



*Regione Veneto*  
*“Progetto Cure Primarie”*  
*(DGR n.2132 del 10.07.2007)*

*Le Cure Primarie nell’ambito dei principi del  
nuovo Piano Socio-Sanitario Regionale*

*L'Accordo regionale del 2001, D.G.R. n. 3889 del 31.12.2001, ha previsto il passaggio da un sistema fondato sulle prestazioni ad un altro costruito su progetti (cfr. Patti aziendali).*

*Con l'Accordo regionale del 2005, sono stati definiti nuovi standard erogativi ed organizzativi (cfr. UTAP).*

*Con l'ipotesi d'Accordo regionale del 2008, viene previsto che, per le Cure Primarie, è necessario individuare e/o implementare modelli di erogazione dei servizi territoriali sempre più complessi (Associazione, UTAP; ...) che prevedano una organizzazione di rete a maglie molto strette da realizzarsi a livello distrettuale o sub distrettuale.*

Si sta procedendo, attraverso un **confronto fra le diverse strategie aziendali** per l'attuazione delle cure primarie, all'individuazione delle buone pratiche e alla possibilità della loro diffusione su tutto il territorio regionale.

Tale laboratorio di analisi e ricerca ha come obiettivo:

- **Monitorare il livello di attuazione degli Accordi regionali;**
- **Individuare le proposte migliorative degli stessi;**
- **Definire percorsi comuni fra i Medici convenzionati e il personale dipendente: Dirigenti medici ed altre professionalità sanitarie;**
- **Adeguare il modello Veneto agli indirizzi del PSN e degli AACCNN di categoria.**

## **Da tale confronto sono emersi gli elementi essenziali del modello Veneto per le cure primarie.**

**Elementi essenziali: le finalità, l'integrazione tra sociale e sanitario, l'interazione Ospedale-Territorio, le azioni, le politiche, gli obiettivi strategici, il ruolo dei MAP/PLS, l'esigibilità dei LEA, le forme associative, i patti aziendali, la continuità dell'assistenza, i sistemi informativi e informatici, la reportistica, la professionalità degli operatori, la formazione, la misurabilità e la trasparenza e la valutazione della qualità.**

# Gli elementi della vision

- porre al centro del sistema la *persona*, la *famiglia* e la *Comunità*, spostando la logica dalla prestazione alla presa in carico...
- promuovere e sviluppare un *approccio di rete* che veda integrato il *sistema delle Cure Primarie* con la ricchezza delle realtà locali...
- riconoscere nel *Distretto socio-sanitario* il fulcro per la realizzazione della continuità dell'assistenza...
- attribuire ai Medici/Pediatri di famiglia il ruolo di *coordinatori* del percorso di presa in carico dell'assistito...
- promuovere l'integrazione *multiprofessionale* tra i Medici convenzionati... sottolineando *l'appartenenza comune* al sistema delle Cure Primarie...
- portare a consolidamento *due poli* reciprocamente funzionali e complementari organizzativamente e professionalmente: il *Territorio* (risposta continua), *l'Ospedale* (risposta puntuale... per singoli episodi).

## **Promuovere e garantire l'integrazione tra sociale e sanitario attraverso:**

- il Piano di Zona, con i piani specifici della domiciliarità, della non-autosufficienza e disabilità;
- il Programma delle Attività Territoriali.

## **Un esempio di “strumento” per la programmazione locale:**

- Affidamento al Medico/Pediatra di famiglia in forma associativa del ruolo di “riferimento” per il Sindaco

## Per realizzare una interazione proficua Ospedale-Territorio le priorità per le Cure Primarie:

- dotazione di *risorse organizzative* necessarie per prendere in carico il I° livello specialistico e le patologie croniche;
- trasferimento ad *altri Professionisti* (in particolare infermieri) di alcune attività assistenziali e delega di competenze amministrative a personale di segreteria;
- valorizzazione della *funzione dipartimentale delle Cure Primarie* atta a garantire modalità univoche di risposta all'utenza qualunque sia il punto di accesso al sistema;
- *ricollocazione* a livello territoriale di alcuni processi di cura (es. strutture per pazienti cronici), supportata dall'implementazione di nuove forme organizzative della Medicina Convenzionata.

## Elementi per un'architettura del sistema (alcuni esempi)

- U.O. semplici dedicate ad ammissioni e/o dimissioni protette;
- call center/centrali operative, sistemi di comunicazione in rete, strutture centralizzate dove incontrarsi;
- sistema informativo centrato sul paziente ed accessibile sia dall'Ospedale che dal Territorio;
- coerenza e coincidenza degli obiettivi assegnati all'Ospedale ed al Territorio, in particolare per gli obiettivi di processo;
- percorsi diagnostico-terapeutici condivisi come strumento professionale di integrazione e miglioramento della qualità dell'assistenza.

## Azioni rilevanti da realizzare

- *Favorire la partecipazione* ai momenti programmatici e decisionali dei professionisti territoriali ed ospedalieri;
- affidare ai professionisti territoriali strumenti per il “*governo*” *delle risorse* loro affidate e sviluppare la loro *capacità di committenza* rispetto all’offerta di attività assistenziali;
- sviluppare un *sistema informativo aziendale centrato sul paziente* ed accessibile ai professionisti cui il paziente si affida;
- ridurre il *carico burocratico* ove non indispensabile (es. semplificazione del sistema di esenzioni troppo complesso...);

## Azioni rilevanti da realizzare

- riconoscimento reale di autonomia e responsabilità alle *altre professioni*, con spostamento di competenze della professione medica a professioni infermieristiche, della riabilitazione, dell'ambito sociale;
- considerare prioritari, nella formazione di base e post-laurea di tutti i professionisti, le *modalità di relazione* professionista-utente e tra professionisti e *l'analisi dei bisogni di salute*;
- introduzione di direttive che inducano alla *coerenza di obiettivi* assegnati a dipendenti e convenzionati su *progetti comuni*.
- creazione/potenziamento della *residenzialità intermedia* (RSA, Hospice, ecc.) in particolare quella temporanea;

## Le politiche

Superamento del ruolo di gatekeeper affidato alla Medicina Convenzionata, verso l'assunzione di *responsabilità*:

- di coordinamento delle azioni necessarie per affrontare le patologie cronico-degenerative;
- di presa in carico del governo e della complessità della diagnostica e delle cure;
- di messa a punto di meccanismi di promozione della salute;
- di governo della domanda e partecipazione al governo dell'offerta.

## Gli obiettivi strategici da perseguire

- sviluppo di un piano di *riqualificazione dell'associazionismo* con graduale passaggio dalle forme più semplici a quelle più complesse e sperimentazione di modelli a “reti diffuse”;
- orientamento a configurare il Medico Convenzionato come *polo informativo* di riferimento per l'analisi dello stato di salute della popolazione assistita (analisi epidemiologia e contributo alla programmazione aziendale) e per la verifica della appropriatezza dell'uso delle risorse (controllo della domanda e governo economico-finanziario dell'Azienda);
- realizzazione, nel triennio, della *completa informatizzazione* della Medicina Convenzionata con il contestuale sviluppo di un sistema di comunicazione fra Azienda/Distretto e Medici Convenzionati;

# Gli obiettivi strategici da perseguire

- valorizzazione del rapporto della Medicina Convenzionata con l'Azienda ULSS e con il Distretto Socio Sanitario, attraverso la *partecipazione a pieno titolo* al governo del sistema;
- qualificazione della valutazione del sistema della Medicina Convenzionata promuovendo attività di audit e di misurazione delle performance, individuando standard di riferimento per un suo *accreditamento di eccellenza*.

## In prospettiva i MAP/PLS dovranno:

- essere i *coordinatori* dell'assistenza, portatori della *continuità* longitudinale ed essenziali nella continuità trasversale;
- guidare l'accesso agli Specialisti, operando per *orientare* l'assistenza;
- lavorare sempre più come team *multiprofessionale* variegato e integrato, atto ad offrire un range di servizi più ampio;
- avvalersi di un maggiore supporto da parte del personale infermieristico/di studio, provvedendo al *trasferimento di competenze* non strettamente cliniche;
- prendere in carico problemi della cronicità ad alto impatto sociale, anche attraverso metodi della *medicina attiva* e con attenzione alla comorbidità.

## Al fine di rendere esigibili i Livelli di Assistenza è necessario:

- costituire i *team* di assistenza primaria, composti da medici/pediatri di famiglia, infermieri, specialisti ambulatoriali delle principali branche, collaboratori di studio e personale educativo appositamente formato, assistenti sociali e domiciliari, psicologi, personale amministrativo;
- dotare i team di assistenza primaria di un *sistema informativo* basato sulla tenuta di cartelle cliniche informatizzate e su sistemi di classificazione diagnostica comuni;
- dotare i team di *strumentazioni*, tecnologie ed attrezzature mediche;
- gestire le attività dei team secondo i criteri del *governo clinico*, anche con impiego generalizzato di indicatori di *qualità clinica* ed *organizzativa*.

## Le forme associative consentono:

- superamento dell'individualismo professionale fino alla condivisione degli obiettivi e dei valori, verso una *condivisione* di comportamenti professionali;
- confronto e condivisione di *percorsi diagnostico-terapeutici*;
- maggiore *continuità di assistenza* ai cittadini;
- ampliamento delle *attività del personale infermieristico* per la gestione della cronicità e le iniziative sugli stili di vita;
- ampliamento della capacità di *raccolta di dati omogenei* e delle possibilità di *collegamento informatico*;
- migliore rapporto con le *Comunità*.

## **Le forme associative più evolute...**

- punti di riferimento territoriale in termini di salute di una comunità;
- luoghi privilegiati per l'integrazione socio-sanitaria (inter-funzionale e inter-istituzionale)

### **Esempi di obiettivi da assegnare alle forme associative:**

- Estensione della copertura oraria ambulatoriale;
- Rintracciabilità e consulto telefonico;
- Programmi di prevenzione, anche secondaria;
- Implementazione di percorsi diagnostico-terapeutici e protocolli condivisi;
- Raccolta di dati socio-epidemiologici e mappatura dei bisogni locali;
- Integrazione informatica;
- Integrazione multiprofessionale (MAP, PLS, MCA, SAI, ma anche IP, assistenti sociali, amministrativi).

## Lo strumento dei Patti aziendali

- dovrebbero essere orientati su obiettivi di qualità delle Cure Primarie, valutando le prestazioni necessarie ed *incentivando i risultati* che si intendono generare;
- dovrebbero fungere da strumento per superare la visione di “sanità” ed orientarsi verso la funzione di “*promozione della salute*”.

## Attraverso i Patti possono essere perseguiti obiettivi di qualità da definirsi a livello regionale

- *favorire la continuità assistenziale* - es. ampliamento orari di copertura e loro coordinamento, condivisione informatica;
- *prendere in carico i pazienti* - es. gestione cronicità, medicina di iniziativa, potenziamento forme di ADI, protocolli dimissioni protette;
- *promuovere il benessere e affrontare i principali problemi di salute nella comunità* – es. promozione stili di vita, screening;
- *promuovere l'appropriatezza clinica ed organizzativa* – es. percorsi diagnostici terapeutici condivisi, audit clinico;
- *sviluppare in forma continuativa la qualità professionale* – es. formazione condivisa e integrata coerente rispetto ai contenuti dei Patti;
- *concorrere ai processi di governo della domanda* – es. tasso di ospedalizzazione, spesa farmaceutica, spesa specialistica, liste d'attesa;
- *favorire la partecipazione dei pazienti nel processo di cura* – es. responsabilizzazione dell'utente e della famiglia verso corretti stili di vita;
- *valutare gli esiti di salute generata.*

## La continuità dell'assistenza costruita anche attraverso strumenti di integrazione della rete dei servizi

- adozione modello organizzativo in grado di assicurare la *disponibilità e l'accessibilità 24h dei dati* del paziente fragile;
- attivazione sistemi integrati di *gestione dell'afferenza* della “domanda” degli assistiti, organizzati per *rendere certa* la contattabilità del “sistema cure primarie” nelle 24h;
- dotazione/disponibilità di software in grado di *integrarsi e trasferire informazioni* fra MAP-PLS e MCA, équipe assistenziali, Distretto, Ospedale (UU.OO. di Diagnosi e Cura) ed apparati amministrativi;

⇒ **Fascicolo socio-sanitario UNICO** sul paziente, con accessibilità “selettiva” e rispettoso della normativa sulla privacy

## Descrizione delle caratteristiche “auspicabili” dei sistemi informativi e informatici

- il *Software del MAP-PLS* e dei “gruppi di medici” - adozione di un modello-tipo per MAP, PLS, SAI, CA, costruito su un data set minimo dinamico, caratterizzato da integrabilità informativa, interattività, interazione con altri sub-sistemi informativi;
- il *rispetto di Privacy e Sicurezza* - adozione di un modello certificato ed aziendale, con definizione di modalità di accesso, di standard di protezione, di modalità di pubblicazione delle informazioni di sintesi;
- il *Sistema Informativo Aziendale* - con specifiche funzionalità di accesso e cooperazione da parte dei MAP-PLS alle banche dati aziendali e da parte di altri soggetti del sistema aziendale alle informazioni dei MAP-PLS;

# Caratteristiche minime essenziali per la reportistica

- disponibilità di un “*cruscotto*”, alimentato da flussi correnti su attività e/o utilizzo di fattori, che rappresenti, per macro indicatori, l’andamento per singolo medico, per forma associativa e per “dipartimento” di Cure Primarie e Distretto;
- sperimentazione di un “*integratore*” per comunicare le informazioni tra software diversi e tra “attori informatici” operanti nell’ambito della ULSS, al fine di garantire gli obiettivi di gestione dei flussi informativi, di controllo epidemiologico degli assistiti e di analisi degli esiti sul paziente attraverso indicatori di qualità;
- necessità di definire delle specifiche per uno *strumento comune* a tutte le Aziende del Veneto, con caratteristiche di fattibilità nel breve termine, flessibilità ed implementabilità, rispondente in modo coordinato alle esigenze dei diversi soggetti decisori (forma associativa, distretto, azienda, area vasta, regione).

## La professionalità degli operatori: azioni prioritarie

- lo studio e la realizzazione, con supporto informatico, di una *rilevazione dei fabbisogni formativi* delle professioni sanitarie;
- la costituzione di una *rete formativa* tra le Aziende ULSS;
- la promozione della formazione a distanza;
- la messa a punto e l'utilizzo di *percorsi diagnostico-assistenziali condivisi ed integrati* fra Ospedale e Territorio;
- la promozione del ruolo dello *Specialista* come “consulente” del Medico di famiglia, accanto al tradizionale lavoro diretto sul paziente.

# Formazione correlata alla programmazione

L'orientamento proposto è di una formazione che:

- tenga conto degli *indirizzi nel Piano Socio Sanitario Regionale*
- sia orientata a supportare i cambiamenti del SSR, incrementando la *coesione del sistema*, promuovendo la *centralità delle Cure Primarie* (anche nei programmi formativi degli ospedalieri) e stimolando la *conoscenza reciproca* tra i vari professionisti.

# Interventi proposti per attivare una nuova programmazione della formazione

- avviare un processo sistematico di *rilevamento dei bisogni* che tenga conto di quanto emerge dai bisogni di salute della popolazione, dalle esigenze organizzative dei servizi e dalle necessità di aggiornamento/implementazione delle competenze degli operatori;
- prevedere progetti formativi con *momenti interdisciplinari e multiprofessionali* dedicati all'analisi, alla progettazione ed alla condivisione dei percorsi assistenziali (da realizzarsi attraverso i Patti aziendali);
- rimodulare i servizi erogati dall'Ospedale e dal Distretto alla luce delle *nuove competenze acquisite* dai professionisti delle Cure Primarie;
- sperimentare processi di *valutazione degli esiti* della formazione (output/outcome) anche attraverso l'utilizzo di strumenti capaci di indagare la patient satisfaction.

# La misurabilità e la trasparenza

Ogni strategia ed azione prevista dovrà prevedere un piano di valutazione che traduca le azioni in *obiettivi misurabili* ed individui *indicatori rilevanti*, al fine di definire un efficace sistema di *reporting*.

## PROPOSTA

assegnare ad ogni Azienda ULSS alcuni obiettivi e relativi indicatori;

ogni Azienda ULSS potrà perseguire detti obiettivi scegliendo fra gli strumenti a disposizione e fornendo dati per il benchmarking a livello regionale.

AREA	MISURE DEGLI OBIETTIVI (*)
<b>Governo della domanda</b>	-tasso di ospedalizzazione -tasso di <b>fuga</b> -tasso di accesso al <b>Pronto Soccorso</b> -spesa farmaceutica pro capite -n° prestazioni specialistiche per abitante
<b>Integrazione ed organizzazione</b>	-tasso UVMD con partecipazione contemporanea di Medici Convenzionati ed Assistente Sociale -% di <b>decessi a domicilio</b> sul totale dei decessi -monte ore a disposizione per <b>attività di Distretto</b> da parte dei Medici Convenzionati
<b>Formazione continua</b>	-n° di <b>programmi formativi integrati</b> (convenzionati/dipendenti e/o tra profili professionali diversi)
<b>Dimissioni protette</b>	-n° di pazienti che ricevono una visita a domicilio (da parte del Medico di famiglia e/o dell'IP) entro 6 ore dopo la dimissione dall'Ospedale -n° di <b>dimissioni protette</b> dopo le 13.00 del venerdì (fino alla domenica) -tasso di utenti che usufruiscono di <b>ricoveri temporanei</b> in CdR/RSA (con successiva dimissione a domicilio) sul totale dei posti letto di residenze extraospedaliere
<b>Promozione stili di vita</b>	-tasso di adesione corretto ai 3 <b>screening</b> -(scelta di un indicatore da Studio Passi) -tassi di <b>copertura vaccinale pediatrica</b> -tasso di <b>copertura vaccinazione antiinfluenzale</b> ultra 64enni
<b>Qualità percepita</b>	-rilevazione (in maniera indipendente) della qualità percepita dagli <b>utenti</b>

# Caratteristiche auspicabili del sistema di valutazione della qualità

- Porre la qualità al centro dei processi di governo delle Cure Primarie comporta trovare degli indicatori in grado di esprimere la *capacità di governo del sistema*.
- Il sistema si dovrà basare su una batteria di indicatori di valutazione di qualità e non sulla definizione di standard rigidi, *adattabili* alle caratteristiche del territorio.
- La valutazione della qualità si deve centrare su *poche informazioni*, centrali rispetto alla qualità che si intende sviluppare ed alle esigenze informative dei professionisti e dei dirigenti dell'Azienda; raccolte in modo *sistematico ed esaustivo; attendibili e comparabili*.

*Grazie per l'attenzione*