

REGIONE DEL VENETO



ULSS2
MARCA TREVIGIANA

Il nuovo P.S.S.R. Piano Socio Sanitario Regionale

DR FRANCESCO BENAZZI, DIRETTORE ULSS 2

Il nuovo ruolo del Direttore di Distretto

Responsabile dell'analisi e misurazione dei bisogni:

al fine di identificare i modelli organizzativi, le risorse e i luoghi di cura più appropriati per specifico livello assistenziale

Responsabile della definizione e attuazione dei percorsi assistenziali integrati

per le principali patologie croniche e l'assistenza alle persone fragili

Gestore della cronicità complessa ed avanzata

attraverso lo sviluppo di competenze cliniche (sviluppo di alte professionalità) ed organizzative

Facilitatore dei processi di integrazione

tra i diversi nodi della rete dei servizi per assicurare una risposta coordinata e continuativa ai bisogni della popolazione

IN PARTICOLARE

il Distretto è

Soggetto "gestore" del bisogno complesso, sviluppando un'importante **competenza clinica** e, al contempo, **organizzativa** in grado di ricomporre e gestire i percorsi potenziando:

COMPETENZA SUL GOVERNO CLINICO

inteso come applicazione dei percorsi assistenziali per patologie a più elevata prevalenza

SVILUPPO DI ALTA PROFESSIONALITÀ

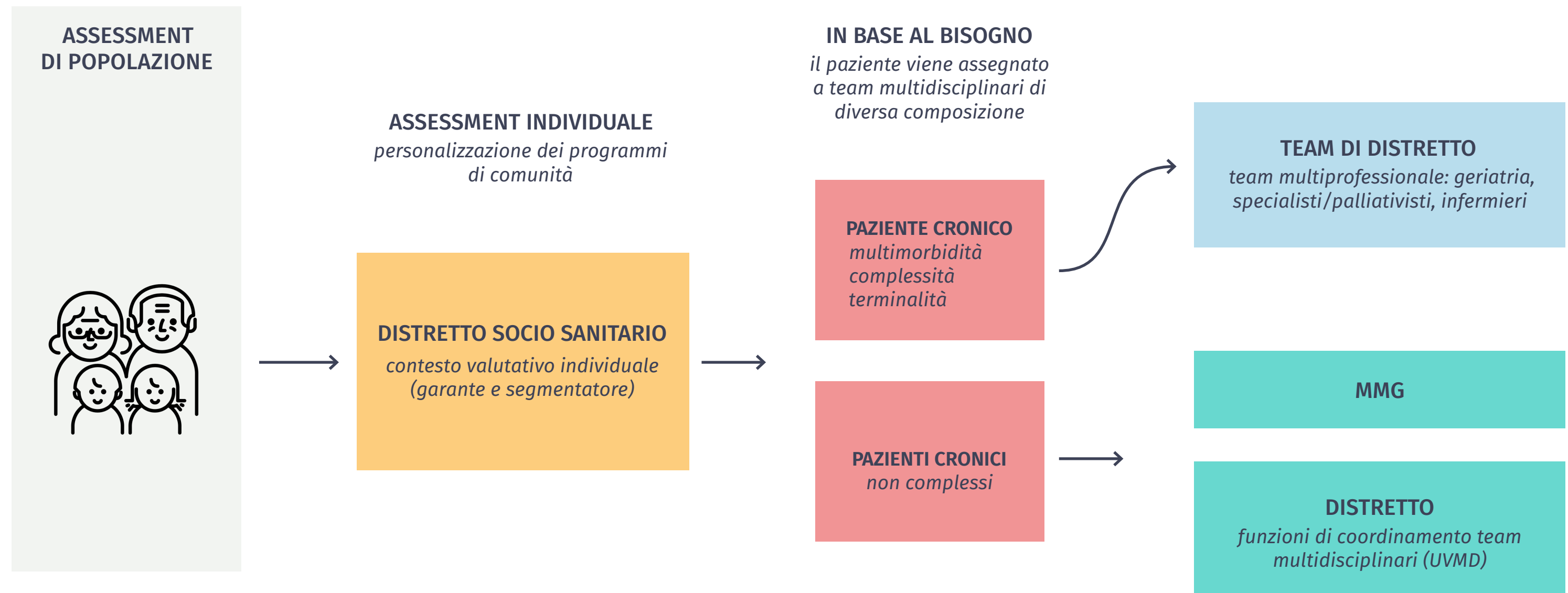
sotto l'aspetto clinico al fine di erogare l'assistenza ai pazienti complessi

COMPETENZA ORGANIZZATIVA

al fine di garantire la sintesi compiuta tra programmazione, gestione e valutazione dei risultati

AREA STRATEGICA

Medicina di popolazione e progetto individuale di salute della cronicità e della multimorbilità

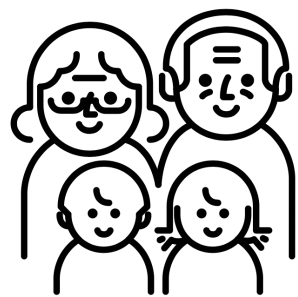


**NON PUÒ PIÙ
ESISTERE**

modello di cura di un'unica malattia
unico luogo di cura

**MULTIPROFESSIONALITÀ
E ASSISTENZA INTEGRATA**
sinergia/integrazione delle competenze

MODELLO DI CURA DINAMICO
*per persone che vivono a lungo con patologie
croniche multiple*



OBIETTIVO

favorire il mantenimento della persona nel proprio ambiente di vita e nel proprio domicilio

SVILUPPO PIANIFICATO E OMOGENEO DELLE CURE DOMICILIARI

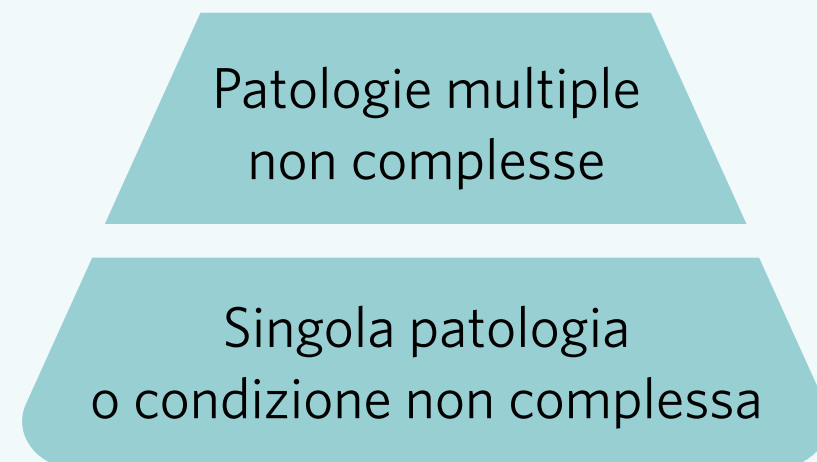
- *su tutto il territorio regionale che garantisca la continuità delle cure e dell'assistenza consolidando le esperienze di ammissione e dimissione protetta*
- ogni team dovrà garantire anche l'assistenza del paziente a domicilio in modo programmato e non
- dovrà essere garantita la copertura 7 giorni su 7, con una pianificazione degli accessi domiciliari sviluppata nell'arco dell'intera settimana

SVILUPPO RETE CURE PALLIATIVE

con la strutturazione dell'attività ambulatoriale ad integrazione e supporto delle cure domiciliari e dell'ospedalizzazione al fine di:

- privilegiare l'accesso alle cure palliative domiciliari e in Hospice, riducendo il ricorso all'ospedalizzazione;
- intercettare i malati che necessitano di cure palliative con qualunque patologia
- garantire la continuità delle cure nei diversi setting assistenziali.

Team multiprofessionali di assistenza primaria



Diversamente organizzati e dimensionati a seconda delle caratteristiche del territorio ove sono collocati, rappresentano il *punto di riferimento* per le comunità e si impegnano a:

- riconoscere i malati cronici
- inserirli in percorsi di presa in carico integrata
- sviluppare un modello di gestione dell'assistenza in team

Per farlo sono richiesti:

- valorizzazione del rapporto di fiducia tra medico e paziente
- integrazione dell'assistenza primaria del sistema
- sviluppo del lavoro per percorsi assistenziali con applicazione PDTA
- valorizzazione ruolo infermieri nell'assistenza primaria
- dimostrazione del contributo al raggiungimento degli standard di sostenibilità del sistema

Tipologie di team multiprofessionali di assistenza primaria

Patologie multiple
non complesse

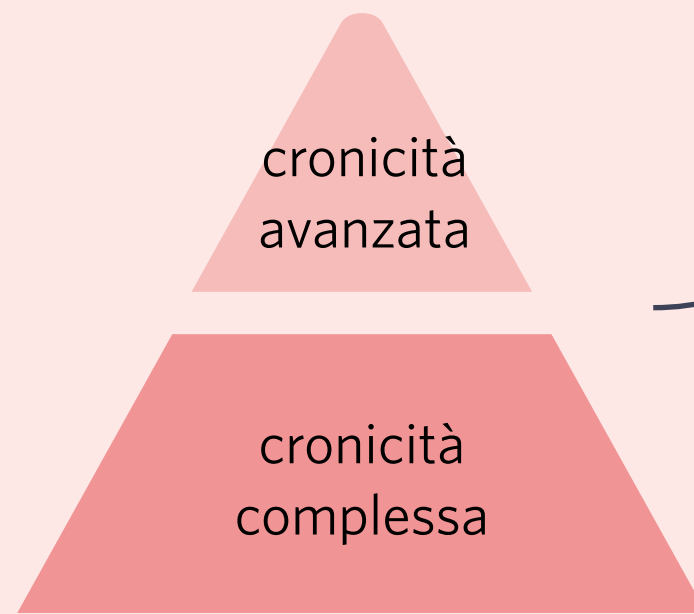
Singola patologia
o condizione non complessa

Forme di aggregazione che coinvolgono i medici convenzionati opportunamente organizzate e dimensionate con riferimento alle specifiche caratteristiche del contesto

Forme che coinvolgono medici dipendenti del SSN nella gestione dell'assistenza medico-generica, anche in conformità a quanto stabilito dalla legge 883/1978

Forme di gestione affidata ad un soggetto privato accreditato con riferimento ad uno specifico bacino di riferimento

LIBERA SCELTA
del **Cittadino**



potenziare il Distretto
sotto l'aspetto
clinico-assistenziale

Team multiprofessionali dedicati

Gestione ambulatorio

Territoriale

Gestione domicilio

AIMED – ADI – Cure Palliative

Attività in supporto alle cure intermedie

Hospice, Ospedale di Comunità, Unità Riabilitativa Territoriale

Consulenza Residenzialità definitiva/temporanea

Team multiprofessionali dedicati alla complessità

potenziare il Distretto
sotto l'aspetto
clinico-assistenziale



affidenti al Distretto

a cui il paziente verrà assegnato in base al bisogno
(*ossia intensità di cura e di assistenza*)

dimensionati

sulla base della popolazione target (*di riferimento*)

composti da specialisti con prevalente competenza geriatrica/internistica,

a cui si aggiungono dipendenti del SSN, infermieri, assistenti sociali ed altri professionisti che operano all'interno delle strutture ospedaliere

Garantiscono il coordinamento dei diversi nodi della rete nell'attuazione dei Piani Assistenziali Individualizzati o Piani Integrati di Cura condivisi dal team stesso e dal paziente, coinvolgendo anche la rete ospedaliera quale parte integrante delle transizioni protette, *con importante funzione consulenziale nella definizione del Piano stesso e di supporto alla domiciliarizzazione*

STRUTTURE INTERMEDIE DI RICOVERO

"Per garantire una risposta a pazienti stabilizzati dal punto di vista medico che non richiedono assistenza ospedaliera, ma troppo instabili per poter essere trattati in un regime domiciliare o residenziale"

I SERVIZI DI CURA PIÙ VICINI AL DOMICILIO

periodo non superiore di norma alle 4-6 settimane

HOSPICE

**OSPEDALE
COMUNITÀ**

URT

Consentono di evitare allungamento della degenza ospedaliera o di un ricovero inappropriato o di una istituzionalizzazione inappropriata

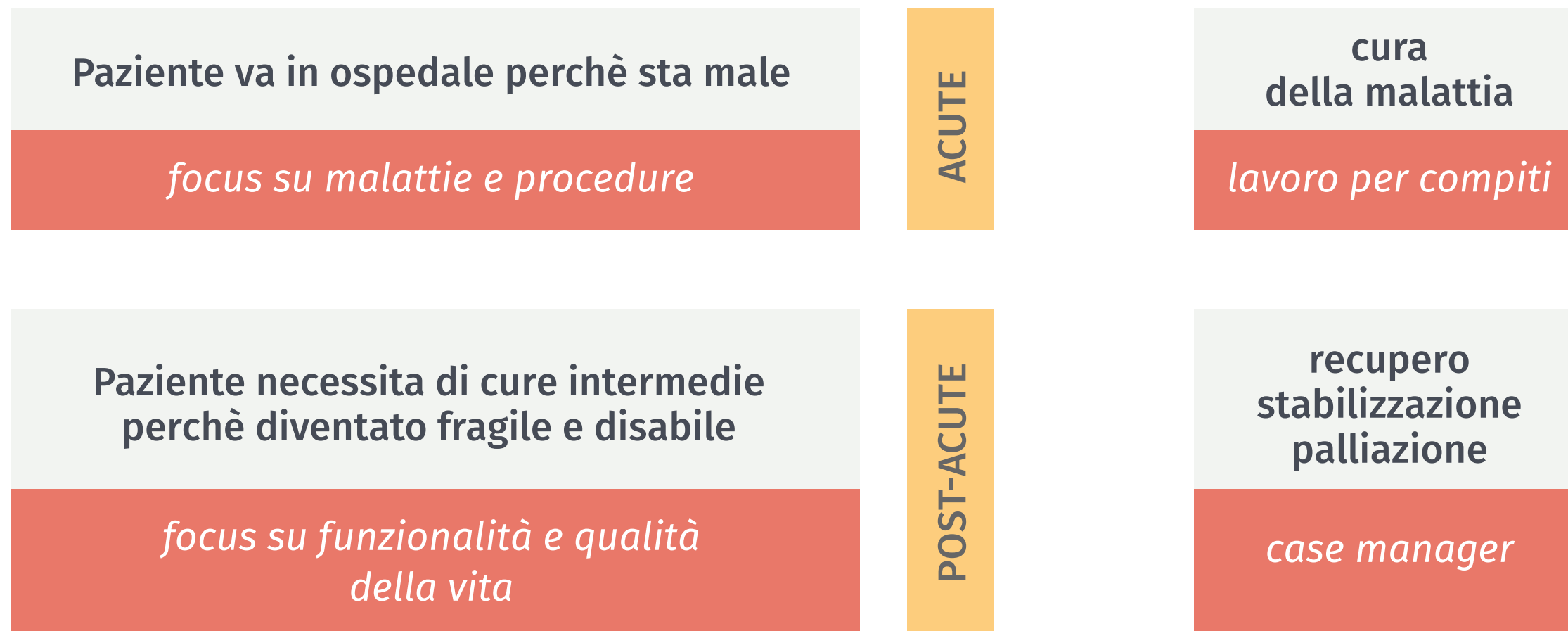
550 PL

già attivi nella Regione

altri **860 PL**

saranno attivati nel 2018/19

Ospedale e Strutture per Cure Intermedie: due mission diverse (Boyd)



DALLA DIPENDENZA MEDICA ALL'INDIPENDENZA FUNZIONALE

Area integrazione socio sanitaria

1 Risposta assistenziale prevenzione-cura-riabilitazione a:

- **con disabilità, non autosufficienza:** compreso decadimento cognitivo e demenze (*sollevio alle famiglie*)
- **con dipendenza** da droghe, alcol, tabacco e con disturbi da gioco d'azzardo (*sostegno psicologico-educazionale a famiglie*)

Si tratta di bisogni che richiedono di norma interventi continuativi di lunga durata (**Long Term Care**)

2 Interventi per infanzia, adolescenza e famiglia

- sostegno a genitorialità, adozioni, gravidanza, tutela minori, assistenza a soggetti in età evolutiva con disturbi neurologici e tutela minori a seguito provvedimenti di Autorità giudiziaria

3 Presa in carico di persone/famiglie:

- **in disagio socio-economico e marginalità** (*povertà, senza dimora, vittime di tratta e sfruttamento lavorativo*)

IL SISTEMA DI RETE OSPEDALIERO

aspetti programmatori:

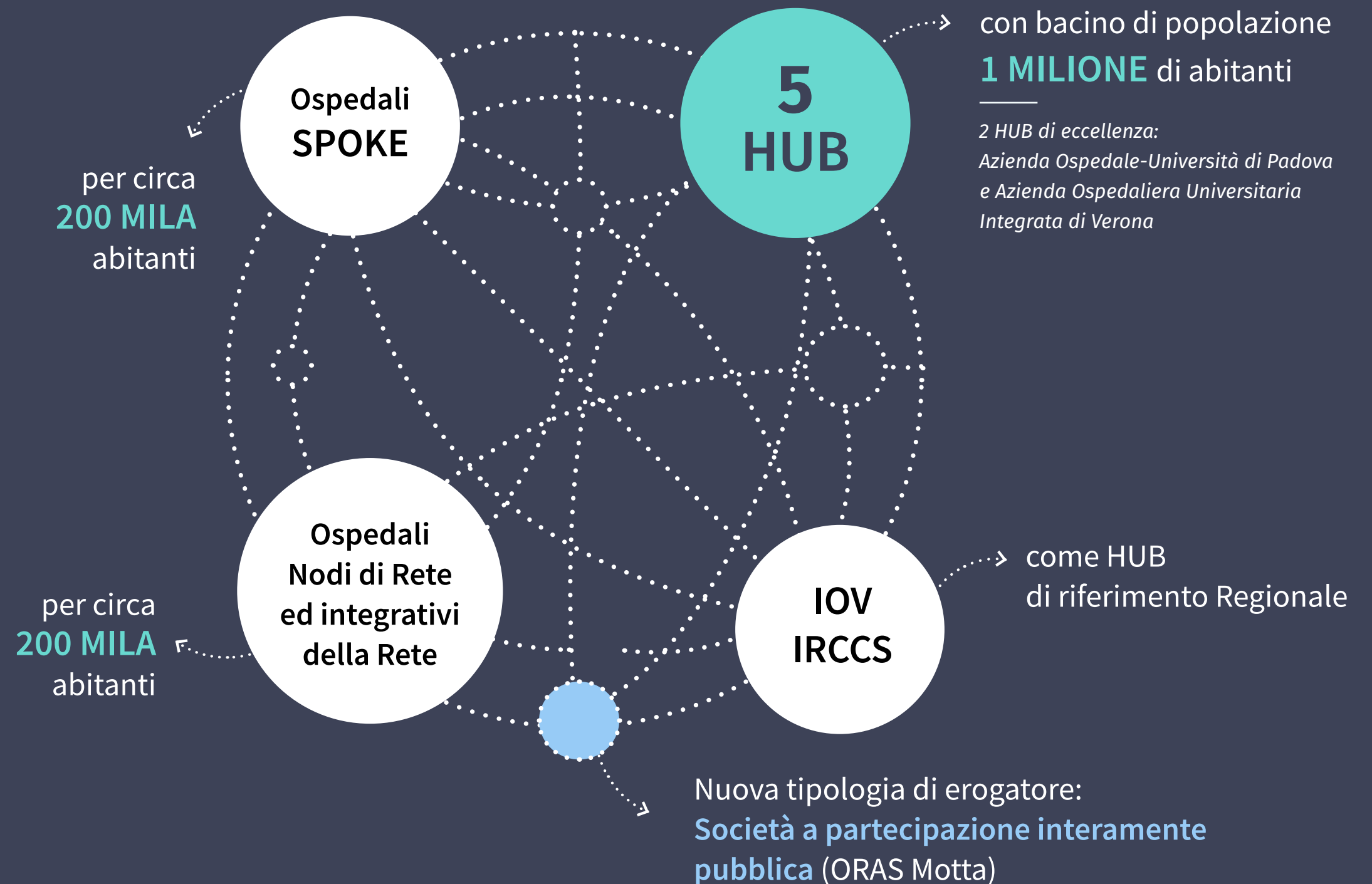
DOTAZIONE DI POSTI LETTO

3 per 1.000 acuti
0,7 per 1.000 per riabilitazione

Articolazione per LIVELLI D'INTENSITÀ

media e bassa complessità (*concetto di prossimità*)
alta complessità (*concetto di centralizzazione*)

Conferma modello Rete HUB and SPOKE
(DM 70/2015)



RETI CLINICHE

La necessità di ricomporre l'offerta dei servizi intorno alla persona, rende necessario sviluppare le Reti Cliniche

Individuazione dei criteri per la definizione delle reti cliniche:

bacini, ruoli e funzioni delle strutture per livelli, requisiti, individuazione di un coordinatore clinico con ruolo di *"primus inter pares"*.

all'interno delle reti *deve essere garantita la mobilità dei professionisti* per facilitare risposte efficaci nei luoghi di maggiore prossimità possibile, oltre che per consentire integrazione tra operatori e crescita professionale

PDTA

Sviluppo del PDTA come **garanzia di riproducibilità** e uniformità per il controllo della qualità e dell'appropriatezza.

Il percorso si articola all'interno della rete e **coinvolge i diversi luoghi di cura**

Deve individuare:

Interventi/prestazioni/terapie appropriate per la diagnosi, cura e riabilitazione Caratteristiche e tipologia di nodi e/o professionisti coinvolti

Tempi entro cui devono essere erogate le prestazioni

Risultati ed **esiti** da verificare

La stesura del PDTA è:

affidata a un gruppo multidisciplinare, coordinato dal responsabile della rete clinico assistenziale

definita attraverso l'analisi delle buone pratiche, di linee guida di riferimento e dalla letteratura

accompagnata da una relazione sulla sostenibilità economica per l'utilizzo delle risorse nel percorso delineato

adottata con decreto del Direttore dell'Area Sanità e Sociale

IL PERCORSO DEL PAZIENTE IN OSPEDALE



Sostenibilità

Individuare il bisogno appropriato (*anche il bisogno inespresso e la domanda inappropriata*)

Individuare l'efficienza allocativa e lo standard di utilizzo dei principali fattori produttivi dei servizi da erogare (*personale, attrezzature, dispositivi, farmaci..*)

Individuare il percorso (*pdta o miglior pratica clinica*) che permette l'utilizzo dei servizi più appropriato

Individuare i costi dell'utilizzo ottimale dei fattori produttivi

Determinare un fabbisogno standard

Il ruolo dell' Ospedale

1

Assicurare al paziente la gestione della fase dell'emergenza urgenza e la fase critica del percorso assistenziale

2

Assicurare al paziente che intraprende un percorso assistenziale programmato gli approfondimenti diagnostici, i trattamenti terapeutici e riabilitativi che richiedono tecnologia, requisiti strutturali e competenze, proprie dell'ospedale

3

Assicurare ai pazienti con patologie croniche a forte rischio di riacutizzazione un percorso dedicato, condiviso e più appropriato

RUOLO DELL'OSPEDALE

Assicurare al paziente "programmato" gli approfondimenti diagnostici, i trattamenti terapeutici e riabilitativi che richiedono tecnologia, requisiti strutturali e competenze proprie dell'ospedale

AREA CHIRURGICA

gestione centralizzata e informatizzata dell'utilizzo di posti letto e di terapia intensiva, delle sale operatorie e di conseguenza delle liste d'attesa

sviluppo attivazione di posti letto monitorati

sviluppo dei modelli di chirurgia breve (week surgery, DS, chirurgia ambulatoriale)

introduzione dell'Osservazione Breve Estensiva (OBE)

AREA MEDICA

sviluppo del day service come modalità organizzativa per garantire prestazioni integrate

sviluppo dell'attivazione di posti letto monitorati per garantire un supporto all'area intensiva (*ad es. in pneumologia per pazienti in insufficienza respiratoria*)

rimodulazione dell'offerta assistenziale di riabilitazione psichiatrica

AREA RIABILITATIVA

revisione della rete delle specialità riabilitative

definizione e condivisione dei percorsi riabilitativi ortopedici, cardiologici, neurologici e pneumologici tra le strutture del SSSR (*URT, strutture accreditate, etc*)

grazie