

IX CONFERENZA NAZIONALE DELLE POLITICHE DELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA

La mappa di un percorso

**Contesto organizzativo e professione infermieristica:
cantiere aperto**

Bologna, 21 aprile 2017

Una visione d'insieme

Daide Croce

IX CONFERENZA NAZIONALE DELLE POLITICHE DELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA

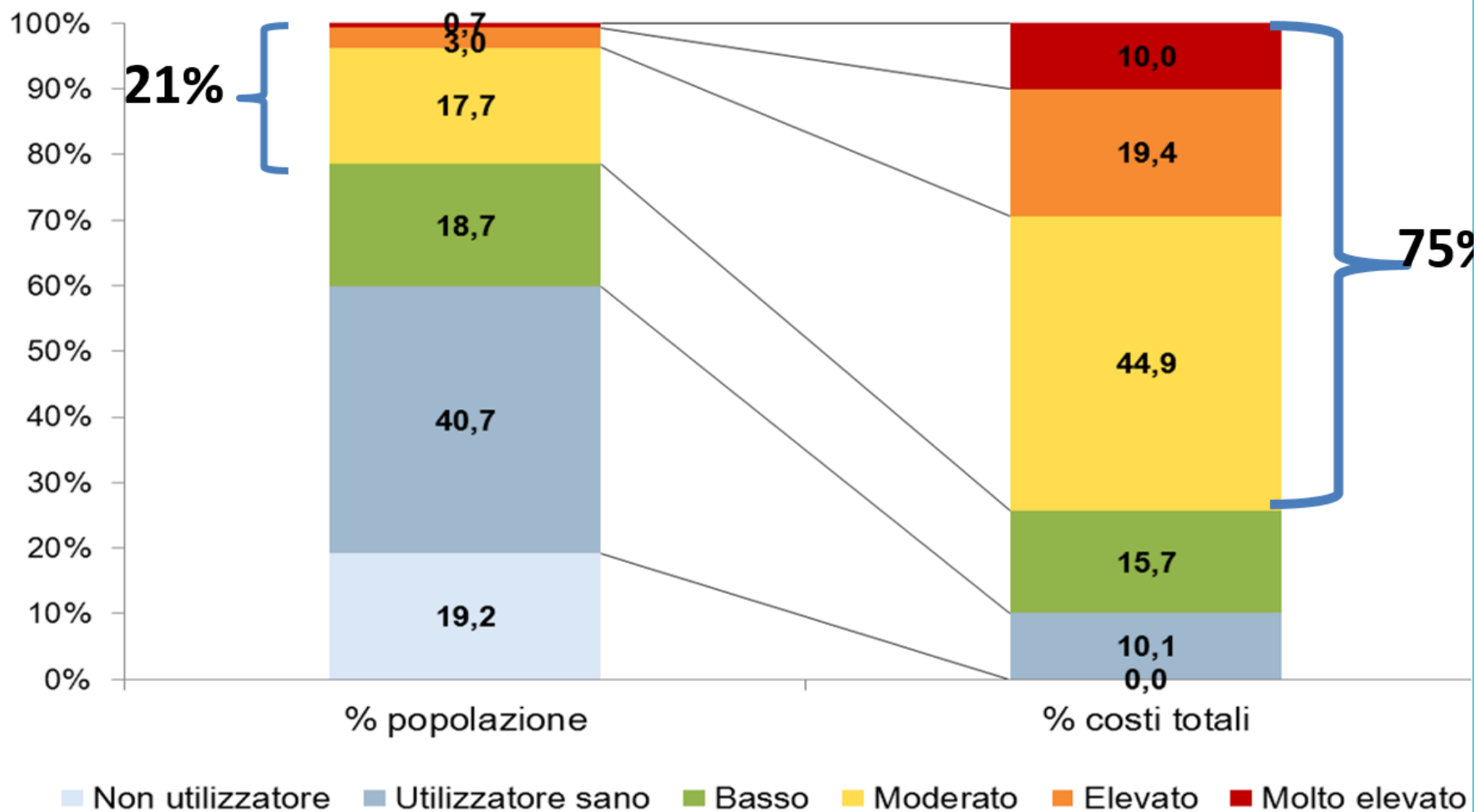
La mappa di un percorso

Contesto organizzativo e professione infermieristica: cantiere aperto

L'invecchiamento della popolazione provocato dalla diminuzione del tasso di natalità e dalla sopravvivenza agli eventi un tempo infausti (e.g. HIV, cardiovascolare) determina:

- Un aumento progressivo della popolazione affetta da patologie croniche;
- Una richiesta di prestazioni (e costi) crescenti a fronte di un finanziamento a isorisorse nei Paesi industrializzati.

I numeri (Veneto)



I numeri (Lombardia)

- Assistiti 2012: 10.157.474
 - Assistiti individuati come Cronici 3.227.763
- = 31,8% per una spesa complessiva pari al 79,6% del totale prestazioni BDA

= 67,4 % delle prestazioni di specialistica (e.g. visite, esami laboratorio)

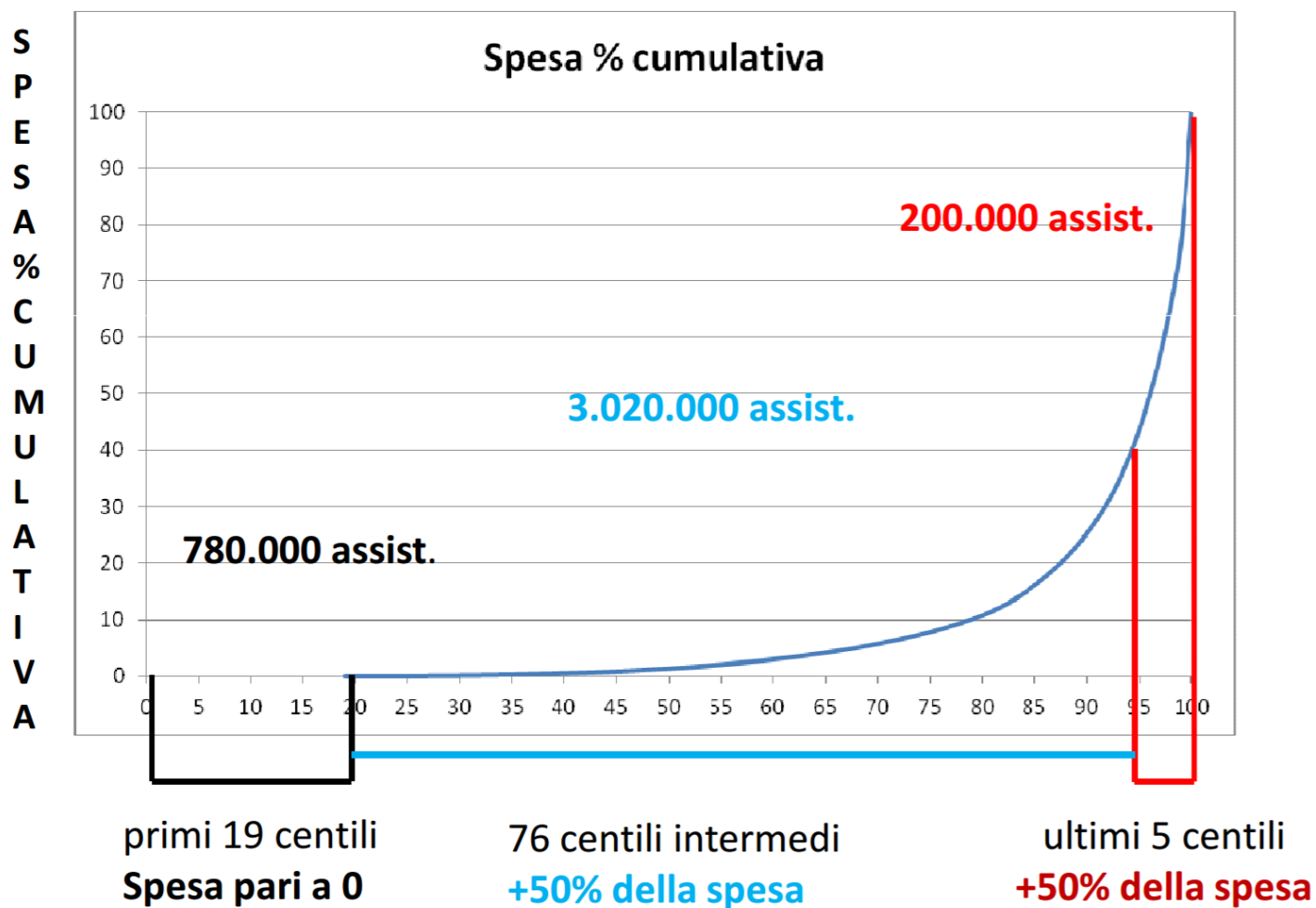
= 81,4 % dei ricoveri ospedalieri

= 86,7 % della spesa farmaceutica territoriale

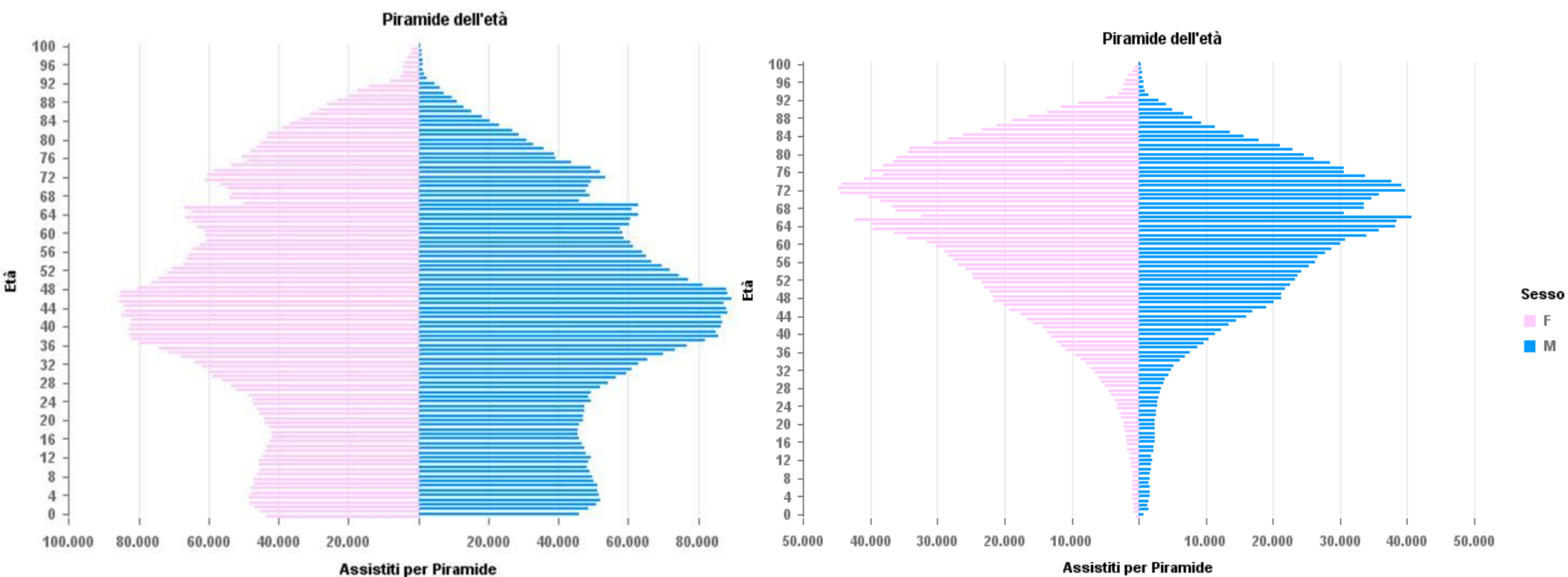
= 94,6 % del File F

I numeri (Puglia)

Popolazione regionale divisa in centili di spesa e relativa spesa sanitaria prodotta in valore percentuale



Chi sono (Lombardia)

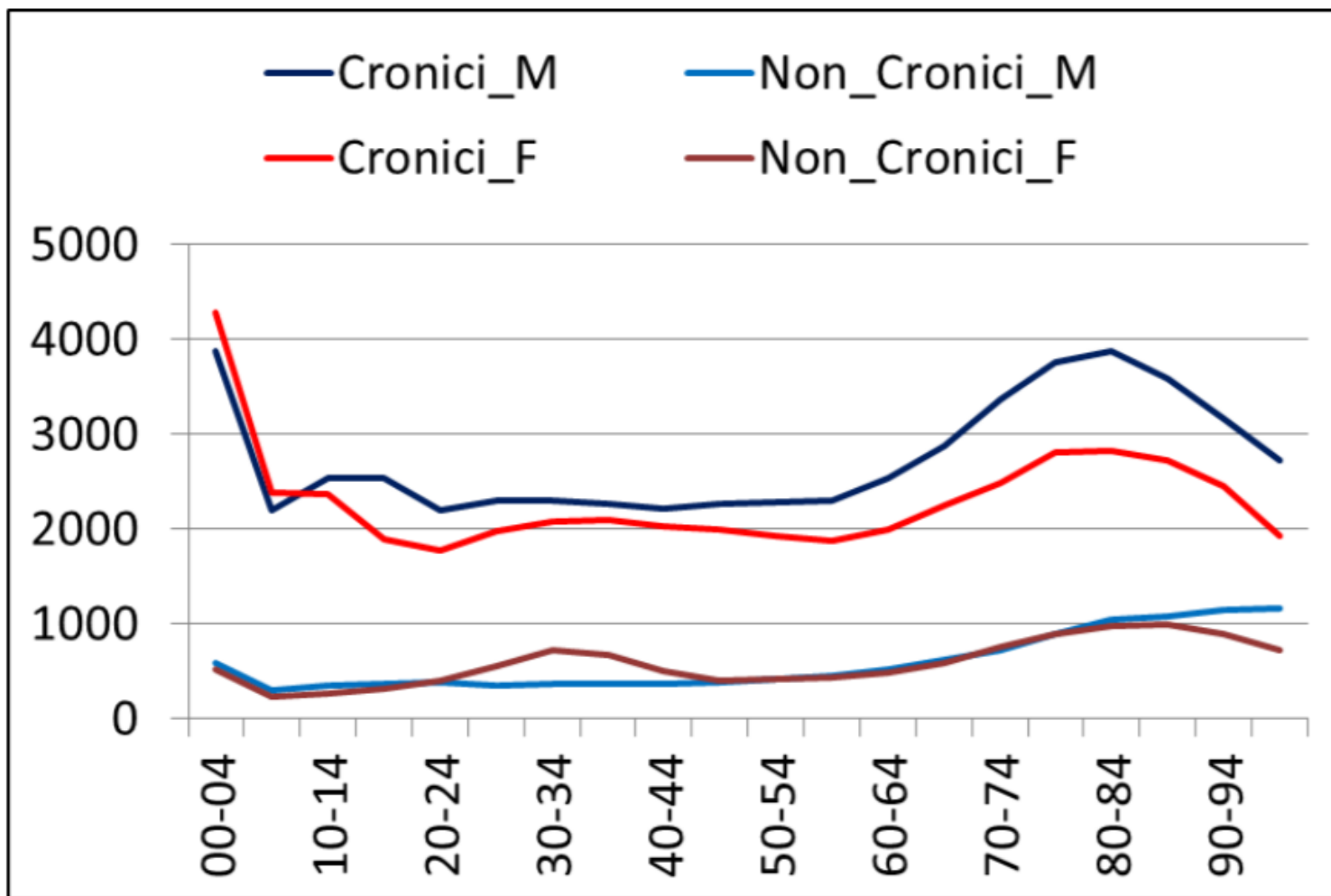


Totale Assistiti

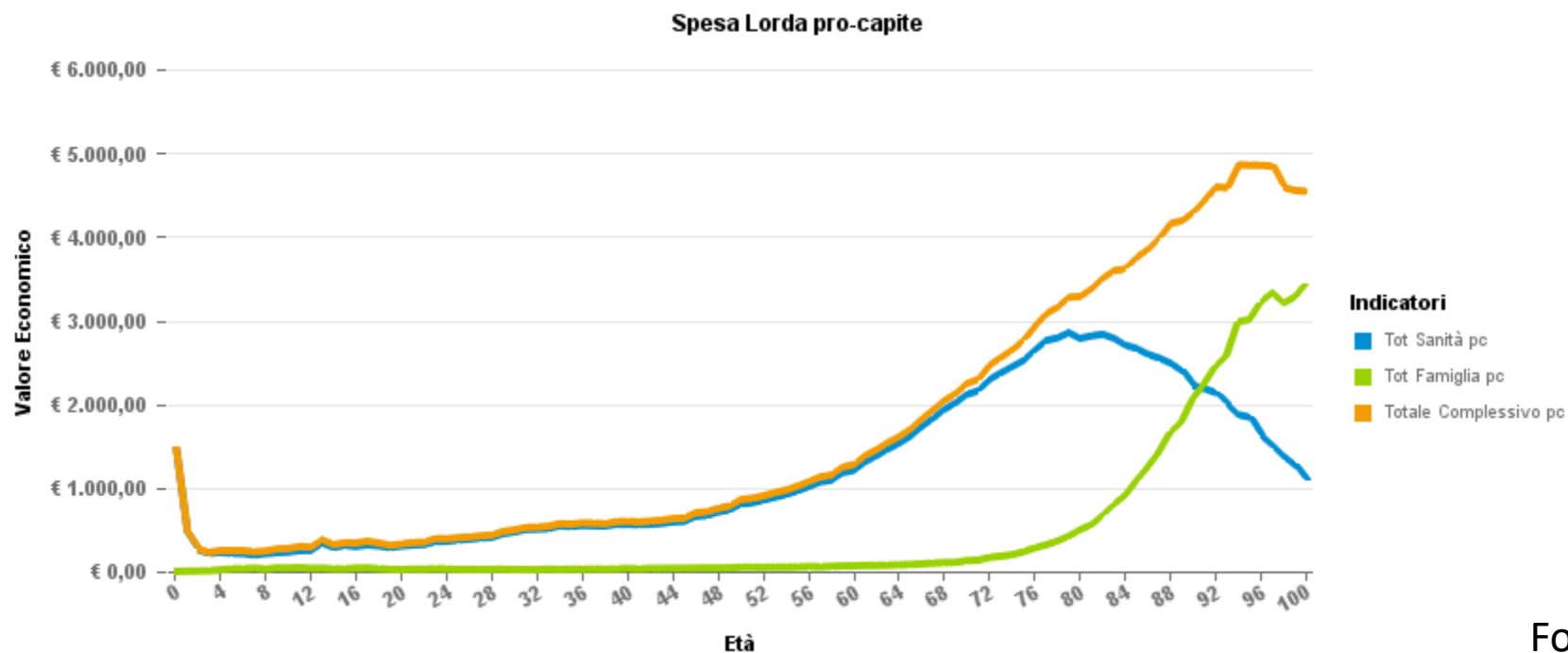
**Assistiti affetti da patologie
Croniche**

Per il Consiglio regionale Lombardia, 2013

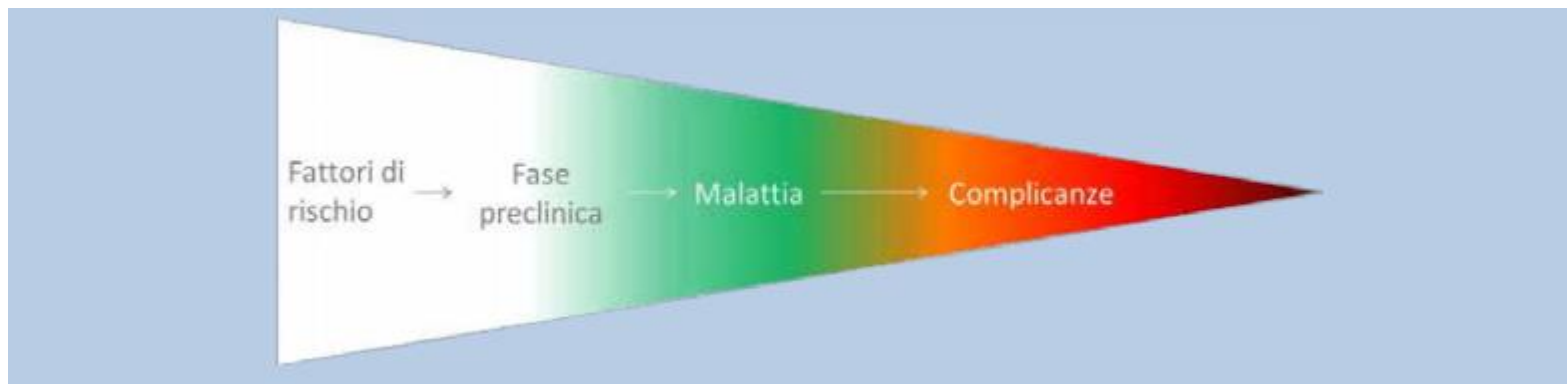
Chi sono (Lombardia)



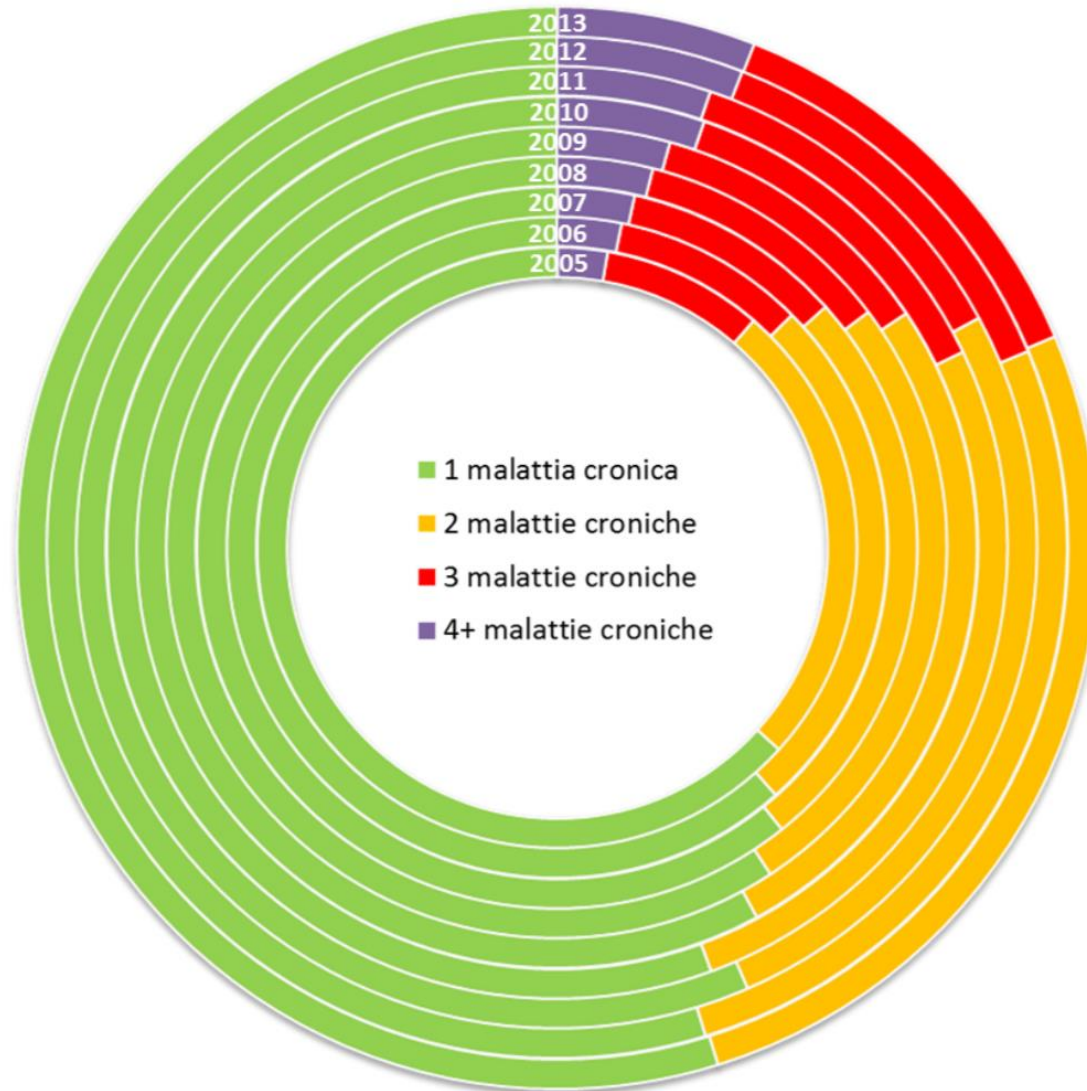
Spesa Lorda complessiva pro-capite per età



Fonte RL

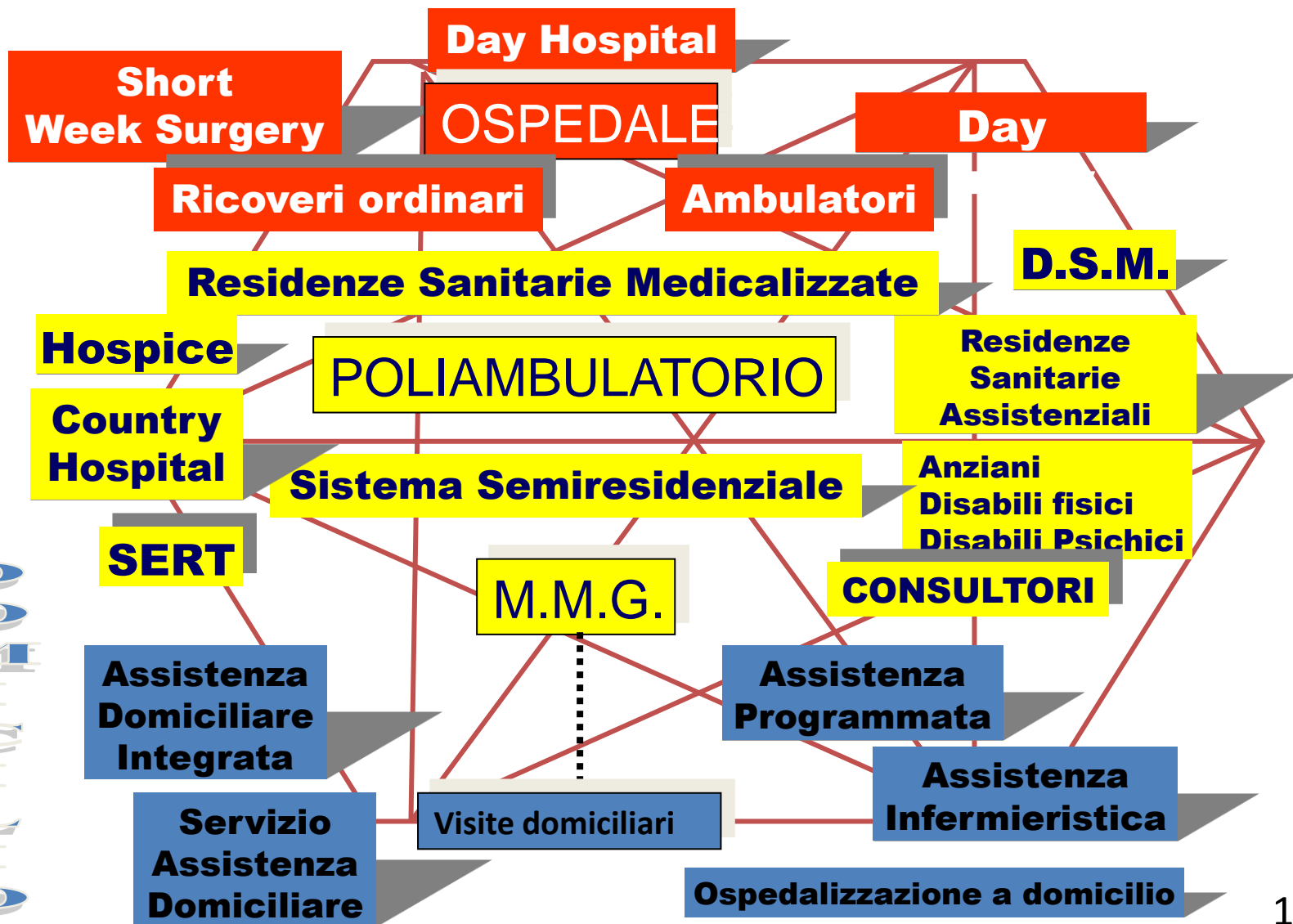


E si aggravano



Spostamento dell'asse di cura

QUALITÀ
EFFICIENZA
EQUITÀ
MOTIVAZIONE
COSTI
SICUREZZA
INNOVAZIONE
SOSTENIBILITÀ



	PATOLOGIA ACUTA	PATOLOGIA CRONICA
Paziente	Tutte le età	In genere anziano
	Una patologia (alla volta)	Più patologie
Esordio	Rapido	Progressivo
Percorso di malattia	Non programmabile	Prevedibile e programmabile
Durata	Breve	Indeterminata
Esito	Risolve in genere con la guarigione	Raramente esita in guarigione
Cura	Richiede alta specializzazione	Richiede continua assistenza
Atteggiamento	Ansia per la guarigione	Calo di attenzione e difficoltà di aderenza alle indicazioni sanitarie

	PATOLOGIA ACUTA	PATOLOGIA CRONICA
Compartecipazione alla spesa (ticket)	Dovuto	Esente
Referente clinico	Uno specialista	Almeno uno specialista, care giver e MMG
Fragilità (clinica e sociale)	Talvolta presente	Spesso presente anche per età
Focus clinico	Malattia	Malato
Coinvolgimento paziente	Consenso informato	Partecipazione
Atteggiamento clinico	Fare tutto il possibile	Ragionare sul lungo periodo
Attività principale	Procedura	Processo
Competenze cliniche	Iperspecializzazione	Multidisciplinarietà
Sviluppo conoscenze	Ricerca	Ricerca organizzativa

IX CONFERENZA NAZIONALE DELLE POLITICHE DELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA

La mappa di un percorso

Contesto organizzativo e professione infermieristica: cantiere aperto

Le risposte:

- a) L. 189/12 (Balduzzi): UCCP e AFT;
- b) Sviluppo delle cure primarie Casa della Salute (e.g.– Emilia Romagna, Toscana);
- c) Sviluppo delle cure primarie Distretto e UCCP (e.g. Veneto)
- d) Sviluppo della presa in carico CReG e Bundled Payment (e.g. Lombardia)

Gli approcci di risposta al bisogno

L. 189/12

Sviluppo offerta servizi integrata di cure primarie (UTAP_Casa Salute, UCCP)

Sviluppo offerta servizi integrata territoriale (UCCP + distretto)

Sviluppo offerta servizi di presa in carico (focus paziente)

MMG based

MMG attore

Evidenze sull'efficacia dei cambiamenti in sanità

Dal Cochrane Effective Practice and Organisation of Care (EPOC) Group (rielaborazione personale):

- *Finanziari (e.g. tariffe)*
- *Strutturali (e.g. setting di erogazione dei servizi sanitari)*
- *Regolatori (e.g. responsabilità professionali)*
- *Organizzativi (e.g. team multidisciplinari)*
- *Professionali (e.g. meeting, formazione)*

Obiettivi della Casa della Salute



Feedback del sistema

i **MMG** che hanno preferito collocare il loro ambulatorio principale all'interno delle strutture CDS hanno aumentato le scelte dei cittadini di circa il **2%**.

Il numero di appuntamenti CUP prenotati nella CDS è aumentato di circa il **300%**

Il *tasso di ricovero ospedaliero* subisce un *decremento* del **5%**

Il **tasso di cittadini seguiti dal Servizio Sociale pubblico integrato** su segnalazione del MMG aumenta del **63%** considerata la presenza dell'**Assistente Sociale all'interno della CDS**

**Centrale
Operativa
Territoriale**

DISTRETTO

Un DISTRETTO che si arricchisce di strumenti:

- ✓ **GESTIONALI** (budget);
- ✓ **ORGANIZZATIVI** (MGI, COT, teleconsulto);
- ✓ di **VALUTAZIONE e MONITORAGGIO** (sistema informativo “integrato”);
- ✓ **FORMATIVI** (audit).

MEDICINA DI GRUPPO INTEGRATA: quali standard di personale e per quali attività?

...partire dal

Che cosa*?

Attività da svolgere

- Supporto all'educazione dei pazienti e autocura
- Monitoraggio dei pazienti cronici
- Medicazioni
- ...
- Gestione delle prenotazioni/agenda del MMG e delle richieste
- Garanzia accessibilità h12
- Supporto alla organizzazione dello studio (programmazione del follow up, ecc.)
-

... per arrivare al

Chi?

Infermieri

Dotazione ottimale
1 t.p.eq / 3.600 ass

**Collaboratori
di studio**

Dotazione ottimale
1 t.p.eq / 2.400 ass

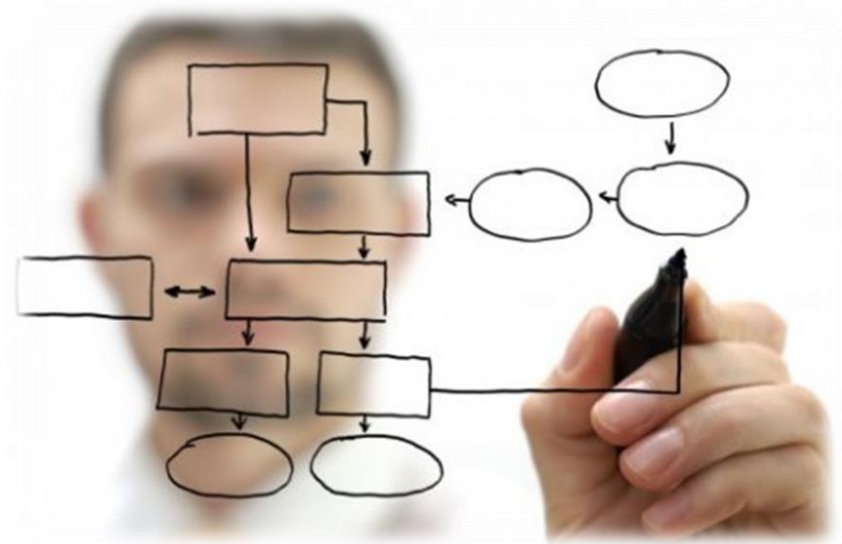
Figura Professionale

* Per raggiungere finalità e obiettivi della MGI

TELEMEDICINA

Principali Modelli Organizzativi

- **Long Care Term (Care Puglia)** per gestire pazienti di tipo cronico da remoto, limitando l'accesso alla struttura sanitaria al caso di vera necessità.
- **Dimissione Monitorata** per ridurre il tempo di ricovero ospedaliero garantendo adeguata copertura sanitaria e assistenziale nel domicilio del paziente (es. deospedalizzazione);



- **ADITA** (Assistenza Domiciliare Integrata Tecnicamente Assistita) per il potenziamento del servizio ADI;

il CReG in Lombardia

Il CReG è un modello sperimentale per la gestione dei **pazienti cronici**, introdotto in Regione Lombardia con il decreto n°4383 del 16/05/2011. Il CReG è anche **una delle possibili risposte al cosiddetto Decreto Balduzzi** (D.L. 158/2012) il cui modello interpretativo è rappresentato di seguito



Obiettivo:

Garantire la **continuità del percorso assistenziale** tra ospedale e territorio, spostando l'approccio al paziente da **medicina di attesa** a una **medicina di iniziativa**

La logica di costruzione del modello di assistenza partendo dal bisogno: il Bundled payment

Il Bundled payment, chiamato anche:

- episode-based payment, episode payment, episode-of-care payment,
- case rate, evidence-based case rate,
- global bundled payment, global payment,
- package pricing, o packaged pricing,

È definito come il rimborso (tariffa) ad un provider con un importo fisso per paziente per un certo periodo di tempo per una determinata attività.

Il BP sta a metà strada tra il pagamento per attività (o a prestazione – fees for service) e quello a quota capitaria (indipendente dalle attività, capitation).



STRATIFICAZIONE DELLA POPOLAZIONE E MODALITA' DI ACCESSO

STRATIFICAZIONE
Da parte di RL della
popolazione e INVIO
all'ATS

VALUTAZIONE
Da parte dell'ATS
dei gestori idonei
che si sono
candidati

SELEZIONE
Invio
dell'INFORMATIVA al
singolo paziente
da parte dell'ATS dei
Gestori adatti

**LIBERA SCELTA DEL
PAZIENTE**
per il gestore per la
presa in carico
all'interno della lista
fornita dell'ATS

L'ATS

- Verifica e integra la stratificazione della popolazione assistita nell'ambito territoriale di competenza
- Seleziona, per gli utenti che rientrano in uno dei primi tre livelli di domanda, i Gestori che si sono candidati più adatti alla presa in carico dei singoli assistiti

A tutela della libertà di scelta, **sarà in ogni caso il paziente a scegliere il Gestore della presa in carico** all'interno della lista fornita dall'ATS



STRATIFICAZIONE DELLA DOMANDA

N.
Soggetti
potenziali

150.000

1.300.000

1.900.000

3.000.000

3.500.000

Tipologia Pazienti	Domanda	Bisogni
Fragilità clinica (quattro o più patologie) es. demenza severa, gravi disabilità, gravi patologie psichiatriche	Prevalentemente di tipo Ospedaliero e/o Residenziale	Integrazione Ospedale, Socio San (RSA, ADI, RIA,..)
Cronicità polipatologica (2-3 patologie) es. dipendenze, demenza e disabilità di grado moderato	Prevalentemente extra ospedaliera ad elevati accessi ambulatoriali (frequent users)	Coordinamento e promozione del percorso di terapia (prev. farmacologica), gestione proattiva del follow up (più visite ed esami all'anno)
Cronicità in fase iniziale (1 patologia) / es. demenza in fase iniziale e disabilità lieve	Richiesta medio bassa di accessi ambulatoriali integrati	Percorsi ambulatoriali riservati/di favore. Controllo e promozione dell'aderenza terapeutica
Soggetti non cronici	Prime visite/accessi ambulatoriali veri	Accesso a tutte le agende ambulatoriali disponibili sul territorio
Non utilizzatori	Potenziali utenti	

TARIFFA PRESA IN CARICO

- Definizione di un sistema di remunerazione attraverso una tariffa di presa in carico “modulabile” per ambulatoriale, ricovero, farmaceutica e in un secondo tempo per ADI, CDI, Hospice, CDD, Strutture riabilitative ecc..
- La tariffa di presa in carico non è la definizione del totale dei costi necessari per sostenere la corretta conduzione del PDTA specifico per la patologia
- La tariffa, calcolata sulla base dei consumi storici osservati ed opportunamente normalizzati dal punto di vista statistico, comprende per i tre diversi livelli di stratificazione della domanda, tutti i costi relativi ad una presa in carico complessiva del paziente affetto da una specifica patologia principale

Metodo

- **Modello** semplificato di classificazione dei soggetti cronici per 63 patologie con 3 diversi livelli di complessità (livelli da 1 a 3 dello schema di stratificazione della domanda)

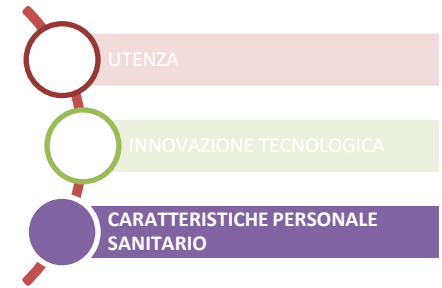
ESEMPI DI TARIFFE

20	SCOMPENSO CARDIACO	N° UTENTI A LIVELLO REGIONALE 153.331	AMBUL	RICOVERO	ADI
		1° livello	739,72	9.117,41	32,18
		2° livello	586,53		65,74
		3° livello	450,47		118,71

39	BPCO	N° UTENTI A LIVELLO REGIONALE 120.345	AMBUL	RICOVERO	ADI
		1° livello	741,20	4.976,94	6,39
		2° livello	462,38		19,17
		3° livello	303,80		29,39

10	NEOPLASIA ATTIVA	N° UTENTI A LIVELLO REGIONALE 211.494	AMBUL	RICOVERO	ADI
		1° livello	1.703,63	9.747,01	29,39
		2° livello	1.645,84		56,22
		3° livello	1.945,39		107,33

I trend dei Servizi Sanitari



Il settore sanitario è caratterizzato da una crescente anzianità del personale, sia in termini di età media, sia in termini di anni di servizio, che determina:

1. CARENZA DI
PROFESSIONISTI in
alcune aree

2. MANCANZA DI COERENZA TRA LE
COMPETENZE ATTUALI DEL PERSONALE E
QUELLE NECESSARIE

3. COSTI LEGATI ALLA
MANCATA SOSTITUZIONE

**OPPORTUNITÀ DI
RINNOVAMENTO**

Le tendenze

Nei prossimi 10 anni andranno in pensione il:

- 58,5% dei **MMG**;
- 28,5% degli **Infermieri** (nel SSN);
- 60,8% dei **Medici** nel SSN;
- 61,1% del **personale amministrativo**.



Implicazioni operative

- Nuove figure professionali di processo di assistenza sanitaria (estensore PAI, case manager, data mining – epidemiologo clinico, valutazione output-outcome)
- Nuove figure professionali di processo per il SSN (call center, gestore ambulatori-prenotazioni, sistemi informativi)

I vincoli

- Senza finanziamenti aggiuntivi
- Resistenza al cambiamento degli operatori anziani, corporativismo diffuso e tattico
- Difficoltà di percorrere percorsi nuovi di presa in carico
- Sviluppo dell'offerta sociosanitaria ed integrazione socioassistenziale

Grazie dell'attenzione

dcroce@liuc.it

PREPARATI AL FUTURO

Health system manager

il percorso per i professionisti dell'organizzazione e della gestione dei processi complessi nel settore sanitario

Laurea magistrale della Scuola di Ingegneria industriale della LIUC in partnership con l'Ospedale San Raffaele di Milano.



per info
T +39 0331 572.300
orientamento@liuc.it
www.liuc.it


Università Cattaneo