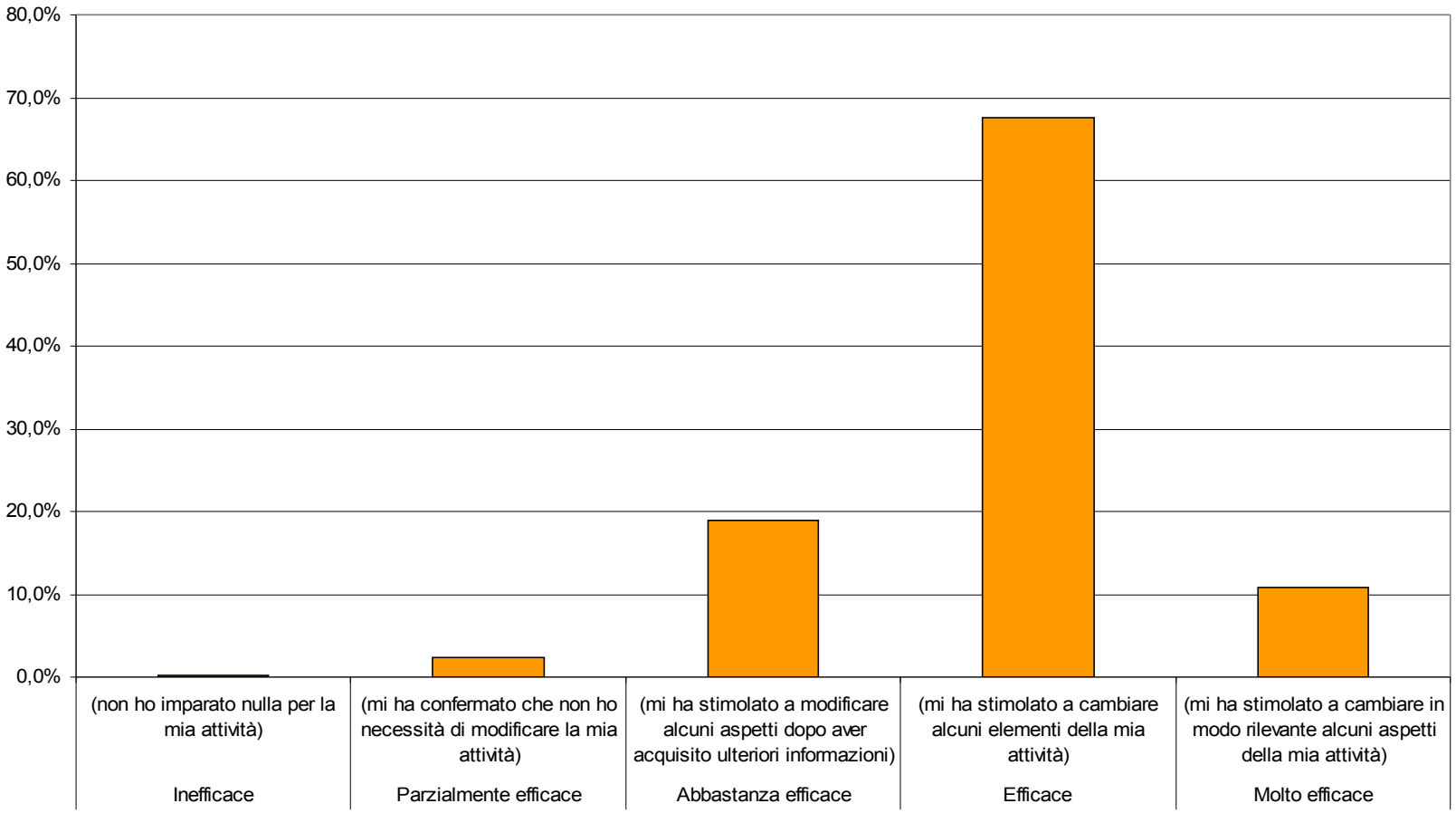
Come valuta la **rilevanza** degli argomenti trattati rispetto alle Sue necessità di aggiornamento?



Come valuta la **qualità** educativa dell'aggiornamento fornito ?



Come valuta **l'efficacia** dell'evento per la Sua formazione continua ?



CardioRESET:
MEDICINA GENERALE E MONITORAGGIO DEI FATTORI DI RISCHIO CARDIOVASCOLARE IN UN'INTERA REGIONE

Lorenza Pilotto*^, Diego Vanuzzo*^, Fabio Samani#, Luigi Canciani#, Romano Paduano#, Giovanni Bader*, Renata Mirolo*, Doriano Battigelli#, Marina Panfilo§, Giorgio Simon^, Loris Zanier^, e i Ricercatori CardioRESET#
* Centro di Prevenzione Cardiovascolare, ASS 4 "Medio Friuli", Udine
^ Agenzia Regionale della Sanità del Friuli Venezia Giulia, Udine
# Centro Regionale di Formazione per l'Area delle Cure Primarie, Monfalcone (GO)

Società Italiana di Medicina Generale.
§ Pfizer Italia, Roma

Fasi del Progetto

- **Definizione della rete dei ricercatori CardioRESET:**
  44 MMG dotati di computer e distribuiti proporzionalmente alla popolazione delle tre Aree Vaste Sanitarie in cui è suddivisa la regione FVG (Isontino - Giuliana, Udinese, Pordenonese)

- **Definizione della popolazione:**
  nell'ambito degli assistiti dei 44 ricercatori è stato randomizzato un campione di 2701 soggetti (1336 maschi e 1365 donne), di età 35-74 anni, rappresentativo della popolazione regionale in questa fascia di età, stratificato in base al sesso, alle classi di età e alla numerosità della popolazione nelle tre Aree Vaste Regionali

Considerazioni conclusive

- E’ possibile costruire una rete integrata e standardizzata di MMG per la sorveglianza dei Fattori di Rischio cardiovascolare
- Iniziativa gradita agli assistiti
- Confronto CardioRESET vs NordEst-OEC evidenzia la necessità di investire di più in FVG sul problema del fumo e sulle dislipidemie, in particolare sui valori medi di colesterolemia totale e LDL
- Necessità di una mobilitazione generale e sinergica: Comunità, MMG, Specialisti, Autorità Sanitarie per ridurre stabilmente l’eccesso di rischio cardiovascolare su tutto il territorio regionale



Promuovere stili di vita salutari, valutare e monitorare il rischio cardiovascolare per ridurlo

29 Maggio 2008



L'inglese, lingua franca, è per tutti i migranti

Nel logo, un primo cuore per gli operatori sanitari, che possono fare molto…..

Un secondo cuore per la nostra gente, di vari idiomi, per coinvolgerla e renderla protagonista di un percorso di salute…..

Gente di Cuore

- Creazione di un linguaggio comune con altri medici coinvolti in queste azioni, gli igienisti dei Dipartimenti di Prevenzione (promozione della salute, medicina di comunità) ed i cardiologi (prevenzione secondaria e dell'alto rischio, riabilitazione)
- Definizione di un percorso condiviso ed integrato per l'applicazione, nelle cure primarie, della valutazione del rischio cardiovascolare globale e dell'intervento breve per la promozione della salute e la prevenzione delle malattie cardiovascolari.

REALITY

***Rea**na **L**ife-style **I**mprovement **T**rial in **Y**ears*

Studio di prevalenza, monitoraggio e trattamento dei fattori di rischio vascolari e dell'aterosclerosi carotidea in una popolazione generale

Organizzato da ALICE-UD e Comune di Reana del Rojale (Ud)

Sponsorizzato da Comune Reana del Rojale, Provincia di Udine; Regione FVG; Ministero della Salute; OMS



XII Congresso regionale delle Cure Primarie del Friuli Venezia Giulia

Grado, 24 e 25 settembre 2008

"Tra Scilla e Cariddi: le informazioni sul farmaco, al medico e al cittadino"
dalle 17.00 alle 18.30
Interviste agli esperti; conduce: Pierpaolo Dobrilla; partecipano:

- *Luigi Canciani, direttore scientifico di Ceformed*
- *Damiano Degrassi, presidente onorario Federfarma FVG*
- *Goffredo Freddi, direttore Public Affaires & Corporate Communication, MSD Italia*
- *Cristina Minisini, presidente Ass. Friulana Famiglie Diabetici*
- *Giuseppe Napoli, presidente Federsanità ANCI FVG*
- *Renzo Peressoni, presidente Ass. Friulana Donatori Sangue*
- *Franco Rosa, direttore del Servizio Farmaceutico ASS 6*