



ASSISTENZA PRIMARIA – D.G.R. N. 1666 DEL 2011. MODALITÀ OPERATIVE

Con il presente documento si definiscono le modalità operative degli atti regionali di indirizzo, DGR 1666/11, al fine di consentire un appropriato ed uniforme sviluppo del Progetto Assistenza Primaria.

1. Fasi operative: anno 2012

Luglio - Settembre:

- approvazione Piani aziendali da parte della Regione con atto in corso di adozione che andranno rimodulati dalle Aziende in base alle presenti indicazioni.
- Finanziamento prima tranche.
- Ricevimento delle dichiarazioni dei MMG di adesione alle Forme associative, da ciascuna Azienda.
- L'istituzione delle Medicine di gruppo integrate - MdGI va comunicata alla Regione per l'approvazione.

Ottobre:

- autorizzazione dell'Azienda all'attivazione delle forme associative secondo l'ordine di priorità definito dai Piani aziendali e sentito il Comitato aziendale della Medicina Generale.

2. Piano aziendale per lo sviluppo della medicina convenzionata.

Il Piano Aziendale per il potenziamento della medicina convenzionata va elaborato/rimodulato attraverso incontri tecnici con i MMG, prevedendo di acquisire il parere favorevole del Comitato aziendale della Medicina Generale.

Contenuto essenziale di detto Piano è: la pianificazione delle forme associative previste, autorizzate ed attivate, la quantificazione dei costi e l'individuazione delle MdGI/UTAP già attivate e da adeguare in base ai nuovi standard regionali.

Una volta rimodulato, il Piano aziendale sarà sottoposto a monitoraggio e verifica regionale: a tal fine verrà costituito un gruppo tecnico, composto da esperti della MC indicati dal Comitato regionale MG.

3. Aggregazioni Funzionali Territoriali

Sono organizzazioni funzionali e non strutturali, caratterizzate dall'appartenenza obbligatoria dei MMG.

Attraverso l'apporto dei Medici di Continuità Assistenziale nella AFT si attua l'H24 e, a tale scopo, verrà realizzato un progetto sperimentale per l'integrazione della CA nelle AFT.

4. Coordinatore della AFT

Questo ruolo è individuato sulla base dell'organizzazione della Medicina convenzionata definita dal Piano aziendale; opera in integrazione con il Distretto. E' eletto tra i MMG della AFT che sono tutti eleggibili, con modalità concordate tra le OO.SS. e la Regione; tale incarico sarà di durata fino al 31.12.2013. Può essere revocato su istanza della maggioranza dei medici della AFT. Il riconoscimento economico sarà determinato dal carico di lavoro su standard definiti dal Comitato regionale della Medicina Generale.

5. *Forme associative*

Per il periodo sperimentale 2012/2013 possono essere attivate le seguenti forme associative:

- medicina di gruppo integrata/UTAP, euro 10,10/Ass./Anno + euro 10,10/Ass./Anno per contratto di esercizio per attività integrate a favore degli assistiti della AFT;
- medicina di gruppo, euro 10,10/Ass./Anno ed eventuale contratto di esercizio per prestazioni aggiuntive a favore degli assistiti del gruppo;
- rete organizzata in team, euro 6,00/Ass./Anno, per prestazioni non differibili a favore degli assistiti del team di riferimento.

I requisiti/standard sono determinati dagli atti di indirizzo regionali e il loro possesso è indispensabile per il riconoscimento, valutazione 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 regionale MG.

Tale modello può trovare specifiche condizioni attuative, in via di eccezione, per situazioni di disagio territoriale od organizzativo individuate dal Comitato aziendale MG in deroga alle tipologie delle forme associative sopra indicate, con il fine di perseguire gli obiettivi aziendali. Le diverse soluzioni rientrano nei fondi del presente progetto.

6. *Fondo regionale per lo sviluppo della medicina convenzionata*

Consistenza euro 21.471.194,40 = (periodo 2012/13) di cui €7.157.064,75 = in fase di impegno nel bilancio regionale 2012.

Previsione di spesa risultante dai Piani aziendali: euro 23.651.631,67.=.

La Regione procederà alla ridefinizione dei costi sulla base delle adesioni dei MMG alle forme associative e delle previsioni contenute nel Piano aziendale, nell'ambito delle risorse già stanziare per il Progetto in questione.

Eventuali economie saranno destinate al miglioramento del presente Progetto e a favore della MC, secondo modalità definite dalla Regione nel Comitato regionale MG.

I finanziamenti regionali 2012 vengono erogati nel seguente modo: 50% ad esecutività dell'atto di impegno; 50% alla prima relazione semestrale.

7. *Patto aziendale*

Le quote A e B di euro 3,10 /Ass./Anno + euro 1,35/Ass./Anno (AIR, spesa corrente per le attività distrettuali) sono utilizzate per il conseguimento degli obiettivi individuati nei Piani aziendali.

Nel periodo sperimentale 2012/2013 l'Azienda può concordare con il Comitato aziendale MG la prosecuzione dei vigenti Patti aziendali.

8. Quota contrattuale

Il pagamento della Quota contrattuale fissata nell'ACN 2010 per la contrattazione regionale per la MMG (MAP pari a € 0,81/Ass./Anno e MCA pari a € 0,26/h), collegato alle AFT definite nei Piani aziendali, è fissato per il mese di ottobre 2012 con effetto determinato dall'ACN (fondi iscritti a carico dei Bilanci aziendali per gli oneri contrattuali), come previsto nella D.G.R. 2258 del 20/12/2011.

9. Risorse

Derivano da ACN, AIR e da Progetti di appropriatezza.

10. Informatizzazione

In merito, si richiama la DGR n. 2258 del 20.12.2011 rinviando, per la definizione delle modalità operative, ad un gruppo tecnico con le OOSS del Settore.

11. Formazione continua

Sarà attivato un gruppo tecnico composto da Dirigenti regionali e aziendali, Medici di MG ed esperti di formazione, per individuare le modalità necessarie all'attuazione del Progetto AP, partendo, anche, dagli elementi innovativi della Formazione continua in corso di svolgimento e orientandola verso il processo di cambiamento delle Cure Primarie. Il tutto con lo scopo di sostenere l'integrazione tra Distretto e MC mediante iniziative di formazione condivise, salvaguardando l'autonomia della stessa MC in termini di ruolo, obiettivi, azioni e risorse. A tal fine, verrà attivato un corso di formazione, previa definizione del profilo del coordinatore di AFT, congiunto tra Operatori del Distretto e delle AFT finanziato, quale azione di supporto, con risorse regionali.

Le parti affermano il ruolo strategico del Coordinamento Medicina Convenzionata di Assistenza Primaria per lo sviluppo del presente progetto.

12. Monitoraggio e verifica

OBIETTIVI AZIENDALI	AZIONI
Centralità delle Cure Primarie e delle strutture territoriali	Definizione Accordi Attuativi Aziendali per le Cure Primarie. Attivazione sistema di valutazione performance cure primarie. Ampliamento % di MMG aggregati in forme organizzative evolute.
Continuità delle cure e integrazione ospedale e territorio	Definizione a livello locale di una rete assistenziale in cui siano ben identificati i nodi, i ruoli ed i percorsi assistenziali.
Assistenza domiciliare	Ampliamento assistenza domiciliare e cure palliative per pazienti oncologici e terminali.
Strutture territoriali	Utilizzo temporaneo e reinserimento a domicilio.

13. Schema guida per la negoziazione aziendale con i MMG

TRATTAMENTO ECONOMICO	REQUISITI CHE DEVONO ESSERE SODDISFATTI DAL MEDICO DI MEDICINA GENERALE	AZIONI DELL'AZIENDA ULSS
Rete (€ 6,00 Ass./Anno), organizzata in team; prestazioni non differibili per gli assistiti del team di riferimento.	Prestazioni ex ACN e AIR. Postazione di lavoro informatico/vo in grado di interoperare nella rete informativa/ca aziendale. Audit: almeno un progetto di miglioramento qualitativo in atto ogni anno. Adesione ai percorsi assistenziali/linee guida. Accessibilità: standard di apertura degli studi medici: 7 ore/die per 5 giorni, coordinate tra i MMG, nelle fasce 8-13, 13-19, minimo 2 ore per fascia. Carta dei servizi	Definizione dei percorsi assistenziali, monitorati con indicatori. Carta dei servizi: definizione impianto omogeneo secondo standard di qualità regionali
Gruppo (€ 10,10/Ass./Anno); eventuale contratto di esercizio per le prestazioni aggiuntive per gli assistiti del gruppo.	Prestazioni ex ACN e AIR. Accessibilità: standard di apertura degli studi medici: 7 ore/die per 5 giorni, coordinate tra i MMG, nelle fasce 8-13, 13-19, minimo 2 ore per fascia. Carta dei servizi.	Eventuale Contratto di esercizio e riallocazione di attività e risorse. Carta dei servizi: definizione impianto omogeneo secondo standard di qualità regionali
Gruppo integrato/UTAP (euro 10,10/Ass./Anno + euro 10,10/Ass./Anno per contratto di esercizio per le prestazioni integrate per gli assistiti della AFT).	Prestazioni ex Modello regionale di riferimento. H12. H24 ore/die x 7 gg. con la C.A. Carta dei servizi.	Contratto di esercizio e riallocazione di attività e risorse. Carta dei servizi: definizione impianto omogeneo secondo standard di qualità regionali

Ogni forma associativa complessa svolge anche i compiti previsti per la forma associativa meno evoluta.

14. Sostenibilità economica da negoziare nel Comitato aziendale per tutte le forme associative.

LA SOSTENIBILITÀ ECONOMICA si fonda sul rispetto degli standard affidati dal livello regionale alle aziende sociosanitarie e, quindi, anche alla medicina generale. E' il presupposto e la condizione imprescindibile per la sostenibilità di tutto il progetto.	
Gli Obiettivi vanno negoziati in Comitato aziendale.	
Partecipazione	Carta dei servizi con standard di qualità espliciti; valutazione partecipata dei bisogni e della qualità dell'assistenza.

GLOSSARIO**ASSISTENZA PRIMARIA**

Le leve di miglioramento della qualità dell'AP sono suddivise in:

- *Leve di governance (dimensione strategica) volte al contemperamento degli interessi dei diversi attori verso gli obiettivi di qualità delle cure primarie. Le principali leve sono:*
 - *Strumenti di programmazione territoriale/distrettuale (Piani)*
 - *Accordi con la medicina convenzionata*
 - *Processo di valutazione e di miglioramento continuo delle cure primarie.*
- *Leve di gestione (dimensione operativa), intese come l'insieme delle azioni poste in essere per perseguire gli obiettivi definiti a livello strategico. I principali strumenti di gestione delle cure primarie sono:*
 - *Forme organizzative, tra le quali le Aggregazioni Funzionali Territoriali (ACN 2009 e ACN 2010), che comprendono al proprio interno le medicine di gruppo integrate;*
 - *Sistema di monitoraggio;*
 - *Processi d'integrazione sia a livello di coordinamento (percorsi diagnostico-terapeutici, integrazione tra ospedale e territorio, integrazione socio-sanitaria) sia a livello informatico/informativo (ACN 2009 e ACN 2010);*
 - *Formazione continua.*

AFT sono organizzazioni funzionali e non strutturali, caratterizzate dall'appartenenza obbligatoria dei MMG:

- *sono luogo di coordinamento, di analisi dei bisogni di salute della comunità di riferimento, di confronto e di audit. Da ciò la necessità di adeguare la scheda sanitaria individuale dell'utente al fabbisogno di "confronto", di evidenza degli indicatori e di supporto alle decisioni.*
- *Sono luogo di formulazione di proposte per il coordinamento interno all'AFT e di miglioramento dei servizi: la definizione di percorsi e la dotazione di risorse da parte dell'Azienda con riferimento a obiettivi di salute, organizzativi e di sostenibilità.*
- *Comprendono le tre forme associative strutturali: medicina in rete ex ACN, medicina di gruppo ex AIR e medicina di gruppo integrata/UTAP ex contratto di esercizio.*
- *Sono dotate di carta dei servizi che ne rappresenta la finalità e le dotazioni nella quale sono esplicitati principalmente le modalità di accesso e gli standard garantiti nell'erogazione delle prestazioni.*

PER L'EFFETTIVA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CRONICO

Per rendere operativo il modello di presa in carico della cronicità, definito negli atti di indirizzo regionali, è necessario implementare con gradualità, ma in modo diffuso su tutto il territorio regionale le Medicine di Gruppo Integrate, forme associative più evolute, esito del perfezionamento e consolidamento dei processi di sperimentazione avviati nel corso degli anni.

Si tratta cioè di radicare stabilmente un modello organizzativo che propone una rimodulazione dell'offerta assistenziale non solo in termini di accessibilità (ampliamento degli orari di apertura degli studi medici), ma anche rispetto agli obiettivi di salute, idoneo a sostenere percorsi assistenziali appropriati di presa in carico del paziente cronico.

Nell'ambito dello sviluppo del Progetto per l'Assistenza Primaria, la presa in carico del paziente cronico è una funzione essenziale dell'Aggregazione Funzionale Territoriale.

FORME ASSOCIATIVE

(ACN) *“La medicina in rete, (...), si caratterizza per:*

- *distribuzione territoriale degli studi di assistenza primaria, non vincolati a sede unica, coerenti con l'articolazione territoriale del distretto. Possono essere presenti, inoltre, uno o più studi nel quale i medici associati svolgano a rotazione attività concordate;*
- *gestione della scheda sanitaria individuale su supporto informatico mediante software tra loro compatibili;*
- *collegamento reciproco degli studi dei medici con sistemi informatici tali da consentire l'accesso alle informazioni relative agli assistiti dei componenti l'associazione;*
- *utilizzo da parte di ogni medico di sistemi di comunicazione informatica di tipo telematico, per il collegamento con i centri di prenotazione della Azienda e l'eventuale trasmissione dei dati epidemiologici o prescrittivi, quando tali prestazioni siano normate da appositi Accordi regionali e/o aziendali, nonché per la realizzazione di momenti di revisione della qualità e della appropriatezza prescrittiva interna alla associazione e per la promozione di comportamenti prescrittivi uniformi e coerenti con gli obiettivi dichiarati dalla associazione;*
- *chiusura pomeridiana di uno degli studi della rete non prima delle ore 19,00.”*

(ACN) *“La medicina di gruppo si caratterizza per:*

- *sede unica del gruppo articolata in più studi medici, ferma restando la possibilità che singoli medici possano operare in altri studi del medesimo ambito territoriale ma in orari aggiuntivi a quelli previsti, nella sede principale, per l'istituto della medicina di gruppo;*
- *presenza nella sede del gruppo di un numero di studi pari almeno alla metà dei medici componenti il gruppo stesso, con possibilità di un uso promiscuo degli stessi, sia pure in orari differenziati;*
- *utilizzo, per l'attività assistenziale, di supporti tecnologici e strumentali comuni, anche eventualmente in spazi predestinati comuni;*
- *utilizzo da parte dei componenti il gruppo di eventuale personale di segreteria o infermieristico comune, secondo un accordo interno;*
- *gestione della scheda sanitaria su supporto informatico e collegamento in rete dei vari supporti;*
- *utilizzo di software per la gestione della scheda sanitaria tra loro compatibili;*
- *utilizzo da parte di ogni medico di sistemi di comunicazione informatica di tipo telematico, predisposto per il collegamento con i centri di prenotazione della Azienda e l'eventuale trasmissione dei dati epidemiologici o prescrittivi, quando tali prestazioni siano normate da appositi Accordi regionali e/o aziendali, nonché per la realizzazione di attività di revisione della qualità e della appropriatezza prescrittiva interna alla forma associativa e per la promozione di comportamenti prescrittivi uniformi e coerenti con gli obiettivi dichiarati della forma associativa.”*

Le caratteristiche peculiari delle Medicine di Gruppo Integrate sono:

- *essere organizzazioni fondate su un team multiprofessionale e multidisciplinare, strutturate sulla definizione dei problemi a cui il team stesso deve garantire una risposta. L'integrazione professionale comprende medici di famiglia operanti in una sede di riferimento, specialisti ambulatoriali interni ed ospedalieri, medici di continuità assistenziale, infermieri, operatori socio-sanitari, assistenti sociali;*
- *rappresentare nodi della rete territoriale, centrati sulla persona, orientati sulla famiglia, inseriti nella Comunità;*
- *gestire la presa in carico dei bisogni socio-sanitari di una definita Comunità;*
- *garantire la continuità dell'assistenza nelle sue diverse accezioni (gestionale, informativa, relazionale), assicurando una risposta certa all'assistito nell'arco delle 24 ore, anche attraverso forme di raccordo tra Ospedale-Territorio e con gli altri nodi della rete territoriale;*

- *realizzare programmi di prevenzione, erogare prestazioni per il paziente acuto e gestire il paziente cronico, ampliando il ruolo del personale infermieristico nella gestione della cronicità e nelle iniziative promozionali sugli stili di vita;*
- *implementare PDTA, basati sull'evidenza scientifica e definiti su protocolli condivisi con tutti gli attori coinvolti, sviluppando la collaborazione consulenziale dello specialista al medico di famiglia, anche tramite il teleconsulto;*
- *garantire i LEA, attraverso obiettivi di salute misurabili con indicatori di outcome clinico ed organizzativo, finalizzando al meglio le diverse professionalità e valorizzandone il ruolo;*
- *essere impegnati nell'integrazione informativa/informatica sia a livello orizzontale (tra i componenti del team) sia a livello verticale (con l'Azienda ULSS), implementando un sistema informativo integrato in cui i medici di famiglia alimentano ed utilizzano in modo professionale la cartella informatizzata, supportati da collegamenti con il sistema informativo aziendale nell'accesso alla documentazione sanitaria;*
- *integrare le analisi epidemiologiche anche ai fini di valutare il case mix della propria popolazione assistita e di supportare l'implementazione di audit interni (tra pari e con le componenti aziendali) e di audit civici, coinvolgendo la Comunità.*