



la 975 alla prova

Accessibilità, Presa in carico
e Continuità delle Cure



IL DISTRETTO LUOGO DELLE RELAZIONI E DELL'INTEGRAZIONE OPERATIVA

Domenico Scibetta

- il potenziamento dell'assistenza territoriale, consolidando **il ruolo del Distretto socio-sanitario**, sviluppando e diffondendo modelli di gestione integrata della cronicità, implementando modelli organizzativi a rete fondati su *team* multiprofessionali, qualificando le forme associative della Medicina

Convenzionata, ridefinendo una filiera per l'assistenza

Quale è OGGI il ruolo del DISTRETTO ?

esclusivamente con il pubblico e il privato, in strutture di ricovero intermedie;

1978



1994



2014





Il distretto nella normativa nazionale



Normativa:

Il Distretto dal 1978 ad oggi



La nascita dei distretti (L. 833/1978 art.10)

- Costituzione su base facoltativa («eventuale») da parte dei **Comuni**
- Strutture tecnico-funzionali per l'erogazione dei **servizi di primo livello e di pronto intervento**
- Applicazione **regionale molto disomogenea**, spesso identificazione del Distretto in sportelli amministrativi decentrati per la prenotazione delle prestazioni

Normativa:

Il Distretto dal 1978 ad oggi



D.LGS 502/1992

- Le unità sanitarie locali diventano **Aziende**, con dimensioni «di norma» provinciali
- I Distretti diventano:
 - o Un' articolazione organizzativa dell'azienda unità sanitaria locale, insieme ai presidi ospedalieri e al nascente dipartimento di prevenzione;
 - o Centri di governo e non solo di erogazione di servizi;
 - o Compito (non ancora definito chiaramente) del distretto è portare i servizi il più possibile **vicino ai luoghi di vita** delle persone, e cercare di dare risposta ad un bisogno di integrazione sociosanitaria



Normativa:

Il Distretto dal 1978 ad oggi



PSN 1994-1996

- Distretto come "luogo naturale per realizzare un elevato livello di integrazione tra i diversi servizi che erogano le prestazioni sanitarie e tra questi e i servizi socio - assistenziali".
- Si collocano a livello distrettuale attività di MMG, ADI, assistenza semiresidenziale e residenziale

PSN 1998-2000

- il distretto assume tre funzioni :
 - governo ed organizzazione dei servizi di assistenza sanitaria territoriale;
 - integrazione sanitaria e sociosanitaria (autonomia gestionale per perseguire obiettivi di salute, tenendo conto dei piani di zona);
 - punto di riferimento **unico** per il cittadino per l'accesso a tutti i servizi sanitari dell'ULS



Normativa:

Il Distretto dal 1978 ad oggi

Decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229

- Nuovo modello di Distretto: responsabilità di governare la domanda (ruolo di committenza - valutare quali servizi per quali bisogni) e di gestire i servizi sanitari territoriali (ruolo di produzione)
- Deputato a erogazione dell'assistenza primaria e sociosanitaria nonché l'assistenza specialistica ambulatoriale. Afferiscono al distretto le tradizionali aree dell'assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale
- Trovano collocazione funzionale nel distretto le articolazioni organizzative del dipartimento di salute mentale e del dipartimento di prevenzione, con particolare riferimento ai servizi alla persona".



Si disciplina anche il ruolo e la funzione del Direttore di distretto: responsabile degli obiettivi e delle risorse assegnate

Normativa:

Il Distretto dal 1978 ad oggi



Legge 23 dicembre 2000, n. 388 art. 86

(Finanziaria 2001)

Distretto come
"centro di
responsabilità",
dotato di un
 **proprio budget** e
connotato da un
elevato livello di
autonomia (budget
di distretto)

PSN 2003 - 2005

Necessità che si costruisca una rete
integrata di servizi sanitari e sociosanitari sul
territorio capace di governare i percorsi di
cura.

- **Ospedale** riservato a patologie acute e alta tecnologia
- **Territorio** forte riferimento per cronicità, patologie a lungo decorso, e personalizzazione dell'assistenza, che sappia integrare i diversi nodi della rete, e che avvii il percorso di riorganizzazione dalla valorizzazione della medicina primaria.



Il distretto nella normativa regionale



REGIONE VENETO

Piano socio-sanitario regionale 2012-2016

Ambiti della programmazione

- Potenziamento dell'assistenza territoriale, consolidando il ruolo del Distretto socio-sanitario, sviluppando e diffondendo modelli di gestione integrata della cronicità, implementando **modelli organizzativi a rete** fondati su *team* multiprofessionali, qualificando le forme associative della Medicina Convenzionata....
- Completamento del processo di razionalizzazione della rete ospedaliera, delineando reti cliniche funzionali ed estendendo modelli ospedalieri
- Perfezionamento delle reti assistenziali sia orizzontali che verticali, orientando il sistema verso un modello circolare dell'assistenza...



Linee guida per l'organizzazione del distretto socio-sanitario (DGR 975/2013)

- Integrazione con:

- Dipartimento di Prevenzione:

Rete MMG/PLS – Dipartimento di Prevenzione per:

- prevenzione malattie suscettibili di **vaccinazione**
- **screening** per diagnosi precoce k mammario, k colorettales e k cervice uterina
- Promozione **stili di vita** sani (prevenzione malattie cronico-degenerative e loro complicanze)
- Riduzione di incidenza e mortalità per **malattie ischemiche cardiache e cerebrovascolari** con valutazione del rischio da parte del MMG e individuazione di percorsi per la modifica dello stile di vita

- Ospedale:

- Implementazione di percorsi per la **presa in carico globale e coordinata** del paziente
- Creazione di **Centrali Operative Territoriali**
- **Sistemi informativi integrati**, per la continuità informativa del processo assistenziale

Assistenza territoriale

(DGR 2122 del 19 Novembre 2013, Allegato A)



- Sistema **più vicino** al paziente



- Diffusione delle **Medicine di Gruppo integrate** ai fini del raggiungimento di:
 - ✓ assistenza globale multiprofessionale (MMG, PLS, Specialisti, Medici di Continuità Assistenziale, Infermieri, Collaboratori di studio, Assistenti Sociali)
 - ✓ Continuità temporale h24, 7 giorni/7
 - ✓ Presidi territoriali a sede unica



- Potenziamento dell'**assistenza domiciliare**: mantenimento della persona nel proprio ambiente di vita



- Rafforzamento della rete di **Cure Palliative**



- Rimodulazione dell'**assistenza residenziale**, con adeguamento del sistema alle nuove esigenze assistenziali



- Sviluppo di **strutture di ricovero intermedie**, quali passaggio dall'Ospedale al Territorio, riducendo la permanenza inappropriata nella struttura ospedaliera e un improprio ricorso all'istituzionalizzazione

Normativa:

Il Distretto dal 1978 ad oggi

Take Home Message

1978



- Struttura tecnico-funzionale per l'erogazione dei **servizi di primo livello**
- **Nessun ruolo organizzativo**

1994



- Funzione di governo ed organizzazione (budget)
- Erogazione di servizi
- Forte integrazione sanitaria e sociale
- Punto di riferimento unico per cittadini

2014

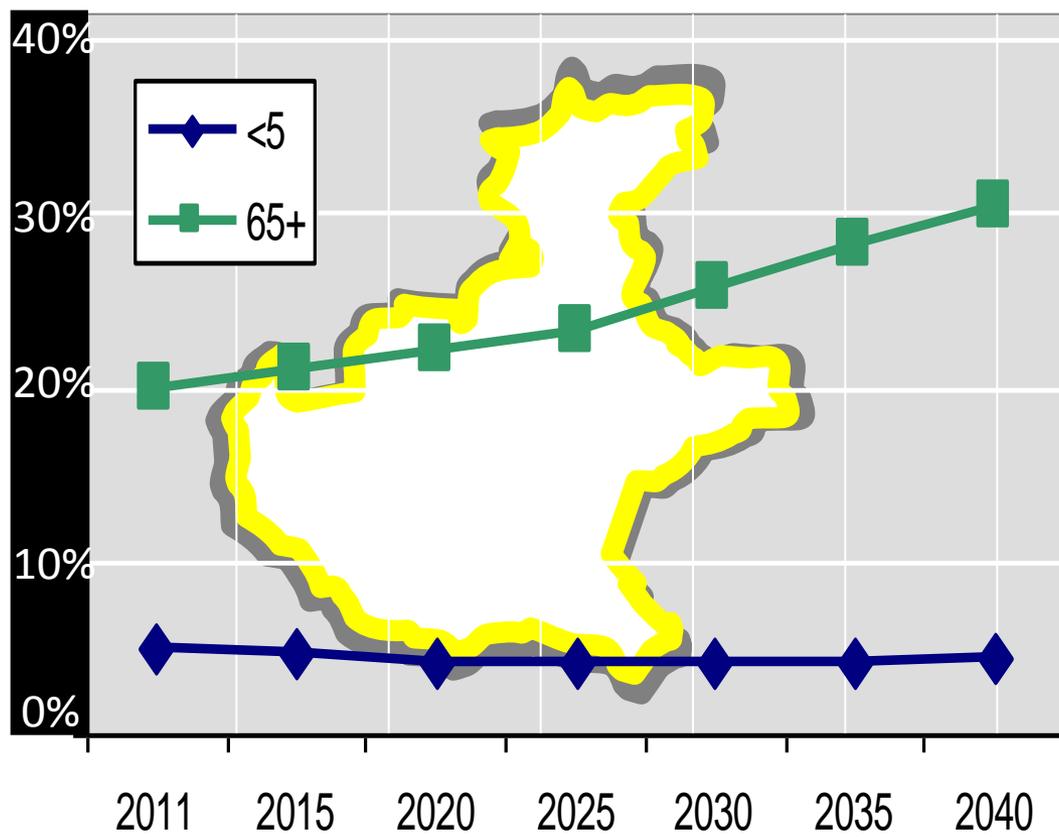


- Distretto "Forte"
- gestione integrata della cronicità
- modelli organizzativi a rete

Modelli:

Gestione integrata della cronicità

ULTRASESSANTACINQUENNI (%) NELLA POPOLAZIONE DEL VENETO

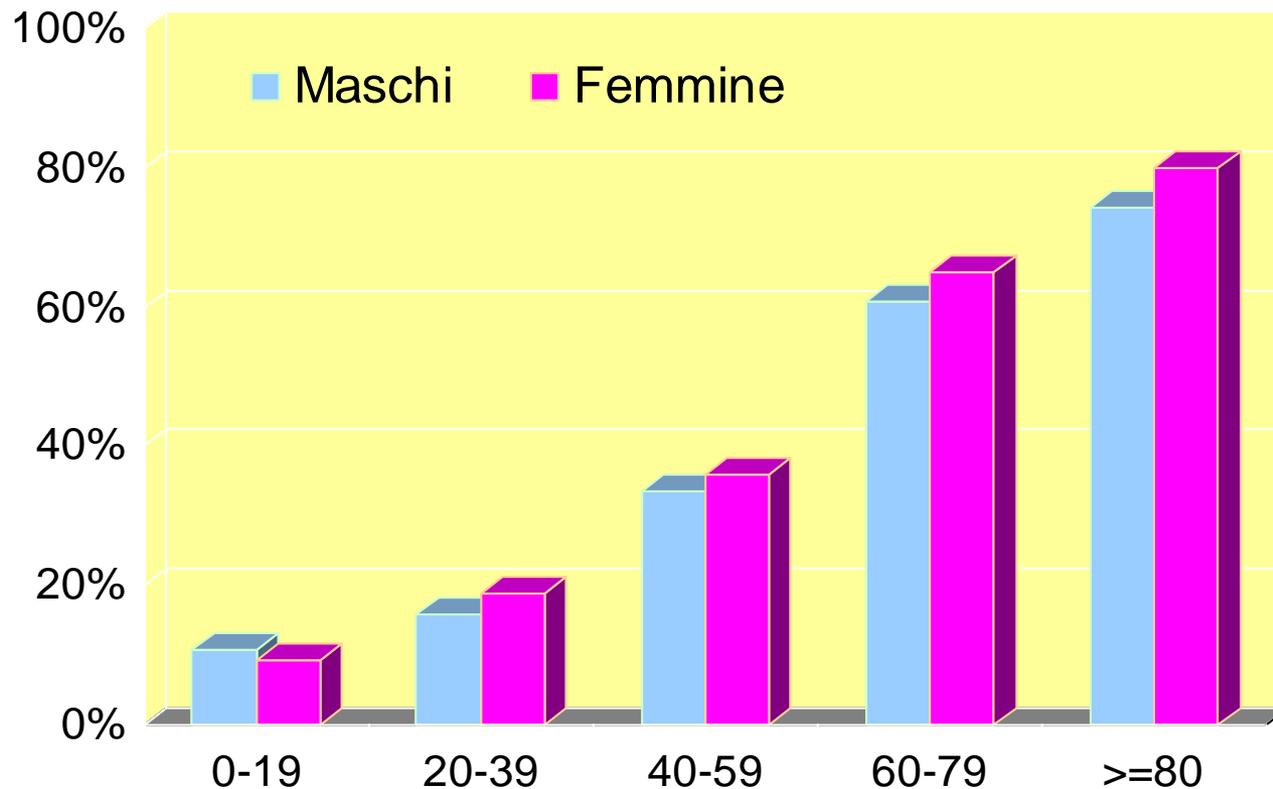


Fonte: ISTAT (demo.istat.it); Stima popolazione residente per anno e per territorio; Scenario: Centrale

Modelli:

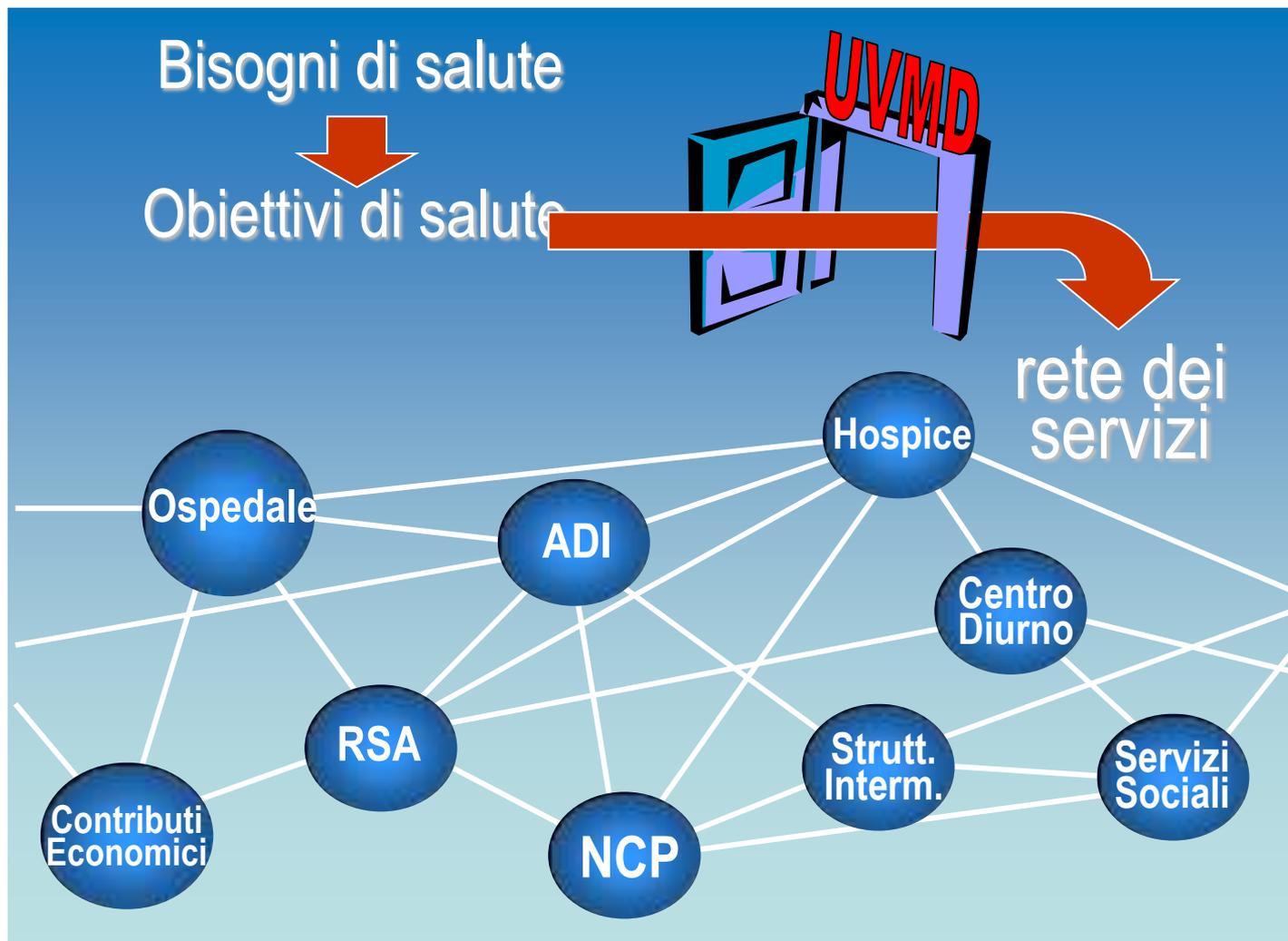
Gestione integrata della cronicità

Prevalenza di Multimorbidità (copresenza di due o più patologie), per sesso ed età (n=60857) nella Popolazione Generale



Marjan van den Akker et al: J Clin Epidemiol 51, 1998

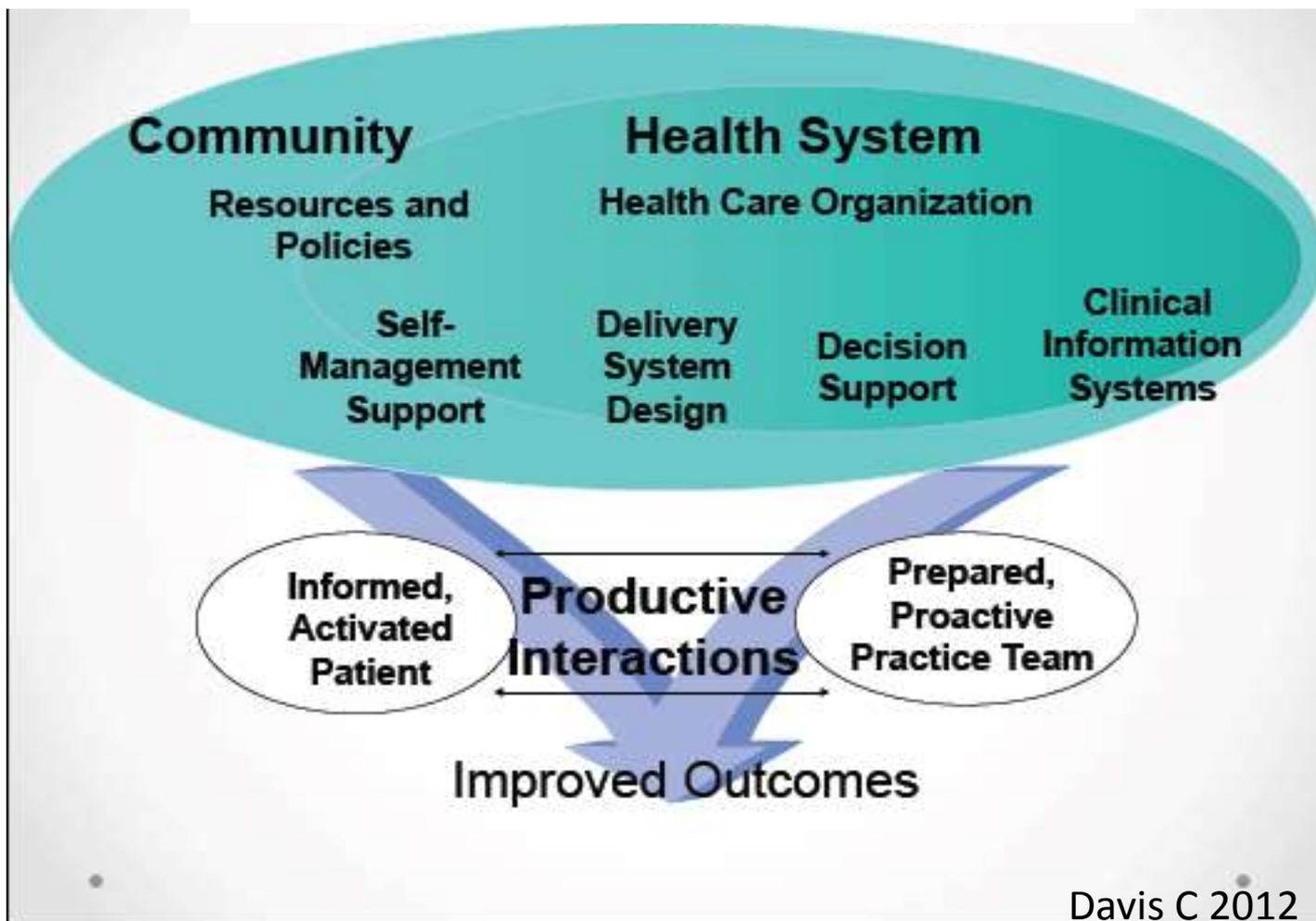
Modelli: Gestione integrata della cronicità



Modelli:

Modelli di gestione integrata della cronicità

Chronic Care Model



Modelli:

Modelli di gestione integrata della cronicità

Chronic Care Model

Questo percorso, è stato incluso nel Psr 2008-2010 della Regione Toscana, con l'obiettivo di passare da un modello di "Medicina d'attesa", dove il bisogno si trasforma in domanda, ad una "Sanità d'iniziativa". Da qui la creazione di percorsi ad hoc per patologie croniche quali: scompenso, diabete, ipertensione, broncopneumopatia cronica ostruttiva che assorbono un'elevata quantità di risorse al Ssn.



invito

inaugurazione della
casa della Salute
Agliana, **27 luglio 2012**
via Curiel **ore 12**

Programma dell'inaugurazione
ore 12:00: Ritrovo
ore 12:10: Inaugurazione
Interverranno: il Sindaco del Comune di Agliana, Eleonora Ciampolini; il Commissario della A.USL3 di Pistoia, Bruno Davodi; il Responsabile della Zona Distretto di Pistoia e Direttore della Società della Salute Pistoiese, Luigi Rossi

Partecipano: i Sindaci dei Comuni di Montale, Pistoia e Quarrata, i rappresentanti delle Associazioni di Volontariato, degli Ordini dei Medici e dei Farmacisti e i dirigenti della A.USL3

Casa della Salute
Ingresso

La Casa della Salute di Agliana è la terza realizzata dall'Azienda AUSL3 di Pistoia: le altre due si trovano nei Comuni di Lamporecchio e Pistoia. Questo nuovo struttura rappresenta un'innovativa opportunità per il diritto alla salute del cittadino e si dovranno, progressivamente, espandere su tutto il territorio provinciale. Nella Casa della Salute trova spazio offerta e servizi sanitari, sociali ed amministrativi tra loro collegati. Al suo interno si deve realizzare una continuità e un'integrazione tra le prestazioni offerte, garantendo la "presa in carico" del cittadino che sarà accompagnato dagli operatori nel suo percorso assistenziale. Con la Casa della Salute la Regione Toscana intende sviluppare un nuovo modello organizzativo territoriale, facilmente individuabile e accessibile per tutti i cittadini. In particolare nella Casa della Salute di Agliana oltre ad essere garantite le prestazioni socio-sanitarie di base sono anche presenti servizi avanzati come l'ortodonzia e urgenza e gli ambulatori specialistici.

Modelli:

Modelli di gestione integrata della cronicità

Chronic Related Group (Lombardia)

Modalità di presa in carico dei pazienti che, a fronte della individuazione anticipata di una quota predefinita di risorse (CREG), deve garantire senza soluzione di continuità e riduzione di cure, tutti i servizi extraospedalieri (ambulatoriali, protesica, farmaceutica, ospedalizzazione domiciliare), necessari per una buona gestione clinica organizzativa delle patologie croniche.

Si basa su:

- Banca dati assistito: sistema di classificazione dei pazienti in base ai consumi sanitari
- Percorsi diagnostico terapeutici di cura
- Linee Guida

Modelli:

Modelli di gestione integrata della cronicità

Guided Care

Modello di presa in carico integrata messo a punto dalla **Johns Hopkins University** di Baltimore per rispondere alle esigenze di disease e care management del paziente portatore di cronicità multiple.

Questo modello, basato sulla partnership tra Medico di MG, infermiere care manager e paziente/famiglia, sostiene il paziente (e la sua famiglia) con un sistema di cure organizzato, personalizzato e coordinato che sviluppa pienamente le sue competenze con la presa in carico multiprofessionale nella valorizzazione dell'autonomia funzionale e della vicinanza all'ambiente di cura domiciliare.

L'identificazione dei pazienti più fragili avviene attraverso il sistema ACG, un sistema di classificazione del Case Mix (al momento in sperimentazione in Regione Veneto)

Modelli:

Gestione integrata della cronicità

Take Home Message

La Valutazione Multidimensionale nei distretti è la porta di accesso ai servizi della rete distrettuale

La presa in carico appropriata del paziente affetto da patologia cronica può essere facilitata grazie all'implementazione di modelli di presa in carico della cronicità

Caratteristiche comuni un po' a tutti i modelli sono:

- Banca dati : sistema di classificazione dei pazienti
- Linee Guida
- Percorsi diagnostico terapeutici assistenziali
- Sistemi di valutazione degli esiti

del Distretto socio-sanitario, sviluppando e affinando modelli di gestione integrata della cronicità, implementando modelli organizzativi a rete fondati su *team* multiprofessionali, qualificando le forme associative della Medicina

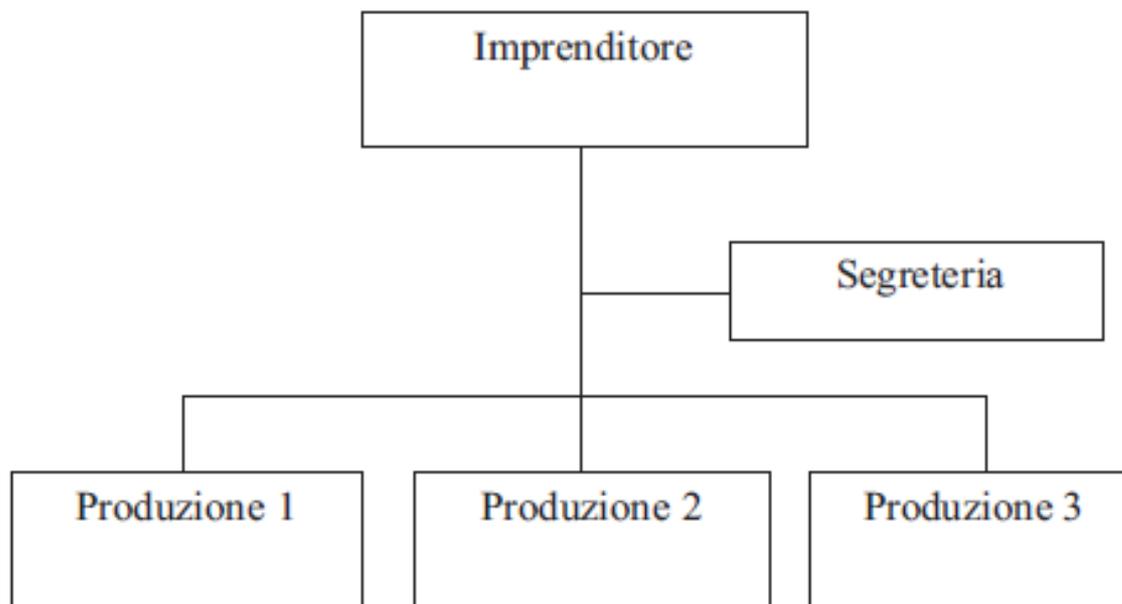
Convenzionata, delineando una filiera per l'assistenza extraospedaliera con particolare riferimento all'assistenza in strutture di

Quale è OGGI il ruolo del DISTRETTO ?



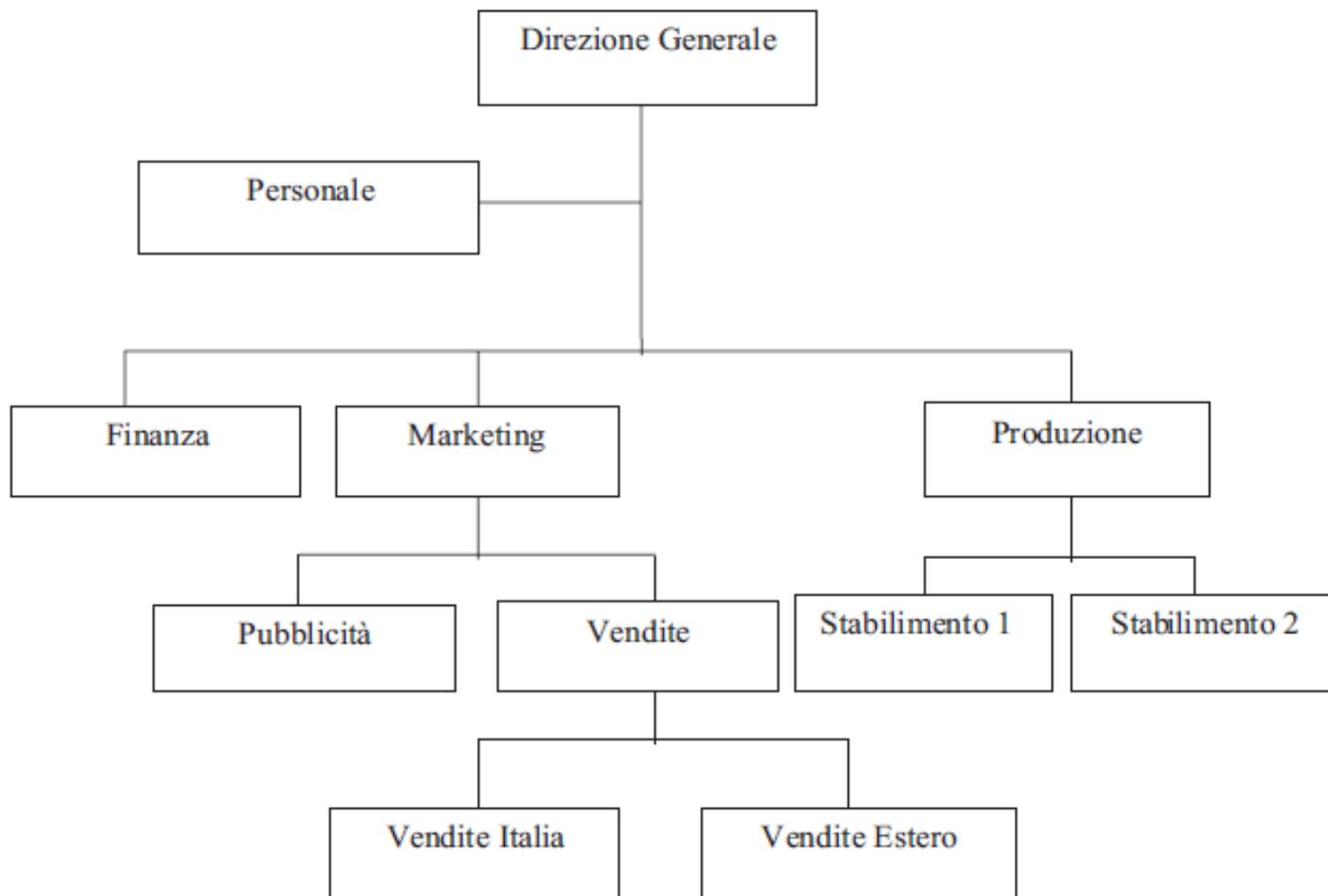
Organizzazione:

Struttura organizzativa semplice



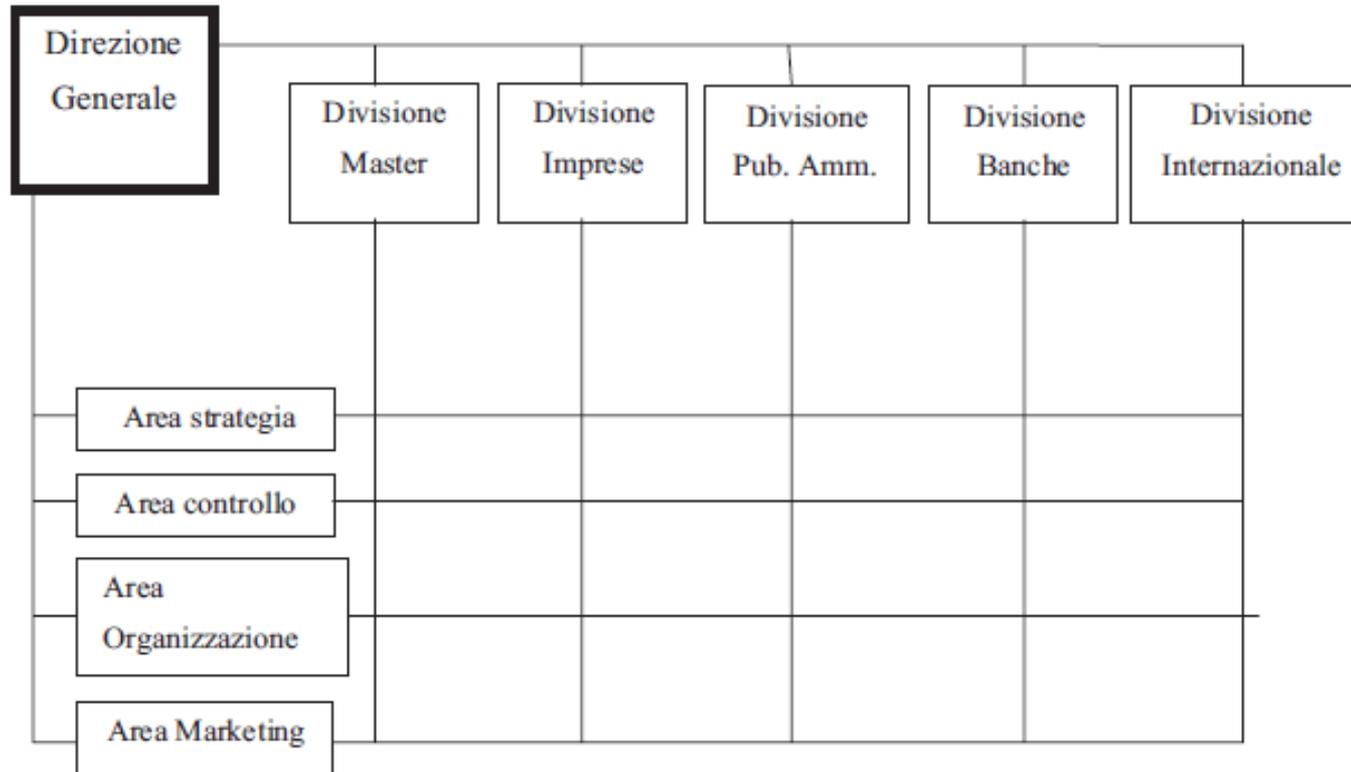
Fonte: V. Perrone, *Le strutture organizzative d'impresa*, EGEA, Milano, 1990.

Organizzazione: Struttura Gerarchico-funzionale



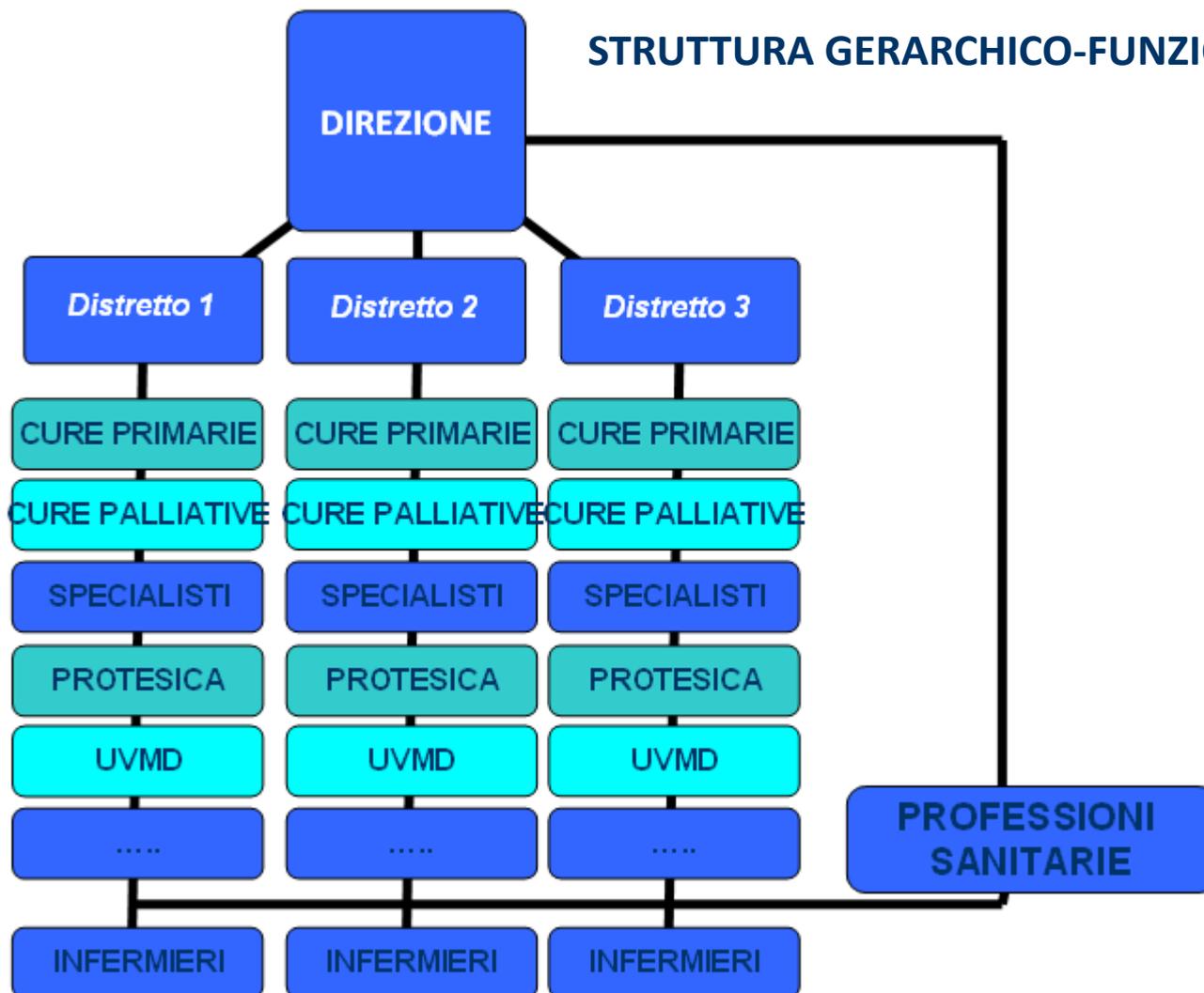
Organizzazione:

Struttura a matrice



Fonte: G. Costa, P. Giubitta, *Organizzazione Aziendale: mercati, gerarchie e convenzioni*, McGraw-Hill, Milano, 2004.

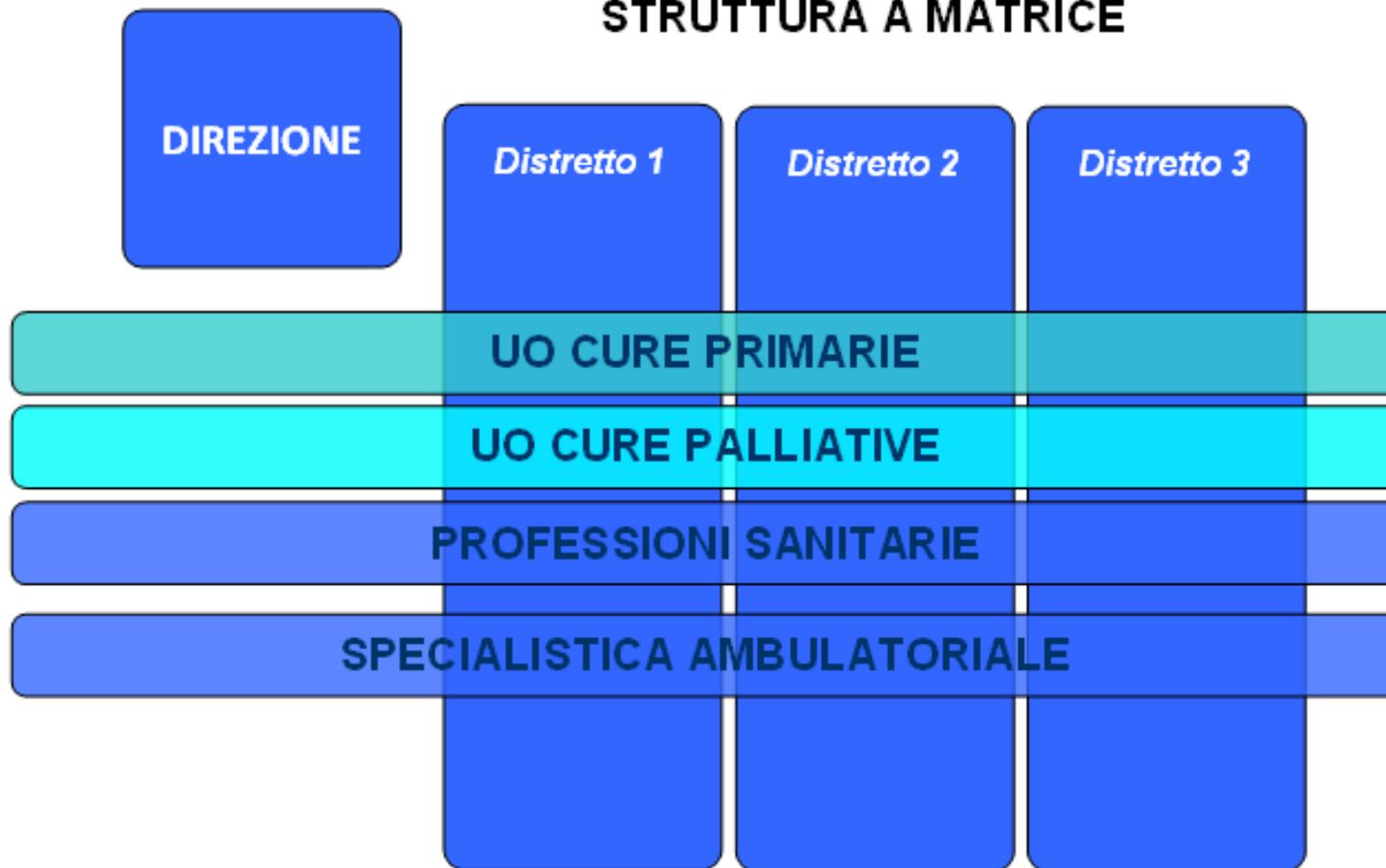
STRUTTURA GERARCHICO-FUNZIONALE



Organizzazione:

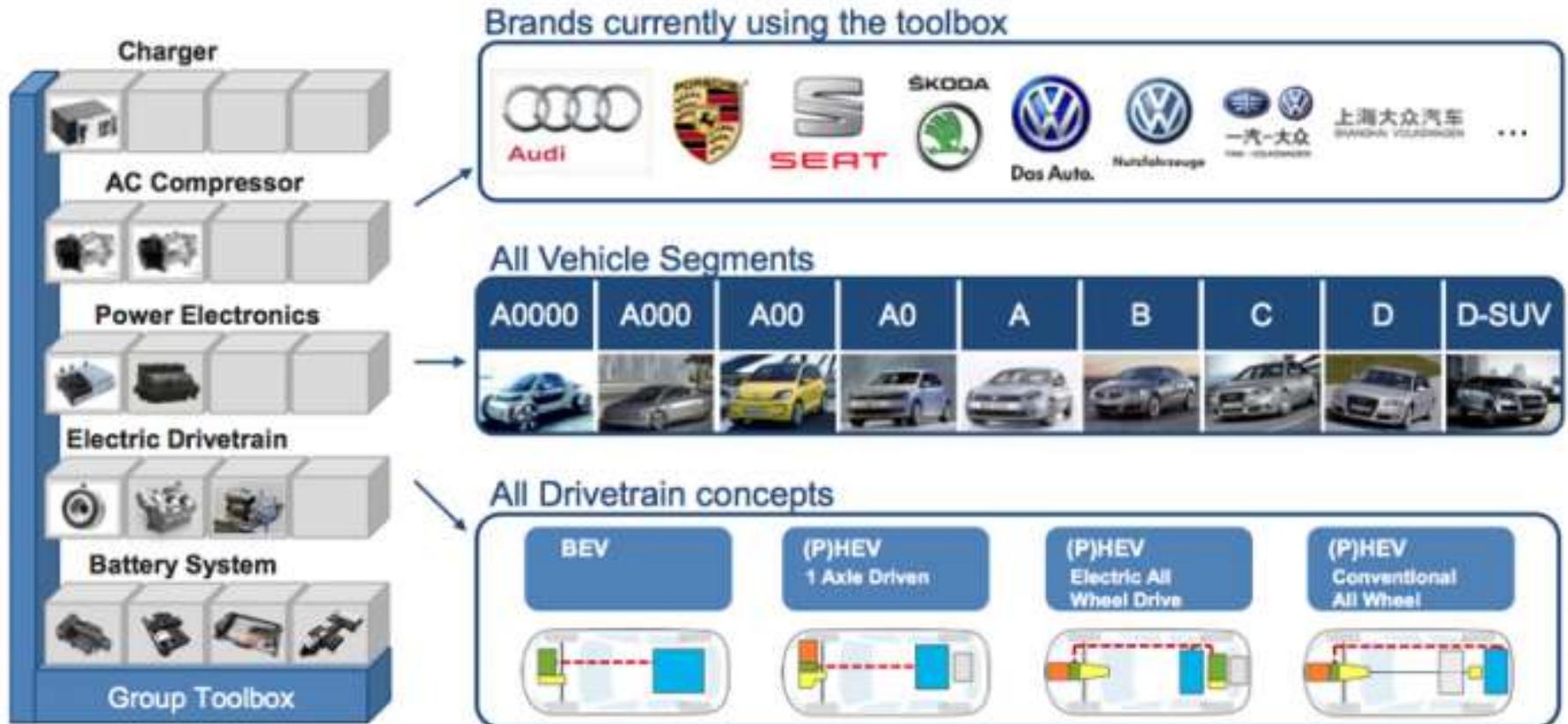
DOMANI

STRUTTURA A MATRICE



Possibilities for alternative powertrains in the MQB

Volkswagen Group Module Strategy For Electric Drivetrains

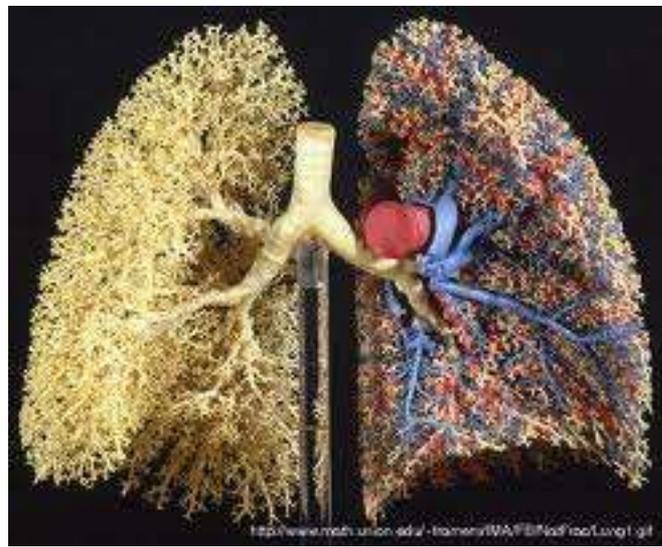


Cosa hanno in comune

- la distrib
- la struttu
- le statisti

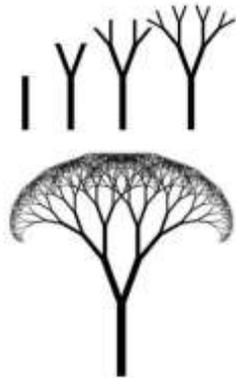


rali?



La teoria dei frattali

- Il termine frattale venne coniato da Benoît Mandelbrot¹, un matematico polacco, per descrivere alcuni comportamenti matematici che sembravano avere un comportamento "caotico", e deriva dal latino *fractus* (rotto, spezzato).
- I frattali compaiono spesso nello studio dei sistemi dinamici, nella definizione di curve o insiemi e nella teoria del caos
- La natura produce molti esempi di forme molto simili ai frattali. Ad esempio in un albero ogni ramo è approssimativamente simile all'intero albero e ogni rametto è a sua volta simile al proprio ramo, e così via; è anche possibile notare fenomeni di auto-similarità nella forma di una costa.



¹ Les Objects Fractals: Forme, Hazard et Dimension, 1975

Organizzazione e contesto

Organizzazione:

Si snoda intorno ad un canovaccio, un comune denominatore di conoscenze, valori, simboli, linguaggi, competenze su cui si innesta una sorta di improvvisazione (auto-organizzazione) sotto la duplice spinta della variabilità ed imprevedibilità ambientale e dell'adattamento dinamico degli attori protagonisti. È il contesto che l'organizzazione crea e dal quale è, essa stessa, ricorsivamente creata. (C. Turati)

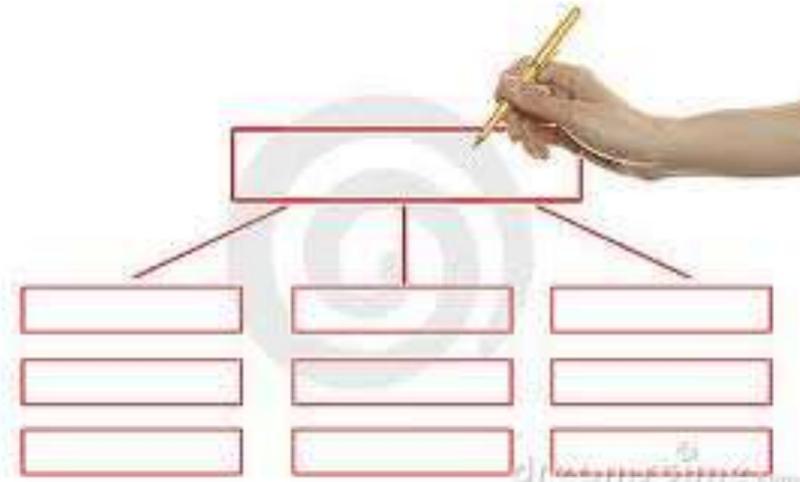
Contesto:

Dal latino contextus «connessione», l'insieme delle varie parti
(*Dizionario enciclopedico italiano*)



Organigramma

Le caselle dell'organigramma non contengono le persone intese nella loro globalità ed è per questo che le cose non funzionano mai secondo gli organigrammi, anche se si dedica molto tempo a tracciarli, rivederli, a valutarli e a preoccuparsene. L'essenza dell'organizzazione va ricercata nelle variabili, nelle connessioni e nei segni positivi e negativi.



Organigramma

Le variabili includono stili, comportamenti ed interpretazioni ricorrenti associati a ogni posizione. Queste sono variabili durature perché rappresentano comportamenti che ogni occupante «estrae» dalla descrizione del compito della sua posizione, dai ruoli che gli vengono trasmessi e dalle aspettative che gli sono imposte.

il contesto è un nuovo stato emergente che è creato dalle relazioni tra le persone che abitano le caselle dell'organigramma.

(K. Weick)



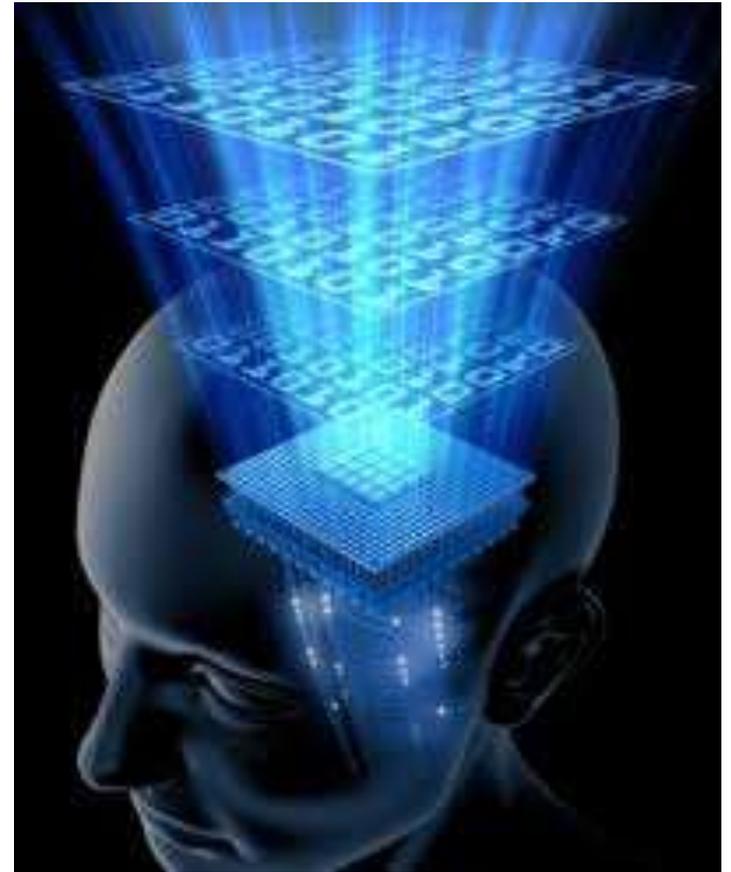
Termiti

Le termiti strategiche sono guidate da un senso diffuso della visione ma non ne sono intrappolate. Esse operano passo dopo passo, tenendosi in stretto contatto con quello che succede nel resto del sistema. Avviano, incoraggiano e sostengono attività e idee coerenti con gli obiettivi generali, permettendosi di arricchirli e modificarli, adattandoli alla natura dinamica delle sfide con cui si devono confrontare. E cercano opportunità per creare «picchi» di attività coerenti con la direzione verso cui vogliono andare: progetti mirati, alleanze. Incoraggiano le persone a costruire i propri «picchi», sostenendoli in ogni modo a creare singoli eventi su una vasta area.



Vedere i modelli mentali

Per «vedere» i nostri modelli mentali è necessario rovesciare lo specchio verso l'interno e apprendere a scoprire le nostre rappresentazioni interne del mondo, a portarle in superficie e a tenerle sotto rigoroso esame. Ciò è il presupposto per rendere flessibili le proprie convinzioni, per riconoscere e modificare i propri modelli mentali. *(P. Sange)*



L'organizzazione del territorio

- La realtà del territorio presenta attualmente una complessità tale da non poter essere assuefatta ad alcun modello «classico» ed impone uno sguardo innovativo alle esigenze del paziente e del contesto in cui è inserito.
- Solo in questo modo sarà possibile mettere a punto una proposta organizzativa in grado di soddisfare i nuovi obiettivi e di disporre adeguatamente delle risorse.