

WEBINAR
GRATUITO

La tutela della salute degli anziani in Toscana ai tempi del Covid-19

15 FEBBRAIO 2022
ORE 14:30 - 17:30

CREDITI ECM: 2,1

Organizzato da ARS Toscana



Luigi Rossi
*Direttore Zona Distretto Piana di Lucca
Azienda USL Toscana Nord Ovest*



Gruppo Lavoro SITI - Primary Health Care



Presidente CARD Toscana



*Docente Corso Manageriale per Direttori
UU.OO. e Direttori Sanitari
Regione Campania*

Accreditamento delle Cure Domiciliari



Ministero della Salute

DIPARTIMENTO DELLA QUALITA'
DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA, DEI LIVELLI DI
ASSISTENZA E DEI PRINCIPI ETICI DI SISTEMA

Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei
Livelli essenziali di assistenza

Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli
interventi ospedalieri a domicilio

*«L'utilizzo della denominazione **“cure domiciliari”** anziché **“assistenza domiciliare”** risponde alla necessità di distinguere in modo esclusivo le **cure sanitarie e sociosanitarie integrate** dalle forme di assistenza domiciliare di natura socio-assistenziale e tutelare»*

Cure Domiciliari

1. **“Cure Domiciliari Prestazionali”** caratterizzate da prestazioni sanitarie o a ciclo programmato;
2. **“Cure Domiciliari Integrate di primo-secondo e terzo livello”**. Le cure di **primo e secondo livello** assorbono quelle già definite **ADI** mentre quelle di **terzo livello** assorbono l’**OD**. Questa tipologia di cure domiciliari - in funzione della differente complessità / intensità – è caratterizzata dalla formulazione del **Piano Assistenziale Individuale (PAI)** redatto in base alla valutazione globale multidimensionale ed erogate attraverso la presa in carico multidisciplinare e multiprofessionale;
3. **“Cure Domiciliari palliative a malati terminali”**, assorbono “l’assistenza territoriale domiciliare rivolta a pazienti nella fase terminale” e l’**OD-CP** e sono caratterizzate da una risposta intensiva a bisogni di elevata complessità definita dal PAI ed erogata da un’équipe in possesso di specifiche competenze.



Macrobiettivi delle Cure Domiciliari



- Garantire al cittadino/paziente adeguati livelli di assistenza in particolare per le patologie comunque trattabili a domicilio
- Garantire la continuità assistenziale per i dimessi dalle strutture sanitarie con necessità di prosecuzione delle cure
- Ottimizzare l'appropriatezza degli interventi e l'aderenza alle terapie
- Evitare o comunque rimandare il più possibile l'ospedalizzazione e l'istituzionalizzazione
- Favorire l'integrazione socio-sanitaria
- Umanizzare il più possibile l'assistenza
- Sviluppare l'*empowerment* del paziente e del *care-giver*
- Recuperare le capacità residue di autonomia e relazione
- Migliorare la qualità della vita
- Supportare la famiglia nella gestione della patologia cronica
- Estendere le nuove metodologie di assistenza (es. telemedicina)



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

STORIA NATURALE DI MALATTIA



PERCORSO ASSISTENZIALE DIFFERENZIATO

Fase 1 Selezione



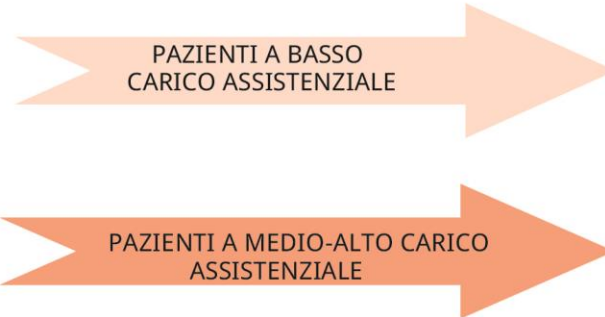
Fase 2 Presa in carico



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

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



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

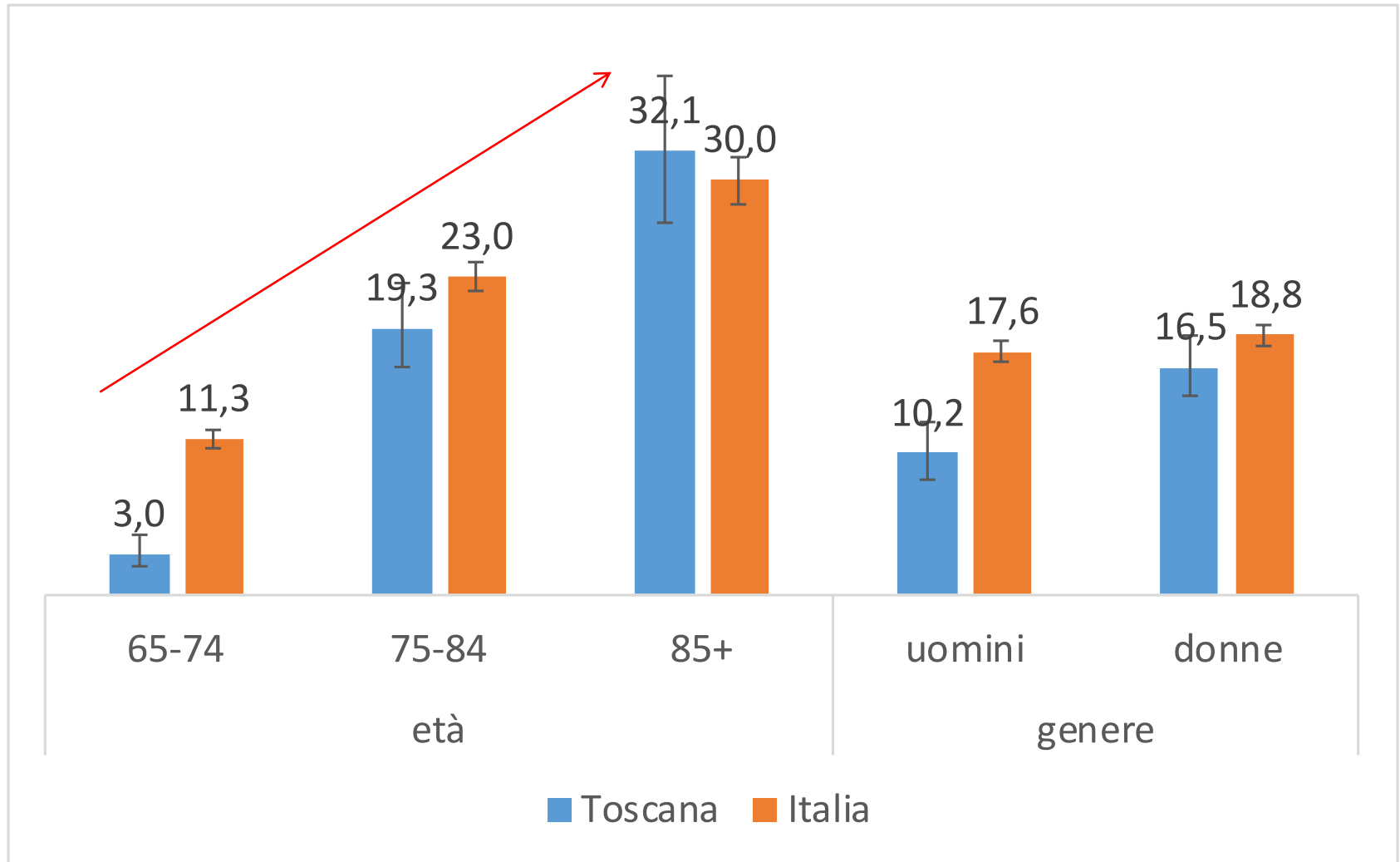
1. realizzare un censimento dell'offerta, dal punto di vista strutturale, organizzativo e delle risorse (umane, strumentali, dei servizi)
2. razionalizzare la distribuzione delle risorse, promuovendo l'integrazione dell'assistenza
3. creare una rete tra le strutture che assicuri la continuità assistenziale
4. valorizzare le diverse e specifiche competenze anche attraverso la creazione di reti specialistiche multidisciplinari
5. inseguire 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 SOCIOSANITARIA

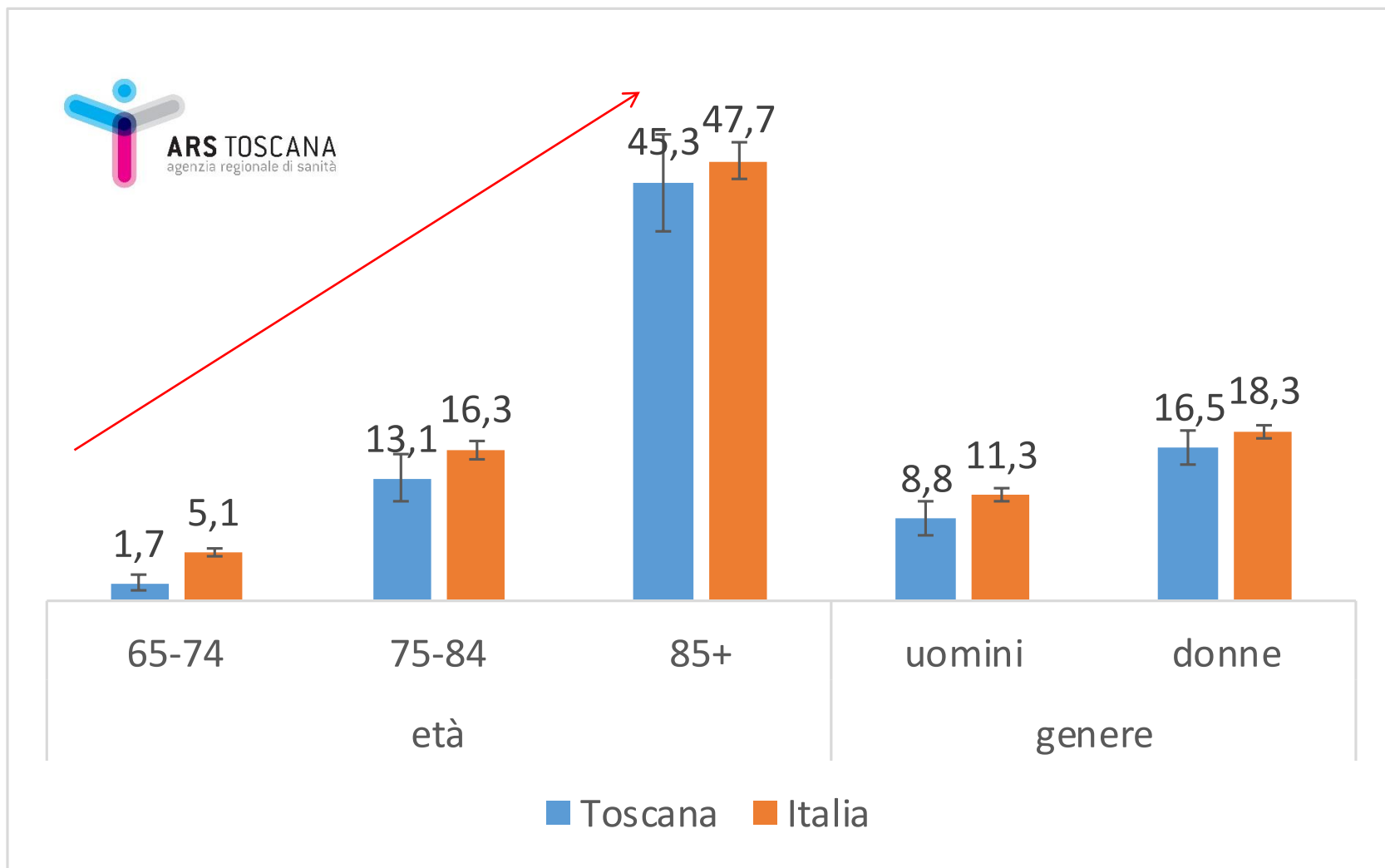
OBIETTIVI

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

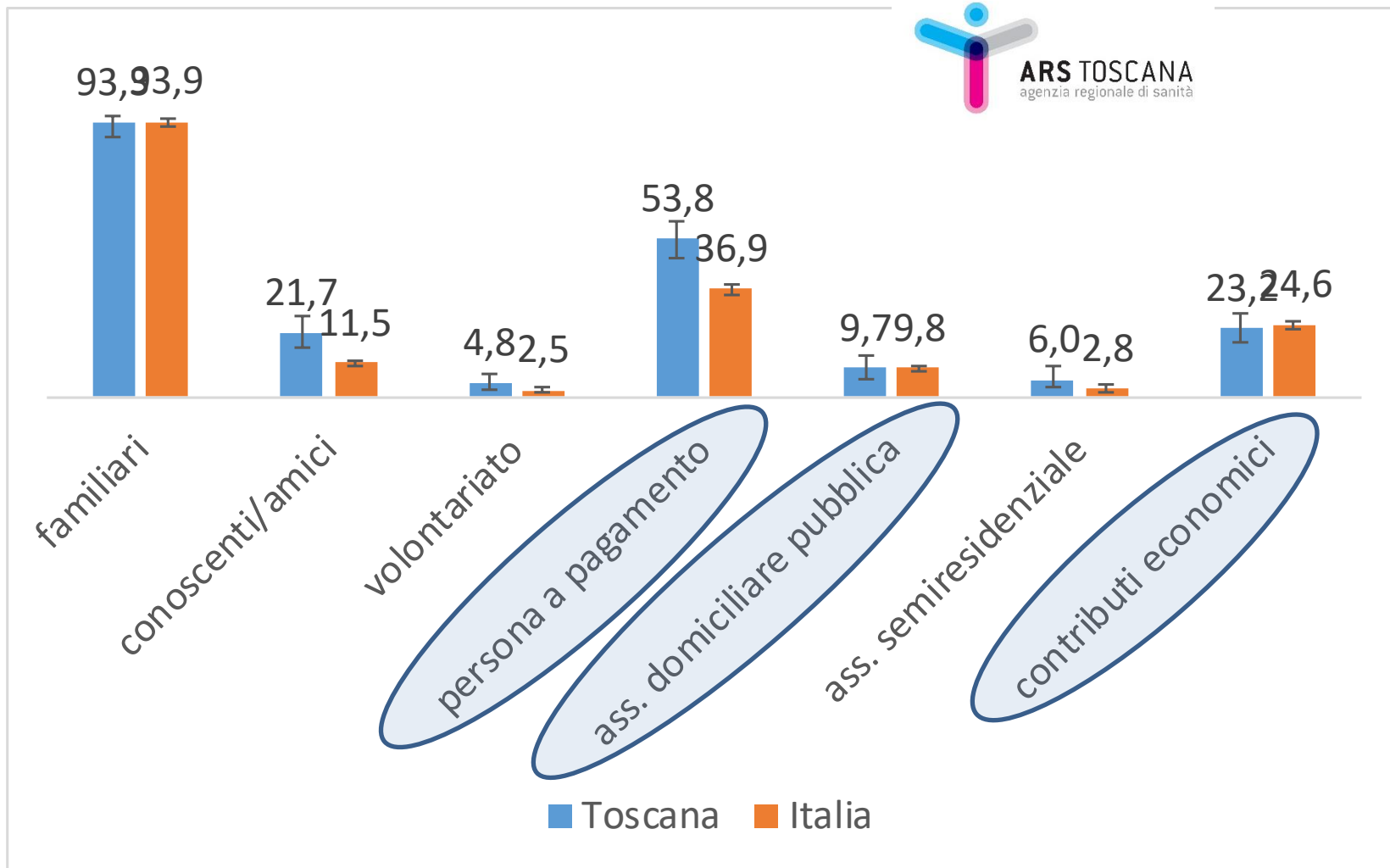
Anziani fragili, per età e genere - Valori ogni 100 anziani intervistati e intervallo di confidenza al 95% - Toscana e Italia, periodo 2016-2019



Anziani non autosufficienti, per età e genere - Valori ogni 100 anziani intervistati e intervallo di confidenza al 95% - Toscana e Italia, periodo 2016-2019



Anziani non autosufficienti che ricevono aiuto, per tipologia - Valori ogni 100 anziani non autosufficienti intervistati e intervallo di confidenza al 95% - Toscana e Italia, periodo 2016-2019 -



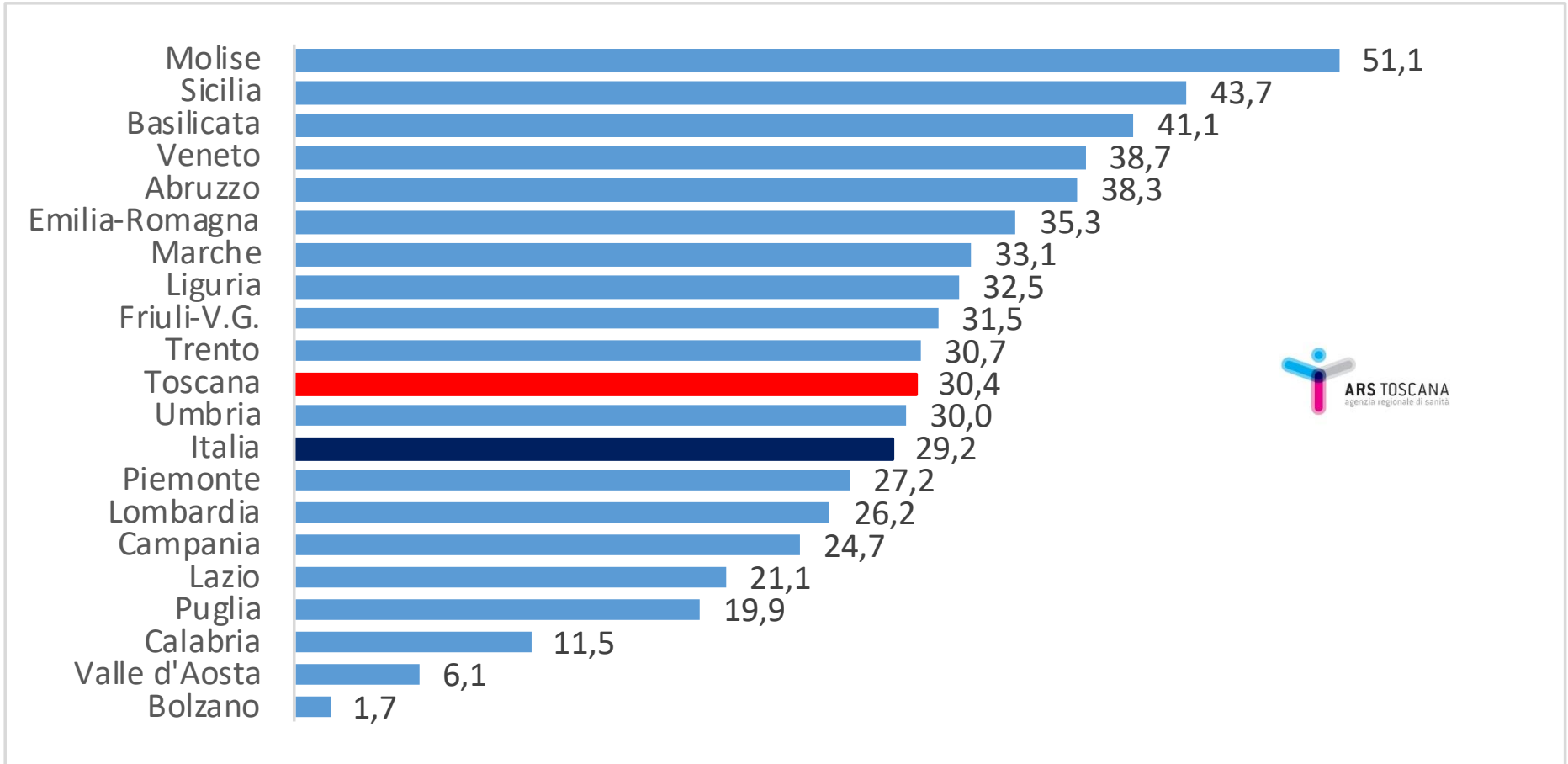
Anziani in carico ai servizi territoriali per tipologia – Nuovi PAP nell’anno, anziani in carico e per 100 abitanti d’età 65+ anni. Toscana, anni 2019 e 2020.



Tipologia

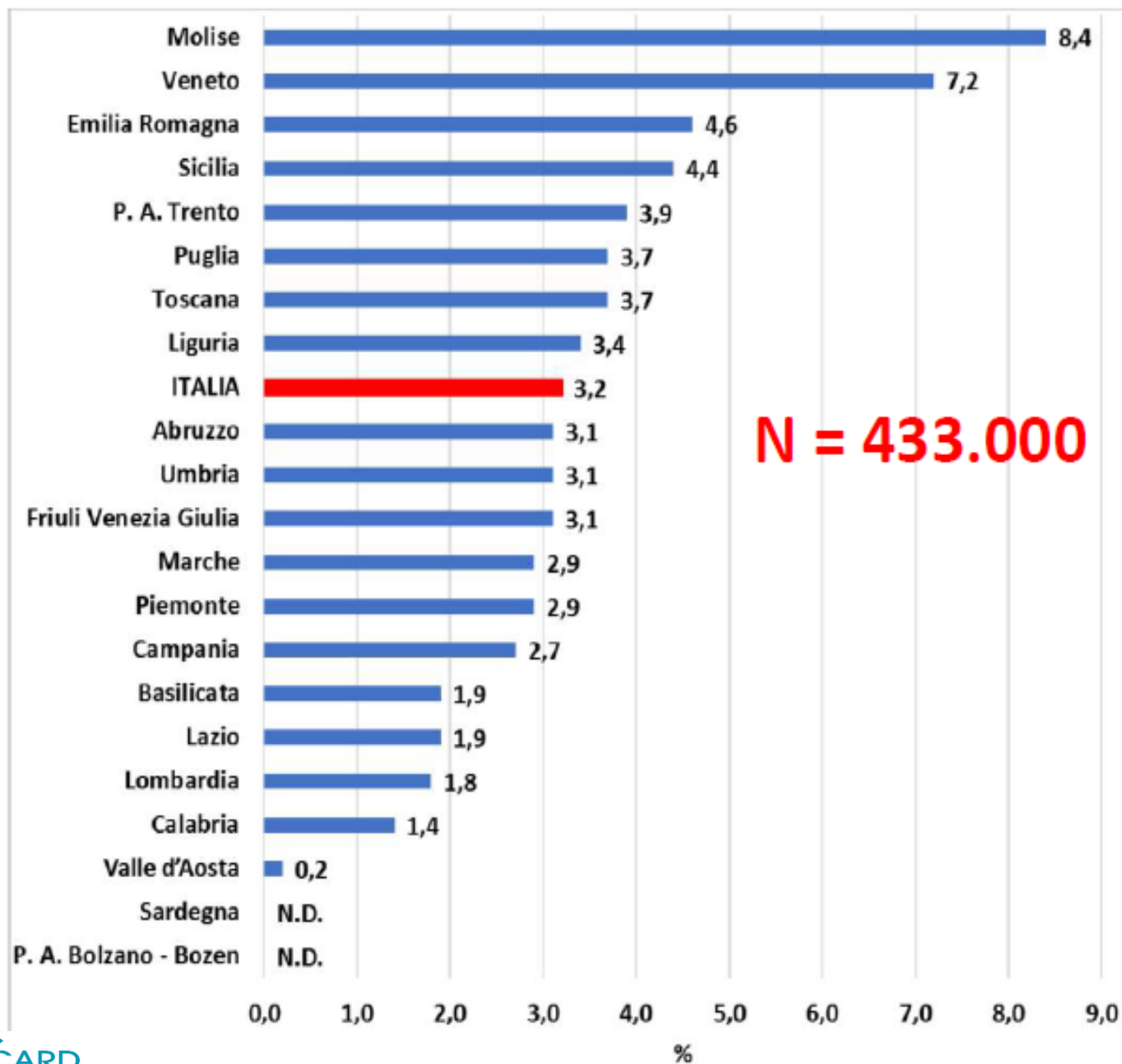
Tipologia	2019			2020		
	nuovi PAP attivati	persone in carico 65+ anni		nuovi PAP attivati	persone in carico 65+ anni	
		n	per 1.000 ab. 65+		n	per 1.000 ab. 65+
Interventi domiciliari sociosanitari , di aiuto alla persona, forniti in forma diretta dal servizio pubblico	5.311	78.632	83,4	5.592	82.272	86,6
Interventi in forma indiretta , domiciliari o per la vita indipendente, tramite titoli per l'acquisto di servizi e per il sostegno alle funzioni assistenziali, in coerenza con la programmazione regionale	1.690	6.806	7,2	1.674	7.380	7,8
Inserimenti in strutture semiresidenziali	424	2.123	2,3	403	1.673	1,8
Residenzialità assistenziale intermedia (Cure intermedie in RSA)				2.879	2.879	3,0
Inserimenti temporanei o di sollievo in residenza	1.837	3.406	3,6	1.817	3.468	3,6
Inserimenti permanenti in residenza	1.393	14.575	15,5	1.502	13.760	14,5
Interventi misti in forma diretta e residenziale	4.685			4.789		
Totale	15.340	105.542	111,9	18.656	108.553	114,2

Assistenza domiciliare integrata – Anziani (età65+) in ADI ogni 1.000 abitanti d’età 65+ anni – Regioni e Italia, anno 2019.



Fonte: Rapporto OsservaSalute 2020

Percentuale anziani (65+ anni) in ADI nel 2017



Fonte: Ministero della Salute 2018

8. Percentuale di anziani ≥ 65 anni trattati in ADI

Regione	2017	2018	2019
Piemonte	2,4	2,8	2,7
Valle d'Aosta	0,1	0,2	0,6
Lombardia	2,1	2,5	2,7
P. A. di Bolzano	0	0	0,2
P. A. di Trento	3,3	2,9	3,2
Veneto	4,2	3,5	3,9
Friuli Venezia Giulia	2,8	3,4	3,2
Liguria	3,2	3,4	3,2
Emilia Romagna	3,5	3,6	3,6
Toscana	3,1	3,3	3,1
Umbria	2,7	2,0	3,0
Marche	2,6	2,8	3,3
Lazio	1,7	2,0	2,1
Abruzzo	3,1	3,5	3,9
Molise	5,4	5,0	5,1
Campania	2,0	2,4	2,5
Puglia	1,9	2,0	2,0
Basilicata	3,2	3,5	4,1
Calabria	1,4	1,5	1,2
Sicilia	3,7	4,0	4,4
Sardegna	0,0	0,0	0,0



Indicatore 8 - Anno 2019

Valore normale 9	Scostamento minimo 6	Scostamento rilevante ma in miglioramento 3	Scostamento non accettabile 0	Validità del dato -1
$\geq 1,88$	$\geq 1,56$ e $< 1,88$	$< 1,56$ e in aumento	$< 1,56$ e non in aumento	Flusso insufficiente per qualità e/o copertura

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**.

Submisura 1.2: La Casa come primo luogo di cura per il cittadino – Assistenza Domiciliare Integrata

Standard: 10% della popolazione over 65



Metodologia:

Lo standard è stato costruito tenendo conto delle esperienze regionali più virtuose, come Emilia-Romagna e Veneto, che attraverso la rete territoriale assistono a domicilio più del 10% della popolazione. Un'analisi di dettaglio della popolazione in assistenza domiciliare di queste 2 regioni ha permesso di ripartire la popolazione italiana over 65 nei seguenti livelli di intensità assistenziale:

- 60% in cure domiciliari di base (836.817 persone);
- 20% in cure domiciliari integrate di I livello (278.939 persone);
- 10% in cure domiciliari integrate di II livello (139.470 persone);
- 4% in Cure domiciliari integrate di III livello (55.788 persone);
- 6% in Cure palliative domiciliari (83.682 persone).

Per raggiungere lo standard del 10% della popolazione italiana over 65 è stato calcolato l'incremento delle prese in carico in ADI sulle proiezioni di popolazione al 2026.

LEA – Distretto (CORE SNG)

Sottoinsieme-test di indicatori

ASSISTENZA DISTRETTUALE (8 indicatori)

Indicatore PROXY	1 a	D03C	Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (≥ 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	
	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 ≥ 75) non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale R1, R2, R3 (intensità di cura) in rapporto alla popolazione residente.	<i>Assistenza territoriale residenziale</i>

Assistenza sanitaria di base



Come si misura l'intensità dell'ADI?

Sulla scorta delle indicazioni del Gruppo Ministeriale per il cosiddetto "Mattone Domiciliare", a partire dalla disponibilità di informazioni analitiche consentita dalla messa a regime del SIAD, è possibile calcolare i seguenti indicatori:

- le giornate di cura (GDC, indicativo della durata della presa in carico);
- le giornate di effettiva assistenza (GEA, indicativo del numero di giorni in cui il paziente ha ricevuto accessi domiciliari);
- il coefficiente di intensità assistenziale (CIA, rapporto tra GEA e GDC, indicativo della frequenza con cui il paziente ha ricevuto cure domiciliari nel periodo di cura).

Oggi le statistiche ministeriali classificano le cure domiciliari su quattro livelli crescenti di intensità a seconda del numero effettivo di giornate in cui l'utente, durante il periodo di presa in carico, ha effettivamente ricevuto accessi (il livello "Zero/Base" è comunque escluso nel calcolo dell'indicatore della Griglia Lea, in quanto riferito presumibilmente alla pura assistenza prestazionale). La seguente tabella riporta l'attuale classificazione e quella contemplata dal Dpcm sui nuovi Lea.

Classificazione SIAD				Classificazione nuovi Lea
Livello	Range CIA		Giornate con accessi su base mensile	
	Min	Max		
Zero/Base	0	0,13	GEA < 4	cure domiciliari di livello base
Primo	0,14	0,3	4 < GEA < 9	cure domiciliari integrate (ADI) di I ^a livello
Secondo	0,31	0,5	9 < GEA < 15	cure domiciliari integrate (ADI) di II ^a livello
Terzo	0,51	0,6	15 < GEA < 18	cure domiciliari integrate (ADI) di III ^a livello (n.b. Cia >0,5)
Quarto*	>0,6	1	GEA > 18	cure palliative domiciliari

CIA >0,13

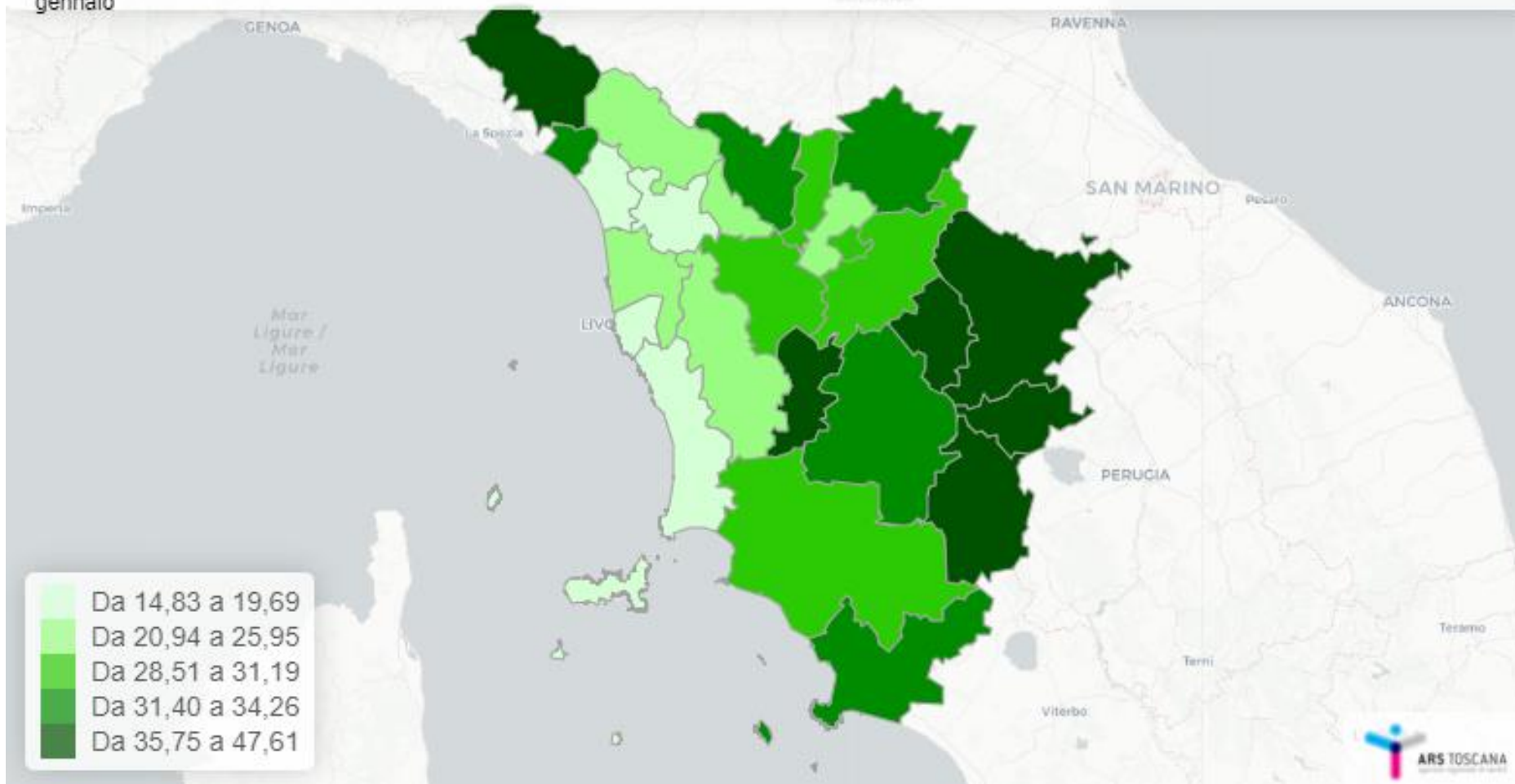
* CD integrate di Cure palliative terminali oncologico/ non oncologico

L'assistenza erogata da una regione è quanto più intensiva quanto maggiore è il peso delle casistiche che si collocano nel terzo/quarto livello.

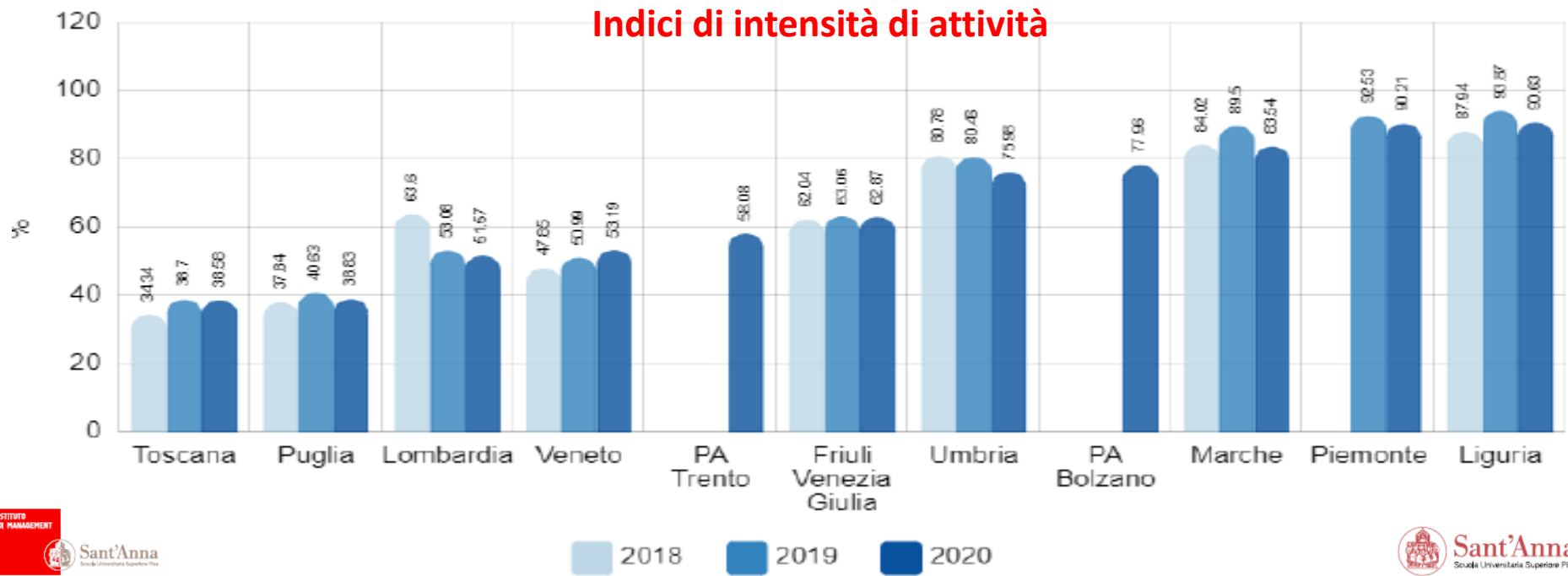
D22Z - Pazienti trattati in ADI per intensità di cura (CIA 1, CIA2, CIA3)

Tasso grezzo (x 1000) - Anno 2020 - Totale

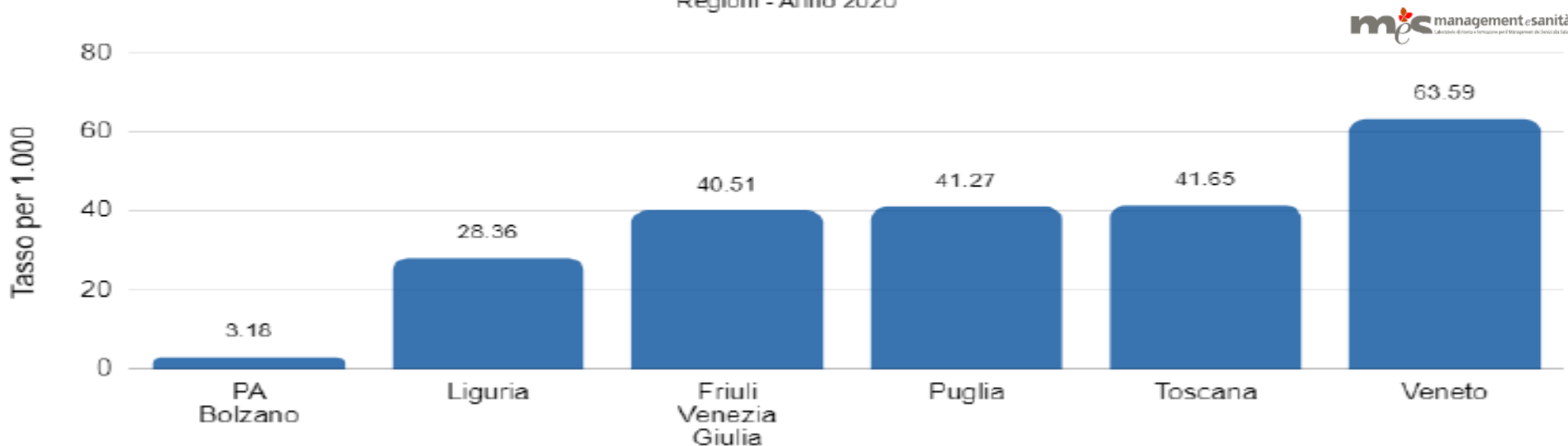
Fonte: RT Assistenza domiciliare (RFC 115), ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio



B28.2.9 - Percentuale di prese in carico con CIA > 0.13 per over 65 in Cure Domiciliari
Regioni - Trend 2018-2020



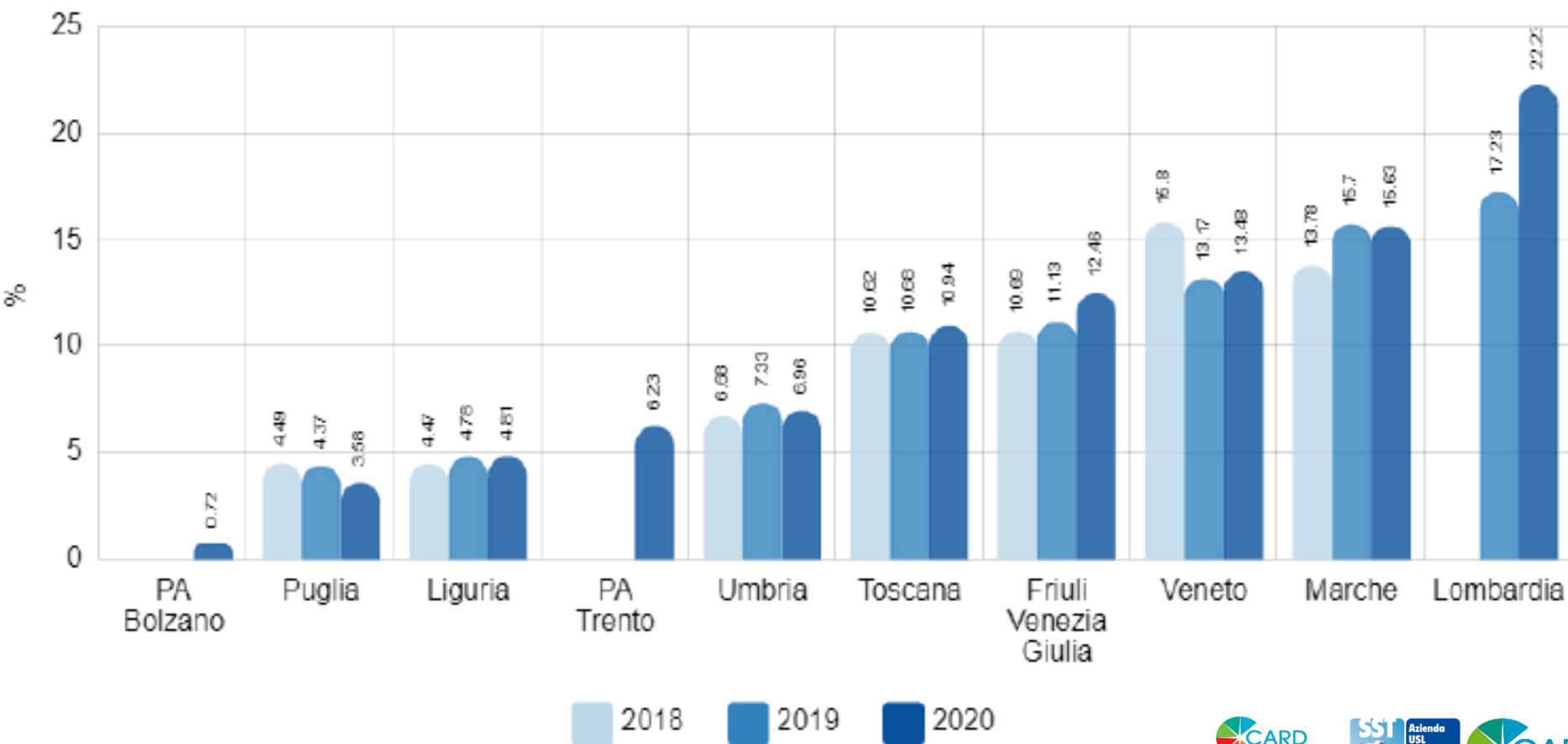
B28.2.9A - Tasso di prese in carico con CIA > 0,13 per over 65 in Cure Domiciliari
Regioni - Anno 2020





Indicatore B28.2.5 - Percentuale di dimissioni da ospedale a domicilio di ultra 75enni con almeno un accesso domiciliare entro 2 giorni dalla dimissione

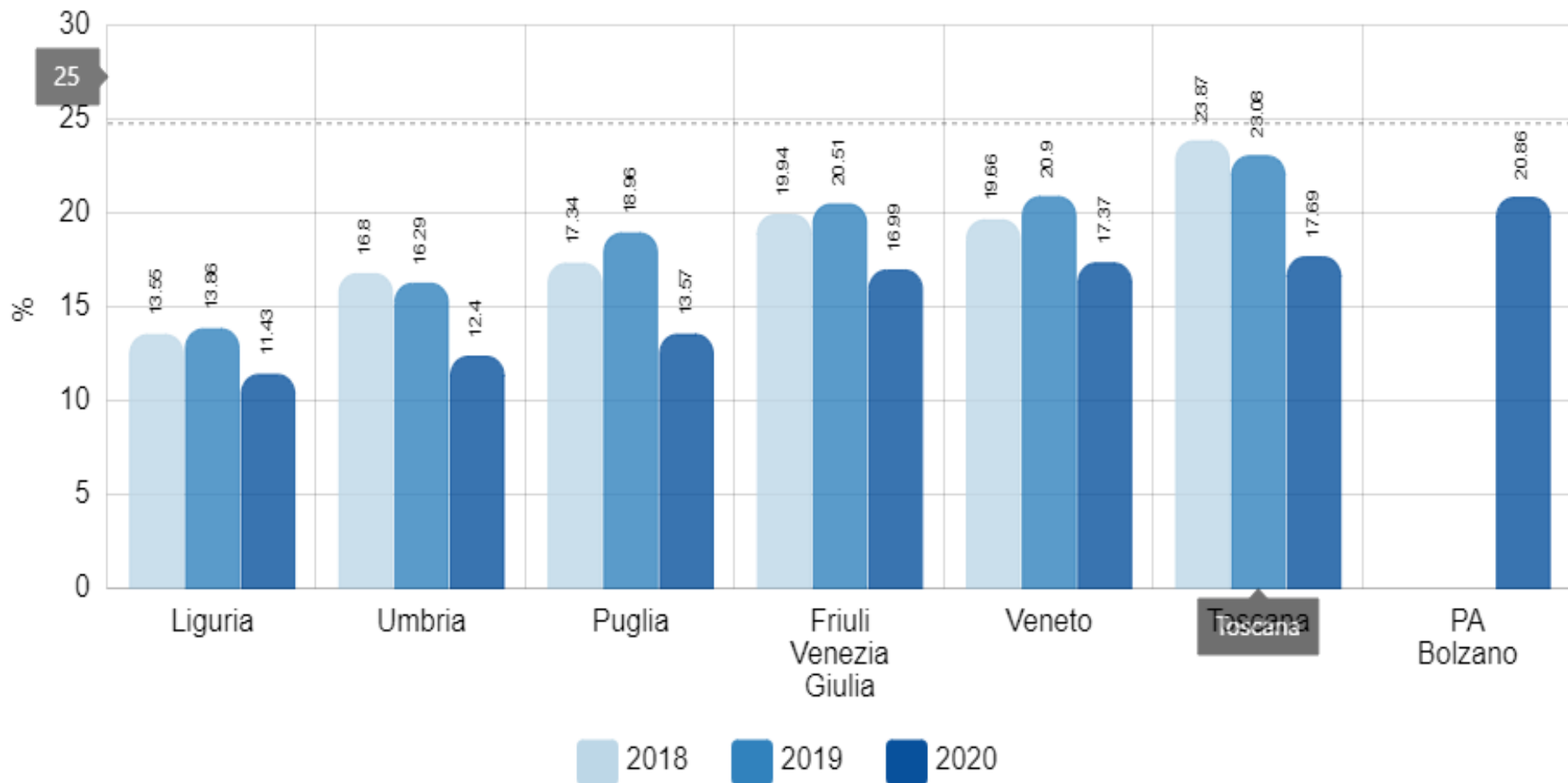
Regioni - Trend 2018-2020





Indici di qualità

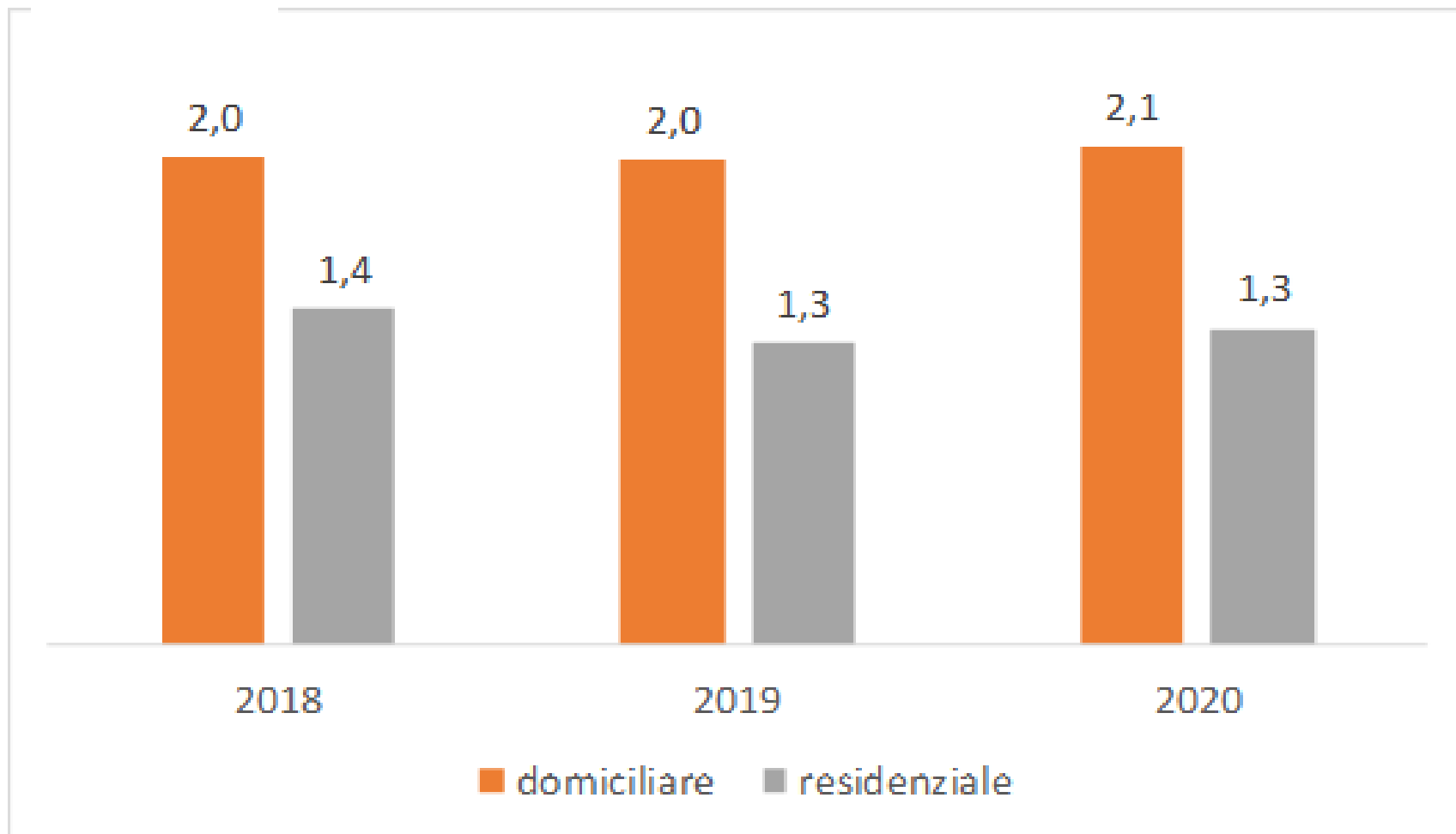
B28.2.12 - Percentuale di assistiti in ADI con accessi al PS durante la Presa in Carico domiciliare, over 65 a Regioni - Trend 2018-2020



Ricoveri per frattura del femore tra gli anziani non autosufficienti in carico in assistenza domiciliare o residenziale – Valori per 100 anziani in carico – Toscana, periodo 2018-2020.



Indicatore *proxy* di caduta, riconducibile ad una mancata protezione dell'assistenza nei confronti di un evento accidentale



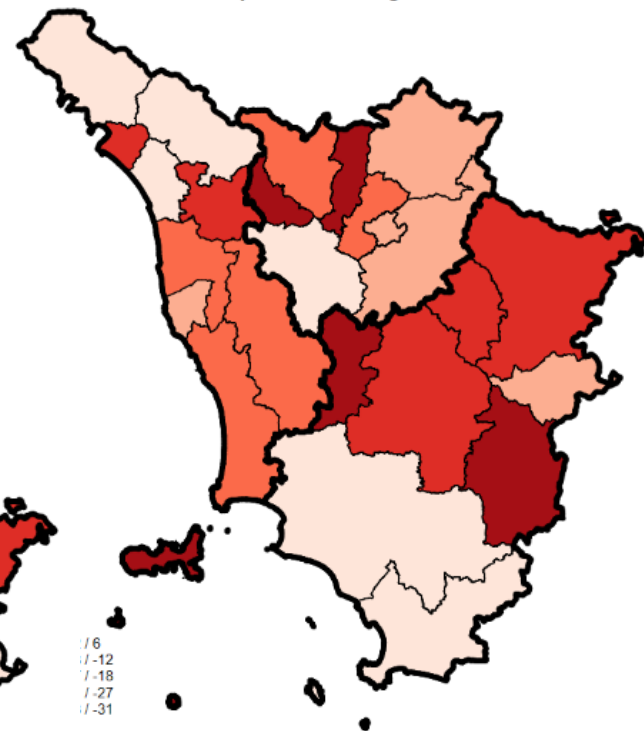
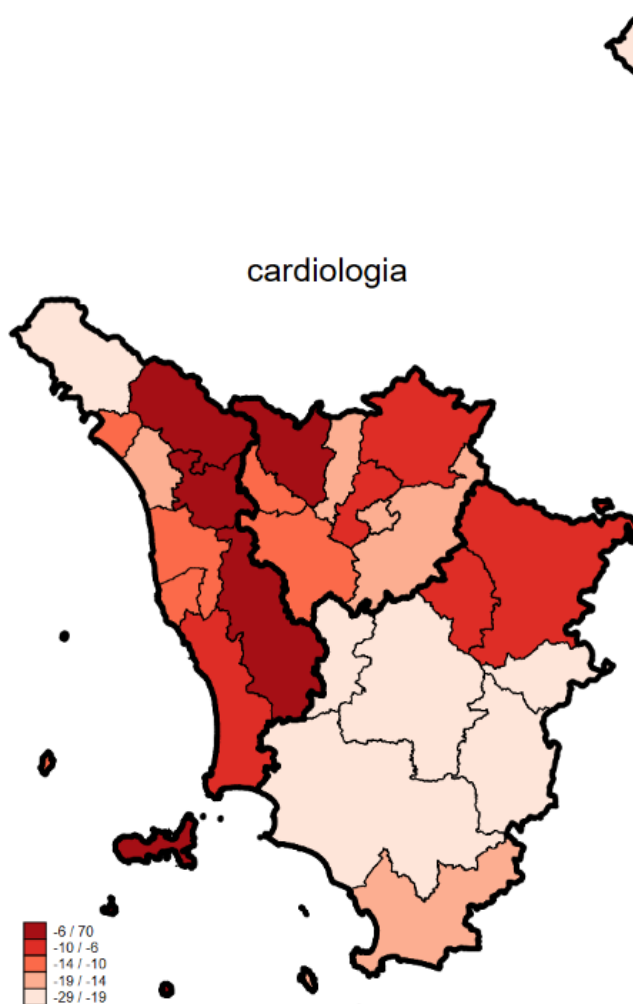
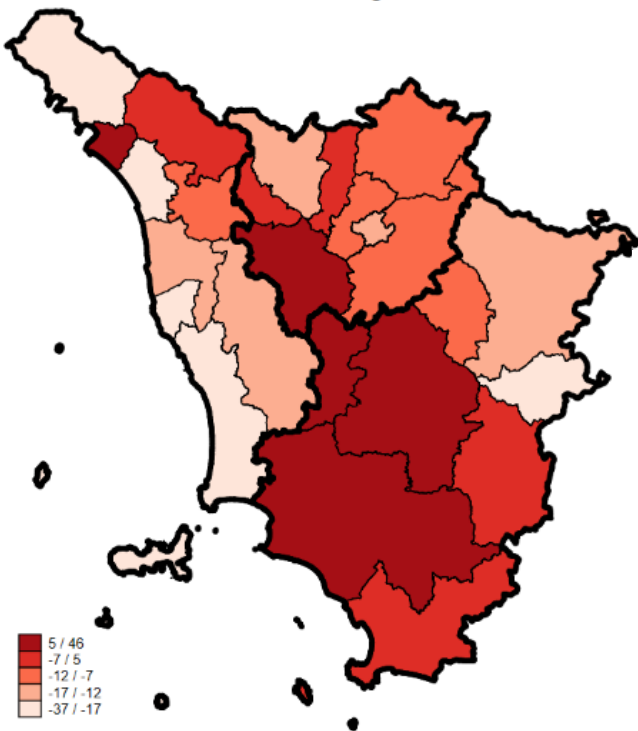
Variazione della percentuale (2020 vs 2018-2019) di anziani cronici con almeno una visita nell'anno, per specialità – Variazione percentuale del numero di anziani cronici con almeno una visita nell'anno - Toscana, periodo 2018-2020 -



diabetologia

pneumologia

cardiologia



Fonte: Elaborazioni ARS su dati flussi amministrativi

TITOLO: IL DISTRETTO DEL FUTURO

GdL – Assistenza Territoriale

1° Incontro 13/04/2021



XIX CONGRESSO NAZIONALE CARD
VI CONFERENZA NAZIONALE SULLE CURE DOMICILIARI NEI DISTRETTI
21- 23 OTTOBRE 2021
NAPOLI – Complesso di Santa Maria La Nova

Nuovi e più forti Distretti

- una nuova medicina territoriale
- garanzia dei LEA distrettuali
- fragilità, cronicità, longevità
- personal e community care
- interventi PLURALI nella pluralità dei territori
- medici e operatori in team
- distretti «veri» di produzione-committenza-governo-integrazione programmazione
- DISTRETTO per LONG TERM CARE
- integrazione verticale e orizzontale

Nei 600 Distretti per realizzare gli obiettivi del PNRR

- 1.288 Case della Comunità
- 1,5 milioni di persone in cure domiciliari
- 600 Centrali Operative Territoriali (COT)
- 381 Ospedali di Comunità

Requisiti per una medicina territoriale potenziata e riqualificata

1. Cambio culturale (PHC)
2. Distretti di garanzia e regia globale
3. Più risorse, più personale qualificato
4. Più integrazione
5. Nuove leggi e norme per forti Distretti in tutte le Regioni
6. ALBO Direttori di Distretto
7. Accreditamento ADI = più qualità da soggetti pubblici e privati



Gli stakeholder della Casa della Comunità e la sua governance



- **I LIVELLO Comitato di Coordinamento:** 5 membri: 1 responsabile della Casa della Comunità, 1 rappresentante delle professioni sanitarie, 1 rappresentante dei servizi sociali degli EEL, 1 rappresentante delle istituzioni cooperanti, 1 rappresentante delle reti sociali
- **II LIVELLO Contenitori tecnico-professionali**
- **III LIVELLO Assemblea delle istituzioni e dei servizi pubblici locali**

CURE DOMICILIARI



Cure Domiciliari

OBIETTIVI

- Favorire il mantenimento della persona assistita nel proprio ambiente di vita ed al proprio domicilio, garantendo la continuità dell'assistenza ai pazienti con patologie croniche trattabili a domicilio, evitando il ricorso improprio al ricovero in ospedale

PORTAFOGLIO DEI SERVIZI – PROFESSIONISTI - STRUMENTI

Centrale operativa dell'ADI

Equipe infermieristiche ADI

Team multiprofessionali (specialisti, fisioterapisti, assistenti sociali, ecc.)

MODELLO ORGANIZZATIVO

- Lavoro in equipe dei diversi professionisti, integrazione
- Servizio con programmazione degli accessi per h14 sette giorni su sette
- Contattabilità telefonica attraverso numero di riferimento dedicato
- Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMD) porta d'accesso per le Cure Domiciliari, analisi del bisogno dell'assistito e definizione del PAI.
- Organizzazione tenendo conto della necessità che gli assistiti afferenti ad uno stesso team multiprofessionale abbiano come riferimento un'unica équipe ADI

TEAM/Equipe Multidisciplinari

I **TEAM** multidisciplinari sono composti da **professionisti con conoscenze e competenze diverse**, che operano insieme sulla domanda di bisogno al fine di attivare una risposta complessa (**COMUNITA' DI PRATICA**).



Nel lavoro in **TEAM** multidisciplinare **sono mantenuti i rapporti gerarchici, l'autonomia e l'indipendenza tecnica e ogni professionista**, pur integrandosi con gli altri, mantiene un ruolo centrale e di pari dignità, per contribuire a rendere l'intervento mirato ed adeguato al raggiungimento degli obiettivi prefissati.



L'insieme dei professionisti del **TEAM** utilizza gli strumenti della **valutazione multidimensionale** per rispondere ai **bisogni sanitari e/o socio-sanitari** della persona attraverso la programmazione e l'erogazione di interventi integrati e personalizzati



DECISIONALITA' CONDIVISA

INFERMIERE DI FAMIGLIA E COMUNITÀ

Delibera Regione Toscana n° 597 del 04/06/2018

Come si attiva il servizio:
rivolgendosi al Medico di Medicina Generale

**Dove posso trovare l'Infermiere di
Famiglia e Comunità?**

Al telefono cellulare _____
Nella sede di _____
Nei giorni _____
dalle ore ____ alle ore ____ o al telefono
della sede _____

Se non trovi il tuo Infermiere di Famiglia
e Comunità chiama: _____

CHI SONO?

Sono un professionista di salute ed insieme al
Medico di Famiglia e Pediatra di Famiglia:

- ▶ valuto lo stato di salute e i bisogni della persona nelle diverse fasi della vita, nel contesto familiare e comunità;
- ▶ promuovo e partecipo alle iniziative di prevenzione e promozione della salute rivolte alla collettività, modificando stili di vita;
- ▶ facilito i processi nei diversi servizi utilizzando le competenze presenti nella rete;
- ▶ pianifico ed erogo interventi assistenziali personalizzati alla persona ed alla famiglia tramite infermieri esperti;
- ▶ sostengo i percorsi di continuità assistenziale tra sociale e sanitario, tra ospedale e territorio;
- ▶ partecipo alla verifica e al monitoraggio dei risultati di salute

La propria casa è il posto migliore dove curarsi



COSA FACCIO?

Metto a disposizione le mie competenze per
il benessere della persona e della comunità:

- ▶ intervengo in maniera mirata per la realizzazione del percorso di salute;
- ▶ erogo assistenza infermieristica precoce dopo la dimissione Ospedaliera, in collaborazione con il Medico di Famiglia o Pediatra di Famiglia;
- ▶ aiuto il paziente e la famiglia nell'accesso dei servizi presenti nel territorio;
- ▶ promuovo l'Educazione alla salute a domicilio attraverso consulenza sugli stili di vita e sui fattori di rischio in materia di salute;
- ▶ collaboro al raggiungimento degli obiettivi di prevenzione per il singolo e la comunità;
- ▶ facilito la realizzazione di interventi socio-sanitari

CON CHI LAVORO?

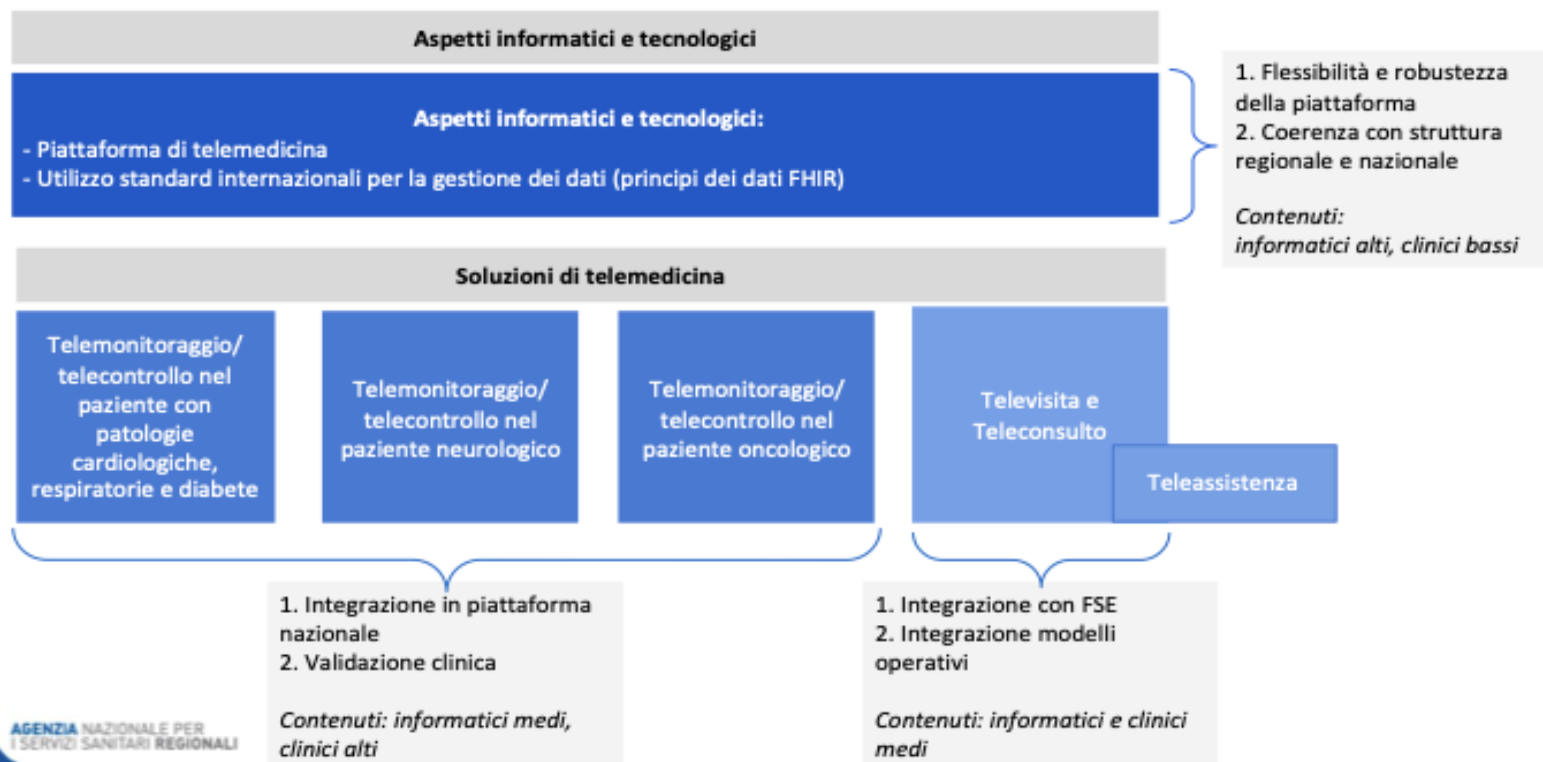
in team con i colleghi infermieri e in
collaborazione con:

- ▶ Medico di Medicina generale
- ▶ Pediatri
- ▶ Medico di Cure Primarie
- ▶ Assistente Sociale
- ▶ Medico Specialista
- ▶ Operatori socio sanitari
- ▶ Professionisti presenti sul territorio
- ▶ Associazioni di Volontariato
- ▶ Enti Locali



La Telemedicina a supporto dei pazienti con patologie croniche

Componenti dell'investimento e fattori di successo



COT: LA CENTRALE DELLA CONTINUITÀ

Uno **strumento organizzativo** di **integrazione**



luogo della presa in carico della **complessità** *(che richiede di essere identificata)*

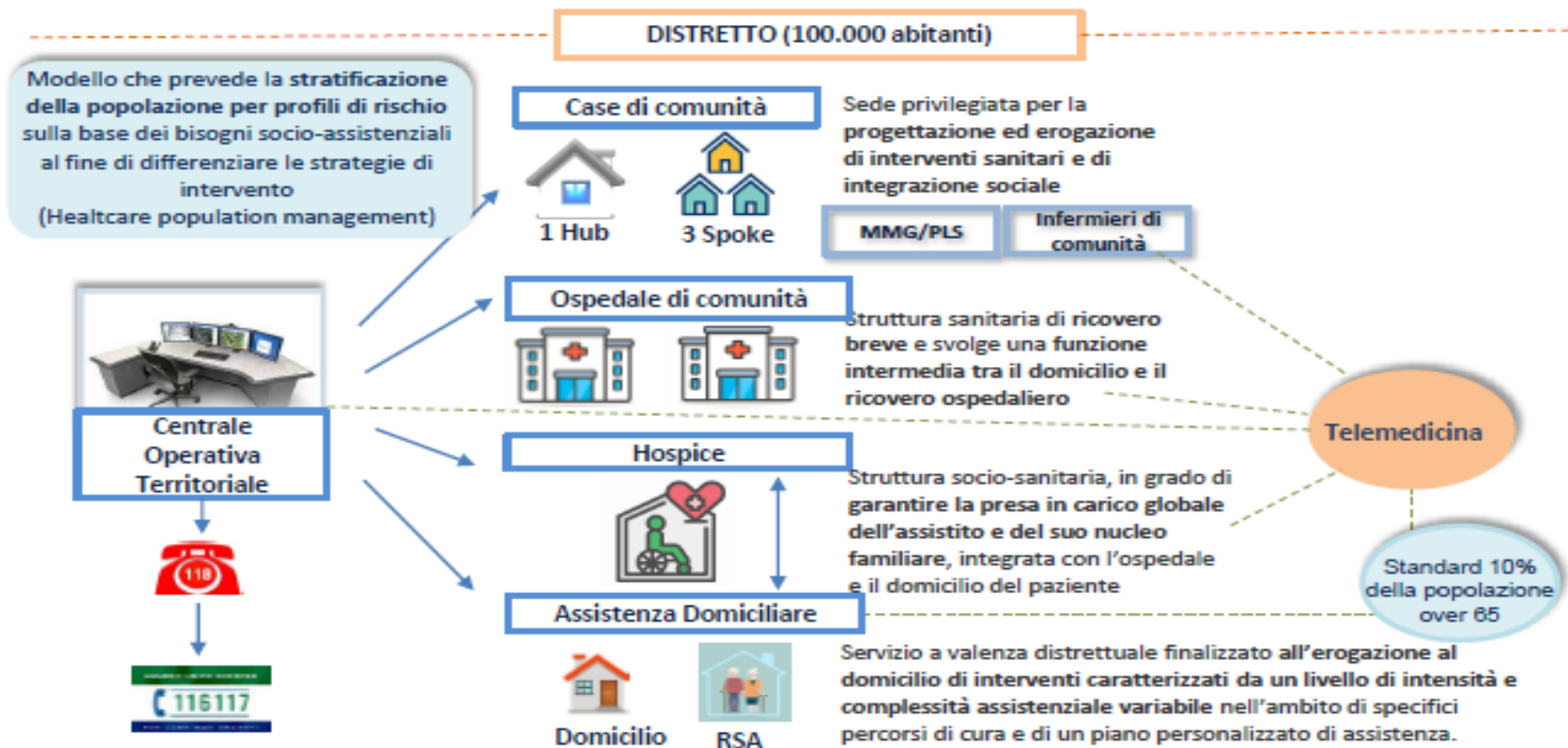
si occupa di **pazienti che transitano** per ambiti diversi

Rende operativi i
PERCORSI ASSISTENZIALI,
MONITORANDONE L'ATTUAZIONE

► **TRACCIABILITÀ DEGLI INTERVENTI PER DARE TRASPARENZA**

LA VERA SFIDA DEL DISTRETTO DEL FUTURO

LA COT CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE



Unità di Continuità Assistenziale

Standard

Almeno 1 medico e 1 infermiere ogni 100.000 abitanti

Definizione

L'Unità di Continuità Assistenziale è un'équipe 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.

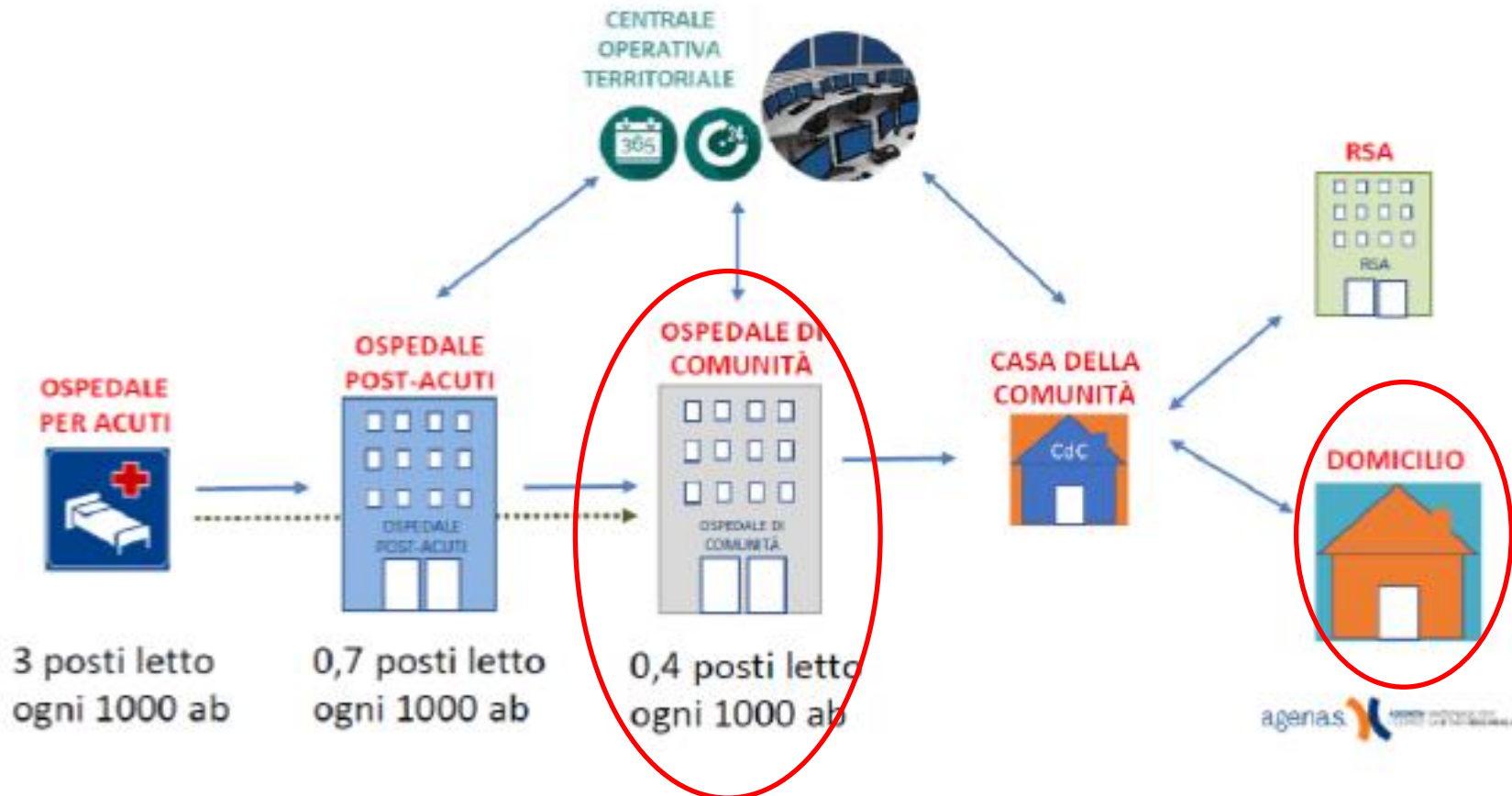
Funzioni

- 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**



Submisura 1.3: Rafforzare le cure intermedie e le sue strutture (Ospedale di Comunità)

Standard 1 OdC (20 PL) ogni 50.000 abitanti



LA STORIA L'INGEGNERE ATLETA

Ed, che sorprende i medici a 85 anni «Corro la maratona in meno di 4 ore»

Londinese, vive in Canada: non vado dal fisioterapista, per tenermi in forma spalo la neve

Healthy Ageing

Processo di sviluppo e mantenimento di quelle capacità funzionali che permettono all'anziano di vivere in condizioni di benessere



**Everest, muore 86enne:
tentava il record di scalatore
più anziano**

