

\* **Il governo dell'assistenza primaria nel nuovo contesto del servizio socio sanitario lombardo**

“Percorsi degli assistiti portatori di malattie croniche”

\* **Ruolo delle forme organizzative della medicina generale**

Gabriella Levato  
FIMMG Lombardia

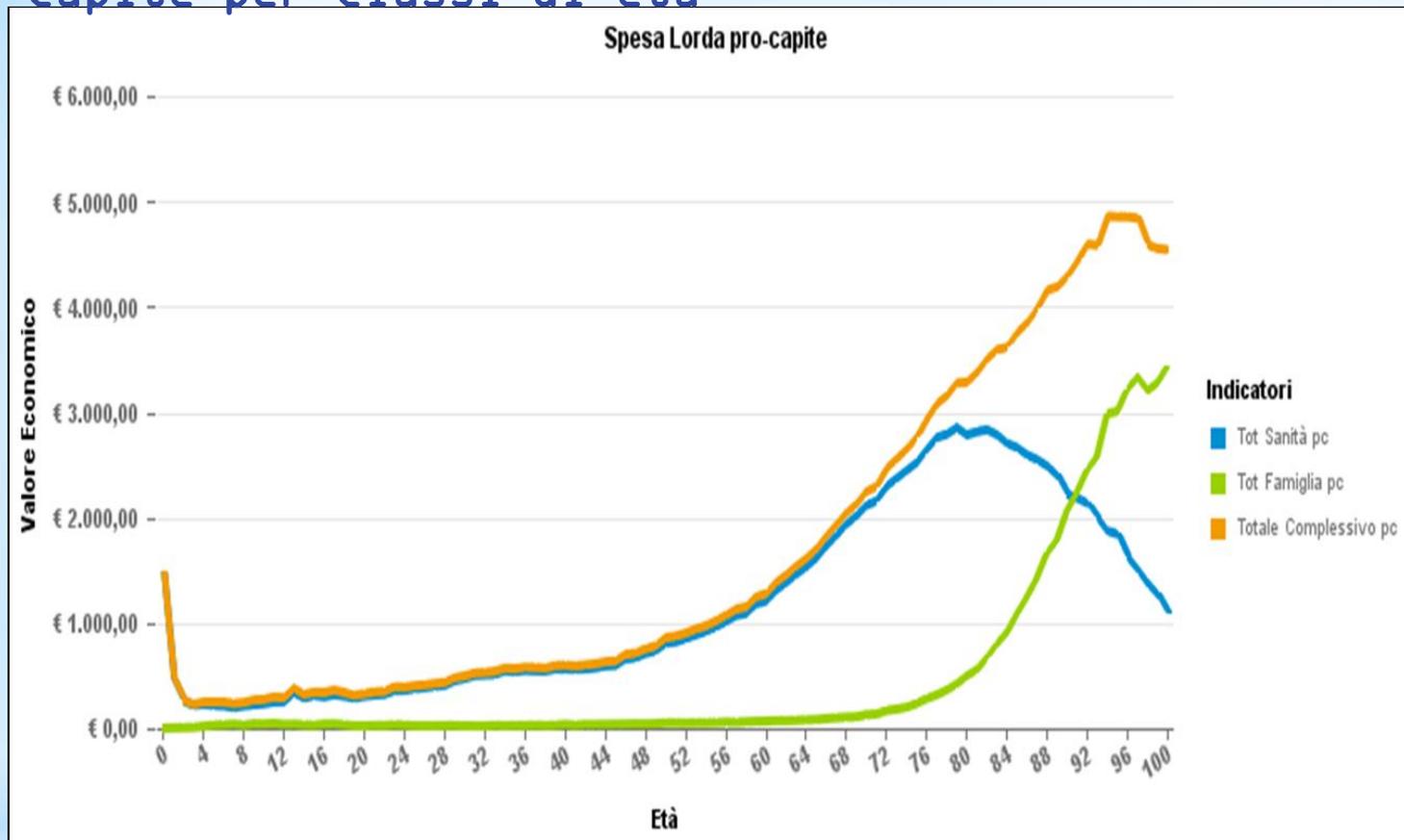
Negli anni '90 controllava i costi sanitari

Sul finire degli anni 2000 è passato all'indirizzo della spesa

Oggi si costruisce un sistema organizzativo di governo della salute

\* **SSN in evoluzione**

# Spesa sanitaria, socio-sanitaria e spesa totale pro-capite per classi di età



\* Scenario

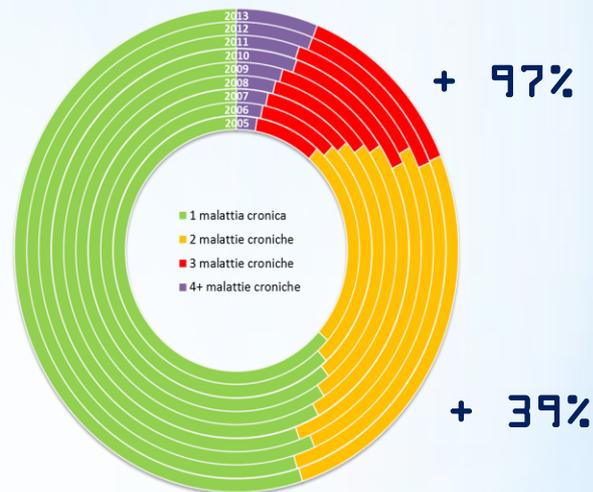
# La «cronicità» della Lombardia 2005-2013

+ pazienti pluripatologici 2005-2013  
+ 200%

Invecchiamento della popolazione



	0 - 14 anni	15 - 64 anni	Over 65 anni
2011	14%	66%	20%
2049	13%	54%	41%



+ pazienti con malattie cardiovascolari

+ 480.000  
pazienti  
dal 2005 al 2013



pazienti diabetici

+ 150.000  
pazienti  
dal 2005 al  
2013



Finanziamento SSN

€  
stabil  
e

Ha una o più  
patologie che durano  
a lungo

Non esistono  
cure  
definitive

## Il paziente cronico

Il suo stato di  
salute  
tende a  
peggiorare

Spesso presenta  
multimorbilità e  
complicanze

Segue percorsi  
frammentati

E' scarsamente  
aderente  
alla terapia

### Quali sono i suoi bisogni?

- ✓ Non peggiorare il proprio stato di salute
- ✓ Un percorso di cure chiaro, integrato e garantito

✓ La conoscenza della propria

Livello *Macro* della  
dimensione strutturale e  
degli attori sociali

Livello *Medio* della  
dimensione organizzativa

Livello *Micro* della dimensione  
clinico/assistenziale/relazionale

\*Tre livelli analitici

Aspetto organizzativo/gestionale in funzione del peso attribuito a prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione e della loro declinazione in modelli di cura, procedure, PDTA e PAI

Aspetto di integrazione delle diverse figure professionali

\* Livello *Medio* della dimensione organizzativa:  
l'assistenza primaria

....L'assistenza sanitaria di base fa parte integrante sia del **SSN**, di cui è il perno e il punto focale, sia dello **sviluppo economico e sociale** globale della collettività.

E' il **primo livello** attraverso il quale gli individui, le famiglie e la collettività entrano in contatto con il SSN, avvicinando il più possibile l'assistenza sanitaria ai luoghi dove le persone vivono e lavorano e costituisce il **primo elemento di un processo continuo di protezione sanitaria.**



\* **ALMA ATA 1978**

\* «Le Regioni definiscono l'organizzazione dei servizi territoriali di assistenza primaria ... al fine di migliorare ... la presa in carico dei cittadini secondo modalità operative che prevedono forme organizzative:

\* **D.L. 158/2012 (Legge Balduzzi)**



# AFT

## Aggregazione Funzionale Territoriale

-È il modello organizzativo territoriale mono-professionale in ambito distrettuale, attraverso il quale i medici del ruolo unico di cure primarie (attualmente assistenza primaria e continuità assistenziale), i pediatri di libera scelta e gli specialisti ambulatoriali che vi partecipano garantiscono l'assistenza e la realizzazione di specifici programmi e progetti di assistenza.

-Finalizzato all'erogazione dell'assistenza da parte dei medici ed alla realizzazione di specifici programmi e progetti assistenziali.

-L'AFT dei medici di cure primarie è articolata su un bacino di utenza riferito ad una popolazione non superiore a 30.000 abitanti per garantire la continuità dell'assistenza senza determinare ulteriori incrementi di costo, fermo restando le esigenze legate alle aree ad alta densità abitativa.



che condividono, in forma strutturata,  
obiettivi e percorsi assistenziali,  
strumenti di valutazione della qualità  
assistenziale, linee guida, PDT, PAI,  
audit e disease management.



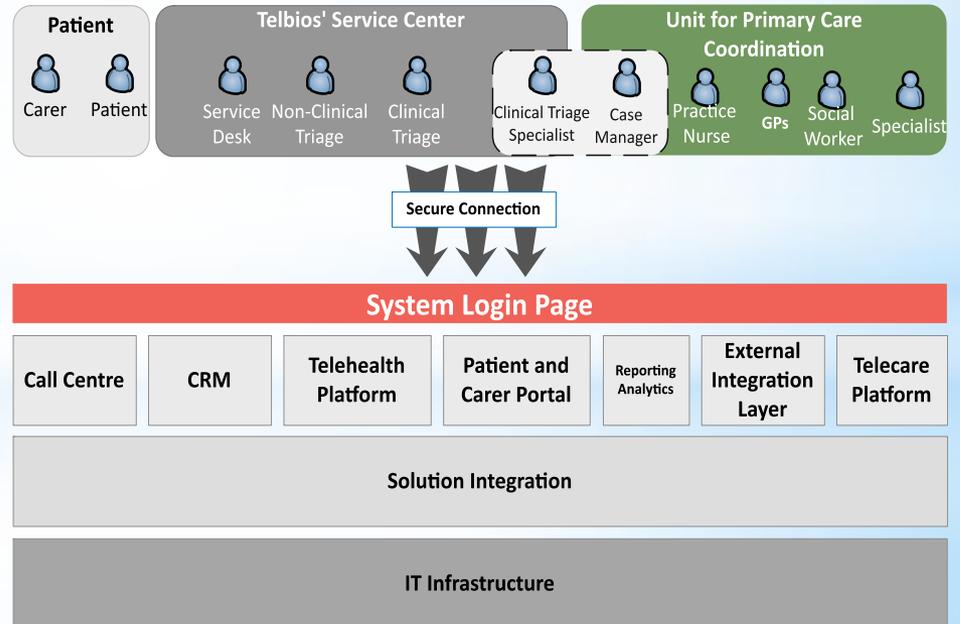
**RUOLO UNICO**

# UCCP

Multi-professionali

Erogano prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei medici, degli infermieri e degli altri professionisti delle cure primarie e del sociale a rilevanza sanitaria.

H 16 7/7 giorni



Continuità delle prestazioni e del percorso dell'assistito tra i professionisti e nel tempo

Collaborazione nell'ambito del team professionale, con altri erogatori delle cure primarie e altri livelli di assistenza

Centralità dell'assistito e della famiglia

## ASSISTENZA PRIMARIA

Ampiezza delle prestazioni assicurate (promozione salute, prevenzione malattie, cura, riabilitazione, assistenza)

Responsabilità dei professionisti

garantire ai cittadini l'accesso  
alla consulenza e alle  
prestazioni di diagnosi e cura  
lungo tutto l'arco della  
giornata e 7 giorni su 7

prevedere un accesso  
facilitato agli ambulatori in  
situazioni di urgenza  
l'esecuzione di alcuni  
approfondimenti diagnostici  
necessari per un intervento  
tempestivo

orientando  
l'attività  
professionale  
alla **medicina di  
iniziativa** e alla  
**presa in carico**  
delle patologie  
croniche

**\* ACCESSO ALL'ASSISTENZA**

Documentare la propria  
pratica professionale  
rendendola misurabile e  
valutabile

Utilizzare l'audit clinico  
tra pari come strumento  
di miglioramento della  
qualità della pratica  
professionale

Condividere iniziative di  
formazione con i medici  
specialisti di riferimento

Sviluppare capacità di  
integrazione e  
coordinazione con i  
diversi attori della rete  
sanitaria e sociale

Orientare la pratica  
professionale all'EBM

Utilizzare in modo  
appropriato le risorse del  
sistema di offerta  
territoriale

Garantire il governo  
clinico dei PDT

\* **Responsabilità dei professionisti**

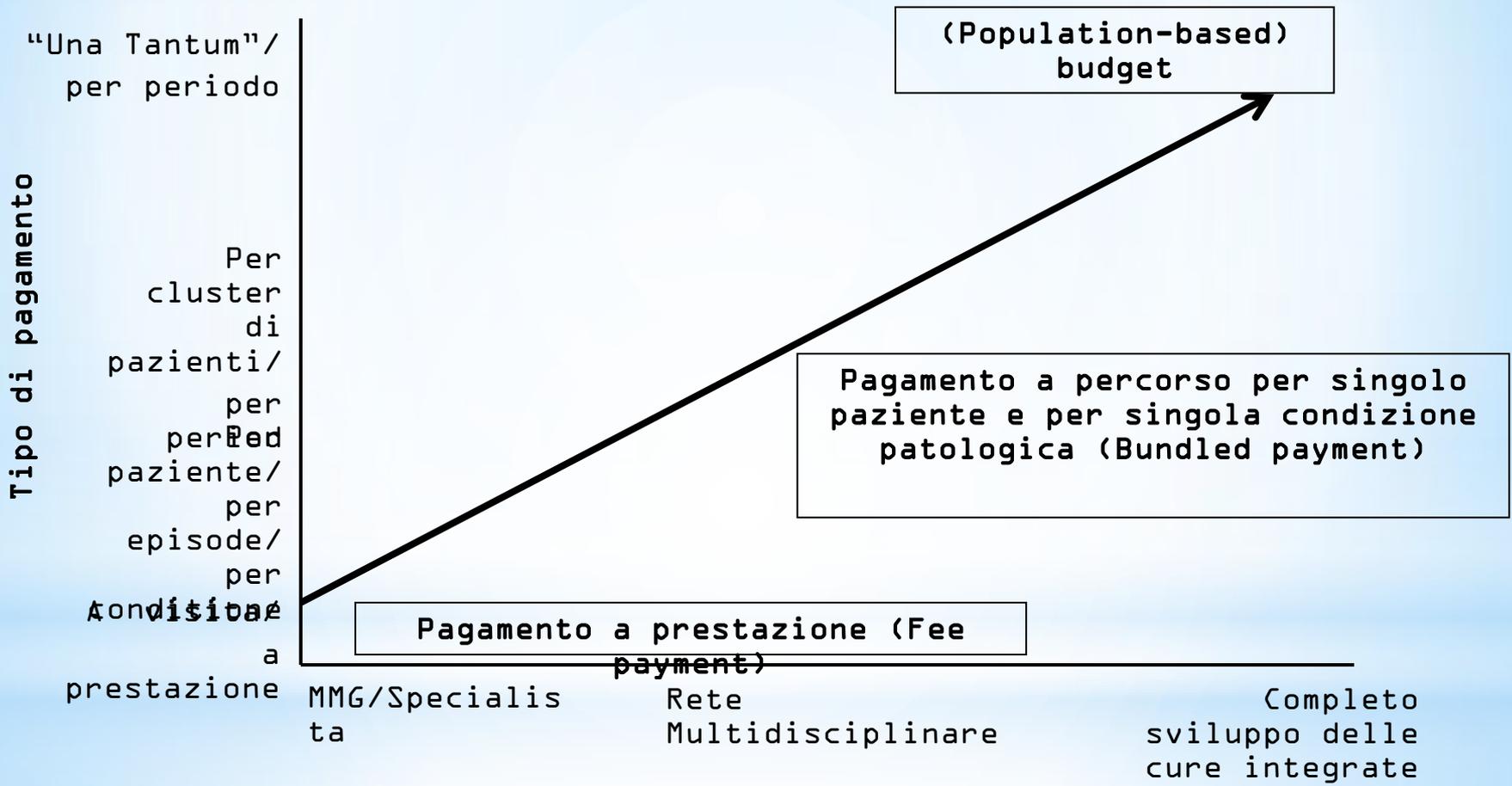
La messa in rete delle informazioni

Il monitoraggio dei percorsi di diagnosi, cura e assistenza e le relative prestazioni

La produzione di report per la valutazione delle prestazioni effettuate in rapporto ai problemi di salute degli assistiti.

## \* Continuità delle prestazioni tra i professionisti e nel tempo

“Capacità di offrire interventi coerenti tra i diversi professionisti e di attuare nel tempo la continuità del percorso dell’assistito”



# \* Cambio di paradigma

# Strumenti per la cura del paziente: il piano di cura (PAI)

## PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALE

documento  
digitale di  
pianificazione  
delle cure

responsabilità  
clinico-  
organizzativa del  
Gestore e  
strumento di  
*empowerment*  
del paziente

comunicazione  
nella Rete

monitoraggio,  
verifica,  
*benchmarking*

strumento per la  
remunerazione  
del percorso

Presa in  
carico

+ Appropriatelyzza

+ Adeguatezza

Continuità  
cure

+ Compliance

- Frammentazione  
cure

+ Qualità di  
sistema

+ Educazione  
alla salute



**Regione Lombardia**  
LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° X / 4662

Seduta del 23/12/2015

Presidente **ROBERTO MARONI**

Assessori regionali FABRIZIO SALA *Vice Presidente*  
VALENTINA APREA  
VIVIANA BECCALOSSI  
SIMONA BORDONALI  
FRANCESCA BRIANZA  
CRISTINA CAPPELLINI  
GIOVANNI FAVA

GIULIO GALLERA  
MASSIMO GARAVAGLIA  
MARIO MELAZZINI  
MAURO PAROLINI  
ANTONIO ROSSI  
ALESSANDRO SORTE  
CLAUDIA TERZI

Con l'assistenza del Segretario Fabrizio De Vecchi

Su proposta del Presidente Roberto Maroni

Oggetto

INDIRIZZI REGIONALI PER LA PRESA IN CARICO DELLA CRONICITA' E DELLA FRAGILITA' IN REGIONE LOMBARDIA 2016-2018



*Ministero della Salute*

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

**Piano Nazionale della Cronicità**



Lasciare ai soggetti erogatori la presa in carico del paziente cronico e relegarsi in un ruolo di nicchia tendendo ad una remunerazione a corpo rispondendo però dell'out-come

Concepire un ulteriore livello di innovazione con il servizio sanitario e inserirsi con un ruolo proattivo costituendo nucleo centrale della presa in carico e guidando attivamente i percorsi dei pazienti nella rete di offerta, analizzando gli esiti e rispondendo del costo generato

**E' ragionevole che si debbano sperimentare modelli diversi**

**Lo status quo è incompatibile con le sfide da affrontare**

**Indipendentemente dal Modello  
Organizzativo scelto  
gli attori socio-sanitari devono**

- Garantire la continuità delle cure
- Effettuare un monitoraggio continuo
- Attuare l'integrazione con altre figure socio-sanitarie
- Supportare empowerment e self management del paziente

EFFICIENZA

APPROPRIATEZZA

ADEGUATEZZA

OUTCOME

Risulta necessario definire un tipo di ***soggetto societario*** che possa occuparsi degli aspetti:

-**strutturali** (acquisizione della sede unica, rete)

-**amministrativi** (acquisizione dei fattori di produzione, incasso del pagamento per i servizi resi, mantenimento dell' equilibrio bilancio costi/ricavi)

-**gestionali delle AFT/UCCP** (assunzione e gestione del personale)

# \* Società per le AFT / UCCP

Società a  
responsabilità  
limitata - srl

Studio  
associato

Cooperativa  
sociale

Cooperativa  
di servizio -  
scarl

## \* Esercizio individuale della professione

Il modello societario cooperativo garantisce che la *prestazione medica resta individuale* e personale , il rapporto medico/paziente continua a far capo al singolo medico curante e ogni medico può continuare ad esercitare nel suo studio

# \* Perché la Cooperativa di servizio?

Le AFT / UCCP e le forme associative che si sviluppano e realizzano nuove attività, *non sono gestibili con forme societarie deboli* ( es. studi associati)

Per gestire le forme associative complesse è necessaria una *forma societaria stabile*.

Indispensabile però mantenere sempre il coinvolgimento dei MMG.

# \* Perché la Cooperativa di servizio ?

La cooperativa garantisce la partecipazione ai MMG, il *peso sociale* è *paritario*

La cooperativa è *società di persone*, che portano le loro competenze per la gestione di servizi complessi

I medici sono contemporaneamente *soci ed utilizzatori* dei servizi della cooperativa

Risponde quindi agli obiettivi di *integrazione* e di *gestione partecipata*

# \* Perché la Cooperativa di servizio ?

La cooperativa realizza  
uno *scopo*  
*mutualistico*:

dare servizi ai soci alle  
migliori condizioni per  
agevolare la loro  
attività e qualificare il  
loro lavoro

*Non ha finalità*  
*speculative*, ovvero  
non si pone come  
principale obiettivo  
la realizzazione di utili  
sul capitale, ma solo la  
realizzazione a  
condizioni vantaggiose  
dei servizi verso i soci-  
utilizzatori.

# \* Cosa fa una Cooperativa di servizio

- Gestisce servizi e strutture complesse
- Programma le attività comuni
- Gestisce l'integrazione socio sanitaria
- Realizza attività di ricerca e dello sviluppo di tecnologie complesse

Gestisce i centri polifunzionali le AFT e le UCCP attraverso:

- L'assunzione e la gestione del personale ( di studio ed infermieristico)
- L'acquisizione e gestione delle sedi e dei servizi
- Il supporto ai soci nei progetti di integrazione con le strutture pubbliche

POT, PRESST ?

# La gestione di progetti pubblici.... (CReG)

\* **Cooperativa di servizio per:**

# Di cosa abbiamo bisogno per far meglio

Flusso di dati di dettaglio su prestazioni erogate e farmaci acquistati

*#condividiamo*

Maggior condivisione con gli specialisti attraverso la stipula di accordi

*#condividiamo*

Integrazione con ADI

*#integriamo*

Coerenza temporale tra contratti e sviluppi di progetto

*#cambiamo*

Resilienza da parte dei MMG

*#cambiamo*

Remunerazione di

progetto sufficiente a coprire i costi dei servizi erogati

*#riconosciamo*

Modello calato su un territorio non ancora ridisegnato

*#integriamo*

Più trasparenza per una maggiore condivisione con l'istituzione

*#condividiamo*



*\* “Quando fai qualcosa, sappi che avrai contro quelli che volevano fare la stessa cosa, quelli che volevano fare il contrario e la stragrande maggioranza di quelli che non volevano fare niente”*

*\* Confucio*

*Grazie per l'attenzione*