



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

Data 25 GEN. 2012 Protocollo N° **36879** Class: E..900.01.2 Prat. Fasc. Allegati n° 1
64.00.03.07.00

Oggetto: **La nuova programmazione socio-sanitaria attraverso le Cure Primarie. DGR n. 41 e DGR n. 1666 del 2011.**

Pregiatissimi Signori
Direttori Generali
Aziende Socio Sanitarie
del Veneto
LORO INDIRIZZI

Il percorso che qui viene rappresentato, già delineato e in corso di attuazione con gli atti di indirizzo regionali, delibere n. 41 e n. 1666 del 2011, costituisce una prima fase della riorganizzazione della Sanità e dei suoi modelli operativi relativamente all'assistenza territoriale tramite le Cure Primarie.

Uno degli obiettivi riguarda il processo assistenziale alla persona, attraverso il riordino di interventi e prestazioni, salvaguardando la continuità assistenziale in una logica di rete a forte integrazione socio-sanitaria.

Di qui la necessità di definire competenze cliniche e modalità organizzative per assicurare tempestività, flessibilità e continuità delle cure e dell'assistenza in contesti territoriali definiti. A tal fine nella dimensione distrettuale e nel sistema di offerta territoriale, la filiera assistenziale, sono risorse indispensabili: *la medicina di gruppo integrata, il sistema informativo/co e la formazione*. Il risultato da raggiungere, nel triennio 2012- 2014, riguarda la tutela sostanziale della salute della popolazione mediante una rete territoriale di servizi efficiente e in grado di offrire una risposta personalizzata e di qualità.

L'architettura dell'organizzazione dell'assistenza territoriale, qui sotto riportata, costituisce l'obiettivo prioritario della nuova programmazione socio sanitaria regionale e, pertanto, indirizzo strategico per i Piani aziendali e le intese con le OOSS di Settore.

Il governo del processo di riorganizzazione dell'assistenza territoriale tramite le Cure Primarie è sostenuto da una Cabina di regia regionale che costituisce un imprescindibile riferimento per tutte le fasi del processo in termini di programmazione, indirizzo, monitoraggio, verifica e controllo.

Con le DD.GG.RR. 41 e 1666 del .2011 viene proposto per la prima volta un "patto reciprocamente vincolante tra Regione e medici convenzionati" legato al raggiungimento di alcuni obiettivi di sistema, finalizzati al miglioramento del Servizio Socio-Sanitario Regionale.

Tali *obiettivi* riguardano:

- lo sviluppo su tutto il territorio regionale di un modello di "rete assistenziale" che veda coinvolti, oltre ai Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, anche i Medici di Continuità Assistenziale e gli Specialisti Ambulatoriali Interni, prevedendo una rimodulazione dell'offerta assistenziale in termini di accessibilità (ampliamento degli orari di apertura degli ambulatori) e rispetto a specifici obiettivi di salute (ad esempio continuità delle cure per i pazienti post-acuti in dimissione dall'ospedale o per i pazienti fragili con patologia cronica stabilizzata);

Segreteria Regionale alla Sanità
Palazzo Molin – S. Polo, 2513 – 30123 Venezia
e.mail: segr.sanita@regione.veneto.it



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

- l'attuazione della Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT) tramite obiettivi di salute e modalità organizzative del servizio (verso la continuità assistenziale h12);
- i percorsi di appropriatezza necessari ai fini di migliorare la qualità del servizio e di consentire una nuova dimensione dell'offerta che privilegi l'assistenza territoriale. Tali percorsi devono essere nella logica del modello della medicina di iniziativa;
- il completamento dell'attivazione del flusso informativo/co per le prestazioni relative all'accordo collettivo nazionale e regionale, al DM del 26 Febbraio 2010 (certificati telematici di malattia) oltre che per la gestione dei patti aziendali e degli obiettivi di sistema stessi;
- l'utilizzo di tutti questi strumenti per le attività necessarie al conseguimento degli obiettivi di sistema assegnati alle Aziende e, conseguentemente, anche ai medici di Assistenza Primaria.

In questo contesto, le *azioni* da avviare riguardano:

- la definizione dei Piani Aziendali per il potenziamento delle Cure Primarie, in cui assume un ruolo strategico l'*appropriatezza* nelle seguenti Aree: ricoveri ospedalieri, prestazioni specialistiche e farmaceutica.
- l'ampliamento % di Medici di Medicina Generale aggregati in forme organizzative evolute: Medicine di Gruppo,
- la definizione a livello locale di una rete assistenziale in cui siano ben identificati i nodi, i ruoli ed i percorsi assistenziali,
- il collegamento informativo/co sia orizzontale che verticale.

A partire dal corrente esercizio il nuovo Sistema è operativo e, per uniformare, le conseguenti azioni aziendali saranno avviati incontri tecnici per consentire anche alle Aziende di presentare il proprio "Piano di attuazione", atto con il quale le ULSS trasferiscono sul Territorio i contenuti degli indirizzi regionali in materia. L'approvazione da parte della Regione di detti Piani permetterà di trasferire le risorse previste per le azioni necessarie al rinnovamento dell'Assistenza Primaria.

Per facilitare una migliore applicazione delle linee guida regionali, è stato predisposto un "Manuale operativo" sulle disposizioni in oggetto (allegato 1).

L'Unità Complessa Assistenza Distrettuale e Cure Primarie è a disposizione per ogni eventuale informazione e/o approfondimento ritenuto utile, opportuno e necessario.

L'occasione è gradita per porgerVi i più cordiali saluti.

IL SEGRETARIO REGIONALE
ALLA SANITA'
Dr. Domenico Mantoan

U.C. ASSISTENZA

IL DIRETTORE
DIPARTIMENTO REGIONALE
CURE PRIMARIE
E ASSISTENZA DISTRETTUALE

Segreteria Regionale alla Sanità
Palazzo Molin – S. Polo, 2513 – 30123 Venezia
e.mail: segr.sanita@regione.veneto.it



MODELLO ORGANIZZATIVO DI RIFERIMENTO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE.

La presa in carico della fragilità, della cronicità e della post-acuzie in progressiva crescita, è senza dubbio il tema meritevole di maggiori attenzioni sia in considerazione degli impatti sulla qualità e sulla continuità dell'assistenza erogata, sia in quanto assorbe più della metà del fabbisogno di servizi e di risorse.

Si avverte, perciò, l'esigenza di definire nuovi modelli assistenziali caratterizzati da un approccio multidisciplinare, in grado di porre in essere meccanismi di integrazione delle prestazioni sanitarie e sociali territoriali ed ospedaliere, favorendo la continuità delle cure e ricorrendo a misure assistenziali ed organizzative di chiara evidenza scientifica ed efficacia.

Per la gestione di questa priorità il sistema regionale si orienta verso un modello di assistenza integrato, le cui dimensioni strategiche sono:

1. l'organizzazione in team multiprofessionali composti da medici, infermieri ed altri professionisti, strutturata su una chiara divisione del lavoro, fondata sulla pianificazione delle attività e del follow up, garantendo l'integrazione attraverso l'implementazione di appositi PDTA;
2. il supporto all'autocura attraverso cui il paziente diventa il protagonista attivo dei processi assistenziali, coinvolgendo e responsabilizzando il cittadino nelle decisioni che attengono alla propria salute;
3. il supporto sistematico ai professionisti nelle decisioni assistenziali anche attraverso il potenziamento dei sistemi informativi in grado di seguire il cittadino nel suo percorso assistenziale e nel contatto con tutti i servizi socio-sanitari del Distretto;
4. l'adozione di linee guida basate sull'evidenza ed il potenziamento della formazione continua che rappresentano per il team gli strumenti necessari per fornire un'assistenza ottimale ai pazienti cronici;
5. il coinvolgimento attivo delle risorse della comunità, stabilendo solidi collegamenti fra organizzazioni sanitarie e comunità locali attraverso programmi di partecipazione (es. la messa a disposizione di strutture, ecc.).

Nella gestione integrata della cronicità il medico/pediatra di famiglia rappresenta il principale referente e corresponsabile della presa in carico, in grado di svolgere la funzione di accompagnamento dei pazienti, con l'obiettivo di conseguire la migliore adesione ai percorsi assistenziali, nel pieno coinvolgimento dei pazienti stessi. Questo approccio presuppone una medicina di famiglia organizzata e coadiuvata da personale infermieristico, di supporto ed amministrativo, una collaborazione funzionale con gli specialisti territoriali ed ospedalieri, la messa a punto di un sistema informativo integrato. In particolare rappresentano elementi indispensabili per una corretta ed efficace presa in carico:

- la formalizzazione di PDTA,
- la compilazione dei registri di patologia,
- la tracciabilità del percorso assistenziale,
- la programmazione del follow up,
- implementazione di percorsi di audit su obiettivi ed indicatori di outcome condivisi.

Per rendere operativo il modello di presa in carico della cronicità è necessario implementare in modo diffuso su tutto il territorio regionale le Medicine di Gruppo Integrate, forme associative più evolute. Si tratta cioè di radicare stabilmente un modello organizzativo che propone una rimodulazione dell'offerta assistenziale non solo in termini di accessibilità (ampliamento degli orari di apertura degli studi medici), ma anche rispetto al conseguimento di specifici obiettivi di salute.

Le caratteristiche peculiari delle Medicine di Gruppo Integrate sono:

- di essere organizzazioni fondate su un team multiprofessionale e multidisciplinare, strutturate sulla definizione dei problemi a cui il team stesso deve garantire una risposta. L'integrazione professionale comprende medici di famiglia, anche sperimentando forme assistenziali con personale medico

Segreteria Regionale alla Sanità
Palazzo Molin – S. Polo, 2513 – 30123 Venezia
e.mail: segr.sanita@regione.veneto.it



giunta regionale

- dipendente, operanti in una sede di riferimento, specialisti ambulatoriali interni ed ospedalieri, medici di continuità assistenziale, infermieri, operatori socio-sanitari, assistenti sociali;
- di rappresentare nodi della rete territoriale, centrati sulla persona, orientati sulla famiglia, inseriti nella Comunità;
 - di gestire la presa in carico dei bisogni socio-sanitari di una definita Comunità;
 - di garantire la continuità dell'assistenza nelle sue diverse accezioni (gestionale, informativa, relazionale), assicurando una risposta certa all'assistito nell'arco delle 24 ore, anche attraverso forme di raccordo tra Ospedale-Territorio e con gli altri nodi della rete territoriale;
 - di realizzare programmi di prevenzione, erogare prestazioni per il paziente acuto e gestire il paziente cronico, ampliando il ruolo del personale infermieristico nella gestione della cronicità e nelle iniziative promozionali sugli stili di vita;
 - di implementare PDTA, basati sull'evidenza scientifica e definiti su protocolli condivisi con tutti gli attori coinvolti, sviluppando la collaborazione consulenziale dello specialista al medico di famiglia, anche tramite il teleconsulto;
 - di garantire i LEA, attraverso obiettivi di salute misurabili con indicatori di outcome clinico ed organizzativo da definire attraverso i Patti aziendali, finalizzando al meglio le diverse professionalità e valorizzandone il ruolo;
 - di essere impegnati nell'integrazione informativa/informatica sia a livello orizzontale (tra i componenti del team) sia a livello verticale (con l'Azienda ULSS), implementando un sistema informativo integrato in cui i medici di famiglia alimentano ed utilizzano in modo professionale la cartella informatizzata, supportati da collegamenti con il sistema informativo aziendale nell'accesso alla documentazione sanitaria;
 - di integrare le analisi epidemiologiche anche ai fini di valutare il case mix della propria popolazione assistita e di supportare l'implementazione di audit interni (tra pari e con le componenti aziendali) e di audit civici, coinvolgendo la Comunità.

Nell'assistenza pediatrica potranno essere sperimentati modelli organizzativi alternativi per garantire il collegamento con il secondo ed il terzo livello assistenziale, nell'ottica di integrare pienamente il pediatra di famiglia nel Distretto e di trattenere i pazienti nell'ambito dell'assistenza territoriale, riducendo gli indici di ospedalizzazione. In particolare si prevede l'estensione dell'attività ambulatoriale nell'arco orario 8.00-20.00, 7 giorni su 7, e l'erogazione di prestazioni ambulatoriali e domiciliari, anche attraverso l'utilizzo di personale medico dipendente. Questo modello intende configurarsi come un nodo della rete territoriale rivolto ad un bacino di popolazione definito (es. ambito distrettuale), ad accesso libero, sebbene filtrato attraverso una centrale operativa che garantisca la ricezione delle istanze ed il costante collegamento con i pediatri per assicurare la continuità dell'assistenza.

L'estensione delle Medicine di Gruppo Integrate vuole garantire l'uniformità assistenziale a tutti gli assistiti della Regione e superare differenze territoriali ed organizzative. La sostenibilità economica resta, peraltro, il cardine per sviluppare questi nuovi modelli organizzativi. Sono, infine, auspicabili a livello locale, accordi con le Amministrazioni Locali e con altre istituzioni pubbliche e private per favorire la messa a disposizione di strutture che permettano la realizzazione di questi modelli organizzativi.

LA FILIERA DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE

I mutamenti della struttura familiare, dei bisogni della popolazione e la diffusione del ricorso da parte delle famiglie ad assistenti familiari, richiedono un profondo ripensamento dell'articolazione della rete assistenziale secondo un sistema di cure graduali nell'ambito del Distretto, fondato su azioni coordinate ed in stretta sinergia.

Più in dettaglio la filiera dell'assistenza territoriale deve assicurare:

- l'assistenza primaria,
- le cure domiciliari,

Segreteria Regionale alla Sanità
Palazzo Molin – S. Polo, 2513 – 30123 Venezia
e.mail: segr.sanita@regione.veneto.it



giunta regionale

- l'assistenza specialistica e le cure palliative,
- l'assistenza semiresidenziale e residenziale,
- l'assistenza in strutture di ricovero intermedie.

Questi livelli assistenziali vengono garantiti attraverso alcuni nodi fondamentali della rete territoriale ossia attraverso i servizi distrettuali, la Medicina di Gruppo Integrata, le strutture residenziali (Centri di Servizio), l'Unità Riabilitativa Territoriale, l'Ospedale di Comunità. Al Distretto afferisce la gestione operativa di tutti questi nodi in un'ottica di rete assistenziale atta a realizzare risposte modulate ai diversi bisogni. L'erogazione efficace degli interventi presuppone una considerazione globale dei bisogni della persona e della sua famiglia, realizzata di norma attraverso l'Unità Valutativa Multidimensionale Distrettuale (UVMD), che assicura:

- la valutazione multidimensionale dei bisogni della persona nella sua complessità;
- la definizione del Progetto Assistenziale Individualizzato, compatibile con le risorse a disposizione, nel quale vengono individuate le responsabilità dei soggetti e delle strutture coinvolte;
- la presa in carico multiprofessionale;
- la valutazione sistematica degli interventi e degli esiti assistenziali attesi.

Attraverso la definizione della natura e dell'intensità dell'intervento assistenziale, l'UVMD promuove ed assicura la continuità dell'assistenza tra le diverse articolazioni della rete dei servizi, sviluppando, anche attraverso appositi protocolli operativi, l'integrazione tra servizi distrettuali, presidi ospedalieri, servizi domiciliari comunali, servizi residenziali e semiresidenziali e, laddove organizzati, servizi svolti dal volontariato.

ASSISTENZA PRIMARIA

L'evoluzione delle forme associative della medicina di famiglia in Medicine di Gruppo Integrate costituisce il fulcro su cui viene a riorganizzarsi l'intero assetto dell'assistenza territoriale, che si sviluppa attraverso una rete diffusa e qualificata quale interconnessione di nodi organizzativi multiprofessionali.

Le Medicine di Gruppo Integrate vengono, dunque, a rappresentare punti di riferimento certi per l'assistito, garanti della continuità dell'assistenza dal punto di vista relazionale, gestionale ed informativo, consolidando la piena integrazione nel Distretto della Medicina Convenzionata.

Segreteria Regionale alla Sanità
Palazzo Molin – S. Polo, 2513 – 30123 Venezia
e.mail: segr.sanita@regione.veneto.it