Sperimentazione di un sistema di ospedalizzazione domiciliare

Le ipotesi qui sviluppate fanno seguito e sono strettamente connesse alle considerazioni sviluppate in bozza nel documento finale del COMITATO OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE. Hanno come obiettivo una schematizzazione di un Modello operativo sperimentale e la quantificazione delle risorse necessarie ad istituire servizi di Ospedalizzazione Domiciliare (O/D) all'interno di un Presidio Ospedaliero.
La sperimentazione scaturisce dalla necessità di contenere i ricoveri e le degenze non appropriate e di riprogettare l'offerta in base ai reali bisogni della popolazione, migliorando il funzionamento degli ospedali ed utilizzando al meglio le professionalità sanitarie.
Dovranno essere affrontati gli aspetti medico-legali e gli aspetti economici e normativi legati al personale, così come dovranno essere ridefiniti i compiti dei singoli profili professionali.

Il tempo totale previsto per la realizzazione della sperimentazione è compreso tra un minimo di 26 mesi ad un massimo di 36.

FASE A) IL MODELLO

A1 Determinazione degli elementi "quadro" e "cardine".

Mesi: min. 4, max. 8, media 6.

Le attività sono a partenza, sotto la responsabilità e di preferenza risiedono in un Presidio Ospedaliero o di Lunga Degenza/Riabilitazione ospedaliera.

A2 Elaborazione generale di progetto e budget analitico.

Mesi min. 2, max. 4, media 3.

L'ipotesi organizzativa consiste nella creazione di una Unità Operativa di O/D presso un Presidio Ospedaliero a cui vengano trasferiti dalle degenze ordinarie i pazienti eletti al percorso di O/D. Per questi pazienti:

- Verrà tenuta aperta la SDO durante la cura a domicilio, registrando e quantificando le attività grazie ad uno specifico sistema informativo dedicato al domiciliare.
- Si effettuerà uno studio sperimentale di tariffe, standard, percorsi terapeutico-assistenziali e indicatori per il controllo di qualità (outcomes).
- Si dovranno prevedere:
    1. la regolamentazione delle attività ospedaliere extramoenia con consenso informato;
    2. la chiusura del percorso di ricovero ordinario e relativo DRG;
    3. l'apertura di nuova cartella di O/D, con l'inserimento del paziente nel circuito organizzativo, informatico e telematico dedicato al nucleo di O/D.
    4. la completa copertura/fornitura di farmaci, presidi ed attrezzature sanitarie necessarie a domicilio ed il collegamento telematico costante fra il domicilio/famiglia ed il servizio, attivo h. 24, 7/7 gg.
    5. la verifica e la soluzione di alcuni aspetti medico-legali e di legislazione sanitaria vigenti.
    6. la disponibilità in rete di tutti i dati socio-sanitari per i servizi extraospedalieri territoriali e di cure primarie

La presente ipotesi organizzativa potrà essere sviluppata sia prevedendo uno specifico reparto "senza letti" nel Presidio, con relativo organico, strumenti e attrezzature (ipotesi di seguito sviluppata), sia in alternativa, prevedendo la creazione di una forte struttura organizzativa, logistica, informatica e telematica (Centrale Organizzativa) capace di pianificare e fornire servizi informatici, logistici di Call Help center e telemedicina a completo supporto e coordinamento organizzativo alle risorse sanitarie messe a disposizione delle varie unità operative (reparti).

A3 Nucleo Operativo.

Mesi min. 2, max. 4, media 3.

Dovrà definire i parametri generali dei criteri di accesso/inclusione, delle responsabilità, dell'articolazione funzionale all'interno e fuori dall'ospedale, fare scelte essenziali di organizzazione, processi e procedure tagliate sulle esigenze locali ma in un quadro coerente nazionale.
Dovrà fondarsi sulle seguenti caratteristiche minime di base:

1. Informare operatori ed utenti/famiglie, pianificare e coordinare gli interventi sanitari e le risorse in genere;
2. Garantire funzioni di Call-Help center per pazienti ed operatori;
3. Garantire funzioni di NODO centrale della rete telematica che interconnetta tutti gli attori della RETE DEI SERVIZI (Unità Operative, Servizi Ospedalieri, Distretti, MMG, RSA, ADI, Non Profit, Servizi Sociali;
4. Fornire servizi di telemedicina;
5. Garantire le funzioni logistiche essenziali: trasporto malati, fornitura di presidi, farmaci ed attrezzature
6. Garantire servizi tecnici di supporto: installazione, disinstallazione, trasferimento di apparecchiature e presidi ecc.
7. Acquisire beni e servizi necessari
8. Garantire le funzioni di amministrazione e Controllo Direzionale, di Gestione e di Qualità.

A 4 Nucleo Tecnico Nazionale

E' un organo di consulenza tecnico-professionale del Ministro, che lo presiede. Utilizza un gruppo di progettisti con la necessaria e specifica competenza ed esperienza nella progettazione di sistemi domiciliari ad alta complessità organizzativa e tecnologica. Ha compiti di indirizzo e di regolamentazione delle singole fasi della sperimentazione al fine di rendere possibili le condizioni di fattibilità della stessa. Dovrà supervedere alla struttura generale dell'impianto, definire i punti nodali, le relative articolazioni sia sotto l'aspetto organizzativo-sanitario che normativo.

FASE B) PROCESSO E FASI DI REALIZZAZIONE DELLA SPERIMENTAZIONE.

Mesi min. 8, max. 16, media 12.

Sulla scorta del lavoro realizzato in fase "A" sarà necessario affinare e dettagliare la concreta realizzazione del modello, dei sistemi e delle attrezzature secondo il seguente percorso:

B1 Studio di fattibilità e definizione esecutiva del progetto operativo.

Mesi min. 3, max. 6, media 4,5.

1. Definizione base modello operativo
2. Analisi e soluzione degli aspetti di organizzazione sanitaria
3. Analisi e soluzione degli aspetti tecnologici: SW, HW, Reti e interfaccie, collegamenti e sicurezza
4. Definizione delle caratteristiche tecniche HW, licenze, Server e ruters, apparecchi telemedicina
5. Definizione macro del modello organizzativo, ruoli, funzioni, numero e qualifica degli operatori
6. Aree di applicabilità, con progressione ed ampliamento

7. studio e definizione delle caratteristiche del modello e dei processi che devono essere unificati e standardizzati per funzionare a livello nazionale
8. Analisi economica di opportunita', valutazione costi/benefici e definizione degli obiettivi prioritari e fasi di sviluppo:
   - ricerca della dimensione minima per giustificare investimenti e costi fissi di strutture
   - definizione dei criteri di selezione per le patologie e per i servizi prioritari di applicazione
   - creazione dei criteri di trasferimento dati e griglie di valutazione per:
     - Controllo di gestione
     - Trasferimento dati per sperimentazione nazionale
     - Controllo di qualità orientato ai risultati.
     - Valutazione risparmi
     - Soddisfazione utenza
9. Gantt e Perth e reportistica relativa.

B 2 Sviluppo del Sistema infrastrutturale della rete dei servizi.

Mesi min. 3, max. 6, media 4,5.
L'integrazione delle risorse con la rete territoriale rappresenta una condizione essenziale per migliorare l'efficacia e l'efficienza degli interventi, permettendo la continuità assistenziale.
L'integrazione tra ospedale e territorio diviene una priorità strategica e viene realizzata grazie ad una piattaforma telematica integrata, che collega tra loro le diverse unità di offerta professionale ovvero Ospedale, MMG, O/D, ADI, Distretto, RSA, ecc. (vedi art 12 interregionale 2001 con capofila il Veneto sullo sviluppo di una piattaforma telematica).

Perciò si rende necessario lo sviluppo di
- Software applicativi
- Procedure operative
- Interfacce e integrazione di sistemi
- La definizione della centrale organizzativa per garantire la funzione di infrastruttura telematico-organizzativa della rete dei servizi che comprende:
  - Call-Help center

- Organizzazione e pianificazione degli interventi domiciliari
- Sistema logistico amministrativo integrato: prestazioni, trasferimento farmaci e presidi, installazione apparecchiature, manutenzione tecnologie
- Servizi di piattaforma telematica di integrazione ospedale-territorio – infrastruttura della rete dei servizi.

B 3 Attrezzature

Mesi min. 2, max. 4, media 3.

Definizione delle attrezzature, mezzi, strumenti base per l'organizzazione ed il funzionamento del sistema .

- Telemedicina
- Logistica
- Presidi e strumentazione.
- Hardware e reti dati e TLC.

FASE C) AVVIAMENTO

Mesi min. 14, max. 22, media 18.

C 1 Installazione e pre-avviamento nelle Aziende identificate per la sperimentazione.

Mesi min. 2, max. 4, media 3.

1. Accordi/contratti locali con Aziende in cui realizzare la sperimentazione
2. Identificazione ed adeguamento locali/impianti
3. Organizzazione preavviamento, adattamento e personalizzazione del modello alle esigenze locali.
4. Istallazione e messa in rete
5. Acquisizione risorse fisiche, collaudo ed installazione operativa
6. Selezione, formazione ed addestramento del personale

7. Definizione processi e procedure, approntamento/stampa modulistica
8. Definizione e verifica delle politiche make or buy
9. Prove e collaudi, adattamento del modello.

C 1 Avviamento

Mesi min. 6, max. 9, media 7,5.

1. Realizzazione dei programmi definiti in fase "B" e "C1" .
2. Messa in funzione della Centrale Organizzativa
    - Attivazione équipes domiciliari
    - Trasferimento prima casistica selezionata dai reparti
    - Attivazione primi servizi di Call Help center
    - Attivazione rete telematica territoriale
    - Trasferimento casistica selezionata di provenienza territoriale
    - Funzionamento "logistica integrata"
    - Messa a punto definitiva dei processi delle procedure e della organizzazione. Training e formazione.

3. Progressivo ampliamento intensità delle cure ed estensione territoriale secondo tempi e fasi stabilite
4. Prima determinazione costi/benefici attesi
5. Revisione del budget e dei forecasts in base ai risultati raggiunti.

C 3 Messa a regime

Mesi min. 6, max. 9, media 7,5.

1. Passaggio dalla fase sperimentale alla gestione ordinaria dei servizi
2. Rrelazione finale della sperimentazione con:
    - Completa definizione del modello
    - Analisi costi/benefici e valutazione opportunità casistica d'elezione, bacino d'utenza, tecnologie testate ecc.
    - Proposte normative ed organizzative per l'estensione del sistema.

Sperimentazione di un sistema di ospedalizzazione domiciliare

FASE A) IL MODELLO

ANALISI DEI COSTI					
	Competenze	n.° teste	gg.	tariffa	totali
A 1 attività di cordinamento generale e di budgeting	Manag/econ.	3	20	900	54.000
A 2 Si tratta di studiare e determinare la struttura generale dell'impianto definire i punti nodali, le relative articolazioni sia sotto l'aspetto organizzativo-sanitario che logistico operativo; occorre anche definire i parametri generali dei criteri di accesso/inclusione, delle responsabilità, dell'articolazione funzionale dentro/fuori Ospedale fare le scelte essenziali di organizzazione, processi e procedure (reparto o servizio organizzativovo per i reparti) Raccordarsi con il budgetting e proporre gli elementi di Contr. Qualità Competenze Org.ne Sanit medico epid informatiche med.legali Cont. Gest. Manageriali progettazione Segreteria	Back Office e segreteria				8.100
	Org.ne Sanit	1	30	700	21.000
	medico epid	1	20	700	14.000
	informatiche	2	20	700	28.000
	med.legali	1	5	900	4.500
	Cont. Gest.	1	15	600	9.000
	Manageriali	1	45	900	40.500
	progettazione	1	45	700	31.500
	Segreteria	1	45	200	9.000
	Back off e spese gen.li				23.625
A 2 Totale parziale voce		9	225	805	181.125

Le tariffe per gg. contengono anche rimborsi spese a forfait

	Competenze	n.° teste	gg.	tariffa	totali
A 3 Definizione del progetto di fattibilità della Centrale Org.va Occorre pensare ad un gruppo di progettisti con la necessaria e specifica competenza ed esperienza nella progettazione di sistemi domiciliari ad alta complessità organizzativa e tecnologica.	Manager	1	90	900	81.000
	Ing. Sistemi	1	60	900	54.000
	Inform	2	30	700	42.000
	Logistica	1	30	700	21.000
	Telemed	1	20	700	14.000
	Med. Domic.	1	60	700	42.000
	Ec. Finanz	1	20	500	10.000
	Segreteria	1	90	200	18.000
	Back off.				42.300
	Totali	9	400	811	324.300

FASE B) PROCESSO E FASI DI REALIZZAZIONE DELLA SPERIMENTAZIONE.

B 1				
Competenze	n.° teste	gg.	tariffa	Totali
Manager	1	20	900	18.000
Ing. sistemi	1	20	900	18.000
Inform	2	20	700	28.000
Logistica	1	5	700	3.500
Telemed	1	5	700	3.500
Med. Domic.	1	15	700	10.500
Ec. Finanz	1	10	500	5.000
Segreteria	1	20	200	4.000
Back off.				13.575
Totali	9	115	905	104.075

Sulla scorta del lavoro realizzato in fase "A" sarà necessario affinare e dettagliare a misura di ogni singole sperimentazione la concreta realizzazione del modello, sistemi e attrezzature

B.2	
Parte di realizzazione SW e prima acquisizione HW	
SW applicativi dedicati	250.000
SW di gestione reti	85.000
Attrezz.re SW ed HW Call Help Center	180.000
SW logistica + mezzi trasp	120.000
SW pianificazioe risorse	220.000
SW amm.vi e di controllo di gestione	50.000
Totale applicazioni e strumenti	905.000
**Integrando quanto già realizzato c/ art. 12 Interregionale Veneto.Lomb. Friuli 2001 + ATI Sal.in Rete L-Na	

B 2				
Competenze	n.° teste	gg.	tariffa	Totali
Manager	1	45	900	40.500
Ing. sistemi	1	60	900	54.000
Inform	2	20	700	28.000
Logistica	1	15	700	10.500
Med. Domic.	1	30	700	21.000
Ec. Finanz	1	0	500	0
Segreteria	1	60	200	12.000
Back off.				24.900
Totali	8	230	830	190.900

B 3 ATTREZZATURE: i costi sono COMPRESI nella specifica"B2" nelle voci:
SW applicativi,Gest. Reti, Call, Pianif. Risoese

FASE C) AVVIAMENTO

C FASE DI AVVIAMENTO				
Competenze	n.° teste	gg.	tariffa	totali
Manager	1	30	900	27.000
Inform/addestr.to	3	15	700	31.500
Logistica	1	10	700	7.000
Med. Domic.	1	30	700	21.000
Ec. Finanz	1	10	500	5.000
Segreteria	1	15	200	3.000
Back off.				14.175
Totali	8	110	988	108.675

C.1 Installazione e pre-avviamento				
1	In gg. Uomo			108.675
2	da verificare pura stima			5000
3	adattamenti da verificare, STIMA			25000
4	Dipende da situazione locale STIMA			20000
5	Dipende da situazione locale STIMA			25000
6	GG.uomo + aula uso SW			
7	GG.uomo			
8	GG.uomo			
9	GG.uomo			
Tot. Parziale parte C1				183.675

C 2 Per la fase di avviamento sono stati calcolati i costi pari ad 1/3 del regime

C 3 SINTESI COSTI A REGIME				
Costi diretti per prestazioni sanitarie domiciliari				
Per Accessi/visite in n.° di		30.000		
Ad un costo medio omnicomprensivo di €			70	
Tot. Costi diretti				**2.100.000**
Costi indiretti				
Centrale n.° addetti		20	666.000	
C/ medio unitario		33.300		
Reperibilità	n.° ore cop	6.996	52.830	
Tot. Costi Indiretti				**718.830**
Spese generali e di funzionamento				
Utenze varie (telefoniche, linee)			45.000	
Manutenzioni			25.000	
Amministrazione			70.000	
Direzione e coordinamento			160.000	
Tot. Sp. Gen e di Funz.to				**300.000**

Totale generale Costi a regime		**3.118.830**

TOTALI

Schema Costi realizzazione modello Ospedalizzazione Domiciliare

costituzione del servizio. Osp. Dom come reparto “Virtuale" domiciliare dell'Ospedale

Schema fasi e attività previste

FASI	ATTIVITA' - OBBIETTIVI		
A	**IL MODELLO: determinazione degli elementi "quadro" e "cardine"**		
A1 A 2	**ipotesi organizzativa:** definizione lay out di base		243.225
A 3	**Nucleo Operativo** defin. Elementi "cardine" del modello		324.300
	Sub totale prima fase		567.525
B	**PROCESSO e Fasi di realizzazione delle Sperimentazioni**		
B 1	**Studio di fattibilità** e definizione esecutiva del progetto operativo		104.075
B.2	**Sviluppo del Sistema infrastrutturale della RETE DEI SERVIZI**		1.095.900
B.3	**Attrezzature** costi ricompresi in B2		
	Sub totale 2° fase		1.199.975
C	**FASE DI AVVIAMENTO**		
C.1	**Installazione e pre-avviamento** nei luoghi deputati		183.675
C.2	**AVVIAMENTO**	anno di avviamento	1.039.610
C.3	**MESSA A REGIME del sistema**	anno tipo a regime	3.118.830
	Sub totale avviamento e messa a regime		4.342.115

Considerazioni:	
Si può dividere l'investimento in due parti.	
Parte generale:MODELLO e OBBIETTIVI	
per complessivi €	1.767.500
Tale parte potrà essere di uso generale	
Il costo suddiviso per "n" luoghi	
L'avviamento vero e proprio, per ognuna,	
sopporterà una quota parte del generale,	
più il costo/strart-up	1.223.285
Per un succ.vo regime di	3.118.830