



WORKSHOP

"La governance delle cure primarie per la gestione delle cronicità:
framework e strumenti - Il ruolo del middle management"

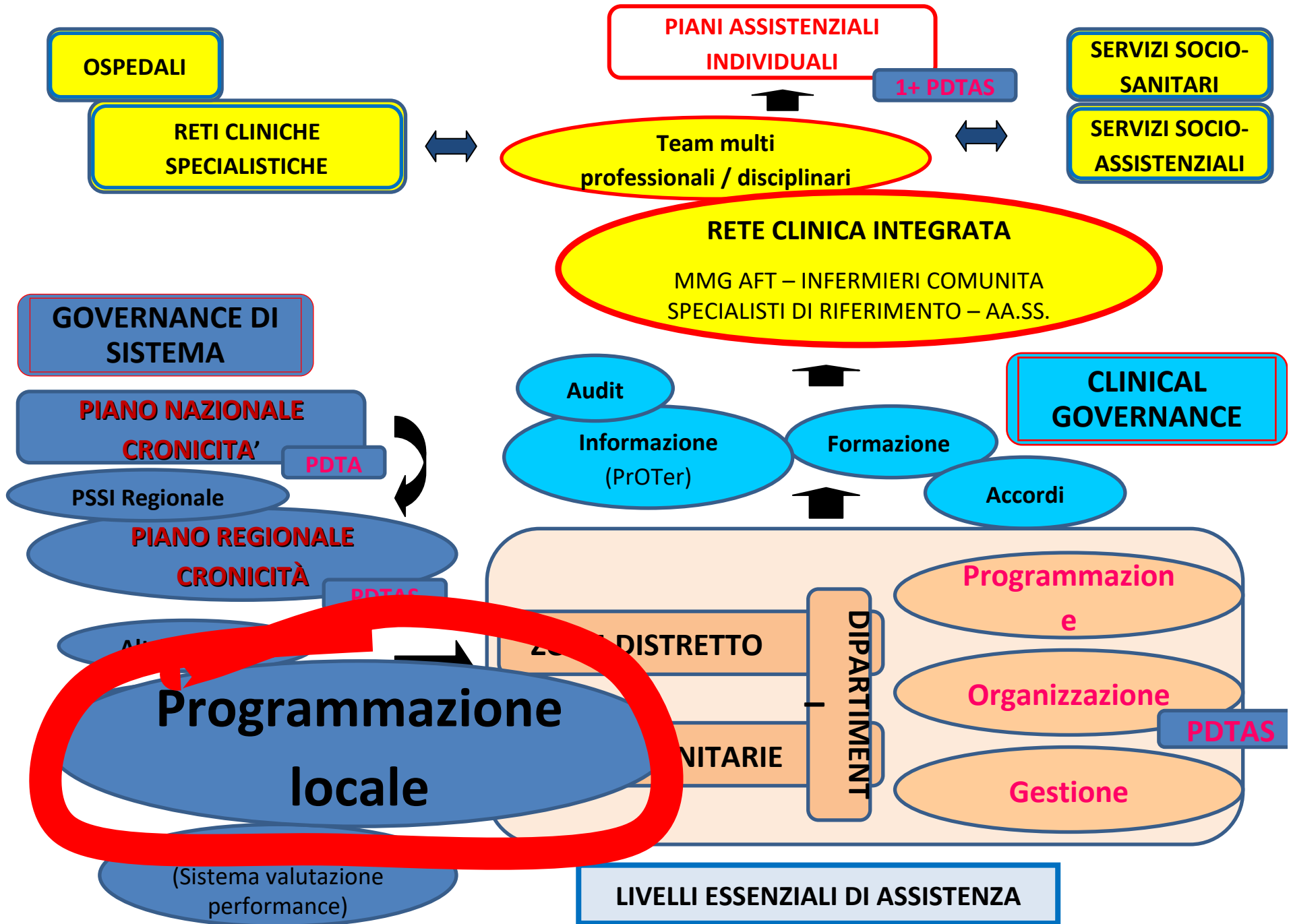
22 novembre 2018

Sala Blu - "Il Fuligno" Centro Servizi Formativi (Via Faenza, 48) Firenze

Le cure primarie nella programmazione operativa di zona-distretto

Luigi Rossi






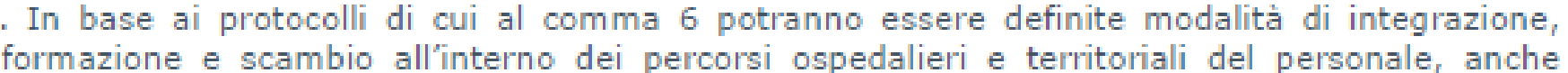




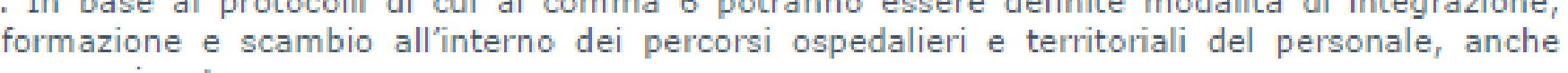





Zona-Distretto

Art. 64

-Zona-distretto

1. La zona-distretto è l'ambito territoriale ottimale di valutazione dei bisogni sanitari e sociali delle comunità, nonché di organizzazione ed erogazione dei servizi inerenti alle reti territoriali sanitarie, socio-sanitarie e sociali integrate.
2. Nell'ambito territoriale della zona-distretto l'integrazione socio-sanitaria è realizzata attraverso le società della salute ai sensi degli articoli 71 bis e seguenti, ovvero mediante la stipulazione della convenzione socio-sanitaria di cui all'articolo 70 bis.
3. La zona distretto costituisce il livello di organizzazione delle funzioni direzionali interprofessionali e tecnico-amministrative riferite alle reti territoriali sanitarie, socio sanitarie e sociali integrate.
4. Le zone-distretto sono individuate con deliberazione del Consiglio regionale, su proposta della Giunta regionale, previo parere della conferenza regionale dei sindaci, nel rispetto delle zone disagiate, delle zone montane, di confine e insulari, della loro identità territoriale, delle esperienze socio-sanitarie maturate e consolidate, anche in ragione del rapporto fra dimensioni elevate del territorio e scarsa densità abitativa.
5. 






6. 




7. In base ai protocolli di cui al comma 6 potranno essere definite modalità di integrazione, formazione e scambio all'interno dei percorsi ospedalieri e territoriali del personale, anche convenzionato.

Direttore Zona-Distretto

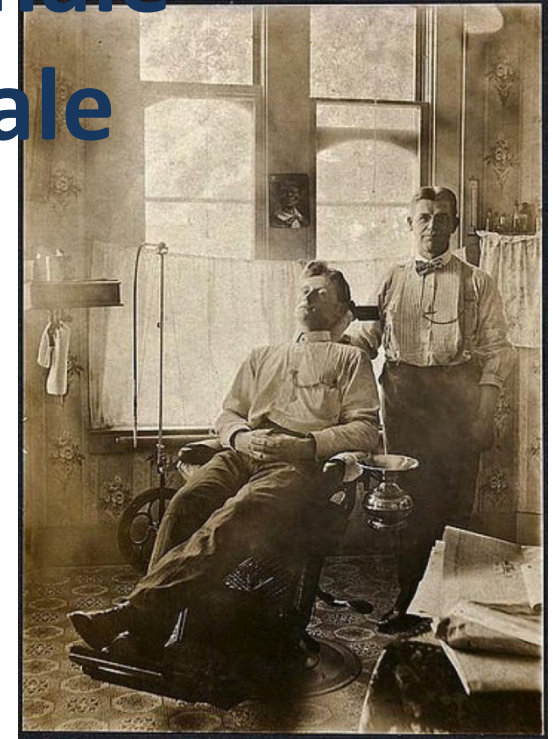
- ✓ Garantisce rapporti permanenti di informazione e collaborazione tra AUSL ed enti locali
- ✓ **Coordina attività tecnico-amministrative**
- ✓ Gestisce budget assegnato
- ✓ Garantisce, in accordo con la direzione del presidio ospedaliero di zona l'integrazione delle attività specialistiche nelle reti integrate sanitarie e socio-sanitarie e a supporto dei percorsi di continuità ospedale-territorio, con particolare riguardo alla presa in carico delle cronicità e delle fragilità
- ✓ Garantisce attività monitoraggio, valutazione e controllo dei servizi territoriali



Provvede all'attuazione delle disposizioni contenute negli atti di programmazione e alle attività proprie dell'esercizio associato secondo le modalità individuate dalla **Convenzione socio-sanitaria**

Organizzazione funzionale e operativa distrettuale

- **livello organizzativo deputato alla costruzione, alla gestione e al controllo dei sistemi di servizi territoriali;**
- **ambito territoriale** di riferimento per la costruzione delle reti afferenti alle materie della sanità territoriale, del sociosanitario e dell'integrazione.



Rapporto tra la Z/D e i Dipartimenti.

Il PSSIR rimanda ad atto successivo la definizione un modello standard di organizzazione a matrice tra zona e dipartimenti.



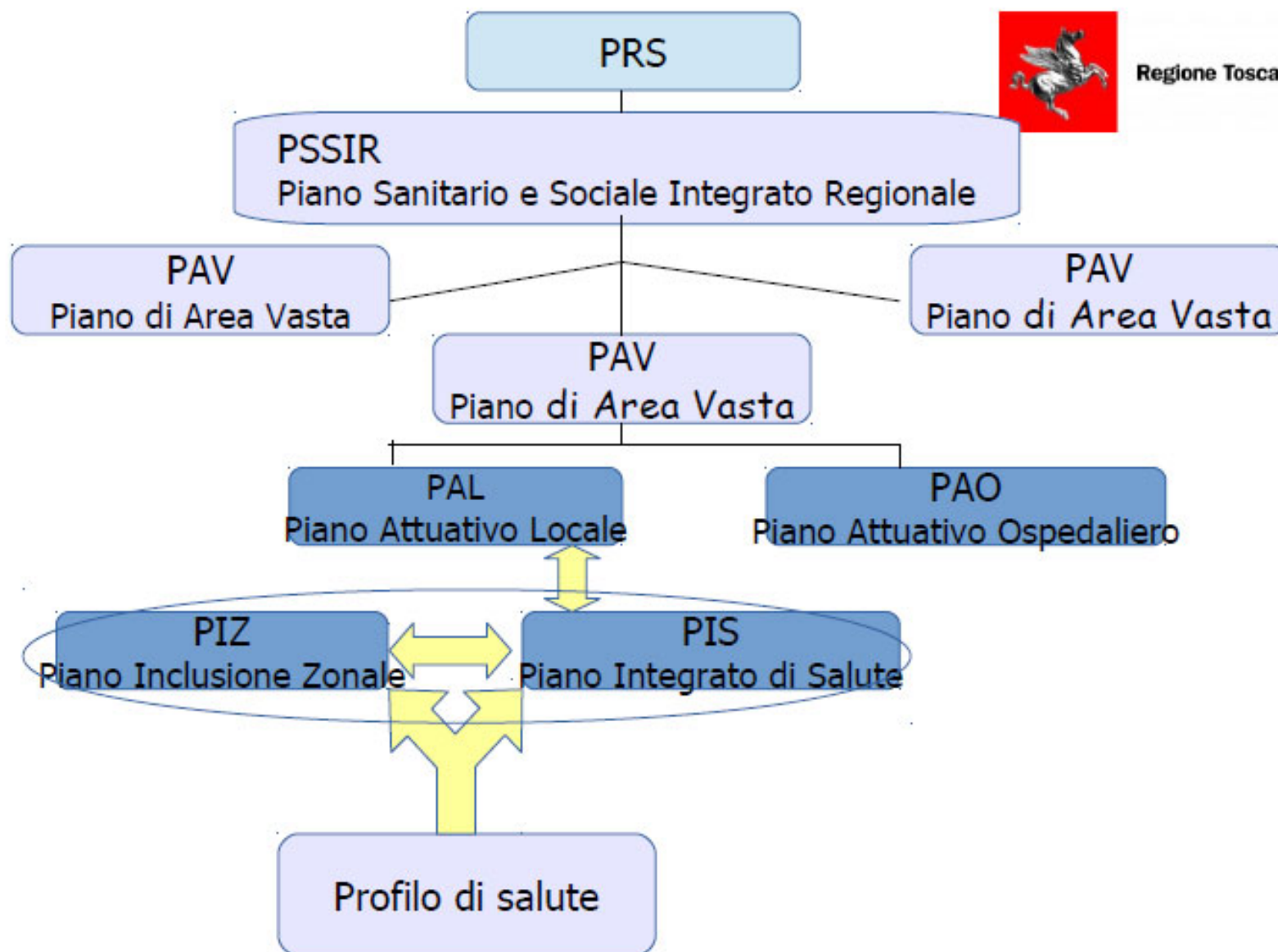
Programmazione multilivello e strumenti di integrazione



Livelli di programmazione

La riforma della normativa regionale operata tra il 2014 e il 2015 ha definito con chiarezza i livelli regionali di gestione dei sistemi sanitario e sociale, e ha allineato secondo questa stessa scansione gli organismi della governance istituzionale. A ciascun livello corrisponde un insieme di strumenti di programmazione.

- Livello Regionale: Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale (PSSIR); Atto regionale di definizione delle linee annuali di programmazione e individuazione degli obiettivi.
- Livello di Area Vasta / Aziendale: Piano di Area Vasta; Piano Attuativo Ospedaliero delle aziende ospedaliero-universitarie (PAO), Piano Attuativo locale delle aziende sanitarie (PAL).
- Livello Zonale: Piano Integrato di Salute (PIS); Piano d'Inclusione zonale (PIZ).



PSSIR



Nel PSSIR vengono individuate nell'ambito zonale le **macroaree** che ricomprendono funzioni, processi e attività omogenei:

- l'organizzazione funzionale e operativa distrettuale;
- la filiera assistenziale extraospedaliera;
- il sistema per l'integrazione basato sulle SdS e sulle convenzioni sociosanitarie;
- l'interazione con le reti cliniche strutturate e integrate per le criticità/cronicità



- **Strumento di programmazione** con il quale, nei limiti delle risorse disponibili, nell'ambito delle disposizioni del **PSSIR**, del **PAV** e degli indirizzi impartiti dalla conferenza aziendale dei sindaci, le AUSL programmano le attività da svolgere recependo i PIS, relativamente alle **attività sanitarie e socio-sanitarie**.
- Il PAL si realizza attraverso il **programma operativo annuale delle cure primarie** e l'**atto per l'integrazione socio-sanitaria**, articolati per Z/D.



Piano Attuativo Locale (PAL)

Il piano attuativo si realizza con riferimento alle attività sanitarie, socio-sanitarie territoriali e socio-sanitarie integrate attraverso piani annuali di attività, che tengono conto dei contenuti del PIS, e in particolare:

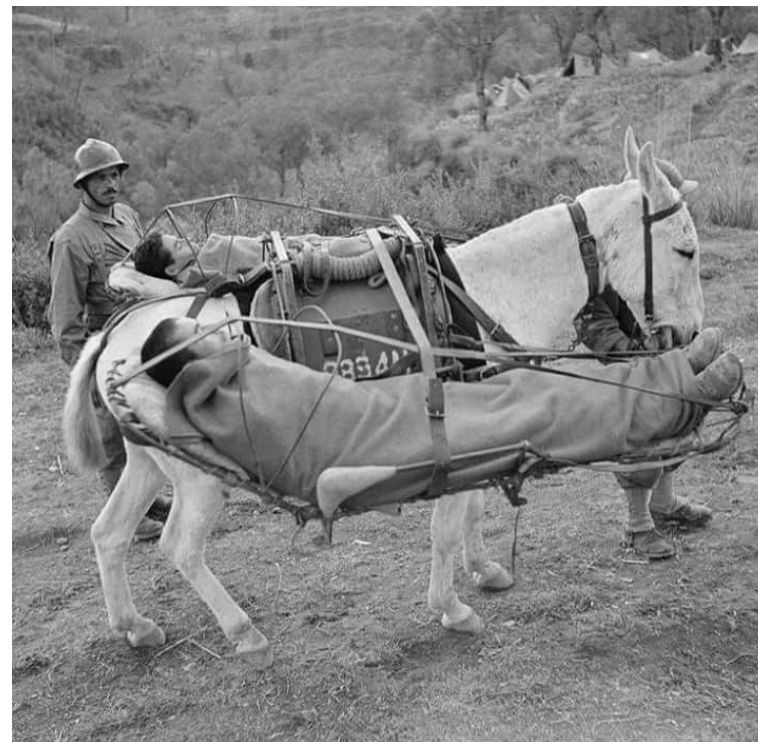
Atto per l'integrazione socio-sanitaria (l.r. 40/2005 art. 22 e s.m.i.): è articolato per Zona-Distretto **definisce i programmi attuativi dei servizi e delle attività ad alta integrazione socio sanitaria**; il **relativo budget zonale costituito dalle risorse sanitarie e sociali**; i percorsi di valutazione multidimensionale delle non autosufficienze e delle fragilità e le relative modalità di lavoro interprofessionale.

Programma operativo delle cure primarie (l.r. 40/2005 art. 22 e s.m.i.): è articolato per Zona-Distretto **definisce i programmi attuativi delle cure primarie, della sanità di iniziativa, dei presidi distrettuali, delle unità complesse e delle forme associate della medicina generale**; tale programma operativo definisce anche i **percorsi diagnostico terapeutici assistenziali delle cronicità** e le relative modalità di lavoro interprofessionale.



Piano Integrato di Salute (PIS)

- *In coerenza con le disposizioni del **PSSIR**, del **PAV** e del **PAL**.*
- *Strumento di programmazione integrata delle politiche sanitarie e sociali a livello zonale.*
- *Approvato dalla Conferenza Zonale Integrata o dalla Assemblea di SdS.*
- *Si coordina e si integra con il Piano di Inclusione Zonale (PIZ); nelle SdS unico piano.*



PIS e Budget di Zona

*La governance multilivello e il modello di programmazione in Toscana
Il budget integrato per la programmazione zonale*

DGRT 573/2017: "Nuove linee guida del piano integrato di salute e del piano di inclusione zonale"

PIS: strumento di programmazione integrata delle politiche sanitarie e sociali a livello zonale.

Definisce:

- gli **obiettivi di salute** e benessere, i relativi standard quantitativi e qualitativi, e ne individua le modalità attuative;
- la **rete dei servizi e degli interventi** attivati sul territorio con indicazione delle capacità di intervento in termini sia di strutture che di servizi;
- la distribuzione sul territorio dei **presidi sanitari**, e il fabbisogno di strutture residenziali e semi residenziali.

Promuove l'integrazione delle cure primarie con il livello specialistico attraverso **reti cliniche integrate e strutturate**.

Individua le **priorità di allocazione delle risorse** provenienti dal fondo sanitario regionale e di quelle dei comuni.



Profilo di salute

La lettura dei bisogni



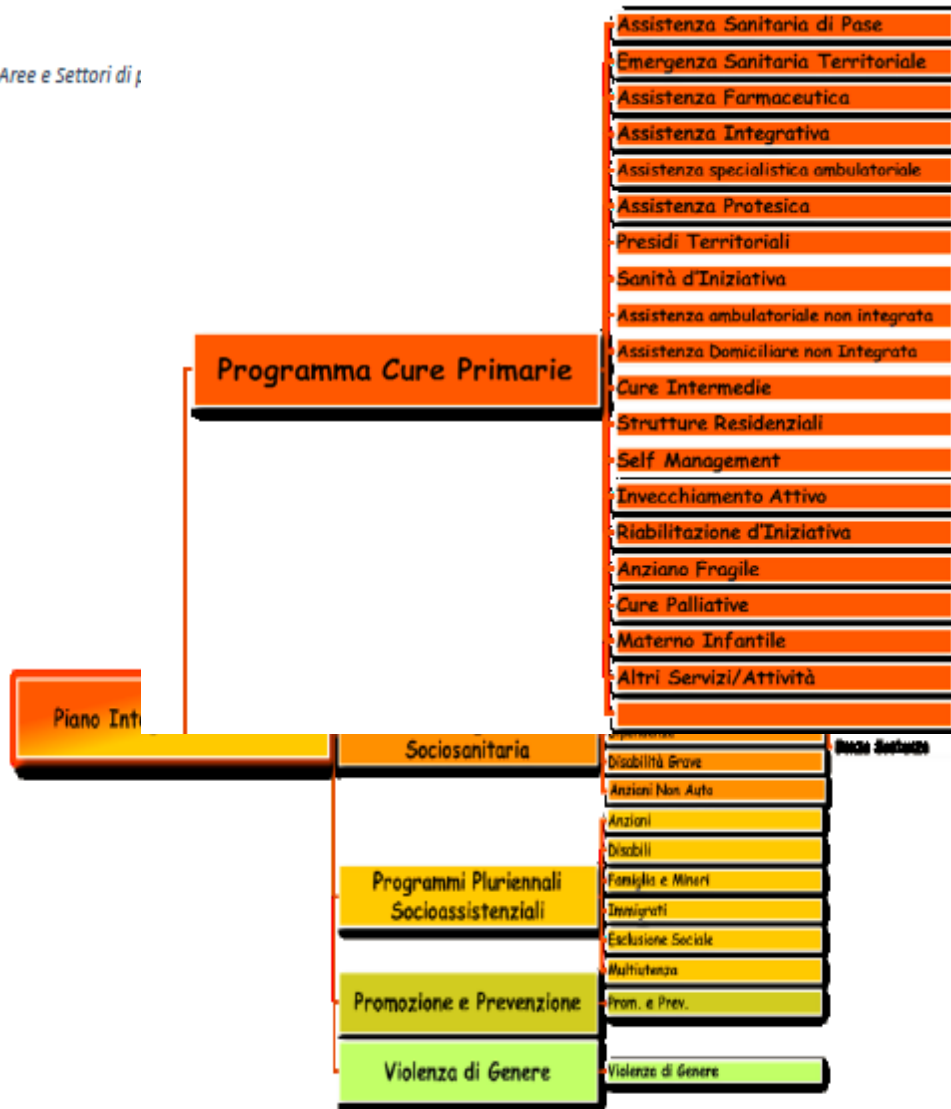
PROFILO DI SALUTE ZONA DISTRETTO PIANA DI LUCCA 2017



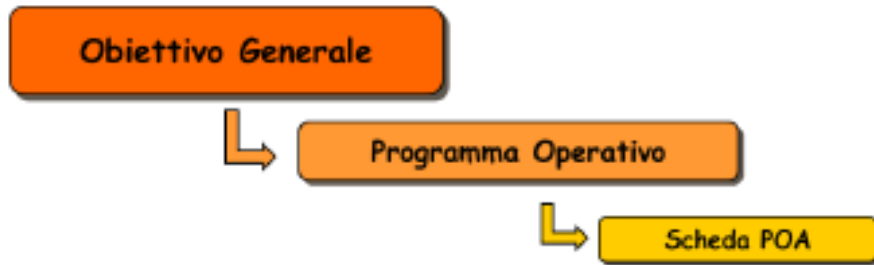
Programmazione di Z/D



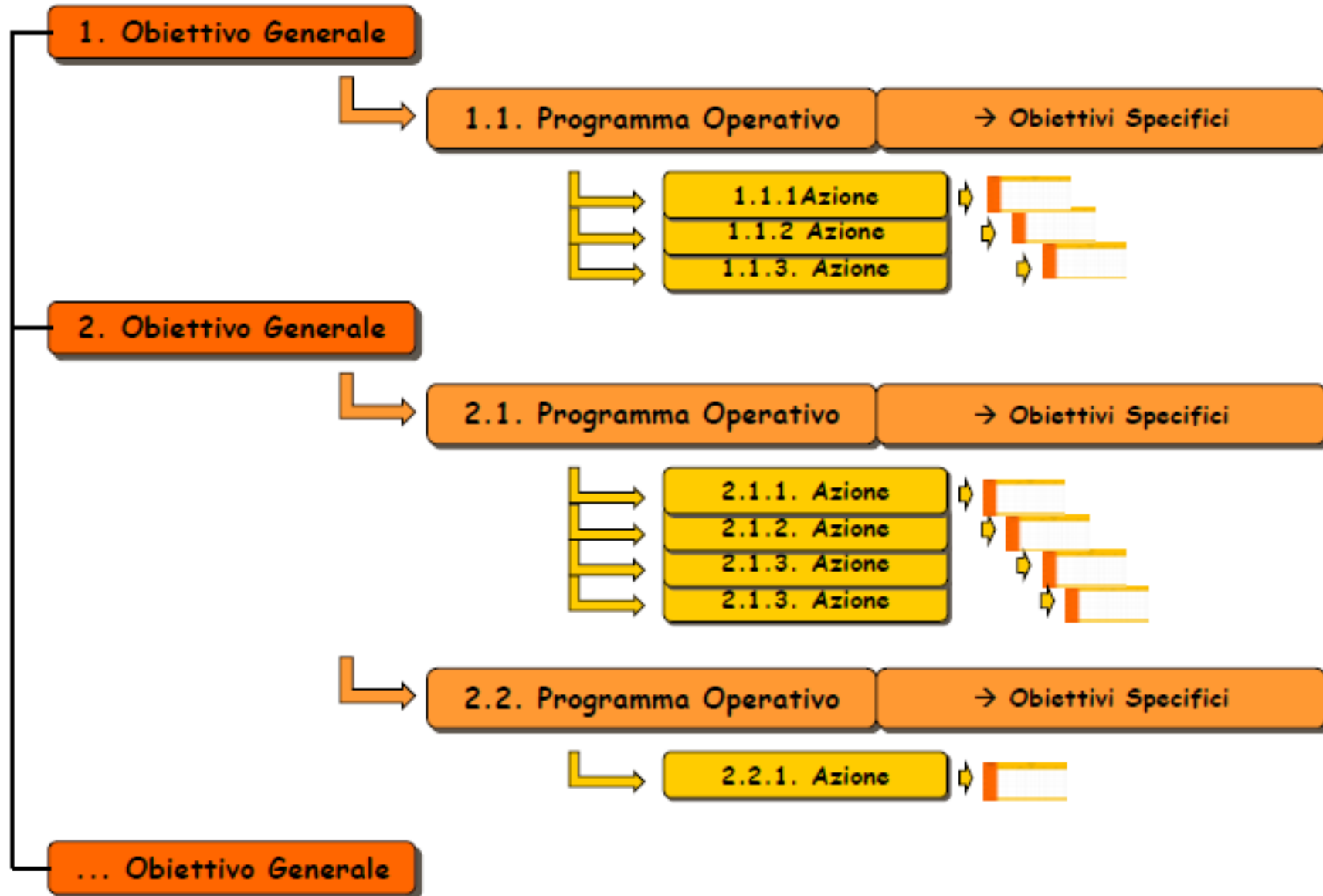
Are e Settori di



La logica della programmazione zonale



L'albero della programmazione



Obiettivi di PIS – Obiettivi Generali

Gli **Obiettivi Generali** rappresentano l'elemento di programmazione più prossimo alle competenze delle Conferenze Zonali (o Assemblea della Società della Salute) e si riferiscono ai grandi orientamenti delle politiche locali sulla salute così come già definiti dalla programmazione generale del PIS/PIZ.

Costituiscono le **modalità tecniche** con cui le volontà dell'organo assembleare vengono espresse sotto forma di obiettivi per la programmazione zonale integrata, obiettivi resi operativi e concreti attraverso la conseguente programmazione operativa. **L'oggetto della programmazione è il sistema integrato dei servizi zonali (sanità territoriale, sociosanitario, socioassistenziale, promozione e prevenzione, contrasto alla violenza di genere), indipendentemente dalle forme di gestione attive nell'ambito zonale.**

Un Obiettivo Generale deve essere connesso ad uno o più Programmi Operativi.



Obiettivi di PIS – Obiettivi Generali

1. Consolidare le condizioni fisiche in un processo di recupero in ambito non ospedaliero
2. Aumentare il numero di assistiti che svolgono regolare attività fisica
3. Aumentare la percentuale di popolazione percentualmente attiva
4. Applicazione del nuovo modello di Sanità d'Iniziativa
5. Garantire adeguata assistenza medica nelle Cure Intermedie e in RSA
6. Favorire la domiciliarità delle persone anziane
7. Garantire la continuità assistenziale tra ospedale e territorio
8. Assicurare la continuità assistenziale nel territorio del paziente in fase terminale
9. Potenziare il sistema di sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive
10. Implementare il modello Casa della Salute sul territorio



Programmi Operativi di Zona

Il **Programma Operativo** individua un **gruppo coerente di azioni operative** che vengono attuate secondo la finalizzazione definita nella descrizione del programma.

Il programma Operativo **può essere trasversale alle aree o ai settori di programmazione**, per questa caratteristica rappresenta il maggiore veicolo di integrazione operativa dei sistemi zonali. Le azioni del Programma Operativo coincidono esattamente con le schede POA utilizzati nella precedente programmazione, che possono essere liberamente raggruppate, aggiornate ed evolute nel 2019.

Un singolo Programma operativo può essere connesso con una o più singole schede POA.

Le schede POA connesse ad uno stesso programma possono afferire ad aree o settori diversi.

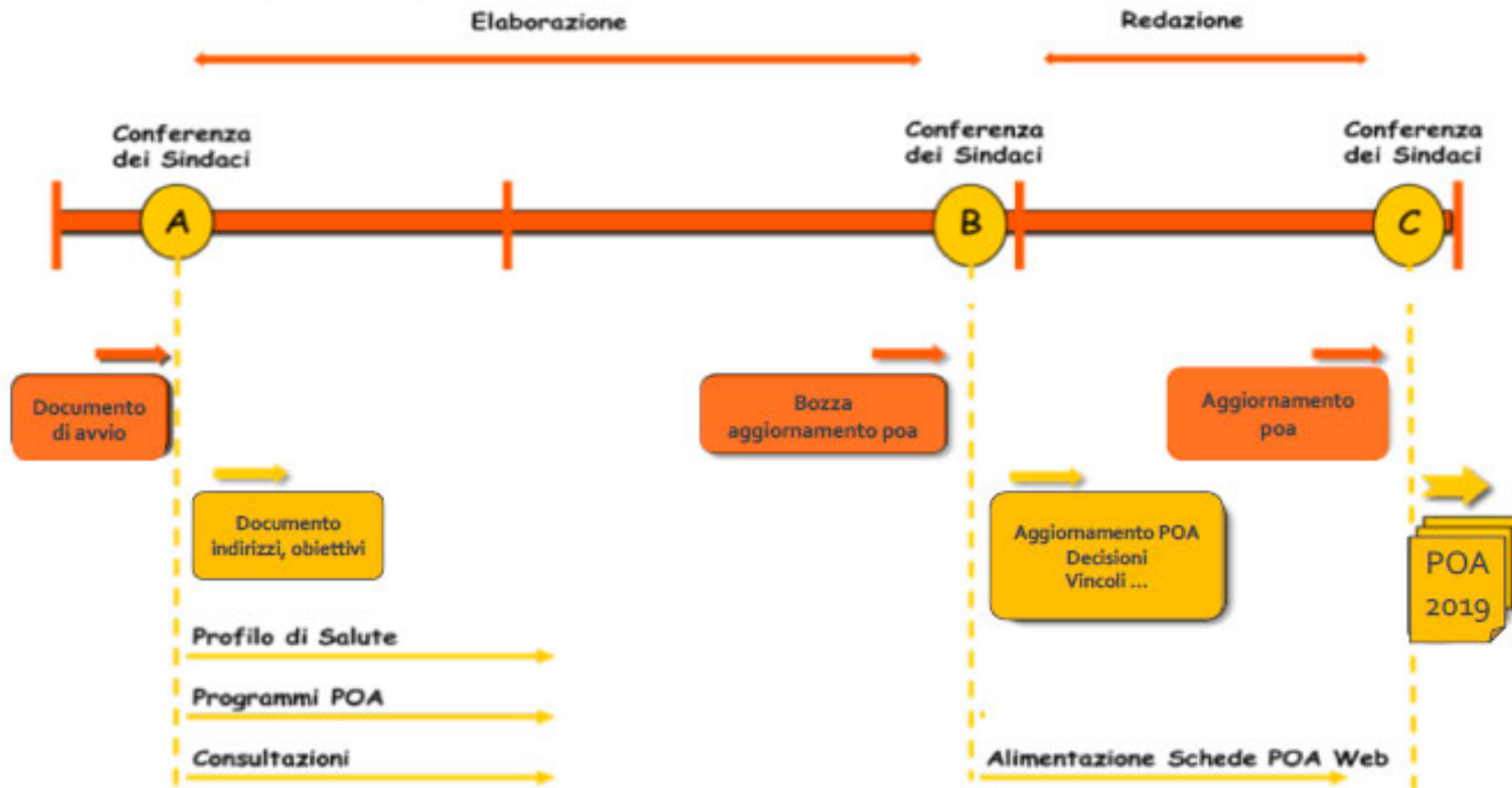
Ogni Programma Operativo è obbligatoriamente connesso ad un Obiettivo Generale: a sua volta un Obiettivo Generale deve avere come riferimento uno o più programmi operativi.



Le Schede POA e i Programmi Operativi



Una linea guida possibile



Programmazione Operativa Annuale 2017-2018

Rapporto



Punti di forza

- ▣ metodologia omogenea e informatizzazione
- ▣ costruzione di un glossario comune
- ▣ maggiore e migliore conoscenza del territorio e delle sue risorse da parte di Comuni e Aziende UsI
- ▣ “allenamento” in vista della programmazione Pis e Piz
- ▣ programmazione dal basso



Punti di debolezza

- ▣ eterogeneità dei contenuti
- ▣ carenza o incompletezza dei dati economici
- ▣ da perfezionare la definizione degli indicatori
- ▣ da migliorare le specifiche di alimentazione del software

Alcuni numeri della POA 2017-2018

Area di programmazione	Schede solo anno 2017	Schede anni 2017-2018	Schede solo anno 2018	nd	Totale schede	% totale di colonna
Cure primarie – Sanità territoriale	100	500	116	77	793	24,1
Socio-sanitario	34	759	112	234	1.139	34,6
Socio-assistenziale	25	638	29	21	713	21,7
Promozione e Prevenzione	10	235	81	43	369	11,2
Violenza di genere	6	62	7	3	78	2,4
Percorsi assistenziali	14	128	35	21	198	6,0
Totale	189	2.322	380	399	3.290	100
% totale di riga	5,7	70,6	11,6	12,1	100	

Area di programmazione:	Settore prevalente:	Schede solo anno 2017	Schede anni 2017/2018	Schede solo anno 2018	nd	Totale	
Cure primarie (Sanità territoriale)	Assistenza ai turisti	0	1	0	0	1	
	Assistenza ambulatoriale non integrata	3	8	6	0	17	
	Assistenza domiciliare non integrata (cure domiciliari)	3	17	13	1	34	
	Assistenza farmaceutica - Farmacie convenzionate	0	6	0	0	6	
	Assistenza farmaceutica - Servizi territoriali e ospedalieri	1	19	0	0	20	
	Assistenza integrativa	0	12	1	0	13	
	Assistenza protesica	1	11	0	1	13	
	Assistenza sanitaria di base	8	80	6	1	95	
	Assistenza specialistica ambulatoriale	12	26	9	0	47	
	Azioni a supporto dell'invecchiamento attivo	2	23	2	0	27	
	Azioni a supporto self management	2	12	6	0	20	
	Centri specialistici di cure palliative - Hospice	1	13	2	1	17	
	Continuità assistenziale (ex-guardia medica)	0	15	1	1	17	
	Cure intermedie	8	43	3	0	54	
	Cure Palliative domiciliari di primo livello o di base	2	14	2	4	22	
	Cure Palliative domiciliari di secondo livello o specialistiche	18	5	5	36	64	
	Cure Palliative promozione e sensibilizzazione	4	12	2	6	24	
	Emergenza sanitaria territoriale	1	7	0	0	8	
	Materno infantile	21	111	22	25	179	
	Presidi territoriali	5	37	16	0	58	
	Riabilitazione di iniziativa	2	5	2	0	9	
	Sanità di iniziativa	5	18	16	0	39	
	Sorveglianza dell'anziano fragile	0	4	2	0	6	
	Strutture Residenziali a maggiore rilievo sanitario	1	1	0	1	3	
	Totale		100	500	116	77	793

Focus comuni della programmazione integrata delle Cure Primarie 2018

- L'area delle cure primarie vede una prevalenza di attività legate, soprattutto, al settore *materno-infantile* e all'*assistenza sanitaria di base*;
- I percorsi assistenziali evidenziano una maggiore ricorrenza di attività, o programmi, legati alla *non autosufficienza*, alle *dipendenze da sostanze* e alla *continuità tra ospedale e territorio*;
- l'area della promozione e prevenzione vede, come ambito prevalente di programmazione, il settore *Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche*, *inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening*.



MESSAGGIO CHIAVE

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

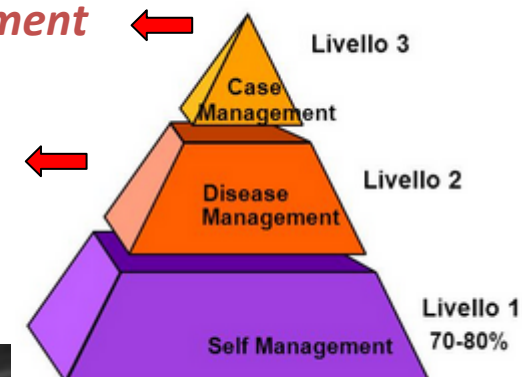
Fonte: L. Roti, D. Pagliacci, Pisa 2018 - modificata

Gestire la cronicità

Cronicità di alta complessità - Chronic Case Management

Cronicità di complessità medio-bassa - Chronic Disease Management

Basso rischio – Prevenzione primaria e secondaria



PNC: Le fasi del percorso



LE CURE PRIMARIE
 CURA SANITARIA
 TUTELA RISORSE
 SINERGIA
 ASSETTO SALUTE
 MANAGEMENT
 TELE-CARE TELE-HEALTH
 CAMBIAMENTO
 DISTRETTO MEDICINA
 OSPEDALE SANITARIO MMG
 SISTEMA ASSISTENZA ORGANIZZATIVO
 TERRITORIO ASSISTENZA RISCHIO
 CURE PRIMARIE
 RISORSE ORGANIZZAZIONE
 TUTELA CLINICAL GOVERNANCE SSN
 CURA SINERGIA SOSTENIBILE SSN
 APPROCCIO INTEGRATO
 SANITARIO NEL NUOVO CURA TERRITORIO
 SERVIZI DISTRETTUALI OSPEDALIERO
 FUNZIONALE ASSISTENZA RISCHIO
 DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE
 INNOVAZIONE ADEGUAMENTO
 PERCORSO DISEASE SISTEMA APPROCCIO
 TUTELA RISORSE
 SINERGIA

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

3

MACRO ATTIVITA'

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



REGIONE



AZIENDA SANITARIA



MEDICO E INFERMIERE



TEAM MULTI-DISCIPLINARI



ASSOCIAZIONI

ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI

OBIETTIVI

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

RISULTATI ATTESI

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

LINEE DI INTERVENTO PROPOSTE

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

INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

OBIETTIVI

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

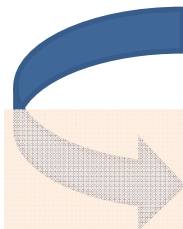
Attività titolo	Obiettivo di zona	prevalente	Attività prevalente
↓ Cure primarie(10)			
Menopausa	Accoglienza per la menopausa	Assistenza territoriale	Assistenza specialistica ambulatoriale
Ambulatorio infermieristico	Garantire l'Erogazione di prestazioni sanitarie semplici ambulatoriali	Assistenza territoriale	Assistenza ambulatoriale non integrata
Servizio infermieristico domiciliare (SID)	Garantire l'Erogazione di prestazioni sanitarie semplici domiciliari	Assistenza territoriale	Assistenza domiciliare non integrata (cure domiciliari)
Cure Intermedie	Consolidare le condizioni fisiche in un processo di recupero in ambito non ospedaliero	Assistenza territoriale	Cure intermedie
Stati vegetativi	Adeguate assistenza per pazienti non autosufficienti e ad alto grado di intensità assistenziale	Assistenza territoriale	Strutture Residenziali a maggiore rilievo sanitario
Self Management nella Sanità d'Iniziativa	Migliorare la gestione della patologia cronica	Assistenza territoriale	Azioni a supporto self management
OTAGO	Riduzione delle cadute e delle loro conseguenze negli anziani	Assistenza territoriale	Azioni a supporto dell'invecchiamento attivo
AFA - Attività Fisica Adattata	Aumentare il numero di assistiti che svolgono regolare attività fisica	Assistenza territoriale	Riabilitazione di iniziativa

Titolo	Status	Monitoraggio - Descrizione	Riproponi nel 2019?	Data monitoraggio	Obiettivo zona	Area di programmazione	Articolazione zonale	Responsabile attività
Cure primarie(10)								
OTAGO					Riduzione delle cadute e delle loro conseguenze negli anziani	Cure primarie	Piana di Lucca	
AFA - Attività Fisica Adattata	In corso				Aumentare il numero di assistiti che svolgono regolare attività fisica	Cure primarie	Piana di Lucca	



Programmazione zonale per le cure primarie

Strategie regionali



Esempi:
Gestire la cronicità
Contrastare le dipendenze
Lotta alla povertà
Verso l'autonomia
Promuovere Corretti Stili di Vita



Obiettivi Assistenziali

ADI

Sanità d'Iniziativa

AFA

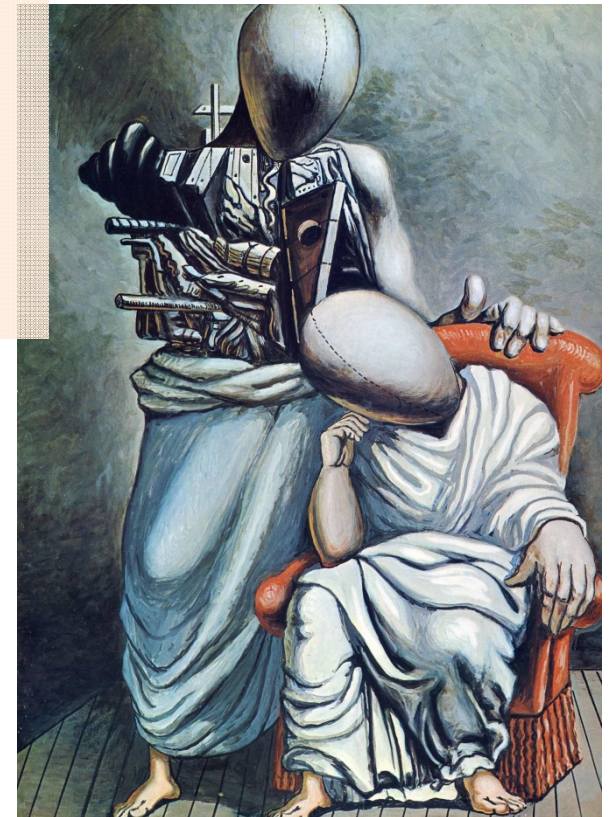
Demenze

Continuità Ospedale Territorio

.....

.....

Progetti innovativi



Cure primarie: Assistenza sanitaria di base

1. Medicina Generale: il consolidamento dell'assistenza territoriale nelle AFT

- individuazione di una o di più sedi di riferimento per ogni AFT
- sviluppo dell'associazionismo e promozione dell'inserimento dei medici di medicina generale nelle Case della Salute.
- secondo quanto previsto dall'Accordo Regionale, integrazione dei medici di CA nelle AFT per la gestione dei pazienti complessi, per l'effettuazione di ADP e per le attività previste dalla Sanità di Iniziativa.
- apertura di un tavolo di confronto a livello di Zone-Distretto per valutare le possibilità di riorganizzazione della CA che coniughino l'efficienza del servizio con la sicurezza dei medici

2. Medicina Generale: Assistenza domiciliare programmata e integrata

- Omogeneità dei percorsi per l'attivazione dell'ADI e dell'ADP da parte dei MMG, con il coinvolgimento diretto del Dipartimento Infermieristico e Ostetrico
- Applicazione le indicazioni fornite dal gruppo di lavoro aziendale istituito per omogeneizzare le modalità di attivazione, registrazione e controllo.



“If you think you are too small to make a difference,
try sleeping with a mosquito.”

~ Dalai Lama