



SCHEMA DI PROGETTO			
1	TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO	Progetto sperimentale di strutture di prossimità	
2	REGIONE/ PROVINCIA AUTONOMA	Regione del Veneto	
3	RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
	Finanziamento	Riferimento (Delibera regionale, atto, ecc.)	Importo
	<i>Risorse assegnate per l'anno 2020</i>		€ 2.035.454,17
	<i>Risorse assegnate per l'anno 2021</i>		€ 2.049.062,00
4	DESCRIZIONE DEL CONTESTO DI RIFERIMENTO E DI ESPERIENZE ESISTENTI A LIVELLO REGIONALE/PA	<p>L'integrazione socio sanitaria nella Regione del Veneto</p> <p>Il modello Veneto nell'ambito delle politiche per la salute, così come sancito dal Piano socio sanitario regionale (PSSR) 2019-2023, approvato con la l.r. n. 48 del 28 dicembre 2018, evidenzia come sua cifra qualificante la centralità della persona e la considerazione dei suoi bisogni secondo un approccio di presa in carico globale e la conseguente organizzazione coordinata e unitaria della risposta assistenziale mediante l'integrazione socio-sanitaria.</p> <p>Affinché questo modello sia sempre più aderente alle istanze dei singoli e della popolazione e al passo con le evidenze provenienti dal mondo scientifico e da numerose esperienze internazionali relative ai progressi nelle tecniche e nei paradigmi per l'assistenza continuativa e di lunga durata, si rendono necessari continui interventi di aggiornamento.</p> <p>Un nuovo impulso alle performance di sistema può essere ottenuto muovendo lungo due direttrici interconnesse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • da un lato, attraverso l'implementazione di processi volti a rafforzare i meccanismi operativi per il coordinamento delle reti costituite dai vari soggetti agenti lungo tutta la filiera assistenziale, secondo obiettivi di razionalizzazione e di ottimizzazione delle sinergie possibili; • dall'altro, concependo tali processi in coerenza con i principi di autodeterminazione e inclusione nell'obiettivo di conseguire il massimo guadagno nei livelli di qualità di vita delle persone con limitazioni. <p>Oggi, di fronte all'invecchiamento progressivo della popolazione, all'incremento nel numero delle persone non autosufficienti e di quelle con disabilità, alle mutate condizioni socio-economiche ed ai vincoli di bilancio</p>	



c99d1d8e



	<p>sempre più stringenti, è necessario considerare altre componenti strategiche, in primis, quelle dipendenti dalla stessa persona, dalla sua famiglia e dalle comunità di riferimento che devono farsi parti attive dei processi: responsabilizzazione, empowerment e welfare d’iniziativa si coniugano nella reinterpretazione delle variabili determinanti lo stato di benessere del singolo e della comunità. In questa vision strategica, la partecipazione attiva e consapevole di ciascun attore (persona, famiglia e comunità) nei processi di presa in carico dei bisogni sociali, socio-sanitari e sanitari diventa, quindi, fattore di sostenibilità e di generazione di nuove forme di inclusione.</p> <p>Con riferimento al ruolo strategico della comunità, una componente di rilievo che ha favorito la tenuta e lo sviluppo nel tempo del modello Veneto e che ancora lo contraddistingue, è la consolidata tradizione e presenza nel tessuto sociale regionale delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale, degli organismi della cooperazione e del mondo dell’associazionismo e del volontariato (“terzo settore”). Tali soggetti, aventi vocazioni, sensibilità e finalità in sintonia e convergenti con le finalità sottostanti l’intervento pubblico a favore delle persone in condizioni di bisogno e a rischio di marginalità e, nel contempo, aventi capacità di attivazione di risorse e sostegni di natura professionale ed economica, hanno contribuito con il loro apporto a dare corpo al principio di sussidiarietà. L’integrazione socio-sanitaria ed il concorso delle forme di sussidiarietà provenienti dal “terzo settore” sono divenuti punti fermi e qualificanti degli indirizzi della programmazione regionale in ambito sociale, socio sanitario e sanitario definiti nel quadro delle disposizioni di cui al D.lgs. n. 502 del 1992 e alla legge n. 328 del 2000.</p> <p>Le collaborazioni avviate con il “terzo settore” hanno favorito approfondimenti e sviluppi nei processi di presa in carico delle persone, di ogni fascia d’età, in situazioni di disagio e povertà, secondo progressioni coerenti, da una parte, con le dinamiche dei bisogni assistenziali determinate dal progressivo invecchiamento della popolazione e dai mutamenti nella composizione e nei cicli di vita delle famiglie; dall’altra, con le esigenze di prevedere interventi graduali di razionalizzazione e riconversione dell’intero sistema di offerta sociale e socio sanitario, per adattarlo, come già detto, nelle modalità di risposta alla maggiore complessità dei bisogni.</p> <p>Approccio globale alla long term care: una visione di integrazione socio-sanitaria per il welfare di iniziativa</p> <p>Il Progetto sperimentale costruito attorno al pilastro strategico dell’integrazione socio-sanitaria ha posto le basi per lo sviluppo di un approccio unitario alla cura, in particolare, delle persone affette da limitazioni funzionali, incluse le demenze, con effetti positivi nell’organizzazione della risposta ai loro bisogni e nel miglioramento della speranza e della qualità di vita, da sviluppare nel quadro dei principi di autodeterminazione e di inclusione sociale.</p> <p>In questo senso risulta essere fondamentale l’ottimizzazione degli esiti riferiti ai domini della qualità di vita delle persone, agendo con priorità sulle loro capacità funzionali in rapporto ai loro contesti di vita, scuola e lavoro, monitorando l’evoluzione e dei processi di allocazione e utilizzo delle risorse</p>
--	---



c99d1d8e



	<p>secondo criteri di equità e di evidenza scientifica e/o fondati su buone pratiche.</p> <p>La necessità di ricomporre il quadro delle risorse della rete informale in un processo unitario di determinazione della risposta assistenziale coordinata dalle aziende ULSS, risiede anche nell'entità delle risorse gestite direttamente dalle famiglie sia nella forma del caregiver interno (familiare) sia in quella del caregiver esterno (assistente familiare).</p> <p>In questo contesto è utile ricordare come la programmazione regionale abbia strutturato la propria azione, dotandosi dei seguenti parametri tecnico-organizzativi e di allocazione delle risorse:</p> <ul style="list-style-type: none">• Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMD);• due strumenti a supporto delle valutazioni: Scheda di Valutazione Multidimensionale per le persone con disabilità (S.Va.M.Di.) e Scheda di Valutazione Multidimensionale Anziani (S.Va.M.A.);• uno strumento di ricomposizione delle risorse disponibili per definire risposte appropriate alle specifiche esigenze della persona beneficiaria: progetto personalizzato concepito sulla base di pertinenti valutazioni tecnico-specialistiche e aperto alle relazioni positive attivabili nel contesto sociale di appartenenza. <p>Attraverso il funzionamento di tali parametri allestiti per la diagnosi del bisogno e per la definizione della presa in carico dell'assistito da parte del sistema, si realizza, da un lato, l'integrazione socio-sanitaria nella rete formale dei servizi territoriali, tenuto conto delle risorse della rete sociale informale disponibili e attivabili e, dall'altro, il coinvolgimento delle persone con disabilità o non autosufficienti e dei loro familiari e/o caregiver nella definizione condivisa del progetto personalizzato.</p> <p>La gestione della cronicità</p> <p>La persona ha diritto di godere del migliore stato di salute possibile e di poter accedere a cure sanitarie dedicate ed appropriate ai suoi bisogni in tutte le fasi della vita. In particolare, nel contesto attuale, con il prevalere delle patologie croniche e della multimorbidità, il sistema socio-sanitario regionale (SSSR) deve essere in grado di aiutare le persone a raggiungere il massimo grado di funzionalità possibile in relazione al proprio stato di salute.</p> <p>Vi è, quindi, l'esigenza di definire nuovi modelli assistenziali di presa in carico della cronicità, ed in particolare della multimorbidità, che si fondano sui seguenti elementi chiave:</p> <ul style="list-style-type: none">• l'adozione di un sistema di categorizzazione della popolazione assistita sulla base della coprevalenza di patologie, prevedendo l'utilizzo di uno strumento di classificazione del case mix e responsabilizzando il medico di medicina generale (MMG) o il curante nella attribuzione definitiva della persona ad un determinato profilo di morbidità e rischio;• la definizione di una filiera dell'assistenza che sia in grado di garantire le transizioni tra luoghi di cura diversi e/o livelli assistenziali differenti, attraverso nuove formule organizzative multispecialistiche a supporto, in particolare, delle dimissioni verso il
--	---



c99d1d8e



	<p>domicilio o le strutture sociosanitarie extraospedaliere, le strutture di ricovero intermedie e/o le ammissioni verso l'ospedale;</p> <ul style="list-style-type: none">• il coordinamento tra Ospedale e Territorio nella gestione di dimissioni "protette" di pazienti con patologie croniche complesse (ad es. cardiovascolari) che richiedono un percorso di follow up che integri riabilitazione e prevenzione secondaria;• la costruzione di un sistema di governance centrata sui risultati che responsabilizzi tutti gli attori (sia della struttura ospedaliera che territoriale, sia dipendenti che convenzionati) alla realizzazione della gestione integrata della cronicità, ridefinendo e potenziando il ruolo del Direttore di Distretto <p>La presa in carico della cronicità per intensità di cura e di assistenza</p> <p>Il modello regionale di presa in carico della cronicità e della multimorbilità si fonda sul concetto di intensità di cura e di assistenza, mutuandolo dall'ambito ospedaliero, per sottolineare la gradualità nell'erogazione dell'assistenza correlata al bisogno.</p> <p>A partire dalla stratificazione sopra descritta, vengono distinti due livelli di complessità:</p> <ul style="list-style-type: none">• la cronicità "semplice", che viene appropriatamente presa in carico dai team multiprofessionali dell'Assistenza primaria;• la cronicità "complessa ed avanzata", che richiede team multiprofessionali "specialistici" dedicati. <p>La popolazione del Veneto e la cronicità</p> <p>L'ultimo Rapporto epidemiologico sulle malattie croniche in Veneto (dicembre 2020), prodotto dal Servizio Epidemiologico Regionale e Registri di Azienda Zero, presenta un'analisi descrittiva delle malattie croniche più frequenti o ad alto impatto funzionale nella popolazione veneta (residenti al 31.12.2019, inclusi i soggetti deceduti nell'arco dell'anno), attraverso indicatori calcolati utilizzando lo strumento di classificazione noto come Sistema ACG® (Adjusted Clinical Groups). Dall'analisi emerge che la popolazione veneta, composta da circa 5 milioni di assistiti, è così caratterizzata: circa un terzo ha meno di 35 anni, il 23,8% ha più di 64 anni, nella popolazione ultra 65enne il rapporto Maschi/Femmine è di 1 a 1,3 e il picco viene raggiunto dopo gli 85 anni di età, con un maschio ogni 2,1 femmine. Per il 22% della popolazione, poco più di 1 milione di persone, non risultano contatti con il SSR; stratificando questa categoria per genere, la percentuale di soggetti uomini che non hanno contatti con il SSR è maggiore rispetto alle donne (25,9% versus 18,9%). In base ai codici di diagnosi riportati nei flussi informativi sanitari correnti, un terzo della popolazione complessiva (34,1%) presenta almeno una malattia cronica; tra essi il 51,1% ha una singola malattia, il 23,2% due patologie croniche compresenti, il 7,5% 5 o più patologie. Le patologie più frequenti sono l'ipertensione arteriosa (15,0%), le dislipidemie (11,3%), la depressione (6,1%) e il diabete mellito (5,6%). Stratificando per genere, le donne presentano, in percentuale maggiore rispetto agli uomini, depressione (8,1% versus 3,9%), ipotiroidismo (6,4% versus 1,3%) e altre patologie endocrine (5,4% versus 1,2%). Negli uomini si osserva una prevalenza più che doppia di malattia ischemica del</p>
--	---



c99d1d8e



		<p>cuore, raggruppamento che in questo report esclude l'infarto del miocardio. (4,0% versus 1,7%).</p> <p>Quasi un quinto della popolazione complessiva presenta un carico di malattia moderato (19,9%).</p> <p>Nella popolazione affetta da malattia, la multimorbilità e la cronicità sono le condizioni più frequenti; in particolare, l'11,5% appartiene alla categoria ACG "2-3 problemi di salute, età>34 anni", il 9,1% è classificato nell'ACG "Patologia Cronica generale, stabile" ed il 4,5% nell'ACG "Patologia Cronica generale, instabile".</p> <p>Per il 30,1% della popolazione, circa 1,5 milioni di assistiti, non sono disponibili dati sulle diagnosi, sebbene siano tracciati contatti con i servizi sanitari: si tratta soprattutto di prestazioni di specialistica ambulatoriale il cui flusso informativo corrispondente non prevede la codifica della diagnosi nel referto.</p> <p>Le strutture di prossimità</p> <p>La sperimentazione di strutture di prossimità quali soluzioni di comunità, che integrino le componenti sociali, socio-sanitarie e sanitarie, si inserisce all'interno del modello Veneto di integrazione socio-sanitaria per la promozione della salute, la prevenzione e la presa in carico e la riabilitazione delle categorie di persone più fragili, che prevede in particolare un approccio di presa in carico della cronicità e della multimorbilità per intensità di cura e assistenza e un approccio globale alla long term care.</p> <p>Per sviluppare un sistema di welfare di comunità efficace e condiviso, basato sulla reciprocità e sul riconoscimento della complessità dei bisogni delle persone, coinvolgendo le istituzioni presenti sul territorio, il volontariato locale e gli enti del terzo settore privi di scopo di lucro, alla base si devono porre l'integrazione degli aspetti sanitari e assistenziali con quelli sociali, compresi quelli abitativi, educativi, produttivi e culturali, che formano altresì le fondamenta della programmazione delle strutture di prossimità.</p> <p>In particolare, per questa esperienza progettuale, sono stati individuati progetti in tre aziende ULSS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● AULSS n. 3 Serenissima, ● AULSS n. 6 Euganea, ● AULSS n. 4 Veneto Orientale. <p>Le strutture di prossimità proposte rappresentano una prima sperimentazione indirizzata verso un modello coerente e unitario, che tenga conto delle specificità territoriali, nell'ottica di un potenziamento e riorganizzazione dei servizi offerti, migliorandone la qualità, e indirizzato verso l'attivazione delle future Case della Comunità, così come previste dal PNRR.</p>
--	--	--

5	OBIETTIVI	<ul style="list-style-type: none"> ● Prevenire l'istituzionalizzazione soprattutto dei pazienti anziani e fragili ● Ridurre la degenza media ospedaliera, laddove correlata a difficoltà di dimissione
---	------------------	--



c99d1d8e



	<ul style="list-style-type: none"> ● Contenere la lista di attesa per l'ingresso ai centri di servizio per anziani non autosufficienti ● Migliorare l'autonomia delle persone con disabilità, fornendo servizi domiciliari sanitari e sociali di comunità ● Considerare la casa come primo luogo di cura ● Sostenere il caregiver e la famiglia ● Offrire un'assistenza domiciliare e comunitaria più ampia e inclusiva ● Garantire equità di accesso all'assistenza socio-sanitaria ● Consolidare l'utilizzo della telemedicina ● Consolidare il ruolo della collettività, anche attraverso l'individuazione di una struttura, che diventa un punto di riferimento locale per le questioni sociali e sanitarie ● Promuovere un servizio integrato e un modello di intervento multidisciplinare in piena collaborazione con i Comuni del territorio ● Favorire la partecipazione della comunità locale e la collaborazione con i servizi Comunali ● Facilitare la comunità nell'accesso all'assistenza socio-sanitaria ● Garantire un accesso facilitato alle cure primarie ● Informare la comunità dei servizi offerti e coinvolgerla nella programmazione e sostegno ● Servirsi di professionisti che già lavorano nell'assistenza territoriale ed in particolare introdurre e integrare nella rete la figura dell'infermiere di famiglia o di comunità, già introdotta dal Decreto Legge n. 34/2020 ● Garantire una risposta alla domanda di salute per almeno 12 ore e 7 giorni su 7
--	---

6	RISULTATI ATTESI	
	<p><i>A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati all'esperienza esistente</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Definizione per le persone più fragili, di percorsi di continuità delle cure e di integrazione socio-sanitaria mediante il potenziamento della presa in carico multiprofessionale grazie anche alla attivazione mirata delle UVMD ● Promuovere la salute degli anziani fragili e/o non autosufficienti in ambito domiciliare e contrastare la solitudine delle persone anziane che vivono sole integrando i diversi livelli di intervento esistenti/attivabili, attraverso percorsi di continuità delle cure e di integrazione socio-sanitaria ● Essere in grado di fronteggiare situazioni di emergenza (alluvioni, pandemie, terremoti, ecc.) grazie anche al contributo delle altre strutture territoriali (Ospedale di Comunità e URT) e al potenziamento dei modelli organizzativi e delle strutture presenti nella sede della struttura di prossimità ● "Capitalizzare" l'esperienza acquisita nel periodo pandemico per definire delle modalità operative innovative per le persone fragili sia in situazione ordinaria che di emergenza ● Promuovere e rafforzare la rete di solidarietà tra persona/operatore e persona/persona ● Presidiare la salute della comunità con indicatori nuovi, non solamente legati alle prestazioni grazie anche alla cooperazione con le cartelle della Medicina Generale



c99d1d8e



<p><i>A lungo periodo, a cui tendere, raggiungibili al termine del progetto</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Ulteriore riduzione del ricorso alla ospedalizzazione presso le strutture ospedaliere di riferimento ● Costruire un modello di assistenza sostenibile ● Garantire in modo omogeneo e unitario nei diversi ambiti territoriali la gestione coordinata degli interventi a favore delle persone non autosufficienti ● Rafforzamento dell'integrazione socio-sanitaria e della multidisciplinarietà nella presa in carico della fragilità ● Rafforzamento delle sinergie tra il pubblico e il privato sociale volte a sviluppare strategie innovative per implementare e diversificare la rete dei servizi volti all'inclusione della persona fragile nel tessuto sociale e all'intercettazione di iniziali fragilità legate all'anzianità ● Supporto alla domiciliarità ● Miglioramento della flessibilità e della tempestività di presa in carico del bisogno e attivazione dei servizi ● Incremento del livello di partecipazione della comunità ● Promozione della telemedicina e della sanità digitale
---	---

7	PUNTI DI FORZA	
	Indicare i punti di forza	Indicare le strategie/azioni per l'implementazione
	<p>L'attuale sistema Veneto delle Medicine di Gruppo Integrate già attive permette importanti esperienze di integrazione sia dal punto di vista strettamente clinico, sia dal punto di vista della multi-professionalità.</p> <p>L'integrazione in tanti casi è realizzata anche con altri servizi territoriali/Aziendali (in particolare quelli distrettuali) e tra il sistema pubblico e il privato sociale.</p> <p>Altro punto di forza che caratterizza l'esperienza Veneta è l'integrazione storica con i servizi Sociali comunali e un'importante presenza e classificazione del terzo Settore.</p> <p>Sinergia tra soggetti pubblici e privati, in particolare del terzo settore, accomunati da uno stesso obiettivo, con condivisione di idee, risorse, professionalità.</p> <p>Prossimità fisica delle strutture all'utenza. Nel territorio individuato le strutture pubbliche (sia di proprietà dell'Azienda, che degli enti territoriali), i centri servizi, le associazioni di volontariato sono ben rappresentati e, se messi in rete, permettono di sviluppare un appropriato servizio di prossimità.</p>	<p>Partendo dall'esperienza di tre MGI coinvolte nella sperimentazione si punta a implementare la loro modalità di lavoro integrandola con le funzioni, modalità organizzative, caratteristiche previste per le strutture di prossimità</p> <p>Grazie ai diversi tavoli della programmazione prevista nei Piani di Zona verranno ulteriormente potenziate e favorite le esperienze di integrazione e collaborazione con i Comuni ed il Privato Sociale.</p> <p>Attivazione di nuovi rapporti di collaborazione fondati sulla coprogettazione/condivisione per individuare elementi di trasversalità tra aree e azioni innovative.</p> <p>Il soggetto pubblico promuove la co-progettazione e ridefinisce il proprio ruolo diventando attivatore e integratore di risorse del territorio.</p> <p>Mantenimento dello schema partecipativo esteso dei gruppi di lavoro, in analogia a quanto previsto dai Piani di Zona.</p>



8	PUNTI DI DEBOLEZZA	
	Indicare i punti di debolezza	Indicare le strategie/azioni per la riduzione
	<p>Nelle realtà oggetto della sperimentazione non viene applicata dappertutto la delega dei Servizi Sociali permessi dalla normativa vigente.</p> <p>La difficoltà nell'attuare il passaggio da MGI (seppur inserite in contesti particolarmente "attrezzati" in termini di presenza di altre attività previste dalle linee di indirizzo del PNRR) a struttura di prossimità potrebbe essere rappresentata dalla necessità di vincere la resistenza delle figure professionali ad una più spinta integrazione.</p> <p>Resistenza di alcune figure professionali ad un'integrazione dei servizi offerti, per necessità di formazione/informazione/coinvolgimento negli obiettivi a lungo termine.</p> <p>Altra criticità potrebbe nascere dalla difficoltà di attuare una reale integrazione di tipo funzionale in mancanza di dotazioni tecnologiche e informatiche idonee.</p> <p>Carenza di sistemi informativi integrati.</p>	<p>Implementare grazie anche alle nuove realtà delle ATS l'esercizio della piena delega dei Servizi Sociali.</p> <p>Mettere a punto un modello di integrazione che miri grazie anche ad un importante impegno formativo sul campo alla piena realizzazione dell'equipe multiprofessionale come declinata all'interno del PNRR.</p> <p>Adeguare gli interventi di formazione e potenziare le attività di comunicazione e condivisione degli obiettivi, con operatori dei servizi, volontari, terzo settore.</p> <p>Potenziare la disponibilità di dotazioni tecnologiche e sistemi informativi in grado di cooperare e favorire lo scambio di informazioni tra i professionisti e la conseguente conoscenza e presa in carico.</p> <p>Accelerare l'integrazione dei sistemi informativi.</p>

9	DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO	Data inizio prevista	Data termine prevista
		2022	30 giugno 2023

10	DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO	
	<p>Linee di intervento trasversali</p> <p>Strutture di prossimità, il PUA e la relazione con il sistema territoriale</p> <p>Per quanto riguarda le modalità di relazione e di coordinamento nelle strutture di prossimità, secondo le indicazioni nazionali, è individuato il Punto Unico di Accesso (PUA) - front-office con il compito di accogliere le domande del cittadino in grado di decodificare il bisogno socio-sanitario anche complesso, individuare le risposte in collegamento con le UO Cure Primarie, la Medicina Generale, la Centrale ADI, l'attività infermieristica di Famiglia e Comunità e i Servizi Sociali Comunali. Nelle strutture di prossimità il Punto Unico è integrato da Assistenti Sociali e svolge le funzioni di Porta Integrata di Accesso all'intera rete dei servizi sociali, sociosanitari e sanitari territoriali, punto di accoglienza e non solo di accesso formale. Il PUA è uno dei nodi territoriali</p>	



c99d1d8e



della Centrale Operativa Territoriale (COT) o Centrale della Continuità, Servizio Aziendale che svolge H24 per 365 giorni all'anno la funzione di regia/coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali.

Il sistema informativo si basa sull'interconnessione degli applicativi della Medicina Generale, dell'ADI e delle strutture sociosanitari e sociali comunali, tramite la cooperazione informativa dei diversi applicativi.

Le strutture di prossimità devono dunque poter avere a disposizione in modo permanente e strutturato le informazioni e i dati sanitari, socio-sanitari e sociali disponibili dai diversi gestionali Aziendali, in formati fruibili e rielaborabili per essere in grado di valutare il quadro dei bisogni e delle risorse formali e sociali disponibili, utili per il dialogo con la comunità e per le riflessioni operative dei professionisti.

Da un punto di vista strutturale la sperimentazione parte dall'individuare sedi "HUB" nelle quali siano già presenti buone prassi consolidate di collaborazione tra la Medicina Generale, in particolare nella forma delle Medicine di Gruppo Integrate e i servizi distrettuali.

Esse indubbiamente rappresentano la base per avviare il processo di passaggio alla struttura di prossimità oggetto della sperimentazione e in questa ottica dovranno garantire requisiti minimi indispensabili quali uno spazio adeguato per l'accoglienza (che è servizio essenziale e non semplice snodo organizzativo) e la gestione delle reti informative, comprese le reti di telemedicina e altre modalità di garanzia per le persone, soprattutto quelle fragili, in una chiara ottica di deistituzionalizzazione e di valorizzazione di tutti gli interventi al domicilio.

Per quanto attiene la formazione, l'obiettivo è quello di raggiungere, rispetto ai professionisti che operano nelle strutture di prossimità, un nuovo equilibrio tra le competenze recuperando, accanto a quelle tecnico-specialistiche, altre competenze come l'adottare una visione di sistema e agire in una logica processuale e di integrazione sociosanitaria, l'essere orientati agli esiti, la capacità di ascolto, lo sviluppo di opportunità di empowerment, il lavorare in squadra ed essere orientati all'innovazione e al cambiamento, il garantire la circolazione delle informazioni e la capacità di valutare il proprio lavoro.

Il raggiungimento degli obiettivi generali e specifici prevede l'approfondimento di **5 principali linee di attività** che sono di seguito brevemente descritte in termini di:

1. Telemedicina

Nell'ottica dell'integrazione con la specialistica ed in collaborazione con la MG, il progetto prevede lo sviluppo organizzativo di reti di professionisti in grado sostenere un'implementazione efficace di soluzioni tecnologiche relativa alla telemedicina nei diversi casi d'uso:

- Teleconsulenza (professionista con professionista): che permetta a medici di assistenza primaria, specialisti e altri professionisti della salute di agire, pur a distanza, come un vero e proprio team, coinvolgendo in questo modo anche i professionisti che non sono direttamente coinvolti nella struttura di prossimità;
- Televisita (professionista con paziente) che permetta di interagire con la persona situata al proprio domicilio o in un'altra struttura rispetto al professionista;
- Teleriabilitazione;
- Telemonitoraggio nella presa in carico delle persone con bisogni complessi che non necessitano di ricovero, al fine di prevenire precipitazioni dello stato di salute.

Supporto nell'adozione di tecnologie informatiche e assistive a domicilio

La gestione della cronicità e la continuità dell'assistenza si avvalgono fortemente del contributo delle tecnologie innovative, e più in generale dell'ICT (Information and Communication Technology), per garantire la realizzazione di una modalità operativa di rete, che integri i vari attori istituzionali e non istituzionali deputati alla presa in carico del paziente cronico. In particolare, nelle



c99d1d8e



nuove forme d'aggregazione dei medici di medicina generale, legate allo sviluppo delle Case della Comunità, con il coordinamento delle Centrali Operative Territoriali il telemonitoraggio rappresenta un esempio di come la tecnologia possa supportare un'efficace operatività di tali forme organizzative, anche ai fini della gestione della cronicità. Analogamente per patologie croniche a stadi avanzati e gravi, il supporto delle tecnologie può consentire di mantenere il paziente a casa. La domiciliarità può esser più agevolmente sostenuta se vi è la possibilità di prevedere accessi periodici a domicilio da parte di operatori qualificati o, per casi meno complessi ed in presenza di utenti con discreti livelli di compliance, se il monitoraggio può essere realizzato anche da remoto, ad esempio in forma telematica, per acquisire alcuni parametri vitali e bioindicatori, o ancora con l'utilizzo di schermi touch e web cam che permettono il contatto con un operatore in grado di interagire con la persona. La tecnologia informatica non permette solo di compensare, amplificare e integrare gli stimoli e le abilità delle persone anziane ma anche di comprenderne il funzionamento, di scoprire e quantificare, attraverso la possibilità di registrazione della prestazione, l'efficacia della stimolazione cognitiva o anche di una pratica riabilitativa.

Il servizio di telemonitoraggio - con il coordinamento delle Centrali Operative Territoriali - può infatti prevedere:

- attivazione periodica di contatti diretti con utenti che vivono situazioni critiche, temporanee o stabili, di particolare rischio sociale e/o sanitario anche sottoponendo ai medesimi utenti una check list di domande, eventualmente definite dagli operatori del distretto, sulla base delle condizioni di salute dell'assistito;
- monitoraggio telematico di alcuni parametri vitali attraverso la fornitura e l'attivazione di idonei sistemi tecnologici nonché la predisposizione di un elenco di domande preparate dai servizi distrettuali da sottoporre all'utente per la completa valutazione dei suoi bisogni.

Il servizio di telemonitoraggio per soggetti con specifica patologia prevede l'attivazione del monitoraggio telematico domiciliare di alcuni parametri vitali e bioindicatori per pazienti, in particolare affetti da scompenso cardiaco e BPCO, attraverso la messa a disposizione di sistemi tecnologici con modalità che saranno previste da specifici protocolli Aziendali.

Il servizio di telemonitoraggio rappresenta inoltre un ulteriore strumento a supporto della autogestione della malattia cronica a domicilio operando con il medico di medicina generale e l'infermiere di famiglia o comunità per ridurre il rischio di inefficace gestione del regime terapeutico.

2. COT

La Centrale Operativa Territoriale (con un livello di coordinamento unico *hub* a livello Aziendale, ma con articolazioni *spoke* in tutti i distretti e i presidi ospedalieri, e la relazione con le Centrali Operative ADI, Punti Unici di assistenza (PUA) e i Nuclei Continuità delle Cure (NCC):

- coordina la transizione (dimissione) delle persone ricoverate in ospedale verso il trattamento domiciliare protetto o l'inserimento temporaneo e/o definitivo residenziale, a supporto e in collaborazione con le UOC Cure Primarie distrettuali;
- coordina la presa in cura delle persone in assistenza domiciliare e le eventuali transizioni verso altri luoghi di cura o altri livelli assistenziali, a supporto e in collaborazione con le UOC Cure Primarie distrettuali;
- coordina la transizione (ammissione/dimissione) delle persone inserite presso le strutture intermedie e ne monitora i percorsi;
- assicura, a supporto dei Direttori della Funzione Territoriale e della Funzione Ospedaliera e del Direttore del Dipartimento di Prevenzione, la funzione di coordinamento e comunicazione unitaria, anche telefonica in favore dei MMG, PLS, MCA e loro aggregazioni, dei SISP e servizi territoriali, delle strutture di ricovero intermedie, delle strutture residenziali, per individuare il percorso più appropriato dei pazienti fra ospedale e territorio;



- costituisce il luogo di coordinamento della gestione delle transizioni ed il punto di raccordo tra Ospedale, Distretto e Dipartimento di Prevenzione.

3. Integrazione sociosanitaria

Data per associata la definizione di salute dell'OMS quale stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplice assenza di malattia, l'integrazione sociosanitaria rappresenta un elemento fondamentale per garantire la salute di una comunità. Il Piano sanitario 1998-2000 aveva descritto la sfida dell'integrazione a quattro livelli: istituzionale, gestionale, professionale e comunitario. Il DPCM 12 gennaio 2017 "Definizione ed aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502", prevede all'art. 21 che il SSN garantisca "l'accesso unitario ai servizi sanitari e sociali, la presa in carico della persona e la valutazione multidimensionale, sotto il profilo clinico, funzionale e sociale".

La sfida dell'integrazione può essere vinta se dal momento dell'analisi della domanda e della valutazione del bisogno in UVMD è assicurata la presenza del Servizio Sociale Professionale che si affianca alle altre figure professionali. L'integrazione delle capacità, delle competenze e delle responsabilità consentono di conseguire, infatti, migliori outcome personalizzati.

Co-progettazione dei servizi con i Comuni, associazioni ed enti del Terzo Settore

L'obiettivo di integrare le componenti sociali, socio-sanitarie e sanitarie, compresi i bisogni abitativi, educativi, produttivi e culturali, base di un sistema di welfare di comunità efficace e condiviso, necessita del coinvolgimento delle istituzioni presenti sul territorio, del volontariato locale e degli enti del terzo settore.

4. Partecipazione della comunità

La struttura di prossimità quale modello di organizzazione dei servizi di cure primarie secondo i principi di prossimità, di attenzione alle situazioni locali, di conoscenza del territorio e di azioni di rete prevede la creazione di relazioni strutturate con associazioni e realtà del territorio in cui si trova.

5. Team multiprofessionali e Infermiere di Comunità

Negli anni recenti si è assistito a un importante cambiamento dei bisogni assistenziali della popolazione. In particolare l'aumento della frequenza di patologie croniche, il progressivo invecchiamento della popolazione, la crescente semplificazione della dimensione e composizione delle famiglie e la riduzione del circa il 50% degli anni di vita liberi da disabilità nelle persone sopra i 65 anni, hanno condotto a un ripensamento del modello assistenziale, non più incentrato sull'ospedale, ma orientato verso un'offerta territoriale focalizzata sul contesto di vita quotidiana della persona.

La Regione del Veneto da anni promuove uno sviluppo pianificato ed omogeneo delle cure domiciliari attraverso un'organizzazione che garantisca la continuità dell'assistenza con il pieno coinvolgimento del medico di famiglia, valorizzando il ruolo dell'infermiere quale figura di collegamento e facilitatore organizzativo e responsabilizzando la famiglia/caregivers nell'attuazione del Progetto Assistenziale Individualizzato.

La riorganizzazione avviata nel 2015 (DGR n. 751/2015) ha recepito il modello di assistenza territoriale che prevede l'istituzione di Medicine di Gruppo Integrate, quali team multiprofessionali che assicurano una presa in carico effettiva della cronicità e assumono la responsabilità verso la salute della Comunità collaborando con gli attori locali.

La LR n.48/2018 PSSR 2019-2023 prevede l'istituzione del modello dei Team multiprofessionali di assistenza primaria per la presa in carico della "cronicità semplice", e cioè persone affette da una singola patologia o da patologie multiple non complesse, pari a circa il 39% della popolazione.

Anche il Patto per la Salute 2019-2021 prevede la valorizzazione della professione infermieristica nell'ambito dell'assistenza territoriale, finalizzata alla copertura dell'incremento dei bisogni di



c99d1d8e



continuità assistenziale, di aderenza terapeutica, in particolare in soggetti fragili e/o affetti da multimorbilità, in un'ottica di integrazione con i servizi socioassistenziali.
Con il DL n. 34/2020, art. 1 c. 5, convertito in L. 17 luglio 2020, n.77, viene disposta l'introduzione della figura dell'infermiere di famiglia e di comunità al fine di rafforzare i servizi infermieristici e potenziare la presa in carico sul territorio che si inseriscono in modo coerente nei team che compongono l'equipe nelle strutture di prossimità.

Le progettualità in tre aziende ULSS

Azienda ULSS n. 3 Serenissima

Sede individuata

Nell'Azienda ULSS 3 Serenissima la sede individuata per la sperimentazione è la sede di Noale – Largo S. Giorgio 3 - nella quale sono già avviate molte delle componenti e delle attività che dovranno essere garantite da una Casa della Comunità.

Analisi della popolazione interessata

Il bacino d'utenza comprende oltre al Comune di Noale anche i comuni limitrofi di S. Maria di Sala, Salzano e Scorzè. Fanno riferimento per altri servizi (Poliambulatorio, Punto Prelievi, Centro Diabetologico, Ospedale di Comunità, URT, Servizio di Continuità Assistenziale, Servizio di Medicina dello sport, Servizi per gli screening oncologici, Unità USCA ecc.) tutta la popolazione dei 7 Comuni dell'area nord del Distretto 3 di Mirano Dolo con una popolazione complessiva di circa 140.000 abitanti.

Valutazione della sostenibilità socio-sanitaria e della partecipazione sociale

La storica collaborazione tra l'Azienda ULSS 3 ed i Comuni si è ulteriormente rafforzata nella recente Pandemia e verrà ulteriormente rafforzata dall'imminente nascita della Unione tra i 7 Comuni.

Esperienze di integrazione sociosanitaria che possano costituire la base della sperimentazione

La Medicina di Gruppo Integrata (MGI) di Noale, è collocata all'interno dell'ex ospedale di Noale ed è composta al momento da 7 Medici di Medicina Generale, 2,6 infermieri tempo pieni equivalenti e 3,5 personale di studio tempo pieni equivalenti. Il bacino di utenza è di circa 10.500 assistiti.

Sulla base di quanto previsto dal contratto di esercizio (DGR 751/2015), la MGI si prende carico dei pazienti iscritti nelle liste. Inoltre si occupa della gestione dei pazienti affetti da diabete, scompenso cardiaco, broncopneumopatie cronico-ostruttive, ed in terapia anti-coagulante, fornendo le correlate attività di prevenzione e la promozione di corretti stili di vita. Per svolgere tali attività, la MGI è fornita delle seguenti strumentazioni: coagucheck, spirometro, ecg, tutti in rete con l'ospedale di riferimento di Mirano per la refertazione da parte degli specialisti interessati.

Nel Poliambulatorio della struttura esiste una forte collaborazione ed integrazione con il Centro Antidiabetico e la UOC Medicina dello Sport.

Attività previste

Attività previste dalle linee di intervento trasversali

Azienda ULSS n. 6 Euganea

Nell'Azienda ULSS 6 Euganea, il Distretto 5 Padova Sud si estende per un'ampia area (888,84 km²), in prevalenza pianeggiante, con una parte collinare nella parte settentrionale centrale (Area di Este e Monselice). Il territorio presenta caratteristiche urbane/suburbane nelle zone settentrionali e



c99d1d8e



prettamente rurali in quelle meridionali. Le vie di comunicazione sono prevalentemente costituite da vie secondarie con trasferimenti/trasporto su ruota, anche se il territorio viene intersecato da due tratti autostradali (A13 Padova-Bologna e A31 Piovene Rocchette-Rovigo) e da due collegamenti ferroviari (Padova-Mantova e Padova Bologna).

La sede individuata per la sperimentazione è la sede di Este – via S. Fermo, 10. Il progetto prevede il potenziamento delle attività presso l'ex ospedale di Este attualmente utilizzato quale sede della Medicina di Gruppo Integrata e quale sede distrettuale, finalizzato alla costituzione di una struttura di prossimità, con una serie di servizi integrati.

Analisi della popolazione interessata

La densità abitativa risulta essere la più bassa di tutti i Distretti dell'ULSS 6 Euganea (200,6 ab/km²). Uno degli indicatori economici più importanti è l'indice di dipendenza (rapporto tra popolazione attiva e inattiva) è pari al 57% a fronte di una media per Ulss pari al 56%. L'indice di struttura della popolazione è pari al 161,3% maggiore di quello medio dell'intera Ulss euganea di 10 punti percentuali. A questo corrisponde un indice di ricambio (rapporto percentuale tra le persone che vanno in pensione e quelle che entrano nel mercato di lavoro) pari al 163,4%. Questo si riflette con il fatto che l'indice di vecchiaia si rivela il più elevato di tutta l'Azienda: 207,66%. Per il 2026, prevedendo l'attuale struttura demografica della popolazione ora residente, si prevedono circa 45.000 soggetti over 65 (25% del totale) e 15.000 over 75 anni (12% del totale).

Valutazione della sostenibilità socio-sanitaria e della partecipazione sociale

La storica collaborazione tra l'Azienda ULSS 6 ed i Comuni si è ulteriormente rafforzata nella recente Pandemia.

Esperienze di integrazione sociosanitaria che possano costituire la base della sperimentazione

La Medicina di Gruppo Integrata (MGI) di Este, è collocata all'interno dell'ex ospedale di Este in via San Fermo 10, ed è composta al momento da 14 Medici di Medicina Generale, 5.8 infermieri tempo pieni equivalenti e 8.6 personale di studio tempo pieni equivalenti. Il bacino di utenza è di circa 21.000 assistiti, e per la particolare conformazione orografica del territorio di cui fanno parte i medici della MGI di Este, è stato ritenuto strategico che 9 medici mantenessero gli studi periferici ubicati nei comuni limitrofi ad Este. Sulla base di quanto previsto dal contratto di esercizio, la MGI si prende carico dei pazienti iscritti nelle liste. Inoltre si occupa della gestione dei pazienti affetti da diabete, scompenso cardiaco, broncopneumopatie cronico-ostruttive, ed in terapia anti-coagulante, fornendo le correlate attività di prevenzione e la promozione di corretti stili di vita. Per svolgere tali attività, la MGI è fornita delle seguenti strumentazioni: coagucheck, spirometro, ecg, fundus camera, tutti in rete con gli ospedali riuniti Madre Teresa di Calcutta per la refertazione da parte degli specialisti interessati. Oltre a quanto previsto dal contratto di esercizio, la MGI offre la possibilità di prenotazione delle prestazioni specialistiche prescritte dalla MGI presso la sede centrale tramite accesso diretto agende (indicatore: almeno il 10% delle prestazioni specialistiche prenotate a livello della sede della MGI).

Attività previste

Attività previste dalle linee di intervento trasversali

Azienda ULSS n. 4 Veneto Orientale

Nell'Azienda ULSS 4 Veneto Orientale il territorio individuato per la sperimentazione della struttura di prossimità è quello dell'ambito portogruarese, costituito dai Comuni di Portogruaro, Caorle, San Michele al Tagliamento, Annone Veneto, Concordia Sagittaria, Cinto Caomaggiore, Fossalza di Portogruaro, Gruaro, Pramaggiore, Teglio Veneto.

In tale ambito operano il presidio ospedaliero di Portogruaro, le sedi distrettuali di Portogruaro,



c99d1d8e



Caorle e San Michele al Tagliamento e alcuni Centri Servizi Residenziali per anziani.

Analisi della popolazione interessata

Il territorio dell'Azienda Ulss 4 Veneto Orientale comprende 21 Comuni, con una popolazione complessiva di n. 227.674 abitanti (alla data del 31/12/2020), di cui nell'ambito portogruarese la popolazione è di circa 81.200 abitanti.

Nell'ambito individuato, in particolare in alcuni comuni, l'indice di vecchiaia è superiore alla media Aziendale.

Per quanto riguarda i principali trend demografici si registrano a livello Aziendale delle dinamiche di invecchiamento complessivo della popolazione residente che impongono di progettare modelli di welfare sostenibile che permettano di rispondere al bisogno di assistenza che prevedibilmente seguirà l'andamento della curva demografica.

Dal confronto con i dati riferiti agli ultimi 10 anni, a livello Aziendale si rileva un trend decrescente della popolazione complessiva del territorio, riferibile al calo della natalità, come rappresentato nel grafico seguente.

Si precisa che l'aumento demografico nell'anno 2018 è dovuto all'annessione avvenuta del Comune di Cavallino Treponti al territorio dell'Azienda Ulss 4 Veneto Orientale.

Analizzando i dati per fasce di età, è possibile evincere come le persone ricomprese nel range dai 45 ai 59 anni rappresentino la percentuale maggiore in termini di numerosità. Nella rappresentazione grafica sottostante, la cosiddetta piramide delle età, viene riepilogata la suddivisione della popolazione residente nel territorio dell'Azienda Ulss 4 Veneto Orientale, distinta per fascia di età e sesso. Interessante è anche valutare l'incidenza percentuale delle varie fasce di età sul totale della popolazione residente rispetto all'annualità precedente, sia in termini regionali che di ambito territoriale dell'Azienda Ulss 4 Veneto Orientale. Si nota, infatti, come ci sia una diminuzione di popolazione nelle fasce di età 0-14 e 15-64, mentre un incremento nella fascia che comprende la popolazione oltre i 65 anni. Le due dinamiche contrapposte che vedono da una parte la diminuzione delle nascite e dall'altra il contestuale aumento della popolazione con più di 65 anni, sono chiari indicatori dell'abbassamento del tasso di natalità e dell'incremento dell'indice di vecchiaia. Di seguito si riportano i grafici di alcuni indicatori demografici, comparando i dati dell'Azienda Ulss 4 Veneto Orientale con quelli del Veneto e dell'Italia negli ultimi dieci anni. L'indice di vecchiaia misura il numero di anziani presenti in una popolazione ogni 100 giovani, permettendo così di analizzare il livello di invecchiamento dei residenti di un territorio. È calcolato secondo il rapporto percentuale tra la popolazione con oltre 65 anni e la popolazione di età ricompresa tra 0-14 anni. In questo caso, l'indicatore riferito al territorio dell'Azienda Ulss 4 Veneto Orientale è ben superiore rispetto sia alla media regionale che a quella nazionale. Questo trend in costante crescita è dovuto principalmente all'aumento dell'aspettativa di vita e alla contestuale riduzione del tasso di natalità.

L'indice di dipendenza anziani è, invece, il rapporto tra la popolazione con più di 65 anni e la fascia di popolazione in età convenzionalmente attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100. Analogamente all'indice di vecchiaia, anche i valori dell'indice di dipendenza anziani nel territorio dell'Azienda Ulss4 risultano superiori a quelli regionali e nazionali.

Valutazione della sostenibilità socio-sanitaria e della partecipazione sociale

Nel territorio dell'Azienda sanitaria gli interventi di progettazione nell'ambito socio-sanitario sono strutturati secondo uno schema partecipativo esteso, comprensivo di tutti i diversi attori, istituzionali e non, che rappresentano il sistema di offerta di interventi sociali e socio sanitari nel territorio dell'Azienda ULSS 4.

L'ampia partecipazione alla redazione dei Piani di Zona ha favorito da un lato l'aumento della consapevolezza del ruolo di rappresentanza ricoperto da ciascun componente dei tavoli, dall'altro ha rafforzato il senso di appartenenza ad un sistema integrato, formato da un insieme di reti, formali e informali, che ne costituiscono la struttura portante.

C'è la consapevolezza di voler progettare un nuovo modello di welfare, con riferimento ad una più



c99d1d8e



ampia e trasversale visione di inclusione sociale.

Il Comune di Portogruaro è comune capofila dello strutturando Ambito Territoriale Sociale (ATS), il quale rafforzerà anche a livello operativo il rapporto di collaborazione tra Azienda ULSS e i Comuni, con i quali sono già stati avviati i lavori per un'analisi dei bisogni allargata, rivolta all'individuazione delle disuguaglianze, delle vulnerabilità e delle fragilità ancora sommerse.

Esperienze di integrazione sociosanitaria che possano costituire la base della sperimentazione

L'esistenza della Centrale Operativa Territoriale (COT) e dello Sportello Integrato vedono facilitati i percorsi di integrazione socio-sanitaria nella presa in carico della persona fragile.

E' stata attivata, tra i progetti di potenziamento del sistema delle cure primarie, la figura dell'infermiere di famiglia che si integra con le attività degli infermieri dell'assistenza domiciliare e delle cure palliative, con l'attività dei medici di medicina generale, con l'area sociale dei comuni, con la COT, in particolare per le persone fragili in transito tra diversi livelli di cura con bisogno di continuità e di orientamento all'interno della rete dei servizi, anche di tipo socio-assistenziale.

Nel contesto territoriale, inoltre, esistono consolidate forme di collaborazione tra il Terzo Settore, i Comuni e l'Azienda.

Significativo è il contributo alla rete dei servizi dato dai Centri Servizi Residenziali, che negli anni hanno proseguito il percorso di superamento della logica delle case di riposo per spostarsi, in attuazione delle linee guida regionali, verso la piena attuazione dei Centri di Servizi per la persona anziana offrendo una sempre più ampia diversificazione dell'offerta e una sempre maggiore apertura al territorio, sviluppando strategie volte a integrare i bisogni espressi con i servizi offerti dai Centri. In questo modo il Centro Servizi non è più solo una struttura ricettiva per l'accoglienza dell'anziano, ma diventa una risorsa del territorio in grado di dare risposte globali ai bisogni delle persone in una visione d'integrazione con i servizi sociali e sociosanitari.

Attività previste

- Attività previste dalle linee di intervento trasversali
- Progettualità specifica

La progettualità presso l'Azienda ULSS 4 prevede alcune azioni e linee di intervento specifiche:

- a) sviluppo di percorsi per la gestione domiciliare dei pazienti fragili attraverso il telemonitoraggio e Osservazione Breve a Domicilio (O.B.D.), in particolare:

Identificazione del target dei pazienti fragili

Le persone possono essere prese in carico con queste modalità:

- telemonitoraggio di base: pazienti individuati con il MMG con il supporto del sistema ACG, non in carico all'ADI, ultra 65enni;
- telemonitoraggio per specifica patologia (scompenso cardiaco, BPCO,...): individuati con il MMG con il supporto del sistema ACG;
- osservazione breve a domicilio: assistibili a domicilio, che presentano una condizione ad alta probabilità di ospedalizzazione, individuati anche con il supporto del sistema ACG.

Osservazione Breve a Domicilio (O.B.D.)

L'Osservazione Breve a Domicilio (O.B.D.) è un modello organizzativo nell'ambito delle cure domiciliari che permette di gestire e monitorare la domanda non programmata di prestazioni sanitarie. Si configura come un mix di attività e risorse che comprendono, oltre all'osservazione medica ed infermieristica, un insieme di prestazioni di base sia di natura diagnostica che terapeutica.

Con l'O.B.D. possono essere attuati rapidamente percorsi diagnostici e terapeutici, con risultati apprezzabili per il paziente e con il vantaggio di un risparmio economico rispetto ad un pari risultato ottenuto mediante un ricovero o accesso in Pronto Soccorso.



c99d1d8e



E' realizzata da un team di professionisti che intervengono a domicilio per una valutazione clinico-terapeutica-assistenziale, con la possibilità di effettuare esami di laboratorio/strumentali ed interventi terapeutici, osservare l'evoluzione del quadro clinico del paziente nel breve periodo, prima di decidere circa la necessità di un ricovero ospedaliero o di attivare una presa in carico territoriale ad elevata intensità.

Le situazioni cliniche che giustificano l'attivazione dell'O.B.D. sono quelle che necessitano, per soggetti anziani fragili, di un iter clinico diagnostico e terapeutico attivabile anche a domicilio.

L'O.B.D. si interfaccia con:

- medico di medicina generale e medico di continuità assistenziale: condivide la situazione clinica e gli interventi effettuati e concorda la continuità assistenziale anche attraverso l'attivazione di nuovi livelli assistenziali o setting di cura.
 - centrale di telemonitoraggio: per gli aggiornamenti degli interventi effettuati e/o da effettuare se il paziente è in carico alla centrale stessa.
 - COT: per la programmazione e la gestione dei percorsi territoriali e di continuità ospedale-territorio/territorio-territorio. La COT costituisce uno strumento utile al miglioramento della presa in carico dei bisogni della persona fragile nel passaggio tra i diversi setting assistenziali.
- b) attività diagnostica a domicilio e presso le strutture residenziali extraospedaliere, in particolare:

La possibilità di garantire indagini diagnostiche a domicilio dei pazienti fragili, quali ad esempio allettati, con importanti difficoltà nella deambulazione, con pluripatologie o per coloro che sono ospiti in struttura residenziale, risponde a diversi obiettivi:

- 1) ridurre il disagio per l'utente, che si viene a determinare nel trasferimento, di norma con ambulanza (trasporto secondario) dal domicilio/Centro servizi all'ospedale, garantendo così anche una reale e completa presa in carico domiciliare, salvaguardando la "centralità" della persona;
- 2) contenere l'accesso ai servizi di diagnosi e cura dell'ospedale, che possono così più agevolmente gestire l'acuzie. Va poi considerato che un paziente fragile, allettato, comporta nella fase di presa in carico un impegno particolare per gli operatori dei servizi (accoglimento, informazione, posizionamento, svestizione/vestizione, ecc.);
- 3) riduzione del costo determinato dal trasporto dal domicilio/centro servizi all'ospedale.

Azioni a supporto del progetto sperimentale

Al fine di monitorare e verificare puntualmente l'avanzamento delle attività previste dal progetto, nonché fornire l'eventuale supporto necessario alle Aziende ULSS, la Regione del Veneto si avvale del supporto di **Azienda Zero**, anche attraverso:

- la verifica ed adozione dei **flussi informativi** necessari allo scopo,
- la predisposizione di indicatori di processo per l'analisi creati ad hoc;
- l'implementazione di un **sistema di monitoraggio**.

Le **Aziende ULSS**, responsabili della declinazione ed implementazione a livello territoriale del progetto, in relazione allo stato di avanzamento degli interventi programmati ed in accordo con



c99d1d8e



quanto previsto dalla normativa nazionale e dagli atti di indirizzo adottati a livello regionale in materia di assistenza territoriale, possono rimodulare il presente progetto in accordo con la Regione.
--

11	INDICATORI DI RISULTATO PREVISTI
	<p>Rafforzamento dell'integrazione socio-sanitaria e della multidisciplinarietà</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Percentuale dimissioni complesse segnalate informaticamente con modulistica di valutazione condivisa, sul totale delle dimissioni complesse degli assistiti in carico ai MMG afferenti alla struttura di prossimità ● Percentuale PAI sul totale delle segnalazioni di bisogno al PUA di riferimento della struttura di prossimità ● Numero di dimissioni ospedaliere protette con progetto di cure domiciliari nei pazienti over 75 con accesso infermieristico a domicilio entro 48h dalla dimissione <p>Supporto alla domiciliarità</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Percentuale di anziani over 65 assistiti dai MMG afferenti alla struttura di prossimità in Cure Domiciliari con valutazione sul totale anziani over 65 in Cure Domiciliari <p><i>(L'indicatore rileva i casi per i quali è stata effettuata una valutazione, utilizzando l'apposita scheda di valutazione unica o tramite l'Unità di Valutazione Multidisciplinare, come da flusso regionale ADI/RSA)</i></p> <p>Miglioramento della flessibilità e della tempestività di presa in carico del bisogno e attivazione dei servizi</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Percentuale di assistiti della struttura di prossimità per i quali la presa in carico è avvenuta entro 30 giorni dalla segnalazione ● Numero di anziani fragili presi in carico dal team multiprofessionale ● Numero di osservazioni brevi a domicilio attivate <p><i>(Per normativa regionale l'UVMD deve approvare il PAI entro 30 giorni dalla data di segnalazione del bisogno, flusso regionale FAR)</i></p> <p>Incremento del livello di partecipazione della comunità</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Numero di Incontri di Educazione all'Autogestione delle malattie croniche organizzati dalla struttura di prossimità nel corso della sperimentazione ● Numero incontri di Educazione all'Autogestione delle malattie croniche condotti da conduttori volontari (pari o laici) rispetto al totale degli incontri organizzati dalla struttura di prossimità ● Convocazione incontri formali con Gruppi del Terzo settore almeno due volte all'anno con almeno una convocazione in forma aperta ai cittadini ● Numero momenti di incontro tra le istituzioni e le associazioni maggiormente rappresentative delle persone anziane e dei loro familiari ● Numero azioni volte a favorire l'orientamento e l'informazione delle persone anziane e loro familiari in merito alla rete dei servizi e delle opportunità del territorio <p>Promozione e utilizzo della telemedicina e della sanità digitale</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Percentuale di agende specialistiche di Zona attivate in Televisita ● Numero prestazioni effettuate in Televisita per branca; ● Numero di tele consulenze tra specialisti e Medici di Medicina Generale degli ambulatori periferici ● Numero di pazienti fragili per cui viene attivato il telemonitoraggio



c99d1d8e



	<ul style="list-style-type: none">• Numero di teleconsulenze tra specialisti e medici di medicina generale <p>Monitoraggio delle risorse impiegate</p> <ul style="list-style-type: none">• Monitoraggio del rapporto costo osservato / costo atteso nella popolazione in carico alla struttura di prossimità• Monitoraggio del rapporto costo osservato / costo atteso nella popolazione affetta dalle principali malattie croniche in carico alla struttura di prossimità
--	--



c99d1d8e



GANTT

	2022	I sem 2023
Definizione ed avvio del progetto		
Linee di azione trasversali		
Linee di Azione ULSS 3 - Attività trasversali		
Linee di Azione ULSS 4 - Attività trasversali - Progettualità specifica		
Linee di Azione ULSS 6 - Attività trasversali		
Azioni a supporto e relativa implementazione		
Monitoraggio		



c99d1d8e

