

*Modelli innovativi di Assistenza Primaria:
il contesto ed i risultati della ricerca*

Mariadonata Bellentani
bellentani@agenas.it

*“Stato di attuazione dei modelli innovativi
di assistenza primaria nelle Regioni italiane”*

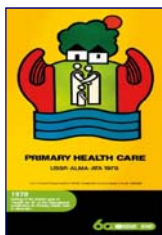
6 Regioni:

- Campania: Francesco Pecci
- Marche: Fausto Mannucci
- Emilia-Romagna: Clara Curcetti e Mara Morini
- Siciliana: Salvatore Brugaletta
- Veneto: Pierpaolo Benetollo
- Toscana: Cosetta Simonti e Piero Salvadori
- **FIMMG:**
 - Massimo Magi
- **Agenas:**
 - Mariadonata Bellentani, Francesco Di Stanislao, Pierpaolo Padovano, Modesta Visca e gli altri componenti la sezione OSS.

*Progetto di ricerca corrente 2007-08, finanziato dal Ministero
del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali*

- **Evoluzione del contesto, la transizione demografica e alcune esperienze:**
Chronic care model, Kaiser permanente
- **Distretto e l'assistenza primaria**
 - Lo sviluppo delle norme sul Distretto e l'Assistenza primaria
 - Le forme associative (semplice, di rete, di gruppo) e quelle sperimentali es. ospedali di comunità
 - Le società di servizi (cooperative, società a responsabilità limitata)
 - Il diverso modello di negoziazione e le forme associative “complesse”
 - Le Equipe territoriali, le UTAP e le Case della Salute
 - Tracce interpretative dei modelli organizzativi: modelli funzionali, erogativi - strutturali, aperti
 - I nuovi Accordi Collettivi Nazionali del 27 maggio 2009
- **Confronto tra esperienze regionali su**
- **Clinical governance territoriale e focus su attori e strumenti**
- **Valutazione del sistema delle cure primarie**
- **Considerazioni e proposte**

Da Alma-Ata (1978) ad Almaty (2008)



La differenza più importante tra 1978 e 2008 è che oggi c'è dimostrazione di maggior efficacia, cost-effectiveness ed equità dei sistemi basati sulla “Primary Health Care”



Macro (politiche, finanziamenti, regolamentazione)

Paesi che basano l'allocazione delle risorse sui bisogni di salute piuttosto che sulla domanda, attivando strategie di sviluppo di primary care, presentano outcome di salute migliori e a minor costo

Micro (livello locale)

Attenzione alla presa in carico e continuità assistenziale centrate sulla persona e non su singoli episodi di trattamento, offerta tempestivamente e in risposta ai vari bisogni e con un livello di integrazione tra servizi, includendo anche il coinvolgimento attivo negli interventi dell'assistito

La situazione nelle Regioni

Dati attuali

659 USL (1992)
180 ASL (2005),
145 ASL (2009) con una media
di circa 400.000 ab. e 3,4 ospedali



Sviluppi - ampliamento ambiti

Alcune Regioni stanno riorganizzando il sistema, prevedendo:
Asl unica (Marche, Molise, Bolzano, Trento)
Asl provinciali (Puglia, Calabria, Basilicata)

Le AO erano 82 nel 1995; 99 nel 2000 e sono 95 nel 2008
Gli IRCSS pubblici e privati sono 43 (sedi principali)

944 distretti (1999)
834 distretti (2005)
708 distretti (2009)



L'ambito dei distretti si amplia per garantire la tutela dei LEA territoriali e rappresentare una comunità locale

**Il corretto dimensionamento favorisce il governo del territorio e
semplifica la programmazione concertata con gli enti locali**

Regioni	Popolazione residente 2008	USL 1992	ASL 2005	Asl 2009	Distretti 1999	Distretti 2005	Distretti previsti 2009	Bacino ut. Media
Piemonte	4.401.266	63	22	13	66	65	58	75.884
Valle D'Aosta	125.979	1	1	1	14	4	4	31.495
Lombardia	9.642.406	84	15	15	105	85	86	112.121
P.A. di Bolzano	493.910	4	4	1	20	20	20	24.696
P.A. di Trento	513.357	11	1	1	13	13	13	39.489
Veneto	4.832.340	36	21	21	85	56	53	91.176
Friuli V. Giulia	1.222.061	12	6	6	20	20	20	61.103
Liguria	1.609.822	20	5	5	26	20	19	84.727
Emilia Romagna	4.275.802	41	11	11	46	39	38	112.521
Toscana	3.677.048	40	12	12	80	42	34	108.148
Umbria	884.450	12	4	4	13	12	12	73.704
Marche	1.553.063	24	1	1	36	24	24	64.711
Lazio	5.561.017	51	12	12	23	55	55	101.109
Abruzzo	1.323.987	15	6	4	73	73	25	52.959
Molise	320.838	7	1	1	13	13	7	45.834
Campania	5.811.390	61	13	7	113	113	72	80.714
Puglia	4.076.546	55	12	6	70	48	48	84.928
Basilicata	591.001	7	5	2	10	11	7	84.429
Calabria	2.007.707	31	11	5	34	35	35	57.363
Sicilia	5.029.683	62	9	9	62	62	55	91.449
Sardegna	1.665.617	22	8	8	23	25	23	72.418
Italia	59.619.290	659	180	145	945	835	708	73.856

Le cure primarie nella programmazione nazionale

PSN 2003-2005	➔	priorità di promuovere il territorio quale primaria sede di assistenza e di governo dei percorsi san. e socio-san.
Accordo 24.7.2003	➔	Le cure primarie sono un obiettivo prioritario del PSN sostenuto da risorse vincolate (circa 250 mil. euro);
Intesa 29.7.2004	➔	contiene anche “indicazioni progettuali” per il riordino delle cure primarie: sperimentazione di forme evolutive delle varie tipologie di medicina di gruppo, come la Unità Primaria di Assistenza Territoriale (UTAP)
Patto della Salute 2006 e L.Finanziaria 2007	➔	Costruire il 2° pilastro del SSN: il Territorio e progetto Casa della Salute (10 mil. euro)

Il Psn 2006-08: la riorganizzazione delle cure primarie

Governo clinico sul territorio, con partecipazione e responsabilizzazione dei MMG e PLS nelle scelte strategiche aziendali e distrettuali e presa in carico della persona

Empowerment del cittadino, nei percorsi di cura e nella programmazione e valutazione delle attività sanitarie

Completamento del sistema delle cure primarie con servizi di cure intermedie, come l'ospedale di comunità

**Il Distretto ha come mission la garanzia dei LEA territoriali;
Diverso rapporto tra attività e risorse tra Livelli di assistenza:**

5% alla prevenzione,
44% all'assistenza ospedaliera
51% all'assistenza distrettuale.

Le politiche

I Medici convenzionati (MMG, PLS, MCA, Spec. Amb.) negli ACN 23 marzo 2005 e ancor più in quelli del 27 maggio 2009 sono chiamati ad assumere una responsabilità:

- nel coordinare gli interventi sulle patologie cronic-degenerative
- di presa in carico del governo della diagnostica e delle cure
- di messa a punto di meccanismi di promozione della salute
- di governo della domanda e partecipazione al governo dell'offerta

Occorre promuovere un approccio di rete, che integri il sistema dell'assistenza primaria con l'insieme dei servizi sanitari e le risorse delle comunità locali
(Ospedale, amministrazioni locali, strutture residenziali, scuole etc.)

per consentire una presa in carico globale della persona, con continuità dell'assistenza a forte integrazione sociosanitaria



Caratteristiche distintive delle forme associative		Ass.ne semplice	Ass.ne in rete	Ass. in gruppo
Accessibilità e continuità assistenziale	Medici associati (numero minimo e massimo)	3 - 10	3 - 10	3 - 8
	Percentuale regionale di medici aderenti (ACN 2005)	max 40%	min. 7%	min. 6%
	Percentuale regionale di medici aderenti (ACN 2009) *	max 40%	max 9%	max 12%
	Sede unica (anche articolata in più ambulatori) **	No	No	Si
	Apertura studi coordinata, con almeno 1 studio fino ore 19,00	Si	Si	Si
Qualità clinica	Call center ed eventuale coordinamento con i MCA per la copertura 24 h./die per 7 giorni su 7	No	No	Si
	Condivisione linee guida e PDT per le patologie prevalenti	Si	Si	Si
Coordinamento informatico	Condivisione di incontri di VRQ; audit clinico ed organizzativo; concorso al processo di governo della domanda, es. tasso di ospedalizzazione, appropriatezza prescrittiva e richiesta di prestazioni ambulatoriali secondo priorità clinica, etc.	Si	Si	Si
	Collegamento telematico degli studi, garantendo l'accesso reciproco alle informazioni sugli assistiti	No	Si	Si
	Gestione della scheda sanitaria individuale informatizzata	No	Si	Si
Standard strutturali, organizzativi, strumentali	Predisposizione a collegamento informatico con ASL e CUP, trasmissione dati e coordinamento con la rete dei servizi sociosanitari del distretto (secondo accordi reg.)	No	Si	Si
	Utilizzo di supporti tecnologici e strumentali comuni (es. spazi adeguati; strumentazione diagnostica di base etc.)	No	No	Si
Assistenza ai malati cronici	Eventuale utilizzo di personale di segreteria o infermieristico comune	No	No	Si
	Eventuale presenza di ambulatori per patologie croniche (obiettivi: favorire l'autogestione del paziente, realizzare un registro dei pazienti, lavorare in team su protocolli o PDTA concordati con i centri specialistici etc.)	No	No	Si (non obbl.)
Partecipazione	Carta dei servizi con standard di qualità espliciti; favorire la partecipazione dei pazienti nei processi di cura, ed anche nella valutazione della qualità dei servizi.	No	No	Si

Forme organizzative della Medicina generale - ACN 23 marzo 2005, art 26

Tipologia	Obiettivi	Tipo e Sede	Accessibilità	Fonte
Equipe territoriali	Integrazione tra ASL e professionisti Lavoro su progetti aziendali, es. continuità assistenziale, ADI, patologie croniche	Funzionale, formalmente obbligatoria, non sede unica.	Definita dagli Accordi Integrativi Regionali	Art. 26 ACN 23.3.2005
UTAP – Unità Territoriali di Assistenza Primaria	Integrazione tra professionisti. Organismo operativo distrettuale; opera sulla base della progr.ne distrettuale per “risposte appropriate al bisogno di salute”	Strutturale con attrezzature, risorse umane e strumentali, sede unica anche articolata in più ambulatori; richiede specifici accordi integrativi regionali .	12 - 24 ore die, 7 giorni su 7, coord. con i MCA	Art. 26 ACN 23.3.2005; Accordo 29.7.2004
Country hospital – Ospedali di comunità	Assistenza Intermedia tra ospedale e domicilio	Strutturale, con sede unica dotata di posti letto, personale, attrezzature.	24 h. die, 7 g. su 7	PSN 2006-08; Indicazioni FIMMG 2003

Alcuni modelli regionali

Regioni	Emilia-Romagna	Toscana	Lombardia	Veneto	Umbria
Modelli	Nuclei di cure primarie	Unità di cure primarie	Gruppi di cure primarie	UTAP	Equipe professionali
Tipologia	Funzionale ma versus modello strutturale	Funzionale, con sede unica anche con più studi	Funzionale, con sede unica anche con più studi	Funzionale, con sede unica anche con più studi	Funzionale
Professioni Coinvolte	MMG, PLS, Infermieri, Prof. sanitarie Distretto, Ass.Sociali Terapisti	MMG, MCA, Infermieri, e legame con 118	MMG, Infermieri, Specialisti Ospedalieri, Terapisti	MMG, PLS, MCA, infermieri Ass. Sociali Specialisti territoriali ed ospedalieri	MMG, PLS, MCA, infermieri Ass. Sociali Specialisti territoriali ed ospedalieri
Bacino utenza	10.000 - 30.000 ab.	5.000 - 50.000 ab.	Minimo 6.000 ab.	10.000- 25.000 ab.	10.000- 15.000 ab.
Finanziamento	Sperimentale	Per obiettivi	Sperimentale	Da accordi integrativi	Da accordi integrativi
Responsabilità e Strumenti controllo	SI, Referente NCP		SI, controlli interni / esterni ASL	SI, accordi integrativi locali	SI, riunioni audit
Sistema Informativo	SI, progetto Sole	SI	SI, SISS regionale	SI, Sistema informativo Az. Ulss	SI

Rielaborazione da schema di Paolo Tedeschi, Cergas Bocconi, 2006

Pre-intesa Medicina Generale

siglata presso la SISAC il 22.12.2008

Alcuni passaggi fondamentali:

MMG E GOVERNO CLINICO:

Il MMG assume il governo del processo assistenziale di ogni paziente in carico e si fa parte attiva della continuità assistenziale

LAVORO IN EQUIPE NON PIU' EVENTUALE

I MMG devono partecipare alle **aggregazioni funzionali territoriali (AFT)**, lavorando in equipe, con popolaz non sup. a 30.000 ab. e di norma con almeno 20 medici

obiettivi prioritari:

equità di accesso ai LEA,
con integrazione tra Ass. primaria e
Continuità assistenziale

Diffusione delle buone pratiche
evidence based medicine

Appropriatezza clinica ed org.
Anche con procedure di peer review

Modelli di comportamento orientati
alla qualità e miglior uso risorse

Secondo l'ACN 27.5.2009 i MMG devono partecipare a:

Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT),

Sono aggregazioni funzionali di professionisti distinte per MMG, PLS, Specialisti Ambulatoriali

per conseguire obiettivi di salute definiti dalla programmazione regionale e aziendale

- condividono buone pratiche, peer review, ricerca etc.
- monitoraggio e verifica obiettivi da parte del Distretto
- operano nei propri studi e sono individuati in ambito infradistrettuale adottano percorsi di integrazione con MCA e ospedale

La Regione, con le OO.SS. individua le AFT entro 6 mesi, tenendo conto, per i MMG, di: pop. ≤ 30.000 ab. e almeno 20 medici

Unità Complesse delle Cure Primarie (UCCP)

Gruppi di Medici convenzionati MMG, PLS, MCA, Specialisti e altri Professionisti sanitari convenzionati, con eventuali altri operatori

per garantire i LEA, presa in carico dell'utente, integr. socio-san., passaggio alla medicina d'iniziativa, assistenza h. 24 die e 7 gg. su 7

- erogano prestazioni sanitarie, nell'ambito dei LEA
- sono attivate secondo i bisogni della pop., le caratteristiche oro-geografiche e demografiche
- operano in sede unica o con sede di riferimento, nell'ambito dell'organizzazione distrettuale

La Regione con le OO.SS. disciplinerà tutti gli aspetti: indennità, incentivi, dotazioni strumentali etc.

Pre-intesa Medicina Generale

siglata presso la SISAC il 22.12.2008

Ogni Regione individuerà le **unità complesse delle cure**, anche diversificate in relazione alle caratteristiche del territorio e dei bisogni assistenziali specifici della popolazione.

Operano in sede unica o con sede di riferimento, e l'accordo con le OO.SS. disciplinerà tutti gli aspetti: indennità, incentivi, dotazioni strumentali etc.

Devono garantire i LEA, una reale presa in carico dell'utente e sviluppare il passaggio alla medicina d'iniziativa, assistenza h. 24 die e 7 giorni su 7.

Potenziamento della informatizzazione degli studi medici, nel rispetto delle norme sulla tessera sanitaria e sulla ricetta elettronica (DPR 26 marzo 2008)



- *Alcune opportunità nella programmazione nazionale:*
 - Sperimentare forme innovative delle cure primarie con progetti sostenuti da risorse vincolate (352 milioni di euro)
- *Le indicazioni:*
 - Accordo Stato-Regioni 25.3.2009 sugli obiettivi prioritari di carattere prioritario e di rilievo nazionale – Priorità 1: cure primarie
 - Documento “Linee guida per progetti di sperimentazione inerenti
“Modalità organizzative per garantire l’assistenza sanitaria in h 24”



10 obiettivi prioritari di PSN per l'anno 2009

(con un miliardo e 410mila euro, di cui 352 milioni per le cure primarie)

1. Cure primarie

- 1.1. Ass. h.24: riduzione accessi al PS e rete integrata;
- 1.2. Comunicazione per pazienti con gravi patologie neuromotorie (10 mil.)
2. Non autosufficienza - priorità ADI
3. Modelli org. per persone in stato vegetativo o di minima coscienza
4. Cure palliative e terapia del dolore (100 mil.)
5. Interventi per le biobanche di materiale umano (15 mil.)
6. Sanità penitenziaria
7. Attività fisica per pazienti cronici e persone anziane
8. Piano nazionale della prevenzione (240 mil.)
9. Tutela maternità e appropriatezza percorso nascita
10. Case della salute, malattie rare, Coord. DSM, OPG, Guadagnare salute; Pazienti cerebrolesi, Sicurezza sul lavoro.



Accordo Stato-Regioni 25 marzo 2009 sugli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2009.

Obiettivo 1 "Cure primarie"

E' l'area sistema nel quale si realizza l'approccio primario alla promozione e alla tutela della salute della popolazione.

Priorità: continuità delle cure, accessibilità, integrazione, rete informativa.

Per l'assistenza h 24 e miglioramento rete assistenziale si propone la sperimentazione sul territorio di **5 modelli organizzativi complessi**

Strategie: valorizzazione dell'associazionismo, informatizzazione della medicina convenzionata, promozione delle forme di audit e di misurazione delle performances)

Accordo Stato-Regioni 25 marzo 2009 sugli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2009.

Linee guida assistenza h 24 - Livello ospedaliero
“...Riduzione degli accessi impropri nelle strutture di emergenza”

Ambulatori per la gestione dei codici di minore gravità (bianchi)	Punti di Primo Intervento (PPI)
Dove Nella struttura ospedaliera o nelle sue immediate vicinanze ove il PS registri un iper afflusso di utenti (accessi/anno > 25.000) o flussi periodicamente elevati o irregolari	Dove Distribuiti omogeneamente sul territorio per fornire risposte a situazioni di minore criticità e bassa complessità. Possono essere: PPI - nell'ambito di strutture ASL
Come dopo il triage di PS con percorso differenziato	PPI temporanei - fissi o mobili per esigenze stagionali od occasionali
Orari variabili a seconda delle dimensioni della struttura e del numero di accessi	Orari 12-24 h/die secondo le esigenze locali
Coordinamento: Medici Continuità Ass.le Resp. organizzativa: Distretto	Coordinamento: Rete emergenza-urgenza: vi operano medici dell'emergenza territoriale, in collegamento con le altre UO del DEA
Il paziente può essere indirizzato in tempi brevi ad una struttura specialistica ambulatoriale con un percorso agevolato.	nei PPI non si effettuano ricoveri urgenti né accettazione in urgenza; trasferimenti rapidi per le emergenze all'Osp. di riferimento

Linee guida assistenza h 24 - Livello territoriale
“..... e miglioramento della rete assistenziale territoriale”

a) Presidi Ambulatoriali Distrettuali	b) Assistenza Territoriale Integrata	c) Ambulatori territoriali integrati
<p>Ambulatori distrettuali gestiti dai MCA per risposte ass. h 24</p> <p>con visite, prescrizione farmaci salvavita, certificazioni, medicazioni, prestazioni di primo soccorso, PPI (all.d ACN –MG 2005), prestaz. infermieristiche</p> <p>Situati in aree :</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ distanti da osp.; zone ad alta densità abitativa o turistiche; meglio ❖ possibilmente vicino ad una postazione di ambulanze 118 <p>Almeno uno per distretto in sede distinta dal PS</p>	<p>Studi medici MMG/PLS collegati in rete telematica, con informatizzazione delle schede sanitarie individuali</p> <p>Possibilità di telemedicina o teleconsulto</p> <p>Audit clinico; maggiore copertura oraria per attività ambulatoriale e domiciliare</p> <p>Flessibilità nell'org. Lavoro</p> <p style="text-align: center;">(Medicina in rete) equipe territoriali</p>	<p><i>Ambulatori integrati</i>” o <i>“centri medici”</i> : presidi territoriali dove i professionisti svolgono insieme la loro attività</p> <p>Sono collegati in rete, locale e aziendale</p> <p>Svolgono visite anche specialistiche, analisi diagnostiche di I livello, prestazioni infermieristiche.</p> <p style="text-align: center;">(Medicina di gruppo)</p>

Linee guida assistenza h 24 - Livello territoriale
“..... e miglioramento della rete assistenziale territoriale”

a) Presidio Ambulatoriale Distrettuale	b) Assistenza Territoriale Integrata	c) Ambulatorio territoriale integrato
Come: accesso diretto o tramite MMG o PS a seguito di triage	Come modalità organizzative della medicina in rete	Come modalità organizzative della medicina di gruppo
Orari h 24 7 gg su 7 con presenza per ogni turno di almeno: ❖ 1 medico (sia MMG/MCA) ❖ 1 infermiere	Orari h 24 7 gg su 7 con presenza: ❖ MMG/PLS 12h diurne feriali ❖ MCA 12 h nott. e prefestivi e festivi ❖ Infermieri h 12 personale amm.vo	Orari almeno 10 h/die
Possono accedere tutti i cittadini anche quelli non residenti . Si può prevedere la pronta disponibilità di Specialisti Amb. Interni per un primo intervento per gruppi di patologie	È rivolto a tutti, ma può svolgere un ruolo di primo piano nel raccordo ospedale-territorio e come punto di riferimento per l'assistenza per patol. croniche e soggetti fragili È previsto l'intervento degli specialisti ambulatoriali interni in reperibilità	Possono essere svolte inoltre attività di raccolta prelievi prenotazione di prestazioni specialistiche e/ o ricovero degli assistiti, valutazioni connesse all'attività dell'ADI

Alcune proposte

Migliorare la Programmazione Strategica regionale e aziendale,

- favorendo le forme organizzative complesse della Medicina di famiglia (es. UTAP e/o Medicine di Gruppo), sostenendo in particolare il valore del lavoro in team multiprofessionali (medici, infermieri, amministrativi, assistenti sociali);

Potenziare gli aspetti gestionali e organizzativi :

- rafforzare il ruolo degli Infermieri e del nursing nelle cure primarie
- spostare la gestione ed il monitoraggio del paziente cronico a livello territoriale (es. diabete, ipertensione, ecc.);
- privilegiare l'attivazione di ambulatori integrati su pazienti con pluripatologia ed incentivare l'attività di consulenza degli Specialisti in diretta connessione con i Medici di famiglia;
- potenziare il sistema della residenzialità intermedia (es. RSA, Hospice, ecc.)
- estendere l'approccio delle dimissioni protette e le ammissioni protette
- investire nel settore, anche con forme di agevolazione fiscale per le forme aggregative; attivazione di un Call center territoriale collegato al Punto Unico di Accesso etc.

Alcune proposte

Sviluppare la Medicina di iniziativa e/o proattività degli interventi

- La medicina di iniziativa ed il follow up delle malattie croniche trova il suo massimo espletamento nel distretto, nelle sue strutture e professionalità. Le attività di prevenzione, screening, diagnosi (precoce) e follow-up integrano le consuete attività cliniche e assistenziali.

Promuovere l'adozione di linee guida o percorsi assistenziali

Potenziare il sistema informativo/informatico

Avviare piani di formazione e comunicazione, in forma integrata tra i diversi Professionisti operanti nell'ambito delle cure primarie

Alcune proposte

Migliorare il sistema delle relazioni all'interno della rete, anche adottando strumenti operativi

(cartella clinica integrata; case manager, distretto come garante istituzionale ed il facilitatore della rete dei rapporti tra cure primarie, ospedale e residenzialità territoriale, interfaccia per tutti gli interventi correlati alle dimissioni protette, mediante l'adozione di procedure semplificate ed unitarie per l'assistenza farmaceutica, protesica, integrativa e medico-legale.

Individuazione di strumenti appropriati di misurazione e di Clinical Governance del territorio

e lo sviluppo delle capacità organizzativo - programmatiche della Medicina Generale

Grazie per l'attenzione

Contact
bellentani@agenas.it