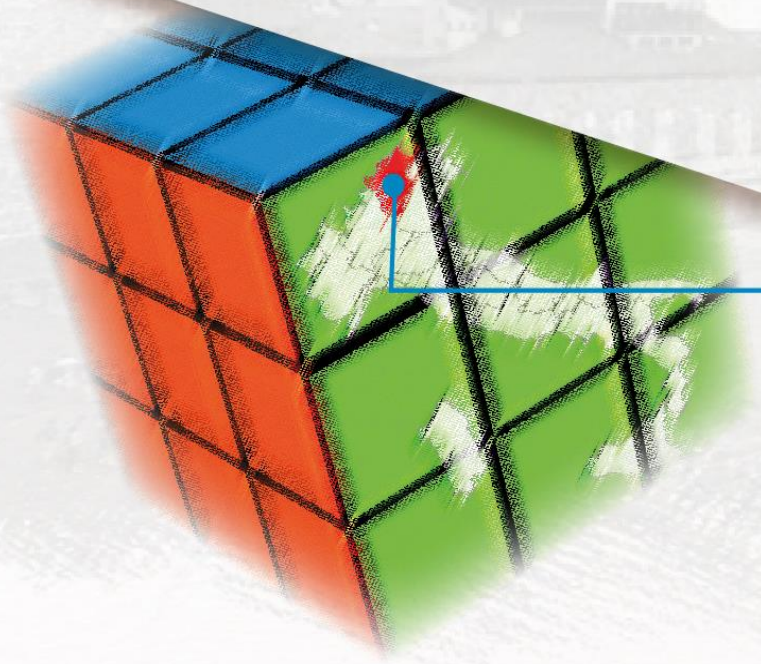
XX° CONGRESSO NAZIONALE CARD

CARD
Confederazione
Associazioni
Regionali di Distretto
Società Scientifica delle attività Sociosanitarie Territoriali

IL DISTRETTO E (è) LA SALUTE DI COMUNITÀ

NELLA CURA, CON APPROPRIATEZZA E CONTINUITÀ



TRENTO

13-14-15
OTTOBRE 2022
Grand Hotel Trento

TITOLO:

Valutazione degli esiti attesi in seguito alla attuazione del DM 77/2022 nella trasformazione da poliambulatorio distrettuale a Casa della Comunità

RELATORE: Dott. Tiziana Spinosa
Direttore Responsabile Distretto Sanitario n 25
ASL Napoli1Centro

Le scelte legislative per la riforma dell'assistenza territoriale

Il **decreto legge 19 maggio 2020, n. 34**, convertito nella Legge 17 luglio 2020, n. 77, all'art. 1, ha posto le basi per una pianificazione finalizzata al potenziamento e alla riorganizzazione della rete assistenziale, improntata, nel rispetto delle competenze legislative e amministrative delle Regioni e Province Autonome, ad esigenze di unitarietà ed omogeneizzazione degli interventi.

La finalità che guida tale processo

Delineare un quadro organico di riferimento per:

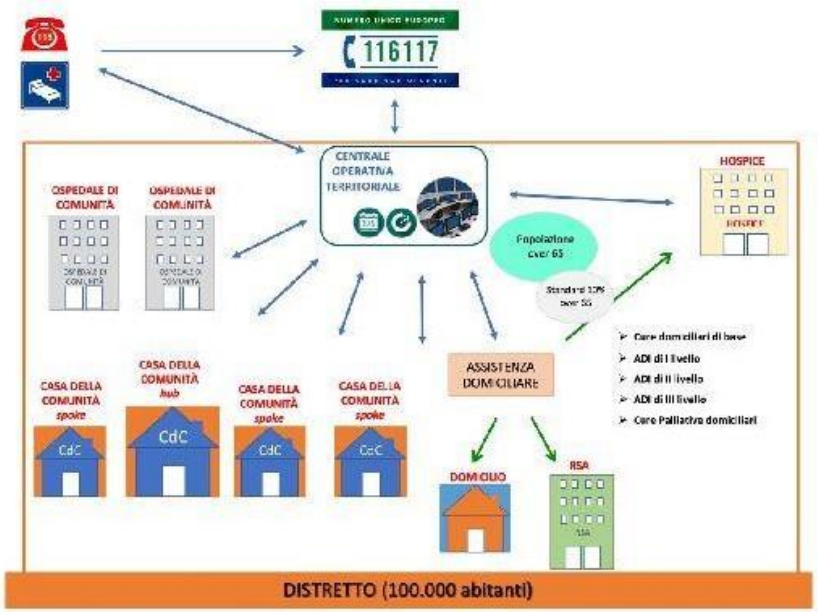
- **Rafforzare l'assistenza territoriale sanitaria e socio-sanitaria,**
- **incrementare la domiciliarità e garantire forme di risposta personalizzate**
- **ridurre l'istituzionalizzazione delle persone più fragili.**

Il Distretto: funzioni e standard organizzativi

Distretto di circa 100.000 abitanti, con variabilità secondo i territori.
La programmazione deve prevedere i seguenti standard:

- **1 Casa della Comunità *hub* ogni 40.000-50.000 abitanti**
- **Case della Comunità *spoke* e ambulatori di MMG e PLS** secondo i territori. Tutte le aggregazioni dei MMG e PLS (AFT e UCCP) sono ricomprese nelle Case della Comunità avendone in esse la sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente;

- **1 Infermiere di Famiglia o Comunità** ogni 3.000 abitanti;
- **1 Unità di Continuità Assistenziale** quale equipe mobile distrettuale - art. 1, comma 274 L. 234/2021 (1 medico e 1 infermiere) ogni 100.000 abitanti;
- **1 Ospedale di Comunità** dotato di 20 p.l. ogni 100.000 abitanti.
- **1 Centrale Operativa Territoriale** ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il Distretto abbia un bacino di utenza maggiore



Monitor 45 - Agenas, 2021

Case della Comunità: PNRR

- **La Casa della Comunità è finalizzata a costituire il punto di riferimento continuativo della popolazione per la promozione, la prevenzione della salute e la presa in carico della comunità di riferimento.**

- E' **una struttura pubblica del Ssn di prossimità**, dedicata a garantire i servizi dell'assistenza primaria con un approccio di sanità d'iniziativa.

- **Promuove un modello di intervento integrato e multidisciplinare**, con un'azione d'*équipe* multiprofessionale dei MMG, PLS, Specialisti Ambulatoriali, Infermieri e altri professionisti

- **Costituisce un progetto di comunità**, in cui la comunità degli assistiti non è solo destinataria dei servizi ma è parte attiva: disegnando nuove soluzioni di servizio, contribuendo a costruire e organizzare le opportunità di cui ha bisogno al fine di migliorare qualità della vita e del territorio, rimettendo al centro dei propri valori le relazioni e la condivisione.

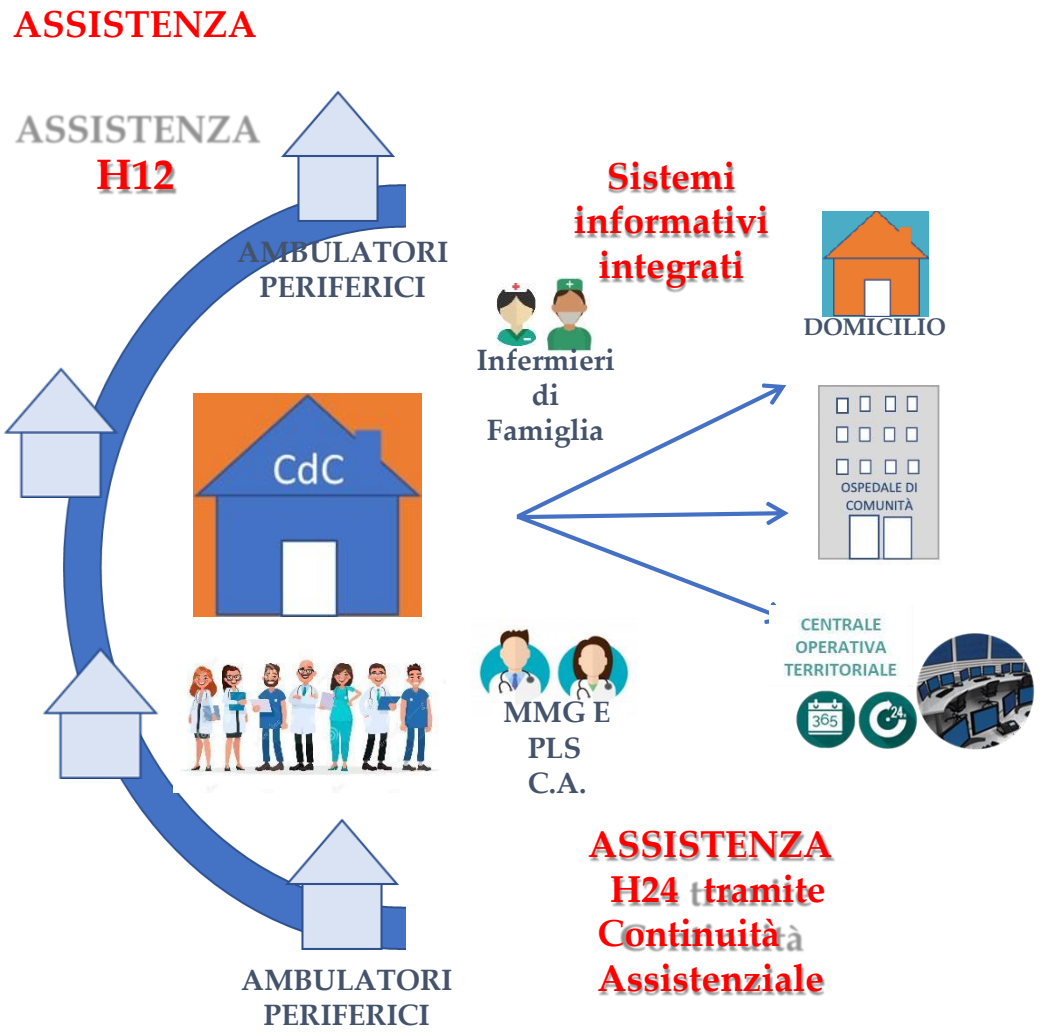
- Rappresenta il luogo in cui **il SSN si integra con il sistema dei servizi sociali**, proponendo un raccordo intersettoriale di servizi in termini di percorsi e soluzioni condivise

Standard:
1 Casa della Comunità *hub* ogni 40.000-50.000 abitanti

Standard di personale:
7-11 infermieri, 1 assistente sociale, 5-8 unità di personale di supporto (sociosanitario, amministrativo)

Submisura 1.1: Casa della Comunità al centro del territorio

Distretto di circa 100.000 abitanti, con variabilità per caratteristiche del territorio



Standard di personale:

- **7-11 infermieri,**
- **1 assistente sociale,**
- **5-8 unità di personale di supporto (sociosanitario, amministrativo)**

- opera un **team multidisciplinare** di: MMG, medici specialistici, infermieri di comunità, altri professionisti della salute e può ospitare anche assistenti sociali.
- Un punto di **riferimento continuativo per la popolazione**

Monitor 45 - Agenas, 2021

Casa della Comunità hub

- Vi operano equipe multidisciplinari con medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali interni, infermieri di comunità, altri professionisti della salute, e assistenti sociali.

- Presenza medica h. 24, 7 giorni su 7 anche con l'integrazione della continuità assistenziale
- Presenza infermieristica h. 12, 7 giorni su 7 (fortemente raccomandata la presenza h.24)

- Dotata di una infrastruttura informatica e di strumentazione diagnostica di base, per monitoraggio della cronicità anche attraverso strumenti di telemedicina

I servizi che garantisce

- Punto unico di accesso
- Punto prelievi
- Servizi ambulatoriali specialistici per le patologie ad elevata prevalenza
- Servizi di prevenzione collettiva e promozione di salute anche con IFoC, e ambulatori infermieristici
- Programmi di screening; vaccinazioni
- Sistema di prenotazione collegato al CUP aziendale
- Assistenza domiciliare
- Integrazione con i servizi sociali
- Partecipazione della comunità, anche co-produzione con le associazioni di cittadini e volontariato
- Attività consultoriali e attività rivolta ai minori
- Servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza

Case della Comunità spoke

- Vi operano equipe multiprofessionali con medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali interni e dipendenti, altre figure sanitarie e sociosanitarie
- Presenza medica e infermieristica almeno h. 12, 6 giorni su 7 (lunedì-sabato)

I servizi che garantisce

- Punto unico di accesso (PUA)
- Alcuni servizi ambulatoriali per patologie ad elevata prevalenza (cardiologo, pneumologo, dietologo etc.)
- Servizi infermieristici sia in termini di prevenzione e promozione della salute, sia di continuità di assistenza sanitaria per la cronicità
- Programmi di screening
- Collegamento con la Casa di comunità hub di riferimento
- Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale,
- Partecipazione della Comunità, valorizzazione e coproduzione, attraverso le associazioni di cittadini, volontariato.

Casa della Comunità

OBIETTIVI

- Accessibilità, prossimità
- Promozione e prevenzione salute
- Presa in carico della cronicità
- Integrazione dei servizi e semplificazione dei percorsi
- Promozione di un modello integrato e multidisciplinare
- Partecipazione della comunità

SERVIZI

- Punto unico di accesso
- Servizi di cure primarie - Team multiprofessionali (MMG; PLS; SAI; IFeC etc.)
- Servizi di cure domiciliari
- Punto prelievi
- Servizi diagnostici (strumentazione RX, mammografo, ecografi, elettrocardiogarfo, spirometro)
- Servizi specialistici per le patologie a più elevata prevalenza (cardiologo, pneumologo, diabetologo, ecc.)
- Servizi infermieristici
- Servizi Sociali (assistenti sociali)
- Comunità, associazioni di cittadini, volontariato

MODELLO ORGANIZZATIVO

- Lavoro in equipe
- Garanzia della presenza medica e infermieristica (HUB- /h24, 7 giorni su 7; Spoke h 12/ 6 giorni su 7)
- Accesso ai servizi in maniera programmata (con prenotazione), ma anche diretta
- Numero di contatto sempre attivo
- Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale

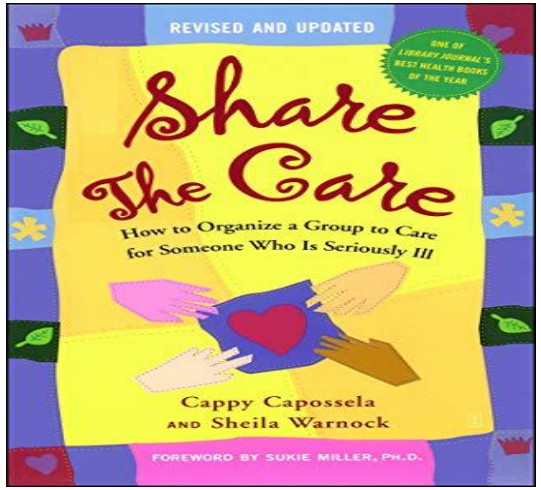
CONGRESSO CARD NAZIONALE

Un luogo per il lavoro multiprofessionale
Un luogo prossimo al cittadino
Un luogo riconoscibile ed accessibile
Un luogo per la comunità
Una casa
Un luogo capace di trasformarsi

Casa della Comunità

Accettazione
ASL
REGIONE CAMPANIA
Azienda Sanitaria Locale Napoli 1 Centro

Ambulatorio
1


REVISED AND UPDATED
ONE OF LIBRARY JOURNAL'S BEST HEALTH BOOKS OF THE YEAR
Share The Care
How to Organize a Group to Care for Someone Who Is Seriously Ill
Cappy Capossela
AND Sheila Warnock
FOREWORD BY SUKIE MILLER, PH.D.

ASL
REGIONE CAMPANIA
Azienda Sanitaria Locale Napoli 1 Centro

La casa come primo luogo di cura: l’assistenza domiciliare

- Passare da una logica prestazionale a quella di una presa in carico della persona
- Rafforzare e dare specifica attenzione all’ADI complessa e post-acuta
- Sviluppare forme di integrazione con gli ambiti sociali per dare una risposta personalizzata e unitaria
- Diversificare le forme delle cure
- Qualificare e caratterizzare le cure a garanzia della qualità e dell’equità di accesso

Prospettive dell’assistenza primaria

- La **casa come luogo di cura** sfruttando l’innovazione tecnologica.
- **Assistenza integrata, multidisciplinare e multiprofessionale.**
- **Offerta dei servizi diversificata** in grado di rispondere al cambiamento dei bisogni di salute della popolazione.
- **Assistenza personalizzata,** dalla prevenzione al trattamento, anche grazie all’utilizzo di **big data** e sistemi di **intelligenza artificiale** di supporto.
- Promozione di **servizi sanitari vicini al cittadino** e facilmente accessibili.
- Rafforzare l’**empowerment** del cittadino dentro e fuori i luoghi di cura.

Una comunità che si trasforma …….

- **Il modello integrato disegna percorsi diagnostici e terapeutici condivisi, mettendo al centro dell'organizzazione assistenziale il paziente affetto da patologia cronica, favorisce l'appropriatezza delle prestazioni e l'equità dell'accesso sulla base della valutazione del livello di complessità, ottimizza l'utilizzo delle risorse, migliorando le cure domiciliari e limita l'accesso al Pronto Soccorso ed il ricorso ai ricoveri ospedalieri, e ottiene risparmi attraverso la prevenzione delle complicanze e delle riacutizzazioni per elevata spesa di assistenza ospedaliera da queste determinate.**

Le patologie croniche prevedono setting assistenziali correlati alle varie classi di gravità della malattia pertanto per ognuna sono state individuate varie fasi operative:

- Presa in carico
- Formazione
- Comunicazione anche strutturata attraverso l'adozione di strumenti informatizzati
- Aspetti organizzativi
- Valutazione periodica delle attività attraverso l'uso di indicatori ed audit

Prevalenza delle patologie che incidono sul totale della popolazione afferente ai singoli Distretti

popolazione del DSB	88.418	106.568	91.382	125.962	58.099	98.369	95.063	87.095	112.194	116.231
PREVALENZA	Distretto 24	Distretto 25	Distretto 26	Distretto 27	Distretto 28	Distretto 29	Distretto 30	Distretto 31	Distretto 32	Distretto 33
DIABETE MELLITO	3,9%	6,2%	5,9%	4,5%	5,8%	5,6%	5,9%	5,1%	5,4%	5,3%
IPERTENSIONE ARTERIOSA (tutte)	4,1%	6,7%	4,1%	4,9%	5,2%	6,6%	7,0%	4,5%	4,8%	5,2%
PATOLOGIE NEOPLASTICHE MALIGNE	3,2%	3,3%	2,7%	3,6%	2,2%	3,2%	2,3%	2,6%	1,7%	2,5%
MALATTIE CARDIACHE	1,9%	2,6%	2,1%	2,2%	2,1%	3,2%	2,8%	2,2%	2,0%	2,0%
IPOTIROIDISMO	1,1%	1,3%	1,2%	1,4%	1,4%	1,6%	1,3%	1,2%	1,0%	1,2%
TIROIDITE DI HASHIMOTO	1,0%	1,4%	1,1%	1,3%	1,1%	1,3%	1,2%	1,0%	1,1%	1,2%

Esenzione Ticket per singolo Distretto Sanitario

esenzione	Distretto 24	Distretto 25	Distretto 26	Distretto 27	Distretto 28	Distretto 29	Distretto 30	Distretto 31	Distretto 32	Distretto 33
PATOLOGIA	14,5%	20,4%	17,8%	17,3%	16,9%	19,7%	18,9%	16,9%	15,6%	17,2%
PREVENZIONE	1,3%	0,9%	3,1%	2,3%	0,3%	2,9%	0,1%	0,6%	0,1%	1,0%
M.RARE	0,6%	0,6%	0,6%	0,8%	0,9%	0,8%	0,6%	0,6%	0,5%	0,6%
INVALIDITA'	6,3%	10,3%	7,6%	8,0%	9,4%	9,0%	8,7%	8,5%	7,7%	7,6%
GRAVIDANZA	0,2%	0,2%	0,7%	0,3%	0,3%	0,3%	0,1%	0,1%	0,1%	0,2%
REDDITO E DETENUTI	27,9%	36,9%	39,0%	28,4%	45,6%	37,5%	48,3%	40,1%	47,7%	40,9%

Riqualificare le funzioni territoriali per riqualificare anche l'ospedale ...

Studi medici integrati
PER GARANTIRE
ASSISTENZA h 12

PUNTI DI PRIMO
INTERVENTO DIURNI
NEI POLIAMBULATORI
+ Guardia Medica notturna

AMBULATORI
cronicità

Consultorio
Spazio
adolescenti

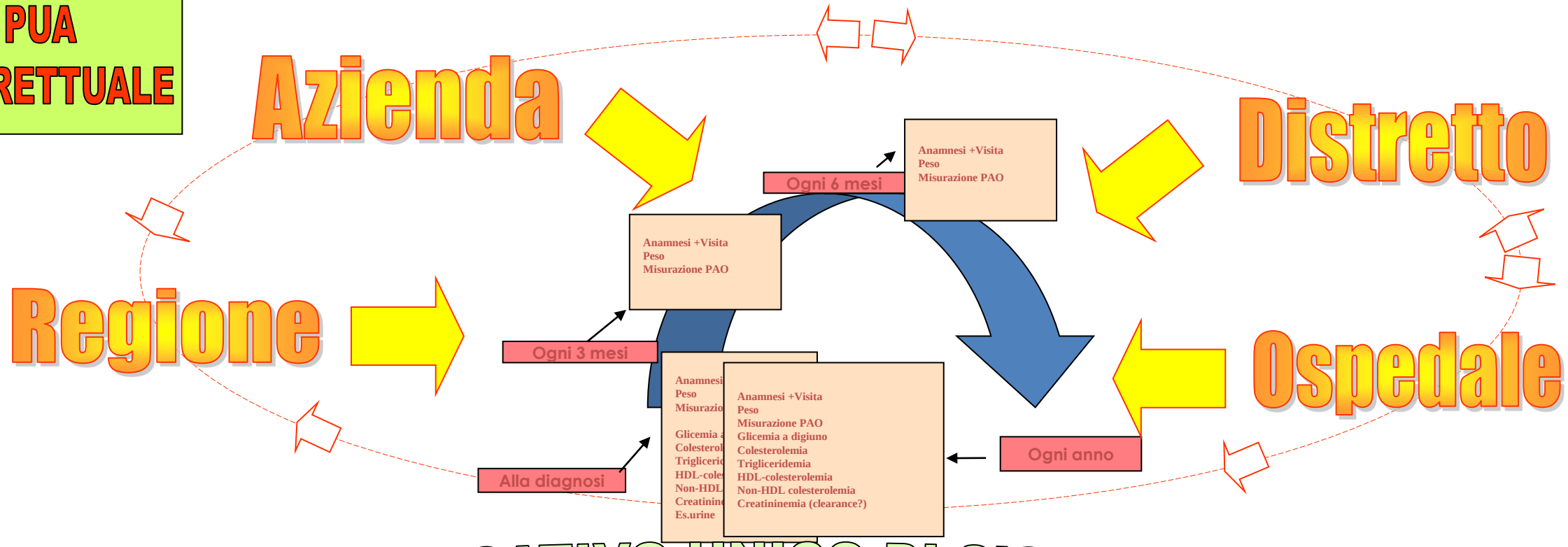
RETE DELLA DOMICILIARITA'
E DELLA RESIDENZIALITA'
COME STRUMENTO DI
RIDUZIONE DEI RICOVERI E
DI MIGLIORAMENTO DELLA
QUALITA' DI VITA

GESTIONE INTEGRATA
DEI PAZIENTI CRONICI
A BASSA-MEDIA- ALTA
COMPLESSITA'
-PERCORSI ASSISTENZIALI INTEGRATI
- AGI- AMBULATORI DI GESTIONE INTEGRATA
- SPECIALISTICA UNICA PROVINCIALE

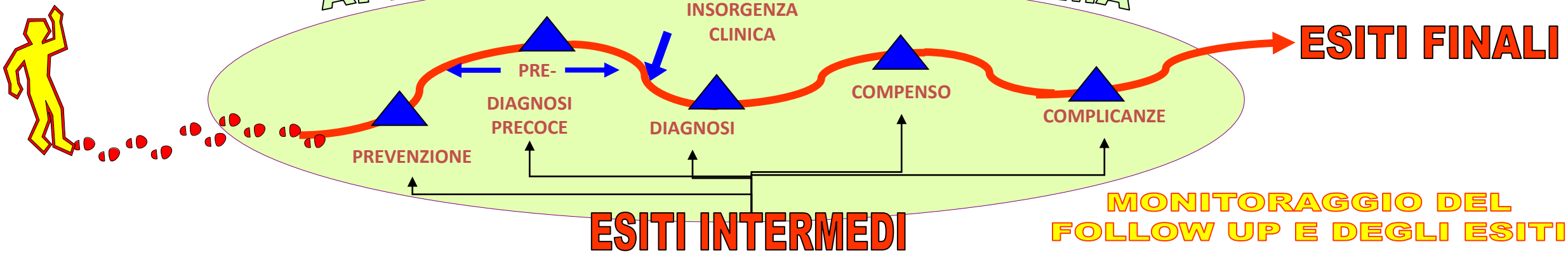
Screening oncologici
Prevenzione di
iniziativa

MONITORAGGIO DINAMICO
DELLE PERFORMANCE DI TUTTI GLI ATTORI …!!!

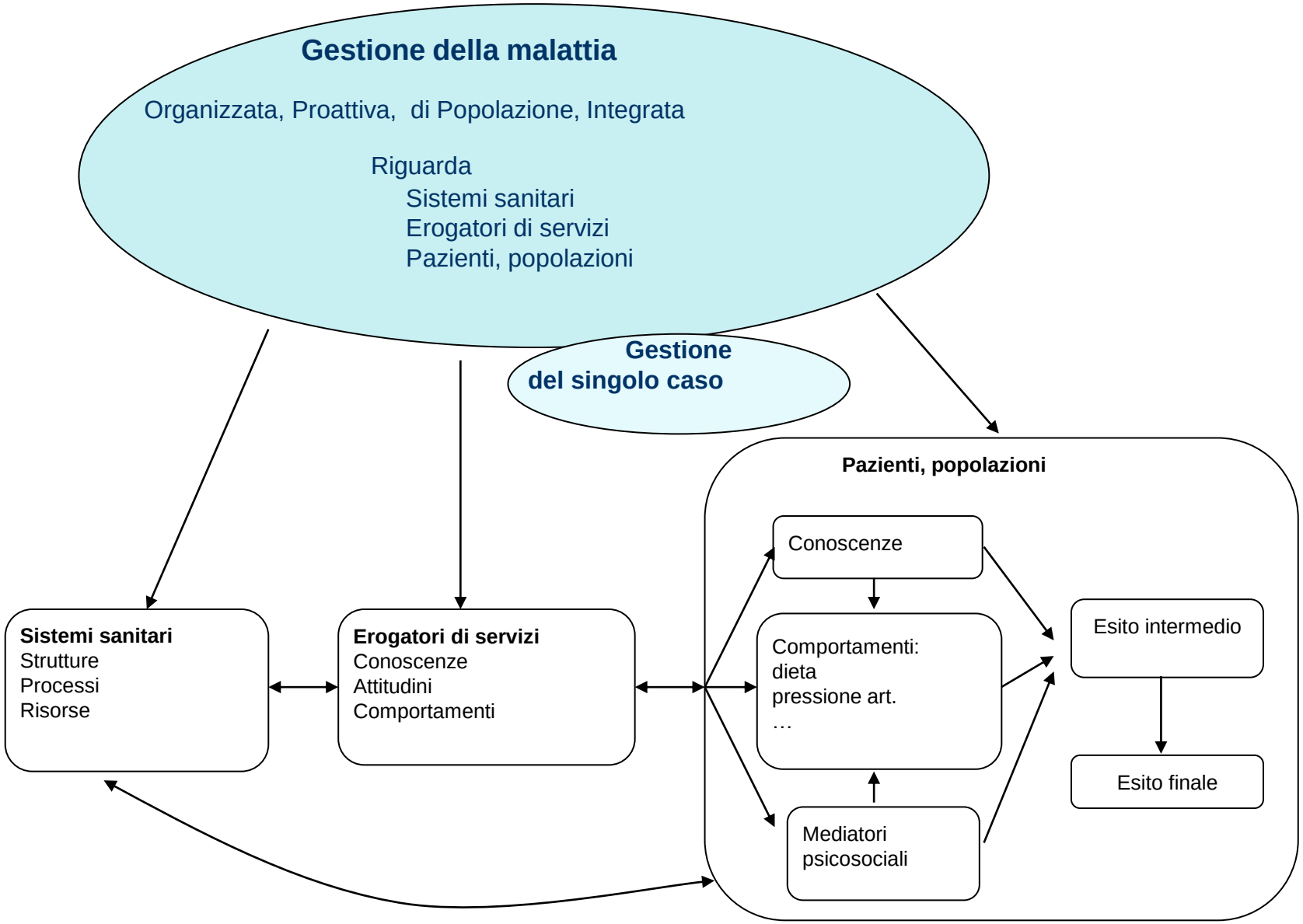
PUA DISTRETTUALE



APPLICATIVO UNICO DI SISTEMA



Disease Management (adattato da Norris 2002)



LO "SPORTELLO DEL PAZIENTE CRONICO" COME SNODO FONDAMENTALE DEL SISTEMA ASSISTENZIALE DELLE CURE PRIMARIE

Permette una SELEZIONE AUTOMATICA dei pazienti sui quali attivare prioritariamente la GESTIONE INTEGRATA

SCHEDA DI START UP (MMG)

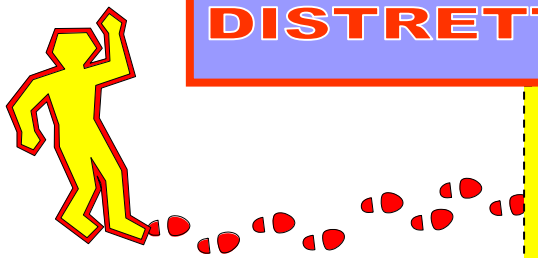
DIMISSIONI FACILITATE (OSPEDALE)

QUALUNQUE PAZIENTE venga dimesso dall'Ospedale (PS o DEGENZA) é considerato A RISCHIO e viene preso in carico prioritariamente nel programma di GESTIONE INTEGRATA

REFERENTE PER LE DIMISSIONI FACILITATE

CIRCUITO DI INGRESSO OSPEDALIERO:
LA "DIMISSIONE FACILITATA" FORNISCE AL DISTRETTO E AL MMG:
- 1. LIVELLO DI "STADIAZIONE" DI MALATTIA,
- 2. PIANO DI FOLLOW UP DA EFFETTUARE A LIVELLO OSPEDALIERO (DA INTEGRARE NEL "PIANO DI CURA ANNUALE" DEFINITO NEL DISTRETTO)

SPORTELLO CON REGISTRO DISTRETTUALE



- STADIAZIONE DEI PAZ. CON PIANO DI CURA PERSONALIZZATO CONDIVISO DALLA RETE ASSISTENZIALE

Percorso paziente neodiagnosticato

Percorso paziente compensato

Percorso paziente non a target

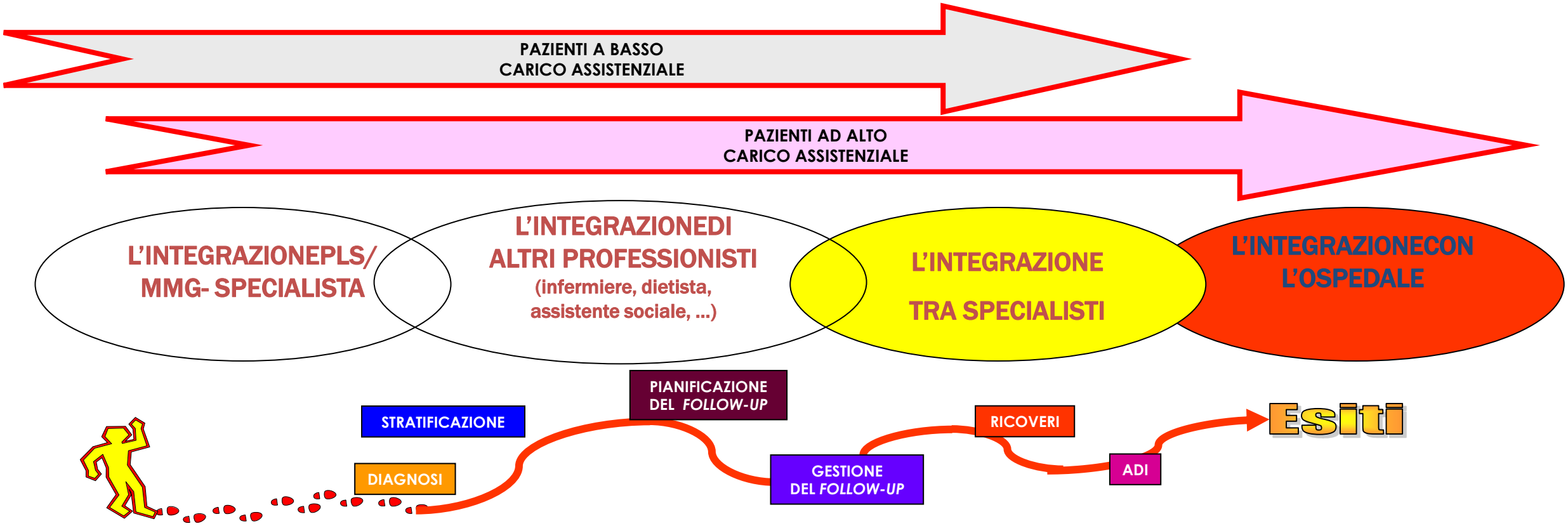
INGRESSO PROGRAMMATO (percorso specifico)

ACCESSO PROGRAMMATO NEL PERCORSO DI GESTIONE INTEGRATA

INGRESSO PRIORITARIO NELLA RETE AMBULATORIALE SPECIALISTICA E INFERMIERISTICA

CIRCUITO DI INGRESSO TERRITORIALE:
LA SCHEDA DI START UP FORNISCE:
- 1. UN PRIMO LIVELLO DI "STADIAZIONE" , CHE VIENE PERFEZIONATA DALLO SPECIALISTA TERRITORIALE
- 2. LA BASE PER IL "PIANO DI CURA ANNUALE" CONDIVISO (E MONITORATO) DA MMG, SPECIALISTA E INFERMIERE DISTRETTUALE

LA GESTIONE INTEGRATA COME PROCESSO DINAMICO E IN EVOLUZIONE individuando le priorità sulla base delle potenzialità dei contesti locali



TUTTI I PAZIENTI IN GESTIONE INTEGRATA MA SECONDO IL GRADO DI COMPLESSITA'

(FOLLOW UP "PREVALENTE" A CARICO DEL MMG o DEL TEAM SPECIALISTICO)

INTENSITA' DELL'INTERVENTO

FASE INTENSIVA

- IMPEGNO RIABILITATIVO SPECIALISTICO DI TIPO DIAGNOSTICO E TERAPEUTICO, DI ELEVATA COMPLESSITA', DI DURATA BREVE.

FASE ESTENSIVA

- PRESA IN CARICO CARATTERIZZATA DA MINORE INTENSITA' TERAPEUTICA E DA UN PROGRAMMA ASSISTENZIALE DI MEDIO E PROLUNGATO PERIODO DEFINITO

FASE DI LUNGO-ASSISTENZA

- PRESA IN CARICO FINALIZZATA A MANTENERE L'AUTONOMIA FUNZIONALE POSSIBILE, A RALLENTARE IL SUO DETERIORAMENTO E A FAVORIRE LA PARTECIPAZIONE SOCIALE

Key words

- Processo di integrazione sociosanitaria
- Sistema di offerta assistenziale
- Autosufficienza del sistema familiare

ASL Napoli 1 Centro

SERVE L'INTEGRAZIONE ?

Lo stato di salute e la sua evoluzione è fortemente influenzato dalla condizione sociale

La condizione sociale è fortemente influenzata dallo stato di salute

- L'intervento è più efficace se si interviene su più fronti, quello sociale e quello sanitario, in modo congiunto

Aumento costante delle patologie cronico stabilizzate e cronico degenerative

- Una rete di servizi socio sanitari integrati costituiscono l'intervento assistenziale più appropriato e di lungo periodo

Gli utenti non accettano più servizi frammentati

- L'assistenza integrata garantisce la continuità delle cure
- Senza integrazione non c'è continuità assistenziale

ASSISTENZA INTEGRATA .....

l'insieme dei metodi operativi e dei modelli istituzionali che mirano a fornire, nel rispetto dei criteri di efficienza e di efficacia, servizi di prevenzione e di **assistenza sanitaria e sociale** ai più bisognosi di cure socio-sanitarie e a garantire la **continuità terapeutica** ed il **coordinamento tra i diversi erogatori di prestazioni sanitarie e sociali**

Processo di integrazione sociosanitaria

Key words

- Interventi caratterizzati da processualità
- Presa in carico
- Valutazione multidisciplinare (VMD)
- Piano di assistenza individualizzato (PAI)
- Verifica outcomes
- Pratiche di governo clinico (condivisione multidisciplinare, sviluppo di conoscenze, routine cliniche e organizzative derivanti dalla pratica)

Elementi di condivisione del processo di integrazione socio sanitaria

Accesso unico ai servizi

- rappresenta una modalità organizzativa e non un luogo fisico
- promuove procedure standardizzate
- semplifica i numerosi passaggi per paziente/familiare

Unità di Valutazione Integrata

- Equipe mista sanitaria e sociale con competenze multidisciplinari
- Ha il compito di rilevare e classificare le condizioni di bisogno della persona per poter disegnare il percorso assistenziale ideale di trattamento

Coordinatore del caso

- rappresenta il braccio operativo
- costituisce il referente organizzativo tra l’assistenza sanitaria e l’assistenza sociale

SISTEMA ASSISTENZIALE

Orientato alla gestione della cronicità.

Deve programmare il proprio sistema di valutazione orientandolo su tre focus principali

- ***Progetto Assistenziale Personalizzato***
- ***Esiti effettivamente raggiungibili nella storia del paziente***
- ***Sistema organizzativo socio-sanitario***

ESITI

- Rivedere il paradigma di fondo.
- Valutare gli esiti intesi come un insieme di risultati intermedi lungo tutto l’iter dell’assistenza erogata.
- Utilizzare quegli indicatori che esplorano la salute globale del paziente/persona.

SERVIZI

- Maggiore flessibilità dei modelli organizzativi
- Piena valorizzazione della rete

Impatto economico

- L’ attuazione di adeguati percorsi assistenziali avrà come ricaduta immediata:
- l’ottimizzazione del processo di cura del paziente e della sua famiglia,
- risparmio di risorse ,
- miglioramento dell’appropriatezza farmacologica, diagnostica,terapeutica e riabilitativa a livello domiciliare .

ADEGUAMENTO DEI SISTEMI OPERATIVI
Macchina plasticamente adattabile rispetto agli obiettivi

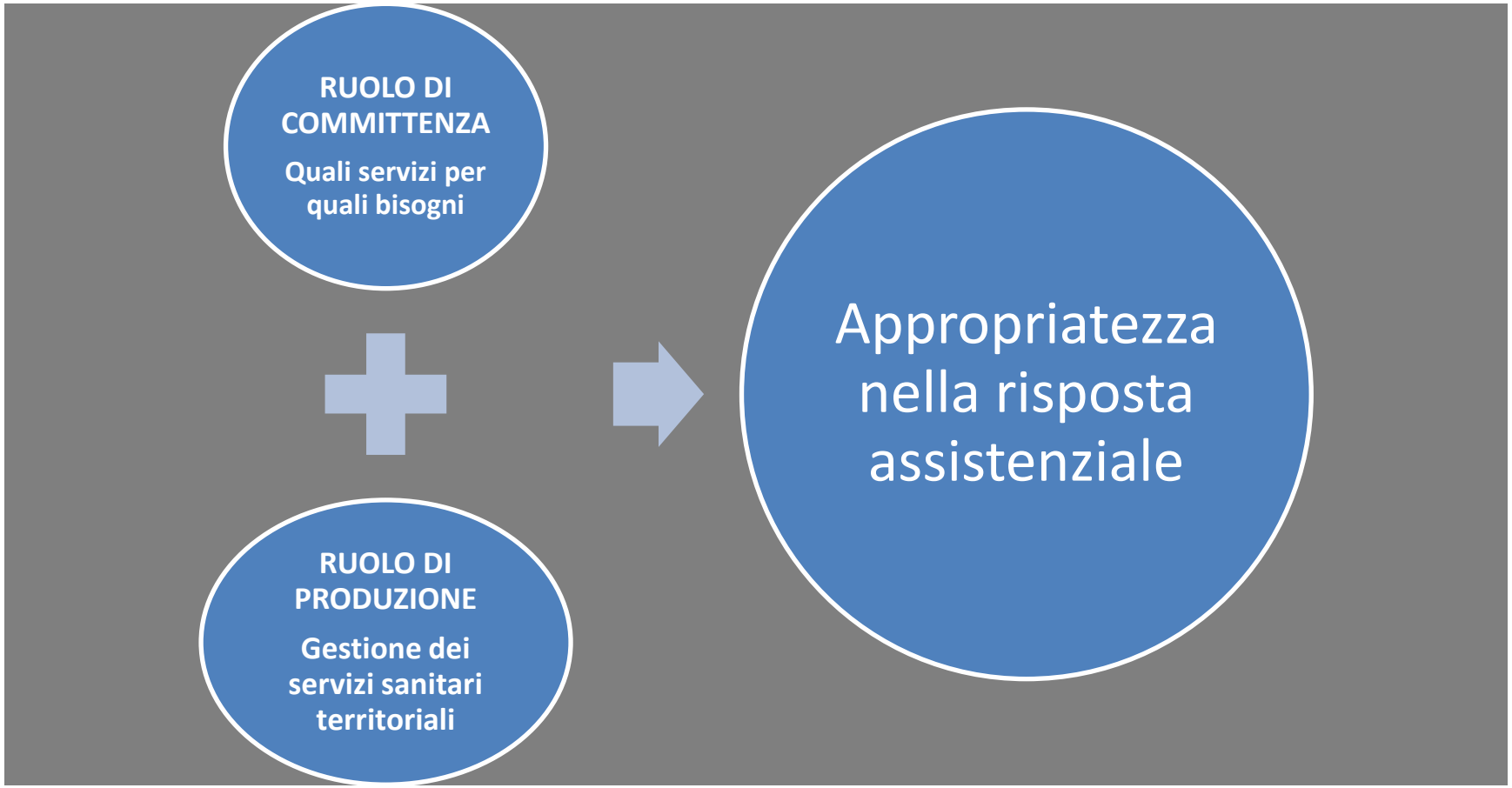
Combinare
Mettere insieme
Gestire
COMPETENZE – CAPACITA'

RISORSE

RISULTATO

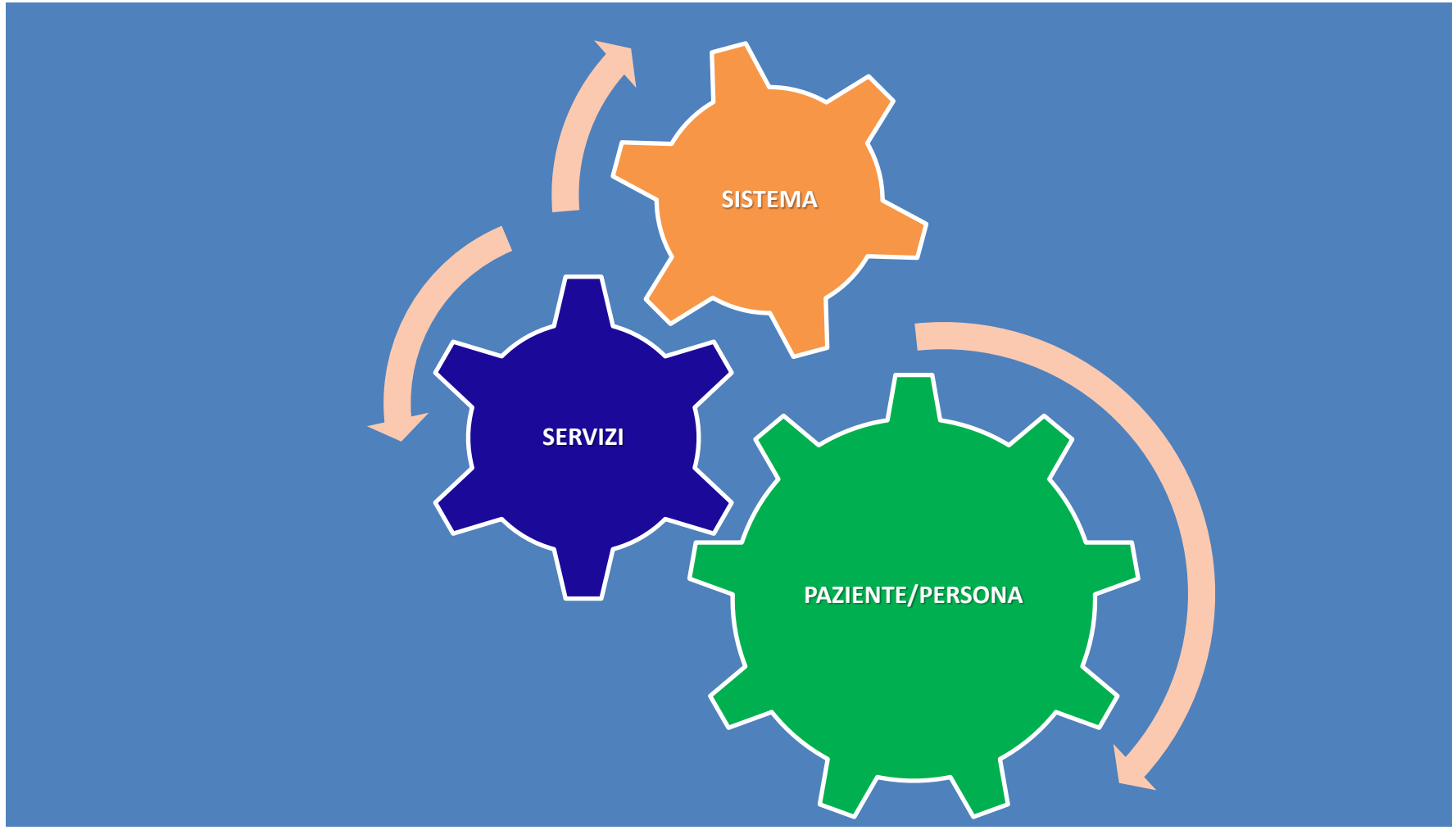
Organizzazione che mette al centro
IL PERCORSO ASSISTENZIALE

Il Distretto Sanitario ha la responsabilità di governare la domanda



Cambiamento culturale

Nuova cultura del sistema, dei servizi e dei pazienti



GRAZIE PER L'ATTENZIONE

XX CONGRESSO CARD NAZIONALE TRENTO