



FONDAZIONE I STUD

Trascrizione degli output  
dei tavoli di lavoro

del Nucleo di progetto tenutosi a  
Stresa il 22 novembre 2007





## PIEMONTE UVG

- Assistenza domiciliare INTEGRATA: Dir. SOCIALE + Dir. SANITARI.
- UVH (UNITA' VALUTATIVA HANDICAP) fa valutazione 1 all'anno.
- Progetto PAI (PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALE)
- CONDIVISIONE CON PAZIENTE
- PRESTAZ. SOCIALI + PRESTAZ. SAN. (ELASTICITA')
  - 70% A CARICO SSN    30% SIST. SOCIALE
  - VAUCHER (SOLO SOCIALE)

## LOMBARDIA

- VOUCHER (SANITARIO-SOCIALE)
- DIMISSIONI PROTETTE - se uno dei soggetti pubblici reputa non fattibile tale dimissione la soluzione e' a carico del paziente o familiari (Piemonte no)



## CRITICITA':

- Ingresso Pronto Soccorso richiesta obbligata di un medico specifico (di riferimento) - **UILDM Piemonte**
- Partire da realtà già esistenti e considerate “valide” - **Vimercate**
- Filo diretto con HCP (paziente ↔ medico prescrittore)
- Malati respiratori necessità di percorso continuo con i medesimi riferimenti (come paziente Dializzato)
- Medico di base contesta prescrizione da parte di medico specialista
- Valutazione effettiva del “costo” - prescrivere apparecchiatura/assistenza o rischiare spesa maggiore successivamente?
- Paziente al centro del sistema vuol dire “funzioni diverse con obiettivi comuni-dialogo e condivisione di “budget”
- Telemedicina:
  - online (con responsabilità definite)
  - offline (monitoraggio continuo con identificazione di soglie tali da determinare caratteri predittivi)
- Problemi di gestione quando esci dall'ordinario (sarebbe utile una Smart Card per garantire la tracciabilità - altrimenti diminuire l'avvicendamento di medici diversi)

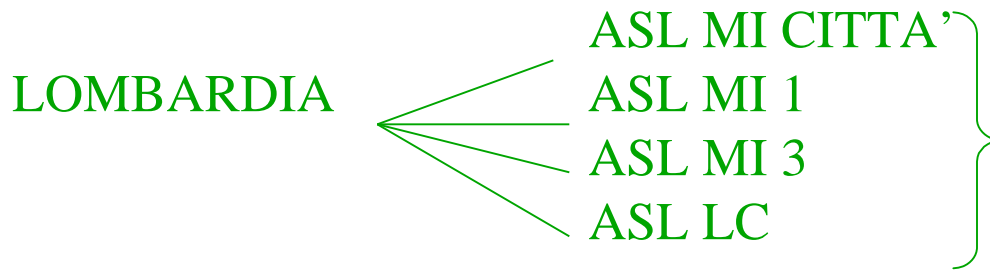


ADI

ADI interna

PIEMONTE → ASTI

? MNM o Tunm  
SLA/↓INFORMAZIONE



DISOMOGENEITA'

30% Paz ventilati → ADI

Aree di miglioramento

- CRITERI CONDIVISI X ATTIVAZIONE ADI
- PRESENZA SPECIALISTICA MEDICA (e non solo) sul territorio } Consulenza  
Integrazione
- COORDINAMENTO INTRASPECIALISTICO
- MODELLO “A RETE” } Utilizzo nuove tecnologie monitoraggio  
Condivisione documenti sanitari
- INSUFFICIENTE INTERAZIONE TRA PRESCRITTORI E PROVIDERS



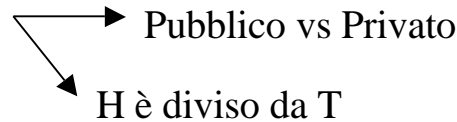
OGGI

MODELLO ORGANIZZATIVO



REGIONALE

es. Lombardia vs Piemonte



LOCALE

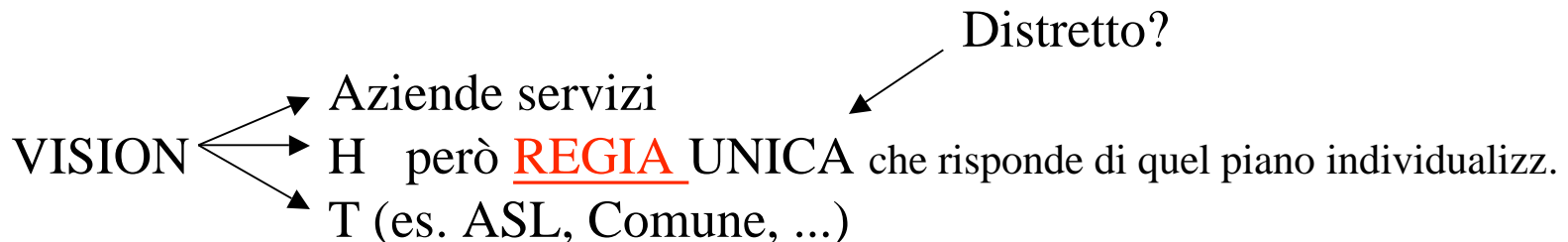
es. in Lombardia 15 ASL = 15 “modelli”

DOMANI  
Soluzione

DISEGNARE PERCORSO ASSIST. SU CUI L'ORGANIZZ. SI  
“ADATTA”



OUTPUT → UN PIANO X IL PAZIENTE



CRITERI DI VALUTAZIONE DEL PERCORSO





## CONTROVERSIE

- RAPPORTO MMG/SPECIALISTA

due possibilità: - **integrazione**

- **chiara definizione e separazione di ruoli, competenze e**

**responsabilità**



**maggiore fattibilità e minor rischio confusione**

ASSISTENZA DOMICILIARE GENERALISTA E SPECIALISTICA

⇒ **CASE MANAGER** ⇐

(SOLO O MALE ACCOMPAGNATO?)

OPERATORI SANITARI

- INTEGRAZIONE TRA

E

SOCIETA' DI SERVIZI

(che offrono servizi anche molto complicati)

- 
- RUOLO IMPORTANTE DELLE ASSOCIAZIONI (Org. Non Profit)

PER I DECISORI

---

- DIFFERENZE ORGANIZZATIVE:  
e STRUTTURALI

REGIONALI E COMUNALI  
ASO / ASL  
AO