

SENIOR ITALIA
FEDERANZIANI



Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute

Dipartimento Medicina Generale e Territorio

Rimini, 20-22 novembre 2015



- Lavori del 20 novembre 2015
- Lavori del 21 novembre 2015
- Sintesi dei lavori

SENIOR ITALIA
FEDERANZIANI



Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute

Dipartimento Medicina Generale e Territorio

Rimini, 20 novembre 2015

- I medici di Famiglia devono lavorare insieme, costituendo dei team (Aggregazione Funzionale Territoriale AFT) dove si integrano con i medici di Continuità Assistenziale
- i medici di Continuità Assistenziale diventano i medici di continuità di quel gruppo di pazienti
- I medici della **AFT** devono costruire e garantire ai cittadini della **AFT** (che li hanno scelti – rapporto di fiducia) tutte le risposte ai bisogni sanitari e sociali
- Il Team della **AFT** ha il suo punto di forza nell'essere tutti inseriti in una rete informatica, (un *cloud computing*) - rete clinica di **AFT** - mediante il quale si garantiscono reali percorsi di presa in carico e di assistenza H24, potendo avere accesso ai dati clinici dei cittadini della AFT nel rispetto della Privacy

- I medici di famiglia della **AFT** debbono continuare a garantire singolarmente ai cittadini la prossimità delle cure (capillarità degli studi), la disponibilità a rispondere alle necessità avvertite dai pazienti (medicina “on demand”) nella consueta modalità personalizzata del rapporto (rapporto di fiducia medico-paziente)
- ma al contempo devono adottare un modello di lavoro in squadra: coordinato, allo scopo di garantire la continuità delle cure e l'accessibilità per molte ore al giorno ed una risposta più efficace in particolare per la gestione dei percorsi di cura delle patologie croniche con una modalità di medicina di iniziativa e strutturato dotandosi di sedi comuni, personale di studio appositamente formato e diagnostica ambulatoriale eseguita da medici di famiglia che diventano esperti

In particolare i cittadini ci hanno chiesto che:

- Ogni medico di famiglia deve essere affiancato, almeno nelle ore in cui è in studio, da un collaboratore appositamente formato: l'Assistente di studio medico di famiglia, (preparazione specifica per la medicina di iniziativa)
- I medici di famiglia devono poter eseguire nei loro studi esami diagnostici, specie quelli correlati con la prevenzione e il controllo della evoluzione delle patologie croniche
- Alcuni medici della **AFT**, (specifico percorso formativo), diventano "esperti" per la gestione di specifici percorsi di cronicità, comprensivi degli esami diagnostici correlati
- Lo Specialista è il consulente del medico di famiglia anche in modalità tele-refertazione/tele-consulto
- In quest'ottica deve essere previsto, modificando la normativa attuale, che i Medici del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale effettuino dei tirocini professionalizzanti nell'ambito delle AFT correlati alla gestione dei percorsi della cronicità e all'utilizzo della tecnologia diagnostica.

Conseguentemente i cittadini hanno chiesto al SSN/SSR di affidare ai medici di famiglia così organizzati il compito di garantire loro i percorsi di medicina proattiva

- Quando i pazienti anziani, con poli-patologia, fragili, non autosufficienti hanno bisogno di assistenza complessa il medico di famiglia deve diventare il coordinatore di un gruppo di professionisti - team multi professionale (UCCP), che opera con un approccio integrato e multidisciplinare, partendo da una valutazione multidimensionale e formulando un Piano personalizzato di Assistenza e che assicura le risposte primariamente a domicilio del paziente e poi anche nelle strutture residenziali o nei presidi territoriali
- Anche nel team multiprofessionale è necessario che il rapporto sia personalizzato e di prossimità per cui sono singoli specifici professionisti che si integrano permanentemente nello specifico team, ed anche in questo caso si deve passare da una medicina di attesa ad una medicina di iniziativa che opera anche con modalità di telemedicina, per mettere i MMG ed i professionisti del Team in grado di lavorare insieme.

- Nel team multi professionale assume particolare valenza l'Assistente Sociale, che deve garantire la vera integrazione socio-sanitaria. Deve essere uno specifico assistente sociale (personalizzazione) dedicato al team che, recuperando una dimensione generalista, partecipa alle attività di valutazione multidimensionale e di formulazione del piano personalizzato di assistenza ed è poi in grado di attivare su questo le risorse sia del sociale comunale che di quello sanitario
- Infine un valore aggiunto al team potrebbe essere rappresentato dalla “Badante formata”, cioè in grado di svolgere le mansioni dell'Assistente Familiare, vero e proprio anello del team multiprofessionale residente nel domicilio del paziente ed in grado non solo di assicurare delle prestazioni assistenziali più appropriate ma soprattutto di attivare l'intervento del team ai primi segni di “destabilizzazione”, sia dello stato di salute che della situazione sociale del paziente

- Il setting più idoneo per assistere i cittadini fragili e complessi è il loro domicilio per cui è necessario le attività del sistema della residenzialità (ADI/ADP)
- Il sistema della Residenzialità (Le strutture residenziali) rappresentano il luogo più appropriato ed efficiente per la gestione della cronicità con fasi di scompenso e riacutizzazione, associata ad un grado variabile di bisogno sociale. Devono essere fortemente connesse e coordinate con la domiciliarità (ADI/ADP), in particolare per sostenere quei cittadini che non hanno una rete familiare e/o un adeguato supporto della rete informale. Le strutture vanno allora ripensate in termini di posti letto per 1.000 abitanti e di modulazione della intensità assistenziale in un'ottica di estensività di cura
- Va pensata infine una struttura organizzativa di raccordo, a disposizione delle AFT/Team multiprofessionali che metta in relazione l'Ospedale al momento della dimissione di un paziente non autonomo con la domiciliarità e la residenzialità
- Vanno pensate nuove forme di residenzialità temporanea per accorciare i tempi di degenza di pazienti in pre-dimissione o per evitare un ricovero in soggetti che hanno transitoriamente bisogni sanitari ed assistenziali di intensità non assicurabile a domicilio o nelle strutture residenziali.

SENIOR ITALIA
FEDERANZIANI



Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute

Dipartimento Medicina Generale e Territorio

Rimini, 21 novembre 2015

I lavori svolti il 20 novembre hanno individuato la richiesta dei cittadini di garantire loro una risposta più efficace sia in termini di presa in carico dei bisogni h24 sia in particolare di gestione dei percorsi di cura delle patologie croniche con una modalità di medicina di iniziativa, basata su ciò che realmente è utile fare (*real life*) come quelle che possiamo definire nei percorsi integrati di primo - secondo livello e non su astratti PDTA.

E' emersa la descrizione delle competenze che la Medicina Generale deve garantire, che abbiamo definito **APPROCCIO DI PRIMO LIVELLO**, basato sulle caratteristiche del proprio intervento e cioè **ESTENSIVITÀ, COORDINAMENTO, PROSSIMITÀ e PRESA IN CARICO COMPLESSIVA**.

Oggi allora dobbiamo affrontare il tema di definire con quale assetto organizzativo questi obiettivi sono raggiungibili.

Nella giornata del 20 novembre sono state ricordate in sintesi le conclusioni del Dipartimento raggiunte nel 2013 e 2014 che costituiscono delle vere e proprie indicazioni che i cittadini – in particolare Senior Italia FederAnziani - danno alla Medicina Generale

I cittadini avvertono che il sistema ospedale-centrico creato per rispondere alle acuzie non è adeguato a far fronte ai bisogni connessi alla cronicità, ma non hanno chiaro quale sia il sistema a disposizione rendendosi però conto che continuano impropriamente a rivolgersi per le loro patologie croniche all'Ospedale/Pronto Soccorso e Specialistica.

In pratica oggi si utilizza il sistema per acuti per i malati cronici, intervenendo solo quando la cronicità si riacutizza o si complica

È mutato il bisogno di salute che i cittadini esprimono e a cui ci chiedono di dare risposta
individuando un **nuovo modello organizzativo** che consenta loro di trovare:

- Una Medicina di famiglia organizzata che garantisca una **presa in carico dei propri problemi 24 ore su 24 tutti i giorni**
- Una medicina di famiglia sempre più di prossimità, che renda il medico disponibile in studi vicini alle abitazioni ma al contempo accessibili per molte ore del giorno in sedi comuni, attraverso un lavoro di squadra con altri colleghi e con la possibilità di eseguire diagnostica direttamente nello studio del medico senza doversi più recare in Ospedale per ogni cosa, e che, quando serve, porti il medico e la sua equipe a casa del paziente anziano, fragile e non autosufficiente.

- Una organizzazione del medico e del suo personale di studio che offra al cittadino ascolto, accoglienza, semplificazione ed anche guida nei percorsi burocratici e di cura
- Una medicina di famiglia organizzata che diventi il sistema che risponde ai bisogni della cronicità con un sistema pensato per la cronicità in un'ottica proattiva e non di attesa
- Una continuità e sicurezza della cura basata sul rapporto di fiducia stabile e duraturo del tempo e sulla personalizzazione del rapporto tra cittadino e *team* multiprofessionale di cui il medico di famiglia è il coordinatore

La **Mission** della medicina Generale allora è:

Mantenere

l'approccio olistico alla persona, l'univocità del rapporto di fiducia medico-paziente, la capillare diffusione sul territorio degli studi e la modalità ordinaria "on demand" (medicina di attesa) di organizzazione del lavoro per dare risposte al cittadino quando esprime il suo bisogno di salute

Aggiungere

Una riorganizzazione del lavoro per operare anche in team, mono (AFT) e multiprofessionali (UCCP), responsabilizzandosi attorno ai bisogni dei cittadini per garantire loro una gestione proattiva e personalizzata della cronicità e della fragilità attraverso la identificazione delle specifiche figure professionali del territorio che entrino in rete con i MMG della AFT in un'ottica di fatto di "rapporto fiduciario delegato" realizzando così la reale integrazione tra le varie figure professionali, sanitarie e sociali che operano sul territorio

Rivedere

l'assetto organizzativo strutturale e funzionale del Territorio secondo il criterio dell'integrazione delle cure primarie con quelle intermedie e con l'assistenza ospedaliera, specie a bassa intensità

I livelli di assistenza che i cittadini chiedono di garantire ai medici di famiglia sono fondamentalmente 4 :

- La **presa in carico** dei bisogni assistenziali e la continuità delle cure H 24 7 giorni su 7
- Il **potenziamento della medicina di prossimità** attraverso il mantenimento della capillare diffusione degli studi associato alla creazione di sedi comuni dei medici, aperte molte ore al giorno e dotate di personale
- **La continuità dell'assistenza** e l'erogazione di percorsi assistenziali riferiti sia alla prevenzione - diagnosi precoce, sia alla gestione della cronicità in un'ottica di **medicina di iniziativa**
- La presa in carico e la **gestione personalizzata nei riguardi della popolazione fragile e complessa** da parte di un team multi-professionale anche attraverso la riorganizzazione del sistema della domiciliarità, residenzialità e continuità ospedale territorio

Dalla risposta professionale al modello organizzativo

Sulla base di questo mandato è utile, traducendo i bisogni in indicazioni operative, recepire prima i livelli di assistenza che i cittadini ci chiedono di fornire loro, per poi definire il corrispettivo modello organizzativo della Medicina Generale, ma anche dell'intera Area delle Cure Primarie capace di assicurarli per poter successivamente verificare che cosa è già stato realizzato e cosa dobbiamo ancora fare

Il primo passo, presupposto di tutto, è che il medico di famiglia "solista" entri a far parte di una squadra di medici di famiglia, pur conservando il rapporto fiduciario medico paziente che è il "*marker*" del nostro operare.

In questo modo il binomio medico di famiglia - cittadino che lo ha scelto sulla base del rapporto di fiducia entra a far parte di un team costituito da più Medici di famiglia: la Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT), che allora individua un gruppo di cittadini-utenti, attorno ai quali vanno costruiti tutti i percorsi e tutte le risposte ai bisogni sanitari e sociali e rispetto ai quali i medici di famiglia che compongono la AFT garantiscono i livelli di assistenza condividendo obiettivi di salute, percorsi integrati e condivisi di gestione proattiva di patologie o problematiche, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, audit e strumenti analoghi

Presa in carico dei bisogni assistenziali e continuità delle cure H 24 per la popolazione di riferimento

Le **AFT** devono coinvolgere un numero di cittadini e quindi di medici che consenta da un lato di mantenere il rapporto personalizzato e dall'altro di ottenere economie di scala nell'utilizzo delle risorse per cui devono essere costituite mediamente da 15 - 25 medici

- **Primo step** integrazione dei Medici di Continuità Assistenziale (MCA) con i Medici di Assistenza primaria nelle singole AFT, affinché diventino i medici di continuità della popolazione di riferimento. Complessivamente le due figure garantiscono che nelle 24 ore c'è sempre un medico della AFT a disposizione del cittadino che ha un problema, cioè la vera presa in carico h24
- **Secondo step** attivazione della rete clinica di AFT in ogni AFT che garantisce, nel rispetto della Privacy, la consultazione dei dati clinici dei cittadini afferenti, come momento qualificante di una efficace presa in carico e garanzia di continuità delle cure e della assistenza
- **Terzo step** attivazione in ogni AFT di ambulatori di AFT diurni festivi e prefestivi ed anche serali feriali, dalle 20.00 alle 24.00 finalizzati ad offrire al cittadino in quegli orari una reale alternativa al ricorso al Pronto Soccorso

La normativa vigente (ACN, Legge 189/12 (Legge Balduzzi) stabiliscono che i medici di medicina generale lavorano in team mono-professionali, le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) che riuniscono medici di Assistenza Primaria e medici di Continuità Assistenziale e che costituiscono a tutti gli effetti le unità professionali funzionali fondamentali di erogazione dell'assistenza ai cittadini, pur confermando il rapporto fiduciario medico-paziente per garantire una effettiva presa in carico dei bisogni e la continuità delle cure ai cittadini afferenti a ciascuna AFT, è necessario orientare i medici verso una modalità di integrazione basata sul “Cloud Computing”, grazie alla quale tutti i medici componenti la AFT possano accedere ai dati clinici di tutti i cittadini afferenti alla stessa AFT, allo scopo di erogare prestazioni efficaci.

Questo livello organizzativo di partecipazione alla rete clinica di AFT deve essere inserito nell'Accordo aziendale per la Medicina generale. La ASL lo fa proprio e si occupa di informare i cittadini

Ciascun medico operante in una AFT può lecitamente avere accesso ai dati clinici di tutti i cittadini afferenti alla AFT a patto che vengano rispettate le seguenti condizioni:

- Il sistema di integrazione *software* della rete clinica deve soddisfare i criteri di fruibilità dei dati, sicurezza nella trasmissione e custodia dei dati, inaccessibilità degli stessi al gestore del *cloud*, accessibilità ai componenti della AFT solo mediante rilascio di credenziali di accesso personali, rispetto dei diritti del paziente al controllo sui propri dati personali presenti nel *cloud* ed all'eventuale oscuramento parziale o totale dei medesimi
- Il fornitore dei servizi di *cloud computing* deve garantire, anonimità (criptatura forte) della trasmissione dei dati, sicurezza della trasmissione e della conservazione, impossibilità di accesso ai medesimi da parte del gestore del *cloud*
- I cittadini devono essere adeguatamente informati mediante informativa esauriente esposta in sala di attesa e da una informativa (a cura della ASL) che il medico è inserito nella AFT (elenco dei componenti) che possono tutti avere accesso ai dati
- Il consenso, ai sensi degli articoli 77, 78 ed 81 del D.Lg. 196/2003, per le sole attività di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione, nei termini di cui all'informativa è un consenso informato "semplificato", consistente nella raccolta verbale del consenso raccolto anche una sola volta e nella annotazione in cartella clinica elettronica

Presenza in carico dei bisogni assistenziali e continuità delle cure H 24 per la popolazione di riferimento

Quale risposta ai pazienti fragili assistiti in ADI o RSA che "scompensano"?

Si può ipotizzare di istituire in ogni AFT nelle ore feriali diurne (in cui non è in servizio attivo la C.A.) un intervento attivo in tempo reale garantito, per turni, da un medico, che potrebbe essere sia MCA che di Assistenza Primaria, che operi, assieme agli altri componenti del team multi-professionale, nei riguardi dei soli pazienti anziani fragili non autosufficienti presi in carico dal Team prevalentemente a domicilio del paziente o nelle strutture residenziali finalizzato primariamente ad evitare il ricovero?

- Garantire il mantenimento da parte dei medici di famiglia degli studi "decentrati" aperti nelle frazioni
- Realizzare la contemporanea creazione di sedi comuni dei medici, sedi dei gruppi o Case della Salute, aperte per molte ore al giorno, fino ad H12, ("visibili" sul territorio, in alternativa al ricorso improprio al Pronto Soccorso) con personale di studio dei medici che garantisce ai cittadini ascolto, accoglienza, semplificazione e guida nei percorsi
- Prevedendo, alla fine del percorso di riorganizzazione che ogni medico di ogni AFT svolga parte del suo lavoro in una sede comune/Casa della Salute

Si opera sulla base dei percorsi integrati di primo-secondo livello per garantire l'"approccio primario"

- nelle sedi comuni di riferimento
- Disponendo in ogni sede comune di un adeguato numero di ore di lavoro di personale di studio dei medici di famiglia appositamente formato, si possono prevedere altre figure come infermiere/OSS (se fornite dalla ASL con personalizzazione dell'assistenza e dopo specifico percorso formativo) che si integrano nelle attività della AFT, con i medici ed il loro personale di studio
- Disponendo in ogni sede comune di diagnostica di primo livello, connessa con la gestione delle principali cronicità (ECG, Holter pressorio, Holter cardiaco, spirometro, pulsossimetro, ecografo) in grado di connettersi con la rete clinica di AFT e di operare in modalità telemedicina per i pazienti da gestire a domicilio (telerefertazione, teleassistenza e teleconsulto)
- Individuando in ogni AFT i "medici esperti" nella gestione di specifiche patologie o erogazione di particolari prestazioni diagnostiche nella dimensione approfondita ieri pomeriggio
- Realizzando inoltre le reti cliniche integrate (Integrated Delivery System) mediante la contemporanea individuazione in ogni AFT di specialisti di riferimento (personalizzazione) per le principali patologie oggetto di medicina di iniziativa che forniscano telerefertazione e/o teleconsulto di secondo livello e che poi se occorre effettuino attività di consulenza nella sede della AFT insieme al medico di famiglia

- Identificazione per ogni AFT di un team multi-professionale (UCCP della Legge 189/12), aggregando al nucleo base rappresentato dal MMG del paziente e suo personale di studio, nominalmente le altre figure professionali del territorio
- Di fondamentale importanza la presenza nel team dell'assistente sociale, anch'esso nominalmente individuato e con funzioni "generaliste" e riconosciuta autorità ad impiegare poi le risorse sia del Sociale dei Comuni che del Sociale della ASL
- Stabilire che il team attua la valutazione multidimensionale e formula il piano personalizzato di assistenza, avendo a disposizione la rete clinica di AFT (cruscotto sul cloud)
- Definire che il team garantisce/eroga al paziente le prestazioni connesse col piano individuale di assistenza al "domicilio" naturale del paziente stesso, che di solito è il domicilio vero (ADI) o una RSA
- Necessità di definire un nuovo specifico modello organizzativo dell'assistenza per la gestione di questi pazienti, specie quando si presenta una riacutizzazione – scompenso delle condizioni che richiede presa in carico e risposta in tempo reale per evitare il ricorso al Pronto Soccorso

Domiciliarità (ADI) e Residenzialità devono diventare strumenti a disposizione del Team multiprofessionale della AFT:

- Potenziando l'organizzazione dell'ADI, anche mediante la ridefinizione della rete integrata delle figure professionali che operano a domicilio (*Integrated Delivery System*) e prevedendo diagnostica in telemedicina
- Rivedendo il numero di RSA/posti letto in un'ottica di intensità di cura anche mediante la istituzione di moduli specializzati (modulo Alzheimer, modulo motorio ecc)
- Rivedendo ruolo e funzioni e conseguentemente il numero dei posti letto degli Ospedali di Comunità a cui andrebbe affidato il compito di garantire degenze prolungate a bassa intensità assistenziale
- Istituendo l'Agenzia Ospedale- Territorio che per ogni AFT deve essere in grado di garantire una valutazione congiunta del medico di reparto e del medico di famiglia dei pazienti ricoverati fin dai primi giorni del ricovero mediante scale di valutazione che consentano di prevedere la non autosufficienza al momento della dimissione
- Istituendo presso ogni presidio Ospedaliero un Modulo di Continuità (ModiCa)

Struttura territoriale provvista di letti inserita però fisicamente nell'edificio dell'Ospedale, con personale territoriale (infermieri ed OSS – OTA) a gestione organizzativa infermieristica (caposala infermiere territoriale) e a conduzione clinica della medicina generale, dove la gestione ordinaria del processo di cura del singolo paziente è garantita dal suo MMG curante con accessi periodici in struttura e d il coordinamento clinico complessivo è garantito da un MMG .

Il Modica accoglie in dimissione i pazienti che non possono rientrare subito al domicilio contribuendo a diminuire le giornate di degenza ma può essere il luogo di “ricovero” alternativo al letto ospedaliero per i soggetti momentaneamente “scompensati”, come quelli complessi e fragili che richiedano per brevi periodi una intensità assistenziale maggiore di quella erogabile in ADI e magari anche un accesso facilitato alla diagnostica (reso facile dalla ubicazione del Modica nel presidio ospedaliero) per ristabilire un equilibrio.

SENIOR ITALIA
FEDERANZIANI



Dipartimento Medicina Generale e Territorio

Sintesi dei lavori

Rimini, 20-22 Novembre 2015

Mantenere

- L'approccio olistico alla persona, l'univocità del rapporto di fiducia medico-paziente, la capillare diffusione sul territorio degli studi e la modalità ordinaria "*on demand*" (medicina di attesa) di organizzazione del lavoro per dare risposte al cittadino quando esprime il suo bisogno di salute

Aggiungere

- Una riorganizzazione del lavoro per operare anche in team, mono (AFT) e multiprofessionali (UCCP), responsabilizzandosi attorno ai bisogni dei cittadini per garantire loro una gestione proattiva e personalizzata della cronicità e della fragilità attraverso la identificazione delle specifiche figure professionali del territorio che entrino in rete con i MMG della AFT in un'ottica di fatto di "rapporto fiduciario delegato" realizzando così la reale integrazione tra le varie figure professionali, sanitarie e sociali che operano sul territorio

Rivedere

- L'assetto organizzativo strutturale e funzionale del Territorio secondo il criterio dell'integrazione delle cure primarie con quelle intermedie e con l'assistenza ospedaliera, specie a bassa intensità

Il nuovo modello professionale: Approccio Primario



L' APPROCCIO PRIMARIO, caratteristico della Medicina Generale, ne definisce le modalità di Intervento sulle condizioni di salute dei cittadini e sul rapporto con ogni singolo assistito e la differenza da un approccio specialistico e di secondo livello.

E' caratterizzato da:

- **Medicina di iniziativa:** nuovo paradigma per la gestione della cronicità basata su un controllo periodico e programmato secondo percorsi che tengano conto della "vita reale" e garantiti dal gruppo di professionisti.
- **Nuovo paradigma formativo professionale:** presuppone il passaggio da competenze/conoscenze di tipo simil-specialistico, apprese con modelli formativi neo-accademici, a competenze/conoscenze apprese con modelli formativi «esperienziali» e orientate verso la autonomia, la responsabilità, il sapere specifico e un maggior controllo delle proprie attività per garantire le competenze professionali tipiche della Medicina Generale (accessibilità, presa in carico, prossimità, continuità delle cure).
- **«Medico esperto»:** medico di famiglia della AFT deputato al trasferimento/implementazione delle nuove conoscenze secondo un modello orizzontale e di confronto; un «*coaching* formativo» su definite aree di patologia e problematiche professionali.
- **Nuovo modello relazionale col paziente (*Empowerment*):** “alleanza” con i pazienti per supportare i loro percorsi di salute rendendoli consapevoli delle proprie malattie e capaci di esercitare autocontrollo ed automonitoraggio della propria condizione; un cittadino competente ed informato rappresenta la migliore preconditione per raggiungere obiettivi di massima salute possibile oltre che rafforzare il ciclo di fiducia.

PER GARANTIRE:

✓ **Coordinamento e presa in carico**

attraverso

- Lavoro in squadra mono-professionale (solo MMG in Aggregazioni Funzionali Territoriali - AFT)
- Integrazione tra Medici di famiglia e Continuità assistenziale (ruolo unico)
- Inserimento nelle AFT dei medici in formazione specifica in medicina generale
- Fruibilità dei dati clinici dei cittadini mediante la rete clinica di AFT per un intervento qualificato ed efficace

✓ **Accessibilità e prossimità**

attraverso

- Mantenimento da parte dei medici di famiglia della AFT degli studi "decentrati" aperti nei piccoli centri
- Contemporanea creazione di sedi comuni dei medici, sedi dei gruppi o Case della Salute, aperte per molte ore al giorno, fino ad h12, ("visibili" sul territorio, anche in alternativa al ricorso improprio al Pronto Soccorso)
- Presenza nelle sedi di personale di studio dei medici appositamente formato che garantisce ai cittadini ascolto, accoglienza, semplificazione e guida nei percorsi
- Diagnostica di primo livello per garantire nelle sedi gli accertamenti necessari alla medicina di iniziativa
- Previsione, alla fine del percorso di riorganizzazione, che ogni medico di ogni AFT svolga parte del suo lavoro in una sede comune/Casa della Salute

✓ **Personalizzazione e domiciliarità:**

attraverso:

- *Team* multiprofessionale
- Valutazione multidimensionale - piano personalizzato
- Ruolo Assistente sociale «generalista»
- Ruolo badante formata
- Riorganizzazione della domiciliarità e della residenzialità e individuazione interfacce ospedale-territorio