

Riflessioni sulle linee guida per i POAS del dott. Antonio Grieco

Sintesi generica:

Prossima scadenza il PLS (Piano Sociosanitario integrato Lombardo) di durata quinquennale. POAS (Piano di Organizzazione Aziendale Strategico) triennale per ATS, ASST, IRCCS, AREU devono elaborarlo per ottemperare al PLS

Per ora gli ex Distretti ASL della città di MI restano in carico a ATS.

- ruolo della Direzione Generale Welfare (DGW)

Riduzione e trasformazione delle UO e dei Dipartimenti, mai incremento delle UO complesse

Collegio di Direzione ASST: Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario, Direttore Sociosanitario, i Direttori di Dipartimento dell'area amministrativa, sanitaria e sociosanitaria, Direttore Medico di Presidio (1 per tutti Presidi) e Dirigente Responsabile del SITRA.

Percorso complesso per eventuali modifica delle UOSemplici.

Funzioni ATS:

Governo del percorso di presa in carico della persona in tutta la rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali

Governo dell'assistenza primaria e del relativo convenzionamento

Governo e promozione dei programmi di promozione della salute, prevenzione, assistenza, cura e riabilitazione

ASST:

Riduzione delle UOC di Ch, Ortop, Nefrologia, Terapia Intensiva

> Viene ipotizzato un Responsabile di Processo (Process Owner) “non deve essere necessariamente identificato in un profilo medico... ha il compito di assicurare modalità di gestione dell'intero processo... facilitare l'integrazione delle risorse... garantire il raccordo anche con i pazienti, limitatamente a particolari situazioni di criticità” (?)

> Viene prevista una Gestione Operativa (in staff al DG) che “fornisce supporto alla direzione strategica, ai dipartimenti e al SITRA nel governo dei processi di produzione e nei percorsi di presa in carico... uno dei compiti consiste nel facilitare la condivisione delle risorse tra i professionisti delle diverse UO”

Rete Integrata di Continuità Clinico Assistenziale (RICCA) obiettivo: “attuare nell'ambito della ASST la presa in carico delle persone in condizioni di cronicità e fragilità, garantendo la continuità e l'appropriatezza nell'accesso alla rete dei servizi e delle Unità d'Offerta deputate all'erogazione delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e la loro integrazione con le prestazioni sociali”

- presa in carico e erogazione delle prestazioni indicate nel PAI
- Il PAI costituisce un forte elemento di collegamento e integrazione fra i punti/nodi della rete e viene proposto attraverso un Patto di Cura, cioè uno strumento di responsabilizzazione (empowerment) del paziente che sancisce la sua disponibilità ad essere curato nell'ambito della rete e traccia il suo consenso alla gestione dei dati personali nella rete che lo prende in carico.

I principali nodi della rete sono: Presidi SocioSanitari Territoriali (PreSST), Presidi Ospedalieri Territoriali (POT), Reparti di ricovero (sub acuti – area medica), Assistenza domiciliare Integrata (ADI), Ambulatori specialistici, Cure primarie MMG/AFT/ UCCP/ Cooperative CReG.

I rapporti del Sistema Sanitario con i singoli MMG e con le forme organizzative da questi costituite

sono regolati dagli Accordi Collettivi Nazionali e dai conseguenti Accordi Regionali e Aziendali; la riforma colloca nelle ATS la gestione della convenzione con i MMG e la definizione degli accordi aziendali sino ad ora attribuito alle ASL.

Affinché il ruolo dei MMG si espliciti appieno nella rete della cronicità dell'ASST occorre quindi che vengano inseriti negli accordi tra ATS e MMG specifici impegni di partecipazione alla rete da parte dei singoli/AFT concordati con il responsabile della rete; vengano definiti a livello della rete atti di indirizzo/linee guida condivisi con i referenti della Medicina Generale: per la gestione del paziente cronico e fragile all'interno della rete; per la messa in atto di una relazione efficace tra i MMG e gli altri nodi della rete

La struttura organizzativa della RICCA della ASST è così composta:

- Direzione
- Gestione operativa delle unità d'offerta direttamente gestite dalla ASST
- Gestione del coordinamento e dell'integrazione con le unità d'offerta extra-aziendali
- Centro servizi
- Sistemi informativi
- Nodi della rete

Il PAI, anche nelle articolazioni educative o riabilitative, proposto da un nodo della rete anche a seguito della valutazione multidimensionale, deve essere redatto sulla base dei protocolli validati dal responsabile delle rete. Il PAI viene condiviso col paziente e viene garantita la sua visibilità e consultazione da parte di tutti i nodi della rete previa sottoscrizione del Patto di Cura da parte del paziente.

Il case manager. La figura del "responsabile del caso" è un professionista che opera come riferimento e "facilitatore" per la persona che ha bisogni complessi sanitari e sociosanitari e ha il compito di seguire il paziente durante tutto il percorso assistenziale, per migliorare l'efficienza dell'assistenza. E' fondamentale che sappia costruire un dialogo costante con l'utente e la sua famiglia. Il ruolo di case manager è assunto da figure assistenziali diverse a seconda dei bisogni e della complessità del paziente. Viene individuato all'atto della stesura dell'avvio del percorso tra gli operatori di uno dei nodi della rete, in base alla prevalenza e alla intensità della risposta al bisogno. In tal senso, esso può essere, a titolo esemplificativo, il MMG (per le patologie croniche in fase iniziale), uno specialista (per pazienti con frequente ricorso alle prestazioni ospedaliere), un operatore del soggetto che eroga l'ADI (per i pazienti che usufruiscono di questa tipologia di servizio), l'operatore dei servizi sociali comunali (per le persone con prevalenza di questa tipologia di prestazioni).

Viene ipotizzato un percorso per costruire la RICCA con anche le remunerazioni che comunque dovrà essere sottoposta all'approvazione della DG Welfare.

Considerazioni generali personali a caldo:

1 – Ottimo cercare di affrontare il problema della cronicità che ci riguarderà tutti sempre di più nei prossimi 20 – 50 anni;

2 – Mi sembra di leggere i piani quinquennali dell'URSS degli anni 60;

3 – Nella vita reale chi si imbatte in un paziente cronico (il MMG nella fase iniziale della cronicità, lo specialista nel cronico complesso, l'infermiere o l'assistente sociale nel cronico particolarmente "fragile") già adesso cerca di concordare con il paziente il percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale possibile e "gradito". Il sistema ipotizzato potrebbe essere di aiuto ma anche di complicazione aggiungendo passaggi e autorizzazioni e controlli complicati e forse inutili;

4 – Non mi è chiaro quanto conti la decisione del paziente nella scelta della struttura, del e dei professionisti di fiducia e come viene garantita la possibilità di cambiare struttura e/o professionisti di fiducia anche dopo aver firmato il c.d. “patto di cura”.