

XIV Congresso Nazionale

**ADERENZA ALLE TERAPIE ED
APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA
NEL DISTRETTO**



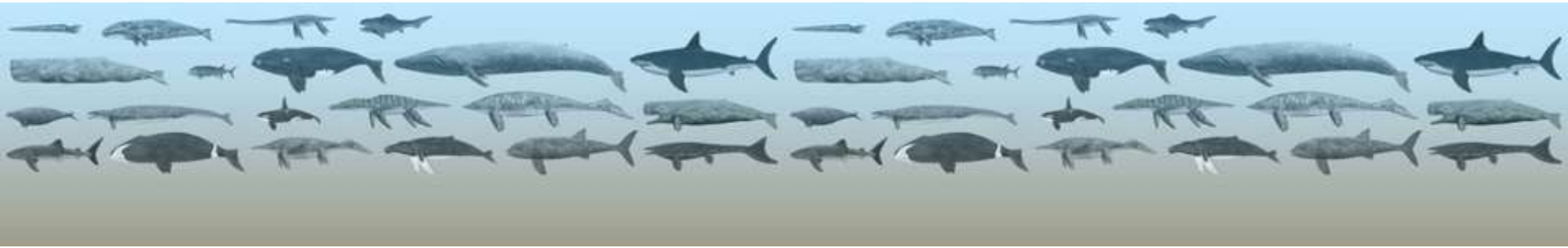
Ruolo del Distretto nell'evoluzione delle cure primarie in Campania

vincenzo d'amato - gennaro volpe - guido corbisiero
pasquale de girolamo faraone - michele de luca
piero de masi - gelsomino ventucci

19-21 maggio 2016

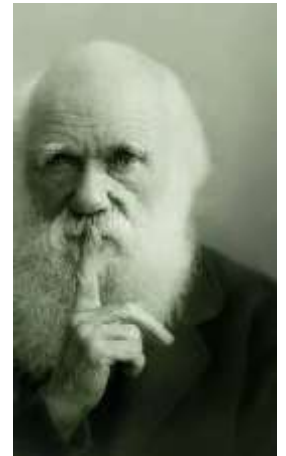
Hotel Palazzo Caracciolo - Napoli

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



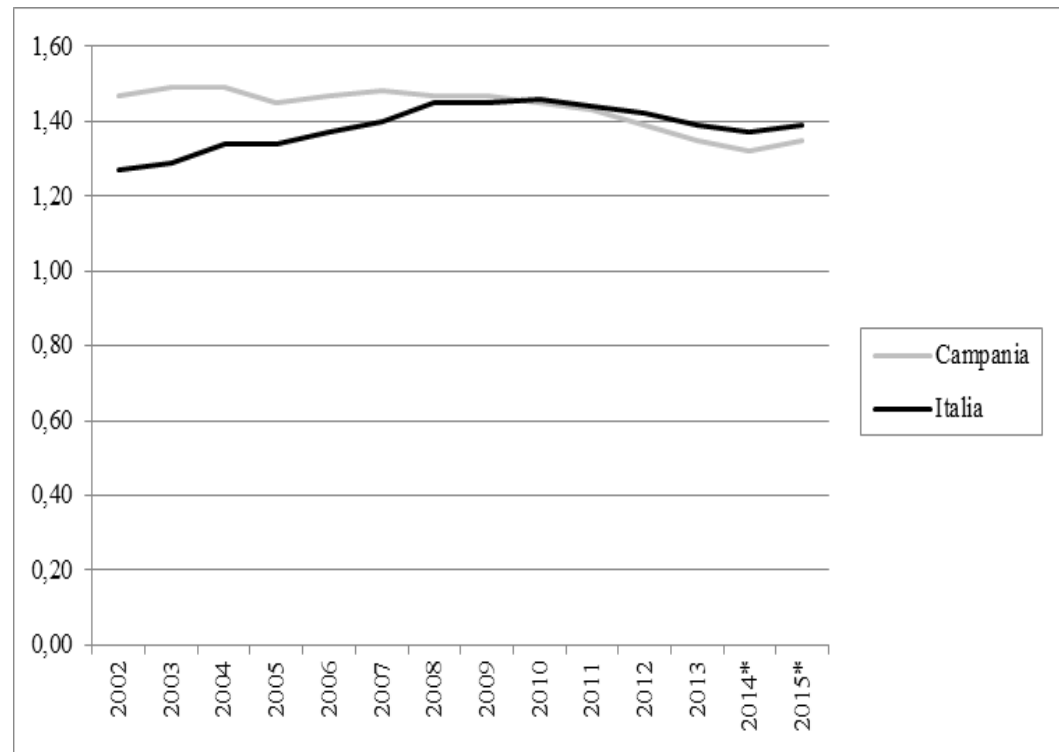
- Nuclei e reti familiari a centralità capovolta “anziani – giovani”
- Il cambiamento della medicina e della capacità tecnologica
- La diversificazione dei luoghi e delle modalità di cura
- La migliore aspettativa di vita
- L’aumento delle “fragilità” e delle patologie croniche



Tasso di fecondità totale (numero di figli per donna)

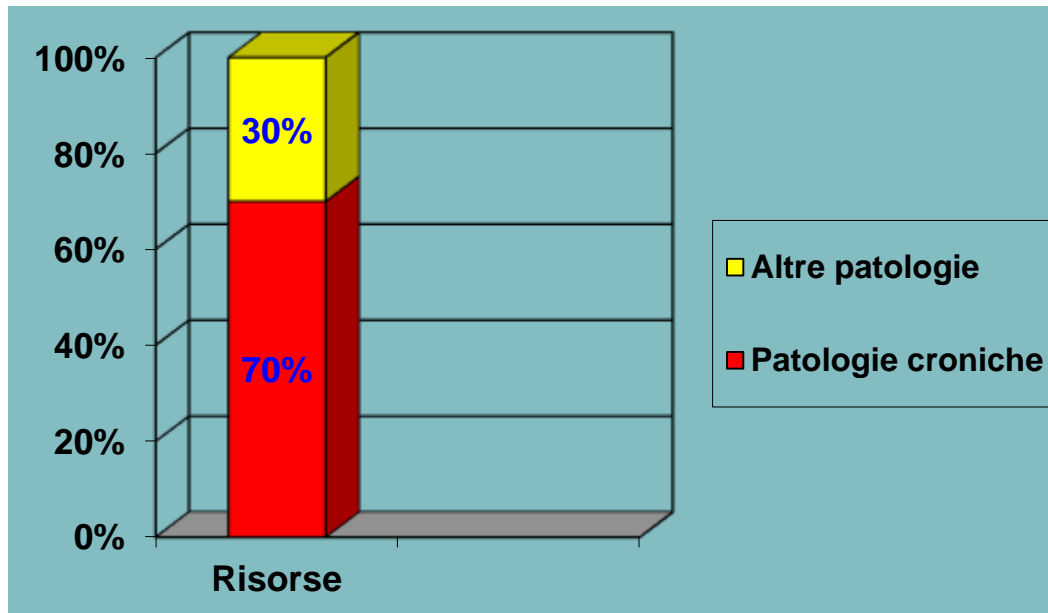
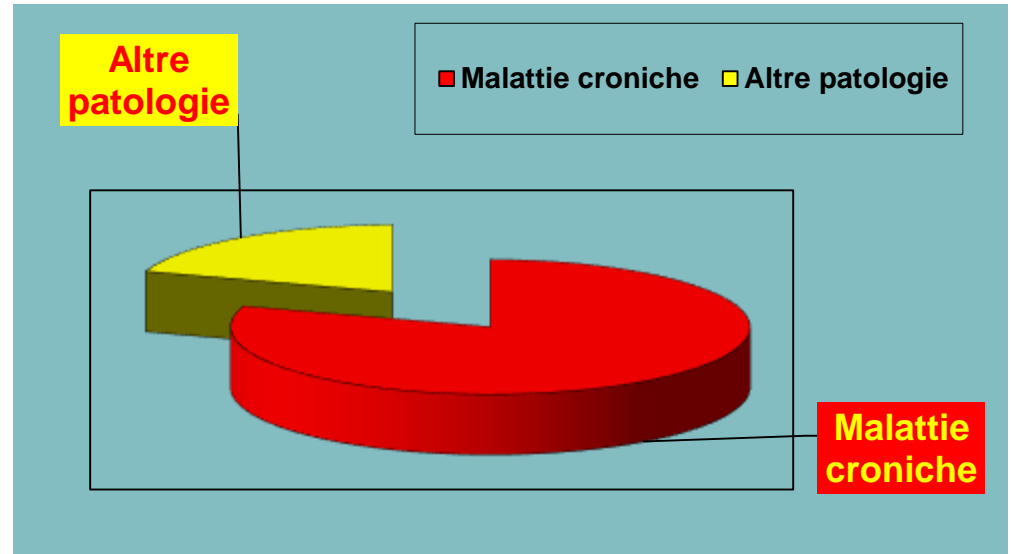
In Campania il tasso di fecondità totale nel 2015 è pari a 1,35 figli per donna (valore nazionale 1,39 figli per donna) risultando inferiore al valore che garantirebbe il ricambio generazionale

Considerando l'intero periodo il tasso di fecondità in regione Campania è diminuito dell'8,2% contro un aumento a livello nazionale pari al +9,4%.



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

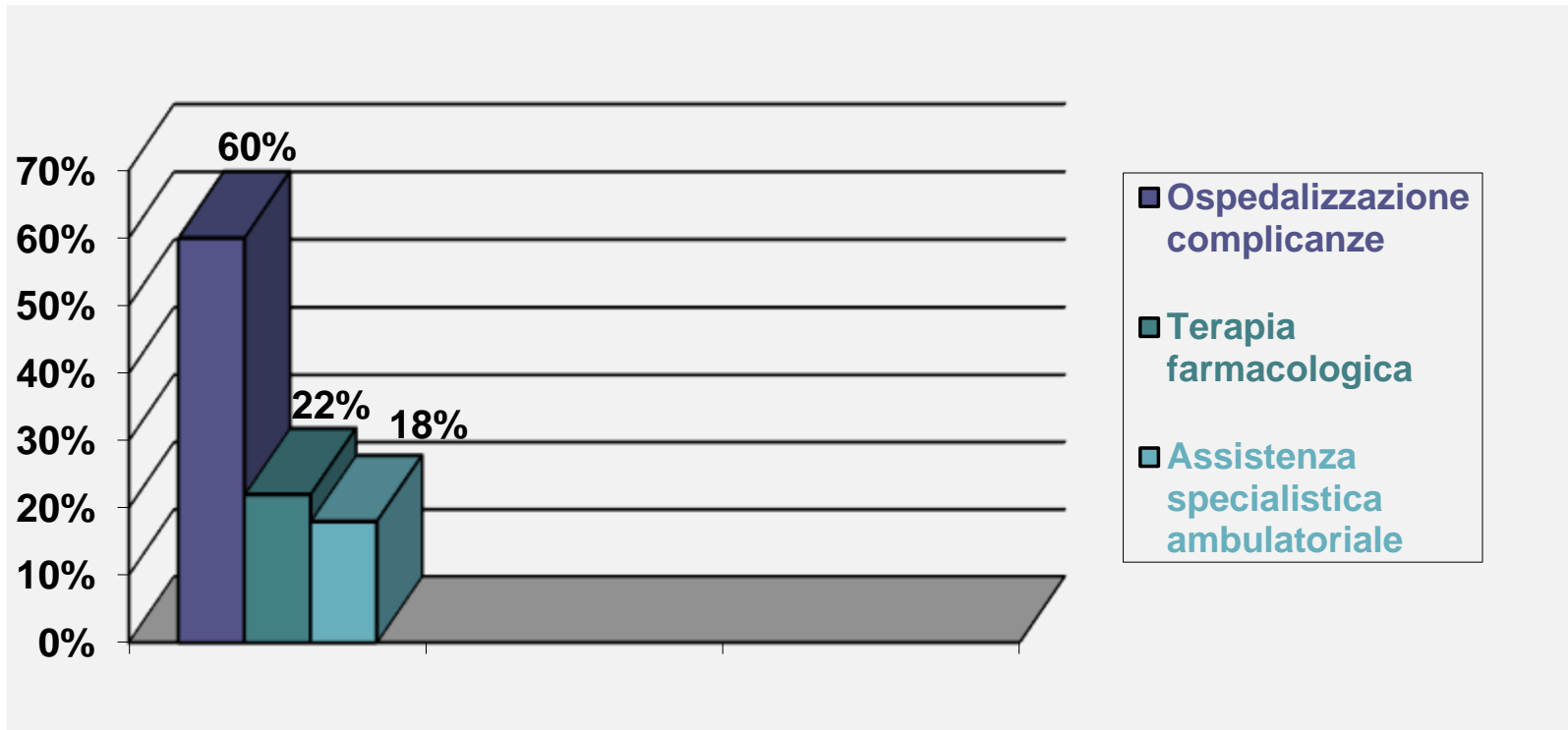
(IDF – International Diabetes Federation)



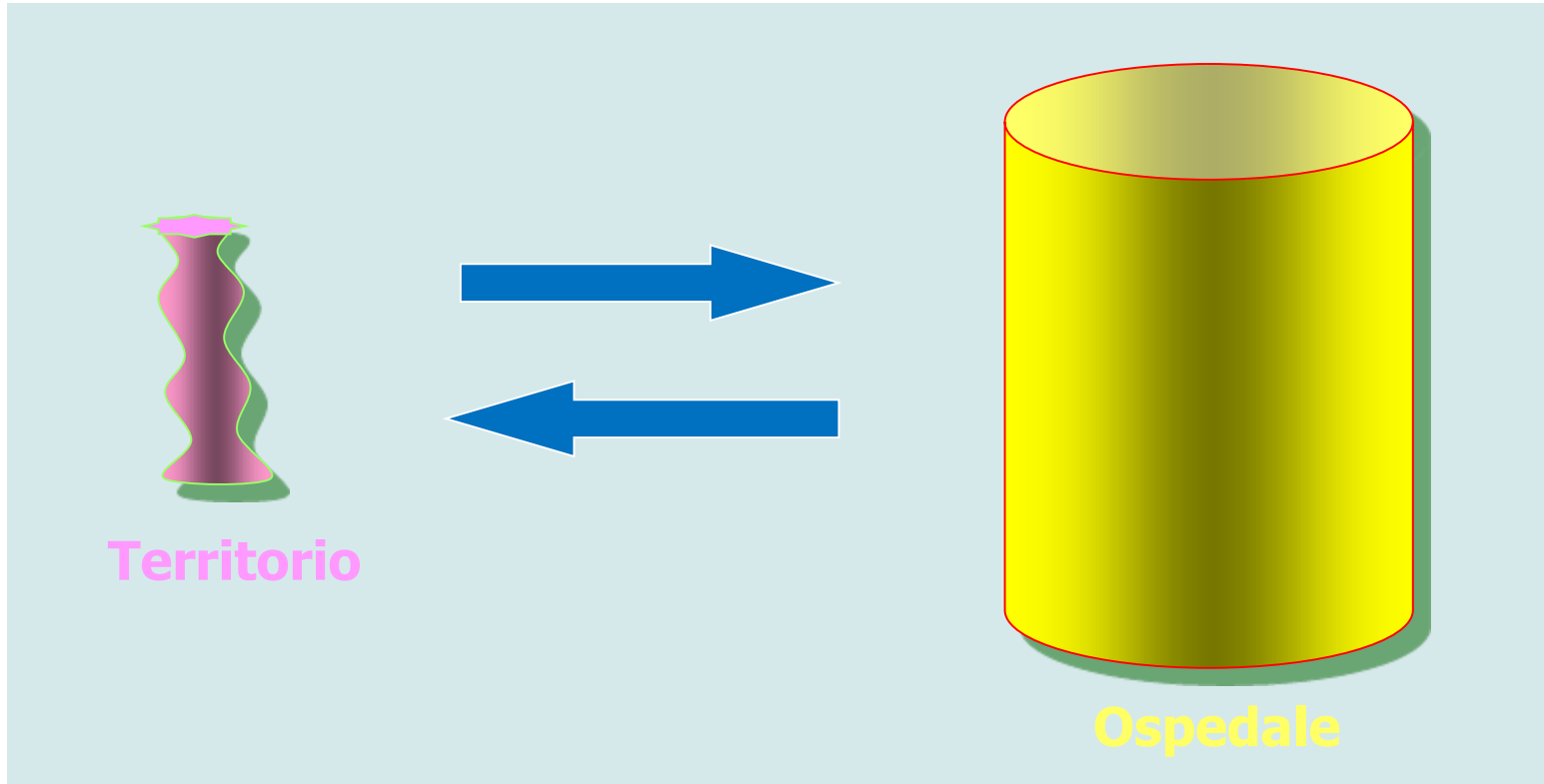
Il Diabete Mellito

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 ...

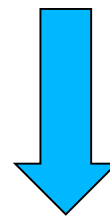


... non è il sistema a ruotare intorno alla persona malata

L'Effetto FLIPPER



che fare?



**Proporre lo
sviluppo di
modelli innovativi
di assistenza
primaria**

Alcuni possibili esempi

**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 - 26 ter e biennio economico 2008 / 2009 - art. 5
- ❖ L. 189 / 12 – art. 1 - di conversione del D.L. 158 / 12
- ❖ AIR per la Medicina Generale 2013 art.11 e AIR per la Pediatria di Libera Scelta 2015 artt. 20° 21
- ❖ Patto della salute 2014 / 2016 - art. 5 – 10.07.2014
- ❖ DCA n. 18 del 18.02.2015 di approvazione del modello di riorganizzazione delle cure primarie in regione Campania
- ❖ ACN per gli Specialisti Ambulatoriali Interni 2015 - artt. 4 - 5 -6 - 7 - 8
- ❖ Documento Integrativo dell'Atto di Indirizzo per la Medicina Convenzionata del 13 aprile 2016

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

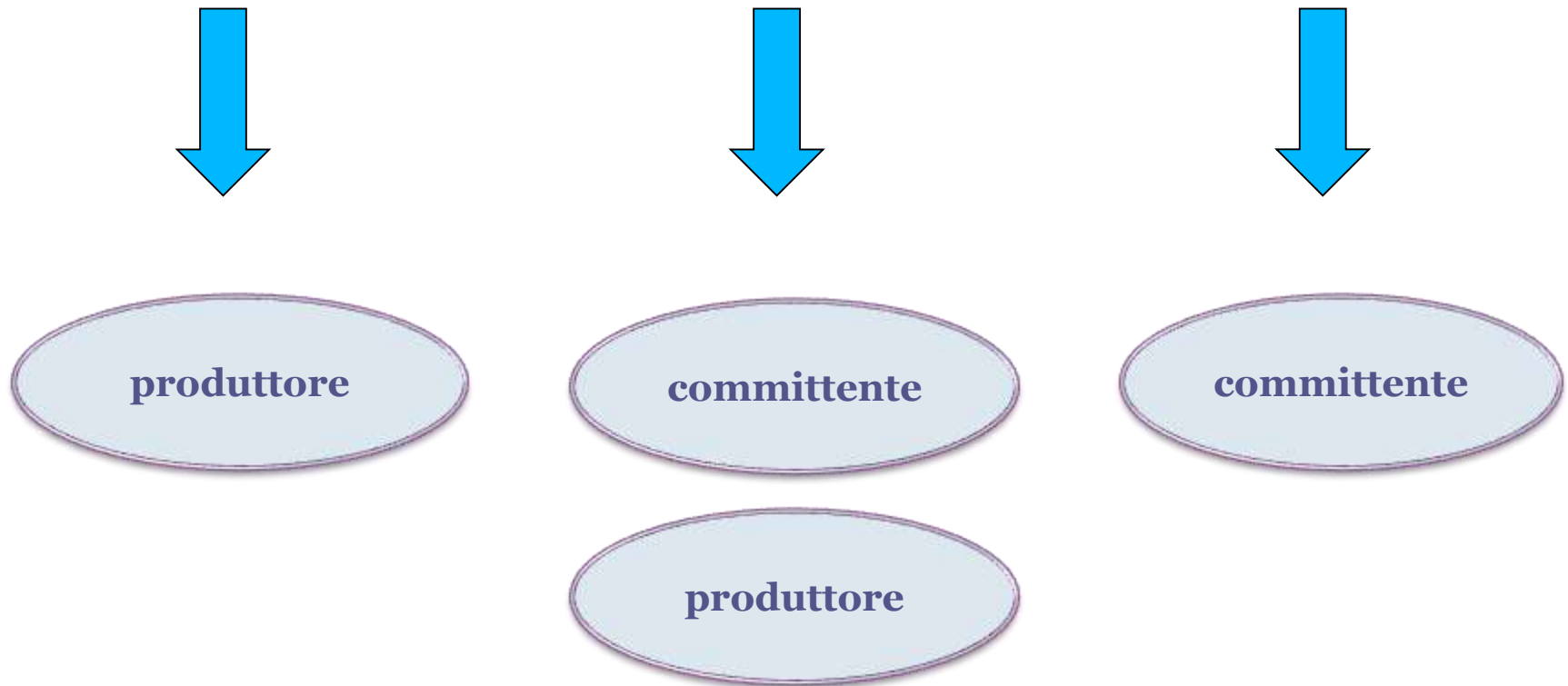
..... sono aumentati i dubbi e le incertezze che hanno coinvolto soprattutto i medici convenzionati i quali hanno manifestato il timore che le nuove forme organizzative possano ledere:

- ❑ 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?



Il documento integrativo del 16 aprile u.s.

- Salvaguardare la **capillare diffusione degli studi** e il **rapporto di fiducia** medico/paziente
- **Ruolo unico** delle cure primarie
- Accessibilità alla AFT **h 12** dal lunedì al venerdì
- I medici a rapporto orario assicurano **prioritariamente** la loro attività tutti i giorni **dalle 20.00 alle 24.00** e nei giorni di sabato e festivi **dalle 08.00 alle 20.00**
- **Nella successiva fascia oraria interviene il 118**

Fondo di AFT

- Viene costituito impegnando le risorse precedentemente destinate al finanziamento dei fattori produttivi
- Utilizzato per il mantenimento dell'attuale trattamento economico ai medici che già percepiscono tali indennità
- Del fondo faranno parte anche le risorse che si libereranno a seguito della cessazione degli incarichi che saranno finalizzate alla perequazione del trattamento economico dei medici che operano nella medesima AFT e, successivamente, di quelli operanti nelle altre AFT del territorio
- Non è prevista nessuna possibilità di incremento delle risorse retributive

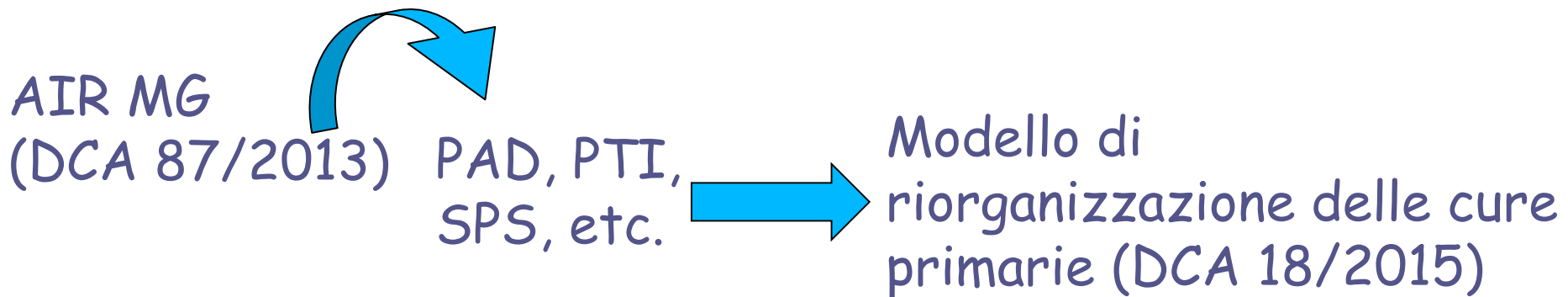
Le Regioni potranno **destinare risorse liberate dal processo di riorganizzazione del territorio** per supportare l'aggregazione dei medici convenzionati con dotazioni strutturali, strumentali e umane

Lo stato dell'arte.....

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 ...



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 **monoprofessionile** 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 (per tutti i giorni della settimana e per l'intero arco della giornata)

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.

Aspetti cruciali

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



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

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

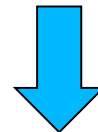
articolazione del distretto s.s. nell'ambito delle quali operano **MMG / PLS** coordinati in team funzionali al fine di realizzare una **rete orizzontale** tra medici ponendo le condizioni per quella verticale con le altre strutture del sistema

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**; essa 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 coordinatore

Ciascuna UCCP prevede un referente/coordinatore eletto dai medici - nominato dall'azienda - individuato tra i medici convenzionati con anzianità lavorativa di almeno 5 anni - *la responsabilità organizzativa e gestionale è affidata dall'Azienda a un coordinatore (nuovo atto di indirizzo)*

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 Distretto / Aziendale

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 sanitario 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

Osservazioni al DCA 18/15 poste dal Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti regionali e dal Comitato LEA

- Modello di riorganizzazione delle cure primarie **non conforme** alle modalità di sviluppo dell'assistenza primaria previste nel **Programma Operativo 2013/2015**
- Assenza di evidenza che le AFT e UCCP costituiranno le **uniche forme di aggregazione dei MMG e PLS** sostituendo le attuali forme associative
- L'individuazione del **modello organizzativo** viene **demandata alle ASL**
- Non vengono fornite indicazioni su **modalità di accesso, attrezzature necessarie, modalità di integrazione** con gli altri servizi territoriali

Criticità del DCA 18/2015

- Mancanza di un modello regionale strutturato a garanzia dell'equità di accesso e parità di trattamento ai cittadini
- Non vengono disciplinate le AFT pediatriche
- Non viene evidenziato che la UCCP costituisce una articolazione del Distretto
- Non vengono definite la tipologia delle prestazioni, le dotazioni strumentali standard minime, l'integrazione nella programmazione distrettuale, la correlazione con gli altri servizi territoriali e con gli Ambiti Sociali di Zona, gli strumenti di monitoraggio

L'adeguamento del DCA 18/2015 dovrà definire:

- **attività e servizi** sanitari, sociosanitari e di supporto da erogare;
- qualifica del **personale** da impegnare e relativa provenienza: dipendente ASL, società di servizio, cooperative MG
- dotazione minima di **attrezzature** tecnico-sanitarie;
- **caratteristiche strutturali** e tipologia di spazi e/o aree da prevedere;
- **livelli di responsabilità** ivi inclusi quelli del personale infermieristico nell'ambito della gestione attiva delle patologie croniche;
- strumenti per il coinvolgimento dei **cittadini** e delle loro associazioni;
- partecipazione delle **associazioni di volontariato**;
- **modalità di accesso**;
- ambiti di **integrazione ospedale/territorio**;
- collegamento operativo con gli ulteriori servizi distrettuali e con le S. I.;
- **integrazione programmatica con il Distretto** - strumenti di programmazione da utilizzare, obiettivi di salute da perseguire, relativi indicatori e tempi del monitoraggio;
- istituzione di specifico **“fondo di AFT”** e ulteriori risorse da prevedere;
- **obiettivo prioritario** dei Direttori Generali/Commissari Straordinari

Il Piano di riorganizzazione e sviluppo dell'assistenza territoriale in Campania

- Prossima attivazione delle AFT in almeno 1 D.S. di ciascuna delle 3 ASL napoletane
- Realizzazione in una prima fase di 18 UCCP e delle AFT ad esse collegate (2 UCCP già realizzate nell'ASL BN - progetto pilota ASL NA 1/KPMG: studio fattibilità 855.040 assistiti - 10 D.S. - 728 MMG - 33 AFT)
- Realizzazione di 10 ospedali di comunità
- Realizzazione di 7 Hospice per totali 87 posti
- Realizzazione di 7 SUAP per totali 61 posti
- Realizzazione di 1 struttura s.r. per DCA/ASL
- Realizzazione di 2 strutture residenziali per DCA

Criteri per la individuazione delle sedi

- tipologia di strutture sanitarie pubbliche e private accreditate già funzionanti in ciascun territorio
- presenza di strutture ospedaliere da riconvertire
- disponibilità di immobili o parti di immobili di proprietà delle AA.SS.LL. inutilizzati
- valutazione dei collegamenti e della viabilità
- aspetti demografici (densità abitativa) ed orografici (area rurale - montana - metropolitana)
- appartenenza del territorio a un Comune che rientri nella cosiddetta “Terra dei Fuochi”
- appartenenza del territorio ad un area di confine con altre regioni
- condizioni socio-culturali della popolazione
- investimenti già destinati a determinate strutture da parte delle aziende
- bene confiscato alla camorra

Alcune delle ulteriori iniziative previste dal piano

- Completare la rete di assistenza al paziente diabetico realizzando percorsi integrati ospedale-territorio per la **gestione del paziente con piede diabetico e ulcere** con attivazione di un livello di assistenza territoriale di media intensità, rappresentato dall'ambulatorio chirurgico, in tutti i Centri Diabetologici presenti all'interno delle U.C.C.P.
- Attivazione della **U.V.B.R.** (Unità di Valutazione del Bisogno Riabilitativo) **integrata ospedale-territorio** in ciascuna Azienda e Presidio Ospedaliero della regione Campania individuando quali ambiti prioritari di intervento le UU.OO. di Ortopedia e Traumatologia, Rianimazione, Neurologia, Bronco-Pneumologia, Cardiologia, ecc
- Attivazione nell'ambito dei Ser.D. di **ambulatori dedicati al GAP** dotati di una equipe multi-professionale e multidisciplinare costituita da psicologo, medico, assistente sociale, infermiere e operatore s.s. e riserva di n. **15 posti residenziali all'interno delle Comunità Terapeutiche** accreditate

Coming together ...

Coming together is a beginning.

Keeping together is progress.

Working together is success.

A handwritten signature in black ink that reads "Henry Ford". The signature is written in a cursive style with a long, sweeping underline.

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