

Incontro “Medicina del territorio come risorsa del sistema sanitario”,
Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, Bolzano 16 aprile 2011

La gestione del territorio come risorsa cruciale di un sistema sanitario provinciale

Mariadonata Bellentani
Sezione Organizzazione Servizi Sanitari
Agenas

Dichiarazione di Alma Ata

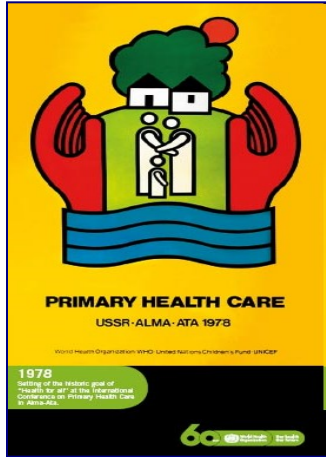
L'assistenza sanitaria di base è l'assistenza sanitaria essenziale fondata su metodi pratici e tecnologie appropriate, scientificamente valide e socialmente accettabili, resa universalmente accessibile agli individui, le famiglie e la collettività.

Essa fa parte integrante sia del sistema sanitario nazionale, di cui è il perno e il punto focale, sia dello sviluppo economico e sociale globale della collettività.

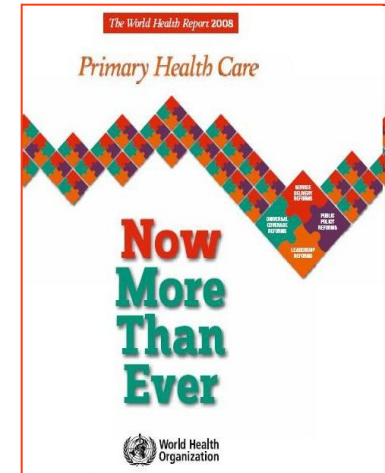
È il primo livello attraverso il quale gli individui, le famiglie e la collettività entrano in contatto con il sistema sanitario nazionale, avvicinando il più possibile l'assistenza sanitaria ai luoghi dove le persone vivono e lavorano e costituisce il primo elemento di un processo continuo di protezione sanitaria

*WHO-UNICEF, Alma-Ata 1978 Primary Health Care,
"Health for all" Series, No. 1, WHO, Geneva, 1978.*

Da Alma-Ata (1978) ad Almaty (2008)



La differenza più importante tra 1978 e 2008 è che oggi c'è dimostrazione di **maggior efficacia, cost-effectiveness ed equità** dei sistemi basati sulla *“Primary Health Care”*



Macro

(politiche, finanziamenti, regolamentazione - strategie di sviluppo di primary care

Micro

livello locale - Attenzione alla presa in carico e continuità assistenziale centrate sulla persona e non su singoli episodi di trattamento, offerta tempestivamente e in risposta ai vari bisogni e con un livello di integrazione tra servizi, includendo anche il coinvolgimento attivo negli interventi dell'assistito

I passaggi fondamentali nell'evoluzione dei servizi territoriali

- ✓ **Nel primo decennio dopo la L. 833/78 si rivedono mission e funzioni dei servizi territoriali**
- ✓ **Negli anni '90 si sviluppano esperienze significative di “Distretti Sanitari” – ma rimane la centralità del LEA ospedaliero**
- ✓ **Negli anni 2000 si registra un'evoluzione dei modelli distrettuali “enfaticando” cure primarie ed assistenza sociosanitaria grazie anche a sperimentazioni di modelli innovativi di assistenza primaria: Equipe territoriali, UTAP, Case della Salute, etc.**

Accordi Stato-Regioni sugli obiettivi prioritari di PSN 2003-2005

Accordo 24.7.2003 – individua 5 obiettivi prioritari:

- **Sviluppo LEA;**
- **Sviluppo delle cure primarie;**
- **Realizzazione rete non autosufficienza;**
- **Centri di eccellenza e governo clinico;**
- **Comunicazione istituzionale per la promozione della salute**

Intesa Stato-Regioni 29.7.2004 - sperimentazione UTAP

contiene “indicazioni progettuali” per il riordino delle cure primarie: sperimentazione di forme evolutive delle varie tipologie di medicina di gruppo, come la Unità’ Primaria di Assistenza Territoriale (UTAP)

Innovare l'organizzazione del sistema

la proposta UTAP - Unità Territoriali di Assistenza Primaria

- ***Strutture organizzative con sedi uniche, che servono una popolazione di circa 10-20.000 utenti, dove operano medici di MG, MCA, pediatri, specialisti, organizzate e gestite dagli stessi medici;***
- ***Le sedi uniche devono essere dotate di adeguati supporti, sia di strumenti diagnostici e tecnologici definiti dalla programmazione regionale, sia di personale di studio e infermieristico,***
- ***Medici che operano con la logica della presa in carico dell'utente, nella risposta diretta e nel governo dei percorsi sanitari e sociali dall'assistenza domiciliare, al ricovero ospedaliero o in altro polo della rete socio sanitaria ispirato ad un rigoroso concetto di appropriatezza.***

Le forme aggregative negli ACN del 2005

EQUIPES TERRITORIALI (anche Unità di cure primarie o Nuclei di cure primarie)

- **aggregazione di tipo funzionale di MMG, PLS, MCA, Infermieri, altri**
- **da realizzare con le modalità definite dagli accordi decentrati regionali**
- **non sede unica**
- **realizzazione di obiettivi di salute condivisi nel Distretto, in specie area fragilità**
- **adozione di strumenti di appropriatezza e VRQ**

UNITA' TERRITORIALI DI ASSISTENZA PRIMARIA (UTAP)

- **organismo operativo distrettuale con MMG, PLS, MCA, Specialisti, Infermieri, altri**
- **di tipo sperimentale e ad adesione volontaria**
- **sede unica anche messa a disposizione dalla ASL**
- **adeguata dotazione di attrezzature, spazi e organizzazione**
- **garanzia della continuità assistenziale nelle 12 e possibilmente 24 ore**
- **luogo di cura per attività integrate specie per fragilità e filtro al PS**
- **adozione di strumenti di appropriatezza e VRQ**

La sperimentazione nelle Regioni:

Ricchezza di sperimentazioni sulle forme associative “evolute” di cure primarie

In varie forme e anche a diverso livello di consolidamento, quali:

- **Equipe territoriali: Piemonte, Umbria;**
- **Nuclei di cure primarie in Emilia-Romagna;**
- **Unità di cure primarie in Toscana e in Lazio**

Costituzione del Dipartimento di cure primarie

che assume significati diversi nelle esperienze regionali e aziendali:

- **Dipartimento unico aziendale, che unisce i diversi Distretti**
- **Dipartimento distrettuale, che costituisce la rete clinica del Distretto**

L'evoluzione dei Distretti

**Produzione di servizi, in forma integrata (ruolo centrale dei MMG e PLS)
Governo della domanda / Committenza (quali servizi per quali bisogni), che
richiede programmazione, definizione dell'offerta in relazione al bisogno, e
controllo delle attività**

Cambiano le modalità:

- **Alcuni modelli mantengono le due funzioni nel distretto, affidate a due responsabili diversi: Direttore del Dipartimento di cure primarie; Direttore del distretto (es. Emilia-Romagna);**
- **Altri modelli si orientano a mantenere nel distretto la committenza, portando fuori il più possibile la produzione dei servizi (es. Lombardia)**
- **Altri modelli creano, non solo una programmazione, ma anche una gestione integrata dei servizi territoriali con gli enti locali (Società della Salute in Toscana)**

Alcune priorità

- **Realizzare Punti unici di accesso, con funzioni di orientamento e guida dei cittadini, in particolare i soggetti fragili**
- **Individuare percorsi assistenziali con MMG e PLS**
- **Sviluppare un Sistema informativo territoriale**
- **Prevedere modalità di risposta in rapporto ai bisogni (livelli assistenziali a complessità differenziata)**

Gli sviluppi negli Accordi Collettivi Nazionali 2009: MMG, PLS e Specialisti Ambulatoriali

Alcuni passaggi fondamentali:

GOVERNO CLINICO

Il MMG assume il governo del processo assistenziale di ogni paziente in carico e si fa parte attiva della continuità assistenziale

LAVORO IN EQUIPE NON PIU' EVENTUALE

tramite Aggregazioni funzionali territoriali e Unità complesse delle cure primarie

FLUSSO INFORMATIVO PER ASSISTITO

e utilizzo Tessera sanitaria e ricetta elettronica, secondo modalità definite dalle Regioni e con gli aspetti tecnici di cui al DM 4.4.2008 e DPCM 26.3.2008

obiettivi

**equità di accesso ai LEA,
con integrazione tra Ass. primaria e
Continuità assistenziale**

**Diffusione delle buone pratiche
evidence based medicine**

**Appropriatezza clinica e organizzativa
anche con peer review**

**Modelli di comportamento orientati
alla qualità e miglior uso risorse**

Secondo l'ACN 27.5.2009 i MMG devono partecipare a:

Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT)

Sono aggregazioni funzionali di professionisti distinte per MMG, PLS, Specialisti Ambulatoriali

per conseguire obiettivi di salute definiti dalla programmazione regionale e aziendale

- condividono buone pratiche, peer review, ricerca etc.
- monitoraggio e verifica obiettivi da parte del Distretto
- operano nei propri studi e sono individuati in ambito infradistrettuale adottano percorsi di integrazione con MCA e ospedale

La Regione, con le OO.SS. individua le AFT entro 6 mesi, tenendo conto, per i MMG, di: pop. \leq 30.000 ab. e almeno 20 medici

Unità Complesse delle Cure Primarie (UCCP)

Gruppi di MMG, PLS, MCA, Specialisti e altri Professionisti sanitari convenzionati, con eventuali altri operatori

per garantire i LEA, presa in carico dell'utente, integr. socio-san., passaggio alla medicina d'iniziativa, assistenza h. 24 die e 7 gg. su 7

- erogano prestazioni sanitarie, nell'ambito dei LEA
- sono attivate secondo i bisogni della pop., le caratteristiche oro-geografiche e demografiche
- operano in sede unica o con sede di riferimento, nell'ambito dell'organizzazione distrettuale

La Regione con le OO.SS. disciplinerà tutti gli aspetti: indennità, incentivi, dotazioni strumentali etc.

ACN 27 maggio 2009 – gestione della fase di transizione

Fino alla definizione degli Accordi regionali sulle Unità Complesse delle Cure Primarie (UCCP) rimangono in essere, con le relative indennità ed incentivazioni :

- **Equipe professionale e UTAP (art. 26 ACN 23.3.2005)**
- **Forme associative classiche: semplice, di rete, di gruppo (art. 54 ACN 23.3.2005)**

Per i medici che entrano a far parte delle UCCP cessano e non trovano applicazione gli artt. 26 e 54

Si conferma che le società di servizio, anche cooperative, non possono in ogni caso fornire prestazioni sanitarie e assicurano esclusivamente beni e servizi ai medici.

Verso una nuova salute del territorio: migliore assistenza primaria e piu' integrazione sociosanitaria

Le Regioni stanno adottando soluzioni organizzative per la presa in carico e la continuità di cura e assistenza:

- **Coincidenza tra distretti e ambiti sociali**
- **Programmazione unitaria delle attività sociosanitarie**
- **Promozione delle forme organizzative della medicina generale, con modalità funzionali o anche strutturali**
- **Nuove modalità di accoglienza e accesso per i soggetti fragili o non autosufficienti, anche tramite il Punto Unico di Accesso**

La situazione nelle Regioni

Dati attuali

659 USL (1992)
180 ASL (2005)
145 ASL (2009)



Sviluppi – ampliamento ambiti

Alcune Regioni stanno riorganizzando il sistema, prevedendo:
Asl unica (Marche, Molise, Bolzano, Trento)
Asl provinciali (Puglia; Calabria, Basilicata)

944 distretti (1999)
835 distretti (2005)
711 distretti (2009)



L'ambito dei distretti si amplia per garantire la tutela dei LEA territoriali e rappresentare una comunità locale

Il corretto dimensionamento favorisce il governo del territorio e semplifica la programmazione concertata con gli enti locali

Il cambiamento nel processo di aziendalizzazione

Aziende più grandi:

Da **659** USL del 1992
a **145** ASL nel 2009

452.043 ab. in media

(min 127.065 Valle d'Aosta
– max 1.569.578 Marche)

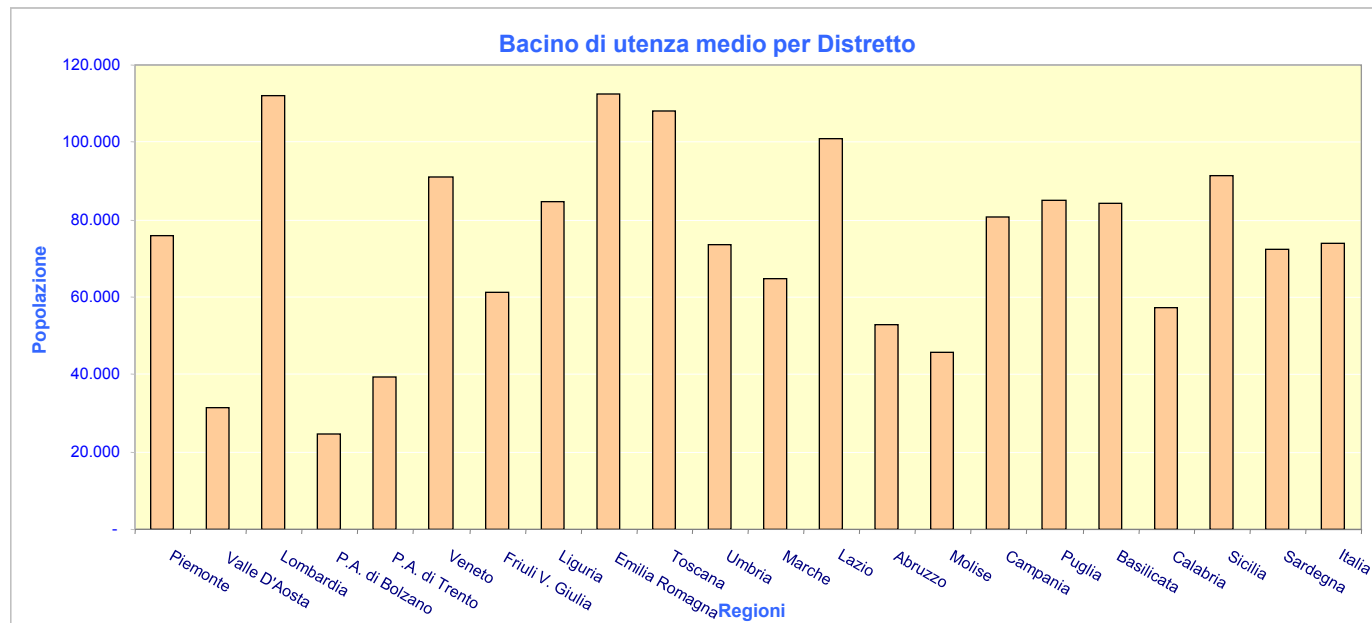


Distretti più grandi:

Da **945** nel 1999
a **711** nel 2009

84.452 ab. in media

(min 24.943 P.A. Bolzano -
max 120.280 Lombardia)



Deviazione standard del bacino di utenza rispetto alla media Italia: 26.536 abitanti

Patto per la Salute 2010-2012 (intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009)

Razionalizzazione della rete ospedaliera:

deospedalizzazione tramite l'appropriatezza dei ricoveri e l'implementazione di alcuni DRG ad alto rischio di inappropriatezza

In attesa della revisione LEA:
da 43 a 108 i DRG tendenzialmente
inappropriati se erogati in ricovero
ordinario - vs ricovero diurno;

Elenco di 24 DRG trasferibili dalla Day
Surgery in sede ambulatoriale

Entro valori soglia definiti dalle Regioni

4 p.l. x 1.000 abitanti,
di cui 0,3 per acuti e 0,7
per post-acuzie
esclusa la mobilità attiva



Patto per la Salute 2010-2012: l'articolo 9

Assistenza per i soggetti non autosufficienti

Previsto un atto di programmazione integrata per agevolare i processi di deospedalizzazione:

- p.l. residenzialità e semiresidenzialità;
- organizzazione dell'ass. domiciliare.

Flusso informativo assistenza domiciliare
Flusso informativo assistenza residenziale e semiresidenziale
A regime entro il 2012, secondo le indicazioni della Cabina di Regia nel Nsis

L'accesso all'assistenza richiede:

- VMD, con strumenti concordati tra Stato-Regioni
Il Comitato LEA verifica la metodologia adottata
- Messa a regime dei flussi informativi ADI e Residenzialità in ogni Regione, in conformità ai valori del modello LA

I 10 obiettivi prioritari di PSN per l'anno 2009

(con 1 miliardo e 410mila euro)

1. Cure primarie (365 milioni di euro ad hoc)

1.1. Ass. h.24: riduzione accessi al PS e rete integrata;

1.2 Comunicazione per pazienti con gravi patologie neuromotorie (10 mil.)

2. Non autosufficienza - priorità ADI

3. Modelli org. per persone in stato vegetativo o di minima coscienza

4. Cure palliative e terapia del dolore (100 mil.)

5. Interventi per le biobanche di materiale umano (15 mil.)

6. Sanità penitenziaria

7. Attività fisica per pazienti cronici e persone anziane

8. Piano nazionale della prevenzione (240 mil.)

9. Tutela maternità e appropriatezza percorso nascita

**10 Case della salute, malattie rare, Coord. DSM e OPG, Guadagnare salute;
Pazienti cerebrolesi, Sicurezza sul lavoro.**

Accordo Stato-Regioni 25 marzo 2009 sugli *obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2009.*

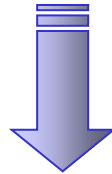
Obiettivo 2 "Non autosufficienza"

L'Accordo 23.3.2009 indica, per i soggetti non autosufficienti, le seguenti priorità:

- PUA: incrementare la costituzione, in ambito territoriale dei punti unici di accesso per la presa in carico delle persone N.A. attraverso la segnalazione del medico curante, del MMG, dei familiari, dei servizi sociali, dell'utente stesso;
- PRESA IN CARICO-PAI potenziare l'adozione di percorsi assistenziali specifici per la presa in carico della persona N.A. tramite la valutazione multidimensionale e la formulazione di un Piano Individuale di Assistenza, per tutelare la dignità della persona in ambito domiciliare (ADI), residenziale e semiresidenziale (RSA);
- VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE: formulare linee guida e protocolli volti ad omogeneizzare, a livello domiciliare e residenziale, i criteri della valutazione multidisciplinare e l'articolazione del piano di lavoro personalizzato;
- SIS-DOMICILIARE istituire un Sistema Informativo Regionale per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare, in coerenza con il DM 17.12.2008;
- SIS-RESIDENZIALE istituire un Sistema Informativo Regionale per il monitoraggio delle prestazioni residenziali e semiresidenziali, in coerenza con il DM 17.12.2008.

Una più chiara definizione del LEA

“Assistenza domiciliare”



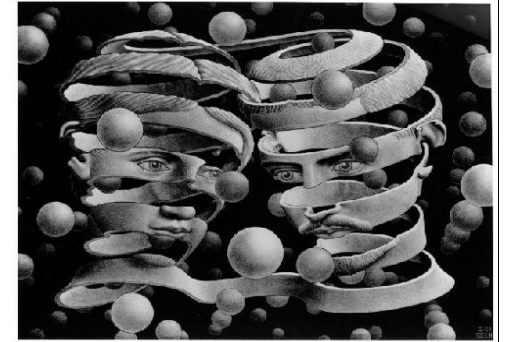
“Cure Domiciliari Prestazionali” - sono prestazioni e non cure integrate, attivate dal MMG/PLS senza particolari procedure

“Cure Domiciliari Integrate” a bassa, media, elevata complessità richiedono la valutazione multidimensionale del bisogno, la formulazione del piano assistenziale individuale e la presa in carico; richiedono, in relazione al bisogno della persona, interventi fino a 7 giorni su 7, oltre al supporto al care-giver e alla famiglia.

“Cure domiciliari di elevata intensità e palliative per malati terminali” caratterizzate da una risposta intensiva a bisogni di elevata complessità definita dal PAI ed erogata da un'equipe con specifiche competenze; con interventi su 7 giorni settimanali

Una più chiara definizione del LEA “Cure palliative e terapie del dolore”

Legge 15/03/2010 n. 38 *“Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative ed alla terapia del dolore”*



- Costituzione una ete omogenea per l'assistenza ai pazienti e ai familiari in *assistenza a domicilio* e negli *hospice*, con apposito finanziamento nazionale
- definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e terapie del dolore domiciliari presenti in ogni regione
- Progetto “Ospedale-Territorio senza dolore”
- Eliminazione del ricettario speciale per la prescrizione dei medicinali impiegati nella terapia del dolore
- Campagne informative
- Monitoraggio e costituzione di un Osservatorio nazionale
- Formazione specifica del personale di

Nuovi modelli di distretto ?

- Più incentrati sulla tutela della salute – committenza e quindi rivolti ad obiettivi di riduzione delle diseguaglianza, accessibilità
- Rivolti al governo dei percorsi assistenziali, per rispondere ai bisogni delle malattie a lungo termine e croniche
- Consapevoli della necessità si sviluppare reti integrate sia nell'ambito sanitario e nell'area sociosanitaria

Non sistematica attenzione alla complessità del distretto

Scarso investimento di risorse per il cambiamento

Alcune Regioni sperimentano in modo orientato nuove modalità di integrazione e raccordo con i Professionisti dell'area primaria e di integrazione sociosanitaria

(Dip. Cure primarie; UTAP, Case della Salute) fino a forme di gestione integrata sociosanitaria (Società della salute Toscana).

Alcune tendenze generali

- **Alcune scelte sono portate in ambito interaziendale, aree vaste** (es. Piemonte, Toscana, Friuli V.G., Emilia-R., Marche, Liguria, Veneto) per definire strategie unitarie, anche di raccordo territorio-ospedale;
- **Si sviluppa la programmazione locale** per definire, in coerenza con gli indirizzi aziendali, le attività sanitarie, socio-sanitarie, sociali (Piani di zona e Piani di salute distrettuali)
- **Si sviluppa una logica di governance**, una programmazione che coinvolge più soggetti istituzionali e il terzo settore, con modalità concertate

Il distretto nella programmazione nazionale

**Piano Sanitario Nazionale 2006-2008; Accordo Stato-Regioni 25.3.2009
sugli obiettivi prioritari per l'anno 2009**

- porre al centro del sistema la *persona, la famiglia e la Comunità*, spostando la logica dalla prestazione alla presa in carico
- promuovere e sviluppare un *approccio di rete* che veda integrato *il sistema delle cure primarie* con la ricchezza e varietà delle realtà locali
- creare programmi specifici per la cronicità e la non autosufficienza
- garantire la continuità dell'assistenza - una **risposta globale e completa nelle 24h**
- promuovere l'integrazione *multiprofessionale* tra i professionisti del territorio, prima di tutto MMG/PLS sottolineando l'appartenenza comune al sistema delle Cure primarie.

Progetto di ricerca finalizzata 2006-07 sul PUA

- ❖ **9 Regioni**
- ❖ **Federsanità-ANCI**
- ❖ **Fondazione Gigi Ghirotti**
- ❖ **A.GE.NAS**



Progetto di ricerca “Uniformità dei diritti del cittadino: sperimentazione di modelli organizzativi per la presa in carico delle persone fragili e la continuità assistenziale, con particolare riferimento al Punto unico di accesso alla rete dei servizi sanitari e sociosanitari”.

L'idea di un "Punto unico di accesso"



Crescente attenzione di livello nazionale alla necessità di istituire un *sistema unitario di accesso alla rete dei servizi sociosanitari per i cittadini*

Crescente diffusione del principio organizzativo di *'accesso integrato'* a livello regionale

Disomogeneità delle modalità di attuazione nei contesti regionali

Perche' un "Punto unico di accesso" ?

Il Servizio sanitario nazionale assicura i LEA definiti dal PSN nel rispetto:

- dei principi della dignità della persona umana
- del bisogno di salute
- dell'equità dell'accesso all'assistenza
- della qualità delle cure e della loro appropriatezza
- dell'economicità nell'impiego delle risorse

DPCM 29 novembre 2001 di definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza

Affinché le politiche sociali e sanitarie siano realmente universalistiche è necessario che le persone e le famiglie con situazioni di bisogno più acuto o in condizioni di maggiore fragilità siano messe in grado di poter accedere ai servizi e alle misure disponibili ...

*Legge 8 novembre 2000 n. 328 "Legge quadro sul sistema integrato di interventi e servizi sociali"
e D.P.R. 3 maggio 2001 "Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001-2003"*

L'appropriatezza degli interventi per i bisogni sociosanitari complessi non può che derivare da un'efficace integrazione del ruolo e dell'azione di ciascun attore (MMG, specialisti, servizi sociali, servizi sanitari, famiglia, ...)

Obiettivi dell'integrazione pertanto sono:

- facilitare l'accesso ai servizi (es. PUA);
- valutare correttamente il bisogno, con un approccio pienamente multidimensionale;
- programmare adeguatamente, sulla base del bisogno emerso, l'intervento individuale, anche in considerazione delle risorse (formali e informali) disponibili;
- realizzare l'intervento con una piena integrazione delle risorse, delle attività e delle competenze.

Le 16 Regioni che prevedono il PUA

Regioni	Denominazione	Riferimento principale
Abruzzo	Punto Unico di Accesso	PSR 2008-2010 e Piano sociale reg. 2007-09
Basilicata	Sportello Unico di accesso ai servizi sociali e sanitari	L.R. 14.2.2007 n. 4 "Rete regionale integrata dei servizi di cittadinanza sociale". L.R. 1.7.2008 n. 12 di riordino del SSR.
Campania	Porta Unitaria di Accesso	DGR n. 2006 del 2004
Calabria	Punto Unico di Accesso	Piano reg. per la salute 2004-06
Emilia-Romagna	Punto Unico di Accesso	PSSR 2007-2009; DGR 8.2.1999, n. 124 (cure domiciliari)
Friuli V. Giulia	Punto Unico Accesso	Piano san. e sociosanitario reg. 2006-2008
Lazio	Punto Unico di Accesso	D.G.R. n. 433 del 2007; D.G.R. 28.01.2008, n. 40 strumento di valutazione multidimensionale regionale.
Liguria	Sportello Integrato Sociosanitario	L.R. 24.5.2006, n. 12; Piano sociale integrato reg. 2007-2010
Marche	Punto Unico di Accesso	PSR 2007-2010
Piemonte	Sportello Unico di Accesso ai servizi sociosanitari	PSSR 2007-2010 e DGR 28.7.2008 sul Fondo per la non autosufficienza (risorse per Sportelli unici)
Puglia	“Porta unica di accesso” ai servizi sociali e sociosanitari	PSR 2008-2010; L.R. 3.8.2006 n. 25 “Principi e organizzazione del SSR”; L.R. 10.7.2006 n. 19 sul sistema integrato dei servizi sociali..”
Sardegna	Punto unico di accesso	Piano socio-san. reg. 2006-08 e DGR n. 8/16 del 21.02.2006
Sicilia	Sportello unificato di accesso (Punto unico di accesso)	Decreto Presidenziale 4.11.2002 - Linee guida per la redazione dei Piani di zona 2001-03, in attuazione della L. 328/2000”.
Toscana	Punto unico di accesso	Piano integrato sociale 2002-2004 – PUA da costituire in ogni Zona-Distretto e PSR 2008-2010
Umbria	<i>Centri di salute</i> con funzioni anche di PUA	Dalla L.R. 3/1998 sul riordino del SSR e PSR 1999-2001 fino al PSR 2009-2011
Veneto	Sportello integrato	D.G.R. n 39/2006 “Il sistema della domiciliarità. Disposizioni applicative”

Elementi di condivisione

Il *Punto Unico di Accesso* (PUA) come modalità organizzativa, primo servizio a disposizione del cittadino,

prioritariamente rivolta alle persone con disagio derivato da problemi di salute e da difficoltà sociali

atta a facilitare un accesso unificato alle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali, non comprese nell'emergenza.

E' costruito sui bisogni della persona, mira a migliorare le modalità di presa in carico unitaria della stessa e ad eliminare o semplificare i numerosi passaggi che la persona assistita ed i suoi familiari devono adempiere.

La prima funzione: informazione e conoscenza

- **Fornire informazioni puntuali e tempestive sui servizi e sulle risorse disponibili sul territorio (possibilmente disponibili on line per l'operatore)**
- **Rafforzare la capacità della persona di esprimere la domanda, di conoscere ed operare scelte nel complesso sistema dei servizi**
- **Semplificare ed accelerare i percorsi amministrativi insieme a quelli sanitari (es. modulistica e domande per assegno di cura, buono servizio, invalidità etc.)**

Possibilità di incidere sull'esigibilità dei diritti dei cittadini

Funzioni

- **Assistenza e orientamento**
 - Garantire l'ascolto e l'accoglienza
 - Raccogliere le segnalazioni
 - Orientare e gestire in modo unitario la richiesta del cittadino
- **Accesso al sistema dei servizi territoriali**
 - Attivazione diretta di prestazioni in risposta a bisogni semplici
 - Avvio della presa in carico per garantire la continuità assistenziale, in integrazione con la rete dei servizi

tramite:

 - una prima valutazione del bisogno
 - la registrazione dell'accesso e apertura di cartella
 - l'attivazione della UVM per il caso complesso

Possibilità dei servizi di entrare in relazione con domande e bisogni della popolazione

Diritti dei cittadini ad accedere alla rete secondo criteri equi e trasparenti

Funzioni

• Osservatorio e promozione della partecipazione

- Funzioni di osservatorio sui bisogni e sulla situazione globale della zona
- Attività di monitoraggio della domanda rivolta al servizio e dei percorsi
- (facilitata da strumenti comuni di rilevazione e valutazione delle informazioni , quali strumenti di assessment, indicatori sociosan.)
- Promozione della partecipazione della comunità (costruzione di *partnership e reti* per la progettazione e realizzazione di percorsi assistenziali con il coinvolgimento attivo dei cittadini, volontariato etc.

Contributo al miglioramento della qualità e dell'appropriatezza nell'uso dei servizi

È articolato su due livelli:

FRONT OFFICE

il primo riservato ai cittadini,
con una funzione prevalente di
orientamento e accompagnamento
(funzione diffusa nei servizi distrettuali
e negli ambiti territoriali).

BACK OFFICE

**Il secondo destinato a relazionarsi con la rete dei servizi
e a garantire la presa in carico,**
per i differenti livelli di intensità assistenziale,
mediante valutazione multidimensionale.
Vanno specificati i protocolli operativi che
regolano le relazioni tra i diversi attori

Elementi di condivisione

Il PUA non rappresenta necessariamente un luogo fisico, mentre richiede sempre un diverso approccio agli utenti e una diversa modalità di lavoro degli operatori sanitari e sociali

Occorre una regia organizzativa per la predisposizione del PUA con:

- **semplificazione delle procedure e responsabilità “certe”, tramite accordi e protocolli con i soggetti coinvolti**
- **predisposizione di strumenti strutturali e telematici;**
- **individuazione delle modalità di valutazione del bisogno,**
- **coordinamento dei professionisti e degli interventi, nel PAI**
- **individuazione di un *case manager*, per il cittadino con bisogno sociosanitario complesso, quale responsabile del coordinamento delle prestazioni e punto di riferimento dell'assistito e della sua famiglia**
- **percorsi formativi per gli operatori del PUA e per il case manager.**

Alcuni aspetti di riflessione...



**SISTEMA INFORMATIVO CHE MONITORA IL
PERCORSO DEL PAZIENTE**

**ORGANIZZAZIONE DI PERCORSI
TERRITORIALI DI CURA**

SISTEMI DI VALUTAZIONE:

SCHEDE TRIAGE

VMD - VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE



L'attenzione sulla tematica dell'accesso integrato alle cure di Long term care permette di evidenziare vantaggi altamente visibili, quali:

- la promozione di economie di scala - riduzione di inefficienze organizzative
- la riduzione di disorientamenti del cittadino e inutili duplicazioni nei percorsi di accesso, orientamento e presa in carico
- migliore utilizzazione delle risorse esistenti sul territorio e strumento per favorire la dimensione domiciliare di assistenza
- la creazione di partnership - reti organizzative, con legami forti, per la continuità assistenziale delle cure.

Key Points

Il PUA come modello innovativo di approccio alla persona, richiede:

- **UNA MODIFICAZIONE DELL'ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO, BASATA SULL'INTEGRAZIONE E CONDIVISIONE DI PERCORSI ASSISTENZIALI**
- **UNA NUOVA GESTIONE DELL'INFORMAZIONE E DELLA COMUNICAZIONE SOCIALE E SANITARIA**
- **UNA NUOVA CORRESPONSABILITA' TRA LE DIVERSE ISTITUZIONI, CON PROTOCOLLI PROGRAMMATICI CONDIVISI**
- **LA RIORGANIZZAZIONE DELLE ESPERIENZE ESISTENTI (PORTA SOCIALE, SPORTELLI ETC.) SECONDO LE NECESSITA' TERRITORIALI**
- **LO SVILUPPO DI UN SISTEMA INFORMATIVO DI SUPPORTO.**

Gli aspetti da implementare

Lavoro in team, con un piano di riqualificazione dell'Associazionismo;

- L'Orientamento a configurare il Medico Convenzionato come polo di riferimento per l'analisi dello stato di salute della popolazione assistita;
- La completa informatizzazione del fascicolo socio sanitario Unico
- Essere coordinatori dell'assistenza nell'ottica della continuità
- Orientare l'assistenza guidando l'accesso agli Specialisti
- Divenire team multiprofessionale integrato
- Trasferire competenze al personale infermieristico
- Prendersi carico dei problemi

Alcune priorità

- Estensione della copertura oraria ambulatoriale;
- Rintracciabilità e consulto telefonico;
- Integrazione multiprofessionale (MAP, PLS, MCA, SAI, ma anche IP, assistenti sociali, amministrativi);
- Implementazione di percorsi diagnostico-terapeutici e protocolli condivisi per la presa in carico del paziente cronico;
- Raccolta di dati socio-epidemiologici e mappatura dei bisogni locali;
- Programmi di prevenzione, anche secondaria;
- Integrazione informativa/informatica.

10 obiettivi prioritari di PSN per l'anno 2009

(con un miliardo e 410mila euro, di cui 352 milioni per le cure primarie)

1. Cure primarie

1.1. Ass. h.24: riduzione accessi al PS e rete integrata;

1.2 Comunicazione per pazienti con gravi patologie neuromotorie (10 mil.)

2. Non autosufficienza - priorità ADI

3. Modelli org. per persone in stato vegetativo o di minima coscienza

4. Cure palliative e terapia del dolore (100 mil.)

5. Interventi per le biobanche di materiale umano (15 mil.)

6. Sanità penitenziaria

7. Attività fisica per pazienti cronici e persone anziane

8. Piano nazionale della prevenzione (240 mil.)

9. Tutela maternità e appropriatezza percorso nascita

10 Case della salute, malattie rare, Coord. DSM e OPG, Guadagnare salute; Pazienti cerebrolesi, Sicurezza sul lavoro.

Accordo Stato-Regioni 25 marzo 2009 sugli *obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2009*

Obiettivo 1 “Cure primarie”

E' l'area sistema nel quale si realizza l'approccio primario alla promozione e alla tutela della salute della popolazione.

Priorità: continuità delle cure, accessibilità, integrazione, rete informativa.

Per l'assistenza h 24 e miglioramento rete assistenziale:

Livello ospedaliero:

- Ambulatori per la gestione dei codici di minor gravità (bianchi)
negli ospedali con oltre 25.000 accessi/anno, gestiti da Medici di Continuità Assistenziale (MCA) e/o da MMG, con resp. org. Distrettuale
- Punti di primo intervento
In rado di fronteggiare e stabilizzare, temporaneamente, le emergenze fino alla loro attribuzione al Pronto Soccorso dell'Ospedale di riferimento ed in grado di fornire risposte a situazioni di minore criticità e bassa complessità

Livello territoriale:

- Presidi ambulatoriali distrettuali
gestiti dai medici di continuità assistenziale per effettuazione di visite e prestazioni sanitarie, collocati strategicamente in strutture individuate dalle ASL
- Assistenza territoriale integrata
Collaborazione tra più professionisti, anche funzionalmente con rete telematica (es. equipe territoriali), anche con nuovi percorsi di ammissione protetta con canali preferenziali in strutture territoriali o per acuti;
- Ambulatori territoriali integrati
Centri medici dove operano professionisti, in forma simile alla Medicina di gruppo, aperti almeno 10 ore al giorno, con rete informatica, personale medico ed infermieristico; previste analisi diagnostiche di primo livello, consulenze specialistiche

Il Psn 2006-08: la riorganizzazione delle cure primarie

Governo clinico sul territorio (con partecipazione e responsabilizzazione dei MMG e PLS alle scelte strategiche aziendali e distrettuali)

Empowerment del cittadino, nei percorsi di cura e nella programmazione e valutazione delle attività sanitarie

Completamento del sistema delle cure primarie con servizi di cure intermedie, come l'ospedale di comunità

**Il Distretto ha come mission la garanzia dei LEA territoriali;
Diverso rapporto tra attività e risorse tra Livelli di assistenza:**

**5% alla prevenzione,
44% all'assistenza ospedaliera
51% all'assistenza distrettuale.**

Le priorità dell'assistenza territoriale

Proposta di PSN 2011-2013 (CdM 5.11.2011)

Secondo gli indirizzi dell'OMS (Primary Health Care The World Health Report, 2008), il sistema:

- **costituisce un hub per guidare gli individui nel servizio sanitario e garantisce la continuità longitudinale delle cure. Hub che possono configurarsi nei Punti Unici d'Accesso (PUA) e nei processi di valutazione multidimensionali;**
- **si fonda su un approccio centrato sulla persona, orientato all'individuo, alla sua famiglia e alla comunità di appartenenza;**
- **è un luogo di relazioni fiduciarie tra pazienti e professionisti ai fini di rendere partecipe l'assistito nelle decisioni riguardanti la propria salute e benessere;**
- **promuove la salute ed il benessere dell'individuo e della collettività mediante interventi di prevenzione e di promozione della salute;**
- **è formata da team di lavoro multi professionali che trattano i problemi di salute secondo un approccio olistico.**

Grazie per l'attenzione

bellentani@agenas.it