

BOZZA ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE (PIATTAFORMA DI PARTE PUBBLICA)

Con l'accordo integrativo per la medicina di famiglia la Regione intende rafforzare e sviluppare ulteriormente l'area delle cure primarie, ponendosi in particolare, i seguenti obiettivi:

- realizzazione di una forte leadership con i medici di famiglia, tesa alla valorizzazione della centralità del loro ruolo nella organizzazione del sistema sanitario regionale, presupposto questo indispensabile per garantire i livelli essenziali di assistenza nell'ambito delle cure primarie;
- sviluppo delle forme associative, in particolare di quelle complesse (es. UTAP), in un'ottica di potenziamento dei servizi ai cittadini, di facilitazione dell'accesso agli utenti, di gestione integrata dei pazienti e di continuità dell'assistenza;
- programmazione del percorso per l'attuazione del governo clinico inteso quale complesso di scelte condivise per favorire l'efficacia e l'appropriatezza clinica;
- consolidamento del processo di informatizzazione della medicina generale finalizzata alla integrazione nella rete informatica regionale per il raggiungimento, in tempi rapidi, del maggior livello di efficienza del sistema, tale da consentire, tra l'altro, la necessaria comunicazione informativa tra tutti i professionisti impegnati nel sistema sanitario regionale;
- promozione della formazione in medicina generale per favorire la crescita culturale e professionale del medico;
- sviluppo dell'assistenza domiciliare, con particolare riguardo alle persone affette da patologie la cui gravosità richiede particolare impegno da parte dei servizi sanitari e integrazione socio-assistenziale;
- continuità dell'assistenza per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana, ridisegnando la rete delle sedi di guardia medica e delle postazioni del servizio 118 in ragione delle obiettive esigenze territoriali, in particolare delle zone disagiate, favorendo le modalità di integrazione tra tutti i professionisti della medicina generale.

Per la realizzazione degli obiettivi regionali è necessario programmare interventi per migliorare l'efficienza del modello organizzativo e azioni finalizzate alla implementazione delle attività assistenziale e della loro efficacia.

MODELLO ORGANIZZATIVO

Con la legge 3 agosto 2006 n. 25 la regione ha istituito in ogni distretto:

l'Unità Operativa Cure primarie, con compiti di raccordo operativo tra assistenza primaria, specialistica, consultoriale, domiciliare, residenziale e semiresidenziale, nell'ambito della quale è prevista la presenza di un medico e di un pediatra di famiglia;

l'Ufficio per la programmazione ed il monitoraggio delle attività in medicina generale.

Il regolamento attuativo dovrà prevedere per l'Unità Operativa Cure primarie, in particolare, tre funzioni che possono essere considerate strategiche per il miglioramento della qualità dell'assistenza:

- integrazione tra ospedale e medico di famiglia (art. 49 dell'ACN)
- regolazione del rapporto tra medico specialista e medico di famiglia (art. 48 dell'ACN)
- coordinamento dell'assistenza domiciliare (art. 53 dell'ACN)
- verifica dell'appropriatezza delle cure e dell'uso delle risorse (art. 27 dell'ACN)

A tal fine l'Unità Operativa Cure primarie:

- deve essere dotata di linee telefonica e fax distinte e dedicate per garantire la comunicazione con i medici ospedalieri e i medici di famiglia, ed in tal modo operare come punto di riferimento per tutte le Unità di degenza intra ed extra aziendali e tutti i professionisti impegnati nell'assistenza primaria e specialistica;
- deve coordinare le attività degli infermieri, dei tecnici della riabilitazione e del personale di assistenza per assicurare la presa in carico dei pazienti in dimissione protetta e dei pazienti bisognosi di assistenza domiciliare in tutte le forme erogative previste dal piano sanitario regionale;
- deve farsi garante della organizzazione di tutte le risposte utili al miglioramento della qualità dell'assistenza, in particolare dell'accesso diretto del medico specialista dipendente o convenzionato nella sede della forma associativa per la erogazione delle prestazioni e delle consulenze previste dal piano di attività distrettuale e dai modelli regolamentati dall'accordo integrativo regionale;
- svolge le funzioni di verifica dei comportamenti prescrittivi previsti dall'art. 27 dell'ACN e, pertanto di Osservatorio delle prescrizioni specialistiche e

farmaceutiche assicurando supporto ai medici, in particolare rispetto al fenomeno della prescrizione indotta.

Fatte salve le disposizioni previste dal regolamento attuativo, all'Ufficio della programmazione delle attività in medicina generale è affidato il monitoraggio:

- di tutti i progetti regionali e aziendali, in particolare degli indicatori di processo e di esito riguardanti la partecipazione dei medici di medicina generale;
- delle prescrizioni diagnostiche e farmaceutiche in relazione alla loro aderenza a linee guida condivise, a percorsi diagnostico terapeutici concordati a livello regionale e/o aziendale, al rispetto delle note AIFA.

L'Ufficio organizza riunioni periodiche con i medici di medicina generale con lo scopo di svolgere una funzione informativa, tesa a prevenire e rimuovere comportamenti anomali, e per la verifica dell'uso appropriato delle risorse nell'ambito delle politiche di budget poste in essere dalle aziende. L'Ufficio coadiuva il Direttore del Distretto nell'ambito del Programma delle attività distrettuali.

La responsabilità dell'Ufficio della programmazione delle attività in medicina generale è affidata ad un medico di famiglia in possesso delle necessarie competenze e che, in considerazione dell'impegno richiesto, abbia un numero di assistiti superiore a 650 ed inferiore a 1000, in modo garantire almeno due accessi settimanali presso il distretto. Il medico responsabile è tenuto a relazionare l'attività svolta al Responsabile della Unità Operativa Cure primarie, secondo modalità concordate. Gli accessi sono retribuiti nella misura di 150 euro/cad., nella misura massima di 7.000 euro/anno.

Al fine di facilitare i compiti del medico di medicina generale e rafforzare il rapporto di fiducia medico-paziente e rendere, altresì, certi i percorsi di cura:

Le Aziende sanitarie organizzano programmi di informazione sulla corretta applicazione delle note AIFA e delle disposizioni regionali sulla prescrizione, indirizzati ai medici ospedalieri e specialisti ambulatoriali.

La Regione attiva specifici tavoli tecnici con i rappresentanti delle società scientifiche specialistiche e della medicina generale per la definizione di linee guida e percorsi diagnostico terapeutici da sottoporre, successivamente, al Comitato Regionale di cui all'art. 24 dell'ACN per la condivisione, limitatamente agli aspetti di impatto sull'organizzazione del lavoro del medico di medicina generale.

ASSOCIAZIONISMO

La norma finale n. 2 dell'accordo integrativo regionale di cui alla DGR 20 aprile 2004 n. 566, prevede che i compensi fissati per la medicina di gruppo e in rete sono aggiuntivi rispetto agli incrementi derivanti dal rinnovo dell'ACN. Pertanto, così come definito dall'Accordo del 23 marzo 2005 per l'applicazione dell'ACN, il compenso annuo della medicina di gruppo viene fissato nella misura di euro 8,352 per assistito a fronte del compenso previsto dall'ACN pari a euro 7 per assistito (+20% circa).

Il compenso annuo della medicina in rete viene fissato nella misura di euro 5,585 per assistito a fronte del compenso previsto dall'ACN pari a euro 4,70 per assistito (+19% circa).

Cocorrentemente con gli aumenti riconosciuti a livello regionale, l'orario di apertura degli studi professionali del medico in associazione di gruppo e rete previsto dall'accordo integrativo regionale di cui alla DGR 566/04 nella misura di 1h di apertura ogni 100 assistiti è aggiuntivo rispetto a quanto disciplinato per i tutti i medici di famiglia dall'art. 36 dell'ACN.

Dall'analisi dei dati riguardanti la consistenza delle forme di associazionismo previste nell'ambito della medicina generale si rileva da un lato un sostanziale rispetto delle percentuali regionali fissate con l'accordo integrativo vigente, rispettivamente del 35% per la medicina di gruppo e del 20% per la medicina in rete, dall'altro una distribuzione territoriale disomogenea, che rispecchia, evidentemente, le esigenze assistenziali dei diversi contesti ambientali.

Pertanto, al fine di favorire lo sviluppo delle forme associative in tutta la regione nel rispetto delle specificità territoriali, che sono il presupposto essenziale per il miglioramento della rete degli ambulatori di medicina generale, considerati a tutti gli effetti presidi del Servizio Sanitario Nazionale e Regionale, si prevede:

1. l'attribuzione in quota capitolata, alle Aziende sanitarie territoriali, di 4 milioni di euro, dei 9 milioni previsti per il miglioramento dell'organizzazione territoriale (divisi in 6 per la medicina di famiglia, 2 per la continuità assistenziale e 1 per la pediatria di libera scelta) dall'intesa sottoscritta il 23 marzo 2006, per lo sviluppo delle forme associative, risorse queste che integrano il fondo variabile di cui all'art. 59 lettera B dell'ACN;
2. l'utilizzo delle risorse tiene conto della programmazione aziendale così come definito al successivo punto 3);
3. ogni azienda sanitaria di concerto con il Comitato aziendale di cui all'art. 23 dell'ACN, predispono un piano di sviluppo delle forme associative, facendo riferimento al modello organizzativo più confacente alla realtà territoriale, nel

senso della costruzione di una rete di presidi ambulatoriali che interpreti le reali esigenze dell'utenza;

4. l'abolizione dei vincoli riferiti alle percentuali previste per le associazioni di gruppo e in rete dall'accordo integrativo regionale di cui alla DGR 566/04;
5. blocco delle nuove medicine in associazione a far data dall'entrata in vigore del nuovo accordo integrativo regionale.

SPERIMENTAZIONE DELLE FORME ASSOCIATIVE COMPLESSE

L'analisi del modello organizzativo, attraverso il quale nella nostra regione viene assicurata l'assistenza primaria, mette in evidenza un dato di grande interesse: l'associazionismo dei medici, in particolare nelle forme più evolute del gruppo e della rete, è andato progressivamente aumentando, incontrando il consenso sia dei medici che dei cittadini, tanto che, oggi, più della metà dei pugliesi viene assistita da medici di famiglia associati in gruppo o in rete.

La necessità di meglio qualificare l'offerta dei servizi territoriali, in primo luogo ottimizzando i percorsi assistenziali, vede tutti gli attori della programmazione concordare sulla opportunità, in linea con le indicazioni nazionali, di sperimentare modelli di associazionismo più complesso rispetto a quelli attualmente operativi, intendendo la complessità un valore aggiunto, ovvero la modalità con la quale fornire risposte integrate alla domanda di salute, a tutto beneficio degli utenti.

In ogni ambito territoriale della nostra regione si registra una specifica consistenza associativa che, in gran parte, può essere considerata coerente con la realtà e le esigenze delle comunità locali, la cui conoscenza appartiene a tutti i protagonisti delle articolazioni territoriali del SSR. Partendo da questa considerazione, si assegna all'Azienda territoriale il compito di proporre la sperimentazione di nuove forme associative complesse, condivise con il Comitato Aziendale della medicina di famiglia di cui all'art. 23 dell'ACN, sulla base degli indirizzi definiti dall'Accordo Collettivo Regionale.

Modelli organizzativi complessi.

1) UCT (Unità di Cure Territoriale) strutturale

- a) la sperimentazione riguarda associazioni di gruppo, con un numero di assistiti non inferiore a 5.000, che decidono di erogare tutta la propria attività assistenziale in una sede unica, garantendo la continuità dell'assistenza nella fascia oraria 8-20;
- b) è prevista l'assegnazione di un numero di ore di collaboratore di studio e di infermiere, con riferimento alla consistenza associativa ed alle attività concordate;
- c) l'infermiere deve essere impiegato, prioritariamente, per la erogazione delle prestazioni previste dal PAI (Piano Assistenziale Individuale) nell'assistenza

domiciliare. Inoltre, sulla base di uno specifico protocollo all'infermiere viene affidata la gestione degli ambulatori di patologia, con riferimento alle attività di monitoraggio ed al ruolo di care-giver per la promozione dei corretti approcci terapeutici;

- d) nella UCT viene assicurata l'attivazione funzionale di ambulatori specialistici: in accordo con l'Azienda viene sottoscritta una intesa con gli specialisti aziendali, ambulatoriali interni ed ospedalieri, per la erogazione delle prestazioni specialistiche di maggior interesse per la popolazione assistita, indicando il beneficio che si intende ottenere rispetto alla gestione delle liste di attesa;
- e) la UCT si fa carico della prenotazione diretta delle prestazioni specialistiche non erogabili nel proprio ambulatorio, secondo procedure concordate con l'Azienda;
- f) erogazione delle prestazioni a cura dei medici dell'UCT. A tale proposito l'Azienda concorda una lista di prestazioni che può comprendere sia quelle di cui all'allegato D lettere B e C dell'ACN, che quelle strumentali previste dal nomenclatore delle prestazioni ambulatoriali. Nel caso in cui tra i medici associati non vi sia uno specialista che si faccia carico della refertazione, si potrà ricorrere al teleconsulto;
- g) predisposizione di una linea guida condivisa tra i medici dell'associazione per la prescrizione di indagini diagnostiche, visite specialistiche e farmaci. A tale proposito, l'Azienda valuta la ricaduta in termini di riduzione della spesa storica o rispetto dei limiti previsti dalla programmazione regionale, facendo riferimento al rapporto tra spesa territoriale pesata ed ospedalizzazione. Fermo restando la garanzia del giusto percorso di cura, tale attività si configura quale processo per il miglioramento dell'appropriatezza.

Compenso: all'UCT viene riconosciuta una quota pari a 5,5 euro per assistito per lo svolgimento dei compiti previsti e la strutturazione del modello organizzativo. Le prestazioni specialistiche di cui alla lettera f) vengono retribuite con le tariffe del nomenclatore delle prestazioni specialistiche ambulatoriali ridotte del 30%, quota corrispondente ai costi di gestione aziendale. Il costo del teleconsulto rimane a carico della associazione.

2) UCT (Unità di Cure Territoriale) funzionale

- a) la sperimentazione riguarda associazioni di rete, con un numero di assistiti non inferiore a 7.000;
- b) è prevista l'assegnazione di un numero di ore di collaboratore di studio e di infermiere, con riferimento alla consistenza associativa ed alle attività concordate;
- c) l'infermiere deve essere impiegato, prioritariamente, per la erogazione delle prestazioni previste dal PAI (Piano Assistenziale Individuale) nell'assistenza domiciliare. Inoltre, sulla base di uno specifico protocollo all'infermiere viene

affidata la gestione degli ambulatori di patologia, con riferimento alle attività di monitoraggio ed al ruolo di care-giver per la promozione dei corretti approcci terapeutici;

- d) nella UCT viene assicurata l'attivazione funzionale di ambulatori specialistici: in accordo con l'Azienda viene sottoscritta una intesa con gli specialisti aziendali, ambulatoriali interni ed ospedalieri, per la erogazione delle prestazioni specialistiche di maggior interesse per la popolazione assistita, indicando il beneficio che si intende ottenere rispetto alla gestione delle liste di attesa;
- e) la UCT si fa carico della prenotazione diretta delle prestazioni specialistiche non erogabili nel proprio ambulatorio, secondo procedure concordate con l'Azienda;
- f) erogazione delle prestazioni a cura dei medici dell'UCT. A tale proposito l'Azienda concorda una lista di prestazioni che può comprendere sia quelle di cui all'allegato D lettere B e C dell'ACN, che quelle strumentali previste dal nomenclatore delle prestazioni ambulatoriali. Nel caso in cui tra i medici associati non vi sia uno specialista che si faccia carico della refertazione, si potrà ricorrere al teleconsulto;
- g) predisposizione di una linea guida condivisa tra i medici dell'associazione per la prescrizione di indagini diagnostiche, visite specialistiche e farmaci. A tale proposito, l'Azienda valuta la ricaduta in termini di riduzione della spesa storica o rispetto dei limiti previsti dalla programmazione regionale, facendo riferimento al rapporto tra spesa territoriale pesata ed ospedalizzazione. Fermo restando la garanzia del giusto percorso di cura, tale attività si configura quale processo per il miglioramento dell'appropriatezza.

Compenso: all'UCT viene riconosciuta una quota pari a 3,5 euro per assistito per lo svolgimento dei compiti previsti e la strutturazione del modello organizzativo. Le prestazioni specialistiche di cui alla lettera f) vengono retribuite con le tariffe del nomenclatore delle prestazioni specialistiche ambulatoriali ridotte del 30%, quota corrispondente ai costi di gestione aziendale. Il costo del teleconsulto rimane a carico della associazione.

La sperimentazione delle UCT, sia strutturali che funzionali, deve essere deliberata dall'Azienda territoriale e sottoposta a validazione da parte del Comitato regionale. Le attività definite nell'ambito della suddetta sperimentazione devono prevedere il monitoraggio di indicatori preventivamente fissati, attraverso relazioni trimestrali e/o semestrali.

Il budget assegnato alla UCT, sulla base della quota massima di 5,5 euro per assistito, deve essere graduato in relazione agli obiettivi assegnati ed ai risultati raggiunti.

INFORMATIZZAZIONE

Il medico di medicina generale assicura nel proprio studio mediante strumenti informatici la gestione informatizzata della scheda sanitaria individuale e la stampa prevalente, non inferiore al 95%, delle prescrizioni ambulatoriali.

Tale requisito è indispensabile per lo svolgimento dell'attività della medicina di famiglia. All'atto della sottoscrizione dei nuovi rapporti convenzionali è dovuta una indennità una tantum di euro 500 da erogare con la prima competenza mensile.

L'ambulatorio del medico di medicina generale partecipa alla rete informatica regionale. Il medico titolare del rapporto convenzionale adegua i propri strumenti informatici agli standard regionali entro 90 giorni dalla definizione degli stessi.

Il medico di medicina generale assicura i flussi informativi definiti a livello nazionale e regionale.

La indennità informatica, pertanto, viene confermata nella misura forfettaria mensile di euro 154,92.

FORMAZIONE CONTINUA

Al fine di definire quanto previsto dal comma 15 dell'art. 20 dell'ACN, entro 90 giorni dall'entrata in vigore dell'accordo integrativo regionale, viene istituito apposito tavolo tecnico Regione-OO.SS. della medicina generale per la redazione di una proposta da condividere nell'ambito del Comitato regionale.

ASSISTENZA DOMICILIARE

L'erogazione dell'assistenza domiciliare viene assicurata nel rispetto dei protocolli previsti dall'ACN.

Il compenso per ogni accesso riferito a programmi di Assistenza Domiciliare Programmata (ADP) è fissato in euro 26,46, a fronte di quello previsto dall'ACN di euro 18,90.

Il tetto del 20% previsto per l'ADP dall'ACN viene rivalutato del 40% e conseguentemente corrisponde al 28%.

Il compenso per ogni accesso riferito ai programmi di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) è fissato in euro 28,92, a fronte di quello previsto dall'ACN di euro 18,90.

In ogni azienda sanitaria territoriale è istituito il fondo aziendale per l'ADI pari a euro 3,00 per residente.

OBIETTIVI DI SALUTE

Nell'ambito dei programmi finalizzati al miglioramento della qualità dell'assistenza primaria si fissano due livelli di adesione: obbligatoria e volontaria. La prima riguarda compiti che, per la loro indiscussa valenza strategica rispetto a obiettivi di salute universalmente riconosciuti, devono necessariamente coinvolgere tutti i medici di famiglia, la seconda riguarda specifici progetti per i quali si intendono sperimentare approcci e modelli organizzativi da estendere successivamente in ragione dei risultati ottenuti.

Adesione obbligatoria

1. Partecipazione ai programmi regionali per lo sviluppo e la diffusione della cultura sanitaria, così come previsto dall'art. 45 comma 2 lettera l) dell'ACN;
2. Partecipazione alla realizzazione del piano vaccini regionale;
3. Partecipazione ai programmi di screening oncologici previsti dal piano regionale di prevenzione 2005-2007, secondo quanto previsto dalla DGR del 28 giugno 2005 n.824 e dai piani attuativi approvati dal Centro per il Controllo delle Malattie (CCM) del Ministero della Salute. In particolare è compito del MMG:
 - informare la popolazione target sui programmi di screening, sulle modalità dell'accesso e sugli eventuali approfondimenti diagnostici;
 - partecipare alla pulizia delle liste fornite dall'azienda sia in fase di arruolamento che di recupero dei non rispondenti;
 - mettere a disposizione nel proprio ambulatorio il materiale informativo fornito dall'Azienda;
 - partecipare attivamente alle iniziative promosse nell'ambito dei programmi regionali;
 - firmare le lettere di invito dei propri assistiti e le risposte negative.

Il compenso per le suddette attività è quello previsto dal comma 15 dell'art. 59 B e viene calcolato facendo riferimento a tutta la popolazione assistita, fermo restando i compensi previsti per le singole prestazioni vaccinali e le risorse previste per la gestione dello screening del carcinoma del colon-retto nei soggetti a rischio moderato.

Adesione volontaria

Prevenzione del rischio cardiovascolare

La partecipazione è subordinata all'accettazione dei compiti previsti dal piano regionale della prevenzione 2005-2007 e dai piani attuativi approvati dal CCM del Ministero della Salute.

Il programma di formazione regionale per il personale che partecipa alla realizzazione del piano di prevenzione e gli obiettivi di validazione scientifica del progetto sono definiti dal Coordinamento Regionale costituito da un rappresentante dell'Assessorato, dell'AReS, dell'OER delle associazioni scientifiche di cardiologia e della medicina generale.

Il Comitato Regionale di cui all'art. 24 dell'ACN individua le modalità organizzative e lo schema di utilizzo delle risorse che ammontano a :
euro 2.655.000

Prevenzione delle complicanze del diabete

La partecipazione è subordinata all'accettazione dei compiti previsti dal piano regionale della prevenzione 2005-2007 e dai piani attuativi approvati dal CCM del Ministero della Salute.

Il programma di formazione regionale per il personale che partecipa alla realizzazione del piano di prevenzione e gli obiettivi di validazione scientifica del progetto sono definiti dal Coordinamento Regionale costituito da un rappresentante dell'Assessorato, dell'AReS, dell'OER delle associazioni scientifiche di diabetologia e della medicina generale.

Il Comitato Regionale di cui all'art. 24 dell'ACN individua le modalità organizzative e lo schema di utilizzo delle risorse che ammontano a :
euro 1.470.000

Progetti di rilevanza regionale e/o aziendale

Programmi di assistenza a pazienti con pluripatologia o/o quadro clinico complesso che prevedono visite programmate in ambulatorio o a domicilio, con l'obiettivo di limitarne la ospedalizzazione e l'accesso improprio al Pronto Soccorso e al Servizio 118.

I protocolli assistenziali possono prevedere il coinvolgimento dei medici specialisti e della continuità assistenziale, in una ottica di sperimentazione o implementazione delle équipes territoriali.

I progetti a cura delle Aziende sanitarie, e redatti di concerto con il Comitato aziendale di cui all'art. 23 dell'ACN, tengono conto dei dati epidemiologici riferiti al proprio ambito territoriale e delle priorità che da essi ne derivano.

I progetti aziendali vengono inviati al Comitato regionale che esprime una valutazione in ordine all'utilizzo appropriato delle risorse.

QUADRO ECONOMICO DELLE RISORSE MESSE A DISPOSIZIONE

Fondo regionale ex art. 59 B dell'ACN da ripartire in quota capitarla tra le Aziende Sanitarie Territoriali:

comma 1 (euro 2,99 per cittadino)	euro 10.676.422,90
comma 2 (fondo storico regionale)	euro 5.659.932,00
comma 3 (euro 2,00 per cittadino)	euro 7.141.420,00
comma 15 (governo clinico)	euro 10.997.786,80

Risorse aggiuntive regionali

indennità informatica regionale (spesa storica)
euro 3.281.205,00

intesa sottoscritta a marzo 2006

miglioramento dell'organizzazione dell'ambulatorio
(implementazione delle ore di collaboratore di studio) euro 9.000.000,00

gestione diretta dell' assistenza infermieristica euro 9.000.000,00

risorse destinate allo sviluppo delle forme
associative complesse euro 9.600.000,00

risorse destinate al miglioramento degli attuali
modelli organizzativi (associazionismo) euro 4.000.000,00

progetti per gli obiettivi di salute euro 2.000.000,00

prevenzione cardiovascolare euro 2.655.000,00

prevenzione delle complicanze del diabete euro 1.470.000,00

screening del CCR euro 40.000,00