



DELLE TRE FORME DI MACRO ORGANIZZAZIONE.....

AFT



- è ad 1/3 del cammino

UCCP



- Non c'è

Case della salute
















































- A macchia di leopardo e diverse tra loro

LE AFT SONO DIVERSE
 DA REGIONE A REGIONE,
 NON PRESENTI IN TUTTE
 E TALVOLTA
 CON COMMISTIONI
 FUNZIONALI/CONCETTUALI
 CON UCCP E CDS

Da Sumai
 ASSOPROF
 2016

Legenda

-  Programmata, in fase sperimentale, avviata
-  Valutazione controversa
-  Nessuna informazione disponibile o nessuna previsione

Regioni	AFT	UCCP
Abruzzo		
Basilicata		
Provincia Bolzano		
Calabria		
Campania		
Emilia Romagna		
Friuli Venezia Giulia		
Lazio		
Liguria		
Lombardia		
Marche		
Molise		
Piemonte		
Puglia		
Sardegna		
Sicilia		
Provincia di Trento		
Toscana		
Umbria		
Val d'Aosta		
Veneto		

E QUELLE REALIZZATE SONO ATTIVE SOLO IN PARTE, INFATTI, PER LA TOSCANA, CHE È AD UN AVANZATO STADIO DI SVILUPPO..

- Aggregazione colleghi **Sì**
- Governo clinico su farmaci, diagnostica, ricoveri, altre prestazioni **Sì ma già da prima**
- Raccordo continuità ospedale - territorio **No** relazione tra vari professionisti **No**
- Sperimentazione modelli **No**
- Favorire la prevenzione **No**
- Diagnostica di I livello **No**
- Definizione obiettivi e budget **No**

ESEMPIO: PROPOSTA DI SCHEDA DI BUDGET 2014

AREA	INDICATORE	STRUMENTO	Punteggio 2015	Punteggio minimo 2015	Punteggio 2014	Punteggio minimo 2014	Pagamento 2014 coord.
INDICATORI DI PROCESSO (33%)	Partecipazione alle riunioni di coordinamento aziendale (di norma 12/anno dal 2015)	Foglio firma	50-70% = 5 71-80% = 9 >80% = 11	Tot: 33 punti Almeno 15 pt	50-70% = 5 71-80% = 7 >80% = 15 PESO:15%	Tot: 100 punti Almeno 65 pt	Pagamento coordinatori: almeno 1 riunione mensile in DSA o in Zona; almeno 1 foglio di sintesi mensile.
	Partecipazione alle riunioni di coordinamento con la Zona (di norma 12/anno dal 2015)	Foglio firma	50-70% = 5 71-80% = 9 >80% = 11		50-70% = 5 71-80% = 7 >80% = 15 PESO:15%		
	Riunioni di AFT	Mensile Foglio di sintesi sui contenuti: possibili argomenti da trattare (comunicazione di quanto illustrato nelle riunioni aziendali e zonali, analisi dei dati forniti dalla zona, incontri e contatti con i medici dell'AFT, sanità di iniziativa, preparazione ed invio di materiale ai medici della AFT, incontri con le altre professionalità aziendali, altro). Dal 2015: fornitura dati SDI (a partire dal mese successivo la firma dell'accordo)	50-70% = 5 71-90% = 9 >90% = 11		50-80% = 20 81-90% = 40 >90% = 70 PESO: 70%		
GOVERNO CLINICO (33%)	Individuazione di tematiche rilevanti su cui implementare tecniche di Audit	AUDIT AFT: Elaborazione di un documento.	2 relazione= 11	Tot: 33 punti Almeno 15 pt	1 relazione= 11	Tot: 16 punti Almeno 10 pt	
	Discussione di piani di intervento e individuazione di strumenti professionali per ridurre il tasso di ospedalizzazione per polmonite	Audit di AFT su criteri di appropriatezza	3 pt				
	Discussione di piani di intervento e individuazione di strumenti professionali per ridurre il tasso di ospedalizzazione per DRG medici (MeS)		5 pt				
	Discussione di piani di intervento e individuazione di strumenti professionali per rendere appropriato il tasso di prescrizione RM ed eco come da precedente accordo Aziendale		6 pt				
	De-prescription		8 pt		5 pt		
INDICATORI DI ESITO (33%)	Attivazione di Commissione Aziendale di appropriatezza sulla prescrizione di MMG e dipendenti: risorsa per raggiungimento dell'obiettivo *			Tot: 33 punti Almeno 15 pt		Almeno 11 pt	
	Spesa procacite (*)	Annuale. Come da obiettivi regionali. Previo accordo aziendale	10 pt		solo monitoraggio		
	PPI (*)		4pt		solo monitoraggio		
	Sartani (*)		4pt		solo monitoraggio		
	utilizzo del laboratorio nei pazienti affetti da ipertensione arteriosa		4pt				
	Copertura Sanità d'iniziativa		11 pt		11 pt		

COM'È INTESA IN TOSCANA ?

Funzionale, alla lettera, ovvero per tutto quello che serve di concreto ci dobbiamo arrangiare

Balduzzi: le regioni provvedono alla dotazione strumentale e strutturale (sì anche per le AFT) delle forme organizzate

Sostituzione del rapporto medico-paziente con medico-struttura

esplicitato nel testo AIR e sottolineato più volte con i propositi di attività verso tutti gli assistiti e non solo i propri e con i concetti generalizzati di turnazione

(**Balduzzi** : non esplicitato)

Copertura H16 e prefestivi e festivi (**Balduzzi** : tutta la giornata , prefestivi e festivi)

COM'È INTESA IN TOSCANA ?

Tipologia di attività: **ruolo unico assoluto**

Non si parla di tipologia di medico (ass. primaria, C.A.) ma di attività, fiduciale e oraria, da combinarsi nella stessa persona, con turnazione feriale e festiva (concetto diffuso nel testo)

Balduzzi: ruolo unico, anche se nel testo vi sono diluizioni del concetto, e l'affermazione di un accesso unico al ruolo, non necessariamente appiattito

Affidarle secondo obiettivi definiti e concordati con l'azienda, la salute dei cittadini : **budget** (Balduzzi lo prevede solo per le UCCP)

Vediamo meglio il discorso sulle Case della Salute:

La Medicina generale non ha alcun obbligo contrattuale, né aziendale, né regionale, né nazionale, per ora, di far parte di una Casa della Salute, citata nell'accordo regionale solo come una delle possibili accoglienze della UCCP

Ma cosa cambia nella casa della salute, al di là che vi si confonde la prossimità fisica con l'integrazione professionale (oggi nell'esplosione della comunicazione multimediale) e la concentrazione delle risorse con la loro moltiplicazione miracolosa?



DR 117 del 16-2-2015

- ◉ In base ai servizi erogati vengono individuate 3 tipologie di CdS:
- ◉ Casa della Salute Base
 - MMG (almeno 6 MMG1 con almeno 4 ore di apertura complessiva)
- ◉ Casa della Salute Standard

MMM (almeno 8 MMG2 con 8 ore di apertura complessiva)
- ◉ Casa della Salute Complessa
 - MMG (più di 8 MMG3 con 10 ore di apertura complessiva))

NEL NOSTRO CONTRATTO DOBBIAMO GARANTIRE 15 ORE SETTIMANALI PER UN MASSIMALISTA.....

E le ore nella CdS di cosa fanno parte? Delle suddette 15 o di altro?

nello stesso documento si dice

La popolazione di riferimento di una Casa della Salute sarà, pertanto, rappresentata prioritariamente dagli assistiti in carico ai medici di medicina generale con sede nella Casa della Salute, fermo restando che alcune attività saranno rivolte a tutta la popolazione residente secondo quanto presente nella programmazione aziendale e nella mission della singola struttura .

Ma insomma...lavoriamo in più e gratis ?

Ma tutte queste affermazioni come sono possibili se i nostri obblighi , secondo la legge Balduzzi, sono solo di far parte delle AFT e delle UCCP ?

SARÒ UN COORDINATORE UN PO' SOSPETTOSO?

sempre dalla Dr 117/2015

Dislocazione e tipologia delle Case della Salute

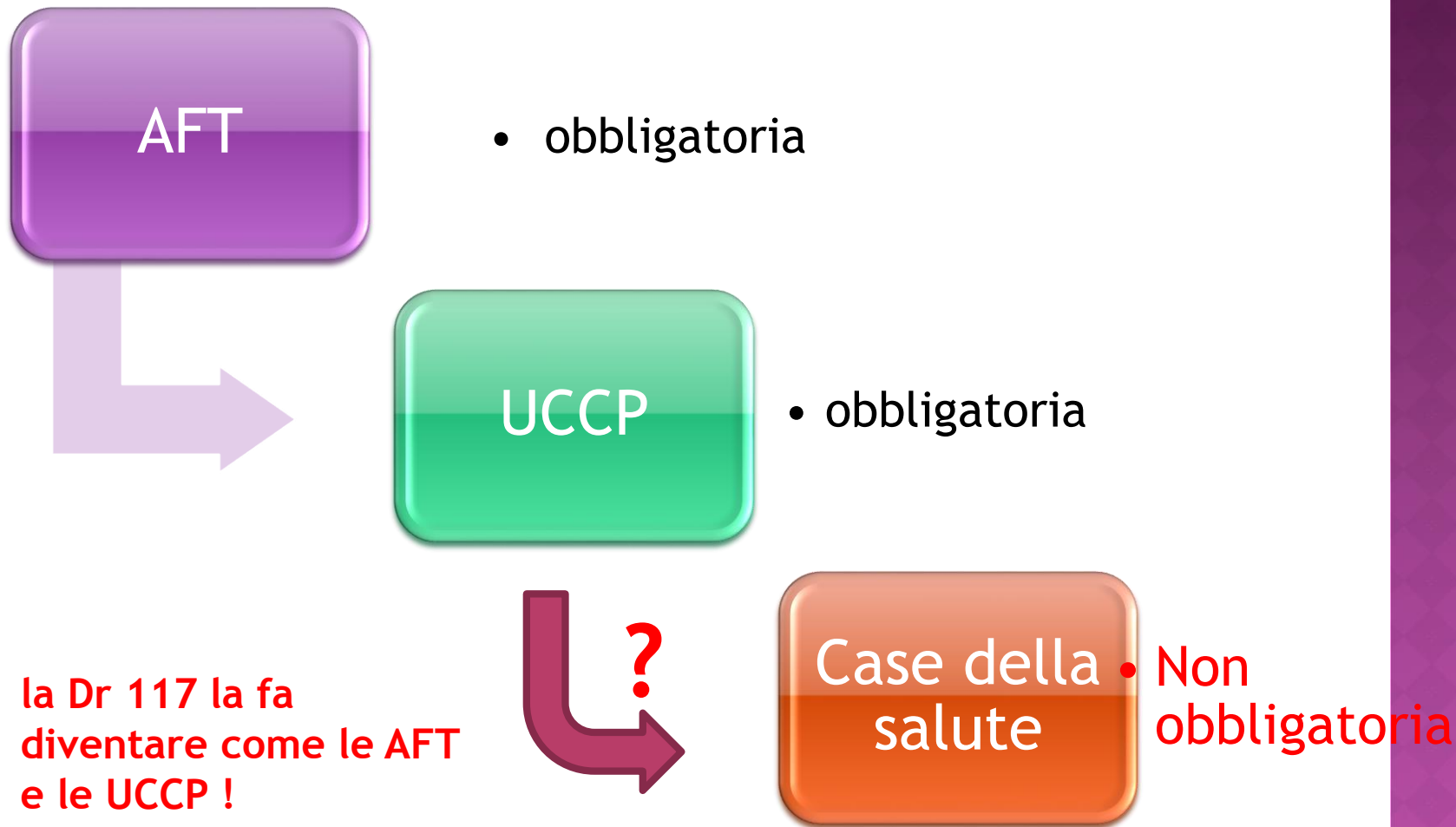
Molti degli obiettivi perseguiti all'interno delle CdS, riportati nel presente documento, coincidono con i compiti della AFT previsti al comma 3.4 della DGRT 1231 del 28/12/12 e fanno riferimento anche all'allegato A della DGRT 1117 del 12/12/11 ("integrazione dei percorsi specialistici").

Anche il Patto della Salute 2014-16 all'art.5 richiama obiettivi analoghi e stabilisce che ogni AFT è funzionalmente collegata ad una UCCP definita come forma organizzativa complessa con carattere multiprofessionale garantito dal coordinamento tra diverse professionalità, con particolare riguardo alla medicina specialistica e alla medicina generale: pertanto, i professionisti di assistenza primaria di ogni AFT hanno, come sede privilegiata, la CdS .

Il nuovo modello organizzativo della Sanità Territoriale facente riferimento alla DGRT 1231 del 28/12/12 ed al Patto della Salute 2014-16, prevede la presenza di una CdS per ogni AFT che le Aziende Sanitarie, di concerto con le OO.SS., hanno individuato sul loro territorio in attuazione della DGRT 1231/12.

affermazione che non c'è nella DRGT 1231/2012 (AIR)

Tornando allo schema iniziale, il punto interrogativo non è casuale.....



DAL MES DELLA SCUOLA DI S.ANNA , PISA

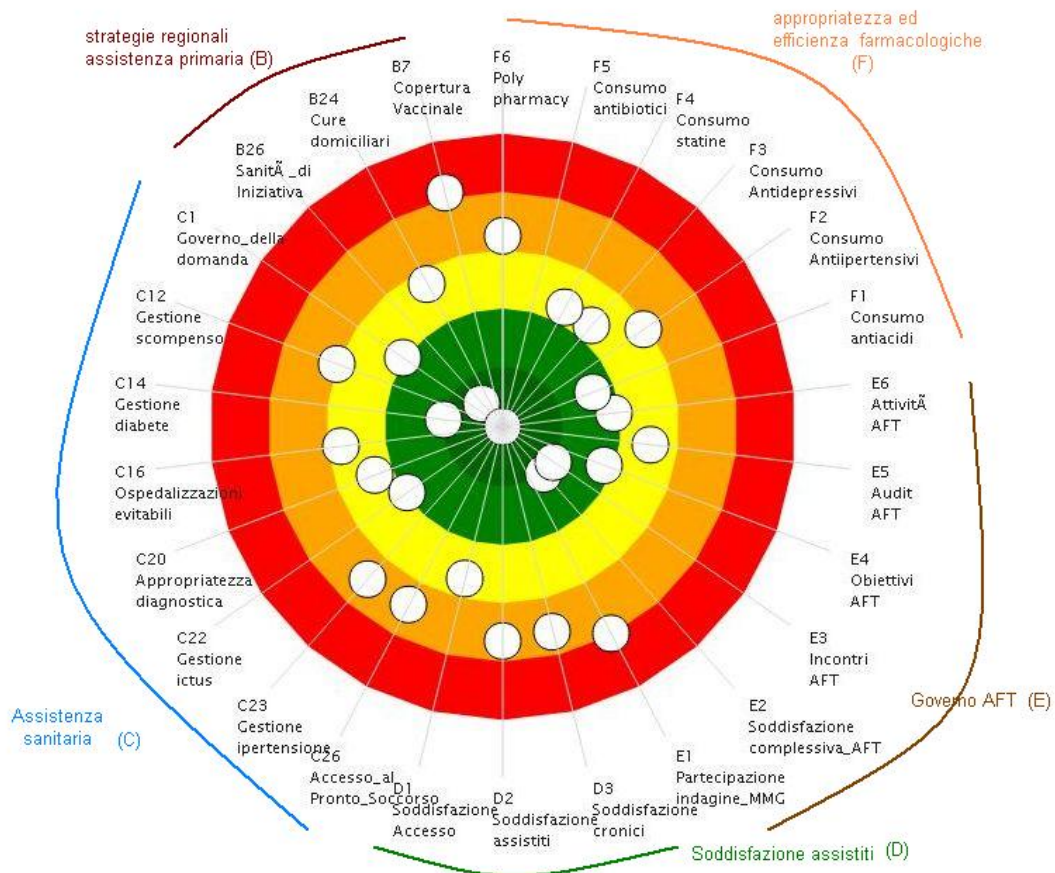
**IL SISTEMA DI VALUTAZIONE
DELLE AFT DELLA REGIONE
TOSCANA**

1

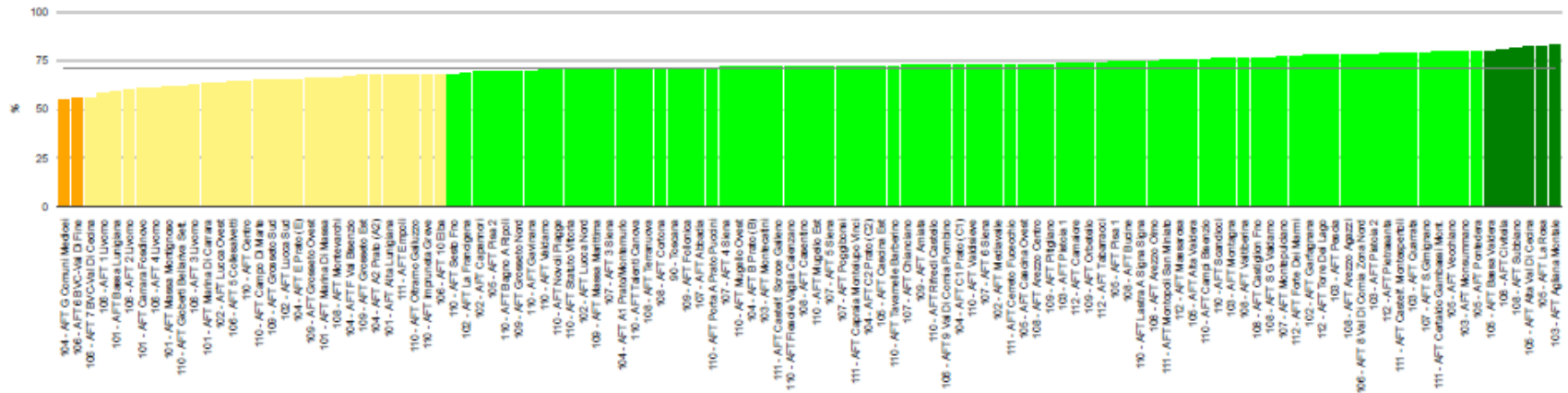
mc

Bersaglio 110109 110 – AFT Statuto Vittoria

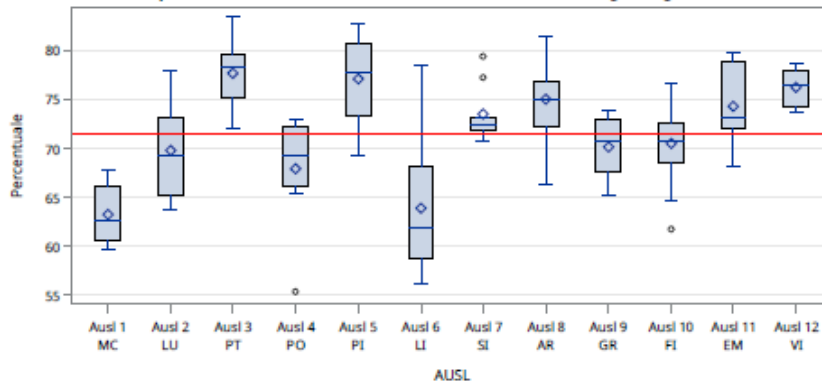
Valutazione 2014



C14T.2 Percentuale di assistiti con diabete con almeno una misurazione della emoglobina glicata



Box plot - % Assistiti con diabete con almeno una misurazione della emoglobina glicata



Definizione

Percentuale di assistiti con Diabete Mellito che hanno effettuato almeno una misurazione annuale di Emoglobina Glicata

Numeratore

Pazienti diabetici con almeno una misurazione annuale di emoglobina glicata nell'anno x 100

Denominatore

Prevalenti per diabete mellito

Note

Si considera la popolazione assistita (>= 16 anni) dei MMG afferenti all'AFT. Denominatore: Algoritmo di definizione del diabete Flusso SDO; Presenza in una qualsiasi delle diagnosi di dimissione di un codice ICD9CM 250*. Flussi SPF o FED: Presenza di almeno due prescrizioni in date distinte in uno stesso anno con un codice ATC A10*. Flusso SEA: Presenza di un'esenzione con codice 250. Numeratore: Soggetti con almeno un monitoraggio dell'emoglobina glicata registrato nell'anno (codice prestazione 90.28.1).

Fonte

Database MaCro ARS Toscana

7.1 Prevalenti per insufficienza cardiaca

Descrizione Prevalenti MaCro per scompenso cardiaco per 1.000 residenti di età 16+, standardizzato per età. Popolazione standard: residenti in Toscana nel 2006.

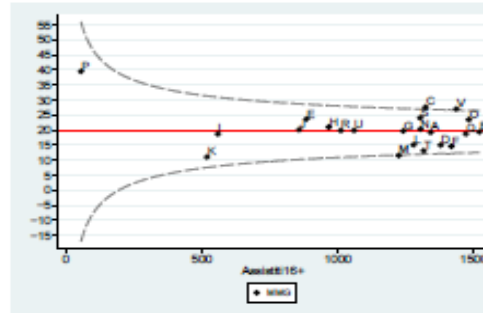
Numeratore residenti in Toscana prevalenti MaCro per scompenso cardiaco assistiti dall'AFT

Denominatore numero di residenti in Toscana assistiti dai MMG dell'AFT Età 16+

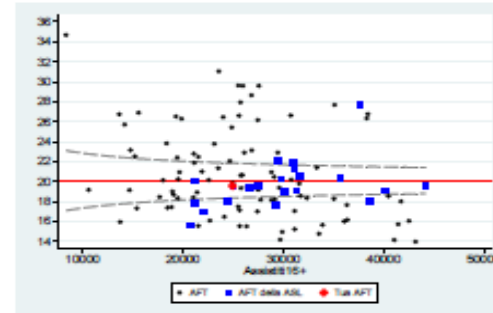
Coefficiente moltiplicativo 1.000

AFT				Distretto	ASL	Regione
Numeratore	Denominatore	Grezzo	Standardizzato			
594	24951	23,8	19,6	19,2	19,7	20,1

Anno 01/07/2014 - 30/6/2015

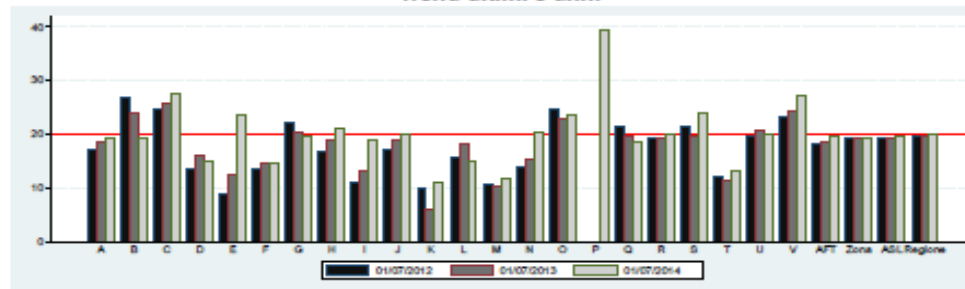


Il funnel plot descrive la prevalenza dello scompenso cardiaco per gli assistiti dell'AFT da attribuire ad ogni MMG dell'AFT. In ascissa, il numero degli assistiti. In ordinata, il valore dell'indicatore. Il valore di riferimento è la prevalenza media di scompenso cardiaco per gli assistiti dell'AFT. L'imbuto rappresenta l'intervallo di confidenza al 95%.



Il funnel plot descrive la prevalenza dello scompenso cardiaco per gli assistiti da attribuire alle AFT. In ascissa, il numero degli assistiti. In ordinata, il valore dell'indicatore. Il valore di riferimento è la prevalenza media di scompenso cardiaco per gli assistiti residenti in Regione. L'imbuto rappresenta l'intervallo di confidenza al 95%. Il rombo rosso è il valore dell'AFT considerato. I quadratini blu sono i valori delle AFT della stessa ASL. I pallini neri sono i valori di tutte le altre AFT.

Trend ultimi 3 anni



Il grafico rappresenta il trend dell'indicatore nel triennio - attribuito ad ogni medico dell'AFT, all'AFT, alla zona distretto, alla ASL e alla Regione. La linea rappresenta il valore medio regionale.

DALL'ARS DI
FIRENZE

DA CINECA

17/12/2016 Elaborazione CINECA-Consortio Interuniversitario - Bologna Italy
 Utente: ASL 10 FIRENZE
 (FTSDSP1.6) Indicatori farmaceutici, ricoveri, specialistica
 Periodo di riferimento:
 2014-090910

Mesi: Gen Feb Mar Apr Mag Giu Lug Ago Set Ott Nov Dic

AFT 9 - STATUTO/VITTORIA Assistenti in carico: 28.733

VALORI ASSOLUTI

	AFT	ASL
SPECIALISTICA (1) - spesa per:		
Altre prestazioni	3.692.436	97.951.372
Diagnostica di laboratorio	1.639.336	41.636.675
Eco-color Doppler	299.682	8.075.008
Ecografie	441.550	10.880.214
Mammografie	90.647	3.125.570
Radiodiagnostica	325.044	8.418.768
Risonanza Magnetica	276.275	7.005.400
TAC	413.388	11.441.516
Visite specialistiche	464.972	11.534.219
RICOVERI OSPEDALIERI		
N. ricoveri	2.809	82.648
N. ricoverati	2.075	58.903
Importo ricoveri	11.636.977	325.200.133
N. interventi principali	2.562	68.915
N. accessi DH	1.050	27.006
N. trattati DH	855	23.055

SCOSTAMENTI

	AFT	ASL	% scostam.
SPECIALISTICA (1) - spesa prestaz. assist.le pesato per:			
Altre prestazioni	127,37	120,43	5,76
Diagnostica di laboratorio	56,55	51,19	10,47
Eco-color Doppler	10,34	9,93	4,13
Ecografie	15,23	13,38	13,86
Mammografie	3,13	3,84	-18,63
Radiodiagnostica	11,21	10,35	8,33
Risonanza Magnetica	9,53	8,61	10,65
TAC	14,26	14,07	1,37
Visite specialistiche	16,04	14,18	13,10
RICOVERI OSPEDALIERI			
N. ricoveri per 1000 assistibili pesati	99,26	101,62	-2,32
N. ricoverati per 1000 assistibili pesati	73,32	95,91	-23,55
Importo ricoveri per assistibile pesato	411,20	399,85	2,84
N. interventi princp. per 1000 assistibili pesati	90,53	84,73	8,85
N. accessi DH per 1000 assistibili pesati	37,10	33,21	11,71
N. trattati DH per 1000 assistibili pesati	30,21	36,67	-17,62

(1) Vengono considerate solo le prestazioni a carico del SSN

- ◉ Spesso **software simili**, permettendo una più facile raccolta di dati ed una gestione meglio confrontabile
- ◉ Con tutto questo possiamo effettivamente valutare l'impatto della nostra attività sui sistemi che ci circondano ed avere una prima impressione degli effetti sulla salute degli assistiti. Ancora questi dati non sono organizzati bene , ma a settori ed a compartimenti che dobbiamo integrare , **ma il risultato sembra interessante e positivo**
- ◉ **C'è un po' di ritardo nella padronanza dei gestionali da parte di molti colleghi (corsi ad hoc)**
- ◉ **Possiamo permetterci degli audit sempre più efficaci**

- ◉ Risorse : **nessuna** , se non quelle già presenti per la Medicina di Iniziativa . Dobbiamo inventarci sedi, materiali, audiovisivi etc
- ◉ **Sistemi di incentivazione** verso i colleghi per il tempo aggiuntivo, che i dipendenti impegnano in orario di lavoro ? **No**, ma nell'AIA 2015 a Firenze è **comparso un incentivo** che comunque viene dalle quote che erano destinate a noi con altra formula

RESPONSABILITÀ ?

TANTE, AMMINISTRATIVE, MEDICO-LEGALI, CIVILI E PENALI CON LA PRIVACY DI MEZZO COME UNA TAVOLA ROTONDA ALL'OM DI FIRENZE HA AMPIAMENTE EVIDENZIATO! ANCHE NELLE ASSICURAZIONI RC COMPARE UNA VOCE RELATIVA ALLA CARICA DI COORDINATORE

Il contratto di assunzione dell'incarico comprende due pagine di impegni , di varietà onnicomprensiva. Responsabilità verso:

I colleghi : nel fornire supporto efficace, interagire validamente con azienda, strutture ospedaliere, altre organizz. del territorio

l' azienda , che ci riempie di statistiche allo scopo , ancora non concretizzato, di impegnarci in un **progetto/i con budget, che , se non raggiunti, determineranno la decadenza dalla carica**

la CA , turni, sedi, criticità

I pazienti, ovviamente

Nella realizzazione di **innovazioni tecnologiche** (rete), informazioni poste su cloud (privacy ...)

Nell'attuazione di **sperimentazioni** (H16 etc.) dell'organizzazione della attività