

SAVIGLIANO - PALAZZO LONGIS - VIA TORRE DEI CAVALLI 5
SANITÀ PIEMONTESE
PARLIAMONE SERIAMENTE!

INSIEME PER LA SANITÀ PUBBLICA!

www.stoplisteattesa.it

Intervento del dott. Enrico FERRERI

PNRR e assistenza sanitaria territoriale: le strutture

- 1288 case di comunità che potranno utilizzare sia strutture già esistenti che nuove. La c.d.c. consente di potenziare di riorganizzare i servizi offerti nel territorio migliorandone la qualità diventerà lo strumento attraverso cui coordinare tutti i servizi offerti , in particolare ai malati cronici. La c.d.c. sarà una struttura fisica in cui opererà un team multidisciplinare di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, infermieri di comunità, altri professionisti della salute e assistenti sociali.
- 602 centrali operative territoriali, una in ogni distretto, con la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza.
- 381 ospedali di comunità. La relativa operatività in termini di risorse umane sarà garantita nell'ambito delle risorse vigenti per le quali è stato previsto un incremento strutturale delle dotazioni di personale.

Casa di Comunità

- La C.d.C. è il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria , socio-sanitaria a valenza sanitaria e il modello organizzativo o dell'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento. Nella C.d.C. lavorano in modalità integrata e multidisciplinare tutti i professionisti per la progettazione ed erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale anche al fine di definire gli ambiti delle competenze del S.S.N. da un lato e dei comuni dall'altro, mediante l'impiego delle risorse umane e strumentali di rispettiva competenza disponibili a legislazione vigente.
- Standard:
 - C.d.C. Hub ogni 40-50.000 abitanti
 - C.d.C. spoke e ambulatori di MMG e PLS tenendo conto delle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio al fine di favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree interne e rurali, nel pieno rispetto del principio di prossimità. Tutte le aggregazioni dei MMG e PLS sono ricomprese nella C.d. C. avendone in esse la sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente, alle C.d. C. accederanno anche gli specialisti ambulatoriali.
 - Standard di personale per una C.d. C. hub: 7-11 infermieri, 1 assistente sociale, 5-8 unità di personale di supporto (socio-sanitario, amministrativo)

Centrale operativa territoriale

- La C.O.T. è un modello organizzativo è operativa 7 gg su 7.
- Standard:
 - Una C.O.T. ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale.
 - Standard di personale: 1 Coordinatore infermieristico, 3-5 infermieri, 1-2 unità di personale di supporto.

Ospedale di Comunità

- È una struttura sanitaria di ricovero dell'assistenza territoriale con 20 posti letto che svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero per evitare ricoveri ospedalieri impropri e favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni socio-sanitari, di stabilizzazione clinica , di recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al domicilio.
- Standard:
 - Un ospedale di comunità dotato di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti
 - 0,2 posti letto per 1000 abitanti da attuare in modo progressivo secondo la programmazione regionale
 - Standard di personale: 7-9 infermieri (di cui un coordinatore infermieristico), 4-6 operatori socio-sanitari, 1-2c unità di altro personale sanitario con funzioni riabilitative e un medico per 4,5 ore al giorno 6 su 7.

IL D.M. 77 e il personale socio-sanitario (1/2)

- MMG e PLS : referente principale in quanto titolare del rapporto di fiducia con il singolo assistito , relativamente agli aspetti diagnostico-terapeutici in tutte le fasi della vita.
- Medico di Medicina di Comunità e medici dei servizi : referente clinico per le attività che garantisce presso la C.d.C. nell'ambito della programmazione distrettuale e degli obiettivi aziendali e regionali.
- Infermiere: referente della risposta ai bisogni assistenziali e di autocura., contempla fra le sue attività la prevenzione e la promozione della salute nella presa in carico del singolo della sua rete relazionale, si relaziona con gli attori del processo ed è di supporto per l'assistito nelle diverse fasi della presa in carico.
- Specialista ambulatoriale: assume un ruolo di rilevanza strategica in relazione alla complessità diagnostica e terapeutica che caratterizza le fasi della malattia. In caso di cronicità multipla il ruolo potrà essere assunto dallo specialista che segue la cronicità prevalente per gravità/instabilità sulle altre e quindi questa figura potrà variare nel corso del processo. La figura dello specialista ha un ruolo di spicco in alcune fasi centrali del processo, dove le sue competenze fanno sì che assuma un ruolo di guida nella decisione clinica

IL D.M. 77 e il personale socio-sanitario (2/2)

- Farmacista: referente dell'uso sicuro ed efficace dei farmaci contenuti nel programma terapeutico (interazioni farmacologiche, dosaggio, formulazione, farmacovigilanza, sostenibilità economica)
- Psicologo: referente delle valutazioni e risposte ai bisogni psicologici del paziente e della sua rete di supporto
- Assistente sociale: Referente della risposta ai bisogno sociali del paziente e della sua rete relazionale
- Altre professioni dell'equipe: Le altre figure professionali dell'Unità di valutazione Multidimensionale (UVM) che durante il processo parteciperanno alla presa in carico. O professionisti sanitari coinvolti possono assumere il ruolo di case manager nelle diverse fasi della presa in carico , in considerazione della predominanza di specifici bisogni assistenziali riconducibili alla professione di ostetrica, e alle professioni sanitarie tecniche, della prevenzione e della riabilitazione.

Riprogettare il percorso di gestione della persona con malattia cronica

- Il ruolo dei mmg e di tutti gli attori delle cure primarie, una prospettiva di «sistema unico multicentrico integrato»
- L'organizzazione e i nuovi ruoli e attività- ripensamento dei modelli organizzativi
- Formazione e partecipazione dei professionisti responsabili delle fasi del responsabile percorso di cura
- Il lavoro in rete (informatica, organizzativa)
- La tecnologia quale strumento abilitante al modello organizzativo e all'erogazione dei servizi
- La valutazione degli esiti e i sistemi di remunerazione
- Dati ed informazioni ad personam (stratificazione, piani di cura, qualità cure ed esiti)
- Un nuovo ruolo del cittadino

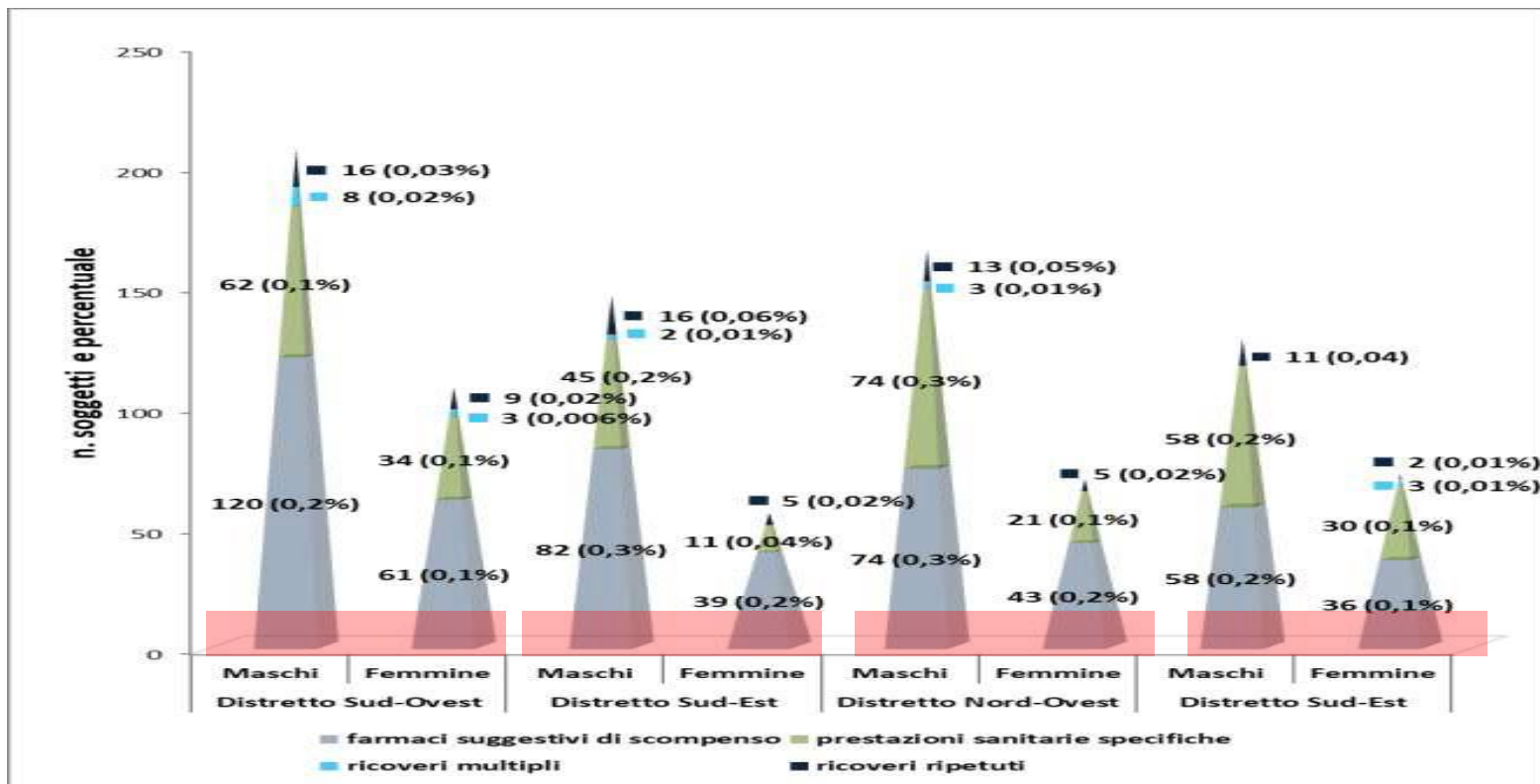
Gestione cronicità

- Stratificazione e targeting della popolazione
- Percorsi, dalla prevenzione alla diagnosi precoce
- Presa in carico e gestione del paziente cronico
- Erogazione dei servizi personalizzati
- Valutazione della qualità delle cure

Modifica stili di vita e contrasto fattori di rischio

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

MODELLO DI STRATIFICAZIONE DI POPOLAZIONE E DI STADIAZIONE DEI PAZ. CRONICI PER SINGOLO DISTRETTO DELL'ASL CN1 PER LA PIANIFICAZIONE STRATEGICA E PER LA PROGRAMMAZIONE DELLE AZIONI (SOSTENIBILITA' E GESTIONE PRO-ATTIVA DEI PAZIENTI)



LA CENTRALITA' DELLE FUNZIONI INFERMIERISTICHE

**AMBULATORI DELLA SALUTE (in atto 12 verso 20...), AMBULATORI
INFERMIERISTICI DEDICATI AI PAZ. CRONICI IN RETE CON MMG, SPECIALISTI
E OSPEDALI....**

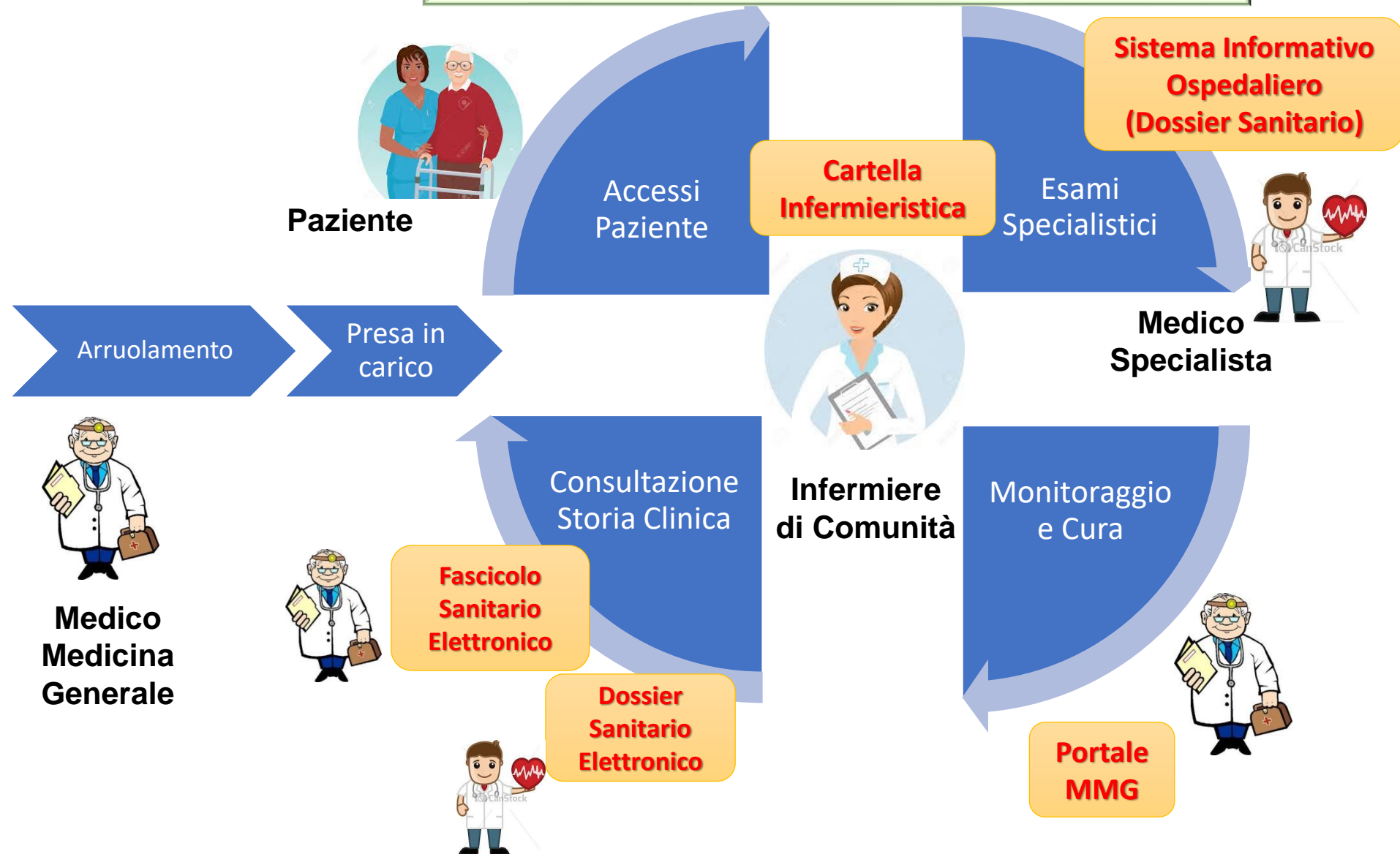
Demonte
Boves
Dronero
Barge
Paesana
Saluzzo
Moretta
Frassino
Ormea
Garessio
Racconigi
Fossano



Attività:

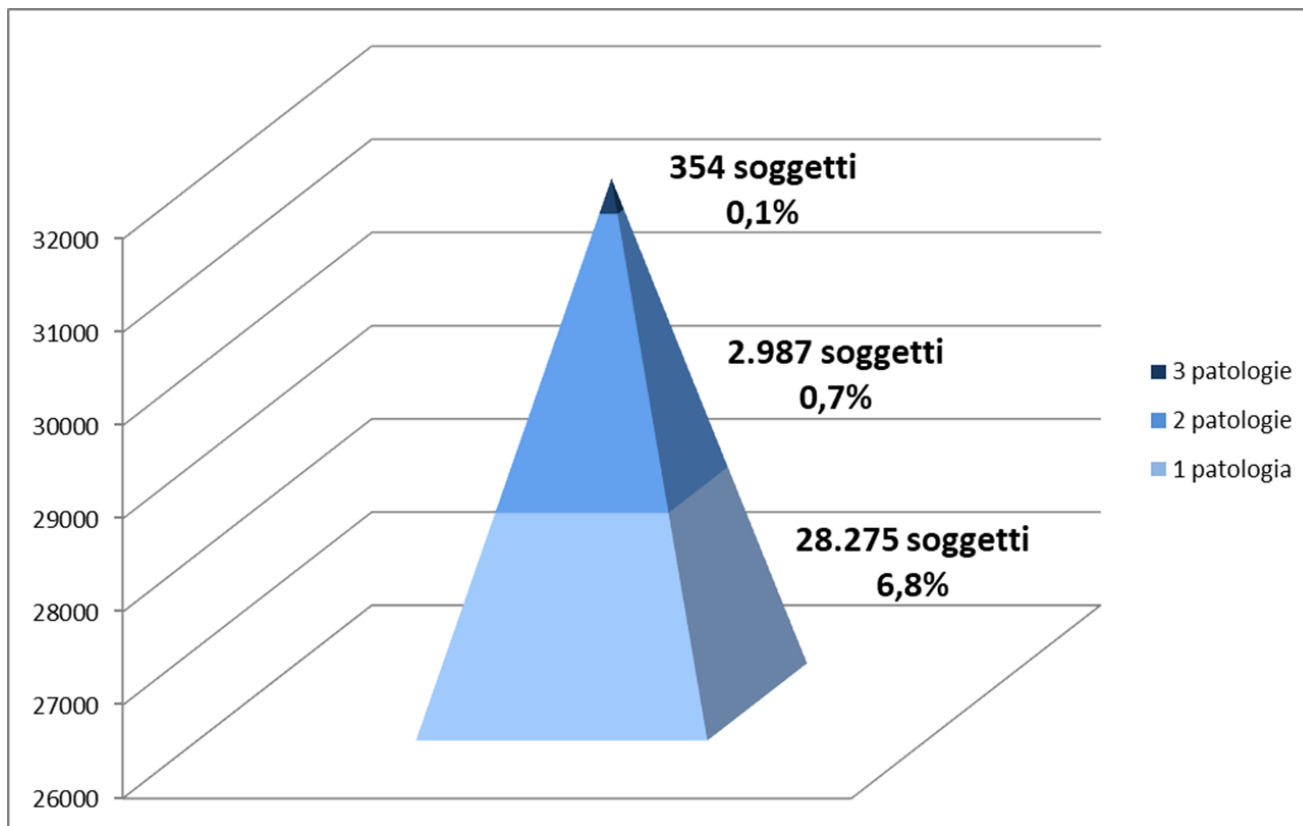
- Applicazione PDTA aziendali
- Accertamenti strumentali
- Prevenzione
- Educazione alla salute (stili di vita)
- Presa in carico
- Gestione criticità
- Integrazione infermieri/ mmg
- Interazione con snodi della rete (medici specialisti, farmacie, servizi sociali, assoc. volontariato.....)

Ambulatorio della Salute – Sistemi Informativi coinvolti



**PAZIENTI PRESI IN CARICO AMBULATORI DELLA SALUTE
(Ambulatori Infermieristici in rete con MMG e Specialisti) AL 31/8/2019)**

Distretto	Utenti In carico	Percorso scompenso	Percorso Rischio scompenso	Percorso BPCO	Percorso diabete
Nord Ovest	668	233	322	85	276
Nord Est	139	24	73	5	1
Sud Ovest	73	24	41	14	26
Sud Est	89	12	44	4	6
totale	969	293	480	108	309



Per tutta l'ASL CN1 nel grafico sono rappresentati i dati relativi ai 31.616 soggetti cronici: 28.275 (prevalenza del 6,8%) presentano una sola cronicità tra scompenso cardiaco, BPCO e diabete; 2.987 soggetti (prevalenza dello 0,7%) sono caratterizzati da due patologie; 354 (prevalenza dello 0,1%) presentano tutte e tre le patologie.

Il nuovo medico delle Cure Primarie

L'attività del mmg si deve svolgere con modalità di lavoro d'equipe multidisciplinare, dentro e non «a latere» del distretto, rispondendo , sul piano organizzativo e funzionale , al Direttore del Distretto che non sarà più controparte o controllore ma «casa per buone pratiche». Un Distretto in cui il mmg è parte integrante fondamentale di tutto il sistema territoriale

Conclusioni

Per trovare una soluzione originale è necessario uscire dagli schemi usuali , pur all'interno di un accordo Collettivo Nazionale per La Medicina Generale

Aspetti focali per una convenzione che permetta una reale evoluzione della medicina generale.

Modalità di compenso
modalità di reclutamento
formazione specifica
livelli di governance