

# RA CORSI E RICORSI REGIONALI, MIGLIORI PERCORSI GOVERNANCE STRETTUALI

ERDI  
DICEMBRE 2014

09.00 - 18.30

Auditorium della Provincia di Treviso - Pad. 3  
di Breda 116 (parcheggio esterno alla struttura)

PREVISO



PROGETTAZIONE EVENTO: AVDS CARD VENETO - 392 0898885 - avds.card.veneto@gmail.com - www.ordenato.it

CONVEGNO INTER REGIONALE

CON IL PATROCINIO DI



DESTINATARI ECM DELL'EVENTO: 200 PARTECIPANTI

PROGRAMMA

Ore 10.00 Introduzione al Convegno  
Antonino Trimarchi Presidente CARD Veneto  
Luciano Pletti Presidente CARD Friuli V.G.  
Sostenibilità, equità e convenienza di un distretto strutturalmente  
e funzionalmente forte

## RESPONSABILI SCIENTIFICI

Antonino Trimarchi e Luciano Pletti

## COMITATO TECNICO SCIENTIFICO

Giorgio Bazzera, Cristina Beltramello, Barbara Bernardoni, Raffaella Bisi, Roberto Borin, Francesca Busa, Maurizio Businaro, Stefania Buttarello, Mauro Ciccarese, Lucia Dalla Torre, Graziella Dal Santo, Luigi Dal Sasso, Enrico Di Giorgi, Laura Esposito, Andrea Finessi, Francesco Giandoso, Gianmaria Gioga, Alessio Gioffredi, Luca Greselin, Carlo Longato, Aldo Mariotto, Franca Martelli, Debora Morelli, Federico Munarin, Lodovico Paganizza, Paola Palusco, Giordano Parise, Simone Pauletto, Giampaolo Pecore, Chiara Pegoraro, Riccardo Ranzato, Andreina Raschiatti, Piero Realdon, Mario Righeli, Ylenia Rinaldi, Maria Pina Rizzo, Mirco Santacaterina, Luigino Schiavon, Katia Toniolo, Deborah Tormena, Ferdinando Vaccari, Annalisa Visentin, Oliviero Zanardi, Marielena Zanetello, Dario Zanon

## PROGETTAZIONE EVENTO

AVDS CARD VENETO

info: 392 0898885 - avds.card.veneto@gmail.com - www.ordenato.it

## Direttivo CARD VENETO

Antonino Trimarchi, Stefano Vianello, Cristina Beltramello, Sandro De  
Domenica Lucianò, Chiara Marangon, Paola Paludetti, Mirco Santacaterina,  
Schiavon, Piergiorgio Trevisan, Dario Zanon

## Direttivo CARD FRIULI VENEZIA GIULIA

Luciano Pletti, Paolo Da Col, Emanuela Fragiaco, Darinka Daneu, Ma  
Marcella Bernardi, Barbara Margherita, Marta Pordenon, Bruna Matti  
Bruna Odasmini, Graziella Mauro, Mirella Londero, Roberto Groppo, A  
Rosario Sisto, Angela Di Lorenzo, Tiziana Furlan

Sostenibilità, equità e convenienza di  
un distretto strutturalmente  
e funzionalmente forte

## **DISTRETTO BARICENTRO DEL SISTEMA**

**La riforma del SSR Friuli Venezia Giulia LR n.10 dl 16/10/2014**

*...diventeranno quindi rilevanti i problemi di salute legati alla condizione sociosanitaria, alla gestione della continuità nelle sue componenti assistenziali di prevenzione delle ricadute degli episodi acuti e della stabilizzazione dell'equilibrio del paziente con metodiche efficaci ma a costi sostenibili »*

(M.S. Telesca: documento di introduzione del progetto di legge)

Per elencare, in estrema sintesi, i punti focali verso cui la riforma, vuole indirizzare il cambiamento, si può dire che il Sistema Regionale del prossimo futuro deve giungere a :

**Equilibrare il finanziamento dei servizi impegnati sui tre raggruppamenti dei L.E.A (assistenza ospedaliera, assistenza distrettuale, prevenzione)**

**Garantire il coinvolgimento del cittadino attraverso l'informazione e l'accesso ai dati, grazie anche allo sviluppo delle modalità informatizzate (Fascicolo Sanitario Elettronico);**

**Migliorare il livello di trasparenza della gestione del SSR (uso accurato ed efficiente delle risorse, conoscenza sugli esiti e del livello di soddisfazione degli assistiti)**

**Garantire un'assistenza continuativa nelle 24 ore giornaliere per tutto l'arco della settimana, sia in ambito ospedaliero che di cure primarie;**

**Superare l'attuale frammentazione organizzativa con l'istituzione di aziende che comprendano i servizi ospedalieri e territoriali, riducendo il numero e la configurazione delle attuali aziende, e ridefinendo l'organizzazione ospedaliera secondo il modello hub and spoke**

**Garantire la continuità delle cure e dell'assistenza attraverso modalità di intervento basate sulla definizione di percorsi multidisciplinari e multiprofessionali (PDTA e reti cliniche) garantire il coinvolgimento del cittadino attraverso l'informazione e l'accesso ai dati, grazie anche allo sviluppo delle modalità informatizzate (Fascicolo Sanitario Elettronico);**

*« poiché i principali problemi che si dovranno affrontare nei prossimi anni sembrano maggiormente legati alla cronicità più che all'acuzie, la strutturazione dell'offerta sanitaria del sistema regionale dovrebbe essere orientata alla proattività territoriale e allo sviluppo coerente delle cure primarie »*

*(M.S. Telesca: documento di introduzione del progetto di legge)*

## sezione della legge dedicate a “L’ ORGANIZZAZIONE DELL’ ASSISTENZA PRIMARIA (sezione II)

5 articoli:

### **Art. 19**

*(Distretto)*

### **Art. 20**

*(Organizzazione  
dell'assistenza medica  
primaria)*

### **Art. 21**

*(Assistenza  
domiciliare)*

### **Art. 22**

*(Dipartimento di salute  
mentale)*

### **Art. 23**

*(Strutture intermedie)*

### **Art. 24**

*(Strutture e interventi a  
rilevanza sociosanitaria)*

# Art. 19 (distretto)

Il distretto costituisce il livello privilegiato per coinvolgere in modo strutturato i cittadini, anche mediante le organizzazioni dei rappresentati, con la finalità di aumentare la consapevolezza, la responsabilità e il controllo della salute individuale e della comunità, mediante:

- a) la condivisione del profilo epidemiologico di salute della comunità;
- b) la partecipazione alla programmazione e al monitoraggio dei percorsi assistenziali delle patologie prevalenti;
- c) la valutazione dei risultati in tema di esito e di processo dei percorsi assistenziali.

# Art. 19 (distretto)

Il distretto coordina le attività aziendali svolte per la popolazione di riferimento. Tale funzione viene esercitata attraverso l'ufficio di coordinamento delle attività distrettuali cui partecipano tutti i servizi aziendali di riferimento. L'ufficio fa capo al direttore di distretto.

Con riferimento ai compiti e settori di intervento il distretto svolge le seguenti funzioni:

- a) di committenza;
- b) di produzione;
- c) di integrazione.

# Art. 19 (distretto)

La funzione di committenza del distretto consiste nella definizione, congiuntamente con il livello ospedaliero e degli enti locali, dei servizi necessari per rispondere ai bisogni dei cittadini utenti e viene svolta attraverso un processo programmatico che prevede:

- a) una fase di valutazione dei bisogni della popolazione di riferimento;
- b) una fase di individuazione delle modalità di risposta in termini di offerta integrata dei servizi;
- c) una fase attuativa di monitoraggio del livello di efficacia e di efficienza dei servizi;
- d) una fase di valutazione del raggiungimento degli obiettivi previsti dalla programmazione, nonché di controllo quali-quantitativo degli erogatori interni ed esterni.

# Art. 19 (distretto)

La funzione di produzione consiste nelle seguenti attività:

- a) assistenza medica primaria, comprensiva della continuità assistenziale e implicante lo sviluppo dell'integrazione tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, servizio di continuità assistenziale, specialistica ambulatoriale, riabilitazione;
- b) erogazione delle prestazioni sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria, nonché delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria, se delegate, in particolare nei settori materno-infantile, della disabilità, degli anziani fragili, delle dipendenze, della salute mentale, della non autosufficienza.

# Art. 19 (distretto)

La funzione di integrazione del distretto viene espletata:

- **a) tra strutture sanitarie e servizi sociali dei Comuni;**
- **b) nei settori operativo e organizzativo, con l'individuazione di obiettivi comuni, progettazioni, percorsi e processi;**
- **c) nel settore diagnostico-assistenziale e tra i diversi livelli di cura;**
- **d) a livello logistico, con condivisione di spazi, sistemi di supporto, tecnologie e strumenti operativi;**
- **e) nei sistemi informativi.**

# Art. 20 (*Organizzazione dell'assistenza medica primaria*)

L'assistenza medica primaria, a regime, è assicurata dai medici con rapporto di convenzione con il servizio sanitario regionale, è organizzativamente incardinata nel distretto sanitario, partecipando alle attività del medesimo tramite l'ufficio distrettuale per la medicina generale, e opera in stretto collegamento funzionale con i livelli assistenziali della prevenzione e ospedaliero. Le forme organizzative dell'assistenza medica primaria sono:

- a) le aggregazioni funzionali territoriali (AFT);
- b) la medicina di gruppo;
- c) i centri di assistenza primaria che svolgono le funzioni delle unità complesse di cure primarie;
- d) i presidi ospedalieri per la salute.

# Art. 21 ( *Assistenza domiciliare* )

La cronicità e la non autosufficienza hanno, quale modalità prioritaria di intervento socio-sanitario l'assistenza domiciliare.

L'assistenza domiciliare si poggia sulla valutazione multiprofessionale e multidisciplinare, sulla presa in carico della persona e sulla redazione di un piano assistenziale individuale. Comprende prestazioni professionali mediche, infermieristiche e riabilitative, assistenza farmaceutica e accertamenti diagnostici per persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale e interventi programmati. Il responsabile clinico dell'assistenza domiciliare è il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta. Il distretto assicura e coordina tramite propria organizzazione organizzativa l'attuazione dei piani assistenziali.

# Art. 21 ( Assistenza domiciliare)

L'assistenza domiciliare si basa:

- a) sull'**infermiere di famiglia e di comunità**, che opera in collaborazione con il medico di famiglia, con il medico distrettuale e altre figure professionali;
- b) sull'**attività domiciliare riabilitativa**;
- c) sulla **formazione e il sostegno organizzativo dei familiari**;
- d) sulla **telemedicina**, che costituisce uno strumento indispensabile per garantire la continuità informativa nonché il monitoraggio assistenziale domiciliare.

# Art. 21 ( *Assistenza domiciliare* )

Le tipologie di assistenza domiciliare sono le seguenti:

- a) cure domiciliari prestazionali, prestazioni sanitarie occasionali o a ciclo programmato, comprese le visite programmate del medico di medicina generale o pediatra di libera scelta;
- b) cure domiciliari integrate, con presa in carico dei problemi di salute complessivi;
- c) cure domiciliari di elevata intensità e palliative per malati terminali, caratterizzate da una risposta intensiva a bisogni di elevata complessità, erogata da un'equipe in possesso di specifiche competenze, di cui fa parte il medico di medicina generale e il medico distrettuale;
- d) assistenza domiciliare integrata con i servizi sociali.

# DISTRETTO BARICENTRO DEL SISTEMA

La trasformazione così avviata si inserisce in un più ampio processo di cambiamento che riguarda l'intero Sistema Sanitario Nazionale, in cui si riconosce quello che il rapporto OASI 2013 e 2014 definisce come modificazione della "geografia dei servizi", cioè del mix di ambiti di cura, che si sostanzia in tre principali direzioni:

la progressiva riduzione dei ricoveri ospedalieri a vantaggio delle risposte ciclo diurno (obiettivo di 3 posti letto per 1000 abitanti)

incremento dell'offerta di cure intermedie (le nostre RSA, gli hospice, gli ospedali di comunità ed altre eventuali formule sperimentali di residenzial sanitaria e sociosanitaria protetta);

sviluppo delle modalità di disease management nell'ambito delle cure primarie (PDTA, medicina di iniziativa)

# DISTRETTO BARICENTRO DEL SISTEMA

trasformazione del sistema presuppone anche un anche un cambiamento consapevole e strategico del cosiddetto skill mix, ovvero della composizione professionale del personale. Si tratta di un'evoluzione già da tempo in atto nei paesi occidentali, in parte conseguenza del fenomeno incombente del *medical shortage*, secondo cui vengono trasferite funzioni tradizionalmente mediche al personale delle professioni sanitarie. Le nuove aziende “dovrebbero sviluppare un pensiero strategico forte e chiaro, definendo un quadro concettuale con cui guidare l'evoluzione dello *skill mix* in pari passo con lo sviluppo organizzativo, pianificando nel lungo periodo un percorso delle competenze dei professionisti per rispondere ai nuovi bisogni clinici” (1)

**GRAZIE PER  
L'ATTENZIONE**

***ARRIVEDERCI A BOLOGNA NEL  
2015***

**D** → domicilio

**A** → Ambulatorio

**R** → residenze

**E** → equamente