

I problemi di salute emergenti del territorio

Le malattie croniche ad elevata prevalenza:

- più di 300.000 malati cronici per milione di assistiti
- in progressiva crescita
- necessità di continuità di cura nel tempo e nei passaggi tra livelli di cura

I malati con bisogni assistenziali complessi:

- circa 15-20.000 persone per milione di assistiti
- necessità di garantire l'unitarietà di tutti gli attori coinvolti attorno alla singola persona e alla sua famiglia

La presa in carico di tutte le richieste sanitarie di intervento e/o informazione 24/24 ore 7/7 giorni:

- Necessità di accogliere e prendere opportunamente in carico ogni richiesta, offrendo informazioni coerenti e/o valutando il problema posto, selezionando la soluzione verso:
 - gestione diretta, per problemi di base, da parte delle Cure Primarie
 - servizi specialistici



**L'evoluzione
della collocazione del MMG nel sistema**

MMG isolato



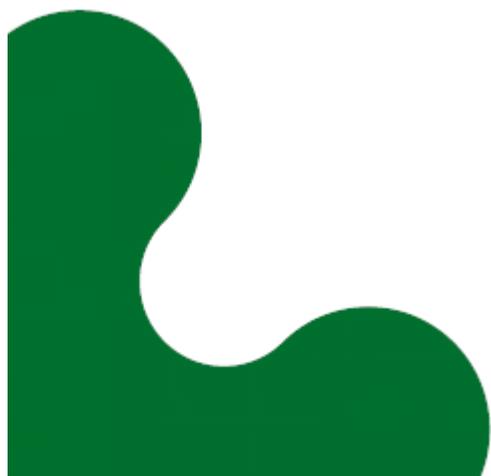
MMG in associazione



Governo Clinico del MMG



MMG nel sistema



Il MMG isolato

- Libero professionista che lavora da solo
- Rimane in attesa e risponde alle singole domande che gli pervengono
- Fornisce singole prestazioni
- È esterno all'ASL (un convenzionato “sotto” la vigilanza amministrativa dell'ASL che lo paga)
- Agisce non coordinato nella rete sanitaria
- Presenta un comportamento clinico-prescrittivo variabile
- Non è formato specificamente per la Medicina Generale: spesso ha seguito un percorso ospedaliero specialistico, scelto in base ad interessi/opportunità personali, in branche specialistiche anche lontane dalla Medicina Generale



Lo sviluppo dell'associazionismo

- **L'esperienza preliminare nei "Team":**
i MMG cominciano a parlarsi e a confrontarsi, ma su tematiche individuate spontaneamente e autonomamente
- **L'associazionismo semplice:**
è un passaggio non significativo; il MMG, spesso, vi aderisce solo perché ciò rappresenta una opportunità economico-logistica
- **L'associazionismo in rete e in gruppo:**
spesso non riesce ad offrire all'assistito un miglioramento oggettivo o percepibile

Anche quando la forma associativa è ben funzionante, rimane comunque una entità "isolata" dal sistema



Il Governo Clinico

- **Rottura dell'isolamento funzionale:**
Con l'introduzione dei PDTA si favorisce l'integrazione del MMG con il livello specialistico e si riduce la variabilità clinico-prescrittiva
- **Individuazione di indicatori di Governo Clinico:**
L'avvio del loro utilizzo consente di iniziare a riscontrare il raggiungimento di risultati di processo, di adeguatezza del comportamento clinico, di salute e di individuare le aree di possibile miglioramento
- **Audit clinico:**
a livello distrettuale, nei "Gruppi di Miglioramento" ciascun MMG è facilitato nel "confronta tra pari" con modalità non empiriche o aneddotiche, ma sulla base di indicatori effettivamente misurabili e confrontabili



Verso il MMG nel sistema

- **Nei confronti del singolo assistito:**
 - Il MMG diventa il "*regista*" della conduzione clinica dell'assistito, avvalendosi dell'apporto consulenziale dei diversi livelli specialistici
- **Una partecipazione attiva del MMG al governo del sistema:**
 - Il MMG entra in un rapporto strutturato, mediato dal Distretto, con gli altri MMG
 - Il MMG produce "*risultati generali*", non solo sul "singolo assistito", ma anche "*sull'insieme degli assistiti che presentano i medesimi quadri clinici*" e, complessivamente, "*sull'intera popolazione*"
 - Il MMG diventa osservatore privilegiato a supporto della programmazione di sistema, contribuendo alla rilevazione dei bisogni di salute e alla individuazione delle aree di criticità/miglioramento



Verso.... una visione olistica

Il MMG conosce dell'assistito:

- i problemi di salute e la storia sanitaria
- il contesto familiare e di vita
- le abitudini
- gli elementi di fragilità e di potenzialità (dell'assistito e della famiglia)

può pertanto:

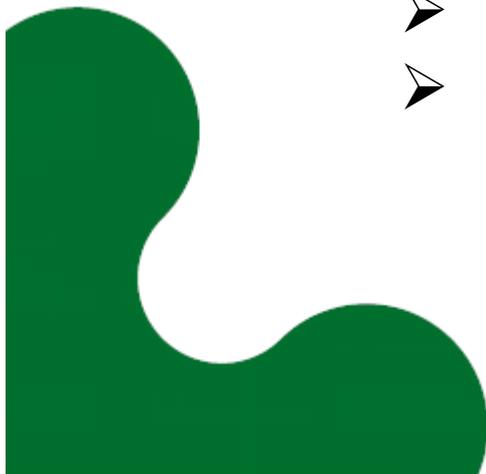
- **effettuare interventi preventivi personalizzati e contestualizzati** (es.: prescrivere comportamenti nutrizionali con una posologia adattata sia alla sua condizione clinica che al suo contesto socio-familiare)
- **valorizzare l'alleanza con i familiari** (es.: favorire la compliance terapeutica e dei controlli, rilevare tempestivamente situazioni di rischio, ottimizzare l'educazione terapeutica)



La crescita e la qualificazione del Sistema delle Cure Primarie

Il processo di evoluzione del ruolo e dell'integrazione
del MMG nel sistema
va sostenuto a livello locale
da una azione dell'ASL
svolta tramite Servizi Centrali e Distretti

- consapevole
- forte
- continuativa
- metodica
- efficace



Servizi Centrali dell'ASL e Distretti

“autorevoli” e “proattivi”

- **Dispongono e fanno circolare informazioni:**
 - qualificate
 - significative
 - tempestive
- **Contribuiscono alla soluzione dei problemi:**
 - del singolo assistito con bisogni complessi
 - delle problematiche clinico-assistenziali da organizzare e razionalizzare (con PDTA, protocolli professionali, ecc.)
 - dei conflitti, visti come opportunità di avvicinamento tra le parti e spazio di miglioramento
- **Orientano e guidano:**
 - trasversalmente tra le diverse componenti
 - dando continuità nel tempo
- **Mettono a disposizione strumenti professionali**



Necessità di nuove professionalità nell'ASL e nel Distretto

**L'evoluzione del sistema delle Cure Primarie,
a fronte dello sviluppo di specifiche competenze,
conoscenze, strumenti di lavoro, da parte dei professionisti
convenzionati**

- MMG (ed i loro infermieri e collaboratori di studio)
- MCA
- PLS
- Farmacisti territoriali

**richiede lo sviluppo di nuove professionalità da parte degli
operatori dell'ASL/Distretto**

- Medici dell'Organizzazione dei Servizi Sanitari di Base
- Farmacisti del "*Servizio Farmaceutico ASL*"
- Infermieri delle cure domiciliari
- Amministrativi (che devono divenire facilitatori competenti per la soluzione di problemi, soprattutto della integrazione e della comunicazione)



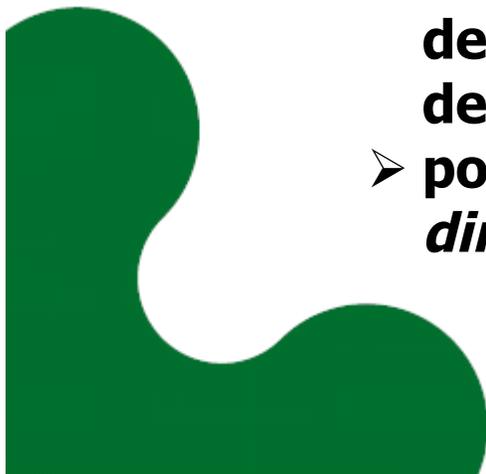
Il Medico dell'Organizzazione dei Servizi Sanitari di Base (il "Medico OSSB")

Esce "tradizionalmente" dalle Scuole di Igiene ma non gli è richiesto alcuno dei ruoli "tradizionali"; infatti non è:

- un igienista
- un medico della direzione sanitaria di struttura
- un epidemiologo
- un ricercatore della prevenzione

Il suo nuovo ruolo:

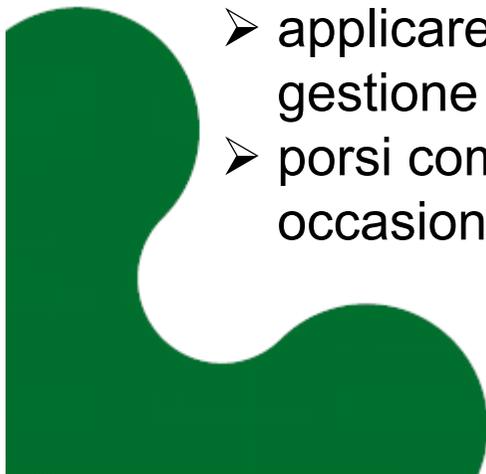
- "*facilitare*" l'integrazione e la comunicazione tra i diversi attori sanitari attivi a livello locale in funzione del miglioramento continuo dell'efficacia ed efficienza della rete
- potrebbe essere individuato come il "*medico della direzione sanitaria dei servizi territoriali*"



Il Medico dell'Organizzazione dei Servizi Sanitari di Base

Le nuove competenze richieste:

- elaborare ed analizzare informazioni,
- analizzare report informativi personalizzati e contestualizzati al distretto e all'ASL, utilizzando indicatori specifici dell'area delle Cure Primarie,
- diagnosticare problemi organizzativi,
- analizzare stili prescrittivi,
- pianificare azioni locali di miglioramento,
- animare incontri di aggiornamento,
- condurre gruppi di lavoro,
- facilitare incontri di audit clinico e di confronto tra pari,
- applicare metodologie di problem solving, specialmente per la gestione integrata di casi complessi,
- porsi come mediatore tra le diverse componenti, specialmente in occasione di conflitti.



Governo clinico e miglioramento continuo delle Cure Primarie: una prospettiva futura

L'attivazione di un sistema delle Cure Primarie evoluto e competente apre la nuova e promettente prospettiva di **integrare in un processo unitario la pratica clinica con la ricerca sul campo**, andando sistematicamente a riscontrare nel "*mondo reale*" e a livello locale:

- **la effettiva implementazione dei PDTA (quali strumenti di traduzione operativa contestualizzata delle linee guida e delle EBM)**
- **gli effettivi esiti di salute prodotti a seguito della implementazione dei PDTA**

