

reale decisioni clinico-assistenziali, alimentata e consultata da tutti gli attori di cura (formali ed informali), oltre che dalla persona assistita. Irrinunciabile è fare sedi dignitose in cui il cittadino riconosce i nuovi impegni per un territorio "riformato".

e. Il D forte richiede un'architettura organizzativa con almeno tre strutture complesse, identificabili per target di utenza (non di disciplina, come in ospedale) e competenza degli operatori: orientativamente, una dedicata ad **adulti-anziani**; una a salute **minori-famiglie-donne**; una a tutela delle persone con **disabilità**. Al loro interno, le **strutture semplici** qualificano servizi specifici (evitiamo di dire specializzati, per rimanere distanti dalle prospettive ospedaliere); ad esempio, di assistenza primaria (governo di MMG, MCA), di medicina specialistica, il consultorio familiare, la pediatria di comunità.

f. Oltre a maggiori risorse, al D forte vanno assegnati nuovi strumenti e poteri, primo tra tutti il **budget di distretto** (reale, non virtuale), in cui si legano obiettivi e risorse concretamente in mano al D. Rappresenta elemento di garanzia per la direzione generale e la cittadinanza della coerenza delle azioni e dell'uso corretto delle risorse assegnate. In questa dinamica, il D forte fa **nonconversione delle risorse**, che richiedono intelligenti capacità gestionali, ma anche meccanismi di finanziamento del D diversi: ad es., le risorse liberate da azioni di deospedalizzazione e deistituzionalizzazione (riduzioni di n° ricoveri e n° giornate di degenza in ospedale o strutture intermedie con alternative di pari efficacia), da maggiore appropriatezza delle prescrizioni farmaceutiche, da miglior uso globale dei fattori produttivi vanno mantenute in D e reinvestite dallo stesso distretto.

g. Al budget di D si correlano i **budget individuali di salute**, in cui obiettivi e risorse sono vincolati alla **persona** con bisogni di alta complessità. Vanno sostenuti con un nuovo **fondo sociosanitario di distretto/ambito** costituito ad hoc.

h. Ma lo strumento principe resta l'**integrazione**. Il D forte fa con i MAP (Medici di Assistenza Primaria), integrazione (che quindi è mezzo non fine), sia in **ambito intra-sanitario** - in primis con il dipartimento di prevenzione le farmacie e l'ospedale (continuità) - che **sociosanitario**, con i comuni, il privato sociale e il volontariato.

4. DOVE: reso chiaro il mandato, il D forte richiede un preciso riferimento territoriale, da far coincidere sempre con quello dell'Ambito.

a. Il D agisce nei **luoghi di vita** con i LEA: in **ambulatorio**, a **domicilio** (le cure domiciliari includono anche quelle palliative, mai viceversa), nelle **strutture intermedie e residenze** (innovative, più umanizzate), nelle **strutture semiresidenziali**.

b. In uno slogan, il D forte fa per "D A R E": Domicilio, Ambulatorio, Residenza, Equamente con team multiprofessionali, composti da MMG, medici specialisti, medici di distretto, infermieri, terapisti, psicologi, ostetriche ed altri. L'enfasi va posta su **nuovi servizi domiciliari** che devono raggiungere la **copertura h 24/7**, al fine di una corretta presa in carico ad alta intensità e complessità assistenziale (in primis, per le persone terminali), ed essere dotati delle opportunità offerte dalla ICT per l'home care. La gamma di tutti questi interventi, in tutti i setting, offre valide alternative all'ospedalizzazione e rende attuabile la revisione dell'offerta ospedaliera zonale.

5. QUANDO: riaffermata la necessità della copertura 24/7 delle reti di cura ed assistenza territoriale/distrettuale (focalizzandosi sulle cure domiciliari), la dimensione temporale degli interventi rileva la peculiarità ("specialità") del distretto nelle **ore di lungo termine**, per persone in situazioni di "cronicità", complessità, plurimorbosità, per soggetti terminali, disabili, non autosufficienti.

a. Il D forte dimostra l'alta considerazione del **fattore tempo** nella **continuità** e nella **tempestività** dell'accesso-accogliamento e dell'ascolto; del pronto avvio della presa in carico, protratta continuamente secondo le esigenze del paziente e non dei servizi.

b. Infine, lo sguardo del D forte si proietta al **tempo futuro**: per questo **ricerca** e **innovazione** devono rientrare nelle modalità di lavoro usuale.

Gentili, Da Col, Pletti, Volpe, Trimarchi

PROGETTAZIONE EVENTO

AVDS CARD VENETO

info: 392 0898885 - avds.card.veneto@gmail.com - www.cardveneto.it

Direttivo CARD VENETO

Antonino Trimarchi, Stefano Vianello, Cristina Beltramello, Sandro De Col, Domenica Lucianò, Chiara Marangon, Paola Paludetti, Mirco Santacaterina, Luigino Schiavon, Piergiorgio Trevisan, Dario Zanon

Direttivo CARD FRIULI VENEZIA GIULIA

Luciano Pletti, Paolo Da Col, Emanuela Fragiaco, Darinka Daneu, Meri Marin, Marcella Bernardi, Barbara Margherita, Marta Pordenon, Bruna Mattiussi, Bruna Odasmini, Graziella Mauro, Mireille Londero, Roberto Groppo, Anna Furlan, Rosario Sisto, Angela Di Lorenzo, Tiziana Furlan

RESPONSABILI SCIENTIFICI

Antonino Trimarchi e Luciano Pletti

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO

Giorgio Bazzera, Cristina Beltramello, Barbara Bernardoni, Raffaella Bisi, Roberto Borin, Francesca Busa, Maurizio Businaro, Stefania Buttarello, Mauro Ciccarese, Lucia Dalla Torre, Graziella Dal Santo, Luigi Dal Sasso, Enrico Di Giorgi, Laura Esposito, Andrea Finessi, Francesco Giandoso, Gianmaria Gioga, Alessio Gioffredi, Luca Greselin, Carlo Longato, Aldo Mariotto, Franca Martelli, Debora Morelli, Federico Munarin, Lodovico Paganizza, Paola Pausco, Giordano Parise, Simone Pauletto, Giampaolo Pecere, Chiara Pegoraro, Riccardo Ranzato, Andreina Raschietti, Piero Realdon, Mario Righiele, Ylenia Rinaldi, Maria Pina Rizzo, Mirco Santacaterina, Luigino Schiavon, Katia Toniolo, Deborah Tormena, Ferdinando Vaccari, Annalisa Visentin, Oliviero Zanardi, Marilena Zanetello, Dario Zanon.

CON IL PATROCINIO DI



SPONSOR



SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

Eolo
congressi & eventi

EOLO srl - Agenzia Organizzativa Eventi
Via Vittorio Veneto n.11/18 - MONSELICE (PD)
Tel. 0429 787381 - Fax 0429 711432
cell. 392 6979059 - info@eolocongressi.it
www.eolocongressi.it



TRA CORSI E RICORSI REGIONALI, I MIGLIORI PERCORSI DI GOVERNANCE DISTRETTUALI

CONVEGNO INTER REGIONALE

VENERDÌ 5 DICEMBRE 2014

ORE 09.00 - 18.30

Sala Auditorium della Provincia di Treviso - Pad. 3
Via Cal di Breda 116 (parcheggio esterno alla struttura)

TREVISO



Ore 8.00 Iscrizioni

Ore 9.00 Saluti di benvenuto

Presidente della Provincia di Treviso

Presidente della Conferenza dei Sindaci dell'AULSS n. 9

Sindaco di Treviso

Presidente Ordine dei Medici di Treviso

Direzione Generale Aulss 9 Treviso

Gilberto Gentili Presidente Nazionale CARD

Ore 10.00 Introduzione al Convegno

Antonino Trimarchi Presidente CARD Veneto

Luciano Pletti Presidente CARD Friuli V.G.

Sostenibilità, equità e convenienza di un distretto strutturalmente e funzionalmente forte

PRIMA SESSIONE

IL DISTRETTO NEL VENETO ALLA LUCE DEGLI ATTI AZIENDALI E DELLA PROGRAMMAZIONE REGIONALE

Coordinatori: C. Beltramello e D. Zanon - **Gruppo di lavoro:** B. Borese, R. Borin, S. De Col, D. Di Dona, E. Di Giorgi, G. Gioga, D. Lucianò, C. Marangon, F. Munarin, P. Paludetti, M. Zanetello + **Direttivo CARD Friuli Venezia Giulia**

Ore 10.30: Cristina Beltramello, Dario Zanon

Spunti di analisi critica dell'organizzazione dell'area territoriale nei nuovi atti aziendali

Ore 11.10: Discussione plenaria

Ore 11.30: Gilberto Gentili, Antonino Trimarchi: **Quale Forma-Azione per stare al tempo nei corsi e ricorsi dei Sistemi Sanitari Regionali?**

Silvio Brusaferrero: Le caratteristiche di un Master per una "buona" formazione post laurea finalizzata a fornire strumenti reali di progresso professionale di Dirigenti nel Distretto.

Paolo Da Col, Luciano Pletti: Come è nato e cresciuto questo master; le motivazioni della scelta degli argomenti e... i risultati-esiti attesi.

Gilberto Gentili, Gennaro Volpe: L'interesse di CARD Italia (partner ufficiale) per l'iniziativa; alcune aree tematiche dove CARD potrebbe sostenere la docenza; i possibili sviluppi-ripetizioni di iniziative simili in altre aree del Paese.

Ore 12.30: Discussione plenaria

ORE 13.00 – ORE 14.00 LUNCH BREAK

SECONDA SESSIONE

I PDTA DISTRETTUALI ATTIVI NELLA PRESA IN CARICO DELLA SALUTE DELLA PERSONA NELLA COMUNITÀ

Coordinatori: S. Vianello e P. Trevisan - **Gruppo di lavoro:** E. Briguglio, F. Busa, M. Businaro, F. Giandoso, A. Gioffredi, F. Martelli, P. Paiusco, G. Parise, P. Realdon, M. Righela, MP. Rizzo, F. Vaccari, O. Zanardi + **Direttivo CARD Friuli Venezia Giulia**

Ore 14.00: Cristina Ghiotto

I PDTA attivati nella Regione Veneto: rilevazione e prospettive operative

Ore 14.20: Lucilla Frattura

La valutazione dei risultati dei progetti personalizzati di presa in carico: primi risultati italiani e sviluppi nazionali e internazionali del progetto VilmaFABER-CARD F.V.G.

Ore 14.40: Piergiorgio Trevisan

PDTA BPCO: l'esperienza dell'area vasta veronese

Ore 15.00: Stefano Vianello

PDTA DIABETE MELLITO: esperienza di misurazione degli indicatori di performance

Ore 15.20: Lucia Dalla Torre, Giovanna Scroccaro

VERSO IL PDTA DELLA FIBRILLAZIONE ATRIALE: stato dell'arte della gestione della TAO nelle 21 ULSS della Regione Veneto

Ore 15.40: Giuseppe Azzarello, Maurizio Cancian

PDTA NELLE CURE ONCOLOGICHE E CURE PALLIATIVE: la gestione integrata delle principali neoplasie tra Oncologia e Cure Primarie

TERZA SESSIONE

IL CONTRIBUTO DELLE DIVERSE PROFESSIONI ALL'ORGANIZZAZIONE E ALLA GESTIONE DISTRETTUALE DEI BISOGNI DI SALUTE DEL CITTADINO NELLE RETI TERRITORIALI

Coordinatori: A. Visentin con S. Pauletto - **Gruppo di lavoro:** G. Bazzera, B. Bernardoni, S. Buttarello, C. Pegoraro, D. Morelli, C. Longato, A. Raschietti, Y. Rinaldi, L. Schiavon, D. Tormena, G. Dal Santo, L. Paganizza, M. Santacaterina, K. Toniolo + **Direttivo CARD Friuli Venezia Giulia**

Ore 16.00: Enrico Di Giorgi, Annalisa Visentin

Il Distretto porta d'accesso (124 alias 116 -117) ai bisogni di Salute della Popolazione: il punto su COT-PUA-SVAMA-FSE

Ore 16.20: Luigino Schiavon CARD Veneto, Marta Pordenon CARD Friuli V.G.

Il contributo della Professione Infermieristica

Ore 16.40: Mirco Santacaterina CARD Veneto, Paola Menazzi CARD Friuli V.G.

Il contributo della Professione Amministrativa

Ore 17.00: Simone Pauletto CARD Veneto, Sara Covallero CARD Friuli V.G.

Il contributo della Professione Sociale

Ore 17.20: Discussione Plenaria

Ore 18.00: Conclusioni - Test ECM

Convegno aperto a

200 PARTECIPANTI (tutte le figure). ECM RICHIESTI

RAZIONALE

LE COSE DA PENSARE E FARE PER ESSERE UN DISTRETTO "FORTE"

In una sintesi molto schematica la Presidenza Nazionale di CARD, ha individuato cinque questioni prioritarie per fare di un distretto, un Distretto (D) forte: 1) COSA fare per renderlo forte; 2) CHI lo rende forte; 3) COME 4) DOVE e 5) QUANDO agire perché ciò possa verificarsi.

1. **COSA:** il D è forte solamente se tale è percepito al proprio interno (dagli operatori) ed all'esterno (dai professionisti, utenti e familiari, stakeholders). Ciò avviene quando il D riesce a:

a. garantire i LEA. Gli interventi riguardanti i LEA distrettuali non vanno dispersi in strutture ed organizzazioni altre dal distretto.

b. porsi come nuovo baricentro del sistema, spostato dall'ospedale al territorio, centrato sulla CONOSCENZA DEI BISOGNI, preparato ad offrire risposte coordinate, continue, globali rivolte innanzitutto al vasto mondo della "cronicità e della fragilità".

2. **CHI:** la forza del D deriva innanzitutto dalle persone che lo sostengono: gli utenti e gli addetti ai lavori. Per gli operatori, essa sarà tanto più elevata quanto maggiore sarà la loro dimensione quantitativa ed anche qualitativa, la capacità di interrelazione reciproca.

a. Ciò presuppone siano adeguati per numero e competenza: nel sapere, saper essere, saper fare rispetto alle tre funzioni di *committenza, di governo e di produzione.*

b. È necessario quindi rivedere le **dotazioni organiche** e investire nella **formazione** permanente del personale, per incrementarne capacità, autonomia e responsabilità. Da fare subito: adeguare le norme per la nomina dei direttori di D a quelle delle altre apicalità del SSR e formare nuovi dirigenti e **direttori**, data l'attuale assenza di ricambi, riconoscendo requisiti e peculiarità specifiche di questi ruoli.

c. Pari attenzione formativa va riservata ai professionisti **convenzionati** e a quanti, legati al distretto in modo formale o informale (associazioni, cooperative, "badanti"), ne accrescono il valore umano e professionale.

d. Come già detto, il CHI riguarda anche gli stessi **assistiti ed i care givers:** il Distretto forte sa coinvolgerli molto di più, renderli **soggetti attivi** e non percettori passivi, coreponsabili del raggiungimento dei risultati attesi nei percorsi di cura ed assistenza, dando impulso all'empowerment ed al self care, espressioni dell'autodeterminazione, mai dell'abbandono o del ritiro dell'Istituzione.

3. **COME:** è il lavoro a rendere forte il D, tipicamente di: accoglienza, valutazione, definizione di progetti individuali, presa in carico, valutazione degli esiti, svolto in **team multiprofessionali e multidisciplinari** che attuano i PDTA **accreditati.**

a. Per facilitare le interconnessioni tra operatori serve maggiore **circolazione delle informazioni e dei dati:** non ci sarà mai D forte senza potenti ed efficienti strumenti informatici, unici a consentire il lavoro in rete per reti di servizi contigui e continui (h24/7).

b. Il lavoro del D è **innanzitutto di prossimità**, di proattività, d'iniziativa, non più solo di attesa, coerente con la nuova domanda e l'epidemiologia emergente della "cronicità complessa"; è centrato sulla persona, di tutte le fasce di età; rappresenta un investimento e non un costo; costruisce alleanze con la comunità; contribuisce a elevare il capitale sociale.

c. Il D forte punta alla **Promozione della Salute:** è essenziale l'intervento sistematico con la comunità per favorire gli stili di vita sani e ridurre l'incidenza delle patologie prevenibili: questo deve impegnare il distretto a sviluppare anche i PPDTA, (Percorsi Preventivi Diagnostico Terapeutico Assistenziali) attuando interventi di Educazione alla Salute coerenti alla sussidiarietà sia orizzontale che verticale.

d. Essenziale e irrinunciabile è la **cartella personale informatizzata** per assumere in tempo