



CONVEGNO INTER REGIONALE

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

VENERDÌ 5 DICEMBRE 2014 ORE 09.00 – 18.30

TREVISO

Sala Auditorium della Provincia di Treviso – Pad. 3
Via Cal di Breda 116, Treviso

LA REGIONE VENETO ED I P.D.T.A.

E.RIZZATO



Consapevolezza comune che:

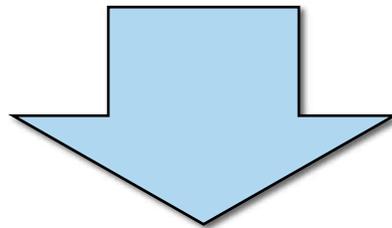
TRANSIZIONE EPIDEMIOLOGICA (CON EFFETTI SU PATOLOGIE ED ESIGENZE DEI PAZIENTI)

INNOVAZIONE E SVILUPPO TECNOLOGICO (CON ALLARGAMENTO DEGLI AMBITI DI APPLICAZIONE DELLE STRATEGIE DIAGNOSTICO TERAPEUTICHE)

TRANSIZIONE PROFESSIONE : PERSONALE DI ASSISTENZA LAUREATO

SICUREZZA DEL SISTEMA E DEL PRODOTTO (CON STANDARDIZZAZIONE DEI PROCESSI)

NECESSITA' DI PERSONALIZZARE L'ASSISTENZA: P.A.I. (PERSEGUENDO IL SELF-MANAGEMENT)



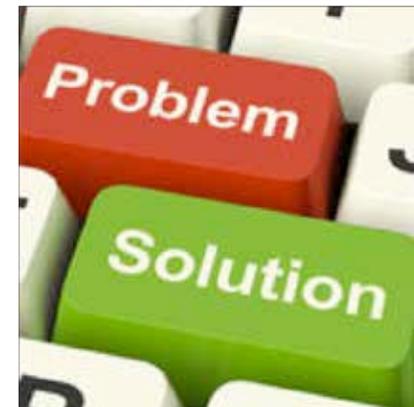
MUTAMENTO DEMOGRAFICO E SOCIALE



Bisogna cambiare: **INNOVARE**

Con il vincolo:

- ❖ DELLA SOSTENIBILITA' ECONOMICA
- ❖ CONTEMPERANDO IL RISCHIO DELLA DISEGUAGLIANZA
(CHE AUMENTA CON LA CRISI ECONOMICA)



OGNI MODELLO ASSISTENZIALE deriva

*Pur nelle oscillazioni determinate dalle novità/mode dipende da **due elementi principali** e da una serie di variabili che possono presentarsi nel tempo (aspetti tecnologici, strutturali etc.) che però non modificano sostanzialmente i due elementi principali:*

1. SOGGETTO-ELEMENTO CHE STA ALLA BASE DEL PROCESSO ORGANIZZATIVO



2. MODALITA' DI TRASLARE LE INFORMAZIONI



L'ORGANIZZAZIONE SI INCENTRAVA



ORGANIZZAZIONE CARTACEA: CHE SI BASA SUI VINCOLI, PROCEDURE, MODALITA' ESISTENTI PER RILEVARE LE INFORMAZIONI, RENDERLE DISPONIBILI, TRASFERIRLE AD ALTRI...

Il modello basato sul presupposto dell'offerta di prestazione, servizi specifici prevede che la risposta strutturale / organizzativa avvenga secondo la logica della

CULTURA SECONDO FUNZIONI

(tutti coloro che eseguono le stesse funzioni o che utilizzano nel lavoro le stesse conoscenze vengono accorpati in un'unica unità organizzativa).

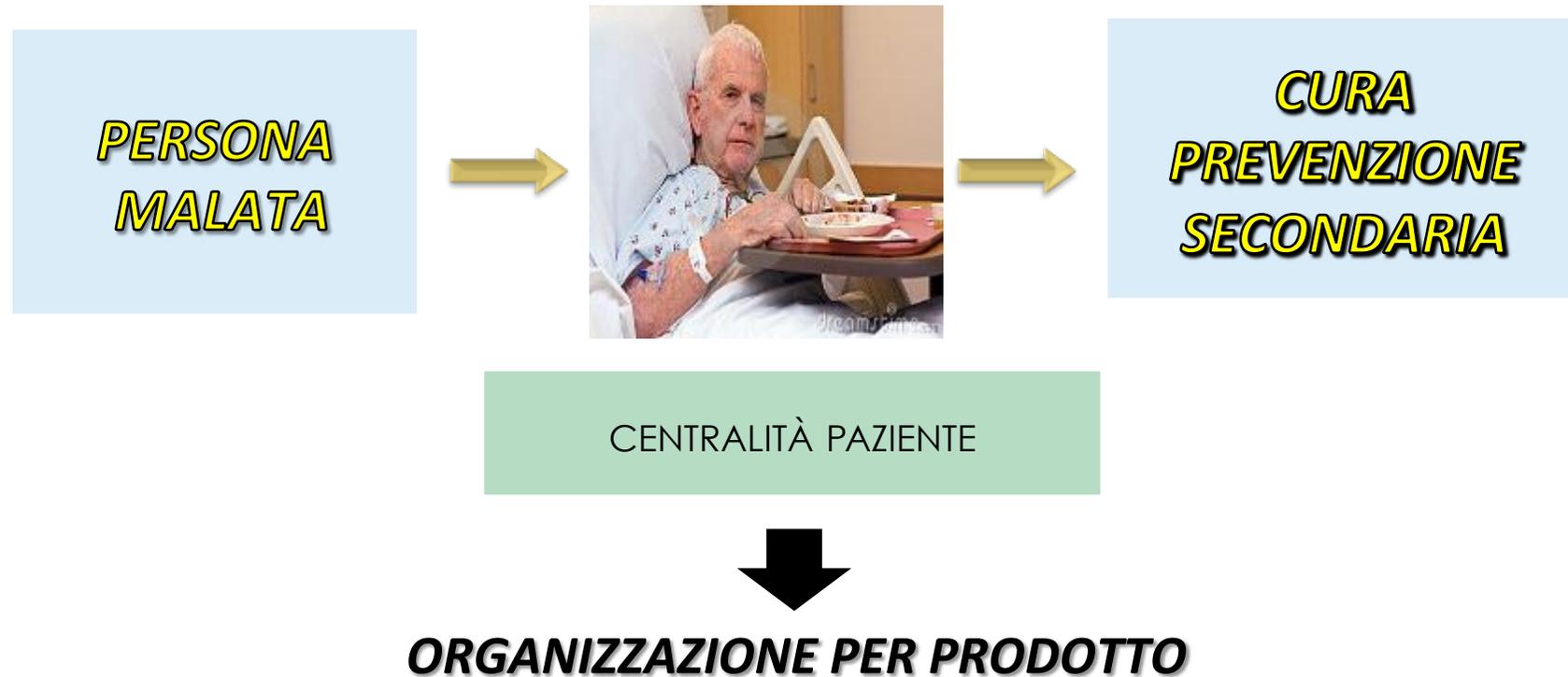
I meccanismi che governavano l'integrazione dentro l'organizzazione sono rappresentati dalla gerarchia – norme – procedure

Questo determinava **la divisione strutturale** per singole realtà, per servizi differenziati, che portava ad una impostazione

SERVIZIO-CENTRICA

(incentrata sul servizio)

L'ORGANIZZAZIONE DI DOMANI dovrà incentrarsi su



INFORMATIZZAZIONE: non deve perseguire la DIGITALIZZAZIONE DEL CARTACEO (FINALITA' DEL PROCESSO DI INFORMATIZZAZIONE) ma rappresentare lo **STRUMENTO** CHE CONCORRE A DETERMINARE IL NUOVO MODELLO ORGANIZZATIVO DAL MOMENTO CHE DETERMINA UNA RILEVAZIONE E TRASFERIMENTO DIVERSO DELLE INFORMAZIONI

La struttura non va più creata attorno ai servizi e alla funzione, ma attorno ai processi “CORE” inter-funzionali che realizzano il risultato, salute/benessere per il paziente.

I servizi si strutturano ed organizzano nella **logica del servizio al paziente**:

*il servizio da elemento finale per l'organizzazione a **strumento** e mezzo per perseguire il fine rappresentato dall'utente, o meglio dal progetto assistenziale sul paziente.*

Va creata **una struttura per prodotto**,
*dove i **meccanismi di integrazione** delle persone e delle varie unità non sono le gerarchie, ma i programmi, le linee guida, i **processi assistenziali**.*

I punti di forza diventano la responsabilizzazione sui risultati, *la visione d'insieme, la **decentralizzazione del processo decisionale**, il lavoro d'equipe, la cooperazione, focalizzandosi nella creazione del valore rappresentato dalla centralità del paziente*

*L'integrazione delle persone si realizza grazie alla **cultura comune e ai nuovi valori condivisi***



Il **concetto dell'integrazione**, della sinergica interrelazione delle varie professionalità che sta alla base della necessità di mettere in un' unica struttura servizi prima diversificati e distribuiti in luoghi diversi porta inevitabilmente alla necessità di **mettere insieme tutti coloro** che (con diversi ruoli e diverse professioni) sono necessari e funzionali a **perseguire i risultati** desiderati: patologie da curare, processo assistenziale da garantire e prodotto da assicurare.

Sappiamo che...

Ogni sistema è perfettamente disegnato per raggiungere i risultati che ottiene

Se vogliamo risultati differenti, dobbiamo ***cambiare il sistema.***

SCARDINANDO LA VECCHIA CULTURA ORGANIZZATIVA

In quanto strategie ,metodologia e strumenti non sono sufficienti da soli .



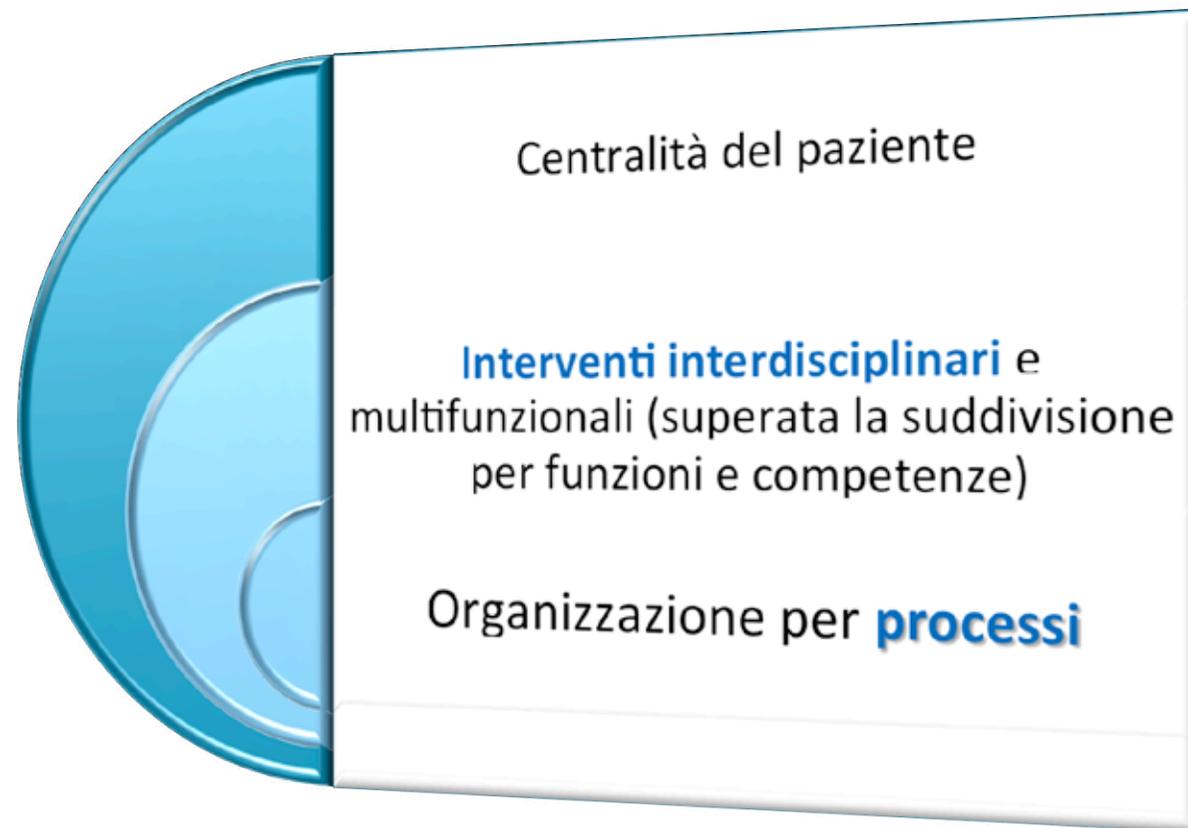
E' NECESSARIO AGIRE QUINDI CON UN NUOVO MODO DI PENSARE

invece di **pensare ad un nuovo modo di agire:**

- *Progettare*
- *Definire le infrastrutture*
- *Ridisegnare il processo*



Superate le suddivisioni per funzioni e competenze (organizzazione per **funzione**),
si dà spazio ad un' **organizzazione** incentrata su :



INTERVENTI MULTIDISCIPLINARI

Ogni paziente è se stesso ma quale dovrebbe essere l'atteggiamento di più operatori sanitari che lavorano nella stessa organizzazione di fronte allo stesso paziente ? ..considerando che

Il comportamento umano è governato da regole: quando non esplicitate agiscono nella forma di **atteggiamenti** , di aspettative, di pregiudizi, in **grado di condizionare la scelta delle azioni e dei mezzi** non sempre orientate quindi nel miglior modo alla finalità dell'intervento .

SOGGETTIVISMO INTERPRETATIVO ED ATTUATIVO

La **Clinical Governance** nasce *dall'esigenza di esplicitare, condividere e applicare tali regole* da parte dei professionisti in ambito aziendale e realizzare sicurezza , efficacia ed efficienza coerenti con valori e strumenti tipici delle professioni sanitarie.

STANDARD OMOGENEO

STRUMENTI PRINCIPALI DELLA GESTIONE PER PROCESSI

- ***PERCORSO ASSISTENZIALE***
- ***PROFILO DI CURA***
- ***PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA)***



IL PERCORSO DI UN PAZIENTE

- *STUDIA L'INSIEME DELLE AZIONI E DELLE PRESTAZIONI FINALIZZATE AD AFFRONTARE UNO SPECIFICO PROBLEMA DI SALUTE*
- *RIFERITO AD UN GRUPPO DI PAZIENTI, CON CARATTERISTICHE OMOGENEE,*
- *DAL MOMENTO DELL'INQUADRAMENTO DIAGNOSTICO FINO ALLA RISOLUZIONE*
- *COMPATIBILMENTE CON LA NATURA DELLA PATOLOGIA STUDIATA, DELLE CARATTERISTICHE DEI PAZIENTI E DEL PROBLEMA DI SALUTE STESSO.*



LA CONSAPEVOLEZZA DELLA NECESSITA' DI
RIVEDERE L'ORGANIZZAZIONE SI SOSTANZIA

NELLO SFORZO DI COSTRUIRE STRUMENTI:

- PDTA BPCO
- PDTA DIABETE MELLITO
- PTDA FIBRILLAZIONE ATRIALE
- PDTA DELLE CURE ONCOLOGICHE E PALLIATIVE

NELLA RICERCA DI PROPORRE RUOLI E MODELLI NUOVI:

- BED MANAGER (CERNIERA FRA I SETTING ASSISTENZIALI ATTRAVERSO LA GESTIONE DEI POSTI LETTO)
- DISCHANGER MANAGER (GESTISCE LE DIMISSIONI PROTETTE ATTRAVERSO IL COORDINAMENTO)
- FLOW MANAGER (GARINTISCE LA FLUIDITA' DEI PERCORSI DEL PAZIENTE CHE ATTRAVERSANO DIVERSE AREE PRODUTTIVE: DEGENZA, TERAPIE INTENSIVE, CURE INTERMEDIE...)
- OPERATION MANAGER (OTTIMIZZA I PROCESSI PRODUTTIVI DELL'AZIENDA, COORDINA E GESTISCE LE CAPACITA' PRODUTTIVE DELLE AREEE OPERATIVE AZIENDALI)

CORSI E RICORSI...

RISCHI :

- ✓ IL PERCORSO DIVENTA IL LIBRO DEI SOGNI ED ENNESIMA ESPRESSIONE E RISPOSTA ALLE ESIGENZE LOCALI, che poi non si modificano .
- ✓ I PROFESSIONISTI PERDONO LA FIDUCIA NEI PROCESSI E LA MOTIVAZIONE PER COSTRUIRLI
- ✓ VENGONO RESE ESPLICITE ' COSE DA FARE' CHE POI NELLA REALTA' NON FACCIAMO.



PERCHE' NON FUNZIONANO, POI NELLA PRATICA QUOTIDIANA ?

Il processo di cambiamento non deve partire dalla identificazione di soluzioni e successiva definizione di ruoli / responsabilità ma deve partire dall'analisi delle operations / processi e delle conseguenti procedure organizzative.

Bisogna prima cambiare i processi e le procedure organizza:

Prima definire i cambiamenti del sistema logistico,

Poi analizzare l' impatto di questi cambiamenti sulle attività ed i processi e

Infine determinare i cambiamenti sui sistemi operativi e quindi la definizione di ruoli e responsabilità. *(S.Villa)*

Da Innovazione dei Processi di Funzionamento *(F.Lega)* che riprendono i concetti di MINTZBERG

ELEMENTI CHIAVE:

1. REINGNERIZZARE I PROCESSI
2. DEFINIRE LA NATURA DELLE INFORMAZIONI (A CHI, PER CHE COSA) PER DELINEARE I CONTENUTI DEL SISTEMA INFORMATIVO
3. DEFINIRE RUOLI ,COMPETENZE ,RESPONSABILITA'
4. CONOSCERE E CONTROLLARE I PROCESSI PRODUTTIVI



IL PROCESSO DI INFORMATIZZAZIONE

1. AVVIENE IN CONCOMITANZA AL PROCESSO DI RIVISITAZIONE DELLE OPERATION E CONCORRE A DEFINIRE LA REINGEGNERIZZAZIONE DEI PROCESSI : **ORGANIZZAZIONE INFORMATIZZATA**
2. NON ALLA FINE DE PROCESSO DIGITALIZZANDO IL CARTACEO **ORGANIZZAZIONE CHE SI INFORMATIZZA**

COME SI STA PROCEDENDO

La Regione Veneto

- con DGR n. 2556 del 29 dicembre 2011, ha approvato le modalità di attuazione e di spesa del progetto: «CASA DELLA SALUTE

«Sviluppo dei modelli organizzativi per le cure primarie, in particolare l'UTAP, dando impulso ai distretti e dotando il territorio di sistemi informatici e telematici che consentano le efficienti modalità di comunicazione tra MMG e Ospedali e tra MMG e gli altri attori presenti nel territorio»

- con LR n. 23 del 29 giugno 2012(Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2016) in considerazione della **crescita della cronicità** degli impatti sulla qualità e continuità dell'assistenza erogata, ha **determinato l'esigenza di definire nuovi modelli assistenziali** con approccio multi disciplinare e inter disciplinare in grado di porre in essere meccanismi di integrazione delle prestazioni sanitarie e sociali territoriali ed ospedaliere, favorendo la continuità delle cure e ricorrendo a **misure assistenziali ed organizzative** di chiara evidenza scientifica ed efficacia...a tal fine promuove forme associative più evolute della Medicina Convenzionata (Medicine di gruppo integrate) caratterizzate da un'organizzazione in team multi professionali, strutturata su una chiara divisione del lavoro... **garantendo l'integrazione attraverso l'implementazione di appositi PDTA**

Per una **corretta ed efficiente presa in carico**, gli elementi indispensabili sono:

1. LA DEFINIZIONE DI PDTA
2. L'INDIVIDUAZIONE DEI MODELLI ORGANIZZATIVI (con definizioni di competenze, ruoli, funzioni)
3. LA TRACCIABILITA' DEL PERCORSO ASSISTENZIALE
4. INDIVIDUAZIONE DI UN SISTEMA DI INDICATORI (di struttura, di processo, di output, di esito-outcome, di impatto economico)
5. IMPLEMENTAZIONE DI PERCORSI DI AUDIT SU OBIETTIVI ED INDICATORI CONDIVISI

IL PDTA

E' la dorsale che aggrega competenze, professionalità, funzioni e ruoli diversi, organizzate in servizi-organizzazioni secondo le forme più opportune, definite della programmazione territoriale in modo da garantire il risultato atteso (outcome) con la migliore efficacia ed efficienza

PROGETTO CASA SALUTE

Regione Veneto con Delibera della Giunta Regionale n. 530 del 15 aprile 2014 da avvio alle sperimentazioni aziendali già finanziate: «Progetto Regionale approvato: CASA DELLA SALUTE» individuando quale soggetto da assegnare alla gestione di tale attività il Dipartimento inter aziendale funzionale delle Tecnologie Informatiche Sanitarie tra le Aziende delle ULSS n 3-4-5-6; incaricando un Project Manager.

Il Mandato:

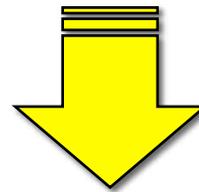
Sperimentare compiutamente i modelli organizzativi a supporto dei PDTA e
Intervenire sui sistemi informativi aziendali al fine di garantire un reale supporto alla gestione dei processi e dei relativi PDTA

I RUOLI

LA REGIONE

Esperienze al livello aziendale (percorsi diagnostico terapeutici assistenziali locali)

GRUPPI DI LAVORO
SU SPECIFICI
PROFILI DI CURA



Evidenze scientifiche e buone pratiche assistenziali

PROPOSTA DI LINEE
GUIDA NELL'AREA
DELLA CRONICITA'

*PROPOSTE DI P.D.T.A. DISPONIBILE : **BRONCOPATIA CRONICA** , DIABETE.
PROPOSTE IN CANTIERE : SCOMPENSO CARDIACO , CURE ONCOLOGICHE...*

GRUPPO DI LAVORO INTERAZIENDALE

PROPOSTA DI PDTA REGIONALE

CONDIVISIONE DELLE AZIONE-
OPERATION
(cosa, quando, come fare)
CONDIVISIONE DI CHI FA
(competenze, ruoli, funzione)



DEFINIZIONE DELLE
INFORMAZIONI NECESSARIE
(quali e caratteristiche, a chi,
quando) per connotare
IL SISTEMA INFORMATICO

Reingegnerizzazione delle attività e dei processi

MODELLO ORGANIZZATIVO

PDTA PROVINCIALE

L'organizzazione per singola azienda

Le aziende sanitarie della provincia di Vicenza assicurano per la realizzazione del progetto la partecipazione di:

- un referente di progetto aziendale che garantisca “continuità” al processo di costruzione ed implementazione dei PDTA e che, rapportandosi con il responsabile di progetto, assicuri la presenza dei vari componenti aziendali e l’attuazione delle iniziative locali definite in sede di progetto

- una figura infermieristica, che garantisca “continuità” al processo di costruzione ed implementazione dei PDTA e che si rapporti con il referente di progetto aziendale

Le figure di referente di progetto aziendale e infermieristica per la loro specificità **sono parte integrante** e continuativa **del gruppo di progetto.**

Le **figure** di seguito elencate verranno invece individuate a **seconda del PDTA** oggetto di elaborazione.

- ✓ **Un referente di processo**, che garantisca (relativamente al PDTA di competenza) al referente di progetto aziendale l'attuazione delle iniziative locali in attuazione del progetto.
- ✓ **Un medico di medicina generale** e/o un pediatra di libera scelta
- ✓ **Specialisti di settore** (due con la presenza obbligatoria di almeno uno),
- ✓ **Una figura infermieristica o tecnica**

il gruppo potrà essere integrato da **ulteriori professionalità** in base alla natura del percorso e alla tipologia di attività/processo analizzata.



Livello provinciale *PROJETCT MANAGER E GRUPPO DI PROGETTO*

Ulss
3

Referente aziendale di progetto
Figura infermieristica di riferimento
aziendale

Ulss
4

Referente aziendale di progetto
Figura infermieristica di riferimento
aziendale

Ulss
5

Referente aziendale di progetto
Figura infermieristica di riferimento
aziendale

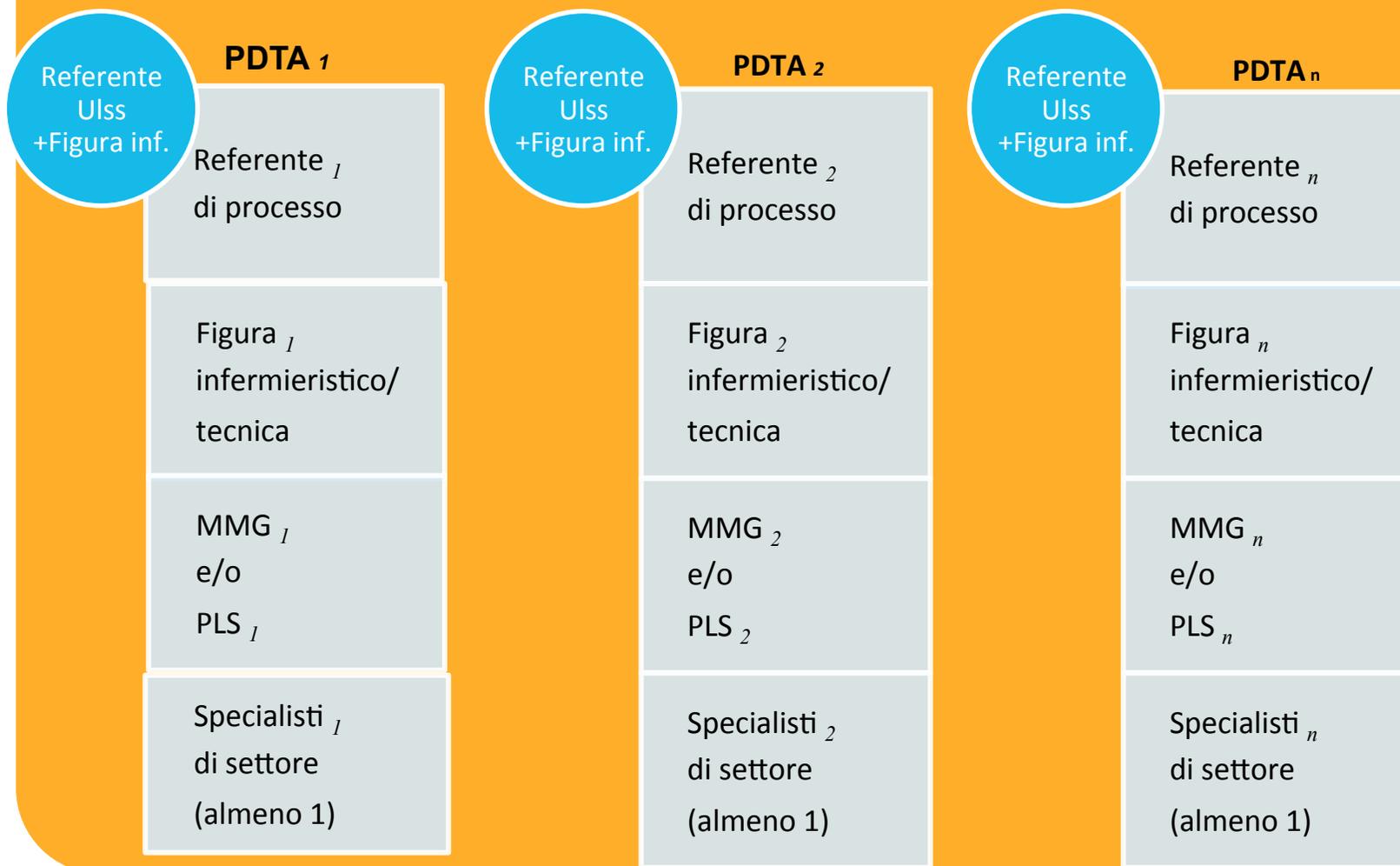
Ulss
6

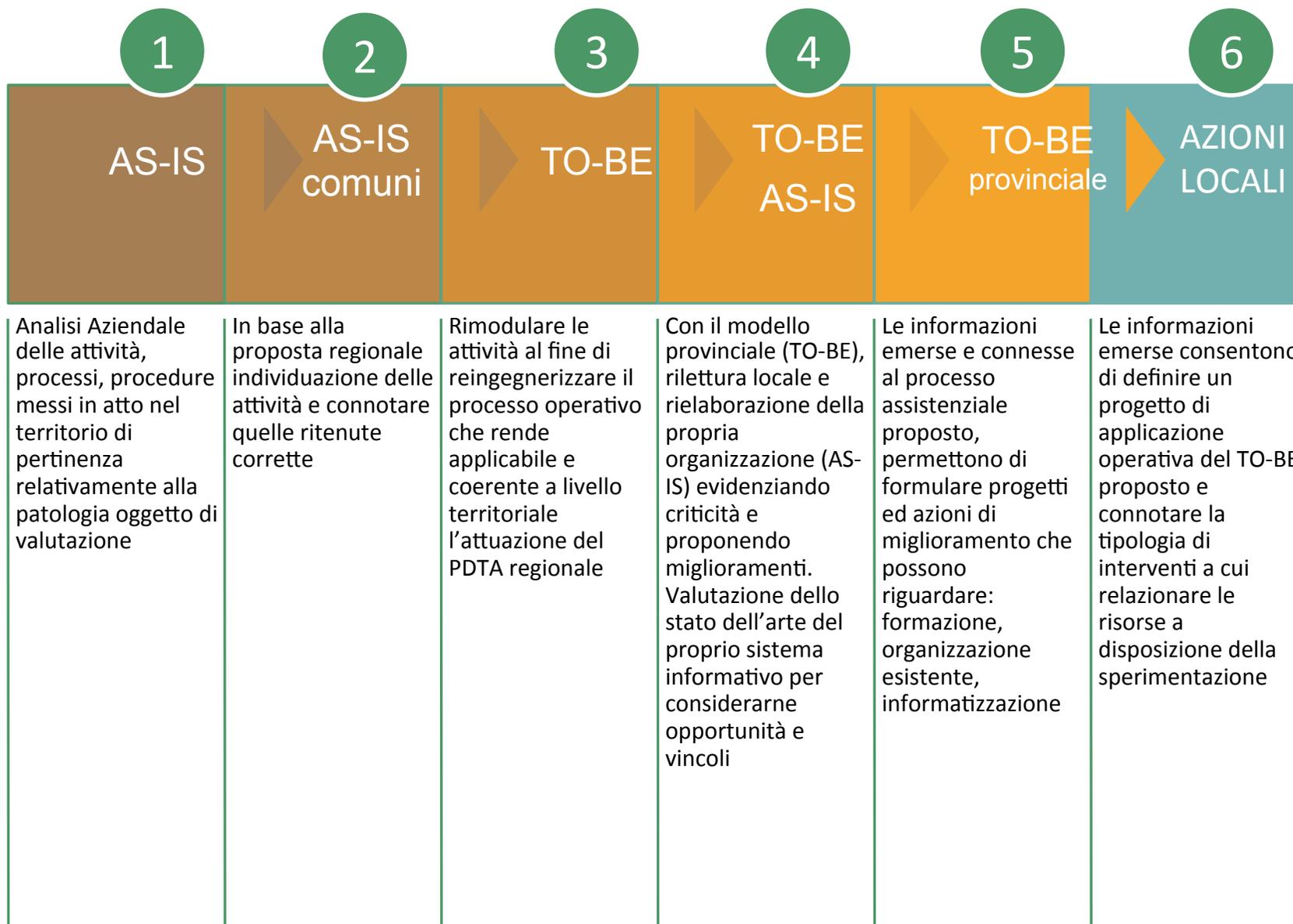
Referente aziendale di progetto
Figura infermieristica di riferimento
aziendale

Livello azienda Ulss

Referente aziendale di progetto + Figura infermieristica di riferimento

(garantiscono la continuità del progetto regionale all'interno dell'Ulss)





LE FASI DEL PROGETTO

Fase 1



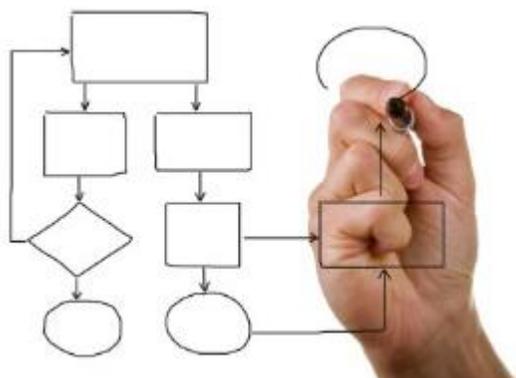
addivenire con ogni singola realtà aziendale alla **analisi delle attività**, processi, procedure messi in atto nel territorio di pertinenza relativamente alla patologia oggetto di valutazione, al fine di tradurre le varie **informazioni di processo** in un **documento complessivo** che , anche con l'ausilio di linguaggi logico-formali, giunga alla **rappresentazione dell'insieme** degli attori, delle attività, dei luoghi e dei tempi che quel processo assistenziale genera nell'azienda. **AS-IS**

Fase 2



*sulla base della proposta regionale, giungere all'individuazione delle attività/operations e, relazionandole alle esperienze (AS-IS comuni), connotare quelle **attività ritenute corrette** per prodotto, luogo, la professionalità, ecc.*

Fase 3



con la competenza professionale dell'**informatico** e la disponibilità di **nuovi strumenti** organizzativi previsti dalla programmazione regionale (ad esempio C.O.T.), rimodulare le attività al fine **di reingegnerizzare il processo** operativo che rende applicabile e coerente a livello territoriale l'attuazione del PDTA regionale. **TO-BE**

Fase 4

ogni realtà territoriale, avvalendosi del modello provinciale di riferimento (TO-BE), rilegge **e rielabora la propria organizzazione (AS-IS)** evidenziando le criticità e proponendo **un piano di miglioramento** coerente ed in linea con le decisioni strategiche dell'azienda. Il modello di riferimento diventa altresì **base per valutare** a livello aziendale lo stato dell'arte del **proprio sistema informativo** al fine di considerare le opportunità o i vincoli che questo rappresenta nell'applicazione del percorso condiviso.



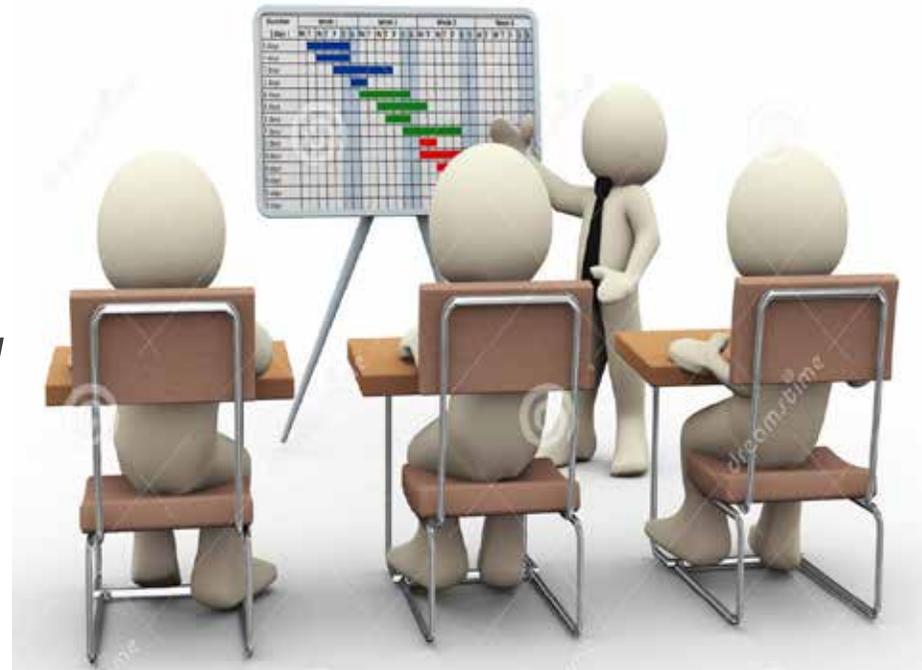
Fase 5

queste informazioni rese palesi e relazionate al processo assistenziale proposto, permettono di **formulare progetti** ed azioni di miglioramento che possono riguardare ambiti diversi:

- **formazione:** progettare momenti di crescita delle conoscenze/competenze/abilità dei vari professionisti coinvolti finalizzate a descrivere e certificare le job description delle competenze professionali (per singola e specifica attività o per setting assistenziale)
- **organizzazione esistente:** rimodulando, rispetto al processo condiviso, le attività/procedure/processi in essere comprese le professionalità e le nuove attività richieste, utili per definire nuovi impegni e conseguenti ricadute contrattuali.
- **informatizzazione:** progettare e pianificare interventi sul proprio sistema informativo per renderlo funzionale al processo assistenziale proposto.

Fase 6

la natura di queste informazioni consentono di **oggettivare un progetto finalizzato** alla applicazione operativa del TO-BE proposto e connotare la tipologia di **interventi** a cui relazionare le **risorse** (pari ad 1.215.200,00 euro) a disposizione della sperimentazione.



IN CANTIERE NEL LABORATORIO PROVINCIALE:

Il PDTA della Broncopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) è ormai arrivato alla fase 3: «*con la competenza professionale dell'**informatico** e la disponibilità di **nuovi strumenti** organizzativi previsti dalla programmazione regionale (ad esempio C.O.T.), rimodulare le attività al fine di **reingegnerizzare il processo operativo** che rende applicabile e coerente a livello territoriale l'attuazione del PDTA regionale. **TO-BE**»*

In progettazione un **incontro al livello regionale** per rappresentare i risultati raggiunti...

nella consapevolezza che...





*“In coscienza non so dire
se la situazione sarà migliore
quando cambierà;
posso dire che deve cambiare
se si vuole che diventi
migliore”*

(Lichtenberg – Osservazioni e Pensieri)

GRAZIE