

Servizio Sanitario Regionale - Azienda USL Umbria n.1

Delibera del Direttore Generale n. 756 del 30/09/2013

Oggetto: Comitato Aziendale di Medicina Generale - Accordo Aziendale - Continuità Assistenziale - anni 2013 - 2014.

Proponente: Gestione Personale Dipendente e Convenzionato - Rapporti Convenzionali - Perugia

IL DIRETTORE GENERALE

Vista la proposta di delibera in oggetto di cui al num. Provv. 3412 del 23/09/2013 contenente:

il Parere del Direttore Amministrativo - Dott. Roberto NOTO;

il Parere del Direttore Sanitario - Dr. Diamante PACCHIARINI.

DELIBERA

Di recepire la menzionata proposta di delibera che allegata al presente atto ne costituisce parte integrante e sostanziale e di disporre quindi così come in essa indicato.

IL DIRETTORE GENERALE
(Dott. Giuseppe LEGATO)*

* Questo documento è firmato digitalmente, pertanto ha lo stesso valore legale dell'equivalente documento cartaceo firmato autografo. I documenti perdono ogni valore legale quando vengono stampati, pertanto, nel caso fosse necessario inoltrare il documento ad un altro destinatario, è necessario copiarlo su supporto magnetico oppure inviarlo per posta elettronica.

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Visto il D.Lgs. n. 502/1992 e successive modificazioni ed integrazioni, recante norme per la disciplina dei rapporti di lavoro autonomo tra il Servizio Sanitario Nazionale ed i medici di medicina generale, da instaurarsi mediante apposito Accordo Collettivo Nazionale stipulato con le OO.SS. maggiormente rappresentativi;

Visto l'art. 4 dell'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale – biennio economico 2008-2009, di cui all'atto di Intesa Conferenza Stato Regioni siglato in data 8 luglio 2010, che stabilisce quanto segue: “ *I tre livelli di negoziazione previsti dalla normativa vigente (nazionale, regionale e aziendale) devono risultare coerenti col quadro istituzionale definito dal nuovo titolo V° della Costituzione, rispettando i principi di complementarità e mutua esclusione che devono rendere razionale l'intero processo di contrattazione*”.

Visto il comma 5 del sopra citato art. 4 che stabilisce: “*Il livello di negoziazione aziendale, Accordo Attuativo Aziendale, specifica i progetti e le attività del personale sanitario convenzionato necessari all'attuazione degli obiettivi individuati dalla programmazione regionale*”.

Vista la Deliberazione di Giunta Regionale n. 1653 del 27/09/2006 avente ad oggetto: “Trattativa reg.le decentrata dei medici di medicina gen.le in applicazione art.4, c. 1, di cui all'A.C.N. per i medici di medicina gen.le 23 marzo 2005. Direttive alle Aziende UU.SS.LL. della regione”;

Atteso che, nel rispetto di quanto disposto dall'art.23 dell'ACN per la medicina generale 23/03/2005 e s.m.i. e dall'Accordo regionale di medicina generale, recepito con DGR n.1653/06, si è svolta, nella riunione del Comitato Aziendale di Medicina Generale, tenutasi il 29/08/2013, la trattativa tra la Direzione Aziendale e le OO.SS. presenti - F.I.M.M.G. e INTESA SINDACALE (CISL Medici - FP CGIL Medici) per la definizione dell'Accordo Aziendale Continuità Assistenziale - Anni 2013-2014;

Dato atto che la trattativa si è conclusa e l'Accordo Aziendale denominato “**Accordo Aziendale Continuità Assistenziale Anni 2013-2014**” è stato sottoscritto dal Direttore Generale USL Umbria 1 e dal rappresentante dell'Organizzazione Sindacale F.I.M.M.G., rappresentativa a livello aziendale con il 76,62%, della maggioranza degli iscritti alle varie organizzazioni sindacali, composto di n. 15 (quindici) pagine, allegato al presente atto di cui costituisce parte integrante e sostanziale;

Tutto ciò premesso si propone di adottare la seguente Delibera:

1. Dare atto che in data 29/08/2013 è stato siglato dal Direttore Generale e dal rappresentante della Organizzazione Sindacale F.I.M.M.G., rappresentativa a livello aziendale con il 76,62% della maggioranza degli iscritti alle varie organizzazioni sindacali, l'accordo Aziendale del servizio di Continuità Assistenziale avente titolo “**Accordo Aziendale Continuità Assistenziale Anni 2013-2014**”, composto di n.15 (quindici) pagine, che viene allegato al presente atto e ne costituisce parte integrante e sostanziale;
2. Dare atto che la spesa complessiva derivante dall'adozione del presente provvedimento, stimata in circa € 206.000,00, farà capo al conto di costo mastro 270 conto 50 sottoconto

11, di cui € 103.000,00 riferiti all'esercizio economico finanziario anno 2013, ed € 103.000,00 riferiti all'esercizio economico finanziario anno 2014;

3. Trasmettere copia del presente atto, per l'esecuzione e per quant'altro di competenza, ai competenti uffici di Gestione del Personale Convenzionato, nonché ai seguenti Dirigenti di Unità Operative/Servizi dell'Azienda: Direttori dei Distretti Sanitari, Dirigente del Servizio Prevenzione, Dirigente Formazione del Personale e Sviluppo Risorse, Dirigente Programmazione Controllo e Sistema Informativo, Dirigenti Servizio Informatico;
4. Dare atto infine, che il presente provvedimento è soggetto a pubblicazione integrale ai sensi delle vigenti normative in tema di riservatezza.

Il Funzionario Istruttore
Resp. P.O. Aspetti Normativi Economici
Personale Convenzionato
Rag. Alfredo Budelli

Il Dirigente
U.O. Personale Dipendente e Convenzionato
Rapporti convenzionali
Dr.ssa Annalisa Fabbri

Accordo aziendale Continuità Assistenziale

Anni 2013-2014



INDICE

➤ QUALIFICAZIONE DEL SERVIZIO	PAG. 3
➤ OBIETTIVI INCENTIVANTI ANNI 2013-2014	PAG. 4
• INFORMATIZZAZIONE ATTIVITA' (SOLO EX ASL 1)	
• QUALIFICAZIONE DELL'ASSISTENZA AL BAMBINO 0-6 ANNI QUALIFICAZIONE DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE ED AMBULATORIALE	
• PARTECIPAZIONE A RIUNIONI DELL'EQUIPE TERRITORIALI	
➤ INTEGRAZIONE ASSISTENZA PRIMARIA E CONTINUITA' DELL'ASSISTENZA	PAG. 7
➤ AZIONI DI QUALIFICAZIONE DELLA C.A.	
➤ INTEGRAZIONE CON LE ATTIVITA' DISTRETTUALI ED I SERVIZI TERRITORIALI	PAG. 8
➤ SERVIZIO DI REPERIBILITA' DOMICILIARE	PAG.9
➤ NUOVO REGOLAMENTO SERVIZIO CA	PAG.10
➤ SCHEDA RIASSUNTIVA OBIETTIVI C.A. ANNI 2013-2014	PAG. 11
➤ ALLEGATO 1	PAG. 12
➤ FIRME	PAG. 15



QUALIFICAZIONE DEL SERVIZIO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE

L'adozione dell'accordo aziendale 2013 per la Continuità Assistenziale (CA) avviene nell'anno di unificazione delle due ex ASL 1 e 2 nella Azienda USL Umbria 1. La conseguente trasformazione strutturale e organizzativa dell'azienda inserisce, quindi, elementi nuovi che rendono conto delle differenze territoriali e della diversità degli obiettivi legati a riconoscimenti economici incentivanti. Per tali motivazioni ed in considerazione dei tempi necessari a rendere operativo il suddetto Accordo, si stabilisce che fino alla sua sottoscrizione, restano vigenti le modalità statuite nelle ex ASL 1 e 2. **Tuttavia, per permettere un progressivo allineamento degli obiettivi dei servizi nei due territori la prospettiva del presente accordo sarà biennale, con scadenza al 31/12/2014.** Inoltre, si conviene che, nel caso verranno emanati accordi nazionali o regionali che modificano aspetti del presente accordo, si provvederà a recepire tali modifiche.

L'accordo, come i precedenti, è orientato a qualificare l'organizzazione delle cure primarie, in applicazione degli indirizzi dell'accordo regionale per la MMG/CA (D.G.R. 298/2006 e 1653/2006) procedendo a sperimentazioni organizzative, tra le quali le più rilevanti e significative, sono state, nella ex ASL 2, quelle riguardanti:

- l'informatizzazione dell'attività effettuata;
- l'organizzazione del servizio di reperibilità;

L'accordo 2013-2014 oltre a confermare quanto realizzato nell'ultimo anno tende a rafforzare ulteriormente, migliorandoli, i risultati ottenuti ed in particolare:

- l'avvio e la messa a regime dell'informatizzazione dell'attività svolta dal servizio di CA in tutte le postazioni aziendali del territorio della ex ASL 1;
- una risposta assistenziale all'urgenza (codici bianchi) sulla base di criteri di appropriatezza ed efficacia condivisi dai professionisti;
- l'integrazione del servizio di CA, con gli altri servizi aziendali per garantire la continuità delle cure a livello territoriale (24 ore/die x 7 giorni/sett.) in particolare per quanto riguarda l'Assistenza domiciliare integrata (ADI);
- l'estensione ai servizi di CA della ex Asl 1, del modello organizzativo della reperibilità domiciliare operativo dal 01/08/2010 nei servizi di CA della ex Asl 2;
- il regolamento aziendale riguardante l'organizzazione e le modalità operative del servizio.

**OBIETTIVI RELATIVI ALLA QUOTA MENSILE DI € 109,18 PRO/MEDICO
rapportata a 106 ore medie mensili di attività svolta in forma attiva
(attualmente prevista dalla Accordo Regionale)**

INFORMATIZZAZIONE ATTIVITÀ (solo ex ASL 1)

L'informatizzazione dell'attività svolta è tesa a migliorare l'operatività (recupero delle informazioni anagrafiche e sanitarie su precedenti contatti dei pazienti) e la qualità dei dati documentati, finalizzata ad una adeguata reportistica dell'attività svolta a livello dell'intero servizio e del singolo medico. Per il raggiungimento di questo obiettivo, è necessaria un'adeguata gestione del sistema informativo e la completezza delle registrazioni.

Sul piano della completezza dei dati dell'attività è fondamentale:

- l'inserimento informatizzato dei contatti, (consultazioni telefoniche, visite ambulatoriali e visite domiciliari) che rappresenta il presupposto irrinunciabile per garantire l'efficacia e l'efficienza del sistema informativo; l'obiettivo è raggiungibile, tenuto conto che nel servizio di CA della ex ASL 2 sono stati ottenuti risultati più che soddisfacenti;
- la "chiusura del caso" al termine dell'inserimento dei dati, per consentire la corretta registrazione dell'attività svolta e conseguentemente la produzione di statistiche corrette e valide.

L'obiettivo su base mensile e a livello individuale, si intende raggiunto:

- **al 100% se sarà garantita, a partire dal 01/11/2013, l'informatizzazione di almeno l'85% dell'attività prestata, comprensiva della "chiusura del caso";**
- **al 70% se sarà garantita, a partire dal 01/11/2013, l'informatizzazione di almeno l'80% dell'attività prestata comprensiva della "chiusura del caso".**

Eventuali risorse disponibili per mancato raggiungimento dell'obiettivo minimo, verranno destinate ai medici che avranno raggiunto un livello di informatizzazione \geq al 95% dei pazienti visitati, comprensiva della "chiusura del caso".

L'azienda si impegna a garantire quanto necessario: infrastrutture di rete (hardware e software), formazione del personale, per l'inserimento dei dati entro il 14/10/2013.

Ad ogni medico del servizio verranno fornite le credenziali personali di accesso al sistema; inoltre, ai medici referenti di ogni sede verranno fornite le istruzioni per la creazione di nuovi utenti, siano essi altri titolari, incaricati provvisori e sostituti.

QUALIFICAZIONE DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE ED AMBULATORIALE (ex ASL 1 e ex ASL 2)

L'obiettivo è quello di garantire interventi più qualificati e completi, sia a livello domiciliare che ambulatoriale, nell'ambito delle prestazioni di competenza della continuità assistenziale, attraverso lo strumento della formazione dei medici di CA (titolari e sostituti) per approfondire competenze tecniche nel campo del primo soccorso.

Tale formazione sarà garantita attraverso la frequenza di corsi BLS-BLS-D organizzati dal centro di formazione della Azienda USL Umbria 1.

L'obiettivo a livello individuale, si intende raggiunto:

- **al 100% se sarà garantita la partecipazione ad almeno il 90% dell'attività formativa organizzata al di fuori dell'orario di servizio;**
- **al 70% se sarà garantita la partecipazione ad almeno il 75% dell'attività formativa organizzata al di fuori dell'orario di servizio.**

Anche in questo caso, il livello di raggiungimento dell'obiettivo sarà calcolato a consuntivo alla fine del 2013 e del 2014 e riguarderà esclusivamente i medici che abbiano effettuato, nell'anno di valutazione, almeno sei mesi di servizio, anche non continuativo.



PARTECIPAZIONE A RIUNIONI DELL'EQUIPE TERRITORIALI

Le riunioni d'equipe rappresentano uno dei principali strumenti di governance clinica ed organizzativa; la partecipazione di tutti medici dei nuclei di CA garantisce omogeneità di percorsi e procedure, può migliorare l'efficacia e l'efficienza degli interventi anche e soprattutto in termini di appropriatezza e di equità della risposta al paziente.

Inoltre, la partecipazione di altre figure professionali della sanità (MMG, Ospedale e PS, Distretti, medicina legale) che interagiscono con la continuità assistenziale garantisce una integrazione che può solo migliorare gli esiti dell'attività del servizio, soprattutto per la gestione di specifici problemi di salute e/o di casi di particolare complessità.

Pertanto, ai fini del raggiungimento dell'obiettivo ogni medico dovrà partecipare, alle riunioni previste mensilmente, del nucleo di C.A..

Il compenso incentivante, viene erogato mensilmente a titolo di acconto ai medici titolari, salvo conguaglio attivo o passivo a consuntivo anno 2013.

Ai medici sostituti e/o incaricati provvisori, la quota verrà conteggiata a consuntivo dell'anno di valutazione ed erogata, previa verifica del raggiungimento dell'obiettivo, nel mese di marzo dell'anno successivo.

L'elenco dei medici che **non** hanno partecipato alla prevista riunione mensile, redatto e certificato dal responsabile distrettuale del servizio di CA, verrà trasmesso mensilmente, *entro il quinto giorno del mese successivo*, alla direzione del distretto di riferimento che lo invierà all'Ufficio per il trattamento economico del personale convenzionato.

Entro il primo trimestre dell'anno successivo, si provvederà ad effettuare, per tutti i medici (titolari, sostituti e/o incaricati provvisori) che hanno prestato attività nel servizio di C.A., gli eventuali recuperi e/o conguagli in funzione, del grado di partecipazione alle riunioni mensili calcolate su base annua e degli acconti mensilmente corrisposti, come di seguito indicato:

- Partecipazioni riunioni di equipe (almeno una al mese) $\geq 75\%$: incentivo **100%**;
- Partecipazioni riunioni di equipe (almeno una al mese) $\geq 50\%$ e $\leq 75\%$ incentivo **50%**;
- Partecipazioni riunioni di equipe (almeno una al mese) $< 50\%$ incentivo **0%**;

Le riunioni di nucleo, sono regolamentate dall'apposito disciplinare.



INTEGRAZIONE ASSISTENZA PRIMARIA E CONTINUITA' DELL'ASSISTENZA

Allo scopo di **assicurare la necessaria e progressiva integrazione** fra l'attività dei medici di assistenza primaria (AP) e quella dei medici di continuità assistenziale con i CdS anche alla luce del decreto legge 158/2012 (legge Balduzzi) e s.m.i., i medici di CA dovranno garantire:

- **la partecipazione a riunioni congiunte tra nuclei di AP e medici di CA** finalizzate alla discussione dei percorsi assistenziali idonei a garantire la continuità delle cure per le dimissioni protette, i casi complessi e le patologie croniche in labile compenso con stesura dei piani assistenziali per le cure domiciliari ed utilizzo dell'apposita modulistica per l'attivazione degli interventi a domicilio.
- **idonei flussi informativi** per i pazienti in assistenza domiciliare di elevata complessità e per le persone con patologie croniche che possono andare facilmente incontro a scompenso o riacutizzazioni, utilizzando eventualmente allo scopo anche la cartella del paziente.

AZIONI DI QUALIFICAZIONE DELLA CONTINUITA' ASSISTENZIALE

Per sviluppare ulteriormente le funzioni della CA nell'ambito delle cure primarie, si concorda l'avvio del progetto di qualificazione della continuità assistenziale, già in pectore nella ex ASL 2 ed in coerenza con le indicazioni dell'ACN 23/03/2005 e s.m.i. art. 67, comma 16 lett. b1), rivolta a pazienti in assistenza domiciliare e residenziale.

Il progetto, in **allegato 1** al presente accordo, è da considerarsi esteso all'intero servizio di CA della Azienda USL 1 dell'Umbria ed è finalizzato a dare continuità, al domicilio dei pazienti e/o presso le strutture intermedie, ai programmi di assistenza definiti in stretta collaborazione con il MMG e con le équipe infermieristiche dedicate.

Pertanto l'intervento programmato della continuità assistenziale si inserisce nel complesso del percorso assistenziale, con la finalità di garantire, in base a quanto stabilito nel piano assistenziale individualizzato di ciascun paziente, la prosecuzione del programma terapeutico/assistenziale anche nei giorni festivi e prefestivi e negli orari notturni e deve essere documentato registrando le attività e le relative valutazioni cliniche nella cartella del paziente.

Il progetto verrà finanziato con il 5% della quota di Euro 6,00 annui/assistito destinata all'accordo con i medici di Medicina Generale – Assistenza Primaria anno 2013.

INTEGRAZIONE CON LE ATTIVITA' DISTRETTUALI ED I SERVIZI TERRITORIALI

Per garantire al meglio i livelli assistenziali e sviluppare l'integrazione con le attività dei distretti sanitari e degli altri servizi territoriali (effettuate nei giorni feriali in orario diurno), è possibile assegnare orari aggiuntivi ai medici di CA, utilizzando lo strumento contrattuale del plus orario e/o del completamento orario fino a 38 ore settimanali.

Il fabbisogno di ore necessario a garantire i servizi, sarà stabilito dalla direzione aziendale sulla base delle necessità assistenziali rappresentate dai direttori di distretto e dai responsabili degli altri servizi territoriali, utilizzando al meglio le competenze e le specifiche professionalità dei medici del servizio di CA.

I medici, ai quali assegnare provvisoriamente orari aggiuntivi rispetto al normale incarico di CA, verranno individuati sulla base di una graduatoria di norma distrettuale che, a seguito di richiesta di disponibilità rivolta a tutti i medici in servizio attivo presso il distretto o ambito distrettuale interessato, titolari esclusivamente di incarico di CA e comunque nel rispetto delle compatibilità previste dal presente ACN, verrà appositamente redatta,.

La graduatoria verrà formulata secondo i criteri previsti dal comma 8 dell'art. 65 del vigente ACN – MMG del 23/03/2005 e s.m.i.:

1. anzianità di titolarità di rapporto convenzionale di CA nell'azienda;
2. anzianità di laurea;
3. minore età.

In caso di indisponibilità di medici titolari di C.A., si provvederà ad incaricare medici assegnatari di incarichi provvisori, nel rispetto della graduatoria aziendale vigente.

L'incarico di durata semestrale/annuale, può essere rinnovato, previa valutazione positiva da parte del direttore del distretto o responsabile del servizio, fino alla effettiva necessità aziendale e/o fino ad una diversa organizzazione del servizio e/o delle modalità di reclutamento del personale, stabilita dalla direzione aziendale.

Per l'attività svolta, si applicano i parametri economici orari previsti dall'ACN vigente che regola i rapporti con i medici di medicina generale addetti ai servizi di Continuità Assistenziale.

L'incarico cessa il primo giorno del mese successivo all'insorgenza di situazioni di incompatibilità del medico, o per decisione unilaterale da parte del medico o della direzione aziendale (a fronte di diverse necessità assistenziali e/o organizzative), da comunicare alla parte interessata con almeno un mese di preavviso.

REPERIBILITA' DOMICILIARE – ORGANIZZAZIONE SERVIZI EX ASL 1

Premesso che, il medico di Continuità Assistenziale incaricato ai sensi degli art. 63 (Medico titolare di incarico a tempo indeterminato) e 70 (Medico incaricato a tempo determinato) è tenuto ad effettuare i turni di reperibilità secondo il disposto di cui al comma 1 dell'art. 71 dell'Accordo Collettivo Nazionale che regola i rapporti con i medici di Medicina Generale, si concorda quanto segue.

In applicazione di quanto previsto dal sopra citato art.71 del vigente ACN e secondo quanto disposto dall'art. 14 dell'ACN, viene esteso ai servizi di CA della ex ASL 1 il modello organizzativo di reperibilità domiciliare attivato dal 01/08/2010 nei servizi di CA della ex ASL 2.

I servizi distrettuali di CA dell'ex ASL 1, a partire dal 01/09/2013, predispongono un calendario mensile di reperibilità, per garantire le sostituzioni dovute ad impedimenti all'effettuazione del servizio da parte del medico assegnatario del turno, secondo i seguenti orari:

- dalle ore 19,00 alle 20,30 di tutti i giorni;
- dalle ore 7,00 alle 8,30 dei giorni festivi e prefestivi.

Nei casi in cui la Continuità Assistenziale è attivata in orario extracontrattuale (es. per aggiornamento dei medici di Assistenza Primaria), le fasce orarie della reperibilità vengono adeguate di conseguenza.

L'organizzazione della reperibilità ha come riferimento il livello distrettuale.

La turnazione mensile, predisposta dall'Azienda e/o dai Coordinatori di nucleo della Continuità Assistenziale deve essere rispettosa del principio di equità nella distribuzione dei turni tra tutti i medici incaricati del servizio attivo.

In ogni distretto l'organizzazione della reperibilità per ogni turno, dovrà essere in ragione di:

- a) un medico reperibile fino ad un massimo di tre medici in turno di servizio attivo;
- b) due medici reperibili fino ad un massimo di cinque medici in turno di servizio attivo;
- c) tre medici reperibili fino ad un massimo sette medici in turno di servizio attivo.

L'attivazione del medico reperibile da parte del titolare del turno deve avvenire per comprovate motivazioni e non può essere causa di riduzione del proprio orario di lavoro o cessioni di turni non graditi.

Per ciascun turno di reperibilità viene corrisposta una somma forfettaria di **Euro 12,00**. Tale compenso va sommato alla remunerazione del servizio nel caso di attivazione del turno effettivo.



NUOVO REGOLAMENTO SERVIZIO CONTINUITA' ASSISTENZIALE

Il servizio di Continuità Assistenziale è un servizio nevralgico per l'assistenza ai cittadini in quanto deputato ad intervenire, sulle prestazioni non differibili, nei momenti in cui il medico di Medicina Generale e la Pediatria di Libera scelta non operano.

In un momento di profonda riorganizzazione aziendale, nasce l'esigenza di individuare modalità omogenee di comportamenti con l'obiettivo di sostenere una continuità dell'assistenza migliorando continuamente i servizi. Per far sì che ciò avvenga è necessario definire un regolamento che, attraverso regole chiare e trasparenti derivanti dall'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) vigente, garantiscano un miglior funzionamento della Continuità Assistenziale sul tutto il territorio aziendale, eliminando per quanto possibile alcune storture che hanno, a volte, inficiato il buon lavoro realizzato dai medici di Continuità Assistenziale.

La necessità di definire un regolamento condiviso nasce anche dalla constatazione che, così come indicato nell'art. 67, comma 6 della ACN *"A livello aziendale sono definite le modalità di esercizio dell'attività, ai fini dell'eventuale organizzazione dell'orario..."*

Per tale motivo le parti concordano di costituire un apposito tavolo tecnico, con il compito di elaborare, entro 2 mesi dalla sua attivazione, un proposta di regolamento da presentare al Comitato Aziendale.



SCHEDA RIASSUNTIVA OBIETTIVI ANNI 2013-2014

Sulla base di una disponibilità economica mensile di Euro 109,18 pro-medico, rapportata a 106 ore medie mensili di attività svolta in forma attiva attualmente prevista dalla regione, vengono individuati i seguenti obiettivi incentivanti con il relativo peso:

Obiettivi incentivanti anno 2013

Obiettivo	Ex ASL 1	Ex ASL 2
Informatizzazione attività	35%	---
Qualificazione dell'assistenza domiciliare ed ambulatoriale	25%	50%
Partecipazione a riunioni dell'equipe territoriali	40%	50%

Obiettivi incentivanti anno 2014

Obiettivo	Ex ASL 1	Ex ASL 2
Qualificazione dell'assistenza domiciliare ed ambulatoriale	50%	50%
Partecipazione a riunioni dell'equipe territoriali	50%	50%



**CONTINUITA' DELLE CURE PER PAZIENTI IN ASSISTENZA
DOMICILIARE E IN RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI**
*PROGETTO SPERIMENTALE DI INTEGRAZIONE
TRA MEDICINA GENERALE E CONTINUITA' ASSISTENZIALE*

Premessa

La continuità delle cure e la gestione degli interventi nella fase terminale della vita costituiscono una sfida per i Servizi Sanitari. Non è possibile ipotizzare percorsi assistenziali idonei senza l'integrazione di tutti i soggetti coinvolti e senza la individuazione di modalità di lavoro condivise e concordate.

Una esigenza organizzativa che non può, altresì, prescindere da una modificazione di atteggiamenti e comportamenti individuali dei singoli operatori.

Obiettivi

1. Assicurare la continuità delle cure H24 ai pazienti in Assistenza Domiciliare Integrata e/o ospiti in Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA)
2. Ipotizzare un modello di integrazione permanente tra Medicina Generale e Continuità Assistenziale propedeutica alla nascita delle Unità Complesse di Cure Primarie
3. Ridurre i ricoveri impropri e/o evitabili per pazienti in ADI
4. Garantire qualità e dignità della vita della vita ai pazienti giunti alla fase terminale della loro esistenza evitando il trauma di una ospedalizzazione forzata e non più utile

Vengono delineati separatamente i percorsi assistenziali per i pazienti in ADI e per quelli ospiti delle Residenze Sanitarie Assistenziali

Pazienti in ADI

- Al momento della definizione del Piano Assistenziale tra il MMG e il Centro di Salute, dovrà essere indicato se per quel paziente sono necessari accessi domiciliari programmati anche nei giorni prefestivi e festivi.
- Il Personale del CdS provvederà ad approntare la **Cartella Clinica** da lasciare al domicilio del Paziente con la collaborazione del MMG nella quale saranno inserite notizie anamnestiche cliniche essenziali e le terapie in atto. Tali informazioni potranno essere agevolmente estratte dai software gestionali in utilizzo da parte dei MMG
- **l'elenco dei pazienti in ADI** predisposto a cura del PROCSI, verrà mensilmente pubblicato **nel sistema informativo Guard+** per metterlo a disposizione dei medici di CA della sede della Continuità Assistenziale (CA) competente per territorio; nell'elenco dovranno essere riportate: generalità del paziente, indirizzo e recapiti telefonici e patologie prevalenti e dovrà essere segnalata la necessità di un intervento medico programmato anche nei giorni prefestivi e festivi, Continuità Assistenziale
- i Centri di Salute in base al Piano Assistenziale Individualizzato, segnaleranno via mail o fax alla **sede di continuità assistenziale competente per territorio i casi** (codice fiscale, indirizzo e numero telefonico, motivo della richiesta) **per cui è necessario effettuare un accesso programmato** del medico di CA nel giorno prefestivo e/o festivo successivo



- I Medici della CA, una volta ricevuto l'elenco dei casi in ADI e le segnalazioni, dovranno effettuare gli accessi domiciliari programmati nell'arco del turno diurno prefestivo e/o festivo.
- L'accesso domiciliare verrà effettuato dal medico di CA secondo due modalità:
 1. Sede di CA con unico medico:
il medico effettua l'accesso restando reperibile per chiamate urgenti da parte di altri utenti.
 2. Sede di CA con più medici:
l'accesso viene effettuato da un medico individuato secondo modalità che garantiscano un'equa distribuzione del carico assistenziale tra tutti i medici della sede.
- Il Medico di CA potrà concordare, qualora necessario, eventuali accessi del Servizio infermieristico del CdS di riferimento a completamento della visita, contattando direttamente il Servizio infermieristico reperibile (la sede della Continuità Assistenziale verrà fornita di orari e numeri di reperibilità dei vari Centri di salute).
- Il Medico di CA che effettua la visita domiciliare per pazienti in ADI, programmata e non, ha l'obbligo di aggiornare la cartella clinica al domicilio del Paziente. Tornato presso la sede di CA compila, sul portale normalmente utilizzato per la registrazione delle visite, la scheda di visita, assicurandosi di biffare la voce "Visita ADI".
- La Direzione di Distretto, con cadenza mensile, estrae dall'archivio del portale le visite ADI effettuate dai medici di CA e li confronta, numericamente, con le visite previste (il servizio Informatico dovrà apportare le idonee modifiche al programma per fare in modo che sia possibile sia biffare la voce ADI che estrarre tali dati)
- Ogni tre mesi verrà effettuato, dal personale dei CdS, un controllo random per verificare la congruenza tra i diari/cartelle cliniche presso l'abitazione e le registrazioni nel portale della CA.

Pazienti ospiti di RSA

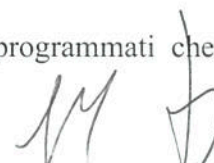
Gli ospiti delle RSA sono di norma pazienti fragili, affetti da pluripatologie, che afferiscono alla struttura dall'ospedale o dal domicilio, in quanto necessitano, per periodi limitati (30-60 giorni), di assistenza sanitaria (medica, infermieristica, riabilitativa) e socio-sanitaria, che non possono essere garantite nel loro contesto familiare e abitativo.

Si tratta di norma di pazienti fragili, in labile compenso e di particolare complessità, per i quali può essere appropriata anche nei giorni prefestivi e festivi, l'attivazione della Continuità Assistenziale, per assicurare la continuità delle cure e ridurre il rischio di ricoveri impropri e/o evitabili, ed il trauma di una ospedalizzazione non utile.

In questi casi il medico di Continuità Assistenziale è chiamato ad effettuare interventi di particolare complessità e impegno clinico finalizzati a garantire sia la continuità del percorso terapeutico sia il ripristino della situazione di stabilità clinica, in questi pazienti affetti da patologie croniche o in labile compenso.

Pertanto potranno essere richiesti **accessi di particolare complessità e impegno clinico della Continuità Assistenziale competente per territorio nei seguenti casi:**

- pazienti il cui Piano Assistenziale Individuale preveda accessi medici programmati che ricadano anche nei giorni festivi e prefestivi;



- pazienti dimessi dall'ospedale in giorni prefestivi e festivi, per i quali è necessaria una tempestiva impostazione del piano terapeutico e assistenziale;
- pazienti affetti da patologia cronica, per le quali si renda necessario un intervento medico tempestivo in giorni prefestivi e festivi, per ripristinare le condizioni di stabilità clinica delle patologie che hanno motivato l'ammissione in RSA.
- Il Medico di CA che effettua la visita registra nella Cartella Clinica le motivazioni della chiamata e l'intervento effettuato. Tornato presso la sede di CA compila, sul portale normalmente utilizzato per la registrazione delle visite, la scheda di visita, assicurandosi di biffare la voce "Visita RSA per 1.accesso PAI; 2.dimissione da ospedale; 3.instabilità clinica in patologia cronica preesistente".
- La Direzione di Distretto, con cadenza mensile, estrae dall'archivio del portale le visite ADI e le visite in RSA effettuate dai Medici di CA e li confronta, numericamente, con le visite previste. Il Servizio Informatico dovrà rendere operativa la possibilità di biffare sia la voce ADI che quella RSA, apportando le idonee modifiche al programma.
- La Direzione del Distretto invia al Responsabile della struttura RSA l'elenco nominativo degli assistiti ai quali, il medico di CA ha effettuato la visita. Il Responsabile della struttura RSA, verificata la rispondenza dell'elenco provvederà a darne riscontro mensilmente alla Direzione del Distretto.

Formazione

E' prevista la realizzazione nel corso del 2013 e del 2014 di un evento formativo che coinvolga tutti i soggetti preposti alla gestione dei pazienti in Assistenza Domiciliare e in Residenze Sanitarie Assistenziali fine di fornire loro elementi di conoscenza sulla fase terminale della vita non solo e non tanto per quanto riguarda gli aspetti medico-infermieristici ma soprattutto per quegli aspetti antropologici, sociologici e psicologici che tanta parte hanno nelle dinamiche relazionali tra gli attori coinvolti nella gestione della fase terminale della vita.

Verrà costituito uno specifico Gruppo di lavoro per la elaborazione del Progetto formativo.

Indicatori

Numero degli accessi in ADI/ RSA in orario prefestivo/festivo

Numero dei ricoveri annuali dei pazienti in ADI/RSA in giorni prefestivi/festivi

Numero totale di cartelle refertate dalla CA per pazienti in ADI/RSA

Tempi

- entro il 15/10/2013 definizione degli strumenti: cartella domiciliare, modifiche al software Guard+, stampa elenco pz in ADI con segnalazione necessità intervento festivo e prefestivo, modulo segnalazione necessità di accesso prefestivo / festivo della CA per paziente i ADI
- dal 31/10/2013 allestimento cartelle e avvio segnalazione necessità intervento domiciliare festivo e prefestivo
- dal 01/11/2013 avvio del progetto con interventi della continuità assistenziale su casi in ADI e in RSA e conseguente registrazione su supporto cartaceo ed informatizzato degli interventi stessi

Riconoscimento economico

In analogia a quanto previsto per il medico di medicina generale – assistenza primaria – viene riconosciuto un compenso economico di € 18,90 ad accesso.

Modalità di ripartizione del compenso:

- sede di CA con unico medico: riconoscimento del 100% al medico che effettua l'accesso;
- sede di CA con più medici: riconoscimento del 70% al medico che effettua l'accesso, ed il restante 30%, equamente ripartito fra i medici rimasti in postazione.

Verifica del progetto sperimentale

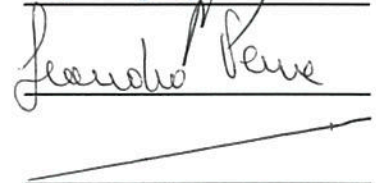
Si conviene che la sperimentazione di tale progetto, verrà sottoposta a verifica entro il 31/12/2013, con l'obiettivo di valutare l'efficacia dell'attività svolta e procedere, se del caso, ad una adeguata revisione.

Dr. Giuseppe Legato - Direttore Generale USL UMBRIA 1

Dr. Leandro Pesca – Delegato sindacale FIMMG

Dr. Del Genio Vincenzo - Delegato sindacale Intesa Sindacale

IL DIRETTORE GENERALE
A.U.S.L. UMBRIA n. 1
(Dott. Giuseppe Legato)



Leandro Pesca

Perugia 29/08/2013