



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

DELIBERAZIONE N. 60/2 DEL 2.12.2015

Oggetto: **Sistema Regionale delle Cure Territoriali. Linee di indirizzo per la riqualificazione delle cure primarie.**

L'Assessore dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale ricorda che nel Patto della Salute per gli anni 2014-2016, nella definizione dei livelli essenziali di assistenza (LEA), si garantisce in modo appropriato e uniforme l'equità e l'universalità del Sistema Sanitario Nazionale.

L'Assessore richiama in particolare l'articolo 5 del Patto della Salute, con il quale le Regioni si impegnano a promuovere un modello multidisciplinare e interprofessionale dell'assistenza territoriale, in particolare attraverso l'istituzione di forme di aggregazione strutturale (UCCP - Unità Complesse di Cure Primarie) e di aggregazione funzionale (AFT - Aggregazioni Funzionali Territoriali) della medicina convenzionata, integrata con il personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), per l'erogazione delle cure primarie nell'ambito dell'organizzazione dei distretti socio-sanitari. Tali forme di aggregazione sono chiamate ad operare in maniera integrata all'interno di strutture e di presidi individuati dalla Regione in sedi dislocate nei territori dei distretti di appartenenza.

L'Assessore ricorda che, in coerenza con precedenti atti di programmazione della Giunta regionale, tali forme di aggregazione delle cure primarie devono assicurare prestazioni di medicina generale, di assistenza infermieristica, nonché attività specialistiche sia di tipo ambulatoriale, che residenziale e domiciliare.

Queste forme di aggregazione devono garantire la continuità dell'assistenza mediante la condivisione delle informazioni sanitarie. Il modello nazionale ipotizza anche l'accessibilità all'assistenza territoriale per tutto l'arco della giornata e per tutti i giorni della settimana, avvalendosi del ruolo unico della medicina generale, prevedendo l'applicazione di percorsi assistenziali condivisi e l'integrazione informativa tra le componenti della medicina convenzionata e la rete distrettuale ed ospedaliera.

L'Assessore precisa, inoltre, che la legge regionale n. 23 del 17 novembre 2014, all'art. 1, avvia il processo di riforma del sistema sanitario regionale prevedendo tra i vari obiettivi la riorganizzazione della rete dell'emergenza-urgenza, della rete territoriale di assistenza e della medicina del territorio la razionalizzazione della rete ospedaliera. All'art.7 prevede l'integrazione dei processi di cura e la



continuità assistenziale individuando nella Casa della Salute la struttura che raccoglie in un unico spazio l'offerta extra ospedaliera del servizio sanitario, integrata con il servizio sociale, in grado di rispondere alla domanda di assistenza di persone e famiglie con bisogni complessi.

L'Assessore riferisce, quindi, che, in linea con quanto disposto dalla citata L.R. 23/2014, il processo di definizione dei criteri di riordino della rete ospedaliera, a seguito dell'approvazione della deliberazione della Giunta regionale n. 38/12 del 17 luglio 2015, richiede di condurre un'attenta valutazione dell'organizzazione dei servizi, della possibilità di accorpate strutture esistenti e di riqualificarne delle altre, per permettere una maggiore efficienza dell'assistenza sanitaria ospedaliera. L'integrazione e l'interazione funzionale tra le strutture territoriali e le strutture ospedaliere riveste un ruolo centrale per migliorare l'appropriatezza e la continuità delle cure dei cittadini, in particolar modo per gli assistiti affetti da malattie croniche.

L'Assessore ricorda inoltre che con la deliberazione della Giunta regionale n. 44/13 del 7 novembre 2014 è stato istituito il Tavolo Regionale per la riqualificazione e il rafforzamento delle cure primarie e che con proprio Decreto n. 14 del 7 gennaio 2015 è stata definita la composizione dello stesso al quale è stato affidato il compito di promuovere la discussione tra i portatori di interesse rappresentativi dei singoli territori regionali, e di elaborare un modello regionale di assistenza basato sull'integrazione e sulla valorizzazione delle diverse professionalità impegnate nelle cure primarie. In tale contesto è stata ribadita in particolare la necessità di promuovere, supportare e valutare sperimentazioni gestionali e funzionali delle forme di aggregazione delle cure primarie in Regione che tengano conto delle caratteristiche geografiche e demografiche della popolazione residente negli ambiti di intervento. Il Tavolo regionale si è soffermato su importanti temi illustrati in Allegato 1:

- la necessità e utilità del cambiamento del modello di cure primarie per la sostenibilità sociale ed economica del Sistema Sanitario Regionale;
- i nuovi modelli di cura territoriali alternativi e complementari a quelli ospedalieri, basati sul coinvolgimento delle comunità;
- i percorsi formativi per il personale sanitario e gli strumenti di crescita consapevole del proprio potenziale per gli utenti (c.d. empowerment), allo scopo di promuovere una cultura del cambiamento;
- la valutazione dell'impegno finanziario necessario a gestire l'impatto sociale ed economico del suddetto cambiamento;
- la necessità di sensibilizzare i soggetti protagonisti del cambiamento quali i rappresentanti locali, tecnici e politici, al fine di produrre un impatto positivo sulle persone e sulle comunità;



- il nuovo approccio alla “risorsa umana” come “risorsa flessibile” che acquisisca nuove competenze verso una presa in carico globale della persona anche attraverso il lavoro in team multiprofessionale e interdisciplinare;
- il ruolo della tecnologia e in particolare dei sistemi informativi nel nuovo modello di cure primarie.

L'Assessore ritiene opportuno riportare nell'Allegato 2 alcuni dati di contesto al fine di una maggiore comprensione della situazione attuale. In particolare sono illustrati il numero dei Medici di Medicina Generale (MMG) e i Pediatri di Libera Scelta (PLS) distribuiti per ambiti territoriali, i punti di continuità assistenziale (MCA - medici di continuità assistenziale), l'ambito e la popolazione assistita, il numero delle farmacie convenzionate e ambito con popolazione servita, il numero delle Case della Salute attive e in fase di realizzazione, l'ubicazione dei poliambulatori e l'indicazione delle branche specialistiche presenti.

L'Assessore riferisce che il principale obiettivo strategico del riordino delle cure territoriale è quello di mantenere le persone in condizione di benessere quanto più possibile, senza sprechi, con efficienza e con percorsi di cura e assistenza erogati in prossimità degli ambienti di vita e in maniera non frammentaria. A tal fine occorre avviare un profondo cambiamento organizzativo e culturale che consenta di:

- spostare i setting di cura e i paradigmi dal “paziente acuto” a quello della “cronicità”;
- modificare l'approccio alla cronicità inteso come presa in carico, dell'organizzazione della cura e dell'empowerment personale, organizzativo e comunitario;
- riportare nei percorsi delle Cure Primarie, buona parte di prestazioni, dei volumi di attività e dei processi di cura da troppo tempo erogate in setting ospedalieri;
- spostare i luoghi di cura, dall' ospedale alle comunità locali e all'ambiente di vita dell'assistito, possibilmente al proprio domicilio o in luoghi di prossimità.

L'Assessore afferma l'esigenza di migliorare l'approccio generale alla Cronicità attraverso l'adozione del Chronic Care Model, anche attraverso sperimentazioni nei territori di iniziative coordinate di Medicina d'Iniziativa che rispettino le seguenti caratteristiche fondamentali:

- riconoscere nella Comunità una risorsa fondamentale;
- valorizzare l'auto-cura, intesa come coinvolgimento dell'assistito perche diventi il protagonista attivo del processo assistenziale;
- fondare l'organizzazione delle cure nel team assistenziale costituito da figure professionali che operano in modo integrato;



- sviluppare il supporto alle decisioni attraverso l'adozione di Linee Guida da parte del team assistenziale;
- adottare specifici sistemi informativi con funzioni di allerta, di integrazione e di feed-back per i professionisti del team assistenziale.

Con il passaggio dalla medicina d'attesa alla medicina d'iniziativa, i servizi dovranno essere proattivamente indirizzati verso persone con bisogni complessi come gli anziani fragili o persone con malattie croniche; il sistema deve poter prevedere la chiamata attiva degli assistiti, classificati secondo livelli di gravità di rischio e sfruttando al massimo le potenzialità offerte dalle innovazioni tecnologiche. I Team organizzati potranno avere la delega a gestire per i propri pazienti non solo il budget sanitario ma anche quello sociale, garantendo così una vera integrazione sociosanitaria.

L'Assessore riferisce, inoltre, che le linee di indirizzo riportate nell'Allegato 1 individuano i professionisti del sistema delle cure territoriali che rivestono importanza fondamentale nella costituzione dei team assistenziali, i luoghi e le modalità di erogazione delle cure secondo un modello regionale unitario. Le aggregazioni funzionali (AFT) e strutturali (UCCP) della medicina generale e della specialistica convenzionata rappresentano le forme organizzative dei team assistenziali integrate con il personale dipendente della ASL. Le case della salute costituiscono il luogo preferenziale per l'erogazione delle cure primarie in forma strutturata e coordinata da parte dei team assistenziali che operano nel distretto, nonché il raccordo funzionale delle AFT. Per la piena realizzazione del modello regionale è necessario rafforzare la Governance Unitaria nel Distretto Socio-Sanitario, la sua capacità di gestire e coordinare la produzione di percorsi di cura, l'integrazione socio-sanitaria e di condurre attività di controllo della gestione su basi informative integrate.

L'Assessore propone di adottare in via preliminare le linee di indirizzo per la riqualificazione delle cure primarie della Regione, contenute nel documento allegato alla presente deliberazione per costituirne parte integrante e sostanziale (Allegato 1).

La Giunta regionale, udita la proposta dell'Assessore dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale, visto il parere favorevole di legittimità del Direttore generale della Sanità

DELIBERA

- di adottare le linee di indirizzo per la riqualificazione delle cure primarie della Regione contenuti nel documento allegato 1 alla presente deliberazione per costituirne parte integrante e sostanziale;
- di pubblicare le linee d'indirizzo nel sito Sardegna ParteciPA per raccogliere le osservazioni degli stakeholder per 45 giorni;



- di demandare ad apposita deliberazione della Giunta regionale l'approvazione delle disposizioni contrattuali inerenti alle nuove forme organizzative dell'Assistenza primaria, ad intervenuto adeguamento degli Accordi Collettivi Nazionali relativi alla disciplina dei rapporti con i medici convenzionati, come previsto dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, art. 1, comma 6 e conseguente adozione dei nuovi Accordi Integrativi Regionali;
- di dare mandato all'Assessore dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale per la presentazione di una proposta di riorganizzazione del servizio di continuità assistenziale da adottarsi con successiva deliberazione della Giunta regionale in coerenza con le linee di indirizzo contenute nella presente deliberazione.

La presente deliberazione è trasmessa alla competente Commissione consiliare per l'espressione del parere di merito, ai sensi dell'art. 12, comma 2, della L.R. 28.7.2006, n. 10, e s.m.i..

Il Direttore Generale

Alessandro De Martini

Il Vicepresidente

Raffaele Paci