

## **Premessa.**

La presente proposta, formulata in coerenza con i contenuti del DL 156/2012 e con i contenuti della DGR Lombardia X/1185 del 20.12.2013, è definita per il raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- 1) Applicazioni dei contenuti del DL 156/2012 in ambito di cure primarie.
- 2) Gestione della cronicità in una prospettiva di continuità, revisione e sviluppo della sperimentazione CreG.
- 3) Miglioramento della continuità dell'assistenza territoriale e ospedale-territorio.
- 4) Miglioramento dell'integrazione socio sanitaria.
- 5) Responsabilizzazione dei professionisti delle cure primarie nella gestione delle risorse e della verifica della qualità delle cure fondata sulla verifica di indicatori di risultato e di processo.
- 6) Ottimizzazione dei sistemi informatici di integrazione tra i diversi attori del sistema.
- 7) Salvaguardia del rapporto fiduciario medico – cittadino e piena integrazione dei professionisti nelle strategie del sistema sanitario, garantendo autonomia e indipendenza della professione, anche con ambiti di autonoma organizzazione, per il raggiungimento di obiettivi definiti, come caratteristica del rapporto libero professionale convenzionato.
- 8) Creazione di luoghi di riferimento ben identificabili dal cittadino, in ambito di cure territoriali, mantenendo e salvaguardando gli elementi costitutivi della rete già in essere e sviluppata secondo le strategie poste in essere negli ultimi anni da Regione Lombardia.

## **Erogazione dell'assistenza primaria e della pediatria di libera scelta sul territorio.**

Viene mantenuta e possibilmente potenziata l'attuale rete territoriale della medicina generale e della pediatria di libera scelta, costituita da medici che operano in modo singolo oppure in associazione (rete o gruppo).

Vengono mantenute, fino ad eventuali nuovi accordi integrativi regionali, le attuali modalità di estensione oraria, ivi compresa l'attività aggiuntiva il sabato mattina ove previsto.

Viene mantenuta l'attuale attività ambulatoriale pediatrica nelle giornate di sabato.

Viene mantenuta l'attuale modalità di attribuzione del personale di studio ai medici di medicina generale e ai pediatri di libera scelta, nella prospettiva di una necessaria implementazione quando le risorse disponibili consentiranno tale intervento.

Viene mantenuta l'attuale modalità di condivisione delle schede sanitarie informatizzate all'interno delle forme associative (rete o gruppo).

Il servizio di continuità assistenziale viene affidato alle AFT (aggregazioni funzionali territoriali) della medicina generale.

## **Aggregazioni funzionali territoriali della medicina generale (aggregazione monoprofessionale).**

I medici di assistenza primaria e i medici di continuità assistenziale sono obbligatoriamente attribuiti ad aggregazioni funzionali territoriali (AFT).

Ciascuna aggregazione funzionale territoriale insiste su un'area geograficamente omogenea, comprendente 20-30 mila cittadini assistiti.

L'AFT viene coordinata da uno dei medici che ne fanno parte, identificato mediante valutazione di titoli e di curriculum con modalità da definirsi, e che deve ricevere il gradimento formale dalla maggioranza dei colleghi, sulla base di un regolamento da definirsi. Tale professionista è responsabile del budget virtuale di risorse assegnato alla AFT dalla unità complessa di cure primarie di appartenenza (UCCP), della verifica degli indicatori di processo e di risultato dell'AFT e dell'attribuzione, su tale base, degli incentivi definiti dagli accordi integrativi aziendali ai professionisti.

L'AFT svolge le seguenti attività:

- 1) Estrazione in modalità automatica di un pattern di dati, da identificare in apposito allegato al presente progetto, da estrarre dalle schede sanitarie di ciascun medico di assistenza primaria

- dell'AFT e da conferire ad una web application che li renda fruibili in termini di disponibilità di dati clinici ai medici addetti alla continuità assistenziale e di indicatori di processo e di risultato, valutabili per singolo professionista e per AFT.
- 2) Diffusione ai medici componenti dell'AFT della conoscenza dei percorsi diagnostico terapeutici (PDTA) definiti a livello aziendale, anche con interventi di formazione.
  - 3) Gestione di momenti di revisione tra pari e di verifica anche individuale, per la valutazione degli indicatori di processo e di risultato dell'AFT.
  - 4) Verifica del rispetto degli standard organizzativi di erogazione dell'assistenza da parte di ciascun professionista o delle forme associative.
  - 5) Valutazione multidimensionale del soggetto fragile finalizzata all'erogazione dell'ADI (attualmente svolta dagli Operatori del CeAD o dall'Ente erogatore accreditato);
  - 6) Gestione di prestazioni domiciliari di bassa complessità di competenza dell'Infermiere dello studio associato del MAP (attualmente erogate dalle Strutture accreditate per l'ADI come prestazioni "estemporanee").

Inoltre, l'AFT gestisce il servizio di continuità assistenziale, garantendo, nell'ambito territoriale di riferimento, l'attività domiciliare tutti i giorni dalle 20 alle 24 e dalle 8 alle 20 il sabato, la domenica e nelle festività infrasettimanali e garantendo l'attività ambulatoriale strutturata tutti i giorni dalle 20 alle 24 il sabato pomeriggio e la domenica in orari da definire. Tale attività viene svolta dai medici attualmente addetti al servizio di continuità assistenziale, in attesa del loro transito al ruolo unico previsto dal DL 156/2012.

L'assistenza urgente dalle 24 alle 8 viene garantita dal SUEM 118.

### **Unità complesse di cure primarie (UCCP)**

Rappresenta l'articolazione del Distretto Sanitario che gestisce le attività di cure primarie e gli aspetti di attività integrate socio sanitarie afferenti.

Gestisce i rapporti tra cure primarie, cure intermedie e ospedaliere, con particolare riguardo ai processi di cura relativi ad acuzie, subacuzie, residenzialità e domiciliarietà, nell'ambito dell'evoluzione dell'organizzazione dell'assistenza che verrà definita da Regione Lombardia.

E' diretta da un medico di medicina generale o da un pediatra di libera scelta, identificato mediante valutazione di titoli e di curriculum con modalità da definirsi.

Al Direttore dell' UCCP vengono assegnati un budget di risorse e la funzione di coordinamento dei responsabili delle AFT.

L' UCCP deve disporre di una struttura in cui vengono allocati:

- 1) Un poliambulatorio in cui operano i medici delle "AFT della specialistica ambulatoriale" e altro personale anche in convenzione con le strutture erogatrici (specialisti dipendenti A.O. e SUMAISTI) o tramite l'attivazione della Telemedicina.
- 2) una équipe (CeAD), alla quale partecipano i medici dell'AFT, sia per la valutazione multidimensionale dei bisogni dei soggetti fragili (pazienti da ammettere all'ADI e utenti con demenza che richiedono l'accesso alle prestazioni della RSA aperta DGR 856/2013), sia per la predisposizione dei progetti individuali;
- 3) Un pool di infermieri (costituito da Infermieri dello studio medico singolo o associato, o da "acquire ad hoc") per l'erogazione di prestazioni infermieristiche domiciliari di bassa complessità alternative all'ADI.
- 4) Il servizio amministrativo anche delle AFT.
- 5) Uno sportello per scelte, revoche, prenotazioni, pratiche amministrative (anche decentrabile).
- 6) Uno sportello sociale.
- 7) La sede degli ambulatori di continuità assistenziale, anche decentrabili, ove opportuno, presso sedi di forme associative della medicina generale o altre sedi messe a disposizione da

istituzioni locali.

L'UCCP deve garantire un servizio di telemedicina, in collegamento con le aziende ospedaliere, con punti di contatto presso la sede dell'UCCP o decentrabili, ove opportuno, presso sedi di forme associative della medicina generale.

Presso la sede dell'UCCP potranno anche allocarsi, previa apposita convenzione con l'Azienda Sanitaria Locale, studi di medici di assistenza primaria/pediatri di libera scelta o loro forme associative, nei casi in cui se ne ravvisi l'opportunità.

### **Gestione della cronicità.**

Nell'ambito della riorganizzazione delle cure primarie sopra delineata, si inseriscono gli elementi necessari per implementare i contenuti della sperimentazione CReG, secondo le modalità definite dalle "Regole 2014" di Regione Lombardia, ponendo le premesse anche per una possibile evoluzione.

La concreta disponibilità di software per l'estrazione dati dalle schede sanitarie dei medici di medicina generale, rendendo disponibili indicatori di cura e di processo, fornisce una parte rilevante dei dati necessari alla verifica dei percorsi di cronicità e crea le precondizioni per estendere la gestione secondo piano di cura personalizzato.

La tariffa CReG inoltre rappresenta un elemento importante per la costruzione di un budget di AFT e di UCCP.

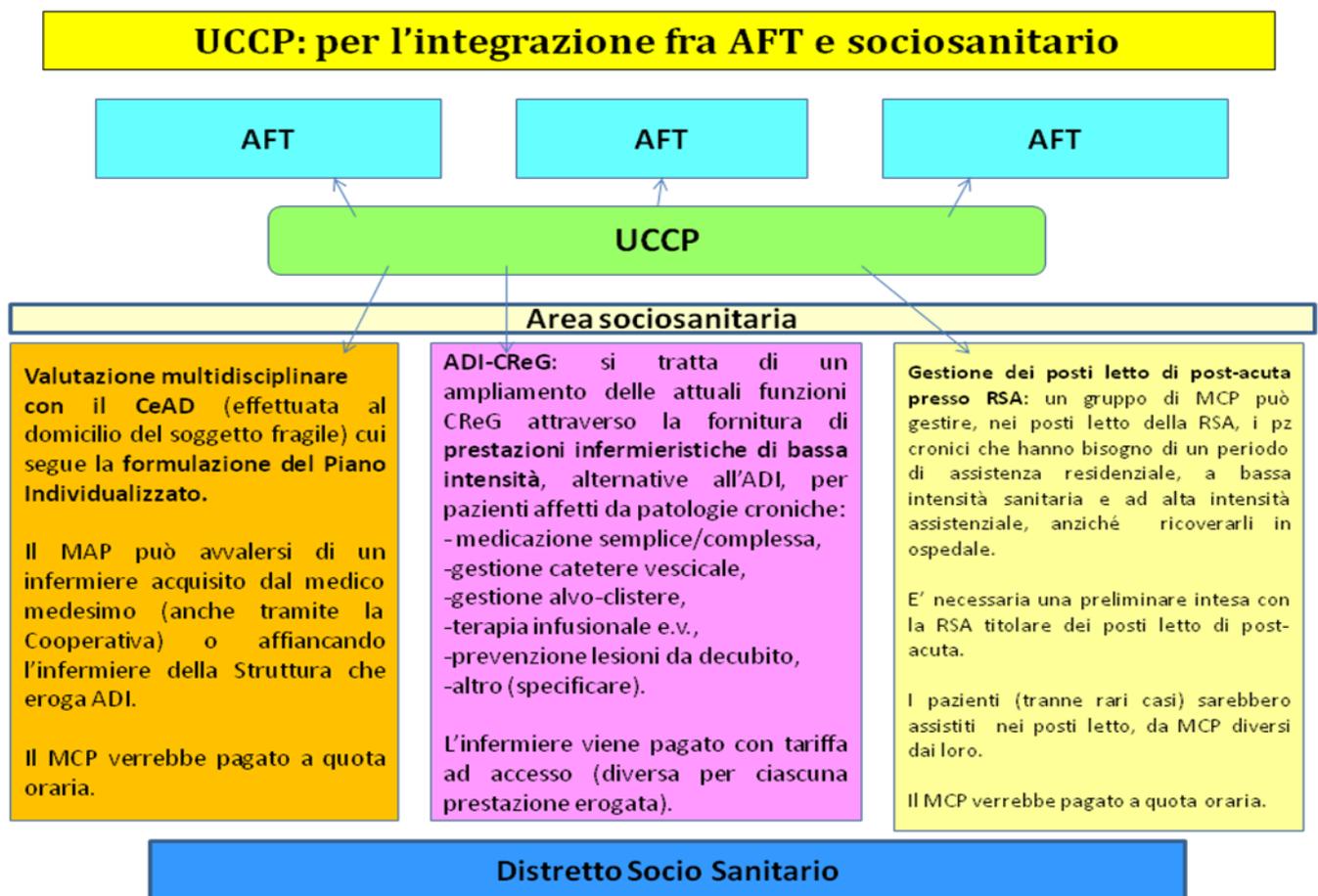
### **Miglioramento dell'integrazione sociosanitaria**

In coerenza con le prospettive indicate nella DGR delle regole di sistema 2014 e con le DGR 740/13 e 856/13, si ritiene fondamentale sperimentare il coinvolgimento diretto dei MCP (MAP/PLS/MCA) in un primo percorso di integrazione con alcune funzioni sociosanitarie finalizzate a facilitare la permanenza al domicilio dei soggetti fragili, vale a dire:

- nelle funzioni di valutazione multidimensionale del soggetto fragile (attualmente svolte dagli Operatori del CeAD senza il concorso del MAP);
- nella gestione di prestazioni domiciliari di bassa complessità (attualmente erogate dalle Strutture accreditate per l'ADI come prestazioni "estemporanee");
- nella gestione di soggetti cronici, ricoverati all'interno della RSA, in posti letto appositamente dedicati e seguiti direttamente dal MAP, in alternativa al ricovero ospedaliero.

E' necessario collegare le attività della UCCP alla programmazione del Distretto sociosanitario.

**La scheda seguente riassume le proposte di integrazione fra attività del MCP e area sociosanitaria:**



## Assistenza territoriale Pediatrica

Nella riorganizzazione dell'assistenza pediatrica territoriale è necessario:

- Avere come principio guida la necessità che ogni soggetto in età pediatrica sia assistito da un Pediatra o, quando necessario, da uno Specialista d'organo con competenze pediatriche (Area Pediatrica)
- Che l'Area Pediatrica sia dotata di un proprio budget (quota parte fondo sanitario regionale: almeno 1,1%) distinto da quello destinato all'assistenza territoriale dei pazienti adulti.
- Che si rendano operativi i seguenti punti:
  1. Attivazione, organizzazione potenziamento e funzionamento pieno delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) da collegare in rete tra loro (primo step) e con la struttura ospedaliera pediatrica di riferimento (secondo step). Faranno parte delle AFT le forme associative già esistenti (Pedatria di gruppo e Pedatria in Associazione con proprio personale e con i propri compiti peculiari, aggiuntivi rispetto a quelli delle AFT) e i Pediatri di Famiglia che operano su base distrettuale. Le AFT non potranno essere costituite da meno di 3 Pediatri di famiglia. Il numero massimo dei PdF e il numero delle AFT per distretto dovrà essere deciso in sede di Comitato di Distretto/Aziendale tenendo conto delle peculiarità orografiche e di facilità di trasporto dei vari territori.
  2. Implementazione della presenza di personale di supporto infermieristico e di segreteria e dell'utilizzazione di strumenti di ausilio diagnostico (cosiddetto Self Help) per garantire a

ciascun Pediatra di famiglia di assistere con maggiore efficacia ed efficienza un numero più elevato di bambini, rispetto a quello attuale.

3. Erogazione delle Cure Primarie Pediatriche 7 giorni su 7 per le 12 ore diurne, mediante adozioni di opportuni modelli operativi( ad es. apertura coordinata degli studi, contattabilità telefonica, ecc.), adeguati alle esigenze e alle risorse del territorio, in rete con l'ospedale di riferimento. Alle AFT competerà il coordinamento delle aperture ambulatoriali e la contattabilità dalle 8.00 alle 20.00 dal lunedì al venerdì. Per festivi e prefestivi dovrà essere previsto un ampliamento della guardia pediatrica (già attiva sul territorio dell'ASL di Bergamo di sabato pomeriggio) per la copertura delle 12 ore giornaliere. Dalle 20.00 alle 8.00 l'assistenza dovrà essere garantita dal PS Pediatrico dell'Ospedale di riferimento.
4. Attivazione, organizzazione e funzionamento, di centri per l'assistenza territoriale multi professionali e multidisciplinari di competenza pediatrica con presenza di Infermieri pediatrici, Ass. Sociali, Terapisti della Riabilitazione, Educatori Professionali, Dietisti, Specialisti di organo e di funzione, ecc., definite Unità Complesse di Cure Primarie Pediatriche (UCCPP), di supporto e di consulenza all'attività dei PDF che vi operano e in rete con le AFT e l'ospedale pediatrico di riferimento. Potranno essere attivate sperimentalmente dove la situazione logistica e gli stanziamenti economici lo consentano.

Queste innovazioni organizzative aumenteranno le potenzialità dell'attuale sistema di Cure Primarie Pediatriche e garantiranno la gestione ottimale dei compiti ad essa deputati e la flessibilità necessaria per adattarsi all'evoluzione futura dei bisogni sanitari.