

Il Distretto quale sede di governo dei percorsi integrati di continuità delle cure

Luigi Rossi

*Direttore Zona Distretto Piana di Lucca
AUSL Toscana Nord Ovest
Gruppo Lavoro SItI - Primary Health Care
Presidente CARD Toscana*

Cin il patrocinio di
REGIONE TOSCANA

È stato richiesto il patrocinio del Ministero della Salute
17° Congresso Nazionale ANSP
Associazione Nazionale Società Primarie

Individuazione degli strumenti di valutazione dei percorsi di cura nelle Isole Minori e nei territori a difficoltà di accesso
Dalle progettualità alla performance

16 - 17 Novembre 2010
Scuola Superiore Sant'Anna
Aule Magne
Piazza Sanpaoletto, 15/A

Dinamiche Evolutive

- ❑ Invecchiamento della popolazione
- ❑ Aumento delle condizioni di *Long Term*
- ❑ *Comorbidity e multimorbidity*
- ❑ Innovazione diagnostica, terapeutica, farmacologica, ecc.
- ❑ Incremento della domanda di prestazioni
- ❑ De-finanziamento pubblico e riduzione risorse
- ❑ *Over Use e Under Use* dei servizi (dilatazione diseguaglianze)
- ❑





ENI COMUNI
CITTADINI
ATTIVITÀ
ANZIANI
CITTÀ
CIVICO
COPR
COM
CURE
STUTELAVALORIZZAR
RISPO DIVICO
RESPONSAB
ENERGIA
DIRITTO ATTIVAZIONE BILIVANZA
PARTICIPAZIONE
SQUOLA
WELFARE
RETE
ADESIONE
TRASPARENZA
CITTADINA
IMPRESA
CONSUMATORI
EUROPA
SCUOLA
INTEGRAZIONE
INTEGRAZIONE
CAPPALE UMANO
SOSTENIBILITÀ
GIUSTIZIA



Corretta presa in carico e gestione delle cronicità: UN'URGENZA IMPROCRASTINABILE

Si stima che circa il 70-80% delle risorse sanitarie a livello mondiale sia oggi speso per la gestione delle malattie croniche; il dato diviene ancora più preoccupante alla luce delle più recenti proiezioni epidemiologiche, secondo cui nel 2020 esse rappresenteranno l'80% di tutte le patologie nel mondo.

Nella regione europea dell'OMS, malattie come lo scompenso cardiaco, l'insufficienza respiratoria, i disturbi del sonno, il diabete, l'obesità, la depressione, la demenza, l'ipertensione, colpiscono l'80% delle persone oltre i 65 anni e spesso si verificano contemporaneamente nello stesso individuo. Ed entro il 2060 si prevede che il numero di Europei con età superiore a 65 anni aumenti da 88 a 152 milioni, con una popolazione anziana doppia di quella sotto i 15 anni.

8



In Europa si stima che le malattie croniche, nel complesso, siano responsabili dell'86% di tutti i decessi e di una spesa sanitaria valutabile intorno ai 700 miliardi di Euro per anno.

INVECCHIAMENTO, CRONICITÀ, COMPLESSITÀ

Fonte: A. Bussotti, Siena 2016

“Paradox: we are still practicing acute care medicine in a world of chronic disease”

Kane RL.

Gestione
integrata

Cure primarie

NUOVI MODELLI

Empowerment
dei pz

PDTA
PAI

Integrazion



Il territorio
sull'osped
non cont

Integrazion



Il percorsi
programm

unitar

L'integrazione tra ospedale e



SERIO GASTALDI
 RENATO SALVATORI
 ROSINA BOSTI
 LEONARDO
 CLAUDIA CARDINALE
 ALFONSO CAROTENCO
 MARCELLO MASTROIANI
 TOTO

I SOLITI IGNOTI

MARCO MICHIELLI
 FRANCO CRISTALLI
 CON LA COLLABORAZIONE DI



© 2006 ANM/FSE

Sistema Ospedaliero e Sistema Territoriale: caratteristiche differenziali

Fonte: G. Maciocco, modificata

Sistema Ospedaliero
“Paradigma dell’attesa”
la **dimensione verticale**

Polo della “**Intensività
tecno-assistenziale**”

Orientato alla **produzione
di prestazioni** e alla
**soluzione dei problemi
clinici**

Presidia l’**efficienza** e gli
esiti

Tende all’accentramento
per realizzare economie di
scala

Punta all’**eccellenza** e alla
concentrazione delle
conoscenze

L’integrazione tra i due
sistemi avviene
attraverso la
costruzione di un rete
integrata i cui nodi sono
i PUA, le
strutture intermedie e di
prossimità (Case della
Salute) e le
maglie sono i MMG,
PLS e il personale con
funzioni di
Case manager

Cure Primarie
“Paradigma dell’iniziativa”
la **dimensione orizzontale**

Luogo della “**Estensività
socio-assistenziale**”

Orientato alla **gestione di
processi assistenziali** e alla
presa in carico (*Chronic Care Model*)

Presidia l’**efficacia** e i **risultati**

Tende al decentramento per
valorizzare il capitale sociale e
promuovere azioni di
promozione della salute

Punta all’**equità** e alla
diffusione e utilizzazione dei
diversi saperi e del *self-care* e
family learning

3. Rete

- Nuovo sistema assistenziale organizzato rispetto alle diverse esigenze delle diverse
- **Potenziamento** articolazione territoriale
- **Sinergia** tra servizi socio-sanitari della programmazione e fabbisogni adeguati



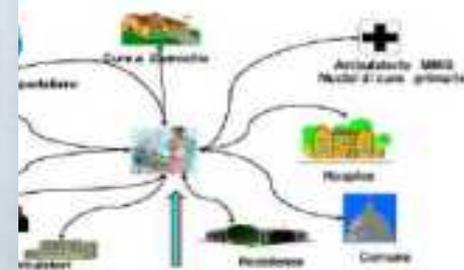
il Principe e il Povero

ERROL FLYNN CLAUD RAINS I GEMELLI BILLY E BOBBY MANCH
REGIA DI WILLIAM KAIGHEY

SANITÀ TUTTI!

ri l'omogeneità delle azioni e, pur nel mografiche

stretto come la rete

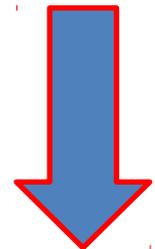
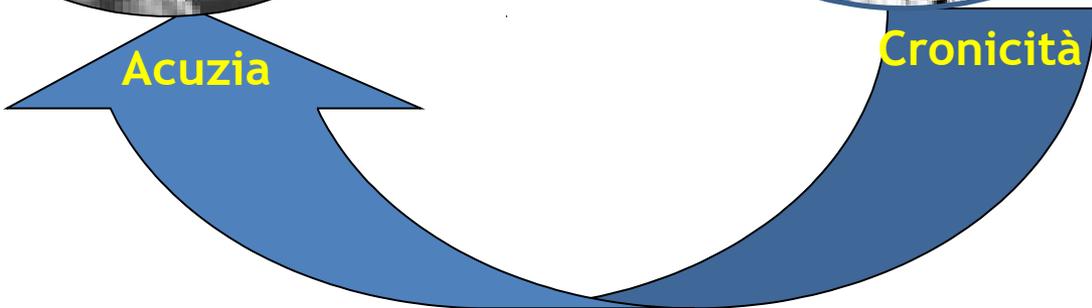


Toscana: I «nuovi» modelli organizzativi

ospedale
riorganizzato
per livelli di
intensità di cura



territorio
organizzato
secondo parametri
di complessità dei
percorsi
assistenziali e di
integrazione
socio-sanitaria



Piano Nazionale della Cronicità

Il macroprocesso di gestione della persona con malattia cronica

STRATIFICAZIONE E TARGETING DELLA
POPOLAZIONE

1

PROMOZIONE DELLA SALUTE, PREVENZIONE E
DIAGNOSI PRECOCE

2

PRESA IN CARICO E GESTIONE DEL PAZIENTE
ATTRAVERSO IL PIANO DI CURA

3

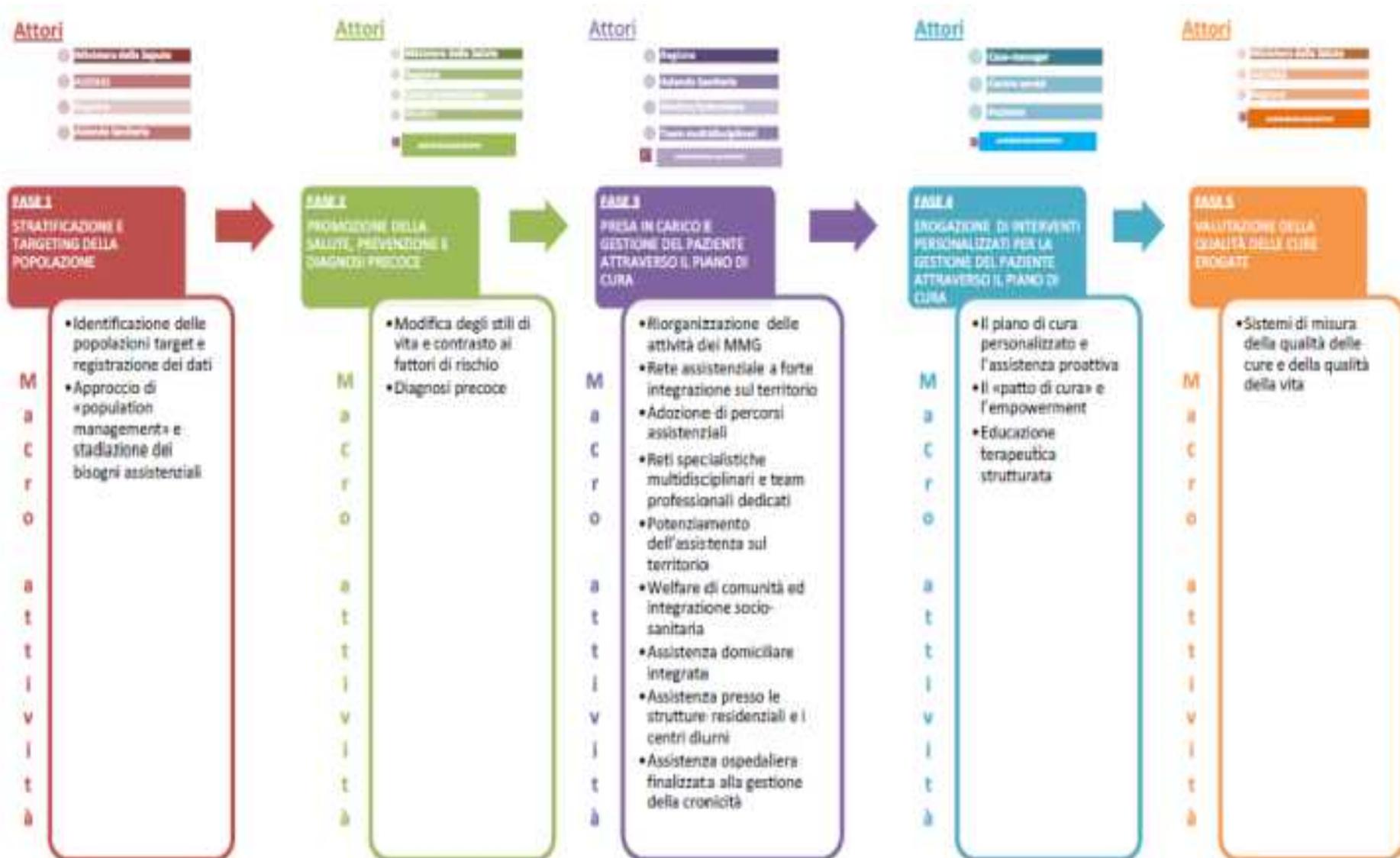
EROGAZIONE DI INTERVENTI PERSONALIZZATI
PER LA GESTIONE DEL PAZIENTE ATTRAVERSO
IL PIANO DI CURA

4

VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ
DELLE CURE EROGATE

5

Il macroprocesso



PNC: Le fasi del percorso



PERCORSO ASSISTENZIALE DIFFERENZIATO

Fase 1 Selezione



Fase 2 Presa in carico



Fase 3 Gestione del piano di cura

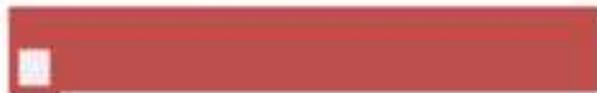


Strategie diversificate



LA CURA
 SINERGICA
 ASSETTO SANITÀ
 MANAGEMENT
 MED-CON TELE-HEALTH
 CAMBIAMENTO
 DISTRETTO MEDICINA
 OSPEDALE QUANTITARIO MMG
 SISTEMA
 TERRITORIO ASSISTENZA SINDACO
CURE PRIMARIE
 RISORSE ORGANIZZAZIONE
 TUTELA CLINICAL GOVERNANCE SSN
 SOSTENIBILE
 APPROCCIO INTEGRATO
 SANITARIO
 FUNZIONALE OSPEDALIERO
 DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE
 ADEGUAMENTO
 TUTELA RISORSE

Obiettivi FASE 1



- Programmare e realizzare una gestione efficace ed efficiente della cronicità sulla base di adeguate conoscenze epidemiologiche.
- Integrare in rete le strutture operanti garantendo la condivisione delle informazioni, secondo le necessità dell'assistenza e del governo clinico.
- Promuovere la valutazione dei risultati su base nazionale, in una logica di congruenza e omogeneità rispetto alle singole realtà regionali.
- Stratificare la popolazione attraverso modelli che tengano conto dei bisogni sanitari e socioeconomici

Obiettivi Fase 4



- Garantire un'assistenza sanitaria e sociosanitaria centrata sui bisogni e le caratteristiche personali e socio-ambientali del paziente
- Promuovere l'empowerment della persona con cronicità e migliorare la capacità di gestione della malattia nel proprio contesto familiare e sociale attraverso lo strumento della terapia educativa

Obiettivi FASE 2



- Promuovere l'adozione di corretti stili di vita nella popolazione generale e nei soggetti a rischio per prevenire l'insorgenza delle patologie croniche.
- Identificare precocemente le persone a rischio e quelle affette da patologie croniche da inviare ad adeguati percorsi di presa in carico.
- Ritardare l'insorgenza delle malattie croniche e delle loro complicanze nelle persone a rischio o già malate.

Obiettivi Fase 5



- Incrementare le attività di valutazione e di sviluppo del governo clinico finalizzate a ridurre l'inappropriatezza in ambito sanitario e sociosanitario e a migliorare la capacità di fornire risposte al bisogno della persona con cronicità
- Rendere disponibili e "trasparenti" anche ai pazienti le informazioni derivanti da indagini sulla soddisfazione del paziente in maniera estesa e sistematica e coinvolgerli nelle procedure di valutazione della qualità dell'assistenza sanitaria
- Promuovere la definizione e la rilevazione di indicatori di qualità o di esito a livello del singolo professionista

Obiettivi Fase 3



- Migliorare l'organizzazione dei Servizi sanitari, attraverso l'individuazione e l'attuazione di strategie che perseguano la razionalizzazione dell'offerta e l'appropriatezza organizzativa delle prestazioni erogate
- Attuare gli interventi previsti a livello nazionale (Legge n. 189/2012, Patto per la Salute 2014-2016), riorganizzando le cure primarie e l'assistenza territoriale.
- Definire e adottare percorsi diagnostici terapeutici (PDTA) sia a livello territoriale che ospedaliero e percorsi integrati ospedale - territorio
- Adottare modelli di gestione integrata
- Sviluppare un sistema integrato di servizi socio-sanitari alla persona con cronicità che valorizzi la partecipazione della società civile e garantisca equità di accesso e di prestazioni
- Migliorare l'assistenza ospedaliera ai pazienti con cronicità
- Creare reti multi-specialistiche ospedaliere
- Promuovere l'integrazione con il territorio assicurando la continuità assistenziale.

PRESA IN CARICO E GESTIONE DEL PAZIENTE ATTRAVERSO IL PIANO DI CURA

3

MACRO ATTIVITA'

- Riorganizzazione delle attività dei MMG
- Rete assistenziale a forte integrazione sul territorio
- Adozione di percorsi assistenziali
- Reti specialistiche multidisciplinari e team professionali dedicati
- Potenziamento dell'assistenza sul territorio
- Welfare di comunità ed integrazione socio-sanitaria
- Assistenza domiciliare integrata
- Assistenza presso le strutture residenziali e i centri diurni
- Assistenza ospedaliera finalizzata alla gestione della cronicità



REGIONE



AZIENDA
SANITARIA



MEDICO E
INFERMIERE



TEAM MULTI-
DISCIPLINARI



ASSOCIAZIONI

LINEE DI INTERVENTO PROPOSTE

1. realizzare un censimento dell'offerta, dal punto di vista strutturale, organizzativo e delle risorse (umane, strumentali, dei servizi)
2. razionalizzare la distribuzione delle risorse, promuovendo l'integrazione dell'assistenza
3. creare una rete tra le strutture che assicuri la continuità assistenziale
4. valorizzare le diverse e specifiche competenze anche attraverso la creazione di reti specialistiche multidisciplinari
5. inserire ogni singolo paziente, fin dal momento della diagnosi, in un processo di gestione integrata condivisa, che preveda l'adozione di PDTA ai quali partecipino tutte le figure assistenziali coinvolte con impegno diversificato in funzione del grado di complessità della malattia (team multiprofessionali)
6. individuare figure di coordinamento che garantiscano la continuità territorio-ospedale e l'appropriatezza degli interventi e la valutazione di efficacia dei percorsi di cura
7. definire PDTA nazionali nel rispetto delle raccomandazioni e linee guida, almeno per le più importanti malattie croniche, ai fini di un uso appropriato delle risorse
8. utilizzare indicatori che permettano la valutazione periodica della performance e della qualità dell'assistenza
9. sperimentare modelli di remunerazione adeguati al malato cronico

ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI

OGGETTIVI

- Migliorare l'organizzazione dei Servizi sanitari, attraverso l'individuazione e l'attuazione di strategie che perseguano la riqualificazione della rete di offerta e l'appropriatezza organizzativa delle prestazioni erogate, secondo una declinazione adeguata alle realtà territoriali.
- Attuare gli interventi previsti a livello nazionale (Legge n. 189/2012, Patto per la Salute 2014-2016), riorganizzando le cure primarie e l'assistenza territoriale.
- Definire e adottare percorsi diagnostici terapeutici (PDTA) sia a livello territoriale che ospedaliero e percorsi integrati ospedale - territorio
- Adottare modelli di gestione integrata

INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA

OGGETTIVI

Sviluppare un sistema integrato di servizi socio-sanitari alla persona con cronicità che valorizzi la partecipazione della società civile e garantisca equità di accesso e di prestazioni

RISULTATI ATTESI

- Sviluppo di modelli e strumenti atti a garantire la continuità delle cure per il paziente cronico, in particolare durante la transizione tra i diversi livelli di assistenza
- Incremento di progetti di formazione del team multidisciplinare
- Sviluppo di modelli che prevedano una risposta integrata ai bisogni di salute sociali e sanitari
- Sperimentazione di modalità diverse di remunerazione delle prestazioni per la persona con malattia cronica sia a livello territoriale che in ospedale

PSSIR 2018-2020

Gestire la cronicità

È uno degli 8 obiettivi chiave (DRIVER)



MESSAGGIO CHIAVE

La cronicità e la salute al nostro tempo: il sistema sociosanitario si ridisegna, la comunità si organizza e il cittadino si rafforza

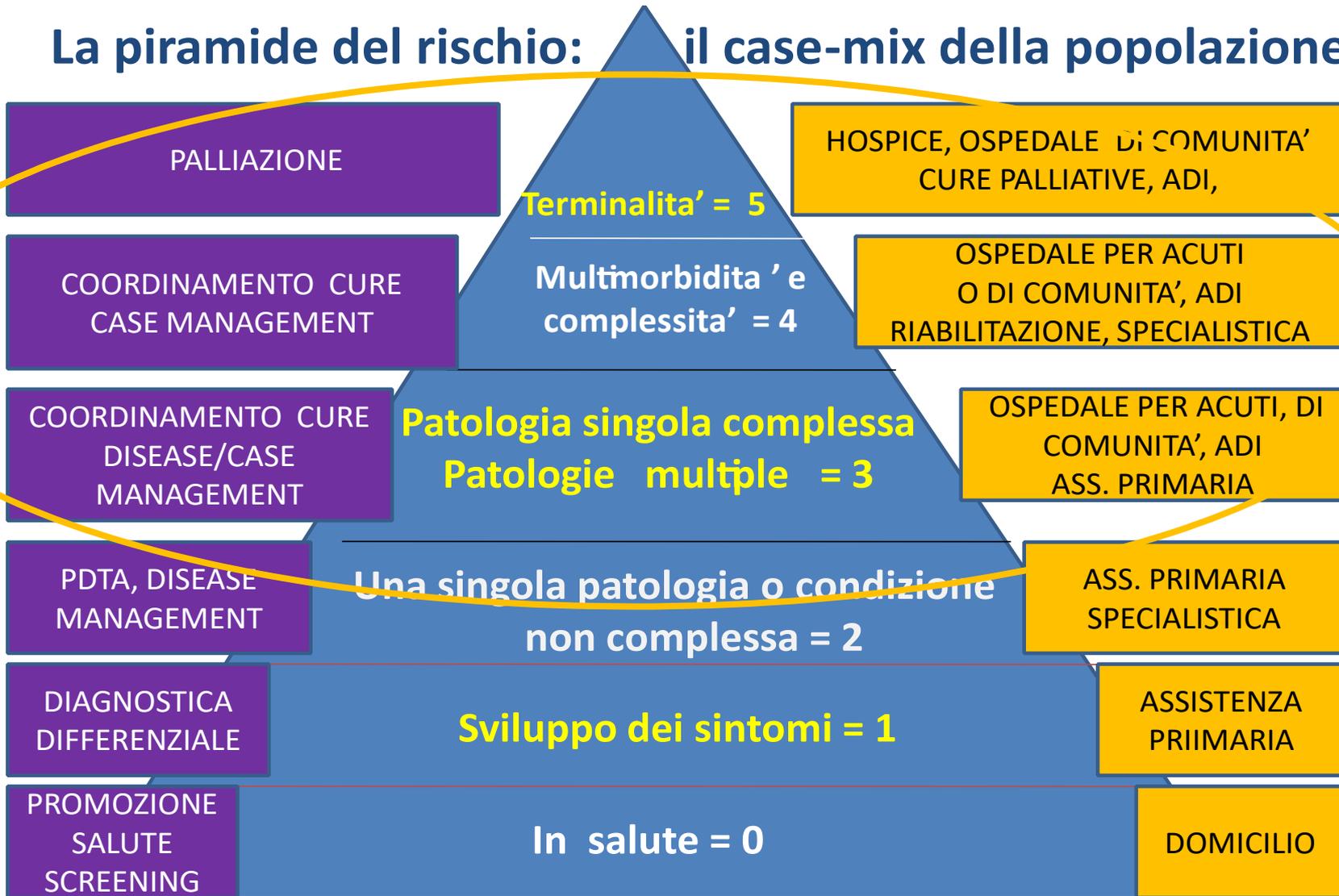
Piramide di Kaiser- Permanente

Cronicità di alta complessità - Chronic Case Management



Basso rischio – Prevenzione primaria e secondaria

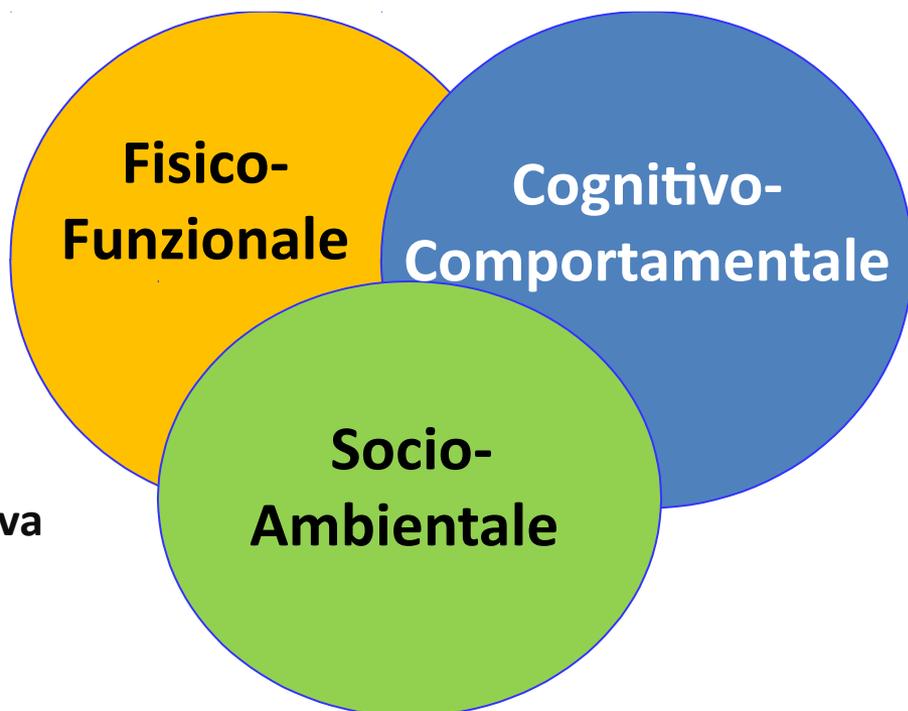
La piramide del rischio: il case-mix della popolazione



STRUMENTI DI GESTIONE

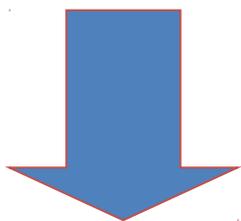
LUOGO E TIPO DI CURA

La Salute come concetto globale



Gli stili di vita per la salute:

- Le abitudini alimentari
- Il consumo di alcool
- Il consumo di tabacco
- Comportamenti sessuali a rischio
- La cura delle relazioni e la partecipazione attiva
- Vivere bene in famiglia
- L'attività fisica
- Un consumo più consapevole



- Prevenire la disabilità
- Prevenire (stabilizzare) la cronicità



*.....Il modello assistenziale orientato alla **continuità delle cure** prevede il disegno di appositi percorsi e la presa in carico costante nel tempo da parte di un team caratterizzato da competenze sociali e sanitarie, nonché il monitoraggio delle fasi di passaggio tra i vari setting assistenziali....PIANO SANITARIO NAZIONALE 2011-2013*

Strumenti (risposte) di governo per la continuità delle cure

Continuità Ospedale Territorio

PDTA-PDTAS-PAI

Piani di Cura Personalizzata

ADI

Telemedicina

Cure Intermedie

USV e SUAP

UVM

RSA e CD

.....

Paziente esperto (competente)

.....

Cure Palliative ed Hospice

Delibera N 679 del 12-07-2016

Proponente
STEFANIA SACCARDI
DIREZIONE DIRITTI DI CITTADINANZA E COESIONE SOCIALE

ACOT

Publicita'/Pubblicazione Atto soggetto a pubblicazione integrale (PBURT/BD)
Dirigente Responsabile Lorenzo ROTI
Estensore MARCO TAGLIAFERRI
Oggetto
Agenzia di Continuità Ospedale-Territorio: indirizzi per la costituzione nelle Zone/Distretto.
Individuazione delle azioni di sviluppo e rafforzamento dei processi di handover dei percorsi di continuità assistenziale fra ospedale e territorio.

Nasce da precedenti esperienze operative

Unico nome in tutta la Regione e compiti definiti

Team multiprofessionali e multidisciplinari per la gestione delle dimissioni difficili

Unico strumento di valutazione da utilizzare a livello regionale

Struttura territoriale in ospedale



Territorio - Ospedale - Territorio



Acuzie



Fine vita
Hospice

Segnalazione

dimissione

Agenzia
Continuità
Ospedale-
Territorio

PUA

UVM



A.D.

Strutture Socio-Sanitarie
Residenziali
Semiresidenziali

Stabilizzazione

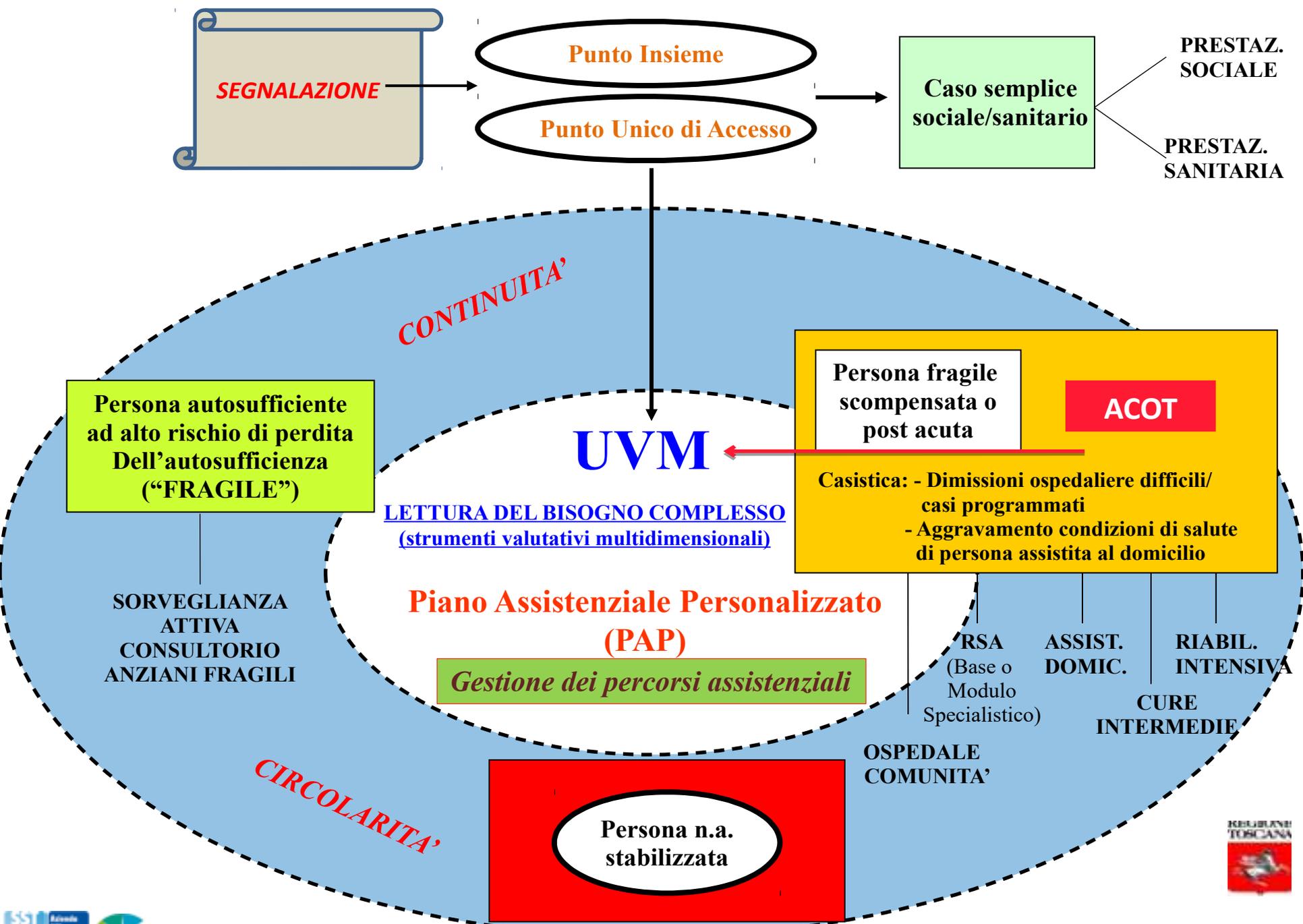
A.D.I.

Post-Acuzie/Stabilizzazione

Post-Acuzie
Strutture Riabilitative
Assistenza Post-Acuzie



Cure Intermedie
Ospedale di Comunità



SEGNALAZIONE

Punto Insieme

Punto Unico di Accesso

Caso semplice sociale/sanitario

PRESTAZ. SOCIALE

PRESTAZ. SANITARIA

CONTINUITA'

Persona autosufficiente ad alto rischio di perdita Dell'autosufficienza ("FRAGILE")

SORVEGLIANZA ATTIVA CONSULTORIO ANZIANI FRAGILI

UVM

Persona fragile scompensata o post acuta

ACOT

LETTURA DEL BISOGNO COMPLESSO (strumenti valutativi multidimensionali)

Casistica: - Dimissioni ospedaliere difficili/casi programmati - Aggravamento condizioni di salute di persona assistita al domicilio

Piano Assistenziale Personalizzato (PAP)

Gestione dei percorsi assistenziali

RSA (Base o Modulo Specialistico) ASSIST. DOMIC. RIABIL. INTENSIVA CURE INTERMEDIE

OSPEDALE COMUNITA'

CIRCOLARITA'

Persona n.a. stabilizzata

Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70

Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.

10. Continuità ospedale-territorio

Per **struttura Intermedia**, omnicomprensiva della qualsivoglia tipologia o “provenienza” del paziente, si intende una **struttura sanitaria a valenza territoriale, anche basata su moduli diversificati, di ricovero e di assistenza** idonea ad ospitare **1) pazienti in dimissione da reparti per acuti degli ospedali** e **2) pazienti provenienti dal territorio per i quali il MMG richieda un ambiente protetto**



10.1 Ospedale di Comunità

- **Numero limitato di p. I. (15-20)**
- **Gestione infermieristica e OSS 24h**
- assistenza medica assicurata dai **MMG e da CA** o da altri medici dipendenti o convenzionati con il SSN
- **Responsabilità igienico-organizzativa e gestionale al distretto**
- **Prende in carico pazienti che necessitano:**
 - di interventi sanitari potenzialmente erogabili a domicilio ma che necessitano di ricovero per mancanza di idoneità del domicilio (strutturale e familiare)
 - di sorveglianza infermieristica continuativa.

La sede fisica dell'ospedale di comunità potrà essere opportunamente allocata presso presidi ospedalieri riconvertiti e/o presso strutture residenziali.

Le diverse denominazioni delle cure intermedie

DENOMINAZIONI DELLE CURE INTERMEDIE

Campania	Ospedali di comunità	
E. Romagna	Ospedali di comunità	
Lazio	Nuclei di assistenza residenziale estensiva	
Liguria	Strutture di cure intermedie (SCI)	
Lombardia	Cure intermedie	
Marche	Cure intermedie: 1) country hospital (CH); 2) struttura intermedia integrata (SII)	
Piemonte	Continuità assistenziale a valenza sanitaria	
Sardegna	Strutture di cure intermedie (SCI)	
Toscana	a) moduli di degenza a bassa intensità di cure sub-acute; b) strutture extraospedaliere di continuità assistenziale per la sub acuzie, a valenza sanitaria (Cure intermedie)	
Umbria	Cure intermedie	
Veneto	Strutture di ricovero intermedie: a) Ospedale di comunità; b) Unità riabilitativa territoriale.	

Cure Intermedie in Toscana

Delibera Regione Toscana 431/2013



Moduli di degenza a
bassa intensità di cure
subacute

Tipo A

pazienti che possono essere
trasferiti, che hanno
ancora necessità di tutela
medica e infermieristica
nelle 24 ore

STRUTTURE EXTRAOSPEDALIERE
DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE PER
LA SUBACUZIE, A VALENZA
SANITARIA (CURE INTERMEDIE).

Tipo B

pazienti ***dimessi*** in condizioni
cliniche meno complesse che hanno
necessità prevalentemente di cure
infermieristiche.



REGIONE TOSCANA

UFFICI REGIONALI GIUNTA REGIONALE

ESTRATTO DAL VERBALE DELLA SEDUTA DEL 07-08-2017 (punto N 65)

Delibera

N 909

del 07-08-2017

Proponente

STEFANIA SACCARDI

DIREZIONE DIRITTI DI CITTADINANZA E COESIONE SOCIALE

Publicita'/Pubblicazione Atto soggetto a pubblicazione su Banca Dati (PBD)

Dirigente Responsabile Lorenzo ROTI

Estensore MARCO TAGLIAFERRI

Oggetto

Indirizzi regionali per l'organizzazione dei setting assistenziali di cure intermedie residenziali in fase di dimissione ospedaliera.



Setting 1 - LOW CARE in **strutture residenziali destinate ad accogliere pazienti nella fase post-acuta alla dimissione ospedaliera** (riferimenti normativi nella **sezione D.6** dell'allegato A del "Regolamento in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie" approvato con DPGR 17/11/2016 n.79/R);

Setting 2 - RESIDENZIALITA' SANITARIA INTERMEDIA in **strutture residenziali extraospedaliere a bassa complessità assistenziale**, (riferimenti normativi nella **sezione D.7** dell'allegato A del «Regolamento in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie" approvato con DPGR 17/11/2016 n.79/R);

Setting 3 - RESIDENZIALITA' ASSISTENZIALE INTERMEDIA attivato in via sperimentale, in strutture residenziali per persone anziane non autosufficienti (RSA) a bassa intensità assistenziale.

Delibera Regione Toscana 909/2017 : Indirizzi regionali per l'organizzazione dei setting assistenziali di cure intermedie residenziali in fase di dimissione ospedaliera

ALLEGATO B - TABELLA RIEPILOGATIVA SETTING CURE INTERMEDIE RESIDENZIALI

Definizione setting	Tipologia bisogno del paziente	Criterio accesso	Intensità assistenziale	Interventi/attività erogati	Assistenza Medica	Durata degenza	Tariffa giornaliera	N° min p.l. per modulo	Riferimenti normativi regionali
LOW CARE	Assistenziale Clinico	Alto rischio instabilità clinica NEWS 3-4	Alta intensità di tipo residenziale	Assistenza clinica Assistenza infermieristica Riattivazione / Riabilitazione estensiva	Medico di struttura	Max 20 gg	€ 154,00 comprensiva di prestazioni specialistiche e terapia farmacologica	8	Regolamento 79/R DPGR del 17/11/16, allegato A, strutture D. 6 Strutture residenziali destinate ad accogliere i pazienti nella fase post-acuta alla dimissione ospedaliera
RESIDENZIALITA' SANITARIA INTERMEDIA	Assistenziale Clinico	Basso rischio instabilità clinica NEWS 2-3	Media intensità di tipo residenziale	Assistenza clinica Assistenza infermieristica Riattivazione / Riabilitazione estensiva	Medico specialista di struttura in stretto raccordo con la medicina generale	Max 20 gg	€ 132,00 comprensiva di prestazioni specialistiche e terapia farmacologica	8	Regolamento 79/R DPGR del 17/11/16, allegato A strutture D. 7 Strutture residenziali extraospedaliere a bassa complessità assistenziale (C.I.)
RESIDENZIALITA' ASSISTENZIALE INTERMEDIA	Assistenziale	Criticità assistenziali NEWS 0-1	Bassa intensità di tipo residenziale	Assistenza infermieristica Riattivazione / Riabilitazione estensiva	MMG che si avvale della consulenza specialistica programmata e medico di continuità assistenziale	Max 20 gg	€ 119,00	8	sperimentazione in atto fino al 31-12-2018 con riferimento agli aspetti funzionali e organizzativi previsti nell'allegato A

OBBLIGHI INFORMATIVI: Con riferimento a tutti e tre i setting di cure intermedie residenziali evidenziati nella presente tabella, le strutture erogatrici sono tenute all'espletamento degli obblighi informativi di cui al D.M. 5 dicembre 2006 dei "Modelli di rilevazione dei dati delle attività gestionali delle aziende e delle strutture sanitarie" per la rilevazione delle strutture e dell'attività, di cui ai D.M. del 17 Dicembre 2008 di "Istituzione del Sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare" e di "Istituzione del Sistema informativo per il monitoraggio dell'Assistenza Residenziale e Semiresidenziale" e di cui alla Delibera di Giunta regionale n.773/2009 di "Istituzione del Sistema informativo regionale dell'assistenza domiciliare e residenziale" per la rilevazione dell'attività analitica.

Unità per Stati Vegetativi (USV) Speciali Unità di Accoglienza Permanente (SUAP)

REGIONE TOSCANA

UFFICI REGIONALI GIUNTA REGIONALE

ESTRATTO DAL VERBALE DELLA SEDUTA DEL 26-03-2010 (punto N. 29)

Delibera N. 309 del 26-03-2018

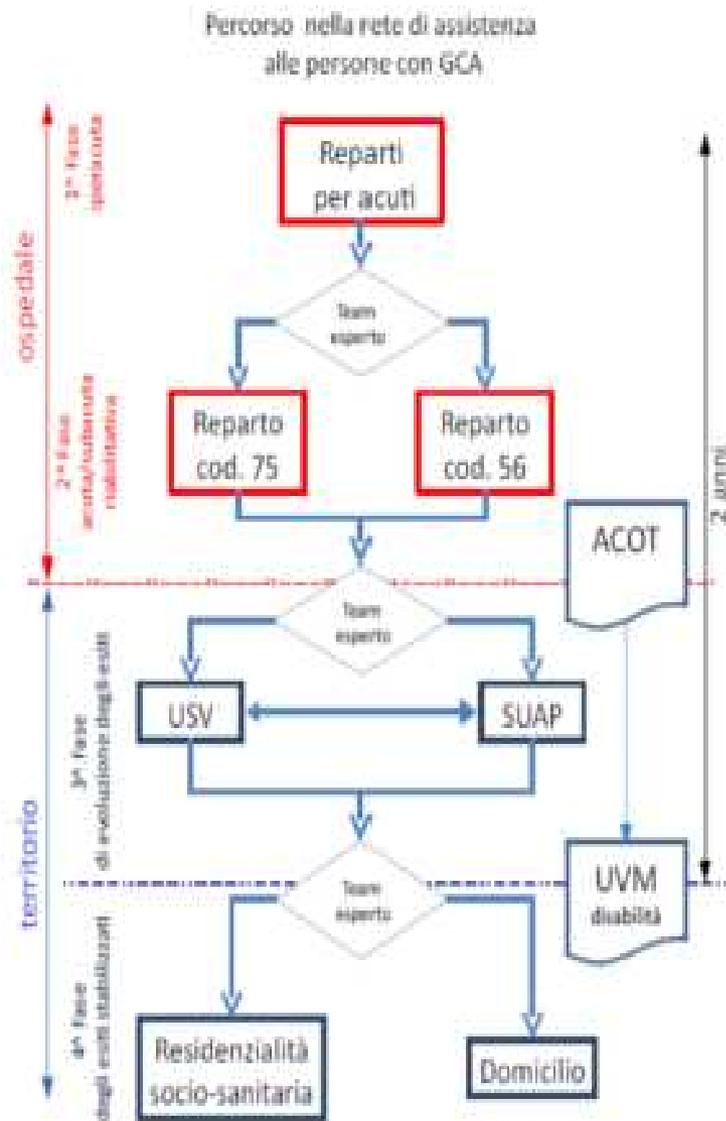
Proponente
STEFANIA SACCARDI
DIREZIONE DIRITTI DI CITTADINANZA E COESIONE SOCIALE

Pubblicità/Pubblicazione Atto soggetto a pubblicazione su Banca Dati (PBD)

Dirigente Responsabile Lorenzo ROTI

Estensore MARCO TAGLIAFERRI

Oggetto
Organizzazione di setting di assistenza residenziale territoriale per persone con grave disabilità conseguente a patologia neurologica acquisita al termine della fase acuta - subacuta e per persone in fase di esiti



Gli elementi chiave di gestione della cronicità

Dal Piano Nazionale delle Cronicità, 2016

*Obiettivo fondamentale dei sistemi di cura della cronicità è quello di **mantenere il più possibile la persona malata all'interno del suo contesto di vita quotidiana** e impedire, o comunque ridurre al minimo, il rischio di **istituzionalizzare** il paziente in sedi comunitarie (ospedale, strutture residenziali territoriali)*

*L'**assistenza domiciliare integrata (ADI)** è la modalità privilegiata di intervento per rispondere ad esigenze complesse di persone non autosufficienti, poiché permette l'erogazione di prestazioni sanitarie e sociosanitarie anche di elevata complessità ed intensità assistenziale favorendo il mantenimento del paziente nel contesto abitativo e familiare.*



INTEGRAZIONE

MULTIPROFESSIONALITA'

P(DT)A

«Sequenza operativa di attività che consentono la migliore presa in carico possibile del **bisogno di salute della persona, nel rispetto dei vincoli di conoscenza, risorse ed organizzazione»***

INDICATORI DI PROCESSO E DI ESITO

**COLLABORAZIONE/
SINERGIA
CONSENSO**

Empowerment



I percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) sono interventi **complessi** basati sulle migliori evidenze scientifiche e caratterizzati dall'organizzazione del **processo di assistenza per gruppi specifici di pazienti**, attraverso il coordinamento e l'attuazione di attività consequenziali standardizzate da parte di un **team multidisciplinare**.

La mappa non è il Territorio come il PDTA non è la CURA

*IL PDTA di ciascuna patologia
deve essere UNO dei fili
dell'ordito della trama della
CURA*

*→ PAI: Piani Assistenziali
Individuali*

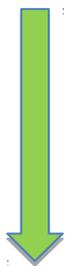
*→ PCP: Piani di Cura
Personalizzati*

*→ PTR: Piani Terapeutici
Riabilitativi*



RCT/Linee guida

Piano di Cura personalizzato



PDTA
PDTAS



PDTA come Percorso condiviso tra Ospedale e Territorio per la gestione integrata del paziente «cronico» (*long term*), per combattere le “disequità”



PAI come intervento di cura multidisciplinare teso ad obiettivi, anche minimi, ma raggiungibili



APPROCCIO ORIENTATO ALLA MULTIMORBIDITÀ
Approccio per un paziente con multimorbilità che tiene conto di

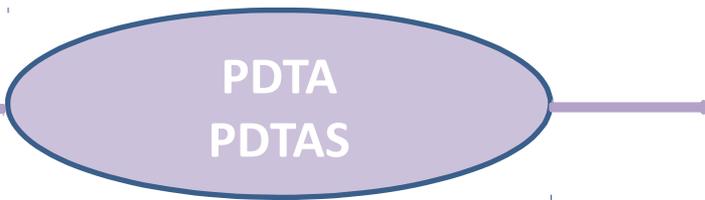
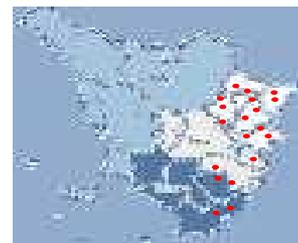


Per ogni (Zona) Distretto: RETI CLINICHE INTEGRATE E STRUTTURATE



(apice della piramide)

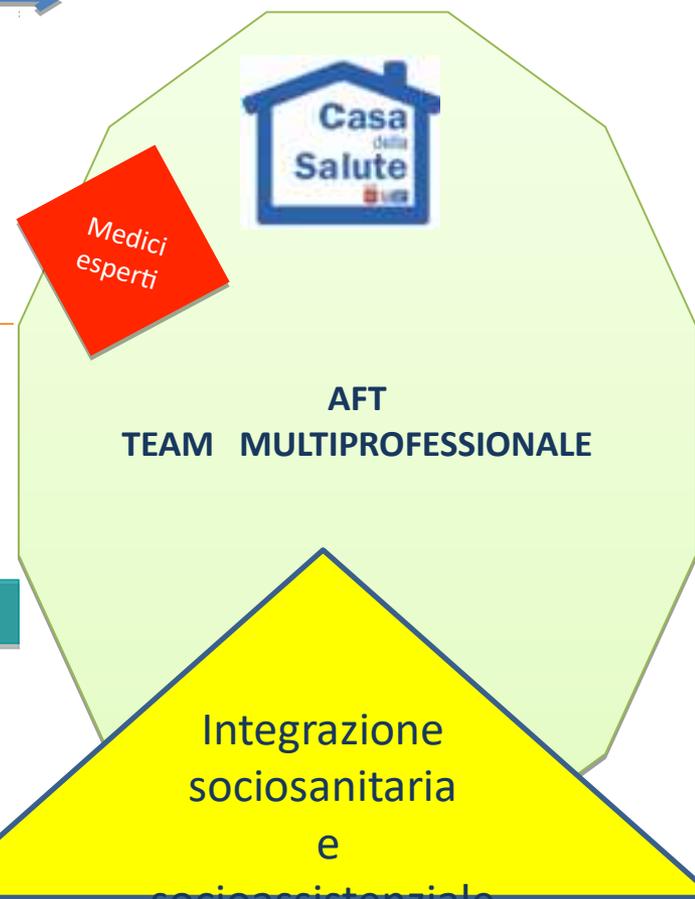
INTEGRAZIONE T-H-T



OSPEDALE

- Malattie neurologiche
- Patologie cardiovascolari
- diabete
- patologie respiratorie
- oncologia
- insufficienza renale
- malattie reumatiche

TERRITORIO



ACOT/PUA

PAI



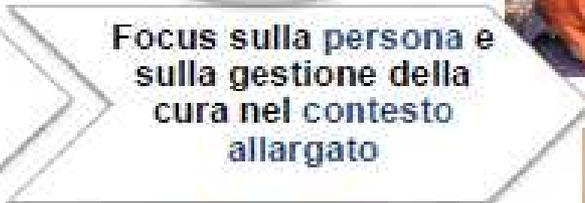
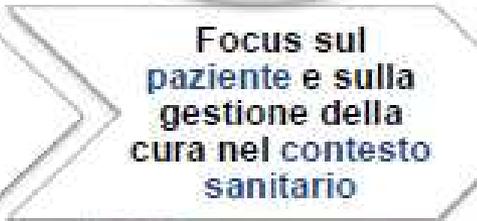
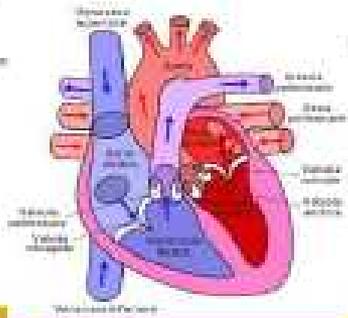
CURE INTERMEDIE

ADI

RSA

- cure palliative
- salute mentale, dipendenze

LONG TERM CARE



Riconfigurare il «punto di osservazione»: verso una visione olistica centrata sulla persona

Paziente competente: attore principale del team

Muth et al. *BMC Medicine* 2014, **12**:223
<http://www.biomedcentral.com/1741-7015/12/223>



CORRESPONDENCE

Open Access

The Ariadne principles: how to handle multimorbidity in primary care consultations

Christiane Muth^{1*}, Marjan van den Akker^{1,2,3†}, Jeanet W Blom⁴, Christian D Mallen⁵, Justine Rochon⁶, François G Schellevis^{7,8}, Annette Becker⁹, Martin Beyer¹, Jochen Gensichen¹⁰, Hanna Kirchner¹, Rafael Perera¹¹, Alexandra Prados-Torres¹², Martin Scherer¹³, Ulrich Thiem^{14,15}, Hendrik van den Bussche¹³ and Paul P Glasziou¹⁶



Patient Priority–Directed Decision Making and Care for Older Adults with Multiple Chronic Conditions



Rosie Ferris, MPh^{a,d}, Philip Posner, PhD^{b,c}, Caroline S. Blaum, MD^{c,d}

La ***Narrative Based Medicine*** (NBM) si integra con l'***Evidence-Based Medicine*** (EBM) e, tenendo conto della pluralità delle prospettive, rende le decisioni clinico-assistenziali più complete, personalizzate, efficaci ed appropriate”.

Invecchiamento attivo, Toscana premiata dalla Commissione europea

7 dicembre 2016 | 16:00
Scritto da *Lorenza Pampaloni*



FIRENZE - La Toscana è stata premiata oggi a Bruss

dalla Comm
l'innovazione
altre nove re
Friuli Venez
Puglia, Ven
nell'ambito
for Active ar
a fuoco, con

ICT, delegati di OMS, OCSE, ONG e imprese private, trasformare l'assistenza sanitaria in Europa e contrib opportunità di crescita economica

Il premio, confe



Committee
INTERREGIONAL GROU
Topic - Active
Brussels.

Tu
Adapted Phys
Pro

Andrea Sanquerin
Settore Organizzazione delle Cure e Percorsi Cronicità
Direzione Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale
Regione Toscana, Italy

Francesco Benvenuti
UOC Cura e Riabilitazione delle Fragilità
USL Toscana Centro
Regione Toscana, Italy



Le buone pratiche premiate

- Sanità d'iniziativa
- Attività Fisica adattata
- Soluzioni innovative per la prevenzione delle cadute



L'innovazione tecnologica per garantire la continuità delle cure

**Creazione, sviluppo ed organizzazione
di servizi secondo percorsi e protocolli specifici**

CONTINUITÀ DELLE CURE/ASSISTENZA

Controllo del percorso assistenziale
Know how
Possibilità di diagnosi rapida - Interscambio di informazioni
Collegamenti fra i vari *stakeholders*

ICT

Interventi socio-sanitari

Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM)

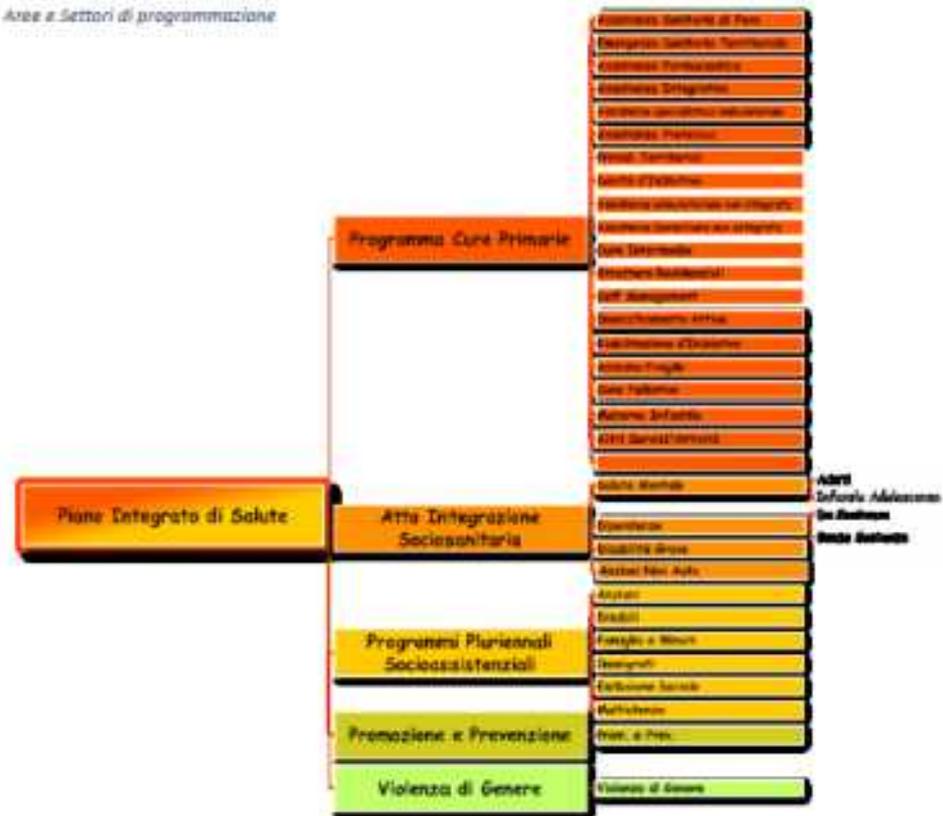
- **Equipe multiprofessionale**
- **Lettura del bisogno socio-sanitario**
- **Articolazione operativa della Zona/Distretto o della Società della Salute, al centro del “sistema integrato dei servizi sociosanitari per la persona non autosufficiente”**
- **Competenza per la valutazione della condizione e del grado di non autosufficienza, in particolare per i cittadini ultra 65enni** al fine di erogare le prestazioni adeguate, in forma diretta od indiretta, avvalendosi del budget assegnato
- **Definizione di un progetto socio-sanitario personalizzato (PAP)**, concordato con il cittadino e/o i familiari, con la relativa presa in carico dello stesso da parte dei servizi socio-sanitari



Programmazione

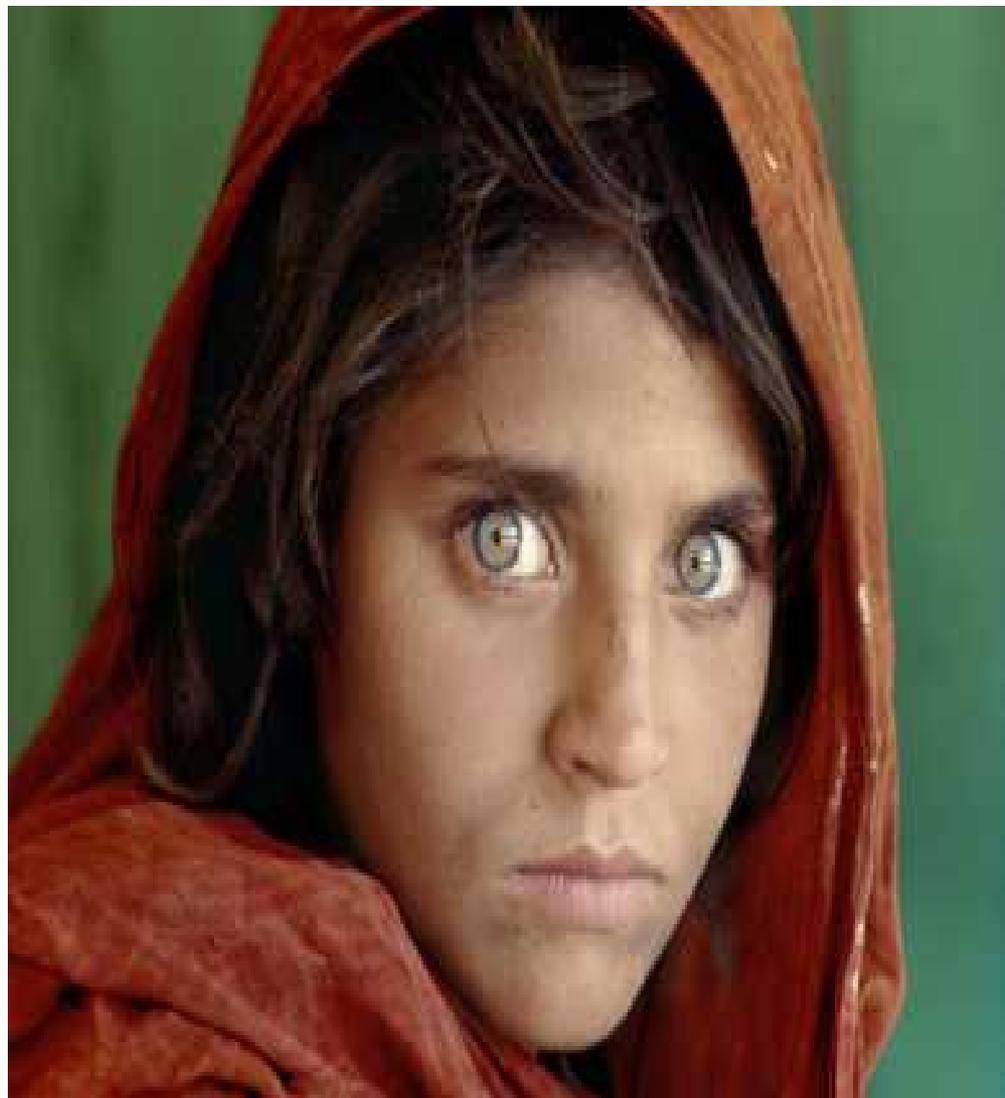


Area e Settori di programmazione



«QUANDO GUARDATE,
GUARDATE LONTANO; E
ANCHE QUANDO
CREDETE DI GUARDARE
LONTANO, GUARDATE
ANCORA PIU'
LONTANO»

Robert Baden-Powell



*Foto di Robert Capa, Steve McCurry, Sebastiao Salgado,
Gregory Colbert, Robert Doisneau, Henry Cartier-Bresson*