



Confederazione  
Associazioni  
Regionali di Distretto

*Società Scientifica delle attività  
Sociosanitarie Territoriali*

# Progetto CRONICITA'

*La buona pratica organizzativa e gestionale nel distretto*

*Esperienze Regionali. Umbria e Toscana*

**FOCUS ON Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva**

Luigi Rossi e Alfredo Notargiacomo



**Il Distretto è l'ambito territoriale ideale per garantire una risposta assistenziale integrata sanitaria, socio-sanitaria e sociale (strumenti, risorse e competenze)**



**Programmazione  
Allocazione risorse  
Integrazione  
Monitoraggio  
Valutazione**



**Sociosanitaria  
Dipartimenti**

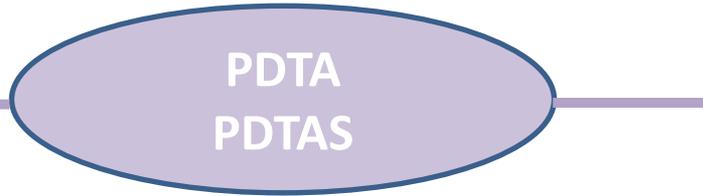


# Per ogni (Zona) Distretto: RETI CLINICHE INTEGRATE E STRUTTURATE



(apice della piramide)

## INTEGRAZIONE T-H-T



### OSPEDALE

### TERRITORIO

- Malattie neurologiche
- Patologie cardiovascolari
- diabete
- patologie respiratorie
- oncologia
- insufficienza renale
- malattie reumatiche



**AFT TEAM  
MULTIPROFESSIONALE**



- cure palliative
- salute mentale, dipendenze

**LONG TERM CARE**



- Assistenza primaria  MMG, PLS, CA, ecc.
- Assistenza intermedia  ADI, Hospice, OsCo, ecc.
- Coordinamento delle attività sanitarie
- Integrazione socio-sanitaria (con gli enti locali)

## *Il Distretto*

- *orienta i propri servizi al **governo della domanda**, attraverso la **valutazione sistematica dei problemi multidimensionali**,*
- *assicura la **risposta alle problematiche complesse sanitarie e socio-assistenziali**, sia per le **patologie croniche**, che per la **disabilità** e la **non autosufficienza**.*

**Due obiettivi** di specifico rilievo per il Distretto (già individuati dal **PSN 2003-2005**):

- ✓ *“Promuovere il territorio quale sede primaria di assistenza e di governo dei percorsi Sanitari e Socio-Sanitari”;*
- ✓ *“Promuovere una rete integrata di servizi sanitari e sociali per l’assistenza ai malati cronici, agli anziani e ai disabili”.*

# OBIETTIVI

- **Presenza in Carico cronicità, fragilità complessità**
- **Accessibilità, prossimità e capillarità**
- **Equità**
- **Integrazione dei servizi**
- **Semplificazione dei percorsi**
- **Continuità delle cure**
- **Personalizzazione delle cure**

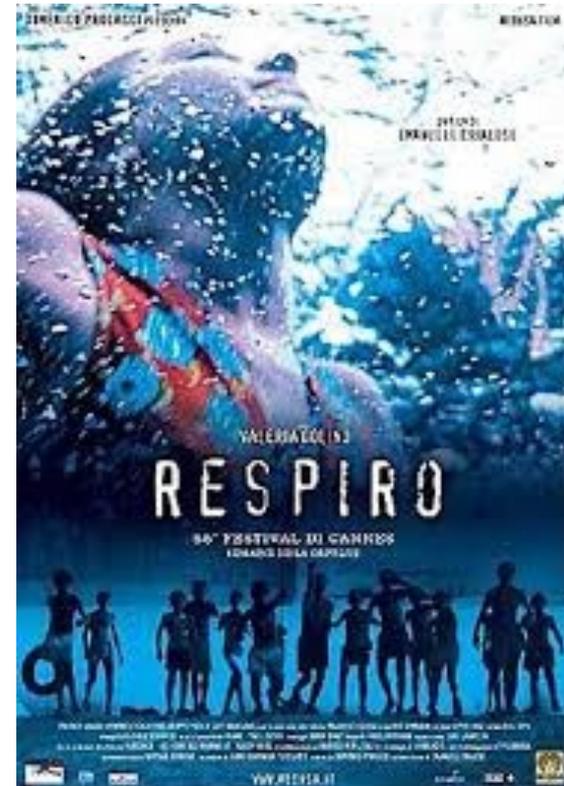


Fonte: S.E. Giustini, Lucca 2014- modificata

## OBIETTIVI

Gli obiettivi generali della **fase territoriale** dell'assistenza al paziente affetto da un patologia respiratoria ostruttiva cronica sono rappresentati da:

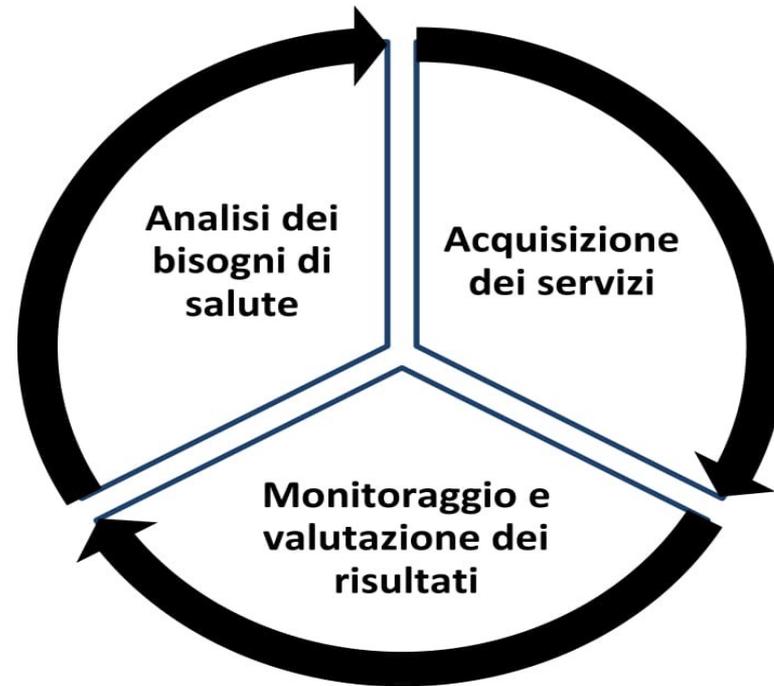
1. **Aumentare la sopravvivenza**
2. **Ridurre le riacutizzazioni**
3. **Ridurre/Evitare le ospedalizzazioni**
4. **Ottimizzare l'appropriatezza e l'aderenza**
5. **Sviluppare l'*empowerment* del paziente e del *care-giver***
6. **Migliorare l'autonomia**
7. **Migliorare la qualità di vita**
8. **Incoraggiare la ripresa psicologica**



# Le direttrici di classificazione degli interventi di cura territoriali

Direttrice-descrittore	Esempi
Obiettivo	<ul style="list-style-type: none"><li>• educazione, informazione, prevenzione, tutela, riabilitazione, trattamento</li></ul>
Tempo	<ul style="list-style-type: none"><li>• fase intensiva</li><li>• fase estensiva</li><li>• lungoassistenza</li></ul>
Intensità	<ul style="list-style-type: none"><li>• alta/bassa intensità</li><li>• alta/bassa intensità assistenziale</li><li>• alta/bassa intensità riabilitativa</li></ul>
Livello	<ul style="list-style-type: none"><li>• interventi sanitari, assistenziali, di integrazione sanitari a rilevanza sociale, sociali a rilevanza sanitaria, ad alta integrazione sociosanitaria</li></ul>
Luogo	<ul style="list-style-type: none"><li>• residenziali</li><li>• semiresidenziali</li><li>• domiciliari</li><li>• ambulatoriali-consultoriali</li></ul>
Produttore	<ul style="list-style-type: none"><li>• erogatori-produttori pubblici, privati commerciali, privati no profit, soggetti informali</li></ul>

# IL CICLO DELLA COMMITTENZA A LIVELLO DISTRETTUALE



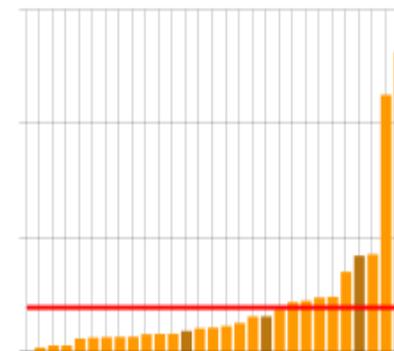
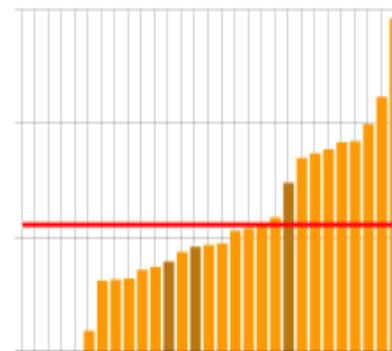
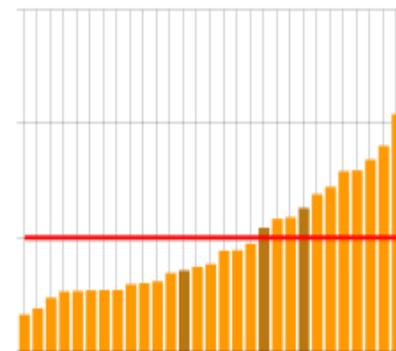
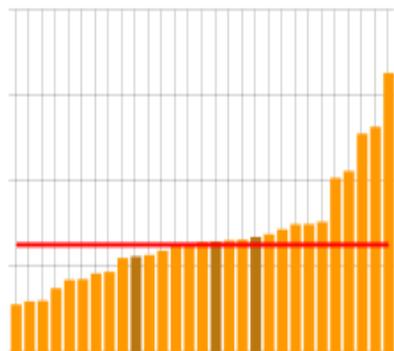
## Sottoinsieme-test di indicatori

### ASSISTENZA DISTRETTUALE (8 indicatori)

Indicatore PROXY	1 a	D03C	Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta ( $\geq 18$ anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco  Nel CORE ad anni alterni con l'indicatore D04C	←	<i>Assistenza sanitaria di base</i>
	1 b	D04C	Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età pediatrica ( $< 18$ anni) per asma e gastroenterite  Nel CORE ad anni alterni con l'indicatore D03C		
	2	D09Z	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso		<i>Attività di emergenza sanitaria territoriale</i>
	3	D10Z	Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B.		<i>Assistenza specialistica ambulatoriale</i>
	4	D14C	Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici		<i>Assistenza farmaceutica</i>
	5	D22Z	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3)		<i>Assistenza territoriale domiciliare</i>
	6	D27C	Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria.		
	7	D30Z	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore		
	8	D33Z	Numero di anziani (età $\geq 75$ ) non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale R1, R2, R3 (intensità di cura) in rapporto alla popolazione residente.		<i>Assistenza territoriale residenziale</i>

# LEA – assistenza distrettuale

Prevenzione Assistenza distrettuale Assistenza ospedaliera PDTA

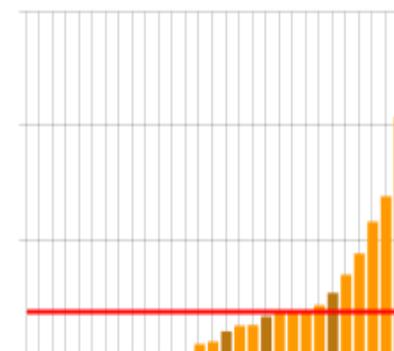
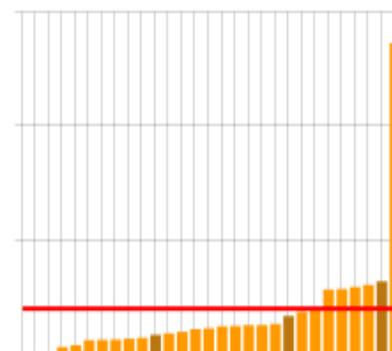
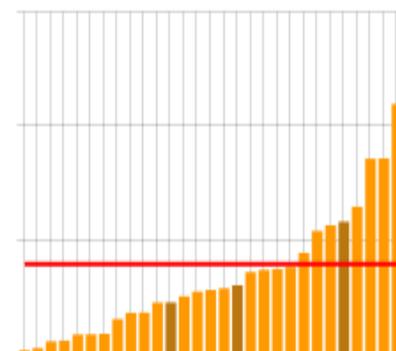
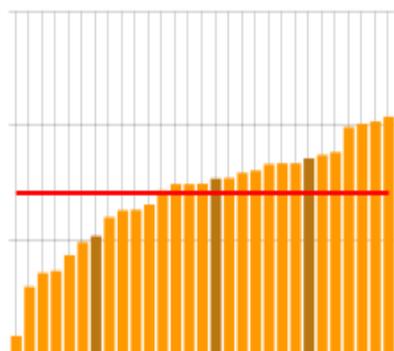


D03Cc - Ospedalizzazione in età adulta per scompenso cardiaco

D03Cd - Ospedalizzazione in età adulta per Broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPC...)

D04C - Ospedalizzazione in età pediatrica per asma e gastroenterite

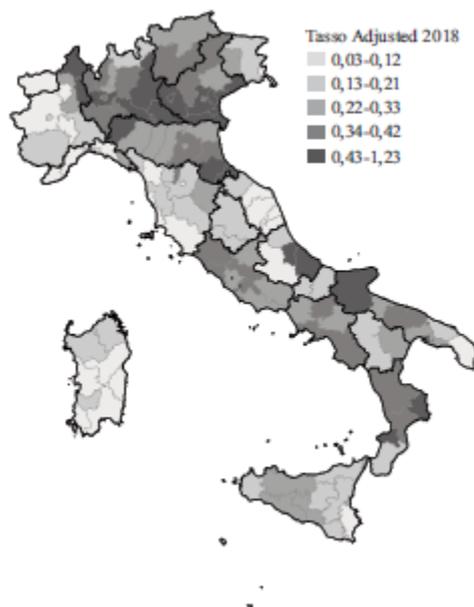
D04Ca - Ospedalizzazione in età pediatrica per asma



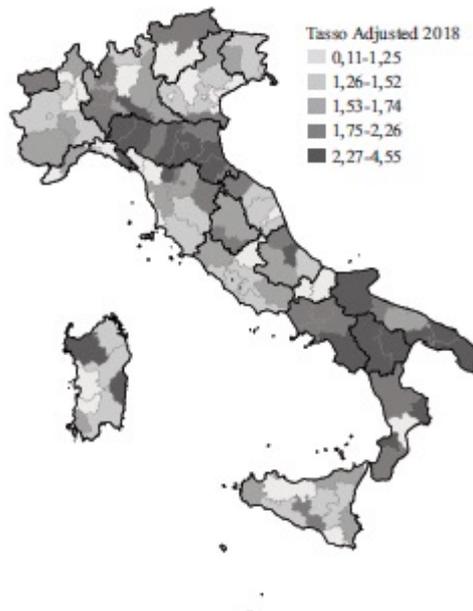
# Ospedalizzazione evitabile

L'ospedalizzazione evitabile è rappresentata dai ricoveri che potrebbero essere evitati con l'accesso a cure primarie (comprese le cure domiciliari) appropriate

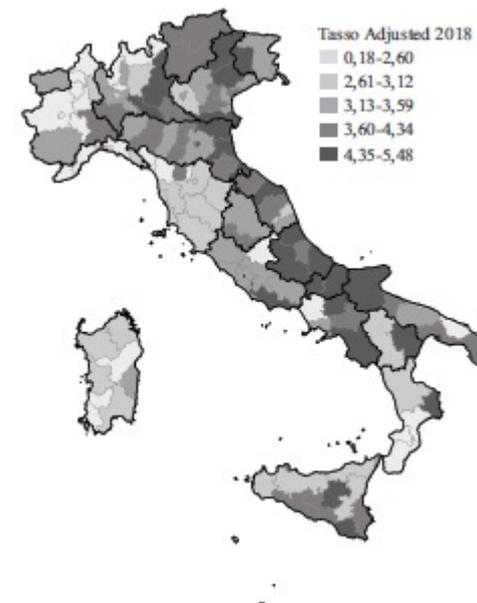
## Complicanze Diabete



## BPCO



## Insuff. Cardiaca s.p.c.



# PNC: IL MACROPROCESSO

## Attori

- Ministero della Salute
- AGENAS
- Regione
- Azienda Sanitaria

## Attori

- Ministero della Salute
- Regione
- Centri prevenzione
- Medico
- ASSOCIAZIONI

## Attori

- Regione
- Azienda Sanitaria
- Medico/infermiere
- Team multidisciplinari
- ASSOCIAZIONI

## Attori

- Case-manager
- Centro servizi
- Paziente
- ASSOCIAZIONI

## Attori

- Ministero della Salute
- AGENAS
- Regione
- ASSOCIAZIONI

### FASE 1 STRATIFICAZIONE E TARGETING DELLA POPOLAZIONE

- Identificazione delle popolazioni target e registrazione dei dati
- Approccio di «population management» e stadiazione dei bisogni assistenziali

### FASE 2 PROMOZIONE DELLA SALUTE, PREVENZIONE E DIAGNOSI PRECOCE

- Modifica degli stili di vita e contrasto ai fattori di rischio
- Diagnosi precoce

### FASE 3 PRESA IN CARICO E GESTIONE DEL PAZIENTE ATTRAVERSO IL PIANO DI CURA

- 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

### FASE 4 EROGAZIONE DI INTERVENTI PERSONALIZZATI PER LA GESTIONE DEL PAZIENTE ATTRAVERSO IL PIANO DI CURA

- Il piano di cura personalizzato e l'assistenza proattiva
- Il «patto di cura» e l'empowerment
- Educazione terapeutica strutturata

### FASE 5 VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DELLE CURE EROGATE

- Sistemi di misura della qualità delle cure e della qualità della vita

M  
a  
c  
r  
o  
a  
t  
t  
i  
v  
i  
t  
à

M  
a  
c  
r  
o  
a  
t  
t  
i  
v  
i  
t  
à

M  
a  
c  
r  
o  
a  
t  
t  
i  
v  
i  
t  
à

M  
a  
c  
r  
o  
a  
t  
t  
i  
v  
i  
t  
à

M  
a  
c  
r  
o  
a  
t  
t  
i  
v  
i  
t  
à

# PNC: LE FASI DEL MACROPROCESSO

STRATIFICAZIONE E TARGETING DELLA POPOLAZIONE	1
PROMOZIONE DELLA SALUTE, PREVENZIONE E DIAGNOSI PRECOCE	2
PRESA IN CARICO E GESTIONE DEL PAZIENTE ATTRAVERSO IL PIANO DI CURA	3
EROGAZIONE DI INTERVENTI PERSONALIZZATI PER LA GESTIONE DEL PAZIENTE ATTRAVERSO IL PIANO DI CURA	4
VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DELLE CURE EROGATE	5

**Piano Nazionale della Cronicità**  
In macroprocesso di gestione della persona con malattia cronica

Progetto **CRONICITA'**

## STORIA NATURALE DI MALATTIA



## PERCORSO ASSISTENZIALE DIFFERENZIATO

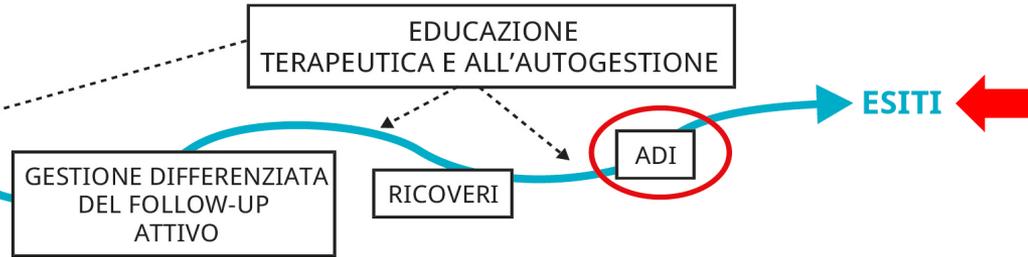
### Fase 1 Selezione



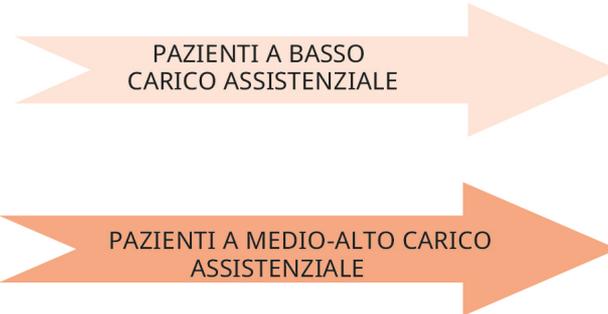
### Fase 2 Presenza in carico



### Fase 3 Gestione del piano di cura



**Strategie diversificate**



- FOLLOW-UP PREVALENTEMENTE A CARICO DEL MMG  
- FOLLOW-UP INFERMIERISTICO con Educazione per abilità di base

- FOLLOW-UP CON MAGGIORI CONTRIBUTI SPECIALISTICI (HT)  
- FOLLOW-UP INFERMIERISTICO CON CASE MANAGEMENT e con Educazione per abilità complesse

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

## Sinergie: Transizione Digitale (M1) Integrazione Socio-Sanitaria (M5)

Gli obiettivi delle Componenti della Missione Salute agiscono in maniera sinergica con altre Missioni del PNRR



# PNRR Salute: una missione 2 componenti 2 riforme 8 interventi



1. Case della Comunità e presa in carico della persona

2. Casa come primo luogo di cura, assistenza domiciliare e telemedicina

2.1. Casa come primo luogo di cura: Assistenza Domiciliare

2.2. Casa come primo luogo di cura: Telemedicina

3. Sviluppo delle cure intermedie

## OBETTIVI GENERALI

- Allineare i servizi ai **bisogni** delle comunità;
- **Integrare** servizi sanitari e sociali
- Superare la frammentazione e la mancanza di **omogeneità** dei servizi sanitari offerti sul territorio;
- Rafforzare i servizi sanitari di **prossimità**, assistenza domiciliare e la telemedicina;
- Innovare la struttura tecnologica e digitale del SSN, migliorando **qualità** e **tempestività**;
- Migliorare le **dotazioni** umane, infrastrutturali e tecnologiche;
- Promuovere la **ricerca** e l'innovazione;
- Garantire migliore **governance** e programmazione nella tutela e sicurezza dei **dati**.





ESTRATTO DAL VERBALE DELLA SEDUTA DEL 22-06-2020 (punto N 27)

Delibera

N 770

del 22-06-2020

<i>Assistenza (presa in carico e follow up)</i>	<b>Servizi rivolti alla popolazione sana</b>	<b>Percorsi di presa in carico della cronicità e complessità</b>	<b>Percorsi di integrazione socio-sanitaria</b>
<i>Identificazione e valutazione del bisogno</i>			
<i>Prevenzione e promozione della salute</i>	<b>Prevenzione e promozione della salute della comunità</b>		
<b>Aree di intervento</b> <b>Target</b>	<i>Sani</i>	<i>Cronici</i>	<i>Fragili</i>

Le Case della Salute, che oggi in Toscana sono **70** (25 nella Asl Toscana nord ovest, 23 nelle sud est, 22 nella centro), dovranno quasi raddoppiare e diventare 116 entro la fine del 2021. E' l'obiettivo che la Regione Toscana dà alle Aziende sanitarie: una Casa della Salute in ciascuna Zona-distretto/SdS entro la fine del 2020, per arrivare poi a una per ogni AFT (Aggregazione funzionale territoriale) entro il 31 dicembre 2021

- CASA DELLA COMUNITA' HUB
  - IL PERSONALE
    - VI AFFERISCONO 30-35 MMG
    - APERTURA AMBULATORI H 12 6 GIORNI SU 7
- CONTINUITA' ASSISTENZIALE
  - AMBULATORIO NOTTURNO E FESTIVI
- AMBULATORI (10-15) DOVE 10-20 MMG AFFERENTI SVOLGONO ATTIVITA' PER I PROPRI ASSISTITI
- INFERMIERI DI FAMIGLIA E COMUNITA' (8-12)
- ASSISTENTI SOCIALI
- PERSONALE DI SUPPORTO (AMMINISTRATIVO, TECNICO, ECC) 5-8 UNITA'

- **CASA DELLA COMUNITA' HUB**
  - STRUMENTO PER **COORDINARE** I SERVIZI OFFERTI
  - PRESA IN CARICO DELLA COMUNITA' DI RIFERIMENTO
  - **PUNTO UNICO DI ACCESSO** – VALUTAZIONE  
MULTIDIMENSIONALE
  - SERVIZI **SOCIALI** ED ASSISTENZIALI (ANZIANI, FRAGILI)

## CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE

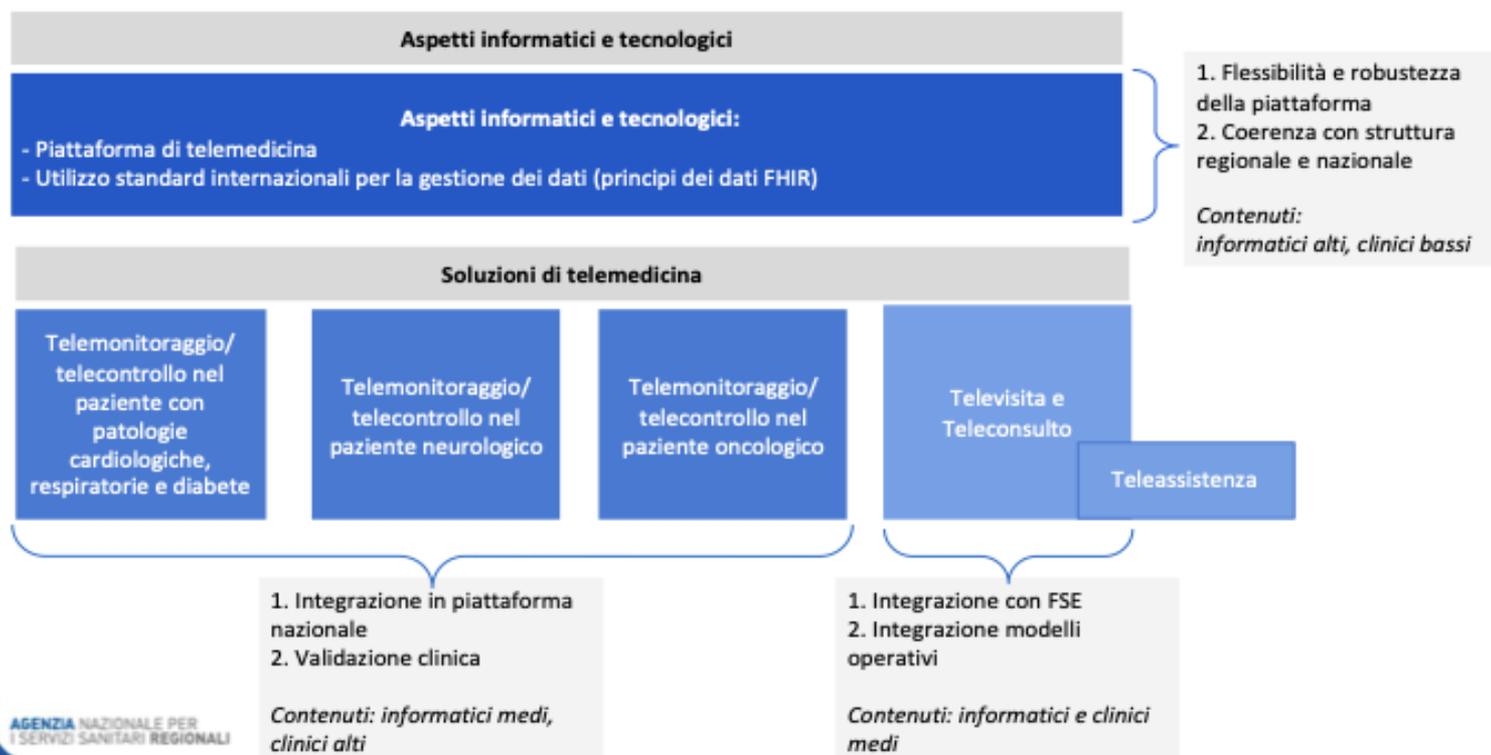
- 1 OGNI 100.000 ABITANTI (O A VALENZA DISTRETTUALE)
- 5-6 INFERMIERI E 1-2 UNITA' DI SUPPORTO
- COORDINARE I SERVIZI DOMICILIARI CON GLI ALTRI SERVIZI SANITARI
- INTERFACCIA CON GLI OSPEDALI E LA RETE EMERGENZA URGENZA
- TELEMEDICINA PER I PAZIENTI CRONICI

# TELEMEDICINA

- RIDURRE I DIVARI
- ESPERIENZA DI CURA PER GLI ASSISTITI
- MIGLIORARE I LIVELLI DI EFFICIENZA

# La Telemedicina a supporto dei pazienti con patologie croniche

## Componenti dell'investimento e fattori di successo



# Unità di Continuità Assistenziale

## Standard

Almeno 1 medico e 1 infermiere ogni 100.000 abitanti

## Definizione

L'Unità di Continuità Assistenziale è un'equipe mobile distrettuale per la gestione di situazioni e condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e di comprovata difficoltà operativa di presa in carico sia a di singoli individui che a di comunità.

## Funzioni

- Supporta - per un tempo definito - professionisti responsabili della presa in carico del paziente e della comunità;
- Attivata per **condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e comprovata difficoltà operativa di presa in carico**;
- Dotata di un sistema integrato comprendente una moderna infrastruttura di **telemedicina** collegata alle Centrali Operative Territoriali, anche per attivare il teleconsulto;
- Sede operativa: *CdC hub*





## Il Distretto: funzioni e standard

# UMBRIA

## LA SALUTE AL CENTRO



Piano Sanitario Regionale  
2021 - 2025

**La razionalizzazione e riduzione del numero dei Distretti;  
Una modifica organizzativo-gestionale dell'attuale assetto  
con:  
l'introduzione della figura del "Coordinatore dei distretti"  
al fine di garantire l'erogazione di servizi di qualità  
omogenea in tutto il territorio regionale;  
Il rafforzamento del ruolo della medicina generale e  
dell'assistenza domiciliare;  
Lo sviluppo della Centrale Operativa Territoriale (COT);  
L'istituzione delle Case della Comunità (CdC)  
L'istituzione degli Ospedali di Comunità (OdC)**

## Centrale operativa unica territoriale (COT)

assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria, attraverso un servizio rivolto prevalentemente ad operatori sanitari e sociosanitari.

La COT si sviluppa con una sede Hub e 5 sedi Spoke, una per ogni Distretto

### **COT hub**

funzioni di indirizzo e coordinamento a livello centrale, anche per garantire l'omogeneità delle prestazioni ed azioni sul territorio, nonché le funzioni sovradistrettuali per la gestione di casistiche complesse e che non possono trovare soluzione all'interno del distretto di riferimento

### **COT spoke**

le funzioni gestionali nell'area di competenza, nonché di attuazione ed operatività delle indicazioni fornite dalla centrale Hub

# L'istituzione delle Case della Comunità (CdC)

modello organizzativo che rende concreta l'assistenza di prossimità per la popolazione.

punto di riferimento delle cure primarie, attiva h24 7 giorni su 7, garantendo anche il collegamento con gli ambulatori di medicina generale dislocati nei territori.

strumento di intervento integrato e multidisciplinare per la progettazione e l'erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale,

garantisce equità di accesso e di presa in carico, secondo il modello della medicina d'iniziativa,

La CdC sarà messa in rete con gli altri setting assistenziali, sia territoriali

# L'istituzione degli Ospedali di Comunità (OdC)

posti letto di norma tra 15 e 20

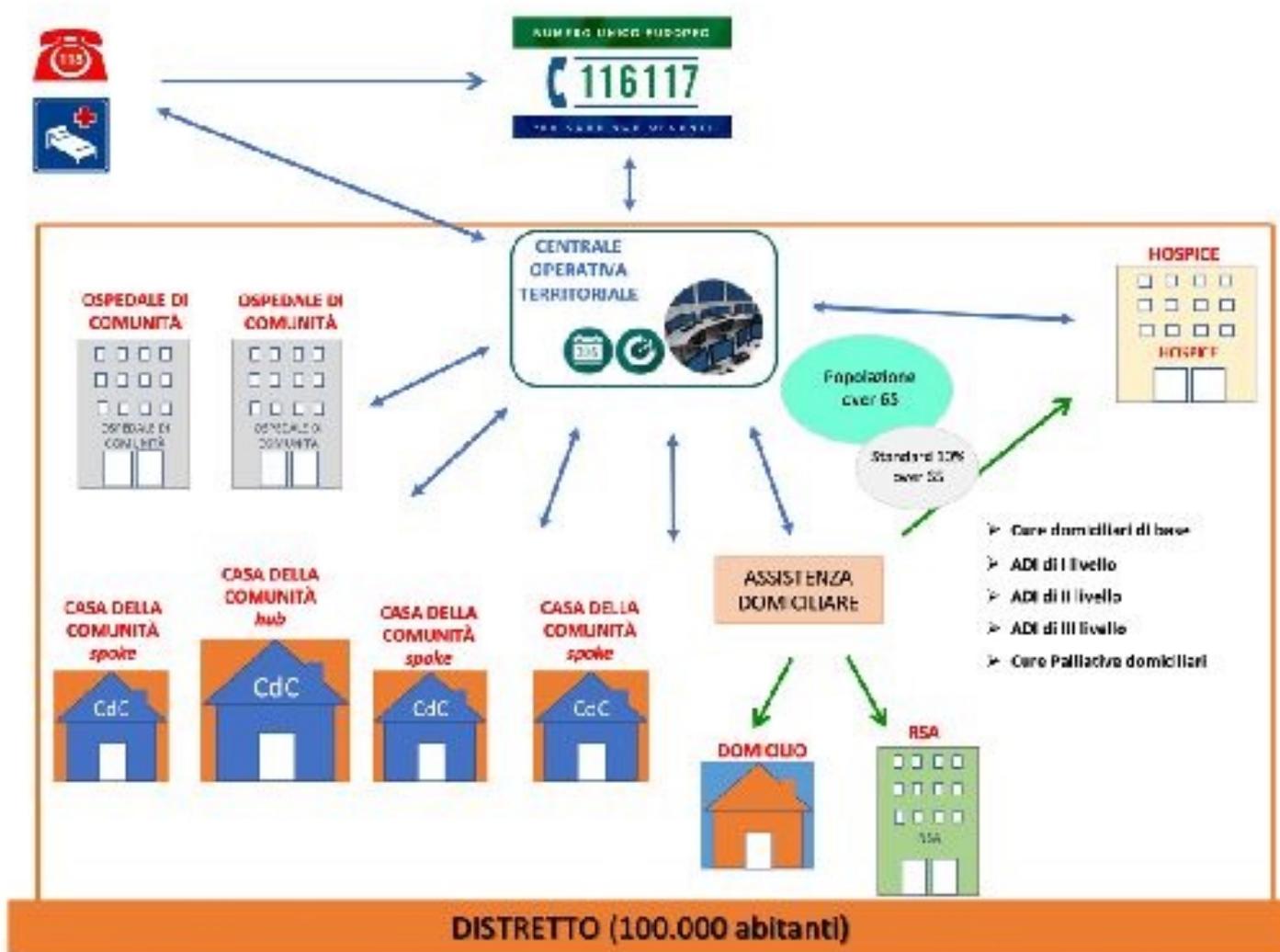
può avere una sede propria, o in una Casa della Comunità, in strutture sanitarie polifunzionali, presso presidi ospedalieri riconvertiti, presso strutture residenziali sociosanitarie, oppure essere situato in una struttura ospedaliera,

Sempre gerarchicamente riconducibile all'assistenza territoriale distrettuale

L'assistenza infermieristica è garantita nelle 24 ore e 7 giorni su 7 con il supporto degli operatori sociosanitari in sinergia con il responsabile clinico e gli altri professionisti coinvolti.

L'assistenza medica è assicurata per almeno 4 ore al giorno, 6 giorni su 7, mentre nel turno notturno 20-8 e diurno festivo viene garantita con forma di pronta disponibilità (anche con medici della continuità assistenziale) anche organizzata per più strutture dello stesso territorio.

Sfruttando i fondi del Recovery Fund si prevede la realizzazione di 5 presidi entro il 2026, anche attraverso l'adeguamento e la riorganizzazione delle attuali Residenze



# Key words & take home message

- Continuità delle cure ed «Handover»***
- Rafforzare le interazioni tra i setting e i processi di transizione***
- Progetto Assistenziale Individualizzato (PAI)***
- Reti assistenziali***
- Setting territoriali (Cure Domiciliari e Cure Intermedie .....***
- Prossimità e capillarità dell'offerta (HUB&Spoke)***
- Team multiprofessionali e Reti cliniche integrate con individuazione degli specialisti di riferimento***
- Valutazione multidimensionale***
- Individuazione in ogni AFT dei MMG esperti***
- Diagnostica di I livello nelle AFT***
- Sviluppo tecnologico (teleconsulto, telemedicina, teleassistenza, telerefertazione ...)***
- Potenziare il sodalizio con il cittadino (esperto)***
- INNOVAZIONE & SPERIMENTAZIONE***
- Monitoraggio e Valutazione***
- Formazione***

*«QUANDO GUARDATE,  
GUARDATE LONTANO; E ANCHE  
QUANDO CREDETE DI GUARDARE  
LONTANO, GUARDATE ANCORA  
PIU' LONTANO»*

*Robert Baden-Powell*

