

Lo sviluppo della contrattualistica locale della medicina generale in Emilia – Romagna

**Servizio Assistenza Distrettuale Medicina Generale,
Assessorato Sanità e Politiche Sociali della Regione ER**

*Antonio Brambilla – AUSL Piacenza
Bologna, 26 febbraio 2006*

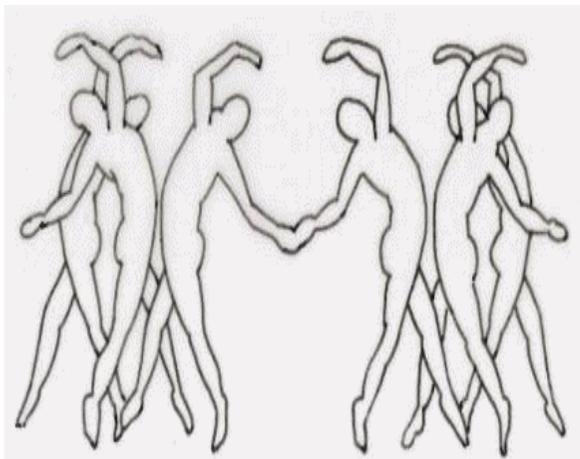
Quadro normativo di riferimento per le cure primarie in Emilia-Romagna

- Piano Sanitario Regionale 1999/2001 (DGR 309/2000)
- AIR 2001 (DGR 3085/2001)
- Legge regionale 29/2004 “Norme generali sull’organizzazione ed il funzionamento del Servizio Sanitario Regionale”
- AIR 2006 (DGR 1328/2006)
- Documento “Indirizzi per l’Organizzazione dei Dipartimenti di cure primarie, di salute mentale e dipendenze patologiche, di sanità pubblica” (DGR 2001/2007)
- Proposta di Piano Sociale e Sanitario 2008/2010

PSSR: ambiti di integrazione di interesse prioritario per la MG

-
- Integrazione Gestionale (unicità gestionale, in collaborazione con i dipartimenti territoriali, dei fattori organizzativi e delle risorse allocate);
- Integrazione Professionale (promozione dello sviluppo di “comunità multiprofessionali” orientate all’integrazione anche con professionisti del sociale

L'integrazione è la chiave per la qualità.....



.... integrare sistemi e valori, modelli teorici e strumenti, eccellenza professionale e umanizzazione dell'assistenza.

Senza integrazione non saremmo in grado di utilizzare le risorse in maniera efficiente.

Senza integrazione avremmo tecniche senza cuore e sistemi senza anima, che non curerebbero e non permetterebbero la crescita individuale e dell'intera comunità.

(SIQ J. Ovretveit)

Per implementare la qualità è necessario l'uso di modelli e tecniche quali strumenti concettuali che hanno la funzione fondamentale di dirigere l'osservazione.

Strumenti di integrazione professionale

- Modelli evoluti di associazionismo :
Integrazione organizzativa
- Percorsi condivisi/integrati di diagnosi e cura
- *Valorizzazione delle competenze dei professionisti coinvolti nei percorsi condivisi*
- Partecipazione dei MMG alla *programmazione aziendale* (referente distretto/DCP, Collegio di Direzione.....)

.....La qualità dell'assistenza, in accordo con la cultura, gli indirizzi ed il mandato nazionale ed europeo, è intesa quale sviluppo integrato delle dimensioni tecniche, gestionali, relazionali e percepite, strategicamente orientato a prevenire e soddisfare i bisogni di salute della popolazione.....

AIR 2006: contenuti strategici

- **Integrazione organizzativa della medicina generale**
 - Sviluppo organizzativo dei Nuclei di Cure Primarie (NCP)
 - Coordinamento professionale all'interno dei NCP
 - Continuità dell'assistenza
- **Qualità dell'assistenza**
 - Presa in carico della cronicità (integrazione multi-professionale)
 - Promozione della salute e prevenzione
 - Appropriata prescrizione
- **Sviluppo di sistemi informativi**
 - Progetto Sole e reti orizzontali

Allocazione degli investimenti regionali

AMBITI ACCORDO REGIONALE		RIPARTIZIONE RISORSE AIR
SVILUPPO ORGANIZZATIVO DEI NCP		45,5%
SISTEMA INFORMATIVO/INFORMATICO		34,5%
QUALITÀ ASSISTENZIALE	APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	20%
	PRESA IN CARICO CRONICITA'	
	PREVENZIONE	

Situazione in termini di accordi aziendali

AZIENDA	Accordo Aziendale in applicazione dell'Accordo Regionale	Anno
Rimini	SI	2007
Ravenna	SI	2007
Cesena	SI	2007
Forlì	SI	2007
Bologna	Si parziale	2007
Imola	SI	2008
Ferrara	SI	2007
Modena	Si parziale (CA)	2007
Reggio Emilia	Si parziale	2007
Parma	Si parziale	2007
Piacenza	SI	2007

Strumenti di governance condivisi tra Regione ed Ausl per l'applicazione dell'AIR

- **Osservatorio per la valutazione dei risultati dell'applicazione dell'AIR in Emilia Romagna** (valutazione sviluppo strategie regionali con particolare riferimento all'integrazione dei professionisti del territorio, alla continuità dell'assistenza e per l'individuazione di indicatori di natura organizzativa, di qualità dei processi assistenziali e di salute).
- **Gruppo di studio e ricerca applicativa in collaborazione con Università di Bologna** (per analizzare i contenuti degli accordi aziendali con la medicina generale, mappare contenuti assistenziali e reale sviluppo organizzativo dei NCP, formulare proposte di indicatori di performance).

L'obiettivo finale è la qualità nella gestione.
Ma non si può gestire nulla se non siamo in
grado di misurarlo.....

(Florence Nightingale 1820 - 1910)

“Gruppo di studio” a supporto dell’Osservatorio

Servizio Assistenza Distrettuale Regione Emilia Romagna:

- Eugenio Di Ruscio
- Ester Spinozzi
- Maria Rolfini
- Clara Curcetti

Aziende USL:

- Corrado Fini – AUSL Forlì
- Fausto Trevisani – AUSL Bologna
- Alberto Minardi – AUSL Ravenna
- M. Chiara Tassinari – AUSL Ferrara
- Antonio Brambilla – AUSL Piacenza

Scuola Superiore di Politiche per la Salute, Alma Mater Studiorum – Università di Bologna:

- Maria Pia Fantini, Emanuele Ciotti, Milena Belletti, Giulia Lonati (con il contributo di Paolo Tedeschi)

Ambiti di valutazione degli accordi aziendali

- La promozione di **modelli organizzativi** in grado di favorire l'evoluzione delle forme associative verso NCP strutturali.
- **La qualità dell'assistenza:** presa in carico della cronicità, appropriatezza prescrittiva farmaceutica, appropriatezza prescrittiva delle prestazioni diagnostiche ambulatoriali, attività di prevenzione primaria (corretti stili di vita e vaccinazioni) e secondaria.
- Lo sviluppo dei **supporti informativi/informatici** (Progetto SOLE e reti orizzontali)

Lo scenario dei NCP in Emilia Romagna

- Dal 2000 in avanti i MMG dell'Emilia Romagna afferiscono a NCP sulla base di aree territoriali omogenee, con popolazione mediamente di 10/30mila abitanti; a seconda delle dimensioni del Distretto, ogni Dipartimento di Cure Primarie comprende in genere da 3 a 6 NCP.
- La responsabilità del Nucleo di Cure Primarie è affidata ad un Coordinatore, indicato dai medici afferenti al Nucleo, che si interfaccia con la linea assistenziale infermieristica e con Specialisti di riferimento. A questo si aggiunge il Referente per la medicina generale presso l'Ufficio di Direzione Distrettuale.

Fonte: Monitoraggio e analisi della struttura dei NCP nei Distretti delle Ausl, Regione ER 2007

QUALITÀ ASSISTENZIALE: appropriatezza prescrittiva e semplificazione accesso ai servizi specialistici

L'analisi degli accordi aziendali ha consentito di rilevare:

1. Un orientamento di tutte le Aziende ad incrementare l'appropriatezza prescrittiva;
2. Linee guida aziendali per semplificazione dell'accesso alle cure (con indicazione di indici di priorità e/o quesito diagnostico per singole patologie), in relazione anche al contenimento delle liste di attesa
3. Progetti di coordinamento fra MMG e specialisti ambulatoriali e ospedalieri.

QUALITÀ ASSISTENZIALE:

presa in carico cronicità

(non esaustivo dei percorsi in essere)

- Il **Progetto Diabete** è considerato in tutte le Aziende, anche con differenti modalità di presa incarico;
- Altri percorsi riguardano:
 - BPCO** (2 Aziende),
 - scompenso cardiaco** (2 Aziende),
 - insufficienza renale** (2 Aziende),
 - ipertensione** (1 Azienda) ,
 - asma** (1 Azienda),
 - paziente psichiatrico stabilizzato** (1 Azienda)
 - follow-up paziente oncologico** (1 Azienda).
- Mediamente sono attivati due percorsi per patologia cronica/ Azienda. In un'unica Azienda sono attivati 5 percorsi.
- TAO, Diagnostica di base nelle sedi di NCP/Medicine di Gruppo

QUALITÀ ASSISTENZIALE: prevenzione

- **Promozione della salute** e di corretti stili di vita (in 4 Aziende progetti specifici)
- Programmi di **vaccinazione** anti-influenzale
- **Screening oncologici.**

Ulteriori approfondimenti per valutare lo sviluppo dei NCP

La ricerca applicativa prevede un questionario & intervista strutturata per singola ASL per:

- analizzare i contenuti assistenziali presenti nei NCP;
- verificare gli obiettivi realmente conseguiti (in termini di performance già osservabili) ed attesi nei prossimi anni;
- Individuare determinanti e condizioni di contesto che hanno consentito o caratterizzato l'avvio dei NCP;
- Confrontare le caratteristiche organizzative assunte dai NCP ed i meccanismi di coordinamento interni & esterni attivati;
- Valutare le risorse condivise dalle Ausl (es. strutture, personale, ecc.)

Conclusioni/Osservazioni

- ***Nell'ambito di un ACN "a maglie larghe" le Regioni hanno la possibilità di orientare lo sviluppo delle cure primarie e promuovere l'integrazione tra i professionisti del territorio.***
- ***L'AIR e i successivi Accordi Aziendali nella RER sono uno strumento di "governance" delle categorie professionali coerente con gli obiettivi della programmazione regionale.***
- ***A livello aziendale si gioca la capacità di innovare ed organizzare una rete di servizi alla persona di buona qualità e a costi sostenibili.***
- ***Il raccordo tra AIR ed accordi aziendali deve essere monitorato per valutare l'impatto in termini di processi assistenziali, esiti di salute ed economici.***
- ***La costruzione di valutazioni standardizzate permette sia un confronto ed un apprendimento reciproco tra Aziende, sia di alimentare successive negoziazioni di AIR in grado di dare continuità al miglioramento assistenziale.***