

Bur n. 49 del 16/06/2009

Sanità e igiene pubblica

Deliberazioni 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.

(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 UJLLSSSS.
- ◆ 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/aggregata, 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 AACCN 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.

**PRE – INTESA TRA REGIONE VENETO E LA MEDICINA GENERALE****LA MEDICINA GENERALE (MG) NEL MODELLO VENETO: IL MEDICO DI FAMIGLIA****PREMESSA**

Le cure primarie rappresentano il primo livello di assistenza ed il primo punto di contatto tra i cittadini ed il Servizio Sanitario Nazionale (SSN); l'assistenza primaria "deve essere erogata a costi sostenibili per la Comunità, usa metodi pratici, validi scientificamente ed accettabili socialmente, è accessibile ad ogni membro della Comunità e coinvolge la Comunità nella progettazione, realizzazione e valutazione degli interventi" (Dichiarazione di Alma Alta).

È un'assistenza di lungo termine centrata sulla persona e non sulla malattia ed è suo compito il coordinamento dell'assistenza quando questa va ricercata altrove (WONCA).

Questo coordinamento è fornito:

- a livello informale dalle famiglie e dalle organizzazioni presenti nella Comunità (soggetti intermedi),
- a livello formale dai liberi professionisti presenti sul Territorio, tramite Convenzioni, che realizzano una collaborazione finalizzata a perseguire comuni obiettivi di salute.

L'assistenza primaria è garantita sul territorio da una rete integrata di servizi diversi, che permette di dare risposte efficienti, efficaci e personalizzate ai bisogni dei cittadini. In tal senso risulta di fondamentale importanza ogni modello che permetta di mettere in connessione le diverse risorse presenti sul territorio, per utilizzare le possibili sinergie al fine di raggiungere nuovi obiettivi di salute. La forte "tradizione" e cultura della solidarietà della Regione Veneto hanno difatti condotto al costante mantenimento e rafforzamento, negli atti normativi e nelle disposizioni applicative, del modello dell'integrazione; oggi la possibilità di assicurare un'efficace messa a punto di un modello di organizzazione integrata di risposta ai bisogni emergenti si presenta come una risorsa fondamentale connaturata al modello Veneto, senza la necessità di ricorrere ad ulteriori interventi legislativi.

Il modello di welfare della Regione Veneto si è nel tempo articolato su alcune basi fondamentali: l'integrazione delle responsabilità, l'integrazione dei fattori produttivi, la rete integrata pubblica e privata di offerta assistenziale, la promozione della famiglia, la promozione della solidarietà organizzata nel rispetto del principio di sussidiarietà.

In un sistema integrato, fondato dunque sull'interazione tra i professionisti e sulla promozione delle sinergie tra i diversi poli della rete socio-assistenziale, la pratica dell'assistenza primaria nel prossimo futuro si troverà di fronte ad alcune sfide, ossia dovrà:

- essere in grado di affrontare la complessità della cronicità e della comorbidità,
- migliorare l'appropriatezza degli interventi medico assistenziali e in particolare per la fascia di età anziana sopra i 75 anni,
- mantenere un'elevata qualità delle caratteristiche tipiche della pratica stessa (ossia la relazione interpersonale, l'assistenza basata sulla persona e non sulla malattia, la continuità, il coordinamento dell'assistenza),
- promuovere interventi di prevenzione anche favorendo stili di vita virtuosi,
- migliorare l'equità nell'accesso ai servizi sanitari per la tutela della salute della popolazione,
- collaborare con le altre professionalità delle cure primarie in una logica di maggiore responsabilizzazione delle stesse e di integrazione efficace attraverso l'implementazione di modelli a responsabilità condivisa nelle scelte di politica sanitaria e di governo clinico, volti a garantire il perseguimento di obiettivi di salute.

ALLEGATO A alla Dgr n. 1575 del 26 maggio 2009

pag. 2/5

Elementi costitutivi dell'assistenza primaria

- Rapporto medico \ paziente fondato sulla scelta fiduciaria.
- Approccio globale socio-assistenziale.
- Gestione di processi assistenziali e presa in carico.
- Presidio dell'efficacia e dei risultati.
- Decentramento per valorizzare il capitale sociale (relazione).
- Valorizzazione dei saperi, equità, diffusione capillare sul territorio.
- Formazione permanente realizzata sul campo tramite gestione, anche diretta, della formazione obbligatoria regionale.

Da quanto sopra è possibile definire il seguente modello di riferimento, che ogni Azienda deve attuare sul proprio territorio, secondo le indicazioni contenute nel presente documento.

Obiettivi	Azioni	Modelli organizzativi	Risorse	Indicatori	Tempi
Gestione integrata del paziente	Piani Attuativi Locali per le Cure primarie	Medico Singolo, in Associazione, in Rete e in Gruppo	ACN e ACR Riallocazione risorse	Definiti nei Patti aziendali	Tre anni
Continuità delle cure	Patti Aziendali su obiettivi di salute prioritari	Medicine di Gruppo Integrate e UTAP o Strutture equivalenti	Erogazione di beni e servizi Incentivi per l'appropriatezza		

ATTUAZIONE DEL MODELLO REGIONALE DI RIFERIMENTO PER LA CURE PRIMARIE

Per realizzare il Modello regionale di riferimento per le Cure primarie ogni Azienda deve:

- programmare gli interventi per le Cure primarie attraverso il *Piano Attuativo Locale*;
- negoziare le modalità di realizzazione degli obiettivi sotto indicati, con i medici convenzionati, mediante *Patti aziendali uniformemente convergenti ad uno stesso modello regionale, mirato a*:
 - rafforzare la condivisione della conoscenza del paziente tra MMG, Continuità Assistenziale e Ospedale, anche attraverso sistemi concordati di consultazione di dati sanitari del MMG;
 - diffondere la presa in carico mediante l'applicazione di PDTA (percorsi diagnostico terapeutici assistenziali) condivisi con la Medicina Specialistica e Ospedaliera,
 - realizzare lo sviluppo professionale in ordine all'applicazione dei PDTA stessi,
- avviare *processi di riallocazione di risorse* da un livello assistenziale ad un altro, per garantire efficienza, efficacia ed economicità del Sistema, con particolare attenzione all'assistenza territoriale,
- individuare nell'ambito dei Patti Aziendali *percorsi incentivati correlati all'appropriatezza e al conseguimento degli obiettivi predefiniti* che, nel caso di raggiungimento di risultati economici positivi, consentano, da parte delle Aziende e in accordo con le OOSS, il riutilizzo di tali risorse per le attività concernenti lo sviluppo del modello stesso,
- *istituire modalità di finanziamento correlate alla Appropriatezza che alimentino i fattori produttivi della Assistenza Primaria e progetti su obiettivi di salute condivisi con le OOSS rappresentative*,
- *realizzare, conformemente alle indicazioni normative e contrattuali, l'implementazione di sistemi informativi* di monitoraggio, documentazione e verifica della MG, con riguardo alle performance assistenziali, organizzative e di relazione con il sistema,
- favorire lo sviluppo delle *Forme associative* per la medicina convenzionata per attuare le aggregazioni funzionali territoriali o Team,

ALLEGATO A alla Dgr n. 1575 del 26 maggio 2009

pag. 3/5

- individuare le risorse a supporto alle attività delle aggregazioni funzionali e delle forme erogative territoriali: di personale ed altri servizi eventualmente forniti direttamente dalla Azienda ULSS secondo le necessità della *Rete assistenziale*,
- *definire indicatori misurabili e standard* finalizzati allo sviluppo del sistema,
- recuperare il ruolo di funzione pubblica del MMG verso i propri assistiti, relativo alle certificazioni sociali, civili, di motorizzazione e distrettuali (es Codici di esenzione), conformemente agli indirizzi regionali,
- razionalizzare il carico burocratico con atti di semplificazione amministrativa,
- costituire una *Commissione tecnica aziendale* presieduta dal Direttore generale e composta di esperti aziendali e di medici convenzionati nominati dalle OOSS con il compito di governare le azioni di cui sopra.

OBIETTIVI DA INSERIRE NEI PATTI AZIENDALI

Qualificare l'assistenza primaria attraverso:

- *la gestione del paziente fragile e anziano sopra i 75 anni, tramite un'apposita valutazione della fragilità, ripetuta nel tempo (progetto obiettivo),*
- *la gestione dei problemi della cronicità, con specifico riferimento al diabete e all'ipertensione, secondo modelli di gestione propri del I livello, anche valorizzando le competenze vocazionali del MMG, nel rispetto delle competenze delle altre aree professionali della medicina convenzionata,*
- *la gestione del paziente oncologico terminale secondo modalità di presa in carico previste dall'AIR e conformi alle indicazioni regionali, in forte connessione con le Unità di Cure Palliative (UCP),*
- *la gestione della prevenzione e valutazione del rischio cardio-vascolare con particolare attenzione all'alto rischio Cardio Vascolare,*
- *lo sviluppo del Sistema di raccolta dei flussi informativi riguardo ai dati clinico epidemiologici rilevanti sia per programmare correttamente l'adeguamento dei processi assistenziali (PDTA), sia per l'implementazione di percorsi di audit, ai fini di promuovere e monitorare gli esiti attesi dagli interventi su obiettivi di salute,*
- *la riqualificazione della Residenzialità intermedia compresi i letti di sollievo,*
- *il Potenziamento della Prevenzione realizzata tramite gli screening collettivi e la promozione di stili di vita virtuosi.*

STRUMENTI OPERATIVI

a) I Patti aziendali, di cui all'Accordo Regionale ex D.G.R. n. 3889 del 31/12/2001, costituiscono, in ogni Azienda ULSS, gli strumenti per la gestione delle modalità organizzative e di erogazione delle prestazioni e degli standard dei Medici di Assistenza Primaria, volte al perseguimento degli obiettivi di salute individuati dalla programmazione sanitaria nazionale e regionale. Fondamentale è l'applicazione di percorsi di gestione delle patologie ad alto impatto sociale (diabete, ictus, bpco, alto rischio cardio-vascolare, fragilità ecc.), al fine di costruire percorsi di assistenza più appropriati sia da un punto di vista dell'accettabilità, dell'accessibilità e dell'equità, sia da un punto di vista dell'uso delle risorse favorendo la riallocazione dei percorsi dall'Ospedale al Territorio.

b) Le Forme associative il cui sviluppo consentirà di definire e valorizzare le aggregazioni funzionali territoriali dei MMG e delle sue forme erogative quali la medicina di gruppo, la rete, l'associazione e l'UTAP.

La Medicina di Gruppo integrata (in fase sperimentale, da avviare secondo valutazioni congiunte con le OOSS) risponde ai requisiti previsti dalle Linee-Guida introdotte dall'ACR (DGR n. 4395 del 30/12/2005) per la Medicina Convenzionata, è integrata perché si avvale di "risorse" messe a disposizione dal Distretto (es. personale infermieristico ed amministrativo) e dalle Municipalità (es. assistente sociale ed amministrativo), può diventare un soggetto forte operante nel Distretto Socio Sanitario.

Le Unità Territoriali di Assistenza Primaria (UTAP) sono finalizzate a: migliorare la qualità dell'assistenza, garantire l'appropriata erogazione dei servizi, la continuità dell'assistenza e l'efficace integrazione socio-sanitaria.

MODALITÀ APPLICATIVE

Il Progetto sopra descritto è immediatamente esecutivo e, pertanto, ogni Azienda deve adeguare i propri atti alle indicazioni del presente documento.

REGIA REGIONALE

La costituzione di una Commissione tecnica regionale presieduta dal Segretario regionale sanità e sociale e composta di esperti regionali, aziendali e della Medicina Generale indicati dalle OOSS, che avrà il compito di verificare la conformità delle attività aziendali per le cure primarie alla programmazione regionale in materia.

APPROPRIATEZZA**AZIONI**

Il Patto Aziendale consente, inoltre, di attuare l'appropriatezza delle cure e l'appropriatezza prescrittiva, che si realizzano nel:

- governo clinico,
- linee guida,
- percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) condivisi, nell'ambito della rete assistenziale/informativa,
- continuità terapeutica tra medicina generale/specialistica/ospedaliera,
- modalità omogenee di valutazione multidimensionale e classificazione del bisogno;

per conseguire anche:

- un utilizzo appropriato dell'ospedale,
- un utilizzo appropriato del farmaco,
- un utilizzo appropriato della specialistica,
- il contenimento delle liste e dei tempi di attesa entro percorsi condivisi o modalità di erogazione differenti.

STRUMENTI

Definizione di indicatori misurabili e standard (di qualità clinica assistenziale, informativi/informatici, di accessibilità e di accoglienza, di impatto economico) finalizzati al monitoraggio delle performance assistenziali ed organizzative individuali ed associative nelle aggregazioni funzionali territoriali.

Avvio di processi di riallocazione di risorse da un livello assistenziale ad un altro, per garantire efficienza, efficacia ed economicità del Sistema, con particolare attenzione all'assistenza territoriale.

Per il conseguimento degli obiettivi sopra definiti si individuano i seguenti percorsi incentivanti, con decorrenza 1° gennaio 2009:

Quote A e B - pre definite e corrisposte in dodicesimi, da assegnare:

1. in previsione del raggiungimento degli obiettivi di governo clinico \ assistenziale;
2. alla formazione strategica funzionale all'allineamento di tutti i MMG sugli obiettivi del Patto.

Quota C – variabile sul piano aziendale, da assegnare:

- in proporzione al raggiungimento degli obiettivi su progetti speciali, sulla base di indicatori misurabili, di impatto economico, secondo modalità condivise;
- allo sviluppo dei sistemi informativi collettivi di audit e monitoraggio, necessari a perseguire e documentare gli obiettivi da conseguire nei patti.

Quota D – derivante dal riutilizzo nell'Assistenza Primaria delle economie conseguenti l'Appropriatezza. Per il 2008 viene individuata una somma definita dalle parti nel 50%, del totale delle economie conseguite. Il

comitato aziendale definisce le modalità di utilizzo di tale fondo. Per gli esercizi successivi il fondo di cui sopra viene definito mediante criteri individuati dalle parti. Tale disposizione sarà sottoposta alla Giunta regionale per le determinazioni conseguenti.

PERCORSI DI SVILUPPO DELLE FORME ASSOCIATIVE

Al fine di dare attuazione alla seguente disposizione: "Individuare le risorse di supporto alle attività delle aggregazione funzionali territoriali e dei team, di personale ed altri servizi forniti direttamente dalla Azienda secondo le necessità della *Rete assistenziale*", si definiscono i seguenti criteri applicativi.

- 1) Apertura concordata delle forme associative da richiedere entro il prossimo 30 giugno 2009, le cui domande saranno accolte scaglionandole nel tempo, in base all'ammontare complessivo della spesa. Tale disposizione sarà sottoposta alla Giunta regionale per le determinazioni conseguenti.
- 2) Il MMG è chiamato a realizzare il presente Progetto, secondo modalità sia di autogoverno sia in connessione organica con gli indirizzi regionali.
- 3) Con DGR n. 4170 del 30.12.2008 - Punto 4), è stato disposto "di consentire la costituzione, con adeguamento automatico del tetto di spesa, di nuovi rapporti di lavoro per collaboratore di studio e personale infermieristico dei MMG in gruppo, in rete ed in associazione".
- 4) Il personale di studio ed infermieristico deve, rispettivamente, svolgere almeno le seguenti attività, descritte in via indicativa:
 - personale di studio:
 - gestione dell'accessibilità agli studi medici e accoglienza dell'utenza;
 - supporto alla tenuta dei fascicoli degli assistiti;
 - attività burocratiche connesse al governo clinico \ assistenziale.
 - personale infermieristico:
 - supporto e monitoraggio della gestione della cronicità e attività di prevenzione;
 - partecipazione a percorsi di audit organizzati con i MMG.
- 5) Il personale di cui trattasi può essere:
 - assunto dal Medico di assistenza primaria e, in questo caso, compete una maggiorazione della relativa indennità in considerazione all'orario di lavoro previsto, oltre quello ordinario;
 - fornito dall'Azienda, su progetti di assistenza definiti in Comitato Aziendale e secondo modalità condivise con le forme associative interessate. In tal caso è necessario che ogni Azienda definisca con le OOSS della MG il relativo fabbisogno e si coordini con la Regione per le procedure di acquisizione di detto personale.
- 6) L'Azienda definisce annualmente, nell'ambito del presente progetto, tramite il Comitato aziendale, la quota di personale da assegnare alle forme organizzative della MG in relazione agli obiettivi da conseguire e alle risorse disponibili derivanti da processi di razionalizzazione della spesa sanitaria.
- 7) Ai fini di migliorare la qualità dell'Assistenza Primaria, le parti concordano di effettuare una verifica congiunta sul numero di cittadini residenti ma risultanti non iscritti ai MMG, per valutarne i conseguenti aspetti assistenziali ed economici.

**PRE – INTESA TRA REGIONE VENETO E LA PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA**

(...)

**LA PEDIATRIA DI FAMIGLIA
NEL SISTEMA SOCIO SANITARIO VENETO:
UN MODELLO DI RIFERIMENTO****RUOLO DEL PLS**

Nel Veneto la PLS ha scelto, già con l'Accordo regionale del 2001, di riqualificare il proprio ruolo attraverso tre azioni specifiche, di alto livello strategico:

- il rapporto con i pazienti e i loro familiari, tenuto conto della realtà socio-demografica;
- il contenuto del LEA della PLS, introducendo due progetti: uno di prevenzione ed un altro di cura, dopo un'analisi epidemiologica attraverso la popolazione pediatrica;
- la crescita continua della categoria, gestendo direttamente la formazione obbligatoria regionale.

Trasformazione del ruolo della pediatria di libera scelta in pediatria di famiglia, attraverso la messa a punto di processi di "presa in carico dei bisogni" e di promozione di stili di vita che qualificano il rapporto tra Pediatra – Bambino – Famiglia, in un contesto sociale in continua evoluzione.

OBIETTIVI STRATEGICI

- *l'importanza di un sistema delle Cure Primarie integrato, fondato dunque sull'interazione tra i professionisti e sulla promozione delle sinergie tra i diversi poli della rete socio-assistenziale;*
- *la necessità di realizzare nel territorio la continuità dell'assistenza nel concetto più ampio di presa in carico globale dell'assistito;*
- *la conferma della validità del programma di prevenzione primaria che deve essere esteso a tutta la popolazione infantile del Veneto con particolare attenzione all'intercettazione dei deficit sensoriali visivi ed uditivi ed ai corretti stili di vita;*
- *un adeguato sviluppo del Sistema di raccolta dei flussi informativi riguardo ai dati clinico epidemiologici rilevanti sia per programmare correttamente lo sviluppo dei processi assistenziali, sia per monitorare gli esiti attesi degli interventi operati in termini di obiettivi di salute;*
- *la strategicità di implementazione di modelli a responsabilità condivisa nelle scelte di politica sanitaria e di governo clinico, volti a garantire il perseguimento di obiettivi di salute.*

STRUMENTI ATTUATIVI

Si individuano, pertanto, come strumenti attuativi dei suddetti obiettivi strategici, da un lato i *Patti aziendali*, finalizzati alla declinazione a livello aziendale delle linee programmatiche ed alla definizione di ulteriori obiettivi contestuali. In quest'ottica lo strumento del Patto costituisce parte integrante dei sistemi di pianificazione e di programmazione aziendale, in relazione agli obiettivi di salute individuati ed attuabili tramite la messa a punto di processi di "presa in carico dei bisogni" e di stili che qualificano il rapporto tra Pediatra-Bambino-Famiglia. Dall'altro lato le *forme associative* della Pediatria di Libera Scelta rappresentano lo strumento atto a promuovere modalità di lavoro integrato tra i Medici e di responsabilizzazione su obiettivi di equità e compatibilità economica del sistema; esse inoltre favoriscono la continuità dell'assistenza che è all'apice degli obiettivi dell'organizzazione dei servizi.

Si intende dunque valorizzare:

- la valenza strategica del Patto;
- gli strumenti gestionali delle forme associative con particolare attenzione alle forme evolute e complesse (UTAP ed Equipe territoriali) che dovranno costituire il fulcro dell'assistenza pediatrica primaria in un contesto distrettuale organizzato ed integrato con il settore ospedaliero;
- la conferma e la valorizzazione del progetto "Salute Infanzia" come livello essenziale ed uniforme di prevenzione in ambito regionale;

ALLEGATO B alla Dgr n. 1575 del 26 maggio 2009

pag. 2/3

- la conferma e lo sviluppo del progetto "Cure Primarie", quale espressione dell'appropriatezza diagnostico prescrittiva e del governo clinico delle patologie a maggior incidenza ed importanza sociale.

MODELLO EROGATIVO ED ORGANIZZATIVO

Obiettivi	Azioni	Modelli organizzativi	Risorse	Indicatori	Tempi
LEA nazionali ed aggiuntivi della PLS; Progetti Salute infanzia e Cure Primarie	Piano attuativo locale per le Cure primarie e Patti aziendali	RETE (Team funzionali, Pediatria di gruppo integrata e UTAPP)	Accordi nazionale e regionale: quota fissa, a prestazione e a funzione.	Definiti nei Patti aziendali	Tre anni

Programmazione territoriale

Attraverso: la predisposizione del Piano Attuativo Locale per le Cure Primarie, di durata triennale, per l'individuazione delle Strategie aziendali per il conseguimento degli obiettivi relativi alla gestione integrata dei pazienti e alla continuità assistenziale, introdotti con gli Accordi Regionali per la Medicina convenzionata.

I Patti aziendali, di cui all'Accordo Regionale ex D.G.R. n. 3889 del 31/12/2001, costituiscono, in ogni Azienda ULSS, gli strumenti per la gestione delle modalità organizzative e di erogazione delle prestazioni e degli standard dei Medici di Assistenza Primaria, volte al perseguimento degli obiettivi di salute individuati dalla programmazione sanitaria nazionale e regionale.

Le Unità Territoriali di Assistenza Primaria Pediatriche (UTAPP), sono finalizzate a: migliorare la qualità dell'assistenza, garantire l'appropriata erogazione dei servizi, la continuità delle cure e l'efficace integrazione socio-sanitaria. Il perseguimento di tali obiettivi avviene attraverso lo sviluppo del governo clinico delle Cure Primarie Pediatriche, inteso come modalità di lavoro condiviso, nonché mediante una responsabilizzazione sugli obiettivi di compatibilità economica del sistema.

La Rete

Obiettivo fondamentale di tale organizzazione della Pediatria di famiglia deve essere la costruzione di un percorso di continuità delle cure e dell'assistenza basato sulla:

- disponibilità a definire un coordinamento assistenziale che garantisca l'H12;
- adozione di un modello organizzativo in grado di assicurare la disponibilità h 24 dei dati del paziente, mediante la messa in rete di data set condivisi e aggiornati, relativi alla situazione clinica e sociale, che consentano un approccio efficace al paziente in caso di situazioni di emergenza da parte delle varie figure professionali eventualmente coinvolte;
- coinvolgimento di tutti i coattori aziendali (ospedalieri e territoriali) nell'"educazione" del paziente/utente ad un corretto utilizzo della gradualità delle risposte garantite dal SSN;
- configurazione di strumenti di tracciabilità dei percorsi dell'utenza ai fini della responsabilizzazione di tutti gli attori coinvolti al corretto assolvimento dei rispettivi ruoli.

La Pediatria di Gruppo integrata risponde ai requisiti previsti dalle Linee-Guida introdotte dall'ACR (DGR n. n. 2667 del 07/08/2006) per la Pediatria di libera scelta. È integrata perché si avvale di "risorse" messe a disposizione dal Distretto (es. personale infermieristico ed amministrativo) e dalle Municipalità (es. assistente sociale ed amministrativo).

Sviluppo forme associative

Nel 2004 l'appartenenza a forme associative ha riguardato 265 Pediatri di Libera Scelta su 537 ovvero il 49% circa, così ripartiti: n. 222 in Associazione e n. 43 in Gruppo.

ALLEGATO B alla Dgr n. 1575 del 26 maggio 2009

pag. 3/3

Nel 2007, la situazione è la seguente: 395 Pediatri di Libera Scelta su 560 ovvero il 70% circa, così ripartiti: n. 307 in Associazione e n. 88 in Gruppo.

Progetto salute infanzia

La Regione del Veneto, in sintonia e collaborazione con la Pediatria di famiglia, ha programmato ed attuato già con il precedente Accordo regionale del 2001, un intervento coordinato di prevenzione primaria attraverso l'attuazione di specifici programmi di salute.

Progetto cure primarie

Prevede una serie di interventi finalizzati a coinvolgere maggiormente il Pediatra di famiglia nel processo di miglioramento della qualità assistenziale e dell'efficacia dei servizi erogati, superando il principio della offerta di singole prestazioni e in un'ottica di corretto utilizzo delle risorse.

Formazione continua

Per la Pediatria di famiglia costituisce risorsa peculiare e irrinunciabile l'attività di un "Centro studi per la formazione e la ricerca in pediatria del territorio", da istituire in ogni Regione.

**PRE – INTESA TRA REGIONE VENETO E LA SPECIALISTICA
AMBULATORIALE INTERNA**

(...)

**LA SPECIALISTICA
AMBULATORIALE INTERNA
NEL SISTEMA SOCIO SANITARIO VENETO:
UN MODELLO DI RIFERIMENTO****PREMESSE**

Alla Specialistica ambulatoriale interna va riconosciuto un dato incontrovertibile che si sostanzia nelle specificità di tale rapporto di lavoro, caratterizzato dalla molteplicità di branche specialistiche con rapporto di lavoro anche in sedi e/o aziende diverse, con flessibilità organizzativa di sedi e orari in ambito aziendale, dalle elevate competenze e conoscenze di branca che si concretizzano nell'erogazione di prestazioni specialistiche programmate (prestazione singola e/o percorso diagnostico terapeutico complesso anche multi disciplinare sia in ambito poli ambulatoriale distrettuale che ospedaliero), o interventi specialistici inseriti nell'ambito di programmi di assistenza consultoriale e domiciliare integrata, o post ospedalizzazione attraverso la cogestione del primo intervento e/o della cronicità con i MMG, PLS e MCA e l'attivazione di percorsi diagnostico terapeutici integrati per le patologie più comuni ed a maggior impatto sociale ed economico.

Ciò è stato giustamente riconosciuto dal Veneto, con l'accordo regionale per i medici specialisti ambulatoriali interni, con il quale sono stati definiti:

RUOLO

La Specialistica ambulatoriale interna, costituisce una risorsa indispensabile al SSSR per l'espletamento di tutti gli interventi di natura specialistica in ambito territoriale, in sede ambulatoriale, domiciliare e anche ospedaliera, assicurando ai medici di assistenza primaria il consulto specialistico, e in particolare per:

- individuazione di percorsi preferenziali clinico-assistenziali per pazienti multiproblematici, assicurando nello stesso accesso al poliambulatorio la consulenza plurispecialistica e l'assunzione in cura nei casi previsti, al fine di ridurre le liste di attesa e il disagio del paziente;
- individuazione di modalità organizzative finalizzate alla consulenza telefonica da parte dei Medici Specialisti Ambulatoriali Interni ai Medici di Assistenza Primaria e ai Pediatri di Libera Scelta ed altre Professionalità, con il coinvolgimento del personale tecnico e/o sanitario;
- partecipazione dello Specialista Ambulatoriale Interno sia alla Unità Valutativa Multidimensionale Distrettuale (UVMD) sia all'Assistenza Domiciliare Integrata;
- consulenza specialistica presso le RSA, Country hospital, Ospedali territoriali ed altre strutture qualora richiesta dal Medico di Assistenza Primaria;
- consulenza specialistica presso gli Ospedali di rete e le strutture sanitarie pre accreditate previa autorizzazione dell'Azienda di appartenenza;
- coinvolgimento obbligatorio dello Specialista Ambulatoriale Interno negli screening individuati dai programmi nazionali, regionali e aziendali ai fini del miglioramento della qualità della vita e dello stato generale di salute della popolazione; partecipazione alla definizione e realizzazione di progetti finalizzati ad evadere le richieste di prestazioni a carattere di urgenza differibile con modalità da concordare a livello di Distretto nell'ambito dell'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali;
- coinvolgimento nelle campagne di prevenzione e vaccinali, in raccordo con il dipartimento di prevenzione, a livello distrettuale, di ASL o area vasta;
- partecipazione alle attività di rilevamento epidemiologico e di farmacovigilanza pubblica;
- partecipazione ad attività di formazione aziendale e del personale socio-sanitario aziendale, nonché ai progetti di ricerca concordati in sede Aziendale o Distrettuale, coerentemente con gli indirizzi di programmazione regionale;
- partecipazione alle attività di sperimentazione clinica.

ALLEGATOC alla Dgr n. 1575 del 26 maggio 2009

pag. 2/2

OBIETTIVI STRATEGICI:

- *conseguire un'effettiva integrazione della Specialistica Ambulatoriale Interna con i servizi e gli operatori del territorio,*
- *attivare percorsi clinico assistenziali concordati fra la Specialistica Ambulatoriale Interna e la componente ospedaliera e condivisi con la Medicina di Assistenza Primaria e la Pediatria di Libera Scelta,*
- *sperimentare forme complesse di assistenza primaria,*
- *concorrere all'abbattimento delle liste di attesa attraverso modalità previste dalla DGR n. 3535/2004 e successive modificazioni, da concordare a livello regionale ed aziendale.*

PRINCIPALI STRUMENTI OPERATIVI:

- Patti aziendali.
- Riorganizzazione strutturale e funzionale dei poliambulatori e ambulatori distrettuali.
- Miglioramento dell'accesso ai poliambulatori specialistici pubblici e potenziamento della dotazione tecnologica.

Organizzazione in rete

Il Sistema delle cure primarie "primary care" richiede una rimodulazione organizzativa dell'Assistenza Sanitaria sul Territorio. L'integrazione sanitaria e socio-sanitaria di tutti gli attori delle Cure Primarie permette di ridisegnare i percorsi di cura, mirando alla ottimizzazione del sistema di Assistenza Sanitaria al Cittadino secondo indicazioni del P.S.N. 2006-2008. "La rete, di cui sono parte essenziale e qualificante gli Specialisti Ambulatoriali Interni, sarà in grado di garantire la continuità dell'assistenza."

Gli Specialisti Ambulatoriali Interni e le altre Professionalità Sanitarie Ambulatoriali si integrano nell'assistenza primaria con il compito di corrispondere ad ogni esigenza di carattere specialistico che non richieda e/o tenda ad evitare la degenza ospedaliera, in una logica di sistema con i MMG, PLS e MCA, e di interconnessione con l'assistenza ospedaliera e gli altri servizi Aziendali.

L'organizzazione di una Rete Informatica e Telematica, a livello Distrettuale/Aziendale, crea il collegamento in tempo reale tra gli Specialisti Ambulatoriali Interni operanti negli Ambulatori e nei Poliambulatori Aziendali (Distrettuali, Consultoriali, altri), i servizi distrettuali e le Unità Operative Ospedaliere.

L'interazione con i MMG ed i PLS dell'ambito territoriale di riferimento consente il completamento della rete informatica Aziendale.

L'attivazione della Rete comunicativa aziendale tra SAI, MMG, PLS, Servizi distrettuali ed ospedalieri fornisce una risposta sanitaria in tempo reale, efficace ed appropriata, mediante l'utilizzo di risorse a tutela di equità, eguaglianza e compatibilità del Sistema.

Sviluppo della rete specialistica

La specialistica ambulatoriale interna può essere integrata e sviluppata su tre livelli:

- Rete integrativa aziendale, (fascicolo, refertazione, protocolli operativi di area amministrativa).
- Rete formativa aziendale anche per area vasta interaziendale (audit fra pari, percorsi diagnostico terapeutici integrati).
- Rete d'innovazione: clinica (protocolli terapeutici) e di ricerca (sviluppo programmi di ricerca epidemiologica, terapeutica, clinico specialistica specifica...).

Gli obiettivi:

- migliorare ed implementare la rete formativa aziendale,
- condividere e sviluppare miglioramenti di salute,
- sviluppare ed organizzare un nuovo modello di formazione interdisciplinare aziendale ed interaziendale.