

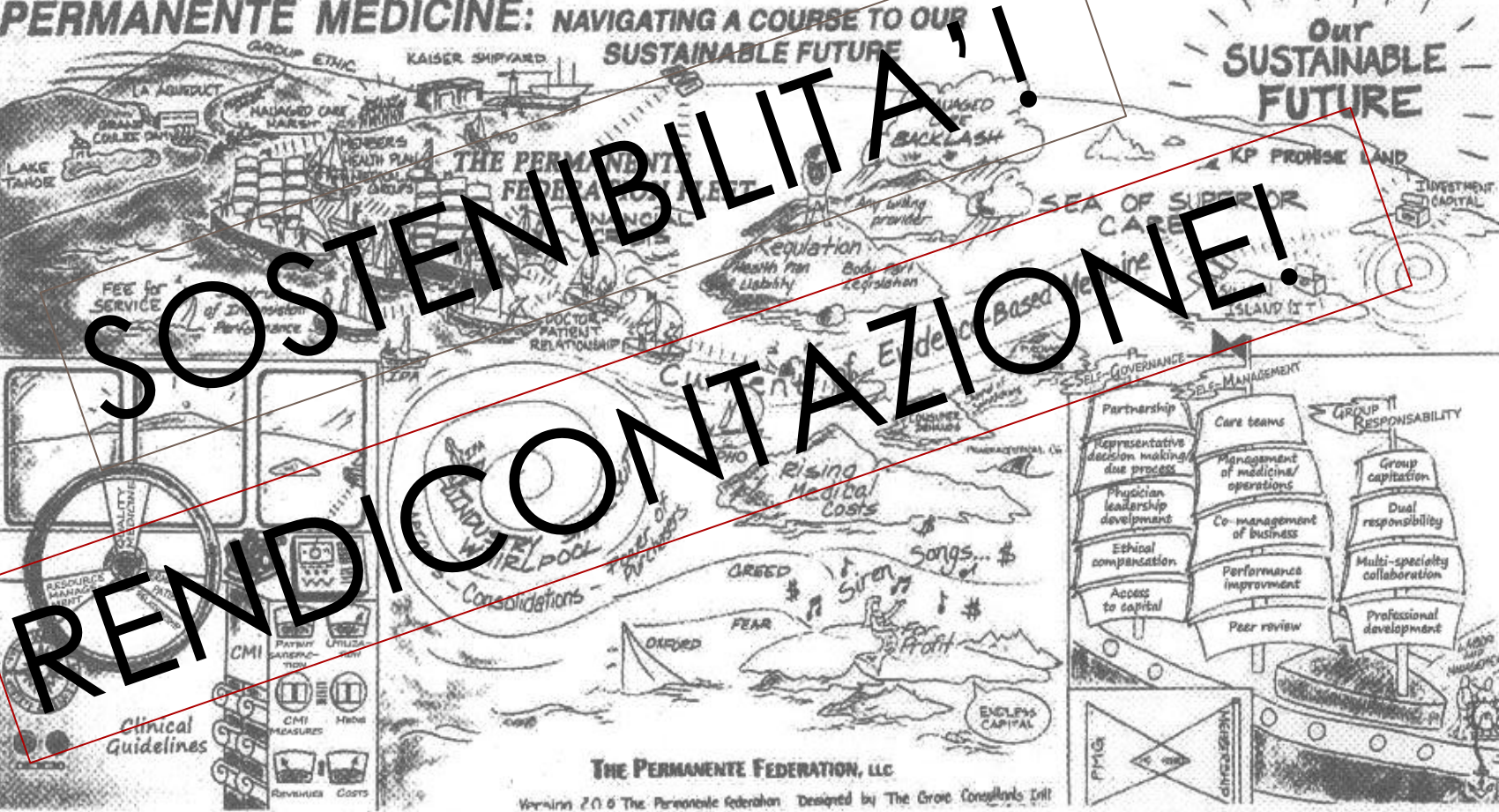
**CORSO DI MANAGEMENT
SANITARIO PER MEDICI DI
ASSISTENZA PRIMARIA
ASSOCIATI-ORGANIZZATI IN
RETE**

**SABATO 5 MAGGIO 2012
PADOVA HOTEL CROWNE
PLAZA ORE 9.00**

Dott. Stefano Ivis
Centro studi keiron

PERMANENTE MEDICINE: NAVIGATING A COURSE TO OUR SUSTAINABLE FUTURE

OUR SUSTAINABLE FUTURE

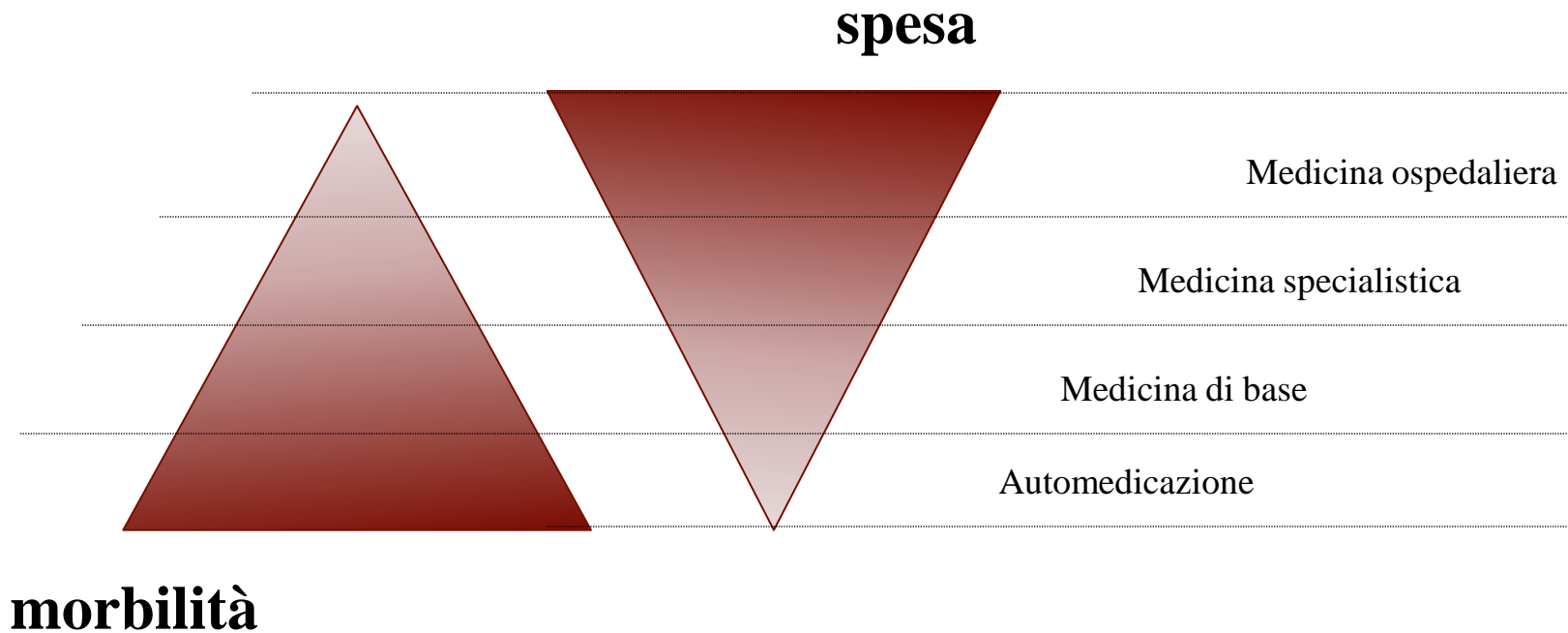


SOSTENIBILITÀ! RENDICONTAZIONE!

Modificata da: Permanente Medicine

“Far navigare la propria flotta assistenziale verso un futuro sostenibile”.

DISTRIBUZIONE INVERSA DELLE MALATTIE E DELLA SPESA



Fonte A. Brenna, 2003, pag. 210

DOTT. IVIS STEFANO

SERVIZI SANITARI UNIVERSALISTICI

MEDICINA

SPECIALISTICA

TECNOLOGIA

PATOLOGIA SINGOLA

T. TRANSVERSALE

ALTA PREVALENZA X

SINGOLO APPARATO

PAZ. COMPLICATO

APPROCCIO RISOLUTIVO

ANALITICO

ICD

MEDICINA

GENERICALE

COMUNICAZIONE

MULTIPROBLEMATICITA'

T. LONGITUDINALE

BASSA PREVALENZA X

SINGOLO APPARATO

PAZ. COMPLESSO

APPROCCIO RISOLUTIVO

SISTEMICO

ICPC

LONGEVITA' DI POPOLAZIONE ED INTERAZIONE PROFESSIONALE

DOTT. IVIS STEFANO

SERVIZI SANITARI UNIVERSALISTICI

OSPEDALE: centralizzazione

Prevalenza paz. acuti
o riacutizzati instabili

Prevalenza cultura
specialistica

Approccio
risolutivo analitico

Alto utilizzo Tecnologia

Elevata
organizzazione

TERRITORIO: abitazione-ambulatorio

Prevalenza paz. cronici
instabili \ acuti stabili

Prevalenza cultura
generalista

Approccio risolutivo
sintetico \ sistemico

Basso utilizzo tecnologia

Organizzazione leggera +
Vicinanza+Relazioni

FUTURO OSPEDALE



HOSPITALIST K.P.

Valutazione del paziente

Ammesso

Dolore toracico
test prova da sforzo

Residenza protetta

Preso in carico
tecnicamente
ospedaliere

risultato negativo

Dimissione protetta con il supporto dell'ospedale

Dimissione a casa o in rsa

STRUMENTO DI QUALITÀ E SOSTENIBILITÀ'

12-14 pazienti presi in carico per ogni hospitalist
 Programmazione delle dimissioni
 Utilizzo di linee guida basate sulle evidenze
 Educazione del paziente e della famiglia

LETTERE DI DIMISSIONE E AMMISSIONE.



FUTURO ASS. PRIMARIA

Coordinamento apertura ambulatori h 12 -24
Supporto e partnership con l'Azienda per interventi di prevenzione su fasce di popolazione basati su evidenze scientifiche (prevenzione cadute, correzione stili di vita ecc)
Integrazione con la SAI e i servizi di struttura
Presenza in carico della totalità o di segmenti ben precisi di popolazione con patologie croniche (chiamata attiva)
Ambulatori per patologia secondo PDTA e LG ?
Integrazione con la rete RSA per posti letto per brevi ricoveri

MED. GRUPPO INTEGRATA
OBIETTIVO FINALE

Coordinamento apertura ambulatori h 12
Obbligatorietà sede centrale
Infermiere settimanale su progetto
Presenza assistente sociale in studio e coordinamento con le prestazioni socio-sanitario Associazioni di volontariato

MED. GRUPPO CON SEDE UNICA
15- 20 MMG
X 3 aa.

Coordinamento apertura ambulatori h 8 e sabato mattino
condivisione scheda informatizzata
Non obbligatorietà sede centrale

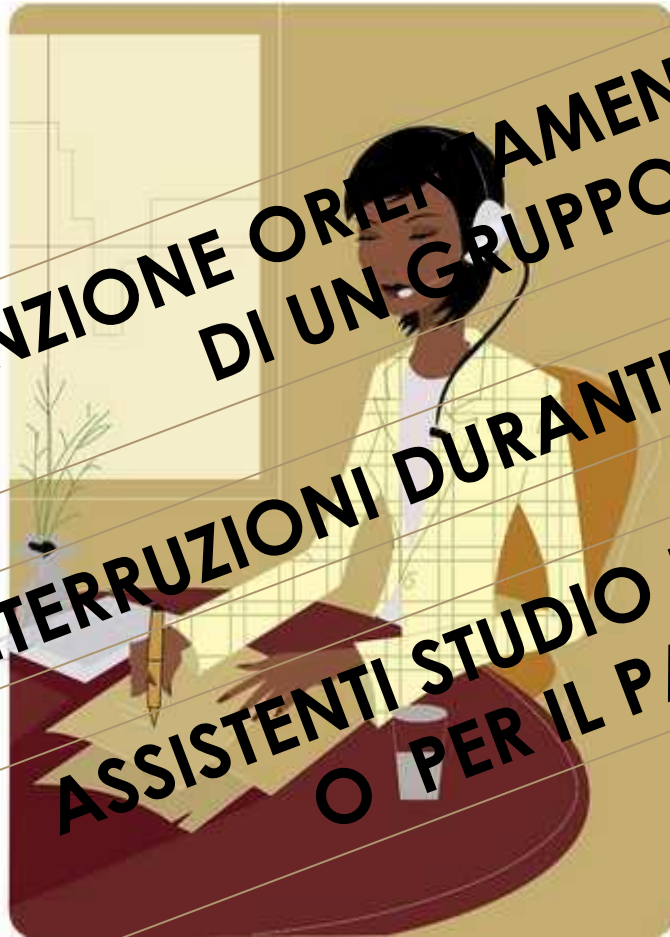
MED. GRUPPO SENZA SEDE UNICA
15- 20 MMG
X 3 aa.

CALL CENTER \ ASSISTENTE VIRTUALE

FUNZIONE ORIENTAMENTO PAZIENTI
DI UN GRUPPO A.P.

NO INTERRUZIONI DURANTE LA VISITA

ASSISTENTI STUDIO PER IL MEDICO
O PER IL PAZIENTE?

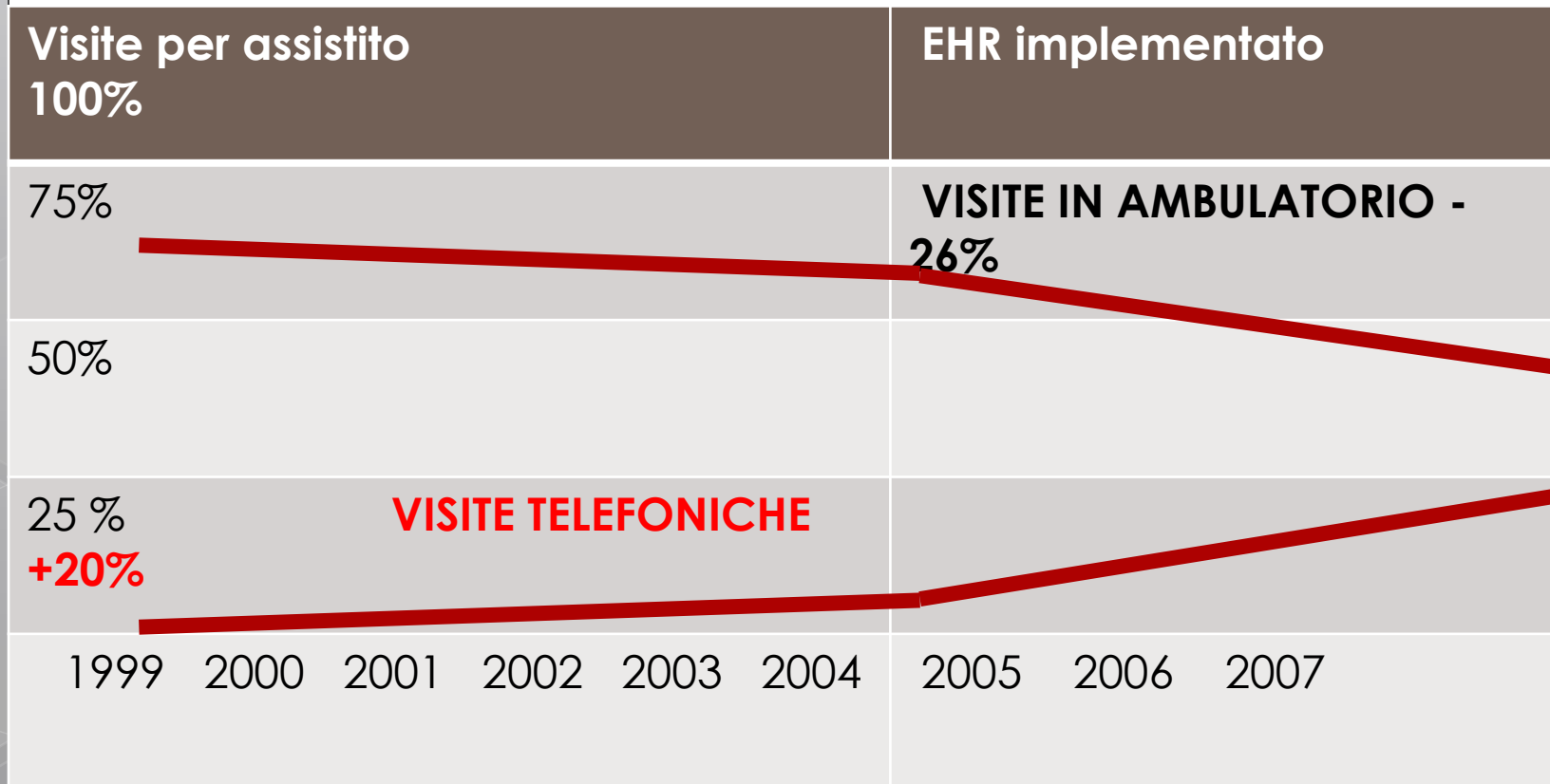


AUMENTARE L'INFORMATIZZAZIONE



Cambiamenti nell'iscrizione al sito web kp 2003-2008

AUMENTARE L'INFORMATIZZAZIONE



Cambiamenti nelle visite ambulatoriali vs consulti telefonici tra gli assistiti kaiser Permanente (1999- 2007)

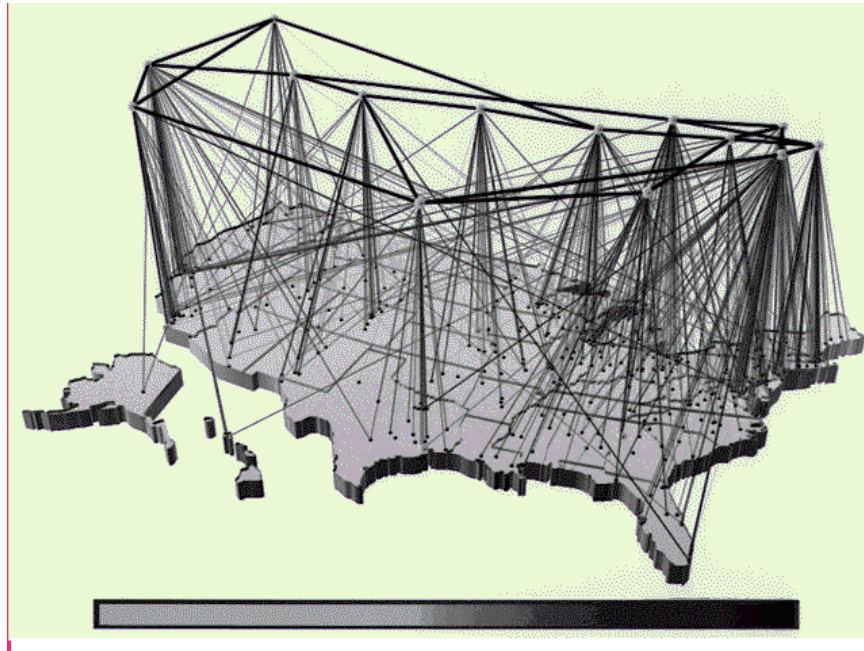
FATTORI DI PRODUZIONE SIAMO PRONTI?

1. 56% : **CALL CENTER MOLTO IMPORTANTE**
 1. (16-20 ORE LA SETTIMANA)
2. 54% : **ASSISTENTE DI STUDIO MOLTO IMPORTANTE**
 1. (16-20 ORE LA SETTIMANA)
3. 46% **DIETISTA**
 1. (5 ORE LA SETTIMANA)
4. 37% **ASSISTENTE SOCIALE**
 1. (16-20 ORE LA SETTIMANA)
5. 36% **INFERMIERI MOLTO IMPORTANTE**
 1. (16-15 ORE LA SETTIMANA)
1. **FISIOTERAPISTA**
 1. (16-20 ORE LA SETTIMANA)

RAPPORTO CON COOPERATIVE SOCIALI



TIPI DI RETE POSSIBILI IN MEDICINA GENERALE



**MODELLI ORGANIZZATIVI
PER AREE A BASSA CONCENTRAZIONE DEMOGRAFICA**

	SEDE CENTRALE UNICA	RETE DI SEDI SINGOLE	SEDE CENTRALE + SEDI PERIFERICHE
ACCESSIBILITA'	Penalizzata	Favorita	
REPUTAZIONE	Elevata	Bassa (da promuovere)	Media
COSTO DEI FATTORI DI PRODUZIONE	Basso (la concentrazione di utilizzo dei fattori di produzione determina una riduzione dei costi)	Alto (da contenere attraverso modalità organizzative che determinino un utilizzo intensivo dei fattori di produzione)	
ORGANIZZAZIONE DEI FATTORI DI PRODUZIONE	Favorita dalla centralizzazione	Da disegnare con strumenti idonei alle necessità ed alle potenzialità della rete	Da disegnare con strumenti idonei alle necessità ed alle potenzialità della rete. Possibili elementi di semplificazione legati alla collocazione nella sede centrale di alcuni aspetti organizzativi.
FATTORI DI RELAZIONE E COESIONE			
DEFINIZIONE E MONITORAGGIO STANDARD			
ORGANIZZAZIONE ATTIVITA'			
INTERVENTI INFORMATIVI SULL' UTENZA	Meno necessari	Necessari, importanti, sistematici, attraverso canali differenziati	

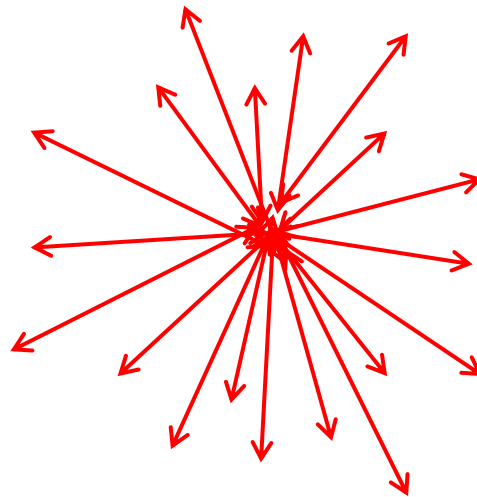
Tabella 1 – Confronto tra modelli organizzativi per aree a bassa concentrazione demografica

**ORGANIZZAZIONE E ATTIVITA' EROGATE DA UNO STUDIO MEDICO'
INTEGRATO IN UNA RETE**

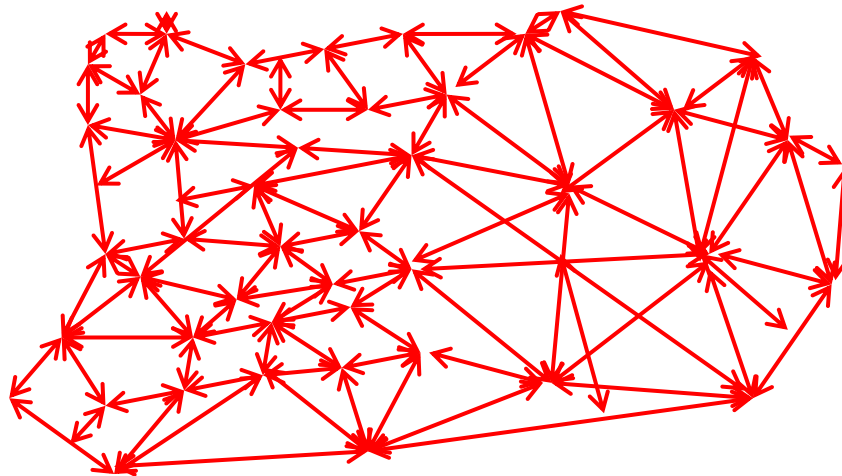
	CARATTERISTICHE	ESEMPI
FATTORI DI PRODUZIONE E RISORSE APPLICABILI ALL'ORGANIZZAZIONE IN RETE	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dislocazione e conseguente mobilità appropriate. ➤ Forte connessione Web e telefonica ➤ Acquisizione centralizzata dei fattori di produzione ➤ Definizione di criteri di omogeneità per tutta la rete ➤ Procedure di monitoraggio degli standard 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Assistente di studio 3 ore\die, ➤ IP da Cooperativa Sociale per attività domiciliari programmate e ambulatoriali su appuntamento ➤ Call center con agenda Web ➤ Gestione societaria proporzionata ➤ Server cartelle di tutti gli utenti accessibile per utilizzo clinico ("funzione sostituto") ed elaborazione dati
ATTIVITA' CLINICO-ASSISTENZIALI APPLICABILI ALL'ORGANIZZAZIONE IN RETE	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Programmate, ➤ Dedicate, ➤ Di iniziativa, ➤ Con strumenti di alert favorenti l' approccio opportunistico. ➤ Sessioni di lavoro di almeno 2-3 ore, ad elevata produttività, con ridotti spostamenti (salvo domiciliari). ➤ Equivalenza prestazioni\ore. ➤ Si spostano i professionisti ma non troppo spesso 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Governo dell'accessibilità ➤ ADI ➤ Gestione DMT2 ➤ BPCO ➤ Avvio e monitoraggio TAO ➤ Sostegno alla distribuzione diretta ➤ Sostegno alla compliance farmacologica e comportamentale ➤ Prevenzione Primaria RCV ➤ Prevenzione Cadute

Tabella 2 – Caratteristiche ed esempi in un ambulatorio periferico integrato in una rete.

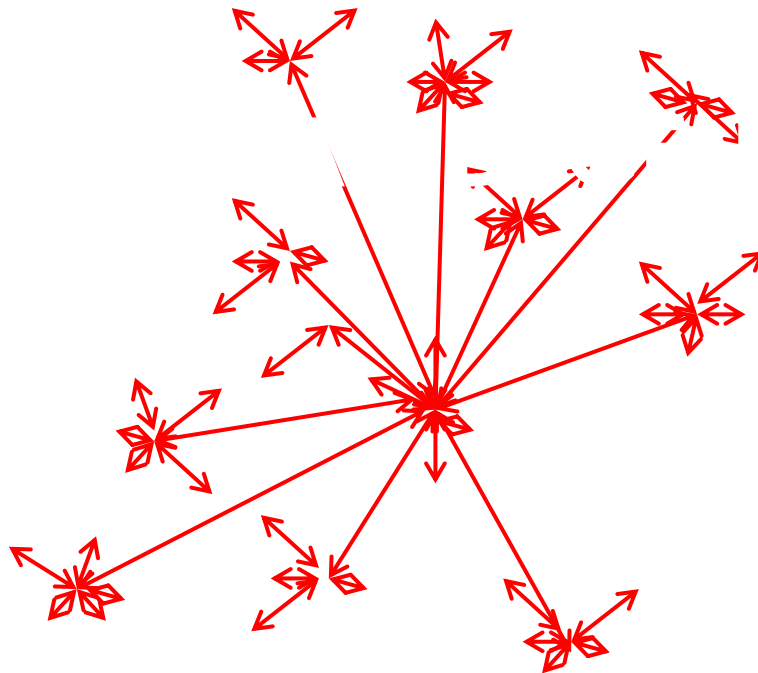
**MED. GRUPPO
CON SEDE UNICA
ADATTA-APPLICABILE
20% MMG E CITTADINI**



**MED. GRUPPO
SENZA SEDE UNICA
ADATTA-APPLICABILE
40% MMG E CITTADINI**



**UTAP
E MED.GRUPPO INTEGRATA
ADATTA -APPLICABILE
40% MMG E CITTADINI**



AFT AUSPICABILE

AFT INTEGRATA

**M.D.G. CON + SENZA SEDE UNICA
DIFFUSIONE TERRITORIALE FATTORI
PRODUTTIVI-SERVIZI**

ADATTA-APPLICABILE 90% MMG E CITTADINI

I TIPI DI PAZIENTI

1. pazienti con un problema di salute acuto;
2. pazienti con un problema di salute cronico;
3. pazienti con bisogni correlati a preoccupazioni sul proprio destino genetico;
4. pazienti con rischio sanitario e stile di vita inadeguato;
5. pazienti consumatori di assistenza;
6. pazienti che hanno sintomi a cui non corrisponde alcuna malattia.
7. ***Pazienti instabili ad elevato rischio di morte naturale***



9.00	PRESENTAZIONE DELLA GIORNATA	DR STEFANO IVIS
9.15	L'APPROPRIATEZZA NELL' ORGANIZZAZIONE SANITARIA : UN RIPIEGO O OPPORTUNITA'? RIFLESSIONI SU PRINCIPI E CRITERI DI VALUTAZIONE .	PROF FERDINANDO ROMANO
10.00	L'APPROPRIATEZZA NELL' ATTIVITA' PROFESSIONALE MEDICA : LA SFIDA DI SLOW MEDICINE	DR ANTONIO BONALDI
10.45	PAUSA	
11.00	TAVOLA ROTONDA: GLI STRUMENTI DI APPROPRIATEZZA NELLA GESTIONE DELLE AFT DEL VENETO , ESPERIENZE E PROPOSTE	DR CRISARA' DR MARIOTTO DR POLITO DR FRAPPORTI
12.30	DISCUSSIONE E SINTESI DELLA MATTINATA	DR REGIS
13.00	PAUSA	
13,30- 15	COSTITUZIONE RETE VENETA MMG SLOW MEDICINE	

GRAZIE PER L'ATTENZIONE