

La sfida del cambiamento: da struttura per la cura a servizio per la presa in carico

Soluzioni e strategie messe in campo dell'ASST della Valtellina e dell'Alto Lario e dell'ASST di Monza per rispondere ai dettami della riforma sanitaria lombarda che pone le basi per adeguare il Ssr alle nuove complessità assistenziali determinate dall'incremento dell'aspettativa di vita e l'aumento delle condizioni di cronicità

Giuseppina Panizzoli - *Direttore Generale ASST della Valtellina e dell'Alto Lario*

Matteo Stocco - *Direttore Generale ASST di Monza*

Sono diversi i contesti nei quali dare attuazione alla riforma sociosanitaria introdotta in Lombardia con l'approvazione della Legge Regionale 23/2015 che ha rappresentato non una semplice revisione legislativa, ma l'evoluzione del Servizio Socio Sanitario lombardo dettata dalla necessità di porre le basi per adeguare il Servizio alle nuove complessità dei prossimi decenni, quali l'incremento dell'aspettativa di vita e l'aumento delle condizioni di cronicità. La ASST della Valtellina e dell'Alto Lario assiste una popolazione di 237.379 abitanti dislocati su un territorio di 3.795 kmq, con 5 presidi ospedalieri e un numero complessivo di posti letto ordinari pari a 1.409 dislocati su un territorio caratterizzato da un assetto montano. La ASST di Monza invece, con due presidi ospedalieri, copre attività sanitarie per una popolazione di 600.000 persone che vivono sull'area, con 1100 posti letto e 31 sale operatorie, sede primaria di scuola di specialità dell'Università di Milano Bicocca. L'applicazione della nuova normativa richiede l'individuazione di soluzioni specifiche e l'adozione di strategie atte ad offrire risposte ai

molteplici e complessivi bisogni di salute della popolazione, a partire dalle esigenze dei cittadini fragili o cronici, volte a garantire omogeneità ed equità di prestazioni.

In entrambi i casi un'approfondita analisi ha permesso di disegnare la nuova organizzazione aziendale, declinata nel piano organizzativo aziendale strategico, che evidenzia un modello di organizzazione in grado di rispondere in modo efficace ed efficiente ai nuovi bisogni di cura e di fornire gli strumenti organizzativi indispensabili all'integrazione degli ospedali con i servizi territoriali, mediante specifici processi di 'presa in carico'.

► Due realtà a confronto

► *La ASST della Valtellina e dell'Alto Lario*

Per rispondere al bisogno di integrazione e continuità delle cure, la ASST della Valtellina e dell'Alto Lario ha sviluppato un modello organizzativo che potesse garantire tutte le attività e i servizi della filiera erogativa. La scelta di organizzare un Dipartimento cronicità e fragilità, a cui afferiscono sia i reparti ospedalieri che i servizi territoriali deputati alla cura del pa-

ziente fragile e/o cronico, nasce dal bisogno di costituire un unico centro di responsabilità che coordini tutti gli interventi erogati per garantire appropriatezza ed efficienza del sistema. Il dipartimento, a prevalente orientamento ospedaliero, nasce dall'integrazione tra strutture provenienti dai Dipartimenti di riabilitazione e di medicina che, per complessità e numerosità delle prestazioni rese, si rivolgono, prioritariamente, a persone anziane con problemi connessi a patologie croniche o eventi acuti tipicamente correlati a situazioni di fragilità o non autosufficienza. Al Dipartimento vengono altresì attribuite l'Unità organizzativa semplice dipartimentale cronicità e continuità assistenziale e la Unità organizzativa semplice dipartimentale cure palliative, entrambe a prevalente contenuto territoriale, alle quali viene affidato il coordinamento dei posti letto delle cure subacute. Il dipartimento va a completamento del percorso di reingegnerizzazione aziendale per la costruzione di processi e percorsi orizzontali di presa in carico delle persone in condizione di cronicità complessa e di fragilità e garantisce il governo clinico della continuità di cura fra ospedale e

territorio. L'afferenza del Dipartimento cronicità e fragilità alla Direzione socio sanitaria consente una visione integrata e globale delle problematiche emergenti e garantisce un approccio multidimensionale tale da realizzare pienamente l'obiettivo di integrazione tra ospedale e territorio e da assicurare l'appropriatezza dei percorsi attivati nella fase successiva ad un ricovero ospedaliero.

Al fine di fare fronte all'esigenza di individuare una struttura che potesse essere anche visivamente e fisicamente ben identificata dalla popolazione, quale punto di riferimento per l'erogazione di servizi per la cronicità e la fragilità, si è proceduto alla trasformazione del Presidio ospedaliero di Morbegno in Presidio ospedaliero territoriale (POT) evolvendo così la mission da struttura per la cura dell'acuzie a servizio per la presa in carico, al fine di garantire ai cittadini cronici e/o fragili i servizi sanitari e sociosanitari più adeguati e più prossimi ai loro bisogni di salute. I POT sono, infatti, individuati dalla Legge di Riforma come «Strutture multiservizi deputate all'erogazione di prestazioni residenziali sanitarie e Socio Sanitarie a media e bassa intensità per acuti e cronici» e rappresentano la prima trincea sul territorio per fare fronte all'inappropriatezza e per raggiungere una maggiore integrazione tra ospedale e territorio. La funzione dei POT è da inquadrare come la risposta ad un contesto di transizione demografica che non può più essere l'assistenza ospedaliera che, a fronte di costi elevati, genera scarsi benefici. Nel mutamento dell'asse assistenziale 'dalla corsia' al territorio, i POT assumono la duplice caratteristica di essere la struttura fisica territoriale integrativa e in parte alternativa ai nosocomi, soprattutto per utenti che spesso si rivolgono impropriamente

al pronto soccorso. In questo senso i POT, possono anche rispondere all'esigenza di evitare il ricovero in residenze sanitarie assistenziali (RSA) o in strutture di cure intermedie scongiurando l'allontanamento dell'utente fragile dal proprio domicilio.

È all'interno del POT, funzionalmente inquadrato nel Dipartimento cronicità e fragilità, che trova luogo la sperimentazione delle modalità di presa in carico del paziente cronico e/o fragile, per la cui realizzazione è stata costituita l'unità valutativa multidimensionale (UVM) che ha il compito di raccogliere e individuare nel dettaglio tutti i bisogni del paziente e della sua famiglia e di elaborare una risposta personalizzata nel contesto territoriale e abitativo in cui la persona è inserita. L'équipe è costituita da medico, psicologo, assistente sociale e infermiera professionale.

La valutazione multidimensionale si configura come un processo diagnostico a più livelli, in cui intervengono più operatori con professionalità e competenze diverse, in campo sanitario e sociosanitario. La valutazione multidimensionale è centrale per la formulazione di un progetto di cura e assistenza individuale, finalizzato a tutelare la dignità della persona, riconoscendo la famiglia quale ambito privilegiato di vita. Gli obiettivi della valutazione possono essere così sintetizzati:

- garantire servizi di assistenza domiciliare integrata;
- assicurare, nel percorso di dimissione ospedaliera, la continuità assistenziale della persona fragile con la presa in carico da parte dei servizi territoriali;
- coinvolgere nel percorso di cura i medici ospedalieri, gli specialisti ambulatoriali e i medici di medicina generale;
- includere nel progetto di assistenza individuale gli operatori degli Uf-

fici di piano e del Terzo settore;

- individuare un'allocatione temporanea del fragile come sollievo al *care giver*;
- ipotizzare misure economico assistenziali a sostegno della famiglia (RSA aperta, RSA leggera, ricoveri di sollievo...).

Il fulcro di questo modello organizzativo è una modalità di lavoro per processi orizzontali che integra e completa la classica articolazione organizzativa basata su discipline, competenze e attività, assicurando la continuità di presa in carico della persona nel proprio contesto di vita, affiancando le persone croniche e/o fragili e le loro famiglie.

Si passa, infatti, da un modello che presuppone una logica verticale delle cure, intese come sommatoria di singoli atti diagnostici, terapeutici e assistenziali a cui corrisponde un numero uguale di responsabilità ad un modello in cui la presa in carico si basa sulla capacità di mettersi a fianco del paziente e della sua famiglia, accompagnandolo ed indirizzandolo, in una logica di unica responsabilità di presa in carico rispetto ad una molteplicità di attività e servizi.

In questo quadro si inserisce la figura del *case manager* ossia dell'operatore che raccorda le informazioni relative al paziente e coordina l'iter diagnostico assistenziale garantendo così la presa in carico dell'utente e della sua famiglia. A lui viene assegnato il compito di collegare e fare interagire le diverse figure che intervengono nella cura del paziente, applicando il piano assistenziale individualizzato (PAI), definito in sede di valutazione; si occupa della sorveglianza delle condizioni di salute del paziente e del benessere dell'intera famiglia. Il paziente fragile dovrà essere inserito in un flusso individuale di assistenza, il più possibile personalizzato, che si decli-

na in una sequenza di prestazioni determinate dalla gravità della patologia e dalle necessità socio-assistenziali. Tale modalità di presa in carico mira alla costruzione di percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) e alla creazione di una relazione ottimale tra il team assistenziale (ospedale/territorio), la persona con cronicità e i suoi *care giver* di riferimento (informale quale ad es. un familiare o formale), figura che si prende cura del paziente fragile, cronico o disabile, aiutandolo nello svolgimento delle attività quotidiane e nella gestione della malattia (esami, visite mediche, terapie, ecc.), offrendo anche un importante sostegno emotivo. Il PAI definisce gli obiettivi e i risultati attesi nei termini di mantenimento o miglioramento dello stato di salute della persona non autosufficiente in relazione al livello di complessità. Stabilisce la durata dell'intervento, le prestazioni sociosanitarie che dovranno essere erogate, le modalità e le tempistiche di monitoraggio nonché gli operatori che seguiranno il paziente. Di fronte al quadro sopra delineato, ci si deve anche porre il problema di definire di quali e di quante risorse sia necessario disporre per la realizzazione del nuovo modello. L'analisi deve procedere in una duplice direzione. Da un lato la stesura dei PAI da parte del medico *care manager* che definisce gli interventi, la loro natura e periodicità. In sostanza tale documento definisce di fatto la natura, qualità e quantità di prestazioni sanitarie e socio sanitarie cui accederà il paziente preso in carico. Ciò, sotto un altro profilo, diventa momento di programmazione delle prestazioni per il soggetto erogatore. In altri termini viene a definirsi un percorso virtuoso di programmazione ex ante degli interventi, unito ad un controllo sull'accesso alle prestazioni che, grazie al PAI,

diviene pianificato e non lasciato alla scelta discrezionale del paziente. Gli effetti e le ricadute sono facilmente intuibili per il sistema, in termini di migliore impiego di fattori produttivi, migliore gestione delle agende, riduzione di richieste di prestazioni improprie o inutilmente ricorrenti. Tale percorso, in parte già sperimentato attraverso l'esperienza dei CREG, ben può costituire la base per la futura definizione di una tariffa per paziente che raccolga l'intero carico di assistenza assorbito. Tali aspetti devono essere poi integrati con quelli riferiti alle risorse assorbite in via diretta dai percorsi di presa in carico definiti. Ovviamente è necessario individuare il bacino di utenza cui ci si rivolge. Tra le ragioni del successo del nuovo modello organizzativo troviamo l'integrazione sociosanitaria, l'integrazione professionale e l'integrazione dei sistemi e delle soluzioni software.

► **La ASST di Monza**

L'ASST di Monza ha adottato un modello organizzativo dipartimentale con l'istituzione di 11 dipartimenti gestionali, sanitari e socio sanitari, oltre ad un dipartimento amministrativo. La nuova organizzazione è fortemente imperniata sull'efficienza dei processi produttivi, orizzontali rispetto alla organizzazione tipicamente verticale delle UOC, in una visione strategica riassumibile in "*dal curare al prendersi cura*". Strategico lo sviluppo inter dipartimentale dei processi orizzontali, gestiti dai *process owner* che realizzano le integrazioni di esperienze per la presa in carico, per l'intero processo di cura, garantendo l'integrazione delle attività ospedaliere e territoriali. Tra gli elementi innovativi, ispirati alla governance delle strutture sanitarie private e alle realtà produttive di differenti settori, vale la pena evidenziare: la standardizzazio-

ne dei percorsi di cura, la programmazione delle attività sulla base delle analisi previsionali, l'unificazione delle UOC che producono servizi (es. laboratori, anatomia patologica e radiologia), al fine di razionalizzare i costi ed aumentare l'offerta, anche mediante l'organizzazione della produzione per reparto e per tipologia di percorso clinico. Tra gli obiettivi la gestione condivisa di protocolli operativi e gestionali dei reparti delle medesime specialità presenti nei due presidi ospedalieri e l'introduzione di percorsi gestionali virtuosi nella presa in carico del malato, come ad esempio quelli realizzati fra Cardiologia di Desio e Cardiocirurgia di Monza, oppure fra Neurologia, PS di Desio e Neurochirurgia di Monza. Cardine dell'organizzazione è la UOC Gestione operativa, in staff alla Direzione generale, che si occupa della ingegnerizzazione dei processi produttivi. La Gestione operativa comprende la UO Sistemi informativi aziendali, la UO Controllo di gestione, la funzione Programmazione ambulatori/CUP, la Programmazione sale operatorie e posti letto. Il governo dei processi consente di determinare e monitorare la capacità produttiva aziendale, di monitorare i volumi di attività e le risorse necessarie, oltre che di misurarne le performance nel segno della trasparenza organizzativa.

■ **Coordinamento e gestione delle attività del territorio:** sono state sottoscritte convenzioni e protocolli organizzativi per garantire il graduale passaggio delle funzioni dalla ATS di Monza e dalla ASST di Vimercate.

■ **Dializzati:** I CAL di Cesano Maderno, Seregno, Carate Brianza e Lissone, sono passati in gestione alla ASST di Vimercate. Per i CAL limitrofi alle strutture ospedaliere della ASST di Monza, su indicazione della DGW, si è sottoscritto un accordo tra

le ASST, che permette ai pazienti dializzati di essere seguiti, in caso di necessità, anche presso le nefrologie degli ospedali di Monza e Desio, in continuità del percorso di cura.

■ **Presidi Socio Sanitari Territoriali (PreSST).** Nelle sedi territoriali di Nova Milanese e Cesano Maderno, si sono realizzati piani assistenziali individuali specialistici per una dimissione accompagnata, per pazienti in dimissione per sindrome coronarica acuta o per una procedura di rivascularizzazione coronarica elettiva. Ai pazienti viene rilasciata l'esenzione per patologia e per gli stessi è predisposto un percorso programmato di follow-up nonché fissato l'appuntamento con l'infermiere *case manager* che, in accordo con il MMG, prende in carico il paziente all'interno dei PreSST. I medici che effettuano i controlli nelle strutture territoriali appartengono alle UOC ospedaliere. I pazienti cardiopatici presi in carico nei due PreSST saranno circa 300 entro la fine del 2017. Nei PreSST sono attivi inoltre: poliambulatorio specialistico, Consultorio familiare, Centro odontoiatrico, Commissione invalidi civili e alunno disabile, Centro prelievi, oltre all'Ufficio per le pratiche amministrative e CUP. Sono in fase di perfezionamento i contratti di locazione per MMG e PdF.

■ **Poliambulatori di Macherio e Lissone (ASST Vimercate):** in considerazione della vicinanza delle strutture all'Ospedale di Monza, su indicazione della DGW e in accordo con ATS Brianza, è stato sottoscritto un accordo tra le ASST di Monza e Vimercate, che prevede la gestione da parte della ASST di Monza delle prestazioni del CAL di Lissone e degli ambulatoriali specialistici di Lissone e Macherio, garantendo inoltre l'accesso agli applicativi della ASST di Monza per le prenotazioni di prestazioni ospedaliere.

■ **UONPIA.** Definite e ultimate le modalità di passaggio e presa in carico dei pazienti e delle strutture, è stato sottoscritto un protocollo operativo tra ASST di Monza e di Vimercate al fine di garantire la continuità assistenziale e l'integrazione dei servizi territoriali.

■ **Psichiatria:** Sono confluiti nella ASST di Monza i servizi del CPS di Cesano Maderno (CPS; Presidio residenziale di Cesano Maderno e Limbiate), mentre i Distretti sanitari di Seregno e Carate Brianza sono confluiti nella ASST di Vimercate. Per poter garantire la presa in carico dei pazienti e la continuità assistenziale sono state concordate con ASST di Vimercate una serie di modalità operative che coinvolgono la gestione dei reparti e del personale, secondo un criterio di equità di dotazioni di personale e strutture di ricovero tra le ASST.

■ **Consultori:** presa in carico dei servizi e realizzazione del 'percorso nascita' e di nuovi servizi ambulatoriali dedicati, sia in ospedale che nelle sedi territoriali. Attivate azioni per l'ampliamento dell'offerta di servizi. Ulteriori attività avviate:

- Distribuzione diretta del farmaco;
- Protesica minore ed ossigenoterapia domiciliare;
- Gestione dei distretti e della erogazione di prestazioni territoriali;
- Gestione SERT/NOA e della Unità operativa carcere;
- Presa in carico dei presidi Corberi e RSD Papa Giovanni XXIII di Limbiate con integrazione organizzativa;
- Servizio vaccinazioni, Commissione medico legale patenti provincia di Monza e Brianza, convalida TSO, certificazioni medico legali monocratiche e visite necroscopiche;
- TAO: Riattivata e potenziata l'attività ambulatoriale di presa in carico dei pazienti in terapia con anticoagulanti orali (TAO) presso il PO di Mon-

za. Tale attività era stata sensibilmente ridotta nel 2015 con la chiusura del servizio.

Inoltre la ASST di Monza ha avviato le attività organizzative propedeutiche per la candidatura quale ente gestore, per la presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili. Sono stati individuati i *clinical manager* per tutte le specialità e progettata l'organizzazione aziendale. Le attività, come indicato nel POAS sono attribuite al Dipartimento cronicità. Sono state formate tutte le categorie professionali presenti in azienda, anche inserendo specifici progetti formativi nelle RAR 2017.

■ **Convenzione con Università:** L'ampliamento delle strutture sanitarie e delle attività consente alla ASST di Monza di rafforzare il ruolo di polo universitario per l'Università Milano Bicocca. Preso atto che la proroga della convenzione regolante il rapporto con l'Università Bicocca è scaduta nell'anno 2007 e che l'assetto delle strutture ospedaliere a direzione universitaria e le specialità interessate ai corsi di laurea si è modificato negli anni, così come l'assetto aziendale complessivo, si è determinata la necessità di rivedere i rapporti convenzionali, formalizzando le modifiche intervenute e aprendo nuovi spazi di interazione organizzativa e formativa presso il Presidio ospedaliero di Desio e le strutture territoriali.

■ **Hospice:** in collaborazione con gli specialisti della ASST di Monza, di Fondazione MBBM e UNIMIB, è stata avviata la progettazione dell'Hospice "San Gerardo", con annesse attività di Cure Palliative, da realizzarsi presso il Presidio Corberi di Limbiate. Peculiarità del progetto è la realizzazione di una struttura dedicata anche all'ambito pediatrico. È in fase di allestimento una importante campagna di *fund raising*, che vedrà coinvolte associazioni e imprese della Brianza.