

Scuole di Specializzazione di Igiene e Medicina Preventiva

Università degli studi di Milano

Università degli studi di Milano Bicocca

Università Vita e Salute

Seminario sull'Assistenza Primaria

Primo modulo – 26 Settembre 2019

- ***Che cos'è l'Assistenza Primaria***
- ***Il Medico di Sanità Pubblica coordinatore dell'Assistenza Primaria a livello locale***

Docente: *Fulvio Lonati*



APRIREnetwork
Assistenza PRimaria In REte
Salute a Km 0

PROGRAMMA DEL SEMINARIO

- Giovedì 26 Settembre – ore 10-12 – modulo 1
 - **Che cos'è l'Assistenza Primaria**
 - **Il Medico di Sanità Pubblica coordinatore dell'Assistenza Primaria a livello locale**
- Giovedì 26 Settembre – ore 13-15 - modulo 2
 - **Grandi tipologie di assistiti**
 - **Servizi del territorio e LEA**
- Mercoledì 2 Ottobre – ore 10-12 – modulo 3
 - **Il Governo dell'Assistenza Primaria**
- Mercoledì 2 Ottobre – ore 13-15 - modulo 4
 - **Gli assistiti con malattie croniche ad elevata prevalenza**
- Giovedì 10 Ottobre – ore 10-12 – Modulo 5
 - **Gli assistiti con bisogni assistenziali complessi**
- Giovedì 10 Ottobre – ore 13-15 - Modulo 6
 - **Educazione alla salute**
 - **Educazione terapeutica**



Un network per

APRIREnetwork nasce da un'idea di un gruppo di professionisti nell'ambito Assistenza Primaria nel 2014. Crediamo che l'evoluzione demografica, sociale ed epidemiologica richieda un nuovo approccio alla materia, muovendo dal modello della patologia acuta ad **un nuovo paradigma sistemico e proattivo** che rispetti i principi di economicità e sia compatibile con i modi di vita delle persone.

L'obiettivo è **promuovere e qualificare l'Assistenza Primaria** come materia specifica di ricerca, **studio e lavoro**. Un obiettivo da perseguire attraverso un network collaborativo e multidisciplinare basato su tre pilastri:

1. **favorire la conoscenza e l'interazione tra realtà associative e professionisti** portatori di interesse e risorse multidisciplinari sull'Assistenza Primaria;
2. **valorizzare le persone quali veri e propri "operatori" dei propri percorsi di salute e malattia;**
3. **rappresentare il punto di vista e il ruolo dell'Assistenza Primaria** nel dialogo con gli interlocutori sociali e istituzionali.



News >

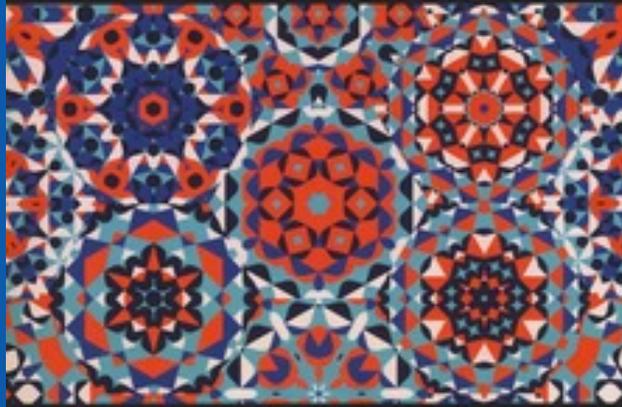
Eventi >



GOVERNARE L'ASSISTENZA PRIMARIA

MANUALE PER OPERATORI DI SANITÀ PUBBLICA

Progetto editoriale
Gruppo di Lavoro Primary Health Care
della Società Italiana di Igiene,
Medicina Preventiva e Sanità Pubblica



BRUNO MONDADORI

RICERCA

a cura di
Carmelo Scarcella e Fulvio Lonati

METODOLOGIE E STRUMENTI PER LA GESTIONE DELLE CURE PRIMARIE

Modelli ed esperienze a confronto



razioni

La continuità del percorso dell'assistito tra cure primarie e cure specialistiche



a cura di Carmelo Scarcella,
Francesco Auxilia, Silvana Castaldi,
Fulvio Lonati, Riccardo Peasso
e Paolo Peduzzi

i Quid

a cura di
Carmelo Scarcella e Fulvio Lonati

Governo clinico e cure primarie

EDUCARE ALLA SALUTE E ALL'ASSISTENZA

MANUALE PER OPERATORI

Progetto editoriale
Gruppo di Lavoro Primary Health Care
della Società Italiana di Igiene,
Medicina Preventiva e Sanità Pubblica



BRUNO MONDADORI

RICERCA

Cure primarie e servizi territoriali

Esperienze nazionali e internazionali

A cura di Gavino Maciocco



Le Case della Salute

Innovazione e buone pratiche

Antonio Brambilla
Gavino Maciocco



Che cos'è l'Assistenza Primaria

Fulvio Lonati



The Dawson Report, 1920

Lord Dawson, capo della *British Army's Medical Services*, introduce il termine **Primary Care** in una relazione sul Sistema Sanitario Nazionale Inglese:

Primary Health Centre

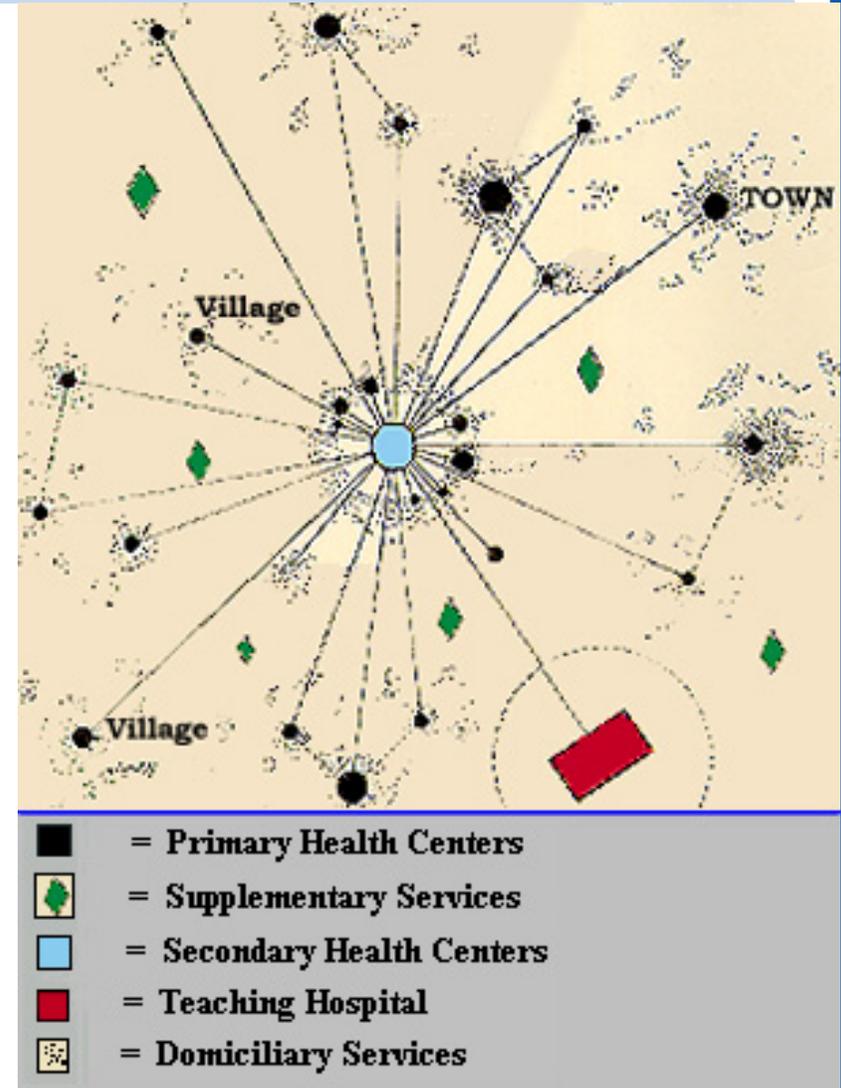
primo contatto assistenziale e servizi di cura e di medicina preventiva ad opera di medici di medicina generale - MMG

Secondary Health Centre

per il trattamento di casi più complessi

Teaching Hospital

competenza su patologie di maggiore importanza e addestramento dei futuri medici



Sidney Kark - 1952

Mostra drammatici cambiamenti positivi
nello stato di salute della popolazione
di Pholela, in Sudafrica,
usando l'approccio della

Community-Oriented Primary Care

che introduce nella *Primary Care*:

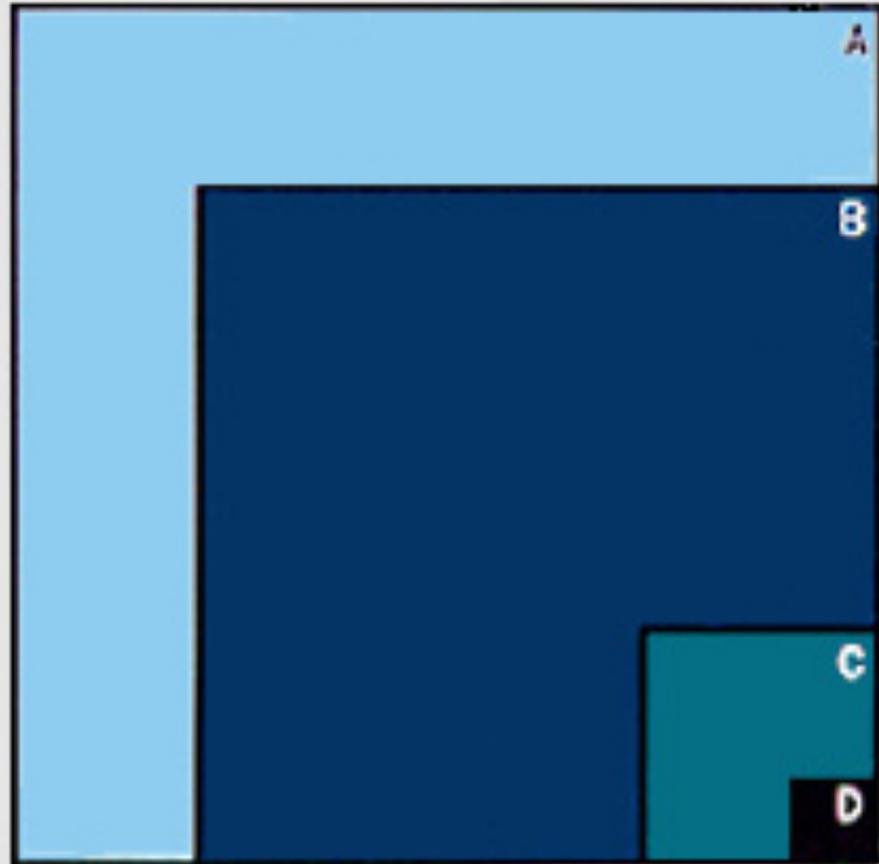
- **primo contatto** indirizzato sul **singolo**
- interventi di **medicina preventiva** e di **promozione della salute della comunità**, con un ruolo sempre maggiore dell'epidemiologia, tanto nella fase di rilevazione dei bisogni di salute, quanto nella valutazione degli interventi.

Kerr White e coll.

New England Journal of Medicine 1961

Ecology of Health Problems Annual Rates, USA

- A** Total population at risk: 1000
- B** Persons receiving primary care: 720
- C** Persons admitted to general hospital: 100
- D** Persons admitted to university hospital: 10



Riscontro ottenuto osservando un campione di popolazione nel Regno Unito e negli Stati Uniti per un anno

Family Medicine – 1966

Folson Report – Millis Report – Willard Report

- **Fornire ad ogni paziente un medico personale** e garantire che esso rappresenti il punto di entrata nel sistema sanitario.
- **Erogare un set completo di servizi:** valutativi, preventivi e clinici generali.
- **Assicurare una continua responsabilità nei confronti del paziente**, incluso il necessario coordinamento dell'assistenza al fine di garantire la continuità delle cure.
- Operare nei confronti degli individui avendo **presenti i bisogni e le preoccupazioni della comunità.**
- Fornire un'assistenza appropriata ai **bisogni fisici, psicologici e sociali** del paziente nel **contesto della famiglia e della comunità.**

Rivista *Contact*
pubblicata dalla *Christian Medical Commission*
- 1970 -

**Appare per la prima volta
il temine «*Primary Health Care*»
riferendosi a**

- **aspetti connessi all'offerta dei servizi**
- e**
- **aspetti organizzativi, quali l'integrazione tra
professionisti ed assistiti**

Tudor Hart, 1971

The Lancet

Tudor Hart elabora il concetto dell'*inverse care law* (“*legge dell’assistenza inversa*”):

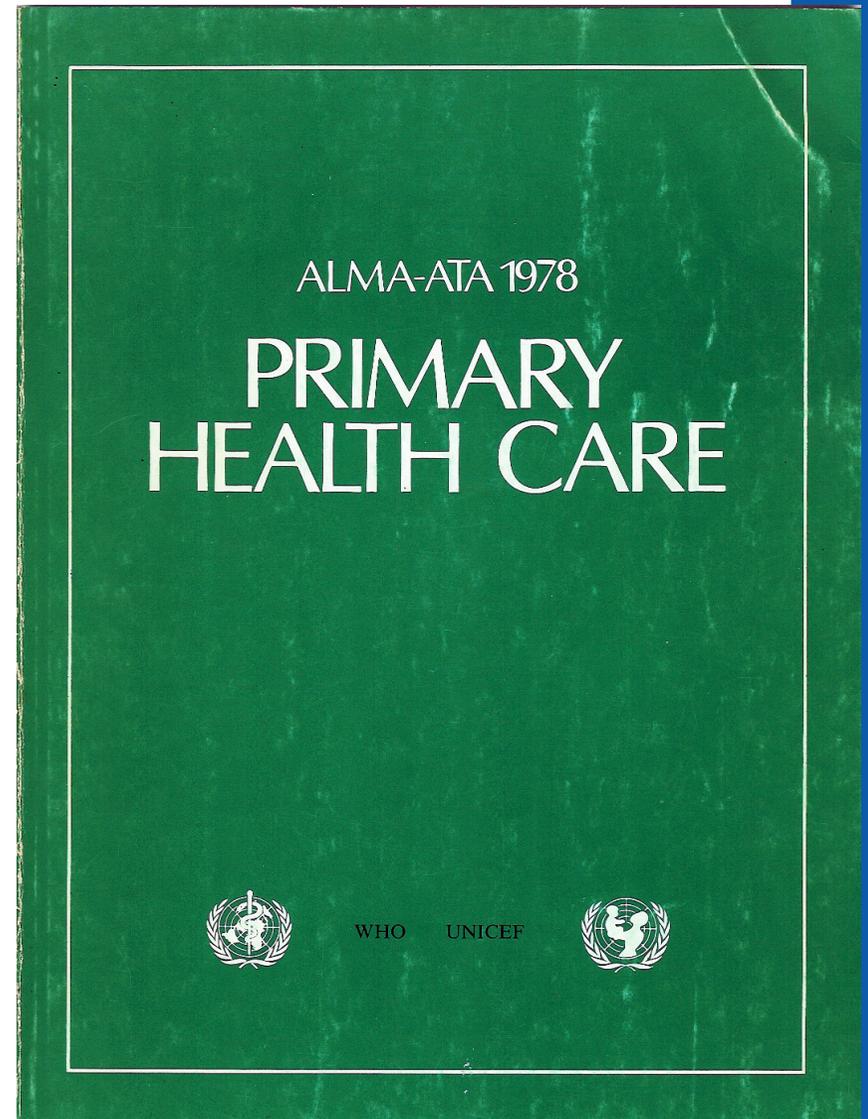
- le comunità che avrebbero maggiore bisogno di una buona assistenza sono quelle che hanno minore probabilità di riceverla.

«La disponibilità di una buona assistenza medica tende a variare in modo inversamente proporzionale al bisogno della popolazione servita. Questa legge dell’assistenza inversa opera più profondamente laddove le cure mediche sono in maggior misura esposte alle forze del mercato, e in modo meno rilevante laddove tale esposizione è ridotta».

L'approccio innovativo della *Primary Health Care* viene declinato ulteriormente grazie al lavoro di *Halfdan Mahler*, dal 1973 al 1988 Direttore Generale della *World Health Organization* che culmina nella ***Dichiarazione Universale di Alma-Ata del 1978*** nella quale è esplicitato **il modello concettuale dell'Assistenza Primaria**

L'Assistenza Sanitaria Primaria

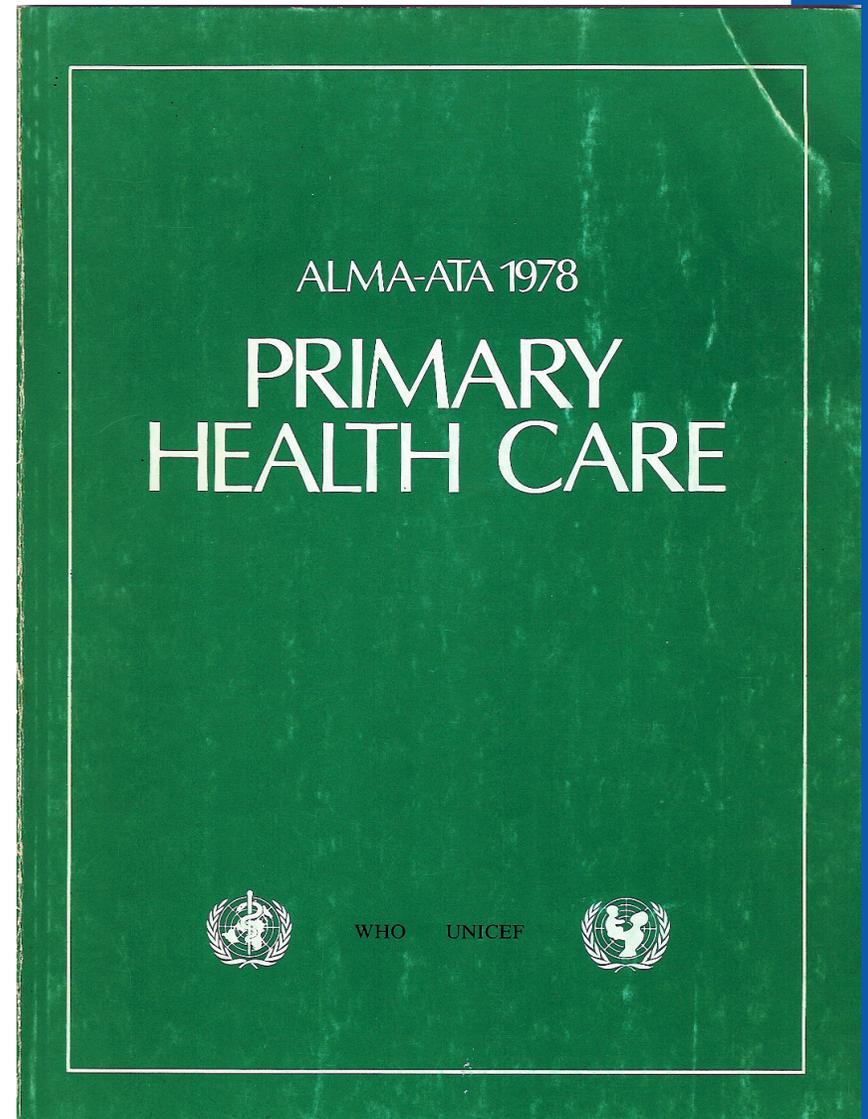
«è quell'assistenza sanitaria essenziale basata su metodi e tecnologie pratiche, scientificamente valide e socialmente accettabili, resa universalmente accessibile agli individui e alle famiglie nella comunità attraverso la loro piena partecipazione e ad un costo che la comunità e il paese possono permettersi di mantenere in ogni fase del loro sviluppo nello spirito di autosufficienza e autodeterminazione»



Fulvio Lonati

L'Assistenza Sanitaria Primaria

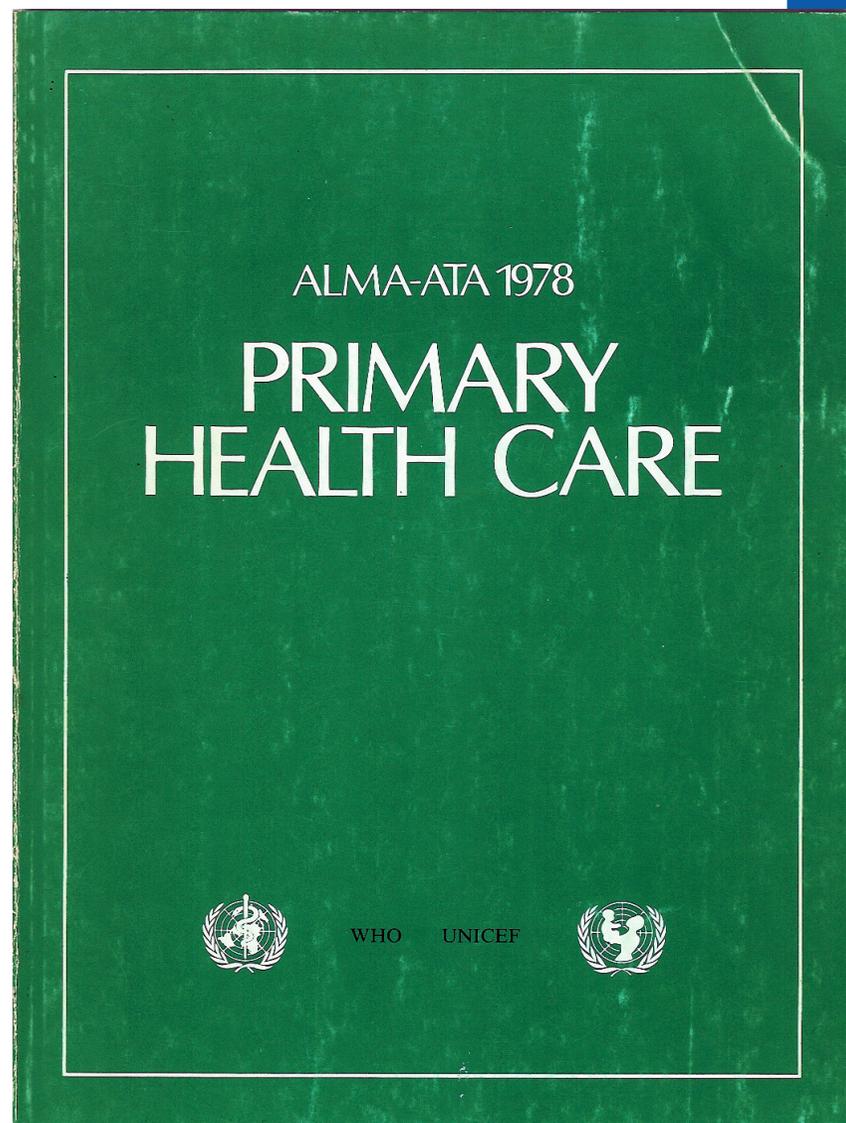
*«è parte integrante
sia del sistema sanitario del Paese,
di cui è la funzione
centrale e principale,
sia dello sviluppo sociale-economico
della comunità»*



Fulvio Lonati

L'Assistenza Sanitaria Primaria è

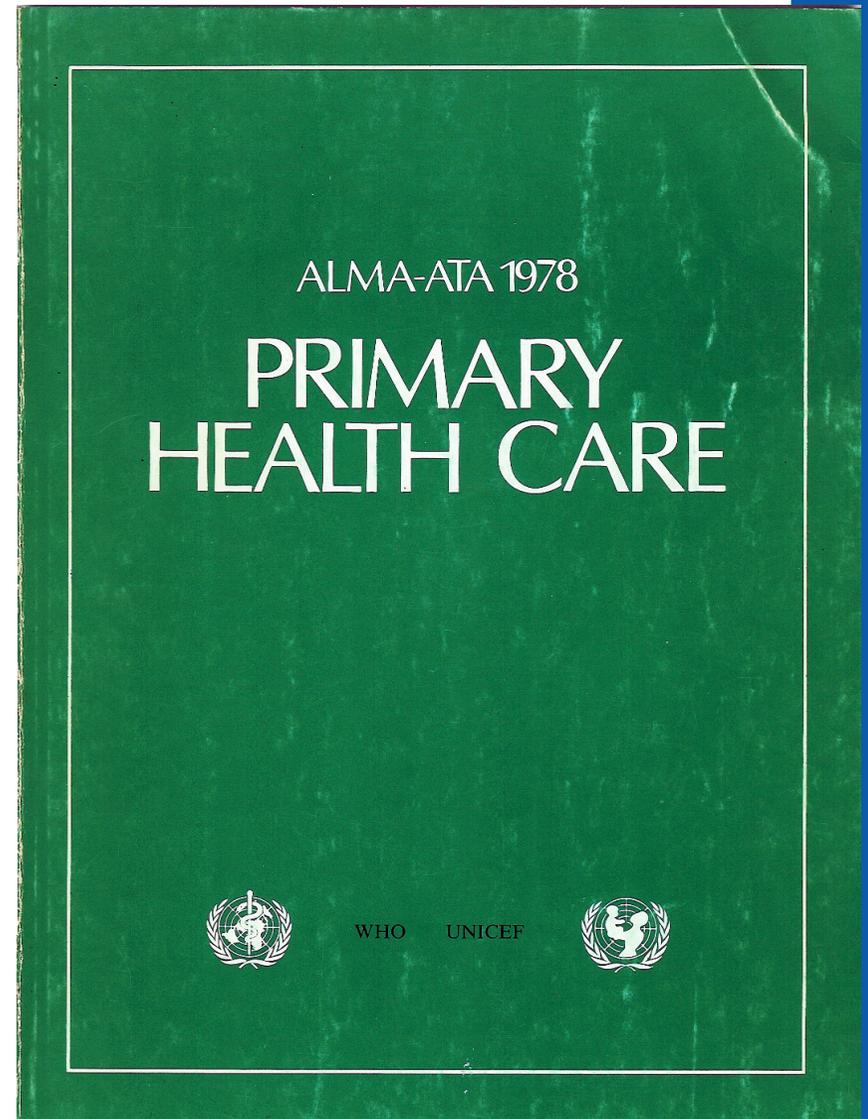
*«il primo livello di contatto degli individui,
delle famiglie
e della comunità
con il sistema sanitario del paese,
portando l'assistenza sanitaria
quanto più vicino e possibile
a dove la popolazione vive e lavora
e costituendo il primo elemento
di un processo continuo
di assistenza»*



Fulvio Lonati

L'Assistenza Sanitaria Primaria

*«coinvolge, oltre al settore sanitario,
tutti i settori e gli aspetti correlati
allo sviluppo nazionale e comunitario,
in particolare l'agricoltura, l'allevamento,
l'alimentazione, l'industria, l'educazione,
l'edilizia abitativa, i lavori pubblici,
le comunicazioni e altri settori;
e chiede gli sforzi coordinati
di tutti quei settori»*



Fulvio Lonati

Dichiarazione Universale di Alma-Ata – 1978

Modello concettuale dell'Assistenza Primaria

- **accessibilità ed equità** dei servizi offerti
- **centralità dei bisogni delle popolazioni**
- **utilizzo “*cost effective*” ed appropriato** delle tecnologie e dei servizi
- **integrazione dei diversi livelli di assistenza** (primaria, secondaria e terziaria)
- **coinvolgimento dell'assistito e della comunità** nel progetto assistenziale
- **collaborazione** tra i diversi settori, **sanitari e non**

Hunnu Vuori - 1986

Congresso WONCA – Organizzazione mondiale dei medici di famiglia

WONCA 1986 — KEYNOTE ADDRESS

Health for all, primary health care and general practitioners

«... è impossibile garantire il diritto alla salute a ogni cittadino -un principio affermato nella costituzione di molti paesi di nuova indipendenza- attraverso una medicina altamente tecnologica. Anche i paesi industrializzati si trovano di fronte a un'impasse. Nessun paese è ricco abbastanza per erogare a tutti i cittadini ogni cosa che la medicina moderna può offrire. È necessario trovare alternative che siano socialmente accettabili, costo-efficaci ed economicamente sostenibili. La soluzione a portata di mano è la PHC. Questa è l'unica strada per realizzare la giustizia sociale nei confronti delle malattie»

Fulvio Lonati

Hunnu Vuori 1986

dalla *Primary Medical Care* alla *Primary Health Care*

<i>Conventional</i>		<i>New</i>
	<i>Focus</i>	
Illness Cure		Health Prevention, care and cure
	<i>Content</i>	
Treatment Episodic Problems Specific problems		Health Promotion Continuous care Comprehensive care
	<i>Organization</i>	
Specialist Physicians Single-handed practice		General Practitioners Other personnel groups Team
	<i>Responsibility</i>	
Health sector alone Professional dominance Passive reception		Intersectoral collaboration Community participation Self-responsibility

Adapted from Vuori (1985)²⁵

Barbara Strfield, 2002-2003-2005

relazione tra forza dell'assistenza primaria e risultati di salute, equità ed efficienza

Sistemi sanitari con all'interno **forti organizzazioni di cure primarie** sono associati a una **migliore salute della popolazione**; gli indicatori presi in considerazione sono:

- la mortalità per tutte le cause
- la mortalità prematura per tutte le cause
- la mortalità prematura causa-specifica per broncopneumopatie e malattie cardiovascolari.

Le evidenze dimostrano inoltre che **le cure primarie** (a differenza di sistemi basati sull'assistenza specialistica) **garantiscono una più equa distribuzione della salute nella popolazione.**

Più forti sono le cure primarie, più bassi sono i costi (i paesi con più forti sistemi di cure primarie sono, secondo gli autori, Regno Unito, Danimarca, Spagna, Olanda, Italia, Finlandia, Norvegia, Australia, Canada e Svezia).

Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente

Richard G A Feachem, Neelam K Sekhri, Karen L White

Inputs	NHS	California
Specialists per 100 000 people		
Pediatricians	4.9*	12.3
Obstetricians-gynaecologists	4.1*	8.3
Oncologists	0.9*	1.7
Radiologists	4.3*	6.0
Cardiologists	0.8†	2.4
Primary care facilities		
Percentage of primary care physicians in single handed practices	9%‡	0%
Average No of primary care physicians per office	3-5‡	20-40
Percentage of primary care physicians with laboratory, imaging, or pharmacy on site	25%-pharmacy (few with other services)	>95%
Percentage of primary care physicians connected to clinical IT system	100% by 2002	>95% today
Use		
Average acute length of stay (days)	5.0§	3.9
Acute bed days per 1000 per year	1000	270

Sources: NHS plan,¹ OECD,⁶ HEDIS,⁸ unpublished Kaiser data, Department of Health,^{23 24} Office of Health Economics.²⁵

*1999 Includes registrars as well as consultants for England.

†1998 Consultants for England.

‡1998 data.

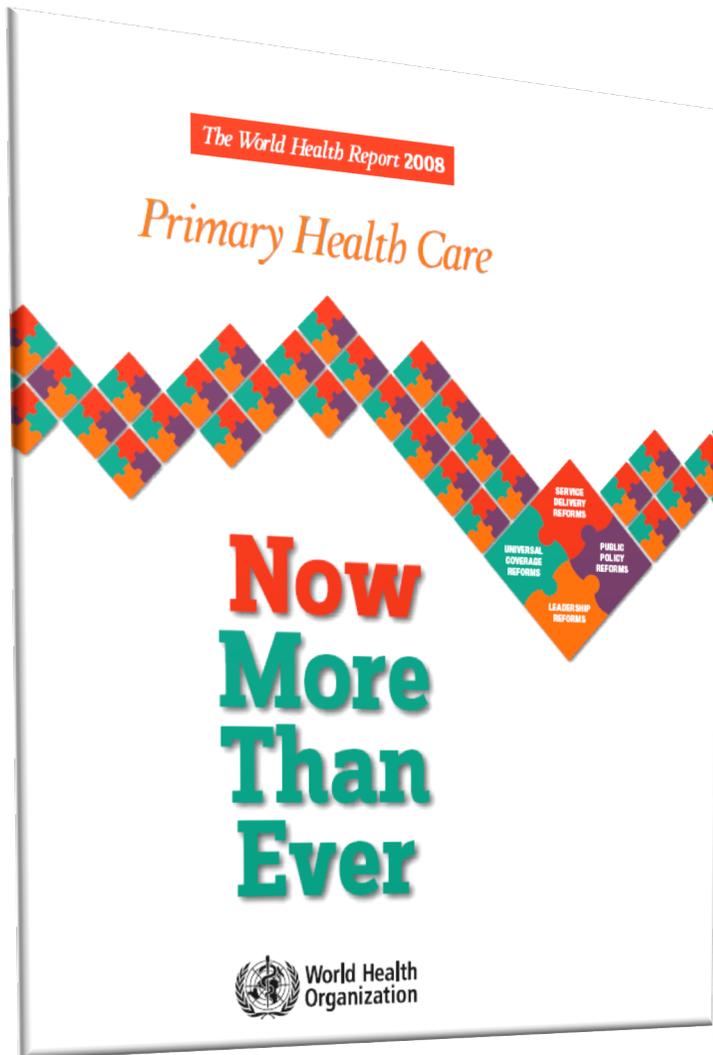
§1996 latest OECD data.

¶1997 latest OECD data.



APRIREnetwork
Assistenza Primaria in Rete
Salute a Km 0

WHO Report “Now more than ever” - 2008



- **Rafforzamento e diffusione di sistemi di Assistenza Primaria:**
 - caratteristica indispensabile di Sistemi Sanitari efficienti
- **Sistemi Sanitari fortemente orientati verso Assistenza Primaria:**
 - migliore stato di salute di tutta la popolazione
 - riduzione diseguaglianze azione mirata sui determinanti di salute, con interventi pesati in relazione alle condizioni degli assistiti e tramite un'offerta di servizi adeguata ai bisogni rilevati



Fulvio Lonati



Rapporto 2013 WHO >>> “Salute 2020”

L'Assistenza Primaria continua a rappresentare il caposaldo nella strategia proposta anche per i Sistemi Sanitari del XXI secolo,

- potendo **rispondere alle attuali esigenze**
- favorendo lo **sviluppo di partenariati**
- incoraggiando le persone a **partecipare in modo nuovo al proprio percorso di cura** e a tutelare maggiormente la propria salute.

SALUTE 2020

Un modello di politica europea a sostegno di un'azione trasversale al governo e alla società a favore della salute e del benessere



Fulvio Lonati

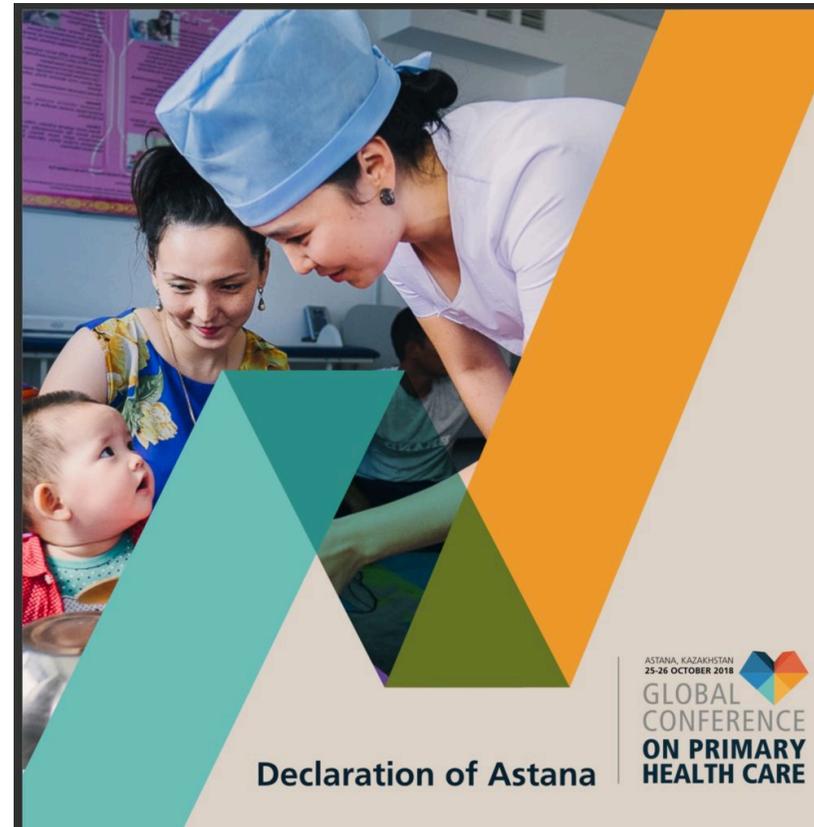


APRIREnetwork
Assistenza PRimaria In REte
Salute a Km 0

Astana 2018: Global Conference on Primary Health Care

"From Alma-Ata towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals"

- *Governi e società* diano priorità, promuovano e proteggano la salute e il benessere delle persone, sia a livello di popolazione che a livello individuale, attraverso sistemi sanitari forti;
- *L'assistenza sanitaria primaria e i servizi sanitari* siano di alta qualità, sicuri, completi, integrati, accessibili, disponibili e alla portata di tutti e ovunque, erogati con compassione, rispetto e dignità da professionisti della salute preparati, qualificati, motivati e dedicati al loro impegno;
- *Gli ambienti di vita siano idonei e salubri*, in cui individui e comunità siano resi competenti e impegnati a mantenere e migliorare la loro salute e il loro benessere;
- *Le istituzioni e i portatori di interesse* siano allineati nel fornire un sostegno efficace alle politiche, alle strategie e ai piani sanitari nazionali.

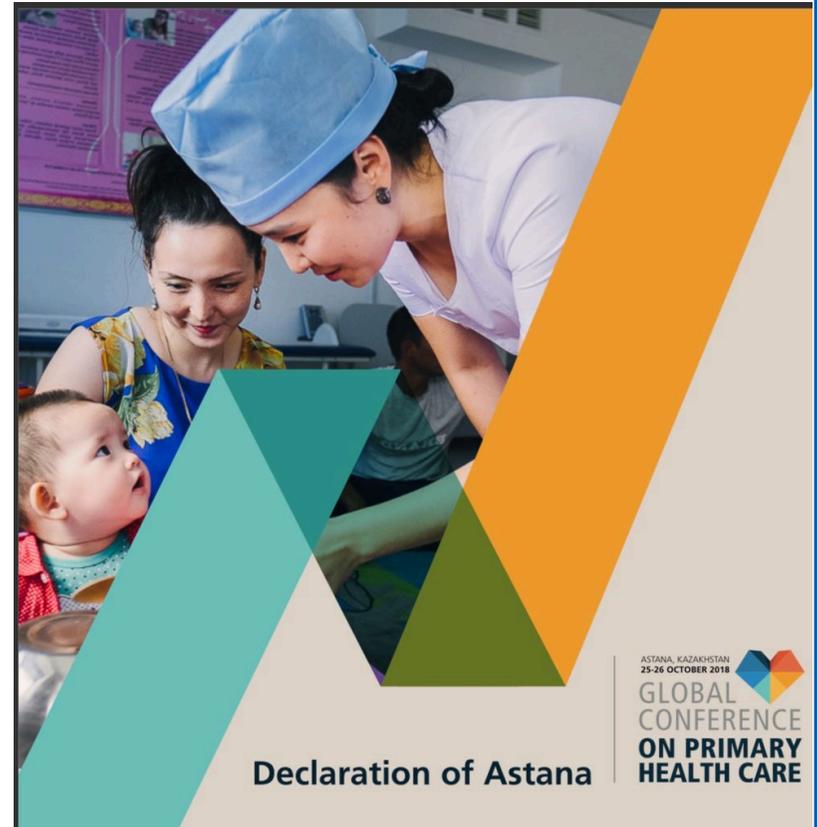


Fulvio Lonati

Astana 2018: Global Conference on Primary Health Care

"From Alma-Ata towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals"

«Riconosciamo che rafforzare l'Assistenza Primaria (Primary Health Care - PHC) sia l'approccio più inclusivo, efficace ed efficiente per promuovere la salute fisica e mentale, così come il benessere, e che la PHC sia il fondamento di un sistema di copertura sanitaria universale (Universal Health Coverage - UHC) sostenibile con sostenibili obiettivi di sviluppo correlati alla salute.»



Fulvio Lonati

Acute Care

Intensività assistenziale
"Technology-intensive"

Orientato alla produzione
di prestazioni

Presidia
soprattutto l'efficienza

Tende all'accentramento
(Economie di scala)

Punta all'eccellenza

Primary Care

Estensività assistenziale
"Labor-intensive"

Orientato alla gestione
di processi assistenziali

Presidia
soprattutto l'efficacia

Tende al decentramento
(Partecipazione)

Punta all'equità

"Acute care" e "Primary care": alcune precisazioni (grazie a Gavino Maciocco)

Proposta di classificazione degli attuali sistemi di Assistenza Primaria in Europa (Damiani e al., 2016)

- **“Public Hierarchical Normative Model”**: Assistenza Primaria centrale nel sistema sanitario, gestita dallo Stato; erogazione dei servizi governata a livello statale e/o sue articolazioni, offerta da team multidisciplinari con MMG dipendenti (Finlandia, Portogallo, Spagna, Svezia).
- **“Professional Hierarchical Gatekeeper Model”**: MMG perno del sistema, solitamente con ruolo di gatekeeper, erogano Assistenza Primaria, responsabili del management delle risorse per l’assistenza; remunerazione prevalentemente misto con quota capitaria e pagamento a prestazione (Paesi Bassi, Danimarca, Slovenia, Polonia, Regno Unito).
- **“Free Professional Non-Hierarchical Model”**: i professionisti organizzano in maniera indipendente l’erogazione dell’Assistenza Primaria, senza esplicita regolazione da parte dello Stato e/o sue articolazioni, con forte presenza della medicina specialistica; enfasi sull’autonomia del paziente e del professionista (Austria, Francia, Belgio, Germania, Svizzera).
- **Modello con indicazioni nazionali ed organizzazione regionale**: Assistenza Primaria definita a livello regionale, MMG liberi professionisti convenzionati con SSN, pagati principalmente con quota capitaria

Proposta di classificazione degli assistiti in macro-aree di bisogno clinico-assistenziale

(Damiani e al., 2016)

L'Assistenza Primaria si rivolge principalmente a quattro target di assistiti, differenziati secondo macro-aree di bisogno clinico-assistenziale, variamente rappresentati nelle diverse fasi della vita (età pediatrica, età adulta, terza età) in una prospettiva temporale e con eventuali differenze legate al genere:

- **”assistito sano”** o apparentemente sano: si può intervenire tramite programmi di educazione e promozione della salute e prevenzione attiva;
- **”paziente “indifferenziato”**: chi manifesta per la prima volta una condizione da inquadrare (è questo paziente che non trovando risposte organizzate si rivolge in maniera impropria al sistema di emergenza-urgenza);
- **”paziente cronico o multi-cronico autosufficiente”**;
- **”paziente non autosufficiente e/o fragile”**.

Proposta di classificazione delle funzioni proprie del modello concettuale di sistema di PHC (Damiani e al., 2016)

- **accessibilità** all'assistenza (*accessibility*): facilità di accesso al primo contatto, prossimità dei servizi all'utenza, orari di impegno dei diversi attori del team di assistenza e gestione delle liste d'attesa;
- **assistenza del paziente condotta in maniera sistemica** (*comprehensiveness*): tenuta in considerazione delle interdipendenze dei fattori bio-psico-sociali sullo stato di salute dell'individuo piuttosto che dei segni e sintomi specifici di organi o apparati;
- **integrazione** (*coordination*): tra i diversi attori coinvolti del sistema;
- **continuità temporale** (*continuity/longitudinality*): dell'assistenza;
- **rendicontazione periodica** (*accountability*): da parte degli attori istituzionali e professionali su processi e risultati dell'assistenza fornita, per il miglioramento continuo di competenze e servizi offerti, per la corretta informazione agli assistiti, per permettere loro di effettuare scelte informate.

**Il Medico di Sanità Pubblica
coordinatore
dell'Assistenza Primaria
a livello locale**

Fulvio Lonati



**Sono in atto radicali mutamenti
della caratterizzazione anagrafica ed epidemiologica
della popolazione
con forte impatto sull'organizzazione sanitaria.**

Quattro grandi aree emergenti:

- **Gli assistiti sani**
- **I malati affetti da patologie croniche ad elevata prevalenza**
- **I malati con bisogni assistenziali complessi**
- **La necessità di garantire l'accoglienza e la presa in carico delle richieste sanitarie di intervento e/o di informazione 24/24 ore e 7/7 giorni**

**Si tratta di
problematiche a prevalente impatto extraospedaliero
che richiedono un nuovo approccio,
in grado di garantire capillarmente e sistematicamente
cure efficienti ed efficaci,
utilizzando le risorse disponibili
in modo appropriato ed efficiente.**

Ma...

- **Mentre nel contesto ospedaliero:**
sono ormai ben **consolidate le modalità ottimali**
da mettere in atto
all'interno di un congruente disegno organizzativo
presidiato dalle **Direzioni Sanitarie Ospedaliere**
rette da **Medici Igienisti appositamente formati**
- **A livello territoriale, invece,**
si è **ancora sostanzialmente impreparati:**
il coordinamento
dei diversi attori e delle diverse componenti
è ancora pionieristico
mentre le nuove problematiche sanitarie emergenti,
malattie croniche in primis,
impongono l'adozione di
una **nuova mentalità, nuovi obiettivi, nuovi strumenti**

Nello scenario attuale delle cure primarie,
la maggioranza delle Aziende Sanitarie Locali si limita
a svolgere **funzioni amministrativo-burocratiche**
ed assumere un **ruolo prevalente di controllo**:

- **Vigilanza sull'applicazione formale dei contenuti della Convenzione**
- **Contestazione sulla spesa indotta**
- **Focalizzazione sull'assistenza farmaceutica**

Ne discende una **relazione MMG/PLS/MCA ↔ ASL**
centrata e mediata esclusivamente
sulle rappresentanze sindacali
e caratterizzata da:

- **opposizione frontale**
- **diffidenza reciproca**

Di fatto,

nella maggioranza dei casi

l'Assistenza Primaria non è un “Sistema di Governato”

ma una **aggregazione** tra

➤ **l'apparato burocratico di controllo dell'autorità
sanitaria locale**

e

➤ **i professionisti che nel territorio hanno in cura gli
assistiti**

L'attuale disponibilità di potenti strumenti

Banche dati informatizzate, Flussi informativi automatizzati, Canali di comunicazione telematici, possibilità di produrre rapidamente report genera opportunità e facilitazioni

per **superare le barriere tra professionisti e ASL**
e **costruire collaborativamente a livello locale**
l'**Assistenza Primaria** come "**Sistema Governato**",
facendo leva su:

➤ **Conoscenza dei bisogni di salute**

→ **sistema informativo integrato**

➤ **Rete di relazioni**

→ **comunicazione, informazione, formazione**

➤ **Promozione dell'integrazione**

→ **PDTA H-T, Dimissioni protette, ...**

➤ **Nuove risorse**

→ **malato e famiglia;**

→ **altri professionisti (farmacisti, infermieri,...)**

**L'azienda sanitaria locale è nella posizione
“baricentrica” per poter svolgere nel modo più
conveniente ed opportuno**

un'azione di indirizzo e coordinamento

- **in modo autorevole**
- **sistematica, diffusa e su tempi medio-lunghi**
- **mediante un processo di miglioramento
contestualizzato e progressivo.**

**Tale azione dovrebbe orientare “a monte”
l'organizzazione complessiva
della rete dei servizi sanitari
promuovendo soluzioni non parcellari
ma organicamente integrate
e coinvolgenti le diverse componenti
in una logica di **GOVERNO CLINICO****

Governo Clinico verso...

La rottura dell'isolamento funzionale:

L'introduzione dei PDTA favorisce l'integrazione del MMG con i livelli specialistici e riduce la variabilità clinico-prescrittiva

L'individuazione di indicatori di Governo Clinico:

per verificare il raggiungimento di risultati di processo, di adeguatezza del comportamento clinico, di salute e per individuare le aree di possibile miglioramento

L'audit clinico:

a livello distrettuale, nei "Gruppi di Miglioramento" ciascun MMG è facilitato nel "confronto tra pari" sulla base di indicatori effettivamente misurabili e confrontabili

Le leve del Governo Clinico

- **Sistema informativo:**
 - Lettura strategica da parte della Direzione a fini programmatori;
 - Individuazione aree di criticità e/o di possibile miglioramento;
 - Analisi per specifici indicatori globali o mirati (andamento nel tempo, variabilità tra centri di responsabilità territoriali)
 - Ritorni informativi personalizzati
- **PDTA** per la gestione delle malattie croniche ad alta prevalenza
- **Disease management** delle patologie croniche
- **Formazione continua contestualizzata**

**Quindi → riorientare la strategia
nelle articolazioni dell'azienda sanitaria locale:
dalla sola logica “istituzionale-amministrativa”
verso la “**regia di sistema**”
centrata sull'Assistenza Primaria
e sul **coinvolgimento di tutti gli attori**
nei **processi di governo clinico****

Sviluppare l'Assistenza Primaria come “Sistema governato”

Richiede necessariamente che i professionisti territoriali

- **Medici di Medicina Generale, Pediatri di Famiglia**
- **Collaboratori infermieristici e di studio**
- **Medici di Continuità Assistenziale**
- **Farmacisti Territoriali**

siano supportati da

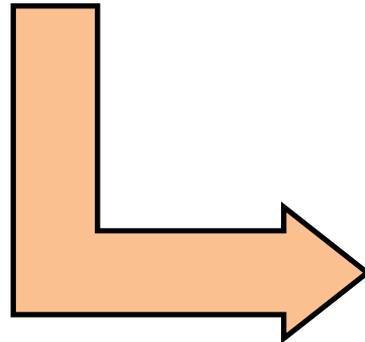
- **Operatori ASL/Distrettuali
dell'organizzazione dell'Assistenza Primaria**

con specifiche competenze e capacità professionali:

- **Medici dell'organizzazione;**
- **Farmacisti del “Servizio Farmaceutico ASL”**
- **Infermieri delle cure domiciliari**
- **Personale Amministrativo con ruolo di facilitatore
competente per la soluzione di problemi, soprattutto
della integrazione e della comunicazione.**

Il Medico dell'Organizzazione dell'Assistenza Primaria

Il compito fondamentale del **Medico dell'organizzazione dell'Assistenza Primaria** è facilitare l'**integrazione** e la **comunicazione** tra i diversi attori presenti a livello locale per promuovere il miglioramento continuo dell'efficacia ed efficienza dei servizi e della rete sanitaria.



“Medico della Direzione Sanitaria dei Servizi Territoriali”

La formazione del Medico dell'Organizzazione dell'Assistenza Primaria

Il Medico dell'Organizzazione dell'Assistenza Primaria esce “tradizionalmente” dalle Scuole di Specializzazione in Igiene ma non gli è richiesto alcuno dei ruoli “tradizionali”; infatti non è:

- un igienista, in senso “tradizionale”
- un medico della direzione sanitaria di struttura
- un epidemiologo
- un ricercatore della prevenzione

Il Medico dell'Organizzazione dell'Assistenza Primaria: le competenze richieste

- **integrare i diversi aspetti: sanitari, politici, amministrativi;**
- **elaborare piani di salute interdisciplinari ed intersettoriali;**
- **utilizzare tecniche di EBM, EBP ed EBHC;**
- **utilizzare tecniche statistiche;**
- **utilizzare i sistemi informativi;**
- **utilizzare tecniche di comunicazione;**
- **leggere ed applicare la normativa nazionale e regionale;**
- **utilizzare gli strumenti della programmazione;**
- **avvalersi dei principi dell'economia sanitaria;**
- **avvalersi dei principi del miglioramento continuo della qualità.**

Il Medico dell'Organizzazione dell'Assistenza Primaria deve...

1. individuare il **proprio ruolo** e le **proprie responsabilità** nello scenario in cui è inserito;
2. collaborare ed **integrarsi** con i vari professionisti coinvolti nell'approccio al paziente sul territorio;
3. elaborare ed analizzare **informazioni**;
4. analizzare **report informativi personalizzati** e contestualizzati al distretto e all'azienda sanitaria locale, utilizzando indicatori specifici dell'area;
5. diagnosticare **problemi organizzativi**;
6. analizzare **stili prescrittivi**;

Il Medico dell'Organizzazione dell'Assistenza Primaria deve...

7. pianificare **azioni locali di miglioramento**;
8. animare **incontri di aggiornamento**;
9. condurre **gruppi di lavoro**;
10. facilitare incontri di **audit clinico** e di **confronto tra pari**;
11. applicare metodologie di **problem solving**, specialmente per la gestione integrata di casi complessi;
12. porsi come **mediatore tra le diverse componenti**, specialmente in occasione di conflitti.

Aree di particolare interesse

- **Organizzazione servizi sanitari territoriali**
- **Stili di vita - Attività Motoria – Nutrizione**
- **Salute e comunità**
- **Medicina di famiglia**
- **Continuità Assistenziale**
- **AFT-UCCP**
- **Area materno infantile**
- **Appropriatezza prescrittiva**
- **Governo Clinico**
- **Assistenza farmaceutica**
- **Assistenza specialistica ambulatoriale**
- **Malattie croniche**
- **PDTA**
- **Rapporto territorio-ospedale**
- **Valutazione e pianificazione multidimensionale**
- **Assistenza protesica e integrativa**
- **Cure domiciliari**
- **Residenze sanitario-assistenziali**
- **Disabilità**
- **Salute mentale**
- **Dipendenze**

Dove vogliamo andare....

Verso il consolidamento e lo sviluppo
dell'**Assistenza Primaria come Sistema Governato**'
sostenuto da **Medici di Sanità Pubblica**
con **specifiche competenze professionali di Direzione**
dei **Servizi Sanitari e Socio-sanitari Territoriali**
al fine di garantire **cure appropriate, efficaci ed efficienti**
attraverso il **miglioramento continuo**
delle **conoscenze**, delle **competenze** e degli **strumenti di lavoro**
dei **MMG/PLS/MCA** e degli altri **operatori sanitari del territorio**