La Riforma delle Cure Primarie
La Riorganizzazione della rete ospedaliera (DM 70) e PDTA

- **Il cambiamento istituzionale**

-Piano Nazionale sulla cronicità

-Nuovo sistema dei garanzia dei LEA

Congresso Nazionale SIFO

Francesco Enrichens

Milano 3 Dicembre 2016

Ministero della Salute

ANNO	NORMATIVA	MODELLO
75-80	Regi decreti	Mutualistico (Bismark)
1978	Legge 833	SSN (Beveridge – UK)
1992	D. Lgs/vo 502	Aziendalizzazione - DRG
1999	D. Lgs/vo 229	Riordino delle ASL
2000	D. Legge 56 e Riforma Titolo V	Regionalizzazione
2012	Legge 189/2012 Decreto Balduzzi	**Cure Primarie H-24** **PDTA** **Chronic Care Model** **Presa in carico della cronicità**

Ministero della Salute

Il Passato

- Singolo medico – singolo paziente
- Rapporto convenzionale
- Massimale (1500 pz)
- Pagamento a quota capitaria
- *La Medicina "difensiva"*

Il Futuro

- AFT (Aggregrazioni Funzionali Territoriali)

  MMG/PLS
- UCCP (Unità Complesse Cure Primarie)

  MMG/PLS/Specialisti
- Ruolo unico
- Attribuzione a budget
- Medicina di "iniziativa"

Ministero della Salute

Volumi di attività anno 2014

Di cosa stiamo parlando?

- **Ricoveri totali** **676.848**
- **Ricoveri in urgenza** ***242.438***
- **Passaggi in Pronto Soccorso** **1.768.800**
- ***Codici bianchi e verdi*** ***1.601.335 (90.53%)***

Ministero della Salute

Di cosa stiamo parlando?

SDO ricoveri ordinari in area medica 149.072

>70- 90 a. e ol. *95012* (63.72 % del totale)

in urgenza 80965 (85.2%)

27229 ricoveri ARI sul totale di 193605

Se cambia una si muovono tutte!

La cornice normativa

Obiettivi:
Ridurre inappropriatezza
Aumentare il ruolo del territorio

QUALITA', EFFICIENZA E SICUREZZA DEL PAZIENTE

PdR

PdR Aziendali

Decreto Ministeriale n. 70 / 2015

Integrazione del lavoro di gestione con quello di programmazione

Finanziaria 2005

Intesa Stato – Regioni marzo 2005

Introduzione dei Piani di Rientro

Obiettivi:

- **Ristabilire l'equilibrio economico finanziario della Regione interessata, valutato dai Ministeri competenti (MdS e MEF)**

- **garantendo il rispetto dei LEA**

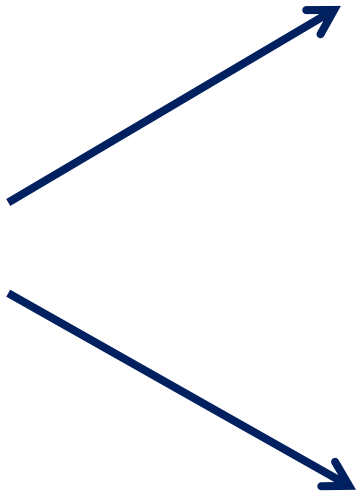
I Piani di Rientro

Regioni in Piano di Rientro:

1. Abruzzo
2. Calabria
3. Campania
4. Lazio
5. Molise
6. Piemonte
7. Puglia
8. Sicilia

I Piani di Rientro Aziendali

Previsti nella Legge di Stabilità 2016 per A.O., A.O.U., IRCCS ed enti pubblici che erogano prestazioni di ricovero e cura che:



Presentano scostamenti tra costi e ricavi ≥ 7% dei suddetti ricavi, o in valore assoluto pari ad almeno 10 milioni di euro

Oppure

Registrano il mancato rispetto dei parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure

Decreto sui piani di rientro di cui all'art. 1, comma 528 della Legge 28 dicembre 2015 n. 208

RIDEFINIZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA NELL'AMBITO DEL SSN

Perché rimodulare la rete ospedaliera?

- **Per una maggiore sicurezza dei pazienti**

  (rete emergenza salva vita – volumi ed esiti)

- **Per un sistema più efficiente e sostenibile**

  (strutturale e duraturo nel tempo)

- **Per imprescindibili esigenze normative**

  (piano di rientro)

Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70

"Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera"

Il Regolamento è stato approvato dalla CSR n.98 del 5 agosto 2014 ed è diventato effettivo il 4 Aprile 2015

Patto per la Salute 2014-2016, siglato in data 10 luglio 2014, art. 3 sull'adozione del regolamento di *definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera*, in attuazione dell'articolo 1, comma 169 della legge 30 dicembre 2004, n. 311" e dell'articolo 15, comma 13, lettera c) del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95 convertito, con modificazioni, dalla *legge 7 agosto 2012, n. 135.*

Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70

“Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”

Punti principali:

1) P.L. ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del SSR ≤ 3.7/1000 ab. comprensivi di 0.7 p.l. /1000 ab. per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie, tenendo conto anche della mobilità sanitaria interregionale attiva e passiva;
2) Classificazione delle strutture ospedaliere in 3 livelli di complessità crescente:
- P.O. di base (bacino di utenza 80.000-150.000 abitanti)
- P.O. di I livello (bacino di utenza 150.000-300.000 abitanti)
- P.O. di II livello (bacino di utenza 600.000-1.200.000 abitanti)

3) Strutture private accreditate: previsto un numero minimo di P.L. in grado di assicurare efficacia e sicurezza delle cure
4) Standard omogenei per singola disciplina
5) Parametri oggettivi di riferimento in materia di rapporto tra V di attività, esiti favorevoli/sfavorevoli delle cure e numerosità delle strutture
6) Organizzazione della rete ospedaliera in reti specifiche in base al modello hub & spoke;
7) Tasso di ospedalizzazione = 160/1000 ab. di cui il 25% riferito a ricoveri diurni, occupazione p.l. 90%, degenza media ≤ 7 giorni

Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70

Bacino di Utenza	600.000 – 1.200.000 AB
N° accessi annui	**> 70.000**
Discipline	Cardiologia con Emodinamica interventistica h 24 Neurochirurgia Cardiochirurgia e Rianimazione Cardiochirurgica Chirurgia Vascolare Chirurgia Toracica Chirurgia Maxillo – facciale Chirurgia Plastica Endoscopia digestiva ad elevata complessità Broncoscopia interventistica Radiologia interventistica Rianimazione Pediatrica e Neonatale Medicina Nucleare «…e altre eventuali discipline ad alta specialità»
Presenti h24	Servizi di radiologia con TAC e Ecografia (con presenza medica), Laboratorio, Servizio Immunotrasfusionale.

DEA II liv. – HUB

- È sede di discipline di riferimento per le reti delle patologie complesse
- Effettua le funzioni di accettazione in emergenza urgenza per il trattamento delle patologie acute ad elevata complessità

Presenza della rete di teleconsulto anche per lo scambio di flussi informativi con il 118

Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70

Bacino di Utenza	**150.000 – 300.000 AB**
N° accessi annui	**> 45.000**
Discipline	Medicina Interna e Chirurgia Generale Anestesia e Rianimazione Ortopedia e Traumatologia Ostetricia e Ginecologia (se prevista per N.parti/anno) Pediatria Cardiologia con UTIC Terapia Intensiva Neurologia Psichiatria Oncologia Oculistica Otorinolaringoiatria Urologia «…con servizio medico di guardia attiva e/o reperibilità oppure in rete per le patologie che lo prevedono»
Presenti o disponibili in rete h24	Servizi di radiologia **almeno** con TAC e Ecografia,Laboratorio, Immunotrasfusionale. **FARMACIA**

DEA I liv. – HUB

- Per le patologie complesse (traumi, cardiovasc., stroke) devono essere previste forme di consultazione, di traferimento delle immagini e protocolli concordati per il traferimento dei pazienti presso Centri di II livello.

.

- Devono essere dotati di letti di Osservazione Breve Intensiva (OBI) e di letti di terapia sub-intensiva (anche a carattere multidisciplinare)

Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70

Bacino di Utenza	80.000 – 150.000 AB
N° accessi annui	**> 25.000**
Discipline	Medicina Interna Chirurgia Generale Ortopedia e Traumatologia Anestesia e Rianimazione «…presenti letti di Osservazione Breve Intensiva»
rete di guardia attiva e /o in pronta disponibilità h24	Servizi di radiologia, Laboratorio, Emoteca

Ospedali di Base, sede di Pronto Soccorso:

Effettua in emergenza-urgenza stabilizzazione clinica, procedure diagnostiche, trattamenti terapeutici, ricovero oppure trasferimento urgente al DEA di livello superiore di cura, in continuità di assistenza secondo protocolli concordati per patologia (es. reti assistenziali ad alta complessità.

Presidi ospedalieri di zone disagiate

Le zone particolarmente disagiate sono definibili sulla base di oggettive tecniche di misurazione o di formale documentazione tecnica disponibile, distanti più di 90 minuti dai centri Hub o Spoke di riferimento (o 60 minuti dai presidi di Pronto Soccorso) superando i tempi previsti per un servizio di emergenza efficace.

Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 – Rapporto volumi e esiti

Programma Nazionale Valutazione Esiti (PNE)
Ed. 2013, SDO 2005-2012

agena.s. AGENZIA NAZIONALE PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI

Ministero della Salute

Le soglie identificate si applicano a tutti i soggetti pubblici e privati accreditati. Nelle more di tali definizioni anche di tipo qualitativo, tenuto conto anche degli aspetti correlati all'efficienza nell'utilizzo delle strutture si definiscono valide le seguenti soglie minime di volume di attività:

Interventi chirurgici per Ca mammella	**150** primi interventi annui su casi di tumore della mammella incidenti per Struttura complessa
Colecistectomia laparoscopica	100 interventi annui per Struttura complessa
Intervento chirurgico per frattura di femore	75 interventi annui per Struttura complessa
Infarto miocardico acuto	100 casi annui di infarti miocardici in fase acuta di primo ricovero per ospedale
By pass aorto-coronarico	200 interventi/anno di By pass aorto-coronarico

18

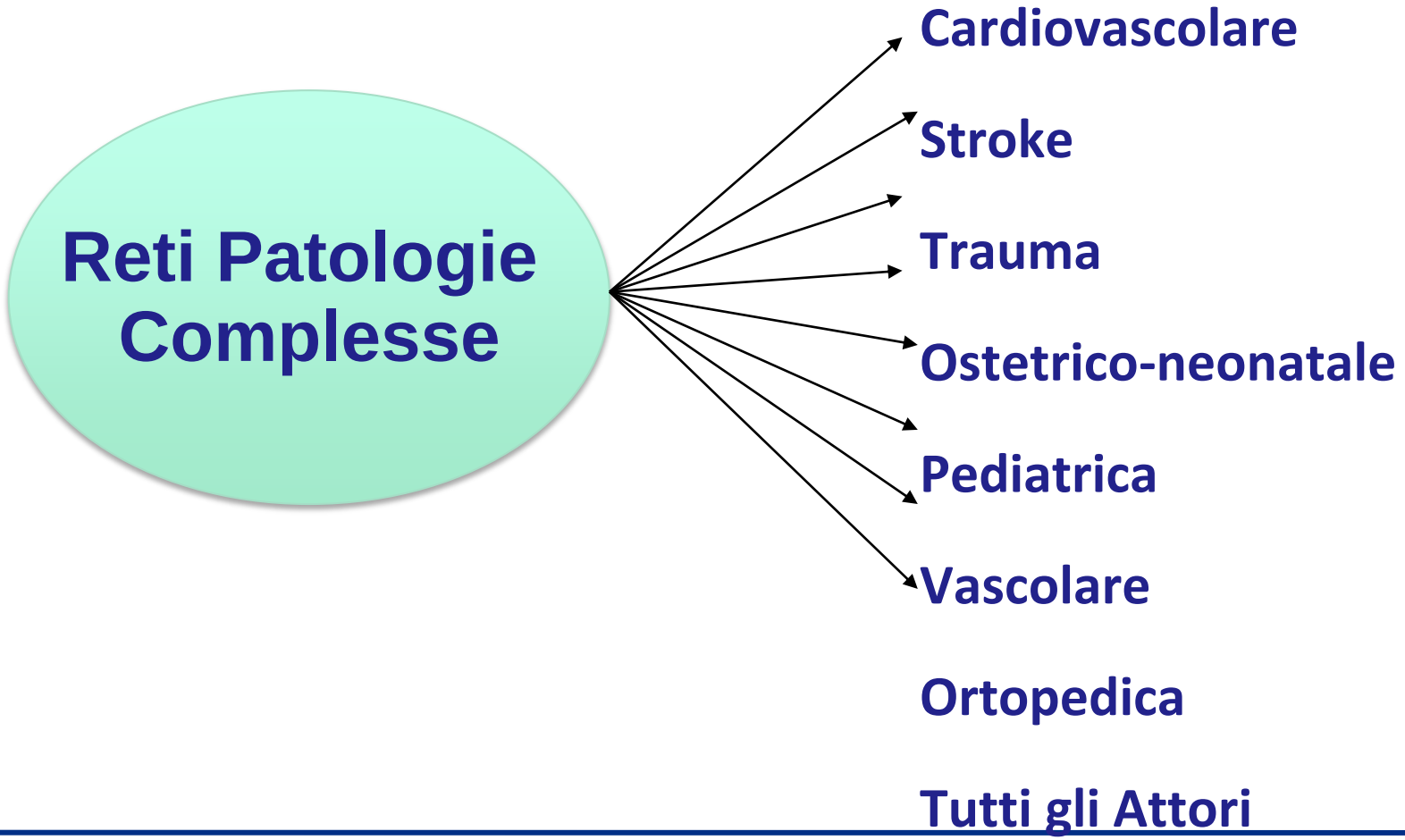
Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 – Rapporto volumi e esiti

MINISTERO DELLA SALUTE, BOZZA DECRETO 21 luglio 2014

Regolamento recante: "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, in attuazione dell'articolo 1, comma 169 della legge 30 dicembre 2004, n. 311" e dell'articolo 15, comma 13, lettera *c)* del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95 convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135.

Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a tre giorni	**minimo 70%**
Proporzione di interventi chirurgici entro 48h su persone con fratture del femore di età>=65 anni	minimo 60%
Proporzione di tagli cesarei primari in maternità di I livello o comunque con < 1000 parti	massimo 15%
Proporzione di tagli cesarei primari in maternità di II livello o comunque con > 1000 parti	massimo 25%
Proporzione di angioplastica coronarica percutanea entro 90 min dall'accesso in pazienti con infarto miocardico STEMI in fase acuta	minimo 60%
Intervento di By pass aorto-coronarico isolato, mortalita' aggiustata per gravità a 30 giorni	massimo 4%;
Intervento di valvuloplastica o sostituzione di valvola isolata (ad esclusione delle TAVI), mortalita' aggiustata per gravità a 30 giorni	massimo 4%

ORGANIZZAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA
Il tempo e il luogo: nel posto giusto al momento giusto



- La rimodulazione garantisce un sistema efficiente ma anche di salvaguardia delle prestazioni salvavita qualitativamente accettabili grazie alle discipline necessarie e sufficienti alla emergenza-urgenza.
- Sui nodi della rete dell'emergenza così definiti si implementano le discipline delle patologie complesse tempo dipendenti (Infarto, ictus, politrauma, ostetricia, neonatologia, pediatria).

I livelli essenziali di assistenza
(art. 1 d.lgs. n. 502/1992)

I LEA includono soltanto prestazioni e servizi:

- ***pertinenti*** alle funzioni ed ai fini del Ssn;
- ***efficaci*** o di efficacia dimostrabile in base ad evidenze scientifiche;
- ***appropriati*** alle condizioni cliniche degli assistiti;
- rispondenti, a parità di efficacia, al principio di ***economicità.***

Il nuovo dPCM

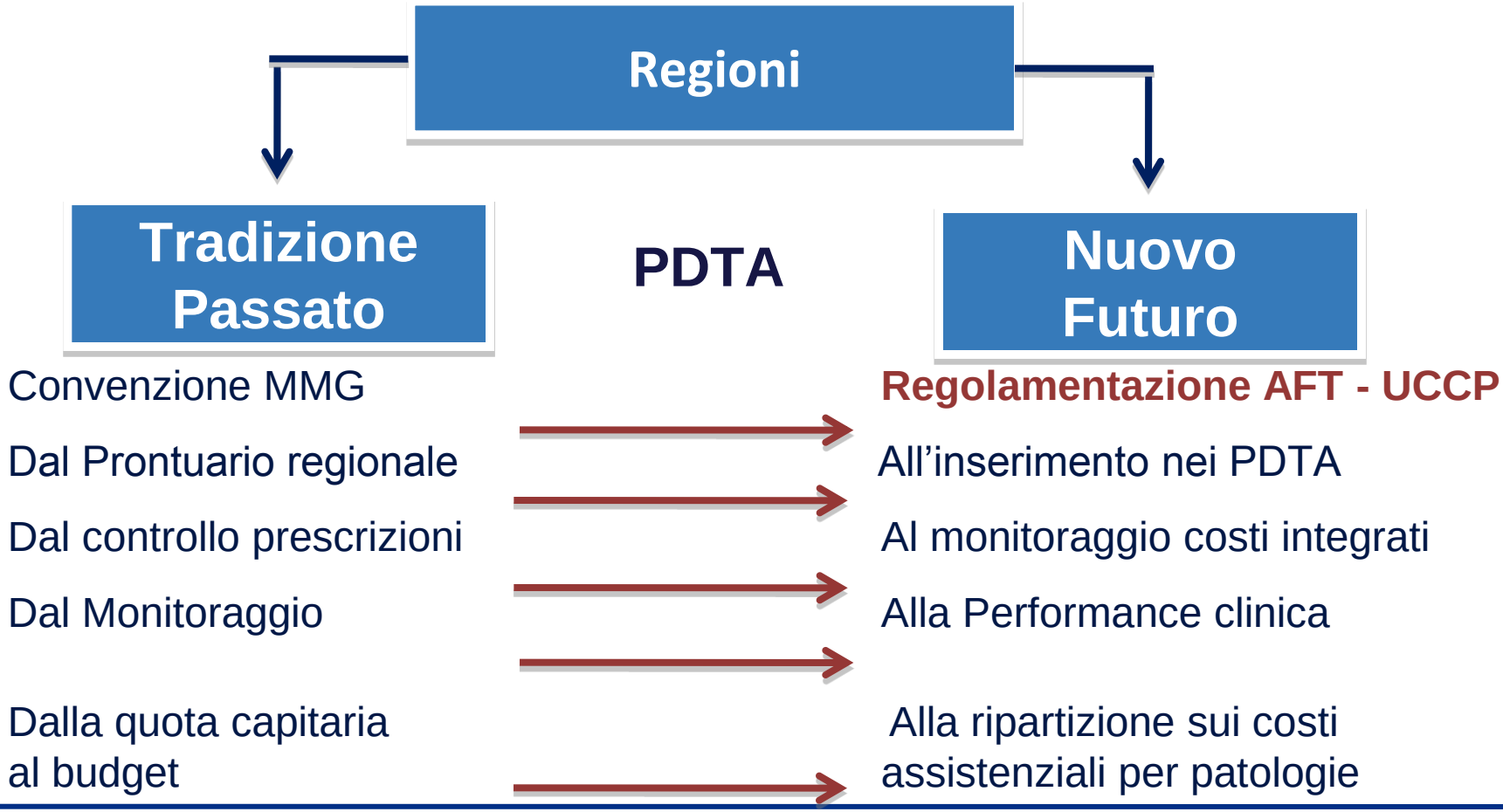
E’ stata **sancita l’intesa** sul testo del dPCM nella seduta della Conferenza Stato- Regioni del 7 settembre 2016

Attualmente il testo è all’esame delle **commissioni parlamentari**

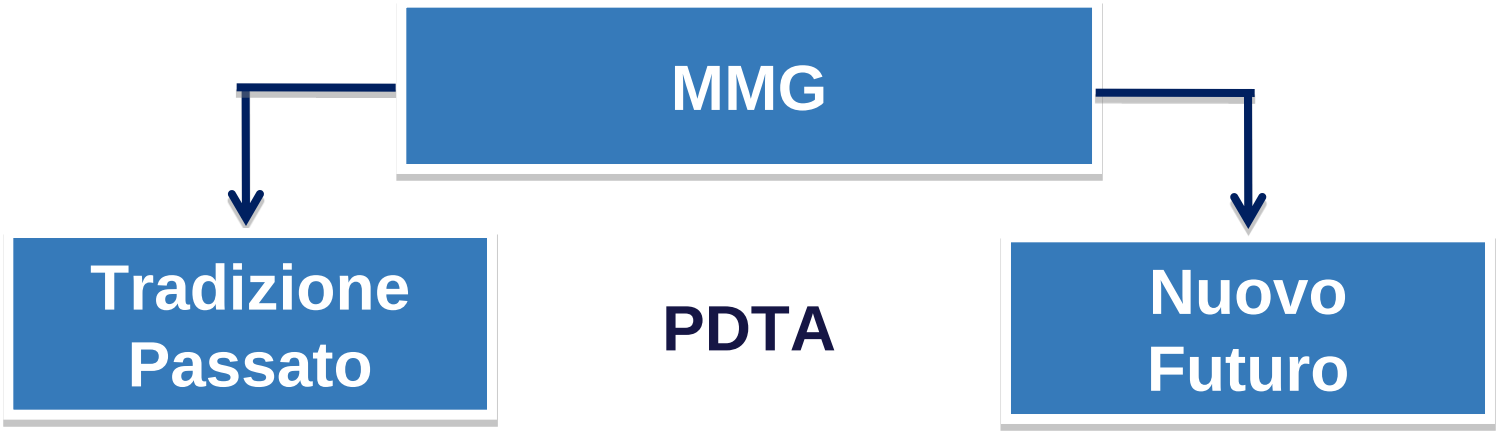
PDTA

- Malattie renali croniche
- Artrite Reumatoide
- MICI (Morbo Crohn Coliteulcerosa)
- Scompenso cardiaco
- Morbo di Parkinson
- BPCO – Asma

Il cambiamento per le Regioni



Il cambiamento per la Medicina Generale



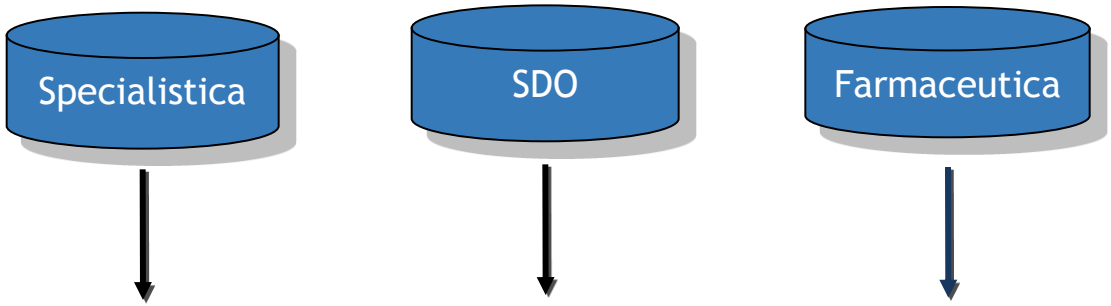
Cartella clinica singola	→	Cartella clinica condivisa
Prescrizione personale	→	Prescrizione secondo linee guida
Esperienza personale	→	**Percorsi assistenziali - PDTA**
Controllo amministrativo	→	Indicatori di processo e di esito
Quota capitaria	→	Budget

Il cambiamento per l'Industria Farmaceutica

Promozione del farmaco	→	Inserimento nei PDTA
Rapporto col singolo medico	→	Rapporto con AFT- UCCP
Rapporto con lo specialista	→	Rapporto con le equipe
Visita al singolo medico	→	Incontro con i medici AFT – UCCP
KAM – RAM	→	K(AFT)M – R(UCCP)M

Dai silos budget ai costi integrati

LA ANALISI VERTICALE “A SILOS”

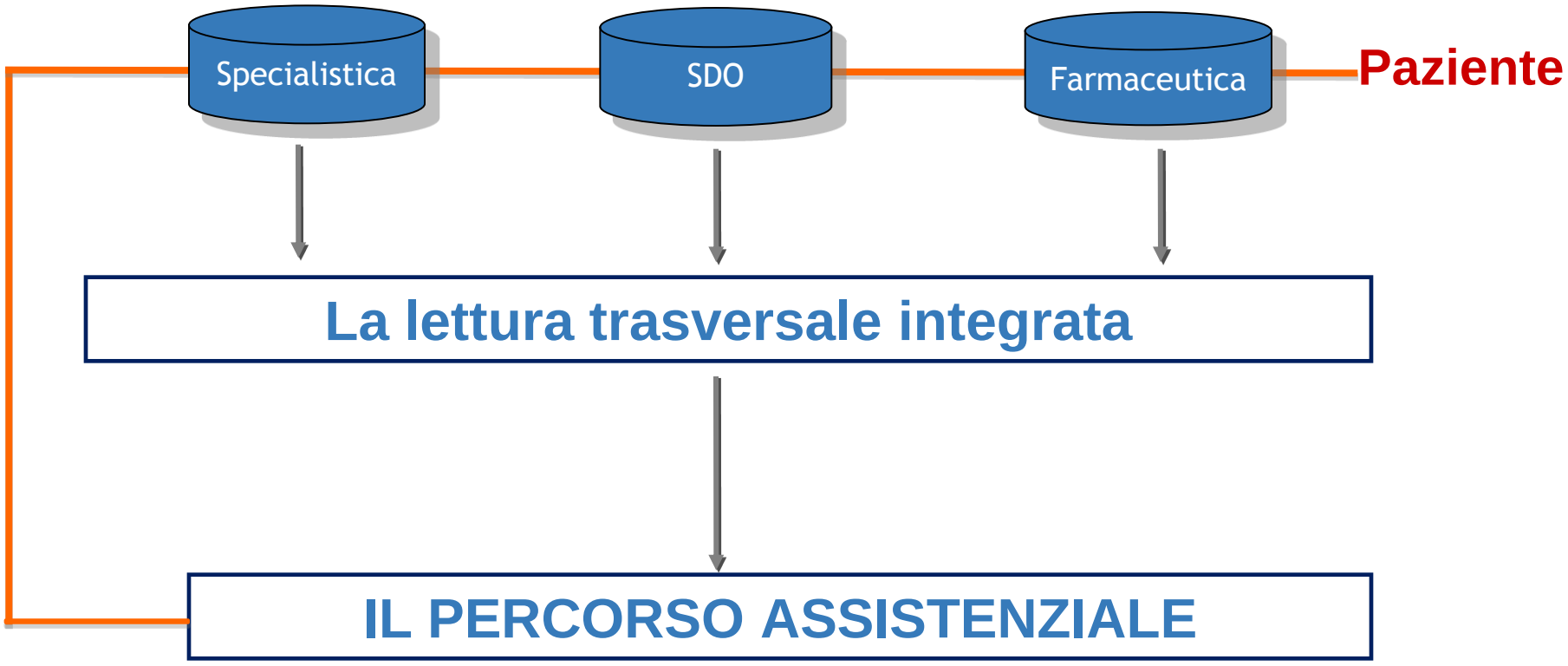


La lettura a “silos”

LA SEPARAZIONE DELLE VARIABILI ASSISTENZIALI

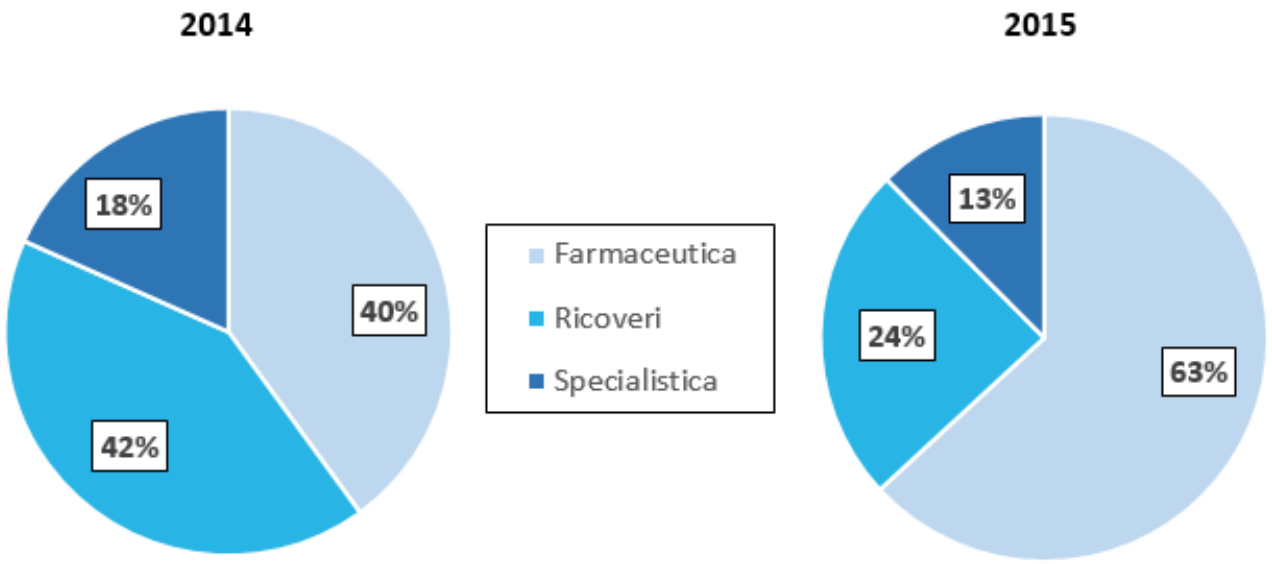
Dai silos budget ai costi integrati

LA ANALISI TRASVERSALE SECONDO PDTA



Costi assistenziali integrati nei pazienti con Epatite da HCV

Composizione percentuale della spesa (farmaceutica, ricoveri, specialistica)



La vera sfida è il territorio

- **Contemporaneamente: riconvertire l'ospedale e potenziare il territorio**
- **Piattaforma tecnologica condivisa**
- **7 /2/ 2013 Accordo Stato Regioni: rapporti tra emergenza urgenza e continuità assistenziale**
- **Continuità assistenziale ma anche rafforzamento delle attività distrettuali.**
- **CURAP 116.117**

La Rete Territoriale

- Garantisce la presa in carico, direttamente o dalla interazione con la rete della emergenza e con quella ospedaliera, della inappropriatezza.

- Risponde anch'essa a criteri organizzativi con tecnologie telefoniche ed informatiche condivise, di rintracciabilità, misurabilità e controllo.

La Rete Territoriale

In alternativa al ricovero ospedaliero occorre potenziare:

- Continuità assistenziale
- Ospedalizzazione a domicilio
- Assistenza Domiciliare Integrata

E integrare con:

- Attività socioassistenziali
- RSA
- Volontariato

La Rete Territoriale

Prossimo passo ...

… riorganizzazione della rete territoriale

Giovedì 24 Novembre 2016

Accordo Stato Regioni sul 116117

Grazie per l'attenzione

"Nella vita del signor Palomar c'è stata un'epoca in cui la sua regola era questa: primo, costruire nella sua mente un modello, il più perfetto, logico, geometrico possibile; secondo, verificare se il modello s'adatta ai casi pratici osservabili nella esperienza; terzo, apportare le correzioni necessarie perché modello e realtà coincidano" – Italo Calvino, Palomar