

**PRE – INTESA TRA REGIONE VENETO E LA MEDICINA GENERALE****LA MEDICINA GENERALE (MG) NEL MODELLO VENETO: IL MEDICO DI FAMIGLIA****PREMESSA**

Le cure primarie rappresentano il primo livello di assistenza ed il primo punto di contatto tra i cittadini ed il Servizio Sanitario Nazionale (SSN); l'assistenza primaria "deve essere erogata a costi sostenibili per la Comunità, usa metodi pratici, validi scientificamente ed accettabili socialmente, è accessibile ad ogni membro della Comunità e coinvolge la Comunità nella progettazione, realizzazione e valutazione degli interventi" (Dichiarazione di Alma Alta).

È un'assistenza di lungo termine centrata sulla persona e non sulla malattia ed è suo compito il coordinamento dell'assistenza quando questa va ricercata altrove (WONCA).

Questo coordinamento è fornito:

- a livello informale dalle famiglie e dalle organizzazioni presenti nella Comunità (soggetti intermedi),
- a livello formale dai liberi professionisti presenti sul Territorio, tramite Convenzioni, che realizzano una collaborazione finalizzata a perseguire comuni obiettivi di salute.

L'assistenza primaria è garantita sul territorio da una rete integrata di servizi diversi, che permette di dare risposte efficienti, efficaci e personalizzate ai bisogni dei cittadini. In tal senso risulta di fondamentale importanza ogni modello che permetta di mettere in connessione le diverse risorse presenti sul territorio, per utilizzare le possibili sinergie al fine di raggiungere nuovi obiettivi di salute. La forte "tradizione" e cultura della solidarietà della Regione Veneto hanno difatti condotto al costante mantenimento e rafforzamento, negli atti normativi e nelle disposizioni applicative, del modello dell'integrazione; oggi la possibilità di assicurare un'efficace messa a punto di un modello di organizzazione integrata di risposta ai bisogni emergenti si presenta come una risorsa fondamentale connaturata al modello Veneto, senza la necessità di ricorrere ad ulteriori interventi legislativi.

Il modello di welfare della Regione Veneto si è nel tempo articolato su alcune basi fondamentali: l'integrazione delle responsabilità, l'integrazione dei fattori produttivi, la rete integrata pubblica e privata di offerta assistenziale, la promozione della famiglia, la promozione della solidarietà organizzata nel rispetto del principio di sussidiarietà.

In un sistema integrato, fondato dunque sull'interazione tra i professionisti e sulla promozione delle sinergie tra i diversi poli della rete socio-assistenziale, la pratica dell'assistenza primaria nel prossimo futuro si troverà di fronte ad alcune sfide, ossia dovrà:

- essere in grado di affrontare la complessità della cronicità e della comorbidità,
- migliorare l'appropriatezza degli interventi medico assistenziali e in particolare per la fascia di età anziana sopra i 75 anni,
- mantenere un'elevata qualità delle caratteristiche tipiche della pratica stessa (ossia la relazione interpersonale, l'assistenza basata sulla persona e non sulla malattia, la continuità, il coordinamento dell'assistenza),
- promuovere interventi di prevenzione anche favorendo stili di vita virtuosi,
- migliorare l'equità nell'accesso ai servizi sanitari per la tutela della salute della popolazione,
- collaborare con le altre professionalità delle cure primarie in una logica di maggiore responsabilizzazione delle stesse e di integrazione efficace attraverso l'implementazione di modelli a responsabilità condivisa nelle scelte di politica sanitaria e di governo clinico, volti a garantire il perseguimento di obiettivi di salute.

Elementi costitutivi dell'assistenza primaria

- Rapporto medico \ paziente fondato sulla scelta fiduciaria.
- Approccio globale socio-assistenziale.
- Gestione di processi assistenziali e presa in carico.
- Presidio dell'efficacia e dei risultati.
- Decentramento per valorizzare il capitale sociale (relazione).
- Valorizzazione dei saperi, equità, diffusione capillare sul territorio.
- Formazione permanente realizzata sul campo tramite gestione, anche diretta, della formazione obbligatoria regionale.

Da quanto sopra è possibile definire il seguente modello di riferimento, che ogni Azienda deve attuare sul proprio territorio, secondo le indicazioni contenute nel presente documento.

| <i>Obiettivi</i>                | <i>Azioni</i>                                     | <i>Modelli organizzativi</i>                                | <i>Risorse</i>   | <i>Indicatori</i>            | <i>Tempi</i> |
|---------------------------------|---|---|--|------------------------------|--------------|
| Gestione integrata del paziente | Piani Attuativi Locali per le Cure primarie       | Medico Singolo, in Associazione, in Rete e in Gruppo        | ACN e ACR<br>Riallocazione risorse                                 | Definiti nei Patti aziendali | Tre anni     |
| Continuità delle cure           | Patti Aziendali su obiettivi di salute prioritari | Medicine di Gruppo Integrate e UTAP o Strutture equivalenti | Erogazione di beni e servizi<br><br>Incentivi per l'appropriatezza |                              |              |

**ATTUAZIONE DEL MODELLO REGIONALE DI RIFERIMENTO PER LA CURE PRIMARIE**

Per realizzare il Modello regionale di riferimento per le Cure primarie ogni Azienda deve:

- programmare gli interventi per le Cure primarie attraverso il *Piano Attuativo Locale*;
- negoziare le modalità di realizzazione degli obiettivi sotto indicati, con i medici convenzionati, mediante *Patti aziendali uniformemente convergenti ad uno stesso modello regionale, mirato a*:
  - rafforzare la condivisione della conoscenza del paziente tra MMG, Continuità Assistenziale e Ospedale, anche attraverso sistemi concordati di consultazione di dati sanitari del MMG;
  - diffondere la presa in carico mediante l'applicazione di PDTA (percorsi diagnostico terapeutici assistenziali) condivisi con la Medicina Specialistica e Ospedaliera,
  - realizzare lo sviluppo professionale in ordine all'applicazione dei PDTA stessi,
- avviare *processi di riallocazione di risorse* da un livello assistenziale ad un altro, per garantire efficienza, efficacia ed economicità del Sistema, con particolare attenzione all'assistenza territoriale,
- individuare nell'ambito dei Patti Aziendali *percorsi incentivati correlati all'appropriatezza e al conseguimento degli obiettivi predefiniti* che, nel caso di raggiungimento di risultati economici positivi, consentano, da parte delle Aziende e in accordo con le OOSS, il riutilizzo di tali risorse per le attività concernenti lo sviluppo del modello stesso,
- *istituire modalità di finanziamento correlate alla Appropriatezza che alimentino i fattori produttivi della Assistenza Primaria e progetti su obiettivi di salute condivisi con le OOSS rappresentative,*
- *realizzare, conformemente alle indicazioni normative e contrattuali, l'implementazione di sistemi informativi* di monitoraggio, documentazione e verifica della MG, con riguardo alle performance assistenziali, organizzative e di relazione con il sistema,
- favorire lo sviluppo delle *Forme associative* per la medicina convenzionata per attuare le aggregazioni funzionali territoriali o Team,

- individuare le risorse a supporto alle attività delle aggregazioni funzionali e delle forme erogative territoriali: di personale ed altri servizi eventualmente forniti direttamente dalla Azienda ULSS secondo le necessità della *Rete assistenziale*,
- *definire indicatori misurabili e standard* finalizzati allo sviluppo del sistema,
- recuperare il ruolo di funzione pubblica del MMG verso i propri assistiti, relativo alle certificazioni sociali, civili, di motorizzazione e distrettuali (es Codici di esenzione), conformemente agli indirizzi regionali,
- razionalizzare il carico burocratico con atti di semplificazione amministrativa,
- costituire una *Commissione tecnica aziendale* presieduta dal Direttore generale e composta di esperti aziendali e di medici convenzionati nominati dalle OOSS con il compito di governare le azioni di cui sopra.

#### OBIETTIVI DA INSERIRE NEI PATTI AZIENDALI

Qualificare l'assistenza primaria attraverso:

- *la gestione del paziente fragile e anziano sopra i 75 anni, tramite un'apposita valutazione della fragilità, ripetuta nel tempo (progetto obiettivo),*
- *la gestione dei problemi della cronicità, con specifico riferimento al diabete e all'ipertensione, secondo modelli di gestione propri del I livello, anche valorizzando le competenze vocazionali del MMG, nel rispetto delle competenze delle altre aree professionali della medicina convenzionata,*
- *la gestione del paziente oncologico terminale secondo modalità di presa in carico previste dall'AIR e conformi alle indicazioni regionali, in forte connessione con le Unità di Cure Palliative (UCP),*
- *la gestione della prevenzione e valutazione del rischio cardio-vascolare con particolare attenzione all'alto rischio Cardio Vascolare,*
- *lo sviluppo del Sistema di raccolta dei flussi informativi riguardo ai dati clinico epidemiologici rilevanti sia per programmare correttamente l'adeguamento dei processi assistenziali (PDTA), sia per l'implementazione di percorsi di audit, ai fini di promuovere e monitorare gli esiti attesi dagli interventi su obiettivi di salute,*
- *la riqualificazione della Residenzialità intermedia compresi i letti di sollievo,*
- *il Potenziamento della Prevenzione realizzata tramite gli screening collettivi e la promozione di stili di vita virtuosi.*

#### STRUMENTI OPERATIVI

a) I Patti aziendali, di cui all'Accordo Regionale ex D.G.R. n. 3889 del 31/12/2001, costituiscono, in ogni Azienda ULSS, gli strumenti per la gestione delle modalità organizzative e di erogazione delle prestazioni e degli standard dei Medici di Assistenza Primaria, volte al perseguimento degli obiettivi di salute individuati dalla programmazione sanitaria nazionale e regionale. Fondamentale è l'applicazione di percorsi di gestione delle patologie ad alto impatto sociale (diabete, ictus, bpco, alto rischio cardio-vascolare, fragilità ecc.), al fine di costruire percorsi di assistenza più appropriati sia da un punto di vista dell'accettabilità, dell'accessibilità e dell'equità, sia da un punto di vista dell'uso delle risorse favorendo la riallocazione dei percorsi dall'Ospedale al Territorio.

b) Le Forme associative il cui sviluppo consentirà di definire e valorizzare le aggregazioni funzionali territoriali dei MMG e delle sue forme erogative quali la medicina di gruppo, la rete, l'associazione e l'UTAP.

La Medicina di Gruppo integrata (in fase sperimentale, da avviare secondo valutazioni congiunte con le OOSS) risponde ai requisiti previsti dalle Linee-Guida introdotte dall'ACR (DGR n. 4395 del 30/12/2005) per la Medicina Convenzionata, è integrata perché si avvale di "risorse" messe a disposizione dal Distretto (es. personale infermieristico ed amministrativo) e dalle Municipalità (es. assistente sociale ed amministrativo), può diventare un soggetto forte operante nel Distretto Socio Sanitario.

Le Unità Territoriali di Assistenza Primaria (UTAP) sono finalizzate a: migliorare la qualità dell'assistenza, garantire l'appropriata erogazione dei servizi, la continuità dell'assistenza e l'efficace integrazione socio-sanitaria.

**MODALITÀ APPLICATIVE**

Il Progetto sopra descritto è immediatamente esecutivo e, pertanto, ogni Azienda deve adeguare i propri atti alle indicazioni del presente documento.

**REGIA REGIONALE**

La costituzione di una Commissione tecnica regionale presieduta dal Segretario regionale sanità e sociale e composta di esperti regionali, aziendali e della Medicina Generale indicati dalle OOSS, che avrà il compito di verificare la conformità delle attività aziendali per le cure primarie alla programmazione regionale in materia.

**APPROPRIATEZZA****AZIONI**

Il Patto Aziendale consente, inoltre, di attuare l'appropriatezza delle cure e l'appropriatezza prescrittiva, che si realizzano nel:

- governo clinico,
- linee guida,
- percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) condivisi, nell'ambito della rete assistenziale/informativa,
- continuità terapeutica tra medicina generale/specialistica/ospedaliera,
- modalità omogenee di valutazione multidimensionale e classificazione del bisogno;

per conseguire anche:

- un utilizzo appropriato dell'ospedale,
- un utilizzo appropriato del farmaco,
- un utilizzo appropriato della specialistica,
- il contenimento delle liste e dei tempi di attesa entro percorsi condivisi o modalità di erogazione differenti.

**STRUMENTI**

Definizione di indicatori misurabili e standard (di qualità clinica assistenziale, informativi/informatici, di accessibilità e di accoglienza, di impatto economico) finalizzati al monitoraggio delle performance assistenziali ed organizzative individuali ed associative nelle aggregazioni funzionali territoriali.

Avvio di processi di riallocazione di risorse da un livello assistenziale ad un altro, per garantire efficienza, efficacia ed economicità del Sistema, con particolare attenzione all'assistenza territoriale.

Per il conseguimento degli obiettivi sopra definiti si individuano i seguenti percorsi incentivanti, con decorrenza 1° gennaio 2009:

Quote A e B - pre definite e corrisposte in dodicesimi, da assegnare:

1. in previsione del raggiungimento degli obiettivi di governo clinico \ assistenziale;
2. alla formazione strategica funzionale all'allineamento di tutti i MMG sugli obiettivi del Patto.

Quota C – variabile sul piano aziendale, da assegnare:

- in proporzione al raggiungimento degli obiettivi su progetti speciali, sulla base di indicatori misurabili, di impatto economico, secondo modalità condivise;
- allo sviluppo dei sistemi informativi collettivi di audit e monitoraggio, necessari a perseguire e documentare gli obiettivi da conseguire nei patti.

Quota D – derivante dal riutilizzo nell'Assistenza Primaria delle economie conseguenti l'Appropriatezza. Per il 2008 viene individuata una somma definita dalle parti nel 50%, del totale delle economie conseguite. Il

comitato aziendale definisce le modalità di utilizzo di tale fondo. Per gli esercizi successivi il fondo di cui sopra viene definito mediante criteri individuati dalle parti. Tale disposizione sarà sottoposta alla Giunta regionale per le determinazioni conseguenti.

#### PERCORSI DI SVILUPPO DELLE FORME ASSOCIATIVE

Al fine di dare attuazione alla seguente disposizione: "Individuare le risorse di supporto alle attività delle aggregazione funzionali territoriali e dei team, di personale ed altri servizi forniti direttamente dalla Azienda secondo le necessità della *Rete assistenziale*", si definiscono i seguenti criteri applicativi.

- 1) Apertura concordata delle forme associative da richiedere entro il prossimo 30 giugno 2009, le cui domande saranno accolte scaglionandole nel tempo, in base all'ammontare complessivo della spesa. Tale disposizione sarà sottoposta alla Giunta regionale per le determinazioni conseguenti.
- 2) Il MMG è chiamato a realizzare il presente Progetto, secondo modalità sia di autogoverno sia in connessione organica con gli indirizzi regionali.
- 3) Con DGR n. 4170 del 30.12.2008 - Punto 4), è stato disposto "di consentire la costituzione, con adeguamento automatico del tetto di spesa, di nuovi rapporti di lavoro per collaboratore di studio e personale infermieristico dei MMG in gruppo, in rete ed in associazione".
- 4) Il personale di studio ed infermieristico deve, rispettivamente, svolgere almeno le seguenti attività, descritte in via indicativa:
  - personale di studio:
    - gestione dell'accessibilità agli studi medici e accoglienza dell'utenza;
    - supporto alla tenuta dei fascicoli degli assistiti;
    - attività burocratiche connesse al governo clinico \ assistenziale.
  - personale infermieristico:
    - supporto e monitoraggio della gestione della cronicità e attività di prevenzione;
    - partecipazione a percorsi di audit organizzati con i MMG.
- 5) Il personale di cui trattasi può essere:
  - assunto dal Medico di assistenza primaria e, in questo caso, compete una maggiorazione della relativa indennità in considerazione all'orario di lavoro previsto, oltre quello ordinario;
  - fornito dall'Azienda, su progetti di assistenza definiti in Comitato Aziendale e secondo modalità condivise con le forme associative interessate. In tal caso è necessario che ogni Azienda definisca con le OOSS della MG il relativo fabbisogno e si coordini con la Regione per le procedure di acquisizione di detto personale.
- 6) L'Azienda definisce annualmente, nell'ambito del presente progetto, tramite il Comitato aziendale, la quota di personale da assegnare alle forme organizzative della MG in relazione agli obiettivi da conseguire e alle risorse disponibili derivanti da processi di razionalizzazione della spesa sanitaria.
- 7) Ai fini di migliorare la qualità dell'Assistenza Primaria, le parti concordano di effettuare una verifica congiunta sul numero di cittadini residenti ma risultanti non iscritti ai MMG, per valutarne i conseguenti aspetti assistenziali ed economici.