



*Regione Campania
Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

DECRETO N. 18 DEL 18.02.2015

OGGETTO : Modello di riorganizzazione delle Cure Primarie. Approvazione.

PREMESSO che :

- con deliberazione n.460 del 20 marzo 2007, la Giunta regionale della Campania ha approvato l'accordo attuativo e il Piano di rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del SSN ai sensi dell'art.1. comma 180. della legge 30 dicembre 2004, n. 311;
- con delibera del Consiglio dei Ministri in data 24 luglio 2009 il Governo ha proceduto alla nomina del presidente pro-tempore della Regione Campania quale Commissario ad acta per l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo sanitario regionale, a norma dell'articolo 4 del decreto legge 1 ottobre 2007, n. 159, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2009 n. 222;
- con delibera del Consiglio dei Ministri in data 24 aprile 2010 il nuovo Presidente pro-tempore della Regione Campania è stato nominato Commissario ad acta per il Piano di rientro con il compito di proseguire nell'attuazione del Piano stesso secondo programmi operativi di cui all'art. 1, comma 88, della legge 191 del 2009;
- con delibera del Consiglio dei Ministri del 23 marzo 2011 il dott. Mario Morlacco è stato confermato sub Commissario ad acta con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere per l'attuazione del Piano di rientro;
- con delibera del Consiglio dei Ministri del 29 ottobre 2013 il prof. Ettore Cinque è stato nominato sub Commissario ad acta con il compito di affiancare, insieme al Dott. Morlacco, il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere per l'attuazione del Piano di rientro.

RILEVATO che:

- l'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale sottoscritto - ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. n. 502 del 1992 e successive modificazioni e integrazioni in data 27.05.2009 (quadriennio normativo 2006/2009) e approvato in Conferenza Stato Regioni con atto rep. 93/CSR dell'29.07.2009, tuttora vigente per la parte normativa, individua all'art. 4 gli aspetti specifici oggetto di negoziazione regionale ed introduce gli artt. 26 bis (Aggregazioni Funzionali Territoriali), 26 ter (Unità Complesse Cure Primarie);

- l'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale sottoscritto - ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. n. 502 del 1992 e successive modificazioni e integrazioni - in data 10.03.2010 (biennio economico 2008/2009), approvato in Conferenza Stato Regioni con atto rep. 81/CSR dell'8.07.2010, fornisce, all'art. 5, indicazioni per la contrattazione integrativa regionale ed in particolare per l'attuazione delle nuove forme organizzative (AFT – Aggregazioni Funzionali Territoriali - e UCCP – Unità Complesse Cure Primarie), individuate con l'ACN 29 luglio 2009, affrontando in particolare i seguenti aspetti:
 1. Relazioni funzionali tra i professionisti che operano nell'ambito di dette forme organizzative, avendo riguardo in particolare alle nuove attività di valenza comune espletabili nel nuovo contesto collaborativo e a quelle tra gli stessi professionisti e l'Azienda sanitaria;
 2. Azioni per favorire gli utenti e l'accesso ai servizi, con particolare riferimento a:
 - Accessibilità giornaliera di almeno 12 ore ai servizi dell'UCCP (con sede di riferimento o con sede unica);
 - Possibilità di accesso in tempo reale, per i professionisti operanti nelle sedi di UCCP, ai dati clinici di tutti gli assistiti del territorio di riferimento;
 - Individuazione e potenziamento della strumentazione diagnostica di base disponibile presso la sede dell'UCCP;
 - Potenziamento dell'assistenza domiciliare e residenziale, con individuazione di personale infermieristico dedicato;
 - Sviluppo della medicina d'iniziativa, delle attività di prevenzione e dei programmi assistenziali rivolti ai casi più complessi;
 3. Miglioramento della presa in carico degli assistiti affetti da patologia cronica e adesione ai livelli assistenziali di diagnosi e cura previsti dai percorsi diagnostico terapeutici-assistenziali (PDTA) condivisi;
 4. Definizione e monitoraggio di indicatori di qualità dell'assistenza anche con la finalità di misurazione dello stato di salute degli assistiti portatori di patologia cronica;
 5. Valutazione dell'appropriatezza dei servizi erogati, inclusa la misurazione dell'impatto sui consumi complessivi e specifici degli assistiti affetti da distinta patologia cronica;
 6. Messa a punto dei percorsi di assistenza interdisciplinare integrata, ambulatoriale e domiciliare, a favore dell'anziano e dell'anziano fragile, coinvolgenti tutte le competenze professionali operanti in ambito distrettuale, con la partecipazione delle AFT e delle UCCP;
- l'art. 1 del D.L. n. 158 del 13.9.2012, convertito, con modificazioni, dalla legge n.189 del 8 novembre 2012 disciplina il riordino dell'assistenza territoriale;
- il Patto della Salute 2014-2016 definisce che le AFT e le UCCP costituiranno le uniche forme di aggregazione dei medici di medicina generale, sostituendo le diverse tipologie di forme associative della Medicina generale;

CONSIDERATO che:

- in virtù delle funzioni di programmazione e controllo dell'Ente regionale, si è reso necessario disciplinare anche ulteriori aspetti quali:
 - α) le responsabilità nei rapporti convenzionali, in relazione agli obiettivi regionali;
 - β) l'organizzazione della presa in carico degli utenti da parte dei medici con il supporto delle professionalità sanitarie e la realizzazione della continuità dell'assistenza 24 ore su 24 e 7 giorni su 7;

- χ) le modalità di realizzazione dell'appropriatezza delle cure, delle prescrizioni e dell'uso etico delle risorse, l'organizzazione degli strumenti di programmazione, monitoraggio e controllo;
- δ) la modalità di partecipazione dei medici di medicina generale nella definizione degli obiettivi della programmazione, dei budget e della responsabilità nell'attuazione dei medesimi; i criteri e le modalità nella organizzazione del sistema informativo fra M.M.G. – strutture associate - Distretti - Aziende Sanitarie – Regione;

VISTI:

- il DCA 87/2013 con il quale si è provveduto alla approvazione dell'Accordo Integrativo Regionale per la Medicina Generale;
- il DCA 49/2010 con il quale si definisce il riassetto della rete territoriale;
- il riparto per l'esercizio 2014, approvato dall'Intesa Stato Regioni rep. n. 173/CSR del 04 dicembre 2014;

RILEVATO che:

- l'Accordo Integrativo Regionale definito tiene conto delle specifiche peculiarità dell'assistenza sanitaria in Regione Campania e contempla incentivi e strumenti per migliorare l'assistenza territoriale volti ad assicurare:
 1. la centralità della "persona" e la personalizzazione degli interventi;
 2. il perseguimento di percorsi di appropriatezza nell'ambito del governo clinico della domanda assistenziale;
 3. il rafforzamento e l'estensione del rapporto fiduciario del MMG e della medicina di famiglia;
 4. l'integrazione del MMG con il territorio ed il lavoro in associazione;
 5. la presa in carico e il lavoro in rete quale garanzia della continuità di assistenza;
 6. la garanzia del diritto all'accesso attraverso la rete territoriale degli ambulatori di MMG sia in forma singola che associata;
 7. la tutela delle "fragilità" e l'umanizzazione delle cure;
 8. la corresponsabilità nel governo della domanda e nel governo clinico dell'assistenza distrettuale.
- si è reso necessario dare ulteriore seguito operativo a quanto programmato con il DCA 49/2010 con particolare riferimento alla necessità di procedere alla programmazione della rete territoriale;
- per l'anno 2013 si è registrato un risultato economico positivo validato dai tavoli ministeriali di verifica competenti;

per le motivazioni espresse in narrativa e che qui di seguito si intendono integralmente riportate e trascritte:

DECRETA

DI APPROVARE l'unito documento, che forma parte integrante e sostanziale del presente decreto, concernente il Modello di Riorganizzazione delle Cure Primarie in Regione Campania.

DI STABILIRE che il presente provvedimento, nelle more degli specifici Accordi Integrativi Regionali futuri con la Pediatria di Libera Scelta (PLS) e con le altre categorie professionali, riguarda per i contenuti organizzativi ed economico nominativi la sola area della Medicina Generale.

DI DARE MANDATO alle Direzioni Generali delle AA.SS.LL di programmare la nuova organizzazione dell'assistenza primaria mediante la formulazione di un Piano Aziendale di riorganizzazione delle Cure Primarie, da compilare secondo il modello in allegato al presente decreto (rif: "Allegato_Piano Aziendale di riorganizzazione delle Cure Primarie") da inviare alla Regione per l'approvazione entro 60 giorni dalla pubblicazione del presente provvedimento.

DI PREVEDERE per le Direzioni Generali delle AA.SS.LL. la possibilità di attivare, nelle more dell'approvazione formale da parte della Regione del suddetto Piano aziendale, progetti sperimentali relativi al nuovo modello di organizzazione delle Cure primarie in accordo alla programmazione aziendale.

DI ATTIVARE presso la Direzione Generale per la Tutela della Salute un gruppo di lavoro costituito dal Capo Dipartimento della Salute e delle Risorse Naturali o suo delegato, dal Direttore Generale della Direzione Tutela della Salute o suo delegato, dal Sub Commissario competente *ratione materiae* o suo delegato, dal Direttore Generale dell'ARSAN o suo delegato, dal Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di ciascuna provincia o suo delegato, da un Direttore del Distretto per ciascuna azienda sanitaria, con il compito di supportare le Aziende Sanitarie della Regione nella formulazione del Piano Aziendale di riorganizzazione delle Cure Primarie e di monitorarne l'attuazione.

DI ATTRIBUIRE al suddetto gruppo di lavoro, altresì, il compito di predisporre un regolamento disciplinante le funzioni di monitoraggio e controllo in capo al Distretto territorialmente competente, da approvarsi, in ciascuna azienda, con delibera del Direttore Generale.

DI INVIARE il presente provvedimento alla Direzione Generale Tutela della Salute; al Gabinetto del Presidente della G.R.; al Capo Dipartimento della Salute e delle Risorse naturali; all'ARSAN; al Settore Stampa, Documentazione e Informazione e Bollettino Ufficiale per la pubblicazione.

Il Capo Dipartimento
Salute e Risorse Naturali
Prof. Ferdinando Romano

Si esprime parere favorevole:
Il Sub Commissario ad Acta
Dott. Mario Morlacco

Il Direttore Generale Tutela
della Salute e C.S.S.
Dott. Mario Vasco

Il Sub Commissario ad Acta
Prof. Ettore Cinque

Il Dirigente di Staff del
Dipartimento della Salute
e delle Risorse Naturali
Dott.ssa Lara Natale

Il Commissario ad Acta
Dott. Stefano Caldoro



Il modello di riorganizzazione della Cure Primarie

Febbraio 2015

Indice

1	Premessa.....	1
2	Il modello di riorganizzazione delle Cure Primarie	2
2.1	<i>Definizione Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT).....</i>	3
2.2	<i>Definizione dei modelli organizzativi delle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP).....</i>	6
2.3	<i>Configurazione dei modelli organizzativi delle UCCP rispetto ai parametri</i>	9
3	Sostenibilità economica del Modello di riorganizzazione delle Cure Primarie.....	14
4	Appendice	15
4.1	<i>Parametri organizzativi</i>	15
4.2	<i>Parametri di qualità Clinica-assistenziale</i>	16
4.3	<i>Obiettivi e indicatori di qualità (a titolo esemplificativo).....</i>	17

1 Premessa

L'evoluzione del quadro demografico epidemiologico, l'invecchiamento della popolazione e l'enorme crescita della domanda di prestazioni sanitarie hanno determinato l'esigenza di rispondere a livello territoriale a una richiesta di presa in carico di problemi di salute complessi, e di assicurare l'appropriatezza delle prestazioni erogate attraverso il governo clinico dei percorsi assistenziali dei pazienti.

In tale contesto diventa prioritario offrire al sistema delle Cure Primarie tutti gli strumenti che gli permettano di evolvere la propria capacità di risposta all'aumento ed alla variabilità delle richieste del territorio. Risulta necessario ridefinire il ruolo della Medicina Generale e della Pediatria quale perno di una rete sociosanitaria organizzata e dinamica che si muova sui binari dell'efficacia, dell'efficienza e dell'appropriatezza, attraverso processi di integrazione organizzativa e relazionale dei propri attori.

La Regione Campania, in accordo al DCA 87 del 24/07/2013 (Accordo Integrativo Regionale), ha definito un nuovo modello per l'organizzazione delle Cure Primarie che ha come obiettivo quello di:

- realizzare nel territorio la continuità dell'assistenza, 24 ore al giorno per 7 giorni alla settimana;
- favorire il mantenimento della persona nel proprio ambiente di vita e al proprio domicilio;
- mantenere un'elevata qualità delle caratteristiche tipiche dell'assistenza primaria (es. la relazione interpersonale, l'assistenza basata sulla persona e non sulla malattia, la continuità ed il coordinamento dell'assistenza);
- garantire la continuità dell'assistenza, anche attraverso l'implementazione di protocolli condivisi che garantiscano l'integrazione tra Ospedale e Territorio;
- garantire la gestione integrata dei pazienti, attraverso l'implementazione di percorsi assistenziali e l'integrazione tra sociale e sanitario;
- favorire la promozione della salute e l'implementazione di una medicina di iniziativa;
- garantire una effettiva presa in carico dell'utente a partire in particolare dai pazienti cronici.

Il presente documento costituisce una linea guida che le Aziende Sanitarie della Regione dovranno seguire ai fini dell'attuazione del nuovo modello proposto.

2 Il modello di riorganizzazione delle Cure Primarie

Le Regioni, ai sensi del Decreto legge 13 settembre 2012, n. 158 coordinato con la Legge di conversione 8 novembre 2012, n. 189, “definiscono l'organizzazione dei servizi territoriali di assistenza primaria promuovendo l'integrazione con il sociale, anche con riferimento all'assistenza domiciliare, e i servizi ospedalieri, al fine di migliorare il livello di efficienza e di capacità di presa in carico dei cittadini, secondo modalità operative che prevedono forme organizzative monoprofessionali, denominate **Aggregazioni Funzionali Territoriali**, che condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi, nonché forme organizzative multiprofessionali, denominate **Unità Complesse di Cure Primarie**, che erogano, in coerenza con la programmazione regionale, prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei medici, delle altre professionalità convenzionate con il Servizio sanitario nazionale, degli infermieri, delle professionalità ostetrica, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria. In particolare, le Regioni disciplinano le Unità Complesse di Cure Primarie privilegiando la costituzione di reti di poliambulatori territoriali dotati di strumentazione di base, aperti al pubblico per tutto l'arco della giornata, nonché nei giorni prefestivi e festivi con idonea turnazione, che operano in coordinamento e in collegamento telematico con le strutture ospedaliere”.

Ai sensi del Patto per la Salute 2014-2016, tali forme organizzative, entro sei mesi dalla stipula dei nuovi ACN, e comunque non oltre la vigenza del Patto, costituiscono le uniche forme di aggregazione dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta, sostituendo le diverse tipologie di forme associative della Medicina Generale di cui all'art. 54 dell'ACN 2009.

La Regione Campania, in accordo alla normativa vigente, ha definito un modello per la riorganizzazione delle Cure Primarie, prevedendo lo sviluppo di tali forme organizzative monoprofessionali (Aggregazioni Funzionali Territoriali) e multiprofessionali (Unità Complesse di Cure Primarie).

Ciascuna Azienda Sanitaria, al fine di ottemperare al nuovo modello di organizzazione delle cure primarie declinato dalla Regione, deve porre in essere le seguenti attività:

- suddividere tutti i distretti socio sanitari di competenza in Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT);
- definire i modelli organizzativi delle UCCP;
- configurare ogni modello di UCCP sulla base dei parametri previsti;
- definire un cronoprogramma delle attività per l'attuazione dell'intero progetto.

Figura 1: Modello di riorganizzazione delle Cure primarie



Ciascuna Azienda deve programmare la nuova organizzazione dell'assistenza primaria mediante la formulazione di un Piano Aziendale di riorganizzazione delle Cure Primarie, da inviare alla Regione per l'approvazione.

Tale piano comprende obiettivi, azioni, strumenti, indicatori, risorse e tempi identificativi del percorso che l'Azienda intende sviluppare per la riorganizzazione delle cure primarie. Tale risultato andrà raggiunto nel triennio: 2015 – 2016 – 2017.

Di seguito si riporta il dettaglio delle attività che le Aziende devono porre in essere per l'implementazione del nuovo modello.

2.1 Definizione Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT)

Le AFT costituiscono un'articolazione del distretto socio sanitario nell'ambito delle quali operano i Medici di Medicina Generale (d'ora in poi anche MMG) e i Pediatri di Libera Scelta (d'ora in poi anche PLS) coordinati in team funzionali al fine di garantire una maggiore operatività. In questo modo si realizza la rete orizzontale tra medici e si pongono le condizioni per quella verticale con le altre strutture del sistema, per garantire la continuità delle cure e dell'assistenza, su tutto il territorio regionale, secondo appropriatezza.

L'Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT) rappresenta pertanto la cornice nella quale sviluppare un nuovo modello di organizzazione delle Cure Primarie. In particolare, con le AFT si realizzano alcune fondamentali condizioni per l'integrazione professionale delle attività dei singoli MMG e PLS per il conseguimento degli obiettivi di assistenza. Nell'ambito della AFT, pertanto, sarà possibile concretizzare alcuni elementi innovativi, funzionali alla riorganizzazione territoriale e alla crescita del ruolo professionale della Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta.

Ai sensi dell'art. 26-bis dell'ACN, i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta partecipano obbligatoriamente alle Aggregazioni Funzionali Territoriali allo scopo di:

- promuovere l'equità nell'accesso ai servizi sanitari, socio-sanitari e sociali nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza, anche attraverso l'individuazione di percorsi di integrazione tra assistenza primaria e continuità assistenziale;
- promuovere la diffusione e l'applicazione delle buone pratiche cliniche sulla base dei principi della "evidence based medicine", nell'ottica più ampia della "clinical governance";
- promuovere e diffondere l'appropriatezza clinica e organizzativa nell'uso dei servizi sanitari, anche attraverso procedure sistematiche ed autogestite di "peer review";
- promuovere modelli di comportamento nelle funzioni di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione ed assistenza orientati a valorizzare la qualità degli interventi e al miglior uso possibile delle risorse, pubbliche e private, quale emerge dall'applicazione congiunta dei principi di efficienza e di efficacia.

L'AFT persegue tali finalità attraverso:

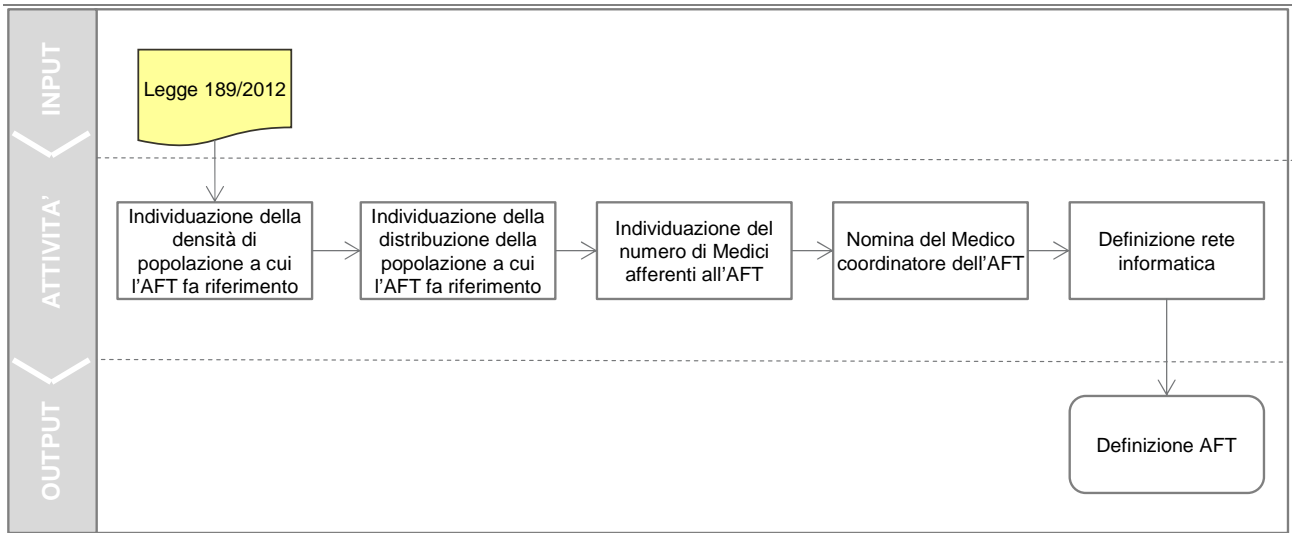
- l'individuazione di strumenti, tempi e momenti di verifica per l'avvio dei processi di riorganizzazione;
- la condivisione delle proprie attività con il Distretto di riferimento, per la valutazione dei risultati ottenuti e per la socializzazione dei medesimi;
- la partecipazione a programmi di aggiornamento/formazione e a progetti di ricerca concordati con il Distretto e coerenti anche con la programmazione regionale e Aziendale.

Nelle Aggregazioni Funzionali Territoriali, pertanto, i medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta garantiscono compiti ed attività previsti nell'Accordo Collettivo Nazionale e nell'Accordo Integrativo Regionale.

In particolare, a regime i compiti dell'AFT possono essere schematizzati come segue:

- assistere, nelle forme domiciliari ed ambulatoriali, la popolazione che è in carico ai MMG e ai PLS che la compongono;
- valutare i bisogni della popolazione assistita;
- rappresentare il nodo centrale per garantire la continuità assistenziale ospedale-territorio;
- sviluppare un sistema di relazioni tra tutti i professionisti del sistema, che responsabilizzando i soggetti, assicuri la continuità di cura degli assistiti;
- partecipare a iniziative di formazione e ricerca, funzionali alla sperimentazione di modelli organizzativi, all'organizzazione e valutazione dei percorsi di cura, alla costruzione e validazione degli indicatori e degli strumenti di valutazione.

Di seguito si riporta il diagramma di flusso relativo alle attività che la Azienda deve porre in essere per la definizione delle AFT.



L'Azienda sanitaria, in accordo a quanto disposto dall'art 26-bis dell'ACN, individua le AFT in ogni distretto socio sanitario del territorio aziendale in relazione ai seguenti criteri:

- popolazione assistita di riferimento non superiore a 30.000 residenti;
- numero di medici di Medicina Generale, di norma, non inferiore a 20 inclusi i titolari di incarichi a rapporto orario, organizzati in team.

L'estensione territoriale è variabile in base alla densità e distribuzione della popolazione. In particolare essa sarà il risultato della convergenza di due fattori:

- la limitazione all'estensione al fine di facilitarne l'accessibilità;
- caratteristiche geomorfologiche del territorio (urbano, rurale, montano).

Una volta identificate le AFT, l'Azienda individua i Medici afferenti. L'AFT è composta da medici a ciclo di fiducia e da medici a rapporto orario.

I medici che compongono l'AFT nominano al loro interno il Medico coordinatore dell'AFT con compiti di raccordo funzionale e professionale.

Il coordinatore dell'AFT ha i seguenti compiti:

- indice ed organizza le riunioni dei medici delle forme organizzative facenti capo all'AFT, rapportandosi con il personale aziendale ed in particolare con i dirigenti del territorio;
- conduce e coordina gli incontri a carattere organizzativo e/o clinico all'interno della AFT;
- rappresenta i medici delle forme associative facenti capo all'AFT nei rapporti con gli ospedali di riferimento, con la Zona-Distretto, con le UCCP di riferimento e con l'Azienda;
- è garante per la parte medica dell'attuazione dei percorsi di presa in carico all'interno dell'AFT del paziente con bisogni complessi;
- concorda la partecipazione della AFT alle campagne di prevenzione collettiva;
- nell'ottica di garantire pari dignità fra le varie professionalità presenti nel Servizio Sanitario Campano e continuità assistenziale al paziente, sarà compito del coordinatore di AFT concordare percorsi finalizzati a favorire il passaggio diretto di cittadini che necessitano di assistenza di secondo livello dall'assistenza erogata in AFT al reparto ospedaliero di riferimento, senza passare attraverso il DEA. Sarà compito del coordinatore di AFT verificare se esistono le condizioni socio-assistenziali che garantiscano una corretta continuità assistenziale nella dimissione dei pazienti "difficili" o che comunque necessitano di ulteriore assistenza, mediante accordo fra le professionalità interessate e solo dopo che saranno garantite al cittadino tutte le forme di assistenza necessarie, in accordo con i Punti Unici di Accesso istituiti di cui al DCA 84 del 05/07/2013.

In caso di mancato raggiungimento degli obiettivi prefissati, esaminatene le motivazioni in sede di Comitato Aziendale, i medici provvederanno a nuova elezione del Coordinatore. Ugualmente, in caso di sfiducia da parte della maggioranza dei medici di riferimento dell'AFT si procede a nuova elezione.

L'Azienda inoltre definisce la rete informatica delle AFT. L'AFT dovrà possedere un proprio sistema interno informativo/informatico connesso al sistema aziendale e regionale.

2.2 Definizione dei modelli organizzativi delle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP)

Accanto allo sviluppo delle AFT si prevede l'istituzione di forme organizzative più complesse denominate **Unità Complesse di Cure Primarie**. Le UCCP non sono forme organizzative alternative alle AFT, esse sono collegate alle AFT e comprendono i medici o parte dei medici che ne fanno parte. L'UCCP si avvale di "risorse" messe a disposizione dal Distretto (es. personale infermieristico ed amministrativo, etc.) e dalle Municipalità (es. assistente sociale e personale amministrativo) ed estende l'offerta rispetto ai seguenti ambiti:

a) prevenzione

- vaccinazione del bambino, dell'adulto, dell'anziano nell'ambito di campagne vaccinali;
- partecipazione attiva alle campagne di screening, anche attraverso l'aggiornamento e la revisione degli elenchi nominativi della popolazione eleggibile;
- attività di prevenzione e di promozione della salute (consigli, diete, ecc.), anche attraverso le tecniche di counselling;
- educazione sanitaria a gruppi di pazienti.

b) prestazioni e processi assistenziali

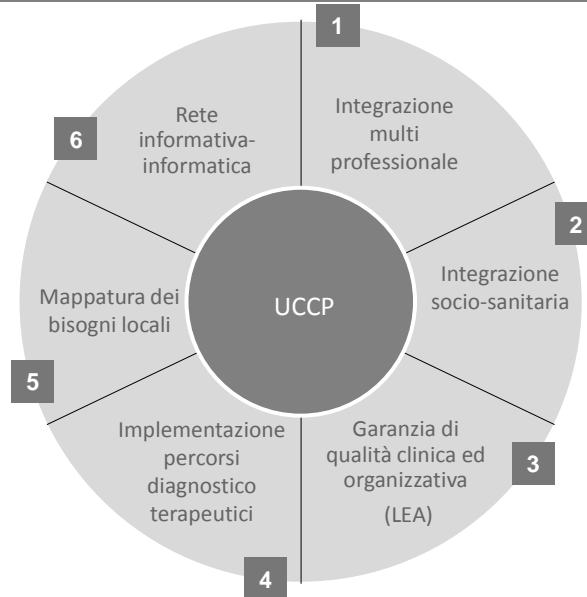
- visite domiciliari ed ambulatoriali a scopo diagnostico e terapeutico;
- trattamento di alcune malattie;
- procedure tecniche mediche e trattamento di alcuni problemi (piccole suture, medicazioni, etc.);
- diagnostica rapida per piccola patologia ambulatoriale;
- primo contatto, diagnostica e coordinamento dell'assistenza per problemi acuti;
- primo contatto, diagnostica e coordinamento dell'assistenza per problemi dei bambini (es. rash cutanei, enuresi, problemi uditivi, ecc.) problemi femminili (es. contraccezione, irregolarità mestruali, noduli al seno, ecc.), problemi psicosociali (es. problemi di relazione, ecc.);
- primo contatto per problemi "senza diagnosi" (es. sintomi "psicosomatici", attacchi d'ansia, disturbi funzionali, paura della malattia e della morte, ecc.).

c) gestione della cronicità

- supporto all'autogestione del paziente, aiutandolo ad acquisire le capacità necessarie ad affrontare e risolvere i problemi di salute ed a porsi obiettivi di miglioramento (es. nel campo dell'alimentazione, dell'esercizio fisico, delle automisurazioni cliniche, dell'uso dei farmaci);
- adozione di percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali basati sull'evidenza scientifica atta a delineare gli standard per garantire un'assistenza ottimale ai pazienti cronici;
- la presa in carico della terminalità e del paziente fragile;
- la gestione della domiciliarità, dimissioni protette, cure palliative, hospice, strutture intermedie.

L'Unità Complessa di Cure Primarie (UCCP) rappresenta pertanto un'aggregazione strutturale multi-professionale composta dal personale convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale insieme ad altri operatori del territorio, sanitari, sociali ed amministrativi che opera nell'ambito dell'organizzazione distrettuale, in sede unica o con una sede di riferimento.

Le caratteristiche di questa forma organizzativa la rendono determinante nell'assetto territoriale dell'Assistenza Primaria.

Figura 2: Elementi caratterizzanti della UCCP

L'implementazione di tale forma associativa consente:

- di garantire l'accessibilità all'assistenza territoriale per tutto l'arco della giornata per tutti i giorni della settimana, avvalendosi dei professionisti del ruolo unico della Medicina Generale;
- di migliorare la presa in carico integrata dei pazienti con problemi di patologie croniche e degenerative;
- di coordinare le risposte e i trasferimenti dall'Ospedale alle strutture territoriali (ammissioni e dimissioni protette), in costante collegamento tra i MMG/PLS, attraverso lo sviluppo di Sistemi Operativi;
- il controllo dell'appropriatezza prescrittiva, farmaceutica e specialistica ambulatoriale;
- di ricondurre al circuito delle cure primarie gli accessi impropri al Pronto soccorso, i ricoveri ospedalieri inappropriati e i ricoveri ripetuti fornendo una alternativa di diagnosi, cura e assistenza e presa in carico in appropriatezza;
- di facilitare, tramite il distretto, la formulazione di percorsi assistenziali condivisi tra ospedale e territorio con la diretta partecipazione dei medici ospedalieri;
- di fornire attività specialistiche in collaborazione con gli specialisti del territorio e ospedalieri.

L'Azienda deve individuare, nell'ambito delle AFT definite, i modelli organizzativi delle UCCP. In particolare, a seconda della densità abitativa e del territorio di riferimento ai quali le UCCP si riferiscono, si distinguono i seguenti modelli organizzativi:

- *UCCP a sede unica (modello metropolitano);*
- *UCCP in rete (Modello rurale e montano a bassa densità abitativa).*

In deroga ai precedenti modelli organizzativi, in caso di particolari situazioni debitamente motivate, l'Azienda può prevedere anche il seguente modello:

- *UCCP con sede di riferimento (modello sub urbano) - sistema hub and spoke.*

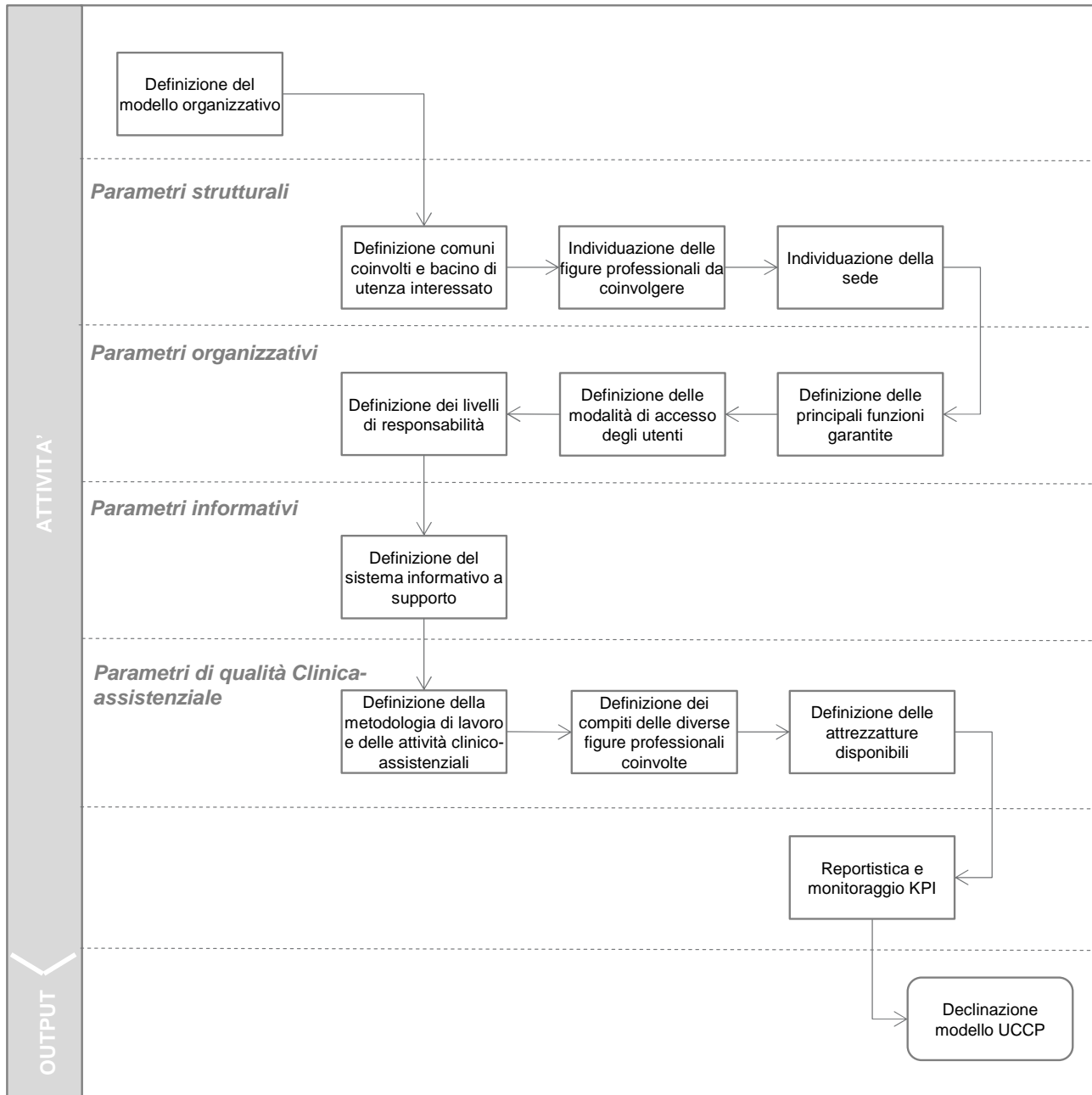
La UCCP a sede unica (modello metropolitano) prevede l'individuazione della sede in un luogo ad alta densità di popolazione destinato ad una popolazione non superiore a 30.000 abitanti ed un numero di medici di Medicina Generale non inferiore a 20, inclusi i titolari a quota oraria.

La UCCP in rete (modello rurale e montano a bassa densità abitativa) prevede l'individuazione nei territori a bassa densità abitativa di una o più sedi di riferimento correlate alle necessità della popolazione assistita. Tale modello prevede inoltre un numero di medici di Medicina Generale non inferiore a 10, inclusi i titolari a di quota oraria e numero di assistiti non inferiore a 5.000.

La UCCP secondo il sistema hub and spoke (modello sub urbano) prevede l'individuazione di una sede di riferimento nel luogo a maggiore richiesta assistenziale o nel luogo di maggiore densità abitativa collegata telematicamente ad altre sedi dislocate sul territorio di riferimento. Tale modello prevede inoltre un numero di medici di Medicina Generale non inferiori a 15, inclusi i titolari di quota oraria e numero di assistiti non inferiore a 15.000.

2.3 Configurazione dei modelli organizzativi delle UCCP rispetto ai parametri

Di seguito si riporta il diagramma di flusso relativo alle attività che la Azienda deve porre in essere per la configurazione dei modelli di UCCP rispetto ai parametri definiti.



Di seguito si riporta il dettaglio dei parametri che il modello di UCCP deve rispettare rispetto ai requisiti strutturali, organizzativi, informativi e clinico-assistenziale.

Parametri strutturali

L'Azienda al fine della definizione dei parametri strutturali del modello di UCCP deve partire dalla definizione delle dimensioni di riferimento attraverso l'individuazione del numero di comuni da coinvolgere e del bacino di utenza interessato. Il bacino di utenza va calcolato come il totale degli assistiti in carico ai MMG/PLS.

Una volta individuati i comuni coinvolti ed il bacino di utenza interessato, l'Azienda procede nella definizione delle figure professionali da coinvolgere distinguendo tra le figure professionali dell'Azienda, il personale convenzionato e altre figure professionali del Comune. Per ciascun medico coinvolto dovrà essere specificato il numero di assistiti in carico.

Oltre ai Medici di Medicina Generale le figure professionali da coinvolgere sono:

- personale infermieristico, il rapporto numerico fra infermieri e medici sarà da individuare in base alle attività istituite;
- personale amministrativo di segreteria per l'attività istituzionale e le attività comuni di tutti i professionisti presenti nel modello organizzativo di UCCP;
- personale sociale e/o di assistenza sociosanitaria;
- Pediatri di Libera Scelta;
- medici specialisti per l'erogazione di servizi di medicina specialistica individuati sui bisogni dei pazienti relativi al bacino d'utenza;
- una figura medica formata ed esperta sulle tematiche legate alla terapia del dolore, alla luce di quanto sancito dall'Intesa Stato Regioni del 25 luglio 2012 e dal Patto per la Salute 2014-2016;
- una figura medica che verrà progressivamente formata su specifiche tematiche di riferimento per le principali patologie croniche (es. asma/BPCO, ipertensione e dislipidemia, diabete, etc.) in funzione delle linee guida dell'ASL (referente di area terapeutica).

A seguito della definizione delle figure professionali coinvolte si individua la sede e se ne definiscono le caratteristiche (Proprietà della sede, descrizione dei locali, modalità di concessione, etc.).

Nella declinazione del modello di UCCP si deve tenere in considerazione che tale forma associativa è tenuta a rispettare alcuni requisiti strutturali, quali ad esempio in riferimento alla dimensione territoriale, alla dimensione dei locali e delle sedi, etc. In particolare, la sede del modello organizzativo di UCCP viene collocata in una struttura idonea secondo la normativa vigente, che garantisca soprattutto la fruibilità da parte degli utenti.

Parametri organizzativi

L'Azienda definisce le principali funzioni che la sede dovrà garantire. In particolare si dovranno garantire le seguenti funzioni:

- informazione, orientamento e relazioni con il Pubblico;
- prenotazioni degli appuntamenti e gestione delle agende dei Medici di Medicina Generale/Pediatri di Libera Scelta;
- effettuazione di prenotazioni per prestazioni specialistiche (CUP);
- distribuzione/ritiro di moduli per richieste varie (es. invalidità, ausili, assistenza domiciliare, ecc.);
- distribuzione materiale illustrativo per la preparazione all'effettuazione di esami ed accertamenti (consegna provette, ecc.);
- punto prelievi;
- attività di prevenzione ed attività educative rivolte a gruppi di assistiti (per patologie, per problemi, ecc.);
- presa in carico del paziente cronico con adeguato supporto organizzativo-gestionale (es. registri di patologie, pianificazione delle visite, sostegno al follow up), secondo un approccio di medicina di iniziativa;
- erogazione di prestazioni (visite domiciliari ed ambulatoriali, trattamento di piccoli problemi come suture e medicazioni, primo contatto, diagnostica e coordinamento dell'assistenza per problemi acuti, ecc.).

Per una corretta gestione della cronicità sarà necessaria una chiara divisione del lavoro, con definizione degli obiettivi e del sistema di incentivazione che premiano la qualità dell'assistenza ai malati cronici. Sono ad esempio dimensioni importanti:

- la cura della formazione del personale;
- l'adeguata disponibilità di risorse infermieristiche;
- la collaborazione con il personale amministrativo, addestrato a gestire il registro dei pazienti;
- l'educazione del paziente all'autogestione;
- la predisposizione di accertamenti periodici, assicurando il follow up attivo dei pazienti.

Una volta definite le funzioni svolte all'interno della sede unica, l'Azienda definisce le modalità di accesso degli utenti. In particolare, il modello organizzativo dovrà prevedere:

- l'apertura della sede 24 ore al giorno e 7 giorni alla settimana, promuovendo il valore della co-presenza dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta. La presenza oraria di ciascun medico dovrà essere calcolata sulla base del vigente ACN e sul numero effettivo di Medici coinvolti nel progetto. Lo schema orario può essere specificato come nella tabella illustrativa *"Planning settimanale della sede"* riportata in Appendice al presente documento;
- l'apertura di un ambulatorio infermieristico per attività assistenziali finalizzate a garantire il follow up dei pazienti con patologie croniche. L'orario ipotizzabile di massima è 12 ore al giorno dal lunedì al venerdì e 2 ore il sabato. Lo schema orario può essere specificato come nella tabella illustrativa *"Planning settimanale dell'ambulatorio infermieristico"* riportata in Appendice al presente documento;
- la disponibilità di un servizio infermieristico dell'ADI "territorializzato" ossia per i pazienti residenti sul territorio individuato, attivo 24h su 24h, 7gg. su 7gg. (gestito attraverso un definito numero di infermieri assegnati alla zona);
- l'attivazione di consulenza specialistica, prevedendo nella sede una presenza degli Specialisti "periodica", a seconda dei bisogni evidenziati dal bacino di utenza e dei percorsi assistenziali prescelti;
- un servizio per la regolamentazione degli accessi dell'utenza agli ambulatori dei MMG/PLS con conseguente organizzazione delle agende di prenotazione attraverso un servizio di segreteria interno o esterno. L'orario ipotizzabile di massima è 12 ore al giorno dal lunedì al venerdì e 2 ore il sabato. Lo schema orario può essere specificato come nella tabella illustrativa *"Planning settimanale del servizio di segreteria"* riportata in Appendice al presente documento.

Potranno essere sviluppate ulteriori funzionalità di collegamento con altri servizi e/o tra figure professionali, strutturando ad esempio:

- la gestione delle prenotazioni di esami e visite specialistiche al CUP;
- la consultazione telefonica tra i Medici di Medicina Generale/Pediatri di Libera Scelta e Specialisti Ospedalieri ed Ambulatoriali Interni (consulto specialistico);
- il collegamento con l'Assistenza Domiciliare Integrata distrettuale.

Una volta definiti i parametri strutturali e le funzioni garantite all'interno della sede, l'Azienda definisce livelli di responsabilità delle figure coinvolte.

Nell'ambito della sede della UCCP, viene istituito un referente/coordinatore unico nominato dall'Azienda Sanitaria ed eletto dai medici appartenenti alla stessa struttura tra i medici convenzionati che abbiano un'anzianità lavorativa di almeno cinque anni. Il Coordinatore della UCCP ha i seguenti compiti:

- coordina le attività cliniche della UCCP;
- si rapporta per le problematiche organizzative con i Dirigenti Distrettuali e le altre strutture presenti a livello aziendale ed ospedaliero;

- si rapporta con i coordinatori di AFT, con i Dirigenti Distrettuali, con i professionisti ospedalieri e specialisti ambulatoriali, con la Direzione di Zona Distretto e con la Direzione Aziendale;
- risponde del raggiungimento degli obiettivi della UCCP.

In caso di mancato raggiungimento degli obiettivi prefissati, esaminate le motivazioni in sede di Comitato Aziendale, i medici provvederanno a nuova elezione del Coordinatore. Ugualmente, in caso di sfiducia da parte della maggioranza dei medici della UCCP, si procede a nuova elezione.

Nella declinazione del modello di UCCP si deve tenere in considerazione che tale forma associativa è tenuta a rispettare alcuni parametri organizzativi in riferimento alla gestione della sede e dell'ambulatorio infermieristico.

Parametri informativi

L'Azienda al fine della definizione dei parametri informativi del modello di UCCP deve definire il sistema informativo di riferimento. In particolare, la UCCP dovrà essere dotata di strumentazione informatica collegata in rete interna, con i presidi ospedalieri, con i presidi distrettuali e con le strutture convenzionate della Azienda. In particolare il sistema informativo della UCCP dovrà prevedere:

- l'informatizzazione del fascicolo clinico del paziente;
- la messa in rete di tutti i pc, rendendo possibile la consultazione reciproca degli archivi tra gli MMG/PLS;
- il collegamento con il CUP per prenotazioni di esami e visite specialistiche;
- la possibilità di ricezione dei referti laboratoristici e specialistici;
- la possibilità di accesso alle cartelle cliniche dei pazienti ricoverati;
- l'eventuale attivazione di un servizio di telemedicina;
- l'eventuale collegamento al sistema aziendale per la trasmissione della Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone adulte e Anziane (SVAMA);
- il collegamento con il Distretto e con il Comune per il disbrigo di pratiche amministrative.

Relativamente all'ambito della gestione della cronicità, il sistema informativo dovrà svolgere almeno tre funzioni importanti:

- registro dei pazienti per programmare l'assistenza al singolo e condurre un'assistenza basata sulla popolazione, coprendo attivamente tutti coloro che ne hanno bisogno;
- promemoria per seguire i percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (cadenza degli accertamenti ecc.);
- feedback per i Medici con la misurazione degli indicatori di qualità clinica ed organizzativa.

Nella declinazione del modello di UCCP si deve tenere in considerazione che tale forma associativa è tenuta a rispettare alcuni criteri di qualità informatica-informativa quali, la tenuta del registro dei pazienti per patologie, la produzione di una reportistica periodica, etc.

Parametri di qualità Clinica-assistenziale

Nell'ambito dei parametri di qualità Clinica-assistenziale, l'Azienda deve definire la metodologia di lavoro e le attività clinico assistenziali. In particolare, l'Azienda, in accordo all'art. 26 dell'ACN, predispone un preciso programma di lavoro. Tale programma di lavoro è:

- proposto dai Medici, dagli operatori interessati o dalla Direzione aziendale/distrettuale;
- finalizzato ad assicurare lo svolgimento delle attività e l'erogazione delle prestazioni previste dalla programmazione sanitaria, quali livelli essenziali e appropriati di assistenza, e da specifici programmi e progetti assistenziali;
- concordato tra le figure professionali coinvolte e tra queste e la Direzione aziendale/distrettuale.

Detto programma di lavoro dovrà individuare i soggetti partecipanti ed i rispettivi livelli di responsabilità, le attività o le prestazioni di rispettiva competenza, i tempi e i luoghi di esecuzione delle stesse, nonché la possibilità di operare modifiche durante la sua esecuzione, i tempi delle verifiche periodiche su eventuali problemi operativi, sui tempi di attuazione e sui risultati conseguiti.

Dal punto di vista strumentale l'approccio multiprofessionale dovrà essere supportato:

- dalla possibilità di consultare reciprocamente ed aggiornare gli archivi dei Medici utilizzando sistemi informatici integrati anche attraverso la tecnologia "Cloud";
- dalla programmazione di incontri periodici per la discussione di casi e l'assistenza dei pazienti critici, anche secondo metodiche di audit;
- da modalità strutturate per effettuare le specifiche segnalazioni ai servizi distrettuali ed ai Medici della Continuità Assistenziale sui pazienti in ADI e sui Pazienti Terminali assistiti al proprio Domicilio;
- dalla possibilità di raccordo funzionale con i Servizi per le Tossicodipendenze e con i Centri di Salute Mentale territorialmente competenti.

Una volta definita la metodologia di lavoro e le attività clinico-assistenziali, l'Azienda definisce i compiti di ciascun profilo professionale coinvolto nella UCCP. Tali compiti potranno essere rimodulati nel corso della sperimentazione, a titolo esemplificativo e di orientamento viene riportato uno schema di sintesi nella tabella "*Compiti delle figure professionali*" in Appendice al presente documento.

A seguito della definizione delle attività e dei compiti si definisce la dotazione delle attrezzature disponibili nella sede unica individuata. Tale dotazione dovrà essere integrata sulla base dei percorsi assistenziali che si prevede di attivare.

Nella declinazione del modello di UCCP si deve tenere in considerazione che tale forma associativa è tenuta a rispettare alcuni criteri di qualità clinica con riferimento alla prevenzione, alle prestazioni erogate e ai processi assistenziali e alla gestione delle patologie croniche.

Monitoraggio e reportistica

L'Azienda individua gli strumenti specifici e la reportistica di dettaglio in accordo a quanto definito dalla Regione anche nell'ambito del DCA 87 del 24/07/2013.

Tali indicatori si riferiscono a:

- il governo della domanda;
- l'efficienza;
- l'appropriatezza delle prestazioni mediche e chirurgiche;
- la qualità clinica;
- l'efficacia assistenziale delle patologie croniche;
- l'efficienza prescrittiva farmaceutica.

A titolo esemplificativo si riportano in Appendice degli esempi di obiettivi ed indicatori di qualità.

3 Sostenibilità economica del Modello di riorganizzazione delle Cure Primarie

Il Patto di stabilità 2014-2016 all'art. 5 comma 13 prevede che *“le Regioni, sulla base della propria programmazione e tenendo conto dei diversi livelli di servizio, provvedono alla dotazione strutturale, strumentale e di forme organizzative di cui alla lettera b-bis), dell'articolo 1, comma 4 della legge n.189 del 2012 sulla base dell'ACN e dei conseguenti accordi regionali e aziendali anche riutilizzando le risorse precedentemente destinate alla remunerazione dei fattori produttivi”*.

Nell'ambito dell'Accordo Integrativo Regionale per la Medicina Generale, approvato con il DCA 87 del 24/07/2013, è previsto che l'attuazione di forme organizzative sperimentali della Medicina Generale, quali le Unità Complesse di Cure Primarie, avvenga su indicazioni regionali e specifici finanziamenti regionali.

La Regione Campania, nell'ambito dell'attività di programmazione, ha previsto nel corso dell'anno 2012 e 2013 quote di finanziamento statale vincolate alla riorganizzazione della rete territoriale.

A tale proposito, la Regione ha assegnato alle Aziende Sanitarie della Regione, con il DCA 94 del 30/09/2013, una quota di finanziamento statale vincolato a valere sul 2012, pari a 29.000.000 €, di cui una quota destinata allo sviluppo di nuove modalità organizzative per garantire l'assistenza sanitaria in H24 (UCCP) ed una quota destinata ai nuovi modelli di integrazione del servizio di Continuità Assistenziale con il sistema 118.

A tali risorse si aggiunge la quota di finanziamento statale vincolato a valere sull'anno 2013, pari a 23.156.675 €, che la Regione ha assegnato alle Aziende con il DCA 105 del 01/10/2014, destinata alla realizzazione di interventi per il riassetto organizzativo e strutturale della rete dei servizi di assistenza ospedaliera e territoriale. Tali interventi sono finalizzati a favorire la riorganizzazione e lo sviluppo del sistema di Cure Primarie, accelerando il percorso di attivazione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e delle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) nell'ottica di una più stretta complementarità con le strutture ospedaliere, con i distretti e con le organizzazioni socio assistenziali. L'obiettivo è di aumentare la capacità del territorio di intercettare con risposte tempestive ed adeguate i bisogni assistenziali dei cittadini, alleggerendo gli ospedali dai compiti meno complessi e decongestionando i Pronti Soccorso da accessi impropri. La riduzione degli accessi inappropriati al Pronto Soccorso, comporterà una riduzione dei costi di ospedalizzazione comportando una maggiore appropriatezza clinica garantita dal nuovo modello di riorganizzazione della rete territoriale.

Risulta necessario sottolineare che oltre alle suddette fonti di finanziamento, il modello di riorganizzazione delle Cure Primarie sarà finanziato sia dalla riorganizzazione dei fattori produttivi relativi a strutture riconvertite o oggetto di riconversione (es. personale, macchinari, attrezzature, etc.) sia dalla graduale riallocazione delle indennità e degli incentivi destinati ai medici riferiti all'associazionismo, all'impiego di collaboratori di studio, agli infermieri professionali ed agli strumenti informatici.

In ultimo, vista l'intesa della Conferenza Stato-Regioni sulla proposta di deliberazione CIPE concernente il riparto tra le Regioni delle disponibilità finanziarie per il SSN di dicembre 2014, che prevede una quota di finanziamento per l'anno 2014 pari a 10.174.466 €/000 superiore del 3,92 % alla quota di finanziamento per l'anno 2013 e considerato il risultato di esercizio positivo per l'anno 2013 e la proiezione positiva per l'anno 2014, la Regione Campania si trova nella condizioni per poter dare avvio al processo di riorganizzazione della rete territoriale ed in particolare del modello di riorganizzazione delle Cure Primarie definito nell'ambito del presente documento.

4 Appendice

4.1 Parametri organizzativi

Tabella 1: Planning settimanale della sede

Medico	Lun	Mar	Mer	Giov	Ven	Sab
Medico 1	dalle _____ alle _____	dalle _____ alle _____	dalle _____ alle _____	dalle _____ alle _____	dalle _____ alle _____	dalle _____ alle _____
Medico 2	dalle _____ alle _____	dalle _____ alle _____	dalle _____ alle _____	dalle _____ alle _____	dalle _____ alle _____	dalle _____ alle _____
Medico n	dalle _____ alle _____	dalle _____ alle _____	dalle _____ alle _____	dalle _____ alle _____	dalle _____ alle _____	dalle _____ alle _____

Tabella 2: Planning settimanale dell'ambulatorio infermieristico

GG.	Lun	Mar	Mer	Gio	Ven	Sab
Mattino	dalle _____ alle _____	dalle _____ alle _____	dalle _____ alle _____	dalle _____ alle _____	dalle _____ alle _____	dalle _____ alle _____
Pomeriggio	dalle _____ alle _____	dalle _____ alle _____	dalle _____ alle _____	dalle _____ alle _____	dalle _____ alle _____	dalle _____ alle _____

Tabella 3: Planning settimanale del servizio di segreteria

GG.	Lun	Mar	Mer	Gio	Ven	Sab
Mattino	dalle _____ alle _____	dalle _____ alle _____	dalle _____ alle _____	dalle _____ alle _____	dalle _____ alle _____	dalle _____ alle _____
Pomeriggio	dalle _____ alle _____	dalle _____ alle _____	dalle _____ alle _____	dalle _____ alle _____	dalle _____ alle _____	dalle _____ alle _____

4.2 Parametri di qualità Clinica-assistenziale

Tabella 4: Compiti delle figure professionali (a titolo esemplificativo)

Figura professionale	Compiti/ Attività di competenza
Medico di famiglia/Pediatri	<ul style="list-style-type: none"> - visita i casi acuti (individuare uno schema con un set di prestazioni) - visita i casi cronici complessi - tiene i rapporti con gli Specialisti di riferimento - gestisce interventi di educazione sanitaria con i singoli ed in gruppo (con la collaborazione dell'infermiere) - cura la formazione dei membri della UCCP - garantisce le seguenti attività strumentali che vengono eseguite in proprio ossia senza il ricorso ad altre strutture dell'Azienda: <ul style="list-style-type: none"> o test glicemico (stick); o esame urine (stick); o test di gravidanza; o PT per pazienti stabilizzati con coagulometro; o Otoscopia; o ECG (in collegamento con Centro di lettura); o Tamponi faringei; o Spirometria; o Ossimetria. o Ecografo (ecografia standard di primo livello) - produce report con la misura degli indicatori
Medico di Continuità Assistenziale	<ul style="list-style-type: none"> - visita i casi acuti - garantisce la continuità assistenziale per i casi in ADI
Specialista	<ul style="list-style-type: none"> - effettua visite ed approfondimenti finalizzati alla "presa in carico" - si confronta e discute sui casi - collabora alla formazione specifica della UCCP
Infermiere "interno"	<ul style="list-style-type: none"> - educa il paziente ed il caregiver all'autogestione - gestisce il registro dei pazienti cronici ed assicura il follow up attivo - predispone gli accertamenti periodici (di laboratorio, visus, piede ecc.) sulla base della linea guida - gestisce interventi di educazione sanitaria con i singoli ed in gruppo (in collaborazione con il Medico) - gestisce il punto prelievi e l'eventuale distribuzione dei farmaci - produce report con la misura degli indicatori ed individua liste di pazienti da arruolare nell'ambito della attività di "medicina di iniziativa"
Amministrativo "interno"	<ul style="list-style-type: none"> - fissa gli appuntamenti per i pazienti e gestisce le agende dei Medici di famiglia/Pediatri anche nel riferimento alla medicina di iniziativa
	<ul style="list-style-type: none"> - effettua le prenotazioni per le prestazioni specialistiche (CUP)
	<ul style="list-style-type: none"> - distribuisce materiale informativo, moduli per richieste varie, per preparazione all'effettuazione di esami ed accertamenti (consegna provette, ecc.)
	<ul style="list-style-type: none"> - collabora alla gestione del registro per patologia ed alla produzione dei report in riferimento alla medicina di iniziativa ed agli screening

4.3 Obiettivi e indicatori di qualità (a titolo esemplificativo)*Indicatori di qualità relativi ai Parametri Strutturali (esempi)*

Macro-aree	Indicatore
Congruietà dei locali e delle sedi	
Accessibilità fisica alla sede	
Rapporto risorse umane/assistiti	
Monte ore di compresenza multiprofessionale	

Indicatori di qualità relativi ai Parametri Organizzativi (esempi)

Macro-aree	Indicatore
Ricezione delle istanze degli assistiti	<ul style="list-style-type: none"> - La UCCP offre spazi di prenotazione delle visite su appuntamento per almeno X gg; - Il numero di ore di attesa tra la richiesta di una prescrizione fino all'ottenimento della stessa da parte del paziente è al massimo di X ore; - La durata media delle visite su appuntamento non è inferiore a 10 minuti.
Gestione degli studi medici e dell'ambulatorio infermieristico	I dispositivi per la sterilizzazione e la manutenzione degli strumenti sono in accordo con le norme vigenti.
Formazione permanente e audit	<ul style="list-style-type: none"> - Esiste documentazione che tutto il personale dell'ambulatorio ha frequentato, negli ultimi X mesi, una iniziativa di formazione/aggiornamento sui percorsi assistenziali prescelti; - La UCCP ha compiuto una revisione, con discussione in gruppo, di almeno X eventi critici significativi per anno

Indicatori di qualità relativi ai Parametri informativi (esempi)

Macro-aree	Indicatore
Tenuta delle cartelle e aggiornamento delle informazioni	<ul style="list-style-type: none"> - Esiste un collegamento reciproco degli archivi dei Medici della UCCP; - Tenuta del registro pazienti per patologie; - La UCCP ha le storie cliniche aggiornate nelle cartelle personali dei pazienti; - I pazienti nuovi iscritti hanno le loro cartelle con la storia clinica aggiornata entro due mesi dall'iscrizione; - Le cartelle, le lettere di dimissione, le schede di segnalazione ed i referti specialistici sono archiviati e reperibili elettronicamente in ordine di paziente e di data; - I farmaci che il paziente sta assumendo sono chiaramente elencati nella cartella;

Macro-aree	Indicatore
	<ul style="list-style-type: none"> - Le precedenti prescrizioni di farmaci sono disponibili per il prescrittore ad ogni visita; - Le allergie e le reazioni avverse ai farmaci sono registrate con precisione nello spazio apposito della cartella; - L'ambulatorio ha un sistema per gestire ogni report ospedaliero o referto di indagine;
Comunicazione con gli assistiti	<ul style="list-style-type: none"> - È stata prodotta e distribuita la Carta dei valori e dei servizi; - I pazienti hanno la possibilità di essere accolti da una segreteria, per telefono e di persona, per almeno X ore al giorno, dal lunedì al venerdì.
Rilevazione periodica sul gradimento	<ul style="list-style-type: none"> - La UCCP effettua una rilevazione della qualità percepita ogni anno; - La UCCP analizza e riflette sui risultati dell'indagine proponendo eventuali cambiamenti;
Produzione di reportistica	<ul style="list-style-type: none"> - La UCCP è in grado di produrre una reportistica periodica sulla propria attività
Misure di sicurezza	<ul style="list-style-type: none"> - Viene assicurato il back up dei dati, il back up delle verifiche, la conservazione sicura dei back up e l'autorizzazione per il caricamento dei programmi.

Indicatori di qualità relativi ai Parametri di qualità clinica-assistenziale (esempi)

Macro-aree	Indicatore
Diabete (esempio)	<ul style="list-style-type: none"> - L'ambulatorio tiene ed è in grado di produrre un registro dei pazienti con diabete mellito; - Produzione di un registro di tutti i pazienti diabetici di età superiore a 17 anni, con diabete mellito, distinto in tipo 1 e tipo 2; - Percentuale di pazienti diabetici con misurazione del BMI negli ultimi 12 (parametrizzabile) mesi; - Percentuale di pazienti diabetici con registrato lo stato aggiornato di abitudine al fumo; - Percentuale di pazienti diabetici con misurazione di HbA1c negli ultimi 12 (parametrizzabile) mesi; - Percentuale di pazienti diabetici che presentano l'ultimo valore della HbA1c < 7; - Percentuale di pazienti diabetici che presentano l'ultimo valore della HbA1c <10; - Percentuale di pazienti diabetici con valutazione del fundus (screening retinico) negli ultimi 12 (parametrizzabile) mesi; - Percentuale di pazienti diabetici con retinopatia; - Percentuale di pazienti diabetici con presenza/assenza dei polsi periferici negli ultimi 12 (parametrizzabile) mesi; - Percentuale di pazienti diabetici con testing della neuropatia (riflessi osteotendinei e sensibilità tattile) negli ultimi 12 (parametrizzabile) mesi; - Percentuale di pazienti diabetici con presenza di neuropatia; - Percentuale di pazienti diabetici con misurazione della PA

	<p>negli ultimi 12 (parametrizzabile) mesi;</p> <ul style="list-style-type: none">- Percentuale di pazienti diabetici che presentano l'ultimo valore di PA <130/80 mm/Hg;- Percentuale di pazienti diabetici con misurazione della microalbuminuria negli ultimi 12 (parametrizzabile) mesi;- Percentuale di pazienti diabetici che presentano l'ultimo valore della microalbuminuria <20 µg/min;- Percentuale di pazienti diabetici con misurazione della creatinina (eGFR) negli ultimi 12 (parametrizzabile); mesi;- Percentuale di pazienti diabetici che presentano l'ultimo valore della creatinina <1.2 mg/dl;- Percentuale di pazienti diabetici con valutazione dell'assetto lipidico negli ultimi 12 (parametrizzabile) mesi;- Percentuale di pazienti diabetici presentano l'ultimo valore del colesterolo totale <5 mmol/l (192 mg/dl);- Percentuale di pazienti diabetici che presentano l'ultimo valore di LDL <2.6 mmol/l (100 mg/dl);- Numero di pazienti diabetici a cui è stato praticato il vaccino antinfluenzale negli ultimi 12 (parametrizzabile) mesi.
--	---

ALLEGATO N.1**PIANO AZIENDALE DI RIORGANIZZAZIONE DELLE CURE PRIMARIE**

Ogni Azienda definisce il proprio Piano per la riorganizzazione delle Cure Primarie secondo le seguenti linee di indirizzo. Il Piano di riorganizzazione è adottato dal Direttore Generale con proprio provvedimento.

La Regione effettua, per il tramite degli uffici regionali all'uopo preposti, la verifica della conformità del Piano al presente atto d'indirizzo e alle linee di programmazione regionali. Qualora la Regione rilevi la mancanza di conformità del Piano alle presenti linee di indirizzo e alle linee di programmazione regionali, rinvia il Piano al Direttore Generale per i necessari adeguamenti. Sulla scorta degli eventuali rilievi effettuati, l'Azienda provvede, entro i successivi 15 giorni, alla regolarizzazione dei contenuti e al recepimento delle indicazioni regionali. A seguito della approvazione del Piano da parte della Regione lo stesso sarà pubblicato sul BURC. L'Azienda provvederà quindi alla pubblicazione sul proprio sito web.

Il Piano può essere successivamente modificato dal Direttore Generale, con la procedura di cui ai precedenti capoversi. Il provvedimento di modifica dovrà contenere le relative motivazioni. Il Piano così modificato dovrà nuovamente essere approvato dalla Regione e quindi pubblicato sul BURC e sul sito web dell'Azienda.

REGIONE CAMPANIA - AZIENDA _____**PIANO DI RIORGANIZZAZIONE DELLE CURE PRIMARIE**Dimensioni di riferimento ASL

Popolazione assistita ASL: n° _____

Distretti ASL: n° _____

Comuni di competenza ASL: n° _____

MMG convenzionati ASL: n° _____

Dimensioni di riferimento del modello di riorganizzazione delle Cure Primarie

Totale AFT: n° _____

Totale UCCP: n° _____

*di cui:**Modello a sede unica: n° _____**Modello a rete: n° _____**Modello Hub and Spoke: n° _____*

DISTRETTO: _____

*(Indicare il codice del Distretto di riferimento)***A. DEFINIZIONE DELLE AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI (AFT)**Dimensioni di riferimento del Distretto

Popolazione assistita del Distretto: n° _____

MMG convenzionati Distretto: n° _____

Totale AFT del Distretto: n° _____

Totale Comuni afferenti al Distretto: n° _____

Codice AFT	N° MMG	Numero Popolazione assistita	Comuni interessati	Individuazione Coordinatore (SI/NO)

Rete informatica AFT

Codice AFT	Sistema Informativo	Descrizione
	<i>(Indicare la rete informatica/informativa delle AFT)</i>	<i>(Descrivere le modalità di interazione con il sistema aziendale/regionale)</i>

UCCP – Modello organizzativo a sede unica

Codice UCCP	Codice AFT	Ubicazione sede UCCP	N° MMG	N° Popolazione assistita	Comuni interessati	Densità di popolazione
					•	

UCCP – Modello organizzativo a rete

Codice UCCP	Codice AFT	N° Reti	N° MMG	N° Popolazione assistita	Comuni interessati	Densità di popolazione
					•	

UCCP – Modello organizzativo Hub & Spoke

Codice UCCP	Codice AFT	Ubicazione HUB	N° spoke	N° MMG	N° Popolazione assistita	Comuni interessati	Densità di popolazione
						•	

Personale

Le figure professionali coinvolte nell'ambito dell'UCCP distinte tra le figure professionali messe a disposizione del Distretto, dipendenti e non dipendenti, il personale convenzionato di riferimento del Distretto e altre figure professionali del Comune.

UCCP – Modello organizzativo a sede unica

Codice UCCP	Figure professionali messe a disposizione del Distretto							Figure professionali Comune		Altro (specificare)
	N° MMG	N° PLS	N° Specialisti Ambulatoriali	N°infermieri personale dipendente	N°infermieri personale non dipendente	N°personale amministrativo dipendente	N°personale amministrativo non dipendente	N°Operatori socio assistenziali	N° personale amministrativo	

UCCP – Modello organizzativo a rete

Codice UCCP	Figure professionali messe a disposizione del Distretto							Figure professionali Comune		Altro (specificare)
	N° MMG	N° PLS	N° Specialisti Ambulatoriali	N°infermieri personale dipendente	N°infermieri personale non dipendente	N°personale amministrativo dipendente	N°personale amministrativo non dipendente	N°Operatori socio assistenziali	N° personale amministrativo	

UCCP – Modello organizzativo Hub &Spoke

Codice UCCP	Figure professionali messe a disposizione del Distretto							Figure professionali Comune		Altro (specificare)
	N° MMG	N° PLS	N° Specialisti Ambulatoriali	N°infermieri personale dipendente	N°infermieri personale non dipendente	N°personale amministrativo dipendente	N°personale amministrativo non dipendente	N°Operatori socio assistenziali	N° personale amministrativo	

PARAMETRI STRUTTURALI

UCCP – Modello organizzativo a sede unica

Codice UCCP	Descrizione dei locali										
	Proprietà della sede	Modalità di "concessione"	N° studi medici	N° ambulatorio per visite specialistiche- medicazioni	N° ambulatorio infermieristico	N° ambulatorio per prelievi- vaccinazioni	N° studio per assistente sociale	N° postazioni di reception e di segreteria	N° sala d'attesa	N° stanza servizi informativi	Altro (specificare)

UCCP – Modello organizzativo a rete

Codice UCCP	Descrizione dei locali									
	N° studi medici	N° ambulatorio per visite specialistiche- medicazioni	N° ambulatorio infermieristico	N° ambulatorio per prelievi- vaccinazioni	N° studio per assistente sociale	N° postazione di reception e di segreteria	N° sala d'attesa	N° stanza per servizi informativi	Altro (specificare)	

UCCP – Modello organizzativo Hub & Spoke

Codice UCCP	Descrizione dei locali										
	Proprietà della sede HUB	Modalità di "concessione"	N° studi medici	N° ambulatorio per visite specialistiche- medicazioni	N° ambulatorio infermieristico	N° ambulatorio per prelievi- vaccinazioni	N° studio per assistente sociale	N° postazione di reception e di segreteria	N° sala d'attesa	N° stanza per servizi informativi	Altro (specificare)

PARAMETRI ORGANIZZATIVI

Codice UCCP	Funzioni garantite dalle UCCP (SI/NO)												
	Informazione, orientamento e relazioni con il pubblico	Gestione Agenda MMG	Sportello CUP	Prevenzione	Specialistica ambulatoriale*	Diagnostica di primo livello	ADI	Integrazioni e con il sociale	Area delle cure intermedie ad elevata complessità assistenziale infermieristica	Assistenza ambulatoriale complessa**	Gestione delle cronicità	Gestione delle cronicità (ipertensione e dislipidemia, ASMA/BPCO, Diabete, etc.)	Terapia del Dolore cronico non oncologico

* Cardiologia, ginecologia, pneumologia, diabetologia, oculistica, otorinolaringoiatria, chirurgia generale ed eventualmente angiologia, malattie dell'apparato digerente, etc.

** ad esempio chirurgia ambulatoriale, Day service successivamente all'emanazione di specifici provvedimenti regionali, etc.

Indicare eventuali altre funzioni garantite dalle UCCP:

UCCP 1

.....

UCCP 2

.....

UCCP 3

.....

UCCP 4

.....

UCCP ...

.....

Codice UCCP	Accessibilità ai servizi h/giorno					
	Segreteria (interna/esterna)	Assistenza di base	Ambulatorio infermieristico	Servizio di segreteria/ prenotazioni	Assistenza domiciliare	Prestazioni specialistiche

PARAMETRI INFORMATIVISistema informativo UCCP

Codice UCCP	Sistema Informativo	Descrizione
	<i>(Indicare la rete informatica/informativa delle UCCP)</i>	<i>(Descrivere le modalità di interazione con la rete aziendale/regionale e le altre strutture convenzionate con l'Azienda)</i>

PARAMETRI DI QUALITA' CLINICO-ASSISTENZIALE

Percorso clinico assistenziale X

Il programma di lavoro è finalizzato ad assicurare lo svolgimento delle attività e l'erogazione delle prestazioni previste dalla programmazione sanitaria, quali livelli essenziali e appropriati di assistenza, e da specifici programmi e progetti assistenziali.

	Programma di lavoro					
	UCCP coinvolte	Figura professionali coinvolte	Attività/ Prestazioni di competenza	Periodicità delle verifiche avanzamento del programma	Tempo di attuazione	Risultati programmati
<i>Attività clinico assistenziale 1</i>			•			•
<i>Attività clinico assistenziale 2</i>			•			•
<i>Attività clinico assistenziale 3</i>			•			•
<i>Attività clinico assistenziale ...</i>			•			•

MONITORAGGIO E REPORTISTICA

Indicatori di qualità relativi ai parametri Strutturali

Macro-area	Indicatori di performance					
	Definizione indicatore	Formula	Responsabile UCCP	Periodicità	Flusso/Documentazione di riferimento	Valore soglia

Indicatori di qualità relativi ai parametri Organizzativi

Macro-area	Indicatori di performance					
	Definizione indicatore	Formula	Responsabile UCCP	Periodicità	Flusso/Documentazione di riferimento	Valore soglia

Indicatori di qualità relativi ai parametri Informativi

Macro-area	Indicatori di performance					
	Definizione indicatore	Formula	Responsabile UCCP	Periodicità	Flusso/Documentazione di riferimento	Valore soglia

Indicatori di qualità relativi ai parametri di qualità clinico-assistenziale

Macro-area	Indicatori di performance					
	Definizione indicatore	Formula	Responsabile UCCP	Periodicità	Flusso/Documentazione di riferimento	Valore soglia

C. PIANO DI REALIZZAZIONE

Tempi di realizzazione

Replicare la tabella per tutti i distretti afferenti alla Asl.

Per ciascun distretto selezionare/Colorare le caselle in funzione della programmazione della durata temporale prevista per ciascuna fase.

Distretto x

	Anno 2015												Anno 2016												Anno 2017											
Mensilità	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Fase 1																																				
Definizione Aggregazioni Funzionali Territoriali																																				
Fase 2																																				
Definizione dei modelli organizzativi delle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP)																																				
Fase 3																																				
Configurazione dei modelli organizzativi delle UCCP rispetto ai parametri																																				