



FONDAZIONE ISTITUD



Osservatorio Nazionale Cure Primarie

L'evoluzione delle cure primarie in Italia

Alessandra Bosio – Vance

Roma, 27 novembre 2013

Cure Primarie

Alma Ata – 1978. Assistenza sanitaria primaria - la prima occasione di contatto degli individui per portare l'assistenza sanitaria **il più vicino possibile** ai luoghi di vita e di lavoro.

Primary Health Care - 2008 The World Health Report, – OMS.
Le Cure Primarie **l'hub** per guidare gli individui **nell'intero servizio sanitario** e garantiscono **la continuità** longitudinale delle cure”.

PSN 2011-2013. Visione allargata e integrata del concetto di assistenza primaria, intesa come

- ✓ **strumento di governo della domanda dei servizi territoriali**
- ✓ **e come organo di garanzia della continuità delle cure.**

Il ruolo della ASL

Dipartimento cure primarie

Deve garantire:

- omogeneità servizi
- sviluppo di percorsi assistenziali
- azioni per l'integrazione tra territorio ed ospedale

Distretto

L'ambito organizzativo specifico delle cure primarie è quello distrettuale da intendersi come articolazione unitaria del sistema sanitario dove avviene:

- ✓ il governo e l'organizzazione dei servizi di assistenza sanitaria territoriale,
- ✓ l'integrazione sanitaria e socio sanitaria.

Criteri di riparto del finanziamento SSN (*indistinto*)

Le cure primarie sono erogate nell'ambito **dell'assistenza distrettuale** prevista dai Livelli essenziali di assistenza (LEA)

Livelli di assistenza	Sotto livello	
Prevenzione	Vaccinazioni e Screening	5%
Distrettuale	Medicina di base	7%
	Farmaceutica	13,57%
	Specialistica	13,30%
	Territoriale	17,13%
Ospedaliera		44%

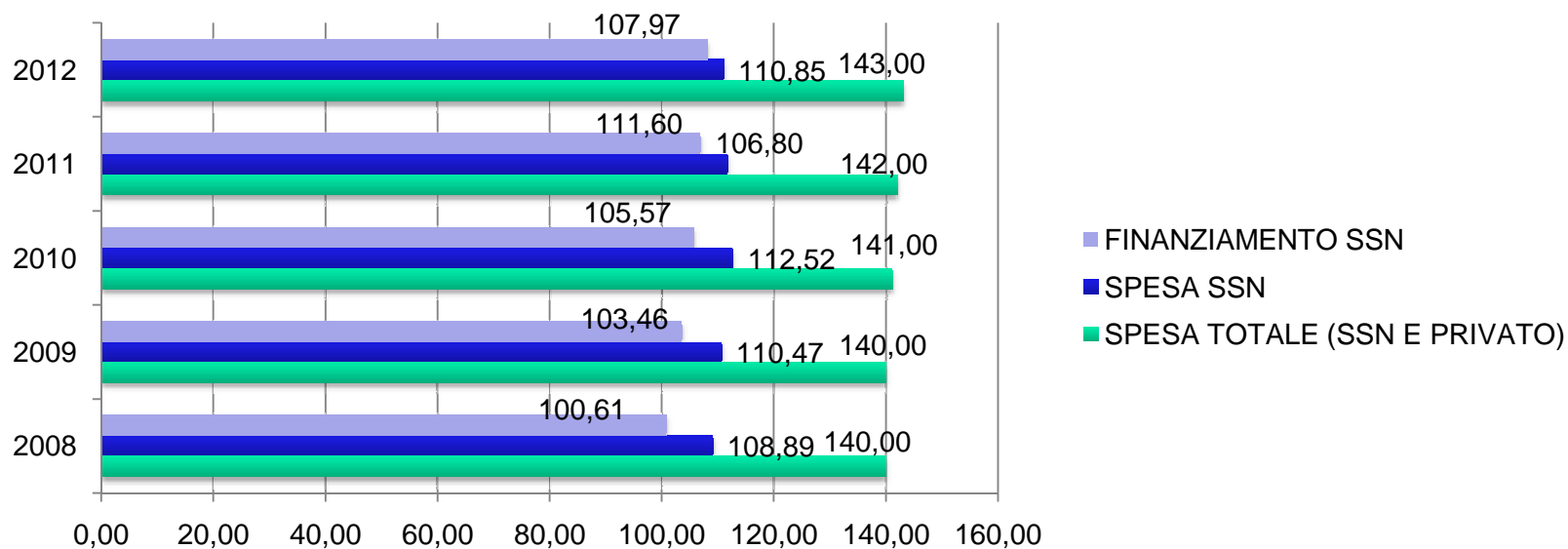
51%

37,43%

Fonte: Intesa con le Regioni per il riparto disponibilità SSN



FINANZIAMENTO SSN E SPESA (miliardi di Euro)



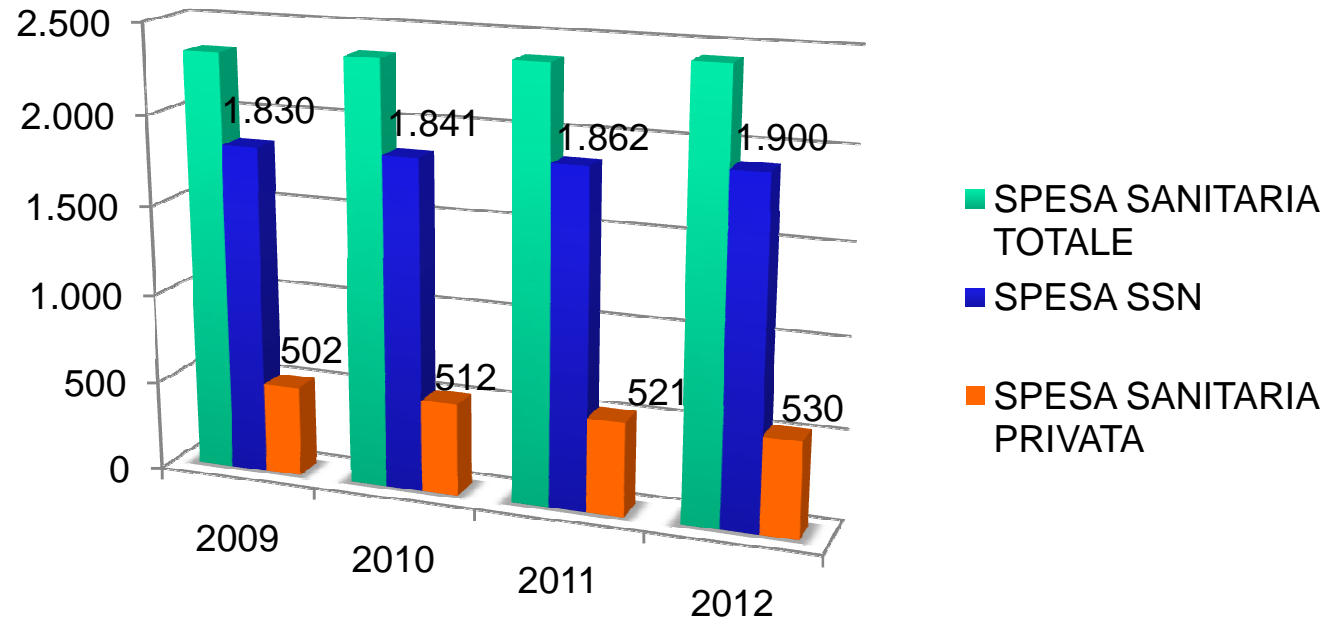
	2008	2009	2010	2011	2012
PIL (miliardi di euro)	1.575	1.520	1.553	1.578	1.566
SPESA SSN/PIL	6,9%	7,3%	7,2%	7,1%	7,1%
SPESA TOTALE/PIL	9%	9%	9%	9%	9%

Fonte: Elaborazione Servizio Studi Camera dei deputati; per la Spesa Sanitaria –Ministero della Salute giugno 2013

PIL in recessione



SPESA SANITARIA PRO CAPITE (€)

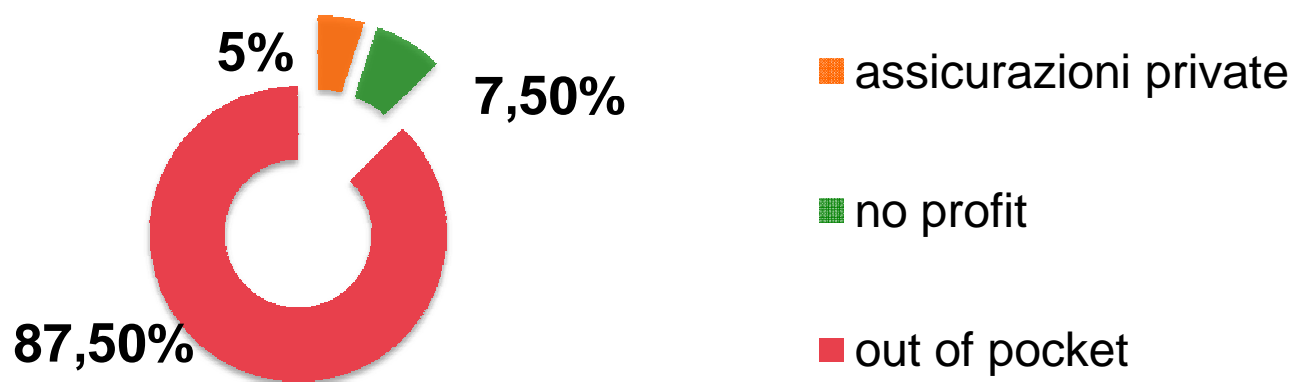


31 miliardi di Euro - Tagli complessivi in Sanità nel periodo 2011-2015, a seguito delle manovre finanziarie 2010 – 2012

Fonte Conferenza Regioni e PA – Audizione parlamentare 24 luglio 2013 / Atti parlamentari

Come finanziano i cittadini tale spesa?

COMPOSIZIONE SPESA PRIVATA



Fonte Audizione del Direttore Generale di Confindustria – 16 settembre 2013

Roma, 27 novembre 2013

PSN 2011-2013 - Scelte per la **sostenibilità** complessiva del **sistema**

Patto per la Salute....in attesa del nuovo Patto 2013-2015

L. 135/2012 art. 15 comma 13 – Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica - Spending review

LEA - DPCM 2001: prestazioni garantite a carico del SSN e prestazioni a carico del cittadino

Aggiornamento LEA - Primo tentativo – aprile 2008 – schema revocato dopo rilievi Corte dei Conti poi il decreto Balduzzi, ...oggi ..lavori in corso



La cronicità

- ✓ Aumento della rilevanza delle patologie croniche e del peso sul SSN
- ✓ presenza di almeno una malattia cronica nel **38%** della popolazione, circa **23 milioni di persone** che assorbono circa il **70% delle risorse**



Lo Stato e le Regioni

- Crisi del debito e tagli del finanziamento del SSN
- Deficit di 8 Regioni e piani di rientro
- Spending review e riduzione dei posti letto
- Nuovo Patto della Salute..
- Nuovi LEA...

Cittadini

- Cronicità, fragilità e nuove patologie
- Frammentazione servizi
- LEA a rischio
- Liste di attesa critiche
- Aumento ticket e spese per il cittadino in un contesto di crisi economica



FONDAZIONE I STUD



Esistono forti vincoli e criticità ma esiste una reale opportunità di discontinuità per modificare l'assetto dell'offerta sanitaria e adeguarla alle esigenze dei cittadini sempre che la contingenza dei conti non prenda il sopravvento.

In questo contesto critico nasce il decreto Balduzzi.

La legge n.189 dell' 8 novembre 2012 (decreto Balduzzi)

Art. 1 Riordino dell'assistenza territoriale e mobilità del personale delle aziende sanitarie.

“**Le regioni** definiscono l'organizzazione dei **servizi territoriali di assistenza primaria** promovendo **l'integrazione con il sociale**, anche con riferimento **all'assistenza domiciliare**, e i **servizi ospedalieri**, al fine di migliorare il livello di efficienza e di capacità di presa in carico dei cittadini, secondo modalità operative che prevedono **forme organizzative monoprofessionali.....e multiprofessionali....**,”

La legge ha comportato modifiche all'art. 8, comma1, D. Lgs. 502/92 s.m.i.

AFT, UCCP

	Mono professionali	Multi professionali	Funzionali	Strutturali
AFT	X		X	
UCCP		X		X

Adesione obbligatoria dei medici

- ✓ **all'assetto** organizzativo
- ✓ e al **sistema informatico nazionale**

AFT, UCCP

AFT forme monoprofessionali che **condividono**, in forma strutturata:

- ✓ obiettivi e percorsi assistenziali,
- ✓ strumenti di valutazione della qualità assistenziale,
- ✓ linee guida,
- ✓ audit e strumenti analoghi

UCCP forme multiprofessionali che **erogano, *prestazioni assistenziali*** tramite il ***coordinamento*** e ***l'integrazione*** dei medici, delle altre professionalità convenzionate con SSN, degli infermieri, delle professionalità ostetrica, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria”.

Strumentazione di base, h24 7/7

Collegamento con H

La legge n.189 dell' 8 novembre 2012 (decreto Balduzzi)

- ✓ AFT e UCCP sono sviluppate nell'ambito **dell'organizzazione distrettuale**
- ✓ Le aziende, anche per il tramite del distretto, definiscono forme di finanziamento a **budget per UCCP**
- ✓ Deve essere **identificato un referente o coordinatore** delle forme organizzative previste.
- ✓ Aggiornamento Accordo Collettivo Nazionale e Accordi Integrativi Regionali

MMG - Accordi collettivi nazionali

ACN 2000 - forme semplici di associazionismo, già presenti in via sperimentale sul territorio

ACN 2005 - Equipe Territoriali e UTAP in via sperimentale

ACN 2009:

- ✓ Aggregazioni funzionali della Medicina Generale
- ✓ Unità Complesse di Cure Primarie
- ✓ Flusso Informativo
- ✓ Tessera Sanitaria e Ricetta Elettronica

Prevista adesione AFT, UCCP, Tessera Sanitaria e Ricetta Elettronica



FONDAZIONE I STUD



MMG - Accordi collettivi nazionali

AFT

- ✓ partecipazione obbligatoria
- ✓ popolazione assistita non superiore a 30mila
- ✓ Numero di medici non inferiore a 20

EQUITA',

APPROPRIATEZZA

UCCP

in sede unica o con una sede di riferimento, nell'ambito dell'organizzazione distrettuale

LEA,

CONTINUITA' ASSISTENZIALE

Oggi

- **MMG** – associazionismo **di rete e di gruppo** sono la tipologia più presente, rispettivamente in media il **26%** ed **il 31%**
- **PLS** – principalmente in rete
- **AFT - 6 regioni** le hanno avviate o comunque si muovono verso sperimentazioni di associazionismo complesso, **2 regioni** avevano già aggregazioni assimilabili (Nuclei di Cure Primarie)
- **UCCP/Case della Salute - 9 regioni** le hanno già realizzate o hanno progetti in corso
- 5 regioni mostrano progettualità ancora limitate

Aggregazioni Funzionali Territoriali

- Le regioni hanno avviato le attività in tempi diversi,
- Obiettivi simili, anche se terminologie diverse, ossia:
 - ✓ avere una distribuzione sul territorio capillare
 - ✓ prendere in carico i pazienti cronici, fragili
 - ✓ riuscire a garantire le prestazioni anche in situazioni di forte criticità finanziaria

Alcuni esempi

- ✓ La **Lombardia** si orienta verso l'associazionismo di rete con i CreG (Cronich Related Group), con identificazione di una tariffa e la valutazione periodica dell'efficacia clinica
- ✓ la **Puglia** investe le risorse nei Centri Polifunzionali Territoriali, 2 ad oggi,
- ✓ **L'Emilia** ha istituito 216 Nuclei di Cure Primarie, a partire dal 2008 e nel luglio 2011, con delibera di Giunta Regionale, ha ritenuti i Nuclei assimilabili alle AFT previste nell'ACN 2009,
- ✓ **PA Trento** ha appena previsto di istituire 25 AFT entro il 2017
- ✓ **Il Veneto** ha previsto un passaggio da UTAP a AFT, ipotizzando la costituzione di almeno 20 AFT nel 2014



Unità Complesse di Cure Primarie

I servizi sanitari, socio-sanitari erogati sono diversi, ma tutte le Regioni si pongono come obiettivo creare strutture:

- ✓ a vocazione multi funzionale,
- ✓ a gestione multi professionale,
- ✓ assistenza h24,
- ✓ per integrare attività svolte a livello distrettuale di tutti i professionisti che contribuiscono alla salute (benessere) del cittadino

Alcuni esempi

- ✓ in **Sicilia**, già prima del Decreto Balduzzi, **Presidi Territoriali di Assistenza**, oggi 50, in futuro 60 PTA, e circa il 70 % dei MMG si reca presso gli Ambulatori a Gestione Integrata,
- ✓ **in Toscana**, già prima del decreto, **20 Case delle Salute** realizzate delle 100 pianificate, gestione cronici *attraverso l'approccio chronic care model*,
- ✓ In **Emilia**, pianificate **65 Case delle Salute**, di cui **13** già **realizzate** e le restanti entro il 2015, **di cui 44 presso strutture già esistenti**; è l'unica regione intervistata che ha evidenziato **l'integrazione anche con la salute mentale**.



- ✓ in **Piemonte**, prima sperimentazione delle Case della Salute dal 2008, oggi attive 23, nel 2012, sperimentazione dei **Centri di Assistenza Primaria**, oggi attivi 3 e 3 in avvio, previsti **anche posti letto di assistenza temporanea, priorità alla riconversione di strutture già esistenti, piccoli PO**
- ✓ anche la **Campania** si è mossa privilegiando la **riconversione di strutture ospedaliere, 7 Strutture Polifunzionali per la Salute**, centri attivi a favore della comunità locale per la salute ed il benessere;
- ✓ ed il Lazio, a sua volta, prevede la realizzazione di **circa 25 Case della Salute** localizzate **in ospedali da riconvertire**, con tempi medio lunghi;



Osservazioni generali

- Dinamica evolutiva delle Regioni con interventi intesi a favorire associazionismo e gestione dei pazienti cronici,
- Modelli assistenziali diversi, spesso ancora sperimentali
- Ruolo della ASL e dei Distretti (forte o debole?)
- Focus sull'appropriatezza a garanzia del corretto utilizzo delle risorse, scarse, e mantenimento del sistema
- Necessità di equilibrare capillarità/prossimità e ampiezza dei servizi



FONDAZIONE I STUD



Osservazioni generali

- ACN: fattispecie già previste, aggiornamento avviato
- Gestione del passaggio dall'associazionismo alle forme organizzative mono e multi professionali,
- Ruolo del MMG e suo inquadramento nel sistema
- La dismissione delle strutture ospedaliere di dimensione ridotta, imposta dalla spending review, favorisce la riconversione in presidi territoriali in UCCP
- Programmazione sanitaria e sostenibilità degli interventi



FONDAZIONE ISTAT



Assistenza Domiciliare

- ✓ over 65 anni, circa **12,3 milioni**,
- ✓ over 85, circa **1,6 milioni**
- ✓ percentuale di anziani **over 65 soli**: 28,1%, **più di 3 milioni**
- ✓ esistono significative differenze regionali in merito all'evoluzione del processo di invecchiamento

ACN MMG – assistenza domiciliare presente fin dal 1987

Fonte: ISTAT dati 2011

Roma, 27 novembre 2013

Assistenza Domiciliare

Livello di copertura dell'assistenza domiciliare:
stabilizzazione a livello nazionale del livello di copertura tra
il 2010 e il 2011, mentre si riscontra un lieve ripresa nel
2012 (+5,5%)

	2010	2011	2012
Anziani trattati in assistenza domiciliare integrata	502.475	504.126	532.536

I ***pazienti anziani*** rappresentano più del **84%** del totale dei pazienti assistiti in ADI (dato 2012).



Assistenza Domiciliare

- ✓ Nel 2012 la spesa pubblica complessiva per **Long Term Care** ammonta all'1,8% del PIL, di cui circa **due terzi erogata a soggetti con più di 65 anni**.
- ✓ La **componente sanitaria rappresenta il 47% del totale**
- ✓ La componente sanitaria della spesa pubblica per LTC 2012 è quindi circa lo 0,9% del PIL, **pari al 12% della spesa sanitaria complessiva**



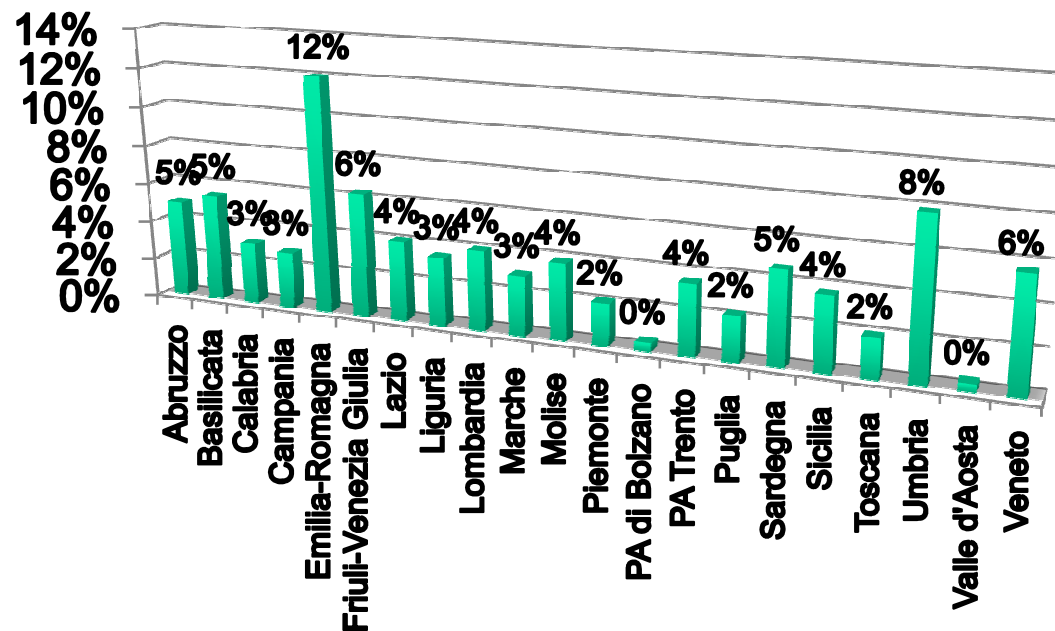
Integrazione sociosanitaria

- ✓ ***L'integrazione sociosanitaria*** deve realizzarsi prima di tutto nel ***Distretto***
- ✓ L'integrazione socio-sanitaria va attuata e verificata a tre livelli: istituzionale, gestionale e professionale
- ✓ Sul versante sociale non esiste ancora l'atto formale di definizione dei livelli essenziali dell'assistenza sociale
- ✓ ***Difficoltà nell'individuare non solo le prestazioni*** socio-sanitarie e sociali ma ***anche le risorse per erogarle***



Anziani trattati in ADI nel 2012

Obiettivo periodo 2007-2013: incrementare la percentuale di anziani beneficiari di assistenza domiciliare integrata, raggiungendo il target del 3,5%



Fonte: Elaborazione su dati ISTAT, Ministero della Salute

Assistenza Domiciliare

Alcuni esempi

- ✓ **L'Emilia Romagna** ha investito:
 - nel 2011 il 2.54 della spesa sanitaria regionale,
 - nel 2013, il 3.10

- ✓ Il **Lazio** conferma l'obiettivo di mantenere al domicilio il paziente il più a lungo possibile, utilizzando le strutture residenziali sono per i non autosufficienti gravi

- ✓ La **Basilicata** governa la rete dei servizi sanitari domiciliari tramite il Centro di Coordinamento delle Cure Domiciliari e delle Cure Palliative, integrato nell'Unità operativa Assistenza Domiciliare e residenzialità

Assistenza Domiciliare

- ✓ La **Campania** riesce ad investire circa 0,75 della spesa sanitaria regionale, attendendosi ad un 2,8% di anziani trattati e prevede di raggiungere una equa distribuzione sul territorio entro il 2015
- ✓ Il **Friuli Veneria Giulia** assicura l'assistenza infermieristica domiciliare 7/7, h12 e l'infermiere è il motore dell'integrazione con i servizi sociali comunali
- ✓ La **Lombardia** ha appena concluso una sperimentazione per l'adozione del nuovo modello e strumenti per la valutazione multidimensionale del bisogno delle persone che necessitano di ADI

Osservazioni

- Gli anziani del futuro saranno sempre più istruiti sotto il profilo dei corretti stili di vita,
- famiglie sempre più mono componente,
- Infermieri, operatori socio sanitari , assistenti sociali svolgono un ruolo di garanzia della continuità terapeutica
- Infermiere sempre più identificato come il referente per la gestione del cronico, integratore tra sanitario e sociale
- Risorse infermieristiche: scarsità concentrata in alcuni territori

Osservazioni

- Quadro normativo nazionale
- LEA e Liveas e risorse stabili
- Aggravio economico nel passaggio da assistenziale domiciliare a residenziale
- Difficoltà degli enti locali ad erogare servizi per il contenimento della spesa
- Fondo non autosufficienza e forme di sostegno finanziario alle famiglie
- Previsione di copertura dei servizi pubblici per la non autosufficienza non in linea con le previsioni demografiche
- Gestione adeguata ai bisogni tra bassa e alta intensità

eHealth

Investimenti nel periodo 2007-2013 dedicati alla società dell'informazione dalle strategie regionali: 5,3 miliardi di euro, di cui :

559 milioni di euro investiti in eHealth, (circa il 10,5%)

L'Italia è al **30° posto** nella classifica mondiale dell'eHealth

Si stima in **almeno 7 miliardi di euro il risparmio annuo**

con una informatizzazione completa

eHealth

MMG - Spesa **annuale media** per i servizi ICT nell'ambito delle attività professionali

2011 € 1.550

2012 € 1.510

Nord ovest

2011 € 1.527

2012 € 1.394

Nord est

2011 € 1.662

2012 € 1.727

Centro

2011 € 1.373

2012 € 1.426

Sud e isole

2011 € 1.471

2012 € 1.536

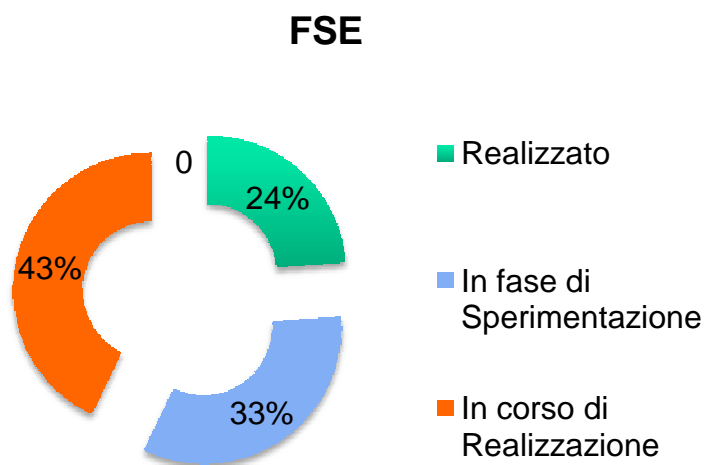
Fonte: Ricerca Politecnico di Milano, Doxapharma, Centro Studi FIMMG – Febbraio 2012

Roma, 27 novembre 2013

eHealth

Fascicolo sanitario elettronico: uno strumento organizzativo

È la presa in carico dell'utente



Laddove realizzato il numero di fascicoli attivi, cioè i fascicoli dei cittadini che hanno fornito il consenso alla gestione dei loro dati sanitari, è complessivamente ancora abbastanza basso

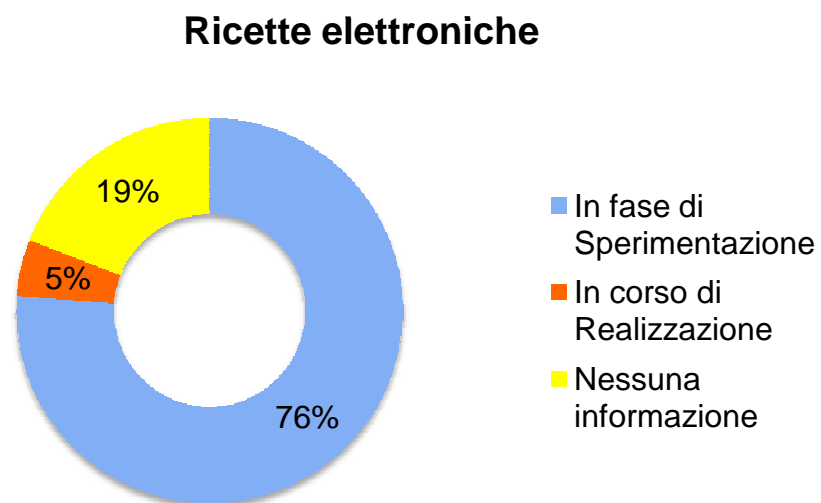
Il 13 % della popolazione italiana ha un Fascicolo Sanitario Elettronico attivo

eHealth

Ricetta elettronica

Appropriatezza delle cure

Controllo della spesa farmaceutica



Secondo il cronoprogramma previsto dalla L. 221/ 2012, le prescrizioni elettroniche dovrebbero arrivare all'80% nel 2014 e al 90% l'anno successivo.

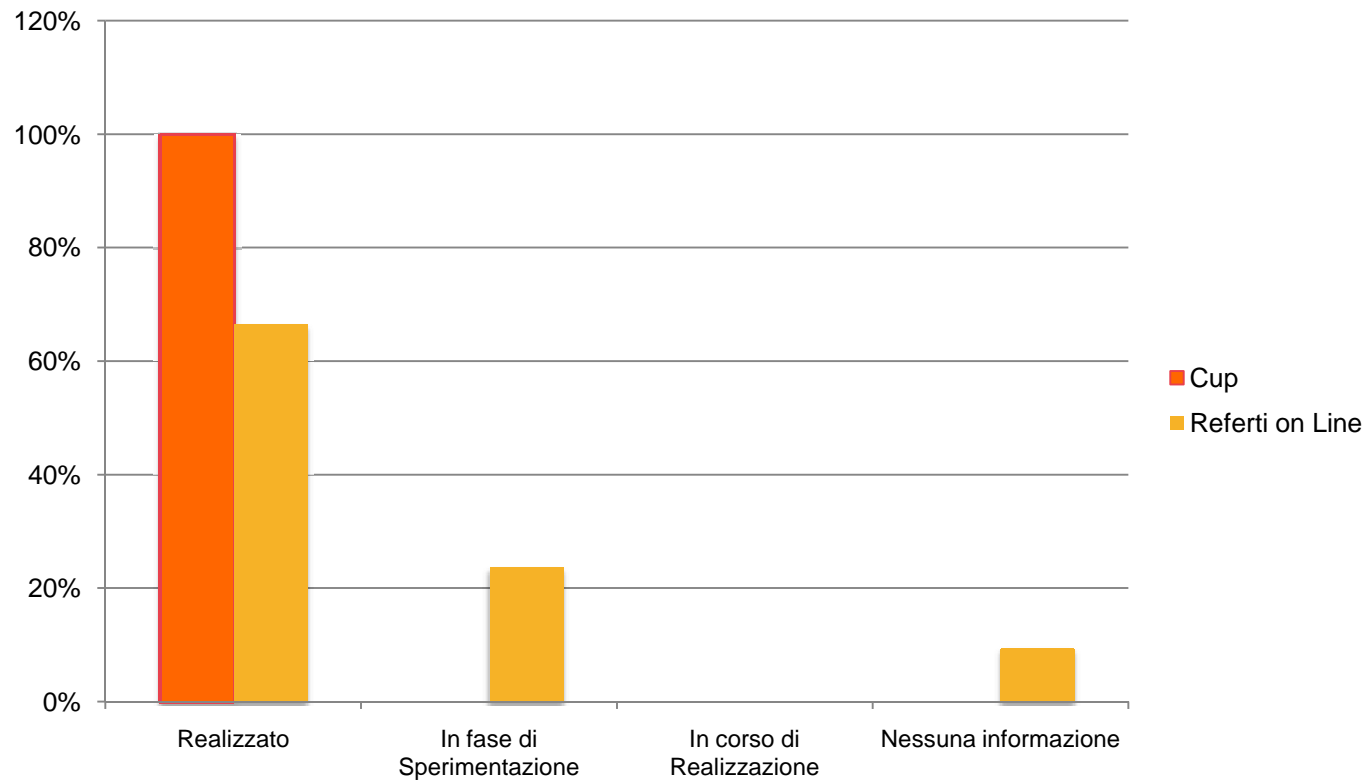
Criticità di attuazione:

- ✓ gestione del software
- ✓ continuità della rete Internet sul territorio



eHealth

Cup e referti on line: **Accessibilità**



eHealth

Telemedicina, Telemonitoraggio

L'aspettativa era di rilevare servizi a regime e non più progetti sperimentali, invece:

- ✓ servizi di telemedicina a livello locale, difficilmente a livello regionale/nazionale
- ✓ tante progettualità legate a sperimentazioni (e ai relativi finanziamenti) che non si sono poi tradotte in specifiche prestazioni nei sistemi regionali e relative tariffazioni
- ✓ sperimentazioni di durata medio breve che pertanto non permettono di valutare appieno l'efficacia degli interventi
- ✓ forte accento sulla tecnologia e meno sull'individuazione di modelli organizzativi di cui la tecnologia è una delle componenti

Osservazioni

- Difficoltà nell'utilizzo dei sistemi ICT istituzionali
- Scarsa conoscenza dei benefici connessi all'utilizzo dei sistemi ICT
- Formazione inadeguata
- Diffusione della Banda Larga
- Servizi di telemedicina, LEA e tariffe

Empowerment e cronicità

Nelle malattie croniche il paziente diventa il protagonista attivo dei processi assistenziali:

- ✓ la gestione di queste malattie può essere insegnata alla maggior parte dei pazienti e dei loro familiari,
- ✓ è strategico aiutare i pazienti e le loro famiglie ad acquisire abilità e fiducia nella gestione della malattia,
- ✓ procurando gli strumenti necessari e valutando regolarmente i risultati e i problemi.

Empowerment e cronicità

- ✓ I progetti di presa in carico di pazienti cronici contemplano sempre la formazione del paziente
- ✓ Il personale infermieristico svolge un ruolo importante nella formazione e nell'assistenza al paziente cronico

Empowerment del cittadino

- ✓ L'empowerment non può essere costretto all'interno della cronicità ma sempre più deve essere rivolto al cittadino
- ✓ Utilizzare tutti i canali a sua disposizione
- ✓ In tutti i PSR si riscontra il capitolo sull'importanza di corretti stili di vita
- ✓ Dalla promozione, informazione alla partecipazione del cittadino



Empowerment del cittadino

- ✓ **PA Trento** mette a disposizione le proprie schede informative ai possessori di smartphone e tablet attraverso l'applicazione gratuita Google Currents.
- ✓ **Sicilia**, ww.costruiresalute.it è il nuovo sito web realizzato dall'Assessorato per aiutare a comprendere il complesso funzionamento della macchina del Sistema Sanitario Regionale (SSR), dalla ricerca di una struttura, visita specialista fino ai
- ✓ numeri dei CUP
- ✓ La **ASL di Nuoro**, in collaborazione con Comuni e Provincia, promuove percorsi di informazione sul territorio concernenti rivolte agli anziani e sui temi sanitari di maggior rilievo.

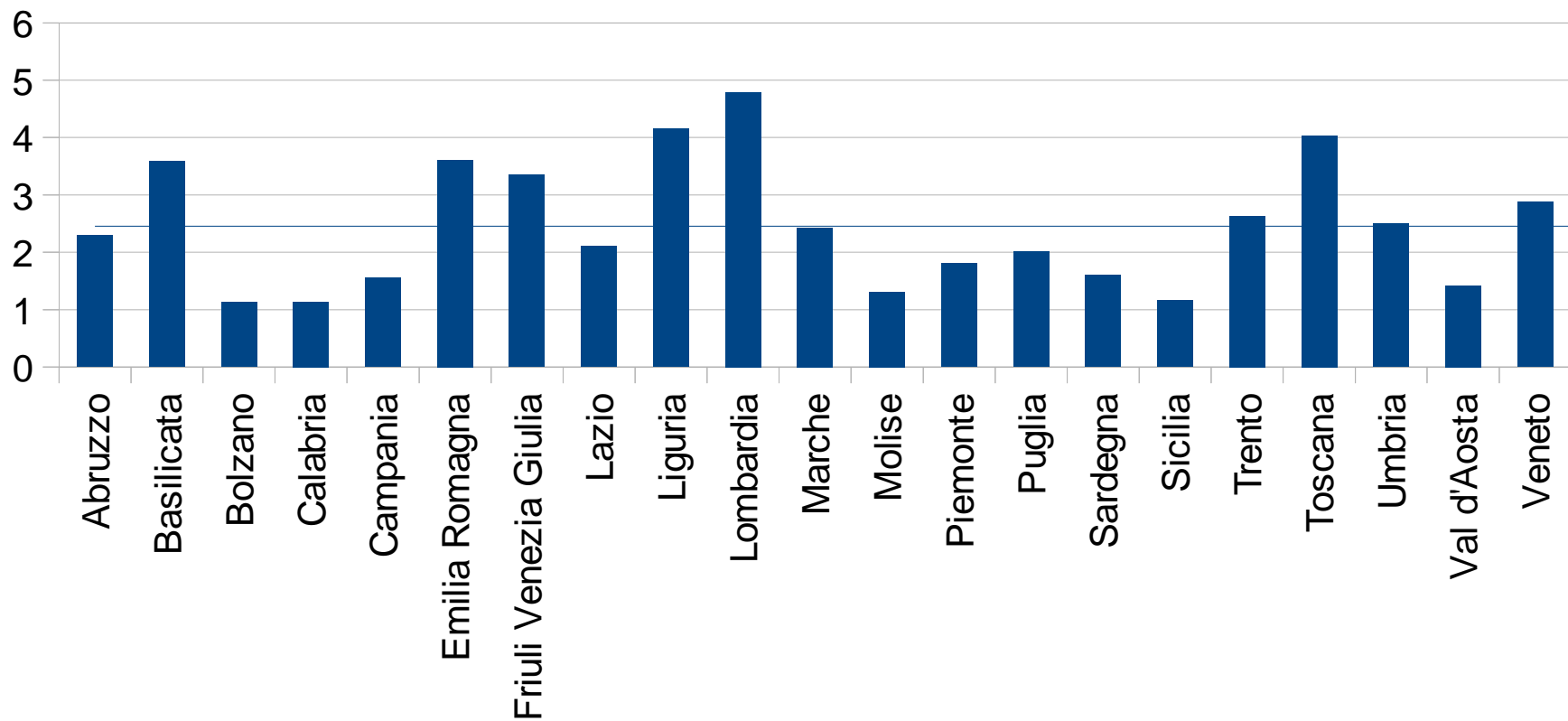


Empowerment del cittadino

- ✓ **Lazio**, alcune ASL indirizzano le risorse in corsi mirati di formazione ai cittadini legati a tematiche, patologie specifiche,
- ✓ **In Emilia**, la Casa della Salute è il luogo deputato alla promozione e valorizzazione della partecipazione dei cittadini alla gestione della propria salute: “azione pratica di empowerment” territoriale, incontri mensili, affrontati temi diversi (risorse sanitarie, modalità di fruizione dei servizi “i consigli degli esperti”.....)
- ✓ In **Sardegna**, ASL, Comuni e Province collaborano insieme per promuovere percorsi di informazione sul territorio, con particolare attenzione ad educazione sanitaria e prevenzione rivolte agli anziani
- ✓ La **PA Bolzano** affida a cicli di conferenze la formazione e informazione dei cittadini



Patient Web Empowerment Index



Fonte: SDA Bocconi - 2012

Roma, 27 novembre 2013



Cosa emerge?

- Processo apparentemente irreversibile con Regioni a diversa velocità
- Quadro fluido ed in costante evoluzione
- Alcuni ruoli sono ancora tratteggiati all'interno di ciascun sistema sanitario regionale
- Tanti termini, acronimi e differenze tra le Regioni
- Regioni con assetti organizzativi centrali ancora “frammentati”
- Non vi sono ancora evidenze in termini di efficacia
- Emergono casi di risparmi dalle prime sperimentazioni
- Emerge attenzione sui temi della congruità ed appropriatezza
- Infrastrutture tecnologiche possono divenire driver ma anche ostacolo non indifferente
- Bisogna lavorare sulla cultura dei diversi attori