

LE
CURA
SANITARIO
TUTELA RISORSE
SINERGIA
ASSETTO SALUTE
MANAGEMENT
TELE-CARE TELE-HEALTH
CAMBIAMENTO
DISTRETTO MEDICINA
OSPEDALE SANITARIO MMG
SISTEMA RICOVERO CITTADINO
ASSETTO ORGANIZZATIVO
TERRITORIO ASSISTENZA RISCHIO
CURE PRIMARIE
RISORSE GESTIONE PAZIENTE ORGANIZZAZIONE
TUTELA CLINICAL GOVERNANCE **SSN**
CURA SINERGIA SISTEMI INFORMATIVI **SOSTENIBILE** MEDICINA
APPROCCIO INTEGRATO GESTIONE RISORSE
SANITARIO **NEL NUOVO** CURA TERRITORIO
ASSETTO ORGANIZZATIVO
SERVIZI DISTRETTUALI **OSPEDALIERO**
FUNZIONALE TERRITORIO ASSISTENZA RISCHIO
DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE
INNOVAZIONE PERCORSO **ADEGUAMENTO**
DISEASE SISTEMA APPROCCIO
TUTELA RISORSE
SINERGIA

Pubblicazione a cura di:



Fondazione
Sicurezza
in Sanità

Documento condiviso da:

Agenas
Federsanità ANCI
FIMMG

Presentato e approvato in occasione di:

8° Forum Risk Management in Sanità
Arezzo 26-29 Novembre 2013

LE CURE PRIMARIE NEL NUOVO ASSETTO ORGANIZZATIVO E FUNZIONALE DEL SSN

- 3 *Introduzione*
- 5 Le motivazioni del cambiamento
- 7 Creazione di un Distretto funzionalmente "forte"
- 10 La riorganizzazione delle Cure Primarie
nel contesto della Medicina del Territorio

INTRODUZIONE

L'invecchiamento della popolazione, caratteristica consolidata dei paesi sviluppati, tra cui naturalmente l'Italia, sta modificando il quadro di morbilità e richiede un adeguamento delle risorse assistenziali, sia a livello clinico che organizzativo - gestionale.

La popolazione anziana, che rappresenta la fascia di popolazione a maggior rischio cronicità, era pari al 19,8% della popolazione residente nel 2006, arriverà al 23,2% nel 2020 e si attesterà ad oltre il 33% nel 2050 ("Continuità Assistenziale: dal principio alla realizzazione. Cosa insegna il disease management" L.Fioravanti, F.Span-donaro, 2007). L'aumento della popolazione anziana non influenza solamente gli aspetti economici, ma richiede un cambiamento di clinical governance: la gestione del paziente cronico obbliga il sistema ad una inversione di tendenza culturale; la storia della medicina nel XX secolo è infatti caratterizzata da una progressiva e determinante specializzazione, mentre il paziente cronico, frequentemente affetto da situazioni di comorbilità, richiede un approccio integrato e multidisciplinare.

A tale fenomeno si è tentato di dare risposta attraverso l'introduzione, recente, di norme tese a consolidare, all'interno del complesso sistema delle cure erogate sul territorio, il ruolo e la funzione del Distretto e, contemporaneamente, tese a superare l'organizzazione, a dir poco "solitaria", della medicina di famiglia e, più in generale, delle cure primarie.

Quanto sopra, a nostro avviso impone una profonda, ma anche urgente, riflessione sui nuovi assetti organizzativi (AFT, UCCP) previsti dalla L. 189/2012 e sui rapporti funzionali che questi hanno con l'organizzazione più complessiva delle attività e dei servizi distrettuali.

Nonostante emergano, da numerosi studi condotti, le potenzialità e l'interesse dei professionisti e in particolare dei MMG, alla adozione delle nuove tecnologie per i sistemi informativi (ad es. ben l'85% dei medici medicina generale accede ad internet per fini professionali almeno 1 volta al giorno!), ad oggi non è decollato in Italia il piano e-health, e la standardizzazione delle informazioni (nomenclature) che permetterebbero un'immediata trasferibilità dei dati ed un evidente vantaggio in termini di governo clinico e di migliore gestione dei servizi per la cronicità e la non-autosufficienza. Vari progetti sono in corso, alcuni assai innovativi (Nu-sa, Laboratorio Saati, programma Matrix...), ma assistiamo ancora ad una notevole eterogeneità delle soluzioni informatiche. Occorre, dunque, un nuovo forte impegno del Sistema (Regioni e Ministero) perché venga introdotto questo tema anche nel Patto per la Salute, il cui esame è ripreso, proprio in questi giorni.

La gestione delle cronicità, infine, richiede nuovi approcci per meglio garantire la Continuità delle cure e l'integrazione Ospedale-Territorio.

E', quindi, prioritario disporre di strumenti di interconnessione fra i 2 sistemi (ospedaliero e territoriale), che – come è stato ricordato – sono “2 facce della stessa medaglia”. Ampliare, dunque, l'offerta di Assistenza Domiciliare e delle Cure intermedie appare ormai non rinviabile, così come rafforzare l'impegno di tutti sui percorsi assistenziali. In tale contesto, appare essenziale un impiego più diffuso delle soluzioni tecnologiche di tele-care e tele-health (in particolare di telemonitoraggio dei pazienti fragili a domicilio) per assicurare sul territorio migliori standard di sicurezza e qualità (e prevenire il fenomeno del ri-ricovero, che - come è noto - interessa ben il 30% dei pazienti ospedalieri dopo 1 anno dalla dimissione).

Con questo documento, redatto nel corso di un'iniziativa avviata presso l'Istituto Superiore di Sanità e poi inserita nel Forum Risk di Arezzo (novembre 2013) con il contributo di molti studiosi ed esperti, e per volontà congiunta in particolare di Agenas – FIMMG Nazionale, si è inteso offrire un approfondimento e un contributo al dibattito, particolarmente fervido, sulle sinergie possibili e sulle potenzialità derivanti dal nuovo assetto delle cure primarie. Uno sforzo di sintesi, che sarà messo dell'attenzione dei vari livelli decisionali (Regioni, Ministero, Agenas) al fine di così contribuire all'avanzamento e consolidamento della Sanità sul territorio, obiettivo non più rinviabile per la tutela della salute dei nostri cittadini e per la sostenibilità del Sistema.

Enrico Desideri

LE MOTIVAZIONI DEL CAMBIAMENTO

Molteplici sono le motivazioni che spingono ad un cambiamento e riorganizzazione dell'Area delle Cure Primarie:

- **il progressivo invecchiamento della popolazione**, con un progressivo aumento dei “bisogni” sanitari e sociali;

- **l'incremento delle malattie croniche** in Italia e nel mondo, fenomeno solo in parte correlato all'invecchiamento, in larga misura connesso all'adozione di stili di vita non salubri, un'emergenza da più parti considerata lo “tsunami” della sanità. Purtroppo, in Italia il Sistema Sanitario punta ancora troppo poco -e soprattutto- in modo non uniforme, alla cura delle malattie croniche e, in questo contesto, al rafforzamento dei servizi territoriali. Il modello tradizionale dell'assistenza nel territorio non riesce ad evitare l'aggravamento, le recidive delle malattie acute e l'evoluzione verso la disabilità nei malati cronici, specie se anziani;

- **l'aumentata prevalenza della polipatologia** e della multiproblematicità non solo sanitaria nei nostri cittadini, che rende necessario un approccio sempre più complesso, articolato e multiprofessionale;

- **il progressivo modificarsi del contesto sociale**, con un aumento delle persone sole, e della povertà, aspetti che di per sé aumentano la non autosufficienza, la fragilità e la necessità di trovare figure che “si prendano cura di” a domicilio del cittadino;

- **la diminuzione delle risorse** che complessivamente possono essere allocate sul settore sanitario e su quello sociale, legate all'attuale situazione di crisi e di recessione dell'intero sistema Paese, a fronte di un trend di costante aumento di fabbisogno e di assorbimento di risorse del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) negli ultimi anni. Fattore questo che determina la necessità di un forte investimento su una medicina di iniziativa e di prossimità che raggiunga, per le malattie croniche, il risultato della compressione della morbidità in presenza di un aumento dell'aspettativa di vita, mediante azioni di prevenzione e di educazione alla correzione degli stili di vita, quale primo e irrinunciabile strumento per la sostenibilità del SSN.

La maggior parte dei bisogni sanitari e sociali dei cittadini è, dunque, legata alle malattie croniche ed alle loro conseguenze. Questi bisogni devono trovare risposta nella nuova organizzazione del territorio se vogliamo rendere equo e sostenibile il sistema.

Il modello di Sanità necessario per affrontare in maniera sostenibile l'epidemia delle malattie croniche ("non trasmissibili") deve basarsi, però, su **servizi territoriali profondamente rinnovati**, sia sul versante della programmazione, del governo, che su quello della produzione-erogazione dei servizi, per superare l'attuale modalità di lavoro prevalentemente individuale ed autoreferenziale dei vari operatori, e transitare ad un modello di lavoro in Team, che affronti la cronicità in un'ottica di medicina di iniziativa. In particolare l'equità di accesso, presupposto per l'equità di trattamento, deve essere valorizzata nei confronti delle fasce più deboli o svantaggiate della popolazione, quale anziani fragili, immigrati, cittadini in carico ai servizi sociali, nell'ambito della salute mentale e delle dipendenze.

Da quanto sopra emerge che la mission principale del territorio è quella di affrontare i bisogni correlati alla cronicità, complessità e fragilità. In tal senso, mentre si riaffermano come valori imprescindibili l'approccio olistico alla persona proprio della Medicina di famiglia, l'univocità del rapporto di fiducia medico-paziente, l'utilità di mantenere anche la capillare diffusione sul territorio degli studi dei Medici di Medicina Generale (MMG) e dei Pediatri di Libera Scelta (PLS) e la modalità ordinaria "on demand" (medicina di attesa) di organizzazione del lavoro per dare risposte al cittadino quando esprime il suo bisogno di salute, contemporaneamente si riconosce la necessità che i professionisti, che erogano i servizi, rivedano la loro organizzazione per operare in team, monoprofessionali (AFT) e multiprofessionali (UCCP). Ulteriormente occorre adeguare l'organizzazione territoriale ed ospedaliera, rivedendo l'intera filiera dei servizi, secondo il criterio dell'integrazione delle cure primarie con quelle intermedie e con l'assistenza ospedaliera, specie a bassa intensità

Tale missione può essere portata a termine attraverso una ridefinizione dell'assetto organizzativo strutturale e funzionale del Territorio.

1. CREAZIONE DI UN DISTRETTO FUNZIONALMENTE "FORTE"

L'assistenza primaria rappresenta il punto centrale dei processi assistenziali, con forti collegamenti con il resto del sistema, attraverso un ruolo cardine svolto dal Distretto.

Il "Distretto funzionalmente forte" è una struttura aziendale con ruolo organizzativo, gestionale e di facilitazione allo svolgimento delle attività sanitarie e socio sanitarie di un ambito territoriale - comunità omogenea di cittadini, ove si estrinseca la partecipazione e la governance.

Il Distretto è quindi l'ambito ove si valuta il fabbisogno e la domanda di salute della popolazione di riferimento, e riveste prioritariamente un ruolo di tutela e programmazione, rafforzando il ruolo di governance.

Le attività sanitarie e socio sanitarie territoriali integrate sono affidate, conformemente ai rispettivi Contratti o Convenzioni e come peraltro previsto dalla Legge 189/2012 (cosiddetta "Legge Balduzzi"), alle varie figure professionali del Territorio, operanti anche in team, che le svolgono assicurando un'autorevole presa in carico "over time", anche attraverso il raccordo con le attività ospedaliere (also commissioning) garantito dal Distretto ed utilizzando i vari setting assistenziali territoriali messi a disposizione dallo stesso Distretto.

Il Distretto rappresenta, in quanto interfaccia fra la ASL e la comunità, il punto di riferimento organizzativo e gestionale in grado di trasmettere ai cittadini la fiducia circa la qualità e la sicurezza dei servizi erogati nel territorio. Assicura la continuità Ospedale-Territorio e l'integrazione socio-sanitaria, e, a tal fine, adotta un sistema di obiettivi e di indicatori per valutare l'efficienza, la qualità e la sicurezza dell'assistenza erogata.

Il Distretto rappresenta, inoltre, il punto di riferimento per la rete dei vari presidi territoriali socio-sanitari, che comprendono, oltre alle attività ambulatoriali e alle cure residenziali, presidi socio-sanitari per la prevenzione e la cura di ambiti specifici (la salute mentale, le dipendenze), nonché riferimento per le cure a domicilio (ADI, cure palliative).

Il punto decisivo è che nel Distretto, relativamente alla gestione della cronicità attraverso strumenti specifici (es. CCM) si sommano le funzioni di coordinamento e gestione delle prestazioni anche specialistiche, con quelle di governo della doman-

da e valutazione dei servizi, così tutelando i bisogni e presidiando la salute della comunità di riferimento.

Un Distretto dove, alla luce della valutazione del fabbisogno e della domanda di salute (prevenzione e cura) della popolazione di riferimento, attraverso un'adeguata e condivisa pianificazione strategica, si sviluppa la gestione operativa delle attività sanitarie e socio-sanitarie del territorio di competenza. Per ottenere questo il Distretto deve essere dotato di strumenti gestionali quali la programmazione operativa (budget) e un sistema informativo socio sanitario integrato, che renda interoperabili i sistemi informativi dei Medici di Medicina Generale, degli altri Medici Convenzionati del Territorio, dell'Ospedale, e quelli delle altre strutture aziendali (laboratorio, diagnostica, ecc.).

Occorre inoltre ridefinire le responsabilità dei diversi professionisti del territorio, anche prevedendo le funzioni del personale infermieristico nell'ambito della gestione attiva delle patologie croniche, nel rispetto dei reciproci ruoli.

Nell'ambito del Distretto inoltre va identificato un profilo di salute integrato, definito unitariamente con gli enti locali.

L'integrazione sociosanitaria infatti richiede una politica programmata e un'équipe unitaria con personale dei due Ordinamenti: il Comune e il SSN, che deve far fronte ad esigenze differenziate delle persone.

Il "Distretto funzionalmente forte" svolge pertanto le seguenti funzioni:

- valuta il fabbisogno e la domanda di salute (prevenzione e cura) della popolazione di riferimento rilevata dai professionisti;

- elabora un'adeguata e condivisa pianificazione strategica (Piano integrato di salute ovvero Piano attività Territoriali) con i Comuni di riferimento per la messa a punto delle decisioni che impattano sui servizi sanitari territoriali e sulle attività sociali, al fine di assicurarne l'esecutività e l'interazione;

- sviluppa la programmazione operativa delle attività (budgeting) nel rispetto dei livelli di assistenza da garantire ai cittadini per assicurare i servizi di assistenza primaria, sia sanitari, che socio-sanitari, volti a trasmettere ai cittadini la fiducia circa la qualità e la sicurezza dei servizi erogati nel territorio, garantire continuità

Ospedale-Territorio e garantire l'integrazione socio-sanitaria;

- definisce un sistema di obiettivi e di indicatori per valutare l'efficienza, la qualità e la sicurezza dell'assistenza erogata;

- assicura lo sviluppo di iniziative di promozione/educazione alla salute e di informazione ai cittadini sulle attività svolte dai diversi livelli del servizio sanitario nazionale;

- esercita il controllo, attraverso strumenti di governo clinico, sul buon uso delle risorse, sull'appropriatezza ed equità dei percorsi assistenziali, anche introducendo audit clinici ed organizzativi;

- facilita l'accesso all'erogazione dei servizi sanitari e sociosanitari territoriali da parte dei professionisti che lavorano individualmente, ma soprattutto in team mono o multiprofessionali, al fine di garantire una risposta globale alle situazioni di bisogno e la continuità fra le diverse fasi del percorso assistenziale gestito dalle varie strutture aziendali attive nel territorio (ospedaliere, territoriali, della prevenzione), ivi incluse, ovviamente, le strutture dei medici di famiglia e dei pediatri di libera scelta, anche attraverso la messa a disposizione di strumenti a supporto;

- crea una rete di presidi territoriali socio sanitari, che comprenda al suo interno il sistema delle domiciliarità e residenzialità (RRSSAA, Hospice, Ospedali di comunità, ADI), i presidi dei servizi sociali, l'Ospedale, le strutture ambulatoriali, sia dei MMG e dei PdF, sia distrettuali, tutti intesi come "setting" necessari all'erogazione delle risposte integrate ai bisogni da parte degli operatori che lavorano in team;

- assicura il supporto alla realizzazione di un sistema informativo socio sanitario integrato, che renda interoperabili i vari sistemi informativi, dei Medici di Medicina Generale, dell'Ospedale, e quelli delle altre strutture aziendali (laboratorio, diagnostica, ecc.), nonché l'integrazione dei flussi informativi correnti (NSIS) per la conoscenza dei percorsi assistenziali del paziente cronico.

I professionisti che lavorano nel Territorio, specie operando in team monoprofessionali (AFT) o multiprofessionali (UCCP), erogano le prestazioni assistenziali socio sanitarie di loro competenza e quelle previste nei livelli di assistenza individuati nel processo di budgeting col Distretto.

2. LA RIORGANIZZAZIONE DELLE CURE PRIMARIE NEL CONTESTO DELLA MEDICINA DEL TERRITORIO

La riorganizzazione delle Cure Primarie nel contesto della Medicina del Territorio rappresenta una necessità tesa al miglioramento delle modalità di erogazione delle risposte ai bisogni, mettendo in atto strategie di sviluppo e di integrazione organizzativa, sia a livello “orizzontale”, con la creazione di team, mono e multi professionali (modelli a rete multiprofessionali), che “verticale” (sistemi assistenziali integrati con l’ospedale), attraverso l’implementazione, come detto, dei sistemi informativi integrati, lo sviluppo di servizi sanitari di prossimità, gli strumenti di clinical governance e auditing, con particolare attenzione verso la prevenzione primaria e secondaria, il miglioramento dei determinanti di salute, la ridefinizione del sistema della domiciliarità e residenzialità, le attività di sostegno alla fragilità, l’attenzione alle patologie croniche. “I sistemi sanitari che si orientano alle cure primarie hanno outcomes di salute, equità d’accesso, continuità delle cure, superiori ai sistemi incentrati sulle cure specialistiche ed ospedaliere.... con minori spese e maggiore soddisfazione per la popolazione”(Studio Atun R.,2004, “What are the advantages and disadvantages of restructuring health care system....” Health Evidence Network, WHO Regional Office for Europe, 2004).

Nella riorganizzazione delle cure primarie è necessario adottare un approccio di sanità di iniziativa basata sull’epidemiologia della popolazione, sulla stratificazione del rischio e su differenti livelli di intensità assistenziale, che garantisca per le situazioni di cronicità, complessità, fragilità e non autosufficienza la presa in carico dei bisogni e la continuità assistenziale, assicurata dai professionisti riuniti in Team mono o multiprofessionali mentre si riaffermano, come accennato in premessa, come valori imprescindibili, l’approccio olistico alla persona proprio della Medicina di famiglia, l’univocità del rapporto di fiducia medico-paziente, la utilità di mantenere anche la capillare diffusione sul territorio degli studi dei MMG e dei PdF e la modalità ordinaria “on demand” (medicina di attesa) di organizzazione del lavoro per dare risposte al cittadino quando esprime il suo bisogno di salute.

Il riassetto delle Cure Primarie comporta quindi la necessità di riorganizzare la medicina generale e tutte le figure professionali che costituiscono il Sistema della “Primary Health Care” in raggruppamenti funzionali, anche per dare attuazione a quanto previsto dalla Legge 189/2012.

Vanno delineate le caratteristiche del modello operativo della medicina di iniziativa, delle AFT, delle UCCP e del sistema informativo tenendo comunque presente che la definizione degli obiettivi e la pianificazione delle attività rientrano tra le funzioni di governance pubblica svolta dalle aziende sanitarie e dal distretto.

Il modello operativo per la medicina di iniziativa deve prevedere degli aspetti qualificanti anche per garantire uniformità ed equità di assistenza ai cittadini:

- il superamento della frammentazione dell’assistenza sanitaria nel territorio mediante la continuità assistenziale;

- l’affiancamento all’assistenza “reattiva” con l’assistenza “proattiva” da parte delle Medicina Generale;

- un’assistenza basata sulla popolazione, sulla stratificazione del rischio e su differenti livelli di intensità assistenziale;

- il riconoscimento che l’assistenza primaria rappresenta il punto centrale (hub) dei processi assistenziali con forti collegamenti con il resto del sistema, con un ruolo cardine svolto dal Distretto;

- una maggiore caratterizzazione e definizione delle funzioni delle diverse figure professionali, mediche e non, ferma restando la necessità di integrazione tra MMG, infermieri, specialisti, altre professioni sanitarie e sociali in grado di farsi carico di gruppi di popolazione e di garantire loro una continuità assistenziale integrata, tenuto conto che la responsabilità clinica del paziente, e quindi il coordinamento del processo di cura, è in carico al medico di medicina generale (MMG);

- l’utilità di definire sedi fisiche di prossimità sul territorio per l’accesso e l’erogazione dei servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali rivolti alla popolazione di pazienti cronici in aggiunta ai già esistenti setting assistenziali rappresentati dal domicilio del paziente o dalle strutture residenziali;

- la presenza di sistemi informativi evoluti in grado di leggere i percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) al fine di monitorare e valutare l’assistenza erogata al paziente cronico;

- l'utilizzo di linee guida in grado di tener conto della comorbilità e della complessità assistenziale e, contemporaneamente, porre attenzione alla promozione degli stili di vita e al passaggio dal solo "Approccio LG ed EBM" ad un "Approccio più Personalizzato";

- investire sull'auto-gestione dei pazienti e sull'empowerment in modo da aiutare i pazienti e le loro famiglie ad acquisire abilità e fiducia nella gestione della malattia.

L'Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT) è un raggruppamento funzionale, monoprofessionale di Medici di Medicina Generale (allo stato attuale: MMG di Assistenza primaria, MMG di Continuità Assistenziale e MMG della medicina dei servizi e domani MMG a ruolo unico con contemporaneo rapporto orario e a ciclo di fiducia). Da sottolineare che, in virtù del rapporto fiduciario medico-paziente, la costituzione di una AFT individua in automatico un "bacino" di assistiti, che sono i cittadini che hanno liberamente scelto i MMG della AFT, rispetto ai quali andranno poi "costruite" tutte le risposte ai bisogni socio-sanitari.

Oltre ai MMG, numericamente più rappresentati, concorrono alle cure primarie nel territorio anche altri medici convenzionati quali i Pediatri di Libera Scelta e gli Specialisti Ambulatoriali Interni per i quali pure sono previste le forme aggregative delle AFT e la partecipazione alle UCCP.

Le AFT sono caratterizzate, di norma, ma con flessibilità legata a particolari caratteristiche orografiche e sociali, che possono giustificare una diversa dimensione, da una popolazione di riferimento di circa 30.000 assistiti e da un numero di medici non inferiore a 20, inclusi i medici che svolgono attività a quota oraria.

L'UCCP è un'aggregazione, multiprofessionale, strutturata anche in un presidio, di cui fanno parte i Medici di Medicina Generale insieme ad altri operatori del territorio, sanitari, sociali ed amministrativi, come il personale di studio del medico di famiglia. La UCCP garantisce le risposte complesse alla popolazione di riferimento della AFT, così come sopra individuata, avendo come riferimento PDTA condivisi, ma formulando poi un piano assistenziale personalizzato e che opera, nell'ambito dell'organizzazione distrettuale, materialmente nei vari "setting" assistenziali individuati e messi a disposizione dal Distretto (ambulatori pubblici, dei medici di famiglia e/o dei Pediatri di Libera scelta, domicilio del paziente in caso di ADI, Strutture residenziali) e anche in sede unica o con una sede di riferimento, che possono essere

Presidi Pubblici Territoriali- in alcune regioni chiamate "Case della Salute".

Ai medici delle AFT, dotati di diagnostica e di proprio personale di studio appositamente formato, anche in un'ottica di sussidiarietà, è affidata la prevenzione e la gestione completa di percorsi relativi a singole patologie croniche o alla complessità che nasce dalla contemporanea presenza di più patologie in soggetti autosufficienti o con non-autosufficienza lieve, definendo obiettivi da garantire, indicatori da verificare e risorse a disposizione per realizzare gli obiettivi (programmazione operativa), creando inoltre la possibilità, tra i medici della AFT, di individuare nuove abilità professionali, nuove "expertise", individuando medici che possano svolgere un ruolo da "first opinion" prima di attivare lo specialista, "second opinion", oppure in grado di effettuare diagnostica di primo livello (ecografia generalista, ecg, spirometria, Holter,...) e riservando inoltre al team multiprofessionale, cioè alla UCCP, proprio in un'ottica di appropriatezza della risposta a differenti livelli di intensità assistenziale, il trattamento di tutti quei pazienti affetti da patologie croniche in cui la presenza di situazioni di comorbilità, fragilità e non-autosufficienza richiede l'adozione di un approccio integrato e multidisciplinare.

Posto che la definizione degli obiettivi e la pianificazione delle attività devono rientrare tra le funzioni di governance pubblica svolta dalle aziende sanitarie attraverso il Distretto "funzionalmente forte" sono auspicabili sperimentazioni organizzative che riportino le AFT e più in generale i MMG, all'interno dell'organizzazione distrettuale con funzioni di governo clinico (funzione di coordinatore sanitario, di responsabile clinico nell'area delle cure intermedie ecc.)

Un aspetto particolare della integrazione multiprofessionale è rappresentato dalla reale partecipazione alle UCCP degli Assistenti sociali per garantire la quale è necessario realizzare:

- gestione integrata del servizio socio-assistenziale erogato dai Comuni e socio-sanitario erogato dalle ASL, a livello distrettuale;

- integrazione reale delle attività sociali con quelle sanitarie fin dalla fase di programmazione, nazionale e regionale;

- integrazione operativa a livello di UCCP di un unico punto di accoglienza della

domanda di aiuto, sia sociale che sanitaria ed inserimento nel Team multiprofessionale della UCCP di un solo Assistente Sociale che contribuisca alla valutazione complessiva dei bisogni ed alla definizione delle opportune risposte integrate, fungendo poi da tramite per la attivazione delle diverse aree di attività in cui è organizzato il Servizio Sociale;

- adozione da parte del Team della UCCP, integrato dall'Assistente Sociale, degli strumenti di valutazione multidimensionale e di definizione per ogni singolo soggetto di un unico progetto assistenziale personalizzato integrato sociale e sanitario.

Per quanto riguarda i sistemi informativi è necessario dotare le AFT di una "rete" clinica di condivisione dei dati dei cittadini che per scelta fiduciaria si riferiscono ai medici della AFT, oggi modernamente rappresentata da un "cloud" dedicato, che garantisca, nel rispetto delle norme vigenti in tema di privacy, la necessaria condivisione dei dati clinici a supporto di una effettiva ed efficiente continuità delle cure H24 e che supporti le attività di self-audit e di peer review che sono alla base del processo di miglioramento delle performances professionali: rete clinica di AFT in grado di interfacciarsi ed interoperare con le reti delle Aziende USL andando a costituire l'ossatura del Sistema Informativo aziendale e regionale. Sia le AFT che le UCCP:

- condividono gli obiettivi annuali di budgeting – programmazione operativa con la Direzione di Distretto;

- perseguono il governo clinico attraverso l'appropriatezza con incontri periodici a carattere di audit organizzativo, nelle quali vengono discusse le performance quali: farmaceutica, specialistica, screening ed altro;

- hanno un sistema informativo unico che si basa sulla cartella clinica condivisa che nelle AFT sarà ad uso monoprofessionale e nelle UCCP sarà multiprofessionale.

In tale contesto risulta necessario che le nuove politiche sul territorio facilitino la partecipazione attiva dei cittadini e delle comunità (inclusi i pazienti, i loro familiari, i gruppi di auto aiuto, il volontariato...).

Hanno collaborato alla redazione del documento:

Coordinatore

Enrico Desideri

Pier Luigi Bartoletti
Donata Bellentani
Tiziano Carradori
Piero Ciccarelli
Mimmo Colasanti
Bruno Cristiano
Vasco Giannotti
Dario Grisillo
Massimo Magi

Tommasa Maio
Walter Marrocco
Giacomo Milillo
Claudio Pedace
Lorenzo Roti
Celeste Russo
Piero Salvadori
Silvestro Scotti
Branka Vujovic

Si ringraziano per il contributo:

Filippo Anelli
Attilio Bianchi
Renato Botti
Michelangelo Caiolfa
Giacomo Caudo
Paolo Cavagnaro
Enzo Chillelli
Fiorenzo Corti
Rosanna Di Natale
Umberto Forte
Giancarlo Galardi
Luigi Galvano
Domenico Roberto Grimaldi
Vincenzo Landro

Massimo Mangia
Guido Marinoni
Silvana Melli
Gregorio Mercurio
Rosario Mete
Paolo Misericordia
Giuseppe Noto
Sabatino Orsini Federici
Romano Paduano
Alessandro Picchi
Angelo Rossi Mori
Andrea Stimamiglio
Paola Tarquini
Roberto Venesia

LINSA

LABORATORIO DI INNOVAZIONE IN SANITÀ

Il “**Laboratorio per l’Innovazione in Sanità**” è il percorso, promosso dalla Fondazione Sicurezza in Sanità, di seminari, incontri mirati, convegni tematici nelle diverse regioni, per monitorare, elaborare e condividere tra tutti gli stakeholders le buone pratiche e soluzioni per accelerare il processo di **innovazione** in sanità. L’**innovazione** culturale, organizzativa, tecnologica è infatti oggi la grande sfida da vincere per continuare a garantire al cittadino il diritto alla salute e la competitività, nell’Europa della libera circolazione delle professioni e dei cittadini, del nostro sistema sanitario. La sfida di oggi, non di domani. Da perseguire con coraggio e determinazione, mobilitando tutte le risorse manageriali e le competenze professionali, tecniche e scientifiche. Le compatibilità economiche sono un vincolo ma anche un’opportunità per riformare modi di pensare, abitudini e pratiche consolidate ma superate, percorsi organizzativi e diagnostico terapeutici troppo centrati sull’ospedale e non sulla promozione della salute e sullo sviluppo dei servizi territoriali. Per riscoprire il valore e la pratica della **sussidiarietà** come mobilitazione di tutti gli attori possibili per una Sanità a misura dei bisogni del cittadino e della comunità. Aderire al “**laboratorio**” è dunque un’opportunità per avanzare idee, proposte, per incontrare e condividere con altri soluzioni che possono essere offerte come contributi a chi ha la responsabilità di decidere. Il **9° Forum Risk Management i Sanità** (Arezzo 25-28 Novembre 2014) sarà il momento di sintesi di tutte le attività del Laboratorio.

Vasco Giannotti (Presidente Fondazione Sicurezza in Sanità)

Questi i dieci punti su cui si sviluppa l’attività del Laboratorio:

1. integrazione dei sistemi di prevenzione del rischio e creazione della rete di sicurezza in ogni azienda sanitaria;
2. prevenzione e controllo delle infezioni con la diffusione di buone pratiche;
3. innovazioni organizzative e funzionali delle cure territoriali e gestione della cronicità;
4. ospedali per intensità di cura e nuovo rapporto ospedale-territorio;
5. integrazione servizi sanitari e sociali e sviluppo della domiciliarità;
6. sviluppo delle tecnologie: appropriatezza e innovazione dei percorsi clinico-assistenziali;
7. tecnologie informatiche a supporto della governance e per facilitare l’accesso del cittadino ai servizi;
8. efficienza e ottimizzazione nella gestione dei servizi;
9. nuovi ruoli e responsabilità delle professioni: una formazione di qualità;
10. ambiente e salute: l’influsso dei fenomeni ambientali nelle condizioni di salute.

Si ringrazia



per il contributo alla pubblicazione