

**PROGETTO CURE PRIMARIE 2011/2012**

Il presente documento ha lo scopo di rafforzare l'Assistenza Primaria per migliorare il sistema delle Cure distrettuali, riportando a livello regionale il governo delle attività; tale approccio rende il rapporto con i Medici convenzionati certo e stabile e, nello stesso tempo, costituisce il contenuto obbligatorio per l'esercizio della attività in convenzione.

**DETERMINAZIONE PROFILO PROFESSIONALE TIPO DEL MAP IN RELAZIONE AI LIVELLI ASSISTENZIALI NECESSARI AGLI OBIETTIVI DETERMINATI DALLA REGIONE PER LE CURE PRIMARIE.**

**PREMESSE.**

Nell'ultimo decennio si sta portando avanti una profonda reingegnerizzazione delle cure primarie, che ha visto realizzarsi, anche se non ancora compiutamente in tutto il territorio regionale, il passaggio dall'erogazione di prestazioni parcellizzate alla realizzazioni di percorsi condivisi tra gli operatori e tra questi e gli utenti, soggetti attivi nelle scelte e nella produzione della propria salute, trasformando il paradigma della medicina di attesa in medicina di iniziativa orientata alla "promozione attiva" della salute, alla responsabilizzazione del cittadino verso la propria salute, al coinvolgimento delle proprie risorse personali e sociali, alla gestione di percorsi assistenziali e alla continuità delle cure. In questo ambito, il medico di medicina generale, il pediatra di libera scelta e lo specialista ambulatoriale interno, vedono rafforzato il loro ruolo attraverso la realizzazione delle forme aggregate delle cure primarie e l'integrazione con le altre professionalità del territorio, che prevedono la rimodulazione dell'offerta assistenziale, sia in termini quantitativi con ampliamento degli orari di apertura degli ambulatori, prolungamento dell'orario nei giorni festivi, sia in termini qualitativi con modalità di facilitazione dell'accesso, diffusione dell'assistenza domiciliare integrata, per rispondere ai nuovi bisogni di salute dei cittadini per 24 ore e 7 giorni alla settimana. Tramite le forme a Rete delle cure primarie, quindi, si facilita la continuità assistenziale tra i diversi livelli (preventivo, ospedaliero, territoriale), si migliora in particolare la comunicazione tra le strutture territoriali ed ospedaliere e il MMG, il PLS e lo SAI. in relazione al ricovero dei pazienti, alla dimissione protetta, all'attuazione di percorsi diagnostici terapeutici condivisi, alla attivazione e alla partecipazione. Questi obiettivi si realizzano grazie alla disponibilità di strumenti informatici e telematici, per lo scambio di informazioni cliniche e per l'attuazione di procedure di tele consulto e telemedicina. Infine le forme di Rete di assistenza primaria consentono un maggior raccordo con le strutture coinvolte nelle attività di prevenzione, facilitando la realizzazione degli interventi previsti dalla Programmazione Nazionale e Regionale e aumentandone l'adesione degli assistiti. Particolare riguardo va data alla formazione del Medico Convenzionato. Per dare risposta al cittadino anche per le urgenze soggettive e minori e conseguentemente contenere l'affollamento dei pazienti al PS, si devono concretizzare modelli organizzativi innovativi che rappresentino un punto di riferimento per i cittadini sul territorio garantendo una risposta sanitaria possibilmente 24ore/24, con l'opportunità di usufruire al contempo delle eventuali consulenze specialistiche.

**CIÒ COMPORTA UN PATTO RECIPROCAMENTE VINCOLANTE TRA LA REGIONE ED I MEDICI CONVENZIONATI PER SOSTENERE E MIGLIORARE IL SSSR.**

Il modello tecnologico-scientifico della medicina moderna si caratterizza per la inevitabile frammentazione e parcellizzazione del sapere e dell'agire specialistico. In tale contesto invece la medicina generalista si pone come disciplina autonoma in grado di garantire e mantenere nel tempo una visione integrata ed olistica dei problemi, centrata sulla persona e sul processo di cura, non soltanto sulla malattia.

Essa infatti:

- si fonda su un approccio centrato sulla persona, orientato all'individuo, alla sua famiglia e alla comunità di appartenenza e su una relazione individuale che si sviluppa nel tempo attraverso una comunicazione efficace tra medico e paziente;
- garantisce la continuità longitudinale delle cure;
- utilizza uno specifico processo decisionale condizionato dalle modalità di presentazione dei problemi e dal contesto specifico in cui sono affrontati;
- si occupa dei problemi di salute acuti e cronici dei singoli pazienti in modo indifferenziato;
- promuove la salute ed il benessere dell'individuo e della collettività mediante interventi di prevenzione e di promozione della salute;
- tratta i problemi di salute nelle loro dimensioni fisiche, psicologiche, sociali, antropologiche.

La professione del medico di medicina generale (MMG) prevede quindi funzioni, attività e compiti definiti non solo da conoscenze scientifiche ma anche da abilità e capacità relazionali peculiari e specifiche che derivano dalle caratteristiche della disciplina, che pone il MMG come attore fondamentale del governo della domanda e dei successivi percorsi sanitari. La medicina generale è infatti il punto di primo contatto medico nell'ambito del sistema sanitario, fornisce accesso ai suoi utenti e tratta tutti i problemi di salute, indipendentemente da età, sesso, o da qualsiasi altra caratteristica dell'individuo e deve essere caratterizzata da flessibilità, integrazione, facilità di accesso e continuità delle cure.

#### TIPOLOGIE MEDICO CONVENZIONATO NEL VENETO

La presa in carico mediante l'applicazione di PDTA (percorsi diagnostico terapeutici assistenziali) condivisi con la medicina specialistica e ospedaliera, l'individuazione di modelli organizzativi sempre più evoluti, l'appropriatezza, l'informatizzazione, la formazione e, soprattutto, la valorizzazione del patrimonio professionale del medico convenzionato costituiscono gli elementi di qualità del sistema Veneto per le cure primarie.

#### PROFILO ASSISTENZIALE:

Elementi costitutivi:

- complessità assistenziale,
- qualità clinica ed organizzativa,
- accessibilità ed accoglienza,
- appropriatezza.

Criteri di valutazione

La consapevolezza che i modelli gestionali attuali non sfruttano appieno il patrimonio culturale e/o di competenze (soprattutto nell'area del saper fare).

La consapevolezza che l'esecuzione di visite periodiche strutturate (medicina d'iniziativa) migliora i risultati clinici.

La possibilità di “intercettare” una cospicua percentuale di patologia ancora sul territorio, e ridurre così il carico delle richieste di visita che grava sugli specialisti, il carico di lavoro in assoluto degli specialisti, e quindi le richieste improprie e le liste d’attesa.

La possibilità di implementare le diagnosi precoci.

La possibilità di “de-localizzare” i servizi quanto più vicino possibile al cittadino, sfruttando l’aggregazione dei medici e quindi dei pazienti intorno alle forme associative (medicine di gruppo integrate).

La gestione integrata fra assistenza primaria e secondaria, che è efficace più dell’assistenza secondaria da sola e più economica.

La possibilità di una riqualificazione professionale e di carriera per il MMG.

|   |
|---|
| Profilo assistenziale standard = ACN/AIR/NUOVA RETE |
|---|

|   |
|---|
| Il passaggio al livello superiore deve tener conto anche dei fattori di qualità dei medici interessati. |
|---|

|  |
|--|
| Profilo assistenziale integrato = ACN/AIR/INTEGRAZIONE CON IL DISTRETTO/MEDICINA DI GRUPPO |
|--|

#### OBIETTIVI DI SISTEMA:

- sviluppare sul territorio regionale un modello di reti assistenziali, che vedano coinvolti i medici/pediatri di famiglia ma anche i medici di continuità assistenziale e gli specialisti ambulatoriali interni, prevedendo una rimodulazione dell’offerta assistenziali non solo in termini di accessibilità (ampliamento degli orari di apertura degli ambulatori) ma anche rispetto a specifici obiettivi di salute
- completare l’attivazione del flusso informativo/co per le prestazioni relative all’Accordo collettivo nazionale e regionale, al DM del 26 febbraio 2010 (certificati telematici di malattia) e alla gestione dei Patti aziendali e degli obiettivi di sistema.
- dare attuazione alle reti funzionali territoriali (RFT) tramite obiettivi di salute e modalità organizzative del servizio (verso la continuità assistenziale h 12).
- utilizzare tali strumenti soprattutto per le attività necessarie al conseguimento degli obiettivi di sistema assegnati alla Azienda di appartenenza e, conseguentemente, anche ai MAP.
- contribuire al governo del sistema attraverso percorsi di appropriatezza che riguardano gli interventi considerati necessari ai fini di migliorare la qualità del servizio e consentire una nuova dimensione dell’offerta che privilegi l’assistenza territoriale. In questa fase, il ruolo del MAP è fondamentale e ciò comporta un approccio professionale articolato e costituito dal rapporto con i propri assistiti e con i diversi livelli della rete assistenziale in quanto solamente attraverso l’ottimizzazione dei percorsi di cura è possibile raggiungere i risultati attesi.

#### OBIETTIVI APPROPRIATEZZA:

- razionalizzazione della spesa farmaceutica;
- recupero di appropriatezza delle prestazioni specialistiche;
- recupero di appropriatezza dei ricoveri ospedalieri.

**OBIETTIVI DI SALUTE:**

Continuità delle cure, soprattutto, per:

- pazienti post-acuti dimessi dall'ospedale che corrono rischi elevati, ove non adeguatamente assistiti, di ritorno improprio all'ospedale. Essi necessitano di competenze clinico - gestionali ed assistenziali, in una struttura dedicata o a domicilio;
- pazienti cronici, stabilizzati sul territorio, o pazienti fragili con elevati bisogni assistenziali e rischio di ricoveri inappropriati ove non adeguatamente presi in carico. Il percorso di cura richiede una forte integrazione in team multidisciplinari di cure (medico, infermiere ed assistente sociale) con luogo di cura il domicilio del paziente o una struttura protetta;
- pazienti cronici complessivamente in buone condizioni di salute che hanno come bisogno il monitoraggio del loro stato di salute, risiedono al domicilio e hanno le caratteristiche necessarie per essere educati all'autocura e al self empowerment (diabete, asma).

**MODELLO**

Il modello funzionale di riferimento verso cui si orienta il sistema veneto presenta le seguenti dimensioni strategiche:

- il coinvolgimento delle risorse della comunità,
- il supporto all'autocura,
- l'organizzazione in team multiprofessionali,
- il supporto sistematico alle decisioni anche attraverso il potenziamento dei sistemi informativi.

**RETE ORIZZONTALE**

La rete orizzontale potrà garantire:

- la continuità assistenziale h 12 giornaliera, dal lunedì al venerdì, e dalle 8 alle 12 il sabato e prefestivi, attraverso l'articolazione strutturale e funzionale dell'attività degli studi dei MAP;
- il collegamento degli studi dei MAP con sistemi informatici tali da consentire l'accesso alle informazioni relative agli assistiti dei componenti della RETE (la gestione della scheda sanitaria individuale su supporto informatico mediante software tra loro interoperabili);
- potrà inoltre garantire la realizzazione di momenti di revisione della qualità delle attività e della appropriatezza interna alla RETE (Audit), per la promozione di comportamenti e coerenti con gli obiettivi dichiarati nei Patti aziendali.

**RETE VERTICALE TRA DIVERSE STRUTTURE D'OFFERTA**

La rete verticale potrà garantire:

- una effettiva integrazione tra la RETE dei MAP e la struttura informatica aziendale, con la finalità di assicurare una efficace sinergia nella adozione di modalità organizzative idonee a garantire l'assistenza h 24, al fine di consentire:
- l'integrazione informativa con la Continuità Assistenziale,

- l'integrazione informativa a garanzia dell'interazione e della collaborazione con le altre figure professionali della Medicina convenzionata (Specialistica Ambulatoriale Interna, PLS, in un'ottica di miglioramento della presa in carico),
- l'integrazione informativa con l'Ospedale e PS,
- l'integrazione informativa con i Centri servizio,
- l'integrazione informativa con i servizi sociali del Comune.

#### ORGANIZZAZIONE MAP NELLA RETE ASSISTENZIALE

Profilo assistenziale standard = NUOVA RETE (MAP n. 2596)

Profilo assistenziale integrato = MEDICINA DI GRUPPO (MAP n. 1.074).

La perdita dei requisiti di qualità può comportare la revoca della Medicina di gruppo integrata.

Le UTAP rientrano nella Rete con funzioni di coordinamento assistenziale ed azioni di supporto.

La Medicina di Gruppo integrata 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 e gestisce "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. Tale forma evoluta di collaborazione tra medici costituisce un elemento fondamentale della nuova Rete assistenziale territoriale e la Regione ne favorisce lo sviluppo pianificato.

#### FORMAZIONE CONTINUA

Il relativo profilo assistenziale dei MAP sarà valorizzato mediante la comunicazione e la formazione continua, in linea con quanto stabilito nel presente Progetto Cure Primarie, fornite attraverso la RETE, mediante supporto informatico, collegate ai processi di sviluppo clinico - organizzativo dell'assistenza primaria e su pacchetti formativi autogestiti anche dagli stessi medici convenzionati.

#### SPERIMENTAZIONE NUOVI SISTEMI DELLE CURE PRIMARIE

Le Aziende sanitarie possono presentare richiesta di autorizzazione per progetti innovativi per la gestione delle Cure primarie relativi, soprattutto, a modelli erogativi per obiettivi di salute e a forme di autogestione dell'assistenza primaria.

#### IL PATTO-TIPO REGIONALE: CRITERI DI DEFINIZIONE

L'obiettivo è definire una modalità di presa in carico dei bisogni degli utenti, garantendo un'assistenza continuativa nell'arco delle 24 ore da parte di un'équipe multidisciplinare formata da professionalità diverse e complementari; lo scopo è non solo quello di migliorare l'efficacia dell'assistenza, ma anche qualificare maggiormente le attività della medicina territoriale, inquadrando in modo più compiuto il medico di famiglia, e le relazioni di questo con l'azienda, nel sistema sanitario.

La Regione esercita le funzioni di indirizzo, monitoraggio, verifica e controllo, tramite il supporto tecnico di una Commissione nominata con decreto del Segretario regionale alla Sanità.

Le Aziende la gestione dei Servizi per l'erogazione dei LEA.

La contrattazione economica è di esclusiva competenza regionale.

Le Aziende debbono realizzare, tramite il Patto, il Modello per le Cure primarie, qui descritto.

La proposta di Patto va inviata alla Regione per l'approvazione, sentita l'apposita Commissione regionale.

**SCHEMA OPERATIVO:**

|  |
|--|
| OSPEDALE (integrazione)  |
| <input type="checkbox"/> Centrale operativa infermieristica: supporta con i Medici di Famiglia il coordinamento dell'assistenza domiciliare delle dimissioni protette, della continuità assistenziale e il costante collegamento con i medici.   |
| <b>DISTRETTO</b>   |
| <input type="checkbox"/> Piano attuativo locale e Patti aziendali. Centri di cure primarie: punti prelievo e poliambulatorio. UVMD.  |
| <b>RESIDENZIALITÀ INTERMEDIA</b>   |
| <input type="checkbox"/> gestita dal MAP in Ospedale di comunità, RSA e Centri servizi.  |
| <b>ADI</b>   |
| <input type="checkbox"/> Equipe infermieristica ADI: eroga l'assistenza sanitaria a livello domiciliare o ambulatoriale su indicazione del MMG o secondo il piano concordato in UVMD.  |
| <b>ASSISTENZA PRIMARIA</b>   |
| <input type="checkbox"/> UTAP/GRUPPO integrato e nuova RETE debbono garantire: punto unico d'accesso al sistema > gestione del percorso del paziente > informatizzazione degli studi medici ed operatività flussi informativi > organizzazione in Rete Funzionale Territoriale orizzontale e verticale > continuità dell'assistenza h12 e h24 > obiettivi e indicatori misurabili di qualità clinica ed organizzativa, di accessibilità ed accoglienza, di appropriatezza. |
| <b>RISORSE:</b>  |
| <input type="checkbox"/> AIR: Nuova Rete 4,70/Ass.; Medicina di gruppo integrata 10,10/Ass.  |
| <input type="checkbox"/> PATTI AZIENDALI: Quote A e B (3,10 + 1,35).   |
| <input type="checkbox"/> APPROPRIATEZZA: Quote C (riallocazione di risorse) e D (fornitura beni e servizi), a risultato conseguito   |
| <input type="checkbox"/> ACN. 0,81/assistito.  |
| <input type="checkbox"/> Oneri informatizzazione.  |