

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 1575 del 26 maggio 2009

**Attuazione del modello regionale di riferimento per le cure primarie : I Fase 2009. DD.G.R. n. 4395 del 30/12/2005, n. 2667 del 07/08/2006 e n. 3220 del 25/10/2005.**

*[Sanità e igiene pubblica]*

**(La parte di testo racchiusa fra parentesi quadre, che si riporta per completezza di informazione, non compare nel Bur cartaceo, ndr)** [L'Assessore alle Politiche Sanitarie, Ing. Sandro Sandri, riferisce quanto segue.

## CONTESTO

È in corso un processo di sviluppo delle Cure Primarie che coinvolge tutte le componenti del SSSR: i vari contributi professionali delle Aziende e dei Medici convenzionati sono confluiti nel Progetto Cure Primarie; tale documento consentirà alle Aziende sanitarie stesse di sviluppare strategie comuni per garantire e migliorare i livelli essenziali di assistenza in ambito territoriale, intraprendendo un piano organico di riorganizzazione.

Il modello di riferimento prevede uno sviluppo pianificato degli elementi, qui di seguito, indicati:

- Obiettivi - Gestione integrata dei pazienti e Continuità dell'assistenza,
- Strumenti - Piano attuativo locale per le Cure primarie e Patti aziendali,
- Modelli organizzativi - RETE: Team funzionali, Medicina di gruppo integrata e UTAP, associazione e singoli,
- Risorse - Accordi nazionale e regionale,
- Indicatori - definiti nei Patti aziendali,
- Tempi - Tre anni.

Sostanzialmente due sono gli elementi essenziali del nuovo corso: la Programmazione/Governo con il Piano attuativo locale per le Cure primarie e la individuazione ed organizzazione della Rete Territoriale, che poggia sui seguenti elementi strutturali: Distretti (50) con un bacino medio di 100mila abitanti, Assistenza sanitaria di base in rete, gruppo, associazione e singoli, e UTAP (33), Assistenza domiciliare, Ospedali di Comunità (9), Strutture residenziali extraospedaliere (283) e Hospice (16). In tale contesto operativo ogni cittadino deve poter trovare una risposta sanitaria appropriata, nell'arco delle ventiquattro ore.

Su questi obiettivi, la Regione Veneto ha lanciato una proposta di forte collaborazione con tutti i medici convenzionati (circa 6000 professionisti) che operano sul Territorio: Medici di Famiglia, Continuità Assistenziale, Pediatri di Famiglia e Specialisti Ambulatoriali Interni.

Pronta è stata l'adesione dei citati Professionisti che, attraverso le proprie OOSS, hanno sottoscritto pre intese contenenti gli obiettivi di ciascun settore della medicina convenzionata: MG, PLS e SAI.

Una prima fase elaborativa ha prodotto i seguenti atti:

- DGR n. 4172 del 30.12.2008. Approvazione schema Piano Attuativo Locale per le Cure Primarie, in attuazione del Progetto Cure Primarie 2008/9. DGR n. 662 del 18 marzo 2008.
- DGR n. 4170 del 30.12.2008. Adeguamento del Fondo per la gestione delle quote variabili dell'ACN per la MG del 2005, in attuazione del Progetto Cure Primarie 2008/9. DGR n. 662 del 18 marzo 2008.
- DGR n. 4174 del 30.12.2008 D.G.R. n. 4532 del 28/12/2007, Direttive per la razionalizzazione dei Centri regionali di Riferimento e dei Centri regionali Specializzati. Coordinamento Regionale per la Medicina Convenzionata di Assistenza Primaria.
- DGR n. 115 del 27.01.2009. Adeguamento del Fondo per la gestione delle quote variabili dell'ACN per la PLS del 2005, in attuazione del Progetto Cure Primarie 2008/9. DGR n. 662 del 18 marzo 2008.

## MODELLO REGIONALE DI RIFERIMENTO PER LE CURE PRIMARIE

Il 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). Il successivo Accordo regionale del 2005 ha definito nuovi standard erogativi ed organizzativi (UTAP). Ed oggi, con il Progetto Cure Primarie 2009, introduce la fase della

programmazione dell'Assistenza Primaria, completando il percorso di sviluppo.

Da quanto sopra è possibile definire il seguente MODELLO DI RIFERIMENTO.

- Obiettivi di sistema: gestione integrata del paziente e continuità delle Cure; le pre intese costituiscono il riferimento per definire gli obiettivi prioritari delle Aziende ULLSSSS.
- Piani attuativi locali per le Cure primarie finalizzati a pianificare lo sviluppo, in ambito aziendale, delle Cure primarie.
- Patti aziendali per negoziare gli obiettivi prioritari di salute e le relative modalità operative.
- Modelli organizzativi: UTAP integrata/aggiunta, Medicina di gruppo integrata (in fase sperimentale), Medicina di gruppo, in rete, in associazione e medico singolo, finalizzati a definire la rete assistenziale/informativa territoriale.
- Risorse: ACN (quota fissa e variabile), Accordo regionale (quota per funzione e/o risultato), riallocazione di risorse, fornitura di beni e servizi, incentivi per l'appropriatezza.
- Indicatori misurabili di qualità clinica ed organizzativa, di accessibilità, di accoglienza e di appropriatezza economica.
- Tempi: tre anni per l'attuazione complessiva del Progetto; il rapporto con i Medici convenzionati viene, invece, definito di anno in anno.
- Formazione attraverso il Coordinamento Regionale per la Medicina Convenzionata di Assistenza Primaria.
- Governo attraverso una Commissione tecnica regionale comprensiva di una rappresentanza di Medici Convenzionati ed una analoga a livello aziendale presiedute, rispettivamente, dal Segretario regionale sanità e sociale e dal Direttore generale dell'Azienda interessata.

L'attuazione del Modello si articola in tre Fasi:

- FASE I. Attuazione del Modello in relazione agli obiettivi di salute, 2009.
- FASE II. Implementazione del Modello di organizzazioni in Rete, anche in forza dei contenuti dei nuovi AACNN per la Medicina convenzionata, 2010.
- FASE III. Monitoraggio e verifica dei risultati e degli esiti finalizzati alla messa a regime del Modello, 2011.

I FASE: ADEGUAMENTO DEL MODELLO AI NUOVI BISOGNI DI SALUTE - ANNO 2009

AREE DI AZIONE

S'individuano le seguenti aree prioritarie d'intervento per l'avvio della I Fase del Modello, secondo l'apporto di ciascuna componente della Medicina Convenzionata.

- *MG, applicazione di PDTA (percorsi diagnostico terapeutici assistenziali) condivisi con la Medicina Specialistica e Ospedaliera, percorsi di appropriatezza clinica e nuovi modelli erogativi ed organizzativi.*
- *PLS, percorsi di continuità delle cure e dell'assistenza, di appropriatezza clinica e nuovi modelli erogativi ed organizzativi.*
- *SAI, percorsi diagnostico terapeutici e clinico assistenziali integrati.*

Le Azioni dianzi riportate trovano pieno sviluppo nel contenuto delle rispettive pre intese, che qui si richiamano e che vengono allegate al presente atto per costituirne parte integrante ed essenziale: per la MG (**Allegato "A"**), per la PLS (**Allegato "B"**) e per la SAI (**Allegato "C"**) attraverso le quali sono state declinate le rispettive strategie, fra loro complementari, per dare attuazione alla I Fase del citato Modello regionale di riferimento per le Cure Primarie.

RISORSE

Le Aziende dovranno reperire i fondi necessari nell'ambito delle risorse finanziarie assegnate annualmente ai fini dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, attraverso la rimodulazione dell'erogabilità delle prestazioni in funzione dell'appropriatezza, riducendo la domanda impropria e rafforzando tutti quegli strumenti che possono indurre maggiore appropriatezza (percorsi diagnostico terapeutici, continuità assistenziale tra medicina di base/specialistica/ospedale, modalità omogenee di valutazione multidimensionale e classificazione del bisogno. Modelli organizzativi integrati).

REGIA REGIONALE

Mediante la costituzione di una Commissione tecnica regionale presieduta dal Segretario regionale sanità e sociale e composta di esperti regionali, aziendali e della medicina convenzionata, con il compito di verificare la conformità delle attività aziendali per le cure primarie alla programmazione regionale in materia.

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

## LA GIUNTA REGIONALE

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

Visti:

- Acn reso esecutivo in data 23 marzo 2005, mediante intesa nella conferenza Stato - regioni, per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale.
- Acn reso esecutivo in data 23 marzo 2005, mediante intesa nella conferenza Stato - regioni, per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni e altre professionalità sanitarie.
- Acn reso esecutivo in data 15 dicembre 2005, mediante intesa nella conferenza stato - regioni, per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta.
- Accordi regionali recepiti con:  
D.G.R. n. 4395 del 30/12/2005, per i Medici di Medicina Generale (MMG),  
D.G.R. n. 2667 del 07/08/2006, per i Medici Specialisti Pediatri di Libera Scelta (PLS),  
D.G.R. n. 3220 del 25/10/2005, per i Medici Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI) e altre professionalità sanitarie.  
Sentite le OO.SS. della Medicina convenzionata.]

delibera

1. di ritenere le premesse parte integrante ed essenziale del presente atto;
2. di approvare le pre intese, che qui si richiamano e che vengono allegate al presente atto per costituirne parte integrante ed essenziale: per la MG (**Allegato "A"**), per la PLS (**Allegato "B"**) e per la SAI (**Allegato "C"**), attraverso le quali sono state declinate le rispettive strategie, fra loro complementari, per dare attuazione alla I Fase del citato Modello regionale di riferimento per le Cure Primarie;
3. di estendere le disposizioni previste nelle pre intese, aventi contenuto di sistema, a tutte le Aree interessate;
4. di riconoscere sia alla Assistenza Primaria sia alla Pediatria di Libera Scelta, trattandosi di categorie omogenee, per l'appropriatezza del 2008, attraverso la nuova Quota D, una somma che sarà definita dalla Giunta regionale conformemente alle pre intese, da estendere alle altre categorie (Specialisti Ambulatoriali Interni e Medici di Continuità Assistenziale) nel caso vi siano le condizioni per tale soluzione;
5. di trasmettere la presente deliberazione alle Aziende sanitarie per l'attuazione di quanto in essa disposto, che dovrà essere documentato da una prima stesura del Piano attuativo locale cure primarie, e inviata alla Regione, Direzione regionale piani e programmi socio sanitari, entro il 31 luglio 2009;
6. di rinviare a successivi provvedimenti della Giunta regionale l'attuazione degli atti di competenza del Governo regionale;
7. di stabilire che le Aziende sanitarie devono reperire i fondi necessari all'attuazione del presente Progetto, nell'ambito delle risorse finanziarie assegnate annualmente ai fini dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, anche attraverso la rimodulazione dell'erogabilità delle prestazioni in funzione dell'appropriatezza, riducendo la domanda impropria e rafforzando tutti quegli strumenti che possano indurre maggiore appropriatezza (percorsi diagnostico terapeutici, continuità assistenziale tra medicina di base/specialistica/ospedale, modalità omogenee di valutazione multidimensionale e classificazione del bisogno. Modelli organizzativi integrati);
8. di incaricare la Commissione tecnica regionale, in premessa richiamata, di trasmettere alla Giunta Regionale, tramite l'Assessore regionale alle Politiche Sanitarie, a conclusione di ogni Fase del Modello regionale di riferimento per le Cure Primarie, una relazione sui risultati conseguiti.