

Riorganizzazione dell'assistenza primaria e continuità nei percorsi di cura: costruire valide alternative al ricovero ospedaliero

Le opportunità della “riforma Balduzzi”

Romano Paduano, MMG



**Continuità dell'assistenza:
i percorsi di cura e l'integrazione sociosanitaria tra riordino
del SSR Friuli Venezia Giulia, riforma Balduzzi e nuovi LEA
Trieste 8 febbraio 2013**

Cosa si può/deve fare?

- **ridefinire la funzione ospedaliera**
- **consolidare un modello territoriale di risposta e presa in carico H24.**

Consolidare il modello territoriale: le due colonne portanti

- individuare e potenziare tutte le **modalità assistenziali extra-ospedaliere** per quei pazienti che oggi accedono impropriamente all'ospedale per acuti
- sviluppare la **Sanità di iniziativa**, quella che non aspetta il paziente sulla porta dell'ospedale, ma che gli va incontro, assumendo il bisogno di salute prima dell'insorgere della malattia, o prima che essa si manifesti o si aggravi, prevedendo e organizzando le risposte assistenziali adeguate.

Progettare un nuovo sistema di erogazione

Trasformazione del sistema

- da **reattivo** (principalmente fornisce risposte ai malati)
- a **proattivo** (focalizzato sul mantenimento della salute)

Progettare un nuovo sistema di erogazione

L'organizzazione del team

- La struttura del team assistenziale (medici di famiglia, infermieri, educatori) deve essere profondamente modificata separando l'assistenza ai pazienti acuti dalla gestione programmata ai pazienti cronici.
- I medici trattano i pazienti acuti, intervengono nei casi cronici difficili e complicati, e formano il personale del team.
- Il personale non medico è formato per supportare l'auto-cura dei pazienti, per svolgere alcune specifiche funzioni (test di laboratorio per i pazienti diabetici, esame del piede, etc.) e assicurare la programmazione e lo svolgimento del follow-up dei pazienti.

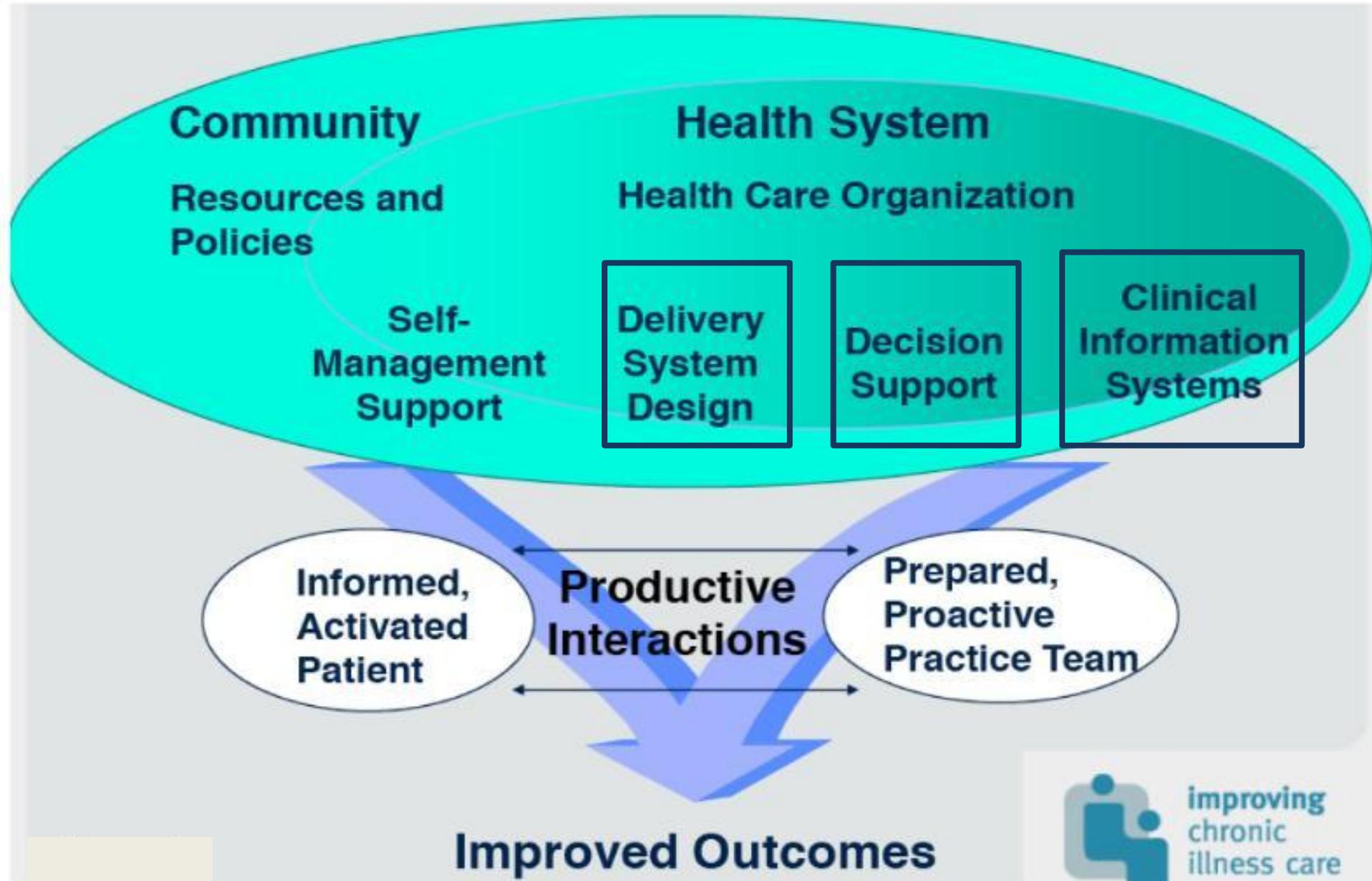
Il supporto alle decisioni

- Utilizzo di Linee Guida EB per la definizione di PDTA da utilizzare nella pratica clinica quotidiana
- Condivisione di PDTA ed informazioni con i pazienti per rinforzarne l'adesione
- **Formazione permanente di qualità**
- Integrazione tra le competenze specialistiche e le cure primarie

Il supporto informatico

- **Funzione clinica**
 - Condivisione delle informazioni
 - Strumenti di allerta per medici e pazienti
 - Programmazione di ogni singolo piano di cura
 - Monitoraggio delle performance
- **Funzione organizzativa**
 - Programmazione per il SSR
 - Valutazione delle attività

CHRONIC CARE MODEL



Conversione in legge del
decreto-legge 13 settembre 2012,
n. 158, recante disposizioni urgenti per
promuovere lo sviluppo del Paese
mediante un più alto livello di tutela
della salute (5440-A/R)

Articolo 1

*Riordino dell'assistenza territoriale e
mobilità del personale delle aziende
sanitarie*

Progettare un nuovo sistema di erogazione

Art1,1. Le regioni definiscono l'organizzazione dei servizi territoriali di assistenza primaria promuovendo l'integrazione con il sociale, anche con riferimento all'assistenza domiciliare, e i servizi ospedalieri, al fine di migliorare il livello di efficienza e di capacità di presa in carico dei cittadini, secondo modalità operative che prevedono forme organizzative monoprofessionali, denominate **aggregazioni funzionali territoriali**, che condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, *audit* e strumenti analoghi,

Progettare un nuovo sistema di erogazione

1. ... nonché forme organizzative multiprofessionali, denominate **unità complesse di cure primarie**, che erogano, in coerenza con la programmazione regionale, prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei medici, delle altre professionalità convenzionate con il Servizio sanitario nazionale, degli infermieri, delle professionalità ostetrica, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria.

Progettare un nuovo sistema di erogazione

1. ... In particolare, le regioni disciplinano le unità complesse di cure primarie privilegiando la costituzione di **reti di poliambulatori territoriali** dotati di strumentazione di base, **aperti al pubblico per tutto l'arco della giornata**, nonché nei giorni prefestivi e festivi con idonea turnazione, che operano in coordinamento e in collegamento telematico con le strutture ospedaliere.

Progettare un nuovo sistema di erogazione

h) prevedere che l'accesso al **ruolo unico** per le funzioni di medico di medicina generale del Servizio sanitario nazionale avvenga attraverso una graduatoria unica per titoli...

Il supporto alle decisioni

b-bis) ... adottando forme organizzative monoprofessionali, denominate aggregazioni funzionali territoriali, che **condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, *audit* e strumenti analoghi**, nonché forme organizzative multiprofessionali, denominate unità complesse di cure primarie, che erogano prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei professionisti delle cure primarie e del sociale a rilevanza sanitaria tenuto conto della peculiarità delle aree territoriali ...

Il supporto informatico

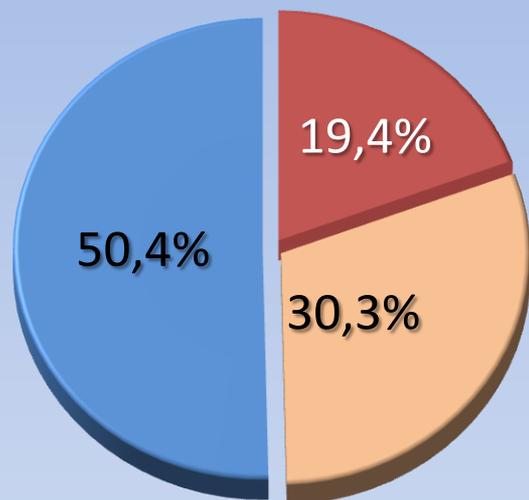
1. Le regioni, avvalendosi di **idonei sistemi informatici**, assicurano l'adesione obbligatoria dei medici all'assetto organizzativo e al sistema informativo nazionale, compresi gli aspetti relativi al sistema della tessera sanitaria, secondo quanto stabilito dall'articolo..., nonché la partecipazione attiva all'applicazione delle procedure di trasmissione telematica delle ricette mediche.

Ma ...
in pratica?



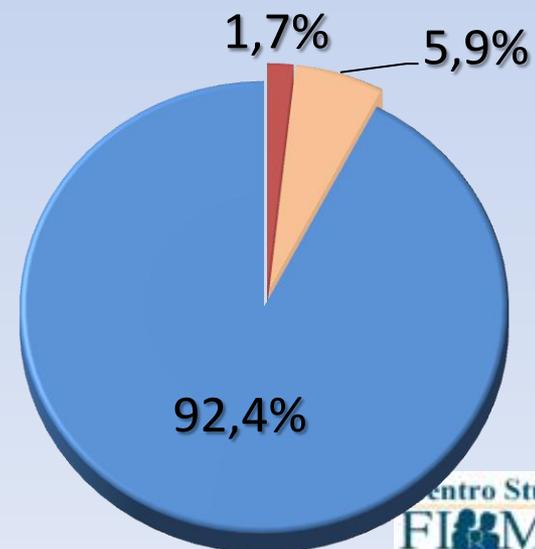
I MMG e il CAMBIAMENTO: "SUBIRE" o "PROPORRE" ?

RITIENI CHE I MMG **DEBBANO ADATTARSI** AGLI EVENTUALI CAMBIAMENTI ANCHE SE QUESTI DOVESSERO COMPORTARE L'ABBANDONO DI POSIZIONI TRADIZIONALI ?



■ No ■ Forse ■ Sì

RITIENI CHE I MMG **DEBBANO PROPORRE SOLUZIONI** ED IPOTESI DI ASSETTO ADEGUATE PER LE ESIGENZE DEL SISTEMA, MA ANCHE COERENTI CON LA VISIONE CHE I MEDICI HANNO DEL SSN?





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.



REGIONE TOSCANA
GIUNTA REGIONALE

Accordo Integrativo Regionale 2012

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

Occorre attuare una **profonda riorganizzazione** di tutta l'assistenza territoriale e in particolare della **medicina generale**, che di essa ne è la parte determinante.



La medicina generale:...

- deve essere inserita al centro del Servizio Sanitario Toscano,
- deve contribuire ad aumentare i livelli d'integrazione con i professionisti sia territoriali che ospedalieri,
- deve contribuire ad elaborare e far propri gli obiettivi sia professionali che economici dell'Azienda Sanitaria d'appartenenza,
- deve diminuire la sua variabilità professionale, legata all'inquadramento libero professionale,
- deve partecipare al governo clinico dell'Azienda Sanitaria.



L'attività dei medici nella AFT

- **1. Attività di tipo fiduciario**
 - Connesse alla scelta del cittadino, sulla base di un rapporto di fiducia nei confronti del singolo professionista.
- **2. Attività di tipo orario**
 - Attività non direttamente connesse alla scelta da parte del cittadino, ma necessarie a supportare l'assistenza fiduciaria e a realizzare attività assistenziali comuni a tutta la popolazione della AFT, comprese alcune funzioni attualmente svolte dai medici della Medicina dei Servizi.



Unità Complessa di Cure Primarie (UCCP)

4.1. Definizione

L'UCCP è un'aggregazione strutturale multi-professionale di cui fanno parte i Medici di Medicina Generale insieme ad altri operatori del territorio, sanitari, sociali ed amministrativi che opera, nell'ambito dell'organizzazione distrettuale, in sede unica o con una sede di riferimento.

4.2. Obiettivo generale

L'obiettivo generale è quello di svolgere in maniera integrata tutte quelle attività utili ad affrontare prima di tutto la cronicità in tutte le sue varianti. La sede unica consentirà di offrire sul territorio una sede riconoscibile per le necessità assistenziali dei cittadini.



REGIONE DEL VENETO

Deliberazioni della Giunta Regionale N. 1510 del 31 luglio 2012

Le azioni da avviare riguardano la messa in rete del sistema d'offerta, l'informatizzazione dell'intero percorso assistenziale, la presa in carico dell'assistito, la valutazione del bisogno e la definizione del progetto assistenziale individuale (PAI).

L'Ospedale viene identificato come luogo deputato alla cura dell'acuzie e dell'immediata post acuzie, mentre la tutela della salute dei cittadini nel rispetto dei LEA, con particolare riguardo alla gestione della cronicità, delle malattie oncologiche e dei pazienti fragili, viene affidata all'organizzazione dell'assistenza territoriale: ciò richiede, da un lato, di ridefinire la funzione ospedaliera e, da un altro, di consolidare un modello territoriale di risposta e presa in carico H24.



REGIONE DEL VENETO

Deliberazioni della Giunta Regionale N. 1510 del 31 luglio 2012

- La Rete assistenziale distrettuale è composta dalle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) che rappresentano il modello organizzativo funzionale di riferimento per una popolazione di circa 30.000 persone, e sono costituite da medici convenzionati e da altri operatori sanitari ed amministrativi.



REGIONE DEL VENETO

Deliberazioni della Giunta Regionale N. 1510 del 31 luglio 2012

Il Sistema realizza i seguenti obiettivi:

- persegue il coordinamento funzionale con i servizi e le attività del Distretto di riferimento mediante i medici di assistenza primaria, i medici della continuità assistenziale, gli specialisti convenzionati e altri operatori socio-sanitari;
- si rapporta, oltre che con il Distretto, con l'Ospedale e gli altri poli della rete integrata;
- realizza un processo organizzativo che garantisce l'assistenza sanitaria di base e la diagnostica di 1° livello, realizzando la continuità assistenziale 24 ore su 24, 7 giorni su 7;
- si integra con i servizi sanitari di secondo e terzo livello con particolare attenzione ai pazienti cronici;
- utilizza, in particolar modo nelle località logisticamente disagiate, gli strumenti della telemedicina per la gestione del paziente;
- utilizza supporti tecnologici ed informativi in grado di collegare tra loro i professionisti che vi operano e di scambiare dati con i poli di riferimento;
- sviluppa la medicina d'iniziativa al fine di promuovere la prevenzione, l'educazione e l'informazione sanitaria e l'empowerment del paziente.



E in FVG ?

- Nuovo sistema di erogazione
 - + Presenza consolidata di forme associative (reti, gruppi, GTO), di progetti aziendali sulla prevenzione e cronicità
 - **Difficoltà normative ed economiche**
- Supporto alle decisioni
 - + Consuetudine alla formazione distrettuale, aziendale, regionale e alla produzione e condivisione di PDTA
 - **Ceformed in fase di ristrutturazione**
- Supporto informatico
 - + Buoni livelli di informatizzazione
 - **“Buchi neri” nelle linee dati**



Si
può....
faaare!