

ASL della provincia di Pavia
Accordo Aziendale con i Medici di Medicina Generale
in applicazione dell'Accordo Integrativo Regionale 2015

Premessa

L'Accordo Integrativo Regionale stabilisce che la modalità di allocazione delle risorse aggiuntive (RAR) debba essere oggetto di trattativa sindacale aziendale. La quota disponibile è di € 0,81 per assistito/anno, per un importo complessivo - per l'ASL di PAVIA - pari a € 385.752, oneri compresi.

Tale valore - calcolato prendendo come riferimento la popolazione assistita alla data del 30/11/2014 - rappresenta il limite economico massimo entro il quale si dovrà garantire, nel 2015, la remunerazione di attività per le quali l'Accordo Collettivo Nazionale non prevede copertura economica:

L'ASL Pavia e le Organizzazioni Sindacali che partecipano al Comitato Aziendale concordano e stipulano quanto segue:

Per l'anno 2015:

1. Viene mantenuto il riconoscimento economico per tutte le forme associative che sono passate dalla forma associativa semplice alla forma associativa in rete o in gruppo o che si sono costituite in rete/gruppo e che sono state riconosciute ai sensi dei precedenti Accordi Aziendali (associazioni attivate fino al 30/06/2012).
2. Viene riconosciuto il mantenimento dell'incentivo per il collaboratore di studio assunto dal 1° gennaio 2011 al 30 giugno 2012, già riconosciuto ai sensi dei precedenti Accordi Aziendali
3. Viene riconosciuto l'incentivo economico per forme associative costituite successivamente e per personale di studio assunto successivamente limitatamente alle richieste formalmente pervenute al DCP (previa valutazione della sussistenza dei necessari requisiti)
4. Viene riconosciuto ai prescrittori tramite ricetta elettronica un incremento del 25% dell'indennità informatica di cui all'art.59 comma 11 dell'ACN a copertura degli oneri economici derivanti dalla trasmissione della ricetta dematerializzata (compito del medico previsto dall'art.59 ter comma 1 dell'ACN), che nella fase di avvio prevede la stampa del promemoria e eventuale dotazione strumentale aggiuntiva;

secondo quanto evidenziato dalla tabella All. 1

Si propone che le risorse che residueranno, dopo aver soddisfatto quanto previsto dai punti da 1 a 4, (stimabili in circa 100.000 euro come da tab All. 1) siano da destinarsi allo sviluppo di nuove forme associative, ivi compresa l'assunzione di personale di studio, funzionali alla nuova organizzazione della medicina territoriale così come previsto dalla normativa vigente.

A questo scopo sarà effettuata una ricognizione territoriale mirata, alla quale seguirà l'eventuale accoglimento delle richieste graduato con i criteri stabiliti in Comitato Aziendale e nei limiti delle risorse disponibili.

Nella eventualità che, dopo la ricognizione territoriale, si possa evidenziare un ulteriore residuo di risorse si propone la possibilità di dare avvio ad un progetto volto alla valorizzazione dell'integrazione sociosanitaria. Il tetto di spesa dovrà comunque essere rispettato.

A supporto di tale iniziativa si evidenzia come la DGR X/ 2989 del 23/12/2014 - nel dettare le Regole di gestione socio sanitaria regionale per l'anno 2015, promuove la stesura di progetti integrati tra i livelli sanitario e sociosanitario finalizzati alla presa in carico integrata della persona e della sua famiglia ed all'ottimizzazione del percorso del paziente.

Alla luce di quanto sopra evidenziato, si rappresenta nel dettaglio la proposta progettuale che vede il medico di famiglia impegnarsi attivamente nella valutazione multidimensionale (All. 2)



PAVIA

PER LE OO.SS.:

FIMMG *Paesele*

INTESA SINDACALE *Asfus*

SNAMI *Tomaso*

UMI - SMI *Lobur*

PER L'ASL PAVIA

Dott. Luigi Camana

IL DIRETTORE SANITARIO *Luigi Camana*



Regione
Lombardia

ASL Pavia

Progetto MMG

Partecipazione alla valutazione multidimensionale per i pazienti
cronici/fragili.

Le Regole di Sistema anno 2015: Allegato C "Ambito socio-sanitario" (dgr 2989 del 23/12/2014) danno grande rilievo alla necessità, al fine di garantire una risposta globale alla multidimensionalità dei bisogni espressi dalla persona e dalla sua famiglia e la continuità assistenziale, di **sviluppare l'integrazione tra sanitario, socio-sanitario e sociale**, promuovendo un lavoro sinergico e integrato tra ASL, Comuni/PdZ, MMG/PLS, Azienda Ospedaliera.

Già **nel corso del 2014**, su specifiche indicazioni regionali declinate anche negli obiettivi assegnati alle ASL, sono state realizzate azioni volte a promuovere tale integrazione:

- con gli **Enti Locali** si è arrivati, attraverso la Cabina di Regia e l'istituzione di tavoli di lavoro congiunti ASL/PdZ che hanno condiviso strumenti, modalità operative e procedure per una presa in carico integrata, alla sottoscrizione di un Protocollo di intesa cui hanno aderito tutti i Piani di Zona del territorio provinciale per l'attivazione della valutazione multidimensionale congiunta (Medico e Infermiere ASL, Ass. Sociale Comune/Piano di Zona) nei seguenti ambiti:

- gravi/gravissime disabilità,
- anziani non autosufficienti,
- ADI (casi particolarmente complessi, con gravi problematiche sia sanitarie, sia socio-assistenziali)

- con **l'Azienda Ospedaliera** è stata definita una procedura condivisa volta a favorire una miglior gestione delle dimissioni protette dei pazienti fragili, nell'ottica di una integrazione e collaborazione ospedale/territorio che garantisca la continuità delle cure a domicilio o la individuazione e programmazione di altri interventi (es. ricovero in residenzialità postacuta, ricovero temporaneo o definitivo in RSA o RSD, frequenza presso CDI, CDD,...)

- con i **MMG/PLS** sono quindi state avviate azioni finalizzate a condividere le opportunità offerte dalle dgr in ambito socio-sanitario (residenzialità leggera, RSA aperta, residenzialità per minori con gravissima disabilità), le modalità di attivazione delle diverse misure, e il percorso di segnalazione e programmazione degli interventi a favore dei propri assistiti (incontro con il Comitato aziendale dei MMG, incontri distrettuali con i Medici di Famiglia (1- 3- 9 aprile 2014) corso di formazione rivolto in particolare ai PLS, finalizzato a

migliorare le conoscenze sulla diagnosi precoce e la corretta gestione del bambino autistico.

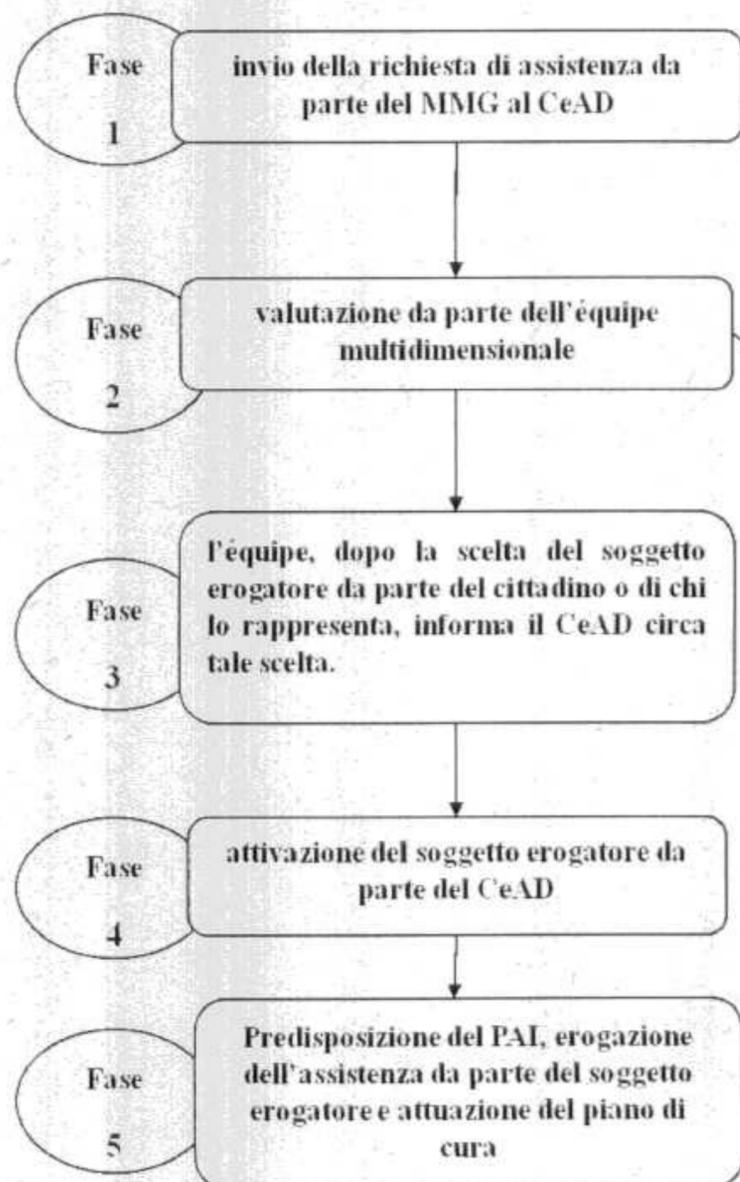
Nell'ambito quindi della "fragilità" (minori, anziani, disabili,...), le azioni di programmazione sociosanitaria da sviluppare con le regole di sistema 2015 sono in continuità con le azioni intraprese l'anno precedente, dando ulteriore rilievo alla **necessità di integrazione tra "sanitario" e "sociale"**, che diventa una priorità strategica per rispondere alla complessità dei bisogni e quindi per una concreta e globale presa in carico dell'utente e della sua famiglia.

Alla base del modello integrato della gestione delle cure rimane la **valutazione multidimensionale**, di competenza dell'ASL, che la realizza attraverso èquipe pluriprofessionali, anche integrando risorse professionali dei Comuni, laddove necessario e coinvolgendo nel processo valutativo il Medico di Cure Primarie/Pediatra di Famiglia (dgr 2942-All A).

Si propone quindi la partecipazione del MMG nelle valutazioni ADI e, nell'ambito delle misure previste dalla dgr 2942, per le richieste di RSA aperta. Vengono di seguito riportate le flow-chart relative ai due processi, le scale di valutazione utilizzate, i dati di attività riferiti all'anno 2014.

➤ Assistenza Domiciliare Integrata

- 1) Valutazione Triage
- 2) Se bisogno complesso: Visita domiciliare per la valutazione multidimensionale di II livello (valutazione dei bisogni sia sanitari sia sociali)
- 3) Attribuzione del profilo assistenziale in base alla gravità del bisogno
- 4) Emissione del voucher
- 5) Consegna al paziente del PI con relativo voucher
- 6) Presentazione dell'elenco degli erogatori accreditati
- 7) Scelta da parte del cittadino



Dati attività ADI (senza prestazioni estemporanee):

N° utenti assistiti (anno 2014): 4595

N° utenti valutati (anno 2014): 4397

MMG e PLS che hanno avuto almeno 1 paz. in carico nell'anno 2014: 417
(di cui 391 MMG e 26 pediatri)

Media assistiti/medico = 10,5 (da 1 a 31)

Equipe di valutazione: la composizione dell'èquipe, in relazione al personale disponibile, è di almeno due figure professionali: una sanitaria (Medico, Infermiere, Fisioterapista) e una sociale (Assistente sociale), spesso però la valutazione viene effettuata da una sola figura sanitaria (Medico, Infermiere, Fisioterapista), raramente da tutte e tre le figure previste (Medico, Infermiere, Assistente sociale). Per i casi molto complessi dal punto di vista sociale e sanitario è previsto coinvolgimento anche dell'assistente sociale del Comune/Ambito territoriale

Scale utilizzate

TRIAGE per la valutazione di 1° livello

VAOR per la valutazione di 2° livello

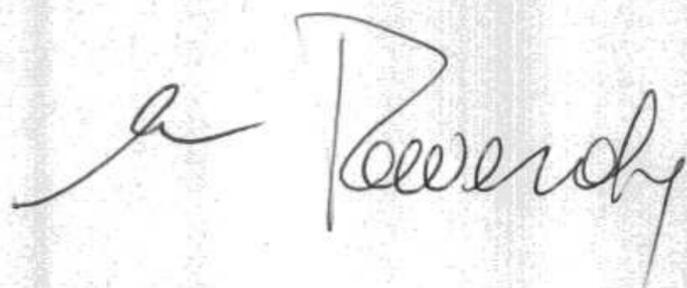
- Se bisogno solo sociale: Assistente sociale Comune/PdZ
- Se bisogno più complesso: tutte e tre le figure previste (Medico, Infermiere, Assistente Sociale del Comune/Ambito territoriale).

Scale utilizzate:

Triage

ADL e IADL

Scheda sociale



➤ **RSA APERTA** (Dgr.856/2013, proseguita poi con Dgr 2942/2014)

Target utenza:

- **pazienti affetti da Demenza/Morbo di Alzheimer**
- **anziani \geq 75 anni non autosufficienti**

Richiesta utente protocollata all'ASL



Valutazione multidimensionale



Progetto Individuale (entro 10 gg. Lavorativi)



Scelta Soggetto erogatore da parte dell'utente (max entro 30 gg)



Piano Assistenza Individuale da parte del Soggetto erogatore
(entro 5 gg. Lavorativi)

Dati attività:

N° richieste valutate (anno 2014): 43

Equipe di valutazione:

Assistente sociale ASL/Comune con Medico o Infermiere o Fisioterapista

Scale utilizzate:

- per demenze: RSS (Scala Stress Caregiver)+Certificazione UVA/Specialista neurologo/geriatra)+ADL e IADL
- ≥ 75 anni (in attesa di strumento omogeneo regionale): ADL e IADL + scala sociale+RSS (Scala Stress Caregiver)

Proposta operativa

Come si rileva dagli schemi soprariportati, ci sono due diversi percorsi di attivazione del processo valutativo:

- Per l'ADI è prevista la richiesta da parte del Medico di famiglia
- Per la RSA aperta, la richiesta viene effettuata direttamente dall'utente/familiare, spesso senza che il medico ne sia a conoscenza.

In entrambi i casi appare opportuno un maggior coinvolgimento dei MMG finalizzato sia a informare e orientare il paziente tra le nuove offerte di servizi, sia a partecipare a una valutazione integrata delle condizioni di salute/malattia, del contesto sociale, dello stile di vita dei loro pazienti, sia a definire il Progetto Individuale, in un'ottica di appropriatezza ed efficacia della risposta assistenziale.

Per l'ADI

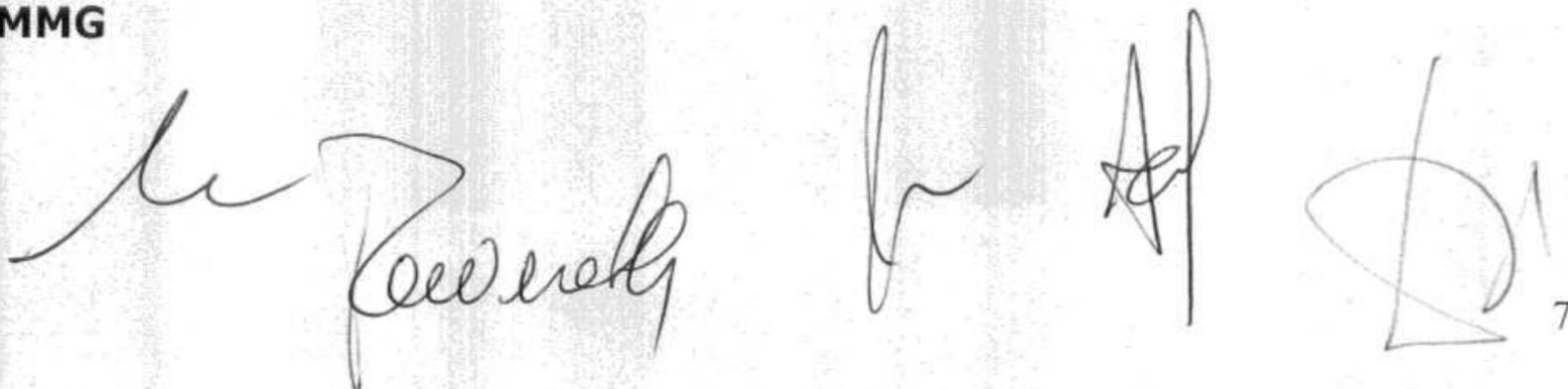
II MMG

- valuta la possibilità di attivare il servizio ADI per il suo paziente compilando la scheda "trriage" contenuta nella sezione di propria competenza del programma ADI-WEB
- se il punteggio della scheda "trriage" risulta ≥ 3 , attiva il servizio utilizzando il programma ADI-WEB

L'operatore UVM

- segnala al MMG via mail il giorno e l'ora dell'accesso domiciliare concordato con l'utente entro i tempi previsti (per le prestazioni infermieristiche, da 1 a 3 giorni, secondo la gravità del caso)

II MMG



- partecipa alla valutazione multidimensionale e alla predisposizione del PI o al domicilio insieme all'èquipe o, se non è possibile partecipare alla visita congiunta, segnala all'operatore UVM i vari aspetti del bisogno rilevati con propria visita domiciliare e gli obiettivi di cura, mediante la compilazione della "Scheda di valutazione ADI"(All.2), inviata via mail o fax prima dell'accesso domiciliare dell'èquipe
- in stretta collaborazione con l'UVM verifica l'attuazione del PAI ed effettua il monitoraggio degli interventi attuati, segnalando eventuali criticità

Per RSA aperta

Il CeAD informa il MMG della richiesta del suo utente

Il MMG

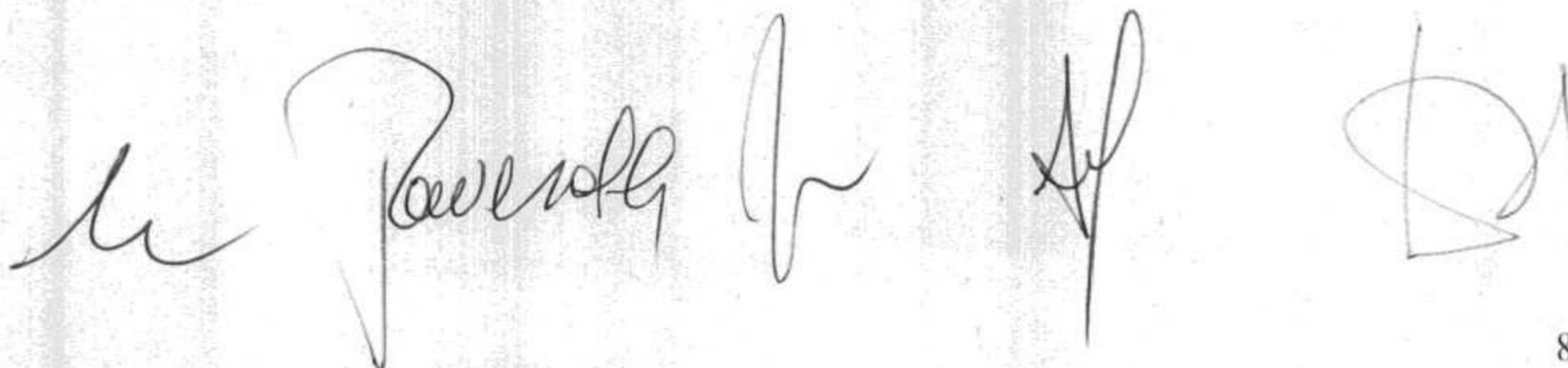
- effettua visita domiciliare con l'Assistente Sociale
- se non è possibile concordare l'accesso congiunto, dopo visita a domicilio compila ADL e IADL (All.3 e 4) e le invia al CeAD (o via mail o via fax)
- dà indicazioni via mail circa il bisogno assistenziale del paziente e della famiglia utili alla stesura del PI

L'UVM completa la valutazione con gli aspetti sociali ("scala dello stress del care-giver" e scala sociale), predispone il PI tenendo conto delle indicazioni del MMG e gliene invia copia.

Riconoscimento economico

Ad ogni medico partecipante attivamente al progetto sarà riconosciuto **un incentivo pari a € 18,90 (più quota ENPAM) per ogni valutazione** correttamente richiesta ed effettuata.

Il fabbisogno annuo stimato di nuovi casi per i due servizi è di circa 5.000 casi, rendendo la capienza economica coerente con il riconoscimento economico per singolo caso gestito.



ALL. 2

Progetto Partecipazione alla valutazione multidimensionale per i pazienti cronici/fragili.

SCHEDA DI VALUTAZIONE ADI	
COGNOME E NOME UTENTE	
DATA	
MMG/PLS	
RECENTI RICOVERI OSPEDALIERI	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO se SI: quando, presso quale Struttura, motivo
OBIETTIVO DI CURA	
STATO COGNITIVO Capacità di prendere decisioni	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
FUNZIONE FISICA Autonomia negli spostamenti	<input type="checkbox"/> cammina senza bisogno di ausili <input type="checkbox"/> cammina con utilizzo di ausili <input type="checkbox"/> sedia a rotelle <input type="checkbox"/> allettato se allettato presenza di letto ortopedico con materasso antidecubito <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO se NO è stata avviata richiesta? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
CONDIZIONE DELLA CUTE	Pregresse ulcere da pressione <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Presenza di ulcere da pressione <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO se SI stadio _____ Ulcere Cutanee (venose, arteriose, miste ecc.) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO se SI stadio _____ Tipo di trattamento in corso _____ Altri problemi cutanei <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO se SI quali _____ Problemi ai piedi che impediscono di camminare <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO se SI quali _____
Presenza di allergie ai farmaci se SI quali _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Per Richiesta FKT:	evento acuto <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ha effettuato già cicli per la stessa patologia <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO se SI quando _____ per quanto tempo _____

[Handwritten signatures and initials]

Progetto Partecipazione alla valutazione multidimensionale per i pazienti cronici/fragili.

AUTONOMIA NELLE ATTIVITA' DELLA VITA QUOTIDIANA (ADL)
(Katz S. et al., 1963, mod.)

- A) FARE IL BAGNO** (vasca, doccia, spugnature)
1. Fa il bagno da solo (entra ed esce dalla vasca da solo) 1
 2. Ha bisogno di assistenza solo nella pulizia di una parte del corpo (es. schiena) 1
 3. Ha bisogno di assistenza per più di una parte del corpo 0
- B) VESTIRSI** (prendere i vestiti da armadi e/o casseti, inclusa biancheria intima, uso delle allacciature e delle bretelle se utilizzate)
1. Prende i vestiti e si veste completamente senza bisogno di assistenza 1
 2. Prende i vestiti e si veste senza bisogno di assistenza eccetto che per allacciare le scarpe 1
 3. Ha bisogno di assistenza nel prendere i vestiti o nel vestirsi oppure rimane parzialmente o completamente svestito 0
- C) TOILETTE** (andare ai servizi per la minzione e la defecazione; pulirsi e rivestirsi)
1. Va in bagno, si pulisce e si riveste senza bisogno di assistenza (può usare mezzi di supporto bastone, il deambulatore o la sedia a rotelle, può usare la padella o la comoda, svuotandole al 1
 2. Ha bisogno di assistenza per andare in bagno, pulirsi, rivestirsi o per usare la comoda 0
 3. Non si reca in bagno per l'evacuazione 0
- D) SPOSTAMENTI**
1. Si sposta dentro e fuori dal letto e in poltrona senza assistenza (oppure con bastone o 1
 2. Compie questi trasferimenti solo se aiutato 0
 3. Allettato, non esce dal letto 0
- E) CONTINENZA**
1. Controlla completamente feci e urine 1
 2. Incontinenza (per feci e/o urine) occasionale 0
 3. Necessita supervisione per il controllo di feci e urine, usa il catetere o è incontinente 0
- F) ALIMENTAZIONE**
1. Si alimenta da solo senza assistenza 1
 2. Si alimenta da solo eccetto che per tagliare la carne o imburrare il pane 1
 3. Richiede assistenza nell'alimentarsi o viene nutrito parzialmente o completamente per via parenterale o con SNG 0

PUNTEGGIO

TOTALE : /6

Progetto Partecipazione alla valutazione multidimensionale per i pazienti cronici/fragili.

AUTONOMIA NELLE ATTIVITA' STRUMENTALI DELLA VITA QUOTIDIANA (IADL)
(Lawton M.P., Brody E.M., 1969, mod.)



10

A) ABILITA' AD USARE IL TELEFONO

1. Usa il telefono di propria iniziativa: cerca il numero telefonico e lo compone 1
2. Compone solo pochi numeri ben conosciuti 1
3. Risponde al telefono, ma non compone i numeri 1
4. E' incapace di usare il telefono 0

B) FARE LA SPESA

1. Si prende cura della spesa e la fa in modo autonomo 1
2. E' capace di effettuare solo piccoli acquisti 0
3. Ha bisogno di essere accompagnato per qualsiasi tipo di acquisto 0
4. E' completamente incapace di fare la spesa 0

C) PREPARARE I PASTI

1. Pianifica i pasti, li prepara adeguatamente e li serve in modo autonomo 1
2. Prepara i pasti solo se gli forniscono tutti gli ingredienti 0
3. E' in grado solo di riscaldare cibi già pronti, oppure prepara i cibi in modo non costante tanto da non riuscire a mantenere un'alimentazione adeguata 0
4. Ha bisogno di cibi già preparati e di essere servito 0

D) CURA DELLA CASA

1. Si occupa della casa autonomamente, o con occasionale aiuto per i lavori pesanti 1
2. Effettua lavori domestici leggeri (lavare i piatti, rifare il letto...) 1
3. Riesce ad effettuare lavori domestici leggeri, ma non è capace di mantenere un adeguato livello di pulizia 1
4. Ha bisogno di aiuto per tutte le pulizie della casa 0
5. E' completamente disinteressato a qualsiasi faccenda domestica 0

E) FARE IL BUCATO

1. Lava tutta la propria biancheria 1
2. Lava solo i piccoli indumenti 1
3. Tutto il bucato deve essere fatto da altri 0

F) SPOSTAMENTI FUORI CASA

1. Viaggia autonomamente, servendosi dei mezzi pubblici o della propria automobile 1
2. Prende il taxi, ma non è capace di usare i mezzi pubblici 1
3. Viaggia su mezzi pubblici solo se assistito o accompagnato 1
4. Viaggia in macchina o taxi solo se assistito o accompagnato da altri 0
5. Non è in grado di viaggiare affatto 0

G) ASSUNZIONE DEI FARMACI

1. E' capace di assumere correttamente le medicine 1
2. E' capace di assumere le medicine solo se già preparate e separate 0
3. E' incapace di assumere da solo le medicine 0

H) USO DEL DENARO

1. Provvede in modo autonomo alle proprie finanze (conti, fare assegni, pagare l'affitto e altre spese, andare in banca) e controlla le proprie entrate 1
2. Provvede alle spese e ai conti quotidiani, ma necessita di aiuto per le operazioni maggiori (andare in banca, fare assegni, fare grosse spese, ecc.) 1
3. E' incapace di maneggiare il denaro in modo proprio 1b

[Handwritten signatures and initials at the bottom of the page]

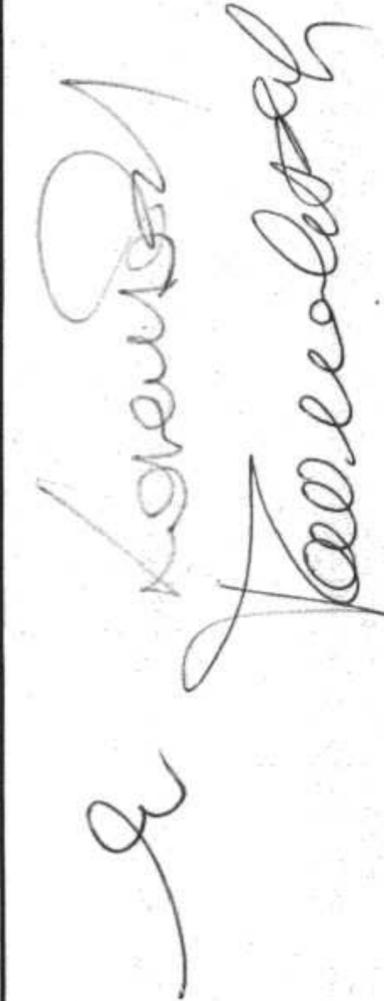
	POPOLAZIONE ASSISTITA al 30 novembre 2014	QUOTA ANNUA per assistito (euro)	TOTALE
ASSEGNAZIONE REGIONALE AL 5/01/2014	476.237	0,81	385.752

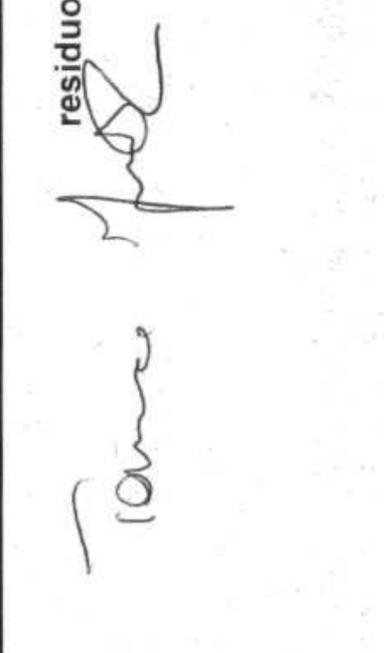
ASSOCIAZIONISMO	NUMERO MEDICI	POPOLAZIONE ASSISTITA	TARIFFA (euro)	TOTALE	ENPAM (10,375%)	TOTALE COMPLESSIVO
medicina di gruppo	5	6.284	7	43.988	4.563,76	48.552
medicina in rete	9	9.227	4,7	43.367	4.499,32	47.866
medici che da rete sono passati a gruppo (delta)	5	6.889	2,3	15.845	1.643,89	17.489
medici che da ass sempl sono passati a rete (delta)	4	5.299	2,12	11.234	1.165,52	12.399
medici che hanno attivato il collaboratore di studio	2	2.158	3,5	7.553	783,62	8.337
TOTALE				121.986	12.656	134.643

nuove associazioni dopo giugno 2012	5	6.475		30.433	3.157,37	33.590
personale dopo giugno 2012	2	1.765		6.538	678,32	7.216
TOTALE				36.971	3.836	40.806

INDENNITA'INFORMATICA	NUMERO MEDICI	INCREMENTO	SPESA ANNUA	ENPAM (10,375%)	TOTALE COMPLESSIVO
quota indennità informatica	418	19,37	97.160	10.080,34	107.240

TOTALE			256.117	26.572	282.689
---------------	--	--	----------------	---------------	----------------





 residuo 103.063