Bur n. 83 del 08/11/2011

(Codice interno: 235533)

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 1666 del 18 ottobre 2011

Assistenza territoriale tramite le cure primarie. Linee di indirizzo e operative per l'attuazione della D.G.R. n. 41 del 18.1.2011 - medicina generale.

[Sanità e igiene pubblica]

Note per la trasparenza:
riorganizzazione della Medicina convenzionata per garantire la continuità delle cure e dell'assistenza in ogni parte del territorio regionale.

L'Assessore, Luca Coletto, riferisce quanto segue.

Il futuro della sanità è sempre più proiettato sul Territorio con la valorizzazione dell'assistenza primaria (medici di base e specialisti) nel ruolo cardine del futuro dell'assistenza.

Per rispondere a tale prospettiva e per conseguire i suddetti obiettivi fondamentali il Sistema Socio - Sanitario Veneto deve impegnarsi nell'attuazione di una ineludibile inversione, sotto il profilo sia programmatorio che operativo, del processo assistenziale alla persona, con salvaguardia della continuità assistenziale ed in una logica di rete a forte integrazione socio-sanitaria:

- sistema delle assistenze domiciliari,

- sistema delle assistenze ambulatoriali,

- sistema delle assistenze residenziali extraospedaliere.

Un sistema socio-sanitario in cui le parti componenti dello stesso - le Aziende sanitarie territoriali - gestiscono i servizi sanitari e sociali del processo assistenziale, ponendosi obiettivi di salute tenendo conto delle risorse disponibili. Il suddetto sistema socio-sanitario deve basare le proprie prospettive configurandole, per quanto attiene agli assetti programmatori, sulla epidemiologia della popolazione di riferimento; essa deve essere assunta a fondamento di ogni decisione programmatoria, strutturandola sugli standard più elevati delle attuali specifiche conoscenze.

L'inversione del processo assistenziale alla persona va realizzato attraverso alcune azioni, quali:

- coinvolgimento e responsabilizzazione dei medici di famiglia. Ci deve essere un reale coinvolgimento "forte" dei medici di medicina generale nella definizione di linee guida, protocolli diagnostici e terapeutici e nella concreta integrazione con i colleghi medici dipendenti, prevedendola in sede di accordi a livello regionale e realizzandola nell'ambito territoriale di ciascuna ULSS, con assunzione da parte degli stessi della piena responsabilità sui risultati da raggiungere (Patti e Contratti Aziendali). Lo sviluppo della Medicina delle Cure Primarie (MCP) è la chiave di volta della continuità assistenziale. Il MMG deve essere valorizzato, ma al contempo va responsabilizzato rispetto al corretto utilizzo delle risorse pubbliche ancorché sia legato al S.S.N. da un rapporto di lavoro di non dipendenza; in sintesi si tratta di dare applicazione uniforme ed equiordinata al generale principio del "rendere conto" da parte di chiunque usi risorse pubbliche, interfacciando e monitorando nel tempo i comportamenti individuali dei professionisti per metterli in relazione/a confronto con il budget assegnato per la soddisfazione dei bisogni specifici degli assistiti.

Necessaria è la definizione e approvazione di percorsi diagnostici e terapeutici che, condivisi il più diffusamente possibile, rendano concreta la standardizzazione in termini effettivi dei profili di cura attuati nelle diverse strutture costituenti il sistema socio-sanitario. A tale proposito si rende sempre più necessario che vengano adottati indicatori/misure di risultato di salute espliciti da parte dell'organizzazione sanitaria.

Si dovrà avviare un reale potenziamento della rete di assistenza territoriale che si realizzi con:

- il rafforzamento e il consolidamento della politica ultra ventennale di integrazione sociale - sanitario, che ha consentito

risposte concrete ed uniformi anche nelle piccole realtà comunali, procedendo alla corretta ripartizione/attribuzione dei correlati oneri finanziari ai due ambiti interessati; integrazione che rappresenta la condizione operativa per realizzare in concreto la continuità assistenziale. È in merito necessaria, a livello programmatorio, una migliore definizione degli obiettivi da conseguire da parte delle ULSS e dei Comuni, dei modelli organizzativi e gestionali possibili e degli indicatori di verifica dei risultati;

- il completamento, anche nella prospettiva di una sua indifferibile riqualificazione, ed il potenziamento della Rete residenziale e semi residenziale extraospedaliera sia per l'assistenza intensiva che estensiva.

- lo sviluppo e il consolidamento dell'assistenza domiciliare nelle diverse forme, con particolare riferimento all'ADIMED ed alla ospedalizzazione domiciliare.

- razionalizzazione dell'assistenza specialistica per risolvere il problema delle liste di attesa, obiettivo realizzabile anche con l'attivazione di sedi poliambulatoriali ad alto contenuto tecnologico utilizzando possibilmente presidi ospedalieri dismessi (decentramento/diffu-sione delle attività specifiche sul territorio). Parallelamente ad un uso più efficiente delle prestazioni in alcuni specifici settori, va perseguita una capillare quanto costante formazione sociale della comunità e aggiornamento del personale medico sul percorso clinico.

Riorganizzazione dell'assistenza primaria. DGR n. 41 del 18.11.2011.

Da medico solitario a professionista integrato, in un sistema di condivisione e flessibilità che gioverà ai pazienti e alle loro famiglie. Questa la peculiarità del modello di assistenza primaria che permetterà di garantire una migliore accessibilità ed affrontare pazienti sempre più «consumatori di assistenza." Di fronte a soggetti con patologie multiple, persone sane i cui stili di vita scorretti gravano sulla loro salute futura e un'età media dei pazienti in progressivo aumento (si prevede che entro il 2050 la popolazione degli ultra 75enni veneti raddoppierà dal 9,5% attuale al 15%) con conseguente incremento dei problemi di salute correlati, oltre che alla malattia, anche ad autonomia, disabilità e complessità gestionale, assume fondamentale importanza la proposta di nuovi modelli di accessibilità alle cure primarie capaci di rispondere alle diverse esigenze degli utenti. La soluzione individuata nella proposta operativa della Regione Veneto è orientata ad una riorganizzazione delle cure primarie in vere e proprie forme di Rete di assistenza che, grazie alla disponibilità di strumenti informatici e telematici, possano favorire lo scambio di informazioni cliniche e di conseguenza la continuità assistenziale tra i diversi livelli - preventivo, ospedaliero, territoriale - garantendo una visione integrata delle problematiche e centrata sulla persona nel suo processo di cura. Una riorganizzazione volta ad una valorizzazione del territorio e del ruolo specifico e centrale del medico di famiglia operante in quel territorio. La svolta di un sistema che non sia più ospedale-centrico ma che investa sul territorio e indichi la strada da intraprendere per il futuro professionale. Si tratta di un traguardo che è frutto di una cultura associativa che si concretizza nella realizzazione di Reti in grado di fornire un servizio 24 ore su 24 per il miglioramento della qualità della salute di tutta la popolazione veneta.

L'obiettivo della Regione è quello di un'organizzazione distrettuale delle cure primarie che possa fungere da soggetto regolatore per il medico di famiglia, il quale si troverà quindi all'interno di un sistema razionale oltre che relazionale con i propri pazienti.

Dalle migliori pratiche aziendali risulta che le forme aggregative (soprattutto, Medicina di Gruppo Integrata) sono in grado di sviluppare effettivamente la Rete dell'Assistenza primaria. Pertanto, l'azione regionale si orienta su tale scelta che verrà attuata gradualmente in relazione all'ulteriore crescita professionale della Medicina convenzionata e alla riallocazione di risorse dall'Ospedale al Territorio.

Elementi essenziali del Progetto per la Riorganizzazione della Medicina generale:

- Obiettivo: garantire la continuità delle cure e dell'assistenza in ogni parte del territorio regionale, attraverso lo sviluppo della Rete delle Medicine di Gruppo Integrate.

- Quadro di riferimento: il Progetto è l'espressione delle migliori pratiche aziendali nell'Assistenza primaria, deriva da una analisi della situazione esistente (tutta la documentazione è agli atti della struttura regionale competente) ed è conforme ai principi di cui all'articolo 8, comma 1, lettera e) e f) del D lgs n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni. Il Documento, "**Allegato A"**, costituisce applicazione innovativa dell'impianto normativo delineato dallo stesso D lgs n. 502/92. Tiene conto dei principi fissati nel nuovo PSN e degli indirizzi del PSSR 2012 - 2014 il cui DdL è all'esame del Consiglio regionale.

- Modello: descritto nel documento allegato - "**Allegato A" -** al presente atto per costituirne parte integrante ed essenziale, che prevede le modalità per il passaggio dei Medici di Assistenza Primaria nella Medicina di Gruppo Integrata.

- Attuazione: tavoli tecnici con le OOSS, su aree sistema. Selezione e avvio di sperimentazioni per verificare l'efficacia del modello delineato dagli indirizzi regionali.

- Tempi: 2012-2013-2014.

- Monitoraggio e Verifica: attraverso l'Organismo Tecnico

- Monitoraggio Piani Aziendali: attraverso la Commissione regionale Cure Primarie.

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 vigente legislazione regionale e statale;

- Visti gli AACCNN del 2009/2010 per la disciplina dei rapporti con i Medici convenzionati.

- Vista la D.G.R. n. 41 del 2011.

delibera

1. di approvare il Documento descritto nell'elaborato allegato - "**Allegato A" -** al presente atto per costituirne parte integrante ed essenziale, che prevede le modalità per il passaggio dei Medici di Assistenza Primaria nella Medicina di Gruppo Integrata;

2. di costituire, dal 2012, un Fondo alimentato da risorse del capitolo 060009 o equivalente, del bilancio regionale degli esercizi di competenza, per finanziare il passaggio dei Medici di Assistenza Primaria nella Medicina di Gruppo Integrata, di euro 20.705.427,00.=, ripartiti negli anni: 2012: euro 6.901.809,00.= - 2013: euro 13.803.618,00.= -2014: euro 20.705.427,00.=;

3. di stabilire che l'attivazione delle singole Medicine di Gruppo Integrate dovrà essere espressamente autorizzata dalla Giunta Regionale e che le forme della medicina di gruppo senza sede unica saranno concesse per particolari condizioni organizzative e/o territoriali per un periodo non oltre il 31.12.2013;

4. di incaricare il Segretario Regionale per la Sanità di costituire un Organismo Tecnico con il compito di verificare le richieste aziendali per l'attivazione delle Medicine di Gruppo Integrate, di fornire alla Giunta Regionale il proprio parere in merito, con particolare attenzione al governo clinico e alla sostenibilità economica conseguiti dalle forme associative in oggetto e verifica annuale dell'andamento delle stesse;

5. di affidare alla Commissione regionale per le Cure Primarie il compito di monitorare i Piani Aziendali Sviluppo Cure Primarie e di predisporre annualmente una relazione alla Giunta Regionale;

6. di sottoporre il presente atto all'attenzione del Comitato regionale per la medicina generale per le valutazioni di competenza, in merito alla fase attuativa;

7. di dare atto che la presente deliberazione non comporta spesa a carico del bilancio regionale;

8. di pubblicare nel Bollettino Ufficiale della Regione il presente atto.