



*cutting through complexity*

# Il modello delle Cure Primarie in Regione Campania applicazione al paziente con Patologie respiratorie

Napoli, 1 Aprile 2017

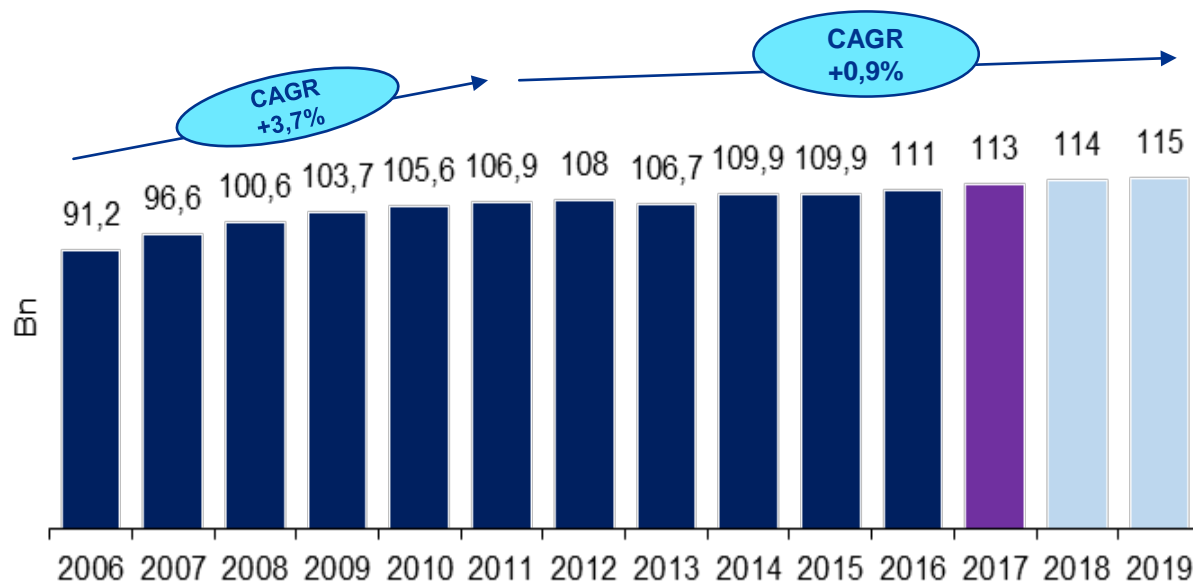
DRAFT FOR DISCUSSION PURPOSES ONLY



# Negli ultimi 10 anni il tasso di crescita del Fondo Sanitario Nazionale si è progressivamente ridotto

DRAFT FOR DISCUSSION PURPOSES ONLY

## Fondo Sanitario Nazionale 2006 - 2019

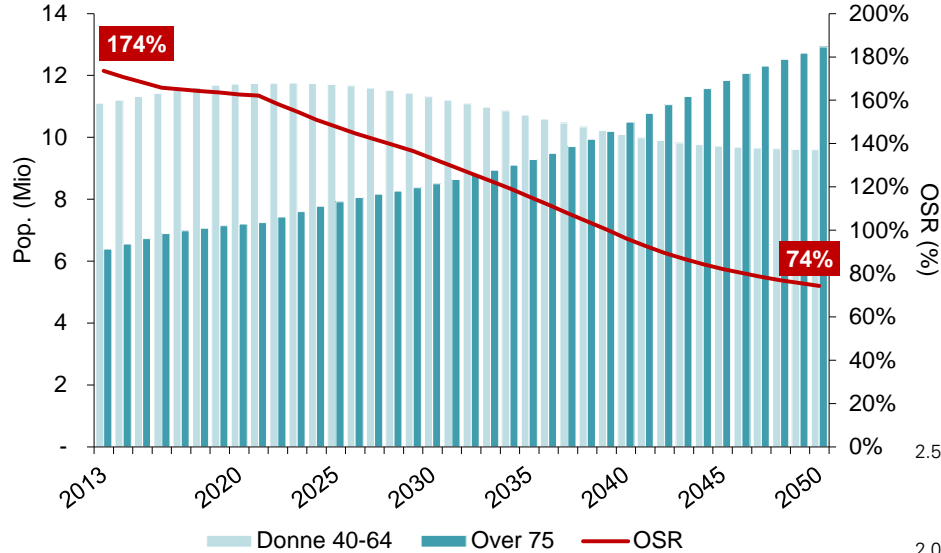


- Il Fondo Sanitario Nazionale sarà di 113 MLD di Euro per il 2017, 114 per il 2018 e 115 per il 2019.
- Il Sistema Sanitario Nazionale affronterà costi crescenti per
  - I prodotti innovativi - 0,5 €MLD
  - I prodotti innovativi oncologici - 0,5 €MLD
  - Maggiori costi del personale - 0,5 €MLD
  - Vaccini - 0,2 €MLD
  - I nuovi LEA - 0,8 €MLD

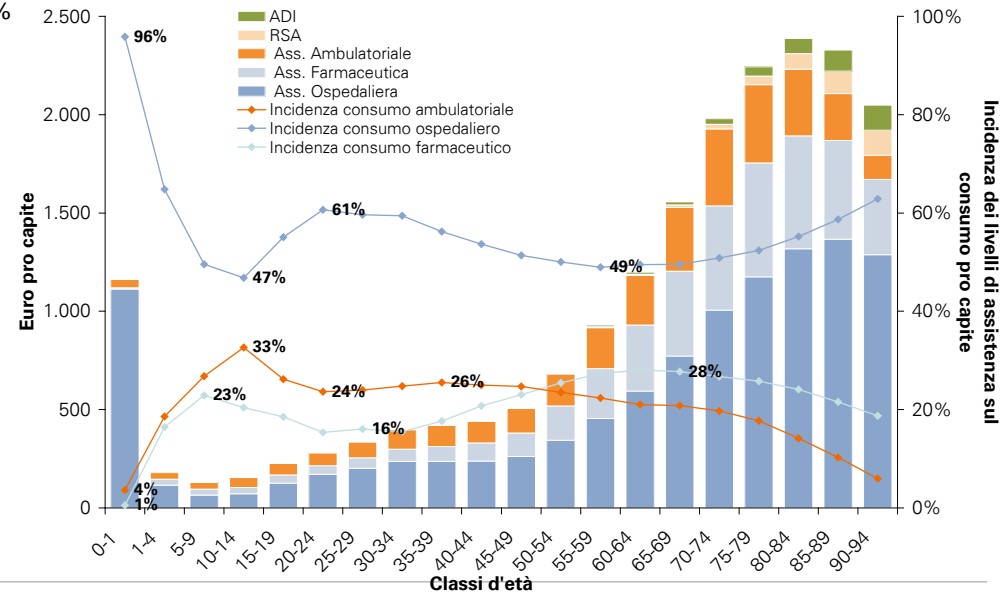
# Aumentano gli anziani e i cronici, che rappresentano i pazienti alto-spendenti per del Sistema nel suo complesso, destinati alla "presa in carico"

DRAFT FOR DISCUSSION PURPOSES ONLY

## Old support ratio 2013 - 2050



## Consumo pro-capite per fascia d'età



Fonte: Analisi KPMG – Dati ISTAT

# Il Decreto Balduzzi introduce l'obbligatorietà dell'associazionismo

DRAFT FOR DISCUSSION PURPOSES ONLY

1984	dpr 882/84	è contemplata la medicina di gruppo ma non prevede incentivi
1987	dpr 289/87	per i medici in associazione è prevista una maggiorazione del 6,8% della quota capitaria
1992	d.lgs 502/92	riforma delle cure primarie e introduzione della contrattazione integrativa regionale e aziendale in aggiunta a quella nazionale; assenza di regolamentazione di forme associative dei MMG
1999	d.lgs 229/99	spostamento baricentro da Ospedale→Territorio (vengono istituiti i Distretti quale raccordo). Assenza di regolamentazione di forme associative dei MMG
2000	dpr 270/00	primo vero «tassello» e <b>pieno riconoscimento</b> dell' <b>ASSOCIAZIONISMO MMG</b> (Equipe Territoriali, Medicina in Ass.ne, Medicina in Rete, Medicina di gruppo, Case della salute, Gruppi di Cure Primarie)
2004	Accordo Stato Regioni	sperimentazione forme evolute e istituzione <b>UTAP</b> (unità territoriali di assistenza primaria)
2005	ACN 2005	ratificazione Accordo Stato-Regioni 2004 e diffusione assoc.smo su base volontaria
2009	ACN 2009	accelerazione associazionismo (obbligatorietà di quello semplice), ridefinizione <b>AFT</b> (aggregazioni funzionali territoriali) e <b>UCCP</b> (unità complesse di cure primarie), <b>presa in carico della cronicità</b>
2012	Decreto «Balduzzi»	<b>obbligatorietà per i MMG di associarsi in AFT o UCCP; entro Giugno 2013 deve essere rivisto ACN e entro Settembre 2013 le Regioni devono stipulare i relativi accordi integrativi</b>

## (Art. 1) Le Regioni organizzano l'assistenza primaria secondo:

- modalità operative monoprofessionali denominate **aggregazioni funzionali territoriali (AFT)**
- forme organizzative multiprofessionali denominate **unità complesse di cure primarie (UCCP)**

### AFT *Organizzazione virtuale*

#### Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT)

- Requisito di base dell'AFT è l'obbligo di aggregazione di medici di assistenza primaria e pediatri di libera scelta in numero non inferiore a 20
- Bacino di utenza fino a 30.000 assistiti
- L'AFT è coordinata da un referente che svolge il compito di interfaccia con la ASL/Ospedale e con le altre AFT
- Il referente è nominato dai membri stessi

### UCCP *Organizzazione in solido*

#### Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP)

- Sono aggregazioni strutturali multi-professionali di cui fanno parte i medici di medicina generale ed i pediatri, nonché gli operatori del territorio (infermieri, specialisti, amministrativi e personale sociale)
- I medici sono organizzati in una sede unica
- L'UCCP è coordinata da un referente che svolge il compito di interfaccia con ASL/Ospedale e con altre UCCP
- Il referente è nominato dai membri stessi

## Articolo 5 – Assistenza territoriale

- **le Regioni istituiscono le UCCP e le AFT** quali forme organizzative della medicina convenzionata. UCCP e AFT perseguono obiettivi di salute e attività definiti dall'Azienda sanitaria e dal Distretto.
- Le UCCP e AFT,
  - coprono un bacino di utenza riferito a non più di **30.000 abitanti**
  - costituiscono le **uniche forme di aggregazione delle cure primarie**, per cui in esse confluiscono le diverse tipologie di forme associative della medicina generale
- **Il Distretto definisce nuovi standard organizzativi** per assicurare la qualità delle prestazioni di UCCP e AFT consentendo una miglior risposta assistenziale ai bisogni delle persone affette da patologie croniche.
- Per un efficientamento del settore delle cure primarie è importante una ridefinizione dei ruoli abbandonando una logica gerarchica per perseguire una logica di governance responsabile dei professionisti

# ...e ha identificato le leve territoriali di presa in carico del paziente

DRAFT FOR DISCUSSION PURPOSES ONLY

Patto per la Salute				
Ambito	Oggetto	Referente	Entro	Impatto per l'azienda
<b>Il Clinico</b>	<b>Assistenza Territoriale (Art. 5)</b>			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Conferma della struttura delle Associazioni di MMG</li> <li>■ Remunerazione e dotazione strutturale delle Associazioni (1.13)</li> <li>■ Ridefinizione dei ruoli di MMG e Specialista nelle Associazioni (1.14)</li> <li>■ Conferma della centralità gestionale del Distretto (1.8)</li> <li>■ Inserimento Special Interest dolore (1.9)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Cabina di Regia NSIS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Sei mesi dalla chiusura del nuovo ACN con la MMG e PED</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ridefinizione delle attività e responsabilità MMG</li> <li>■ Ridefinizione remunerazione MMG (tramite nuovo ACN in discussione)</li> </ul>
	<b>Ospedali di comunità (Art.5)</b>			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Definizione dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi (5.17)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Conferenza Stato Regioni</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 31/10/14</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Maggiore appropriatezza H</li> <li>■ Maggiore peso del territorio</li> <li>■ Nuove attività di servizio</li> </ul>
<b>Piano Nazionale cronicità (Art.5)</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Definizione delle linee di intervento nei confronti delle principali malattie croniche (5.21)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Conferenza Stato Regioni</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 31/12/14</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Definizione modalità di presa in carico del paziente con centralità del Territorio</li> </ul>	
<b>Sviluppo risorse umane (Art.22)</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Razionalizzare e facilitare accesso dei giovani medici alla prof. sanitaria (5.21)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Conferenza Stato Regioni</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 31/12/14</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Superamento del precariato e nuovi clinici</li> </ul>	

# Il passaggio da Associazione a AFT e UCCP quindi implica un'evoluzione del Medico di Medicina Generale

DRAFT FOR DISCUSSION PURPOSES ONLY

	Professionalità coinvolte		Caratteristiche organizzative		Sistema di incentivazione	
	Mono professionali	Multi professionali	Funzionali	Strutturali	Basato su budget	Basato su attività op.ve
AFT	✓		✓		✓	✓
UCCP		✓		✓	✓	✓

	MMG tradizionale
<b>Ruolo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Punto di accesso e Gate keeper</li> </ul>
<b>Modalità di lavoro</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Isolamento, autoreferenzialità</li> <li>■ Limitato dialogo MMG-SP</li> </ul>
<b>Disponibilità di informazioni</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Conoscenza non completa della storia clinica dei pazienti</li> </ul>
<b>Aggiornamento prof.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Episodico e frammentato</li> </ul>
<b>Competenza</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Limitata al tipico ruolo di medico generico</li> </ul>

	"Nuovo" MMG
	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Integratore cure primarie (care manager)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Coinvolgimento nel governo della domanda e dei PDTA</li> <li>■ Interfaccia con tutti gli altri operatori</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Integrazione H-T attraverso UCCP/AFT</li> <li>■ Piena conoscenza della storia clinica dei pazienti attraverso cartella elettronica</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Formazione continua anche on-line</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ampliata con diagnostica di primo livello e gestione dell'economia sanitaria</li> </ul>





*cutting through complexity*

# L'associazionismo dall'Europa alla Campania

**DRAFT FOR DISCUSSION PURPOSES ONLY**

# Quadro sinottico di benchmarking su alcuni paesi europei

DRAFT FOR DISCUSSION PURPOSES ONLY

Paese	Forma associativa Cure Primarie	Sistema di pagamento del MMG	Proprietà	Team	N° e bacino utenza	Resp. Budget	Committenza cure secondarie
UK	Clinical Commissioning Groups (CCG)	Misto (quota capitaria + prestaz facoltative + premi qualità)	Privata	MMG, dentisti, oculisti, farmacisti, infermieri, amm.ne	230 200-250 k	SI	SI
Spagna	Centro de Salud	Salario	Pubblica	MMG, pediatri, dentisti, infermieri, amm.ne	2.700 5-25 k	NO	NO
...di cui Catalogna	Entidad de Base Asociativa (EBA)	Salario	Privata	idem c.s.	8 30 k	SI	SI alcune specialità
Germania	Medizinische Versorgungszentren (MVZ)	A prestazione	Privata	≥2 medici (specialità diversa), dentisti, psichiatri, fisioterapisti, farmacisti, infermieri	800 n.d.	NO	NO
Francia	Prevalentement e autonomo [30% dei MMG è in assoc.ne]	A prestazione	Privata	n.d.	n.d.	NO	NO

\* oftalmologia, traumatologia, otorinolaringoiatria, urologia, dermatologia, chirurgia vascolare e tutela della salute della donna

# L'organizzazione delle Cure Primarie attraverso l'Associazione e la Presa in Carico del Paziente nel territorio italiano

DRAFT FOR DISCUSSION PURPOSES ONLY



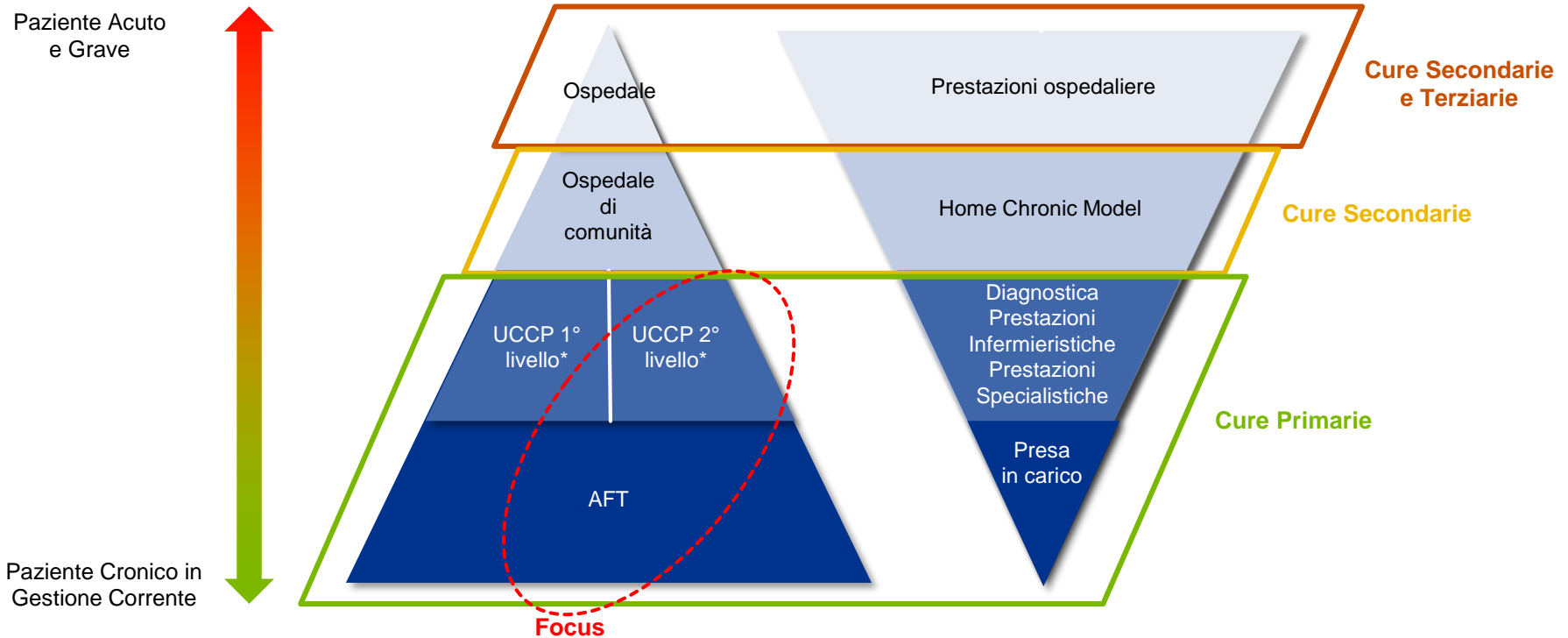
- Rete diffusa e modello strutturato
- Rete diffusa e modello non strutturato
- Rete poco diffusa e modello strutturato
- Rete poco diffusa modello non strutturato

# La gestione del paziente nei diversi setting assistenziali e il focus del progetto "Eccellere nelle Cure Primarie"



DRAFT FOR DISCUSSION PURPOSES ONLY

**Il paziente che presenta una patologia cronica viene trattato dal MMG nell'ambito delle Cure Primarie e in particolare viene preso in carico dal medico in AFT e esegue prestazioni specialistiche e/o diagnostica di approfondimento nelle UCCP.**



\* L'UCCP di 1° livello è un'organizzazione con assetto variabile, presente su territori periferici o montani/di campagna  
L'UCCP di 2° livello è un'organizzazione con assetto fisso e sede fisica in territori metropolitani



Il Decreto 18 ha assegnato alle Direzioni Generali delle AASSLL il mandato di programmare la nuova organizzazione delle Cure Primarie.

Nel corso delle riunioni con MdS e MEF la Regione Campania identificava le seguenti **linee guida**:

- **identificare un modello regionale** a cui uniformarsi per permettere un equo accesso e pari trattamento a tutti i cittadini;
- porre l'**attenzione a tutte le figure professionali cliniche territoriali** (es. MMG, PED, altri specialisti);
- valorizzare il **ruolo guida del Direttore Responsabile del Distretto**, soprattutto nell'**analisi dei bisogni di popolazione**.
- **declinare il modello organizzativo** (specie per le UCCP):
  - modalità di accesso e tempi di risposta;
  - tipologie di prestazioni;
  - dotazioni strumentali standard minime;
  - correlazione operativa ed integrativa con il sistema delle Cure Domiciliari, dei Servizi di Emergenza e con le altre forme di erogazioni di prestazioni territoriali nel territorio;
  - integrazione programmatica col Distretto;
  - strutturazione dei percorsi finalizzati a favorire l'integrazione Ospedale-Territorio;
  - integrazione con Pediatri di Libera Scelta e Specialisti Ambulatoriali;
  - obiettivi di salute attesi;
  - strumenti di monitoraggio e di valutazione di efficacia di processo ed esiti;
  - modalità di correlazione amministrativa con i Comuni ed eventuali Società di Servizi esterne;
  - identificazione di sedi preferenziali per le UCCP e di una eventuale sede di riferimento per l'AFT;
  - le modalità di governance.

# Il progetto "Eccellere nelle Cure Primarie" è coerente con la normativa più recente (1 di 2)



**DRAFT FOR DISCUSSION PURPOSES ONLY**

Bozza Accordo Collettivo Nazionale MMG	Progetto "Eccellere nelle Cure primarie"
Art 5.2 - La AFT garantisce ad una popolazione non superiore a 30.000 abitanti	Le AFT sono costituite secondo la Legge Balduzzi che prevede un bacino di utenza di massimo 30.000 pazienti
Art. 5.3 - I medici di cure primarie assicurano la diffusione capillare dei propri presidi	Le AFT sono definite in modo che ciascun medico afferente, con il proprio studio, possa far fronte alle esigenze territoriali
Art. 5.5b - Realizzare nel territorio la continuità dell'assistenza, estesa all'intero arco della giornata e per sette giorni alla settimana	Nella sede unica, un MMG della AFT è presente h16 ed è coadiuvato dalla Continuità Assistenziale nelle ore notturne e nei weekend
Art. 5.5c - Sviluppare la medicina d'iniziativa	La modalità di presa in carico del paziente cronico viene gestita tramite PDTA
<p>Art 5.6 - La AFT realizza i compiti secondo il modello organizzativo regionale, attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) il concorso alla realizzazione degli obiettivi del Distretto di riferimento;</li> <li>b) il processo di valutazione congiunta con il Distretto dei risultati ottenuti e la socializzazione dei medesimi anche attraverso audit clinici ed organizzativi;</li> <li>c) la partecipazione a programmi di aggiornamento/formazione e a progetti di ricerca concordati con il Distretto e coerenti con la programmazione regionale e aziendale e con le finalità di cui al comma precedente;</li> <li>d) il pieno raccordo con la UCCP di riferimento, alla quale la AFT e i suoi componenti si collegano funzionalmente, integrando il team multi-professionale per la gestione dei casi complessi e per specifici programmi di attività.</li> </ul>	Le AFT mantengono i confini funzionali del distretto e integrano nella UCCP i Medici di Medicina Generale e gli Specialisti
Art 5.8a - L'accesso, ad ogni medico della AFT, alle informazioni cliniche degli assistiti degli altri medici	Condizione necessaria per la costituzione dell'AFT è la cartella condivisa

# Il progetto "Eccellere nelle Cure Primarie" è coerente con la normatia più recente (2 di 2)



**DRAFT FOR DISCUSSION PURPOSES ONLY**

<b>Bozza Accordo Collettivo Nazionale MMG</b>	<b>Progetto "Eccellere nelle Cure primarie"</b>
<p>Art 7.1 - La UCCP rappresenta la forma organizzativa complessa che opera in forma integrata all'interno di strutture e/o presidi individuati dalla Regione, con una sede di riferimento ed eventuali altre sedi dislocate nel territorio</p>	<p>L'UCCP è collocata in una o più sedi fisiche sul territorio</p>
<p>Art. 7.2 - L'integrazione principalmente dei medici, convenzionati e dipendenti, delle altre professionalità convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale</p>	<p>L'UCCP prevede la presenza di uno studio in cui a turno possano ruotare i MMG delle AFT e degli ambulatori specialistici convenzionati</p>
<p>Art. 7.4 - La UCCP realizza i propri compiti attraverso: a) la programmazione delle proprie attività in coerenza con quella del Distretto di riferimento; b) la partecipazione a programmi di aggiornamento/formazione e a progetti di ricerca concordati con il Distretto e coerenti con la programmazione regionale e aziendale e con le finalità di cui al comma precedente; c) la programmazione di audit clinici e organizzativi, coinvolgendo anche i referenti di AFT di medicina generale, pediatria di libera scelta e specialistica ambulatoriale.</p>	<p>Le UCCP mantengono i confini funzionali del distretto e integrano nella i Medici di Medicina Generale e gli Specialisti</p>



*cutting through complexity*

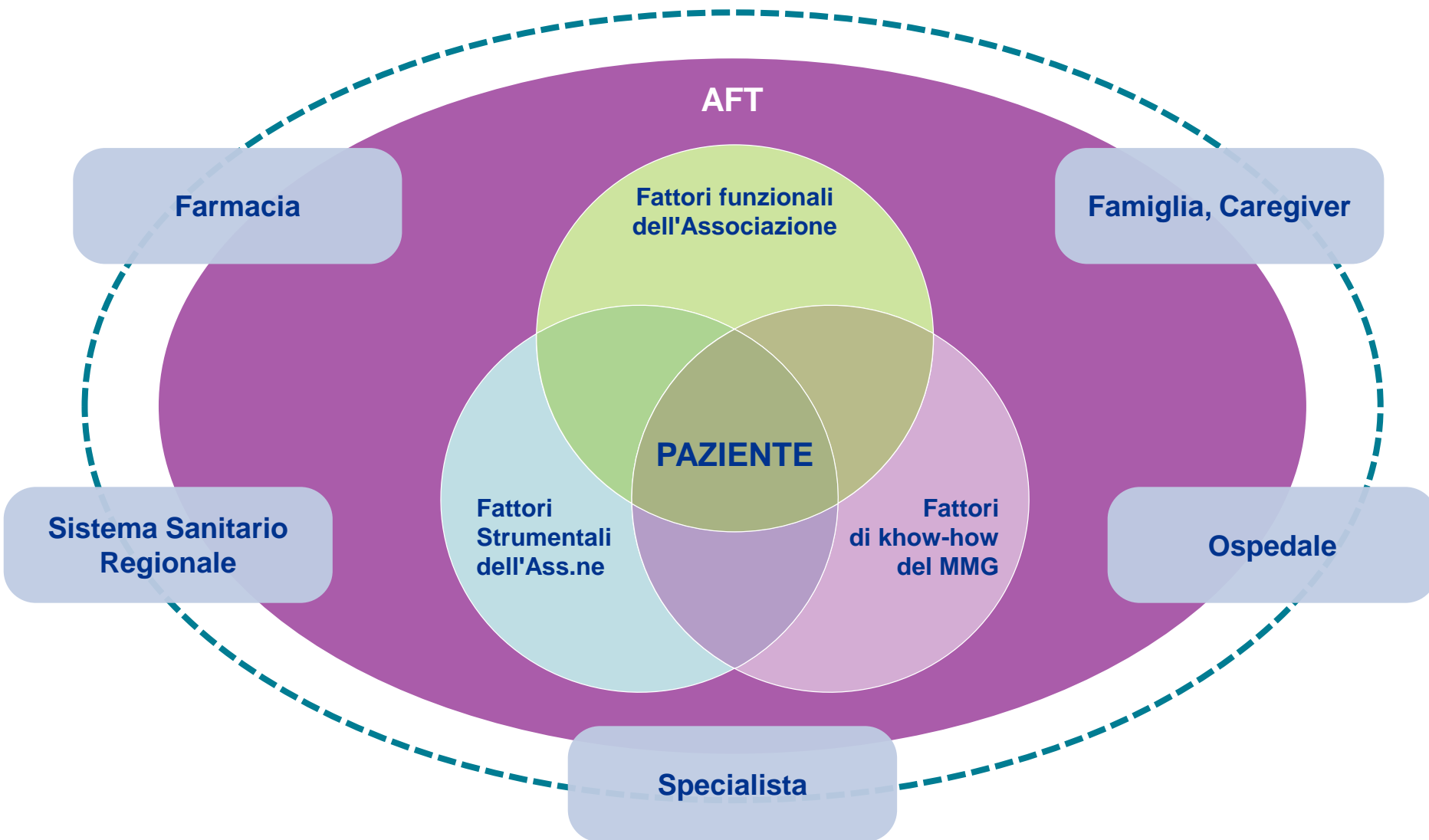
# L'AFT Patient Centric in ambito respiratorio

**DRAFT FOR DISCUSSION PURPOSES ONLY**



# Il modello di riferimento dell'AFT deve essere "patient centric"

DRAFT FOR DISCUSSION PURPOSES ONLY



# I Fattori Critici di Successo in ambito respiratorio: i fattori funzionali e strutturali dell'AFT

DRAFT FOR DISCUSSION PURPOSES ONLY

## Fattori Critici di Successo AFT

PDTA condiviso a livello multidisciplinare

Gestione elettronica dati clinici e condivisione tra MMG e Specialista

Comunicazione delle informazioni sanitarie dei Pazienti coordinata tra MMG e Specialista

Individuazione e applicazione dei criteri di priorità nella visita specialistica pneumologica di iniziativa

Struttura organizzata territoriale che consenta attività specialistica pneumologica di primo livello (Spazi, Personale, Competenze e Tecnologia) e attività di screening (spirometro)

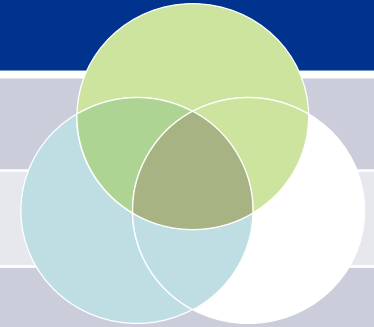
Formazione continua personale infermieristico, tecnico e assistenti di studio

Continuità assistenziale Ambulatoriale (H12)

Attività di Pneumologia riabilitativa

Assistenza Respiratoria Domiciliare per pazienti in fase di Pre-Acuzie e Post –Acuzie

Educazione del Paziente alla Malattia ed alle modalità di autogestione e coinvolgimento del care-giver



Fonte: intervista OL pneumologia, analisi KPMG

# I Fattori Critici di Successo in ambito respiratorio: il coinvolgimento del paziente

DRAFT FOR DISCUSSION PURPOSES ONLY

## Fattori Critici di Successo di coinvolgimento del Paziente

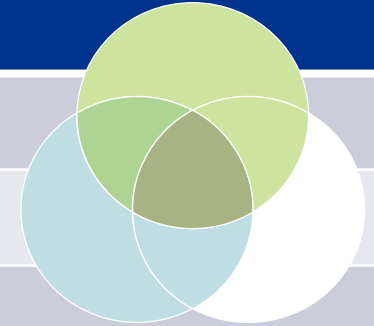
Conoscenza della Malattia e degli obiettivi della Terapia

Informazione e educazione all' utilizzo della terapia o di mezzi terapeutici / situazioni particolari

Piano scritto di gestione della terapia e delle modalità di monitoraggio della malattia

Informazione e educazione all'identificazione e al controllo dei fattori di rischio e di aggravamento

Discussione degli argomenti portati da altri pazienti



Fonte: intervista OL pneumologia, analisi KPMG

# Il nuovo percorso del paziente con BPCO nel PDTA di Regione Campania tiene conto dei punti evidenziati

DRAFT FOR DISCUSSION PURPOSES ONLY

	PREVENZIONE & EDUCAZIONE	DIAGNOSI	TERAPIA	RIACUTIZZAZIONE & OSPEDALIZZAZIONE	RIABILITAZIONE RESPIRATORIA
OBIETTIVO	<ul style="list-style-type: none"> <li>Abolire i fattori di fumo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Confermare la diagnosi di BPCO</li> <li>Verificare aderenza</li> <li>Favorire l'emersione della patologia non ancora diagnosticata</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Confrontare sintomi</li> <li>Ridurre gravità e frequenza riacutizzazioni</li> <li>Migliorare qualità della vita</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ridurre gravità e frequenza riacutizzazioni</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Favorire il recupero funzionale dopo riacutizzazione</li> <li>Ridurre complicanze e disabilità residua</li> </ul>
INPUT	<ul style="list-style-type: none"> <li>Visita ambulatoriale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Visita ambulatoriale</li> <li>Indicazione di spirometria e pulsossimetria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Visita ambulatoriale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Visita ambulatoriale o domiciliare</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Valutazione team ospedaliero</li> <li>Visita ambulatoriale o domiciliare</li> </ul>
ATTORI	<ul style="list-style-type: none"> <li>MMG</li> <li>Infermiere</li> <li>Specialista pneumologo</li> <li>Centri Anti Fumo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>MMG</li> <li>Infermiere</li> <li>Specialista pneumologo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>MMG</li> <li>Infermiere</li> <li>Specialista pneumologo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>MMG</li> <li>Infermiere</li> <li>Specialista pneumologo</li> <li>Ospedale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Spec. Malattie apparato respiratorio</li> <li>Spec. Riabilitazione</li> <li>MMG</li> <li>Fisioterap / infermiere / psico / nutrizionista / ass sociale</li> </ul>
SETTING	<ul style="list-style-type: none"> <li>Studio del MMG</li> <li>AFT</li> <li>UCCP</li> <li>Centri Anti Fumo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Studio del MMG</li> <li>AFT</li> <li>UCCP</li> <li>Ambulatorio peumo territoriale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Studio del MMG</li> <li>AFT</li> <li>UCCP</li> <li>Ambulatorio peumo territoriale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Studio del MMG</li> <li>AFT</li> <li>UCCP</li> <li>Ambulatorio peumo territoriale</li> <li>Ospedale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ricovero ord. Riab.</li> <li>Day Hosp. Riab.</li> <li>Ambulatorio</li> <li>Domicilio</li> </ul>
OUTPUT	<ul style="list-style-type: none"> <li>Registrazione dato fumo</li> <li>Trattamento del tabagismo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diagnosi</li> <li>Eventuale prima visita specialistica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Stadiazione del pazinete</li> <li>Prescrizione terapia</li> <li>Controlli programmati</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Trattamento della riacutizzazione</li> <li>Eventuale ricovero ospedaliero</li> <li>Follow up</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Attuazione progetto riabilitativo individuale</li> <li>Programma di follow up</li> <li>Valutazione esiti</li> </ul>