

L'innovazione nella gestione dell'assistenza territoriale: esperienze a confronto

Valentina Albano

Mariangela Contenti

*Centro di Ricerca
sui Sistemi Informativi
Luiss Guido Carli*

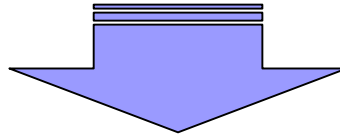
Nicola Fantini

Fabio Tufilli

*CNR
Istituto di Tecnologie Biomediche*

L'assistenza primaria: verso un nuovo paradigma assistenziale

- ◆ L' inadeguatezza dell'ospedale, vista sotto molteplici prospettive (sociale, economica, strutturale), nella gestione delle malattie croniche induce la promozione della medicina territoriale
- ◆ In presenza di bisogni multidimensionali e protratti nel tempo le attività demandate all'assistenza primaria si espandono e si ripartiscono all'interno di un sistema progressivamente più ampio ed articolato (più professionalità socio-sanitarie distribuite sul territorio)



Un nuovo **paradigma assistenziale incentrato sulla ricomposizione dell'unitarietà degli interventi reattivi e proattivi**, un tempo garantita prevalentemente dai soli MMG, attraverso l'abbattimento dei confini tra i vari punti di cura e l'adozione di modelli operativi sinergici, basati su una logica di gestione per processi (Cicchetti, 2004).

Il nuovo paradigma assistenziale nel contesto istituzionale italiano

Breve cronologia delle spinte istituzionali in favore dello spostamento del baricentro dall'ospedale al territorio e dello sviluppo di logiche di gestione in rete dell'offerta socio-assistenziale

D. lgs. 229/1999	Riconosce il Distretto come il luogo di governo della domanda , sia nella gestione dei servizi sanitari territoriali che nell' integrazione socio-sanitaria
PSN 2002-2004	Pone tra gli obiettivi prioritari la creazione di una rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza ai malati cronici, agli anziani ed ai disabili (Obiettivo 2).
PSN 2003-2005	inserisce tra i principi fondamentali del sistema sanitario il territorio quale primaria sede di assistenza e di governo dei percorsi sanitari e socio-sanitari " e riafferma l'obiettivo di creare un sistema di servizi sul territorio incentrato sul governo dei percorsi di cura
Accordo Stato-Regioni 27/07/04	Promuove la sperimentazione delle Unità Territoriali di Assistenza Primaria - UTAP
DPR 270/2000	Promuove la creazione delle équipe territoriali e della forme associative tra i MMG, successivamente riconfermate nell'ACN 2005
PSN 2006-2008	Promuove forme sempre più aggregate ed integrate di organizzazione, il ricorso all' informatica medica , lo sviluppo degli Ospedali di Comunità e di una rete che integri tutti gli attori dell'assistenza territoriale
23 marzo 2007	Lancio della sperimentazione della Casa della Salute

Domanda di ricerca

- **Alcune premesse**

- ◆ Il quadro istituzionale degli ultimi anni ha prodotto un ambiente favorevole alla proliferazione di numerose sperimentazioni organizzative innovative per il coordinamento dei diversi servizi socio-sanitari dislocati in un dato territorio.
- ◆ Sebbene accomunate dall'idea di riorganizzare a livello nazionale o locale la frammentarietà dei servizi, tali esperienze si rivelano estremamente eterogenee in termini di confini, modalità costitutive e modelli operativi posti in essere.

*Esistono, tra la molteplicità delle soluzioni organizzative variamente proposte, **approcci** o **caratteristiche distintive** in grado di favorire più di altre l'erogazione di un'**assistenza primaria appropriata**?*



Metodologia di ricerca

● Unità di analisi:

- ◆ l'**entità complessa emergente** chiamata a fornire una risposta unitaria all'erogazione di una buona assistenza primaria
- ◆ **due casi di studio** con bacini di utenza omogenei, promossi a livello aziendale e operativi da tre anni (in seguito "**Centro per le cure primarie**" e "**Rete di cure primarie**")

● Approccio metodologico di analisi:

- ◆ di stampo **qualitativo** basato su un **framework concettuale** sviluppato dalla Starfield (1992), opportunamente adattato ai fini dell'indagine
- ◆ su **base documentale** in combinazione con **interviste semi-strutturate** adottando la logica della triangolazione delle fonti (*Patton, 1999*).

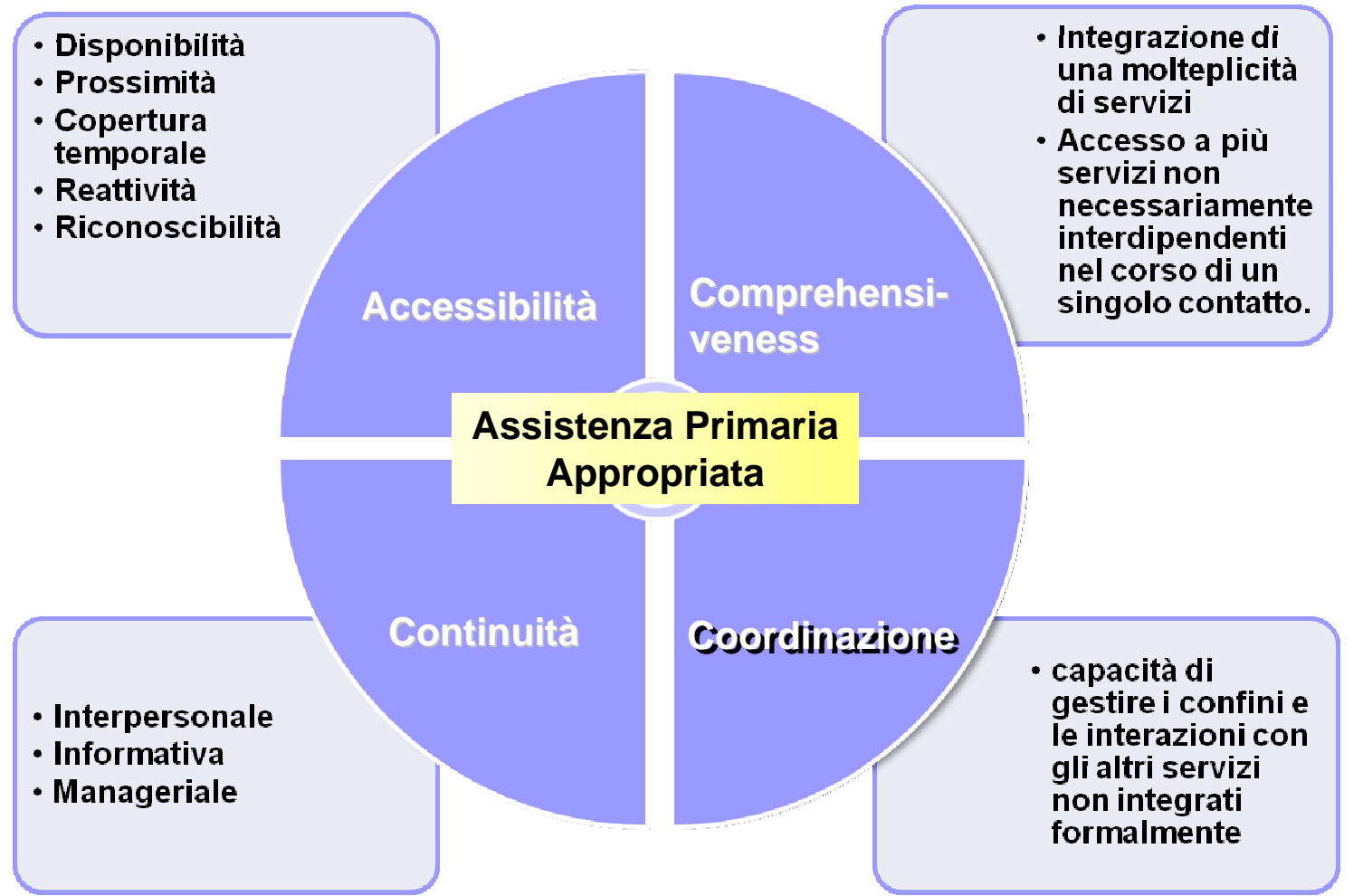
Cure primarie appropriate: una definizione

Per ***cure primarie appropriate*** si intende una forma assistenziale che assicura ad una popolazione geograficamente identificabile:

- ◆ ***l'accessibilità alle cure;***
- ◆ ***la comprehensiveness della cura;***
- ◆ ***la continuità della cura incentrata sulla persona;***
- ◆ ***e, la coordinazione della cura, in modo tale da garantire l'integrazione dei vari eventi sanitari a prescindere dal luogo di ricezione***

(Starfield, 1992)

Il Framework Concettuale



Caso 1: Il Centro per le cure primarie

Progetto avviato nel 2004 su iniziativa di una ASL del sud Italia di concerto con uno dei Comuni dell'area geografica di appartenenza.

*Si fonda sull'istituzione di uno “**sportello unico**”, capace di superare i problemi di parcellizzazione dei servizi e di soddisfare i bisogni complessi del cittadino/utente in un'ottica di integrazione.*

Obiettivi

- ◆ sopperire all'insufficiente distribuzione dei servizi sul territorio ed alle difficoltà di accesso imputabili alle caratteristiche geografiche e socio-economiche del territorio
- ◆ migliorare la qualità percepita delle strutture sanitarie
- ◆ ridurre l'alto tasso di migrazione sanitaria e di ospedalizzazione
- ◆ controllare la spesa farmaceutica

- ◆ centro di prelievi ematici
- ◆ Nucleo operativo territoriale del DSM
- ◆ ufficio sanitario
- ◆ ambulatorio specialistico
- ◆ sportello per l'assistenza sociale del Comune
- ◆ gruppo di MMG in associazione
- ◆ sportello amministrativo

**Servizi
socio-assistenziali
coinvolti**

Caso 2: La Rete per le Cure Primarie

Progetto stato avviato nel 2004 all'interno di un'azienda sanitaria del centro Italia.

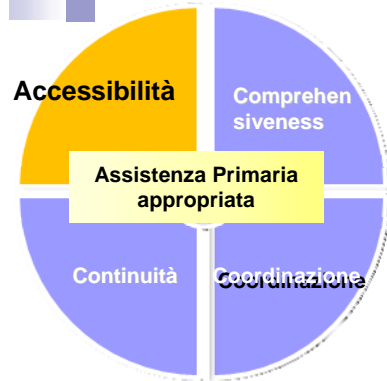
*Si fonda sull'adozione di un **sistema informativo ad hoc** che consente alla molteplicità dei professionisti della medicina territoriale, di seguire un paziente in modo continuativo condividendo informazioni cliniche, percorsi e procedure.*

Obiettivi

- ◆ fronteggiare l'elevata variabilità dell'offerta sanitaria nell'area di riferimento e rispetto al resto della regione,
- ◆ necessità di adottare, coerentemente alle linee programmatiche regionali, una logica di gestione a rete

- | | |
|------------------------------|----------------------------------|
| ◆ centro di prelievi ematici | ◆ Gestione Attività Territoriale |
| ◆ MMG/PLS | ◆ Servizi Diagnostici |
| ◆ Continuità Assistenziale | ◆ UU.OO. Ospedaliere |
| ◆ Cure Domiciliari | ◆ Attività Ambulatoriale |
| ◆ Sistema Residenziale | ◆ Cittadino |
| ◆ Screening | |

**Servizi
assistenziali
coinvolti**



Risultati: Accessibilità

Dimensione	Centro per le Cure Primarie	Rete per le Cure Primarie
Disponibilità	Aumenta il n. di punti di accesso ai servizi	nessun a variazione
Prossimità	i servizi vengono avvicinati alle abitazioni	nessun a variazione
Copertura temporale	presenza di almeno un medico h12, 5 gg, a settimana	nessuna variazione
Reattività	Nessun miglioramento rilevante dovuto ai limitati interventi sulle modalità operative	Potenziata grazie alla maggiore trasparenza sui percorsi assistenziali e l'ottimizzazione nei passaggi di consegna
Riconoscibilità	il luogo fisico è ben riconoscibile dai cittadini	il sistema è "visibile" solo agli operatori, ad eccezione del Portale del Cittadino



Risultati: Comprehensiveness

Dimensione	Centro per le Cure Primarie	Rete per le Cure Primarie
Integrazione dei servizi	il centro copre la pluralità dei bisogni primari della popolazione servita.	il sistema integra anche l'assistenza ospedaliera. Tuttavia non vi è integrazione con i servizi sociali
Accesso a più servizi con un solo contatto	consentito, almeno in potenza, dalla concentrazione fisica di più servizi <i>È stata prevista ma non implementata la figura del FACILITATORE atto ad orientare il paziente tra i servizi.</i>	non consentito, vista la necessità, in assenza di supporti di telemedicina, di compresenza tra operatore e paziente. Fa eccezione, un solo caso legato all'accesso ad un servizio amministrativo



Risultati: Continuità

Dimensione	Centro per le Cure Primarie	Rete per le Cure Primarie
Interpersonale	non varia il rapporto longitudinale con il proprio medico di famiglia.	si rafforza il rapporto con il MMG e con gli specialisti che accedono al fascicolo sanitario virtuale .
Manageriale	<p>molto bassa: non sono stati resi operativi i meccanismi di coordinamento tra più servizi inizialmente previsti (equipe integrata, case management.)</p> <p><i>Lo sviluppo di relazioni informali promossa dalla condivisione degli spazi sopperisce solo in parte a tale</i></p>	è garantita dalla possibilità di sviluppo di percorsi condivisi e di interazione professionale grazie al supporto del sistema
Informativa	strumenti di condivisione delle informazioni assenti.	gli operatori dispongono tutte le informazioni cliniche e sociali e di processo rilevanti sul paziente, atte a garantire un intervento appropriato e completo



Risultati: Coordinazione

Dimensione	Centro per le Cure Primarie	Rete per le Cure Primarie
Gestione dei confini	<p>Il Centro non è riconoscibile come un'entità organizzativa ben identificabile che interagisce con altre realtà del sistema assistenziale. La causa è il permanere di una sostanziale situazione di autonomia reciproca dei servizi</p>	<p>interazioni con l'esterno avvengono secondo le tradizionali modalità operative a livello di singoli servizi e non di rete nella sua interezza</p>

I risultati: uno sguardo di insieme

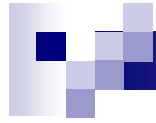
	Accessibilità	Comprehensiveness	Continuità	Coordinazione
Centro di Cure Primarie	<p>Disponibilità: Aumento il n. di punti di accesso ai servizi</p> <p>Prossimità: i servizi vengono avvicinati alle abitazioni</p> <p>Copertura temporale: presenza di almeno un medico h12, 5 gg, a settimana</p> <p>Reattività: L'intervento limitato sulle modalità operative non ha consentito miglioramenti sulla reattività dei servizi</p> <p>Riconoscibilità: il luogo fisico è ben riconoscibile dai cittadini</p> <p>Visibilità: i servizi offerti nel centro sono pubblicati sulla carta servizi</p>	<p>Integrazione dei servizi: il centro copre la pluralità dei bisogni primari della popolazione servita.</p> <p>Accesso a più servizi con un solo contatto: consentito, almeno in potenza, dalla concentrazione fisica di più servizi</p> <p><i>È stata prevista ma non implementata la figura del FACILITATORE atto ad orientare il paziente tra i servizi.</i></p>	<p>Interpersonale: non varia il rapporto longitudinale con il proprio medico di famiglia.</p> <p>Manageriale: molto bassa in quanto non sono stati resi operativi i meccanismi di coordinamento tra più servizi inizialmente previsti (equipe integrata, case management.) Lo sviluppo di relazioni informali promossa dalla condivisione degli spazi sopperisce solo in parte a tale lacuna</p> <p>Informativa: strumenti di condivisione delle informazioni assenti.</p>	<p>Gestione dei confini: Il permanere di una sostanziale situazione di autonomia reciproca dei servizi impedisce di riconoscere il Centro come entità organizzativa ben identificabile che interagisce con le altre realtà del sistema socio-sanitario.</p>
Rete per le Cure Primarie	<p>Disponibilità: nessuna variazione sulle risorse allocate</p> <p>Prossimità: nessun a variazione</p> <p>Copertura temporale: nessuna variazione</p> <p>Reattività: la maggiore trasparenza sui percorsi assistenziali e l'ottimizzazione nei passaggi di consegna, impattano positivamente sulla reattività del sistema</p> <p>Riconoscibilità: il sistema non è riconoscibile ai cittadini</p> <p>Visibilità: il sistema è "visibile" solo agli operatori, ad eccezione del Portale del Cittadino.</p>	<p>Integrazione dei servizi: il sistema integra anche l'assistenza ospedaliera. <i>Tuttavia non vi è integrazione con i servizi sociali</i></p> <p>Accesso a più servizi attraverso un solo contatto: non consentita vista la necessità, in assenza di supporti di telemedicina, di compresenza tra operatore e paziente. Fa eccezione l'accesso ai servizi amministrativi</p>	<p>Interpersonale: si rafforza il rapporto con il MMG e con gli specialisti che accedono al fascicolo sanitario virtuale .</p> <p>Manageriale: è possibile lo sviluppo di percorsi condivisi e l'interazione professionale grazie al supporto del sistema.</p> <p>Informativa: gli operatori dispongono tutte le informazioni cliniche e sociali e di processo rilevanti sul paziente, atte a garantire un intervento appropriato e completo</p>	<p>Gestione dei confini: al momento, le interazioni con l'esterno avvengono secondo le tradizionali modalità operative a livello di singoli servizi e non di rete nella sua interezza</p>

Lesson learned

- La capacità di garantire un'assistenza primaria appropriata secondo le quattro dimensioni individuate, è fortemente dipendente dal potenziamento dei meccanismi di coordinamento tra gli attori coinvolti.
- L'aggregazione fisica non è sufficiente a promuovere un potenziamento del coordinamento
- In un settore ad alto contenuto informativo uno dei primari presupposti il fabbisogno di integrazione può tradursi nella disponibilità di informazioni appropriate, nei tempi e nei modi opportuni

Lesson learned

- Lo sfruttamento in nuovi scenari applicativi di tecnologie dell'informazione possono costituire importanti fattori abilitanti per il superamento dei vincoli di spazio e di tempo che limitano le possibilità di interazione e di comunicazione tra i vari professionisti
- L'ICT promuove lo sviluppo di un modello reticolare altamente dinamico e riconfigurabile che potrebbe articolarsi nel territorio in base alle diverse esigenze e vincoli socio-economici , demografici e ambientali.
- Lo sfruttamento delle potenzialità dell'ICT è tuttavia subordinato all'adozione di un approccio olistico prevedendo un forte coinvolgimento, strutturato e significativo sia degli operatori (manager e medici) che dei cittadini.



Grazie per l'attenzione!

Valentina Albano

valbano@luiss.it