



# REGIONE DEL VENETO

giunta regionale  
9<sup>a</sup> legislatura

Struttura amministrativa competente:  
Direzione Attuazione Programmazione  
Sanitaria

Presidente  
Vicepresidente  
Assessori

			P	A
Luca	Zaia		X	
Marino	Zorzato		X	
Renato	Chisso		X	
Roberto	Ciambetti		X	
Luca	Coletto		X	
Maurizio	Conte		X	
Marialuisa	Coppola		X	
Elena	Donazzan		X	
Marino	Finozzi			X
Massimo	Giorgetti		X	
Franco	Manzato		X	
Remo	Sernagiotto		X	
Daniele	Stival		X	

Segretario Mario Caramel

## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n.

1666

del 18 OTT. 2011

OGGETTO: Assistenza territoriale tramite le cure primarie. Linee di indirizzo e operative per l'attuazione della D.G.R. n. 41 del 18.1.2011 – medicina generale

NOTE PER LA TRASPARENZA: riorganizzazione della Medicina convenzionata per garantire la continuità delle cure e dell'assistenza in ogni parte del territorio regionale.

L'Assessore, Luca Coletto, riferisce quanto segue.

Il futuro della sanità è sempre più proiettato sul Territorio con la valorizzazione dell'assistenza primaria (medici di base e specialisti) nel ruolo cardine del futuro dell'assistenza.

Per rispondere a tale prospettiva e per conseguire i suddetti obiettivi fondamentali il Sistema Socio – Sanitario Veneto deve impegnarsi nell'attuazione di una ineludibile inversione, sotto il profilo sia programmatico che operativo, del processo assistenziale alla persona, con salvaguardia della continuità assistenziale ed in una logica di rete a forte integrazione socio-sanitaria:

- sistema delle assistenze domiciliari,
- sistema delle assistenze ambulatoriali,
- sistema delle assistenze residenziali extraospedaliere.

Un sistema socio-sanitario in cui le parti componenti dello stesso – le Aziende sanitarie territoriali – gestiscono i servizi sanitari e sociali del processo assistenziale, ponendosi obiettivi di salute tenendo conto delle risorse disponibili. Il suddetto sistema socio-sanitario deve basare le proprie prospettive configurandole, per quanto attiene agli assetti programmatici, sulla epidemiologia della popolazione di riferimento; essa deve essere assunta a fondamento di ogni decisione programmatica, strutturandola sugli standard più elevati delle attuali specifiche conoscenze.

L'inversione del processo assistenziale alla persona va realizzato attraverso alcune azioni, quali:

- coinvolgimento e responsabilizzazione dei medici di famiglia. Ci deve essere un reale coinvolgimento "forte" dei medici di medicina generale nella definizione di linee guida, protocolli diagnostici e terapeutici e nella concreta integrazione con i colleghi medici dipendenti, prevedendola in sede di accordi a livello regionale e realizzandola nell'ambito territoriale di ciascuna ULSS, con assunzione da parte degli stessi della piena responsabilità sui risultati da raggiungere (Patti e Contratti Aziendali). Lo sviluppo della Medicina delle Cure Primarie (MCP) è la chiave di volta della continuità assistenziale. Il MMG deve essere valorizzato, ma al contempo va responsabilizzato rispetto al corretto utilizzo delle risorse pubbliche ancorché sia legato al S.S.N. da un rapporto di lavoro di non dipendenza; in sintesi si tratta di dare applicazione uniforme ed equoordinata al generale principio del "rendere conto" da parte di chiunque usi risorse pubbliche, interfacciando e monitorando nel tempo i comportamenti individuali dei professionisti per metterli in relazione/a confronto con il budget assegnato per la soddisfazione dei bisogni specifici degli assistiti.

Necessaria è la definizione e approvazione di percorsi diagnostici e terapeutici che, condivisi il più diffusamente possibile, rendano concreta la standardizzazione in termini effettivi dei profili di cura attuati nelle diverse strutture costituenti il sistema socio-sanitario. A tale proposito si rende sempre più necessario che vengano adottati indicatori/misure di risultato di salute espliciti da parte dell'organizzazione sanitaria.

Si dovrà avviare un reale potenziamento della rete di assistenza territoriale che si realizzi con:

- il rafforzamento e il consolidamento della politica ultra ventennale di integrazione sociale - sanitario, che ha consentito risposte concrete ed uniformi anche nelle piccole realtà comunali, procedendo alla corretta ripartizione/attribuzione dei correlati oneri finanziari ai due ambiti interessati; integrazione che rappresenta la condizione operativa per realizzare in concreto la continuità assistenziale. È in merito necessaria, a livello programmatico, una migliore definizione degli obiettivi da conseguire da parte delle ULSS e dei Comuni, dei modelli organizzativi e gestionali possibili e degli indicatori di verifica dei risultati;
- il completamento, anche nella prospettiva di una sua indifferibile riqualificazione, ed il potenziamento della Rete residenziale e semi residenziale extraospedaliera sia per l'assistenza intensiva che estensiva.
- lo sviluppo e il consolidamento dell'assistenza domiciliare nelle diverse forme, con particolare riferimento all'ADIMED ed alla ospedalizzazione domiciliare.
- razionalizzazione dell'assistenza specialistica per risolvere il problema delle liste di attesa, obiettivo realizzabile anche con l'attivazione di sedi poliambulatoriali ad alto contenuto tecnologico utilizzando possibilmente presidi ospedalieri dismessi (decentramento/diffusione delle attività specifiche sul territorio). Parallelamente ad un uso più efficiente delle prestazioni in alcuni specifici settori, va perseguita una capillare quanto costante formazione sociale della comunità e aggiornamento del personale medico sul percorso clinico.

Riorganizzazione dell'assistenza primaria. DGR n. 41 del 18.11.2011.

Da medico solitario a professionista integrato, in un sistema di condivisione e flessibilità che gioverà ai pazienti e alle loro famiglie. Questa la peculiarità del modello di assistenza primaria che permetterà di garantire una migliore accessibilità ed affrontare pazienti sempre più «consumatori di assistenza.» Di fronte a soggetti con patologie multiple, persone sane i cui stili di vita scorretti gravano sulla loro salute futura e un'età media dei pazienti in progressivo aumento (si prevede che entro il 2050 la popolazione degli ultra 75enni veneti raddoppierà dal 9,5% attuale al 15%) con conseguente incremento dei problemi di salute correlati, oltre che alla malattia, anche ad autonomia, disabilità e complessità gestionale, assume fondamentale importanza la proposta di nuovi modelli di accessibilità alle cure primarie capaci di rispondere alle diverse esigenze degli utenti. La soluzione individuata nella proposta operativa della Regione Veneto è orientata ad una riorganizzazione delle cure primarie in vere e proprie forme di Rete di assistenza che, grazie alla disponibilità di strumenti informatici e telematici, possano favorire lo scambio di informazioni cliniche e di conseguenza la continuità assistenziale tra i diversi livelli - preventivo, ospedaliero, territoriale - garantendo una visione integrata delle problematiche e centrata sulla persona nel suo processo di cura. Una riorganizzazione volta ad una valorizzazione del territorio e del ruolo specifico e centrale del medico di famiglia operante in quel territorio. La svolta di un sistema che non sia più ospedale-centrico ma che investa sul territorio e indichi la strada da intraprendere per il futuro professionale. Si tratta di un traguardo che è frutto di una cultura associativa che si concretizza nella realizzazione di Reti in grado di fornire un servizio 24 ore su 24 per il miglioramento della qualità della salute di tutta la popolazione veneta.

L'obiettivo della Regione è quello di un'organizzazione distrettuale delle cure primarie che possa fungere da soggetto regolatore per il medico di famiglia, il quale si troverà quindi all'interno di un sistema razionale oltre che relazionale con i propri pazienti.

Dalle migliori pratiche aziendali risulta che le forme aggregative (soprattutto, Medicina di Gruppo Integrata) sono in grado di sviluppare effettivamente la Rete dell'Assistenza primaria. Pertanto, l'azione regionale si orienta su tale scelta che verrà attuata gradualmente in relazione all'ulteriore crescita professionale della Medicina convenzionata e alla riallocazione di risorse dall'Ospedale al Territorio.

Elementi essenziali del Progetto per la Riorganizzazione della Medicina generale:

- Obiettivo: garantire la continuità delle cure e dell'assistenza in ogni parte del territorio regionale, attraverso lo sviluppo della Rete delle Medicine di Gruppo Integrate.
- Quadro di riferimento: il Progetto è l'espressione delle migliori pratiche aziendali nell'Assistenza primaria, deriva da una analisi della situazione esistente (tutta la documentazione è agli atti della struttura regionale competente) ed è conforme ai principi di cui all'articolo 8, comma 1, lettera e) e f) del D lgs n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni. Il Documento, "**Allegato A**", costituisce applicazione innovativa dell'impianto normativo delineato dallo stesso D lgs n. 502/92. Tiene conto dei principi fissati nel nuovo PSN e degli indirizzi del PSSR 2012 – 2014 il cui DdL è all'esame del Consiglio regionale.
- Modello: descritto nel documento allegato – "**Allegato A**" - al presente atto per costituirne parte integrante ed essenziale, che prevede le modalità per il passaggio dei Medici di Assistenza Primaria nella Medicina di Gruppo Integrata.
- Attuazione: tavoli tecnici con le OOSS, su aree sistema. Selezione e avvio di sperimentazioni per verificare l'efficacia del modello delineato dagli indirizzi regionali.
- Tempi: 2012-2013-2014.
- Monitoraggio e Verifica: attraverso l'Organismo Tecnico
- Monitoraggio Piani Aziendali: attraverso la Commissione regionale Cure Primarie.

Il relatore conclude la propria relazione e propone all'approvazione della Giunta Regionale il seguente provvedimento.

#### LA GIUNTA REGIONALE

UDITO il relatore, incaricato dell'istruzione dell'argomento in questione ai sensi dell'art. 33, 2° comma, dello Statuto, il quale dà atto che la struttura competente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione regionale e statale;

- VISTI gli AACCN del 2009/2010 per la disciplina dei rapporti con i Medici convenzionati.
- VISTA la D.G.R. n. 41 del 2011.

#### DELIBERA

1. di approvare il Documento descritto nell'elaborato allegato – "**Allegato A**" - al presente atto per costituirne parte integrante ed essenziale, che prevede le modalità per il passaggio dei Medici di Assistenza Primaria nella Medicina di Gruppo Integrata;
2. di costituire, dal 2012, un Fondo alimentato da risorse del capitolo 060009 o equivalente, del bilancio regionale degli esercizi di competenza, per finanziare il passaggio dei Medici di Assistenza Primaria nella Medicina di Gruppo Integrata, di euro 20.705.427,00.=, ripartiti negli anni: 2012: euro 6.901.809,00.= – 2013: euro 13.803.618,00.= – 2014: euro 20.705.427,00.=;
3. di stabilire che l'attivazione delle singole Medicine di Gruppo Integrate dovrà essere espressamente autorizzata dalla Giunta Regionale e che le forme della medicina di gruppo senza sede unica saranno concesse per particolari condizioni organizzative e/o territoriali per un periodo non oltre il 31.12.2013;
4. di incaricare il Segretario Regionale per la Sanità di costituire un Organismo Tecnico con il compito di verificare le richieste aziendali per l'attivazione delle Medicine di Gruppo Integrate, di fornire alla

Giunta Regionale il proprio parere in merito, con particolare attenzione al governo clinico e alla sostenibilità economica conseguiti dalle forme associative in oggetto e verifica annuale dell'andamento delle stesse;

5. di affidare alla Commissione regionale per le Cure Primarie il compito di monitorare i Piani Aziendali Sviluppo Cure Primarie e di predisporre annualmente una relazione alla Giunta Regionale;
6. di sottoporre il presente atto all'attenzione del Comitato regionale per la medicina generale per le valutazioni di competenza, in merito alla fase attuativa;
7. di dare atto che la presente deliberazione non comporta spesa a carico del bilancio regionale;
8. di pubblicare nel Bollettino Ufficiale della Regione il presente atto.

Sottoposto a votazione, il provvedimento è approvato con voti unanimi e palesi.

IL SEGRETERIO  
F.to Avv. Mario Caramel

IL PRESIDENTE  
F.to Dott. Luca Zaia



RR/mav  
(06-Assistenza territoriale cure primarie MG)



**ASSISTENZA TERRITORIALE TRAMITE LE CURE PRIMARIE.  
LINEE DI INDIRIZZO E OPERATIVE PER L'ATTUAZIONE  
DELLA DGR N. 41 DEL 2011 - MEDICINA GENERALE**

## 1 IL CONTESTO

Il presente documento esplicita il quadro di riferimento per l'Assistenza Primaria delineato dalla DGR n. 41 del 18.1.2011.

Per riorganizzare l'Assistenza Primaria è necessario tener conto del contesto formato dal vigente sistema delle Cure Primarie e dei nuovi indirizzi formulati nel documento di PSSR 2012 - 2014, approvato dalla Giunta Regionale e, ora, all'esame del Consiglio.

## 2 ASSISTENZA PRIMARIA: IL MODELLO DI RIFERIMENTO

Per conseguire gli obiettivi di assistenza definiti negli atti di programmazione regionale, progressivamente è stato costruito nel corso del tempo un modello organizzativo e funzionale di Distretto Socio Sanitario, costituito da Aggregazioni Funzionali Territoriali nell'ambito delle quali operano i MMG nelle forme associative previste (*Medicina di gruppo integrata, quale punto di riferimento della rete delle AFT*) e, per consentire una maggiore operatività, coordinati in team funzionali. In questo modo si realizza la rete orizzontale tra medici e si pongono le condizioni per quella verticale con le altre strutture del sistema, per garantire la continuità delle cure e dell'assistenza, su tutto il territorio regionale, secondo appropriatezza.

### 2.1 La Medicina di Gruppo Integrata, descrizione

In letteratura e nell'esperienza operativa, il modello strutturale, organizzativo e funzionale dell'Ospedale risulta ben definito; molto rimane ancora da delineare per quanto riguarda il Territorio. Pur esistendo precisi riferimenti teorici<sup>1</sup> e normativi<sup>2</sup> sui principi, sugli elementi principali, sui livelli e sulle caratteristiche operative del Territorio (Primary Care o Assistenza Primaria), le realizzazioni pratiche fino ad oggi attuate hanno sofferto di notevole incertezza e variabilità. Sia i Distretti socio sanitari che la Medicina di famiglia non hanno ancora trovato, nelle maggior parte delle realizzazioni pratiche, un modello organizzativo omogeneo e pienamente rispondente ai bisogni di salute dei cittadini.

La ricerca di questi modelli si è sviluppata lungo le seguenti direttrici:

- adottare l'orientamento della Organizzazione Mondiale della Sanità verso il "care near to patient", ispirandosi ai principi della accessibilità e della equità, della validità scientifica e della accettabilità sociale dei metodi, del coinvolgimento della comunità nella progettazione, realizzazione e valutazione degli interventi, della sostenibilità economica degli stessi puntando sulla loro appropriatezza clinica e organizzativa;
- assumere una visione in cui il Territorio sia caposaldo della cronicità e l'Ospedale sia caposaldo dell'acuzie, collocando la gestione delle patologie croniche a livello territoriale;
- riconoscere, nel perseguire lo sviluppo complessivo del Territorio, le caratteristiche operative dell'Assistenza Primaria, la quale è: generalista, includendo la promozione della salute, la prevenzione delle malattie, la diagnosi, la cura e la riabilitazione; olistica, essendo interessata alla persona nel contesto della famiglia e della comunità; continua, poiché usa tipicamente strategie di presa in carico e di controllo nel tempo dei problemi di salute.

La pratica attuazione dei principi suesposti è facilitata dall'ulteriore sviluppo del Sistema Informativo Aziendale il quale, sulla base di una informatizzazione sempre più spinta a tutti i livelli, già oggi permette un'ampia condivisione del fascicolo socio sanitario di ogni assistito tra l'Ospedale, i Servizi del Distretto e del Comune di residenza ed il Medico di famiglia.

In prima istanza diventa quindi strategico porre l'enfasi sulla capacità di "leggere" i bisogni assistenziali e di "governare" la domanda di prestazioni espressa verso tutti i poli della rete sociosanitaria, dando spazio ad un'idea di programmazione aderente alla realtà locale e fondata sull'analisi e sulla valutazione di obiettivi di

<sup>1</sup> dalla Carta di Alma Ata del 1978 alla Definizione europea di Medicina di famiglia del 2003 del Wonca Europe

<sup>2</sup> dalla Legge 83/1978, al DPCM 1402/2001 sull'integrazione socio sanitaria alla normativa regionale veneta sui Distretti socio sanitari



salute per il singolo e per la Comunità. È questa una programmazione che trova definizione nel Territorio e che non si limita alla mera razionalizzazione della spesa secondo parametri centralistici privi di una corrispondenza locale.

Il modello di riferimento, esito delle esperienze in corso, per lo sviluppo delle Cure Primarie (Medicina di Famiglia) risulta coerente agli indirizzi strategici regionali e funzionale al perseguimento gli obiettivi di programmazione territoriale attraverso:

- un approccio al Territorio caratterizzato da una programmazione triennale della domanda e dell'offerta coerente con i bisogni di salute della popolazione, attraverso la formulazione di un Piano delle Cure Primarie quale strumento di governo unitario delle politiche per la salute e delle strategie aziendali per il conseguimento di obiettivi correlati alla gestione integrata dei pazienti ed alla continuità dell'assistenza;
- la progettazione di modelli organizzativi per migliorare e razionalizzare l'accessibilità all'assistenza primaria su tutto il territorio aziendale, utili a garantire l'assistenza attraverso una rete diffusa e qualificata, quale interconnessione di nodi organizzativi innovativi e multiprofessionali, caratterizzati da livelli di complessità differenti.

Queste azioni si inseriscono in un contesto di riferimento più ampio, regionale, nella prospettiva di consolidare e sviluppare gli orientamenti già espressi e di prevedere una loro possibile evoluzione.

Nel lungo periodo l'assistenza primaria dovrà progressivamente essere in grado di:

- migliorare l'equità nell'accesso ai servizi sanitari e nella salute della popolazione;
- affrontare la cronicità e la comorbidità;
- favorire il mantenimento della persona nel proprio ambiente di vita e al proprio domicilio;
- mantenere un'elevata qualità delle caratteristiche tipiche dell'assistenza primaria (es. la relazione interpersonale, l'assistenza basata sulla persona e non sulla malattia, la continuità ed il coordinamento dell'assistenza).

Nel richiamato PSSR 2012-2014 sono obiettivi strategici da perseguire:

- la continuità dell'assistenza, anche attraverso l'implementazione di protocolli condivisi che garantiscano l'integrazione tra Ospedale e Territorio;
- la gestione integrata dei pazienti, attraverso l'implementazione di percorsi assistenziali e l'integrazione tra sociale e sanitario;
- la promozione della salute e l'implementazione di una medicina di iniziativa;
- la sostenibilità economica, realizzabile attraverso il governo clinico e della domanda.

Di qui la necessità di sviluppare un piano di riqualificazione delle forme associative della medicina convenzionata, che faciliti prioritariamente:

- la costituzione di team multiprofessionali bene integrati;
- la specificazione dei problemi a cui il team deve rispondere, affidando ruoli e funzioni alle diverse figure professionali;
- la presa in carico dei problemi della cronicità attraverso metodi di medicina attiva;
- un ottimale uso delle competenze delle diverse professionalità;
- la realizzazione della completa informatizzazione del fascicolo socio-sanitario.

### **3 ORGANIZZAZIONE TERRITORIALE**

#### **3.1 Aggregazioni Funzionali**

Il modello organizzativo che viene qui descritto è parte del processo di implementazione della Medicina di Gruppo Integrata, sostiene lo sviluppo delle forme associative più evolute al fine di acquisire il maggior numero possibile di assistiti e garantire una risposta appropriata, lungo le 12 ore, alle richieste dei pazienti, in ogni parte del territorio regionale.



I nuovi principi fissati dalla DGR 41 del 18.1.2011 vengono accompagnati dalle indicazioni operative contenute nel presente documento.

**Le Aggregazioni Funzionali Territoriali - AFT svolgono funzioni di coordinamento, e non di erogazione, tra gli studi medici in esse presenti.**

Con le Aggregazioni Funzionali Territoriali si realizzano le condizioni per l'integrazione professionale delle attività dei medici e per il conseguimento degli obiettivi di assistenza.

Le Aziende individuano le AFT in relazione ai seguenti criteri: riferimento all'ambito di scelta e comunque intra distrettuale; popolazione assistita non superiore a 30.000 e comunque con un numero di medici, di norma, non inferiore a 15/20, organizzati in team. L'estensione territoriale della AFT risulterà dalla convergenza di due fattori: limitazione all'estensione al fine di facilitarne l'accessibilità; caratteristiche morfologiche del territorio (urbano, rurale, montano).

Si prevede l'attivazione di 3 AFT per ciascuno dei 53 Distretti attualmente presenti, per un totale di 159 AFT in tutto il territorio regionale.

La AFT è costituita con atto del Direttore Generale, previo parere del Comitato Aziendale. La delibera individuerà i nominativi dei MMG facenti parte della AFT. Entro trenta giorni dalla costituzione della AFT, i medici che ne fanno parte designano, mediante consultazione avviata dalla Azienda, il Medico coordinatore che sarà nominato dal Direttore Generale, in base alle procedure definite nel Comitato aziendale.

### **3.2 Compiti ed attività del MMG nelle AFT**

Nelle AFT i medici di Medicina Generale garantiscono:

- compiti ed attività previsti nell'ACN e nell'AIR.

Tutto ciò è attuato, nella fase transitoria, attraverso i Medici, nelle modalità in cui sono organizzati:

- Medicina di Gruppo anche integrata con o senza sede unica;
- Rete, Associazione semplice e Singolo.

### **3.3 Rete, associazione semplice e singolo**

**Nelle AFT operano i medici attualmente in rete, associazione e singoli** e vi aderiscono allo scopo di:

- promuovere l'equità nell'accesso ai servizi sanitari, socio-sanitari e sociali nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza, anche attraverso l'individuazione di percorsi di integrazione tra assistenza primaria e continuità assistenziale;
- promuovere la diffusione e l'applicazione delle buone pratiche cliniche sulla base dei principi della "evidence based medicine", nell'ottica più ampia della "clinical governance";
- promuovere e diffondere l'appropriatezza clinica e organizzativa nell'uso dei servizi sanitari, anche attraverso procedure sistematiche ed autogestite di "peer review";
- promuovere modelli di comportamento nelle funzioni di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione ed assistenza orientati a valorizzare la qualità degli interventi e al miglior uso possibile delle risorse, pubbliche e private, quale emerge dall'applicazione congiunta dei principi di efficienza e di efficacia;
- avvalersi, nelle proprie attività, del Distretto di riferimento, come erogatore di servizi e funzioni utili al raggiungimento degli obiettivi assistenziali e condividere i relativi indicatori;
- partecipare a programmi di aggiornamento/formazione e a progetti di ricerca concordati con il Distretto e coerenti con la programmazione regionale e aziendale.

L'AFT, al fine di assicurare i bisogni assistenziali della popolazione di riferimento, con particolare attenzione a quelli cronici e fragili, può rimodulare al proprio interno il carico assistenziale di ciascun medico.

### **3.4 Forme associative evolute**

Le forme associative concorrono all'implementazione graduale di modelli organizzativi in grado di garantire assistenza nelle 24 ore, 7 giorni su 7, anche attraverso lo sviluppo di *Sistemi Operativi*, coordinando le risposte e i trasferimenti dall'Ospedale alle strutture territoriali (ammissioni e dimissioni protette), in costante collegamento tra i medici di famiglia.



Le forme associative possono essere classificate nel seguente ordine:

- *Medicina di Gruppo/Integrata con sede unica: indennità base: euro 10,10 + 3,10 + 1,35 = euro 14,55 ass./anno più contratto di esercizio.*
- *Medicina di Gruppo senza sede unica: indennità base: euro 6,00 + 3,10 + 1,35 = euro 10,45 ass./anno più contratto di esercizio.*

### **MEDICINA DI GRUPPO INTEGRATA (l'attivazione di tale forma associativa è sottoposta ad autorizzazione della Giunta Regionale)**

Il modello organizzativo di riferimento che viene proposto per una riorganizzazione territoriale complessiva della Primary Care, è rappresentato dalla Medicina di Gruppo Integrata, che:

- è *Medicina di Gruppo perché risponde ai requisiti previsti dalle Linee-guida introdotte dall'ACR per la Medicina Convenzionata (DGR n.4395 del 30/12/2005);*
- è integrata perché si avvale di risorse messe a disposizione dal Distretto (es. personale infermieristico ed amministrativo) e dalle Amministrazioni comunali (es. assistente sociale e personale amministrativo);
- coglie i risultati più significativi della sperimentazione delle UTAP e delle altre esperienze associative evolute della Medicina Generale e li diffonde su tutto il territorio.

Le caratteristiche di questa forma organizzativa la rendono determinante nell'assetto territoriale dell'assistenza primaria in quanto:

- si rivolge ad un bacino di popolazione determinato;
- rappresenta un nodo di una rete ed un punto di riferimento territoriale ben riconoscibile;
- si fonda sul lavoro multi professionale in cui sono coinvolti Medici ma anche Specialisti, infermieri, assistenti sociali, amministrativi, allo scopo di costituire un riferimento unitario per i pazienti e le loro famiglie;
- è un luogo privilegiato per l'integrazione socio-sanitaria;
- garantisce i LEA, esigibili attraverso obiettivi di qualità clinica ed organizzativa, misurabili attraverso opportuni indicatori;
- realizza programmi di prevenzione, eroga prestazioni per il paziente acuto e gestisce il paziente cronico con possibilità di "personalizzazione" delle cure;
- implementa percorsi diagnostico-terapeutici, basati sull'evidenza scientifica;
- raccoglie dati socio-epidemiologici e mappa i bisogni locali;
- è supportata da una rete informativa-informatica.

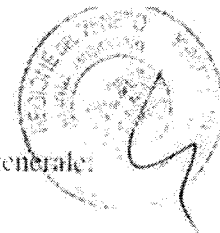
Sul piano operativo, si possono così declinare i compiti per ciascuna area, che saranno definiti con apposito Contratto d'esercizio:

#### a) Prevenzione

- vaccinazione nell'ambito di campagne vaccinali;
- partecipazione attiva alle campagne di screening, anche attraverso l'aggiornamento e la revisione degli elenchi nominativi della popolazione eleggibile;
- attività di prevenzione e di promozione della salute, anche attraverso l'applicazione di metodiche di counselling. Un ambito di specifico interesse riguarda la prevenzione del rischio cardiovascolare, fondata su strategie innovative che coinvolgono altre figure professionali, nonché supportate dall'utilizzo/coinvolgimento di "risorse" della Comunità (es. palestre e luoghi di ritrovo, associazioni di volontariato, organizzazioni sociali, ecc.).

#### b) Prestazioni e processi assistenziali

- visite domiciliari ed ambulatoriali a scopo diagnostico e terapeutico;



- trattamento delle patologie a maggiore prevalenza e di competenza della medicina generale;
- procedure tecniche mediche e trattamento dei problemi più comuni;
- diagnostica rapida per piccola patologia ambulatoriale;
- primo contatto, diagnostica e coordinamento dell'assistenza per problemi acuti;
- primo contatto per problemi psicosociali e problemi "senza diagnosi".

c) Gestione della cronicità

- supporto all'autogestione del paziente, aiutandolo ad acquisire le capacità necessarie ad affrontare e risolvere i problemi di salute e a porsi obiettivi di miglioramento (es. nel campo dell'alimentazione, dell'esercizio fisico, delle automisurazioni cliniche, dell'uso dei farmaci);
- adozione di percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali basati sull'evidenza scientifica atta a delineare gli standard per garantire un'assistenza ottimale ai pazienti cronici;
- presa in carico della terminalità e del paziente fragile, attraverso l'implementazione della apposita scheda;
- gestione della domiciliarità, delle dimissioni protette, delle cure palliative.

d) Integrazione socio sanitaria

La presenza dell'Assistente Sociale nelle Medicine di gruppo facilita la collaborazione tra la Medicina di Famiglia, gli Enti Locali, il Distretto e le Organizzazioni Sociali e del Volontariato in modo da riuscire a rispondere in forme e modi diversi alle complessità socio sanitarie delle persone e delle famiglie.

Inoltre, nella sede della Medicina di Gruppo, possono essere garantite le seguenti funzioni:

- prenotazioni degli appuntamenti e gestione delle agende dei Medici di famiglia;
- effettuazione di prenotazioni per prestazioni specialistiche (CUP), con specifico riferimento a quelle con priorità B e per fasce deboli di popolazione;
- distribuzione/ritiro di moduli per richieste varie (es. invalidità, ausili, assistenza domiciliare, ecc.) e di materiale illustrativo per la preparazione all'effettuazione di esami ed accertamenti (consegna provette, ecc.);
- punto prelievi;
- prestazioni, in base ad accordi aziendali e su specifici progetti, di codici bianchi e verdi, inviati dal Pronto Soccorso.

**MEDICINE DI GRUPPO SENZA SEDE UNICA (solo per la fase transitoria e fino al 31.12.2013)**

*Per consentire lo sviluppo pianificato delle forme associative evolute, determinato dalla esigenza di garantire uno standard per l'Assistenza primaria compatibilmente con lo sviluppo della Medicina convenzionata, viene introdotta in via sperimentale la Medicina di gruppo senza sede unica.*

Al fine di assicurare una migliore disponibilità del servizio, di ampliare l'orario di accesso all'attività ambulatoriale, di favorire una presenza organizzata e possibilmente omogenea, di assicurare una miglior continuità assistenziale e di sperimentare interventi di razionalizzazione della spesa, programmazione, prevenzione, educazione sanitaria, audit, ricerca, (...) al medico in MEDICINA DI GRUPPO SENZA SEDE UNICA, viene chiesto:

- 1) di aderire al coordinamento degli orari di apertura dei singoli studi, in modo da garantire un orario di almeno otto ore giornaliere, distribuite tra mattino e pomeriggio per 5 giorni alla settimana, per quanto possibile su prenotazione, salvo le urgenze;
- 2) di impegnarsi a svolgere la propria attività ambulatoriale anche nei confronti degli assistiti dei Colleghi aderenti al proprio Gruppo;



- 3) di coordinarsi per l'effettuazione delle visite domiciliari, al fine di una prestazione più pronta;
- 4) di coordinarsi per l'effettuazione degli accessi di assistenza programmata domiciliare ed Integrata, in modo da garantire la continuità di tale forma assistenziale sia nell'arco della giornata sia anche nei periodi di assenza di uno o più medici del gruppo o, eventualmente nei casi di urgenza, nel rispetto delle modalità previste dall'Accordo nazionale in materia di recepimento delle chiamate;
- 5) di gestire la scheda sanitaria individuale su supporto informatico mediante software tra loro compatibili;
- 6) di aver attuato il collegamento reciproco degli studi medici con sistemi informatici tali da consentire, su richiesta e con il consenso del paziente, l'accesso alle informazioni relative agli assistiti dei componenti il proprio Gruppo;
- 7) di utilizzare, da parte di ogni medico, sistemi di comunicazione informatica di tipo telematico per il collegamento con i centri di prenotazione della Azienda e l'eventuale trasmissione dei dati epidemiologici e 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 e per la promozione di comportamenti prescrittivi uniformi e coerenti con gli obiettivi dichiarati dal medesimo Gruppo;
- 8) di adottare linee guida diagnostico-terapeutiche condivise e nell'ambito delle attività di formazione professionale dei Medici di Medicina Generale;
- 9) di realizzare ulteriori possibilità assistenziali per quanto riguarda gli aspetti organizzativi in relazione ai bisogni della salute della popolazione o a forme di sperimentazione organizzativa del servizio che saranno concordate di volta in volta con l'Azienda;

### 3.5 Contratto di esercizio

Il contratto di esercizio stipulato tra l'Azienda e la Medicina di Gruppo Integrata costituisce lo strumento attraverso il quale vengono concordate con il Distretto le modalità d'uso dei fattori produttivi per consentire *l'erogazione delle prestazioni aggiuntive che favoriscano la riallocazione di processi assistenziali nel territorio identificando le risorse necessarie.*

### 3.6 Orario della forma associativa della Medicina di Gruppo senza sede

Il Medico di Famiglia organizzato in Medicina di Gruppo senza sede è tenuto a garantire attraverso accordi interni ai componenti della AFT/team, la *disponibilità oraria complessiva (nello studio e per le attività esterne) di 32 ore ripartite nei sei giorni della settimana, dal lunedì al venerdì e sabato come da contratto.* Viene considerato orario aggiuntivo quello utilizzato nelle attività compatibili in Centri servizi, Ospedali di comunità, Hospice, aggiornamento, medico formatore e altro. Tali incarichi, vengono retribuiti secondo tariffe prestabilite. La copertura assistenziale di otto ore giornaliere del team è assicurata attraverso il coordinamento degli studi dei medici in gruppo.

Gli obblighi di rintracciabilità (dalle ore 8 alle ore 20.00), sono a carico della AFT/team e la responsabilità individuale è determinata in base all'organizzazione del lavoro risultante dalla carta dei servizi, sottoscritta da tutti i medici del team ed esposta in ogni studio medico.

Per quanto riguarda l'orario della Medicina di Gruppo con sede si rinvia agli indirizzi regionali sulla costituzione di tale forma associativa; invece, per i medici in rete, associazione semplice e singolo, si rimanda all'Accordo Collettivo Nazionale.

### 3.7 Continuità Assistenziale

*Il Medico di Continuità Assistenziale (MCA) partecipa alle attività delle AFT, utilizzando 14 ore a settimana in attività diurna per la gestione di obiettivi prioritari di salute e collaborando, soprattutto, con le Medicine di Gruppo Integrate per la gestione delle prestazioni aggiuntive.* L'Amministrazione Regionale verificherà la possibilità di stabilizzare l'incarico in convenzione dei MCA, in possesso dell'attestato di idoneità alla attività di MMG o titolo equivalente, a tempo indeterminato (per tendere, in prospettiva ad un ruolo unico della medicina generale).

Oggi esistono le condizioni per una riprogettazione integrata, fra Ospedale e Distretto, degli interventi per migliorare la continuità assistenziale nelle Cure Primarie ed ottimizzare l'attività del Pronto Soccorso. Gli obiettivi da perseguire sono fondamentalmente due: educare il cittadino ad una scelta più consapevole del servizio più appropriato alla sua esigenza assistenziale; ricondurre al servizio appropriato la domanda di



assistenza del cittadino anche quando, per motivi diversi, è stata erroneamente indirizzata. Per far ciò è necessario organizzare e supportare l'Assistenza Primaria, ed in particolare la Medicina Generale, come sopra proposto, facendo in modo che possano sempre più rappresentare per il paziente una valida alternativa al P. S. e garantendo il miglior inquadramento clinico – terapeutico ad oggi possibile. In questo caso i Medici di Continuità Assistenziale possono svolgere, nella Medicina di Gruppo Integrata, attività finalizzate alla copertura oraria H12 e all'erogazione delle prestazioni aggiuntive.

### **3.8 Principali prestazioni aggiuntive (elencazione a titolo indicativo)**

Le principali prestazioni aggiuntive riguardano:

- diagnostica rapida per piccola patologia ambulatoriale;
- primo contatto, diagnostica e coordinamento dell'assistenza per problemi acuti;
- prenotazioni degli appuntamenti e gestione delle agende dei Medici di famiglia;
- effettuazione di prenotazioni per prestazioni specialistiche (CUP), con specifico riferimento a quelle con priorità B e per fasce deboli di popolazione;
- distribuzione/ritiro di moduli per richieste varie (es. invalidità, ausili, assistenza domiciliare, ecc.) e di materiale illustrativo per la preparazione all'effettuazione di esami ed accertamenti (consegna provette, ecc.);
- punto prelievi;
- prestazioni, in base ad accordi aziendali e su specifici progetti, di codici bianchi e verdi, inviati dal Pronto Soccorso

### **3.9 Principali prestazioni non differibili (elencazione a titolo indicativo)**

Le principali prestazioni non differibili interessano le prestazioni ambulatoriali e quelle a domicilio,

*Prestazioni ambulatoriali:*

- piccole urgenze ambulatoriali,
- ricettazione urgente di farmaci.

*Prestazioni a domicilio:*

visite domiciliari urgenti per garantire la continuità assistenziale a:

- patologie acute (per es. coliche),
- pazienti dimessi dall'ospedale e con necessità di prestazioni assistenziali particolari,
- pazienti in assistenza domiciliare integrata (ADI).

## **4. GOVERNO DEL SISTEMA**

### **4.1 Aree prioritarie**

*Le aree tematiche individuate per lo sviluppo di progetti di appropriatezza sono:*

- Area dei ricoveri ospedalieri
- Area delle prestazioni specialistiche
- Area della farmaceutica

I progetti di appropriatezza devono essere correlati agli obiettivi strategici aziendali esplicitati nel piano di attività dell'Azienda, sviluppato in relazione alla DGR 3140 del 14.12.2010 relativa all'assegnazione degli obiettivi ai Direttori Generali.

### **4.2 Obiettivi di salute**

Rientrano tra i compiti affidati dai relativi Progetti obiettivo (*ad esempio, Diabete*) alla Medicina generale, (Quota C dei Patti).



#### 4.3 Risorse

Si prevede di costituire un Fondo alimentato da risorse del capitolo 60009 del bilancio regionale degli esercizi di competenza, per finanziare il passaggio dei Medici di Assistenza Primaria nella Medicina di Gruppo Integrata, di euro 20.705.427,00=, ripartiti negli anni: 2012: euro 6.901.809,00 – 2013: euro 13.803.618,00 – 2014: euro 20.705.427,00.

Il quadro di spesa non comporta la crescita dei trattamenti economici anche accessori dei Medici Convenzionati (vietata dall'articolo 16 comma 1 lettera b D.L. 6 luglio 2011 n. 98) trattandosi di modalità organizzative necessarie alla razionalizzazione del Servizio Sanitario Regionale ai fini di garantire i LEA con le risorse disponibili.

#### 4.4 Tempi e modalità di realizzazione

Considerato che il miglioramento dell'equità nell'accesso ai servizi e nell'assistenza rappresenta un obiettivo strategico perseguito dalle Aziende ULSS, si rende necessario estendere nel biennio 2012-2013 (fase transitoria) il modello sopra descritto a tutta la popolazione veneta, prevedendone la messa a regime dal 2014.

*La Regione valuterà la possibilità di attivare sperimentazioni gestionali per verificare direttamente l'efficacia delle azioni previste dal presente documento.*

#### 4.5 Risultato di gestione

Il risultato di gestione in caso positivo può comportare, per una parte, le risorse per alimentare *il processo di sviluppo dell'Assistenza primaria* e il riconoscimento della quota D dei Patti; diversamente, se negativo, la revisione del Piano aziendale per il potenziamento dell'Assistenza Primaria.