

Appropriatezza
Innovativa
nel Territorio
118 + 124 = 242

i numeri che abbiamo...

*Come giocarli nel dar conto
della nostra presenza
attiva?*

*Gilberto Gentili
Paolo Da Col
Antonino Trimarchi
Gennaro Volpe*

4° Convegno Nazionale

**L'APPROPRIATEZZA
NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE**

Condivisione di strategie tra Ospedale e Territorio

NAPOLI || 09/10 maggio 2013 || Hotel Excelsior via Partenope, 48



CARD PER L'ITALIA



ORGANIZZAZIONE
KLink
profitablesolutions
Via G. Porzio, 4 Is. G1 - 80143 Napoli
tel +39 081.19324211 // fax +39 081.19324724
eventi@klinksolutions.it // www.klinksolutions.it

PROVIDER ECM & SEGRETERIA:
studioesse
ADV, CONGRESSI, EVENTI
Via V. Emanuele III, 72 - 80131 Aversa (CE)
tel +39 081.8904040 fax +39 081.8907169
segreteria@studioesse.net // www.studioesse.net

ADDIS
Associazione Direttori e Dirigenti Distretti Sanitari

IV CONGRESSO REGIONALE ADDIS
I Distretti e le 4 S

**SUD
SALUTE
SOSTENIBILITÀ
SVILUPPO**

Si ringrazia per il contributo incondizionato

Main sponsor

AstraZeneca

gsk **MSD** **Pfizer**
GlaxoSmithKline

Sala Convegni Hotel Ramada
Napoli - Via Galileo Ferraris, 40

13 e **14** Dicembre 2012

CONVEGNO REGIONALE C.A.R.D. VENETO

Padova, 5 Aprile 2013

Abbazia di S. Giustina
presso Aula Magna, via Giuseppe Ferrari 2/A



In tempi di tagli, una garanzia

La continuità delle cure



**IL DISTRETTO
SOCIOSANITARIO
“MISSION IMPOSSIBLE”
RIOSPITALIZZARE
IL TERRITORIO**

Gilberto Gentili

Paolo Da Col

Antonino Trimarchi

Gennaro Volpe







CARD Puglia

L'evento è rivolto a:
 - tutte le professioni sanitarie
 - assistenti sociali

**CONVEGNO REGIONALE
 CARD PUGLIA 2013**
 Investire nel distretto forte
 pugliese scambiando
 buone prassi

11-12 aprile 2013
 UNA Hotel Regina
 S.P.57 Torre a Mare-Noicattaro 70016 - Bari
 Tel. 080.5430907
 Fax 080.5431662









info: PUGLIA@CARD.PUGLIA.IT - www.PUGLIA@CARD.PUGLIA.IT

IL DISTRETTO SOCIOSANITARIO FORTE forse osando RIOSPITALIZZARE IL TERRITORIO

Gilberto Gentili
 Paolo Da Col
 Antonino Trimarchi
 Gennaro Volpe



Perugia, 18 aprile 2013

Hotel Giò
Perugia Centro Congressi



2° CONGRESSO REGIONALE



Società Scientifica
delle attività
Socio-sanitarie Territoriali
Confederazione Associazioni
Regionali di Distretto
UMBRIA

Convegni in Sanità

Il Distretto e la Sanità
d'iniziativa: contributo
per l'innovazione
nel Servizio Sanitario
Regionale

Il progetto **124**
di CARD Italia
architettura
innovativa
per il SSN

Gilberto Gentili
Paolo Da Col
Antonino Trimarchi
Gennaro Volpe



Chi ama... CHIAMA:



124

"Telefono Casa"

Per una **E**cologia **T**erritoriale della Salute

il bisogno ci **richiama**:



***IL SISTEMA SALUTE
ITALIA***

124

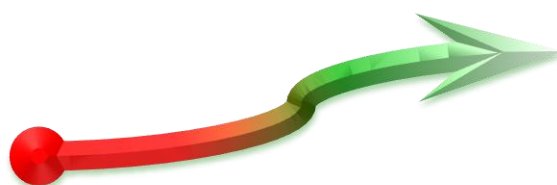
***E LA CONTINUITÀ
DELLE CURE***

**A CHI VUOLE CURARSI A CASA
il DISTRETTO SOCIOSANITARIO RISPONDE**



**Non è il momento di usare
È Tempo di osare**

118 + 124



242

**NUMERI
Volàno**

**Per OPERATORI
che Volano**



124 PUNTO di SVOLTA



Sanità Pubblica
RIVOLTA
alla Popolazione



Distretto della Salute
RIVOLTA
della Popolazione



“Ma è una rivolta?!”

No mio Sire, è una RIVOLUZIONE”

François Alexandre Frédéric de La Rochefoucauld



La Governance della Continuità delle Cure *il bello dell'integrazione*

“Non di solo pane vive l'uomo”

DICIAMOCI COSA FACCIAMO

ci diremo chi siamo

DICIAMOCI COSA PENSIAMO

ci diremo cosa dobbiamo fare

Ma se ci diciamo IN COSA VOGLIAMO COOPERARE

ci diremo a quale Futuro appartenere





Per dare i numeri bisogna averli **124 . PUNTO DI RIFERIMENTO**

LA PRESENZA ATTIVA DEI DISTRETTI
NELLA CONTINUITÀ DELLE CURE
DEL TERRITORIO



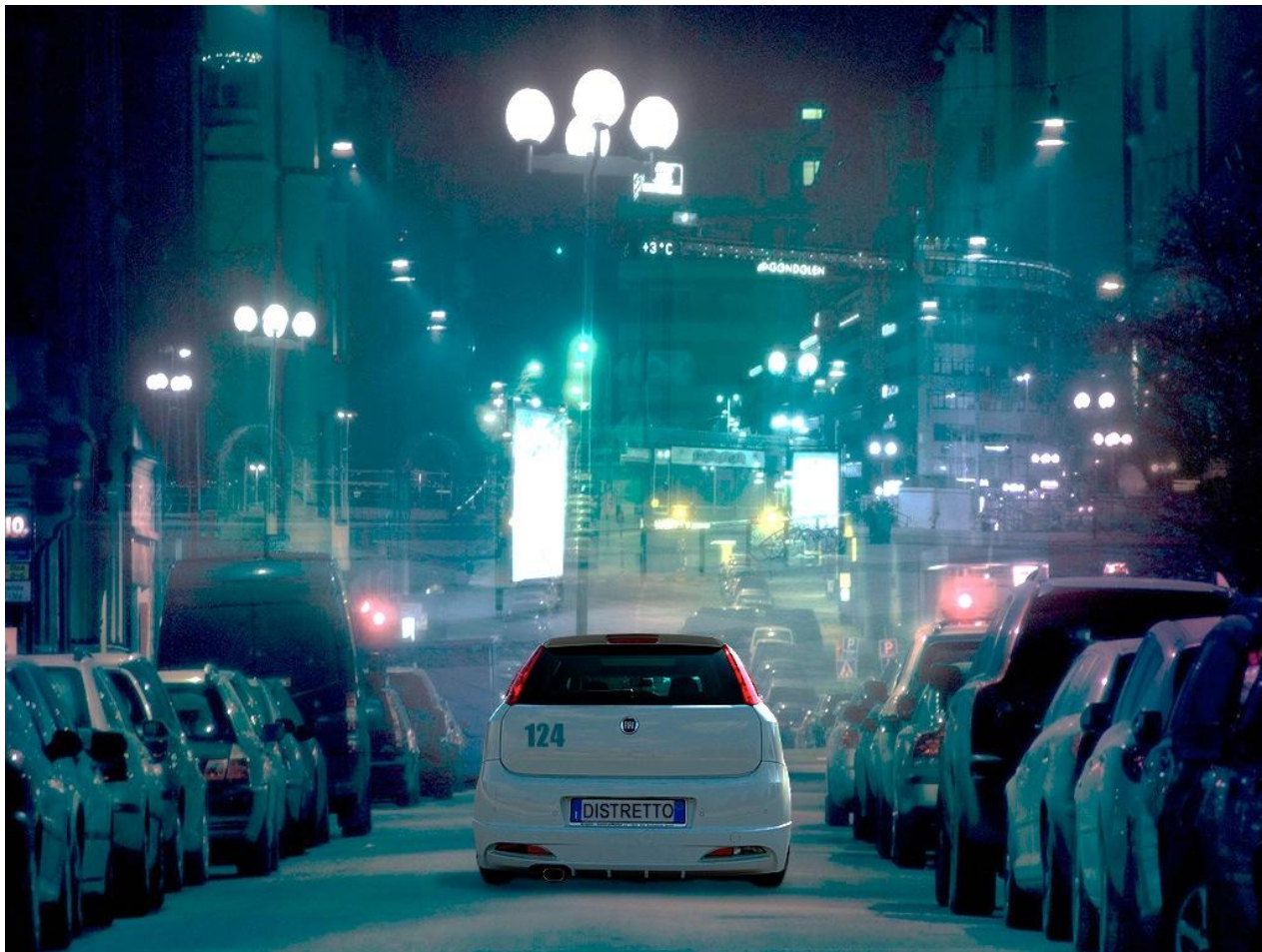


PUNTO 124 PORTA DI ACCESSO

MESSA IN RETE ALL'INTERNO DEL DISTRETTO
DELLE SINGOLE OFFERTE TERRITORIALI
SIA DI ACCOGLIENZA-ACCETTAZIONE
CHE DI ASSISTENZA DIRETTA



PORTA 124 ≈ PERCORSO



1 DISTRETTO attivo x 24h HOME CARE
con 12 PDTA attivabili su 4 AREE prioritarie di SALUTE

Assistenza Primaria e Continuità delle Cure

4 AREE PRIORITARIE DI SALUTE

Area Cure Primarie

Cure palliative

Cure intermedie

Disabilità

Area Famiglia

Maternità

Infanzia ed età evolutiva

Donna e Uomo

Area Salute Mentale

Stili di Pensiero/Vita

Dipendenza

Inter-IN-dipendenza

Area Salute Sociale

Non autosufficienza

Deprivazione

Diversità

12 PDTA PRIORITARI NELLE 4 AREE

1. Adulti e anziani con scompenso cardiaco avanzato/severo
2. Adulti e anziani con BPCO avanzato/severo
3. Adulti e anziani con diabete complicato/instabile
4. Persone in stato terminale
5. Persone con malattie neurologiche degenerative e/o deficit cognitivo a media-alta intensità assistenziale
6. Persone con grave disabilità permanente o temporanea a medio-alta intensità assistenziale

Assistenza Primaria e Continuità delle Cure

12 PDTA PRIORITARI NELLE 4 AREE

7. Bambini-adolescenti a rischio di abbandono o istituzionalizzazione
8. Persone con disturbo mentale ad alto-medio carico assistenziale
9. Persone con dipendenza (alcool, droghe, azzardo)
10. Adulti e anziani con grave perdita dell' autonomia
11. Persone con problemi di acuzie e/o instabilità a domicilio in famiglie fragili
12. Famiglie deprivate ad alta problematicità (rischio abusi, maltrattamenti, emarginazione sociale)



124 ∞ PROCESS

DREAM VISION

ECOLOGIA DELLA SALUTE

... IN PROGRESS



TEAM VISION

Parole nel vuoto

Project Team

Soglia tra silenzio e luce

Reflecting Team

Less is more

Ethical Team

... in “distrette”



TEAM VISION

Managerialità

Tessitura reti domiciliari in Rete

Connettività

Competizione Cooperativa

Essenzialità

Tutela LEA

Continuità
4 Relazioni

di Cura
Qualificanti

Sussidiarietà
a garanzia
del self care
familiare

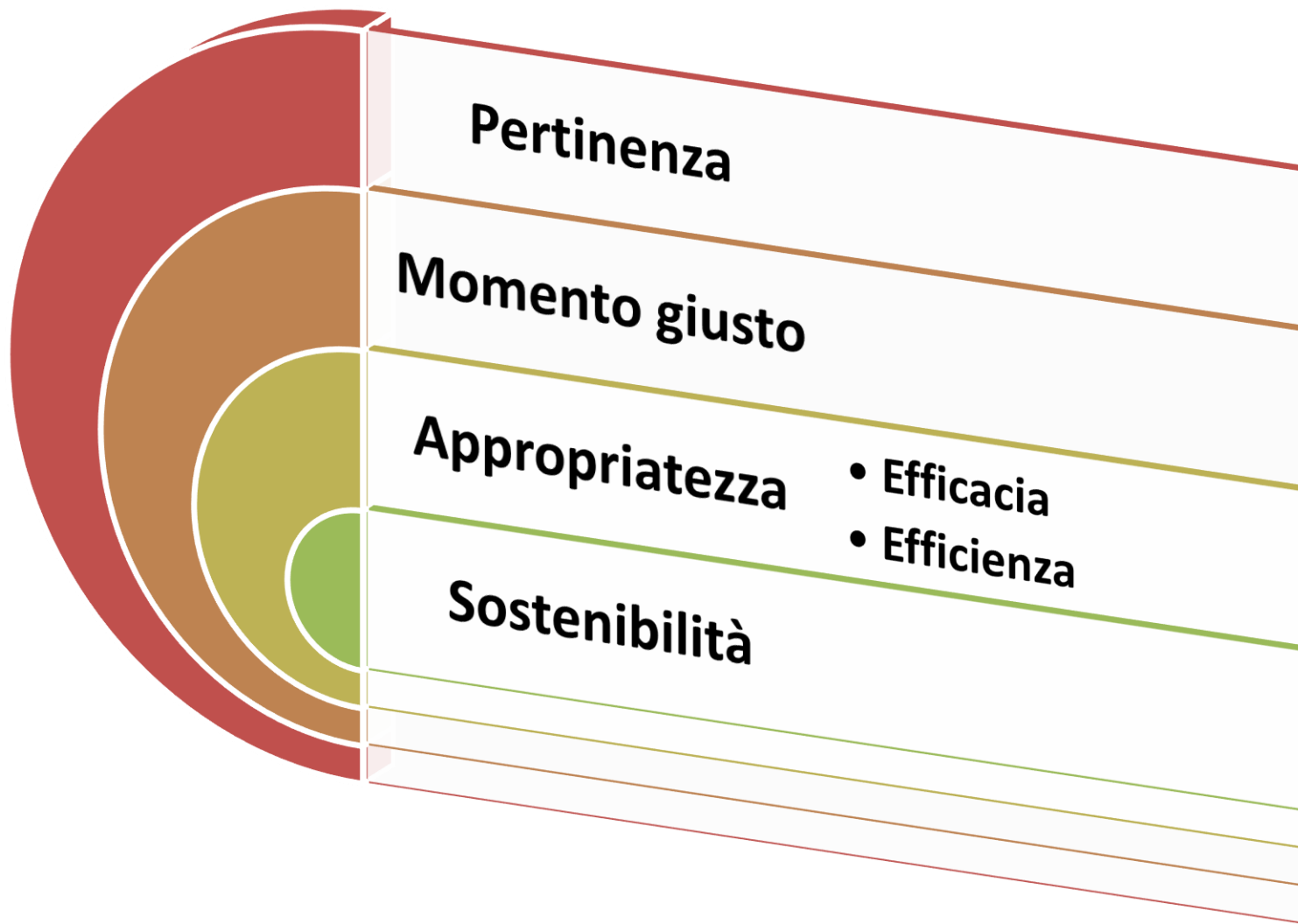
Regia
advocacy
assessment
accountability
agreement

Proattività
a garanzia
della relazione
di presa in
carico

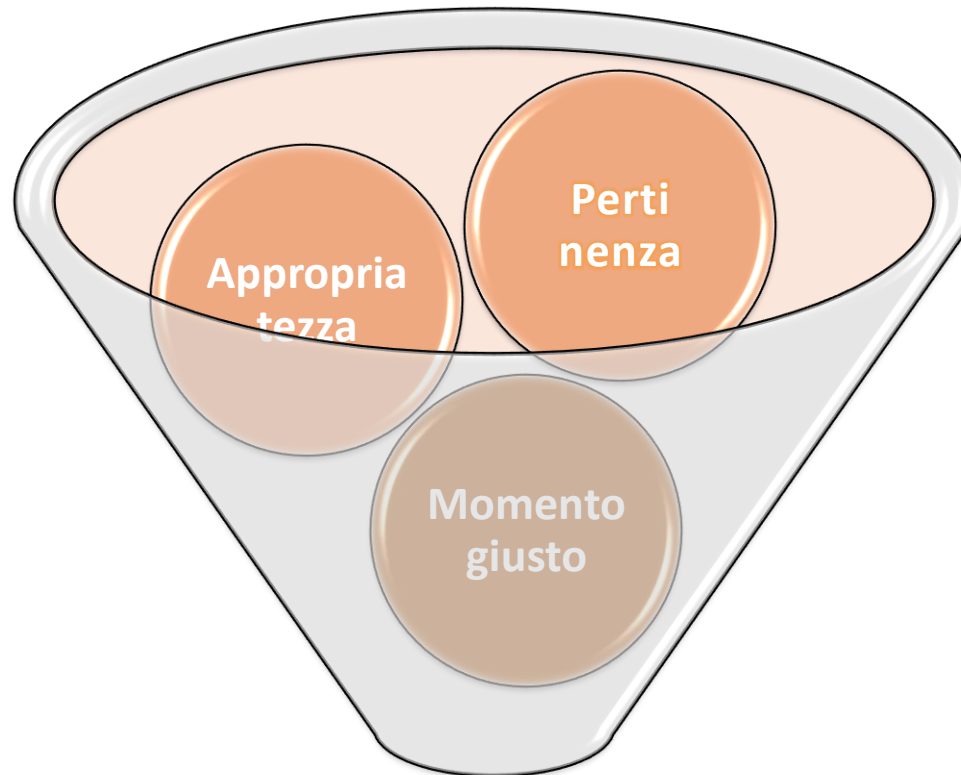
**Comple-
mentarietà**
a garanzia
dell'assistenza
necessaria

Continuità delle Cure

4 Parole Con-Vincenti



Panta rei



Sostenibilità



Continuità delle Cure

per rilanciare nel SSN la Primary Health Care Community Oriented

124



CONCEPT NUMBER

...le radici della folle idea: da dove siamo partiti...

- L'idea della continuità h24 nel manifesto CARD delle cure domiciliari
- La specializzazione “sul campo” del Distretto nella Long Term Care (LTC)
- La necessità di ***un numero a garanzia della Esigibilità della Continuità delle Cure***



...le radici della folle idea: da dove siamo partiti...

- L' impegno costante nel lavoro di Distretto
 - ✓ A conoscere i bisogni di salute del proprio territorio e della comunità residente
 - ✓ A prendere in carico continuativo le persone, soprattutto se deboli, fragili, svantaggiate
 - ✓ Ad affrontare problemi complessi (fino ad ora non risolti o minimizzati)



Il problema – il bisogno

- Almeno il 10% della popolazione >65enne ha elevate esigenze di continuità di cura ed assistenza per la (co)presenza di stati di necessità Long Term Care (mix di problemi di tipo clinico-sanitario e/o sociale)
- Range dei bisogni: fragilità → parziale perdita autonomia psico-fisica → totale dipendenza-non autosufficienza → disabilità grave-gravissima permanente
- **IN OGNI DISTRETTO:**
 - migliaia di **PERSONE**
 - di **PAZIENTI**



Il problema – il bisogno

- **L' esigenza peculiare a domicilio è di long term care,** oggi ancora sottovalutata rispetto alle condizioni di “acuzie-emergenza/urgenza”
- **Necessitano radicali cambiamenti (innovazione):**
 - **SCELTE POLITICHE:** evidence based policy
 - **SCELTE PROFESSIONALI**
 - **COGNITIVO-CULTURALI:** consapevolezza della priorità assoluta della LTC nel nostro Welfare
 - **OPERATIVE:** costruzione e messa in rete di reti per la **reale** continuità di cura con assistenza integrata a tutto campo (*multidimensionalità vs multimodalità*)



ISTANTANEA

- Oggi sono tre le Reti “ufficiali” riconosciute da SSN/SSR
 - ospedaliera
 - territoriale
 - emergenza

A chi la responsabilità della connessione per la continuità delle cure?

Collection the information

Connection the information



ISTANTANEA

- **Ambiti di cura ed assistenza**

- **FORMALE, ISTITUZIONALE**

- sanitario: ambulatorio, ospedale, residenza, domicilio
→ deve integrarsi con il “mondo sociale”
- sociosanitario: domicilio, centro diurno e residenza (di varia tipologia, caratteristica ed intensità assistenziale)
- socioassistenziale: domicilio, centro diurno e residenza → deve integrarsi con il “mondo sanitario”

- **INFORMALE**: ogni luogo tra familiari care giver e volontariato



**IN OGNI AMBITO OCCORRE
RECUPERARE FRAMMENTAZIONI
E SEPARATEZZE:**

questo è il compito del

DISTRETTO

CONFINE da ABITARE DILATARE TRASFORMARE



Criticità di questa popolazione con bisogni di LTC rispetto all'assistenza in ospedale

I RISCHI COSTANTI PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE SONO:

- **nelle lungodegenze** (da abolire) per il rischio di sdr da immobilizzazione, perdita di autonomia e integrità cognitiva



Criticità di questa popolazione con bisogni di LTC rispetto all'assistenza in ospedale

- **nelle dimissioni anticipate**, per condizioni di instabilità, recupero incompleto
- (la funzione di post acuzie va realizzata o almeno governata dal Distretto!)



Criticità di questa popolazione con bisogni di LTC rispetto all'assistenza in ospedale

- **nelle ammissioni improprie**, anche per insufficiente/assente raccordo tra gli “ambiti di cura usuale”
- in primis se (e perché) manca adeguata circolazione delle info di rilevanza clinica per tarare meglio le cure durante il ricovero



Criticità di questa popolazione con bisogni di LTC rispetto alla rete dell'Emergenza

Organizzazione dei servizi nei PS-DEA spesso inadeguata per rispettare le esigenze del grande anziano seguito in LTC a domicilio o in residenza perché privi di vision e mission coerenti con LTC

- Posti letto di osservazione temporanea dedicata a questi pazienti?
- Fast track diagnostico-terapeutici questo target?



Criticità di questa popolazione con bisogni di LTC rispetto alla rete dell'Emergenza

- Servizi 118 inseriti in DEA/H rischiano di NON essere tarati su funzioni di “filtro-trattenimento a casa” (anche perché possono mancare le soluzioni alternative ad H)
- Mancata disponibilità di info cliniche on line e quindi forti limiti nelle capacità decisionali nell'acuzie (= nel dubbio, si ricovera)
- MCA: da inserire-raccordare con 118-PS? Con i MMG in orario diurno? In reti territoriali di medicina primaria, ad es. le AFT? Altro...?



Criticità di questa popolazione con bisogni di LTC rispetto alla rete dell'Emergenza

SERVIZI DI EMERGENZA SOCIALE

- Esistono servizi di “*pronto intervento sociale*”?
- Qui disponibili come in sanità?
Per quali emergenze sociali?
- Ma serve davvero un “118 sociale”?
Quando? C'entra qui il distretto?
- Rientra tra gli scopi del “124”?
- A quando misure per prevenire/ridurre le emergenze?

– **Giovano le azioni di proattività ?**



Criticità di questa popolazione con bisogni di LTC all'assistenza nel Territorio...

Grande difformità di offerta di alternative ad H, specialmente in home care, sostanzialmente quasi sempre insufficiente e inadeguata vs

- **% copertura cure domiciliari sanitarie nella popolazione di riferimento:**
 - » a quando uno std dei pazienti domiciliari? es. 4/6/8/10% >65/a
- **arco temporale di attività di servizio:**
 - » a quando uno std? es. h12/16/24/7die? n° accessi illimitati/die?
- **durata della presa in carico:**
 - » sine die? si può dimettere un paziente In LTC?
- **assistenza sociale a casa:**
 - » quali standard ? es. h 4/8/12/7die?



Criticità di questa popolazione con bisogni di LTC all'assistenza nel Territorio...

Grande difformità di offerta residenziale e semiresidenziale (es. la demenza!), da distinguere se appartenente a SSN (gratuita) o SSC (soggetta a co-payment !)

•Std quantitativo?

»es. 10 ? 40 ? 50 ? p.l./mille abitanti

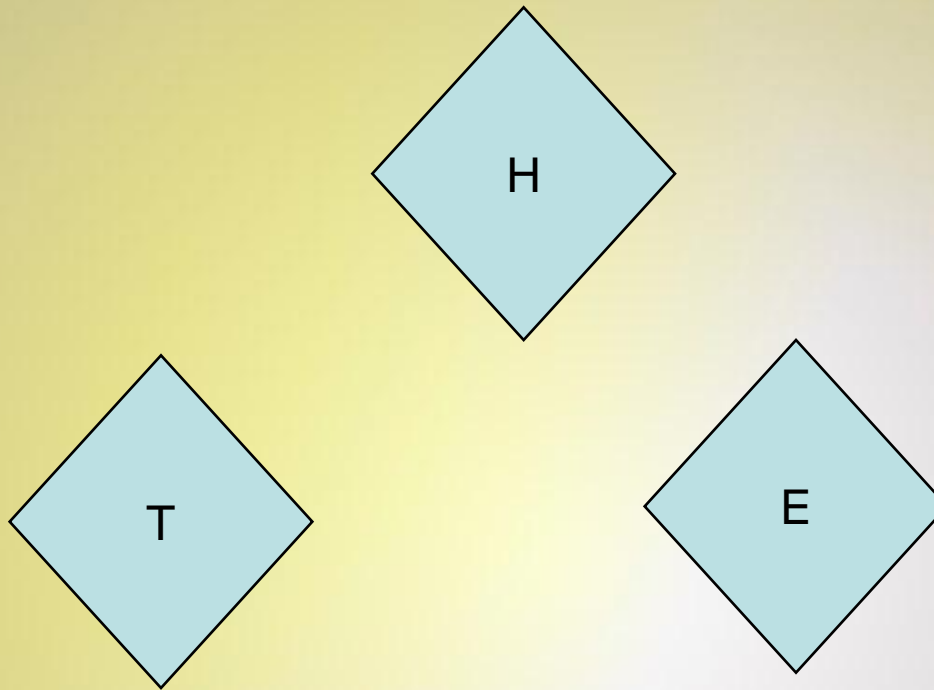
•Std qualitativo?

»quali capacità – intensità - responsabilità assistenziale vs tipologie - esigenze degli ospiti?

Oggi tema incombente: riconversione di p.l. da chiusura di p.l. ospedalieri per rispetto dei nuovi std...



Semplificando, oggi...

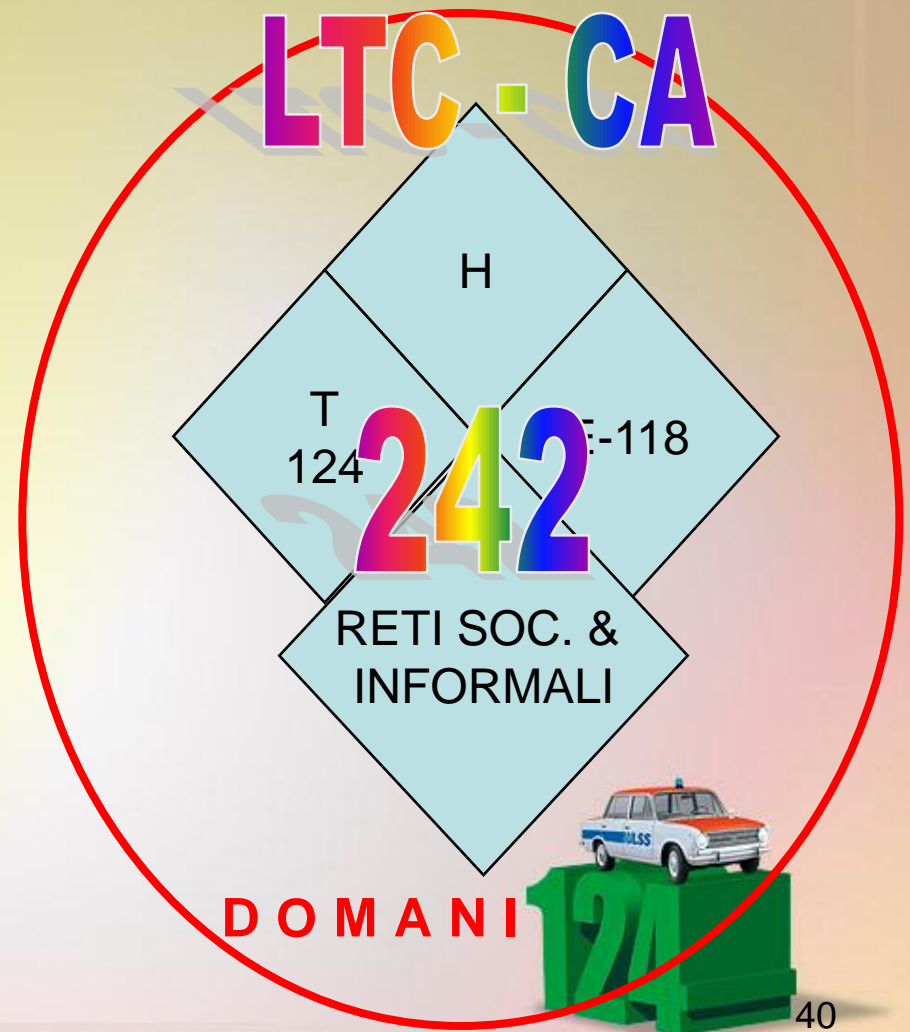
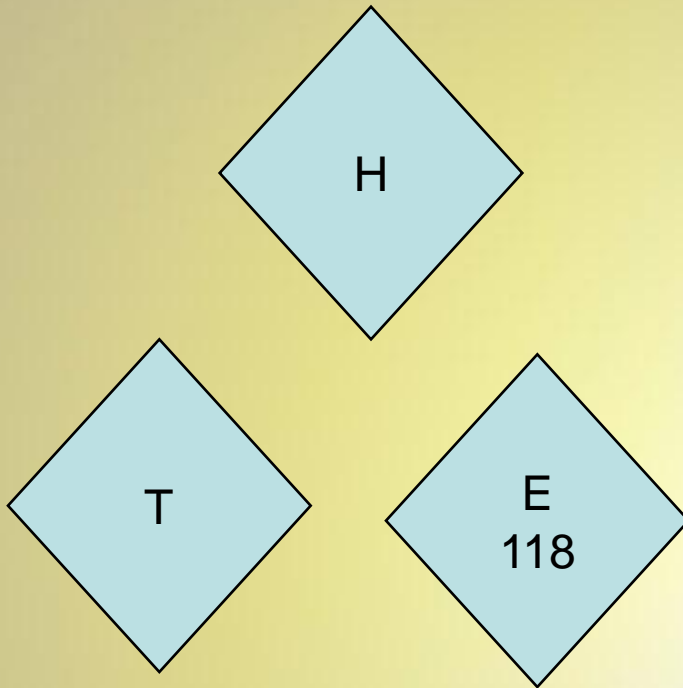


Più altri sistemi, reti, servizi...



L' esigenza di connettere...

O G G I



il “124” CONCEPT NUMBER

- Potrebbe essere quindi un numero “simbolico” ma del tutto “reale” deve essere il suo contenuto
- Si integra con il “sistema 118” (già ben addestrato al triage telefonico) e con le reti territoriali (se non esistenti vanno create)
- Si affianca ed arricchisce la rete di copertura delle emergenze, tenendo conto del vasto problema del “mondo della LTC e della continuità assistenziale”
- La sua priorità è rivolta alla realizzazione di un sistema che sorregga e rafforzi la continuità assistenziale nella LTC: appropriato, etico ed efficace



il “124” CONCEPT NUMBER

- HA FUNZIONI DI
 - a) Garanzia di potersi curare con continuità a Casa
 - b) Contatto, Accesso, Accoglienza con traduzione bisogno in domanda → Presa in Carico
 - c) Lancio di azioni /interventi prima e dopo l'ospedalizzazione
 - d) Ottimizzazione dei percorsi individuali per la scelta/inserimento della persona nei setting territoriali → ambulatoriali, domiciliari, semiresidenziali, residenziali



il “124” SMART NUMBER

- Fa sempre parte dei servizi territoriali, quindi sempre governato (non necessariamente fornito!) dal distretto
- “Salda” MMG con MCA, con gli specialisti ed integra SSR, SSL e reti di cura informali
- Riconosce e valorizza tutte le risorse attuali (soprattutto quelle delle reti informali)
- Riduce i rischi per il paziente di invio improprio in PS, H, Casa di Riposo



il “124” SMART NUMBER

- Mantiene in sicurezza a casa ed evita rischi di assistenza inadeguata
- “Facilita la vita” degli operatori istituzionali e delle reti informali
- Velocizza l’ accesso-accessibilità ai servizi, lo scambio di informazioni, la continuità
- Facilita azioni collaborative-cooperative proattive



Destinatari del 124

❖ PERSONE-PAZIENTI-ASSISTITI IN CARICO AL DISTRETTO in LTC o CANDIDATI AD ESSERLO

- ✓ Care givers (incluse “badanti” !!!)
- ✓ Operatori della sanità:
 - ✧ dei distretti (inclusi MMG, MCA, SAI),
 - ✧ del 118,
 - ✧ degli H
- ✓ Operatori dei servizi sociali e dei providers collegati
- ✓ Operatori del mondo del volontariato
- ✓ Altri operatori informali



FOCUS sui Destinatari del 124

Per tutti questi, la nuova possibilità di contare su un punto di riferimento permanente (h24/7die) **permette**

- di concentrarsi sul tema della LTC
- di capire/partecipare (chiedere/dare info, orientamento)
- di performare il Punto Unico di Accesso Integrato e facilitare un primo aiuto-sostegno e la fruizione servizi
- di ricevere cure concrete tempestive al fine di affrontare e risolvere la situazione critica
- di creare/potenziare a valle del 124
nuovi servizi distrettuali di assistenza
a casa e in ogni residenza territoriale



...quindi, il “sistema 124”

- **funziona h24/7**
 - in ogni distretto del Paese, in ogni ASL,
 - in affiancamento ai / completamento dei sistemi di sicurezza/emergenza (tra cui sistema 118)
- **assicura maggiori possibilità**
 - di continuità della presa in carico
 - di mantenimento sicuro a domicilio anche in situazioni di elevata complessità
- **riconosce e connette proattivamente i bisogni**
 - presidia i LEA
 - sarà LEA?



...quindi, il “sistema 124”

- si può realizzare progressivamente
- in modo flessibile
- a step successivi di complessità-dotazioni
 - meglio partendo con iniziative di carattere sperimentale locale
 - con riconversione delle risorse
- secondo caratteristiche/esigenze/risorse locali
- tarato sui livelli di domanda ed offerta



E svolge funzioni di

INNOVAZIONE INERENTE LA CONTINUITÀ POST RICEZIONE - ACCESSO

- ✧ Info e Orientamento anche via web 2.0
- ✧ Segreteria telefonica proattiva
- ✧ Lancio - aggancio della presa in carico
- ✧ Primo sostegno psico-emotivo,



E svolge funzioni di

INTERVENTO – AZIONE

- a casa o in residenza/semiresidenza da parte di personale istituzionale, in primis per
 - ✧ trattenere il soggetto in loco, in modo appropriato, in sicurezza
 - ✧ evitare accessi impropri in PS/H
 - ✧ aggiornare le funzioni del sistema 118
 - ✧ ampliare le funzioni del PS/DEA
 - ✧ organizzare percorsi diagnostico-terapeutici integrati H/T e non solo
 - ✧ dare nuovo “senso” a presidi territoriali quali le case della salute



PREMESSE E PRE-REQUISITI

- **IRRINUNCIABILI LE RETI E GLI STRUMENTI INFORMATICI ADEGUATI**
disponibili per ogni attore di cura, fruibili anche dagli assistiti/famiglie, dai care givers informali
- **INDISPENSABILE L' ACCESSO TELEMATICO**
 - per consultazioni
 - alimentazione dati (input) on line



PREMESSE E PRE-REQUISITI

- **INDIFFERIBILE CHE IL SISTEMA SI DOTI DI:**
 - “Fascicolo elettronico personale” o strumento equivalente (cartella elettronica integrata, ecc.)
 - Possibilità reale di raccordo tra i dati già oggi disponibili in alcuni “sistemi di cartelle” di uso consolidato (es. MMG, specialisti, operatori sociali, delle cooperative, ecc.)
 - Interconnessione tra le reti informatiche
 - Soluzioni adeguate per il “terribile” tema della privacy



12 risultati **certi** con il “124”

1. **La persona** con esigenze di LTC e continuità di cura-assistenza nel suo luogo di vita, **è al centro** del sistema
2. **Le funzioni di accesso ed intervento dei servizi di cura alla persona sono congiunte**, con continuità tra le diverse fasi di accesso → valutazione iniziale → progettazione → azione → valutazione finale esiti
3. **Valorizzazione delle cure informali** poste in nuovo equilibrio con quelle formali, a sostegno dell'Empowerment Comunitario



12 risultati **certi** con il “124”

4. Il distretto diventa “*indispensabile*” grazie a:
- nuovo ruolo e funzione dei servizi domiciliari e residenziali, da dotare di nuove risorse tecnologiche ed informatiche
 - impegno per rispettare standard operativi uniformi nel Paese, inseriti nei LEA (di valore nazionale) domiciliari e residenziali
 - inclusione di MMG e MCA, specialisti, con nuova visione/funzione delle “case della salute” (non più visti come ospedali “bonsai)
 - integrazione tra professionisti diversi (per approcci multiprofessionali, interventi multidisciplinari)



12 risultati **certi** con il “124”

5. Il territorio si *RIOSPITALIZZA*

- diventa baricentro del sistema perché centro
- è creduto perché credibile (funzione di Advocacy)
- frena la delega incongrua all'ospedale
- riqualifica (per dimensioni e funzioni) l'ospedale perché lo riconosce e interagisce senza delegare
 - Riferimento insostituibile per le Emergenze
 - Sede di cure ipertecnologiche, specifiche, puntuali e discontinue
 - Co-organizzatore della produzione Ammissioni/Dimissioni Protette



12 risultati **certi** con il “124”

6. **Calo della tensione-pressione verso H e PS, 118**
 - a. riduzione delle chiamate, degli accessi impropri in PS/H, case di riposo
 - b. Riduzione ricoveri e durata delle degenze, delle dimissioni difficili o bloccate
 - c. stop a pericolosi stazionamenti in reparti di lungodegenza a rischio permanente di essere privi di finalità di recupero-riattivazione
7. **Ridimensionamento-riqualificazione-trasformazione degli Ospedali di rete**
8. **Valorizzazione di tutte le risorse del territorio comprese le cure informali**



12 risultati **certi** con il “124”

9. Integrazione-cooperazione tra forze e competenze professionali diverse oggi frammentate o disperse
10. Maggiore condizione e percezione di sicurezza a casa (o in residenza) con riduzione dello stress dei caregivers
11. Possibilità di graduare progressivamente gli investimenti ed i riassetti organizzativi per la sua realizzazione
12. Occasione concreta di realizzare un nuovo sistema di welfare, con ritorno degli investimenti entro 3 anni, in cui sussidiarietà ed integrazione sono concretamente sostenuti



Da una
crescita
inappropriata
a
infelice

Ad una
De-Crescita
APPROPRIATA
Felice

4° Convegno Nazionale

L'APPROPRIATEZZA
NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Condivisione di strategie tra Ospedale e Territorio

NAPOLI || 09/10 maggio 2013 || Hotel Excelsior via Partenope, 48



Sanità e Sociale

Mente e Natura

NORD-SUD

Una

Sacra Unità

4° Convegno Nazionale

L'APPROPRIATEZZA
NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Condivisione di strategie tra Ospedale e Territorio

NAPOLI || 09/10 maggio 2013 || Hotel Excelsior via Partenope, 48

