



Assistenza Primaria

Primary health care

Alfred König

Direttore Ufficio distretti sanitari

Standard appropriati

- Standard internazionali appropriatezza in OSP assistenza pazienti acuti
- Assistenza TERR da sviluppare secondo standard da concordare

Vantaggi assistenza TERR

- + TERR = + appropriatezza, + qualità,
- costi, + domicilio, + luoghi di vita
- Assistenza TERR = migliore assistenza
per pazienti non acuti
- Quindi meno OSP, ma non solo per motivi
di costi !!!

Problematiche attuali e future

- Anzianità popolazione
- Incremento malattie croniche
- Incremento domanda, budget senza aumento corrispondente alla domanda

Malattie croniche

2011

In Alto Adige
c.a. 130.000
pazienti malati
cronici

26,3%

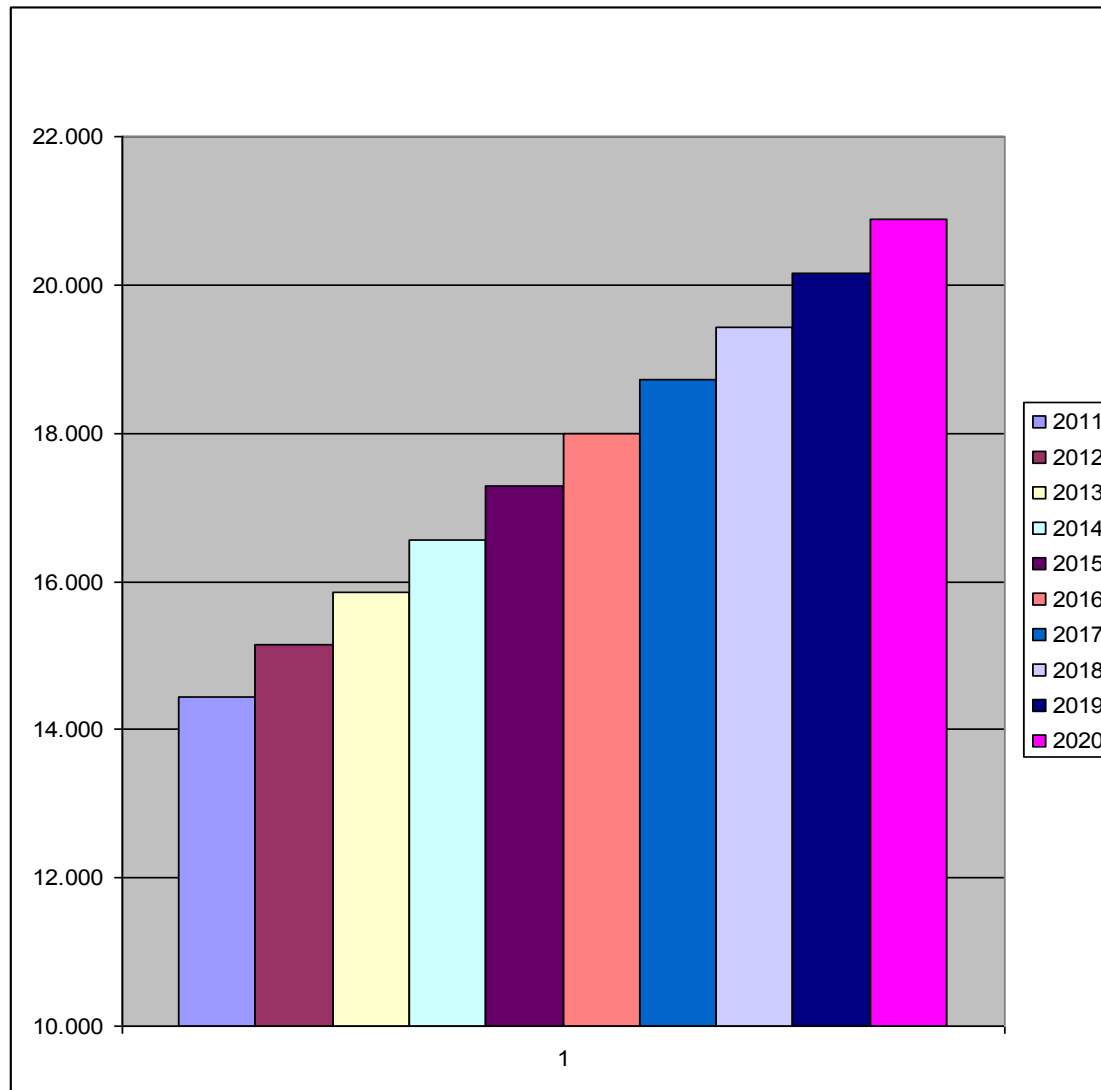


2030

In Alto Adige
c.a. 173.000
pazienti malati
cronici

31,4%

Persone non autosufficienti fino al 2020



Fotografia attuale

- 20 distretti e 15 punti di rif. Distrettuale
- Dimissioni protette; tre livelli
- 277 MMG: 3 accessi ADI per 3 pazienti al giorno (potenzialità ca. 2500 accessi)
- Anno 2010: 730 ADI, 2200 ADP
- 277 MMG, 172 più 1500, di cui 80 più 2000 iscritti
- Dal 2008 31 nuovi MMG (10 sost. pens.)

Fotografia attuale

- MMG Gruppi: 25 gruppi con 65 MMG
- MMG in rete: 14 org. in rete con 34 MMG
- Continuità assistenziale notturna e fine settimana tramite MMG
- Guardia medica attiva a Bolzano e limit.
- Progetti obiettivo AS

Soluzione: Integrazione

Ospedale



Organizzazione/percorsi

Sistemi informativi/informatici



Territorio

Obiettivi

- Sviluppare assistenza primaria
- Rete territoriale: integrazione tra MMG
- Rete Ospedale/Territorio: percorsi DTA e scambio informativo

=

**Rivalutazione ruolo MMG quale
Case manager**

Risultato atteso: riorganizzazione

- Medicina d`iniziativa, prevenzione
- Gestione integrata della cronicità con team multiprofessionale e presa in carico coordinata; continuità dell`assistenza OSP/TERR

Prevenzione in ambito territoriale

- Promozione della salute in ambito locale
- Educazione a stili di vita sani
- Attività di screening di riconosciuta efficacia

Gestione cronicità 1

- + risorse personale TERR
- + consulenze specialistica TERR a supporto MMG case manager
- adattamento delle strutture distrettuali alle nuove esigenze /flessibilità
- percorsi condivisi DTA tra OSP e TERR
- - prestazioni OSP, + assistenza territoriale

Gestione cronicità 2

- Miglioramento continuità assistenziale
- Sviluppo assistenza domiciliare
- Empowerment: educazione terapeutica del paziente e dei familiari
- Ampliamento delle dimissioni protette /ADI

Gestione cronicità 3

- Obiettivi di salute: piano sanitario
- Obiettivi tramite indicatori/ patti
- Sistema premiante su obiettivi e forme associative /misurabilità
- Ricerca attiva pazienti sconosciuti affetti da patologie misconosciute
- Utilizzo farmaci secondo evid. scient.

Accessibilità

- Continuità assistenziale
- Forme organizzative MMG e PLS
- Disponibilità telefonica
- Orari d'apertura ambulatori

Condivisione ASS, AS, MMG, OSP

- Sistema informativo/informatico
- Organizzazione
- Contratto MMG
- Percorsi DTA pazienti cronici
- Formazione/aggiornamento

Sistema informativo/informatico

- Flussi informativi/informatici di cui art.50, decreto legge n. 269/2003
- Collegamento rete informatica aziendale con rete territoriale
- Fascicolo sanitario elettronico/Summery
- Ricetta elettronica /certificati online
- Alta funzionalità sistemi informativi



Ospedale



Cittadino



**Repository/
Azienda Sanitaria**



**Medico di
medicina generale**



Farmacia

Organizzazione

- Analisi situazione distretti
- Implementazione UTAP
- Individuazione punti primo intervento
- Scelta delle prestazioni erogate (accentrate o in ambito periferico)
- Aumento ambulatori medico specialisti sul TERR
- Reperibilità infermieristica (zone da definire)

Contratto MMG

- La riorganizzazione del TERR dovrà passare necessariamente attraverso una contrattazione locale per potenziare la figura del medico convenzionato sul TERR con un particolare riguardo ai medici di nuovo convenzionamento nella fasi iniziali della loro attività

Percorsi DTA pazienti cronici

- Definizione patologie croniche;
- Gruppi di lavoro MMG e MS;
- Obiettivi condivisi tra reparti OSP e MMG tramite azioni comuni (valutazione in OSP, ADI, visite programmate).

Formazione/aggiornamento

- Formazione sui percorsi „aziendali“
- Formazione multidisciplinare
- Corsi formazione MMG
- Aggiornamento su aspetti clinici ed utilizzo farmaci (brevetto scaduto)
- Promozione formazione a distanza
- Promozione del ruolo del MS come „consulente“ del MMG

Nuovo ruolo distretto

Sedi centrali, sedi periferiche / UTAP

- MMG in distretti, più risorse professionali
- Ambito organizzativo cure primarie
- Direzione cure primarie
- Prevenzione, medicina d'iniziativa, integrazione sozsan
- Accessibilità, programmazione visite
- Visite MMG con MS a sostegno secondo percorsi
- Sistemi informativi/informatici in rete con OSP
- Concentrazione professionalità
- Organizzazione in rete a livello Comprensorio sanitario
- Reperibilità infermieristica
- Consulto telefonico MMG / MS

UTAP

Esempi di obiettivi da assegnare alle forme associative di MMG/PLS:

- Estensione della copertura oraria ambulatoriale;
- Rintracciabilità e consulto telefonico;
- Programmi di prevenzione, anche secondaria;
- Implementazione di percorsi diagnostico-terapeutici e protocolli condivisi;
- Raccolta di dati epidemiologici e mappatura dei bisogni locali;
- Integrazione informativa/informatica;
- Integrazione multiprofessionale tra MMG, PLS, SUMAI, Spec. Osp., assistenti sociali, amministrativi (casa della salute);
- **disponibilità ed accessibilità 24h dei dati** del paziente fragile;
- **fascicolo sanitario** sul paziente, con accessibilità “selettiva” e rispettoso della normativa sulla privacy.

Le 6 componenti interdipendenti del Chronic Care Model / patologie gravi

- **Organizzazioni sanitarie.** Una nuova gestione delle patologie croniche dovrebbe entrare a far parte delle priorità degli erogatori e dei finanziatori dell'assistenza sanitaria
- **Organizzazione del team.** La struttura del team assistenziale multi-professionale (medici, infermieri, educatori) deve prevedere una chiara divisione del lavoro (es. pianificazione delle visite e sostegno al follow up).
- **Supporto all'auto-cura.** Nelle malattie croniche il paziente diventa il protagonista attivo dei processi assistenziali (es. empowerment del paziente).
- **Supporto alle decisioni.** L'adozione di linee-guida sulle macro patologie a maggiore diffusione ed impatto basate sull'evidenza.
- **Sistemi informativi** svolgono tre importanti funzioni:
 - 1) sistemi di "avviso" che aiutano i team ad attenersi alle linee guida;
 - 2) feed back evidenziando le performance attraverso indicatori;
 - 3) registri di patologie per pianificare la cura individuale dei pazienti.
- **Risorse della comunità.** Per migliorare l'assistenza ai pazienti cronici le organizzazioni sanitarie devono stabilire solidi collegamenti con le risorse della comunità.