



Progetto

ex Accordo Stato-Regioni rep. atti 181/CSR del 26 ottobre 2017 per l'utilizzo delle risorse vincolate, ai sensi dell'articolo 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 2017

1. Regione proponente: Regione del Veneto

2. Titolo del progetto: La gestione integrata della cronicità nella Regione Veneto: il modello di *Care Management Team*

3. Linea progettuale: linea n. 5 "Gestione della cronicità".

4. Referente

Dr.ssa Maria Cristina Ghiotto - Direttore Unità Organizzativa Cure Primarie e LEA

Indirizzo Rio Novo, 3493 – 30125 Venezia

Tel. 041 – 0412793404 – 3529

E-mail mariacristina.ghiotto@regione.veneto.it

Area Sanità e Sociale

Palazzo Molin, San Polo 2514, 30125 Venezia

Tel. 041 - 2793457; Fax 041 – 2793491

E-mail area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it

E-mail area.sanitasociale@regione.veneto.it

5. Durata del progetto: pluriennale 2017-2019

6. Aspetti finanziari: importo assegnato a valere sulla somma disponibile 2017: € 50.370.028

Contesto:

Nella Regione Veneto, in conformità a quanto stabilito dal PSSR 2012-2016 (L.R. n. 23/2012) e dalla L.R. n. 19 del 25/10/2016, di istituzione dell'Azienda Zero e ridefinizione dell'assetto organizzativo delle Aziende ULSS, è in corso un processo di 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

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.

Obiettivi strategici

Nello specifico gli obiettivi che si intende perseguire nell'ambito delle Assistenza Territoriale sono:

1. Riorganizzazione del Distretto;
2. Definizione e implementazione dei percorsi assistenziali integrati;
3. Sviluppo delle Cure Primarie e del Care Management Team;
4. Implementazione del modello di Centrale Operativa Territoriale.



f51f97e2



Descrizione del progetto

La gestione integrata e la continuità dell'assistenza rappresentano i due obiettivi principali del Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2016, che danno valore all'assistenza garantita nella nostra regione.

Il SSR, infatti, 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.

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 è quindi necessario definire le nuove Linee guida per la formulazione degli atti aziendali, prevedendo un modello distrettuale che si arricchisce di nuove funzioni e strumenti gestionali, organizzativi, formativi e di valutazione.

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 di assistenza primaria, quali nel modello veneto sono le Medicine di Gruppo Integrate, 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.

RIORGANIZZAZIONE DEL DISTRETTO

Nuovi strumenti per la Gestione Integrata e la continuità dell'assistenza

A fronte della riorganizzazione delle Aziende ULSS in atto e della piena operatività dell'Azienda Zero, si rende necessario definire le nuove linee guida per la formulazione degli atti aziendali che riconoscano nel Distretto il facilitatore di processi integrati.

DEFINIZIONE E IMPLEMENTAZIONE DEI PDTA

La Cronicità e i Percorsi Diagnostico terapeutici Assistenziali

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».



f51f97e2



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.**

SVILUPPO DELLE CURE PRIMARIE e del CARE MANAGEMENT TEAM

MGI, Care Management ed Engagement del paziente

Le **Medicine di Gruppo Integrate (MGI)**, il cui modello di riferimento è rappresentato dalla DGR n. 751/2015, sono team multiprofessionali che coinvolgono Medici di famiglia, Medici della Continuità Assistenziale, infermieri, collaboratori di studio e assistenti sociali, strutturando un canale diretto per il confronto con gli specialisti ecc.). Prendono in carico i bisogni di una Comunità affrontando i determinanti di malattia e collaborando con gli attori locali.

Sono regolate da uno specifico Contratto di Esercizio i cui elementi costitutivi sono: impegno professionale, fattori organizzativi e di produzione e partecipazione alla *governance*, e definisce obiettivi, indicatori e risorse.

Tabella 1 _ elementi costitutivi del Contratto di Esercizio (DGR n. 751/2015)

IMPEGNO PROFESSIONALE	FATTORI ORGANIZZATIVI E PRODUTTIVI	PARTECIPAZIONE ALLA GOVERNANCE
<ul style="list-style-type: none"> - Attività di Prevenzione - Assistenza ai malati cronici - Formazione e Audit - Indice di buona tenuta della scheda sanitaria individuale informatizzata (IVAQ) 	<ul style="list-style-type: none"> - Accessibilità - Dotazione di personale 	<ul style="list-style-type: none"> - Tasso di Ospedalizzazione - Spesa Farmaceutica - Prestazioni Specialistiche - Protocolli di Prioritarizzazione

Si caratterizzano per una Sede di Riferimento aperta H12, con presenza medico-infermieristica-amministrativa continuativa, erogazione di un'assistenza globale, equa e centrata sulla persona, dalla prevenzione alla palliazione.



f51f97e2



Rappresentano i luoghi ideali in cui sviluppare operativamente l'integrazione socio-sanitaria, e il *setting* preferenziale per la gestione della cronicità secondo l'approccio assistenziale del *Care management team*, mediante l'attuazione personalizzata e modulata dei PDTA, alla quale partecipano tutti gli attori coinvolti nella presa in carico in funzione della complessità del paziente.

Si intende pertanto sviluppare un modello di *Care management team* quale lo strumento di coordinamento delle cure per andare oltre la frammentazione garantendo la continuità dell'assistenza: detto approccio prevede che l'infermiere, in collaborazione con il Medico di Medicina Generale, provveda alla presa in carico del paziente nel *setting* dell'assistenza primaria attraverso:

1. ACCERTAMENTO «GLOBALE» DELLE ABITUDINI, BISOGNI E DELLE PREFERENZE DEL PAZIENTE		
(anche in sede di Follow UP), mediante strumenti/scale di valutazione trasversali e condivise sul territorio regionale, per la valutazione di:		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ caratteristiche dell'abitazione ▪ rischio cadute ▪ abitudini alimentar ▪ abitudini al fumo ▪ consumo di alcol ▪ abitudini sull'esercizio fisico 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abitudini relative all'eliminazione ▪ Abitudini relative al sonno ▪ Engagement (PHE – Scale) ▪ Disagi economici / bisogni sociali percepiti dall'operatore 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Deficit funzionali / sensoriali / cognitivi ▪ Aderenza alla terapia ▪ Assunzione di farmaci non noti ▪ Servizi attivi, in un'ottica di presa in carico integrata

2. CONDIVISIONE DEGLI OBIETTIVI DEL PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALE (PAI):		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ obiettivi di salute del paziente ▪ interventi da attuare 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ tempistiche ▪ elementi di valutazione 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ segnali di allarme

3. STESURA DEL PATTO CON IL PAZIENTE: sintesi semplificata e condivisa con il paziente delle informazioni del PAI, utili per una sua partecipazione attiva e proattiva al piano terapeutico/assistenziale individuato		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ numeri utili ▪ obiettivi di salute specifici 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ pro-memoria farmaci ▪ indicazioni sulla dieta 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indicazioni sull'attività fisica ▪ Pro-memoria controlli

Per poter sviluppare suddetto modello, risulta strategico:

- definire e realizzare un **percorso formativo multiprofessionale** (che coinvolga l'intero team di cura: MMG, infermieri dell'assistenza primaria, infermieri delle cure domiciliari) e **organizzato per "sessioni successive"** (rivisitate a seconda delle esperienze), per favorire una diffusione capillare delle competenze e del modello sul territorio regionale e la capitalizzazione degli esiti;
- definire una **scheda individuale informatizzata condivisa tra gli attori del team**, contenente tutte le informazioni/strumenti funzionali ad una presa in carico globale del paziente, costituendo banche dati (cliniche / amministrative) utili al monitoraggio della presa in carico e alla valutazione dei risultati clinici e organizzativi della qualità dell'assistenza.

Nel modello di *Care Management Team* 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.



f51f97e2



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.

Risulta inoltre determinante il ruolo del *caregiver*, soprattutto quando aumenta il livello di complessità assistenziale e diminuiscono le capacità cognitivo/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).

IMPLEMENTAZIONE DEL MODELLO DI CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE
La Centrale della Continuità

In tale assetto di riorganizzazione 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.

Al fine di favorire lo sviluppo e il consolidamento di questo modello, unico e innovativo sul panorama nazionale, risulta strategico l'accompagnamento le Aziende ULSS, consentendo di creare giuste sinergie tra modelli diversi e tra territori diversi in un'ottica di reciprocità: la sfida non è solo organizzare meglio dentro ogni singola Azienda ULSS ma integrarsi con le altre Aziende ULSS in un'ottica di Sistema Regionale.



f51f97e2



AZIONI FONDAMENTALI PER LO SVILUPPO DELLA GESTIONE INTEGRATA

RIORGANIZZAZIONE DEL DISTRETTO <i>Nuovi strumenti per la Gestione Integrata e la continuità dell'assistenza</i>	
AZIONE 1.	Definizione delle nuove linee guida per gli atti aziendali, ridefinendo il modello distrettuale.
AZIONE 2.	Sviluppo del programma formativo per i Direttori di Distretto al fine di creare, all'interno dei "nuovi" distretti, figure che siano garanti della salute della comunità (DGR n. 462 del 19/04/2016).

DEFINIZIONE E IMPLEMENTAZIONE DEI PDTA <i>La Cronicità e i Percorsi Diagnostico terapeutici Assistenziali</i>	
AZIONE 3.	Sviluppo del percorso di formulazione dei PDTA Regionali (BPCO, Diabete di Tipo 2, Scompenso Cardiaco, TAO, Cure Palliative), secondo una stessa metodologia, mediante il coinvolgimento specifici professionisti interessati nella presa in carico.
AZIONE 4.	Sviluppo del progetto di sperimentazione avviato con DGR n. 530/2014, e già finanziato con DGR n. 2556/2011 "Progetto regionale approvato: Casa della Salute", finalizzato all'implementazione dei PDTA e loro monitoraggio in ambito Aziendale e all'interno delle forme associative più evolute della Medicina Generale, e alla condivisione di strumenti/scale di valutazione trasversali.

SVILUPPO DELLE CURE PRIMARIE e del CARE MANAGEMENT TEAM <i>MGI, Care Management ed Engagement del paziente</i>	
AZIONE 5.	Sviluppo delle Cure primarie attraverso lo sviluppo delle Medicine di Gruppo Integrate.
AZIONE 6.	Sviluppo del modello assistenziale di Care Management Team.
AZIONE 7.	Sviluppo del ruolo attivo e della consapevolezza della persona (paziente e/o caregiver).
AZIONE 8.	Avvio e sviluppo di un processo di valorizzazione della figura dell'infermiere all'interno delle Medicine di Gruppo Integrate, mediante specifici programmi di formazione multiprofessionali.
AZIONE 9.	Avvio e sviluppo del processo di integrazione informativa e organizzativa con i medici della Continuità Assistenziale.
AZIONE 10.	Avvio e sviluppo del processo di integrazione dei Medici Specialisti, sia mediante la loro presenza fisica nella sede della MGI, che mediante teleconsulto specialistico (es. individuazione di fasce orarie dedicate in cui i medici di famiglia e gli specialisti si rendono reciprocamente rintracciabili telefonicamente, costituendo spazi di consulenza/colloquio per la presentazione di casi o per conseguire accordi sul percorso di presa in carico) favorendo anche l'appropriatezza prescrittiva.



f51f97e2



IMPLEMENTAZIONE DEL MODELLO DI CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE <i>La Centrale della Continuità</i>	
AZIONE 11.	Implementazione e sviluppo del modello di Centrale Operativa Territoriale (COT) riadeguandolo al nuovo contesto organizzativo a seguito della LR n. 19/2016.
AZIONE 12.	Sviluppo del programma di alta formazione per Responsabili della Centrale Operativa Territoriale (DGR n. 463 del 19/04/2016).
AZIONE 13.	Sviluppo del percorso di accompagnamento avviato dalla regione, prevedendo incontri periodici di confronto con tutte le Aziende ULSS.
AZIONE 14.	Definizione e condivisione di strumenti di tracciabilità degli interventi della COT, per un'attività maggiormente integrata.

Fasi e tempi delle azioni previste – Cronogramma

	2017	2018	2019
<i>Azione 1 - Definizione delle nuove linee guida per gli atti aziendali</i>			
<i>Azione 2 - Sviluppo di un programma formativo per i Direttori di Distretto</i>			
<i>Azione 3 - Sviluppo del percorso di formulazione dei PDTA Regionali</i>			
<i>Azione 4 - Sviluppo del progetto di sperimentazione avviato con DGR n. 530/2014</i>			
<i>Azione 5 - Sviluppo delle Cure Primarie attraverso lo sviluppo delle MGI</i>			
<i>Azione 6 - Sviluppo del modello assistenziale di Care Management Team</i>			
<i>Azione 7 - Sviluppo del ruolo attivo e della consapevolezza della persona (paziente e/o caregiver)</i>			
<i>Azione 8 - Sviluppo di un processo di valorizzazione della figura dell'infermiere</i>			
<i>Azione 9 - Sviluppo del processo di integrazione con i medici della CA</i>			
<i>Azione 10 - Sviluppo del processo di integrazione dei Medici Specialisti e Teleconsulto</i>			
<i>Azione 11 - Implementazione e sviluppo del modello di COT</i>			
<i>Azione 12 - Sviluppo di un programma formativo per gli "operatori della Continuità"</i>			
<i>Azione 13 - Sviluppo del percorso di accompagnamento avviato</i>			
<i>Azione 14 - Definizione e condivisione di strumenti di tracciabilità degli interventi della COT</i>			



f51f97e2

