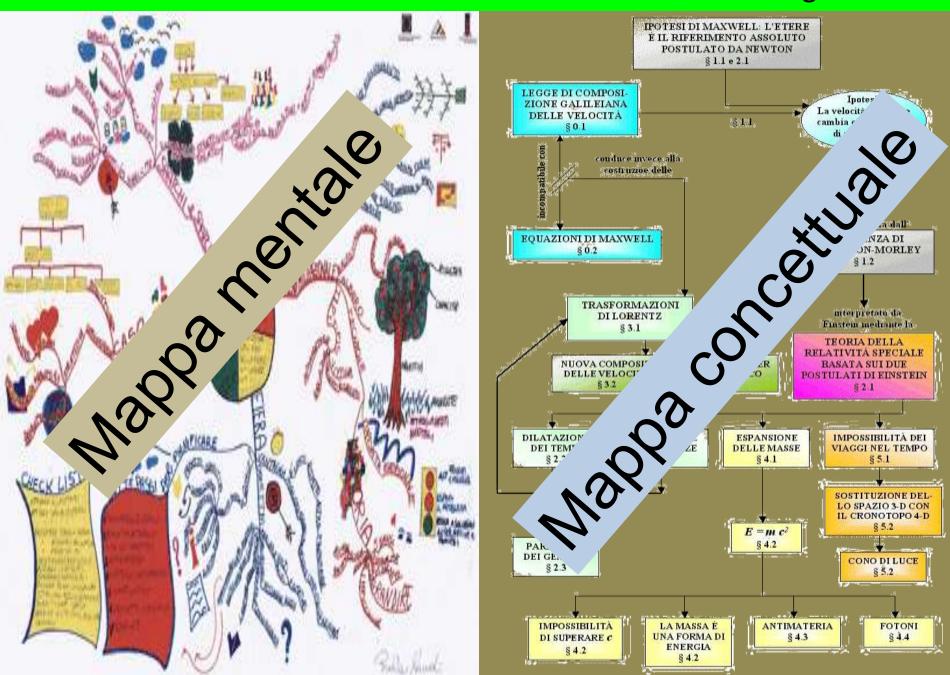
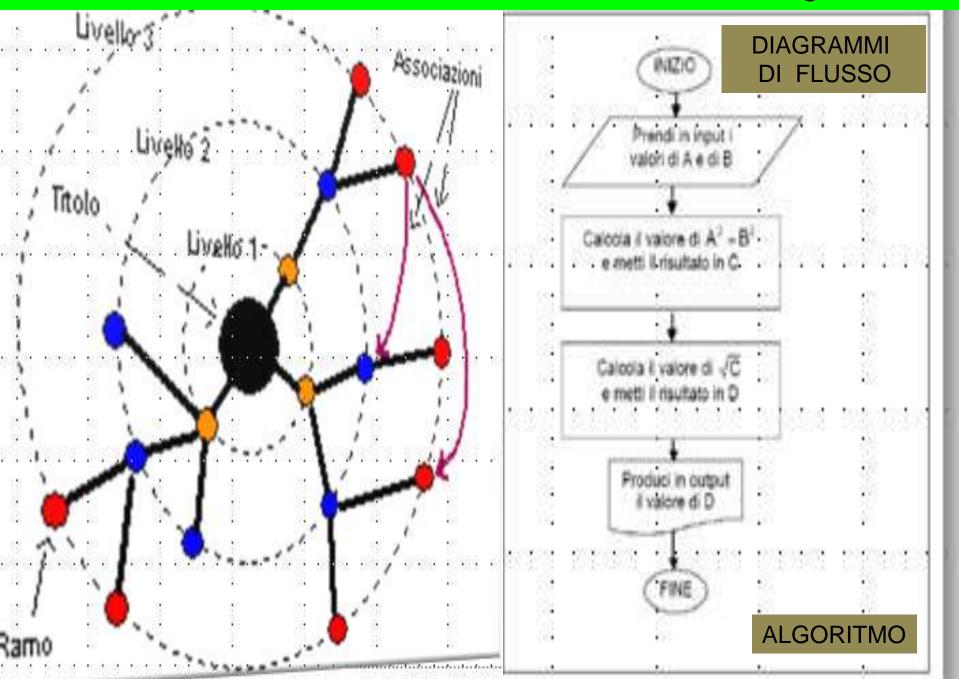
## Università degli studi di Roma "La Sapienza"

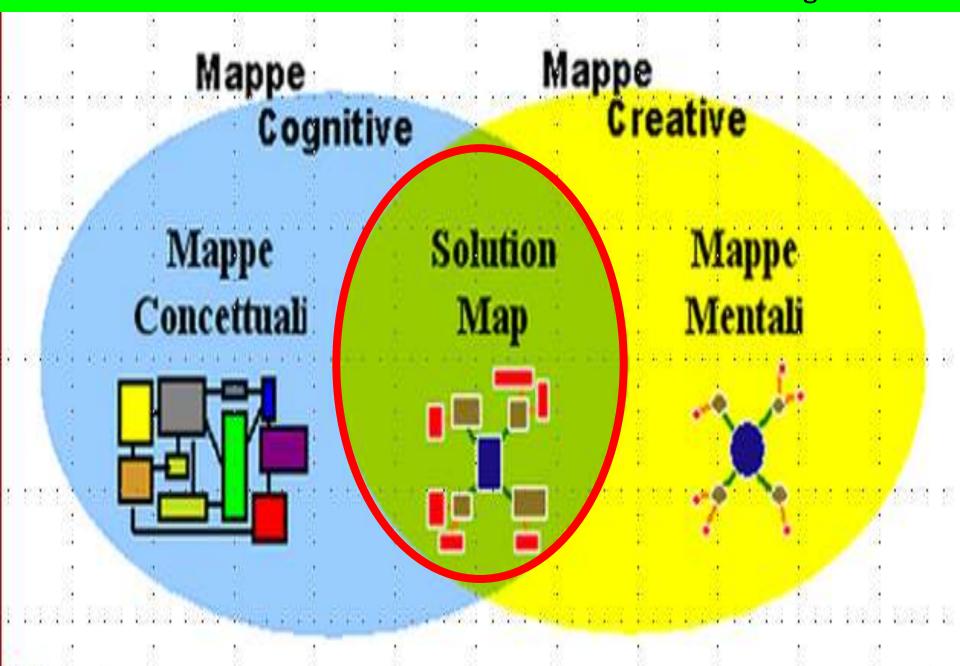
Master di II° livello

in

Medicina Generale e del Territorio







#### Introduzione:

- breve storia dell'assistenza socio-sanitaria
- contestosanitario psico-sociale contemporaneo

- 1- Caratteristiche distintive della Medicina Generale (MG) e delle Cure Primarie (CP)
- **2**-Associazionismo: definizione e quadro normativo
- **3**-Associazionismo: forme, modalità, modelli ed ipotesi organizzative assistenziali territoriali
- **4**-Associazionismo: come si pianifica una medicina di gruppo (MdG) ed evoluzione della MdG verso le UCCP e le Case della Salute ( CdS)

5-Associazionismo: analisi e commenti

L'associazionismo medico territoriale: la realtà delle forme organizzative



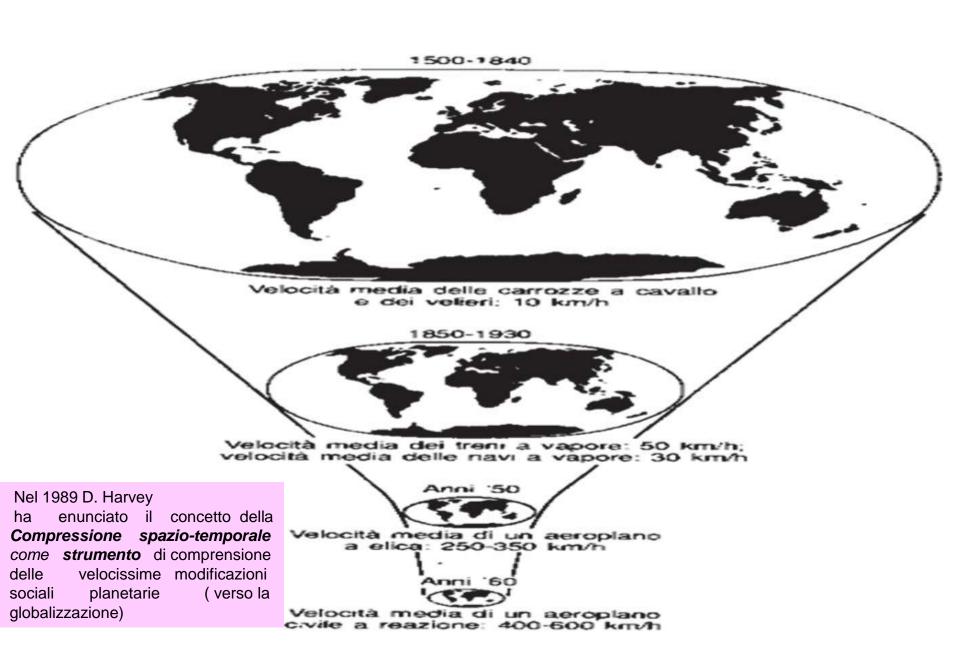
L'associazionismo medico territoriale: la realtà delle forme organizzative



L'associazionismo medico territoriale: la realtà delle forme organizzative







L'associazionismo medico territoriale: la realtà delle forme organizzative





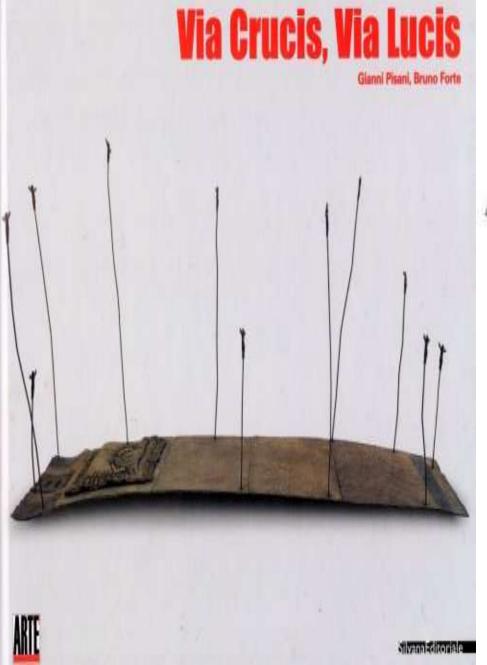


L'associazionismo medico territoriale: la realtà delle forme organizzative











## Università degli studi di Roma "La Sapienza"

Master di II° livello

in

Medicina Generale e del Territorio











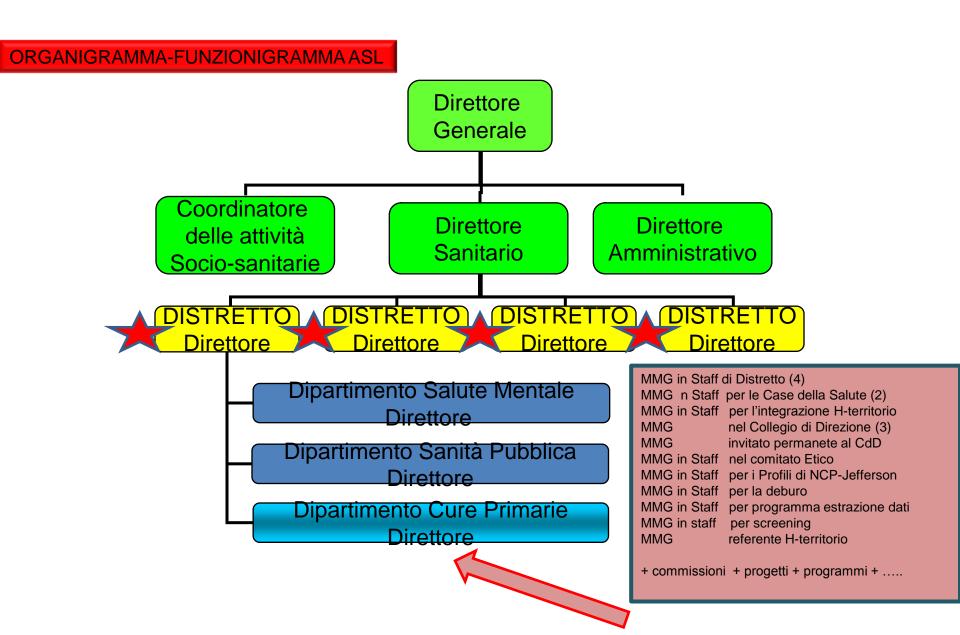
# LA DEFINIZIONE EUROPEA DELLA MEDICINA GENERALE / MEDICINA DI FAMIGLIA

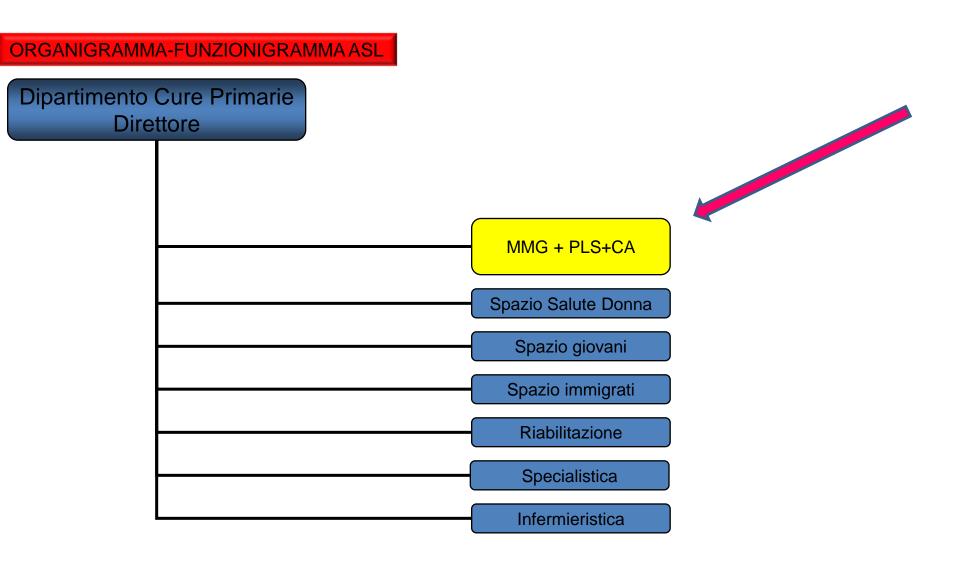
#### **WONCA EUROPE 2002**

World organization of family doctor of national colleges, accadimies and accademic association of general pratictioner family physicians



AFFRONTA PROCESSI DECISIONALI CONSIDERANDO LA PREVALENZA E L'INCIDENZA DELLE MALATTIA NELLA PROPRIA COMUNITA'





#### ORGANIGRAMMA-FUNZIONIGRAMMA ASL

Medici di Medicina Generale Mmg

Singoli

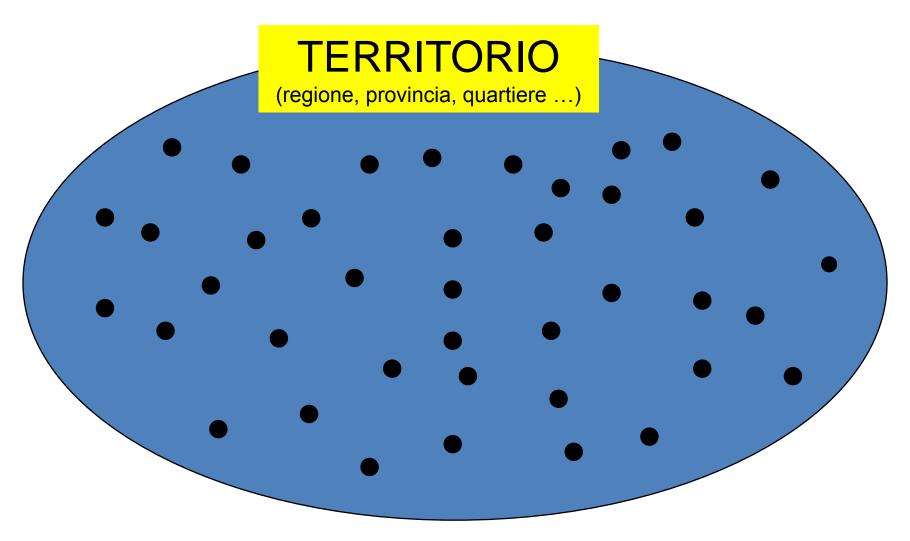
Medicine in associazione ( referente portavoce)

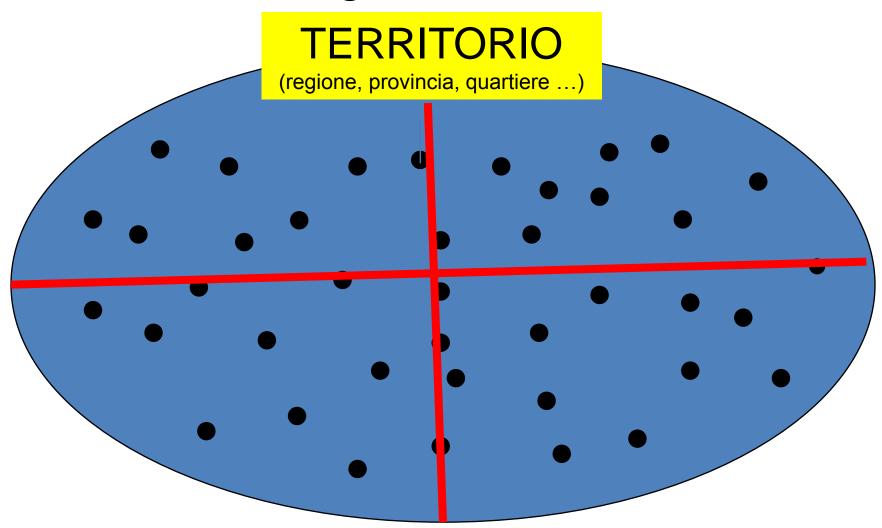
Medicine in Rete (referente portavoce)

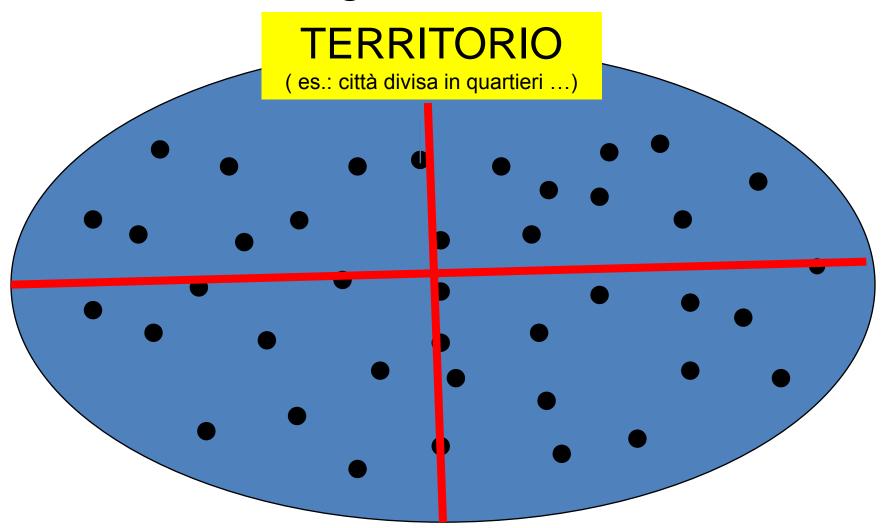
Medicine di Gruppo (referente portavoce)

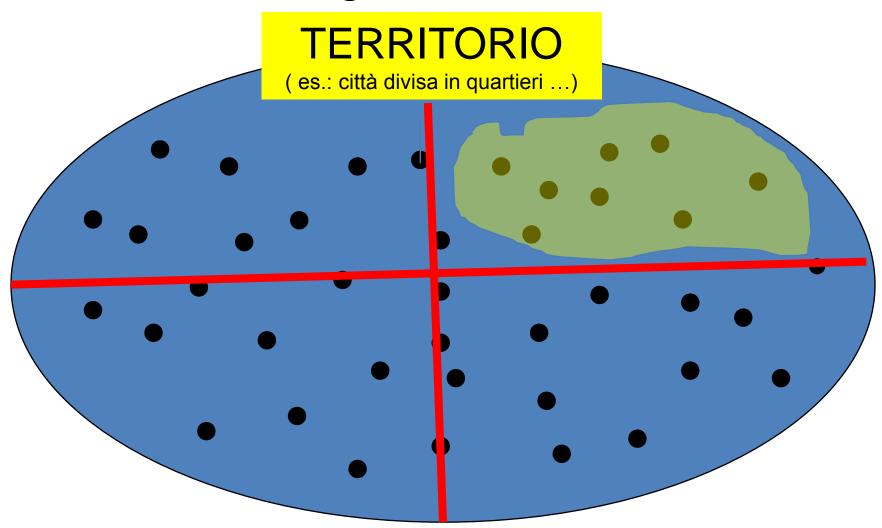
Nucleo di Cure Primarie ( NCP/AFT)

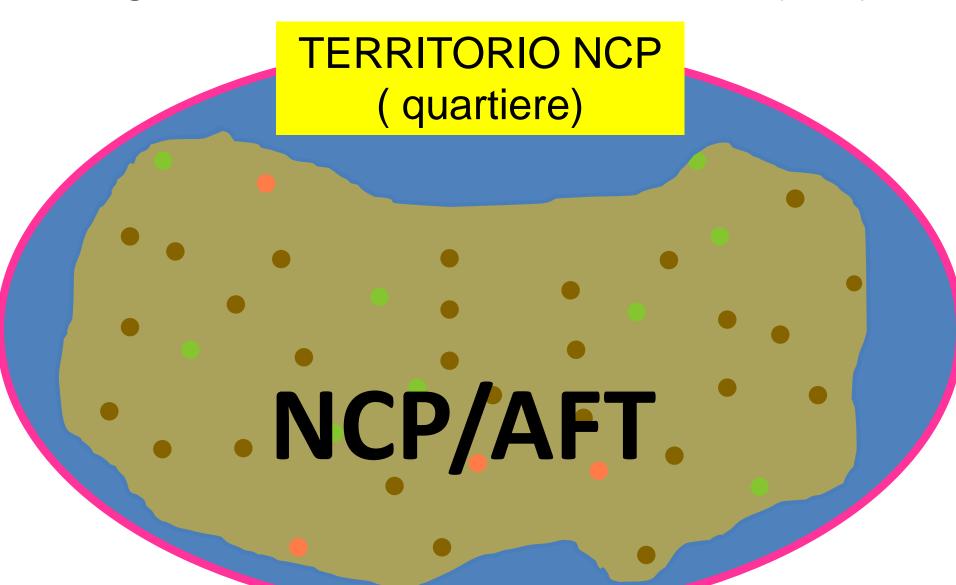
- Attività prettamente funzionale
- Bacino di utenza di 15-30 .000 assistiti
- Ambito assistenziale condiviso con altri operatori (infermieri, PLS, Consultori, residenze e semiresidenze, U.O. di supporto come I a CA e la Spec. Amb.
  - Referente/Coordinatore



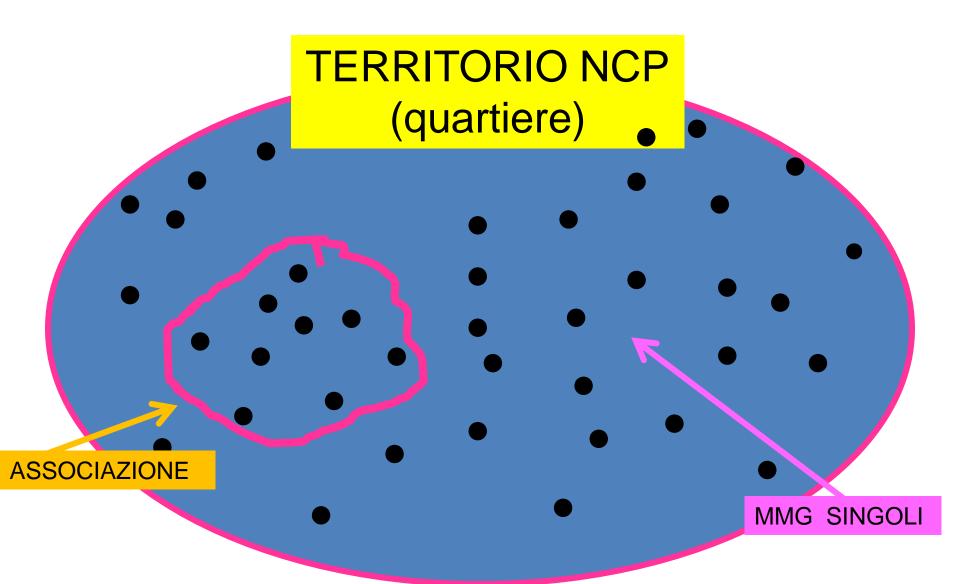




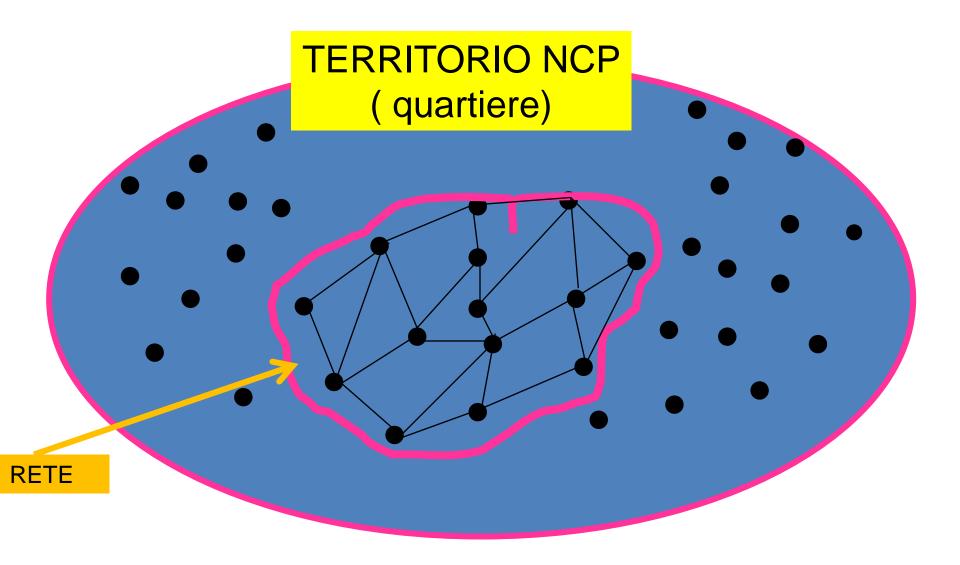




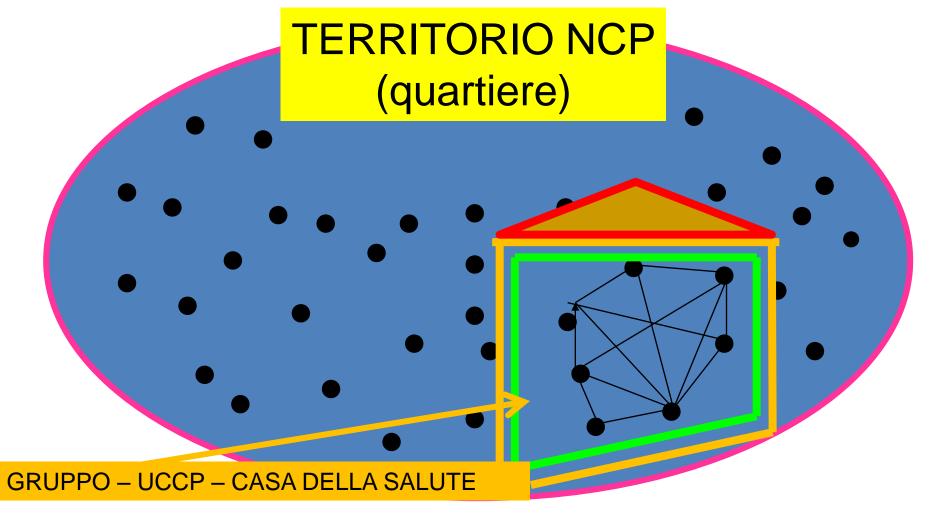
Medici di medicina Generale in Associazione



Medici di medicina Generale in Rete



Medici di medicina Generale in Gruppo

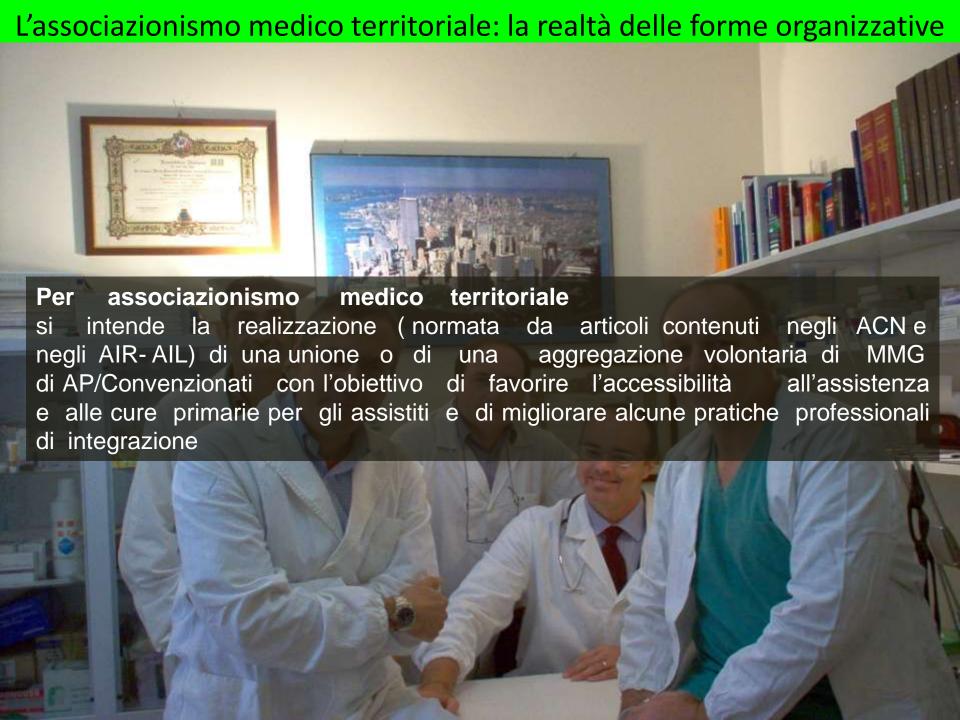


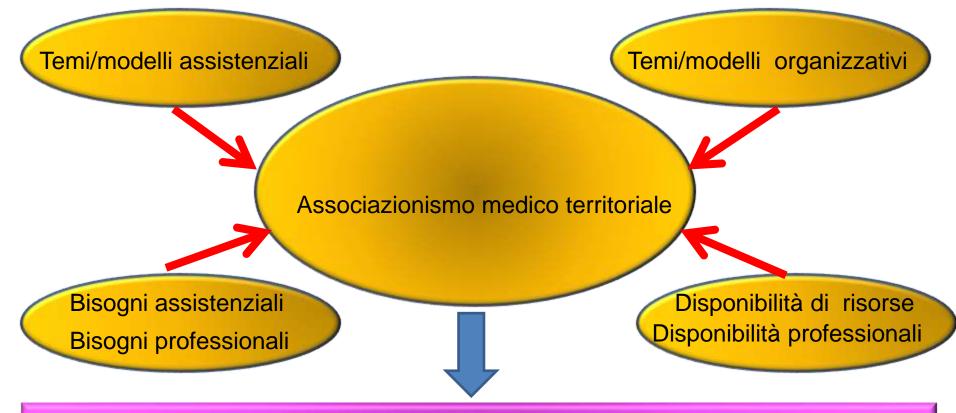
## Università degli studi di Roma "La Sapienza"

Master di II° livello

in

Medicina Generale e del Territorio





## EROGAZIONE DELL' ASSISTENZA E CURE PRIMARIE

Obiettivi (continuità delle cure)

Strumenti (miglioramento continu

( miglioramento continuo del processo assistenziale organizzativo-tecnico-professionale, governo clinico)

Metodi ( criteri di appropriatezza)

1- ASSOCIAZIONISMO SEMPLICE – MEDICINA IN ASSOCIAZIONE

2- MEDICINA IN RETE

ASSOCIAZIONISMO MEDICO TERRITORIALE

3- MEDICINA DI GRUPPO

4- MEDICINA DI GRUPPO INSERITE IN STRUTTURE PIU' COMPLESSE /MEGASTRUTTURE (Case della Salute; UCCP)

### 1- ASSOCIAZIONISMO SEMPLICE – MEDICINA IN ASSOCIAZIONE

- I MMG restano nei propri ambulatori
- coordinamento per condividere LG, Evidenze, Programmi, Accordi per migliorare la continuità assistenziale

ASSOCIAZIONISMO MEDICO TERRITORIALE

#### 2- MEDICINA IN RETE

- I MMG restano nei propri ambulatori
- coordinamento per condividere le funzioni già contemplate per la medicina in associazione
- connessione informatica tra tutti i mmg componenti le rete
- coordinamento per l'aperture di almeno un ambulatorio durante la settimana

## 3- MEDICINA DI GRUPPO

- i MMG operano all'interno di una struttura logistica unica
- sono assicurate le caratteristiche funzionali ed operative della medicina in associazione ed in rete (+ H/12)
- sono presenti personale di segreteria, infermiere, attività Cup, prelievi, specialistica, distribuzione diretta, gestione di patologie croniche, esecuzione di indagini strumentali
- sono individuati ruoli e funzioni
- i professionisti hanno opportunità di aggiornamento, informazione, scambio di idee, sostituzioni, possono condividere personale
- non è permesso all'interno del gruppo il trasferimento di assistiti ... salvo
- l'assistenza H12 (... l'urgenza resta sempre soggettiva)
- i locali sono riconoscibili e visibili e possono diventare vero primo presidio o punto di riferimento per il quartiere
- la MdG rappresenta l'embrione originario di ogni possibile evoluzione verso le così dette megastrutture

### ASSOCIAZIONISMO MEDICO TERRITORIALE

- 4- MEDICINA DI GRUPPO INSERITE IN STRUTTURE PIU' COMPLESSE /MEGASTRUTTURE (Case della Salute; UCCP)
- Medicina di Gruppo con le proprie caratteristiche distintive resta la piattaforma base ed elementare per inserire la MG e i MMG all'interno delle megastrutture (es.: Case della Salute)

ASSOCIAZIONISMO MEDICO TERRITORIALE



#### Intervento del Ministro della Salute Livia Turco

LA CASA DELLA SALUTE, LUOGO DI RICOMPOSIZIONE DELLE CURE PRIMARIE E DELLA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

Allegato parere di regolarità amministrativa

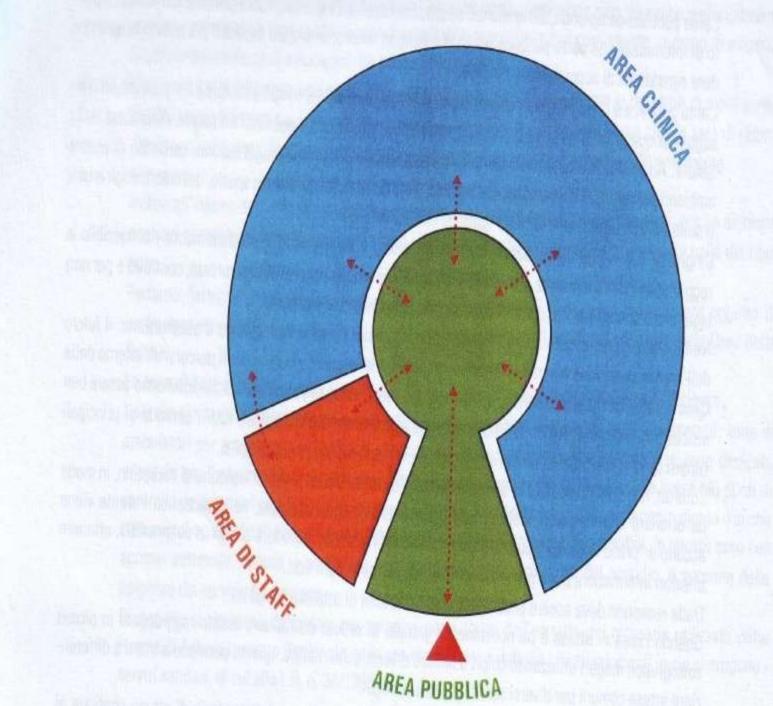
#### REGIONE EMILIA-ROMAGNA Atti amministrativi

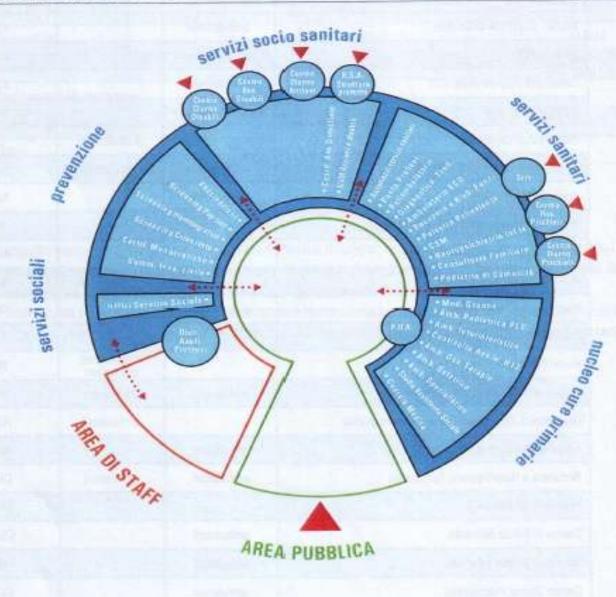
#### GIUNTA REGIONALE

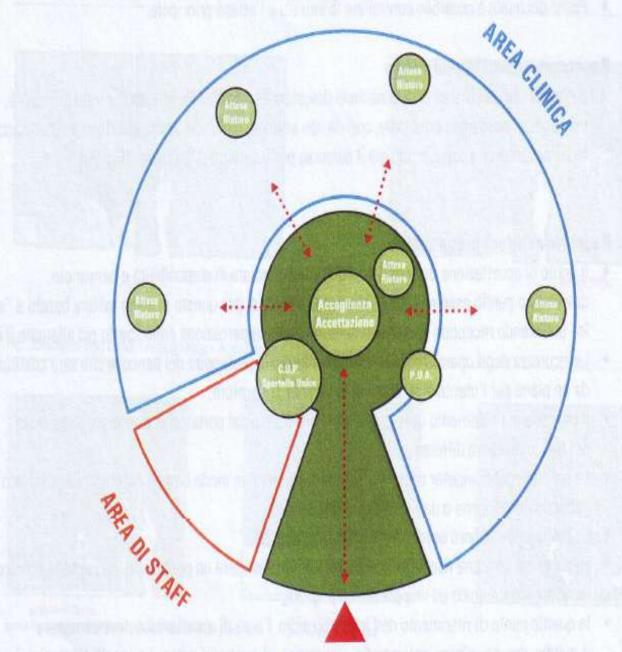
Leonida Grisendi, Direttore generale della DIREZIONE GENERALE SANITA' E POLITICHE SOCIALI esprime, ai sensi dell'art. 37, quarto comma, della L.R. n. 43/2001 e della deliberazione della Giunta Regionale n. 2416/2008, parere di regolarità amministrativa in merito all'atto con numero di proposta GPG/2010/228



data 04/02/2010 IN FEDE







AREA PUBBLICA



Fig. 3c reception aperte creano uno spazio percepito più ampio.

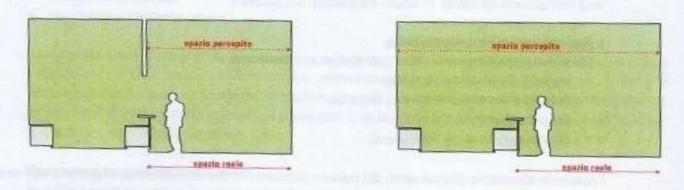


Fig. 3d schemi tipo banchi Accoglienza - Accettazione.

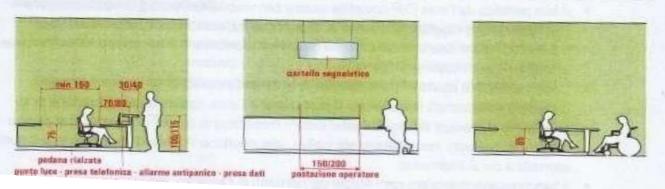


Fig. 4b AMBULATORID Inchema interpretativo della Norma di accreditamento regionale) 13mg

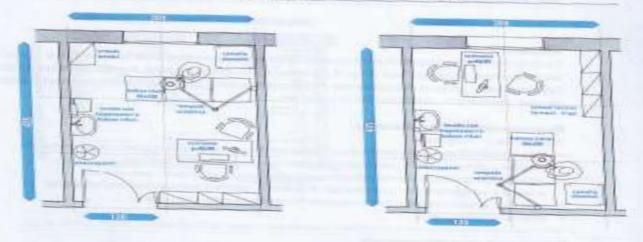


Fig. 4c AMBULATORIO (schema interpretative dalla Norma di accreditamento regionale) (finiq

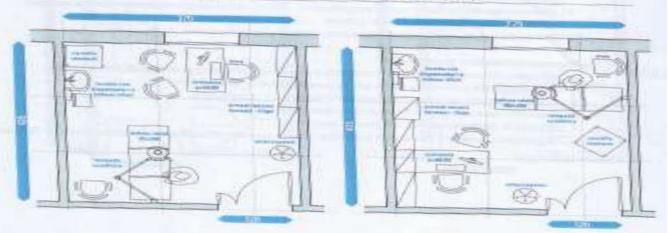


Fig. 4d AMBULATORIO INFERMIERISTICO (schema interpretativo della Norma di accreditamento regionale) 12mq

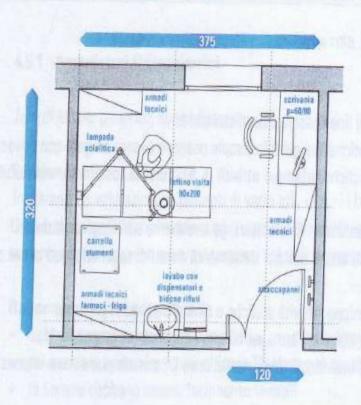


Fig. 4e AMBULATORIO INFERMIERISTICO (schema interpretativo della Norma di accreditamento regionale) 13mq

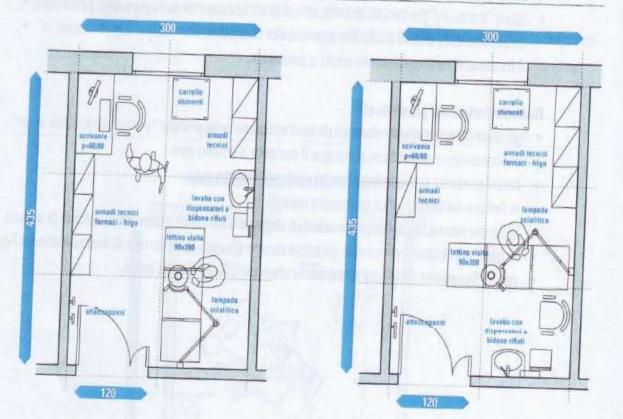


Fig. 4f AMBULATORIO ODONTOIATRICO (schema interpretativo della Norma di accreditamento regionale) 16mq

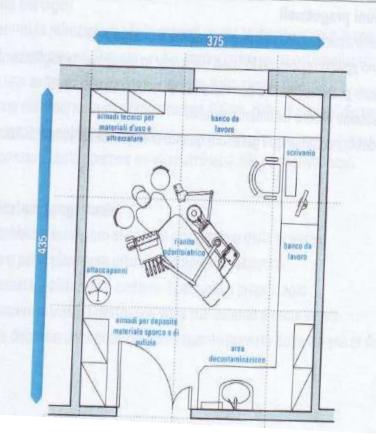


Fig. 4g AMBULATORIO CHRURGICO (schema interpretativo dalla Norma di accreditamento regionale) (fing.

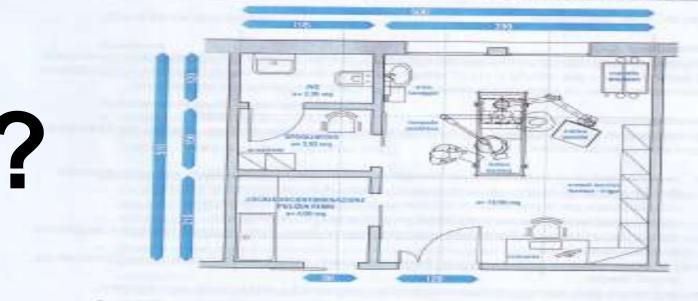
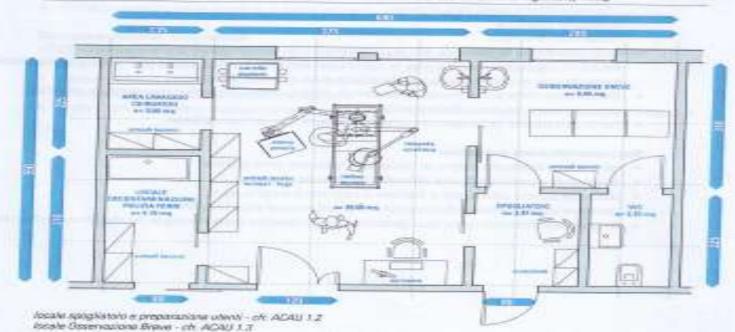


Fig. 4h AMBULATORIO CHRURGICO (schema interpreterivo delle Norma di accreditamento regionale) 44mg.





## Le Case della Salute



Ogni Casa della Salute è connotata da un logo appositamente ideato, uguale per queste strutture in tutta la Regione Emilia-Romagna.

La Casa della Salute è sede di accesso e di erogazione dei servizi sanitari, sociosanitari e socioassistenziali.

Oltre all'attività di assistenza primaria (erogata dal medico di famiglia, pediatra, infermieri, specialisti, ostetriche, assistenti sociali, ecc.), possono essere presenti, in relazione alle caratteristiche orogeografiche del territorio e alla densità della popolazione, i servizi consultoriali, il poliambulatorio, il centro di salute mentale, i servizi di igiene pubblica, i centri diurni e residenziali.

1- La Casa della Salute è un luogo connotato da un logo

oriale della provincia di Parma

- 2- La Casa della Salute è una sede di accesso ed erogazione dei servizi socio sanitari e socio assistenziali:
  - Assistenza primaria del mmg, pls, infermieri, specialisti, ostetriche, assistenti sociali ...
  - Sevizi consultoriali, CSM, Igiene Pubblica
  - Centri diurni e residenziali

# Le Case della Salute

L'innovazione nella sanità territoriale della provincia di Parma

n nuovo punto di riferimento per la salute
dei cittadini, dove i
servizi di assistenza primaria
si integrano nel territorio con
quelli specialistici, ospedalieri, della sanità pubblica, della
salute mentale, e con i servizi sociali e le associazioni di
volontariato. Sono le Case
della Salute, frutto di un percorso di riorganizzazione dei
servizi territoriali avviato dalla
Regione Emilia-Romagna.

Le Case della Salute sorgeranno in parte adeguando
poli socio-sanitari già esistenti e in parte in nuovi edifici. Nella provincia di Parma
saranno in tutto 26. La progettazione nei 4 Distretti parmensi è prevista dalle indicazioni della Regione e dalla
programmazione della Conferenza Territoriale Sociale e
Sanitaria di Parma (CTSS) e
dei Comitati di Distretto.

Le Case della Salute costituiscono un modello innovativo di offerta sanitaria: dal momento dell'accoglienza ai cittadini, con una nuova suddivisione degli spazi interni (area clinica, pubblica e di staff) e una nuova segnaletica e logo, ai percorsi di cura maggiormente integrati e in rete. L'obiettivo delle nuove strut-

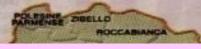


ture è garantire continuità assistenziale e prossimità delle cure, favorire una migliore presa in carico degli utenti, offrendo così risposte certe ai bisogni di salute dei cittadini. La rete della Case della Salute dispone già di un nuovo finanziamento della Regione, di euro 1.950.914 per i quattro distretti, che si integra con altre risorse derivanti dai bilanci AUSL e dalle intese, nell'ambito della programmazione della CTSS, tra Azienda, Enti locali ed altri soggetti pubblici finanziatori.

# Le Case della Salute

L'innovazione nella sanità territoriale della provincia di Parma

n nuovo punto di riferimento per la salute dei cittadini, dove i



- E' quindi una <u>ri-organizzazione</u> <u>dell'offerta</u> <u>sanitaria</u> <u>dei servizi territoriali</u> fondata sulla creazione di un punto di riferimento assolutamente visibile e riconoscibile (CdS) dai cittadini (come capita per l'ospedale): con accoglienza, segnaletica, logo, spazi, servizi, percorsi di cura integrati (PDTA-R).
- L'obiettivo è quello di garantire la continuità dell'assistenza, la prossimità delle cure, la facilità di presa in carico, l'integrazione multiprofesionale e multidisciplinare
- Finanziamento Regionale ad hoc è stato di € 1.950.914 + risorse Aziendali + Risorse di istituzioni locali + finanziamenti di soggetti pubblici
- <u>l'Ass. Primaria inserita nelle Case della Salute (come medicine di gruppo)</u> può facilmente essere integrata con la specialistica, l'ass. ospedaliera, la sanità pubblica, la salute mentale, i servizi sociali, il volontariato ...
- Sono previste ristrutturazione di poli socio-sanitari già esistenti, riconversioni di ospedali dismessi, riconversioni di medicine di gruppo m anche nuove costruzioni di immobili ad hoc
- Nella provincia di Parma sono Previste 26 CdS in totale : questa programmazione è sostenuta dalla Regione e dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria (CTSS) e dal parere favorevole dei Comitati di Distretto

logo, ai percorsi di cura maggiormente integrati e in rete. L'obiettivo delle nuove strutin carico degli utenti, offrendo così risposte certe ai bisogni di salute dei cittadini. euro 1.950.914 per i quattro distretti, che si integra con altre risorse derivanti dai Azienda, Enti locali ed altri soggetti pubblici finanziatori.

# Le Case della Salute











# Le Case della Salute

L'innovazione nella sanità territoriale della provincia di Parma

UNA CASA DELLA SALUTE ...

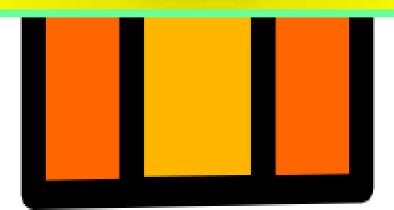
... E' UNA CASA DELLA SALUTE ...



# MMG

- COME ASSOCIAZIONE (Medicine di Gruppo)
- CON LA FINALITA' DI FAVORIRE L'INTEGRAZIONE MULTIPROFESSIONALE E MULTIDISCIPLINARE (IN UNA STRUTTURA LOGISTICA UNITARIA)





# Le Case della Salute

L'innovazione nella sanità territoriale della provincia di Parma









Piccola



EQUIVALENTE AD UNA MdG SEMPLICE Media



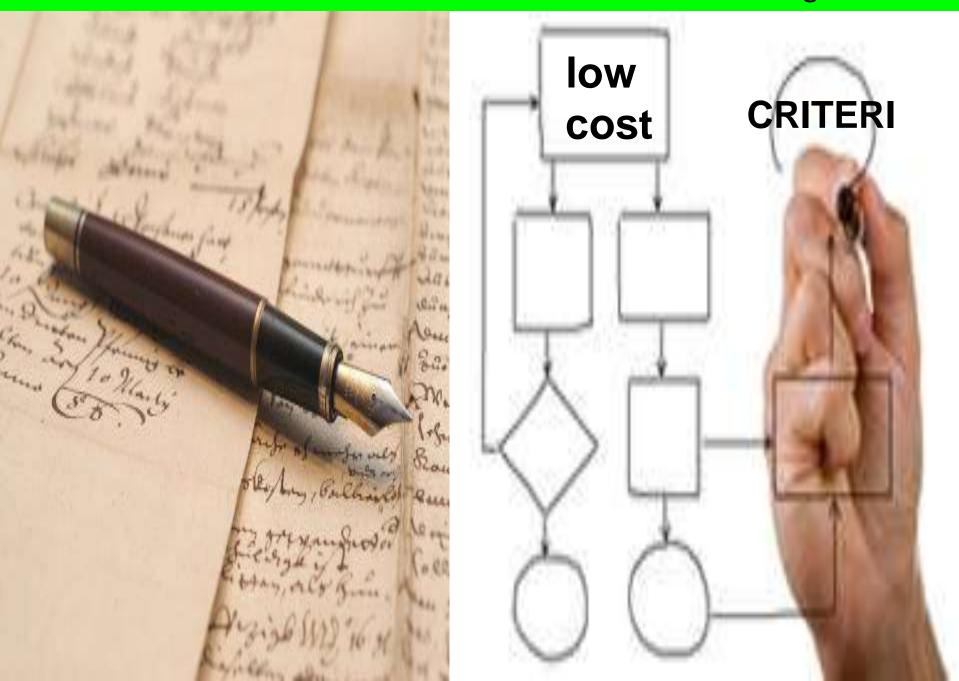
EQUIVALENTE AD UNA MdG PIU' AVANZATA Grande



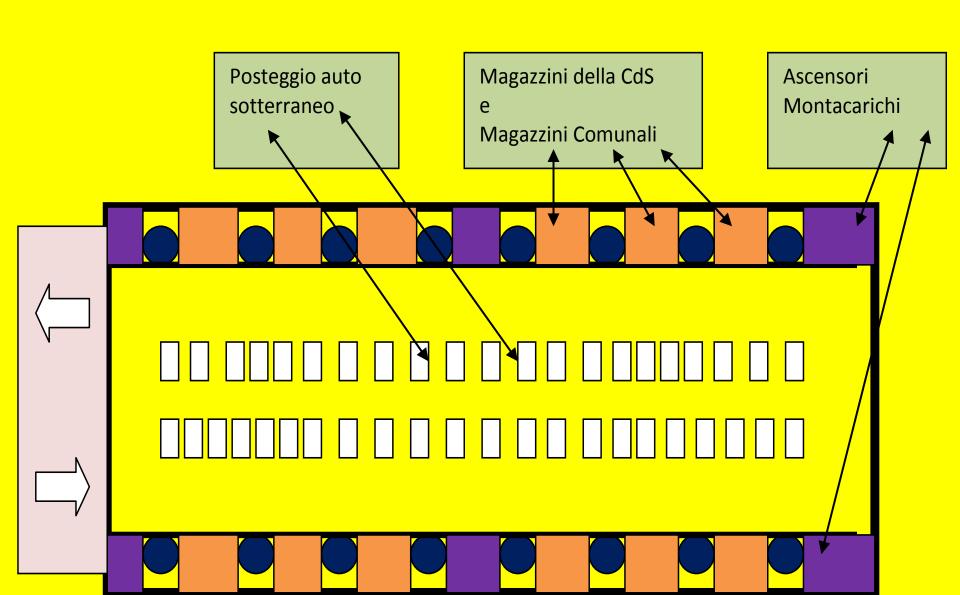
EQUIVALENTE
AD UNA
MdG
INSERITA
IN UNA STRUTTURA
IN GRADO DI OFFRIRE
TUTTI I SERVIZI
DI UNA AUSL

		Accognenza-accettazione	31
		Attese	SI
AREA PUBBLICA		CUPT	SI
		PUAT.	SI
		Sportello Unico*	I SI
THE PARTY OF THE P		Medicina Gruppo (minimo 3 Ambulato) Ambulatorio Pediatrico PLS Ambulatorio Infermieristico Continuità Assis Osziale H12 Ambulatorio Challo azionel Ricolie	SI
		Ambulatorio Pediatrico PLS	SI
		Ambulatorio Infermieristico	SI
		Continuità Assis enziale H12	SI
	Assistenza Primaria NCP	Ambulatorio Chara azionel Tara lie	SI
		Ambulatoria (Istatrico (+Pap test)	SI
		Ambulator o Opeciali Miles	SI
		Studia Assistente Sacule	SI
		Guardic Medica	SI
		A A Mezzi Sen y Sanitari	SI
The State of the State of Stat		A linto Pretis (+Screening Colon)	SI
		Poliambelavorio	SI
		Diagnas La Tradizionale	SI
		( Sevening Mammografico)	SI
		Ambulatorio ECO	SI
	SERVIZI SANI	Recupero e Riabilitazione Funzionale	SI
		Palestra Polivalente	SI
AREA CLINICA	(A) 76.	CSM	SI
Anti-A GENERAL		Neuropsichiatria Infantile	SI
		Centro Residenziale Psichiatrico	SI/NO
	VC, 250	Centro Diurno Psichiatrico	SI/NO
	Wi Co	Sert	SI
		Consultorio Familiare	SI
	-(0,1/3)	Pediatria di Comunità	SI
		RSA - Struttura protetta	SI/NO
		Centro Diurno Anziani	SI/NO
	SENCE SOCIO SANITARI	Centro Residenziale Disabili CSR	SI/NO
		Centro Diurno Disabili	SI/NO
AREA CLINICA  ORBANIZZA		Coordinamento Assistenza Domiciliare	SI
		UVM Anziani e Disabili	SI
		Vaccinazioni	SI
	PREVENZIONE	Screening Pap-test	SI
		Screening Mammografico	SI
		Screening Colon retto	SI
		Certificazioni Monocratiche	SI
		Commissione Invalidità Civile	SI/NO
010	SERVIZI SOCIALI	Uffici	SI
			SI
THE RESIDENCE OF THE PARTY OF T		Distribusions Assoli Protosiel	SI
		Distribuzione Ausili Protesici	SI
		CUP*	SI
AREA DI STAFF		Sportello Unico*	
STATE OF THE PARTY		Sala Riunioni	SI
		Sala Polivalente	SI
		Uffici di Staff	SI

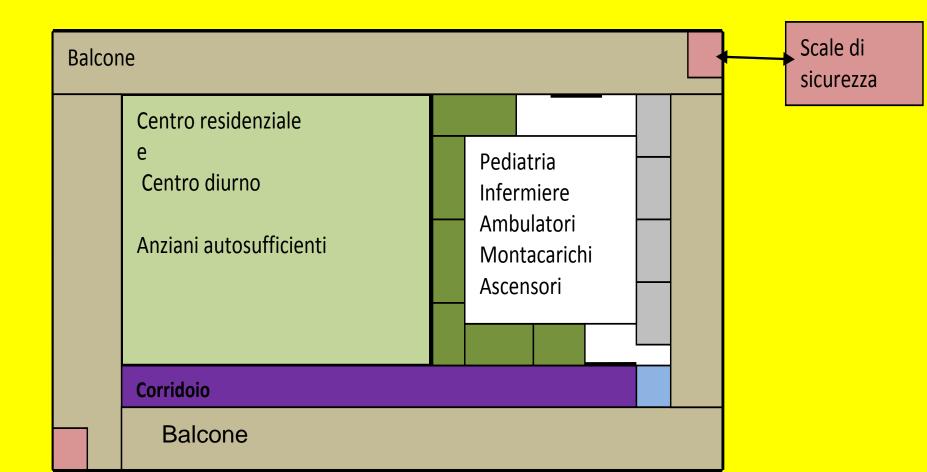




### Casa della Salute SEMINTERRATO



## Casa della Salute: 1° Piano

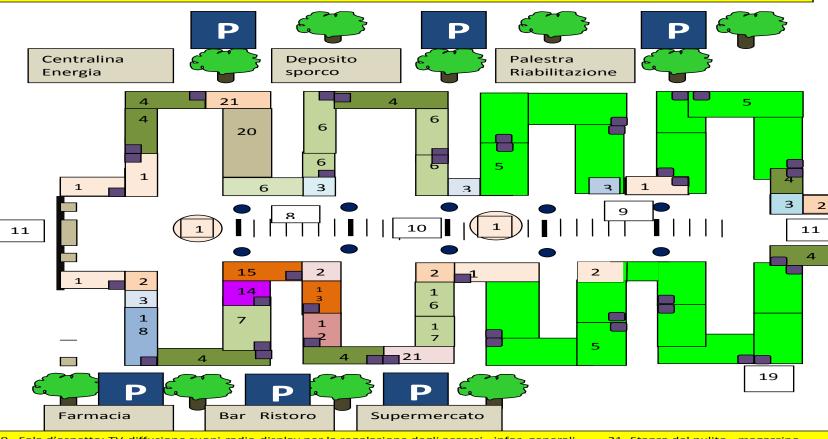


#### Casa della Salute **Piano Terra**

- Segreteria-accoglienza-informazioni-centrale telefonica-sportello unico coordinamento ADI persone
- Montacarichi ascensori
- Bagni pubblici uomini donne disabili
- 4 Ambulatori infermieristici cup medicazioni asportazione punti osservazioni terapie patologie croniche coord. ADI infermieristico
- 5 Ambulatori mmg

BUS

- 6 Ambulatori specialistica servizi (CSM con Sert e Neuropsic. Infantile; Igiene Pubblica) Diagnostica Vaccinazioni Screening
- 7 Pediatria di comunità
- 8 Sala d'aspetto: sedute
- Sala d'aspetto: colonne di arredamento per separazione degli ambienti



- 10 Sala d'aspetto: TV-diffusione suoni-radio-display per la regolazione degli accessi infor. generali
- 11- Porte principali e d'emergenza
- 12- Ostetrica e percorso donna
- 13- Assistenza Sociale, coordinamento ADI alla persona, coordinamento accessi alle strutture protette
- 15- CA H12, punto bianco, coordinamento catastrofi e disastri in collaborazione con Igiene Pubblica
- 16- Saletta riunioni equipe-staff, Valutazione Multidimensionale anziani-disabili-invalidità-protesica
- 17- Saletta riunioni equipe-staff, archivio, biblioteca, emeroteca, ristoro, comitato etico
- 18- Ufficio amministrativo per l'intera casa della salute
- 19- Bagni riservati e privati inseriti in ogni stanza o ambulatorio
- 20- Sala attrezzata per riunioni generali

21 -Stanza del Pulito - magazzino

21- Stanza del pulito - magazzino

# M.D.

MEDICINAE DOCTOR

Anno XX, numero 10 - 30 settembre 2013

EDITORIALE

# Carenza di Mmg? No, anzi, ne serviranno sempre meno

La soluzione è dietro l'angolo: i medici di famiglia devono trasformarsi perché "non devono moltiplicarsi i medici, ma le forme associative nelle quali altre figure professionali fanno lavori che in Italia facevano i medici.

La nuova organizzazione ha bisogno di più personale sanitario e meno

personale medico".

A tale proposito è *bene ricordare* che l'efficienza non è sinonimo di efficacia e di qualità.

L'efficacia di qualsiasi atto medico e sanitario deriva dall'efficacia della Medicina intesa come sistema globale ... inoltre l'efficienza organizzativa non può certo sopperire alla mancanza di un buon metodo clinico, basato sulla relazione di cura, sul rapporto interumano e sulla competenza direttamente collegabile alla DD.

## Università degli studi di Roma "La Sapienza"

Master di II° livello

in

Medicina Generale e del Territorio

IL DIBATTITO CULTURALE INERENTE L' ASSOCIAZIONISMO **MEDICO TERRITORIALE** RECENTEMENTE PRESO IN CONSIDERAZIONE ULTERIORI **FORMULE** COLLABORAZIONE /ASSOCIAZIONISMO TRΔ

(DI TIPO SOPRATTUTTO ORGANIZZATIVO)			
KAISER PERMANENTE USA 1945	CHRONIC CARE MODEL ( CCM) USA 2002	CreG (Cronic Related Group)	
	<ul> <li>Social care Chronic Desease Management Model (Regno Unito/inghilterra)</li> <li>Expanded Chronic Care Model (Canada)</li> </ul>		

 Kaiser Permanete's Risck Stratification Model ( Usa/ Stati di diffusione del KP e Canada) Patient Centred Medical Home ( PCMH)

ALCUNI DI QUESTI MODELLI NON SONO MAI PARTITI, ALTRI DEVONO ANCORA DIMOSTRARE EVIDENZE OPERATIVE ED APPLICABILITA' NELLA REALTA' TERRITORIALE NAZIONALE ...

IL DIBATTITO CULTURALE INERENTE L' ASSOCIAZIONISMO MEDICO TERRITORIALE HA RECENTEMENTE PRESO IN CONSIDERAZIONE ULTERIORI **FORMULE** COLLABORAZIONE /ASSOCIAZIONISMO TRA PROFESSIONISTI DELLE CURE PRIMARIE DI SOPRATTUTTO ORGANIZZATIVO ... TIPO

KAISER PERMANENTE **USA 1945** 

#### CHRONIC CARE MODEL (CCM) **USA 2002**

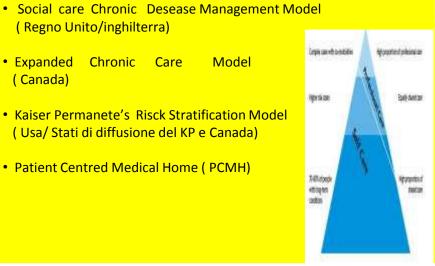
CreG (Cronic Related Group)



(Regno Unito/inghilterra) Expanded Chronic Care Model

(Canada)

- Kaiser Permanete's Risck Stratification Model ( Usa/ Stati di diffusione del KP e Canada)
- Patient Centred Medical Home ( PCMH)



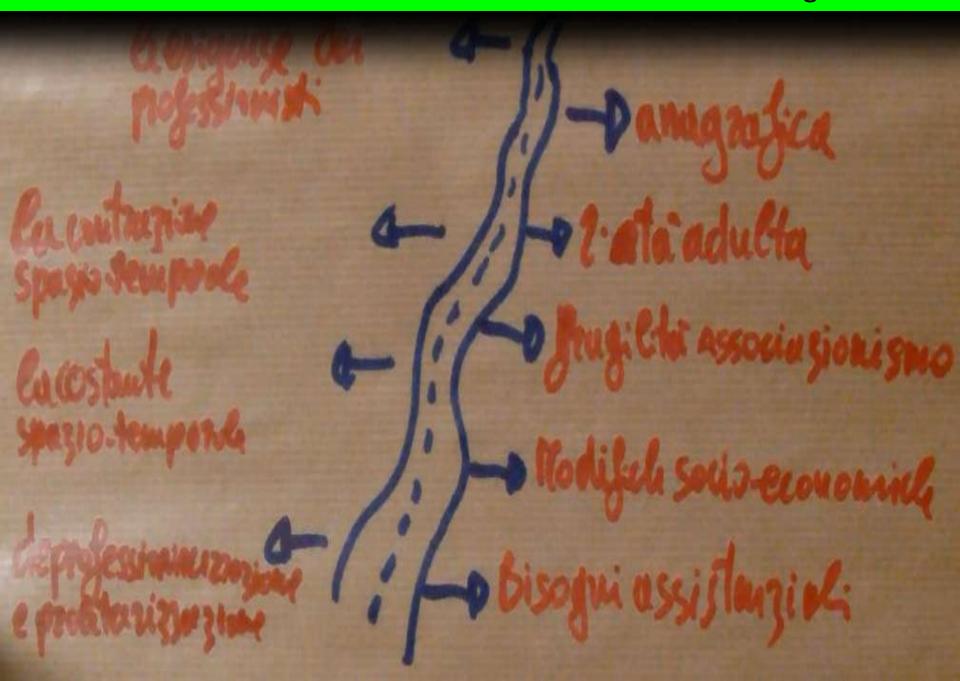


ALCUNI DI QUESTI MODELLI NON SONO MAI PARTITI, ALTRI DEVONO ANCORA DIMOSTRARE EVIDENZE OPERATIVE ED APPLICABILITA' NELLA REALTA' TERRITORIALE NAZIONALE ...

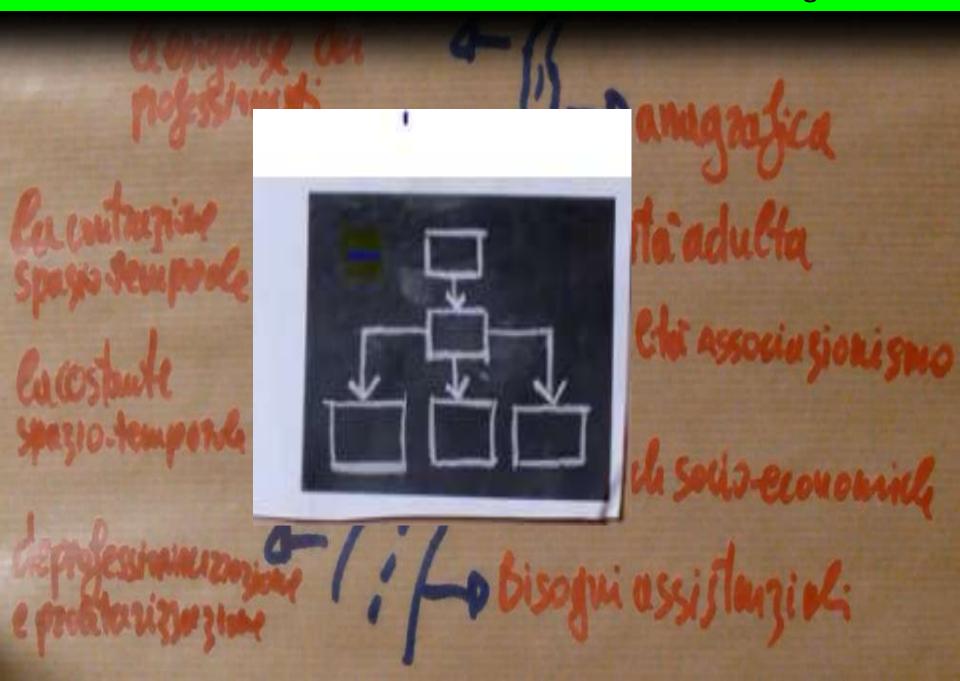




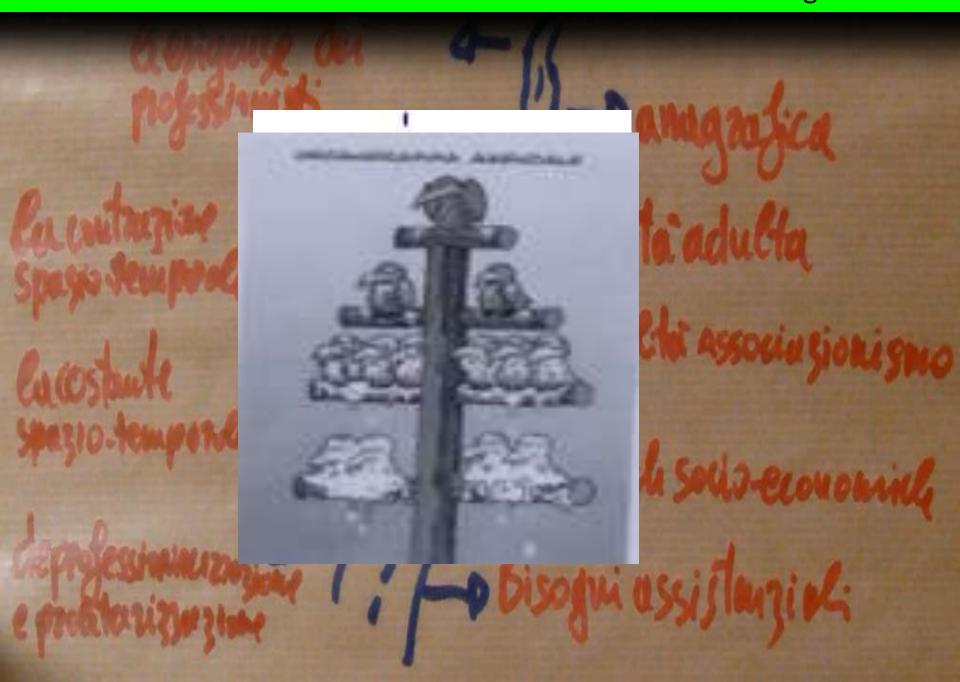
L'associazionismo medico territoriale: la realtà delle forme organizzative



L'associazionismo medico territoriale: la realtà delle forme organizzative



L'associazionismo medico territoriale: la realtà delle forme organizzative



L'associazionismo medico territoriale: la realtà delle forme organizzative



L'ASSOCIAZIONISMO MEDICO TERRITORIALE E' COMUNQUE DIVENTATO UN NUOVO "SOGGETTO DI RIFERIMENTO" PROFESSIONALE PER IL MMG

#### **VALORI:**

- la modalità operativa storica del MMG (che opera in solitudine nel proprio ambulatorio) si trasforma in attività più aggregata e più integrata per riuscire a far fronte alle nuove sfide assistenziali
- Il rapporto fiduciario sorregge l'intero processo di trasformazione sostenendo le abilità manageriali del MMG quando si trova ad affrontare la complessità assistenziale
- la condivisione, la progettazione e la scelta volontaria di partecipare ad una forma associativa rimane un prerequisito essenziale



# Via Trieste 108/A Parma

L'ASSOCIAZIONISMO MEDICO TERRITORIALE E' COMUNQUE DIVENTATO UN NUOVO "SOGGETTO DI RIFERIMENTO" PROFESSIONALE PER IL MMG

#### **VALORI:**

#### **CRITICITA**':

- fragilità delle associazioni self-made nelle risorse umane e nelle strutture ( età media, incremento burocratico, normative per il personale, processi tecnologici di comunicazione senza effettiva semplificazione ...)
- mancanza di condivisione, di progettazione, di scelta volontaria, di definizione di ruoli e funzioni di servizio paritarie e non gerarchiche
- megastrutture

( bisogni burocratici/amministrativi/accademici/visibilità vs bisogni dei clienti esterni e interni)

- abitudine e formazione al lavoro in comune scarsa o assente (e al rispetto reciproco finalizzato a trovare soluzioni e non scuse o demagogie)
- de-professionalizzazione e proletarizzazione del lavoro del MMG

## Logo

L'ASSOCIAZIONISMO MEDICO TERRITORIALE E' DIVENTATO QUINDI UN NUOVO "SOGGETTO DI RIFERIMENTO" PROFESSIONALE PER IL MMG ...

... MA L'INTEGRAZIONE NE RAPPRESENTA IL PARADIGMA FONDANTE

# Integrazione "... chi era costei ...?"

Due medicine di gruppo si sono poste l'obiettivo di armonizzare conoscenze ed abilità acquisite e di poter comunicare in tempo reale pareri ed opinioni in merito alle problematiche quotidiane assistenziali. L'iniziativa si avvale anche di un sito web denominato alleanzaterapeutica.it





# L'integrazione multiprofessionale e multidisciplinare va in scena

Attraverso una pièce teatrale si è voluta trasmettere l'opportunità della modalità organizzativa come risposta efficace ai nuovi bisogni creati dall'incremento delle persone affette da condizioni croniche.



# L'ASSOCIAZIONISMO MEDICO TERRITORIALE E' DIVENTATO UN NUOVO "SOGGETTO DI RIFERIMENTO" PROFESSIONALE PER IL MMG E L'INTEGRAZIONE NE RAPPRESENTA IL PARADIGMA FONDANTE

#### **INTEGRAZIONE:**

Per **integrazione** si intende il coinvolgimento e l'aggregazione volontaria di tutti gli attori che si trovano sulla scena delle Cure Primarie (CP) territoriali per far fronte alle necessità croniche che non possono essere affrontate dai soli MMG, dall'associazionismo, dai servizi, dagli ospedali o dai PS.

La collaborazione e l'integrazione multiprofessionale e multidisciplinare pare essere a tutt'oggi l'unica strategia in grado di affrontare la così detta epidemia della cronicità.

Queste forme strutturate **in gruppo** o **in equipe** o **in team territoriale** forniscono una forma di assistenza personalizzata per ogni singolo paziente bisognoso:; l'azione integrata riesce a dare risposte corrette ed appropriate in quanto le singole competenze si diluiscono e collaborano insieme come se fossero un servizio unico /unitario ...

(es.: in gruppi o equipe o team M&M)



# L'ASSOCIAZIONISMO MEDICO TERRITORIALE E' DIVENTATO UN NUOVO "SOGGETTO DI RIFERIMENTO" PROFESSIONALE PER IL MMG E L'INTEGRAZIONE NE RAPPRESENTA IL PARADIGMA FONDANTE

#### **INTEGRAZIONE:**

#### **AFFERMAZIONI:**

- -Il team M&M assistenziale territoriale integrato contiene al proprio interno culture professionali, esperienze, riferimenti, età, ruoli diversi e questo permette di guardare ai problemi da punti di vista diversi con maggior numero di alternative da quelle generate da un singolo individuo o da programmi non condivisi o non costruiti con modalità paritarie
- -il team M&M realizza prestazioni di qualità ma anche apprendimenti (miglioramento continuo), sostegno della motivazione (condivisione volontaria di regole e criteri operativi), riconoscimento delle diverse competenze e condivisione delle responsabilità (piacere di lavorare insieme)
- -Il team M&M non ha gerarchie piramidali ma circolarità di saperi e informazioni tra pari; tra i gli attori dell'integrazione territoriale non necessitano negoziazioni (emergenza)
- -Il team M&M non necessita di sovrastrutture e richiede risorse contenute e sostenibili (low cost) e conduce al massimo dell'appropriatezza
- -II team M&M assistenziale territoriale integrato può convivere con qualsivoglia costrutto organizzativo
- -II team M&M è applicabile da subito su tutto il territorio nazionale (evoluzione dell'ADI)

L'ASSOCIAZIONISMO MEDICO TERRITORIALE E' DIVENTATO UN NUOVO "SOGGETTO DI RIFERIMENTO" PROFESSIONALE PER IL MMG E L'INTEGRAZIONE NE RAPPRESENTA IL PARADIGMA FONDANTE

#### **INTEGRAZIONE:**

#### **AFFERMAZIONI:**

#### **AFFERMAZIONI:**

- -II team M&M garantisce continuità delle cure anche tra ospedale e territorio
- -Il team M&M mantiene un regolare contatto con l'assistito e assicura facile accessibilità
- -Il team M&M facilita relazioni interne ed esterne adattive ed innovative ( condivisione di obiettivi, procedure, scopi, strategie)
- -II team M&M favorisce l'empowerment del paziente e della sua famiglia
- -Il team M&M attua la puntuale pianificazione assistenziale con incontri /briefing periodici (l'efficacia del team M&M supera quella procurata dalle singole competenze)
- -Il team M&M permette la gratificazione e riqualificazione professionale dell'intera area delle Cure Primarie
- -il team M&M offre prestazioni di qualità realmente percepite dagli assistiti (H12-H24, accoglienza, medicina della salute, medicina alternativa, domiciliarità, medicina di iniziativa, percezione della presenza di una rete di servizi e assistenziale formale ed informale ...)
- -il team M&M riconsegna la centralità gestionale e decisionale all'assistenza primaria

L'ASSOCIAZIONISMO MEDICO TERRITORIALE E' DIVENTATO UN NUOVO "SOGGETTO DI RIFERIMENTO" PROFESSIONALE PER IL MMG E L'INTEGRAZIONE NE RAPPRESENTA IL PARADIGMA FONDANTE

#### **INTEGRAZIONE:**

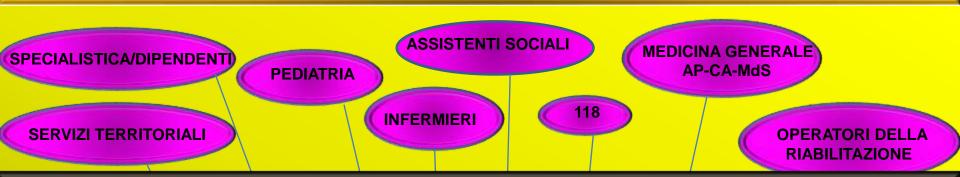
#### **AFFERMAZIONI:**

#### **AFFERMAZIONI:**

#### **AFFERMAZIONI:**

- -II MMG riveste un ruolo centrale di hub/coordinatore del team in forza delle competenze specifiche
- -II MMG attiva il team M&M
- -II MMG è direttamente interessato al buon funzionamento del progetto di integrazione in quanto la soluzione integrata dei problemi assistenziali porta vantaggi ai suoi/propri pazienti
- -II MMG è il miglior sistema esperto nell'assistenza territoriale
- -Il paziente è il miglior sistema esperto per quanto riguarda la propria patologia
- -Il modello (soprattutto assistenziale ) dei team territoriali M&M può rappresentare una favorevole mediazione tra bisogni socio-sanitari, interessi di categoria, obiettivi politici
- -il modello procura condizioni di stabilità (per l'intero sistema delle cure) operando aggiustamenti in diretta o anticipando eventuali modifiche grazie alla presenza dei migliori sistemi esperti ( MMG e paziente) e alle attività di omeostasi e di biofeedback interne al team; l'autoregolazione interna al team ottiene una solida rete di tenuta contro epidemia della cronicità.

INTEGRAZIONE TERRITORIALE MULTIPROFESSIONALE E MULTIDISCIPLINARE coinvolge tutte le professionalità socio-sanitarie del territorio e dell'ospedale

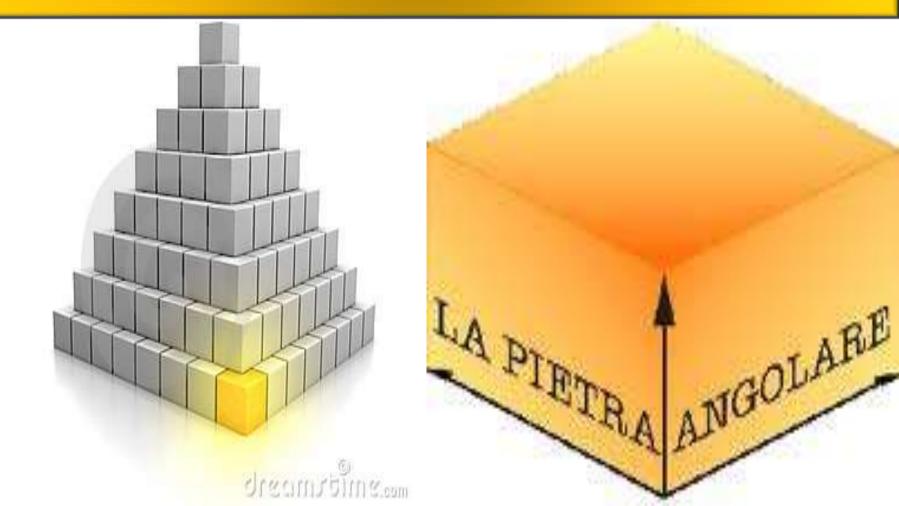


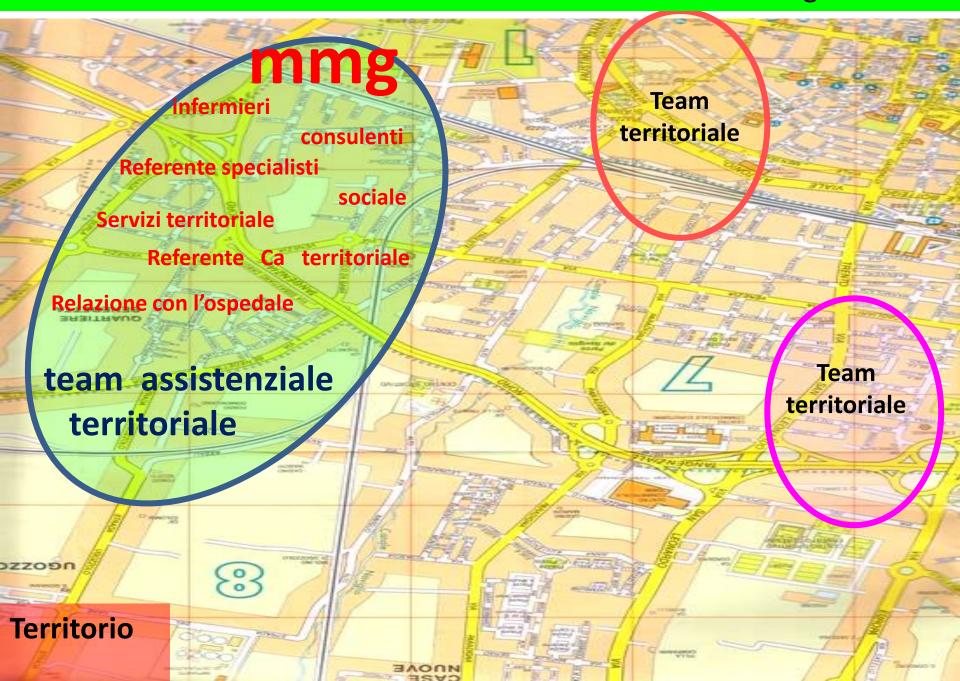
L'esperienza e l'evidenza dell' efficacia del team integrato, paritario, trasversale e non gerarchico origina da solide (accreditate) esperienze pluridecennali in atto nei servizi territoriali del SSN.

La competenza specifica nell'integrazione di questi servizi può essere utilizzata strategicamente per trasferire al territorio e al sistema delle cure primarie queste abilità.

TEAM M&M ASSISTENZIALE TERRITORIALE INTEGRATO

... IL MODELLO (SOPRATTUTTO ASSISTENZIALE) DI INTEGRAZIONE MULTIPROFESSIONALE E MULTIDISCIPLINARE (TEAM M&M) PUO' RAPPRESENTARE LA PIETRA ANGOLARE SULLA QUALE COSTRUIRE UNA RINNOVATA SOSTENIBILITA' PER IL SSN ....





L'associazionismo medico territoriale: la realtà delle forme organizzative



Strade percorribili per i mmg ...



- Integrazione assistenziale territoriale M&M (autonomia ... meritocrazia ...)
- Megastrutture logistiche (...& dipendenza ...)
- Decrescita (... mantenimento delle evidenze positive derivate dall'associazionismo, riduzione delle criticità, rinuncia alle megastrutture...)

# Università degli studi di Roma "La Sapienza"

Master di II° livello

in

Medicina Generale e del Territorio

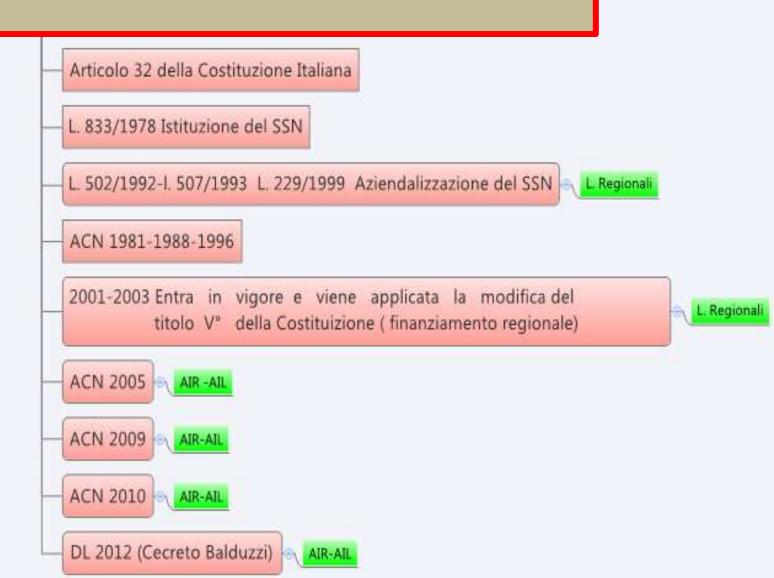
L'associazionismo medico territoriale: la realtà delle forme organizzative

L'associazionismo medico territoriale: la realtà delle forme organizzative



QUADRO NORMATIVO DELL'ASSOCIAZIONISMO MEDICO TERRITORIALE

# QUADRO / CORNICE / CASCATA NORMATIVA DI INTERESSE PER L'ASSOCIAZIONISMO MEDICO TERRITORIALE



Progr.Num. 199/2013

#### GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA

Questo giorno Iunedi 25 del mese di febbraio

dell' anno 2013 si è riunita nella residenza di via Aldo Moro, 52 BOLOGNA
la Giunta regionale con l'intervento dei Signori:

1) Bianchi Patrizio
2) Bortolazzi Donatella
3) Freda Sabrina
4) Gazzolo Paola
5) Lusenti Carlo
6) Marzocchi Teresa
7) Melucci Maurizio
8) Muzzarelli Gian Carlo
9) Peri Alfredo
10) Rabboni Tiberio

Assessore
Assessore
Assessore
Assessore
Assessore
Assessore
Assessore
Assessore

Presiede l'Assessore Bianchi Patrizio attesa l'assenza del Presidente, ai sensi dell'art. 3, comma 2 L.R. 14/89

Funge da Segretario l'Assessore Muzzarelli Gian Carlo

Oggetto: LINEE DI PROGRAMMAZIONE E FINANZIAMENTO DELLE AZIENDE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE PER L'ANNO 2013

Cod.documento GPG/2013/49

L'associazionismo medico territoriale: la realtà delle forme organizzative

Preso atto richiamato considerato Dato atto

constatato

stabilito

verificato

ravvisato

Preso atto

ritenuto

valutato

Dato atto

Preso atto

visto

visti

Ritenuto opportuno

Dato altresì atto

Ritenuto di

considerati

ravvisato

Dato atto

richiamato

Preso atto

Dato atto

richiamati

Dato atto

**DELIBERA** 

visto

visti

Ritenuto altresì

Preso atto	
Visto l'art	

Tenuto conto ...

Considerato ...

Preso altresì atto

Visto il decreto

Tenuto conto

Preso atto

richiamati

considerati

Dato atto

Visti

Visto l'art. ...

Preso atto

ravvisata

Ritenuto opportuno

Visto il citato decreto

Visto la citata legge

Preso altresì atto

Visto il decreto

Preso atto

Dato atto

Dato atto

stabilito

Dato atto

acquisita

atteso

Art. 32 della Costituzione Italiana: La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse per la comunità e garantisce cure gratuite agli indigenti (primo capoverso)

L. 833/1978 istituisce il SSN (Riforma Sanitaria): con questa riforma decade definitivamente il sistema mutualistico (1980); il SSN (che ricalca il SS Inglese National Health Service NHS) si fonda su principi di

 universalità: unitarietà dei livelli assistenziali su tutto il territorio nazionale

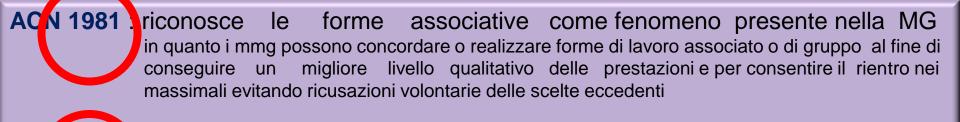
- equità: accesso per tutti i cittadini

- solidarietà: è un servizio finanziato dalla fiscalità generale e da entrate dirette come quelle di derivazione dai tichet e

dall'intra moenia



si parla di collaborazione generica tra mmg



ACN 1988 si parla di associazionismo paritario tra mmg convenzionati

L. 502/ 1992 e 507/1993: promulgano <u>l'aziendalizzazione</u> del SSN e decretano l'autonomia aziendale della USL finanziata dalla fiscalità generale; oltre ai compiti storici della MG vengono affidati al sistema della MG e delle CP funzioni di governo clinico di gestione manageriale delle risorse e di farmacoeconomia

1996 : compare per la prima volta il concetto di Medicina di Gruppo percepita come generalmente vantaggiosa ( per mmg che operano nei propri ambulatori):

- per il recupero della professionalità
- per la diffusione della cultura della qualità
- per la promozione del miglioramento delle cure
- per la presenza di incentivi economici differenziati per i livelli di assistenza

DL 229/1999 (a completamento della 502/1992) perfezionano il processo di aziendalizzazione sanitaria trasformando le USL in AUSL con personalità giuridica pubblica ed autonomia gestionale; l'organizzazione ed il funzionamento delle Aziende ASL vien regolato dall'Atto Aziendale che è uno strumento di diritto privato



- N 2000: L'associazionismo medico (art. 40) viene suddiviso in
  - Associazione semplice ( medicina in associazione)
  - Medicina in Rete
  - Medicina di Gruppo

2001-2003 : Entra in vigore e viene applicata la <u>modifica del titolo V° della Costituzione</u> con questa riforma si verificano profonde trasformazioni del sistema delle autonomie regionali, provinciali e comunali: <u>la nuova filosofia del diritto stabilisce che le competenze sono degli enti locali salvo quelle autoattribuite o autodeterminate dallo stato</u>



vengono definite le norme inerenti le competenze del SSR e in merito <u>all'associazionismo</u> <u>medico</u> ( l'art. 54 è sostanzialmente sovrapponibile all'art. 40 dell'ACN del 2000) già suddiviso in associazionismo semplice, reti e gruppi ) si introducono i concetti di équipes territoriali e di (Unità Territoriali di Assistenza Primaria)

-Equipes territoriali : organizzazione della MG e di altre discipline integrate all'interno di un distretto con la finalità di realizzare l'assistenza e metter in nazionali, regionali e aziendali e si realizza atto programmi mediante la produzione di valutazioni multidisciplinari delle risposte appropriate regolate da un programma di lavoro (NCP)

-UTAP:

Unità Territoriali di Assistenza Primaria sono strutture territoriali ad alta integrazione (es.: Medicine di Gruppo e UCCP)

- AIR:

è demandato alle regioni la definizione dei contenuti e delle

modalità di attuazione dell'associazionismo

in merito all'associazionismo l'ACN 2009 è sovrapponibile all'ACN 2005

ACN 2010: vengono ripresi i contenuti dei pregressi ACN nei confronti di équipe e Utap e vien introdotto il nuovo concetto di UCCP (Unità Complessa di Cure Primarie) verosimilmente sovrapponibile a Medicine di Gruppo inserite in strutture a diversa complessità operativa e di integrazione.

- UCCP: prevede un referente unico di UCCP per disciplinare i rapporti tra mmg e istituzioni appartenenti alla UCCP e nominato con modalità fiduciaria scelto tra i mma dall'azienda ( mmg in staff); questo medico in staff si avvale della collaborazione dei coordinatori delle AFT/NCP
- Flussi Informatici
- Paperless e trasmissione con posta elettronica
- Patient summary



- Monoprofessionali: sono rappresentate dalle AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali) nelle quali si condividono piani e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, audit, LG, Evidenze ...
- Multiprofessionali: sono rappresentate dalle UCCP ed erogano prestazioni tramite il coordinamento e l'integrazione tra i professionisti delle CP e del sociale; possono adottare finanziamenti a budget (capitale iniziale entro il quale rimanere) previa definizione dei compiti e delle funzioni e dei criteri di selezione dei referenti; la regione inoltre fornisce le dotazioni strumentali strutturali e di servizio (verosimilmente destinate alle megastrutture). Il personale medico coinvolto nell'erogazione dei servizi è personale convenzionato (MMG, PLS, Specialisti Ambulatoriali)
- Ruolo unico disciplinato dalla convenzione
- Valorizzazione dei mmg in formazione
- Assetto informatico Adesione obbligatoria all'assetto informatico del SSN (tessera sanitaria e trasmissione telematica delle ricette)
- H24 distrettuale tramite l'integrazione tra mmg di AP, CA, PLS, Spec. Ambulatoriali, Medicina dei Servizi, (monoprofessionale)

# Università degli studi di Roma "La Sapienza"

Master di II° livello

in

Medicina Generale e del Territorio

L'associazionismo medico territoriale: la realtà delle forme organizzative

L'associazionismo medico territoriale: la realtà delle forme organizzative



Bruno Agnetti Maria Caterina Antonioni, Alessandro Chiari, Davide Dazzi, Lorella Marinucci, Mario Salvi

# Suida alla medicina di gruppo

Come organizzare una medicina di gruppo senza massacrarsi la vita (errori, ingenuità, cantonate, distrazioni... e qualche suggerimento per chi, in futuro, volesse imbarcarsi in una simile avventura...)

Prefazioni di Salvo Calì, Giacomo Milillo e Massimo Fabi





Bruno Agnetti Maria Caterina Antonioni, Alessandro Chiari, Davide Dazzi, Lorella Marinucci, Mario Salvi

#### Indice

- 1- Cos'è una medicina di gruppo ( MdG classica; MdG inserita in un UCCP; MdG inserita in una Casa della Salute CdS ...)
- 2-La MdG, le reti dei servizi e delle cure territoriali e il Governo Clinico

3-Organigramma e funzionigramma di una ASL

4-L'associazionismo, la sua storia, la sua attualità





Bruno Agnetti Maria Caterina Antonioni, Alessandro Chiari, Davide Dazzi, Lorella Marinucci, Mario Salvi

# > Guida

#### Indice

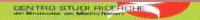
- 5-Ideazione, ricerca dei locali, progettazione, disegni, ristrutturazione, attività edili, impiantistica ... a cui porre attenzione
- 6-La sala d'aspetto, tecnologia ed informatizzazione, comunicazione agli assistiti e alla popolazione del quartiere





#### Indice

- 7-Atto costitutivo di una MdG
- 8-Regolamento interno di una MdG
- 9-Documento programmatico/progetti
- 10-Contratto d'affitto
- 11-Contratti formali di assunzione per collaboratrici di studio e modalità di assunzione alternative
- 12-Contratti formali per assunzione libero professionale della Capo sala infermiera
- 13 Interpello all'Ispettorato del Lavoro Provinciale e della Direzione Generale delle Entrate sulle tematiche inerenti l'assunzione del personale con contratto di assunzione e con contratto in libera professione e sulla fiscalità delle MdG
- 14 Contratto formale di collaborazione per impresa di pulizie e manutenzione generale





Bruno Agnetti Maria Caterina Antonioni, Alessandro Chiari, Davide Dazzi, Lorella Marinucci, Mario Salvi

#### Indice

15- Distribuzione incarichi di servizio tra colleghi componenti la MdG

16-Bozza di proposta contrattazione/negoziazione per un sistema incentivante a fronte di delle spese sostenute (iniziative di maggior impegno professionale sperimentali da ricontrattare in sede di comitato aziendale)



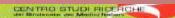


#### Indice

17- Analisi dei bisogni assistenziali del territorio di riferimento e proposte/ progetti e utilizzo di uno schema-griglia precostituita per la presentazione formale dei progetti alle istituzioni

18 Progetti: A- MdG come sede di riferimento per il NCP

- B- Attività di espressione di parere di 1° livello da parte dei componenti il NCP per i colleghi componenti del NCP
- C- Integrazione tra MMG di AP e MMG di CA operanti nello stesso NCP e punto di Guardia Medica leggera
- D- Cure pallaitive e movimento hospice come modello di integrazione
- E- Gestione integrata del Diabete con scheda di rendicontazione semplificata
- F- Prevenzione delle dipendenze patologiche e sostegno ai genitori
- G- Educazione Sanitaria con video proiettati nella sala d'aspetto della MdG
- H- Formazione e aggiornamento per il NCP con ECM
- I- Pronta valutazione infermieristica
- J- Valutazione per l'accesso alle commissioni di invalidità





Bruno Agnetti Maria Caterina Antonioni, Alessandro Chiari, Davide Dazzi, Lorella Marinucci, Mario Salvi

#### Indice

- 19- Divario di opportunità tra le diverse tipologie di MdG;
- 20 -Sistemi tecnologici di comunicazione nella MdG con gli assistiti; utenti; cittadini; clienti ( ex pazienti )
- 21- Principi etici-dentologici guida per una MdG
- 22- Perche i MMG si organizzano in MdG
- 23- Iconografia/fotografie dei locali e delle soluzioni logistiche di una MdG





Spese di ristrutturazione Medicina di Gruppo San Moderanno Parma – 2005-2006 Ipotesi di progetti assistenziali



#### SINTESI SINOTTICA SOMMARIA DEI POSSIBILI INCENTIVI (INTEGRAZIONE TRA ACCORDO REGIONALE 2006 E ACN 2005)

- 1 € per assistito all'anno per la disponibilità all'integrazione, per l'accettazione della logica interprofessionale del NCP, per la conoscenza informatica necessaria allo sviluppo dell'integrazione ( dalla data di ricevimento dell'adesione sottoscritta gli incentivi del 2006 a decorrenza dal 01/01/2006 verranno liquidati dall' Azienda in unica soluzione).
- 0.30 € per assistito all'anno per la disponibilità all'allacciamento alla rete informatica ( dalla data di ricevimento dell'adesione sottoscritta gli incentivi del 2006 a decorrenza dal 01/01/2006 verranno liquidati dall'Azienda in unica soluzione)
- 4,70 € per assistito all'anno per i medici singoli o per associazioni semplici che sviluppano una nuova rete ( gli incentivi vengono liquidati entro 30 giorni dalla comunicazione all'azienda)
- 1 € per assistito all'anno per i medici che essendo già in rete o in gruppo adeguano la loro organizzazione alle tipologie previste per il NCP e all'integrazione con i medici di CA, l'incentivo di 1 € è aggiuntivo rispetto a quanto già stabilito dall'ACN per le medicine di gruppo 7 € o le medicine in rete 4,70 € ( gli incentivi vengono liquidati dalla comunicazione all'azienda della copertura della 7 ora giornaliera di apertura e di accesso all'ambulatorio)
- 1,30 € per assistito all'anno per i medici non associati ( singoli) che presentano la propria dichiarazione di adesione al NCP
- 2,58 € per assistito all'anno ai medici non associati (singoli) che aderiscono al NCP ed accettano di integrare gli orari di studio al fin di raggiungere 7 ore di ambulatorio complessive (in attesa di passare alla rete)
- 5 € all'anno per assistito (frazionato in 12 mensilità) per la partecipazione al progetto Sole dalla data dell'allacciamento dello studio medico
- 1 € per assistito all'anno per ogni ora aggiuntiva alle 7 ore convenzionali di accesso all'ambulatorio per un massimo di ulteriori 5 ore (=H12).
   Questo obiettivo ha un avanzamento a scaglioni ( dalla comunicazione all'azienda della disponibilità, da parte dell'associazione, all' estensione dell'orario di apertura

dell'ambulatorio e di accessibilità oltre le 7 ore a decorrere dal 10/05/2006 anche per quei casi in cui l'estensione dell'orario è stato adottato e comunicato precedentemente a tale data).

Nel 2006 verrà incentivato un primo tetto dell'8% dei medici che presenteranno i requisiti richiesti, nel 2007 verrà incentivato un ulteriore 20% e infine nel 2008 sarà la volta del restante 40%. L'obiettivo prevede inoltre criteri di priorità per accedere agli incentivi così che saranno dirimenti la data della ricezione della domanda e il fatto di appartenere ad una medicina di gruppo.

# Compensi che continuano ad essere erogati come da ACN

- 3,50 € all'anno per assistito come incentivo per il collaboratore di studio ( abolizione dei tetti convenzionali finalizzata ai NCP)
- 4 € all'anno per assistito come incentivo per l'infermiere/a professionale (abolizione dei tetti convenzionali finalizzata ai NCP)
- 7 € all'anno per assistito per le medicine di gruppo
- 4,70 € all'anno per assistito per le medicine in rete
- 2,58 € all'anno per assistito per le medicine in associazione.
- 60 € all'ora per i ruoli partecipativi dei medici convenzionati

   ( coordinatore di NCP, Referente di Distretto e di Dipartimento Cure Primarie, collegio di Direzione, UCAD, Comitato Regionale, Comitato Aziendale, Commissioni, Collegio Arbitrale, Animatore di Formazione, Tutor per formazione specifica 6.000 € forfettario, tirocinio pre e post laurea 250 € forfetario).

# Spese in una Medicina di Gruppo "Self Made" 2008

MdG composta da 5 medici, 2 segretarie part time, 1 infermiera libero professionale, 1 persona addetto alle pulizie/manutenzione – Attività H 12

Voci	Costo in €	Materiale e interventi estemporanei:	
affitto	6.244,85	- Pile - Carta	
Acqua/gas	442,57	- Toner - Materiale per le pulizie	
Elettricità	746,63	- Sicurezza ( legge 81) - Vigilanza	
Telefono	413,13	<ul><li>Assicurazione ambulatorio</li><li>Abbonamento TV e Radio</li></ul>	
Rifiuti	346,95	- Interventi tecnici informatici - Tasse passo carraio	
Impiegata	2.912,00	<ul><li>Tasse suolo pubblico</li><li>Rifacimento pavimento asfalto posteggio</li></ul>	
varie	480,00	<ul><li>Riparazioni ( continue) rete recinzione posteggio</li><li>Rinnovo stampanti ( frequente)</li></ul>	
Totale	11.586,35	- Cambio fotocopiatrice	
Totale		- Ufficio buste paga	
singoli	per ogni medico	- Chiavi & chiavi - Maniglie porte	
	•	<ul> <li>Chiavi &amp; chiavi</li> <li>Maniglie porte</li> <li>Riviste e giornali</li> <li>Piccoli vandalismi (?)</li> </ul>	
	•	<ul> <li>Chiavi &amp; chiavi</li> <li>Maniglie porte</li> <li>Riviste e giornali</li> <li>Piccoli vandalismi (?)</li> <li>Teli e tappeti anti sporco e acqua</li> <li>Fax</li> </ul>	
	per ogni medico	<ul> <li>Chiavi &amp; chiavi</li> <li>Maniglie porte</li> <li>Riviste e giornali</li> <li>Piccoli vandalismi (?)</li> <li>Teli e tappeti anti sporco e acqua</li> </ul>	
singoli	per ogni medico 57.931,75	<ul> <li>Chiavi &amp; chiavi</li> <li>Maniglie porte</li> <li>Riviste e giornali</li> <li>Piccoli vandalismi (?)</li> <li>Teli e tappeti anti sporco e acqua</li> <li>Fax</li> <li>Armadi di pastica</li> </ul>	
singoli Totale	per ogni medico 57.931,75	<ul> <li>Chiavi &amp; chiavi</li> <li>Maniglie porte</li> <li>Riviste e giornali</li> <li>Piccoli vandalismi (?)</li> <li>Teli e tappeti anti sporco e acqua</li> <li>Fax</li> <li>Armadi di pastica</li> <li>Recinzione centralina clima</li> <li>Scaffalature</li> </ul>	

# Spese in una Medicina di Gruppo "Self Made" 2010

MdG composta da 5 medici, 2 segretarie part time, 1 infermiera libero professionale, 1 persona addetto alle pulizie/manutenzione – Attività H 12

Voci	Costo in €	Materiale e interventi estemporanei:
affitto	32.310,30	- Pile - Carta
Acqua/gas	3.021,14	- Toner
Elettricità	3.519,29	- Materiale per le pulizie - Sicurezza ( legge 81)
Telefono	5.406,20	- Vigilanza
Rifiuti	2.231,11	<ul><li>- Assicurazione ambulatorio</li><li>- Abbonamento TV e Radio</li></ul>
Impiegata	17.412, 05	- Interventi tecnici informatici - Tasse passo carraio
Infermiera	5.500,00	- Tasse suolo pubblico
Imposte	3.775,00	- Rifacimento pavimento asfalto posteggio - Riparazioni ( continue) rete recinzione posteggio
Rit. Acc.	900,00	- Rinnovo stampanti ( frequente)
Cancelleria	305,80	- Cambio fotocopiatrice - Ufficio buste paga
Riviste e abb.	424,60	- Chiavi & chiavi - Maniglie porte
Manutenzioni	5.346,92	- Riviste e giornali
Attrezzature	3.924,30	- Piccoli vandalismi (?) - Teli e tappeti anti sporco e acqua
Pulizie	3 226 91	- Fax
TOTALE ASSOLUTO	87.635,12	- Armadi di plastica - Recinzione centralina clima
		- Scaffalature - Telefonini
TOTALE PER MEDICO	17.527,027	<ul> <li>Incontri riunioni, organizzazione ferie, problematiche varie di colleghi e personale, sostituzioni estemporanee, malattie prolungate,</li> <li>NON INSERITO IL COSTO AUTO ANNUALE ( da 7100 a 3550)</li> </ul>
		- NON INSERTIO IL COSTO AUTO ANNOALE ( da 7100 a 5550)

## Spese in una Medicina di Gruppo "Self Made" 2012

MdG composta da 5 medici, 2 segretarie part time, 1 infermiera libero professionale, 1 persona addetto alle pulizie/manutenzione – Attività H 12

Telefonini

Voci	Costo in €
affitto	32.505,50
Acqua/gas	4.275,18
Elettricità	6.150,57
Telefono	9.834,76
Rifiuti	2.374,21
Impiegata	20.105, 15
Infermiera	4.500,00
Imposte	3.972,07
Rit. Acc.	900,00
Cancelleria	625,90
Riviste e abb.	424,60
Manutenzioni	5.595,57
Consulenze	1.332,50
Attrezzature	3.924,30
Pulizie	3.226,91
Canone Rai	200,91
Assicurazioni	1.627,72
Buste Paga	2.529,68
TOTALE ASSOLUTO	101.179,62
TOTALE PER SINGOLO MEDICO	20.235,96

=	•
Mate	riale e interventi estemporanei:
-	Pile
-	Carta
-	Toner
-	Materiale per le pulizie
-	Sicurezza (legge 81)
-	Vigilanza
-	Assicurazione ambulatorio
-	Abbonamento TV e Radio
-	Interventi tecnici informatici
-	Tasse passo carraio
-	Tasse suolo pubblico
-	Rifacimento pavimento asfalto posteggio
-	Riparazioni ( continue) rete recinzione posteggio
-	Rinnovo stampanti ( frequente)
-	Cambio fotocopiatrice
-	Ufficio buste paga
-	Chiavi & chiavi
-	Maniglie porte
-	Riviste e giornali
-	Piccoli vandalismi (?)
-	Teli e tappeti anti sporco e acqua
-	Fax
-	Armadi di plastica
-	Recinzione centralina clima
-	Scaffalature

Incontri riunioni, organizzazione ferie, problematiche varie di colleghi e

personale, sostituzioni estemporanee, malattie prolungate, NON INSERITO IL COSTO AUTO ANNUALE (da 7100 a 3550)







#### Normative sulla sicurezza: Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n.81 (ex 626) Coordinato con il Decreto Legislativo n.106/2009

			(
Oblight for dation in leave (within forcement as each feature for concerns a soft one is to president in use the controls depth of the in depth region property.)	Absormation medical delication of the product of the colonial	All is presented on its publish of the international diagnost fall is manufacted appear falls in publish princip and installation in the international fall is more sense for the publish diagnostic fall is published to the Audional Audion	Al learnife we are letter  El learnife we are letter
Redica competente	1 Norman i reducionymente		
Inanali ye lassaran	Degenyenderedniss demand blideredde need promon dinord	1.1 house deposits di pule avec relations,	
Violambia	I imare i lavordor alla reda redisa		
fenuera	Alterger op stilght in de name, herason et stilste mete		
Valutariore des reachs	8 Commune or Governille Governill		
From Sensors	Herden providents mass in makes it provides		
Egyptumlarle prisonersus	7 iddism en reppendiade de leverdon per la seconda		
Воличейскимую из видейством учестве Вуроветв (пол иза медила ds уг груп)	I incur effects I tayon havin I tayon I tayo	5.1 difficulties del com editi plane 5.1 leffer di desputator 10.1 leffer di desputator 10.1 leffer del letter manuscan redale 11.2 difficulties del com di formation 11.3 disconnector di 2001.	
Astonando	100 squarer bil menule d la Casarrabia marab yran ann med	13.16Cedate à forsaure 13.1 leCes à despusser 13.3 lectronisse desfenieure de mas arbitrantes	15.4 yan feregesa 15.8 yan feregesa 15.8 yahila
France sensorme	Mayarer 6 or manufe	13.5e metro e continu no mando é com é formame	13.25 considerative manufation or approximate in terms in

	has particular to have several	16.10mmarer del management	
Ogangranna	14 Oncomment of Carbellagers	in case to complex symples will	
	years combining deference	medialred domediane di	
	mayarmyalifurbCajatab	lands to concern	
	dan.		
Source industrial	18/гостия в испавлева в водухо		
	exemple per ablicants made de		
	and a		
Ingelia infortan	18 marca del mystra infestica		
- Contract of the Contract of	advaluat agreeds		
		13.3 in with a probability or in the	13.39 alocals prelegables and
Francisco de Largera	17/menus & providen continue.	unflesser e la palace de locali	equations, per la manuferación
	lavoru	samelala di sulede dei proballi	Original Procedure, per la combus
		disab	anne e destaurant felia dia
			refere
			13.4 freguence de control de la que
			ifa ye restran lellara de
			promo è unitazione e dei
			lastarure 17.delena de dapas (m. d. pro
			Secure infordati e probabili d
			manufacturer degle silence
			resonant op total
		18.10 combon del popular	
Impantania Cons	Mission is in inches over it.	dell'imparte dell'inse	
	seriemia dell'operia ristina		
	Taxo o Defendance & Exper		
	desar van dawnerû û mes		
	erunderkale erana.	18.37 milati delle verificile peru	18.2 SourceSource officials
	190 commission deleverible produkt spir report sisting	Outroberration in participate experie delicate dell'Albit y de	l'accessité messages delle centi- cité persolicité pressité del ce
	The may of the present the state of	uperare abilitie	shallow dryle approved widely
	ula	vijaniani kanala	refeate regula de procesi
	-		positivate ( lettery)
			18.30 complexes this only
			of exemploid detector is now your
			ofe servadus delle loc di erre gene 18,860, orenfaccine delle venti
			uleumedak dele tur di eme gene 18.30a.umelaume dele verb uleumuk delekturdifferend
		Material de Gebball de	ule complete delle tos de entre gener 18.3 describerate delle socia ule mossi delle la colliminate 18.3 mendensione module socia
Apperaheler	10 harpe & Life remain flow	Gerfaren Gradier vertra Grade man	uleumedak dele tur di eme gene 18.30a.umelaume dele verb uleumuk delekturdifferend
Apperwhaler	e mandersone, in Zalam, G		ule complete delle tos de entre gener 18.3 describerate delle socia ule mossi delle la colliminate 18.3 mendensione module socia
Appenshalen	e mandenanne, in Zelane, û nga apparectio deCountbale	Gerfaren Gradier vertra Grade man	ule complete delle tos de entre gener 18.3 describerate delle socia ule mossi delle la colliminate 18.3 mendensione module socia
Apperwhaler	e mandersone, in Zalam, G	Gerfaren Gradier vertra Grade man	ule complete delle tos de entre gener 18.3 describerate delle socia ule mossi delle la colliminate 18.3 mendensione module socia
	e mandenare, in Zalare, è agni appareche dell'orielade preside in discourse	Gerfaren Gradier vertra Grade man	of complete date to de one gree 18.30 complete on de one de ones de de la collection 18.30 condenses en de desen-
Apparachalier Zegerb di rebueron manarih, silikh, ramen	e mandenanne, in Zelane, û nga apparectio deCountbale	Gerfaren Gradier vertra Grade man	of complete date to de one gree 18.30 complete on de one de ones de de la collection 18.30 condenses en de desen-
legerbit rabasen	e mendename, in Zalami, di agni approache dell'amblade prome in ancocame Dispossabilità con cogniti	Gerfaren Gradier vertra Grade man	of complete date to de one gree 18.30 complete on de one de ones de de la collection 18.30 condenses en de desen-
Zergenb di radiazzoni nemasadi, silbala, namen,	e mendersme, in Zelens, di opin approache dell'emblade prome in ancocame 10/generalative con segoni di reliacon remanti, reliaco	Gerfaren Gradier vertra Grade man	ule complete delle tos de entre gener 18.3 describerate delle socia ule mossi delle la colliminate 18.3 mendensione module socia
Zergenb di radiazzoni nemasadi, silbala, namen,	e medicane, in Zalam, di upo aparacho dell'ambiate present in discussioni l'Approachelor sen segoti di relianon remandi, editare in Globa, approachelor sens	Gerfaren Gradier vertra Grade man	ule complete delle tos de entre gener 18.3 describerate delle socia ule mossi delle la colliminate 18.3 mendensione module socia
Zergenb di radiazzoni nemasadi, silbala, namen,	e mendenane, in Zalem, di spin approvide stalloredisale protein in discussion This provide service support di relianon remaints, offices in Stallore, approvidente remains recompression di relianon (di	Gefore Saile recre Gran cer salare	ule complete delle tos de entre gener 18.3 describerate delle socia ule mossi delle la colliminate 18.3 mendensione module socia
Togeth in reluces recountly, silvele, record, reluces	e neuderane, in Zelani, di ign approach dell'ambate present in securiti 10 gamentalen un segoti di sebassi securit, abasi in Selani proposition ser- nare gamentalen ser- tare present di sebassi (di men en present min sebat territoria)	Gerbande de nome Gran no salem 12.13/19/19 de novembré de	ule complete delle tos de men gene 18.30 commissione delle sent ule mosti delle la colliminati 18.3 construore mediule con
Zergenb di radiazzoni nemasadi, silbala, namen,	e neuderson, e Zeine, û spir sperrole til Greikale peter i stroutere. Dipperale in stroutere. Dipperale in en septil de sincer neuerit, since e sicht, sperrole in en settle, sperrole in en selvice en sicht i speriole en er selvice en peter en perale en er selvice in de sicht i serie en perale en er selvice in de sicht i serie en perale en er selvice in de sicht i serie en perale en er selvice in de sicht i serie en perale in en selvice in de sicht en peter en perale in en selvice in de sicht en peter e	Gefore Saile recre Gran cer salare	ule complete delle tos de men gene 18.30 commissione delle sent ule mosti delle la colliminati 18.3 construore mediule con
Togeth in reluces recountly, silvele, record, reluces	e neudersone, in Zelane, di spin approach stellarestrate pentra in streament 12 Approach fair van septil di selanen semanti, selane in 2004, approach faire son sans pentra di selanen (di sense sen pentra in a solute la selanen pentra in sessioni di 12 Approach de la sessioni di 12 Approach de la sessioni di 20 Approach de la sessioni	Gerbande de nome Gran no salem 12.13/19/19 de novembré de	ule complete delle tos de men gene 18.30 commissione delle sent ule mosti delle la colliminati 18.3 construore mediule con
Togeth in reluces recountly, silvele, record, reluces	e neuderson, e Zeine, û spir sperrole til Greikale peter i stroutere. Dipperale in stroutere. Dipperale in en septil de sincer neuerit, since e sicht, sperrole in en settle, sperrole in en selvice en sicht i speriole en er selvice en peter en perale en er selvice in de sicht i serie en perale en er selvice in de sicht i serie en perale en er selvice in de sicht i serie en perale en er selvice in de sicht i serie en perale in en selvice in de sicht en peter en perale in en selvice in de sicht en peter e	Gerbande de nome Gran no salem 12.13/19/19 de novembre de la se	ule semblek dele tot di men gene 18.30 omnibusan dele serb ule mod dele localitement 18.3 omnibusan med ule sem
Zegorb di rebasson menandi, silikila, semen, rebasson Frabilita kenna	e neuderson, er Zeien, ü- nye syarradı etilinetisini penni e tercesoni Digerminisin ver sepeli di edesen ereseni, edese ni elikin syarradı den rem rem yerminin ili elektrolik men en penni er elektrolik dende engi Ditmu oppunda birinadı- ere de peliki dense dikadı-	Gerbande de nome Gran no salem 12.13/19/19 de novembre de la se	ule semblek dele tot di men gene 18.30 omnibusan dele serb ule mod dele localitement 18.3 omnibusan med ule sem
Togeth in reluces recountly, silvele, record, reluces	e neudename, in Zelana, di spin approache tri Constitute postate in securities Dispersalation van sesperi di editame neuserit, sebare in silicite, approachelor neu- name postation de silicite con- tenta me postation en activita- turale mej.  District approache feiterales are de public chima citicale are de public chima citicale.	Gerbande de nome Gran no salem 12.13/19/19 de novembre de la se	ule semblek dele tot di men gene 18.30 omnibusan dele serb ule mod dele localitement 18.3 omnibusan med ule sem
Zegorb di rebasson menandi, silikila, semen, rebasson Frabilita kenna	e neuderson, er Zeien, ü- nye syarradı etilinetisini penni e tercesoni Digerminisin ver sepeli di edesen ereseni, edese ni elikin syarradı den rem rem yerminin ili elektrolik men en penni er elektrolik dende engi Ditmu oppunda birinadı- ere de peliki dense dikadı-	Gerbande de nome Gran no salem 12.13/19/19 de novembre de la se	19.30c. conference date with observational formations 19.3 conference confederate

Erfret: Speciale	36/mens 6 un regiõe de n 150 specifi	26.18egunad in del región o fedi apresis	26.3 cm belle å analismele cer 6 lle spreshante 26.3 bysat benyamm 16.4 cm beganne medie
Fernances	SProduc fernason/inforce aver folymentic	19.15 con lo de commisir della comula l'amesant e del mislore approximation	18.20cmmilioner dellarers in addeducers in
Imparis lemna	380 com la 6 delenare di colorela	18.19mmus del menute d'un delle utiliza, i delle di reparte, leute adiquate un amazone	18.10ccmmlacembilacems la mandencementama emocie e dei certodio della cenductura Compate

INCENTIVI MENSILI PER MMG MASSIMALISTA	ENTRATE MENSILI	COSTI/USCITE MENSILI PER MMG	
- APPROPRIATEZZA PRESRITTIVA FARM-DIAGN-SPECIAL. - GESTIONE INTEGRATA DIABETE	INDIVIDUALE	ЕМРАМ	INDIVIDUALE

168 €

166€

281€

66€

580€

565-600€

625€

1045€

19264,01 €

600€

costo

complessivo mensile Affitto

Utenze

Pulizie

Abbonamento

manutenzione

Materiale di

consumo

Buste paga

Assicurazione

Per legge 81/2008

Sicurezza DVR

Corsi personale

locale

Vigilanza

Per legge 81/2008

557€

400€

100€

100€

150€

50€

400 € + iva

Una tantum

600 € + iva

Complessivi

- TAO

Prelievi

H12

**GRUPPO** 

**COSTI ANNO 2012** 

Distribuzione Diretta

Attività Prenotazioni CUP

Utilizzo sala riunioni per attività di NCP

Segretaria (part-time per 2 ore al giorno)

Infermiera (assunzione come libera professionista part.IVA)

stipedio netto mensile secondo contabilità 230-290 -320 €

RIMBORSI/INCENTIVI LORDI 33033,76 € NETTI 18829,75 €





## FORME ASSOCIATIVE 01-01-2011 Regione E-R

215 3.179 mmg

**NCP** 

Medicine di Gruppo 277 1.192 mmg

Medicine in Rete

227 1.290 mmg

19

3.179

Medicine

In Associazione

Medici non Associati

Informatizzazione

All inclusive

603 3.020

mmg

85 mmg

19,1%

37,89 %

41 %

2,7%

94 % - 98 %

62,8%

Costo/investimento regionale per attuazione Air 2006)

L'AIR (Accordo Integrativo Regionale) che ha fatto seguito all'ACN 2005 ha investito in totale per tutto l'AIR 40.000.000 € per l'associazionismo e l'informatizzazione.

L'adesione massiccia dei mmg al progetto ha fatto lievitare la cifra a 75.000.000 €.

Gli accordi locali hanno ulteriormente incrementato il costo totale a circa 80.000.000 di € per il periodo 2006-2010.

Nel 2011 in prospettiva di un ulteriore investimento (progetto a partenza regionale e non condiviso) sulle case della salute che dovrebbe portare la cifra totale per l'investimento economico/finanziario per la Regione Emilia Romagna a 100.000.000 di euro.

# **Costo/investimento** regionale totale per attuazione Air **2006 — 2011** (Case della Salute)

100.000.000 €

Spesa regionale media procapite

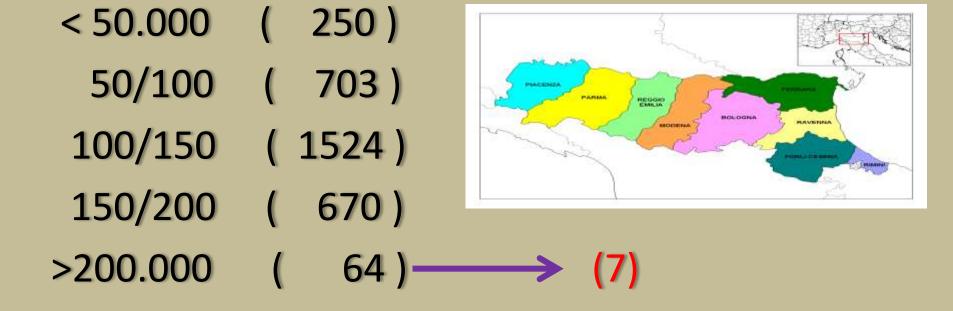
popolazione di 4.395.606)

Spesa regionale media procapite (2009) per:

€ 88,22 - cure

- farmaceutica

€ 215,30



28 LAVORO/PROFESSIONE

Sanità

25-31 maggio 2010



Una ricerca di customer satisfaction condotta a Parma non rileva differenze di gradimento

# Mmg soli o in team pari sono

Gli utenti sono ugualmente soddisfatti - Ma serve un supplemento d'indagine



#### UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PARMA

# Ricerca statistica sulla soddisfazione/gradimento degli utenti in merito alle associazioni mediche

Dai dati analizzati non sembrano emergere differenze significative nel gradimento tra mmg associati e mmg singoli

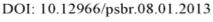
Mmg soli o in team pari sono per gli assistiti

Fonte: Il Sole 240re Sanità, 25-23 maggio 2010

Sciknow Publications Ltd.

PSBR 2013, 1(3): 34-43

Psychology and Social Behavior Research ©Attribution 3.0 Unported (CC BY 3.0)





# The Role of Collaborative Arrangements on Quality Perception in Ambulatory Care. Recent Experiences in Italy and Implications for Future Research

Olimpia Pino<sup>1,\*</sup>, Davide Dazzi<sup>2</sup>, Alessandro Chiari<sup>2</sup>, and Bruno Agnetti<sup>2</sup>

**Abstract** - The Italian primary care had placed particular emphasis on promoting new organizational arrangements. Few research studies have analyzed their impact on quality perception. With the aim to examine clients' and physicians' satisfaction in ambulatory care within the different organizational models, we studied 96 patients (aged between 18 - 80 years) and 22 physicians (M = 50.33 years). Subjects answered (6 point Likert-type scale) to a 17 items questionnaire (PAT-MED). Factor analyses found four factors accounting for 64.56% of the common variance. PAT-MED dimensions were compared with the EUROPEP administered only to the clients. We found moderately high level of perceived quality with care. Results showed that GP collaborative arrangements do not affects satisfaction. Gender resulted significantly associated to the privacy protection guaranted by the GP. Marital status and education were not associated with any of the satisfaction measures. Moreover a significant association between age and a number of satisfaction variables was noted. Findings indicated empathic and professional abilities of physicians more important than organizational arrangements.

Keywords - Customer Satisfaction, Perceived Quality, Client-Centred Approach

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup>Department of Neurosciences, University of Parma, Italy

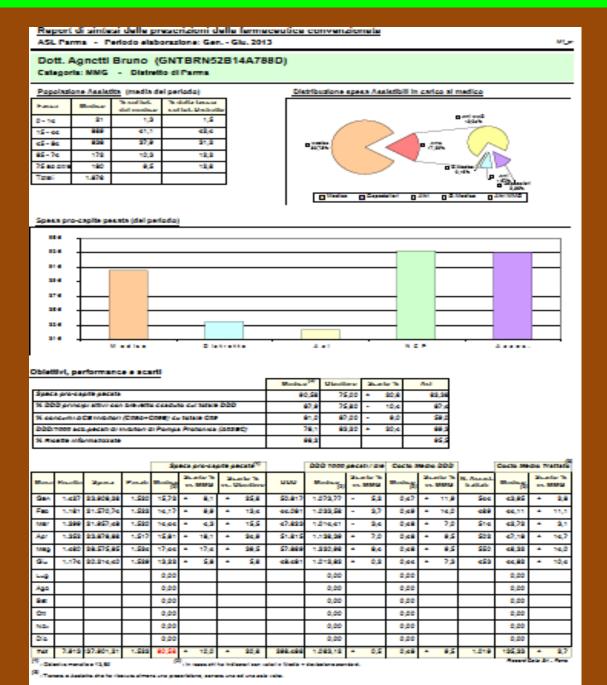
<sup>&</sup>lt;sup>2</sup>Institute for Research SMI Emilia Romagna, Italy

<sup>\*</sup>Corresponding author (Email: olimpia.pino@unipr.it)

L'associazionismo medico territoriale: la realtà delle forme organizzative Medicina generale. Lavorare "in gruppo" non migliora le performance

E' quanto risulta da uno degli studi del <u>progetto "Valore"</u> finanziato dal ministero della Salute sotto la supervisione di Agenas e portato avanti dall'Agenzia regionale di sanità della Toscana. Tra i medici che lavorano in gruppo non è stata osservata un'adesione più frequente alle linee guida per gestire le patologie croniche dei loro pazienti.

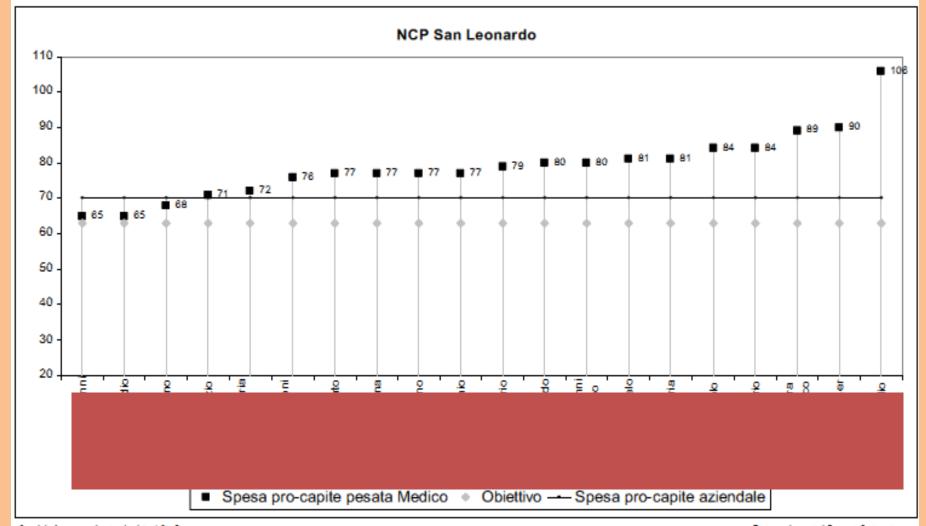
16 agosto 2013



#### Spesa farmaceutica NCP San Leonardo - Periodo Gen. - Mag. 2013

Fonte: banca dati AFT - ASL Parma

Gr.smort

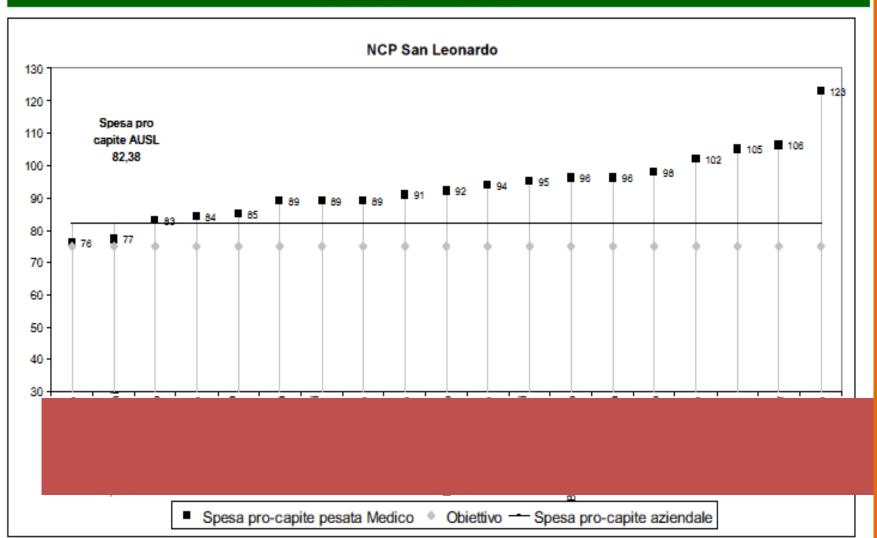


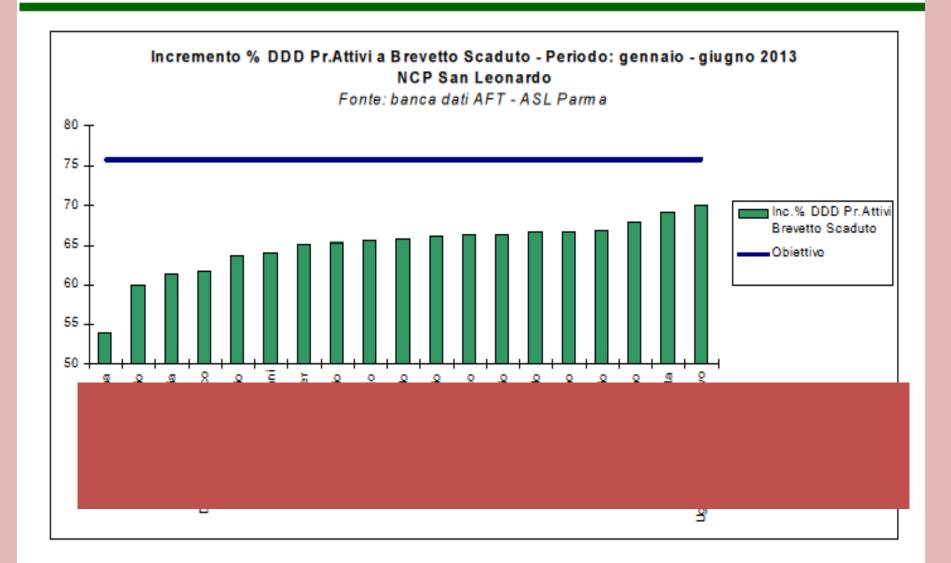
Servizio farmaceutico territoriale ASL Parma

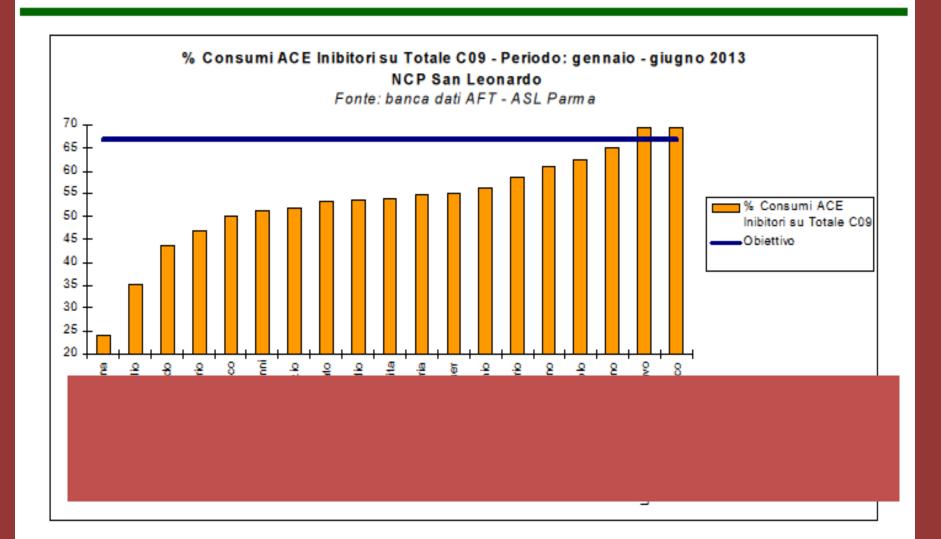
Elaborazione dati Record Data srl

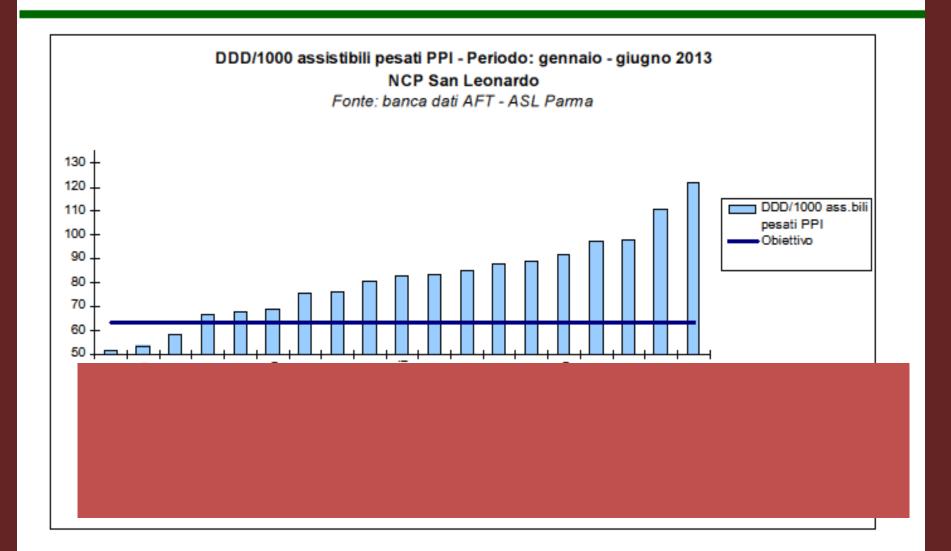
#### Spesa farmaceutica NCP San Leonardo - Periodo Gen. - Giu. 2013

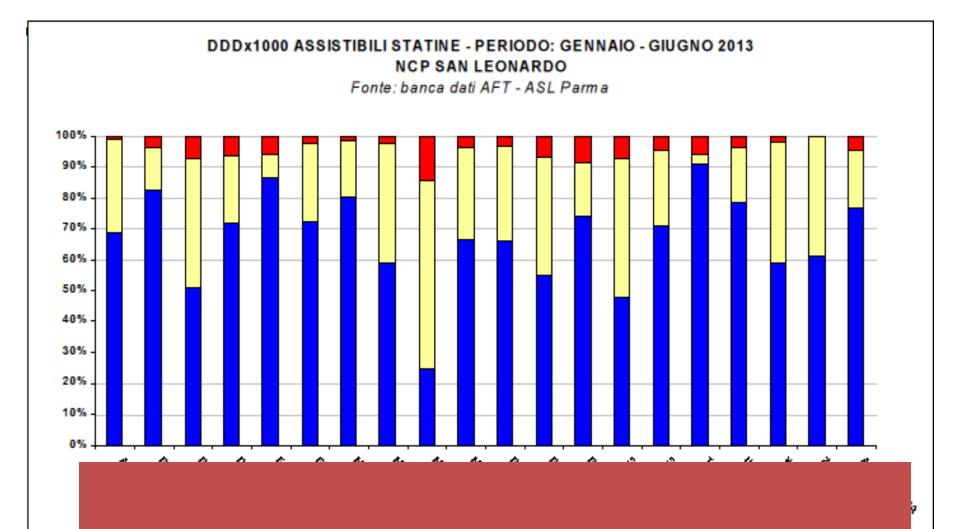
Fonte: banca dati AFT - ASL Parma











■ STATINE A BREVETTO SCADUTO 🗆 ROSUVASTATINA 🔳 SIM VASTATINA+EZETIM IBE

# Farmaci in Distribuzione Diretta spediti in convenzionata - Mese di Giugno 2913 - NCP San Leonardo - Dr Agnetti

ATA_PRES 11/06/13 14/06/13 14/06/13 04/06/13 05/06/13 04/06/13 04/06/13	CF ASSISTITO BNCMRC44R02C407Q BNCMRC44R02C407Q BTRGPL53C30D026P BTRGPL53C30D026P GLZLGU54M05D066G GHLFNC34M13D074G MLNF7N54B14G337L MRGMHL28517B915N	NOME ASSISTITO	NOME MEDICO AGNETTI / BRUNO	FARMACO NOVORAPID FLEXP "SFLEXPENSML NOVOMEXSG FLEXP "SFLEXPENSML BIRLIQUE"SOMS SECPR RIV. TORVAST"SOMS 30 CPR TORVAST"SOMS 30 CPR HUMALOG KWKPEN"SOUML ATORVASTATINA TEV"SOMS 30CPR ACTOS"SOMS 28 CPR	Principio Attivo Imulina sepert Insulna sepert Ticagretor Atorvastatina Atorvastatina Insulna liapio Atorvastatina Pioglitazone	PEZZI 2 2 2 2 1 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2	note
21/06/13 26/06/13 11/06/13	SVNRMOSMISDOTAM SVNRMOSMISDOTAM ZNLLEHISIGL8700		AGNETTI / BRUNO AGNETTI / BRUNO AGNETTI / BRUNO	FRAGMIN'15000U SC4SR 0 AML FRAGMIN'15000U SC4SR 0 AML ATORVASTATINA EG*20MG 20CPR	Datapama Datapama Atovastatna	2 2	temporareamente non disponibile in DD temporareamente non disponibile in DD

# PROFILO DI NCP 2012

# **ACCORDO LOCALE 2013**

# Caratteristiche demografiche dei MMG del NCP

Età media 60 anni

Associati: 90% (Gruppo 72%, Rete 28%)

Singoli: 10%

Caratteristiche demografiche della popolazione

Età media 51 anni

Utilizzo/consumo dei servizi sanitari:

7

45

36

11

7

0

8

**Ipertensione** 

Polmonite batterica

Angina

Asma

Disidratazione

Infezioni del tratto urinario

Scompenso cardiaco congestizio

tasso	di ospedalizzazione	(per	pazienti ospedalizzati	2 o più volte)	
Condizioni			NCP	Azienda USL - I	RE

Condizioni		NCP	Azienda USL	REF	
	N	T.O. Num pzt Pt osp ≥ 2 volte osp ≥ 2 volte (%)	T.O.	Pt osp ≥ 2 volte (%)	T.O.

N	T.O. os	Num pzt Pt osp $\geq 2$ vorp $\geq 2$ volte (%)	olte T.O.	Pt osp ≥ 2 volte (%)	Т.О.
 		_			• .

	osp ≥ 2 volte (%)				(%)		
Complicanze del diabete	18	0,8	2	11,1 0,4	6,0	0,4	
BPCO	19	0.8	2	10.5 0.7	5.6	1.0	

Complicanze del diabete	18	0,8	2	11,1 0,4	6,0	0,4
BPCO	19	0,8	2	10,5 0,7	5,6	1,0

0

0

0

0

0,0 0,2

8,9 2,1

2,8 1,1

0,0 0,7

14,3 0,6

0,0 0,1

0,0 0,2

2,7

13,5

3,0

2,1

20,1

0,0

0,0

0,2

2,4

1,5

0,8

0,7

0,1

0,3

0,3

2,0

1,6

0,5

0,3

0,0

0,4

# Consumo di prime visite e visite di controllo

	NCF	Distretto	Azienda USL	
Cardiologia	125	131	13	0

Endocrinologia

Neurologia

Oculistica

Ortopedia

Urologia

Dermatologia

Pneumologia

Recupero e Riabilitazione

Ostetricia e Ginecologia

Otorinolaringoiatria

**RER** 

# Consumo di prestazioni di diagnostica strumentale

Medicina Nucleare

Ecocolordoppler

Elettromiografia

Endoscopia

RM

Ecografia

1.000 assistiti) *	J		
	NCP	Distretto	Azienda USL

NCP	Distretto	Azienda USL	
			_

**RER** 

RX	353	361	1 ;	347

	353	361	347	4
TAC 65 59	GA.	GE.	50	

TAC	64	65	59

#### INDICATORI DI QUALITÁ

3. Antiaggreganti

4. ACE inibitori/sartani

Malattie cardiovascolari: Infarto Acuto del Miocardio (IMA)

41

41

Trattamento farmacologico dopo IMA

		1	NCP	Azienda USL	RER
	N pzt eleggibili	N trattati propriamente			
			%	%	%
1 Retabloccanti	40		33 82 5	80 7	88 6

			%	%	%
1. Betabloccanti	40	33	82,5	89,7	88,6

1. Betabloccanti	40	33	82,5	89,7	88,6

2. Statine 41 80,5 87,1 86,4

100,0

85,4

97,3

82,4

96,9

78,2

#### INDICATORI DI QUALITÁ

Malattie cardiovascolari: Infarto Acuto del Miocardio (IMA)

Gestione dopo IMA

G	estione dopo IMA						
				NCP		Azienda USL	RER
		N pzt eleggibili	N trattati propriamente		%	%	%
1.	Visita cardiologica	51		37	72,5	64,0	64,8
1.	Creatinina	51		29	56,9	61,4	70,2
1.	Coletsterolo	51		29	56,9	60,2	68,7

INDICATORI DI QUALITÁ: Malattie cardiovascolari

Management del colesterolo

Pazienti trattati propriamente con esame del colesterolo per malattie cardiovascolari

trattati propriamente 45,8%

azienda 53,6%

RER 68,5%

INDICATORI DI QUALITÁ: Scompenso Cardiaco Congestizio

Trattamento farmacologico

Pazienti trattati propriamente con esame del colesterolo per malattie cardiovascolari

Aceinibitori/Sartani trattati propriamente 66,0% AUSL 72,2% Betabloccanti 73,5% 73,7%

INDICATORI DI QUALITÁ: Scompenso Cardiaco Congestizio Gestione dopo scompenso

creatinina trattati propriamente 45,0% AUSL 51,7% RER 70,0% elettroliti 30,0% 35,5% 57,6%

# Diabete: gestione del paziente

Emoglobina glicata trattam. appropriato	NCP	AUSL	RER
	<b>66,2</b> %	70,8 %	73,0 %
Esame occhio trattam. appropriato	NCP	AUSL	RER
	15,3 %	21,0%	21,0%
Profilo lipidico	NCP	AUSL	RER
trattam. appropriato	<b>63,9</b> %	67,6%	71,4%
Microalbuminuria trattam. appropriato	NCP	AUSL	RER
	<b>27,5</b> %	32,5%	48,5%
ECG	NCP	AUSL	RER
trattam. appropriato	<b>34,2</b> %	34,6%	30,7%
Filtrato glomerulare o creatinina trattam, appropriato	NCP	AUSL	RER
	<b>60,4</b> %	65,7%	70,8%

## Asma: trattamento farmacologico dell'asma persistente

	NCP	AUSL	RER
trattam. appropriato	<b>82,7</b> %	86,7%	89,4%

#### TERAPIA FARMACOLOGICA NELL'ANZIANO

Inappropriatezza prescrittiva	NCP	Distretto	Azienda USL	RER
N. di anziani ai quali è stato prescritto almeno un farmaco nell'anno	5567	40013	82028	852617
% anziani ai quali è stato prescritto almeno un farmaco potenzialmente inappropriato	28,18	26,18	25,48	27,57
% esposti ad almeno un farmaco 'da evitare'				
	9,11	7,68	6,62	7,68
% esposti ad almeno un farmaco 'raramente appropriati'	10,63	8,71	8,47	10,25
% esposti ad almeno un farmaco 'da usare solo per alcune indicazioni'	13,10	3,55	13,85	13,70

## **ACCORDO LOCALE 2013**

- Accordo Locale 2012-2013
- Accordo Locale 2013 (fine magg 2013)
- Intesa Straordinaria Regionale 713
- (Commissione di monitoraggio e Commissione per l'elaborazione degli indicatori per la stessa intesa straordini ia ....)

# Appropriatezza prescrittiva:

Obiettivo per il 2013

150,00 € paziente/anno

# **ACCORDO LOCALE 2013**

2011: Spesa 184 € pro capite

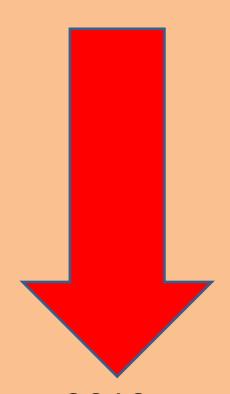
2012 Obiettivo: 169,29 €

Risultato: 166,29 €

2013 Obiettivo: 150,00 €

( - 19 € dall'obiettivo 2012

- 16 € dal risultato 2012)



## **ACCORDO LOCALE 2013**

#### - Appropriatezza prescrittiva farmaceutica

- Riduzione della variabilità prescrittiva intra NCP
- Miglioramento del rapporto di prescrizione di farmaci generici o genericabili e a brevetto scaduto
- Miglioramento della prescrizione di Ace inibitori
- Riduzione della prescrizione degli inibitori di pompa protonica

#### - Appropriatezza prescrittiva specialistica ambulatoriale

- quesito diagnostico
- adozione linee guida per RM, TAC osteoarticolari ed ecodoppler
- Adozione indicazioni relative al PSA reflex, HBV reflex, ANA reflex e marcatori tumorali

#### Associazionismo/NCP

4 incontri di NCP all'anno dei quali almeno 2 devono riguardare i temi dei profili di NCP con registrazione delle presenze e sintesi dei temi trattati

Nuclei delle Cure Primarie Profili Assistenziali e Strumenti Organizzativi Elenco di 36 criteri di valutazione di performance dei NCP per gli anni 2005-2006-2007 Caratteristiche dei Nuclei delle Cure Primarie 2- Caratteristiche generali dei Mmg 3- Distribuzione percentuale dei medici per fascia di età 4- Caratteristiche demografiche della popolazione 5- Prevalenza delle malattie croniche sulla base dei consumi farmaceutiche 6- Prevalenza delle malattie croniche sulla base di consumi farmaceutici e diagnosi di ricovero 7- Numeroe prevalenza (per 1.000 assistiti) dei pazienti con insufficienza renale

dizzato per 1.000 assistiti

dalizzazione standardizzato, numero

medici più frequenti

di ricoveri e numero di pazienti con 2 o più ricoveri 12- Ricoveri medici potenzialmente inappropriati: numero e percentuale di ricoveri 13- Assistenza ospedaliera: spesa (€) per assistito 14- Assistenza ospedaliera: spesa (€) per assistito per condizioni sen-

ECD, ECO e TAC) 2005-2006-2007

riale: spesa standardizzata per assi sibili al trattamento ambulatoriale stito per le principali visite (€) 15- Assistenza farmaceutica: consu-28-Trattamento farmacologico con mo standardizzato per le principali betabloccanti dopo IMA 2005-2006 categorie di farmaci (DDD per 1.000 2007 assistiti/die) 29- Trattamento con statine 16- Consumo di farmaci (DDD per episodio cardiaco 2005-2006 1.000 assistiti/die) 2005-2006-2007 2007 17- Assistenza farmaceutica: prin-30- Management del colesterolo: va cipi attivi più frequenti (DDD per lutazione di un dato LDL entro 6 mes dall'evento cardiaco-vascolare 2005 1.000 assistiti/die 18- Assistenza farmaceutica: spesa 2006-2007 standardizzata per assistito (€) 31- Trattamento farmacologico 19- Spesa per assistito (€) confronto con Ace inibitori dopo uno scom penso cardiaco congestizio 2005 2006-2006-2007 20- Assistenza specialistica ambula-2006-2007 toriale: consumo di prestazioni per 32- Trattamento con Betabloccant macro-aggregazione per 1.000 assientro 90 gg da un episodio di scom stiti 2005-2006-2007 penso 2005-2006-2007 21- Assistenza specialistica ambula-33- Test HbA1c almeno 1 volta all'an toriale: visite specialistiche più freno nei diabetici 8- Tasso di ospedalizzazione standarquenti per 1000 assistiti 34- Esame dell'occhio almeno 1 volta dizzato per età e sesso per 1000 22- Visite (prima visita e visita di all'anno nei diabetici Assistiti: ricoveri ordinari e chirurgici controllo): principali discipline. pre-35- Profilo lipidico completo almeno 9- Tasso di ospedalizzazione standarstazioni per 1000 assistiti una volta all'anno nei diabetici 2005 23- Diagnostica strumentale: princi-2006-2007 10- Assistenza ospedaliera: ricoveri pali prestazioni (prestazioni per 1.000 36- Prescrizioni inapprorpriate o ra assistiti) ramente approrpiate o da usare solo 11- Condizioni sensibili al trattamen-24- Diagnostica strumentale: indice su indicazioni specifiche in assistit to ambulatoriale (Acsc): tasso di ospedi consumo per 1.000 assistiti (RMN, con età superiore ai 65 anni 2005

2006-2007

25- Assistenza specialistica ambula

toriale: spesa standardizzata per as

26- Assistenza specialistica ambula toriale: spesa standardizzata per assi

stito per le principali prestazioni di

27- Assistenza specialistic ambulato

sistito (€) 2005-2006-2007

diagnostica strumentale (€)



I tempi potrebbero essere maturi per inserire anche nuovi indicatori di performance dei MMG più orientati a risultati di salute (outcome = conseguenze e risultanze) che a meri obiettivi produttivi economici (outpout = prodotti o rendimento)



#### Ulteriori criteri di valutazione della performance dei MMG/associazioni

- L'associazione migliora la qualità percepita dagli assistiti
- L'associazione è sentita come reale presidio territoriale da parte degli assistiti
- L'associazione sviluppa iniziative di miglioramento del servizio (turnazioni, valutazioni e pareri di 1° livello...)
- L'associazione svolge un ruolo di rassicurazione per la popolazione di riferimento
- L'associazione migliora le relazioni tra i professionisti, il personale interno ed esterno, le istituzioni( convegni, pubblicazioni, partecipazioni...) e rappresenta un supporto per il gruppo e per il NCP
- L'associazione presenta una modalità di sistema per l'accoglienza (presenza, disponibilità, rintracciabilità, cellulare ...)
- L'associazione evidenzia le specificità assistenziali e socio-culturali del territorio
- L'associazione diventa un punto di interesse ed un bene collettivo per la popolazione/quartiere
- L'associazione promuove attività di prevenzione e di educazione sanitaria
- L'associazione svolge un continuo confronto interno ed esterno ( autoformazione, aggiornamento, apprendimento )
- L'associazione produce un benessere individuale percepito dagli assistiti

- L'associazione diffonde una cultura della salute e della medicina della salute

- L'associazione studia iniziative e progetti innovativi con la finalità di migliorare e rendere sostenibile l'assistenza territoriale