



Progetto

ex Accordo Stato-Regioni 26 febbraio 2009 per l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del Piano Sanitario Nazionale, anno 2008

e

ex D. M. 23 dicembre 2008 per l'attuazione del Piano Sanitario Nazionale

1 Regione proponente

1.1 Regione del Veneto

2 Linea progettuale nella quale il progetto si colloca

2.1

- Accordo Stato-Regioni 26 febbraio 2009: linea progettuale 1 – Cure primarie
- D.M. 23 dicembre 2008: linea progettuale 1, allegato A – Sperimentazione del modello assistenziale Casa della Salute

3 Titolo del progetto

3.1 Casa della Salute. Sviluppo di modelli organizzativi per le cure primarie, in particolare l'UTAP, dando impulso ai distretti e dotando il territorio di sistemi informatici e telematici che consentano efficienti modalità di comunicazione tra MMG e gli ospedali e tra MMG e gli altri attori presenti sul territorio.

3.2 Facilitazione della comunicazione nei pazienti con gravi patologie neuromotorie. A) Presa in carico domiciliare dei pazienti affetti da malattie degenerative o comunque invalidanti, come la Sclerosi Laterale Amiotrofica o le distrofie muscolari progressive che, pur mantenendo inalterate le capacità cognitive, perdono progressivamente la facoltà di comunicazione e di relazione, finendo nel totale isolamento e nella disperazione. In condizioni analoghe si trovano anche i pazienti con sindromi post traumatiche per lesioni cervicali alte che esitano in tetraparesi completa con dipendenza dal ventilatore meccanico e quelli con sindrome locked-in. B) Dotare di sistemi di comunicazione un primo target di pazienti tra quelli con fonazione di grado 2 (sostanziale perdita della parola) e mobilità di grado 4 (tetraparesi), attraverso progetti che ricerchino tutte le possibili sinergie che consentano di beneficiare dell'effetto di scala nella fornitura, manutenzione e aggiornamento soprattutto delle apparecchiature a tecnologia più sofisticata e, purtroppo, di costi più elevati.

-Progetto corrispondente per gli obiettivi di PSN 2008: allegato A, deliberazione della Giunta regionale di approvazione dei progetti relativi agli obiettivi prioritari e di rilievo nazionale anno 2008

4 Durata del progetto

4.1 Pluriennale con aggiornamento per la Casa della Salute (UTAP)

4.2 Pluriennale per il Progetto “Facilitazione della comunicazione nei pazienti con gravi patologie neuromotorie”. A) Presa in carico domiciliare dei pazienti affetti da malattie degenerative o comunque invalidanti. B) Dotare di sistemi di comunicazione un primo target di pazienti tra quelli con fonazione di grado 2 (sostanziale perdita della parola) e mobilità di grado 4 (tetraparesi), attraverso progetti che ricerchino tutte le possibili sinergie che consentano di beneficiare dell’effetto di scala nella fornitura, manutenzione e aggiornamento soprattutto delle apparecchiature a tecnologia più sofisticata e, purtroppo, di costi più elevati.

5. Referente

Dott. Giancarlo Ruscitti - Segretario regionale Sanità e Sociale
Palazzo Molin, San Polo 2514, 30125 Venezia
Telefono 041/2793457; Fax 041/2793491
E-mail: giancarlo.ruscitti@regione.veneto.it

Dott. Renato Rubin - Dirigente Unità Complessa Cure Primarie
Palazzo Molin, San Polo 2514, 30125 Venezia
Tel. 0412793526; Fax 0412793430
e-mail: renato.rubin@regione.veneto.it

6 Aspetti finanziari

6.1 Finanziamento assegnato al Progetto “Casa della Salute (UTAP)”:

• ex Accordo Stato-Regioni 26 febbraio 2009:	€30.636.560,56.
• ex D.M. 23 dicembre 2008:	€ 3.000.000,00.
Totale progetto:	€33.636.560,56

6.2 Finanziamento assegnato al Progetto “Progetto “Facilitazione della comunicazione nei pazienti con gravi patologie neuromotorie”:

- €806.498,00 ex Accordo Stato-Regioni 26 febbraio 2009.

7. “Casa della Salute. sviluppo di modelli organizzativi per le cure primarie, in particolare l’UTAP, dando impulso ai distretti e dotando il territorio di sistemi informatici e telematici che consentano efficienti modalità di comunicazione tra mmg e gli ospedali e tra mmg e gli altri attori presenti sul territorio”. stato del progetto.

Strutture e popolazione servita

- Le UTAP attivate nella Regione sono 32, con una presenza articolata nelle varie Aziende: 2 Aziende annoverano tre esperienze attive, 9 Aziende hanno due esperienze ciascuna e le rimanenti 8 hanno una sola struttura a regime.

Bacino di utenza

- Le strutture sono quasi esclusivamente formate da MAP e solo 4 esperienze annoverano il coinvolgimento di uno o due PLS. Gli utenti complessivamente coinvolti sono circa 315.000 e i minori assistiti da PLS sono circa 5.400. La media degli assistiti per singola struttura è di circa 9.850 utenti, con un range che va da 4.500 assistiti a oltre 20.000, il che sta a rappresentare un'aggregazione media di una certa rilevanza.

Investimento strategico nel quale confluisce il finanziamento di euro 33.636.560,56 sopra richiamato al punto 6.1: € 70.694.919,00

- Patti aziendali, € 29.387.971,00 (MG, PLS, SAI)
- UTAP, € 8.520.430,00
- Forme associative, € 25.861.822,00 MG + € 5.743.042,00 PLS
- Formazione continua, € 878.450,00 + € 303.204,00.

7.1 Spese stimate (per il personale, per beni e servizi, spese generali, totale): costi aziendali per spese generali da ripartire fra i vari livelli essenziali di assistenza e, in questo caso, quello delle Cure primarie.

7.2 Impianto progettuale (sintesi del contenuto del progetto)

7.3 Contesto (motivazioni del progetto; ambito di intervento; criticità da superare; valenza sanitaria dei risultati ottenibili).

UTAP

“La continuità dell’assistenza (tra servizi territoriali e tra questi e l’Ospedale) rappresenta un obiettivo strategico per l’organizzazione dei servizi e per l’operatività dei professionisti. Le équipes e più ancora le UTAP, formate dall’aggregazione di più medici convenzionati, sostanziano questo concetto di continuità dell’assistenza. Esse vengono a rappresentare il riferimento unico di un territorio, ovvero una modalità di riappropriazione da parte del territorio di una propria struttura e la restituzione delle competenze alla Comunità in termini di Governo e Gestione della Salute.

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 (fuori dall’ospedale e con rinvio, laddove non necessario, della istituzionalizzazione),
- individuando soluzioni efficaci per garantire la continuità e il ruolo degli altri operatori sanitari nella gestione sia della cronicità sia nel sostenere comportamenti in grado di promuovere stili di vita “sani”, questo anche nell’ottica di una sperimentazione per un ruolo nuovo “allargato” delle cure primarie nel gestire (a livello locale) i problemi a diversa complessità,
- mantenendo a livello territoriale gli interventi di competenza dell’assistenza primaria,
- assicurando un approccio integrato socio-sanitario volto anche all’elaborazione, nella comunità locale, di nuovi modelli di integrazione del sanitario con il sociale.”

7.4 Obiettivi e risultati attesi (obiettivo complessivo del programma, suddiviso in obiettivi specifici, intermedi e finali; risultati attesi e relativi indicatori).

Obiettivi dell’UTAP

“Gli obiettivi macro dell’UTAP consistono nel:

- riaffidare al Medico di fiducia la funzione di Salute Pubblica intesa come risposta unitaria e globale ai bisogni di Salute di una Comunità;
- individuare un riferimento unico in un territorio, guidando la restituzione delle competenze alla Comunità in termini di governo e gestione della Salute, anche attraverso la promozione dell’integrazione organizzativa e professionale.

Rispetto alle forme organizzative previste dall’art. 54 dell’ACN della MG, alle UTAP viene chiesto di contribuire in maniera ancora più significativa al migliore conseguimento di tutti i criteri di qualità delle Cure Primarie e, in particolare, dei seguenti cinque:

- favorire la continuità dell’assistenza tra le varie componenti della rete dei servizi territoriali e fra questi e l’Ospedale – ammissione e dimissione protetta,
- prendere in carico i pazienti in modo globale e completo,
- accessibilità e fruibilità dei servizi,
- affrontare i principali problemi di salute nella comunità,
- promuovere l’appropriatezza clinica,
- contribuire al governo della domanda.”

Indicati, come sopra, gli obiettivi di sistema del progetto, la loro successiva individuazione in obiettivi specifici, intermedi e finali è demandata, secondo gli indirizzi della programmazione socio-sanitaria regionale, alle iniziative aziendali definite tramite Accordi con i Medici convenzionati. Così, anche per quanto riguarda i risultati attesi secondo le specificità aziendali, e i relativi indicatori.

7.5 I tempi di realizzazione delle singole iniziative sono individuati e definiti in relazione all’intervenuta stipula dei predetti Accordi aziendali; la Regione effettua un monitoraggio trimestrale ed un’elaborazione a consuntivo di ciascun anno dello stato di attuazione dei progetti sulla base dei dati forniti.

7.6 Strategia di comunicazione del progetto nei confronti di cittadini ed operatori

La strategia per l’attuazione del presente progetto è quella delineata con il budget di distretto (D.G.R. n. 625 del 14.03.2003), cui si rinvia.

Con tale approccio sono stati definiti, fra Distretto e Medici di Medicina Convenzionata, i seguenti elementi:

- gli obiettivi specifici che si intendono perseguire con la collaborazione dei MMC;
- gli strumenti più idonei per raggiungere tali obiettivi;
- gli indicatori, ossia informazioni selezionate e quantificabili, finalizzate ad interpretare la realtà, ad operare distinzioni, a formulare giudizi e valutazioni e quindi a consentire scelte e decisioni;
- il sistema premiante, la cui finalità è quella di correlare la definizione di obiettivi, di indicatori ad un meccanismo volto a gratificare professionalmente e personalmente il professionista;
- il sistema di reporting, che costituisce uno strumento per il monitoraggio e la verifica della gestione e, conseguentemente, del raggiungimento degli obiettivi attesi.

8. Progetto “Facilitazione della comunicazione nei pazienti con gravi patologie neuromotorie”.

8.1 Il progetto “Facilitazione della comunicazione nei pazienti con gravi patologie neuromotorie - A) Presa in carico domiciliare dei pazienti affetti da malattie degenerative o comunque invalidanti”, prevede la presa in carico domiciliare dei pazienti affetti da malattie degenerative o comunque invalidanti, come la Sclerosi Laterale Amiotrofica o le distrofie muscolari progressive che, pur mantenendo inalterate le capacità cognitive, perdono progressivamente la facoltà di comunicazione e di relazione, finendo nel totale isolamento e nella disperazione. In condizioni analoghe si trovano anche i pazienti con sindromi post

traumatiche per lesioni cervicali alte che esitano in tetraparesi completa con dipendenza dal ventilatore meccanico e quelli con sindrome locked-in.

Per quanto riguarda la Medicina Convenzionata (MAP, CA, PLS, SAI), l'attuazione del Progetto avviene utilizzando il sistema dei Patti aziendali, ovvero degli accordi che ciascuna Azienda ULSS negozia con i propri Medici Convenzionati, per promuovere attività di governo della domanda, obiettivi di salute, attività di formazione, di crescita professionale dei Medici e di erogazione di servizi. Attraverso la definizione di uno specifico obiettivo, da inserire nei Patti aziendali, relativo all'attuazione del Progetto "Facilitazione della comunicazione nei pazienti con gravi patologie neuromotorie - A) Presa in carico domiciliare dei pazienti affetti da malattie degenerative o comunque invalidanti". Gli obiettivi complessivi del Progetto, la loro successiva individuazione in obiettivi specifici, intermedi e finali è demandata, secondo gli indirizzi della programmazione socio-sanitaria regionale, alle iniziative aziendali definite tramite i Patti con i Medici convenzionati. Così, anche per quanto riguarda i risultati attesi secondo le specificità aziendali, e i relativi indicatori."

8.2 Progetto "Facilitazione della comunicazione nei pazienti con gravi patologie neuromotorie B) Dotare di sistemi di comunicazione un primo target di pazienti tra quelli con fonazione di grado 2 (sostanziale perdita della parola) e mobilità di grado 4 (tetraparesi), attraverso progetti che ricerchino tutte le possibili sinergie che consentano di beneficiare dell'effetto di scala nella fornitura, manutenzione e aggiornamento soprattutto delle apparecchiature a tecnologia più sofisticata e, purtroppo, di costi più elevati.

"Le evoluzioni delle offerte dei sistemi sanitari complessi come quello veneto e delle prospettive dell'assistenza socio-sanitaria portano tutte ad un considerevole aumento delle sopravvivenze in malattia cronica e in generale del numero e della complessità dei soggetti che presentano una qualche forma di alterazione funzionale. Contestualmente, l'allungamento della durata della vita e il generale bisogno percepito di crescita della qualità della vita e dell'integrazione sociale anche nelle condizioni di malattia, disabilità e vecchiaia, portano tutte ad un vertiginoso incremento di prestazioni e di interventi che possono essere compresi nel grande capitolo della riabilitazione, intesa come recupero, supplementazione, potenziamento, sostituzione di funzioni e attività, inserimento nella vita sociale e mantenimento dell'autonomia dell'individuo.

Una caratteristica di quest'area di servizi è data dalla grande variabilità da ULSS a ULSS, con tassi di soggetti riabilitati sui residenti che vanno da un minimo di 0,8 a un massimo di 23,5 su 100 residenti. Questi tassi si riferiscono a pazienti con situazioni assistenziali molto diverse: in particolare, un gruppo richiede un solo tipo di prestazioni riabilitative, frequentemente di tipo fisico, e si rivolge a servizi che svolgono questa unica funzione realizzando un numero molto elevato di prestazioni. Un secondo cospicuo gruppo di pazienti presenta richieste molto complesse, di diversi tipi di riabilitazione e viene seguito preferibilmente da servizi organizzati, con diverse possibilità di presa in carico. Questo secondo gruppo di pazienti riguarda soggetti portatori di disabilità complesse, di età generalmente più bassa rispetto al primo gruppo, più frequentemente minori. I servizi che li seguono svolgono quantità più basse di prestazioni, ma maggiormente differenziate e articolate. Per entrambi i gruppi di pazienti c'è un netto rapporto tra offerta di servizio e pazienti seguiti e prestazioni erogate.

Nonostante la riabilitazione territoriale occupi un ruolo preponderante rispetto a tutto il panorama riabilitativo regionale, comprendendo in esso anche le attività direttamente gestite dalla rete ospedaliera, sia in termini di pazienti, di personale sanitario, sia in termini di strutture coinvolte, nulla può essere detto in maniera precisa sull'efficacia degli interventi svolti o sul costo sostenuto dal Sistema Sanitario Regionale anche per quanto attiene il peso dell'assistenza protesica, come momento riabilitativo ivi compreso, intendendo il processo riabilitativo come l'insieme di attività/prestazioni volte al recupero funzionale, al miglior utilizzo delle attività residue, al mantenimento dei quelle presenti, al supporto di quelle evolutive, al

superamento dello svantaggio sociale di persone con disabilità fisica, psichica, cognitiva o sensoriale, di organo o di funzione di qualsiasi fascia di età.

Obiettivo generale del presente progetto e quindi di valenza strategica è quello di disegnare l'attivazione di un Centro Regionale per gli Ausili per quel che comporta l'utilizzo degli ausili tecnologici e il loro costante aggiornamento, nel contesto del progetto riabilitativo complessivo.

Gli obiettivi principali e più immediati sono:

- la predisposizione di un percorso valutativo iniziale che parta dai bisogni reali della persona disabile, della sua famiglia e del suo ambiente sociale e permetta di avere degli strumenti per verificare l'efficacia, l'efficienza e l'utilità degli interventi proposti;
- la formulazione di progetti riabilitativi ed addestrativi che facciano della realtà familiare e sociale la "palestra e laboratorio" più importante;
- il coinvolgimento della persona con disabilità, della famiglia e del suo ambiente sociale nel progetto riabilitativo;
- l'integrazione tra i vari servizi che si trovano a dover rispondere ai bisogni della persona con disabilità;
- un corretto ed ottimale utilizzo degli ausili;
- la crescita di una cultura che veda l'ausilio come un'opportunità;
- l'opportunità data ai servizi territoriali, ad operatori della riabilitazione, scolastici, ecc. di poter richiedere informazioni, consigli ed indicazioni sugli ausili;
- l'accompagnare la persona con disabilità, la famiglia nel proprio ambiente verificando nel tempo l'efficacia delle soluzioni proposte;
- l'implementazione di sistemi di controllo, uso, consegna e recupero ausili - anche con la creazione di data base di riferimento.

Il Centro Regionale per gli Ausili, nella specificità del percorso da realizzare e nell'azione pluriennale di crescita del territorio in rapporto ai temi trattati, con la forte integrazione della rete dei servizi e con l'obiettivo di qualità di vita da realizzare per le persone, si pone quale attore strategico di connessione tra le varie componenti della società veneta interessate al benessere delle persone, anche di quelle diversamente abili, con talune funzioni ridotte ed altre funzioni sviluppate e da sviluppare.

Nell'ambito della prevenzione le azioni da definire per evitare il successivo ricorso ai servizi di cura e riabilitazione, aprono uno scenario inedito di iniziative.

La riabilitazione poi, attualmente, si presenta in molti casi, frammentata e poco finalizzata ad un effettivo e reale reinserimento familiare, sociale e lavorativo della persona disabile. Il coinvolgimento dello stesso nella definizione del proprio percorso riabilitativo è ancora molto marginale o passivo.

Questo porta quindi ad un rischio concreto di perdita d'efficacia, efficienza ed utilità degli interventi riabilitativi, ad un'esperienza da parte della persona con disabilità e della famiglia percepita come un distacco dalla struttura che li ha accompagnati, con un vissuto d'abbandono poiché comunemente si trovano privati del sostegno di un'équipe medica competente e sprovvisti di mezzi adeguati, per affrontare la complessità e la gravità del compito.

Per quanto riguarda poi, nello specifico, l'utilizzo degli ausili tecnologici per favorire la persona o modificare l'ambiente, ancor oggi, anche se sono già stati fatti dei passi in avanti rispetto a pochi anni fa, ci si ritrova con strumenti male, o poco, o per niente utilizzati.

Ciò perché è spesso completamente mancata, o non è stata svolta correttamente, la fase di valutazione, di supporto e d'addestramento, oltre che una verifica nel tempo dell'adeguatezza dell'assegnazione di un ausilio.

Un altro aspetto, riguarda la formazione d'operatori, utenti, caregivers che debbono superare l'atteggiamento di "delega all'esperto" che ha guidato fino ad ora le scelte degli ausili e che, oltre ad accentuare le situazioni precedentemente citate, a livello culturale hanno provocato una certa ritrosia e perplessità nell'utilizzo della tecnologia utilizzata per il raggiungimento del più alto grado d'autonomia.

La persona con disabilità successivamente allo svolgimento di un percorso riabilitativo, può, grazie all'individuazione e gestione di un ausilio adatto alle sue potenzialità, concretizzare azioni d'autonomia per la gestione della sua vita.

Ciò indubbiamente consente lo sviluppo di nuove motivazioni di vita e minor peso assistenziale per la famiglia e la società.

Contemporaneamente la concentrazione di gran parte degli ausili, anche di tipologie diverse, ed il loro frequente utilizzo, permette agli operatori del Centro Regionale per gli Ausili di passarli singolarmente al vaglio, di scoprirne pregi e difetti, di individuarne le modalità d'utilizzo ottimali.

Il conseguente frequente contatto con le aziende produttrici, attiverà un processo d'ottimizzazione dell'ausilio e di studio/ricerca di nuove applicazioni protesiche.

Tutto ciò a giovamento e soddisfazione dell'utente terminale, con la Regione Veneto, le Aziende U.L.S.S., i servizi territoriali nel loro insieme, veri attori di sistema, e con il coinvolgimento delle aziende operanti nel settore in un'ottica non solo di mercato da conquistare ma di qualità della vita e sostenibilità del sistema da realizzare.

Esiste già un'attività di sperimentazione presso l'Azienda U.L.S.S. n. 15, - Centro Efesto, per dare una risposta qualificata con tecnologie compensative all'esigenza di autonomia e di vita indipendente delle persone con menomazione sensoriale, motoria, della comunicazione, del plurihandicap, come modalità di soluzione del bisogno in alternativa a quella meramente assistenziale e per tanti versi efficace per mettere a punto risorse previste dalle leggi n. 104/92, 284/96, 162/98, 68/99, 4/2004."

9. Articolazione del progetto (piano operativo del progetto, con la precisazione delle azioni e delle attività da svolgersi, tempi di svolgimento e soggetti coinvolti).

9.1 I progetti si inseriscono nell'ambito del "Percorso per il governo della Medicina convenzionata di assistenza primaria", qui sotto riportato in modo schematico:

Regione: poteri di indirizzo, verifica e controllo (PSSR e Accordi regionali).

Azienda Sanitaria/Distretto S.S.: organizza i servizi per l'erogazione delle seguenti attività assistenziali (D.G.R. 3242/01):

- assistenza primaria;
- assistenza farmaceutica e assistenza integrativa;
- assistenza specialistica extraospedaliera;
- assistenza protesica;
- assistenza consultoriale per la tutela dell'infanzia delle donne e della famiglia (Consultorio familiare);
- assistenza domiciliare integrata;
- assistenza territoriale semiresidenziale e residenziale;
- assistenza idrotermale.

Assistenza Primaria:

Obiettivi fissati dagli Accordi regionali:

- gestione integrata dei pazienti
- e
- continuità dell'assistenza: H12/24 e in ambiti di cura Ospedale/Territorio.

Strumenti:

- valenza strategica del Patto,
- gestione delle Forme associative:
 - UTAP integrate/aggregate,
 - Medicina di gruppo,
 - Medicina in rete,
 - Medicina in associazione,
 - Medico informatizzato,
 - Medico non informatizzato,
- monitoraggio e verifica Patti e Forme associative.

Assistenza: ambulatori del servizio di Continuità Assistenziale; AP; PLS; SAI; Infermieristico.

Collegamento con gli Ospedali di Comunità, Hospice, RSA, Case di Riposo, U.O. ospedaliere (ammissioni e dimissioni protette), CUP, prenotazione e ritiro referti; Centro prelievi e vaccinazioni, Servizi sociali dei Comuni, altro.

Finanziamento Accordi regionali:

- Fondo Patti aziendali,
- Fondo Forme associative,
- Fondo UTAP.

Rete per l'Assistenza Primaria:

- obiettivo: integrazione fra medici convenzionati e con Strutture distrettuali ed ospedaliere;
- costruzione: collegamento funzionale fra studi medici e con le Strutture distrettuali ed ospedaliere, mediante l'informatizzazione della rete.

I soggetti coinvolti sono le Aziende sanitarie, i Medici convenzionati e gli assistiti in carico agli stessi. Per le équipe territoriali delle Cure primarie anche le Istituzioni locali.

Si richiamano i sotto indicati provvedimenti:

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.