



Piano Attuativo Locale delle Cure Primarie

INTRODUZIONE

Il Piano Attuativo Locale delle Cure Primarie rappresenta lo strumento attraverso il quale la politica assistenziale territoriale sarà delineata nelle sue priorità nei prossimi tre anni.

IL TERRITORIO

Il territorio della Azienda Ulss 12 Veneziana è caratterizzato da una grande diversità geomorfologica che condiziona largamente la domanda di assistenza socio sanitaria territoriale e le modalità organizzative per erogarla. Può essere analizzato secondo tre differenti prospettive che rispecchiano altrettante suddivisioni: geografica, comunale e sociosanitaria (i 4 distretti).

Geografia

Il territorio è caratterizzato da una componente insulare e una di terraferma, in cui complessivamente risiedono 306.130 abitanti (dati aggiornati al 31/12/2008, fonte: anagrafi comunali).

La maggior parte della popolazione insulare è residente nell'arcipelago che costituisce Venezia Centro Storico e l'isola della Giudecca con i suoi isolotti satelliti: complessivamente ospita 60.311 abitanti. L'isola del Lido ospita 17.468 mila abitanti, l'isola litoranea di Pellestrina 4.167 mila; le restanti isole, di Murano, Burano, Torcello e le quelle minori come le Vignole e Sant'Erasmus, ospitano nel complesso un numero di abitanti pari a 8.780 unità, comunque bisognoso di assistenza sanitaria.

Assimilabile alla componente insulare è la zona litoranea di Cavallino e Treporti, rappresentata dalla linea di terra che aggetta sul mare e che delimita a nord la laguna, con 13.167 abitanti.

La terraferma veneziana è principalmente costituita da Mestre e il suo circondario (Mestre centro con Marghera, Favaro, Carpendo, Chirignago, Zelarino) con 179.372 mila abitanti; quindi da Marcon e Quarto d' Altino, rispettivamente con 14.858 e con 8.007 abitanti.

Comuni

I comuni della conferenza dei sindaci a cui appartiene la Azienda Ulss 12 Veneziana sono quattro:

1. Venezia che comprende tutto il territorio insulare e la terraferma afferente a Mestre
2. Cavallino Treporti che include le frazioni presenti sull'istmo nord lagunare
3. Marcon
4. Quarto d'Altino

A seguire la suddivisione dei residenti per comuni

Comune	Femmine	Maschi	Totale
Venezia	142.137	127.961	270.098
Cavallino Treporti	6.723	6.444	13.167
Marcon	7.414	7.444	14.858
Quarto d'Altino	4.070	3.937	8.007

Distretti socio-sanitari

Il territorio dell' AULSS 12 Veneziana è funzionalmente suddiviso in 4 distretti sociosanitari con diverse distribuzioni di sedi:

Distretto 1: Venezia Centro storico

Distretto 2: Isole del Lido, Pellestrina, Murano, Burano, Cavallino-Treporti

Distretto 3: Mestre centro e sud

Distretto 4: Mestre nord, Marcon e Quarto d'Altino

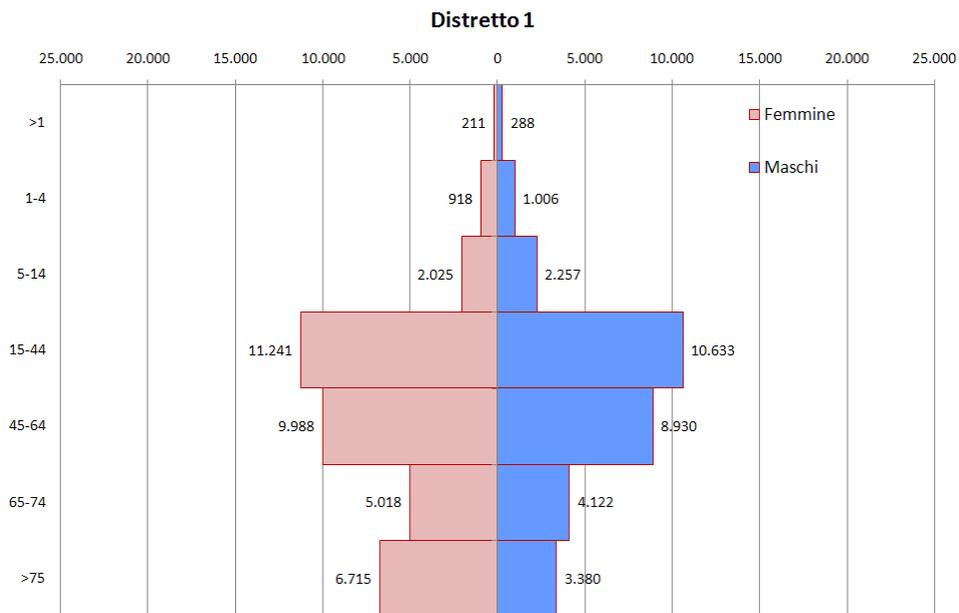
La suddivisione della popolazione residente (306.130 abitanti) per sesso nei 4 distretti è la seguente:

Distretto	Femmine	Maschi	Totale
Distretto 1	32.528	27.783	60.311
Distretto 2	22.786	20.796	43.582
Distretto 3	60.799	55.861	116.660
Distretto 4	44.231	41.346	85.577

Da molti anni la Azienda Ulss 12 Veneziana utilizza un sistema informativo finalizzato al governo aziendale denominato GALASSIA™. Tale Sistema permette di analizzare la distribuzione dell'offerta assistenziale nella popolazione identificando quindi i diversi bacini di utenza con le loro caratteristiche. Le informazioni di contesto di seguito sono derivate da tale sistema

La popolazione assistibile identificate secondo le linee guida sull'anagrafica sanitaria aziendale, sono 328.958 mila, così suddivisi:

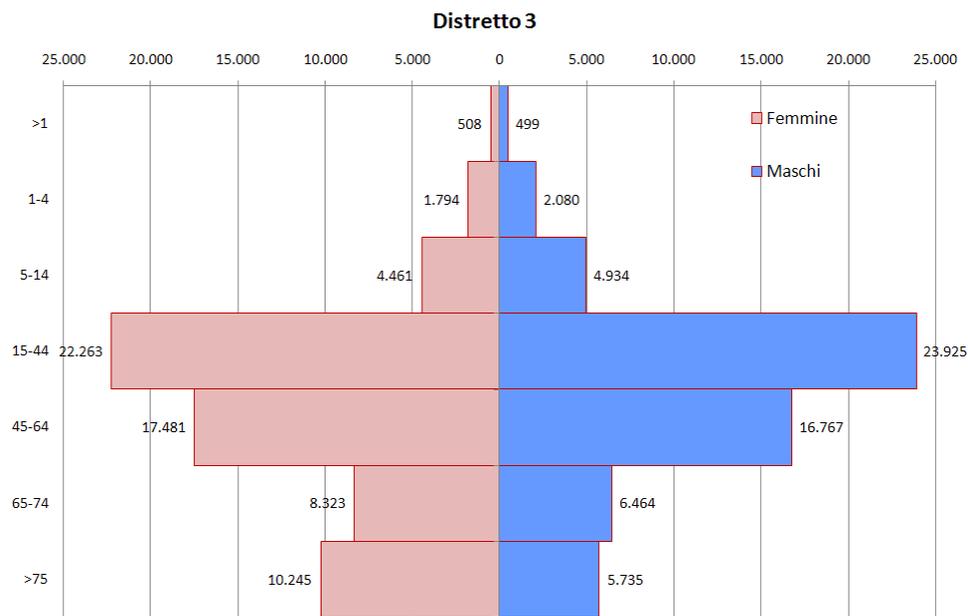
Distretto 1 - Venezia Centro storico: 66.732 assistiti



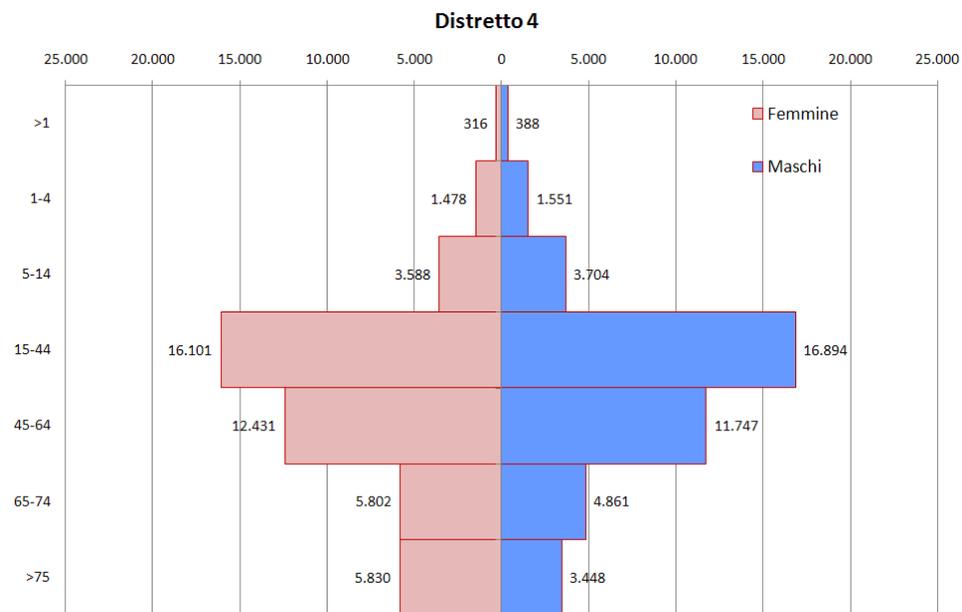
Distretto 2 - Lido ed Estuario (Pellestrina, Murano, Burano, Cavallino Treporti): 46.799 assistiti



Distretto 3 - Mestre centro e sud: 125.479 assistiti



Distretto 4 - Mestre nord, Marcon e Quarto d'Altino: 88.139 assistiti

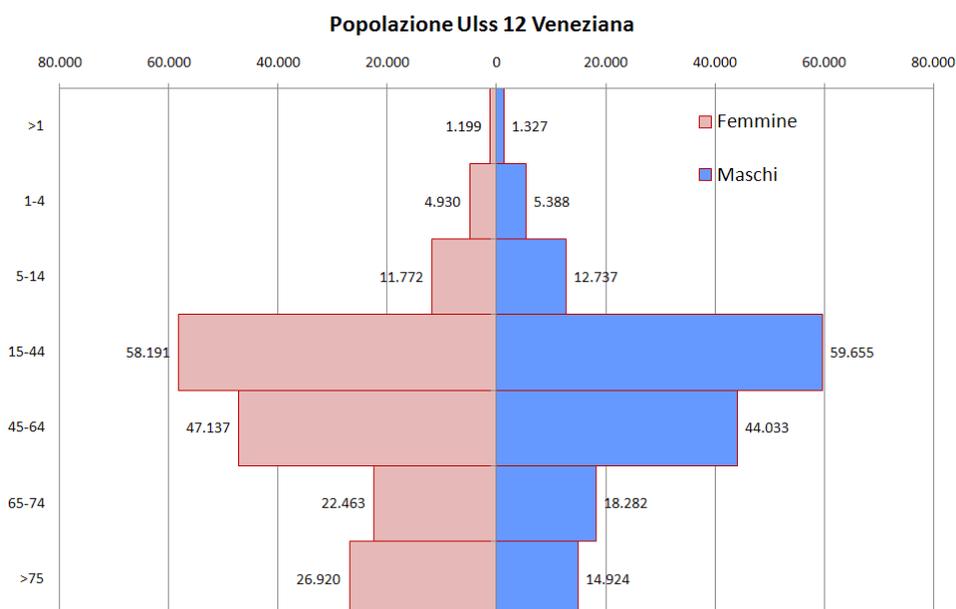


Senza sede: 1.809 assistiti

ANALISI DELLA POPOLAZIONE

Attraverso il summenzionato sistema GALASSIA™ è possibile analizzare la distribuzione di alcuni dati della popolazione della Azienda Ulss 12 Veneziana e verificarne il trend a partire dal quinquennio precedente

La distribuzione della popolazione è delineata nella figura seguente



A seguire alcune analisi effettuate sul trend delle quantità e costi delle prestazioni effettuate

ULSS 12 VENEZIANA

?

ASSISTITO

IMPOSTAZIONI
DI STAMPA

G.A.L.A.S.S.I.A.
Gestione Analitica dei Livelli Assistenziali Aziendali

QUANTITA' TOTALI PER PROBLEMI ASSISTENZIALI

	2003		2004		2005		2006		2007	
	TOTALI	MEDIE								
ASSISTITI	331.672		329.893		328.846		328.794		328.958	
DECEDUTI	3.671		3.449		3.249		3.561		3.531	
EMERGENZA E TRASPORTI	5.773	0,0	8.212	0,0	7.426	0,0	6.717	0,0	7.326	0,0
PRONTO SOCCORSO	88.565	0,3	90.219	0,3	93.902	0,3	93.788	0,3	91.440	0,3
RICOVERI ASL	40.976	0,1	35.601	0,1	35.667	0,1	31.375	0,1	28.350	0,1
RICOVERI ACCREDITATI	11.210	0,0	11.480	0,0	11.543	0,0	10.309	0,0	10.764	0,0
RICOVERI MOBILITA'	16.485	0,0	14.208	0,0	12.478	0,0	11.354	0,0	12.518	0,0
SPECIALISTICA ESTERNI	3.856.274	11,6	5.323.122	16,1	4.470.243	13,6	5.252.551	16,0	5.117.257	15,6
FARMACEUTICA TERRITORIALE	5.265.102	15,9	6.035.182	18,3	5.636.948	17,1	6.287.825	19,1	6.778.032	20,6
MEDICINA GENERALE	16.694	0,1	10.358	0,0	10.188	0,0	9.890	0,0	11.778	0,0
FAMIGLIA ETA' EVOLUTIVA	1.036	0,0	1.341	0,0	1.407	0,0	1.478	0,0	1.557	0,0
ANZIANI	1.842	0,0	2.163	0,0	7.693	0,0	6.988	0,0	6.808	0,0
INVALIDI	3.256.803	9,8	3.510.506	10,6	3.779.670	11,5	3.829.089	11,6	3.456.344	10,5
ASSISTENZA DOMICILIARE	1.191	0,0	1.265	0,0	1.825	0,0	1.505	0,0	2.984	0,0
PSICHIATRIA	153.015	0,5	203.769	0,6	248.968	0,8	162.108	0,5	330.072	1,0
DISABILITA' ADULTI		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0
SOCIALE		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0
DIPENDENZE	20.038	0,1	22.303	0,1	31.356	0,1	27.296	0,1	23.452	0,1
ALTRI SERVIZI DISTRETTUALI	62.321	0,2	96.876	0,3	26.613	0,1	26.651	0,1	28.255	0,1
DIPARTIMENTO PREVENZIONE		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0
TOTALE QUANTITA'	12.797.325	38,6	15.366.605	46,6	14.375.927	43,7	15.758.924	47,9	15.906.937	48,4

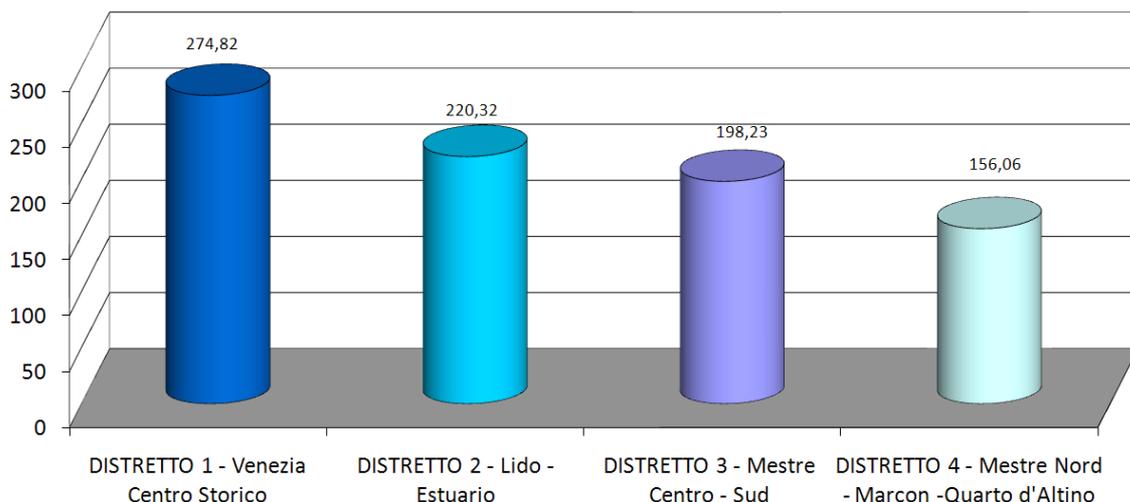
G.A.L.A.S.S.I.A.
 Gestione Analitica dei Livelli Assistenziali Aziendali
COSTI TOTALI PER PROBLEMI ASSISTENZIALI ANNI 2003 - 2007

	2003		2004		2005		2006		2007	
	TOTALI	MEDIE								
ASSISTITI	331.672		329.893		328.846		328.794		328.958	
DECEDUTI	3.671		3.449		3.249		3.561		3.531	
EMERGENZA E TRASPORTI	8.936.472	27	10.594.003	32	10.537.409	32	9.934.024	30	11.439.486	35
PRONTO SOCCORSO	11.546.503	35	11.028.791	33	9.698.395	29	8.925.173	27	11.318.796	34
RICOVERI ASL	164.129.944	495	178.017.849	540	174.026.887	529	177.988.617	541	198.578.451	604
RICOVERI ACCREDITATI	43.506.070	131	48.213.116	146	52.383.329	159	41.867.285	127	55.652.714	169
RICOVERI MOBILITA'	35.095.931	106	40.728.227	123	47.778.158	145	49.277.042	150	48.439.514	147
SPECIALISTICA ESTERNI	51.021.633	154	58.648.520	178	55.820.952	170	60.479.749	184	69.503.608	211
FARMACEUTICA TERRITORIALE	62.194.383	188	69.373.779	210	63.056.420	192	59.765.926	182	63.965.169	194
MEDICINA GENERALE	22.846.314	69	24.772.602	75	29.352.684	89	25.399.524	77	28.048.728	85
FAMIGLIA ETA' EVOLUTIVA	6.350.344	19	6.760.745	20	7.403.105	23	7.240.009	22	7.993.307	24
ANZIANI	28.823.899	87	29.960.592	91	35.176.224	107	31.441.392	96	41.478.256	126
INVALIDI	4.637.534	14	5.108.693	15	5.111.600	16	4.368.449	13	4.381.357	13
ASSISTENZA DOMICILIARE	3.312.463	10	4.116.032	12	4.643.585	14	4.892.204	15	5.169.202	16
PSICHIATRIA	8.266.044	25	8.841.186	27	9.632.187	29	10.221.377	31	10.937.100	33
DISABILITA' ADULTI	4.360.473	13	4.717.843	14	5.379.537	16	4.978.392	15	6.029.078	21
SOCIALE	966.283	3	755.389	2	658.294	2	615.299	2	795.220	2
DIPENDENZE	5.712.308	17	5.961.380	18	6.225.243	19	5.918.898	18	6.092.087	19
ALTRI SERVIZI DISTRETTUALI	16.808.329	51	20.617.558	62	18.734.557	57	19.396.667	59	28.702.019	87
DIPARTIMENTO PREVENZIONE	10.989.411	33	11.841.305	36	11.764.818	36	11.384.203	35	12.039.563	37
COSTI GENERALI	30.947.598	93	28.748.991	87	64.675.794	197	81.533.623	248	5.442.807	17
TOTALE COSTI	520.451.935	1.569	568.806.599	1.724	612.059.178	1.861	615.627.852	1.872	616.806.464	1.875
TOTALE QUOTE CAPITARIE	431.936.876		450.293.415		491.180.079		509.586.867		533.945.005	
TOTALE RISULTATO ECONOMICO	-88.515.059		?		?		?		-82.861.458	

L'analisi dei dati demografici evidenzia nella popolazione della Azienda Ulss 12 Veneziana un elevato indice di vecchiaia che diventa ancor più significativo nei territori delle isole e piccole isole.

Indice di vecchiaia per Distretto dell'Azienda ULSS 12 Veneziana - anno 2008

Valore indice vecchiaia Azienda ULSS 12 : 204,56



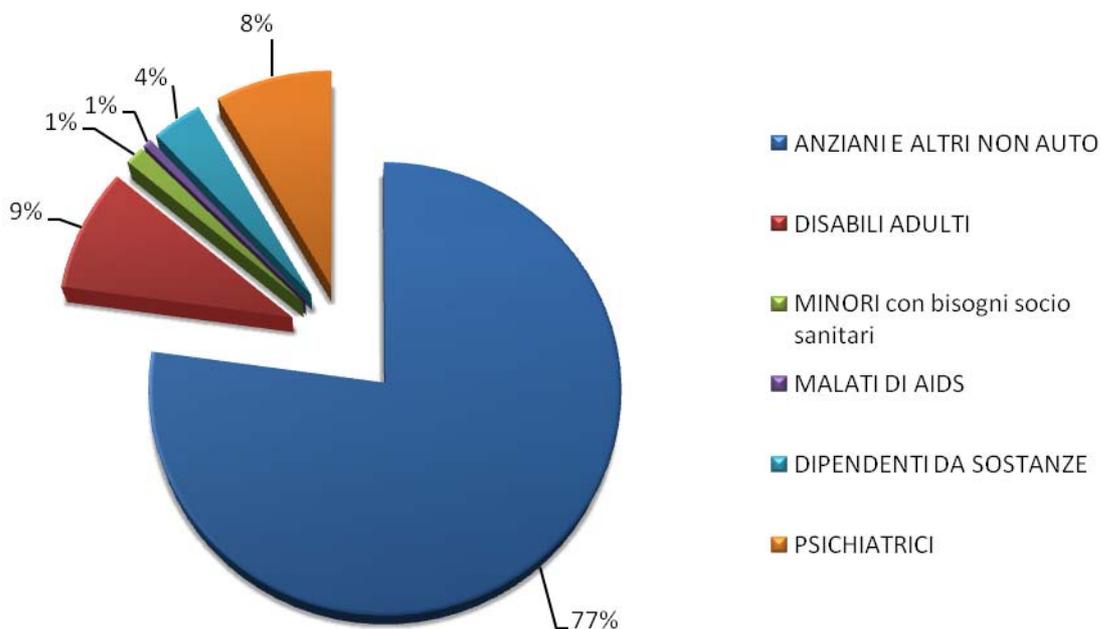
Il tasso di ospedalizzazione dell'anno 2008 è pari a 152,9 (Fonte: Regione Veneto)

Per la popolazione assistibile sono state registrate al 31/12/2007 un numero di esenzioni pari a 123.319 di cui si riportano a seguire quelle con maggiore incidenza.

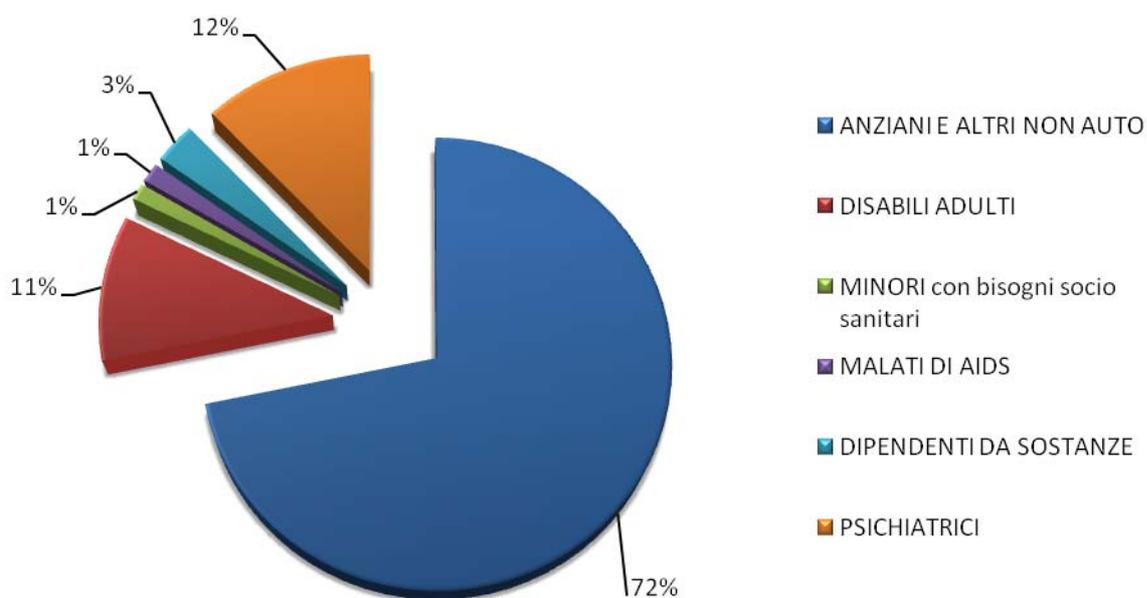
Descrizione Esenzione	N Casi	Prevalenza (vs popolazione)	Frequenza (vs esenzioni)
Ipertensione essenziale	21.609	6,57%	17,52%
Soggetti affetti da patologie neoplastiche maligne	15.624	4,75%	12,67%
Diabete mellito	13293	4,04%	10,78%
Cardiopatía ipertensiva	13.287	4,04%	10,77%
Ipertensione arteriosa (senza danno d'organo)	9.502	2,89%	7,71%
Altre forme di cardiopatía ischemica cronica	6.501	1,98%	5,27%
Aritmie cardiache	5.132	1,56%	4,16%
Ipercolesterolemia pura	3.642	1,11%	2,95%
Glaucoma ad angolo aperto	3.466	1,05%	2,81%
Ipotiroidismo acuto	2.999	0,91%	2,43%
Asma	2.944	0,89%	2,39%
Tiroidite di Hashimoto	1.501	0,46%	1,22%
Epatite virale e cronica	1.267	0,39%	1,03%
Epilessia	1.024	0,31%	0,83%
Iperlipemia mista	943	0,29%	0,76%
Altre	20.585	6,26%	16,69%

Parimenti al sistema GALASSIA™ l'erogazione dei servizi di pertinenza dell'area sociale è desumibile dal Cruscotto Sociale™, sistema in grado di analizzare la distribuzione dell'attività, l'utenza e la spesa relativa alle aree: Anziani, Disabili, Salute Mentale, Minori (per pertinenza sanitaria), AIDS, Dipendenze di cui alle figure sintetiche seguenti

anno 2008-numero utenti che hanno fruito di servizi residenziali e semiresidenziali utenti



anno 2008 - riparto percentuale dei costi sostenuti per servizi residenziali e semiresidenziali per area di intervento



ORGANIZZAZIONE DI RIFERIMENTO

L'atto aziendale dell'Azienda Ulss 12 Veneziana prevede la collocazione dei distretti Socio Sanitari strutturata per pertinenza nell'ambito della direzione dei servizi sociali. In ognuno dei 4 Distretti è presente un'unità operativa complessa Cure Primarie con 2 unità operative semplici:

- UOS attività primarie, specialistica e infermieristica
- UOS riabilitazione

MEDICINA CONVENZIONATA

Medici di Medicina Generale

Gli obiettivi assistenziali sono stati definiti come previsto dalla normativa nei contratti Aziendali che hanno declinato annualmente la più ampia serie di intenti e finalità presenti nel Patto Aziendale a validità triennale 2007-2009. Gli obiettivi principali del Patto sono stati:

1. contenimento della spesa farmaceutica
2. informatizzazione della Medicina Generale
3. continuità dell'assistenza
4. appropriatezza di attribuzione dei codici di priorità
5. appropriatezza prescrittiva
6. presa in carico delle cronicità delle principali patologie
7. vaccinazione antiinfluenzale
8. organizzazione delle UTAP
9. collaborazione con i servizi dipendenze in tema di adolescenti e giovani adulti

Continuità Assistenziale

Sempre nel rispetto della normativa vigente gli obiettivi del Patto aziendale a validità triennale sono stati principalmente riferiti a

1. informatizzazione del servizio
2. collegamento alle UTAP

Pediatri di Libera Scelta

In osservanza alle norme di pertinenza gli obiettivi principali posti alla categoria sono stati:

1. informatizzazione
2. attuazione del progetto cure primarie
3. continuità assistenziale diurna e festiva

Specialisti Ambulatoriali Interni

1. Contenimento della spesa farmaceutica
2. Flessibilità di partecipazione all'organizzazione aziendale

3. Informatizzazione
4. Appropriatelyzza attribuzione dei codici di priorità e pertinenza prescrittiva
5. Partecipazione alle forme di associazionismo dei medici convenzionati (UTAP)
6. Gruppo di lavoro qualità/organizzazione
7. Percorsi clinico assistenziali
8. Partecipazione agli obiettivi dei presidi ospedalieri
9. SAI territoriali non ambulatoriali: appropriatezza utilizzo delle risorse flessibilità nell'organizzazione aziendale
10. Progettualità aziendali

Complessivamente sul territorio operano 252 MMG e 33 PLS; la distribuzione e le caratteristiche assistenziali dei medici di cure primarie sono evidenziate nelle tabelle di seguito elencate (fonte Convenzioni al 30/06/2008).

MMG	Distretto 1	Distretto 2	Distretto 3	Distretto 4
N. medici per distretto	54	37	95	66
N. associazioni per distretto	9	5	16	14
N. Medicina in associazione	3	3	8	5
N. Medicina di gruppo	4	1	7	9
N. Medicina di rete	1	/	1	/
N. UTAP per distretto	1	1	/	/

PLS	Distretto 1	Distretto 2	Distretto 3	Distretto 4
N. medici per distretto	6	5	12	10
N. associazioni per distretto	1	1	4	2
N. Medicina in associazione	1	1	/	1
N. Medicina di gruppo	/	/	4	1
N. Medicina di rete	/	/	/	/
N. UTAP per distretto	/	/	/	/

Nell'intera azienda sanitaria si turnano 53 medici di continuità assistenziale in 8 sedi diverse; nel corso del 2008 hanno prestato servizio 205 medici SAI: hanno operato in 38 ambulatori ed erogato 173.365 prestazioni (Fonte CUP Aziendale).

CA	Distretto 1	Distretto 2	Distretto 3	Distretto 4
N. sedi CA	1	5	1	1
N. medici per distretto	11	26	11	5

OBIETTIVI

Obiettivo generale

Sviluppare la Continuità delle Cure attraverso una condivisione delle informazioni sui pazienti e dei relativi percorsi clinico assistenziali attraverso la creazione e l'uso di un sistema informativo integrato tra l'Ospedale e il territorio

Obiettivi specifici

1. Sviluppo sistema informativo gestionale territoriale TPR web™ (*Territorial Patient Record*) con estensione a tutti i servizi territoriali.
2. Utilizzo di sistema informativo unico per le categorie di MMG, PLS e SAI, e Continuità Assistenziale
3. Collegamento tra sistemi di cui al punto 1 e 2
4. Completamento del Sistema informativo ospedaliero e suo collegamento a quello territoriale di cui ai punti 1, 2 e 3
5. Predisposizione di Caselle di posta elettronica per l'intera rete dei medici delle Cure Primarie (MMG, PLS, CA, SAI) con definizione di una appropriata procedura per l'utilizzo della stessa
6. Gestione di tutti i dati provenienti dall'assistenza primaria (MMG, PLS, CA, SAI) all'interno del sistema di *Business Intelligence GALASSIA™* finalizzato a fornire le informazioni per la *Clinical Governance* dell'area di riferimento
7. Delega di tutta la specialistica di primo livello al territorio (ambulatori distrettuali) e collegamento tra i responsabili delle UUOO Cure Primarie dei distretti e i direttori di UO di pertinenza per specialità finalizzati al governo congiunto delle attività specialistiche
8. Predisposizione congiunta di percorsi clinico assistenziali tra specialisti ospedalieri, SAI specialisti territoriali, MMG, PLS e i medici di CA
9. Formazione di tipo manageriale agli MMG e ai PLS sullo sviluppo delle competenze gestionali finalizzate alle forme associative con particolare riguardo alla risposta assistenziale h24, alla presa in carico dei "Codici Bianchi" alla gestione del *disease management* della patologia cronica e ad un più efficiente utilizzo del personale collaboratore di studio
10. Definizione delle procedure per il raggiungimento dell'appropriatezza prescrittiva.
11. Formazione alla Medicina di Cure Primarie (MMG, PLS, CA) finalizzata alla conoscenza e al buon uso dei progetti assistenziali per le persone non autosufficienti, nell'ambito di pertinenza dei servizi sociosanitari, e agli strumenti per ottenerle con particolare riferimento alla cura dell'anziano fragile

12. Integrazione delle figure assistenziali presenti nell'azienda in merito alla presa in carico del paziente oncologico (reparto ospedaliero di oncologia, assistenza domiciliare oncologica *hospice*) e inserimento nell'obiettivo "Azienda senza dolore"
13. Garanzia della continuità assistenziale tra ospedale e territorio con la stabilizzazione di percorsi assistenziali condivisi e di procedure sulla presa in carico
14. Revisione sistematica dell'attività dei medici di cure primarie in rapporto alle proprie *performances* attraverso percorsi di audit
15. Promozione della telemedicina come risposta ai bisogni dei pazienti "fragili" in coordinamento con i Medici di Cure Primarie

AREE DI SVILUPPO

Gestione della cronicità (anziano fragile)

Obiettivi	Risultati attesi	Indicatori	Fonte dei dati	Livelli accettabili di performance
Segnalazione al MMG curante per la presa in carico da parte dell'UO Cure Primarie	Attivazione assistenza domiciliare e predisposizione piano assistenziale entro 30 gg	Numero di ultra 75enni in nucleo familiare con almeno 3 es. ticket per patologia cronica segnalati	Galassia	Attivazione AD e predisposizione piano assistenziale in almeno il 90% delle segnalazioni
Segnalazione al MMG curante per la presa in carico da parte dell'UO Cure Primarie	Attivazione assistenza domiciliare e predisposizione piano assistenziale entro 30 gg	Numero di ricoveri ripetuti almeno > 2/mese per patologia analoga in ultra 75enni	SDO	Attivazione AD e predisposizione piano assistenziale in almeno il 90% delle segnalazioni

Assistenza oncologica (organizzazione)

Obiettivi	Risultati attesi	Indicatori	Fonte dei dati	Livelli accettabili di performance
Istituzione del Nucleo Territoriale di Cure Palliative (secondo la DGR...)	Atto formale di costituzione sottoscritto da coordinamento direttori di distretto, direttore UO Oncologia H, Responsabili Hospices)	Evidenza della comunicazione della costituzione del NCP agli stakeholders ed evidenze dell'inizio attività	Delibere del DG	Attivazione comunicazioni e inizio attività in almeno 3 distretti su 4 entro 3 mesi dall'attivazione del NCP
Organizzazione del nucleo territoriale di cure palliative secondo la DGR....	Condivisione delle procedure operative nella gestione della rete assistenziale territoriale	Procedure operative sulla gestione della continuità e pertinenza delle cure	Nucleo territoriale di cure palliative (UO Cure Primarie distretti)	Creazione di almeno 3 procedure operative (pertinenza del trattamento tra hospice/AD oncologica/UOH oncologia)

Assistenza oncologica (clinica)

Obiettivi	Risultati attesi	Indicatori	Fonte dei dati	Livelli accettabili di performance
Condivisione protocolli di intervento assistenziale al malato oncologico terminale	Predisposizione e applicazione dei protocolli	Suddivisione caratteristiche cliniche pertinenti alle diverse UDO (H-AD oncologica-Hospice)	NCP	Predisposizione protocolli entro 6 mesi dalla costituzione del NCP

AREA DELL'ORGANIZZAZIONE

Forme associative (management)

Obiettivi	Risultati attesi	Indicatori	Fonte dei dati	Livelli accettabili di performance
MDG: creazione di uno statuto interno condiviso	Formulazione di un modello di statuto interno delle MDG da applicare in azienda	Ratifica documento di consenso condiviso tra i responsabili delle UO Cure Primarie e i rappresentanti delle MDG entro 6 mesi dall'approvazione del PALCP	Distretti	Invio dello statuto condiviso e sua sottoscrizione in tutte le MDG aziendali entro 6 mesi dall'approvazione del PALCP
MDG: creazione di un registro delle procedure operative per il personale collaboratore di studio	Formulazione di un modello di registro delle procedure operative per il personale collaboratore di studio delle MDG da applicare in azienda	Ratifica documento di consenso condiviso tra i responsabili delle UO Cure Primarie e i rappresentanti delle MDG entro 6 mesi dall'approvazione del PALCP	Distretti	Invio del registro condiviso e sua sottoscrizione in tutte le MDG aziendali entro 6 mesi dall'approvazione del PALCP
UTAP: gestione dei codici bianchi (creazione di documento di programma operativo)	Riduzione dell'accesso dei codici bianchi al pronto soccorso ospedaliero	Prevalenza di accessi al PS ospedaliero valutati come codici bianchi in rapporto al numero totale degli accessi in orario di servizio delle UTAP	Controllo di gestione	Riduzione del numero di accessi a partire dal 6° mese seguente alla stesura e applicazione del documento di programma operativo.
UTAP: protocolli di condivisione spazi con SAI	Minor ricorso alle visite specialistiche tramite CUP	Numero consulenze specialistiche/orario prestato in sede UTAP superiore rispetto al numero visite/orario di ambulatorio a CUP	Controllo di gestione	Valore consulenze/orario in UTAP superiore di almeno il 20% vs valore visite/orario a CUP
Analisi dell'attività periodica attraverso percorsi di audit	Verifica dell'attività in relazione all'applicazione di percorsi clinico assistenziali condivisi tra medici di CP e specialisti aziendali SAI e ospedalieri	Esecuzione di almeno 2 audit anno su proposta aziendale approvata dalla direzione strategica entro 6 mesi dalla proposta	Ufficio Convenzioni	Esecuzione dei 2 audit anno

Informatizzazione

Obiettivi	Risultati attesi	Indicatori	Fonte dei dati	Livelli accettabili di performance
Sistema informativo unificato per la MG	Utilizzo di un unico SW per i MMG congruente con la strategia di rete aziendale delle CP	Assegnazione gara	Ufficio Convenzioni	Verifica di utilizzo del SW a distanza di 6 mesi dall'assegnazione della gara in almeno il 90% dei MMG
Sistema informativo unificato per i PLS	Utilizzo di un unico SW per i PLS congruente con la strategia di rete aziendale delle CP	Evidenza installazioni presso i PLS	Ufficio Convenzioni	Verifica di utilizzo del SW con produzione di report concordati con PLS nel 100% dei PLS
Sistema informativo unificato per la CA	Utilizzo di unico SW (registro informatizzato) per tutte le postazioni di CA congruente con la strategia di rete aziendale delle CP	Report automatici sul sistema informativo	Ufficio Convenzioni	Corrispondenza di registrazioni sul sistema alla numerosità delle telefonate evidenziate con il sistema di registrazione automatica almeno per il 80% delle chiamate.
Sistema informativo unificato per i SAI	Predisposizione di Hardware presso gli ambulatori distrettuali	Postazioni HW installate congrue e corrispondenti alle indicazioni dei responsabili di UO Cure Primarie distrettuali	Distretti	Predisposizione di Hardware almeno nel 70 % degli ambulatori segnalati dai distretti a distanza di sei mesi dal recepimento delle segnalazioni
Sistema informativo unificato per i SAI	utilizzo di un unico SW per i SAI congruente con la strategia di rete aziendale delle CP	Assegnazione per gara del SW gestionale ai poliambulatori distrettuali	Uff. Economato Distretti	Acquisto e installazione SW in tutte le postazioni ambulatoriali informatizzate entro sei mesi dall'assegnazione gara
Collegamento dei S.I. Medici cure primarie con quello aziendale	Trasmissione delle informazioni su dimissioni ospedaliere, accessi PS, accertamenti radiologici e di laboratorio ai medici di cure primarie e trasmissione delle informazioni clinico anamnestiche dai medici di cure primarie al S.I. aziendale	Procedura operativa sulla trasmissione dei dati presente per ogni singolo aspetto trattato (accessi PS, dimissioni, accertamenti radiologici, accertamenti di laboratorio, informazioni cliniche, informazioni anamnestiche)	Sistemi informativi Aziendali	Predisposizione delle procedure operative e applicazione delle stesse entro un anno dalla realizzazione dei sistemi informativi unici per i medici delle cure primarie

AREA DELLE PATOLOGIE CRONICHE

Diabete

Obiettivi	Risultati attesi	Indicatori	Fonte dei dati	Livelli accettabili di performance
Presa in carico del diabete tipo 2 stabilizzato non in insulinoterapia	Riduzione delle visite di controllo presso i centri antidiabetici	Media del numero di visite eseguite presso i centri antidiabetici per paziente con esenzione	GALASSIA	Riduzione delle visite di controllo presso i CAD pari al 10% nell'anno 2010
Presa in carico del diabete tipo 2 stabilizzato non in insulinoterapia presso i MMG con controllo dei protocolli assistenziali	Riduzione accessi dei diabetici ai CAD e migliore appropriatezza di uso del servizio antidiabetico aziendale	Valore delle percentuali di protocollo previste	SW della MG	Almeno il 40% di raggiungimento medio dei protocolli nella classe dei MG 12 mesi dopo l'installazione del SW unico per la MG

Ipertensione

Obiettivi	Risultati attesi	Indicatori	Fonte dei dati	Livelli accettabili di performance
Presa in carico degli ipertesi tipo 1 e 2 con controllo dei protocolli assistenziali	Maggior accuratezza registrativa dei valori di pressione arteriosa nel SW unico per la MG e conformità ai protocolli concordati	Valore delle percentuali di protocollo previste e registrazioni di PA	SW della MG	Almeno il 40% di raggiungimento medio dei protocolli nella classe dei MG 12 mesi dopo l'installazione del SW unico per la MG Aumento dell'accuratezza registrativa (numero assoluto registrazioni PAO) superiore al 40% dopo sei mesi dall'inizio dell'uso del SW unico della MG verso il baseline registrato a 1 mese dall'inizio.

Scompenso Cardiaco

Obiettivi	Risultati attesi	Indicatori	Fonte dei dati	Livelli accettabili di performance
Presa in carico dei pazienti con insufficienza Cardiaca in collaborazione con il servizio di telecontrollo distrettuale scompenso cardiaco e l'UO di Cardiologia	Riduzione dei ricoveri ospedalieri per scompenso cardiaco cronico riacutizzato	Numero di visite totali svolte in teleconsulto	Applicativo di telemedicina TMR	esecuzione di 50 visite anno in telemedicina nell'anno 2010

BPCO

Obiettivi	Risultati attesi	Indicatori	Fonte dei dati	Livelli accettabili di performance
Preso in carico dei pazienti con BPCO in collaborazione con il servizio di telecontrollo distrettuale insufficienza respiratoria cronica e L'UO di Pneumologia	Riduzione della spesa di erogazione di ossigeno da Farmacia	Numero di visite totali svolte in teleconsulto	Applicativo di telemedicina TMR	esecuzione di 50 visite anno in telemedicina nell'anno 2010

RISORSE ECONOMICHE

Patto aziendale MMG

Sottoscritto il 3/06/2009 delibera 607 del 2/7/2009

Quote	€/assito €/ora prevista	Obiettivi per quota
A	3,10	<ul style="list-style-type: none">• Informatizzazione• Paziente diabetico• Obiettivi previsti dalla DGR 2860 del 7/10/2008• Contenimento spesa farmaceutica• Collaborazione all'attività di screening
B	1,35	<ul style="list-style-type: none">• Appropriatelyzza attribuzione codici priorità• Vaccinazione antiinfluenzale
C		<ul style="list-style-type: none">• Costituzione UTAP• Continuità dell'assistenza• Assistenza a degenti non inclusi nella numerazione delle impegnative di residenzialità

Patto aziendale PLS

Sottoscritto il 5/3/2009 delibera 399 del 2/4/2009

Quote	€/assito €/ora prevista	Obiettivi per quota
A	3,10	<ul style="list-style-type: none">• Informatizzazione• Percorsi diagnostico-terapeutici• Continuità assistenziale diurna festiva e prefestiva• Indicatori su Continuità Assistenziale
B	1,35	<ul style="list-style-type: none">• Informatizzazione• Formazione obbligatoria software• Vaccinazione
C	11,54	<ul style="list-style-type: none">• Continuità assistenziale diurna feriale, prefestiva e festiva

Patto aziendale CA

Sottoscritto il 28/07/2009 delibera del 30/7/2009

Quote	€ /ora	Obiettivi per quota
A	3,10	<ul style="list-style-type: none">• Formazione, utilizzo, implementazione registro informatico• Predisposizione protocolli operativi• Applicazione protocolli operativi
B	1,35	<ul style="list-style-type: none">• Formazione, utilizzo, implementazione registro informatico

Patto aziendale SAI

Sottoscritto il 13/8/2009 delibera 399 del 13/8/2009

Quote	€/assito €/ora prevista	Obiettivi per quota
A	3,10	<ul style="list-style-type: none"> • Contenimento della spesa farmaceutica • Flessibilità della partecipazione all'organizzazione aziendale • Informatizzazione • Appropriatezza prescrittiva • Pertinenza prescrittiva • Percorsi clinico assistenziali
B	1,35	<ul style="list-style-type: none"> • Programmazione e comunicazione delle assenze
C		<ul style="list-style-type: none"> • Progetti finalizzati all'abbattimento delle liste d'attesa • Attivazione percorsi clinico assistenziali

CONCLUSIONI

In merito agli obiettivi generali e specifici i risultati attesi sono:

- 1 Riduzione delle duplicazione di esecuzione degli accertamenti causati dalla non conoscenza di prescrizioni parallele
- 2 Ripartizione dei livelli specialistici tra ospedale e territorio ri-orientando le risorse per aree di appropriatezza di erogazione
- 3 Corretta esecuzione delle procedure diagnostiche previste dai percorsi clinico assistenziali con maggiore appropriatezza dell'uso delle risorse ad esso dedicate
- 4 Conoscenza della rete assistenziale in atto o pregressa per ogni singolo cittadino con evidente risparmio di risorse (orarie e di attività) degli operatori coinvolti nei processi di cura
- 5 Maggiore appropriatezza nell'uso dell'assistenza socio sanitaria di residenzialità e semi residenzialità extraospedaliera con evidente rapidità nella predisposizione/esecuzione dei percorsi riabilitativi idonei
- 6 Migliore gestione delle forme associative con risposte organizzative ai bisogni della popolazione in tema di gestione delle patologie croniche e di urgenze con evidente risparmio di risorse destinate all'attività ospedaliera e minor ricorso al ricovero a all'utilizzo del Pronto Soccorso
- 7 Migliore e più rapida comunicazione ai medici dell'assistenza primaria (MMG PLS CA SAI) attraverso l'utilizzo delle comunicazione per via elettronica con evidente risparmio dell'utilizzo di carta, stampe, procedure amministrative, spese postali
- 8 Evidente risparmio dei trasporti e degli accessi domiciliari degli specialisti per effetto delle consultazioni in telemedicina
- 9 Riduzione del rapporto costo/efficacia in tema di prescrizione farmaceutica
- 10 Riduzione del carico burocratico dei medici di cure primarie con presa in carico della cronicità
- 11 Migliore valutazione delle *performances* dei medici di cure primarie attraverso la revisione sistematica della propria attività (audit)

PIANO ATTUATIVO LOCALE DELLE CURE PRIMARIE

INTRODUZIONE	1
IL TERRITORIO	1
Geografia	1
Comuni	2
Distretti socio-sanitari	2
ANALISI DELLA POPOLAZIONE	5
ORGANIZZAZIONE DI RIFERIMENTO	9
MEDICINA CONVENZIONATA	9
Medici di Medicina Generale	9
Continuità Assistenziale	9
Pediatri di Libera Scelta	9
Specialisti Ambulatoriali Interni	9
OBIETTIVI	12
Obiettivo generale	12
Obiettivi specifici	12
AREE DI SVILUPPO	13
Gestione della cronicità (anziano fragile)	13
Assistenza oncologica (organizzazione)	13
Assistenza oncologica (clinica)	14
AREA DELL'ORGANIZZAZIONE	14
Forme associative (management)	14
Informatizzazione	15
AREA DELLE PATOLOGIE CRONICHE	16
Diabete	16
Ipertensione	16
Scompenso Cardiaco	16
BPCO	17
RISORSE ECONOMICHE	18
Patto aziendale MMG	18
Patto aziendale PLS	18
Patto aziendale CA	18
Patto aziendale SAI	18
CONCLUSIONI	19