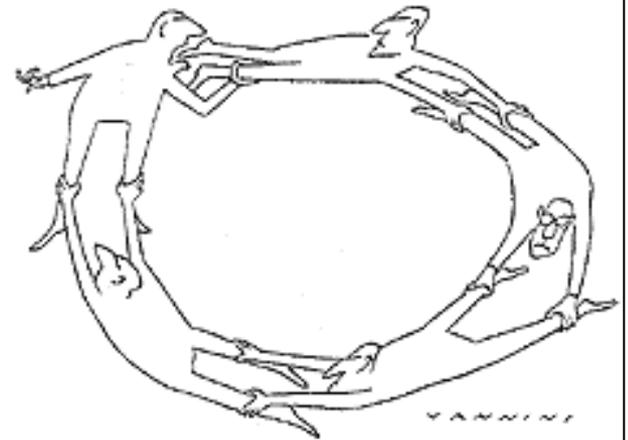


**Dr. Giuseppe Noto**

**Direttore Servizio 8 "Programmazione territoriale e Integrazione socio-sanitaria"  
- Dipartimento Pianificazione Strategica - Assessorato Reg.le Sanità- Reg. Sicilia**

**La gestione integrata e  
la riorganizzazione del sistema  
di Cure Primarie ...**

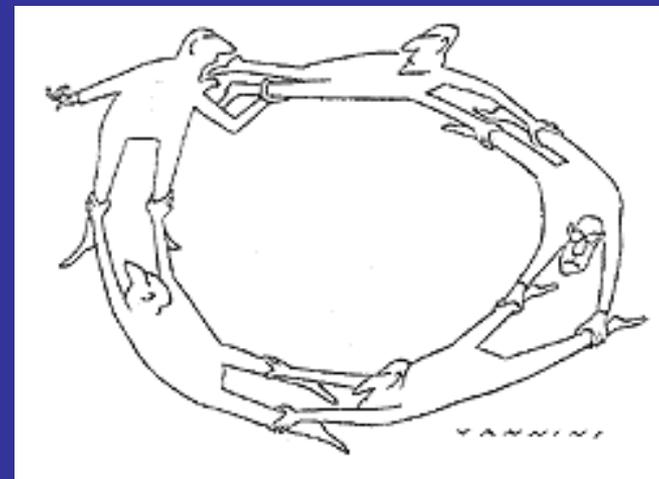


**IV CONVEGNO NAZIONALE IGEA**

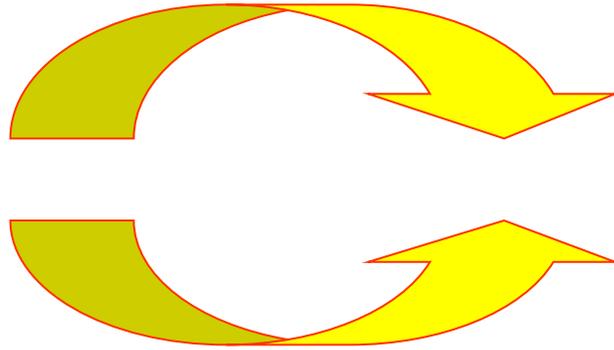
**Prevenire le complicanze del diabete: dalla ricerca di base all'assistenza  
*Istituto Superiore di Sanità- Roma, 19 febbraio 2010***

**LA MIA RELAZIONE ...  
... ALLA LUCE DEI NUOVI SCENARI DI  
SVILUPPO DEI SISTEMI ASSISTENZIALI  
E DELLE CULTURE DEI PROFESSIONISTI  
(vedi A.C.N. 2009)**

**... E CON UN "TAGLIO" DI  
ATTENZIONE ALLE  
POTENZIALITA' DI SVILUPPO  
DELLA "GESTIONE  
INTEGRATA" ED ALLA SUA  
CAPACITA' DI PENETRAZIONE  
NELLE CULTURE DEGLI  
OPERATORI E NELLE "MENTI"  
DEI SISTEMI ORGANIZZATIVI**

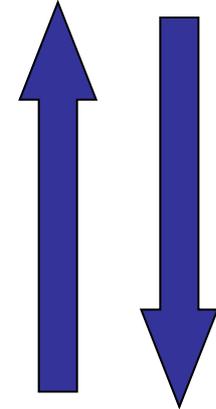


# Decisori



# Tecnici

SAPERE E BISOGNI  
“GESTIONALI”



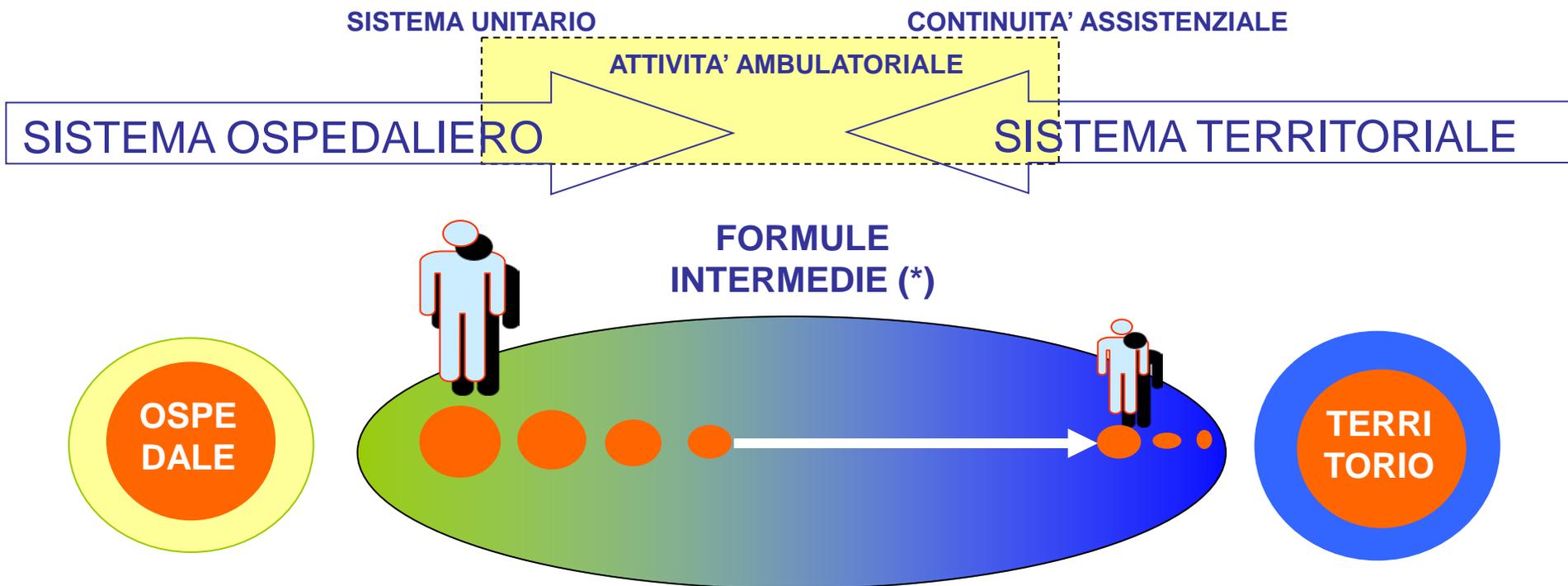
SAPERE E BISOGNI  
“TECNICO-  
PROFESSIONALI”

**ATTENZIONE:**

**L'“ECONOMICITA’” (salute+efficienza) E' UN BISOGNO DI TUTTE LE COMPONENTI DEL SISTEMA**

**APPROFONDIRE IL “KNOWLEDGE TRANSLATION”**

**I FABBISOGNI DI UNITARIETA'-DIFFERENZIAZIONE  
DEL SISTEMA ASSISTENZIALE  
DI FRONTE ALLE ESIGENZE DI ECONOMICITA' (Efficacia, Efficienza)**



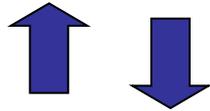
**(\*) SPOSTARE VERSO IL TERRITORIO ALCUNI LIVELLI DI SPECIALIZZAZIONE TIPICI DEL SISTEMA OSPEDALIERO.**

**POTENZIARE LE CURE PRIMARIE COME LEVA FONDAMENTALE E  
MULTIDIMENSIONALE PER GENERARE ECONOMICITA'  
(SALUTE+ EFFICIENZA)  
E PER FARE FRONTE ALLA "NUOVA EPIDEMIA"  
(LE PATOLOGIE A LUNGO TERMINE)**

# GLI ASSI PORTANTI DEL NUOVO ACN 2009, RELATIVAMENTE ALLE LOGICHE ED AGLI STRUMENTI DI INTEGRAZIONE

**CONTINUITA' ASSISTENZIALE (h24):**  
COME COSTRUIRLA,  
COME GESTIRLA ...

(26 ter) “realizzare nel territorio la **continuità dell'assistenza 24 ore su 24** e 7 giorni su 7, per garantire un'effettiva presa in carico dell'utente a partire **in particolare dai pazienti cronici**.  
A tal fine ... va perseguita **l'integrazione con i servizi sanitari di secondo e terzo livello ...**”



**GOVERNO CLINICO:**  
COME COSTRUIRE/GESTIRE PERCORSI  
ASSISTENZIALI INTEGRATI (in medicina “proattiva”)

Integrazione  
funzionale

**QUALITA' DELLA  
PRODUZIONE**  
(comunità di  
integrazione  
professionale)

CdR soft

(26 bis: **AFT**) “... promuovere la **diffusione e l'applicazione delle buone pratiche cliniche** sulla base dei principi dell'**EBM** ...

... promuovere e diffondere l'**appropriatezza clinica e organizzativa** nell'uso dei servizi sanitari

... **condivisione** delle proprie attività **con il Distretto** ... per la valutazione dei risultati ottenuti

(26 ter: **UCCP**) “... impiegare **strumenti di gestione** che **garantiscono trasparenza e responsabilità dei medici e dei professionisti sanitari** nelle scelte assistenziali e in quelle orientate al perseguimento degli obiettivi di salute

... sviluppare la **medicina di iniziativa**

... contribuire all'**integrazione fra assistenza sanitaria e assistenza sociale**”

**GESTIONE DELLA  
PRODUZIONE**  
(comunità di  
Integrazione  
gestionale)

CdR hard

Integrazione  
gestionale

PARTECIPAZIONE OBBLIGATORIA  
RIALLOCAZIONE DEGLI INCENTIVI

# **AFFERMARE** **L'UNITARIETA' DEL SISTEMA** **(nelle strategie e nella prassi)**

- AVER CHIARO IL **DISEGNO DI SISTEMA**
- INDIVIDUARE I **MECCANISMI OPERATIVI**  
(centrali-periferici) UTILI AL FUNZIONAMENTO
- GENERARE **CONVERGENZA DI OBIETTIVI** FRA  
TUTTI GLI ATTORI, SIA CLINICI, SIA GESTIONALI

# DA UN SISTEMA DI PROGETTI AD UN PROGETTO DI SISTEMA CON L'IMPEGNO DI TUTTA LA RETE ASSISTENZIALE

AREA CRITICA (cost-driver) ●

PRIORITA' DI INTERVENTO

STADIAZIONE  
PIANO DI CURA PERSONALIZZATO  
FOLLOW-UP ATTIVO  
EDUCAZIONE DEL PAZ.

DIMISSIONE "ATTIVA"

- AUTOGESTIONE DEL PAZIENTE  
- PREVENZIONE SECONDARIA

PREVENZIONE PRIMARIA

RICOVERI (EVITABILI?)

FOLLOW-UP ATTIVO

DIAGNOSI

CASE-FINDING

STORIA NATURALE DELLA MALATTIA

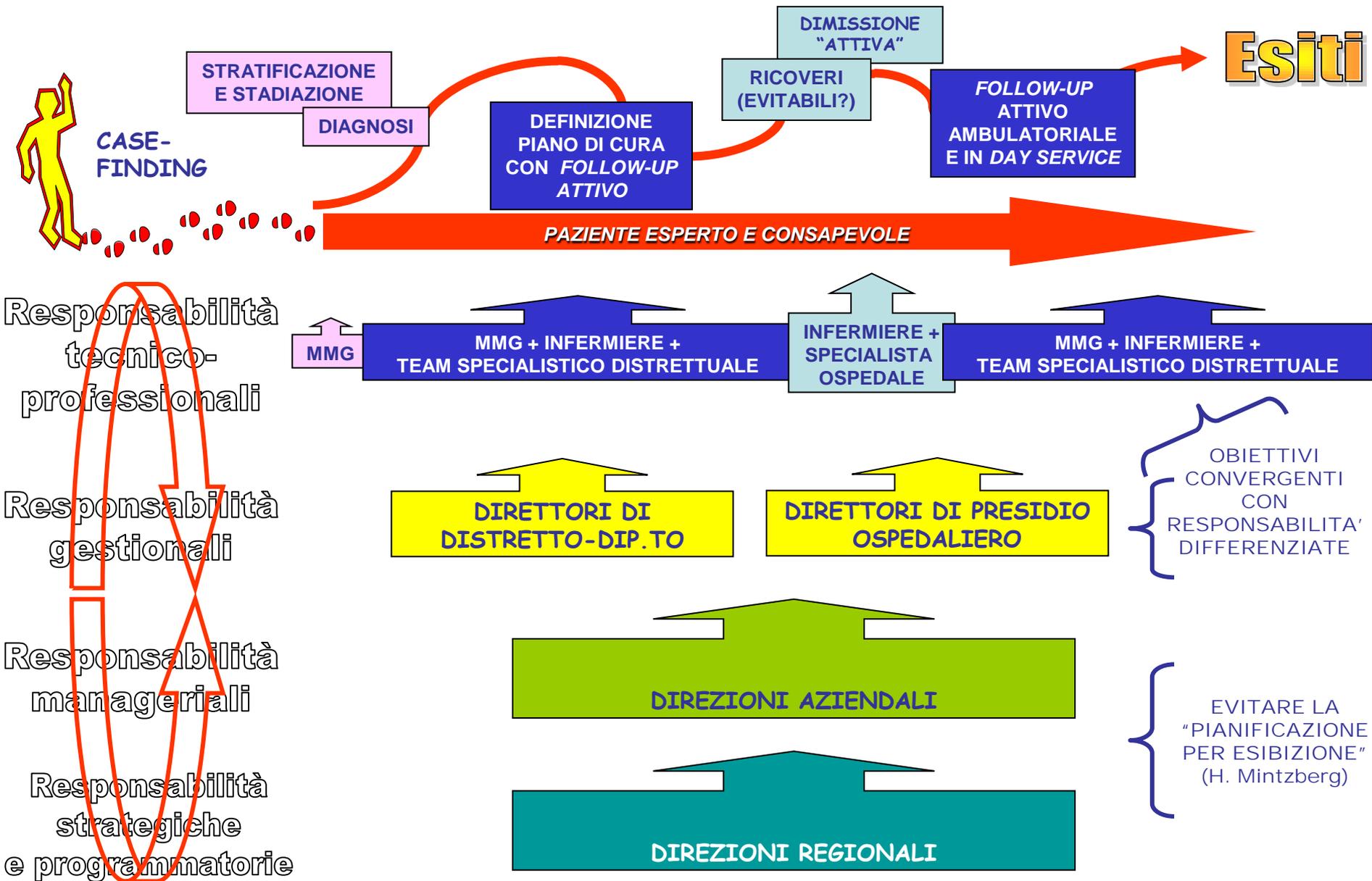
FATTORI DI RISCHIO

STORIA DEI SERVIZI



SISTEMA DI GESTIONE DEL DIABETE MELLITO

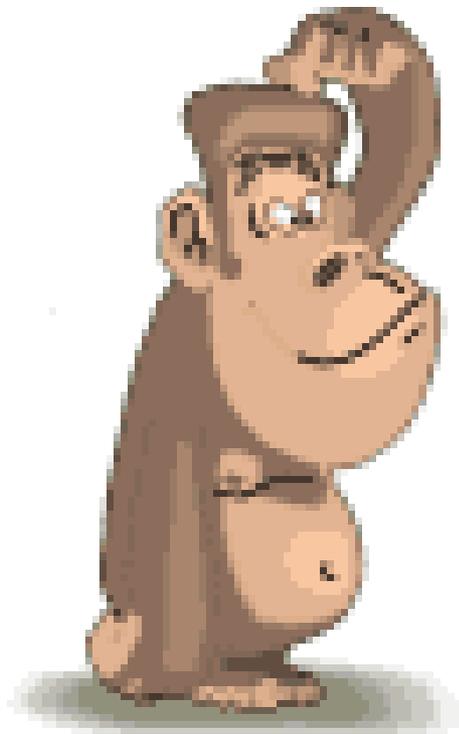
**DARE RISALTO AGLI IMPEGNI ED ALLE RESPONSABILITA',  
DOCUMENTARE LE SCELTE ED I RISULTATI (Accountability),  
DEFINIRE I "MECCANISMI OPERATIVI" (sistema informativo, integrazione, valutazione, )**



***LE ATTUALI  
STRUTTURE ASSISTENZIALI  
E GLI ATTUALI MODELLI ORGANIZZATIVI  
SONO COMPATIBILI CON QUESTE  
PROSPETTIVE?***

***COME SI STANNO MUOVENDO  
I SISTEMI REGIONALI?***

***Chi fosse curioso di approfondire la  
conoscenza dell'esperienza della  
Regione Sicilia  
può richiedere copia delle  
Linee Guida  
di riorganizzazione delle Cure Primarie:  
[giuseppe.noto@regione.sicilia.it](mailto:giuseppe.noto@regione.sicilia.it))***



# E i bisogni "globali" del paziente?

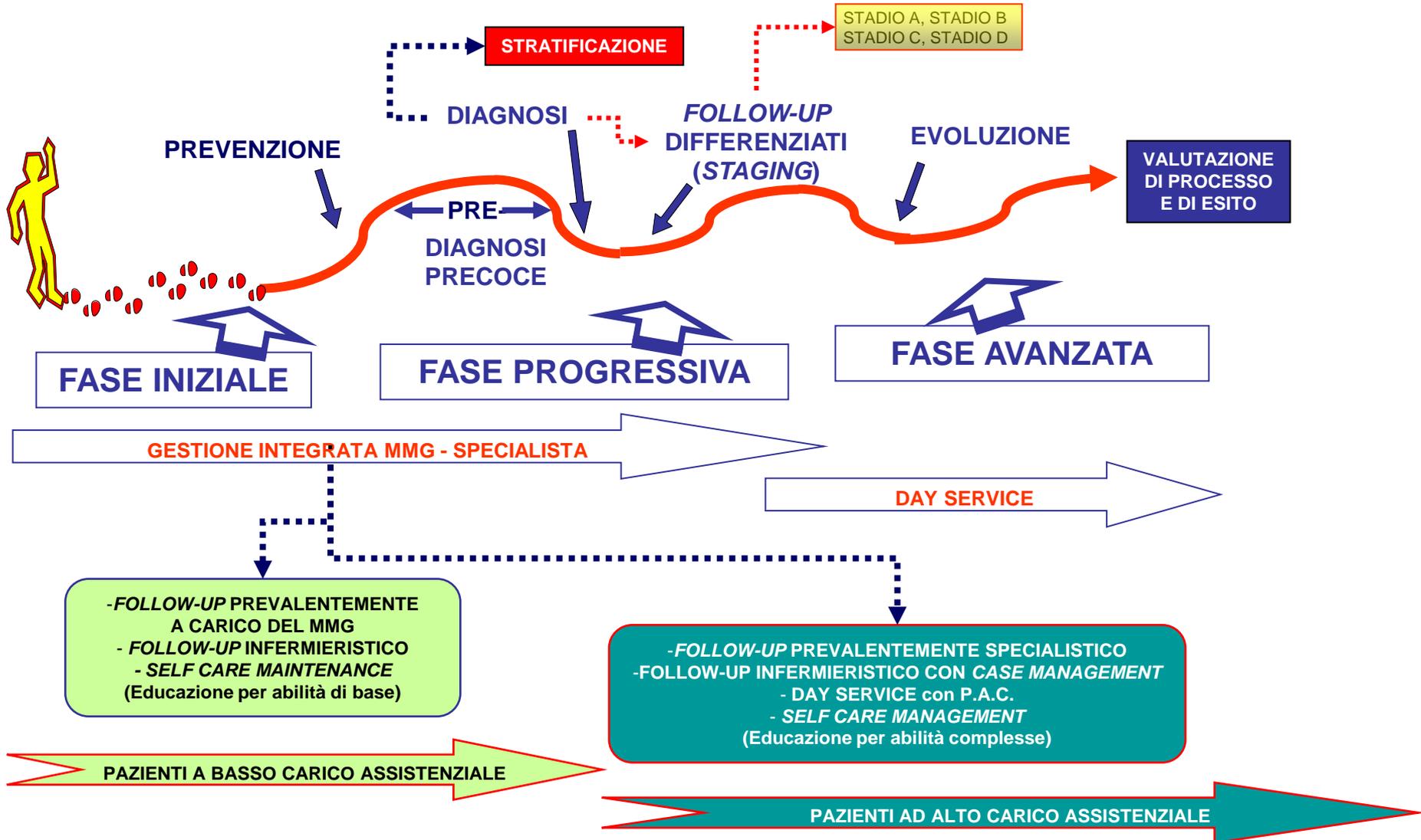
**Innanzitutto diamogli voce  
(strumenti di patient involvement)  
e allarghiamo lo sguardo  
oltre i confini del rapporto dualistico  
operatore-paziente ...**

***COSA DOVREBBERO FARE I TECNICI***

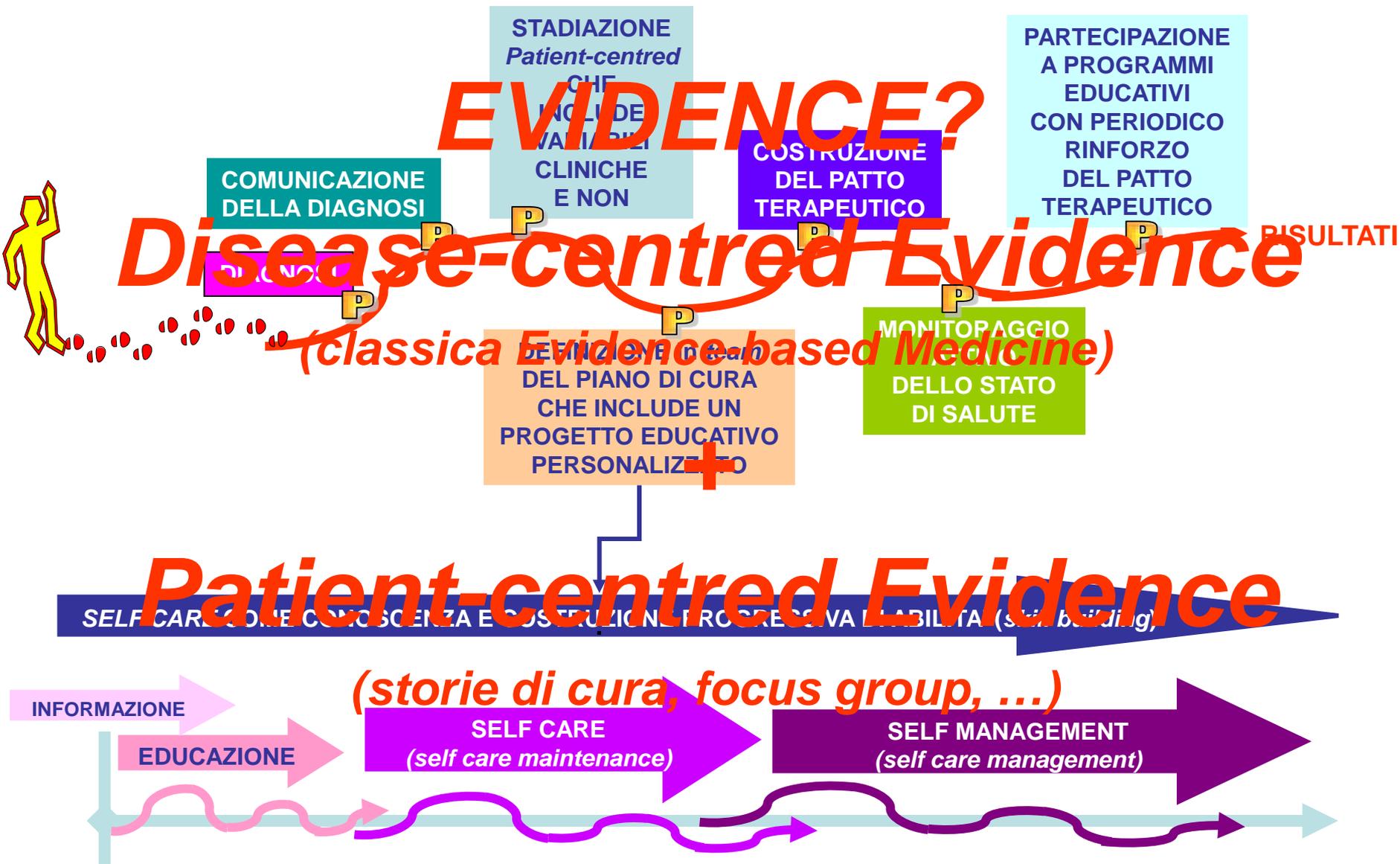
***PER DARE RISALTO AI BISOGNI***

***“GLOBALI” DEL PAZIENTE-PERSONA?***

# FOCUS CLINICO-ASSISTENZIALE: IL PERCORSO ASSISTENZIALE COME BASE PER LA GENERAZIONE DI INTERVENTI EFFICACI, EFFICIENTI E CENTRATI SUL PAZIENTE (bisogni "globali")



**FOCUS CENTRATO SUL PAZIENTE-PERSONA: IL "PERCORSO ASSISTENZIALE" COME STRUMENTO PER DARE RISALTO AI "PRODOTTI" CHE CONTRIBUISCONO ALL'EMPOWERMENT DEL PAZIENTE**



***COSA DOVREBBERO FARE I  
SISTEMI E QUELLI CHE  
HANNO RESPONSABILITA'  
GESTIONALI?***

# LA RELAZIONE OPERATORE-PAZIENTE DEVE ESSERE SOSTENUTA DALLE "LEVE DI CONTESTO"

**L'AMBIENTE**

CULTURA,  
DIRITTI, ...



**Decisori**



**Tecnici**



**Non pensiamo solo a moltiplicare i servizi ed i tipi di professioni ma facciamo crescere i sistemi ...**

# Gli strumenti documentabili di “garanzia” di un’organizzazione orientata al paziente-persona:

- *il possesso di un orientamento strategico esplicito verso la gestione dei pazienti con patologia a lungo termine e verso l’umanizzazione (*clinical humanities*),  
(un Piano ad hoc o un orientamento chiaro del Piano strategico);*
- *l’esistenza ed il buon funzionamento degli strumenti finalizzati alla condivisione di valori e di scelte organizzative ed operative;*
- *la messa in gioco di competenze e di risorse;*
- *la definizione di responsabilità chiaramente assegnate su obiettivi adeguatamente definiti;*
- *la promozione di comportamenti positivi attraverso leve incentivanti, non necessariamente di natura economica;*

**Sistemi di valutazione  
dei Direttori Generali**

- *l’esistenza di sistemi di verifica.*

**Evitare la “pianificazione  
per esibizione”  
H. Mintzberg**



**LA “TRASPARENZA E LA CREDIBILITÀ”,  
E QUINDI LA “QUALITÀ DELLE RELAZIONI  
CON LA COLLETTIVITÀ”  
SONO FATTORI CHE CONTRIBUISCONO  
ALL’“ECONOMICITÀ”**

**(CONDIZIONE DI VITA DURATURA DELL’AZIENDA),  
CHE NON DEVE QUINDI ESSERE  
LETTA SOLO IN TERMINI  
DI EFFICACIA E DI EFFICIENZA (da: M. Del Vecchio)**