

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 1510 del 31 luglio 2012

Medicina generale. Modalità di attuazione D.G.R. n. 1666 del 2011

[Sanità e igiene pubblica]

Note per la trasparenza: indicazioni operative per l'applicazione degli indirizzi regionali sul riordino della Medicina generale.

L'Assessore Luca Coletto riferisce quanto segue.

La nuova riforma del SSSR è finalizzata a migliorare l'efficacia e l'efficienza dell'offerta di prestazioni dall'Ospedale e dal Territorio, governando la domanda secondo principi di appropriatezza.

Le azioni da avviare riguardano la messa in rete del sistema d'offerta, l'informatizzazione dell'intero percorso assistenziale, la presa in carico dell'assistito, la valutazione del bisogno e la definizione del progetto assistenziale individuale (PAI).

L'Ospedale viene identificato come luogo deputato alla cura dell'acuzie e dell'immediata post acuzie, mentre la tutela della salute dei cittadini nel rispetto dei LEA, con particolare riguardo alla gestione della cronicità, delle malattie oncologiche e dei pazienti fragili, viene affidata all'organizzazione dell'assistenza territoriale: ciò richiede, da un lato, di ridefinire la funzione ospedaliera e, da un altro, di consolidare un modello territoriale di risposta e presa in carico H24.

L'analisi dell'offerta in termini di strutture ospedaliere e di strutture residenziali socio-sanitarie porta ad enucleare alcuni aspetti strategici di sistema per la nuova programmazione regionale:

- la riorganizzazione della rete ospedaliera in forma omogenea sul territorio regionale, riaggregando le strutture in modo tale da garantire efficienza e, al contempo, sicurezza per il cittadino e per i professionisti;
- la riconversione di strutture ospedaliere dismesse, finalizzandole ad un processo di potenziamento dei servizi territoriali e restituendole alla Comunità con una valenza sociale-sanitaria. L'attuazione di queste riconversioni nei diversi contesti presuppone un processo di concertazione con le Amministrazioni Locali in merito alla destinazione d'uso delle strutture;
- la valorizzazione, in un'ottica di sistema, delle strutture extraospedaliere, che annoverano un numero di posti letto quasi doppio di quelli ospedalieri e che possono rappresentare, se utilizzate al meglio delle possibilità assistenziali, una leva fondamentale nel processo di riorganizzazione dei livelli di assistenza garantendo al contempo costi sostenibili;
- la ridefinizione delle funzioni e degli standard delle strutture a carattere temporaneo, in particolare le strutture intermedie, con adeguamento ai mutati bisogni assistenziali e con potenziamento a fronte della ridefinizione dell'offerta ospedaliera.

La nuova programmazione socio-sanitaria regionale ha individuato nel Territorio una scelta operativa strategica e tutte le componenti dell'assistenza distrettuale sono orientate a garantire una risposta e presa in carico H24, 7gg su 7, per realizzare la continuità dell'assistenza e la rete assistenziale (integrazione Ospedale-Territorio).

MEDICINA CONVENZIONATA

La Medicina Convenzionata è fondamentale per garantire la presa in carico globale ed integrata dell'assistito, l'appropriatezza e la qualità del Sistema, attraverso un nuovo rapporto basato sull'interazione con tutta la filiera assistenziale, mediante le medicine di gruppo integrate, avendo a disposizione i fattori produttivi (tra i quali, personale di segreteria, OSS ed infermieri), nell'ambito dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA). Vista la complessità assistenziale che grava sul medico convenzionato, va pianificata l'offerta appropriata in termini di accessibilità, qualità e risorse. Il sistema descritto identifica chi ha il compito della presa in carico dell'assistito e della definizione del Progetto assistenziale individuale (PAI), garantendo un percorso secondo i diversi livelli di intensità di cura in relazione alla centralità della Persona proprio nella fase della malattia. Fondamentale è l'apporto della programmazione regionale e aziendale (Piani) e del sistema informativo/co integrato. Altrettanto importante è il collegamento con l'Ospedale e con i Servizi sociali dei Comuni: questo per costituire una rete assistenziale sia orizzontale che verticale, in grado di fornire una risposta appropriata ai bisogni del paziente. La Medicina di

famiglia deve poter diventare parte fondamentale del SSSR, condividendo una nuova organizzazione del lavoro che dia al medico convenzionato il ruolo effettivo di primo accesso al sistema, con le risorse occorrenti a conseguire gli obiettivi di salute per una sanità di qualità.

MODELLI ORGANIZZATIVI

La Rete assistenziale distrettuale è composta dalle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) che rappresentano il modello organizzativo funzionale di riferimento per una popolazione di circa 30.000 persone, e sono costituite da medici convenzionati e da altri operatori sanitari ed amministrativi. Sono strutture di riferimento della Rete, le Medicine di gruppo integrate ed il Sistema, così determinato, realizza i seguenti obiettivi:

- persegue il coordinamento funzionale con i servizi e le attività del Distretto di riferimento mediante i medici di assistenza primaria, i medici della continuità assistenziale, gli specialisti convenzionati e altri operatori socio-sanitari;
- si rapporta, oltre che con il Distretto, con l'Ospedale e gli altri poli della rete integrata;
- realizza un processo organizzativo che garantisce l'assistenza sanitaria di base e la diagnostica di 1° livello, realizzando la continuità assistenziale 24 ore su 24, 7 giorni su 7;
- si integra con i servizi sanitari di secondo e terzo livello con particolare attenzione ai pazienti cronici;
- utilizza, in particolar modo nelle località logisticamente disagiate, gli strumenti della telemedicina per la gestione del paziente;
- utilizza supporti tecnologici ed informativi in grado di collegare tra loro i professionisti che vi operano e di scambiare dati con i poli di riferimento;
- sviluppa la medicina d'iniziativa al fine di promuovere la prevenzione, l'educazione e l'informazione sanitaria e l'empowerment del paziente.

Il Sistema è il risultato dell'applicazione degli indirizzi regionali descritti nei provvedimenti di riferimento: DD.G.R. n. 41 e n. 1666 del 2011.

Con il presente provvedimento, accogliendo le osservazioni formulate durante gli incontri tecnici con le Parti interessate sul Progetto per l'Assistenza Primaria, s'intende approvare le modalità operative della D.G.R. n. 1666/11, riportate nel documento **Allegato A)** al presente atto per costituirne parte integrante ed essenziale.

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. 53, 4° 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;

- Vista la D.G.R. n. 1666 del 2011, sulla riorganizzazione della Medicina convenzionata.

Sentiti:

- Comitato regionale Medicina generale in data 6 Luglio 2012;
- Commissione regionale Cure Primarie in data 11 Giugno 2012;
- Gruppo tecnico Cure Primarie in data 11 Giugno 2012;
- Aziende sanitarie in data 19 Giugno 2012

delibera

1. di ritenere le premesse parte integrante ed essenziale del presente atto;

2. di approvare le modalità operative per l'attuazione del Progetto di sviluppo dell'Assistenza Primaria, D.G.R. n. 1666/11, riportate nel documento **Allegato A)** al presente atto per costituirne parte integrante ed essenziale, modificando contestualmente la vigente disciplina in questione;
3. di trasmettere la presente deliberazione alle Aziende sanitarie per l'attuazione di quanto in essa disposto;
4. di dare atto che la presente deliberazione non comporta spesa a carico del bilancio regionale;
5. di pubblicare la presente deliberazione nel Bollettino ufficiale della Regione.