

**Organismo Toscano per il Governo Clinico
Coordinatore prof. Stefano Grifoni**

Gruppo di Lavoro OTGC

“Titolo documento”

**“La presa in carico della cronicità fra ospedale e territorio:
il Day Service (DS) nelle case di comunità e il Gruppo
Multidisciplinare per la presa in carico della Cronicità (GMC)”.**

Coordinatore: Pietro Claudio Dattolo

Composizione del Gruppo di lavoro

Pietro C. Dattolo, Giuseppe Figlini, Sergio Baglioni, Walter Castellani, Antonio Gant, Valtere Giovannini, Serena Guiducci, Teresa Lunghi, Massimo Martelloni, Monica Milla, Massimo Milli, Alessio Nastruzzi, Pasquale Palumbo, Aris Tsalouchos, Andrea Ungar, Serafina Valente

Premessa e contesto

UNIVERSALISMO DICHIARATO E RAZIONAMENTO IMPLICITO

- L'universalismo è il principio fondante della costituzione e del SSN
- Oggi il SSN non riesce a garantire ciò che prescrive: l'onere della ricerca dell'offerta ricade sul paziente.
- Il 50% del prescritto non viene consumato (studio RL 2023): la selezione è random
- Il 50% delle visite specialistiche e il 30% degli accertamenti diagnostici sono pagati privatamente (ISTAT 2022)

UN FRAMEWORK PER DEFINIRE LE PRIORITA' DI POLICY: QUALE VISIONE PRIORITARIA?

RIDUZIONE ASPETTATIVE

- ✓ SPECIALISTICA AMBULATORIALE PER I CRONICI O PER GLI OCCASIONALI?
Il SSN copre il 50% del bisogno: è necessario effettuare una scelta.
- ✓ LTC ANCORA NEGLI OSPEDALI?
Il 30% dei ricoveri nei reparti medici sono ri-ricoveri LTC: continuiamo?
- ✓ QUALE RIABILITAZIONE GARANTIAMO?
(Sono già escluse le forme domiciliari e ambulatoriali)

INNOVAZIONE SERVIZI

- ✓ PRESA IN CARICO CRONICITA' OPERAZIONALIZZATA
- ✓ PAI, Clinical decision support system
- ✓ presa in carico della cronicità con prenotazione in back office
- ✓ Controllo aderenza
- ✓ OSPEDALI DI COMUNITA'
- ✓ Implementare le terapie riabilitative
- ✓ Revisione del CUP e del sistema

EFFICIENZA?

- DIVERSA ORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA
- ACQUISTI CENTRALIZZATI
- Recupero della GESTIONE CLINICA DEL TERRITORIO
- Privato accreditato con nuove regole?

CRESCITA RISORSE SSN

- non possibile CON FINANZIAMENTO del 6% sul PIL

DOCUMENTO

Analisi iniziale

- **VALUTAZIONE DEI BISOGNI DISALUTE** della popolazione di riferimento attraverso i coordinatori per ogni AFT (indagini, consulenze, ai fini di programmazione e migliore appropriatezza)
- Scelta degli **SPECIALISTI DI RIFERIMENTO**
- **INTERAZIONE DIRETTA TRA I PROFESSIONISTI**, senza richiesta formale, da inserire a posteriori nel sistema, a procedura confermata, con valore di registrazione, con significato statistico e di analisi dei bisogni. Sono conferme di contatto e collaborazione, anche per gli aspetti sociali/sociosanitari che altrimenti non hanno una misura certa nè sul singolo nè sulla popolazione incidente
- **TELECONSULTO COME MODALITA' standard di contatto tra colleghi**, modalità che avvia la procedura, anche se non necessariamente avvia una presa in carico
- **LE CONSULENZE/VISITE INTERMEDIE (di riesame)** che necessitano prima dei contatti programmati devono essere attivate per variazioni cliniche e/o risultati di accertamenti che impongano modifiche della gestione (queste varianti sono comunque già previste nello schema generale). Al di fuori dei controlli individuali programmati, si prevedono incontri tra i colleghi di Medicina Generale (MG) e il GMC ogni 3-6 mesi (da valutare sulla base delle esperienze), per un controllo del sistema ed un coordinamento più efficiente
- **IL TEAM BASE** è formato dal MMG/PLS con infermiere, assistente Sociale ed altre figure professionali della CdC, se del caso, con il supporto interattivo del GMC, integrato in maniera flessibile dai componenti AFT

Modalità di Lavoro

- **Adeguati strumenti di comunicazione tra MMG e specialisti**
Ovvero **CARTELLA CLINICA CONDIVISA (patient-oriented)** sul modello del fascicolo sanitario ma indicizzata, possibilità di recupero rapido di esami e dati precedenti (patient-summary) fruibile da tutti gli operatori sanitari con aggiornamenti costanti e possibilità di teleconsulto e condivisione di informazioni cliniche in modalità che garantiscano la privacy
- **CONTINUITÀ DELLA PROCEDURA ASSISTENZIALE** ovvero i malati cronici devono essere presi in carico da strutture e personale sanitario che possa seguirli nel tempo. In quest'ottica la modalità di prenotazione via CUP (una volta effettuata la prima visita che inquadra e prende in carico il paziente), non deve più sussistere e le prenotazioni successive devono avvenire mediante agende interne gestite direttamente dalle strutture specialistiche che rispondono in tempi certi e con procedure adeguate (v. documento XII commissione camera dei deputati, capo I articolo, 1 comma 1)

- **IMPLEMENTAZIONE DELLO SPECIALISTA DI PERCORSO E DELL'EQUIPE SPECIALISTICA UNICA DI CURA**

Gli specialisti dovranno essere ricondotti, da un punto di vista organizzativo, indipendentemente dalla loro posizione contrattuale in un'unica equipe di cura che deve garantire continuità e maggiore qualità clinica, nonché assistenziale ottimizzazione delle risorse, superando il concetto di specialista ospedaliero e territoriale

- **Possibilità per i MMG di avere (tramite contatto rapido con specialisti) ACCESSO DIRETTO ALLE STRUTTURE** che seguono i malati cronici per rivalutazioni, riacutizzazione ed eventuale ricovero diretto evitando passaggio dal DEA (modalità come GOM)
- **Possibilità di prevedere PACCHETTI DIAGNOSTICI per patologie rapidamente utilizzabili dal MMG (PADiC)** per inquadramento iniziale e quindi invio a visita specialistica in maniera più appropriata possibile.
- **Incontri modulabili tra MMG e specialisti di riferimento** con frequenza variabile sulla clinica del paziente (es ogni 3-6-12 mesi...)
- **STRUTTURE DI CRONICITÀ ORGANIZZATE COME DAY SERVICE** attive 12h, dove i pazienti possano avere accesso a visite esami accertamenti e consulenze necessarie, con presa in carico multidisciplinare per pazienti comorbidi, con presenza di personale paramedico e multiprofessionale (nutrizionisti, fisioterapisti, assistenti sociali, infermieri, psicologi) per la presa in carico globale del paziente e dei caregivers.
- **PRESA IN CARICO CONDIVISA COSTANTE MMG E SPECIALISTI (GMC) con formulazione del piano assistenziale** individuale che viene riformulato periodicamente in base alle variazioni cliniche del paziente
- **SPECIALISTA UNICO:** Ciò significa non separare le attività ambulatoriali da quelle prettamente ospedaliere ma far ruotare tutto il personale su tutti i servizi affinché l'équipe si integri pienamente al di là dell'inquadramento giuridico. Solamente inserendo, pienamente, in questo modo la specialistica ambulatoriale nel lavoro dell'équipe della disciplina, potremo, mantenere un know how il più omogeneo e alto possibile.
- **LISTE DI ATTESA:** il nostro modello permetterebbe una gestione preventiva e più razionale delle liste di attesa, oggetto di normativa ad hoc. Inoltre, quanto già esistente e organizzato, come la medicina di aggregazione, deve trovare più vigore in questa implementazione, riducendo i conflitti pazienti/sanitari e sanitari/altri operatori e controllando direttamente le prescrizioni. La visita intermedia (o di riesame) è una definizione applicabile alle consulenze di medio percorso previste in questo modello
- **INTEGRAZIONE PUBBLICO-PRIVATO:** Sempre nell'ottica di una risposta transitoria al problema delle liste di attesa e nel percorso di messa a regime della gestione diretta (presa in carico) condivisa che porti il problema ad un livello fisiologico, si può proporre con minimi interventi giuridico amministrativi e tecnici che **specialista accreditato acquisisca lo status pubblico** e, quindi, **la possibilità prescrittiva, esclusivamente nei periodi in cui opera nell'ambulatorio accreditato all'interno di percorsi assistenziali programmati**

dal SSN/SSR e solo per le visite/prestazioni ambulatoriali prenotate negli slots delle agende del sistema CUP. Lo Specialista accreditato potrà prescrivere Visite di controllo o ulteriori indagini diagnostiche solo per le prestazioni disponibili nelle agende nel sistema CUP regionale; il cittadino liberamente prenoterà le stesse ove ritiene più soddisfacente per le proprie esigenze. La consegna del farmaco prescritto avverrà nei punti di continuità farmaceutica. L'interazione tra MMG e specialista fonda la sua ragion d'essere nella responsabilità normativa e etica della gestione del paziente ove non ospedalizzato e si esplica in modalità flessibili di consulenza tra colleghi e/o visita specialistica secondo criteri clinici e non burocratici

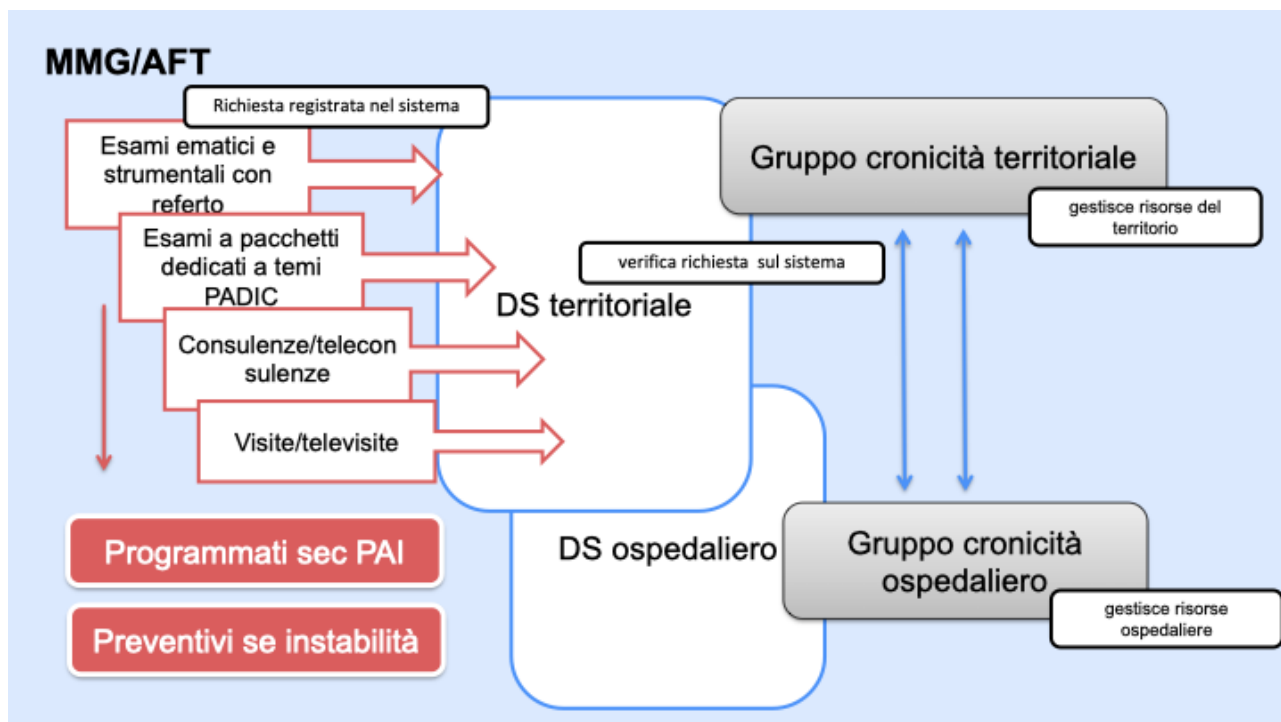
Come interagiscono i Colleghi

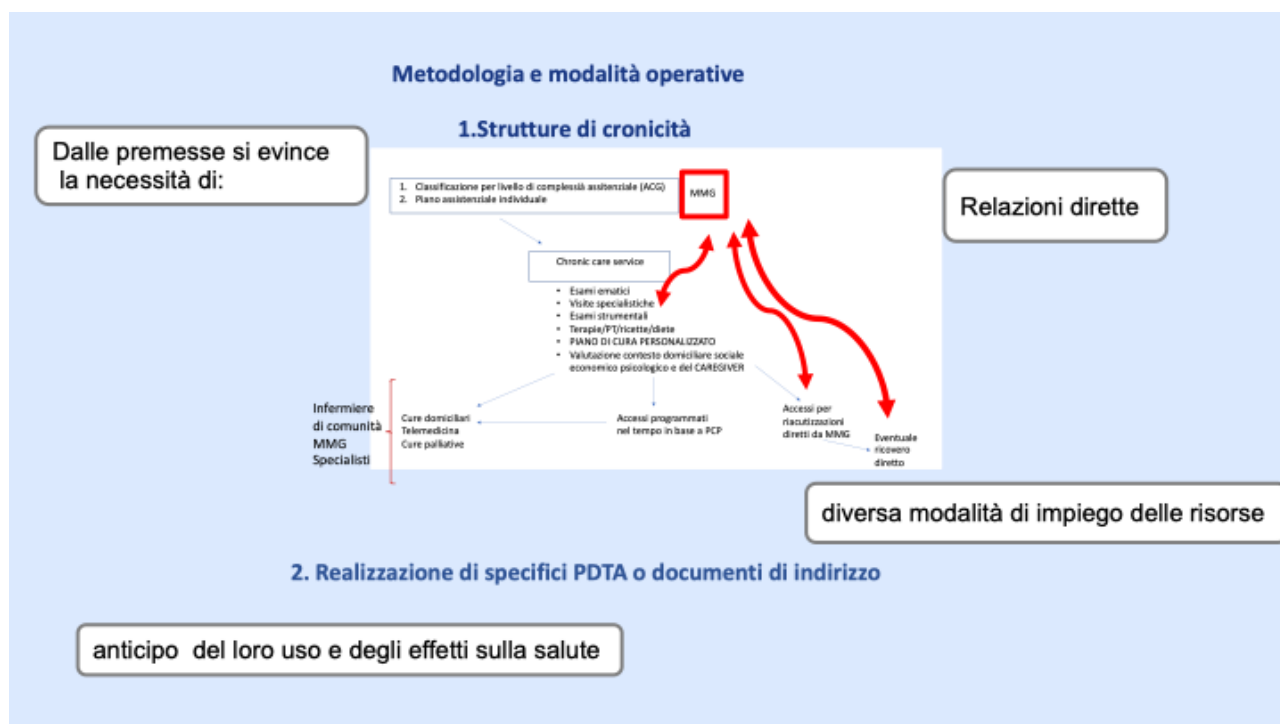
- Il medico proponente emette una prescrizione che si inserisce nel sistema
- Occorrono spazi dedicati alle prestazioni dirette (fabbisogno!)
- L'appuntamento viene dato contestualmente attraverso

1. il personale della CdC del DS o del GMC

2. concordato direttamente tra i professionisti in coda alla consulenza

- L'effettore della prestazione trova la richiesta sul sistema e la annulla come per i farmaci





IN SINTESI

- **Conoscere i servizi disponibili (sia per DS territoriali che ospedalieri): anche nelle LG regionali si parla di standardizzazione e diffusione**
- **Comunicare con gli strumenti ormai imprescindibili**
- **Condividere in tempo reale, per consulenze e decisioni in tempo reale**
- **Prendere in carico, in parallelo, per inserire il paziente nella rete personalizzata e prevenzione delle instabilità**
- **Dare attuazione al documento delle Conferenze delle Regioni e Province Autonome 25/117/CR05a/C7 del 9 settembre 2025**