

IL PIANO SOCIO-SANITARIO 2012-2016

TRA SCHEDE TERRITORIALI E OSPEDALIERE

La continuità delle cure

Padova, 5 aprile 2013



*Segreteria Regionale per la Sanità
(Regione Veneto)*

Cambiamenti dei profili di bisogno

Invecchiamento	Cronicità e comorbidità	Disabilità
<ul style="list-style-type: none"> - In Veneto il 20% è ultra 65enne e il 10% è ultra 75enne - L'indice di vecchiaia (139,8%) indica un rapporto di 7 ultra 65enni ogni 5 soggetti con meno di 15 anni 	<ul style="list-style-type: none"> - Il 26% della popolazione del Veneto ha almeno una esenzione per patologia: <ul style="list-style-type: none"> • il 65% degli ultra 65enni è esente per almeno una patologia cronica. - Il 15% ha almeno 2 patologia co-presenti; il 7% ne ha almeno 3 (*). 	<ul style="list-style-type: none"> - In Veneto si stima che il 25,4% dei soggetti tra i 75-84 anni presenti disabilità - il 57,2% degli ultra 85enni presenta disabilità

→ *Crescente bisogno di presa in carico dei pazienti cronici e necessità di continuità dell'assistenza*

La continuità nelle sue declinazioni

- **Continuità relazionale** riconosce l'importanza della conoscenza del paziente come persona; una relazione durevole tra il paziente e l'operatore è il collante che riconnette gli episodi di assistenza nel tempo.
- **Continuità informativa** significa che le informazioni sugli eventi precedenti sono usate per erogare un'assistenza appropriata al bisogno attuale.
- **Continuità gestionale (manageriale)** assicura che l'assistenza ricevuta da differenti erogatori sia collegata in modo coerente. La continuità manageriale di solito riguarda la gestione di problemi di salute specifici, spesso cronici.

La continuità

- è una dimensione della *qualità* dell'assistenza
- è elemento *cardine* dell'assistenza primaria
- si distingue da altri attributi dell'assistenza per due elementi chiave:
 - l'attenzione alla persona
 - l'assistenza nel tempo

La continuità dell'assistenza è obiettivo prioritario del Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2016

Parole chiave:

- Integrazione
- Coordinamento
- Unitarietà
- Organizzazione
- Relazione
- ... (sostenibilità)

Obiettivi:

- Garantire ed organizzare servizi centrati sulla persona
- Assicurare una efficace presa in carico
- Garantire una risposta certa e “punti di riferimento”
- Erogare assistenza in modo appropriato
- ...

La scelta strategica della Regione Veneto è sul Distretto

(responsabile e competente)

e

la rivoluzione parte dalle Cure Primarie

Si apre così uno scenario nuovo:

- di valorizzazione delle competenze acquisite,
- di opportunità di crescita professionale,
- di partecipazione attiva.

È un Distretto che si qualifica perché è in grado di:

- 1. 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;
- 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;

È un Distretto che si qualifica perché è in grado di:

- 3. garantire l'assistenza h24, 7gg/7,** prevedendo uno specifico modello di integrazione operativa tra le componenti della Medicina Convenzionata ed i servizi distrettuali, anche finalizzato a realizzare un modello di assistenza domiciliare h24;
- 4. implementare in modo diffuso le Medicine di Gruppo Integrate,** quali team multiprofessionali finalizzati a gestire efficacemente i bisogni della Comunità di riferimento;

Le Medicine di Gruppo Integrate:

sono team multiprofessionali, costituite da Medici e Pediatri di famiglia, Specialisti, Medici della Continuità Assistenziale, infermieri, collaboratori di studio e assistenti sociali, che:

- erogano un'assistenza globale, cioè dalla prevenzione alla palliazione, continua, equa e centrata sulla persona;
- assicurano un'assistenza h24, 7gg su 7;
- sono parte fondamentale ed essenziale del Distretto socio-sanitario ed assumono responsabilità verso la salute della Comunità, affrontando i determinanti di malattia e collaborando con gli attori locali.

... e per renderle “reali” è necessario definire *obiettivi*, *indicatori* e *standard* di **accessibilità**, di **performance clinica**, di **sostenibilità economica** e garantire *adeguati standard di personale e dotazioni*.

È un Distretto che si qualifica perché è in grado di:

- 5. 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;
- 6. attivare un'offerta adeguata di strutture di ricovero intermedie** in grado di accogliere i pazienti per i quali non sia prefigurabile un percorso di assistenza domiciliare o risulti improprio il ricorso all'ospedalizzazione o all'istituzionalizzazione, offrendo una risposta polifunzionale a carattere temporaneo di stabilizzazione, riabilitazione estensiva, palliazione.

È un Distretto che si qualifica perché è in grado di:

- 7. 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);
- 8. sviluppare l'integrazione funzionale e gestionale delle strutture residenziali e semiresidenziali con i servizi distrettuali**, estendendo l'attività sanitaria specialistica a supporto del Medico Convenzionato, rimodulando le unità di offerta per adeguarle alle esigenze assistenziali, sviluppando l'integrazione informativa (cartelle integrate) con l'Azienda ULSS;

È un Distretto che si qualifica perché è in grado di:

- 9. consolidare il rapporto con i Comuni** non soltanto relativamente alle funzioni socio-sanitarie, ma anche per lo sviluppo dell'assistenza territoriale e la partecipazione al benessere della Comunità, valorizzando tutte le risorse (volontariato, terzo settore, ecc.);
- 10. utilizzare il budget come strumento gestionale sistematico**, che presuppone un processo di negoziazione degli obiettivi e delle risorse disponibili su più livelli di responsabilità, finalizzati al miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia del Sistema.

È un Distretto che esercita la sua competenza *sul governo clinico*

Attraverso le componenti della clinical governance che sono:

- il coinvolgimento degli assistiti,
- le linee guida cliniche e i percorsi assistenziali,
- la collaborazione multidisciplinare e multiprofessionale,
- la medicina e il nursing basati sull'evidenza,
- la gestione del rischio clinico,
- gli esiti e la loro misurazione,
- l'audit clinico, ivi compresi gli aspetti organizzativi ed assistenziali,
- la ricerca e lo sviluppo,
- la formazione continua,
- la valutazione del personale.

La realizzazione delle attività del governo clinico presuppone un approccio di Sistema e, dunque, un contesto bene organizzato.

È un Distretto che esercita la sua competenza **organizzativa**

- nello **sviluppo delle servizi distrettuali**, implementando connessioni funzionali con le altre macro-strutture aziendali (Ospedale e Dipartimento di Prevenzione), nonché con le strutture del privato accreditato e con la rete degli attori locali;
- nella responsabilità di mettere a disposizione tutte le risorse affinché il medico/pediatra di famiglia possa esercitare il **proprio ruolo di referente principale** per l'assistito, garantendo una risposta appropriata;
- nella responsabilità di organizzare e presidiare il coinvolgimento funzionale di tutte le componenti della Medicina Convenzionata nel **percorso assistenziale e di coordinare** i servizi e i professionisti afferenti agli altri ambiti al fine di garantire una presa in carico coordinata e continuativa;
- nella capacità di favorire il **coinvolgimento responsabile delle Amministrazioni locali** nello sviluppo delle Cure primarie, valorizzando le risorse della Comunità locale.

Integrazione tra strutture, servizi e professionisti per garantire la continuità nel contesto veneto

Elementi di novità introdotti dal Piano Socio-Sanitario 2012-2016

- **Distretto come “gestore” della filiera dell’assistenza territoriale**
- **Medicine di Gruppo Integrate (e AFT da ACN) che sono parte essenziale del Distretto**
- Strutture di ricovero intermedie (1,2‰ abit.)
- Reti cliniche funzionali
- *Centrali operative Territoriali*
- Sistema Informativo Integrato
- ...

Per cominciare ... garantiamo ovunque una **Centrale Operativa Territoriale** quale strumento di integrazione e continuità

<i>Intesa come?</i>	È l'elemento cardine dell'organizzazione territoriale in quanto ha una funzione di <u>coordinamento</u> della presa in carico dell'utente "protetto" e di <u>raccordo</u> fra i soggetti della rete assistenziale
<i>Che funzione ha?</i>	<u>Raccoglie</u> e <u>classifica</u> il problema/bisogno espresso, <u>attiva</u> le risorse più appropriate, <u>programma</u> e <u>pianifica</u> 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
<i>Da chi è attivata?</i>	Dal personale distrettuale ed ospedaliero, dai medici/pediatri di famiglia e di continuità assistenziale, dalle strutture di ricovero intermedie e dai centri di servizio, dai servizi sociali del Comune, dai familiari di pazienti protetti e critici
<i>Quando è attiva?</i>	H24 e 7gg/7, dotata di personale infermieristico, sociale ed amministrativo appropriatamente formato, è diretta da un professionista in possesso di laurea magistrale in una delle professioni sanitarie di cui alla L. n.251/2000.

Centrale Operativa del Territorio h24

- *Progetto Assistenziale Individualizzato*
- *Procedure e PDTA*
- *Sistema Informativo Integrato*
- *Fascicolo Socio-Sanitario Elettronico*

DOMICILIO

- Medicina di famiglia
- Cure domiciliari
- Cure palliative
- Specialistica

STRUTT. RESIDENZIALI

OSPEDALE

- Modello Hub&Spoke
- Reti cliniche integrate (es. rete emergenza urgenza)

Ammissioni e dimissioni protette

Ricovero temporaneo

STRUTT. RICOVERO INTERMEDIE

- Ospedale di Comunità
- URT
- Hospice

Istituzionalizzazione

Grazie per l'attenzione



Contatti:
mariacristina.ghiotto@regione.veneto.it