



# Innovazione ed Integrazione tra Ospedale e Territorio

## La Tecnologia al servizio della Continuità Assistenziale

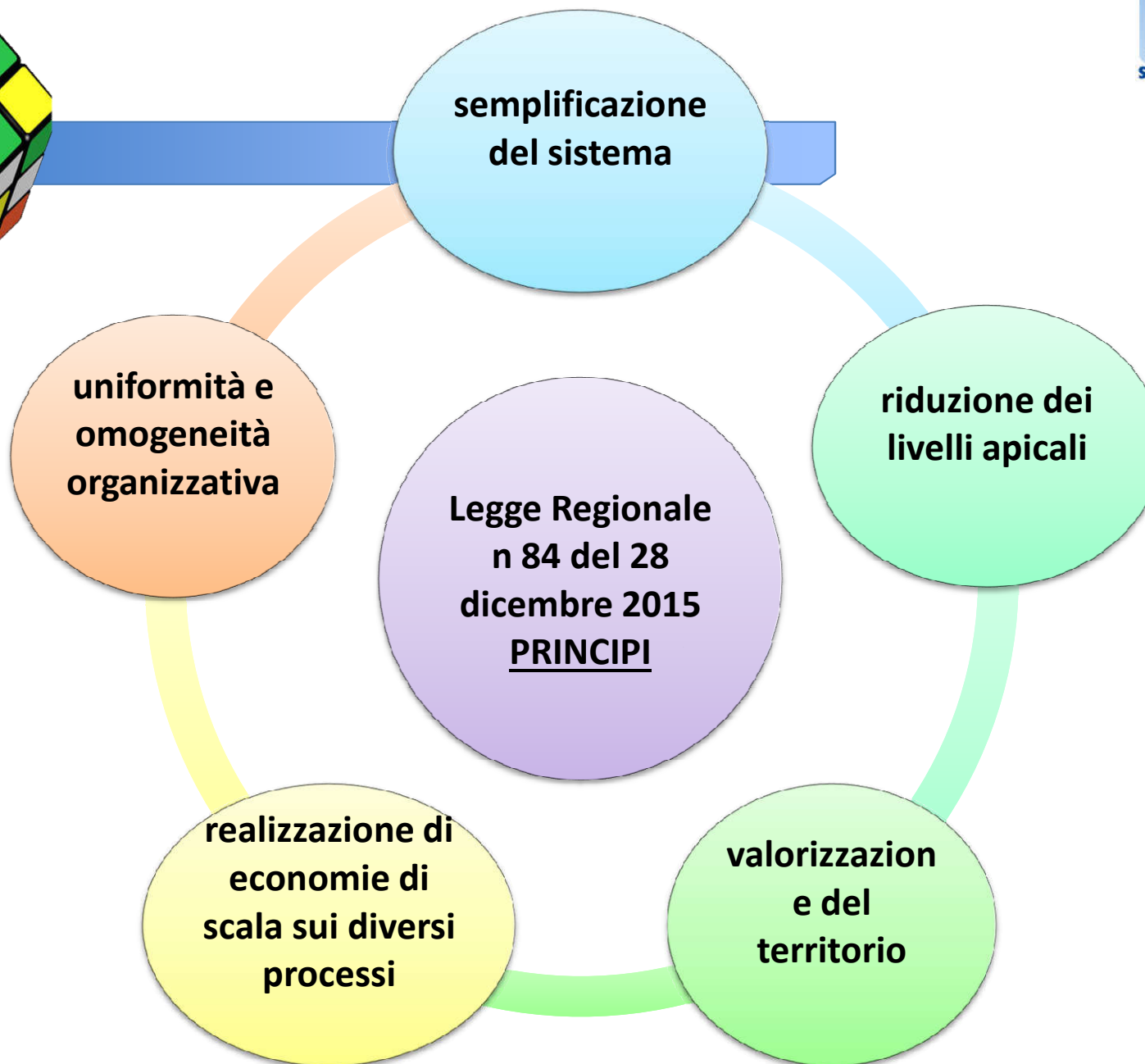
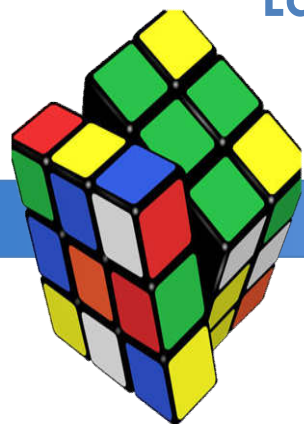
*23 Ottobre 2018  
Aula Marie Curie  
ESTAR Pisa*

*Grazia Luchini  
Direttore Rete Ospedaliera*

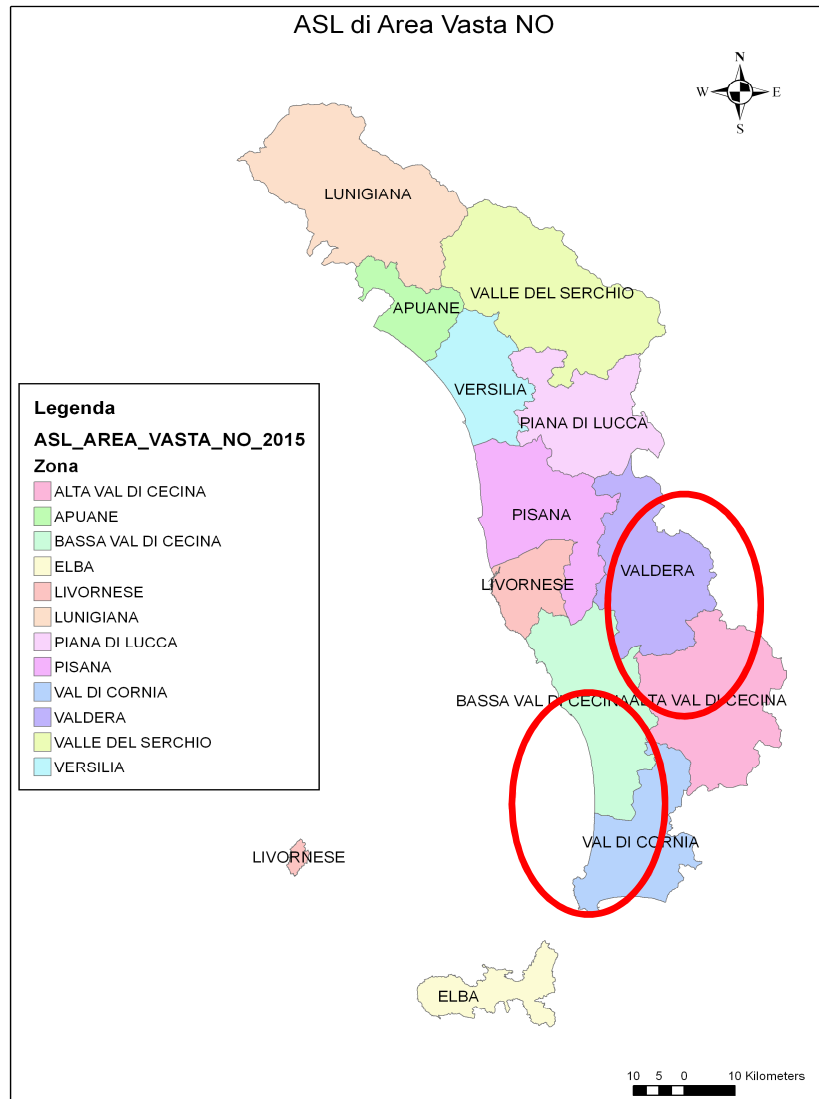


# IL CONTESTO DI RIFERIMENTO

# La Riorganizzazione del Sistema Sanitario Toscana



# L'Azienda USL Toscana nord ovest



**10 - Zone Socio Sanitarie**

**11 - Presidi Ospedalieri Pubblici**

**7 - Case di Cura Private**

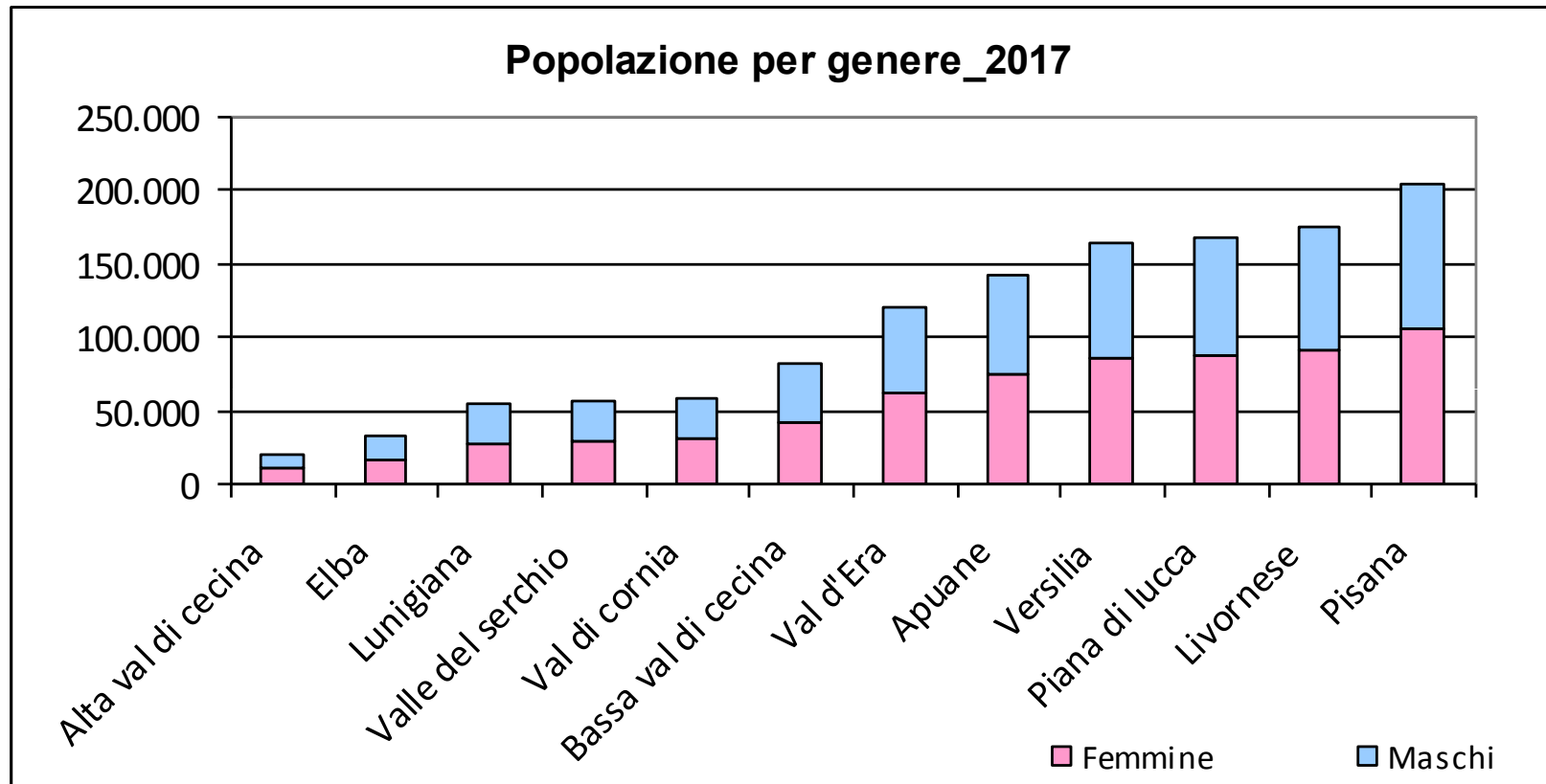
**3017 - Posti letto complessivi (di cui 2572 pubblici + 445 privati accreditati)**

**13.360 - Dipendenti (dic 2017)**



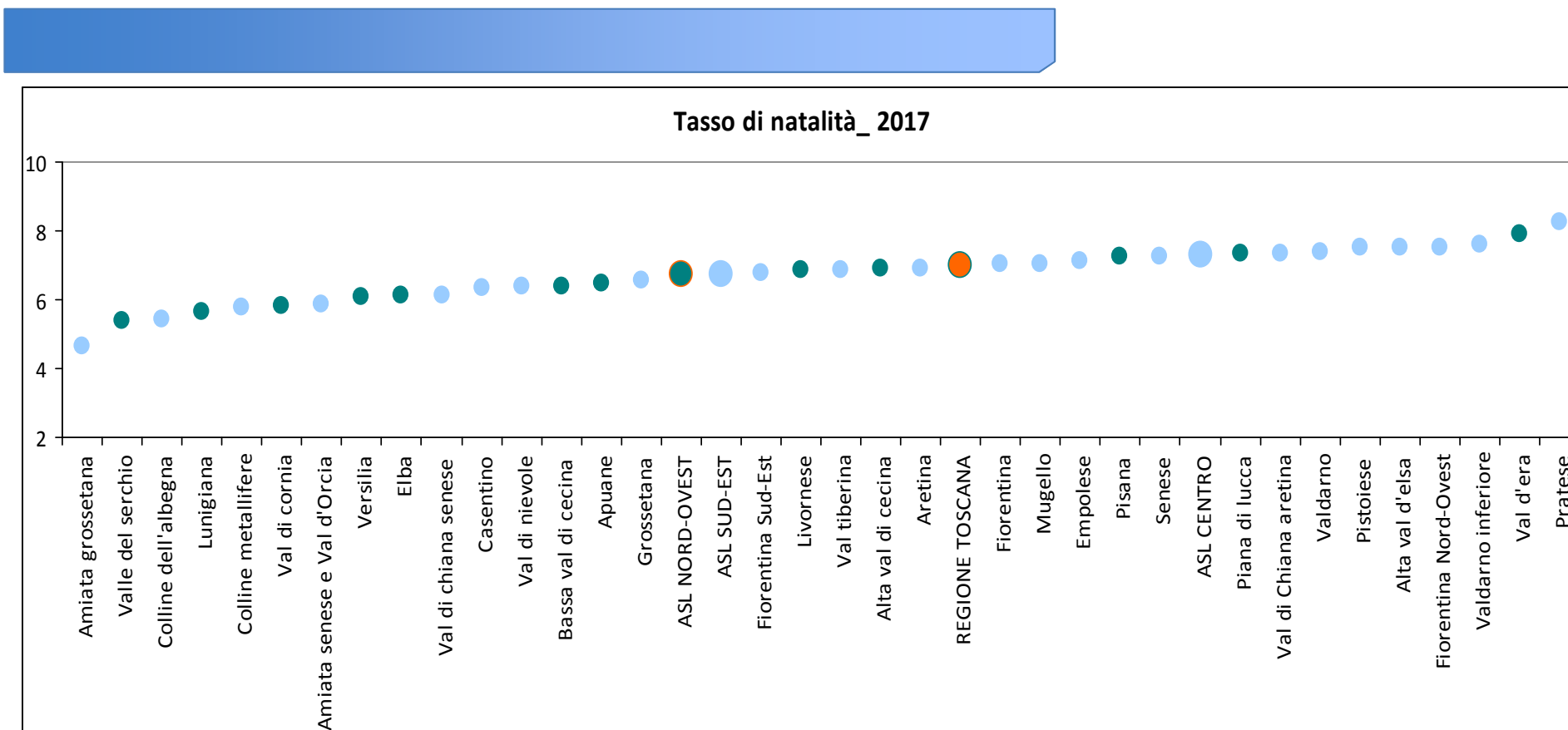
# CARATTERISTICHE EPIDEMIOLOGICHE DELLA POPOLAZIONE

# La popolazione residente



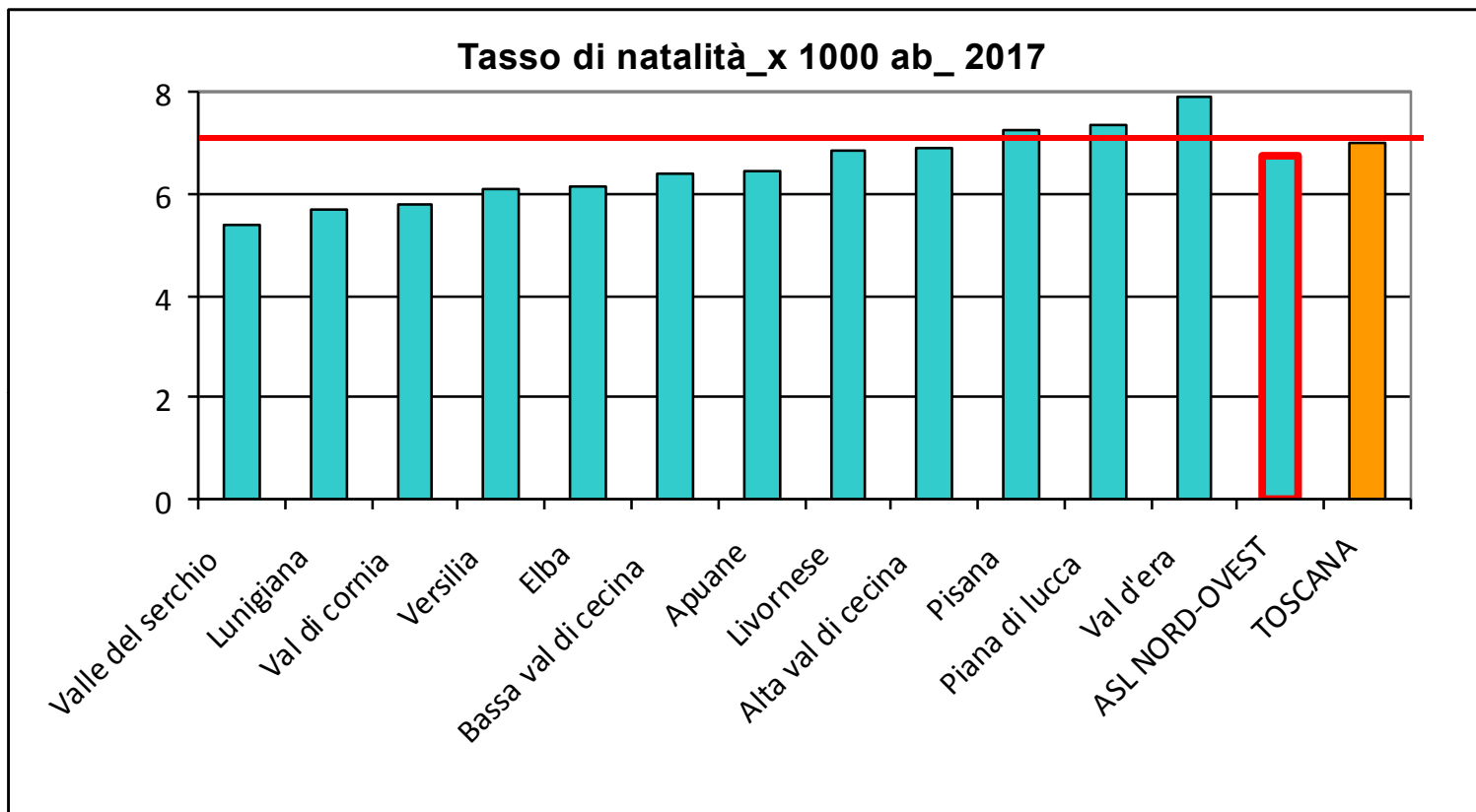
Il territorio dell'**Azienda USL Nord ovest** comprende 107 comuni e si estende complessivamente per 6.586 km<sup>2</sup>. E' un territorio caratterizzato da grande variabilità fisica, contraddistinta da pianure costiere, zone collinari interne e zone montane, in cui vivono **1.278.713 abitanti**

# Tasso di natalità



Il tasso di natalità per 1000 nell'Azienda Usl toscana nord ovest è 6,72 x 1000 ab., a fronte di 6,98 a livello regionale

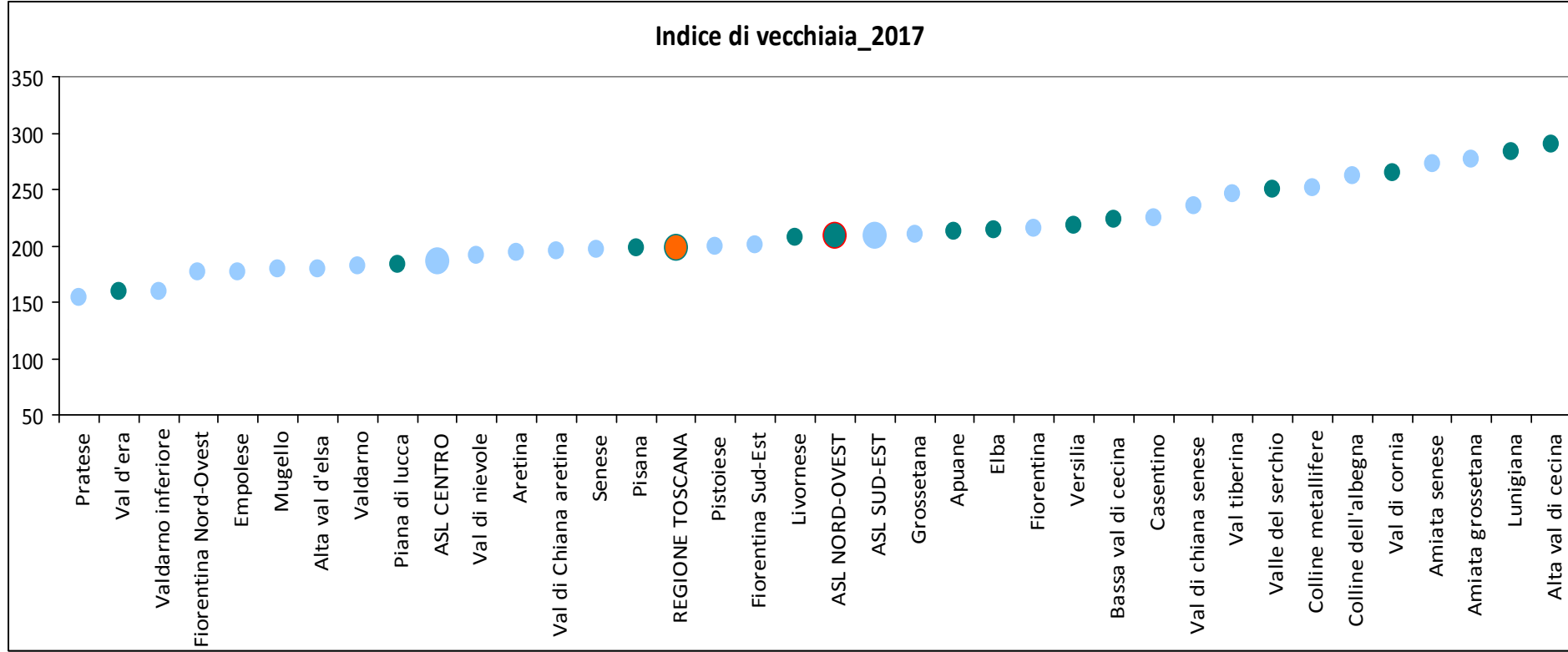
# Tasso di natalità



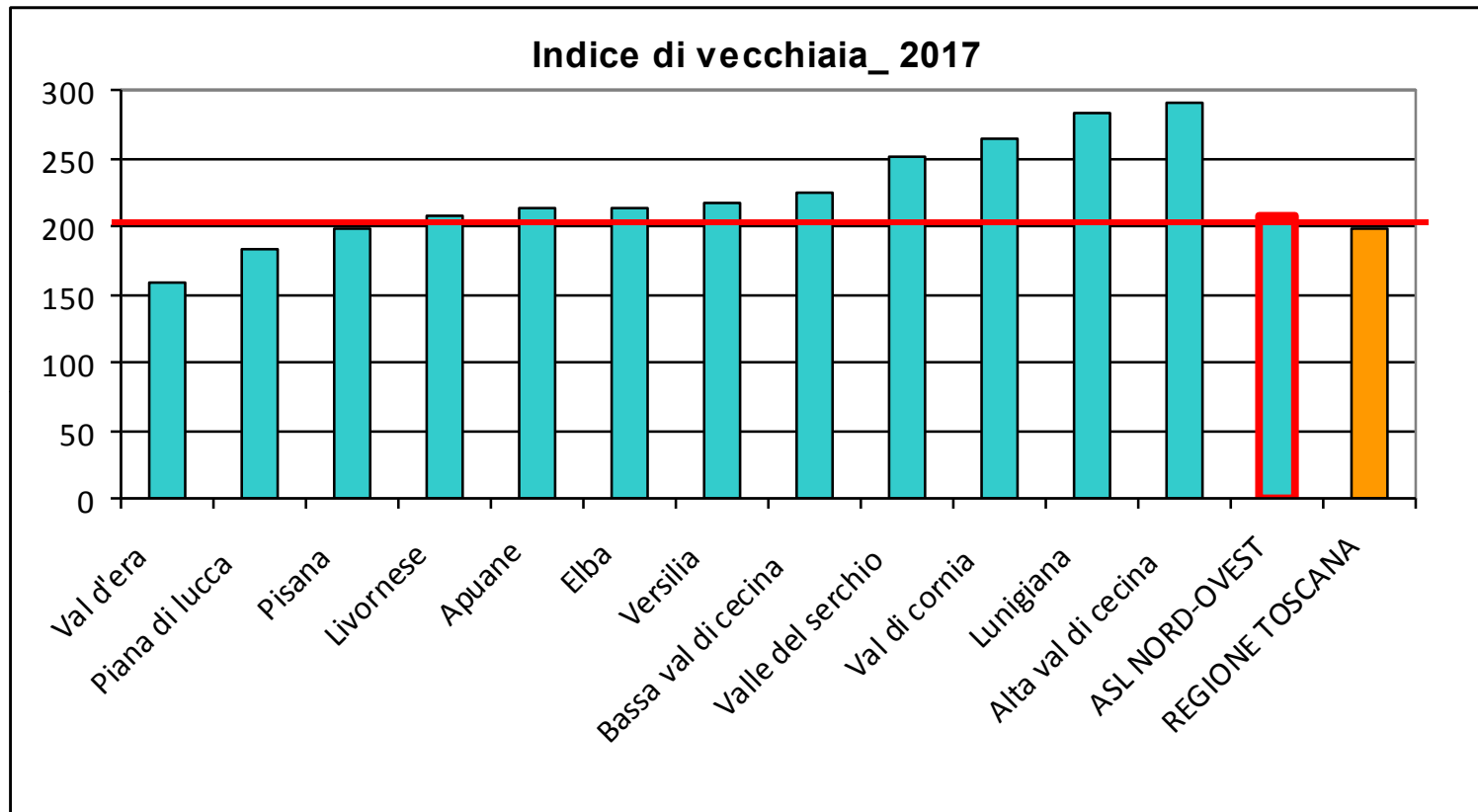
- Il tasso di natalità per 1000 nell'Azienda UsI toscana nord ovest è 6,72 x 1000 ab., a fronte di 6,98 a livello regionale



# Indice di vecchiaia



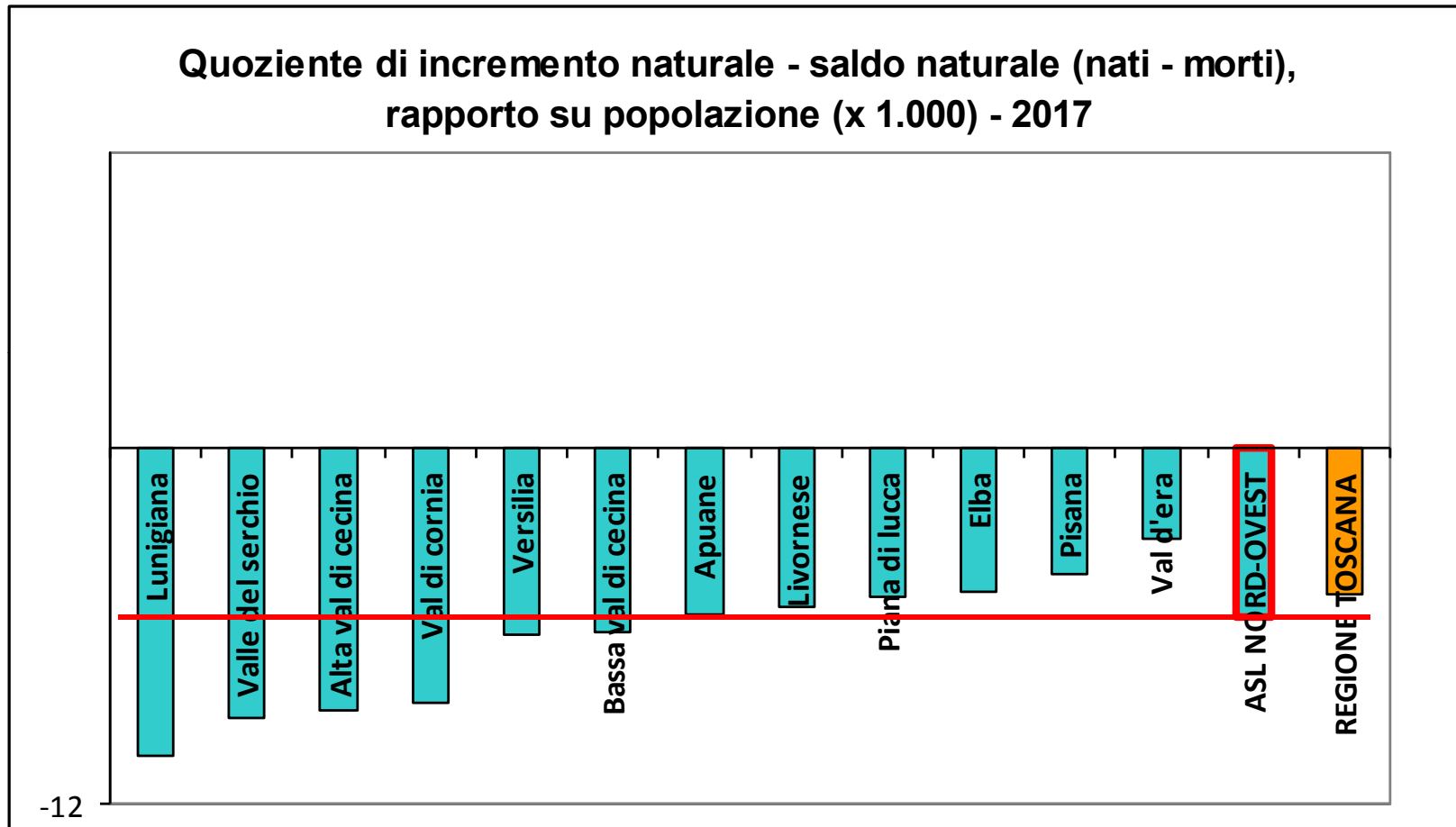
# Indice di vecchiaia



L'indice di vecchiaia, che rappresenta il grado di invecchiamento di una popolazione, è definito come il rapporto tra la popolazione anziana (65 anni e oltre) e la popolazione più giovane (0-14 anni). Valori superiori a 100 indicano una maggiore presenza di soggetti anziani rispetto ai giovanissimi

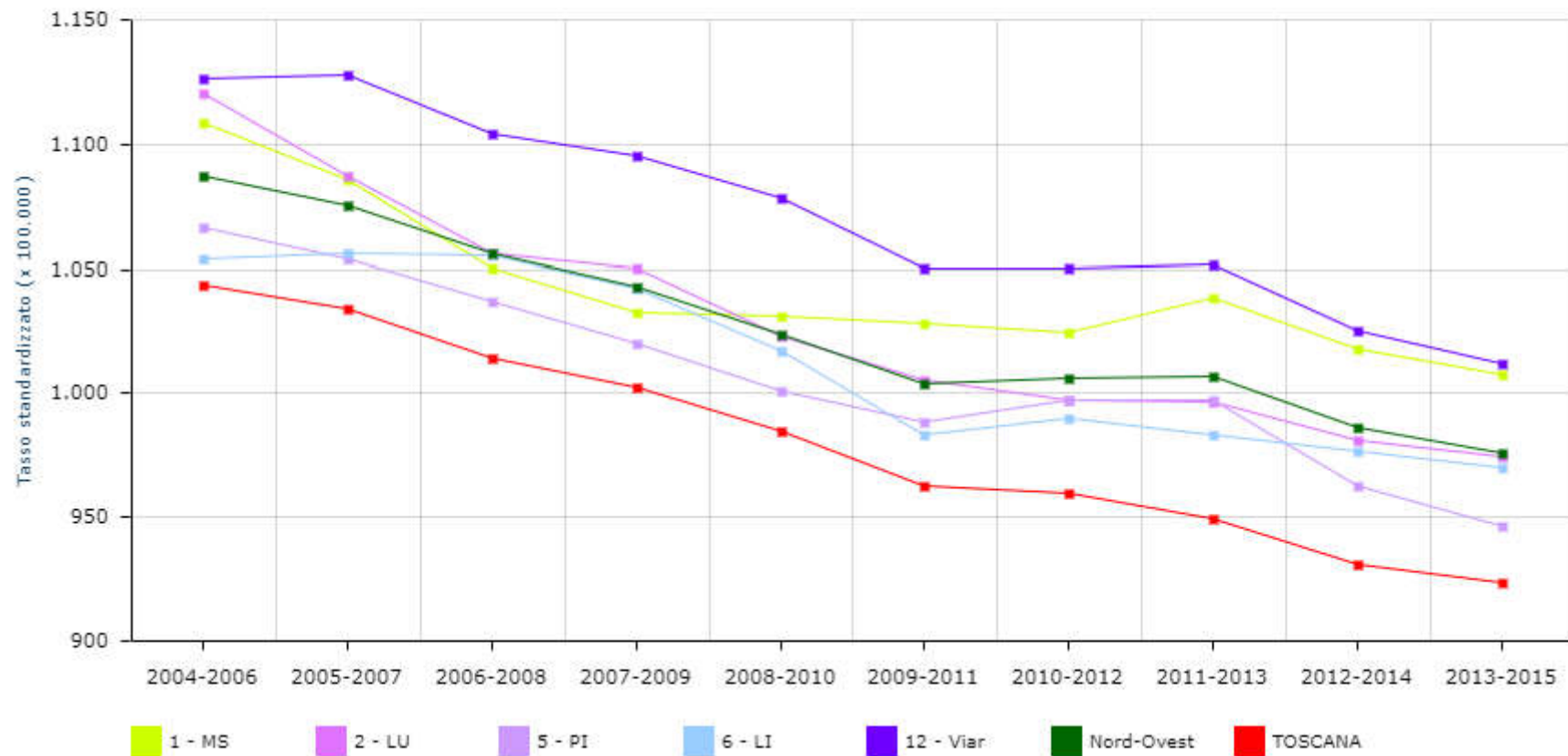
# Quoziente di incremento naturale

Quoziente di incremento naturale - saldo naturale (nati - morti), rapporto su popolazione (x 1.000) - 2017



# Mortalità per tutte le cause

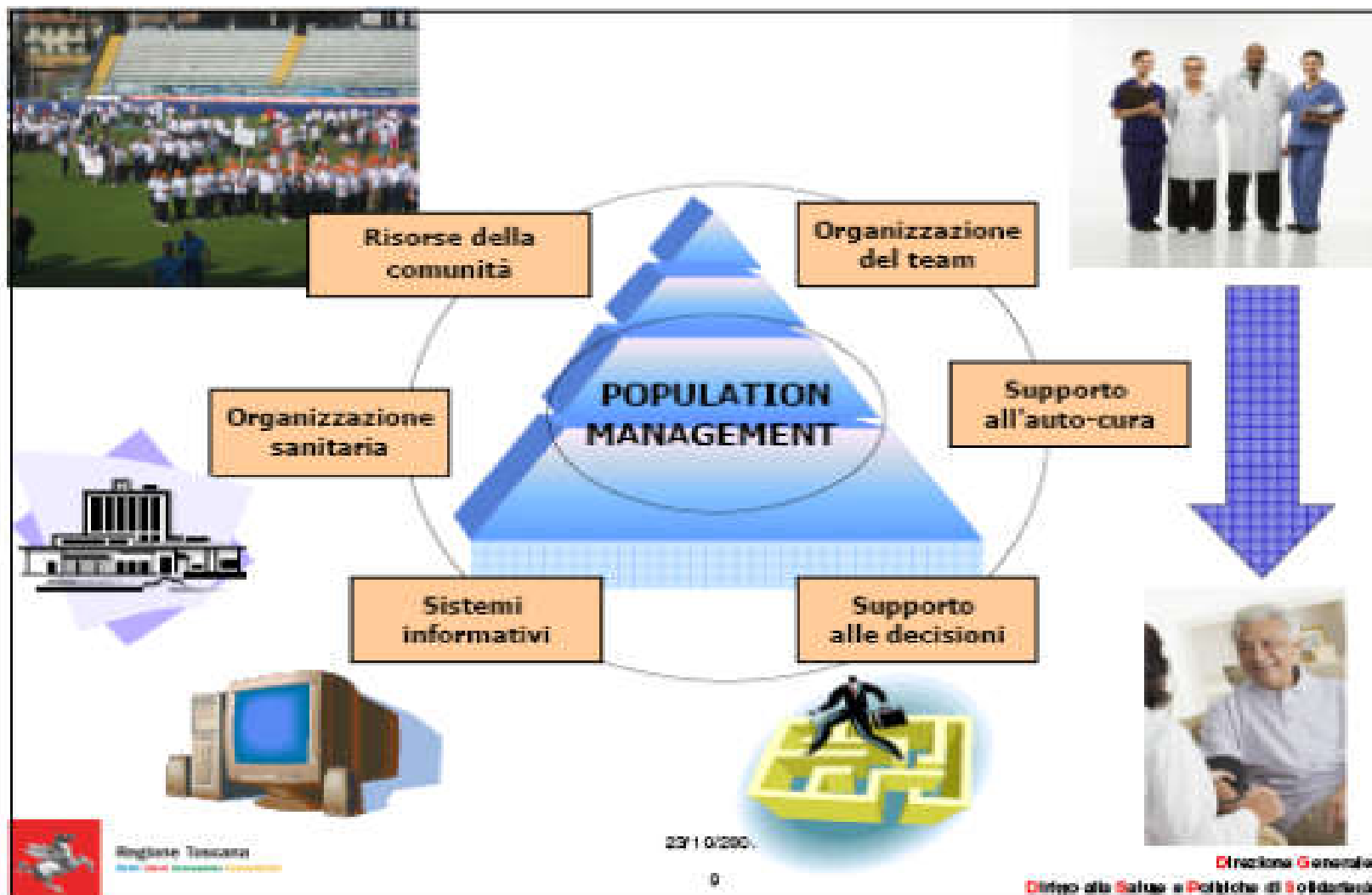
Mortalità per tutte le cause  
Tasso standardizzato (x 100.000) - Totale - Stand. popolazione Toscana anno 2000





# IL PIANO DELLA CRONICITA' : MODELLI ORGANIZZATIVI

# CHRONIC CARE MODEL

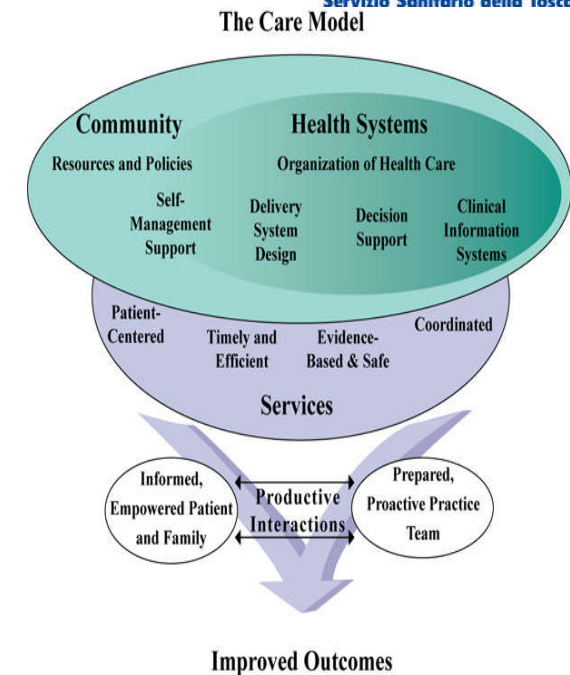


# Nuovi target e nuovi modelli di presa in carico

La filosofia dell'approccio alle patologie croniche secondo i principi del Chronic Care Model paziente informato e reso competente, team multiprofessionale proattivo

- Il modello ECCM affida la gestione del paziente affetto da una o più patologie croniche ad un **team multiprofessionale** nell'ambito del quale gli interventi clinici vengono adottati sulla base di **specifici percorsi diagnostico terapeutici assistenziali per patologia** (diabete, scompenso cardiaco, esiti di ictus, Bpco).

L'applicazione del modello è stata progressivamente estesa su tutto il territorio regionale arrivando a coprire circa il **55%** della popolazione.

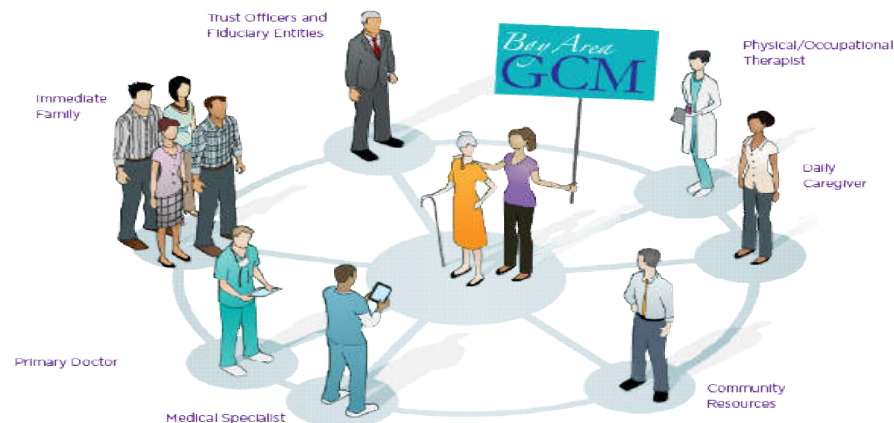


## Nuovi target e nuovi modelli di presa in carico

La presa in carico proattiva avverrà per mezzo di team multiprofessionali e multidisciplinari, secondo i principi del Care e Case Management, attraverso la definizione di Piani Assistenziali Individuali (PAI)

*Il medico di medicina generale è il responsabile clinico del paziente (case manager).  
I medici specialisti forniscono un supporto alle decisioni del medico di medicina generale.*

*L'infermiere della sanità d'iniziativa facilita l'adesione al PAI attraverso un tutoraggio dell'assistito (care manager) ed il medico di comunità facilita l'attuazione del PAI all'interno del Distretto*





## Nuovo modello di sanità d'iniziativa (DGRT 650/2016)

Necessità di:

- Procedere ad un'ulteriore **estensione** della sanità d'iniziativa (dall'attuale 55% circa), dati i risultati positivi;
- **superare** la selezione e gestione dei pazienti cronici sulla base di percorsi specifici per **singole patologie**;
- passare ad una presa in carico integrata, basata sul profilo di **rischio** e sulla **complessità del singolo individuo**.

**l'accesso alle prestazioni di presa in carico della cronicità secondo la logica delle reti cliniche integrate prevedendo modalità di erogazione alternative al ricovero ordinario, centrate sul problema clinico e non sulla singola prestazione e pensate in modo da evitare accessi multipli.**

## *Ipotesi di organizzazione dei rapporti strutturati fra dipartimenti specialistici ospedalieri – cure primarie*

Le interconnessioni fra ospedale (specialistica) e territorio (MMG) sono **cruciali** per il funzionamento del sistema di cure del paziente cronico.

Si possono prevedere i seguenti sistemi di coordinamento:

- a) **La rete clinica integrata territoriale:** ciascuna AFT è in rapporto con figure specialistiche, con una relazione di tipo funzionale. Alle AFT potrebbero essere assicurati **specialisti di riferimento**, talora proiettati nelle sedi territoriali (es. Case della Salute/UCCP), con i quali saranno instaurati dei preordinati percorsi diagnostico terapeutici. L'obiettivo è quello di **spostare la logica dell'intervento sanitario dalle mere prestazioni/ procedure/esami alla cura del paziente**, all'interno di un percorso condiviso, superando il concetto prestazionale che prevedeva l'erogazione di esami strumentali singoli isolati ad accesso dal CUP di primo livello. Le prestazioni specialistiche dovranno quindi trovare riscontro nell'ambito di percorsi clinici preordinati e definiti, prevedendo anche allo scopo **agende dedicate alla cronicità**;
- b) **Il day service multidisciplinare e diagnostico**;
- c) **Un sistema di fast track** per le urgenze differibili.



# IL PIANO DELLA CRONICITA' : PIATTAFORME DI CONDIVISIONE

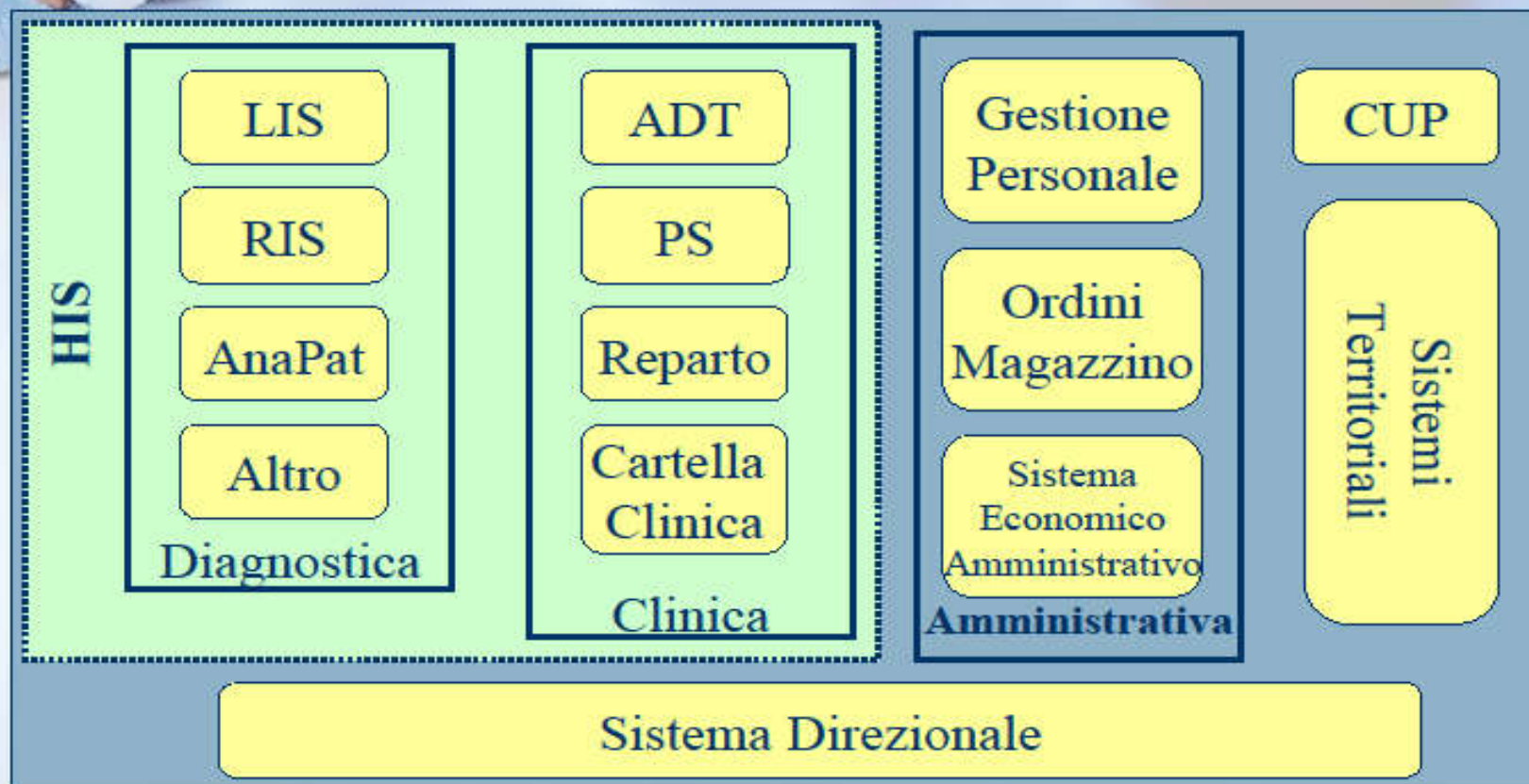
# Il Patto per la sanità digitale

- **Costituzione integrata della Cabina di Regia (ESTAR, FGM, ASLTNO)**
- **Pianificazione delle strategie**
- **Monitoraggio dei progetti principali**
- **Definizione di un modello organizzativo unico**
- **Coordinamento delle attività**

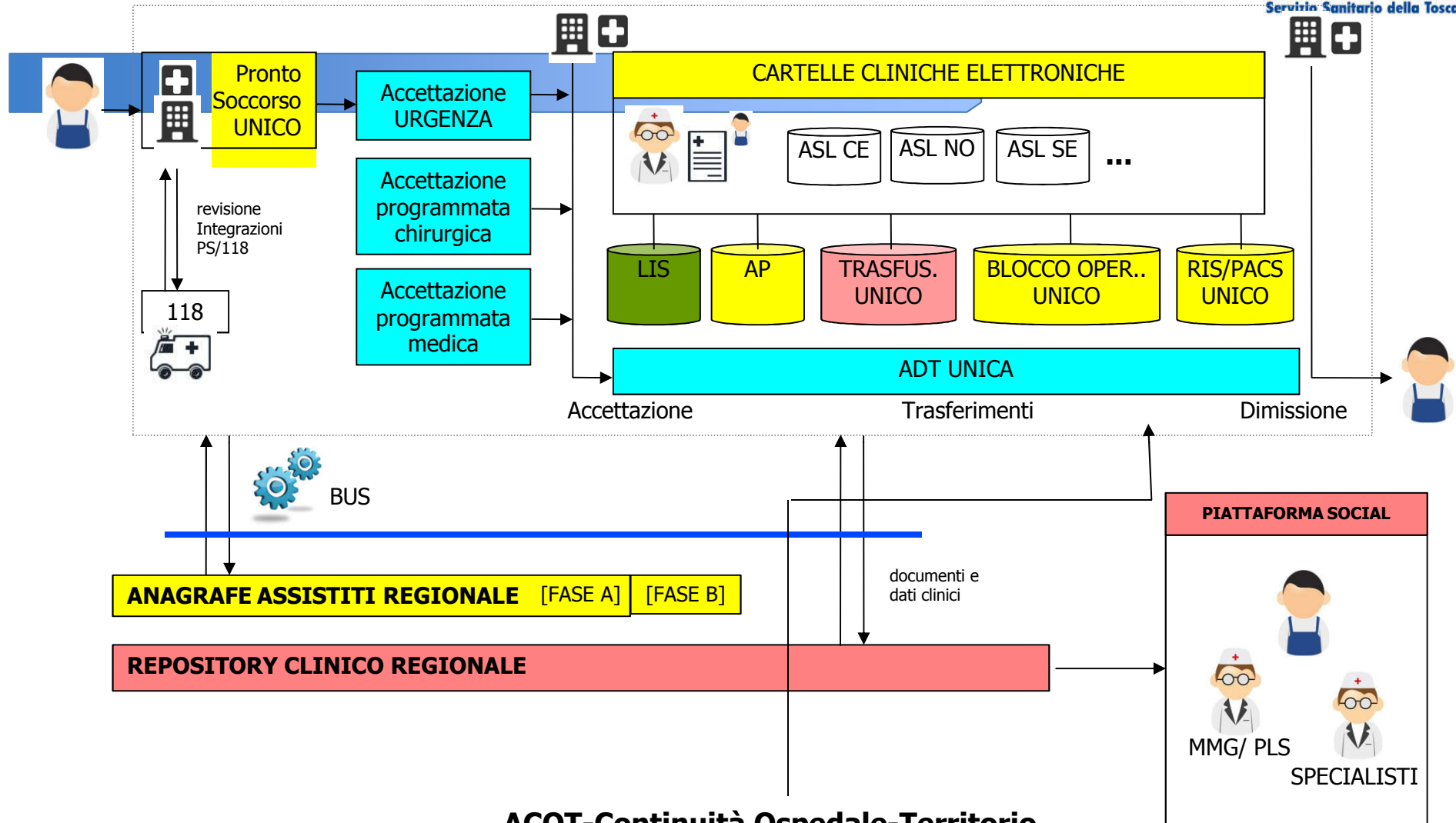




# Sistema Informativo Sanitario



# PROCESSI AZIENDALI: strategia



**ACOT-Continuità Ospedale-Territorio**  
**ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA**



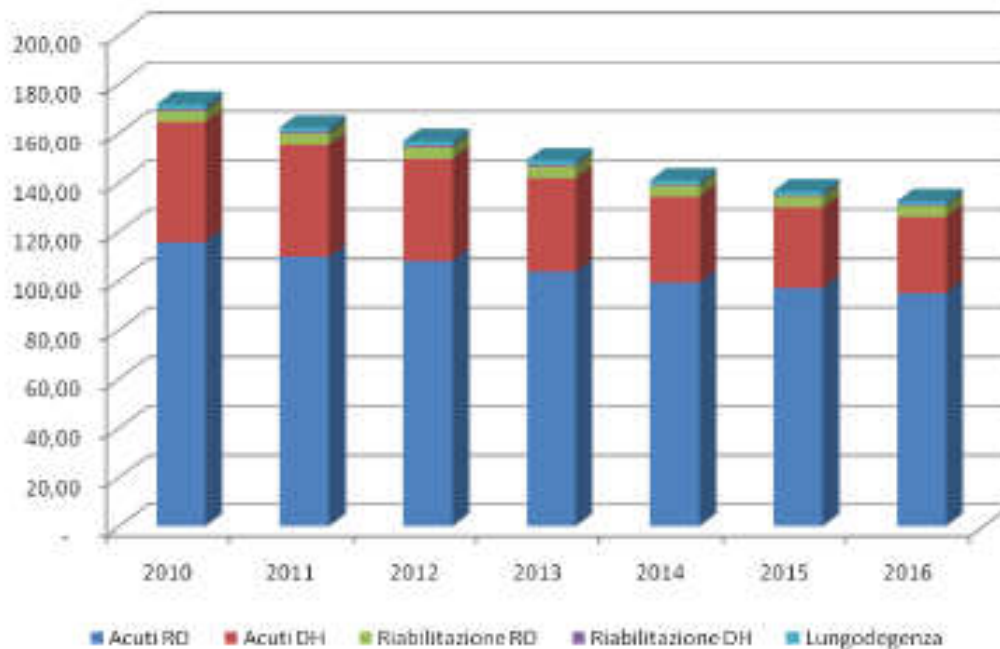
# GLI EFFETTI DELLA RIORGANIZZAZIONE

# L'ospedalizzazione



*Ministero della Salute*

Tasso di ospedalizzazione standardizzato per età e sesso  
Trend 2010 - 2015



*Ministero della Salute*

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

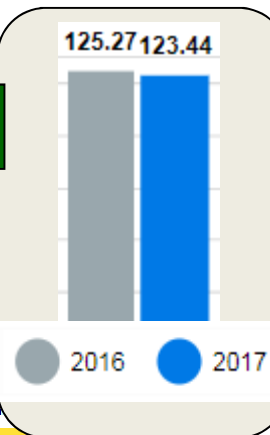
## Piano Nazionale della Cronicità

Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016

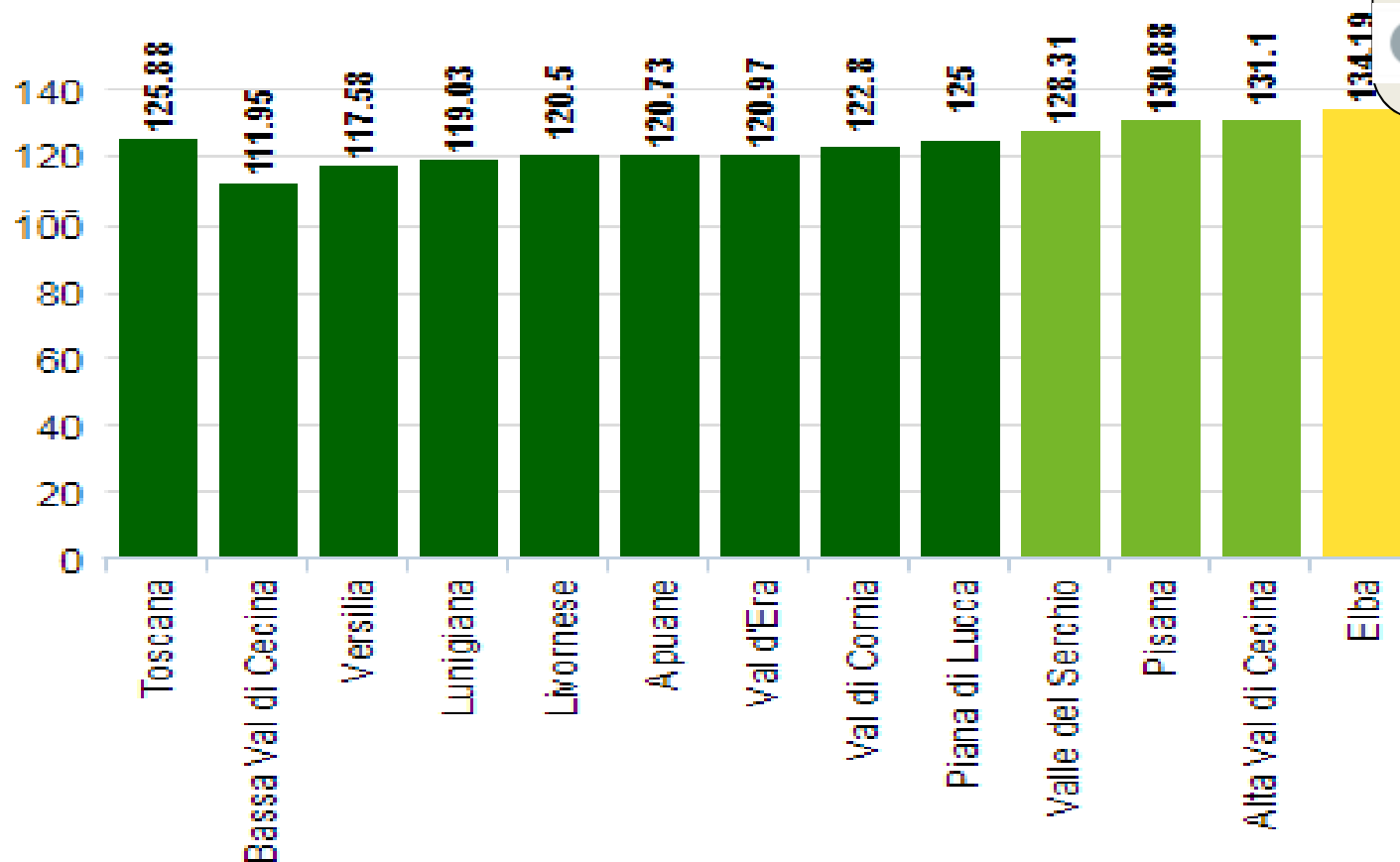


# L'OSPEDALIZZAZIONE IN AZ. USL TNO

Ausi TNO

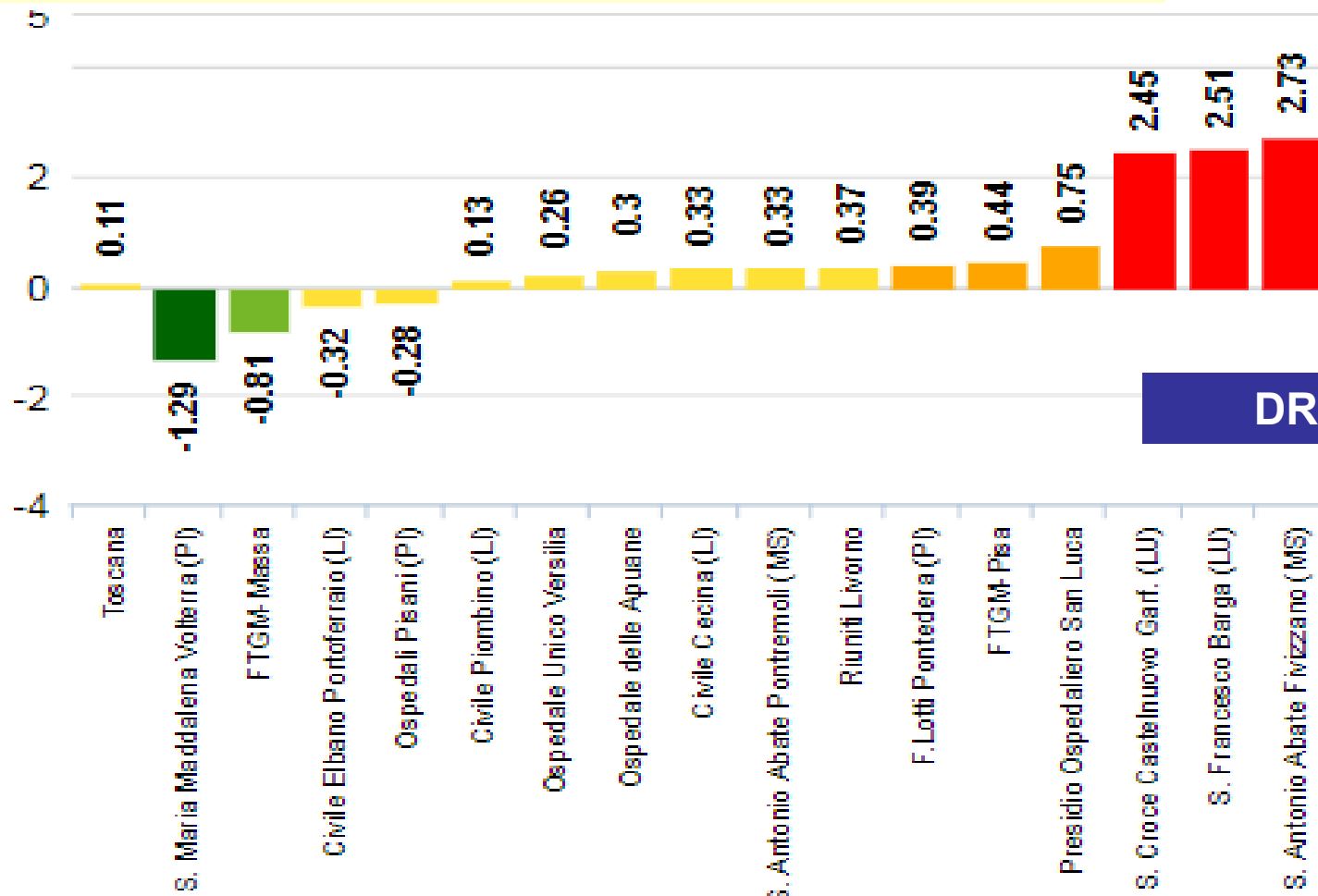


Tasso di ospedalizzazione per 1000 residenti

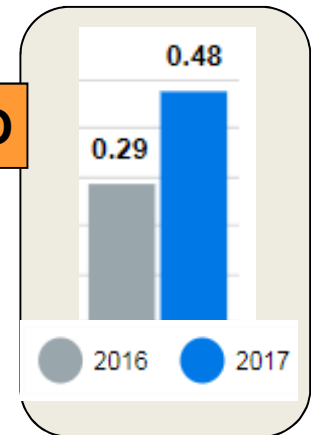


# Efficienza dell'attività di ricovero

## C2a.M Indice di performance degenza media - DRG Medici



Ausl TNO

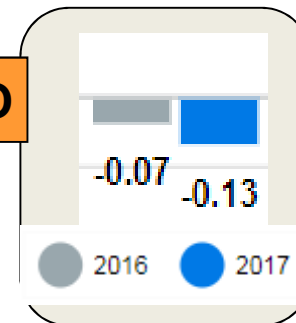


DRG medici

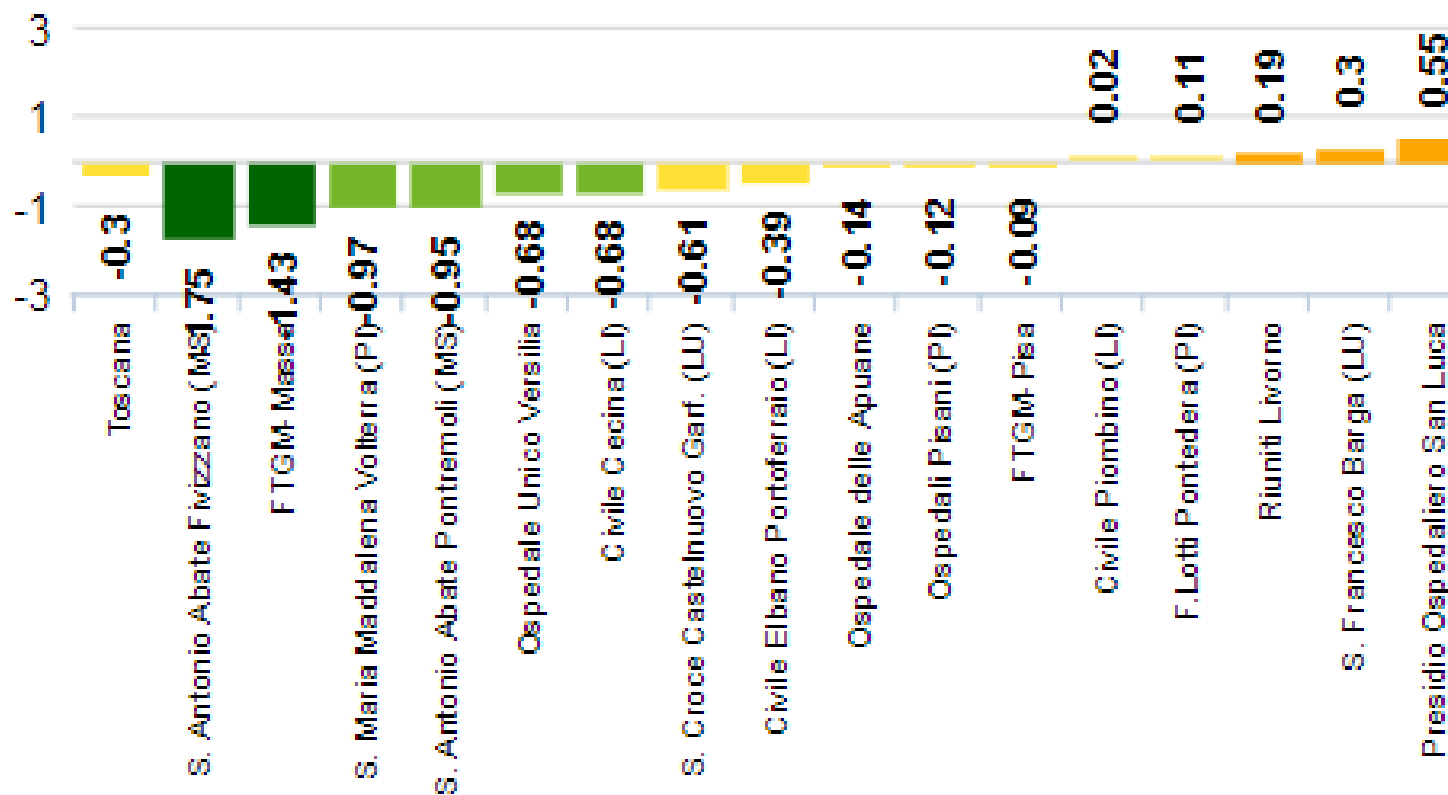
2017

# Efficienza dell'attività di ricovero

**Ausl TNO**



## C2a.C Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici



Fonte:  
Laboratorio MeS

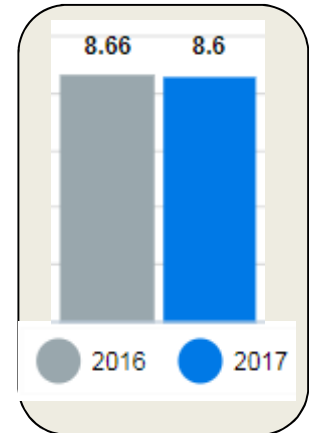
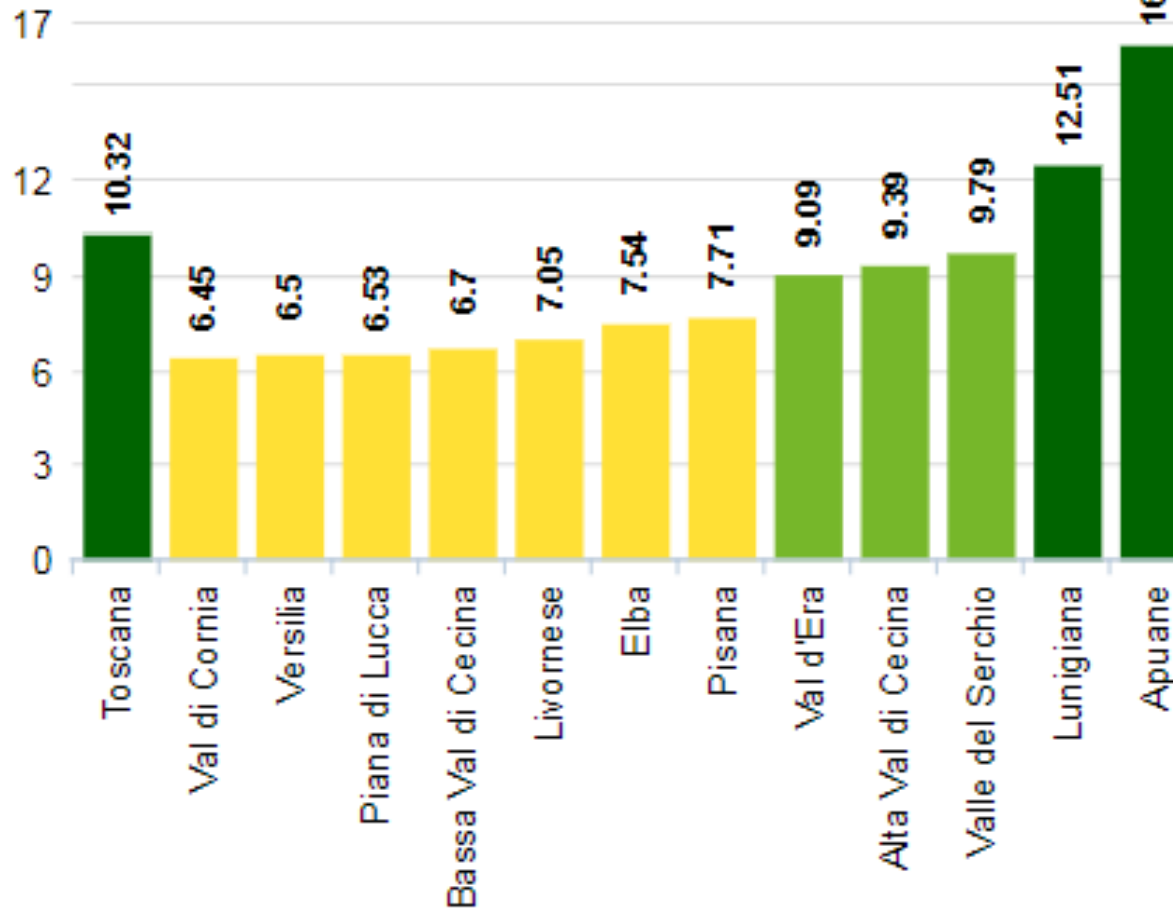
**DRG chirurgici**

**2017**

# Assistenza Domiciliare e Residenziale

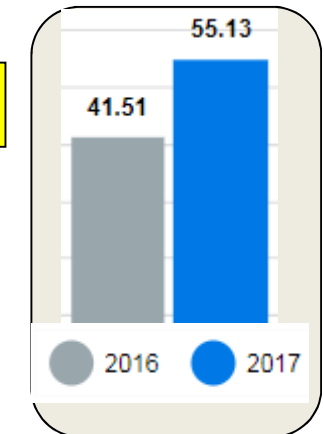
Ausl TNO

## B28.1.2 Percentuale di anziani in Cure Domiciliari con Valutazione



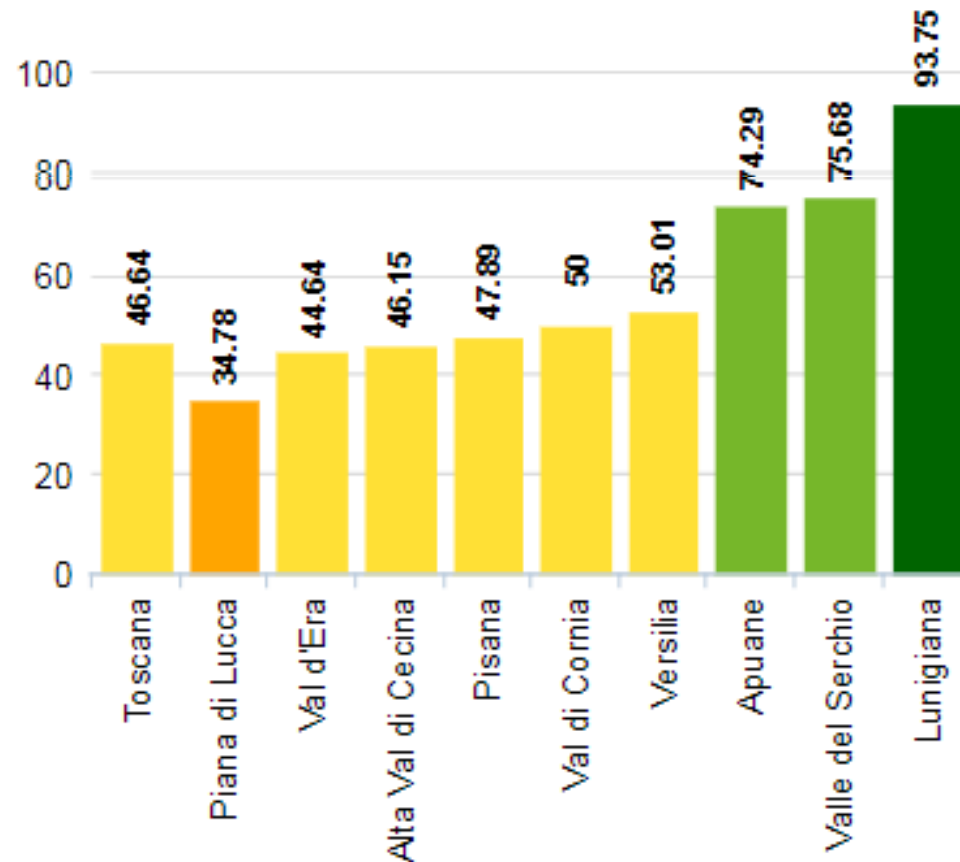
2017

# Assistenza Domiciliare e Residenziale



**Ausl TNO**

**B28.3.3 Percentuale di ammissioni in RSA avvenute entro 30 gg dalla presa in carico**



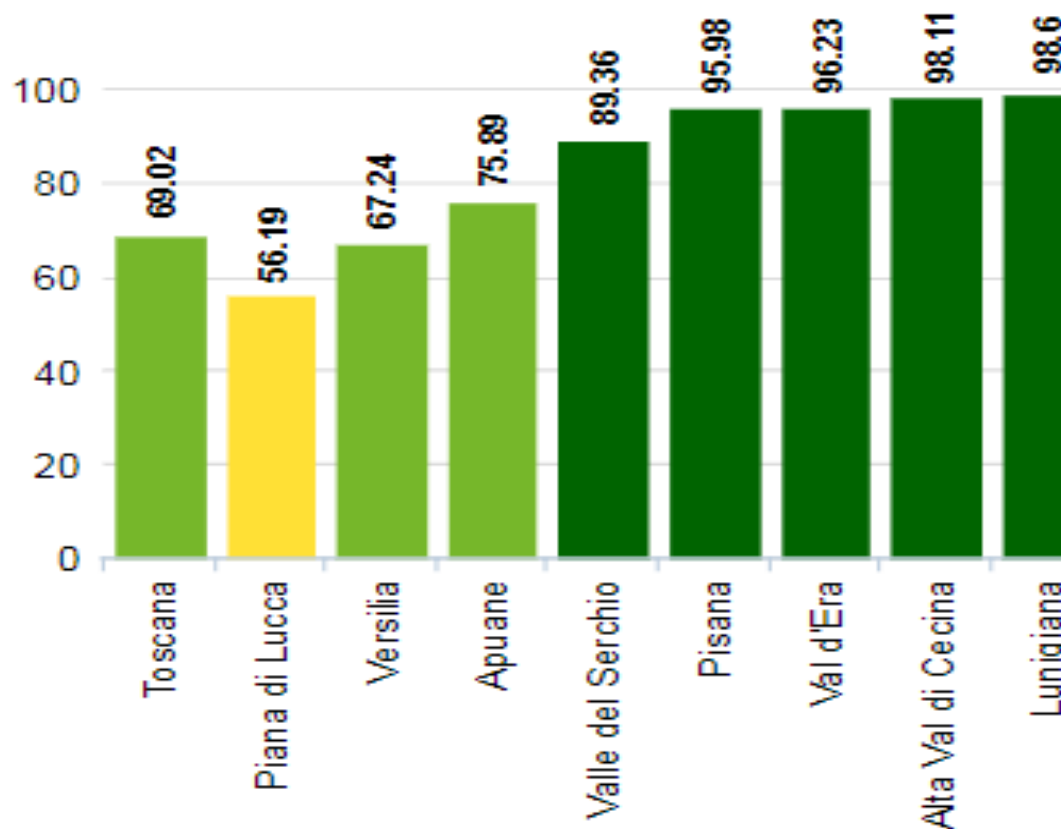
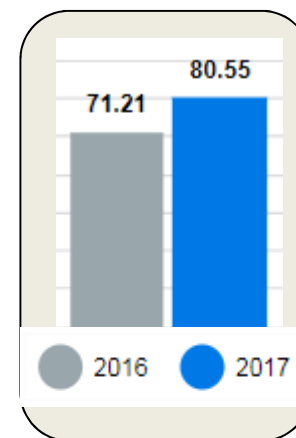
**2017**

# Assistenza Residenziale



**B28.3.1 Percentuale di prese in carico avvenute entro 30 gg dalla segnalazione**

**Ausl TNO**

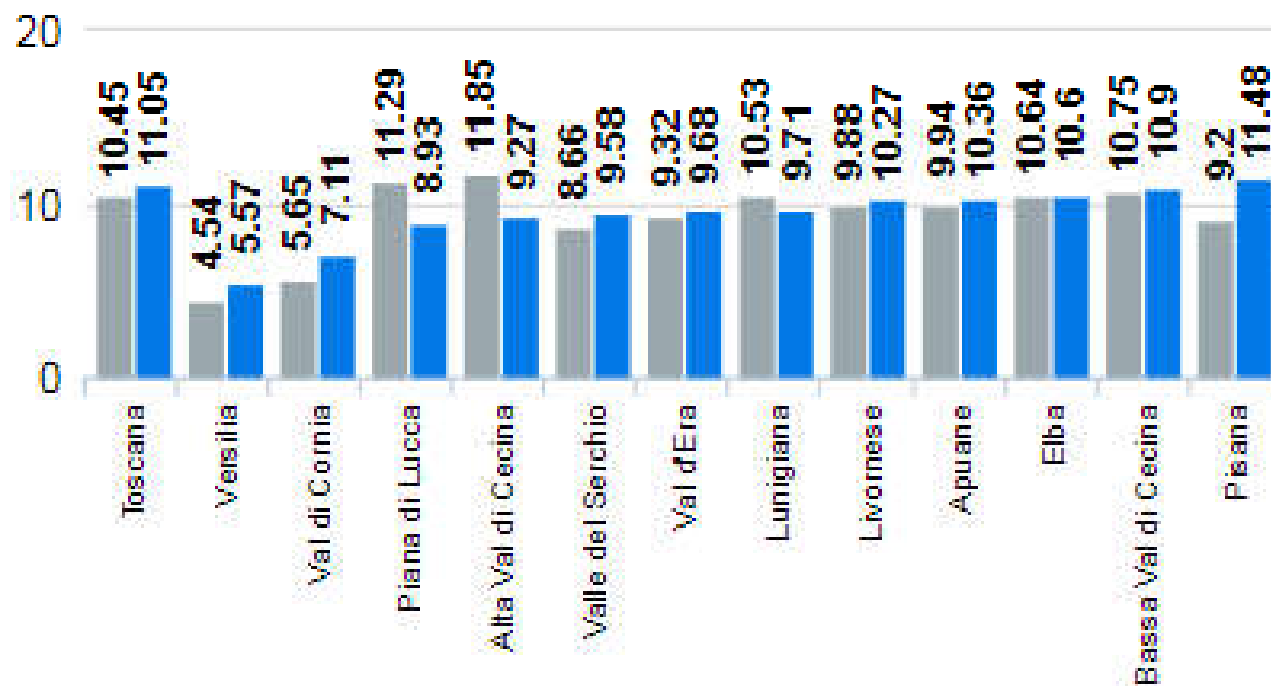
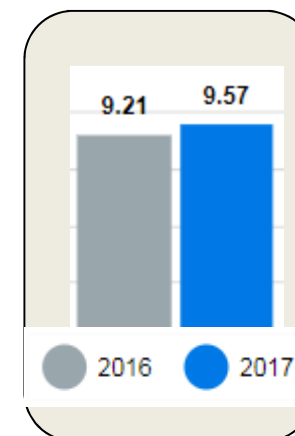


**2017**

# Assistenza Domiciliare

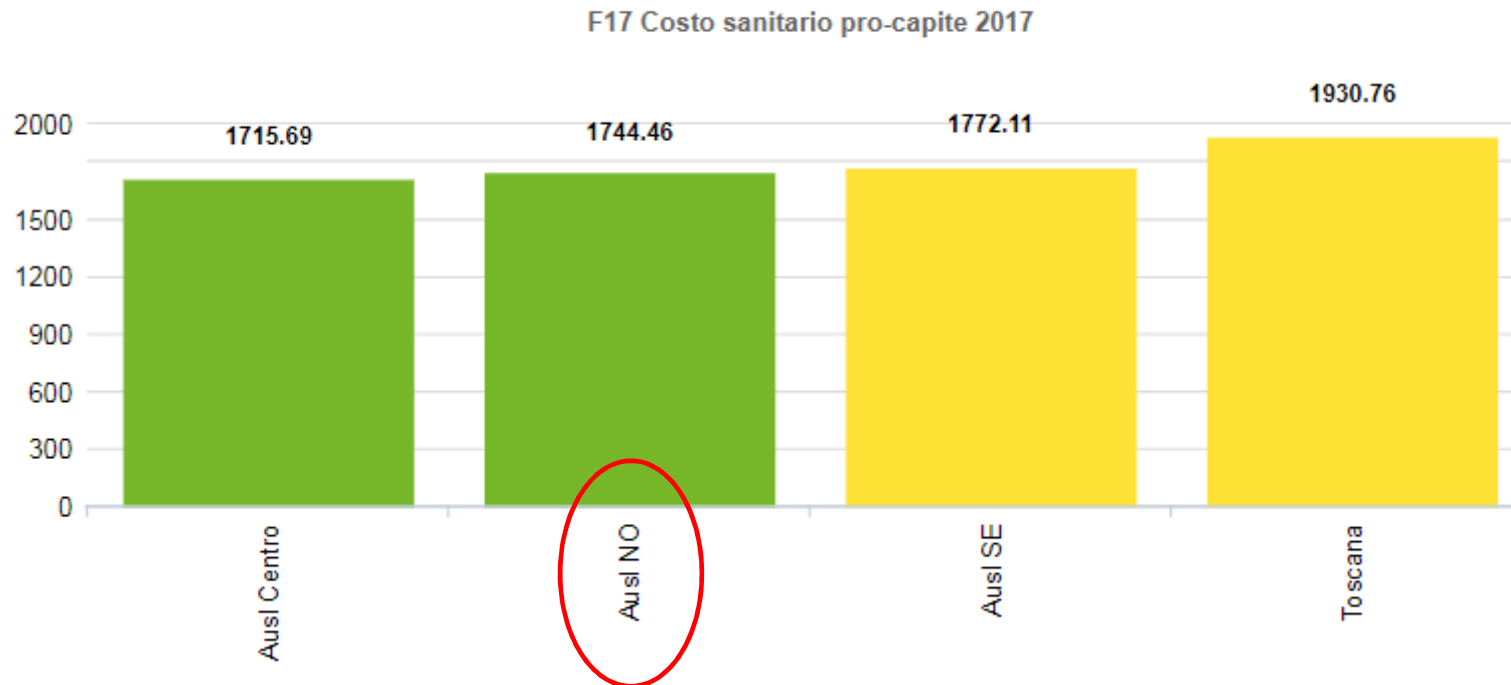
**B24T.2.5 Percentuale di ultra 75enni dimessi dall'ospedale a domicilio, con almeno un accesso domiciliare entro 2 giorni**

**Ausl TNO**



# Costo Sanitario pro capite

## Efficienza e sostenibilità





# CRITICITA'

## Piano Nazionale Informatizzazione Pubblica Amministrazione 2017-2019

Sezione dedicata alla sanità

- **Fascicolo Sanitario Elettronico (Informatizzazione Digitalizzazione, Dematerializzazione)**
- **Telemedicina (fornire servizi sanitari a distanza)**

**L'attivazione di servizi di Telemedicina non trova ancora una collocazione nel piano dell'offerta dei servizi del SSN e del SSR**

**La difficoltà di programmazione di progettazione di piattaforme di interscambio di dati e documenti informatizzati non permette la creazione di PDTA con servizi in rete**