



**AZIENDA
ULSS 9
TREVISO**

Piano Attuativo Locale per le Cure Primarie della provincia di Treviso



PIANO ATTUATIVO LOCALE PER LE CURE PRIMARIE DELLA PROVINCIA DI TREVISO

2009 - 2011

AZIENDA ULSS N.7, AZIENDA ULSS N.8 E AZIENDA ULSS N.9

In ricordo di Fulvia Salzani

Il presente Piano Attuativo Locale per le Cure Primarie è stato predisposto da un gruppo di lavoro interaziendale multiprofessionale.

Dopo l'avvio, il gruppo è stato integrato dai rappresentanti delle Organizzazioni Sindacali della Medicina Convenzionata.

Tutti consapevoli del significato e dell'importanza di porre sotto la lente di ingrandimento, per la prima volta, in un contesto territoriale definito e al contempo allargato, un ambito rilevante di tutela della salute della popolazione rappresentato dalle cure primarie. E da ciò individuare un percorso che ne preveda lo sviluppo nel prossimo triennio con monitoraggio e verifica periodica per meglio rispondere ai bisogni vecchi e nuovi, aggiornando la programmazione di anno in anno, affinando gli strumenti di valutazione anche in termini di ricaduta delle azioni messe in atto sullo stato di salute della popolazione.

Il documento rappresenta, pertanto, un punto di partenza al quale ha dato il suo contributo convinto ogni componente e in particolare, la Collega Fulvia Salzani che con la competenza e la concretezza che la caratterizzava ha saputo trasmettere al gruppo il proprio entusiasmo e la volontà di crescere insieme.

A nome di tutto il gruppo di lavoro

Treviso, 09.07.2009

Il Coordinatore
Nello Spinella

Indice

1	<i>Premessa</i>	5			
1.1	Vision e Mission	5			
1.2	Il processo di pianificazione provinciale	5			
1.3	Fonti normative	6			
2	<i>Introduzione</i>	7			
2.1	Fase propedeutica	7			
2.2	Fase di ricognizione	8			
2.3	Fase di analisi	8			
2.3.1	I bisogni della popolazione.....	8			
2.3.2	Servizi offerti.....	21			
3	<i>Obiettivi</i>	32			
3.1	Obiettivi generali	32			
3.2	Obiettivi strategici	33			
3.3	Obiettivi specifici	33			
3.3.1	Area della Fragilità	34			
3.3.2	Area delle Cure Palliative	35			
3.3.3	Area Diabetologica	35			
3.3.4	Area Cardiovascolare.....	36			
3.3.5	Area Associativa della Medicina Convenzionata.....	36			
3.3.6	Area della Residenzialità Extraospedaliera.....	37			
3.3.7	Area Informatica/Informativa	37			
3.3.8	Area dell'Appropriatezza	38			
4	<i>Strumenti operativi</i>	40			
4.1	Patti e Contratti	40			
4.1.1	Medici di Medicina Generale.....	40			
4.1.2	Pediatri di Libera Scelta	41			
4.1.3	Specialisti Ambulatoriali Interni	42			
4.2	Formazione	43			
5	<i>Sviluppo e Validazione del Sistema di Monitoraggio</i>	44			
6	<i>Sistema di Governo del PALCP</i>	45			
7	<i>Risorse Necessarie</i>	46			
7.1	Fondi per patti e contratti	46			
7.2	Fondi per l'implementazione delle Forme associative Avanzate	47			
7.3	Fondi per l'implementazione del sistema informatico informativo	47			



**AZIENDA
ULSS 9
TREVISO**

Piano Attuativo Locale per le Cure Primarie della provincia di Treviso

7.4	Coinvolgimento della Medicina Generale nelle attività Distrettuali48
7.5	Costi Complessivi48

8	<i>Integrazione Socio-Sanitaria..... 48</i>
9	<i>Attuazione del PAL Cure Primarie: Tempi di Realizzazione..... 49</i>

1 PREMESSA

1.1 *Vision e Mission*

Le tre aziende socio-sanitarie della provincia di Treviso perseguono la funzione di pubblica tutela e di promozione della salute gestendo e sviluppando una rete integrata di servizi sanitari di prevenzione cura e riabilitazione ed una rete di servizi socio sanitari in ambito ambulatoriale e domiciliare.

Nell'ambito delle proprie competenze viene assicurata l'universalità dell'accesso alle prestazioni di salute, nel rispetto dei principi di salvaguardia della dignità della persona umana, del diritto alla salute ed alla riservatezza, dell'appropriatezza ed efficacia delle cure.

L'obiettivo di fondo che guida le strategie aziendali è la promozione della salute nella sua accezione di diritto/opportunità per la persona e per la comunità.

Le aziende elaborano il Programma Attuativo Locale delle Cure Primarie (PALCP) quale strumento innovativo per programmare i servizi socio-sanitari del territorio e per definire gli obiettivi che si intendono raggiungere.

Il PALCP permette ai vari interlocutori interni ed esterni dell'Azienda (professionisti, sindaci, cittadini, associazioni di volontariato, rappresentanze sindacali, ecc) di avere un quadro completo delle attività che si svolgono nel sistema delle Cure Primarie rafforzando il legame tra l'Azienda Sanitaria e la Comunità Locale in cui è inserita. Elemento di fondamentale importanza per il raggiungimento degli obiettivi dell'attività territoriale sono le alleanze e le partnership tra i vari stakeholder e tra questi e le aziende.

1.2 *Il processo di pianificazione provinciale*

I contenuti del documento sono stati sviluppati in coerenza con la programmazione pluriennale regionale e aziendale. Con il PALCP è lecito affermare che, da un lato le Aziende rafforzano il ruolo di programmazione dei servizi territoriali, ponendo in primo piano la centralità del distretto socio-sanitario come struttura che accoglie il sistema delle cure primarie, dall'altro si rende fondamentale il ruolo della medicina convenzionata, nella promozione del Governo Clinico.

La scelta di condividere uno strumento comune a livello provinciale nasce dall'esigenza di affrontare in maniera omogenea le criticità e fornire servizi equivalenti ai cittadini che si muovono all'interno del territorio provinciale. Il percorso di stesura del documento costituisce la sintesi di una serie di attività avviate da tempo in ambito provinciale, sia come tavolo di lavoro su tematiche specifiche, sia come coordinamento nell'elaborazione dei patti per la medicina convenzionata. La fase di discussione sull'organizzazione dei servizi territoriali ha evidenziato delle diversità tra le aziende che hanno portato ad un arricchimento nella ricerca di soluzioni per obiettivi comuni.

1.3 **Fonti normative**

Il PALCP è un documento programmatico denominato "attuativo" proprio perché ha lo scopo di rendere concreti nella realtà locale gli indirizzi generali dettati dai piani sanitari nazionale e regionali.

Infatti, a norma dell'art. 1 della legge regionale 14 settembre 1994, n. 55, le scelte di programmazione dell'unità locale socio-sanitaria si fondano sul piano sanitario nazionale, sul piano socio-sanitario regionale e sugli altri atti di programmazione adottati dalla regione e si effettuano attraverso un insieme coordinato e congruente di piani, programmi e progetti.

Il vigente piano sanitario nazionale (2006-2008) indica, quale importante ambito di rinnovamento del servizio sanitario, la riorganizzazione delle cure primarie delle quali va accelerato il processo di riassetto organizzativo e funzionale per portare un maggior coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta nel governo della domanda e dei percorsi sanitari, sperimentando nuove modalità erogative favorevoli all'integrazione con le altre professionalità sanitarie del territorio.

In linea con tale indicazione, la bozza del nuovo piano socio-sanitario regionale auspica l'assunzione, da parte della medicina convenzionata, del ruolo di responsabilità del coordinamento delle azioni necessarie per affrontare le patologie cronico-degenerative, facendosi carico del governo e della complessità sempre crescente della diagnostica e delle cure effettuabili ambulatorialmente, oltre che della responsabilità di mettere in atto meccanismi di promozione della salute.

Nell'ambito del modello regionale dell'assistenza primaria è stato elaborato il progetto di cui alla DGR n. 662 del 18 marzo 2008: "Progetto Cure Primarie" per l'attuazione dei seguenti obiettivi:

- ✓ *Monitoraggio attuazione DGR n. 3242/2001 "Programma settoriale relativo all'assistenza territoriale";*
- ✓ *Organizzazione delle forme associative per la medicina convenzionata attraverso lo sviluppo di un approccio di rete;*
- ✓ *Programmazione territoriale 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*
- ✓ *Con la DGR n. 4172 del 30 dicembre 2008, è stato, quindi, approvato lo schema di Piano Attuativo Locale per le Cure Primarie, in attuazione del Progetto Cure Primarie 2008/2009.*
- ✓ *Di seguito, si richiamano gli accordi collettivi nazionali e regionali per la disciplina dei rapporti tra aziende e medicina convenzionata:*
- ✓ *ACN reso esecutivo in data 23 marzo 2005, mediante intesa nella conferenza stato - regioni, per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale.*
- ✓ *ACN reso esecutivo in data 23 marzo 2005, mediante intesa nella conferenza stato - regioni, per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni e altre professionalità sanitarie.*

- ✓ *ACN reso esecutivo in data 15 dicembre 2005, mediante intesa nella conferenza stato - regioni, per la disciplina dei rapporti con i medici Pediatri di Libera Scelta.*
- ✓ *Accordi regionali recepiti con: DGR. n. 4395 del 30/12/2005, per i medici di medicina generale (Medici di Medicina Generale), DGR. n. 2667 del 07/08/2006, per i medici specialisti Pediatri di Libera Scelta (Pediatri di Libera Scelta), DGR n. 3220 del 25/10/2005, per i medici specialisti ambulatoriali interni (sai) e altre professionalità sanitarie.*
- ✓ *DGR n. 1575 del 26 maggio 2009: attuazione del modello regionale di riferimento per le Cure Primarie.*
- ✓ *DGR 3535 del 12 novembre 2004 DPCM 29 novembre 2001 – Accordo Stato Regioni – 11 luglio 2002 - programma di riorganizzazione nell'erogazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale finalizzato ad assicurare il rispetto della tempestività nell'erogazione delle prestazioni in argomento.*
- ✓ *DGR 600 del 13 marzo 2007 Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008 di cui all'articolo 1, comma 280 della legge 23 dicembre 2005, n. 266. Piano Attuativo Regionale: integrazione D.G.R. n. n. 3535 del 12.11.2004 e n. 2066 del 27.06.06.*

2 INTRODUZIONE

Il piano che si sviluppa coinvolgendo le tre Aziende ULSS della provincia di Treviso, ha avviato il percorso di messa a punto nelle sue varie fasi:

2.1 Fase propedeutica

Sono state coinvolte le seguenti risorse:

- ✓ *Direttori di Distretto;*
- ✓ *Medici di Cure primarie delle Az. ULSS n° 7 (distretto Sud) e 9 (distretto 1 e 4);*
- ✓ *Medico dell'area Specialistica Az. ULSS n° 9;*
- ✓ *Medico Specializzando dell'area Controllo di Gestione Dip. Degli Uffici di Staff Az. ULSS n° 9;*
- ✓ *Medici esperti in organizzazione e qualità della Az. ULSS n° 9.*

2.2 **Fase di ricognizione**

In questa fase sono stati individuati i seguenti strumenti di rilevazione:

- ✓ *Piano Territoriale di Coordinamento Provinciale (Provincia di Treviso: Documento di Piano Relazione Maggio 2007);*
- ✓ *Dati ISTAT su popolazione;*
- ✓ *Documenti organizzativi: Atti Aziendali, Patti e Contratti con la Medicina Convenzionata.*
- ✓ *data base amministrativi aziendali;*
- ✓ *Schede di Dimissione Ospedaliere;*
- ✓ *Esenzioni ticket;*
- ✓ *Prestazioni specialistiche ambulatoriali;*
- ✓ *Flusso del consumo farmaceutico territoriale;*
- ✓ *Registro vaccinazioni;*
- ✓ *Programmi di screening oncologici.*
- ✓ *Offerta di Servizi nelle Az. ULSS*

2.3 **Fase di analisi**

2.3.1 **I bisogni della popolazione**

2.3.1.1 **Piano Territoriale di Coordinamento Provinciale**

I territori dove operano le Aziende ULSS n. 7, 8 e 9 si identificano con i comuni che vanno a comporre la provincia di Treviso con una superficie di 2.477 Km² suddivisi in 95 comuni.

Gran parte della provincia è pianeggiante, ma la fascia settentrionale è caratterizzata dalla presenza di rilievi collinari e lungo il confine con la provincia di Belluno abbiamo massicci che sovente superano i mille metri.

Centri principali: Treviso 81.642 ab., Conegliano 35.401 ab., Castelfranco Veneto 33361 ab., Vittorio Veneto 29.216 ab., Montebelluna 30.354ab., Mogliano Veneto 27.847 ab., Paese 21.208 ab., Oderzo 19.771 ab.



AZIENDA
ULSS 9
TREVISO

Piano Attuativo Locale per le Cure Primarie della provincia di Treviso

Dal punto di vista demografico sono presenti due subaree:

Urbanizzata :costituita dai seguenti comuni (con densità abitativa maggiore di 400 abitanti/Kmq): Treviso, Conegliano, Castelfranco Veneto, Montebelluna, Mogliano Veneto, Paese, Oderzo, Villorba, Preganziol, Pieve di Soligo, Carbonera, Ponzano Veneto, Quinto di Treviso, Silea, Casier, San Vendemiano, Caerano di San Marco, Arcade, Cornuda, che rappresentano il 20% del totale e possiedono il 21,8% della superficie e il 43,7% della popolazione.

Rurale-Urbanizzata: costituita dai restanti 76 comuni della Provincia, che rappresentano l'80% del totale e possiedono il 78,2% della superficie e il 56,3% della popolazione.

L'analisi dei dati territoriali evidenzia una situazione di forte dispersione degli insediamenti e delle istituzioni (95 Comuni) cui deve corrispondere una capacità di risposta capillare e diffusa da parte delle Aziende ULSS nel territorio.

2.3.1.2 **Dati demografici ISTAT**

I dati sulla popolazione, divisi per Az. ULSS, per Distretto Socio Sanitario e per genere e classi di età sono di seguito riportati (fonte ISTAT al 01.01.2008)

Popolazione della provincia di Treviso al 01.01.2008			
ulss7	ulss8	ulss9	Provincia di Treviso
216.359	246.444	406.731	869.534

2.3.1.3 *Popolazione residente nei comuni delle Aziende ULSS 7, 8 e 9*

La popolazione maschile residente nei comuni in cui operano le Aziende ULSS 7,8 e 9 al 01.01.2008 (fonte dati ISTAT)

Maschi	Fasce d'età			
Az. ULSS	0-14	15-64	>64	totale
7	15.854	71.925	18.246	106.025
8	20.205	85.630	16.896	122.731
9	30.845	138.678	30.704	200.227
Totale	66.904	296.233	65.846	428.983

La popolazione femminile residente nei comuni in cui operano le Aziende ULSS 7,8 e 9 al 01.01.2008 (fonte dati ISTAT)

Femmine	Fasce d'età			
Az. ULSS	0-14	15-64	>64	totale
7	14.881	69.464	25.989	110.334
8	19.051	80.379	24.283	123.713
9	29.114	133.938	43.452	206.504
Totale	63.046	283.781	93.724	440.551

La popolazione maschile di origine italiana residente nei comuni in cui operano le Aziende ULSS 7,8 e 9 al 01.01.2008 (fonte dati ISTAT)

Maschi di origine italiana	Fasce d'età			totale
	Az. ULSS	0-14	15-64	
7	13.131	62.617	18.132	93.880
8	16.770	74.418	16.786	107.974
9	26.446	123.155	30.518	180.119
Totale	56.347	260.190	65.436	381.973

La popolazione femminile di origine italiana residente nei comuni in cui operano le Aziende ULSS 7,8 e 9 al 01.01.2008 (fonte dati ISTAT)

Femmine di origine italiana	Fasce d'età			totale
	Az. ULSS	0-14	15-64	
7	12.288	61.485	25.830	99.603
8	15.901	71.505	24.114	111.520
9	25.071	120.200	43.191	188.462
Totale	53.260	253.190	93.135	399.585

La popolazione maschile di origine non italiana residente nei comuni in cui operano le Aziende ULSS 7,8 e 9 al 01.01.2008 (fonte dati ISTAT)

Maschi di origine non italiana	Fasce d'età			totale
	0-14	15-64	>64	
Az. ULSS				
7	2.723	9.308	114	12.145
8	3.435	11.212	110	14.757
9	4.399	15.523	186	20.108
Totale	10.557	36.043	410	47.010

La popolazione femminile di origine non italiana residente nei comuni in cui operano le Aziende ULSS 7,8 e 9 al 01.01.2008 (fonte dati ISTAT)

Femmine di origine non italiana	Fasce d'età			totale
	0-14	15-64	>64	
Az. ULSS				
7	2.593	7.979	159	10.731
8	3.150	8.874	169	12.193
9	4.043	13.738	261	18.042
Totale	9.786	30.591	589	40.966

2.3.1.4 *Indicatori demografici*

Indicatori demografici per l'anno 2008 delle popolazioni residenti nei comuni in cui operano le Aziende ULSS 7, 8 e 9 (fonte dati ISTAT).

Indicatore demografico	Aziende ULSS		
	7	8	9
Tasso di natalità (x1000)	10	11,5	10,9
Tasso di mortalità (x1000)	9,46	7,91	7,95
Tasso di fecondità (x100)	43,8	48	45,9
Indice di vecchiaia (x100)	152	111	131
Indice di dipendenza anziani (x100)	31,3	24,8	27,2
Proporzione di stranieri (x100)	10,6	10,9	9,38
Rapporto tra bambini immigrati su bambini residenti (x100)	20,5	20,5	16,5

L'analisi dei dati demografici evidenzia, sinteticamente quanto segue:

La popolazione che risiede nei comuni della provincia di Treviso allo 01.01.2008 era di 869.534 abitanti, il 46,8% nei comuni dell'Az. ULSS n. 9, il 28,3 nei comuni dell'Az. ULSS n.8 ed il 24,9 nei comuni dell'Az. ULSS n.7. Le popolazioni dalle tre Az. ULSS hanno caratteristiche complessivamente simili tra di loro. Tuttavia va sottolineato che la popolazione dell'Az. ULSS7 ha un indice di vecchiaia maggiore rispetto alle altre due Aziende cui consegue un indice di dipendenza anziani ed un tasso di mortalità leggermente più elevati.

La proporzione di immigrati nella popolazione delle tre Aziende ha valori che oscillano attorno al 10%. Tale presenza di residenti di origine non italiana appare inoltre stabile ed in progressivo aumento visto che la percentuale di bambini figli di immigrati residenti rispetto ai bambini figli di residenti di origine italiana che si aggira attorno al 20%. A questa maggior fecondità degli immigrati è dovuto il tasso di natalità con valori attorno al 10 per mille abitanti, valore che scenderebbe visibilmente se si andasse a valutare la sola popolazione residente di nazionalità italiana.

2.3.1.5 Database amministrativi

2.3.1.5.1 Schede di Dimissione Ospedaliera

Le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) sono divenute uno degli strumenti più affidabili ed importanti per le misurazioni e le valutazioni in ambito sanitario. Nel corso degli anni la qualità di compilazione è progressivamente cresciuta e la ricchezza e il dettaglio delle informazioni rendono possibili delle analisi e delle valutazioni anche sulle attività territoriali, ad esempio relativamente ai tassi di ricovero per determinate patologie o problemi.

2.3.1.5.2 Prevention Quality Indicators

Tra gli strumenti più interessanti per la misurazione della continuità assistenziale si devono oggi considerare i Prevention Quality Indicators (PQI), messi a punto dall'agenzia federale statunitense AHRQ, che costituiscono un insieme di misure utili a evidenziare possibili problemi di qualità dell'assistenza per alcune condizioni sensibili al sistema delle cure ambulatoriali, basati su dati estratti dai dati amministrativi SDO. Questa caratteristica li rende utilizzabili come possibili indicatori di continuità assistenziale, in quanto basati su condizioni per le quali una buona rete di assistenza, con presa in carico e tempestività di intervento, è in grado di influenzare fortemente gli esiti.

I risultati di questi indicatori permettono di realizzare comparazioni temporali e spaziali, per identificare possibili aree di criticità; tali situazioni possono essere dovute a carenza assistenziale o, invece, a fattori indipendenti e non correlati a ciò; pertanto, questi indicatori devono essere utilizzati non per giudizi qualitativi, bensì come "sensori" di aree che richiedono approfondimenti informativi per meglio comprendere i fenomeni osservati.

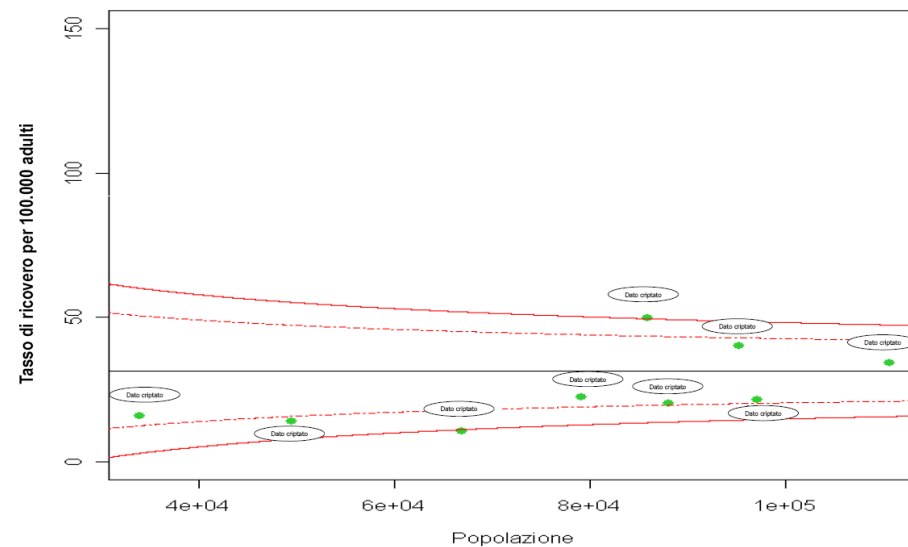
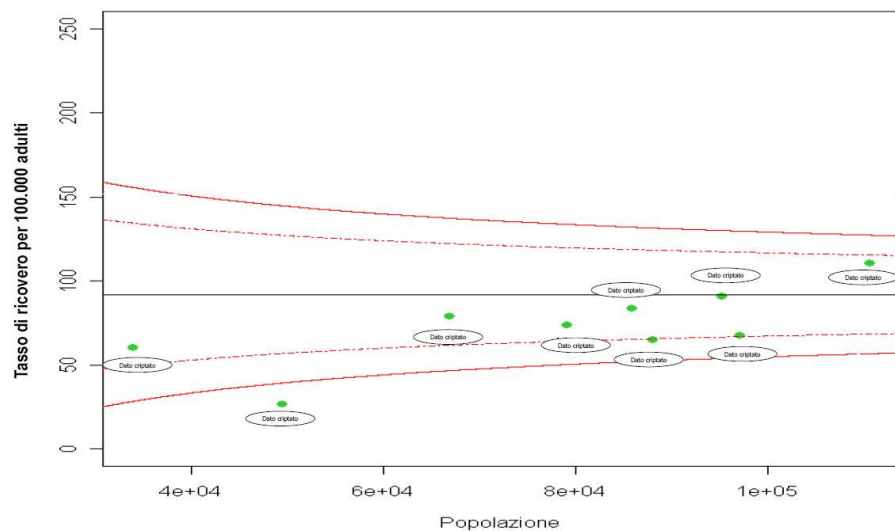
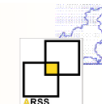
Oltre all'ormai ampia letteratura sul loro utilizzo, questi indicatori sono stati sperimentati anche dall'ARSS-Veneto, fatto che permette di avere rassicurazione sulla loro applicabilità locale oltre che disponibilità di uno standard di comparazione.

Ai fini del presente piano vengono prese in considerazione le aree relative alla BPCO, ipertensione arteriosa, scompenso cardiaco, polmonite batterica, e diabete mellito scompensato come illustrato nei successivi grafici (nei quali non vengono riportate le relative didascalie in quanto oggetto di analisi del gruppo di progetto e di monitoraggio del Piano), relativi ai Distretti Socio Sanitari della Provincia di Treviso.

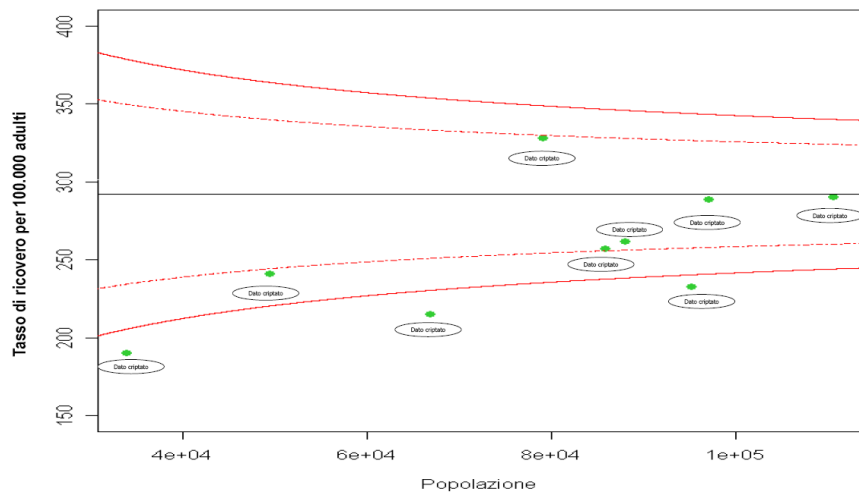
Malattia ostruttiva cronica polmonare: diagramma ad imbuto del tasso di ricovero per 100.000 adulti/anno, processo del Veneto e Distretti della Provincia di Treviso, 2007



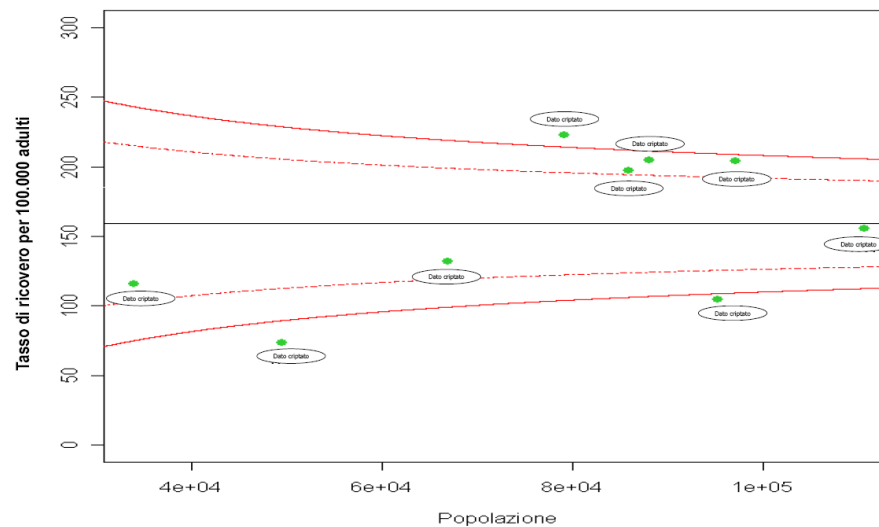
Iperensione: diagramma ad imbuto del tasso di ricovero per 100.000 adulti/anno, processo del Veneto e Distretti della Provincia di Treviso, 2007



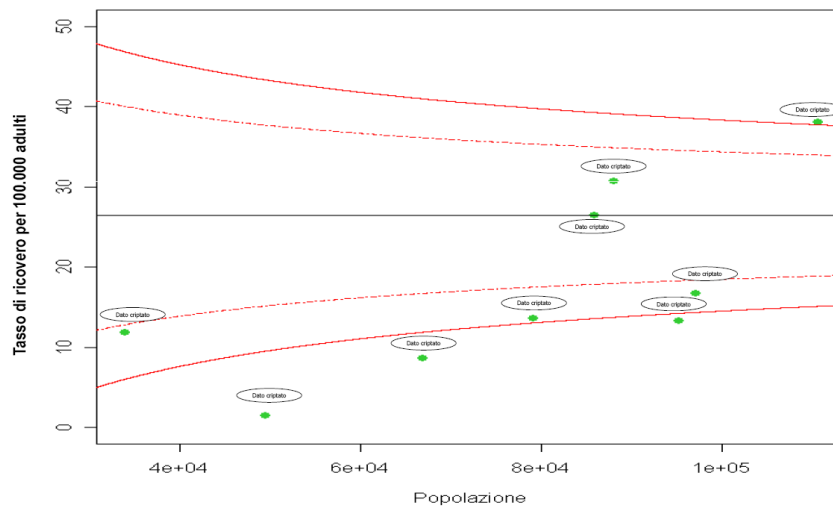
Scopenso cardiaco congestizio: diagramma ad imbuto del tasso di ricovero per 100.000 adulti/anno, processo del Veneto e Distretti della Provincia di Treviso, 2007



Polmonite batterica: diagramma ad imbuto del tasso di ricovero per 100.000 adulti/anno, processo del Veneto e Distretti della Provincia di Treviso, 2007



Diabete scompensato: diagramma ad imbuto del tasso di ricovero per 100.000 adulti/anno, processo del Veneto e Distretti della Provincia di Treviso, 2007



2.3.1.5.3 Il Flusso delle Prestazioni Ambulatoriali

Il flusso informativo delle prestazioni ambulatoriale si è andato standardizzando negli ultimi anni, soprattutto a seguito di quanto previsto dall'art. 50 della legge 326/2004 e dei successivi decreti applicativi. I dati del flusso sono divenuti molto più completi, esaustivi ed affidabili, permettendo oggi delle analisi puntuali su specifici temi, come il tasso di consumo di prestazioni per area o settore, l'andamento dei tempi d'attesa, la prescrittività, l'uso delle classi di priorità.

2.3.1.5.4 Tasso grezzo di ospedalizzazione per l'anno 2008

Azienda ULSS	Tasso grezzo di Ospedalizzazione per l'anno 2008
7	152
8	143
9	163

2.3.1.5.5 Consumo farmaceutico territoriale

Costo stimato per farmaci nell'Aziende ULSS per l'anno 2008

Costo medio procapite per farmaci nell'Az. ULSS per l'anno 2008	Azienda ULSS n.7	Azienda ULSS n.8	Azienda ULSS n.9
	178.61	178	177,33

2.3.1.5.6 *Esenzioni ticket per l'anno 2007*

Esenzioni ticket per l'anno 2007 nelle popolazioni delle Aziende ULSS n. 7, n. 8 e n. 9 e nella popolazione della provincia di Treviso.

Esenzioni Ticket per l'anno 2007	Codice Esenzione	Az. ULSS n.7	% pop. della Az. ULSS n. 7	Az. ULSS n.8	% pop. della Az. ULSS n. 8	Az. ULSS n.9	% pop. della Az. ULSS n.9	Provincia di Treviso	%pop. della Provincia
Scompenso cardiaco	021	540	0,25%	342	0,14%	2.495	0,61%	3.377	0,39%
Cardiopatia ischemica	002.414	2.279	1,05%	3.573	1,45%	491	0,12%	6.343	0,73%
Ipertensione	A31+031	25.797	11,92%	29.712	12,06%	50.031	12,30%	105.540	12,14%
Diabete	013	7.327	3,39%	9.042	3,67%	13.722	3,37%	30.091	3,46%
Insufficienza respiratoria cronica e Asma	024+007	1.988	0,92%	2.027	0,82%	5.378	1,32%	9.393	1,08%
Neoplasie	048	8.706	4,02%	8.706	3,53%	16.318	4,01%	33.730	3,88%
Somma delle esenzioni prese in esame		46.634	21,55%	53.402	21,67%	88.435	21,74%	188.471	21,67%
Totale esenzioni ticket		69.714	32,22%	93.342	37,88%	158.460	38,96%	321.516	36,98%

2.3.1.5.7 Registro vaccinazioni

Sono riportati nella tabella seguente i tassi vaccinali per l'anno 2007 nelle popolazioni delle Aziende ULSS 7, 8 e 9

Tasso vaccinale per l'anno 2007		Az. ULSS n.7	Az. ULSS n.8	Az. ULSS n.9
Over 65	Anti-influenzale (Over 65)	68%	65,3%	61,46%
	Anti-pneumococcica	58,3%	45,5%	89%
Bambini 2 anni 31.12.2008	Morbillo Parotite Rosolia	91%	90,1%	95%
	Anti-meningococcica C	88.4%	87,3%	96%
	Varicella-zoster	71.3%	63,7%	86%

2.3.1.5.8 Programmi di screening oncologici (citologico, colon retto, mammella).

Sono riportati nella tabella seguente i tassi di adesione ai programmi di screening nelle popolazioni delle Aziende ULSS 7, 8 e 9 per l'anno 2007

Tasso di adesione per l'anno 2008	Azienda ULSS n.7	Azienda ULSS n.8	Azienda ULSS n.9 (2008)
Pap-Test	63.2%	57,33	63,7
Mammografia	74.0%	76,19	78,9
Cancro del Colon-Retto	72.5%	65,9	77,3

2.3.1.5.9 Assistenza domiciliare integrata

Nella tabella che segue, sono riportati sinteticamente il numero di pazienti seguiti in assistenza domiciliare integrata per l'anno 2007

Pazienti seguiti in regime di assistenza domiciliare integrata		
Azienda ULSS n.7	Azienda ULSS n.8	Azienda ULSS n.9
7.412	8.322	11.660
3,4%	3,4%	2,9%

2.3.2 Servizi offerti

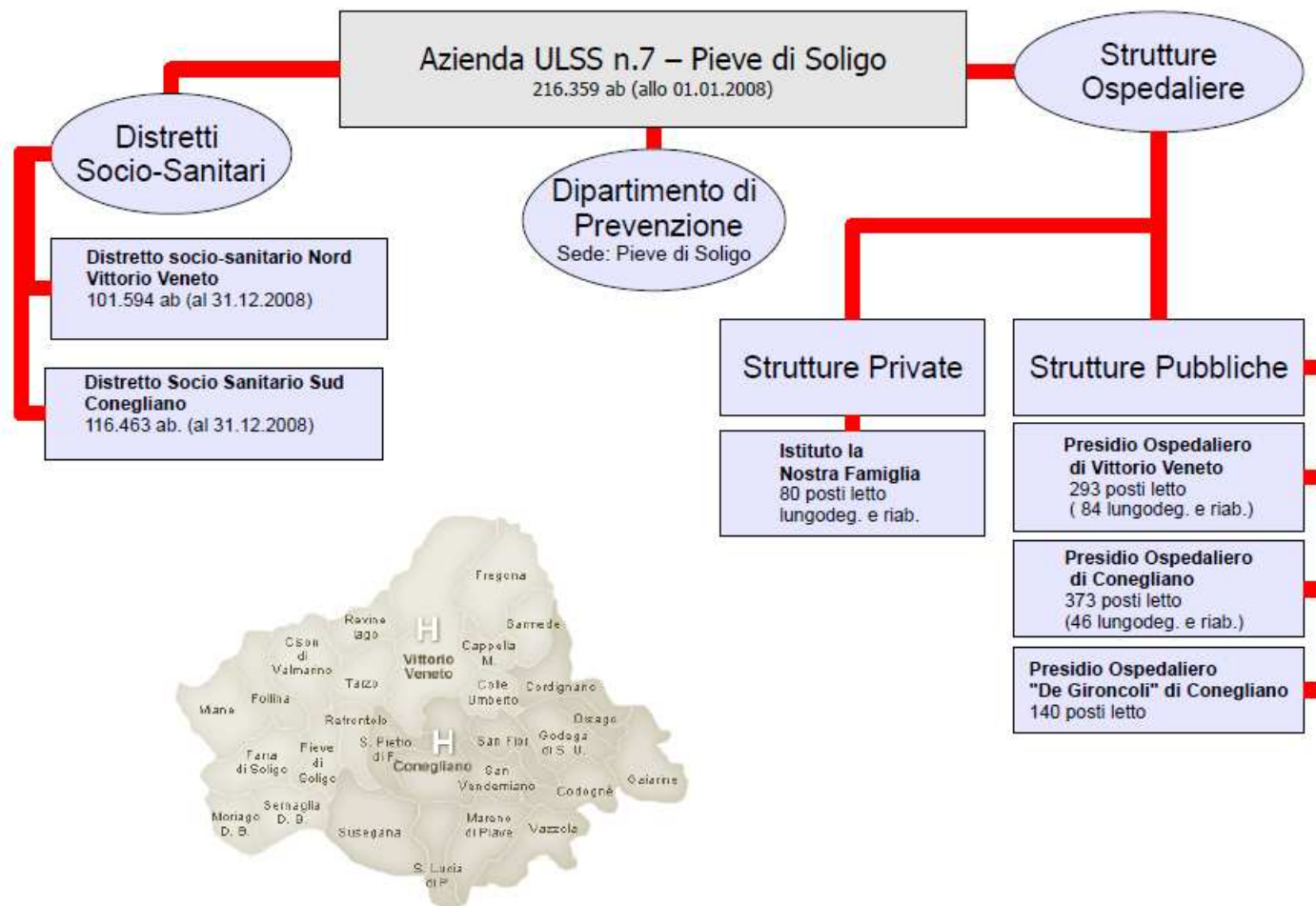
Le Aziende ULSS 7, 8 e 9 rispondono ai bisogni della popolazione mettendo a disposizione dell'utenza strutture e servizi utilizzando le migliori modalità organizzative.

2.3.2.1.1 Strutture Aziendali

Ai fini di una visione complessiva delle strutture delle Aziende ULSS della Provincia di Treviso, vengono di seguito riportati i rispettivi schemi

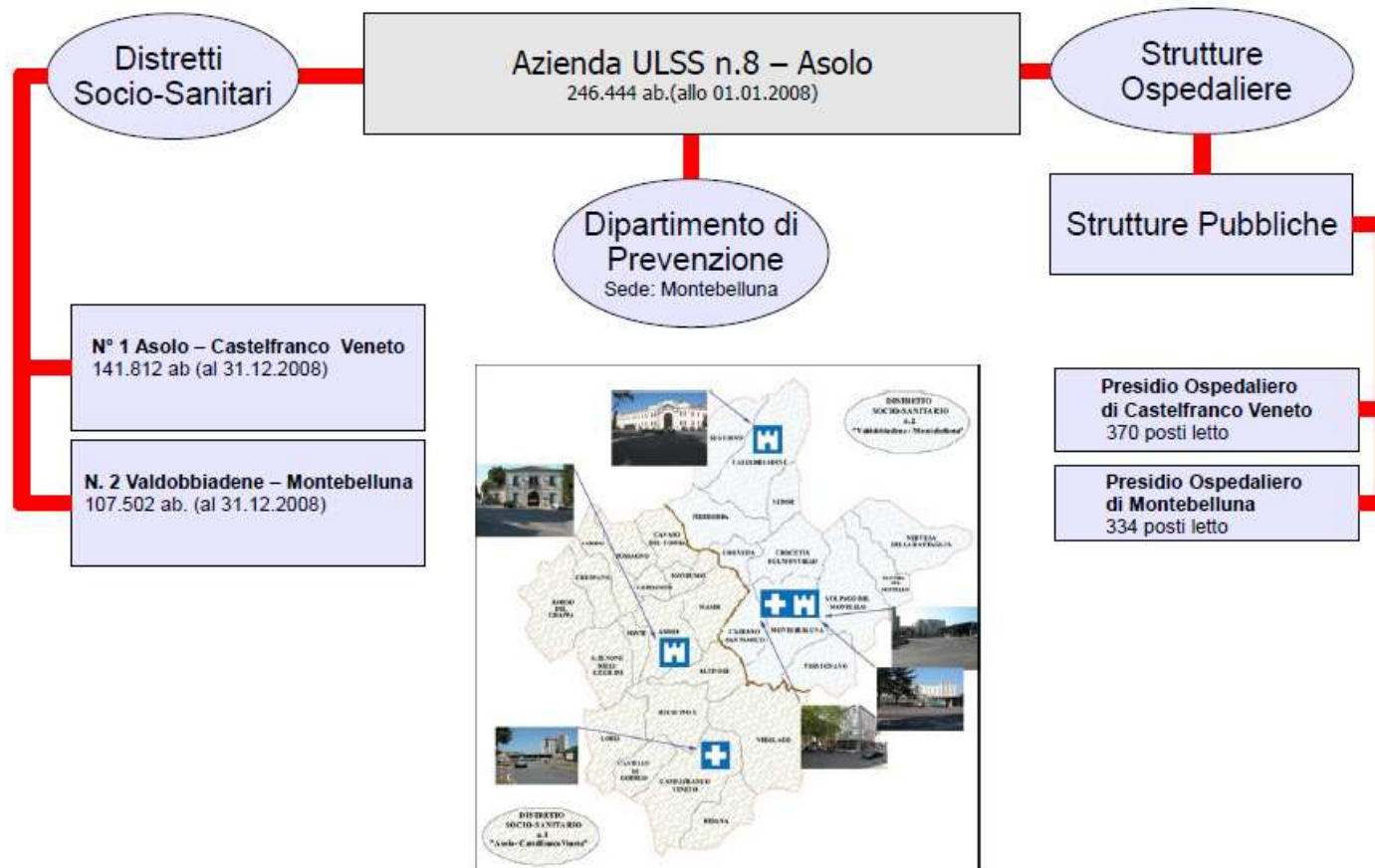
2.3.2.1.1.1

AZIENDA ULSS N. 7 - PIEVE DI SOLIGO



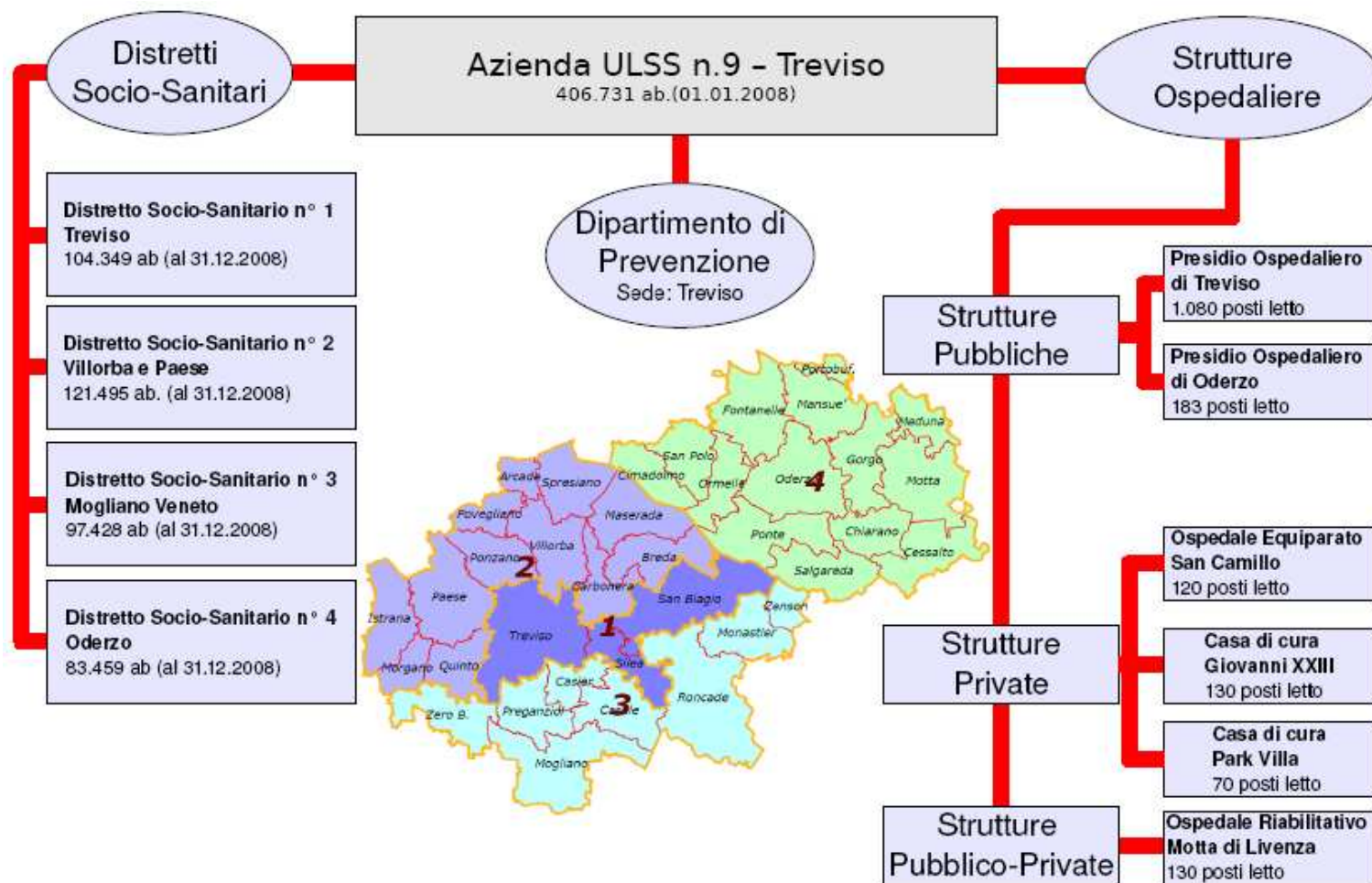
2.3.2.1.1.2

AZIENDA ULSS N. 8 – ASOLO



2.3.2.1.1.3

AZIENDA ULSS N. 9 - TREVISO





**AZIENDA
ULSS 9
TREVISO**

Piano Attuativo Locale per le Cure Primarie della provincia di Treviso

Residenzialità disabili

Nella tabella seguente è descritta la disponibilità di posti per la semiresidenzialità e la residenzialità per soggetti disabili per le Aziende ULSS che operano nella provincia di Treviso.

Posti letto disponibili				
Tipologia di residenza	Azienda ULSS n.7	Azienda ULSS n.8	Azienda ULSS n.9	Provincia di Treviso
Diurni	277	394	543	1.214
Residenziali	87	79	170 + 23 in pronta accoglienza	336+ 23

2.3.2.2 *Residenzialità anziani*

Nella tabella seguente è descritta la disponibilità di posti per la semiresidenzialità e la residenzialità per soggetti anziani per le Aziende ULSS che operano nella provincia di Treviso.

Posti disponibili				
Tipologia di residenza	Azienda ULSS n.7	Azienda ULSS n.8	Azienda ULSS n.9	Provincia di Treviso
Diurni	95	44	79	218
Residenziali	1.499	1.306	1.850	4.655
Residenzialità temporanea	67	4 (richiesti)	52	119 (+ 4 richiesti)

2.3.2.3 Organizzazione Aziendale

L'organizzazione Aziendale è riportata nei singoli Atti aziendali, dai quali viene riportato quanto di pertinenza delle cure primarie in ogni Azienda ULSS.

Tutte le Aziende ULSS della provincia di Treviso hanno costituito le unità operative complesse Cure Primarie come da DGRV 3242/01. All'interno della UOC sono state definite delle Unità Operative a valenza distrettuale, inter-distrettuale o transmurale come di seguito riportato.

Az. ULSS n.7	Az. ULSS n.8	Az. ULSS n.9
<p>Le UOC e UOS coinvolte nelle Cure Primarie previste nell'atto aziendale dell'Azienda ULSS n.7 sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Unità Operativa Complessa Cure Primarie</i> ✓ <i>Unità Operativa Semplice Continuità delle Cure</i> ✓ <i>Nucleo Cure Palliative a valenza interdistrettuale</i> ✓ <i>Incarico Professionale ad Alta specializzazione per le Dimissioni Protette</i> 	<p>2 unità operative complesse "Cure Primarie", una per ciascun distretto socio-sanitario. Ciascuna è organizzata nelle seguenti unità operative semplici:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Servizio di Medicina di Comunità;</i> ✓ <i>Servizio di Cure Domiciliari;</i> ✓ <i>Nucleo cure palliative;</i> ✓ <i>Servizio Poliambulatoriale Distrettuale.</i> 	<p>1 U.O.C. Cure Primarie in ogni Distretto Socio Sanitario. Inoltre sono distribuite nei vari distretti le seguenti U.O.S. a valenza interdistrettuale/transmurale.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Medicina Penitenziaria</i> ✓ <i>Nucleo Cure Palliative</i> ✓ <i>Continuità delle cure</i> ✓ <i>Continuità assistenziale</i> ✓ <i>Servizio disabilità Età Adulta</i> ✓ <i>Genetica medica</i> ✓ <i>Senologia ed attività di screening senologico</i> ✓ <i>Poliambulatorio</i> <p>Inoltre Sono previste le seguenti U.O.C.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Dipendenze</i> ✓ <i>Specialistica Ambulatoriale</i>

2.3.2.3.1 Medicina Convenzionata

Con la medicina convenzionata di assistenza primaria sono stati sviluppati negli ultimi anni Patti e Contratti come previsto dall'accordo nazionale e regionale definendo obiettivi qualitativi e quantitativi.

In particolare:

- ✓ *Per la Medicina di Assistenza Primaria: gli obiettivi individuati nelle varie aziende hanno sviluppato l'appropriatezza prescrittiva e percorsi di continuità dell'assistenza, della presa in carico del paziente ad elevata complessità assistenziale e dello sviluppo delle tecnologie informatiche.*
- ✓ *Per la Medicina di Continuità Assistenziale: sono stati sviluppati temi relativi a modalità di assistenza ambulatoriale degli utenti che afferiscono al Servizio, modalità di comunicazione con i medici di assistenza primaria e sviluppo del sistema informatico.*
- ✓ *Per la Pediatria di Libera Scelta: i temi sviluppati riguardano il Progetto Salute Infanzia (nel quale sono racchiuse le azioni preventive della PLS), i percorsi assistenziali (Progetto Cure Primarie) e la disponibilità telefonica in ore dedicate. E' stato attivato inoltre l'ambulatorio prefestivo del sabato mattina.*
- ✓ *Per la Specialistica ambulatoriale interna: sono state implementate linee relative all'organizzazione (sostituzione in caso di assenze non programmabili, definizione dei tempi di comunicazione delle assenze programmabili, disponibilità ad effettuare prestazioni in overbooking, prestazioni domiciliari -case di riposo, RSA, domicilio del paziente-) percorsi diagnostico terapeutici.*

Nelle seguenti tabelle sono riportati i medici convenzionati che operano nelle Az. ULSS e le forme associative/aggregative esistenti.

2.3.2.3.1.1 Medici di Assistenza Primaria

Al 31.12.2008 i medici di assistenza primaria che operano nelle aziende ULSS 7, 8 3 9 sono:

Medici di Assistenza Primaria		Az. ULSS n.7	Az. ULSS n.8	Az. ULSS n.9	Provincia di Treviso
Numero Medici di Medicina Generale		158	166	271	595
Medicina in associazione	N° associazioni	11	13	26	50
	N° associati medici	56	54	124	234
	% sul totale	35%	33%	46%	39%
Medicina in Rete	N° associazioni	3	3	2	8
	N° associati medici	13	9	18	40
	% sul totale	8%	5%	7%	7%
Medicina in Gruppo	N° associazioni	7	14	29	50
	N° associati medici	30	56	123	209
	% sul totale	19%	34%	45%	34%
UTAP	numero	2	2	1	5
	N° associati medici	12	14	5	31
	% sul totale	8%	8%	2%	5%
Equipe/Audit/GA	N° associazioni	16	0	9	25
	N° associati medici	148	0	231	379

	% sul totale	94%	0%	85%	64%
--	--------------	-----	----	-----	-----

2.3.2.3.1.2 Pediatri di Libera Scelta

Al 31.12.2008 i Pediatri di Libera Scelta che operano nelle Aziende ULSS n. 7, n. 8 e n. 9 sono:

Pediatri di Libera Scelta		Az. ULSS n.7	Az. ULSS n.8	Az. ULSS n.9	Provincia di Treviso
Numero Pediatri di Libera Scelta		25	29	51	105
Medicina in associazione	N° associazioni	5	6	6	17
	N° medici associati	20	26	16	62
	% sul totale	80%	90%	31%	59%
Medicina in Rete	N° associazioni	0		2	2
	N° medici associati	0		13	13
	% sul totale	0%	0%	25%	12%
Medicina in Gruppo	N° associazioni	0		2	2
	N° medici associati	0		4	4
	% sul totale	34%	34%	34%	34%
UTAP	numero	0		0	0
	N° medici associati	0		0	0
	% sul totale	0%	0%	0%	0%



**AZIENDA
ULSS 9
TREVISO**

Piano Attuativo Locale per le Cure Primarie della provincia di Treviso

Equipe/GTO/GA	N° associazioni	2		4	6
	N° medici associati	25		50	75
	% sul totale	100%	0%	98%	71%

2.3.2.3.1.3 Continuità Assistenziale

La Continuità Assistenziale (ex Guardia Medica) è garantita in tutto il territorio della Provincia, nelle sedi previste. Il rapporto tra medici di continuità assistenziale e popolazione è riportato nella seguente tabella:

Azienda ULSS	Popolazione totale	Medici di Continuità Assistenziale	Rapporto MCA/n° abitanti
7	218.057 (31.12.2008)	34	1 MCA ogni 6.413 abitanti
8	246.444 (01.01.2008)	36	1 MCA ogni 6.846 abitanti
9	406.731 (01.01.2008)	54	1 MCA ogni 7.532 abitanti
Provincia di Treviso	871.232 (01.01.2008)	124	1 MCA ogni 7.026 abitanti



**AZIENDA
ULSS 9
TREVISO**

Piano Attuativo Locale per le Cure Primarie della provincia di Treviso

2.3.2.3.1.4 Specialisti Ambulatoriali Interni

Nella tabella seguente è riportato il numero di specialisti ambulatoriali interni che, all'interno delle tre aziende ULSS, operano esclusivamente o prevalentemente in ambito territoriale nelle Cure Primarie.

Azienda ULSS	N° specialisti ambulatoriali interni
7	48
8	58
9	92
Provincia di Treviso	198

3 OBIETTIVI

Obiettivi generali

3.1 .

Il contesto proprio **delle cure primarie** è l'ambito specifico di organizzazione ed erogazione dell'assistenza che si sviluppa in un determinato territorio in stretto contatto e con il contributo della comunità locale, che oggi richiede una sempre maggior integrazione e continuità.

Obiettivo generale del presente Piano è quello di garantire la **gestione integrata** e la **continuità della assistenza**.

La **gestione integrata** si sviluppa con modalità di partnership tra Azienda ULSS e medicina convenzionata e all'interno della medicina convenzionata stessa, tale da garantire percorsi di cura e assistenza finalizzati alla presa in carico dell'utente e della famiglia. In particolare, l'integrazione si sviluppa tramite:

- ✓ *modalità strutturata di consultazione della medicina convenzionata (gruppo di monitoraggio del contratto);*
- ✓ *centralità del governo clinico;*
- ✓ *definizione di percorsi diagnostici assistenziali;*
- ✓ *individuazione e definizione di strumenti informativi e comunicativi;*
- ✓ *definizione di modalità di presa in carico del paziente nei diversi momenti del percorso di cura;*
- ✓ *individuazione di modalità che consentano l'effettiva partecipazione alle UVMD.*

La **continuità della assistenza** intesa come continuità di servizio, sia in termini temporali che di presa in carico indipendentemente dagli operatori coinvolti riconosce e sviluppa i seguenti livelli:

- ✓ *Continuità organizzativa;*
- ✓ *Continuità informativa;*
- ✓ *Continuità relazionale.*

Tali livelli trovano concreta espressione attraverso:

- ✓ *L'incremento delle forme associative, in particolare, le forme avanzate/integrate;*
- ✓ *L'incremento dei percorsi di ammissione e dimissione protetta che prevedano il pieno coinvolgimento della medicina convenzionata;*
- ✓ *L'individuazione e/o l'incremento di residenzialità intermedia nell'ambito di ciascuna azienda;*
- ✓ *L'implementazione di strumenti di comunicazione all'interno della medicina convenzionata e tra medicina convenzionata e le diverse strutture aziendali;*
- ✓ *L'implementazione di strumenti informatici/informativi volti allo sviluppo di una rete informatica che consenta l'ottimizzazione della comunicazione tra Azienda e medicina convenzionata, tra medicina convenzionata e che faciliti l'accesso ai servizi da parte del cittadino. Tale rete potrà essere fruibile anche ai fini della definizione dei bisogni di salute ed epidemiologici.*

3.2 Obiettivi strategici

Obiettivo strategico del PALCP è realizzare uniformemente in ambito provinciale:

- ✓ *L'analisi e valutazione dei bisogni di salute e dell'efficace capacità di risposta del sistema, anche attraverso la realizzazione di un cruscotto comune di indicatori confrontabili in modo trasversale e longitudinale;*
- ✓ *L'individuazione e allocazione delle risorse necessarie nell'ambito delle cure primarie in un contesto di appropriatezza.*

3.3 Obiettivi specifici

Gli obiettivi specifici che il presente Piano intende sviluppare nel triennio coinvolgono le seguenti aree di intervento:

- ✓ *Area della Fragilità;*
- ✓ *Area delle Cure Palliative;*
- ✓ *Area Diabetologica;*
- ✓ *Area Cardiovascolare;*
- ✓ *Area Associativa della Medicina Convenzionata;*
- ✓ *Area della Residenzialità Extraospedaliera;*
- ✓ *Area Informatica/Informativa;*
- ✓ *Area dell'Appropriatezza.*

Ogni area prevede l'individuazione di obiettivi prioritari di intervento e degli strumenti operativi riportati nei Patti e Contratti della Medicina Convenzionata come descritto nel capitolo successivo.

3.3.1 Area della Fragilità

La popolazione anziana (>75 anni) può essere stratificata a seconda delle condizioni in popolazione sana (assenza di malattie croniche e funzionalmente indipendenti), con malattie croniche ma funzionalmente ancora indipendente o minimamente dipendente e infine, fragile, se vi sono malattie croniche gravi, funzionalmente dipendenti. La comorbidità e le condizioni sociali rappresentano un fattore di rischio rilevante per la condizione di fragilità.

- ✓ *Obiettivo 1: individuazione dei soggetti target potenzialmente fragili al fine di implementare il monitoraggio e la tempestività di intervento integrato in condizioni di criticità.*

Concorrono al raggiungimento dell'obiettivo i MAP (Medici di Assistenza Primaria) individuando tra la propria popolazione ultrasettantacinquenne, i soggetti con pluripatologie croniche, secondo quanto definito in letteratura. Tra gli strumenti operativi, oltre a quanto previsto da patti e contratti, vengono attivati modalità di integrazione con i servizi sociali degli Enti Locali attraverso accordi/protocolli.

- ✓ *Obiettivo 2: individuazione dei soggetti in condizione di fragilità ai fini della presa in carico integrata e garantendo la continuità delle cure attivando i percorsi assistenziali appropriati.*

Concorrono al raggiungimento dell'obiettivo i Medici di Medicina Generali (Assistenza Primaria e Continuità Assistenziale), gli Specialistici Ambulatoriali Interni, le Strutture Ospedaliere e i Servizi Sociali Comunali.

- ✓ *Obiettivo 3: implementazione nell'ambito della fragilità pediatrica dei percorsi di presa in carico globale dell'assistito.*
- ✓ *Concorrono al raggiungimento dell'obiettivo i PLS, le Cure Primarie Distrettuali, gli SAI, le Strutture Ospedaliere e i Servizi Sociali Comunali*

Al fine di garantire l'effettiva **integrazione e continuità delle cure**, il contratto recepisce, quale modalità efficace, l'attivazione delle UVMD in tempi e modi tali da garantire l'effettiva partecipazione di tutti i soggetti coinvolti. Inoltre a garanzia dell'**effettiva continuità assistenziale** anche informativo-informatica, è necessario prevedere l'attivazione di tali strumenti implementando i collegamenti e la trasmissione di dati, secondo modalità definite da gruppi di lavoro individuati allo scopo.

3.3.2 Area delle Cure Palliative

Il programma nazionale per la realizzazione di strutture per le cure palliative (L.39/99) prevede l'accesso alla "rete di cure palliative i malati affetti da malattie progressive e in fase di avanzata a rapida evoluzione e prognosi infausta, per i quali ogni terapia finalizzata alla guarigione o alla stabilizzazione della patologia non è possibile né appropriata". Il modello Veneto di accesso alle cure palliative è stato definito con la DGRV n. 2989/2000 la quale prevede l'aggregazione funzionale ed integrata dei servizi distrettuali ed ospedalieri, sanitari e sociali, operante in modo sinergico con la rete di solidarietà sociale presente nel contesto territoriale, nel rispetto dell'autonomia clinico-assistenziale dei rispettivi componenti. La rete si integrerà con le Unità di valutazione distrettuali, ove presenti sul territorio.

- ✓ *Obiettivo 1: garantire la formazione del personale della rete. A tal fine viene individuata la modalità di Formazione sul Campo, quale strumento efficace di sviluppo delle competenze professionali di tutti i soggetti della rete. L'UVMD e i focus group sui casi rappresentano le modalità di implementazione anche delle competenze.*
- ✓ *Obiettivo 2: garantire la presa in carico del paziente oncologico in condizione di terminalità da parte della rete assistenziale*

Concorrono al raggiungimento dell'obiettivo i Medici di Medicina Generale, gli SAI, i Pediatri di Libera Scelta, le strutture Ospedaliere, le Associazioni ONLUS, mediante attivazione di quanto previsto dall'AIR per la Medicina Generale e la definizione di percorso aziendale di presa in carico del paziente oncologico in condizione di fine vita. Inoltre, in ottemperanza a quanto previsto dalla Legge Regionale n. 7 del 19/03/2009, e dalle indicazioni regionali ogni azienda ULSS predispone il proprio piano di intervento nell'ambito delle cure di fine vita. Tale piano è parte integrante del presente PAL Cure Primarie.

3.3.3 Area Diabetologica

Ricerche epidemiologiche dimostrano come circa il 6% della popolazione sia affetta da diabete mellito (negli anziani il diabete tipo 2 è presente in circa il 12-14% dei casi). Rappresenta pertanto un'area con impatto significativo sull'assistenza e sulle risorse. Inoltre, l'adeguata gestione del paziente diabetico, riduce le complicanze e migliora la qualità di vita del paziente diabetico.

- ✓ *Obiettivo: garantire la gestione del paziente di tipo 2 con modalità integrata attraverso l'attuazione dei controlli previsti dal **PDTA** e lo sviluppo del sistema informatico/informativo.*

Concorrono al raggiungimento dell'obiettivo MAP, Specialistici e strutture ospedaliere. Gli strumenti per il raggiungimento dell'obiettivo sono rappresentati dai Contratti che prevedono l'applicazione di Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali, condivisi nelle Aziende. In quest'ambito si prevede di sviluppare e implementare il sistema informatico/informativo, sulla base delle esperienze avanzate effettuate in ambito provinciale.

3.3.4 Area Cardiovascolare

Gli studi condotti con modelli di gestione integrata dello Scompeso cardiaco di tipo multidisciplinare con la presenza sul territorio di personale medico e non medico e l'adozione di nuove modalità di comunicazione come la telemedicina hanno dimostrato evidenti vantaggi sul miglioramento dello stato funzionale e della qualità di vita, sull'educazione dei pazienti, l'adesione e la capacità di autogestione della terapia; sull'individuazione precoce dei casi a rischio "di instabilizzazione" e sul controllo della progressione della malattia, la riduzione dei ricoveri ospedalieri e, pur se in maniera meno convincente, della mortalità.

✓ *Obiettivo 1: valutazione del rischio cardiovascolare e gestione della prevenzione.*

Concorrono al raggiungimento dell'obiettivo i MAP e gli specialisti ambulatoriali interni e ospedalieri. A tale scopo verrà individuato un gruppo di lavoro al fine di definire l'ambito e le modalità di intervento.

✓ *Obiettivo 2: garantire la presa in carico integrata del paziente con scompenso cardiaco di classe III-IV.*

Concorrono al raggiungimento dell'obiettivo i Medici di Medicina Generale, gli specialisti ambulatoriali interni, gli specialisti ospedalieri, gli infermieri del distretto, i servizi sociali degli Enti Locali. Allo scopo sono stati predisposti i PDTA in alcune delle aziende della Provincia ed è prevista l'attuazione del percorso secondo quanto concordato nel contratto aziendale.

✓ *Obiettivo 3: sperimentare forme di telemedicina nell'ambito della gestione del paziente con scompenso cardiaco.*

Concorrono al raggiungimento dell'obiettivo: medici di medicina generale, specialisti ambulatoriali interni e ospedalieri operatori distrettuali e servizi aziendali al fine di dare concretezza al percorso verrà attivata in una prima fase l'analisi di fattibilità e in una successiva nell'implementazione del sistema.

✓ *Obiettivo 4: implementare la corretta gestione del paziente affetto da ipertensione arteriosa.*

Concorrono al raggiungimento dell'obiettivo Medici di Medicina Generale e Specialisti Ambulatoriali e ospedalieri. Si prevede di definire un gruppo di lavoro al fine della predisposizione delle linee di intervento.

3.3.5 Area Associativa della Medicina Convenzionata

L'ACN di cui alla conferenza Stato Regioni del 23.05.2005, individua le forme associative della Medicina Generale, sostanzialmente su tre livelli: la medicina in associazione, la medicina in rete e la medicina di gruppo, attribuendo ad ognuna di esse modalità assistenziali nell'ottica di accessibilità e servizi al cittadino. Il successivo accordo regionale valorizzava tali forme associative e individuava le UTAP quale modalità associativa ad elevata complessità finalizzata a migliorare la qualità dell'assistenza, e a garantire l'appropriata erogazione dei servizi, la continuità dell'assistenza e l'efficace integrazione socio sanitaria. L'esperienza maturata in ambito aziendale, ha evidenziato che quanto maggiore è la complessità della forma associativa maggiore è la coerenza con la tipologia di servizi erogati nelle modalità e nel tempo, garantendo meccanismi di continuità assistenziale, compresa la continuità informativa. Per quanto attiene invece alle forme aggregative funzionali al raggiungimento di obiettivi di Patti e Contratti, queste possano essere implementate al fine di raggiungere il maggior numero di adesioni possibili.

- ✓ *Obiettivo: implementare l'evoluzione delle forme associative esistenti, verso forme più complesse coerenti con gli obiettivi di appropriatezza, continuità ed integrazione previsti dalla programmazione aziendale.*

Concorrono al raggiungimento dell'obiettivo medici di Assistenza Primaria, Pediatri di Libera Scelta e Specialisti Ambulatoriali Interni e medici di continuità assistenziale. Si prevede la predisposizione di criteri finalizzati alla valutazione delle richieste per l'eventuale successiva autorizzazione, considerando le varie opzioni.

Per quanto attiene all'area associativa della Pediatria di Libera Scelta si definiscono inoltre i seguenti obiettivi:

- ✓ *Obiettivo 1: costruzione di un percorso di continuità delle cure e dell'assistenza basato sul coordinamento assistenziale che garantisca la maggior disponibilità nell'arco della giornata attraverso l'adozione di modelli associativi previsti dall'ACN di cui alla conferenza Stato-Regioni del 15 dicembre 2005.*
- ✓ *Obiettivo 2: implementare le forme associative esistenti come presupposto della costruzione del modello organizzativo in rete, coerentemente con i modelli organizzativi delineati dalla DGR 1575 del 26 maggio 2009, allegato B.*

3.3.6 Area della Residenzialità Extraospedaliera

L'implementazione di questo ambito è aggiuntiva a quanto già previsto per i ricoveri di sollievo e in emergenza sociale. E' finalizzata alla determinazione di posti letto per residenzialità extraospedaliera assimilabile all'"Ospedale di Comunità", per alcune categorie di pazienti/utenti con problematiche sociali più spesso generate o condizionate dallo stato di malattia, che comportano lunghi tempi di risposta con pesanti prolungamenti dei tempi di degenza ospedaliera in modo inappropriato.

- ✓ *Obiettivo: individuazione e/o incremento dei posti letti dedicati all'accoglimento di dimissibili che necessitano di ulteriori periodi di residenzialità temporanea per assistenza sanitaria e/o intervento riabilitativo al fine di garantire la continuità di cura. La disponibilità di tali posti va ad integrarsi pertanto, quale ulteriore risorsa, nella rete assistenziale territoriale.*

Concorrono al raggiungimento dell'obiettivo le strutture ospedaliere, i Medici di Assistenza Primaria operanti in Centri Servizio (dedicati in caso di individuazione di strutture "ad hoc") e le Cure Primarie distrettuali.

3.3.7 Area Informatica/Informativa

Costituisce l'elemento portante a garanzia della continuità informativa e della disponibilità di dati ai fini di analisi.

- ✓ *Obiettivo 1: migliorare le abilità all'uso degli strumenti informatici dei medici convenzionati mediante l'attivazione di percorsi formativi finalizzati all'utilizzo degli strumenti necessari alla gestione, comunicazione e trasmissione dei dati.*

A tale obiettivo concorrono tutti i medici della medicina convenzionata, sulla base dei bisogni individuati mediante rilevazione del livello di alfabetizzazione informatica.

- ✓ *Obiettivo 2: implementare la messa in rete tra professionisti convenzionati e l'Azienda al fine di rendere efficaci gli aspetti informativi informatici relativi ai PDTA ed a ogni altro utilizzo del sistema finalizzato alla integrazione e continuità della cura.*

Concorrono al raggiungimento dell'obiettivo i medici convenzionati e l'Azienda nelle sue varie articolazioni strutturali. L'implementazione dell'obiettivo richiede tuttavia, l'attivazione di competenze tecniche tali da consentire la lettura ottimale dei bisogni e la definizione puntuale del percorso. E' prevista quindi, l'attivazione di un gruppo tecnico di lavoro.

3.3.8 Area dell'Appropriatezza

La definizione di PDTA introduce elementi condivisi di appropriatezza nell'utilizzo delle risorse specialistiche, strumentali, di laboratorio e farmaceutiche inerenti il percorso stesso, il cui impatto economico, nel breve termine è difficilmente quantificabile. L'ulteriore ambito di appropriatezza che permette di quantificare nel breve le risorse liberate riguarda la prescrizione farmaceutica, indirizzata a specifici ambiti e categorie farmacologiche. In questo contesto si colloca, inoltre, la ridefinizione delle prestazioni ambulatoriali finalizzate al contenimento dei tempi di attesa, in quanto questi rappresentano una delle criticità maggiormente percepite dai cittadini e possono costituire un problema aggiuntivo di iniquità per i soggetti fragili. Le indicazioni normative (Accordo in Conferenza Stato-Regioni del 11/7/2002, Piano Nazionale per il contenimento dei tempi d'attesa del 28/3/2006, DGRV 600/2007) richiedono il rispetto dei tempi massimi d'attesa e promuovono l'utilizzo delle classi di priorità per la regolazione dell'accesso alle prestazioni, che deve tener conto di criteri di "evolutività" del quadro clinico, prognosi, impatto su dolore/funzionalità/qualità della vita, ecc.. L'uso delle priorità, quindi, non è solo una modalità di gestione organizzativa delle agende, ma è soprattutto uno strumento per garantire l'equità nell'accesso in base all'oggettivo bisogno del singolo paziente.

- ✓ *Obiettivo 1: attivazione del progetto regionale A.R.P.A.*

Concorrono al raggiungimento dell'obiettivo i Medici di Medicina Generale e gli SAI.

- ✓ *Obiettivo 2: garantire l'equità di accesso alle prestazioni in base all'oggettivo bisogno del singolo paziente.*

Concorrono al raggiungimento dell'obiettivo tutti i Medici della Medicina Convenzionata e gli specialisti ospedalieri. Le azioni messe in atto e da implementare per il raggiungimento dell'obiettivo sono:

- ✓ *La formazione dei prescrittori ed agli erogatori sui principi e sulle modalità di utilizzo delle classi di priorità;*
- ✓ *la predisposizione di schede di prioritarizzazione dell'accesso per alcune prestazioni frequenti e critiche (questo obiettivo è già stato perseguito nell'ambito del Piano Provinciale);*
- ✓ *l'analisi dei dati per dimensionare le quantità di prenotazioni in classe Breve o Differibile, che andranno poi standardizzate per singolo prescrittore; questi dati dovranno essere restituiti in modalità idonea ai singoli medici, ma anche portati in discussione per analisi e valutazioni più approfondite con le forme aggregative dei professionisti ed i referenti dei tempi d'attesa;*
- ✓ *l'esecuzione di analisi mirate su singole prestazioni a maggiore criticità per verifiche sull'appropriatezza prescrittiva (indicazione all'esecuzione, priorità corretta).*

Agli obiettivi descritti, vanno aggiunti gli obiettivi specifici della Pediatria di Libera Scelta e della Specialistica Ambulatoriale Interna previsti nei Patti e Contratti, come sinteticamente riportato nel successivo capitolo, dedicato agli "strumenti operativi".

4 STRUMENTI OPERATIVI

4.1 Patti e Contratti

4.1.1 Medici di Medicina Generale

Il patto con la Medicina Generale è stato predisposto in ambito provinciale.

I contenuti del Patto 2009-2011 si snodano in aree tematiche relative al rapporto di partnership tra aziende e medicina generale, le attività di prevenzione, l'uso appropriato delle risorse, lo sviluppo dei sistemi informativi e la formazione. Quest'ultima non esclusivamente come strumento di sviluppo professionale, ma anche come strumento di integrazione professionale e a garanzia della continuità di cura.

Nello specifico, la partnership trova espressione nei rapporti con il Distretto Socio-Sanitario, con l'Ospedale e gli specialisti. L'ambito distrettuale volto ad assicurare la gestione continua della risposta ai bisogni socio-sanitari ed alla continuità di cura in senso orizzontale e in senso trasversale (es. dimissione/ammissione protetta in ospedale).

In ambito ospedaliero e specialistico, invece, vengono estese esperienze sviluppate in alcuni contesti aziendali di continuità di cura nella Day Surgery e di gestione integrata di pazienti diabetici, con scompenso cardiaco e/o in condizioni di fragilità e/o terminalità.

L'ambito prevenzione prevede lo sviluppo delle tematiche relative alla salubrità ambientale, dei programmi di educazione a corretti stili di vita, della diffusione delle campagne di screening oncologici e delle campagne vaccinali, anche con il fine di aumentare il tasso di adesione.

L'uso appropriato delle risorse prevede attenzione all'appropriatezza prescrittiva in ambito farmaceutico e l'implementazione dei percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali.

Lo sviluppo dei sistemi informativi prevede l'implementazione della rete informatica/informativa orizzontale tra Medici di Assistenza Primaria e della rete verticale tra Medicina Generale ed aziende (Continuità Assistenziale, Specialisti Ambulatoriali Interni, Ospedale, etc.), finalizzata al miglioramento della assistenza anche attraverso la semplificazione dell'accesso ai servizi da parte dei cittadini e alla ottimizzazione della continuità informativa ed organizzativa.

Le aree tematiche trovano applicazione nelle singole aziende attraverso i contratti declinati all'interno dei seguenti obiettivi:

- ✓ *L'assistenza perinatale;*

- ✓ *la salute riproduttiva nelle donne;*
- ✓ *la salute di bambini e la salute degli adolescenti;*
- ✓ *l'attenzione e salvaguardia dai principali fattori di rischio;*
- ✓ *educazione alla salute e promozione di corretti stili di vita;*
- ✓ *la prevenzione degli incidenti domestici, stradali, sul lavoro;*
- ✓ *le malattie infettive;*
- ✓ *le malattie cardiovascolari e ipertensione;*
- ✓ *il diabete;*
- ✓ *le neoplasie;*
- ✓ *le malattie respiratorie croniche;*
- ✓ *le disabilità;*
- ✓ *la condizione di fragilità e terminalità;*
- ✓ *l'uso appropriato delle risorse;*
- ✓ *i sistemi informativi.*

Il Patto con i Medici di Continuità Assistenziale, tutt'ora in fase di elaborazione, è volto a percorsi di integrazione e di continuità di cure con la Medicina di Assistenza Primaria nelle aree tematiche sopra descritte, compresa quella informativa/informatica.

4.1.2 *Pediatri di Libera Scelta*

Nell'ambito della fascia di età pediatrica sono state definite delle linee di intervento omogenee e validate a livello regionale al fine di garantire i LEA pediatrici. Inoltre ogni azienda Ulss ha definito il proprio Patto con la Pediatria di Libera Scelta, individuando le seguenti aree tematiche:

- ✓ *Tutela della salute materno-infantile, mentale e delle persone disabili e dell'adolescenza*
- ✓ *Estensione a tutta la popolazione infantile del programma di prevenzione primaria (progetto salute infanzia e sue Integrazioni) e profilassi, prevenzione e cura delle malattie infettive;*

- ✓ *Promozione della prevenzione relativa a traumi da traffico e traumi da incidenti domestici ed in particolare all'intercettazione dei deficit sensoriali visivi e uditivi.*
- ✓ *Promozione di comportamenti e stili di vita corretti: Attività fisica, Sana e corretta alimentazione, Sostenere l'allattamento al seno, Lotta alle tossicodipendenze, Lotta al fumo e all'alcool;*
- ✓ *Continuità delle Cure nel concetto di presa in carico globale dell'assistito;*
- ✓ *attività di programmazione e valutazione distrettuale.*

Le aree tematiche trovano applicazione nelle singole aziende attraverso i contratti declinati all'interno dei seguenti obiettivi:

- ✓ *Implementare il progetto Salute Infanzia*
- ✓ *Potenziare i processi di integrazione tra gli ambiti sanitario, socio sanitario e sociale;*
- ✓ *Ridurre il tasso di ospedalizzazione in età pediatrica in linea con la programmazione regionale;*
- ✓ *Ottimizzare i tempi di attesa e i volumi di attività delle prestazioni specialistiche;*
- ✓ *Orientare e sviluppare le attività di Prevenzione, secondo gli indirizzi regionali;*
- ✓ *Sviluppare il percorso del miglioramento continuo della qualità.*
- ✓ *Assistenza neonatale: dimissione precoce.*
- ✓ *Aumento della disponibilità di contatto diretto fra utente e pediatra.*
- ✓ *Applicazione dei PDTA nell'ambito del progetto cure primarie allegato A DGR 2667 del 7/08/2006, con particolare riferimento alle linee guida relativa all'asma.*

4.1.3 Specialisti Ambulatoriali Interni

Ogni azienda ULSS ha definito il proprio Patto con gli Specialisti Ambulatoriali Interni, individuando le seguenti aree tematiche:

- ✓ *il coinvolgimento della medicina convenzionata nel governo dell'azienda;*
- ✓ *l'uso delle classi di priorità per regolare l'accesso alle prestazioni in una logica di equità e migliore tempestività; l'uso di linee guida e percorsi condivisi per migliorare efficacia e appropriatezza;*

- ✓ *l'integrazione tra i vari soggetti della medicina convenzionata per il governo dei percorsi;*
- ✓ *la sperimentazione di nuove modalità erogative e comunicative favorenti l'integrazione tra le varie figure sanitarie, al fine di favorire lo sviluppo della "logica di sistema" che vede insieme professionisti che operano in ambiti diversi;*
- ✓ *la sperimentazione di percorsi formativi multidisciplinari/multiprofessionali;*
- ✓ *l'utilizzo delle tecnologie informatiche anche nell'ambito della specialistica ambulatoriale interna, al fine di attivare strumenti che favoriscano l'uso controllato di risorse, di disponibilità di informazioni, di agevolazione del percorso dei cittadini all'interno delle strutture sanitarie.*

Le aree tematiche trovano applicazione nelle singole aziende attraverso il contratto declinato all'interno di obiettivi specifici di branca e trasversali alle branche.

4.2 **Formazione**

Al fine del raggiungimento degli obiettivi di salute previsti nel contratto di ogni singola azienda viene predisposto nel **contratto stesso il programma di formazione funzionale agli obiettivi** e alle strategie definiti, privilegiando la formazione sul campo e comunque le metodologie di apprendimento attivo, interdisciplinare e multi professionale ed il self-audit attingendo ai database dei medici convenzionati. Per ogni percorso formativo si prevede la definizione dei bisogni formativi.

Pur potendosi avvalere di docenti di contenuto aziendali o esterni, per dare concretezza ai percorsi individuati, ogni azienda si avvale del sistema organizzato della formazione della medicina convenzionata presente nella regione del Veneto, in particolare dei coordinatori aziendali/provinciali e della rete di animatori di formazione iscritti nell'elenco regionale.

Le modalità di apprendimento contengono gli aspetti relativi all'aggiornamento delle conoscenze teoriche (sapere), allo sviluppo di abilità tecniche ove necessario (fare), alla implementazione delle capacità comunicative e relazionali (essere).

5 SVILUPPO E VALIDAZIONE DEL SISTEMA DI MONITORAGGIO

Lo sviluppo del PAL Cure Primarie, prevede le seguenti Fasi:

Fase 1	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Predisposizione di un cruscotto di indicatori interaziendale misurabili (di qualità clinica assistenziale di accessibilità e accoglienza e di impatto economico). Parte di tali indicatori saranno derivati dall'analisi dei PQI delle aree potenzialmente critiche come riportato nel capitolo 2.3 "Fase di analisi".</i> ✓ <i>Implementazione del sistema informatico informativo (anche ai fini del debito informativo): attuazione di quanto previsto dal Patto Provinciale per la Medicina Generale, esteso alla Continuità Assistenziale e alla specialistica ambulatoriale interna che trova implementazione nelle aree tematiche individuate all'interno dei contratti con la medicina convenzionata in ogni azienda.</i>
Fase 2	Applicazione del cruscotto di indicatori definito ai fini del monitoraggio di quanto contenuto nella FASE I
Fase 3	Analisi e valutazione periodica dei risultati e riprogrammazione del PAL CP

Lo sviluppo di indicatori previsto nella Fase 1, anche attraverso l'utilizzo del "sistema" **PQI**, rappresenta la possibilità di individuare, tra l'altro, aspetti metodologici finalizzati alla costruzione di set di indicatori di facile accessibilità ed efficacia nel contesto delle cure primarie, mettendo in rete risorse territoriali ed informazioni ricavate da fonti diverse, in particolare l'ARSS-Veneto.

Inoltre va considerato che ogni Contratto Aziendale, in applicazione agli obiettivi individuati nel presente PAL e nei Patti Aziendali, definisce il set di indicatori quantitativi (anche a valenza economica) e qualitativi di partecipazione finalizzati alla verifica del raggiungimento degli obiettivi.

6 SISTEMA DI GOVERNO DEL PALCP

Il sistema di governo del PAL, coerentemente con quanto previsto dalla linee di indirizzo regionali è così costituito in ogni Azienda:

- ✓ *Direttore Generale;*
- ✓ *Direttore Sanitario;*
- ✓ *Direttore dei Servizi Sociali;*
- ✓ *Coordinatore dei Direttori di Distretto;*
- ✓ *N° 1 Direttore di U.O.C. Cure Primarie;*
- ✓ *Direttore della Specialistica Ambulatoriale;*
- ✓ *Responsabile Servizio Convenzioni*
- ✓ *N° 5 rappresentanti della medicina convenzionata individuati dalle OO.SS. così distribuiti: 2 per la Medicina di Assistenza Primaria, 1 per la Medicina di Continuità Assistenziale, 1 per la Pediatria di Libera Scelta e 1 per la Specialistica Ambulatoriale Interna.*

Compiti della Commissione sono il governo del sistema mediante il monitoraggio periodico e sistematico e la verifica dei risultati raggiunti dal PALCP.

7 RISORSE NECESSARIE

7.1 *Fondi per patti e contratti*

I fondi previsti in ambito provinciale per Patti e Contratti con la Medicina Convenzionata sono riportati nella seguente tabella

Az. ULSS	Quota A, B e C		
	2009	2010	2011
Az. ULSS 7	2.160.895,97	2.488.756,96	2.488.756,96
Az. ULSS 8	2.263.556,91	2.263.556,91	2.263.556,91
Az. ULSS 9	4.132.724,97	5.384.605,66	5.384.605,66
Totale	8.559.186,85	10.138.929,53	10.138.930,53

Per quanto attiene alla quota D, si prende atto di quanto previsto dall'allegato A DGR 1575 del 26.05.09 e dei fondi assegnati per il primo anno. La progettualità di ogni Azienda ULSS relativa a tali fondi, dovrà essere coerente con quanto definito nel presente PAL per le Cure Primarie.

7.2 **Fondi per l'implementazione delle Forme Associative Avanzate**

La citata DGRV n.1575 prevede il percorso di sviluppo delle forme associative/aggregative secondo le necessità della *Rete assistenziale*.

Le Aziende della Provincia hanno sviluppato il "sistema" delle forme aggregative nella Medicina Generale e nella Pediatria di Libera Scelta finalizzato al raggiungimento degli obiettivi definiti da Patti e Contratti con la partecipazione dei professionisti in percentuale elevata. A tale sistema è necessario, affiancare una rete di forme associative avanzate, in particolare "medicine di gruppo integrate" al fine di garantire la diffusione di modalità gestionali e di servizi a favore del cittadino in coerenza con gli obiettivi del presente PALCP e **tenuto conto delle caratteristiche territoriali e di distribuzione dell'utenza**.

I dati riportati nella "Fase di Analisi" capitolo "Servizi offerti" rileva che il 34% (media provinciale) dei Medici di Medicina Generale costituisce Medicina di Gruppo, con un totale di 204 Medici di Medicina Generale aderenti. Ciò rappresenta una solida base sulla quale promuovere "la medicina di gruppo avanzata/integrata" che date alcune esperienze avviate nella Provincia rappresenta un modello gradito al cittadino in quanto modalità di risposta efficace alla accessibilità e fruibilità dei servizi erogati.

L'attivazione di forme associative avanzate che coinvolgano almeno il 10% della popolazione > di 14 anni (739.584 unità su 869.534) comporterà un incremento di risorse economiche da quantificare.

7.3 **Fondi per l'implementazione del sistema informatico informativo**

L'implementazione del sistema informatico/informativo quale strumento finalizzato:

- ✓ *alla gestione della attività di studio del medico;*
- ✓ *al collegamento orizzontale e verticale;*
- ✓ *gestione del debito informativo;*
- ✓ *self audit finalizzato all'implementazione di percorsi formativi*

prevede l'impegno di risorse necessarie alla attivazione, tra l'altro, di software di collegamento gestionale, di raccolta e trasmissione dati e, non ultimo, di percorsi specifici di formazione da definire in fase successiva.

7.4 Coinvolgimento della Medicina Generale nelle attività Distrettuali

Al fine della adeguata implementazione del presente PALCP nelle singole aziende, è possibile verificare la disponibilità di Medici di Medicina Generale finalizzata:

- ✓ *alla partecipazione alla programmazione delle attività distrettuali nell'ambito delle cure primarie e agli organismi distrettuali previsti dalla DGRV 3242/2001 (UCAD);*
- ✓ *al monitoraggio dell'applicazione di quanto previsto dal contratto e formulazione di eventuali proposte;*
- ✓ *alla attivazione di percorsi di analisi e valutazione professionale nelle forme aggregative mediante strumenti adeguati.*

Per tali attività si prevede un impegno di almeno 18 ore settimanali/100.000 abitanti per complessive 157 ore, pari a € 244.161/anno (quota capitaria/anno pari € 0,28)

7.5 Costi Complessivi

L'impatto economico complessivo del presente Piano, verrà riportato nei dettagli nei rispettivi BEP aziendali tenuto conto che le risorse relative a Patti e Contratti relativi alla quota A,B e C sono derivanti da fondi aziendali certi. La quota D e gli importi per implementazione di forme associative, sistema informatico informativo e coinvolgimento della Medicina Generale nelle attività distrettuali, potranno trovare copertura per il primo anno nei fondi aziendali e in fondi regionali aggiuntivi.

8 INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

L'implementazione del presente PAL tiene conto della forte interconnessione tra sociale e sanitario, e quindi da concreta attuazione a quanto previsto dal SSN e attivato nella Regione del Veneto attraverso gli Atti prodotti (Leggi, Delibere e provvedimenti).

Lo sviluppo dello stesso è in stretta coerenza con quanto previsto dai Piani Aziendali e, in particolare, dai Piani di Zona, soprattutto per quanto attiene allo sviluppo del Piano locale della domiciliarità già predisposto in ogni Azienda.

Tale Piano, è dettagliato negli aspetti che riguardano la **promozione** e il **sostegno** alla domiciliarità. Tuttavia, per l'attivazione di specifiche modalità di intervento nell'ambito dei percorsi diagnostico terapeutici e nell'ambito delle cure di fine vita, sono previsti accordi/protocolli con gli Enti Locali.

9 ATTUAZIONE DEL PAL CURE PRIMARIE: TEMPI DI REALIZZAZIONE

Nel crono-programma che segue, si riportano sinteticamente i tempi di realizzazione del presente Piano.

Fase	Aree	Obiettivi	2009		2010		2011	
			1° sem	2° sem	1° sem	2° sem	1° sem	2° sem
1		Predisposizione del Piano Attuativo Locale	█					
	Fragilità	Individuazione dei Pazienti Fragili Over 75 anni			█			
		Presa in carico dei Pazienti Fragili over 75 anni			█			
		Implementazione nell'ambito della fragilità pediatrica dei percorsi di presa in carico globale dell'assistito			█			
	Terminalità	Presa in carico del paziente oncologico in condizione di terminalità secondo criteri di continuità e integrazione tra tutti i soggetti della rete			█			
		Formazione del personale della rete assistenziale			█			
	Diabetologica	Implementazione della gestione del paziente diabetico di tipo 2			█			
	Cardiovascolare	Gestione della prevenzione e valutazione rischio cardiovascolare, scompenso cardiaco e ipertensione arteriosa			█			
		Gestione integrata dello scompenso cardiaco			█			
		Sperimentare forme di telemedicina nell'ambito della gestione del paziente con scompenso cardiaco			█			
		Implementazione della corretta gestione del paziente affetto da ipertensione arteriosa			█			

Fase	Aree	Obiettivi	2009		2010		2011	
			1° sem	2° sem	1° sem	2° sem	1° sem	2° sem
1	Forme associative	Implementazione forme associative /aggregative.						
	Residenzialità extraospedaliera	Attivazione/incremento del numero di posti letto in strutture intermedie per fragilità e terminalità						
		Attivazione/estensione della rete infotmatica						
	Appropriatezza	Progetto regionale ARPA						
Equità di accesso alle prestazioni								
2	Implementazione del sistema informatico / informativo							
	Individuazione / Applicazione degli Indicatori							
3	Monitoraggio							