

“Prevenzione e trattamento delle Lesioni da Pressione: dove siamo e dove vogliamo andare”

**Politiche aziendali sulla appropriatezza delle cure delle L.d.P.
e del contenimento dei costi.**

Percorsi integrati di cura ospedale territorio

Dott. Rino Feltri

L' Obiettivo: Creare Valore

nelle imprese ...



RICAVI

COSTI

nelle aziende sanitarie ...



QUALITA' DELLA CURA

COSTI

Le qualità per Creare Valore **QUALITÀ**

MANAGERIALE - ORGANIZZATIVA



Principi ispiratori

Centralità della salute

Attenzione centrale al paziente

Potenziamento della prevenzione

Organizzazione della rete ospedaliera

**Forte priorità per lo sviluppo di tutta l’assistenza extraospedaliera
e delle cure primarie**

Integrazione con i distretti socio assistenziali

Deciso e responsabile coinvolgimento degli enti locali

Centralità della salute

**Intesa come diritto fondamentale che viene garantito
non solo attraverso un razionale sistema di assistenza
e cura, ma anche agendo sui fattori socio-economici
ed ambientali che la condizionano**

Attenzione centrale al paziente

**Attraverso una accoglienza che ne rispetti i diritti
e ponga l’umanizzazione dei servizi come valore
fondamentale di ogni percorso di assistenza e cura**

Forte priorità per lo sviluppo di tutta L’assistenza extraospedaliera e delle cure primarie

**Attraverso una rete di servizi che fornisca ai cittadini
una più continua, responsabile e completa presa in carico
negli ambulatori, nelle strutture residenziali e a domicilio**

Presenza in carico del paziente e continuità dell’assistenza

**La continuità dell’assistenza può essere definita come
l’erogazione delle migliori cure disponibili per le diverse
fasi della malattia, appropriate, coordinate, costanti e
compatibili con l’economicità del sistema**

PSR Toscana

“ Si intende per appropriatezza in ambito socio sanitario la capacità
di erogare attività e prestazioni **efficaci** ed **adeguate** ai bisogni dell’utenza,
e di non erogare prestazioni inefficaci e/o dannose “

**..necessità di progettare, programmare, organizzare
e verificare un sistema integrato che preveda modelli
leggeri e non burocratici di accompagnamento nelle
diverse fasi del bisogno soprattutto quando il paziente
è caricato del peso di una malattia complessa
di lunga durata ed è povero sul piano economico,
culturale e relazionale**

**Percorsi diagnostico-terapeutici integrati
ospedale-territorio per la gestione delle
ulcere cutanee**

Scopi

- **Sviluppare protocolli di diagnosi e terapia delle ulcere di alto profilo scientifico e condivisi da ospedale e territorio**
- **Promuovere un programma di formazione su diagnosi e terapia delle ulcere**
- **Promuovere nuovi modelli assistenziali basati sull’integrazione ospedale-territorio**
- **Valutare l’impatto del progetto sul costo della gestione dell’ulcera**

I bisogni

Sempre più pazienti sono affetti da malattie croniche con un aumento della sopravvivenza complessiva in ogni fascia di età

Sempre meno persone hanno intorno a se una rete di assistenza parentale o sociale allargata

Sempre più efficaci e specialistici sono servizi sanitari e per questo sempre più complesso è orientarsi nei percorsi che mettono a disposizione

Le richieste

I cittadini chiedono:

- Di essere assistiti a casa loro
- Di essere presi in carico da qualcuno che si occupi di tutti i loro problemi (sociali e sanitari)
- Di essere controllati periodicamente da personale sanitario
- Di avere consigli per autogestire la malattia e prevenire i peggioramenti
- Di essere accolti e aiutati ad affrontare momenti di crisi
- Di avere un supporto alla famiglia negli stessi momenti

Lo stesso bisogno si estrinseca diversamente a seconda del contesto in cui si esprime

- **Esistono condizioni cliniche gravissime gestite “serenamente” a domicilio e malattie lievi che mettono in crisi intere famiglie....**
- **La dimissione dall’ospedale rappresenta spesso un momento di crisi acuta nel sistema famiglia....figurarsi in chi la famiglia non ce l’ha**

Quindi....

- È necessario superare l’ottica della prestazione a favore della visione di insieme
- È necessario sostenere le capacità di ognuno di affrontare le difficoltà nel proprio modo
- È necessario superare le barriere professionali, dipartimentali, strutturali, di servizio e creare soluzioni personalizzate all’interno di percorsi facilitati
- **È necessario creare una vera rete a cui si possa accedere da un punto qualsiasi ottenendo lo stesso tipo di risposta (creando così anche equità ed educazione all’uso dei servizi)**

Sanità Pubblica

Salute

Malati

Famiglie

Ricerca

Aziende

Operatori
sanitari



Istituzioni

Amministratori

Politica



**INDAGINE
di
PREVALENZA
delle
ULCERE CUTANEE
nel
DISTRETTO
di
TORTONA
(2007 - 2008)**



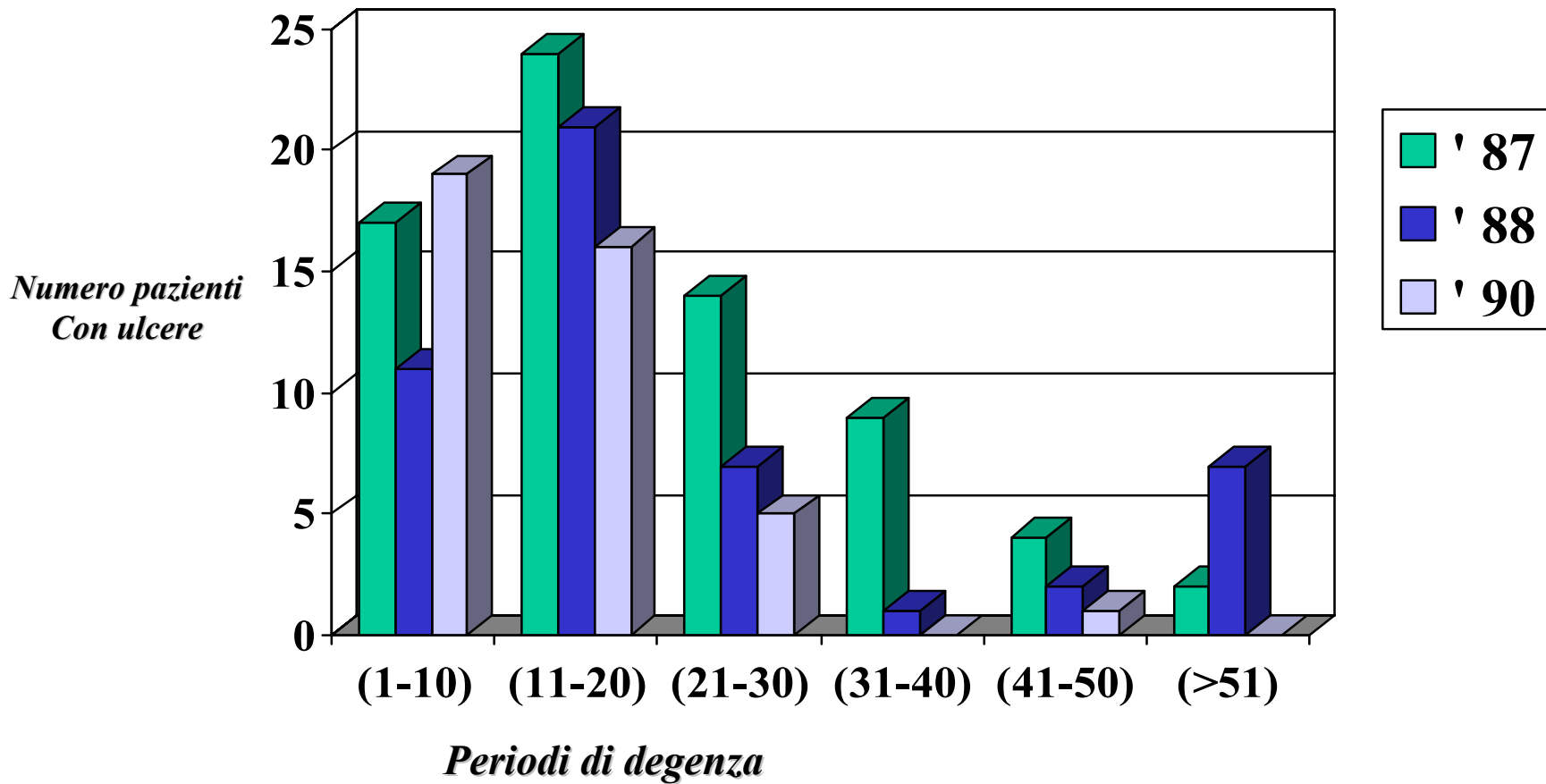
A cura del Servizio
Sovrazonale di
Epidemiologia ASL AL

Rino Feltri
Piero Bonadeo
Maria Luisa Cavallero
Annalisa Finesso
Carlo Di Pietrantonj

Gruppo
MMG
ADI
CASE DI RIPOSO
POLIAMBULATORI

*A.S.L. 20 Alessandria Tortona
 Presidio Ospedaliero di Tortona
 U.O.A. di Chirurgia Generale*

| | <i>1987</i> | <i>1988</i> | <i>1990</i> |
|--|-------------|-------------|-------------|
| <i>Ricoveri totali</i> | <i>2012</i> | <i>1978</i> | <i>1799</i> |
| <i>Ricoveri totali per patologia venosa complicata</i> | <i>70</i> | <i>49</i> | <i>41</i> |
| <i>Totale giornate degenza per patologia venosa complicata</i> | <i>1446</i> | <i>1084</i> | <i>544</i> |
| <i>Degenza media per patologia venosa complicata</i> | <i>20.6</i> | <i>22.1</i> | <i>13.2</i> |



Perché una indagine di prevalenza ?

Perché una indagine di prevalenza
sulle ulcere cutanee?

- Consente di comprendere l' impatto di una malattia sulla salute pubblica
 - Pianificare le risorse in base alla sua prevalenza attesa
 - Programmarle in base alla sua variazione temporale.

In nessun caso la prevalenza consente di valutare la probabilità di ammalare.

Perché uno studio di prevalenza sulle ulcere cutanee?

- Sono in aumento (popolazione > 65 anni)
- Problema sottostimato
- Notevoli ripercussioni sulla qualità della vita
- La carenza del dato epidemiologico condiziona
 - La gestione della programmazione terapeutica
 - L'appropriatezza delle prestazioni

- Indicatore della qualità della prestazione sanitaria
- Costi per il trattamento

Costo per farmaci e presidi (costo variabile diretto)

Costo per l'accesso medico (costo variabile diretto)

Costo per l'accesso dell'infermiere per la prestazione
e il trasferimento (costo variabile diretto)

Costo del carburante (costo variabile diretto)

Costo del noleggio degli automezzi (costo variabile indiretto)

Perché uno studio di prevalenza sulle ulcere cutanee?

Caratteristiche dell'ulcera cutanea

- **Cronicità (“un’ulcera non è una ferita”)**
- **Scarsa tendenza alla riparazione spontanea**
- **Elevata tendenza alla recidiva**
- **Influenza negativa sulla qualità di vita**

Bacino di utenza

- Distretto Tortona 61447 abitanti 40 Comuni
- MMG 56110 assistiti
- MMG che hanno partecipato allo studio 36/51
41744 assistiti pari al 74,4% del bacino di utenza
- 12 Case di riposo
- 4 Centri ADI
- 2 Ambulatori specialistici

Tabella 2.1: Prevalenza. MMG

| Ulcere Aperte | Ulcere chiuse | questionari non compilati | Totale degli assistiti | Prevalenza Ulcere Aperte x1000 | Totale ulcere | Prevalenza sul totale delle ulcere x1000 |
|---------------|---------------|---------------------------|------------------------|--------------------------------|---------------|--|
| 156 | 99 | 297 | 41744 | 3.7 | 255 | 6.1 |

Tabella 1.1: Prevalenza STRUTTURE

| STRUTTURA | Ulcere Aperte | Ulcere Chiuse | Totale dei posti letto | Prevalenza Ulcere Aperte % posti letto | Totale ulcere | Prevalenza Ulcere (Aperte e Chiuse)% posti letto |
|-----------|---------------|---------------|------------------------|--|---------------|--|
| Totale | 91 | 21 | 848 | 10.73 | 112 | 13.21 |

Totale ADI – Ambulatori **224** (156 + 68)

| | | | |
|--------------------------------|----|----|----|
| ADI S.Sebastiano Curone | 14 | 0 | 14 |
| ADI Tortona | 37 | 3 | 40 |
| Ambulatorio ADI Castelnuovo S. | 22 | 0 | 22 |
| Ambulatorio ADI Tortona | 17 | 1 | 18 |
| Flebologia Tortona | 24 | 12 | 36 |
| Poliambulatorio Castelnuovo S. | 42 | 52 | 94 |

Tabella 1.2: Sesso per stato dell'ulcera (aperta o chiusa) MMG.

| Sesso | Ulcera Aperta [n=156 (61.18%) [†]] | Ulcera chiusa [n=99 (38.82%) [†]] |
|--|---|--|
| Maschio [n=85 (33.33%) [†]] | 53 (62.35%) ^r | 32 (37.65%) ^r |
| | (33.97%) ^c | (32.32%) ^c |
| Femmina [n=169 (66.27%) [†]] | 102 (60.36%) ^r | 67 (39.64%) ^r |
| | (65.38%) ^c | (67.68%) ^c |
| Non rilevato [n=1 (0.39%) [†]] | 1 (100.00%) ^r | 0 (0.00%) ^r |
| | (0.64%) ^c | (0.00%) ^c |

[†] Le percentuali sono state calcolate sul totale delle ulcere [n=255].
^r Le percentuali sono state calcolate per riga.
^c Le percentuali sono state calcolate per colonna.

Tabella 2.2: Sesso per stato dell'ulcera (aperta o chiusa). STUTTURE

| Sesso | Ulcera Aperta [n=247 (73.51%) [†]] | Ulcera chiusa [n=89 (26.49%) [†]] |
|---|---|--|
| Maschio [n=109 (32.44%) [†]] | 82 (75.23%) ^r | 27 (24.77%) ^r |
| | (33.20%) ^c | (30.34%) ^c |
| Femmina [n=227 (67.56%) [†]] | 165 (72.69%) ^r | 62 (27.31%) ^r |
| | (66.80%) ^c | (69.66%) ^c |

[†] Le percentuali sono state calcolate sul totale delle ulcere [n=336].
^r Le percentuali sono state calcolate per riga. ^c Le percentuali sono state calcolate per colonna.

Prevalenza per la popolazione over 70 anni di età.

| | Ulcere Aperte | Ulcere Totale | Assistiti ≥ 70 anni | Prevalenza Ulcere Aperte x 1000 assistiti |
|---------|---------------|---------------|--------------------------|--|
| Femmine | 95 | 158 | 5830 | 16.3 |
| Maschi | 43 | 64 | 3737 | 11.51 |
| Totale | 139 | 223 | 9566 | 14.53 |

Eziologia dell'ulcera **aperta**

| Eziologia dell'ulcera | MMG (156) | Strutture (247) |
|-----------------------|----------------|----------------------|
| Vascolare | 73 (46,79%) | 120 (48,58%) |
| Da pressione | 87 (55,77%) | 127 (51,42%) |
| Traumatica | 22 (14,1%) | 51 (20,65%) |
| Neoplastica | 4 (2,56%) | 3 (1,21%) |
| Altro | 10 (6,41 %) | 10 (4,05%) |

Recidive per eziologia dell'ulcera **aperta**

| | MMG (156) | Strutture (247) |
|--------------|----------------|----------------------|
| Vascolare | 73 (46,79%) | 143 (52,38%) |
| Da pressione | 87 (55,77%) | 133 (48,72%) |
| Traumatica | 22 (14,1%) | 51 (18,68) |
| Neoplastica | 4 (2,56%) | 3 (1,1%) |
| Altro | 10 (6,41%) | 10 (3,66%) |

Epoca di insorgenza per **ulcere aperte**

| | MMG (156) | Strutture (247) |
|---------------------|----------------------|----------------------|
| Meno di 6 settimane | 47 (30,13%) | 65 (26,32%) |
| Più di 6 settimane | 31 (19,87%) | 44 (17,81%) |
| Più di 3 mesi | 27 (17,31 %) | 55 (22,27%) |
| Più di un anno | 51 (32,69%) | 83 (33,6%) |

Le lesioni cutanee rappresenteranno un importante problema di Sanità Pubblica per la elevata prevalenza, peraltro in costante aumento, e per la rilevanza di morbosità e comorbilità correlate.

L'aumento dell'età media della vita con proiezioni che prevedono, nel prossimo decennio, un aumento di circa il 25% della popolazione di ultrasessantenni, con le prevedibili conseguenze sul S.S.N. spinge ad ottimizzare i modelli di gestione per l'assistenza ambulatoriale e residenziale cercando di individuare, anche, nuovi modelli organizzativi.

Obiettivi

- “Guarigione” della lesione
- Prevenzione della recidiva
- Controllo della sintomatologia dolorosa
- Miglioramento della qualità di vita
- Contenimento dei costi (diretti, indiretti)

Conclusioni

- Coerenza con Letteratura Internazionale
- Rilevanza epidemiologica
- Rilevanza socio-economica
- Problema di salute pubblica
- Problema di continuità assistenziale

Ospedale

Prevenzione

Cura

Territorio

Cura

Prevenzione

Proviamo a ipotizzare una rete assistenziale per la cura delle ulcere

Riferimento organizzativo Legge 189/2012

“Legge Balduzzi”

Due strutture per i pazienti esterni

• **AFT** (Aggregazioni Funzionali Territoriali)

MMG – PLS – Medici di Guardia Medica – Infermieri (ove previsto)

• **UCCP** (Unità Complesse di Cure Primarie)

Che includono il maggior numero possibile di diverse professioni

Sanitarie mediche e non mediche che cooperano con i servizi ospedalieri

Tre livelli assistenziali

- I° livello AFT
- II° livello UCCP
- III° livello Ospedaliero

I° Livello

•AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali)

•Personale coinvolto : MMG e infermieri

•Pazienti in carico

**Pazienti con lesione cutanea di recente insorgenza diagnosticata dal
MMG**

**Pazienti con ulcere trattate ma non ancora “guarite” nel II° livello con
percorso terapeutico stabilito e affidato a Infermiere Esperto.**

Dal I° livello il Medico avvia a consulenza presso il II° livello

Tutti i pazienti che :

- **Entro 6 settimane non mostrano alcuna progressione migliorativa della lesione in seguito al trattamento impostato o addirittura mostrano un peggioramento**

- **Tutti i pazienti che arrivano in prima battuta ma che .**
 - **Hanno una ulcera recidiva**
 - **Presentano un'ulcera ad estesa componente necrotica e/o infetta e/o dolorosa non controllata con i comuni analgesici**

II° Livello

- **UCCP** (Unità Complesse di Cure Primarie)
- **Personale coinvolto : Medici Esperti e Infermieri Esperti**
- **Pazienti in carico**
 - Pazienti che vengono indirizzati dal I° livello
 - Pazienti che sono stati trattati nei centri di III° livello

II° Livello

- **UCCP** (Unità Complesse di Cure Primarie)

- **Personale coinvolto : Medici Esperti e Infermieri Esperti**

- **Specificità della figura Medica**

- Il responsabile dell'assistenza vulnologica sarà collocato nelle UCCP

- Deve avere formazione specifica e motivazione

- Esperienza nella cura delle lesioni e nella diagnostica vascolare

- Conoscere le linee guida diagnostico terapeutiche

- Sapere utilizzare le medicazioni avanzate

- Conoscere le tecniche e i materiali di bendaggio

- Sapere utilizzare i presidi di detersione meccanica e chirurgica

- Avere capacità di leadership e di coinvolgimento e di delega alla figura infermieristica per quanto riguarda follow up e terapia

II° Livello

- **UCCP** (Unità Complesse di Cure Primarie)

- **Personale coinvolto : Medici Esperti e Infermieri Esperti**

- **Specificità della figura Infermieristica**

Deve avere formazione specifica e motivazione

Conoscere le linee guida di gestione infermieristica

Conoscere e sapere utilizzare le medicazioni avanzate

Conoscere i materiali e le tecniche di bendaggio.

Sapere eseguire un bendaggio

**Partecipare con il Medico all'inquadramento terapeutico
del paziente e seguirlo nel tempo**

**Essere di collegamento per l'accesso alle visite
specialistiche o per l'accesso all'ospedale**

III° Livello

I centri di III° Livello sono localizzati negli ospedali e svolgono assistenza a livello ambulatoriale, day hospital, day surgery, ricovero.

- **Personale coinvolto: Medici e Infermieri che operano nelle Unità Operative Specialistiche adeguate alle necessità dei pazienti (Chirurgia Vascolare, Chirurgia Generale, Diabetologia, Radiologia interventistica, Dermatologia..)**
- **Pazienti in carico**
Pazienti inviati dal II° livello che hanno necessità di procedure diagnostico terapeutiche di elevata complessità

**CONFRONTO CANALI
2013**

CANALI EROGAZIONE PAZIENTE ASSISTENZA DOMICILIARE

TOTALE euro

| AMBITI TERRITORIALI | farFarmacie conv | | DISTR DIR distretti | | PRODUZ distretti | | distretti | |
|-----------------------|------------------|------------------|---------------------|-------------------|------------------|-------------------|-----------|------------------|
| | | Importo | | Importo | | Importo | | Importo |
| DISTRETTO AL | | 3.199,90 | | 2.601,39 | | 97.118,67 | | 102919,96 |
| DISTRETTO ACQUI | | 2.563,75 | | 122.943,69 | | 18.237,62 | | 143745,06 |
| DISTRETTO CASALE | | 5.061,88 | | 53.977,32 | | 117.048,95 | | 176088,15 |
| DISTRETTO NOVI | | 11.026,48 | | 22.935,11 | | 45.957,58 | | 79919,17 |
| DISTRETTO OVADA | | 0,00 | | 33.949,57 | | 16.586,31 | | 50535,67 |
| DISTRETTO TORTONA | | 0,00 | | 117.719,31 | | 54.613,97 | | 172333,28 |
| DISTRETTO VALENZA | | 7.104,19 | | 622,48 | | 39.689,40 | | 47416,07 |
| SUB DISTRETTO ARQUATA | | | | 45.248,89 | | 21.140,31 | | 66389,20 |
| TOTALE | | 28.956,20 | | 399.997,76 | | 410.392,81 | | 839346,77 |

La nostra realtà sanitaria

... offre un modello di assistenza specialistica vulnologica importante per :

diffusione e presenza territoriale;
impegno professionale ed organizzativo
degli operatori.

Questo modello assistenziale , con il supporto e l'autorevolezza delle Società scientifiche ha prodotto negli anni documenti, protocolli, linee guida per la gestione delle lesioni cutanee che ci sono stati di grande aiuto nella pratica quotidiana.

Cosa manca allora?



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

Atto di rettifica dell'Atto Repertorio n. 98/CSR del 5 agosto 2014 "Intesa sullo schema di decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, concernente il regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" in attuazione dell'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311 e dell'articolo 15, comma 13, lettera c) del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95 convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135.

Repertorio Atti n. 198/CSR del 13 - 01 - 2015

VISTO l'Atto di questa Conferenza del 5 agosto 2014, Rep. Atti n. 98/CSR;

CONSIDERATO che, il predetto Atto recava errori materiali di carattere omissivo, non essendo state recepite e formalizzate in un unico testo le osservazioni delle Regioni, accolte nel merito dal Ministero della salute e dal concertante Ministero dell'economia;

RITENUTO necessario, pertanto, procedere ad una rettifica del testo in epigrafe che, allegato al presente atto ne costituisce parte integrante, nel senso della sua formalizzazione in un testo coordinato e integrato con le osservazioni regionali;

RETTIFICA

L'Atto di questa Conferenza Rep. n. 98/CSR del 5 agosto 2014, intendendosi sostituito dal presente Atto e correlato Allegato A.

IL SEGRETARIO
Antonio Nadeo

IL PRESIDENTE

Maria Carmela Lanzetta

Regolamento recante: "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, in attuazione dell'articolo 1, comma 169 della legge 30 dicembre 2004, n. 311" e dell'articolo 15, comma 13, lettera c) del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95 convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135.

IL MINISTRO DELLA SALUTE

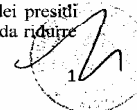
di concerto con

IL MINISTRO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE

Visto l'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, il quale dispone che, al fine di garantire che l'obiettivo del raggiungimento dell'equilibrio economico finanziario da parte delle regioni sia conseguito nel rispetto della garanzia della tutela della salute, ferma restando la disciplina dettata dall'articolo 54 della legge 27 dicembre 2002, n. 289, per le prestazioni già definite dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 e successive modifiche e integrazioni, anche al fine di garantire che le modalità di erogazione delle stesse siano uniformi sull'intero territorio nazionale, coerentemente con le risorse programmate per il Servizio sanitario nazionale, con regolamento adottato ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, dal Ministro della salute, che si avvale della commissione di cui all'articolo 4-bis, comma 10, del decreto-legge 15 aprile 2002, n. 63, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 giugno 2002, n. 112, sono fissati gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici, di processo e possibilmente di esito, e quantitativi di cui ai livelli essenziali di assistenza, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano;

Vista la sentenza della Corte Costituzionale n. 134 del 2006, che ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'articolo 1, comma 169 della legge 30 dicembre 2004, n. 311, nella parte in cui prevede che il regolamento del Ministro della salute ivi contemplato, con cui sono fissati gli standard e sono individuate le tipologie di assistenza e i servizi, sia adottato "sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano", anziché "previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano";

Visto il decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95 convertito, con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, ed in particolare l'articolo 15, comma 13, lettera c), con il quale si dispone che, sulla base e nel rispetto degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera fissati con regolamento approvato ai sensi dell'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, previa intesa della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, nonché tenendo conto della mobilità interregionale, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano adottano, entro il 31 dicembre 2012, provvedimenti di riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del servizio sanitario regionale, ad un livello non superiore a 3,7 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie, adeguando coerentemente le dotazioni organiche dei presidi ospedalieri pubblici ed assumendo come riferimento un tasso di ospedalizzazione pari a 160 per mille abitanti di cui il 25 per cento riferito a ricoveri diurni. La riduzione dei posti letto è a carico dei presidi ospedalieri pubblici per una quota non inferiore al 50 per cento del totale dei posti letto da ridurre ed è conseguita esclusivamente attraverso la soppressione di unità operative complesse;



Il servizio di continuità assistenziale viene organizzato anche tenendo conto di quanto previsto dall'art. 1 decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158.

10. Continuità ospedale-territorio

La riorganizzazione della rete ospedaliera cui è finalizzato il presente provvedimento sarà insufficiente rispetto all'esigenza di garantire una copertura piena dei bisogni assistenziali che richiedono un trattamento ospedaliero, se, in una logica di continuità assistenziale, non viene affrontato il tema del potenziamento delle strutture territoriali, la cui carenza, o la mancata organizzazione in rete, ha forti ripercussioni sull'utilizzo appropriato dell'ospedale. L'integrazione/interazione funzionale tra le strutture territoriali e le strutture ospedaliere, riveste infatti un ruolo centrale nel regolamentare i flussi sia in entrata che in uscita dall'ospedale. Relativamente ai primi, è evidente il ruolo di filtro che le prime svolgono nel contenimento dei ricoveri ospedalieri inappropriati; per quanto riguarda i flussi in uscita assumono primaria importanza meccanismi organizzativi quali le dimissioni protette o l'utilizzo delle stesse strutture sanitarie a valenza territoriale, in grado di assicurare l'opportuna continuità di assistenza. Al riguardo va promosso il collegamento dell'ospedale ad una centrale della continuità o altra strutture equivalente posta sul territorio di riferimento per la dimissione protetta e la presa in carico post ricovero, nonché la promozione della medicina di iniziativa e della Farmacia dei servizi, quale modello assistenziale orientato alla promozione attiva della salute, anche tramite l'educazione della popolazione ai corretti stili di vita, nonché alla assunzione del bisogno di salute prima dell'insorgere della malattia o prima che essa si manifesti o si aggravi, anche tramite una gestione attiva della cronicità, così come previsto dal nuovo Patto per la salute 2014 – 2016. In attuazione della legge n.38/2010 e per il completamento della legge n. 39/1999, al fine di assicurare lo sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica, le regioni completano l'attivazione degli hospice e assicurano sul territorio l'accesso alle cure palliative domiciliari specialistiche.

Le iniziative di continuità ospedale territorio possono, pertanto, identificarsi nei programmi di dimissione protetta e/o assistita, in particolare per i pazienti che richiedono continuità di cura in fase post acuta, nelle disponibilità di strutture intermedie con varie funzioni, nei servizi di gestione della fase acuta a domicilio mediante gruppi multidisciplinari, nei programmi di ospedalizzazione domiciliare per particolari ambiti patologici, nei centri di comunità/ poiambulatori, nelle strutture di ricovero nel territorio gestite dai Medici di Medicina Generale.

Per struttura Intermedia, omnicomprensiva della qualsivoglia tipologia o "provenienza" del paziente, si intende una struttura sanitaria a valenza territoriale, anche basata su moduli diversificati, di ricovero e di assistenza idonea ad ospitare:

- pazienti in dimissione da reparti per acuti degli ospedali, per i quali è necessario:
 - consolidare le condizioni fisiche,
 - continuare il processo di recupero funzionale,
 - accompagnare il paziente con fragilità individuale o sociale nella prima fase del post-ricovero,
- pazienti provenienti dal territorio per i quali il MMG richieda un ambiente protetto per attuare/proseguire le proprie terapie al fine di evitare o preparare il ricovero in struttura ospedaliera.

Per lo sviluppo di questi percorsi è necessario favorire l'implementazione di forme di lavoro multidisciplinare, attraverso la predisposizione di specifici strumenti (quali i sistemi informativi).

l'organizzazione di gruppi di lavoro o l'attivazione di progetti per consolidare il circuito locale di relazione tra professionisti.

Le regioni, al fine di agevolare il processo di ridefinizione della rete ospedaliera devono procedere contestualmente al riassetto dell'assistenza primaria, dell'assistenza domiciliare e di quella residenziale, in coerenza con quanto previsto dal vigente quadro normativo in materia di livelli essenziali di assistenza e con gli obiettivi economico finanziari nazionali fissati per il Servizio sanitario nazionale.

In questa sede ci si limita a fornire indicazioni solo relativamente alle strutture intermedie che possono essere di diretta interfaccia tra l'assistenza territoriale e quella ospedaliera con particolare riferimento ai cosiddetti Ospedali di Comunità.

10.1 Ospedale di comunità

10.1 Ospedale di comunità

E' una struttura con un numero limitato di p.l (15-20) gestito da personale infermieristico, in cui l'assistenza medica è assicurata dai medici di medicina generale o dai PLS o da altri medici dipendenti o convenzionati con il SSN e la responsabilità igienico-organizzativa e gestionale fa capo al distretto che assicura anche le necessarie consulenze specialistiche.

Prende in carico pazienti che necessitano:

-di interventi sanitari potenzialmente erogabili a domicilio ma che necessitano di ricovero in queste strutture in mancanza di idoneità del domicilio (strutturale e familiare).

-di sorveglianza infermieristica continuativa.

La degenza media prevedibile è di 15/20 giorni.

L'accesso potrà avvenire dal domicilio o dalle strutture residenziali su proposta del medico di famiglia titolare della scelta, dai reparti ospedalieri o direttamente dal pronto soccorso.

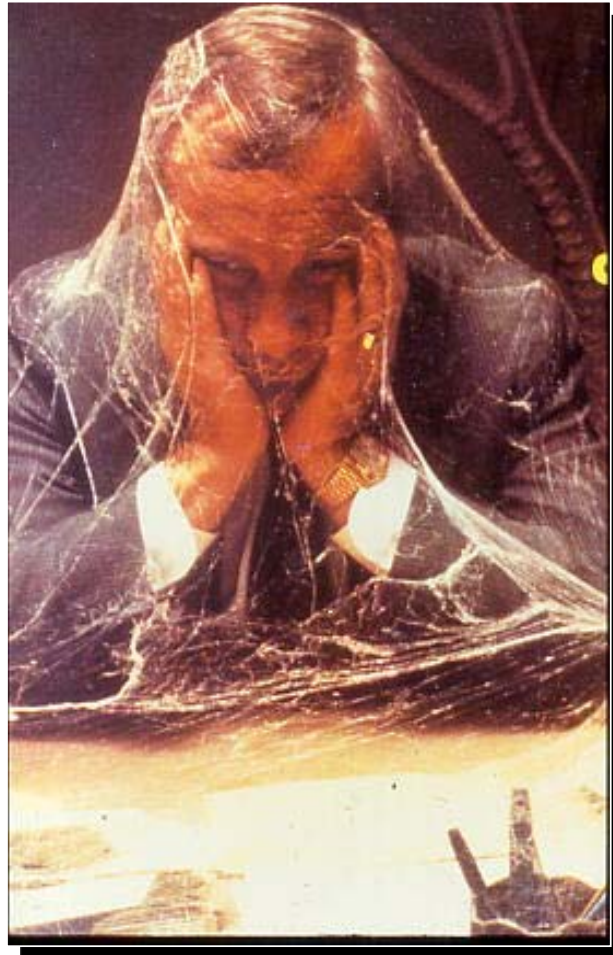
L'assistenza sarà garantita nelle 24 ore dal personale infermieristico ed addetto all'assistenza, dai Medici di Medicina generale e dai pediatri di libera scelta e dai medici di continuità assistenziale.

La sede fisica dell'ospedale di comunità potrà essere opportunamente allocata presso presidi ospedalieri riconvertiti e/o presso strutture residenziali.

“Prevenzione e trattamento
delle Lesioni da Pressione:
dove siamo e dove vogliamo andare”



“Prevenzione e trattamento
delle Lesioni da Pressione:
dove siamo e dove vogliamo andare”



“Prevenzione e trattamento
delle Lesioni da Pressione:
dove siamo e dove vogliamo andare”



63

“Prevenzione e trattamento
delle Lesioni da Pressione:
dove siamo e dove vogliamo andare”