

PROTAGONISTI MEDICI E PEDIATRI DI BASE

# Progetto cure primarie Una svolta per il Veneto

Tra la Regione e il territorio  
si potenzia il rapporto  
Garantite strategie comuni  
per migliorare l'assistenza

Come riferimento è stato preso il modello di Thiene creato da Sandro Caffi e implementato da Domenico Mantoan.

Un provvedimento storico. "È una svolta epocale", dice l'assessore Sandro Sandri. Si amplia e potenzia il rapporto fra Regione e territorio.

È una vera e propria rivoluzione nel concepire le cure primarie. I medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta saranno sempre più al centro del sistema salute rivolto ai cittadini.

I sindacati sono tutti d'accordo. C'è una condivisione generale. Fra gli obiettivi importanti c'è anche quello di ridurre l'afflusso incontrollato di codici bianchi in ospedale, di ridurre prescrizioni diagnostiche e farmaceutiche inappropriate, di reinvestire sul territorio le somme che si riusciranno a risparmiare. Abbiamo inserito nel riparto per questo progetto 71 milioni 400 mila euro, che verranno distribuiti fra le singole Ulss: 30 mila per i Patti aziendali, 518 milioni e mezzo per le Utap, 32 milioni per le forme associative, 900 mila per la formazione continua".

La Giunta regionale ha approvato il Progetto Cure Primarie. Frutto della collaborazione congiunta delle Ulss e dei medici convenzionati, consentirà di sviluppare strategie comuni per garantire e migliorare i livelli essenziali di assistenza in ambito territoriale.

"Il progetto - spiega Sandri - prende come modello di riferimento quello creato all'Ulss 4 di Thiene da Sandro Caffi e poi implementato da Domenico Mantoan". Esso prevede una serie di elementi: gestione inte-

grata dei pazienti e continuità assistenziale, piani attuativi locali per le cure primarie e Patti aziendali, medicina di gruppo integrate e Utap, risorse in base agli Accordi nazionale e regionale, indicatori. Tempo per tradurlo in concreto: 3 anni.

L'attuale processo di crescita delle cure primarie iniziava con l'Accordo regionale del 2001, che ha previsto il passaggio da un sistema fondato sulle prestazioni ad un altro costruito su progetti e, quindi, su Patti aziendali. Ci fu poi l'Accordo regionale del 2005, con il quale sono stati definiti nuovi standard erogativi ed organizzativi, vale a dire le Utap. Ed oggi si arriva a questo Progetto 2009, che introduce la fase della programmazione dell'assistenza primaria.

Sostanzialmente due gli elementi essenziali del nuovo corso: la programmazione/governo con il Piano attuativo locale per le cure primarie, e l'individuazione e l'organizzazione della rete assistenziale territoriale, così definita: distretti (53) con un bacino di 100 mila abitanti per 24 ore, assistenza sanitaria di base in rete, gruppo e Utap (42), assistenza domiciliare, ospedali di comunità (9), strutture residenziali extraospedaliere (269), hospice (16).

In tale contesto organizzativo ogni cittadino deve cioè poter trovare una risposta sanitaria appropriata, nell'arco delle ventiquattro ore.

Due sono anche gli attori privilegiati di questa strategia regionale: il distretto e i medici convenzionati. "Più che fare burocrazia - spiega Sandri - il distretto dovrà essere il fulcro

del sistema, il punto di riferimento per l'ospedale e il pronto soccorso, perché è il "luogo" più vicino alla popolazione e di primo accesso per l'utenza, per cui dovrà potenziare la relazione con la famiglia anche sotto l'aspetto qualitativo e non soltanto sotto quello dell'adempimento. Dovrà perciò mettere a punto strumenti di governo condivisi con la medicina convenzionata e le istituzioni, in modo da garantire una gestione per 24 ore della risposta ai bisogni socio sanitari del territorio nonché la continuità di cura in particolare nella dimissione e nell'ammissione ospedaliera degli utenti".

Le principali linee di intervento sono: gestione del paziente fragile e anziano ultra75enne, previa valutazione della fragilità ripetuta nel tempo; gestione dei problemi della cronicità, con specifico riferimento al diabete e all'ipertensione, secondo modelli di assistenza di primo livello e di medicina di iniziativa; gestione del paziente oncologico terminale secondo modalità di presa in carico previste dagli indirizzi regionali, in forte connessione con le Unità di cure palliative; gestione della prevenzione e della valutazione del rischio cardio-vascolare con particolare attenzione all'alto rischio; sviluppo del sistema di raccolta dei flussi informativi riguardo ai dati clinico-epidemiologici rilevanti sia per programmare correttamente l'adeguamento dei processi assistenziali, sia per l'implementazione di percorsi di audit, ai fini di promuovere e monitorare gli esiti attesi dagli interventi su obiettivi di salute; riqualificazione della residenzialità intermedia prevedendo anche l'organizzazione di posti-sollievo; potenziamento della prevenzione tramite gli screening collettivi e la promozione di stili di vita virtuosi; confronto continuo sulla gestione integrata del paziente, fra strutture sanitarie territoriali e ospedaliere.

**Tutte le sigle sindacali hanno aderito al piano condividendone gli obiettivi con specifiche intese**

**Come riferimento è stato individuato l'esperimento di Thiene creato da Sandro Caffi**

Le Ulss dovranno reperire i fondi necessari nell'ambito delle risorse finanziarie assegnate annualmente, riducendo la domanda impropria e rafforzando tutti quegli strumenti che possono indurre maggiore appropriatezza delle prestazioni, come ad esempio: percorsi diagnostico terapeutici, continuità assistenziale tra medicina di famiglia-specialistica ambulatoriale interna-ospedale, modalità omogenee di valutazione multidimensionale e classificazione del bisogno, modelli organizzativi integrati.

Su questi obiettivi la Regione ha lanciato una proposta di forte collaborazione con tutti i medici convenzionati (circa 6 mila) che operano sul territorio: medici di famiglia, continuità assistenziale, pediatri di famiglia e specialisti ambulatoriali interni.

In questa direzione, secondo Sandri, "i pediatri di libera scelta sono un patrimonio fondamentale per la qualità del servi-

zio sanitario offerto ad una categoria di cittadini come i bambini, che richiede dedizione, attenzione, sensibilità, professionalità.

Tutte caratteristiche - dice - che i pediatri veneti hanno e che hanno spinto la Regione ad inserire uno specifico capitolo a loro dedicato nel Progetto per le cure primarie. Un modello nel quale i pediatri avranno un ruolo cardine.

Come detto, tutte le sigle sindacali della medicina convenzionata hanno aderito al progetto, sottoscrivendo specifiche preintese: Fimmg, Snam, Smi, Cisl medici, Fp Cgil medici, Simet, Fimp e Sumai.

"Ora - conclude Sandri - l'organizzazione socio-sanitaria della Regione dovrà essere in grado di tradurre in servizi alla persona le indicazioni contenute negli atti del Progetto, per realizzare compiutamente il modello dell'assistenza territoriale come elemento essenziale di un moderno sistema regionale". ♦