

**REGIONE DEL VENETO  
SEGRETERIA SANITÀ E SOCIALE**

*PROGETTI 2008*

**RIORGANIZZAZIONE DEL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO  
GOVERNO DEL SISTEMA DELLE CURE PRIMARIE  
ORGANIZZAZIONE IN RETE DELLA MEDICINA CONVENZIONATA**

**1. Alcune evidenze del contesto**

Le analisi di contesto finora prodotte hanno messo in evidenza alcuni aspetti che devono essere considerati alla luce di una nuova fase di progettazione:

- 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, nonché 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 relativamente alle tipologie di assistenza che il consenso professionale ritiene appropriate per il trattamento a tale livello;
- la realizzazione della *continuità dell'assistenza* richiede di passare da un'ottica ospedalocentrica allo sviluppo di una rete dei servizi territoriali ed ospedalieri in grado di realizzare percorsi assistenziali integrati, individuando come tappe strategiche di questo processo il potenziamento della Medicina delle Cure Primarie e l'integrazione tra sociale e sanitario;
- i *Medici/Pediatr* di famiglia rappresentano, in integrazione con le altre professioni sanitarie, i responsabili del percorso di presa in carico dell'assistito e, dunque, è fondamentale la loro partecipazione alla definizione delle scelte gestionali e clinico-assistenziali della Comunità;
- la *programmazione* dei servizi e delle attività da svolgere deve essere fondata sull'analisi degli effettivi bisogni locali e sulla puntuale conoscenza del contesto, a cui può dare un contributo fondamentale il Medico/Pediatra di famiglia come conoscitore dei contesti familiari;
- la *prevenzione*, a cui i professionisti delle Cure Primarie possono dare un contributo essenziale, rappresenta un investimento per la qualità della vita e per il benessere delle persone e della Comunità.

Al contempo per la Regione si pongono i seguenti obiettivi strategici:

- portare a compimento la *riorganizzazione distrettuale* prevista dalla DGR n. 3242/01, al momento attuata solo in alcune realtà, 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;
- 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;
- 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.

Più in generale si evidenzia la necessità di dare effettiva applicazione alle linee guida ed agli atti di indirizzo elaborati nel corso degli ultimi anni attraverso il finanziamento del Progetto dal titolo: "Attività di indirizzo e coordinamento per l'Accordo Regionale della Medicina Convenzionata - Cabina di regia", avviato con DGR n. 1008 del 16.04.2004 e prorogato con DGR n. 4046 del 22.12.2004, DGR n. 620 del 07.03.2006, DGR n. 2132 del 10.07.2007 rispettivamente per gli anni 2005, 2006, 2007, armonizzando le azioni in un quadro complessivo.

## **2. La traduzione in macroazioni**

Posti gli elementi sopra enucleati, con il presente provvedimento si intende dare avvio a tre macroazioni fondamentali, inserite in tre specifici sub-progetti.

### **2.1 Progetto A - Riorganizzazione del Distretto socio-sanitario (DGR n. 3242/2001)**

A fronte della diversa applicazione data alla DGR n. 3242/2001 da parte delle Aziende ULSS del Veneto, con il presente progetto si vuole dare corso ad un'attività di verifica dell'attuale organizzazione dell'assistenza territoriale, finalizzata alla raccolta, analisi e sintesi di esperienze e buone pratiche realizzate nel territorio veneto, nonché alla formulazione di proposte migliorative nell'ambito gestionale ed organizzativo.

L'obiettivo progettuale principale è di definire un modello distrettuale conforme alle nuove esigenze della riorganizzazione dell'assistenza territoriale ed individuando il Distretto come elemento organizzativo fondamentale delle Cure Primarie, provvedendo anche all'implementazione di modelli di integrazione tra Ospedale e Territorio. Rappresentano pertanto dei sub-obiettivi:

- portare a compimento l'applicazione della DGR n. 3242/2001 con individuazione di un sistema delle responsabilità, di un metodo di definizione e di realizzazione degli obiettivi, dell'implementazione strutturata di strumenti gestionali e di programmazione (es. Budget di Distretto, i Patti della Medicina Convenzionata, ecc.);
- individuare modelli di integrazione tra Ospedale e Territorio proponendo l'estensione sperimentale delle migliori pratiche, previo riadattamento dal punto di vista organizzativo e di contesto;
- utilizzare lo strumento del Budget di Distretto non come mero adempimento formale ma come processo di negoziazione degli obiettivi e delle risorse disponibili;
- sviluppare la programmazione delle attività territoriali armonizzando gli atti programmatori aziendali (Piano Attuativo Locale, Piano di Zona, ecc.);
- sviluppare una capacità di mappatura e di ricognizione dei bisogni espressi dal Territorio, potenziando i sistemi informativi aziendali;
- promuovere la partecipazione del Medico di famiglia nella definizione di politiche locali in tema di salute, individuando il suo ruolo di conoscitore dei contesti familiari ed informatore sullo stato di salute della propria popolazione assistita;
- individuare modalità di rapporto con le Comunità locali, puntando a coinvolgere direttamente le Amministrazioni Locali e fornendo concreti apporti alle stesse al fine di definire una programmazione declinata sul locale;
- favorire la partecipazione dei cittadini attraverso iniziative di promozione all'educazione a stili di vita sani, migliorando l'informazione al cittadino, diffondendo la Carta dei Valori e dei Servizi nell'ottica di promuovere anche un utilizzo civico dei servizi stessi;

#### *Gruppo di lavoro*

Il gruppo di lavoro sarà composto da: Direzioni Regionali della Segreteria Sanità e Sociale, Direttori Generali, Sanitari e dei Servizi Sociali, Direttori di Distretto, Medici Convenzionati, Esperti del settore, Amministratori locali.

Il coordinamento del Progetto è affidato alla Regione; il capo progetto ha il compito di predisporre gli strumenti di analisi, monitorare ed analizzare il contesto, individuare le buone pratiche, formulare le proposte innovative e coordinare il gruppo di lavoro.

	Anno 2008								
Fasi progettuali	Apr	Mag	Giu	Lu	Ago	Sett	Ott	Nov	Dic
I. Predisposizione di una proposta di modello sull'organizzazione distrettuale	■								
II. Condivisione della proposta nell'ambito del Gruppo di lavoro tecnico e presentazione della stessa alle aziende ULSS e all'ANCI		■							
III. Predisposizione di una apposita griglia per la raccolta dati		■							
IV. Monitoraggio del conteso con invio e raccolta della griglia alle Aziende ULSS del Veneto			■	■	■	■			
V. Analisi del contesto attraverso la lettura delle griglie compilate							■	■	
VI. Individuazione di buone pratiche e degli elementi replicabili							■	■	
VII. Stesura di un documento con formulazione di proposte operative									■

Il progetto dovrà concludersi entro 31 dicembre 2008.

## 2.2 Progetto B - Governo del Sistema della Primary Care<sup>1</sup>

A fronte di una disomogenea declinazione degli obiettivi regionali in ambito aziendale e della debole correlazione tra obiettivi posti ed indicatori attraverso cui verificare l'attività svolta, con il presente progetto si vuole dare corso ad una attività propedeutica alla verifica dell'attuale funzione di Governo del sistema della Primary Care, 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 e organizzativo.

La finalità principale è di individuare obiettivi, strumenti ed indicatori per il Governo del Sistema, nell'intento di definire un piano aziendale della Primary Care. Rappresentano pertanto dei sub-obiettivi:

- sviluppare un piano di riqualificazione delle forme associative con graduale passaggio da forme più semplici a quelle più complesse, sperimentando anche modelli a "reti diffuse" particolarmente adatti a contesti con popolazione sparsa;
- realizzare la completa informatizzazione della Medicina Convenzionata con contestuale sviluppo dei flussi fra Azienda/Distretto e Medici Convenzionati;
- definire standard di qualità per i Patti con la Medicina Convenzionata e definire le 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, promuovendo l'armonizzazione dei contenuti e degli obiettivi trasversalmente alle varie componenti convenzionate, nonché la condivisione con altre figure professionali della rete assistenziale;
- qualificare le professionalità interne attraverso la formazione continua adottando modalità che coinvolgano insieme, nel rispetto delle specifiche competenze ma con un forte orientamento al lavoro di equipe multidisciplinare, le varie figure professionali (convenzionati/dipendenti e tra profili

<sup>1</sup>Primary Care è intesa qui nell'accezione anglosassone ossia di Assistenza primaria in senso lato.

- professionali diversi) ed attuando azioni di riorganizzazione sui percorsi di cura contestuali e coerenti con i contenuti della formazione;
- strutturare flussi di dati su indicatori strategici che le Aziende socio-sanitarie del Veneto dovranno inviare, con periodicità concordata, alla Regione, finalizzati a rappresentare alcune dimensioni per forma associativa, Distretto e Azienda nel suo complesso ed a consentire processi di benchmarking a livello regionale, offrendo alle Aziende stesse la possibilità di confrontarsi con realtà simili.

*Gruppo di lavoro*

Il gruppo di lavoro sarà composto da: Direzioni Regionali della Segreteria Sanità e Sociale, Direttori Generali, Sanitari e dei Servizi Sociali, Direttori di Distretto, Medici Convenzionati, Esperti del settore. Il coordinamento del Progetto è affidato alla Regione; il capo progetto ha il compito di predisporre gli strumenti di analisi, monitorare ed analizzare il contesto, individuare le buone pratiche, formulare le proposte innovative e coordinare il gruppo di lavoro.

Fasi progettuali	Anno 2008								
	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Sett	Ott	Nov	Dic
I. Formalizzazione del progetto e attribuzione degli incarichi	■	■							
II. Monitoraggio del contesto, sia attraverso griglie strutturate che incontri con Referenti aziendali			■	■	■	■			
III. Analisi delle evidenze				■	■	■			
IV. Individuazione di buone pratiche e degli elementi replicabili						■	■		
V. Applicazione sperimentale di alcune linee di indirizzo							■	■	
VI. Stesura di un documento con formulazione di proposte operative ed atti di indirizzo									■

Il progetto dovrà concludersi entro 31 dicembre 2008.

**2.3 Progetto C - Organizzazione in Rete della Medicina Convenzionata**

Posto che la continuità dell'assistenza può essere realizzata anche attraverso strumenti di integrazione della rete dei servizi ed attraverso una efficiente rete informativa/informatica, con il presente progetto si vuole dare corso ad una riorganizzazione in rete della Medicina Convenzionata e, più in generale, alla costituzione di un sistema reticolare informativo/comunicativo che, in particolari contesti (popolazione sparsa, difficoltà di realizzazione di sedi uniche, ecc.), possa rappresentare la modalità operativa per superare l'attuale isolamento dei professionisti e garantire standard assistenziali più elevati ed uniformi.

Gli obiettivi operativi possono essere così sintetizzati:

- sviluppare modelli multiprofessionali attraverso un agire del Medico/Pediatra di famiglia funzionalmente coordinato con quello di altre professioni operanti nel Territorio e nell'Ospedale (es. estendere il modello di "consulenza" degli Specialisti ai Medici/Pediatrati di famiglia strutturato in orari concordati o con incontri periodici per la discussione dei casi); implementare processi di audit clinico, fondato sulla codifica delle patologie e la tenuta delle cartelle socio-sanitarie individualizzate, supportato dalla definizione di indicatori per il governo clinico;
- sviluppare l'integrazione informativa, sperimentando la cartella socio-sanitaria individualizzata alimentata anche da flussi informativi aziendali, destinata a raccogliere informazioni anche sullo stato di salute sociale del cittadino;

- sviluppare un sistema informativo che consenta al medico curante (Medico/Pediatra di famiglia) l'accesso alle informazioni concernenti l'utilizzo di servizi specialistici, Pronto Soccorso, degenza ospedaliera da parte dei suoi assistiti;
- prevedere collegamenti strutturati tra Medici/Pediatri di famiglia che hanno in carico gruppi di pazienti di cui condividono il carico assistenziale, tra Medici/Pediatri di famiglia ed Azienda, tra Medici/Pediatri di famiglia e Medici della Continuità Assistenziale, tra Medici/Pediatri di famiglia e Specialisti Ambulatoriali Interni, in generale tra Medici operanti nel Territorio e Medici che lavorano in Ospedale;
- favorire il care near to patient individuando lo studio del Medico di famiglia come luogo ove operano vari professionisti di ambito sanitario (team multiprofessionali), come sede privilegiata per la consegna dei referti, di documentazioni, di provette per esami ed accertamenti, come spazio per la medicina di iniziativa attivando ambulatori dedicati (es. diabete, ipertensione, ecc.) gestiti dai Medici/Pediatri di famiglia in collaborazione con altri professionisti di ambito sanitario ed amministrativi, in stretto raccordo con gli Specialisti ambulatoriali, nonché promuovendo le competenze professionali e/o vocazionali dei Medici/Pediatri di famiglia.

Si prevede, in un quadro di riferimento strategico, di prendere a riferimento il Chronic Care Model, che:

- operativamente 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 le attività ma anche di garantire supporti aggiuntivi (es. 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.

#### *Gruppo di lavoro*

il gruppo di lavoro sarà composto da: Direzioni Regionali della Segreteria Sanità e Sociale, Direttori Generali, Sanitari e dei Servizi Sociali, Direttori di Distretto, Medici Convenzionati, Esperti del settore. Il coordinamento del Progetto è affidato alla Regione; il capo progetto ha il compito di predisporre gli strumenti di analisi, monitorare ed analizzare il contesto, individuare le buone pratiche, formulare le proposte innovative e coordinare il gruppo di lavoro.

Fasi progettuali	Anno 2008								
	Mag	Giu	Lug	Ago	Sett	Ott	Nov	Die	Gen
I. Formalizzazione del progetto e attribuzione degli incarichi									
II. Avvio della sperimentazione nelle aziende individuate									
III. Verifica degli esiti e dei risultati della sperimentazione, da parte di una Commissione mista (Regione, Aziende e Medici Convenzionati),									
IV. Applicazione sperimentale di alcune linee di indirizzo ed eventuale estensione del modello su tutto l'ambito regionale									

Il progetto dovrà concludersi entro 31 dicembre 2008.

### 3- Modalità di attuazione e gestione del Progetto

L'attuazione del Progetto complessivo avviene attraverso la DGR n. 662/08, che affida il coordinamento generale all'Azienda socio-sanitaria n. 4 Alto Vicentino, previa costituzione di un Comitato di Coordinamento Tecnico.

I rapporti con l'Azienda sono regolati con la Convenzione del 10.05.2004, n. 14708 di Repertorio regionale, cui si rinvia.

Con successivo provvedimento saranno delineati i compiti specifici relativamente ai tre sub-progetti, individuando come sedi di sperimentazione: l'Azienda ULSS n. 15 e l'Azienda ULSS n. 20, la prima scelta perché fondata su un modello di delega completa delle competenze sociali dei Comuni alla Azienda socio-sanitaria, la seconda in quanto Azienda socio-sanitaria rilevante per dimensioni e rappresentatività territoriale.

Ciò non di meno la supervisione complessiva del Progetto resta in capo al Servizio Regionale Medicina Convenzionata ed Attività Distrettuali e si concluderà con la stesura e la restituzione alla Regione Veneto di una proposta operativa per lo sviluppo dell'organizzazione dell'assistenza territoriale.

## ALLEGATI DI PROGETTO

### RIORGANIZZAZIONE DEL DISTRETTO SOCIO SANITARIO

#### 1. Obiettivo generale

Premesso che viene confermata la validità dei contenuti della DGR n. 3242/2001 e richiamata in particolare l'importanza di delineare un profilo di "distretto forte", il presente Progetto si pone l'obiettivo di *individuare un modello organizzativo* in grado di dare piena attuazione alla suddetta DGR, provvedendo altresì ad *attualizzarne* i contenuti anche a fronte della nuova rete ospedaliera che si sta sviluppando nel panorama regionale.

Più in generale, il progetto risponde al criterio di riconoscere l'Ospedale come polo per l'acuzie e il Territorio come polo per la cronicità.

#### 2. Un Modello sperimentale di riorganizzazione territoriale

##### 2.1 Presupposti

I presupposti su cui si fonda il presente modello sono:

- un'organizzazione fondata su un *team multiprofessionale* che comprenda medici/pediatri di famiglia, specialisti, personale infermieristico ed amministrativo, assistenti sociali, ecc.;
- la specificazione dell'ambito di presa in carico ossia la definizione puntuale dei problemi a cui il team deve rispondere (es. patologie croniche, ecc.), con specificazione di *ruoli, funzioni ed attività* affidate alle diverse figure professionali coinvolte.

Ma ciò non può prescindere dall'avvio di un processo di qualificazione delle professionalità interne attraverso la *formazione continua* (lavoro in equipe multiprofessionale, metodiche per audit clinico, percorsi di cura, ecc.).

Inoltre particolare attenzione dovrà essere posta sulla effettiva *sostenibilità economica* del modello e sulla sua *esportabilità* in contesti differenti, provvedendo a definirne declinazioni diverse proprio a seconda delle peculiarità territoriali. Pertanto lo sviluppo del modello si fonda sull'analisi delle strutture distrettuali attuali, sull'impatto delle attuali organizzazioni della Medicina Convenzionata, sulle novità introdotte attraverso le UTAP.

##### 2.2 Oggetto della sperimentazione

La presente sperimentazione si propone di diffondere sul territorio aziendale "*punti di accesso multi funzionali*" che dovrebbero fungere da "porte uniche di ingresso" per le istanze sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali dell'utenza.

In generale questa organizzazione risponde all'obiettivo di garantire una presa in carico globale del bisogno della persona, presupponendo l'attivazione di una solida rete di servizi, idonea a fornire risposte vicine, tempestive ed appropriate.

Invero una siffatta organizzazione rappresenta il punto di arrivo di un *processo di integrazione e di raccordo fra gli attori locali* che, a vario titolo e ruolo, forniscono risposte socio-sanitarie all'utenza.

##### 2.3 Caratteristiche strutturali

A titolo esemplificativo viene descritto a seguito una possibile composizione del Team.

*Comuni coinvolti:*

a seconda del territorio

<i>Bacino di utenza interessato:</i>	10.000 - 16.000
<i>Figure professionali dell'Azienda ULSS:</i>	medici/pediatri di famiglia 8-13 (circa) equipe infermieristica ADI "territorializzata" personale infermieristico dedicato <sup>2</sup> personale amministrativo dedicato <sup>3</sup> equipe di continuità assistenziale specialisti ambulatoriali interni (presenza su richiesta)
<i>Figure professionali del Comune:</i>	assistente sociale (n° 1) amministrativo (n° 1)

Una siffatta organizzazione presuppone l'individuazione di almeno due livelli di responsabilità che dovranno interfacciarsi con il Distretto:

- un Referente organizzativo tra i Medici/Pediatri di famiglia che si relaziona direttamente con il Direttore di Distretto;
- un Coordinatore infermieristico che si relaziona direttamente con il Direttore di Distretto.

#### 2.4 Funzioni svolte dai punti di accesso

Rappresentano caratteristiche peculiari dei punti di accesso:

- l'apertura oraria: dal lunedì al venerdì 8.00-20.00 e il sabato 8.00-12.00 con garanzia di presenza di un medico e di un infermiere nell'arco delle 12 ore;
- la consulenza specialistica: la presenza dello specialista potrà essere periodica a seconda dei bisogni evidenziati dal bacino di utenza, in particolare le specialità più funzionali potrebbero essere cardiologia, dermatologia, ortopedia;
- il collegamento funzionale con la continuità assistenziale.

Il mantenimento o la chiusura degli ambulatori dei Medici/Pediatri di famiglia sarà oggetto di valutazione anche da parte delle Amministrazioni Comunali e sarà correlato alle specifiche caratteristiche territoriali.

A seguito vengono enucleate alcune funzioni che potrebbero essere svolte dai punti di accesso, anche in una logica di spostamento di attività attualmente centralizzate verso la periferia:

- informazione, orientamento e relazioni con il Pubblico;
- prenotazioni degli appuntamenti e gestione delle agende dei Medici/Pediatri di famiglia;
- messa in collegamento telefonico dei Medici/Pediatri di famiglia con gli Specialisti ambulatoriali (modello di consulenza);
- effettuazione di prenotazioni per prestazioni specialistiche (CUP);
- distribuzione/ritiro di moduli per richieste varie (es. invalidità, ausili, assistenza domiciliare, ecc.);
- distribuzione materiale illustrativo per la preparazione all'effettuazione di esami ed accertamenti (consegna provette, ecc.);
- distribuzione farmaci; - punto prelievi;
- presa in carico del paziente cronico con supporto organizzativo-gestionale (es. registri di patologie, pianificazione delle visite, sostegno al follow up);
- sostegno ai percorsi di nascita;
- pratiche per il rinnovo delle patenti; - scelta/revoca del Medico/Pediatra.

#### 2.5 Sistemi di incentivazione per la Medicina Convenzionata

Con riferimento alla Medicina Convenzionata dovranno concorrere all'attuazione del modello gli istituti contrattuali finora individuati, ossia i Patti relativamente alla negoziazione di obiettivi di salute e di standard qualitativi dell'assistenza, le indennità per le forme associative (es. medicina in associazione, in rete, in gruppo, UTAP) relativamente alla negoziazione degli aspetti organizzativi. Peraltro il sistema di incentivazione dovrà essere declinato in:

- fattori produttivi (es. disponibilità di sedi, sistema informativo e collegamenti in rete, strumentazioni, personale infermieristico, amministrativo, ecc.);
- remunerazioni correlate al contenuto delle prestazioni che dovranno essere definite a priori e misurabili attraverso indicatori.

<sup>2</sup> Si potrebbe ipotizzare una gestione mista ossia in parte personale dipendente dall'Azienda ULSS e in parte esterno acquisito tramite Cooperativa.

<sup>3</sup> Si potrebbe ipotizzare una gestione mista ossia in parte personale dipendente dall'Azienda ULSS e in parte esterno acquisito tramite Cooperativa.

Si sottolinea, inoltre, come detto modello concorra a sviluppare le potenzialità relativamente agli istituti suddetti, migliorando l'organizzazione del lavoro senza comportare maggiori carichi di lavoro per la Medicina Convenzionata.

### **3. Impatti sul Sistema**

#### **3.1 Risultati conseguibili a livello di Sistema**

I risultati strategici che potrebbero essere conseguiti dal Sistema attraverso una siffatta progettazione sono:

- a) realizzare un'assistenza sempre più vicina al paziente (nell'ottica del *care near to patient*), in grado cioè di fornire risposte tempestive ed appropriate evitando che l'assistito venga re-inviato inutilmente da un servizio all'altro ed offrendogli servizi facilmente accessibili e chiaramente fruibili;
- b) realizzare una effettiva integrazione multiprofessionale (medici, personale infermieristico, amministrativo, ecc.): più che un auspicato obiettivo, l'integrazione multiprofessionale assume il significato di strumento imprescindibile per la realizzazione di un siffatto modello organizzativo;
- c) attivare una medicina di iniziativa e un sistema dei servizi proattivo ossia che "vada incontro all'assistito": questo obiettivo, fortemente correlato al precedente perché imprescindibile dalla presenza di più figure professionali, consentirebbe di garantire una effettiva presa in carico della cronicità riqualificando dunque il Territorio come polo per la cronicità;
- d) dare compimento alla tanto auspicata integrazione socio-sanitaria che caratterizza il sistema veneto, prevedendo un coinvolgimento responsabilizzato delle Amministrazioni Locali, anche con la presenza attiva di funzioni comunali a fianco delle funzioni aziendali;
- e) poter disporre di "sensori territoriali" che, venendo a diretto contatto con i bisogni degli utenti, possano di fatto contribuire alla mappatura dei bisogni della Comunità e supportare una programmazione dei servizi congrua.

#### **3.2 Un ruolo "nuovo" per il Distretto**

Il modello sopradescritto comporta una modificazione del ruolo del Distretto che, oltre al ruolo di erogatore di servizi, viene a svolgere prioritariamente tre funzioni:

- coordinamento dei servizi territoriali e definizione dei processi assistenziali e dei relativi protocolli d'intesa tra i servizi territoriali e ospedalieri;
- controllo e garanzia dell'appropriatezza dei percorsi di presa in carico e dei processi assistenziali;
- programmazione socio-sanitaria, negoziando obiettivi e risorse disponibili attraverso il Budget di Distretto, armonizzando gli atti programmatori (Piano di Comunità comprensivo del Piano delle Attività Territoriali e del Piano di Zona) fondati su una mappatura dei bisogni espressi dal Territorio.

Tutti questi elementi rispondono alla necessità di *assicurare una risposta coordinata e continuativa ai bisogni socio-sanitari della popolazione*.

Si presume che l'implementazione di un siffatto modello debba richiedere un percorso formativo per la classe dirigente che sarà posta a capo di siffatte strutture (es. Direttori di Distretto).

### **GOVERNO DEL SISTEMA DELLA PRIMARY CARE**

Il miglioramento della qualità della Primary Care può essere conseguito non solo mediante la definizione congiunta di obiettivi tra i diversi attori del Sistema, ma anche attraverso l'implementazione di un'attività finalizzata all'adozione di processi di governance della Primary Care, e dall'adozione di strumenti valutativi.

Rispetto a tali considerazioni la Regione Veneto ha sinora improntato un sistema che progressivamente si è ampliato rispetto a due direttrici: gli attori coinvolti e gli strumenti di valutazione. Relativamente alla prima, il processo compiuto, in ambito territoriale, è stato quello di focalizzare l'attenzione sul governo della Medicina Convenzionata sino ad arrivare al governo integrato della Primary Care. Tale processo ha visto la necessità di coinvolgere gli ambiti ospedaliero e sociale. Relativamente alla seconda direttrice, si è partiti da un sistema di definizione di obiettivi correlati ad incentivi per passare a considerare gli strumenti organizzativi (forme organizzative) e di coordinamento.

Il governo della Primary Care risulta caratterizzato da tre esigenze, quali:

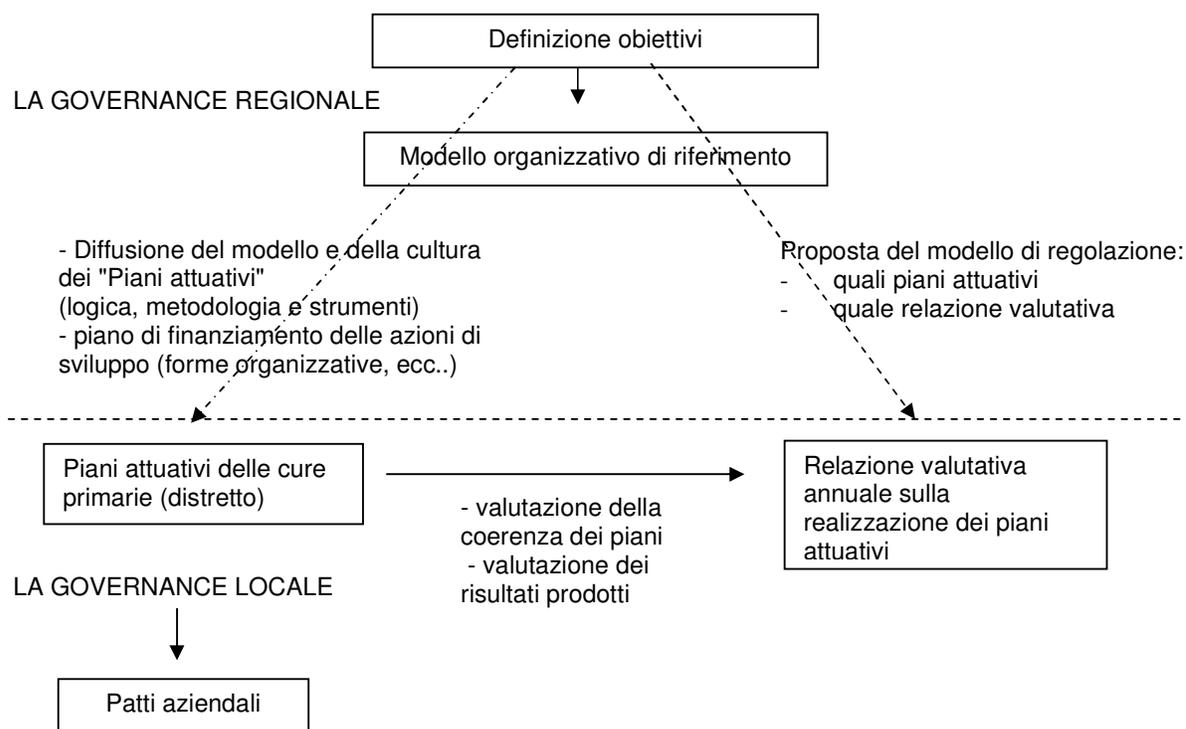
- la necessità di porre al centro del sistema sanitario il cittadino, affidando al Territorio la gestione della cronicità, in presenza di processi di invecchiamento che renderanno sempre più centrali questo tipo di patologie. Questa situazione richiede una profonda rivisitazione del ruolo dei professionisti che operano nel contesto della Primary Care e dei meccanismi di governo del sistema;
- la necessità di fare i conti con un sistema organizzativo aperto, nel quale i legami fra gli attori non è di tipo gerarchico. Questo aspetto richiede una definizione di meccanismi di indirizzo e di controllo che tengono presente l'autonomia decisionale degli attori del sistema;
- la necessità di analizzare 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.

Il governo della complessità richiede una precisazione dei processi di governance da adottare ed una definizione delle azioni strategiche da perseguire per ridefinire la Primary Care.

Le azioni strategiche di sviluppo del sistema:

1. diffondere gli obiettivi ed il modello della Primary Care
  - target: direttori generali, sanitari, sociali e direttori di distretto, Medicina Convenzionata
  - diffusione cultura e buone pratiche
2. sviluppare la cultura della governance locale
  - target: direttori generali, sanitari, sociali e direttori di distretto, Medicina Convenzionata
  - creazione di comunità di pratica con i referenti aziendali (accompagnare la costruzione dei piani e la definizione della relazione valutativa aziendale)
3. definire alcuni indicatori minimi per la relazione valutativa ed il governo regionale dei processi di cambiamento
  - analisi sistema informativo e potenzialità di sviluppo
  - coinvolgimento della Medicina Convenzionata e delle altre figure professionali (es. personale infermieristico e di studio) nella definizione degli scambi informativi
  - sviluppo modello di analisi delle informazioni
  - accompagnamento del sistema (attori locali) nell'uso delle informazioni per governare i territori
4. costruzione di una relazione annuale sullo sviluppo del sistema regionale della Primary Care

## IL PROCESSO DI "GOVERNANCE" DELLE CURE PRIMARIE



## ORGANIZZAZIONE IN RETE DELLA MEDICINA CONVENZIONATA

### 1. Premessa

I fattori che possono consentire una presa in carico continuativa reale ed efficace della popolazione a livello territoriale sono:

- l'associazionismo, la costituzione di team multiprofessionali, la maggiore disponibilità di orario e di prestazioni,
- la dotazione di strumentazione e personale di supporto della MG/PLS,
- l'integrazione con la specialistica ambulatoriale interna (SAI),
- la continuità assistenziale (CA).
- l'interazione tra Ospedale e Territorio,
- l'integrazione con altre figure professionali (assistenti sociali, personale infermieristico, amministrativi).

L'attivazione di un siffatto modello di risposta al bisogno si configura potenzialmente in grado di gestire con efficacia le necessità di salute di una comunità:

- mantenendo la persona nel proprio ambiente di vita e al proprio domicilio;
- individuando soluzioni efficaci per garantire la continuità e il ruolo dei vari operatori sanitari nella gestione sia della cronicità sia nel sostenere comportamenti in grado di promuovere stili di vita "sani";
- sperimentando un ruolo nuovo "allargato" della Primary Care nel gestire (a livello locale) i problemi a diversa complessità;
- assicurando un approccio integrato socio-sanitario volto anche all'elaborazione, nella comunità locale, di nuovi modelli di integrazione del sanitario con il sociale.

L'introduzione della organizzazione di rete della MG/PLS consente di razionalizzare le tipologie di forme associative individuate, nell'ambito degli AACNN di categoria, dalla Regione Veneto per conseguire gli obiettivi sopra descritti. L'organizzazione dell'erogazione del servizio di assistenza primaria mediante una strutturazione in rete rappresenta lo sviluppo dei coordinamenti funzionali di MMG/PLS e di altre figure professionali con lo scopo di garantire sia una presenza territoriale diffusa sia di migliorare gli standard erogativi ed organizzativi. La variabilità delle condizioni aziendali e

territoriali potrà determinare la scelta di un modello rispetto ad un altro a patto che venga, comunque, salvaguardato il rapporto fiduciario con il proprio medico.

## **2. Organizzazione**

La Rete tra MMG/PLS è organizzata in ambito distrettuale e, ai fini gestionali, è ripartita in più Team territoriali di MMG/PLS organizzati e definiti sulla base delle caratteristiche geografiche e delle modalità organizzative.

I Team territoriali sono definiti sentito il Comitato aziendale. Per ogni gruppo di MMG/PLS in rete (UTAP, Med. di Gruppo e Team di rete) è previsto un Referente di coordinamento, con il compito di interagire con il Distretto per la definizione delle problematiche riguardanti l'attività della Rete. Ogni MMG/PLS assume l'impegno a svolgere la propria attività anche nei confronti degli assistiti degli altri colleghi per l'esecuzione delle prestazioni non differibili.

Rappresentano caratteristiche peculiari del Gruppo di MMG/PLS in rete (UTAP, Med. di Gruppo e Team di rete):

- copertura assistenziale diurna h 12 mediante l'apertura coordinata degli ambulatori,
- collegamento in rete dei mezzi informatici (scheda sanitaria informatizzata omogenea) per permettere:
  - l'accesso alla scheda sanitaria di tutti i pazienti della rete,
  - l'aggiornamento della scheda sanitaria a seguito di prestazioni non differibili,
  - la prescrizione su ricetta informatizzata per tutti i pazienti della rete.

Pertanto elementi essenziali per la costituzione delle Reti per la MG/PLS sono:

- apertura coordinata degli studi dei MMG/PLS, per l'esecuzione delle prestazioni non differibili,
- istituzione del numero unico di accesso per le prestazioni non differibili e per supportare il coordinamento degli studi medici al fine di garantire una copertura temporale delle cure per 12 ore giornaliere; allo scopo potranno essere utilizzati sistemi informatizzati (centralino elettronico modulabile) o tramite operatore dedicato. In ogni caso detto servizio dovrà essere in grado di mettere direttamente in contatto il paziente con il medico che in quell'orario è disponibile alla copertura assistenziale secondo la turnazione concordata,
- informatizzazione e collegamento reciproco degli studi dei MMG/PLS,
- gestione ed aggiornamento della scheda sanitaria individuale,
- adozione di una comune carta dei servizi, quale elemento indispensabile perchè i cittadini percepiscano l'utilità e le regole di funzionamento dei nuovi servizi,
- informatizzazione e collegamento degli ambulatori specialistici territoriali, secondo uno specifico progetto.

In questo modo il Gruppo di MMG/PLS in rete (UTAP, Med. di Gruppo e Team di rete) potrà garantire:

- la continuità assistenziale h 12 giornaliera, dal lunedì al venerdì, e dalle 8 alle 12 il sabato e prefestivi, attraverso l'articolazione strutturale e funzionale dell'attività degli studi dei MMG/PLS;
- il collegamento reciproco ad esclusivo uso del professionista, degli studi dei MMG/PLS con sistemi informatici tali da consentire l'accesso alle informazioni concordate, relative agli assistiti dei componenti la Rete (la gestione della scheda sanitaria individuale su supporto informatico mediante software tra loro compatibili);
- la condivisione e l'implementazione di almeno una nuova linea guida diagnostico terapeutica all'anno, con particolare riferimento alla gestione di 10 patologie croniche, definite a priori, e la conseguente produzione di indicatori e standard di qualità clinici ed organizzativi condivisi già in fase progettuale. In questo senso sarà preso a riferimento il Chronic Care Model;
- la realizzazione di momenti di audit clinico, di revisione della qualità delle attività e della appropriatezza prescrittiva interna alla Rete;
- l'integrazione dei Gruppi di MMG/PLS in rete (UTAP, Med. di Gruppo e Team di rete) con le strutture informatiche aziendali al fine di supportare la costruzione ed il monitoraggio di indicatori condivisi sia inerenti la qualità organizzativa che la qualità clinica.

Allo scopo di consentire una effettiva integrazione tra le forme associative della Medicina Convenzionata mediante rete informatizzata e la struttura informatica aziendale, si intende disporre la strutturazione del sistema Informativo Aziendale in modo da prevedere l'inserimento, nella propria architettura, della connessione con le reti informatizzate suddette, con la finalità di garantire una efficace sinergia nella adozione di modalità organizzative idonee a garantire l'assistenza h 24, al fine di consentire:

- l'integrazione informativa a garanzia dell'interazione e della collaborazione con le altre figure professionali della Medicina Convenzionata (Specialistica Ambulatoriale Interna, PLS, in un'ottica di miglioramento della presa in carico);
- l'integrazione informativa con la Continuità Assistenziale;
- l'integrazione informativa con l'Ospedale;
- l'integrazione informativa con i servizi sociali del Comune.

Obiettivo fondamentale di una tale organizzazione aziendale per l'interconnessione informatizzata dei vari sistemi di rete deve essere la costruzione di un modello di continuità delle cure e dell'assistenza basato sulla:

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

In considerazione anche delle difficoltà oggettive legate alla presenza o meno in certe zone della Regione di linee telematiche atte a supportare tali funzioni, sarà comunque previsto il riconoscimento delle attuali forme associative esistenti, sia in ambito normativo che retributivo, sino alla effettiva loro adesione al Progetto di Rete.

Le forme associative a maggiore integrazione professionale, quali le UTAP e le Medicine di Gruppo, rappresentano un modello organizzativo finalizzato a costituire un Punto Territoriale di riferimento per l'erogazione dei LEA delle Cure Primarie, con modalità organizzative avanzate e di efficacia assistenziale.

A tal fine in ambito aziendale, attraverso una programmazione puntuale, deve essere favorita la istituzione di nuove UTAP e nuove Medicine di Gruppo ove le condizioni territoriali lo permettano.

Le Aziende dovranno garantire:

- il riconoscimento della necessità di un supporto per il collegamento al Sistema Informativo diffuso a livello territoriale, in termini di tecnologia ed assistenza;
- il riconoscimento della necessità dell'adeguato supporto professionale, inteso come personale di studio aggiuntivo e/o fornitura di servizi di accoglienza, per consentire una efficace gestione del paziente cronico e, conseguentemente, della raccolta di dati strutturati da parte del MMG/PLS;
- la revisione della qualità del Sistema Informativo finalizzata ad una ottimizzazione del Progetto stesso in funzione dell'evoluzione degli aspetti tecnici del modello informatizzato.

### **3. Costi**

In relazione al valore economico attribuito alle attività in Rete e per l'Informatizzazione, estese potenzialmente a tutti i Medici convenzionati (circa 6.000 professionisti ossia MAP, MCA, PLS e SAI). L'implementazione del modello a Rete avverrà per fasi successive conformemente alle disponibilità finanziarie individuate, allo scopo, nel Bilancio regionale o mediante la riallocazione di risorse già assegnate all'assistenza primaria o ad altri livelli assistenziali (Ospedale), per effetto di processi di riorganizzazione dell'offerta di prestazioni sanitarie.

### **4. Gestione del Progetto**

La gestione del Progetto avverrà tramite sperimentazioni affidate alle Aziende sanitarie pilota che si dichiareranno disponibili, le quali dovranno predisporre un progetto operativo in linea con gli indirizzi del presente documento, entro 30 giorni dalla comunicazione regionale relativa all'avvio della sperimentazione.

Al termine delle sperimentazioni, si procederà alla verifica dei risultati conseguiti, da parte di una Commissione mista (regione, aziende e medici convenzionati), entro Dicembre 2008.

Le modalità di attuazione sono estese a tutti i medici disponibili con le scadenze previste dall'ACN per l'informatizzazione, previa formazione ad hoc ed una congrua adesione.