

***Dal governo della spesa sanitaria
al guadagno di salute.
L'esperienza di Trieste***



La continuità terapeutica nei distretti della ASS 1 Triestina *gli obiettivi clinico assistenziali*

**Paolo Da Col, Maria Grazia Cogliati, Mario Reali, Emanuela Fragiaco
Roberta Sapienza, Loreta Lattanzio, Ofelia Altomare, Walter Modola**

DISTRETTI N.1, N.2 N.3, N.4

Trieste, 4 aprile 2003

CONTINUITA' TERAPEUTICA

- *A cosa ci riferiamo ?*
- *Perché ne parliamo ?*
- *Per chi è rilevante ?*
- *Ma è davvero un argomento nuovo ?*
- *Chi la realizza ?*
- Modello di cura centrato sulla persona, di organizzazione orientata a costruire percorsi, ad assicurare collegamenti efficaci tra molteplici prestazioni/procedure
- Esigenza sentita che riguarda moltissime persone o malati
- Cittadini e aziende
- E' nuova la dimensione quali/quantitativa del fenomeno (volume di prestazioni erogate, "esercito" di persone con bisogni multipli)

ANZIANI E SERVIZI SANITARI. Ogni giorno, a Trieste in media:

- **5.000** dal medico di famiglia e **3.000** dai medici specialisti
- **500** ai punti CUP
- **5.000** con una ricetta in farmacia
- **150** in Pronto Soccorso - **50** con 118
- **600** in trattamento ambul. riabilitativo
- **400** in ambulatori infermieristici distrettuali
- **300** in ADI (cure domiciliari sanitarie anche complesse)
- **180** in RSA
- **900** in ospedale, circa **40** nuovi ingressi/dimissioni
- **1.100** in residenze protette
- **1.800** nelle residenze polifunzionali

piano strategico aziendale 2003

“ La **criticità culturale e operativa** maggiore si riscontra nell'insufficiente attenzione prestata a ricercare e realizzare **il collegamento e la concatenazione logica e coerente tra le varie tappe del processo terapeutico ed assistenziale**. per l'anno 2003 l'ASS1 Triestina intende concretizzare **miglioramento della continuità tra l'ospedale ed il territorio (e viceversa) ed all'interno del territorio stesso**, con attività integrate sia sanitarie che sociosanitarie... ”

LA CONTINUITA' TERAPEUTICA PER LA SIGNORA MARIA

“Mi chiamo Maria; ho 81 anni; sono vedova; soffro di cuore e artrosi; ho il diabete e la pressione alta; negli ultimi due anni ho avuto 4 ricoveri in medicina, due interventi per cataratta e uno per protesi all'anca; vado dai dottori 3-4 volte al mese e non ricordo più in quanti mi hanno visitato; prendo 8 medicine al giorno; spesso mi accorgo che mi confondo o non mi ricordo di prenderle; l'ultima volta al Pronto Soccorso il medico mi ha detto che lui non ci capiva niente, perchè gli riferivo troppi disturbi e non avevo con me tutte le “carte” e le medicine.

Sono vecchia. Io ho difficoltà a muovermi anche solo in casa.

Chi mi può aiutare ?

Chi mi può seguire ?

Come faccio a ricordarmi di tutto ?

E' tutto così difficile !

Ma vorrei tanto stare un po' meglio.....”

La C.T.

- Un percorso a tappe, ogni nuova tappa, un momento difficile.....
- la sensazione di dover imparare subito, senza averlo mai fatto, a cavalcare e saltare ostacoli
- la percezione di non potercela fare, soprattutto da soli., specialmente se la situazione è grave
- La continuità terapeutica è.... (*per il cittadino o l'istituzione*)
- imboccare/*costruire* una strada comoda , scorrevole e sicura
- seguire/*dare* indicazioni chiare per non sbagliare strada
- raggiungere la meta “giusta” *nel modo migliore e più rapido, a costi ragionevoli*

CERTEZZE E DUBBI

- la EBM enfatizza il problema dell'appropriatezza delle diagnosi e terapie
- tutte le professioni e organizzazioni sanitarie tendono/sono sollecitate a “fare le cose che servono nel modo giusto” (*“obbligato”*)
- Perché c'è ancora scarsa consapevolezza che prestazioni “scollegate”, pur individualmente eccellenti, diminuiscono il valore e l'efficacia dell'intero intervento ?
- Come agire per assicurare un reale approccio unitario alla persona e interventi continuativi nel tempo ?
- A quando *“l'obbligato”* della continuità terapeutica ?

A Trieste, nei 4 distretti



La continuità terapeutica

- è obiettivo prioritario e di qualità
- è parola chiave e elemento guida
- si sviluppa attraverso cambiamenti :
culturali,
organizzativi,
professionali

i cambiamenti nei 4 distretti per la continuità terapeutica (C.T.)



- **culturali** : *da un lavoro per prestazioni ad uno per processi*
- **organizzativi** : *da un lavoro isolato ad uno integrato; ++ scambio delle informazioni*
- **professionali** : *stile di lavoro teso a logica di servizio, alla qualità, org.ne evoluta per dare maggiore competenza responsabilità e autonomia agli operatori*

L'esperienza di Trieste

Alcuni risultati raggiunti nel campo della
continuità terapeutica - C.T.

Riguardano più direttamente alcuni temi :

- la medicina generale
- i raccordi con l'ospedale
- la medicina specialistica
- il 118 ed il Pronto Soccorso
- la protezione dei soggetti “deboli”

dalle teorie..... ai fatti

IL RUOLO CENTRALE DEL MMG : la continuità di contatto

- *Dalla constatazione “i MMG sono difficili da contattare,... ..lavorano da soli, sono autoreferenziali...”*
- **... alla realizzazione di una rete di telefonia mobile, con contattabilità di 143/230 MMG dalle 8.30 alle 15.30 : + pronto confronto sui pazienti > 75 aa, ++ velocità di scambio di informazioni**
- **oggi anche via e-mail di rete aziendale**

IL S.U.R. : la continuità nel percorso diagnostico-terapeutico

- Dalla constatazione che prenotazioni multiple, percorsi D-T "complessi" si risolvono difficilmente (e tardi o male) se il paziente o il MMG si "arrangia" da solo
- ...al SUR = Servizio Unificato Risposte", un "servizio di semplificazione", presente in ogni distretto
- utile al MMG, prezioso per il paziente : organizza percorsi D-T ottimizzati, prenotazioni multiple, risposte coordinate; tempo e disagi ridotti per tutti

L'agenda farmaci : la continuità delle terapie farmacologiche

- Dalla constatazione che per molti è facile dimenticarsi o confondersi nell'assumere le politerapie (compliance)
- ...alla realizzazione dell "agenda farmaci" : il call center del telesoccorso-telecontrollo ricorda ogni giorno (7/7-24 hr/die) a ca.60 persone che è l'ora dell'assunzione del farmaco e ritelefona poi per la verifica

Le dimissioni protette : la continuità ospedale - territorio

- Dalla constatazione che i reparti della AO stentano ad avviare le dimissioni protette; i medici considerano la C.T. un "optional"; sec. loro il distretto " serve solo per i casi sociali "

....

- ...all' intesa che coinvolge il personale infermieristico dei reparti e dei distretti : nel 2002, 300 casi ad elevata complessità **SANITARIA** presi in carico in 7 mesi; riduzione dei ricoveri ripetuti per alcune patologie prevalenti; oggi : accordo con AO su vincoli di risultato

Il raccordo ADI - RSA - H

-per dare il "buon esempio" in casa nostra ...
- **tutti i pazienti in carico all' ADI vengono "accompagnati" in H**
- **se dimessi da RSA, sono seguiti nel tempo a fini di monitoraggio delle condizioni e degli esiti delle cure**
- **se l'ADI è sospesa, comunque prosegue la presa in carico ("permanente")**
- **guidati tutti i "passaggi" nel territorio (es. RSA-case di riposo)**

la continuità nelle cure cure oncologiche e nella NAD

- Dalla continuità occasionale della nutrizione artificiale (NAD) e delle cure oncologiche dall'ospedale al domicilio
- ...alla applicazione di protocolli ADI inter-enti con servizi offerti a ca. 50 pazienti/anno : maggiore chiarezza nel "chi fa cosa", maggiore agio per i pazienti, maggior controllo della spesa
- il nuovo hospice oncologico territoriale (20 p.l.) è nato in collegamento con l'ADI

118 e Pronto Soccorso : l'avvio della continuità

- Dalla constatazione dell'elevato ricorso al 118 e al Pronto Soccorso, dell'assenza del distretto in Pronto Soccorso per evitare ricoveri impropri.....
- all'avvio di azioni di filtro del 118 per gli accessi degli > 75enni al P.S. (> 70/die), con pronta disponibilità a domicilio dei ns IP di équipes ADI (12 hr/die)
- alla presenza in pronta reperibilità di un medico del distretto ogni mattina per presa in carico immediata in P.S. del paziente in cui si può evitare il ricovero

I percorsi di riabilitazione : la continuità delle cure riabilitative

- Dall'uso "anarchico-autarchico" delle risorse di riabilitazione extra-ospedaliera per i pazienti post frattura di femore, ictus.....
- ...alla realizzazione di percorsi programmati per indirizzare i pazienti (> 10/sett.) "a fare le cose adeguate nei luoghi adeguati" : verso strutture osp.private, RSA, ADI, amb.;
- realizzazione di trasporti dedicati
- vantaggio per i pazienti, razionalizzazione d'uso delle risorse, governo della domanda; aumento dell'offerta di prestazioni

La medicina specialistica

- Dai “conflitti” e dai problemi di collegamento tra medicina generale e specialistica (mis-uso, abuso ?).....
- ...alla realizzazione di raccordi organizzati (es. SUR - servizio unificato risposte)
- alla prioritarizzazione delle liste di attesa (es. RX, angiologia, dermatologia, oculistica, ecc.)
- alla formazione sul campo dei MMG (es. dermatologia)
- allo stimolo al confronto continuo tra MMG e medici specialisti
- ai progetti specifici su malattie frequenti e rilevanti : *il Trieste Heart Failure Project* -->

La medicina specialistica in situazioni complesse

il Trieste Heart Failure Project -->

- --> costruisce "ponti" e "rete" tra AO, centro cardiovascolare territoriale, MMG per i pazienti con insufficienza cardiaca : raccordate le prestazioni/procedure erogate in H, ambulatorio, domicilio, residenza
- il MMG si "riappropria" dei suoi pazienti e ha un rapporto "appropriato" con il consulente cardiologo
- il cardiologo è alleato del MMG e favorisce la presa in carico del paziente da parte del MMG
- per il paziente c'è continuità di cura

La valutazione della “complessità” quale premessa alla C.T.

- Dal lavoro per prestazioni (frammentazione) ad uno per progetti nella persona con bisogni “complessi” : non c’è C.T. senza preliminare valutazione multidimensionale
- all’ UVD per le valutazioni delle persone (anziane) con bisogni multiproblematici : l’affermazione dell’approccio multidisciplinare e degli interventi multiprofessionali - l’integrazione sociosanitaria; *ad es. : l’assegno di cura, l’accesso alle residenze protette; l’ascolto della famiglia-care giver*
- all’ equipe multidisciplinare per la valutazione e costruzione dei percorsi & progetti di vita nelle persone con disabilità - l’intesa con le famiglie - **UNA CONTINUITA’ DI APPROPRIATEZZA**

I percorsi di riabilitazione del disabile : la continuità per l'espressione del diritto di cittadinanza

- Dalla constatazione dei problemi di isolamento ed esclusione della persona con disabilità, di domanda ed offerta tendenzialmente autogestita
- al ruolo del distretto nel costruire il progetto di vita, i percorsi di riabilitazione motoria e psicosociale, l'inserimento del disabile nella cittadinanza, nel cercare equilibrio tra bisogno ed offerta, guidando l'offerta verso l'appropriatezza

I percorsi di CT nelle donne e nei bambini :
l'integrazione con l'IRCCS e i SSC

- Dalla constatazione della separatezza dei problemi all'interno di singoli enti
- al ruolo del distretto e all'integrazione su temi specifici :
 - ☺ donne in gravidanza con rischio psico-sociale
 - ☺ protocollo mamma-bambino
 - ☺ il nuovo centro di accoglienza adolescenti in crisi "C'entro per poco"
 - ☺ la CT in emato-oncologia pediatrica

I percorsi di CT nelle tossicodipendenze :
l'integrazione con il DDD - l'ambulatorio metadone

- Dalla constatazione dei problemi di compliance se il metadone è distribuito in centri unici del Sert (DDD), della ridotta possibilità di cure integrali-integrate dei paz. con dipendenza.....
- al ruolo del MMG protagonista nell'ambulatorio distrettuale o nel proprio studio per la somministrazione del metadone ed il follow up globale della persona - il suo reinserimento sociale

I percorsi di CT nella salute mentale : l'integrazione con il DSM - il MMG tutor di salute mentale

- Dalla constatazione delle ridotte possibilità di accesso e cura delle persone con disturbo mentale affette da concomitanti malattie "organiche croniche".....
-al coinvolgimento dei MMG nella cura dei propri pazienti : "MMG tutor di salute mentale" : garanzia di accesso alle cure (trascurate) in questi pazienti con "epicentro" nel MMG : es.
ipertensione arteriosa, diabete, malattie metaboliche, ecc. - il crollo dello stigma

Progetti speciali

- Dalla constatazione che sta aumentando in modo apparentemente inarrestabile il n° di persone con incontinenza urinaria e con sindrome da immobilizzazione..
- all' avvio di processi di verifica, valutazione, contrasto, e soprattutto di **PREVENZIONE !** , con cessazione dell'irragionevole risposta di fornitura passiva di "ausili"
- alla presenza in ogni distretto di punti di accoglienza della domanda, valutazione, avvio di percorsi D-T, divulgazione di opuscoli per la prevenzione dei due problemi

La sfida “impossibile”

- Dalla constatazione dell’evento tragico e drammatico, apparentemente ineluttabile : **le morti solitarie e i comportamenti suicidari**
- ...alla realizzazione dell’impossibile : la riduzione delle morti solitarie e dei suicidi : **IL PROGETTO AMALIA E TELEFONO SPECIALE** fondati sulla continuità tra “mondo sanitario e mondo sociale” (in partnership con Comune di Trieste e Televita spa)

**PER REALIZZARE LA C.T.
IL “NUOVO” DISTRETTO è
lo strumento “FORTE” del cambiamento**

RUOLO DI CONNESSIONE



IL “NUOVO” DISTRETTO



IL DISTRETTO E LA CENTRALITA' DELLA PERSONA

**TERZO
SETTORE**

**SETTORE
SANITARIO**



**SETTORE
SOCIALE**

**LAVORO DI
RETE**

IL DISTRETTO E LA CENTRALITA' DELLA FAMIGLIA



**LAVORO DI
RETE**

Punto cardine è la costituzione di un *équipe* **DI LAVORO INTEGRATO**



Che garantisce:

- 1) UMANIZZAZIONE DELLE CURE** e la partecipazione della persona e della sua famiglia
- 2) la presa in carico e la **continuità** degli interventi programmati**

CONTINUITA' TERAPEUTICA

- *A cosa ci riferiamo ?*
- *Perché ne parliamo ?*
- *Per chi è rilevante ?*
- *Ma è davvero un argomento nuovo ?*
- **Chi la realizza ?**
- **Nell'Azienda, il Distretto è la struttura operativa che ha il mandato di assicurare la **continuità terapeutica**, nell'ambito intra-sanitario, sociosanitario e – globalmente – intersettoriale. Là dove vivono le persone.**

Continuità delle cure

- La continuità deve essere:
 - culturale, organizzativa e professionale
 - non solo terapeutica
 - anche assistenziale
- è obiettivo molto complesso
- è di difficile soluzione
- un aiuto dall' e-governement ?

Storie vere, con molte domande e molte risposte

Per la signora Maria ...

...**ma anche per le aziende**

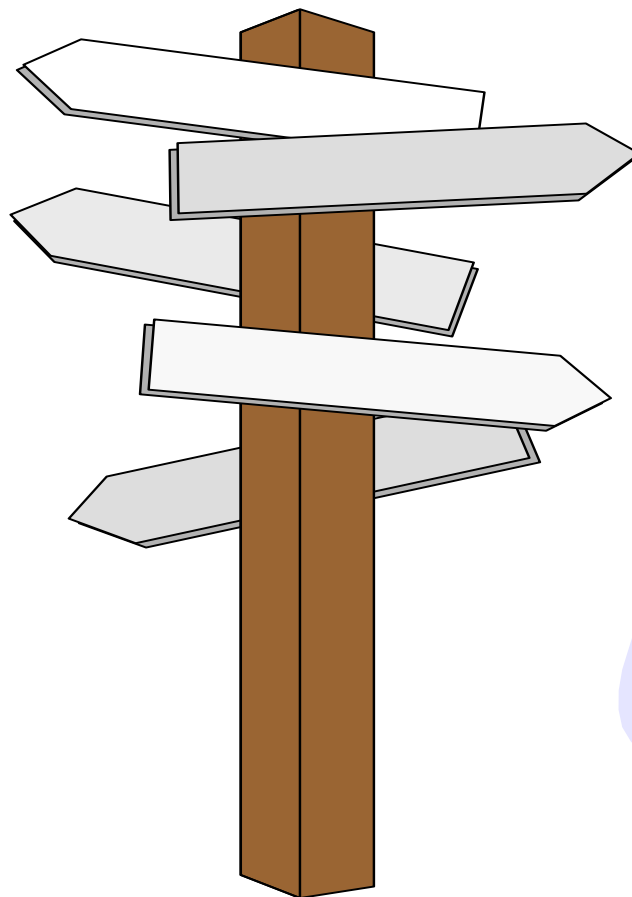
- perché la continuità delle cure non dovrebbe essere inclusa nei LEA ?

LA CONTINUITA' TERAPEUTICA O ASSISTENZIALE divergenze o convergenze ?

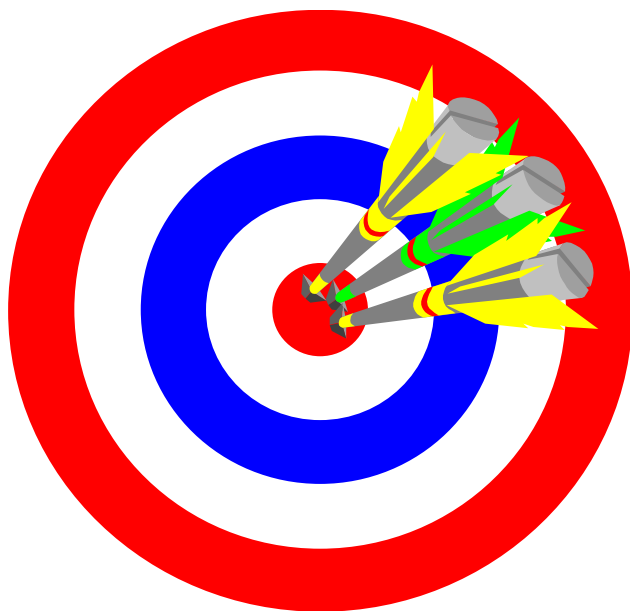
Per le aziende



Per la gente



PIENA E TOTALE CONVERGENZA DEI PUNTI DI VISTA



- **per il cittadino, ... :** *ESSERE SEMPRE ACCOMPAGNATO DA RISPOSTE PRONTE (TEMPESTIVE) UNITARIE E GLOBALI AL SUO BISOGNO DI BENESSERE E SICUREZZA*
- **per le Aziende ... :** *ESSERE CONSAPEVOLE CHE QUESTO E' UN CORE BUSINESS : strumento di efficacia, efficienza, economicità, equità*

un ringraziamento particolare

*a tutti gli operatori delle UU OO dei
nostri 4 distretti*

alla dr.ssa Maila Mislej e coll.

al dott. Carlo Sacchi e coll.