

**PROTOCOLLO DI INTESA
IN TEMA DI ASSISTENZA PRIMARIA**

12 settembre 2013

1. IL QUADRO DI RIFERIMENTO E GLI OBIETTIVI PRIORITARI CONDIVISI

La legge provinciale sulla tutela della salute riconosce che *“i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta sono parte integrante del servizio sanitario provinciale e rappresentano, anche in forma fra loro associata, il punto di accesso privilegiato ai servizi. Svolgono la propria attività in conformità ai principi e ai criteri della programmazione provinciale e, in particolare, hanno il compito di:*

- a) ascoltare, valutare e prendere in carico i bisogni degli assistiti;*
- b) indirizzare e accompagnare i pazienti nel percorso di diagnosi, cura e riabilitazione;*
- c) contribuire ad assicurare la continuità di cura e assistenza;*
- d) operare in base a criteri d'integrazione e coordinamento con le strutture e i servizi sanitari e socio-sanitari”*(art. 20).

La legge prevede inoltre che tutti i soggetti operanti nell'ambito del servizio sanitario provinciale agevolino l'accesso dei cittadini ai servizi e assicurino un costante orientamento al paziente, favorendone la presa in carico e progettando, con il suo coinvolgimento, percorsi assistenziali personalizzati; agevolino l'accesso dei cittadini ai servizi, garantendo tempi per l'erogazione delle prestazioni coerenti con il bisogno rilevato e perseguendo la semplificazione degli adempimenti necessari; perseguano l'umanizzazione delle cure e la promozione della cultura della responsabilità (art. 4).

Sulla base di tali premesse, la Provincia autonoma di Trento intende delineare un modello assistenziale per le cure primarie, avviando un processo di riorganizzazione dell'assistenza offerta sul territorio dai medici di medicina generale (assistenza primaria e continuità assistenziale) e consentendo così, anche, di ridurre gli accessi impropri al Pronto soccorso e di costruire un'alternativa appropriata, in specifici casi, al ricovero ospedaliero, secondo quanto previsto **dall'art. 25 dell'ACN del 2009** e dagli articoli 3 *quater* e 3 *quinqües* del decreto legislativo n. 502/1992.

Il processo di de-ospedalizzazione è, infatti, l'indirizzo programmatico più opportuno anche per la realtà trentina, in un contesto di invecchiamento della popolazione, di aumento delle patologie cronico-degenerative, di modificazioni degli assetti sociali e, non ultima, di crisi economica perdurante.

Con il presente Protocollo vengono quindi individuati alcuni obiettivi prioritari condivisi, coerenti con l'obiettivo generale del miglioramento dell'assistenza sanitaria per i cittadini e che costituiranno principi di riferimento per la futura contrattazione provinciale, **secondo quanto previsto dall'art. 26 *ter*, commi 2 e 3, dell'ACN 2009.**

Detti obiettivi prioritari, condivisi tra la Provincia autonoma di Trento, l'Azienda provinciale per i servizi sanitari e le Organizzazioni sindacali della medicina generale, sono i seguenti:

1. la garanzia, sul territorio di propria competenza, dell'erogazione, a tutti i cittadini, dei **livelli essenziali ed uniformi di assistenza** (LEA);
2. la realizzazione sul territorio della **continuità dell'assistenza**, presso sedi pubbliche e/o private riconoscibili dalla popolazione, dove l'assistito possa trovare risposte assistenziali appropriate per l'intero arco della settimana e dove si realizzi una effettiva presa in carico dell'utente, ed in particolare dei pazienti cronici. A tal fine, e con specifico riferimento a questa tipologia di pazienti, va perseguita l'integrazione con i servizi sanitari di secondo e terzo livello, prevedendo il diritto di accesso in ospedale dei medici convenzionati;
3. l'impiego di strumenti di gestione che garantiscano **trasparenza e responsabilità dei MMG nelle scelte assistenziali** ed in quelle orientate al perseguimento degli obiettivi di salute;
4. la costruzione di un'organizzazione capace di assicurare ai pazienti **percorsi assistenziali integrati e coordinati tra ospedale e territorio**, in particolare per gli assistiti appartenenti alle **fasce deboli** (anziani, persone non autosufficienti e/o affette da malattie croniche e/o rare, malati terminali);
5. il rafforzamento **dell'integrazione tra assistenza sanitaria ed assistenza sociale**, a partire **dall'assistenza domiciliare**, in raccordo con i Distretti ed in sinergia con i diversi soggetti istituzionali;
6. lo sviluppo della **medicina di iniziativa**, che consenta l'attivazione di procedure e la realizzazione di interventi per intercettare precocemente persone portatrici di fattori di rischio nonché per gestire la malattia in modo da rallentarne il decorso;
7. la collaborazione, da parte dei medici di medicina generale, nella realizzazione di **programmi sanitari di prevenzione**, al fine di promuovere corretti stili di vita presso tutta la popolazione, con particolare attenzione agli **interventi di prevenzione, educazione ed informazione sanitaria**;
8. il rafforzamento del **ruolo** e della **responsabilità** dei medici di medicina generale nella presa in carico dei pazienti e nella regia dei percorsi assistenziali, da intendersi come impegno del medico ad assumere il governo del processo assistenziale relativo a ciascun paziente in carico, a farsi parte attiva della continuità dell'assistenza per i propri assistiti, a perseguire gli obiettivi di salute dei cittadini con il miglior impiego possibile delle risorse (art. 13 bis Accordo collettivo nazionale 29 luglio 2009);
9. una reale **integrazione**: tra professionisti; tra servizi sanitari territoriali, ivi comprese le farmacie pubbliche e private, e servizi ospedalieri; tra servizi sanitari e socio-assistenziali, in una logica di rete assistenziale;
10. un miglioramento nell'**appropriatezza** nell'utilizzo delle risorse messe a disposizione della medicina generale, anche secondo linee guida concordate con l'azienda.
11. un maggior **coinvolgimento** dei medici di medicina generale, nei momenti di **programmazione** provinciale ed aziendale, anche per rafforzare la **rete assistenziale** ed il senso di **appartenenza** dei professionisti al sistema sanitario.

2. IL PROGRAMMA DI CONCRETA REALIZZAZIONE DEGLI OBIETTIVI PRIORITARI CONDIVISI

Al fine della realizzazione degli obiettivi prioritari condivisi sopra indicati si conviene quanto segue:

1. la modalità di **lavoro associato**, intesa come integrazione funzionale e strategica delle risorse disponibili, professionali e strumentali, e come condivisione di scelte e programmi, si realizzerà sia attraverso forme **organizzative ad adesione volontaria (forme associative)**, sia attraverso **forme organizzative ad adesione obbligatoria (AFT – Aggregazioni funzionali territoriali)**;
2. nel 2014 verranno attivate, gradualmente e nella misura di almeno una per Distretto, le **AFT**; ~~previa valutazione degli esiti, in sede di Comitato ex articolo 24 ACN, verrà programmata l'estensione del modello AT all'intero territorio; dal 1 gennaio 2017 tutte le AFT dovranno essere funzionanti ed attivate.~~
3. ~~entro 20 giorni dalla firma del presente Protocollo le parti firmatarie avvieranno la revisione delle forme associative dell'assistenza primaria. Le nuove forme associative avranno caratteristiche di flessibilità, riservando particolare attenzione a promuovere l'equità dell'accesso all'assistenza, alle caratteristiche del territorio e alla distribuzione della popolazione, e saranno elaborate in funzione delle differenti realtà presenti nel territorio provinciale (urbane, a popolazione sparsa, montane);~~
4. ~~Il nuovo modello delle forme associative sarà concordato attraverso il Comitato ex art. 24 entro il 2014, assegnando un termine alle associazioni esistenti per adeguarvisi. Le risorse disponibili per incentivare l'assunzione di personale amministrativo, OSS e personale infermieristico saranno assegnate esclusivamente alle associazioni corrispondenti al nuovo modello.~~

3. LE AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI (AFT)

Con Accordo collettivo provinciale sarà introdotta idonea e dettagliata disciplina delle AFT, in base alla quale i medici di assistenza primaria, sia associati che non associati, e i medici di continuità assistenziale parteciperanno obbligatoriamente ad aggregazioni territoriali, che assicureranno – con gli idonei incentivi previsti dall'ACN del 2009 – le seguenti **funzioni**:

1. **l'attività assistenziale** presso una **sede di riferimento riconoscibile**, formalmente individuata, con un'apertura **sette giorni su sette** modulata in funzione dei bacini di utenza di riferimento e comunque con un **minimo di sei ore diurne**;
2. le attività assistenziali di presa in carico specificamente dedicate ai **pazienti cronici/fragili/a rischio**;
3. attività rientranti nella **medicina di iniziativa**, ed in particolare: promozione della salute e prevenzione primaria; presa in carico proattiva degli assistiti a rischio; informazione, *counselling* e supporto all'autocura (al *self management*); azioni nei confronti di assistiti con bassa frequenza di contatto con la medicina generale; coordinamento con le attività specialistiche;
4. le attività funzionali al raggiungimento degli **obiettivi annuali specifici** concordati con il Distretto sanitario e coerenti con gli obiettivi della programmazione del servizio sanitario provinciale;

5. la predisposizione del **programma di attività** dell'AFT coerente con gli obiettivi definiti nel Programma di attività del Distretto e con la programmazione provinciale;
6. la definizione e la pubblicizzazione di una **Carta dei servizi** che specifichi in particolare: l'organizzazione del lavoro fra i medici della associazione, le sedi e gli orari di presenza nonché le modalità con cui si assicura la reperibilità, le modalità con cui si intende rispondere alle urgenze ed ogni altra indicazione utile a facilitare l'accesso all'assistenza da parte dei cittadini.

Le AFT saranno costituite secondo i seguenti **criteri**:

1. riferirsi a **bacini di utenza intra-distrettuali**, sufficientemente ampi da garantire lo sviluppo di economie di scala nella dotazione e nell'impiego di risorse umane, strutturali e strumentali;
2. avere una **sede di riferimento unica formalmente individuata**, nella quale svolgeranno la loro attività: i medici, che svolgeranno a turno le attività concordate; gli infermieri, che assicureranno il proprio apporto professionale secondo un programma di lavoro definito al fine di gestire l'assistenza, in particolare ai malati cronici e per sostenere la domiciliarità, ivi compresi la promozione della salute, l'*empowerment* del paziente e della famiglia. Sarà inoltre assicurato supporto per funzioni amministrative di segreteria;
3. individuare un **referente unico** della singola AFT e, tra i referenti delle singole AFT, un coordinatore unico per ogni singolo Distretto, i cui compiti e rapporti con la direzione della Unità operativa cure primarie del Distretto verranno declinati nell'Accordo collettivo provinciale, tramite il Comitato ex art. 24 per la medicina generale;
4. favorire lo sviluppo e la diffusione di comportamenti uniformi e di percorsi assistenziali integrati, promuovendo l'**integrazione tra territorio e ospedale** nonché tra servizi sanitari e sociali (**PUA**);
5. garantire la **messa a disposizione dei dati riferiti ai propri assistiti**, attraverso l'utilizzo di tecnologie informatiche comuni;
6. avere un **programma delle attività** coerente con la programmazione sanitaria provinciale ed aziendale, contenente gli obiettivi annuali specifici concordati con il Distretto sanitario e con la previsione della partecipazione a percorsi formativi funzionali al raggiungimento degli obiettivi medesimi. Le attività sperimentate nell'ambito degli obiettivi annuali specifici potranno rientrare nell'attività ordinaria dei medici previa adozione di linee guida / percorsi concordati;
7. essere finanziate con assegnazione di un budget rapportato alle funzioni da assicurare, come in precedenza definite, anziché con compensi variabili corrispondenti a prestazioni o a singoli servizi.

4. I SISTEMI DI VALUTAZIONE E FINANZIAMENTO DELLE NUOVE FORME ASSOCIATIVE E DELLE AFT

I criteri per la valutazione delle AFT e delle forme associative, mediante indicatori di processo e di esito, saranno definiti nell'ambito del Comitato ex art. 24.

Il finanziamento delle AFT sarà assicurato attraverso:

- a) appositi stanziamenti, anche relativi a finanziamenti per la medicina generale non utilizzati negli esercizi precedenti, finalizzati all'attuazione di specifici progetti o programmi individuati in sede di accordo provinciale.
- b) finanziamenti ricevuti da soggetti non appartenenti al servizio sanitario nazionale e finalizzati a specifici progetti riguardanti la medicina generale;
- c) quota parte delle maggiori entrate derivanti dall'applicazione della deliberazione della Giunta provinciale n. 1788 del 19 agosto 2011.

5. ATTUAZIONE DEL PRESENTE PROTOCOLLO

Il presente protocollo ~~trova applicazione nell'~~ **sarà punto di riferimento per** il nuovo Accordo collettivo provinciale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale.

Letto e sottoscritto

Trento, li 12 settembre 2013

Per la Provincia autonoma di Trento

Dott. Ugo Rossi

Per le Organizzazioni Sindacali:

CISL Medici dott. Nicola Paoli

FIMMG dott. Paolo Colorio

SMI dott. Nabil Fattouh

SNAMI dott. Stefano Marzini

Per APSS

dott Luciano Flor