

La collaborazione tra i MMG e la rete dei PS-DEA

La riorganizzazione delle cure primarie nel contesto della medicina di territorio
Dott.Fabio Lucchetti



Introduzione

Un servizio sanitario nazionale e regionale con le caratteristiche di universalità, uguaglianza, equità e globalità fonda la sua essenza **sulla sostenibilità** e conseguentemente **sull'equilibrio di bilancio**

L'appropriatezza nell'uso delle risorse è l'unica strada percorribile per cogliere l'obiettivo della sostenibilità ed il soddisfacimento dei bisogni. Per perseguire questo obiettivo occorre **spostare la cura delle patologie**, in particolare quelle croniche, **dall'ospedale al territorio** dove ormai è provato che una loro gestione, a parità d'efficacia, è sicuramente meno dispendiosa e più gradita da parte dei cittadini.

Introduzione

Mettere in grado il territorio di operare aumentando la sua capacità di **intercettare, prendere in carico** e dare **risposta ai bisogni assistenziali** dei cittadini.

OBIETTIVI:

- Contribuire ad aumentare i **livelli d'integrazione** con i professionisti sia territoriali che ospedalieri,
- Partecipare al **governo clinico** dell'Azienda Sanitaria.

STORIA DELLA MEDICINA GENERALE

Negli anni '50 in Italia nasce la **Medicina Generale Mutualistica** (sostituisce le cure primarie organizzate intorno alle condotte mediche)

Variabilità in Europa:

Sistema Mutualistico (Olanda, Germania)

Medici di Famiglia dipendenti del Servizio Sanitario, operano in centri sanitari paraospedalieri (Spagna, Portogallo, Grecia, Paesi Scandinavi)

Modello Inglese del Gatekeeper che prevede una creazione di una lista di pazienti per ciascun medico. (modello adottato in Italia nel 1978: medici generici mutualistici evolvono in Medici di Medicina Generale)



STORIA DELLA MEDICINA GENERALE

In Italia la **Medicina Generica** nasceva per compensare le insufficienze del sistema ospedaliero e dei servizi sanitari del dopoguerra,
Sviluppava negli anni anche le funzioni basilari dell'**assistenza domiciliare, delle vaccinazioni non obbligatorie, dell'assistenza alle cronicità** e si faceva carico dell'**interfaccia** con l'ospedale con il distretto e con la medicina specialistica;
Il **Sistema Ospedaliero Italiano** compensava l'inefficienza e la limitatezza delle cure primarie attraverso una pletora di piccoli ospedali e posti letto che prolungavano la degenza per sopperire alla **carenza di assistenza a domicilio e di assistenza agli anziani, di lungodegenza e servizi domiciliari.**

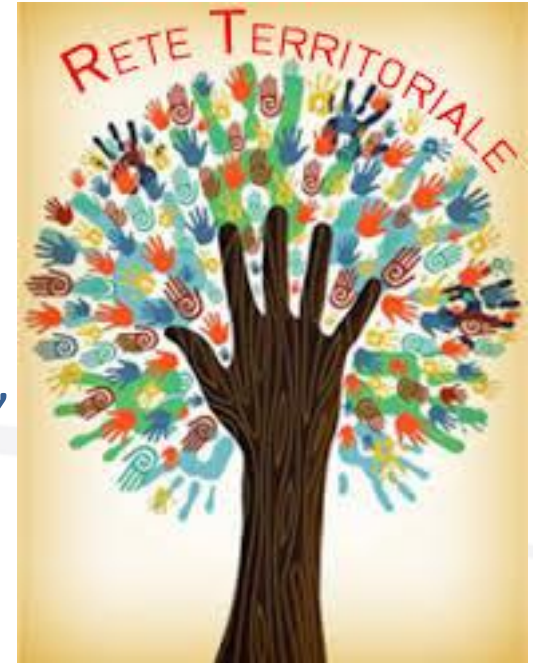
RIORGANIZZAZIONE DELLA MEDICINA GENERALE

imprescindibile da:

- **approccio olistico** alla persona
- l'univocità e la insostituibilità del **rapporto di fiducia medico-paziente**,
- l'utilità di mantenere la **capillare diffusione sul territorio degli studi dei MMG**, anche in un'ottica di **medicina di prossimità** e la modalità ordinaria on demand (**medicina di attesa**) di organizzazione del lavoro del medico di famiglia per dare risposte al cittadino quando questi avverte ed esplicita il suo bisogno di salute.

RIORGANIZZAZIONE DELLA MEDICINA GENERALE

Graduale **superamento dello studio Individuale** del medico di Assistenza Primaria, in favore di **forme sempre più Aggregate ed integrate** di organizzazione, rivolte anche ai medici di continuità Assistenziale ed agli specialisti ambulatoriali, che consentano con adeguati requisiti anche logistici, la risposta ai bisogni di salute dei cittadini per 24 ore, 7 giorni la settimana.



OBIETTIVI

- Una più appropriata erogazione dei servizi,
- l'efficace continuità dell'assistenza,
- la presa in carico dei pazienti,
- una più incisiva attività di promozione e di educazione alla salute per i cittadini,
- l'erogazione di attività specialistiche,
- la riduzione delle liste d'attesa,
- l'attivazione dei percorsi assistenziali,
- una più efficace integrazione socio sanitaria,
- riduzione degli accessi impropri al P.S,
- valorizzazione di tutte le componenti sanitarie del sistema territoriale

OBIETTIVI

Realizzazione delle **Aggregazioni Funzionale Territoriali (AFT)**, che rappresentano il team funzionale monoprofessionale, delineando anche le nuove modalità di lavoro di un MMG a “ruolo unico” rispetto al quale ogni singolo MMG svolgerà sia attività fiduciaria sia attività oraria,



OBIETTIVI

Dotare le AFT di una “**rete**” clinica di condivisione dei dati dei cittadini, in grado di interfacciarsi e interagire con le reti delle aziende sanitarie andando a costituire l’ossatura del Sistema Informativo aziendale e regionale.

OBIETTIVI

Organizzare strutturalmente i MMG delle AFT **anche in sedi comuni**, dotandoli di **personale di studio** appositamente formato a supportare il MMG nella sua attività, compresa la nuova modalità di medicina di iniziativa e quindi con profilo professionale che preveda sia **competenze tecnico-organizzative** sia **competenze socio-assistenziali** quale è la nuova figura dell'assistente di studio “medico di famiglia”.

Dotare le AFT anche di **tecnologia diagnostica di primo livello**, in cui la strumentazione sia in grado di colloquiare con il cloud della rete clinica di AFT e di supportare un'attività di consulenza specialistica, anche in modalità di telemedicina

OBIETTIVI

Lo scenario professionale di prospettiva prevede quindi la creazione di unità di Medicina Generale:

monoprofessionali (AFT) dove confluiscano i medici di assistenza primaria e di continuità assistenziale,

Multiprofessionale (UCCP) dove confluiscano anche altre figure professionali quali medici specialisti ambulatoriali, assistenti sociali, etc.



RI-ORGANIZZAZIONE:

tutte le figure professionali attive nell'AFT e/o nell'UCCP, contribuiscono all'attivazione di una rete assistenziale sanitaria continuativa integrata con:

- il Distretto;
- il Dipartimento di Cure Primarie dell'Azienda Sanitaria Locale;
- il Servizio di Emergenza Territoriale 118;
- gli Ospedali con i quali condividono i PDTA (migliorando la lunghezza e qualità delle liste di attesa) e la consultabilità di specialisti in urgenza differita;
- i Medici Specialisti Ambulatoriali (MSA) con i quali condividono i PDTA (migliorando la lunghezza e qualità delle liste di attesa);
- le Strutture di Lungodegenza;
- i Servizi di Riabilitazione;
- i Servizi Socio-Assistenziali;
- le Farmacie;
- la rete informale delle badanti;
- le diverse reti di volontariato.



RI-ORGANIZZAZIONE:

È opportuno ricordare che la Medicina Generale e i DEA ospedalieri sono gli unici punti di accesso al Servizio Sanitario Nazionale/Regionale senza limiti di età, sesso, reddito, patologia, religione e **prossimamente** anche senza limiti di tempo.



ORGANIZZAZIONE DELLE AFT

L'attività dei medici delle **AFT** è distinta in due tipologie:

ATTIVITA' DI TIPO FIDUCIARIO (connessa alla scelta del cittadino, sulla base di un rapporto di fiducia nei confronti del singolo professionista).

ATTIVITA' DI TIPO ORARIO (non direttamente connesse alla scelta da parte del cittadino). Negli orari diurni può essere indirizzata alla presa in carico di assistiti ricoverati in reparti di cure intermedie e nei ricoveri temporanei a bassa intensità assistenziale, per il supporto dell'assistenza ai pazienti in dimissione complessa, per l'assistenza ai cittadini nelle fasi terminali della vita (in particolare pazienti oncologici) ed in tutte quelle attività che hanno lo scopo di evitare ricorsi impropri agli ospedali ed in particolare al DEA.

IL COORDINATORE

- Indica ed organizza le riunioni dei medici facenti capo all'AFT, rapportandosi con il personale aziendale;
- Conduce e coordina gli incontri a carattere organizzativo e/o clinico all'interno della AFT;
- Rappresenta i medici dell'AFT nei rapporti con gli ospedali di riferimento, con la Zona-Distretto e con l'Azienda;
- E' garante per la parte medica dell'attuazione dei percorsi di presa in carico all'interno dell'AFT del paziente con bisogni complessi;

IL COORDINATORE:

- Garantisce all'interno dell'AFT la discussione del budget, inteso come la definizione degli obiettivi assistenziali e delle risorse necessarie al loro raggiungimento;
- Concorda la partecipazione della AFT alle campagne di prevenzione collettiva;
- Deve concordare percorsi finalizzati a favorire il passaggio diretto di cittadini che necessitano di assistenza di secondo livello dall'assistenza erogata in AFT al reparto ospedaliero di riferimento, senza passare attraverso il DEA.

SERIE DI INDICATORI DI MONITORAGGIO NELL'AFT:

Accessibilità

Continuità

Completezza

Coordinazione



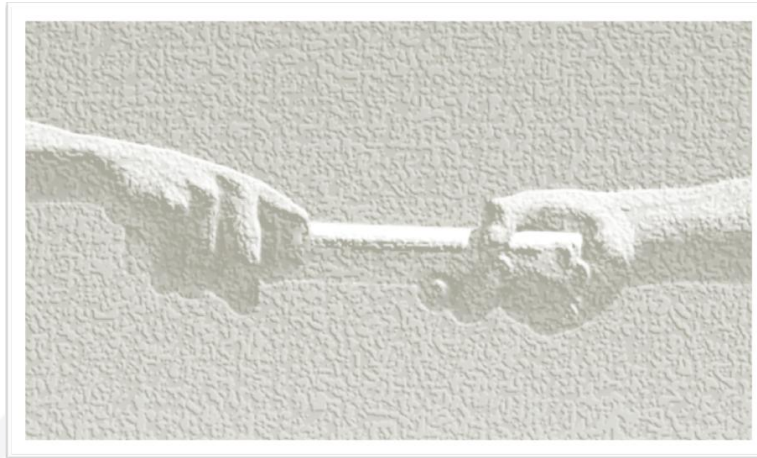
ACCESSIBILTA'



Criterio che valuta un servizio come:

- conosciuto,
- fidato,
- appropriato al tempo e nel luogo in cui il bisogno si manifesta,
- senza barriere.

CONTINUATIVITA'



Criterio che valuta un servizio come:

- presa in carico del paziente ai diversi livelli della rete assistenziale tra territorio ed ospedale
- Indirizza il paziente verso il tipo di servizio che effettivamente risponde alle sue esigenze senza interrompere l'assistenza

COMPLETEZZA



Criterio di valutazione che definisce il servizio:

- Capace di gestire la maggior parte dei problemi di diagnosi, cura, riabilitazione e prevenzione e i loro aspetti multidimensionali

COORDINAZIONE



Criterio che valuta un servizio come:

- Capace di coordinarsi con i livelli esterni alla AFT anche quando non formalmente integrati

STRUMENTI NECESSARI ALL'AFT PER RISPONDERE ALLA DOMANDA ACUTA E CRONICA H12/H24

la quantità e la complessità del lavoro svolto quotidianamente è tale da rendere indispensabile per una AFT, che voglia essere in grado di **reggere nel tempo** questa sfida professionale, di **dotarsi di strumenti** (soprattutto servizi, risorse e assetti organizzativi) in grado di creare, mano a mano che vengono apportati al gruppo, non solo economie di scala ma anche effetti sinergici sulla erogazione delle due tipologie di servizi che è chiamata ad erogare: **servizi di medicina di attesa (on-demand)** e **servizi di medicina d'iniziativa (proattivi)** rivolti prevalentemente alla cronicità/fragilità.

STRUMENTI NECESSARI ALL'AFT/UCCP PER RISPONDERE ALLA DOMANDA ACUTA E CRONICA H12/H24

1. Rete telefonica fissa (con possibilità anche di un numero unico di accesso al gruppo);
2. Rete telefonica mobile;
3. Rete LAN/WAN con dati in cloud
4. Sito internet almeno informativo, meglio se in grado di fornire servizi;
5. Infrastruttura ICT di Patient Relation Management connesso con gestionale clinico condiviso;
6. Sede fisica principale e sedi periferiche;
7. Servizio di prelievi domiciliari giornaliero;
8. Servizio di ricezione e stampa dei referti giornaliero;
9. Servizio di prenotazione degli appuntamenti con MMG o Infermiere o segretaria;

STRUMENTI NECESSARI ALL'AFT/UCCP PER RISPONDERE ALLA DOMANDA ACUTA E CRONICA H12/H24

- 10. Servizio di prenotazione CUP/sovraCUP
- 11. Servizio di prenotazione appuntamenti specialisti ospedalieri per urgenze differite;
- 12. Servizio di posta interna per prescrizioni croniche
- 13. Servizio di point-of-care testing giornaliero;
- 14. Ambienti per le prestazioni non differibili H12/18/24 con inserimento MCA in AFT, in collaborazione con 118 e DEA
- 15. Ambienti per la gestione del Diabete/Rischio Cardiovascolare;
- 16. Ambienti per la Gestione della TAO;
- 17. Ambienti per l'Assistenza infermieristica ambulatoriale giornaliero;
- 18. Organizzazione della prestazioni domiciliari

LE AFT possono:

Aggregare i MMG per funzioni ed obiettivi

Migliorare la adesione ai PDTA

Misurare le attività fiduciarie

Uniformare comportamenti prescrittivi

Erogare i LEA in maniera omogenea

Favorire l'adesione alle campagne vaccinali, agli screening

Consolidare il sistema fiduciario

LUOGHI COMUNI DA SFATARE

- ABBANDONARE IL PROPRIO STUDIO
- PERDERE IL LEGAME FIDUCIARIO CON L'ASSISTITO
- OBBLIGARE IL MMG AD EROGARE L'APERTURA DELLO STUDIO PER 12 ORE AL GIORNO
- PERDERE LE INDENNITA' LEGATE AI PROPRI FATTORI DI PRODUZIONE

CONCLUSIONI

Abbiamo la crescente consapevolezza di essere giunti al **completamento di un ciclo dell'organizzazione sanitaria** del nostro Paese iniziato trent'anni fa.

Tale ciclo presuppone oggi aggiustamenti e interventi di razionalizzazione sia sul piano della **revisione del modello organizzativo delle cure ospedaliere**, sia di una **parallela radicale riforma della Medicina Generale**.



CONCLUSIONI

Nel sistema delle cure primarie occorre, quindi, avviare **sperimentazioni gestionali** che consentano di **tarare** modellistiche fortemente orientate alle esperienze e alle visioni locali, ma ispirate al principio del **lavoro in associazione**, alla **condivisione del lavoro clinico**, alla **non duplicazione delle funzioni**, all'investimento in conto capitale finalizzato a **destinare risorse strutturali, tecnologiche e umane** di cui la Medicina Generale e le cure primarie hanno forte carenza.

CONCLUSIONI

Le cure primarie devono essere in grado di **farsi carico di tutti i bisogni e i fabbisogni del territorio, del domicilio e delle persone** nella loro condizione comune di esistenza e di lavoro. Un sistema di tal genere fonda il proprio successo su una **potente infrastruttura informativa** in grado di riconoscere, valutare e premiare l'eccellenza nel raggiungimento degli obiettivi tra gruppi di cura e professionisti diversi all'interno delle unità di cura.

Le cure primarie evolvono dunque verso un modello che abbandoni la marginalità approssimativa dell'intervento e si doti di tutte le complessità necessarie a **garantire in maniera efficace la salute dei cittadini.**

Grazie per l'attenzione

