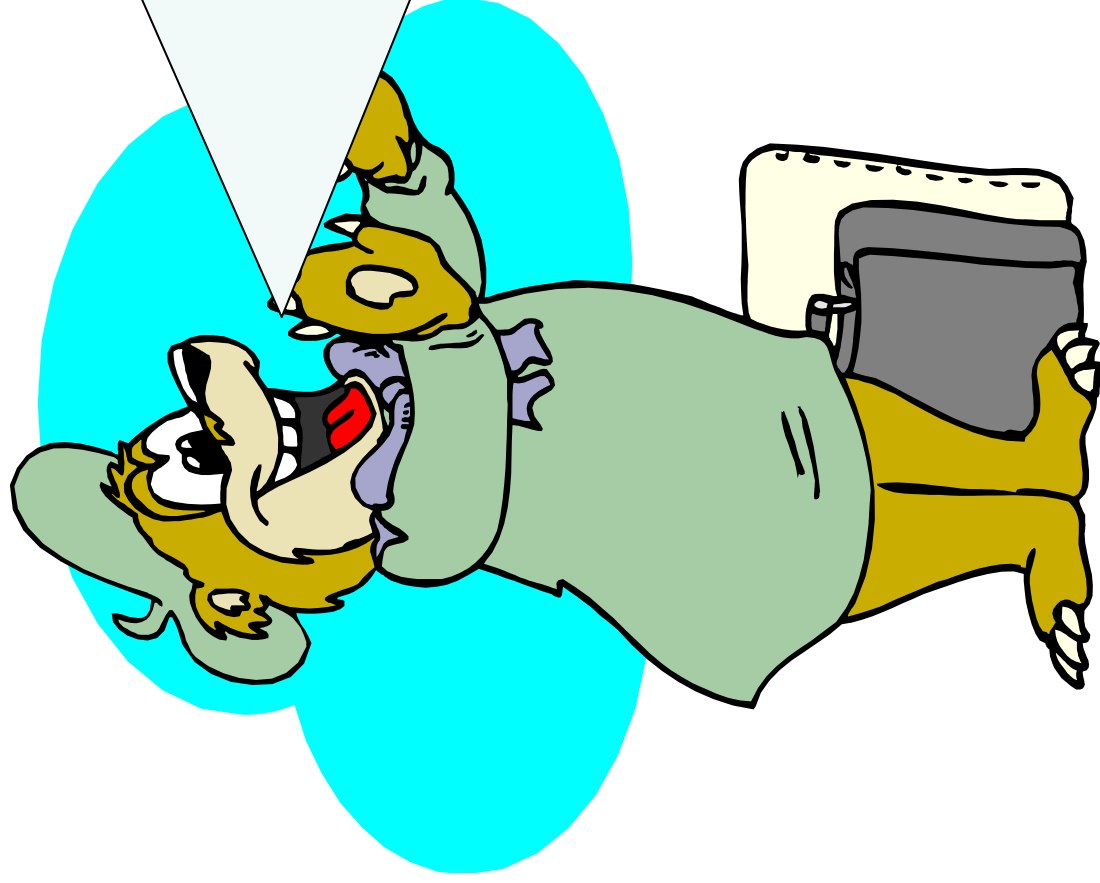


**Assistenza primaria
nel rapporto T – H - T
in Regione Toscana**

Piero Salvadori
AUSL 11 - Empoli
p.salvadori@usl11.toscana.it
Milano. 22.07.13



Fondazione Smith Kline



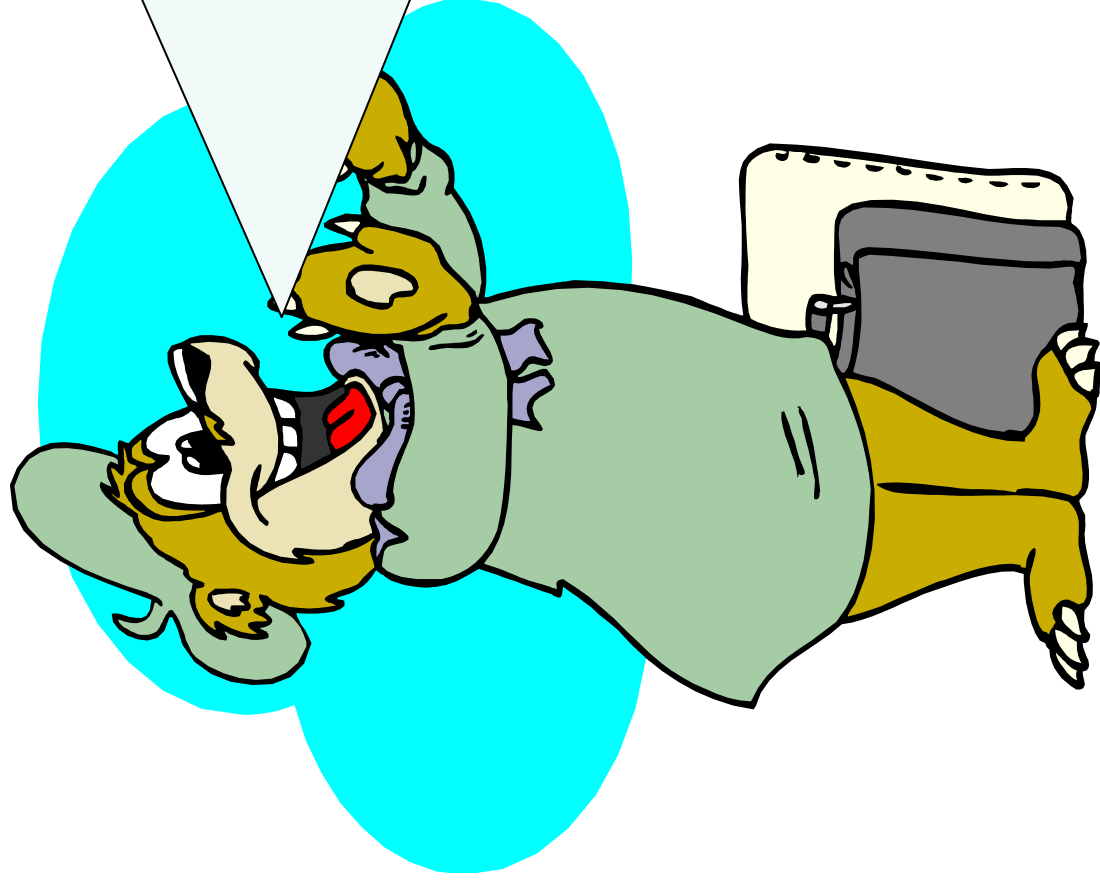
Vi parlo di....

1. Cure primarie in Regione Toscana. La transizione demografica ed i nuovi bisogni

2. La *chronic epidemic*: Chronic Care Model e Sanità di Iniziativa.

3. L'accordo integrativo regionale medicina generale: AFT – UCCP

4. Le case della salute



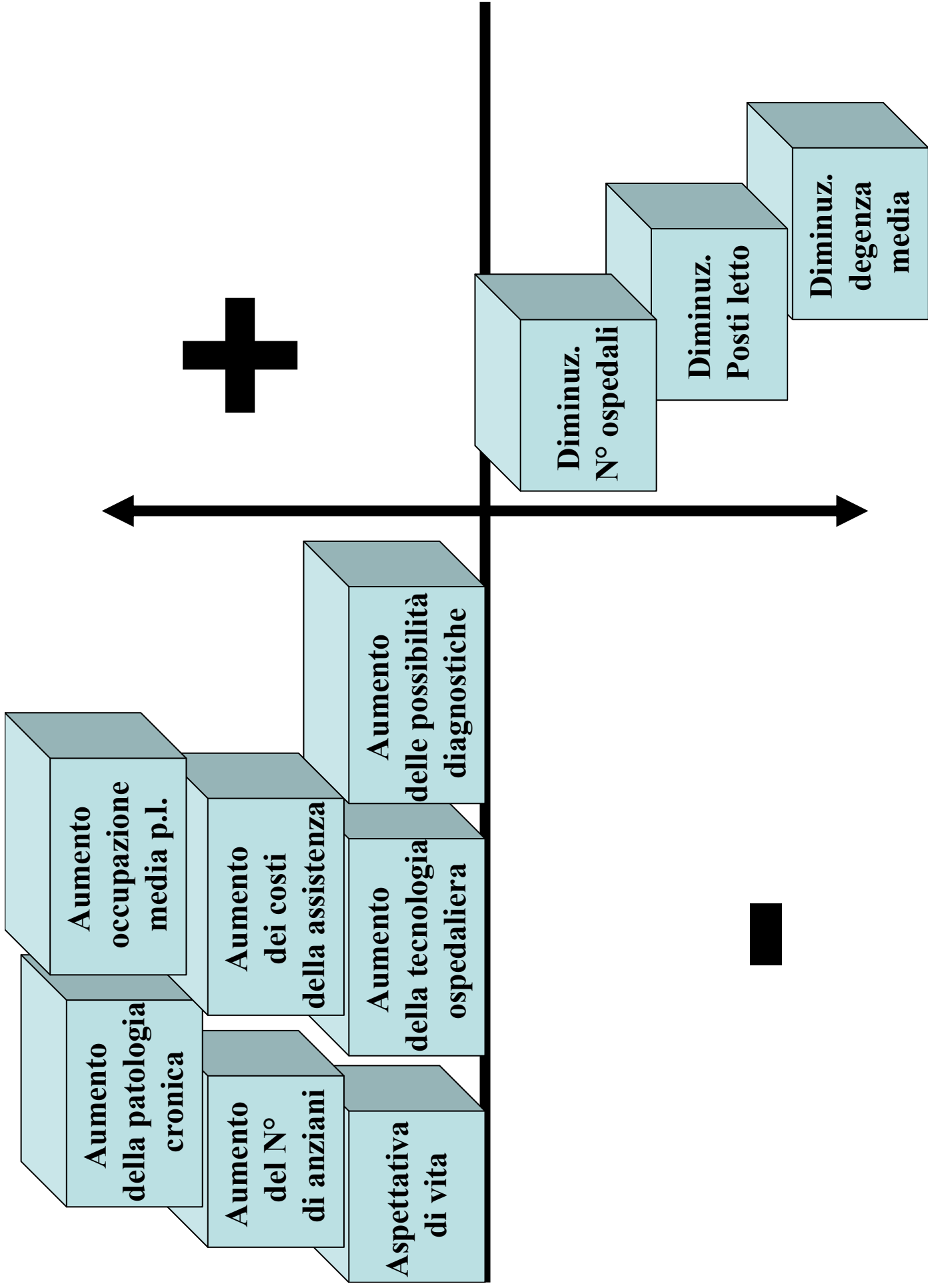
Vi parlo di....

1. Cure primarie in Regione Toscana. La transizione demografica ed i nuovi bisogni

2. La *chronic epidemic*: Chronic Care Model e Sanità di Iniziativa.

3. L'accordo integrativo regionale medicina generale: AFT – UCCP

4. Le case della salute



Argomenti

DGRT 1235

Riorganizzazione SSRT Territorio

DGRT 1235/12 – 1

Allegato - A

TERRITORIO, OSPEDALE, RESIDENZIALITÀ

Il nuovo ruolo del territorio

- 1. MMG:**
 - a) responsabilizzazione sulle risorse**
 - b) Organizzazione in AFT – UCCP**
- 2. Distretto forte = trasmette fiducia ai cittadini, maggiore identità e riconoscibilità, nuovo piano distretti**
- 3. Nuovo ruolo PDF**
- 4. Rafforzamento Specialista ambulatoriale, Amministrativi, Assistenti Sociali, OSS**
- 5. ruolo sempre più emergente delle professioni infermieristiche**

DGRT 1235/12 - 3

Nel potenziamento delle Cure Primarie....

- 1.** dovrà trovare spazio l'adozione di un sistema di gestione per obiettivi supportato da indicatori che valutino l'efficienza, la qualità e la sicurezza dell'assistenza erogata
- 2.** dovrà essere ulteriormente sviluppata la Sanità di Iniziativa Essa affida alle cure primarie l'ambizioso compito di programmare e coordinare gli interventi a favore dei malati cronici, prendendo come riferimento il modello operativo dell'Expanded Chronic Care Model, basato sulla interazione tra il paziente reso esperto da opportuni interventi di formazione e di addestramento ed il team multiprofessionale composto da MMG, infermieri e operatori socio-sanitari

DGRT 1235/12 - 4

**...
Il modello di presidio territoriale che possa ospitare i professionisti in forma integrata e nel quale possa appieno svilupparsi la sanità d’iniziativa si identifica con le forme di UCCP / Casa della Salute / Distretto Socio Sanitario Integrato.**

DGRT 1235/12 – 1
Allegato - B

Tipologia di intervento	Azioni e tempi	Livello di responsabilità
Sviluppo del ruolo dei professionisti delle Cure primarie e della loro integrazione (sub-obiettivo 1.1)	Accordi regionali con MMG, OLS e specialisti ambulatoriali Entro 1 mese	Regione

Gli ACN prevedono gli accordi integrativi regionali per:

- ✓ **Medici di Medicina Generale (MMG)**
 - ✓ **Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI)**
- 1. Pediatri di Libera Scelta (PLS)**

<p>Riassetto presidi distrettuali (sub-obiettivo 1.2)</p>	<p>Definizione standard regionali per la copertura territoriale ottimale delle diverse tipologie di servizi distrettuali con estensione dei servizi su una fascia oraria più ampia</p> <p>Entro 3 mesi</p> <p>Regione</p>
---	---

- 1. Censimento Presidi Sanitari Integrati al 31.12.12**
- 2. Una scheda per ciascuna UCCP nel sito regionale con foto esterna della struttura e del team residente, per la riconoscibilità**
- 3. Consensus Conference fra tutti i professionisti delle UCCP, per amalgamare i comportamenti (simile a ciò che fu fatto per la SDI)**

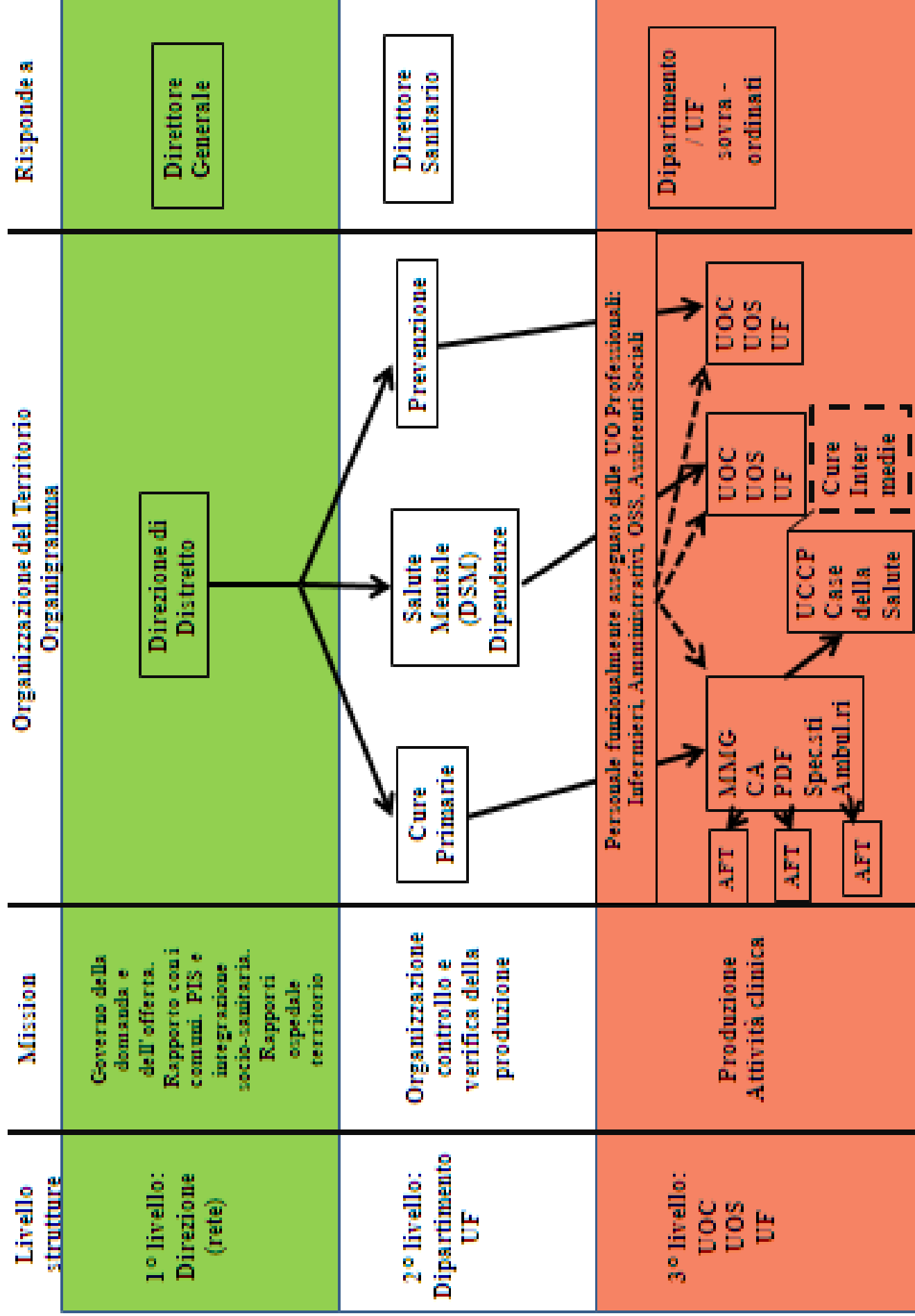
Il nuovo Distretto S.S.

- **Il Distretto come struttura di governo, organizzazione e produzione: tre diversi livelli di responsabilità:**
-
- **1° livello - la Direzione di Distretto**
- **Si occupa di valutazione dei bisogni, governo e appropriatezza della domanda e dell'offerta, rapporti con i comuni, elaborazione del piano integrato di salute e integrazione socio-sanitaria, rapporti ospedale territorio.**
- **Il Direttore di Distretto è nominato dal Direttore Generale in accordo con l'articolazione distrettuale della Conferenza dei Sindaci.**
- **Il Direttore di Distretto nella sua attività di committenza, si rapporta con la direzione del presidio ospedaliero (anche di azienda ospedaliera) per ogni aspetto riguardante l'appropriatezza dell'offerta e la collaborazione con il territorio (partecipazione degli specialisti alle UCCP- case della salute, dimissioni programmate, etc.). A questo livello fanno capo le Unità Funzionali delle Cure Primarie, della Salute Mentale –Dipendenze e della Prevenzione.**

- **2° livello – Direzione di Unità Funzionale / Dipartimento**
- **Si occupa di organizzazione, controllo e verifica della produzione.**
- **Vi si trovano tre Unità Funzionali (o Dipartimenti ove costituiti):**
 - **Cure Primarie**
 - **Salute Mentale – Dipendenze**
 - **Prevenzione – Sanità Pubblica.**
- **I Direttori delle UF sono nominati dal Direttore Sanitario e con esso negoziano gli obiettivi di budget, di concerto con il Direttore di Distretto e con i Direttori dei Dipartimenti aziendali di riferimento.**
- **All’UF Cure Primarie fanno capo – oltre alle tradizionali attività distrettuali come i consultori, assistenza domiciliare, etc – le attività di recente attivazione, come la sanità d’iniziativa e le nuove strutture organizzative come le AFT e UCCP.**
-

- **3° livello Unità operativa – Unità funzionale**
- **Si occupa di produzione e di attività clinica. Raccoglie tutti i professionisti sanitari e sociali della salute a livello territoriale si evolve passando dalle AFT alle UCCP.**
- **Obiettivo finale è quello di giungere a un'organizzazione territoriale composta da equipe multidisciplinari complesse (UCCP), composte da MMG, PLS, specialisti, infermieri, fisioterapisti, assistenti sociali, ubicate in strutture sufficientemente capienti e dotate di una base di diagnostica di primo livello ed eventualmente anche di letti di cure intermedie, denominate Case della salute.**





Tipologia dei “Servizi”	Territorio	ospedale
Prelievi	X	
Attività infermieristica ambulatoriale e domiciliare	X	
Attività autorizzativa e certificativa sanitaria	X	
consultorio	Ostetrico – ginecologico	X
	Pediatrico – vaccinazioni	X
	Giovani	X
	Immigrati	X
Assistenza farmaceutica integrativa		X
Riabilitazione	X	X
Diagnostica per immagini – radiologia tradizionale		X
Ecografia	X*	X
Attività amministrative	X	X°
Punto Unico Assistenza Territoriale (PUA)	X	X**
UVM	X	
Sert	X	
Smia	X	
Sma	X	
Dip.to Prev.ne – Sanità Pubblica	X	
Continuità Assistenziale (ex GM)	X	
Poliambulatorio	Odontoiatria – Ortodonzia	X
	Altre branche specialistiche	X°°
Dietetica	X	X
Medicina legale	X	
Medicina sportiva	X	
Assistenza primaria (MMG / PDF)	X	

*: l'attività di ecografia può essere prevista all'interno delle UCCP, come attività “diagnostica leggera”

°: attività amministrative ospedaliere essenzialmente legate alla degenza

** : il PUA può posizionarsi anche all'interno del Presidio Ospedaliero come Agenzia per la Continuità Ospedale Territorio

°°: alcune branche specialistiche possono essere previste sia nei Presidi Distrettuali e Poliambulatoriali, come pure nelle nascenti UCCP (Case della Salute)

	Modello di Presidio Distrettuale		
	Base	Intermedio	Completo
Tipologia dei "Servizi"			
Prelievi	X	X	X
Attività infermieristica ambulatoriale e domiciliare	X	X	X
Attività autorizzativa e certificativa sanitaria		X	X
consultorio	Ostetrico – ginecologico	X	X
	Pediatrico – vaccinazioni	X	X
	Giovani	X	X
	Immigrati		X
Assistenza farmaceutica integrativa			X
Riabilitazione		X	X
Diagnostica per immagini – radiologia tradizionale			X
Ecografia			X
Attività amministrative	X		X
Punto Unico Assistenza Territoriale (PUA)			X**
UVM			X
Sert			X
Smia			X
Sma			X
Dip.to Prev.ne – Sanità Pubblica			X
Continuità Assistenziale (ex GM)		X	X
Poliambulatorio	Odontoiatria – Ortodonzia		X
	Altre branche specialistiche		X
Dietetica			X
Medicina legale			X
Medicina sportiva			X
Assistenza primaria (MMG / PDF)		X	X

<p>Appropriatezza e buon uso delle risorse da parte dei prescrittori (sub-obiettivo 1.3)</p>	<p>Definizione raccomandazioni per il buon uso del farmaco e per la prescrizione di diagnostica per immagini</p> <p>Entro 2 mesi</p>	<p>Regione</p>
	<p>Accordo con MMG e altri professionisti</p> <p>Entro 3 mesi</p>	<p>Regione</p>

1. Progetto “CHOOSING WISELY”

2. Rafforzamento DGRT 1038/2005

Sviluppo strumenti per la continuità assistenziale e la presa in carico globale del cittadino (sub-obiettivo 1.4)

Accordo con MMG e altri professionisti	Regione
Entro 2013	
Accordi aziendali	Azienda sanitaria territoriale
Entro 3 mesi dall'Accordo regionale	

- 1. Costituzione del gruppo regionale per il monitoraggio degli AIA (accordi Integrativi Aziendali)**
- 2. Costituzione di un gruppo regionale definire meglio il significato e strategie di ADI – ADP – UVM – UVA e Cure Intermedie all'interno dell'AFT**

Estensione della Sanità d’iniziativa e ulteriore sviluppo dell’Expanded Chronic care model	Indicazioni per la revisione dei percorsi assistenziali per le patologie croniche	Regione
(sub-obiettivo 1.5)	Entro 3 mesi Adeguamento percorsi aziendali Entro 3 mesi dalle indicazioni regionali	Azienda sanitaria territoriale

1. **Definire quanto prima con il gruppo regionale monitoraggio AIA i meccanismi con i quali è possibile autofinanziare gli AIA.**
2. **Ridefinire la composizione del CORMAS entro questo mese e riunirlo**
3. **Cambiare alcuni indirizzi della SDI:**
 - a) **Passare dagli indicatori di processo a quelli di risultato**
 - b) **Passare dall’approccio per patologia a quello globale del cronico**
 - c) **Iniziare con una sperimentazione locale sul rischio cardio vascolare ed ipertensione**

Fig. 1 Gli AIA stipulati e vigenti in Regione Toscana al 31/12/12

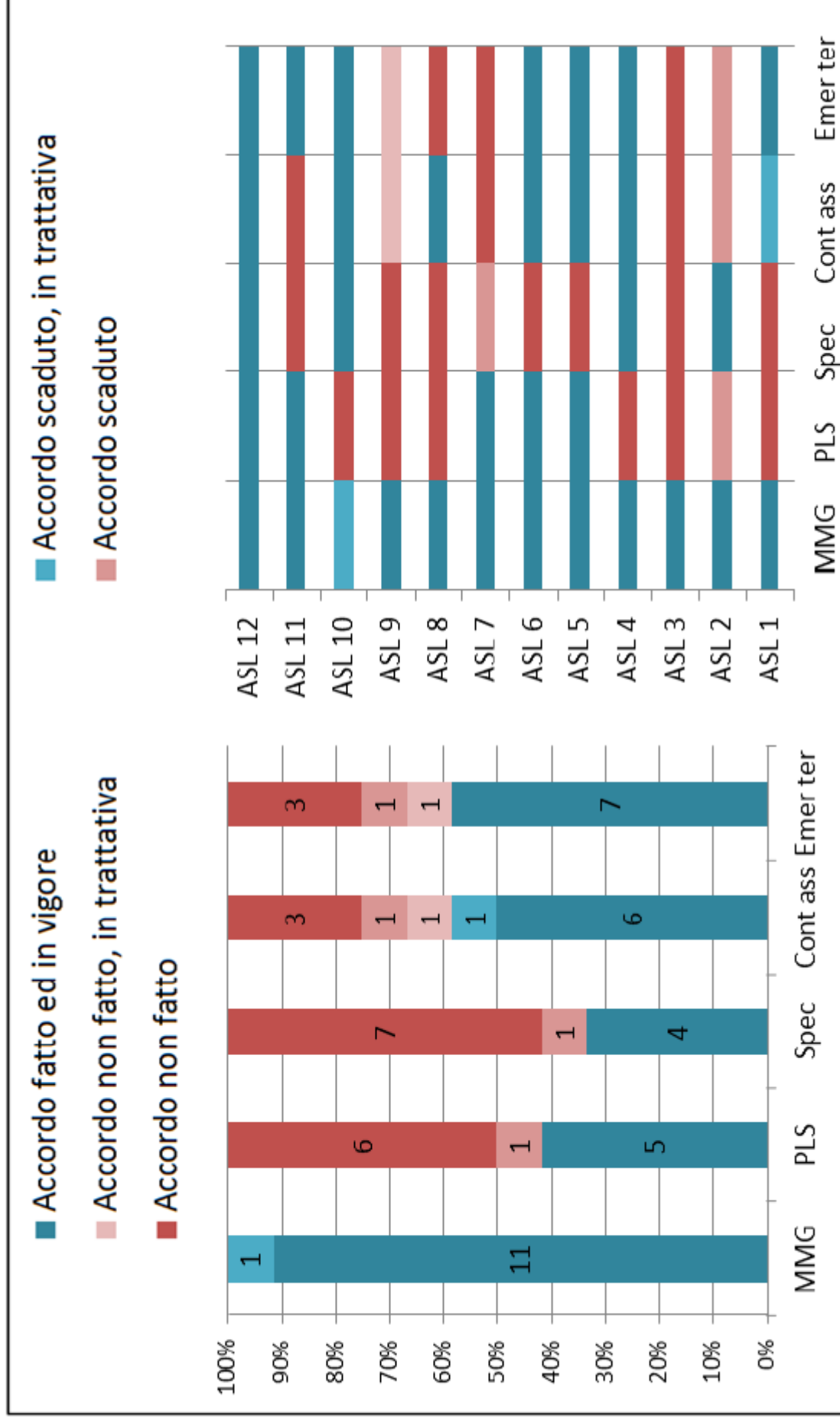
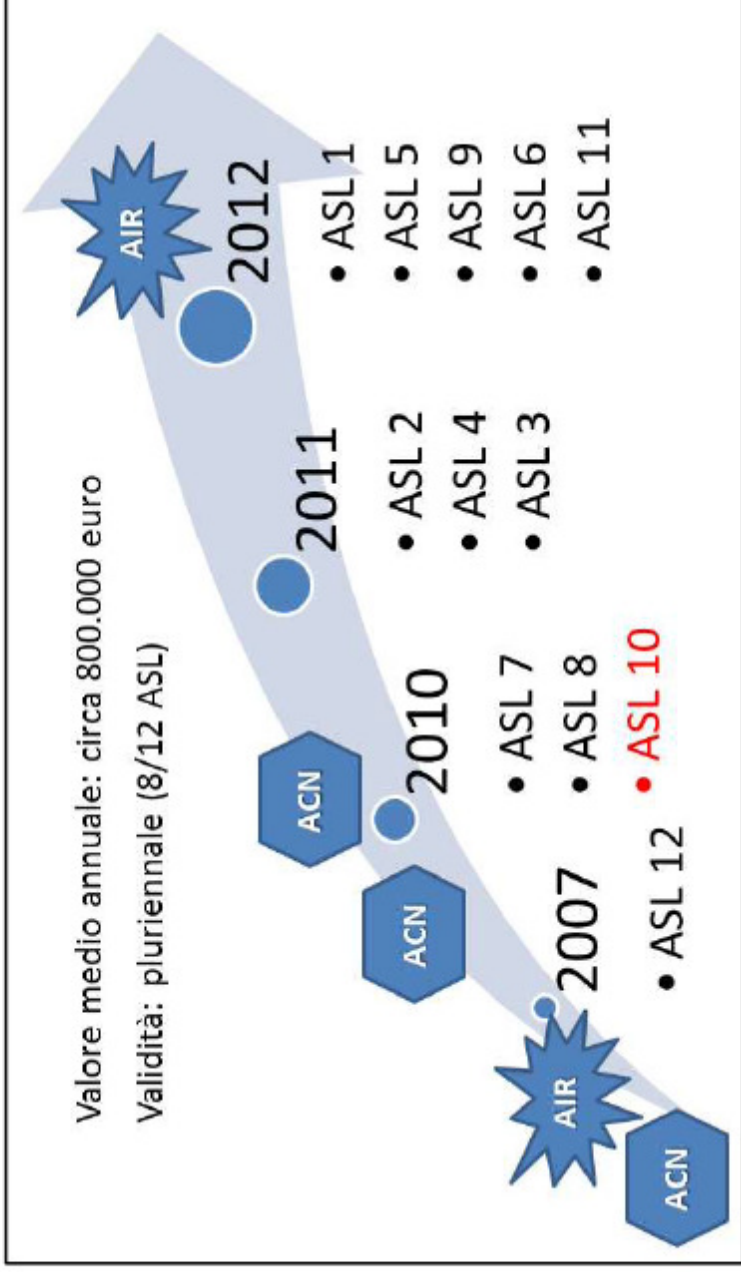
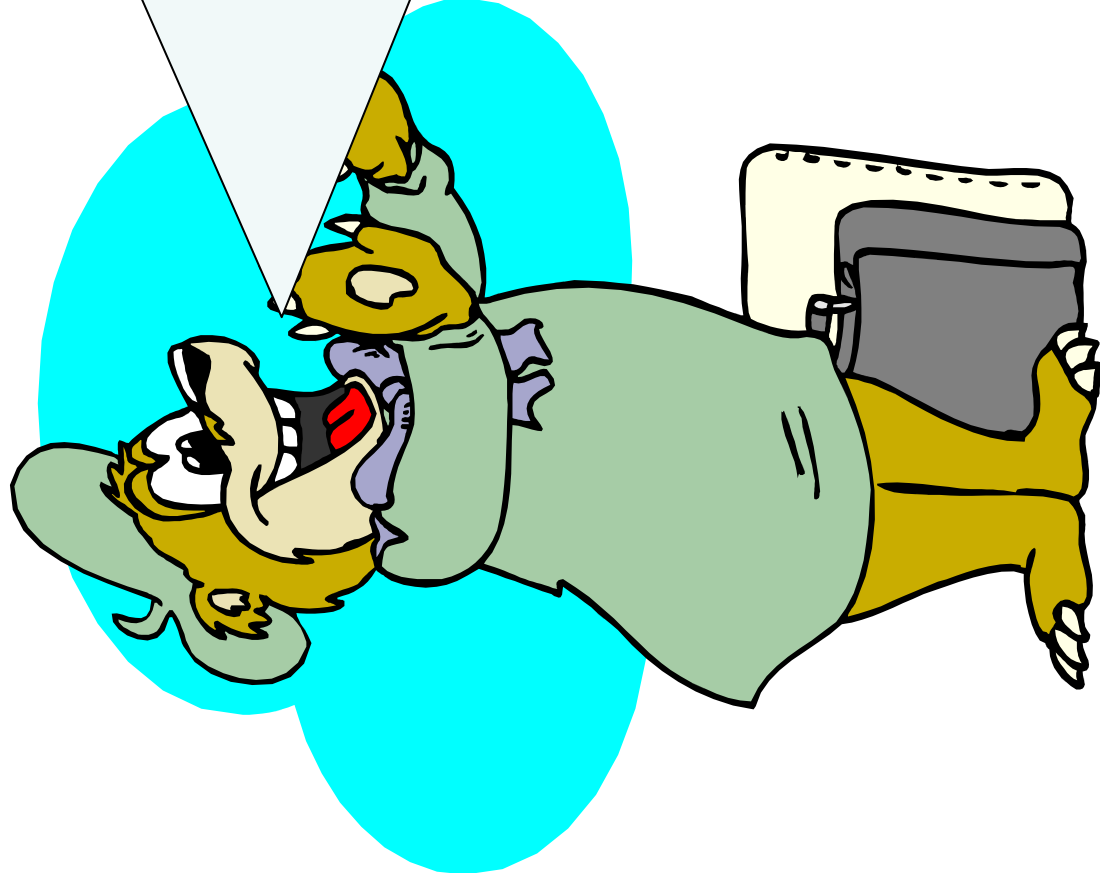


Fig. 2 Ultimi AIA stipulati per la Medicina Generale: data di stipula, validità, valore medio annuale





Vi parlo di....

1. Cure primarie in Regione Toscana. La transizione demografica ed i nuovi bisogni

2. La chronic epidemic:
Chronic Care Model e
Sanità di Iniziativa.

3. L'accordo integrativo regionale medicina generale: AFT – UCCP

4. Le case della salute

Alcune evidenze che ci devono far riflettere

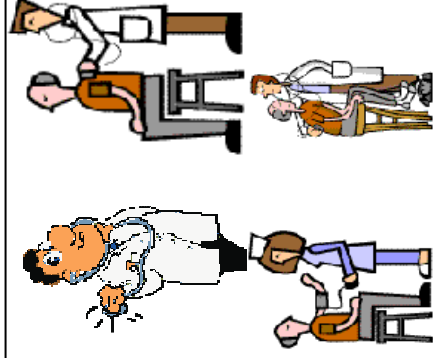
<u>Problema prioritario di salute</u>	<u>Epoca temporale</u>	<u>Risposta di Sanità di iniziativa</u>
Malattie infettive	Primi 60 anni del '900	Vaccinazioni
Tumori	Ultimi 40 anni del '900	Screening
Malattie degenerative – sindromi metaboliche	Fine '900 – inizio di questo secolo	Chronic care model

• **sanità di iniziativa** citata nella letteratura scientifica come la più adatta ad affrontare dal versante delle cure primarie e non dell'ospedale la cronicità, mentre la più classica medicina di attesa è più calibrata per affrontare le malattie acute

L'organizzazione: il modulo (base)

La sede del modulo è l'ambulatorio della MMG. Qui vengono svolte tutte le attività previste dai percorsi, che sono registrate sulla cartella clinica del MMG

Aggregazione funzionale di MMG per circa 10.000 assistiti



Infermieri e OSS sono operatori di provenienza aziendale, opportunamente formati e assegnati funzionalmente al gruppo di MMG

oscana.it

All'interno di ogni modulo, che è coordinato da un MMG, opera un team multiprofessionale costituito dai MMG e da infermieri e OSS (1/10.000 assistiti per le 5 patologie)

Il modello assistenziale: i ruoli professionali

L.Roti, R.T.

- **Il MMG** è il responsabile clinico del team e del paziente, con funzione di *supervisione* e orientamento della attività del team verso obiettivi condivisi, misurabili. Un MMG assume le funzioni di coordinatore.
- **L'infermiere** ha autonomia e responsabilità per funzioni specifiche alla gestione assistenziale del paziente individuate sulla base dei protocolli operativi condivisi a livello aziendale, **è impegnato nel follow up e nel supporto al self management.**
- **L'OSS** costituisce una risorsa di rilievo per l'attuazione del CCM, continuando a svolgere le funzioni di **assistenza alla persona al domicilio del paziente** nei casi di non autosufficienza o laddove risulti comunque necessario.
- **L'azienda Usl** garantisce l'organizzazione dei servizi per la presa in carico nei PDTA e la verifica dell'andamento del progetto di modulo attraverso la funzione dei **medici di comunità.**
- **La relazione fra le professioni** presenti nel team, che ha rappresentato una difficoltà iniziale, è ad oggi uno dei valori aggiunti

L'organizzazione: i percorsi - 1

- I pazienti che aderiscono al progetto sono inseriti in elenchi di patologia (**diabete mellito tipo II, scompenso cardiaco, BPCO, ictus/TIA, ipertensione arteriosa**)
- La scelta: portare avanti una prima fase di progetto orientata su patologie, tecnicamente più semplice, in modo da poter meglio seguire la crescita dell'organizzazione interna ai moduli e delle relazioni interprofessionali nel team
- I percorsi, contestualizzati a livello aziendale, sono stati pubblicati sul sito delle Aziende Sanitarie
- La definizione di caso è omogenea in tutta la Regione

L'organizzazione: i percorsi - 2

- I percorsi contengono i controlli periodici differenziati in base al rischio individuale, in occasione dei quali viene eseguito il counselling e il supporto al self management
- Nei percorsi la figura medica specialistica è orientata a divenire il consulente del team più che lo specialista che prende in carico i singoli pazienti
- Le prestazioni specialistiche programmate sono prenotate ed erogate al di fuori dei normali canali CUP
- L'introduzione della telemedicina consentirà di erogare direttamente nella sede del modulo le prestazioni di controllo

Lo stato dell'arte

Il progetto, si è articolato in fase pilota e successive fasi di estensione

	Fase pilota	Estensione 1	Estensione 2	Totale
Data attivazione	01/06/2010	01/03/2011	01/04/2012	
Moduli	56	34	16	106
MMG Coinvolti	627	284	105	1.016
Assistiti	766.274	331.121	131.200	1.228.595
% copertura residenti	24%	34%	38%	



Percorsi attivati:

- diabete mellito;
- Scompenso Cardiaco;
- BPCO;
- Ictus/ TIA

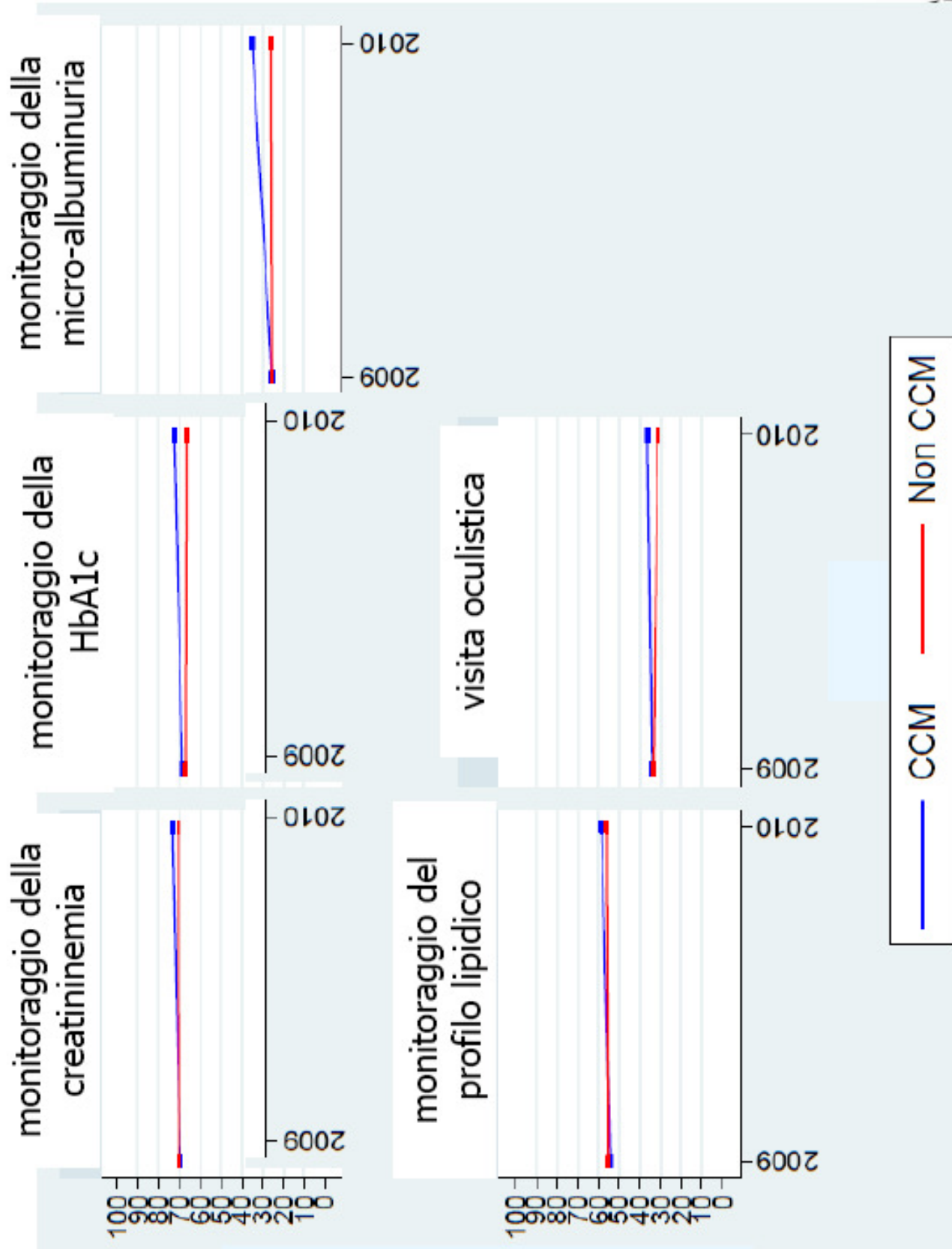


Percorsi attivati:

- diabete mellito;
- Scompenso Cardiaco;

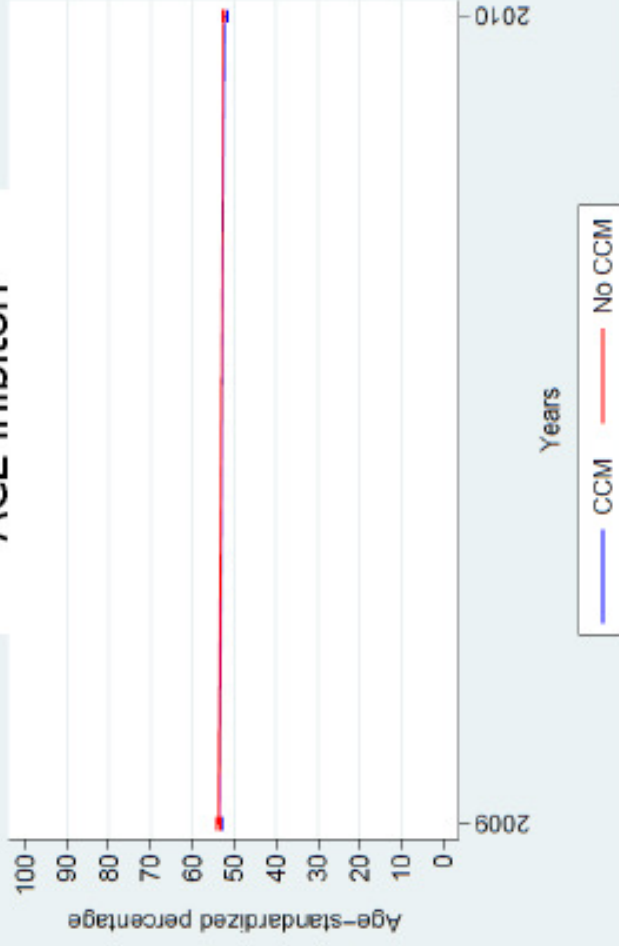


I processi di cura

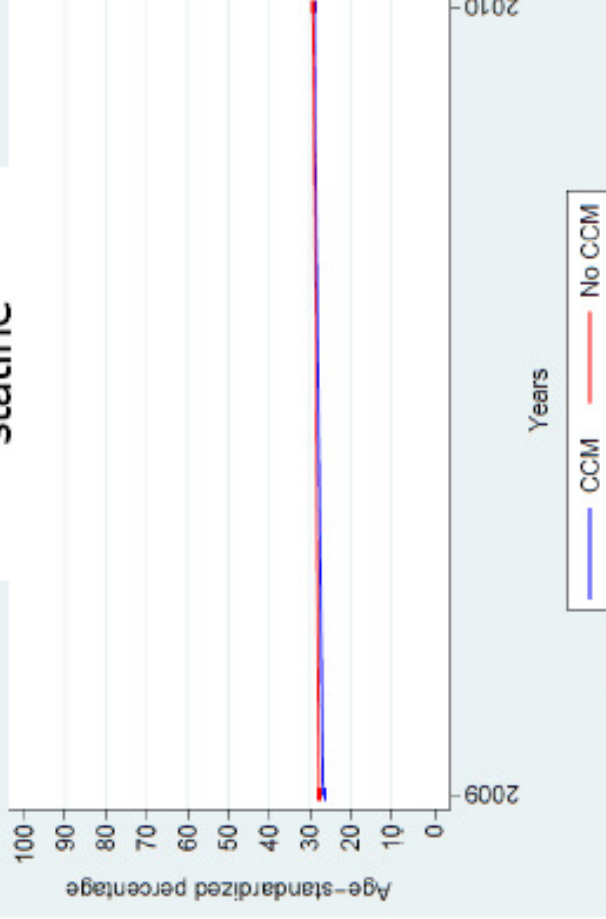


I processi di cura

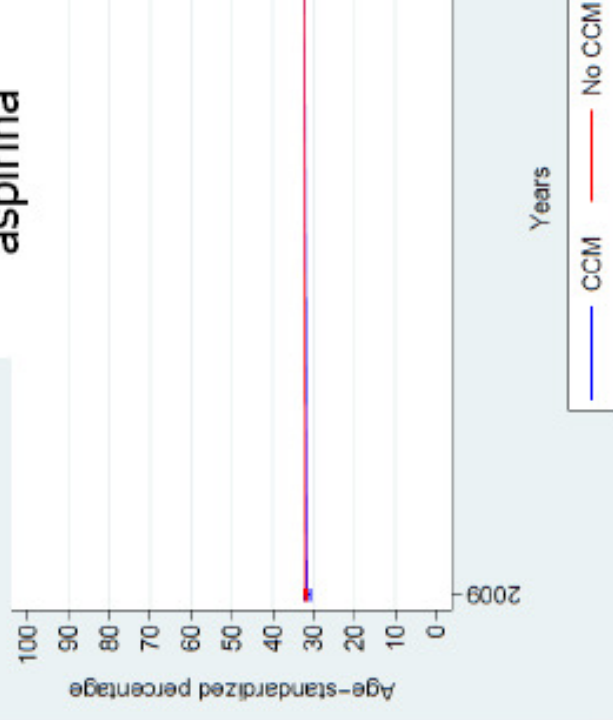
ACE inibitori



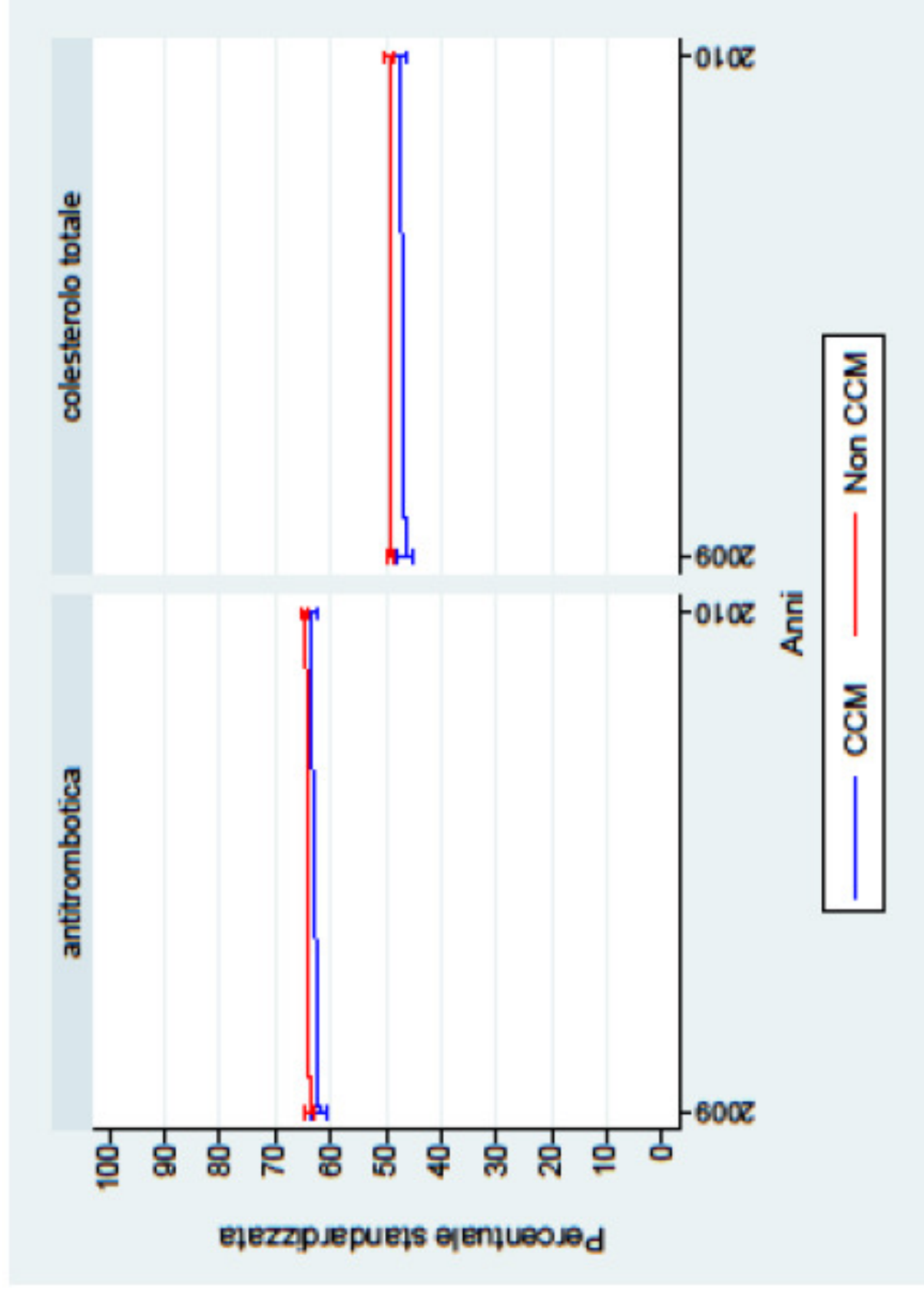
statine



aspirina

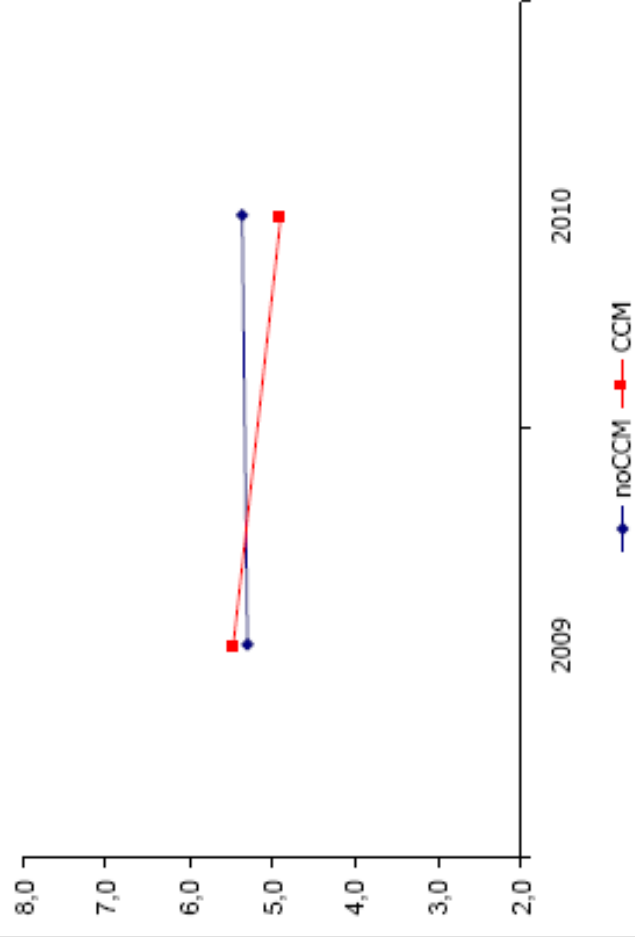


Pregresso ictus

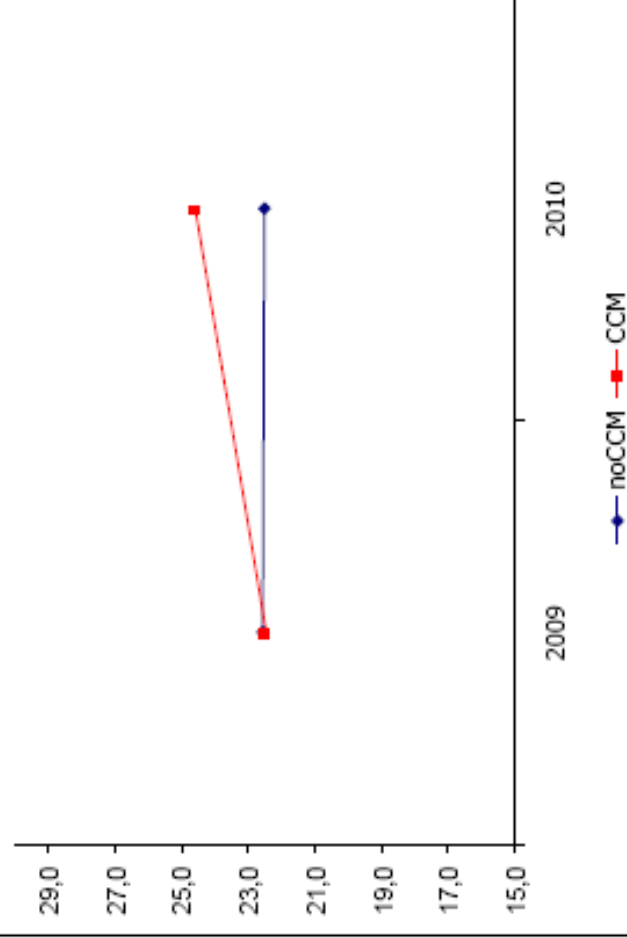


Costi pro-capite specifiche prestazioni sanitarie – 2° semestre

Visite diabetologia



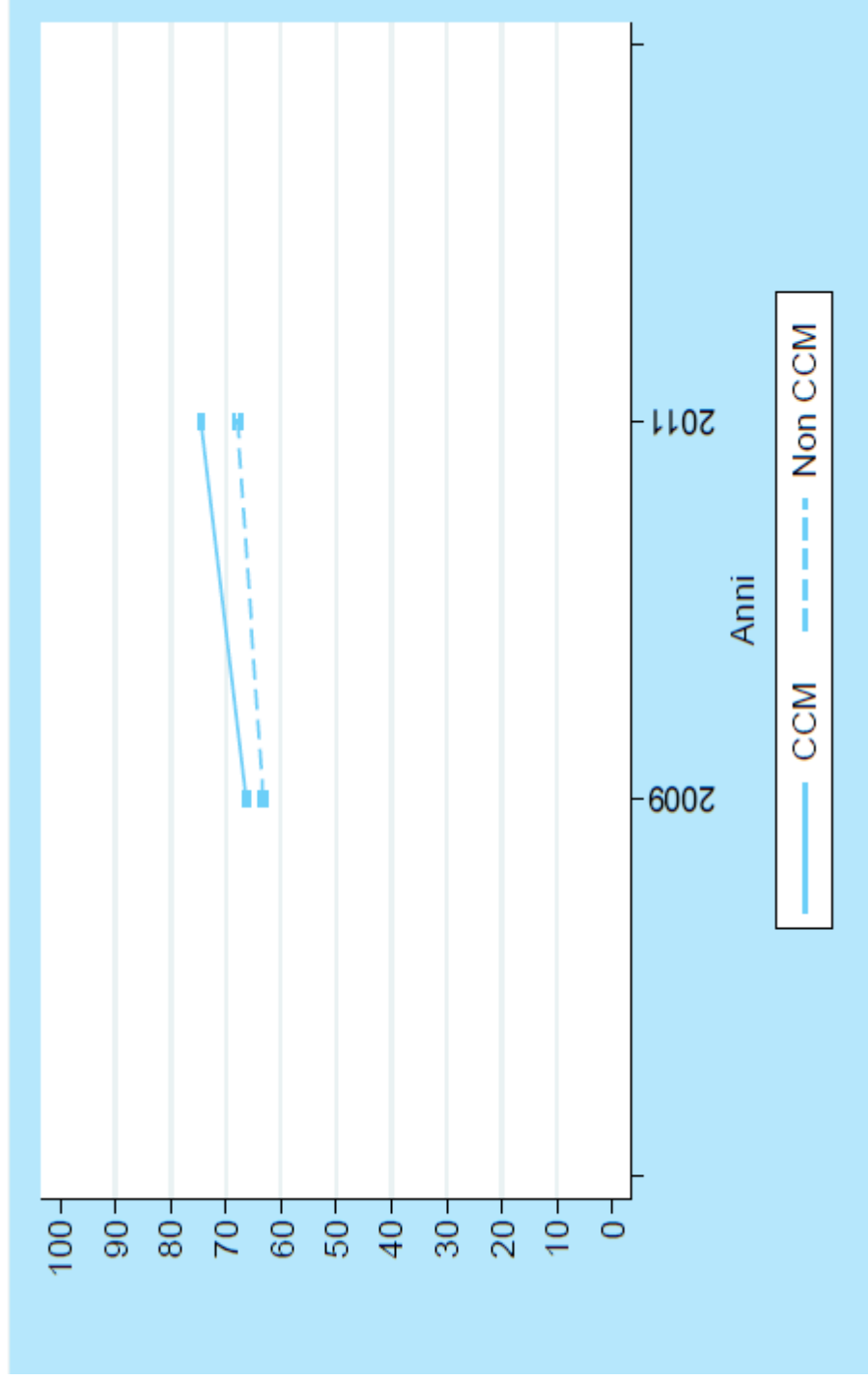
Esami di laboratorio



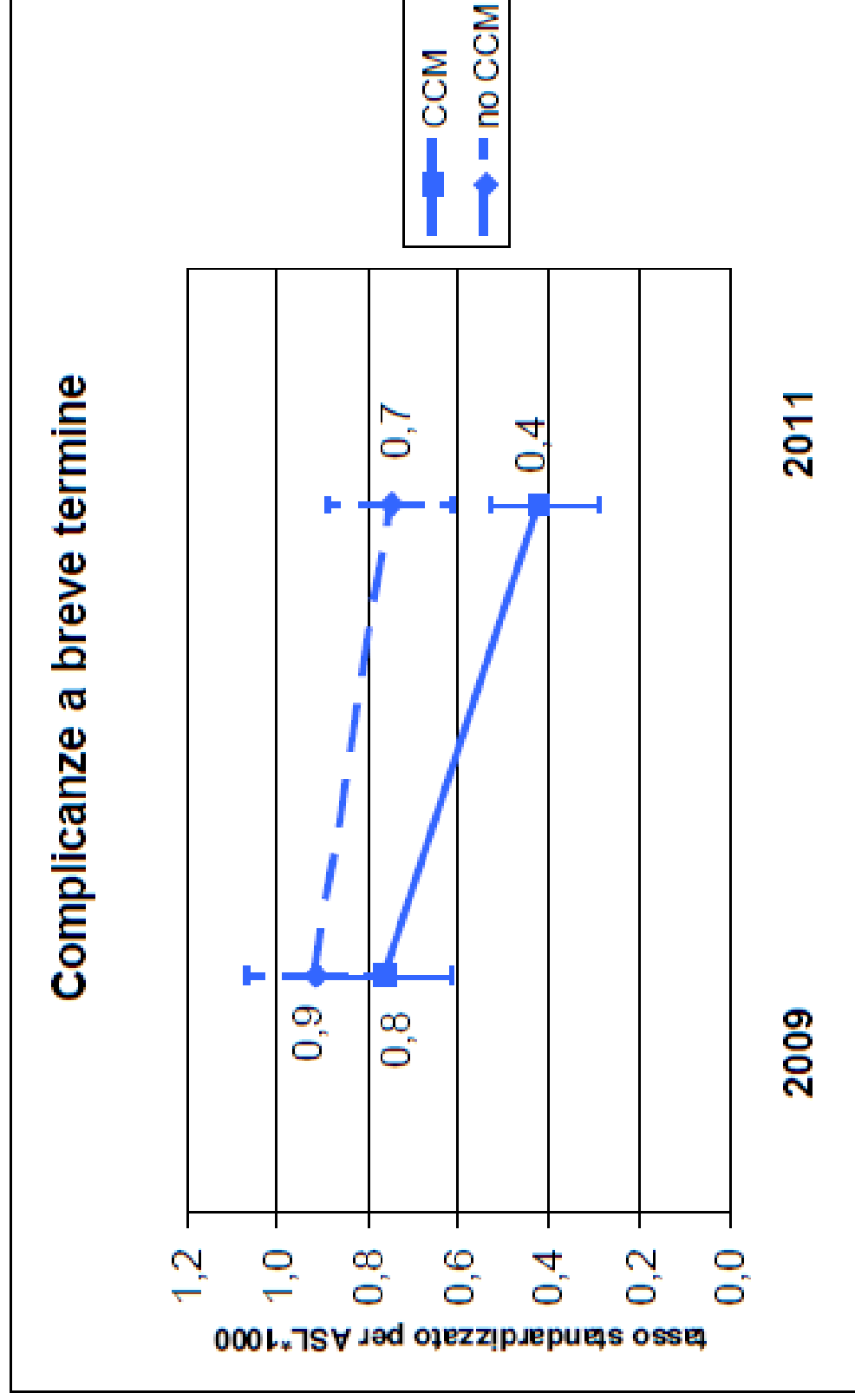
Riassumendo... Nei pazienti con diabete arruolati dai MMG aderenti al CCM, confrontati coi pazienti con diabete arruolati dai MMG non aderenti al CCM:

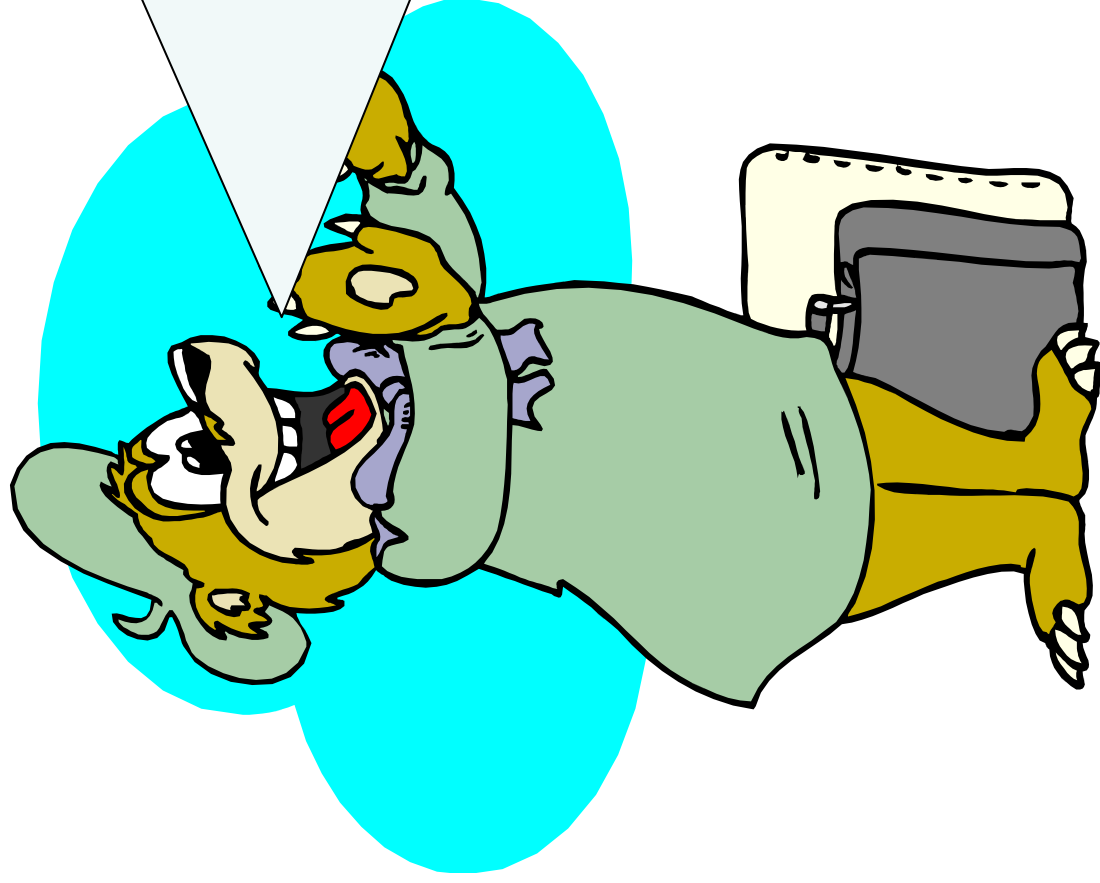
- a) La qualità delle cure in termini di indicatori di processo sembra migliorare**
- b) Le percentuali di pazienti in trattamento con specifici farmaci non cambia**
- c) I costi pro capite delle visite specialistiche sembrano diminuire**
- d) Il costo pro capite delle visite oculistiche e della diagnostica di laboratorio specifica sembrano aumentare**

Emoglobina glicata



Tassi di ospedalizzazione





Vi parlo di....

1. Cure primarie in Regione Toscana. La transizione demografica ed i nuovi bisogni

2. La *chronic epidemic*: Chronic Care Model e Sanità di Iniziativa.

3. L'accordo integrativo regionale medicina generale: AFT – UCCP

4. Le case della salute

AIR - TOSCANA

Da notare

- **Appropriatezza delle cure e dell'uso delle risorse (punto 5)**

Il raggiungimento degli obiettivi (predetti), recepiti con Accordo Aziendale ed opportunamente monitorati, costituirà elemento determinante per la copertura economica del presente accordo, garantendo l'obiettivo dell'invarianza di spesa.

- **L'Accordo Aziendale (AA) (punto 7)**

Il meccanismo di utilizzo, fermi restando gli obiettivi affidati dalla Regione alle singole Aziende, potrà tenere conto anche dei livelli di spesa differenziati fra le varie Aziende ed essere adattato agli obiettivi concordati nella contrattazione decentrata. Questo darà risorse per finanziare tutto l'accordo e generare risparmi aggiuntivi.

Le aggregazioni dell'ACN MMG

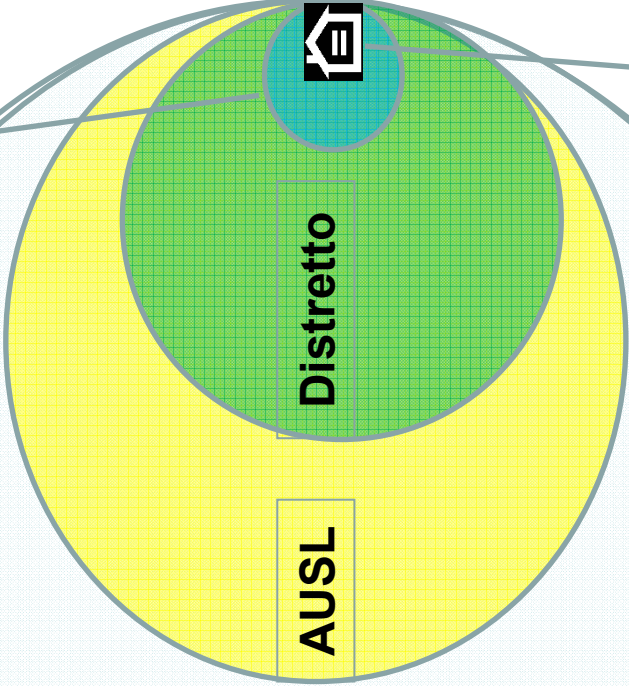
	Mono professionali	Multi professionali	Funzionali	Strutturali
ET Equipe territoriali		X	X	
AFT Aggregazioni Funzionali Territoriali	X		X	
UCCP Unità Complesse di Cure Primarie		X		X

**Dal Territorio alla
Unità Produttiva**

Regione

Area Vasta

AUSL

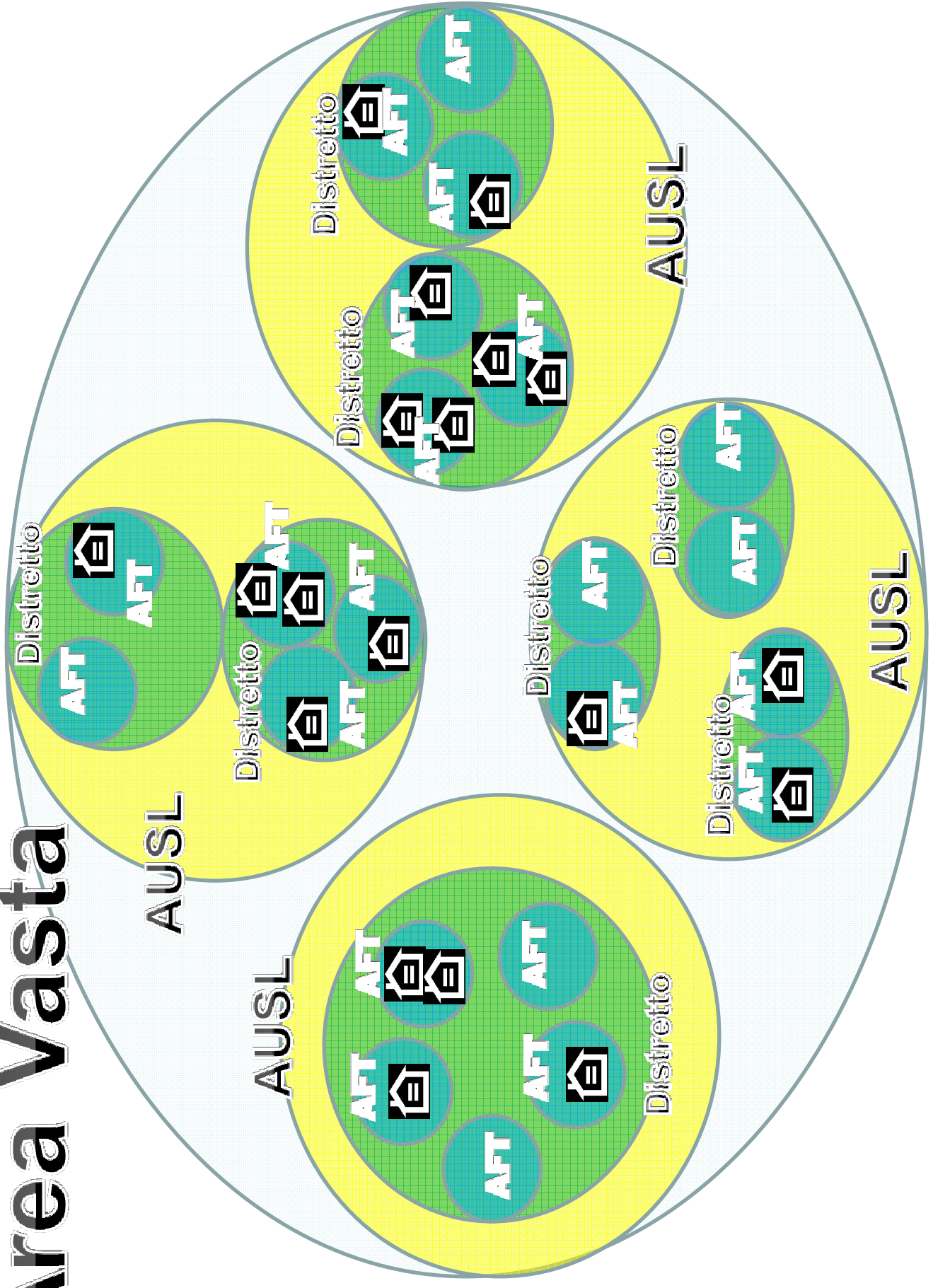


Distretto

**AFT
Area
Elementar
e**

**UCCP
Casa della
Salute**

Area Vasta



AFT (1)

- **Obiettivo:** affidare ai medici della AFT, secondo obiettivi definiti e concordati con l’Azienda Sanitaria, la tutela della salute della popolazione di riferimento
- **Ambito:** di norma 30.000 abitanti
- Contiene medici a rapporto di fiducia e/o orario
- Un MMG eletto dagli altri MMG la coordina
- **Compiti:**
 - Assistenza ambulatoriale e domiciliare
 - SDI
 - governance clinica nel settore della farmaceutica, della diagnostica, della specialistica, dei trasporti e degli ausili (budget)
 - Prevenzione
 - Empowerment degli assistiti
 - Diagnostica di primo livello

Sistema Informativo di AFT (2)

- **Anagrafe sanitaria: esenti per reddito e ticket, nuove scelte / revoche**
- **Ricetta elettronica, fino a completa dematerializzazione (2014)**
- **Gestione dati Chronic Care Model**
- **Patient summary, relativamente agli obblighi ACN**
- **Altri obblighi previsti dall'ACN**
- **Certificazione telematica di malattia**

I medici dell'AFT (3)

- **A rapporto fiduciario**
- **A rapporto orario**
 - **Continuità assistenziale (h16)**
 - **Attività di governo clinico**
- **Eleggono fra loro il coordinatore che avrà 10 h/settimana**

Continuità Assistenziale (CA) ex Guardia Medica

1. In via sperimentale sarà possibile in alcune aree, previa presentazione di un progetto all'interno del Comitato Aziendale MG e con il coinvolgimento del Coordinatore di AFT, attivare l'h-16.
In questo caso il turno di CA cesserà alle 24.00
1. Il monte ore di AUSL per la CA resta immutato
2. I medici di CA possono passare a 38 ore settimanali

Censimento ad oggi

Azienda USL	Zona Distretto	Conteggio di AFT	Somma di N° MMG	Somma di N° assistiti	Conteggio di N° Medici a rapporto orario	Conteggio di Punto di Continuità Assistenziale
1	APUANE	4	114	131.256		4
	LUNIGIANA	2	41	45.166		2
1 Totale		6	155	176.422		6
2	Piana di Lucca	5	122	147.758	5	5
	Valle del Serchio	2	46	52.120	2	2
2 Totale		7	168	199.878	7	7
3	Valdinievole	1	0	31.544	1	1
	pistoia	5	132	147.393	5	5
3 Totale		6	132	178.937	6	6
4	Pratese	8	178	213.194		
4 Totale		8	178	213.194		
5	Alta Val di Cecina	1	15	18.386		1
	Pisana	5	146	173.057		5
	Valdera	4	92	100.894		4
5 Totale		10	253	292.337		10
6	Bassa Val di Cecina	2	62	70.000	2	2
	Elba	1	22	30.000	1	1
	Livornese	5	132	155.000	5	5
	Val di Cornia	2	47	50.500	2	2
6 Totale		10	263	305.500	10	10
7	Valdichiana	2	57	57.000	2	2
	Alta val d'Elisa	2	62	55.100	2	2
	Amiata Val d'Orcia	1	25	20.000	1	1
	Senese	4	121	119.500	4	4
7 Totale		9	265	251.600	9	9
8	AREZZO	5	94	114.475	5	5
	CASENTINO	1	27	31.926	1	1
	VALDARNO	4	67	82.744	4	4
	Valdichiana	2	37	46.214	2	2
	VALTIBERINA	1	23	27.971	1	1
8 Totale		13	248	303.330	13	13
9	Amiata grossetana	1	22	16.479	1	1
	Area Grossetana	4	91	95.152	4	4
	Colline Albegna	2	61	45.198	2	2
	Colline Metallifere	2	43	40.214	2	2
9 Totale		9	217	197.043	9	9
10	Firenze	10	278	324.655		10
	Mugello	2	52	56.432		2
	Nordovest	5	156	184.144		5
	Sudest	5	127	140.391		5
10 Totale		22	613	705.622		22
11	EMPOLESE	5	120	169.903	5	5
	VALDARNO INFERIORE	2	53	67.160	2	2
11 Totale		7	173	237.063	7	7
12	Versilia	6	121	146.269	6	6
12 Totale		6	121	146.269	6	6
Totale complessivo		113	2786	3.207.195	67	105

UCCP (1)

Definizione: è un aggregazione strutturale multi-professionale di cui fanno parte i MMG insieme ad altri operatori del territorio, sanitari, sociali ed amministrativi che opera, nell'ambito dell'organizzazione distrettuale, in sede unica o con una sede di riferimento

Obiettivo: effettuare in maniera integrata tutte quelle attività utili ad affrontare prima di tutto la cronicità in tutte le sue varianti

La sede unica consentirà di offrire sul territorio una sede riconoscibile per le necessità assistenziali dei cittadini

UCCP (2)

L'UCCP si sviluppa in strutture quali:

- **Presidio distrettuale integrato**
- **Casa della Salute (CDS)**
- **Riconversione di presidi ospedalieri o territoriali**
- **Strutture comunali o comunque pubbliche**
- **Strutture messe a disposizione da società di servizio della Medicina Generale, cooperative mediche**
- **Strutture del Volontariato**
- **Strutture provenienti dal privato**

Professionisti che compongono il modulo “base” dell’UCCP (3)

- 1. Medici di Medicina Generale (con eventuale presenza di Pediatri di Famiglia)**
- 2. Infermieri (siano essi dipendenti AUSL o altro Datore di lavoro)**
- 3. Amministrativi (siano essi dipendenti AUSL o altro Datore di lavoro)**
- 4. Assistenti Sociali e/o Operatori Socio Sanitari (siano essi dipendenti AUSL, Comunali o in Cooperativa...)**
- 5. Specialisti:**
 - a. presenti fisicamente**
 - b. o in alternativa che sia presente una attività specialistica di telemedicina (es. lettura da remoto di un ECG)**
 - c. o in alternativa che sia presente una “diagnostica di primo livello)**

Il coordinatore dell’UCCP è eletto dai medici convenzionati che fanno ne parte e la nomina è ratificata con atto aziendale

Sanità d'iniziativa

- **Copertura popolazione (MMG)**
 - **60 % 2013**
 - **80 % 2014**
 - **100 % 2015**
- **Le risorse necessarie saranno anche reperite attraverso una azione di maggior appropriatezza di tutte le categorie professionali**
- **I MMG pagati a risultato**
- **Gli indicatori (di risultato rivisti annualmente)**

Sanità d'iniziativa

- **Copertura popolazione (MMG)**
 - **60 % 2013**
 - **80 % 2014**
 - **100 % 2015**
- **Le risorse necessarie saranno anche reperite attraverso una azione di maggior appropriatezza di tutte le categorie professionali**
- **I MMG pagati a risultato**
- **Gli indicatori (di risultato rivisti annualmente)**

Accordo Integrativo Aziendale (AIA)

- **Entro 31.03.13 ciascuna AUSL stipula l’AIA**
- **Contenuti:**
 - budget a livello di AFT, di UCCP e aziendale basato sui contenuti degli obiettivi e degli indicatori del presente accordo
 - meccanismo di riparto già descritto
 - potrà tenere conto anche dei livelli di spesa differenziati fra le varie Aziende ed essere adattato agli obiettivi

Formazione continua art. 20 (ACN)

Si istituisce il Centro Toscano di Formazione e Ricerca in Medicina Generale, con le seguenti funzioni:

- a) formazione pre-laurea: MG e tirocinio pre-abilitazione
- b) formazione specifica post-laurea: corso di formazione in MG
- c) formazione continua obbligatoria permanente da ACN
- d) formazione continua manageriale, sanità di iniziativa, CCM e diagnostica di primo livello
- e) ricerca e sperimentazione in MG e Cure Primarie
- f) Scuola di Formazione di Ecografia in medicina generale

Esempi di indicatori di budget per incontri di audit clinico e/o organizzativo a livello di AFT / UCCP

	Indicatore
Farmaceutica	Spesa / 1000 ab.
	N° ricette / 1000 ab
	N° pezzi / 1000 ab.
Specialistica	Indicatori di appropriatezza prescrittiva
	Spesa / 1000 ab.ti
	N° prestaz.ni / 1000 ab.ti
	Spesa e prest.ni / 1000 ab. varie branche
Codici di priorità per le prestazioni specialistiche	Tasso di consumo TC e RM / ab.ti
	Percentuale di prescrizioni per ciascun MMG per categoria di priorità (es.: breve...)
	Spesa / 1000 ab.ti
	N° ricoveri / 1000 ab.ti
	Tassi di ospedalizzazione specifici per patologia
Ricoveri ospedalieri	N° ricoveri / 1000 ab.ti escl. parto
	DRG ad alto rischio di inappropriatezza
	N° ricoveri medici ripetuti
	N° ricoveri medici/ 1000 ab.ti
	N° accessi cod. bianco / 1000 ab.ti
Accessi in DEA	N° accessi cod. azzurro / 1000 ab.ti
	N° accessi totali PS / ab.ti
	N° accessi ripetuti
	N° accessi ripetuti

<p>Accessi (ADP, ADI, ADR) Per i valori di riferimento vedere DGRT 262/2010 nota 1</p>	<p>Numero accessi / 1000 ab.ti Costo accessi per ADP / per ADI / 1000 ab.ti</p>
<p>Prestazioni aggiuntive Per i valori di riferimento vedere DGRT 262/2010 nota 1</p>	<p>N° . di pazienti trattati / 1000 ab Costo totale / 1000 ab.ti Costo per singola prestaz.ne / 1000 ab.ti Vaccinazioni</p>
<p>Ausili e Presidi</p>	<p>N° presidi/MMG/1000 ab.ti Costo presidi/MMG/1000 ab.ti</p>
<p>AFA</p>	<p>N° . di pazienti trattati / 1000 ab N° pazienti inviati ai corsi AFA a bassa disabilità / 1000 ab.ti N° pazienti inviati ai corsi AFA ad alta disabilità / 1000 ab.ti</p>
<p>Copertura vaccinazione antinfluenzale</p>	<p>% di assistiti > 65 anni vaccinati</p>
<p>Indice di Charlson</p>	<p>Indice di comorbilità</p>
<p>Sanità di iniziativa</p>	<p>Indicatori di monitoraggio progetto regionale</p>
<p>Mortalità</p>	<p>Tasso di mortalità generale / 1000 ab.ti</p>
<p>Trasporti sanitari</p>	<p>N° prescrizioni / 1000 ab Costo trasporti san. / 1000 ab.</p>
<p>Donatori sangue</p>	<p>Tipologia trasporto: ambulanza, mezzo attrezzato N° donatori / 1000 ass.ti N° donazioni / 1000 ass.ti</p>
<p>Screening</p>	<p>% adesione / 1000 per gli screening di prevenzione oncologica (mammella, colon- retto collo dell'utero)</p>

Appropriatezza prescrittiva farmaceutica

A puro titolo esemplificativo, si inseriscono alcuni esempi di obiettivi specifici:

a. Prescrizione principi attivi a prezzo di riferimento o brevetto scaduto

Obiettivo: obiettivo regionale: almeno il 72% delle confezioni erogate deve essere a base di molecole presenti nelle liste di trasparenza regionale

b. Prescrizione statine

Obiettivo costo medio per unità posologica max 0,44 euro

c. Prescrizione sartani

Obiettivo: incidenza massima del 27% delle unità posologiche a base di sartani sul totale delle UP di farmaci della categoria “Sostanze ad azione sul sistema renina - angiotensina”

d. Prescrizione sartani

Obiettivo: almeno il 90% delle unità posologiche a base di molecole non coperte da brevetto

e. Prescrizione antibiotici iniettabili

Obiettivo: massimo il 20% delle confezioni a somministrazione iniettiva sul totale delle confezioni

Appropriatezza prescrittiva specialistica e contenimento dei tempi di attesa

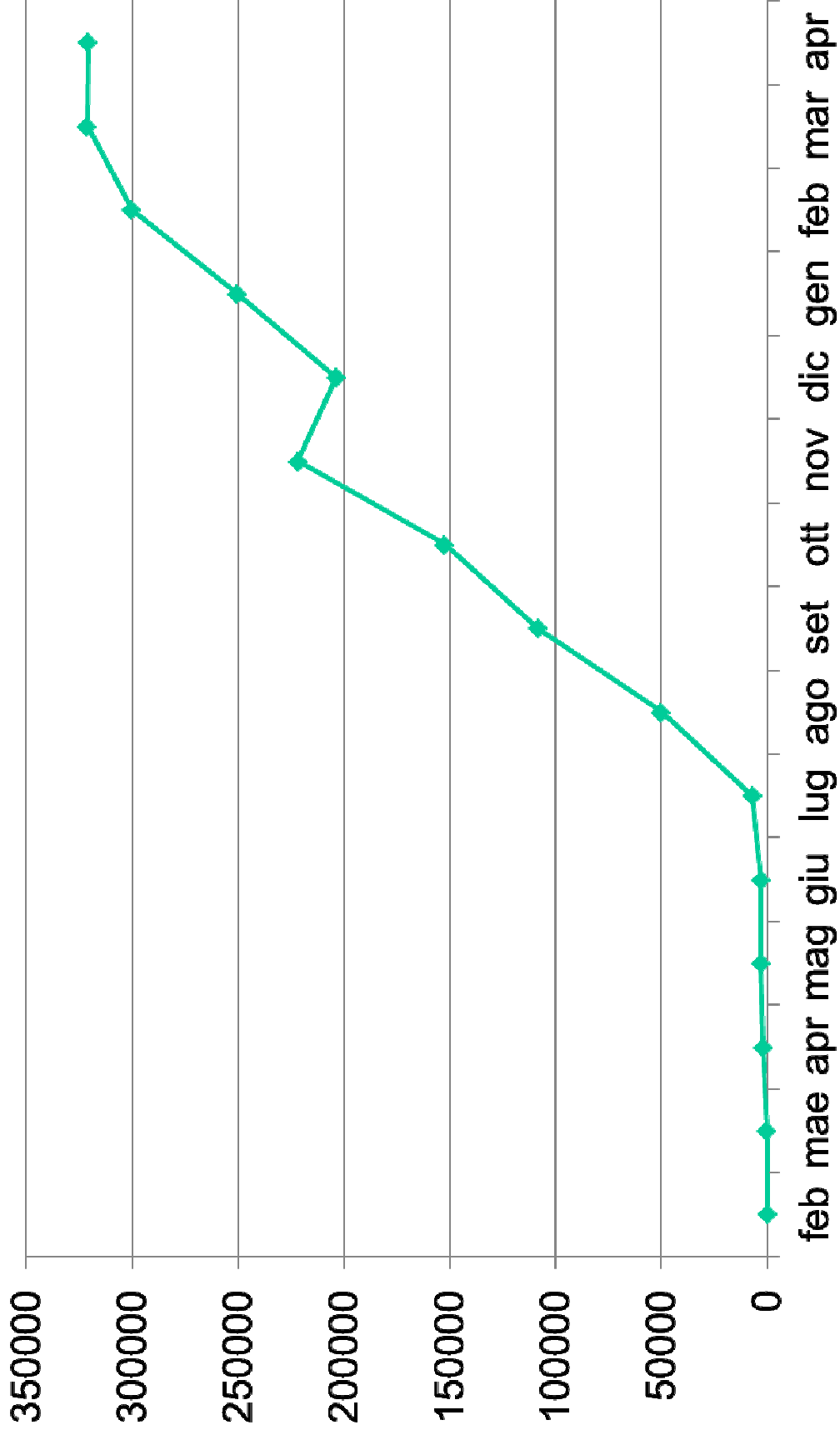
- **Le ricette devono riportare**
 - **il quesito diagnostico o presunta diagnosi**
 - **il codice di priorità**
- **Budget per AFT con indicatori specialistica di cui sopra**
- **Incontri di audit almeno semestrali con Dirigenti Distrettuali**
- **Tavolo aziendale paritetico MG – Specialisti (anche AOU) ai sensi DGRT 1038/2005**
- **Costituzione fondo appropriatezza prescrittiva specialistica**

Sistema Informativo della Medicina Generale

- **Il sistema di cooperazione applicativa di RT (CART) è in uso alla MG**
- **Add-on MG serviranno per connettività**
- **E-prescription e completa dematerializzazione ricetta medica, anche come lotta alla induzione di prescrizione**
- **Patient summary**
 - 1. prima i > 75 aa,**
 - 2. poi i cronici**
 - 3. poi allargamento alla popolazione**

Azioni da fare entro il					
Argomento	31.03.13	30.06.13	31.12.13	31.01.14	31.12.14
AFT	individuaz.ne AFT	nomina coordinatori tra MMG e con AUSL	rete informatica MMG e con AUSL	per ciascuna AFT è redatto un piano generale delle attività a rapporto orario	CA a regime
		costituz. Budget	gestione urgenze di comunità		
		incontri di peer review	H16		
UCCP		censimento UCCP	presentazione dei piani aziendali di implementazione delle UCCP		
		costituzione fondo economico			
AIA	stipula dell'accordo aziendale con la MG				

N° e-prec.



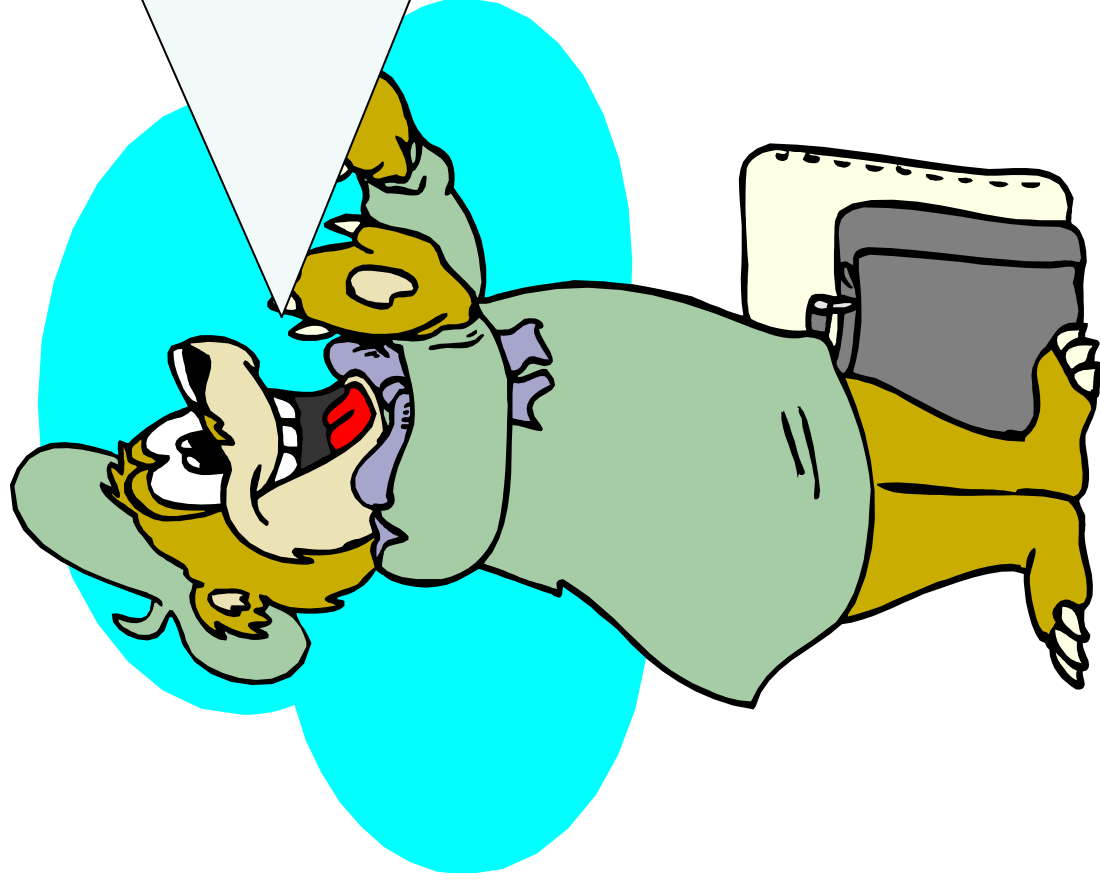
Argomenti

**DGRT 1228 Accordo Integrativo
Specialisti Ambulatoriali Interni**

- 1. AFT con ambito di Zona Distretto**
- 2. UCCP: Consensus Conference**
- 3. AFT con indicatori di budget
simili a quelli della MG**

Indicatori utili per incontri di audit in AFT (ambito temporale annuale o semestrale)

	Indicatore
Farmaceutica	Spesa / 100 ore
	N° ricette / 100 ore
	N° pezzi / 100 ore.
	Indicatori qualitativi di prescrizione da DGRT
Specialistica per branca	Spesa / 100 ore
	N° prestaz.ni / 100 ore
	Tasso di consumo TC e RM / 100 ore
Fughe Prestazioni specialistiche	Spesa / 100 ore
	N° prestaz.ni / 100 ore
	Spesa e prest.ni / 100 ore
Ausili e Presidi per branca	N° presidi MSA/100 ore
	Costo presidi/MSA/100 ore



Vi parlo di....

1. Cure primarie in Regione Toscana. La transizione demografica ed i nuovi bisogni

2. La *chronic epidemic*: Chronic Care Model e Sanità di Iniziativa.

3. L'accordo integrativo regionale medicina generale: AFT – UCCP

4. Le case della salute

La casa è quel posto dove, quando ci andate, vi accolgono sempre (David Frost, giornalista Britannico).

Le 3 colonne della Casa della Salute

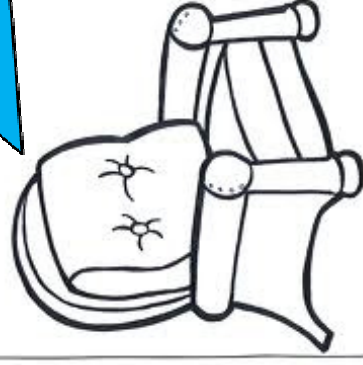
Integrazione



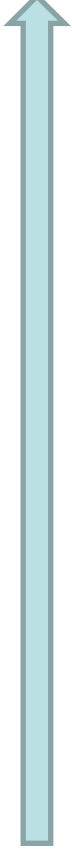
Presa in carico



A c c o s i e n z a



Empoli



Viareggio



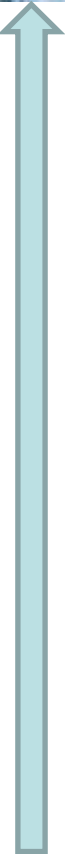
**Castiglion
Fiorentino**



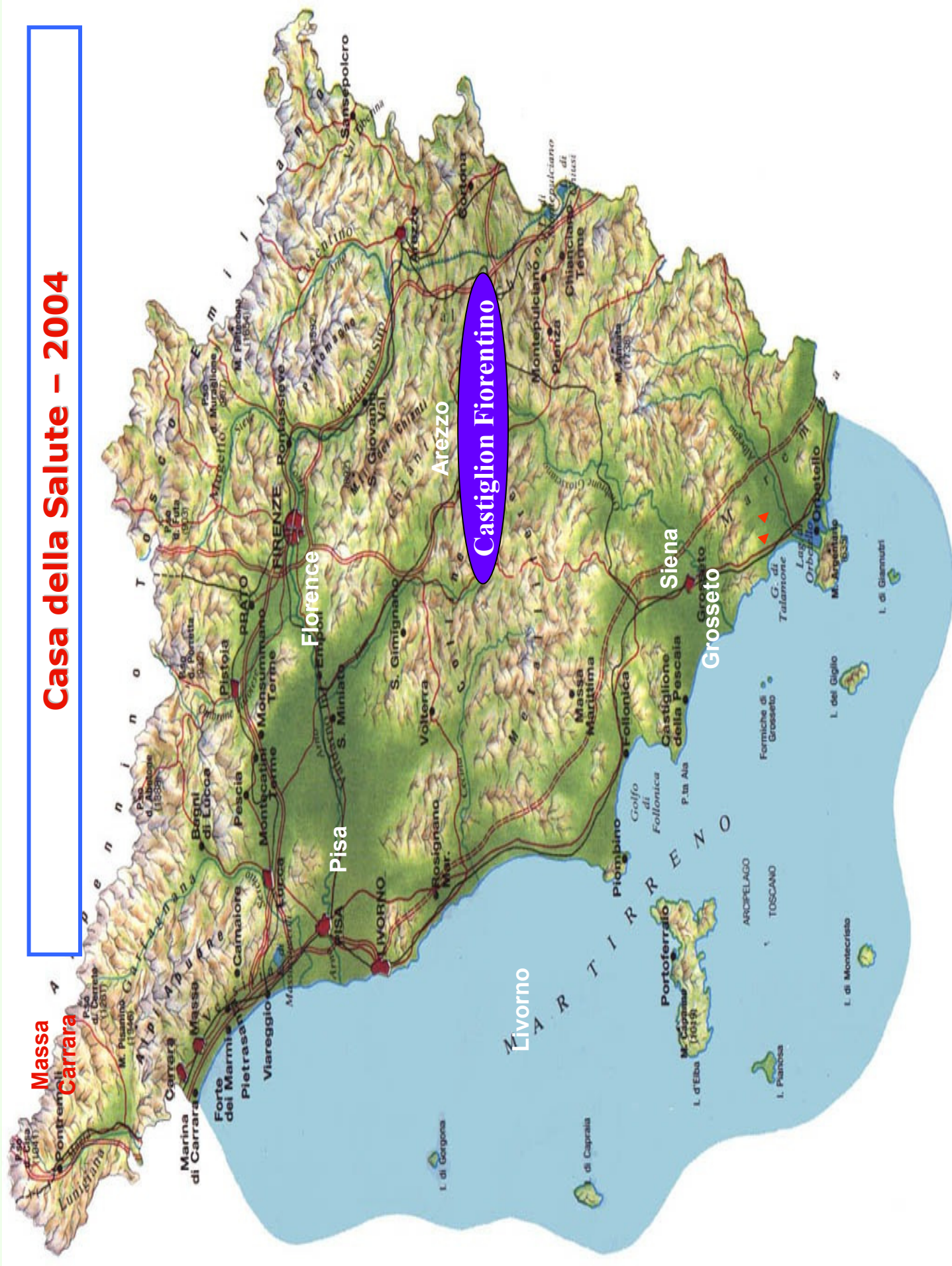
**Forte dei Marmi-
Querceta**



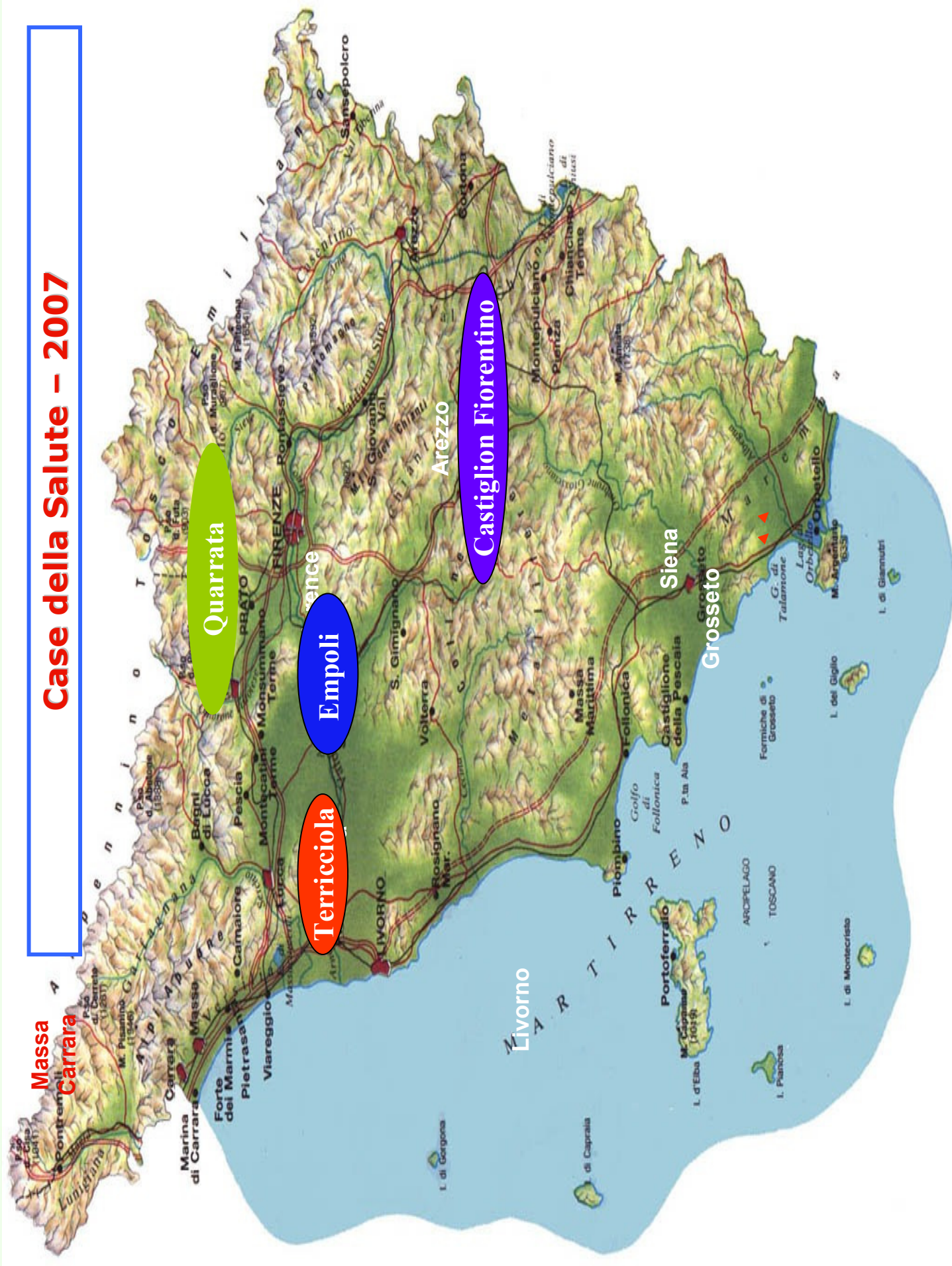
Certaldo



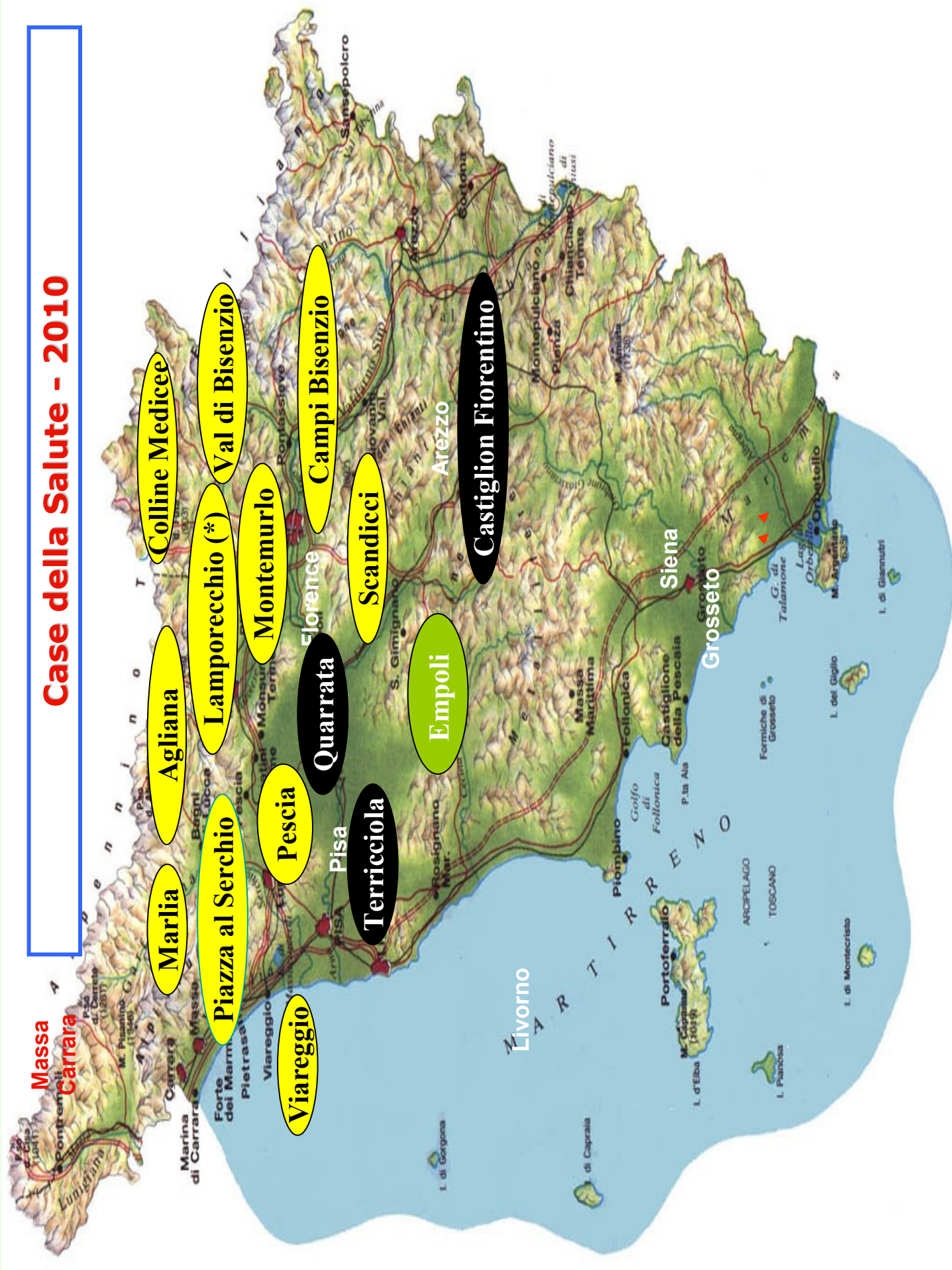
Casa della Salute - 2004



Case della Salute - 2007



Case della Salute - 2010



Year	Are working	Will open	In project	TOTAL
2012	20			20
2013		13		33
2014			17	50

grazie