



I Distretti verso un modello di  
Comunità orientata alle Cure  
Primarie come accesso facilitato  
alla rete di servizi

*Filippo Anelli*



The *World Health Report 2008* della WHO è dedicato al 30° anniversario della dichiarazione di Alma Ata e porta il significativo titolo:

***Primary Care: Now more than ever.***

Si sostiene nel rapporto che, di fronte al mutare della demografia e della epidemiologia, e in presenza di nuove condizioni economiche e sociali che con il loro mutare creano diseguaglianze tra i Paesi e all'interno degli stessi, occorre una nuova configurazione della assistenza sanitaria, **troppo sbilanciata verso l'assistenza ospedaliera e focalizzata sulle specializzazioni, le tecnologie e gli specifici problemi di singole malattie.**

Occorre quindi rivalutare la PHC che è una condizione necessaria, anche se non sufficiente, per garantire alle singole comunità la tutela della salute in condizioni di equità.



Il Gruppo Indipendente per lo Studio dell'Assistenza Primaria (GISAP), con un proprio contributo, ha inteso confermare quanto in Italia è stato scritto e prescritto per la affermazione della Assistenza Primaria nell'ambito dei Distretti, sostenendo che solo una **rivalutazione, normativa, professionale ed organizzativa, della medicina generale**, della pediatria di libera scelta e della continuità assistenziale potrà rendere più stabile e sostenibile il malfermo assetto attuale del Servizio sanitario nazionale.

I libero professionisti operanti in convenzione nel territorio, riorganizzati nelle loro modalità di lavoro, con un impegno più significativo in termini di partecipazione oraria e di collaborazione interprofessionale e pluridisciplinare, possono realizzare in Italia quanto ha ribadito la WHO nel 2008.

Fonte: Guzzanti E. et al. *L'Assistenza Primaria in Italia: dalle condotte mediche al lavoro di squadra*. Edizioni Iniziative Sanitarie, Roma 2009.



Lungo il cammino del SSN esiste **un serio ostacolo da superare e riguarda i Distretti**, cioè la base da cui partono tutte le attività extraospedaliere per l'assistenza sanitaria delle persone nell'ambito territoriale di competenza, e tutti i libero-professionisti che hanno una convenzione con il SSN, quindi non sono dipendenti in carriera.

**Fino ad ora i medici di medicina generale e i pediatri sono stati abituati alla “solo practice” ed è del tutto recente l'avvio di sperimentazioni di “group practice”**, cioè di un lavoro in team che dovrebbe coinvolgere le altre professioni sanitarie non mediche, la cui autonomia rispetto alla responsabilità dei medici è attualmente un argomento sensibile.

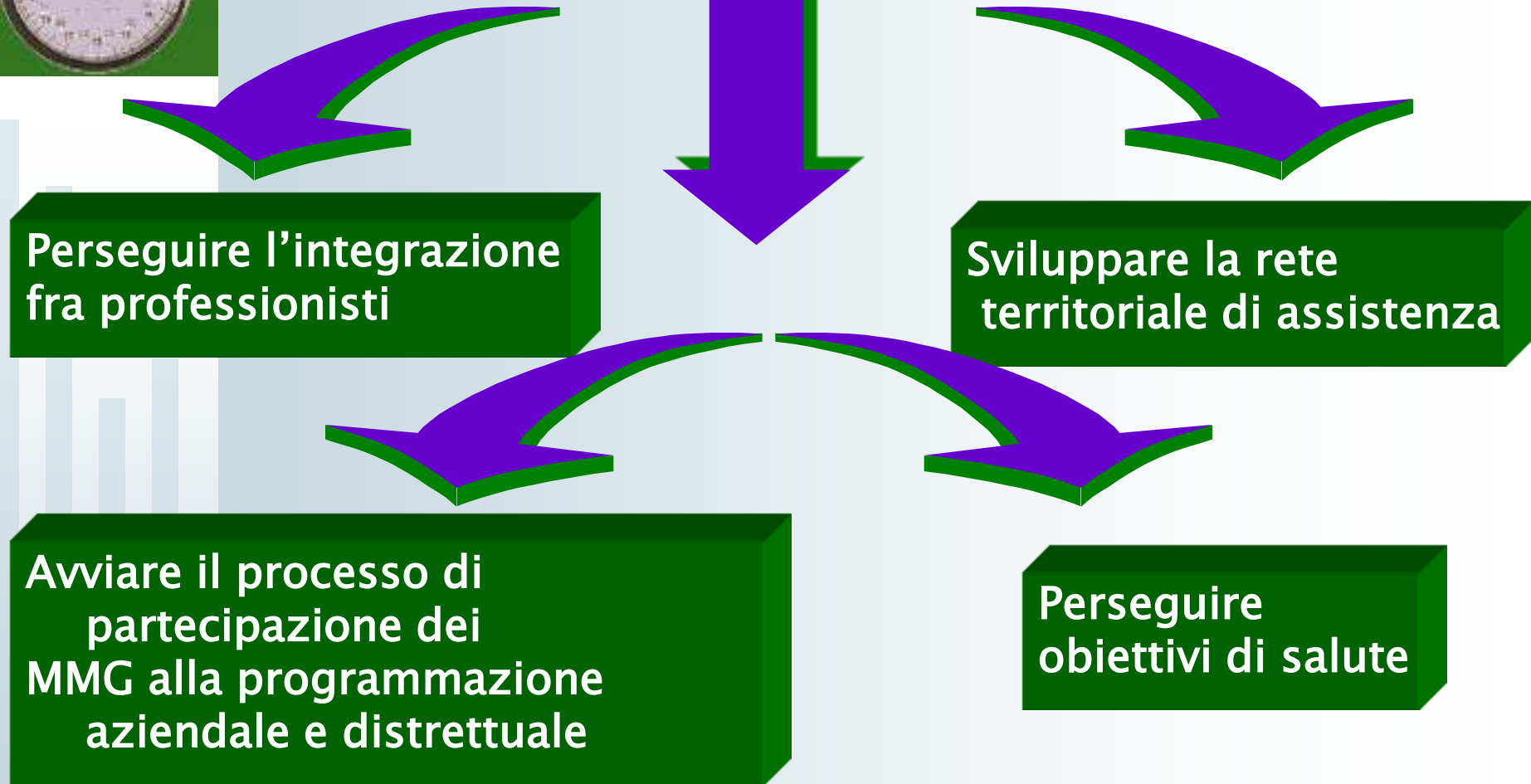
Nella **formazione manageriale** dei medici operanti nella comunità, da realizzare nell'ambito di una Università che rinnova il suo ruolo e si pone nuovi obiettivi, sarà indispensabile, quindi, fornire anche gli **strumenti della comunicazione** e del **team building**, perchè il continuo progresso delle conoscenze e delle capacità tecniche sono certamente fattori necessari, ma non sufficienti, per realizzare un SSN di effettivo valore.

# *Gli obiettivi*

- ▶ **Trasformare** la Medicina Generale da controparte a parte integrante del SSR con compiti anche di programmazione e controllo.
- ▶ **Sviluppare** le forme associative verso forme a complessità crescente
- ▶ Mettere a disposizione del Sistema la **flessibilità organizzativa** della MG per dare finalmente ai cittadini servizi domiciliari efficienti
- ▶ Portare la Continuità Assistenziale alla **integrazione** con l' Assistenza Primaria

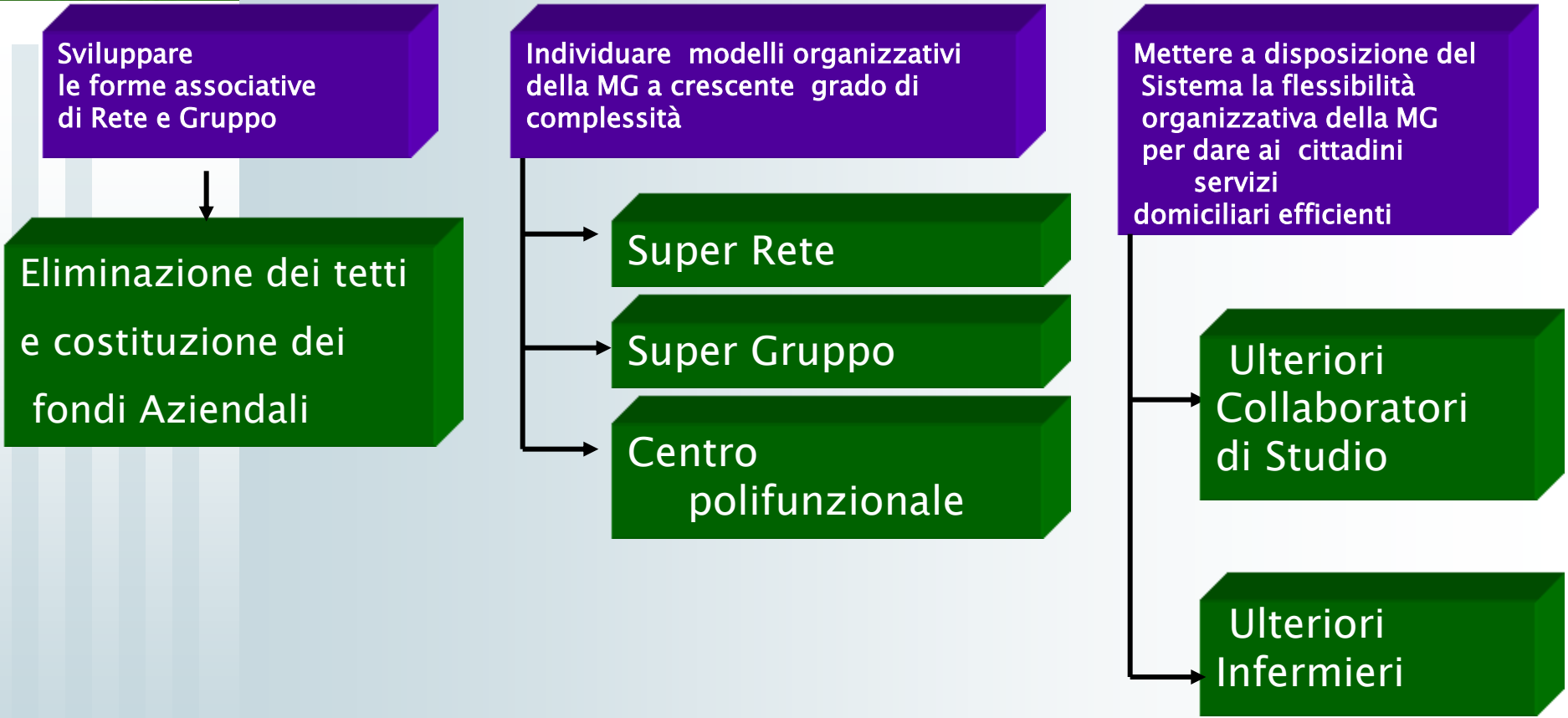


# *Gli obiettivi principali*



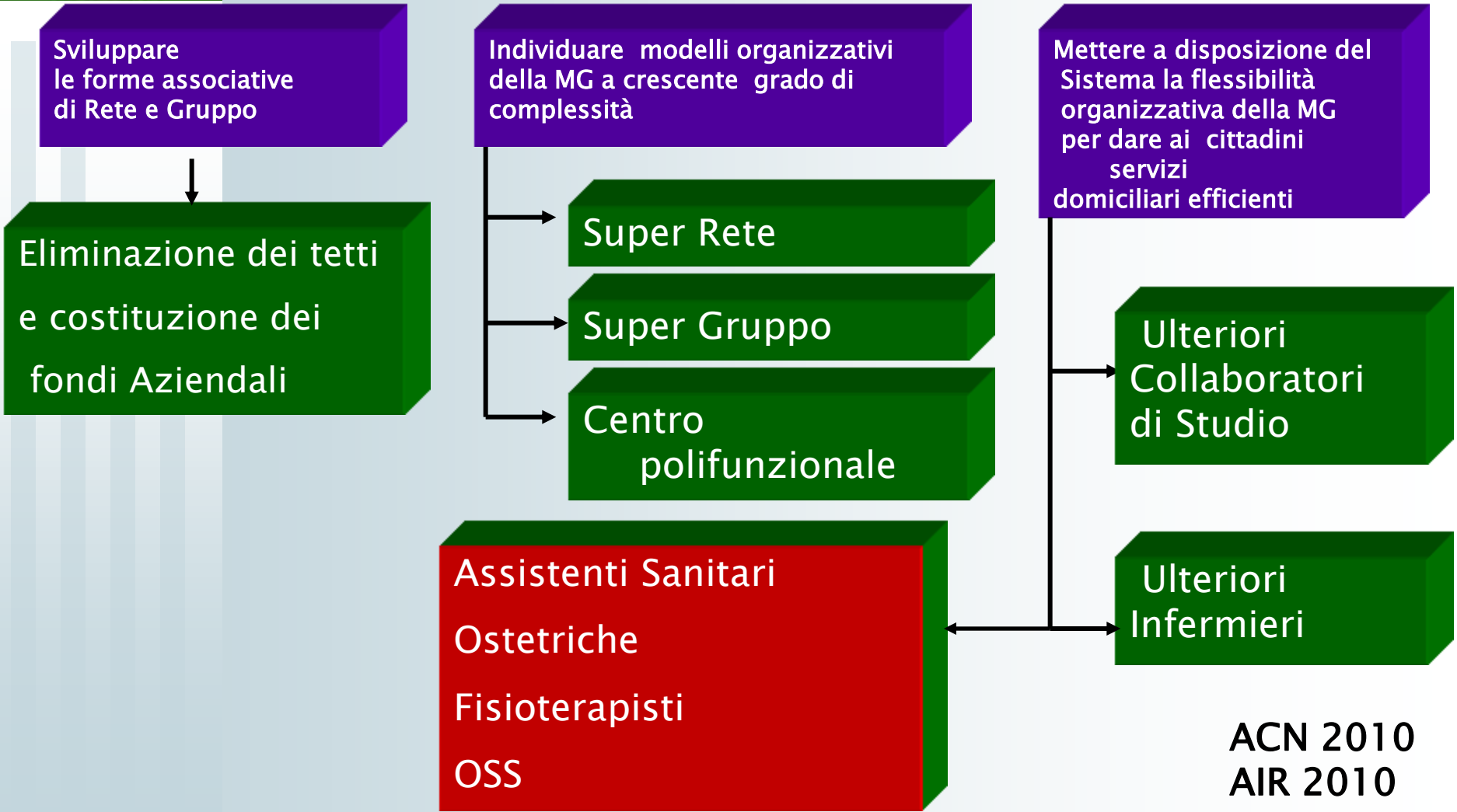


# Sviluppare la rete territoriale di assistenza (Aspetti strutturali)





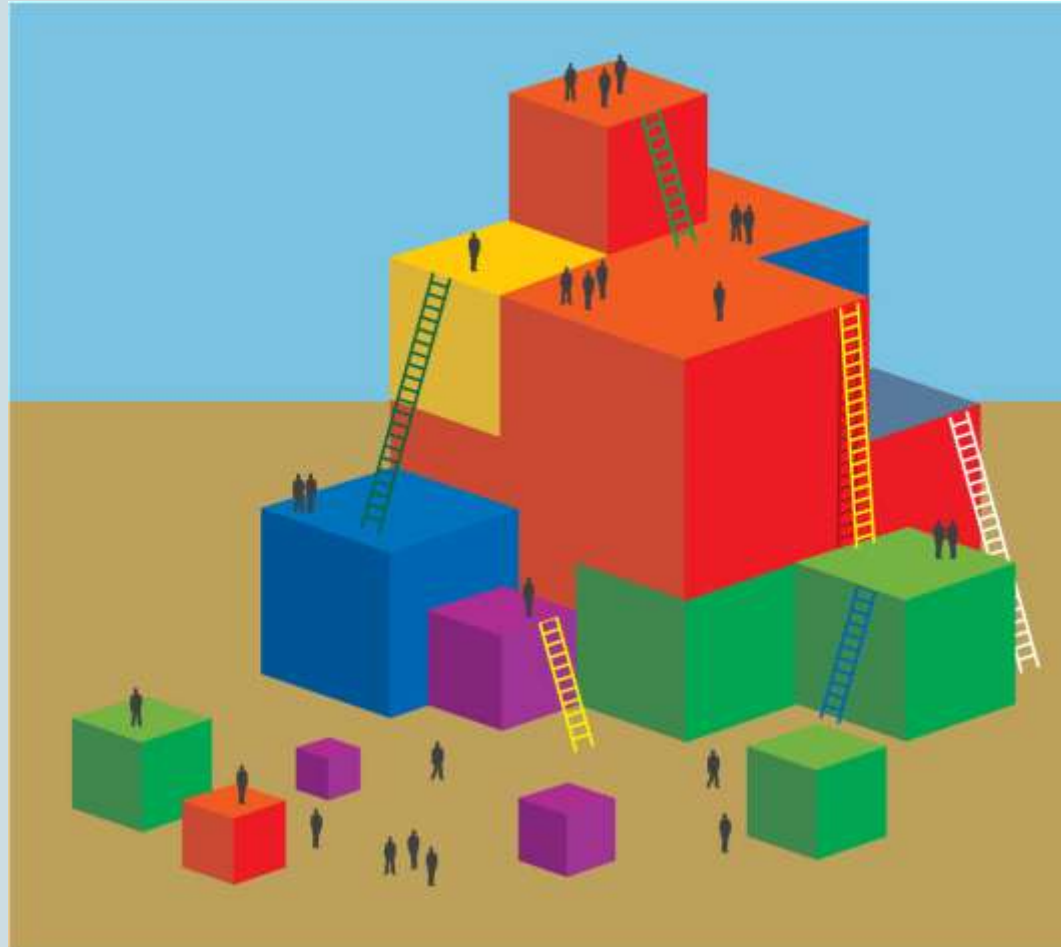
# Sviluppare la rete territoriale di assistenza (Aspetti strutturali)







*Verso quale modello di sviluppo?*





Cittadini

Domanda  
di salute

Assistenza  
primaria

La porta di  
accesso

**Medicina Generale**  
• Continuità assistenziale  
• 118

**Burocrazia**  
• anagrafe  
• ticket  
• invalidità

**Infermieristica**  
• ambulatoriale  
• domiciliare

**Specialistica**  
• ambulatori dedicati  
• PDT

**Fisioterapica**  
• ambulatoriale  
• domiciliare

**Ostetrica**

**Care Giver**  
• assistente sanitario

**Assistenza domiciliare  
e residenziale**  
• Operatori socio  
sanitari

**Diagnostica**  
• telemedicina: ecg  
• ecografia  
• Spirometria  
• Centro prelievi  
• point of care testing



*Alone*





# *Equipe*



# *Team work*





Presenti

## *Layout organizzativo*

Collaboratori di studio

- Definire il profilo professionale in ragione della gestione del front office con l'utenza

Infermieri

- Stipendi poco attrattivi
- Mancanza di interesse per vistose carenze nel percorso formativo

Fisioterapisti

- Manca la regolamentazione delle prestazioni, specie quelle domiciliari

Assistenti sanitari

- Estendere l'originario progetto Leonardo

Ostetriche

- Individuare gli ambiti: prevenzione, counseling, vaccinazioni HPV ecc

Operatori Socio  
sanitari

- Cure domiciliari, semiresidenziali e residenziali

# Layout organizzativo

Organigramma – chi fa cosa

Assenti

## GLI SPECIALISTI

Quale Ruolo ?

Se si continua a programmare la costruzione e la istituzione di poliambulatori specialistici, la visione di una organizzazione sanitaria “**focalizzata sulle specializzazioni, le tecnologie e gli specifici problemi di singole malattie**” continuerà ad essere preminente alimentando la dis-eguità nell’accesso alle cure, rendendo non più sostenibile questo sistema.

Se l’assistenza primaria diventa la porta di accesso per soddisfare la domanda di salute dei cittadini, **molte delle prestazioni specialistiche possono essere fornite direttamente nelle forme organizzative** complesse di assistenza primaria oppure diventare l’ambito in cui si decide l’accesso alla specialistica di secondo e terzo livello.

# Layout organizzativo

Organigramma – chi fa cosa



Assenti

Quali specialità possono offrire una risposta direttamente nelle forme associative complesse ?

Quelle legate alla prevalenza delle malattie croniche. Ad esempio:

GLI  
SPECIALISTI

Cardiologia

Endocrinologia  
(Diabetologia)

Pneumologia

Psichiatria





# *Un team di assistenza primaria! Insieme, ma con quale modello?*

## **Medicina Generale**

- Continuità assistenz
- 118

## **Burocrazia**

- anagrafe
- ticket
- invalidità

## **Diagnostica**

- telemedicina: ecg
- ecografia
- Spirometria
- Centro prelievi
- point of care testing

## **Infermieristica**

- ambulatoriale
- domiciliare

## **Care Giver**

- assistente sanitario

## **Assistenza domiciliare e residenziale**

- Operatori socio  
sanitari

## **Specialistica**

- ambulatori dedicati
- PDT

## **Ostetrica**

## **Fisioterapica**

- ambulatoriale
- domiciliare



# *Le Aggregazioni Funzionali Territoriali - AFT*

Art. 26 bis

Con le aggregazioni funzionali territoriali si realizzano alcune fondamentali condizioni per **l'integrazione professionale delle attività dei singoli medici di medicina generale per il conseguimento degli obiettivi di assistenza.**



# *Le Aggregazioni Funzionali Territoriali - AFT*

Le Regioni, con la partecipazione delle organizzazioni sindacali firmatarie dello stesso ACN, individuano le aggregazioni funzionali sulla base dei seguenti criteri:

- riferimento all'ambito di scelta e comunque **intradistrettuale**;
- popolazione assistita **non superiore a 30.000** e comunque con un numero di medici, di norma, **non inferiore a 20** inclusi i titolari di convenzione a quota oraria



# *Le Aggregazioni Funzionali Territoriali - AFT*

Nell'ambito dell'aggregazione di cui al presente articolo è **individuato un delegato** con compiti di raccordo funzionale e professionale.



# *Le Aggregazioni Funzionali Territoriali - AFT*

I medici aderiscono all'aggregazione funzionale indicata dalla Regione allo scopo di:

promuovere **l'equità nell'accesso** ai servizi sanitari, socio-sanitari e sociali nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza, anche attraverso l'individuazione di **percorsi di integrazione tra assistenza primaria e continuità assistenziale**;

promuovere la diffusione e l'applicazione delle buone pratiche cliniche sulla base dei principi della **"evidence based medicine"**, nell'ottica più ampia della **"clinical governance"**;



# *Le Aggregazioni Funzionali Territoriali - AFT*

I medici aderiscono all'aggregazione funzionale indicata dalla Regione allo scopo di:

promuovere e **diffondere l'appropriatezza clinica e organizzativa** nell'uso dei servizi sanitari, anche attraverso procedure sistematiche ed autogestite di **“peer review”**;

promuovere **modelli di comportamento nelle funzioni di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione ed assistenza** orientati a valorizzare la **qualità** degli interventi e al **miglior uso possibile delle risorse**, pubbliche e private, quale emerge dall'applicazione congiunta dei principi di efficienza e di efficacia.



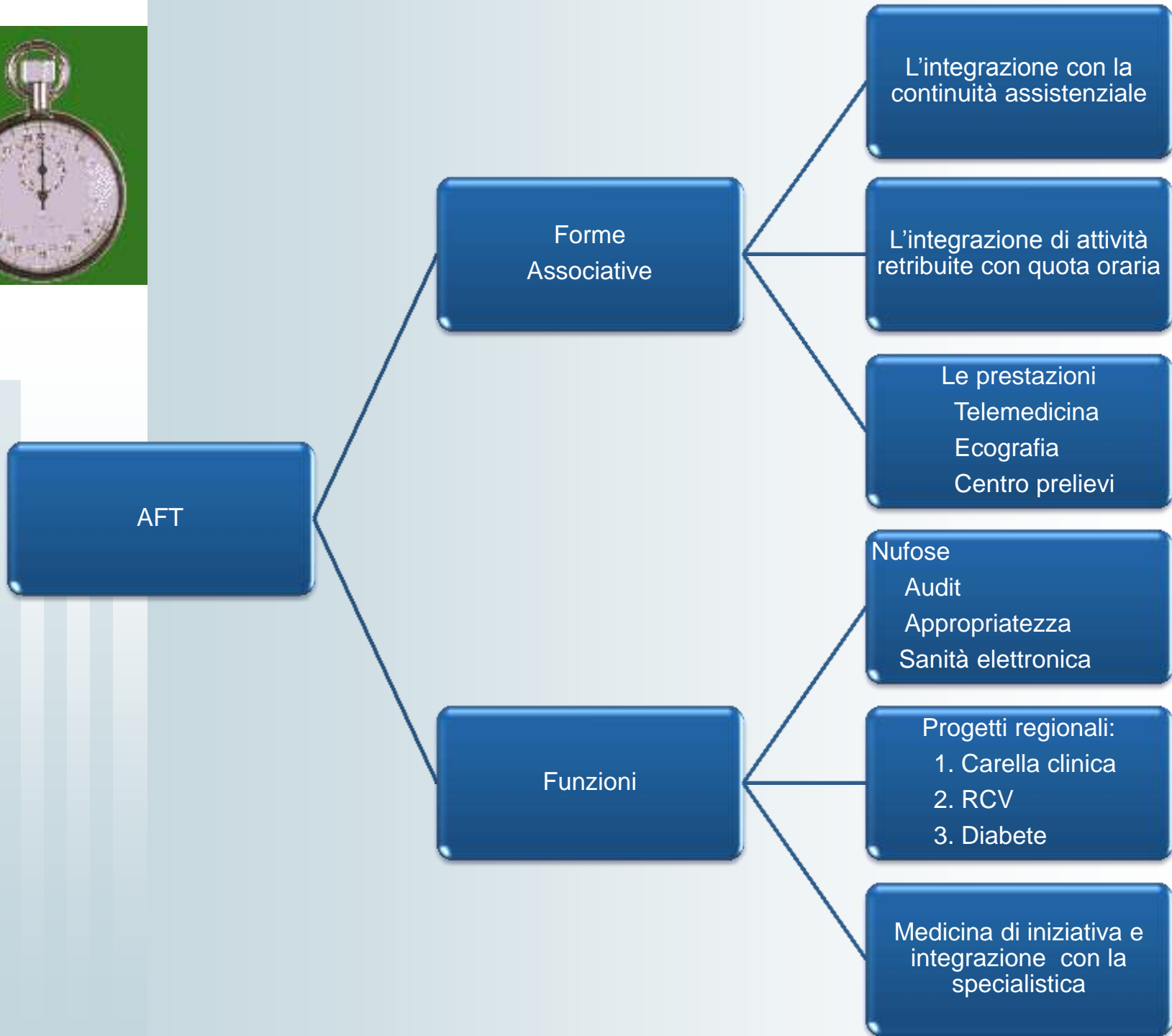
# *Le Aggregazioni Funzionali Territoriali - AFT*

L'aggregazione funzionale persegue le finalità di cui sopra attraverso:

l'individuazione di strumenti, tempi e momenti di **verifica** per l'avvio dei processi di riorganizzazione;

la **condivisione delle proprie attività con il Distretto** di riferimento, per la valutazione dei risultati ottenuti e per la socializzazione dei medesimi;

la partecipazione a programmi di aggiornamento/formazione e a progetti di ricerca **concordati con il Distretto** e coerenti con la programmazione regionale e Aziendale e con le finalità di cui al comma 6. .







## *Associazione*

- Modificare i fondi per consentire un ulteriore sviluppo delle forme associative complesse (già avviato con l'AIR art. 61).
- Concedere le deroghe in riferimento al numero dei medici e alla popolazione di riferimento per la costituzione dei CPT (sinora il principale ostacolo specie nei comuni interessati alla chiusura degli ospedali)



*Sviluppare la rete territoriale di assistenza:  
L'associazionismo complesso*

## Centro polifunzionale Territoriale

Air 2007

Il Centro polifunzionale territoriale (CPT) garantisce l'assistenza primaria secondo un modello organizzativo a complessità crescente a partire dall'aggregazione di medici di famiglia che assicurano in una sede unica la continuità assistenziale h 12 (8-20).

Il centro può essere realizzato direttamente in strutture messe a disposizione dai medici o con l'utilizzo di sede e personale messi a disposizione dell'azienda territoriale



*Sviluppare la rete territoriale di assistenza:  
L'associazionismo complesso*

## Centro Polifunzionale Territoriale

Il Centro polifunzionale territoriale deve possedere oltre i requisiti strutturali previsti dall'ACN per lo studio unico della medicina di gruppo, un ambulatorio per le attività mediche dedicate ed un ambulatorio per le attività infermieristiche.



## *Sviluppare la rete territoriale di assistenza: L'associazionismo complesso*

# La sede

Con l'AIR 2007 è stata introdotta in via sperimentale la programmazione dell'assistenza h 12 tramite i CPT.

Ampliare il fondo per consentire un maggiore sviluppo di queste forme associative che rappresentano una via privilegiata per organizzare le UCCP



# *Associazionismo*

- L'introduzione di nuove funzioni e l'erogazione di ulteriori servizi da parte delle forme associative complesse non può pesare ulteriormente sul mmg.
- Servono forme associative che includano prestazioni retribuite a quota oraria a favore di medici dell'associazione con un carico di assistiti o di ore inferiore allo standard.



## *Associazione*

- Così, servizi come la gestione di un centro prelievi, ambulatori dedicati e piccola diagnostica possono essere affidati a mmg con meno di 1000 assistiti in carico o con un rapporto orario inferiore a 36 ore (eventualmente corretto per il numero di pazienti in carico).



## *Personale*

- Modificare i parametri retributivi degli infermieri, oggi poco attrattivi per invogliare questi professionisti a esercitare sul territorio.
- Aumentare il fondo del personale di studio per consentire di svolgere nuove funzioni, anche burocratiche che possono essere affidate direttamente alla Medicina Generale( es. CUP).



# *Strumenti*

- **Ecografia**
- **Telemedicina: ecg**
- **Spirometria** (nei software mancano ancora i riferimenti numerici e la prestazione viene archiviata in modo descrittivo e non numerico)
- **Centro prelievi (TAO)/Point of Care Testing**





## *Strumenti*

- ▶ Prestazioni che dovrebbero essere, nella gestione delle malattie croniche, inserite in PDT condivisi con gli specialisti di riferimento, che partecipano agli ambulatori dedicati, garantendo così l'appropriatezza ed evitando un aumento non determinato delle stesse prestazioni.



## *UDT e RSA*

- UDT e RSA potrebbero essere moduli aggiuntivi gestiti dai mmg, avendo a disposizione le strutture e gli strumenti di cui abbiamo sinora parlato

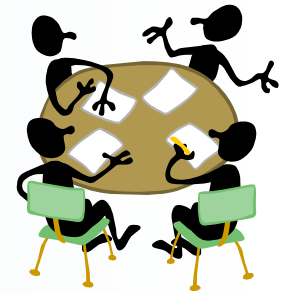


## *UDT e RSA*

- ▶ La gestione h.24 garantisce la continuità assistenziale.
- ▶ In tali strutture potrebbe essere possibile la gestione diretta dei day service del diabete e dell'ipertensione (considerando che dovrebbero essere presenti sia gli specialisti che gli strumenti diagnostici).



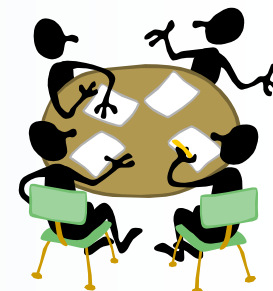
# *Conclusioni*



- ▶ Portare i mmg a lavorare in squadra per superare la condizione di isolamento e di autoreferenzialità;
- ▶ Riscoprire gli stimoli motivazionali capaci di rinnovare lo slancio professionale, il sentimento di dignità e di soddisfazione verso la propria professione;
- ▶ Consentire ai professionisti stessi e ai committenti di verificare, analizzare e valutare, attraverso idonei indicatori, l'attività assistenziale erogata, sia in termini di output che out come, anche per poterla appropriatamente programmare



# *Conclusioni*



## ▶ In Puglia:

- ▶ Superare la fase sperimentale dei CPT, che garantiscono l'assistenza h 12 come via per completare il percorso che porti alle UCCP
- ▶ AFT e integrazione di funzioni retribuite a quota oraria e a quota capitaria costituiscono il percorso per garantire nuovi servizi e continuità assistenziale
- ▶ Avviare forme di sperimentazione che consentano di erogare prestazioni specialistiche direttamente negli ambulatori di assistenza primaria (visite specialistiche e diagnostica di primo livello)
- ▶ Non disperdere l'esperienza e la conoscenza acquisita nella gestione delle UDT come risposta territoriale alla chiusura degli ospedali