

C-PHC e Servizi Sanitari da Alma Ata alle Case della Salute

Prof. Armando Stefanati
Dott.ssa Caterina Florescu
19/12/2019

Global Conference on Primary Health Care

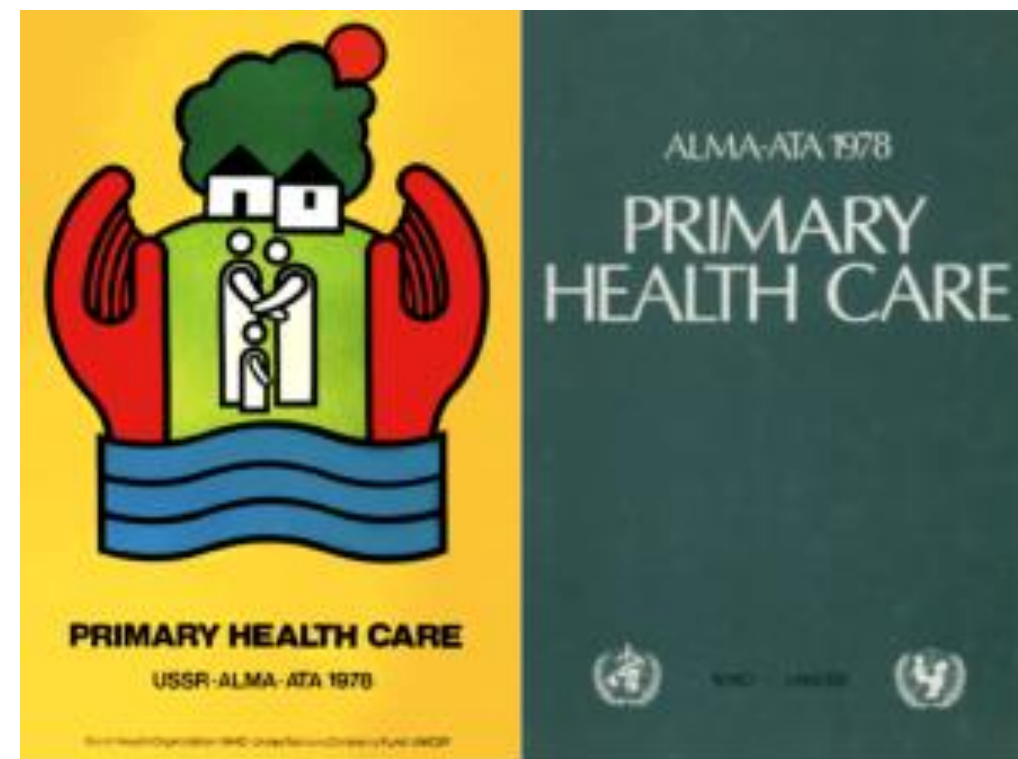
Alma-Ata, URSS, 6-12 settembre 1978



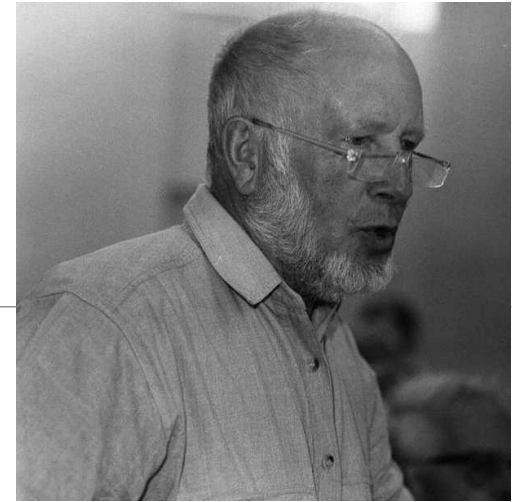
La strategia per conseguire “*Salute per tutti entro il 2000*” è la **Comprehensive Primary Health Care**, i cui principi sono:

- ✓ Equità
- ✓ Accessibilità
- ✓ Partecipazione comunitaria
- ✓ Intersettorialità e multidisciplinarietà
- ✓ Promozione della salute
- ✓ Utilizzo delle tecnologie appropriate

Paradigma: SALUTE- DIRITTI UMANI- GIUSTIZIA SOCIALE



Julian Tudor Hart (1927-2018)



«Il medico dei minatori»

«più salute, più equità, meno costi»

- Valore dell'*anticipatory preventive care* → “medicina d’iniziativa”
è considerato come il primo medico a misurare la pressione sanguigna di routine a tutti i pazienti che vedeva in ambulatorio, riuscendo in questo modo a ridurre del 30% la mortalità prematura dei pazienti ad alto rischio. Fu uno dei primi a promuovere la ricerca sistematica, la chiamata dei pazienti, la loro attiva partecipazione al percorso clinico e la necessità di politiche pianificate nella pratica delle cure primarie.
- “The Inverse Care Law” (“La Legge dell’Assistenza Inversa”) pubblicato sul Lancet nel 1971
“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.

Now More Than Ever



Rapporto 2008 dell'OMS

«Primary health care. Ora più che mai»

- Sistemi sanitari, soprattutto nei paesi poveri, costretti a orientarsi verso la privatizzazione e forme deregolate di commercializzazione della salute
- Persi di vista protezione sociale ed equità
- Offerta assistenziale incentrata sugli ospedali e sulle cure specialistiche, frammentata in una miriade di programmi per il controllo di singole malattie.

- Si stima che più di cento milioni di persone cadano ogni anno in povertà a causa delle spese mediche
- La promozione della salute e la prevenzione primaria potrebbero prevenire fino al 70% del carico di malattia

**Now
More
Than
Ever**

Rapporto 2008 dell'OMS

«Primary health care. Ora più che mai»

ORA O MAI PIU'

- Sistemi sanitari soprattutto nei paesi poveri, costretti a orientarsi verso la privatizzazione e forme delogiamente di commercializzazione della salute. Perdita di questa protezione sociale ed equità. Offerta assistenziale incentrata sugli ospedali e sulle cure specialistiche, frammentata in una miriade di programmi per il controllo di singole malattie.
- Si stima che più di cento milioni di persone cadano ogni anno in povertà a causa delle spese mediche
- La promozione della salute e la prevenzione primaria potrebbero prevenire fino al 70% del carico di malattia



World Health
Organization

40 anni dopo....

Global Conference on Primary Health Care

25-26 October 2018 - Astana, Kazakhstan

Esigenza di riafferma la Dichiarazione di Alma-Ata del 1978, che vedeva l'impegno globale di tutti i leader mondiali a raggiungere obiettivi comuni per la salute, per tutti i popoli del mondo.

Si sottolinea il ruolo fondamentale dell'assistenza sanitaria di base e si punta a concentrare nuovamente gli sforzi sull'assistenza sanitaria primaria (**C-PHC**) per garantire che tutti, in ogni parte del mondo, siano in grado di godere del più alto livello possibile di salute raggiungibile.



«Non si può più enfatizzare l'importanza della promozione della salute e della prevenzione delle malattie e poi tollerare cure frammentate, non sicure o di scarsa qualità: si deve affrontare la carenza e la distribuzione disomogenea degli operatori sanitari, agire sui costi crescenti dell'assistenza sanitaria, delle medicine e dei vaccini».



La Dichiarazione di Astana , approvata all'unanimità da tutti gli Stati membri dell'Oms, si impegna in quattro aree chiave:

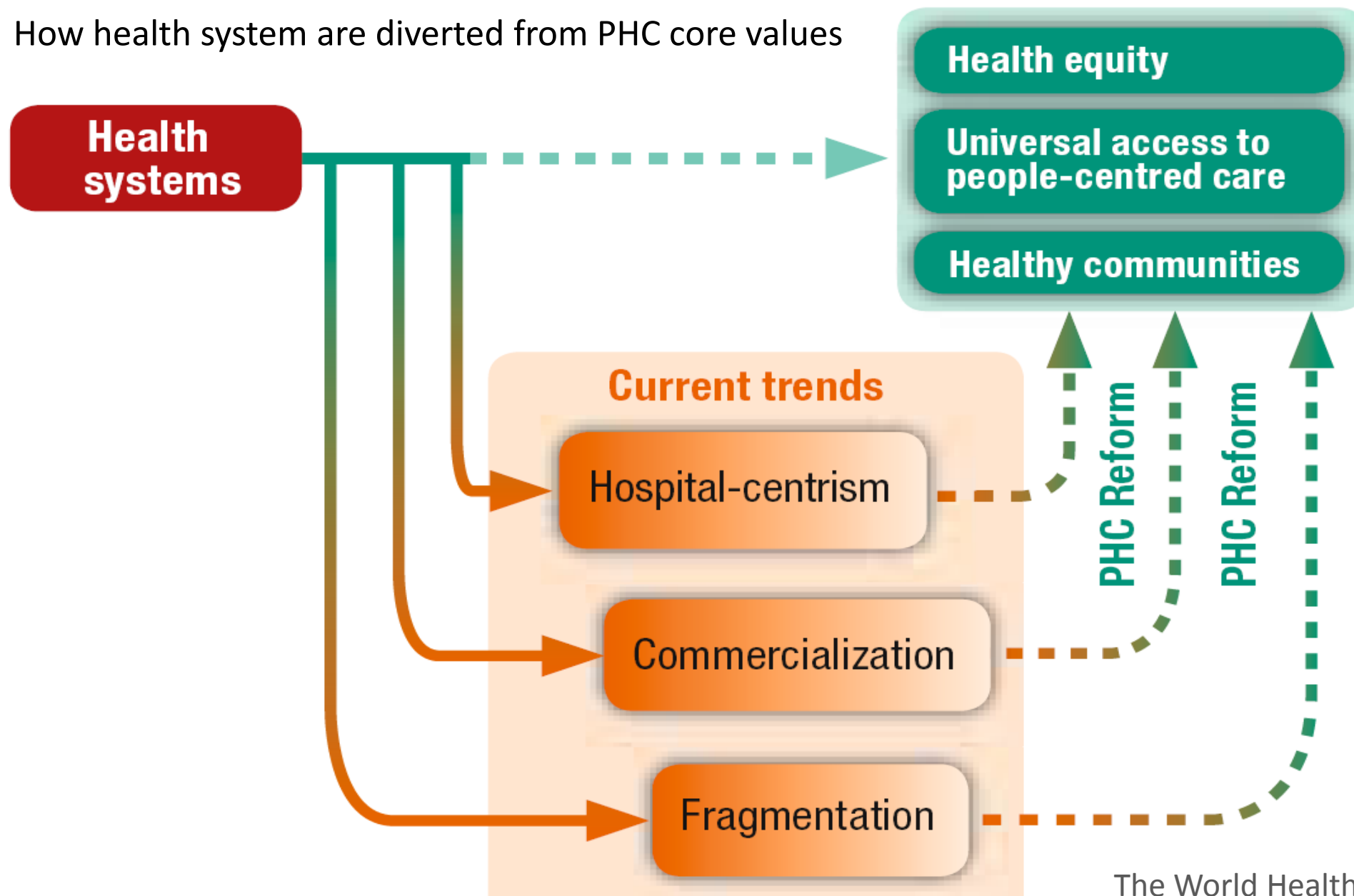
- (1) fare scelte politiche coraggiose per la salute in tutti i settori;
- (2) costruire un'assistenza sanitaria primaria sostenibile;
- (3) potenziare individui e comunità nella difesa della salute;
- (4) allineare il sostegno delle parti interessate alle politiche, alle strategie e ai piani nazionali dei singoli Governi.



Caratteristica	SELECTIVE	COMPREHENSIVE
Scopo principale	Riduzione di una specifica malattia – focus tecnico	Miglioramento delle condizioni generali di salute della comunità e dei singoli individui – “salute per tutti” come finalità “globale” sociale e politica
Settori coinvolti	Forte concentrazione sul settore sanitario – coinvolgimento molto limitato degli altri settori	Coinvolgimento degli altri settori centrale
Strategie	Focalizzazione sull’aspetto curativo, con qualche attenzione a prevenzione e promozione	Strategia comprensiva con un approccio curativo, riabilitativo, preventivo e di promozione della salute che cerca di rimuovere alla radice i determinanti della salute
Programmazione e strategia di sviluppo	Programmi esterni, spesso “globali”, con scarso adattamento alle circostanze locali	Locale e che riflette le priorità della comunità - professionisti ‘ <i>on tap not on top</i> ’

Caratteristiche	SELECTIVE	COMPREHENSIVE
Partecipazione	Coinvolgimento limitato, basato su termini fissati da esperti esterni e spesso sporadico	Partecipazione “engaged” che parte dalle forze interne alla comunità e con l’analisi da parte della comunità dei propri problemi di salute, è continua e mira al controllo da parte della comunità
Rapporto con la politica	Ha una prospettiva professionistica e si dichiara a-politica	Riconosce che la PHC è inevitabilmente politica e si inserisce nelle strutture politiche locali
Forme di evidenze/prove scientifiche	Si limita alla valutazione delle strategie preventive basate sui metodi epidemiologici tradizionali, in genere condotti fuori contesto ed estrapolati alla situazione contingente	Metodi di ricerca complessi e multidisciplinari compresi l’epidemiologia, la ricerca qualitativa e le metodologie partecipative

How health system are diverted from PHC core values



The World Health Report 2008, WHO

Le differenze tra sistema ospedaliero e sistema delle cure primarie

SISTEMA OSPEDALIERO

- Intensività assistenziale
- Orientato alla produzione di prestazioni
- Presidia l'efficienza
- Tende all'accentramento
- Punta all'eccellenza

PRIMARY CARE

- Estensività assistenziale
- Orientato alla gestione di processi assistenziali
- Presidia l'efficacia e i risultati
- Tende al decentramento
- Punta all'equità

L'integrazione tra i due sotto- sistemi deve comunque avvenire attraverso la costruzione di una unica "rete assistenziale"

Il mutato contesto socio/epidemiologico

- Aumento della cronicità/multimorbilità/non-autosufficienza
 - Aumento famiglie monoparentali/anziani soli



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.

- Aumento della necessità di assistenza domiciliare (12% della spesa sanitaria)
 - Il paziente ricopre un ruolo centrale nella gestione della cronicità: importanza dell'empowerment e del supporto all'autocura.

Le buone pratiche nella PHC oggi

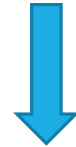
Per affrontare efficacemente l'epidemia delle malattie croniche è necessario intervenire con:

- la promozione della salute
- la prevenzione primaria
(ridurre il numero dei malati riducendo l'esposizione ai rischi comportamentali, ambientali e socioeconomici)
- la prevenzione secondaria
(per stabilizzare nelle persone ammalate l'evoluzione della patologia, prevenendo per quanto possibile complicazioni e scompensi).

“cambio di paradigma”
→ **passaggio dalla sanità d'attesa alla sanità d'iniziativa**
→ organizzazione sanitaria che mette **al centro dell'attenzione le persone e non le malattie.**

Supporto da parte delle comunità locali

L'organizzazione delle cure primarie deve basarsi su team multidisciplinari – MMG, infermieri, specialisti, fisioterapisti, assistenti sociali, etc) – che adottano programmi di sanità d'iniziativa e che comprendono, come elemento centrale, la promozione dell'empowerment dei pazienti, la domiciliarità e il supporto all'auto-cura.



Un'organizzazione del genere richiede infrastrutture adeguate, in grado di accogliere gli studi di molteplici operatori sanitari e sociali, di dotarsi di spazi per riunioni e attività collettive, di dotarsi delle necessarie attrezzature diagnostiche di primo livello.

Cure primarie: i valori guida

- Centralità della persona
- Continuità della cura
- Integrazione tra proposte assistenziali sociali e sanitarie del territorio
- Integrazione delle risorse del territorio
- Appropriatelyzza
- Domiciliarità

La collaborazione tra ASL e Comuni è indispensabile per portare avanti programmi multi-settoriali.

Le cure primarie e il ruolo della AUSL

IL DISTRETTO

- Recentemente è diventato “solamente” il luogo della committenza, della garanzia.
- Prevalente funzione di integrazione.

IL DIPARTIMENTO DI CURE PRIMARIE

- Luogo della produzione e organizzazione dei servizi.
- Detiene il budget.

N.B. dal 2010 separazione delle funzioni di committenza/garanzia e produzione

Il nuovo mandato del Distretto:

COMMITTENZA

Analisi domanda, bisogni,
diseguaglianze

Valutazione offerta (Equità,
Adeguatezza, Qualità, Efficienza)

Supporto alla DG e ai dipartimenti

GARANZIA

Garanzia d'accesso

Garanzia di risposta

Garanzia di integrazione

Garanzia di qualità

Gestione del FRNA

Il Dipartimento di Cure Primarie porta ad unitarietà le attuali funzioni di:

- ❖ Assistenza medica di base
- ❖ Assistenza pediatrica di base
- ❖ Assistenza pediatrica di comunità
- ❖ Continuità assistenziale
- ❖ Assistenza specialistica ambulatoriale extra-ospedaliera
- ❖ Assistenza domiciliare
- ❖ Assistenza consultoriale
- ❖ Assistenza sanitaria in regime residenziale o semiresidenziale per anziani o disabili
- ❖ Assistenza farmaceutica, secondo un processo integrato con il Dipartimento farmaceutico

Organizzazione del Dipartimento di Cure Primarie

Il Dipartimento è articolato in **Nuclei di Cure Primarie (NCP)**

I NCP sono la struttura elementare del DCP. Costituiscono il luogo privilegiato per perseguire gli obiettivi di continuità assistenziale, integrazione delle attività territoriali, miglioramento della qualità assistenziale attraverso linee guida, audit clinico e formazione specifica.

Sono una rete di moduli organizzativi, per aree omogenee territoriali di 10- 30.000 abitanti, che eroga:

- assistenza medica e infermieristica
- assistenza ostetrica e pediatrica
- assistenza domiciliare
- assistenza farmaceutica
- assistenza sociale

Decreto Balduzzi (2012)

La legge n.189 dell' 8 novembre 2012
(decreto Balduzzi)

Art. 1 Riordino dell'assistenza territoriale e mobilità del personale delle aziende sanitarie.

“Le regioni definiscono l'organizzazione dei ***servizi territoriali di assistenza primaria*** promovendo ***l'integrazione con il sociale***, anche con riferimento ***all'assistenza domiciliare***, e i ***servizi ospedalieri***, al fine di migliorare il livello di efficienza e di capacità di presa in carico dei cittadini, secondo modalità operative che prevedono ***forme organizzative monoprofessionali.....e multiprofessionali....***,”

La Casa della Salute



Le *Case della Salute* sono strutture territoriali facilmente riconoscibili e raggiungibili dai cittadini.

Qui si svolgono un insieme di attività profondamente integrate fra loro in cui si realizza la **presa in carico** del cittadino per tutte le **attività sociosanitarie** che lo riguardano.



- Tre tipologie (piccole, medie e grandi)
- Continuità assistenziale che arriva a 24/24h
- Presenza accanto all'accoglienza e ai medici di medicina generale, di prestazioni specialistiche, servizi di vaccinazione e screening, palestre per riabilitazione, servizi sociosanitari...

Compiti della Casa della Salute (DGR-ER, 08/02/2010)

- Assicurare un punto unico di accesso ai cittadini
- garantire la continuità assistenziale nelle 24 ore 7 giorni su 7
- organizzare e coordinare le risposte da dare al cittadino
- rafforzare l'integrazione con l'ospedale soprattutto in relazione alle dimissioni protette
- migliorare la presa in carico integrata dei pazienti con problemi di salute mentale
- sviluppare programmi di prevenzione rivolti al singolo, alla comunità e a target specifici di popolazione
- promuovere e valorizzare la partecipazione dei cittadini
- offrire formazione permanente agli operatori

Aree integrate d'intervento

(DGR 2128/2016)

Le Case della Salute non sono pensate a partire dai servizi, ma per **aree integrate**, in modo che la presa in cura della persona avvenga coinvolgendo professionisti e servizi diversi.

Le **6 aree integrate** individuate sono:

- **prevenzione e promozione della salute**
- **popolazione con bisogni occasionali-episodici**
- **benessere riproduttivo, cure perinatali, infanzia e giovani generazioni**
- **prevenzione e presa in carico della cronicità**
- **non autosufficienza**
- **rete cure palliative**

Il Medico di Sanità Pubblica che ruolo ha in questo contesto?

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!!!**



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;

Medici dell'organizzazione;

Farmacisti del “Servizio Farmaceutico ASL”;

Infermieri delle cure domiciliari;

Personale Amministrativo con ruolo di facilitatore

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

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”

Are 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 territorioospedale**
- **Valutazione e pianificazione multidimensionale**
- **Assistenza protesica e integrativa**
- **Cure domiciliari**
- **Residenze sanitarioassistenziali**
- **Disabilità**
- **Salute mentale**
- **Dipendenze**

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

1. Collaborare ed **integrarsi** con i vari professionisti coinvolti nell'approccio al paziente sul territorio;
2. Integrare i diversi aspetti: sanitari, politici, amministrativi;
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. Elaborare piani di salute interdisciplinari ed intersettoriali;
6. Utilizzare tecniche di EBM ed EBP;
7. Diagnosticare **problemi organizzativi**;
8. Pianificare **azioni locali di miglioramento**;
9. Animare **incontri di aggiornamento**;
10. Condurre **gruppi di lavoro**;
11. Facilitare incontri di **audit clinico** e di **confronto tra pari**;
12. Applicare metodologie di **problem solving**, specialmente per la gestione integrata di casi complessi;
13. Porsi come **mediatore tra le diverse componenti**, specialmente in occasione di conflitti.

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 degli operatori sanitari del territorio.

“Thinking globally, acting locally”