

OSPEDALE-TERRITORIO SLOW: PRINCIPI, OBIETTIVI, AZIONI

Arezzo, Auditorium Ospedale San Donato 8 Giugno 2017

15 PUGLIA

Titolo del progetto	Progetto Care Puglia
Autori	Dott. Domenico Antonelli (Dirigente). Infermieri Care Manager: Menchise GM, Loiodice L, Ragnatela M, Custode M, Tucci, Di Cugno V, Riserbato P.
Affiliazioni	Ares, Agenas, ASL
E-mail degli Autori	progettonardino.mi.spi@gmail.com

Background Il nostro SSN pubblico impegna una quota importante del PIL. La Regione Puglia si è impegnata per il triennio 2010-2012 nella realizzazione del Piano di Rientro, approvato con Delibera di Giunta Regionale n. 2624 del 30/11/2010. Il Piano di Rientro prevede la disattivazione di diciotto plessi ospedalieri e la contestuale attivazione o potenziamento, sui relativi territori, di Strutture Territoriali di Assistenza e di nuovi Servizi di Assistenza alla Persona, per promuovere modalità alternative al ricovero ospedaliero. Negli ultimi anni abbiamo assistito ad una vera e propria crisi del modello *Ospedalocentrico*, evidenziando le debolezze di un sistema della salute tradizionale e molto spesso insostenibile. C'è quindi una rivalutazione delle cure primarie che è sempre più determinante nella gestione delle patologie croniche, in termini di efficacia ed efficienza. La crescente "*domanda di salute*" aspetta risposte nuove, più articolate e più adeguate ai bisogni della persona. Il trasferimento di una parte sempre più cospicua di Assistenza Sanitaria dall'Ospedale al Territorio rappresenta da anni una questione centrale delle politiche sanitarie per via dei progressi intervenuti nelle metodiche di diagnosi e di cura e della consapevolezza che ne hanno i pazienti e gli operatori, talvolta ostili al cambiamento. Le conseguenze sono l'inefficienza organizzativa ed i costi elevati a causa della duplicazione degli interventi, dai ricoveri impropri e dall'aumento dei ricoveri in day-hospital.

Materiali e metodi

Nel 2012 si inserisce il "*Progetto Care Puglia*" che si basa sulla presa in carico delle persone fragili e affette da patologie croniche. Il "*Progetto Care Puglia*" si sviluppa nei comuni oggetto di riconversione ospedaliera attraverso l'assegnazione di risorse infermieristiche opportunamente individuate dall'Ares Puglia e dall'Azienda Sanitaria. L'obiettivo strategico è la presa in carico delle persone fragili e affette da patologie a lungo termine attraverso l'istituzione della figura del Care Manager.

Questa figura all'interno del sistema di "Cure Primarie" aumenta e riqualifica l'offerta di assistenza territoriale diventando, pertanto, il punto di forza che presidia la funzione di "presa in carico", assicura la continuità delle cure ed opera un reale "filtro" al ricorso improprio al pronto soccorso ed al ricovero ospedaliero. Il cittadino che si reca presso l'ambulatorio infermieristico trova la risposta ai bisogni sanitari che richiedono l'intervento dell'infermiere anche solo per prestazioni occasionali. La figura dell'infermiere Care Manager, che con il Progetto Care Puglia si va formando, assume anche la funzione di mediatore dei bisogni dell'organizzazione, della persona fragile e dei familiari, in modo da evitare il più possibile il ricorso a prestazioni assistenziali a più alta complessità.

Uno dei punti forza del Progetto è l'utilizzo della Telemedicina, che offre la possibilità di eseguire, presso gli studi medici, l'ambulatorio infermieristico e/o presso il domicilio del paziente, il *tele-monitoraggio* medicale ai pazienti con malattie cronico-degenerative come, per esempio, diabete, scompenso cardiaco, ipertensione, insufficienza respiratoria o ulcere degli arti inferiori, riducendo il disagio degli spostamenti tra il comune di residenza ed l'ospedale di riferimento.

Risultati

Risparmio in termini di ricoveri del 70%, risparmio del 80% della spesa farmaceutica e riduzione dei ricoveri extraregionali. Miglioramento della qualità della vita dei pazienti cronici con riduzione per la ASL della spesa farmaceutica e dei ricoveri inappropriati.

Premiati dalla FIASO come migliori ambulatori della cronicità italiana e inseriti nel libro delle buone pratiche sanitarie in novembre 2013.

Conclusioni

Offrire un livello assistenziale efficiente a tutta la popolazione è fondamentale. Attraverso l'educazione e la responsabilizzazione del paziente e la sua collaborazione con i MMG, Care Manager e specialisti, si migliora l'aderenza ai percorsi di cura e al trattamento al fine di ottenere migliori risultati, costruendo dentro le comunità il Sistema Territoriale per le cure primarie per sostenere, in particolare, la non autosufficienza, la cronicità, la disabilità, i minori a rischio. D'altronde l'integrazione tra i due sistemi di assistenza primaria ed ospedaliera si realizza condividendo specifici strumenti organizzativi.

All'interno di questo progetto, diventa indispensabile sviluppare un sistema regionale che permetta di governare un'articolata rete di servizi e di percorsi di cura, centrati sul bisogno della persona. Inoltre bisogna guidare e orientare il cittadino nella complessità dei servizi per garantirgli un percorso assistenziale personalizzato e una vera "*presa in carico*".

L'obiettivo, infatti, è quello di mirare alla soddisfazione dei bisogni delle popolazioni locali attraverso forme più adeguate, umanizzanti e sostenibili di organizzazione sanitaria.

