



Progetto

ex Accordo Stato-Regioni rep. atti 84/CSR del 20 aprile 2011 per l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, Anno 2011

1. Regione proponente: Regione del Veneto

2. Linea progettuale: linea n. 1 Le Cure Primarie

3. Titolo del progetto: Cure Primarie

4. Durata del progetto: Pluriennale 2009/2011

5. Referente

Dr. Renato Rubin - Dirigente Unità Complessa Assistenza Distrettuale e Cure Primarie

Palazzo Molin, San Polo 2514, 30125 Venezia

Tel. 0412793526; Fax 0412793430

renato.rubin@regione.veneto.it

Segreteria regionale Sanità e Sociale

Palazzo Molin, San Polo 2514, 30125 Venezia

Tel. 041/2793457; Fax 041/2793491

segr.sanita@regione.veneto.it

6 Aspetti finanziari

6.1 Budget assegnato alla linea progettuale Cure Primarie: €32.171.248,25=.

6.2 Importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2011: €32.171.248,25=

6.3 Costo del Progetto: euro €53.092.462,21=

Stato del progetto

In corso attuazione II Fase 2011

7. Impianto progettuale (sintesi del contenuto del progetto)

**PROGETTO CURE PRIMARIE
RELAZIONE SULLO STATO DI SVILUPPO DELLE CURE PRIMARIE**

Per garantire la qualità del Sistema socio sanitario del Veneto è necessaria una forte integrazione tra i vari aspetti dell'assistenza sanitaria e tra l'insieme di questi ed il comparto dei servizi sociali. Integrazione che ha mostrato, nel corso degli ultimi decenni, di corrispondere alle esigenze di sviluppo economico e sociale della Regione e di rispondere ai nuovi bisogni conseguenti allo sviluppo stesso, ma che necessita, ora, di una modernizzazione del sistema per consentire un miglioramento dell'efficienza e nell'utilizzazione delle risorse, anche grazie alla sollecitazione di forme tradizionali e nuove di "pluralismo erogativo".

Le linee di sviluppo dell'azione di governo regionale nel settore socio sanitario si articolano nelle seguenti direttrici fondamentali:

- il completamento del processo di regionalizzazione;
- il riassetto strutturale;
- il rilancio delle politiche di promozione della salute e prevenzione (nuovi stili di vita);
- il riadeguamento finanziario;
- il rilancio dell'integrazione socio sanitaria e più complessivamente del ruolo regionale nel settore dei servizi sociali.

Le caratteristiche della modernizzazione del sistema regionale sono le seguenti:

1. la programmazione regionale ha la funzione di indirizzo del settore e persegue obiettivi di equità, universalità dell'accesso, riequilibrio solidale, nonché efficacia ed efficienza;
2. la programmazione è il regolatore dell'integrazione dei servizi e viene negoziata tra i livelli del Sistema (Regione, UU.LL.SS.SS ed Aziende Ospedaliere);
3. l'attuazione del principio dell'accreditamento, che non prevede discriminazioni tra la natura giuridica dei soggetti erogatori, rappresenta il regolatore del Sistema di erogazione e si coniuga, nel metodo e negli strumenti, con gli obiettivi di efficacia, efficienza ed economicità nonché con gli obiettivi di qualità del Sistema tracciati dalla programmazione regionale;
4. l'ULSS svolge funzioni di coordinamento degli erogatori socio-sanitari, all'interno di vincoli qualitativi regionali.

Gli obiettivi descrivono il cambiamento richiesto al sistema ed indicano la direzione delle politiche ad essi sottese, per meglio rispondere alle caratteristiche tracciate. Le politiche devono permettere l'innovazione e la modernizzazione sia dei metodi sia degli strumenti, affinché la gestione del sistema raggiunga gli obiettivi prefissati. Infatti, la riconferma dell'approccio olistico e di molte delle caratteristiche tradizionali del Sistema veneto non esclude, anzi, esalta il rinnovamento dei metodi e degli strumenti. La linea indicata punta certamente alla progressiva reingegnerizzazione dei processi e dei prodotti, ovviamente con la gradualità richiesta dal cambiamento di sottosistemi organizzativi complessi, che, nonostante la rilevanza del capitale strumentale investito, si fondano in prevalenza sul fattore umano.

Criteri di fondo su cui si basa la scelta strategica sono:

- la coerenza con gli obiettivi di salute;
- la capacità di garantire i diritti e i livelli essenziali di assistenza;
- la capacità di cogliere le opportunità dell'innovazione;
- la coerenza con il quadro organizzativo e con le risorse disponibili;
- la capacità di concorrere al perseguimento della qualità di sistema.

Un esempio del nuovo modo di coordinare la domanda con l'offerta per il soddisfacimento dei bisogni di salute della popolazione, è rappresentato dalla gestione del Territorio attraverso un processo di sviluppo delle Cure Primarie che coinvolga tutte le componenti del SSSR. Con l'obiettivo di individuare ed organizzare la Rete Assistenziale Territoriale, nella quale un ruolo determinante è rappresentato dai Medici Convenzionati.

Su questi obiettivi la Regione Veneto sta completando la trasformazione del proprio modello sanitario in coerenza con i principi inderogabili sulla tutela della salute della propria popolazione.

La Giunta regionale ha confermato con DGR n. 41 del 18 gennaio 2011, il Progetto Cure Primarie; tale documento, frutto della collaborazione congiunta delle Aziende sanitarie e dei Medici convenzionati, consente di sviluppare strategie comuni per garantire e migliorare i livelli essenziali di assistenza in ambito territoriale.

Attraverso un piano organico di intervento per l'Assistenza primaria è possibile avviare un approccio globale alla tutela della salute della popolazione di questa Regione.

L'attuale processo di crescita delle Cure primarie è iniziato con l'Accordo regionale del 2001, che ha previsto il passaggio da un sistema fondato sulle prestazioni ad un altro costruito su progetti (Patti aziendali). Con l'Accordo regionale del 2005 sono stati definiti nuovi standard erogativi ed organizzativi (UTAP). Ed oggi, con il Progetto Cure Primarie 2009/2011, che introduce la fase della programmazione dell'Assistenza Primaria, raggiunge la fase di maggior espansione.

Sostanzialmente due sono gli elementi essenziali del nuovo corso: la nuova programmazione che valorizza l'assistenza territoriale e la individuazione ed organizzazione della Rete Assistenziale Territoriale.

In tale contesto organizzativo ogni cittadino deve poter trovare una risposta sanitaria appropriata, nell'arco delle ventiquattro ore.

Due sono anche gli attori privilegiati di questa strategia regionale: il Distretto Socio Sanitario e i Medici convenzionati. Mediante il riconoscimento del Distretto come "luogo" più vicino alla popolazione e di primo accesso per l'utenza, potenziando la relazione con la famiglia anche sotto l'aspetto qualitativo e non soltanto di adempimento. E nella messa a punto di strumenti di governo condivisi con la Medicina convenzionata e

con le istituzioni che assicurino la capacità di garantire una gestione h 24 della risposta ai bisogni socio sanitari del territorio di competenza nonché la continuità di cura in particolare nella dimissione e/o nella ammissione ospedaliera dei propri utenti.

**MEDICINA CONVENZIONATA
STATO DEI LAVORI E STRATEGIE PER IL CAMBIAMENTO
DGR N. 41 DEL 18.1.2011**

LA NUOVA PROGRAMMAZIONE

sposta decisamente sul territorio la scelta strategica, ma nello stesso tempo opera una revisione globale della rete ospedaliera, cercando di valorizzare le migliori pratiche e di semplificare le procedure, perfezionando i controlli, ma senza perdere di vista la sostenibilità economica del sistema, in un'equazione fra costi e risorse fondata sull'applicazione dei valori standard ricavati dalle migliori performance delle ULSS.

Cinque le linee guida che indirizzeranno la politica regionale nel prossimo biennio:

1. riorganizzazione omogenea degli ospedali;
2. riconversione in un'ottica socio-sanitaria di strutture ospedaliere dismesse;
3. valorizzazione delle strutture extraospedaliere;
4. ridefinizione delle strutture a carattere temporaneo, specie quelle intermedie;
5. messa in sicurezza di tutto il patrimonio logistico.

La rete di assistenza territoriale

ruoterà attorno al distretto per gestire soprattutto la cronicità, ad una organizzazione fondata su team multi professionale e ad una filiera extraospedaliera mirata alle cure intermedie.

Un **distretto "forte"**, con una soglia minima di 100 mila residenti, che rappresenterà il nucleo centrale del nuovo SSSR. Il territorio, indipendentemente dal numero dei distretti, sarà diretto da un unico responsabile della funzione assistenziale. Per la presa in carico della cronicità si potenzieranno le medicine di gruppo integrate, che coordineranno la continuità assistenziale nell'arco delle 24 ore.

Sarà estesa l'**appropriatezza** e riqualificati i servizi territoriali secondo modelli per l'erogazione dei LEA che prevedano **percorsi mirati alle necessità del paziente**, riservando uno spazio particolare alle patologie a lungo termine.

Saranno attivati **ospedali di comunità** attraverso la riconversione delle strutture dismesse e sperimentando forme intermedie di ricovero per tipologie di pazienti che hanno bisogno di un particolare livello di assistenza. Tutto questo attraverso le RSA, Centri servizi, UTAP, Medicine di gruppo integrate, con il supporto di una organizzazione informatica in rete di tutti i medici di medicina generale con lo scopo di garantire, in un arco orario sempre più esteso, prima 12 ore e poi 24, prestazioni e servizi senza soluzione di continuità e senza togliere il proprio medico di fiducia.

Strutture residenziali territoriali

a ciclo continuativo a carattere temporaneo:

- RSA riabilitative,
- Hospice,
- Sezione Alta Protezione Alzheimer
- Ospedale di comunità.

a ciclo continuativo a carattere definitivo (o tendenzialmente definitivo)

- RSA di minima e media intensità,
- Sezioni Stato Vegetativo
- Nuclei di Protezione Alzheimer

La filiera dell'assistenza territoriale - Area/Obiettivo - deve assicurare:

- l'assistenza primaria,

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

La filiera dell'assistenza territoriale si compone di alcuni nodi fondamentali e strettamente correlati:

- le cure domiciliari,
- l'Ospedale di Comunità,
- la RSA,
- le strutture residenziali.

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 nella loro complessità;
- la definizione del Progetto Assistenziale Individuale (PAI), 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.

Attraverso la definizione della natura ed intensità dell'intervento assistenziale individualizzato, l'UVMD promuove ed assicura la continuità dell'assistenza tra le diverse articolazioni, strutture e Unità Operative della rete dei servizi, sviluppando in particolare, anche mediante appositi protocolli operativi, l'integrazione tra presidi ospedalieri, rete dei servizi residenziali e semiresidenziali, servizi distrettuali.

Il nuovo assetto della medicina convenzionata

Possiamo rappresentare l'evoluzione sul campo di questo modello organizzativo attraverso un percorso che inizia dal medico singolo continua con la rete fino alla medicina di gruppo integrata.

Il nuovo assetto della medicina convenzionata è costituito dalla **Rete funzionale territoriale** – RFT, per il superamento dell'organizzazione attuale a “compartimenti stagni” a favore di un modello di gestione “articolato su più livelli” che, attraverso lo sviluppo della comunicazione tra i Servizi, integri le competenze e le risorse disponibili. Ciò comporta una forte attenzione verso tre elementi fondamentali, oltre al **sistema informativo/co integrato** che ne è parte essenziale:

- Integrazione nei percorsi.
- Coordinamento organizzativo.
- Controllo appropriatezza.

All'interno di questo processo si può identificare **un modello organizzativo** che deve garantire:

- **la presa in carico globale ed integrata,**
- **l'appropriatezza,**
- **la qualità.**

Da tutto ciò deriva un **NUOVO RAPPORTO CON LA MEDICINA CONVENZIONATA** basato su:

- Integrazione nel SSSR e tra professionisti,
- complessità assistenziale,
- standard,

condiviso ed uniforme su tutto il territorio regionale.

- **INTEGRAZIONE nel SSSR e tra professionisti:** UTAP e Medicine di gruppo
- **COMPLESSITA' ASSISTENZIALE** – per funzioni di presa in carico complessiva
- **STANDARD:** team multidisciplinare

Passaggio dalle vecchie alle nuove forme associative

PRIMA/prestazioni

Forma Associativa	Tot MAP	Tot Assistiti
Singolo	632	569.433
Associazione	1086	1.377.876
Rete	376	490.049
Gruppo	968	1.289.404
Gruppo integrato	34	38.724
Utap (da rete ACN)	19	23.179
Utap (da gruppo ACN)	241	316.497
Totale complessivo	3356	4.105.162

DOPO/funzioni assistenziali**DOPO/funzioni assistenziali****Rete funzionale territoriale:**

- **UTAP/Medicine di gruppo**

- **Team multidisciplinare**

Coordinamenti

Funzione centrale del cambiamento dell'organizzazione dell'assistenza primaria è rappresentata dal **Coordinatore di rete** che si interfaccia con il **Responsabile unico delle funzioni territoriali** per costituire le condizioni di sviluppo del presente Progetto.

Riconoscimenti economici

- oneri informatici
- oneri di Rete,
- oneri a funzione,
- contratto di esercizio sulle modalità di integrazione delle UTAP e delle MdG,
- fattori produttivi: personale di studio ed infermieri.

Patto unico

per l'attuazione del sistema a livello aziendale

Risorse

Il significativo investimento richiesto per lo sviluppo dei servizi sul territorio al fine di adempiere ad una visione ampia di integrazione trova risorse, da un lato, nella **riconversione di strutture ospedaliere** in strutture territoriali e, dall'altro, nella riallocazione funzionale del personale ospedaliero e delle corrispondenti risorse nei servizi territoriali. Questo affinché possa essere garantito un **percorso assistenziale al cittadino senza soluzione di continuità**.

Modalità d'attuazione

Tavoli tecnici con le OOSS, su aree sistema

Selezione e avvio di **sperimentazioni** Azienda/Medici convenzionati, per verificare l'efficacia del sistema delineato dagli indirizzi regionali.

Tempi

a regime dal 1° gennaio 2013.

Comitati regionali

definizione dell'AIR.

Commissione regionale Cure primarie

governo dei processi di cambiamento e verifica delle sperimentazione.