

CURE PRIMARIE TRA MITO E REALTA' IL RUOLO DEI PROFESSIONISTI

**Inquadramento del problema ed esperienze in altre
realità regionali
La Regione Veneto**

Gabriele Romano e Stefano Tardivo
Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica
Università degli Studi di Verona
Bergamo 13 novembre 2009



POPOLAZIONE REGIONE VENETO

2008



- Superficie: 18.390 kmq
- Popolazione: 4.885.548 abitanti
(maschi 2.392.663, femmine 2.492.885)
- Densità di popolazione: 266 abitanti/kmq
- Attesa di vita: maschi 78,9 anni e femmine 84,6
- Indice di invecchiamento: 139,03
- Speranza di vita libera da disabilità a 65 anni:
8,4 anni

STRUTTURA DEL CONTESTO ASSISTENZIALE

- N. Aziende ULSS: 21
- N. Distretti socio-sanitari: 52
- N. Aziende Ospedaliere: 3
- N. posti letto per acuti: 17.754
- N. posti letto ospedalieri/10.000 abitanti: 37,62
- N. posti letto residenziali per non autosufficienti:
21.797
- N. posti letto residenziali per non
autosufficienti/10.000 abitanti: 46,19

ASSISTENZA SANITARIA DI BASE: I PROFESSIONISTI

CATEGORIA PROFESSIONALE	N.MEDICI	
	2007	2008
Assistenza primaria	3542	3518
Continuità assistenziale	482	n.r.
Emergenza sanitaria territoriale	41	n.r.
Pediatria di libera scelta	563	573
Specialistica ambulatoriale interna	1093	n.r.
Totale	5721	

Le opzioni strategiche del modello di Welfare Veneto

- Unità Locali Socio Sanitarie: modelli originali per la gestione dei servizi sanitari e sociali fra loro integrati
- Distretto Socio Sanitario: unità elementare territoriale per realizzare l'integrazione delle risposte sociali e sanitarie
- Piani di Zona: strumenti concertati di programmazione locale, nel sistema di collaborazioni intercomunali di programmi di interesse zonale (deleghe di gestione dei servizi sociali alle A ULSS e coinvolgimento del terzo settore nei processi di programmazione locale e nella gestione dei servizi)

Evoluzione normativa del modello

- ❑ DGR n. 3889/**2001**: passaggio da un sistema fondato sulle prestazioni a uno fondato sui progetti (**i Patti Aziendali**)
- ❑ Accordi Regionali **2005**: con MMG, PLS e SAI e definizione di nuovi standard erogativi e organizzativi (**UTAP**)
- ❑ DGR n.662/**2008**: **Progetto Cure Primarie**
- ❑ DGR n.4172/**2008**: approvazione schema **Piano Attuativo Locale per le Cure Primarie**, in attuazione del Progetto Cure Primarie
- ❑ DGR n. 115/**2009**: **adeguamento del Fondo** per la gestione delle quote variabili dell'ACN per la PLS del 2005, in attuazione del Progetto Cure Primarie 2008/2009
- ❑ DGR n. 1575/**2009**: attuazione del **modello regionale di riferimento per le cure primarie (Piano triennale 2009-2011)**

La Vision del Progetto Cure Primarie del Veneto

- Porre al centro del sistema la persona, la famiglia e la comunità
- Promuovere un approccio di rete
- Riconoscere nel Distretto socio-sanitario il fulcro per la realizzazione della continuità
- Attribuire ai MMG/PLS il ruolo di coordinatori del percorso di presa in carico dell'assistito
- Promuovere l'integrazione multiprofessionale tra i medici convenzionati
- Consolidare i due poli dell'assistenza: l'ospedale e il territorio

Il modello fino ad ora vigente

- **OBIETTIVI**

Gestione integrata del paziente

Continuità dell'assistenza

- **AZIONI**

Patti aziendali

- **MODELLI ORGANIZZATIVI**

Medicina di gruppo, in associazione e in rete, UTAP (2 per azienda) Unità Territoriale di Assistenza Primaria

- **RISORSE**

Accordi nazionale e regionale

- **INDICATORI**

Definiti nei Patti aziendali

Il processo di riqualificazione dell'assistenza primaria: gli obiettivi

- ❑ gestione del paziente fragile sopra i 75 anni
- ❑ gestione dei problemi della cronicità (con specifico riferimento al diabete e all'ipertensione)
- ❑ gestione del paziente oncologico terminale (forte connessione con le unità di cura palliative)
- ❑ gestione della prevenzione e valutazione del rischio cardiovascolare
- ❑ sviluppo del sistema di raccolta dei flussi informativi
- ❑ riqualificazione della Residenzialità intermedia
- ❑ potenziamento della prevenzione (screening e stili di vita virtuosi)

Il potenziamento della rete territoriale

- Distretti: potenziamento rete (52) con un bacino di 100.000 ab.
- Assistenza sanitaria di base in rete, gruppo, associazione e singoli: 81% MMG in associazione
- Completamento UTAP: 33 su 42 previste
- Rafforzamento Assistenza domiciliare (54.556 pz nel 2006)
- Sviluppo Ospedali di comunità: 9
- Riorganizzazione Strutture residenziali extra-ospedaliere: 283
- Incremento della rete degli Hospice: 16

I nodi Hub della rete: i Distretti

- Il **Distretto socio-sanitario** deve rappresentare l'ambito organizzativo in cui può realizzarsi un modello assistenziale centrato sulle Cure Primarie, che possa garantire la **continuità dell'assistenza**, risposte adeguate, complete e non frammentate o casuali alla complessità dei bisogni delle persone. Ciò richiede un Territorio strutturato per essere in grado di dare una **risposta globale e completa nelle 24h** per le tipologie di assistenza considerate appropriate per il trattamento a tale livello.

Due atti fondamentali:

- • D.G.R. n. 3242/2001 "Programma settoriale relativo all'assistenza territoriale" articolo 12, L.R. n. 5/96.
- • D.G.R. n. 625/2003 "Schematizzazione di un modello teorico- pratico di budget per il Distretto socio-sanitario "

Il Distretto: luogo di integrazione tra sociale e sanitario..

Alcuni provvedimenti di riferimento:

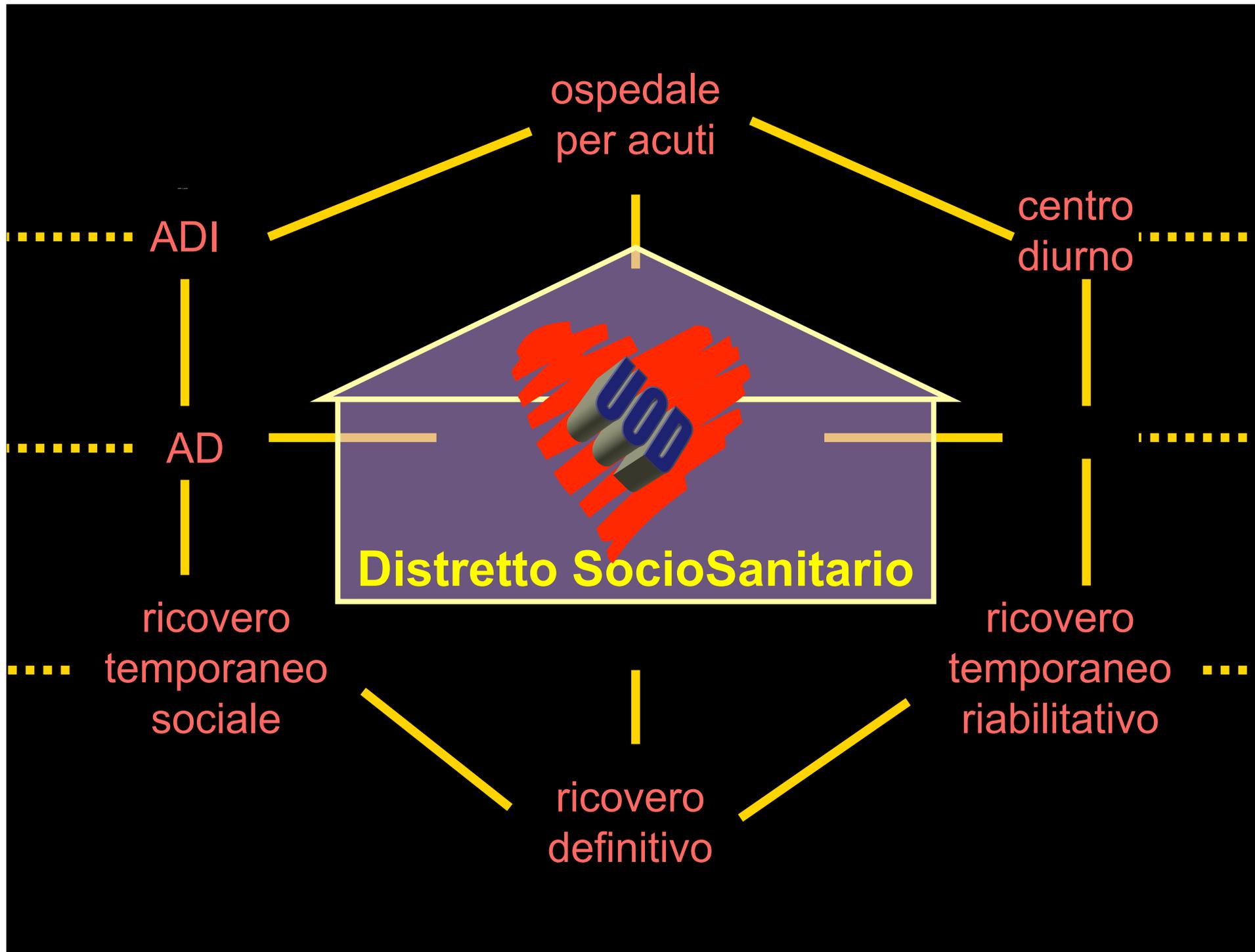
- DGR n. 4588 del 28.12.2007 “Attività delle Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuali (UVMD) – Linee di indirizzo”
- CR n. 163 dell’11.12.2007 “Assistenza alle persone anziane non autosufficienti. Scheda SVAMA: profili e livelli di intensità assistenziale”.
- DGR n. 457 del 27.02.2007 “Assistenza alle persone anziane non autosufficienti nei Centri di Servizio residenziali e per la predisposizione del Piano locale della Non – Autosufficienza”
- DGR n. 394 del 20.02.2007 “Indirizzi ed interventi per l’assistenza alla persone non auto sufficienti”
- DGR n. 331 del 13.02.2007 “Valutazione multidimensionale delle persone con disabilità secondo ICF, approvazione e introduzione scheda S.Va.M.Di”
- DGR n. 4135 del 19.12.2006 “Assegno di cura per persone non auto sufficienti. Procedure per l’anno 2007”

... con un approccio di rete

Promuovere e sviluppare un approccio di rete che veda integrato il sistema delle Cure Primarie con la ricchezza delle realtà locali (Ospedale, Amministrazioni locali, Strutture residenziali, Scuole, ecc.) al fine di consentire un approccio di presa in carico globale dei bisogni (del singolo e della collettività), secondo un modello di continuità dell'assistenza a forte integrazione socio-sanitaria

Strumenti

- ***Punto Unico di Accesso ai Servizi (PUA)*** sportello unico in ogni presidio sanitario territoriale per prestazioni sociali e sanitarie
- ***Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale***
- ***S.Va.M.A. (Scheda per la valutazione Multidimensionale dell'adulto e dell'anziano)***



La nuova programmazione...



Prevede la predisposizione, da parte delle Aziende, di un **Piano Attuativo Locale per le Cure Primarie**, di durata triennale, per l'individuazione delle strategie per il conseguimento degli obiettivi di salute, introdotti con gli Accordi Regionali per la Medicina Convenzionata

.. con obiettivi prioritari



- la gestione integrata dei pazienti (percorsi assistenziali ed integrazione socio sanitaria)
- la continuità assistenziale (percorsi diagnostico-terapeutici e protocolli condivisi Ospedale/Territorio, h 24)

Le risorse

- Ridefinire la destinazione delle risorse per nuovi obiettivi di salute
- Erogare beni e servizi e non soltanto incentivi economici
attraverso
 - riduzione domanda impropria
 - rafforzamento di tutti quegli strumenti che possono indurre maggiore appropriatezza (percorsi diagnostico-terapeutici, continuità assistenziale, medicina di base/specialistica/ospedale, modalità omogenee di valutazione multidimensionale e classificazione del bisogno, modelli organizzativi integrati)

L'investimento strategico



Gli strumenti del Progetto Cure Primarie

❑ **Patti aziendali**

In ogni Azienda ULSS costituiscono gli strumenti per la gestione delle modalità organizzative e di erogazione delle prestazioni

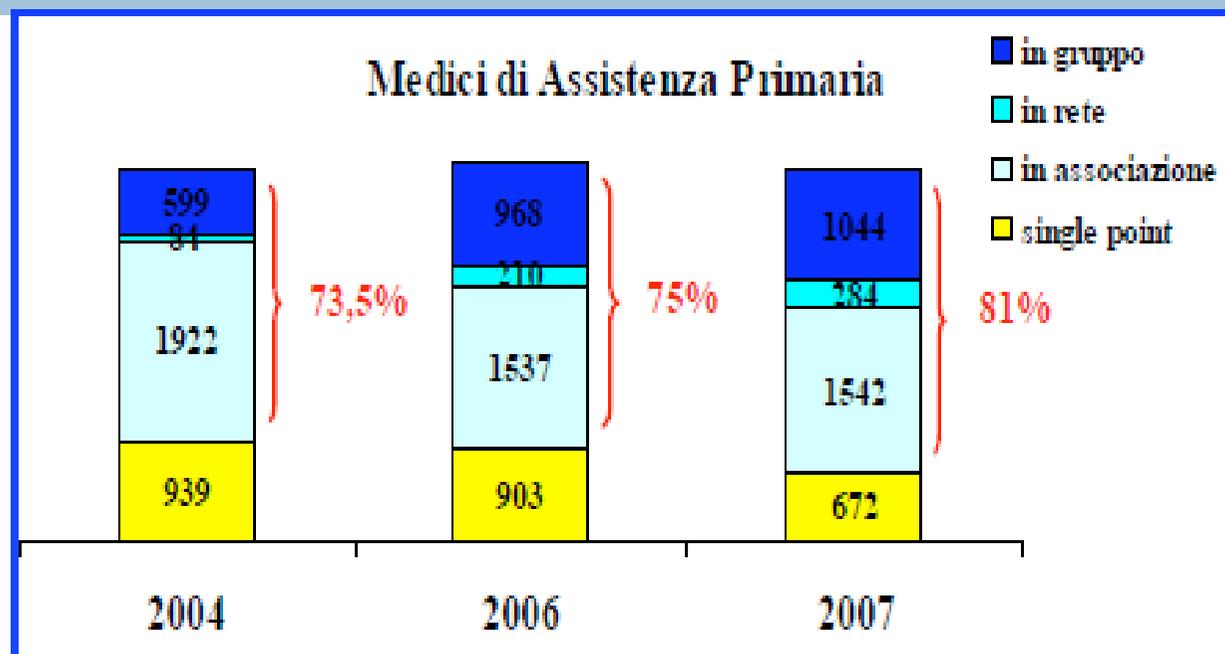
❑ **Forme associative**

Sviluppo di forme di assistenza quali la medicina di gruppo, la rete, l'associazione e le UTAP

❑ **Indicatori**

Definizione di indicatori misurabili e standard finalizzati al monitoraggio delle performance assistenziali e organizzative

Le forme associative



- 40 progetti di attivazione
- 29 attivate
- 20 ULSS interessate
- 16 UTAP aggregate
- 16 UTAP integrate
- 7 altro

Per quanto riguarda le UTAP nel 2008

Nel 2009: 33 UTAP attivate su 42 previste

Le forme associative consentono

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

Lo strumento dei Patti Aziendali



In ogni Azienda ULSS costituiscono gli strumenti per la gestione delle modalità organizzative e di erogazione delle prestazioni

Attraverso i Patti possono essere perseguiti obiettivi di qualità e può essere promossa l'appropriatezza clinica e organizzativa

Distribuzione Regionale (2008) dei Patti Aziendali



- 21 con i Medici di Assistenza Primaria
- 19 con la Continuità Assistenziale
- 7 con l'Emergenza Sanitaria Territoriale
- 18 con la Pediatria di Libera Scelta
- 20 con la Specialistica Ambulatoriale Interna
- 2 con le altre professionalità

I Patti Aziendali: esempi di obiettivi nella rete delle cure primarie

- Estensione della copertura oraria ambulatoriale
- Rintracciabilità e consulto telefonico
- Integrazione multiprofessionale (MAP, PLS, MCA, SAI, ma anche IP, assistenti sociali, amministrativi)
- Implementazione di percorsi diagnostico-terapeutici e protocolli condivisi per la presa in carico del paziente cronico
- Raccolta di dati socio-epidemiologici e mappatura dei bisogni locali
- Programmi di prevenzione, anche secondaria
- Integrazione informativa/informatica

Gli obiettivi delle Direzioni Generali

Sviluppo delle Cure Primarie, attraverso:

- la predisposizione di un **Piano attuativo locale per le Cure Primarie**, di durata triennale, per l'individuazione delle strategie aziendali per il conseguimento degli obiettivi relativi alla **gestione integrata dei pazienti** e alla **continuità assistenziale**, introdotti con gli accordi regionali per la Medicina convenzionata
- la definizione dei **Patti aziendali** per la realizzazione degli obiettivi specifici del Piano attuativo locale per le Cure Primarie, concordati con i Medici convenzionati

Un esempio: il Piano Attuativo Locale per le Cure Primarie 2009-2011 Azienda ULSS20 di Verona



Analisi di:

- Caratteristiche demografiche
- Mortalità e cause di morte
- Indicatori di prevalenza di patologie
- La salute percepita
- L'assistenza territoriale (attività e servizi)

Principali strutture

- Popolazione: 470.877 residenti in 36 Comuni
- Principali strutture:
 - 4 Distretti: 21 sedi
 - 1 Dipartimento di Prevenzione
 - 2 Presidi Ospedalieri
 - 2 Hospice (21 p.l.)
 - 43 punti di erogazione di prestazioni specialistiche
 - 3 RSA
 - 31 Case di Riposo (2.318 quote)
 - 26 erogatori privati pre accreditati ed 1 Azienda Ospedaliera (1.700 p.l.)
 - Tasso di ospedalizzazione: 180,54

I Professionisti della rete AULSS di Verona

CATEGORIA PROFESSIONALE	N. PROFESSIONISTI
Medici di medicina generale	337
Pediatri di libera scelta	63
Medici di continuità assistenziale	66
Specialisti ambulatoriali interni	156
Psicologi ambulatoriali interni	12

Gli obiettivi del Piano Attuativo Locale per le Cure Primarie di Verona - 1

Gestione del paziente fragile e multiproblematico

- Pazienti oncologici e pazienti anziani:
intervenire per ridurre l'ospedalizzazione
migliorare le cure ambulatoriali e a domicilio
- Pazienti pediatrici:
migliorare le cure ambulatoriali e a domicilio
fornire assistenza socio-sanitaria ai bambini stranieri

Gli obiettivi del Piano Attuativo Locale per le Cure Primarie di Verona - 2



Sviluppo delle attività di prevenzione

- Screening oncologici
- Prevenzione cardiovascolare con valutazione del rischio cardiovascolare e counselling
- Sviluppo dell'attività motoria
- Vaccinazioni
- Progetto “Genitori più”

Gli obiettivi del Piano Attuativo Locale per le Cure Primarie di Verona - 3

Presenza in carico mediante percorsi diagnostico-terapeutici e appropriatezza prescrittiva

- Laboratorio analisi
- Tiroide
- Diabete
- Ipertensione
- Scompenso cardiaco
- Accesso alle prestazioni di neuroradiologia
- Appropriatezza e razionalizzazione delle prescrizioni dei farmaci
- Asma nel bambino
- Percorsi previsti dall'A.C.R. per la pediatria (Otite, IVU, faringotonsilliti, broncopolmonite, lattante febbrile, allergie)

Gli obiettivi del Piano Attuativo Locale per le Cure Primarie
di Verona - 4

Strategie di contenimento delle liste di
attesa

- Condivisione e applicazione delle specifiche cliniche per l'accesso alle prestazioni secondo classi di priorità

Gli obiettivi del Piano Attuativo Locale per le Cure Primarie
di Verona - 5

Sviluppo informativo e informatico

- Accesso alla refertazione
- Prenotazione via web
- Utilizzo di TOTEM per prenotazione e ritiro referti
- Cartella sanitaria per pazienti fragili, adulti e pediatrici

Gestione del paziente fragile e multiproblematico

Paziente oncologico:

- favorire l'accesso preferenziale per gli accertamenti finalizzati alla diagnosi e alla cura delle neoplasie
- potenziamento risorse infermieristiche per ADI oncol.
- assicurare assistenza specialistica domiciliare in ADI
- creazione dei Nuclei di Cure Palliative (DGR 2989/00), comprendenti medici (palliativisti, di distretto, di AP, di CA), infermieri, psicologi, assistenti sociali

Gestione del paziente fragile e multiproblematico

Paziente anziano:

- potenziamento risorse infermieristiche a disposizione per l'assistenza domiciliare
- assicurare l'assistenza specialistica domiciliare in consulenza
- sviluppo di iniziative per incrementare l'attività motoria e la socializzazione

Gestione del paziente fragile e multiproblematico

Paziente pediatrico:

- potenziamento risorse infermieristiche a disposizione per l'ADI
- assicurare l'assistenza con specialisti pediatri
- attivare canali preferenziali per l'accesso alle prestazioni specialistiche
- potenziamento e sviluppo delle modalità di lavoro delle equipe multidisciplinari per la valutazione dei casi complessi (UVDM)

Sviluppo delle attività di prevenzione

- ❑ Collaborazione per gli screening oncologici
- ❑ Prevenzione cardiovascolare
- ❑ Sviluppo dell'attività motoria
- ❑ Counselling per le vaccinazioni in età pediatrica (per il mantenimento dei tassi di copertura)
- ❑ Counselling nell'adulto per la vaccinazione antitetanica e collaborazione per l'estensione della vaccinazione anti-influenzale nei soggetti a rischio

Azioni e strumenti del Piano Attuativo Locale per le Cure Primarie di Verona - 5

Presa in carico mediante percorsi diagnostico terapeutici appropriati

- ❑ Laboratorio (patologie cardiache e diabete, contraccezione, profilo generico, reumatologia, supporto ai percorsi pediatrici)
- ❑ PDTA per sospetto di patologia tiroidea
- ❑ Condivisione PDTA per diabete, ipertensione con SAI, CA e Azienda Ospedaliera
- ❑ Gestione del paziente con scompenso cardiaco
- ❑ Condivisione linee guida per la neuroradiologia
- ❑ Appropriatezza nella prescrizione dei farmaci (antibiotici, farmaci per l'apparato cardiovascolare)

Strategie di contenimento nelle liste di attesa

- ❑ Applicazione dei protocolli nazionali e regionali per la medicina riabilitativa e l'odontoiatria
- ❑ Applicazione protocolli Gruppo Integrato Ospedale-Territorio dell'ULSS 20 per l'endoscopia digestiva, la radiologia e la diagnostica vascolare
- ❑ Applicazione protocolli regionali per la cardiologia, la neurologia e l'oculistica
- ❑ Applicazione protocolli proposti dagli specialisti della Provincia in chirurgia, ortopedia, ginecologia, urologia e gastroenterologia

Sviluppo informativo e informatico

- ❑ Refertazione del laboratorio su portale dedicato e accesso alla refertazione da parte dell'assistito o del medico curante
- ❑ Prenotazione via web (messa a disposizione ai medici di AP del programma aziendale per le prenotazioni specialistiche)

La misurabilità e la trasparenza



Ogni **strategia** intrapresa dovrà prevedere un piano di misurazione/valutazione che traduca le azioni (percorsi assistenziali) in **obiettivi misurabili** ed individui **indicatori di qualità clinica ed organizzativa**, definendo un efficace sistema di **reporting**

Sistemi di indicatori

AREA	INDICATORI
GOVERNO DELLA DOMANDA	Tasso di ospedalizzazione Tasso di fuga Tasso di accesso al Pronto Soccorso Spesa farmaceutica pro-capite N. prestazioni specialistiche per abitante
INTEGRAZIONE E ORGANIZZAZIONE	Tasso UVMD con partecipazione contemporanea di Medici Convenzionati e Assistente Sociale % di decessi a domicilio sul tot dei decessi Monte h a disposizione per attività di Distretto da parte dei Medici Convenzionati
FORMAZIONE CONTINUA	N. programmi formativi integrati

Sistemi di indicatori

AREA	INDICATORI
DIMISSIONI PROTETTE	<p>N. pazienti che ricevono una visita a domicilio entro 6 h dopo la dimissione dall'Ospedale</p> <p>N. di dimissioni protette dalle 13 del venerdì alla domenica</p> <p>Tasso di utenti che usufruiscono di ricoveri temporanei in CdR/RSA (con successiva dimissione a domicilio) sul tot dei posti letto di residenze extraospedaliere</p>
PROMOZIONE STILI DI VITA	<p>Tasso di adesione agli screening</p> <p>Tasso di copertura vaccinale pediatrica</p> <p>Tasso di copertura vaccinale anti-influenzale negli ultra-64enni</p>
QUALITÀ PERCEPITA	<p>Rilevazione della qualità percepita dagli utenti</p>

Last but not least... la Regia Regionale



Costituzione di una Commissione Tecnica Regionale presieduta dal Segretario Regionale per la Sanità e composta di esperti regionali, aziendali e della medicina convenzionata, con il compito di verificare la conformità delle attività aziendali per le cure primarie alla programmazione regionale in materia

Grazie per l'attenzione!

*Si ringrazia il Dott. Paolo Costa
dell'Azienda ULSS20 di Verona per la
gentile collaborazione*

gabriele.romano@univr.it

stefano.tardivo@univr.it