

**PROGETTO DI COLLABORAZIONE  
TRA MEDICI DEL TERRITORIO E MEDICI OSPEDALIERI**

**Allegato A**

Decisione Comitato Tecnico Scientifico n. 18 del 15/06/2023



**Regione Toscana**



Articolazione funzionale dell'Organismo Toscano per il Governo Clinico, ai sensi dell'art. 49 ter della l.r. 40/2005:

- a) Coordinatore;
- b) Ufficio di coordinamento;
- c) Comitato tecnico scientifico

Coordinatore dell'OTGC  
Prof. Stefano Grifoni

Supporto amministrativo:  
Roberta Bottai  
Stefania Della Luna  
Giuseppina Agata Stella

Il presente documento è stato prodotto da un gruppo multidisciplinare di esperti su mandato dell'Organismo Toscano per il Governo Clinico (istituito con Legge regionale 24 febbraio 2005 n. 40, modificata con Legge regionale 25 luglio 2017 n. 36).  
L'intero documento in formato PDF è consultabile sul sito Internet della Regione Toscana al seguente indirizzo: <http://www.regione.toscana.it/pubblicazioni>  
Chiunque è autorizzato, per fini informativi, di studio o didattici, a utilizzare e duplicare i contenuti di questa pubblicazione, purché ne citi la fonte.

**Organismo Toscano per il Governo Clinico**  
**Coordinatore prof. Stefano Grifoni**

## **Gruppo di Lavoro OTGC**

**“Titolo documento”**

**“Progetto di collaborazione tra Medici del territorio e Medici ospedalieri”.**

**Coordinatore: Pietro Claudio Dattolo**

**Composizione del Gruppo di lavoro**

**Pietro C. Dattolo, Nicola Armentano, Sergio Baglioni, Niccolò Biancalani, Alessandro Bonci, Simone Ferranti, Fabio Marra, Franco Nassi, Maria Antonia Pata, Lorenzo Preziuso**

### **Considerazioni e ipotesi di lavoro**

**La collaborazione fra MMG e medici ospedalieri per la cura dei malati è sancita e regolamentata da leggi e ACN e CCNL\*.**

**E' fondamentale il rapporto biunivoco come pure strumentazioni adeguate, hardware e software, quali ad esempio la cartella clinica unica regionale (sul cui progetto la Regione Toscana sta già lavorando) o comunque software capaci di relazioni con tutti i preesistenti**

## Proposte

**In concreto sono da sviluppare/implementare:**

### **1.COMUNICAZIONE (intra AFT, interAFT, Singolo MMG/AFT e ospedale)**

**Programmi in tal senso, già in fase avanzata come il progetto "Cared", sono da completare ed estendere ad altre realtà e possibilmente a livello regionale.**

**E' necessario un unico strumento audio/video (hardware )per:**

- **allerta PS e ricoveri, sia in entrata che alla dimissione, e contatti in tempo reale (vedi Cared)**
- **diagnostica di base, televisite e teleconsulti, conciliabili con privacy**
- **percorsi dedicati (fast tack e PACC, etc. ) alle diverse patologie**
- **consultazioni per DS e DH ed eventuali ricoveri coordinati**
- **scambio documenti sanitari, conciliabile con la privacy**
- **accesso facilitato e semplice al FSE**
- **creazione di DS territoriali**

**I DS-DH devono necessariamente essere accessibili anche dal MMG, concordati con i colleghi, onde evitare accessi ripetuti al PS e ricoveri impropri**

## 2. RIMUOVERE LE CAUSE DI RICOVERI RIPETUTI

Molti studi mostrano come una buona coordinazione degli operatori sanitari, unita a una serie di interventi che danno al paziente e ai suoi familiari un ruolo riconosciuto nella gestione del rientro a casa, possano ridurre la probabilità di un ingresso anticipato al pronto soccorso causato per esempio dall'assunzione non corretta di una terapia. Diventa quindi cruciale il coordinamento tra tutte le figure coinvolte: medici e infermieri e, come anelli essenziali della catena, il medico di medicina generale, il paziente e i suoi familiari.

Per questo aspetto si propone il progetto "caregiver di comunità", come parte integrante di questo documento.

Si deve garantire la presa in carico dell'assistito da un sistema organizzato di suddivisione e condivisione dei bisogni tra i suddetti attori, sanitari e non, che eviti pericolose discontinuità, così che vi siano percorsi e responsabili noti per dare risposte strutturate a possibili situazioni di instabilità, anche non sanitarie. In pratica sapere in anticipo "chifa cosa" e, nel caso, come contattarlo per dubbi e necessità. Molte riammissioni sono legate a evenienze successive non preorganizzate, favorite dallo iato tra ospedale e territorio, anche extra ricovero, dovuto a organizzazione diversa del lavoro (contattabilità, risorse di personale con competenze diverse, tempi di lavoro con facili incomprensioni con assistiti e colleghi). Bisogna superare le difficoltà di comunicazione legate a software diversi, telefono, mail, social, vie dedicate, mancanza di reperibilità certe, non necessariamente immediate, tra medici e tra paziente e medici, adeguare alle nuove condizioni la disponibilità al contatto reciproco, spesso messo in secondo piano rispetto a necessità contingenti

Il progetto CARED ha ben inquadrato e trattato questo aspetto tramite la collaborazione MMG e medico ospedaliero soprattutto alla dimissione. Infatti motivi importanti di fallimento secondario, ovvero riammissione precoce, se vogliamo escludere deospedalizzazioni in condizioni di non completa stabilizzazione (non così rare con la carenza di posti letto), sono:

- A) Valutazione dell'ambiente di destinazione: spesso o il domicilio non è più idoneo (decesso coniuge, perdita di personale assistenza, modifiche ambiente, situazione sociale in generale), o le condizioni del paziente sono cambiate anche transitoriamente (deambulazione, allettamento, etc). Il MMG conosce bene l'ambiente di reinserimento e può allertare i colleghi prima della dimissione
- B) Organizzazione preventiva del domicilio, e non successiva, per evitare rimedi in affanno di familiari e MMG: dispositivi, ossigeno, nutrizione, badanti, infermieri, materiali (flebo, cateteri, etc). altrimenti adottare soluzioni diverse dalla riammissione al domicilio

- C) Terapia alla dimissione scritta in maniera comprensibile ( forma e linguaggio ) e divisa secondo le necessità del paziente (colazione, pranzo, alle ore...), tornare ai farmaci prericovero, compresi nomi e tipologia di confezioni, altrimenti chiarire bene quali sono sospesi/sostituiti, e quali farmaci sono da fare per un periodo definito. Decisivo il coinvolgimento del caregiver**

**\*ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI DI MEDICINA GENERALE AI SENSI DELL'ART. 8 DEL D. LGS. N. 502 DEL 1992 E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI ED INTEGRAZIONI**

**Articolo 49 - Rapporti tra il Medico di Famiglia e l'Ospedale**

1. Nello spirito e nel progressivo impegno alla presa in carico del proprio assistito, il medico di assistenza primaria, che ha cognizione di tutti i momenti della attività sanitaria in favore del proprio assistito, si prende cura della persona malata nell'accesso all'ospedale, può partecipare alla fase diagnostica, curativa e riabilitativa, direttamente o mediante l'accesso al sistema informatico. Le aziende sanitarie locali hanno l'obbligo di porre in essere tutte le azioni atte a garantire al medico di fiducia la continuità della presa in carico della persona in tutti i momenti dei percorsi assistenziali nei servizi aziendali, territoriali ed ospedalieri. Le regioni istruiscono in modo analogo le attività delle Aziende ospedaliere.

2. I Direttori generali di Aziende ospedaliere o di Aziende nel cui territorio insistono uno o più presidi ospedalieri, previo accordo tra loro quando necessario, sentito il Comitato aziendale di cui all'art. 23 e il Direttore sanitario, d'intesa col dirigente medico di cui all'art. 61, adottano pertanto, anche in ottemperanza al disposto dell'art. 15-decies del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, i provvedimenti regolamentari, comprensivi degli aspetti organizzativi, necessari ad assicurare:

a) il dovuto accesso del medico di famiglia ai presidi ospedalieri della stessa azienda in fase di accettazione, di degenza e di dimissioni del proprio paziente;

b) le modalità di comunicazione tra ospedale e medico di famiglia in relazione all'andamento della degenza e alle problematiche emergenti in corso di ricovero, anche mediante la messa a punto di idonei strumenti telematici ed informatici;

c) il rispetto da parte dei medici dell'ospedale delle norme previste in materia prescrittiva dalle note AIFA, delle disposizioni in materia di esenzione dalla partecipazione alla spesa di cui al Decreto Ministeriale 329/99 e successive modificazioni e delle modalità di prescrizione previste dall'articolo 50 della legge 326/2003;

d) il rispetto delle norme in materia di prescrizione diretta dei controlli programmati entro i 30 gg dalla dimissione e della esenzione per le indagini da eseguirsi in funzione del ricovero programmato.

3. In particolare il Direttore Generale deve garantire che il medico di famiglia riceva dal reparto ospedaliero la relazione clinica di dimissioni contenente la sintesi dell'iter diagnostico e terapeutico ospedaliero nonché i suggerimenti terapeutici per l'assistenza del paziente a domicilio.

4. Particolare attenzione sarà posta, ove le disposizioni regionali ed aziendali le prevedano, alla consegna da parte dell'ospedale delle confezioni terapeutiche, anche start, all'atto della dimissione ospedaliera, al fine di evitare la discontinuità terapeutica o il ritardato avvio di una nuova terapia.

5. In caso di trasferimento dell'assistito presso il proprio domicilio in regime di dimissione protetta, ferme restando eventuali competenze del reparto ospedaliero in materia di assistenza diretta del paziente, il dirigente del reparto concorda col medico di famiglia gli eventuali interventi di supporto alla degenza domiciliare ritenuti necessari, anche nella prospettiva di passaggio del paziente in regime di assistenza domiciliare integrata o programmata.

6. In ogni caso il medico di medicina generale nell'interesse del proprio paziente può accedere, qualora lo ritenga opportuno, in tutti gli ospedali pubblici e le case di cura convenzionate o accreditate anche ai fini di evitare dimissioni improprie con il conseguente eccesso di carico assistenziale a livello domiciliare.

7. Al fine di garantire un rapporto di collaborazione trasparente tra i medici del presidio ospedaliero ed i medici di medicina generale convenzionati, può essere istituita a livello aziendale, da parte del Direttore Generale della Azienda USL o ospedaliera, una commissione, con funzioni di supporto alla Direzione Generale, composta dai medici di medicina generale presenti nei vari Uffici di Coordinamento delle attività distrettuali, medici ospedalieri e funzionari dirigenti medici della Azienda, con il compito di esaminare e proporre adeguate soluzioni ad eventuali cause di disservizio e di conflitto nei rapporti tra ospedale e territorio.

8. In particolare sulla base di indirizzi regionali l'Azienda promuove e realizza, d'intesa con i sindacati maggiormente rappresentativi e con le Associazioni di tutela dei cittadini, tutti gli adempimenti necessari a rendere trasparenti i meccanismi di inserimento dei cittadini nelle liste d'attesa dei ricoveri ordinari, dei ricoveri d'elezione, dei ricoveri in Day Hospital. Promuove inoltre criteri e condizioni di equità nella realizzazione delle liste d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale ospedaliera.

9. Le finalità di cui al comma 8 sono realizzate anche avvalendosi della commissione di cui al comma 7.

10. Ulteriori contenuti, competenze e modalità organizzative in materia di accesso del medico di assistenza primaria ai luoghi di ricovero ospedaliero, sono oggetto di contrattazione nell'ambito degli Accordi regionali ed aziendali.

**Organismo Toscano per il Governo Clinico**  
**Coordinatore prof. Stefano Grifoni**  
**Gruppo di lavoro**  
**Coordinatore dr. Pietro C. Dattolo**

**"Caregiver di comunità"**

## Premessa

Le dinamiche vissute negli ultimi anni hanno determinato un deterioramento del tessuto sociale e relazionale, evidenziando la necessità di ricostruire intorno alle persone sistemi e percorsi di protezione strutturati e definiti, sia sociali che sanitari.

In Toscana, la capacità di risposta del sistema passa prevalentemente dal sistema ospedaliero generando costi importanti e, in tanti casi, un sovradimensionamento delle prestazioni accentuando anche i rischi in caso di ricoveri, come abbiamo sperimentato in questo periodo di pandemia. Inoltre la disponibilità dei servizi sul territorio e la loro accessibilità è, da sempre, distribuita in modo tutt'altro che omogeneo, con la conseguenza che le risposte sanitarie e sociosanitarie ai bisogni dei cittadini toscani variano in maniera anche molto significativa sul territorio regionale.

La terribile esperienza che abbiamo vissuto con la pandemia ha reso ancora più evidente la debolezza dei territori nelle capacità di risposta e ha fatto esplodere tutte le difficoltà di interazione e dialogo fra le esperienze esistenti e gli attori deputati a dare risposte, generando alle persone difficoltà spesso insormontabili. L'esperienza vissuta negli ultimi mesi è stata particolarmente critica per i soggetti fragili che, come noto, hanno la necessità di essere accompagnati nei percorsi di accesso, di assistenza e di aiuto in maniera "integrale". Tutto il sistema di reti e collaborazioni, anche al meglio delle capacità, mantiene qualche volta attriti e disagi legati alle operatività pratiche, quali contatti fra professionisti, reperimento modulistica appropriata ecc, criticità non legate alla volontà dei singolo professionisti ma che sicuramente attardano e complicano il tutto, a danno del paziente e del sistema sanitario. Abbiamo spesso a che fare con procedure ripetitive che potrebbero essere messe a regime affidandole ad una nuova figura che farebbe da tutore di questi passaggi, sgravando medici, infermieri ed assistiti ed acquisendo in breve tempo una conoscenza del sistema che , per ora , è solo settoriale e episodica

## Obiettivi

In un contesto come quello sopra descritto è prioritario, dunque, personalizzare gli interventi e dare risposte ai pazienti all'interno delle comunità, prevenendo le difficoltà attuative di percorsi diagnostici e terapeutici che per complessità e modalità soprattutto persone anziane e fragili non sono in grado di affrontare, evitando ritardi, dispersioni, fraintendimenti, favorendo la risoluzione nel territorio e prevenendo percorsi ospedalieri non appropriati. E' necessario, pertanto, potenziare l'assistenza territoriale con una rete di attività e servizi che consentano di costruire un rapporto con le persone coinvolte, realizzando un controllo della presa in carico e dei passaggi assistenziali.

In altre parole, per poter dare risposte "integrali" diventa essenziale organizzare le risposte di salute all'interno dei territori e delle comunità, realizzando una vera e propria "presa in carico di comunità". A tal proposito è molto importante la presenza attiva di operatori del terzo settore, accanto allo Stato, con la finalità di condividere percorsi strutturati e definiti che consentano alle persone di essere accompagnate in tutte le situazioni di bisogno.

Allo stesso tempo diventa essenziale lavorare per rafforzare l'interazione fra le esperienze esistenti, che spesso non dialogano fra loro e valorizzare le esperienze organizzate (dalle associazioni), che spesso non riescono ad esprimere tutte le loro potenzialità. Le reti e le reti di reti, in un rapporto sussidiario rispetto allo Stato, possono contribuire a dare reale concretezza alle azioni e agli strumenti che saranno messi in campo, attraverso le azioni e gli investimenti attesi, perché solo in una dimensione comunitaria questi potranno produrre i risultati attesi.

Nel corso degli anni, soprattutto nella nostra regione, si sono sperimentati e strutturati percorsi e modelli che hanno provato a mettere al centro la persona e i suoi bisogni, anche con un fondamentale ruolo dell'assistente sociale, ma gli sforzi e le azioni progettuali messi in campo non sono state sufficienti, in un contesto segnato da profonde trasformazioni demografiche, sociali ed economiche.

In prospettiva, il ridisegno della sanità territoriale in Toscana con le 77 case di comunità, i 23 ospedali di comunità e le 37 centrali operative territoriali sarà certamente funzionale a condividere e integrare esperienze organizzate (le associazioni) con i soggetti fragili. Allo stesso modo, la telemedicina (in tutte le sue declinazioni) rappresenta uno strumento fondamentale da un lato perché consente di verificare, controllare, avere informazioni in tempo reale; dall'altro perché alleggerisce la pesante situazione dei medici di famiglia e dei medici specialisti, il cui difficile e faticoso lavoro è costantemente aggravato da appesantimenti burocratici.

Tutte le progettualità messe in campo, tuttavia, rischiano di non sviluppare appieno le loro potenzialità, se non si genera e si assicura il funzionamento di una rete relazionale costante e strutturata, che acquisisca le informazioni, le gestisca in tempo reale e che faccia da interfaccia fra la persona, i suoi molteplici bisogni e tutti gli attori in campo.

Per sua natura, il terzo settore può aiutare ad organizzare una presa in carico di comunità che, è fondamentale sottolinearlo, rappresenta una presa in carico pubblica, fatta per conto del pubblico con il vantaggio che, pur essendo un'esperienza di riferimento pubblico ma coinvolgendo il privato non profit, diminuisce l'appesantimento del sistema pubblico.

## Metodologia e modalità operative

Per creare e rafforzare una rete relazionale costante e strutturata è fondamentale inserire nel sistema una nuova figura, il "tutore di comunità", o meglio facilitatore o coordinatore della casa di comunità. Si tratta di una figura che non ha precedenti nel sistema regionale e che ha come mission quella di colmare lo iato tra i programmi di assistenza e la loro attuazione, dovuti alle molte e complesse articolazioni che esistono tra i diversi attori, sanitari e sociali e con le strutture del territorio e degli ospedali. Diventa pertanto uno stretto collaboratore del MMG senza il quale non è possibile operare.

Il tutore di comunità (che dunque non sostituisce i soggetti che hanno in carico le persone, ma è a loro disposizione), ha la funzione strategica di implementare e organizzare la rete, fare da sistema connettivale della stessa, allentare il peso burocratico che attualmente grava sulle persone coinvolte e sui medici di famiglia, gestire la rete dei servizi necessari per accompagnare la persona, far dialogare, stimolare e superare le difficoltà che nascono fra i vari soggetti utili per affrontare problematiche legate all'oggetto della presa in carico.

In dettaglio:

- non sostituisce il monitoraggio medico né infermieristico né dei caregivers già presenti presso i singoli assistiti ma prende in carico le persone secondo i PAI elaborati dal MMG
- si occupa della gestione personalizzata del paziente/persona con lo scopo di fornire un sostegno complessivo sulle varie problematiche che la riguardano, comprese quelle socioambientali che interagiscono con salute ed assistenza
- dialoga e si interfaccia con la persona interessata, la famiglia e i soggetti della rete, MMG, specialisti, strutture, infermieri, assistenti sociali, fisioterapisti etc, per agevolare le procedure, farsi carico dei passaggi complessi, alleggerire la burocrazia degli assistiti e dei sanitari, come un caposala del territorio
- si occupa dell'aggiornamento costante e semplificato della presa in carico affinché non sia discontinua

Il caregiver di comunità non è né un infermiere né un assistente sociale, ma una persona con una preparazione ad hoc, che ha come obiettivo quello di rendere più facile il lavoro dei medici di famiglia, alleggerendoli di molti aspetti meramente organizzativi, e nel contempo quello di alleggerire gli assistiti e i loro familiari di incombenze spesso ostative ad una buona assistenza.

Obiettivo del progetto è la sperimentazione, in tre diverse zone della Toscana, del tutore di comunità, al fine di definirne il profilo, le caratteristiche, la necessaria formazione, gli strumenti e valutando l'impatto sui pazienti, sulle loro famiglie e sui sistemi di relazioni fra i diversi attori sul territorio.

SOGGETTI COINVOLTI (OMCeO Firenze garante)

- AFT/MMG/Medici specialisti ospedalieri/infermieri/altri operatori sanitari
- LegaCoop
- Federazioni sindacali dei pensionati
- Strutture del volontariato e del terzo settore operanti nelle diverse realtà locali
- .....
- .....

## AREE di SPERIMENTAZIONE

Il progetto sarà sperimentato in tre zone della Toscana, con caratteristiche geografiche e socioeconomiche diverse, al fine di valutare i risultati anche in relazione ai diversi contesti in cui si articola il nostro territorio.

In dettaglio, saranno selezionate tre zone con le caratteristiche descritte di seguito.

- Area urbana ad alta densità demografica e ad elevata presenza di servizi
- Area 'rarefatta' a bassa densità demografica e con scarsa presenza di servizi
- Area intermedia

## DURATA DEL PROGETTO

6 mesi (da estendere eventualmente a 24 mesi)

## LE FASI DEL PROGETTO

### 1. Costituzione della cabina di regia

La cabina di regia si occuperà di:

- Selezionare le 3 zone in cui realizzare la sperimentazione
- Individuare i medici di medicina generale da coinvolgere nel progetto
- Selezionare i candidati da coinvolgere nel progetto
- Progettare e realizzare il percorso formativo in ingresso per i caregiver di comunità (sarà necessario prevedere momenti comuni con i medici di medicina generale coinvolti nel progetto)
- Valutazione degli indicatori di monitoraggio (ex ante, in itinere ed ex post) proposti dal team di monitoraggio
- Sensibilizzazione degli attori e degli stakeholder del territorio

### 2. Creazione del team di monitoraggio

Il team sarà composto da professionalità e competenze multidisciplinari, diverse ma complementari fra loro.

In stretto raccordo con la cabina di regia, il team di monitoraggio si occuperà di:

- Definire gli indicatori per la selezione in ingresso dei pazienti. La scelta dovrà essere misurabile nei due aspetti: gravità clinica e comorbidità; perdita delle competenze di autosufficienza (punteggio CIRS; punteggio BADL e IADL), contesto ambientale e sociale
- Definizione delle aree di valutazione dei pazienti in uscita dal progetto:
  1. Gradimento degli assistiti/familiari
  2. Gradimento dei vari operatori: medici, paramedici, ass. sociali
  3. Quantità di problemi organizzativi affrontati e risolti
  4. Minor accesso alla CA / PS / ricoveri
  5. Minor accesso a consulenze aggiuntive o alternative
  6. Minor fuoriuscita dal percorso del SSN
  7. riduzione dei tempi di attuazione dei percorsi D/T prescritti, con effetti positivi sui punti 3/4/5/6

### 3. Individuazione delle 3 zone in cui realizzare la sperimentazione

### 4. Individuazione/selezione dei 3 caregiver di comunità (uno per zona)

### 5. Individuazione, all'interno di ogni zona, di 3 medici di medicina generale interessati a partecipare alla sperimentazione

### 6. Arruolamento dei pazienti

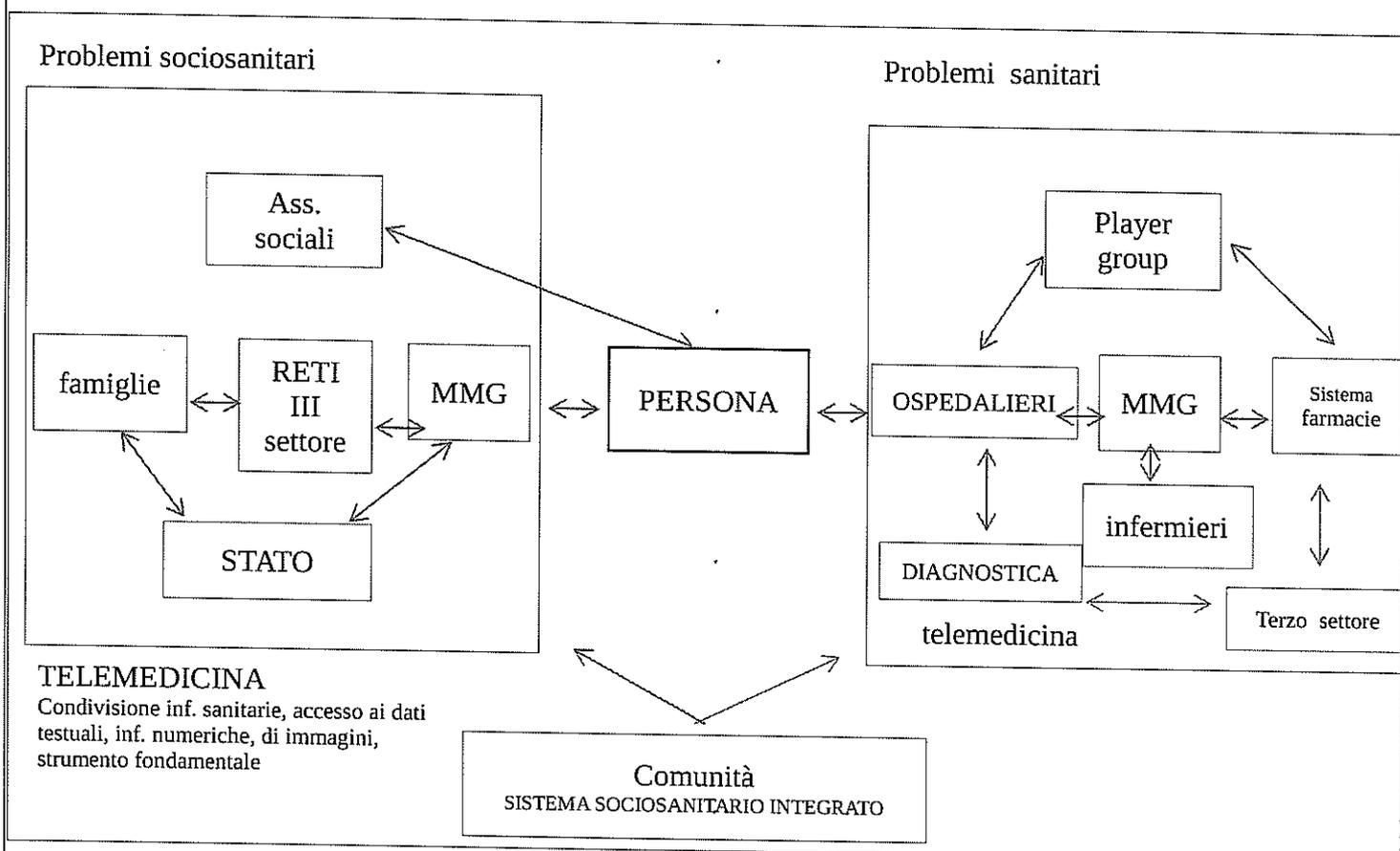
Ogni medico recluterà 10 pazienti cronici, con patologie diverse, senza un criterio rigido ma che rappresentino, all'interno della decina, problematiche di vario tipo: cardiache, respiratorie,

ortopediche, neurologiche, metaboliche, sociali di isolamento e bisogno, facilmente compresenti negli stessi assistiti. Sono da escludere, per motivi diversi, i malati terminali e i pazienti che hanno già un'assistenza valida e organizzata.

**7. Progettazione e realizzazione di un percorso formativo per i 3 caregiver di comunità**

**8. Realizzazione della sperimentazione**

**9. Valutazione dei risultati della sperimentazione alla luce degli indicatori definiti**



## **Risultati attesi**

I risultati cui tende il progetto sono di due tipi: in primis rappresentano un beneficio per tutta la comunità, sia di cittadini sia dei professionisti della sanità, e secondariamente portano un beneficio a livello individuale andando ad impattare positivamente sulla vita di ogni singolo cittadino.

Sinteticamente si possono individuare i seguenti risultati attesi:

- diminuzione dei ricoveri ospedalieri e ricorsi "impropri" al pronto soccorso;
- diminuzione peso burocratico per i MMG;
- semplificazione dei rapporti tra cittadino/utente e strutture socio-sanitarie;
- funzione di "sentinella" sulle criticità del sistema al fine di contribuire a superarle.

## **Bibliografia**

Rapporto sulle povertà e inclusione sociale in Toscana, Osservatorio Sociale Regionale, 2022;  
Rapporto Welfare e salute 2022, ARS Toscana, 2022;  
Scheda Toscana, ISTAT, 2022