



REGIONE DEL VENETO



I PERCORSI DELLA CRONICITÀ: MODELLI REGIONALI A CONFRONTO

***Maria Cristina Ghiotto
Regione Veneto***



LIVELLI, RESPONSABILITÀ, RUOLI, OBIETTIVI, COMPETENZE



Programmazione
(obiettivi, modelli organizzativi, ecc.)



Supporto tecnico-amministrativo



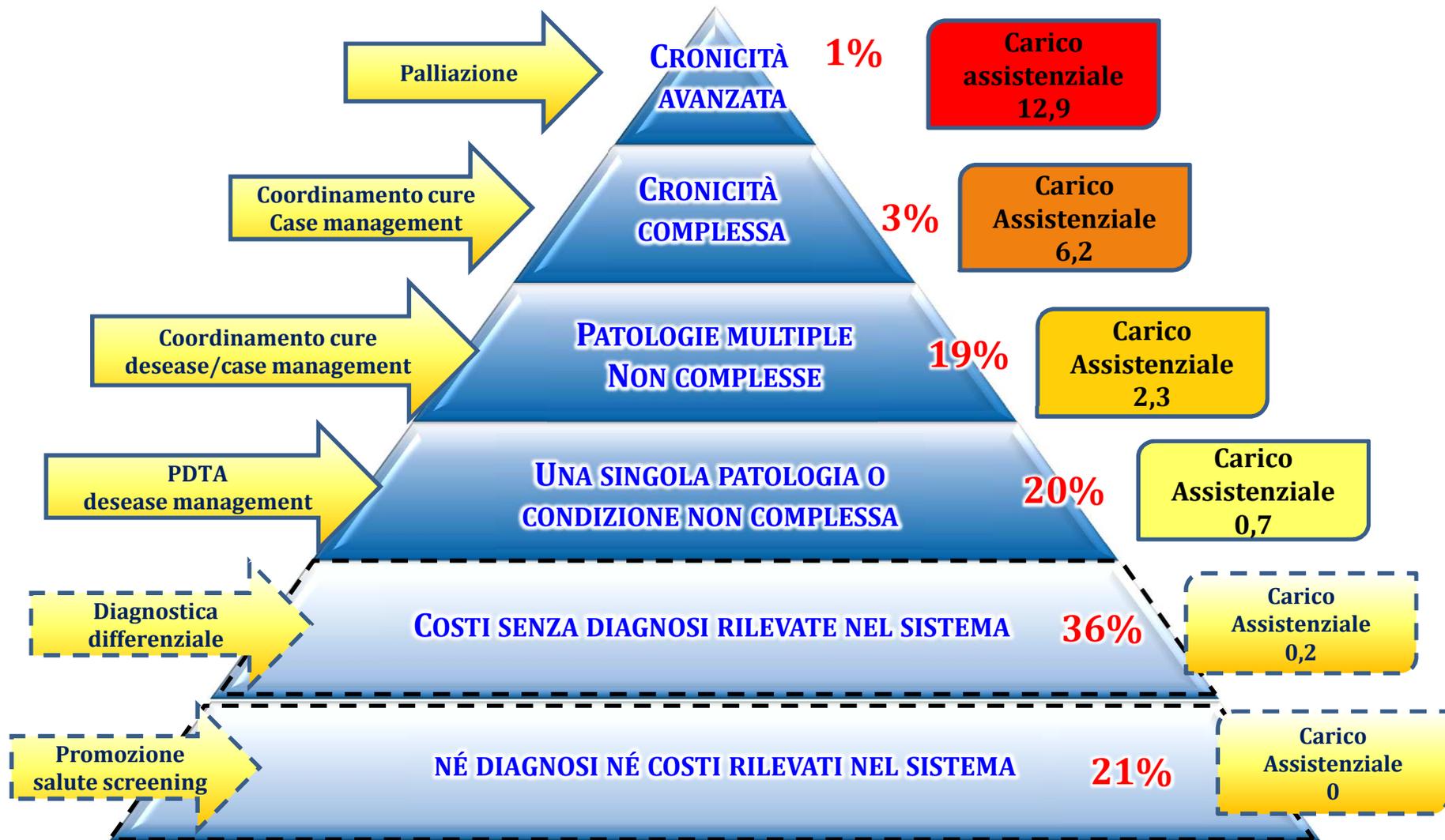
Organizzazione ed erogazione dell'assistenza

L.R. n. 19/2016
cambia i confini
delle AULSS





VERSO UN MODELLO DI PRESA IN CARICO DELLA CRONICITÀ «PER INTENSITÀ DI CURA E DI ASSISTENZA»

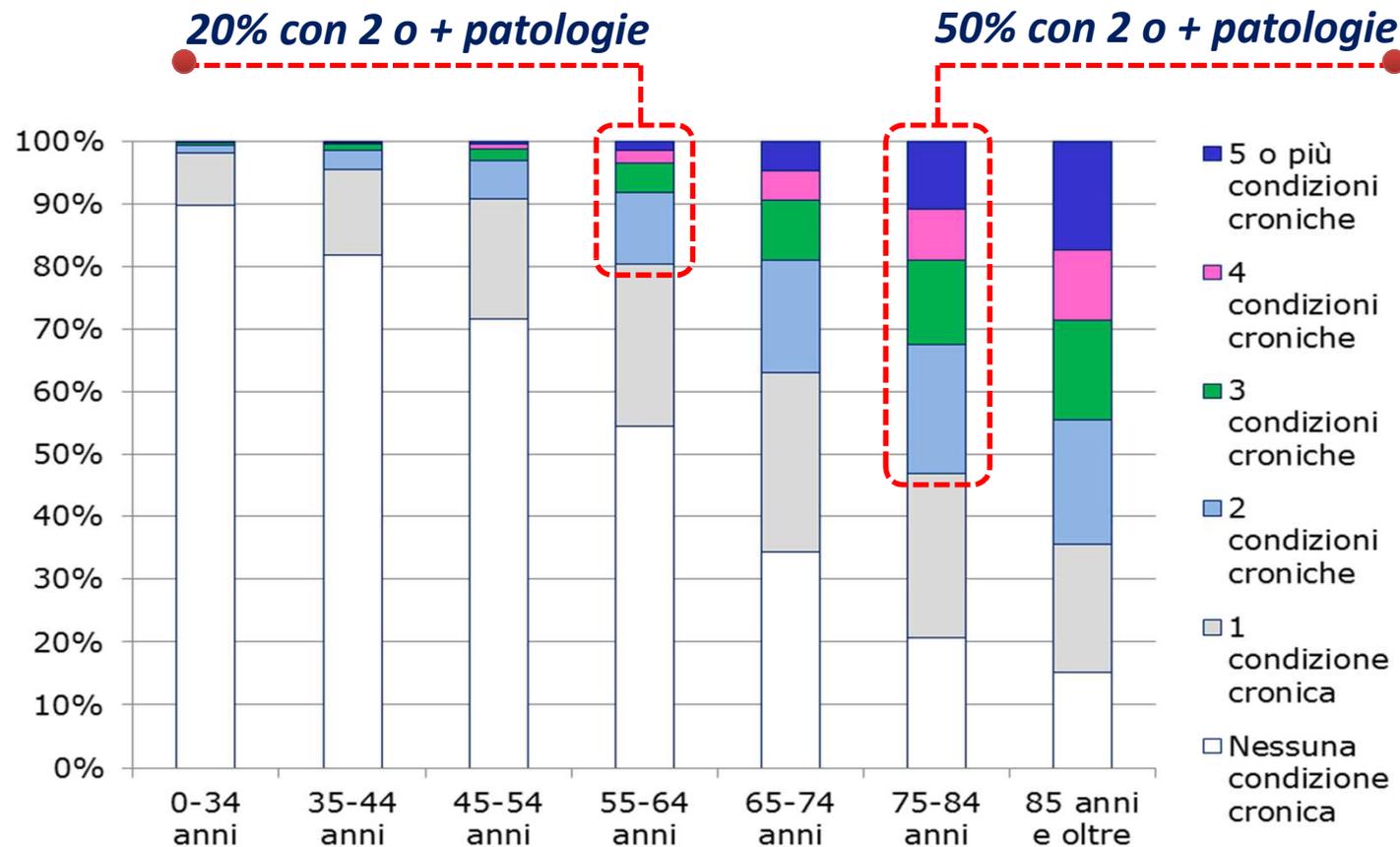


Profilazione popolazione del Veneto: archivio regionale ACG 2017 – rielaborazione U.O. Cure primarie e strutture socio-sanitarie territoriali



MODELLI ORGANIZZATIVI COERENTI CON I BISOGNI:

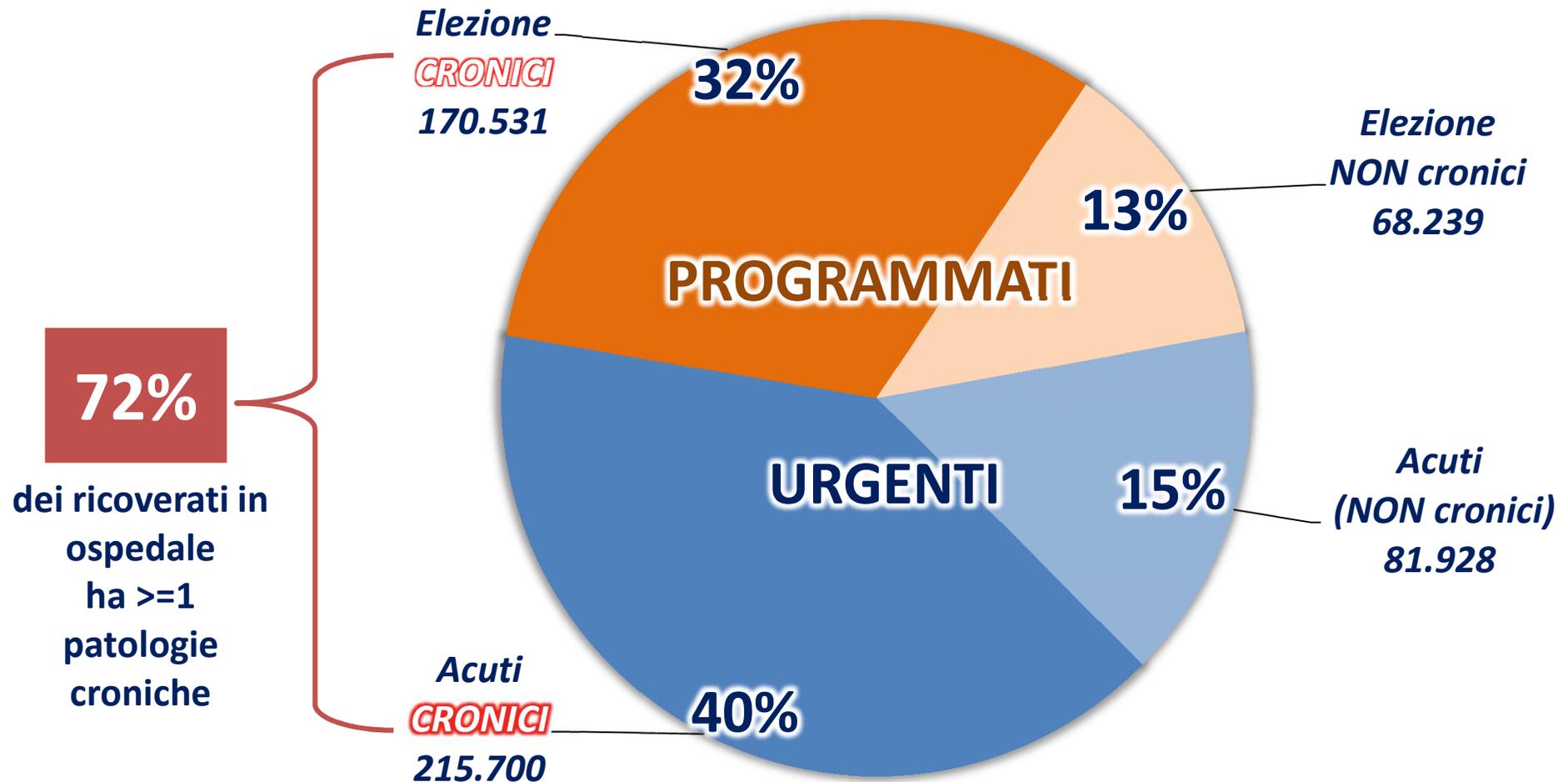
NUMERO DI CONDIZIONI CRONICHE PER CLASSI DI ETÀ



Fonte: Archivio ACG Regione del Veneto anno 2016



RICOVERI OSPEDALIERI: URGENTI / PROGRAMMATI PER PAZIENTI CRONICI O ACUTI



Fonte ACG, condizioni croniche definite su esenzione e diagnosi. Ricoveri ordinari senza drg neonati sani



Il VENETO scommette sulla reingegnerizzazione delle attività e dei processi, a partire dalla CONDIVISIONE:



Il sistema informativo diventa uno strumento fondamentale a supporto.

Condivisione di informazioni, oltre a rappresentare per l'assistito una **garanzia di continuità**, apre ad una serie di opportunità:

1. **sul piano programmatico**: conoscenza dei casi in carico, pianificazione delle attività in base alla complessità, dei casi (coinvolgimento proattivo dello specialista);
2. **di monitoraggio delle situazioni a rischio** grazie ad alert specifici che evidenziano situazioni terapeutiche o cliniche particolari;
3. **di selezione di «casi» su cui attivare audit clinici**, funzionali alla valutazione di processi e dell'appropriatezza delle prestazioni.



COME PASSARE AL RENDERE OPERATIVO IL PDTA E COME GARANTIRE LA PRESA IN CARICO INTEGRATA?



CRITICITÀ RILEVATE

- **Disallineamento** tra PDTA dichiarato «operativo» e quello «in atto».
- **Disomogeneità** nei contenuti e nei processi tra le varie Aziende (*linguaggio, comportamenti, prassi, decisioni conseguenti, supporti per l'inquadramento di alcuni parametri, contenuti informativi - per che cosa servono? a chi?*).



OBIETTIVI GENERALI

- dalla prestazione **all'azione professionale**
- verso la responsabilità dei singoli professionisti su **obiettivi comuni**
- attivazione della **rete** (*l'accesso del paziente alla rete assistenziale integrata per la cronicità deve essere attivato da qualsiasi attore che ne identifichi anche precocemente il bisogno*)
- dalla cura del paziente (*incentrato sulla malattia*), al processo di gestione della salute come «**interscambio**» tra assistiti ed il SSN



LA SFIDA:



ORGANIZZARE PROCESSI CAPACI DI GUIDARE LA FILIERA DELL'ASSISTENZA PER LE PATOLOGIE CRONICHE: ciò richiede di assumere un approccio per processi, che garantisca i collegamenti funzionali necessari per realizzare la filiera e consenta la creazione di team multiprofessionali non strutturali ma funzionali, assicurando al paziente il passaggio da un setting di cura all'altro.



GARANTIRE LA CONTINUITÀ NELL'ASSISTENZA DA PARTE DEGLI ATTORI (TEAM) NEL SETTING E NEL MOMENTO APPROPRIATO, in rapporto agli obiettivi di salute prefissati e condivisi nel Piano Assistenziale Individuale.

Il PAI delinea, infatti, gli obiettivi di salute da raggiungere, fissando tempi, interventi, competenze richieste e professionisti coinvolti, nonché gli indicatori per la verifica degli obiettivi. Ciò richiede il superamento della logica prestazionale a favore della logica di filiera assistenziale in cui tutti gli attori (team), compreso il paziente/caregiver, perseguono i risultati attesi e condivisi nel PAI.



NUOVO RUOLO DEL DIRETTORE DI DISTRETTO

- Responsabile dell'analisi e misurazione dei bisogni al fine di identificare i modelli organizzativi, le risorse e i luoghi di cura più appropriati per specifico livello assistenziale;
- Responsabile della definizione ed attuazione dei percorsi assistenziali integrati per le principali patologie croniche e per l'assistenza alle persone fragili;
- Gestore della cronicità complessa ed avanzata, attraverso lo sviluppo di competenze cliniche (sviluppo di alte professionalità) ed organizzative;
- Facilitatore dei processi di integrazione tra i diversi nodi della rete dei servizi per assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione.



IN PARTICOLARE IL DISTRETTO È

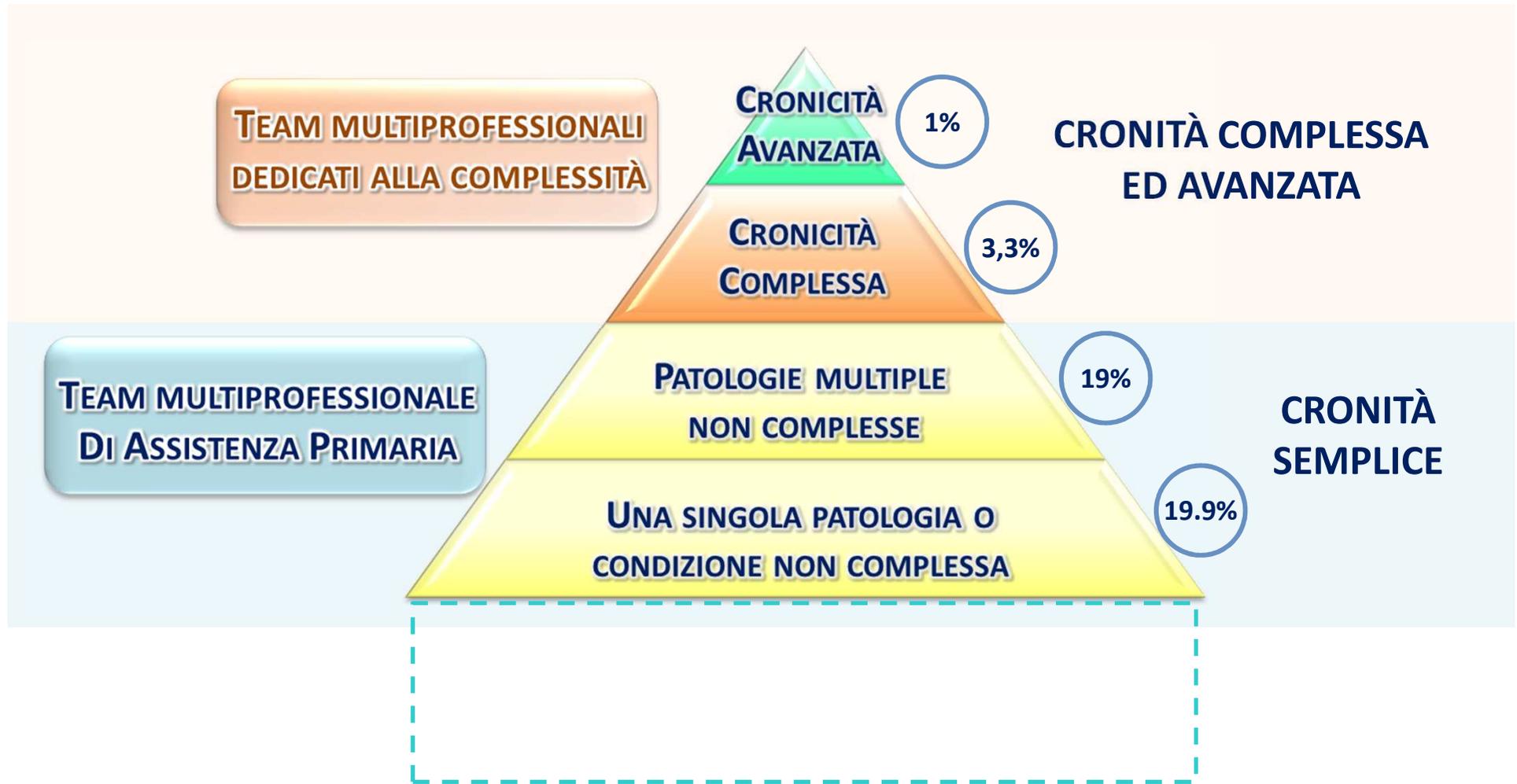


Soggetto “gestore” del bisogno complesso, sviluppando una importante competenza clinica e, al contempo, una competenza organizzativa in grado di ricomporre e gestire i percorsi, potenziando:

- la **COMPETENZA SUL GOVERNO CLINICO** inteso come l’applicazione dei percorsi assistenziali per patologie a più elevata prevalenza;
- lo **SVILUPPO DI ALTE PROFESSIONALITÀ** sotto l’aspetto clinico al fine di erogare l’assistenza ai pazienti complessi;
- la **COMPETENZA ORGANIZZATIVA** al fine di garantire la sintesi compiuta tra programmazione, gestione e valutazione dei risultati.



LA GESTIONE DELLA CRONICITÀ NEL VENETO MODELLO PER INTENSITÀ DI CURA E DI ASSISTENZA





TEAM MULTIPROFESSIONALI DI ASSISTENZA PRIMARIA



Diversamente organizzati e dimensionati a seconda delle caratteristiche del territorio ove sono collocati, rappresentano il **punto di riferimento per le comunità** e si impegnano a:

- riconoscere i malati cronici;
- inserirli in percorsi di presa in carico integrata;
- sviluppare un modello di gestione dell'assistenza in team.

Per fare questo sono richiesti:

- valorizzazione del rapporto di fiducia tra medico e paziente;
- integrazione dell'assistenza primaria nel Sistema;
- sviluppo del lavoro per percorsi assistenziali con applicazione dei PDTA;
- valorizzazione del ruolo degli infermieri nell'assistenza primaria;
- dimostrazione del contributo al raggiungimento degli standard di sostenibilità del Sistema.



COMPITI DEL DIRETTORE DI DISTRETTO



Organizzare le risorse affinché vengano **attuati i PDTA**, definendo:

- ✓ gli obiettivi da raggiungere;
- ✓ le risorse disponibili ed i criteri del loro utilizzo;
- ✓ le modalità di monitoraggio e verifica dei risultati.

Definire il **budget delle prestazioni specialistiche** necessarie, sulla base della lista pazienti eligibili e di quanto previsto dagli stessi PDTA.

Mettere a disposizione le risorse necessarie, anche attraverso **appositi accordi con gli specialisti ambulatoriali interni** operanti nel proprio Distretto e con le **strutture private accreditate** che insistono nel proprio territorio, qualora necessario.

Individuare **specifiche modalità di accesso** a suddette prestazioni, evitando di transitare per il CUP aziendale, ma garantendo l'accesso in conformità a quanto previsto dal PDTA per un appropriato follow up.

VALORIZZAZIONE DEL RAPPORTO CON IL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
VALORIZZAZIONE DEL RUOLO DELLE FARMACIE DEI SERVIZI



TEAM DI ASSISTENZA PRIMARIA: L'ESPERIENZA NEL VENETO DELLE MEDICINE DI GRUPPO INTEGRATE



	75 MGI ATTIVE	% sul tot R.le
MMG	630	20%
ASSISTITI	901.557	21%



**COME
CONTEMPERARE:**

- **CENTRALIZZAZIONE O CAPILLARITÀ?**
- **ORGANIZZAZIONE DEGLI ACCESSI AL MMG SU APPUNTAMENTO (RISCHIO LISTA D'ATTESA) O ACCESSO LIBERO?**



«Potenziare il Distretto sotto l'aspetto clinico-assistenziale»



TEAM MULTIPROFESSIONALI DEDICATI ALLA COMPLESSITÀ



- Afferenti al Distretto, a cui il paziente verrà assegnato in base al bisogno (ossia all'intensità di cura e di assistenza),
- Dimensionati sulla base della popolazione target (di riferimento),
- Composti da specialisti con prevalente competenza geriatrica /internistica, dipendenti del SSN, e infermieri, assistenti sociali ed altri professionisti con legami funzionali anche con i professionisti che operano all'interno delle strutture ospedaliere.

Garantiscono il coordinamento dei diversi nodi della rete nell'attuazione dei Piani Assistenziali Individualizzati o Piani Integrati di cura, condivisi dal team stesso e dal paziente, ***coinvolgendo anche la rete ospedaliera*** quale parte integrante delle transizioni protette, ***con importante funzione consulenziale nella definizione del Piano stesso e di supporto alla domiciliarizzazione.***



COMPITI DEL DIRETTORE DI DISTRETTO



- ✓ Garante della presa in carico, promuovendo e monitorando lo sviluppo di un'organizzazione multi professionale e multi disciplinare dedicata alla cura ed assistenza delle persone con cronicità complessa, verificandone le procedure condivise e assicurando la condivisione delle informazioni anche con i pazienti e le famiglie.

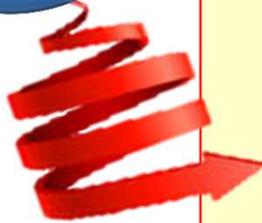
Necessario



*rivisitare la rete di offerta ospedaliera e considerarla a tutti gli effetti parte integrante ed attivo nelle fasi di dimissione/ammissione protetta, nonché con funzione consulenziale e di supporto reso al domicilio del paziente. È questa la visione di **un ospedale che si apre al territorio**, perseguendone i medesimi obiettivi.*



L.R. n. 19/2016
cambia i confini
delle AULSS



... ma non la geografia dell'assistenza

Necessità di
ricercare **UNIFORMITÀ** nei modelli assistenziali al fine di
GARANTIRE EQUITÀ e **FACILITARE COLLEGAMENTI**
FUNZIONALI



Obiettivo qualitativo:

**MANTENIMENTO DELLA
PERSONA NEL PROPRIO
CONTESTO DI VITA**

Obiettivo strategico:

**SVILUPPO PIANIFICATO
ED UNIFORME DELLE
CURE DOMICILIARI**



REVISIONE DEL MODELLO REGIONALE DELLE CURE DOMICILIARI

DGR N 1075/2017

ACCESSIBILITÀ

Dovranno essere garantite:

- Presenza e Contattabilità** del personale infermieristico **7gg/7 dalle 7:00 alle 21:00**
- Programmazione degli accessi 7gg/7**

ESTERNALIZZAZIONE DEI PRELIEVI DI SANGUE (PRESTAZIONALE)

L'attività di prelievo domiciliare di sangue (e campioni biologici) dovrà essere **esternalizzata**

INTEGRAZIONE CON MMG E MCA

- Organizzazione degli accessi** dell'équipe ADI avendo riguardo al territorio di riferimento sia dell'équipe sia delle forme associative della medicina generale
- Condivisione con i **Medici di Continuità Assistenziale** della **lista aggiornata dei pazienti** in carico al servizio ADI e delle **informazioni utili** in caso di attivazione.



CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE = CENTRALE DELLA CONTINUITÀ presa in carico della complessità

- » **Mappatura** delle risorse della rete assistenziale
- » Raccolta dei **bisogni** e trasmissione delle informazioni utili a garantire le transizioni protette
- » **Tracciabilità** dei percorsi attivati (su pazienti segnalati)
- » **Facilitazione** della definizione/revisione di PDTA, Procedure, modalità operative aziendali
- » **Coordinamento** delle transizioni transizioni protette (intra e extra Azienda ULSS) da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico/assistenziale all'altro, **tutelando** la presa in carico.





STRUMENTI A SUPPORTO

NUMERO UNICO DEDICATO

- Garantire per la cronicità complessa e avanzata l'attivazione di un numero unico dedicato alla **ricezione** delle istanze dei pazienti e caregivers.

GESTIONE DELLE TRANSIZIONI

- Consolidare il ruolo della **Centrale Operativa Territoriale** quale strumento organizzativo nella gestione della “cronicità complessa ed avanzata”,
- Assicurare la **valutazione** dei pazienti con maggiore complessità con il coinvolgimento diretto del team multiprofessionale distrettuale anche per i pazienti ricoverati,
- Garantire **procedure formalizzate** che definiscono le modalità di transizione e i relativi strumenti.

SISTEMA INFORMATIVO INTEGRATO

- Realizzare la **Cartella clinica elettronica** in condivisione con le strutture ospedaliere, visibile dal team multiprofessionale che ha in carico il paziente con cronicità complessa ed avanzata – *la sintesi informativa alimenterà il Fascicolo Sanitario Elettronico.*



STRUMENTI A SUPPORTO

STRUMENTI DI VALUTAZIONE

- Introdurre strumenti di valutazione **della gestione integrata**, sia di processo che di esito, nonché strumenti di rilevazione **dell'esperienza di cura** e del grado di coinvolgimento attivo della persona.

FORMAZIONE

- Favorire la definizione di percorsi formativi **trasversali** alle diverse figure professionali coinvolte nei team, che affrontino contenuti tecnico-clinici, gestionali e organizzativo-assistenziali.

SISTEMA DI TARIFFAZIONE

- Misurare l'impiego delle **risorse** attualmente impiegate per la presa in carico della cronicità in funzione del profilo di bisogno e determinarne il costo.
- Definire un modello di **budget** sulla base dei costi definiti per i team multiprofessionali quale strumento di responsabilizzazione su obiettivi di salute e gestione economica.
- Valutare la fattibilità e la **sostenibilità** dei nuovi assetti organizzativi.



Grazie per l'attenzione



mariacristina.ghiotto@regione.veneto.it