

L'ORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA SANITARIO

7 FEBBRAIO 2017

Claudio Vagnini
Direttore Generale

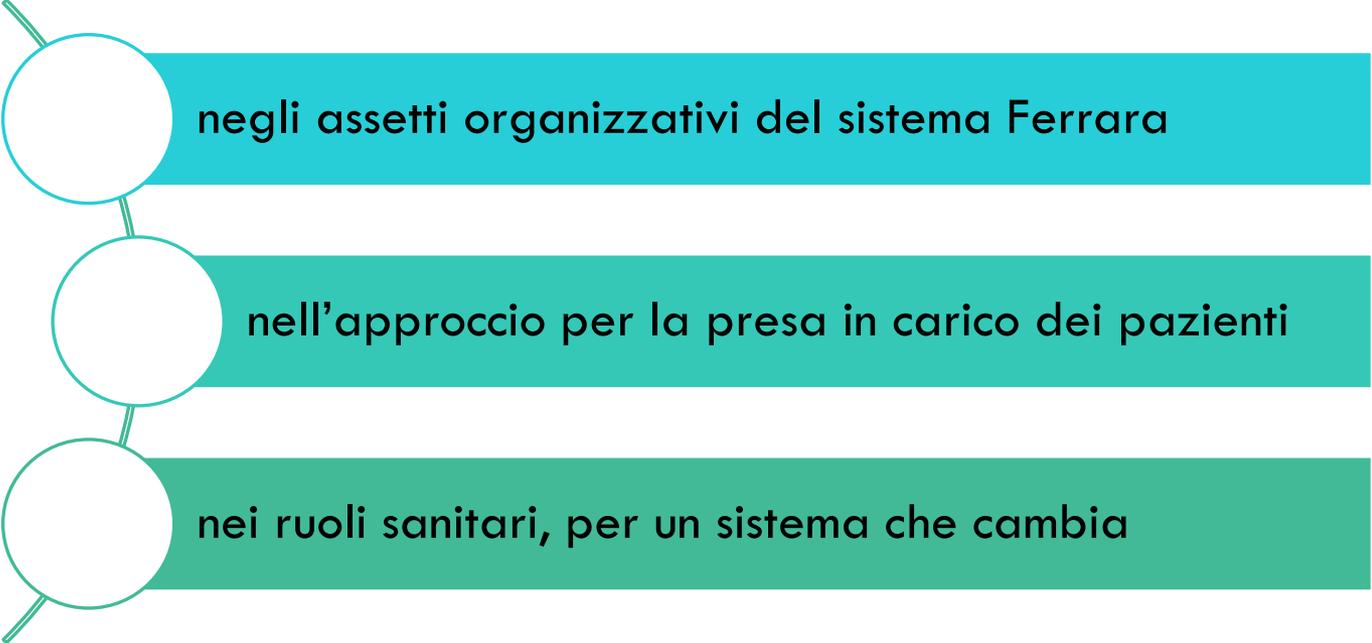
Francesca Raggi
Dir. Committenza, Mobilità Sanitaria
e Controllo Produzione

AUSL di Ferrara

AGENDA

L'ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO

I CAMBIAMENTI IN ATTO:



negli assetti organizzativi del sistema Ferrara

nell'approccio per la presa in carico dei pazienti

nei ruoli sanitari, per un sistema che cambia

RIFERIMENTI

Art. 32
della
Costituzione

- “La Repubblica tutela la salute come fondamentale **diritto** dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti”

L. 833/78

- **Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale** come «insieme di funzioni, servizi e attività, che garantisce la tutela della salute»

D. Lgs.
502/92

- **Aziendalizzazione**: governo da politico a tecnocratico
- **Regionalizzazione** della sanità: USL non più strumenti operativi dei Comuni
- **Nuovo sistema di finanziamento**: DRG e tariffe

D.Lgs
229/1999

- **Governo clinico**: appropriatezza, accreditamento
- Sviluppo del ruolo del **distretto**

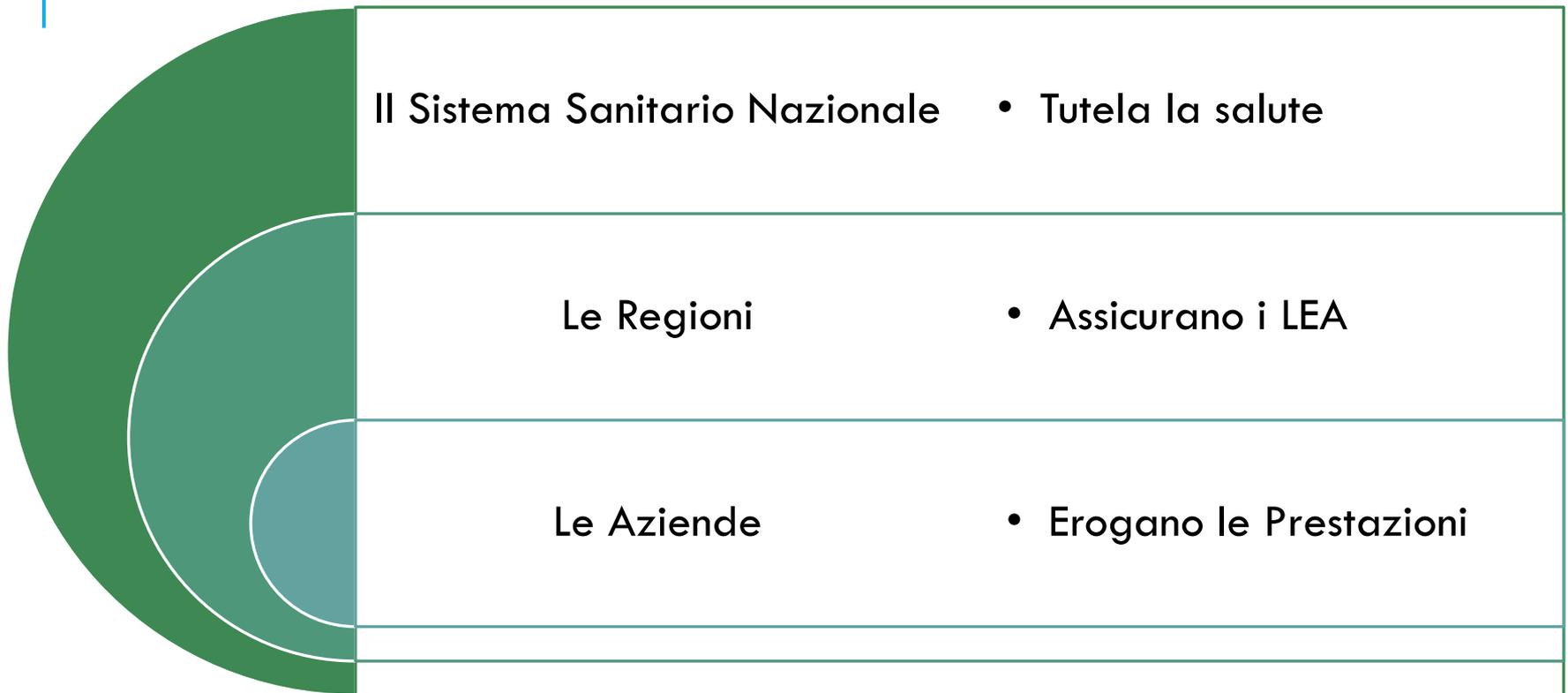
DPCM 29
nov 2001

- Vengono definiti i **Livelli Essenziali di Assistenza**, assicurati dalle Regioni attraverso le Aziende USL, le Ospedaliere, le Az.Ospedaliero-Universitarie, gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico e le strutture private

DM
70/2015

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

I LIVELLI DI COMPETENZE



L. Costituzionale 18 ottobre 2001: Modifiche del titolo V della Costituzione

- Legislazione concorrente tra Stato e Regioni
- Regioni: potestà legislativa in materia di programmazione e organizzazione dei servizi sanitari e sociali

CHE COSA SONO I LEA?

Le prestazioni e i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto a fornire

a tutti i cittadini,

gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket),

con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale

Presentano, per specifiche condizioni cliniche o di rischio, **evidenze scientifiche di un significativo beneficio** in termini di salute, a livello individuale o collettivo, a fronte delle risorse impiegate

Assistenza Sanitaria Collettiva in Ambienti di Vita e Lavoro

Assistenza Distrettuale

Assistenza Ospedaliera

LEA 2016

➤ Area della prevenzione collettiva e sanità pubblica

- 4 nuovi vaccini (Varicella, Pneumococco, Meningococco, Vaccino anti HPV)

➤ Specialistica ambulatoriale e protesica

- Aggiornamento nomenclatori in funzione dell'evoluzione tecnologica (es. nuove prestazioni: Adroterapia, PMA, enteroscopia con microcamera ingeribile, ecc.)
- Introduzione di prime indicazioni o condizioni di erogabilità (appropriatezza prescrittiva: diagnostica per immagini, prestazioni reflex, odontoiatria)
- Aggiornamento elenchi delle malattie rare, malattie croniche e relative prestazioni esenti da ticket

➤ Assistenza e servizi nell'area socio-sanitaria

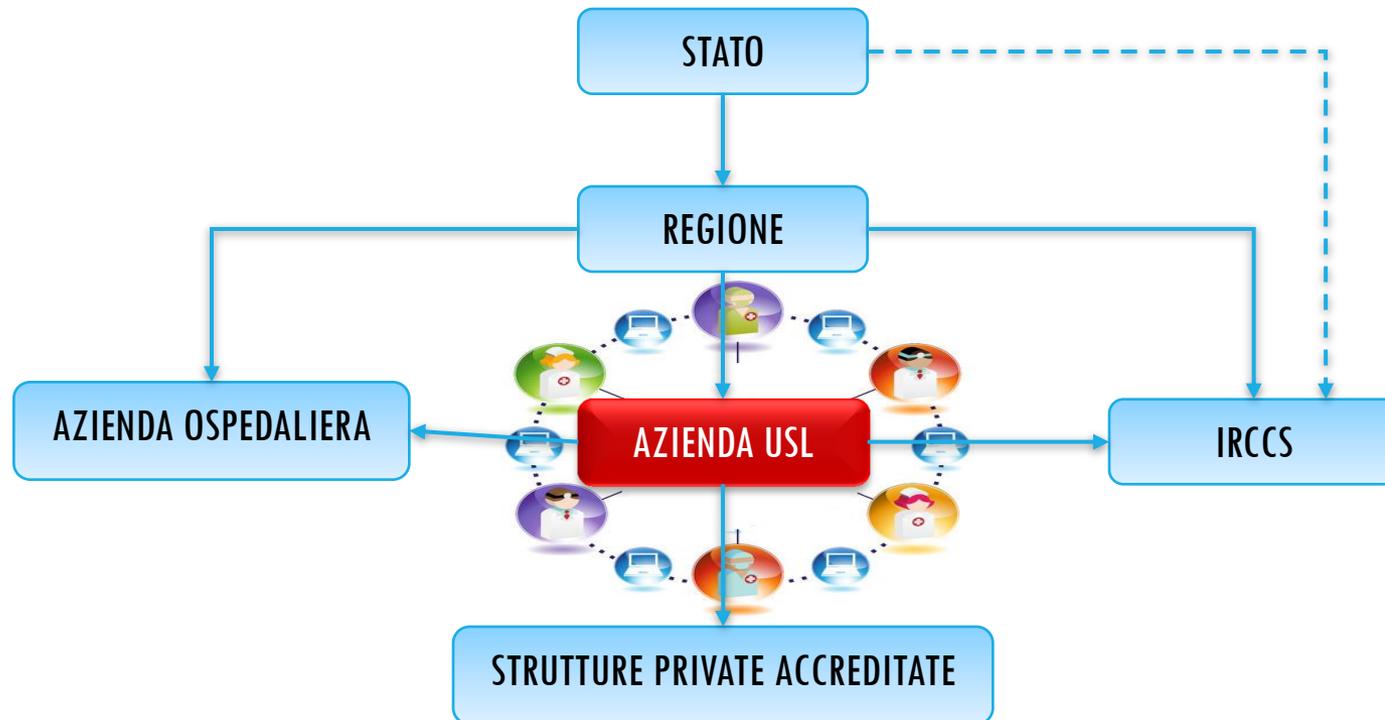
- articolazione assistenza domiciliare in 4 livelli di intensità assistenziale in relazione al bisogno (da 1 a 6 accessi settimanali)
- articolazione assistenza residenziale in 3 livelli di intensità (intensiva, estensiva e lungoassistenza) per malati cronici, disabili, pazienti psichiatrici, dipendenti patologici

➤ Aggiornamento del protocollo per la tutela della gravidanza

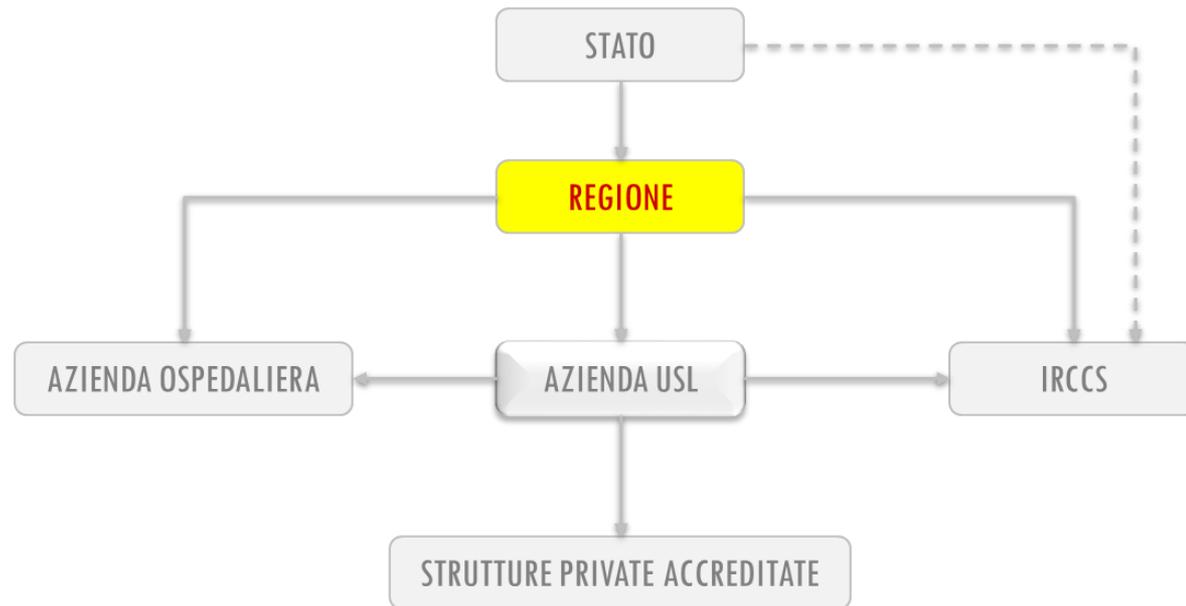
➤ Assistenza ospedaliera

- Introduzione analgesia epidurale; screening neonatale per la sordità; raccolta, conservazione e distribuzione di cellule riproduttive finalizzate alla PMA eterologa

L'ORGANIZZAZIONE DEL SSN

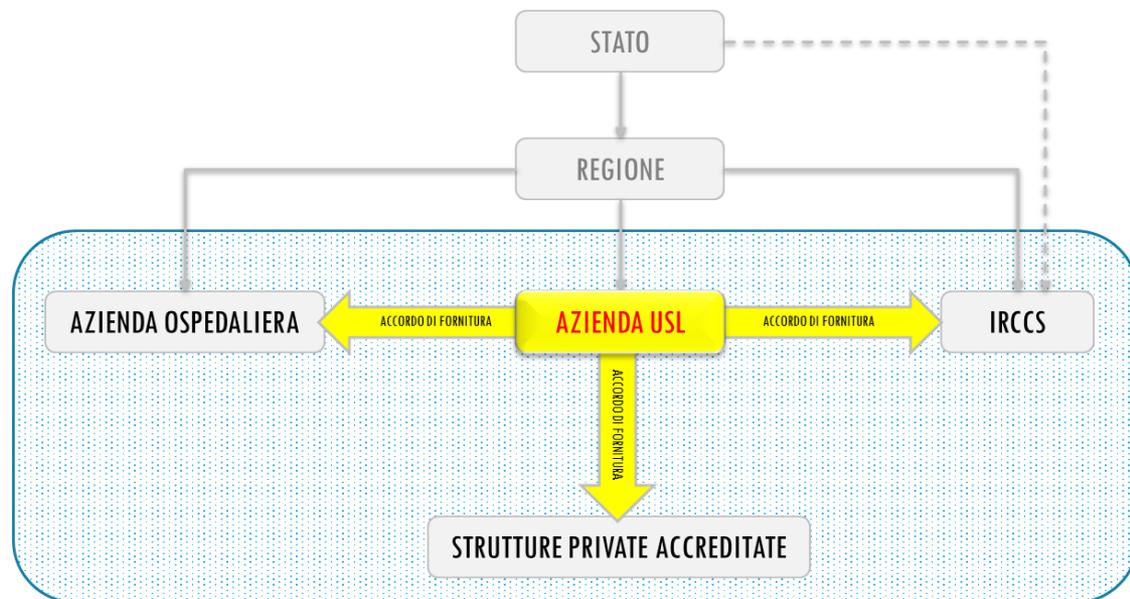


LA REGIONE



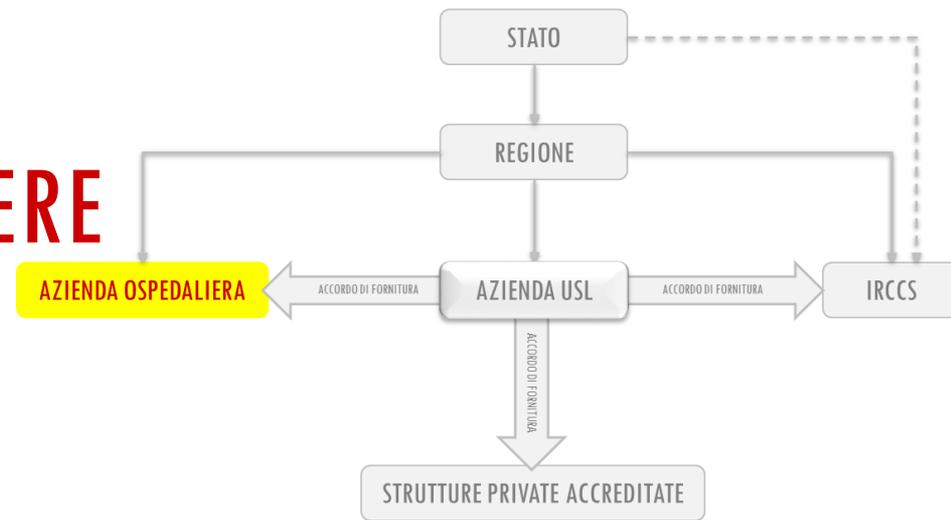
- ⇒ Ha “potestà concorrente” con lo Stato in materia sanitaria.
- ⇒ È considerata la “holding” del Servizio Sanitario poiché esercita il ruolo di soggetto proprietario delle Aziende sanitarie pubbliche sul suo territorio: le finanzia, le coordina e le controlla.
- ⇒ Tali funzioni sono espletate per il mezzo dei propri organi istituzionali (Giunta, Consiglio regionali), del proprio Assessore alla Sanità e dell’Agenzia Sociale e Sanitaria Regionale
- ⇒ Definisce il Piano Sanitario Regionale e annualmente delibera il programma e gli obiettivi da assegnare alle Aziende Sanitarie.

L' AZIENDA USL



- ⇒ Deve tutelare la salute della popolazione residente sul suo territorio. In questo senso ne ha la responsabilità dell'assistenza
- ⇒ È il perno su cui ruota il sistema sanitario della sua area geografica (una o più province).
- ⇒ Può produrre, ma anche acquistare prestazioni: per questo instaura accordi di fornitura con Aziende Ospedaliere, IRCCS e Strutture Private Accreditate. In tal caso viene detta «committente»
- ⇒ È costituita in Azienda dal 1992 con il D. Lgs. 502/92. Le Aziende sanitarie sono dotate di personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale alla stregua di un'azienda privata.
- ⇒ Viene finanziata a **quota capitaria pesata** (età, genere, mortalità, densità abitativa)

LE AZIENDE OSPEDALIERE



L'assistenza ospedaliera può essere erogata sia dalle Aziende USL, che dalle Aziende Ospedaliere

Presidio Ospedaliero dell' AUSL: è l'ospedale gestito dall'Azienda USL. Non ha bilancio autonomo.

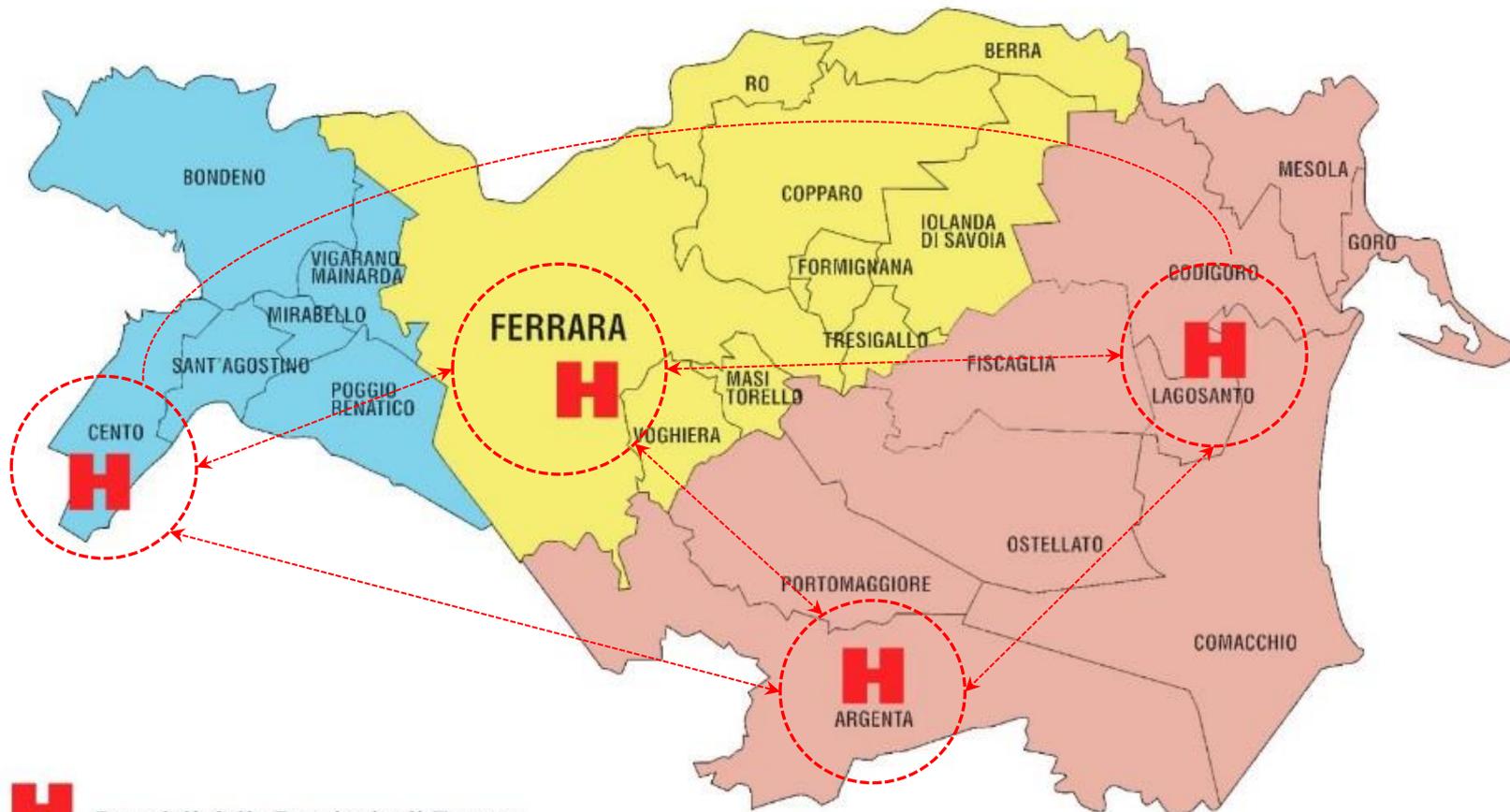
Azienda Ospedaliera: è un presidio ospedaliero trasformato in Azienda, con gestione autonoma ed indipendente.

Azienda Ospedaliero-Universitaria: è un Policlinico, con all'interno la Facoltà di Medicina.

Sono Aziende puramente «produttrici»: erogano prestazioni specialistiche ambulatoriali, ricoveri e trattamenti riabilitativi. Non possono acquistare.

Non erogano servizi tipicamente territoriali (assistenza distrettuale e assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e lavoro).

Vengono remunerate a tariffa (DRG per i ricoveri; nomenclatore tariffario per le prestazioni ambulatoriali).



H Ospedali della Provincia di Ferrara

AZIENDA USL DI FERRARA
Suddivisa in tre Distretti Sanitari

■ OVEST ■ CENTRO NORD ■ SUD EST

PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO (AL 31.01.2017)

3 stabilimenti ospedalieri:

- Cento
- Argenta
- Delta



6 Dipartimenti:

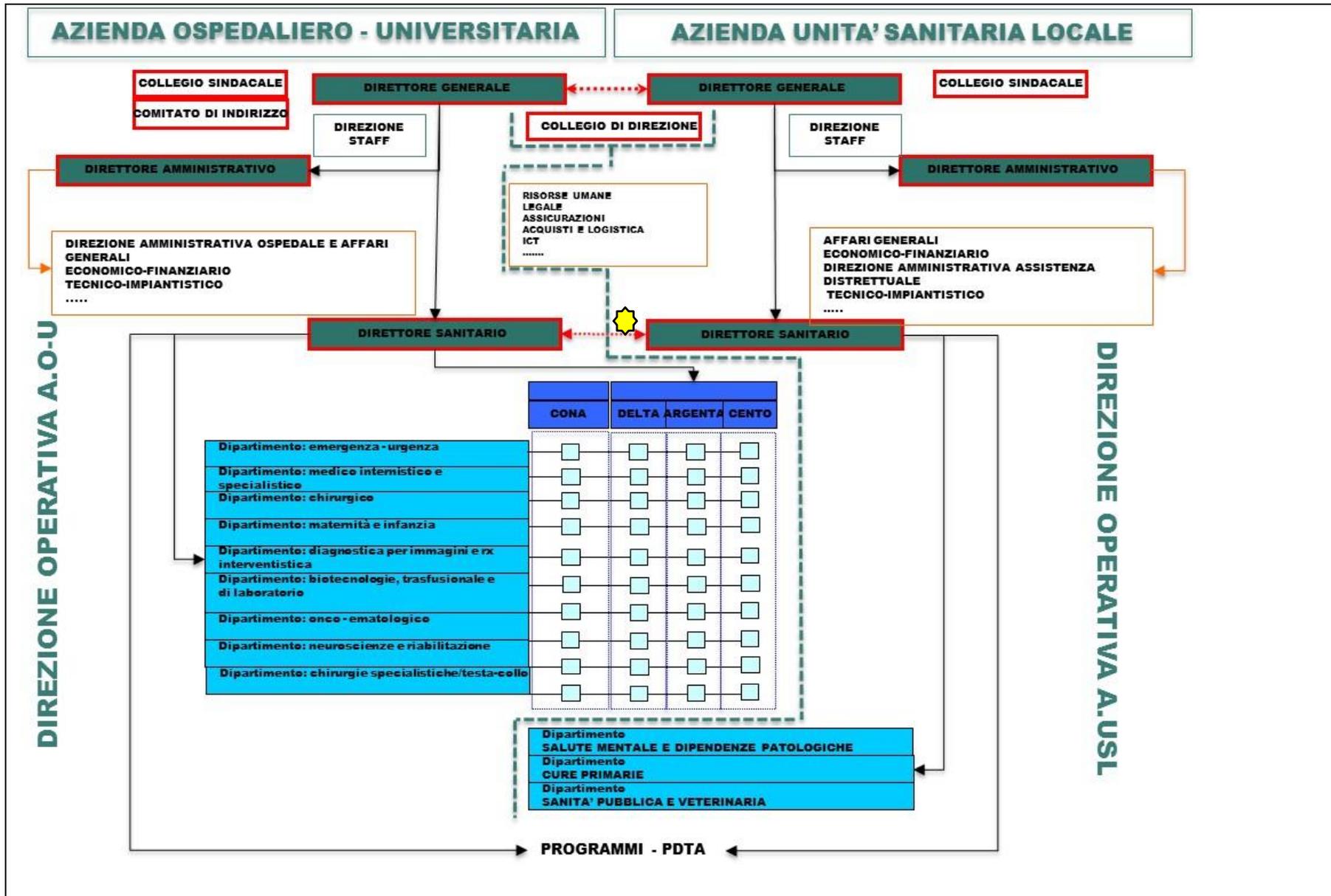
- 1. Chirurgico
- 2. Medico
- 3. Materno-Infantile
- 4. Emergenza
- 5. Diagnostica per Immagini e Radiologia Interventistica
- 6. Assistenza Ospedaliera



494 posti letto, di cui **455** di ricovero ordinario e **39** di ricovero in regime di Day Hospital,

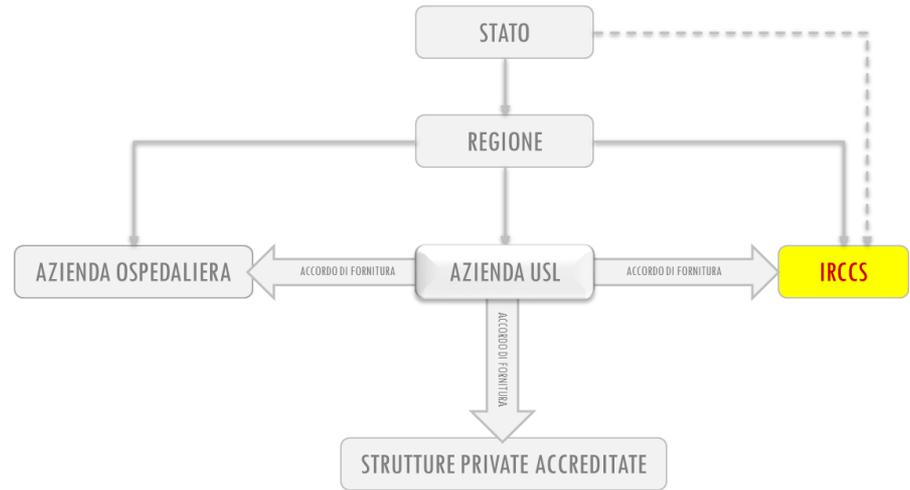
suddivisi in **13** discipline

DIPARTIMENTI INTERAZIENDALI E RETI CLINICHE



☀ = team di riferimento locale di Distretto.

GLI IRCCS: ISTITUTI DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO



Sono ospedali che dimostrano eccellenza nell'organizzazione, gestione dei servizi sanitari e nello sviluppo della ricerca in campo biomedico.

La qualifica di IRCCS viene ottenuta nell'area clinica di competenza a seguito di un'attenta valutazione da parte del Ministero della Salute

Il riconoscimento come IRCCS conferisce il diritto alla fruizione di finanziamenti pubblici finalizzati allo sviluppo della ricerca scientifica relativa alle materie riconosciute

Attualmente esistono circa 40 ospedali riconosciuti come IRCCS distribuiti sul il territorio italiano.

In Emilia-Romagna sono 4: Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna, Istituto delle scienze neurologiche di Bologna, Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia di Reggio Emilia, Istituto Scientifico Romagnolo per lo Studio e la Cura dei Tumori Mendola

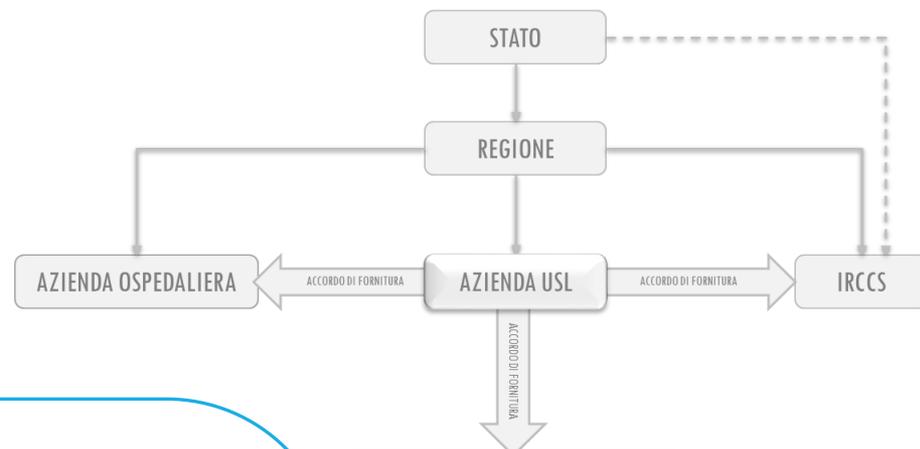
LE STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE

Sono strutture private che dispongono di tutti i requisiti per lavorare nel Sistema Sanitario (Art. 8 bis D. Lgs. 502/92).

Autorizzazione Sanitaria tutti i soggetti erogatori devono possedere una serie di requisiti tecnici minimi per l'apertura di strutture sanitarie e per esercitare le attività sanitarie. Viene rilasciata dal Comune. (Art. 8 ter D. Lgs. 502/92).

Accreditamento Istituzionale. Requisiti tecnici e organizzativi più stringenti ed indispensabili per esercitare attività per conto del Servizio Sanitario Regionale. Verifica dei Requisiti e il rilascio dell'accreditamento (con iscrizione all'albo regionale delle aziende accreditate) compete alla Regione. (Art. 8 quater D. Lgs. 502/92). Durata varia da Regione a Regione e prevede un rinnovo.

Accordo. Requisito indispensabile per esercitare attività a carico del Servizio Sanitario Regionale. Gli accordi avvengono direttamente tra Azienda USL e Aziende erogatrici dei servizi. Durata dell'accordo: 1 anno.



STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE

- ✓ I poliambulatori
- ✓ I laboratori analisi privati
- ✓ Gli studi odontoiatrici
- ✓ Le case di cura private
- ✓ I Centri Residenziali per gli Anziani
- ✓ Le Residenze Sanitarie Assistite...

L'accreditamento riguarda **tutti** i soggetti pubblici e privati che effettuano **assistenza ospedaliera e specialistica, assistenza distrettuale residenziale e semiresidenziale, trasporti sanitari** (in emergenza e ordinari).

L' AZIENDA



L' azienda è un'organizzazione di beni e capitale umano finalizzata alla soddisfazione di bisogni umani attraverso la produzione, la distribuzione o il consumo di beni e servizi, strutturata secondo una certa organizzazione e amministrata secondo una certa *governance* da parte del *management*. Le funzioni che l'azienda esercita per il raggiungimento degli obiettivi prefissati sono dette funzioni aziendali o processi aziendali, svolti attraverso un'accurata pianificazione.

GLI ORGANI DELL' AZIENDA SANITARIA PUBBLICA



Il direttore generale

Rappresentante legale e responsabile della gestione complessiva dell'azienda, ne nomina i responsabili delle strutture operative. Coadiuvato, nell'esercizio delle proprie funzioni, dal direttore amministrativo e dal direttore sanitario. È nominato dalla Regione, che gli assegna specifici obiettivi. Prima verifica: a 18 mesi dalla nomina.

Il collegio sindacale

Verifica l'amministrazione dell'azienda sotto il profilo economico; vigila sull'osservanza della legge; accerta la regolare tenuta della contabilità e la conformità del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili, ed effettua periodicamente verifiche di cassa; riferisce almeno trimestralmente alla Regione, anche su richiesta di quest'ultima, sui risultati delle analisi effettuate e "denuncia" eventuali irregolarità o problematiche.

Il collegio di direzione

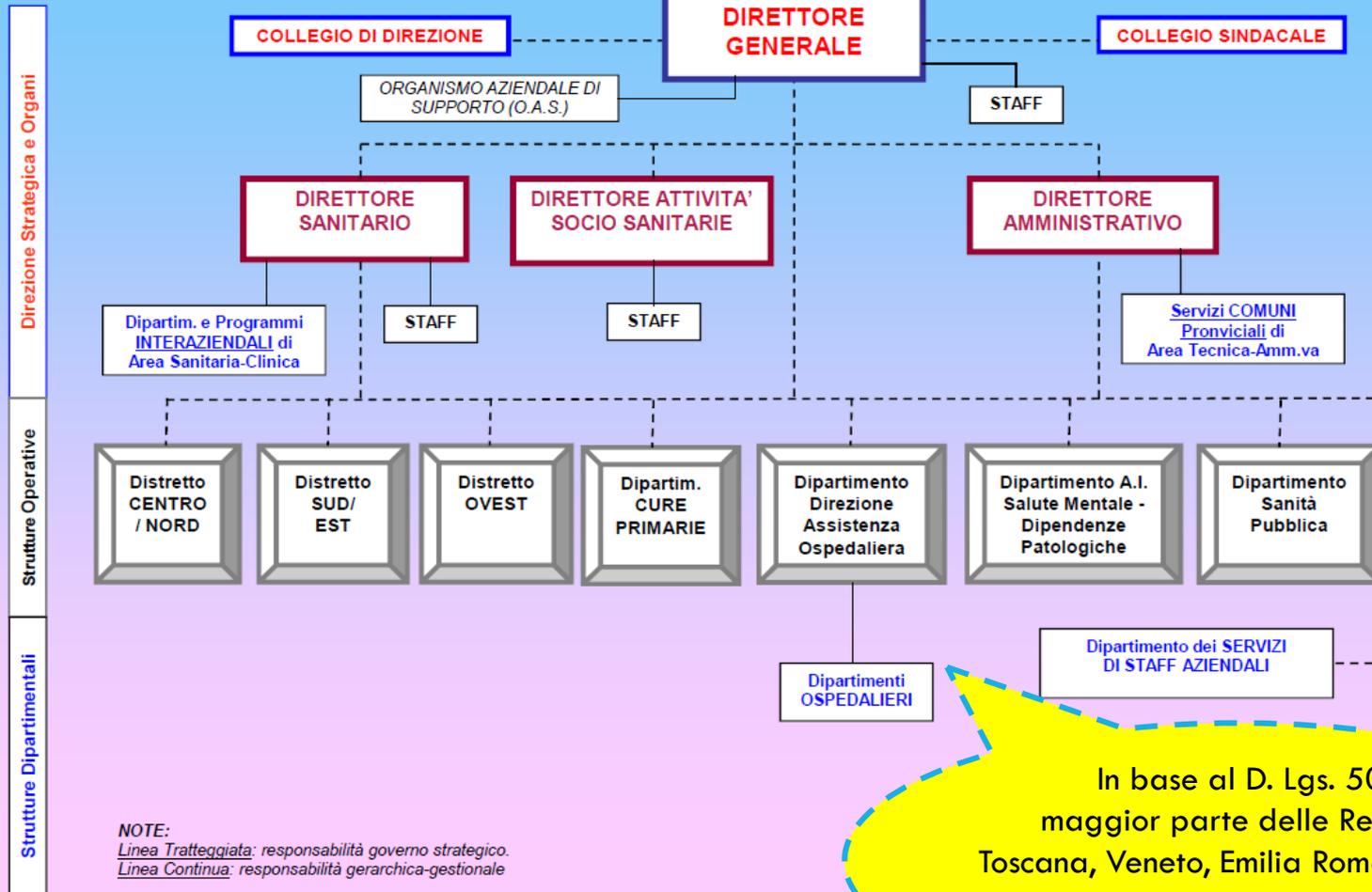
Concorre alla pianificazione e al governo delle attività cliniche, di ricerca e didattica. Viene presieduto dal direttore sanitario per alcune Regioni (tra cui la nostra), per altre dal direttore generale. Tipicamente è composto da: direttore generale, sanitario e amministrativo; direttori di Distretto; direttori sanitari e amministrativi dei presidi ospedalieri; direttori dei dipartimenti; direttori delle direzioni tecniche; direttori dei servizi farmaceutici.

L' ORGANIGRAMMA

- ⇒ Rappresenta l' articolazione aziendale
- ⇒ Non esiste un modello unico di azienda sanitaria

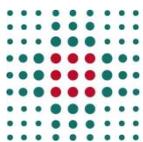
SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara

Sintesi dell'Articolazione Organizzativa dell'Azienda USL di Ferrara al 01/11/2016



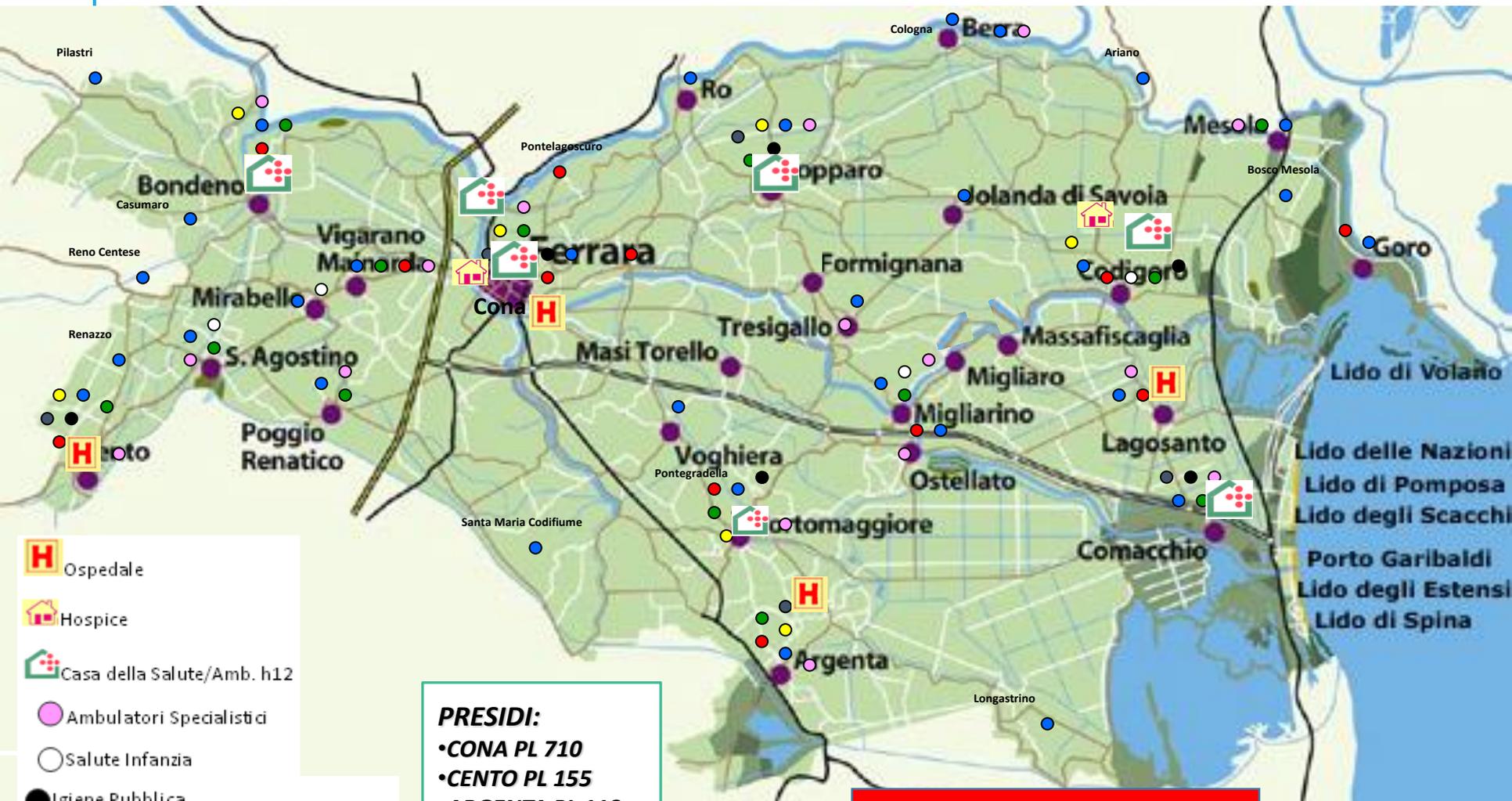
NOTE:
Linea Tratteggiata: responsabilità governo strategico.
Linea Continua: responsabilità gerarchica-gestionale

In base al D. Lgs. 502/92 la maggior parte delle Regioni (es. Toscana, Veneto, Emilia Romagna) ha adottato un'articolazione basata sui **Dipartimenti e Distretti**



IL TERRITORIO ANNO 2016

STRUTTURE DELL'AZIENDA U.S.L. E DELL'AZIENDA O.U. DI FERRARA



- Ospedale
- Hospice
- Casa della Salute/Amb. h12
- Ambulatori Specialistici
- Salute Infanzia
- Igiene Pubblica
- Salute Donna
- Punto Prelievi
- Punto Prelievi MMG
- Medicina di Gruppo

PRESIDI:

- CONA PL 710
- CENTO PL 155
- ARGENTA PL 118
- DELTA PL 221

Totale PL Pubblici
1.047

2 Os.Co.
4 Ospedali
6 Case della Salute + 2 In Sviluppo

I DISTRETTI

L'articolazione distrettuale è prerogativa delle Aziende USL

Il Distretto è il fulcro dell'assistenza territoriale, dove avviene la presa in carico dei cittadini

FUNZIONI:

- assistenza sanitaria di base (medici di medicina generale, pediatri).
- emergenza sanitaria territoriale (guardia medica)
- assistenza farmaceutica (farmaceutica convenzionata, erogazione diretta dei farmaci)
- assistenza integrativa (ass.za ai pazienti diabetici e celiaci)
- assistenza specialistica ambulatoriale (radiologia, laboratorio e visite specialistiche)
- assistenza protesica (ausili protesici, sacche, stomie, cateteri)
- assistenza termale
- assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale (ad anziani e disabili)
- assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale (in strutture)

MACRO STRUTTURA ORGANIZZATIVA

DISTRETTO

DIPARTIMENTO
CURE
PRIMARIE

NCP1

NCP2

NCPn

integrazione

Dipartimento di
Salute Mentale e
Dipendenze
Patologiche

Dipartimento di
Sanità Pubblica

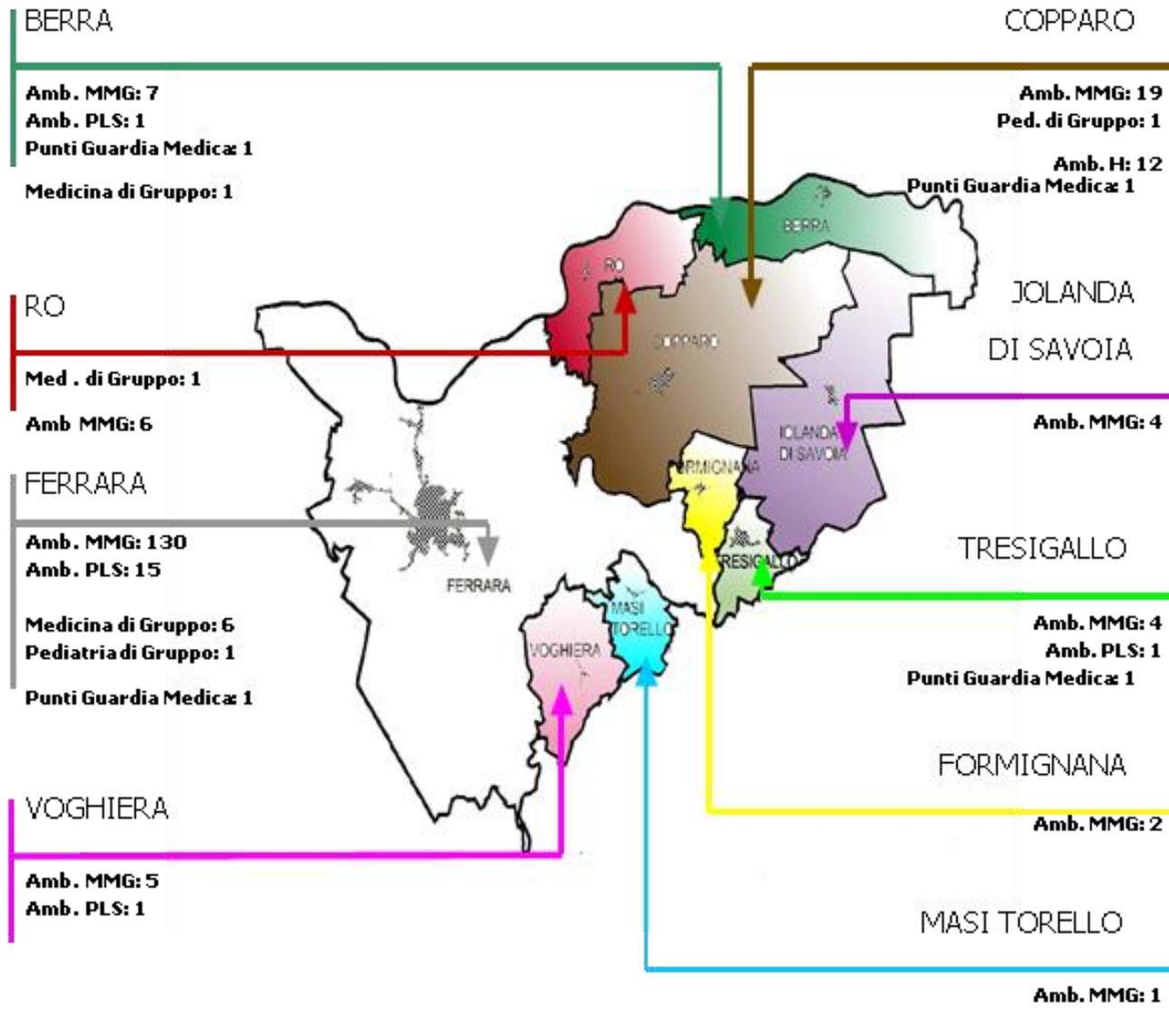
Ospedali
aziendali

Funzioni di governo e
committenza

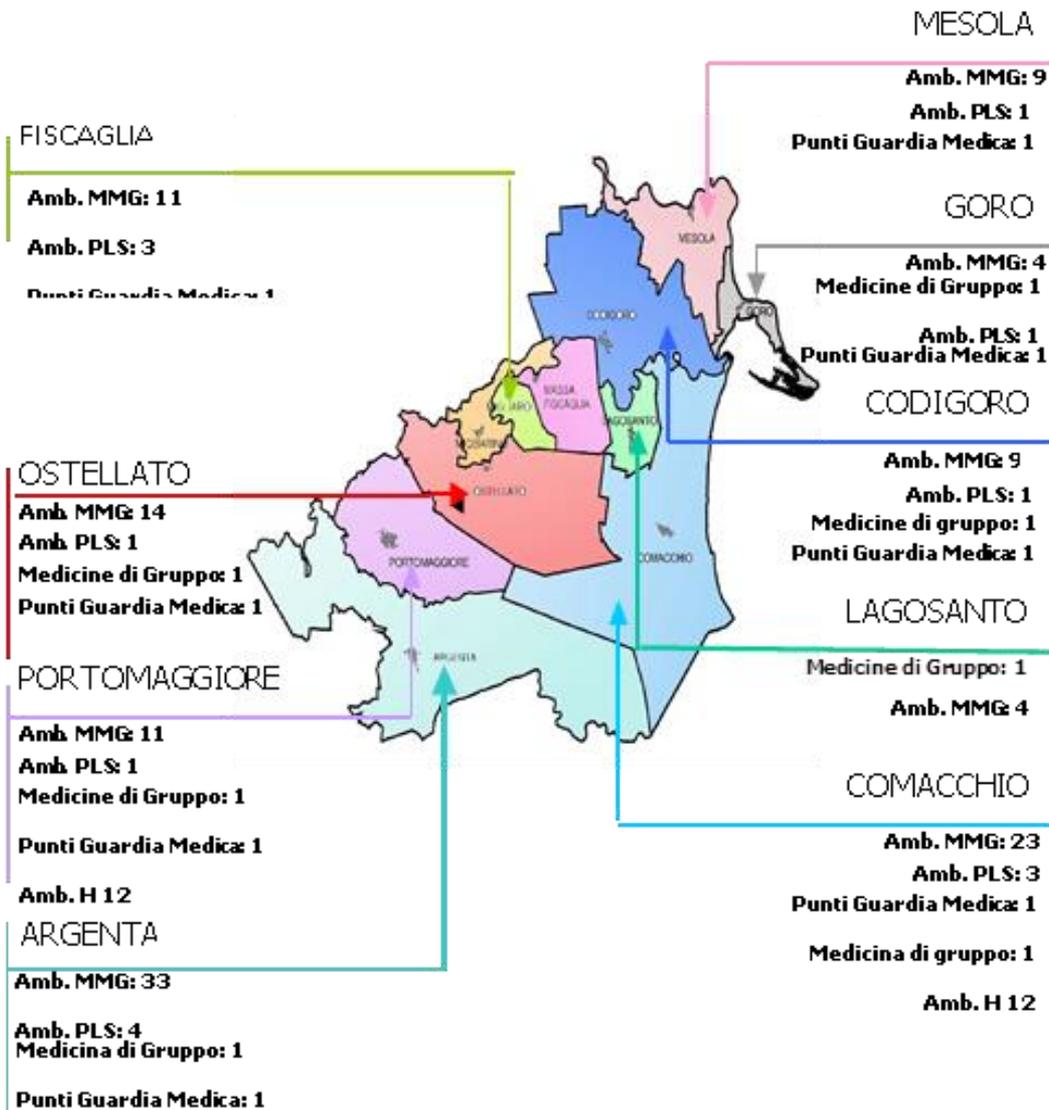
Funzioni gestione e di
produzione

Produttori esterni:
AOSP-Privato
Accreditato

DISTRETTO CENTRO NORD



DISTRETTO SUD EST



DISTRETTO OVEST

BONDENO

Amb. MMG: 22
Amb. PLS: 2
Punti Guardia Medica: 1
Medicina di Gruppo: 1

VIGARANO MAINARDA

Amb. MMG: 6
Amb. PLS: 1
Medicine di Gruppo: 1

CENTO

Amb. MMG: 26
Amb. PLS: 7
Punti Guardia Medica: 1
Medicine di Gruppo: 1

MIRABELLO

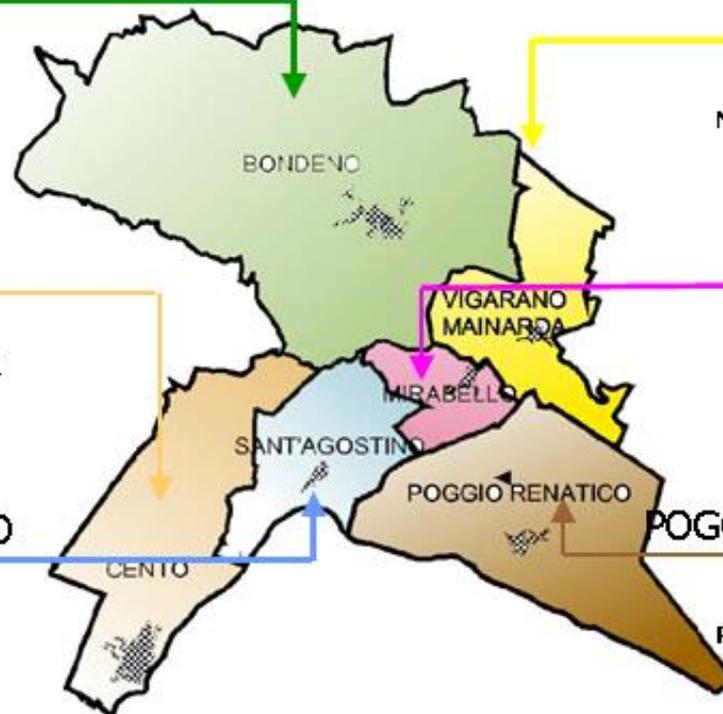
Amb. MMG: 3
Amb. PLS: 1

SANT'AGOSTINO

Amb. MMG: 7
Amb. PLS: 2

POGGIORENATICO

Amb. MMG: 8
Amb. PLS: 2
Punti Guardia Medica: 1



CAMBIO DI PARADIGMA

ACUTE CARE

Intensività assistenziale
“*Technology-intensive*”

Orientato alla produzione
di prestazioni

Paradigma dell'attesa

Presidia
soprattutto l'efficienza

Tende all'accentramento
(Economie di scala)

Punta all'eccellenza

PRIMARY CARE

Estensività assistenziale
“*Labor-intensive*”

Orientato alla gestione
di processi assistenziali

Paradigma dell'iniziativa

Presidia
soprattutto l'efficacia

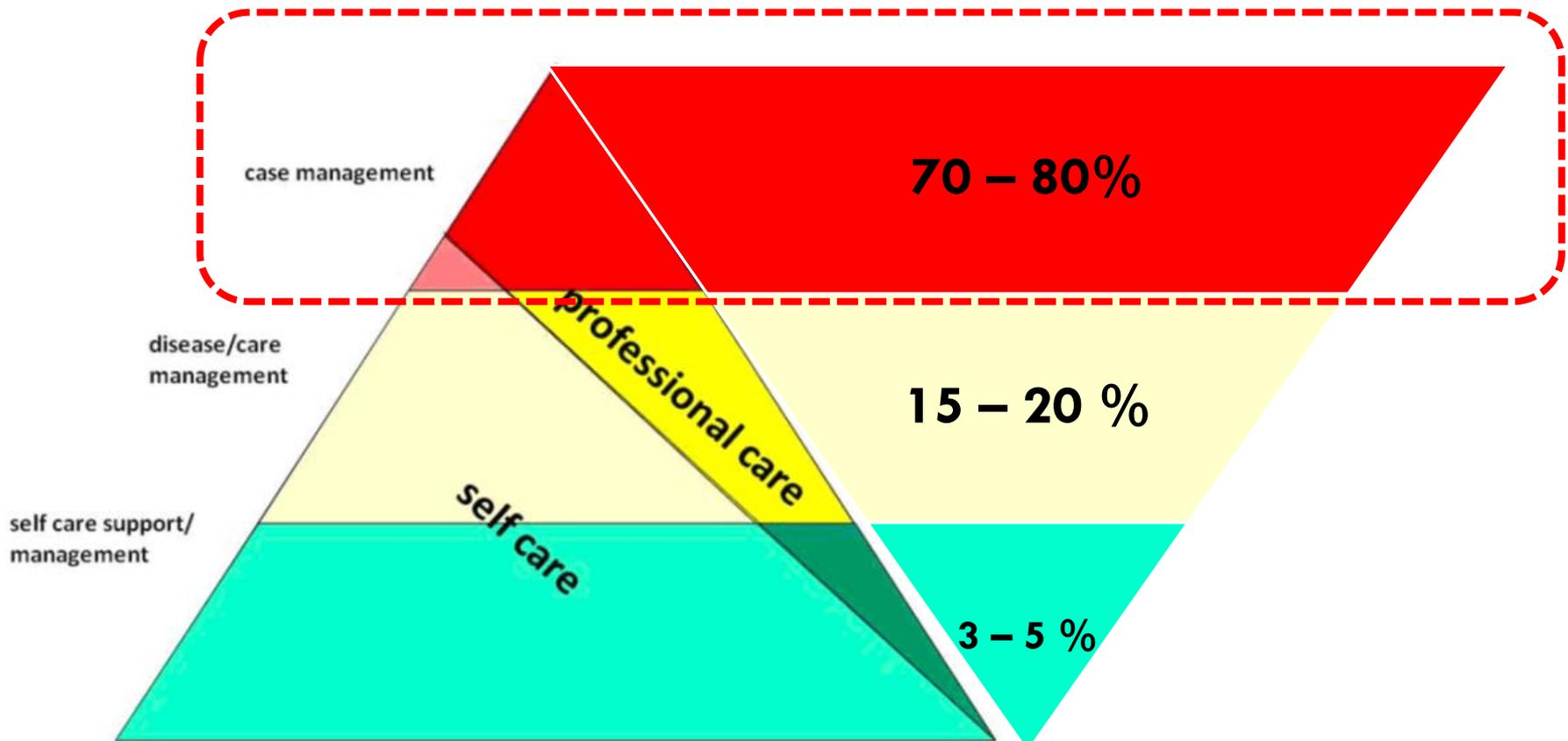
Tende al decentramento
(Partecipazione)

Punta all'equità

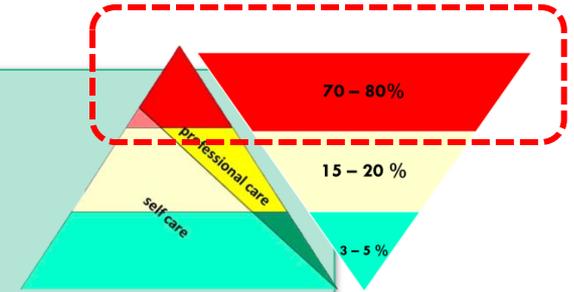
ORIENTARE IL SISTEMA A GESTIRE LE CRONICITÀ

Disease Management delle Malattie Croniche e Continuità delle Cure

... e relativi costi...



Il 3,5 % degli assistiti produce circa i due terzi dei ricoveri in reparti per acuti di area medica ed un terzo degli accessi al pronto soccorso ed ha un rischio di ospedalizzazione pari ad oltre cinque volte il rischio della popolazione generale



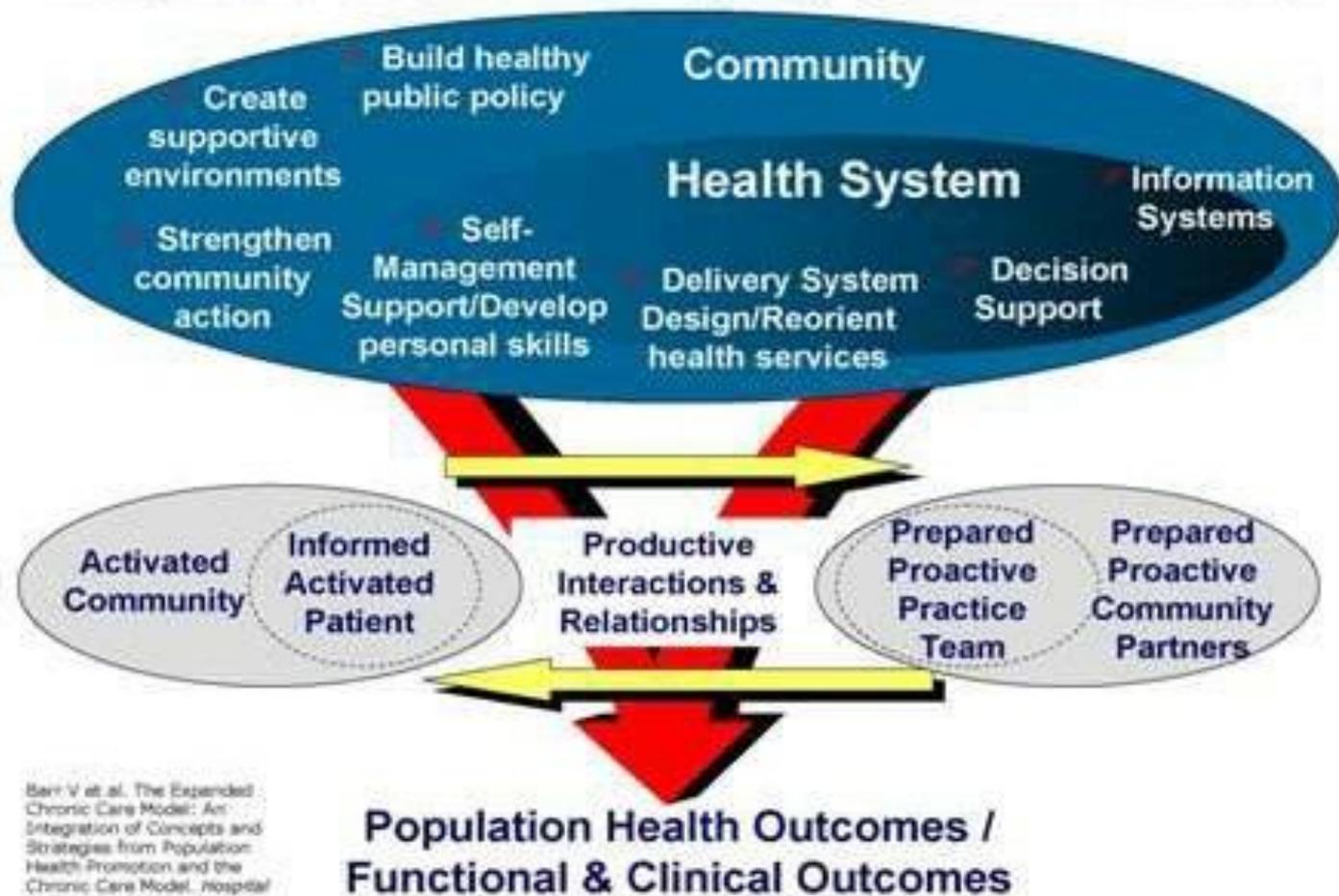
Modificare la traiettoria di salute dei cittadini con malattia cronica ridisegnando i percorsi di cura e integrando le competenze

**Dal Disease-Focused Care...
...al Person-Focused Care**

sanità/medicina d'iniziativa

- Modello assistenziale di gestione delle **patologie croniche**
- Si ispira al Chronic Care Model (CCM)
- Si basa sulla presa in carico “**proattiva**” dei pazienti: intervenire, quando possibile, prima dell’insorgere della malattia e/o gestirla in modo tale da **rallentarne il decorso e limitarne le riacutizzazioni e le complicanze**, garantendo al paziente interventi adeguati e differenziati in rapporto al **livello di rischio**
- Affida l’attuazione degli interventi clinici ad un **team multiprofessionale**: medici di medicina generale, infermieri ed operatori socio-sanitari, supportati, di volta in volta, da ulteriori figure professionali, a seconda delle esigenze di diagnosi, cura ed assistenza connesse a **specifici percorsi definiti**. Es. percorsi ad hoc per patologie quali scompenso, diabete, ipertensione, broncopneumopatia cronica ostruttiva

Chronic Care Model



Barr V et al. The Expanded Chronic Care Model: An Integration of Concepts and Strategies from Population Health Promotion and the Chronic Care Model. *Hospital Quarterly* 2003;7(1):73-82

ELEMENTI FONDANTI DEL MODELLO CCM

1. Promozione di alleanze e cooperazioni

- Individuare altre strutture (sociali, di volontariato, ecc) attive nel territorio nel predisporre programmi dedicati alle cronicità
- Avviare tutte le forme di collaborazione possibili

2. Sistema Assistenziale dedicato

- Gestito e organizzato con una forte, concreta e motivata finalizzazione

3. Promozione del Self Management

- Rendere i pazienti consapevoli della malattia e condividere con loro la responsabilità della propria salute

4. Organizzazione dei team assistenziali

- Passare dal rapporto “paziente – medico” a quello “paziente -team”.
- Team assistenziale che comprende professionisti del “primary care” e specialisti

5. Costante riferimento alla migliore evidenza scientifica

- I trattamenti devono essere costantemente uniformati alla migliore evidenza scientifica al momento disponibile (Linee Guida, protocolli, consulenze specialistiche, ecc)

6. Finalizzazione del Sistema Informativo

- Fornire dati clinici, informazioni sulla migliore evidenza disponibile, Linee Guida evidence-based, standard di riferimento
- Reminders per i pazienti e per i curanti
- Registri di patologia “population-based”

EXPANDED CHRONIC CARE MODEL

- *Mira sia alla prevenzione che al miglioramento della gestione delle malattie croniche in ogni loro stadio*
- *Riguarda tutti i livelli del sistema sanitario e si attua ad ulteriore integrazione dei paradigmi organizzativi*
- *Caratterizzato da una combinazione di elementi che consente l'interazione efficace tra un paziente reso esperto con un team assistenziale multiprofessionale*

Il singolo paziente viene calato nella più ampia dimensione della comunità, dove gli aspetti clinici considerati dal medico di famiglia sono integrati da quelli di sanità pubblica, quali la prevenzione primaria collettiva e l'attenzione ai determinanti di salute

Fonte: delibera regione Toscana 894/2008

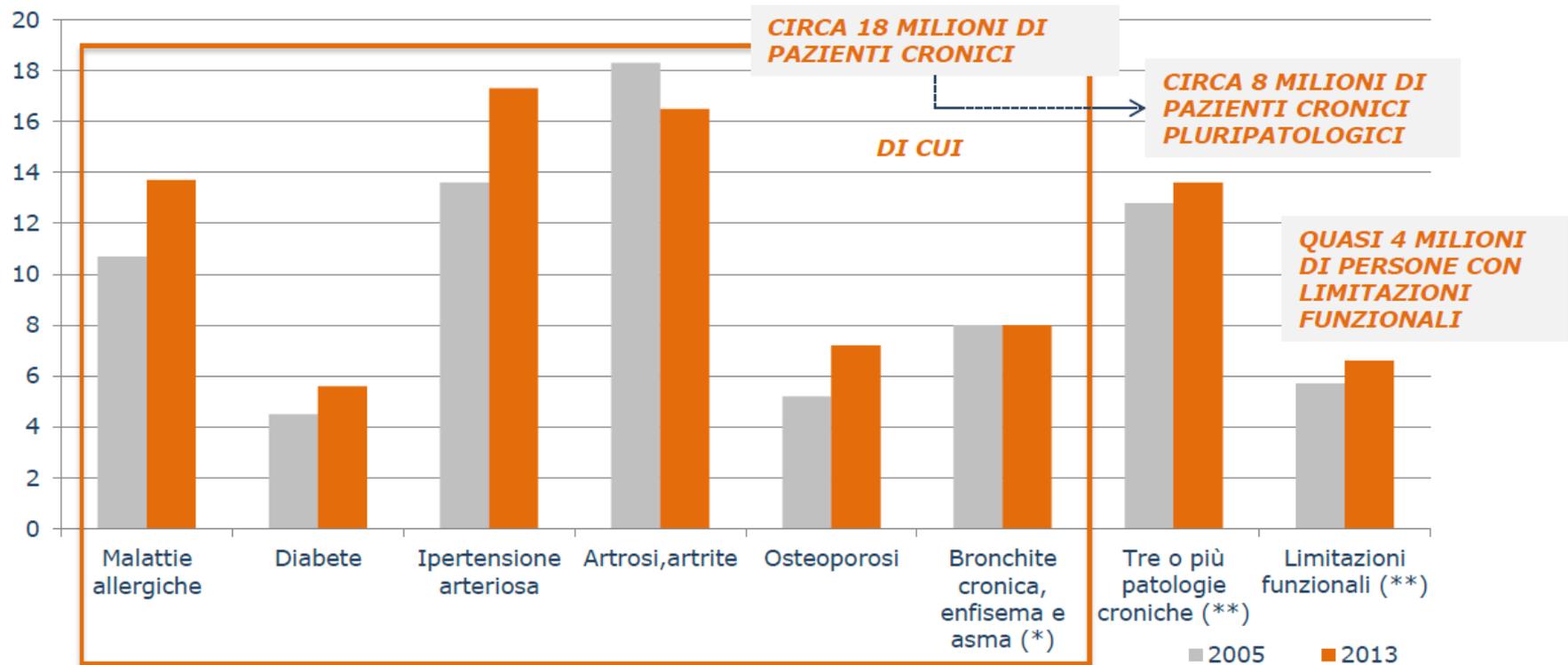
LA NUOVA MAPPA DEI SERVIZI



Trasformazione geografia dei servizi e accesso unitario

#1 SEGMENTAZIONE PAZIENTI

Persone che dichiarano cronicità o limitazioni funzionali, su 100 intervistati (2005;2013)



Fonte: Elaborazioni OASI su dati ISTAT, "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 2013".

(*) L'asma è dichiarata da 3,5 intervistati su 100 nel 2005 e 4,2 nel 2013, mentre bronchite e enfisema passano da 4,5 a 3,8.

(**) Tassi standardizzati su 100 intervistati. Tra le limitazioni funzionali sono comprese quelle alla vista, all'udito, alla parola, alle funzioni quotidiane, al movimento; confinamento. Gli intervistati sulle limitazioni funzionali hanno almeno 25 anni



I NUOVI ASSETTI ORGANIZZATIVI

Case della salute

- Prevenire e intercettare i bisogni, prendere in carico

Domiciliarità

- Cronicità, riacutizzazione, riabilitazione e terminalità

Ospedali di comunità

- Cronicità e long term care

Ospedali in rete

- Concentrare la complessità *HUB* e
- Garantire la prossimità al domicilio *SPOKE*

Reti cliniche

- Creare integrazione tra ospedale e territorio

2012

Posti Letto

- 5,1% per mille ab

7 Ospedali

- AOSPU (Cona)
- Cento
- Delta
- Argenta
- Bondeno
- Copparo
- Comacchio

Case della Salute

- 7 In programmazione

2016

Posti Letto

- 3,7% per mille ab

4 Ospedali

- AOSPU (Cona)
- Cento
- Delta
- Argenta

Case della Salute

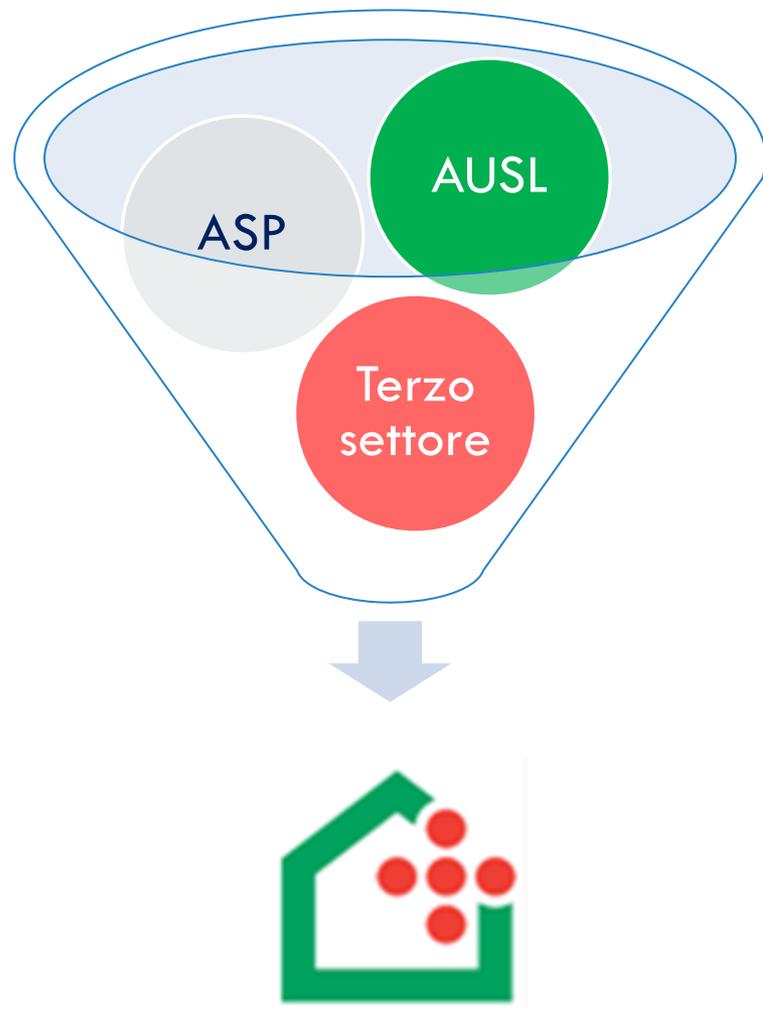
- **6** Funzionanti: Cittadella S. Rocco, Pontelagoscuro, Copparo, Comacchio, Portomaggiore/Ostellato, Codigoro
- **2** In programmazione: Bondeno, Casa della Salute Interprovinciale (Pieve di Cento)



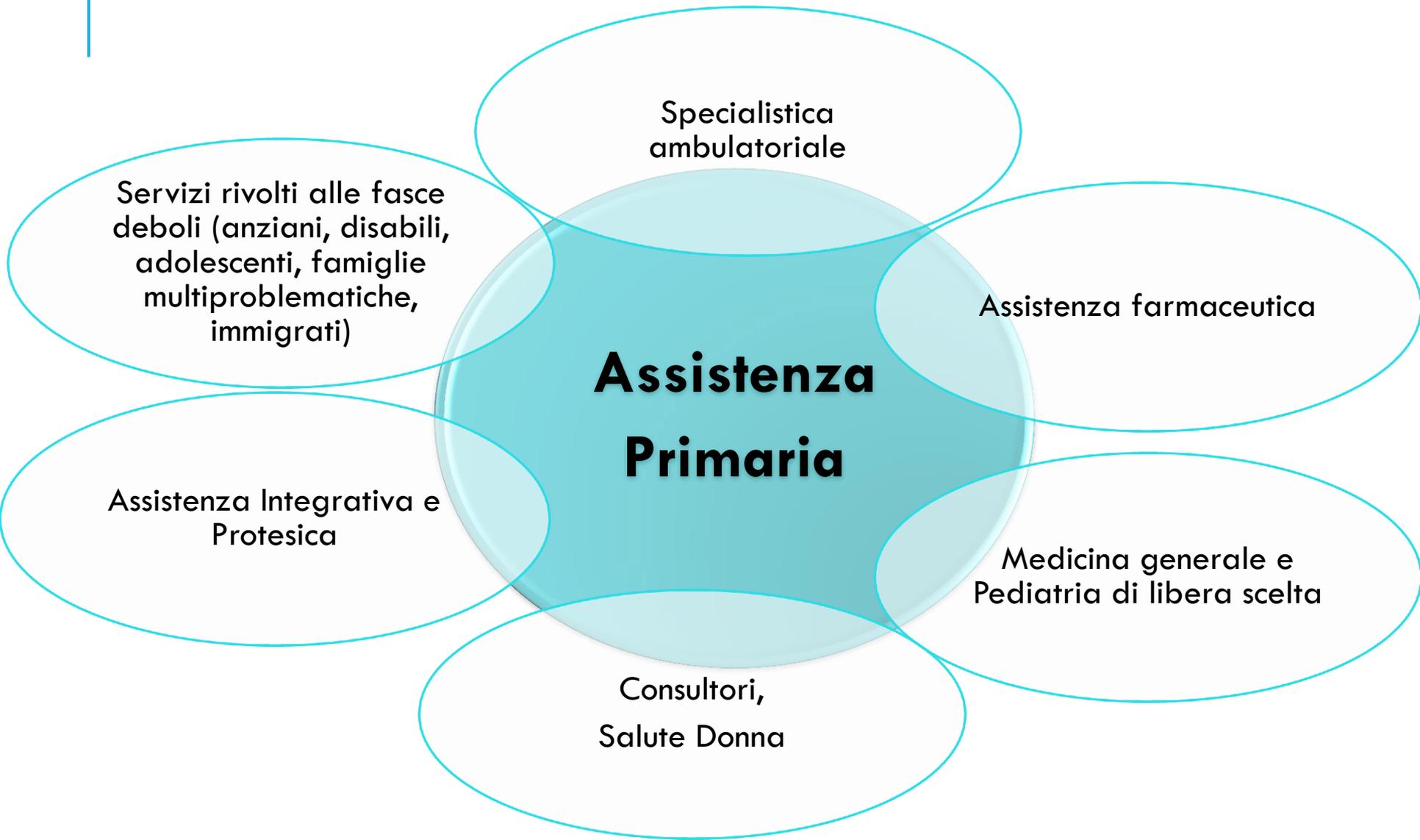
LA CASA DELLA SALUTE

CHE COS'È ... COSA NON È

- Rappresenta la sede principale dell'assistenza primaria, la struttura organizzativa in cui viene garantita la presa in carico
- È un contesto nel quale realizzare interventi di prevenzione, diagnosi e cura con il contributo dei cittadini, del terzo settore, dell'ASP
- La Casa della salute impegna team multidisciplinari...
ma NON è un poliambulatorio
- È in stretto collegamento con l'ospedale...
ma NON è al suo servizio



AMBITI DI CURA



Specialistica
ambulatoriale

Servizi rivolti alle fasce
deboli (anziani, disabili,
adolescenti, famiglie
multiproblematiche,
immigrati)

Assistenza farmaceutica

**Assistenza
Primaria**

Medicina generale e
Pediatria di libera scelta

Assistenza Integrativa e
Protesica

Consultori,
Salute Donna

DIMENSIONI DIVERSE



- Piccola
- Media
- Grande

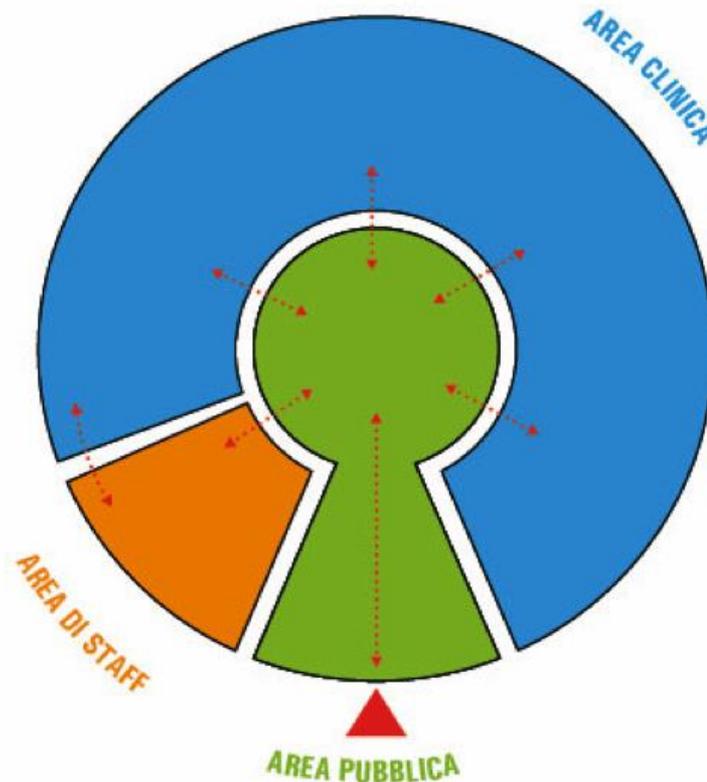


LE AREE



Area Staff

Direzionale
Area Amm.
Relax
Spogliatoio
Aule
Sale Riunioni
Volontariato



Area Clinica:

Ambulatori
Day Service
Punto Prelievi
MFR
ADI
Consultorio
Prot./Int.
Salute Mentale
SERT
Medicina Legale

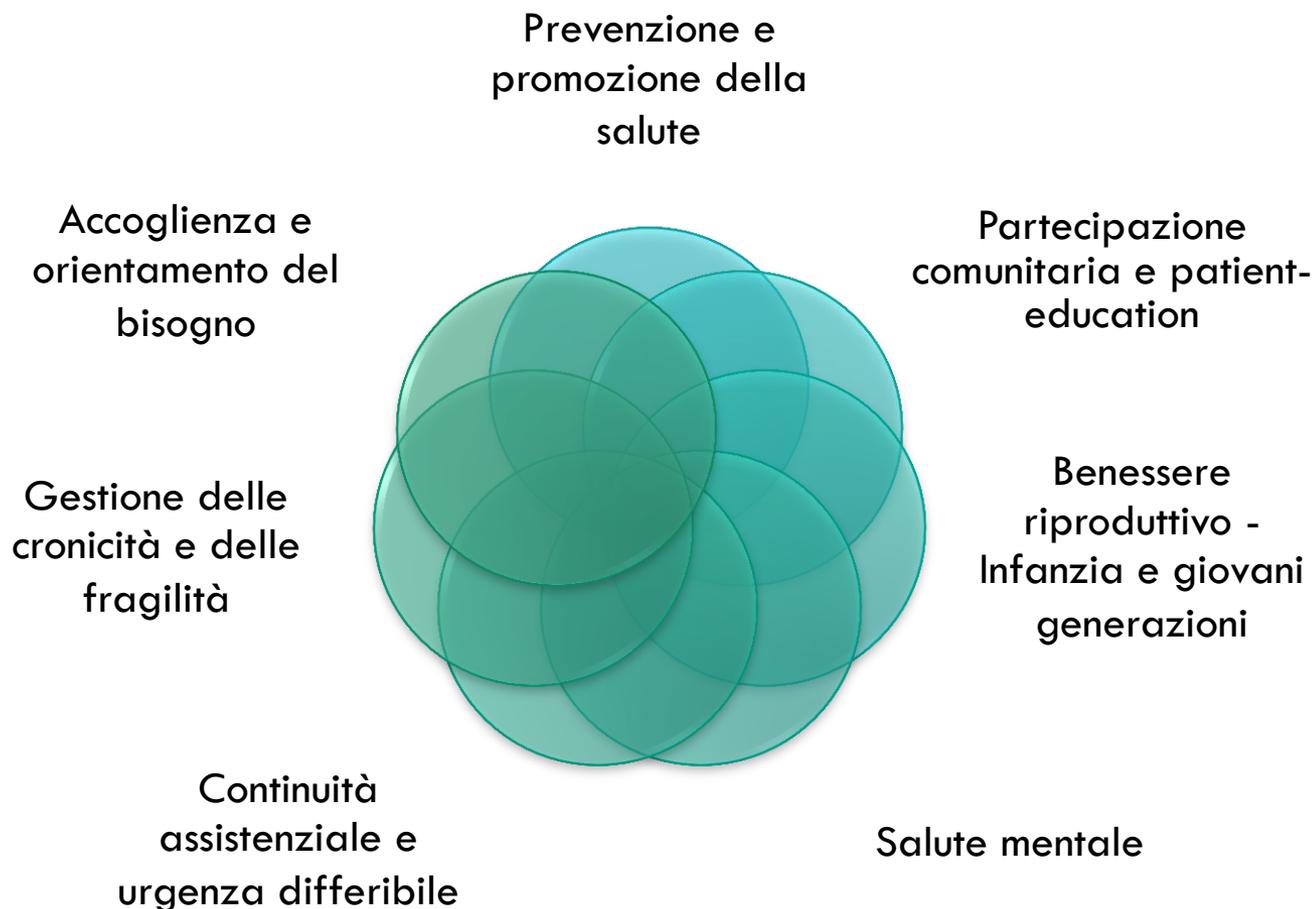
Area Pubblica

Ingresso – Area Attesa – Informazioni/CUP - Ristoro



		Cittadella S. Rocco	Terre e fiumi (Copparo)	Comacchi o	Portoma ggioire/O stellato	Codigoro	Pontelag oscuo
SERVIZI SOCIO SANITARI	Coordinamento Assistenza Domiciliare	X	X	X	X	X	
	UVM Anziani e Disabili	X	X	X	X	X	X
	Struttura residenziale Anziani				X	X	
	Struttura residenziale Disabili						
	Centro Diurno Anziani						
	Centro Diurno Disabili						
SERVIZI SOCIALI	Presenza programmata assistente sociale		X	X	X		
	Presenza fissa assistente sociale	X	X			X	X
ULTERIORI SERVIZI/ATTIVITÀ	OsCO		X	X			
	Progetto "nati per leggere", sostegno alla genitorialità		X				
	Raccolta campioni screening						X
	Ambulatorio Cure Palliative	X				X	
	Hospice					X	

LA DEFINIZIONE DEI SERVIZI DELLE CASE DELLA SALUTE



L' ASSOCIAZIONISMO MEDICO



	SEDE	NUMERO MEDICI	COLLABORAZIONE	INFORMATIZZAZIONE
MEDICINA IN ASSOCIAZIONE	Studi distribuiti sul territorio del distretto e non vincolati a sede unica	Da un minimo di 3 a un massimo di 10 (tranne casi particolari)	Condivisione di linee guida diagnostico terapeutiche per le patologie di più alta prevalenza	<ol style="list-style-type: none"> 1) collegamento tra sistemi informatici per l'accesso alle informazioni relative agli assistiti di tutti i componenti 2) collegamento con i centri di prenotazione ed eventuale trasmissione dei dati epidemiologici o prescrittivi, in base agli accordi regionali e/o aziendali, nonché per la realizzazione di momenti di revisione della qualità e della appropriatezza prescrittiva e per la promozione di comportamenti prescrittivi uniformi
MEDICINA IN RETE			Gestione della scheda sanitaria individuale su supporto informatico mediante software tra loro compatibili	
MEDICINA DI GRUPPO	Sede unica articolata in più studi medici. I medici possono operare in altri studi, ma in orari aggiuntivi rispetto a quelli della sede principale	non inferiore a 3 e non superiore a 8	<ul style="list-style-type: none"> • Condivisione di tecnologie e strumentario, anche in ambienti condivisi • Personale di segreteria o infermieristico comune • Gestione della scheda sanitaria informatizzata • Collegamento in rete 	

NUCLEI DI CURE PRIMARIE: articolazioni organizzative del dipartimento di cure primarie, composte da 1 o più gruppi di medici (...e altri professionisti)

ASSISTENZA DOMICILIARE

Professionisti:

- assistenza primaria
- assistenza specialistica
- servizi sociali

Tre livelli di complessità:

(Bassa, Media, Alta)

Più
attenzione
alla persona
che al
singolo
problema



CURE INTERMEDIE

“Gamma di Servizi Integrati volti a promuovere una più rapida guarigione, prevenire i ricoveri non necessari, fornire assistenza nei casi di dimissioni tempestive e favorire l’autosufficienza”

DH, National Service Framework for older people Intermediate Care: Moving Forward. 2002

STRUTTURE ORGANIZZATIVE di assistenza accreditate come “**sanitarie**” (spazi ospedalieri non dedicati al trattamento dei pazienti critici, RSA riorganizzate e accreditate per l’assistenza sanitaria, “Case di Cura” convenzionate, strutture di nuova costruzione)

OBIETTIVO:

1. Riduzione della “low care” ospedaliera
2. Contenimento degli accessi al Pronto Soccorso



Regione Toscana

Delibera 1235/2012

CURE INTERMEDIE: TIPOLOGIA PAZIENTI

1. Dimessi dall'ospedale in corso di stabilizzazione clinica, condizioni meno complesse con necessità prevalentemente di cure infermieristiche, non tanto gravi da richiedere le risorse di un Ospedale (anche se per Intensità di Cure) e ancora non sufficientemente stabilizzati per vivere al proprio domicilio



- ❖ MMG
- ❖ Referente Struttura
- ❖ UVM (dimissioni protette)



2. Soggetti di provenienza territoriale, inviati dal MMG con riacutizzazione di cronicità, che possono evitare l'ospedalizzazione con l'applicazione delle cure possibili nei setting assistenziali "intermedi"



- ❖ MMG
- ❖ Referente Struttura
- ❖ Coordinatore infermieristico



GLI OSPEDALI DI COMUNITÀ (OSCO)

COSA ⇒ Degenza a gestione infermieristica, con responsabilità clinica del MMG

⇒ **Struttura intermedia** tra Ospedale tradizionale e servizi territoriali

PER CHI ⇒ Destinata alle fasce più deboli della popolazione

QUANDO ⇒ Nella fase post acuta di dimissione dall'ospedale, oppure in fase di riacutizzazione di malattie croniche che non necessitano di terapie intensive o di diagnostica a elevata tecnologia e che non possono, per motivi sia di natura clinica che sociale, essere adeguatamente trattati a domicilio

DOVE ⇒ Le unità di ricovero OsCo della provincia di Ferrara:

- 20 posti letto presso la Casa della Salute di Copparo
- 20 posti letto presso la Casa della Salute di Comacchio

I posti letto sono 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 il coordinatore infermieristico e con i Medici di Medicina Generale

LE RETI IN SANITÀ

Reti verticali

- Collegamento tra diversi livelli di cura ed assistenza, ospedale — territorio
- Il trattamento di una patologia viene riportato nell'ambito più appropriato
- L'ospedale si specializza in una sola fase

Reti orizzontali

- mette in rete attori e strutture appartenenti ad un unico livello di assistenza.
- I centri per la cura del cancro devono essere attrezzati anche per qualsiasi problema collaterale, tra cui per esempio l'anemia o le infezioni (*patient sensitive services* come la palliazione)

Reti cliniche

- composte da professionisti appartenenti a diversi livelli di cura, che lavorano in modo coordinato, superando confini e barriere poste dalle attuali configurazioni istituzionali e organizzative delle aziende sanitarie cui appartengono.

Quando le reti cliniche forniscono quel “micro-contesto” in cui si sviluppano i PDTA che “cementificano” la rete ospedaliera e l'integrazione di questa con i servizi del territorio si prospettano i cosiddetti “*managed care networks*” che hanno un “*focal point beyond health/clinical care and the whole patient to the whole person*”. (TOZZI, 2013)

LE EVIDENZE

- Accrescono i tassi di sopravvivenza
- Aumentano la qualità degli *outcome*
- Aumentano l'accessibilità, la possibilità di scelta e la tempestività del servizio.

Linee di indirizzo per la riorganizzazione della rete ospedaliera

PSR 1999-2001

- **Cardiologia interventiva e Cardiochirurgia**
- **Neuroscienze**
- **Terapia dei grandi traumi**
- **Terapia intensiva neonatale e pediatrica**
- **Oncologia**
- **Trapianto di organi e tessuti**
- **Terapia del dolore**
- **Malattie rare**
- **Emergenza territoriale**
- **Sistema delle Centrali operative 118**
- **Sistema trasfusionale**
- *Terapia delle grandi ustioni*
- *Procreazione medicalmente assistita*
- *Genetica medica*
- *Riabilitazione*
- *Diagnostica di laboratorio ad elevata complessità*
- *Centro Antiveleni*
- *Trattamenti sostitutivi artificiali dell'insufficienza renale*

DM 70/2015

- 👍 • **Rete Infarto**
- 👍 • **Rete Ictus**
- **Rete Traumatologica**
- 👍 • **Rete Neonatologia e punti nascita**
- 👍 • **Rete Oncologia**
- **Rete Trapiantologica**
- **Rete Terapia del dolore**
- **Rete Malattie rare**
- 👍 • **Rete dell'emergenza-urgenza**
- 👍 • *Rete medicine specialistiche*
- 👍 • *Rete pediatrica*

Funzioni da concentrare

- **Specifiche linee di attività del sistema trasfusionale**

IL PERCORSO NASCITA IN PROVINCIA DI FERRARA



è un percorso integrato di natura clinico assistenziale rivolto alle *donne in gravidanza per accompagnarle dalle prime settimane fino ai primi mesi di vita del nuovo nato*

- **AVVIO PERCORSO:** nei Servizi Territoriali Salute Donna del Dipartimento di Cure Primarie e negli ambulatori del Dipartimento Materno Infantile Ospedaliero
- **STRUTTURE TERRITORIALI ED OSPEDALIERE AUSL:** Assicurano il controllo della gravidanza fisiologica (a basso rischio) utilizzando protocolli di sorveglianza clinica e strumentale
- **Punto Nascita di I livello: n° parti non inferiore a 500/anno: Cento (e Delta fino al 31/1/17):** Parti fisiologici e Parti con periodo gestazionale > 36 settimane
- **CENTRO HUB** (riferimento per la provincia di II Livello: n° parti > 1000/anno): Punto Nascita dell'Azienda Ospedaliero Universitaria (AOSP) di Ferrara a Cona, per la gestione delle donne ad alto rischio

OSPEDALE E TERRITORIO: SENZA SOLUZIONE DI CONTINUITÀ

Intensive care

- Terapia intensiva con supporto delle funzioni vitali (respiratore meccanico, farmaci inotropi, ecc.)

High care

- Reparto medico ad alta intensità di cure per quadri clinici severi

Low care

- Reparto medico dedicato alla cura della post acuzie

Week- oneday- day- surgery

- Reparti organizzati per tipologia di degenza rispetto all'intervento effettuato

Day service

- Percorsi di presa in carico ambulatoriale complessa

Hospice, ADI, MMG, RSA

- Prese in carico territoriali e dimissioni protette per quadri cronici

Le strutture intermedie psichiatriche

- Le residenze protette, i gruppi appartamento, le comunità terapeutiche

TRA SOCIALE E SANITARIO

- ✓ Il ruolo del Direttore di Distretto
- ✓ La collaborazione con Sindaci e Comuni
- ✓ La disabilità e le esenzioni
- ✓ Il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (FRNA)
- ✓ L'ASP
- ✓ Il terzo settore e l'associazionismo





Identificazione
del paziente
fragile



Dimissione
protetta,
MMG,
servizi sociali



Presa in
carico
proattiva

Infermiere della fragilità/cronicità

Telemedicina



Integrazione

- MMG
- ADI
- CRA
- Setting intermedi
- Ospedale



Il quadro ferrarese

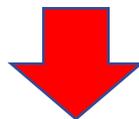
BACINO DI UTENZA estremamente ridotto (8% circa della popolazione regionale)
Popolazione in decremento variazione della popolazione residente 2016 vs 2015:
A Ferrara -0,75%, in Regione -0,05%

Basso INDICE DI NATALITÀ pari a 6,1 ‰ vs media RER 8,0 ‰
Alto Indice di Vecchiaia 244,4% vs Indice di Vecchiaia RER 175,6%

BASSA CONCENTRAZIONE DI ATTIVITÀ PRODUTTIVE
BASSO REDDITO MEDIO PRO-CAPITE pari a 19.260 € vs media RER 22.350€

RESPONSABILI DEL 66% CIRCA DEI DECESSI: malattie del sistema circolatorio (tasso std mort. FE 344,6 RER 317,1) seguite dai tumori (tasso std mort. FE 294,8 RER 286,9).

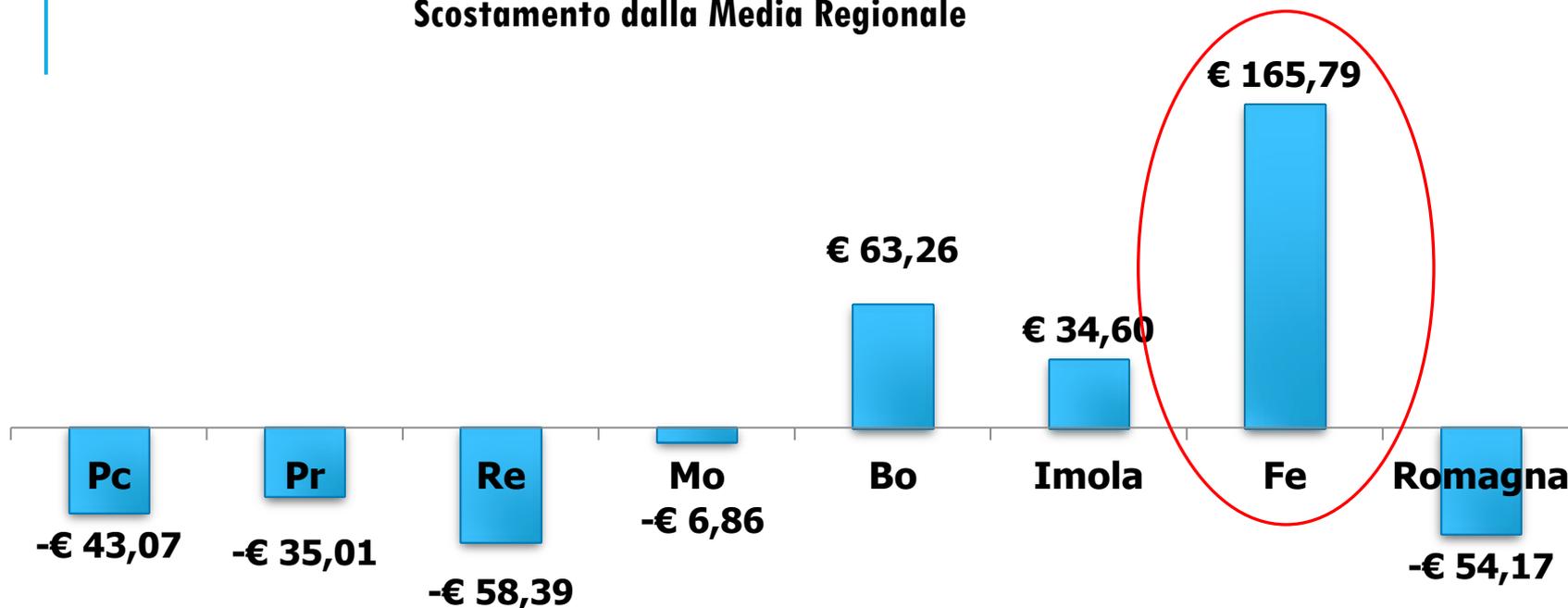
INDICI STANDARDIZZATI DI CONSUMO SPECIALISTICA SUPERIORI ALLA MEDIA RER
(1579 x mille FE – 1406 x mille RER)



Dilatazione delle diseguaglianze di salute
Incremento della cronicità e della fragilità a carico dei servizi sanitari

COSTO PROCAPITE

Scostamento dalla Media Regionale



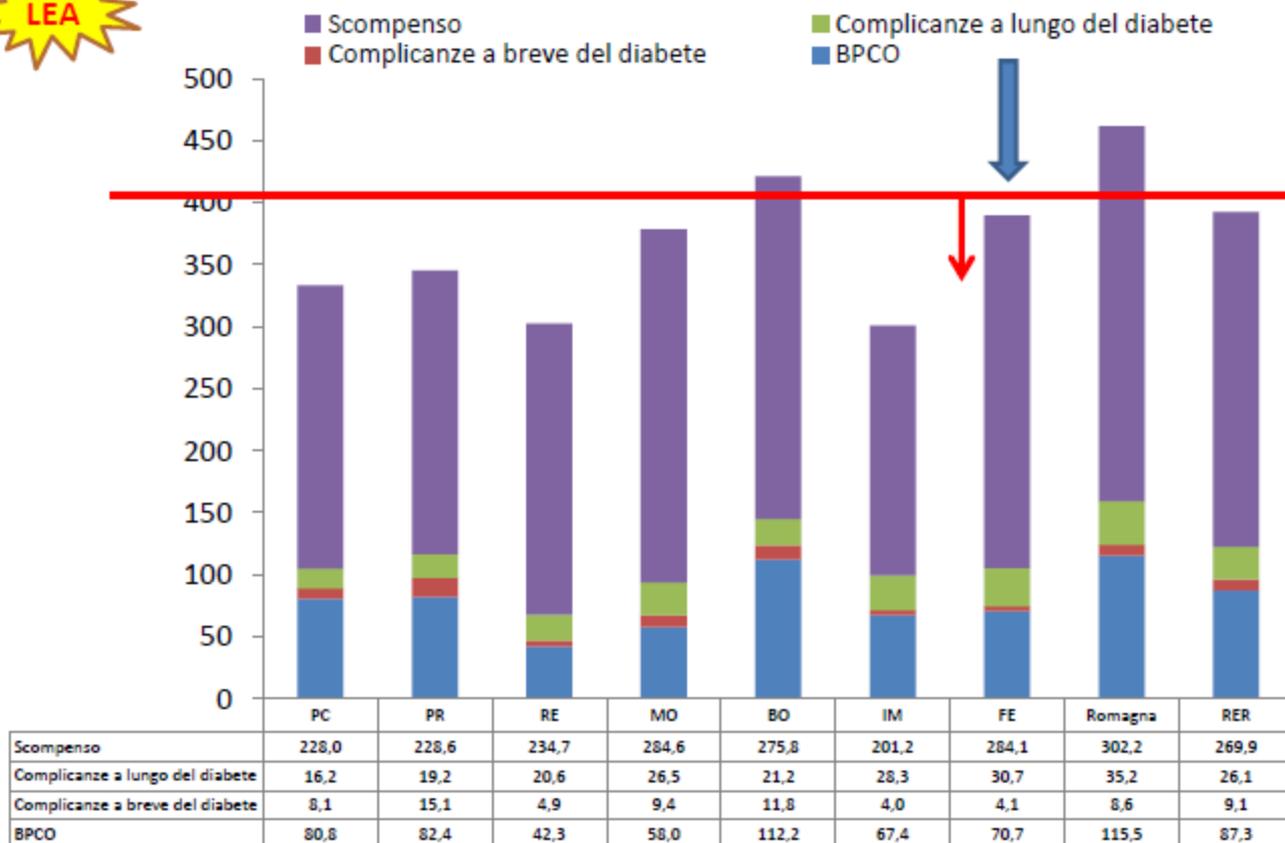
Costo Procapite Regionale € 1.823,12

Costo Procapite Ferrara € 1.988,91

Base Dati anno 2014

	Azienda USL	Regione	Var. %	Var. €
Spesa totale	1.989,14	1.823,12	9,11	166,02
Assistenza distrettuale	1.122,05	1.058,59	5,99	63,46
Assistenza ospedaliera	795,66	710,40	12,00	85,26
Igiene pubblica	69,85	54,13	29,04	15,72
Assistenza specialistica	376,75	324,87	15,97	51,88
MMG	100,72	99,58	1,14	1,14
Accordo locale	6,99	5,41	29,21	1,58
Accordo regionale	20,16	20,25	-0,44	-0,09
PLS	160,83	163,56	-1,67	-2,73
Accordo locale	0,02	1,74	-98,85	-1,72
Accordo regionale	28,00	28,28	-0,99	-0,28

Tasso ospedalizzazione BPCO, scompenso e complicanze del diabete – 2015



Standard 2015: <= 409 per 100.0000 – è stata considerata la mobilità passiva del 2013

IL MODELLO FERRARESE AMBITI DI COOPERAZIONE



PRINCIPI SANCITI NELL' ACCORDO:

- ⇒ **Mission ben distinte:** ogni azienda conserva obiettivi e ruoli specifici
- ⇒ **Mantenimento dell' identità** sui territori, per esigenze definite che vengono rispettate
- ⇒ **Condivisione della vision e della strategia da parte dei DG**, con la declinazione di obiettivi trasversali comuni
- ⇒ **Il cittadino vede che i processi funzionano**, senza percepire i cambiamenti interni
- ⇒ **Far lavorare i professionisti fianco a fianco:** collaborazione tra medici ospedalieri, territoriali e MMG
- ⇒ **Superare i vincoli amministrativi e contrattuali.**

GLI OBIETTIVI DEI MODELLI INNOVATIVI

Ridisegnare sistemi sanitari “patient centered”
per fornire cure sicure, efficaci, tempestive ed accessibili
sia in ambito pubblico che privato

The delivery of care continues to be fragmented into different silos of providers and settings of care.

Patient handoffs among these silos are rarely smooth, and the care delivered is often redundant.



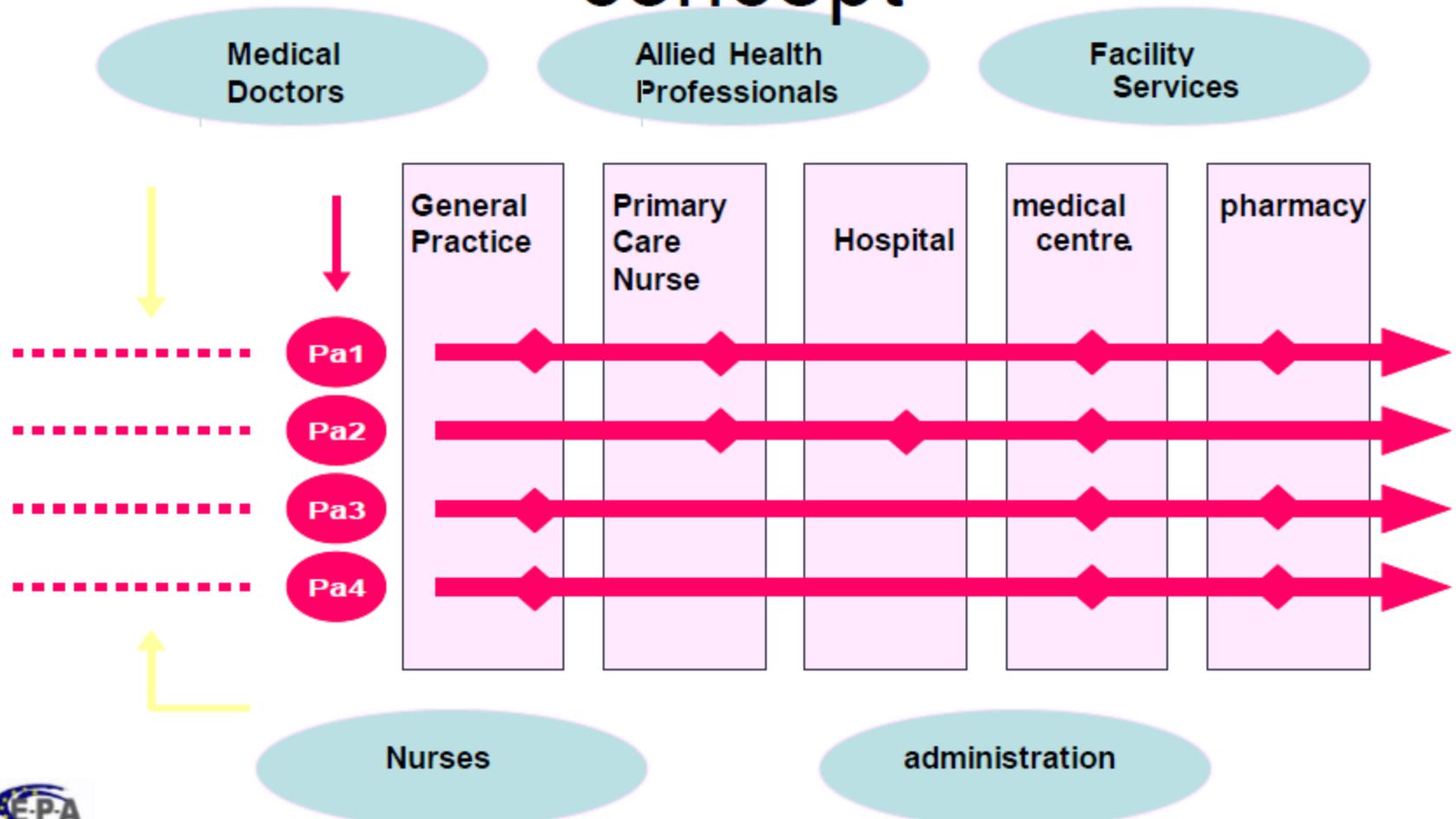
LABORATORIO DI RICERCA FIASO- BOCCONI



In Italia l'integrazione professionale e la continuità delle cure non sono correlati al modello organizzativo adottato, ma crescono proporzionalmente alla gravità della patologia trattata.

<http://www.fiaso.net> - giugno 2009

Pathways as a patient focused concept



EFFETTI DELLA COOPERAZIONE

The background of the slide features a network diagram. It consists of numerous yellow, stylized human figures standing on circular grey nodes. These nodes are interconnected by a series of dashed grey lines, forming a complex web that represents a network or a system of cooperation. The overall aesthetic is clean and modern, with a light grey background.

- ⇒ **Condivisione dei «saperi» e della tecnologia** nei nodi territoriali (case della salute, OSCO,...)
- ⇒ **Efficacia ed appropriatezza:** consentendo attività universitaria anche presso gli ospedali spoke, si può promuovere l'innovazione e l'aggiornamento continui, migliorando così anche l'appropriatezza clinica e organizzativa della casistica trattata. Possono essere definiti percorso e ambiti di competenza, in base alla complessità dei pazienti, che beneficeranno di una continuità di presa in carico con i servizi del territorio
- ⇒ **Efficientamento:** possono essere agite economie di scala grazie alla definizione della nuova geografia dei servizi
- ⇒ **Miglioramento dell'Indice di performance dei tempi di attesa** con un risultato dal 33% al 99% per prime visite e prestazioni diagnostiche critiche

COSA CI OCCORRE ?

INTEGRAZIONE A TUTTI I LIVELLI

Passare dal concetto di “prestazione” a quello di “presa in carico”

Contaminazione tra i professionisti e tra i diversi setting assistenziali (nel rispetto dei ruoli e delle competenze)

Ridefinizione dei processi di cura e dei relativi flussi informativi

Superare le frammentazioni e potenziare il coordinamento tra i servizi ospedalieri e territoriali

Condividere vision, responsabilità e linguaggi

Sviluppare una conoscenza reciproca

PER COSTRUIRE UNA RETE STRUTTURATA SULL'ASSE DEI BISOGNI SANITARI E SOCIO-SANITARI METTENDO AL CENTRO LA PERSONA

Obiettivo che non deve discendere da un obbligo normativo o vincolo istituzionale, quanto piuttosto nascere dalla piena consapevolezza della sua necessità come **strumento per conseguire efficacia di risultato**

