

## Deliberazione della Giunta n. 3578 del 24/11/2009

**OGGETTO:** D.G.R. n. 1575 del 26 maggio 2009: attuazione del modello regionale di riferimento per le Cure primarie: 1^ fase 200. D.G.R. n. 4395 del 30/12/2005, n. 2667 del 07/08/2006 e n. 3220 del 25/10/2005. Appropriatelyzza

L'Assessore alle Politiche Sanitarie, Ing. Sandro Sandri, riferisce quanto segue.

### APPROPRIATEZZA

Con D.G.R. 1575 del 26 maggio 2009: attuazione del modello regionale di riferimento per le cure primarie, è stato, tra l'altro, stabilito che il Patto Aziendale preveda di attuare l'appropriatezza delle cure e l'appropriatezza prescrittiva, che si realizzano anche attraverso gli strumenti del governo clinico, quali:

- Linee guida,
- Percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) condivisi,
- Continuità terapeutica tra medicina generale/specialistica ambulatoriale interna/ospedaliera
- Modalità omogenee di valutazione multidimensionale e classificazione del bisogno

Per conseguire anche:

- Un utilizzo appropriato dell'ospedale,
- Un utilizzo appropriato del farmaco,
- Un utilizzo appropriato della specialistica,
- Il contenimento delle liste e dei tempi di attesa entro percorsi condivisi o modalità di erogazione differenti.

Sempre la D.G.R. n. 1575/09 ha stabilito di riconoscere sia alla Assistenza Primaria sia alla Pediatria di Libera Scelta, trattandosi di categorie omogenee, per l'appropriatezza del 2008, attraverso la nuova Quota D, una somma che sarà definita dalla Giunta regionale conformemente alle pre intese, da estendere alle altre categorie (Specialisti Ambulatoriali Interni e Medici di Continuità Assistenziale) nel caso vi siano le condizioni per tale soluzione (...). Per il 2008 viene individuata una somma definita dalle parti nel 50% del totale delle economie conseguite. Il comitato aziendale definisce le modalità di utilizzo di tale fondo. Per gli esercizi successivi il fondo di cui sopra viene definito mediante criteri individuati dalle parti. Tale disposizione sarà sottoposta alla Giunta regionale per le determinazioni conseguenti."

Ai fini di quanto sopra si ritiene utile emanare le seguenti linee operative per la definizione e gestione della appropriatezza 2008 – 2009.

### APPROPRIATEZZA 2008 – QUOTA D (AP e PLS)

Risorse a destinazione vincolata per il progetto Cure Primarie, D.G.R. n. 1575/2009

L'ammontare consta di complessivi 15.000.000 euro e rientra nella "Assegnazione alle aziende sanitarie del Veneto delle risorse finanziarie per l'esercizio 2009, ai fini dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza". Dette risorse andranno reinvestite in beni e servizi per le cure primarie. In questa fase nelle more della definizione ed attuazione della rete assistenziale, gli effetti dell'appropriatezza 2008 non vengono estesi alla continuità assistenziale e alla specialistica ambulatoriale interna, fatti salvi eventuali progetti aziendali.

Ambiti d'investimento e riparto del finanziamento di euro 15.000.000=

3.500 MAP + 571 PLS = 4.071

15.000.000 : 4.071 = euro 3.684

3.684 x 3.500 = euro 12.894.000 MG

3.684 x 571 = euro 2.103.564 PLS

MG (euro 12.894.000) PLS (euro 2.013.564)

Sulla base dei relativi progetti, ogni azienda individua, tramite il Comitato aziendale, le percentuali di risorse da assegnare ad ogni ambito di intervento. In caso di mancato accordo si applicano le seguenti percentuali:

- Sviluppo del flusso informatico/informativo (65%)
- Forme associative (17,5%)
- Personale di studio e infermieristico (17,5%)

Sviluppo della informatizzazione

Lo sviluppo della informatizzazione nell'assistenza primari è finalizzata, soprattutto, alla gestione dei Patti aziendali, la cui conformità ad un unico modello regionale è stata avviata con la DGR n. 1575/09; in questa prima fase, viene attivato il flusso informatico ex ACN, per giungere, attraverso un tavolo tecnico regionale, alla definizione di un set minimo di indicatori di qualità clinica e assistenziale, che le Aziende dovranno inserire nei propri patti aziendali ed utilizzare per misurare il conseguimento degli obiettivi di salute definiti a livello regionale.

Gli interventi prevedono, in questa fase, l'adeguamento della dotazione informatica dei medici tale da consentire il collegamento funzionale con la rete; questo processo fornisce anche i presupposti tecnologici per l'assolvimento degli obblighi di fornitura dei dati previsti dall'ACN 29 Luglio 2009, per la Medicina Generale e per la Pediatria di Libera Scelta, articoli 58 bis e ter.

#### **Art. 59 BIS – FLUSSO INFORMATIVO**

1. Dal 1° Gennaio 2009, il medico di assistenza primaria trasmette alla propria azienda sanitaria le informazioni elementari di seguito specificate:
  - Richiesta di ricovero per diagnosi accertata, ipotesi diagnostica o problema (indicando se il ricovero è stato suggerito, urgente o programmato, utilizzando l'apposito spazio nella ricetta rossa);
  - Accesso allo studio medico, con o senza visita medica;
  - Visite domiciliari;
  - PPIP (anche i resoconti riferiti alle vaccinazioni antinfluenzali effettuate a soggetti anziani o affetti da patologie croniche);
  - Assistenza domiciliare (ADP/ADI).
2. Le informazioni di cui al comma precedente devono:
  - Riferirsi al singolo caso (assistito, accesso, procedura)
  - Riportare la data (giorno, mese, anno) in cui il caso si è verificato; essere informatizzate e trasmesse con cadenza mensile entro il 10° (decimo) giorno del mese successivo.
3. Tali informazioni saranno trasmesse dai medici convenzionati tramite il sistema informatico delle aziende e/o delle Regioni per le finalità di governance del SSR. Le suddette informazioni, elaborate a cura dell'Azienda, regolarmente trasmesse in forma aggregata ai componenti dei Comitati Aziendali e Regionali, sono patrimonio della stessa Azienda e dei medici e vengono utilizzate per le finalità di comune interesse.
4. Il flusso informativo di cui ai commi precedenti potrà essere avviato solo dopo adeguata valutazione sulla sicurezza delle infrastrutture, nonché nel rispetto della normativa sulla privacy e senza oneri tecnici ed economici per la trasmissione a carico dei medici convenzionati

#### **Art. 59 TIR – TESSERA SANITARIA E RICETTA ELETTRONICA**

1. Dal momento dell'avvio a regime da parte della Regione o Provincia Autonoma di appartenenza, del progetto Tessera Sanitaria – collegamento in rete dei medici – ricetta elettronica, formalizzato dalla normativa nazionale e dagli accordi tra lo Stato e la singola regione, il medico proscrittore in rapporto di convenzione con il SSN è tenuto al puntuale rispetto degli adempimenti di cui al DPCM 26 Marzo 2008 così come definito ai sensi dell'art. 13 bis, comma 5.
2. In caso di inadempienza il medico di cui al precedente comma è soggetto alla riduzione del trattamento economico complessivo in misura pari al 1,15% su base annua.
3. L'inadempienza e la sua durata su base mensile sono documentate attraverso le verifiche del Sistema Tessera Sanitaria.
4. La relativa trattenuta è applicata dall'Azienda sanitaria sul trattamento economico percepito nel mese successivo al verificarsi dell'inadempienza.
5. La riduzione non è applicata nei casi in cui l'inadempienza dipenda da cause tecniche non legate alla responsabilità del medico e valutate tramite le verifiche disposte dal Sistema Tessera Sanitaria.
6. L'eventuale ricorso da parte del medico è valutato dal Collegio Arbitrale secondo le modalità previste dall'art. 30.

Dal canto suo l'Azienda U.L.S.S. sarà chiamata a garantire il collegamento funzionale del proprio sistema informatico – informativo con gli applicativi gestionali dei Medici/Pediatri, rispettando o allineandosi alle specifiche della Regione, individuati nell'ambito di progetti in materia.

In particolare, la normativa di riferimento prevede che l'attivazione del flusso informativo/informatico avvenga senza oneri tecnici ed economici per la trasmissione dei dati a carico dei medici convenzionati. Ciò comporta il riconoscimento dei relativi costi sostenuti dai medici convenzionati, concordato con l'Azienda in misura non superiore alle spese

ammesse ed effettivamente realizzate e documentate anche mediante autocertificazione. Tale importo può essere forfettizzato e corrisposto mensilmente.

L'informatizzazione verrà estesa, in via negoziale, anche ai Medici di continuità assistenziale e agli Specialisti ambulatoriali interni, con le modalità previste per la MG e la PLS in quanto compatibili.

È costituita in ogni azienda la Commissione aziendale sui flussi informativi della MG, composta da esperti aziendali e della MG e coordinata dal Direttore sanitario, con il compito di garantire la sicurezza delle infrastrutture e il rispetto della privacy.

### **Lo sviluppo pianificato delle forme associative**

Sulla base della rete assistenziale l'Azienda individua gli obiettivi, il relativo fabbisogno delle varie tipologie di forme associative e la connessa copertura finanziaria e, conformemente ai richiamati presupposti, pianifica l'accoglimento delle domande presentate dai medici convenzionati.

### **La dotazione di personale amministrativo e infermieristico**

A supporto dell'attività dei medici/pediatri potrà essere attivato un rapporto di lavoro con personale amministrativo o infermieristico, finalizzato alla gestione della cronicità e alla prevenzione. In questo caso l'investimento si configura come start up per il miglioramento della qualità assistenziale, i cui effetti devono essere misurati attraverso indicatori di qualità clinica e assistenziale.

Il personale di studio ed infermieristico deve, rispettivamente, svolgere almeno le seguenti attività, descritte in via indicativa:

per il personale di studio:

- Gestione dell'accessibilità agli studi medici e accoglienza all'utenza;
- Supporto alla tenuta dei fascicoli degli assistiti;
- Attività burocratiche connesse al governo clinico/assistenziale;

per il personale infermieristico:

- Supporto e monitoraggio della gestione della cronicità e attività di prevenzione;
- Partecipazione a percorsi di audit organizzati con i MMG/PLS

Il personale di cui trattasi può essere:

- Assunto dal MAP/PLS e, in questo caso, compete una maggiorazione della relativa indennità in considerazione all'orario di lavoro previsto, oltre quello ordinario, nei limiti di costo del CCN di categoria;
- Fornito dall'Azienda, su progetti di assistenza definiti in Comitato aziendale e secondo modalità condivise con le forme associative interessate. In tal caso è necessario che ogni Azienda definisca con le OOSS della MG il relativo fabbisogno e si coordini con la Regione per le procedure di acquisizione di detto personale.

Gli strumenti operativi per costruire e gestire i relativi rapporti di lavoro possono essere attivati direttamente dai MAP/PLS, dall'Azienda o tramite soggetti terzi (ad esempio Cooperative). In proposito, si richiama quanto stabilito dalla norma finale n. 4 dell'ACN della MG.

### **Utilizzo della quota vincolata regionale**

Individuati, come sopra, i tre ambiti di investimento (flusso informatico/informativo, forme associative e dotazione di personale amministrativo ed infermieristico), ciascuna Azienda ULSS potrà, nell'utilizzo delle risorse a destinazione vincolata per il Progetto Cure Primarie (DGR n. 1575/2009), salvaguardare il proprio stato di avanzamento della rete informatico/informativa e/o livello di complessità raggiunto dalle forme associative della medicina/pediatria di famiglia.

Una volta sviluppato il flusso informatico/informativo, come sopra indicato, le aziende possono rimodulare la gestione delle risorse in oggetto in funzione della pianificazione del proprio fabbisogno di forme associative e della dotazione di personale di studio ed infermieristico.

L'investimento di euro 15.000.000 ha carattere straordinario; vale, quindi, solo per il 2009 e riguarda: l'adeguamento della dotazione informatica dei medici atto a consentire il collegamento funzionale con la rete aziendale; lo sviluppo delle forme associative e del personale di studio conformemente alle DGR n. 4170 del 30.12.2008. Adeguamento del Fondo per la gestione delle quote variabili dell'ACN per la MG del 2005, in attuazione del Progetto Cure Primarie 2008/9. DGR n. 662 del 18 Marzo 2008; DGR n. 115 del 27.01.2009. Adeguamento del Fondo per la gestione delle quote variabili dell'ACN per la PLS del 2005, in attuazione del Progetto Cure Primarie 2008/9, DGR n. 662 del 18 Marzo 2008.

## **APPROPRIATEZZA Anno 2009 – QUOTA D (AP, CA, PLS e SAI)**

### **Articolazione del sistema premiante**

Attraverso i sistemi premianti dei Patti aziendali si devono conseguire i seguenti obiettivi: raggiungimento o mantenimento degli standard assistenziali regionali e della programmazione aziendale, sviluppo delle migliori pratiche, avvio di processi di riallocazione delle risorse.

Da ciò deriva la formulazione di un sistema premiante articolato su quattro livelli:

- Quote A (pari a euro 3,10 per assistito) e B (che non potrà risultare superiore a euro 1,35 per assistito) collegate al raggiungimento o mantenimento degli standard assistenziali regionali e della programmazione aziendale;
- Quota C collegata alla individuazione delle migliori pratiche anche in termini di obiettivi di salute misurati con indicatori di qualità clinica ed assistenziale;
- Quota D, dal 1° gennaio 2009:collegata a processi di appropriatezza generata dalla Medicina Convenzionata con l'indicazione di riallocare le risorse in beni e servizi per le Cure primarie.

Le quote A, B, C sono tuttora disciplinate dagli Accordi regionali del 2005; per la quota D viene individuata la seguente disciplina.

### **Definizione**

È istituita, nell'ambito dei Patti aziendali, la quota D) collegata all'appropriatezza generale dalla MC, sulla scorta del procedimento definito in Comitato aziendale (MG e PLS) e nei tavoli negoziali per la SAI, che prevede la determinazione degli obiettivi dei processi di appropriatezza per ciascuna area della MC, gli indicatori correlati, le azioni necessarie e le modalità di riutilizzo di dette risorse attraverso beni, servizi e progetti di salute finalizzati al miglioramento dei livelli qualitativi della stessa AP.

Le Aziende devono, pertanto, procedere alla rimodulazione dell'erogabilità delle prestazioni in funzione dell'appropriatezza, riducendo la domanda impropria e rafforzando tutti quegli strumenti che possono indurre maggiore appropriatezza (percorsi diagnostico terapeutici, continuità assistenziale tra medicina di base/specialistica ambulatoriale interna/ospedale, modalità omogenee di valutazione multidimensionale e classificazione del bisogno. Modelli organizzativi integrati).

Col finanziamento di euro 15.000.000=, la Regione ha avviato il processo di appropriatezza sopra descritto, attraverso il percorso virtuoso: investimento – appropriatezza – riallocazione delle risorse – miglioramento del sistema assistenziale, che deve raggiungere, a regime ed in ogni Azienda, livelli crescenti di auto sostentamento finanziario.

### **Condizione applicativa**

L'utilizzo delle risorse generate dall'appropriatezza per incentivi economici ai medici convenzionati è attuabile solo nel caso di bilancio aziendale non in deficit, in coerenza con il principio sulle norme di contabilità pubblica che prevede di destinare le eventuali economie a copertura del disavanzo. Invece, la riallocazione di risorse attraverso processi di riorganizzazione del sistema di offerta, con la collaborazione dei medici convenzionati conformemente alla DGR n. 1575/09, dall'Ospedale del Territorio, può comportare, nel caso di economie prodotte anche dalla stessa medicina convenzionata, investimenti in beni e servizi per l'area dell'assistenza primaria, a fronte di un Piano Attuativo Locale per le Cure Primarie che definisca gli obiettivi da perseguire, gli strumenti da adottare e preveda un sistema di indicatori per la verifica dei risultati conseguiti.

### **Ambito di applicazione**

La quota D è estesa dal 2009 a tutte le categorie della medicina convenzionata: AP, CA, SAI, PLS.

### **Modalità di attuazione**

Si individuano come possibili ambiti di appropriatezza l'utilizzo della risorsa farmaco e l'utilizzo della risorsa specialistica, su cui possono essere attivati processi virtuosi, ossia:

- Implementazione di percorsi diagnostico terapeutici assistenziali condivisi tra medici/pediatri di famiglia e specialisti ambulatoriali interni e ospedalieri;
- Applicazione di linee guida, anche inerenti le modalità prescrittive, condivise tra ospedale e territorio;
- Teleconsulto tra specialisti e medici di famiglia;
- Implementazione di percorsi di prioritarizzazione delle richieste di prestazioni specialistiche;
- Ecc.....

Conseguentemente andranno definiti, in sede di Comitato aziendale e ai tavoli negoziali per la SAI, i criteri di misurazione e di utilizzo della quota D.

Il Comitato aziendale e i tavoli negoziali per la SAI, dovranno provvedere a:

- Individuare le strategie qualitativamente rilevanti da mettere in atto (es. ampliamento uso dei generici, indicazione del principio attivo da parte degli specialisti, valutazione del mix di utilizzo di farmaci come statine, ecc...);
- Definire la percentuale di miglioramento atteso secondo le strategie aziendali.

Ogni Azienda sanitaria dovrà presentare una relazione sulla attuazione del presente documento, entro sei e dodici mesi dalla data di approvazione dell'odierna delibera.

Il relatore conclude la propria relazione e propone all'approvazione della Giunta Regionale il seguente provvedimento.

### *LA GIUNTA REGIONALE*

- .... Il relatore incaricato dell'istruzione dell'argomento in questione ai sensi dell'art. 33, 2° comma, dello Statuto, il quale da atto che la Struttura competente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la legislazione regionale e statale.

Visti:

- AACCNN resi esecutivi in data 29 luglio 2009, mediante intesa nella conferenza Stato – Regioni, per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, con i medici specialisti ambulatoriali interni e altre professionalità sanitarie, e con i medici pediatri di libera scelta.
- Accordi regionali recepiti con:
  - D.G.R. n. 4395 del 30/12/2005, per i Medici di Medicina Generale (MMG),
  - D.G.R. n. 2667 del 07/08/2006, per i Medici Specialisti Pediatri di Libera Scelta (PLS),
  - D.G.R. n. 3220 del 25/10/2005, per i Medici Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI) e altre professionalità sanitarie,
  - D.G.R. n. 1575 del 26 maggio 2009, Progetto Cure Primarie,
  - D.G.R. n. 2322 del 28/07/09 "Analisi e progettazione del modello di architettura tecnologica per lo sviluppo del Sar (Sistema di accoglienza regionale) come disciplinato dall'art. 50 della Ig 326/2003 e per lo sviluppo del fascicolo sanitario personale da sperimentare presso l'ULSS 19 di Adria: Conferimento incarico di consulenza e progettazione al Consorzio Arsenal.IT – Centro veneto ricerca e innovazione per la sanità digitale".
  - Sentite le OOSS della Medicina convenzionata.

### *DELIBERA*

1. di approvare le Linee operative, sopra descritte, per l'applicazione della Appropriatezza definita con la D.G.R. n. 1575 del 26 maggio 2009: Attuazione del modello regionale di riferimento per le cure primarie;
2. di riconoscere per l'appropriatezza del 2008 sia alla Assistenza Primaria sia alla Pediatria di Libera Scelta, il sistema premiante, quota D), in premessa descritto;
3. di rinviare al 2009 l'applicazione del procedimento sull'Appropriatezza, definito con il presente atto, agli Specialisti Ambulatoriali Interni e ai Medici di Continuità Assistenziale, nelle more della costituzione della rete assistenziale;
4. di ritenere il presente atto documento di riferimento regionale per l'attuazione delle disposizioni contrattuali sulla informatizzazione degli studi medici di AP e PLS e per l'attività della CA e della SAI di cui agli AACCNN del 29 Luglio 2009;
5. di prendere atto che la dotazione finanziaria in premessa citata rientra nella "Assegnazione alle aziende sanitarie del Veneto delle risorse finanziarie per l'esercizio 2009, ai fini dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza";
6. di trasmettere la presente deliberazione alle Aziende sanitarie per l'attuazione di quanto in essa previsto;
7. di richiedere alle stesse Aziende sanitarie una relazione sulla attuazione della presente deliberazione entro sei o dodici mesi dalla data odierna.