

Fondazione innovazione e sicurezza in sanità

Osservatorio per l'innovazione



Reti cliniche integrate e strutturate

Una sintesi delle migliori esperienze
internazionali e nazionali per una sanità sostenibile

*La gestione della Cronicità
in attuazione del Piano nazionale della Cronicità*

Enrico Desideri

Presidente Fondazione Sicurezza in Sanità

settembre 2018

Reti cliniche Integrate e Strutturate

Un nuovo modello di gestione proattiva della cronicità e della fragilità

“Tutti i cittadini hanno pari dignità...
E` compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale,
che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini,
impediscono il pieno sviluppo della persona umana” (Art. 3 Costituzione della Repubblica Italiana)

Razionale del cambiamento

In questi ultimi anni si è registrato un aumento di prevalenza delle malattie croniche e della condizione di fragilità, dovuto all'invecchiamento della popolazione ed alla crescente esposizione a fattori di rischio ambientali, geografici e sociali.

Emerge con chiarezza che l'aspettativa di vita correla in maniera statisticamente significativa agli indici di vulnerabilità sociale e materiale: fattori sociali come il livello di istruzione, l'aumento delle persone sole, il reddito – aumento della povertà e l'indice di disoccupazione, fattori geografici come il risiedere nelle cosiddette “zone interne” e fattori ambientali collegati all'inquinamento outdoor ed indoor.

Contemporaneamente si registra un anticipo nel tempo delle prime manifestazioni di malattie croniche: aumentano gli anni “vissuti male” e si riducono gli anni di vita in buona salute, aumentano i comportamenti a rischio (fumo, alcool, sedentarietà, alimentazione non salubre) ed aumenta la prevalenza di persone con disabilità (4,1 milioni Censis 2016).

Le malattie croniche nei Paesi occidentali rappresentano l'80-85% dei costi sanitari e provocano circa l'86% dei morti. Si assiste ad un aumento dei cosiddetti “costi intermedi” e complessivamente aumenta la spesa per la sanità (sia pubblica che privata) con un trend annuale di circa 2,6% che porterebbe ad un raddoppio dei costi nel 2040 e quindi ad una insostenibilità del SSN.

La sostenibilità o insostenibilità del SSN dipenderà quindi da come sarà gestita la cronicità e fragilità. Il modello attuale di gestione ha dimostrato i suoi limiti e la sua inadeguatezza.

Serve un nuovo modello.

Appare pertanto evidente come il Sistema Sanitario Nazionale (e quello Regionale, così come le direzioni strategiche delle Aziende sanitarie) siano chiamati ad un nuovo ed impegnativo “Priority Setting”, capace di assicurare il maggior valore alle scelte adottate, definito dalla scienza dei sistemi come il saper offrire - contemporaneamente – il miglioramento degli esiti delle cure (ad es: minor incidenza delle complicanze e, quindi, minor necessità di ospedalizzazione), il miglioramento della qualità percepita da parte dei nostri cittadini, oltre che il contenimento dei costi. Se, infatti, visto “da fuori”, dalle Agenzie Internazionali, il Sistema Sanitario Nazionale italiano appare

un modello invidiabile, sotto la lente di occhi attenti, il Sistema evidenzia contraddizioni e disomogeneità geografiche tali da rendere non più rinviabile una “rifondazione organizzativa” tale da assicurare un diverso raccordo tra i vari settings assistenziali (fra Ospedale – Territorio e fra Ospedali) e una revisione dei sistemi informativi tale da “abilitare” il trasferimento dei dati e delle immagini e da favorire un adeguato monitoraggio degli esiti e dei costi delle cure (sistema di reporting).

Il nuovo modello deve permettere di eliminare ogni fonte di spreco e inappropriata affrontando le carenze di un’organizzazione pensata quando il quadro epidemiologico e le possibilità di cura erano assai differenti e lo dovrà fare ricercando da un lato la sostenibilità economica del sistema, evitando però pericolosi tagli all’innovazione tecnologica e dall’altro rimanendo ancorato all’etica che impone di pensare a servizi basati sull’equità delle cure e sulla condivisione partecipativa sia per i professionisti che per i cittadini.

Numerosi sono i contributi disponibili in letteratura, a livello nazionale ed internazionale, tesi a favorire il superamento della frammentazione (a silos) della risposta sanitaria e socio-sanitaria, a garantire piani assistenziali Individuali (PAI) - cioè piani di cura personalizzati ed integrati - e, insieme, la concentrazione dei saperi specialistici negli ospedali e team multidisciplinari per la presa in carico, la continuità delle cure in prossimità, sul territorio.

C’è oggi ampia condivisione che centrale debba essere il ruolo delle cure primarie (Medico di Medicina Generale e Pediatra di Libera Scelta) oggi resa maggiormente operativa ed efficace attraverso i nuovi modelli organizzativi previsti (e resi obbligatori) dalla L. 189/2012 (AFT – UCCP/Case della Salute) e da un approccio multiprofessionale, cardine della risposta alla complessità, attraverso il supporto essenziale dell’infermiere di comunità e dei servizi sociali integrati ASL – Comuni.

Rilevante è, inoltre, il ruolo professionale del farmacista che opera nelle farmacie territoriali pubbliche e private - veri e propri presidi attivamente e capillarmente presenti anche nelle aree più disagiate - per contribuire a favorire, la correzione degli stili di vita, la continuità delle cure e, in particolare, l’aderenza terapeutica, il controllo delle interazioni tra farmaci e delle reazioni avverse e il corretto uso dei farmaci e dei Devices.

Il modello delle “Reti cliniche integrate e strutturate” si propone come nuova modalità di gestione della cronicità e fragilità.

Il Modello rappresenta, in accordo anche con le indicazioni del Piano nazionale Cronicità, la pratica realizzazione del “Population Health management” - che a sua volta si evolve dai principi che sono alla base del *Chronic Care Model*, già positivamente sperimentato -, ed è basato su un approccio di Medicina d’iniziativa - medicina proattiva per la gestione della cronicità, complessità e fragilità.

L'esperienza italiana relativa al Chronic Care Model ed i risultati del sistema americano del Kaiser Permanente hanno infatti dimostrato che è necessario passare da una "medicina di attesa", intesa come disponibilità a prendersi cura del cittadino solo quando questi pensa di aver bisogno di cure, ad una modalità assistenziale "proattiva – d'iniziativa", definendo per il cittadino percorsi di prevenzione, diagnosi precoce e follow-up programmato.

La Medicina di attesa, che è l'attuale modello di gestione della cronicità e fragilità, ha comportato, infatti, da un lato l'assoluta mancanza di controllo della progressione delle malattie croniche perché si vive passivamente la lenta ma inesorabile evoluzione della malattia e la comparsa di complicanze, dovendovi far fronte "a posteriori" e dall'altro la impossibilità di ottimizzare i processi di cura, sia sotto il profilo dei risultati di salute ottenibili, sia sotto quello dei risultati di ottimizzazione dei costi, perché esiste una ampia variabilità di interventi nella gestione del malato cronico o fragile, altamente indipendente da fattori oggettivi come lo stato di gravità della malattia, i determinanti di disagio sociale e/o la facilità di accesso alle cure, dipendendo questi interventi invece dalla percezione soggettiva del bisogno che ha il singolo soggetto.

La Medicina proattiva – di iniziativa è, nella sua essenza, un approccio metodologico alla presa in carico e al processo di cura del paziente, caratterizzato dall'interazione tra il paziente reso esperto ed un team multi-professionale e consiste nel richiamo attivo periodico del paziente per sottoporlo ad attività educative e clinico assistenziali volte alla correzione degli stili di vita, all'empowerment, alla diagnosi precoce e al monitoraggio delle malattie croniche conclamate al fine di rallentarne la comparsa, l'evoluzione e prevenirne le complicanze.

Il modello Reti cliniche integrate e strutturate opera schematicamente secondo quattro essenziali direttrici - Pilastri:

- Creare un raccordo di reti integrate e ben strutturate fra i medici delle cure primarie e gli specialisti, ospedalieri e territoriali, per i percorsi assistenziali proattivi della cronicità
- Riorganizzare il Territorio e strutturare la continuità di cura Territorio-Ospedale-Territorio
- Realizzare una migliore mobilità – programmata – degli specialisti nella rete degli Ospedali.
- Realizzare un raccordo tra i setting assistenziali attraverso Sistemi Informativi capaci di assicurare (con il consenso, dell'assistito ovviamente) sia la trasmissione di dossier clinici dei referti, delle immagini, dei dati di laboratorio, sia il teleconsulto, la televisita fra medici ospedalieri e fra medici del territorio con gli specialisti dell'ospedale di riferimento.

Per quanto riguarda il primo punto è necessario partire dall'identificazione di popolazioni definite, rispetto alle quali costruire tutte le risposte.

Il modo più semplice è quello di realizzare le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), aggregazioni monoprofessionali della Medicina Generale/Pediatria, previste dalla L. 189/2012, perché aggregando i Medici di medicina generale si individua in automatico la comunità dei pazienti che li hanno scelti sulla base del rapporto di fiducia. Inoltre, individuando nominalmente i medici di Assistenza primaria e di Continuità Assistenziale della AFT si costituisce il "nucleo base" del team multiprofessionale che poi, operando in sedi comuni della AFT, dotato di personale di

studio, di diagnostica di primo livello e di un sistema informativo di AFT in grado di permettere, nel rispetto della normativa sulla Privacy, la consultazione dei dossier sanitari dei cittadini afferenti alla AFT stessa ed integrato con tutte le altre figure professionali, dovrà garantire le risposte di salute a quella definita popolazione.

Vanno identificati, nella popolazione definita, i soggetti affetti dalle principali malattie croniche: malattie neurologiche (Parkinson, Alzheimer, Sclerosi Multipla), malattie osteo – articolari e reumatologiche (artrite reumatoide, psoriasi in primis), diabete, malattie cardiologiche (soprattutto scompenso cardiaco), malattie respiratorie (asma grave e BPCO), malattie oncologiche (follow – up), malattie renali (insufficienza renale cronica, malattie infettive (es. HIV), ma anche per le patologie a bassa ospedalizzazione ad esempio nell'ambito della salute mentale, delle dipendenze e delle cure palliative.

Devono, inoltre, essere identificate le condizioni di disagio socio-assistenziale.

Occorre definire, per ogni patologia definita, un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) che definisca il “cosa fare” ed ogni quanto, sulla base di una lettura “Real Life” delle indicazioni delle Linee Guida, permettendo anche di specificare la «quantità» di prestazioni connesse, ed il «chi fa cosa» secondo un criterio *cost-effectiveness* tra le varie figure professionali del team e che tenga conto della gravità di espressione della patologia nel singolo soggetto. Ne risulta un percorso integrato di primo-secondo livello, dove la gestione ordinaria della patologia (Approccio primario) è affidato alla Medicina Generale e al Team di base e dove si definisce quando intervengono gli altri professionisti, Specialisti in particolare.

La popolazione target (individuata attraverso gli archivi dei MMG e le banche dati aziendali) viene stratificata in funzione della gravità/complessità, identificando, così, sotto-popolazioni “iso-gravità” per la valutazione costo/efficacia degli interventi

Ogni singolo cittadino deve essere oggetto di una valutazione multidimensionale sanitaria e socio-assistenziale rispetto alla quale sarà elaborato il piano assistenziale individuale (PAI), che si fa carico della persona e non delle patologie, che viene formulato dal Team multiprofessionale tenendo comunque conto dei PDTA delle singole patologie di cui il paziente è affetto e della presenza/assenza di problematiche socio-assistenziali, identificando la corretta modalità di presa in carico per intensità di cure ed il conseguente idoneo setting assistenziale.

Tenendo infatti conto sia delle problematiche sanitarie sia di quelle sociali fino alla non autosufficienza è possibile individuare due macro gruppi di pazienti a cui corrispondono due modelli di presa in carico per intensità di cure e due setting assistenziali diversi:

1. Pazienti affetti da una o più patologie croniche privi di problemi socio-assistenziali, che saranno curati in base ad un piano assistenziale individuale basato essenzialmente sulla “sincronizzazione” dei PDTA delle singole patologie di cui il paziente è affetto e rispetto ai quali il setting assistenziale

idoneo è rappresentato dalle sedi comuni delle AFT, dotate di personale e di diagnostica, dove opera il team multi professionale.

2. Pazienti con patologie croniche associate a problematiche socio-assistenziali che saranno curati in base ad un Piano assistenziale individuale formulato sulle risultanze della valutazione multidimensionale sanitaria e socio-assistenziale e per i quali il setting assistenziale idoneo è rappresentato in primis dal proprio domicilio, opportunamente “attrezzato” mediante l’istituto dell’Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) oppure dal Sistema della Residenzialità, laddove il domicilio non sia idoneo o sia carente la rete formale o informale di supporto.

La formulazione del PAI e poi la sua erogazione avviene da parte di un team multiprofessionale, il cui nucleo è rappresentato dal medico di medicina generale (Assistenza primaria e Continuità assistenziale – domani a ruolo unico), Infermiere e Assistente Sociale a cui si aggiungono al bisogno, lo Specialista, Internista/Geriatra o di branca, il Fisioterapista, il Dietista e le altre figure professionali che operano sul Territorio. Il coordinatore clinico del Team è, “over time and also commissioning” il medico di medicina generale scelto dal paziente.

L’interazione fra specialisti e medici delle cure primarie sarà resa più facile da una organizzazione (tutta interna ad ogni AFT) che individui, fra i medici di famiglia, quelli che hanno uno speciale interesse per alcune delle patologie sopra menzionate (non “mini - specialisti”, dunque, semmai “consulenti interni”, che non interferiscono col rapporto di fiducia e non vedono direttamente i pazienti in ambulatori dedicati per patologia), i cosiddetti “medici esperti”, che – progressivamente – svilupperanno una prassi di confronto e una crescita di competenze professionali necessaria per lo specifico percorso assistenziale - *first opinion* nei riguardi dei colleghi medici di medicina generale della AFT nelle specifiche situazioni di dubbio o difficoltà nella gestione del percorso e/o della diagnostica collegata - ma anche una capacità di trasferimento/implementazione delle nuove conoscenze secondo un modello orizzontale e di confronto inserito in un percorso formativo di tipo «esperienziale» («coach» della AFT e «motore» di aggiornamento continuo).

Il sistema di accesso agli accertamenti strumentali e alle eventuali visite specialistiche, avviene in prossimità della presa in carico (dove si prescrive, si prenota), anche in aree più periferiche, e secondo classi di priorità che diversificano la prima visita (da fare in tempi brevi perché necessaria alla decisione diagnostico- terapeutica) dalla visita di controllo che necessita di una piattaforma dedicata e basata sulla previsione della quantità di prestazioni necessarie connesse con i PAI: oggi le due necessità di prescrizioni – ben diverse – “finiscono” nello stesso contenitore così che la 2° (il controllo) -che rappresenta dal 50% al 60% della domanda-, ostacola la 1° che – evidentemente – esprime un diritto che non può essere sottovalutato o rallentato da lunghi tempi di attesa.

Caratteristica fondamentale ed imprescindibile del Team multiprofessionale nel modello Reti cliniche integrate e strutturate è l’individuazione nominale dei suoi vari componenti per la popolazione afferente a ciascuna AFT.

Questo approccio trova un valido supporto nelle scienze sociali attraverso quelle che sono definite, all'inizio degli anni Novanta negli Stati Uniti, come Comunità di Pratica (E. Wenger), ovvero, gruppi di persone che, pur avendo ruoli e competenze diverse, tendono ad un obiettivo comune, con un impegno reciproco, un repertorio condiviso, in cui l'apprendimento, dunque, da fatto esclusivamente individuale e mentale, diviene un fenomeno sociale, continuo e collettivo.

Questa nuova visione implica una forte correlazione tra apprendimento e identità: infatti, apprendere all'interno di una comunità, significa imparare ad essere e ad agire come membro della comunità, nel nostro caso intra ed inter-professionale. In tal modo, si costruiscono nuove identità collettive e competenze professionali, che trasformano la capacità del professionista di operare da solo o per ruolo funzionale, ad un'identità versatile capace di visioni olistiche ed in grado di confrontarsi, prendere in carico i problemi, nel rispetto delle singole specializzazioni, in modo sinergico.

Il secondo pilastro del modello Reti cliniche Integrate e strutturate è rappresentato dalla riorganizzazione del Territorio e dalla "strutturazione" dei rapporti di continuità di cura tra Territorio ed Ospedale, al fine di mettere a disposizione dei team un ventaglio di strumenti - rete di sedi strutturali, tutte intese come "setting" necessari all'erogazione delle risposte integrate ai bisogni da parte dei team multiprofessionali per un determinato bacino di utenti per dare risposta efficiente ed efficace al bisogno del cittadino.

In quest'ottica un ruolo cardine è svolto dal "Distretto funzionalmente forte", cioè da un Distretto inteso come una struttura aziendale con ruolo organizzativo, gestionale e di facilitazione allo svolgimento delle attività sanitarie e socio sanitarie di un ambito territoriale - comunità omogenea di cittadini, ove si estrinseca la partecipazione e la governance.

Il Distretto è quindi l'ambito ove si valuta il fabbisogno e la domanda di salute della popolazione di riferimento e riveste prioritariamente un ruolo di tutela e programmazione, rafforzando il ruolo di governance, mentre le attività sanitarie e socio sanitarie territoriali integrate sono affidate ai team, che utilizzando i vari setting assistenziali territoriali messi a disposizione dallo stesso Distretto, le svolgono assicurando un'autorevole presa in carico "over time", anche attraverso il raccordo con le attività ospedaliere (also commissioning) garantito dal Distretto stesso.

Il Distretto così inteso rappresenta, in quanto interfaccia fra la ASL e la comunità, il punto di riferimento organizzativo in grado di trasmettere ai cittadini la fiducia circa la qualità e la sicurezza dei servizi erogati nel territorio. Assicura la continuità Ospedale-Territorio e favorisce l'integrazione socio-sanitaria, e, a tal fine, adotta un sistema di obiettivi e di indicatori per valutare l'efficienza, la qualità e la sicurezza dell'assistenza erogata.

Il Distretto rappresenta, inoltre, il punto di riferimento per le cure domiciliari (ADI, cure palliative) e per la rete dei vari presidi territoriali socio-sanitari – sistema della Residenzialità, Cure Intermedie -, che comprende oltre alle attività ambulatoriali e alle cure residenziali, presidi socio-sanitari per la prevenzione e la cura di ambiti specifici (la salute mentale, le dipendenze).

E' necessario allora procedere ad una rivisitazione del modello di ADI, che deve essere in grado di dare risposte in tempo reale h24, ad una revisione dei posti letto delle RSA e delle strutture sanitarie intermedie, sia per numero che per intensità di cura, realizzando anche, laddove

necessario, nuove tipologie come il Modulo di Continuità Assistenziale (Mo.di.C.A.), che è un modulo di posti letto territoriali, ubicato però in Ospedale, a gestione organizzativa infermieristica territoriale e gestione clinica da parte della Medicina Generale (medico di medicina generale curante del paziente e Coordinatore clinico di struttura medico di medicina generale), a degenza media breve, ma ad intensità assistenziale territoriale elevata, con la vocazione di diminuire le giornate di degenza anticipando la dimissione o di evitare ricoveri impropri di pazienti cronici provvisoriamente riacutizzati.

Elemento indispensabile per garantire l'effettiva continuità di cura Territorio-Ospedale-Territorio è la creazione, in ogni Distretto, di un organismo di valutazione, facilitazione e pianificazione rappresentato dall'Agenzia di Continuità Ospedale Territorio (ACOT) con il compito principale di favorire la interazione tra team ospedaliero e team multiprofessionale territoriale per gestire in modo efficace ed efficiente le "dimissioni difficili", spesso motivo di re-ricovero nei primi 30 giorni se non correttamente programmate e di evitare ricoveri impropri di pazienti cronici complessi.

Il terzo pilastro del modello Reti cliniche integrate e strutturate, cioè la migliore mobilità – programmata – degli specialisti nella rete degli Ospedali va realizzata attraverso una proiezione specialistica nei vari nodi della rete, cosicché anche i Presidi ospedalieri di riferimento territoriale o zonale (i cosiddetti "Piccoli Ospedali", termine da superare), che permettono alla persona anziana e/o cronica un'insostituibile risposta di prossimità, potranno avvalersi di un continuo aggiornamento di branca e, contemporaneamente, il riferimento specialistico verrà consolidato nell'intera rete ospedaliera, che diviene –quindi– sempre più orizzontale (complanare), superando modelli che, inevitabilmente tenderebbero a creare ospedali di serie A-B-C...

Al contrario, negli ospedali in rete, devono essere svolte attività appropriate, garantendovi – altresì – un'adeguata saturazione dei fattori produttivi (SS.OO., PP.LL. tecnologie, costi fissi), cui consegue una (dimostrata) riduzione dei costi!

In tale logica si colloca, in particolare, il Sistema di Emergenza Urgenza che può garantire, oltre la tempestività dell'intervento, l'individuazione del presidio ospedaliero più sicuro (e preparato) cui far arrivare il paziente (ad es. nel caso dell'infartuato: non l'ospedale più vicino!)

La riorganizzazione della rete ospedaliera ha anche la finalità di individuare un ospedale di riferimento per ogni AFT che "fornisce" al team gli specialisti nominalmente individuati, e le attività di Day Service per la diagnostica e specialistica prevedibile in base ai PAI.

Il quarto pilastro Infine è rappresentato dalla necessità di supportare il modello con un solido sistema ICT, in grado di garantire la fruibilità di dossier clinici, dei referti, delle immagini, dei dati di laboratorio e le attività di telemedicina tra i componenti del team multiprofessionale e tra Territorio ed Ospedale

I sistemi informativi dovranno, inoltre, permettere una corretta identificazione e stratificazione della popolazione target e, parimenti, aiutare il Sistema ad identificare l'andamento delle attività di assistenza rispetto agli obiettivi di esito e di processo adottati, evidenziando anche fenomeni di

“overtreatment”, così come di “underuse” che costituiscono segnali di allentamento o ritardo dei processi di presa in cura, che le comunità dei professionisti si erano dati.

Le fasi per la realizzazione

La pratica realizzazione del modello Reti cliniche integrate e strutturate passa propedeuticamente attraverso i seguenti step:

- riorganizzazione della Medicina Generale- Cure Primarie, realizzando le Aggregazioni Funzionali Territoriali, con la integrazione tra Assistenza Primaria e Continuità Assistenziale e la creazione di un sistema informativo di AFT per la consultazione dei dossier sanitari
- 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 e delle condizioni di disagio socio-sanitario, individuando quindi la popolazione target, e procedendo alla sua stratificazione per sotto-popolazioni “iso-gravità” per la valutazione costo/efficacia degli interventi
- gestione della cronicità e fragilità adottando la modalità di medicina di iniziativa,
- 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
- definizione degli strumenti, anche ICT, per la valutazione multidimensionale sanitaria e socio assistenziale e poi 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
- Strutturazione delle AFT, individuando sedi comuni, dotate di personale di studio e di diagnostica di primo livello ed individuazione in ogni AFT di Medici di Medicina Generale “Esperti”, per la cura dei pazienti affetti da una o più patologie croniche, ma sostanzialmente privi di problemi socio-assistenziali
- riorganizzazione del Territorio ripensando il Distretto come “Distretto funzionalmente forte” e ridefinendo il sistema della domiciliarità-ADI e della Residenzialità-Cure intermedie che devono diventare “strumenti” a disposizione del team per la cura dei pazienti con patologie croniche associate a problematiche socio-assistenziali
- riorganizzazione del sistema ospedaliero come rete complanare al fine di Individuare un Ospedale di riferimento per ogni Distretto/AFT
- progettazione e realizzazione di un sistema informativo abilitante per lo scambio di documenti socio-sanitari e la consultazione dei dossier sanitari, l’ Informatizzazione della valutazione multidimensionale e la realizzazione di un “Cruscotto informatico” per la definizione e successiva applicazione dei PAI, a supporto dell’intero modello.

Sintesi

Aspetti peculiari del Modello Reti cliniche integrate e strutturate

- *gestione della cronicità e fragilità con la modalità di medicina di iniziativa*
- *valutazione multidimensionale sanitaria e socio assistenziale del singolo paziente, con attenzione alla persona e non alle patologie*
- *definizione delle cure sulla base di un Piano assistenziale individuale, che tenga conto dei PDTA delle singole patologie nell’ottica della personalizzazione ed umanizzazione delle cure*
- *erogazione delle cure da parte di un team multiprofessionale nominalmente individuato*
- *responsabilità clinica del paziente del Medico di Medicina Generale “over time”*
- *riorganizzazione Medicina Generale-Cure primarie in Aggregazioni funzionali e loro “strutturazione” con sedi comuni, personale e diagnostica*
- *riorganizzazione del sistema della Domiciliarità e Residenzialità -Cure Intermedie che devono diventare “strumenti” a disposizione del team e “strutturazione” della continuità di cura Ospedale – Territorio*
- *riorganizzazione del sistema ospedaliero, come rete “complanare”, con la finalità di individuare un ospedale di riferimento per ogni AFT*
- *realizzazione di un solido sistema ICT a supporto della AFT, della gestione della*