



Federazione  
Friuli Venezia Giulia



Associazione Sindaci emeriti  
del Friuli Venezia Giulia



***LA RIFORMA SANITARIA  
IN FRIULI VENEZIA GIULIA  
più Salute, servizi sul territorio  
e sicurezza delle cure per i cittadini***

**“Il ruolo della medicina generale per la Salute sul territorio ed il valore aggiunto delle nuove organizzazioni previste nella Riforma sanitaria regionale”**

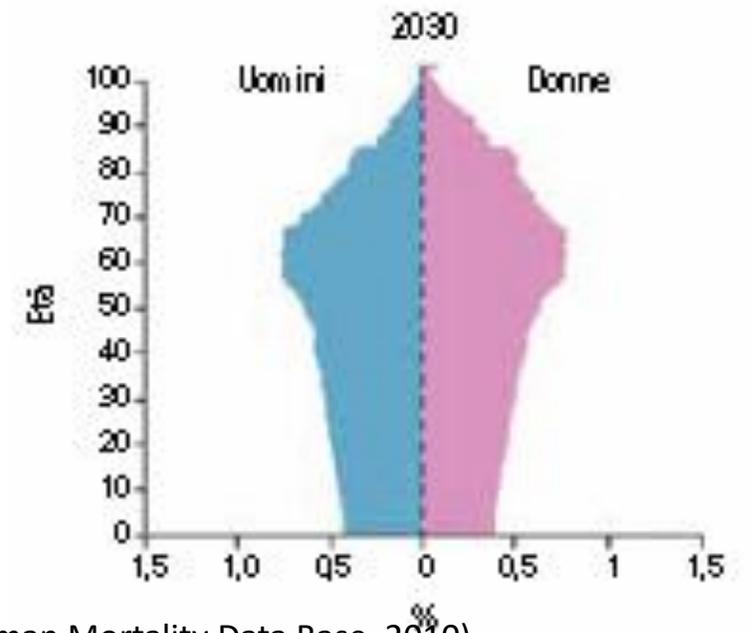
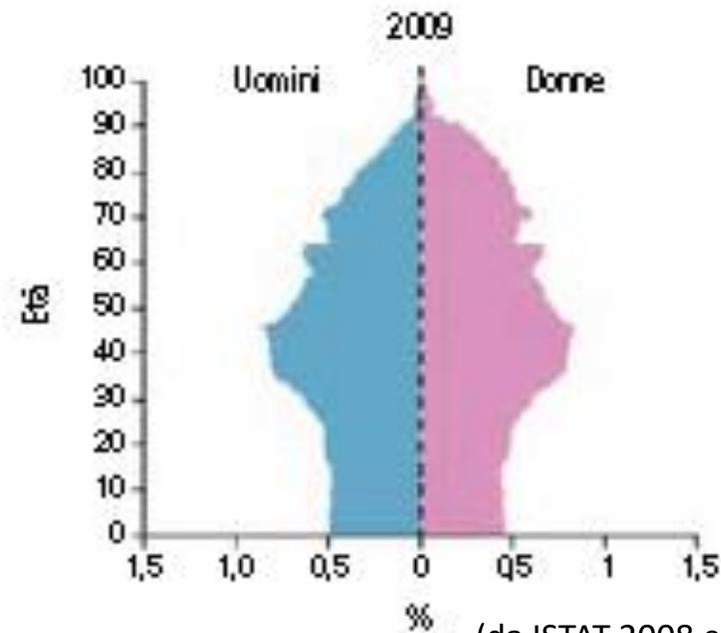
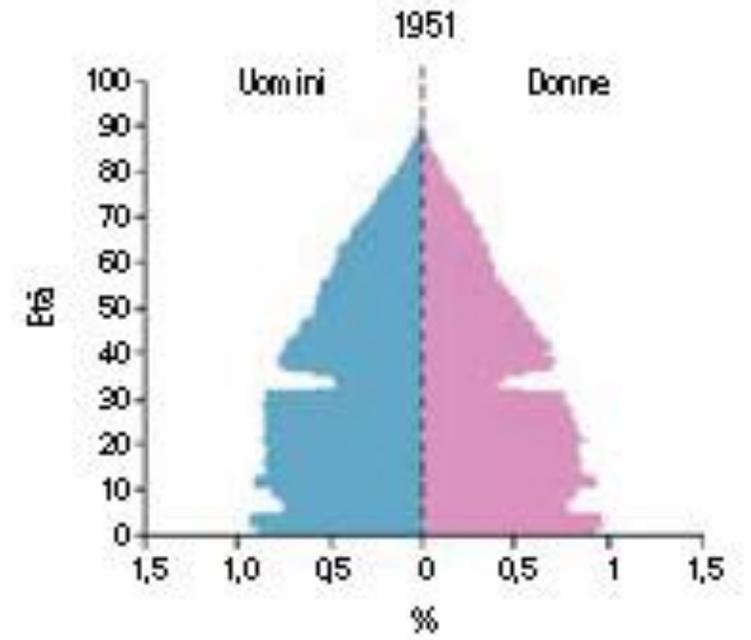
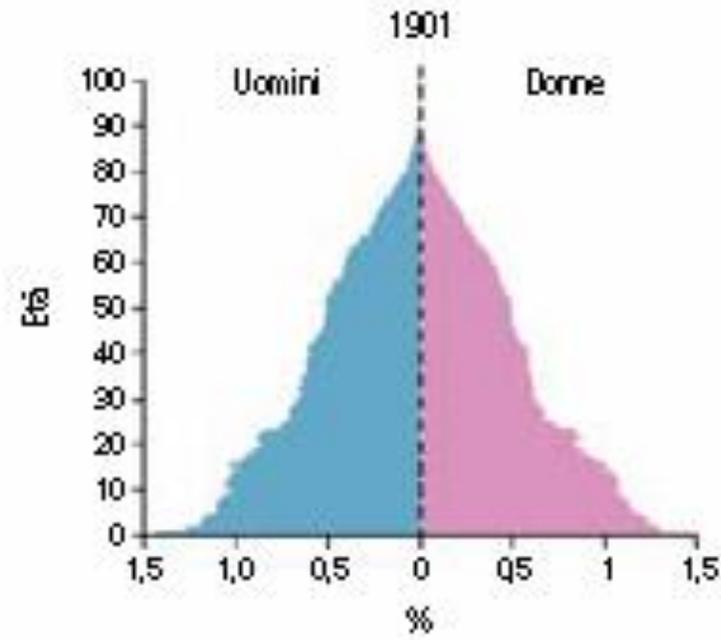
Romano Paduano,

Segretario regionale FIMMG – Federazione Italiana Medici di Medicina Generale



Lo scenario attuale e futuro

Distribuzione per età e sesso della popolazione italiana negli anni 1901, 1951, 2009 e proiezione 2030



(da ISTAT 2008 e 2010; Human Mortality Data Base, 2010)

# La popolazione invecchia

- Indice di anzianità (Rapporto tra la popolazione  $\geq 65$  e quella  $< 15$  anni)

Italia : 157,7%    **FVG 204,7%**    Campania 113,4%

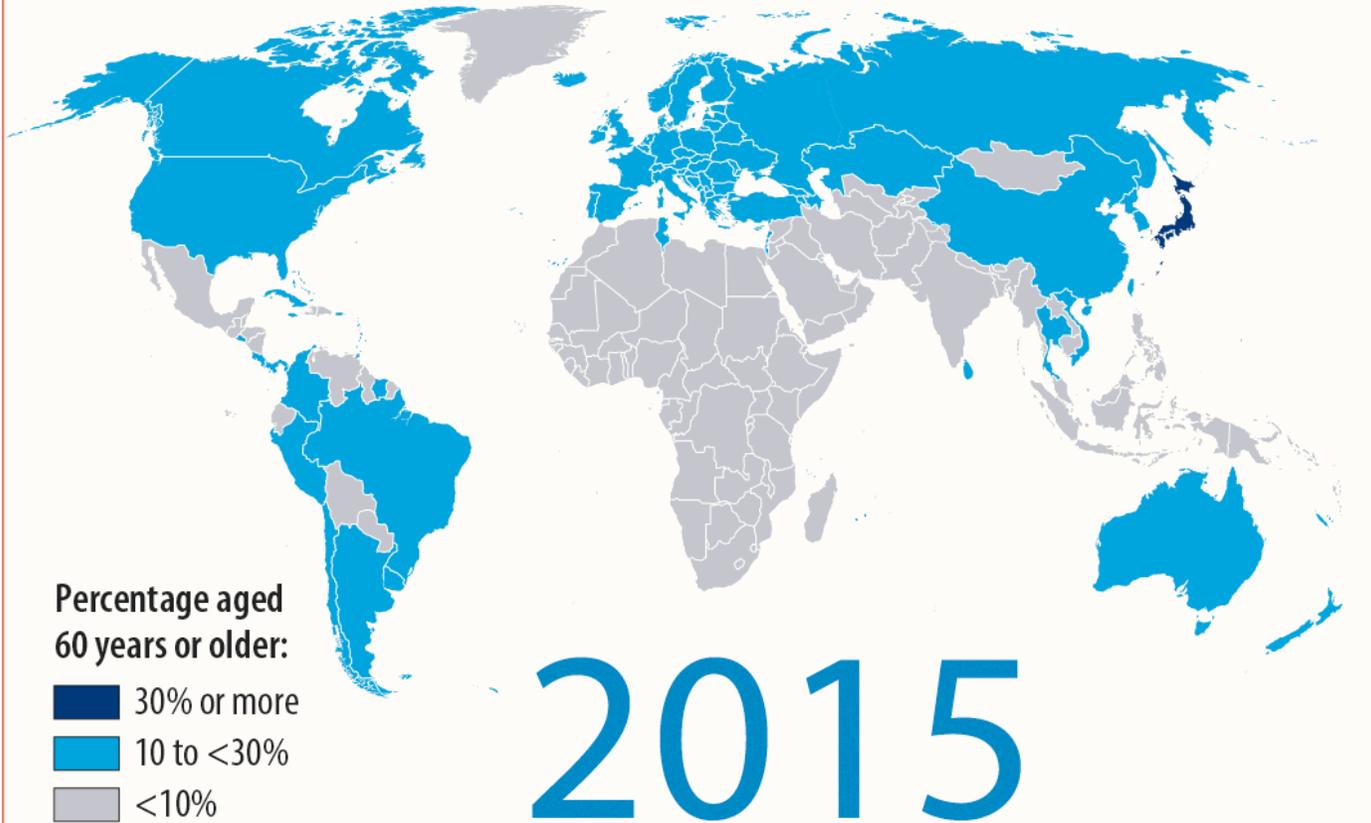
In Ue28, l' Italia è al secondo posto dopo la Germania (~160%).

- il trend dell'invecchiamento :

12,30% over 65 (2011)	16,60% (2030)
6,03% over 80 (2011)	8,93% (2030)

- Over 60 2010 = 26,4 %    vs 2060 = 39%

## Populations are getting older



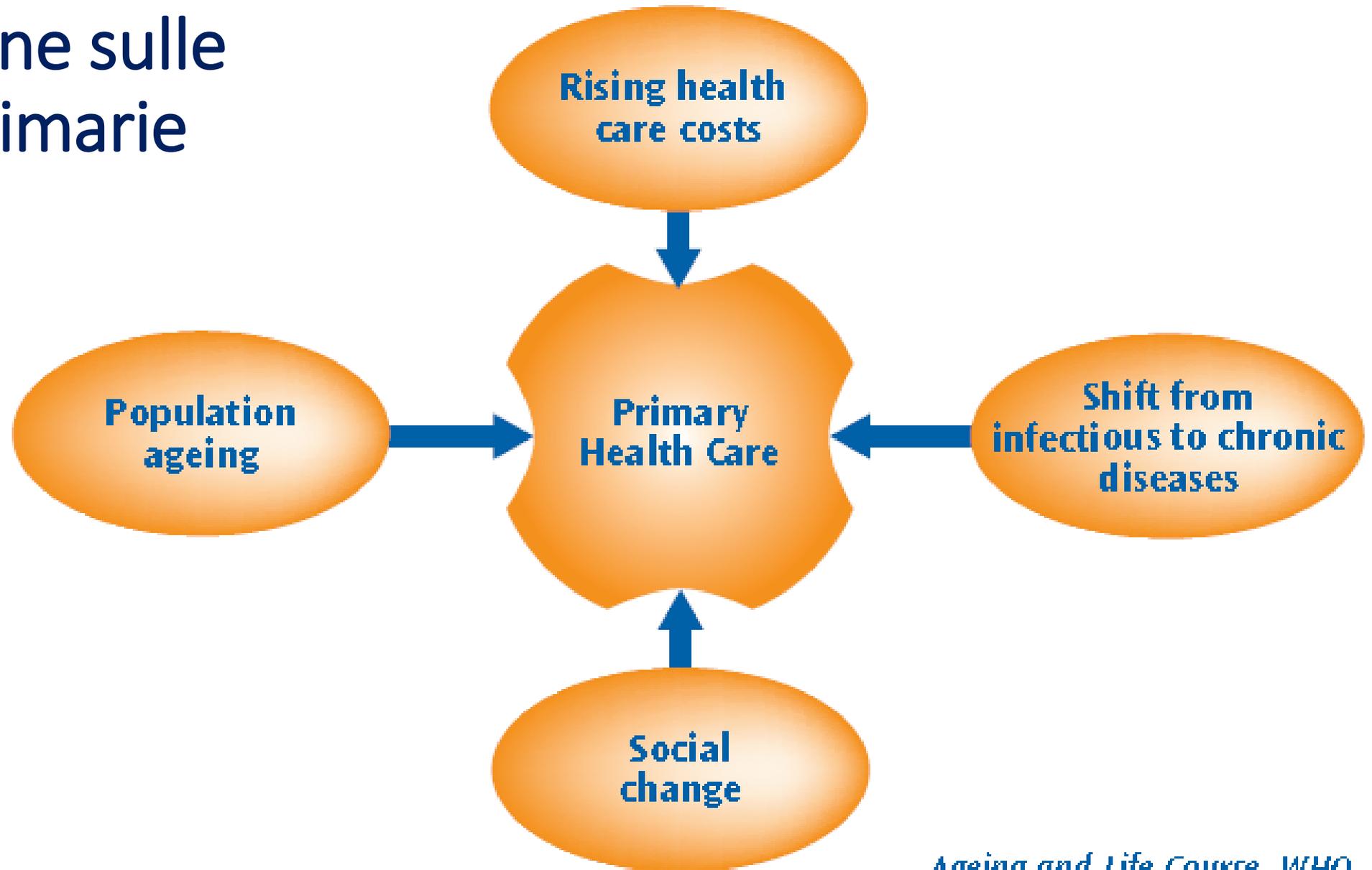
# Ma come stiamo ?

- 83,7% residenti in FVG dichiaravano di sentirsi in buona salute (+3,3% vs 2014)
  - 21,9% molto bene
  - 61,8% abbastanza bene
- 2,8 % non soddisfatti dello stato di salute(+0,9% vs 2014)
- 183.000 ricoveri ospedalieri (-3,3% vs 2014)

# Malattie acute e croniche

	FVG	
Diabete mellito	59.406	5,49%
Infarto miocardico acuto	5.520	0,51%
Ipertensione arteriosa	281.226	26,01%

# Pressione sulle cure primarie





## Le Cure Primarie

“I sistemi sanitari che si orientano alle cure primarie hanno outcomes di salute, equità d’accesso, continuità delle cure, superiori ai sistemi incentrati sulle cure specialistiche ed ospedaliere... con minori spese e maggiore soddisfazione per la popolazione”

“What are the advantages and disadvantages of restructuring health care system...” Health Evidence Network,  
WHO Regional Office for Europe, 2004.

# È necessario cambiare il modello organizzativo

- Da un modello focalizzato principalmente sulle **malattie acute** (brevità e rapidità di intervento, uso di tecnologia elevata e costosa, approccio prevalentemente sanitario, concentrazione di risorse umane e materiali)
- a un modello centrato sulle **malattie croniche** (intervento prolungato nel tempo, utilizzo di tecnologia semplice e poco costosa diffusa su tutto il territorio, vicino al paziente, con una forte integrazione sanitaria e sociale)

## Il modello territoriale: le due colonne portanti

- individuare e potenziare tutte le **modalità assistenziali extra-ospedaliere** per quei pazienti che accedono impropriamente all'ospedale per acuti
- sviluppare la **Sanità di iniziativa**, quella che non aspetta il paziente sulla porta dell'ospedale, ma che gli va incontro, assumendo il bisogno di salute prima dell'insorgere della malattia, o prima che essa si manifesti o si aggravi, prevedendo e organizzando le risposte assistenziali adeguate.

# Nuovo sistema di erogazione

## Trasformazione del sistema

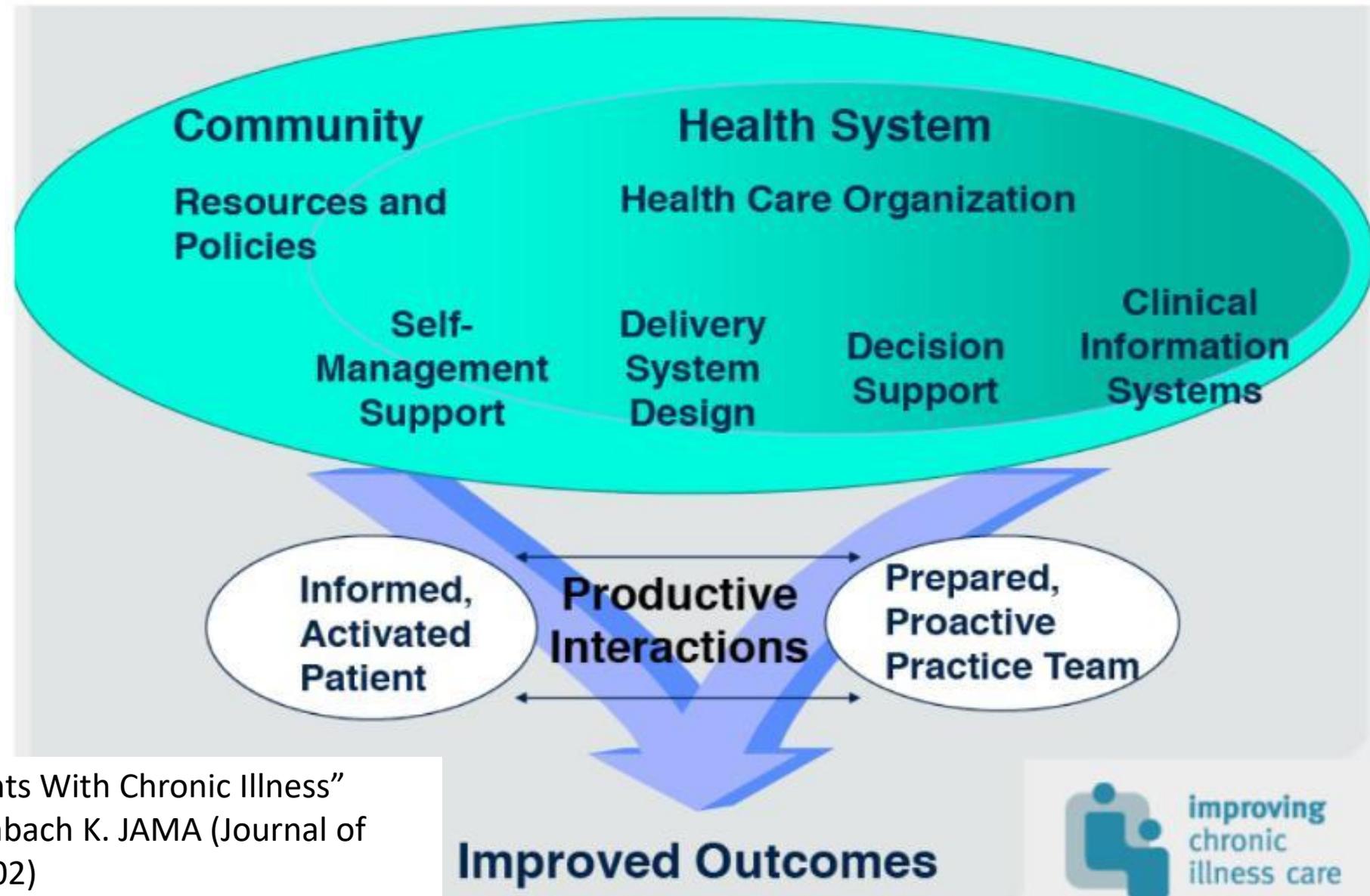
- da **reattivo** (principalmente fornisce risposte ai malati)
- a **proattivo** (focalizzato sul mantenimento della salute)

# In pratica... potenziare il territorio

- Sviluppando collaborazioni tra gli operatori sanitari
- Incrementando le conoscenze e condividendo i dati
- Garantendo Assistenza 24 ore al giorno, 7 giorni a settimana
- Definendo percorsi diagnostic terapeutici bidirezionali(ospedale territorio)
- Rinforzando la medicina di iniziativa

# Un nuovo approccio alla cronicità

## CHRONIC CARE MODEL



“Improving Primary Care for Patients With Chronic Illness”  
(Bodenheimer T., Wagner E., Grumbach K. JAMA (Journal of American Medical Association) 2002)

# Il Chronic Care Model (CCM) si basa su:

1. risorse della comunità,
2. ridefinizione del Sistema erogativo,
3. nuova organizzazione sanitaria,
4. supporti alle decisioni,
5. sistemi di informazioni cliniche,
6. potenziamento all'autocura

e può produrre una riforma del Sistema nella quale pazienti informati ed attivi interagiscono con team sanitari preparati e proattivi

Conversione in legge del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute (5440-A/R)

## **Articolo 1**

***Riordino dell'assistenza territoriale e mobilità del personale delle aziende sanitarie***

# Legge regionale n. 17 16 ottobre 2014

## Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale e norme in materia di programmazione sanitaria e sociosanitaria

### Sezione I

#### Principi dell'assistenza primaria e standard organizzativi

Art. 18 - *(Principi dell'assistenza primaria e standard organizzativi)*

### Sezione II

#### Organizzazione dell'assistenza primaria

Art. 19 - *(Distretto)*

Art. 20 - *(Organizzazione dell'assistenza medica primaria)*

Art. 21 - *(Assistenza domiciliare)*

Art. 22 - *(Dipartimento di salute mentale)*

Art. 23 - *(Strutture intermedie)*

Art. 24 - *(Strutture e interventi a rilevanza sociosanitaria)*

## Art. 2, comma 1

provvede al riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale, attraverso i seguenti obiettivi:

- a) potenziare l'assistenza primaria, rendendola il più possibile vicina alle esigenze e ai bisogni dei cittadini, nonché facilmente accessibile e fruibile dai medesimi;
- b) determinare un riequilibrio delle risorse tra i settori nei quali viene espletata l'attività del Servizio sanitario regionale;

## Art. 20

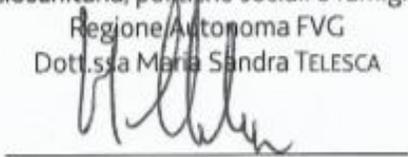
# (Organizzazione dell'assistenza medica primaria)

1. L'assistenza medica primaria, a regime, è assicurata dai medici con rapporto di convenzione con il Servizio sanitario regionale, è organizzativamente incardinata nel distretto sanitario, partecipando alle attività del medesimo tramite l'ufficio distrettuale per la medicina generale, e opera in stretto collegamento funzionale con i livelli assistenziali della prevenzione e ospedaliero. Le forme organizzative dell'assistenza medica primaria sono:
  - a) **le aggregazioni funzionali territoriali (AFT);**
  - b) **la medicina di gruppo;**
  - c) **i centri di assistenza primaria che svolgono le funzioni delle unità complesse di cure primarie;**
  - d) **i presidi ospedalieri per la salute.**

## A.I.R. 2016-2018

l'Assessore regionale alla salute, integrazione socio  
sanitaria, politiche sociali e famiglia  
e le Organizzazioni Sindacali F.I.M.M.G., S.N.A.M.I., S.M.I.,  
Intesa Sindacale

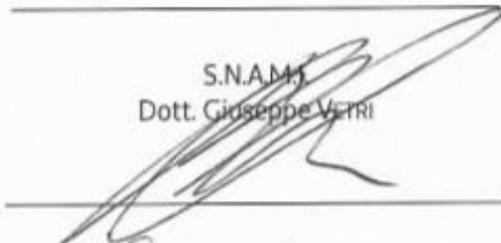
L'Assessore alla salute, integrazione  
socio-sanitaria, politiche sociali e famiglia –  
Regione Autonoma FVG  
Dott.ssa Maria Sandra TELESCA



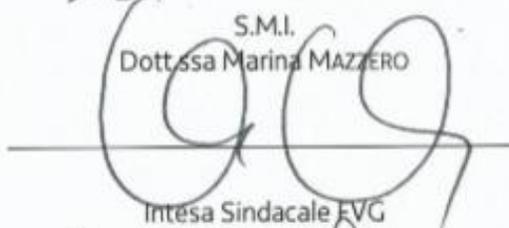
F.I.M.M.G. FVG  
Dott. Romano PADUANO



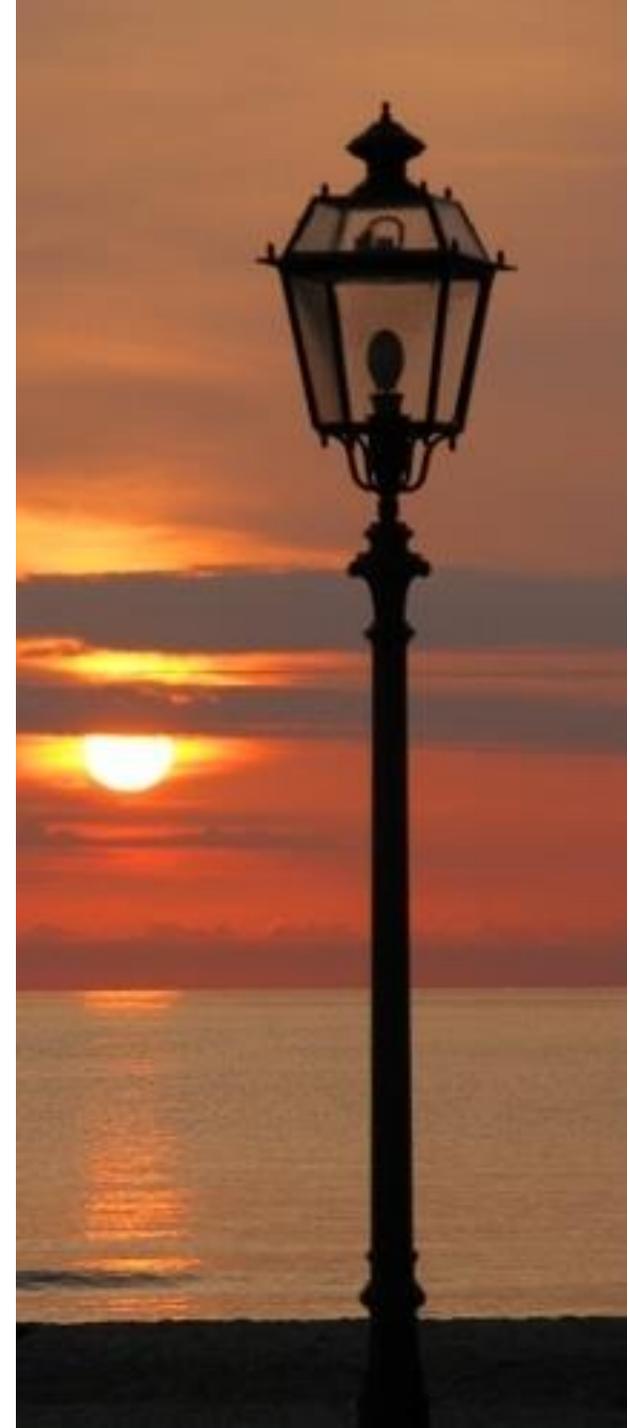
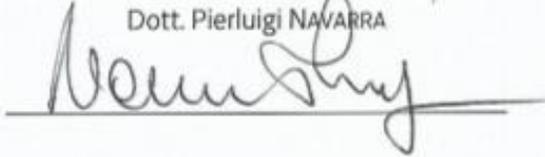
S.N.A.M.I.  
Dott. Giuseppe VETRI



S.M.I.  
Dott.ssa Marina MAZZERO



Intesa Sindacale FVG  
Dott. Pierluigi NAVARRA



# Cambiamenti in FVG

Legge regionale 17/2014 e AIR 2016-18 ridisegnano l'organizzazione sanitaria:

- I MMG lavorano in gruppo (6 o più), condividono i dati, in collaborazione con personale infermieristico
- Le cure sono focalizzate sulla proattività( il paziente viene invitato, non atteso)
- Sono definite e condivise linee guida per le più importanti patologie
- I pazienti sono stimolati nell'autocura
- Sono sviluppati sistemi informativi regionali (Bregistri per le principali patologie, sistemi di allarme, feedback attivi)

# AIR 2016-2018

- 1. OBIETTIVI DI SALUTE, PERCORSI ASSISTENZIALI E MONITORAGGIO DEGLI INDICATORI DI QUALITA' DELL'ASSISTENZA**
- 2. RIORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA MEDICA PRIMARIA**
- 3. L'AGGREGAZIONE FUNZIONALE TERRITORIALE (AFT)**
- 4. LA NUOVA MEDICINA DI GRUPPO INTEGRATA (MGI)**
- 5. APPROPRIATEZZA DELLE CURE E DELL'USO DELLE RISORSE - ART. 27 ACN**
- 6. CAP CENTRO DI ASSISTENZA PRIMARIA**
- 7. PRESIDI OSPEDALIERI PER LA SALUTE**
- 8. OBIETTIVI ASSISTENZIALI E GESTIONALI**
- 9. QUADRO NORMATIVO**
- 10. RISORSE ECONOMICHE**

# 1.OBIETTIVI DI SALUTE, PERCORSI ASSISTENZIALI E MONITORAGGIO DEGLI INDICATORI DI QUALITA' DELL'ASSISTENZA

- La Regione pone l'obiettivo della riorganizzazione complessiva dell'assistenza primaria, secondo i criteri OMS, allo scopo di affrontare i principali problemi di salute nella comunità, fornendo i necessari servizi di promozione, prevenzione, cura e riabilitazione.
- Gli obiettivi di salute affidati non saranno limitati alla semplice e tradizionale medicina di opportunità ma al reale sviluppo di una medicina di iniziativa che effettivamente superi gli ostacoli che hanno finora impedito una piena fruizione del servizio, siano essi di ordine sanitario, organizzativo, sociale nel rispetto della sostenibilità economica e delle libere scelte del cittadino.

## 2. RIORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA MEDICA PRIMARIA

- In ottemperanza alla legge regionale 17/2014, le attuali forme associative dei MMG saranno gradualmente sostituite, entro il 31.12.2018, dalle nuove forme organizzative previste dalla citata legge regionale 17/2014 denominate:
  - Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT)
  - Medicina di gruppo, qualificata quale Medicina di Gruppo Integrata (MGI)
  - Centri di assistenza primaria (CAP)
  - Presidi ospedalieri per la salute

## 3. L'AGGREGAZIONE FUNZIONALE TERRITORIALE (AFT)

- 3.1 Significato
- L'Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT), ai sensi dell'ACN, della L. 189/2012 e della L. reg. 17/2014, consiste in un **raggruppamento funzionale** di Medici di Medicina Generale (MMG) allo scopo di realizzare le condizioni per l'integrazione professionale delle attività dei medici e per il conseguimento degli obiettivi di assistenza.
- 3.2 Dimensioni e individuazione
- Le Aziende Sanitarie su base distrettuale individuano e successivamente istituiscono le AFT, con bacino di utenza di norma compreso tra **20.000 e 30.000 abitanti** anche in relazione alle caratteristiche geomorfologiche del territorio.
- **L'adesione all'AFT da parte dell'MMG è obbligatoria entro il 30/06/2016.**

## 4.LA NUOVA MEDICINA DI GRUPPO INTEGRATA (MGI)

- La nuova medicina di gruppo integrata (MGI) ha la finalità di armonizzare l'orario di accesso all'attività ambulatoriale, di assicurare una miglior continuità assistenziale, di attuare iniziative di promozione della salute e di prevenzione, di perseguire l'integrazione assistenziale con l'ospedale e gli altri servizi coinvolti nei processi di cura e di attuare interventi di razionalizzazione della spesa.
- La MGI è di norma **composta da almeno 6 MMG**, salvo casi particolari derivanti da specificità geografiche e demografiche.
- La medicina di gruppo integrata si realizza attraverso due modalità principali: attivazione di una **sede unica** oppure **articolazione in più sedi** per garantire una capillarità territoriale (MGI diffusa)

# Compiti MGI 1

- l'apertura di una sede unica per almeno **8 ore al giorno** dal lunedì al venerdì o l'adesione al coordinamento degli orari di apertura dei singoli studi per almeno 8 ore al giorno dal lunedì al venerdì, in modo da assicurare un orario di almeno otto ore giornaliere, distribuite tra mattino e pomeriggio per 5 giorni alla settimana; per il sabato e le giornate prefestive si segue quanto disposto dall'ACN
- di svolgere la propria attività di studio anche nei confronti degli assistiti dei Colleghi aderenti al proprio Gruppo per prestazioni indifferibili, qualora il medico titolare della scelta sia impossibilitato a prestare la prestazione richiesta;
- di coordinarsi per l'effettuazione degli accessi di assistenza programmata domiciliare ed Integrata, nel rispetto delle modalità previste dall'Accordo nazionale;
- le prestazioni sanitarie non differibili;
- la gestione della scheda sanitaria elettronica secondo standard definiti dagli accordi regionali e aziendali;

## Compiti MGI 2

- di aver attuato il collegamento reciproco degli studi medici con sistemi informatici tali da consentire l'accesso alle informazioni relative agli assistiti dei componenti il proprio Gruppo; tali oneri sono a carico del MMG;
- di utilizzare sistemi di comunicazione informatica condivisi per la gestione di dati clinici e l'esecuzione di prestazioni in collegamento con le strutture dell'Azienda sanitaria, con oneri a carico dell'AAS;
- di adottare percorsi assistenziali condivisi con l'Azienda sanitaria in sede di Comitato aziendale ex art. 23 sulla base di accordi regionali e aziendali.
- la realizzazione di programmi di promozione della salute, di prevenzione e assiste la popolazione servita con riferimento a percorsi assistenziali condivisi e basati sull'evidenza scientifica;

## Compiti MGI 3

- la raccolta di dati socio-epidemiologici e contribuisce a rilevare i bisogni di salute della popolazione;
- la contribuzione per intercettare la fragilità dando risposte appropriate;
- la connessione con il sistema informativo aziendale e regionale;
- la realizzazione e l'attuazione una carta dei servizi in accordo con il Distretto;
- la collaborazione ad iniziative di sondaggio del gradimento dell'utenza rispetto ai servizi forniti.

## 6. CAP CENTRO DI ASSISTENZA PRIMARIA

- Il Centro di assistenza primaria che nel SSR svolge le funzioni dell'Unità complessa delle Cure Primarie, secondo quanto previsto dalla LR. 17/14, è costituito dall'aggregazione di MMG, di specialisti e di personale e di servizi che operano nella stessa sede. Le sedi, che progressivamente interessano l'intero territorio regionale, devono essere adeguate dal punto di vista strutturale, organizzativo e tecnologico e collegate mediante idonei strumenti informatici con gli eventuali ambulatori periferici dei MMG e con le altre strutture dell'Azienda sanitaria. Le dotazioni strutturali, tecnologiche, strumentali e di personale sono assicurate dalle Aziende sanitarie previo accordi regionali ed aziendali.
- 
- Il Centro di assistenza primaria ha un bacino di utenza di norma compreso tra i **20.000 e i 30.000 abitanti**, si fonda sul **lavoro multi professionale** in cui sono coinvolti Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti, Infermieri, Assistenti Sociali, Amministrativi, allo scopo di costituire un riferimento unitario per i pazienti e le loro famiglie.

## 6. CAP CENTRO DI ASSISTENZA PRIMARIA

- I MMG prestano volontariamente nel CAP la propria attività a favore dei propri iscritti e di quelli dei medici che fanno parte dei gruppi partecipanti al CAP;
- Nel CAP sono altresì presenti MMG, a indennità oraria, che prestano assistenza a tutti i pazienti afferenti al CAP per zona di competenza secondo il setting della medicina generale, salvo specifiche deroghe per particolari situazioni logistiche;
- Viene garantita l'apertura per 12 ore diurne (8-20) nei giorni lavorativi e 2 ore (8-10) nei sabati o prefestivi.

## 7. PRESIDI OSPEDALIERI PER LA SALUTE

- I Presidi ospedalieri per la salute verranno istituiti in base alle esigenze rilevate in sede Aziendale, tramite accordi demandati al Comitato Aziendale ex art.23, tenendo conto di quanto previsto dal Decreto 70, del 2 Aprile 2015, pubblicato sulla GU n.127 del 04.06.2015 che definisce gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.

# Primi risultati

- Ricoveri ospedalieri: **-9,4%**

2016:110,2/1000 vs 2015:121,7/1000

- Spesa farmaceutica: **-1,0%**

2016 €179.063.239 vs 2015:€ 180.811.950

- Visite ambulatoriali: **-6,7%**

2016:2,8 vs 2015:3 per abitante

- «Codici bianchi» in Pronto Soccorso: **-1,0%**

2016: 158.185 vs 2015:159.251

# Primi risultati

- Vaccinazione anti influenzale: **+6,0%**  
2016: 53% vs 2015: 50% age>65 years
- Vaccinazione anti pneumococcica: **+46,7%**  
2016: 32,8% vs 2015: 22,3% age>65 years
- PAP test screening: **+2,4%**  
2016: 62,4% vs 2015: 60,9%
- Screening mammografico: **-1,9%**  
2016: 72,8% vs 2015: 74,2%

# follow-up diabete mellito tipo 2

Test	FVG 2016	FVG 2015	ITALIA (ARNO 2015)
Dosaggio HbA1c	79,40%	74%	65,90%
Microalbuminuria	57%	45,90%	31,00%
Creatininemia	76,60%	71,10%	62,50%
Profilo lipidico	72,70%	69,90%	58,90%
Fundus Oculi (biennale)	47,10%	41,70%	11,10% (annuale)

## C'è ancora molto da fare:

- Sviluppare e diffondere la cultura del lavorare insieme
- Potenziare il supporto informatico (raccolta ed analisi dei dati)
- Incrementare le équipes multiprofessionali
- Rinforzare il ruolo del paziente nell'autocura
- Aumentare il personale socio assistenziale

Ma....

Alc al'è alc e nuie al'è nuie

**Grazie per  
l'attenzione**

**Mettersi insieme è un inizio,  
rimanere insieme è un progresso,  
lavorare insieme è un successo.**

*H.Ford*