

# 14° CONGRESSO PROVINCIALE



## DAL H 24 AL MODELLO PUGLIESE

La nuova assistenza territoriale

Giovanni Sportelli

Bari 15 dicembre 2012

## PREMESSA

- L'appropriatezza nell'uso delle risorse è l'unica strada percorribile per cogliere l'obiettivo della sostenibilità ed il soddisfacimento dei bisogni .
- Per perseguire questo obiettivo occorre spostare la cura delle patologie, in particolare quelle croniche, dall'ospedale al territorio dove ormai è provato che una loro gestione, a parità d'efficacia, è sicuramente meno dispendiosa e più gradita da parte dei cittadini.

- **E' necessario pertanto mettere in grado il territorio di operare aumentando la sua capacità di intercettare, prendere in carico e dare risposta ai bisogni assistenziali dei cittadini.**
- **Occorre attuare una profonda riorganizzazione di tutta l'assistenza territoriale e in particolare della Medicina Generale**

- Essa deve essere inserita al centro del Servizio Sanitario ,
  - deve contribuire ad aumentare i livelli d'integrazione con i professionisti sia territoriali che ospedalieri,
  - deve contribuire ad elaborare e far propri gli obiettivi sia professionali che economici dell'Azienda Sanitaria d'appartenenza,

- **deve diminuire la sua variabilità professionale, legata all'inquadramento libero professionale,**
- **deve partecipare al governo clinico dell'Azienda Sanitaria (UACP-UDMG).**

- E' necessario salvaguardare il rapporto fiduciario medico-paziente.
- Nella nostra regione il cammino verso questi obiettivi è stato avviato con la medicina d'iniziativa, di cui si rilevano i primi riscontri positivi, ma occorre andare oltre, passando da una logica volontaristica a una vera organizzazione della medicina generale e di tutto il sistema d'erogazione delle prestazioni a livello territoriale.

- **Obiettivo dell'assistenza territoriale è quello di**
  - **garantire una assistenza migliore ai pazienti affetti da cronicità.**
  - **migliorare la qualità delle prestazioni erogate dalla medicina generale e da tutti i servizi territoriali**
  - **consentendo così di contribuire a ridurre i tassi di ricovero e gli accessi impropri ai P.S.**

- Per misurare questi obiettivi dovranno essere individuati e monitorati indicatori di processo e di esito

(cultura del dato → NuFoSe → AUDIT)

**questi obiettivi possono essere realizzati con:**

- razionalizzazioni in campo farmaceutico,
- in quello della diagnostica strumentale,
- in quello della specialistica.

- La Medicina Generale s'impegna a garantire ai cittadini che usufruiranno dei percorsi offerti dal S.S.R., equità di accesso anche attraverso la implementazione di PDTA e la medicina di iniziativa.
- In particolare si impegna a garantire le prestazioni in tempi consoni alle condizioni cliniche del cittadino anche attraverso la loro diretta erogazione nelle  
AFT (diagnostica di primo livello)  
e UCCP ( specialistica di primo livello).

## Art. 26

L'art. 26 del vigente ACN riporta tre diverse tipologie di aggregazioni della Medicina Generale:

■ Art. 26: equipe territoriali (ET) e Unità Territoriali di Assistenza Primaria (UTAP)

■ Art. 26 bis aggregazioni funzionali territoriali (AFT)

■ Art. 26 ter unità complessa di cure primarie (UCCP)

**La L.184/12 ai sensi dell'ultimo ACN definisce le AFT e le UCCP.**

**Le due tipologie aggregative possono essere così rappresentate:**

	<b>Mono-professionali</b>	<b>Multi-professionali</b>	<b>Funzionali</b>	<b>Strutturali</b>
<b>AFT</b>	<b>X</b>		<b>X</b>	
<b>UCCP</b>		<b>X</b>		<b>X</b>

## **Art. 26**

**La L. 184/12 indirizza così il sistema verso forme evolute di aggregazione al fine di rendere le Cure Primarie più snelle, più organiche, più operative e più riconoscibili e quindi fruibili da parte del Cittadino.**

**LE CURE PRIMARIE così strutturate creano  
UN'ALTERNATIVA VALIDA ALL'OSPEDALE  
attraverso l'integrazione degli erogatori  
dei servizi assistenziali territoriali.**

## AFT

- L'Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT), ai sensi dell'ACN e della L. 184/12, è un raggruppamento funzionale, monoprofessionale di Medici di Medicina Generale (MMG).
- L'AFT è la cornice ideale nella quale si sviluppa un nuovo modello di continuità assistenziale.

## AFT

- Il comitato per la MG di cui all'art 23, individua sul territorio dell'Azienda le AFT di concerto con le OO.SS.
- L'AFT, dalla data della sua istituzione, ricomprende le forme di aggregazione di cui all'art 54 ACN (Associazionismo) e art.3 AIR (Associazionismo complesso).

- I medici che la compongono eleggono tra loro un coordinatore.
- L'Azienda Sanitaria, tramite il Comitato per la M.G. di cui all'art. 23, recepisce tale nomina con atto aziendale.
- La durata del mandato di coordinamento è di tre anni.

## AFT compiti

- assistere, nelle forme domiciliari ed ambulatoriali, la popolazione che è in carico ai MMG che la compongono;
- realizzare i progetti di medicina di iniziativa sul paziente affetto da cronicità;
- valutare i bisogni della popolazione assistita;
- attuare azioni di governance clinica nel settore della farmaceutica, della diagnostica, della specialistica;

## AFT compiti

- rappresentare il nodo centrale per garantire la continuità assistenziale ;
- sviluppare un sistema di relazioni tra tutti i professionisti del sistema, che responsabilizzando i soggetti, assicuri la continuità di cura degli assistiti;
- partecipare a iniziative di formazione e ricerca;  
all'organizzazione e valutazione dei percorsi di cura, (PDTA);  
alla costruzione e validazione degli indicatori di processo e di esito

## AFT compiti

A regime i compiti dell'AFT possono essere schematizzati come segue:

- partecipare ed implementare attività di prevenzione sulla popolazione;
- favorire l'empowerment dei propri assistiti e contribuire alla creazione di condizioni e contesti favorevoli ad attuare corretti stili di vita.
- erogare, ove possibile, diagnostica di primo livello, anche utilizzando professionalità intrinseche nei medici che ne fanno parte.

- **Queste prestazioni diagnostiche sono funzionali al percorso di presa in carico del paziente e contribuiscono attraverso una azione di filtro, a ridurre gli accessi al P.S., oltre all'abbattimento delle liste d'attesa.**
- **La produzione di diagnostica di primo livello è limitata ai pazienti dell'AFT e dovrà essere regolamentata da appositi accordi a livello regionale ed aziendale che prevedano che tali attività siano svolte anche a rapporto orario .**

## AFT compiti

- La governance clinica nel settore della farmaceutica, dell'ospedalizzazione, della diagnostica, della specialistica, potrà essere svolta utilizzando strumenti informatici di collegamento fra i MMG e fra questi e l'Azienda Sanitaria.

## AFT composizione

- E' composta da medici a ciclo di fiducia (di Assistenza Primaria secondo l'ACN 2009) e da medici a rapporto orario.
- La dimensione di riferimento è di norma di 30.000 assistiti. E' composta da un numero di MMG non inferiore a 20, inclusi i titolari di convenzione a quota oraria.
- E' composta da tutti i medici a ciclo di fiducia di un ambito territoriale. Qualora su un ambito territoriale il numero dei medici a ciclo di fiducia ecceda il parametro sopra descritto, vengono costituite più AFT, secondo criteri individuati a livello regionale e/o aziendale.

## AFT composizione

- Qualora nell'ambito territoriale siano presenti un numero di medici a rapporto di fiducia e/o di assistiti non sufficienti, l'AFT potrà riunire ambiti limitrofi o quote di essi
- I criteri di scelta del medico da parte del cittadino restano quelli previsti dall'ACN in vigore. Per la localizzazione degli studi professionali si fa riferimento a quanto previsto dall'art. 35, comma 6 dell'ACN;

## AFT composizione

- Gli assistiti che la compongono sono tutti i pazienti che hanno scelto i medici appartenenti alla AFT indipendentemente dalla residenza;
- L'AFT è priva di personalità giuridica.  
I MMG che la compongono possono essere supportati, previo accordo con l'Azienda, da società di servizi, anche di tipo cooperativo, relativamente alla funzione di garantire ai MMG dell'AFT l'acquisizione efficiente dei fattori di produzione e del personale.

## AFT composizione

Ai sensi della L.184/12, l'attività dei medici nella AFT è distinta in due tipologie, cui corrispondono specifici e più articolati sistemi di remunerazione:

### 1. Attività di tipo fiduciario

■ Connesse alla scelta del cittadino, sulla base di un rapporto di fiducia nei confronti del singolo professionista. Il medico a ciclo di fiducia acquisisce assistiti in carico secondo modalità corrispondenti al vigente ACN, rispettando un meccanismo flessibile di compensazione scelte/ore (37,5/h).

## AFT composizione

Ai sensi della L.184/12, l'attività dei medici nella AFT è distinta in due tipologie, cui corrispondono specifici e più articolati sistemi di remunerazione:

### 2. Attività di tipo orario

Attività non direttamente connesse alla scelta da parte del cittadino, ma necessarie a supportare l'assistenza fiduciaria e a realizzare attività assistenziali comuni a tutta la popolazione della AFT.

**L'attività oraria, organizzata all'interno dell'AFT, oltre alle attività già previste dall'ACN, può comprendere:**

- **attività di continuità assistenziale notturna, diurna, feriale e festiva, domiciliare e ambulatoriale.**

- **Tale attività andrà organizzata dal medico a ciclo di fiducia secondo criteri di congruità che risultino funzionali al complesso dei compiti assistenziali da erogare nei confronti delle persone assistite, fatto salvo quanto previsto sul numero minimo di ore di ambulatorio come da ACN e AIR.**

- **La continuità assistenziale di tipo tradizionale può essere limitata ad un arco di ore ricompreso fra le 20 e le 24, che sono le ore nelle quali vengono effettuate la quasi totalità delle visite domiciliari.**
- **Dalle ore 24 alle ore 8 il SSR garantirà le urgenze. Tale organizzazione sarà realizzata attraverso obiettivi intermedi concordati a livello aziendale (es.118).**

- **Le ore liberate, nel comparto a rapporto orario, saranno utilizzate dall'AFT in attività diurne.**
- **A titolo di indicazione generale, potranno essere indirizzate alla presa in carico di assistiti ricoverati in reparti di cure intermedie e nei ricoveri temporanei a bassa intensità assistenziale, oppure, in collaborazione con l'attività del medico di fiducia dell'assistito, per il supporto dell'assistenza ai pazienti in dimissione complessa, per l'assistenza ai cittadini nelle fasi terminali della vita (in particolare pazienti oncologici) ed in tutte quelle attività che hanno lo scopo di evitare ricorsi impropri agli ospedali ed in particolare ai P.S.**

- Tali attività potranno essere individuate congiuntamente dal coordinatore dell'AFT e dalla Direzione Aziendale (UACP) e dalla Direzione Distrettuale (UDMG) sottoscritte in uno specifico piano annuale di organizzazione, recepito e validato a livello di Comitato Aziendale. Gli orari diurni potranno essere organizzati in turni di 8 ore, dalle 8 alle 16 e dalle 16 alle 24.

## Condizioni indispensabili per la nuova assistenza territoriale

- **Mantenimento rapporto fiduciario medico-paziente.**
- **Forme associative art. 54 ACN, art 3 AIR.**
- **Nuovo modello di continuità assistenziale.**
- **Rete informatica per ogni AFT.**
- **Collaboratori di studio per tutti.**
- **Infermieri per tutti.**
- **Erogazione diagnostica di 1° livello in AFT.**
- **NuFoSe → audit → medicina di iniziativa.**
- **Società di gestione per studi medici.**

## Diabete

Indicatore	Descrizione		Numera tore	Denomi natore	% Medico	% Media
ID0	% assistiti affetti da diabete mellito	5/0 8	123	1607	7,65	7,15
		4/11	125	1639	7.63	6.80
ID1	% pz diabetici sottoposti al dosaggio dell'emoglobina glicata nel prec. anno		73	123	59,35	62,11
			75	125	60.0	64.10
ID2	% pz diabetici sottoposti al dosaggio dell'assetto lipidico nei prec 2 anni		84	123	68,29	48,12
			85	125	68.0	49.96

## Diabete

Indicatore	Descrizione		Numero	Denominatore	% Medico	% Media
ID3	% diabetici sottoposti a dosaggio LDL colesterolo nel prec. anno	5/08	77	123	62,60	39,75
		4/11	73	125	58.40	40.79
ID4	% diabetici sottoposti ad esame del FOO nel prec. anno		28	123	22,76	24,95
			24	125	19.20	27.23
ID5	% diabetici sottoposti a vaccinazione antinfluenzale nel prec. anno		69	123	56,10	48,93
			42	125	33.60	28.95
ID6	% diabetici con dato fumo registrto		7	123	5,69	24,68
			34	125	27.20	23.66

## Diabete

Indicatore	Descrizione		Numero	Denominatore	% Medico	% Media
ID7	% diabetici affetti da <b>CHD</b> o <b>ictus cerebrale</b> o <b>arteriopatia periferica</b>	5/08	9	123	7,32	8,80
		4/11	10	125	8.0	8.64
ID8	% diabetici in terapia con <b>statine</b>		69	123	56,10	55,09
			70	125	56	55.11
ID9	% diabetici in <b>terapia continuativa</b> con statine		43	123	34,96	37,44
			44	125	35.20	36.42
ID10	% diabetici con ultimo valore di <b>emoglobina glicata</b> $\leq 7.0\%$ nel prec. anno		24	44	54,55	58,41
			26	45	57.78	60.65

Indicatore	Descrizione		Numeratore	Denominatore	% Medico	% Media
ID11	% diabetici con ultimo valore di <b>emoglobina glicata &lt;= 7.4%</b> negli ultimi 15 mesi	5/08	32	50	64	68,78
		4/11	34	49	69.39	70.33
ID12	% diabetici con ultimo valore <b>LDL colesterolo &lt;=100 mg/dl</b> nel prec. anno		14	43	32,56	48,15
			14	45	31.11	50.12
ID13	% diabetici con ultimo valore di <b>PA&lt;=130/80 mmHg</b> nel prec. anno		21	33	63.64	54,93
			26	47	55.32	53.75
ID14	% diabetici con ultimo valore di <b>PA &lt;=145/85mmHg</b> negli ultimi <b>15 mesi</b>		37	46	80,43	79,47
			48	55	87.27	82.24

## Ipertensione arteriosa

Indicatore	Descrizione		Numeratore	Denominatore	% Medico	% Mediana
IP0	% assistiti affetti da ip. art.	5/08	301	1607	18,73	19,15
		4/11	317	1639	19,34	19,04
IP1	% ass. età ≥ 21 anni con misurazione negli ultimi 2 anni		403	1514	26,62	27,02
			514	1538	33,42	27,94
IP2	% pz ipertesi sottoposti a rilevazione pressoria negli ultimi 6 mesi		65	301	21,59	41,10
			115	317	36,28	44,14
IP3	% pz ip. sottoposti a dosaggio della creatinemia nel prec. anno		134	301	44,52	54,68
			133	317	41,96	55,00

## Ipertensione arteriosa

Indicatore	Descrizione		Numeratore	Denominatore	% Medicatio	% Media
IP4	% pz ip. sottoposti a determinazione dell'assetto lipidico nel prec. anno	5/08	145	301	48,17	32,19
		4/11	149	317	47,00	33,77
IP5	% pz ipertesi con ultima determinazione di PA $\leq$ 150/90 mmHg negli ultimi 15 mesi		132	144	91,67	90,16
			157	169	92,90	91,23
IP6	% pz ipertesi con dato fumo registrato		13	301	4,32	25,63
			64	317	20,19	24,43

## **Progetto diabete art.63 AIR**

- 1. 50%pz è compensato (Hb A1c <7)**
- 2. 25%pz non è ben compensato (HbA1c tra 7,4\_10)**
- 3. 25%pz non è controllato (assenza dati)**

**Il gruppo 1 assorbe solo il 40% del presunto budget  
annuale**

- spesa farmaceutica**
- spesa diagnostica**
- ricoveri**

- **Il restante budget può essere spalmato sui gruppi 2 e 3, senza alterare così i bilanci totali.**

**Tabella 7. Numero e distribuzione di eligibili con valutazione di RCV, per sesso e punteggio di cardiorischio.**

RCV	F		M		totale	
	n	%	n	%	n	%
0-4	46997	82,0	21893	46,2	68890	65,8
5-9	7884	13,7	11332	23,9	19216	18,3
10-19	2240	3,9	9957	21,0	12197	11,6
20-39	238	0,4	3840	8,1	4078	3,9
≥40	10	0,0	376	0,8	386	0,4
tot	57369	100,0	47398	100,0	104767	100,0

**Tabella 26. Numero e distribuzione di eligibili con valutazione di RCV, per sesso e punteggio di cardiorischio.**

RCV	F		M		totale	
	n	%	n	%	n	%
0-4	37196	83,7	18298	48,1	55494	67,3
5-9	5820	13,1	9238	24,3	15058	18,2
10-19	1279	2,9	7760	20,4	9039	11,0
20-39	115	0,3	2566	6,8	2681	3,3
≥40	4	0,0	143	0,4	147	0,2
tot	44414	100,0	38005	100,0	82419	100,0

Biennio 2010-2011

Tra i due bienni si evidenzia una diminuzione statisticamente significativa della proporzione di uomini con rischio elevato ( $p < 0,05$ ); in particolare la riduzione è più evidente nella fascia d'età 56---69 anni ( $p < 0,05$ ).

**Tabella 7. Numero e distribuzione di eligibili con valutazione di RCV, per sesso e punteggio di cardiorischio.**

RCV	F		M		totale	
	n	%	n	%	n	%
0-4	46997	82,0	21893	46,2	68890	65,8
5-9	7884	13,7	11332	23,9	19216	18,3
10-19	2240	3,9	9957	21,0	12197	11,6
20-39	238	0,4	3840	8,1	4078	3,9
≥40	10	0,0	376	0,8	386	0,4
tot	57369	100,0	47398	100,0	104767	100,0

15,9

**Tabella 26. Numero e distribuzione di eligibili con valutazione di RCV, per sesso e punteggio di cardiorischio.**

RCV	F		M		totale	
	n	%	n	%	n	%
0-4	37196	83,7	18298	48,1	55494	67,3
5-9	5820	13,1	9238	24,3	15058	18,2
10-19	1279	2,9	7760	20,4	9039	11,0
20-39	115	0,3	2566	6,8	2681	3,3
≥40	4	0,0	143	0,4	147	0,2
tot	44414	100,0	38005	100,0	82419	100,0

14,5

1,4 differenza

**Popolazione eleggibile tra 35 e 69 anni**

**In Puglia circa 2.000.000 di cittadini**

**Gli eventi evitati interessano 1,4% della popolazione**

**cioè 28.000 cittadini**

**Il risparmio per il SSR per gli eventi evitati è di oltre  
€ 100.000.000!**

**L'importante non è prevedere il futuro ma  
renderlo possibile.**

**A. Saint -Exupery**

**Grazie per l'attenzione**