ISTITUTO SUPERIORE DI STUDI SANITARI
Giuseppe Cannarella

II Conferenza Nazionale sull'ASSISTENZA PRIMARIA 2017

SISTEMA ASSISTENZIALE A GESTIONE INTEGRATA IN RETI DINAMICHE PER IL MANAGEMENT DELLA CRONICITÁ©

Proposta di nuovo modello organizzativo

A. Soldo

Medico Specialista in medicina interna- ASLRM1

- Luiss Business School-

DALL'OFFERTA DI SERVIZI ALL'INIZIATIVA

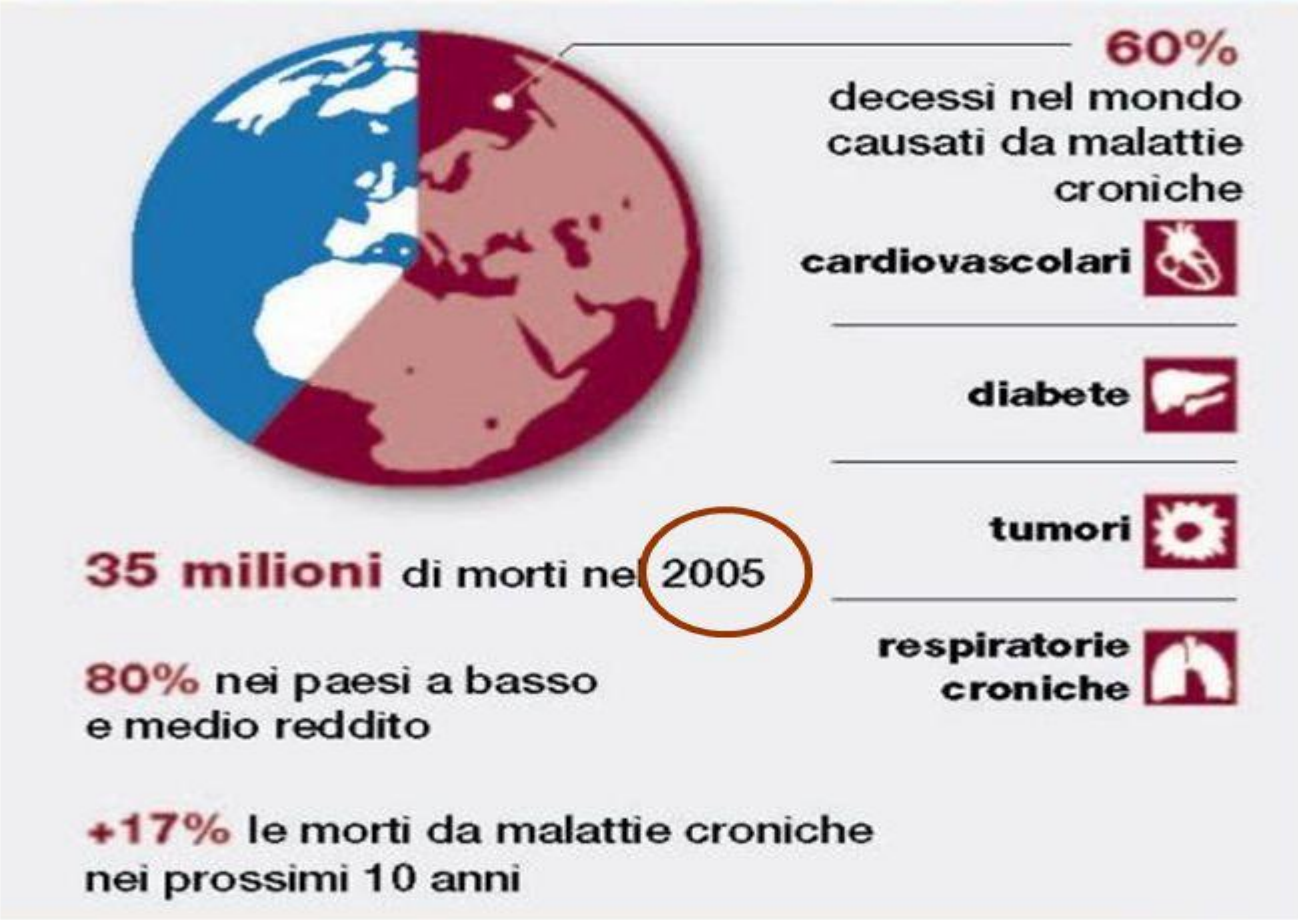
La partecipazione attiva di tutti gli attori

Roma, 7-9 novembre 2017

Auditorium - Centro Congressi
Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma
Largo Francesco Vito, 1

L'OMS DEFINISCE LA *«CRONICITA'»* LA PROSSIMA EPIDEMIA DEL FUTURO

L'allarme mondiale: i numeri delle malattie croniche



Fonte: OMS – 2008 (http://www.who.int/chp/en/)

Piramide dell'età della popolazione italiana, confronto 2005–2050

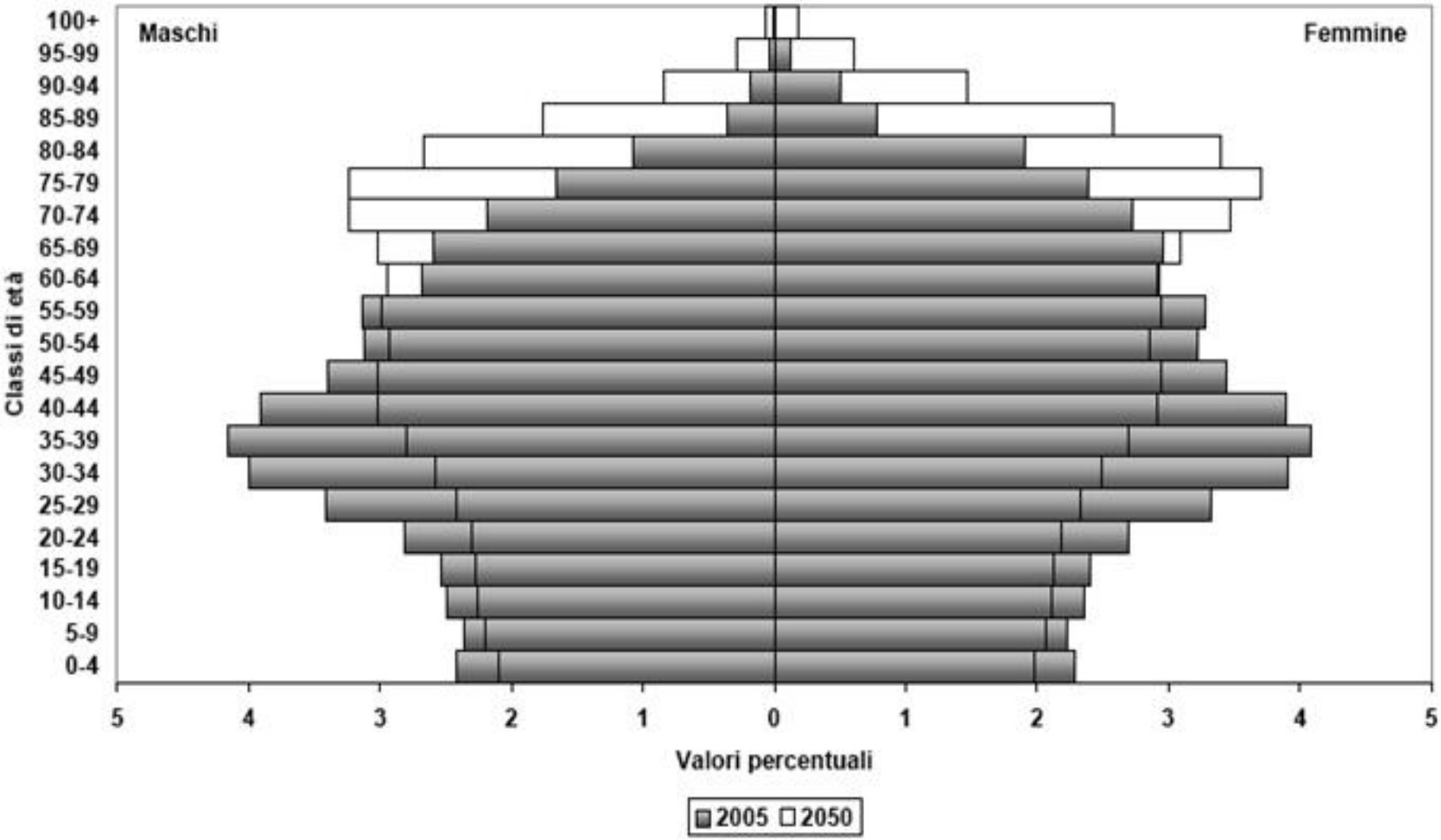
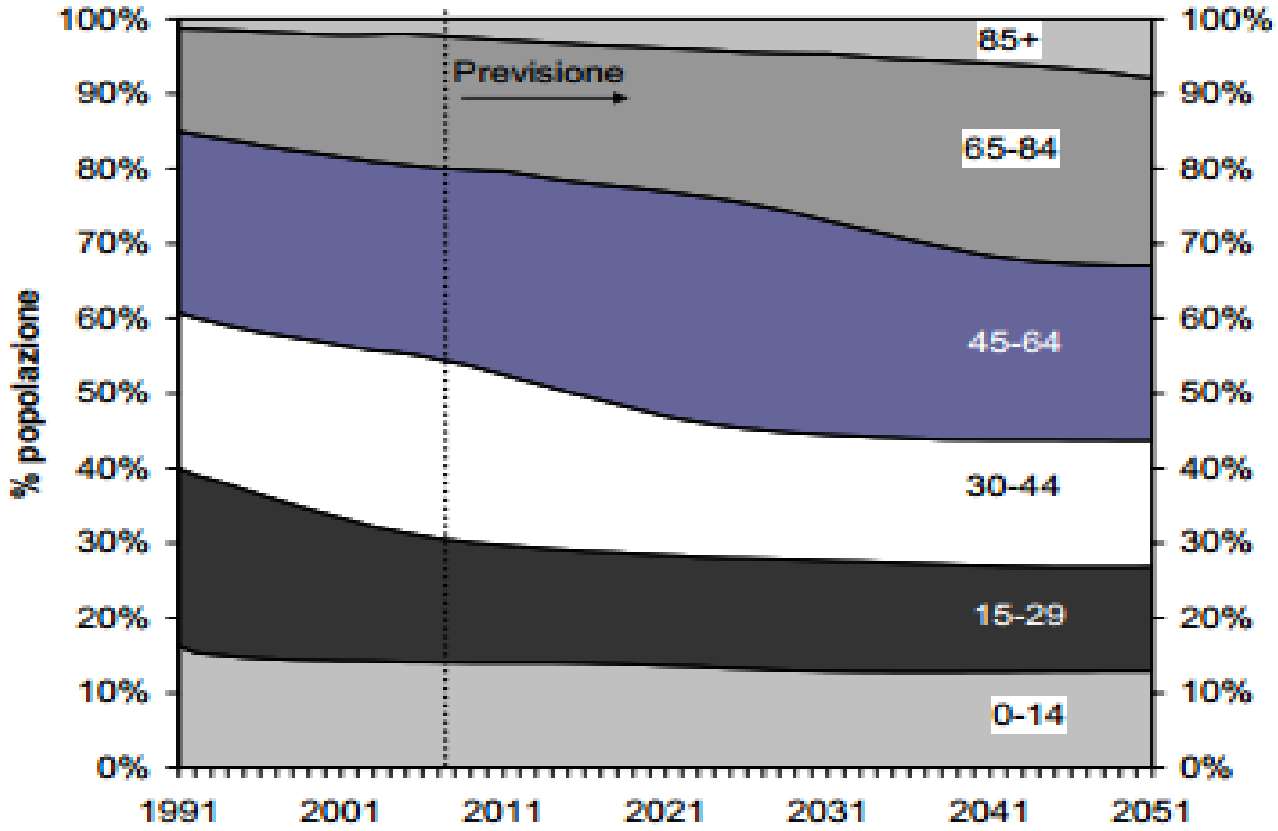
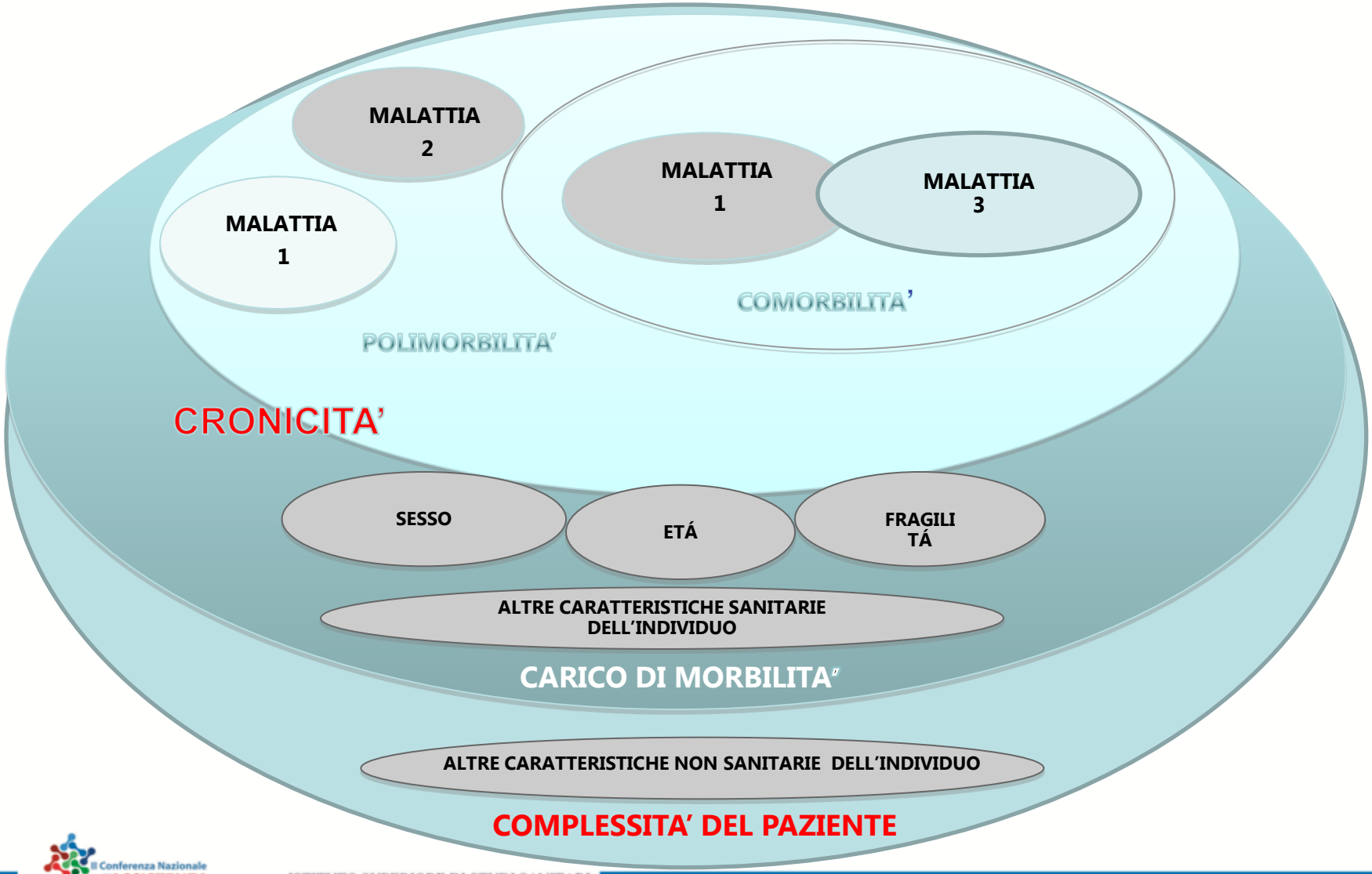


Figura 3 – Popolazione per classi di età, Italia 1991-2051,

Scenario centrale, dati al 1° gennaio, valori percentuali



CRONICITA' E COMPLESSITA'



che cos'è la fragilità

Bisogni multidimensionali di salute del paziente complesso

Bisogni ambientali

Barriere ambientali
(ambiente fisico, economico, sociale)

Bisogni sanitari

Menomazioni di funzioni e strutture del corpo (comprese funzioni e strutture mentali)

Bisogni assistenziali

Limitazioni di attività e partecipazione
(non autonomia)

GESTIONE DEL MALATO COMPLESSO

- MULTIDIMENSIONALE (valutazione dell'individuo malato nella sua globalità)
- MULTIDISCIPLINARE (coinvolgimento di diverse professionalità)
- MULTILIVELLO (rete di servizi integrata)
- CONTINUATIVA (continuità assistenziale/presa in carico)
- MIGLIORARE LA QUALITA' DI VITA
- PREVENIRE LA DISABILITA' E LA NON AUTOSUFFICIENZA
- CONTENERE E RAZIONALIZZARE LA SPESA SANITARIA

……E QUAL'È IL NOSTRO PRESENTE ???

- **ATTUALI FIGURE ASSISTENZIALI**

  - MMG
  - SPECIALISTA TERRITORIALE
  - SPECIALISTA OSPEDALIERO
  - PS/DEA
  - REPARTI DI DEGENZA
  - SERVIZIO INFERMIERISTICO
  - DISTRETTI SOCIO SANITARIO
  - STRUTTURE AD ALTA SPECIALIZZAZIONE
  - STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI (RSA, LUNGODEGENZE, RIABILITAZIONE, HOSPICE)

- **ATTUALI MODALITA' OPERATIVE**

  - LAVORO INDIVIDUALE/ ISOLATO
  - SCARSA COOPERAZIONE E COMUNICAZIONE
  - COORDINAMENTO NON CONTINUATIVO MA OCCASIONALE LASCIATO ALLA BUONA VOLONTÁ E AI CONTATTI PERSONALI

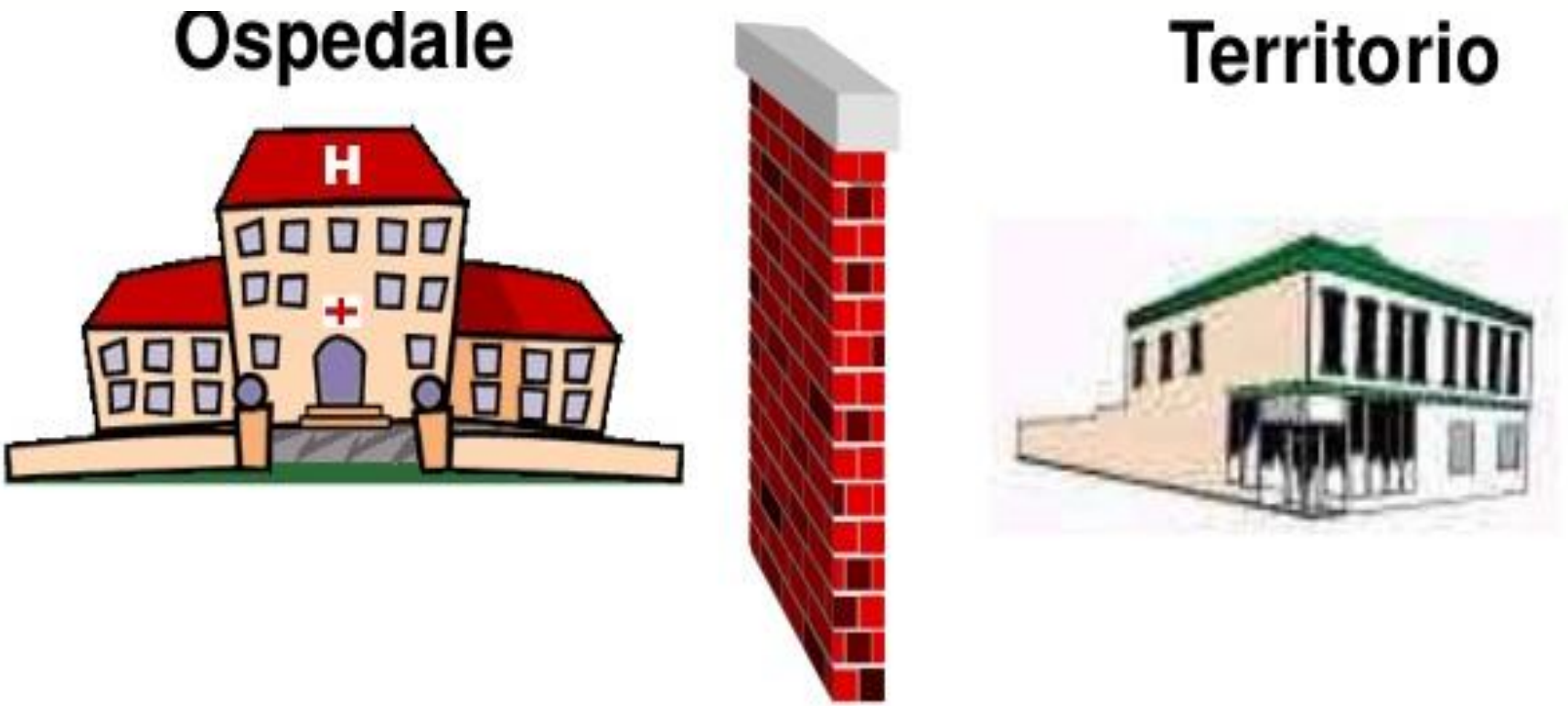
RUOLO DELLA MEDICINA INTERNA NELLA GESTIONE DELLA COMPLESSITA’

IL RUOLO DEL CLINICO INTERNISTA. IL RUOLO DELL'INTERNISTA NEL PERCORSO GESTIONALE DEL MALATO COMPLESSO RISIEDE NELL'APPLICARE UN APPROCCIO SISTEMATICO, MULTIDIMENSIONALE, INDIVIDUALIZZATO, IN CUI VENGONO SUPERATI I LIMITI INSITI NEL CONCETTO DI MALATTIA, E IL PAZIENTE NELLA SUA GLOBALITÀ RIVESTE UN RUOLO CARDINE

LA MEDICINA DELLA COMPLESSITÀ ELABORA UNA VALUTAZIONE INTEGRATA DELLE SINGOLE PATOLOGIE COESISTENTI NELLO STESSO INDIVIDUO TENENDO IN CONSIDERAZIONE L'INTERAZIONE TRA LORO SUL PIANO CLINICO. CIASCUNA CONDIZIONE DA CUI UN INDIVIDUO È AFFETTO NON PUÒ PIÙ ESSERE VALUTATA IN MANIERA ISOLATA, MA DEVE ESSERE CONSIDERATA IN UN CONTESTO PIÙ AMPIO.

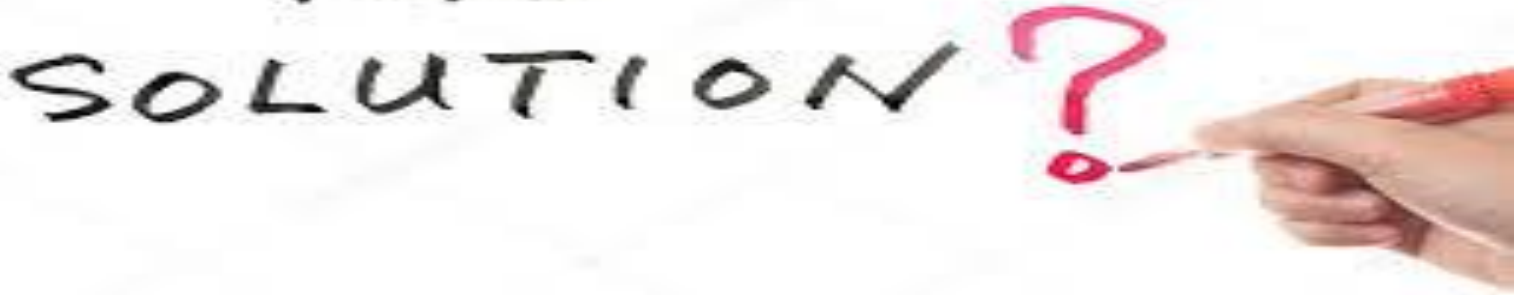
UNA GESTIONE INADEGUATA DELLA COMPLESSITÀ, CON IL MANCATO COORDINAMENTO TRA LE VARIE FIGURE SPECIALISTICHE, PUÒ DETERMINARE UN'ULTERIORE RIPERCUSSIONE SULLA SPESA SANITARIA ATTRAVERSO RITARDI DIAGNOSTICI, RICOVERI IMPROPRI E FRAMMENTAZIONE DEGLI INTERVENTI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICI

SITUAZIONE ATTUALE



CRITICITÁ ATTUALI TRA OSPEDALE E TERRITORIO

- AUMENTO DEI RICOVERI OSPEDALIERI INAPPROPRIATI
- ASSISTENZA TERRITORIALE E RETE ASSISTENZIALE NON IDONEA ALL'EVOLUZIONE DELLA STORIA NATURALE DELLA MALATTIA
- DIMISSIONI OSPEDALIERE NON PROTETTE E NON FACILITATE
- RITORNO SUL TERRITORIO DI PAZIENTI CLINICAMENTE INSTABILI, FRAGILI E NON AUTOSUFFICIENTI
- ASSENZA DI STRUTTURE DI CURA INTERMEDIE SECONDO LIVELLI DI INTENSITA' ASSISTENZIALI
- DIFFICOLTA' DI VALUTAZIONE OMOGENEA E PRECOCE DEI BISOGNI SOCIO-SANITARI DEL PAZIENTE
- ASSENZA DI UN SISTEMA DI CURE INTEGRATO E COORDINATO
- I PDTA SONO STRUTTURATI PER SINGOLA PATOLOGIA E NON COMPRENDONO LA COMORBILITA' E LA COMPLESSITA' DEL PAZIENTE


WHAT'S
THE
SOLUTION?

WHAT?
WHERE?
WHY?
WHO?
HOW?

La mancanza di appropriatezza organizzativa può compromettere l 'appropriatezza clinica

Dobbiamo innovare !!!

- **perché?**
- **NUOVI BISOGNI, ASPETTATIVE, TECNOLOGIE, DINAMICHE PROFESSIONALI, NECESSITÁ ECONOMICHE**

COME?

UN NUOVO PARADIGMA ORGANIZZATIVO

CAPACITA' DI OTTIMIZZARE L'USO DELLE RISORSE DISPONIBILI IN VISTA DEI RISULTATI (EFFICIENZA)

L' ACQUISIZIONE E IL MIGLIORAMENTO DELLE COMPETENZE PROFESSIONALI (FORMAZIONE)

RETI PER LA CONDIVISIONE DELLE COMPETENZE E LA DIFFUSIONE DEI SERVIZI (INTEGRAZIONE)

CAPACITA'/GRADO DI RAGGIUNGERE OBIETTIVI PREFISSATI (Efficacia e appropriatezza nei processi di cura)

- **“CLINICAL GOVERNANCE = QUALITY = SAFETY**
  e’ fare la ***cosa giusta****, al* ***paziente giusto****, nel* ***tempo giusto****, nel* ***luogo giusto*** *nel* ***miglior tempo possibile”***

FREEDMAN 2004

LA NOSTRA VISION: I BISOGNI DI SALUTE

- **OSPEDALE**

- **REATTIVO**
- **LUOGO DEDICATO ALLA CURA E ALLA STABILIZZAZIONE**
- **DELLA FASE ACUTA DELLA MALATTIA**

MALATTIE ACUTE	MALATTIE CRONICHE
Insorgenza improvvisa	Insorgenza graduale nel tempo
Episodiche	Continue
Cause specifiche e ben identificabili	Cause multiple e non sempre identificabili
Cure specifiche ed intento risolutivo	Cura continua raramente risolutiva
Spesso disponibile una specifica terapia o trattamento	Terapia causale non sempre disponibile
La cura comporta il ripristino dello stato di salute	La guarigione non è possibile si persegue come obiettivo il miglioramento della qualità della vita
Assistenza sanitaria di breve durata	Assistenza sanitaria a lungo termine

- **TERRITORIO**

- **PROATTIVO**
-
- **LUOGO DEDICATO ALLA GESTIONE DELLA FASE CRONICA**

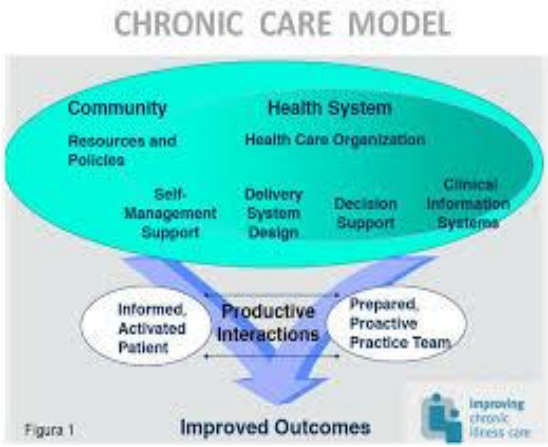
Le esperienze in Italia

- **Emilia Romagna**: Profilo di salute;Profili di cura dei Nuclei di Cure Primari e dePLS; Profilo di rischio di ospedalizzazione; Sistema SOLE; Registri aziendali di patologia; Lettura integrata carta del rischio cardiovascolare.
- **Regione Veneto**: Adjusted Clinical Group; Sistema DOGE; Medicina integrata di Gruppo; Centrale operativa territoriale, Reti cliniche.
- **Regione Toscana**: Banca Dati Macro; Registri di patologia (registro tumori); Moduli di sanità d'iniziativa; Linee guida fragilità; Reti cliniche integrate
- **Regione Lombardia**: Banca Dati Assistito; CReG; Reti cliniche.

IL PROGETTO

Sistema assistenziale a gestione integrata in reti dinamiche

Modelli di riferimento



CHRONIC CARE MODEL:

•HA COME OBIETTIVO UN PAZIENTE INFORMATO CHE INTERAGISCE

•CON UN TEAM SPECIALIZZATO E PROATTIVO.

•**I PUNTI FONDAMENTALI** SONO:

1.SOLIDI COLLEGAMENTI CON LE RISORSE DELLA COMUNITÀ:

2.LE ORGANIZZAZIONI SANITARIE.

3.IL SUPPORTO ALL'AUTO-CURA.

4.L'ORGANIZZAZIONE DEL TEAM.

5.IL SUPPORTO ALLE DECISIONI. ATTRAVERSO LINEE-GUIDA DI PRATICA CLINICA BASATE SULL'EVIDENZA

6.I SISTEMI INFORMATIVI:

- A) COME SISTEMA DI ALLERTA CHE AIUTA I TEAM DELLE CURE PRIMARIE AD ATTENERSI ALLE LINEE-GUIDA;
- B) COME FEEDBACK PER I MEDICI ,;
- C) COME REGISTRI DI PATOLOGIA PER PIANIFICARE LA CURA INDIVIDUALE DEI PAZIENTI E PER AMMINISTRARE UN'ASSISTENZA "POPULATION-BASED".

POPULATION HEALTH MANAGEMENT:

•UTILIZZA UNA SERIE DI INTERVENTI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVI E CULTURALI PER MIGLIORARE I MODELLI DI MORBILITÀ E IL COMPORTAMENTO DELL'USO DELLA SALUTE DELLE POPOLAZIONI DEFINITE

•SI DISTINGUE DAL DISEASE MANAGEMNT IN QUANTO INCLUDE PIÙ CONDIZIONI E MALATTIE CRONICHE, UTILIZZANDO "UN UNICO PUNTO DI CONTATTO E DI COORDINAMENTO" E UTILIZZANDO "UN MODELLO PREDITTIVO DELLE MOLTEPLICI CONDIZIONI CLINICHE".

•**I PUNTI FONDAMENTALI** SONO:

•STABILIRE REGISTRI PRECISI DEL PAZIENTE

•INDIVIDUARE IL REFERENTE DELLA SALUTE DEL PAZIENTE

•DEFINIRE NUMERATORI PRECISI NEI REGISTRI DEI PAZIENTI

•MONITORARE E MISURARE GLI OUTCOME CLINICI E I COSTI

•RISPETTARE LE LINEE GUIDA DI BASE DELLA PRATICA CLINICA

•PARTECIPARE ALL'INIZIATIVA DI GESTIONE DEL RISCHIO

•ACQUISIRE DATI ESTERNI

•COMUNICARE CON I PAZIENTI

•EDUCARE I PAZIENTI E IMPEGNARSI CON LORO

•STABILIRE E ADERIRE ALLE LINEE GUIDA COMPLESSE DI PRATICHE CLINICHE

•COORDINARE EFFICACEMENTE TRA IL TEAM DI CURA E IL paziente

KAISER PERMANENT:

IL BISOGNO ASSISTENZIALE È STRATIFICATO SU TRE LIVELLI:

•LIVELLO 1: BISOGNO DI ASSISTENZA SANITARIA RELATIVAMENTE BASSO PER UNA CONDIZIONE DI CRONICITÀ FACILMENTE CONTROLLABILE FORNITO DAL TEAM DI PROFESSIONISTI DELL'ASSISTENZA PRIMARIA.

•LIVELLO 2: BISOGNO DI ASSISTENZA PIÙ COMPLESSO PER CONDIZIONI CLINICHE NON PERFETTAMENTE COMPENSATE E STABILI IN CUI NECESSITA UN SUPPORTO STRUTTURATO ATTRAVERSO UNA GESTIONE SPECIFICA DELLA PATOLOGIA.

•LIVELLO 3: BISOGNI COMPLESSI E/O UTILIZZO INTENSIVO DI ASSISTENZA SECONDARIA NON PIANIFICATA CHE RICHIEDONO UNA GESTIONE ATTIVA ATTRAVERSO UN CASE MANAGER.

LA RISPOSTA ASSISTENZIALE SI FONDA SU 4 APPROCCI CHIAVE:

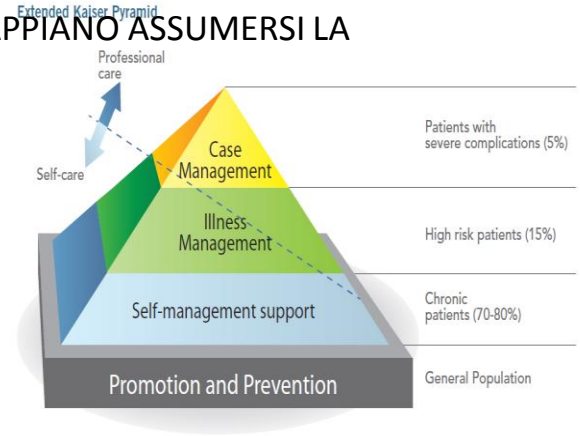
1.SELF CARE AND SELF MANAGEMENT: SOSTENERE LE PERSONE NELL'ASSUMERE UN RUOLO ATTIVO NELLA CURA DI SÉ STESSI. AIUTARE LE PERSONE NEL GESTIRE SPECIFICHE CONDIZIONI E NELL'ADOTTARE MISURE CHE POSSANO PREVENIRE UN PEGGIORAMENTO DI QUESTE CONDIZIONI E RIDUCANO IL RISCHIO DI AGGIUNGERNE DI NUOVE.

2.DISEASE MANAGEMENT: FORMARE TEAM MULTIDISCIPLINARI CHE FORNISCONO CURE DI ELEVATA QUALITÀ, BASATE SULLE EVIDENZE INCLUDENDO L'USO DI PERCORSI E PROTOCOLLI

3.CARE MANAGEMENT: FORMARE I "CARE MANAGERS" (IN GENERE INFERMIERI) CHE SAPPIANO ASSUMERSI LA RESPONSABILITÀ DEL CARICO DI LAVORO, LAVORANDO IN UN SISTEMA INTEGRATO.

4.KNOWLEDGE MANAGEMENT: SVILUPPARE NEGLI OPERATORI LA CAPACITÀ

- DI IDENTIFICARE GRUPPI A RISCHIO ALL'INTERNO DELLA POPOLAZIONE GENERALE
- DI EFFETTUARE VALUTAZIONI DEI BISOGNI
- DI CONOSCERE LE RISORSE DISPONIBILI (UMANE,ORGANIZZATIVE E FINANZIARIE)
- IDENTIFICARE GLI ANDAMENTI DEL PROCESSO ASSISTENZIALE

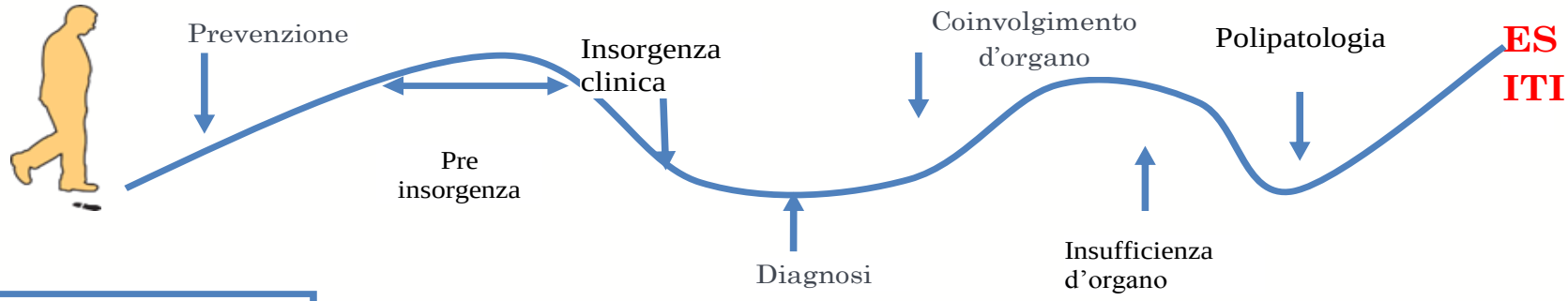


STRATIFICAZIONE DELLA POPOLAZIONE SECONDO Kaiser permanent

Stratificazione della popolazione secondo il livello di rischio (*Expanded CCM, Kaiser Permanente*)

Metodologia

ANALISI DELLA STORIA NATURALE DELLA MALATTIA E DELLE EVIDENZE SCIENTIFICHE

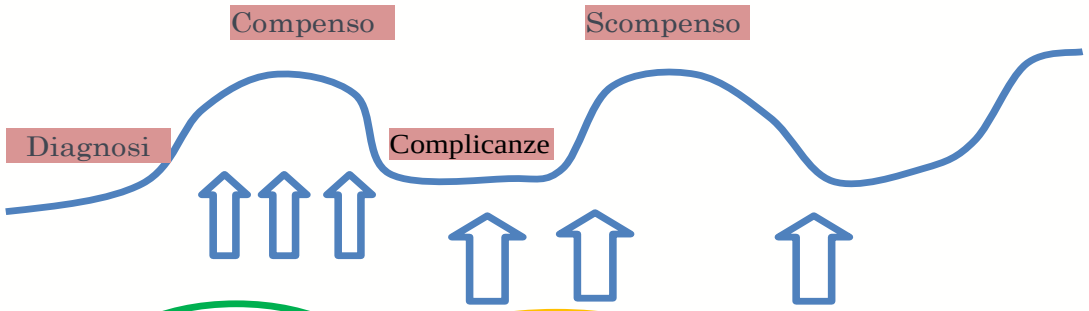


Individuazione degli snodi cruciali di gestione della patologia

PREVENZIONE → CASE-FINDING → COMPENSO → SCOMPENSO

COSTRUZIONE DEL PERCORSO ASSISTENZIALE IPOTETICO

Pr ev en zio ne



RI SU LT AT I AT TE SI

Mmg
Care manager internistico

CASE MANAGER INTERNISTICO – CARE MANAGER

OSPEDALE

I punti fondamentali del progetto

- ✓ Arruolamento del paziente secondo criteri prestabiliti
- ✓ Presa in carico a gestione “proattiva” centrata sul paziente
- ✓ Individuazione dei principali attori assistenziali e del TEAM “centrato” sul bisogno
- ✓ Reti assistenziali integrate e dinamiche tra ospedale e territorio
- ✓ Inquadramento clinico e socio assistenziale “personalizzato per livelli di intensità di cure”
- ✓ Supporto informatico condiviso e canali diretti di comunicazione tra gli operatori
- ✓ Linee guida condivise
- ✓ Monitoraggio, registrazione e revisione

dei risultati con un miglioramento continuo

Il progetto –linee strategiche -

I. **INTRODUZIONE SUL TERRITORIO DELLE FIGURE PRINCIPALI DEL CASE MANAGER (MEDICO INTERNISTA) E DEL CARE MANAGER (INFERMIERE) IN AFFIANCAMENTO AL MMG per la gestione integrata dei casi cronici complessi secondo livelli di intensità assicurando la continuità assistenziale in reti integrate fra ospedale e territorio**

II. **COSTITUZIONE DI DUE STRUTTURE OPERATIVE OSPEDALE-TERRITORIO : il Centro Territoriale Gestione Cronicità ed il Centro Ospedaliero Analisi e Programmazione dei bisogni cronici**

III. **ORGANIZZAZIONE DI UNA ACCOGLIENZA INTEGRATA SOCIO-SANITARIA A TUTTI I LIVELLI ASSISTENZIALI**

- CARATTERISTICHE DEGLI ATTORI PRINCIPALI

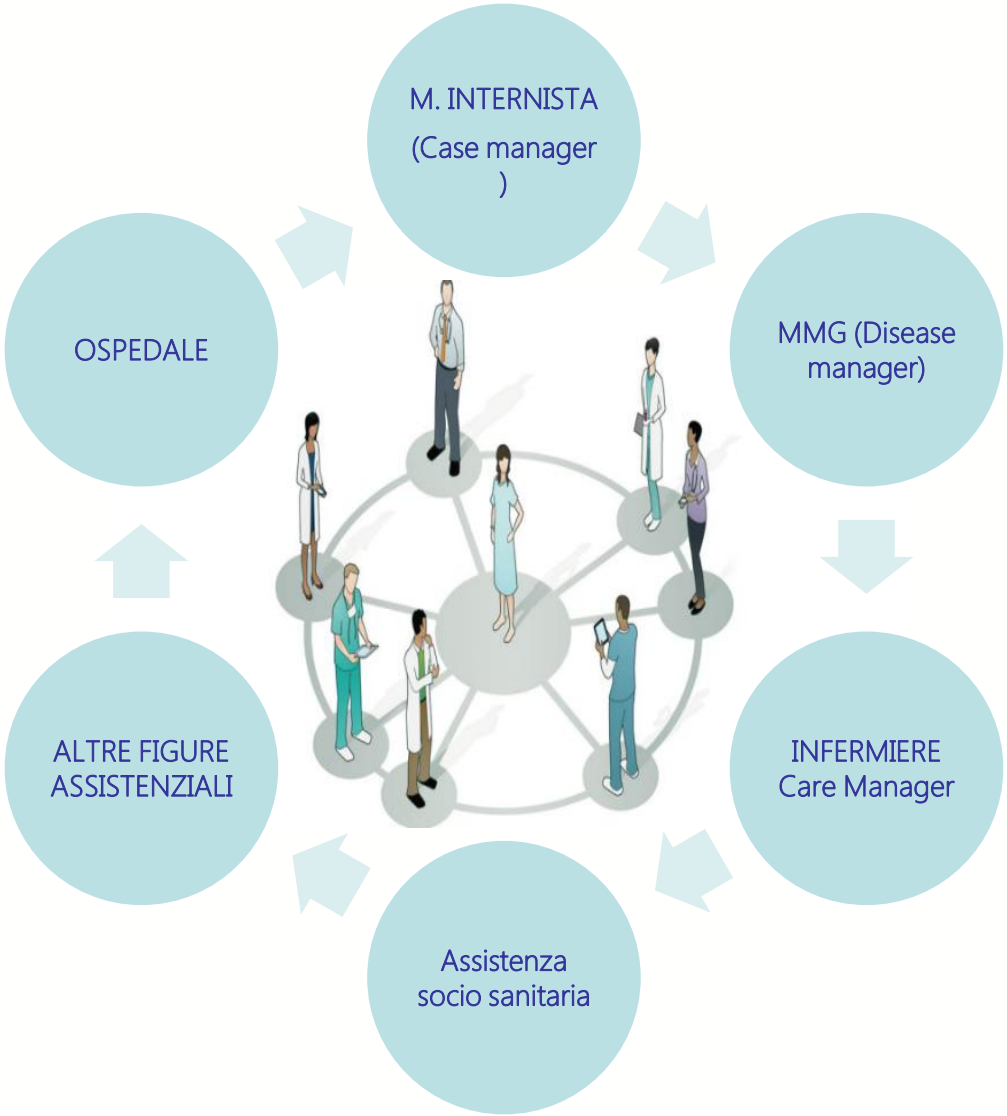
- **DISEASE MANAGER**
- **MEDICO MEDICINA GENERALE**

- **E' il punto di partenza di tutta l'assistenza primaria del paziente**
- **Figura di riferimento per il paziente per la sua famiglia ed il care-giver**
- **Rappresenta colui in grado di gestire in maniera efficace ed efficiente la presa in carico del paziente.**

- **CASE MANAGER**
- **MEDICO INTERNISTA**
- **Figura professionale specialistica ospedaliera o territoriale con approccio di tipo olistico e sistemico di presa in carico del «caso» formato per la gestione sia in ambito ospedaliero che territoriale del paziente con patologia cronica complessa**
- **<u>Si può definire più che specialista della COMPLESSITA' specialista della SEMPLIFICAZIONE</u>**

- **CARE MANAGER**
- **INFERMIERE PROFESSIONALE**
- **Ha la funzione di coordinare le attività assistenziali, di monitoraggio educative e di supporto al paziente**
- **Punto di riferimento per i bisogni assistenziali e di cura alla persona**
-
- **L' infermiere care manager opera in stretta integrazione con i MMG e il case manager internistico**
-

SISTEMA INTEGRATO - TEAM MULTIPROFESSIONALE



Il lavoro di squadra divide i compiti

Aforismario - **e moltiplica il successo.** - Aforismario

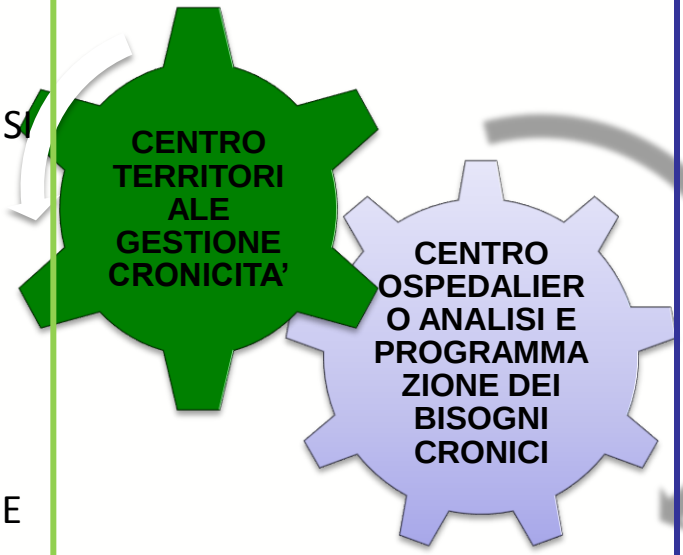
Le strutture

E' UNA STRUTTURA TERRITORIALE,

CON SEDE NELLE UCCP/CDS

E' COORDINATO DA UN DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE SPECIALISTA IN MEDICINA INTERNA (CASE MANAGER) CHE SI INTERFACCIA CON IL MMG, IL CARE MANAGER ED IL TEAM MULTIDISCIPLINARE E MULTIPROFESSIONALE SPECIALISTICO

LA COMPOSIZIONE DEL TEAM È VARIABILE IN BASE AL BISOGNO E RIVOLTO ALL'ASSISTENZA, AL COORDINAMENTO E AL COINVOLGIMENTO ATTIVO DI PAZIENTI POSTI AL CENTRO DEL PERCORSO

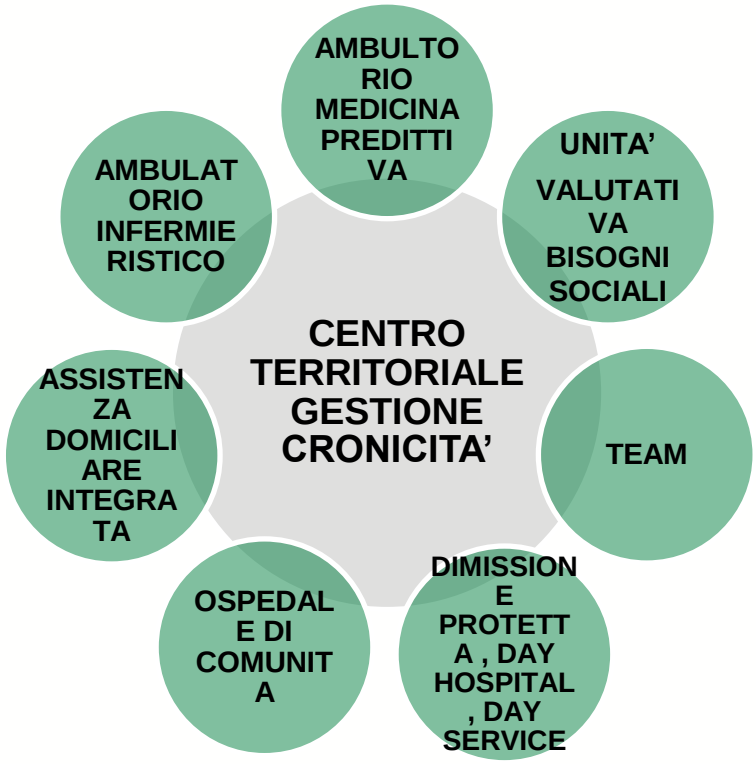


E' UNA STRUTTURA OSPEDALIERA ,

HA IL COMPITO DI INTERCETTARE I PAZIENTI CRONICI E I SOGGETTI CON FRAGILITÀ CLINICA E/O FUNZIONALE IN DIMISSIONE DALL'OSPEDALE INSERIRLI NELL'APPOSITO REGISTRO TERRITORIALE ED INVIARLI AL CENTRO TERRITORIALE GESTIONE CRONICITÀ PER LA STADIAZIONE E LA PRESA IN CARICO INTERFACCIANDOSI ATTIVAMENTE CON ESSA.

IL TEAM MULTIDISCIPLINARE OSPEDALIERO È COSTITUITO DA FIGURE BEN DEFINITE

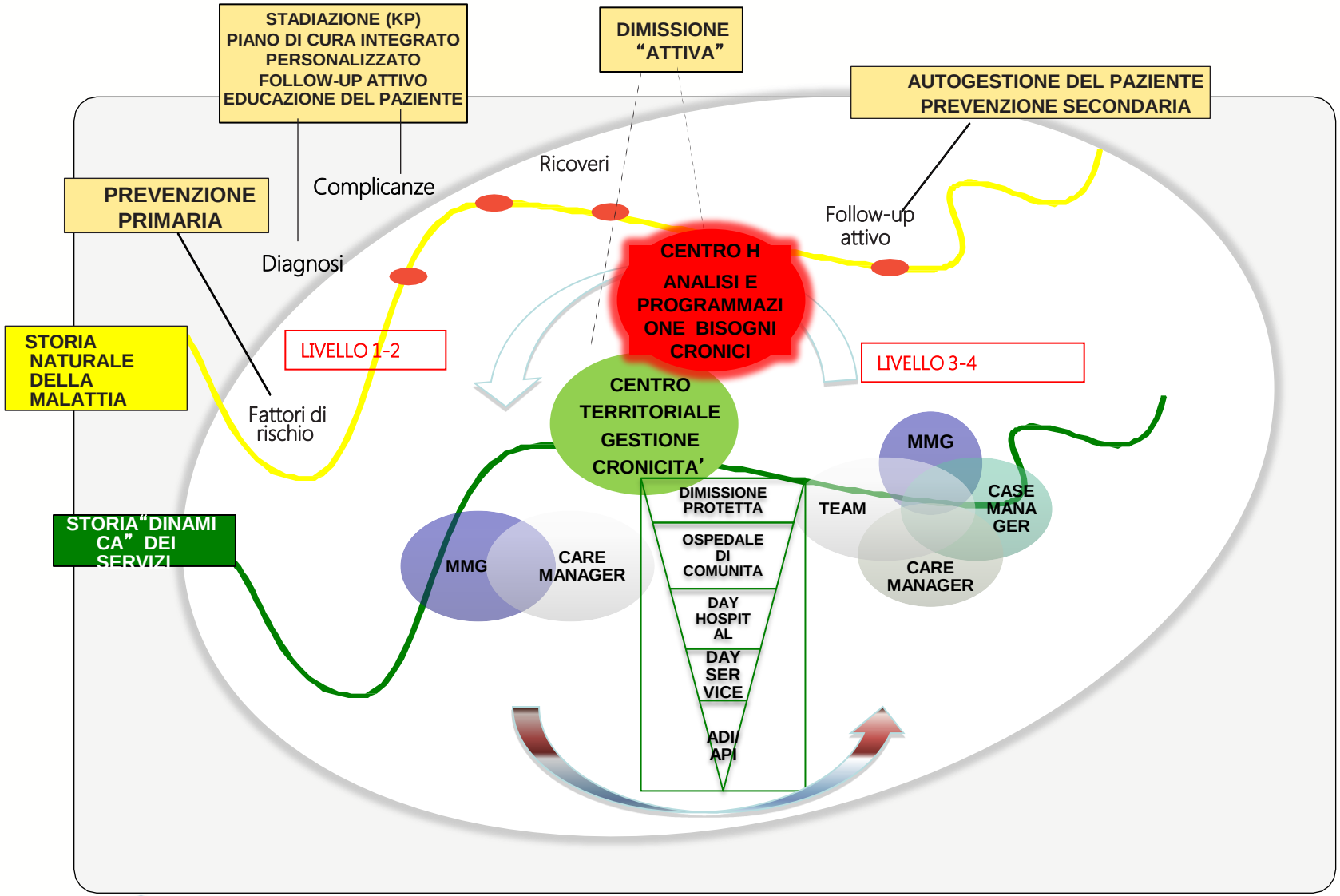
Le strutture



CARATTERISTICHE DEI PAZIENTI DESTINATARI PER LA PRESA IN CARICO E LIVELLO DI GESTIONE

LIVELLO 1	PAZIENTI > 15 AA CON FAMILIARITÀ PER PATOLOGIE CRONICHE O CON PRESENZA DI ALTRI FATTORI DI RISCHIO	LIVELLO BASE (MMG/ CARE MANAGER) SONO INVIATI AI PDTA PER PATOLOGIA E/O AL CENTRO DI MEDICINA PREDITTIVA
LIVELLO 1	PAZIENTI > 15 AA CON UNA O PIÙ PATOLOGIE CRONICHE STABILI	LIVELLO BASE (MMG/ CARE MANAGER) SONO PRESI IN CARICO IN GESTIONE INTEGRATA DAL TEAM , PREVIA ESPRESSIONE DEL CONSENSO
LIVELLO 2	PAZIENTI AFFETTI DA UNA O PIÙ PATOLOGIE CRONICHE AMBULABILI O CON PROBLEMI SOCIO ECONOMICI IN COMPENSO STABILE E SENZA COMPLICANZE CRONICHE IN AGGRAVAMENTO	LIVELLO INTERMEDIO (MMG/CASE MANAGER/CARE MANAGER) SONO PRESI IN CARICO IN GESTIONE INTEGRATA DAL TEAM , PREVIA ESPRESSIONE DEL CONSENSO
LIVELLO 3	PAZIENTI CON UNA O PIÙ PATOLOGIE CRONICHE CON SCOMPENSO E/O PRESENZA DI COMPLICANZE	LIVELLO AVANZATO (MMG/CASE MANAGER/CARE MANAGER)SONO PRESI IN CARICO DAL TEAM ; I CENTRI SPECIALISTICI SVOLGONO IL RUOLO DI CONSULENTI
ACUTI E SUBACUTI (L 1,2,3)	PAZIENTI CON UNA O PIÙ PATOLOGIE CRONICHE CON SCOMPENSO E/O PRESENZA DI COMPLICANZE NON AMBULABILI IN DIMISSIONE DALL'OSPEDALE O IN ADI/ADP	LIVELLO AVANZATO (MMG/CASE MANAGER/CARE MANAGER/TEAM OSPEDALIERO) SONO PRESI IN CARICO DAL TEAM; I CENTRI SPECIALISTICI SVOLGONO IL RUOLO DI CONSULENTI ; L'OSPEDALE SVOLGE LA FUNZIONE DI ALTA SPECIALITÀ

PERCORSO DEL PROGETTO



SISTEMA ASSISTENZIALE A GESTIONE INTEGRATA IN RETI DINAMICHE

Specialisti

P:S.

Ospedale

Assistenza primaria

ARRUOLAMENTO DEL PZ
REGISTRO TERRITORIALE PATOLOGIE CRONICHE

STRATIFICAZIONE POPOLAZIONE (KP)

TERRITORIO

H

LIVELLO 1
Pz a rischio- 1 patologia cronica

LIVELLO 2
1 o + patologie croniche stabilizzate

LIVELLO 3
1 o più patologie croniche complicate
pz complesso/fragile

ACUTO/SUBACUTO (L.1-2-3)
Pz cronico o fragile scompensato

INFERMIERE CARE MANAGER

MMG/AFT

M.INTERNISTA CASE MANAGER

CENTRO TERRITORIALE GESTIONE CRONICITA'
(UCCP/CASE DELLA SALUTE)

CENTRO OSPEDALIERO ANALISI E PROGRAMMAZIONE
BISOGNI CRONICI

AMB. MEDICINA PREDITTIVA

PUA

INQUADRAMENTO CLINICO E STRATIFICAZIONE DEL RISCHIO (ACG)

ANALISI BISOGNI SOCIO ASSISTENZIALI

DIMISSIONE PROTETTA

OSPEDALE DI COMUNITA

DAY HOSPITAL

DAY SERVICE

ADI/API

DIMISSIONE

- RIABILITAZIONE
- LUNGODEGENZA
- RSA
- HOSPICE

DEGENZE ORDINARIA

PDTA

SI

STABILE

NO

CREAZIONE TEAM IDENTIFICAZIONE SEDE

TEAM

MONITORAGGIO E GESTIONE PROATTIVA
EMPOWERMENT DEL PZ

NUOVO EVENTO

ACUZIE URGENZA

P.S.

BREVE OSSERV.

RETI E/U

T.INTENSIVA E SUBINTENSIVA

CONCLUSIONI

- **IL SISTEMA ASSISTENZIALE A GESTIONE INTEGRATA IN RETI DINAMICHE È FONDATO SU UN APPROCCIO FOCALIZZATO SULLA PERSONA (PERSON FOCUSED CARE) RISPETTO ALL'APPROCCIO DOMINANTE FOCALIZZATO SULLE MALATTIE (DISEASE FOCUSED) .**
- **È IL PIÙ ADATTO ALLA GESTIONE DEI PAZIENTI CRONICI PERCHÉ È MAGGIORMENTE IN GRADO DI AFFRONTARE IL MODO CON CUI PIÙ MALATTIE INTERAGISCONO TRA LORO E DI RICONOSCERE LE CONDIZIONI DI VULNERABILITÀ SOCIALE, FAMILIARE ED ECONOMICA DEI PAZIENTI CHE AGGRAVANO I LORO PROBLEMI DI SALUTE.**

CONCLUSIONI

ADOTTARE UN APPROCCIO SISTEMATICO ALLA COMPLESSITÀ PUÒ, IN DEFINITIVA, FORNIRE LE BASI PER CREARE UN MODELLO DI ASSISTENZA IN GRADO DI:

- REALIZZARE STRATEGIE DI CURA PERSONALIZZATE,
- RAZIONALIZZARE L'USO DELLE RISORSE SANITARIE
- MIGLIORARE LA QUALITÀ DI VITA DEI PAZIENTI
- OTTIMIZZARE IL PROCESSO DI GESTIONE MEDICA DEI PAZIENTI COMPLESSI.

Risultati attesi…

PROPOSTE

- Prossima Sperimentazione con LUISS BUSINESS SCHOOL
- CITTADINANZATTIVA

"E' PIU' IMPORTANTE CONOSCERE E CONSIDERARE

QUALE TIPO DI PAZIENTE HA UNA MALATTIA PIUTTOSTO

CHE QUALE MALATTIA HA UN PAZIENTE "

(WILLIAM OSLER)