

# Ruolo unico ed organizzazione della attività assistenziale in Medicina Generale

**Chia Laguna 5 ottobre 2016**

**Luigi Sparano**

# Un nuovo modello organizzativo

- FIDUCIARIO
- CONTINUATIVO
- TERRITORIALE

**RUOLO UNICO**



# OBIETTIVI DELL' AFT «monoprofessionale fiduciaria»



- Costruire la aderenza terapeutica a partire **dall'intercetto della domanda di salute** in un sistema di tipo fiduciario
- Costruire **l'aderenza** in coerenza con i PDTA adozione di un modello di responsabilità (**risposta terapeutica appropriata**).
- Adottare un modello di aderenza terapeutica utilizzando gli strumenti in dotazione della medicina generale quali gestionali reti e piattaforme (**presa in carico della persona in ambito fiduciario** utilizzando strumenti di reclutamento della popolazione assistita)
- Costruire un sistema di procedure sostenibili (PDTA) che rende possibile il monitoraggio degli audit ed il miglioramento delle attività in un modello che supera la prestazione a favore di un percorso di cura assistenziale (**sostenibilità**)

# Scenario

- Minore numero di MMG
- Turnover a rischio con possibile assegnazione di compiti MMG ad altre figure sanitarie
- Complessità assistenziale
- Minori risorse
- Insostenibilità di un modello di cura basato sulle prestazioni (SSN/cittadini)
- Assenza di una risposta diagnostica adeguata
- Scarsi investimenti verso il modello organizzativo della MG



# Resistenze al cambiamento

- Paura di perdere autonomia
- Minore libertà professionale
- Perdita del controllo e della gestione dei propri investimenti
- Perdita di credibilità e fiducia da parte degli assistiti
- Gelosie professionali/competizione tra colleghi/indisponibilità alla collaborazione



# Ruolo Unico

## • **Medicina Fiduciaria**

Rapporto continuativo di tipo fiduciario  
Gestione della fragilità  
Gestione della prossimità  
Adozione della medicina di iniziativa  
Screening  
Vaccinazioni  
Gestione dei PDTA ad impatto significativo territoriale  
Diagnostica complementare al fine di potenziare la assistenza e la gestione dei PDTA

=

## **Medicina Oraria**

Funzione complementare decisiva per il raggiungimento di obiettivi assistenziali di un territorio  
Abilità specifiche dei Medici (inizialmente a quota oraria) e potenziamento e realizzazione degli obiettivi del territorio di cura

# Intanto ricordiamo che attualmente i MMG

- **prescrive per problemi** per ICD9
- **utilizza una cartella informatizzata** che viene implementata con le prescrizioni per ICD9
- **estrae dalla cartella clinica** informatizzata un tracciato informativo (chiamato scheda) comprendente gli indicatori della patologia cronica (ipertensione, diabete, respiratoria)
- **estrae ed invia dati ad una piattaforma** (cloud) in grado di fornire una lettura della prevalenza della patologia cronica dei pazienti in carico\*
- **può esaminare gli audit prescrittivi** e monitorare l'aderenza al PDTA correlando il modello procedurale alla migliore gestione della patologia
- **può intervenire nel miglioramento dell'accuratezza del dato clinico** e procedurale adottando evidenziando il ricorso appropriato ai mezzi diagnostici e terapeutici (uso appropriato del farmaco)
- **può adottare un modello procedurale** che dal singolo porta alla gestione del sistema

# Obiettivi e compiti della Medicina Generale di ... un territorio

- **Sistema**

- popolazione a rischio in ambito territoriale **AFT**

- **Individuale**

- Arruolamento della popolazione in carico al singolo MMG

- **Complessivo**

- Gestione del PDTA  
Respiratorio/cardiovascolare/diabete
- Appropriatazza nell'uso del farmaco
- Prevenzione Vaccinale
- Screening

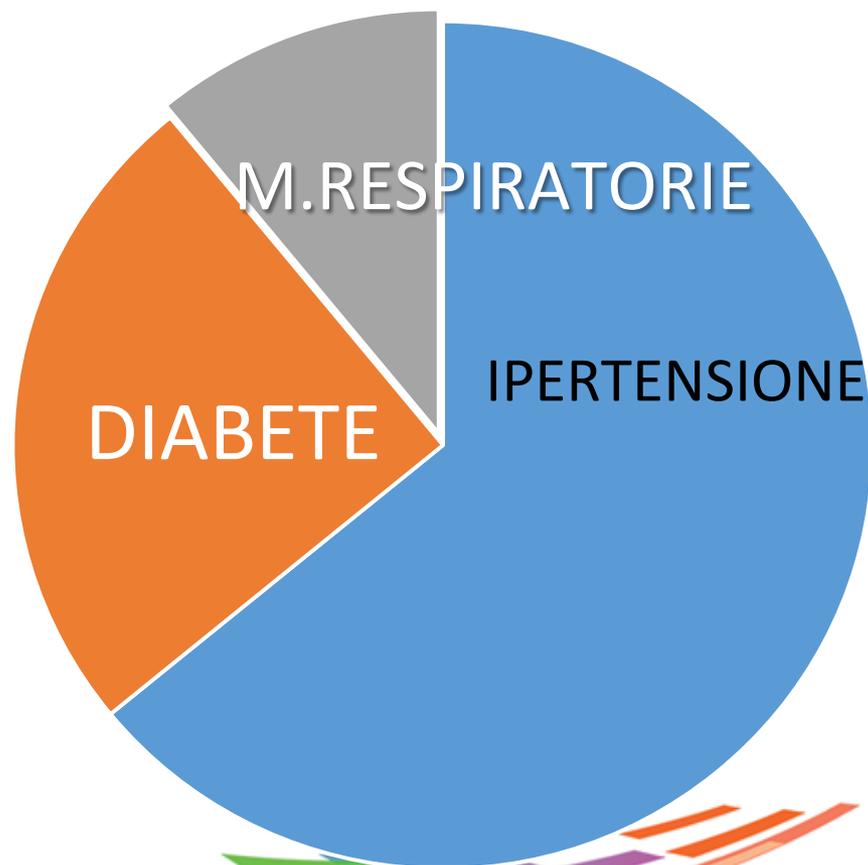


# Il ruolo unico : La nuova sfida per la sostenibilità

## **MONITORAGGIO DEGLI AUDIT** Costruire le procedure e gli esiti

- VALUTAZIONE **DEGLI AUDIT INDIVIDUALI**
- VALUTAZIONE DEGLI **AUDIT DI SISTEMA**





# il MMG bersaglio del controllo?



# Il MMG al governo degli audit



# DECRETI ... e NORME SULL'APPROPRIATEZZA

## • VINCOLI ECONOMICI O AUDIT ?



DECRETO n. 56 del 28.05.2015

Oggetto: misure di incentivazione dell'appropriatezza prescrittiva e di razionalizzazione della spesa farmaceutica territoriale

PREMESSO che:

- a) con delibera del Consiglio dei Ministri in data 24 luglio 2009 si è proceduto alla nomina del Presidente pro - tempore della Regione Campania quale Commissario ad acta per il riassetto del servizio sanitario regionale in forza dell'articolo 4 del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2007, n. 232;
- b) con delibera del Consiglio dei Ministri in data 23 aprile 2010 il nuovo Presidente pro - tempore della Regione Campania è stato nominato Commissario ad acta per il Piano di rientro con il compito di progettare e realizzare il Piano stesso secondo Programmi operativi di cui all'art. 1, comma 68, della legge n. 191 del 2009;
- c) con deliberazione del Consiglio dei Ministri del 3 marzo 2011, il dott. Achille Coppola ed il dott. Mario Morfoco sono stati nominati sub commissari con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale ai sensi della deliberazione del Consiglio dei Ministri del 29/04/2011;
- d) a seguito delle dimissioni rassegnate in data 22/02/2012 dal Sub Commissario Dott. Achille Coppola, con delibera del Consiglio dei Ministri del 23/03/2012, i compiti allo stesso attribuiti sono stati assegnati al Sub Commissario Dott. Mario Morfoco, con riferimento, tra gli altri, a quello di cui alla lettera c) di cui sopra, e di assicurare il rispetto al pareggio/risparmio al costo delle prestazioni sanitarie ove necessarie a garantire l'equilibrio della gestione;
- e) con deliberazione del Consiglio dei Ministri del 20 ottobre 2013, il prof. Ettore Cirio è stato nominato sub commissario per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzati e della riqualificazione del Servizio sanitario della Regione Campania, con ristabilimento dei compiti e degli obiettivi del sub commissario Mario Morfoco;

VISTO il decreto legge 13 settembre 2012, n. 158 convertito nella legge 8 novembre 2012, n. 189;

VISTA la legge 135 del 07-08-2012, di conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge di luglio 2012, n. 95 (pending review) che all'art. 15 prevede, tra gli altri, i seguenti interventi sulla spesa farmaceutica:

- a) la decisa dall'anno 2013, il comma 3 dell'art. 15, ha ristabilito nella misura dell'11,35% l'azione a carico del Servizio sanitario nazionale per l'assorbibilità territoriale, al netto degli importi composti dal cittadino per l'acquisto di farmaci ad un prezzo diverso dal prezzo massimo di rimborso stabilito dall'ANFA in base a quanto previsto dall'articolo 11, comma 9, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122. Aggiunge, inoltre, che "gli eventuali importi derivanti dalla procedura di riacquisto sono assegnati alle regioni, per il 25%, in proporzione allo sbalzo del letto regolato nelle singole regioni e, per il residuo 75%, in base alla qualità di accesso delle singole regioni ai quartieri; innovazione, questa, che penalizza le Regioni che sfiorano il tetto di spesa dell'assistenza farmaceutica territoriale;



# Il sistema dell'Appropriatezza: Organismi e funzionamento ART 8 AIR

- **COMITATO REGIONALE PER L'APPROPRIATEZZA ED IL MONITORAGGIO DELLE ATTIVITA'**
  - individuare linee guida e PDTA con priorità alle patologie a maggiore impatto socio economico**
  - linee guida di priorità ad iniziative di educazione sanitaria e promozione della salute**
  - individuazione degli indicatori per la valutazione del raggiungimento degli obiettivi di appropriatezza**

# COMPITI DELL'UCAD

- Il principale compito dell'UCAD è quello di assolvere ad una funzione migliorativa delle attività assistenziali con il preciso scopo di perseguire modelli omogenei di cura in conformità con i PDTA definiti in ambito regionali in tutti i distretti territoriali.
- revisionare, rimuovere, correggere I **COMPORTAMENTI ANOMALI** con particolare riferimento al contrastare la mancata aderenza ai PDTA, condizione che favorisce l'instaurarsi di complicità delle malattie croniche
- Uso improprio delle procedure
- Intervenire con finalità educative verso le figure professionali coinvolte nell'uso delle risorse (MMG, Medici Specialisti) operanti nel distretto
- Proporre soluzioni di aderenza a modelli di appropriatezza
- Monitoraggio degli Audit



# IL MMG deve conoscere i suoi AUDIT prescrittivi... di conseguenza tutti i componenti di una AFT



[www.lancetavia.it/annunci](http://www.lancetavia.it/annunci)

# PDTA = ART 7 DELL'AIR



# IL MEDICO VITTIMA DELL'INFORMATICA



# Governare l'informatica



# Tracciati report : SCHEMA IPERTENSIONE

- Fumo
- BMI
- PRESSIONE ARTERIOSA
- LDL
- CREATININA
- COLESTEROLO TOT, HDL, TRIGLICERIDI, K, GLICEMIA  
ESAME URINE
- ECG
- RICOVERI
- RCCV (CALCOLO RISCHIO CEREBROVASCOLARE)



# SCHEDA MALATTIE RESPIRATORIE *(riguarda solo l'asma)*

- Anamnesi 1= asma allergico, rinite 2= dermatite atopica
- Spirometria
- PEF FEV1
- GINA (stadio 1,2,3,4)
- RICOVERI



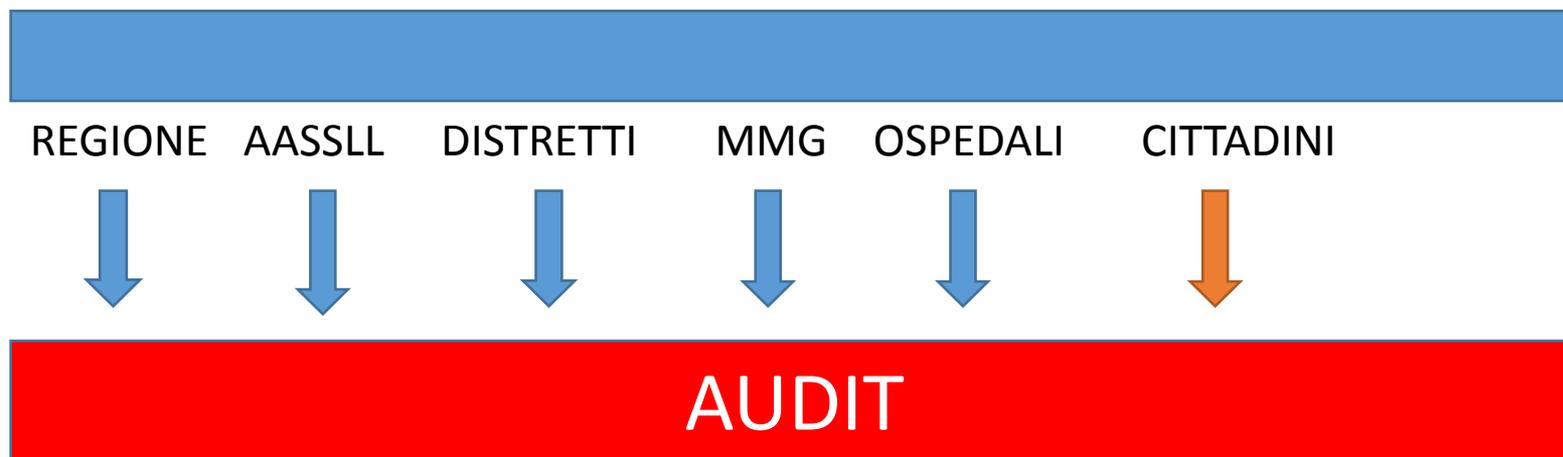
# I dati relativi alla scheda diabete

- Farmaco utilizzato
- Ipertensione (comorbilità)
- Calcolo LDL
- Cardiopatia ischemica
- Vasculopatia cerebrale
- Complicanze
- Hb glicata
- BMI
- Circonferenza addominale
- microalbuminuria



# LA RESPONSABILITA? DI CHI?

- Di tutti gli elementi che compongono «**l'asse trasversale della RESPONSABILITA'**»



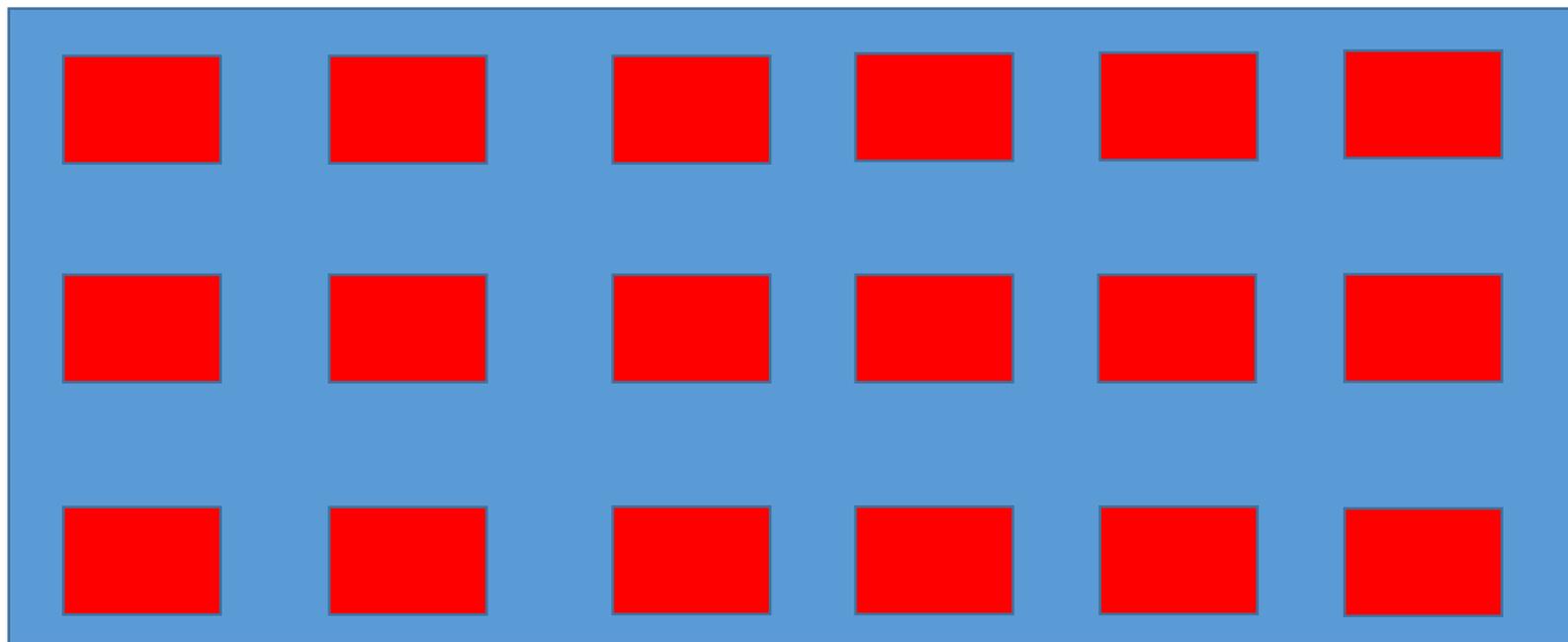
**Gli audit sono riferiti a tutti gli elementi dell'asse trasversale della Responsabilità**

# UN TERRITORIO si compone

- **RISORSE ORGANIZZATIVE**
- **CONTENUTI ED OBIETTIVI DI CURA**

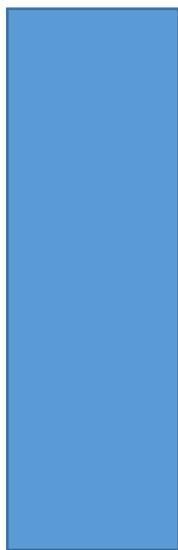


# DISPOSIZIONE DEGLI STUDI



# SPESE FATTORI DI PRODUZIONE

MMG



INDENNITA'



MMG



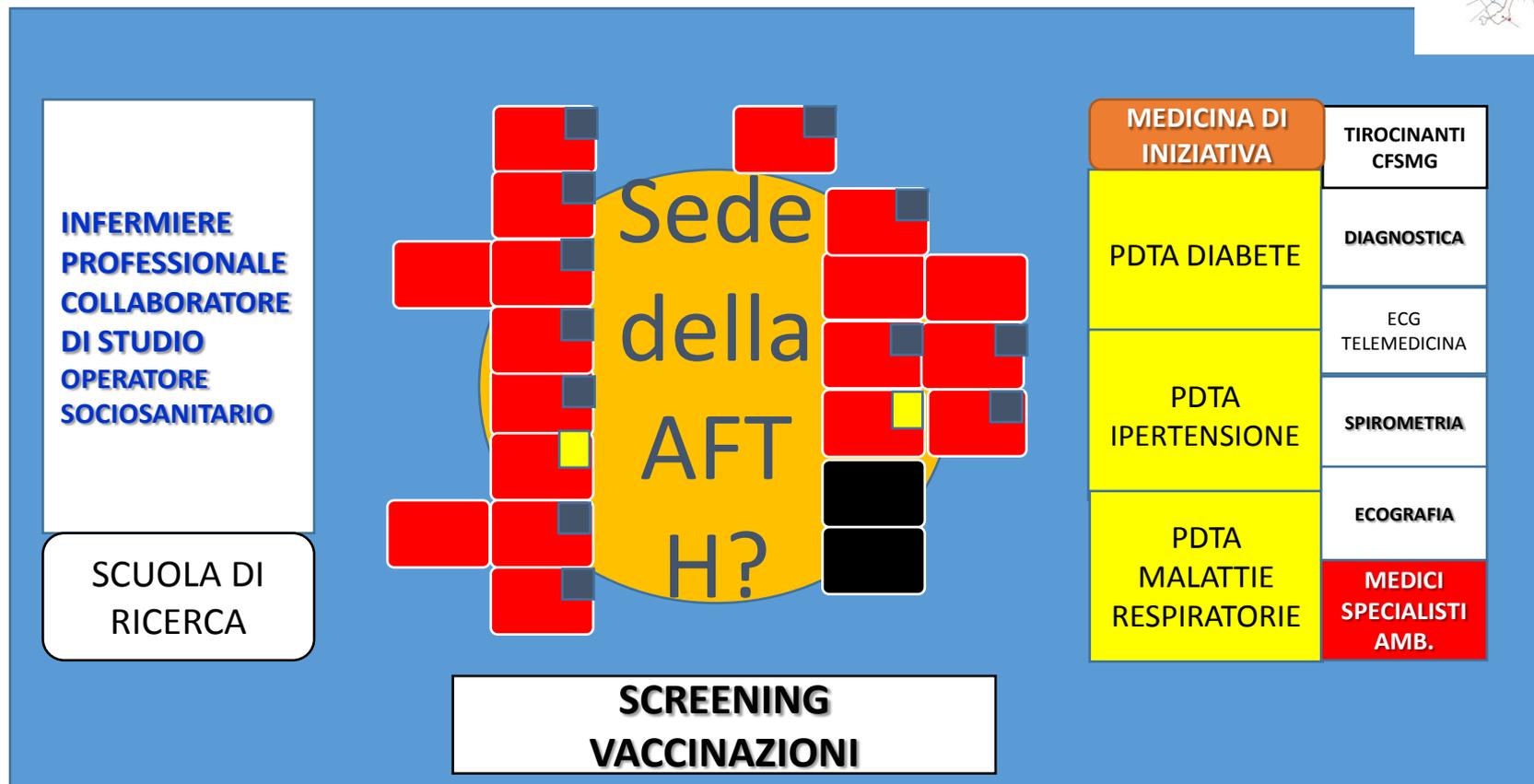
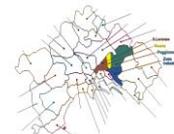
indennità



# •Quali le alternative ?



# Un'evoluzione ... possibile



# Compiti dei MMG a «Ruolo unico»

- **Consolidare il ruolo di fiducia** individuale in un sistema FIDUCIARIO
- **Potenziare il sistema di cure primarie** con un modello assistenziale coerente con le esigenze di sostenibilità del SSN dove la diagnostica è parte integrante del modello di cura non una prestazione
- **Trasferire la cultura della disciplina della Medicina Generale** adottando il turnover in un sistema fiduciario.
- **Perseguire le strategie per l'adozione di PDTA fiduciari** e misurarne gli audit (aderenza agli outcome)
- **Realizzare scuole di ricerca in ogni territorio** (CFSPMG)



## Dott. Mario Rossi

Software di cartella: Millewin  
 Versione estrattore: 1.13.0.3  
 Confronto con altri 913 medici  
 Accessi alle statistiche: 206

Data ultimo invio dati: 2014-08-11 12:26:03  
 Data elab. statistiche: 2014-08-10 08:13:50  
 Data inizio elab.: 2013-09-10 15:26:56  
 Data ultimo accesso: 2014-08-18 19:15:28

### Diabete Mellito (tipo II): Indicatori

#### Indicatori di processo:



Ind.	Descrizione	Num.	Den.	%	Trend	Media	L.R.P.	Distanza
ID00	% assistiti con patologia Diabete Mellito	121	1511	8,01%	▼ -1,63%	7,80%	8,97%	 -10,70%
ID01	% diabetici con dosaggio HbA1C nel precedente anno	75	121	61,98%	▼ -4,53%	55,62%	81,17%	 -23,64%
ID02	% diabetici con dosaggio assetto lipidico nei precedenti 2 anni	104	121	85,95%	▼ -2,00%	43,30%	75,22%	 14,26%
ID03	% diabetici sottoposti al dosaggio del colesterolo LDL nel precedente anno	85	121	70,25%	▼ -1,00%	38,24%	62,73%	 11,99%
ID04	% diabetici sottoposti all'esame del FOO nel precedente anno	80	121	66,12%	▼ -4,32%	68,35%	83,49%	 -20,81%
ID05	% diabetici sottoposti a vaccinazione antiinfluenzale nel precedente anno	74	121	61,16%	▲ 0,88%	28,54%	55,92%	 9,36%
ID06	% diabetici con abitudine al fumo registrata	78	121	64,46%	▼ -0,05%	55,29%	91,95%	 -29,89%
ID08	% diabetici in terapia con statine	63	121	52,07%	▲ 0,22%	44,48%	51,52%	 1,07%
ID15	% diabetici sottoposti all'esame obiettivo del piede nel precedente anno	0	121	0,00%	0,00%	10,55%	1,85%	 -100,00%

Periodo:  Asl:

# 1.989 MMG

Data ultimo conferimento: 30/03/2015 18:13:10

Medici complessivi: 1.989

Pazienti diabetici complessivi: 165.070 ( 82,99 )

Incentivo arruolamento complessivo: 8.253.500,00 € ( 4.149,57 € )

Incentivo lap complessivo: 6.780.190,00 € ( 3.408,84 € )

Incentivo complessivo: 15.033.690,00 € ( 7.558,42 € )

*Tra parentesi il valore medio per MMG*

# 165.070 diabetici

## Indicatori soggetti a valutazione

Ind.	Descrizione	Num	Den	Rapp. %	Target	MMg Target	% MMG Target
1.1	% Pazienti Diabetici di tipo II	165.070	2.453.719	6,73 %	3,00 %	1896	95,32 %
2.1	% Diabetici con HbA1C anno	122.917	165.070	74,46 %	70,00 %	1386	69,68 %
2.2	% Diabetici con Profilo Lipidico anno	105.755	165.070	64,07 %	60,00 %	1263	63,50 %
2.3	% Diabetici con PA anno	130.211	165.070	78,88 %	90,00 %	1090	54,80 %
2.4	% Diabetici con BMI	128.972	165.070	78,13 %	70,00 %	1499	75,36 %
2.5	% Diabetici con Circ. addominale	112.230	165.070	67,99 %	50,00 %	1469	73,86 %
2.6	% Diabetici con Microalbuminuria	77.829	165.070	47,15 %	50,00 %	973	48,92 %
2.7	% Diabetici con Creatinemia	96.373	165.070	58,38 %	60,00 %	1102	55,40 %
3.1	% Diabetici con HbA1C <= 7,5%	98.796	165.070	59,85 %	25,00 %	1747	87,83 %
3.2	% Diabetici con LDL <= 130 mg/dl	83.604	165.070	50,65 %	20,00 %	1640	82,45 %
3.3	% Diabetici  pertesi con PA <= 130/80 mmHg	53.725	118.976	45,16 %	20,00 %	1550	77,93 %