

Il domicilio del malato: colonna portante del medico di cure primarie del XXI secolo

Dott. Giorgio Sessa
CFSMG Sicilia 2013-2016
CA ASP Palermo

Pisa 24 maggio 2019
XVII congresso nazionale CARD

Il domicilio dell'assistito nella formazione del MMG



Royal College of
General Practitioners



MINISTERIO DE SANIDAD
Y CONSUMO

MINISTERIO DE EDUCACION
Y CIENCIA

The RCGP Curriculum: Core Curriculum Statement



movimento GIOTTO
WWW.MOVIMENTOGIOTTO.ORG
Giovani Medici di Medicina Generale

VERSO UN CORE CURRICULUM DELLA MEDICINA GENERALE

*Documento di proposta per la definizione del Core Curriculum del Medico
di Medicina Generale: descrizione delle caratteristiche e competenze
specifiche della disciplina e proposte di cambiamento del percorso
formativo post-laurea*

Libro del Residente de
Medicina Familiar
y Comunitaria



Il domicilio dell'assistito per il MMG: cosa è?

- Lo strumento della visita domiciliare non è solo un colloquio a domicilio ma una esperienza/conoscenza/valutazione della domiciliarità.
- La domiciliarità permette di andare oltre la semplice dimensione biomedica, consentendo di giungere alla dimensione del contesto, elemento fondante delle cure primarie.
- Lo strumento della domiciliarità è uno strumento impareggiabile per raccogliere informazioni sui contesti socio-ambientali sia della famiglia verso cui ci stiamo dirigendo ma anche sulle caratteristiche del “territorio di riferimento del servizio”.

Il domicilio dell'assistito ed il MMG: perché?

Perché recarsi a domicilio dell'assistito, 3 motivi

- Raccolta di informazioni: permetta di raccogliere informazioni sull'ambiente di vita delle persone ma soprattutto di osservare e di percepire uno stile di vita o un'atmosfera familiare che risulterà essere uno specchio delle condizioni di vita della persona e del suo modo di affrontare le situazioni di difficoltà.
- Controllo: ad es. l'andamento di una terapia, la presenza di un caregiver, etc
- Sostegno: utilizzare lo strumento della visita domiciliare in un contesto di sostegno può essere una strategia per sottolineare una disponibilità e vicinanza.

Il domicilio dell'assistito ed il MMG

Attraverso l'osservazione possiamo raccogliere informazioni su:

- caratteristiche urbane, servizi, presenza, distanza e vicinanza dal servizio sociale e da altri servizi, sicurezza
- del quartiere, tipo di servizi e popolazione, ubicazione della casa , accessibilità, cura dell'edificio, visibilità...)
- chi accoglie
- dove si viene accolti
- come si viene accolti
- dove prosegue l' incontro
- la presentazione, chi è presente
- l'informalità o i convenevoli
- igiene, colori, pulizia, ordine, luminosità
- vani, ampiezza degli spazi, arredamento, disposizione degli oggetti, barriere architettoniche, riscaldamento
- abitanti, assenti, presenti non abitanti, presenti abitanti, animali

L'assistenza domiciliare e il MMG: il quadro normativo I

Legge 833/78, art. 25

- Le prestazioni medico-generiche, pediatriche, specialistiche e infermieristiche vengono erogate sia in forma ambulatoriale che domiciliare.



L'assistenza domiciliare e il MMG: il quadro normativo II, LEA



DPCM 12 gennaio 2017 Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502

Art. 4 Assistenza sanitaria di base

1. Nell'ambito dell'assistenza sanitaria di base, il Servizio sanitario nazionale garantisce, attraverso i propri servizi ed attraverso i medici ed i pediatri convenzionati, la gestione ambulatoriale e **domiciliare** delle patologie acute e croniche...

2. Il Servizio sanitario nazionale garantisce in particolare le seguenti attività e prestazioni:

- f) le visite ambulatoriali e **domiciliari a scopo preventivo, diagnostico, terapeutico e riabilitativo**;
- j) **l'assistenza domiciliare programmata alle persone con impossibilità a raggiungere lo studio del medico perché non deambulanti, o con gravi limitazioni funzionali o non trasportabili con mezzi comuni**, anche in forma integrata con l'assistenza specialistica, infermieristica e riabilitativa ed in collegamento, se necessario, con l'assistenza sociale;

L'assistenza domiciliare e il MMG: il quadro normativo III, LEA



DPCM 12 gennaio 2017 Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502

Art. 21 che *“nell’ambito dell’assistenza distrettuale territoriale sono privilegiati gli interventi che favoriscono la permanenza delle persone assistite al proprio domicilio, attraverso l’attivazione delle risorse disponibili, formali e informali”*.

Art.22 viene prevista un’articolazione delle risposte assistenziali in sottolivelli, facendo riferimento al Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) (frequenza degli accessi nel periodo di presa in carico)

- cure domiciliari di livello base/“CIA zero” (ADP, MMG, PLS, MCA etc) interventi rispondono a bisogni di bassa complessità e, conseguentemente, richiedono interventi poco frequenti (meno di una volta alla settimana)
- “cure domiciliari integrate” (ADI) vere e proprie, classificano in tre livelli (I, II, III) per i quali è prevista una sempre maggiore intensità degli accessi, multiprofessionalità e complessità delle risposte.

Art. 23 ulteriore distinzione dedicata alle cure palliative domiciliari articolate su due livelli (base e specialistico)

L'assistenza domiciliare e il MMG: il quadro normativo IV, ACN

ART. 47 - VISITE AMBULATORIALI E DOMICILIARI.

1. L'attività medica viene prestata nello studio del medico o a domicilio, avuto riguardo alla non trasferibilità dell'ammalato.

2. Le visite domiciliari e ambulatoriali, in presenza di unità di cure primarie o di forme associative complesse (equipe territoriale, medicina di gruppo), fermo restando i compiti individuali e la individualità del rapporto di fiducia, sono organizzate dai gruppi stessi tenendo conto, nel rapporto con l'utenza, di una offerta di servizi coerente con il principio della continuità della assistenza e di presa in carico globale della persona.

3. La visita domiciliare deve essere eseguita di norma nel corso della stessa giornata, ove la richiesta pervenga entro le ore dieci; ove invece, la richiesta pervenga dopo le ore dieci, la visita dovrà essere effettuata entro le ore dodici del giorno successivo. E' a cura del medico di assistenza primaria la modalità organizzativa di ricezione delle richieste di visita domiciliare.

4. A cura della Azienda e del medico di assistenza primaria tale regolamentazione è portata a conoscenza degli assistiti.

5. La chiamata urgente recepita deve essere soddisfatta entro il più breve tempo possibile. A tal fine i medici di assistenza primaria che operano in forma associata possono organizzare la risposta clinica secondo modalità organizzative proprie, anche sulla base di quanto previsto al comma 2.

6. Nelle giornate di sabato il medico è obbligato ad eseguire le visite e, nonchè, quelle, eventualmente in un giorno precedente.

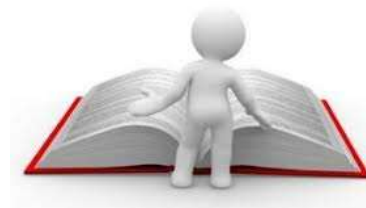
7. Nei giorni prefestivi valgono le modalità di effettuare attività ambulatoriali ordinariamente al mattino.

8. Gli accordi regionali possono essere di differenti modalità di effettuare le visite professionali, collegate alla reperibilità.

ART. 53 - ASSISTENZA DOMICILIARE PROGRAMMATA.

1. L'assistenza domiciliare programmata, erogata anche secondo indirizzi e modalità operative definiti a livello regionale costituisce, come previsto dall'art. 32, comma 2, livello assistenziale da garantire al cittadino da parte del medico iscritto negli elenchi. Le seguenti forme di assistenza domiciliare programmata, sono assicurate con interventi a domicilio di:

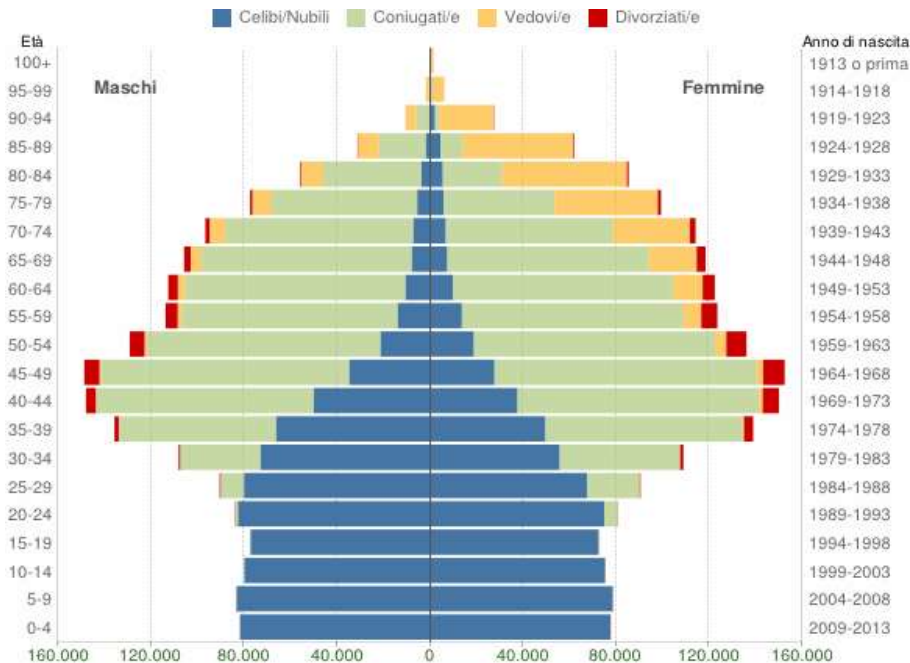
- a) assistenza domiciliare integrata (ADI);
- b) assistenza domiciliare programmata nei confronti dei pazienti non ambulabili (ADP);
- c) assistenza domiciliare nei confronti di pazienti ospiti in residenze protette e collettività (ADR).



Il contesto attuale

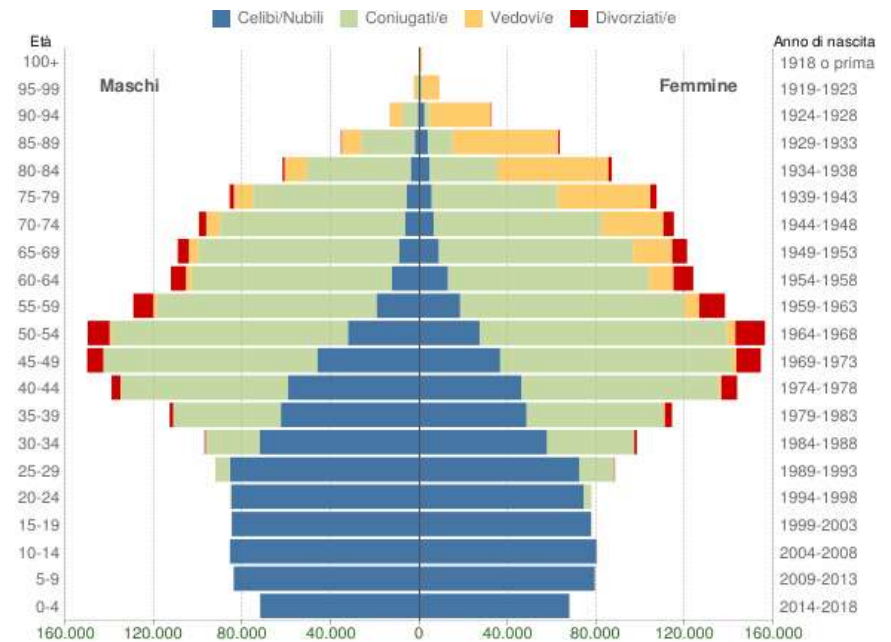
Il contesto

Transizione demografica



Popolazione per età, sesso e stato civile - 2013

TOSCANA - Dati ISTAT 1° gennaio 2013 - Elaborazione TUTTITALIA.IT



Popolazione per età, sesso e stato civile - 2018

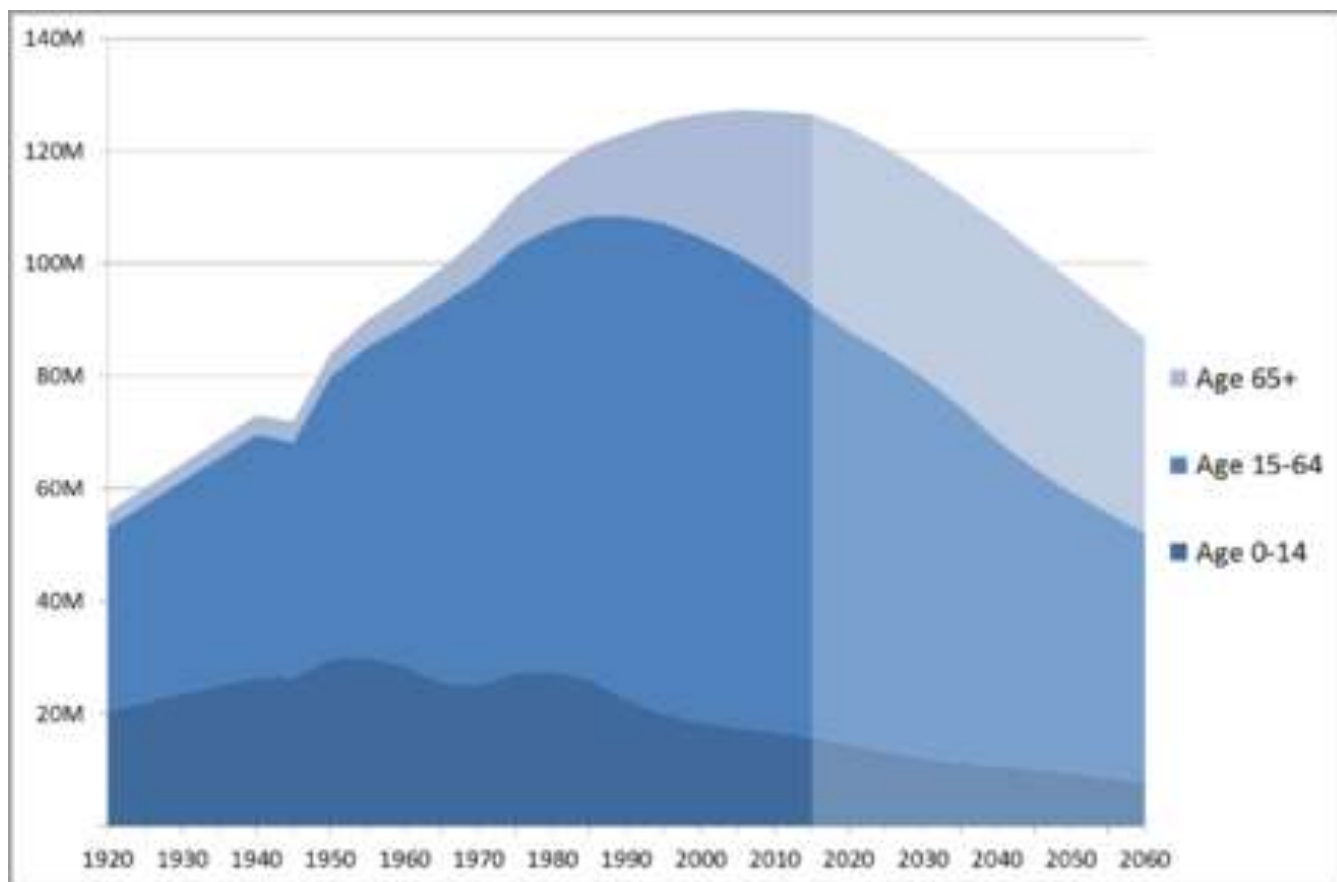
TOSCANA - Dati ISTAT 1° gennaio 2018 - Elaborazione TUTTITALIA.IT

Invecchiamento popolazione



Il contesto

Transizione demografica

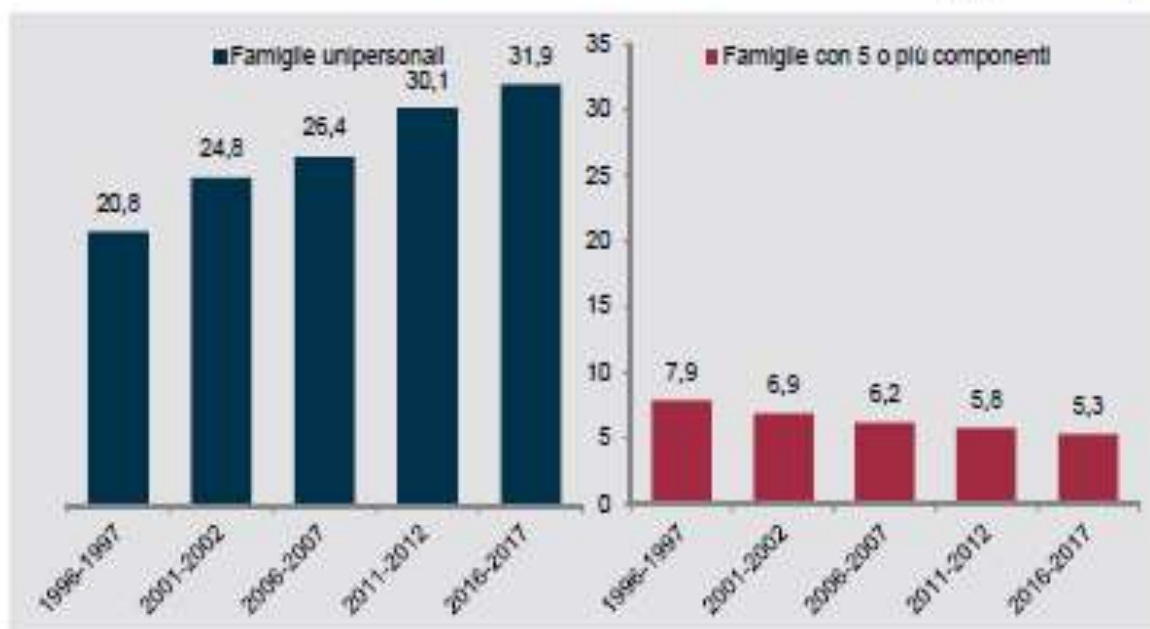


Stime di evoluzione della popolazione

Il contesto

Transizione sociale

Figura 3.3 Famiglie unipersonali e con 5 o più componenti
Medie 1996-1997, 2001-2002, 2006-2007, 2011-2012 e 2016-2017 (a); per 100 famiglie



Fonte: Istat, Indagine multiscopo "Aspetti della vita quotidiana" (R)

(a) Fino al 2003 l'indagine è stata condotta nel mese di novembre. Nel 2004 l'indagine non è stata effettuata e a partire dal 2005 viene effettuata nel mese di febbraio. Gli indicatori relativi agli anni 2011-2014 sono stati aggiornati in conseguenza del ricalcolo della popolazione in base ai dati del censimento 2011.

Vulnerabilità sociale



TRANSIZIONE SOCIALE

Conseguenze in termini di bisogni di salute

L'indagine 2018 di Italia Longeva fa il punto su alcune tendenze evolutive nazionali, sottolineando:

- il progressivo e costante aumento della numerosità dei casi presi in carico nelle cure domiciliari vere e proprie (+41% tra il 2014 e il 2017), a fronte di una stabilità dell'ADI prestazionale (pur con qualche oscillazione, i valori 2017 sono analoghi a quelli 2014);
- la costante crescita del numero di anziani assistiti a domicilio in termini assoluti (+86% nel periodo in questione per gli ultrasessantacinquenni e +44% per gli ultrasessantacinquenni);
- una crescente diffusione di questo servizio rispetto alla popolazione anziana (ad esempio la quota di popolazione ultrasessantacinquenne servita sarebbe passata dall'1,8% del 2014 al 3,2% del 2017).

A fronte di un bisogno di salute crescente, C'è un reale potenziamento di questo *setting* assistenziale??

L'assistenza domiciliare e il MMG: la voce degli assistiti



Cosa dicono i cittadini



L'assistenza domiciliare e il MMG: la voce degli assistiti

Assistenza territoriale

Percentuale al **14,9%** nel 2017 (era il 13,9% nel 2016)



Fonte: XXI Rapporto PIT Salute 2016 - Città di Venezia



XXI Rapporto PIT Salute

Tra attese e costi,
il futuro della salute in gioco

SINTESI DEI PRINCIPALI RISULTATI

L'assistenza domiciliare e il MMG: la voce degli assistiti

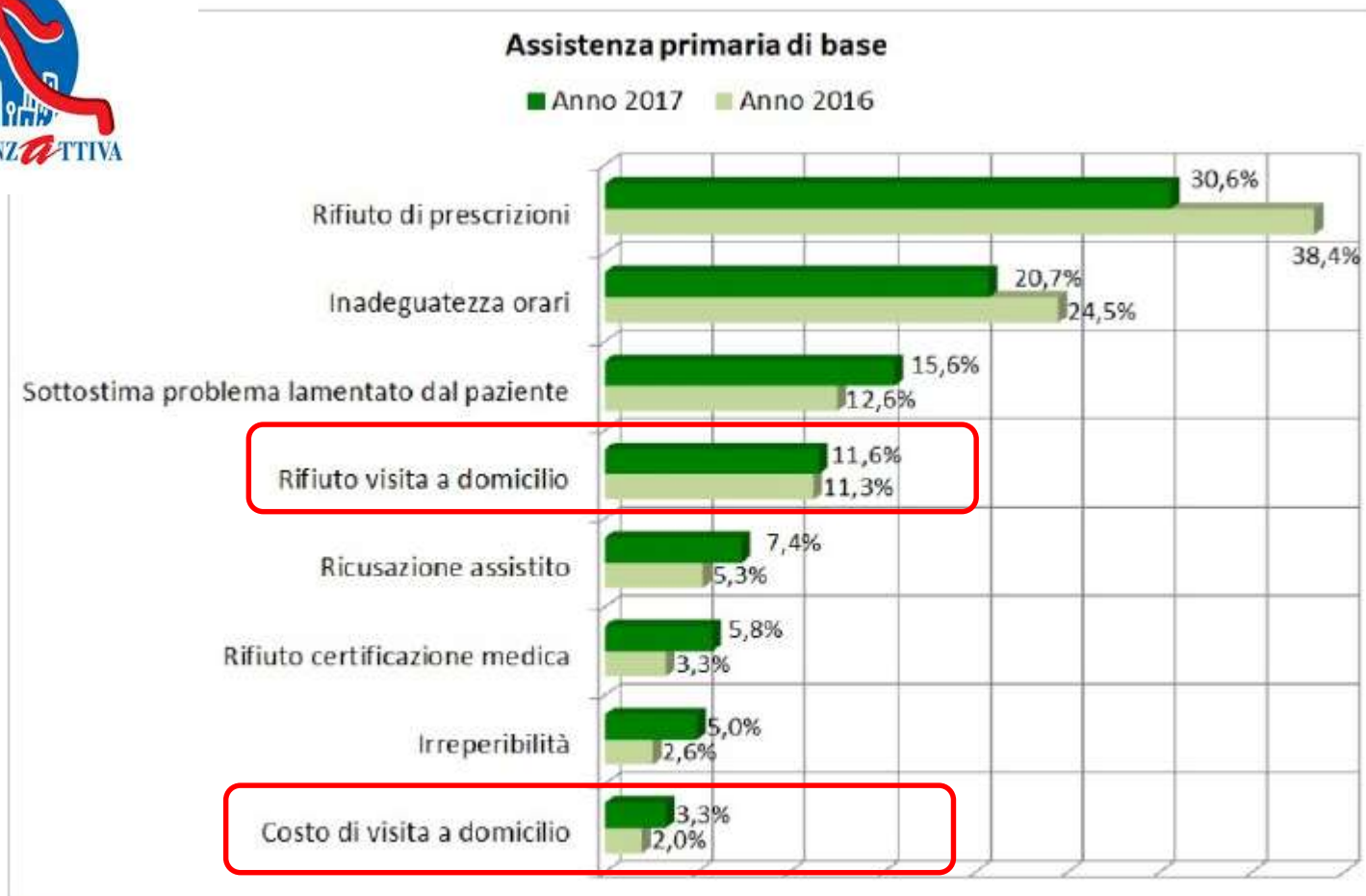


Fig. 2 - Assistenza primaria di base

Fonte: XXI Rapporto PiT Salute 2018 – Cittadinanzattiva

L'assistenza domiciliare e il MMG: la voce degli assistiti



o invalidità – e quelle sui **costi di visita a domicilio**, che passano dal **2% del 2016 al 3.3% del 2017**. Riguardo quest'ultima voce, è opportuno ricordare come le visite e, in generale, le prestazioni del Medico di Famiglia richiedano il pagamento della prestazione solo se sono erogate in orari e in giorni extra rispetto a quelli stabiliti dalla normativa o dalle eventuali indicazioni ASL.

I cittadini lamentano anche il costo eccessivo delle **visite domiciliari**, soprattutto quando queste ultime vengono effettuate dal Medico di famiglia fuori dagli orari di attività. È legittimo che il Medico, in tali situazioni, applichi tariffe private per il proprio compenso, ma proprio tale atteggiamento espone i cittadini al rischio di pagamenti troppo onerosi e collegati a prestazioni che non risentono di particolari condizioni di urgenza o gravità. I dati restituiti dalla rilevazione, per questa tematica, fanno riferimento al **1,5%** nel 2017 e al **1,1%** nel 2016.

Si riferisce sempre al sistema delle contribuzioni al servizio pubblico anche la voce che

generalmente il Medico di famiglia. Altro dato che segna un trend in crescita fa riferimento al **rifiuto delle visite a domicilio**, il **11.3%** del 2016 passa al **11.6%** del 2017, in questo caso il presupposto fondamentale si basa sul fatto che il paziente non trasportabile a studio, la prestazione è gratuita e se il paziente telefona entro le ore 10, la visita può essere effettuata entro le ore 12 del giorno successivo ; nel caso in cui il paziente preferisce essere visitato a casa il medico può chiedere un compenso. L'aumento della segnalazioni deriva dal fatto che i disagi segnalati sono una conseguenza diretta dell'aumento delle patologie croniche e l'aspettativa di vita per cui il numero degli anziani è in aumento così come è in aumento il numero degli anziani con più patologie croniche che di fatto no comportano una disabilità grave da compromettere in maniera definitiva i movimenti e quindi da renderli intrasportabili ma che incidono negativamente sulla possibilità di muoversi agevolmente e/o camminare e recarsi allo studio del medico, inoltre si tratta nella maggioranza dei casi di persone, anziane o disabili, che vivono da soli e non hanno la possibilità nemmeno di essere accompagnati o supportati anche solo per una prescrizione medica.



L'assistenza domiciliare in italia: emblema dell'assistenza territoriale

Alcuni esempi:

- Tanti servizi, tanti professionisti, tanti contratti
- Scarsa collaborazione e scarso dialogo
- Estrema frammentazione (verticale e orizzontale)
- I bisogni di salute delle persone messe in secondo piano rispetto a interessi di parte (categoria, amministrazione, burocrazia)

Ridefinire il ruolo del MMG

Medico di Medicina Generale

STRUTTURALMENTE e FUNZIONALMENTE
isolato

Medico di Medicina Generale

STRUTTURALMENTE, FUNZIONALMENTE e
CULTURALMENTE
integrato

In un sistema di Cure Primarie di qualità

Considerazioni

- ✓ UN'ASSISTENZA A DOMICILIO PRESENTA INNUMEREVOLI LATI POSITIVI
- ✓ L'ASSISTENZA DOMICILIARE E' PARTE INTEGRANTE E COSTITUTIVA DEL RUOLO DEL MEDICO DI CURE PRIMARIE ED E' UNA COMPONENTE ESSENZIALE DELLA SUA FORMAZIONE
- ✓ L'ASSISTENZA A DOMICILIO, IN TUTTE LE SUE FORME, RIENTRA NEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

Tuttavia...

- ✓ SONO EVIDENTI LE CRITICITA' DEL MODELLO ORGANIZZATIVO ATTUALE
- ✓ C'E' UN'ECESSIVA FRAMMENTAZIONE E SCARSA INTEGRAZIONE (SERVIZI, PROFESSIONISTI)
- ✓ IL FUTURO DELLE CURE PRIMARIE TERRITORIALI SARA' FORTEMENTE INFLUENZATO DAL FUTURO DELLA MG

Conclusione

- ✓ PER RIDEFINIRE E VALORIZZARE IL RUOLO DEL MMG E DI CURE PRIMARIE E' NECESSARIO RIPENSARE A NUOVI MODELLI ORGANIZZATIVI E CONTRATTUALI
- ✓ ANDARE VERSO UNA COMPREHENSIVE PRIMARY HEALTH CARE
- ✓ SENZA UN RINNOVAMENTO CORAGGIOSO CHE RIMETTA AL CENTRO I BISOGNI DI SALUTE E LE CURE PRIMARIE IL SSN VERRA' TRAVOLTO DAI CAMBIAMENTI EPOCALI IN ATTO



2018 PRIMARY HEALTH CARE
NOW MORE THAN EVER

- Campagna italiana per un nuovo modello di Cure Primarie -

<https://2018phc.wordpress.com/>

GRAZIE!