



## ALLEGATO A alla Dgr n. 1112 del 01 luglio 2014

pag. 1/7

### Progetto

ex Accordo Stato-Regioni rep. atti 13/CSR del 20/02/ 2014 per l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del PSN, Anno 2013

**1. Regione proponente:** Regione del Veneto

**2. Titolo del progetto:** La riorganizzazione delle Cure Primarie e lo sviluppo della Centrale Operativa Territoriale quale strumento di integrazione (PARTE A e PARTE B)

**3. Linea progettuale: linea n. 1** Interventi per il riassetto organizzativo e strutturale della rete dei servizi di assistenza ospedaliera e territoriale – Farmacia dei servizi.

#### 4. Referente

Dr.ssa Maria Cristina Ghiotto – Sezione Attuazione Programmazione Sanitaria, Dirigente del Settore

Assistenza Distrettuale e Cure Primarie

Tel. 041 – 2793524; Fax 041 – 2793430

[mariacristina.ghiotto@regione.veneto.it](mailto:mariacristina.ghiotto@regione.veneto.it)

Area Sanità e Sociale

Palazzo Molin, San Polo 2514, 30125 Venezia

Tel. 041 - 2793457; Fax 041 – 2793491

[protocollo.generale@pec.regione.veneto.it](mailto:protocollo.generale@pec.regione.veneto.it)

**5. Durata del progetto:** pluriennale 2013-2016

#### 6. Aspetti finanziari:

Costo del progetto: €16.000.000,00 (per prima annualità)

Importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2013: €12.977.542,00

#### Contesto:

In Veneto si è assistito ad una progressiva diffusione delle forme associative della medicina di famiglia, sviluppo che ha assunto nel corso del tempo connotati bene precisi:

- il quadriennio 2001-2004 si è caratterizzato per uno sviluppo “spontaneo” delle forme associative monocomponenti (ovvero solo tra Medici di famiglia);
- il quadriennio 2005-2008 ha assistito, invece, alla attivazione di forme più complesse sebbene in via sperimentale, quali le Unità Territoriali di Assistenza Primaria (cosiddette UTAP) con prevalenza della componente della medicina di famiglia ma con il coinvolgimento, via via più rilevante, della componente infermieristica, dei collaboratori di studio e degli specialisti ambulatoriali interni, avviando un processo anche di definizione di obiettivi di salute da perseguire;
- il quadriennio 2009-2012 ha segnato, infine, il passaggio da una diffusione spontanea e/o sperimentale di forme associative, più o meno evolute, ad uno sviluppo programmato, avviando cioè un processo di pianificazione sul territorio e prevedendo sempre più un coinvolgimento multiprofessionale. Alle Aziende ULSS è stata, infatti, richiesta una prima elaborazione di Piani aziendali per il potenziamento dell'Assistenza Primaria, con aggiornamenti in progress ed è stata rilevata l'importanza di definire e condividere obiettivi di salute, da misurare con opportuni indicatori.

Tuttavia, pur avendo assistito al progressivo diffondersi delle forme associative, ed in particolare delle medicine di gruppo e delle UTAP, rimane ancora limitata l'esperienza di esercitare la professione del medico di famiglia in equipe ovvero attraverso una reale attività in team. Questa, infatti, rappresenta la modalità di lavoro attesa a:

- garantire, attraverso l'interdisciplinarietà e la multiprofessionalità, il coordinamento clinico, assistenziale ed educativo necessario per affrontare i bisogni di salute nella loro globalità;
- favorire il rapporto di fiducia tra medico e paziente che si esplica anche nella pianificazione del percorso di cura, nella condivisione degli obiettivi di salute e nella definizione consapevole delle azioni, dei ruoli e delle responsabilità per raggiungerli;
- sostenere ed implementare sistemi di cure integrati per superare la frammentazione dei servizi e delle prestazioni, in una logica di integrazione tra ospedale e territorio, tra sanitario e sociale, attraverso la realizzazione di percorsi assistenziali integrati.

Parallelamente in Veneto è andata accrescendosi l'importanza attribuita all'integrazione tra Ospedale e Territorio al fine di garantire la continuità dell'assistenza, prevedendo da un lato l'istituzione di Dipartimenti funzionali Ospedale-Territorio, dall'altro diffondendo la necessità di definire Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali condivisi per rendere sempre più cogente detta integrazione. Le dimissioni protette si sono confermate l'ambito privilegiato in cui l'integrazione è venuta a realizzarsi; la definizione di obiettivi trasversali sul budget dell'Ospedale e sul budget del Territorio ha supportato invece gli aspetti gestionali (es. uso delle risorse, volumi di attività, efficienza, ecc.).

Il concetto di continuità, articolato nelle tre dimensioni di continuità informativa, continuità gestionale, continuità relazionale, è stato assunto già dal 2004 come obiettivo prioritario della Regione per migliorare la qualità dell'assistenza offerta.

Infatti l'esperienza sviluppata in Veneto nell'ultimo decennio può essere riletta secondo le dimensioni-chiave della continuità dell'assistenza, ovvero:

- relativamente alla *continuità informativa*, che presuppone la conoscenza del paziente ed una efficace/efficiente trasferibilità delle informazioni, si sono avviati processi di costruzione di flussi informativi strutturati, di sistemi informativi integrati tra le varie componenti aziendali/regionali, potenziando la capacità di "rendicontazione" quale supporto delle metodiche di audit clinici ed organizzativi;
- con riferimento alla *continuità gestionale*, che presuppone la condivisione di obiettivi e procedure oltre che la capacità di co-gestione dei casi, sono stati avviati processi di definizione di Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali, promuovendo l'organizzazione in team multiprofessionali, sviluppando figure perno per l'assistenza (es. case manager);
- per quanto concerne la *continuità relazionale*, che si fonda sulla stabilità della relazione e sul concetto di "affiliazione", si è valorizzato il rapporto di fiducia tra paziente-medico, implementando sistemi di "contattabilità" del medico di famiglia nell'arco delle 12h e promuovendo metodi di partecipazione del paziente al proprio percorso di cura.

È però con il nuovo Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2016 (recepito con LR n.23/2012) che viene delineata la cornice per lo sviluppo delle Cure Primarie nel Veneto, introducendo il concetto di "filiera dell'assistenza" per rappresentare l'articolazione di strutture che concorrono con gradualità a rispondere ai bisogni di cura, tutelando ciascuna fase del percorso di presa in carico della persona. Si tratta di favorire una visione unitaria della persona che deve trovare corrispondenza in una organizzazione che ragioni e dialoghi verso un percorso di presa in carico convergente, verso obiettivi condivisi e costruito per tappe complementari. Ciò richiede la messa a

punto di strumenti a supporto della continuità di cura e che divengano essi stessi elemento di continuità nell'organizzazione.

### **Obiettivi generali**

Nel PSSR della Regione Veneto, lo sviluppo dell'assistenza primaria ha come obiettivi:

- migliorare l'equità nell'accesso ai servizi sanitari e nella salute della popolazione;
- implementare la medicina di iniziativa;
- favorire il mantenimento della persona nel proprio ambiente di vita e al proprio domicilio;
- affrontare la cronicità e la comorbidità ;
- assicurare la continuità dell'assistenza, attraverso l'implementazione e la sperimentazione di Percorsi Assistenziali che garantiscano l'integrazione nella Rete dei Servizi, ed in particolare tra Ospedale e Territorio;
- integrare il sociale con gli aspetti sanitari;

Tutto questo con grande attenzione alla sostenibilità economica, realizzabile attraverso il governo clinico e della domanda.

La progressiva cronicizzazione delle malattie ha messo in luce la necessità di ripensare l'assistenza primaria, evidenziando:

- la necessità di "identificare" nel territorio un punto di riferimento affidabile per i cittadini;
- la necessità di affidare ad uno specifico soggetto la gestione e il monitoraggio della relazione diagnostica-terapeutica con il paziente, spesso frammentata tra competenze specialistiche diverse;
- la necessità di garantire un monitoraggio continuo nel territorio e l'integrazione funzionale tra la realtà ospedaliera e quella territoriale, tra la dimensione sanitaria e quella sociale.

## **PARTE A) Sviluppo delle Cure Primarie**

### **Obiettivo**

Implementare in modo diffuso, su tutto il territorio regionale, le *Medicine di Gruppo Integrate*, quali forme associative più evolute, esito del perfezionamento e consolidamento dei processi di sperimentazione avviati nel corso degli anni.

### **Descrizione progettuale**

Nel modello veneto le Medicine di Gruppo Integrate sono team multiprofessionali, costituite da medici e pediatri di famiglia, specialisti, medici della continuità assistenziale, infermieri, collaboratori di studio e assistenti sociali, che:

- erogano un'assistenza globale (dalla prevenzione alla palliazione), continua, equa e centrata sulla persona;
- assicurano un'assistenza h24, 7gg su 7;
- sono parti fondamentali ed essenziali del Distretto socio-sanitario ed assumono responsabilità verso la salute della Comunità.

L'aggettivo "integrate" vuole porre l'enfasi su più orizzonti di senso, ossia:

- confermare la bontà del modello integrato socio-sanitario quale peculiarità del sistema veneto;
- ribadire che l'integrazione è elemento indispensabile per garantire la presa in carico globale della persona;
- affermare che il modello organizzativo-funzionale deve essere caratterizzato dalla multiprofessionalità;
- riconoscere che questo modello organizzativo è integrato nel Distretto socio-sanitario;
- valorizzare la necessità di integrare e coinvolgere tutte le risorse della Comunità.

È opportuno sottolineare, in particolare, come uno degli elementi di criticità del Sistema sia rappresentato dalla difficoltà di inserire il medico di continuità assistenziale in attività effettivamente “in continuità e coerenza” con i processi clinico-assistenziali. Questo aspetto richiede un maggiore coinvolgimento dei medici di continuità assistenziale nelle attività diurne finalizzato a realizzare un modello di presa in carico h24 dei bisogni per una popolazione di riferimento (che potrebbe essere quella di una Medicina di Gruppo Integrata o più efficientemente di una Aggregazione Funzionale Territoriale). In ogni caso, ciò impone di superare vincoli organizzativi e formativi ossia legati alle competenze specifiche. Infatti l’obiettivo dichiarato e condiviso dell’h24, 7gg/7 non risiede soltanto nella garanzia di una copertura oraria, ma anche nell’intensità assistenziale con cui vengono garantiti servizi, prestazioni e risposte. Già oggi la continuità assistenziale garantisce una copertura oraria complementare alla medicina di famiglia, ma i bisogni dei pazienti, specie se multiproblematici e complessi, necessitano di una presa in carico globale e continuativa nelle 24 ore. Va quindi potenziato il collegamento tra i diversi professionisti che operano in uno stesso territorio, per uno stesso bacino di popolazione, professionisti che oggi paiono lavorare in contesti attigui ma paralleli, che forse in alcune realtà organizzativamente più evolute, sono connessi da un sistema informatico per lo scambio di dati ed informazioni ma di rado hanno aree di attività in comune, di incontro e di confronto.

Per questo la costituzione dei team deve avere come obiettivo quello di assicurare una presa in carico del paziente nel suo contesto di vita (qualsiasi questo sia), in modo continuativo sia dal punto di vista professionale che temporale.

Considerato che l’organizzazione delle cure primarie e la conseguente offerta di servizi e prestazioni sanitarie e socio-sanitarie condiziona gli esiti di salute, il consumo appropriato di risorse e il grado di soddisfazione dei cittadini, è indispensabile utilizzare strumenti, approcci e modelli organizzativi per implementare il Governo Clinico nelle cure primarie, tenendo conto di peculiarità e criticità dell’assistenza territoriale. Ciò richiede di:

- rafforzare la struttura distrettuale con particolare riferimento alla sua dimensione organizzativa ed alla sua dimensione clinico-assistenziale, privilegiando da un lato un’organizzazione trasversale e dall’altro un approccio fondato su percorsi assistenziali;
- reinterpretare il ruolo del medico di famiglia quale responsabile della salute dell’assistito in tutti i contesti di vita (domiciliare, residenziale in struttura protetta o ambulatoriale). I servizi distrettuali in questa logica sono funzionali a garantire la risposta migliore ai bisogni di salute in stretta sinergia con il medico di famiglia;
- adottare un approccio di lavoro per percorsi assistenziali che rappresentano lo strumento più efficace per affrontare la cronicità in quanto consentono di mantenere una visione complessiva del problema (dalla prevenzione, alla diagnosi, alla cura e riabilitazione), con la finalità di verificare e monitorare i risultati conseguiti e ottimizzando l’impiego delle risorse in modo equo e trasparente.

In sintesi: l’organizzazione distrettuale in questa visione diventa funzionale a semplificare i percorsi degli assistiti e renderli più efficaci.

## **Fasi del progetto**

### **Azione 1**

*Definizione delle nuove linee guida degli atti aziendali e quindi ridefinizione dell’assetto distrettuale*

### **Azione 2**

*Assegnazione alle Aziende ULSS dell’obiettivo di avviare una pianificazione di sviluppo nel territorio delle cure primarie*

**Azione 3**

*Definizione di un contratto di esercizio tipo per la Medicina di Gruppo integrata che definisca a livello regionale obiettivi, indicatori e risorse*

**Azione 4**

*Attuazione delle Medicine di Gruppo Integrate*

**Azione 5**

*Estensione ed applicazione del contratto di esercizio-tipo a tutte le forme associative (team multiprofessionali)*

**PARTE B) Sviluppo della Centrale Operativa Territoriale quale strumento di integrazione****Obiettivo**

Nella Regione Veneto è in atto un processo di riorganizzazione per l'applicazione del PSSR 2012-2016, che richiede lo sviluppo di attività che permettano di:

- migliorare le performance degli Ospedali per acuti, che devono essere nelle condizioni di gestire i malati acuti, le riacutizzazioni delle patologie croniche, con gli alti livelli di professionalità e tecnologia.
- sviluppare le competenze clinica e l'organizzazione sul territorio, perché sia possibile un'efficace gestione dei malati che non necessitano delle competenze presenti negli Ospedali per acuti.

Le esperienze sviluppate nel Veneto in tema di continuità dell'assistenza attraverso l'integrazione Ospedale-Territorio portano ad individuare alcune strategie imprescindibili:

- il consolidamento dei modelli di ammissione e dimissione protetta, supportati dalla **implementazione di percorsi** per la presa in carico coordinata del paziente, anche tramite sistemi codificati di corresponsabilità e "figure di riferimento" (*case manager*);
- l'implementazione di soluzioni organizzative quali le **Centrali Operative del Territorio** intesi come strumenti di raccolta e classificazione del problema/bisogno, di attivazione delle risorse più appropriate, di pianificazione e coordinamento degli interventi, tutelando le transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico/assistenziale all'altro;
- il potenziamento degli strumenti di scambio informativo, nella fattispecie dei **sistemi informativi integrati**, a supporto dell'integrazione professionale, evitando la frammentazione degli interventi e garantendo la continuità informativa del processo assistenziale.

La Centrale Operativa rappresenta l'elemento cardine dell'organizzazione territoriale in quanto svolge una funzione di coordinamento della presa in carico dell'utente "protetto" e di raccordo fra i soggetti della rete assistenziale. Rappresenta, infatti, lo strumento di raccolta e classificazione del problema/bisogno espresso, di attivazione delle risorse più appropriate, di programmazione e pianificazione degli interventi attivando i soggetti della rete assistenziale, tutelando le transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico/assistenziale all'altro.

**Descrizione del Progetto:**

La Centrale Operativa, rappresenta il "luogo" ove si incontrano tutte le competenze utili ad affrontare le problematiche del malato "complesso", e si avvale delle competenze di medici, infermieri, assistenti sociali, psicologi con l'obiettivo di:

- facilitare la realizzazione dei programmi di cure domiciliari (intese estensivamente in tutti gli ambiti assistenziali extra-ospedalieri);
- sostenere l'attività dei MMG, dei Medici di Continuità assistenziale, delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT);

- gestire l'accesso dei malati nei vari profili ed ambiti assistenziali: a domicilio, posti letto Hospice, Ospedale di Comunità, strutture intermedie e residenziali;
- convogliare le richieste per l'assistenza sociale, la valutazione delle situazioni socialmente critiche e l'attivazione dei Comuni.

In particolare:

- accoglie le richieste da parte di utenti e professionisti della salute, in qualsiasi momento del percorso assistenziale, con particolare attenzione alle situazioni di maggiore fragilità;
- indirizza la domanda verso il percorso specifico per bisogni semplici o bisogni complessi ;
- promuove e coordina i percorsi di dimissioni protette dei malati dimessi dai reparti ospedalieri, che proseguono cure ed assistenza a casa o presso le strutture intermedie o residenziali del territorio;
- programma le Unità Valutative Multi Dimensionali (UVMD), per l'attivazione dei vari profili assistenziali di cure domiciliari, in rapporto ai livelli di complessità ed ai bisogni dei malati.

Nella Centrale Operativa Territoriale i responsabili dei PDTA, definiscono le modalità che consentano ai percorsi stessi di essere operativi nella Rete dei Servizi.

La Centrale Operativa Unica favorisce la presa in carico appropriata per programmi di tutela della salute dei malati, sul territorio o provenienti dall'Ospedale.

Opera per:

- Aggiornare una mappatura, puntuale e continua dei servizi offerti;
- Ricevere e decodificare il bisogno dell'utente;
- Favorire la presa in carico appropriata nella rete dei servizi del bisogno/problema dell'utente in base ai percorsi assistenziali;
- Favorire la realizzazione nella rete dei servizi delle condizioni per attuare la continuità assistenziale e la multi professionalità..

Svolge un ruolo di indirizzo e supporto al coordinamento e programmazione di tutta l'attività clinica infermieristica ed assistenziale territoriale, con impegno orientato a:

- 1) Accompagnamento della crescita delle attività territoriali;
- 2) Promozione ed attivazione di percorsi assistenziali nell'ambito delle dimissioni protette, della domiciliarità sociale, domiciliarità sanitaria e della residenzialità
- 3) Riconoscimento e supporto dei Responsabili di Percorso con funzioni di Coordinamento, Programmazione e Orientamento tecnico-organizzativo che operano secondo il principio della sussidiarietà orizzontale.
- 4) Coinvolgimento attivo dell'Associazionismo del terzo settore.

All'interno della Centrale Operativa si identificano le seguenti aree di attività:

- Dimissioni protette
- Domiciliarità sanitaria
- Domiciliarità sociale
- Residenzialità

E' attivata da:

- Medici di medicina generale
- Medici ed operatori del Distretto
- Medici ed operatori dell'Ospedale

- Medici di Continuità assistenziale;
- Operatori del Sociale dei Comuni ;
- Centri di servizio per la residenzialità extraospedaliera.

Nei rapporti con l'Ospedale è di grande rilevanza operativa la funzione delle "dimissioni protette", trasversale per le attività di continuità tra Ospedale e Servizi distrettuali.

La Centrale Operativa Territoriale opera con personale specificatamente formato alla gestione dei percorsi dei malati, ed è uno strumento a disposizione di operatori dell'Ospedale e del Distretto, Medici di Medicina Generale ed utenti.

La Centrale Operativa svolge un ruolo di supporto organizzativo ai professionisti ed alle strutture dell'ULSS per rendere più accessibili ed efficaci i servizi agli utenti in Cure Palliative e si pone come Sportello unico di accesso per le problematiche complesse assistenziali e sociali.

Nell'ambito dell'attività verso i malati cronici complessi, la Centrale Operativa si avvale delle competenze di medici, infermieri, psicologi del Nucleo di Cure Palliative, con l'obiettivo di:

- realizzare i programmi di cure domiciliari insieme all'equipe, sostenere l'attività dei MMG, dei Medici di Continuità assistenziale, delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT);
- gestire la circolazione e l'accesso dei malati in Hospice, Ospedale di Comunità, strutture intermedie e residenziali;
- far convogliare nello Sportello unico di accesso per l'assistenza sociale, la valutazione delle situazioni socialmente critiche e l'attivazione dei Comuni.

#### **Fasi del progetto**

##### **Azione 1**

*Definizione delle nuove linee guida degli atti aziendali e quindi ridefinizione dell'assetto distrettuale*

##### **Azione 2**

*Definizione del modello di centrale operativa territoriale e suo inserimento negli atti aziendali*

##### **Azione 3**

*Elaborazione da parte di ciascuna ULSS di un progetto di centrale operativa territoriale, quale primo provvedimento formulato dal direttore dei servizi sociali e della funzione territoriale*

##### **Azione 4**

*Avvio di modelli sperimentali di Centrali Operative Territoriali*

#### **Risultati attesi**

- Semplificare i percorsi degli assistiti e renderli più efficaci.
- Analizzare e misurare i bisogni, stratificando la popolazione assistita sulla base delle criticità effettive (case-mix), decodificando i bisogni e classificandoli in reali bisogni di salute.
- Definire i livelli di complessità assistenziale ed i modelli organizzativi più efficaci/efficienti, anche identificando i luoghi di cura più appropriati.
- Organizzare i servizi secondo una visione di filiera dell'assistenza, individuando le risorse appropriate per ciascuna fase del percorso assistenziale;
- Potenziare i sistemi informativi e i sistemi di valutazione della performance, in termini di qualità, equità e appropriatezza, al fine di misurare e rendicontare periodicamente sui processi e sui risultati conseguiti anche in termini di salute, quali strumenti a supporto del miglioramento e delle attività di programmazione strategica.