

DEFINIZIONE DI UN MODELLO DI ASSISTENZA TERRITORIALE: RUOLO E ATTIVITA' DEL MMG

Sintesi dei modelli organizzativi

Team di progetto

- ❑ **Cristina Gasparri**, PhD, Responsabile del settore pubblico e sanitario, Mercer Italia
- ❑ **Angelo Lino del Favero**, docente universitario, senior advisor Healthcare sector Mercer, già direttore generale Istituto Superiore di Sanità e di numerose aziende sanitarie
- ❑ **Roberto Dandi**, docente di Organizzazione e Gestione delle Risorse Umane presso Luiss Business School, consulente senior in ambito sanitario, Phd
- ❑ **Chiara Palocci**, consulente senior di Mercer

I principali casi analizzati

			Modello assistenziale	Modello di servizio
1	PIEMONTE	>	Medicina di gruppo di rete	
2	TOSCANA SUD-EST	>	Diversi modelli associativi	Cooperativa MEDICI 2000
3	VENETO Vicenza	>	Rete di medicine di gruppo integrate	Medici insieme Vicenza- Cooperativa
4	VENETO Vicenza	>	Medicina di gruppo	
5	CAMPANIA Napoli	>	Rete di AFT	Cooperativa
6	LAZIO- Roma	>	UCP	
7	LOMBARDIA	>	Diversi modelli associativi	Cooperativa Medici Insubria
8	LOMBARDIA	>	Diversi modelli associativi	Cooperativa CMMC
9	LOMBARDIA	>	Diversi modelli associativi	Cooperativa IML
10	EMILIA ROMAGNA Modena	>	UCP presso CDC Castelfranco Emilia	Cooperativa

Classificazione dei modelli organizzativi

CASI ANALIZZATI

1. **Nessuna interdipendenza: MMG isolati (nessuno dei casi esaminati)**
2. **Modelli organizzativi a bassa interdipendenza:** i casi di questo tipo ricomprendono associazioni, reti o UCP dove i MMG condividono i dati dei pazienti ed eventualmente anche uno studio fisico ma lavorano prettamente in parallelo. Sono insieme solo per economie di condivisione (lo studio, una eventuale segretaria per l'accoglienza e la gestione dell'agenda) e per offrire ai pazienti un'alternativa in caso di assenza. E' questo il caso dello studio di Roma.
3. **Modelli organizzativi a media interdipendenza.** Rientrano in questo caso i modelli di Medicina di Gruppo e di Medicina di Gruppo Integrata dove le attività cliniche e amministrative sono formalizzate e standardizzate (PDTA e processi amministrativi gestiti da COOP di media dimensione, 100-150 MMG associati). I MMG sono insieme anche per condividere personale infermieristico, che li aiuta per la gestione dei PDTA e la medicina di iniziativa. I MMG possono avere diverse specializzazioni oltre la Medicina Generale, mettendo in comune le relazioni con gli specialisti e si scambiano pareri tra di loro. E' il caso di Cuneo, Siena, Vicenza, Napoli.
4. **Modelli organizzativi ad alta interdipendenza.** Il lavoro negli studi viene svolto in team: ogni membro del team (MMG, infermieri, personale di studio, di COOP) ha obiettivi comuni, ruoli interdipendenti e ben definiti. La Presa in Carico dei pazienti cronici e il PAI prevedono il coinvolgimento degli specialisti attraverso slot dedicati per le prenotazioni delle prestazioni (Lombardia). In alcuni casi, il lavoro in team coinvolge gli specialisti in co-presenza come nelle Case di Comunità di Modena.

- NESSUNO

- LAZIO

- CUNEO
- VICENZA
- SIENA
- CAMPANIA

- LOMBARDIA
- MODENA

Criteri di valutazione per l'analisi dei modelli attuali

CRITERI	INDICATORI	COMMENTI
<u>Accessibilità al MMG e alle cure primarie</u>	<ul style="list-style-type: none"> N. MMG associati; copertura oraria ambulatorio 	<ul style="list-style-type: none"> I MMG sono accessibili? Garantiscono la copertura orario dell'ambulatorio attraverso l'associazionismo?
<u>Presenza in carico del paziente</u>	<ul style="list-style-type: none"> % cronici con PAI; % cronici arruolati PDTA; % cronici presi in carico con PIC 	<ul style="list-style-type: none"> Il modello promuove l'assunzione di personale di supporto? La PIC è possibile solo con personale a supporto
Domiciliarità	<ul style="list-style-type: none"> % ADI / ADP (over 65) 	<ul style="list-style-type: none"> Il modello riesce a coprire le aree extra urbane e urbane in cui si colloca? Promuove la domiciliarità?
Appropriatezza delle cure	<ul style="list-style-type: none"> N. ricoveri impropri ; N. Accessi inappropriati al PS; Scostamento prescrizioni rispetto standard della ASL 	<ul style="list-style-type: none"> Il modello promuove l'appropriatezza delle cure?
Scalabilità del modello	<ul style="list-style-type: none"> dimensione minima di personale per economie di scala (qualitativo) oppure Break Even Point del modello 	<ul style="list-style-type: none"> Investimenti recuperati oltre una certa dimensione (es: modello cooperativo)
Efficienza del modello	<ul style="list-style-type: none"> N. output / infermieri, amministrativi e personale coop 	<ul style="list-style-type: none"> Es: n. vaccini, n. PAI, n. arruolati in PDTA, n. esami diagnostici, n. visite domiciliari / n. personale
Massimizzazione «tempo medico»	<ul style="list-style-type: none"> % Copertura attività burocratiche da personale di supporto e coop. % medici con personale di studio e/o infermieri 	<ul style="list-style-type: none"> Il modello riduce le attività burocratiche in capo al medico?
Sostenibilità economica del modello	<ul style="list-style-type: none"> Costi per il SSN e SSR e per i medici 	<ul style="list-style-type: none"> Il modello è sostenibile economicamente con incentivi o senza incentivi?
Integrazione con SSR/SSN, Sociale e Farmacie	<ul style="list-style-type: none"> Accordi formali con i diversi soggetti del territorio nella gestione dei pazienti 	<ul style="list-style-type: none"> Collaborazioni in essere con enti del territorio (Comuni, terzo settore, CdC, farmacie, distretto ecc.).
Livello di associazionismo tra MMG	<ul style="list-style-type: none"> Medici in forme associative su tot. medici 	<ul style="list-style-type: none"> Il modello supporta associazionismo?
Collaborazione inter-professionale	<ul style="list-style-type: none"> Relazioni formalizzate (funzionali o in sede) con specialisti; utilizzo della telemedicina (teleconsulto ecc. 	<ul style="list-style-type: none"> Il modello supporta la collaborazione con gli specialisti?
<u>Continuità delle cure</u>	<ul style="list-style-type: none"> Proporzione di visite che il paziente svolge con il MMG di riferimento; utilizzo di una piattaforma per la condivisione dei dati del paziente; teleconsulto) 	<ul style="list-style-type: none"> Il modello bilancia la condivisione del paziente tra più MMG con la continuità informativa?

Le principali sfide incontrate

PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI CRONICI E
PREVENZIONE

DIAGNOSTICA DI I LIVELLO

RAPPORTO CON LE CDC HUB

TRASFORMAZIONE IN CDC SPOKE

INCENTIVI

ARRUOLAMENTO NEL PDTA












































RAPPORTO CON LE FARMACIE TERRITORIALI

LAVORO DI EQUIPE

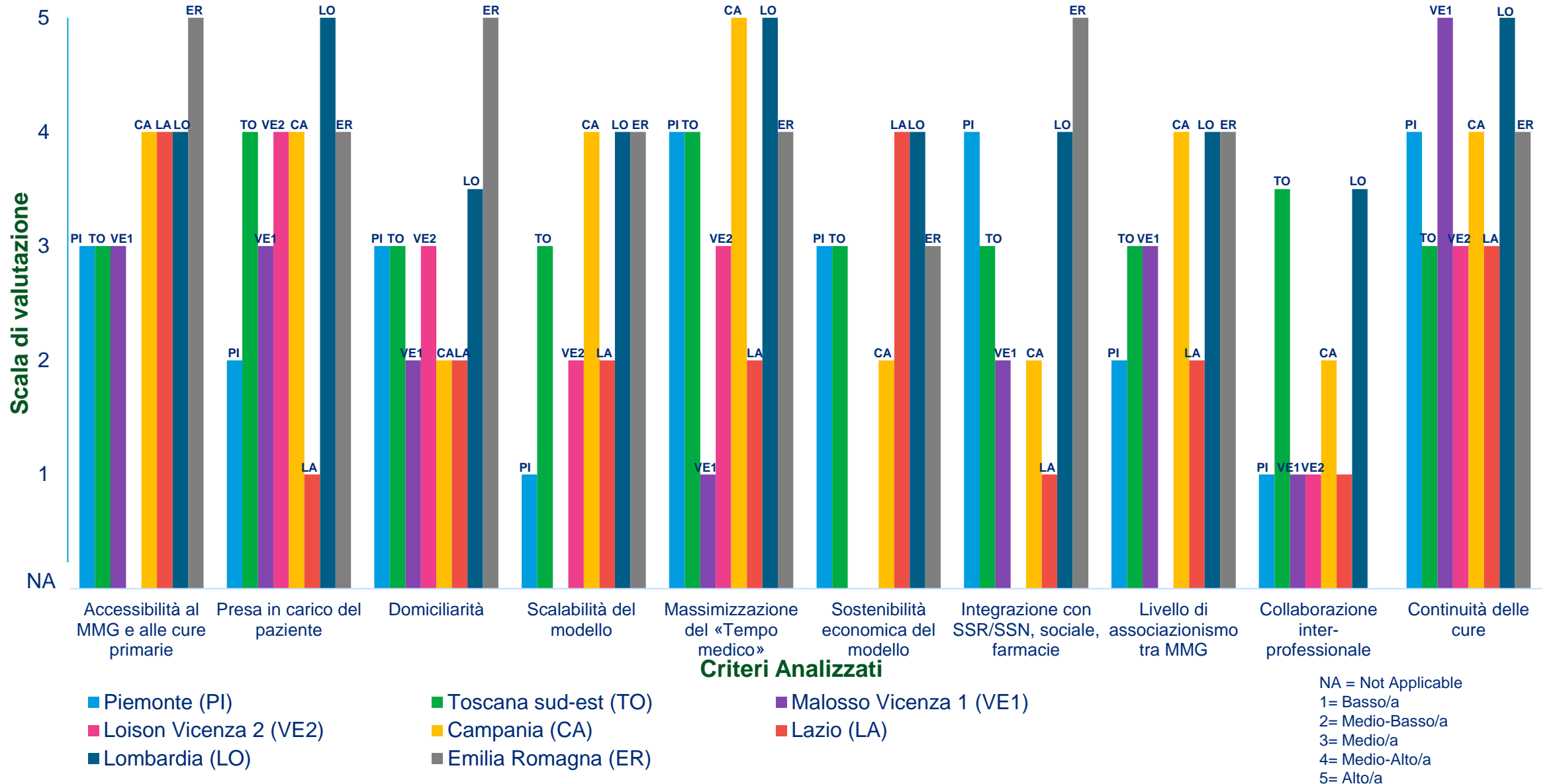
SEDI

Rapporto con la sanità privata- privata

Quali tra i modelli analizzati rispettano i requisiti della CDC spoke?

Requisiti	Piemonte	Toscana Sud-Est	Veneto Vicenza 1	Veneto Vicenza 2	Campania	Lazio	Lombardia - Insubria	Lombardia - CMMC	Lombardia - IML	Emilia Romagna
Equipe	*A tendere 									
PUA										
Assistenza domiciliare										
Specialistica ambulatoriale										
Servizi infermieristici										
Prenotazione CUP										
Screening										
Partecipazione comunità										
Collegamento CDC HUB										
Presenza medica (h12)										
Presenza infermieristica (della ASL)										
Servizi diagnostici										
Punto prelievi										

Sintesi casi



Best practice territoriali per i modelli proposti

Criteri	Indicatore	Casi di riferimento	Commenti
Accessibilità al MMG e alle cure primarie	N. MMG associati; copertura oraria ambulatorio	Piemonte, Toscana	Nel contesto extra urbano per garantire la prossimità con studi medici periferici e uno centrale associato
Presa in carico del paziente	% di cronici con PAI; % di cronici arruolati PDTA; % cronici presi in carico con PIC	Lombardia, Veneto, Campania	Modello Lombardo PIC. Veneto e Campania per PDTA
Domiciliarità	% ADI e ADP (over 65)	Emilia Romagna	L'ADI funziona dove sono attivi infermieri di comunità o infermieri di studio che vanno a domicilio e, ove necessario, attivano il MMG
Scalabilità del modello	Dimensione minima di personale per economie di scala (qualitative) oppure Break-even point del modello	Lombardia, Toscana	Lombardia: elevato n di medici associati serviti da COOP con fatturato elevato. Toscana: livello medio con prospettive di crescita
Massimizzazione del «Tempo medico»	% Copertura attività burocratiche da personale di supporto e coop. % medici con personale di studio e/o infermieri	Lombardia	La Coop copre non solo le attività amministrative ma supporta anche quelle cliniche (PDTA standard nella piattaforma)
Sostenibilità economica del modello	Costi per il SSN e SSR e per i medici	Lombardia	22.000 euro a MMG
Integrazione con SSR/SSN, sociale, farmacie	Accordi formali con diversi soggetti del territorio nella gestione dei pazienti	Piemonte, Emilia Romagna	Piemonte: nel contesto extra urbano hanno attivato forme di collaborazione. ER: integrazione con SSR nella CdCHub
Livello di associazionismo tra MMG	Medici in forme associative su tot medici	Toscana	La cooperative incentiva la sede unica, con servizi accentrati.
Collaborazioni inter-professionale	Relazioni formalizzate (funzionali o in sede) con specialisti; utilizzo della telemedicina (teleconsulto ecc.	Emilia Romagna, Toscana, Lombardia	ER: integrazione nella Cdc Hub. Toscana: integrazione con specialisti privati. Lombardia: slot dedicati per cronici con PAI
Continuità delle cure	Proporzione di visite ce il paziente svolge con il MMG di riferimento; utilizzo di una piattaforma per la condivisione dei dati del paziente; teleconsulto)		

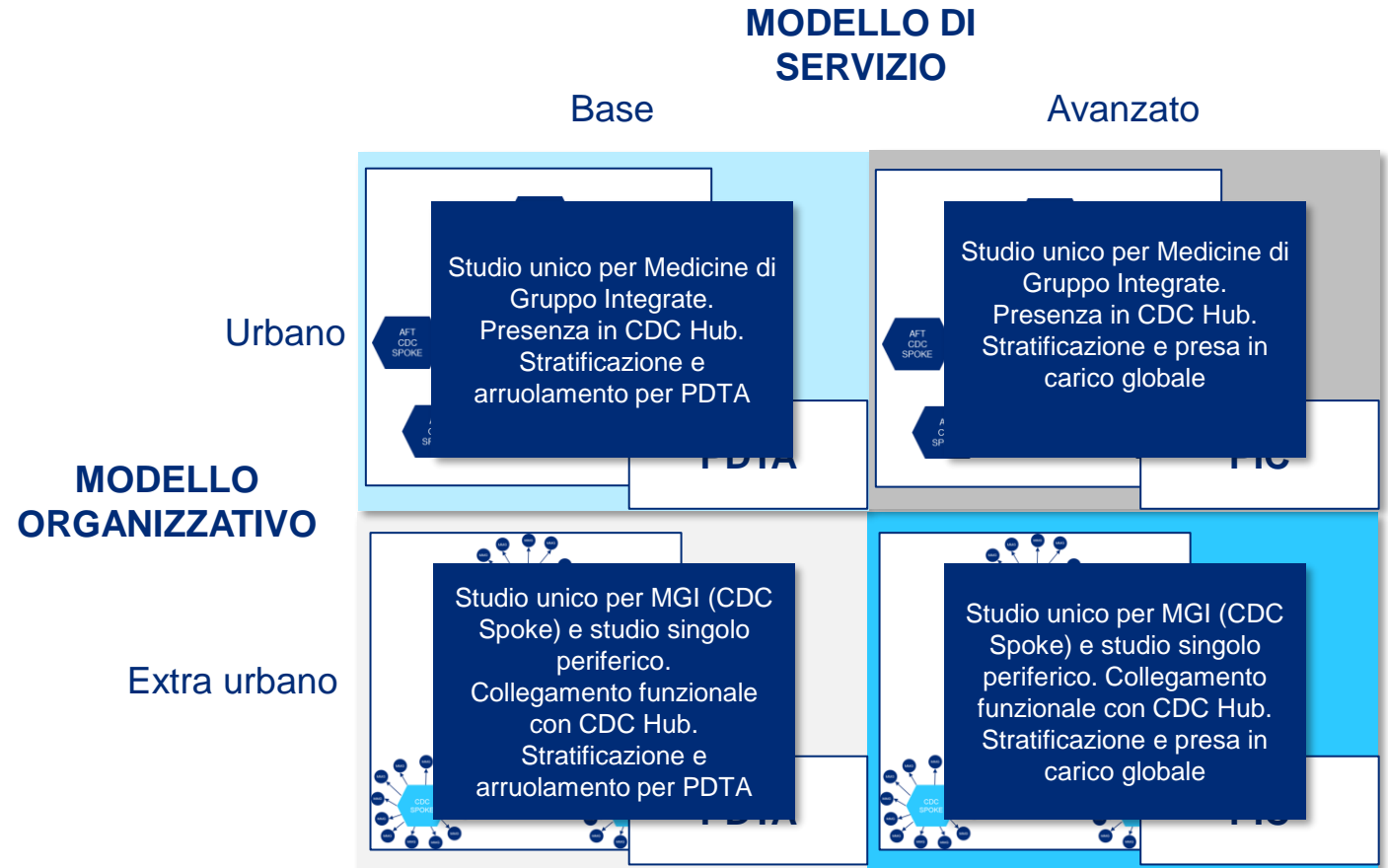
I Modelli organizzativi proposti

I modelli proposti tengono in considerazione alcuni fattori peculiari dell'attività del MMG che devono essere garantiti e, ove necessario, migliorati ovvero: la **continuità delle cure**, l'**accessibilità alla medicina territoriale**, la **prossimità**, il **rapporto fiduciario medico-paziente**.

I modelli proposti tengono conto di **due dimensioni principali**:

- **Modello organizzativo in base al grado di integrazione tra MMG**: alto o medio a seconda se il contesto è urbano o extra urbano.
- **Modello di servizio in base alla complessità del servizio**: il modello base prevede la gestione delle singole patologie croniche attraverso i PDTA, mentre il modello avanzato prevede una presa in carico globale che integra MMG e specialisti (PIC).

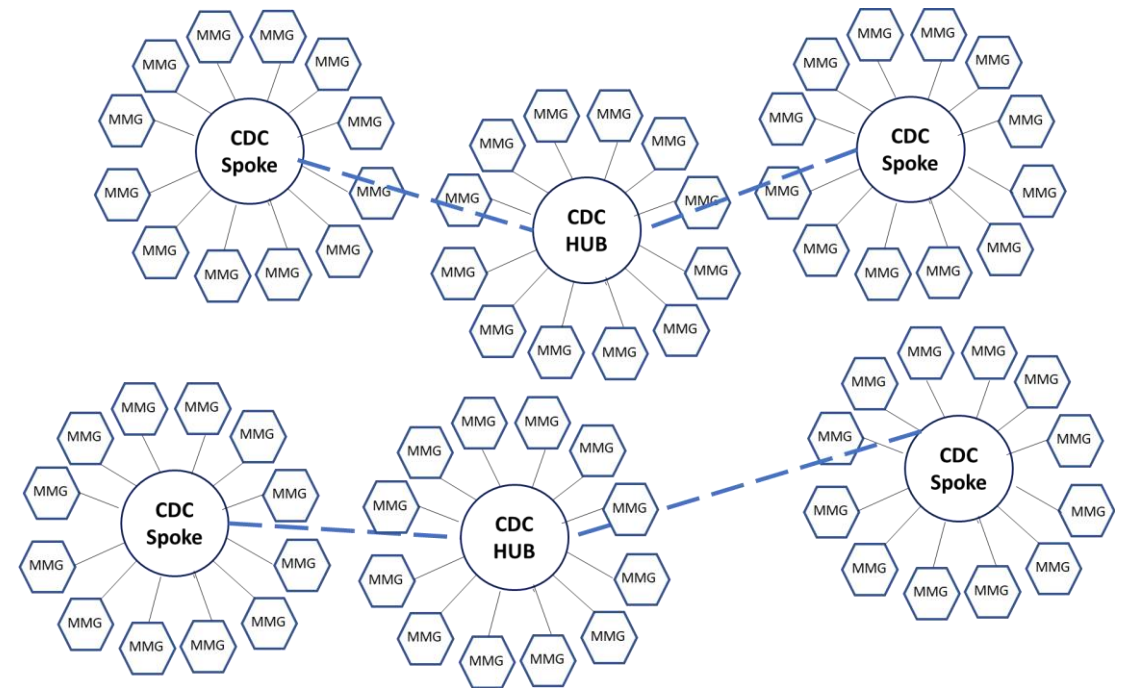
Le differenti Regioni o ASL possono scegliere il modello di servizio più adeguato e raggiungibile dato il livello di partenza, mentre il modello organizzativo va tarato in funzione del contesto di riferimento (urbano o extra urbano). Nei modelli di seguito descritti, ove possibile, le strutture spoke potranno prevedere la presenza in determinati giorni e fasce orarie, di specialisti privati o della Asl.



Modello organizzativo per il contesto extra urbano: AFT/ Rete di Medicine di Gruppo Integrate

Obiettivi del modello: promuovere la messa in rete dei MMG in medicine di gruppo integrate (modello organizzativo a media interdipendenza) o AFT compliant con i requisiti della Casa di Comunità Spoke, mantenendo la prossimità dell'assistenza nelle aree extra urbane.

- Il modello organizzativo per contesti extra urbani, dove le **comunità sono più piccole e frammentate**, è costituito da AFT con Medicine di Gruppo o Medicina di Gruppo Integrata (a seconda delle classificazioni delle varie Regioni), supportate da una cooperativa.
- Ogni Medicina di Gruppo è composta da un **minimo di 6 medici di medicina generale, 2 infermieri e 3 collaboratori di studio**.
- Ogni MMG della Medicina di Gruppo Integrata potrebbe disporre di **due studi**: uno posizionato centralmente che costituisce una **Casa di Comunità Spoke** e l'altro collocato nei **centri abitati più piccoli nei dintorni della CdC spoke**.
- I **medici**, insieme a un collaboratore, ruotano tra gli studi, **5 giorni a settimana per un numero limitato di ore**, mentre un infermiere e un collaboratore rimangono nella sede centrale (per soddisfare il requisito della CdC Spoke relativo alla copertura h12) o ruotano negli studi periferici quando necessario (es. infermiere per medicazioni ecc.).
- Laddove esiste una Casa di Comunità HUB, i MMG delle aree limitrofe potrebbero allocare il **secondo studio nella Casa di Comunità hub anziché in una Spoke**. Le Case di Comunità Spoke avrebbero comunque un collegamento funzionale con le Case di Comunità Hub ma senza vincoli stretti di prestarvi servizio.
- **Collegamento funzionale** significa: connessione tecnologica tra CdC hub e MMG nelle spoke (es. dati paziente, telemedicina ovvero, telemonitoraggio, televisita ecc.), integrazione con gli specialisti pubblici presenti nella Cdc Hub (es. attività di teleconsulto e teleferitazione).



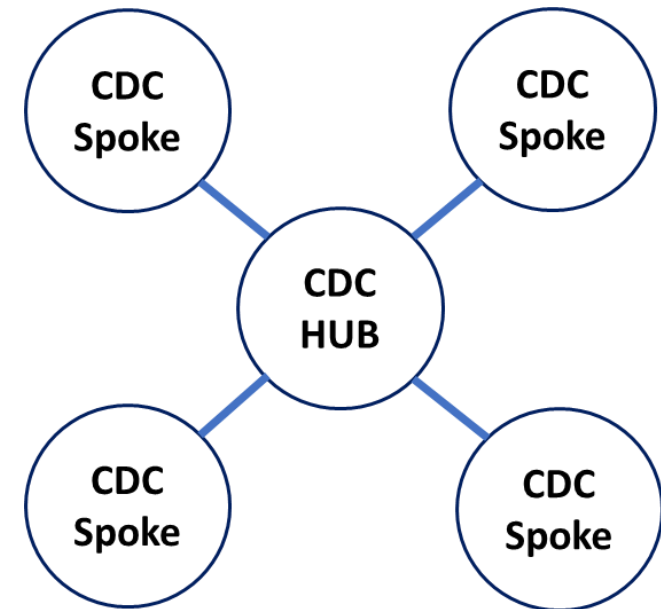
Modello organizzativo per contesto extra urbano (Distretto con 100.000 ab.)

Modello organizzativo per contesti urbani: AFT/ Reti di Medicine di gruppo Integrate

Obiettivi del modello: promuovere una più elevata integrazione tra MMG, in considerazione di contesti con una maggiore densità abitativa.



- Basato su una **AFT/ reti di Medicine di Gruppo Integrate**, ognuna composta orientativamente da **12-20 MMG raccolti in una sede unica, se possibile, diversamente divisi in due o più gruppo da 6 o da 12**, che costituisce una Casa di Comunità Spoke, con attività oraria in presenza nella Casa di Comunità hub.
- Ogni MGI di 12 MMG potrebbe includere un team con **4 infermieri e 6 collaboratori amministrativi**, che facilitano la gestione dei pazienti, soprattutto cronici. Nel caso di più MMG infermieri e collaboratori aumentano in proporzione.
- I MMG hanno **due sedi**, una nella Casa di Comunità hub (quota oraria) e una nella sede unica della MGI, che è anche Casa di Comunità Spoke.
- A differenza del modello precedente, i MMG **non hanno gli studi singoli** perché la densità di popolazione nei centri urbani permette di mantenere la prossimità anche concentrando gli studi medici, nonostante la persistente difficoltà nel trovare sul mercato spazi fisici adeguati.



Il ruolo del MMG nella CdC Hub

I MMG hanno manifestato disponibilità a svolgere attività complementare nelle Case di Comunità Hub (attività oraria). Si può ipotizzare la costituzione di un proprio nucleo al suo interno, purché siano definiti i rispettivi ruoli in modo chiaro.

Presso la CdC Hub il MMG potrà assumere le seguenti responsabilità grazie alla disponibilità di personale di supporto, specialisti e tecnologie di diagnostica di I livello anche avanzate, per la gestione dei pazienti cronici più complessi che il MMG potrà seguire in modo più appropriato in questo specifico contesto.

Il ruolo del MMG nella CdC Hub:

1. Coordinamento e integrazione dell'assistenza. Il MMG ha la responsabilità di attivare gli specialisti, gli infermieri, assistenti sociali ecc. per garantire continuità, integrazione e personalizzazione dell'assistenza.
2. Medicina di iniziativa e prevenzione con il personale e le tecnologie di diagnostica presenti in struttura (es. screening, vaccinazioni, educazione alla salute, stili di vita ecc. per la riduzione delle complicanze dei cronici)
3. Favorire l'accesso diretto del paziente cronico complesso ai servizi della CdC Hub, con slot dedicati (es. visite specialistiche, esami diagnostici)
4. Attivare, per quanto di competenza, e organizzare l'assistenza domiciliare con l'infermiere di comunità, l'assistente sociale, il volontariato e altre figure professionali.
5. Utilizzare la telemedicina per il telemonitoraggio/ automonitoraggio o per televisita anche a vantaggio degli specialisti (condivisione dati paziente, implementazione del FSE).
6. Il MMG ad attività oraria garantisce altresì la continuità assistenziale (ex Guardia medica) soprattutto nella fascia oraria notturna

Modello di servizio base (1/2)

Obiettivi del modello: il modello di servizio base ha l'obiettivo di prendersi cura dei pazienti cronici che non necessitano di cure ospedaliere, garantendo un'assistenza continuativa e coordinata. Il focus è sulla prevenzione del peggioramento delle condizioni di salute, intervenendo tempestivamente per evitare complicanze.

- Attraverso i **Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali** (PDTA), il modello facilita l'accesso a cure specialistiche per i pazienti che richiedono un supporto medico più complesso, garantendo così una presa in carico appropriata per ciascuna malattia cronica
- Il modello presuppone un supporto amministrativo-logistico da parte di una **Cooperativa o società di servizi** a cui aderiscono i MMG delle Medicine di Gruppo Integrate.
- I MMG, così supportati dal personale di studio e dalla cooperativa/società di servizi, possono più facilmente massimizzare il tempo medico e l'arruolamento in PDTA dei pazienti cronici (es. scompenso, diabete, BPCO, ecc.) con bisogni prevalentemente extra-ospedalieri.
- Le **attività chiave da svolgere**, oltre a quelle istituzionali in capo ai MMG, sono:
 - Stratificazione dei pazienti (DM77) e aggiornamento registri di patologia
 - Prevenzione per prevenire e ridurre l'insorgenza di eventuali patologie croniche e le complicanze, nonché di aumentare "gli anni vissuti in buona salute"
 - Arruolamento e monitoraggio dei PDTA
 - Scambio di conoscenze tra MMG
 - Standardizzazione dei processi amministrativi

- I **fattori di contesto** necessari affinché il modello possa trovare applicazione sono:
 - Struttura di supporto amministrativo per gestione agende, PDTA, facility management (es. tramite cooperative)
 - Fondo immobiliare a supporto della individuazione/ adeguamento di una sede (soprattutto nei centri medio-grandi)
 - Tecnologie: piattaforma gestione dati pazienti, piattaforma gestione agende
 - Simulazione di incentivi regionali:
 - o Arruolamento in PDTA (es. 10 euro a pz arruolato)
 - o Personale: infermiere 4 euro pz/anno; collaboratore 3,5 euro pz/anno
 - o Medicina di gruppo/AFT: 7 euro pz /anno
- **L'integrazione tra i MMG favorisce lo scambio di conoscenze e la standardizzazione dei processi clinici e amministrativi.**
- I pazienti più complessi vengono gestiti in collaborazione con la Casa di Comunità hub, collocata in un centro abitato più grande, facilitando l'accesso a servizi specialistici e ad alta complessità.

Modello di servizio base (2/2)

Obiettivi del modello: il modello di servizio base ha l'obiettivo di prendersi cura dei pazienti cronici che non necessitano di cure ospedaliere, garantendo un'assistenza continuativa e coordinata. Il focus è sulla prevenzione del peggioramento delle condizioni di salute, intervenendo tempestivamente per evitare complicanze.

PROPOSTA DI INCENTIVI AGGIUNTIVI PER IL MODELLO BASE (PDTA)*										
Tipologia di incentivo	N. pazienti per MMG	N. MMG (minimo 6)	N. infermieri	N. amministrativi	Valore incentivo ACN**	Proposta di incentivo	Totale incentivo per MGI	Incentivi totali proposti	Incentivo previsto dagli AIR/Accordi	Nota
Assunzione Infermieri	1500	6	2		4,00 €		36.000,00 €			
Assunzione collaboratori	1500	6		3	3,50 €		31.500,00 €			
Medicina di Gruppo Integrata	1500	6			7,00 €		63.000,00 €			
Arruolamento pazienti PDTA (incentivo governo clinico)	250	6			6,64 €	3,36 €	15.000,00 €	5.040,00 €	Si, in alcune regioni	
ADI (per ciascun accesso per pazienti già in carico)	25	6			18,90 €					Incentivo a visita per i pazienti già in carico. A tendere tale incentivo sarà sostituito da un incentivo forfettario con attività e attività domiciliare ben definite
ADI 2 (compenso forfettario per presa in carico di nuovi pazienti)	2	6				150,00 €	1.800,00 €	1.800,00 €		Il n. di pazienti è una nostra stima. Incentivo attualmente riconosciuto in Emilia Romagna.
ADI 3 (compenso forfettario per presa in carico di nuovi pazienti)	9	6				250,00 €	13.500,00 €	13.500,00 €		Il n. di pazienti è una nostra stima. Incentivo attualmente riconosciuto in Emilia Romagna
Incentivi di processo (gestione pazienti cronici)										Con eventuale riduzione dei singoli incentivi nel caso di comorbidità con altre patologie croniche
Diabetici	90	6				20,00 €	10.800,00 €	10.800,00 €	Si, in alcune regioni	
BPCO	90	6				40,00 €	21.600,00 €	21.600,00 €	Si, in alcune regioni	
Scompenso cardiaco	30	6				70,00 €	12.600,00 €	12.600,00 €	Si, in alcune regioni	
Totale incentivi di processo							45.000,00 €	45.000,00 €	Si, in alcune regioni	
TOTALE INCENTIVI							250.800,00 €	110.340,00 €		

Totale incentivo: euro 250.800,00 per 9.000 pazienti

Stima costo aggiuntivo per incentivi ad oggi non previsti dall'ACN:

- euro 110.340,00 per ciascuna Medicina di Gruppo (6 MMG);
- euro 18.390,00 per ciascun MMG;
- euro 6,13 costo stimato aggiuntivo a paziente
- euro 685.211.400,00 per tutti i MMG in Italia

Considerato che ad oggi i MMG facenti parte di una Medicina di Gruppo Integrata sono circa 13.000 (Fonte FIMMG), la spesa aggiuntiva, a oggi, ammonterebbe a euro 239.070.000,00.

**Dati desunti da interviste ai MMG nei diversi contesti regionali analizzati, in attesa di verifiche programmatiche/normative a livello nazionale e regionale*

***Gli incentivi qui elencati, appartenenti all'ACN della Medicina Generale, sono quelli che meglio supportano i modelli proposti.*

Modello di servizio avanzato (1/4)

Obiettivi del modello: potenziare l'integrazione tra MMG, specialisti, altre figure professionali e assistenza sociale, favorendo la presa in carico globale dei pazienti (PIC). Questo modello consente di raggiungere economie di scala grazie alla dimensione della rete, riducendo duplicazioni e ottimizzando le risorse per una maggiore efficacia clinica.



Principali caratteristiche e obiettivi:

- Favorire un **maggiore associazionismo tra MMG** e una **integrazione tra MMG e specialisti** (es. UCCP) con l'obiettivo di favorire la collaborazione multiprofessionale e multidisciplinare a livello di singolo distretto o di più distretti.
- Il modello è compliant con i requisiti della CdC Spoke e favorisce **economie di scala nella gestione dei processi amministrativi** contribuendo al recupero di "tempo medico" da parte del MMG.
- Il modello si basa **sull'attivazione di reti di Medicine di Gruppo Integrate (MGI)** che operano come Case di Comunità Spoke e di un collegamento con la Casa di Comunità Hub in cui i MMG assumono un ruolo di coordinatore dei servizi socio-sanitari per i pazienti cronici pluripatologici che non necessitano dell'ospedale, attraverso una presa in carico da realizzare con gli specialisti e altri professionisti presenti nella CdC hub. Tale attività verrà svolta dal MMG nell'ambito dell'attività oraria presso la CdC Hub.
- **Promuovere la Presa in Carico del paziente cronico** con un approccio più globale e non solo a livello di singolo PDTA, con l'obiettivo di:
 - massimizzare l'arruolamento in PDTA dei pazienti cronici (scompenso, diabete, BPCO, ecc) con bisogni prevalentemente extra-ospedalieri
 - conciliare i molteplici percorsi di cura che si possono sovrapporre o influenzare (sovrapposizione di terapie, duplicazioni di visite, interlocuzione con diversi specialisti, accesso a diverse strutture di offerta ecc.).
 - integrare l'offerta sociale associata a condizioni di fragilità sociale anche in diversi setting assistenziali (domicilio).
 - facilitare l'accesso alla specialistica attraverso slot dedicati ai pazienti cronici con PAI.

Anche questo, come il modello base, **presuppone un supporto organizzativo da parte di una cooperativa o del distretto**, ove ricorrano le condizioni, per essere scalabile. Dalle interviste risulta che le economie di scala si attivano a una dimensione di 100 MMG associati. **Calcolando che una Medicina di Gruppo coinvolge almeno 12 MMG (con 4 infermieri e 6 amministrativi per rispettare le proporzioni del modello precedente), 100 MMG includono circa 8 Medicine di Gruppo, cioè circa 33 infermieri e 50 collaboratori di studio. Nel contesto urbano ipotizziamo 24 MMG per Medicina di Gruppo e un numero doppio di infermieri e collaboratori, per cui circa 4 Medicine di Gruppo arrivano alla soglia minima di economie di scala**

Modello di servizio avanzato (2/4)

Obiettivi del modello: potenziare l'integrazione tra MMG, specialisti, altre figure professionali e assistenza sociale, favorendo la presa in carico globale dei pazienti (PIC). Questo modello consente di raggiungere economie di scala grazie alla dimensione della rete, riducendo duplicazioni e ottimizzando le risorse per una maggiore efficacia clinica.



Le attività chiave sono:

- Stratificazione dei pazienti (DM77) e aggiornamento registri di patologia
- Prevenzione per ridurre l'insorgenza di eventuali patologie croniche e le complicanze, nonché di aumentare "gli anni vissuti in buona salute"
- PAI per cronici e presa in carico: coordinamento con la COT ove presente, prenotazione diretta delle visite e delle analisi, prescrizioni farmaci, verifica della compliance, verifica dei risultati, coaching / educazione sanitari ai pz
- Arruolamento e monitoraggio dei PDTA
- Scambio di conoscenze tra MMG
- Coordinamento funzionale con CDC hub
- Lavoro in equipe con specialisti, servizi sociali, e Ifec

I fattori di contesto affinché il modello possa trovare applicazione sono:

- Struttura di supporto amministrativa per la gestione delle agende, dei PDTA, facility management (tramite cooperativa o distretto, ove possibile)
- Fondo immobiliare a supporto della disponibilità di una sede (soprattutto nei centri urbani)
- Incentivi di esito di medicina di Gruppo (es: livelli glicemici per diabetici, nella logica di compartecipazione ai risparmi dovuti a minori complicanze)
- Slot dedicati per prenotazione esami e visite specialistiche all'interno delle CdC Hub o delle strutture ospedaliere
- Incentivi per la presa in carico (PIC) collegati a indicatori di esito a livello di Medicina di Gruppo
- Incentivi per l'assunzione del personale
- Incentivi per la costituzione di Medicine di gruppo – CDC Spoke
- Integrazione tra piattaforme digitali a livello COOP/ Medicine di Gruppo e con la ASL

Modello di servizio avanzato (3/4)

Obiettivi del modello: potenziare l'integrazione tra MMG, specialisti, altre figure professionali e assistenza sociale, favorendo la presa in carico globale dei pazienti (PIC). Questo modello consente di raggiungere economie di scala grazie alla dimensione della rete, riducendo duplicazioni e ottimizzando le risorse per una maggiore efficacia clinica.



Simulazione di incentivi:

- **PIC: 20-30-45 euro a pz a seconda del numero di patologie croniche (una, due o più) (riferimento: modello Lombardia)**
- **PAI: 15 euro per PAI (riferimento: modello Lombardia)**
- **Medicina di gruppo integrata: minimo 7 euro pz /anno per MMG**
- **Personale: infermiere 4 euro pz/anno; collaboratore 3,5 euro pz/anno**
- **Incentivi di processo nei PDTA – diabete, scompenso, BPCO.**

Ad esempio per il diabete, % dei pazienti diabetici presi in carico da almeno 12 mesi con almeno 1 LDL registrata nell'anno di riferimento oppure % dei pazienti diabetici presi in carico da almeno 12 mesi con almeno due emoglobine glicate registrate nell'anno di riferimento (obiettivo 55%) (es. incentivo: 10 euro per paziente diabetico); per la BPCO la presa in carico comporta un controllo annuale clinico e spirometrico semplice senza broncodilatazione del paziente e la somministrazione dei questionari relativi alla dispnea ed alla sintomatologia (es. incentivo: 40 euro a paziente per la gestione integrata di cui per la spirometria: euro 27,90); per lo scompenso cardiaco la diagnosi e la stadiazione dovranno essere documentate attraverso la registrazione nella Scheda Sanitaria Individuale del paziente dell'esito della VISITA CARDIOLOGICA CON ECOCOLORDOPPLER diagnostica di SC (es. incentivo: 70 euro a paziente con almeno un controllo trimestrale clinico e/o funzionale). (Fonte: Accordo attuativo aziendale per la medicina generale triennio 2018- 2020).

- **Incentivi di esito per singola patologia cronica** a livello di Medicina di Gruppo o di reti di Medicina di Gruppo (es. cooperativa con associati 100 MMG) legati agli esiti per singola patologia cronica. Per esempio (riferimento: Emilia Romagna) per i diabetici: € 25 / paziente diabetico < 65 aa, in carico al MMG da almeno 12 mesi, con almeno 2 emoglobine glicate di cui l'ultima < 53 mmol/mol.
- **Incentivi di esito della presa in carico globale** (es. riduzione accessi PS, riduzione ricoveri inappropriati per i cronici/multicronici presi in carico).

Modello di servizio avanzato (4/4)

Obiettivi del modello: potenziare l'integrazione tra MMG, specialisti, altre figure professionali e assistenza sociale, favorendo la presa in carico globale dei pazienti (PIC). Questo modello consente di raggiungere economie di scala grazie alla dimensione della rete, riducendo duplicazioni e ottimizzando le risorse per una maggiore efficacia clinica.

PROPOSTA DI INCENTIVI AGGIUNTIVI PER IL MODELLO AVANZATO (PIC)*									
Tipologie di incentivo	N. pazienti per MMG	N.MMG	N. infermieri	N. amministrativi	Valore incentivo ACN**	Proposta di incentivo	Totale incentivo per una rete di MGI da 100 MMG	Incentivi totali proposti	Nota
Arruolamento pazienti PIC	150	100				20,00 €	300.000,00 €	300.000,00 €	pz con una patologia cronica
	90	100				30,00 €	270.000,00 €	270.000,00 €	pz con 2 patologie croniche
	10	100				45,00 €	45.000,00 €	45.000,00 €	pz con più patologie croniche
ADI (per ciascun accesso per pazienti già in carico)	25	100			18,90 €				Incentivo a visita per i pazienti già in carico. A tendere tale incentivo sarà sostituito da un incentivo forfettario con attività e attività domiciliare ben definite
ADI 2 (compenso forfettario per presa in carico di nuovi pazienti)	2	100				150,00 €	30.000,00 €	30.000,00 €	Il n. di pazienti è una nostra stima. Incentivo attualmente riconosciuto in Emilia Romagna.
ADI 3 (compenso forfettario per presa in carico di nuovi pazienti)	9	100				250,00 €	225.000,00 €	225.000,00 €	Il n. di pazienti è una nostra stima. Incentivo attualmente riconosciuto in Emilia Romagna
PAI (in parte coperto dall'incentivo di governo clinico)	250	100			6,64 €	8,36 €	375.000,00 €	209.000,00 €	
Assunzione infermieri	1500	100	33		4,00 €		600.000,00 €		
Assunzione collaboratori	1500	100		50	3,50 €		525.000,00 €		
AFT	1500	100			7,00 €		1.050.000,00 €		
Incentivi di processo gestione pazienti cronici									
Diabetici	90	100				20,00 €	180.000,00 €	180.000,00 €	
BPCO	90	100				40,00 €	360.000,00 €	360.000,00 €	
Scompenso	30	100				70,00 €	210.000,00 €	210.000,00 €	
Incentivi di esito	210	100				25,00 €	525.000,00 €	525.000,00 €	
TOTALE INCENTIVI							4.695.000,00 €	2.354.000,00 €	

Totale incentivo: 4.695.000,00 euro per 150.000 pazienti.

Stima costo aggiuntivo annuo per incentivi ad oggi non previsti dall'ACN:

- euro 2.354.000,00 per una rete di Medicina di Gruppo Integrata costituita da 100 MMG
- euro 23.540,00 per ciascun MMG
- euro 877.100.400,00 per tutti i MMG in Italia
- euro 15,69 costo stimato aggiuntivo a paziente

Considerato che ad oggi i MMG facenti parte di una Medicina di Gruppo Integrata sono circa 13.000 la spesa aggiuntiva, a oggi, ammonterebbe a euro 306.020.000,00

Il modello prevede la presenza di un "centro servizi" per la gestione amministrativa del paziente (es. cooperativa o distretto). Tale attività viene in parte remunerata con gli incentivi dati al MMG.

**Dati desunti da interviste ai MMG dei diversi contesti regionali, in attesa di verifiche programmatiche/normative a livello nazionale e regionale*

***Gli incentivi qui elencati, appartenenti all'ACN della Medicina Generale, sono quelli che meglio supportano i modelli proposti.*

Alcune considerazioni sugli incentivi

Rispetto ai costi evidenziati per i due modelli proposti, va sottolineato che dall'analisi effettuata, alcune Regioni manifestano delle carenze organizzative che difficilmente gli consentirebbero di implementare nell'immediato il modello avanzato, quanto piuttosto di attestarsi sul modello base. Diversamente nelle regioni più avanzate dal punto di vista organizzativo, sarà possibile valutare l'implementazione del modello avanzato.

Il costo complessivo degli incentivi a livello nazionale, varierà dunque in funzione delle attuali caratteristiche organizzative delle diverse regioni e, all'interno delle stesse, dei diversi livelli di interdipendenza tra i Medici di Medicina Generale (UCP, Medicine integrate, AFT, CdC spoke ecc.).

A tal fine sarà necessario effettuare, all'interno dei diversi contesti regionali, un'analisi puntuale dei modelli organizzativi della medicina territoriale e più in generale del contesto di riferimento (es. AIR, sistemi informativi sanitari, telemedicina, organizzazione dei servizi socio sanitari della Asl ecc.) al fine di valutare il modello più opportuno da implementare e i relativi costi.

I modelli a confronto

	Soluzioni proposte	
Sfide	Modello di servizio base	Modello di servizio avanzato
Presa in carico dei pazienti cronici	Focus sull'arruolamento nei PDTA dei pazienti cronici con bisogni extra-ospedalieri e su un orario di apertura esteso per garantire la continuità assistenziale.	Presa in Carico dei pazienti cronici con bisogni extra-ospedalieri, inclusi i casi più complessi che richiedono maggiore coordinamento interdisciplinare e sociosanitario per la stesura del PAI e la Presa in carico globale (PIC)
Arruolamento nel PDTA	Arruolamento nei PDTA come obiettivo chiave, con incentivi specifici per MMG e per l'assunzione e gestione di personale di studio (anche attraverso cooperative)	Approccio più esteso con supporto organizzativo di cooperative e della CDC HUB, coinvolgendo IFeC e specialisti per una gestione multidisciplinare e scalabile
Diagnostica di I livello	I MMG, come già ora, possono liberamente dotarsi di diagnostica di primo livello con accesso a tecnologie più avanzate nelle CDC Hub.	Accesso agevolato alla diagnostica di primo livello avanzata nelle CDC Hub con slot dedicati per i pazienti cronici gestiti con il PAI.
Rapporto con le farmacie territoriali	Integrazione più strutturata, all'interno dei PDTA, tra farmacie e MMG per evitare duplicazioni di esami e migliorare la continuità delle cure.	Integrazione più strutturata, all'interno dei PDTA, tra farmacie e MMG per evitare duplicazioni di esami e migliorare la continuità delle cure.
Rapporto con le CdC hub	Definizione accordi operativi con il distretto per svolgere parte dell'attività oraria nella CDC Hub, nelle modalità definite	I MMG partecipano alle attività delle CdC Hub, coordinando i servizi socio-sanitari per la stesura e attuazione del PAI per i pazienti cronici pluripatologici che hanno bisogni extraospedalieri
Lavoro di equipe	Lavoro di squadra tra MMG, infermieri e personale di studio per la gestione amministrativa e clinica dei pazienti nei PDTA, con scambi di pareri formalizzati con specialisti in CDC Hub e eventualmente ospedali	Lavoro di squadra multidisciplinare tra MMG, specialisti e servizi sociali, facilitato da strutture organizzative, tecnologie diagnostiche e incentivi specifici.
Trasformazione in CdC Spoke	Modello CdC Spoke di fatto con integrazione funzionale con la CDC HUB e gli specialisti e il servizio sociale.	Modello CdC Spoke di fatto con integrazione in presenza nella CDC Hub tra MMG, specialisti e servizi sociali.
Sedi	Possibilità di utilizzare fondi immobiliari.	Possibilità di utilizzare fondi immobiliari.
Incentivi	Incentivi regionali per l'arruolamento nei PDTA e per l'assunzione di personale di supporto (infermieri e collaboratori).	Incentivi di gruppo per l'integrazione tra MMG, specialisti e personale di supporto, con focus su esiti clinici

Conclusioni

I due modelli di servizio dovranno essere declinati a seconda del contesto di riferimento:

- **Contesto extra urbano:** rete di MGI con sede centrale che operano come CDC Spoke e sedi periferiche singole.
- **Contesto urbano:** rete di AFT con sede unica che operano come CDC Spoke e attività oraria in CDC HUB

In conclusione, i modelli organizzativi proposti, una volta validati, potranno entrare gradualmente a regime nel corso dei prossimi anni.

Tuttavia, la loro implementazione sarà strettamente legata all'evoluzione degli accordi contrattuali attualmente in fase di definizione, necessari per dare concretezza alle direttive del DM 77. Questa integrazione richiederà un'adozione a velocità variabile, non solo tra le diverse regioni italiane, ma anche all'interno delle stesse, in considerazione delle diverse capacità infrastrutturali, organizzative e finanziarie.

Si propone di procedere con una attività di «simulazione» dei modelli all'interno di alcuni contesti territoriali (più o meno avanzati dal punto di vista organizzativo), monitorarne i risultati e successivamente passare alla fase di implementazione coinvolgendo le regioni, le Asl di riferimento e, con il supporto di FIMMG, i Medici di Medicina Generale.

