Deliberazione della Giunta Regionale 28 marzo 2012, n. 26-3627

Approvazione linee d'indirizzo per la sperimentazione dei Centri di Assistenza Primaria (CAP). Attuazione D.G.R. n. 44-1615 del 28/02/2011 e s.m.i. La rete territoriale.

A relazione dell'Assessore Monferino:

Il processo di riorganizzazione del sistema sanitario in corso di definizione nella Regione Piemonte è rivolto all'ottimizzazione delle risposte fornite dalle reti assistenziali con l'obiettivo di garantire la centralità delle persone nell'ambito di tali reti integrate e coordinate, fornendo risposte appropriate a crescenti e sempre più complessi bisogni di salute, in gran parte di tipo socio-sanitario, conciliando altresì le esigenze di equità e di solidarietà con il quadro delle risorse disponibili.

Nell'ambito di tale processo in atto, la Regione ha individuato fra le proprie strategie prioritarie, il rafforzamento e la riqualificazione della rete territoriale, realizzando nel contempo la massima integrazione fra le funzioni sanitarie e quelle sociali destinate a garantire il percorso complessivo di presa in carico della persona, a garanzia della continuità assistenziale.

Fra le linee di azione prioritarie a fondamento di tale processo, individuate nell'ambito del vigente quadro normativo e programmatico nazionale e regionale, emergono la valorizzazione ed il consolidamento:

- del ruolo del distretto sanitario, quale articolazione aziendale per il governo della domanda a fronte del bisogno espresso dal territorio e garante dell'unitarietà gestionale dei servizi sanitari in ciascun ambito territoriale dell'ASL;
- del ruolo del sistema delle cure primarie, destinato a garantire la continuità delle cure attraverso la presenza capillare sul territorio distrettuale, il rapporto diretto con la popolazione e la funzione di filtro, integrazione e coordinamento rispetto alla risposta specialistica ed ospedaliera.

Tale percorso di rimodulazione della rete territoriale è coerente con le disposizioni di cui al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502, come modificato ed integrato dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, contenente il quadro normativo di riferimento rispetto alle funzioni, al ruolo ed al modo di operare del distretto (articoli 3-quater, 3-quinquies e 3-sexies).

In particolare l'art. 3-quinquies attribuisce alle Regioni il compito di disciplinare l'organizzazione del distretto in modo da garantirne alcune funzioni fondamentali, quali:

- *“l'assistenza primaria, ivi compresa la continuità assistenziale, attraverso il necessario coordinamento e l'approccio multidisciplinare, in ambulatorio e a domicilio, tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici di guardia medica notturna e festiva e i presidi specialistici“;*
- il coordinamento fra MMG/PDLS, strutture operative a gestione diretta, servizi specialistici ambulatoriali e strutture ospedaliere ed extra-ospedaliere accreditate;
- l'erogazione delle prestazioni afferenti all'area socio-sanitaria ad elevata integrazione sanitaria.

La riorganizzazione del ruolo e delle caratteristiche del distretto sanitario e delle relative funzioni di tutela e di garanzia della continuità assistenziale sul piano organizzativo e gestionale, è stata affrontata e sviluppata nell'ambito della recente normativa regionale la quale, preso atto delle criticità emerse nel corso del decennio successivo alla D.G.R. 80-1700 dell'11 dicembre 2000, *“Art.3, comma 1 bis del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i. Principi e criteri per l'adozione dell'atto aziendale, per l'organizzazione ed il funzionamento delle A.S.R.“*, ha ridefinito le linee strategiche

per il riordino della rete dell'assistenza territoriale finalizzato a migliorare la funzionalità e l'appropriatezza delle risposte rispetto ai bisogni di salute della popolazione.

Con D.G.R. n. 1-415 del 2.8.2010 la Giunta Regionale, nel corso della complessa fase di programmazione economico-finanziaria confluita nella stipulazione dell'Accordo di cui all'art. 14 dell'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009, ha approvato, unitamente all'Accordo stesso, l'allegato Piano di rientro, riqualificazione e riorganizzazione, con l'individuazione degli interventi per il conseguimento dell'equilibrio economico, sottoscritto il 29 luglio 2010 con il Ministero della Salute ed il Ministero dell'Economia e delle Finanze.

Il 30 settembre 2010 è stato adottato il Programma attuativo, ai sensi dell'art. 5, comma 1, lettera b, punto ii) del sopra citato Accordo, nell'ambito del quale sono state contemplate alcune importanti manovre programmatiche, fra le quali quella riguardante la rimodulazione delle reti assistenziali (ospedaliera, territoriale, emergenza, ecc.).

Tale quadro normativo è stato completato con la D.G.R. n. 44-1615 del 28 febbraio 2011 e s.m.i., con la quale è stato adottato l'Addendum al Piano di rientro e al Programma attuativo ai sensi dell'art. 2, commi da 93 a 97 della legge 23 dicembre 2009, n. 191, il quale costituisce programma analitico degli interventi da porre in essere per la realizzazione degli obiettivi individuati dal Piano di rientro.

Contestualmente al percorso finalizzato al conseguimento, nel breve-medio periodo, del riequilibrio economico-finanziario, a garanzia della sostenibilità economica del SSR, la Giunta Regionale ha provveduto a formulare e a proporre al Consiglio Regionale, con D.G.R. n. 12-3345 del 3 febbraio 2012, ad integrazione della D.G.R. n. 1-2791 del 25 ottobre 2011, le scelte strategiche più generali relative alla riconfigurazione del SSR ed alla programmazione sanitaria e socio-sanitaria, nell'ambito della proposta relativa al nuovo P.S.S.R. 2012-2015, adottata ai sensi dell'art. 11 della legge regionale 6 agosto 2007, n. 18.

Fra gli obiettivi e gli indirizzi individuati dalla sopra richiamata normativa regionale riguardo alla rete territoriale, emergono in particolare:

- il ruolo del distretto quale articolazione organizzativa fondamentale dell'ASL per il governo della rete territoriale e per l'esercizio della funzione di tutela della salute e del benessere della popolazione;
- la funzione centrale delle cure primarie quale primo livello clinico di contatto degli individui e della comunità con il sistema sanitario e socio-sanitario regionale.

In tale contesto si colloca il percorso impostato, a livello sperimentale, dalla D.G.R. n. 44-1615/2011 e s.m.i. e confermato dalle sopra citate deliberazioni della Giunta Regionale relative alla proposta di P.S.S.R., inerente alla realizzazione del Centro di Assistenza Primaria (CAP), quale struttura polifunzionale e strumento gestionale del distretto destinato a rappresentare un importante riferimento per l'organizzazione delle cure primarie sul territorio, con l'obiettivo di fornire ai cittadini un'offerta più ampia ed una porta di accesso per la presa in carico nelle diverse fasce orarie della giornata.

Nell'ambito del Gruppo di lavoro regionale sulla rete territoriale istituito ai sensi della D.G.R. n. 45-1981 del 29 aprile 2011, ai fini dell'attuazione degli adempimenti previsti dalla D.G.R. n. 44-1615/2011 (Addendum), sono state poste le basi per una proposta contenente le linee d'indirizzo per l'avvio, a livello sperimentale, di una progettazione aziendale per la realizzazione di Centri di

Assistenza Primaria, nel contesto del processo di riconversione e/o riorganizzazione di attività attualmente già svolte dal sistema sanitario regionale.

Il documento contenente le linee d'indirizzo per la sperimentazione, riportato nell'Allegato A quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, è coerente con gli indirizzi contenuti nella sopra citata proposta di P.S.S.R., sia per quanto attiene al ruolo del distretto, sia per quanto attiene al potenziamento delle strutture e dei servizi preposti alle cure primarie, a supporto e coordinamento delle forme organizzative complesse della medicina territoriale operanti nel distretto stesso.

Considerato quanto sopra ed in ottemperanza all'adempimento previsto dalla D.G.R. n. 44-1615/2011 e s.m.i., si ritiene di avviare il procedimento progettuale relativo alla sperimentazione dei Centri di Assistenza Primaria, nell'ambito di interventi di riconversione e/o di riorganizzazione di strutture aziendali già esistenti, secondo le linee d'indirizzo riportate nell'Allegato A facente parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

Coerentemente con il processo di riorganizzazione delle reti assistenziali in corso di definizione a livello normativo regionale, si ritiene di avviare la suddetta sperimentazione in forma graduale nel corso del biennio 2012-2013, nel limite massimo di un progetto per ciascuna area d'intervento individuata dalla D.G.R. n. 44-1615/2011 e s.m.i. e di un progetto per l'area metropolitana torinese.

La sperimentazione del modello distrettuale fondato sull'istituzione del CAP si connota quale prima fase di un percorso il cui andamento sarà monitorato a livello regionale, in forma condivisa con le rappresentanze delle professionalità coinvolte nell'attuazione del modello assistenziale, al fine di coordinarne lo sviluppo e di indirizzare la progettazione territoriale secondo criteri di omogeneità a livello territoriale e di coerenza con gli obiettivi perseguiti, contestualmente all'avvio delle attività regionali finalizzate all'aggiornamento degli Accordi Integrativi Regionali (AIR) in attuazione dei vigenti Accordi Integrativi Nazionali.

Si ritiene pertanto opportuno demandare a successiva deliberazione regionale, previo monitoraggio dell'andamento della sperimentazione nel periodo indicato e analisi dei risultati conseguiti a fronte degli obiettivi prefissati, la valutazione riguardante lo sviluppo ed il consolidamento a regime del modello assistenziale, con la sua progressiva estensione sull'intero territorio regionale, in coerenza con il P.S.S.R. e con gli Accordi collettivi nazionali ed integrativi regionali riferiti ai MMG, PDLS e Specialisti ambulatoriali convenzionati con il S.S.R.

Tutto ciò premesso;

visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502 e s.m.i., artt. 3-quater e segg.;

vista l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2010-2012, sottoscritta in data 3 dicembre 2009;

visti gli Accordi collettivi nazionali per la medicina generale del 27.5.2009 e del 10.3.2010;

vista la D.G.R. n. 28-2690 del 24.4.2006 (Accordo Integrativo Regionale per la Medicina Generale);

vista la D.G.R. n. 1-415 del 2 agosto 2010;

vista la D.G.R. n. 44-1615 del 28 febbraio 2011 e s.m.i.;

vista la D.G.R. n. 45-1981 del 29 aprile 2011;
vista la D.G.R. n. 12-3345 del 3 febbraio 2012;

la Giunta Regionale a voti unanimi espressi nelle forme di legge, condividendo le argomentazioni del Relatore,

delibera

- di approvare, per le motivazioni in premessa indicate, le linee d'indirizzo per la sperimentazione dei Centri di Assistenza Primaria (CAP) come riportate nell'Allegato A facente parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;
- di demandare a successiva deliberazione regionale, previo monitoraggio dell'andamento della sperimentazione nel biennio 2012-2013 e analisi dei risultati conseguiti a fronte degli obiettivi prefissati, la valutazione riguardante lo sviluppo ed il consolidamento a regime del modello assistenziale, con la progressiva estensione dei Centri di Assistenza Primaria sull'intero territorio regionale, in coerenza con il P.S.S.R. e con gli Accordi collettivi nazionali ed integrativi regionali riferiti ai MMG, PDLs e Specialisti ambulatoriali convenzionati con il S.S.R.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 5 della L.R. 22/2010.

(omissis)

Allegato

Linee d'indirizzo per la sperimentazione dei Centri di Assistenza Primaria (CAP)

Premessa: contesto organizzativo in cui si colloca la sperimentazione

Il progetto relativo alla sperimentazione del C.A.P. si colloca nell'ambito del percorso di riorganizzazione generale della Assistenza Primaria (1), integrata e coordinata con l'assistenza territoriale ed ospedaliera, nonché con il sistema dei servizi socio-assistenziali. E' finalizzato all'obiettivo di realizzare una presa in carico globale del paziente dal territorio all'ospedale e viceversa, garantendo l'appropriatezza clinica ed organizzativa delle cure, con particolare attenzione all'integrazione tra le funzioni sanitarie e quelli sociali.

Fra le principali criticità che rendono necessario tale percorso di riorganizzazione vi è il rilevante squilibrio tra un'organizzazione ospedaliera fortemente strutturata e caratterizzata e un'organizzazione territoriale disarticolata e non omogenea.

Nella proposta relativa al P.S.S.R. 2012-2015, di cui alla D.G.R. n. 12-3345 del 3.2.2012, nonché nel Piano di Rientro e relativo Addendum è previsto, quale linea d'intervento prioritario, il rafforzamento e la riorganizzazione della funzione territoriale, attraverso la definizione:

- di un coordinamento/interrelazione organizzativa tra la direzione ospedaliera e la direzione distrettuale;
- un asse di continuità clinica tra la rete ospedaliera e la rete territoriale.

Pertanto la sperimentazione del CAP è da inserire nel contesto di tale percorso di riconversione fondato sulla maggior appropriatezza della funzione ospedaliera e sulla riarticolazione della risposta territoriale, sia sotto l'aspetto della governance organizzativa (distretti), sia sotto l'aspetto della governance clinica (medicina generale) (2).

Le principali caratteristiche alla base della sperimentazione del modello CAP riguardano:

- la valorizzazione, della capacità gestionale e relativa responsabilità professionale dei MMG/PDLS, quale elemento strategico per il perseguimento di obiettivi di ottimizzazione dei livelli di assistenza e di appropriatezza degli interventi erogati;
- l'opportunità di garantire, nell'ambito della funzione di governo organizzativo facente capo al Distretto:
 - o il coordinamento e la condivisione degli interventi multiprofessionali,
 - o la gestione delle relazioni tra i medici specialisti e quelli delle cure primarie,
 - o il monitoraggio dell'appropriatezza degli interventi e dei costi;
- la necessità di fondare il governo clinico sul confronto costruttivo tra professionisti, nel rispetto della deontologia medica e dei reciproci ruoli nel sistema sanitario;
- l'attivazione di un sistema di relazioni tra MMG/PDLS e medici specialisti, che definisca e tuteli gli ambiti di responsabilità professionale della medicina generale e della pediatria di libera scelta. Tale sistema deve:
 - o essere accessibile e condivisibile da tutti i professionisti sia territoriali che ospedalieri per una reale integrazione e monitoraggio dei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA);
 - o valorizzare i ruoli specifici di tutte le figure professionali operanti sul territorio;

- fondarsi su una rete informativa in grado di rappresentare gli eventi che si ritiene di dover conoscere e di monitorare prioritariamente, al fine di programmare e controllare le cure primarie e governare i percorsi di prevenzione, diagnosi e cura;
- promuovere una medicina di territorio sempre più orientata all'iniziativa.

Nell'ambito dell'attuale organizzazione territoriale dell'assistenza primaria, come prevista e disciplinata dai vigenti ACN e AIR, in vista dell'evoluzione verso le forme di aggregazione contrattualmente previste, il CAP si inserisce quale luogo fisico/centro di relazioni multiprofessionali che ne supporta le relative attività, mediante strumenti:

- amministrativi;
- tecnologici di informatizzazione;
- sanitari, attraverso le attività coordinate di tutte le figure professionali operanti sul territorio.

Il contesto di riferimento di tale rimodulazione della risposta territoriale, orientata verso il passaggio da una logica organizzativa di tipo prevalentemente prestazionale verso una cultura fondata sui processi e finalizzata a garantire la presa in carico del paziente e la continuità assistenziale, è il seguente:

- il distretto rappresenta l'ambito organizzativo, finalizzato a garantire, sotto la responsabilità del direttore, la presenza capillare della sanità sul territorio regionale attraverso la programmazione-negoziazione delle attività sanitarie per pazienti acuti, post acuti e cronici sul proprio territorio di riferimento (quindi dotato di budget).

In particolare compete al distretto la **“lettura” dei bisogni assistenziali**, nonché il **governo ed il coordinamento organizzativo-gestionale** della medicina e dell'attività specialistica svolta sul territorio, da garantire nell'ambito dell'assistenza primaria, nonché l'ottimizzazione organizzativa delle diverse fasi connesse ai percorsi di cura, avvalendosi degli strumenti previsti dagli ACN- AIR.

- il C.A.P. quale struttura polifunzionale/snodo operativo fortemente integrato nel distretto per l'erogazione di un'appropriata risposta territoriale alla popolazione residente, con particolare riferimento:
 - o alle forme di cura/assistenza eseguibili ambulatorialmente o al domicilio, concorrendo al ricorso maggiormente appropriato alle strutture di emergenza e di secondo livello;
 - o alla risposta rispetto ai percorsi post dimissioni ospedaliere di soggetti con necessità assistenziali complesse e/o non stabilizzati.

Rappresenta inoltre il punto di erogazione delle risposte organizzative distrettuali (punto unico d'accesso, scelta / revoca medico ecc.), nell'ambito di riallocazione delle funzioni e delle sedi del Distretto.

Il CAP eroga i servizi/prestazioni di cui sopra attraverso:

- o l'integrazione delle professionalità che concorrono a garantire l'assistenza per le patologie croniche a maggior impatto sociale, mediante attivazione dei PDTA relativi ad ogni area patologica;
- o rapporti organizzativi fondati sulla responsabilità dei singoli professionisti, sulla condivisione delle modalità di presa in carico e dei percorsi diagnostico-terapeutici degli assistiti;

- o l'interrelazione con il sistema informatico aziendale (integrando nello stesso le professionalità esterne nelle varie articolazioni contrattualmente previste).

In sintesi:

- distretto = braccio organizzativo dell'ASL per il governo del territorio;
- CAP = braccio operativo del distretto per il governo clinico del territorio e per l'erogazione della risposta territoriale.

A) Principi fondamentali alla base della sperimentazione del modello

La riorganizzazione della rete territoriale deve tener conto, nella definizione dei progetti di sperimentazione dei CAP da avviarsi nell'ambito di interventi di riconversione/riorganizzazione di strutture aziendali, dei seguenti principi fondamentali:

1. Il CAP realizza l'aggregazione di professionisti del sistema sanitario che erogano prestazioni di assistenza primaria nell'arco delle 24 ore, secondo criteri e modalità omogenee a livello regionale.
Tramite il CAP, le cure primarie devono essere garantite nell'intero arco della giornata attraverso il coordinamento delle attività mediche (MMG/PDLS) e specialistiche con la continuità assistenziale (guardia medica), le quali si interfacciano con la rete dell'emergenza/urgenza attraverso protocolli condivisi, garantendo la netta separazione dei percorsi e la condivisione della cartella clinica del paziente.
2. Deve essere garantito il collegamento con il centro di competenza distrettuale per la presa in carico e la continuità assistenziale per:
 - il raccordo con i MMG/PDLS operanti sul territorio distrettuale;
 - la presa in carico per le cure domiciliari, l'assistenza residenziale, la lungoassistenza, ecc.
 - i percorsi assistenziali;
 - l'integrazione con altri servizi territoriali.
3. L'operatività del CAP si svolge sulla base di percorsi diagnostico-terapeutici (PDTA) predefiniti per patologie croniche, con indicatori finali e intermedi, definiti e misurabili.
4. Nel CAP non vengono svolte attività di emergenza ed urgenza e deve essere prevista la precisa distinzione fra il percorso di emergenza/urgenza e quello delle cure primarie.
5. L'accesso differente ai due percorsi deve invece avere una piattaforma informatica comune.
E' necessario che i due distinti percorsi siano supportati da un'unica piattaforma informatica e tecnologica al fine di poter condividere i dati relativi ai percorsi clinico-assistenziali dei pazienti del SSR.
6. Definizione di protocolli condivisi fra il sistema di emergenza e il sistema della cure primarie.
Tali protocolli, finalizzati ad evitare le inappropriatezze, devono essere condivisi fra i due sistemi e devono essere validati a livello distrettuale.
7. L'accessibilità al CAP deve essere non solo fisica ma anche telematica e telefonica, mediante una risposta fornita da personale sanitario e tecnico allo scopo formato ed addestrato, sulla base di protocolli definiti in collaborazione fra MMG e altri operatori sanitari del distretto e condivisi con il 118 e i DEA per le parti di interazione.
Occorre, in sostanza, garantire un punto di accesso al paziente che necessita di accedere alle cure primarie in qualsiasi momento della giornata .

8. Deve essere garantito, nell'ambito di un'unica rete, l'accesso del CAP alle informazioni sanitarie del Distretto (esenzioni, prenotazioni, referti, ecc) e delle rete dei MMG/PDL e continuità assistenziale.
9. Il CAP costituisce lo snodo operativo del distretto per il coordinamento e l'integrazione fra le attività sanitarie e le attività socio-assistenziali erogate nell'ambito dell'area socio-sanitaria, con particolare riferimento alle attività di presa in carico e di valutazione multidisciplinare del bisogno.

B) Obiettivi della sperimentazione

L'obiettivo prioritario della sperimentazione è quello di individuare un ambito in cui si realizza il percorso integrato di promozione, prevenzione, cura e assistenza ai cittadini, con particolare riferimento a coloro che sono affetti da patologie croniche, per ricondurre a unitarietà la frammentazione delle risposte che oggi vengono date ai problemi di salute del singolo e della comunità locale. Le regole della sperimentazione e il blocco di attivazione di iniziative locali al di fuori della sperimentazione stessa, dovranno garantire il raggiungimento di obiettivi clinici, organizzativi ed economici reali per la Regione Piemonte e dei modelli da applicare successivamente sul territorio.

In sostanza, un ambito operativo in cui ASL, medici del territorio e gestori dei servizi socio-assistenziali operano insieme per assicurare all'utente un percorso organizzato di accompagnamento.

Le principali finalità perseguite con il presente modello assistenziale consistono quindi nel potenziare e/o consolidare:

- il coordinamento delle attività di cure primarie territoriali, distinguendo
 - la funzione di coordinamento organizzativo-gestionale e di ottimizzazione dei percorsi di cura da affidare a personale strutturato dell'ASL;
 - la funzione di coordinamento clinico delle cure e dei percorsi da affidare alla medicina generale;
- l'integrazione fra i settori sanitari territoriali e fra questi e quelli extraterritoriali;
- il coordinamento dell'area socio-sanitaria e l'integrazione con i servizi socio-assistenziali di competenza dei Comuni;
- l'adozione di procedure semplificate di accesso e di fruizione del Sistema da parte dell'utenza;
- la progettazione di interventi per la prevenzione delle malattie croniche ad alto impatto sociale e per il miglioramento degli stili di vita, con presa in carico delle patologie croniche in ambulatori dedicati, anche in collaborazione con il servizio infermieristico e di prevenzione delle ASL;
- l'utilizzo di tecnologie ICT (informazione e comunicazione), incrementando la capacità organizzativa e di comunicazione attraverso lo sviluppo dei sistemi informatizzati nell'ambito del dominio aziendale, al fine di favorire l'interconnessione di tutti i MMG e PLS con i CAP di riferimento;
- l'affidamento ai MMG/PLS nell'ambito dei CAP, delle attività di competenza per la gestione dei piani diagnostico-terapeutico-assistenziali definiti e concordati;
- la distribuzione diretta di farmaci e presidi, essendo il CAP una struttura aziendale;
- l'assistenza domiciliare e residenziale mantenendo e potenziando il ruolo del MMG nei confronti della popolazione anziana e delle situazioni di terminalità.

Ogni progetto sperimentale dovrà prevedere un sistema di indicatori di processo e di esito per consentirne il monitoraggio ai fini della valutazione da parte della Regione.

Tali indicatori devono consentire di valutare le ricadute del nuovo modello di organizzazione della risposta territoriale, in base alle specificità locali, rispetto ai seguenti aspetti:

1. prestazioni ambulatoriali ripetute per i pazienti inseriti negli specifici PDTA relativi alle patologie croniche;
2. miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri, in particolare quelli dell'area medica, riguardanti gli anziani e i soggetti fragili;
3. consumo dei farmaci in relazione alle patologie croniche trattate;
4. tasso di ospedalizzazione, rispetto allo storico dell'area di riferimento (area medica);
5. accessi in pronto soccorso, a carico dei codici bianchi e verdi in uscita;
6. mobilità passiva di assistiti verso altre ASL, relativa alle prestazioni di primo livello.

C) Percorso per l'avvio della sperimentazione CAP

A livello aziendale (ASL), viene definito il progetto operativo ed organizzativo, in accordo con le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative, sulla base degli obiettivi e del quadro d'indirizzo definito a livello di programmazione regionale, nel limite massimo, nel biennio di avvio della sperimentazione (2012-2013), di un progetto per ciascuna area territoriale individuata dalla D.G.R. n. 44-1985 del 28.2.2011 e s.m.i. (TO, AT/AL, CN, VC/Biella/NO/VCO) e di un progetto per l'area metropolitana torinese.

Il progetto sperimentale deve essere definito in coerenza:

- con la connotazione dei CAP quali strutture principalmente sostitutive delle attività oggi già svolte dal sistema sanitario regionale ed inserite nel processo di riconversione e riorganizzazione di sedi già esistenti;
- con la normativa vigente in materia di accordi contrattuali, nazionali (ACN) e regionali (AIR), per la medicina generale, la pediatria e la specialistica ambulatoriale stipulati, ai sensi dell'articolo 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412.

In relazione alle caratteristiche del territorio ed alla distanza dai servizi di secondo livello, sono prefigurabili e seguenti modelli di CAP:

- uno riferito ad aree metropolitane e/o ad elevata densità di popolazione;
- uno riferito ad aree extra-metropolitane e/o a bassa densità di popolazione.

Il progetto deve essere corredato da:

- un piano di valutazione dell'impatto economico derivante dall'intervento, formulato in coerenza con i suddetti principi e dal quale emerga l'equilibrio, a livello aziendale, fra l'eventuale costo derivante della sperimentazione ed il minor costo derivante dal contestuale intervento di riconversione posto in essere;
- un sistema di indicatori (semplici, sintetici e verificabili) per la verifica intermedia e finale dei risultati raggiunti rispetto agli obiettivi prefissati (rif. Addendum, sez. 1.4 *Fonti di verifica del miglioramento della rete territoriale – Indicatori di esito/di processo dell'organizzazione della presa in carico*).

A livello regionale, compete il governo e il monitoraggio del processo di sperimentazione dei CAP, nell'ambito del tavolo di lavoro istituito ai sensi della D.G.R. n. 45-1981 del 29.4.2011, ai fini:

- dell'analisi e validazione dei progetti territoriali prima della loro attuazione;

- dell'eventuale proposta di adeguamento onde garantirne la coerenza rispetto al quadro normativo e programmatico regionale, nonché la massima omogeneità di sviluppo sul territorio;
- della selezione dei progetti attivabili;
- del monitoraggio circa l'andamento della sperimentazione nelle diverse realtà territoriali, con valutazione dei risultati raggiunti rispetto agli obiettivi prefissati;
- dell'adozione di linee d'indirizzo relative all'evoluzione delle sperimentazioni avviate ed al consolidamento del modello assistenziale che concretizza il ruolo del CAP come struttura distrettuale e come integratore dei percorsi dei paziente.

Con apposita determinazione regionale, da adottarsi entro sessanta giorni dall'adozione del presente provvedimento, vengono definiti gli indicatori di valutazione:

- a) dei progetti presentati dalle ASL,
- b) dei risultati raggiunti con l'attuazione dei progetti

Tali indicatori sono definiti sulla base:

- degli indirizzi già contenuti nell'Addendum, sez. 1.4 Fonti di verifica del miglioramento della rete territoriale – Indicatori di esito/di processo dell'organizzazione della presa in carico;
- del documento del Ministero della Salute contenente gli indicatori ministeriali sul “Sistema di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali” (anno 2008).

D) L'articolazione del CAP

Le funzioni e le relative prestazioni che il progetto di sperimentazione del CAP è finalizzato a garantire, che non sono alternative ma supportano le forme organizzative complesse della medicina territoriale nel distretto, afferiscono e sono organizzate nelle aree funzionali già elencate dalla D.G.R. n. 44-1615/2011, All.1 Addendum, punto 1.4.2, come richiamate dalla D.G.R. n. 12-3345 del 3.2.2012 (proposta di PSSR 2012-2015), tenendo conto dei seguenti indirizzi:

a) Assistenza primaria .

E' garantita, secondo quanto previsto dalla D.G.R. n. 12-3345/2012, attraverso la presenza continuativa, nell'arco della giornata (12 ore nei giorni feriali e 6 ore nei pre-festivi), delle figure mediche aggregate, a livello distrettuale, nell'ambito delle forme organizzative previste e disciplinate dalla normativa vigente in materia di accordi contrattuali per la medicina generale, finalizzate a realizzare il raccordo funzionale, organizzato e pianificato tra i diversi professionisti delle cure primarie e fra gli stessi e tutte le altre professionalità operanti sul territorio, al fine di poter condividere percorsi assistenziali e modalità di erogazione delle prestazioni per la garanzia dei livelli essenziali di assistenza .

Nell'ambito del CAP si realizza il coordinamento e l'interrelazione funzionale fra le suddette forme organizzative della medicina generale/pediatria di libera scelta e le altre figure professionali operanti sul territorio (specialisti, infermieri, assistenti sociali, personale amministrativo del distretto). Il CAP intende quindi rappresentare il luogo fisico-organizzativo in cui si realizza:

- il centro di raccordo, di coordinamento e di condivisione nella definizione ed attuazione dei percorsi assistenziali;
- il centro di supporto e di riferimento per i MMG/PDLS e per le relative forme associative nell'esercizio delle loro funzioni ordinarie, nonché per tutte le altre figure professionali operanti sul territorio.

Quale sede di coordinamento e di interrelazione multiprofessionale, il CAP si configura nel presente modello, come un centro territoriale attivo e dinamico per la salute ed il benessere della comunità locale, in grado di raccogliere la domanda del cittadino e di organizzare la risposta nelle forme e nei luoghi più appropriati: in sostanza, nella sede di riferimento del CAP viene garantita l'attività di presa in carico e di coordinamento della gestione operativa in funzione della continuità assistenziale, mentre le funzioni erogative restano in capo ai medici del territorio, organizzati nelle forme associative previste, nonché alle altre figure professionali operanti sullo stesso territorio.

Tali forme organizzative sono rappresentate e coordinate nell'ambito del CAP, secondo modalità e criteri definiti e concordati a livello distrettuale (3) e, in tale sede, garantiscono le seguenti funzioni:

- assicurano il coordinamento dell'assistenza sanitaria di base e la diagnostica di 1° livello, anche al fine di ridurre l'uso improprio del Pronto Soccorso;
- garantiscono la realizzazione sul territorio della continuità dell'assistenza nell'arco della giornata, fornendo una prima risposta rispetto alle prestazioni indifferibili ed inserendo contestualmente i relativi pazienti nell'ambito dei percorsi diagnostico-terapeutici più idonei ai rispettivi bisogni;
- realizzano quindi il coinvolgimento dei professionisti del territorio in percorsi assistenziali al fine di garantire un'effettiva presa in carico del paziente, con particolare riferimento alle patologie croniche e ad alta valenza socio-sanitaria;
- si fondano sulla condivisione delle attività dei medici convenzionati del territorio con gli altri servizi distrettuali, con i servizi socio-assistenziali e con i servizi ospedalieri, allo scopo di costituire un punto di riferimento unitario per i pazienti e per le loro famiglie.

In particolare, rispetto alle patologie croniche e ad elevato rilievo socio-sanitario vengono garantiti:

1. il coordinamento nella risposta, attraverso la condivisione e la gestione, col supporto segretariale e infermieristico, dello specifico PDTA; deve essere previsto, anche in virtù della condivisione informatizzata degli archivi dei pazienti cronici, un lavoro coordinato:
 - decentrato sul territorio, nel momento di maggiore impatto e della stadiazione, con il supporto centralizzato della segreteria del CAP per la gestione delle agende dei pazienti;
 - centralizzato nel CAP nella fase di gestione e controllo dei pazienti per i quali si ritenga necessario un supporto diagnostico-specialistico, avvalendosi del supporto strumentale e delle consulenze specialistiche, anche attraverso strumenti tecnologici (telemedicina e teleconsulto).
2. modalità di gestione integrata, tra il centro di competenza distrettuale per la garanzia della continuità delle cure, i MMG/PDLS e gli specialisti ambulatoriali/ospedalieri, per la presa in carico dei pazienti in dimissione ospedaliera che richiedono un percorso terapeutico/riabilitativo/assistenziale post ricovero.

Per i pazienti che presentano sintomatologie tali da non escludere un possibile rischio evolutivo e quindi la necessità di trattamenti urgenti e/o complessi, viene garantito il collegamento con la rete dell'emergenza/118 presente sul territorio, in grado di attivare le procedure di stabilizzazione ed effettuare un trasporto in sicurezza presso la struttura più idonea per curare il paziente, in considerazione del quadro clinico evidenziato.

In caso di episodi patologici che prevedano una sorveglianza temporanea, a giudizio del medico presente nel CAP, potrà prevedersi nel suo contesto un'area dedicata ed opportunamente attrezzata per le prime cure finalizzate al rientro precoce al domicilio, dandone informazione al medico curante e raccordandosi con lo stesso per il proseguimento delle cure. Tale area è anche disponibile

per l'effettuazione di pratiche diagnostiche o terapeutiche eseguibili in tale contesto ambulatoriale, laddove non eseguibili al domicilio, per i pazienti in Cure domiciliari.

b) Erogazione della C.A. (ex Guardia Medica).

Il CAP, quale sede territoriale di garanzia della continuità assistenziale, costituisce anche il punto di erogazione del servizio di guardia medica notturna, festiva e pre-festiva, integrando il servizio di assistenza medica diurno e completando così la continuità assistenziale nell'arco delle 24 ore.

c) Assistenza specialistica e diagnostica

La contiguità spaziale e la condivisione dei PDTA consente, nel CAP, l'integrazione tra Cure Primarie e Cure Specialistiche.

Il servizio è garantito, in fasce orarie pre-definite nell'arco delle 12 ore giornaliere (dal lunedì al venerdì), tramite l'attività coordinata degli specialisti ambulatoriali convenzionati interni, nell'ambito delle branche ed aggregazioni funzionali specialistiche previste dagli Accordi, nonché dei medici ospedalieri, sulla base:

- sia del programma ordinario previsto in base alle prenotazioni,
- sia delle esigenze dei pazienti che si rivolgono al CAP in caso di urgenza.

Fermo restando quanto stabilito al punto a) rispetto allo sviluppo di percorsi diagnostico-terapeutici integrati e condivisi in relazione alle patologie croniche di maggior impatto sociale, il progetto di sperimentazione del CAP deve prevedere un intervento di riorganizzazione funzionale delle attività erogate al fine di realizzare un miglioramento qualitativo e quantitativo dell'offerta di risposte specialistiche in ambito territoriale, prevedendo l'erogazione di prestazioni, in ambito CAP, sia a bassa complessità clinica e tecnologica, sia di livello superiore, attualmente erogate in ambito ospedaliero.

Gli specialisti ambulatoriali convenzionati interni (SAI) operano in forma funzionalmente coordinata ed integrata con gli specialisti ospedalieri, nel rispetto delle rispettive funzioni ed attribuzioni. Tale coordinamento operativo è finalizzato all'elaborazione congiunta ed applicazione di specifici PDTA ed alla definizione delle modalità di presa in carico delle principali cronicità attraverso specifici protocolli fra il livello ospedaliero e territoriale.

d) Assistenza infermieristica.

Il CAP deve garantire la presenza infermieristica diurna (12 ore nei giorni feriali e 6 ore nei festivi e pre-festivi), mediante personale adeguatamente formato, al quale compete:

- la funzione di presa in carico assistenziale del cittadino che si rivolge al CAP;
- la collaborazione con le altre figure professionali alle attività assistenziali e diagnostico-terapeutiche erogate nell'ambito del CAP (in particolare con i medici);
- l'attività finalizzata alla prevenzione ed alla formulazione del piano della continuità assistenziale, in coordinamento con le funzioni socio-assistenziali;
- l'attività di nursing e consueiling nell'ambito dei PDTA.

Le funzioni infermieristiche erogate nel CAP integrano e si relazionano con quelle erogate nelle cure domiciliari o in altri servizi sanitari e/o socio-sanitari per la gestione del problema di salute del cittadino che si rivolge al CAP.

e) Attività Integrate Socio Sanitarie

Il CAP rappresenta il riferimento operativo dei servizi di cure domiciliari, ai quali sono attribuite funzioni di programmazione, coordinamento delle attività, approfondimento dei casi per gli

interventi al domicilio dei pazienti, espletati con professionalità e modalità definite secondo le necessità rilevate (progetti individuali).

Il CAP costituisce altresì la sede ottimale per le Unità di Valutazione Multidisciplinari delle persone anziane e disabili.

A livello territoriale, la presenza delle figure professionali socio-sanitarie nelle forme aggregative dell'assistenza primaria agevola la collaborazione tra la Medicina Generale, il Distretto, gli Enti locali gestori delle funzioni socio-assistenziali, la rete sociale e del volontariato, al fine di rispondere in modo ottimale e coordinato alle complessità socio-sanitarie delle persone e delle loro famiglie.

f) Nell'ambito del CAP sono inoltre configurabili attività/servizi oggi già erogati in ambito distrettuale, quali:

- diagnostica di base per piccola patologia ambulatoriale;
- progetti condivisi nell'ambito di settori assistenziali aziendali (SERT, DMS, DMI, RRF) e con Associazioni di Volontariato Sociale e Assistenziale nonché prestazioni pluri-specialistiche e/o riabilitative a favore di pazienti in fase post-acuta o cronica;
- area dell'assistenza socio-sanitaria e del coordinamento con servizi socio-assistenziali gestiti dai Comuni;
- servizio prelievi e refertazione;
- amministrazione e area dell'accesso (scelta/revoca, CUP, Sportello Unico distrettuale, ecc.);
- servizi socio-assistenziali, qualora gestiti dall'ASL su delega dei Comuni.

E) Aspetti gestionali/organizzativi

Sede CAP.

Il CAP si colloca nell'ambito di progetti di razionalizzazione di servizi esistenti, quali ospedali riconvertiti, strutture poliambulatoriali e/o altre strutture atte a favorire erogazioni di servizi territoriali in forma aggregata.

La sede del CAP è messa a disposizione dall'ASL, direttamente o tramite accordi con gli EE.LL. territorialmente interessati, prioritariamente nell'ambito di progetti di riutilizzo di spazi resi disponibili da interventi di riconversione.

I progetti aziendali possono prevedere l'articolazione del CAP con "antenne" periferiche in rete, soprattutto nelle situazioni territoriali caratterizzate da dispersione orogeografica e/o da zone montane.

Attività MMG/PDLS.

Nell'osservanza del legame fiduciario medico-assistito, ogni MMG/PDLS aderente al progetto CAP mantiene il proprio ambulatorio per l'assistenza ai propri pazienti, con svolgimento dell'attività prevista presso il CAP, nel giorno e nell'orario prestabilito e concordato con il distretto.

Gli operatori sanitari, tecnici e amministrativi (infermieri, tecnici-sanitari, OSS, amministrativi), messi a disposizione dall'ASL ed assegnati al CAP, svolgono l'attività ad esso inerente:

- funzionalmente a supporto del personale medico del CAP;
- gerarchicamente (strutturalmente) coordinati dal distretto sanitario.

Reti informatizzate

Si demanda all'apposito provvedimento regionale previsto dalla D.G.R. n. 44-1615/2011 s.m.i., in coerenza con gli indirizzi contenuti nel PSSR, l'implementazione del sistema informativo regionale ed aziendale per la gestione in rete dei dati clinici dei pazienti del SSR e, in tale contesto, la definizione degli strumenti di rete per l'ottimale ed efficace funzionamento del CAP, quali:

- la definizione di un ambiente comune per la condivisione e l'intescambio del fascicolo socio-sanitario di ogni assistito fra l'Ospedale, il Distretto ed i MMG/PDLS;
- la definizione di una banca dati comune e comunicabile (rete omnicomprensiva che sia in grado di inglobare l'esistente).

Note

Nota 1

Comprendente la medicina territoriale (MMG convenzionati con il SSR, intesi in tutte le loro funzioni contrattualmente previste, PDLS, Specialisti ambulatoriali convenzionati con il SSR).

Nota 2

Si riporta il testo dell'art. 13 dell'ACN 23.3.2005, come modificato e integrato dall'art.6 dell'ACN 27.5.2009:

“Campo di applicazione.

Il presente Accordo Collettivo Nazionale regola, ai sensi dell'art. 8, comma 1, del D.L.vo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i. e sulla base delle determinazioni regionali in materia e sotto il profilo economico, giuridico ed organizzativo, il rapporto di lavoro autonomo convenzionato per l'esercizio delle attività professionali, tra i medici di medicina generale e le Aziende sanitarie locali, per lo svolgimento, nell'ambito e nell'interesse del SSN, dei compiti e delle attività relativi ai settori di:

- 1. Assistenza primaria;*
- 2. Continuità assistenziale;*
- 3. Medicina dei servizi territoriali;*
- 4. Emergenza sanitaria territoriale.”*

Nota 3

Il distretto concorda con le forme organizzative della medicina generale presenti sul proprio territorio i criteri e le modalità per garantirne l'equo coinvolgimento nell'attività del CAP.

Appendice

Schema tipo per i progetti aziendali

I progetti aziendali devono essere strutturati nei seguenti capitoli.

1. Descrizione della situazione attuale e del contesto di riferimento in cui si inserisce il progetto
 - a. Il distretto interessato
 - b. I presidi ospedalieri e/o altre strutture interessate da interventi di riconversione
 - c. L'attuale dislocazione di servizi territoriali ed ospedalieri sul territorio
2. Obiettivi del progetto
3. Organizzazione del progetto
 - a. I servizi da includere nel CAP
 - b. Le modalità di organizzazione dei servizi
 - b.1 Le modalità di reclutamento dei medici dell'assistenza primaria e continuità assistenziale
 - c. I tempi di realizzazione del progetto
 - d. Gli investimenti necessari per il progetto e la relativa copertura finanziaria
 - e. I cambiamenti organizzativi richiesti e gli effetti sul personale
 - f. I benefici economici del progetto (costi annuali attuali rispetto a costi annuali previsti)
4. Indicatori specifici individuati per la valutazione del progetto e tempi previsti per il raggiungimento degli obiettivi prefissati.