



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

Allegato n. 1 alla Delib.G.R. n. 60/2 del 2.12.2015

# LINEE DI INDIRIZZO PER LA RIQUALIFICAZIONE DELLE CURE PRIMARIE



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

## UN MODELLO SARDEGNA DI CURE PRIMARIE PER IL RILANCIO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE

### Sommario

<b>A. PARTE GENERALE</b> .....	4
<b>Premessa</b> .....	4
<b>1 Contesto di salute</b> .....	5
<b>1.1 Nuovi bisogni e nuove domande</b> .....	5
<b>1.2 Nuove risposte e nuovi paradigmi</b> .....	5
<b>1.3 Contesto internazionale</b> .....	6
<b>1.4 Contesto nazionale, regionale e locale</b> .....	7
<b>1.5 Le evidenze disponibili</b> .....	8
<b>2.Obiettivi del documento</b> .....	9
<b>2.1 Obiettivi strategici generali: dove si intende arrivare?</b> .....	9
<b>2.1.1 Migliorare l'approccio generale alla Cronicità</b> .....	10
<b>2.2 Obiettivi specifici regionali: su quali obiettivi ci si concentra?</b> .....	11
<b>2.3 Obiettivi specifici territoriali: quali obiettivi locali si intende raggiungere?</b> .....	12
<b>3. Un Modello Sardegna di Nuove Cure Primarie</b> .....	13
<b>3.1 A chi si rivolge</b> .....	13
<b>3.2 Che problema si intende affrontare</b> .....	13
<b>3.3 Che soggetti intende coinvolgere e con quale percorso</b> .....	14
<b>B. PARTE SPECIFICA</b> .....	16
<b>4. Descrizione del Modello di Cure Primarie</b> .....	16
<b>4.1 Il <i>Chronic Care Model</i></b> .....	17
<b>4.2 La Medicina d'iniziativa</b> .....	19
<b>4.3 I percorsi possibili</b> .....	19
<b>5. L'organizzazione del Modello Sardegna di Cure Primarie</b> .....	21
<b>5.1 Le Aggregazioni di professionisti</b> .....	21



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

<b>5.2 La composizione delle aggregazioni dei professionisti, gli strumenti operativi e il coordinamento .....</b>	<b>22</b>
<b>5.3 I Percorsi Diagnostico Terapeutici e Assistenziali (PDTA) .....</b>	<b>23</b>
<b>5.4 Il Medico di Medicina Generale nelle Cure Primarie .....</b>	<b>24</b>
<b>5.5 La Pediatria di Libera Scelta nelle Cure Primarie .....</b>	<b>25</b>
<b>5.6 La Continuità Assistenziale .....</b>	<b>26</b>
<b>5.7 L'Assistenza Specialistica e le Cure Primarie .....</b>	<b>28</b>
<b>5.8 Il ruolo del cittadino, della comunità e la responsabilizzazione .....</b>	<b>28</b>
<b>6. I punti per l'erogazione dell'offerta e la capillarità nel territorio della Medicina Generale .....</b>	<b>29</b>
<b>6.1 La domiciliarità .....</b>	<b>29</b>
<b>6.2 La residenzialità .....</b>	<b>29</b>
<b>6.3 I Presidi Territoriali di Salute .....</b>	<b>30</b>
<b>6.4 Le Case della Salute, I Centri/Presidi di Salute Territoriali, gli Ospedali di Comunità .....</b>	<b>30</b>
<b>7. La rete dei servizi e le Cure Primarie .....</b>	<b>31</b>
<b>7.1 Il sistema a "rete dei servizi" delle Cure Primarie .....</b>	<b>31</b>
<b>7.2 Il rapporto del modello con la rete ospedaliera .....</b>	<b>31</b>
<b>7.3 Il rapporto del modello con il sistema dei servizi integrati alla persona .....</b>	<b>32</b>
<b>8. L'autosufficienza del "Sistema Cure Territoriali" .....</b>	<b>35</b>
<b>9. Implementazione del modello, la strategia complessiva, la valutazione, il monitoraggio, l'impatto e i risultati attesi .....</b>	<b>35</b>
<b>10. La Contrattazione Regionale per l'implementazione del modello .....</b>	<b>36</b>
<b>10.1 La formazione dei professionisti .....</b>	<b>36</b>
<b>10.2 La valutazione e il monitoraggio .....</b>	<b>37</b>
<b>10.3 Sostenibilità, impatto e risultati attesi .....</b>	<b>37</b>
<b>Conclusioni .....</b>	<b>39</b>
<b>Tavola degli acronimi .....</b>	<b>40</b>



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

## A. PARTE GENERALE

### Premessa

La Legge Regionale 17 novembre 2014, n. 23 nel dettare alcune norme urgenti per la riforma del sistema sanitario regionale, all'Art.1, punto h, prevede che il processo di riforma sia completato con la riorganizzazione della *rete territoriale di assistenza* e della *medicina del territorio*.

Con l' Art. 7 la Legge individua nella Casa della Salute il luogo privilegiato di aggregazione dell'offerta di cura nel territorio al fine di qualificare l'assistenza territoriale al servizio delle persone, integrare i processi di cura e garantire la continuità assistenziale.

Con l'Art.8 la Legge assegna all'Ospedale di Comunità il raccordo funzionale tra l'ospedale per acuti e i servizi territoriali al fine di garantire adeguati livelli di cura per tutte le persone che non abbiano necessità di ricovero in ospedali per acuti, ma che hanno comunque bisogno di un'assistenza sanitaria protetta che non potrebbero ricevere a domicilio, e limitatamente a periodi di tempo medio-brevi.

Il presente documento è redatto in coerenza con quanto definito nella succitata Legge di riforma ed è frutto dell'ascolto dei territori, ancorchè parziale e preliminare. Si è consapevoli che il cambiamento in atto nel sistema di salute regionale necessita del coinvolgimento delle comunità locali per una sua condivisione quanto più ampia possibile e il rispetto delle loro peculiarità.

Il confronto si è sviluppato su alcuni temi che questo documento intende condividere:

- la necessità e utilità del cambiamento, indifferibile, al fine di rendere il sistema delle cure territoriali adeguato ai cambiamenti socio demografici ed economici che richiamano alla sostenibilità sociale ed economica dello stesso sistema sanitario e socio sanitario regionale;
- la progettazione del cambiamento, che deve riguardare in maniera particolare l'assistenza primaria e le cure primarie al fine di individuare nuovi modelli di cura di prossimità basati sul coinvolgimento delle comunità locali;
- la considerazione che le cure territoriali non sono alternative ma complementari a quelli ospedaliere per rendere circolare l'intero sistema delle reti di cura nella regione;
- la cultura del cambiamento da gestire attraverso percorsi di condivisione, responsabilizzazione ed empowerment;
- l'impegno finanziario, necessario per equilibrare le risorse da destinare ai diversi livelli essenziali di assistenza (LEA) e in particolare a quello ospedaliero e territoriale per renderlo adeguato e funzionale a gestire l'impatto sociale ed economico del cambiamento;
- la *leadership* del cambiamento, da ricercare nelle *leadership* delle comunità locali, in ambito professionale, tecnico e politico, che dovranno rendersi protagoniste, ma anche responsabili dell'impatto positivo sulle persone e sulle rispettive comunità che il cambiamento avrà;
- il nuovo approccio alla risorsa umana come risorsa flessibile che acquisisce nuove competenze riguardo al cambiamento;
- il ruolo della tecnologia, utile, ma da gestire e accompagnare per un suo uso funzionale non solo da parte dei professionisti ed operatori ma anche delle persone/utenti



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

## 1 Contesto di salute

Il presente documento è redatto anche nella consapevolezza che la salute delle popolazioni, così come le malattie, le loro cause e gli esiti non essendo più di specifica connotazione locale, si inseriscono in un contesto di salute globale e richiamano ad approcci unitari e condivisione di nuovi modelli di cura e assistenza regionali capaci di reggere il confronto o almeno di essere coerenti con quelli europei e internazionali.

### 1.1 Nuovi bisogni e nuove domande

C'è consapevolezza diffusa che i nuovi bisogni di salute che si affacciano sono determinati dalle mutate condizioni socio demografiche e sono condizionati da quelle socio economiche.

Le prime evidenziano il progressivo invecchiamento della popolazione accompagnato dall'aumento della speranza di vita e dal suo miglioramento qualitativo. Il prevalere di condizioni di salute, spesso buone, ma segnate da patologie croniche potenzialmente invalidanti fanno da contraltare a questo evolversi del quadro socio demografico.

Le seconde impongono riflessioni sull'individuazione di risorse pubbliche e private da rendere disponibili per l'elaborazione di risposte appropriate alla nuova domanda di salute riferita alla popolazione che invecchia e ad un loro utilizzo ottimale e appropriato per garantire la sostenibilità del "sistema salute".

Il cittadino, per sua parte, chiede espressamente migliore accessibilità alle cure, trasparenza e tempestività dei percorsi di diagnosi e cura, maggior partecipazione ai processi di cura, attenzione alla persona da parte del professionista che cura.

Il cittadino chiede anche di conoscere di più per essere consapevole della propria salute, dei suoi determinanti e delle condizioni di fragilità che ne possono minare uno stato di permanenza quanto più possibile in benessere globale.

### 1.2 Nuove risposte e nuovi paradigmi

L'approccio al malato acuto, con la medicina d'attesa e il modello "prestazionale", finora prevalente, poco si adatta a soddisfare i nuovi bisogni e le nuove domande di salute dianzi descritte. È generalmente condivisa l'idea che occorre formulare altri paradigmi e altri approcci alla cura: presa in carico globale della persona, lavoro integrato tra professionisti e, soprattutto, approccio sistematico alla cronicità.

È generale condivisione che una nuova organizzazione delle cure territoriali e della medicina del territorio, nei prossimi decenni, sia determinante e indifferibile se si intende dare risposte compiute ai bisogni dei cittadini come sistema globale di salute



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

### 1.3 Contesto internazionale

Le precedenti considerazioni trovano conforto nell'osservazione del contesto internazionale. Le sollecitazioni che avvertono i sistemi sanitari in termini di sostenibilità sociale ed economica richiamano l'attenzione sulla verifica continua dei modelli di cura in relazione ai processi assistenziali, al ruolo e alla funzione dei professionisti coinvolti, all'utilizzo razionale delle risorse per garantire un servizio di qualità a una popolazione che va sempre più invecchiando.

Le politiche di sviluppo e salute dell'Unione Europea (UE), volte a ridurre le disuguaglianze in e a migliorare la coesione sociale, perseguono questo risultato stimolando gli Stati a promuovere un più ampio accesso a servizi sanitari in termini di qualità ed equità rivolgendo medesima attenzione al contenimento della spesa sanitaria finora eccessiva.

Per quanto riguarda i sistemi sanitari, si privilegia in tutti i modelli l'assistenza territoriale e in particolare l'assistenza primaria (*primary care*). Questa, già a partire dalla Conferenza di Alma Ata del 1978, aveva assunto un ruolo centrale nei sistemi sanitari nazionali, anche se la progressiva crescita dell'assistenza ospedaliera con gli investimenti per lo sviluppo tecnologico ad essa dedicati, ha reso nel tempo, sempre meno attrattiva la medicina generalista, rappresentata dalle cure primarie del territorio.

L'osservatorio sulla salute dell'OMS in un recentissimo lavoro, pone l'Italia nel gruppo dei Paesi con il sistema di cure primarie più esteso e per il quale investono in maniera privilegiata al fine di assicurare ai cittadini un sistema di salute efficiente. Nello studio si esamina anche la crescente evidenza dell'importanza del sistema delle cure primarie come volano della salute dei Paesi europei, anche se lo stesso è sempre più soggetto a interventi di vincoli finanziari e proposte di cambiamenti che, se non ben governate, possono rappresentare una minaccia per la salute delle popolazioni.

Per quanto riguarda la forza lavoro impiegata nelle cure primarie il rapporto evidenzia che, in Europa, in media, ci sono 68 medici ogni 100 mila abitanti, anche se la variazione tra i Paesi è molto significativa oscillando tra 47 e 115 medici per 100 mila abitanti. L'età media dei medici di medicina generale, principali protagonisti delle cure primarie, nell'ambito dell'assistenza territoriale, rappresenta un problema in molti paesi che affrontano in modo diverso agli effetti imminenti dell'invecchiamento dei propri medici.

La dimensione media europea della popolazione servita da un MMG è 1.687 pazienti, in Italia 1.094.

In molti Paesi europei gli infermieri entrano a pieno regime nelle cure primarie. In questi Paesi gli infermieri hanno percorsi di studio specificamente strutturati per le cure primarie, e ricoprono ruoli molto diversi, variando da compiti di assistenza in specifiche aree ai pazienti cronici a compiti di supporto più generali.

In alcuni paesi è previsto l'accesso diretto alle Cure Primarie per una serie di specialità mediche, per cui ginecologi, pediatri, oculisti, specialisti di medicina interna, otorinolaringoiatri, cardiologi, neurologi e chirurghi sono fornitori diretti di queste cure.

In tutto il mondo, in generale, fervono movimenti culturali per un rinnovo urgente dell'assistenza territoriale e soprattutto delle cure primarie, per un progressivo cambiamento basato su due principali processi assistenziali: assistenza centrata sul paziente e con team multidisciplinari.



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

In questo quadro, come impegno, l'Italia è ai vertici della classifica, e corre spedita verso un'ipotesi di vera *governance* anche se stenta ad affermarsi un modello veramente innovativo e sostanziale di cure primarie.

## **1.4 Contesto nazionale, regionale e locale.**

Il contesto italiano e quello della Sardegna non si differenziano tanto tra di loro: assistiamo ad una forte discrepanza tra i bisogni e le domande emergenti di salute e le risposte che il territorio riesce a proporre in termini di servizi di cura e assistenza compiuta.

Il contesto regionale è caratterizzato, per una parte da una radicata presenza di professionisti e strutture attraverso la capillare distribuzione in tutti gli ambiti territoriali di assistenza primaria degli studi dei medici di medicina generale (MMG), dei pediatri di libera scelta (PLS), dei medici di continuità assistenziale (MCA) e dei punti guardia medica. Anche la rete dei poliambulatori specialistici territoriali è abbastanza diffusa e capillare a significare la tradizionale attenzione della Regione Sardegna a garantire l'assistenza primaria in tutto il territorio regionale (Allegato 2)

La stessa Assistenza Farmaceutica Territoriale erogata tramite le farmacie convenzionate è capillarmente diffusa in tutto il territorio della Regione Sardegna (Allegato 2).

Le cure territoriali, pur con la loro diffusione capillare nel territorio regionale, mostrano difficoltà ad adeguarsi alle nuove esigenze.

Le maggiori criticità possono essere così riassunte: erogazione delle cure secondo modelli tradizionali poco funzionali alle nuove esigenze, frammentazione della erogazione delle cure, programmazione delle cure territoriali non funzionale alle nuove esigenze, formazione sanitaria e medica non coerente con le attuali esigenze.

La nostra Regione risente di una organizzazione del sistema di cure territoriali ancora legato a modelli di cura monoprofessionali, approccio per patologie, offerta frammentata e disgregata, poca attenzione alla presa in carico globale e multiprofessionale della persona, assenza di cultura per il lavoro in team interdisciplinari.

L'aggregazione dell'offerta esclusivamente negli ambulatori dei medici di cure primarie e nei poliambulatori specialistici territoriali, per quanto capillarmente diffusi, non risponde ai nuovi bisogni e domande di cura che richiedono maggior attenzione alla complessità, approccio metodologico per processi di presa in carico globale e integrata delle persone e delle famiglie e aggregazione dell'offerta integrata sia in termini funzionali che strutturali.

Altri due ostacoli impediscono che le cure territoriali in Italia e in Sardegna rispondano in maniera adeguata ai cambiamenti richiesti.

Il primo ostacolo è rappresentato dal divario esistente tra le esigenze di programmazione e l'attuale organizzazione del sistema delle cure. L'organizzazione dell'assistenza territoriale non riesce ad affrontare in maniera organica la complessità della cronicità e non rappresenta ancora una valida e più appropriata alternativa alle risposte assistenziali erogate in ospedale che è ancora chiamato a supplire all'im maturità del sistema territoriale.

Da questo punto di vista anche il sistema sociosanitario e la rete territoriale dei servizi alla persona stenta ad essere esaustivo per i nuovi bisogni correlati alla non autosufficienza e alle condizioni dei pazienti affetti da patologie croniche e cronico degenerative presentandosi alle persone e alle famiglie con interventi frammentati e discontinui. I Distretti socio-sanitari non



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

sono ancora riusciti ad attuare una *governance* unitaria della produzione dei percorsi di integrazione. Sotto questo profilo appare carente l'operatività del controllo di gestione dei distretti non attuato su sistemi informativi dedicati e in grado di valorizzare l'integrazione delle fonti di dati sociali e sanitari.

Il secondo ostacolo è rappresentato dalla carenza della formazione sanitaria e soprattutto medica specifica. Questa è ancorata a percorsi didattici e formativi che concentrano i propri obiettivi sulla visione parcellizzata del paziente, sulla tecnica professionale specialistica ignorando i contesti evolutivi più complessi delle patologie, lo sviluppo di competenze non tecniche e del lavoro di gruppo. I singoli episodi patologici acuti rappresentano ancora le attenzioni dei formatori a scapito della visione globale della persona, della continuità delle cure. Tale percorso formativo risente di una visione ospedalocentrica della malattia.

La Sardegna, al pari dell'Italia soffre anche della scarsa attenzione del mondo accademico all'assistenza territoriale e all'assistenza primaria, il cui riconoscimento è limitato alla specializzazione in medicina generale con un percorso slegato da quelli universitari istituzionali e quindi dalle discipline accademiche

La Sardegna ha comunque avviato un confronto sul tema e il comitato di indirizzo dell'Università di Cagliari ha riconosciuto la valenza della medicina generale programmando la possibilità di inserimento di questa materia nel piano di studi del corso di laurea in Medicina e Chirurgia.

Dal punto di vista della organizzazione delle cure territoriali e soprattutto dell'assistenza primaria in Sardegna si assiste comunque al sorgere di iniziative di risveglio e di sperimentazioni da parte dei professionisti delle cure primarie che sviluppano con sempre maggiore frequenza l'aggregazione in medicina di gruppo e medicina in rete.

Anche l'approccio alla cronicità e ai percorsi di medicina d'iniziativa per alcune patologie specifiche, come il diabete mellito ha trovato sperimentazioni apprezzabili e ripetibili; alcune di queste peraltro sono già strutturate e si propongono nel sistema sanitario come opportunità consolidate e ripetibili.

Le aggregazioni dell'offerta dell'assistenza primaria e dei professionisti delle cure primarie in strutture unificate è, comunque, pressochè assente, salvo qualche sporadica iniziativa, di cui occorre verificarne i reali risultati in termini di modello specifico di nuove cure primarie integrate tra professionisti.

## **1.5 Le evidenze disponibili**

La maggior parte delle evidenze in letteratura internazionale concordano nel delineare alcune soluzioni paradigmatiche e organizzative e si attestano sui modelli di cure incentrati sull'attenzione alla cronicità, sul concetto del paziente consapevole ed esperto e sulla medicina d'iniziativa, come alternative all'approccio all'acuzie, al paziente passivo e alla medicina d'attesa.

Si tratta del *Chronic Care Model* (Modello per le cure delle patologie croniche - CCM) elaborato dal Professor Edward Wagner, adottato dall'OMS e largamente introdotto nelle strategie d'intervento dei servizi sanitari di diversi Paesi, (per esempio Canada, Olanda, Germania, Regno Unito e alcune regioni italiane come Toscana e Emilia Romagna).

Il CCM si basa su sei elementi fondamentali:



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

- la comunità, come risorsa fondamentale;
- le organizzazioni sanitarie che pongono come prioritaria la gestione delle malattie croniche nel settore delle cure primarie;
- l'auto-cura come approccio strategico fondamentale di coinvolgimento del paziente perché diventi il protagonista attivo dei processi assistenziali;
- l'organizzazione del team assistenziale e la sua strutturazione con figure professionali integrate nel loro operare;
- il supporto alle decisioni come strategia complessiva fondamentale del sistema basata soprattutto sull'adozione di linee guida da parte dei team;
- i sistemi informativi computerizzati che svolgono funzioni di strumenti di allerta e feedback per i professionisti della cura.

## **2. Obiettivi del documento**

Il presente documento rappresenta una base di discussione e condivisione al fine di realizzare un modello di cure primarie per la Regione Sardegna, con lo scopo di mettere a sistema il rinnovamento dell'Assistenza Territoriale.

La Regione Sardegna, con la Legge di Riforma Regionale n. 23 del 17.11.2014, ha avviato un processo di riforma del Sistema Sanitario Regionale che privilegia il Territorio come luogo di cura primario e di sviluppo dello stato di salute del cittadino.

In quest'ottica propone una rivisitazione dei processi e percorsi di cura e di assistenza con l'obiettivo di spostare volumi di attività e prestazioni dall'ospedale al territorio, in quanto ne ritiene più appropriata l'erogazione in un livello di cura territoriale.

Si intende declinare gli obiettivi in questo modo: stimolare sperimentazioni nel territorio sul *Chronic Care Model* e Medicina d'Iniziativa, avviare la riagggregazione dei professionisti delle Cure Primarie.

### **2.1 Obiettivi strategici generali: dove si intende arrivare?**

Gli obiettivi strategici generali sono correlati agli interessi di salute dei cittadini che si rivolgono alle Cure Primarie, come primo approccio alla cura e all'assistenza.

Gli obiettivi strategici generali sono: 1) il cambiamento culturale nell'approccio alla cura, non più ospedalocentrica; 2) il rendere capace l'assistenza territoriale di una presa in carico della persona nella sua globalità; 3) la sostenibilità economica e sociale della sanità; 4) l'approccio professionale alla cronicità; 5) la riattivazione del protagonismo dei territori come luoghi di cura.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

## 2.1.1 Migliorare l'approccio generale alla Cronicità

Le malattie croniche hanno un carattere predominante nel sistema della salute in quanto rappresentano circa il 78% dell'intera spesa sanitaria, hanno ormai sostituito quelle acute come problema dominante per la salute della popolazione, cambiando il ruolo dei medici, soprattutto dei MMG e del PLS, che non possono più rimanere gli unici gestori della cura.

L'unico approccio ritenuto in grado di elaborare piani di cura e di assistenza che tengano conto della presenza di pluripatologie nella persona anziana o nel paziente cronico è quello multidisciplinare in team multi professionali.

La cronicità ha cambiato anche il ruolo del paziente, che da soggetto passivo o fruitore di servizi diventa protagonista attivo della gestione del proprio stato di salute, scegliendo di assumere autonomamente comportamenti e stili di vita adeguati, fino a diventare "paziente esperto" o almeno "competente".

Sul versante delle risorse, la cronicità chiama le organizzazioni sanitarie a stabilire solidi collegamenti con la comunità, con gruppi di volontariato, gruppi di auto aiuto, luoghi di aggregazione e di cura per persone anziane con formule di autogestione degli stessi che sono l'espressione di un ruolo attivo della comunità.

Sul versante delle organizzazioni la gestione della cronicità dovrebbe far parte delle priorità dei finanziatori dell'assistenza sanitaria, chiamati a garantire innovazioni nei processi assistenziali senza i quali difficilmente si possono raggiungere livelli di qualità dell'assistenza

Riguardo al ruolo effettivo e alle nuove competenze dei professionisti della cura, nonché alla loro organizzazione, un team di lavoro interdisciplinare è ritenuto ormai fondamentale per affrontare la cronicità, per il quale sono definiti compiti e funzioni specifiche per le figure professionali.

I medici dovrebbero potersi dedicare di più ai processi di diagnosi e cura e soprattutto alla cura delle riacutizzazioni delle patologie croniche lasciando alle altre figure professionali altri compiti di assistenza sociale e infermieristica.

Il personale non medico necessiterà di formazione specifica per supportare l'auto-cura dei pazienti, per svolgere alcune specifiche funzioni e assicurare la programmazione e lo svolgimento del follow-up dei pazienti.

Le visite programmate acquisiranno, infine, un significato profondo nel percorso di cura della cronicità.

Nelle malattie croniche il paziente, divenuto, quando possibile, il protagonista attivo dei processi assistenziali, sarà di supporto all'assistenza in termini di auto-cura. Poiché infatti il paziente convive per anni con la sua malattia la gestione di questa può essere insegnata e ben appresa non solo dalla maggior parte di essi ma anche dei familiari in relazione per esempio all'alimentazione sana, all'attività fisica, al monitoraggio (della pressione, del glucosio, del peso corporeo, etc.) e all'uso appropriato dei farmaci.

L'adozione di linee guida condivise per la gestione della cronicità rappresenteranno un utile strumento di supporto alle decisioni per il team di professionisti delle Cure Primarie.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

### **2.1.2 Stimolare processi di riattivazione dei territori sul versante della partecipazione**

Le Cure Primarie, in quanto cure di prossimità, dovranno essere espressione di risposte ai bisogni specifici del territorio e quindi essere calate nelle realtà locali. Proprio sulle specificità dei territori e delle loro diversità si fondano le sperimentazioni locali, già in atto, che il modello intende promuovere proponendone anche di nuove.

I territori conoscono i bisogni dei propri cittadini, le dinamiche di sviluppo delle relazioni sociali, le opportunità di utilizzo delle risorse locali.

### **2.1.3 Avviare cambiamenti sociali che spostino verso il territorio la visione della cura**

L'Assistenza Territoriale, per poter essere una vera alternativa alla storica visione ospedalocentrica della sanità e della cura in generale, necessita di essere supportata nella costruzione di un suo modello di cura compiuto, modello che sia riconoscibile dai cittadini. Se fino ad oggi l'ospedale ha rappresentato il luogo elettivo della cura, il territorio dovrà essere altrettanto considerato, agli occhi del cittadino, come il "luogo primario di cura", anzi il luogo dove sviluppare la propria salute nei propri luoghi di vita.

Si tratta di avviare processi di implementazione del modello di cura territoriale attraverso la costruzione condivisa dello stesso, e l'invito alla partecipazione al cambiamento culturale da parte di tutti: cittadini, professionisti della cura, istituzioni e organismi di gestione delle cure.

## **2.2 Obiettivi specifici regionali: su quali obiettivi ci si concentra?**

La Regione Sardegna ha avviato un processo di riforma del Sistema Sanitario Regionale che privilegia il Territorio come luogo di cura primario e di sviluppo dello stato di salute del cittadino.

In quest'ottica propone una rivisitazione dei processi e percorsi di cura e di assistenza con l'obiettivo di spostare volumi di attività e prestazioni dall'ospedale al territorio, in quanto ne ritiene più appropriata l'erogazione in un livello di cura territoriale: residenziale territoriale, diurno, ambulatoriale e domiciliare.

Gli obiettivi si intende declinarli in questo modo: stimolare sperimentazioni nel territorio sul *Chronic Care Model* e Medicina d'Iniziativa, avviare la riagggregazione dei professionisti delle Cure Primarie.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

### **2.2.1 Stimolare sperimentazioni nel territorio sul *Chronic Care Model* e Medicina d'Iniziativa**

Nelle realtà territoriali si sono sviluppate iniziative tra i Medici delle Cure Primarie riguardanti l'approccio alla cronicità. Sono iniziative fondate sulla sensibilità al cambiamento di gruppi di professionisti che ritengono sia necessario un approccio alla cronicità diverso da quello tradizionale. Ancorché non siano esperienze strutturate secondo il *Chronic Care Model*, sono ispirate a questo e alla Medicina d'Iniziativa.

L'impegno della programmazione regionale deve essere teso a stimolare iniziative su questi esempi.

### **2.2.2 Avviare la riagggregazione dei professionisti delle Cure Primarie**

Avviare i processi di riorganizzazione delle attività delle Cure Primarie e dei professionisti che le erogano è fondamentale per il rinnovamento dell'assistenza.

Considerare le opportunità di aggregazioni funzionali e/o strutturali dei professionisti sarà compito di processi partecipati tra gruppi di professionisti, organizzazioni sindacali di categoria e istituzioni, al fine di concertare le tipologie di raggruppamento che siano funzionali al decollo del nuovo modello in relazione alle peculiarità locali.

## **2.3 Obiettivi specifici territoriali: quali obiettivi locali si intende raggiungere?**

La Regione Sardegna si caratterizza per una variegata e specifica realtà sociale ed economica e per una connotazione infrastrutturale disomogenea.

Ciò richiede che siano rispettate le peculiarità dei singoli territori, ma, nello stesso tempo, che siano garantiti risultati minimi in ogni ambito.

Tutto questo potrà verificarsi con la programmazione strategica di obiettivi specifici territoriali volti a garantire in ogni Distretto Sociosanitario questi risultati:

- avviare la riforma dell'assistenza territoriale nelle sue declinazioni;
- avviare almeno un Presidio di Salute Territoriale;
- avviare almeno una sperimentazione del *Chronic Care Model* e della Medicina d'Iniziativa.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

## **3. Un Modello Sardegna di Nuove Cure Primarie**

### **3.1 A chi si rivolge**

Un "Modello Sardegna" di Cure Primarie è necessario per il rilancio dell'Assistenza Primaria quale volano per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale come luogo primario di cura e assistenza che si rivolga ai professionisti e agli operatori delle Cure Primarie come professionisti delle cure di prossimità ma anche ad altri professionisti e soggetti della salute come Psicologi, Assistenti Sociali, Associazioni di Volontariato.

I soggetti istituzionali del settore sanitario, e sociosanitario, (ASL, Distretti, Ospedali, Comuni, PLUS (Pianificazione Locale Unitaria dei Servizi alla persona), in quanto programmatori, organizzatori e gestori, ciascuno per propria competenza istituzionale sono considerati destinatari di questo modello.

Non ultimo, questo modello è rivolto ai cittadini, singoli o riuniti in associazioni. Attivare processi di crescita consapevole del proprio potenziale del cittadino/paziente, delle organizzazioni e della comunità per rendere entrambi parti attive del processo di cura è obiettivo strategico del Modello Sardegna di Cure Primarie.

### **3.2 Che problema si intende affrontare**

Il Modello Sardegna di Cure Primarie intende affrontare il problema della frammentarietà delle cure in Sardegna, della separazione tra i luoghi e livelli di assistenza, dell'autoreferenzialità dei professionisti nell'approccio alla cura e dei possibili pericoli d'inefficienza delle cure tradizionali.

Un nuovo approccio alla cura nell'ambito delle Cure Primarie basato sull'approccio alla cronicità nello spirito della Medicina d'Iniziativa è l'opzione funzionale scelta per affrontare anche il tema della conoscenza, informazione e partecipazione, quale strumento nuovo di cambiamento nel sistema di salute della Medicina del Territorio in un'ottica di autocura da parte di un paziente reso "esperto" della propria cura.

Il modello proposto affronta anche il problema degli squilibri assistenziali correlati alla separazione tra Livello di Assistenza Distrettuale, in cui sono ricomprese le Cure Primarie, e il Livello di Assistenza Ospedaliera, con l'obiettivo di spostare tipologie e volumi di attività dal livello ospedaliero a quello territoriale e, comunque, di integrare i due Macrolivelli di Assistenza attraverso percorsi di cura integrati centrati sulla persona e la sua presa in carico globale.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

### 3.3 Che soggetti intende coinvolgere e con quale percorso

L'impostazione di un nuovo modello di Cure Primarie in Sardegna prevede un graduale coinvolgimento pro attivo dei soggetti interessati, la maggior parte dei quali sono gli stessi cui è rivolto il modello: MMG, PLS, CA, Specialisti, Infermieri, Professioni Sanitarie, Assistenti Sociali, Distretti, Comuni e PLUS.

Anche i soggetti istituzionali sopra citati, insieme alle rappresentanze dei professionisti (Ordini professionali e Società scientifiche) e a quelle dei cittadini (associazionismo e terzo settore) saranno coinvolte in maniera attiva per l'implementazione del modello.

I percorsi di coinvolgimento seguiranno nel tempo le seguenti finalità operative:

- promuovere e accompagnare la discussione e il confronto tra i professionisti finalizzato a sistematizzare nel tempo il modello regionale di assistenza basato sull'integrazione e sulla valorizzazione delle diverse professionalità impegnate nelle cure primarie;
- promuovere, supportare e valutare sperimentazioni gestionali e funzionali delle forme di aggregazione delle cure primarie già esistenti, a vario titolo, nel territorio regionale, che tengano conto delle caratteristiche geografiche e demografiche della popolazione residente negli ambiti di intervento;
- definire le relazioni organizzative tra i diversi settori assistenziali, secondo i principi della gestione complessiva del caso singolo;
- promuovere la definizione di profili di cura condivisi tra i professionisti;
- individuare e sperimentare interventi e modelli di promozione del rafforzamento delle competenze individuali e di comunità funzionali alla corretta gestione della cronicità;
- condurre iniziative di confronto tra pari con i professionisti al fine di diffondere strategie condivise organizzative finalizzate a sviluppare e consolidare tecniche di lavoro di gruppo;
- sperimentare eventuali forme innovative di assistenza, con particolare riferimento alle tecnologie dell'informazione e della comunicazione (ICT);
- definire e elaborare un set di indicatori orientati al lavoro multidisciplinare e multi professionale, che consentano il monitoraggio e la valutazione nel tempo dei processi assistenziali applicati.

Poiché l'elaborazione del Modello Sardegna di Cure Primarie è il risultato atteso di tutto il processo, per raggiungerlo si propone la costruzione di un percorso di condivisione generale dello stesso tra tutti gli attori coinvolti, a qualsiasi titolo, sui seguenti punti essenziali utili a definirlo concretamente nei seguenti aspetti:

- una visione condivisa sulle Nuove Cure Primarie impostate sulla Cronicità e la Medicina d'Iniziativa;
- una specificazione concreta dei contesti locali su cui elaborare le esperienze di Nuove Cure Primarie funzionali ai rispettivi territori;



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

- definizione e condivisione tra tutti gli attori delle funzioni che le Cure Primarie dovranno svolgere nel Sistema di Cure del Sistema Sanitario Regionale;
- definizione dei processi e percorsi che le Cure Primarie metteranno in essere in relazione alla Cronicità e alla Medicina d’Iniziativa;
- definizione dell’organizzazione delle Cure Primarie secondo le indicazioni nazionali e regionali: Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP), Case della Salute, Centri di Salute, Ospedali di Comunità;
- individuazione delle risorse necessarie per mettere a sistema il modello.



## B. PARTE SPECIFICA

### 4. Descrizione del Modello di Cure Primarie

Il modello di Cure Primarie che si intende avviare nella Regione Sardegna è coerente con la politica europea per la salute ("Health 2020"), che pone la riorganizzazione dell'assistenza primaria a fondamento delle principali strategie nella realizzazione di una salute diffusa ed equa tra gli stati membri.

Il 27 febbraio 2014 la Commissione Europea ha pubblicato un rapporto preliminare dedicato alla "definizione di un modello di riferimento relativo all'assistenza primaria con particolare attenzione ai sistemi di finanziamento e di presa in carico con coordinamento e continuità dell'assistenza (*referral*)" (Expert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH). Preliminary report on definition of a frame of reference in relation to primary care with special emphasis on financing systems and referral systems).

Il presente documento intende condividere la definizione proposta in tale contesto delle Cure Primarie orientate alla comunità: "... un approccio all'erogazione dell'assistenza sanitaria che si assume la responsabilità per la salute di una determinata popolazione. Esso combina epidemiologia e interventi sociali con la pratica clinica rivolta alla singola persona, in modo tale che l'assistenza primaria diventi essa stessa un programma di medicina di comunità. Sia il singolo paziente che la comunità o la popolazione sono i foci delle diagnosi, dei trattamenti e della sorveglianza continua" (rif. Rhyne R, Bogue R, Kukulka G, Fulmer H, editors. Community-oriented primary care: health care for the 21st century. Washington, DC: American Public Health Association, 1998).

Questo documento, infatti, pone l'accento sulla necessità di riformulare un'assistenza primaria dinamica e non statica, in continuo adattamento al contesto sociale e di vita delle persone, ai cambiamenti socio economici e culturali in atto e alla necessità di integrare le tre dimensioni della salute dell'individuo per il raggiungimento del benessere bio-psico-sociale.

Tre sono i principali fattori dei cambiamenti in atto che questo documento condivide con gli esperti europei:

- a) l'effettiva capacità del Sistema Sanitario Regionale (SSR) di agevolare e accompagnare il ruolo di "protagonismo" che il cittadino-paziente chiede di assumere nei percorsi della propria cura, perché si pone obiettivi personali di qualità e quantità di vita e quindi vuole essere coinvolto nel monitoraggio dei suoi determinanti (*shared decision making*);
- b) la capacità effettiva del SSR di promuovere la famiglia, il volontariato o, più in generale il o le persone che si prendono cura, nel loro ruolo complementare e non supplementare nei processi di cura e assistenza;
- c) la possibilità effettiva e reale che il SSR si faccia promotore affinché le comunità locali siano protagoniste della salute.



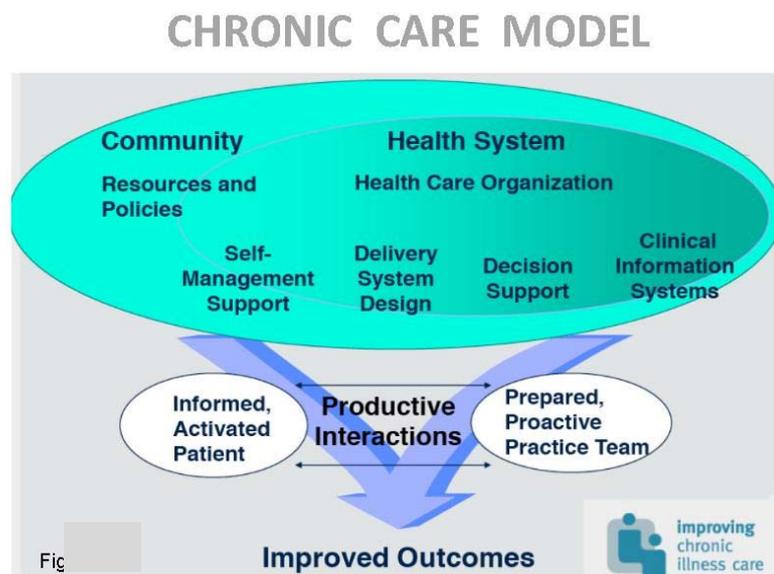
**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

Il Patto per la Salute in Italia è coerente con questo programma e propone il consolidamento di equipe multiprofessionali e lo sviluppo di strutture territoriali di riferimento per l'erogazione dell'assistenza primaria.

Infine un generale consenso internazionale si va affermando sul fatto che un'assistenza migliore può essere garantita secondo un approccio più ampio che sposta l'attenzione del sistema e dei professionisti dalla malattia alla salute e dalla persona singola alla popolazione e comunità nella quale essa vive.

#### **4.1 Il Chronic Care Model**

Il modello di cura che si intende adottare in Regione Sardegna, *Chronic Care Model*, è quello che più risponde alle considerazioni esposte nella parte generale riguardo alla Cronicità, in particolare per il modo di lavorare dei professionisti e per l'approccio alla persona malata nel suo contesto sociale.



Il *Chronic Care Model* si basa su sei elementi fondamentali:

- a) la comunità, come risorsa fondamentale, per cui l'assistenza ai pazienti cronici è più efficace se le organizzazioni sanitarie riescono a stabilire solidi collegamenti con essa, con i gruppi di volontariato, di auto aiuto, i centri per anziani autogestiti, con una forma di integrazione degli interventi e non solo di collaborazioni;
- b) le organizzazioni sanitarie, che devono porre come prioritaria la nuova gestione delle malattie croniche sia come erogazione sia in termini di finanziamento;
- c) l'auto-cura, come approccio strategico fondamentale perché il paziente assuma protagonismo nei processi assistenziali;
- d) l'organizzazione del team assistenziale e la sua strutturazione;



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

- e) il supporto alle decisioni, con l'adozione di linee guida da parte dei team;
- f) I sistemi informativi computerizzati che svolgono tre importanti funzioni: sistema di allerta; feedback; registri di patologia.

Tutti i modelli si basano su una cura incentrata sul paziente e sulla domiciliarità (*patient centered medical home*), sul fatto che la persona ha un medico di riferimento che si fa carico dei suoi problemi di salute, che garantisce il coordinamento, la continuità e la globalità degli interventi anche se la persona ha accesso a un team assistenziale interprofessionale che dispone di avanzati strumenti informativi per un lavoro in rete.

## Patient Centered Medical Home



Fig

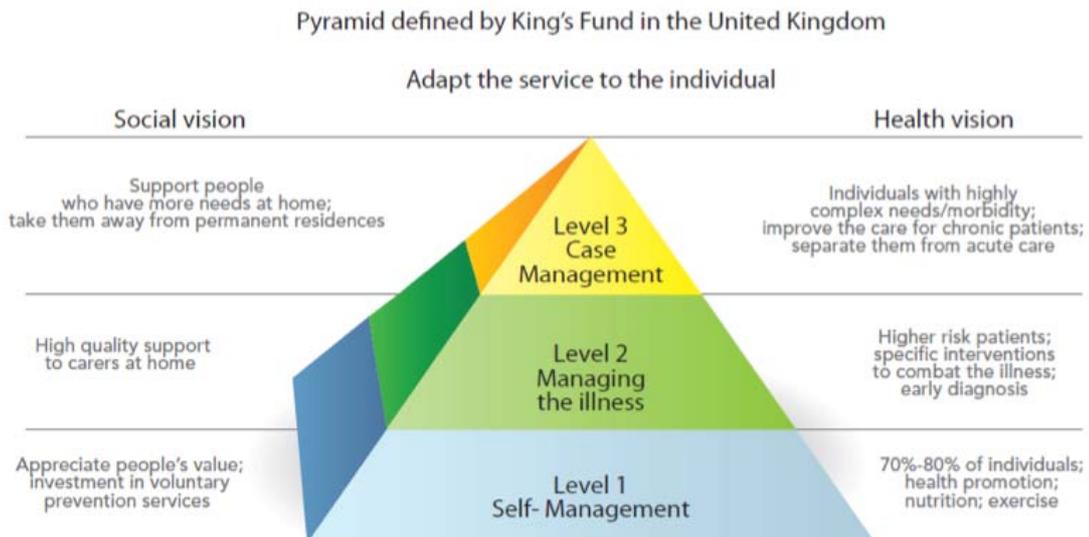
Gli stessi modelli prevedono che i percorsi assistenziali personalizzati siano alla base dei processi assistenziali e di cura in quanto, non tutti i pazienti cronici sono uguali anche se si possono prevedere livelli omogenei di programmazione degli interventi.

I modelli cui si fa riferimento in letteratura sono quelli basati sulle stratificazioni di rischio della popolazione assistita cui offrire percorsi personalizzati in un contesto di condivisione di intensità di livelli di cura e di approccio alla globalità.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

#### Pyramid defined by King's Fund in the United Kingdom



Source: King's Fund (C.Ham)

## 4.2 La Medicina d'iniziativa

La morbilità che caratterizza il malato cronico e insieme la complessità della persona richiedono una logica di gestione globale e non per patologia e insieme un sistema di cura di iniziativa e non di attesa.

Il team di assistenza e cura dovrà passare da un sistema assistenziale di attesa passiva, secondo il quale il medico attende che il paziente giunga da lui sottoponendogli un disturbo o una malattia, ad uno di iniziativa proattiva che prevede che il professionista inviti il paziente a sottoporsi ai controlli e offra interventi personalizzati in qualunque fase della malattia.

La gestione della malattia cronica come medicina d'iniziativa prevede una buona integrazione tra i settori del sistema sanitario e quelli del sistema socio-assistenziale.

## 4.3 I percorsi possibili

La costruzione del Modello Sardegna di Cure Primarie non può nascere d'improvviso e soprattutto non può essere calato e imposto dall'alto.

La partecipazione alla creazione di questo modello passa attraverso la condivisione da parte di molti soggetti, della necessità, opportunità e validità del cambiamento verso lo stesso modello, per cui i processi saranno gradualmente e basati su alcuni percorsi strategici:

- a) ascolto continuo del territorio e dei soggetti locali coinvolti nella erogazione delle Cure Primarie per raccogliere informazioni e conoscenze su bisogni e domande;



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

- b) raccolte delle buone prassi presenti nel territorio: aggregazioni di professionisti, integrazione di percorsi di cura e assistenza, esperienze di centri di salute integrati, etc.;
- c) integrazione e condivisione del presente modello;
- d) formazione delle equipe di professionisti che si rendono disponibili a sperimentare i modelli locali;
- e) avvio e supporto di alcune sperimentazioni locali di Cure Primarie basata sul *Chronic Care Model* (CCM) e Medicina di Iniziativa (Mdl);
- f) condivisione con i professionisti interessati di modalità aggregative in Aggregazioni Funzionali Territoriali e Unità Complesse di Cure Primarie e loro funzionamento.

Le sperimentazioni si baseranno anche sulla predisposizione di alcuni strumenti organizzativi quali:

- individuazione di alcune patologie e di alcuni percorsi diagnostico terapeutici correlati funzionali a rendere sperimentabile il CCM e la Mdl;
- individuazione di sistemi di primo invito e di richiamo che agevolino l'avanzamento lungo i percorsi di cura;
- creazione di un insieme di indicatori che permetta di verificare qualità degli interventi e risultati di salute;
- utilizzo di un sistema informativo che registri i percorsi del paziente e permetta l'attività di valutazione (FSE).

La messa in pratica del modello richiederà almeno quattro interventi strategici generali:

- a) individuazione di investimenti e di risorse umane, organizzative, formative e informative unendo all'interesse della salute dei cittadini la sostenibilità del sistema sanitario;
- b) la scelta delle sperimentazioni su patologie che siano frequenti nella popolazione, che rispettino criteri di severità e modificabilità dello stato di salute e, soprattutto, per le quali la gestione attiva sia capace di portare beneficio, concreto e maggiore, rispetto alla gestione 'ordinaria' non programmata;
- c) un livello di innovazione equa su tutto il territorio regionale;
- d) costituzione di gruppi di consenso affinché si divulghi la cultura attiva per l'innovazione proposta cui invitare a farne parte: i cittadini/pazienti (o le loro rappresentanze associative), i professionisti (o le loro associazioni sindacali, professionali e ordinarie), gli enti gestori (le ASL nelle articolazioni ritenute più appropriate), la Regione come ente di tutela e di programmazione.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

## 5. L'organizzazione del Modello Sardegna di Cure Primarie

La riorganizzazione delle Cure Primarie in Sardegna passa attraverso l'attivazione dei seguenti processi e fasi:

- definizione, condivisione e adozione del Nuovo Modello anche attraverso l'avvio della negoziazione sindacale per l'Assistenza Primaria, Pediatria di Libera Scelta e Specialistica Ambulatoriale;
- definizione delle forme di Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP), e del loro bacino d'utenza e ambiti territoriali di competenza;
- studio per la localizzazione di alcune forme aggregative in luoghi di erogazione e produzione secondo quanto previsto dalla L.R. 23/2014;
- individuazione delle risorse e investimenti per l'avvio dei processi innovativi riorganizzativi;
- avvio di processi di formazione, informazione e diffusione del modello innovativo anche attraverso l'avvio della negoziazione sindacale.

### 5.1 Le Aggregazioni di professionisti

Con il presente modello la Regione Sardegna inizia il processo di definizione della programmazione regionale finalizzata alla individuazione e strutturazione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e delle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP), tenendo conto delle specificità territoriali.

#### 5.1.1 Le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT)

Le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) sono forme organizzative "funzionali" monoprofessionali.

L'AFT è individuata quale unità funzionale fondamentale della Medicina Generale e della Pediatria di Libera Scelta, che ha il compito di assicurare la "governance clinica" delle Cure Primarie tramite l'erogazione dell'assistenza sanitaria di base (attività di diagnosi, cura, prevenzione, educazione sanitaria individuale, *counseling*, presa in carico delle patologie croniche, domiciliarità, ecc.) al fine di dare compiutezza all'assistenza primaria.

L'AFT può avere una sede di riferimento o diverse possibilità di articolazione organizzativa alla luce della specificità dei singoli territori della Regione. In ogni caso dovrà avere una sede di riferimento presso la quale decide di svolgere le funzioni di coordinamento, di audit, di formazione e di progettazione delle attività. In accordo con ogni singola Azienda Sanitaria può essere luogo unificato di erogazione di servizi della stessa AFT in integrazione di progettazioni specifiche concordate.



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

Ogni AFT individua un referente/coordinatore con il compito di *governance* complessiva dell'aggregazione dei professionisti e della loro attività progettuale concordata.

Le AFT della Pediatria di Libera Scelta saranno organizzate in maniera autonoma e, dove possibile, con gli altri professionisti delle Cure Primarie al fine di perseguire gli obiettivi programmati regionali riguardanti le Cure Primarie.

La definizione degli ambiti di popolazione di riferimento, degli ambiti territoriali, la dislocazione delle aggregazioni, le modalità di costituzione e formazione delle equipe con le relative funzioni specifiche e risorse saranno definite in sede di contrattazione regionale (Accordo Integrativo Regionale) e aziendale (Accordo Integrativo Aziendale).

### **5.1.2 Le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP)**

Le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) sono forme "organizzativo-gestionali" multi professionali.

Le UCCP sono programmate e realizzate in relazione a specifici programmi tra la Regione e le Aziende Sanitarie Locali in accordo con i professionisti delle Cure Primarie. Le UCCP possono erogare l'assistenza integrata in locali propri e/o in sedi specifiche individuate dalla ASL di competenza.

La definizione degli ambiti di popolazione di riferimento, degli ambiti territoriali, la dislocazione delle aggregazioni, le modalità di costituzione e formazione delle equipe con le relative funzioni specifiche e risorse sono definite in sede di contrattazione regionale e aziendale.

Ogni AFT della MG e della PLS può avere almeno una UCCP di riferimento, nel cui ambito vengono erogati i servizi specialistici e le attività multiprofessionali. Le modalità di partecipazione dei medici convenzionati sono disciplinate dagli accordi regionali.

## **5.2 La composizione delle aggregazioni dei professionisti, gli strumenti operativi e il coordinamento**

La realizzazione effettiva di questo modello non può prescindere dalla definizione di una composizione minima delle aggregazioni di professionisti, in qualsiasi formula esse siano determinate: funzionali e/o organizzativo-gestionali.

Prevedere che nell'AFT e/o UCCP siano presenti alcune figure professionali essenziali, anche se in numero variabile, appare necessario per poter sperimentare in ambiti territoriali diversi modelli differenti e specifici ma omogenei riguardo alla presenza delle figure professionali.

Anche la presenza di figure amministrative dedicate alle aggregazioni permetteranno al modello di essere funzionale all'assistenza e cura, sgravando i professionisti sanitari da compiti amministrativi.

Alcuni percorsi assistenziali (PDTA) definiti e utili ad erogare le cure primarie in ottica di medicina per la cronicità, dovranno essere definiti, anche se in misura variabile e progressiva



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

nel tempo, da parte delle aggregazioni di professionisti che intendono cimentarsi nella sperimentazione.

I percorsi dovranno prevedere anche i momenti di audit interno quale strumento di confronto, valutazione e verifica delle attività e dei risultati del lavoro integrato sulla persona.

Anche una tecnologia di base, come piccola strumentazione per esami di routine, ecografi, etc. presente all'interno delle aggregazioni, o messa a disposizione da strutture e servizi, potrà rappresentare una opzione per la sperimentazione delle aggregazioni nei diversi ambiti.

La presenza di competenze specifiche specialistiche all'interno delle UCCP può rappresentare una occasione di sperimentazione locale.

Il coordinamento delle aggregazioni sarà oggetto di apposita definizione in sede di Accordo Integrativo Regionale. Il coordinamento dovrà contemplare anche la formazione specifica al management che dovrà caratterizzare i professionisti deputati al coordinamento delle aggregazioni.

### **5.3 I Percorsi Diagnostico Terapeutici e Assistenziali (PDTA)**

I PDTA rappresentano uno strumento efficace per l'implementazione del Modello di Cure Primarie in quanto facilitano l'integrazione dei percorsi, dei professionisti e delle azioni messe in opera nei processi di cura. In un'accezione più vasta quindi facilitano il coinvolgimento della persona e della comunità nella presa in carico della "cronicità".

I PDTA superano anche la frammentarietà degli interventi offerti tra il livello di cure primarie (assistenza di base e specialistica) e, le cure ospedaliere, per ricomporre nella unicità della presa in carico della persona.

I PDTA rappresentano anche un ottimo supporto alla *governance* complessiva del Sistema delle Cure Primarie nei percorsi della cronicità e della Medicina d'Iniziativa.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

## 5.4 Il Medico di Medicina Generale nelle Cure Primarie

Il Medico di Medicina Generale (MMG) è il primo e indispensabile collegamento tra il servizio sanitario e il cittadino, fornisce un accesso diretto ed illimitato ai suoi pazienti-utenti, si occupa di tutti i problemi di salute, assumendo, se necessario, il ruolo di difensore dei loro interessi. Ha una responsabilità specifica sulla salute della comunità e si occupa dei problemi di salute nella loro dimensione fisica, psicologica, sociale, culturale ed esistenziale.

Proprio per il rapporto di fiducia che instaura con il paziente e per la conoscenza dei suoi stili di vita, il MMG è il professionista sanitario in grado di fare consulenza e consigliare in modo appropriato e continuo, informando e formando il suo assistito sui corretti comportamenti alimentari, sui benefici derivati dall'attività motoria, sui rischi connessi al fumo di tabacco e al consumo di alcool e sui comportamenti da adottare per la prevenzione delle malattie infettive.

Il Modello Sardegna di Cure Primarie, punta su ruolo del MMG, affidandogli la funzione di cardine del sistema dell'Assistenza Primaria complessiva coniugando la capacità di fornire prestazioni di qualità elevata con l'attenzione ai costi.

Percorsi condivisi, appropriatezza e modelli aggregativi dei MMG si configurano come modalità più idonee al perseguimento dei risultati di salute e del contenimento dei costi.

Questo cambiamento si realizza nella organizzazione dei MMG in aggregazioni funzionali (AFT) e aggregazioni strutturali UCCP anche multiprofessionali.

E' fondamentale che le forme aggregative che si andranno a creare, vista la complessità demografica e geografica della Regione Sardegna, siano maggiormente rappresentate dalle AFT, connesse tramite rete, con sede di riferimento strutturata che però permettono ad ogni singolo professionista di continuare a svolgere in forma monoprofessionale e quindi nel proprio studio l'attività quotidiana, volta ad una offerta clinico assistenziale che nel tempo è progressivamente cresciuta, insieme al bisogno di informazione dei cittadini che richiedono più tempo ed attenzione al MMG.

Il cambiamento non può però non mantenere vivi alcuni aspetti positivi del lavoro individuale del MMG basato sul rapporto fiduciario con il paziente ma dovrà integrarli con il lavoro di altri professionisti come nei PDTA, nel CCM e nella medicina di iniziativa (Mdi).

Le forme aggregative funzionali nel sostenere il MMG nella sua attività quotidiana, per il perseguimento di obiettivi di assistenza permette di:

- promuovere in maniera più organica la diffusione e l'applicazione delle buone pratiche cliniche sulla base dei principi della medicina basata sull'evidenza nell'ottica più ampia del governo clinico;
- promuovere e diffondere l'appropriatezza clinica e organizzativa nell'uso dei servizi sanitari, anche attraverso procedure sistematiche autogestite di "peer review";
- promuovere modelli di comportamento nelle funzioni di prevenzione, diagnosi, cura riabilitazione e assistenza orientati a valorizzare i principi di efficacia e di efficienza.



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

Il *Chronic Care Model* (CCM) si presta assai bene ad un rilancio e qualificazione delle Cure Primarie e chiama il MMG ad essere protagonista di un nuovo modello dell'organizzazione delle cure primarie.

In Sardegna già l'Accordo integrativo regionale (AIR) del 29 luglio 2009 recitava "occorre dare impulso a tutte quelle attività che portano la medicina generale all'interno delle strutture familiari allo scopo, di stimolare creare una " coscienza di salute " tale da affrontare con criteri diversi patologia di grande rilevanza sociale ".

La Regione Sardegna, sfruttando la distribuzione capillare del MMG ha messo in atto, già da tempo una strategia atta al miglioramento della salute pubblica e in particolar modo di coloro che sono portatori di patologie a maggior impatto sociale, con procedure condivise con i medici specialisti consentendo di prevenire e monitorare patologie altrimenti altamente invalidanti.

Alcune pratiche sono ormai diffuse:

- la valutazione del rischio cardiovascolare che permette di monitorare donne e uomini di età compresa fra i 35 e i 69 aa dimostrando la relazione causale fra fattori di rischio e malattia e la reversibilità del rischio;
- la valutazione del rischio renale che permette di monitorare donne e uomini di età superiore ai 50 aa mediante il calcolo della clearance della creatinina secondo la formula di Cockcroft e Gault;
- la gestione integrata del paziente diabetico. In questo percorso la presa in carico è risultata più complessa e ha trovato ostacoli soprattutto nella mancata implementazione di un sistema informatico che snellisse il passaggio d'informazioni necessarie ad una reale integrazione.

## **5.5 La Pediatria di Libera Scelta nelle Cure Primarie**

Il sistema Sanitario Nazionale e quello Regionale affidano al Pediatra di Libera Scelta (PLS) il ruolo specifico di professionista della presa in carico dei cittadini in età evolutiva il cui diritto di tutela sanitaria è sancito dalla Convenzione internazionale sui Diritti dell'infanzia, recepita dal Parlamento con la legge 27 maggio 1991, n.176. Lo Stato Italiano nel recepirlo, riconosce l'infanzia come un bene sociale da salvaguardare e sul quale investire.

Il Modello Sardegna di Cure Primarie si ispira a questi principi e demanda al medico convenzionato per la pediatria di famiglia i compiti di prevenzione , diagnosi, cura, riabilitazione ed educazione sanitaria, la presa in carico del bambino con cronicità e la gestione della patologia acuta.

Per la gestione della patologia acuta e cronica la pediatria di famiglia sviluppa le forme associative, la contattabilità telefonica e la possibilità col self-help, di eseguire esami diagnostici nel proprio ambulatorio per dare una risposta certa in tempi rapidi e risolvere la quasi totalità dei problemi clinici che genera gli accessi in ospedale.



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

In questo ambito la pediatria di famiglia attua la Medicina di Iniziativa (Mdl) in un quadro di approccio globale in cui viene privilegiato il momento preventivo nei primi anni di vita attraverso controlli periodici e i bilanci di salute.

La messa in pratica della Medicina d'Iniziativa anche con il bilancio di salute, insieme all'individuazione precoce delle condizioni patologiche dello sviluppo, rappresentano l'atteggiamento strategico assistenziale per la salvaguardia della salute futura del bambino.

Un ulteriore intervento nell'approccio proattivo della Pediatria di Libera Scelta durante tutte le fasi di crescita del bambino è il monitoraggio dello sviluppo psicomotorio e la ricerca di fattori di rischio, anche con l'utilizzo di test di screening, con particolare riguardo alla individuazione precoce dei sospetti handicap neuro sensoriali e psichici.

La PLS sostiene inoltre la genitorialità in tutte le fasi di crescita dei bambini offrendo informazioni e competenze. Le ulteriori fasi di vita, dell'infanzia e dell'adolescenza rappresentano ottima palestra per l'esercizio del modello della Medicina d'Iniziativa affidata ai PLS.

L'approccio alla presa in carico e alla Medicina d'Iniziativa con i processi sopra descritti rappresenta anche il modello fondamentale della PLS per affrontare la cronicità in età pediatrica ed evolutiva che può instaurarsi a seguito di condizioni congenite o connatali o per il sopraggiungere di patologie degenerative, incidenti o patologie tumorali.

## **5.6 La Continuità Assistenziale**

La continuità assistenziale è riferita all'insieme delle azioni sinergiche e coordinate di professionisti che lavorano per offrire alla comunità dell'ambito di riferimento una continuità di cura e assistenza in un continuum di cure con i MMG, oggi caratterizzata da una dimensione temporale di 24 ore al giorno per 7 giorni alla settimana,.

La continuità delle cure in un determinato ambito è affidata a professionisti che attualmente operano per 114 giorni all'anno (tra festivi e prefestivi) cui si somma l'assistenza notturna H12 in tutti i giorni feriali.

Tutto ciò richiama la necessità di articolare un ragionamento più aderente alle nuove necessità sociosanitarie al fine di integrare gli interventi tradizionalmente offerti dalla "guardia medica" in percorsi di cura e assistenza continua nel territorio.

Pare innanzitutto opportuna la previsione di un sistema di regie e di coordinamenti dei progetti e programmi di Cure Primarie nell'ambito più vasto di tutta l'Assistenza Territoriale che veda coinvolti in maniera specifica e integrata i professionisti della Continuità Assistenziale (CA).

Una consapevolezza chiara di "chi fa cosa e dove" nei percorsi di continuità di assistenza, insieme alla definizione di una figura di riferimento che gestisca il coordinamento dei vari passaggi del percorso assistenziale nella gestione di situazioni complesse potrà assicurare una reale presa in carico globale. L'obiettivo è ancora una volta quello di fornire risposte adeguate sul territorio oltre che "rapide".

Il pensiero è sostenuto anche dalla normativa che regola attualmente l'accesso al servizio di continuità assistenziale che richiede ai medici titolari il possesso del titolo specifico o equipollente di formazione in medicina generale che, nell'ottica del cambiamento auspicato



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

dovrà, comunque, essere più aderente alle mutate esigenze sociosanitarie della popolazione e più centrati sui bisogni delle persone fragili (anziani e persone con disabilità), della cronicità e della continuità della cura e assistenza.

Il tema dell'assistenza h24 attende, il decollo del numero breve europeo 116.117 previsto dalla normativa come numero per il servizio di "guardia medica non urgente".

Il numero breve potrà essere una risorsa efficace se correlata all'attività della Continuità Assistenziale e al sistema di Emergenza Territoriale (sistema del 118). L'accompagnamento del cittadino-utente all'utilizzo corretto dei servizi va sostenuto da una comunicazione puntuale e precisa su "chi fa cosa, come e dove".

Al sistema organizzativo e gestionale delle Cure Primarie e di tutta l'Assistenza Territoriale è inoltre richiesto una più puntuale e precisa definizione e informazione sulle caratteristiche di "non riferibilità" delle prestazioni, intesa come erogazione di prestazioni correlate a patologie acute a carattere non emergenziale la cui diagnosi e terapia siano "realisticamente" eseguibili nei percorsi di continuità assistenziale.

A tal fine, una Carta dei Servizi delle Cure Primarie e della Continuità Assistenziale correlata anche alla fase di avvio del numero breve 116.117 sarà certo utile per sostenere i cambiamenti auspicati.

La revisione dei percorsi di accesso al Pronto Soccorso (PS) potrà essere utile a trovare soluzioni per un migliore utilizzo del servizio di Continuità assistenziale soprattutto per la gestione dei "codici bianchi".

Specifici programmi di integrazione dei percorsi assistenziali con l'ospedale, soprattutto all'atto della dimissione del paziente potranno evitare ulteriori disagi al paziente stesso e ai suoi familiari durante il percorso di cura.

Appare chiara e necessaria una reale integrazione dei MCA nel progetto più ampio e complessivo della riorganizzazione delle Cure Primarie nel quale andranno pensati e formalizzati i progetti dedicati alle attività di prevenzione, assistenza ai malati cronici e cure domiciliari. Questa integrazione, supportata da eventi formativi mirati, dovrà prevedere la ridefinizione dell'orario lavorativo con attività assistenziali diurne. L'adozione dei PDTA per l'assistenza ai malati cronici e dei relativi indicatori potrà guidare la definizione più precisa, in termini sia quantitativi che qualitativi, dell'impiego delle risorse professionali dei MCA in tali ambiti. Anche in questo caso si renderà necessaria l'informatizzazione di tutti i dati necessari a consentire la interoperabilità dei MMG e dei MCA.

Sempre nell'ottica di una riorganizzazione delle cure primarie nelle 24h pur fatto salvo la scelta del MMG da parte ciascun paziente, andrebbe rinforzato il concetto di "rapporto di fiducia", come "patto con e tra" i medici del distretto che lavorano all'interno di un sistema centrato sul raggiungimento di obiettivi di salute e di benessere basati su percorsi condivisi.

Il Modello prevede una maggiore educazione di pazienti e professionisti al fine di riconoscere prestazioni improprie e ambiti di sovra-utilizzo di interventi sanitari inefficaci e inappropriati.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

## 5.7 L'Assistenza Specialistica e le Cure Primarie

Il ruolo dell'Assistenza Specialistica (AS) nell'ambito delle Cure Primarie è legato allo stesso ruolo ricoperto nell'ambito dell'Assistenza Primaria complessiva e nel più vasto panorama dell'Assistenza Territoriale e Distrettuale.

Il Modello Sardegna di Cure Primarie propone una Assistenza Specialistica, che eroghi le prestazioni di competenza nell'ambito di programmi di cura integrati e di presa in carico globale della persona.

In relazione alle aggregazioni dei professionisti delle Cure Primarie e alle aggregazioni strutturali dell'offerta è auspicabile pensare ad almeno due possibili coinvolgimenti dell'AS nei percorsi di cambiamento:

il Medico Specialista dedicato all'AFT e/o all'UCCP, ma ad esse esterno;

il Medico Specialista dedicato all'AFT e/o all'UCCP, integrato al loro interno;

In entrambi i casi gli accordi contrattuali regionali dovranno prevedere la possibilità che lo specialista possa trovare collocazione fisica nelle strutture/presidi sopra citati, e possa dedicare funzionalmente parte o tutto il suo orario di servizio alle AFT e/o le UCCP.

## 5.8 Il ruolo del cittadino, della comunità e la responsabilizzazione

Il coinvolgimento del cittadino nel Modello Sardegna di Cure Primarie è fondamentale se si vuole rendere veramente efficace il modello in relazione alla Cronicità e alla Medicina d'Iniziativa.

Il cittadino-paziente-utente dovrà diventare "cittadino-persona-esperto". Al riguardo alcuni elementi di novità potranno essere rappresentati dall'attivazione di percorsi specifici di informazione e formazione all'utilizzo sistematico del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE). Per questi processi di sensibilizzazione all'implementazione dell'uso attivo del FSE potranno essere coinvolti gli stessi professionisti delle Cure Primarie.

Di fondamentale importanza sarà la condivisione dei dati e l'integrazione tra sistemi informativi



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

## 6. I punti per l'erogazione dell'offerta e la capillarità nel territorio della Medicina Generale

I punti erogativi rappresentano i luoghi nei quali le Cure Primarie erogano l'attività in favore delle persone-utenti o dove i professionisti svolgono attività di supporto (programmazione, progettazione e audit) correlati all'attività di cura e assistenza.

### 6.1 La domiciliarità

La permanenza presso il proprio domicilio della persona nella fase della malattia è condizione fondamentale per ottenere il suo *empowerment* (crescita consapevole del proprio potenziale), soprattutto nei percorsi assistenziali correlati alla cronicità. Il livello assistenziale domiciliare andrà sempre privilegiato anche nei casi di maggiore intensità della cura, nella convinzione diffusa tra i cittadini e le famiglie, ma obiettivamente consolidata dall'esperienza che il domicilio è il luogo ideale per la cura delle patologie croniche.

L'accesso all'ospedalizzazione, oltre che da ritenersi improprio, può rappresentare per le persone anziane, le persone con disabilità e tutte quelle per le quali l'ambiente di vita e il contorno familiare rappresentano una risorsa indispensabile per il progetto di cura, occasione di demotivazione nella partecipazione all'autocura.

Il Sistema Sanitario Regionale individua percorsi idonei a favorirne lo sviluppo e l'implementazione delle Cure Domiciliari anche individuando e stabilizzando figure professionali di supporto alle Cure quali l'Infermiere l'Assistente Sociale lo Psicologo di Comunità, e l'Operatore Socio Sanitario che dovrà supportare le attività di assistenza tradizionalmente svolte dalla famiglia.

### 6.2 La residenzialità

L'istituzionalizzazione così come l'ospedalizzazione, quando necessaria, rappresenta un momento occasionale del percorso di cura e non la finalità dello stesso.

In quest'ottica la residenzialità, anche quella socioassistenziale e sociosanitaria è considerata a supporto della domiciliarità per il periodo strettamente necessario a stabilizzare situazioni clinico funzionali riacutizzate o anche per interventi di sollievo al carico familiare.

Nel caso di strutture residenziali sociosanitarie e socioassistenziali (Comunità alloggio, Comunità Integrate) scelte come residenza definitiva da parte del cittadino-utente, sono da considerarsi alla stregua del "domicilio" della persona per cui le Cure Primarie non interrompono la loro funzione di primo approccio alla cura e non si interrompe la presa in carico.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

### **6.3 I Presidi Territoriali di Salute**

In coerenza con le esperienze in atto e gli orientamenti internazionali, la Regione Sardegna evidenzia la necessità che l'Assistenza Primaria sia erogata in modalità multi professionale, con il ricorso a strutture territoriali di riferimento, così come individuate nella Legge Regionale di Riforma N.23 del 2014.

In quest'ottica, le due forme organizzative, AFT e UCCP sono inserite in una rete di strutture territoriali regionali di riferimento, entro le quali sviluppano l'attività dei vari professionisti, collegandosi e integrandosi attraverso la programmazione delle attività con il Distretto Sociosanitario.

Soprattutto le AFT, come unità professionali funzionali della Medicina Generale si coordinano con gli altri attori territoriali ed ospedalieri del Sistema Sanitario Regionale (SSR). Al referente/coordinatore di ogni AFT, adeguatamente qualificato, è affidata la promozione dei processi di integrazione nel SSR.

La Regione si farà carico di prevedere per l'ambito della Specialistica Ambulatoriale Interna, una maggiore integrazione di questi professionisti, attraverso l'assegnazione e la partecipazione formalizzata alle nuove forme organizzative, sia AFT che UCCP.

### **6.4 Le Case della Salute, I Centri/Presidi di Salute Territoriali, gli Ospedali di Comunità**

Le strutture di offerta, qualsiasi denominazione acquisiscano nei singoli ambiti territoriali (Case della Salute, Presidi o Centri di Salute Territoriali, etc.) dove le aggregazioni dei professionisti andranno a operare saranno luoghi di offerta del Modello delle Cure Primarie, basate su percorsi assistenziali definiti dai professionisti finalizzati allo sviluppo della Medicina d'Iniziativa.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

## 7. La rete dei servizi e le Cure Primarie

### 7.1 Il sistema a “rete dei servizi” delle Cure Primarie

L'evoluzione dei sistemi di cura fondati sulla presa in carico della persona-paziente, sulla integrazione delle competenze e su percorsi di continuità delle cure prevede che l'organizzazione della cura sia definita in contesti organizzativi e gestionali di “reti di cura e assistenza” e “reti di servizi”.

In questi sistemi di reti le Cure Primarie assumono un ruolo specifico in quanto nodo essenziale della presa in carico, soprattutto nelle situazioni di cronicità della malattia e di forte integrazione delle attività e servizi che vengono attivati sulla persona-paziente.

Nelle “reti di cura e assistenza” e “reti di servizi” i diversi luoghi di cura (domiciliari, ambulatoriali e residenziali) e livelli assistenziali (ospedale e territorio) si completano nei loro ruoli di assistenza e cura idonei a rendere i relativi percorsi funzionali ai nuovi compiti assegnati all'Assistenza Territoriale.

Sarà quindi necessario prevedere modelli organizzativi e gestionali fondati sulla flessibilità e sulla capacità d'interagire nei diversi livelli dei nodi della rete al fine di integrare i percorsi per la cronicità e con particolare riguardo alla non autosufficienza.

### 7.2 Il rapporto del modello con la rete ospedaliera

Il migliore utilizzo della medicina del territorio correlato al successo della revisione della rete ospedaliera regionale dipende fortemente da un buon esito della riorganizzazione e rafforzamento di tutta l'assistenza territoriale e delle Cure Primarie che, oltre a riorganizzarsi in strutture e aggregazioni di professionisti, dovrà dotarsi anche di strutture di degenza territoriale (ospedali di comunità) organizzati per bassa intensità assistenziale a gestione medico-infermieristica.

L'ospedale, concepito come punto di riferimento per la cura di alta specializzazione e alta intensità con interventi nelle 24 ore, dovrà interfacciarsi con l'assistenza territoriale, attraverso percorsi integrati di presa in carico per dare continuità di cura e assistenza e ridurre le fuoriuscite (*drop out*) dell'assistenza territoriale, soprattutto nei percorsi della cronicità che hanno come conseguenza un aumento delle ri-ospedalizzazioni improprie.

Il rapporto con la rete ospedaliera si dovrebbe anche basare su una integrazione possibile particolarmente in fase di dimissione che dovrà essere sempre concordata e protetta, soprattutto in riferimento alla popolazione fragile: anziani e persone con disabilità.

Appositi documenti regionali prevedranno, tali, modalità di lavoro e percorsi di integrazione che garantiscano una reale continuità dell'assistenza.

Tra le modalità sarà incluso il processo di riconversione delle strutture ospedaliere e/o la realizzazione di strutture territoriali e/o organizzative interdisciplinari di riferimento per l'erogazione dell'assistenza primaria, coerenti con la programmazione regionale.



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

Da questo punto di vista, in alcuni ambiti territoriali dove appaia opportuno e coerentemente con la normativa regionale, si prevedono aree con posti letto dedicati alle Cure Primarie dentro lo stesso presidio. Nel tempo occorrerà valutare gli esiti per una eventuale implementazione.

### **7.3 Il rapporto del modello con il sistema dei servizi integrati alla persona**

Il Modello Sardegna di Cure Primarie che si inserisce nel “macrosistema salute”, a prescindere dalle specifiche competenze di ciascun settore, prevede il potenziamento dell’Assistenza Territoriale ma deve andare oltre la competenza dei servizi sanitari per coinvolgere tutti i servizi sociali e sociosanitari che si dedicano alla persona nell’ambito del sistema di salute regionale.

#### **7.3.1 La non autosufficienza**

Nel Modello Sardegna di Cure Primarie la non autosufficienza si inserisce nei processi di integrazione dei servizi sociosanitari perché il paziente-persona, soprattutto quando più “fragile” o con ridotta autonomia, necessita di più attenzione da parte dell’intero sistema organizzativo.

Come prassi comune il “patto di salute” è quello che la persona e la famiglia stabiliscono con il sistema dei servizi alla persona affinché il progetto di cura e assistenza diventi parte integrante del “loro” progetto di vita.

Le Cure Primarie sono sempre più il punto di riferimento per la realizzazione dei progetti personalizzati che sono rivolti alle persone non autosufficienti e che non escono dal circuito della cura primaria e dalla competenza dei professionisti che li hanno in carico. Dagli stessi si attendono il proseguimento della presa in carico globale nella più complessa rete dei servizi sociosanitari territoriali.

Le Cure Primarie di fatto saranno capaci di attivare “leve di sistema” di ordine organizzativo e gestionale per dare compiutezza all’Assistenza Territoriale.

#### **7.3.2 Le Cure Primarie e il sistema PUA/UVT**

Il sistema del Punto Unico d’Accesso/Unità di Valutazione Territoriale (sistema PUA/UVT), consolidato in Sardegna quale punto di riferimento per la non autosufficienza e per la presa in carico delle persone “fragili”, rappresenta un punto di riferimento valido anche per il Modello Sardegna di Cure Primarie.

Il paziente-persona trova, in questo contesto funzionale e organizzativo, un riferimento per rappresentare i propri bisogni, ricevere valutazione multidimensionale ed essere indirizzato per la presa in carico nei percorsi della rete territoriale dei servizi integrati.



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

Le Cure Primarie, con la presenza del MMG e PLS in seno alla UVT, rappresentano, nel sistema PUA/UVT, elementi qualificanti e competenti per la progettazione personalizzata.

L'approccio alla Cronicità e alla Medicina d'iniziativa quale elemento caratterizzante il Modello Sardegna di Cure Primarie, ben si coniuga con il percorso di presa in carico della persona non autosufficiente poiché integra i propri interventi nella fase avanzata della patologia cronica quando questa esita in perdita dell'autonomia e caratterizza la persona nella sua fragilità complessiva.

### **7.3.3 Le Cure Primarie e il sistema dei PLUS**

La Programmazione Unitaria dei Servizi alla Persona (PLUS) nella Regione Sardegna ha rappresentato un traguardo importante nei processi di sistematizzazione della rete integrata dei servizi alla persona.

Le Cure Primarie dovranno prevedere percorsi di programmazione unitaria in tutti gli ambiti PLUS affinché questo modello possa trovare piena attuazione in tutti i territori attraverso il coinvolgimento delle comunità locali nella programmazione

### **7.3.4 Le Cure Primarie e il sistema delle Cure Palliative e della terminalità**

Il Modello Sardegna di Cure Primarie affronta il tema delle Cure Palliative e della terminalità considerando almeno quattro aspetti.

- a) lo sviluppo delle competenze: l'attivazione di percorsi formativi per i professionisti già in servizio e per il potenziamento di figure quali i medici palliativisti in seno alle professioni delle Cure Primarie;
- b) il lavoro in rete per la continuità dell'assistenza: le Cure Primarie svolgono una funzione in relazione alla presa in carico del paziente e mettendo in relazione i livelli ospedalieri, le reti territoriali competenti, la domiciliarità correlata all'Hospice e la rete delle residenze sociosanitarie;
- c) il diritto alla qualità della vita senza dolore: sarà preoccupazione delle Cure Primarie sviluppare competenze e autonomie nella cura del dolore onde evitare inefficaci dipendenze da specialità finora erogate solo in regime di assistenza ospedaliera.
- d) la sedazione terminale e il diritto all'autodeterminazione nel percorso di cure palliative e nella terminalità: sarà preoccupazione delle Cure Primarie acquisire competenze professionali su questi due temi.

### **7.3.5 Le Cure Primarie e il sistema penitenziario**

Il Modello Sardegna di Cure Primarie non dimentica il diritto delle persone ospitate in strutture penitenziarie all'assistenza primaria. La programmazione e la progettazione di percorsi integrati dovranno tener conto delle professioni che l'assistenza penitenziaria intende



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

promuovere e sviluppare, considerata la novità del settore in Sardegna e insieme i livelli contrattuali, considerato che attualmente i professionisti operanti nell'assistenza penitenziaria afferiscono alla Medicina dei Servizi.

### **7.3.6 Le Cure Primarie e l'internazionalità**

Il progressivo affermarsi del fenomeno delle migrazioni richiede che le Cure Primarie affrontino il ruolo che intendono assumere per l'assistenza di base alle persone migranti in relazione a:

- le peculiari patologie di cui sono portatrici le persone migranti;
- la necessità della mediazione culturale da inserire tra le funzioni dei professionisti delle Cure Primarie;
- l'approfondimento culturale mirato alla conoscenza di stili di vita e abitudini sociali quale presupposto per una buona assistenza in seno alle nuove patologie da immigrazione.

### **7.3.7 Le Cure Primarie di genere e la medicina di genere**

Il Modello Sardegna di Cure Primarie affronta questa branca della ricerca biomedica, ponendosi l'obiettivo di garantire qualità di cura e assistenza alle persone di entrambi i sessi rilevando che l'appropriatezza terapeutica è spesso correlata al genere, maschio o femmina.

Le indicazioni che provengono dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, dall'Istituto Superiore di Sanità e dall'Agenzia Italiana per il farmaco (AIFA) invitano ad una attenzione specifica per la medicina di genere per dare maggior consistenza al concetto di centralità della persona: "È importante che la medicina di genere approfondisca oggi i diversi modi in cui uomini e donne affrontano la malattia: perché solo così saremo in grado di ottimizzare la diagnosi, le terapie e la consistenza d'uso, cioè il dato obiettivo di quanto il paziente aderisca al progetto terapeutico stabilito dal medico."



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

## **8. L'autosufficienza del "Sistema Cure Territoriali"**

La riorganizzazione delle Cure Primarie, anche tenendo in considerazione gli indirizzi regionali per la rete ospedaliera e senza penalizzare gli ambiti territoriali lontani dalle strutture ospedaliere, dovrà garantire un sistema "autosufficiente" fondato sulla completezza dell'intervento assistenziale diagnostico terapeutico, curativo e riabilitativo, sull'integrazione in rete dei professionisti, e sui luoghi di cura più appropriati alle diverse esigenze (domicilio, ambulatorio e residenze).

il presente modello sarà maggiormente qualificato dall'inserimento di figure professionali con ruoli specifici di prossimità alla persona-paziente, come l'infermiere di comunità e lo psicologo di comunità, inserite nel lavoro dell'AFT o dell'UCCP in team interdisciplinari in un lavoro di servizio per la promozione della salute comunitaria. Anche la presenza di figure specialistiche dedicate, come il Geriatra di supporto alle Cure Primarie, potrà essere funzionale allo scopo.

Le isole minori di La Maddalena e Carloforte, caratterizzate da isolamento geografico, potranno essere il luogo di sperimentazione per la valutazione dell'autosufficienza del modello.

Anche in altri ambiti territoriali, caratterizzati da dispersione abitativa e di popolazione, carenze infrastrutturali o lontane dai presidi ospedalieri, appare opportuno prevedere formule di collegamento in rete dei presidi di assistenza presenti in loco. Le Cure Primarie locali dovranno svolgere un ruolo di cerniera tra i livelli assistenziali per la presa in carico delle persone e della comunità con il fine ultimo di rendere autosufficiente non solo il sistema delle cure ma anche i diversi ambiti territoriali

## **9. Implementazione del modello, la strategia complessiva, la valutazione, il monitoraggio, l'impatto e i risultati attesi**

Non è facile prevedere i tempi necessari per il decollo e l'implementazione su tutto il territorio regionale del nuovo modello di Cure Primarie.

Sicuramente gli esiti del processo saranno condizionati dal grado di condivisione che il modello sarà in grado di suscitare tra i professionisti delle Cure Primarie e i portatori d'interesse dell'intero sistema correlato all'assistenza territoriale.

Durante tutto il processo d'implementazione del modello sarà opportuno individuare indicatori atti a misurare la qualità di assistenza e la sua appropriatezza nel contesto regionale.

Uno degli obiettivi del Modello Sardegna di Cure Primarie sarà quello di rendere riconoscibile per l'utente l'Assistenza territoriale.

La strategia complessiva per l'implementazione del modello sarà definita a livello regionale ma dovrà trovare condivisione e sinergie tra i vari livelli dell'organizzazione del Sistema Sanitario regionale e dell'organizzazione civile.



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

Alla Regione compete stimolare e promuovere l'*empowerment*, inteso come abilità a "fare fronte" alla propria responsabilità, dei professionisti, dei cittadini-pazienti e delle organizzazioni. Ciò potrà avvenire attraverso un programma d'informazione e formazione riguardo al modello, con una diffusione capillare e nei diversi livelli professionali.

Le responsabilità dell'implementazione saranno comunque diffuse e diversificate tra i diversi livelli organizzativi del SSR (ASL e Distretti Sociosanitari), tra i professionisti (Associazioni di professionisti, Società scientifiche e organizzazioni sindacali), ma anche tra le rappresentanze dei cittadini (Organizzazioni civili, Associazioni di malati e di settore).

## **10. La Contrattazione Regionale per l'implementazione del modello**

L'Accordo Integrativo Regionale (AIR), quale strumento contrattuale collettivo di livello regionale che deve essere perfezionato entro i tempi stabiliti dai nuovi Accordi Collettivi Nazionali, dovrà definire:

- a) il nuovo assetto delle aggregazioni professionali (AFT/UCCP) in base alla programmazione regionale;
- b) le modalità di finanziamento delle aggregazioni professionali nei limiti delle risorse che saranno rese disponibili sulla base di risultati di cura raggiunti;
- c) le caratteristiche generali (funzioni, competenze professionali), nonché i compiti e i criteri di selezione del referente/coordinatore delle AFT e delle UCCP;
- d) le linee d'indirizzo per le modalità e le caratteristiche di strutturazione del lavoro tra i professionisti che compongono sia l'AFT che l'UCCP;
- e) le modalità con le quali facilitare una riorganizzazione degli orari di attività della medicina generale, per un'effettiva continuità assistenziale;
- f) il raccordo funzionale con le attività delle centrali operative del 118 e del numero unico 116.117;
- g) gli indicatori e i percorsi per il decollo del modello.

### **10.1 La formazione dei professionisti**

La Regione sottolinea che, se con il Modello Sardegna di Cure Primarie si vuole creare innovazione, è indispensabile avviare nuovi percorsi formativi per i professionisti che vadano oltre la replica d'interventi formativi parcellizzati e ultraspecialistici verso una visione olistica della cura della persona, pur nella specificità di specializzazione e di acquisizione di nuove competenze che il modello richiede.

La replica di eventi formativi su attività della medicina di base e/o specialistica già operante, non sarà in grado di innovare l'attività nuova richiesta dal modello. Saranno anche necessari



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

training mirati e progressivi che sappiano affrontare le problematiche della cronicità in un'ottica di Medicina d'Iniziativa.

## 10.2 La valutazione e il monitoraggio

Sarà necessario definire meglio il sistema premiante per le aggregazioni dei professionisti (AFT e UCCP) correlate alle eccellenze riconoscibili e ai risultati misurabili durante il processo d'implementazione del modello. Questi indicatori potranno riguardare l'efficace gestione delle forme complesse di comorbidità, la documentata soddisfazione dei bisogni di supporto e di comunicazione manifestate dai pazienti per sviluppare le proprie competenze (paziente esperto), la garanzia della continuità dell'assistenza e altri elementi distintivi dell'assistenza primaria erogata. Da questo punto di vista i vari componenti del *Chronic Care Model* sono stati già utilizzati per le valutazioni in esperienze nazionali e internazionali: dalla creazione di registri di patologia alla proattività degli interventi, dal supporto all'autocura all'adesione a linee guida definite a livello centrale.

## 10.3 Sostenibilità, impatto e risultati attesi

La sostenibilità del Modello Sardegna di Cure Primarie può essere ricondotta a tre variabili insite nel sistema sanitario, sociale e sociosanitario della Regione che possono riassumersi in sostenibilità professionale, sostenibilità sociale e sostenibilità economico-finanziaria.

La sostenibilità complessiva è interesse di tutti i portatori d'interesse citati nel presente documento, ciascuno per il proprio ruolo ricoperto nel Sistema Sanitario Regionale a garanzia dell'universalità e dell'equità del "sistema".

La sostenibilità professionale è correlata alla capacità dei professionisti coinvolti di aderire ed essere protagonisti del cambiamento loro richiesto, affinché si sviluppi in maniera sistematica l'approccio alla cronicità secondo il CCM e la Medicina d'Iniziativa. Avviate le prime sperimentazioni solo la capacità di portare le stesse a sistema permetterà di verificare la sostenibilità professionale del modello. La stessa capacità dei professionisti di uscire dall'autoreferenzialità e specificità professionale per inserirsi in gruppi di lavoro e team interprofessionali misurerà nel tempo quanto prima affermato.

La sostenibilità sociale è legata alla capacità delle singole persone-cittadini-utenti-pazienti di partecipare al cambiamento richiesto dal modello per diventare pazienti esperti nella gestione della propria salute. Insieme al cambiamento delle singole persone il modello misurerà la sua sostenibilità nel tempo in relazione alla capacità che avrà il sistema sociale delle singole comunità locali di partecipare al cambiamento richiesto insieme alle organizzazioni sanitarie, sociali e sociosanitarie che parteciperanno alla gestione delle Cure Primarie.

La sostenibilità economico-finanziaria è legata alle disponibilità delle risorse che il SSR sarà in grado di mettere in atto per "finanziare il cambiamento". Ciò potrà avvenire o attraverso l'individuazione di nuove risorse o attraverso riallocazione delle stesse tra i diversi settori dei due livelli dell'assistenza maggiormente coinvolti nel cambiamento: ospedale e territorio.



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

Anche un diverso e più razionale utilizzo delle risorse storiche assegnate ai LEA Distrettuali potrà rendere il modello sostenibile.

La realizzazione del programma specifico di gestione della cronicità non può che proporsi in maniera graduale e incrementale: introduzione in primis di approccio alla cronicità su patologie ben sperimentate in altre realtà nazionali e internazionali come, il diabete tipo 1 e 2 e la cardiopatia ischemica, per poi estenderla ad altre patologie croniche come la bronco-pneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), la nefropatia cronica, diverse patologie tumorali frequenti in Sardegna, etc.

I programmi sulla cronicità e di medicina d'iniziativa richiedono l'adesione dei professionisti e dei pazienti; a tal fine è necessario avviare programma regionale strutturato di sensibilizzazione e di formazione specifica.

Numerosi studi hanno dimostrato l'efficacia del programma sia dal punto di vista dei risultati di salute che di quelli economici. Dall'implementazione del modello si attende quindi una riduzione delle complicanze da malattie croniche e una riduzione dell'utilizzo improprio di servizi sanitari da parte dei pazienti (dall'ospedale alle attività ambulatoriali).



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

## Conclusioni

In linea con le nuove tendenze riguardo all'assistenza in un periodo storico segnato da riduzione delle risorse disponibili e dai tentativi di tagli al finanziamento dei sistemi sanitari pubblici, pare opportuno attenderci che il cambiamento stimolato e provocato da questo modello sia indirizzato verso una medicina semplice e sobria, ma appropriata e professionale tesa a contribuire a raggiungere gli obiettivi del SSR.

Non necessariamente la diffusione di nuovi modelli di cura e nuovi trattamenti sanitari deve portare a una medicina complessa e difficile come tipo di cura, di organizzazione e di erogazione, anche perché non sempre tutto ciò si accompagna a maggiori benefici per gli assistiti e per la comunità.

Si tratta di agire su alcuni canali di diffusione delle informazioni sanitarie e di uso appropriato degli strumenti diagnostico-terapeutici messi a disposizione dall'evoluzione scientifica, non solo clinica ma anche organizzativa e gestionale, compresa la tecnologia applicata.

Si intende, quindi, avviare una medicina delle Cure Primarie capace di agire sulla moderazione delle sue aspettative e dei suoi sviluppi, sulla gradualità del suo affermarsi come sistema di cura privilegiato nella percezione dei cittadini, sulla essenzialità dei suoi interventi innovativi. I team assistenziali sono chiamati all'utilizzo appropriato delle risorse che saranno rese disponibili per la piena attuazione del modello regionale, all'utilizzo delle buone pratiche e dei principi della *slow medicine*.

La stessa medicina che questo modello auspica vuole essere rispettosa dei bisogni e desideri legittimi delle persone di riappropriarsi di un ruolo consapevole e attivo nella gestione della propria salute e della qualità della vita, anche nelle fasi avanzate o caratterizzate da fragilità legata alla cronicità della patologia.

Il modello auspica una medicina delle Cure Primarie rispettosa delle scelte dei cittadini, dei valori personali, degli orientamenti degli individui, delle preferenze in ordine alle scelte civiche.

I professionisti della salute nelle Cure Primarie sapranno essere all'altezza perché sono capaci di agire con attenzione alla persona e alla famiglia, competenza ed equilibrio nell'esercizio della professione e nell'erogazione della cura, ma soprattutto attenti alla qualità della vita delle persone.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

## Tavola degli acronimi

**AFT:** Aggregazione funzionale territoriale

**AS:** Assistenza Specialistica

**CCM:** *Chronic Care Model* (Approccio alla cronicità)

**FSE:** Fascicolo Sanitario Elettronico

**ICT:** tecnologie dell'informazione e della comunicazione

**LEA:** Livelli Essenziali di Assistenza

**MCA:** Medici di Continuità Assistenziale

**Mdi:** Medicina di Iniziativa

**MMG:** Medici di Medicina Generale

**OMS:** Organizzazione Mondiale della Sanità

**UCCP:** Unità complesse di Cure Primarie

**PDTA:** Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistiti

**PLUS:** Programmazione Unitaria dei Servizi alla Persona

**PLS:** Pediatri di Libera Scelta

**PUA:** Punto Unico di Accesso

**SSR:** Servizio Sanitario Regionale

**UVT:** Unità di Valutazione Territoriale