



## ALLEGATOS alla Dgr n. 1112 del 01 luglio 2014

pag. 1/4

### 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:** Valorizzazione delle competenze, formazione e audit, appropriatezza
- 3. Linea progettuale:** : **linea n. 17** Implementazione del “Codice etico” nelle Aziende Sanitarie

#### 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:

Importo imputato a valere su quota vincolata FSN 2013: €922.158,00

#### Contesto

Nell'ambito del Sistema Sanitario etica significa considerare la tutela della salute come diritto fondamentale della persona e non “limitatamente” come risposta ad un bisogno, accezione quest'ultima che spesso viene assunta dalle teorie economiche.

Se, dunque, passiamo dalle definizioni ai fatti concreti:

- Assumere comportamenti etici significa che medici e altre professioni sanitarie non mediche, manager aziendali, policy maker applicano nel modo corretto le conoscenze nei rispettivi campi, diffondono e condividono le conoscenze, promuovono e sostengono la ricerca per il miglioramento reale dello stato di salute di tutti.
- Assumere comportamenti etici rispetto alla limitatezza delle risorse significa fare il massimo possibile per la persona, utilizzando nel migliore dei modi le risorse disponibili, interpretando i vincoli in modo da ottenere il massimo effetto rispetto ai fini di tutela della salute. E, in particolare, nelle scelte tra diversi modelli assistenziali, modelli organizzativi, criteri di allocazione delle risorse, assumere comportamenti etici significa valutare le alternative in modo da scegliere quella caratterizzata dal più elevato rapporto benefici (stimati, attesi, perseguiti) e risorse disponibili.

#### Parte A) La valorizzazione delle competenze

##### Obiettivi:

Nella consapevolezza che costruire un patrimonio professionale, valorizzando la risorsa umana, significa promuovere lo sviluppo sociale ed economico di una Comunità, gli obiettivi perseguiti dalla programmazione regionale si possono così enucleare:

- valorizzare la risorsa umana è condizione necessaria per avviare strategie di cambiamento;
- creare un sistema che definisca le competenze richieste ai professionisti e alle organizzazioni in relazione ai bisogni emergenti della popolazione;
- riconoscere la formazione come leva strategica del cambiamento impone la capacità di programmare il sistema formativo in funzione dei reali bisogni di competenze, valorizzando il principio di inscindibilità delle funzioni di didattica, di ricerca e di assistenza
- programmare, in ottica pluriennale, il sistema formativo qualificando e quantificando i fabbisogni dei profili professionali significa pervenire alla definizione delle dotazioni standard, a garanzia di un livello appropriato di assistenza equa ed uniforme.
- istituire un Osservatorio sulle professionalità per quantificare correttamente il fabbisogno locale dei profili professionali

**Descrizione del Progetto**

Il ruolo della Regione nel promuovere, sostenere e diffondere nuovi modelli organizzativi che permettono l'implementazione delle migliori pratiche attraverso un impegno diverso delle professioni sanitarie, si esplica:

- 1) in termini organizzativi:
  - istituzione, in ogni ULSS, di una Direzione delle Professioni Sanitarie, UOC in staff alla Direzione Sanitaria, alla quale competono le funzioni di programmazione dei fabbisogni di personale, di analisi dei fabbisogni formativi e di pianificazione dei relativi interventi, di valutazione dei modelli organizzativi;
  - prevista, nell'ambito delle macro-strutture Ospedale e Territorio delle ULSS, l'istituzione di due UOS afferenti rispettivamente al Direttore della funzione ospedaliera ed al Direttore della funzione territoriale. La UOS ha funzioni di coordinamento operativo dell'assistenza infermieristica distrettuale.
- 2) in termini di competenze clinico-assistenziali ed organizzativo-gestionali, attraverso lo sviluppo di nuovi ruoli, volti a rendere più "vicina" l'assistenza e migliorare la qualità:
  - il case manager con funzione strategica per realizzare la continuità ed il coordinamento dell'assistenza;
  - l'infermiere di assistenza primaria ossia che affianca il medico di famiglia nelle medicine di gruppo integrate e che assume un ruolo fondamentale nella gestione dei pazienti cronici;
  - l'infermiere della domiciliarità ed il coordinatore delle strutture di ricovero intermedie.

**Parte B) La formazione****Obiettivi:**

Il Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2016 colloca la formazione tra le risorse del SSSR per il raggiungimento degli obiettivi di salute e per la realizzazione dei nuovi modelli organizzativi volti al miglioramento della qualità e dell'appropriatezza dell'assistenza. La formazione e l'aggiornamento del personale si configura quale leva strategica per concretizzare le linee di cambiamento, oltre che organizzative anche culturali, valorizzando da un lato le competenze professionali e dall'altro la centralità della persona nei percorsi socio-assistenziali.

La nuova programmazione evidenzia come lo sviluppo del SSSR non possa prescindere da un governo strategico della formazione, intesa nell'accezione ampia di formazione di base, specialistica/complementare e formazione continua.

**Descrizione del Progetto**

Il progetto di revisione del sistema formativo regionale si articola nelle seguenti attività:

- avviare un percorso di riorganizzazione complessiva del Sistema della Formazione per la Medicina Convenzionata, adeguandolo a criteri di aderenza con la nuova programmazione regionale, a criteri di riqualificazione delle competenze, nonché a criteri di efficienza nell'uso delle risorse;

- istituire un Osservatorio sulle professionalità sanitarie e socio-sanitarie, atto a quantificare correttamente il fabbisogno locale di profili professionali in un'ottica di programmazione pluriennale;
- potenziare la formazione sia per le professioni sanitarie e sociali che amministrative, nell'intento di creare quadri con profili di competenza coerenti con gli indirizzi strategici evidenziati dal presente PSSR;
- prevedere moduli formativi specifici e coerenti con le funzioni da garantire per le professionalità sanitarie e sociali, finalizzate alla valorizzazione del loro ruolo a fini organizzativo-gestionali e/o per profili di competenza innovativi (es. coordinatore di Ospedale di comunità e di percorsi Ospedale-Territorio, infermiere di famiglia, infermiere case-manager, ecc.), sviluppando competenze avanzate clinico-assistenziali e organizzative-gestionali e prevedendo un ruolo specifico nell'ambito della gestione della cronicità;
- ridefinire metodi e strumenti per la gestione della formazione continua privilegiando:
  - lo sviluppo delle capacità dei professionisti di partecipare attivamente alla definizione del proprio percorso formativo, attraverso strumenti codificati e azioni di mentoring;
  - la valorizzazione della rete degli animatori di formazione, riqualificandoli in "facilitatori di formazione" con un ruolo polivalente, in modo da coinvolgerli in azioni di mentoring, di conduzione di gruppi di lavoro, di tenuta e analisi dei repertori di competenze e di sviluppo dell'Evidence Based Practice;
  - l'utilizzo di metodologie attive, investendo particolarmente nelle attività di formazione sul campo;
- favorire percorsi formativi a livello di Azienda ULSS, ovvero come struttura organizzativa unitaria, privilegiando programmi di formazione contestualmente rivolti ad una pluralità di soggetti ed a più livelli.

### **Parte C) La metodica dell'audit**

#### **Obiettivi:**

Il modello dell'Audit in sanità consiste nella "analisi critica e sistematica della qualità dell'assistenza medica (o sanitaria) che valuta le procedure clinico/organizzative utilizzate per la diagnosi e il trattamento, l'uso delle risorse, gli outcome risultanti e la qualità di vita per i pazienti".

L'audit si concretizza in una "iniziativa condotta da professionisti che cerca di migliorare la qualità e gli outcome dell'assistenza attraverso una revisione strutturata tra pari, per mezzo della quale i professionisti stessi esaminano la propria attività ed i propri risultati, in confronto a standard espliciti, e la modificano se necessario".

L'analisi professionale della qualità dell'assistenza, oltre ad un valore "condizionato" per il miglioramento della qualità dell'assistenza, possiede un valore formativo per il professionista, in particolare educa ad un atteggiamento di auto valutazione, facilita l'individuazione dei fattori chiave che condizionano la buona pratica clinica, incoraggia l'aggiornamento ed il miglioramento della pratica, obbliga a misurare ed allena a confrontare ed interpretare i dati, è pertanto uno strumento utile per la diffusione e la verifica dell'aderenza dei professionisti alla cultura della "buona pratica clinica".

#### **Descrizione Del Progetto:**

L'implementazione del processo di audit clinico passa attraverso le seguenti fasi:

1. Individuare il gruppo di lavoro a livello regionale che si occupa della realizzazione del progetto, team multidisciplinare formato da Professionisti delle Cure Primarie, Dipartimento specialistico di riferimento, Servizio Farmaceutico Territoriale, Servizio di Epidemiologia, Servizio Informatico, Dipartimento di Formazione;
2. condividere il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) elaborato/aggiornato a livello regionale, sulla base delle Linee Guida di riferimento;
3. individuare i criteri e gli indicatori di riferimento;
4. formare i MMG che avranno il ruolo di facilitatori negli incontri tra pari;
5. costituire i gruppi di pari e trasferire le conoscenze di base sulla patologia, audit clinico (+ iniziative collaterali ad hoc, ECM, formazione on line);

6. identificare la coorte di pazienti ed inviare le schede individuali ai MMG;
7. completare le schede individuali da parte dei MMG;
8. elaborare ed analizzare i dati di ritorno delle schede;
9. discutere i risultati negli incontri tra pari ed individuare gli scostamenti dai criteri;
10. mettere in atto gli interventi correttivi ai vari livelli organizzativi;
11. programmare re-audit.

La metodologia trova il suo razionale sull'evidenza empirica che il professionista cambia i propri atteggiamenti solo se dall'autoanalisi individua ambiti di scarsa appropriatezza del proprio operato. Successivamente la condivisione delle esperienze personali diviene il momento propedeutico al cambiamento per l'adozione di comportamenti (buone prassi) più appropriati.

Il confronto tra gruppi di medici della stessa ASL coinvolti nel progetto, crea le premesse per produrre risultati concreti di appropriatezza, con l'effetto di un'acquisizione culturale comune (comunità di pratiche).

La metodologia proposta racchiude per ciascun MMG l'intero ciclo di valutazione (analisi, identificazione del problema, intervento di miglioramento e valutazione dell'effetto ottenuto) per ogni fase del processo di cura (dalla diagnosi alla decisione terapeutica).

#### **Parte D) Appropriatezza nella erogazione delle prestazioni**

##### **Obiettivi:**

Un ulteriore ambito, purtroppo spesso di comune interesse e di visibilità mediatica per le criticità che presenta, concerne l'appropriatezza nella erogazione delle prestazioni, da cui discende un chiaro impegno della programmazione ad erogare le prestazioni nei modi, luoghi e tempi corretti e più consoni.

##### **Descrizione del Progetto**

A tale proposito si enucleano le seguenti attività:

- Pieno coinvolgimento e *responsabilizzazione dei prescrittori*, in primis della medicina di famiglia, anche attraverso la diffusione di *Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali* che consentano di individuare criteri oggettivi di appropriatezza e prioritizzazione delle prescrizioni. I percorsi assistenziali devono intendersi come modalità organizzate di svolgimento dell'assistenza, frutto di una metodologia e di un processo condiviso, perseguendo obiettivi di miglioramento della qualità assistenziale, degli esiti, di sicurezza e soddisfazione dei pazienti, nonché di ottimizzazione dell'uso delle risorse.
- Ampliamento degli *orari di attività* dei servizi ambulatoriali e di utilizzo giornaliero (es. esteso alle ore serali 20-24) e settimanale (es. esteso ai festivi e prefestivi) delle apparecchiature diagnostiche.
- Potenziamento del *ruolo del CUP Manager* ossia del coordinatore dei processi di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali, che ha il compito tra l'altro di verificare e di controllare le modalità operative di esecuzione delle prestazioni ambulatoriali, svolgendo un monitoraggio continuo sugli effettivi tempi di attesa.
- Diffusione dell'utilizzo della *radiologia a domicilio* a supporto dell'attività di diagnosi e cura e nell'ottica di facilitare l'accesso ai servizi, oltre che di migliorare l'umanizzazione dell'assistenza.
- Diffusione e messa in comune di *modelli impostati sulla telemedicina, sulla telediagnostica e teleconsulto*, assicurando livelli di qualità, specie in situazioni di emergenza in particolari aree geografiche e/o condizioni e consentendo il monitoraggio dello stato clinico di alcuni pazienti mantenendoli nel proprio ambiente di vita.