



SCHEDA PROGETTO		
1	<b>LINEA PROGETTUALE</b>	Linea 1 “Percorso diagnostico terapeutico condiviso e personalizzato per pazienti con multicronicità – anche in relazione all’emergenza Covid-19”
	<b>TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO</b>	La gestione integrata della cronicità nella Regione Veneto
	<b>AREA DI INTERVENTO</b>	Progetto sulla multicronicità che aumenti l’efficienza e l’accessibilità delle cure

2	<b>REGIONE RESPONSABILE DEL PROGETTO</b>		
	Regione del Veneto	Cognome e nome Responsabile	Dr. Claudio Pilerci
		Ruolo e Qualifica	Direttore Direzione Programmazione Sanitaria
		Recapiti telefonici	Tel. 041 279 3404 – 3529
	e-mail	<a href="mailto:cureprimarie@regione.veneto.it">cureprimarie@regione.veneto.it</a>	

3	<b>RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO – MODALITÀ DI REPERIMENTO RISORSE</b>		
	Finanziamento	Riferimento (Delibera, atto, ecc)	Importo
	Risorse vincolate degli obiettivi del PSN		

4	<b>ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO</b>		
	Tipologia dei costi	Importo in euro	Note
	Costi gestione e funzionalità del progetto	20.000.000,00	Importo assegnato a valere su quota vincolata FSN anno 2022



fd4659df



<b>RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO</b>			
5	Risorse necessarie	n. Risorse	Note
	Disponibili		In considerazione della complessità del progetto, non risulta allo stato quantificabile.
	Da acquisire		

6	<b>ANALISI DEL CONTESTO/SCENARIO DI RIFERIMENTO</b>	<p>A fronte della complessità dei bisogni assistenziali, in considerazione della maggiore presenza di patologie croniche vi è l'esigenza di proseguire nella definizione di nuovi modelli assistenziali con approccio multiprofessionale e interdisciplinare in grado di porre in essere meccanismi di integrazione delle prestazioni sanitarie e sociali territoriali ed ospedaliere, favorendo la continuità delle cure.</p> <p>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.</p> <p>Lo strumento del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) consente da un lato di standardizzare le operazioni del processo assistenziale, dall'altro di essere alla base della definizione del Piano Assistenziale Individualizzato.</p> <p>Il PDTA consente, una volta individuati i bisogni, di definire le azioni e assicurarne l'attuazione con la necessaria competenza ed appropriatezza</p>
---	---	---



fd4659df



## CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO

7	<b>DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO</b>	Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento
		2022	2023	<i>Per tutto l'arco di</i> vigenza del Piano Socio Sanitario Regionale 2019-2023

8	<b>OBIETTIVO GENERALE</b>	<p>Il Servizio Sanitario Regionale (SSR) 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.</p> <p>L'obiettivo del SSR, così come delineato nel Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR) 2019-2023, 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.</p> <p>Tuttavia, a seguito dell'approvazione della Legge Regionale n. 19/2016 che ha previsto il passaggio da n. 21 Aziende ULSS alle attuali n. 9, si pone la necessità di proseguire nella ricerca di 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.</p> <p>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.</p>		
---	---------------------------	---	--	--

9	<b>OBIETTIVI SPECIFICI</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Facilitare la creazione di una rete assistenziale integrata, sviluppando un modello organizzativo per intensità di cura e di assistenza;</li> <li>2. 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;</li> <li>3. Attivare e sviluppare team multiprofessionali di assistenza primaria;</li> <li>4. Riorganizzare il modello delle cure domiciliari rendendolo più rispondente ai maggiori bisogni;</li> </ol>		
---	----------------------------	---	--	--



fd4659df



	<p>5. Dare completa attuazione al modello della Centrale Operativa territoriale (COT), quale strumento organizzativo di interconnessione tra Ospedale e Territorio, con il coinvolgimento quale nodo di rete nell'emergenza sanitaria COVID-19;</p> <p>6. Valorizzazione delle peculiarità del modello organizzativo territoriale alla luce dell'Emergenza COVID.</p>
--	---

RISULTATI ATTESI	
10	<p>A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati dal progetto</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Implementazione e diffusione di percorsi assistenziali condivisi;</li> <li>2. Rafforzamento delle relazioni funzionali tra Ospedale, Territorio e Dipartimento di Prevenzione;</li> <li>3. Consolidamento dei flussi informativi;</li> <li>4. Realizzazione di percorsi formativi specifici.</li> </ol>
	<p>A lungo periodo, a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto</p> <p>Riorganizzazione della rete dei servizi sanitari al fine di orientare il Sistema verso un modello di assistenza:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ organizzato intorno alla persona;</li> <li>○ fondato su team multiprofessionali;</li> <li>○ strutturato su processi integrati.</li> </ul> <p>Dare attuazione a quanto previsto dalla Legge Regionale n. 48/2018 (Piano Socio Sanitario Regionale PSSR 2019-2023) relativamente al modello organizzativo per intensità di cura e di assistenza come risposta alla presa in carico della cronicità, anche in relazione all'emergenza Covid-19.</p>



fd4659df



<b>PUNTI DI FORZA</b>	
Indicare i punti di forza	<i>Indicare le strategie/azioni per l'implementazione</i>
<p>Sistema di governance multilivello consolidato a livello regionale</p>	<p>Assegnazione degli obiettivi ai Direttori Generali delle Aziende ULSS con sistema periodico di verifica.</p> <p>Organizzazione di incontri periodici di confronto e approfondimento con i Direttori di Distretto rispetto alla funzionalità dei modelli organizzativi.</p>
<p>Adozione di un sistema di classificazione del case mix (ACG)</p>	<p>Sviluppo di una programmazione coerente con i bisogni della popolazione.</p> <p>Ridefinizione dei percorsi garantendo la gestione dei problemi di salute secondo un sistema di prioritizzazione mediante la realizzazione di percorsi integrati proporzionati al profilo del bisogno.</p>
<p>Esperienze diffuse di team di assistenza primaria (nella fattispecie esperienza con le Medicine di Gruppo Integrate)</p>	<p>Revisione del modello alla luce dell'esperienza maturata e dei risultati conseguiti.</p>
<p>Sviluppo della Centrale Operativa Territoriale</p>	<p>Valorizzazione e consolidamento dello strumento per la realizzazione della effettiva integrazione tra Ospedale e Territorio anche in relazione all'esperienza a seguito dell'emergenza sanitaria da COVID-19.</p>
<p>Sviluppo del sistema informativo integrato</p>	<p>Implementazione a livello regionale della cartella unica delle cure domiciliari prevedendo le opportune integrazioni con il Sistema Informativo ospedaliero.</p> <p>Sviluppo della integrazione con i gestionali dei medici di medicina generale, che costituiscono un patrimonio informativo rilevante e sviluppo del patient summary.</p>
<p>Presenza di PDTA definiti in modo condiviso e sulla logica dell'analisi di processo</p>	<p>Valorizzazione della risorsa paziente in una logica di engagement, attraverso la costituzione di un piano assistenziale individuale aggiornato con valutazioni periodiche e condivise con i diversi setting assistenziali, con lo stesso paziente e con la famiglia.</p>

11



fd4659df



PUNTI DI DEBOLEZZA	
Indicare i punti di debolezza	Indicare le strategie/azioni per la riduzione
<p>12</p> <p>Parziale realizzazione del Distretto “forte” anche a seguito dell’accorpamento delle Aziende ULSS, scontando la presenza di modelli organizzativi e approcci molto differenziati nelle ex Aziende ULSS</p> <p>Prosecuzione dello stato di emergenza sanitaria da COVID-19</p>	<p>Ridefinizione del ruolo del Direttore di Distretto (L.R. 48/2018).</p> <p>Attuazione degli atti aziendali, ivi compresa lo sviluppo delle competenze e del sistema di responsabilità.</p> <p>Attuazione uniforme degli indirizzi sulla revisione del modello regionale delle Cure Domiciliari e verifica dei risultati conseguiti.</p> <p>Monitoraggio degli obiettivi attribuiti alle Medicine di Gruppo Integrate, ivi compresa la valutazione degli obiettivi di governance, degli obiettivi sulla cronicità e l’applicazione dei PDTA, sulla buona tenuta della cartella da parte del MMG attraverso l’indice IVAQ.</p> <p>Ridefinizione dei piani di sviluppo delle Cure Primarie.</p> <p>Riprogrammazione delle attività previste alla luce dell’intensità e dell’andamento dell’epidemia da COVID-19, tenendo conto delle lezioni apprese durante la fase emergenziale.</p>

DIAGRAMMA DI GANTT												
Descrizioni delle azioni relative a ogni fase	Mesi anno 2022											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Azione 1												
Azione 2												
Azione 3												
Azione 4												
Azione 5												
Azione 6												
Azione 7												
Azione 8												
Azione 9												



DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO			
Obiettivi Specifici	Azioni	Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica
13 Facilitare la creazione di una rete assistenziale integrata	Rendere operativo il nuovo ruolo del Distretto, quale gestore e coordinatore della filiera assistenziale <b>(Azione 1)</b>	<p>Attuazione degli atti aziendali, ivi compresa lo sviluppo delle competenze e del sistema di responsabilità.</p> <p>Assegnazione annuale degli obiettivi ai Direttori Generali delle Aziende ULSS con sistema periodico di verifica (sistema di governance).</p> <p>Organizzazione di incontri periodici di confronto e approfondimento con i direttori di distretto rispetto alla funzionalità dei modelli organizzativi locali.</p> <p>Attuazione uniforme degli indirizzi sulla revisione del modello regionale delle Cure Domiciliari e verifica dei risultati conseguiti.</p> <p>Analisi dei punti di forza e debolezza della rete territoriale alla luce dell'emergenza COVID</p>	Ottemperanza ai valori soglia previsti dal Sistema di Governance regionale
	Sviluppare percorsi formativi specifici, anche con riferimento alle nuove previsioni contrattuali <b>(Azione 2)</b>	Sviluppo di percorsi formativi innovativi finalizzati a creare competenze dell'infermiere della continuità (infermiere del territorio che va a vedere il paziente ricoverato).	
	Sviluppare il sistema informativo integrato <b>(Azione 3)</b>	Implementazione a livello regionale della cartella unica delle cure domiciliari prevedendo le opportune integrazioni con il Sistema Informativo ospedaliero.	



fd4659df



			<p>Sviluppo ed adozione del software unico per la Continuità Assistenziale, integrato con gli altri sistemi informativi.</p> <p>Sviluppo della integrazione con i gestionali dei medici di medicina generale, che costituiscono un patrimonio informativo rilevante e sviluppo del patient summary.</p> <p>Potenziamento dell'integrazione informatica con i MMG anche a fronte dell'emergenza COVID</p>	
<p>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</p>	<p>Sviluppare PDTA condivisi, a supporto della definizione dei Piani assistenziali Individuali (<b>Azione 4</b>)</p>	<p>Sviluppo di una programmazione coerente con i bisogni della popolazione attraverso l'utilizzo di strumenti di case mix (ACG).</p> <p>Ridefinizione dei percorsi garantendo la gestione dei problemi di salute secondo un sistema di prioritizzazione mediante la realizzazione di percorsi integrati proporzionati al profilo del bisogno.</p> <p>Organizzazione di incontri di confronto ed approfondimento a livello aziendale per l'attuazione dei PDTA definendo gli obiettivi da raggiungere, le risorse disponibili ed i criteri del loro utilizzo e le modalità di monitoraggio e verifica dei risultati, in una logica di change management.</p>	<p>Ottemperanza ai valori soglia previsti dal Sistema di Governance regionale</p>	



fd4659df





		Promuovere l'engagement della persona <b>(Azione 5)</b>	Valorizzazione della risorsa paziente in una logica di engagement, attraverso la costituzione di un Piano Assistenziale Individuale aggiornato con valutazioni periodiche e condivise con i diversi setting assistenziali, con lo stesso paziente e con la famiglia.	
Attivare e sviluppare team multiprofessionali di assistenza primaria		Pianificare e sviluppare le Cure Primarie <b>(Azione 6)</b>	<p>Attuazione dei Piani di Cure primarie 2019-2020 presentati dalle singole Aziende ULSS ed approvati a livello regionale.</p> <p>Revisione del modello delle cure primarie alla luce dell'esperienza maturata e dei risultati conseguiti.</p> <p>Monitoraggio degli obiettivi attribuiti alle Medicine di Gruppo Integrate già attivate, ivi compresa la valutazione degli obiettivi di governance, degli obiettivi sulla cronicità e l'applicazione dei PDTA, sulla buona tenuta della cartella da parte del MMG attraverso l'indice IVAQ.</p> <p>Progettazione e realizzazione di percorsi formativi trasversali a varie categorie di professionisti.</p> <p>Definizione del modello dei Team di assistenza primaria come previsti dalla LR n.48/2018.</p> <p>Definizione di forme di accreditamento delle Cure primarie.</p>	Ottemperanza ai valori soglia previsti dal Sistema di Governance regionale



fd4659df



	Dare completa attuazione al modello della Centrale Operativa territoriale (COT), quale strumento organizzativo di interconnessione tra Ospedale e Territorio	Gestire le transizioni ( <b>Azione 7</b> )	Organizzazione di incontri con le Aziende ULSS allo scopo di mettere a fattor comune le esperienze e le soluzioni operative.  Costruzione di un set di indicatori per la valorizzazione dell'attività svolta dalla COT e per il monitoraggio delle transizioni gestite.	Ottemperanza ai valori soglia previsti dal Sistema di Governance regionale
	Coinvolgimento della COT nell'emergenza sanitaria coronavirus	Gestire le comunicazioni tra i nodi della rete ed avere una tracciatura dei pazienti COVID e dei contatti ( <b>Azione 8</b> )	Valorizzazione dell'attività svolta dalla COT nell'emergenza sanitaria  Monitoraggio dati di attività in relazione all'emergenza COVID-19	Ottemperanza alle linee operative di sanità pubblica emanate dalla Regione
	Attivazione delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale e consolidamento delle attività	Potenziare la presa in carico e la sorveglianza territoriale attiva per i pazienti in isolamento domiciliare obbligatorio affetti da COVID-19, dimessi, o paucisintomatici non ricoverati e per i pazienti in isolamento fiduciario a seguito di contatti di caso o i pazienti sintomatici senza evidenza di contatto, nonché i pazienti fragili, cronici e affetti da patologie invalidanti che a seguito dell'emergenza in corso costituiscono la parte più vulnerabile della popolazione ( <b>Azione 9</b> )	Garantire l'assistenza al domicilio dei pazienti affetti da COVID-19 che non necessitano di ricovero ospedaliero, ivi compresi la somministrazione ed il monitoraggio delle terapie a domicilio.  Monitoraggio attività delle USCA	Ottemperanza alle linee operative di sanità pubblica emanate dalla Regione



fd4659df



	<b>TRASFERIBILITÀ</b> Indicare a quale altra realtà il progetto o parte di esso può essere riferito	
14	Tipo di realtà nella quale può essere implementato il progetto	Progetto o parte del progetto che può essere trasferita
	A tutte le realtà regionali, previo analisi ed adattamento al contesto organizzativo locale	<p>Utilizzo del sistema di Governance con gli obiettivi attribuiti alle Direzioni generali delle Aziende ULSS, nella sua declinazione multilivello, al fine di far concorrere i vari soggetti verso obiettivi comuni.</p> <p>Definizione di percorsi formativi specifici per la figura infermieristica anche in attuazione delle nuove previsioni contrattuali.</p> <p>Implementazione del sistema informativo integrato, ivi compresa la cartella unica delle cure domiciliari, il patient summary, ecc.).</p> <p>Sperimentazioni su nuovi modelli di team di assistenza primaria, anche contrattualisticamente differenti.</p> <p>Gestione delle comunicazioni tra i nodi della rete ed avere una tracciatura dei pazienti COVID e dei contatti</p> <p>Garantire l'assistenza al domicilio dei pazienti affetti da COVID-19 che non necessitano di ricovero ospedaliero</p>



fd4659df

