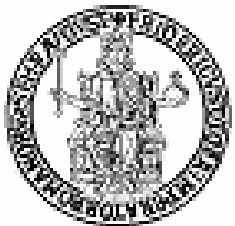


1° Convegno Nazionale Ospedale, Città e Territorio
un metabolismo da riequilibrare
Verona, 17 marzo 2006

Reti assistenziali e gestione delle patologie degenerative



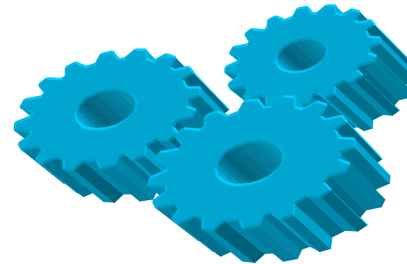
Università Federico II di Napoli
Dipartimento di Scienze
Mediche Preventive

Prof. Maria Triassi

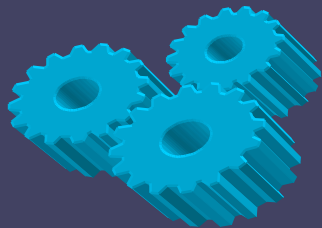


Temi della presentazione

- **Le reti di servizi**

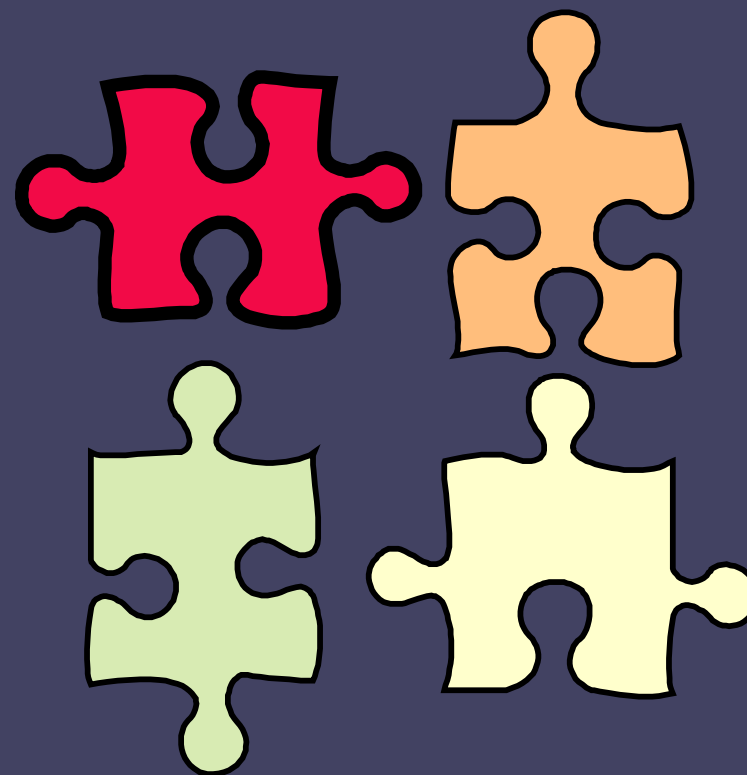


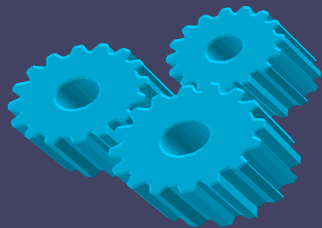
- **Le reti di comunicazione**



Le reti di servizi

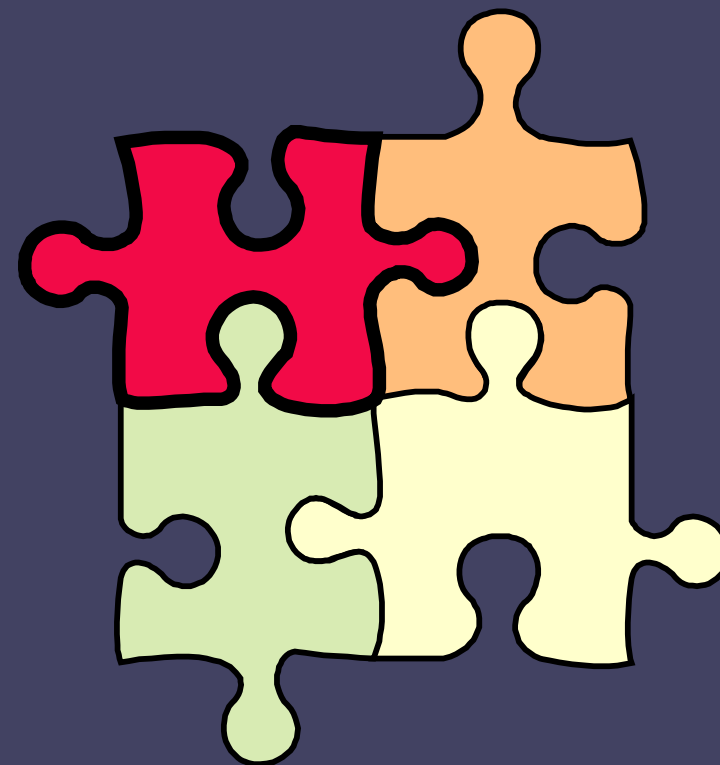
- La stratificazione, attraverso la quale si è configurata nel tempo l'offerta di servizi, ha portato ad un sistema di erogazione delle prestazioni di tipo **multipolare**, caratterizzato da **duplicazioni** e **scarsità di collegamenti e coordinamenti**.

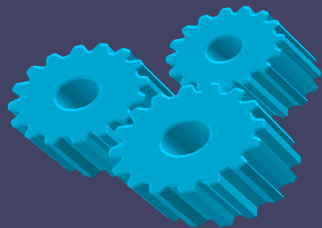




Le reti di servizi

- Il concetto di rete obbedisce invece alla logica della forte **integrazione** nella erogazione dei servizi, che consente non solo di evitare duplicazioni e sprechi, ma anche di realizzare forme di **governo della domanda**.

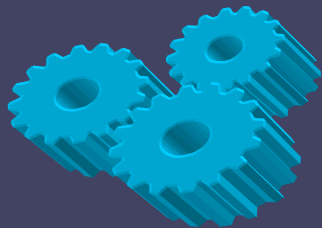




Relazione ospedale territorio

- Paradigma massimo dell'assenza delle logiche di rete è la mancanza del coordinamento persino tra i **due più alti macro-livelli** dell'assistenza, come l'ospedale ed il territorio

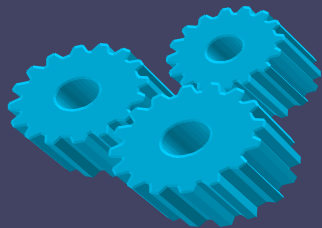




Relazione ospedale territorio

- Le problematiche dell'ospedale e del territorio sono incentrate sulla esistenza di una **reciproca e correlata incongruenza** delle relative funzioni.
- Il territorio infatti tende a fornire risposte **inadeguate** alla domanda di salute dei cittadini, garantendo spesso la sola tenuta di **circuiti burocratici** (prescrizioni, autorizzazioni etc.) e partecipando solo marginalmente alla **reale offerta** di servizi sanitari.

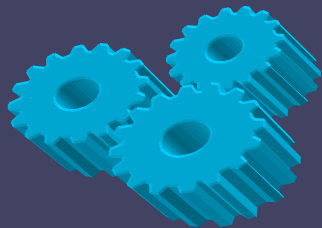




Relazione ospedale territorio

- Ciò determina un ricorso all'ospedale per la erogazione di prestazioni a bassa complessità configurando un **uso inappropriato** dell'ospedale.
- Peraltro l'improprio sovraccarico dell'Ospedale determina il **drenaggio di risorse** verso lo stesso a scapito del territorio.
- Il territorio, disponendo di scarse risorse, non riesce ad espandere la propria **capacità operativa**.



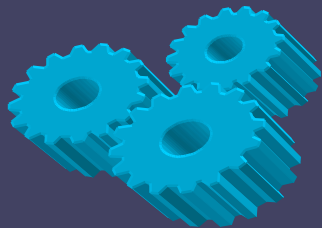


Relazione ospedale territorio

Risposta
territoriale
inadeguata

Risposta
ospedaliera
inappropriata

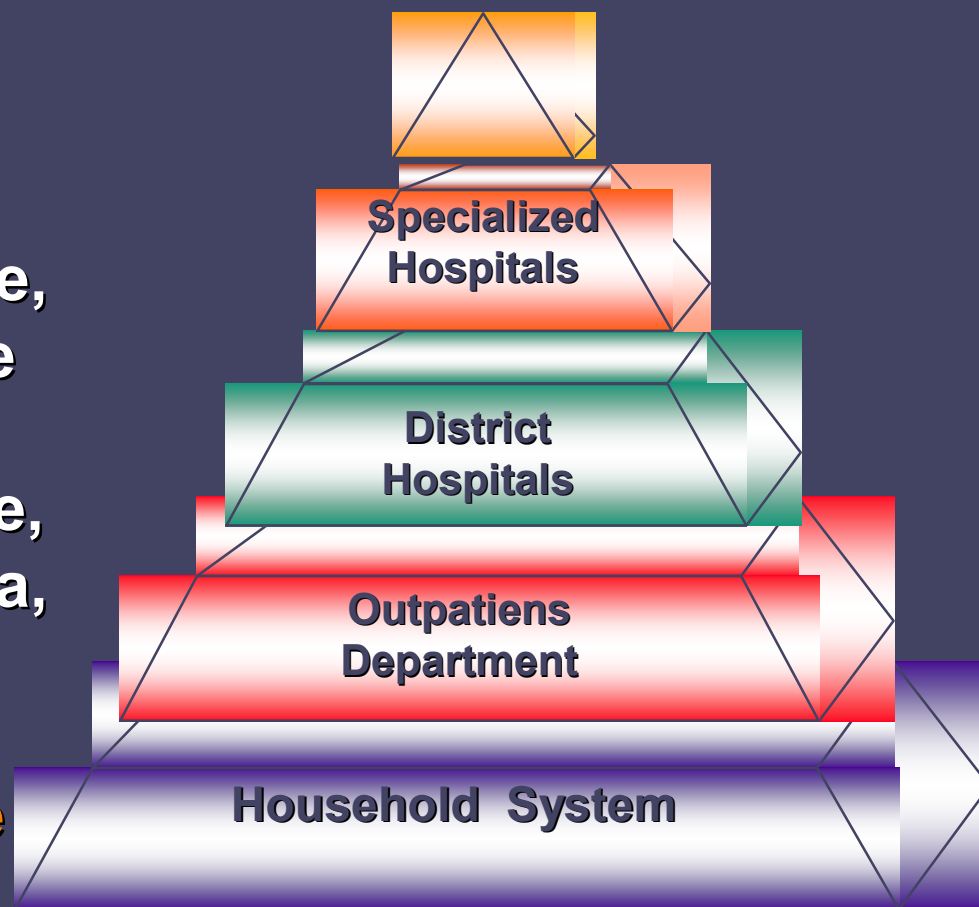
Spostamento
di risorse
verso l'ospedale

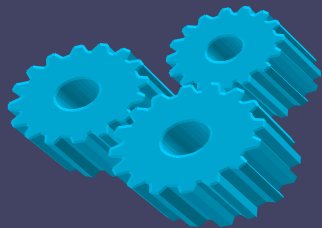


THE HEALTH SYSTEM PYRAMID

World Development Report World Bank (1993)

- Tutto ciò contrasta con quanto ritenuto appropriato in tema di **allocazione** delle risorse, che dovrebbe rispettare una tipologia di distribuzione piramidale, che - nella realtà italiana, e specialmente meridionale - appare invece **sostanzialmente rovesciata**.

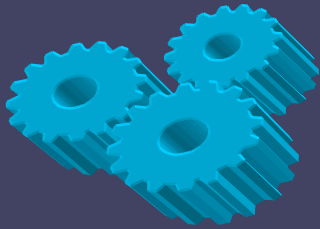




Relazione ospedale territorio

E' dunque necessario porsi l'obiettivo di individuare e realizzare nuovi modelli assistenziali che possano:

- **riqualificare** le capacità di risposta del distretto;
- **modulare** l'appropriatezza della risposta dell'ospedale;
- **migliorare** l'integrazione delle loro funzioni.



le reti di servizi malattie croniche e degenerative

Livello territoriale

- **Unità di Valutazione Geriatrica**
- **Unità Alzheimer, Unità Parkinson etc.**
- **Reti A.D.I.**
- **Hospice**



PIANO REGIONALE OSPEDALIERO CAMPANO



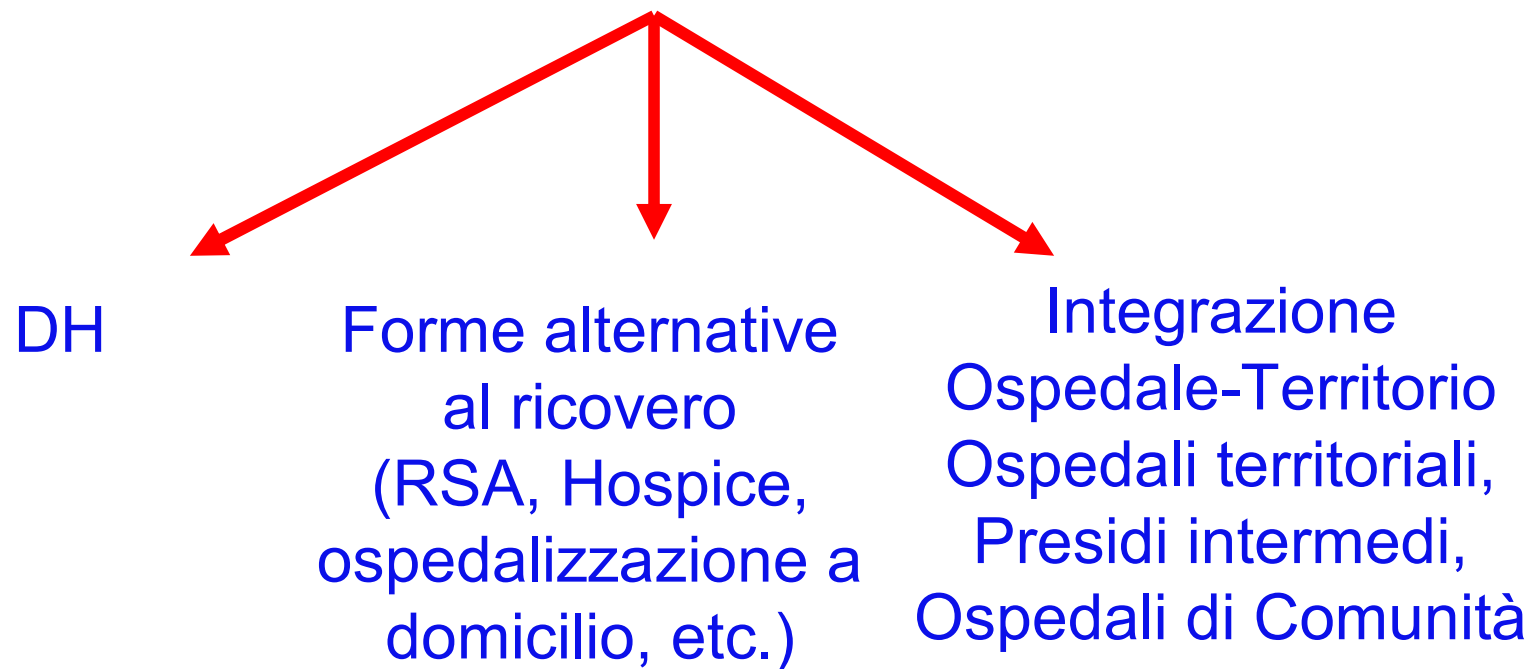
TAPPE METODOLOGICHE:

- ◆ **Analisi dell'utilizzo attuale della rete ospedaliera (attuare l'uso degli indicatori di utilizzo ospedaliero)**
- ◆ **Analisi del fabbisogno di ricovero ospedaliero su base provinciale, emergente dai dati di utilizzo effettivo dei posti letto campani**
- ◆ **Costruzione di un processo di programmazione a livello periferico governato dal centro (Assessorato alla Sanità) per la attivazione, disattivazione e riconversione totale o parziale delle strutture (sulla base del fabbisogno provinciale calcolato)**
- ◆ **Potenziamento e valorizzazione delle Alte Specializzazioni anche con l'obiettivo della prevenzione della migrazione sanitaria**



◆ Riorganizzazione del sistema dell' emergenza, anche attraverso risposte tecnologicamente avanzate;

◆ Verifica della destinazione delle strutture di ricovero alla luce di privilegiare



TAPPE QUALIFICANTI

A) MODELLI ORGANIZZATIVI

1. DIMENSIONI MINIME DELLE STRUTTURE COMPLESSE (APICALITA')

TIPOLOGIE ORGANIZZATIVE IDENTICHE PER PUBBLICO E PRIVATO

- DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO PER OGNI
STABILE OSPEDALIERO

2. RICLASSIFICAZIONE DEGLI OSPEDALI

◆ AORN OSPEDALI DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE

◆ OEE OSPEDALI DI ELEZIONE ED EMERGENZA

◆ OS OSPEDALI SPECIALIZZATI

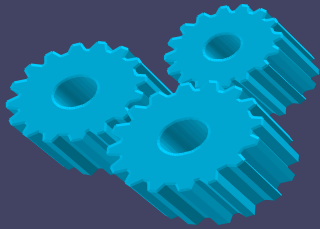
◆ OT OSPEDALI TERRITORIALI (NON A VOCAZIONE EMERGENZIALE)

◆ OR OSPEDALI/PRESIDI DI RIABILITAZIONE

◆ OL OSPEDALI/PRESIDI DI LUNGODEGENZA MEDICA

◆ OC OSPEDALI DI COMUNITA' (STRUTTURA DELLA RETE DEI SERVIZI

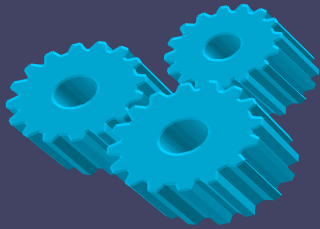
DISTRETUALI)



le reti di servizi malattie croniche e degenerative

Livello intermedio

- **I presidi sanitari intermedi**

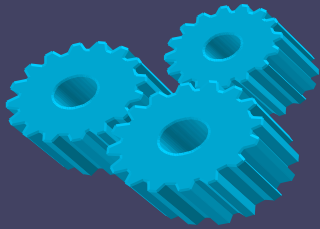


le reti di servizi

I presidi sanitari intermedi

Luogo privilegiato per l'erogazione di quelle cure che:

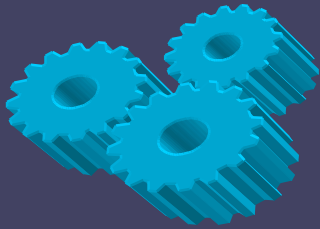
- da un lato, non troverebbero possibilità di erogazione in uno studio medico od in un semplice poliambulatorio, in quanto necessitano di **elevati livelli di integrazione** tra le funzioni specialistiche e **presenza di ambienti "protetti"**.
- ma che, d'altro canto, se erogate attraverso l'Ospedale, determinano **l'abbassamento della complessità** del case-mix e quindi della redditività della struttura, e che configurano, in alcuni casi, un vero e proprio uso **inappropriato o addirittura opportunistico** dello strumento del ricovero.



le reti di servizi

I presidi sanitari intermedi

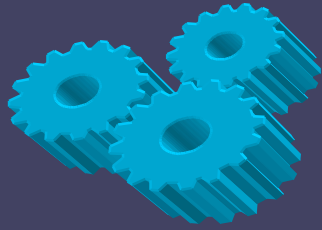
Tali strutture, **prive della complessità ed onerosità** della macchina ospedaliera, ma in raccordo con gli ospedali per **l'uso integrato delle professionalità** in questi presenti, potrebbero offrire un'appropriata risposta a molteplici bisogni assistenziali, che nel loro complesso rappresentano **larga parte della domanda** di salute.



le reti di servizi malattie croniche e degenerative

● Livello ospedaliero

Reti “**Hub and Spoke**” tra le unità operative di medicina geriatrica, di lungodegenza e delle aree specialistiche.

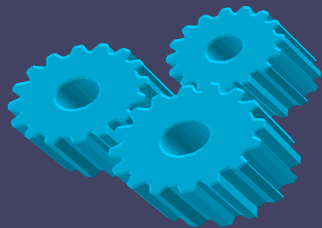


Le reti di servizi

Le reti sono sostenute ed alimentate da:

- **Conoscenze epidemiologiche**

che consentono di prevedere la domanda e favorire la progettazione organizzativa

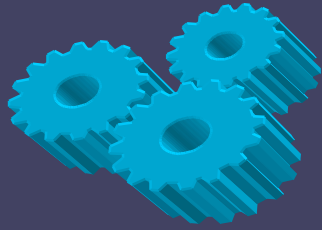


Le reti di servizi

Le reti sono sostenute ed alimentate da:

- **Definizione di protocolli operativi e linee guida**

che consentono di progettare la risposta
assistenziale, uniformare i comportamenti, evitare
duplicazioni e sprechi

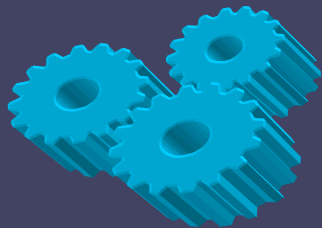


Le reti di servizi

Le reti sono sostenute ed alimentate da:

- **Definizione di indicatori di qualità**

che consentono il monitoraggio delle performance, la correzione delle storture, la riprogettazione organizzativa



Le reti di servizi

Le reti sono sostenute ed alimentate da:

- **Messa a punto di un sistema informatizzato**
che permetta la messa in rete delle competenze mediche:
comunicazione tra azienda sanitaria- specialisti - ospedale-
medici di medicina generale con la possibilità di utilizzare nel
percorso di diagnosi e cura tutte le competenze professionali
mediche, limitando il disagio per gli utenti (spostamenti, ecc..)

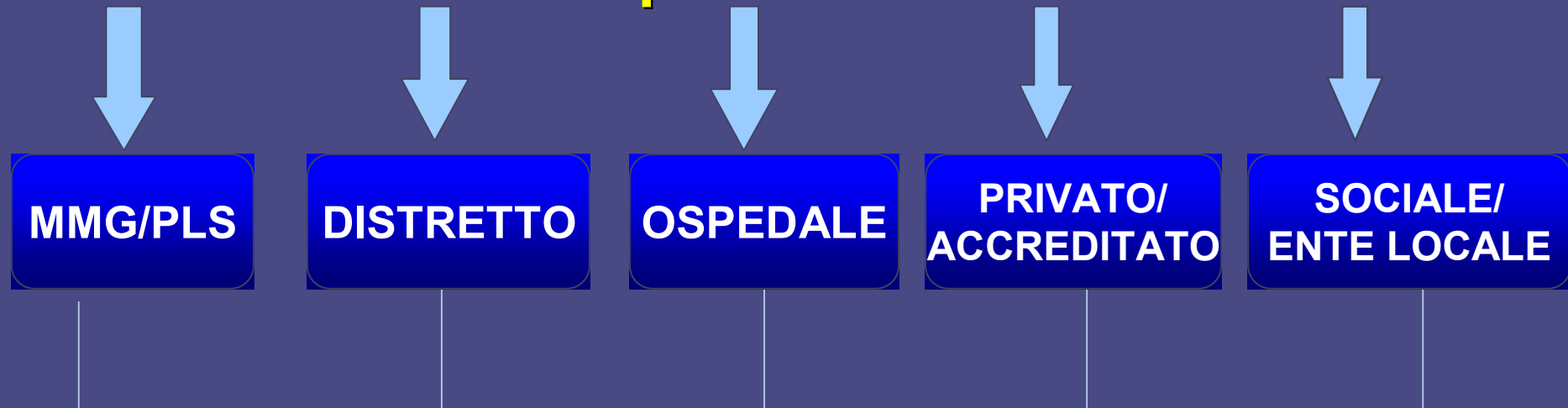


ESPERIENZA DELLA A.S.L. NAPOLI 3

Il percorso “ DIABETE ”
(modello di gestione integrata)

IL PASSATO

Il paziente



Compartimenti stagni

Ciò determina:

- Grande variabilità delle pratiche in ogni settore
- Eccessiva frammentazione delle risposte
- Mancata valutazione di qualità e dei costi sui servizi erogati

LA RETE ASSISTENZIALE prevede una

Integrazione tra le strutture

MMG/PLS

DISTRETTO

OSPEDALE

PRIVATO/
ACCREDITATO

SOCIALE/
ENTE LOCALE

**che si traduce nel
“percorso del paziente”**

La gestione integrata del pz diabetico

- L'attuale sistema di assistenza al paziente diabetico (L. 115/87, L. 502 e 517) prevede la collaborazione e l'interazione tra MMG e Centro di Diabetologia, ma non prevede l'integrazione professionale tra Centro e MMG.
- Si determinano:
 - duplicazioni di interventi con utilizzo di ricoveri inappropriati
 - difficoltà di accesso ai servizi
 - carico di lavoro per i Centri sproporzionato e improprio con appiattimento delle prestazioni
 - demotivazione e perdita di professionalità degli MMG



In contrapposizione a quanto detto nasce il
concetto di **Gestione Integrata**, intendendo
con essa, una **partecipazione congiunta** dello
specialista e del MMG in un programma
stabilito di assistenza nei confronti di
pazienti con patologie croniche in cui lo
scambio di informazioni avviene da entrambe
le parti.



Nella realizzazione di un progetto di gestione integrata è indispensabile la creazione di una **banca dati** con cui poter monitorare e verificare nell'ottica di un processo continuo di qualità :

- a) il rispetto dei protocolli (o linee guida) diagnostico-terapeutici
- b) l'efficacia clinica
- c) i costi.

A tale scopo è fondamentale un'adeguata informatizzazione delle strutture direttamente coinvolte nell'assistenza al paziente .

Le tappe

- **Promozione informatizzazione MMG**
- **Creazione di un centro servizi aziendale**
- **Definizione e condivisione di PDTA**
- **Definizione set minimo di dati**
- **Formazione MMG sull'uso delle codifiche**
- **Raccolta e trasmissione dati**
- **Comunicazione tra MMG e team diabetologico territoriale**
- **Collegamento con il P.O. interno all'ASL per l'approfondimento diagnostico (II livello) e/o ricovero per complicanze**

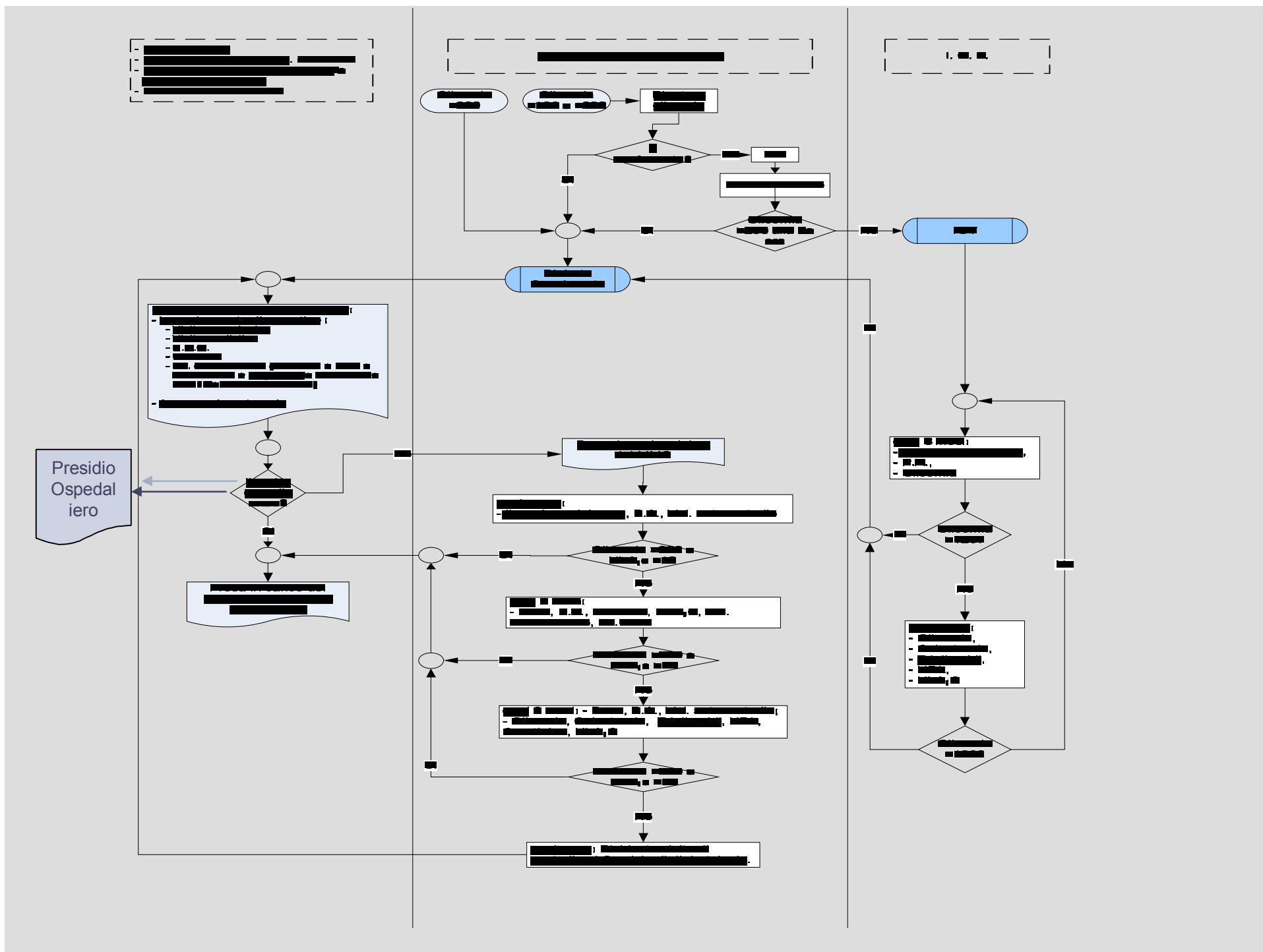


La ASL NA 3 ha realizzato un ***Sistema Informativo Sanitario Territoriale*** in grado di gestire, in maniera centralizzata, la raccolta dei dati e la gestione dei processi clinici da un lato e l'organizzazione amministrativa-gestionale dall'altro.

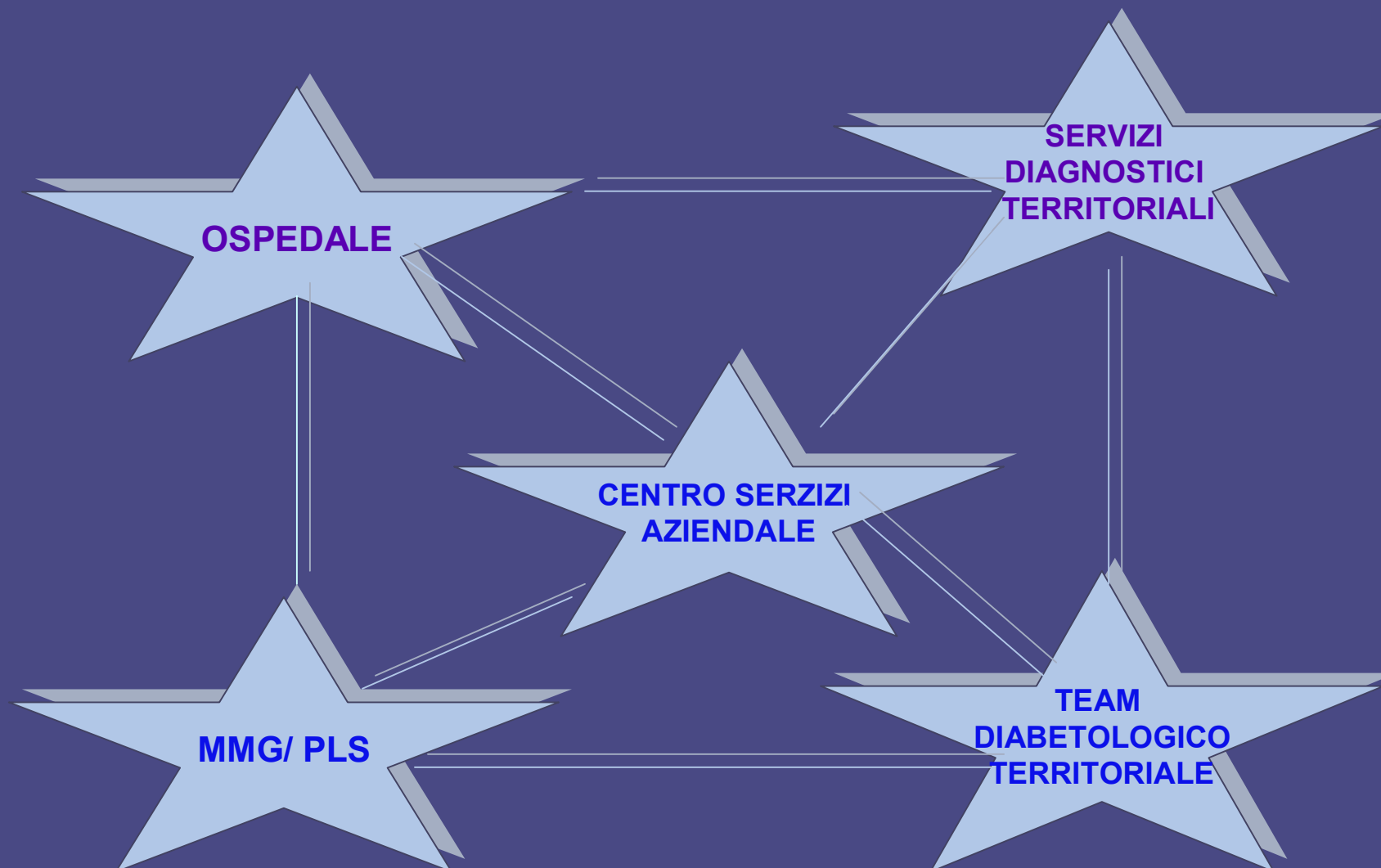


Il sistema prevede la **gestione integrata** sanitaria-amministrativa delle attività di accettazione, ricoveri, degenze e cartelle cliniche, interfacciamento al CUP esistente e al database Anagrafe assistiti, garantendo il collegamento con i servizi aziendali ambulatoriali e diagnostici (laboratorio, radiologia, ecc.) ed il collegamento con il territorio (Medici di Medicina Generale, Farmacie, ecc.).

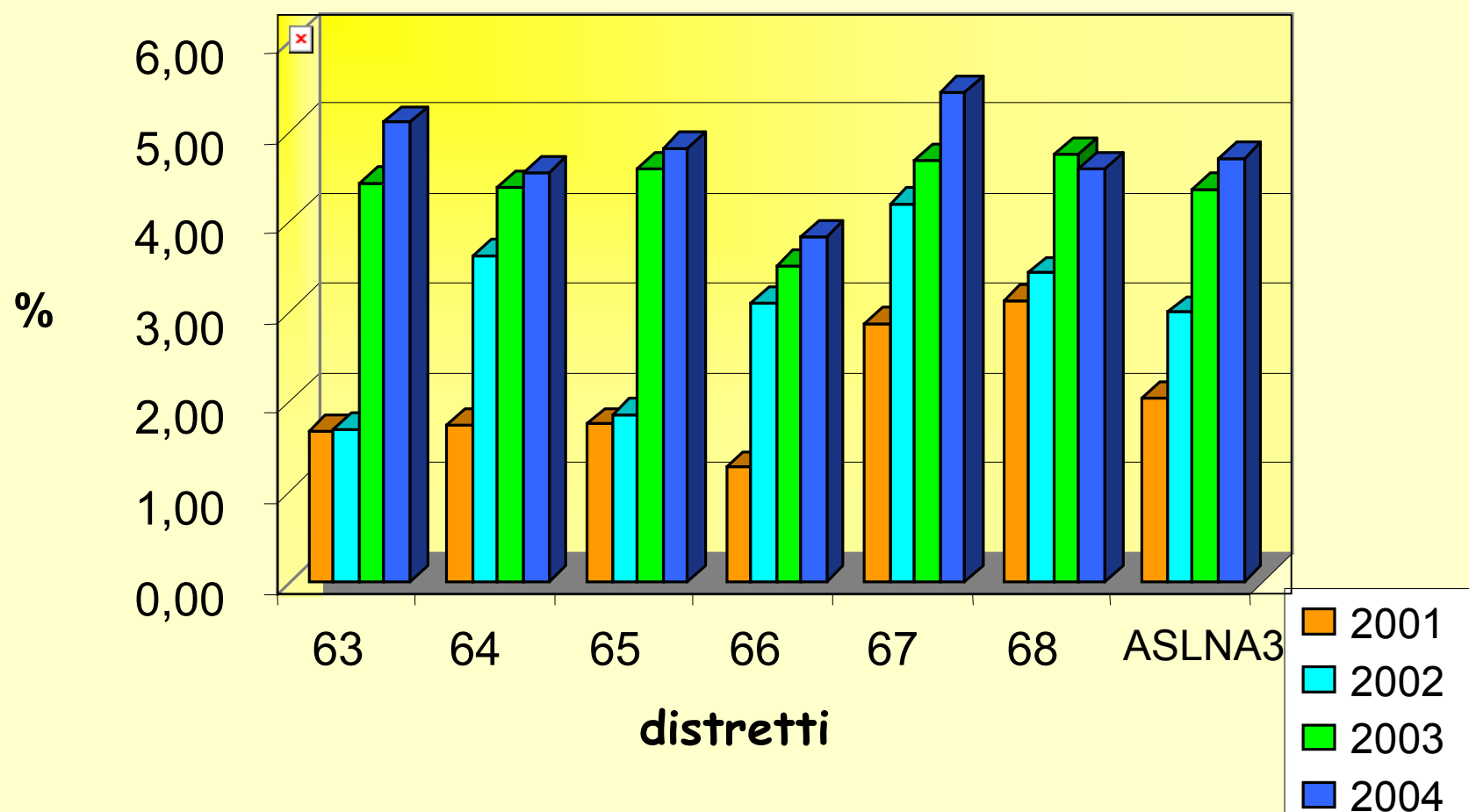
Il collegamento al Sistema può essere effettuato, utilizzando un qualsiasi accesso alla rete Internet, da diversi interlocutori ognuno con un profilo funzionale diverso: Medici di Medicina Generale, specialisti, dipendenti della struttura.



LA RETE ASSISTENZIALE



% diabetici Vs popolazione Distretto ASL NA3



Incremento della % di pazienti a cui è stato diagnosticato il diabete grazie alla gestione integrata

OBIETTIVI

- **Integrazione con specialisti ambulatoriali distrettuali**
- **Comunicazione tra MMG e team diabetologico territoriale**
- **Riduzione delle liste di attesa**
- **Prestazione specialistiche dei MMG**
- **Presa in carico globale del paziente diabetico**

CONCLUSIONI

Secondo il modello della Rete Assistenziale si ha:

- **L'applicazione di nuovi modelli di gestione;**
- **Il coinvolgimento nell'operare di tutti gli *STAKEHOLDERS* (interni ed esterni all'azienda).**

Secondo i principi di

- **Integrazione**
- **Coordinamento**
- **Comunicazione**
- **Governo della domanda**
- **Riallocazione delle risorse**

A tal fine bisogna:

- ✓ Definire dei percorsi unitari di assistenza;
- ✓ Creare degli strumenti:
 - multidimensionali;
 - unici;
 - condivisi;
 - informatizzati.

II CITTADINO/UTENTE

Come centro della rete assistenziale



Le reti assistenziali e la famiglia come ambito di cura

Le origini:

- modificazioni demografiche e dei bisogni di cura
- inversione rapporto nuovi nati/anziiani
- aumento della partecipazione femminile al mercato del lavoro
- trasformazione delle strutture familiari



Le reti assistenziali e la famiglia come ambito di cura

- Trasformazione delle dinamiche delle professioni sanitarie che devono integrarsi con le figure di riferimento familiari





Le reti assistenziali e la famiglia come ambito di cura

- La famiglia è parte attiva dell' intervento integrato sanitario





Le reti assistenziali e la famiglia come ambito di cura

Famiglia come sistema di cura

- Assessment: Presa in carico attraverso colloqui, questionari, raccolta dati significativi.
- Piano integrato di cura: pianificare obiettivi e metodi per il raggiungimento del risultato con la costante partecipazione familiare





Le reti assistenziali e la famiglia come ambito di cura

- La famiglia sostiene e partecipa al raggiungimento dell'obiettivo.
- Escludere la famiglia dal processo assistenziale limita il focus delle cure individuali: manca il supporto emozionale.





Le reti assistenziali e la famiglia come ambito di cura

Strumenti

- Compliance
- Educazione terapeutica
- Strategie di cooperazione
- Supervisione
- Sanità possibile





Scenari

- Offerta assistenziale mirata alle caratteristiche della popolazione.
- Riorganizzazione della rete ospedaliera.
- Potenziamento delle forme di ospedalizzazione diurna e dimissione precoce.
- Ridurre i ricoveri impropri.
- Mantenere il paziente nel proprio contesto familiare.
- Sicurezza dei trattamenti.
- Informazione
- Accessibilità.



Try !

- Elevata personalizzazione dei livelli assistenziali.
- Capacità di governare i processi di assistenza.
- Capacità di gestire i rapporti interpersonali e multiprofessionali.