

PDTA e Sclerosi Multipla

Dr. Leonello Guidi
UOC Neurologia
USL Toscana Centro

Grosseto aprile 2017

- “...l’integrazione con il MMG e’ sottolineata nel PDTA come punto chiave per il futuro”.....

Perché'

- Aumento esponenziale della malattie croniche per invecchiamento della popolazione ed esposizione a fattori di rischio
- Provata disuguaglianza nell'accesso ai servizi
- Non sostenibilita' economica del sistema
- Aumento esponenziale della spesa.
- Sistema sanitario pensato quando dominavano le patologie acute
- Ruolo diverso dei cittadini: sempre maggior esigenza di partecipare attivamente alle decisioni
- Evoluzione delle professioni

Parola d'ordine: integrazione

- "Già dal 2004 la Toscana aveva approvato un percorso assistenziale per le persone colpite dalla sclerosi multipla.
- Ora, il nuovo PDTA, adottato dalla Regione nel maggio 2015, si pone l'obiettivo di :

garantire ai malati sull'intero territorio regionale un servizio sanitario e sociale integrato, nelle diverse fasi della malattia, volto a prevenire lo sviluppo e l'aggravamento dell'invalidità e a favorire una maggiore autonomia del paziente e la sua piena partecipazione alla vita sociale"

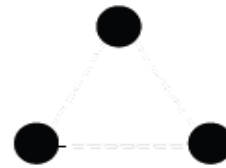
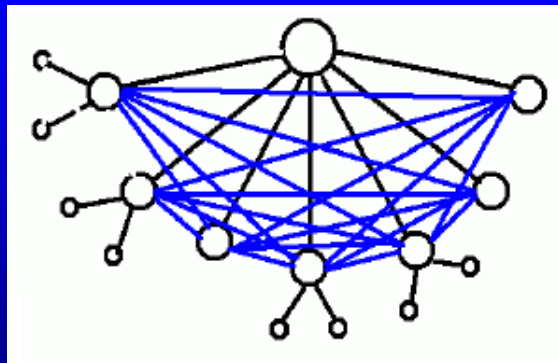
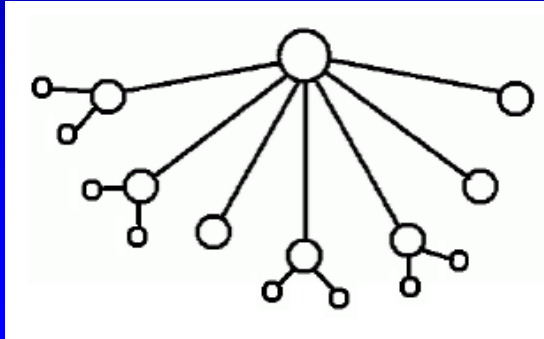
La messa a punto di un nuovo PDTA strutturato si è resa necessaria perché la sclerosi multipla, al di là del problema del suo enorme impatto socio-sanitario, è una patologia che potremmo definire il **paradigma della cronicità complessa**".

• "In questo ambito ci sono state innovazioni tecnologiche – ed in campo farmacologico, - che non hanno eguali in nessun altro settore delle neuroscienze;

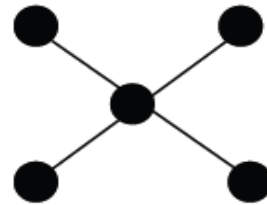
• cambio di paradigma complessivo nella cura e nella gestione del paziente, che prevede ora un approccio multidisciplinare e un trattamento fin dalle prime fasi della malattia, con una attenzione alla qualità di vita

• Tutti questi cambiamenti non potevano che tradursi nella codifica di un PDTA specifico per questa patologia, al fine di fornire una risposta esaustiva e integrata ai molteplici bisogni delle persone affette da sclerosi multipla".

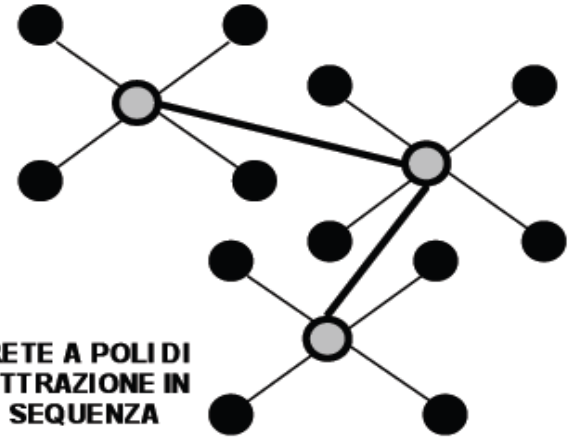
Modelli di rete



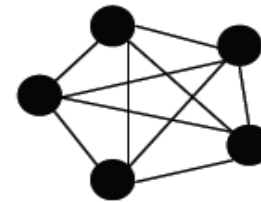
RETE DI
INFLUENZE



RETE A CENTRO DI
GRAVITÀ UNICO



RETE A POLI DI
ATTRAZIONE IN
SEQUENZA



RETE
PARITETICA

Centri 'hub' e centri 'spoke'

- Dal punto di vista organizzativo, il PDTA regionale è **centrato sul paziente** e implica lo sviluppo di **reti cliniche** costituite da diversi centri 'hub' e di centri 'spoke', cioè gli ospedali di primo livello .
- **centri hub**, ubicati nelle AOU, hanno tutte le competenze e il know how essenziali per la diagnostica, per la formazione e per la ricerca, oltre che, ovviamente, per i trattamenti, soprattutto nella fase acuta,
- il coordinamento avviene a livello di area vasta e prevede un approccio multidisciplinare a 360° sul paziente, dal momento della diagnosi , della scelta terapeutica, e del monitoraggio della terapia.

centri spoke prendono successivamente in carico i pazienti per la gestione di bisogni senza una complessità elevata.

“Dal punto di vista assistenziale, i due tipi di centri sono paritetici,

In entrambe le realtà, tuttavia, sono presenti i centri Sclerosi Multipla, che hanno naturalmente un ruolo centrale nel PDTA regionale”

Secondo il modello del PDTA regionale, dovrebbero essere i centri spoke a interfacciarsi con tutta la rete dell'assistenza territoriale, che vede al centro il medico di famiglia”

Nelle fasi più evolute della malattia, purtroppo caratterizzate da gradi severi di disabilità, questo modello organizzativo prevede di creare un **coordinamento tra l'ospedale e il territorio**, sul quale si sposta il **baricentro**, con la supervisione del neurologo del centro hub, che ha il ruolo di 'case manager' e al quale è affidata la cabina di regia dell'intero percorso.

I centri Sclerosi Multipla e i medici di famiglia

Da sottolineare che il compito del centro Sclerosi Multipla previsto dal modello è diverso a seconda della fase della malattia.

- “Il centro Sclerosi Multipla è il principale interlocutore del paziente durante le fase diagnostica e terapeutica nella fase della malattia recidivante-remittente, in cui si ha ancora una grossa possibilità di incidere con i farmaci a nostra disposizione, e quindi anche nel follow-up e nel monitoraggio degli effetti collaterali e dell’efficacia delle terapie” precisa la neurologa.
- “In uno stadio più evoluto della patologia, in cui predominano gli aspetti neurodegenerativi e una progressione cronica dei disturbi, i bisogni del malato sono diversi e vengono trattati a livello territoriale attraverso un presenza in primo piano dei servizi territoriali e dell’assistenza domiciliare, sotto un coordinamento del medico di medicina generale, coadiuvato dallo specialista”.

- Il mantenimento della continuità assistenziale tra strutture ospedaliere e territoriali è uno dei compiti cardine.
- “. Il medico di medicina generale veniva coinvolto in passato nelle fasi ultime della malattia, quando il paziente non poteva più avere accesso alla struttura ospedaliera e trarne vantaggi
- il PDTA regionale sancisce in modo chiaro e netto - un coinvolgimento di questa figura che sia strategico e strutturale già dalle primissime fasi del percorso: fin dalla fase diagnostica e poi dell'impostazione della terapia”

SVILUPPI IN CAMPO MEDICO



Motivazioni
economiche

Motivazioni di
Sanità Pubblica

**TRASFERIMENTO DELL'EROGAZIONE
DI PRESTAZIONI SANITARIE:**

**RICOVERO
ORDINARIO**



DAY SERVICE

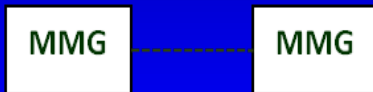


**ASSISTENZA
AMBULATORIALE**

La riconfigurazione della rete territoriale



**MMG
Coordinatore
di NCP**



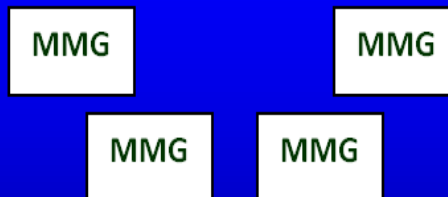
MMG in Rete



**Ostetrica -
Fisioterapista**

**Continuità
Assistenziale
(ex Guardia M)**

Med. di Gruppo



Infermiere

MMG

MMG singoli

MMG



**Altri
Specialisti**

I luoghi della risposta assistenziale sul territorio

➤ Ospedale di continuità'

- Punti di erogazione di Attività di base. Case della Salute –
- Punti di erogazione di Attività intermedie. Casa della Salute.
- Punti di erogazione attività complesse: Distretti
- Integrazione amministrativa
- Erogazione di Pacchetti Ambulatoriali Complessi (PAC)
- Non solo ambulatori specialistici ma specializzati (cardiovascolare , testa collo, chirurgico ambulatoriale)


➤ Le strutture per l'assistenza residenziale e semiresidenziale

➤ Il domicilio

Visite successive programmate e on demand

- Controllo di esami di laboratorio.
 - Trattamento della ricaduta: terapia steroidea ad alta dose per 3-5 giorni.
 - Controlli clinici periodici: cadenza concordati con il neurologo in base all'evoluzione clinica/tipo di trattamento/bisogni specifici.
-
- **Incontri programmati multidisciplinari : per effettuare colloqui informativi con il paziente ed i familiari in base a specifiche richieste:**
 1. puntualizzazione diagnostica dopo esecuzione di esami (ematici, RM ecc);
 - 2 scelta, avvio o cambio di terapia;
 3. colloqui in presenza dei familiari;
 - 4 certificazioni;
 5. suggerimenti e follow-up successivo.

Sviluppare la cartella clinica integrata

FRENOCOMIO	
MASCHILE CENTRALE VENETO	ISOLA S. SERVOLO VENEZIA
	
N.° d'ordine <i>134</i> ANNO <i>1879</i>	N.° progressivo generale <i>822</i>
TABELLA NOSOLOGICA	
Diagnosi della frenopatia derivata dai documenti occupazionali <i>Aut. prof. Dr. Favero</i>	
di <i>Ferrante Antonio Favero</i>	
Entrato il <i>13 Luglio 1879</i>	
N.° e Data del documento occupazionale <i>13/7/79</i>	
Aut. <i>1072</i>	
Paternità, maternità e condizione dei genitori <i>del pulcinella di Min. Favero</i>	Costituzione fisica <i>buona</i>
Età <i>38</i>	Stato della nutrizione <i>nutrito</i>
Religione <i>pubblica</i>	Diagnosi frenopatica <i>Frenia parlata</i>
Luogo di nascita <i>Verona</i>	Causa <i>ignota</i>
Luogo di residenza <i>Do-</i>	Epoca dell'invasione <i>1877</i>
provenienza <i>dal padre di Verona</i>	Recidività
Occupazione o mestiere <i>Libro Meccanico</i>	Indole del delirio <i>maniacale</i>
Stato Civile <i>figlio in padre Eugenio</i>	Epidemiologici
Denominazione ed occupazione della moglie	Nervopatie e processi morbosi concomitanti
Figliolanza <i>1 figlio</i>	Successioni morbose <i>guglielmi d'oro</i>
Stato economico <i>Povero</i>	Esito
Spettanza della retta <i>Provinciale</i>	
Data d'uscita	
Giornate di permanenza	
<i>Aut. del gen. 11 gennaio 1880 alle ore 1/4 ant. in un...</i>	

- **La Cartella clinica integrata** accompagnerà il paziente in tutte le fasi dell'intensità di cura
- rappresenta uno dei presupposti della continuità e della personalizzazione dell'assistenza

- **fruibile da tutti gli operatori coinvolti nel processo assistenziale**, e deve fornire l'informazione che serve, dove serve, nel modo adeguato ed esclusivamente a chi è deputato a farne uso

- Contiene tutte le informazioni anagrafiche e socio-sanitarie utili nonché i dati sintetici del ricovero

- **favorisce la visione immediata degli interventi di tutte le figure coinvolte (medici, infermieri, consulenti)** evitando al medico di riscrivere la stessa terapia e, di conseguenza, facendo diminuire il rischio di possibili errori di trascrizione

Cosa bisogna fare

- Tener conto della complessità del territorio
- Non accontentarsi di spostare solo risorse sul territorio
- Ottenere una comunicazione più efficace
- Opporsi ai cambiamenti di facciata
- Certezza di risposte qualificate verifica degli esiti
- Avere un' idea di "quale" territorio si vuole:
 - flessibile,
 - innovativo,
 - tecnologicamente adeguato,
 - misurabile nei risultati
- Identificare obiettivi di cambiamento adeguati alle criticità riscontrate

conclusioni

- Non servono né modelli né proclami
- Occorre concretezza e contestualizzazione nelle azioni
- L'approccio non può che essere sistemico
- La prospettiva temporale è di lungo termine
- Mantenere strategico il ruolo dei professionisti
- Sviluppare la sinergia ospedale territorio che deve ancora crescere in termini di cultura organizzativa
- Evitare il rischio della "deriva burocratica"