

ABSTRACT

“Definizione di un modello di assistenza territoriale: ruolo e attività del Medico di Medicina Generale”

Obiettivo del progetto

Il PNRR e il DM77 definiscono un nuovo modello di servizio di assistenza sanitaria territoriale incentrato sul concetto di «prossimità» da attuare attraverso l’implementazione di CdC hub e Centrali operative Territoriali. In questo contesto il Medico di Medicina Generale (MMG) e le case di comunità Spoke assumono un ruolo centrale diventando nodi di una più ampia rete di servizi sociosanitari integrati all’interno di un territorio.

Mercer ha supportato FIMMG nella costruzione di modelli di erogazione dei servizi sanitari territoriali con un focus sulle Case di Comunità Hub/Spoke e sulla medicina di base e nella individuazione delle modalità operative attraverso le quali implementare tali modelli in contesti differenti (es. area ad alta urbanizzazione o area collinare/montana a bassa densità di popolazione).

I modelli proposti e di seguito descritti sono finalizzati a garantire la continuità delle cure, l’accessibilità alla medicina territoriale, la prossimità e il rapporto fiduciario medico- paziente, anche attraverso l’associazionismo tra i MMG e la presenza dei MMG, compresi quelli che svolgono il servizio di continuità assistenziale (ex Guardie mediche) all’interno delle Case di comunità hub.

Metodologia

- Analisi dei modelli esistenti: Analisi documentale, questionari raccolti e interviste svolte a 13 responsabili di gruppi/associazioni di MMG in 7 regioni (Piemonte, Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Lazio, Campania) e a 2 Direttori (Generale e Sanitario) di ASL. Sono stati svolti degli incontri “informali” con alcuni stakeholder per comprendere la loro prospettiva rispetto al nuovo ruolo del Medico di Medicina Generale. In particolare: Dott. Oliveti (Enpam), prof. Cicchetti (Ministero salute), Dott. Mantoan (Agenas, dott. Migliarese (Colliers Sgr). I casi studiati sono in totale 10.
- Proposta di modelli organizzativi e di servizio: in base al contesto urbano o extra urbano e in base al mix di servizi proposti
- Simulazione di incentivi economici per lo sviluppo dei modelli organizzativi e di servizio. Le simulazioni sugli incentivi regionali proposte sono da intendersi come ipotesi teoriche. Nella pratica, l’effettiva attuazione di questi incentivi sarà strettamente condizionata dall’evoluzione degli accordi contrattuali attualmente in fase di definizione e dalla situazione di partenza specifica in ogni regione e ASL. Pertanto, la struttura e l’entità degli incentivi potranno variare in base alle risorse disponibili, agli accordi locali e al grado di sviluppo dei modelli di assistenza primaria già presenti sul territorio.

Modelli organizzativi esistenti

E’ possibile identificare un continuum dei modelli organizzativi a seconda del tipo di interdipendenza prevalente:

- **Nessuna interdipendenza:** MMG isolati (nessuno dei casi esaminati)
- 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. I MMG 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.
- 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 società di servizio o COOP di medici di famiglia). 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.
- Modelli organizzativi ad **alta interdipendenza.** Il lavoro negli studi viene svolto in team: ogni membro del team (MMG, infermieri, personale di studio e 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.

Le sfide individuate

- Presa in Carico (PIC) dei pazienti cronici: la gestione ottimale dei pazienti, in particolare di quelli cronici (che rappresentano circa il 40% del totale) e prevenzione, richiede miglioramenti sui seguenti aspetti:
 - o **Personale di supporto per affiancare i MMG.** La PIC presuppone un lavoro gestionale/amministrativo per attivare la medicina di iniziativa, la prenotazione delle prestazioni, il monitoraggio della compliance. Da solo, il MMG non può portare avanti queste attività a discapito delle attività prettamente cliniche. Gli incentivi all'associazionismo e all'assunzione del personale aiutano, ma la percentuale di MMG senza personale di studio è ancora molto alta in tutte le regioni. In alcuni casi (Lombardia, Siena, Vicenza e Modena), i MMG hanno dimostrato grande capacità di auto-organizzazione tramite la creazione di cooperative, garantendosi economie di scala nella gestione delle attività amministrative. L'alternativa, il supporto da parte dei Distretti e delle strutture previste dal DM 77, come le Centrali Operative Territoriali (COT), risulta invece ancora molto poco sviluppato.
 - o **Collaborazione con gli specialisti:** nella maggior parte dei casi analizzati, la collaborazione con gli specialisti è risultata limitata, fatta eccezione per alcune esperienze come le Case di Comunità Hub di Modena e la provincia di Siena, dove la cooperativa di MMG offre servizi di facility management anche agli specialisti privati, favorendo una vicinanza logistica. A Cuneo, c'è il progetto di avviare una collaborazione con gli specialisti ospedalieri per visite negli studi di MMG. In altri contesti, però, il lavoro di équipe rimane scarso, con al massimo una collaborazione limitata all'interno dei PDTA. È importante notare che i MMG hanno mostrato apertura verso una maggiore integrazione con gli specialisti, soprattutto nel setting delle Case di Comunità Hub e, operativamente, nelle Case di Comunità Spoke.

- **Piattaforme tecnologiche** per la gestione delle prestazioni incluse nei PAI e per il monitoraggio dei risultati. La frammentazione dei sistemi informativi di ASL, Distretti, Ospedali, e studi di MMG stessi, e la poca usabilità in alcune regioni del FSE, sono ostacoli alla PIC.
- **Arruolamento nei PDTA:** l'arruolamento nei PDTA è una componente fondamentale per filtrare la domanda di assistenza specialistica. Tuttavia, questo processo dovrebbe essere coordinato a livello di Distretto, con l'individuazione di quote target di pazienti per patologia (stratificazione) e criteri chiari, in linea con la capacità di assistenza specialistica disponibile.
 - Stratificazione dei pazienti e PDTA: la stratificazione dei pazienti e la gestione dei registri di patologia sono cruciali per un efficace arruolamento nei PDTA, dove attivati. In questo contesto, è fondamentale che le Regioni e le ASL supportino i MMG in queste attività, e che i MMG, a loro volta, adottino correttamente i criteri di arruolamento per filtrare la domanda di cure specialistiche.
- **Diagnostica di primo livello.** In quasi tutti i casi esaminati i MMG (tranne in uno dei due casi di Vicenza) si dotano di tecnologie per la diagnostica di primo livello che offrono privatamente a prezzi sociali. Non c'è generalmente un interesse ad avere incentivi per l'acquisto delle tecnologie (tranne a Vicenza e a Cuneo) ma piuttosto la consapevolezza che queste aiutano a sgravare gli specialisti di attività diagnostiche routinarie. Abbiamo riscontrato disponibilità a entrare nelle CDC Hub per avere accesso alle tecnologie più avanzate e svolgere lì la diagnostica di primo livello avanzata con la remunerazione oraria.
- **Rapporto con le farmacie:** il coordinamento con le farmacie del territorio si presenta a volte problematico in diverse realtà, con l'eccezione di Cuneo, dove l'unica farmacia nell'area extra urbano svolge un ruolo fondamentale. Le farmacie dei servizi offrono esami di laboratorio e diagnostica di primo livello, spesso con scarso coordinamento con i MMG. I MMG sono favorevoli a collaborare con le farmacie se integrate all'interno dei PDTA e quale nodo strutturato del percorso di cura.
- **Disponibilità dei MMG nelle CDC Hub:** i MMG hanno manifestato disponibilità a svolgere attività nelle Case di Comunità Hub (attività oraria), anche attraverso la costituzione di un proprio nucleo al suo interno, purché siano definiti i rispettivi ruoli in modo chiaro. Ciò consentirebbe al MMG di avvalersi della collaborazione/interazione con gli specialisti, con l'infermiere di comunità e con le altre figure professionali della ASL inserite nella CdC Hub nell'ambito della sua attività oraria. Stessa cosa per l'accesso alle tecnologie diagnostiche di primo livello (nel caso in cui non le avessero nei loro studi) o più avanzate, da utilizzare sempre nell'attività oraria. Le CDC Hub dovrebbero essere il luogo di coordinamento tra territorio, ospedale e servizi sociali, piuttosto che diventare un semplice poliambulatorio.
- **Lavoro di équipe:** le associazioni studiate hanno evidenziato che il lavoro dei MMG avviene ancora prevalentemente in parallelo, anziché in team multidisciplinari. La creazione di un vero lavoro di squadra, con una migliore e maggiore interazione tra MMG, specialisti e altri operatori sanitari e non, rappresenta un obiettivo importante per il futuro delle cure primarie.
- **Requisiti Casa di Comunità Spoke.** A parte il caso di Modena, dove sono presenti diverse Case di Comunità, i casi analizzati non soddisfano tutti i requisiti delle Spoke, soprattutto l'integrazione con gli specialisti e il sociale, l'orario di 12 ore per 6 giorni a settimana per medici e infermieri. La maggior

parte degli intervistati ha però espresso la volontà di indirizzare le linee di sviluppo del proprio modello verso quello della CdC Spoke.

- **Sedi:** uno dei problemi rilevati, soprattutto nei centri urbani (es. Vicenza) è la difficoltà nel trovare, ad un costo sostenibile, un edificio adeguato per avviare una medicina di gruppo ed eventualmente trasformarla in CdC Spoke. I “fondi immobiliari” (es. progetto Enpam) potrebbero facilitare l’individuazione e l’adeguamento (strutturale e tecnologico) degli immobili. Altro elemento su cui riflettere è la collocazione della struttura prendendo in considerazione il modello organizzativo che la Asl o la Regione intendono adottare (si veda la seconda parte di questo documento).
- **Incentivi previsti:**
 - o Mancanza di indicatori di esito: la maggior parte degli incentivi rilevati (inclusi quelli negli Accordi Integrativi Regionali- AIR) riguardano indicatori di input (incentivi per il personale di studio), di processo (es: inserimento dati), di output (es: Numero PAI, Numero PIC completate) e raramente di esito (ad es. livello della pressione arteriosa in pazienti ipertesi o di glicemia per quelli affetti da diabete).
 - o Incoerenza tra incentivi: ed esempio le farmacie sono incentivate per la diagnostica/analisi a discapito dell’integrazione con i MMG e dell’appropriatezza.
 - o Pur essendo incentivata la costituzione di forme associative, spesso non sono tuttavia valutate e premiate le attività e gli esiti del lavoro collettivo (come per la gestione del diabete in Piemonte), che dovrebbero invece rappresentare un pilastro dell’assistenza primaria.
- **Rapporto con la sanità privata-privata:** i dati evidenziano una crescita progressiva della spesa sanitaria privata, in parte coperta dalle polizze sanitarie integrative. La sfida per il sistema sanitario pubblico è far sì che anche l’attività svolta dalla sanità privata (accreditata e non) sia integrata, dal punto di vista organizzativo e informatico (es. FSE) con il sistema pubblico e in particolare con l’attività del MMG, al fine di consentire a quest’ultimo di “seguire” il paziente durante tutto il percorso di assistenza e cura, garantendo una presa in carico continuativa nei diversi setting assistenziali.

Modelli proposti

I modelli proposti e di seguito descritti 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).

MODELLO DI SERVIZIO

		Base	Avanzato
CONTESTO	Extra urbano	<ul style="list-style-type: none"> • Sede unica per CDC Spoke e studio singolo periferico • Collegamento funzionale con CDC Hub • Stratificazione e arruolamento in PDTA 	<ul style="list-style-type: none"> • Sede unica per CDC Spoke e studio singolo periferico • Collegamento funzionale con CDC Hub • Stratificazione e Presa in Carico globale
	Urbano	<ul style="list-style-type: none"> • Sede unica per CDC Spoke e eventuale studio singolo periferico • Presenza in CDC Hub • Stratificazione e arruolamento in PDTA 	<ul style="list-style-type: none"> • Sede unica per CDC Spoke e eventuale studio singolo periferico • Presenza in CDC Hub • Stratificazione e Presa in Carico globale

Fig.1: Modelli organizzativi e di servizio (Fonte: elaborazione Mercer)

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

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

Il modello organizzativo per contesti extra urbani, dove le **comunità sono più piccole e frammentate**, è costituito da AFT o da 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 i due infermieri e due collaboratori 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 possono avere 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 telerefertazione).

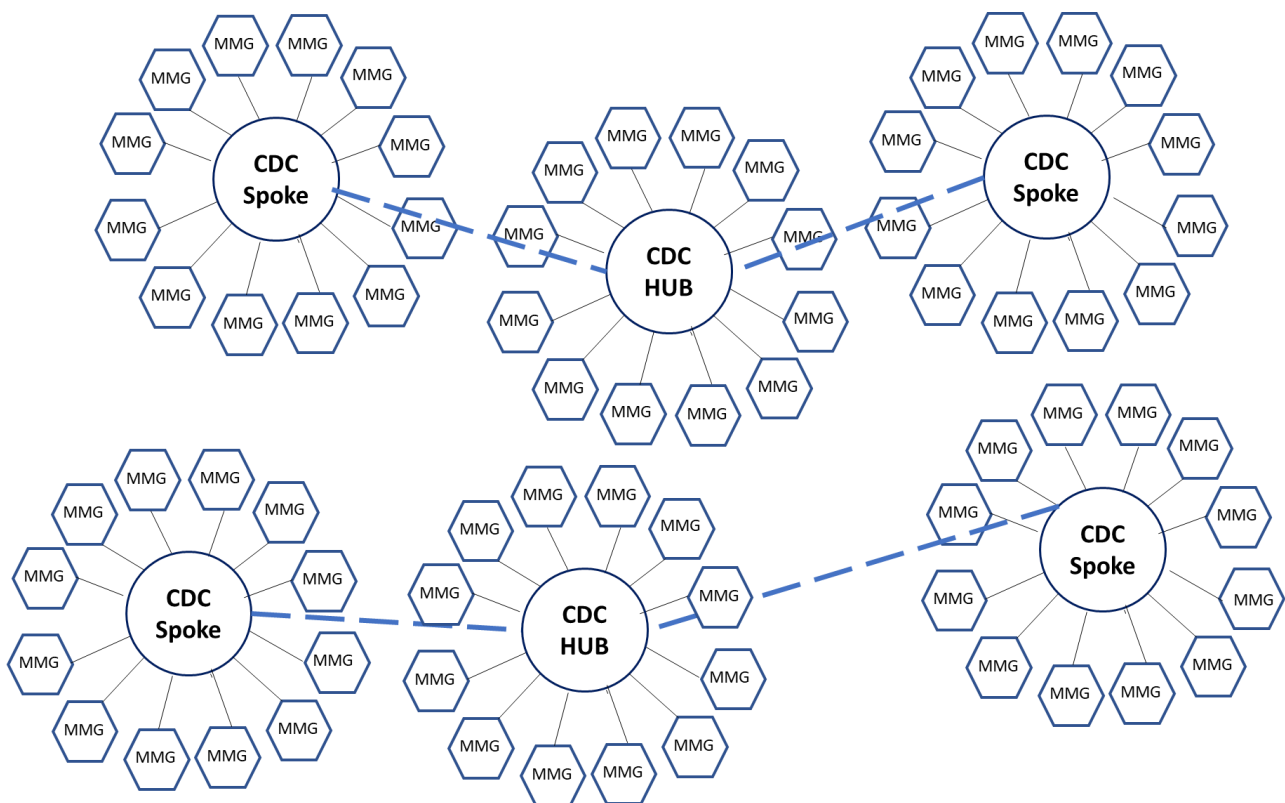


Fig.2: Modello organizzativo per contesto extra urbano (Distretto con 100.000 ab.)

Modello organizzativo per contesti urbani

Il modello organizzativo per contesti con maggiore densità di popolazione prevede una più elevata integrazione tra MMG. Questo modello si basa su una rete di Medicine di Gruppo Integrate o AFT, ognuna composta orientativamente da 12-20 MMG raccolti in una sede unica, se possibile, o diversamente divisi in due o più gruppi 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.

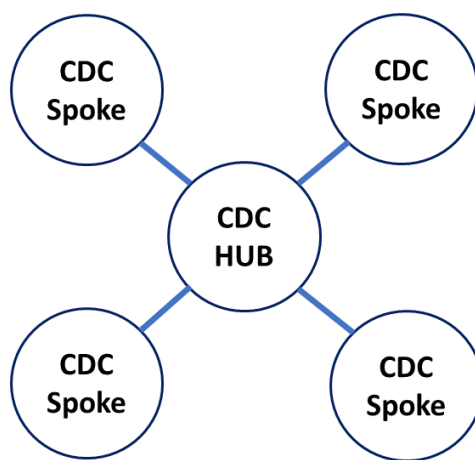


Fig.3: Modello organizzativo per contesto urbano

Anche in questo modello i MMG hanno due sedi, una nella Casa di Comunità hub (attività oraria) e una nella sede unica o principale 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.

Modello di servizio base

Obiettivi: 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. Inoltre, 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: 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.

PROPOSTA DI INCENTIVI AGGIUNTIVI PER IL MODELLO "BASE" (PDTA)

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 €		

*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.

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

*Agli incentivi sopra riportati potrebbero essere aggiunti incentivi legati ai processi (PDTA) 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, Regione Emilia Romagna).

Gli incentivi proposti vanno poi verificati in sede di negoziazione e conciliati con le ulteriori incentivazioni.

BENEFICI ATTESI DEL MODELLO E DEL SISTEMA DI INCENTIVI PROPOSTO:

- Riduzione accessi al PS
 - Riduzione visite specialistiche inappropriate
 - Riduzione liste di attesa per diagnostica, visite specialistiche, ricoveri e interventi chirurgici
 - Riduzione complicanze e ricoveri e interventi chirurgici inappropriati
- Aumento dei *qaly*

Modello di servizio avanzato

L'obiettivo principale è quello di 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) o AFT 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:
 - o massimizzare l’arruolamento in PDTA dei pazienti cronici (scompenso, diabete, BPCO, ecc) con bisogni prevalentemente extra-ospedalieri
 - o 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.).
 - o integrare l’offerta sociale associata a condizioni di fragilità sociale anche in diversi setting assistenziali (domicilio).
 - o 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. Mantenendo le proporzioni del modello precedente, 100 MMG hanno quindi necessità del supporto di almeno 33 infermieri e 50 collaboratori di studio per svolgere le attività previste in questi modelli.

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 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 MGI o reti di MGI

- Incentivi per l'assunzione del personale
- Incentivi per la costituzione di sede principale di CDC Spoke
- Integrazione tra piattaforme digitali a livello di rete di MGI e con la ASL

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: 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 patologie croniche a livello di MGI o reti di MGI (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) – Da definire.

PROPOSTA DI INCENTIVI AGGIUNTIVI PER IL MODELLO “AVANZATO” (Presenza in Carico- PIC)

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 MGI	Incentivi totali proposti	Nota
Arruotamento 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 ciascuna Medicina di Gruppo Integrata (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 e sopra descritti.

Rispetto ai costi evidenziati per i due modelli proposti, va sottolineato che dall'analisi effettuata, alcune Regioni evidenziano 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. 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.

BENEFICI ATTESI*:

- tutti quelli del modello precedente
- Efficacia clinica: integrazione con gli specialisti per la redazione del PAI
- Integrazione socio-sanitaria
- Più facile accesso alle cure per i cronici con PAI.
- Recupero di “tempo medico” da parte del MMG
- Maggiore associazionismo tra MMG

*Due studi sul modello lombardo, “2012-2015: 4 anni di esperienza CREG un modello esportabile?” della DG Welfare della Regione Lombardia (2016) e “La riforma del Sistema Sociosanitario Lombardo (LR 23/2015)” di AGENAS (2020) hanno dimostrato che l’implementazione dei modelli CReG (Chronic Related Groups) e PIC (Piano Individuale di Cura) in Lombardia ha prodotto un timido ma significativo segnale di miglioramento sugli indicatori di accessi al pronto soccorso (-3,59% nel 2019) e ricoveri evitabili (-1,4 per mille nel 2019)

Sebbene questi risultati siano incoraggianti, riteniamo che il loro potenziale possa essere ulteriormente sviluppato integrando gli altri elementi previsti dal modello avanzato da noi proposto. Una gestione più strutturata e completa, che includa un rafforzamento della multidisciplinarietà, incentivi di esito, strumenti diagnostici avanzati, potrebbe amplificare l’impatto positivo. Tuttavia, i benefici complessivi di queste integrazioni, in termini di esiti di salute e sostenibilità del sistema, potranno essere pienamente valutati solo nella fase due del progetto, quando i risultati matureranno e saranno rilevabili sul campo.

I MODELLI A CONFRONTO

Sfide	Soluzioni proposte	
	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	Eventuali accordi con il distretto per svolgere parte dell'attività oraria nella CDC Hub (come descritto nei modelli)	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.
Rapporto con la sanità privata-privata	Il modello rende competitivo il percorso dentro la sanità pubblica promuovendo l'integrazione tra diversi setting assistenziali.	Il modello rende competitivo il percorso dentro la sanità pubblica promuovendo l'integrazione tra diversi setting assistenziali.

CONCLUSIONI

I due modelli di servizio devono 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 MGI 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 e potrà essere oggetto di un successivo progetto.**

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.

GRUPPO DI LAVORO

- ❖ **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