5° Convegno Nazionale

L'appropriatezza nel Servizio Sanitario Nazionale

Condivisione di strategie tra Ospedale e Territorio

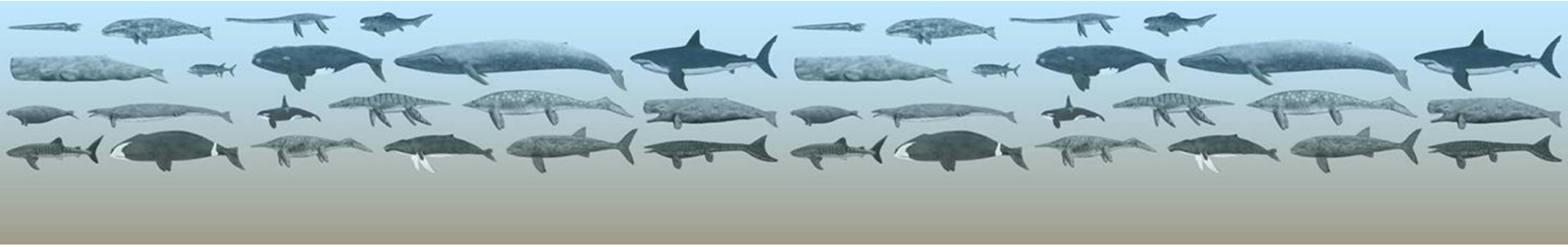
La nuova organizzazione dell'assistenza territoriale
Il ruolo delle AFT e UCCP

dr. vincenzo d'amato – dr. gennaro volpe

22-23 giugno 2015

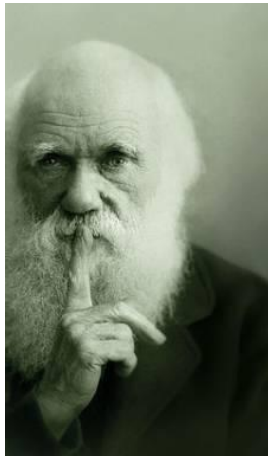
Hotel Excelsior - Napoli

La sfida del cambiamento



“Non sono le specie più forti
a sopravvivere, né quelle più intelligenti,
ma sono quelle che riescono a rispondere
con maggiore prontezza ai cambiamenti”

Charles Darwin



Una società che si trasforma

- Nuclei e reti familiari a centralità capovolta "anziani – giovani"
- Il cambiamento della medicina e della capacità tecnologica

- La diversificazione dei luoghi e delle le modalità di cura
- La migliore aspettativa di vita
- L'aumento delle "fragilità" e delle patologie croniche

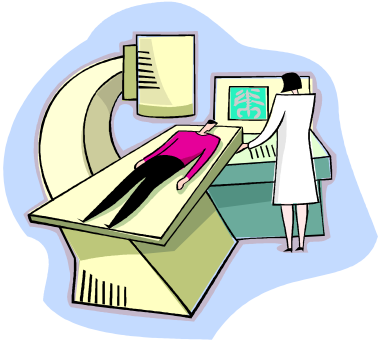
La modifica del contesto in cui operiamo

Alimentazione

Cultura

Principali cause della transizione **demografica** ed **epidemiologica**

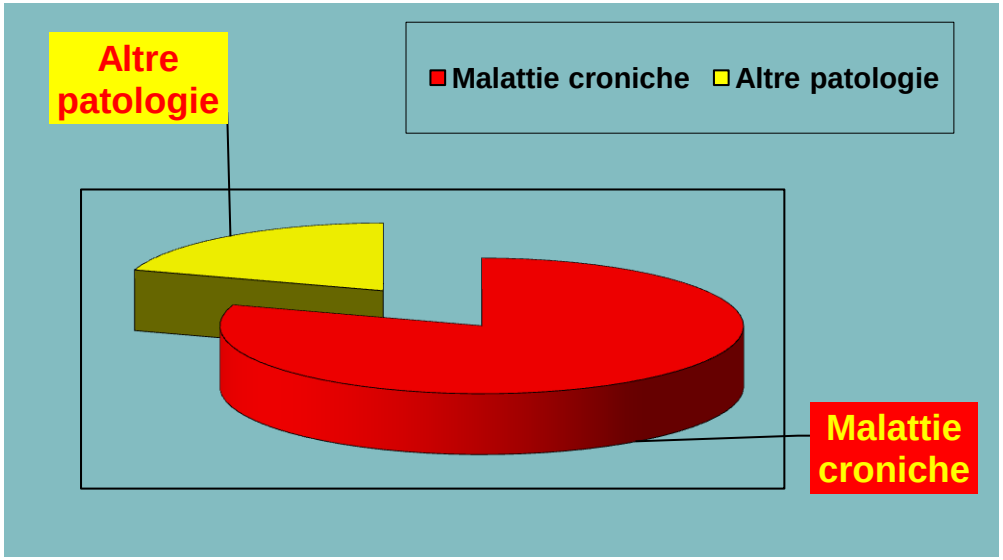
Condizioni Igienico - Sanitarie

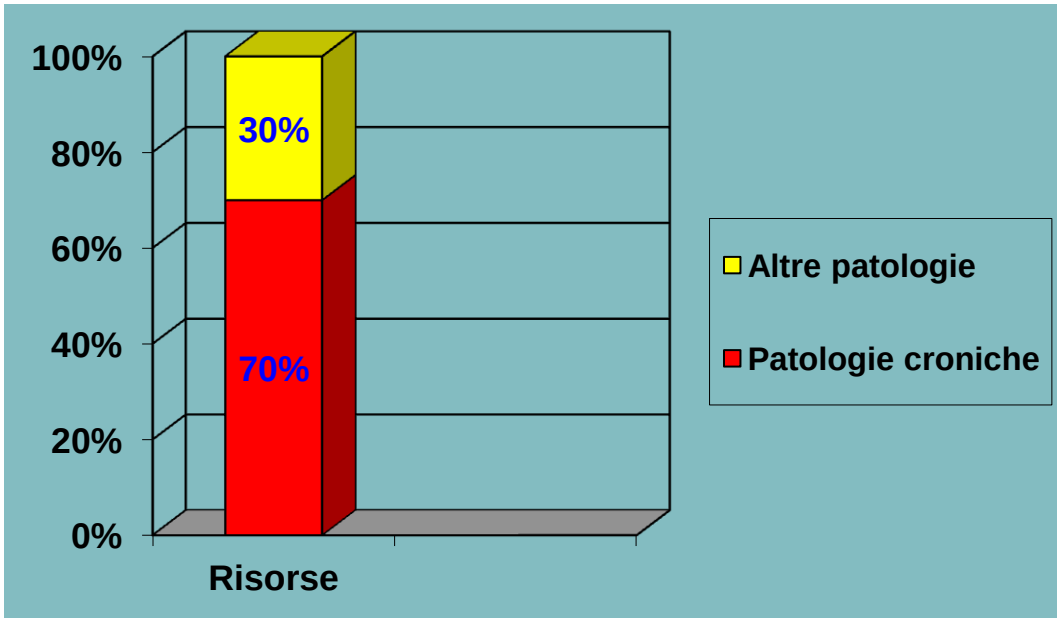


Tecnologia

L'impatto delle malattie croniche

*Le **malattie croniche** rappresentano circa l'80% di tutte le patologie …*





… ed assorbono il 70% delle risorse

La cura del diabete – i costi previsti

Spesa mondiale
per la cura del diabete

previsione anno 2030

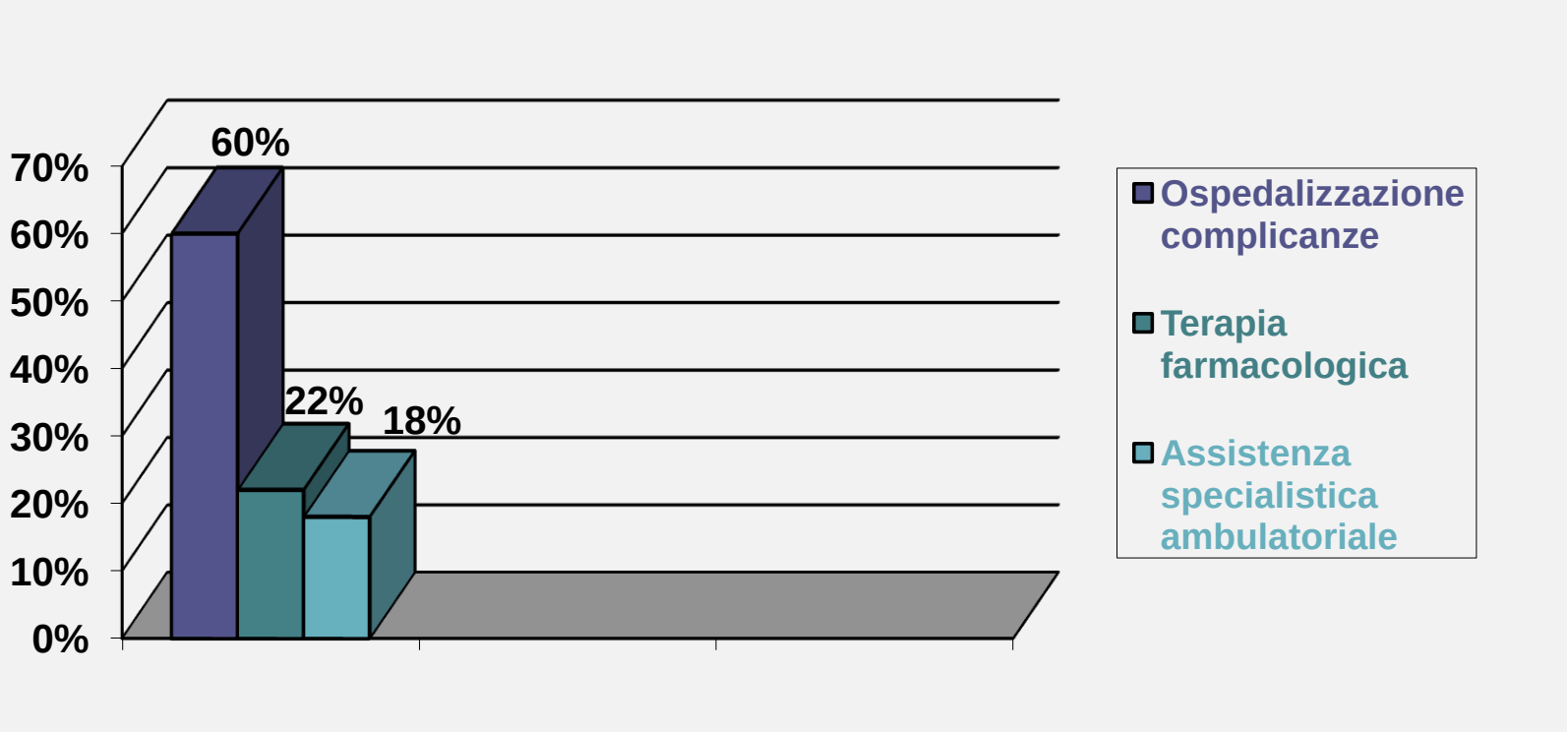
490 miliardi di dollari

(IDF – International Diabetes Federation)

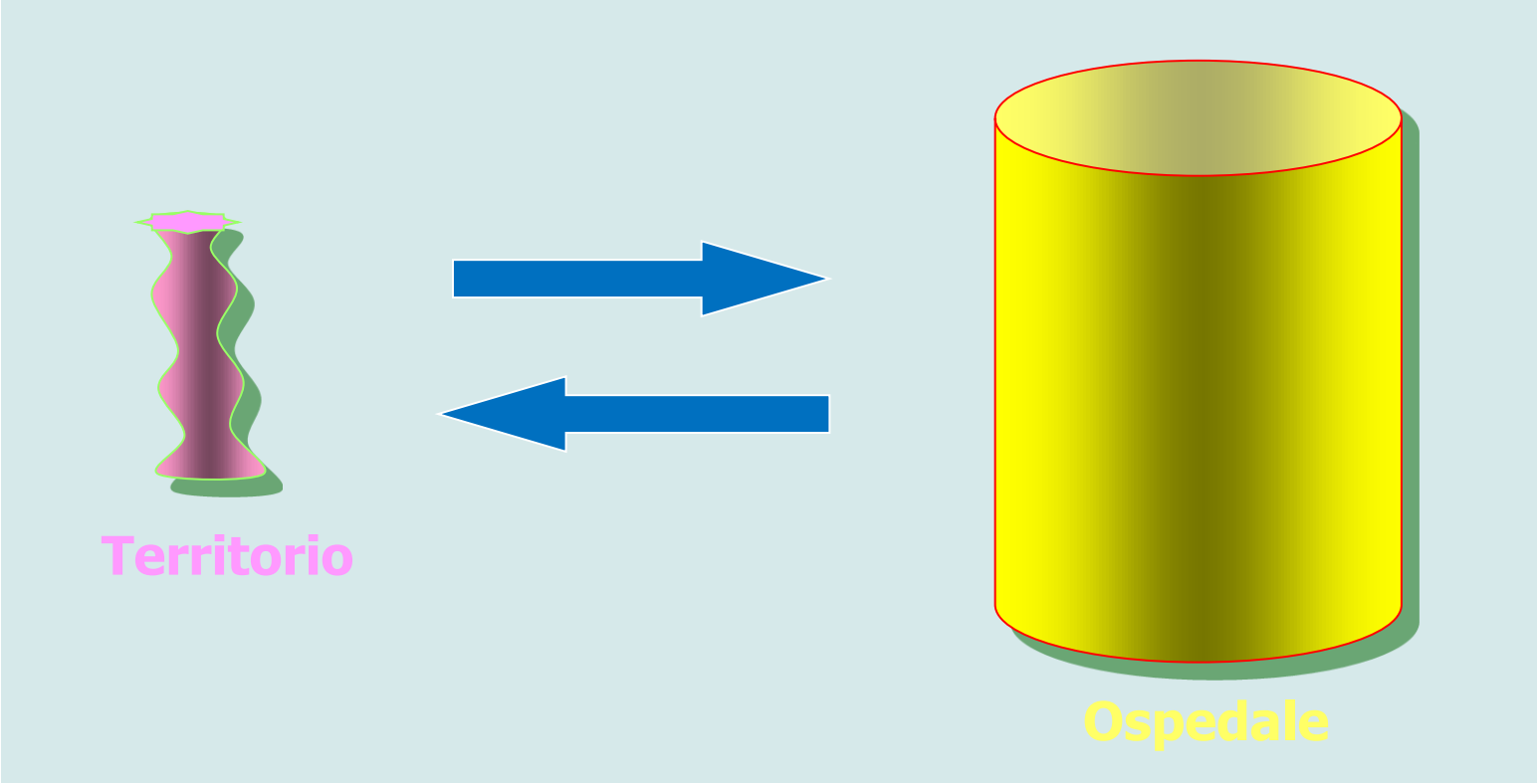
Il Diabete Mellito

Costo medio di un paziente: 3.348 €/anno

Spesa totale: 10 miliardi €/anno = 9-10% FSN



La distribuzione delle risorse



Rappresentazione della attuale distribuzione delle risorse

Il modello di assistenza attuale …

Il modello assistenziale finora seguito è di tipo **settoriale - specialistico** in cui ciascun attore eroga prestazioni con diversi gradi di complessità in assenza di protocolli diagnostico terapeutici e/o linee guida condivise.

… e la sua principale criticità

La differenziazione raggiunta, in assenza di **integrazione** e **coordinamento**, ha determinato un'eccessiva frammentazione del sistema spingendo il pz. a dover ricomporre in prima persona l'offerta assistenziale …

… non è il sistema a ruotare intorno alla persona malata

L'Effetto FLIPPER

che fare?

Proporre lo sviluppo di modelli innovativi di assistenza primaria

Centro di assistenza primaria

Ospedale di Comunità

AFT

Equipe territoriali

Case della salute

Ospedale distrettuale

UTAP

SPS

Presidio amb.le territoriale integrato

UCCP

Presidio amb.le distrettuale

I presupposti della trasformazione

Tutto questo presuppone:

• la realizzazione di un **distretto forte** , leader della cronicità e della non-autosufficienza in grado di creare vere alternative all'Ospedale

• la creazione di un rapporto di **partnership** MMG / AZIENDA

Il ruolo del Distretto

- Il Distretto è una **realtà dinamica**, complessa, con funzioni ampie, poco conosciuta nel valore che esprime

- Svolge un ruolo di **facilitatore nei processi di integrazione** e di sviluppo della rete

- Assicura l'audit, l'adozione della **medicina di iniziativa**, l'alimentazione dei flussi informativi

- Orientato allo spirito di squadra (**teaming up**) per lo sviluppo dei percorsi di cura

Gestione della cronicità

L'aumento delle patologie croniche implica che il sistema di offerta sanitaria e sociosanitaria si adegui e sviluppi elementi che facilitino l'integrazione dei servizi sul paziente, determinando trattamenti coordinati e continui nel tempo, orientati al soddisfacimento di bisogni di salute

↓

gestione della complessità

Normativa di riferimento

- ACN per la Medicina Generale quadriennio normativo 2006 / 2009 - artt. 26 bis e 26 ter
- ACN per la Medicina Generale biennio economico 2008 / 2009 - art. 5
- Patto della salute 2014 / 2016 - art. 5
- L. 189 / 12 di conversione del D.L. 158 / 12
- AIR per la Medicina Generale 2013 art.11
- DCA n. 18 del 18.02.2015 di approvazione del modello di riorganizzazione delle cure primarie

Il Decreto Balduzzi

In particolare il Decreto Balduzzi prevedeva anche

... entro 180 gg ..... si procede all'adeguamento degli ACN MMG – PLS e MSA nel limite dei livelli remunerativi fissati dai medesimi vigenti ACN e nel rispetto della L. n.135/2012 (Spending Review)

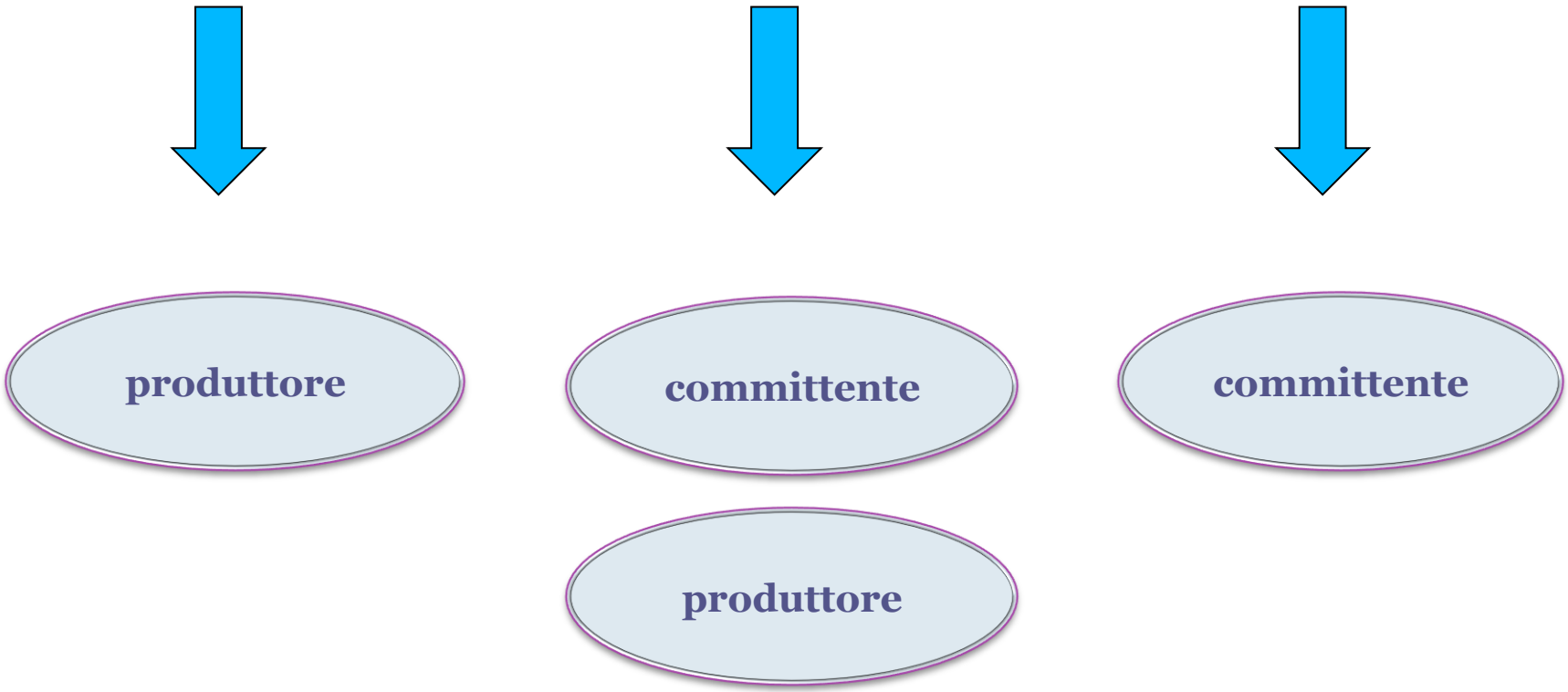
... entro i successivi 90 gg, senza ulteriori oneri per la finanza pubblica, sono stipulati i relativi accordi regionali attuativi

… e in assenza sono aumentati i dubbi e le incertezze che hanno coinvolto soprattutto i medici convenzionati i quali hanno manifestato il timore che le nuove forme organizzative possano ledere:

- il principio della libera scelta dei cittadini
- la capillare diffusione degli studi
- la propria autonomia professionale …

Il ruolo del Distretto

… e il ruolo del Distretto?



Alcune regioni stanno sviluppando modelli organizzativi delle cure primarie, sulla base delle indicazioni della L.189/2012 (es: Emilia Romagna, Toscana e Veneto)

Altre Regioni si orientano su queste forme organizzative ma rimangono in attesa dell'ACN

Il percorso della Regione Campania è in itinere …

AIR MG
(DCA 87/2013)

PAD, PTI,
SPS, etc.

Modello di
riorganizzazione delle cure
primarie (DCA 18/2015)

D.l. n.158/12 art. 1 e Patto Salute/14-16 art. 5

Definizione tramite Accordi Stato-Regioni dei nuovi standard organizzativi del distretto al fine di assicurare la qualità delle prestazioni erogate dai professionisti convenzionati nell'ambito delle UCCP e AFT (art. 5, co. 8 del Patto per la salute)

AFT

Ogni **AFT** della medicina generale e della pediatria è **funzionalmente collegata ad una UCCP**;

bacino di utenza riferito a non più di 30.000 abitanti caratter **monoprofessionle** rappresenta l'insieme dei professionisti che hanno in carico il cittadino, il quale esercita la scelta nei confronti del singolo medico.

UCCP

Forme organizzative complesse, che operano in strutture o presidi individuati dalle Regioni;

a carattere **multiprofessionale** con integrazione tra medicina generale e specialistica e con personale dipendente del SSN;

sede unica o sede di riferimento con altre sedi dislocate sul territorio;

concorrono alla **presa in carico** della comunità di riferimento in continuità con le AFT;

integrazione nella rete telematica aziendale e/o regionale.

AFT e UCCP

AFT

Condividono, in forma organica, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi

UCCP

Erogano, in coerenza con la programmazione regionale, **prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione** dei mmg, delle altre professionalità convenzionate con il SSN, degli infermieri, delle professionalità ostetrica, tecniche della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria.

AFT e UCCP costituiscono le uniche forme di aggregazione della medicina generale;

Rappresentano parti fondamentali del Distretto in integrazione con la rete dei servizi aziendali

D.l. 158/12 – L. 189/12

D.l. 158/12 – L. 189/12: Art. 1. - Riordino dell'assistenza territoriale (modifica dell'art. 8 D.lgs. 502/92 - i principi per la disciplina dei rapporti con la medicina convenzionata)

- ✓garantire l'attività assistenziale 24 h / 24 e 7 gg / 7, con un'offerta integrata delle prestazioni
- ✓prevedere possibilità di forme di finanziamento a budget per le UCCP
- ✓definire compiti, funzioni e criteri di selezione del referente o del coordinatore
- ✓disciplinare le condizioni, i requisiti e le modalità con cui le regioni provvedono alla dotazione strutturale, strumentale e di servizi
- ✓prevedere le modalità attraverso le quali le ASL individuano gli obiettivi e concordano i programmi di attività
- ✓prevedere che le convenzioni nazionali definiscano standard relativi a erogazione delle prestazioni, accessibilità e continuità delle cure

Nuovo Atto di indirizzo Medicina Convenzionata
aprile 2015

AFT

Unità funzionale fondamentale per la MG e la PLS che:
- assicura **erogazione** di assistenza primaria;
- si coordina e integra con gli attori territoriali e ospedalieri del SSN, contribuendo ai processi di *governance;*
- a seconda delle specificità del territorio, ***possibile sede unica o distribuzione sul territorio***, ***in ogni caso con sede di riferimento*** per le funzioni di coordinamento, condivisione, audit, ecc.;
- **può essere luogo unificato di erogazione di servizi della stessa AFT o della ASL**.

UCCP

-**programmazione** demandata alle **Regioni**
-**realizzazione** demandata alle **Aziende**
-ogni AFT della MG e della PLS ha una UCCP di riferimento
-le modalità di partecipazione sono disciplinate da accordi regionali e aziendali

Integrazione S A con assegnazione e partecipazione formalizzata a AFT e UCCP

FINANZIAMENTO DEI FATTORI PRODUTTIVI

- Modalità di **finanziamento definite a livello regionale**, nei limiti delle risorse disponibili
- **Indennità ed incentivi** ora erogati per lo sviluppo strumentale ed organizzativo **saranno indirizzati al finanziamento dei fattori produttivi**
- Le Regioni potranno **destinare risorse liberate dal processo di riorganizzazione del territorio** per supportare l'aggregazione dei medici convenzionati con dotazioni strutturali, strumentali e umane
- **Nessuna possibilità di incremento delle risorse retributive**

Il modello di riorganizzazione delle cure primarie in Campania

DCA n. 18 del 18 febbraio 2015

Obiettivi

- ✓ continuità dell'assistenza 24 h / g. e 7 gg / sett.
- ✓ mantenimento della persona al proprio domicilio
- ✓ continuità e coordinamento delle cure
- ✓ integrazione ospedale-territorio
- ✓ G.I. integrazione S-S e implementazione di PDTA
- ✓ medicina di iniziativa
- ✓ presa in carico in particolare dei pazienti cronici

AFT - Aggregazioni Funzionali Territoriali

Pop.ne assistita: non > 30.000 Res. - MMG: non < 20

Definizione

articolazione del distretto s.s. nell'ambito delle quali operano MMG / PLS coordinati in team funzionali al fine di realizzare una **rete orizzontale** tra medici ponendo le condizioni per quella verticale con le altre strutture del sistema

Scopi

equità di accesso

LEA - ebm

clinical governance

appropriatezza

peer review

miglior uso possibile delle risorse

efficacia - efficienza

Compiti

assistere in amb. e a domicilio la pop.ne in carico

valutarne bisogni

continuità H / T

continuità di cura

formazione e ricerca funzionale

sperimentazione

Coordinatore nominato dai medici che compongono la AFT con compiti di raccordo funzionale e professionale

UCCP - Unità Complesse di Cure Primarie

Definizione

Forma organizzativa **multi-professionale** non alternativa alla AFT ma a questa collegata; comprende i medici o parte dei medici che ne fanno parte e si avvale di risorse umane messe a disposizione dal Distretto e dalle Municipalità

- *con sede unica*
- *con sede di riferimento*

Compiti

Prevenzione: vacc. - screening promozione salute - ed. san.

Prestazioni e processi ass.li: visite - amb. inferm. - diagnostica rapida - primo contatto e coord.to problemi acuti, dei bambini, femminili e psicosociali

Gestione della cronicità presa in carico: autogestione - PDTA terminalità - pz fragile - dimiss.ni protette - domiciliarità - cure pall. - Hospice - strutture intermedie – raccordo con Ser.T. e C.S.M.

UCCP - modelli organizzativi

Scopi

- h 24 / g. 7 gg. 7 / 7
- presa in carico integrata
- ammissioni protette
- dimissioni protette
- app.zza prescrittivava: farmac.ca e spec. amb.
- ridurre accessi impropri al p.s. ricoveri ripetuti e ricoveri inappropriati
- percorsi ass.li H / T
- attività spec.ca in collaborazione con H

UCCP a sede unica alta dens.

- modello metropolitano
- ab. non superiori a 30.000
- MMG non inferiori a 20

UCCP in rete a bassa densità

- modello rurale e montano
- una o più sedi di rif.to
- ab. non inferiori 5.000
- MMG non inferiori a 10

UCCP hub and spoke

- modello suburbano
- ab. non inferiori a 15.000
- MMG non inferiori a 15

UCCP – compiti del ccordinatore

Ciascuna UCCP prevede un referente/coordinatore eletto dai medici - nominato dall'azienda - individuato tra i medici convenzionati con anzianità lavorativa di almeno 5 anni

Compiti

- coordina attività cliniche
- si rapporta per problematiche organizzative con dirigenti Distretto e di altre strutture Aziendali
- si rapporta anche con coordinatori AFT, professionisti ospedalieri, spec. amb., Direzione di Zona e Direzione Az.le

UCCP - Sistema Informativo

Parametri informativi :

ciascuna UCCP deve essere collegata in rete interna con presidi ospedalieri, presidi distrettuali e strutture convenzionate

In particolare il Sistema Informativo dovrà prevedere :

- fascicolo elettronico
- messa in rete di tutti i pc
- collegamento con CUP
- ricezione referti laboratoristici e specialistici
- accesso alle cartelle cliniche dei pz. ricoverati
- telemedicina
- SVAMA
- collegamento con Distretto e Comuni
- registro pz. cronici
- promemoria PDTA
- misurazione indicatori

…. sistemi informatici integrati

Coming together ...

Coming together is a beginning.

Keeping together is progress.

Working together is success.

“Mettersi insieme è un inizio, rimanere insieme è un progresso, lavorare insieme un successo.”

Grazie per l’attenzione