

Fondazione Innovazione e Sicurezza in Sanità

Percorso attuativo per il progetto di riorganizzazione del SSN: dal “Cosa fare” al “Come farlo”

La Fondazione ha adottato e proposto il Position Paper “Reti cliniche integrate e strutturate” come sintetica guida del “cosa fare” per la reingegnerizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, assumendo come caratteristica fondante il passaggio da un atteggiamento di attesa ad uno proattivo – di iniziativa.

Il presente **percorso attuativo** permette di identificare delle aree di intervento, delineate dal Position Paper e di sviluppare degli specifici ambiti progettuali per meglio delineare il “Come fare” la necessaria riorganizzazione del Sistema Sanitario

Le principali aree di intervento sono:

1. Validazione o integrazione dell’intero progetto alla luce del Covid-19 ed in prospettiva di altre situazioni emergenziali
2. Riorganizzazione della Medicina Generale- Cure Primarie attraverso:
 - la realizzazione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali, con la integrazione tra Assistenza Primaria e Continuità Assistenziale e ridefinizione delle attività fiduciarie e di quelle a rapporto orario, sia notturne che diurne;
 - la creazione di un sistema informativo di AFT per la consultazione dei dossier sanitari da parte di tutti i componenti della AFT per la continuità assistenziale h24;
 - la strutturazione delle AFT, individuando una rete di sedi comuni – principali e secondarie - per ogni AFT, dotate di personale di studio –collaboratori ed infermieri e di strumenti per la diagnostica di primo livello (point of care);
 - la individuazione in ogni AFT di Medici di Medicina Generale “Esperti”, cioè con interessi speciali in ambito medico, a disposizione dei colleghi della stessa AFT.
3. Gestione della prevenzione primaria, diagnosi precoce, cronicità, complessità e fragilità adottando in prossimità la modalità della medicina di iniziativa:
 - individuazione di una popolazione definita, rappresentata dai cittadini che hanno scelto i medici della AFT, e rispetto alla quale popolazione costruire tutte le risposte di salute,
 - individuazione delle patologie croniche, stabilendone per ciascuna il PDTA, personalizzato, anche in relazione alle condizioni di disagio socio-sanitario,
 - stratificazione della popolazione target per sotto-popolazioni “iso-gravità” per la valutazione costo/efficacia degli interventi,

- costituzione di un team multi professionale per ciascuna AFT, in cui, accanto al medico di medicina generale - coordinatore clinico del team e responsabile del PAI del paziente “over time” - Specialisti, Infermieri, Assistenti Sociali ed altri professionisti siano nominalmente individuati, per garantire anche la personalizzazione del Team di cura,
- definizione degli strumenti, anche ICT, per la valutazione multidimensionale sanitaria e socio assistenziale e poi per la definizione di un Piano Assistenziale Individuale “pro-attivo” di assistenza per ogni paziente, che tiene conto dei PDTA delle singole patologie di cui il paziente è affetto.

4. Riorganizzazione del Territorio:

- ridefinendo ruolo e funzioni del “Distretto funzionalmente forte”, “baricentro” di una governance partecipata dalle Istituzioni presenti e dalla Rete Civica,
- ridefinendo il sistema della domiciliarità-ADI e della Residenzialità-Cure intermedie
- individuando ruolo e funzioni delle strutture di programmazione della continuità Territorio-Ospedale-Territorio (Centrale cronicità- Dipartimento Cure Primarie).

5. Riorganizzazione del sistema ospedaliero come rete complanare, cioè in sinergia, al fine di:

- individuare un Ospedale di riferimento per ogni Distretto/AFT,
- riorganizzare le attività di Day-Service e degli ambulatori specialistici di secondo livello in funzione della gestione integrata dei PDTA e dei PAI.

6. Progettazione e realizzazione di un sistema informativo abilitante il monitoraggio degli esiti di salute e, soprattutto, per lo scambio di documenti socio-sanitari, il telemonitoraggio, la televisita ed il teleconsulto in particolare fra il medico di famiglia e lo specialista di riferimento del paziente (Comunità di pratica), la definizione e successiva applicazione dei PAI e la consultazione tra medico e paziente, tra medici della AFT, tra professionisti del Team multiprofessionale, con il Distretto e l’Ospedale,

Per ciascuno di questi ambiti la Fondazione intende sviluppare uno o più progetti specifici tesi a meglio definire “il come” realizzare gli interventi indicati per poi proporre alle Regioni e/o alle Aziende sanitarie delle sperimentazioni per validare le soluzioni individuate.