



A.D. 1308
unipg
DIPARTIMENTO
DI MEDICINA E CHIRURGIA



SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE
IN IGIENE E MEDICINA PREVENTIVA

DISTRETTI E CURE PRIMARIE IN UMBRIA

Dott. Alfredo Notargiacomo
Presidente CARD Umbria



IL DISTRETTO HA L'OBIETTIVO, ATTRAVERSO
L'INTEGRAZIONE DELLE DIVERSE STRUTTURE SANITARIE, DI
ASSICURARE:

UNA RISPOSTA COORDINATA E CONTINUA AI BISOGNI
DELLA POPOLAZIONE

L'UNIFORMITA' DEI LIVELLI DI ASSISTENZA

LA PLURALITA' DELL'OFFERTA

IL DM 77/2022

Nel Distretto dovranno essere presenti :

1 Casa della Comunità hub ogni 40.000-50.000 abitanti;

Case della Comunità spoke e ambulatori di Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS)

1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale;

1 Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto ogni 50-100.000 abitanti

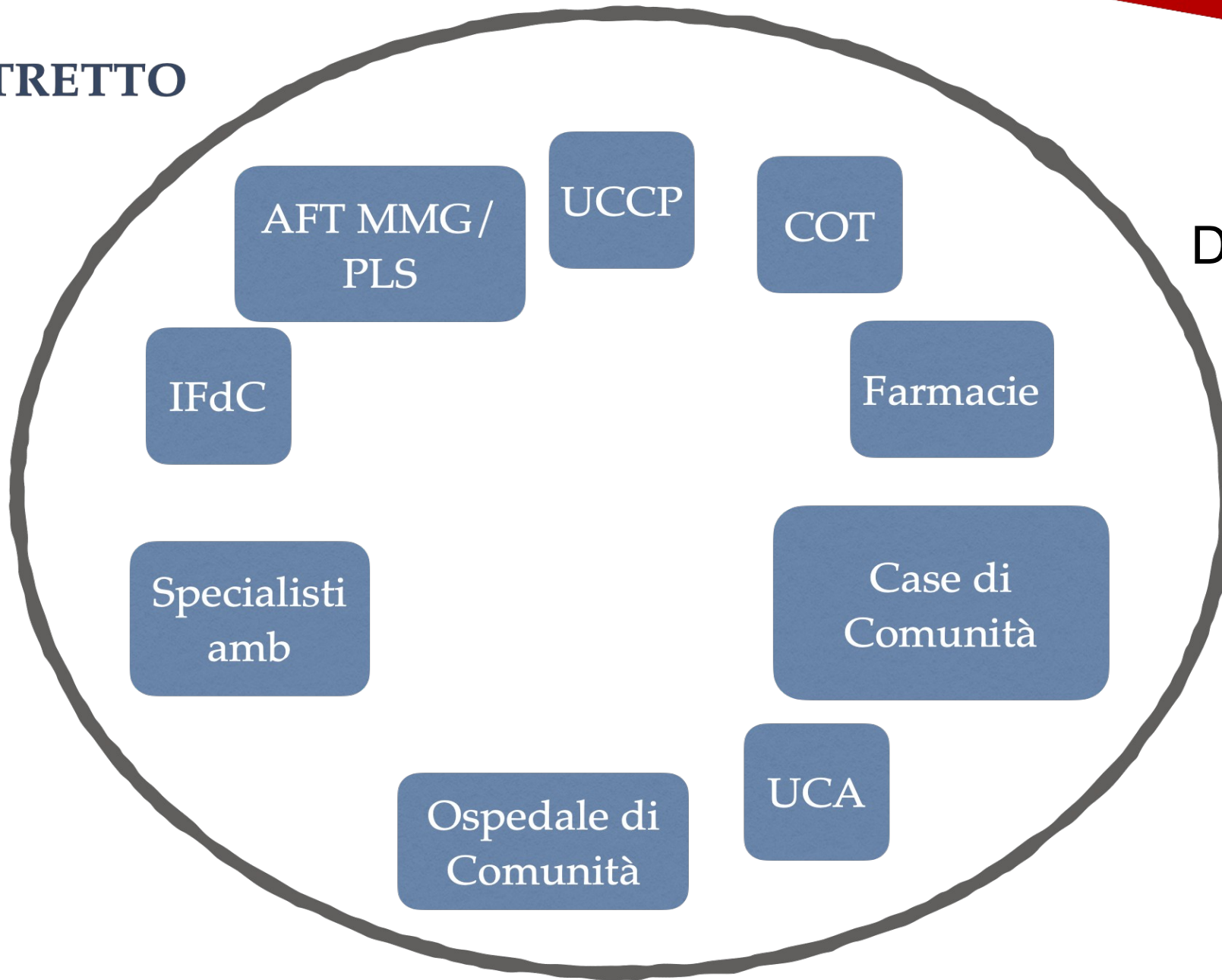
IL DM 77/2022

Le aggregazioni dei MMG e PLS (AFT e UCCCP) sono ricomprese nelle Case della Comunità (sede fisica oppure collegate funzionalmente);

1 Infermiere di Famiglia o Comunità ogni 3.000 abitanti;

1 Unità di Continuità Assistenziale (1 medico e 1 infermiere) ogni 100.000 abitanti.

DISTRETTO



DM 77/2022

IL DM 77/2022

IL MODELLO ORGANIZZATIVO DA ATTUARE

SANITA' DI INIZIATIVA

un modello assistenziale di gestione delle malattie croniche fondato su un'assistenza proattiva all'individuo dalle fasi di prevenzione ed educazione alla salute fino alle fasi precoci e conclamate della condizione morbosa.

IL MODELLO ORGANIZZATIVO DA ATTUARE

Attraverso i modelli della Sanità di Iniziativa, messi in atto dalle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta e dalle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP), e in collaborazione con Infermieri di famiglia o Comunità, i pazienti sono contattati periodicamente, al fine di migliorare gli stili di vita, diagnosticare precocemente le patologie e monitorare la comparsa e l'evoluzione delle malattie croniche e prevenire le complicanze e ridurre o gestire il carico assistenziale, prevenire le disabilità e perdita dell'indipendenza per il singolo e per il caregiver.

SANITA' DI INIZIATIVA

E' il modello organizzativo di risposta dei Servizi che può radicalmente modificare l'approccio ai problemi dei pazienti affetti da patologie croniche attraverso:

La definizione di PDTA integrati

L'applicazione di tempistiche concordate

L'effettuazione di prestazioni definite che seguono il paziente cronico ed impediscono utilizzo inappropriato di risorse del SSN

In realtà le esperienze di Sanità di iniziativa a livello nazionale NON sono realizzate omogeneamente nel territorio!!

STRATIFICAZIONE DEL RISCHIO

L'adozione di un modello di stratificazione comune su tutto il territorio nazionale permetterà lo sviluppo di un linguaggio uniforme che vuole garantire equità di accesso ed omogeneità di presa in carico.

La stratificazione della popolazione tende ad una valutazione olistica dei bisogni dell'individuo, al fine di misurare il “livello di bisogno socioassistenziale” utilizzando informazioni sulla condizione clinica e sociale e su ulteriori bisogni e preferenze individuali.

Utilizza informazioni relative ai bisogni clinici assistenziali e sociali della persona, ha la finalità di individuare interventi appropriati, sostenibili e personalizzati che vengono definiti nel Progetto di Salute.

IL DM 77/2022

STRATIFICAZIONE DEL RISCHIO

CI PERMETTE DI:

PROGRAMMARE E VERIFICARE I RISULTATI A LIVELLO DI
POPOLAZIONE

INTERVENIRE SUL SINGOLO INDIVIDUO PER DEFINIRE IL PROGETTO
DI SALUTE

TELEMEDICINA

La telemedicina supporta l'interazione dei diversi professionisti sanitari con l'assistito nelle diverse fasi di valutazione del bisogno assistenziale, di erogazione delle prestazioni e di monitoraggio delle cure.

La telemedicina è l'insieme di tecnologia e organizzazione che, se inclusa in una rete di cure coordinate (*coordinated care*), contribuisce in modo rilevante a migliorare la capacità di risposta del Servizio Sanitario Nazionale.

Nel disegno di riorganizzazione dell'assistenza territoriale la telemedicina diviene parte integrante del progetto di salute, sia esso semplice o complesso, definito per il singolo assistito in base ai propri bisogni di salute

LA MODALITA' DI LAVORO INTEGRATO

Il DM prevede che si operi nelle CdC realizzando un modello organizzativo di approccio integrato e multidisciplinare attraverso la modalità operativa dell'équipe multiprofessionale territoriale.

L'attività deve essere organizzata in modo tale da permettere un'azione d'équipe tra Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti Ambulatoriali Interni – anche nelle loro forme organizzative – Infermieri di Famiglia o Comunità (IFAoC), altri professionisti della salute, quali ad esempio Psicologi, Ostetrici, Professionisti dell'area della Prevenzione, della Riabilitazione e Tecnica e Assistenti Sociali.

IN UMBRIA

CASE DI COMUNITA'

DOVREBBERO ESSERE REALIZZATE 17 CASE DI COMUNITA'

MA PER ALCUNE CONTINUANO AD ESSERCI PROBLEMATICHE LEGATE ANCHE ALLA SEDE DI LORO REALIZZAZIONE (vedi Perugia)

PROBLEMI RELATIVI AI FINANZIAMENTI, AL PERSONALE, ALLE TEMPISTICHE DI REALIZZAZIONE

EVITARE DI FARLE DIVENTARE DELLE CATTEDRALI NEL DESERTO

IN UMBRIA

OSPEDALE DI COMUNITA'

MODELLO NON PRESENTE, PRIMA DEL DM 77, NELLA REALTA' UMBRA

E' NECESSARIO INTEGRARE QUESTA NUOVA "RISORSA" CON LE STRUTTURE INTERMEDIE GIA' PRESENTI, IN PARTICOLARE CON LE RSA (NON E' SOLO UN CAMBIO DI DENOMINAZIONE!!)

E' NECESSARIO DEFINIRE CRITERI DI ACCESSO DEI PAZIENTI, MA ANCHE MODALITA' DI ACCESSO DEI MMG

MMG E PLS

SI PARTE DALLE AFT (SOLO PER LA MG!) DOVE E' NECESSARIO RIVEDERE IL RUOLO UNICO IN CONSIDERAZIONE DEL NUOVO ACN

E'NECESSARIO DEFINIRE LE AFT PER LA PEDIATRIA E LE UCCP (SIA PER I MMG CHE PLS)

NUOVO ACCORDO REGIONALE PER L'APPLICAZIONE DEL MODELLO DI SANITA' DI INIZIATIVA NELLE AFT

MODALITA' DI ACCESSO NELLE STRUTTURE RESIDENZIALI E

IN UMBRIA

INFERMIERI DI FAMIGLIA E DI COMUNITA'

E' STATO DATO GRANDE IMPULSO A QUESTA FIGURA CON:

- ACQUISIZIONE DI NUOVO PERSONALE
- ATTIVAZIONE DI SPECIFICA FORMAZIONE
- AVVIO DELLE SPERIMENTAZIONI NELLE PRIME CASE DI COMUNITA'

RISCHI

DOVUTI ALLE TEMPISTICHE DI REALIZZAZIONE E SOPRATTUTTO AL REALE COINVOLGIMENTO DI QUESTA FIGURA NEI TEAM ASSISTENZIALI CHE DOVRANNO GESTIRE I PAZIENTI

IL MODELLO NON E' STATO APPLICATO IN MODO STRUTTURATO
NELLA REALTA' UMBRA

I PDTA PRODOTTI DALLE AZIENDE DEVONO ESSERE REVISIONATI
ALLA LUCE DELLA NUOVA ORGANIZZAZIONE DISTRETTUALE

I PDTA DEVONO AVERE UN APPROCCIO CHE APPLICHI IL
MODELLO DI SANITA' DI INIZIATIVA

DEVE ESSERE PREVISTO L'UTILIZZO DELLA TELEMEDICINA

IN UMBRIA

TELEMEDICINA

ESPERIENZE CHE HANNO AVUTO UN FORTE SVILUPPO CON IL COVID

DEVE DIVENTARE UN MODELLO APPLICATO GIORNALMENTE ATTRAVERSO LA SUA IMPLEMENTAZIONE NEI PDTA

PER ALCUNE PRESTAZIONI (POCHE) E' GIA' ATTUATO QUOTIDIANAMENTE (ES. VISITE DIABETOLOGICHE)

DEVE ESSERE PREVISTA UNA ADEGUATA FORMAZIONE DEL PERSONALE PER LA SUA PIENA REALIZZAZIONE

MODIFICARE LA MODALITA' DI LAVORO INTEGRATO

Deve essere rivista la modalità di lavoro degli operatori

Attualmente si realizza tale modello sporadicamente ed in modo parziale

Per realizzare un modello integrato è necessario rivedere alcuni ruoli:

MMG/PLS

Direttore del distretto

Operatori del distretto

Medici specialisti (dipendenti e ambulatoriali)

Servizio sociale (USL e comune)

Altri operatori (psicologi, ecc.)

Le esperienze dimostrano che le soluzioni ai problemi riscontrati ci sono e si stanno mettendo in atto pur con diverse criticità in particolare dovute a:

Tempistiche di realizzazione

Finanziamenti

Personale

E' necessario che tutti gli attori coinvolti condividano veramente ed effettivamente gli stessi obiettivi che possono essere realizzati **“rimettendo in gioco il proprio ruolo”**

Dobbiamo smettere di sperimentare e passare alla fase di piena realizzazione (Medicina di iniziativa: è dimostrato che funziona!!)

E' necessario lavorare sulla FORMAZIONE e realizzarla in forma integrata, che coinvolga insieme tutti gli attori che parteciperanno alla riorganizzazione del territorio!!



VI RINGRAZIO