

Organizzazione dell'assistenza di comunità

anno 2017/ 2018
Docente Caselli Barbara Mazzini

Prerequisiti e Obiettivi formativi

- Profili, ruoli e professionalità professioni sanitarie e personale di supporto
- Organizzazione sanitaria
- Elementi di diritto pubblico e di diritto del lavoro

- Leggere e comprendere l'organizzazione sanitaria territoriale
- Descrivere i modelli organizzativi assistenziali territoriali
- Collaborare con i componenti delle équipes multiprofessionali

OBIETTIVO

- FORNIRE ALCUNE NOZIONI SPIEGATE IN MODO SEMPLICE A STUDENTI INFERMIERI PER AIUTARLI A COMPRENDERE IL FUNZIONAMENTO DEL SISTEMA NEL QUALE SI TROVERANNO A SVOLGERE LA LORO PROFESSIONE

programma

- La continuità nella rete dei servizi, i punti di accesso alle cure
- I dipartimenti territoriali: DCP, DAISMDP, DSP
- Le cure primarie: servizi distrettuali, sanità penitenziaria
- Modelli organizzativi dell'assistenza infermieristica applicati al contesto territoriale

(4 incontri ottobre/novembre 2017)

Indagine ocse 2007

- L'insufficiente coerenza e coordinamento nell'erogazione delle cure è sicuramente la principale causa della inadeguata risposta ai bisogni di salute della popolazione

I servizi

“i servizi” sono trasformazioni operate sulle persone o sulle merci.

Servizi alle persone sono, ad esempio, i servizi di istruzione, ricreativi, alberghieri; servizi alle merci sono i trasporti, il commercio.

Servizi alle persone

Caratteristiche fondamentali dei servizi alle persone sono il richiedere, per essere erogati, la presenza contemporanea del produttore e del consumatore e, a differenza delle merci, l'impossibilità di essere immagazzinati.

La produzione deve avvenire al momento della richiesta (just in time) e subisce, quindi, picchi o fasi di stanca: non è programmabile, perché la domanda è imprevedibile e i servizi non si possono stoccare.

Caratteristiche del servizio

Intangibilità: soggettività nella percezione e difficoltà di valutazione

Inseparabilità: tra consumo e produzione

Variabilità: dipende da persone e contesto

Deperibilità: non può essere immagazzinato

Servizi sanitari

i servizi sanitari sono caratterizzati da:

- rilevanza del rapporto personale sanitario e paziente;
- difficoltà di valutazione della qualità della prestazione;
- essere beni di esperienza;
- flessibilità della tecnologia produttiva

Sistema sanitario

il sistema sanitario italiano produce per il **69%** servizi alle persone, il **6%** servizi collettivi e il **25%** beni (farmaci) e apparecchi sanitari.

I servizi alle persone sono prestazioni rivolte ai singoli individui: visite mediche, interventi chirurgici, accertamenti diagnostici, terapie riabilitative.

I servizi collettivi (o pubblici) sono prestazioni erogate a tutela della salute collettiva: controlli igienici, vaccinazioni, emergenza sanitaria, ricerca, formazione.

Sistema sanitario

Il sistema sanitario, nella fase produttiva non si distingue dagli altri settori (trasformazione di risorse primarie in prodotti materiali o servizi), ha lo scopo di produrre salute (salute come risultato o outcome) e su questa deve essere valutato. Due sono i parametri secondo cui valutare il sistema sanitario: l'efficienza e l'efficacia.

Sistema sanitario

Nel **sistema sanitario** inteso come l'insieme delle istituzioni, delle persone e delle risorse, umane e materiali, che concorrono alla promozione, al recupero e al mantenimento della salute, vengono svolte molteplici attività che possono essere così raggruppate:

prevenzione primaria: eliminare le cause di insorgenza delle malattie e i possibili fattori di rischio per la salute;

prevenzione secondaria: individuare le malattie in fase precoce e arrestarne l'evoluzione;

diagnosi e cura: identificare le cause delle malattie, rimuovere lo stato patologico ritardarne il decorso;

riabilitazione: recuperare le capacità funzionali compromesse dalla malattia e impedire la cronicità.

IL SSN

Nel nostro Paese, la tutela della salute, come **diritto fondamentale** dell'individuo ed interesse della collettività prevista **dall'articolo 32** della Costituzione, è garantita, nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana, attraverso il **Servizio sanitario nazionale (SSN)**.

IL SSN

- Istituito dalla legge 833 del 1978, il SSN italiano ha carattere universalistico e solidaristico, fornisce cioè l'assistenza sanitaria a tutti i cittadini senza distinzioni di genere, residenza, età, reddito e lavoro.

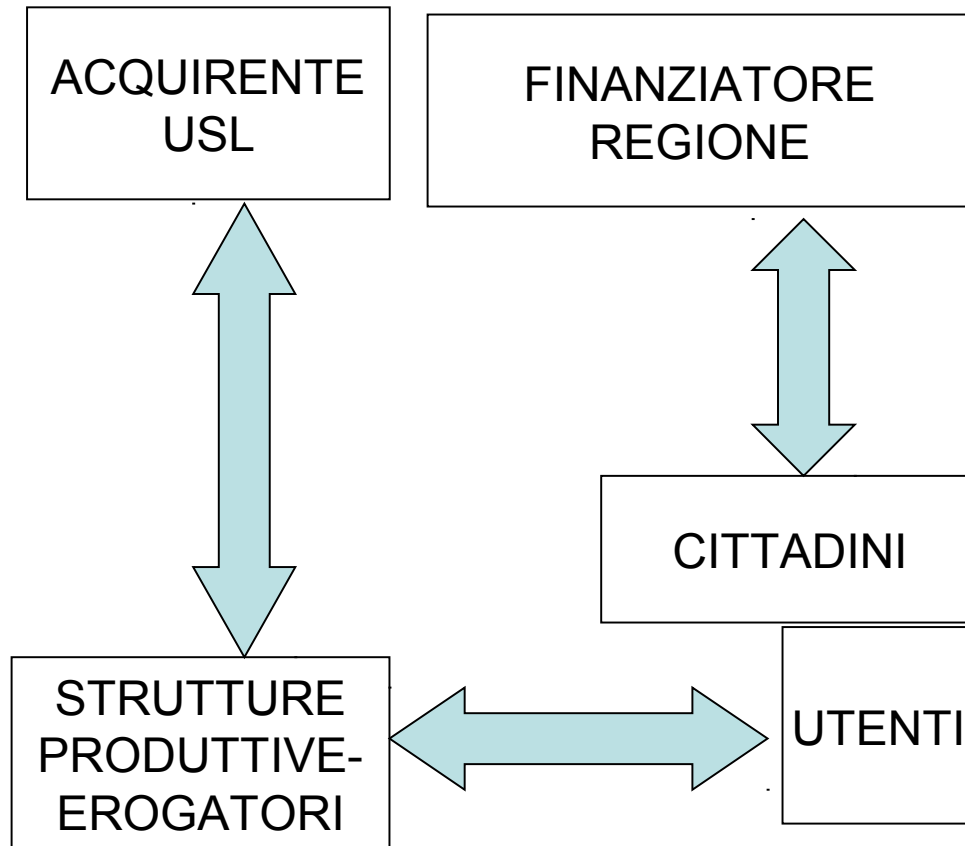
ORGANIZZAZIONE E FUNZIONAMENTO SSN

- tutela del diritto fondamentale alla salute
- responsabilità pubblica per la tutela del diritto alla salute della persona e delle comunità locali: il servizio sanitario nazionale
- centralità della persona
- universalità, eguaglianza, equità di accesso alle prestazioni e ai servizi
- globalità copertura assistenziale: livelli essenziali di assistenza e l'appropriatezza delle prestazioni
- metodo della programmazione
- finanziamento pubblico livelli essenziali di assistenza
- regionalizzazione e leale collaborazione tra livelli di governo
- aziendalizzazione
- soggetti erogatori e prestazioni

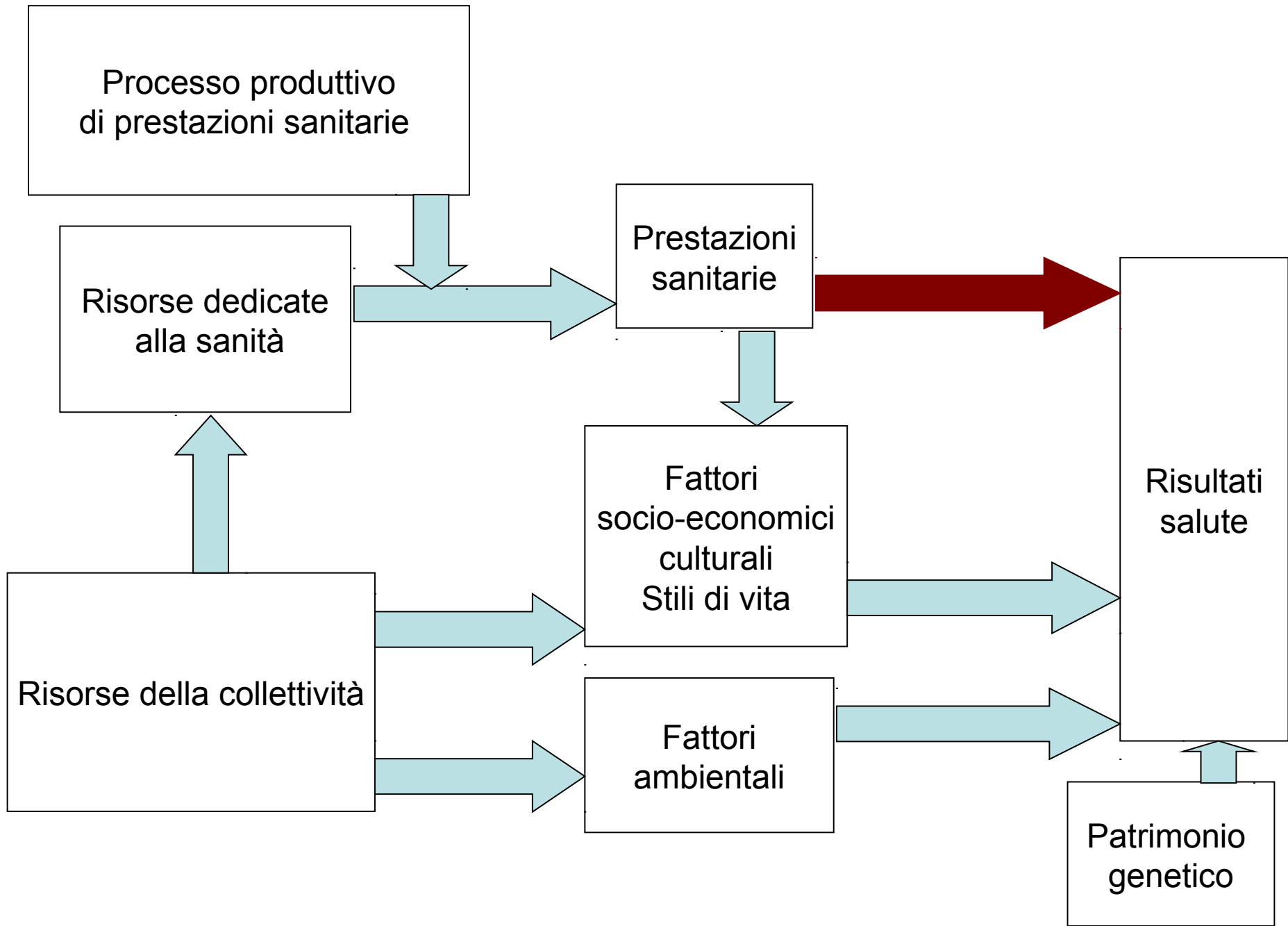
PRINCIPI FONDAMENTALI SSN:

- finanziamento pubblico attraverso fiscalità generale;
- "portabilità" dei diritti in tutto il territorio nazionale e reciprocità di assistenza con le altre regioni.
- valorizzazione delle risorse umane e professionali degli operatori
- integrazione tra assistenza, formazione e ricerca
- integrazione tra assistenza sanitaria e assistenza sociale

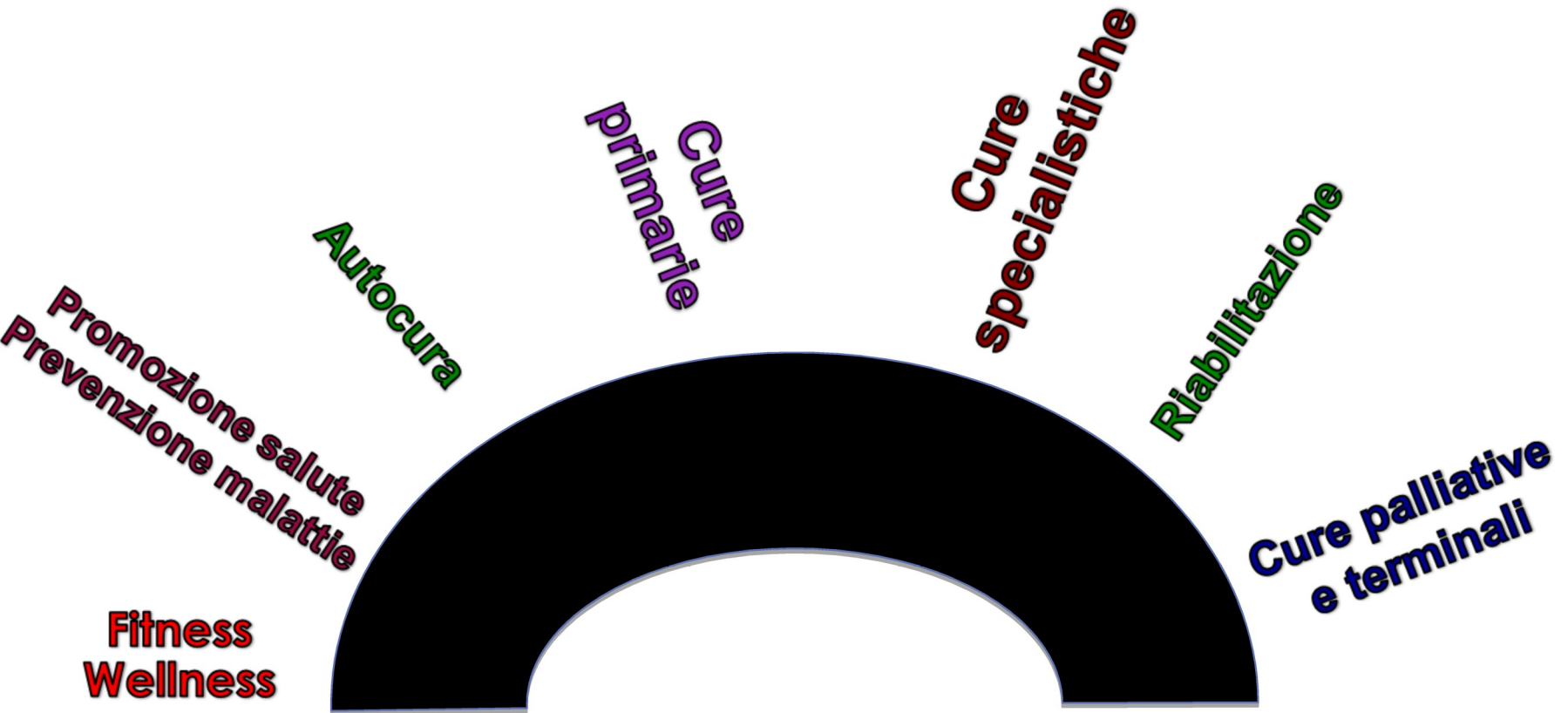
LE RELAZIONI FRA I DIVERSI ATTORI DEI SISTEMI SANITARI



Il processo di produzione della salute



La salute e l' Organizzazione sanitaria: continuum promozione salute – cura nel continuum della vita



oggi

- Più che in passato vi è la necessità di operare strategie per rispondere ai bisogni di salute contenendo i costi, garantendo efficacia, appropriatezza sicurezza e sostenibilità del sistema

**LA SCARSITA' DELLE RISORSE DISPONIBILI
PER SODDISFARE TUTTI I DESIDERI DELLA
COLLETTIVITA'**

IMPONE DI

**SCEGLIERE TRA DIVERSE ALTERNATIVE
(EFFICACI)**

LA PIU' EFFICIENTE,

**OSSIA QUELLA CHE USA MEGLIO LE
RISORSE SCARSE**

Funzioni delle ASL

- *Tutela della salute dei cittadini:*

provvedono a garantire i livelli di assistenza all'interno del proprio territorio a prescindere dai soggetti che erogano i servizi

- *Produzione ed erogazione dei servizi:*

provvedono a gestire i propri Presidi Ospedalieri e Servizi Territoriali perseguendo l'equilibrio tra la remunerazione delle prestazioni e i costi di gestione

Soggetti erogatori dei servizi sanitari

- Le ASL possono acquisire i servizi sanitari da:
 - Aziende ospedaliere
 - Altri soggetti accreditati dalla regione
 - Soggetti convenzionati (medici di medicina generale, pediatri di libera scelta)

Organi e ruoli nell'ASL

- Direttore generale
- Direttore amministrativo
- Direttore sanitario
- Collegio di direzione

- Collegio dei revisori o sindacale
- Direttore di distretto
- Direttore di dipartimento

Collegio di Direzione

- E' composto da:
 - Direttore amministrativo, Direttore sanitario, Direttori di distretto, Direttori di dipartimento, Direttori di presidio, Responsabile Direzione infermieristica e Tecnica
- Supporta il Direttore Generale per:
 - Governare le attività cliniche
 - Programmare e valutare le attività tecnico-sanitarie
 - Organizzare l'erogazione dei servizi sanitari
 - Organizzare le risorse umane

Collegio Sindacale

- Verifica l'amministrazione dell'azienda sotto il profilo economico
- Vigila sull'osservanza delle leggi
- Accerta la regolare tenuta della contabilità

Finanziamento delle Asl (1)

- passaggio da una gestione burocratica ad una con caratteri di imprenditorialità
- maggiore correlazione tra entrate e prestazioni rese
- finanziamento a prestazione: le prestazioni di medicina specialistica sono erogate dalle Asl con proprie strutture oppure avvalendosi di altri soggetti pubblici o privati (accreditati) che riceveranno dalla Asl un corrispettivo predeterminato a fronte della prestazione resa

Finanziamento delle Asl (2)

- le Asl ricevono le risorse necessarie al loro funzionamento dalla regione a copertura solo parziale delle spese di gestione fino ad un massimo dell'80%
- il finanziamento non può più essere erogato esclusivamente in base al metodo della spesa storica, ma deve essere commisurato al risultato di gestione in base ai livelli qualitativi e quantitativi raggiunti
- altre quote di finanziamento possono derivare da introiti per prestazioni erogate, definiti sulla base delle tariffe regionali e da prestazioni rese a pagamento
- gli eventuali disavanzi di gestione dovranno essere coperti con risorse proprie dalle regioni

AREE VASTE

EMILIA NORD

- **EMILIA CENTRALE** (Ferrara, Bologna, Imola, Rizzoli)

- **ROMAGNA**

L'integrazione interaziendale attraverso le Aree vaste si realizza per raggiungere ulteriori obiettivi di efficienza, qualità ed appropriatezza nel SSR sia nel campo delle funzioni amministrative e tecnologico-logistiche di supporto alla funzione sanitaria, sia nella organizzazione e gestione dei servizi sanitari.

Il personale

- Il personale del Servizio sanitario nazionale si suddivide nell'area della dirigenza medico-veterinaria, nell'area della dirigenza sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa e nell'area del comparto sanitario. Nell'ambito dell'organizzazione aziendale, la dirigenza sanitaria si suddivide nella dirigenza medica e nella dirigenza dei ruoli professionale, tecnico e amministrativo.

Le 4 classi di laurea

- Infermieristica Ostetrica
- Riabilitazione
- Tecnica
- Prevenzione

Ruoli delle Professioni sanitarie

POSIZIONI ORGANIZZATIVE

COORDINATORI

COLLABORATORI PROFESSIONALI SANITARI

Categoria D e DS

- Assistenti sociali,
- ASV,
- Audiometriste,
- Educatori,
- Infermieri,
- Ostetriche,
- Ortottiste

(Operatori Socio Sanitari)

**valorizzare le risorse professionali disponibili,
integrando le diverse competenze**

contesto

- L'incremento dei soggetti affetti da patologie croniche rende indispensabile il rafforzamento delle **cure primarie** e l'**integrazione** fra i professionisti del territorio (sanitari e sociali) e gli specialisti ospedalieri.

Il Distretto

- L'azienda USL si articola in distretti
- Le aziende USL nello stabilire i criteri attraverso i quali costituire i distretti devono seguire le indicazioni date dalle Regioni
- La finalità del distretto consiste nel garantire l'assistenza sanitaria sul territorio
- E' dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economica
- Ha contabilità separata all'interno del bilancio dell'ASL

- Il distretto ha funzioni di **COMMITTENZA**.
- Percorso ass.le lo compie una persona nel raggiungimento del suo OBV di salute
- Il personale in servizio presso gli ambulatori è proporzionale agli accessi e alle attività svolte.

Dipartimento Cure Primarie

DCP

Le Cure Primarie rappresentano il sistema di cure erogate vicino ai luoghi di vita delle persone (studio mmg, pls, domicilio, ambulatori e consultori, strutture residenziali)

Costituiscono la forma principale di assistenza sanitaria continuativa.

Il DPC è articolato in Nuclei Cure Primarie, modalità per dare risposte complesse ai bisogni di salute delle persone garantendo **continuità assistenziale e prossimità delle cure.**

Il modello organizzativo del Dipartimento cure primarie

Il DPC assicura

- mmg, pls, continuità assistenziale
- assistenza specialistica ambulatoriale
- assistenza domiciliare
- assistenza consultoriale
- assistenza stranieri
- assistenza malati aids
- assistenza socio sanitaria in strutture residenziali e a domicilio
- assistenza farmaceutica
- procedure assistenza all'estero
- assistenza carceraria

Nuovi setting assistenziali per l'integrazione professionale e sviluppo di competenze

- Ambulatorio Infermieristico
 - a. Ambulatorio di Nucleo
 - b. Ambulatorio della Cronicità
 - c. Ambulatorio di Nucleo Pediatrico

- Ambulatorio ostetrico

- Assistenza Domiciliare Integrata

Le Case della Salute: una scelta strategica

La scelta di realizzare la Casa della Salute nasce dall'idea forte che i cittadini possano avere una sede territoriale di riferimento alla quale rivolgersi in ogni momento della giornata, che rappresenti una certezza di risposta concreta, competente e adeguata ai diversi bisogni di salute e di assistenza

Gli obiettivi del Progetto regionale Casa della Salute DGR 291/2010

- **definire una sede di riferimento “certa” per l’accesso e l’erogazione dei servizi sanitari, socio-sanitari e socioassistenziali rivolti alla popolazione residente nell’ambito territoriale del NCP, facilmente identificabile e con caratteristiche omogenee sul territorio regionale**
- **strutturare la Casa della Salute come sistema che si prende cura delle persone fin dal momento dell’accesso, con un approccio globale ai bisogni di salute**
- **assicurare risposte adeguate e di qualità alla cronicità e a tutte le forme di fragilità sociale e sanitaria**
- **Integrazione dei Professionisti : MMG, PLS, Medici di continuità ass.le Specialisti ambulatoriali Infermieri,ostetriche,FKT Assistenti Sociali**

**... le priorità:
principali assi di intervento
su cui puntare**

- **rafforzare la medicina di iniziativa, vero punto nodale del Progetto della Casa della Salute, secondo un modello assistenziale pro-attivo teso a favorire la promozione della salute, la continuità dell'assistenza e la presa in carico dei pazienti con patologie croniche (migliorare la presa in carico)**
- **operare attraverso team interprofessionali con la condivisione dei percorsi assistenziali, in cui il paziente è parte attiva del processo, sostenuto attraverso interventi di educazione terapeutica e di counselling**
- **sviluppare le reti informatiche tra professionisti: refertazione (anche a distanza), condivisione telematica della documentazione sanitaria, utilizzo crescente del Fascicolo Sanitario Elettronico**

Modello organizzativo

La **Casa della Salute** è individuata come il luogo privilegiato per nuove sperimentazioni organizzative, per valorizzare le competenze professionali e delineare nuovi profili di servizi in rete.

La RETE dei servizi va individuata come lo strumento organizzativo idoneo per:

- implementare percorsi assistenziali multiprofessionali,
- facilitare l'uso dei percorsi di integrazione socio-sanitaria
- coniugare risposte socio assistenziali e sanitarie

COME Organizzare e coordinare le risposte da dare al cittadino

- **Rafforzare** l'integrazione con l'ospedale in relazione alle dimissioni protette, alla presa in carico integrata di alcune patologie croniche, alla condivisione di linee guida e di protocolli assistenziali per le patologie ad elevata Complessità
- **Migliorare** la presa in carico integrata dei pazienti cronici anche con problemi di salute mentale e tossicodipendenze
- **Sviluppare** programmi di prevenzione rivolti al singolo, alla comunità e a target specifici di popolazione
- **Sviluppare** l'integrazione con i Servizi Sociali
- **Offrire** formazione permanente agli operatori.

... dalla D.G.R. n. 291/2010 e 2128/2016

3 tipologie di Casa della Salute:

- Piccola**
 - Media**
 - Grande**
-
- caratteristiche orogeografiche del territorio,**
 - bacino di utenza della popolazione di riferimento,**
 - complessità dei servizi presenti**

Casa della Salute Piccola

- attività di assistenza primaria erogata dal nucleo delle cure primarie:

MMG, PLS, infermiere, ostetrica e assistente sociale

Casa della Salute Media

- oltre all'attività di assistenza primaria, possono essere presenti i servizi consultoriali, il poliambulatorio, la pediatria di comunità, la neuropsichiatria infantile

Casa della Salute Grande

- sono presenti anche il centro di salute mentale, i servizi di sanità

pubblica e i centri diurni e residenziali per i diversi target di popolazione

C.d.S tipologia

per complessità e ricchezza dei servizi presenti:

- Piccola (quartiere) circa 1500 m²
- Media circa 3-4000 m² (20/30000 abitanti)
- Grande circa 6000 m² (20/30000 abitanti)

Casa della salute

- **CdS** presidio del Distretto
- Sviluppo delle Reti :
 - Organizzativa (case manager)
 - Cliniche integrate
- Il DCP coordina le attività erogate e cura le interfacce con gli altri Dipartimenti (DSM,DSP) ospedalieri
- CdS : sede di accesso ed erogazione dei servizi :
 - Sanitari
 - Socio-sanitari
 - Socio-assistenziali

Casa della salute

- **Accoglienza cittadini:** collaborazione tra professionisti, condivisione percorsi assistenziali, autonomia e responsabilità prof.le, valorizzazione e competenza.
- **NCP** in relazione con nodi della rete :
 - Assistenza specialistica
 - Assistenza ospedaliera
 - Sanità pubblica
 - Salute mentale
- Infermiere raccorda le relazioni organizzative tra i diversi setting assistenziali secondo i principi del CASE management

CARATTERISTICHE

- Epidemiologia: per il 2030 si prevede 90% di decessi per patologie NON trasmissibili.
- Priorità: coordinamento tra professionisti (in carenza di ciò, problemi di qualità al percorso ass.le)
- Polipatologia di tipo cronico: risposte integrate
- Punto unico di accesso
- Continuità ass.le 7/7 h 24
- Rafforzare l'integrazione con ospedale (dimissioni protette)
- Promuovere e valorizzare partecipazione cittadini gruppo

ELEMENTI STRUTTURALI

- Omogeneità
- Riconoscibilità
- Strutture ex-novo o preesistenti
- Raggruppare gli spazi per funzione e caratterizzarli con finiture, arredi e colori diversi

AREA

- clinica
- pubblica
- di staff
- Area pubblica: ingresso, attesa, punto informativo, CUP e ristoro. Aperta e accogliente, percorsi semplici, il giardino è un parco urbano.
- Area clinica: accesso dall'area pubblica. Familiarietà, ordine, pulizia, efficienza. Può includere servizi con permanenza diurna e notturna.
- Area dello staff: zona amm.va, spogliatoi, ambienti relax, sale riunioni, aule, uffici dell'area direzionale (ev. URP), approvvigionamenti, smaltimento rifiuti: lontana dai percorsi principali (altro piano)

- Distinzione tra percorsi orizzontali e verticali ,utilizzo di colori diversi e assicurarsi che vengano mantenuti per permettere l'orientamento.
- Segnaletica
- PUNTO di Accoglienza/Acettazione :
 - Bancone
 - Salvacoda
 - Totem informativi

- **I medici di Medicina Generale** svolgono a turno parte della loro attività, in modo coordinato, presso la Casa della Salute in modo da garantire un'apertura continuativa durante l'arco della giornata anche in integrazione con la continuità assistenziale.
- I cittadini possono rivolgersi alla C d S negli orari in cui il proprio medico non è in ambulatorio. Qui si può erogare direttamente l'assistenza quando i MMG lavorano in forma associata

- **Informatizzazione e collegamento in rete**
- **Connotazione preventiva** e riabilitativa al sistema oltre che la presa in carico, NON più solo Cura. (screening, certificazioni monocratiche ,RSA, salute mentale, ADI, CD, Centri residenziali,corsi accompagnamento alla nascita, punti prelievi).
- **Rafforzare** il concetto di luogo per la salute



- **RICONOSCIBILITA' LOGO**
 - CASA: luogo tranquillo e sicuro
 - SALUTE: croce greca
 - SERVIZI COORDINATI: insieme di elementi modulari
 - APERTURA : verso il cittadino, elemento grafico aperto
 - Servizio SANITARIO Regionale : nell'utilizzo dei colori
- Finiture comuni per orientarsi e sentirsi in un luogo familiare anche in presidi differenti

- **Presa in carico** del cittadino per le attività socio-sanitarie
- **Promuovere e valorizzare** la partecipazione dei cittadini alla gestione della propria salute (tè del giovedì), proposti temi di ed.sanitaria e presentazione di tutte le risorse e i servizi che la C.d.S può offrire, si colgono così gli argomenti di maggior interesse.
- **Sviluppare ruolo e competenze personale infermieristico.**
- Favorire l'**empowerment** dei paz. nel processo di cura.

Impegni per lo sviluppo del modello

- passaggio da una gestione di coordinamento per attività ad un modello di rete per progetto e non per singola prestazione.
- valorizzazione della figura infermieristica attraverso modelli assistenziali di integrazione
- creazione di team basati sulla gestione della multiprofessionalità

La **Casa della Salute** è individuata come

- luogo privilegiato per nuove sperimentazioni organizzative,
- per valorizzare le competenze professionali
- delineare nuovi profili di servizi in rete.

La RETE dei servizi va individuata come lo strumento

organizzativo idoneo per:

- implementare percorsi assistenziali multiprofessionali,
- facilitare l'uso dei percorsi di integrazione socio-sanitaria
- coniugare risposte socio assistenziali e sanitarie

Ospedale di Comunità OsCo

MODELLO ORGANIZZATIVO

L'unità di ricovero OsCo è posta sotto la responsabilità del Direttore del Dipartimento delle Cure Primarie (DCP).

Le funzioni di Direzione Sanitaria sono svolte da un medico dirigente del DCP, che opera in stretta collaborazione con un dirigente infermieristico.

la responsabilità clinica del paziente è affidata al medico di medicina generale

la responsabilità organizzativa è affidata al personale infermieristico, che gestisce direttamente il paziente assumendo come modello il case-management

Nelle case della salute...gli OS.CO.

Strutture sanitarie h 24 nell'ambito delle
CdS

- Assistenza medica: Medico di Medicina Generale 2h/die
- Assistenza inf.ca e di supporto h24
- In assenza mmg => medico di continuità assistenziale

OSPEDALE DI COMUNITA' OsCo

Delibera Azienda USL Ferrara Maggio 2014

PROPOSTE di RICOVERO in OSCO

Possono pervenire:

- dal MMG,
- da medici ospedalieri
- dall'assistente sociale,
- da infermieri dell'ADI
- dai membri dell'UVG

MODELLO ORGANIZZATIVO ASSISTENZIALE

Il paziente ammesso nella struttura per gli aspetti clinico terapeutici e medico legali risulta **in carico al proprio medico di famiglia**, che si avvale delle tecnologie e delle professionalità presenti nel presidio e nelle strutture aziendali.

Il coordinatore infermieristico ha funzioni gestionali e organizzative con particolare attenzione per la programmazione dei ricoveri/dimissioni e per la programmazione delle attività sia degli infermieri sia degli OSS, che delle altre figure professionali richieste dal Piano Assistenziale Individualizzato oltre che dei MMG o degli specialisti che hanno inviato i pazienti nella struttura.



**Ospedali di Comunità
(Copparo, Comacchio, ... Bondeno)**

Sanità penitenziaria

- **DLgs 230/99** diritto per detenuti a prestazioni efficaci e appropriate sulla base dei LEA ,affida alle USL la gestione e il controllo dei servizi sanitari negli istituti penitenziari.
- **DGR 2000/10**
- Protocollo d'intesa tra Azienda e Casa Circondariale.
- Diritto alla salute
- Dal 2008 al SSN

Sanità penitenziaria

Il Servizio sanitario regionale dell'Emilia-Romagna, con il decreto dell'1 aprile 2008, ha assunto la piena competenza in merito all'assistenza sanitaria alla popolazione detenuta.

La Giunta regionale ha approvato il Programma regionale per la salute negli istituti penitenziari che definisce standard clinico assistenziali che ogni Azienda sanitaria deve garantire negli istituti di pena del proprio territorio con particolare attenzione alla prevenzione, all'assistenza primaria, alla specialistica (evitando il più possibile spostamento dei detenuti e assicurando comunque prestazioni di odontoiatria, infettivologia, cura in relazione a dipendenze patologiche, psichiatria, ginecologia, pediatria).

Sanità penitenziaria

- › stranieri
- medicina proattiva
- sovraffollamento
- patologie
respiratorie, gastrointestinali, intossicazioni, traumi, patologie infettive, malattie croniche, manifestazioni di disagio.
- elevato consumo di psicofarmaci
- 30% tossicodipendenti (DAISM)