

**Medicina di prossimità, cooperazione
Territorio e Ospedale per la risoluzione delle
cronicità e delle criticità in sanità
– Roma 24/25 Settembre 2021**



L'attività professionale del MMG e PLS gestita in sicurezza –

**Dr.ssa A. Soldo
Specialista in Medicina Interna
MMG ASL ROMA 1
Gestione del Rischio Clinico Sanitario**

**Medicina di prossimità, cooperazione
Territorio e Ospedale per la risoluzione delle
cronicità e delle criticità in sanità
- Roma 24/25 Settembre 2021**



“Uno degli aspetti più controversi delle cure mediche è la capacità di causare disabilità e disagi.

Ovunque cure mediche vengano dispensate il paziente corre il rischio di essere vittima di un danno in conseguenza involontaria di quelle stesse cure. ”

Thomas 2000

**Medicina di prossimità, cooperazione
Territorio e Ospedale per la risoluzione delle
cronicità e delle criticità in sanità
- Roma 24/25 Settembre 2021**



LEGGE 8 marzo 2017, n. 24

Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.

(17G00041) (GU Serie Generale n.64 del 17-03-2017)

note: Entrata in vigore del provvedimento: 01/04/2017

Art 1 - Sicurezza delle cure in sanità'

comma 2. La sicurezza delle cure si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative.

Comma 3. Alle attività di prevenzione del rischio messe in atto dalle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, e' tenuto a concorrere **tutto il personale, compresi i liberi professionisti che vi operano in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale.**

**Medicina di prossimità, cooperazione
Territorio e Ospedale per la risoluzione delle
cronicità e delle criticità in sanità
- Roma 24/25 Settembre 2021**



LEGGE 8 marzo 2017, n. 24

Art. 7 Responsabilità civile della struttura e dell'esercente la professione sanitaria

1. La struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata che, nell'adempimento della propria obbligazione, si avvalga dell'opera di esercenti la professione sanitaria, anche se scelti dal paziente e ancorché non dipendenti della struttura stessa, risponde, ai sensi degli articoli 1218 e 1228 del codice civile, delle loro condotte dolose o colpose.

2. La disposizione di cui al comma 1 si applica anche alle prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramuraria ovvero nell'ambito di attività di sperimentazione e di ricerca clinica ovvero in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale nonché attraverso la telemedicina.

3. L'esercente la professione sanitaria di cui ai commi 1 e 2 risponde del proprio operato ai sensi dell'articolo 2043 del codice civile, salvo che abbia agito nell'adempimento di obbligazione contrattuale assunta con il paziente.....

4.

5. Le disposizioni del presente articolo costituiscono norme imperative ai sensi del codice civile.

**Medicina di prossimità, cooperazione
Territorio e Ospedale per la risoluzione delle
cronicità e delle criticità in sanità
- Roma 24/25 Settembre 2021**



LEGGE 8 marzo 2017, n. 24

L'articolo 6 della Legge ha modificato l'articolo 590 del c.p. inserendo l'articolo 590 sexies (Responsabilità colposa per morte o lesioni personali in ambito sanitario).

La norma prevede che se l'evento si è verificato per imperizia la punibilità è esclusa quando sono rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida o, in mancanza, dalle buone pratiche clinico-assistenziali, "..sempre che le raccomandazioni previste dalle predette linee guida risultino adeguate alla specificità del caso".

Sull'interpretazione della norma si è pronunciata la Suprema Corte che ha specificato che l'esercente la professione sanitaria risponde a titolo di colpa, per morte o lesioni personali:

- a) se l'evento si è verificato per colpa (anche "lieve") da negligenza o imprudenza;
- b) se l'evento si è verificato per colpa (anche "lieve") da imperizia quando il caso concreto non è regolato dalle raccomandazioni o linee guida o dalle buone pratiche clinico-assistenziali;
- c) se l'evento si è verificato per colpa (anche "lieve") da imperizia nell'individuazione e scelta delle linee guida o pratiche clinico-assistenziali non adeguate alla specificità del caso concreto;
- d) se l'evento si è verificato per colpa "grave" da imperizia nell'esecuzione di raccomandazioni di linee guida o buone pratiche clinico-assistenziali tenuto conto del rischio da gestire e delle difficoltà dell'atto medico[3].

**Medicina di prossimità, cooperazione
Territorio e Ospedale per la risoluzione delle
cronicità e delle criticità in sanità
- Roma 24/25 Settembre 2021**



**LEGGE 8 MARZO 2017, N. 24 - ART 4 E 7 RIGUARDO L'ERRORE DEL MEDICO DI
BASE,**

- L'articolo 4 stabilisce l'obbligo per la struttura sanitaria o per il professionista a cui ci si è rivolti di consegnare entro 30 giorni dalla richiesta copia dei documenti sanitari.
- Nell'art 7 i pazienti che sono stati danneggiati da una mancanza del medico di base possono agire legalmente nel caso via sia un danno permanente o temporaneo verso lo stesso medico ma anche nei confronti dell'ASL di appartenenza. (che però a sua volta può fare ricorso alla corte dei conti e rivalersi sul professionista)
- La Corte di Cassazione con la sentenza n. 6243 del 27 marzo 2015 ruota, invece, attorno alla lettura, costituzionalmente orientata, degli articoli 3, 19 e 25 della L. 23 dicembre 1978 n. 833 (Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale), in forza dei quali l'ASL garantisce ad ogni cittadino-utente il diritto soggettivo pieno e incondizionato di fruire delle prestazioni sanitarie, assicurando livelli minimi ed uniformi.
- Per guardia medica e per il medico di famiglia si ha responsabilità con 5 anni per la prescrizione

**Medicina di prossimità, cooperazione
Territorio e Ospedale per la risoluzione delle
cronicità e delle criticità in sanità
- Roma 24/25 Settembre 2021**



RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE DEI MMG ALLA LUCE DELLA LEGGE GELLI 24/2017

il fenomeno ad oggi è senz'altro sporadico (19 casi dal 2010 per la ASL Toscana Centro su un totale di circa 3000) dato l'elevato tasso di fidelizzazione che si stabilisce nella relazione tra il medico di base e i suoi pazienti.

Le contestazioni hanno riguardato in 5 casi problematiche legate alle vaccinazioni/ terapia antibiotica, in 2 casi la mancata integrazione con ADI mentre nei restanti 11 casi le segnalazioni riguardano errori/ritardi diagnostici o omissioni negli accertamenti; 1 caso non ha avuto seguito e non è inquadrabile.

L'accensione del contenzioso è avvenuta tramite il danneggiato stesso (11 casi) o gli eredi (4 casi); è interessante osservare che in 4 casi il coinvolgimento del MMG è avvenuto da parte del Consulente Tecnico di Ufficio nominato in cause intentate inizialmente contro professionisti ospedalieri o personale infermieristico domiciliare.

In ragione delle modifiche organizzative in corso con definizione di percorsi di cura integrati e il sempre maggiore coinvolgimento dei MMG nelle strategie clinico diagnostico terapeutiche, tale incidenza è destinata senz'altro a salire.

**Medicina di prossimità, cooperazione
Territorio e Ospedale per la risoluzione delle
cronicità e delle criticità in sanità
- Roma 24/25 Settembre 2021**



RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE DEI MMG ALLA LUCE DELLA LEGGE GELLI 24/2017

LA CARENZA ORGANIZZATIVA DELLA STRUTTURA SANITARIA

La Legge Gelli-Bianco, ha come novità e punto di forza nell'individuare nella sicurezza delle cure una parte costitutiva del diritto alla salute, stabilendo che ciò si realizza **“anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative” (art. 1).**

Appare, quindi, configurabile un **danno c.d. da “disorganizzazione»**

La responsabilità della struttura, più nel dettaglio, sarà ravvisabile nel caso in cui non siano garantiti:

- (a) adeguata (in termini di tipologia, ovvero di numero) strumentazione o macchinari necessari per la prestazione sanitaria, ivi inclusi quelli necessari per le emergenze;
- (b) presenza di personale sanitario in numero e con una specializzazione adeguati;
- (c) sicurezza dell'ambiente in termine di rischio biologico

**Medicina di prossimità, cooperazione
Territorio e Ospedale per la risoluzione delle
cronicità e delle criticità in sanità
- Roma 24/25 Settembre 2021**



RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE DEI MMG ALLA LUCE DELLA LEGGE GELLI 24/2017

LA CARENZA ORGANIZZATIVA DELLA STRUTTURA SANITARIA REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

Il vigente ACN, all'art.36, definisce le caratteristiche dello Studio del medico convenzionato con il SSN che non necessita dell'autorizzazione all'apertura e al funzionamento (a meno che non vi si trovino attrezzature che presuppongono l'esecuzione di prestazioni non strettamente correlate all'attività assistenziale convenzionata attrezzature per prestazioni particolari), deve avere le seguenti caratteristiche:

Lo studio del medico convenzionato deve essere dotato:

- degli arredi e delle attrezzature indispensabili per l'esercizio della medicina generale,
- di sala d'attesa adeguatamente arredata,
- di servizi igienici,
- di illuminazione e aerazione idonea,
- idonei strumenti di ricezione delle chiamate.

**Medicina di prossimità, cooperazione
Territorio e Ospedale per la risoluzione delle
cronicità e delle criticità in sanità
- Roma 24/25 Settembre 2021**



RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE DEI MMG ALLA LUCE DELLA LEGGE GELLI 24/2017

LA CARENZA ORGANIZZATIVA DELLA STRUTTURA SANITARIA REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

**Lo studio del medico convenzionato
deve essere dotato:**

- degli arredi e delle attrezzature indispensabili per l'esercizio della medicina generale,
- di sala d'attesa adeguatamente arredata,
- di servizi igienici,
- di illuminazione e aerazione idonea,
- idonei strumenti di ricezione delle chiamate.

E'
SUFFICI
ENTE?



**Medicina di prossimità, cooperazione
Territorio e Ospedale per la risoluzione delle
cronicità e delle criticità in sanità
- Roma 24/25 Settembre 2021**



Il rischio clinico è la probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso, cioè subisca un qualsiasi “danno o disagio imputabile, anche se in modo involontario, alle cure mediche prestate che causa un prolungamento un peggioramento delle condizioni di salute o la morte”



(Kohn, IOM 1999).

La gestione del rischio clinico indica un insieme di attività volte a identificare, valutare ed eliminare i rischi attuali e potenziali all'interno delle strutture sanitarie al fine di assicurare qualità e sicurezza alle prestazioni assistenziali.

**Medicina di prossimità, cooperazione
Territorio e Ospedale per la risoluzione delle
cronicità e delle criticità in sanità
- Roma 24/25 Settembre 2021**



Esistono due possibilità per approcciarsi al problema degli eventi avversi in sanità.

- **la prima si focalizza sul comportamento umano come fonte di errore attribuendo l'incidente ad un comportamento aberrante.** Il rimedio è quindi costituito dalla riduzione della variabilità inappropriata del comportamento umano. Lo sforzo di prevenzione dell'errore si concentra sul miglioramento della conoscenza e della formazione individuale.  **FORMAZIONE**
- **la seconda possibilità si focalizza sulle condizioni nelle quali accade l'errore, che è visto come il risultato di un fallimento del sistema,** inteso come insieme di elementi umani, tecnologici e relazionali, fortemente interconnessi, interattivi e finalizzati ad un obiettivo comune.
- Il rimedio è indirizzato verso i problemi nascosti e profondi ed ad una rimodellizzazione dei processi..  **ORGANIZZAZIONE**



E' possibile aumentare la qualità delle cure e dei servizi sanitari sulla base dell'evidenza scientifica?

Clinical Governance

Sistema attraverso il quale **le organizzazioni e i professionisti** del servizio sanitario sono responsabili del **miglioramento continuo della qualità** dei loro servizi e della salvaguardia di elevati standard di assistenza, attraverso la creazione di un ambiente in cui possa svilupparsi l'eccellenza dell'assistenza sanitaria

(Ministero della Sanità inglese 1998)

La peculiarità di questa disciplina di management è quella di essere in grado di coinvolgere i clinici partendo dai loro problemi quotidiani, legati alla gestione dei pazienti.

“Al cuore del concetto di governo clinico c'è la responsabilità. I professionisti sanitari non solo devono cercare di migliorare la qualità dell'assistenza, ma devono essere anche in grado di provare che lo stanno facendo

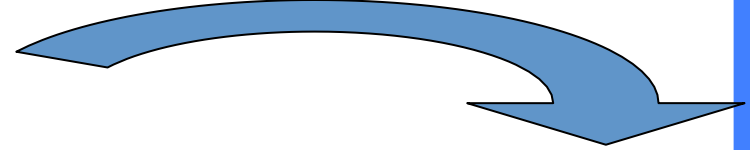
Medicina di prossimità, cooperazione
Territorio e Ospedale per la risoluzione delle
cronicità e delle criticità in sanità
- Roma 24/25 Settembre 2021



l'attuazione del governo clinico richiede un approccio di sistema, realizzato grazie all'integrazione di numerosi strumenti complementari: **formazione continua, gestione del rischio, audit clinico, evidence-based medicine, linee guida e percorsi assistenziali, valutazione delle tecnologie sanitarie, sistemi informativi per la valutazione degli indicatori di processo e di esito, ricerca e sviluppo, coinvolgimento dei pazienti, etc.**

Tali strumenti devono essere integrati in tutti i processi di governo dell'organizzazione sanitaria.

La qualità dell'assistenza



Dimensioni qualità	definizione	Scopo
Efficacia attesa	Capacità potenziale di un intervento di modificare la salute, in condizioni ottimali	Fare solo ciò che è utile
Efficacia pratica	Risultati ottenuti dalla realizzazione dell'intervento	Nel modo migliore
Competenza tecnica	Livello di applicazione delle conoscenze, abilità, tecnologie disponibili	Da chi eroga le cure
Accettabilità	Grado di apprezzamento del servizio da parte dell'utente	Per chi lo riceve
Efficienza	Capacità di raggiungere i risultati attesi con il minor costo possibile	Nel minor costo
Adeguatezza Accessibilità	Capacità di assicurare cure appropriate a chi ne ha bisogno	A chi ne ha bisogno
Appropriatezza	Grado di utilità della prestazione rispetto al problema e alle conoscenze	E soltanto a loro

Gli strumenti di Clinical Governance possono garantire appropriatezza, recupero di risorse e riduzione di danni evitabili ai pazienti?

**Medicina di prossimità, cooperazione
Territorio e Ospedale per la risoluzione delle
cronicità e delle criticità in sanità
- Roma 24/25 Settembre 2021**



una cura può considerarsi appropriata quando sia associata ad un beneficio netto o, più precisamente, quando è in grado di massimizzare il beneficio e minimizzare il rischio al quale un paziente va incontro quando accede a determinate prestazioni o servizi.

L'APPROPRIATEZZA CLINICA identifica il livello di efficacia di una prestazione o procedura per un particolare paziente ed è determinata sulla base sia delle informazioni cliniche relative alle manifestazioni patologiche del paziente sia dalle conclusioni diagnostiche che orientano verso quel preciso intervento sanitario, dal quale ci si attende un beneficio per il paziente.

L'APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA identifica la situazione in cui l'intervento viene erogato in condizioni tali (ambito assistenziale, professionisti coinvolti) da "consumare" un'appropriata quantità di risorse (efficienza operativa), e prende in considerazione la relazione costi-efficacia. **Viene presa in considerazione quando si intende valutare "se il tipo di assistenza teoricamente richiesta dalle caratteristiche cliniche del paziente corrisponda al tipo di assistenza concretamente offerta".**

**Medicina di prossimità, cooperazione
Territorio e Ospedale per la risoluzione delle
cronicità e delle criticità in sanità
- Roma 24/25 Settembre 2021**



Appropriatezza Professionale	1- Health Interventions	Intervento giusto al paziente giusto
	2- Timing	Intervento eseguito al momento giusto e per la durata giusta
Appropriatezza Organizzativa	3- Setting	Intervento eseguito nel posto giusto
	4- Professional	Intervento eseguito dal professionista giusto
	5- Resource	Giusta quantità di risorse assorbite



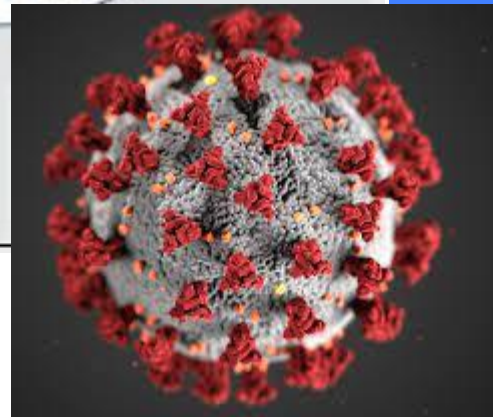
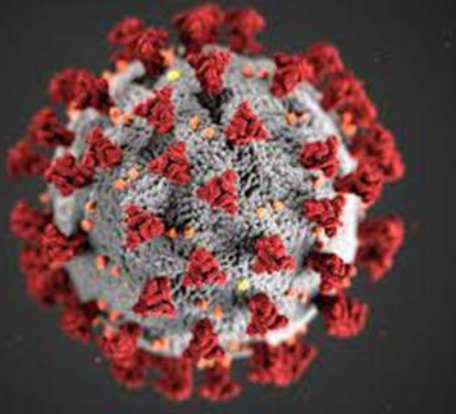
For Cloning Use Only: 10/WWW/STP/CON



CHRONIC CARE MODEL



- Collegamento tra organizzazioni sanitarie e risorse della comunità
- Linee guida/ percorsi a supporto delle decisioni
- Sistemi informativi
- Responsabilizzazione del paziente
- Team assistenziali proattivi



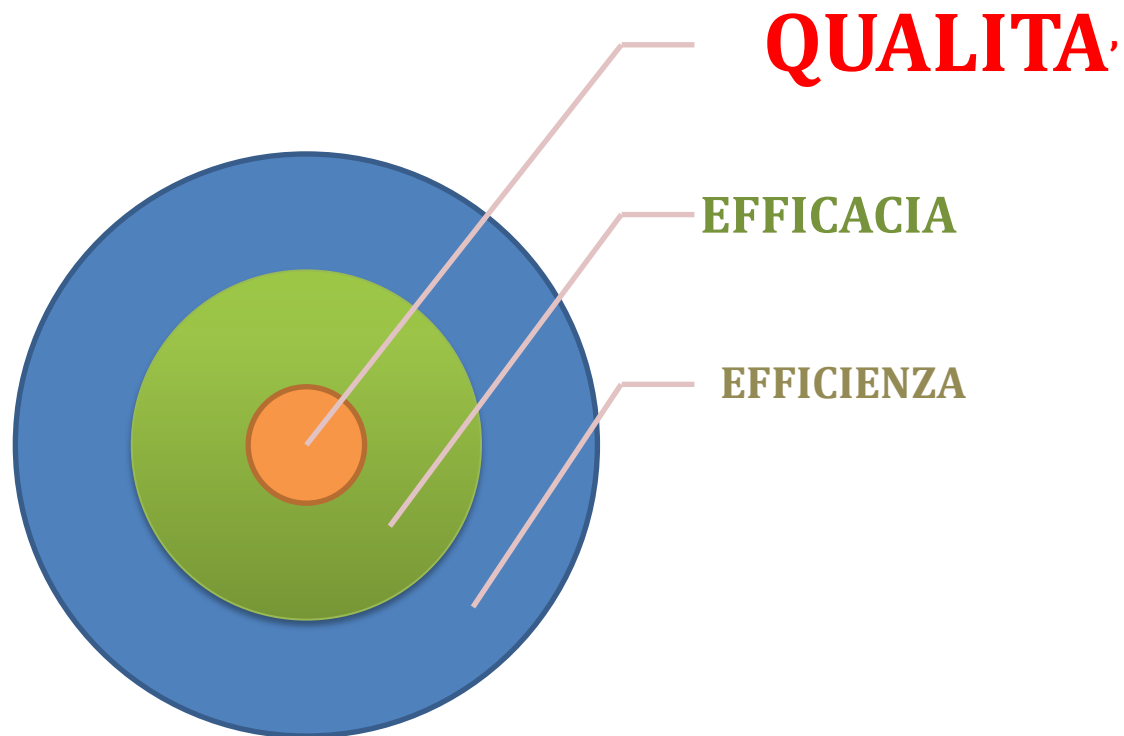
Stratificazione della popolazione secondo il livello di rischio (Expanded CCM, Kaiser Permanente)

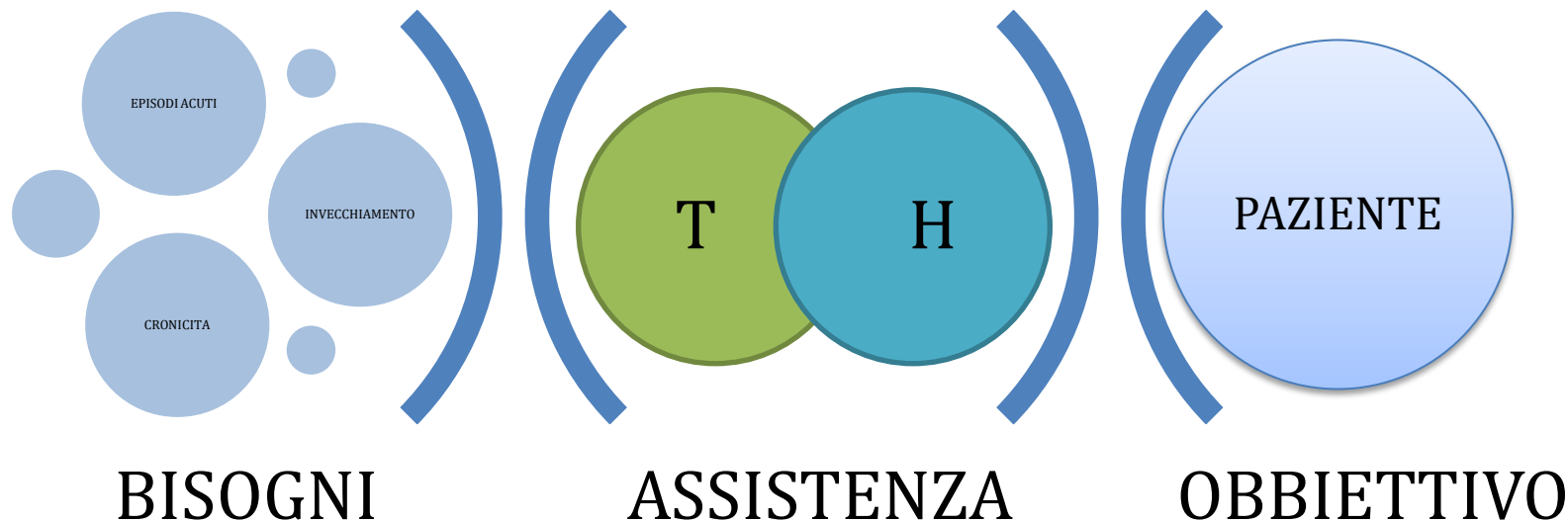


CCM RT: patologie conclamate (diabete, scompenso cardiaco, BPCO, ictus)

Sistema di stratificazione dei bisogni assistenziali e di differenziazione delle strategie di intervento in relazione a differenti livelli di rischio clinico

La continuità della cura riguarda la qualità della cura nel tempo. E 'il processo attraverso il quale il paziente e il suo/ il suo team di assistenza medico-guidato sono coinvolti in modo cooperativo nella gestione di assistenza sanitaria in corso verso l'obiettivo comune di alta qualità, costo-efficacia delle cure mediche."





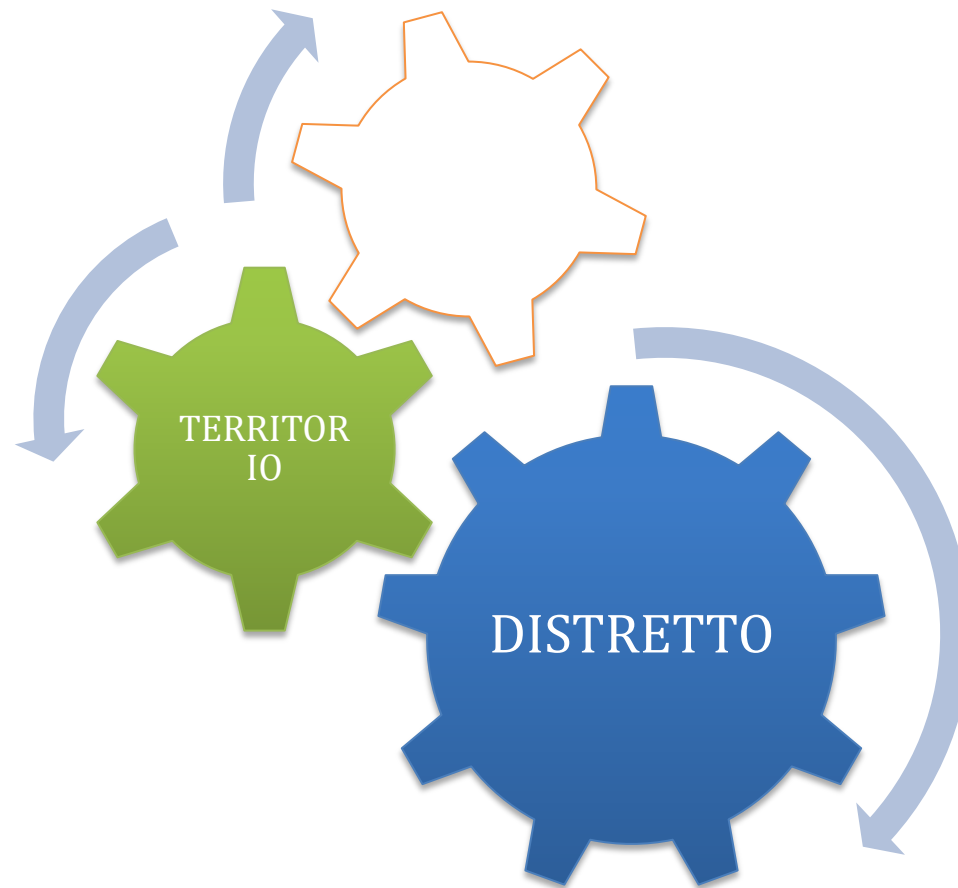
La continuità assistenziale è un processo dove, individuati i bisogni del paziente, viene prestata assistenza continuativa da un livello di cura ad un altro sia esso domicilio, ospedale o altra realtà

CONTINUITA' ORGANIZZATIVA



CONTINUITA' ORGANIZZATIVA

Necessita di integrazione e sinergia



1. Gestione integrata e globale dei percorsi assistenziali:	<ul style="list-style-type: none"> - Cooperazione tra ambito sanitario e sociale - Punti di accesso multipli al percorso di cura - Enfasi sulla promozione della salute e le cure primarie
2. Focus sul paziente	<ul style="list-style-type: none"> - Focalizzarsi sui bisogni assistenziali del paziente - Coinvolgimento attivo del paziente e partecipazione al suo percorso di cura - Approccio di popolazione nella valutazione dei bisogni
3. Approccio territoriale di popolazione	<ul style="list-style-type: none"> - Massimizzare la prossimità, cioè le possibilità di accesso alle cure nel territorio, minimizzando la duplicazione delle cure - Identificare la popolazione target dell'offerta del territorio - Preservare il diritto di scelta del paziente
4. Standard di erogazione delle cure, team multiprofessionali	<ul style="list-style-type: none"> - Team multidisciplinari/multiprofessionali, integrati nel percorso di cura - Linee guida e PDTA evidence-based per garantire standard di cura indipendentemente dall'erogatore e dal punto di accesso
5. Gestione della qualità	<ul style="list-style-type: none"> - Orientamento al miglioramento e alla valutazione continua della qualità - Procedure diagnostico-terapeutiche finalizzate a ottenere risultati clinici
6. Sistemi informativi	<ul style="list-style-type: none"> - Sistemi informativi moderni per la raccolta e tracciabilità dei dati e per alimentare sistemi di reporting - Sistemi informativi efficienti, a garanzia dei flussi e degli scambi informativi lungo il percorso di cura
7. Cultura organizzativa e leadership	<ul style="list-style-type: none"> - Promuovere cultura organizzativa e impegno gestionale - Leaders con una forte visione, capaci di infondere nell'organizzazione la necessaria cultura collaborativa e di coesione
8. Integrazione tra i medici	<ul style="list-style-type: none"> - I medici rappresentano il principale punto di accesso alle cure - Essenziali per il processo di cura e per generare/alimentare la Cartella Clinica Informatizzata del paziente, strumento importante di continuità delle cure
9. Struttura di governance	<ul style="list-style-type: none"> - E' necessaria una forte struttura di governance, alla quale partecipino tutti gli stakeholders del sistema - Vanno implementati assetti organizzativi che garantiscano e facilitino un'integrazione ottimale tra diversi setting e livelli di cura.
10. Gestione finanziaria	<ul style="list-style-type: none"> - Meccanismi di allineamento del finanziamento dei servizi a garanzia di un'equa allocazione delle risorse tra diversi ambiti e livelli di cura - Strumenti di finanziamento che promuovano la promozione della salute e la collaborazione multidisciplinare/multiprofessionale lungo il percorso di cura - Garantire le risorse per la gestione del cambiamento

**Medicina di prossimità, cooperazione
Territorio e Ospedale per la risoluzione delle
cronicità e delle criticità in sanità
- Roma 24/25 Settembre 2021**



- GLI STUDI DI RIFERIMENTO E GLI INTERVENTI PER LA GESTIONE DEL RISCHIO E LA SICUREZZA DELLA CURE SI SONO FINORA OCCUPATI PREVALENTEMENTE DI EVENTI AVVERSI ED ERRORI VERIFICATISI IN AMBIENTE OSPEDALIERO, SONO LIMITATI QUELLI RELATIVI ALLA MEDICINA TERRITORIALE.
- NONOSTANTE VI SIANO GIÀ CHIARI REGOLAMENTI (LEGGE BALDUZZI, ACCORDI NAZIONALI E REGIONALI, RACCOMANDAZIONI MINISTERO DELLA SALUTE) CIRCA LA NECESSITÀ DI UNA CULTURA DELLA SICUREZZA E DI UNA RIORGANIZZAZIONE EFFICACE IN FUNZIONE DELLA GESTIONE DEL RISCHIO SUL TERRITORIO ED IN PARTICOLARE NEGLI STUDI DI MG, ESISTONO ANCORA CHIARE RESISTENZE E CRITICITÀ NON RISOLTE:

CRITICITA'DEL SISTEMA

Resistenza culturale al cambiamento

Scarsa comunicazione efficace ed integrata tra i professionisti e le realtà sanitarie che intervengono nella storia clinica di ogni paziente (ps, ricoveri, prestazioni specialistiche, gestione terapeutica, ecc)

Tutti i servizi assistenziali non sono in rete

Non esistono protocolli e procedure univoche e comuni

Il mmg opera ancora in maniera isolata e non integrata con tutti i servizi della filiera

Esistono diversi sistemi e software gestionali (cartella ospedaliera, cartella mmg , cartella infermieristica, cartella specialistica, ecc) non univoci e poco integrati tra loro

Tutto è lasciato alla iniziativa spontanea dei singoli operatori

Non esistono interventi formativi resi obbligatori a livello territoriale in tema di Sicurezza e Comunicazione

Le uccp e le aft non sono organizzate, non sono integrate ed hanno scarsi livelli di gestione del rischio

Non esiste a tutt'oggi un sistema per la misurazione e la valutazione delle performance dei mmg e della qualità dell'assistenza e della sicurezza dei servizi (gli obiettivi di risultato definiti dalle varie azioni assistenziali e di prevenzione del Distretto vengono retribuite a parte secondo raggiungimento di standard predefiniti

L'organizzazione dei singoli studi medici e delle realtà associative è lasciata alla libera iniziativa dei singoli senza garantire i requisiti minimi di sicurezza (defibrillatore, ecc)

Non esiste a tutt'oggi nessuno strumento operativo a livello territoriale relativo all'attuazione della Promozione della Sicurezza del paziente e alla gestione del rischio clinico e alla revisione e monitoraggio dei cambiamenti

Scarso o mancato coordinamento del distretto con i mmg , le forme territoriali di assistenza primaria e gli ospedali

Il fascicolo sanitario elettronico non è ancora operativo a causa anche dei vincoli sulla privacy e della scarsa informazioni ai pazienti sulla sua attivazione volontaria

**Medicina di prossimità, cooperazione
Territorio e Ospedale per la risoluzione delle
cronicità e delle criticità in sanità
- Roma 24/25 Settembre 2021**



**Anche la Medicina Generale richiede una riorganizzazione
“pro-attiva”**

- **Organizzata (non sempre e con variabilità regionali) per far fronte alle problematiche riguardanti la prevenzione e la gestione della cronicità oltre alla gestione delle richieste ad hoc dei cittadini.**
- **Spiazzata e non supportata dall'emergenza sanitaria territoriale(per es. COVID19) in quanto non attrezzata e non completamente dotata di strumenti tecnologici e organizzativi che consentano di governare per la sua quota-parte l'attività assistenziale del MMG con modalità alternative (ICT, dispositivi web-based, ecc.)**
- **Accelerazione di una transizione tecnologica e professionale innovativa che richiede l'applicazione di modelli professionali evoluti e innovativi**

**Medicina di prossimità, cooperazione
Territorio e Ospedale per la risoluzione delle
cronicità e delle criticità in sanità
- Roma 24/25 Settembre 2021**



**Anche la Medicina Generale richiede una riorganizzazione
“pro-attiva” CHE FARE?**

- Agire sia sull' aspetto della **COMUNICAZIONE** che quello di una **nuova MODALITA' PROFESSIONALE**, che si trasforma in uno sviluppo professionale “PRO-ATTIVO” in grado di modificare atteggiamenti e comportamenti dei professionisti, per incidere più efficacemente sui cambiamenti degli stili di vita della collettività e sull'emergenza

**Medicina di prossimità, cooperazione
Territorio e Ospedale per la risoluzione delle
cronicità e delle criticità in sanità
- Roma 24/25 Settembre 2021**



Anche la Medicina Generale richiede una riorganizzazione "pro-attiva" CHE FARE?

Al fine di garantire l'efficacia, l'efficienza e la sicurezza delle cure e l'erogazione dei servizi, il sistema di procedure che ne codifica i percorsi assistenziali e i processi operativi e gestionali dei vari servizi deve avvenire nel rispetto delle seguenti caratteristiche chiave:

- ***l'accessibilità ai servizi ed appropriatezza delle cure*** ossia la facilità con cui si può fruire di assistenza sanitaria e la possibilità del paziente di ricevere assistenza nel momento e nel luogo in cui è necessaria;
- ***la continuità:*** i vari interventi devono essere commisurati ai bisogni di salute dei pazienti ed essere attuati per un tempo sufficientemente lungo e per trattamenti ripetuti; deve essere inoltre trasversale ossia assicurare una coerenza interna e un adeguato collegamento e flusso informativo tra le équipe di cura, e longitudinale: garantire un'ininterrotta serie di contatti tra professionisti e servizi per un periodo prolungato;
- ***il coordinamento dei servizi;*** attraverso una necessaria comunicazione e sinergia attiva tra ospedale e territorio e tra servizi territoriali specialistici, rete cure primarie (MMG/UCP/UCCP) e rete ospedaliera;

**Medicina di prossimità, cooperazione
Territorio e Ospedale per la risoluzione delle
cronicità e delle criticità in sanità
- Roma 24/25 Settembre 2021**



Anche la Medicina Generale richiede una riorganizzazione "pro-attiva" CHE FARE?

- ***la presa in carico del paziente*** in qualsiasi fase della sua storia sanitaria sia nell'ambito dell'assistenza territoriale, sia nel momento cruciale del ricovero, della dimissione dal ricovero o dal pronto soccorso attraverso un efficace sistema informatico interattivo h 24 tra ospedale e il distretto e tra MMG operante sia singolarmente sia nelle forme organizzative affinché si attivi l'assistenza attraverso il coordinamento operativo secondo i canoni della medicina d'iniziativa, a livello territoriale, non meno che nel ricovero ospedaliero;
- ***la completa copertura dei bisogni dei pazienti*** in termini di trattamenti terapeutici, riabilitazione,
- supporto, promozione della salute e prevenzione delle malattie" centrata sul paziente con il suo specifico bisogno di assistenza e in maniera proattiva attraverso un efficace comunicazione e coinvolgimento con il paziente stesso i suoi familiari ed i care giver ;
- ***Adeguata formazione, addestramento e sviluppo delle competenze del personale*** sia nel campo professionale sia e soprattutto nell'ambito della sensibilizzazione e conoscenza della sicurezza e della gestione del rischio;

Medicina di prossimità, cooperazione Territorio e Ospedale per la risoluzione delle cronicità e delle criticità in sanità - Roma 24/25 Settembre 2021



La sicurezza delle cure nello studio del medico di medicina generale

“Modello sistemico per la
gestione del rischio in
ambito sanitario: la
gestione del rischio nello
studio del medico di
medicina generale.
Un modello sperimentale”

Dott.ssa Annarita Soldo - MD

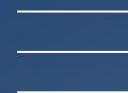


LUISS BUSINESS SCHOOL



Luiss
Business
School

Chi sei ?



Home > Perché Luiss Business School > Osservatorio sulla
Gestione del Rischio in Sanità

Osservatorio sulla Gestione del Rischio in Sanità

Menu



Osservatorio sulla Gestione del Rischio in Sanità

**Medicina di prossimità, cooperazione
Territorio e Ospedale per la risoluzione delle
cronicità e delle criticità in sanità
- Roma 24/25 Settembre 2021**



La sicurezza delle cure nello studio del medico di medicina generale

- A. Requisiti gestionali**
- B. Requisiti organizzativi**
- C. Requisiti strutturali**
- D. Requisiti tecnici e tecnologici**
- E. Requisiti professionali**



Certificazione e accreditamento



Transizione del MODELLO PROFESSIONALE

- Gestione del rischio biologico e delle infezioni correlate all'assistenza
- Gestione ed efficienza organizzativa
- Programmazione delle accessi e delle visite domiciliari
- Miglioramento dei supporti tecnologici e di telemedicina telesorveglianza e strumenti digitali
- Comunicazione attiva con il paziente
- Lavoro in team (UCP, CAD PDTA, rete 118 guardia medica e ospedale ecc)
- Programmazione dei programmi di prevenzione e comunicazione
- Gestione del paziente a domicilio

Transizione del MODELLO PROFESSIONALE

- Gestione dello Studio Medico →
 - Azioni per la gestione dello Studio Medico e protezione →
 - Miglioramento dei supporti tecnologici e di telemedicina →
 - Gestione del paziente in studio →
 - Gestione del paziente a domicilio →
- Utilizzo di check list e organizzazione interna
 - Sanificazione, utilizzo DPI e divise , protezione lavoratori (DL.81)
 - Miglioramento dei supporti tecnologici e di telemedicina
 - Dall'accesso libero si passa all'accesso per appuntamento (cfr. art. 36 c. 8 ACN 2009) con prenotazioni distanziate per la prevenzione del rischio biologico
 - Implementazione sistemi di telesorveglianza e telemedicina – utilizzo di schede di valutazione domiciliare



Che cosa è l'Accreditamento

L'accREDITamento è l'atto con cui una Pubblica Amministrazione riconosce ad un'organizzazione (pubblica o privata) la possibilità di **"proporre e realizzare"** per conto del Servizio sanitario Nazionale (SSN).

Attraverso l'accREDITamento il soggetto "accREDITato" viene dichiarato capace ed adeguato allo svolgimento di prestazioni sanitarie e come tale può considerarsi un "fornitore verificato".

Pertanto il cittadino può rivolgersi tranquillamente al soggetto "accREDITato", perché si è dimostrato in grado di garantire gli standard organizzativi ed operativi richiesti dalle norme.

Il cittadino che riceve le prestazioni sanitarie da un soggetto accREDITato, ha la "garanzia" di ottenere servizi dotati di certi standard qualitativi, periodicamente verificati, e sottoposti a processi di controllo amministrativi, quindi in linea generale, più affidabili ed efficaci.



CONCLUSIONI

- LA SICUREZZA DELLE CURE È UN **DIRITTO COSTITUZIONALE INALIENABILE DI OGNI SINGOLO CITTADINO** INDIPENDENTEMENTE DA ETÀ, RAZZA, SESSO, REDDITO, CONDIZIONE, SOCIALE, APPARTENENZA POLITICA E RELIGIOSA E DELL'INTERA COLLETTIVITÀ
- **OGNI STRUTTURA PUBBLICA O PRIVATA E TUTTO IL PERSONALE OPERANTE LIBERO PROFESSIONISTA**, DIPENDENTE O IN REGIME DI CONVENZIONE CON IL SSN È TENUTO A CONCORRERE ALLE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE DEL RISCHIO (LEGGE GELLI)
- **NON ESISTONO** A TUTT'OGGI STUDI DI RIFERIMENTO E INTERVENTI PER LA GESTIONE DEL RISCHIO E LA SICUREZZA DELLA CURE NELLA MEDICINA TERRITORIALE ED IN PARTICOLARE NEGLI STUDI DI MG
- **E' NECESSARIO ED INDISPENSABILE** APPLICARE E RENDERE OPERATIVO ED UNIFORME UNO STRUMENTO EFFICACE PER LA GESTIONE DI TUTTI I PROCESSI ORGANIZZATIVI E CLINICO ASSISTENZIALI NELL'AMBITO DELLE CURE PRIMARIE AL FINE DI GARANTIRE L'ACCESSO TEMPESTIVO E L'APPROPRIATEZZA DELLE CURE, IL MIGLIORAMENTO DELLA COMUNICAZIONE, DELLA QUALITÀ E DELLA SICUREZZA NELLE REALTÀ QUOTIDIANE DI CITTADINI ED OPERATORI PARTENDO DALLA BASE DI TUTTO IL SISTEMA ASSISTENZIALE ALLO SCOPO DI GARANTIRE, NON DA MENO, LA SOSTENIBILITÀ DELL'INTERO SISTEMA

**Medicina di prossimità, cooperazione
Territorio e Ospedale per la risoluzione delle
cronicità e delle criticità in sanità
- Roma 24/25 Settembre 2021**



**Se non si può eliminare completamente l'errore umano, è
fondamentale favorire le condizioni lavorative ideali e
porre in atto un insieme di azioni che renda difficile per
l'uomo sbagliare**

(Reason, 1992),

GRAZIE PER L'ATTENZIONE