

TAVOLA ROTONDA
RUOLO UNICO ED ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO IN
MEDICINA GENERALE

L'ESPERIENZA DELL'UCCP DI CATANZARO

Gennaro De Nardo

Segretario Provinciale FIMMG Catanzaro

Sperimentazione UCCP-ASP CZ

- Finanziamento: Obiettivi di Piano MINISTERO DELLA SALUTE
- Elemento di novità:
- Inserimento nell' assetto organizzativo della UCCP della figura del MCA dedicato all' UCCP (medici a completamento orario) e nella stessa struttura UCCP (h24) anche della Postazione di CA NPF
- **Ruolo Unico:** In realtà già previsto dalle normative vigenti e precisamente dalla Legge Balduzzi (DL 13 settembre 2012 n.158, coordinato con la legge di conversione 8 novembre 2012, n. 189, GU n.263 del 10 novembre 2012).



Medici di Continuità Assistenziale ("dedicati" all' UCCP) cosa Fanno?

- Interazione sui supporti informatici, condivisione degli stessi, formazione
- Assistenza alla "PERSONA", non al sintomo o alla patologia (limite insito nell'attuale organizzazione della continuità assistenziale)
- Creazione quindi di una "REALE" continuità assistenziale con la presa in carico di "pazienti noti".
- Valorizzazione piena in questo modo del ***RUOLO UNICO***, previsto anche dai precedenti ACN e dal Decreto Balduzzi.



Medici di Continuità Assistenziale ("dedicati" all' UCCP) Cosa fanno ?

Partecipazione piena :

- alla costruzione dei **PDTA**, ed alla loro realizzazione pratica sul territorio,
- ruolo importante nella gestione **degli ambulatori di patologia**, anche (ma non solo...) in supporto del MMG e degli specialisti dedicati all' UCCP
- Aiuto nella gestione **dei pazienti fragili**, col supporto anche degli IP, **dei pazienti cronici complessi**, non in grado di accedere facilmente al sistema dei servizi (**Domiciliarità**), **dei pazienti multiproblematici** con bisogni multidimensionali e necessità di continuità assistenziale in fase di dimissione
- **Dimissioni protette, Unità di valutazione**
- **Gestione dei codici bianchi**



Criticità

MMG

- Timore perdita esclusività rapporto col paziente
- Paura di “perdere” scelte
- Difficoltà alla condivisione di dati con colleghi

Problematiche già in parte superate dalle esperienze maturate nelle varie forme associative della Medicina

Generale

MCA (dedicati e NPF)

- Timore di svolgere un ruolo “subalterno” al MMG
- Timore di affrontare “nuovi” compiti e di essere valutati in rapporto al raggiungimento di obiettivi

Ruolo determinante del Coordinatore nel superamento delle difficoltà



Vantaggi

1. Sinergie nel raggiungimento degli Obiettivi tra i diversi profili professionali (MMG, MCA, Specialisti, Infermieri, Personale amministrativo) con miglioramento degli Standard Assistenziali, anche nel NPF
2. Collocazione della postazione di CA all' interno dell' UCCP con possibilità di consultazione delle cartelle cliniche informatizzate degli utenti afferenti alla UCCP(ovvi vantaggi sia per il medico che per i pazienti)
3. Maggiore tutela e migliore performance della CA NPF garantita anche dalla presenza in struttura del personale infermieristico dedicato h24
4. Gratificazione economica oltre che professionale per i MCA a completamento orario (38 h/settimana)



Tanto con “non molto”

- Popolazione assistiti in carico alla UCCP circa 16.500 pazienti
- Medici partecipanti:
 - 16 MMG + 9 MCA (2 sedi, di cui una h 24 e una h 12 gestite da 1 società di servizi srl e una associazione professionale con personalità giuridica) + 4 specialisti (cardiologo, pneumologo, diabetologo, geriatra)
- Personale :
5 Infermieri professionali, 4 collaboratori di studio.



Tanto con “non molto”

- Finanziamento 483.000 euro/anno
- di cui il 70% (quota fissa) erogato in dodicesimi ed il 30% (quota variabile) ogni 4 mesi a raggiungimento degli obiettivi concordati
966.000 euro (2 anni)
- Codici bianchi 226* x 4714 euro 1.065.364 (2 anni)
- Stima costo codice bianco gestito in ambito ospedaliero
 - **Aldilà del miglioramento della qualità assistenziale e del soddisfacimento dell'utenza, il progetto si è praticamente autofinanziato!!!**



Regione Lazio



Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria

nella tabella è stato inserito anche il valore del peso medio per accesso IR-DRG ossia il valore del peso medio complessivo per istituto calcolato pesando ogni singolo accesso classificato con un codice IR-DRG per il relativo peso. A valori più elevati del peso corrispondono una complessità clinica affrontata superiore ed un più elevato assorbimento di risorse.

Sulla base dei dati a disposizione si è proceduto, inoltre, a calcolare il **costo medio standardizzato per codice triage**. Si è osservato che vi è correlazione tra l'urgenza / gravità dei pazienti (espressa dal codice triage) ed il costo. Al ridursi dell'urgenza corrisponde una riduzione dei costi. Il codice rosso presenta, per tutte le strutture esaminate, costi più elevati, mentre al codice bianco corrispondono i costi più bassi.

Costo medio standardizzato per codice triage per struttura - anno 2003 - (importi in euro)

Struttura	Codice triage					Costo medio standardizzato per struttura
	Rosso	Giallo	Verde	Bianco	Non eseguito	
A	392	323	239	239	242	240
B	498	299	255	220	277	258
C	355	288	237	222	227	244
D	333	313	247	214	302	249
E	300	277	250	228	276	241
F	313	266	223	210	192	227
Costo medio per triage	354	290	240	226	250	242

OBIETTIVI

- Creazione dei registri di patologia per patologie croniche a particolare impatto sociosanitario (BPCO, DIABETE, IPERTENSIONE) con “dati tratti dalla real life” e identificazione di dati veri di prevalenza
- Gestione delle fragilità domiciliari
- Creazione e realizzazione di percorsi di Audit clinico
- Partecipazione a progetti di gestione integrata (BPCO, prossimamente DM tipo 2) con piena responsabilità nella redazione dei PDTA
- **CODICI BIANCHI**

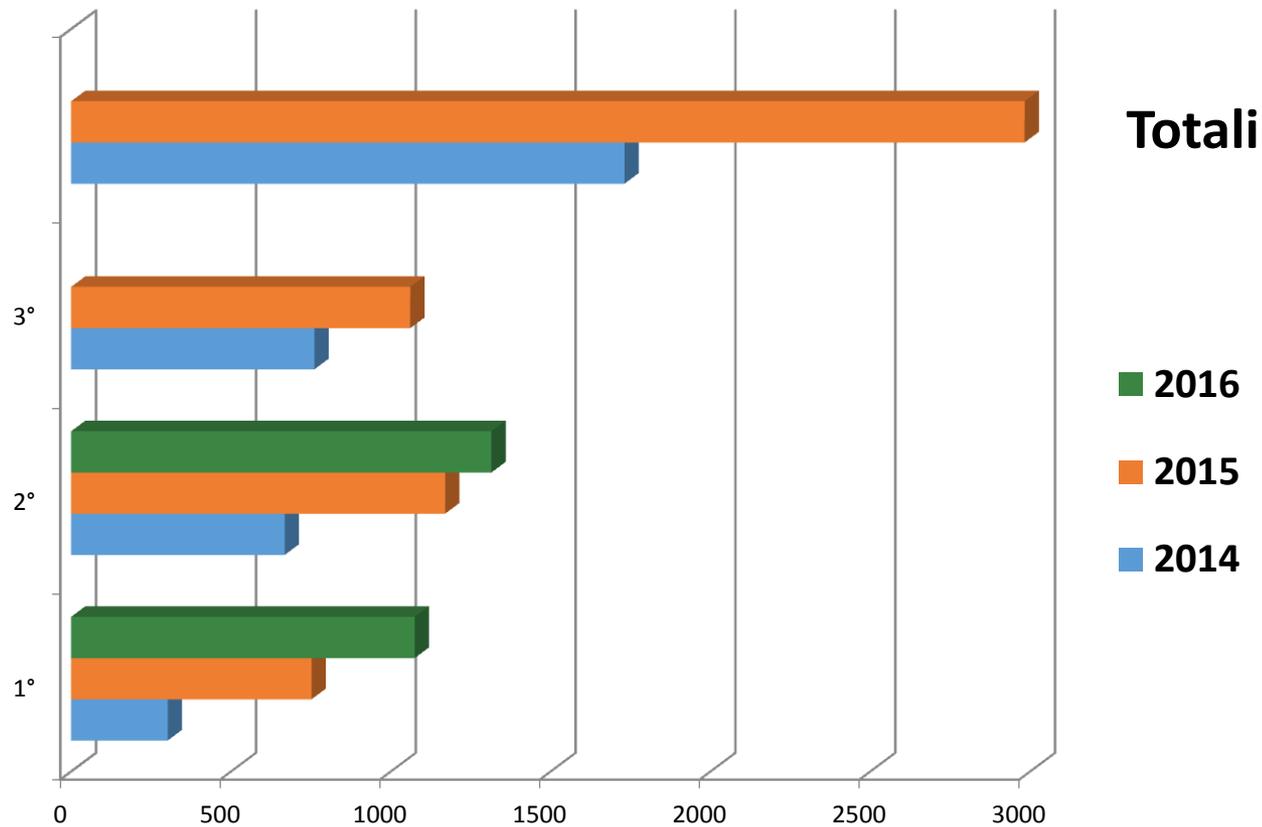


Codici bianchi

	Primo quadrimestre	Secondo quadrimestre	Terzo quadrimestre	TOTALI
2014	302	668	761	1731
2015	752	1170	1061	2983
2016	1075	1315		



Codici bianchi

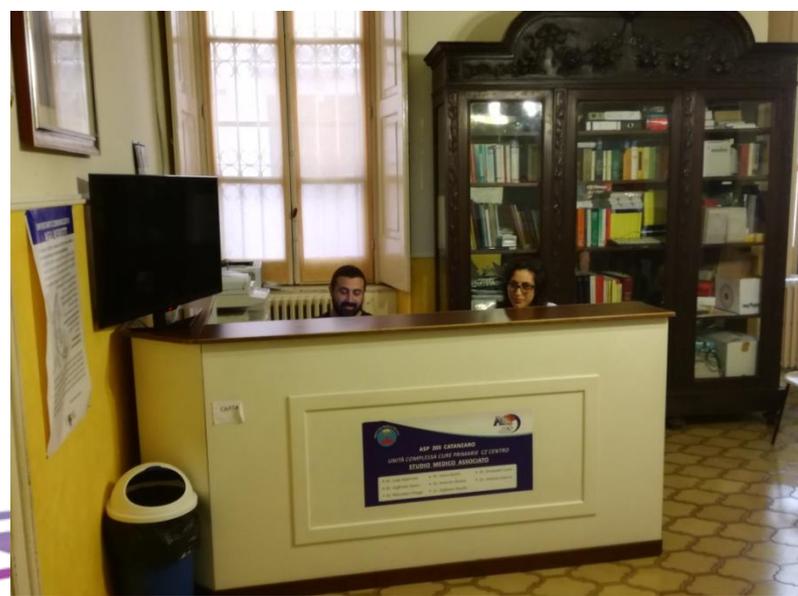
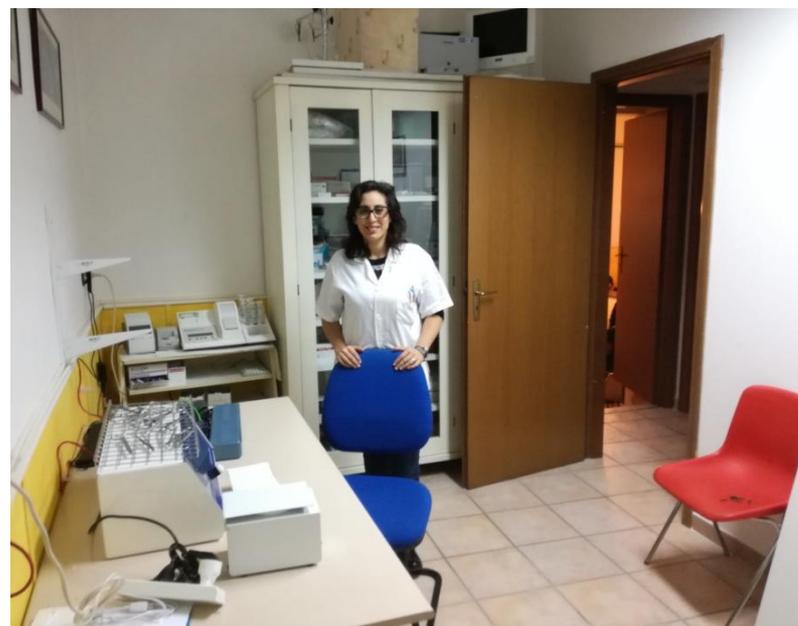


Visite specialistiche dedicate UCCP Ambulatori di Patologia 2014-2016 (1° quadr.)

Visite Cardiologiche + ECG	444
Visite Pneumologiche + Spirometrie (solo BPCO)	473

Registri di patologia (aggiornati al 1° quadrimestre 2016)

▶ Pazienti BPCO	381	prevalenza	2,31%
▶ Pazienti diabetici	1445		8,75%
▶ Pazienti ipertesi	4630		28,06%



GRAZIE PER L'ATTENZIONE

