



Università degli Studi di Padova
Dipartimento di Medicina Molecolare

*Corso di Laurea Magistrale in
Scienze Riabilitative delle Professioni Sanitarie*
Presidente: Ch.mo Prof. Daniele Rodriguez

TESI DI LAUREA

"DIMISSIONI PROTETTE":

UN MANAGEMENT INNOVATIVO PER LA CONTINUITÀ DELLE CURE
TRA OSPEDALE E TERRITORIO

("Assisted hospital discharge":

an innovative management for the continuity of care between hospital and territory)

RELATORE: Prof. Antonio Quinci

LAUREANDA: Dott.ssa Alice Prete

Anno Accademico 2015- 2016

*“Anche così Apollo l’ama: poggiata la mano sul tronco
sente ancora palpitare il cuore sotto la tenera corteccia”*

Apollo e Daphne – Ovidio, Metamorfosi I

RINGRAZIAMENTI

Desidero ringraziare il Prof. Antonio Quinci e il Prof. Luca Visentin per i preziosi consigli di organizzazione e stesura della tesi;

La Prof.ssa Anna Pilat che più che una Professoressa è stata consigliera e sostenitrice del mio percorso di studi e di vita;

Marco, mio marito, che risolve sempre tutti i miei problemi, anche quelli d'impaginazione di questo lavoro di tesi;

Enzo Caviola che ha contribuito in maniera determinante ed anonima all'ideazione del progetto descritto.

Ringrazio poi me stessa per essere riuscita ad andare avanti, sempre e comunque, riuscendo a completare questo percorso di studi.

Vorrei che la conclusione di questo corso di studi mi sia d'aiuto per la realizzazione di un nuovo percorso professionale, chiudendo anche un doloroso momento personale.

Ciao Dafne, questa tesi è stata anche per te.

INDICE

Riassunto	pag. 1
Abstract	pag. 3
Introduzione	pag. 4
CAP.1 LA CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE	pag. 5
1.1 La normativa regionale e le linee d'indirizzo del PSSR 2012-2016	pag. 5
1.2 Il contesto territoriale dell'Ulss n.1 di Belluno	pag. 14
1.3 Il contesto demografico della provincia di Belluno	pag. 16
1.4 La COT dell'Ulss n.1 di Belluno	pag. 18
CAP.2 IL RESPONSABILE DELLA COT	pag. 22
2.1 Il suo ruolo dalla DGRV 2271/2013 alla DGRV n.463 del 19/04/16	pag. 22
2.2 Il Progetto Formativo di Responsabile della COT	pag. 23
2.2.1 Obiettivi Formativi ed articolazione del corso	pag. 25
2.2.2 Metodi didattici, durata e modalità di svolgimento	pag. 25
2.2.3 Frequenza delle attività formative e valutazione dell'apprendimento	pag. 26
CAP.3 IL PROGETTO “DIMISSIONI PROTETTE”	pag. 29
3.1 Premessa: Progetto Cariverona: delibera 589 DG 15/7/2015	pag. 29
3.2 Descrizione del Progetto	pag. 29
3.3 Gli Obiettivi del Progetto	pag. 31
3.4 SWOT Analysis	pag. 33
3.5 Vantaggi	pag. 35
3.6 Stakeholders	pag. 35
CAP.4 PROCESSO ESECUTIVO	pag. 36
4.1 Fasi del Progetto	pag. 36
4.2 Fasi attuative	pag. 40
CAP.5 GLI INDICATORI	pag. 44
CAP.6 RISULTATI PRELIMINARI	pag. 44
CAP.7 DISCUSSIONE e CONCLUSIONI	pag. 45
BIBLIOGRAFIA	pag. 48
SITOGRAFIA	pag. 49
ALLEGATI	pag. 49

RIASSUNTO

La Centrale Operativa Territoriale (COT) è un servizio della ULSS 1 di Belluno attiva dal 01/04/2014. Nasce in linea a quanto previsto dal Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016 (L.R. 23 del 29/06/2012), dalle DGRV 975/2013 e 2271 del 10/12/2013, che la individuano come elemento cardine dell'organizzazione territoriale. Il fine della COT è quello di svolgere una funzione di coordinamento, di prendere in carico l'utente "protetto" e di raccordare i vari soggetti della rete assistenziale diventando funzionale a tutte le unità operative territoriali. E' inoltre uno degli strumenti che permette all'Azienda ospedaliera di perseguire un nuovo modello di presa in carico del paziente, al fine di consentire il passaggio dal concetto di "curare" a quello di "prendersi cura". Ha inoltre l'obiettivo di considerare la persona nella sua complessità e globalità, con un'attenzione rivolta alla famiglia ed al contesto di riferimento. Tale processo è reso possibile attraverso un unico interlocutore che prende in carico la domanda, la elabora e ne segue il percorso fino a risposta avvenuta.

L'attività della COT della Ulss n.1 di Belluno fino ai primi mesi del 2016, si è concentrata sul consolidamento, il potenziamento e l'implementazione della gestione e presa in carico del paziente fragile nel territorio. La sua attività risulta quindi in una stretta collaborazione con il Distretto Socio – Sanitario risultando il fulcro del coordinamento della gestione dell'utente protetto. Dai primi mesi del 2016, nell'ottica di unificazione delle Aziende Sanitarie a livello provinciale, e perseguendo alcuni obiettivi strategici assegnati ai Direttori Generali per il triennio 2016 – 2018 (indicatori A 1.1; C 4.1, 4.2, 4.3), la COT ha evidenziato la necessità e l'importanza strategica, correlata alle specificità del territorio provinciale di appartenenza, di costruire un percorso di innovazione organizzativa, articolato su più fronti, strutturali e professionali, e condiviso a livello provinciale e regionale.

La COT dell'Ulss n°1 di Belluno, ha studiato così un programma di sviluppo, ridefinendo il proprio ruolo, le proprie funzioni ed elaborando un processo di segnalazione, gestione e monitoraggio del paziente fragile, dal momento del ricovero in Ospedale fino al ritorno nel Territorio.

Tale processo operativo, denominato "Percorso Integrato Dimissioni Protette", ideato in collaborazione con il Servizio delle Professioni Sanitarie e l'Azienda Ulss n.2 di Feltre, ha in particolare studiato l'efficacia e l'efficienza di alcuni strumenti di lavoro, tra cui "la scheda di Brass Index" e "l'avviso di dimissione". Il progetto ha visto inoltre affermarsi il ruolo dell'infermiere *Case Manager* e del Responsabile della COT. Quest'ultima figura in particolare, come si evince dalla normativa regionale, viene individuata tra i professionisti sanitari afferenti a uno dei profili come da L.n. 251/2000 e a cui viene richiesto come titolo preferenziale la Laurea Magistrale.

L'originalità di questo progetto sanitario, proposto e introdotto nella Ulss n.1 di Belluno è legato alla sua capacità di innovazione, all'applicazione di alcune regole del *management*, alla valutazione dei costi, dei tempi, al raggiungimento della qualità, alla soddisfazione dei bisogni di salute.

La gestione del percorso integrato inoltre è stata formulata considerando la peculiarità del territorio montano bellunese, riconosciuto dalla stessa Regione Veneto, come disagiato per le sue caratteristiche territoriali e demografiche. La COT della Ulss n°1 di Belluno, ha studiato così un programma di

sviluppo, ridefinendo il proprio ruolo, le proprie funzioni ed elaborando un processo di segnalazione, gestione e monitoraggio del paziente fragile, dal momento del ricovero in Ospedale fino al ritorno nel Territorio.

Tale processo operativo, denominato "Percorso Integrato Dimissioni Protette", ideato in collaborazione con il Servizio delle Professioni Sanitarie e l'Azienda Ulss n.2 di Feltre, ha in particolare studiato l'efficacia e l'efficienza di alcuni strumenti di lavoro, tra cui "la scheda di Brass Index" e "l'avviso di dimissione". Il progetto ha visto inoltre affermarsi il ruolo dell'infermiere *Case Manager* e del Responsabile della COT. Quest'ultima figura in particolare, come si evince dalla normativa regionale, viene individuata tra i professionisti sanitari afferenti a uno dei profili come da L.n. 251/2000 e a cui viene richiesto come titolo preferenziale la Laurea Magistrale.

L'originalità di questo progetto sanitario, proposto e introdotto nella Ulss n.1 di Belluno è legato alla sua capacità di innovazione, all'applicazione di alcune regole del *management*, alla valutazione dei costi, dei tempi, al raggiungimento della qualità, alla soddisfazione dei bisogni di salute.

La gestione del percorso integrato inoltre è stata formulata considerando la peculiarità del territorio montano bellunese, riconosciuto dalla stessa Regione Veneto, come disagiato per le sue caratteristiche territoriali e demografiche.

ABSTRACT

The Territorial Operative Center (COT) is a service of the ULSS n. 1 of Belluno active since 04.01.2014. It was established according with the Regional Health Plan 2012-2016 (L.R. 23 of 29/06/2012), 975/2013 and 2271/2013 DGRV that identify it an important element of regional sanitary administration. The scope of the COT is to have a coordinating role, to take charge of the peoples "protected" and to connect the various actors of the support network becoming functional to all territorial operating units.

It is also one of the tools that allows the Ulss to pursue a new hospital model taken in charge of the patient, in order to allow the passage from the concept of "cure" to that of "caring". It also aims to consider the person as a complex and global, with a focus on family and the reference context. The activity of the COT of Belluno until the first months of 2016, focused on consolidation, upgrading and management of implementation and taking charge of the fragile patient in the territory. Its activity is therefore in close cooperation with the social and sanitary District making it the focus of the user management coordination protected. Since early 2016, the aim of unification of Ulss n1 and n.2 at the provincial level health authorities, and by pursuing some of strategic objectives assigned to the General Managers for the three years 2016-2018 (indicators 1.1 A; C 4.1, 4.2, 4.3), the COT has highlighted the need and strategic importance, related to the specific characteristics of the provincial territory of belonging, to build a path of organizational innovation, articulated on several fronts, structural and professional, and shared at provincial and regional level. The COT of ULSS n ° 1 of Belluno, has studied such a development program, redefining its role, its functions and developing a process of reporting, management and monitoring of the patient fragile, from time of admission to hospital until the return in the territory. This operational process, called "Assisted Hospital Discharges Project", devised in collaboration with the Health Professions Service and Ulss n.2 in Feltre, has in particular studied the effectiveness and efficiency of some work tools, for example "the Brass Index card" and "notice of dismissal." The project has also witnessed the importance of the role of the nurse case manager and the head of COT that he is found among health degree professionals belonging to one of the profiles as L.n. 251/2000. The originality of this health project, proposed and introduced in the Ulss n.1 of Belluno is related to its capacity for innovation, the application of certain rules of management, evaluation of costs, time, to achieve the quality, satisfaction of health needs. The integrated path management also has been formulated considering the particular features of the mountain territory of Belluno, recognized by the Veneto Region, as inconvenient for its territorial and demographic characteristics.

INTRODUZIONE

In un momento di forte crisi del Sistema Sanitario Nazionale Italiano, il dibattito sui modelli organizzativi di erogazione delle prestazioni ai cittadini è oramai un argomento sempre più discusso sia nella letteratura scientifica, sia fra i vari professionisti e dirigenti del settore sanitario e sociale. Contestualmente al periodo che stiamo vivendo è risultato necessario ridefinire, da parte della Regione Veneto, per la sostenibilità del sistema sanitario regionale e delle diverse organizzazioni sanitarie, il modello organizzativo attuale al fine di permettere una migliore comunicazione e integrazione tra Ospedale e Territorio, un efficace ed efficiente controllo dei costi e, contemporaneamente, un incremento progressivo della qualità dei servizi e delle cure prestate, con le giuste competenze professionali. Da questo concetto è partito nel 2013 il progetto, da parte del Settore Assistenza Distrettuale e Cure Primarie della Regione Veneto, di realizzazione della Centrale Operativa Territoriale (COT), un servizio interconnesso con la rete dei servizi distrettuali e funzionale a tutte le Unità Operative territoriali, inteso come nuovo strumento strategico per la realizzazione del mandato del Distretto Socio Sanitario. La DGRV 2271/2013 ha ufficializzato l'idea progettuale ed ha assegnato lo sviluppo della COT come obiettivo di management ai Direttori Generali di tutte le Aziende Sanitarie per i tre anni consecutivi e nel 2014 la Regione Veneto ha cominciato a raccogliere i primi progetti, attraverso incontri provinciali e in plenaria, che dimostravano l'approccio da parte delle Aziende Sanitarie a questa sperimentazione.

Il 2015 vede a livello regionale le prime rilevazioni sui risultati sui singoli modelli di COT, mentre a livello nazionale, con il DM 70 del 04/2015, si rende chiara la necessità di attivare un collegamento tra Ospedale e il resto del sistema (Territorio), richiamando la necessità di prevedere una Centrale della continuità per il coordinamento delle parti, a conferma che l'attività introdotta alcuni anni prima dal Veneto era vincente.

Questo è il contesto che ha dato l'*incipit* nel 2016 a continuare nello sviluppo delle COT a livello regionale, portando all'ideazione e realizzazione di nuovi progetti in diverse Aziende Sanitarie: quello della Ulss n.1 di Belluno, denominato "Dimissioni protette"¹, ha l'obiettivo, secondo le finalità di intervento della COT, di migliorare la dimissione del paziente fragile dalla Struttura Ospedaliera al Territorio, sviluppando sia nuovi servizi che nuove competenze specifiche per i professionisti che lavorano all'interno della COT.

Il progetto, aderendo alle raccomandazioni e a percorsi sostenuti dall' *Evidence Based Medicine*, è innovativo anche per le risorse umane impiegate, come quella dell'Infermiere *Case Manager* e del Responsabile della COT, professionista indicato dalla DGRV 2271/2013 afferente alle Professioni Sanitarie (L.n. 251/2000), adeguatamente formato e preferibilmente con laurea magistrale, e identifica la COT come una struttura consapevole e capace di sfruttare al meglio le proprie risorse, umane,

1 La dimissione protetta si configura quale processo che guarda alla complessità della situazione, considerando fattori di diversa natura e di fondamentale importanza per il recupero psico-fisico del benessere della persona. Per dimissione protetta si intende quindi tutto il procedimento organizzato per il passaggio in cura di un paziente da un setting di cure ad un altro, che si applica generalmente a pazienti "fragili" e/o complessi.

tecnologiche e di processo, al fine di fornire ai suoi assistiti la migliore risposta ai bisogni.

CAP.1 LA CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE

1.1 La normativa regionale e le linee d'indirizzo del PSSR 2012-2016

La LR. n. 23 del 29 giugno 2012, che approva il Piano Socio-Sanitario Regionale 2012 - 2016, descrive una cornice programmatica per molti versi innovativa, introducendo nel Territorio il concetto di "filiera dell'assistenza" quale modello organizzativo in grado di garantire un sistema di cure graduali e composto da nodi strettamente correlati.

Con la DGR del Veneto n. 2271/2013 sono state approvate nuove disposizioni in tema di Organizzazione delle Aziende ULSS e Ospedaliere, definendo le Linee Guida per la predisposizione del nuovo Atto Aziendale ed indicando, in particolare, gli indirizzi per la riorganizzazione del Distretto socio-sanitario; con specifico riferimento alla integrazione ospedale e territorio la suddetta DGR ha introdotto nell'ambito delle competenze del Direttore dei Servizi Sociali e della Funzione territoriale, in coordinamento con il Direttore Sanitario, un elemento del tutto innovativo, la Centrale Operativa Territoriale (COT), interconnessa con la rete dei servizi distrettuali e funzionale a tutte le strutture del Territorio. Con successiva DGR n. 2533/2013 è stato assegnato ai Direttori Generali per l'anno 2014 l'obiettivo di progettare e avviare sperimentalmente la COT in ciascuna ULSS; a fine 2014 la Regione Veneto ha ricevuto la stesura di 21 progetti, da parte di altrettante Aziende Sanitarie, di cui 18 attivati in via sperimentale. Visto il carattere innovativo dello strumento, per sviluppare compiutamente il modello su tutto l'ambito regionale, nel 2014 si è dato avvio ad un percorso di incontri periodici plenari e a livello provinciale con le Aziende ULSS, al fine di condividere contenuti, mettere a fattor comune le esperienze e le soluzioni operative ed andare verso la formulazione di un modello standard per il Veneto (secondo la logica di imparare facendo). Durante questo percorso dal 2014 ad oggi, i temi affrontati non si sono limitati a mera definizione e organizzazione delle attività svolte, bensì si è lavorato sul prendere consapevolezza che i problemi presenti in ciascuna organizzazione non possono essere risolti dal medesimo sistema che li ha generati, richiedendo talora ai referenti operativi delle COT di modificare il loro approccio, divenendo poi promotori di un nuovo modo di vedere l'organizzazione anche all'interno delle loro realtà.

Con le successive DGR n. 2525/2014, per il 2015, e DGR n. 2072/2015, per il 2016, è stato ri-assegnato l'obiettivo ai Direttori Generali di sviluppo e implementazione della COT, considerando tra i criteri di adempimento proprio la partecipazione agli incontri e la compilazione delle griglie di monitoraggio, nell'ottica di affiancare al percorso di accompagnamento anche una sistematica raccolta di dati (Allegato 3). Gli incontri plenari e a livello provinciale, ancora in itinere, e che proseguiranno per tutto il 2016, consentono di creare strategie di *benchmark* e sinergie tra modelli diversi e territori diversi, in un'ottica di reciprocità (Fig.1). I provvedimenti regionali citati hanno, peraltro, anticipato le recenti disposizioni del Ministro della Salute contenute nel DM n. 70/2015 avente ad oggetto: "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi

relativi all'assistenza ospedaliera", laddove si prevede: «*La riorganizzazione della rete ospedaliera cui è finalizzato il presente provvedimento sarà insufficiente rispetto all'esigenza di garantire una copertura piena dei bisogni assistenziali che richiedono un trattamento ospedaliero, se, in una logica di continuità assistenziale, non viene affrontato il tema del potenziamento delle strutture territoriali, la cui carenza, o la cui mancata organizzazione in rete, ha forti ripercussioni sull'utilizzo appropriato dell'ospedale [...] va promosso il collegamento dell'ospedale ad una Centrale della Continuità [...]*».

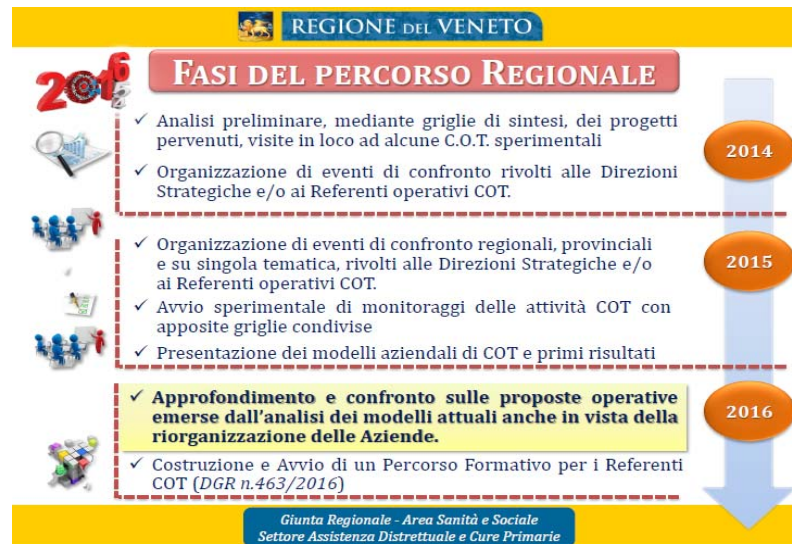


Fig. 1: Fasi del Percorso regionale di Sviluppo della COT dal 2014 ad oggi, tratto dalle slides della Dr.ssa Ghiotto, Corso di Alta Formazione per Responsabili COT, Padova 28/06/16.

L'idea della COT trova fondamento nel modello del *Future Hospital*, proposto dal *Royal College of Physicians (2013)*. Rappresenta un centro operativo di comando che garantisce a tutto lo staff ospedaliero e territoriale di disporre di informazioni dei bisogni clinici e assistenziali, necessarie per l'assistenza ai pazienti, dettagliate e in tempo reale; coordina le risorse per il raggiungimento dei risultati (Fig.2)

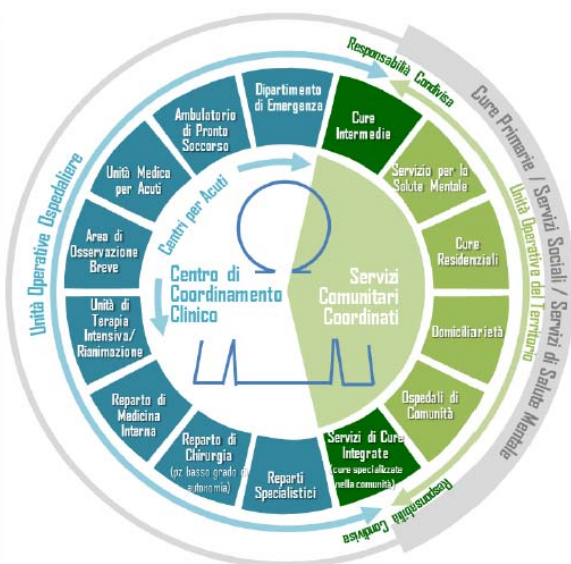


Fig. 2: elaborazione della Dr.ssa Ghiotto, Corso di Alta Formazione per Responsabili COT, Padova, 28/06/16 tratta dal *Future Hospital*, Royal College of Physicians (2013).

La COT rappresenta così lo strumento aziendale di ogni ULSS del Veneto di raccolta e classificazione del problema/bisogno espresso, di attivazione delle risorse più appropriate, di programmazione e pianificazione degli interventi attivando i soggetti della rete assistenziale, tutelando le transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico/assistenziale all'altro, diventando l'elemento cardine dell'organizzazione territoriale al fine di svolgere una funzione di coordinamento della presa in carico dell'utente "protetto" e di raccordo fra i soggetti della rete assistenziale (Fig.3).



Fig. 3: Il modello di COT nelle linee di indirizzo; tratto dalle slides della Dr.ssa Ghiotto, corso di Alta formazione per responsabili COT, Padova, 28/06/16.

Vengono di seguito schematizzate le caratteristiche principali, per le tipologie di intervento:

- Coordina la transizione (dimissione) dei pazienti ricoverati in Ospedale verso il trattamento temporaneo o residenziale o domiciliare protetto;
- Coordina la presa in carico dei pazienti in assistenza domiciliare protetta e le eventuali transizioni verso altri luoghi di cura o altri livelli assistenziali;
- Coordina la transizione (ammissione/dimissione) e sorveglia sulla presa in carico dei pazienti ricoverati presso le strutture di ricovero intermedie;
- Sorveglia sulla presa in carico dei pazienti in assistenza residenziale definitiva o semiresidenziale.

Il Target: pazienti fragili che necessitano di:

- Dimissione Protetta
- Ammissione Protetta
- Cure Palliative
- Assistenza Domiciliare Integrata
- Presa in carico da parte delle Strutture Intermedie
- Presa in carico da parte dell'Assistenza Sociale



Fig 4: Il target della COT elaborazione della Dr.ssa Ghiotto, Corso di Alta Formazione per Responsabili COT, Padova, 28/06/16

Soggetti che la attivano:

- Personale distrettuale e ospedaliero;
- Medici/pediatri di famiglia e medici di continuità assistenziale;
- Personale delle strutture di ricovero intermedie, nonché delle strutture residenziali e semiresidenziali;
- Personale del Comune (Servizi Sociali)/Familiari di pazienti protetti e critici.



Fig. 5: I Soggetti che attivano la COT. Stato dell'arte delle COT del Veneto a Giugno 2016. Elaborazione della Dr.ssa Ghiotto. Corso di Alta Formazione per Responsabili COT. Padova, 28/06/16

Operatività:

La COT si caratterizza per essere uno strumento organizzativo che può essere attivato da tutti gli attori del sistema a partire dal personale distrettuale e ospedaliero, dai medici/pediatri di famiglia e medici di continuità assistenziale, dal personale delle strutture di ricovero intermedie, nonché delle strutture residenziali e semi-residenziali, dal personale del Comune (Servizi Sociali), e dai familiari, limitatamente ai pazienti protetti e critici che ne costituiscono il target di riferimento.

Inoltre:

- È attiva 24h/24h e 7 giorni su 7;
- È supportata da un call center aziendale attivo h24, in grado di ricevere chiamate e, sulla base di precisi criteri di triage telefonico, coordina le azioni per fornire una soluzione/risposta alle richieste;
- È in grado di intercettare i bisogni di cure e/o di assistenza, garantendo la continuità dell'assistenza, interfacciandosi con l'Ospedale, con le strutture di ricovero intermedie (Hospice, Ospedale di Comunità, Unità Riabilitativa Territoriale) e le strutture residenziali, con i medici/pediatri di famiglia, con i medici di continuità assistenziale, con le cure domiciliari, con la Centrale del SUEM 118 (fig.3);
- Opera in stretta integrazione con l'equipe delle cure domiciliari e delle cure palliative.



Fig. 6: Le attività della COT, Stato dell'arte delle COT del Veneto a Giugno 2016, elaborazione della Dr.ssa Ghiotto, Corso di Alta Formazione per Responsabili COT, Padova, 28/06/16

Risorse umane:

- Personale infermieristico, socio-assistenziale e amministrativo appropriatamente formato in modo da essere in grado di gestire le chiamate ed attivare e coordinare i suddetti interventi h24.

La Centrale Operativa Territoriale è diretta da un professionista che abbia conseguito la laurea magistrale in una delle Professioni Sanitarie di cui alla L.n.251/2000.

Dotazione informatica:

- Dotazione di software di registrazione vocale delle chiamate e tracciabilità informatica della apertura e chiusura delle stesse e delle eventuali transizioni effettuate.
- Dotazione di software con accesso ed alimentazione nel Fascicolo Socio-Sanitario Elettronico degli interventi effettuati.
- Dotazione di un data-base che permetta di visualizzare in tempo reale la disponibilità dei posti letto in strutture di ricovero intermedie e residenziali, nonché l'ana grafica dei pazienti in assistenza domiciliare protetta.
- Dotazione di software con possibilità di valutazione strumentale telematica dei pazienti.
- Dotazione di video consultazione per paziente da remoto.

Con specifico riferimento all'integrazione ospedale-territorio e al coordinamento tra i servizi socio-sanitari territoriali, il PSSR fa riferimento a modelli organizzativi, sia a livello professionale che gestionale, atti a garantire la continuità dell'assistenza con un impiego coordinato ed efficiente delle risorse all'interno di una vera e propria *filiera dell'assistenza territoriale*. Una filiera che vede l'attivazione non solo delle COT, ma anche di Strutture Intermedie e Medicine di Gruppo Integrate (MGI) territoriali come strumenti per rendere efficaci i percorsi assistenziali (dimissioni protette, percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali - PDTA), eliminandone o attenuandone le discontinuità. Il nuovo modello prefigurato dal PSSR è centrato sulla presa in carico "proattiva" e integrata del paziente cronico, sulla continuità assistenziale e sulla condivisione di percorsi di cura e di accesso ai servizi socio-sanitari [] (Rebba, 2013).

Secondo la Delibera DGR 2271/2013 inoltre, il mandato del Distretto, nell'ottica del miglioramento della qualità, e quindi dell'appropriatezza, prevede le seguenti caratteristiche a cui deve tendere:

- la centralità del paziente;
- la sicurezza;
- l'efficacia;
- la tempestività;
- l'efficienza;
- l'equità;

L'implementazione effettiva di queste dimensioni richiede l'adozione di un approccio di Sistema attraverso uno sviluppo complessivo che coinvolga i pazienti, i professionisti, l'organizzazione e tutta la rete degli attori locali, ivi compreso il volontariato. A tale fine il Distretto Socio-Sanitario, quale centro di riferimento per l'accesso a tutti i servizi dell'Azienda ULSS, sede di gestione e coordinamento della filiera dell'assistenza territoriale, richiede una ridefinizione dei propri obiettivi e delle competenze. Si evidenziano di seguito alcuni tra gli obiettivi proposti nell'Allegato B alla DGR

2271/2013 che si considerano significativi per la successiva descrizione del progetto “Dimissioni Protette”:

- analizzare e misurare i bisogni, stratificando la popolazione assistita sulla base delle criticità effettive (*case-mix*), decodificando i bisogni e trasformandoli in domande, definendone livelli di complessità assistenziale e modelli organizzativi più efficaci/efficienti, nonché identificando i luoghi di cura più appropriati e i livelli di intervento (Fig.1 e 2);
- consolidare l’integrazione socio-sanitaria a garanzia della tutela della salute e del benessere della persona nella sua globalità, assicurando una presa in carico organizzata e coordinata;
- garantire l’assistenza h24, 7gg/7, prevedendo uno specifico modello di integrazione operativa tra le componenti della Medicina Convenzionata ed i servizi distrettuali, ivi compreso un modello di assistenza domiciliare h24;
- definire ed implementare i percorsi assistenziali per le principali patologie croniche e per l’assistenza alle persone fragili, affrontando la comorbidità in maniera integrata non solo a livello distrettuale ma anche con il livello ospedaliero, e prevedendo un sistema di misurazione degli esiti;
- attivare idonei strumenti organizzativo-gestionali per garantire le transizioni del paziente da un luogo di cura ad un altro o da un livello assistenziale ad un altro, per assicurare la presa in carico dei pazienti complessi nell’arco delle 24h, per provvedere al monitoraggio in tempo reale dei percorsi assistenziale e connettere i professionisti (Centrale Operativa Territoriale);

Al fine di raggiungere gli obiettivi prefissati il Distretto socio-sanitario, secondo i principi della *clinical governance*, deve rinforzare adeguatamente la preparazione della gestione del governo clinico inteso come lo sviluppo e l’applicazione dei percorsi assistenziali per patologie a più elevata prevalenza.

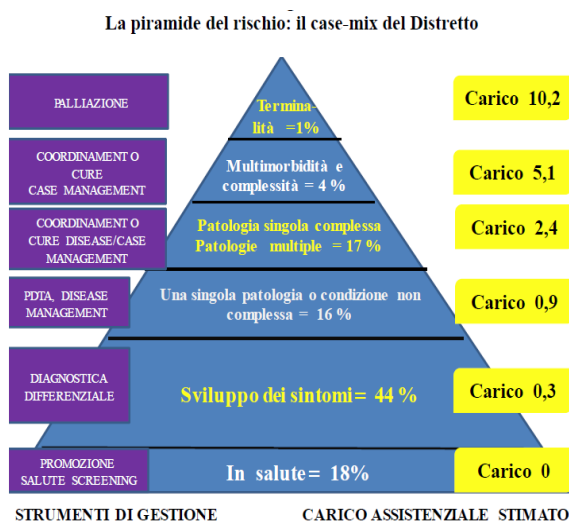


Fig.7: Schematizzazione della piramide del rischio nella popolazione generale con la distribuzione percentuale dei gruppi ad isorisorse (*Resource Utilization Bands* o RUB) e la stima del carico assistenziale (peso locale) elaborati su un campione di un milione di assistiti della Regione Veneto.



Fig. 8: I livelli di intervento: elaborazione della Dr.ssa Ghiotto da Kaiser Permanente, Population Management for Chronic conditions, overview 2007, tratta da: “Le case della Salute”, Brambilla A., Maciocco C., 2016, Carocci Editore.

“Il nuovo quadro programmatico pone come obiettivo primario il rafforzamento della struttura distrettuale, con particolare riferimento alla sua *dimensione organizzativa* ed alla sua *dimensione clinico assistenziale*, privilegiando da un lato un’organizzazione trasversale e dall’altro un approccio fondato su percorsi assistenziali. Vengono così a delinearsi due livelli di responsabilità:

- L’uno di tipo organizzativo-gestionale inerente alla gestione delle strutture;
- L’altro di tipo clinico-assistenziale inerente alla definizione, applicazione e monitoraggio dei percorsi assistenziali.

Questa visione rappresenta fondamentalmente il punto di innovazione rispetto ai contenuti del modello distrettuale proposto nella DGR n.3242/2001.

Più in dettaglio la caratteristica della trasversalità risponde all’obiettivo di garantire uniformità ed equità nei livelli di erogazione dei servizi e delle prestazioni su tutto l’ambito di riferimento dell’Azienda ULSS, concorrendo anche a ridurre le differenze che si sono sviluppate nel corso degli anni tra le stesse Aziende ULSS.

Al contempo è necessario sviluppare percorsi assistenziali intesi come modalità organizzate di svolgimento dell’assistenza, frutto di una metodologia e di un percorso condiviso, perseguendo obiettivi di miglioramento della qualità assistenziale, degli esiti, della sicurezza e della soddisfazione dei pazienti, nonché di ottimizzazione dell’uso delle risorse.

Costituiscono elementi chiave per garantire la presa in carico coordinata e continuativa:

- L’impostazione di un lavoro in team multi professionale;

- Il riconoscimento dell'UVMD² quale luogo unitario di valutazione dei bisogni della persona nei casi più complessi per i quali è necessaria una valutazione multidimensionale ed una presa in carico multiprofessionale, particolarmente frequente nelle aree ad alta integrazione socio-sanitaria;
- La definizione del Progetto Assistenziale Individualizzato nel quale vengono definiti gli interventi assistenziali ed individuate le responsabilità dei soggetti e delle strutture coinvolte.

Tale delibera evidenzia anche come le esperienze sviluppate nel Veneto in tema di continuità dell'assistenza attraverso l'integrazione Ospedale-Territorio portano ad individuare alcune strategie imprescindibili:

- Il consolidamento dei modelli di ammissione e dimissione protetta, supportati dalla implementazione di percorsi per la presa in carico globale e coordinata del paziente, anche tramite sistemi codificati di corresponsabilità e "figure di riferimento" (*case manager e care manager*);
- L'implementazione di soluzioni organizzative, quali le Centrali Operative Territoriali, intese come strumenti di raccolta e classificazione del problema/bisogno, di attivazione delle risorse più appropriate, di pianificazione e coordinamento degli interventi, tutelando le transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico/assistenziale all'altro;
- Il potenziamento degli strumenti di scambio informativo, nella fattispecie dei sistemi informativi integrati, a supporto dell'integrazione professionale, evitando la frammentazione degli interventi e garantendo la continuità informativa del processo assistenziale.

Tra gli obiettivi d'innovazione per il governo clinico poi risulta imprescindibile aumentare la conoscenza dei bisogni di salute della popolazione che diviene tappa fondamentale del processo di programmazione della rete dei servizi socio-sanitari locali. Data la crescente complessità, comorbidità ed eterogeneità dei bisogni di salute, si evidenzia la necessità di introdurre strumenti di misurazione del case-mix della popolazione che permettano una mappatura accurata della morbidità ma anche una più equa misurazione del carico assistenziale e delle risorse necessarie per rispondere ai diversi bisogni. Questi strumenti permettono di valutare, prima di tutto, la diversa distribuzione delle malattie, come le risorse (assistenziali ed economiche) sono utilizzate in rapporto al carico misurato di malattia, ed inoltre consentono la stratificazione dei bisogni assistenziali in categorie considerate omogenee in termini di utilizzo atteso di risorse assistenziali (*resource utilization bands*, cfr. Fig.7). Dette

2 L'UVMD si identifica come lo strumento operativo riconosciuto a livello regionale, quale modello valutativo auspicabile, per poter pianificare e condividere dei Piani di Assistenza Personalizzati. Prevede l'incontro di una Unità valutativa multi professionale, alla quale partecipano tutte le figure professionali coinvolte nel percorso di cura, durante il quale viene discusso il caso nella sua globalità, identificando tutti i bisogni bio-psico-sociali dell'assistito e della famiglia, che necessitano di una presa in cura, al fine di pianificare un Percorso di Cura e un Piano Assistenziale Personalizzati, appropriati e condivisi per raggiungere gli obiettivi di salute definiti.

valutazioni potrebbero concorrere ad una più equa distribuzione delle risorse a livello distrettuale e a livello di Medicina di Gruppo Integrata.

Inoltre, progressivamente andranno introdotti strumenti gestionali che permettano di aggiustare gli attuali criteri di distribuzione delle risorse, basati solo sulla quantità (numero di assistiti o numero di ore), con sistemi validati di misurazione e aggiustamento per il case-mix, valorizzando così anche la qualità dell'assistenza (quali assistiti, quale carico di assistenza). Queste esigenze palesano, dunque, la necessità di accrescere le competenze del sistema con particolare riferimento:

- Al miglioramento delle capacità del medico/pediatra di famiglia di codificare le patologie ed il relativo impatto funzionale all'interno della propria cartella informatizzata, in modo da renderle fruibili anche agli altri colleghi (fase diagnostica) ed impostando, per le patologie croniche, un percorso terapeutico adeguato alla patologia prevalente (fase terapeutica), acquisendo competenze nel campo del *disease management*;
- All'acquisizione di competenze relazionali e gestionali nella erogazione di assistenza multi professionale e multidimensionale ai pazienti con elevata comorbidità, competenze necessarie per un miglior esito assistenziale dei soggetti più fragili, complessi e non inquadrabili in un'unica cronicità (case management);
- All'acquisizione di competenze gestionali sanitarie (*health management*) da parte sia del personale convenzionato che coordina il team multi professionale (es. Medicine di Gruppo Integrate), sia da parte della dirigenza aziendale, competenze atte ad organizzare l'assistenza sanitaria e le relative risorse attraverso strumenti avanzati di analisi, programmazione e controllo, quali l'aggiustamento del rischio, il budget e le misure di efficienza/performance" (cit. Caviola).

1.2 Il contesto territoriale della Ulss n.1 di Belluno

La provincia di Belluno è una provincia italiana del Veneto; risulta al contempo la meno popolata (207.894 abitanti) e la più estesa (3.678 km²) della regione. È la provincia delle Dolomiti per eccellenza, costituita da 64 Comuni e la maggior parte dei gruppi dolomitici, patrimonio dell'umanità dell'UNESCO, comprendendo le regioni geografiche dell'Agordino, il Cadore, l'Ampezzano, il Comelico, la Val di Zoldo, l'Alpago, la Valbelluna e il Feltrino. Occupa il 20% della superficie del territorio della Regione Veneto in una situazione geomorfologica di grande disagio con conseguente immenso dispendio di risorse per infrastrutture, servizi e salvaguardia del territorio. Nonostante gli incredibili sforzi economici di privati ed amministrazioni locali, la differenza con le realtà confinanti di Trento, Bolzano, Udine e Pordenone a statuto speciale regionale e provinciale, è rilevante. Il confronto con le realtà che beneficiano di finanziamenti a fondo perduto in numerosi settori, mette in difficoltà una provincia come Belluno, alla quale la Regione Veneto assegna solamente il 4,9% dei finanziamenti spettanti alle proprie provincie, pur rappresentando, il bellunese, un quinto del territorio regionale, contro una percentuale delle altre provincie che va dal 10% al 20% nel caso del Trentino. Il

territorio provinciale di Belluno, rischia di non riuscire a garantire un livello di assistenza sanitaria omogenea, soprattutto per i servizi sanitari territoriali, per i quali l'attuale organizzazione frammentata fatica a sostenere una capillarità di prestazioni e professionalità necessarie a garantire un livello di assistenza adeguato per il mantenimento della salute e del benessere della popolazione e la possibilità che vi siano interessi da parte di imprese e istituzioni, di continuare ad investire ed offrire occupazione e sviluppo delle zone montane.

Capire il disagio delle zone montane rispetto alle prestazioni sanitarie e sociosanitarie, è possibile, ponendo l'attenzione su alcuni indicatori sui quali riorganizzare i servizi stessi:

- la geomorfologia del territorio;
- l'indice di dispersione nel territorio dei nuclei abitati;
- l'indice di densità di popolazione;
- l'indice di invecchiamento (peso della popolazione ultra sessantacinquenne rispetto a quella della fascia 0 - 14 anni), spesso abbinato a condizioni di vita in solitudine in ambienti disagiati;
- le particolari condizioni meteorologiche che caratterizzano periodi lunghi nell'arco dell'anno solare;
- la situazione della viabilità;
- il peso dei flussi turistici stagionali e dei fine settimana.

Considerato che il cittadino di periferia in genere e della montagna ha gli stessi diritti del cittadino della pianura o dei grossi centri urbani, segue come sia indispensabile distribuire secondo anche i principi enunciati dal Piano Socio Sanitario Nazionale e Regionale, le risorse economiche al fine di garantire un modello di sanità per il territorio montano che assicuri i LEA, come assistenza primaria di base, ospedaliera e territoriale.

Gradualmente le zone di montagna sono caratterizzate principalmente dalla dispersione della popolazione e dalla difficoltà di accesso ai servizi che di norma si concentrano laddove c'è una maggiore densità di popolazione.

Nel territorio montano è molto difficile attuare economie di scala reali. Affrontare il problema sanitario con un approccio di "specificità" è inevitabile, per riuscire ad ottenere una copertura dei bisogni reali mappati sul territorio, a garanzia della sicurezza dei cittadini, favorendo la nascita e lo sviluppo di una nuova cultura organizzativa e di distribuzione di risorse e professionalità.

Alcuni dati possono chiarire quali sono le "specificità" del territorio su cui focalizzare l'attenzione:

- L'estensione territoriale: sotto questo profilo si considerino i 1,71 ettari per abitante contro i 0,39 ettari/abitante della media regionale, i 0,5 ettari/abitante della provincia di Padova, i 0,3 ettari/abitante della provincia di Treviso.
- La densità demografica: si distribuisce in 52,2 abitanti per Km² in provincia di Belluno, contro 268 in Veneto, 463 a Padova, 358 a Treviso. I Distretti con le densità demografiche più basse sono il Cadore con 32 abitanti per Km² e Agordo con 41.
- Numero ridotto di abitanti stanziali.

- Numero elevato di turisti stagionali (stimato con oltre 500 mila unità/ anno)

Lo Stesso PSSR, facendo riferimento alle peculiarità e alle diverse necessità che esprimono le aree definite “disagiate”, ovvero il territorio lagunare e quello montano, afferma come occorra intervenire con più servizi: le reti familiari e parentali s’allentano sempre più a tal punto da non permettere agli utenti di queste zone l’accesso ai servizi centralizzati.

Il sentimento di preoccupazione della popolazione dei nostri paesi periferici è tangibile, sia a livello mediatico che di opinione pubblica.

Se i costi di gestione per la struttura ospedaliera nella città di Belluno sono diversi rispetto alle strutture ubicate in pianura veneta, ancora di più si differenzieranno quelli di strutture periferiche come Agordo e Pieve di Cadore, che si trovano in un ambiente decisamente sfavorevole, con problematiche e costi derivanti anche dalla dislocazione della popolazione e dal minor numero di interventi dovuto al bacino d’utenza ridotto.

In un’ottica di risorse limitate, risulta però fondamentale coniugare la dignità di ogni singolo cittadino del nostro territorio con i ragionamenti di sostenibilità dei servizi stessi, favorendo il rinnovo dei modelli organizzativi che garantiscano capillarità e flessibilità per seguire la vera richiesta e i reali bisogni degli assistiti.

Nell’area montana della provincia di Belluno l’ospedale deve necessariamente essere riorganizzato secondo un’ottica di rete integrata e organizzata in cui i singoli presidi operino in maniera complementare e non concorrenziale, con forte attenzione all’integrazione socio-sanitaria con i servizi territoriali e il volontariato provinciale.

Il modello delle COT che è stato promosso e fortemente voluto dalla Regione Veneto, viene identificato come uno strumento funzionale atto proprio a favorire tale integrazione, raccogliendo e mappando i servizi e le risorse disponibili che meglio rispondono ai bisogni della popolazione, regolarizzando i flussi dei cittadini nei vari setting assistenziali e di cura. Chiaramente per avere un buon governo clinico di tali processi diventa strategicamente importante spendere delle professionalità specifiche con adeguate competenze che possano seguire i percorsi di cura degli utenti attraverso questo complesso sistema al fine di evitare disservizi o scoperture, ma nello stesso tempo sfruttando a pieno la rete, integrando in modo ottimale e senza sprechi le risorse. Lavorare progettando percorsi di cura che rispondano a quelli che sono i principi condivisi e le priorità stabilite a tutela dei cittadini e del nostro territorio in concerto con il Piano di Zona, le Istituzioni e le Amministrazioni locali. Queste sono le motivazioni che hanno spinto in sede di discussione e stesura del PSSR di proporre ed inserire in più punti la figura del Case Manager, in particolar modo nell’area di innovazione dell’integrazione Ospedale -Territorio (Allegato 1: Mappa Territoriale di competenza Ulss n.1 Belluno)

1.3 Il contesto demografico della provincia di Belluno

Nel 2014 la popolazione residente in provincia di Belluno ammontava a 207.894 unità, con una distribuzione geografica disagiata e dispersiva (Fig. 9).

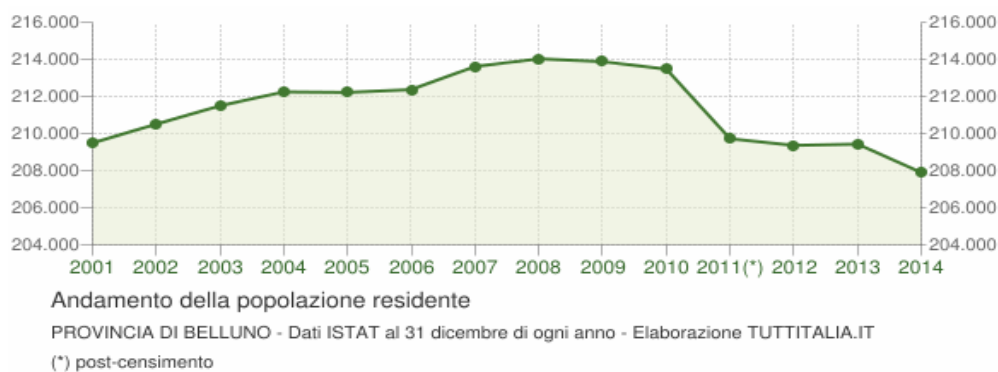


Fig. 9: andamento della popolazione residente in provincia di Belluno

L'indice di vecchiaia della provincia di Belluno, risulta essere superiore alla media italiana con un valore pari a 189,60 contro un valore poco al di sotto di 150 in Italia. (Figura 10).

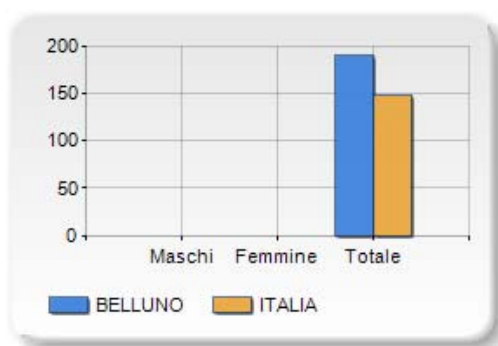
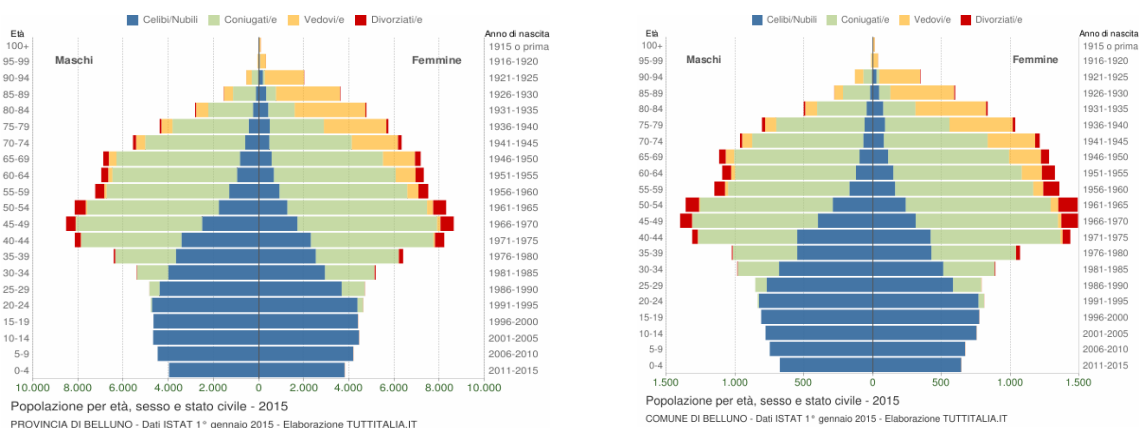


Fig. 10: Indice di Vecchiaia Belluno – Italia

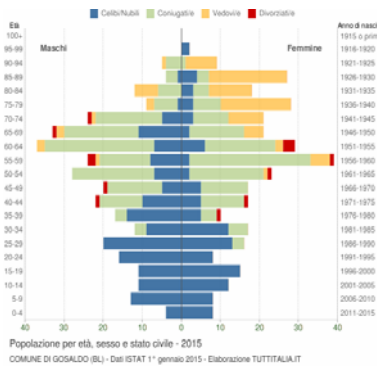
$$\text{Indice di Vecchiaia} = (\text{Popolazione} > 65 \text{ anni} / \text{Popolazione} 0-14 \text{ anni}) * 100$$

Dai grafici seguenti è subito evidente come la distribuzione della componente anziana della popolazione sia dislocata nella parte più periferica del territorio, rendendo necessaria sempre più una riorganizzazione dei servizi socio – assistenziali rivolti al paziente con età maggiore di 75 anni e/o fragile, che si ipotizza in futuro sia sempre più bisognoso, ai fini assistenziali, di risorse e servizi: mentre infatti la distribuzione della popolazione del Comune di Belluno è sovrapponibile alla distribuzione provinciale, la popolazione dei comuni più periferici (Gosaldo, Rivamonte Agordino, piuttosto che Zoppà di Cadore, Zoldo Alto, o Tambre) è composta prevalentemente da anziani (fig.11)

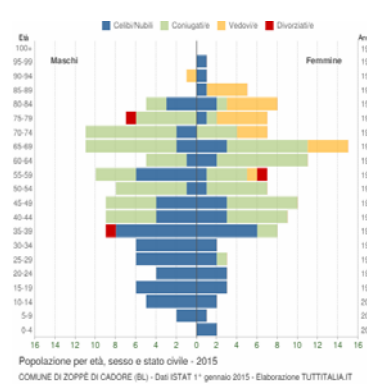


Provincia di Belluno

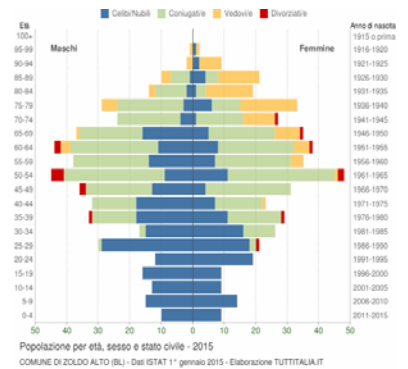
Comune di Belluno



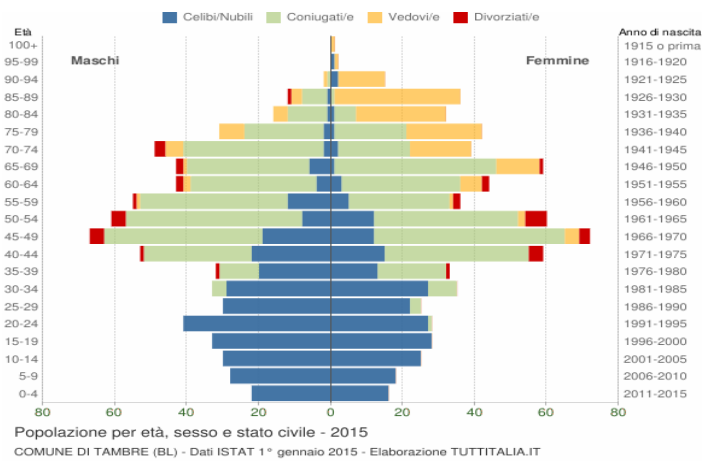
Comune di Gosaldo



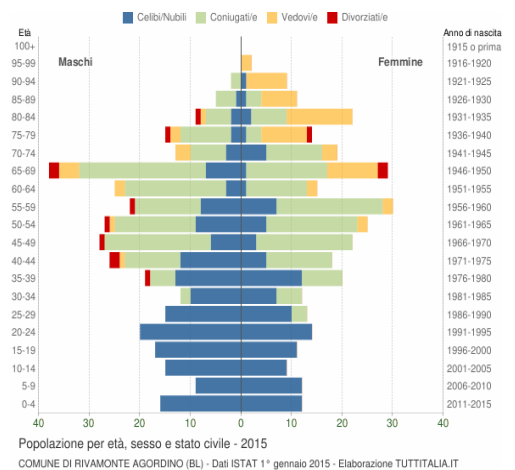
Comune di Zoppè di Cadore



Comune di Zoldo Alto



Comune di Tambre



Comune di Rivamonte Agordino

Fig. 11: Grafici delle caratteristiche demografiche di Belluno e di alcuni comuni della Provincia

Dai grafici si evidenziano le caratteristiche demografiche svantaggiose legate ad un territorio montano geo-morfologicamente complesso, nei confronti del quale l'Azienda ULSS 1 Belluno, si trova obbligata a favorire un maggior governo clinico nella transizione dal territorio all'ospedale e viceversa, per un più appropriato accesso ai servizi ospedalieri e migliorando l'attuale offerta assistenziale.

Il progetto che si descrive nei capitoli successivi infatti si inserisce proprio nel processo di miglioramento e di sviluppo della COT, e dei processi organizzativi e operativi delle dimissioni protette, su cui è prioritario intervenire (Caviola, 2016).

1.4 La COT dell'Ulss n.1 di Belluno

La Centrale Operativa Territoriale della ULSS 1 di Belluno è attiva dal 01/04/2014 in linea con quanto previsto dal Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016 (L.R. 23 del 29/06/2012) e dalle DGRV

975/2013 e 2271 del 10/12/2013), che la individua come elemento cardine dell'organizzazione territoriale.

Delineata dagli atti regionali suddetti, fin'ora ha svolto una funzione di coordinamento della presa in carico dell'utente "protetto" e di raccordo fra i soggetti della rete assistenziale rendendosi funzionale a tutte le unità operative territoriali, e in particolare, nel biennio 2014 -2015, concentrandosi nel:

- coordinare la transizione (dimissione) dei pazienti ricoverati verso il trattamento domiciliare protetto (decodifica del bisogno – triage – e successiva individuazione del percorso assistenziale più appropriato; organizzazione delle UVMD per pazienti in ADIMED³ in tutto il territorio di competenza dell'Ulss 1.
- coordinare la presa in carico dei pazienti in ADI⁴ e le eventuali transizioni verso altri luoghi di cura o altri livelli assistenziali nel territorio/strutture intermedie. In Hospice gli utenti totali trattati sono stati 114, di cui 108 ammessi nel 2015; per l'Ospedale di comunità di Auronzo sono per la COT n.178 domande (per n° 195 ricoverati); per l'Ospedale di comunità di Agordo, attivo dal 01/03/2015 , n. 28 domande (per n.23 ricoverati)
- gestire le dimissioni protette; attualmente vi è una popolazione in gestione di circa 110 pazienti complessi in Assistenza Domiciliare Integrata ADIMED al mese
- Segnalazioni alla COT (mail fax e telefono) 6695 (il 70% dei contatti telefonici arrivano per un 36% da MMG e 36% utenza)
- aggiornare i Piani Operativi Assistenziali
- gestire gli avvisi in emergenza verso l'utenza in terapia anticoagulante orale (INR): nel 2015 sono state 792 le segnalazioni ricevute dal laboratorio analisi
- coordinare i rapporti con l'ente gestore per l'assistenza domiciliare (LifeCure) per circa 20 contatti telefonici al giorno
- gestire le registrazioni dell'Ufficio Ente Gestore per l'accettazione del posto in struttura residenziale per l'utenza (circa 2 interventi al giorno)

3 Assistenza domiciliare a carattere sanitario e integrata con il servizio sociale (ADI-MED profilo D): è una forma di assistenza domiciliare complessa che prevede interventi di varie figure professionali, riservata ai pazienti con patologie di particolare gravità, che richiedono un elevato impegno medico e una pronta reperibilità, garantita da personale medico e infermieristico di una ditta convenzionata e dal medico curante. Per ogni paziente seguito viene predisposto un piano assistenziale individualizzato dall'UVMD (Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale), a cui partecipano il medico di medicina generale, l'assistente sociale, il direttore del distretto o un suo delegato, e altre figure sanitarie o sociali (infermiere, fisioterapista, medico specialista, psicologo). Modalità di accesso: l'attivazione può essere richiesta dalle UU.OO. dei presidi ospedalieri della ULSS n° 1, dal Medico di Medicina Generale, dal Pediatra di Libera scelta e l'Assistente Sociale che generalmente propongono questo tipo di assistenza all'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale, a cui spetta il compito di valutare le domande e quindi di predisporre il piano assistenziale individualizzato. Spesso si tratta di casi complessi che richiedono il supporto dell'equipe di Cure Palliative quale supporto specialistico per l'accompagnamento di fine vita.

4 ADI - Assistenza Domiciliare Integrata : ha lo scopo di mantenere a domicilio le persone con problemi di non autosufficienza psicofisica, rimuovendo gli ostacoli e valorizzando le risorse della rete familiare e sociale, tramite interventi professionali adeguati ai bisogni, nel pieno rispetto delle volontà e degli stili di vita espressi dalla persona. Il servizio eroga varie tipologie di assistenza e prestazioni, destinate ad utenti con problematiche diverse, ciascuna con specifiche modalità di accesso.

- dare informazioni all'utenza (circa 5 telefonate al giorno)

A riguardo il centralino della COT, punto di ricezione delle chiamate unico per il 118 e la Continuità Assistenziale (C.A.), è in funzione 24/24h, attivo 7 giorni su 7, di cui dalle 8 alle 15 rispondono due infermieri professionali in carico alla COT e dalle 15 alle 8 del giorno successivo, e nei festivi, le telefonate sono deviate alla Centrale del SUEM 118.

I dati di seguito proposti evidenziano come le attività di coordinamento e organizzazione dei servizi da parte della Centrale Operativa Territoriale, riguardano numeri importanti dei transiti degli utenti da ospedale a strutture intermedie e territorio con un volume di attività significativo e con un trend in aumento dal 2014 ad oggi degli utenti che vengono seguiti sul territorio (Tabelle 2 – 5) . Si evidenzia anche come tali attività concorrono al processo di miglioramento dell'azienda, rispetto al tasso di ospedalizzazione con trend in calo (Tabella 1).

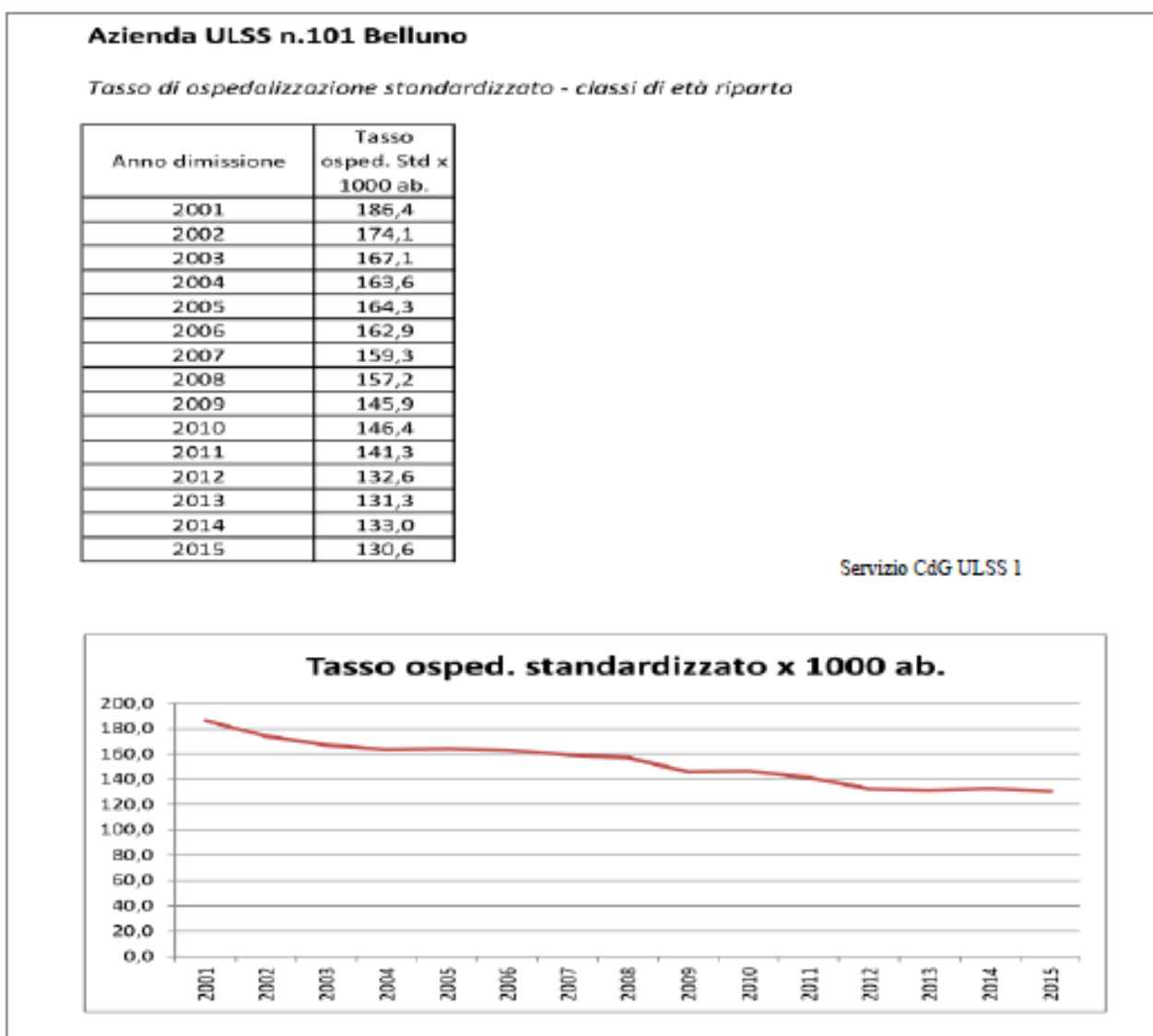


Tabella 1: Tasso di Ospedalizzazione Ulss n.1 per 1000 ab.

ACCESSI ADI: TIMESTRE Gennaio Marzo 2016				
Elaborazione dati Aziendale ULSS n° 1 con software <u>Atl@nte</u> : flussi riferiti al 2016				
	SUBDISTRETTI			
Profili Assistenziali	CADORE	AGORDO	BELLUNO	TOTALI
Profilo A (FTK)	270	275	481	1026
Profilo D (ADI-MED)	714	288	2744	3746
Profilo B (medicazioni)	405	427	5032	5864
Profilo B (prelievi)	376	861	3373	4610
Accessi in regime Urgenza e Reperibilità	54	13	114	181
Accessi per riunioni di equipe richieste da ULSS	-	3	18	21
TOTALE ACCESSI ADI				1544

Tabella 2: Accessi Assistenza Domiciliare Integrata nel primo trimestre 2016

UTENTI in ADI-MED (Profilo D)	
Elaborazione dati Aziendale ULSS n° 1 con software <u>Atl@nte</u> : flussi riferiti al 2015	
Numero utenti medi seguiti giornalmente	120
Numero utenti complessivamente seguiti nel mese di Agosto 2015	226
Numero massimo di utenti seguiti al giorno	158

Tabella 3: Utenti in Adimed in carico alla COT nel 2015
Tabella 2: Accessi ADI secondo diversi profili (A,B,C,ADIMED) primo trimestre 2016

STRUTTURE INTERMEDIE: HOSPICE Casa tua 2		
Elaborazione dati Aziendale ULSS n° 1 con software <u>Atl@nte</u> : flussi riferiti al 2015		
Periodo	01/01/2015 – 31/12/2015	
Totale Pazienti	126	
Totale ammessi	118	
Età media	71	
Giornate media degenza	19,3	
Giornate Totali presenze	2234	
Tasso di occupazione medio	77,00%	
Modalità Ammissione:	Da Ospedale	60
	Da Cure Domiciliari	57

Tabella 4 : Accessi alla Struttura Intermedia Hospice⁵ nel 2015

⁵ Hospice: è una struttura residenziale per pazienti affetti da una malattia inguaribile, in condizioni di terminalità, spesso di tipo oncologico.

STRUTTURE INTERMEDIE: OdC di Auronzo di Cadore	
Elaborazione dati Aziendale ULSS n° 1 con software <u>Atl@nte</u> : flussi riferiti al 2015	
Posti letto	21
Periodo	01/01/2015 – 31/12/2015
Totale Pazienti ricoverati	195
Totale ingressi	178
Presenti al 01/01/2015	17
Giornate media degenza	33,6
Giornate Totali presenze	6565
Tasso di occupazione medio	85,70%
Dimessi	180
Deceduti	18

Tabella 5: Accessi alla struttura Intermedia Ospedale di Comunità⁶ di Auronzo di Cadore nel 2015

CAP.2 IL RESPONSABILE DELLA COT

2.1 Il suo ruolo dalla DGRV 2271/2013 alla DGRV n.463 del 19/04/16

La DGRV 2271/2013 introduce il concetto di Centrale Operativa Territoriale ed affida la responsabilità della COT ad un professionista afferente alle Professioni Sanitarie di cui alla L.n. 251/2000, "...adeguatamente formato e preferibilmente che abbia conseguito la laurea magistrale" (cit. DGRV 2271/2013).

In realtà dal 2014 ad oggi le varie COT del Veneto sono state coordinate sì da un professionista sanitario laureato, appartenente alle Professioni Sanitarie di cui alla L.n. 251/2000 (soprattutto al profilo infermieristico 20 COT su 21), ma non in possesso della laurea magistrale; il responsabile della COT, 20 professionisti su 21, risultavano in possesso dei titoli di abilitazione alle funzioni di coordinamento, Diploma AFD o Master in Management Sanitario per le Funzioni di Coordinamento. Nel momento di esordio della COT le competenze richieste al coordinatore erano rivolte sia sul piano della gestione delle attività professionali e lavorative, che dei progetti specifici dell'area di appartenenza, del personale, della formazione, della gestione delle risorse materiali e tecnologiche, della sicurezza.

Durante gli incontri provinciali e le plenarie, a fine 2015 la Regione Veneto, riconoscendo la strategicità dello strumento della COT, ha cominciato a ritenere fondamentale per lo sviluppo della COT l'individuazione di una figura referente per la COT, con specifiche competenze.

Dal 2016, anche alla luce della riorganizzazione in corso nell'ambito delle cure primarie e dei percorsi regionali finora realizzati sullo sviluppo della COT, la Regione Veneto, in collaborazione con le Direzioni Strategiche, propone di attivare un percorso formativo di alto livello per Responsabile di Centrale Operativa Territoriale, affidando la responsabilità del progetto al dirigente del Settore

⁶ L'Ospedale di Comunità è una struttura residenziale in grado di erogare assistenza sanitaria di breve durata. Esso è riservato a quei pazienti che, pur non presentando patologie acute ad elevata necessità di assistenza medica, non possono tuttavia essere assistiti adeguatamente a domicilio per motivi socio assistenziali.

Assistenza Distrettuale e Cure Primarie della Regione del Veneto, Dr.ssa Maria Cristina Ghiotto.

L'organizzazione del percorso formativo è affidato alla Fondazione Scuola di Sanità Pubblica (SSP) dando atto che la realizzazione del corso trova copertura necessaria nel contributo annuale regionale per l'anno 2016 già assegnato alla Fondazione SSP stessa.

Si individuano alcune caratteristiche per la selezione dei partecipanti:

- il corso è rivolto a coloro che aspirano a svolgere il ruolo di Responsabili della Centrale Operativa Territoriale presso le Aziende ULSS del Veneto;
- la partecipazione al corso è riservata ad un numero massimo di 21 partecipanti;
- l'ammissione al corso avverrà sulla scorta della individuazione da parte delle Aziende ULSS dei partecipanti, in considerazione del ruolo che già svolgono o a loro attribuito;
- a conclusione del percorso formativo e superata una prova di valutazione finale si prevede che la Regione del Veneto, per il tramite della Fondazione SSP, rilasci una attestazione delle competenze acquisite. Allo scopo, con decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale sarà costituita una apposita Commissione di valutazione; la Regione Veneto propone di dare indicazione alle Aziende ULSS che, nel rispetto della disponibilità dei fondi aziendali e della contrattazione integrativa aziendale, l'incarico di responsabile della Centrale Operativa Territoriale comporti il riconoscimento della Posizione Organizzativa.

2.2 Il Progetto Formativo di Responsabile della COT

La formazione degli operatori della Centrale Operativa Territoriale avviene attraverso un percorso integrato che accomuna, oltre a momenti di confronto operativo, anche la partecipazione ad un momento di alta formazione promosso e guidato dalla Regione Veneto, realizzato in collaborazione con la Fondazione S.S.P., alla quale è affidata l'organizzazione e l'attivazione del corso. Il percorso formativo è finalizzato a formare operatori in grado di operare per la gestione integrata e garantire la continuità dell'assistenza, in una logica di condivisione delle responsabilità anche con gli operatori di Ospedale e Territorio in funzione alle attività svolte, conformemente alla programmazione regionale.

Nello specifico il Responsabile della Centrale Operativa Territoriale dovrà possedere le seguenti competenze:

- recepire i bisogni, strutturarli per informazioni relazionate, al fine di connotarne la natura e conseguentemente codificarli in domanda per indirizzarli verso una linea produttiva che ne garantisca una risposta appropriata;
- raccogliere i bisogni che non trovano una risposta strutturata all'interno dell'organizzazione aziendale, costituendo una banca di dati e informazioni utili per pianificare ed attuare eventuali linee produttive di risposta;
- conoscere i dati derivati da flussi sanitari/amministrativi a livello locale-regionale, per relazionarli al processo domanda-offerta locale, e permettere di ottenere ulteriori elementi per valutare l'importanza

(considerando l'equità e la sostenibilità) dei bisogni rilevati che non hanno trovato risposta;

- abbandonare il lavoro per compiti, per acquisire la consapevolezza, le competenze e le abilità per lavorare per obiettivi, dove la logica dei Percorsi integrati, multi professionali e multi specialistici ne rappresentano lo strumento principale;
- conoscere le “nuove risorse” rappresentate dal PSSR e presenti sul territorio, per concorrere ad attivarne la partecipazione, ottenendo il massimo rendimento dalle loro potenzialità;
- assicurare la presa in carico nel “Sistema Salute”, intervenendo (coordinando, gestendo, guidando e monitorando) la gestione integrata dei pazienti che transitano attraverso i diversi *setting* assistenziali;
- essere facilitatori delle relazioni che consentano un dialogo operativo nei processi intra-Aziendali e inter-Aziendali;
- concorrere alla reingegnerizzazione dei processi attivi nel Sistema al fine di assicurarne la tenuta rispetto agli eventi avversi e promuovere la creazione di percorsi strutturati, qualora ne emerga la necessità determinata da fallimenti o errori.

Al fine di conseguire i migliori risultati sia in termini di conoscenze-competenze-capacità dei singoli, che in termini di *outcome*, grazie alla sistematica e sinergica applicazione delle stesse all'interno delle singole realtà Aziendali e del Sistema Veneto, le modalità formative devono essere strutturate in un progetto caratterizzato dai seguenti elementi:

- le tematiche affrontate non possono limitarsi a meri contenuti d'aula, ma devono stimolare e far emergere i reali bisogni degli operatori e risponderne in modo puntuale;
- il processo di apprendimento, oltre che parte importante dell'impianto formativo, deve prevedere il cosiddetto “apprendimento situato”, grazie all'elaborazione guidata dell'esperienza e delle relazioni esistenti nell'organizzazione di appartenenza, per contestualizzare l'apprendimento del soggetto al contesto organizzativo e sociale in cui opera;

la persona/operatore non deve essere considerato in base al suo ruolo ricoperto nell'organizzazione, e pertanto connotarne i contenuti formativi solamente relazionati a questo, ma rappresentare il nuovo ruolo determinato anche dalla consapevolezza dell'attività degli altri operatori coinvolti nel processo multi professionale e multi specialistico;

- i contenuti formativi non devono limitarsi a definire e implementare solo gli aspetti cognitivi, ma devono sviluppare altresì gli elementi che permettono di adattare gli aspetti comportamentali ed emotivi finalizzati alla possibilità di realizzare le attività in loco, coinvolgendo altre persone;
- l'obiettivo è di realizzare una nuova esperienza formativa che, oltre ad agire in modo significativo sulla motivazione all'apprendimento, stimoli anche l'elaborazione creativa permettendo così un coinvolgendolo globale del soggetto.

2.2.1 Obiettivi Formativi ed articolazione del corso

Gli obiettivi, i contenuti formativi e la declinazione degli incontri sono stati definiti in funzione dell'innovativo ruolo del Responsabile COT e delle finalità correlate allo stesso, collocati nell'attuale periodo di riorganizzazione del Sistema Sanitario Veneto, con la disponibilità di nuovi strumenti di organizzazione assistenziale. Si è ritenuto, quindi, opportuno porsi quale obiettivo iniziale la conoscenza del contesto e dell'organizzazione su cui insiste l'attività delle Centrali della Continuità. Nello specifico, da un lato i corsisti vengono guidati a sviluppare capacità di contestualizzazione e utilizzo delle fonti informative divenendo capaci di costruire quadri di riferimento cui rapportare: le caratteristiche della popolazione, rilevate nel corso delle attività quotidiane di analisi-codifica del bisogno; le risposte strutturate già presenti e attive nella propria realtà; e le risposte da strutturare, in un'ottica di equità e sostenibilità coerentemente alla programmazione nazionale e regionale. Dall'altro, sviluppare e consolidare la conoscenza dei nuovi attori e nodi della Rete (Medicine di Gruppo Integrate, ecc), conoscere le loro interazioni e potenzialità per rispondere ai bisogni-domanda emergenti. Successivamente, per introdurre le conoscenze necessarie alla promozione e conduzione dei processi produttivi e degli interventi di miglioramento nelle singole realtà, il percorso formativo si sviluppa seguendo lo schema PDCA di *Deming*, rappresentandone i concetti che danno sostanza al sistema, ma anche il pensiero coerente che ne deriva: un "nuovo modo di pensare" diventa necessario in ogni fase di cambiamento.

2.2.2 Metodi didattici, durata e modalità di svolgimento

Al fine di conseguire gli obiettivi prefissati il progetto formativo farà ricorso a più metodologie didattiche, tutte coerentemente finalizzate a concretizzare un approccio di *learning by doing* (cioè un apprendimento attraverso il fare, l'operare, l'attuare azioni), quali:

- formazione d'aula, per la trasmissione dei concetti, informazioni e schemi interpretativi;
- studio di casi: ispirandosi alla metodologia del *problem based learning*, si proporranno in aula dei casi reali, attraverso i quali stimolare nei partecipanti l'esercizio del *problem solving* per la proposta di soluzioni operative coerenti con le finalità della COT;
- lavori di gruppo, per l'applicazione delle tecniche e degli strumenti proposti all'interno dei vari moduli didattici (ad es. costruzione e analisi di indicatori)
- *project work*: è un progetto professionale realizzato dai corsisti in modo collettivo al termine dell'esperienza, finalizzato a consolidare le competenze, favorendo la logica del management.

Il percorso formativo si articola in 10 giornate a cadenza quindicinale, organizzate con l'alternanza di momenti dedicati alle lezioni frontali, cui seguiranno momenti dedicati all'approfondimento dei medesimi concetti mediante studi di caso e *problem solving*, durante i quali i docenti accompagneranno i corsisti in riflessioni e argomentazioni guidate, imparando così il "come fare" e il

“come ragionare” sulle criticità, creando coerenza tra i concetti assimilati e la realtà operativa. Inoltre, gli operatori della COT saranno guidati nella creazione di un vocabolario e di strumenti condivisi che entreranno poi nell'utilizzo quotidiano, creando uniformità sinottica ed operativa a livello regionale. Al fine di creare una continuità di percorso formativo tra un incontro e l'altro, nonché di consolidare le dinamiche del gruppo, la Fondazione SSP mette a disposizione una piattaforma digitale, nella quale è predisposto un forum che rende possibili il continuo confronto, lo scambio di idee ed opinioni e la discussione di criticità operative reali tra i corsisti.

Parallelamente al percorso formativo, il percorso di accompagnamento regionale, proseguirà per tutto il 2016 divenendo prezioso momento di condivisione del percorso formativo anche con le Direzioni Strategiche delle ULSS.

Durante la prima giornata formativa, nella quale ai partecipanti al corso ed alle direzioni strategiche dell'ULSS viene presentata l'iniziativa nella sua complessità e le nuove consapevolezze emerse e condivise, si stipula “un contratto d'aula” con tutti i portatori di interessi direttamente coinvolti nelle attività della COT.

2.2.3 Frequenza delle attività formative e valutazione dell'apprendimento

La frequenza alle attività formative è obbligatoria ed è pari al 100% delle attività previste, e viene documentata con la rilevazione delle presenze. Potrà essere prevista una sessione di recupero in caso di assenza giustificata non superiore al 20% del monte ore complessivo. A conclusione del percorso formativo per i responsabili delle Centrali Operative Territoriali, è previsto un colloquio finale da svolgersi in un'unica giornata volto alla presentazione di un progetto di fattibilità prodotto anche da più Responsabili di COT, in una logica di nuovo assetto territoriale o di rilevanza regionale. Le tematiche oggetto dell'elaborato dovranno essere previamente autorizzate; per la prova di valutazione finale è nominata una Commissione con apposito Decreto del Direttore Generale dell'Area sanità e sociale. Non sono ammessi a sostenere la prova finale, coloro i quali, anche per giustificati motivi, non abbiano concluso l'intero percorso formativo.

A seguito del colloquio finale sarà rilasciata dalla Regione Veneto, per il tramite della Fondazione SSP, una attestazione delle competenze acquisite.

OBIETTIVO GENERALE	OBIETTIVI SPECIFICI	CONTENUTI
<i>Conoscere il contesto e l'organizzazione del SSR</i>	Sviluppare capacità di lettura e contestualizzazione dei dati derivati dai flussi sanitari/amministrativi, al fine di elaborare un quadro della domanda-bisogno espressa, e poterla confrontare con: <ul style="list-style-type: none"> ▪ la domanda che ha trovato risposta assistenziale nella realtà locale; ▪ il bisogno-domanda rilevato dalla COT, a cui non è seguito un processo assistenziale. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Analisi dei dati offerti dal SER ▪ Analisi dei dati ACG ▪ Evidenza dei bisogni/domanda espressa e contestualizzazione a livello locale 2. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Connotazione della domanda/bisogno relazionata alla risposta assistenziale offerta nella realtà locale ▪ Connotazione della domanda/bisogno che non ha trovato risposta nella realtà locale 3. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Confronto e comparazione dei dati derivanti dai flussi regionali e i dati specifici della realtà locale
	Conoscere e avere consapevolezza delle potenzialità offerte dalle risorse disponibili sul territorio regionale e dalla loro interazione.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Evoluzione di ruolo e professionalità socio-sanitarie esistenti ▪ Evoluzione del paziente, famiglia e caregiver ▪ Il nuovo ruolo delle associazioni dei pazienti
	Conoscere e avere consapevolezza delle scelte legislative regionali: <ol style="list-style-type: none"> 1. strumenti introdotti dal PSSR; 2. principi di sostenibilità ed equità. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ processi integrati di cura e i PDTA; ▪ COT; ▪ Medicine di Gruppo Integrate (presa in carico, continuità, ...); ▪ Medicina di Iniziativa; ▪ Strutture Intermedie; ▪ Strumenti informativi-informatici. ▪ Valorizzazione del Terzo settore (associazioni e privato no-profit) ▪ Strumenti di programmazione aziendale (Piano di Zona, Piano Attuativo Locale, ecc.)
<i>Sviluppare capacità di analisi delle domande/bisogni</i>	Sviluppare e consolidare capacità di analisi critica delle tipologie di domande/bisogni (sanitario, sociale e socio-sanitario) e, in collaborazione con gli altri operatori della filiera dell'assistenza, codificarli in domanda rilevandone gli aspetti peculiari, al fine di individuare il settore operativo di competenza.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elementi di analisi del bisogno ▪ Informazioni necessarie per meglio connotare il bisogno, rilevazione degli elementi peculiari e discriminanti ▪ Identificazione del bisogno ed eventuale prioritizzazione ▪ Standardizzazione e Codifica della domanda ▪ Sviluppo di indicatori funzionali a leggere il processo
	Sviluppare capacità di analisi critica della situazione esistente nelle specifiche realtà, relativamente ai bisogni/domande espresse, utilizzando gli strumenti di analisi, precedentemente acquisiti, e con l'utilizzo dei relativi indicatori per addivenire ad un	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Supporto metodologico pratico a processare la domanda e i bisogni presenti nelle specifiche realtà, e misurare, con gli strumenti di analisi, l'appropriatezza del processo valutativo

	quadro comparativo	
<i>Sviluppare le capacità di pianificazione dei processi</i>	Sviluppare capacità di pianificazione delle azioni specifiche della COT, o azioni delegate nel processo assistenziale. Sviluppare capacità di pianificazione con esplicitazione degli indicatori di processo e di risultato coerenti con l'azione pianificata	<ul style="list-style-type: none"> ▪ gli strumenti del <i>project management</i>, la logica delle linee guida e del <i>clinical pathway</i> (PDTA) ▪ gli strumenti del <i>Lean Management</i> ▪ Il <i>risk management</i>, compreso il rischio relativo al processo di continuità ▪ Indicatori del processo di pianificazione
	Conoscere le strategie di comunicazione e gli strumenti per l'ottimizzazione del dialogo nella "filiera dell'assistenza" degli operatori, facilitare la costruzione di rapporti relazionali all'interno dell'equipe e della linea produttiva, riconoscere e mediare eventuali situazioni di conflitto. Individuare indicatori che permettano la lettura del processo comunicativo.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tecniche di comunicazione efficace interne all'equipe o alla linea produttiva ▪ Tecniche di comunicazione efficace esterne ▪ Indicatori del processo di comunicazione
<i>Sviluppare capacità di implementazione dei processi pianificati</i>	Sviluppare capacità di attuazione dei programmi pianificati e garantire il risultato anche a fronte di eventi avversi.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Strumenti della <i>leadership</i> ▪ Tecniche di <i>problem solving</i>
<i>Essere in grado di verificare e valutare le azioni e risultati</i>	Saper elaborare ed utilizzare gli indicatori di processo e di esito verificando che le azioni siano coerenti con quanto programmato/progettato.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sistematizzazione degli indicatori di processo e di esito
	Saper analizzare criticamente i dati disponibili forniti da altre linee produttive.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tecniche di analisi critica dei dati provenienti da altre linee produttive, finalizzate alla valutazione delle <i>performance</i> della COT
	Saper realizzare documenti di reportistica.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tecniche di reportistica
	Conoscere le modalità e le tecniche di condivisione, comunicazione e valutazione dei dati con gli altri operatori coinvolti.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tecniche di valutazione condivisa dei dati di attività ▪ Individuazione delle priorità ▪ Individuazione delle azioni correttive e dei relativi indicatori
<i>Essere in grado di consolidare le azioni correttive ed evidenziare settori/aree di intervento futuro</i>	Saper attuare le azioni correttive derivanti dall'analisi delle criticità e dalla loro condivisione con gli attori del sistema, rendendole consolidate e standardizzate. Produrre i valori degli indicatori e procedere alla valutazione.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Utilizzo degli strumenti sopra indicati

Fig. 12: Contenuti del Progetto Formativo di Responsabile della COT (allegato A alla DGR n. 463 del 19 aprile

2016

CAP.3 IL PROGETTO “DIMISSIONI PROTETTE”

3.1 Premessa: Progetto Cariverona: delibera 589 DG 15/7/2015

Tra il 2014 e il 2015, grazie ai fondi del Progetto “Fondazione Cariverona”, delibera n.589 del 15/07/2015, (Allegato 2), la COT dell'Ulss n° 1 di Belluno si è dedicata a studiare un programma per innovare sotto diversi profili, la parte informatica, informativa, le strutture, l'ampliamento e la formazione del personale della COT, riassumibile come segue:

- Assunzione, con un contratto di lavoro a tempo determinato o in libera professione fino a Maggio 2017, per la durata di anni due, di nuovo personale infermieristico dedicato alle attività di sviluppo della COT e di personale amministrativo per un anno.
- Sviluppo del sistema informatico (acquisto dei Software PUA, Qlik, Atl@nte);
- Sviluppo del sistema informativo con la creazione di un datawarehouse web based per l'analisi dei dati e la georeferenziazione delle informazioni (Software Charta)
- Creazione del sito web della COT e realizzazione di videotutorial per l'utenza
- Installazione ed utilizzo del software Skype per le Unità di Valutazione Multidisciplinare Distrettuali nel territorio
- Attivazione della registrazione delle chiamate in entrata ed uscita
- Adeguamento delle infrastrutture esistenti
- Acquisto di due autovetture

Grazie all'acquisto dei software, delle automobili e grazie all'acquisizione di nuovo personale infermieristico, si è potuti procedere, ad inizio del 2016, con la ideazione del progetto “Dimissioni Protette”, che avrebbe sfruttato le risorse già acquisite, fondamentali ed essenziali per il proseguo dell'attività della COT.

3.2 Descrizione del Progetto

Dall'analisi delle direttive regionali descritte sinora in materia di riorganizzazione sanitaria ed in particolare quelle orientate verso la costituzione della COT, per il 2016 la COT ha evidenziato la necessità e l'importanza strategica, correlata alle specificità del territorio provinciale di appartenenza, di costruire un percorso di innovazione organizzativa, articolato su più fronti, strutturali e professionali, e condiviso a livello provinciale e regionale. La COT dell'Ulss n°1 di Belluno, ha studiato così un programma di sviluppo, ridefinendo il proprio ruolo e le proprie funzioni operative secondo le richieste regionali e considerando l'evoluzione dei bisogni e il contesto territoriale in cui è inserita, anche in vista dell'unificazione dell'Azienda Ulss n.1 e n.2 e per rispondere ad alcuni degli obiettivi strategici del Direttore Generale nel triennio 2016 – 2018 (indicatori A 1.1; C 4.1, 4.2, 4.3 presentati nell'Allegato 3).

Il Progetto Pilota denominato “Dimissioni Protette” si inserisce tra gli obiettivi trasversali alle nuove macro aree aziendali, che le Centrali Operative Territoriali delle due Ulss Provinciali, hanno scelto di perseguire nei processi congiunti presentati e concordati all'incontro operativo con oggetto: “Centrale

Operativa Territoriale. Obiettivi assegnati alle Aziende Ulss. DGR n. 2072/2015”, tenutosi in data 26 aprile 2016, presso la Sede regionale a Montecchio Precalcino (VI), e in accordo con i precedenti incontri operativi provinciali e in plenaria.

Attualmente le due COT provinciali di Belluno e Feltre sono organizzate in maniera differente, sia dal punto di vista informatico, che informativo, che del personale impiegato; anche la tipologia di lavoro e la modulistica utilizzata è differente: la COT dell' Ulss n.2 di Feltre, Azienda organizzata secondo livelli di intensità di cura, è più orientata verso la decodifica del paziente fragile nel momento del ricovero ospedaliero e non ha quasi nessun contatto diretto con il territorio; differentemente la COT dell'Ulss n.1 di Belluno, che si è attivata un anno prima rispetto a quella feltrina, è nata da una costola del Distretto Socio Sanitario, da cui ha rilevato alcune attività, come la gestione delle UVMD (Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale) e ha un rapporto diretto con il territorio, in particolare con i MMG.

Per questo, soprattutto alla luce dell'unificazione delle due Aziende nell'ipotizzata a fine 2015 dalla Giunta Regionale come “Azienda Unica Dolomitica”, si rende necessario organizzare un modello di lavoro unico delle due Centrali Operative Territoriali, mettendo a frutto l'esperienza e i processi sviluppati finora singolarmente dalle due realtà locali.

L'Azienda feltrina appare vincente nell'utilizzo di alcuni strumenti validati per il monitoraggio e la valutazione degli assistiti che transitano dai *setting* assistenziali ospedalieri a quelli territoriali; d'altro canto la COT bellunese, grazie ai fondi del Progetto Cariverona, dispone già di un sistema informativo ed informatico specifico per la COT.

Le caratteristiche di entrambi i servizi, se unificate e sistematizzare in processi uniformi, è da subito chiaro possano soddisfare gli obiettivi ed abbracciare le direttive regionali.

In questo momento di sviluppo e uniformazione delle COT, come sottolineato dalle linee di indirizzo della normativa Regionale, diventano rilevanti soprattutto due professionalità coinvolte, il Responsabile della COT, come accennato nel capitolo 2, e l'infermiere case manager, nel Capitolo 1.

In particolare nel progetto “Dimissioni Protette” il Responsabile della COT è chiamato a rispondere a nuove competenze, soprattutto nella responsabilità della pianificazione de gestione della attività professionali, tra cui:

- Partecipazione al processo di budget
- Organizzazione e gestione dei processi lavorativi, soprattutto in vista degli indicatori regionali A 1.1, C 4.1, 4.2, C 4.3, stimando i carichi di lavoro e individuando le priorità organizzative e orientando il personale a perseguirle
- Assicurazione della continuità delle cure proponendosi anche come mediatore tra i vari attori coinvolti
- Promozione delle azioni per garantire la privacy del paziente fragile
- Garanzia di una integrazione costante delle migliori evidenze di ricerca nella pratica, attraverso strumenti quali percorsi clinico assistenziali, protocolli, procedure

- Controllo dei processi che favoriscono il percorso delle persone assistite afferenti al servizio e cura delle relazioni con le stesse e i familiari

L'infermiere Case Manager nel progetto è identificato come figura con competenze specialistiche clinico-organizzative e di coordinamento dei percorsi di cura, il cui ruolo di facilitatore e manutentore della rete dei servizi a favore dei percorsi di cura, diventa una risorsa rilevante.

Campo di applicazione:

Il Progetto è rivolto a tutti i pazienti ≥ 75 anni e ai pazienti fragili < 75 anni ricoverati in tutte le UU.OO. dell'Ulss n.1 di Belluno, che presentino una valutazione della scheda Brass-index con punteggio ≥ 11 . Il percorso di continuità delle cure e dell'assistenza coinvolge tutti i servizi collegati alla rete assistenziale ospedaliera e territoriale di competenza della Azienda Ulss n° 1 di Belluno. Si considerano inclusi anche gli utenti che presentano un indice di basso rischio < 11 con problematiche oncologiche che necessitano comunque una presa in cura multi professionale nell'ottica delle *Simultaneous Care*, indipendentemente dal grado di autonomia e dall'età.

Risorse dedicate:

- Una figura professionale di infermiere Case Manager dedicato per 40 h settimanali per 15 mesi con contratto libero professionale per l'area medica, finanziato con budget dedicato del progetto Cariverona (delibera n.589 del 15/07/2015). La direzione con delibera aziendale n° 285 del 13-05-2016, indice un Avviso Pubblico per il conferimento di un incarico libero-professionale ad un infermiere per prestazioni finalizzate alla realizzazione del progetto “Sviluppo della Centrale Operativa Territoriale” al fine di migliorarne l'operatività. La risorsa avrà come obiettivo sia le finalità descritte nel progetto della Fondazione Cariverona, iniziato nel 2015 e con scadenza a Luglio 2017, che quelle del Progetto Dimissioni Protette.
- Una figura professionale di infermiere Case Manager specializzato dedicato per 36 h settimanali per l'area chirurgica, in mobilità dalla UO di Chirurgia dell'Ulss n° 1.
- Una sede logistica distaccata della COT in Ospedale, identificata con una stanza dotata di 2 postazioni per due infermieri Case Manager con l'utilizzo di arredi già in dotazione, linee telefoniche già predisposte, iso-risorse.
- Due tablet dedicati con accesso al software aziendale Atl@nte, alla Cartella Condivisa della COT, al Software *Charta*, al Sistema di segnalazione della COT P.U.A., Punto Unico di Accesso, accesso alla rete intranet aziendale, accesso alla rete internet con chiavetta usb, accesso all' Anagrafe Regionale, accesso al sistema di prenotazione Aziendale Arianna, finanziati con budget dedicato del Progetto Cariverona (delibera n.589 del 15/07/2015).

3.3 Gli Obiettivi del Progetto

1. Con il Progetto “Dimissioni Protette” si vuole uniformare le attività di pianificazione e gestione della dimissione dei pazienti fragili delle Ulss n.1 di Belluno e n. 2 di Feltre per la

- successiva eventuale presa in carico da parte della rete dei Servizi Territoriali (ADI, Strutture Intermedie, Strutture Residenziali, Monitoraggio Infermieristico semplice), con l'introduzione di strumenti comuni (procedure, modulistica, sistema informatico e informativo).
2. Il progetto inoltre vuole introdurre nell'Ulss n.1 di Belluno, allineandosi con il modello feltrino nella cui realtà tale figura è già operativa, la figura dell'Infermiere Specialistico Case Manager della COT: i professionisti Case Manager, uno dedicato all'Area Chirurgica ed uno all'Area Medica Ospedaliere, hanno l'obiettivo di lavorare al fine di integrare la rete dei servizi per la continuità di cura tra le UU.OO. degli Ospedali della Azienda ULSS n°1, le strutture intermedie e i servizi territoriali.
 3. Monitoraggio della disponibilità dei posti letto di tutte le Strutture Intermedie della Ulss n.1 di Belluno da parte della COT e passaggio dell'informazione in tempo reale ai Case Manager per la programmazione dei percorsi di assistenza, al fine di ridurre i tempi di degenza ed i relativi costi evitando ospedalizzazioni protratte (L'utilizzo dell'informazione si prevede efficiente ed efficace entro la fine del mese di Agosto 2016 confrontando i dati con l'anno precedente e allineando il tasso di ospedalizzazione come da indicatore A- 3.1).
 4. Utilizzo delle risorse esistenti all'interno del team COT e di tutto il sistema ospedale-territorio in modo da favorire un più congruo utilizzo dell'Assistenza Domiciliare Integrata ADI e della rete de servizi territoriali (Si valuteranno i risultati ogni 6 mesi dall'avvio del progetto confrontando i dati degli anni precedenti e secondo gli indicatori puntuali C-4.2 e C-4.3).
 5. Il Progetto è attivato in tutte le UU.OO dell'ULSS n°1 (Ospedali di Belluno, Agordo, Pieve di Cadore, Centro polifunzionale di Auronzo e Cortina) e l'Ospedale di Feltre, e risponde agli obiettivi assegnati dalla Regione Veneto alle aziende Sanitarie per l'anno 2016, con DGRV 2071/2015 e descritti nel DM 70/2015 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali e tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera"; nello specifico si considerano gli obiettivi/indicatori relativi alla sessione di "Adeguamento dell'organizzazione delle Cure Primarie agli indirizzi previsti dalla LR. n° 23/2012 PSSR 2012/2016", quali:
 - A-1.1 – Sviluppo del modello della Centrale Operativa;
 - A-3.1 – Mantenimento o riduzione del Tasso di ospedalizzazione al 135%; e gli obiettivi/indicatori relativi alla sessione "Integrazione Ospedale – Territorio";
 - C-4.1 – Percentuali di dimissioni di ultra 75enni visitati a domicilio entro 2 giorni dalla dimissione (soglia $\geq 10\%$);
 - C-4.2 – Percentuali di ultra 75enni con almeno otto accessi domiciliari nell'ultimo mese di vita (soglia $\geq 15\%$);

- C-4.3 – Incremento del Tasso di eventi assistenziali del terzo e quarto livello (rispetto al 2015)
6. Ideazione, presentazione e utilizzo in tutte le UU.OO dell'ULSS n°1 (Ospedali di Belluno, Agordo, Pieve di Cadore, Centro polifunzionale di Auronzo e Cortina) e l’Ospedale di Feltre, della nuova modulistica per le ammissioni e dimissioni protette, di seguito elencata:
- Comunicazione di Fragilità (Allegato 4)
 - Scheda Brass Index di 1 e 2 livello (la prima se compilata nella fase del ricovero ospedaliero, la seconda entro le 48h dalla dimissione a domicilio del paziente – Allegato 5)
 - Avviso di Dimissione (Allegato 6)
 - Scheda di valutazione globale infermieristica
(L'utilizzo a regime e sistematico dei suddetti strumenti per tutte le UU.OO. dell'azienda ULSS n° 1 di Belluno si completa entro la fine del mese di Agosto 2016 - ancora da produrre).

3.4 SWOT Analysis

La prima fase di attivazione del processo è stata la condivisione delle idee e dello stato dell’arte di ciascuna COT, sia con le Direzioni Strategiche delle rispettive Ulss, attraverso una serie di incontri programmati, che con l’organo regionale appositamente dedicato, rappresentato dalla Dr.ssa Ghiotto, Responsabile del Settore Assistenza Distrettuale e Cure Primarie, il Dr. Rizzato e la Dr.ssa Boscolo Camiletto. L’ultimo incontro in Regione si è tenuto il 24 Aprile 2016, momento in cui la Regione Veneto ha approvato il Progetto “Dimissioni protette” condiviso delle Aziende Ulss 1 e 2. E’ importante ricordare che per la Ulss n. 1 di Belluno si è considerato positivo inserire la nuova proposta progettuale all’interno del progetto di sviluppo della COT che continuava dal 2015, e non ancora concluso (scadenza Luglio 2017), finanziato dalla Fondazione Cariverona (delibera 589/2015), al fine di utilizzare al meglio le risorse esistenti, evitare la frammentazione del lavoro della COT della Ulss n.1 di Belluno pronto ad intraprendere dunque una duplice attività progettuale, ed al fine di accelerare il percorso congiunto di unificazione dei processi di gestione dell’integrazione ospedale – territorio in vista della nuova Azienda “Dolomitica” unica. In riferimento al Progetto Cariverona è stata fatta comunicazione alla Fondazione che il personale COT (personale amministrativo e infermieristico) programmato nel primo progetto avrebbe perseguito sia la duplice finalità di sviluppo della COT, come da obiettivi fissati dal Progetto Cariverona, che di attuazione del secondo progetto “Dimissioni protette”.

Di seguito vengono esplicitate, nella tabella Swot Analysis, gli aspetti positivi e le criticità emersi nel susseguirsi degli incontri con le Direzioni e la Regione Veneto:

SWOT ANALYSIS		
	HELPFULL	HARMFULL
	Strenght	Weakness
Internal	<ul style="list-style-type: none"> - PSSR 2012 – 2016 - DGRV 2271/2013; DGRV 2072/2016; DGR 2533/2013, DGR 2525/2014, DM n. 70/2015 - Team COT affiatato - Delibera Ulss n.1 Finanziamento Fondazione Cariverona 589/2015 - Atteggiamento positivo verso il cambiamento da parte di tutti i collaboratori della COT 	<ul style="list-style-type: none"> - Resistenza da parte delle UUOO ad introdurre nuovi strumenti e nuove attività lavorative - Ignoranza verso il ruolo e l'attività dell'Infermiere Case Manager - Resistenze da parte dei MMG che temono l'incentivo delle loro prestazioni