II Conferenza Nazionale sull'ASSISTENZA PRIMARIA 2017

DALL'OFFERTA DI SERVIZI ALL'INIZIATIVA

La partecipazione attiva di tutti gli attori

MERCOLEDÌ 8 NOVEMBRE 2017

9,00-11,00 **SECONDA SESSIONE** (Aula Moscati)

Sviluppo della formazione e della collaborazione interdisciplinare e interprofessionale

Moderatore: **Carlo Favaretti, Armando Muzzi**

Gavino Maciocco
Professore di Politiche Sanitarie presso l'Università degli Studi di Firenze

Maurizio Marceca
Presidente della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, Roma

Rosario Mete
Presidente CARD Lazio. Direttore Distretto 9 ASL Roma 2

Cure primarie integrate: possiamo fornire una cura migliore e più economica?
Pim P. Valentijn
Senior Researcher Maastricht University, Netherlands

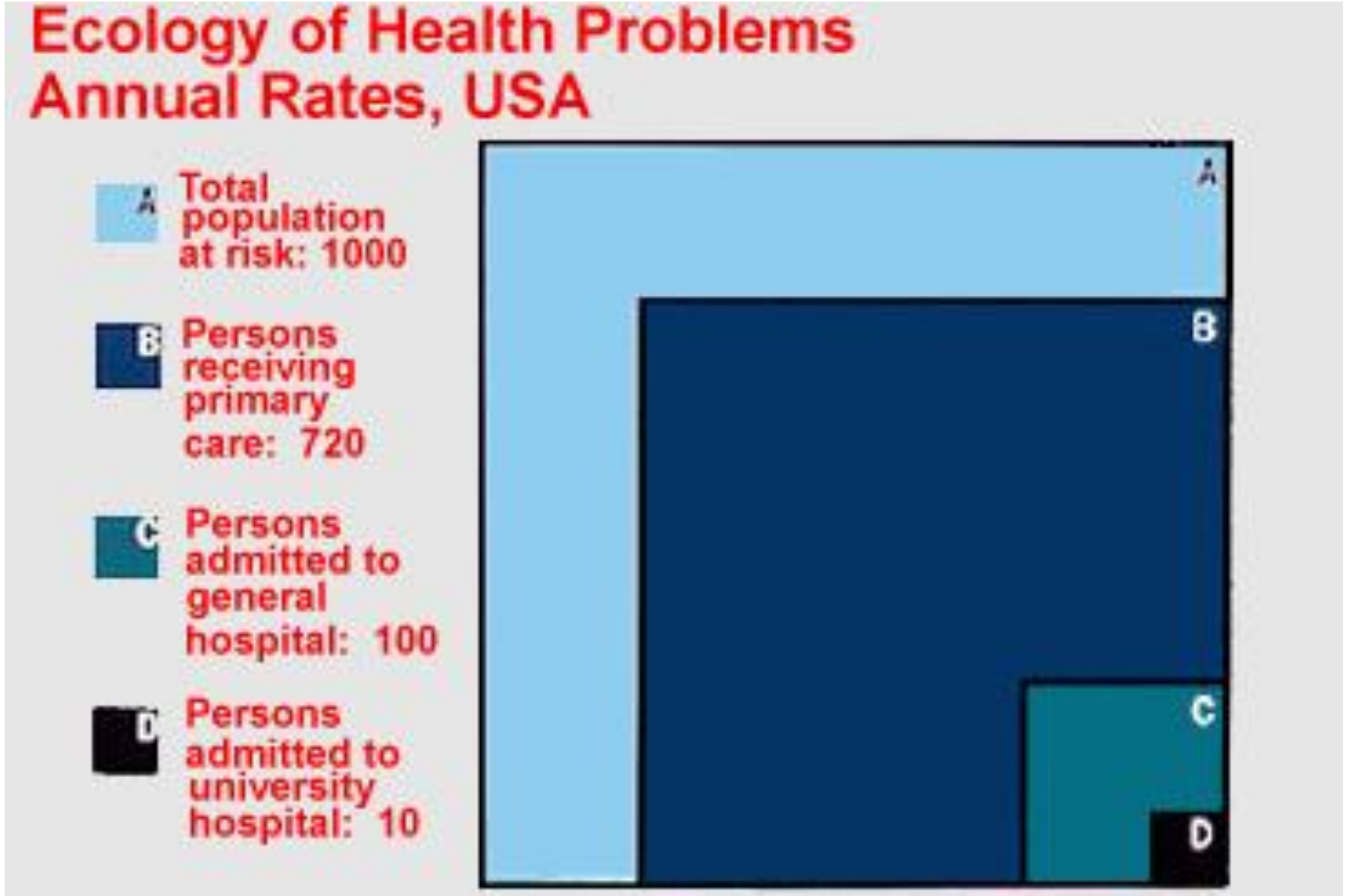
Discussione

11,00-12,00 **SESSIONE PARALLELA** (Aula Moscati)

Aspetti innovativi nell'organizzazione dell'assistenza primaria: il modello lombardo di presa in carico del paziente cronico, il nuovo modello di assistenza domiciliare nel Lazio

Kerr White e coll.

New England Journal of Medicine 1961



USA – Family Medicine, come disciplina accademica (1970)

- **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.**

UK General Practice

ALMA-ATA 1978

PRIMARY HEALTH CARE

WHO UNICEF

Health for all, primary health care and general practitioners

HANNU VUORI, MD, PhD, MA
Chief, Research Promotion and Development, WHO Regional Office for Europe

Hannu Vuori

Not everybody, however, shares my conviction. There is a lot of scepticism, some ill will and distortion, and much plain ignorance about these concepts. In fact, many health professionals have never heard of them. Let me, therefore, first describe how the WHO sees 'Health for all' and 'Primary health care'. I shall then attempt to outline the possible role of general practitioners in promoting health for all and primary health care and the possible benefits that general practitioners may reap from being allies and proponents of these principles.

Health for all

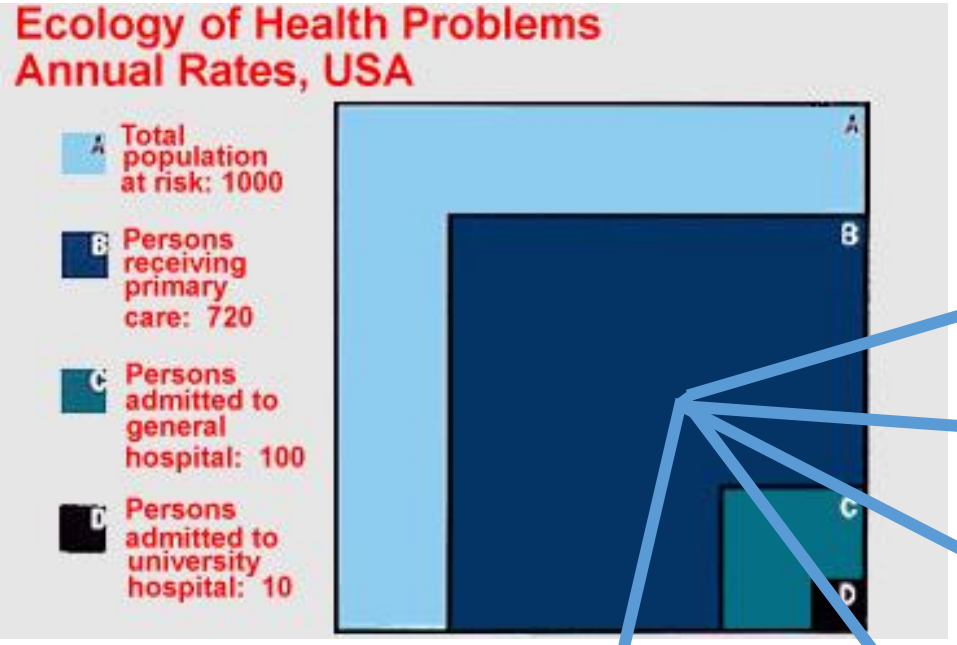
A Utopian goal?

In 1977 the World Health Assembly — the WHO's worldwide 'parliament' consisting of the leading health authorities of the member states — resolved that 'the main social target of governments and WHO in the coming decades should be the attainment by all citizens of the world by the year 2000 of a level of

Table 1: From Primary Medical to Primary Health Care

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

Adapted from Vuori (1985)[25]


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
A
B
C
D


VISTO DA
VICINO
NESSUNO È
NORMALE


everyone
welcome


disegno | SENZA NOME
ILVA

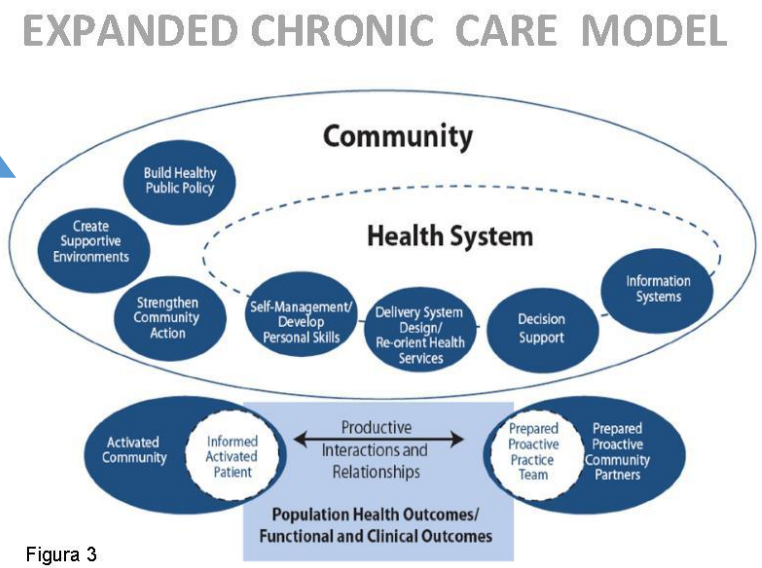

EXPANDED CHRONIC CARE MODEL
Community
Build Healthy Public Policy
Create Supportive Environments
Health System
Strengthen Community Action
Self-Management/ Develop Personal Skills
Delivery System Design/ Re-orient Health Services
Decision Support
Information Systems
Activated Community
Informed Activated Patient
Productive Interactions and Relationships
Prepared Proactive Practice Team
Prepared Proactive Community Partners
Population Health Outcomes/ Functional and Clinical Outcomes

Figura 3

EXPANDED CHRONIC CARE MODEL

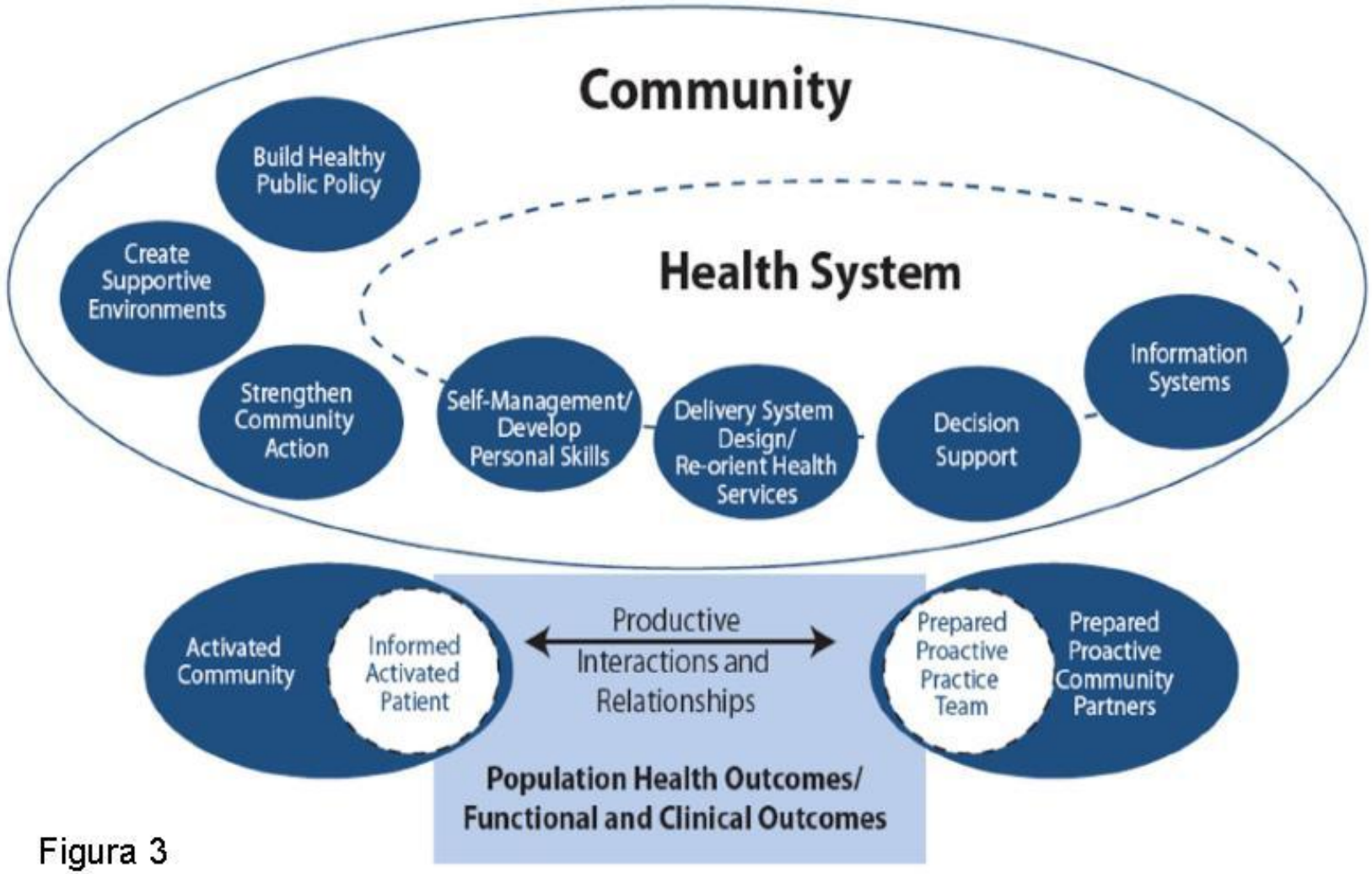


Figura 3

The ten characteristics of the high-performing chronic care system

Chris Ham

Health Economics, Policy and Law / Volume 5 / Issue 01 / January 2010, pp 71 - 90
DOI: 10.1017/S1744133109990120, Published online: 07 September 2009

The Chronic Care Model

The Chronic Care Model developed by Wagner provides a framework for describing the elements needed in a system that aspires to provide high-quality care for people with chronic diseases (Wagner, 1998). The Model was based on a review of available literature about promising strategies for chronic illness management, much of which derived from experience in European health care systems.

The Chronic Care Model has been used in a range of settings to support the reorientation from acute care to chronic care (Singh and Ham, 2006).

The ten characteristics of the high-performing chronic care system

1

The first and arguably most important characteristic of the high-performing chronic care system is 'ensuring universal coverage', for without universal coverage it is difficult to act consistently on the other characteristics. Recent

Copertura universale

2

The second characteristic is the provision of 'care that is free at the point of use', or at least care that is provided at a cost that does not act as a major deterrent to sick patients seeking medical help. The RAND study of the Health

Gratuità

3

The third characteristic is that 'the delivery system should focus on the prevention of ill health' and not just the treatment of sickness. Despite progress in a

Prevenzione

4

The fourth characteristic is that 'priority is given to patients to self manage their conditions with support from carers and families'. The importance of self-

Auto-gestione

5

The fifth characteristic is that 'priority is given to primary health care'. This

Cure primarie

6

The sixth characteristic is that 'population management is emphasised' through the use of tools to stratify people with chronic diseases according to their risk and offering support commensurate with this risk.

Stratificazione

7

The seventh characteristic is that 'care should be integrated to enable primary health care teams to access specialist advice and support when needed'. The

Lavoro in team

8

The eighth characteristic, closely linked to the last point, is 'the need to exploit the potential benefits of information technology in improving chronic care'. Not least, information technology underpins effective population man-

Information technology

9

The ninth characteristic is to ensure that 'care is effectively coordinated'. Coordination is particularly important in the care of people with multiple conditions who are at much greater risk of hospital admission than people with single diseases (Wolff *et al.*, 2002). The role of primary care physicians in providing coordination has been emphasised in a number of studies (Starfield

Coordinamento. Continuità delle cure

10

The tenth characteristic, alluded to in the review of the evidence above, is to 'link these nine characteristics into a coherent whole as part of a strategic approach to change'. This is important in view of evidence that it is the *cumulative* effect of different elements that explains the degree of impact of the Chronic Care Model rather than individual components. By extension, the argument of this paper is that

Effetto cumulativo

CHRONIC CARE MODEL

Figura 1

Modello lombardo?

VOLONTA' POLITICA

FORMAZIONE

LA FORMAZIONE

- i livelli formativi: pre-laurea, post-laurea (specializzazione) e post-laurea (ECM)
- gli attori della formazione (Università, Regione, Azienda sanitaria, Distretto)
- i destinatari della formazione: alta dirigenza aziendale; direzione e dirigenza di Distretto; operatori del team multiprofessionale; altri operatori sanitari e sociali; pazienti (il ‘paziente esperto’); i caregiver
- i bisogni formativi per le competenze necessarie (con particolare riferimento alla capacità di collaborare in modo interdisciplinare e interprofessionale, alla condivisione dei dati di salute e all’integrazione sociosanitaria)

IL PUNTO CRITICO

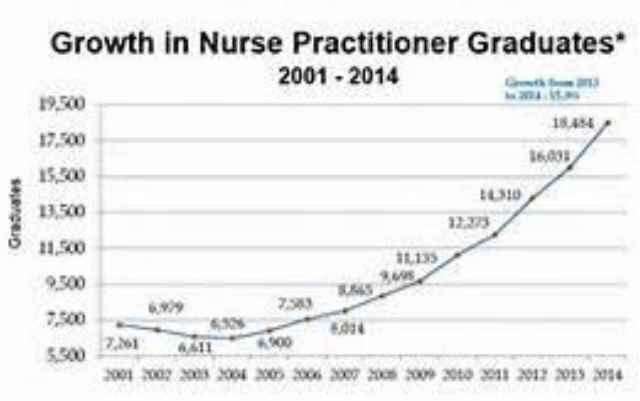
LE CURE PRIMARIE E LA FORMAZIONE ACCADEMICA (PRE E POST-LAUREA) DEI MEDICI E DEGLI INFERMIERI

USA – Family Medicine, come disciplina accademica (1970)

- 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.

UK General Practice

E IN ITALIA ?



LAUREA MAGISTRALE
IN
INFERMIERE DI
COMUNITA'/
DI FAMIGLIA

?

E IN ITALIA ?

II Conferenza Nazionale sull'ASSISTENZA PRIMARIA 2017

DALL'OFFERTA DI SERVIZI ALL'INIZIATIVA

La partecipazione attiva di tutti gli attori

MERCOLEDÌ 8 NOVEMBRE 2017

9,00-11,00 **SECONDA SESSIONE** (Aula Moscati)

Sviluppo della formazione e della collaborazione interdisciplinare e interprofessionale

Moderatore: **Carlo Favaretti, Armando Muzzi**

Gavino Maciocco
Professore di Politiche Sanitarie presso l'Università degli Studi di Firenze

Maurizio Marceca
Presidente della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, Roma

Rosario Mete
Presidente CARD Lazio. Direttore Distretto 9 ASL Roma 2

Cure primarie integrate: possiamo fornire una cura migliore e più economica?
Pim P. Valentijn
Senior Researcher Maastricht University, Netherlands

Discussione

11,00-12,00 **SESSIONE PARALLELA** (Aula Moscati)

Aspetti innovativi nell'organizzazione dell'assistenza primaria: il modello lombardo di presa in carico del paziente cronico, il nuovo modello di assistenza domiciliare nel Lazio