

CONVEGNO REGIONALE CARD VENETO

COME VALUTARE IN
TERMINI DI
EFFICIENZA LE AFT
COMPLESSE

ESTE, 13 APRILE 2012

Relatore: Dott. Fosco Foglietta



"AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI" (AFT)

"UTAP"


"CASE DELLA SALUTE", ETC....

DENOMINAZIONI, GROSSO MODO EQUIVALENTI CHE SOTTENDONO L'OBIETTIVO (strategico) DI:




- AGGREGARE FISICAMENTE/STRUTTURALMENTE UN NUMERO VARIABILE DI **SERVIZI TERRITORIALI**; RENDENDO, CON CIO', **VISIBILE, RICONOSCIBILE, IMMEDIATMAENTE** IL LUOGO IN CUI RICEVERE ASSISTENZA NON OSPEDALIERA (cresce nell'immaginario collettivo l'alternativa all'ospedale)

● **SVILUPPARE UN ASSETTO ORGANIZZATIVO CHE CONSENTA:**

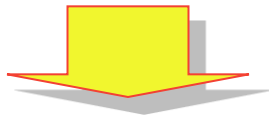
- 
- DI AMPLIARE LE FASCE ORARIE DI ACCESSO** (tendenzialmente 12 ore)
 - DI SVILUPPARE LE FORME ASSOCIATIVE PIU' COMPLESSE DEI M.M.G.** (medicina di gruppo) DEFINENDO, CORRISPONDENTEMENTE, VERI E PROPRI, **NUOVI SERVIZI DI CURE PRIMARIE**
 - DI SPERIMENTARE NUOVE SOLUZIONI GESTIONALI NELL'AREA DELLA SPECIALISTICA AMBULATORIALE**
 - DI CREARE CONDIZIONI ALTERNATIVE VERE ALLA INAPPROPRIATEZZA NEL RICORSO AI P.S. E P.P.I.**

● **DEFINIRE FORMALMENTE, SUL PIANO ORGANIZZATIVO E OPERATIVO, PROCESSI:**

- 
- DI ACCOGLIENZA/PRESA IN CARICO** (punto unico di accesso)
 - DI INTEGRAZIONE GESTIONALE E PROFESSIONALE** (fra servizi sanitari - ospedalieri e territoriali - fra servizi sanitari e sociali).....
 -E QUINDI, DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE**
 - DI TRATTAMENTO DIRETTO** (presa in carico) **DI UN NUMERO CRESCENTE DI PATOLOGIE CRONICHE**



TUTTO CIO' RAPPRESENTA LA
FRONTIERA AVANZATA DELLA
RIMODULAZIONE DEI SERVIZI
TERRITORIALI - DI CURE PRIMARIE E
SPECIALISTICI; SANITARI, SOCIO
SANITARI E SOCIALI -



NON E', QUINDI, PEREGRINO
CHIEDERSI:

QUESTO POTENTE SFORZO INNOVATIVO E'
FINALIZZATO SOLO A MIGLIORARE LA
EFFICACIA ASSISTENZIALE E LA QUALITA'
DELLE RISPOSTE; OPPURE, A CIO' SI
AGGIUNGE, SU FRONTI DIVERSI, ANCHE LA
CAPACITA' DI PRODURRE UN USO PIU'
EFFICIENTE DELLE RISORSE (riducendo i
costi di produzione)?



PER POTER RISPONDERE IN TERMINI
NON APPROSSIMATIVI E CON
AFFERMAZIONI FIDEISTICHE OCCORRE

MISURARE I RISULTATI OTTENUTI IN
TAL SENSO (se ed in quanto ottenuti)



IL CHE SIGNIFICA DEFINIRE
PRELIMINARMENTE:



QUALI SIANO LE INNOVAZIONI
ORGANIZZATIVO/OPERATIVE CHE POSSONO
GENERARE UN MINOR CONSUMO DI
FATTORI PRODUTTIVI



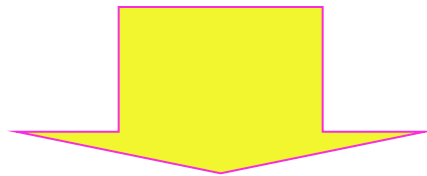
CORRISPONDENTEMENTE, QUALI SIANO LE
SOLUZIONI NUOVE CHE COMPORTANO
EVENTUALI MAGGIORI COSTI



QUALE POSSA ESSERE IL CONTENIMENTO
DEI COSTI DERIVANTE DALL'INCREMENTO
DELLA APPROPRIATEZZA CLINICA E
ORGANIZZATIVA CORRELATA AI PROCESSI
DI PRESA IN CARICO, CONTINUITA'
ASSISTENZIALE; INTEGRAZIONE SOCIO
SANITARIA; ETC...



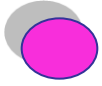
**ALLA PRE-DEFINIZIONE DELLE
CONDIZIONI (organizzative, gestionali,
operative; strutturali e processuali) CHE
POSSONO REALIZZARE AZIONI
RAZIONALIZZATRICI E DI
RISPARMIO, OCCORRE AGGIUNGERE**



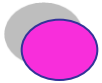
**LA CAPACITA' DI QUANTIFICARNE
GLI EFFETTI ATTRAVERSO UN
IDONEO SISTEMA INFORMATIVO**



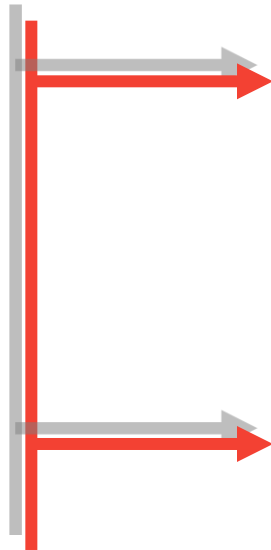
SISTEMA INFORMATIVO (prima che informatico) che possa:



CONFRONTARE LO "STATUS" DEI **COSTI** SOSTENUTI DAL SISTEMA AZIENDALE IN RAPPORTO AI **SERVIZI/ATTIVITA'** CHE CONFLUISCONO NELLE NUOVE STRUTTURE (A.F.T., CASA DELLA SALUTE...) **PRIMA E DOPO** TALE CONFLUENZA



CIO PRESUPPONE CHE:



Il **Servizio Informativo** già esiste e consente il confronto (salvo alcuni aggiornamenti o implementazioni)

Il **Servizio Informativo** non esiste (o è del tutto inadeguato). Occorre, dunque,

- **PROGETTARLO; ATTUARLO; TESTARLO... NEL SUCCEDERSI DEI MODI E DEI TEMPI NECESSARI**



PROVIAMO, ORA, A FORMNIRE
QUALCHE

ESEMPIO

1.

LE INNOVAZIONI ORGANIZZATIVE E
OPERATIVE CHE POSSONO INCIDERE
SUI COSTI DI PRODUZIONE

a)



LA CONCENTRAZIONE

- dei percorsi di accesso
- delle prese in carico
- dell'orientamento verso i servizi
- della distribuzione dei "beni sanitari"
- Etc....



SI SVILUPPA, ESSENZIALMENTE,
ATTRAVERSO:



LA CREAZIONE DI UN
"PUNTO UNICO" DI
ACCESSO (P.U.A.)

- PRE-PRESA IN CARICO;
- AVVIO DEL PERCORSO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE



LA RI-ORGANIZZAZIONE DELLE
ATTIVITA' SPECIALISTICHE
AMBULATORIALI



LA DISTRIBUZIONE DIRETTA DEL
FARMACO IN RAPPORTO ALLE VARIE
TIPOLOGIE DI UTENZA PRESE IN
CARICO DAI M.M.G. E DAGLI
SPECIALISTI AMBULATORIALI



UN APPROFONDIMENTO SUL RAPPORTO FRA REVISIONE ORGANIZZATIVA DELLA SPECIALISTICA E MINOR CONSUMO DEI FATTORI PRODUTTIVI



ATTIVAZIONE - IN OGNI POLIAMBULATORIO - DI UN PUNTO DI ACCOGLIENZA (P.d.A.) A GESTIONE INFERMIERISTICA

- SMISTAMENTO ACCESSI
- ORIENTAMENTO PERCORSI DIAGNOSTICI COMPLESSI
- "CONFORT" NELLE ATTESE



INFORMATIZZAZIONE DEGLI AMBULATORI E DELLA TRASMISSIONE REFERTI AI M.M.G.





REVISIONE FUNZIONI E RUOLO DELL'INFERMIERE PROFESSIONALE E QUINDI, IN PARTE, DELLO SPECIALISTA




FORMALIZZAZIONE DI PERCORSI INTEGRATI CON IL PRESIDIO OSPEDALIERO E ALTRI SERVIZI TERRITORIALI



**IN RAGIONE DI CIO' SI LIBERANO
RISORSE (tempo/lavoro) COME
CONSEGUENZA:**

-  **DELLA ELIMINAZIONE DELLE
FUNZIONI ANCILLARI
DELL'INFERMIERE ALLA PORTA
DELL'AMBULATORIO**
-  **DELLA ATTRIBUZIONE
ALL'INFERMIERE DI ALCUNI
COMPITI ESCLUSIVI (ad esempio
ECG....)**



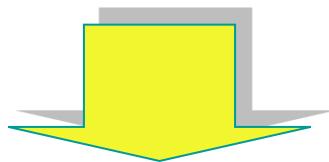
**INOLTRE, LA CREAZIONE DI UN P.U.A.
RIDUCE CONSEGUENTEMENTE I VARI
SPORTELLI, ACCETTAZIONI, ETC.. IN
PRECEDENZA DEDICATI AI VARI
SERVIZI SANITARI, SOCIO SANITARI
(E SOCIALI?)**

b)

PROCEDENDO NELL'ESERCIZIO
ESEMPLIFICATIVO SI POSSONO
FORNIRE ALTRI SPUNTI SUL COME

LE INNOVAZIONI
ORGANIZZATIVE E OPERATIVE

SIANO IN GRADO DI INCIDERE
SUI COSTI SIA DIMINUENDOLI
CHE ACCRESCENDOLI



RIPORTIAMO NELLA TABELLA
ALCUNE INDICAZIONI IN
MERITO

| AZIONI RIORGANIZZATIVE E DI INNOVAZIONE OPERATIVA | FATTORI PRODUTTIVI SU CUI SI INCIDE | INDICATORI DI RISULTATO | |
|---|---|--|---|
| | | CLINICO/ ASSISTENZIALI | ECONOMICI |
| La creazione di un “Punto Unico” di accesso (alla attività della “Casa della Salute” e alla specialistica ambulatoriale) | La riorganizzazione delle attività specialistiche ambulatoriali attraverso la revisione del ruolo e delle funzioni del personale infermieristico e medico | di natura processuale. Maggiore “Presenza in carico” e continuità della assistenza | * minore consumo di risorse infermieristiche; * minore consumo (più ridotto) di risorsa medica *riduzione di altri, precedenti “punti di accesso” |
| Processi concentrativi | Chiusura di piccole sedi periferiche (per attività specialistiche; consultoriali; etc.) | | *riduzione di oneri di locazione; pulizia; riscaldamento; etc.. *recupero ore/lavoro del personale |
| Distribuzione diretta dei farmaci da parte di tutti i servizi della “Casa della Salute” in cui si effettuano “prese in carico” | *Farmaci, in genere; generici e genericabili, in particolare *Ausili e protesi riciclabili | un più appropriato consumo dei farmaci | riduzione dei costi relativi al consumo fino ad un massimo del 50% rispetto alla convenzionata esterna |



MINORI COSTI

| AZIONI RIORGANIZZATIVE E DI INNOVAZIONE OPERATIVA | FATTORI PRODUTTIVI SU CUI SI INCIDE | INDICATORI DI RISULTATO | |
|---|--|--|--|
| | | CLINICO/ ASSISTENZIALI | ECONOMICI |
| Attivazione di forme associative dei m.m.g. (medicine di gruppo ad es.) per 8/10 ore diurne | <ul style="list-style-type: none"> •Ore/lavoro personale medico •Personale infermieristico e amministrativo •Ore/lavoro medici specialisti •Allestimento ICT | <ul style="list-style-type: none"> •di natura processuali: maggiori e migliori risposte alla cronicità e alla emergenza | –maggiori costi per indennità, stipendi, canoni informatici, etc.. |
| Attivazione di nuovi servizi e potenziamento strumentale di supporto | •Personale; allestimenti; tecnologie | •aumento della tipologia della “offerta” | –maggiori costi di esercizio |
| Allestimento di un Sistema Informativo dedicato | •Soft-ware e postazione/servizi | | –costi di sicura manutenzione, personalizzazione |

MAGGIORI COSTI

2.

**LE POSSIBILI
CORRELAZIONI FRA
PERCORSI
CLINICO/ASSISTENZIALI,
PROMOSSE DALLA E NELLA
NUOVA STRUTTURA E IL
CONTENIMENTO DI
CONSUMI INAPPROPRIATI**

ANCHE PER QUESTE PROSPETTIVE SONO

ESEMPLIFICABILI

ALCUNE SOLUZIONI CHE RIPORTIAMO
IN TABELLA

| PERCORSI CLINICO/ASSISTENZIALI CHE PROMUOVONO CONSUMI PIU' APPROPRIATI | FATTORI PRODUTTIVI SU CUI SI INCIDE | INDICATORI DI RISULTATO | |
|--|--|--|--|
| | | CLINICO/ ASSISTENZIALI | ECONOMICI |
| <p>“Prese in carico” da parte dei m.m.g. (diabetici; coagulati; broncopneumopatici; ipertesi... cronici) di ordine generale</p> | <ul style="list-style-type: none"> •Tempo/lavoro del m.m.g.; • Personale infermieristico e amministrativo; •Distribuzione farmaci; •Diagnostiche; •Centri ospedalieri di riferimento; •Sistema informatici (ICT) | <ul style="list-style-type: none"> •di processo: rispetto del percorso standard di “presa in carico”/continuità assistenziale integrata; •di esito: <ul style="list-style-type: none"> - valori clinici controllati nel tempo; - condizioni di autonomia, nel tempo | <p>minore consumo di farmaci; di visite specialistiche; ricoveri ospedalieri; accertamenti diagnostici...</p> |
| <p>“Prese in carico” da parte dei m.m.g. di ordine particolare (scompenso cardiaco in collaborazione con il cardiologo; attività motoria come alternativa al farmaco; ad esempio)</p> | <ul style="list-style-type: none"> •Tempo/lavoro del m.m.g. •Tempo/lavoro di figure specialistiche; •Personale infermieristico e amministrativo; •Distribuzione farmaci e/o altri ausili •Diagnostiche; •Sistema Informatici (ICT) | <ul style="list-style-type: none"> •di processo: -rispetto di protocolli standard •di esito: <ul style="list-style-type: none"> - valori clinici controllati nel tempo; - condizioni di autonomie nel tempo | <p>minore consumi di farmaci; visite specialistiche; ricoveri; diagnostiche; etc...</p> |
| <p>“Prese in carico” da parte di specialisti ambulatoriali</p> | <ul style="list-style-type: none"> •Tempo/lavoro del medico specialista e dell’Infermiere Professionale (eventualmente); •diagnostiche | <ul style="list-style-type: none"> •di processo: –rispetto ai protocolli standard | <p>minore consumo: <ul style="list-style-type: none"> –di accertamenti diagnostici; –visite specialistiche; –farmaci </p> |

MINORI COSTI

| PERCORSI CLINICO/ASSISTENZIALI CHE PROMUOVONO CONSUMI PIU' APPROPRIATI | FATTORI PRODUTTIVI SU CUI SI INCIDE | INDICATORI DI RISULTATO | |
|--|---|--|---|
| | | CLINICO/ ASSISTENZIALI | ECONOMICI |
| Implementazione della appropriatezza organizzativa riducendo gli accessi al "Pronto Soccorso" e ai "punti di primo intervento" | <ul style="list-style-type: none"> •Tempo/lavoro del m.m.g. e di continuità assistenziale; •Tempo/lavoro personale infermieristico | <ul style="list-style-type: none"> •Riduzione del ricorso ai P.S. e P.P.S. ospedalieri per "codici bianchi e verdi" | –Possibile riduzione dei "punti di primo intervento" |
| Implementazione delle appropriatezza organizzativa riducendo i trattamenti chirurgici in "Day Surgery" | <ul style="list-style-type: none"> •Tempo/lavoro del medico specialista; •Tempo/lavoro personale infermieristico; •impiego beni sanitari di sale operatoria; | <ul style="list-style-type: none"> •di processo: <ul style="list-style-type: none"> - rispetto protocolli di appropriatezza ; - di esito; - non complicanze | <ul style="list-style-type: none"> –Riduzione ricoveri; –Contrazione delle strutture di Day Surgery |

MINORI COSTI

3.

**IL SISTEMA
INFORMATIVO/
INFORMATICO
NECESSARIO PER
QUANTIFICARE GLI
EFFETTI**



OCCORRE PASSARE DAL... "E'
PRESUMIBILE...";... "E' LOGICO
IMMAGINARE CHE....", ALLA
MISURAZIONE DEI
RISULTATI ATTESI SUL
PIANO DEL CONSUMO SIA DI
PRESTAZIONI SIA DI
FATTORI PRODUTTIVI



PER OTTENERE CIO' E' INDISPENSABILE:

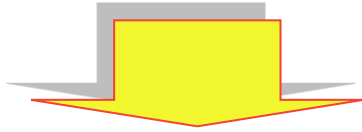


UN SISTEMA INFORMATIVO CENTRATO SUI CONSUMI DI PRESTAZIONI (farmaceutiche; specialistiche; di diagnostica strumentale; ospedaliera) **GENERATI DA OGNI CITTADINO/UTENTE.**

CIO' CONSENTE DI CONFRONTARE L'ANDAMENTO STORICO DI TALI CONSUMI SU BASE SUB-COMUNALE, DISTRETTUALE, AZIENDALE E DI RAPPORTARLI A VALORI MEDI ASSUNTI COME PARAMETRI DI RIFERIMENTO.

L'AVVENTO DELLE NUOVE STRUTTURE PROVOCA MUTAMENTI VIRTUOSI - IN CHIAVE DI APPROPRIATEZZA - DI TALI CONSUMI???





**UNA "CONTABILITA'
ECONOMICO/ANALITICA" -
ARTICOLATA IN CENTRI DI COSTO
- CHE CONSENTA DI
QUANTIFICARE, SIA I COSTI
RELATIVI AI FATTORI PRODUTTIVI
IMPIEGATI NELLE INNOVAZIONI
ORGANIZZATIVE E GESTIONALI
INTRODOTTE, SIA QUELLI
DERIVANTI DAI CONSUMI DI
PRESTAZIONI**





INFINE, SAREBBE ESTREMAMENTE INTERESSANTE ED UTILE DOTARSI DI UN'ULTERIORE "TRANCE" EVOLUTIVA DI UN SISTEMA INFORMATIVO/INFORMATICO CAPACE DI INCROCIARE IL COSTO DI OGNI PRESTAZIONE EROGATA CON I PIANI DI ATTIVITA' CONSEGUENTI ALLA PRESE IN CARICO, CON CIO' DEFINENDO IL COSTO DI OGNI PROCESSO ASSISTENZIALE.



DA QUI POSSIBILITA' DI:

