



## ALLEGATO A alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013

pag. 1/12

### Progetto

ex Accordo Stato-Regioni rep. atti 227/CSR del 22 novembre 2012 per l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del PSN, Anno 2012

**1. Regione proponente:** Regione del Veneto

**2. Titolo del progetto:** Assistenza primaria

**3. Linea progettuale:** All. A – Parte I - Linea n. 1 “Attività di assistenza primaria”.

#### 4. Referente

Dr Renato Rubin - Dirigente Unità Complessa Assistenza Distrettuale e Cure Primarie

Palazzo Molin, San Polo 2514, 30125 Venezia

Tel. 041 - 2793526; Fax 041 - 2793430

[renato.rubin@regione.veneto.it](mailto:renato.rubin@regione.veneto.it)

Segreteria regionale per la Sanità

Palazzo Molin, San Polo 2514, 30125 Venezia

Tel. 041 - 2793457; Fax 041 - 2793491

[segr.sanita@regione.veneto.it](mailto:segr.sanita@regione.veneto.it)

**5. Durata del progetto:** pluriennale

#### 6. Aspetti finanziari:

Costo complessivo del Progetto: € **44.721.588**, per sistema forme associative di cui € **29.543.665** per consolidato ed € **15.177.923** per costituzione delle AFT e delle MdGI.

Copertura della spesa:

- Importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2012: € **32.728.003,00**
- A carico FSR € **11.993.585**

#### Contesto

Il Veneto ha sviluppato un modello a forte integrazione tra MC e DSS. Tale sistema ha la necessità, per il grado di complessità espresso, di una forte regia regionale sia sui contenuti organizzativi che sugli obiettivi di salute pubblica, attraverso i seguenti strumenti:

- PIANO AZIENDALE PER LO SVILUPPO DELLA MEDICINA CONVENZIONATA
- AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI – AFT

Per le AZIONI di sviluppo:

- delle Medicine di Gruppo Integrate,
- delle modalità di presa in carico dei malati cronici e delle persone non autosufficienti,
- della sostenibilità economica: ricoveri, specialistica e farmaceutica.

Coordinate da appositi gruppi tecnici Regione/Aziende.

#### Obiettivi

- la gestione integrata dei pazienti;
- la continuità dell'assistenza;
- l'individuazione di obiettivi di salute;
- la sostenibilità economica;
- la riqualificazione delle forme associative;
- l'implementazione dei compiti del personale infermieristico;
- la realizzazione della completa informatizzazione del fascicolo sanitario elettronico.

**Fasi e tempi delle azioni previste**

*Tempo previsto: 2012 - 2016.*

*Fasi del progetto:*

2012 – 2013: sperimentale.

2014 – 2016: consolidamento

Indicatori di struttura: contattabilità/accessibilità

Indicatori di processo: performance clinica; almeno un audit clinico attivo ogni anno per AFT

Indicatori di risultato: rete assistenziale orizzontale e verticale

**PREMESSE**

Elementi del Sistema Veneto dell'Assistenza Primaria sono: i LEA della MC, l'Organizzazione del servizio e gli aspetti clinico assistenziali. Cui corrispondono i livelli attuali di contrattazione: nazionale, regionale e aziendale.

Le fonti di riferimento sono:

A livello nazionale:

- la Legge n. 189 del 2012,
- gli AACCN 2009 – 2010.

A livello regionale:

- il PSSR 2012 – 2016,
- gli atti di indirizzo DDGRR 41 e 1666 del 2011.

**MODELLO NAZIONALE/REGIONALE**

Dalla comparazione tra il Modello Nazionale e quello Veneto risulta una perfetta coincidenza d'indirizzo, come qui sotto evidenziato:

**PRINCIPIO RIFORMATORE: L'ADESIONE OBBLIGATORIA DEI MEDICI ALL'ASSETTO ORGANIZZATIVO E AL SISTEMA INFORMATIVO DEFINITI DA CIASCUNA REGIONE.**

- NAZ. Programma di attività
- REG. Piano aziendale formulato da ogni Azienda per l'organizzazione della MC
  
- NAZ. AFT
- REG. AFT con compiti di coordinamento funzionale dell'organizzazione della MC
  
- NAZ. Coordinatore
- REG. Coordinatore di AFT per i rapporti con il DSS
  
- NAZ. UCCP
- REG. Medicine di gruppo integrate e rete assistenziale territoriale
  
- NAZ. Accessibilità h12-24
- REG. attraverso la rete assistenziale territoriale e la continuità assistenziale
  
- NAZ. Budget
- REG. Contratto di esercizio secondo le specificità aziendale per la compatibilità economica; Patto aziendale per obiettivi di salute
  
- NAZ. Dotazione di base
- REG. Infermieri-operatori equivalenti: monitoraggio dei pazienti cronici – medicazioni - supporto all'educazione dei pazienti e autocura

- NAZ. Indicatori
- REG. PDTA/compatibilità economica.

### **PROGETTO ASSISTENZA PRIMARIA**

Il Progetto regionale Assistenza Primaria, descritto nelle DD.G.R n. 41 e n. 1666 del 2011, prevede che la sede unica della Medicina di Gruppo Integrata venga a costituire a tutti gli effetti un presidio territoriale, attorno cui vengono organizzate le risorse distrettuali (personale infermieristico, specialisti, assistenti sociali, ecc.) al fine di gestire efficacemente i bisogni della Comunità di riferimento. Lo sviluppo del presente progetto potrà costituire, anche, la base di modelli sperimentali di gestione attraverso l'attribuzione di un budget alle medicine di gruppo integrate in funzione della presa in carico della popolazione di riferimento.

#### **LINEE DI INDIRIZZO**

- Medicina generale - DGR n. 1666 del 18/10/2011
- Specialistica ambulatoriale interna - DGR n. 2338 del 29/12/2011
- Pediatria di libera scelta - DGR n. 321 del 6/3/2012

#### **RIORDINO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE**

L'Assistenza primaria è una componente delle Cure primarie costituite da:

Distretto socio-sanitario: ruolo:

- analisi e valutazione dei bisogni di salute;
- gestione diretta di servizi ed interventi che rientrano nel livello di assistenza territoriale, avvalendosi di operatori e di unità operative proprie, oppure attraverso rapporti convenzionali con operatori od organizzazioni esterne;
- realizzazione dell'integrazione socio-sanitaria a livello istituzionale, gestionale ed operativo;
- governo dei consumi di prestazioni indirette (farmaceutiche, specialistiche ambulatoriali ed ospedaliere, protesica) attraverso l'attività di orientamento del cittadino e, soprattutto, la piena integrazione nell'organizzazione distrettuale della Medicina Convenzionata.

Filiera Assistenziale costituita da:

- Specialistica: Prevalentemente a supporto della medicina di famiglia ed organizzata in poliambulatori territoriali, opera sulla base di PDTA.
- Cure domiciliari: Modello h24, 7gg./7, gestito anche attraverso Centrali Operative come punti di ricezione delle istanze e di coordinamento delle risposte.
- Cure palliative: Modello centrato sul "nucleo multi professionale dedicato", prevedendo una Struttura in ogni ULSS, organizzata per una risposta h24.
- Assistenza residenziale: Valorizzazione dei Centri di Servizio con rimodulazione delle unità di offerta, adeguando gli standard alle esigenze assistenziali e alla sostenibilità economica.
- Strutture intermedie: Ospedale di Comunità per ricoveri di breve durata e gestione clinica affidata alla medicina di famiglia. Unità Riabilitative Territoriali per ricoveri di media durata.

#### **SISTEMA**

In questa visione la medicina di famiglia rappresenta il perno del sistema: il medico di famiglia diventa il referente principale per il paziente, colui che deve orientarlo nel percorso assistenziale e di cura. Di qui la necessità di organizzare team multiprofessionali dove il medico sia affiancato dall'infermiere, dagli specialisti, dal personale di studio, in stretta integrazione anche con i servizi sociali.

#### **OBIETTIVI**

Attraverso l'Assistenza Primaria dovranno essere conseguiti i seguenti obiettivi:

- la gestione integrata dei pazienti, mediante l'implementazione di percorsi assistenziali e l'integrazione socio-sanitaria;
- la continuità dell'assistenza, attraverso l'implementazione di protocolli condivisi Ospedale/Territorio;
- l'individuazione di obiettivi di salute misurabili, perseguibili anche attraverso la promozione della salute e la medicina di iniziativa;
- la sostenibilità economica, realizzabile attraverso il governo clinico e della domanda;

- la riqualificazione delle forme associative attraverso la definizione di un piano sperimentale che preveda prioritariamente: la costituzione di team multi professionali bene integrati; la presa in carico dei problemi della cronicità attraverso metodi di medicina attiva; l'implementazione dei compiti del personale infermieristico; la realizzazione della completa informatizzazione del fascicolo sanitario elettronico.

#### PIANO AZIENDALE PER LO SVILUPPO DELLA MEDICINA CONVENZIONATA

Il processo di sviluppo dell'Assistenza Primaria ha previsto la formulazione dei Piani aziendali per il potenziamento del sistema, attraverso i quali viene definita la riorganizzazione della medicina convenzionata e specificato il quadro delle risorse economiche necessarie. Uno strumento, questo, per organizzare la medicina convenzionata in Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e nella forma associativa della Medicina di Gruppo Integrata (MdGI), per garantire l'uniformità assistenziale a tutti gli assistiti della Regione e superare differenze territoriali ed organizzative.

#### AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI – AFT

Sono caratterizzate dalla partecipazione obbligatoria dei Medici convenzionati alle stesse AFT allo scopo di condividere percorsi diagnostici terapeutici e procedure di revisione e verifica della qualità assistenziale nell'ottica di un processo di formazione continua.

#### COORDINATORE DELLA AFT

Il ruolo del Coordinatore della AFT è individuato sulla base dell'organizzazione della Medicina Convenzionata definita dal Piano aziendale; è eletto tra i Medici di Medicina Generale della AFT con modalità concordate con le OOSS. Nell'organizzazione della Assistenza Primaria assume il ruolo di "facilitatore" nei rapporti professionali dei medici convenzionati sia orizzontali che verticali.

#### FORME ASSOCIATIVE

- Medicina di Gruppo Integrata per attività a favore degli assistiti della AFT;
- Medicina di Gruppo per prestazioni aggiuntive a favore degli assistiti del gruppo;
- Rete organizzata in team per prestazioni non differibili a favore degli assistiti del team di riferimento.

I requisiti sono determinati dagli atti di indirizzo regionali e il loro possesso è indispensabile al riconoscimento, verifica e mantenimento della forma associativa.

Il personale di segreteria, OSS ed infermieristico potrà essere fornito anche attraverso il Distretto non appena stabilizzato il modello organizzativo di riferimento, secondo standard programmati sulla base del carico assistenziale dei MMG ed approvati dal Comitato aziendale della Medicina Generale.

#### CONTRATTO DI ESERCIZIO E PATTO AZIENDALE

Il Contratto di esercizio è il nuovo strumento di negoziazione dei livelli di integrazione dei MMG nelle attività distrettuali, attraverso la riallocazione di prestazioni e risorse da un settore all'altro e in funzione di obiettivi di sistema quali la sostenibilità economica nei settori: Ricoveri ospedalieri, Farmaceutica e Specialistica.

Il Patto aziendale assicura gli obiettivi di salute definiti tra le parti.

#### SPERIMENTAZIONI

Le sperimentazioni consentono di verificare l'efficacia del sistema prima della sua completa attuazione a regime. I progetti sperimentali devono prendere in considerazione gli aspetti più significativi del modello e, attraverso l'organizzazione della Medicina di Gruppo Integrata, costituire un riferimento in grado di migliorare le relative prestazioni con proposte operative in determinate aree strategiche.

Particolare attenzione dovrà essere posta al ruolo della Continuità assistenziale nell'ambito della nuova riorganizzazione dell'Assistenza territoriale e, in particolare, nelle AFT e nelle MdGI, ai fini di conseguire l'obiettivo dell'h24. Ai Medici di CA potranno, dopo adeguata formazione, essere assegnati i compiti relativi alla continuità dell'assistenza nelle strutture territoriali di ricovero intermedio.

#### INFORMATIZZAZIONE DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE E DEI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA

È necessario passare dalla fase della implementazione a quella della messa a regime del sistema informatico/informativo, sulla base di azioni di miglioramento continuo della qualità, nella considerazione della crescente importanza della conoscenza e dell'analisi dei dati relativi all'assistenza primaria. Si ritiene che ciò possa avvenire con l'attivazione di tavoli tecnici aziendali coordinati da una regia regionale.

**FORMAZIONE**

L'attività didattica è rivolta a tutti i Medici Convenzionati e, oltre a riguardare aspetti prettamente di natura clinico - sanitaria, contempla tematiche organizzative e di governo dell'intero sistema della Assistenza Primaria. In particolare s'intende analizzare, attraverso l'attività formativa, l'impatto dei modelli organizzativi e dei diversi sistemi di governo sugli aspetti clinici e di erogazione dei LEA. La formazione continua e permanente si realizza prevalentemente nell'ambito delle AFT tramite la condivisione di progetti concordati (Percorsi diagnostico terapeutici) con tappe di verifica e revisione della qualità tramite l'analisi dei report relativi agli indicatori concordati, raccolti dalla rete informatica dei Medici di Medicina Convenzionata del Veneto.

Sulla base dei criteri di funzionalità decisionale ed operativa ed economicità, il modello che può garantire maggiore efficienza ed efficacia per la gestione della formazione è quello che prevede la responsabilità della funzione di governo tecnico in capo alla Direzione regionale competente, con il supporto di esperti di formazione.

Obiettivi formativi: sviluppo di percorsi diagnostico terapeutici assistenziali, di processi di integrazione ospedale/territorio, delle competenze manageriali nelle AFT e della rete dei tutor di formazione per la medicina convenzionata.

**GOVERNO DEL SISTEMA**

Le disposizioni contenute nel presente documento sono oggetto di negoziazione attraverso i Comitati regionali della MG, PLS e SAI che svolgono, anche, i compiti di monitoraggio e verifica.

**NUOVA ORGANIZZAZIONE DELLA MG**

Risultati conseguiti dalla PRIMA FASE del Progetto:

**FORME ASSOCIATIVE**

- medico singolo da n. 608 a n. 225
- medico in associazione semplice e vecchia rete a nuova rete da n. 1538 a n. 1432
- medico in MdG da n. 970 a n. 1105
- medico in MdGI da n. 279 a n. 531

Totale medici n. 3293

- 383 medici singoli + 1121 medici in associazione semplice (totale n. 1504) sono confluiti nelle nuove forme associative.

Supportati da:

- Piano aziendale (n. 21) formulato da ogni Azienda per l'organizzazione della MC
- AFT (n. 164) con compiti di coordinamento funzionale dell'organizzazione della MC
- Coordinatore di AFT (n. 164) per i rapporti con il DSS.

AZIONI di sviluppo:

- delle Medicine di Gruppo Integrate,
- delle modalità di presa in carico dei malati cronici e delle persone non autosufficienti,
- della sostenibilità economica: ricoveri, specialistica e farmaceutica.

Coordinate da appositi gruppi tecnici Regione/Aziende.

**FATTORI DI QUALITÀ**

Accessibilità:	Nella équipe di assistenza primaria operano: Medici di famiglia, Pediatri di famiglia, Specialisti ambulatoriali interni, Infermieri, Assistenti Sociali, Assistenti di studio, eventuali altri Operatori; i documenti organizzativi e i percorsi assistenziali definiscono i rispettivi ruoli. Contattabilità: verso h12 e copertura 24 ore/die x 7 gg., anche attraverso l'integrazione con il Servizio di Continuità Assistenziale.
Qualità clinica:	Uso di indicatori di performance clinica; almeno un audit clinico attivo ogni anno per AFT.
Continuità, coordinamento e integrazione:	Le informazioni socio sanitarie sono raccolte durante tutta la vita del cittadino e trasferite agli altri livelli di assistenza e ad altro MMG in caso di trasferimento dell'assistito o di cessazione dell'attività del medico (Fascicolo Sanitario Elettronico). Integrazione orizzontale e verticale.

## COSTI

Costo complessivo del Progetto: € 44.721.588, per sistema forme associative di cui € 29.543.665 per consolidato ed € 15.177.923 per costituzione delle AFT e delle MdGI.

## Allegato

**La continuità delle cure tra ospedale e territorio**

Per poter individuare le potenzialità dei processi di integrazione e, quindi, stabilire quali cambiamenti sarebbero necessari, è utile analizzare il contesto ed enucleare alcune criticità di "sistema".

La situazione attuale presenta criticità sia per gli Ospedalieri sia per i Medici ed il Personale che operano nel Territorio, non rispondendo pienamente alle esigenze della popolazione.

Alcune attività ospedaliere dovrebbero essere prese in carico a livello territoriale in ambito specialistico e/o di Medicina Generale.

La componente sociale è fondamentale per affrontare i problemi di assistenza per la fascia di popolazione anziana.

Le azioni e gli obiettivi da porre in essere in Ospedale e nel Territorio dovrebbero essere coerenti e contestuali; inoltre dovrebbe essere attuata una armonizzazione di risorse tra Ospedale e Territorio per evitare sprechi, dotando il Territorio di adeguate strutture ed attrezzature.

La comunicazione tra Professionisti (sia in area sanitaria e sociale, sia tra le due aree) rappresenta un nodo cruciale, che richiederebbe un investimento con diverse strategie, finalizzato a costruire relazioni ed imparare a conoscersi e comunicare.

C'è la necessità di corsi di formazione comune dei Professionisti territoriali ed ospedalieri non solo su argomenti clinici ma anche su comunicazione, relazione ed organizzazione.

Si possono, inoltre, individuare alcune specifiche criticità nell'ambito della popolazione adulta/anziana:

- insufficiente organizzazione e dotazione di risorse a livello territoriale per la presa in carico della maggior parte delle attività connesse alla diagnosi/monitoraggio/cura delle patologie croniche e delle attività di competenza delle Cure Primarie;
- mancanza di risposta continuativa diurna 7gg/7gg nel Territorio per competenze di I livello con conseguente inappropriato riferimento all'Ospedale;
- difficile accesso alla Residenzialità temporanea, scarsa diffusione di percorsi condivisi sanitari e sociali tra Ospedale e Territorio per garantire assistenza ai pazienti fragili;
- mancanza di un adeguato sistema informativo di supporto per la comunicazione Ospedale- Territorio e tra i professionisti del Territorio, necessario per garantire una reale continuità assistenziale nelle 24h;

- non adeguata suddivisione di competenze tra professione medica ed altre professioni, in particolare a livello territoriale, con mancata individuazione di referenti responsabilizzati per le varie aree di intervento.

Allo stesso modo si possono individuare alcune criticità in ambito pediatrico:

- sovrapposizione di competenze tra Ospedale e Territorio;
- mancanza di risposta continuativa diurna 7gg/7gg nel Territorio per competenze di I livello con conseguente inappropriato riferimento all'Ospedale;
- insufficiente diffusione di Specialisti d'organo (II livello) ospedalieri o territoriali a cui il I livello territoriale possa fare riferimento per problematiche complesse;
- non adeguata suddivisione di competenze tra professione medica ed altre professioni in particolare a livello territoriale.

Pertanto al fine di realizzare un'interazione proficua Ospedale-Territorio le **priorità per gli Ospedali** sono:

- riorganizzazione delle aree mediche ospedaliere per intensità di cure dipendente dalla severità clinica e dal grado di dipendenza del paziente;
- organizzazione del lavoro tale da consentire ai professionisti di disporre del tempo necessario per affrontare i casi complessi/gravi;
- farsi carico dei pazienti che permangono impropriamente nei reparti per acuti, svolgendo funzioni di continuità assistenziale;
- approfondimento delle competenze specialistiche per essere in grado di rappresentare un riferimento ed un supporto per i generalisti e per il I livello specialistico;
- trasferimento in ambito territoriale di attività specialistiche inappropriate per l'Ospedale.

Al fine di realizzare un'iterazione proficua Ospedale-Territorio le **priorità per le Cure Primarie** divengono:

- dotazione di risorse organizzative necessarie per prendere in carico il I livello specialistico e le patologie croniche;
- disponibilità di un supporto specialistico ovvero più lavoro degli Specialisti "per il medico" e meno direttamente "per i pazienti";
- trasferimento ad altri Professionisti (in particolare infermieri) di alcune attività assistenziali e delega di competenze amministrative a personale di segreteria;
- certezza che Professionisti ospedalieri e territoriali vengano considerati con pari dignità;
- valorizzazione della funzione dipartimentale delle Cure Primarie atta a garantire modalità univoche di risposta all'utenza qualunque sia il punto di accesso al sistema;
- ricollocazione a livello territoriale di alcuni processi di cura (es. alcune strutture per pazienti cronici), supportata anche dall'implementazione di nuove forme organizzative della Medicina Convenzionata.

### ***L'architettura di un sistema funzionale alla integrazione***

L'architettura auspicabile per il sistema complessivo poggia su cinque elementi-chiave:

- *organizzazione ospedaliera funzionale alla interazione*, ad esempio con riferimento al Dipartimento di Continuità Assistenziale, alle U.O. semplici dedicate ad Ammissioni e/o Dimissioni protette;
- *organizzazione territoriale funzionale all'interazione*, ad esempio con riferimento all'implementazione di call center/centrali operative, sistemi di comunicazione in rete, strutture centralizzate dove incontrarsi;
- *sistema informativo centrato sul paziente* ed accessibile sia dall'Ospedale che dal Territorio;
- *coerenza e coincidenza degli obiettivi assegnati all'Ospedale ed al Territorio*, in particolare per gli obiettivi di processo;
- *percorsi diagnostico-terapeutici condivisi* come strumento professionale di integrazione e miglioramento di qualità dell'assistenza.

A fronte di una siffatta architettura è opportuno sottolineare che:

- gli ambiti e le attività collaborative tra Ospedale e Cure Primarie devono essere definiti *salvaguardando la sostenibilità organizzativa* e seguendo *criteri di equità di incentivazione* per i diversi professionisti di entrambi i livelli assistenziali;
- è fondamentale, in particolare nella cura del paziente fragile, che la collaborazione tra professionisti poggi sull'approccio bio-psico-sociale e cioè sulla definizione dei problemi e degli obiettivi di salute della singola persona;
- in ambito ospedaliero gli obiettivi collegati all'integrazione con le Cure Primarie debbono essere chiari, prioritari e non debbono essere vanificati dall'esistenza di obiettivi contrastanti e di maggior peso.

Ne consegue che le *ipotesi per un nuovo modello per la popolazione adulta/anziana* possono essere così enunciate:

- presa in carico, da parte di professionisti che operano nel Territorio, delle cronicità e del I livello specialistico sia a domicilio sia nelle residenze;
- presa in carico del II livello specialistico, con riferimento ad alcuni ambiti, presso strutture ambulatoriali territoriali (es. MdGI/Poliambulatori);
- garanzia di continuità diurna e notturna per le richieste non rinviabili che rientrano nelle competenze delle Cure Primarie;
- rimodulazione della rete ospedaliera e dell'attività specialistica territoriale per garantire il I ed il II livello specialistico in tutte le Aziende, concentrando il III livello in pochi centri di altissima specializzazione.

Analogamente, le *ipotesi per un nuovo modello in ambito pediatrico* possono essere così enunciate:

- presa in carico, da parte dei Pediatri di famiglia che operano nel Territorio, del I livello specialistico;
- garanzia di continuità diurna per le richieste non rinviabili che rientrano nelle competenze del I livello specialistico;
- rimodulazione della rete ospedaliera e dell'attività specialistica territoriale per garantire il I ed il II livello specialistico in tutte le Aziende, concentrando il III livello in pochi centri di altissima specializzazione;
- interrelazione con il Servizio di Continuità Assistenziale, con formazione ad hoc dei Medici che ne fanno parte, al fine di assicurare una continuità di cura competente (laddove operano gruppi stabili di Medici che effettuano servizio di Continuità Assistenziale);

Le azioni da porre in essere per realizzare il nuovo modello possono essere così enunciate:

- equilibrare la partecipazione ai momenti programmatori e decisionali tra professionisti territoriali ed ospedalieri;
- consentire ai professionisti territoriali il reale "governo" delle risorse a loro affidate per rispondere ai bisogni di salute della popolazione e sviluppare la loro capacità di committenza rispetto all'offerta di attività specialistiche di competenza ospedaliera;
- sviluppare un sistema informativo aziendale centrato sul paziente ed accessibile ai professionisti a cui il paziente si affida;
- considerare prioritari nella formazione di base e post-laurea di tutti i professionisti, da un lato, le modalità di relazione professionista-utente e tra professionisti e, dall'altro, l'analisi dei bisogni di salute a cui il sistema complessivo deve rispondere;
- dare riconoscimento reale, oltre che giuridico, all'autonomia ed alle responsabilità delle altre professioni, con spostamento anche formale di molte competenze della professione medica a professioni infermieristiche, professioni della riabilitazione, professioni dell'ambito sociale.

Inoltre a livello sistemico si possono individuare ulteriori aspetti da migliorare, ma su cui il livello aziendale di fatto può incidere soltanto parzialmente, ossia:

- creazione/potenziamento della residenzialità intermedia (OdC, Hospice, URT) in particolare quella temporanea (che spesso è prevista solo in teoria ma concretamente non si realizza), rendendo più veloci gli accoglimenti per le urgenze a non elevato valore clinico ma a forte valenza sociale;



- riduzione del carico burocratico ove non indispensabile (es. semplificazione del sistema di esenzioni troppo complesso, individuando referenti certi che certifichino l'esenzione sulla base di protocolli concordati evitando differenziazioni territoriali; collegamento tra durata delle terapie e prescrizioni autorizzate; semplificazione nella gestione dei piani terapeutici spesso critici soprattutto per il paziente);
- introduzione di direttive che inducano alla coerenza di obiettivi assegnati a professionisti dipendenti e convenzionati ed assegnazione di incentivi alla dirigenza, ai convenzionati ed al comparto su progetti comuni;
- attivazione di programmi formativi con interventi coordinati sulle dinamiche relazionali, sistemiche e sui diversi linguaggi (prevalente in Ospedale: lineare-clinico-organicista; prevalente nel Territorio: epidemiologico-sistemico-biopsicosociale), oltre che sulle conoscenze di interfaccia (abilità comunicative e cognitivo-comportamentali, utilizzate per interagire proficuamente con altri ambiti assistenziali, funzionali ed organizzative che facilitano il dialogo e stanno alla base di un buon invio bi-direzionale).

Tra i risultati attesi dall'attuazione di una efficace integrazione tra Ospedale e Territorio vanno certamente inclusi:

- *effettiva presa in carico delle patologie croniche nell'ambito delle Cure Primarie*, distinguendo le fasi di sostanziale stabilità, il cui management può essere collocato nell'ambito delle Cure Primarie, e le fasi di instabilità in cui è cruciale l'esistenza di un substrato organizzativo-relazionale che supporti la qualità dell'invio del paziente in ambito ospedaliero e del ritorno dello stesso nell'ambito delle Cure Primarie;
- *continuità delle cure*, assicurata attraverso la consuetudine alla collaborazione operativa, un background teorico condiviso, un lavoro per obiettivi di salute sul singolo;
- *valorizzazione del rapporto fiduciario come garanzia di appropriatezza per l'utente e per il servizio sanitario*, attraverso la sinergia ed il reciproco rispetto tra diversi livelli dell'assistenza, percorsi clinici o assistenziali come terreno ottimale di dialogo e confronto tra professionisti, utilizzo di un linguaggio comune tra professionisti che faciliti la percezione di univocità di approccio ai problemi da parte del paziente/famiglia;
- *miglioramento del "clima" di lavoro per tutti i professionisti* con reciproco riconoscimento dei ruoli e delle competenze;
- *aumento della qualità assistenziale e miglioramento della compatibilità economica del sistema* con diminuzione del gap di competenza specialistica tra professionisti dell'Ospedale e del Territorio, miglioramento della qualità dell'assistenza, maggiore appropriatezza, contenimento delle duplicazioni di offerta e di domanda, maggiore aderenza alle evidenze cliniche, minori liste di attesa per accertamenti specialistici.

Tra gli esempi di azioni concrete e di possibili ambiti di valutazione/misurazione si possono annoverare:

- la ricollocazione dei processi di cura in ambiti appropriati, con il contestuale adeguamento, in termini di risorse e di riorganizzazione (es. gestione del diabete, ipertensione, BPCO, con gestione supportata da linee guida e percorsi clinico-assistenziali concordati, definizione di profili di pazienti da riaffidare ai Medici di famiglia, ecc.);
- in ambito di dimissioni protette stesura di un piano clinico-assistenziale condiviso tra Ospedale, Territorio e caregivers in fase di pre-dimissione;
- potenziamento e sviluppo delle ammissioni protette attraverso un sistema procedurato, interno all'Ospedale, di corsie preferenziali per pazienti "fragili".

L'Integrazione Ospedale e Territorio si realizza mediante:

- la programmazione regionale socio sanitaria che deve sviluppare una visione organica del Sistema di cura;
- la pianificazione aziendale per l'organizzazione delle strutture e dei servizi sanitari che deve partire dalla presa in carico complessiva e globale del paziente;

- la gestione delle professionalità sanitarie che deve essere finalizzata alla integrazione tra competenze diverse.

Dal monitoraggio dei Distretti socio sanitari è emerso come un primo ambito di integrazione tra Ospedale e Territorio riguardi la definizione di protocolli condivisi per la gestione di alcune patologie croniche: si tratta di una prassi che va diffondendosi presso le Aziende ULSS (le ULSS che hanno dichiarato la sottoscrizione di protocolli specifici per la gestione della cronicità sono **13**), sebbene molto spesso assuma caratteristica di sperimentazione.

Inoltre le principali dimensioni che risultano trasversali al budget territoriale ed al budget ospedaliero sono l'appropriatezza prescrittiva (in 11 Aziende ULSS), la prioritizzazione e il governo delle liste d'attesa (in 7) e le dimissioni protette (in 8) o, più in generale, la continuità nella presa in carico (in 8).

Si può dunque affermare che una qualche forma di integrazione tra Ospedale e Territorio, sia essa declinata attraverso la sottoscrizione di protocolli operativi o stabilita attraverso condivisi obiettivi di budget, sia riscontrabile in quasi tutte le Aziende ULSS.

A ciò si aggiunge che:

- gli accordi tra Medici ospedalieri e territoriali, diffusi in maniera capillare e formalizzati attraverso protocolli, sono finalizzati a favorire la continuità dell'assistenza e le dimissioni protette. Come già detto si prefigura poi la tendenza a stringere accordi circoscritti su alcune discipline e/o patologie;
- la collaborazione con i Medici/Pediatri di famiglia viene segnalata da **42** Distretti;
- la condivisione di operatori fra le due strutture si realizza prevalentemente con la presenza di specialisti ospedalieri nei poliambulatori territoriali, segnalata da **37** Distretti, sebbene **22** Distretti indichino anche la presenza di operatori distrettuali nei presidi ospedalieri.

Per rendere ancora più esplicita l'effettiva integrazione tra Ospedale e Territorio, si è cercato di individuare i principali ambiti ove questa integrazione si è realizzata e quali ne siano stati gli esiti, schematizzandoli nel modo seguente:

***Principali ambiti di azione ed esiti dell'integrazione tra Ospedale e Territorio***

AMBITI	VALUTAZIONE DEGLI ESITI
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Continuità delle cure e dimissioni protette</li> </ul>	→ Risultati positivi con incremento delle dimissioni protette gestite e diminuzione dei tempi di degenza
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestione integrata del paziente diabetico o del paziente con scompenso cardiaco</li> </ul>	→ Presa in carico coordinata del paziente, follow up, promozione di stili di vita sani
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestione del paziente oncologico</li> </ul>	→ Attivazione di un'assistenza palliativa adeguata, riducendo il ricorso al ricovero ospedaliero
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestione delle liste d'attesa</li> </ul>	→ Rispetto delle prioritizzazioni con particolare attenzione alle urgenze, orientando puntualmente il prescrittore, l'utenza e gli specialisti ospedalieri
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Appropriately prescrittiva e teleconsulto specialistico</li> </ul>	→ Riduzione della spesa farmaceutica e della spesa specialistica, riduzione delle liste d'attesa

**PROSPETTIVE**

La nuova organizzazione dell'Assistenza Primaria, con l'istituzione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali e delle Medicine di Gruppo Integrate, prevede, tra gli obiettivi di Progetto, la continuità delle cure e dell'assistenza, da realizzare coinvolgendo la CA, il PS, il DSS (tramite la UOC Cure primarie, la

Centrale operativa, i PDTA, l'informatizzazione, i percorsi di formazione congiunta e gli accordi aziendali estesi a tutti i professionisti interessati).

Il Progetto regionale Assistenza Primaria, descritto nelle DDGGRR n. 41 e n. 1666 del 2011, prevede che la sede unica della Medicina di Gruppo Integrata (MdGI) venga a costituire a tutti gli effetti un presidio territoriale, attorno cui vengono organizzate le risorse distrettuali (personale infermieristico, specialisti, assistenti sociali, ecc.) al fine di gestire efficacemente i bisogni della Comunità di riferimento. Lo sviluppo del presente progetto potrà costituire, anche, la base di modelli sperimentali di gestione attraverso l'attribuzione di un budget alle medicine di gruppo integrate in funzione della presa in carico della popolazione di riferimento.

L'evoluzione del Modello prevede:

#### **OBIETTIVI**

Continuità delle cure e dell'assistenza

#### **ORGANIZZAZIONE**

- Piano aziendale (n. 21) formulato da ogni Azienda per l'organizzazione della MC
- AFT (n 164) con compiti di coordinamento funzionale dell'organizzazione della MC
- Coordinatore di AFT (n. 164) per i rapporti con il DSS.

#### **STRUTTURA**

- Presidio territoriale/MdGI

#### **AZIONI**

- sviluppo:
- dell'h12 e h24
- delle modalità di presa in carico dei malati cronici e delle persone non autosufficienti
- della sostenibilità economica

#### **STRUMENTI**

- elaborazione progetti aziendali mediante gruppi tecnici Regione/Aziende di supporto

#### **FINANZIAMENTO**

- Budget per la presa in carico della popolazione di riferimento

### **LA CONTINUITA' ASSISTENZIALE**

In base agli indirizzi delle DDGGRR n. 41 e n. 1666 del 2011, si rappresenta un nuovo modello di CA.

La MdGI è sede di più servizi, non solo sanitari, ma anche socio-assistenziali, e riferimento principale per attività territoriali della MG. Fra i principali servizi sanitari questa unità operativa dovrebbe prevedere la possibilità di effettuare indagini strumentali e specialistiche per pazienti in carico ai Medici di Medicina Generale, relativamente alla patologia diabetica, ipertensiva, allo scompenso cardiaco, ed alla BPCO, servizi per l'espletamento delle attività legate all'Assistenza Domiciliare integrata, la presenza di un supporto infermieristico e l'attivazione di un ambulatorio nella MdGI 12 ore al giorno, aperto per problemi caratteristici della Medicina generale.

In questa articolata struttura delle Cure Primarie, il Servizio di Continuità Assistenziale rimane, troppo spesso relegato ai margini, nonostante svolga un lavoro prezioso e rappresenti dal punto di vista della presenza oraria la componente predominante della medicina generale.

La ex "Guardia Medica" viene spesso considerata dai medici più giovani o neo laureati come una sorta di trampolino verso attività future (quali l'attività del Medico di Famiglia) o come un'attività a termine in attesa dell'ingresso nell'ambito Ospedaliero. Questo rende le equipe che lavorano presso le varie sedi estremamente eterogenee, composte in elevata percentuale da medici con contratti a termine o fornitori di "prestazioni occasionali". Da ciò deriva che, spesso, il lavoro del Medico di Continuità Assistenziale viene considerato "spersonalizzante", poiché svolto senza un minimo di progettualità per il futuro e senza sentirsi parte di un sistema integrato nell'ambito della Medicina Generale.

Una delle possibili soluzioni a tali problematiche ed un modo per favorire l'inserimento dei medici neo-laureati che aspirino con volontà a lavorare nell'ambito delle Cure Primarie è senz'altro la progressiva integrazione dei Medici di Continuità Assistenziale nelle MdGI. Come è stato analizzato in precedenza le MdGI sono entità complesse, che devono fornire una rete integrata di servizi e che, allo stesso tempo, devono poter essere caratterizzate dalla necessaria flessibilità al fine di far fronte alle problematiche urgenti, o ritenute tali, che la gestione della salute spesso vede presentarsi. Nello specifico eventuali ambulatori aperti 12 ore al giorno difficilmente potranno essere effettuati solo da Medici di Famiglia, sia "massimalisti" che non, già impegnati nella gestione dei propri assistiti, così come un altro ambito dell'Assistenza Primaria relativamente carente è quello dell'Assistenza Domiciliare Integrata.

Sono questi i due ambiti (Ambulatorio ed Assistenza Domiciliare) in cui i Medici di Continuità Assistenziale possono trovare la loro naturale integrazione nelle MdGI. Naturalmente ciò si potrà concretizzare se nello stesso tempo vi saranno medici di CA riferiti sempre alla stessa MdGI, nell'ambito della AFT di appartenenza.