



REGIONE DEL VENETO

***“Progetto Cure Primarie”
2008***

L'Accordo regionale del 2001, D. G.R. n. 3889 del 31.12.2001, ha previsto il passaggio da un sistema fondato sulle prestazioni ad un altro costruito su progetti (cfr. Patti aziendali).

Con l'Accordo regionale del 2005, sono stati definiti nuovi standard erogativi ed organizzativi (cfr. UTAP).

Con l'ipotesi d'Accordo regionale del 2008, viene previsto che, per le Cure Primarie, è necessario individuare e/o implementare modelli di erogazione dei servizi territoriali sempre più complessi (Associazionismo, UTAP; ...) che prevedano una organizzazione di rete a maglie molto strette da realizzarsi a livello distrettuale o sub distrettuale.

La collaborazione fra professionisti delle Cure Primarie

In attuazione della DGR n. 2132 del 10 luglio 2007, l'Azienda Sanitaria n. 4 ha provveduto ad adempiere al mandato conferitole, producendo un documento atto a tradurre in linee operative gli indirizzi strategici individuati dal Disegno di legge di iniziativa della Giunta regionale "Piano sociosanitario regionale per il triennio 2007-2009".

Con il suddetto Progetto si è infatti inteso dare corso ad una attività propedeutica alla Medicina Convenzionata e finalizzata alla raccolta, all'analisi ed alla sintesi di esperienze e buone pratiche realizzate nel territorio veneto e, conseguentemente, alla formulazione di proposte migliorative nell'ambito gestionale ed organizzativo.

Il Progetto, sviluppato in collaborazione con il Servizio Regionale Medicina Convenzionata, si è concluso con la stesura e la restituzione alla Regione Veneto di una proposta operativa per lo sviluppo delle Cure Primarie.

Gli elementi della vision

- porre al centro del sistema la **persona**, la **famiglia** e la **Comunità**, spostando la logica dalla prestazione alla presa in carico...
- promuovere e sviluppare un **approccio di rete** che veda integrato il **sistema delle Cure Primarie** con la ricchezza delle realtà locali...
- riconoscere nel **Distretto socio-sanitario** il fulcro per la realizzazione della continuità dell'assistenza...
- attribuire ai Medici/Pediatri di famiglia il ruolo di **coordinatori** del percorso di presa in carico dell'assistito...
- promuovere l'integrazione **multiprofessionale** tra i Medici convenzionati... sottolineando **l'appartenenza comune** al sistema delle Cure Primarie...
- portare a consolidamento **due poli** reciprocamente funzionali e complementari organizzativamente e professionalmente: il **Territorio** (risposta continua), **l'Ospedale** (risposta puntuale... per singoli episodi).

Il quadro normativo

- ACN RESO ESECUTIVO IN DATA 23 MARZO 2005, MEDIANTE INTESA NELLA CONFERENZA STATO - REGIONI, PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI DI MEDICINA GENERALE.
- ACN RESO ESECUTIVO IN DATA 23 MARZO 2005, MEDIANTE INTESA NELLA CONFERENZA STATO - REGIONI, PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI E ALTRE PROFESSIONALITÀ SANITARIE.
- ACN RESO ESECUTIVO IN DATA 15 DICEMBRE 2005, MEDIANTE INTESA NELLA CONFERENZA STATO - REGIONI, PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA.
- ACCORDI REGIONALI RECEPITI CON:
 - D.G.R. n. 4395 del 30/12/2005, per i Medici di Medicina Generale (MMG),
D.G.R. n. 2667 del 07/08/2006, per i Medici Specialisti Pediatri di Libera Scelta (PLS),
 - D.G.R. n. 3220 del 25/10/2005, per i Medici Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI) e altre professionalità sanitarie.

DOTAZIONE MEDICI CONVENZIONATI

Rilevata al 31/12/2007

- | |
|---|
| • <i>Medici di Assistenza Primaria (AP) n. 3542; (Rapporto ottimale: un medico ogni 1200 residenti)</i> |
| • <i>Continuità Assistenziale (CA) n. 482, (1 medico ogni 6.500 residenti)</i> |
| • <i>Emergenza Sanitaria Territoriale (EST) n. 41 (passaggio alla dipendenza)</i> |
| • <i>Pediatria Libera Scelta (PLS) n. 563; (Rapporto ottimale: un pediatra ogni 600 residenti)</i> |
| • <i>Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI) n. 1093</i> |
| • totale n. 5721 |

Investimento strategico

Spesa complessiva per MG, PLS e SAI della Regione Veneto: totale euro 421.377.3599,00 + 74.677.043,00 (17%) = euro **496.054.402/anno**

- **Investimento strategico:**
- Euro **68.276.154/anno**, al netto degli oneri previdenziali e assistenziali, di cui:
 - Patti aziendali, € **29.387.971**(MG, PLS, SAI),
 - UTAP, € **8.520.430**,
 - Forme associative, € **24.383.806 MG + € 5.166.406 PLS**,
 - Formazione continua, € **817.541**.

I distretti

Il ***Distretto socio-sanitario*** deve rappresentare l'ambito organizzativo in cui può realizzarsi un modello assistenziale centrato sulle Cure Primarie, che possa garantire: la continuità dell'assistenza, risposte adeguate, complete e non frammentate o casuali alla complessità dei bisogni delle persone. Ciò richiede un Territorio strutturato per essere in grado di dare una risposta globale e completa nelle 24h per le tipologie di assistenza che il consenso professionale ritiene appropriate per il trattamento a tale livello.

L'assistenza primaria

L'assistenza sanitaria primaria rappresenta il primo livello di assistenza ed il ***primo punto di contatto tra i cittadini ed il SSN***; essa "deve essere erogata a costi sostenibili per la Comunità, usa metodi pratici, validi scientificamente ed accettabili socialmente, è accessibile ad ogni membro della Comunità e coinvolge la Comunità nella progettazione, realizzazione e valutazione degli interventi"

(Dichiarazione di Alma Ata).

È un'assistenza di lungo termine centrata sulla persona non sulla malattia ed è suo compito il coordinamento dell'assistenza quando questa va ricercata altrove (WONCA). È fornita a livello informale dalle famiglie e dalle organizzazioni presenti nella Comunità, a livello formale dai professionisti presenti sul Territorio, e cioè dai Medici di famiglia, dagli infermieri di Comunità, dagli assistenti sociali e dalle figure specialistiche, quali sono i Pediatri di famiglia e gli Specialisti Ambulatoriali Interni (prospettiva dell'OMS).

Gli obiettivi generali su cui l'assistenza primaria viene valutata sono l'equità, l'efficienza/efficacia, il costo/efficacia, la qualità clinica, la risposta ai bisogni/esigenze dei pazienti, le attese dei pazienti e dei cittadini, realizzabili attraverso il coordinamento dell'assistenza, la continuità, in particolare della relazione, la globalità, tipica dell'assistenza primaria.

Approccio di rete

Promuovere e sviluppare un approccio di rete che veda integrato il sistema delle Cure Primarie con la ricchezza delle realtà locali (Ospedale, Amministrazioni Locali, Strutture residenziali, Scuole, ecc.) al fine di consentire un approccio di presa in carico globale dei bisogni (del singolo e della collettività), secondo un modello di continuità dell'assistenza a forte integrazione socio-sanitaria.

L'integrazione tra sociale e sanitario

- Alcuni provvedimenti di riferimento:
- **DGR n. 4588 del 28.12.2007 "Attività delle Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuali (UVMD) - Linee di indirizzo"**.
- **CR n. 163 dell'11.12.2007 "Assistenza alle persone anziane non autosufficienti. Scheda SVAMA: profili e livelli di intensità assistenziale"**.
- **DGR n. 457 del 27.02.2007 "Assistenza alle persone anziane non autosufficienti nei Centri di Servizio residenziali e per la predisposizione del Piano locale della Non - Autosufficienza"**.
- **DGR n. 394 del 20.02.2007 "Indirizzi ed interventi per l'assistenza alla persone non auto sufficienti"**.
- **DGR n. 331 del 13.02.2007 "Valutazione multidimensionale delle persone con disabilità secondo ICF, approvazione e introduzione scheda S.Va.M.Di"**.
- **DGR n. 4135 del 19.12.2006 "Assegno di cura per persone non auto sufficienti. Procedure per l'anno 2007"**.

Le politiche

Superamento del ruolo di gatekeeper affidato alla Medicina Convenzionata, verso l'assunzione di ***responsabilità***:

- di coordinamento delle azioni necessarie per affrontare le patologie cronico-degenerative;
- di presa in carico del governo e della complessità della diagnostica e delle cure;
- di messa a punto di meccanismi di promozione della salute;
- di governo della domanda e partecipazione al governo dell'offerta.

Gli obiettivi strategici da perseguire

- sviluppo di un piano di **riqualificazione dell'associazionismo** con graduale passaggio dalle forme più semplici a quelle più complesse e sperimentazione di modelli a "reti diffuse";
- orientamento a configurare il Medico Convenzionato come **polo informativo** di riferimento per l'analisi dello stato di salute della popolazione assistita (analisi epidemiologia e contributo alla programmazione aziendale) e per la verifica della appropriatezza dell'uso delle risorse (controllo della domanda e governo economico-finanziario dell'Azienda);
- realizzazione, nel triennio, della **completa informatizzazione** della Medicina Convenzionata con il contestuale sviluppo di un sistema di comunicazione fra Azienda/Distretto e Medici Convenzionati;
- qualificazione della valutazione del sistema della Medicina Convenzionata promuovendo attività di audit e di misurazione delle performance, individuando standard di riferimento per un suo **accreditamento di eccellenza**.

In prospettiva i MAP/PLS dovranno:

- essere i coordinatori dell'assistenza, portatori della **continuità** longitudinale ed essenziali nella continuità trasversale;
- guidare l'accesso agli Specialisti, operando per **orientare** l'assistenza;
- lavorare sempre più come team **multiprofessionale** variegato e integrato, atto ad offrire un range di servizi più ampio;
- avvalersi di un maggiore supporto da parte del personale infermieristico/di studio, provvedendo al **trasferimento di competenze** non strettamente cliniche;
- prendere in carico problemi della cronicità ad alto impatto sociale, anche attraverso metodi della **medicina attiva** e con attenzione alla comorbidità.

- Nel **2004** l'appartenenza a **forme associative** ha riguardato 2.605 Medici di Assistenza Primaria su 3.544 ovvero il 74% circa, così ripartiti: n. 1.922 in Associazione, n. 84 in Rete, n. 599 in Gruppo.
- Nel **2006**, la situazione è la seguente: 2.715 Medici di Assistenza Primaria su 3.618 ovvero il 75% circa, così ripartiti: n. 1.537 in Associazione, n. 210 in Rete, n. 968 in Gruppo.
- Nel **2007** la situazione è la seguente: 2.870 Medici di assistenza Primaria su 3542 ovvero l'81 % circa, così ripartiti: n. 1.542 in Associazione, n. 284 in rete, n. 1.044 in Gruppo.

• 40 progetti di attivazione di UTAP
• 29 attivate
• 20 ULSS interessate
• 16 UTAP aggregate
• 16 UTAP integrate
• 8 altro

Le forme associative consentono:

- superamento dell'individualismo professionale fino alla **condivisione** degli obiettivi e dei valori, verso una condivisione di comportamenti professionali;
- confronto e condivisione di **percorsi diagnostico-terapeutici**;
- maggiore **continuità di assistenza** ai cittadini;
- ampliamento delle **attività del personale infermieristico** per la gestione della cronicità e le iniziative sugli stili di vita;
- ampliamento della capacità di **raccolta di dati omogenei** e delle possibilità di **collegamento informatico**;
- migliore rapporto con le **Comunità**.

Le forme associative più evolute...

- punti di riferimento territoriale in termini di salute di una comunità;
- luoghi privilegiati per l'integrazione socio-sanitaria (inter-funzionale e inter-istituzionale)

Esempi di obiettivi da assegnare alle forme associative:

- Estensione della copertura oraria ambulatoriale;
- Rintracciabilità e consulto telefonico;
- Programmi di prevenzione, anche secondaria;
- Implementazione di percorsi diagnostico-terapeutici e protocolli condivisi;
- Raccolta di dati socio-epidemiologici e mappatura dei bisogni locali;
- Integrazione informatica;
- Integrazione multiprofessionale (MAP, PLS, MCA, SAI, ma anche IP, assistenti sociali, amministrativi).

Lo strumento dei Patti aziendali

Patti aziendali

- *21 Patti con i Medici di Assistenza Primaria*
- *19 con la Continuità Assistenziale*
- *7 con l'Emergenza Sanitaria Territoriale*
- *18 con la Pediatria di Libera Scelta*
- *20 con la Specialistica Ambulatoriale Interna*
- *2 con le Altre Professionalità*

Attraverso i Patti possono essere perseguiti obiettivi di qualità

- *favorire la continuità assistenziale* - es. ampliamento orari di copertura e loro coordinamento, condivisione informatica;
- *prendere in carico i pazienti* - es. gestione cronicità, medicina di iniziativa, potenziamento forme di ADI, protocolli dimissioni protette;
- *promuovere il benessere e affrontare i principali problemi di salute nella comunità* - es. promozione stili di vita, screening;
- *promuovere l'appropriatezza clinica ed organizzativa* - es. percorsi diagnostici terapeutici condivisi, audit clinico;
- *sviluppare in forma continuativa la qualità professionale* - es. formazione condivisa e integrata coerente rispetto ai contenuti dei Patti;
- *concorrere ai processi di governo della domanda* - es. tasso di ospedalizzazione, spesa farmaceutica, spesa specialistica, liste d'attesa;
- *favorire la partecipazione dei pazienti nel processo di cura* - es. responsabilizzazione dell'utente e della famiglia verso corretti stili di vita;
- *valutare gli esiti di salute generata.*

La continuità dell'assistenza costruita anche attraverso strumenti di integrazione della rete dei servizi

- adozione modello organizzativo in grado di assicurare la ***disponibilità e l'accessibilità 24h dei dati*** del paziente fragile;
 - attivazione sistemi integrati di ***gestione dell'afferenza*** della "domanda" degli assistiti, organizzati per ***rendere certa*** la contattabilità del "sistema cure primarie" nelle 24h;
 - dotazione/disponibilità di software in grado di ***integrarsi e trasferire informazioni*** fra MAP-PLS e MCA, équipe assistenziali, Distretto, Ospedale (UU.OO. di Diagnosi e Cura) ed apparati amministrativi;
- ➔ **Fascicolo socio-sanitario UNICO** sul paziente, con accessibilità "selettiva" e rispettoso della normativa sulla privacy

Descrizione delle caratteristiche "auspicabili" dei sistemi informativi e informatici

- il **Software del MAP-PLS** e dei "gruppi di medici" - adozione di un modello-tipo per MAP, PLS, SAI, CA, costruito su un data set minimo dinamico, caratterizzato da integrabilità informativa, interattività, interazione con altri sub-sistemi informativi;
- il **rispetto di Privacy e Sicurezza** - adozione di un modello certificato ed aziendale, con definizione di modalità di accesso, di standard di protezione, di modalità di pubblicazione delle informazioni di sintesi;
- il **Sistema Informativo Aziendale** - con specifiche funzionalità di accesso e cooperazione da parte dei MAP-PLS alle banche dati aziendali e da parte di altri soggetti del sistema aziendale alle informazioni dei MAP-PLS;

Caratteristiche minime essenziali per la reportistica

- disponibilità di un "**cruscotto**", alimentato da flussi correnti su attività e/o utilizzo di fattori, che rappresenti, per macro indicatori, l'andamento per singolo medico, per forma associativa e per "dipartimento" di Cure Primarie e Distretto;
- sperimentazione di un "**integratore**" per comunicare le informazioni tra software diversi e tra "attori informatici" operanti nell'ambito della ULS S, al fine di garantire gli obiettivi di gestione dei flussi informativi, di controllo epidemiologico degli assistiti e di analisi degli esiti sul paziente attraverso indicatori di qualità;
- necessità di definire delle specifiche per uno **strumento comune** a tutte le Aziende del Veneto, con caratteristiche di fattibilità nel breve termine, flessibilità ed implementabilità, rispondente in modo coordinato alle esigenze dei diversi soggetti decisori (forma associativa, distretto, azienda, area vasta, regione).

La professionalità degli operatori: azioni prioritarie

- lo studio e la realizzazione, con supporto informatico, di una **rilevazione dei fabbisogni formativi** delle professioni sanitarie;
- la costituzione di una **rete formativa** tra le Aziende ULSS;
- la promozione della formazione a distanza;
- la messa a punto e l'utilizzo di **percorsi diagnostico-assistenziali condivisi ed integrati** fra Ospedale e Territorio;
- la promozione del ruolo dello **Specialista** come "consulente" del Medico di famiglia, accanto al tradizionale lavoro diretto sul paziente.

Formazione correlata alla programmazione

L'orientamento proposto è di una formazione che:

- tenga conto degli ***indirizzi nel Piano Socio Sanitario Regionale***
- sia orientata a supportare i cambiamenti del SSR, incrementando la ***coesione del sistema***, promuovendo la ***centralità delle Cure Primarie*** (anche nei programmi formativi degli ospedalieri) e stimolando la ***conoscenza reciproca*** tra i vari professionisti.

Interventi proposti per attivare una nuova programmazione della formazione

- avviare un processo sistematico di **rilevamento dei bisogni** che tenga conto di quanto emerge dai bisogni di salute della popolazione, dalle esigenze organizzative dei servizi e dalle necessità di aggiornamento/implementazione delle competenze degli operatori;
- prevedere progetti formativi con **momenti interdisciplinari** e multiprofessionali dedicati all'analisi, alla progettazione ed alla condivisione dei percorsi assistenziali (da realizzarsi attraverso i Patti aziendali);
- rimodulare i servizi erogati dall'Ospedale e dal Distretto alla luce delle **nuove competenze acquisite** dai professionisti delle Cure Primarie;
- sperimentare processi di **valutazione degli esiti** della formazione (output/outcome) anche attraverso l'utilizzo di strumenti capaci di indagare la patient satisfaction.

La misurabilità e la trasparenza

Ogni strategia ed azione prevista dovrà prevedere un piano di valutazione che traduca le azioni in ***obiettivi misurabili*** ed individui ***indicatori rilevanti***, al fine di definire un efficace sistema di ***reporting***.

AREA	MISURE DEGLI OBIETTIVI (*)
Governo della domanda	<ul style="list-style-type: none"> -tasso di ospedalizzazione -tasso di fuga -tasso di accesso al Pronto Soccorso -spesa farmaceutica pro capite -n° prestazioni specialistiche per abitante
Integrazione ed organizzazione	<ul style="list-style-type: none"> -tasso UVMD con partecipazione contemporanea di Medici Convenzionati ed Assistente Sociale -% di decessi a domicilio sul totale dei decessi -monte ore a disposizione per attività di Distretto da parte dei Medici Convenzionati
Formazione continua	<ul style="list-style-type: none"> -n° di programmi formativi integrati (convenzionati/dipendenti e/o tra profili professionali diversi)
Dimissioni protette	<ul style="list-style-type: none"> -n° di pazienti che ricevono una visita a domicilio (da parte del Medico di famiglia e/o dell'IP) entro 6 ore dopo la dimissione dall'Ospedale -n° di dimissioni protette dopo le 13.00 del venerdì (fino alla domenica) -tasso di utenti che usufruiscono di ricoveri temporanei in CdR/RSA (con successiva dimissione a domicilio) sul totale dei posti letto di residenze extraospedaliere
Promozione stili di vita	<ul style="list-style-type: none"> -tasso di adesione corretto ai 3 screening -(scelta di un indicatore da Studio Passi) -tassi di copertura vaccinale pediatrica -tasso di copertura vaccinazione antiinfluenzale ultra 64enni
Qualità percepita	<ul style="list-style-type: none"> -rilevazione (in maniera indipendente) della qualità percepita dagli utenti

Caratteristiche auspicabili del sistema di valutazione della qualità

- Porre la qualità al centro dei processi di governo delle Cure Primarie comporta trovare degli indicatori in grado di esprimere la **capacità di governo del sistema**.
- Il sistema si dovrà basare su una batteria di indicatori di valutazione di qualità e non sulla definizione di standard rigidi, adattabili alle caratteristiche del territorio.
- La valutazione della qualità si deve centrare su **poche informazioni**, centrali rispetto alla qualità che si intende sviluppare ed alle esigenze informative dei professionisti e dei dirigenti dell'Azienda; raccolte in modo **sistematico ed esaustivo; attendibili e comparabili**.

Obiettivi ai Direttori Generali:

lo sviluppo delle Cure Primarie, attraverso:

la predisposizione di un
piano attuativo locale per le Cure Primarie,
di durata triennale,
per l'individuazione delle strategie aziendali
per il conseguimento degli obiettivi relativi:
alla gestione integrata del paziente
e

alla continuità assistenziale,
introdotti con gli accordi regionali per la Medicina convenzionata;

il completamento ed il potenziamento
delle Unità Territoriali di Assistenza Primaria (**UTAP**),
almeno due per Azienda,
conformemente agli indirizzi regionali sulla
organizzazione della Medicina convenzionata;

la definizione dei **Patti aziendali**
per la realizzazione degli obiettivi specifici, del **piano attuativo locale per le Cure Primarie**, concordati con i medici convenzionati.

IL PROCESSO DI "GOVERNANCE" DELLE CURE PRIMARIE

Il governo della complessità richiede una precisazione dei processi di governance da adottare ed una definizione delle azioni strategiche da perseguire per ridefinire le cure primarie.

LE AZIONI STRATEGICHE DI SVILUPPO DEL SISTEMA:

- **diffondere gli obiettivi ed il modello di cure primarie**
 - **diffusione cultura e buone pratiche**
 - **sviluppare la cultura della governance locale**
- **creazione di comunità di pratica con i referenti aziendali (accompagnare la costruzione dei piani e la definizione della relazione valutativa aziendale)**
- **definire alcuni indicatori minimi per la relazione valutativa ed il governo regionale dei processi di cambiamento)**
 - **analisi sistema informativo e potenzialità di sviluppo**
- **coinvolgimento dei MMG, PLS e SAI nella definizione degli scambi informativi**
 - **sviluppo modello di analisi delle informazioni**
- **accompagnamento del sistema (attori locali) nell'uso delle informazioni per governare i territori**
 - **costruzione relazione annuale e conferenza sullo sviluppo del sistema regionale di cure primarie**

Incontro con i Direttori Generali sulle "Cure Primarie"

Le prospettive per un Progetto regionale

- A - Riorganizzazione del Distretto socio-sanitario
- B - Governo del Sistema della Primary Care
- C - Organizzazione in rete della Medicina Convenzionata



Dott.ssa C. Ghiotto
Venezia 9 aprile 2008



Alcune evidenze di contesto

- il ***Distretto socio-sanitario*** è l'ambito organizzativo in cui può realizzarsi un modello assistenziale che garantisca: continuità dell'assistenza, risposte adeguate, complete e non frammentate o casuali alla complessità dei bisogni delle persone;
- passaggio da un'ottica ospedalocentrica allo sviluppo di una ***rete dei servizi territoriali ed ospedalieri*** in grado di realizzare percorsi assistenziali integrati e, conseguentemente, la continuità dell'assistenza;
- i ***Medici/Pediatri di famiglia*** rappresentano, in integrazione con le altre professioni sanitarie, i responsabili del percorso di presa in carico, e quindi "fondamentali" nella definizione delle scelte gestionali e clinicoassistenziali della Comunità;
- la **programmazione** deve essere fondata sull'analisi dei bisogni locali e sulla puntuale conoscenza del contesto, a cui può dare un contributo fondamentale il Medico/Pediatra di famiglia;
- la **prevenzione** rappresenta un investimento per la qualità della vita e per il benessere delle persone e della Comunità.

Quali obiettivi strategici per la Regione Veneto?

- portare a compimento la **riorganizzazione distrettuale** prevista dalla DGR n.3242/01, adottando specifiche azioni migliorative;
- migliorare la **qualità dei servizi** e delle risposte erogate a livello territoriale, analizzando la destinazione delle risorse impiegate, definendo standard qualitativi e migliorando l'utilizzo delle risorse secondo un piano di ottimizzazione dei fattori, con specifica attenzione verso la sostenibilità economica;
- rafforzare la funzione regionale di **indirizzo, coordinamento, controllo e supporto tecnico** alle Aziende socio-sanitarie relativamente alla programmazione complessiva ospedaliera e territoriale, alla definizione degli obiettivi strategici coerenti per dipendenti e convenzionati, allo sviluppo pianificato delle forme associative con espliciti riferimenti ai miglioramenti attesi negli standard assistenziali;

Quali obiettivi strategici per la Regione Veneto?

- monitorare gli *impatti sia qualitativi che economici* di alcuni istituti contrattuali (es. forme associative, UTAP, ecc.) e di alcuni strumenti (es. Patti con la Medicina Convenzionata), verificandone la coerenza con gli obiettivi assegnati alla dirigenza ed al personale del comparto a livello Ospedaliero;
- verificare il fabbisogno e l'utilizzo della *residenzialità extraospedaliera*, in particolare temporanea, come elemento fondamentale di una nuova visione del sistema complessivo delle cure per le persone anziane e/o affette da patologie croniche;
- dare attuazione alle linee strategiche previste dal *Piano Socio-Sanitario Regionale*, anche declinando le azioni progettuali derivanti dal "Progetto Cure Primarie" (approvato con DGR n.2132 del 10.07.2007) in sperimentazioni operative su contesti aziendali.

Progetto A - Riorganizzazione del Distretto socio-sanitario

Obiettivo: *definire un modello distrettuale conforme alle nuove esigenze della riorganizzazione dell'assistenza territoriale ed all'implementazione di modelli di integrazione tra Ospedale e Territorio.*

- compimento dell'applicazione della **DGR n.3242/2001** con individuazione di un sistema delle responsabilità, definizione e realizzazione degli obiettivi;
- definizione di modelli di **integrazione** tra Ospedale e Territorio;
- implementazione dello strumento del **Budget di Distretto** come processo di negoziazione degli obiettivi e delle risorse disponibili;
- programmazione delle attività territoriali armonizzando gli **atti programmatori** aziendali (Piano Attività Territoriali, Piano di Zona, ecc.);
- mappatura e ricognizione dei bisogni espressi dal Territorio, potenziando i **sistemi informativi** aziendali;
- partecipazione del **Medico di famiglia** alla definizione delle politiche locali in tema di salute;
- coinvolgimento delle Comunità e direttamente delle Amministrazioni Locali;
- partecipazione dei **cittadini** (educazione a stili di vita sani, informazione al cittadino, Carta dei Valori e dei Servizi).

Progetto B - Governo del Sistema della Primary Care

Obiettivo: *individuare obiettivi, strumenti ed indicatori per il Governo del Sistema, nell'intento di definire un "Piano aziendale della Primary Care"*

- piano di riqualificazione delle **forme associative** (es. modelli a "reti diffuse");
- completa **informatizzazione** della Medicina Convenzionata e concomitante adeguamento dei flussi informativi aziendali;
- standard di qualità per i **Patti** con la Medicina Convenzionata e modalità operative per valutare il loro impatto in termini di governo della domanda e la loro capacità di influire positivamente sulla qualità dell'assistenza primaria;
- qualificazione delle professionalità interne attraverso la **formazione continua** (lavoro di equipe multidisciplinare, riorganizzazione dei percorsi di cura, ecc.);
- flussi di dati su **indicatori strategici** che le Aziende socio-sanitarie dovranno inviare periodicamente alla Regione (aggregati per forma associativa, Distretto e Azienda) al fine di consentire processi di benchmarking a livello regionale, offrendo alle Aziende la possibilità di confrontarsi con realtà simili.

Progetto C - Organizzazione in Rete della Medicina Convenzionata

Obiettivo: *costituire un sistema reticolare informativo/omunicativo a supporto dell'integrazione della rete dei servizi, del miglioramento e dell'uniformità degli standard assistenziali, della continuità dell'assistenza.*

- modelli **multiprofessionali** attraverso un agire del Medico/Pediatra di famiglia funzionalmente coordinato con quello di altre professioni operanti nel Territorio e nell'Ospedale;
- processi di **audit clinico** con definizione di indicatori per il governo clinico;
- **integrazione informativa** (es. sperimentazione della cartella socio-sanitaria);
- sviluppo di un **sistema informativo** che consenta al Medico/Pediatra di famiglia l'accesso alle informazioni concernenti l'utilizzo di servizi specialistici, Pronto Soccorso, degenza ospedaliera da parte dei suoi assistiti;
- **collegamenti strutturati** tra Medici/Pediatri di famiglia, con Azienda, con MCA e SAI, tra Medici operanti nel Territorio e Medici che lavorano in Ospedale;
- **care near to patient** individuando lo studio del Medico di famiglia come luogo dove operano team multiprofessionali, come spazio per la medicina di iniziativa attivando ambulatori dedicati (es. diabete, ipertensione, ecc.).

Nel quadro di riferimento strategico generale

Obiettivo peculiare:

essere in grado di capire "**come sono seguiti gli assistiti**".

Operativamente questo richiede di definire in maniera puntuale, attraverso protocolli operativi condivisi con l'Ospedale, quali **attività, funzioni e compiti** vengono rispettivamente affidati al Medico/Pediatra di famiglia e al Medico ospedaliero.

Organizzativamente questo consente di stabilire anche le rispettive responsabilità, definendo il profilo professionale del Medico/Pediatra di famiglia.

Economicamente questo potrebbe richiedere di incentivare (un'unica volta) l'attività ma, eventualmente, di garantire alcuni supporti aggiuntivi (personale infermieristico, collaboratore di studio, sistema informativo e informatico, ecc.)

Funzionalmente questo risponde al criterio di riconoscere l'Ospedale come polo per l'**acuzie** e il Territorio come polo per la **cronicità**.

L'ottica potrebbe essere di "mutuare/riadattare" the Chronic Care Model



RISULTATI FUNZIONALI E CLINICI

Elaborato dal prof. Ed. Wagner
Applicato nel Kaiser-Permanente Northern California

Le 6 componenti interdipendenti del Chronic Care Model

- **Organizzazioni sanitarie.** Una nuova gestione delle patologie croniche dovrebbe entrare a far parte delle priorità degli erogatori e dei finanziatori dell'assistenza sanitaria (es. incentivi per fornire le cure).
- **Organizzazione del team.** La struttura del team assistenziale multiprofessionale (medici, infermieri, educatori) deve prevedere una chiara divisione del lavoro (es. pianificazione delle visite e sostegno al follow up).
- **Supporto all'auto-cura.** Nelle malattie croniche il paziente diventa il protagonista attivo dei processi assistenziali (es. empowerment del paziente).
- **Supporto alle decisioni.** L'adozione di linee-guida basate sull'evidenza forniscono al team gli standard per garantire un'assistenza ottimale ai pazienti cronici (es. supporto degli specialisti).
- **Sistemi informativi** svolgono tre importanti funzioni:
 - 1) sistemi di "avviso" che aiutano i team ad attenersi alle linee guida;
 - 2) feed back evidenziando le performance attraverso indicatori;
 - 3) registri di patologie per pianificare la cura individuale dei pazienti e per amministrare un'assistenza "population based" (es. identificare sottogruppi di pazienti che richiedono cure proattive).
- **Risorse della comunità.** Per migliorare l'assistenza ai pazienti cronici le organizzazioni sanitarie devono stabilire solidi collegamenti con le risorse della comunità.

Per la realizzazione del Progetto si prevedono: Fasi progettuali

- Monitoraggio del contesto
- Analisi delle evidenze
- Individuazione di buone pratiche e di elementi replicabili
- Applicazione linee di indirizzo
- Stesura di un documento con proposte operative e atti di indirizzo

Composizione dei gruppi di Lavoro "autorevoli"

- Direzioni Regionali della Segreteria Sanità e Sociale;
- Direttori Sanitari;
- Direttori di Distretto;
- Medici Convenzionati;
- Consulenti del settore