



## Progetto

ex Accordo Stato-Regioni rep. atti 150/CSR del 1 agosto 2018 per l'utilizzo delle risorse vincolate, ai sensi dell'art. 1, commi 34 e 34bis, della Legge 23 dicembre 1996 n. 662, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2018.

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

**2. Titolo del progetto:** La gestione integrata della cronicità nella Regione Veneto

**3. Linea progettuale:** Linea 1 "Percorso diagnostico terapeutico condiviso e personalizzato per pazienti con multicronicità".

**4. Referente**

Dott.ssa Maria Cristina Ghiotto - Direttore dell'Unità Organizzativa Cure Primarie e Strutture socio-sanitarie territoriali

Indirizzo: Rio Novo Dorsoduro, 3493 - 30125 Venezia

Tel. 041/2793404- 3529

e-mail: [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

Pec: [area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it](mailto:area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it)

e-mail: [area.sanitasociale@regione.veneto.it](mailto:area.sanitasociale@regione.veneto.it)

**5. Durata del progetto:** pluriennale 2018-2021

**6. Aspetti finanziari:** Importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2018: euro 50.370.028

**7. Stato del progetto:** nuovo progetto, in continuazione con la progettualità pluriennale "Gestione della cronicità" 2017-2019

**Contesto**

A fronte della complessità dei bisogni assistenziali, in considerazione della crescita della cronicità vi è l'esigenza di definire nuovi modelli assistenziali con approccio multi disciplinare e inter disciplinare in grado di porre in essere meccanismi di integrazione delle prestazioni sanitarie e sociali territoriali ed ospedaliere, favorendo la continuità delle cure e ricorrendo a misure assistenziali ed organizzative di chiara evidenza scientifica ed efficacia al fine di promuovere team di multiprofessionali, garantendo l'integrazione dell'assistenza attraverso l'implementazione di appositi PDTA.

Infatti, i mutamenti socio-demografici e dei bisogni richiedono una profonda reingegnerizzazione della rete assistenziale verso la creazione di una «filiera dell'assistenza territoriale» fondata su processi coordinati e collegamenti funzionali tra gli attori del Sistema. Alla luce di questi cambiamenti, la programmazione regionale, in conformità a quanto stabilito dal Piano Nazionale della Cronicità, riconosce la necessità di definire linee di sviluppo generali condivise che comprendano: il cambiamento organizzativo e gestionale del SSSR, l'implementazione e diffusione di percorsi assistenziali condivisi, la diffusione di un modello di presa in carico del paziente cronico, la creazione di relazioni funzionali tra Ospedale, Territorio e Dipartimento di Prevenzione, il consolidamento dei flussi informativi.



074ffaf6



In particolare, con la L.R. n. 19 del 25/10/2016, di istituzione dell'Azienda Zero e ridefinizione dell'assetto organizzativo delle Aziende ULSS, si è dato avvio alla riorganizzazione della rete dei servizi sanitari al fine di orientare il Sistema verso un modello di assistenza:

- organizzato intorno alla persona;
- fondato su team multiprofessionali;
- strutturato su processi integrati.

### Obiettivi strategici

Il SSSR deve essere in grado di aiutare le persone a raggiungere il massimo grado di funzionalità possibile in relazione al proprio stato di salute, prevedendo una presa in carico efficace ma sostenibile sia in termini economici ma anche in termini di valori individuali e sociali. Infatti l'obiettivo del SSR è quello di porre al centro del sistema la persona, mediante l'umanizzazione delle cure, la realizzazione di percorsi di cura partecipati e condivisi, l'equità nell'accesso ai servizi, la globalità di copertura di base alle necessità assistenziali di ciascuno.

Tuttavia, a seguito della approvazione della L.R. n. 19/2016 che ha previsto il passaggio da n. 21 Aziende ULSS a n. 9 Aziende ULSS, si pone la necessità di ricercare una uniformità nei modelli assistenziali al fine di garantire, da un lato, l'equità nel contesto regionale e, dall'altro, facilitare le procedure di dialogo ed i collegamenti funzionali all'interno delle nuove Aziende, quali risultanti dell'accorpamento di differenti modelli organizzativi.

In questo processo di riorganizzazione diventa fondamentale individuare modelli organizzativi funzionali alla presa in carico della cronicità che riconoscano nel Distretto la funzione di coordinamento dell'assistenza. In conformità ai contenuti del Piano Nazionale della Cronicità è infatti necessario perseguire i seguenti obiettivi prioritari:

- facilitare la creazione di una rete assistenziale integrata;
- favorire lo sviluppo di un approccio per percorsi assistenziali integrati mediante l'implementazione di PDTA e di strumenti/scale di valutazione condivisi e trasversali ai diversi profili di cronicità;
- attivare e sviluppare team multiprofessionali di assistenza primaria, sviluppando un approccio di Care Management Team;
- dare completa attuazione al modello della Centrale Operativa territoriale (COT), quale strumento organizzativo di interconnessione tra Ospedale e Territorio.

### STRATEGIE DI SVILUPPO

Vista la profonda e generale riorganizzazione dell'intero SSSR del Veneto, in coerenza con quanto già realizzato, si intende dar corso alle seguenti attività:

#### *AZIONE 1 - RIDEFINIRE IL RUOLO DEL DISTRETTO, quale:*

- *responsabile dell'analisi e misurazione dei bisogni* al fine di identificare i modelli organizzativi, le risorse e i luoghi di cura più appropriati per specifico livello assistenziale;
- *responsabile della definizione ed attuazione dei percorsi assistenziali integrati* per le principali patologie croniche e per l'assistenza alle persone fragili;
- *gestore della cronicità complessa ed avanzata*, attraverso lo sviluppo di competenze cliniche (sviluppo di alte professionalità) ed organizzative;
- *facilitatore dei processi di integrazione* tra i diversi nodi della rete dei servizi per assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione.

Per questo motivo sarà necessario sviluppare nel Distretto una importante competenza clinica e, al contempo, una competenza organizzativa in grado di ricomporre e gestire i percorsi, potenziando:

- la competenza sul governo clinico inteso come l'applicazione dei percorsi assistenziali per patologie a più elevata prevalenza;
- lo sviluppo di alte professionalità sotto l'aspetto clinico al fine di erogare l'assistenza ai pazienti complessi;
- la competenza organizzativa al fine di garantire la sintesi compiuta tra programmazione, gestione e valutazione dei risultati.



074ffaf6



### AZIONE 2 – SVILUPPARE PDTA CONDIVISI

Il Percorso Diagnostico terapeutico Assistenziale, secondo quanto definito dal Piano Nazionale della Cronicità (PNC) 2016, è un “*processo capace di guidare la filiera delle offerte nel governo dei servizi per le patologie croniche*”, e rappresenta lo strumento di trasversalità che consente di creare collegamenti tra i diversi *setting* assistenziali e tra le figure professionali che entrano nel percorso di cura indipendentemente dal luogo e dal tempo, garantendo la continuità dell’assistenza e permettendo una riallocazione delle risorse secondo la logica della produzione di un «valore».

La realizzazione di tali percorsi ha l’obiettivo di eliminare la discontinuità tra i livelli assistenziali generando una presa in carico integrata per la gestione della patologia cronica a garanzia di:

- continuità nell’assistenza;
- comportamento preventivo;
- appropriatezza delle cure;
- *outcomes* migliori.

Si rende pertanto necessario, non soltanto definire a livello regionale i PDTA per le patologie a maggiore prevalenza, ma anche fornire alle Aziende ULSS le linee operative per la loro implementazione.

Per questo è fondamentale avviare dei “laboratori” per l’APPROFONDIMENTO SUL CAMPO con la finalità di:

- condividere ATTIVITÀ/PROCESSI (cosa fare? quando fare? come fare?) e OPERATORI COINVOLTI (competenze, ruoli, funzione);
- definire le INFORMAZIONI necessarie per lo sviluppo del SISTEMA INFORMATIVO-ICO (quali informazioni e caratteristiche? a chi? quando?);
- reingegnerizzare le attività e i processi.

Adottare un approccio per percorsi consente di ottimizzare l’assistenza riducendo il ricorso a esami diagnostici ripetitivi e inappropriati e limitare il carico del trattamento farmacologico e delle cure non pianificate.

### AZIONE 3 – PROMUOVERE L’ENGAGEMENT DELLA PERSONA

Il SSSR deve essere in grado di aiutare le persone a raggiungere il massimo grado di funzionalità possibile in relazione al proprio stato di salute. Per questo la persona deve diventare parte integrante del percorso di cura: fondamentale è quindi il suo coinvolgimento ed impegno responsabilizzato attraverso la stesura condivisa di un Piano integrato di cura e la stipula di un Patto di cura che individui i possibili risultati conseguibili in considerazione anche delle sue potenzialità e del suo contesto di vita.

Infatti, al fine di rendere più efficace e sostenibile l’assistenza al paziente cronico, risulta strategico promuovere il suo coinvolgimento consapevole e proattivo nel processo di cura.

Il paziente «persona» riveste un ruolo attivo e determinante in quanto portatore del sapere legato alla sua storia di «co-esistenza» con la cronicità. Pertanto è necessario:

- ASCOLTARE i suoi Obiettivi di Salute;
- RESPONSABILIZZARLO sulle attività terapeutico assistenziali da attuare;
- SVILUPPARE il suo livello di Engagement.

Risulta inoltre determinante sostenere il ruolo del *caregiver*, soprattutto quando aumenta il livello di complessità assistenziale e diminuiscono le capacità cognitive/funzionali, quale figura stabile di riferimento a supporto dell’attuazione del percorso assistenziale.

Pertanto, è necessario attuare strategie per lo sviluppo dell’Engagement del Caregiver al fine di:

- favorire la sua partecipazione attiva e consapevole;
- tutelarla;
- garantirgli un supporto (non «farlo sentire solo» e gravato di responsabilità insostenibili).



074ffaf6



*AZIONE 4 – SVILUPPARE I TEAM MULTIPROFESSIONALI**Sviluppo dei team di assistenza primaria*

Diversamente organizzati e dimensionati a seconda delle caratteristiche del territorio ove sono collocati, rappresentano il *punto di riferimento per le comunità* e si impegnano a:

- riconoscere i malati cronici;
- inserirli in percorsi di presa in carico integrata;
- sviluppare un modello di gestione dell'assistenza in team.

Per fare questo sono richiesti:

- valorizzazione del rapporto di fiducia tra medico e paziente;
  - integrazione dell'assistenza primaria nel Sistema;
  - sviluppo del lavoro per percorsi assistenziali con applicazione dei PDTA;
  - valorizzazione del ruolo degli infermieri nell'assistenza primaria;
- dimostrazione del contributo al raggiungimento degli standard di sostenibilità del Sistema.

*Sviluppo dei Team multiprofessionali dedicati alla complessità*

- affidenti al Distretto, a cui il paziente verrà assegnato in base al bisogno (ossia all'intensità di cura e di assistenza),

- dimensionati sulla base della popolazione target (di riferimento),
- composti da specialisti con prevalente competenza geriatrica /internistica, dipendenti del SSN, e infermieri, assistenti sociali ed altri professionisti con legami funzionali anche con i professionisti che operano all'interno delle strutture ospedaliere.

Sarà compito del direttore di distretto farsi garante della presa in carico, promuovendo e monitorando lo sviluppo di un'organizzazione multi professionale e multi disciplinare dedicata alla cura ed assistenza delle persone con cronicità complessa, verificandone le procedure condivise e assicurando la condivisione delle informazioni anche con i pazienti e le famiglie.

*AZIONE 5 – GESTIRE LE TRANSIZIONI*

La Centrale Operativa Territoriale (COT), o “Centrale della Continuità”, rappresenta uno strumento organizzativo funzionale a tutti attori della rete socio-sanitaria, coinvolti nella presa in carico dell'“utente fragile”, caratterizzato da multimorbilità, elevata complessità e/o terminalità.

Le sue funzioni fondamentali sono:

- mappare costantemente le risorse della rete assistenziale;
- coordinare le transizioni protette (intra ed extra Azienda ULSS), per le quali non esistono già percorsi strutturati, con la possibilità di entrare provvisoriamente in modo operativo nel processo, facilitandone una definizione condivisa;
- raccogliere i bisogni espressi/inespresso, di carattere sociale/sanitario/socio-sanitario, indipendentemente dal *setting* assistenziale e trasmettere le informazioni utili a garantire le transizioni protette;
- garantire la tracciabilità dei percorsi attivati sui pazienti segnalati, offrendo trasparenza e supporto nella gestione delle criticità di processo ai soggetti della rete;
- facilitare la definizione/revisione di PDTA/procedure/modalità operative aziendali, anche alla luce delle criticità riscontrate nel corso del monitoraggio dei percorsi attivi.

Rappresentano pertanto obiettivi strategici:

- consolidare il ruolo della Centrale Operativa Territoriale quale strumento organizzativo funzionale a tutti gli attori della rete nella gestione della “cronicità complessa ed avanzata”;
- assicurare la *valutazione* dei pazienti con maggiore complessità con il coinvolgimento diretto del team multiprofessionale distrettuale;
- garantire procedure formalizzate che definiscono le modalità di transizione e i relativi strumenti.



074ffaf6



*AZIONE 6 – SVILUPPARE IL SISTEMA INFORMATIVO INTEGRATO*

Al fine di poter garantire la continuità informativa, quale parte sostanziale della continuità dell'assistenza, è necessario realizzare, a partire da una cartella unica regionale per le cure domiciliari, la Cartella clinica elettronica del territorio in condivisione con le strutture ospedaliere, visibile dal team multiprofessionale che ha in carico il paziente – la cui sintesi informativa alimenterà il Fascicolo Sanitario Elettronico.

*AZIONE 7 – SVILUPPARE PERCORSI FORMATIVI*

Al fine di sostenere gli obiettivi e le azioni sopra descritti è necessario favorire la definizione di percorsi formativi trasversali alle diverse figure professionali coinvolte nei team, che affrontino contenuti tecnico-clinici, gestionali e organizzativo-assistenziali.

Gli indicatori di verifica saranno anche oggetto di valutazione delle direzioni generali delle aziende sanitarie.

**Fasi e tempi delle azioni previste – Cronogramma**

	2018	2019	2020	2021
<i>AZIONE 1 - RIDEFINIRE IL RUOLO DEL DISTRETTO</i>				
<i>AZIONE 2 – SVILUPPARE PDTA CONDIVISI</i>				
<i>AZIONE 3 – PROMUOVERE L'ENGAGEMENT DELLA PERSONA</i>				
<i>AZIONE 4 – SVILUPPARE I TEAM MULTIPROFESSIONALI</i>				
<i>AZIONE 5 – GESTIRE LE TRANSIZIONI</i>				
<i>AZIONE 6 – SVILUPPARE IL SISTEMA INFORMATIVO INTEGRATO</i>				
<i>AZIONE 7 – SVILUPPARE PERCORSI FORMATIVI</i>				



074ffaf6

