

---

# Libro Bianco della Buona Sanità

A cura di  
Fosco Foglietta e Nicola Pinelli

---



in collaborazione con



Editore:

AboutPharma Srl a Socio Unico

Via Cherubini, 6

20145 Milano

[aboutpharma@aboutpharma.com](mailto:aboutpharma@aboutpharma.com)

[www.aboutpharma.com](http://www.aboutpharma.com)

PREMESSA	7
Le ragioni della ricerca <i>Giovanni Monchiero</i>	7
La cultura dell'eccellenza: terreno di incontro tra settore pubblico e privato in sanità <i>Fabrizio Greco</i>	9
INTRODUZIONE	11
Presentazione della ricerca	11
PROTAGONISTI DELLA RICERCA E RINGRAZIAMENTI	16
PRIMA PARTE	19
Costruzione dell'Osservatorio	
1. RACCOLTA, VALUTAZIONE SINTETICA E CLASSIFICAZIONE	20
1.1 Percorsi di raccolta delle esperienze	20
1.2 Contesto e background	20
1.3 Definizione del format di raccolta: la scheda sintetica	22
1.4 Call for practice 2011	24
1.5 Sistema di valutazione	25
1.6 Valutazione sintetica	27
1.7 Alcuni dati dalla valutazione sintetica	28
1.8 Classificazione delle esperienze	33
1.9 Sviluppo e consultazione della banca dati	39
2. VALUTAZIONE ANALITICA E COMUNICAZIONE	41
2.1 Esperienze selezionate dalla valutazione sintetica	41
2.2 Definizione del format di valutazione: la scheda analitica	43
2.3 Valutazione analitica	45
2.4 Criteri di valutazione analitica	47
2.5 Alcuni dati dalla valutazione analitica: i processi	49
2.6 Alcuni dati dalla valutazione analitica: i risultati	56
2.7 Comunicazione e accordo con ANSA Sanità	60

## SECONDA PARTE

63

### Esperienze di Buona Sanità

#### 3. ASSISTENZA TERRITORIALE

64

*A cura di Maria Donata Bellentani e Nicola Pinelli*

- 3.1 Aborto: ASL Cremona, attivato piano di prevenzione per donne "fragili" 67
- 3.2 A Cesena un 'day service' dedicato ai pazienti reumatologici 69
- 3.3 Salute: a Forlì il primo registro per le malattie croniche intestinali 71
- 3.4 Rimini punta sulla continuità ospedale-territorio 72
- 3.5 Analisi cliniche: in Romagna un unico laboratorio di riferimento 73
- 3.6 Sanità: ASL Roma D, meno esami inutili con centri prelievi e laboratorio "in rete" 75
- 3.7 Sanità: Ospedale Ancona, referti via e-mail a cardiopatici 76
- 3.8 Sanità: Firenze; no allo stress in Pronto Soccorso, arriva l'assistente 77
- 3.9 A Bergamo i diversamente abili hanno una 'marcia' in più 79
- 3.10 Nefrologia: l'ASL Roma D punta sul modello del 'day service' 80
- 3.11 Sanità: Ancona, rete di assistenza ad hoc per malati neuromuscolari 81
- 3.12 Sanità: AUSL Parma, prevenire bisogni anziani per assistenza ad hoc 82
- 3.13 Tumori al seno: a Bologna arriva l'infermiere case manager' 84
- 3.14 A Crema nasce un centro per le cure intermedie 85
- 3.15 Cure palliative: Crema non 'dimentica' i malati terminali 86

#### 4. APPROPRIATEZZA E QUALITÀ DELLE CURE

88

*A cura di Americo Cicchetti e Francesca Moccia*

- 4.1 Veneto: un software per diminuire le lesioni da decubito 90
- 4.2 Sanità: AOU Parma, meno attesa in corsia con "Swing Bed" 91
- 4.3 Trapianti: ad Ancona è di moda l'eccellenza 92
- 4.4 Sanità: AUSL Cesena, tessuti bio-ingegnerizzati nuova frontiera medicina rigenerativa 94
- 4.5 Rischio clinico: Parma punta sulla "check list" per ridurre gli errori 95
- 4.6 Sanità: ASL Varese, meno sprechi per protesi con centri prescrizione 'doc' 96
- 4.7 Ancona: "Sorveglianza" funziona, diminuiscono infezioni ospedaliere 98
- 4.8 Sanità: ASL Roma E, Chirurgia riorganizzata per intensità di cura 99
- 4.9 Sanità: meno dolore in ospedale, buone pratiche a Crema 101

4.10	Liste di attesa: a Trento tempi massimi garantiti	102
4.11	Sanità: Area Vasta Romagna, stop a esami inutili grazie a pochi click	103
4.12	Palermo segue l'Oms: lavare le mani riduce le infezioni	105
4.13	Sanità: IRCCS Rizzoli, meno errori in laboratorio per diagnosi migliori	106
4.14	A Parma strategie multidisciplinari per promuovere l'appropriatezza	107
5.	<b>EFFICIENZA GESTIONALE</b>	<b>109</b>
	<i>A cura di Fosco Foglietta e Angelo Tanese</i>	
5.1	Sanità: Ancona inaugura nuova gestione del rischio ospedaliero	112
5.2	Disturbi del comportamento alimentare; in Basilicata promosso progetto su buone pratiche di cura	114
5.3	Sanità: Ancona, con Apoteca un robot che prepara chemioterapici	115
5.4	Lombardia: Documentazione emergenza-urgenza; nasce modello unico	116
5.5	Sanità: Toscana, meno sprechi con unificazione sistemi informatici	117
5.6	Emilia-Romagna: USL Bologna punta sul digitale, via i documenti di carta	119
5.7	Sanità: Lombardia, al via procedura di gestione eventi avversi	120
5.8	Sanità: Trento, investimenti mirati grazie al project management	121
5.9	Sanità: AOUI Verona punta su finanziamenti aggiuntivi, esempio per P.A.	123
5.10	Lazio: ASL Roma B, anche i cittadini decidono la politica sanitaria	124
5.11	Modena lancia il progetto 'piano web', la cultura aziendale passa per la rete	125
5.12	Liguria: l'ASL 3 genovese sperimenta il 'governo clinico'	126
5.13	Sanità: ULSS 21 Legnago, telelavoro per la qualità con "Qua&I@"	128
5.14	Trapianti: Lombardia, cabina di regia unica per trasporto organi	129
5.15	Sanità: ASL Chiavarese apripista nella dematerializzazione ordinativi bancari	130
5.16	Sanità: ASL Nuoro, giù spesa farmaci grazie a distribuzione diretta	132
5.17	Sanità: ASL Varese, con VOIP risparmi e semplificazione	133
5.18	Sanità: APSS Trento, nuova gestione risorse umane per puntare su competenze	134
5.19	Master e corsi di specializzazione, a Parma si punta sulla ricerca	135
5.20	Modena: gestire la formazione online, il progetto del Policlinico	137
5.21	Bologna: materassi antidecubito; nasce gestione informatizzata	138

<b>6.</b>	<b>INNOVAZIONE TECNOLOGICA</b>	<b>140</b>
	<i>A cura di Maria Donata Bellentani e Nicola Pinelli</i>	
6.1	Infezioni ospedaliere: a Trento nasce Osservatorio Epidemiologico	141
6.2	Sanità: AUSL Piacenza, "robot" del farmaco contro errori e sprechi	143
6.3	Varese: percorsi 'virtuosi' e integrati per i pazienti diabetici	144
6.4	Scompensi cardiaci: a Cesena il teleconsulto migliora la vita	145
6.5	Ancona: al via un progetto avanzato di telecardiologia	146
<b>7.</b>	<b>COMUNICAZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE</b>	<b>148</b>
	<i>A cura di Francesca Moccia e Nicola Pinelli</i>	
7.1	A Verona nuovo look per intranet, direzione Web 2.0	151
7.2	Sos carta, a Bologna la 'rivoluzione' si fa in rete	152
7.3	Lombardia: AREU, la comunicazione con i media passa per il web	153
7.4	A Firenze c'è un nuovo servizio utenti, le info si chiedono via chat	155
7.5	Trasparenza e semplicità, l'ASL di Sondrio punta su intranet	156
7.6	Salute: Modena, un laboratorio per migliorare comunicazione medico-paziente	157
7.7	Sanità: Roma, prevenzione cardiovascolare con infermiere "care manager"	158
7.8	Salute: AUSL Parma; stop pigrizia, l'attività fisica si fa sul luogo di lavoro	159
7.9	Parma. Screening neonatale per individuare sordità infantili	161
7.10	Visite non stop, Firenze 'apre' la terapia intensiva	162
7.11	Sanità: ASL 4 Chiavarese si tinge di rosa, amica della donna	163
7.12	Sanità: Parma, sordomuti chiamano il 118 con un sms	165
7.13	Sanità: Liguria, stop infezioni sessuali con prevenzione e screening	166
7.14	Sanità: Cesena, l'ospedale si colora per i pazienti di Pediatria	167
	<b>CONCLUSIONI</b>	<b>170</b>
	<b>Stato e prospettive dell'Osservatorio Buona Sanità</b>	<b>170</b>
	<i>Valerio Fabio Alberti</i>	
	<b>APPENDICE</b>	<b>177</b>
	A. Scheda Sintetica	178
	B. Elenco esperienze selezionate per Area Tematica	181
	C. Scheda Analitica	186
	D. Dati e risultati di alcune esperienze	196
	E. Glossario	227

## PREMESSA

### Le ragioni della ricerca

di Giovanni Monchiero, Presidente FIASO

FIASO rappresenta una comunità di Aziende e di professionisti a tutti i livelli impegnati in un processo continuo di confronto di esperienze e di condivisione di conoscenze attraverso la promozione di un circolo virtuoso di scambi di contenuti, di idee e di *technalities*.

Il coinvolgimento diretto delle Aziende Associate nelle attività di ricerca e, più in generale, nello sviluppo e nell'approfondimento di tematiche guida, candida FIASO come luogo di riferimento scientifico e culturale.

Questa finalità risponde alla *mission* statutaria e alle richieste delle Aziende stesse, che possono contribuire nel tempo a identificare tematiche e argomenti di interesse, che FIASO elabora e definisce in sede istituzionale.

Nel 2007 FIASO ha avviato il progetto "gestione della conoscenza al servizio della rete associativa" (denominato "*Rete Fiaso*") per rispondere ad alcuni obiettivi strategici:

- costruire - ad un decennio dell'aziendalizzazione - un solido background al fine di affermare un proprio "punto di vista competente";
- partire dal confronto delle buone pratiche e dalla diffusione del management pubblico in sanità per stabilire come il sistema delle Aziende rappresenti la sede ideale per trasferimenti di *know-how*;
- rappresentare le Aziende con un'attività propositiva e offrire loro non solo servizi generali, ma un sistema a rete dinamico.

L'aspetto fondamentale per lo sviluppo della rete associativa è quello della gestione e del trasferimento di conoscenze tra le Aziende del Servizio Sanitario Nazionale per raggiungere obiettivi di medio periodo quali :

- a. esplicitare verso il "mondo esterno" il punto di vista delle Aziende, protagoniste di un percorso culturale e tecnico che comporta il riconoscimento del ruolo del management pubblico in sanità;
- b. rappresentare un punto di riferimento importante per le Aziende che vogliano essere messe in rete (a livello nazionale, ma anche regionale) o vogliano avere accesso ad informazioni organizzate o servizi, rafforzando la percezione dell'appartenenza al mondo della sanità pubblica.

La costituzione e la condivisione di una banca dati sulle buone pratiche aziendali rappresenta quindi il naturale sviluppo del patto associativo, in quanto risponde alla possibilità di trasferire conoscenze acquisite da e tra realtà diverse.

La raccolta sistematica e sistematizzata delle pratiche costituisce una risposta del sistema rispetto alle attuali ristrettezze economico finanziarie ed alla conseguente richiesta di una sostenuta azione di razionalizzazione nell'uso delle risorse. Lo scambio delle esperienze e degli strumenti, così come il confronto tra professionisti e la definizione di linee guida condivise, possono rappresentare una valida opportunità per soddisfare le aspettative istituzionali e dei cittadini in tema di appropriatezza, efficienza ed efficacia del sistema.

Si propone, inoltre, di difendere e diffondere il valore positivo delle differenze. In un mondo sempre più articolato e che cerca la personalizzazione dei servizi, occorre opporsi a qualsiasi tentativo di omologazione preordinata. Il che non esclude l'adozione di standard (livelli assistenziali, costi, indicatori di efficacia) come riferimenti su cui confrontare la propria azione. Gli standard sono necessari per evidenziare scelte migliorative e per eliminare differenze derivanti da inefficienza o scarsa conoscenza. Gli standard positivi o desiderati sono livelli di funzionalità verso cui tendere e creare convergenze, non vincoli da imporre anche alle realtà che non sono ancora in grado di rispettarli.

Le esperienze aziendali devono essere valutate attraverso un modello che accerti grado di sviluppo e risultati ottenuti al di fuori da tentazioni autoreferenziali e riduca la discrezionalità insita nel rapporto tra dichiarato ("dover essere") e agito ("essere") aziendale.

Una volta accertati sul piano metodologico i sistemi identificativi delle buone/migliori pratiche aziendali, queste ultime devono essere portate a conoscenza dell'opinione pubblica con forte risalto per contrastare sul piano comunicativo la percezione di una sanità connotata esclusivamente da casi di *mal-practice*.



## La cultura dell'eccellenza: terreno di incontro tra settore pubblico e privato in sanità

di Fabrizio Greco, Amministratore Delegato Abbott in Italia

La gestione della conoscenza, la condivisione di esperienze e l'individuazione di modelli replicabili accomunano sempre di più i due versanti – pubblico e privato – della sanità. Aziende sanitarie e grandi imprese del settore della salute rappresentano sistemi complessi chiamati ad un miglioramento continuo che solo il circolo virtuoso delle conoscenze e delle esperienze può alimentare.

Certamente, in quanto *pratiche di buona sanità*, possiamo guardare a questo progetto come ad una raccolta di singole esperienze di eccellenza, che spaziano dall'appropriatezza alla continuità delle cure, dalla comunicazione e promozione della salute all'innovazione tecnologica: quest'ultima – che si tratti di ICT in sanità o di e-Health in senso stretto – è foriera di benefici non solo in termini di migliore utilizzo di risorse ma anche di maggiore trasparenza e, quindi, responsabilizzazione. Se però volgiamo l'attenzione al quadro d'insieme, ecco che emerge un'idea di *buona sanità*, anzi di *buona sanità in pratica*, cioè vera e vissuta.

Proprio questa idea di fondo spiega le ragioni del sostegno di Abbott all'Osservatorio FIASO e il particolare valore del volume che ne è scaturito. Ad esso potranno attingere non solo il management della sanità pubblica, bensì tutti gli attori chiave del settore della salute, sia sul fronte pubblico che su quello privato.

In un contesto come quello attuale, contrassegnato da profonde difficoltà economiche, si impongono scelte gravose, anche in sanità. La via più semplice prevede un taglio lineare, *dall'alto*, delle risorse disponibili. La via più complessa, ma assai più feconda, prevede invece la condivisione, *dal basso*, delle migliori esperienze in grado di produrre non solo un più efficiente utilizzo delle risorse, ma anche un miglioramento degli esiti sanitari. Quest'ultimo aspetto non è secondario, considerato il valore etico, sociale ed economico del bene salute.

Tra le priorità strategiche di Abbott in tema di responsabilità sociale d'impresa, al pari dell'innovazione, dell'attenzione ai pazienti e della tutela dell'ambiente, figura l'accesso alle cure e alla salute. Affinché l'accesso alle cure e alla salute sia garantito, occorre un sistema sanitario in grado di offrire adeguati servizi sanitari.

In molte zone del mondo ciò significa effettuare investimenti in infrastrutture di base. In un Paese come l'Italia, che figura invece ai primissimi posti delle classifiche internazionali di settore, c'è nondimeno spazio per miglioramenti significativi – ad esempio nella continuità delle cure – secondo la logica dell'Osservatorio FIASO che, come Abbott, abbiamo voluto fortemente sostenere.

## INTRODUZIONE

### Presentazione della ricerca

Favorire la sistematizzazione e l'utilizzo di un patrimonio condiviso di informazioni e conoscenze prodotte nell'ambito delle diverse attività di ricerca, di confronto e di dibattito all'interno e all'esterno di FIASO ("costruire la rete"). Garantire in modo efficace lo scambio e il trasferimento di know-how tra le Aziende Associate, attraverso la gestione di banche dati, documentazione, iniziative di promozione e diffusione di conoscenze ("diffondere conoscenza").

Attraverso la costituzione di una piattaforma permanente di confronto e scambio di esperienze di innovazione aziendale, l'Osservatorio FIASO sulle *pratiche di Buona Sanità* si propone, come obiettivi di:

1. favorire il confronto interprofessionale attraverso l'attivazione di comunità di pratica e lo sviluppo di strumenti di *benchmarking*;
2. elaborare le evidenze emerse dalle pratiche per definire format progettuali fattibili e position FIASO;
3. valorizzare e sistematizzare il patrimonio di esperienze nel campo del miglioramento della gestione e organizzazione aziendale;
4. selezionare le pratiche ed elaborare prodotti editoriali da comunicare verso stampa e periodici di settore, o da inserire in pubblicazioni tematiche o in confronti pubblici.

Per Buona Pratica si fa riferimento ad ogni attività già realizzata che sia stata volta a migliorare contestualmente l'efficienza (economicità) e/o l'efficacia (soddisfazione dei bisogni e delle aspettative dei cittadini) nella gestione ed erogazione dei servizi offerti.

In questo processo, la costruzione e l'implementazione di un portale costituisce strumento privilegiato per la costituzione di una vera e propria comunità di pratica sulle politiche sanitarie e sui principali temi di innovazione in sanità.

Attraverso il collegamento in rete la comunità di professionisti avvia un confronto sulle principali tematiche di intervento contribuendo direttamente alla individuazione delle soluzioni da applicare e dei materiali da condividere.

Rispetto agli obiettivi assegnati all'Osservatorio, occorre mettere a punto un sistema di alimentazione e gestione della banca dati che consenta di garantire al tempo stesso:

- *sistematicità*, con criteri di archiviazione e motori di ricerca di facile identificazione;
- *organicità*, coprendo una pluralità di funzioni e processi aziendali;
- *analiticità*, garantendo un sufficiente grado di approfondimento, tale da fornire una descrizione dei concreti processi aziendali attivati;
- *tempestività*, progetti e iniziative recenti o i cui risultati siano ancora rilevanti per chi concretamente gestisce le aziende.

La costituzione della banca dati sulle buone pratiche in sanità è passata attraverso i seguenti passaggi metodologico-organizzativi:

- raccolta e analisi delle banche dati già disponibili;
- definizione scheda sintetica descrittiva dell'esperienza innovativa;
- definizione dei temi, delle funzioni e dei contenuti da raccogliere e da inserire in banca dati;
- definizione scheda analitica;
- valutazione delle esperienze;
- inserimento delle informazioni e dei dati già disponibili in un sistema omogeneo di archiviazione che permetta immediato accesso ai contenuti ricercati e trasferimento di *know how*.

Il modello di funzionamento identificato per questo Osservatorio FIASO riflette le specificità relative alle buone pratiche, prevedendo l'organizzazione di due Comitati istituiti per il governo, la valutazione esterna e il coordinamento del progetto, rispettivamente: il Comitato Strategico e il Comitato Scientifico.

Il Comitato Strategico, composto da Direttori Generali di Aziende Sanitarie e Ospedaliere con un responsabile delegato del Comitato di Presidenza FIASO e della struttura FIASO, attua gli obiettivi definiti dalla Presidenza FIASO; definisce le linee metodologiche dell'attività dell'Osservatorio; individua la scheda di raccolta sintetica e i criteri di valutazione delle buone pratiche; analizza le schede raccolte e assicura il primo livello di valutazione; aggiorna le aree tematiche sulla base delle esperienze raccolte.

Il Comitato Scientifico, composto da componenti con caratteristiche di indubbia autorevolezza e imparzialità individuati in ambito istituzionale e accademico, definisce la scheda analitica e i suoi criteri di valutazione, analizza le schede delle esperienze raccolte che hanno superato il primo livello di valutazione e individua le migliori esperienze (eccellenze); elabora motivazioni a sostegno delle esperienze selezionate.

Nella prima fase della ricerca è stato istituito il Comitato Strategico dell'Osservatorio. Dopo aver analizzato l'impostazione metodologica delle esperienze più significative maturate nel settore, dal Comitato è stata definita la scheda di raccolta sintetica delle esperienze.

Con la scheda sintetica, da FIASO è stato avviato il censimento delle esperienze di innovazione gestionale realizzate, negli ultimi tre anni (2008-2010), dalle Aziende Sanitarie e Ospedaliere per il miglioramento dell'efficienza e della qualità dell'assistenza e organizzazione sanitaria.

La ricognizione è stata realizzata senza tematica definita per costituire un'ampia 'biblioteca di buone pratiche' con precise indicazioni sui progetti realizzati su tematiche prioritarie e strategiche.

La richiesta è stata indirizzata alle direzioni strategiche – direzione generale, amministrativa e sanitaria – delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere Associate FIASO.

Conclusa la raccolta delle esperienze, sulla scheda sintetica è stata realizzata la prima valutazione a cura del Comitato Strategico che ha gestito gli stati intermedi di giudizio, secondo i due criteri di completezza d'informazioni e stato di realizzazione. La valutazione avviene ora sulla base di quattro criteri (innovazione, riproducibilità, sostenibilità, misurabilità).

Il censimento a disposizione del sistema associativo è stato poi analizzato e classificato in determinate aree di governo e di gestione.

Attraverso un processo di approfondimento e confronto, il Comitato Scientifico di valutazione ha definito poi la scheda analitica delle esperienze, che mette in evidenza i processi attivati ed i risultati raggiunti. Prima della sua versione definitiva, la scheda è stata preliminarmente collaudata su tre esperienze selezionate per diverso ambito applicativo.

Nella scheda analitica è stato richiesto ogni elemento che aiutasse a meglio comprendere le dinamiche generatrici di una buona esperienza e a valutarne l'eventuale riproducibilità. I dati e contenuti raccolti sono stati la base per la valutazione da parte del Comitato Scientifico di valutazione, per lo scambio e confronto con le altre Aziende Sanitarie, per la costituzione di dossier scientifici o per la stampa, per l'attivazione di una banca dati di pratiche di Buona Sanità.

Il Comitato Scientifico ha individuato un sistema di criteri di valutazione che ha tenuto conto delle differenze rispetto al diverso ambito di intervento e alla qualità dei risultati raggiunti. A questo sistema si è aggiunta la valorizzazione dei criteri trasversali già indicati di innovazione, sostenibilità, riproducibilità, misurabilità.

I risultati della valutazione non prevedevano l'assegnazione di premi né la pubblicazione e identificazione di una graduatoria. Sono state piuttosto previste segnalazioni di gruppi di esperienze all'interno di aree tematiche omogenee.

Le pratiche vengono messe a disposizione del sistema associativo attraverso un *database web based* usabile e accessibile da sviluppare in modo coerente e integrato con il sito [www.retefiaso.it](http://www.retefiaso.it) (area riservata) e [www.fiaso.it](http://www.fiaso.it) (area pubblica).

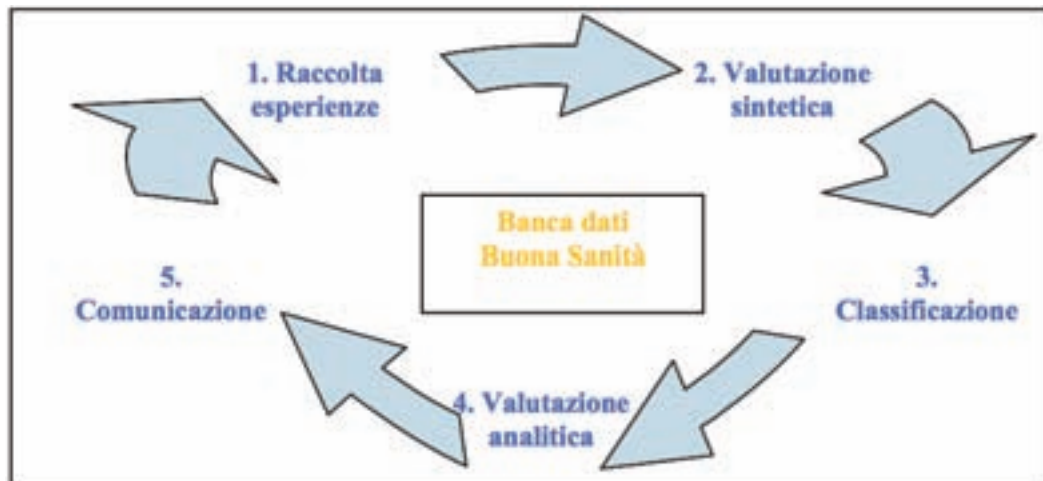
Le schede raccolte compongono gli elementi della banca dati e sono organizzate in modo da permettere semplici elaborazioni di ricerca e di confronto dei contenuti. Vengono, infine, definite e inserite parole chiave per una ricerca trasversale delle pratiche.

Con ANSA-Sanità è stato infine raggiunto un accordo di collaborazione editoriale per la redazione e la presentazione di ogni singola esperienza sulla base di un format editoriale definito da FIASO da inserire nella pubblicazione finale del primo anno di attività dell'Osservatorio.

Il valore divulgativo della pubblicazione doveva garantire la piena aderenza alla scientificità delle schede raccolte dall'Osservatorio sulle buone pratiche sanitarie, e assicurare la migliore diffusione delle stesse presso opinione pubblica, Aziende, istituzioni, associazioni professionali e di categoria.

Nella prospettiva del collaudo sui meccanismi di funzionamento dell'Osservatorio è stato ipotizzato un sistema circolare e continuo che ha previsto le cinque fasi tracciate nello schema qui riportato (figura n. 1).

Figura n. 1 – Schema di funzionamento Osservatorio 2011



Il ritorno informativo per le Aziende partecipanti è costituito nell'adesione al network della conoscenza FIASO ([www.retefiaso.it](http://www.retefiaso.it)), elaborazione di dossier per i media e pubblicazioni scientifiche, coinvolgimento in *focus group*, convegni e premi.

## PROTAGONISTI DELLA RICERCA E RINGRAZIAMENTI

I ringraziamenti devono innanzitutto essere rivolti a tutti i responsabili delle esperienze e alle Direzioni Aziendali che hanno partecipato con tanto impegno e competenza allo sviluppo dell'Osservatorio pratiche di Buona Sanità. Alcuni vengono espressamente menzionati all'interno delle schede di presentazione delle esperienze nella seconda parte del volume.

Le attività dell'Osservatorio sono state condotte da **Valerio Fabio Alberti** (Direttore Generale ULSS 3 Bassano, Vice Presidente FIASO), e curate da **Fosco Foglietta** (Presidente CUP 2000, già Direttore Generale AUSL Ferrara) e **Nicola Pinelli** (Direttore Ricerca FIASO) che hanno, inoltre, partecipato quali componenti ai lavori del Comitato Strategico e Scientifico dell'Osservatorio.

Il **Comitato Strategico** dell'Osservatorio è stato composto da **Luciano Fabbri** (già Direttore Estav Centro Toscana), **Rosa Giuseppa Frazzica** (Direttore Generale CEFPAS), **Rosario Lanzetta** (già Direttore Generale AO Rummo Benevento), **Walter Giacomo Locatelli** (Direttore Generale ASL di Milano, Vice Presidente FIASO).

Hanno accettato di far parte del **Comitato Scientifico** di valutazione dell'Osservatorio: **Maria Donata Bellentani** (Dirigente Sezione Organizzazione dei Servizi Sanitari - AGENAS), **Americo Cicchetti** (Professore Organizzazione Aziendale, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma), **Francesca Moccia** (Coordinatrice Nazionale Cittadinanzattiva/TdM), **Angelo Tanese** (Direttore Agenzia di Valutazione Civica di Cittadinanzattiva e docente di Gestione del Cambiamento Organizzativo, Facoltà di Scienze Sociali di Chieti).

Anche **Elisa Guglielmi** (AGENAS) non ha mai fatto mancare il proprio puntuale supporto.

Questo lavoro non avrebbe mai visto la luce senza la preziosa collaborazione dello staff FIASO e in particolare, di **Roberta Scazzocchio** e **Diana de Maffutis**, e al supporto di **Maria Teresa Sabella**.

Contributo imprescindibile nella costruzione dell'Osservatorio è stato offerto da **Paolo Russo** che, con la sua expertise comunicativa, è stato anche stimolo per la fruibilità dei contenuti più tecnici.

Un 'grazie' speciale agli esperti colleghi aziendali e accademici che hanno collaborato con le loro preziose osservazioni alla definizione della scheda sintetica e analitica: **Roberta Arnone**, **Daniela Falconeri**, **Marilena Pinco**, **Fabio Sole** e **Luisa Zoda** (CEFPAS di Caltanissetta), **Giuseppe Fattori**, **Simona Giuliano** e **Alessia**



Canale (AUSL di Modena), Marco Braida e Marco Spanò (ASS1 Triestina), Claudio Vella (Osservatorio ICT Politecnico di Milano), Cristina Sopranzi (ASL Roma B), Marcello D'Errico (AO Ospedali Riuniti di Ancona), Paola Bardasi (AUSL di Ferrara) e Pierpaolo Duranti (AUSL di Bologna). Per la metodologia di valutazione analitica un importante contributo è stato offerto da Paolo Franchi (AUSL 7 Siena).

Nell'elaborazione delle schede editoriali delle esperienze è riconosciuto l'ottimo lavoro compiuto dall'ANSA Sanità e dal suo Responsabile Francesco Marabotto e i colleghi Stefania Passarella e Giuliano Malatesta.

Il volume è dedicato alla memoria di Gino Tosolini, per tutti esempio di persona e di professionista al servizio del sistema sanitario pubblico, da sempre promotore di buona sanità. Non a caso l'Azienda da lui diretta ha offerto il maggior numero di esperienze all'Osservatorio.





## 1. RACCOLTA, VALUTAZIONE SINTETICA E CLASSIFICAZIONE

### 1.1. Percorsi di raccolta delle esperienze

La raccolta delle esperienze delle Aziende Sanitarie è stata da subito indirizzata a far emergere l'evidenza dei risultati ottenuti e le suggestioni dei progetti ideati. I progetti possono essere realizzati anche attraverso un approccio sperimentale, ma devono poi diventare parte stabile del sistema di offerta aziendale. E' su queste premesse, oltre che sulle necessità emergenti e la preziosa disponibilità mostrate dalle Aziende Sanitarie Associate, che si è avviato l'allestimento ed il rafforzamento della banca dati di buone pratiche aziendali.

La banca dati di pratiche di Buona Sanità può essere alimentata con continuità attraverso differenti canali. In prima analisi ne sono stati individuati due.

- Rivolgendosi direttamente a tutte le Aziende Associate con la richiesta di fornire quelle esperienze che nella valutazione della direzione strategica:
  - possano essere considerate meritevoli di segnalazione sul piano del miglioramento dell'efficienza e della qualità delle cure;
  - rispondano a temi selezionati, di volta in volta, sugli argomenti ritenuti più significativi in ordine a interesse normativo; programmazione nazionale; pubblica utilità; andamento del dibattito scientifico/professionale; etc.
- Sistemizzando e valorizzando direttamente le esperienze promosse nei "Laboratori" e nei "Gruppi di lavoro" promossi da FIASO (comunicazione e promozione della salute, flussi finanziari, sistemi informativi, governo del territorio, formazione, acquisti, benessere organizzativo etc.). Le Aziende organizzate in network di approfondimento, comparazione e ricerca, presentano esperienze innovative, sperimentali o già consolidate.

L'interesse di FIASO non è, peraltro, orientato solamente ad attingere da queste fonti per arricchire la propria "banca", quanto piuttosto a creare una rete di soggetti animati dallo stesso interesse di ricerca e che possano condividere strumenti di raccolta, di valutazione e di classificazione in modo tale da rendere tali sistemi sostanzialmente omogenei.

### 1.2. Contesto e background

Il tema della raccolta e diffusione di buone pratiche o addirittura delle *best practice* non è nuovo. Viene auspicata e richiamata da tutti i soggetti istituzionali, politici, associativi.

E' indubbio che in quest'ambito FIASO non può prescindere dal rapporto con altre iniziative e progetti che, a livello nazionale, negli ultimi anni si sono prefissi di raccogliere e mettere a disposizione del settore sanitario esperienze e progetti di miglioramento della qualità dell'assistenza, anche con la partecipazione di molte Aziende Associate.

Tra le realtà che maggiormente si sono distinte per la capacità di individuazione delle migliori esperienze, nell'ultimo periodo è certamente da segnalare l'Osservatorio del Politecnico di Milano che rileva l'evoluzione dell'ICT in Sanità. Si tratta di una rilevazione annuale ormai consolidata portata avanti dalla *School of Management* dell'Università insieme alla collaborazione di Istituzioni e Aziende Ospedaliere e volta a far luce su come poter migliorare efficacia ed efficienza socio-sanitaria attraverso il ricorso a progetti di ICT. L'Osservatorio, anche patrocinato da FIASO, da due anni ha lanciato un Premio, assegnato proprio ai progetti che si sono maggiormente distinti per il ricorso alle nuove tecnologie come leva di miglioramento dei processi clinico-sanitari e amministrativi.

Un'altra iniziativa di rilievo è senza dubbio quella organizzata dalla Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria (Siquas-VRQ), che con l'Osservatorio delle pratiche della Sanità italiana ha inteso dar vita a una piattaforma integrata nell'ottica che scambio e condivisione siano un'esigenza decisiva per far crescere la qualità dei servizi sanitari. FIASO sostiene questa iniziativa insieme ad altri autorevoli partner.

Non è poi da dimenticare quanto intrapreso, anche in questo caso con la partecipazione di FIASO, dall'Associazione Marketing Sociale. L'Associazione ha ideato un concorso (con una parte conclusiva dedicata alla premiazione dei progetti più significativi) volto a valorizzare e stimolare la realizzazione di progetti intersettoriali di promozione della salute basati su comunicazione e marketing sociale.

Ancora, FIASO sostiene il noto e lodevole "Premio Alesini - Buone Pratiche per l'umanizzazione delle cure" di Cittadinanzattiva - Tribunale per i diritti del malato, che si propone di incentivare l'adozione di politiche sanitarie orientate ai bisogni dei cittadini il cui gradimento ne incoraggia la riproducibilità in altre Aziende sanitarie.

Importante realtà anch'essa dedicata al rilevamento ed alla condivisione di ciò che in sanità si è distinto, è l'Osservatorio Agenas sulle Buone pratiche per la sicurezza dei pazienti. L'Agenas ha raccolto, attraverso gli assessorati regionali competenti per materia, una serie di esperienze di successo dedicate alla

gestione del rischio clinico ed alla sicurezza dei pazienti delle strutture sanitarie di ciascuna regione. Anche questo Osservatorio nasce ed opera nel convincimento che la condivisione è l'unica strada di accrescimento della qualità dei servizi sanitari.

Si tratta di una breve illustrazione di ciò che negli ultimi anni si è mosso nell'ottica di incentivare il trasferimento di conoscenza in ambito sanitario, ma non è certo un elenco esaustivo. Manca il Forum P.A., manca la Banca dati dei Buoni Esempi del Formez, il Programma Cantieri del Dipartimento di Funzione Pubblica, il Premio "Alessandro Martignani" della Regione Emilia-Romagna e l'Associazione Italiana di epidemiologia, il Premio Dedalo di Iniziative Sanitarie ed altro ancora.

Oggi, tuttavia, non si è ancora arrivati a fare sistema, a rendere davvero unificata e accessibile a tutti gli operatori coinvolti la possibilità di 'toccare con mano' le esperienze, vagliarne la riproducibilità e la eventuale difficoltà di trasposizione in altre realtà geografiche, cliniche, organizzative.

E' a questo obiettivo che mira l'Osservatorio pratiche di Buona Sanità di FIASO, forte del suo punto di vista privilegiato potendo dall'interno delle Direzioni strategiche in profondità comprendere le dinamiche che stanno dietro alle esperienze messe in pratica presso le Aziende.

### 1.3. Definizione del format di raccolta: la scheda sintetica

Primo passo del Comitato Strategico dell'Osservatorio è stato quello di definire il format di scheda di raccolta delle esperienze a partire dalle schede utilizzate nei principali bandi di settore<sup>(1)</sup> e dalla metodologia del *logical framework* adottata nella presentazione di progetti nei bandi di finanziamento europeo.

La scheda sintetica doveva contenere un ritorno informativo minimo significativo da cui fosse possibile evincere i livelli organizzativi aziendali coinvolti e i processi effettivamente realizzati. Nella definizione della scheda è risultato importante considerare la sua accessibilità e usabilità garantendo la più ampia adesione possibile da parte delle Aziende Associate.

Lo strumento di rilevazione dei progetti occorre che rispondesse ad alcuni criteri di base quali quelli di: completezza e omogeneità informativa, sintesi e confrontabilità dei dati, validità scientifica e informativa, applicabilità alle diverse

---

(1) In particolare il format di raccolta (scheda sintetica) dell'Osservatorio FIASO risulta aderente con la scheda di raccolta utilizzata da Cittadinanzattiva TDM nel bando del Premio A. Alesini sull'umanizzazione delle cure.

strutture operative e territoriali di provenienza e ai diversi ambiti organizzativi e di miglioramento gestionale. Le esperienze aziendali dovevano poi essere state realizzate ed essere documentabili con indicatori di risultato e prodotti realizzati.

Prima di far pervenire la richiesta a tutte le Aziende Associate, è risultato prioritario programmare una fase di test approfondito sullo strumento di rilevazione. Per assicurare aderenza ai criteri indicati, la scheda definita dal Comitato è stata innanzitutto valutata attraverso la compilazione di una esperienza aziendale per cinque differenti aree tematiche. Le esperienze analizzate sono state determinate dalle attività dei Laboratori di ricerca FIASO degli ultimi due anni.

La preliminare sperimentazione della scheda di raccolta in diverse aree di gestione aziendale ha consentito di ottenere elementi di verifica sulla sua applicabilità in ambiti diversi. Così, attraverso la collaborazione di alcuni dirigenti delle Aziende Sanitarie e di istituti accademici capofila di Laboratori FIASO, la scheda definita dal Comitato è stata compilata con esperienze riguardanti: sistema di valutazione del personale e formazione, comunicazione e promozione della salute, assistenza territoriale, governo del territorio, innovazione tecnologica, efficienza gestionale.

Per la compilazione è stato richiesto agli esperti aziendali e scientifici di avanzare valutazioni e proposte di modifiche sullo strumento di rilevazione proposto. La valutazione tecnica è risultata preziosa per assicurare condivisione e validità informativa per i diversi ambiti aziendali coinvolti nella realizzazione delle esperienze. E per verificare l'esistenza degli elementi in grado di illustrare in modo sufficientemente preciso una esperienza conclusa, che fosse compiutamente valutabile su quanto realizzato e, soprattutto, sul livello di consolidamento "a regime" che fosse stata in grado di assicurare.

Come risultato indiretto, il test sulla scheda ha permesso di valutare il livello informativo delle esperienze già raccolte (consolidamento patrimonio *know-how*) rispetto al format in fase di validazione per l'Osservatorio.

Dalla fase di test sono state segnalate le seguenti criticità:

- *tempi*: l'impostazione del Comitato Strategico è stata quella di circoscrivere la raccolta ad esperienze già realizzate. Dunque si sono dovuti escludere i progetti in corso di implementazione o ideazione. Bisogna altresì mettere in evidenza la richiesta di data di conclusione del progetto effettiva anche nel caso di una esperienza che poi è stata adottata e messa a regime. In questa eventualità, i tempi del progetto sono stati quelli collegati alla messa in opera e sperimentazione;

- *temi di raccolta*: nella fase di test è risultata spesso difficile la scelta di un'unica area tematica. Il vincolo è rimasto quello di inserire un'unica area principale di riferimento da poter definire ulteriormente attraverso un elenco di secondo livello di aree tematiche e parole chiave;
- *obiettivi*: è stata individuata come opportunità quella di inserire gli obiettivi già nella parte descrittiva del progetto per essere poi ripresi (suddivisi per i diversi aspetti clinici, organizzativi, etc..) nella matrice dei risultati finali dell'esperienza aziendale.

Dopo le opportune valutazioni e modifiche, la versione adottata dal Comitato Strategico è stata definita in un formato sintetico con tre sezioni descrittive:

- anagrafica (Azienda e referente)
- titolo e descrizione dell'esperienza
  - descrizione sintetica
  - parole chiave
- aspetti finalistici e processuali
  - risultati attesi e raggiunti
  - cambiamento organizzativo
  - monitoraggio e indicatori di risultato

La sinteticità delle informazioni richieste era tesa a consentire, innanzitutto, la costituzione di un'ampia e significativa 'biblioteca di buone pratiche'. La scheda sintetica adottata è riportata nell'Appendice A del volume.

#### 1.4. *Call for practice 2011*

La costituzione, il consolidamento e il collaudo della banca dati di buone pratiche sono stati avviati attraverso una *call for practice* indirizzata alle Direzioni strategiche delle Aziende sanitarie e ospedaliere Associate nel mese di ottobre 2010.

Nella *call for practice* inviata veniva espressamente dichiarata l'intenzione di FIASO di realizzare il censimento di buone pratiche assistenziali e gestionali.

Le esperienze erano chiamate a rispondere ad alcune caratteristiche:

- appartenere al campo dell'innovazione gestionale per il miglioramento dell'efficienza e della qualità nell'assistenza e organizzazione sanitaria;
- essere state realizzate negli ultimi tre anni (2008-2010).



Nella fase iniziale di lancio dell'Osservatorio, la mancata specificazione tematica ha puntato a raccogliere dalle Associate preziose indicazioni sui progetti realizzati negli ultimi tre anni, su tematiche prioritarie e strategiche.

Tra ottobre e novembre 2010, la *call for practice* lanciata ha permesso di raccogliere 89 esperienze da parte di 33 Aziende Associate. Nonostante non fossero state rivolte sollecitazioni alle Associate, è risultata quantomai soddisfacente la significatività delle esperienze raccolte in una unica comunicazione.

L'attenzione rivolta e la risposta ottenuta hanno rivelato una grande sensibilità per l'iniziativa proposta conferendo grandi aspettative all'azione dell'Osservatorio FIASO.

Nella prospettiva di alimentazione continua di esperienze di Buona Sanità, parallelamente è stata intrapresa la raccolta di esperienze nell'ambito dell'attività istituzionale di Laboratori e Gruppi di Lavoro FIASO: ben 58 di esse provengono dal laboratorio "Comunicazione e promozione della salute", altre esperienze dai gruppi di lavoro "Flussi finanziari" (2) e "Privacy" (1), altre ancora dal laboratorio "Governo del territorio" (5).

Oltre 150 esperienze sono già parte del patrimonio dell'Osservatorio FIASO e si riferiscono all'attività di 46 Aziende Sanitarie e Ospedaliere.

Ma soltanto le esperienze proposte nella *call for practice* sono state considerate nel sistema di valutazione e classificazione adottati e descritti nei paragrafi seguenti.

### 1.5. Sistema di valutazione

Se la finalità strategica dell'Osservatorio consisteva nel raccogliere, mettere in rete e divulgare le buone pratiche, è apparso indispensabile esprimere un giudizio competente e di merito, sulle esperienze progressivamente acquisite.

Il sistema di valutazione delle pratiche è stato articolato su due livelli di approfondimento:

- il primo affidato al Comitato Strategico si è sostanziato di una fase, preliminare, di accertamento e di un successivo momento di valutazione della scheda sintetica;

- Il secondo livello di valutazione affidato al Comitato Scientifico è stato applicato alle esperienze che avessero superato il primo livello richiedendo alle Aziende una ulteriore scheda analitica da compilare.

Tale strumento valutativo ha permesso di approfondire alcuni processi (di progettazione, attuazione, coinvolgimento, comunicazione) che qualificavano positivamente l'esperienza ed esplicitare, anche quantitativamente, una serie di risultati (di efficienza e di efficacia, di gradimento e di qualità) raggiunti.

Il primo livello sintetico è stato realizzato in base a quattro criteri di valutazione: *misurabilità* (possibilità di quantificare i risultati realizzati attraverso indicatori di soddisfazione dei cittadini, di risultato, economici o extracontabili); *innovazione* (capacità di produrre soluzioni nuove e creative per il miglioramento della qualità dei servizi e per la tutela dei diritti dei cittadini); *sostenibilità* (attitudine a fondarsi sulle risorse esistenti o capacità di generare essa stessa nuove risorse); *riproducibilità* (possibilità di trasferimento e applicazione in luoghi e situazioni diversi da quelli in cui è stata realizzata).

In questa fase valutativa le schede sono state innanzitutto analizzate sotto il profilo della completezza delle informazioni e di una loro eventuale integrazione. Tale valutazione è stata elaborata in forma anonima risultando funzionale alla definizione delle aree tematiche in cui collocare le esperienze e alla successiva fase valutativa. Elemento di valutazione aggiunto e determinante è stato quello di considerare che la esperienza fosse conclusa, oppure fosse in fase molto avanzata di conclusione.

La valutazione sintetica è stata curata dal Comitato Strategico dell'Osservatorio e applicata a tutte le esperienze raccolte.

Il secondo livello di valutazione applicato mirava a raccogliere ulteriori elementi informativi (indicatori di risultato, costi sostenuti, risorse umane, documentazione etc.) che permettessero di ricercare i fattori/variabili di analisi per valutare e verificare che una pratica fosse di Buona Sanità o, eventualmente, di eccellenza:

- processi attraverso cui la *buona pratica* è stata progettata e attuata;
- risultati ottenuti in seguito alla realizzazione della *buona pratica*.

La valutazione analitica curata dal Comitato Scientifico è stata applicata alle esperienze selezionate durante la valutazione sintetica, con la richiesta di ulteriori

elementi informativi (impatto organizzativo, costi e indicatori di risultato etc..). La scheda e il modello di valutazione analitica è stato discusso, condiviso e approvato dal Comitato Scientifico costituitosi in questa seconda fase della ricerca.

I responsabili delle pratiche selezionate in sede di prima valutazione dal Comitato Strategico, sono stati ricontattati per compilare una scheda analitica e qualitativa strutturata su domande aperte e chiuse.

### 1.6. Valutazione sintetica

In seguito alla *call for practice*, il processo di gestione delle pratiche ha previsto l'assegnazione al Comitato Strategico di un primo compito di valutazione della scheda di raccolta sintetica quanto a:

- completezza informativa richiesta nella scheda di raccolta;
- livello di realizzazione dell'esperienza.

In questa fase preliminare, si è accertata la completezza della compilazione della scheda, per comprendere se occorresse chiedere alle Aziende un supplemento di elaborazione o si potesse, invece, procedere alla successiva fase di prima valutazione.

E' stato poi verificato, prioritariamente, se le esperienze fatte pervenire fossero concluse, oppure in fase molto avanzata di conclusione e già valutate *in itinere*. In tali casi si è proceduto alla prima valutazione di merito. I casi di esperienze avviate da poco – alle quali quindi non era ancora possibile applicare i requisiti di valutazione concordati – sono comunque entrate a far parte della banca dati dell'Osservatorio FIASO, che ne monitorerà la realizzazione.

Tutte le esperienze raccolte sono state da subito inserite nella Banca dati dell'Osservatorio, attraverso una loro classificazione tematica.

A questo punto, le esperienze selezionate sono state suddivise tra i componenti del Comitato Strategico in modo tale che ciascuna di esse fosse analizzata da almeno due valutatori. Ciò ha permesso di far emergere un giudizio medio che tendesse a evitare rischi di rilevanti diversità valutative.

Il Comitato Strategico ha proseguito il proprio lavoro sulla strada di un'analisi più articolata, mediante l'utilizzo di quattro criteri/parametri: innovazione, sostenibilità, riproducibilità, misurabilità.

Ciascun valutatore ha applicato tali criteri alle esperienze assegnategli quantificandoli in un range di punteggio da 1 a 5.

La valutazione sintetica da parte dei quattro gruppi di valutazione del Comitato Strategico (come detto, composti da due valutatori ciascuno) si è conclusa con due valutazioni espresse per ciascuna esperienza sulla base dei quattro criteri indicati.

E' stato già indicato il requisito temporale di attuazione dei diversi progetti in base al quale è stata effettuata la prima fase di valutazione. Per essi, esclusi dal Comitato Strategico, non si è richiesta la compilazione della scheda analitica, proprio perché non avrebbero potuto contenere gli elementi che il Comitato Scientifico era incaricato di valutare.

### 1.7. Alcuni dati dalla valutazione sintetica

Le esperienze partecipanti alla *call for practice* dovevano essere state realizzate negli ultimi tre anni nel campo dell'innovazione gestionale per il miglioramento dell'efficienza e della qualità. Dalla elaborazione di alcuni dati presenti nella scheda sintetica è possibile ricavare qualche elaborazione generale sulle principali variabili discriminanti nella valutazione sintetica.

Nella figura n. 1.1 e 1.2 vengono riportati rispettivamente l'anno di avvio dell'esperienza e quella di conclusione.

Figura n. 1.1 – Anno di avvio dell'esperienza

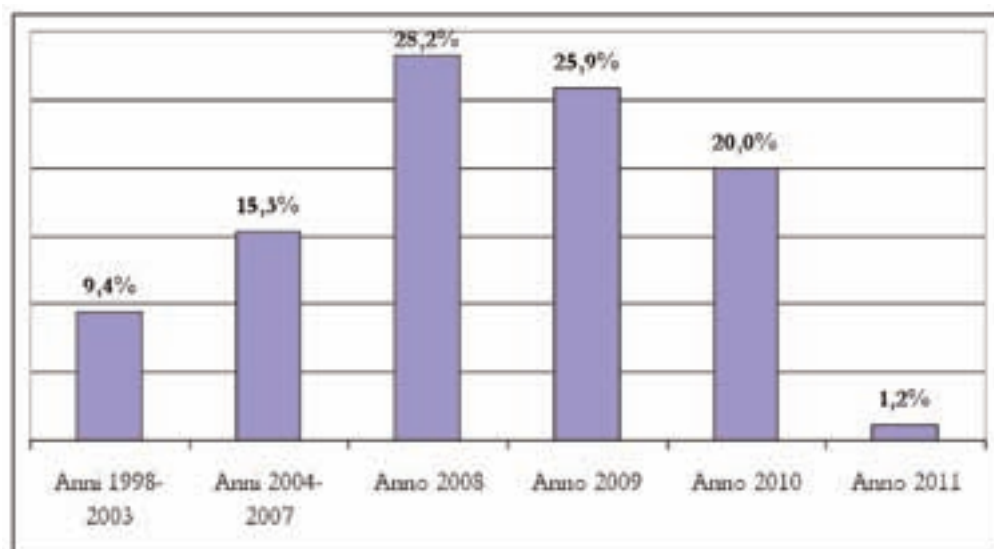
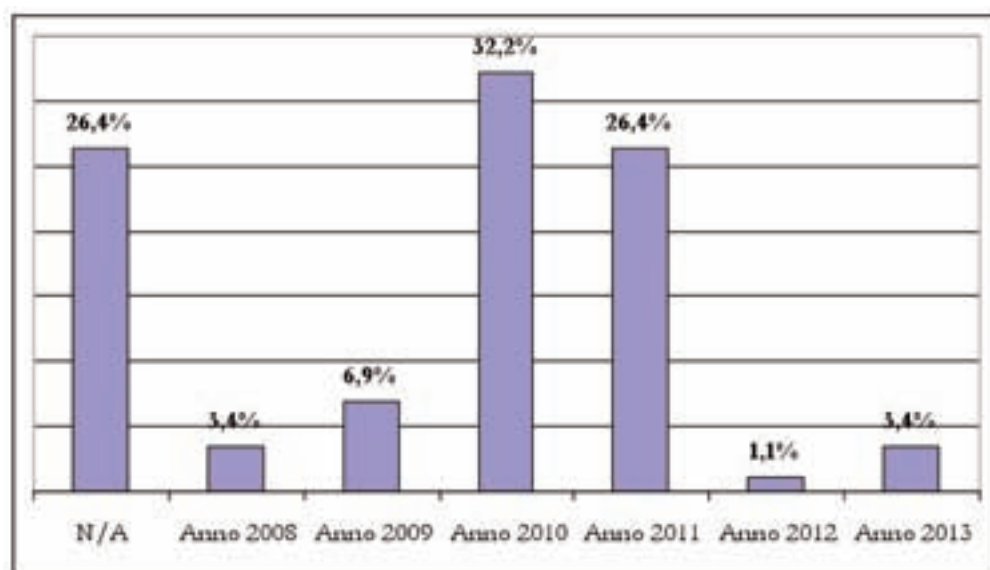


Figura n. 1.2 – Anno di realizzazione dell'esperienza

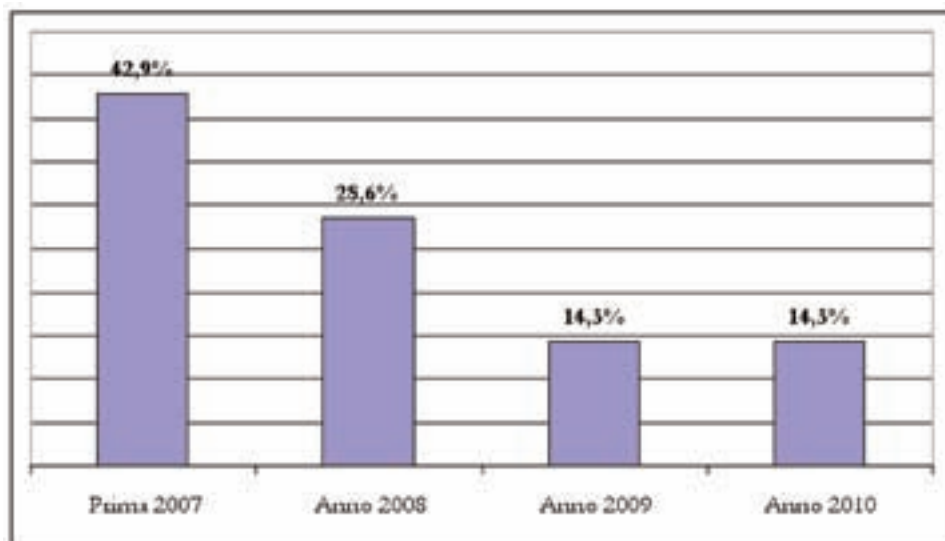


Dalla lettura congiunta delle figure 1.1 e 1.2, è possibile avanzare alcune considerazioni generali:

- la maggior parte dei progetti raccolti – oltre il 75% - risultano avviati negli ultimi tre anni. Circa un quarto di essi ha una durata pluriennale: alcuni almeno decennale – circa il 10% dei progetti – e quinquennale nel 15% (figura n. 1.1);
- sulla base di una durata media annuale o biennale, i progetti sono dichiarati conclusi per la maggior parte nel 2010 (32%) o nell'anno in corso 2011 (26,4%) (figura n. 1.2);
- le esperienze escluse dalla valutazione analitica vengono individuate tra quelle in conclusione nel 2011 e nella ridotta quota (4,5%) che verrà conclusa nei prossimi due anni (figura n. 1.2);
- nella figura n. 1.2 è stato messo in evidenza la grande quota di risposte N/A (non applicabile) pari ad un quarto del totale (26,4%).

Nella successiva figura n. 1.3 viene indagata parte della motivazione alla risposta prendendo in considerazione l'anno di avvio delle sole esperienze che hanno risposto N/A per l'anno di conclusione. L'elaborazione proposta sembra confermare l'ipotesi che la risposta di non applicabilità sia in larga parte dovuta al consolidamento pluriennale dell'esperienza in seno all'Azienda. L'innovazione trasformata in prassi organizzativa aziendale non consente di identificare la data di conclusione. I progetti N/A sono cominciati prima del 2007 nel 43% dei casi, nel 2008 nel 25%. La mancata elaborazione di queste risposte richiede una miglior specificazione che, in prospettiva, è necessario apportare.

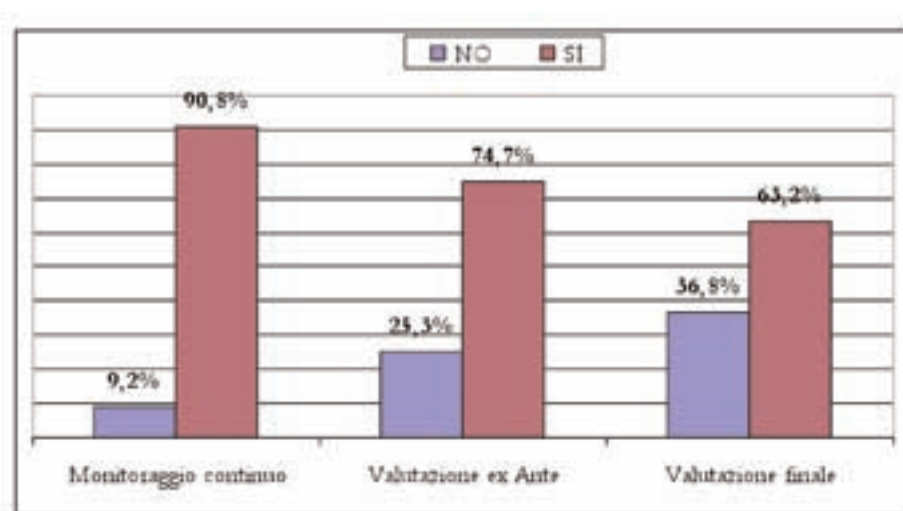
Figura n. 1.3 – Anno di avvio dell'esperienza per i N/A



Alcuni elementi della scheda sintetica contribuiscono a chiarire il livello di misurabilità dichiarata dell'esperienza. Nella Figura n. 1.4 vengono riportate le elaborazioni delle risposte quanto all'esistenza o meno di:

- monitoraggio continuo del progetto;
- misurazione ex ante di indicatori che permettessero di confrontare i risultati ottenuti con la situazione precedente;
- valutazione finale del progetto.

Figura n. 1.4 - Sistemi di controllo sulle esperienze realizzate



Nota. Le risposte sopra riportate date come 'Non risponde' o in una diversa formulazione- 'previsto, non previsto, in parte, non applicabile, prevista al termine del progetto, in corso' - sono stati imputate per le elaborazioni al campo di risposta NO.

Dalla Figura n. 1.4 si può osservare come:

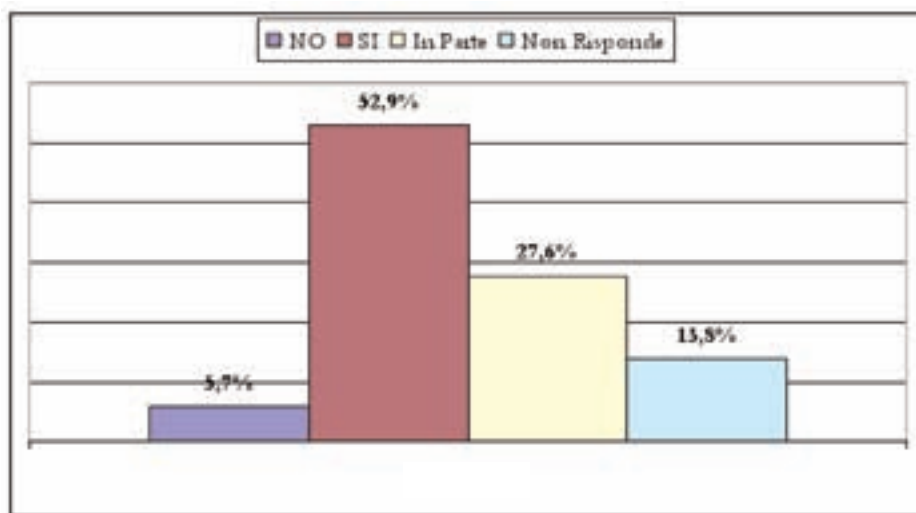
- il monitoraggio continuo sui risultati del progetto sia considerabile uno standard delle esperienze (oltre 90% delle risposte);
- tre quarti delle esperienze raccolte risulti aver individuato e calcolato indicatori ex ante per analisi di *assessment* e di *benchmark* rispetto ai risultati poi prodotti nella valutazione finale;
- la valutazione finale sia stata realizzata nel 63% delle esperienze, connotando un forte valore di realizzazione alle esperienze selezionate;
- all'interno della percentuale negativa della valutazione finale (37%) e di quella del monitoraggio continuo, due item imprescindibili per valutare la 'buona sanità', si ritrovano le esperienze escluse dalla successiva fase analitica.

Per le elaborazioni sulla valutazione finale (Figura n. 1.4), occorre sottolineare che il valore dei NO risulta essere sovradimensionato per il criterio di calcolo adottato che include nella categoria dei NO anche le risposte 'non applicabile, in parte, in corso'. A sostegno della sovrastima, si aggiunga anche l'analisi esposta prima circa la data di conclusione e la significatività di risposte N/A.

Queste ultime considerazioni sono anche utili per l'analisi dei dati sul numero di esperienze. Partite in via sperimentale e progettuale, con la messa a regime sono entrate a far parte stabilmente dei meccanismi aziendali concorrendo a disegnare nuovi modelli e strumenti di miglioramento.

Nella Figura n. 1.5, oltre l'80% delle esperienze risulta aver avuto impatto diretto sull'Azienda: con la piena messa a regime nel 53% , solo parziale nel 28%. Questo risultato è certamente quello maggiormente utile per evidenziare l'ottima composizione delle esperienze partecipanti sotto un profilo della progettazione e dei risultati.

Figura n. 1.5 - Esperienza sperimentale portata a regime



Nella scheda sintetica sono, peraltro, contenute altre informazioni (ad esempio: quale sia la struttura organizzativa intra-aziendale che ha generato l'esperienza; le varie partnership interne ed esterne – associazioni di volontariato; altre Aziende che hanno collaborato alla iniziativa, etc.) che possono divenire – in un momento successivo – oggetto di ulteriori elaborazioni.

Tutti gli altri elementi della scheda sintetica sono stati valutati sotto un profilo



qualitativo. E' stato compito del Comitato Scientifico riscontrare i dati emersi nella valutazione sintetica con approfondimento analitico sugli elementi di ogni singola esperienza.

### 1.8. Classificazione delle esperienze

Come prima evidenziato, nella iniziale fase di raccolta delle esperienze non si sono volutamente indicati confini tematici, per lasciare libere le Aziende di segnalare, insieme alle esperienze, le tematiche maggiormente rilevanti e prioritarie per l'attività aziendale.

La classificazione tematica è avvenuta dunque ex post, sulla base dell'analisi e della lettura di ogni singola esperienza.

Le esperienze entrate a far parte del patrimonio delle buone pratiche dovevano infatti essere classificate prima di essere inserite all'interno di un apposito collettore informatico che ne consentisse una consultazione accessibile.

L'impegnativo sforzo di valutazione e la selezione accurata delle esperienze risulterebbero vani esercizi accademici se non fossero finalizzati alla fruibilità delle esperienze, a quel loro essere lievito del sistema sanitario e socio-sanitario italiano facendone crescere – attraverso l'induzione di un alto livello di riproducibilità - la qualità assistenziale e la efficienza gestionale.

Le esperienze, dunque, oltre ad essere visibili (con ciò dando testimonianza della vitalità creativa delle Aziende) devono entrare *in circolo*, stimolando e favorendo – in una logica di *benchmarking* – il loro approfondimento ulteriore da parte di tutti coloro (altre Aziende, Istituti di Studio e di Ricerca, organismi istituzionali, etc.) che ritengano di poterne trarre vantaggio sfruttando i risultati acquisiti e riducendo, di conseguenza, i tempi di eventuali nuove realizzazioni (totalmente o parzialmente replicabili di quanto sia già stato ottenuto).

Queste premesse hanno imposto di costruire la banca dati delle buone pratiche sulla base della esigenza di rendere consultabili, con immediatezza e facilità, le esperienze che via via sono divenute e diverranno patrimonio conoscitivo dell'intero Servizio Sanitario Nazionale.

Ciò è avvenuto sulla base di due successive elaborazioni:

- definizione di un panel di voci di classificazione che consentissero la consultazione delle esperienze in ragione degli argomenti, più stimolanti e ricorrenti, che in esse hanno trovato esplicitazione operativa;

- predisposizione di un sistema informatico che codificasse ciascuna esperienza e la rendesse visibile sulla base degli input di ricerca che ogni soggetto abilitato ha ritenuto – e riterrà - di dover esprimere.

Lo schema di classificazione è stato predisposto per collocare ogni esperienza all'interno di una o più Aree tematiche, in ragione del contenuto organizzativo, gestionale, operativo, clinico.

Ogni Area tematica (*genus*) può essere, poi, suddivisa in più Sub-aree (*species*). La identificazione delle aree e delle sub-aree tematiche è derivata, da un lato, dalla lettura delle esperienze pervenute che ha consentito di applicare un criterio empirico/induttivo; dall'altro, si è tenuto conto delle macro-classificazioni al cui interno FIASO aveva già collocato l'insieme dei prodotti delle proprie attività di ricerca.

Peraltro, lo schema di classificazione risulta aperto e, nel tempo, potenzialmente in grado di espandersi con l'acquisizione di nuovi materiali che suggeriscano la opportunità di introdurre ulteriori voci di classificazione.

Dunque, la genesi delle tematiche non è stata di natura teorico-deduttiva, bensì empirica; indotta dalla lettura delle esperienze, dei loro contenuti, obiettivi, risultati, modalità organizzative e operative prevalenti, etc. Le aree prescelte rispondono esclusivamente alla esigenza di favorire la consultazione delle esperienze e non derivano, quindi, da preordinati riferimenti di natura scientifica.

Si è così rilevato che gli argomenti che ricorrevano con maggiore frequenza coincidevano anche con le grandi aree di attenzione culturale, professionale, tecnica e istituzionale che sono da tempo presenti nel dibattito sotteso al presente e al futuro del Servizio Sanitario Nazionale (e dei Servizi Sanitari Regionali): dalla appropriatezza clinica e organizzativa alle facilitazioni delle condizioni di accesso; dalla integrazione sociosanitaria alla presa in carico; dalla *information e communication technology* al miglioramento della efficienza; etc.

Le cinque principali sezioni tematiche sono state definite in:

- Assistenza territoriale
- Appropriatazza e qualità delle cure
- Efficienza gestionale
- Innovazione tecnologica
- Comunicazione e promozione della salute

Al loro interno sono state individuate aree e sub-aree tematiche da associare alle pratiche aziendali. Per rendere evidente tale articolazione, le esperienze sono state raccolte all'interno di questa griglia di classificazione nei seguenti termini:

Aree tematiche	Sub aree tematiche	Esperienze per ASL/AO e Regione	Parole chiave	Altre Aree e Sub aree tematiche collegate
----------------	--------------------	---------------------------------	---------------	---

Nell'Allegato B, le esperienze selezionate nella valutazione sintetica sono state classificate per area tematica con l'indicazione di ulteriori altre aree collegate.

In ragione dei meccanismi generativi delle esperienze risulta pressoché inevitabile che molte di esse, esprimendo contenuti e perseguendo finalità multiformi debbano essere inserite in più aree e sub-aree tematiche.

Questa prima elaborazione tematica tiene conto della trasversalità delle esperienze raccolte. Ogni progetto può appartenere ad una sola o a più aree tematiche. Nella tabella 1.1 per ogni esperienza raccolta nella *call for practice* sono state inserite tutte le ricorrenze tematiche, in seguito elaborate per incidenza percentuale.

Tabella n. 1.1 – Esperienze classificate per area tematica

SEZIONE	AREA TEMATICA	SUB AREE TEMATICHE	Totale
APPROPRIATEZZA CLINICA E QUALITÀ DELLE CURE			15,5%
	Appropriatezza clinica	Diagnostica di Laboratorio Forniture sanitarie Percorsi diagnostici e terapeutici assistenziali Priorità cliniche Sicurezza Trattamento del dolore e cure palliative Innovazione sperimentale clinica - bioingegneria	11,5%
	Miglioramento qualità	Miglioramento qualità assistenziale Miglioramento qualità di vita	4,0%

SEZIONE	AREA TEMATICA	SUB AREE TEMATICHE	Totale
ASSISTENZA TERRITORIALE			30,5%
	Appropriatezza organizzativa	Miglioramento dimissione pazienti complessi Sviluppo ruolo e competenze del MMG Sviluppo ruolo e funzioni Inf. Prof.le Programmazione/ Progettazione/ Budgetizzazione	7,5%
	Continuità delle cure	Integrazione Ospedale/ Territorio Integrazione Socio Sanitaria Integrazione Professionale Integrazione Gestionale (attivazione reti) Facilitazioni condizioni di accesso	20,1%
	Presa in carico integrata	Area Materno Infantile Presa in carico del paziente cronico	2,9%
EFFICIENZA GESTIONALE			33,9%
	Clima organizzativo	Collaborazione e minori condizionamenti Rapporto Direzione Strategica/ Dirigenti Sanitari Relazione personale sanitario/ Paziente	1,7%
	Formazione	Area progettazione/controllo Gestione processi formativi Implementazione della appropriatezza Rapporto medico/paziente	6,9%
	Miglioramento efficienza	Riduzione costi amministrativi Risparmi da gestione risorse umane Risparmi da riduzione di inappropriatezza Risparmi da concentrazione Risparmi da distribuzione diretta	10,3%
	Standardizzazione	Processi di natura clinica Processi di natura Tecnico/ amm.va	14,9%

SEZIONE	AREA TEMATICA	SUB AREE TEMATICHE	Totale
INNOVAZIONE TECNOLOGICA	Supporto al Governo Clinico Supporto a programmazione e controllo Servizi Socio Sanitari Supporto alla Direzione Strategica Supporto alla gestione E-care	Telemedicina e teleconsulto	5,7%
COMUNICAZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE	Comunicazione	Il rapporto medico/paziente Rapporti con i dipendenti Rapporto con i fornitori Rapporto con la stampa Rapporto con l'utenza	14,4%
	Promozione della salute	Prevenzione primaria e secondaria Stili di vita	5,2%
	Umanizzazione	Lotta al dolore Rapporti con personale dipendente Relazione personale sanitario/ paziente	2,3%
			6,9%

Così, continuità delle cure (20,1%), appropriatezza clinica e organizzativa (19%), standardizzazione dei processi (15%), e miglioramento dell'efficienza (10%) rappresentano gli ambiti in cui le Aziende sanitarie italiane hanno maggiormente investito negli ultimi anni per il miglioramento del sistema.

Lo stesso approccio empirico è stato applicato nella selezione delle parole chiave associate o associabili ad ogni esperienza, che sono state scelte anche fra quelle che lo stesso estensore della scheda di rilevazione ha suggerito compilando un apposito campo di risposta. Parole chiave che richiamano servizi, attività, strutture, campi d'indagine, prodotti, problemi, patologie, professionalità, comportamenti, procedure, etc. e che ricorrono continuamente, non solo all'interno dei contenuti esperienziali considerati, ma anche nelle innumerevoli realtà assistenziali in cui si articolano quotidianamente le strutture sia di erogazione sia di gestione e di governo delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere.

Analogamente alle aree tematiche, una parola chiave richiama, quasi sempre, aspetti presenti in più di una esperienza. Le parole chiave individuate sono state 80 e più precisamente vengono riportate nella tabella 1.2.

Tabella n. 1.2. – Elenco Parole Chiave

ACCESSO ATTI	LOGISTICA
ALIMENTAZIONE	MALATTIE CRONICHE INTESTINALI
ALLETTAMENTO	MALATTIE NEUROMUSCOLARI
ANZIANI FRAGILI	MATERNITA'
AREA VASTA	METODOLOGIA DELLA RICERCA
ASCOLTO	OBESITA'
ATTIVITA' MOTORIA	ONCOLOGIA
AUTISMO	PAZIENTE REUMATOLOGICO
CARE MANAGEMENT	PAZIENTI ANTICOAGULATI
CARTELLA CLINICA	PERSONALE
CASE MANAGEMENT	PIANIFICAZIONE E CONTROLLO
CELLULE STAMINALI	PORTALE
CENTRALITA' DEL PAZIENTE	PRIVACY
CHECK LIST	PROGETTO DOMICILIARE
COMUNICAZIONE INTERNA	PROJECT MANAGEMENT
CONCILIAZIONE VITA/LAVORO	PROTESI ED AUSILI
CRONICITA'	REGISTRO PATOLOGIA
CURE PALLIATIVE	RETI
DIABETE	RIANIMAZIONE
DIGITALIZZAZIONE	RICETTAZIONE
DIMISSIONI PROTETTE	RICOVERI URGENTI
DISABILITA'	RISK MANAGEMENT
DOLORE	SCAFFOLD
EFFICIENZA	SCOMPENSO CARDIACO
EPIDEMIOLOGIA	SCREENING
ETICA	SENSO DI APPARTENENZA
EVIDENZA SCIENTIFICA	SERVIZI DI LABORATORIO
FIRMA ELETTRONICA	SISTEMA INFORMATIVO SOCIO SANITARIO
FUMO	SORDOMUTISMO
FUND RAISING	TELEFONIA
GESTIONE SCORTE	TELELAVORO
GOVERNO DELLA DOMANDA	TELEMEDICINA
HIV/AIDS	TEMPI DI ATTESA
IGIENE	TERAPIA OCCUPAZIONALE
INFEZIONI OSPEDALIERE	TRAPIANTI
INNOVAZIONE	TUMORE ALLA MAMMELLA
INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA	UFFICI STAMPA
INTENSITA' DELLE CURE	URGENZA
INTERNET	URP
INTRANET	VALUTAZIONE

Le esperienze sono state, dunque, organizzate per aree tematiche omogenee. Tale sistema, unitamente a quello per parole chiave, dovrebbe permettere immediati riscontri con la possibilità di trovare più facilmente gli elementi ricercati e di elaborare dossier tematici.

### 1.9. Sviluppo e consultazione della banca dati

La seconda realizzazione che risulta essere necessaria per consentire la consultazione delle esperienze coincide con la predisposizione di un programma software appositamente destinato a contenere tutti i materiali che sono stati e saranno, via via, prodotti. Nella piattaforma di consultazione trovano collocazione sia le esperienze temporaneamente non ammesse a valutazione in quanto non ancora sufficientemente realizzate (e che verranno recuperate da questo *stand-by* allorché concluse) sia le esperienze già compiute e quindi valutate e classificate.

Tutte le Aziende d'Italia potranno prendere visione della denominazione di ogni esperienza (con la specifica della ASL o AO che l'ha prodotta) mentre la consultazione dei contenuti delle schede – sintetica e analitica - che ne descrivono i caratteri salienti viene concessa solo alle Associate FIASO dotate di apposita password.

Il sistema di consultazione informatico strutturato sulla base del sistema di classificazione adottato dall'Osservatorio è reso disponibile nella Rete FIASO ([www.retefiaso.it](http://www.retefiaso.it)).

Valorizzare in rete le informazioni e le conoscenze disponibili significa in via prioritaria renderle accessibili e fruibili alle Aziende. Per riuscire in questo intento, l'impostazione della banca dati comprende due schemi di classificazione:

- schemi gerarchico-enumerativi in cui l'approccio all'argomento procede con un cammino a cerchi concentrici o a biforcazioni che parte dalle materie più generali e si addentra in aree più limitate. Lo sviluppo è esclusivamente verticale;
- schemi analitico-sintetici, di impianto concettuale più evoluto e di costituzione più recente, in cui ogni soggetto è disaggregato e sviluppato nei suoi concetti di base o elementi costitutivi, ordinati in appropriate categorie, ed in seguito ricomposto con la combinazione dei concetti (=categorie) con rigoroso ordine di citazioni. A ciò si può ricollegare il termine *web semantico*, con cui si intende la trasformazione del World Wide Web in un ambiente dove i documenti pubblicati (pagine HTML, file, immagini, e così via) sono associati ad informazioni e dati (metadati) che ne specificano il contesto semantico in un formato adatto all'interrogazione, all'interpretazione e, più in generale, all'elaborazione automatica.

La banca dati delle buone pratiche viene impostata per offrire agli utenti due tipi di ricerca. La prima segue lo schema gerarchico perché guida la navigazione

attraverso il piano editoriale o albero della banca dati per temi progressivamente più specifici. La seconda cerca di emulare lo schema analitico-sintetico con una ricerca a testo libero, per categorie e descrittori (*tag* o parole chiave).

In quest'ultimo caso la ricerca delle esperienze si presta a vari tipi di confronti possibili come ad esempio: fra ogni esperienza e le Aree/sub-aree tematiche in cui è inserita; per parola chiave e le esperienze cui essa rimanda; ogni Area/sub-area e il complessivo delle esperienze che vi appartengono; fra ciascuna Regione e le Aziende (con le relative esperienze) che in essa operano; etc.

L'efficacia dello strumento, agile ed efficace, e in costante aggiornamento, è legata anche alla capacità di rendere attiva la rete favorendo l'accesso e l'utilizzo interattivo da parte delle Aziende. In linea con le potenzialità e la filosofia del Web 2.0, l'obiettivo ultimo è quello di implementare un network di conoscenze in cui il ruolo del singolo utente sia fondamentale. Attraverso il coinvolgimento dei professionisti all'interno delle Aziende il network potrà essere costantemente sviluppato, e questo a sua volta consentirà di far crescere le competenze e mettere sempre più al servizio della comunità le esperienze concrete di innovazione disponibili all'interno di FIASO.



## 2. VALUTAZIONE ANALITICA E COMUNICAZIONE

### 2.1. Esperienze selezionate dalla valutazione sintetica

Le esperienze sottoposte alla valutazione sono quelle raccolte in seguito alla *call for practice*.

In totale si è trattato di 89 esperienze, raccolte su un format sintetico, che il Comitato Strategico ha analizzato sotto il profilo dello stato di avanzamento. Di esse, venti sono state considerate non suscettibili di rendiconto in termini di risultati finali, comunque inserite nella banca dati dell'Osservatorio per permettere un loro futuro aggiornamento in termini di realizzazione progettuale.

Le restanti 69 esperienze sono entrate nel processo di valutazione. Dapprima il Comitato Strategico ha giudicato in base ai quattro criteri essenziali già menzionati (innovazione, sostenibilità, riproducibilità, misurabilità). Quindi l'intera documentazione è stata analizzata dal Comitato Scientifico, in base a quanto contenuto in una scheda analitica di valutazione formulata ed inviata a ciascun responsabile di esperienza.

Ma prima di procedere con la presentazione della valutazione analitica, è opportuno presentare in sintesi le esperienze selezionate. Nella tabella n. 2.1, queste vengono riprese per Azienda e Regione di appartenenza.

Tabella n. 2.1. – Esperienze selezionate e Aziende della Buona Sanità

REGIONE	AZIENDA	N. esperienze
BASILICATA	ASP POTENZA	1
Totale		1
EMILIA - ROMAGNA	AOU DI BOLOGNA	2
	AOU DI PARMA	5
	AOU POLICLINICO MODENA	3
	AUSL DI BOLOGNA	2
	AUSL DI CESENA	6
	AUSL FORLI'	1
	AUSL PARMA	3
	AUSL PIACENZA	1
	AUSL RIMINI	1
	IRCSS IOR	1
Totale		25
LAZIO	ASL ROMA B	1
	ASL ROMA D	2
	ASL ROMA E	2
Totale		5

REGIONE	AZIENDA	N. esperienze
LIGURIA	ASL 3 GENOVESE	1
	ASL 4 CHIAVARESE	3
Totale		4
LOMBARDIA	AO MAGGIORE DI CREMA	3
	AREU LOMBARDIA	4
	ASL PROVINCIA DI BERGAMO	1
	ASL PROVINCIA DI CREMONA	1
	ASL PROVINCIA DI SONDRIO	1
	ASL PROVINCIA DI VARESE	3
Totale		13
MARCHE	AOU OSPEDALI RIUNITI ANCONA	7
Totale		7
P.A. DI TRENTO	APSS TRENTO	4
Totale		4
SARDEGNA	ASL DI NUORO	1
Totale		1
SICILIA	AOUP P.GIACCONE	1
Totale		1
TOSCANA	ASF 10 FIRENZE	3
	ESTAV CENTRO	1
Totale		4
VENETO	AOU INTEGRATA VERONA	2
	AULSS 21 LEGNAGO	2
Totale		4
TOTALE		69

Dalla lettura delle esperienze selezionate è possibile considerare come:

- esista una forte prevalenza di esperienze provenienti dal Nord Italia (in n. 50 pari al 72% del totale) rispetto ad una scarsa presenza del Sud (n. 3 pari al 4%), e una discreta partecipazione del Centro (n. 16 pari al 23%);
- i sistemi regionali maggiormente rappresentati siano in particolare Emilia-Romagna (36%) e Lombardia (19%);
- esista una forte proattività e partecipazione da parte di alcune Aziende: AO Riuniti di Ancona (7), AUSL di Cesena (6), AOU di Parma (5), APSS di Trento (4), AREU Lombardia (4).

Tali considerazioni non hanno naturalmente valore di assolutezza in termini di significatività e rappresentatività nell'identificare dove venga prodotta Buona Sanità in Italia. Sono indicative delle esperienze prese in considerazione nella valutazione analitica e delle Aziende che, per prime, hanno creduto nel progetto e che hanno saputo rispondere compiutamente con le pratiche realizzate alle richieste avanzate dall'Osservatorio della Buona Sanità.

## 2.2. Definizione del format di valutazione: la scheda analitica

Così come per la valutazione sintetica, primo passo del Comitato Scientifico è stato quello di definire una scheda analitica che riprendesse e specificasse le risposte già fornite nella prima scheda sintetica di raccolta.

La scheda analitica proposta intendeva guidare le riflessioni e le corrispondenti risposte lungo un *racconto* che facilitasse la comprensione del modo con cui era stata realizzata l'esperienza e dei risultati che con essa erano stati ottenuti.

Gli ulteriori approfondimenti richiesti sono stati dunque suddivisi in due campi.

Il primo attiene al "come" si è giunti a sviluppare la esperienza analizzata. In tale contesto, si tenta di comprendere attraverso quali processi siano stati progettati, attuati, monitorati, verificati i contenuti che connotano la esperienza.

Ciò, anche nella convinzione che l'esplicarsi di buoni processi sia un "indicatore proxy" di successo, valido inizio per ottenere risultati positivi. Normalmente una buona esperienza viene pensata e progettata, poi attuata e verificata: è pertanto fondamentale la conoscenza del livello qualitativo espresso da tali processi. Nella scheda di raccolta sintetica dell'esperienza era stato già illustrato il processo di realizzazione nei suoi aspetti essenziali (cfr punto B4, Allegato A). Era stato, inoltre, indicato "quale fosse stato il cambiamento più emblematico realizzato in termini di miglioramento organizzativo" (cfr punto C3, Allegato A).

In tale sezione della scheda analitica, se l'esperienza rientra nella programmazione aziendale, è stato chiesto di indicare attraverso quali processi siano stati realizzati i contenuti e il miglioramento sopra accennati. In dettaglio nei processi di: progettazione, attuazione, gestione delle risorse, coinvolgimento, controllo/monitoraggio/valutazione, comunicazione.

Il secondo riguarda, invece, i risultati. Attesi, in quanto previsti in sede progettuale. Raggiunti, in quanto verificati alla conclusione della esperienza. E' stata proposta una classificazione di tali risultati per tipologia chiedendo di documentarne l'esito anche attraverso dati quantitativi.

La scheda di raccolta conteneva già una serie di voci volte a cogliere gli aspetti finalistici collegati alla esperienza (punto B,5; punto C, 1 e 2, Allegato A). Si è trattato poi di classificarli, articolandoli all'interno delle categorie "efficienza" ed "efficacia": estremamente interessante si è rivelato corredare i risultati ottenuti anche con le informazioni di natura quantitativa già disponibili.

Prima della sua definitiva adozione, la scheda analitica è stata collaudata su tre esperienze selezionate per diverso ambito applicativo. Le principali considerazioni avanzate in tale fase sono state le seguenti:

- si sono appalesate difficoltà nella identificazione quantitativa delle risorse economiche utilizzate (input) o risparmiate (output) perché l'attività era stata programmata con isorisorse o perché, d'altra parte, non era stato previsto un impatto diretto in termini di economie da ottenere per la natura stessa dell'esperienza;
- in quest'ultimo caso, altre difficoltà sono state rilevate nel fornire, in generale, risultati di carattere quantitativo più che qualitativo, in parte compensati da risultati ottenuti attraverso questionari di customer satisfaction;
- è stato suggerito di rendere lo schema di domande proposte il più possibile a risposta chiusa in modo da conseguire uno strumento standardizzato dal quale potere anche ricavare dei dati comparabili e ricavare statistiche.

Anche dal confronto interno al Comitato, sono emerse indicazioni e osservazioni. E' stata, ad esempio, rilevata la forte influenza esercitata nella valutazione dalla qualità della compilazione e dalla presentazione dei contenuti. In più, le esperienze di miglioramento delle prestazioni cliniche sono apparse più inclini ad ottenere un immediato impatto comunicativo. Il miglioramento della 'prestazione organizzativa' è apparso di più faticosa esposizione sul raggiungimento dei risultati.

La scheda analitica adottata in seguito al collaudo è riportata nell'Allegato C. In essa è stata inoltre offerta la possibilità di aggiungere tutte le considerazioni ritenute utili per facilitare la lettura del sorgere, del divenire e del concludersi della esperienza stessa: ogni elemento che aiutasse la comprensione delle dinamiche generatrici di una buona esperienza e la sua eventuale riproducibilità, ha costituito la base per la valutazione da parte del Comitato Scientifico, per lo scambio e confronto con le altre Aziende sanitarie, per la costituzione di dossier scientifici o per la stampa, per l'attivazione della banca dati di pratiche di Buona Sanità.

A ciascun referente delle esperienze selezionate è stata pertanto inviata richiesta di compilazione della scheda analitica. La documentazione completa - scheda sintetica e analitica - è stata l'oggetto di valutazione del Comitato Scientifico dell'Osservatorio, per lo più composto da componenti esterni al sistema delle Aziende, rappresentativi del mondo istituzionale, accademico e civico.

Con ciò è stato, inoltre, stabilito un rapporto diretto tra FIASO e ciascun responsabile di esperienza, significativa base di partenza per l'obiettivo di rete.

### 2.3. Valutazione analitica

L'intera documentazione è stata quindi analizzata e considerata dal Comitato Scientifico attraverso una griglia di valutazione adottata nel rispetto della struttura definita per la scheda analitica. Sono stati aggiunti i quattro criteri già adottati nella valutazione del Comitato Strategico (innovazione, riproducibilità, sostenibilità, misurabilità).

Nella tabella n. 2.2 viene riportata la griglia di valutazione che è stata compilata per ciascuna esperienza selezionata con un punteggio da 1 a 5.

**Tabella n. 2.2 – Griglia di valutazione adottata**

Riferimento	Criterio di valutazione
1.1.	Livello di completezza, articolazione, del processo di progettazione
1.2.	Livello di coerenza fra il processo di progettazione e quello di attuazione
1.3.	Quantificazione delle risorse impiegate
1.4.	Livello di coinvolgimento ottenuto
1.5.	Livello di strutturazione dei processi di monitoraggio/valutazione
1.6.	Livello di estensione dei processi comunicativi
1.7.a.	Riscontro di criticità
1.7.a_1	Superamento o meno di tali criticità
1.7.b.	Presenza di determinanti di successo
2.	> Qualità e quantità dei risultati raggiunti
2.1.a	o Efficienza da riorganizzazione
2.1.b	o Efficienza da miglioramento operativo
2.1.c	o Efficienza da appropriatezza organizzativa
2.1.d	o Quantificazione delle risorse risparmiate
2.2.a	o Efficacia di out-come
2.2.b	o Efficacia da appropriatezza clinica
2.3	> Livello di verifica del gradimento
2.3.a	o Gradimento operatori
2.3.b	o Gradimento utenti
2.4	> Altri indicatori di "successo"
2.4.a	o Riconoscimenti pubblici
2.4.b	o Pubblicazioni
2.4.c	o Rispetto standard internazionali
Trasversali	Innovazione
Trasversali	Riproducibilità
Trasversali	Sostenibilità
Trasversali	Misurabilità

Nella griglia di valutazione è stato, inoltre, assegnato un peso relativo maggiore ad alcune voci di risposta. In particolare, il punteggio assegnato è stato raddoppiato (peso 2) per esaltare le risposte ricevute di quantificazione delle risorse impiegate (punto 1.3) e più che raddoppiato (peso 2,5) per valorizzare il livello di coinvolgimento ottenuto (punto 1.4) nella fase di progettazione e attuazione dell'esperienza e per attribuire importanza alla qualità e quantità dei risultati raggiunti (punti 2.1 e 2.2).

Ad integrazione della scheda analitica, numerose esperienze sono state corredate da allegati. Questi ultimi potevano essere richiesti dai componenti del Comitato Scientifico nel corso della valutazione.

La valutazione del Comitato Scientifico è stata organizzata in gruppi di due valutatori per ciascuna esperienza. Le esperienze sono state assegnate a ciascun gruppo per area tematica omogenea in modo da poter cogliere il differente livello di innovazione realizzato nello stesso ambito di attività.

Nel caso di valutazioni fortemente discordanti tra loro, era previsto l'intervento di un terzo valutatore, scelto all'interno del Comitato Scientifico, per stabilire la media finale.

Per consentire la suddetta suddivisione all'interno dei tre gruppi di valutazione, le esperienze classificate nelle diverse aree tematiche (*cf. paragrafo 1.8*) sono state attribuite in via diretta ed univoca ad una delle sezioni tematiche individuate così come riportato nella tabella 2.3.

**Tabella 2.3 – Esperienze per Area Tematica principale**

SEZIONE TEMATICA	AREA TEMATICA	n.
APPROPRIATEZZA E QUALITA' DELLE CURE	APPROPRIATEZZA CLINICA	10
	INNOVAZIONE SPERIMENTALE CLINICA	2
	MIGLIORAMENTO QUALITA'	2
	Totale	14
ASSISTENZA TERRITORIALE	APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA	3
	CONTINUITA' DELLE CURE	2
	FACILITAZIONI CONDIZIONI DI ACCESSO	4
	INTEGRAZIONE GESTIONALE	2
	INTEGRAZIONE PROFESSIONALE	2
	PRESA IN CARICO INTEGRATA	2
	Totale	15
EFFICIENZA GESTIONALE	FORMAZIONE	3
	MIGLIORAMENTO DELLA EFFICIENZA	5
	PROGRAMMAZIONE/ BUDGETIZZAZIONE	5
	STANDARDIZZAZIONE	8
	Totale	21
INNOVAZIONE TECNOLOGICA	E-CARE	2
	I.C.T.	3
	Totale	5
COMUNICAZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE	COMUNICAZIONE	6
	PROMOZIONE DELLA SALUTE	3
	UMANIZZAZIONE	5
	Totale	14
Totale complessivo		69

Le tre aree tematiche con maggior numero di esperienze – appropriatezza, assistenza territoriale, efficienza gestionale – sono state assegnate in via principale a ciascun gruppo. Le restanti aree tematiche – innovazione tecnologica e le sub aree della comunicazione – sono state assegnate fino al raggiungimento della quota di schede totale da attribuire a ciascun gruppo.

In seguito alla valutazione e analisi delle esperienze, ciascun gruppo di valutazione del Comitato Scientifico è potuto intervenire con proprie proposte sul sistema di classificazione per aree tematiche.

#### 2.4. Criteri di valutazione analitica

Il Comitato Scientifico ha definito un algoritmo di calcolo del punteggio finale che tenesse conto delle diverse tipologie di esperienze selezionate e, quindi, della loro diversa possibilità di risposta ai differenti tipi di domande proposte (ad esempio per le esperienze propriamente cliniche risultava difficile imputare indicatori di efficienza, così come per quelle gestionali sarebbe stato complesso utilizzare indicatori di efficacia).

Tale algoritmo voleva, inoltre, rispondere alla esigenza di fornire riscontri obiettivi, quantificati, alla attribuzione di criteri generali che valutavano la completezza della compilazione della scheda analitica.

Per la sua applicazione si è partiti dalla struttura della scheda analitica e dalla tipologia di domande presenti al suo interno.

**Tabella 2.4. Struttura Scheda analitica e tipologia domande**

		Numero domande	Numero SE SI	Numero SE NO	Domande senza SE
1.1.	Progettazione	5	5	-	2
1.2.	Attuazione	5	1	4	-
1.3.	Gestione risorse	6	2	-	4
1.4.	Coinvolgimento	4	4	-	-
1.5.	Controllo/monitoraggio/ valutazione	4	1	-	3
1.6.	Comunicazione	2	2	-	-
1.7.	Criticità e punti di forza	2	1	-	1
2.1.	Risultati di efficienza	4	3	-	1
2.2.	Risultati di efficacia	2	2	-	-
2.3.	Risultati di gradimento	2	2	-	-
2.4.	Ulteriori indicatori significativi	3	3	-	-
Totale		39	26	4	11

Si è partiti dal numero potenziale massimo di 69 risposte possibili. In un ragguardevole numero di casi non è stato possibile fornirle poiché se la prima risposta era stata NO non si poteva procedere a quella successiva “se SI”, mentre se la risposta era stata SI, identicamente non si poteva rispondere ad una successiva “se NO”.

Dunque la prima operazione compiuta è stata quella di sottrarre alle 69 risposte potenziali il numero dei binomi NO “se SI” e SI “se NO”. Il risultato di questa operazione ha elaborato il numero delle risposte effettivamente date.

Da questo risultato sono state ulteriormente sottratte il numero di risposte alle quali il Comitato Scientifico ha attribuito un valore di Non Applicabilità (NA). Per stabilire la media finale del punteggio assegnato alla singola esperienza, il numero di risposte effettivamente dato doveva tener conto del numero e della qualità delle risposte date.

Alcuni criteri generali della valutazione analitica sono stati individuati nei seguenti punti.

1. Nella valutazione dovevano essere indicati con N/A i singoli punti della scheda ritenuti Non Applicabili (N/A). In tal caso, dal numero totale potenziale di 69 domande è stato sottratto il numero di risposte N/A.
2. Se alcune risposte potevano essere date e invece non lo sono state, è stato attribuito il voto 0 non previsto nel range possibile 1-5, proprio per sottolineare la mancata risposta.
3. Alcuni allegati significativi corredati alle esperienze sono stati presi in considerazione nella valutazione dei risultati raggiunti perché ritenuti significativi. Sono rimasti a disposizione del Comitato Scientifico gli altri non trasmessi.

Altri criteri specifici sui singoli punti della scheda sono stati esplicitati.

1. Il punto 2.1.d. “quantificazione delle risorse risparmiate” è stato classificato come N/A se l’esperienza non mirava direttamente a produrre economie e se, in una prospettiva isorisorse, puntava a riconvertire l’uso di fattori produttivi già disponibili (umani e tecnici).
2. Punto 2.4 “Altri indicatori di successo” doveva essere distinto se applicato ad un’esperienza, ad esempio, di natura clinica piuttosto che di integrazione socio sanitaria. Per quest’ultima area è stata riconosciuta una minore propensione ad una logica di riconoscimento esterno (punti 2.4.a e 2.4.b.) così come l’inesistenza di standard internazionali di riferimento (2.4.c.). Nel rispetto di tale descrizione, in tali casi il punto 2.4. è stato inserito con valore N/A.



Per il calcolo della media finale attribuita ad ogni singolo progetto si è provveduto all'applicazione dei criteri generali sopra indicati, alla sommatoria dei punteggi attribuiti dai due valutatori, all'attuazione dei pesi attribuiti, e infine, all'alimentazione dell'algoritmo su numero e tipologia di risposte date.

## 2.5. Alcuni dati dalla valutazione analitica: i processi

La valutazione analitica si è conclusa con l'elaborazione dell'algoritmo (cfr paragrafo precedente) che ha stabilito il punteggio finale attribuito a ciascuna esperienza insieme ad un sintetico commento finale. La considerazione di mantenere riservata tale valutazione è derivata da due ordini di motivazioni.

- dal principio era stato dichiarato alle Aziende che non si voleva stilare una classifica delle esperienze, ma eventualmente delle segnalazioni di eccellenza;
- nel primo periodo di avvio dell'Osservatorio, le risposte ricevute dalle Aziende potevano essere non pienamente rispondenti ai criteri di valutazione che, via via, si andavano definendo, potendo così inficiare il valore di alcune delle esperienze selezionate.

In futuro, invece, il collaudo degli strumenti di rilevazione delle esperienze e del sistema di valutazione potrà essere stimato ed apprezzato nella fase di adesione all'Osservatorio.

Dall'analisi della scheda analitica emergono in ogni caso elementi e dati di estremo interesse per valutare la bontà delle esperienze selezionate, insieme a metodi e strumenti adottati per conseguire il cambiamento organizzativo auspicato.

Alcune delle domande a risposta chiusa della scheda sono stati elaborati per area tematica rispetto ai diversi punti che componevano la struttura delle due sezioni di approfondimento: processi e risultati.

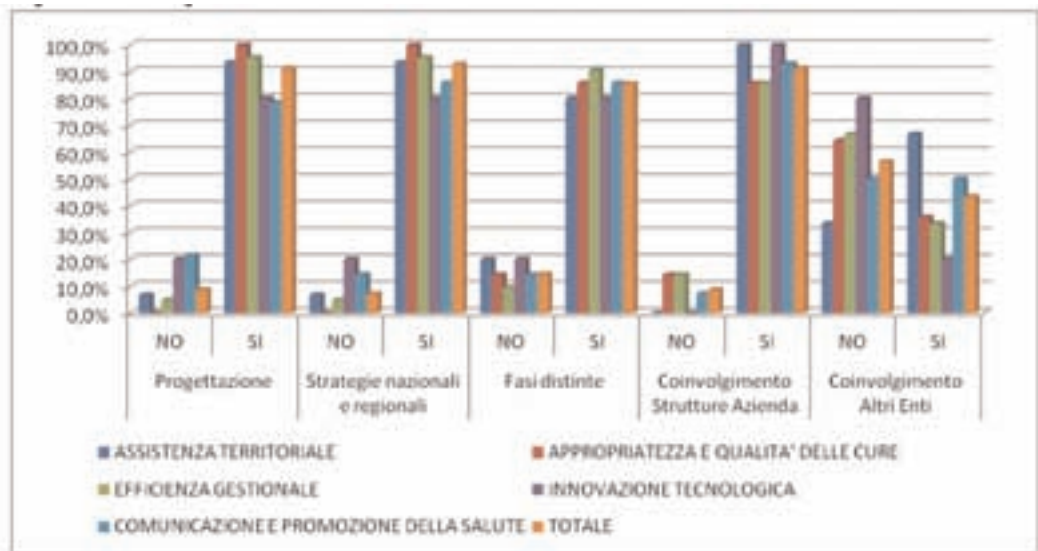
Nella figura 2.1. viene dunque proposta la prima elaborazione relativa al processo di progettazione sviluppato in momenti diversi e progressivi partendo dalla fissazione di obiettivi strategici poi declinati in obiettivi gestionali a loro volta specificati in modalità organizzative e/o operative destinate a consentirne il raggiungimento<sup>(1)</sup>.

---

(1) Ad esempio se l'obiettivo strategico è migliorare il livello di appropriatezza, obiettivi gestionali possono essere la riduzione di un eccesso di prestazioni farmacologiche e/o la diminuzione del tasso di ospedalizzazione. Le modalità per ottenere questi obiettivi possono essere, a loro volta, molteplici: predisposizione di percorsi DTA, auditing, sviluppo di servizi territoriali, "prese in carico" di pazienti cronici da parte dei MMG; etc...

Tutti gli item presi in considerazione sono relativi alla fase iniziale di ideazione e impostazione dell'esperienza: progettazione, coerenza degli obiettivi con strategie di pianificazione nazionale e/o regionale, previsione di fasi di attuazione temporalmente distinte, coinvolgimento di altre strutture organizzative dell'Azienda o appartenenti ad altre amministrazioni.

Figura 2.1. - Progettazione

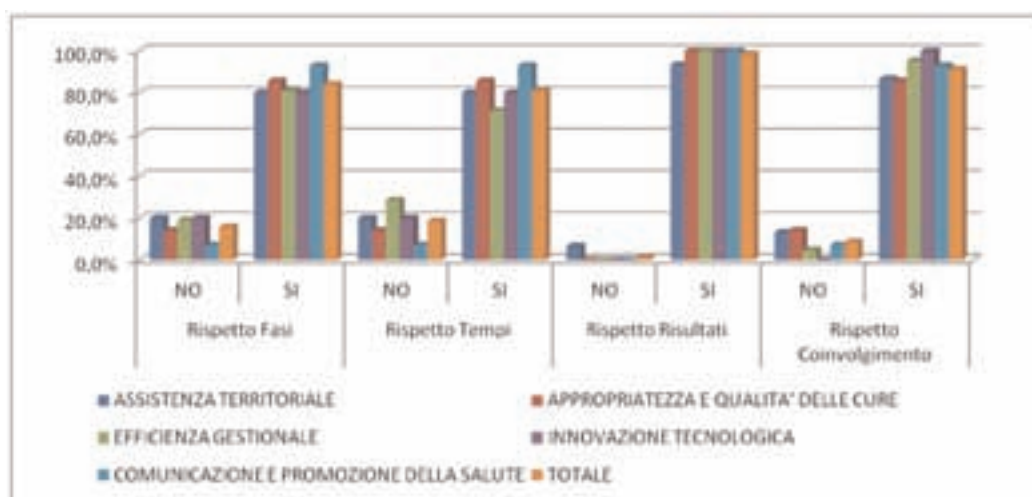


Dalla figura 2.1. possiamo apprezzare come il 91% delle esperienze selezionate prevedano una chiara determinazione del processo di progettazione nella fase di avvio del progetto così come sopra definito (obiettivi strategici in obiettivi gestionali in modalità organizzative). Le esperienze relative alle Aree tematiche Innovazione tecnologica e Comunicazione e promozione della salute risultano essere meno attente a questo aspetto, con circa il 21% dei casi che non prevede una programmazione aziendale dell'esperienza. Allo stesso modo, rispetto alle esperienze delle altre aree tematiche (media del 93%), queste ultime risultano meno coerenti con strategie di pianificazione nazionale e regionale, nell'86% dei casi per la Comunicazione e nell'80% per l'Innovazione tecnologica. L'85% delle esperienze prevede fasi di attuazione temporalmente distinte senza marcate differenze all'interno dei diversi ambiti di attività. Già dalla fase di progettazione è previsto il pieno coinvolgimento di altre strutture organizzative dell'Azienda (91%) con alcune differenze rilevabili per l'area dell'Appropriatezza e qualità delle cure e dell'Efficienza gestionale che si fermano ad un valore leggermente più basso

(86%). Molto più scarso il coinvolgimento di strutture organizzative appartenenti ad altri enti che avviene nel 43% dei casi, media che viene alzata dalle percentuali registrate per l'Assistenza territoriale (67%) e la Comunicazione e promozione della salute (50%). La natura stessa di queste esperienze le fa inquadrare all'interno di un processo di programmazione più ampio dei confini aziendali.

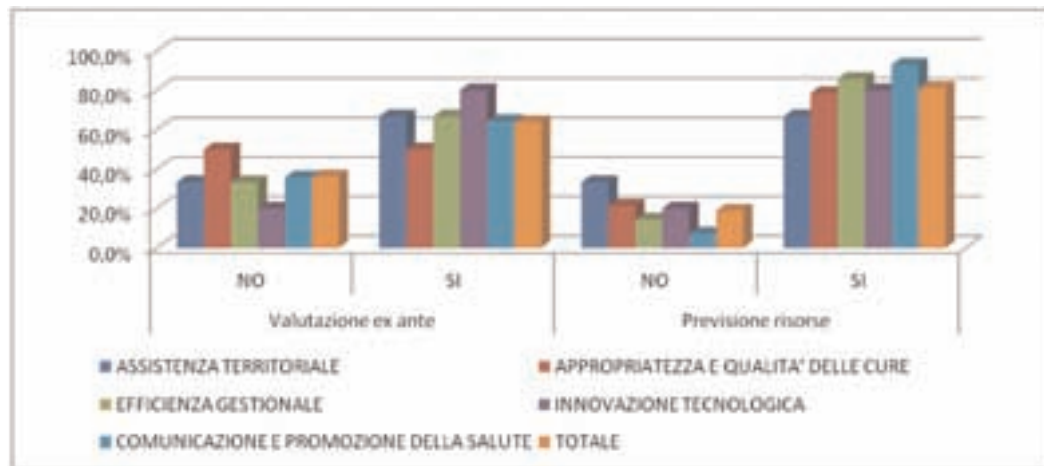
Nella figura 2.2. viene preso in considerazione il processo di attuazione dell'esperienza. Fasi e tempi previsti vengono quasi sempre rispettati (82%) mentre risulta perfettamente conseguito il rapporto tra risultati attesi e risultati raggiunti (99%) così come l'effettiva partecipazione delle strutture organizzative che la progettazione prevedeva di coinvolgere (91%).

Figura 2.2 - Attuazione



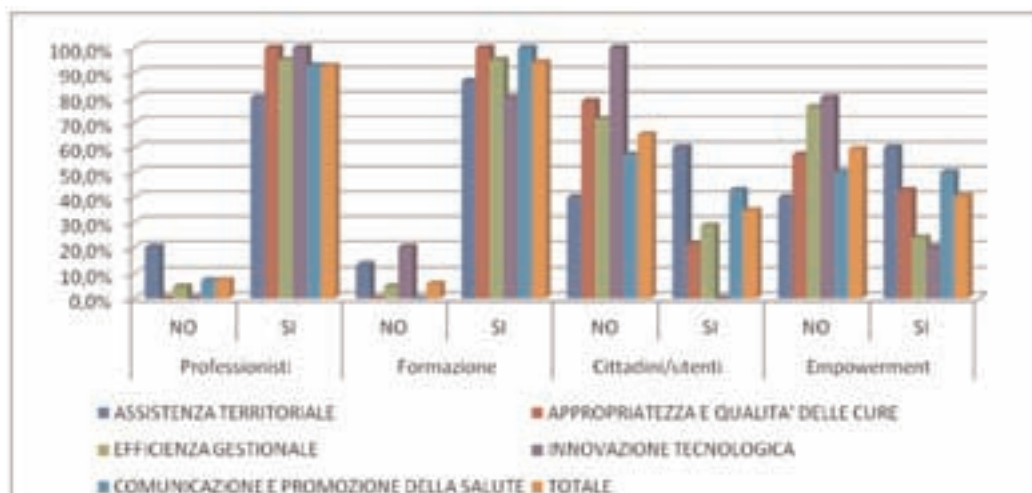
Con la figura 2.3 vengono ripresi due item relativi alla gestione delle risorse. In sede progettuale è stata elaborata una valutazione preliminare costi/benefici; costi/utilità nel 64% dei casi con una maggiore rilevanza nei progetti di Innovazione tecnologica (80%) rispetto a quelli relativi all'Appropriatezza e qualità delle cure (50%). Mentre sono state previste le risorse necessarie per realizzare il progetto nell'81% dei casi, con una percentuale più alta per la Comunicazione e più bassa per l'Assistenza territoriale.

Figura 2.3. – Gestione risorse



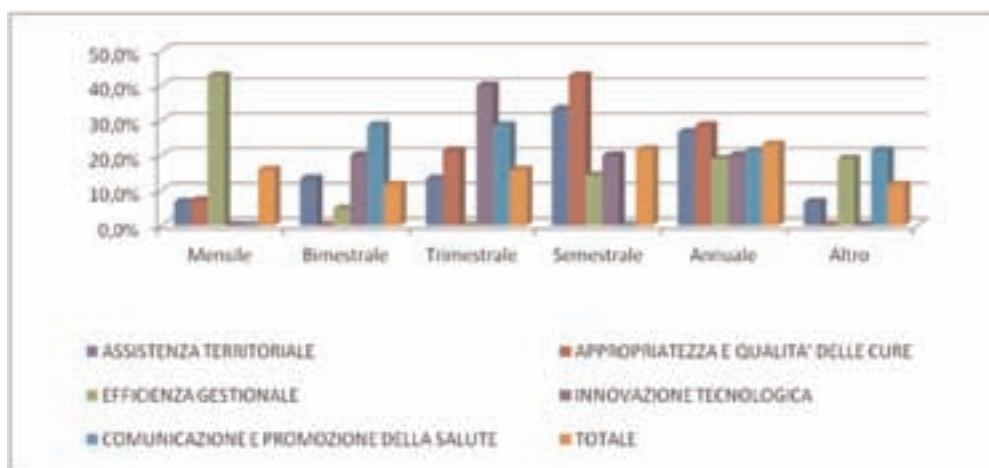
Il pieno coinvolgimento dei professionisti dell'Azienda e dei cittadini utenti è stato spesso indicato come elemento di successo delle esperienze. Nella figura 2.4, in particolare, uno specifico investimento è stato realizzato nel garantire la partecipazione dei professionisti anche attraverso specifiche iniziative di formazione (93%). Meno rilevante la partecipazione da parte dei cittadini/utenti (35%) ma comunque significativa per i progetti di Assistenza territoriale (60%) e Comunicazione e promozione della salute (43%). Allo stesso modo è possibile leggere il risultato su forme di empowerment dei cittadini/utenti previste in fase attuativa (40%).

Figura 2.4. – Livello di coinvolgimento



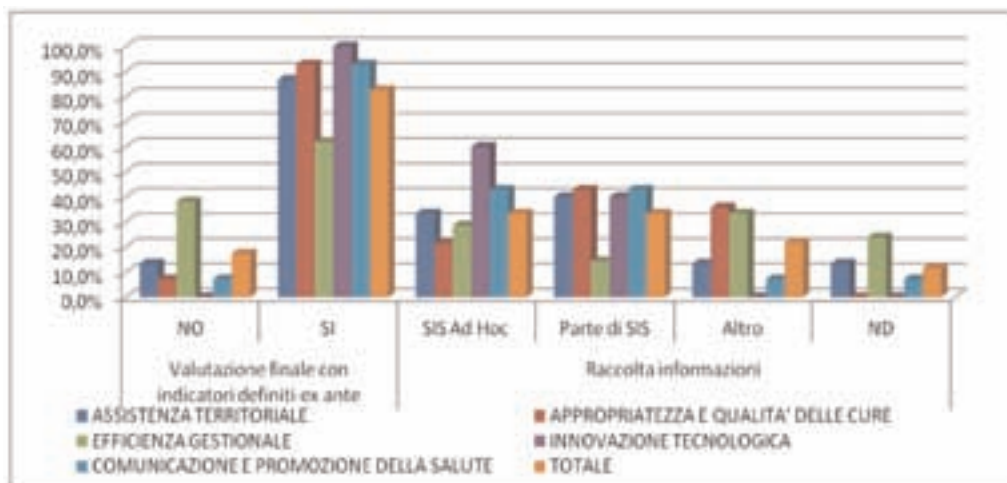
Le elaborazioni in figura 2.5. sul monitoraggio dell'esperienza presentano cadenze differenziate rispetto alle diverse aree tematiche prese in considerazione. In media, la cadenza è soprattutto annuale (23%) o semestrale (22%). Ciò è particolarmente vero per le esperienze relative all'Assistenza territoriale e all'Appropriatezza mentre per quelle dell'Innovazione tecnologica (40%) prevale un monitoraggio trimestrale che diventa addirittura mensile per le esperienze di Efficienza gestionale (43%).

Figura 2.5. – Cadenza del monitoraggio



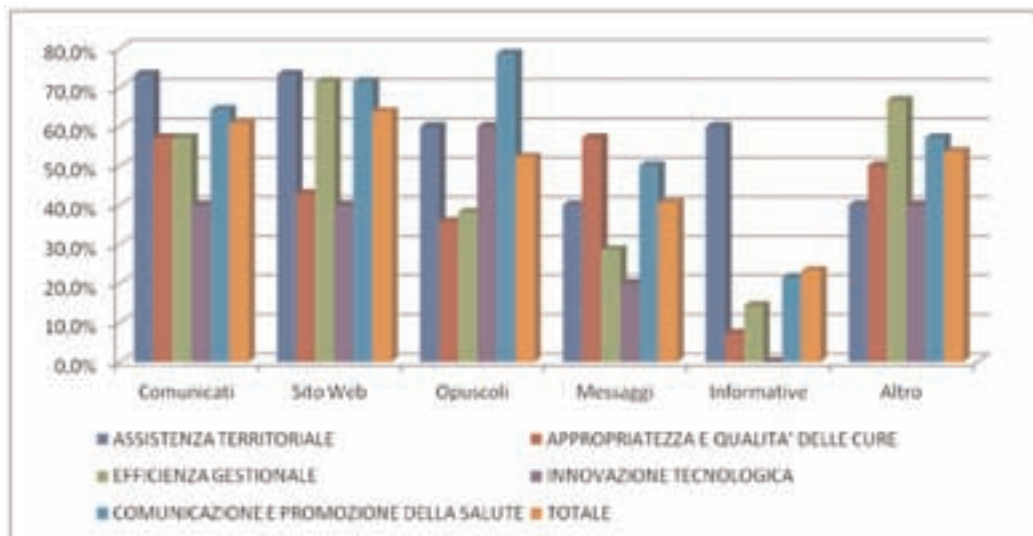
Alla sezione di scheda analitica relativa al controllo/monitoraggio/valutazione viene dedicata anche la figura 2.6. Qui risulta palese come tutte le esperienze (83%), con la parziale eccezione dell'Efficienza gestionale (62%), abbiano effettuato la valutazione finale con indicatori definiti già in sede progettuale. Mentre la raccolta delle informazioni viene suddivisa tra sistemi informativi costruiti ad hoc per l'esperienza o come partizione del sistema informativo aziendale, anche per questo aspetto, eccezion fatta per l'Efficienza gestionale.

Figura 2.6. – Valutazione finale e raccolta informazioni di controllo



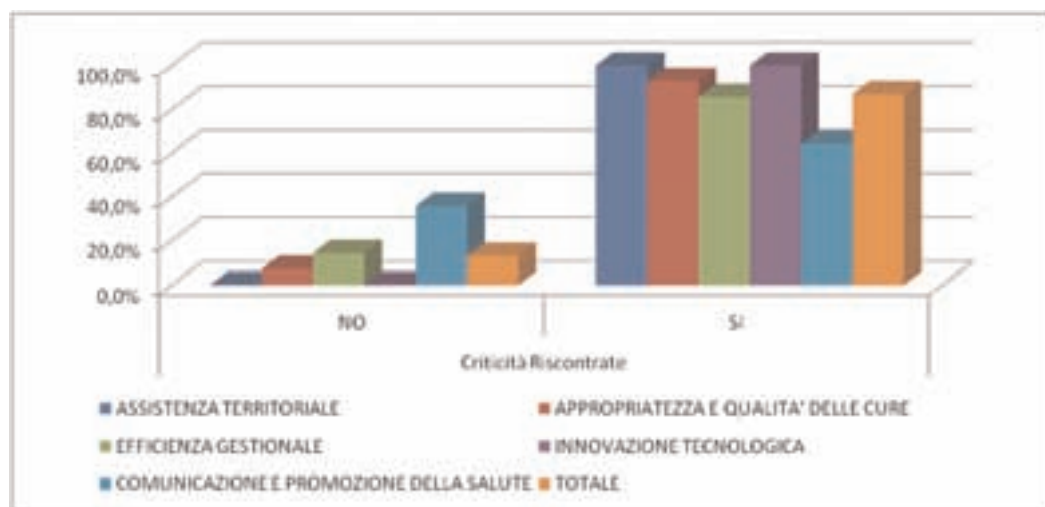
I destinatari dell'esperienza (interni all'Azienda o esterni ad essa) sono stati raggiunti da input comunicativi (di informazione, di facilitazione all'accesso, etc.) attraverso variegati strumenti che sottendono ad una precisa strategia. I referenti delle esperienze potevano indicare più modalità comunicative tra quelle messe in campo per raggiungere i destinatari dell'iniziativa, che sono riprese nella Figura 2.7. Gli strumenti maggiormente utilizzati sono quelli tradizionali dei comunicati (61%) o degli opuscoli informativi (51%), che vengono affiancati o sostituiti da quello più evoluto, anche se ormai consolidato nella prassi, del web (64%). Il sito internet risulta particolarmente indicato per le esperienze di Assistenza territoriale, Efficienza gestionale e Comunicazione e promozione della salute con percentuali superiori al 70%. Tra le modalità comunicative collegate allo specifico ambito di intervento, si può segnalare, in particolare, come opuscoli (79%) e messaggi personalizzati ad ogni singolo utente (50%) vengano utilizzati nelle esperienze di Comunicazione e promozione della salute. I messaggi personalizzati sono anche impiegati nella comunicazione dell'Appropriatezza e qualità delle cure (57%) mentre nell'Assistenza territoriale (60%) sono realizzate informative attraverso associazioni di rappresentanza. Da ultimo vi è da segnalare l'alto numero di risposte della voce "altre modalità di comunicazione" (54%) che confermano l'ampio e integrato uso di strumenti con un valore di forte innovazione per l'area dell'Efficienza gestionale (67%) e della Comunicazione e promozione della salute (57%).

Figura 2.7 – Modalità di comunicazione



L'ultimo elemento di analisi relativo ai processi è stato richiesto nella scheda sulle criticità e punti di forza. Come viene riportato nella figura 2.8, alcune criticità sono state generalmente incontrate in tutte le esperienze selezionate (87%), con una minor incidenza per quelle dell'area Comunicazione e promozione della salute (64%). Elemento qualitativo era poi indicare, rispetto alla specificazione di ogni criticità incontrata, quali fossero state le azioni realizzate per il loro superamento. Quest'ultimo risulta certamente essere elemento significativo sia in termini di qualità dell'esperienza realizzata sia per la sua eventuale riproducibilità.

Figura 2.8 – Criticità





Tra i punti di forza è stato chiesto, in termini descrittivi, di indicare le determinanti più significative che hanno concorso al successo della esperienza (ad esempio: buon clima organizzativo; ambiente culturalmente evoluto; forte impulso della Direzione Generale; bassa conflittualità sindacale; fissazione di regole, motivazione delle persone coinvolte, livello di professionalità richiesto, leva culturale per far credere nel progetto etc...).

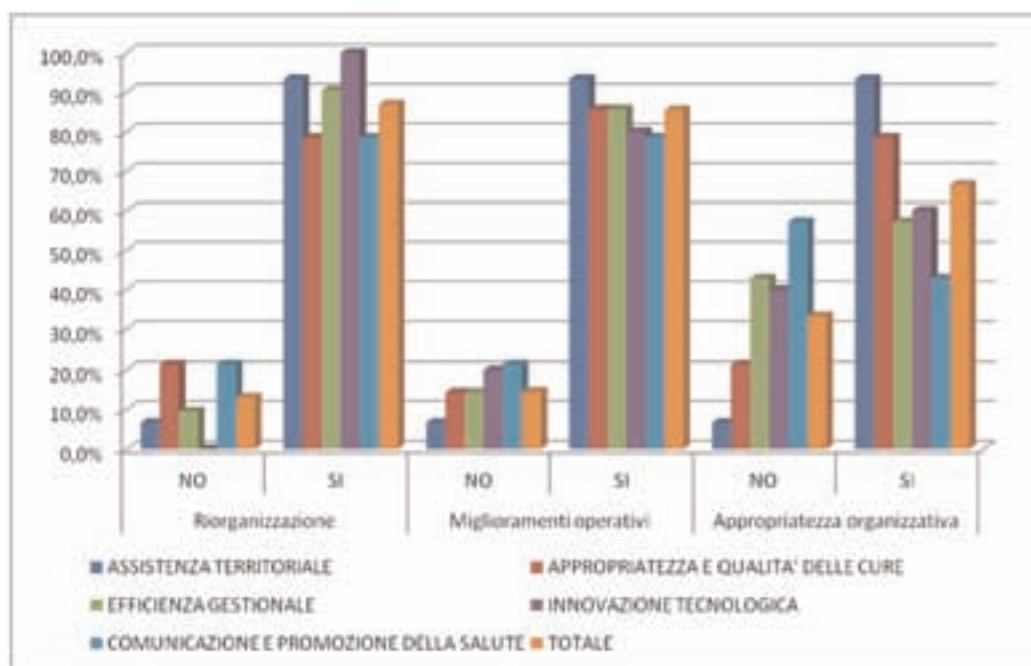
## 2.6. Alcuni dati dalla valutazione analitica: i risultati

I risultati di efficienza e di efficacia realizzati dall'esperienza sono elaborati in termini meramente quantitativi nelle figure 2.9 e 2.11 di seguito riportate.

Sono risultati che rispecchiano e specificano l'ambito di intervento dell'esperienza. Tra i risultati di efficienza ripresi nella figura 2.9 sono stati proposti quelli collegati alla riorganizzazione effettuata, ai miglioramenti operativi scaturiti, all'appropriatezza organizzativa, con quest'ultima intendendo la capacità di realizzare trattamenti sanitari – a parità di efficacia – nel contesto organizzativo che garantisce la maggiore efficienza.

Le esperienze selezionate hanno certamente permesso maggiori risultati di efficienza nei termini di riorganizzazione e miglioramenti operativi (in media 87%). Una percentuale leggermente più elevata viene registrata nelle esperienze di assistenza territoriale (93%) anche nei risultati di miglioramento dell'appropriatezza organizzativa che in media vengono raggiunti nel 67% delle esperienze.

Figura 2.9 – Risultati di efficienza





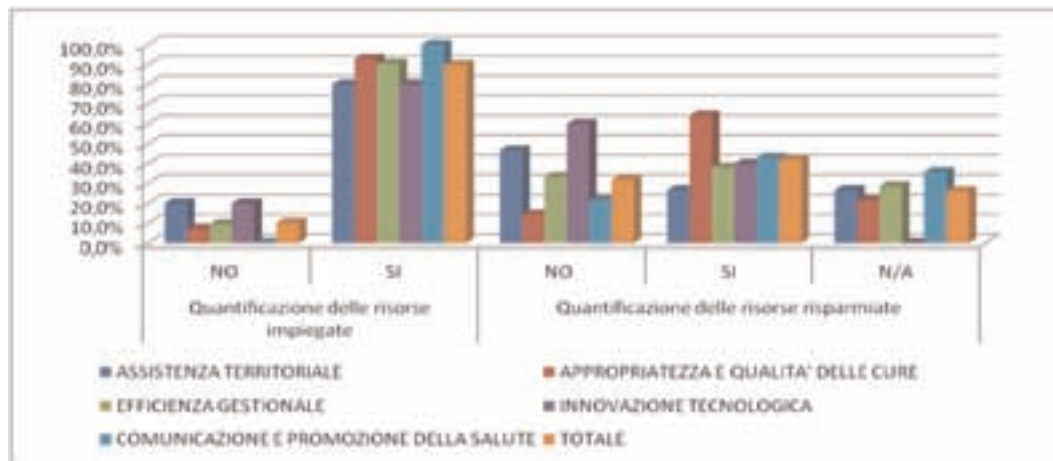
Alla fine della sezione dedicata ai risultati di efficienza veniva richiesto di esplicitare i risultati ottenuti in termini di economie eventualmente centrate, con informazioni di natura quantitativa. E ciò mediante l'inserimento di tabelle e indicatori in grado di rendere evidente il confronto tra la situazione ex ante e quella successiva alla realizzazione della pratica.

Non sempre una maggiore efficienza (ad esempio nel ridurre tempi amministrativi o tempi di attesa) coincide con la diminuzione dei costi di produzione. Oppure si può anche giungere a questo risultato, ma tangenzialmente, essendo l'obiettivo primario da perseguire destinato a generare altri effetti (ad esempio, valorizzazione di un ruolo professionale; integrazione fra ospedale/territorio o fra servizi sanitari e servizi sociali; facilitazione condizioni di accesso ai servizi, etc).

In ogni caso, unitamente alla richiesta di specificare nella prima parte della scheda le risorse impiegate – una sorta di bilancio dell'esperienza -, anche questa domanda risultava utile a valutare il grado di maturità di un'esperienza e l'impatto sulla filiera dei costi. Mentre il bilancio dell'esperienza (risorse impiegate) risultava essere quasi una risposta dovuta, quella sulle risorse risparmiate poteva non essere necessariamente inserita per le esperienze realizzate in isorisorse o a risorse date o per quelle che non avevano come obiettivo primario quello del risparmio.

Non essendo stato possibile effettuare una elaborazione quantitativa dalle risposte della scheda analitica, nella figura 2.10 sono riportati alcuni dati tratti dalla valutazione del Comitato Scientifico - limitatamente alla valorizzazione delle risorse impiegate e risparmiate. Per la prima risposta è stato indicato il numero di esperienze che hanno inserito il bilancio del progetto realizzato. Nel secondo caso, la quantificazione di risorse risparmiate è stata elaborata nel caso in cui essa sia stata o meno allegata, ovvero se la risposta sia stata giudicata non applicabile da parte del Comitato Scientifico.

Figura 2.10. – Valorizzazione delle Risorse impiegate e risparmiate

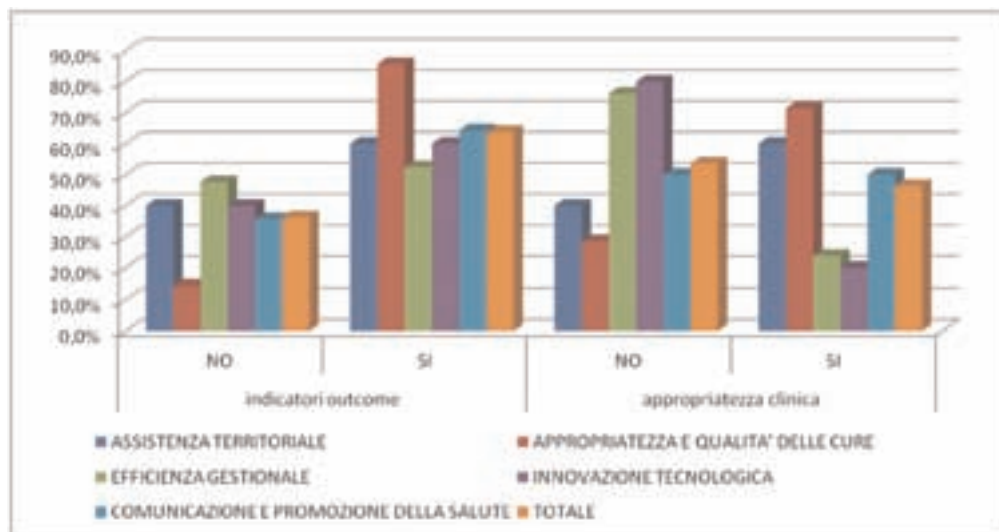


Rispetto a quest'ultima elaborazione, risulta sorprendente rilevare come le esperienze che hanno inserito con maggior incidenza le risorse risparmiate sono relative all'Appropriatezza e qualità delle cure (64%) e come d'altra parte siano state scarsamente incluse per quelle dell'Assistenza territoriale che, in questa prospettiva di valutazione, troverebbero forza e sostegno strategico nel trasferimento di attività dall'ospedale al territorio.

I risultati di efficacia elaborati nella figura 2.11 sono determinati da un miglioramento nelle condizioni di salute e/o nella qualità di vita dei pazienti. Questi sono stati indicati attraverso indicatori capaci di rendere oggettivi i miglioramenti ottenuti (outcome) o derivati dal conseguimento di un miglior livello di appropriatezza clinica, intesa come capacità di uno o più trattamenti sanitari di ottenere il massimo di efficacia possibile impiegando in misura essenziale le risorse cliniche necessarie.

I risultati di efficacia con indicatori di outcome sono emersi nel 64% delle esperienze con la dovuta eccezione delle esperienze di Appropriatezza e qualità delle cure (86%). Più basse le percentuali elaborate per i risultati di appropriatezza clinica (in media 46%) ma con Appropriatezza e qualità delle cure (71%) e Assistenza territoriale (60%) che tendono a conseguire anche questa tipologia di risultato.

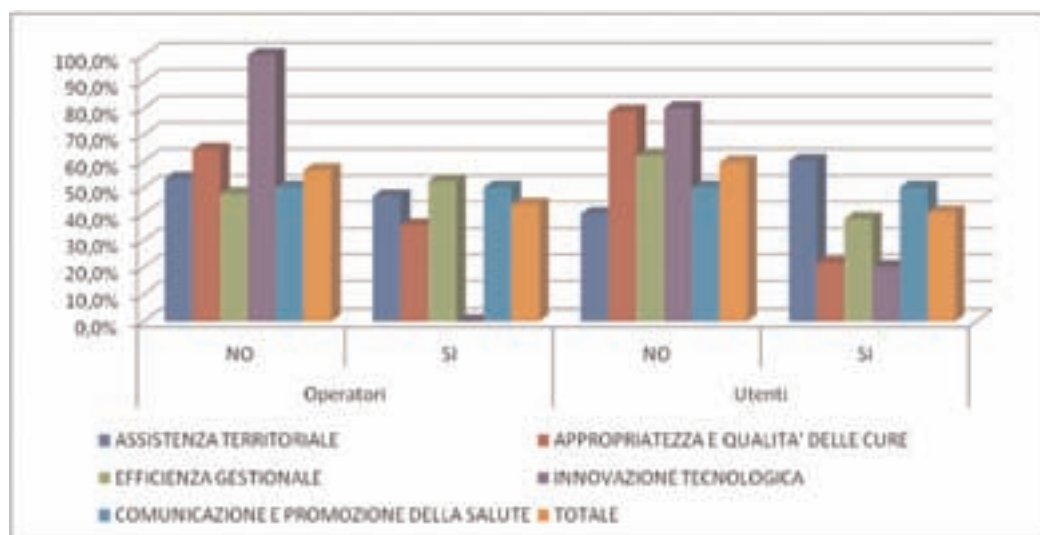
Figura 2.11 – Risultati di efficacia



Altra tipologia di risultato oggettiva e confrontabile tra le diverse esperienze riguarda il questionario di gradimento sottoposto ad operatori o a cittadini/utenti sull'esperienza realizzata.

La figura 2.12 propone le elaborazioni tratte dalla scheda: è immediato rilevare come tale strumento sia scarsamente utilizzato in tutte le esperienze selezionate – in media nel 43% per gli operatori e 41% per i cittadini/utenti. Uniche eccezioni, nel primo caso per Efficienza gestionale (52%) e Comunicazione e promozione della salute (50%); e nel secondo, per Assistenza territoriale (60%) e, nuovamente, Comunicazione e promozione della salute (50%).

Figura 2.12 – Gradimento



## 2.7. Comunicazione e accordo con ANSA Sanità

Al termine del primo anno di vita dell'Osservatorio era programmata l'organizzazione di un convegno di presentazione dell'attività di questo primo periodo, insieme all'elaborazione di un volume con i principali risultati raggiunti e la presentazione delle esperienze selezionate.

Il valore divulgativo della pubblicazione doveva garantire la piena aderenza alla scientificità delle schede raccolte dall'Osservatorio sulle buone pratiche sanitarie, e assicurare la migliore diffusione delle stesse presso opinione pubblica, Aziende, istituzioni, associazioni professionali e di categoria.

In vista di tale obiettivo, FIASO ha raggiunto un accordo di collaborazione con ANSA-Sanità. FIASO ha elaborato un format editoriale (composto da quattro sezioni: a. contesto di riferimento; b. descrizione esperienza; c. risultati; d. conclusioni) e ANSA-Sanità ha redatto le schede di presentazione di ogni singola esperienza contenute nella seconda parte del presente volume, limitandosi alle prime tre voci del format.

La quarta (conclusioni) che - in chiave selettiva per significatività - doveva fornire un'analisi sui processi/modelli organizzativi adottati insieme alla sintesi della valutazione sui quattro criteri qualitativi (innovazione, trasferibilità, sostenibilità e riproducibilità), è stata curata dal Comitato Scientifico. Sul piano editoriale, FIASO ha curato la scheda con il compito di garantire l'utilizzo di un linguaggio omogeneo tra conclusioni e prima parte di essa.

Inoltre, prima della pubblicazione o diffusione esterna, le schede elaborate dall'ANSA dovevano essere approvate dal Comitato Scientifico, anche attraverso richieste di modifica e integrazione. In quest'ultimo caso, ANSA doveva intervenire nuovamente sulla scheda fino alla definitiva approvazione da parte del Comitato Scientifico dell'Osservatorio.

A seguito del placet da parte del Comitato Scientifico, l'ANSA è stata in grado di iniziare a *lanciare* nei suoi notiziari le esperienze che la redazione giornalistica ha ritenuto più significative da un punto di vista comunicativo, allo scopo di divulgare le esperienze e l'attività dell'Osservatorio: ciò ha consentito la diffusione delle buone pratiche aziendali soprattutto presso i media locali.

Il Comitato Scientifico ha infine completato la revisione delle schede e redatto la prefazione alle 5 aree tematiche, per fornire un quadro di sintesi delle esperienze raccolte. Rispetto alle attività previste, le schede di presentazione sono state integrate con l'analisi delle eventuali ricadute delle buone pratiche sui processi

organizzativi senza però inserire un commento di valutazione sui quattro criteri qualitativi. I commenti sono stati elaborati dal Comitato e sono rimasti agli atti dell'attività di valutazione, insieme ad una consistente mole di altre informazioni di cui la Federazione nel prossimo futuro stabilirà l'utilizzo, sempre a fini divulgativi e di condivisione delle buone pratiche sanitarie.





### 3. ASSISTENZA TERRITORIALE

*A cura di Maria Donata Bellentani e Nicola Pinelli*

I trend demografici e l'aumento dell'incidenza delle malattie croniche attribuiscono all'assistenza territoriale ruolo centrale - presente e futuro - nello sviluppo e nella programmazione nazionale del servizio sanitario. Al contempo rappresenta un incredibile campo di innovazione e sperimentazione per la diversità dei servizi offerti e delle professionalità coinvolte che si caratterizzano per un forte grado di interdipendenza. Tutti questi elementi si appalesano in modo consistente nelle esperienze prese qui in considerazione.

La parola "territorio" definisce, dunque, un insieme di servizi tra loro eterogenei (servizi di prevenzione e sanità pubblica, medicina di famiglia, servizi per la salute mentale e le dipendenze, assistenza in hospice e le diverse forme di assistenza domiciliare), orientati a una progressiva de-specializzazione dell'ambito di cura, che richiedono la partecipazione di un network multidisciplinare di professionisti e necessitano di livelli elevati di integrazione professionale.

La gestione delle patologie croniche e la promozione proattiva della salute rappresentano una necessità strutturale che richiede una implementazione nell'assetto dei servizi offerti dal sistema sanitario.

Nei documenti di programmazione viene previsto un sistema centrato sulla persona, che risulta di difficile realizzazione. Come soluzione viene proposta la costruzione di percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) che, per la loro attuazione, poggiano su team multi professionali senza identificare la figura deputata a realizzare la presa in carico del paziente.

Risulta di grande interesse analizzare come temi centrali per la sanità attuale e futura - quali presa in carico del paziente, continuità assistenziale, integrazione socio sanitaria, valorizzazione e riqualificazione delle componenti professionali, coinvolgimento e ruolo dei MMG - vengano affrontati e realizzati concretamente. Le esperienze selezionate trasferiscono nella realtà territoriale gli elementi richiesti dalla programmazione nazionale e regionale.

Le esperienze selezionate sono state implementate in diversi contesti del territorio nazionale ma, nel loro complesso, ben descrivono le modalità del cambiamento organizzativo compiuto nella rete dei servizi territoriali.

Nell'ambito del loro sviluppo e razionalizzazione è possibile ritrovare esperienze che mutano il rapporto tra servizi di prossimità (più vicini al cittadino) e servizi a più



alta specializzazione secondo un modello *hub and spoke*. E' così che, ad esempio, l'intero sistema di patologia clinica è stato riorganizzato nell'Area Vasta della Romagna da parte dell'AUSL di Cesena. Ed è stata messa in relazione la diagnostica di laboratorio di un ospedale con i centri territoriali dell'ASL Roma D con incremento dell'efficienza dell'offerta e di appropriatezza diagnostica. L'AO Ospedale Maggiore di Crema offre poi un virtuoso esempio di ospedalizzazione domiciliare nel più ampio contesto di rete di cure palliative offerto dal sistema regionale lombardo.

Altre esperienze hanno affrontato la presa in carico del paziente per specifiche patologie. Così per il paziente reumatologico (AUSL di Cesena), affetto da malattie neuromuscolari (AO Ospedali Riuniti di Ancona) o con tumore alla mammella (AOU Policlinico S. Orsola-Malpighi di Bologna), viene previsto l'inserimento in percorsi di continuità assistenziale ottimali che definiscono una risposta personalizzata con l'individuazione dei soggetti deputati alla presa in carico e dei contenuti assistenziali da assicurare. Le malattie croniche vengono affrontate creando un'alleanza e una rete tra specialista - *case manager* - famiglia del paziente - associazione volontariato, che sia in grado di condividere e stabilire la risposta assistenziale più vicina ai bisogni della persona.

Accanto a questo team assistenziale viene definito un nuovo rapporto tra ospedale e territorio nella fase acuta della malattia e della dimissione ospedaliera rispetto alla diversa complessità e intensità di intervento richiesto dalla patologia sofferta (tecnologico, assistenziale etc.).

In alcune esperienze rivolte a pazienti di particolare complessità, come nell'esperienza dell'ASL Roma D (Pacchetti Ambulatoriali Complessi - PAC - in nefrologia), si confida, invece, non tanto nella definizione del percorso assistenziale, quanto nello sviluppo di pacchetti di prestazioni volti a garantire una migliore appropriatezza rispetto al rischio di ricorrere all'assistenza in ospedale. O come nel "Servizio Easy TAO" dell'AOU Ospedali Riuniti di Ancona, nell'esecuzione di servizi di contenuto informatico che, in modo significativo, semplificano l'accesso dei pazienti cardiopatici cronici, in particolare anziani con difficoltà di movimento, alle informazioni diagnostiche e terapeutiche, evitando inutili spostamenti o attese per loro ed i loro familiari.

Risultano particolarmente significative alcune esperienze realizzate per il miglioramento della programmazione dell'assistenza territoriale. In quest'area rientrano quei progetti che soddisfano un deficit informativo di diversa natura - epidemiologica, clinica, amministrativa etc. - sugli assistiti del proprio territorio per definire le migliori soluzioni assistenziali - come nell'AUSL di Forlì con la

creazione di un registro di malattie infiammatorie croniche intestinali. Nell'AUSL di Parma vengono messe in atto strategie per identificare in via precoce i soggetti fragili (ad esempio persone sole, ultra 75enni, scompensati cardiaci, malati cronici, disabili etc.) e, attraverso una metodologia di lavoro condivisa tra MMG e servizi sociali, ritardare o prevenire la disabilità o la perdita di autosufficienza. Integrazione socio-sanitaria e approccio proattivo, di iniziativa, vengono indirizzati per ridurre il ricorso all'assistenza sanitaria e al ricovero e aumentare la qualità di vita degli assistiti.

Altre tipologie di soggetti fragili sono destinatari di alcune iniziative: nell'ASL di Bergamo le persone diversamente abili vedono così facilitate le condizioni di accesso all'assistenza attraverso protocolli studiati *ad hoc*. E nell'ASL di Cremona per le donne, in particolari straniere, a più alto rischio di interruzione di gravidanza sono stati potenziati i servizi socio sanitari (clinici, domiciliari, lavorativi etc). Per facilitare le condizioni di accesso e la continuità assistenziale successiva alle dimissioni, nell'ASL di Firenze è stata attivata una figura di orientamento e accoglienza nei reparti di Pronto Soccorso in grado di guidare l'assistito nel percorso di urgenza e successivamente dall'ospedale in quello territoriale.

Tra le esperienze selezionate e offerte in questa sezione, vi sono quelle che contribuiscono a garantire un reale continuità assistenziale tra ospedale e territorio con la presa in carico della persona – come nell'AUSL di Rimini – anche per pazienti particolarmente complessi (psichiatrici) o con dipendenze patologiche, con l'eliminazione della frammentazione dei percorsi assistenziali e la riduzione di richieste multiple di invio a strutture intermedie. La creazione di un centro per cure intermedie viene realizzato nell'AO di Crema per pazienti anziani pluripatologici con elevato bisogno assistenziale e sociale che necessitano di un'intensità di cura di livello inferiore con l'obiettivo di ridurre nuovi e inutili ricoveri ospedalieri.

Da una lettura analitica delle esperienze è possibile avanzare qualche considerazione per offrire e proporre riferimenti utili per il sistema delle Aziende sanitarie.

- Le esperienze analizzate risultano essere innovative e molte altamente sostenibili e replicabili in contesti diversi da quelli in cui sono maturate. Non tutte riescono a restituire elementi di misurazione attraverso indicatori di efficienza, efficacia e di gradimento degli utenti. I principali indicatori di impatto vengono collegati al principio dei vasi comunicanti tra ospedale e territorio.

- Alcune si proiettano nell'area dell'eccellenza e possono essere prese a riferimento in campo nazionale ma anche internazionale. Sono sperimentazioni che nascono all'interno di una precisa programmazione regionale e che vengono quindi già collocate in un contesto di rete consolidato con certezza economica e organizzativa, con il vantaggio di un effetto diretto in termini di appropriatezza ed efficienza nei risultati ottenuti.
- Non c'è ancora chiarezza sulle linee di sviluppo del servizio sanitario calibrato sui bisogni della persona. In particolare, si può rilevare una crescita della cultura del lavoro in team multidisciplinare/multiprofessionale ma risulta ancora difficile inserire questi elementi nell'ambito dei percorsi di continuità assistenziale dei pazienti.
- Le esperienze puntano all'integrazione, professionale e gestionale, quale strumento per rendere i servizi offerti più fruibili, efficaci, economici e coerenti con le attuali esigenze di coordinamento e presa in carico totale. Tra i principali fattori di successo delle iniziative viene indicato il pieno coinvolgimento di tutti i soggetti coinvolti nel processo di cura, dalla componente clinica a quella assistenziale e sociale, dalle aggregazioni associative alla famiglia del paziente.
- Il medico di medicina generale si conferma come figura principale nel sistema di servizi territoriali, che diviene sempre più complesso sia dal punto di vista dei contenuti, che da quello delle modalità di erogazione. Ma si impone anche un modello di gestione delle cure formato da un team eterogeneo che coordina e attiva le diverse modalità assistenziali sulla base di una responsabilità condivisa al suo interno. Meno presente il distretto quale articolazione aziendale deputata all'organizzazione della salute nel territorio.
- In generale, viene restituito un quadro di pratiche di assistenza territoriale che sanciscono lo sviluppo e l'orientamento dell'assistenza verso il territorio. In questo contesto, la valorizzazione e la motivazione delle risorse umane giocano un ruolo determinante.

### 3.1. Aborto: ASL Cremona, attivato piano di prevenzione per donne "fragili"

Ridurre il ricorso all'aborto garantendo una maggiore conoscenza dei metodi per la procreazione responsabile, dei servizi socio-sanitari – consultori in testa – e delle norme a sostegno della maternità e potenziando l'assistenza a donne "fragili" e famiglie. Con questo proposito l'Azienda sanitaria locale della Provincia di Cremona ha avviato nel 2009 il progetto "Essere madre, una sfida possibile. Lavoriamo insieme", volto anche a garantire continuità assistenziale e inserimento lavorativo alle donne in gravidanza.

In Italia, secondo gli ultimi dati presentati nella Relazione sullo stato di attuazione della legge 194/1978 depositata in Parlamento dal Ministero della Salute, si registra nel tempo un minore ricorso all'aborto, con un tasso fra i più bassi d'Europa. Tuttavia il dato che fa riflettere è che fra le italiane quasi la metà delle interruzioni volontarie di gravidanza è chiesta da donne senza altri figli, mentre fra le straniere è di una donna senza figli un aborto su tre. Sono inoltre aumentati gli aborti fra le immigrate, soprattutto fra le donne provenienti dai Paesi dell'Est, mentre sia fra le italiane, sia tra le straniere, quasi la metà degli aborti è chiesta da donne che lavorano.

Per far fronte a queste criticità a livello locale la ASL di Cremona ha messo a punto un progetto per la prevenzione degli aborti articolato su più fronti, in linea con le richieste della Legge regionale 23/99 art.4 e con la Delibera della Giunta Regionale 6742/2008 per "Predisporre e organizzare, per ogni famiglia che lo richieda un piano personalizzato di sostegno psicologico, socio-assistenziale e sanitario utilizzando le risorse di enti pubblici e di privato sociale, di volontariato, nonché le reti informali di solidarietà". In questa direzione la ASL ha definito percorsi di presa in carico delle necessità, con punti di accesso unici per le persone, con finalità di accogliimento, informazione ed orientamento. Focus dell'iniziativa l'integrazione tra servizi sociali e sanitari, i rapporti con il terzo settore, la costruzione e il mantenimento di una rete territoriale dei servizi per il sostegno della donna "fragile" e del suo sistema familiare.

Capofila dell'iniziativa, finanziata grazie alla Regione Lombardia e a sponsorizzazioni private, sono stati i consultori familiari della provincia e 24 Enti di tutte le realtà pubbliche e private operanti nel settore della tutela della maternità. Dopo aver individuato i bisogni più ricorrenti, è stata implementata un'attività di prevenzione, accoglienza e presa in carico di donne in stato di gravidanza, per superare le eventuali cause che avrebbero potuto indurre all'aborto. Attivato anche un piano di monitoraggio dello stato psicologico ed emotivo della mamma "fragile" con potenziamento degli interventi domiciliari. Gli utenti di riferimento (bambini, giovani, donne, genitori, famiglie, operatori, datori di lavoro e volontari) sono stati coinvolti con una campagna di informazione realizzata attraverso comunicati, articoli su media locali e riunioni con gli operatori.

Diversi i risultati raggiunti. Dal 2008 al 2009, ad esempio, sono aumentati del 10 % gli interventi di assistenza domiciliare, le famiglie sono state sostenute anche grazie a servizi di *tagesmutter* e baby sitter. Migliaia sono stati gli interventi sugli adolescenti per prevenire interruzioni volontarie di gravidanza, sono state avviate almeno 13 borse lavoro ed elargiti aiuti economici per canoni di locazione e

integrazioni economiche inserite in un piano di intervento socio-sanitario individuale.

Tra le determinanti essenziali per il raggiungimento degli obiettivi è utile sottolineare, oltre alla imprescindibile motivazione delle persone coinvolte e la loro continua formazione, anche il faticoso lavoro di integrazione con il territorio, il mantenimento delle relazioni e il coinvolgimento del mondo del volontariato, che in questo genere di progetti stimola la fiducia di cittadini.

*Regione Lombardia*

*Azienda Sanitaria Locale Cremona*

*Direttore Generale: Gilberto Compagnoni*

*Referente dell'esperienza: Paola Mosa*

*Titolo: Essere madre una sfida possibile...lavoriamo insieme*

### 3.2. A Cesena un 'day service' dedicato ai pazienti reumatologici

Ottimizzare le risorse a disposizione sperimentando un nuovo percorso assistito per la presa in carico di pazienti affetti da patologie reumatologiche infiammatorie croniche. Si chiama "Progetto Arianna" il percorso avviato nel 2008 (durata un biennio) dall'Azienda USL di Cesena con l'obiettivo di migliorare la presa in carico dei pazienti con reumatismi infiammatori e di ridurre le dispersioni dei pazienti nel loro percorso terapeutico. Seguendo questo minimo comun denominatore la scelta della AUSL romagnola è stata quella di lavorare contestualmente su due ambiti differenti ma complementari, quello diagnostico e quello assistenziale. Sul versante diagnostico si è deciso di costituire un Day-Service dedicato ai pazienti con sospetto reumatismo infiammatorio agli esordi, coordinato da un team di 3 'agenti': un reumatologo, con il compito di valutare e indirizzare i pazienti ai vari percorsi offerti dalla rete, un infermiere professionale (IP), in grado di organizzare il percorso suggerito dal reumatologo dopo la prima visita specialistica, e la Rete, ovvero lo sviluppo di pacchetti di accertamenti personalizzabili erogati da specialisti dell'Azienda su richiesta del reumatologo e con prenotazione dell'infermiere professionista. Sul versante assistenziale, invece, il ruolo di gestione del paziente clinico è stato affidato alla figura chiave dell'infermiere professionista, mentre sono stati individuati una serie di obiettivi prioritari, dall'organizzazione del percorso diagnostico del paziente, all'ottimizzazione del lavoro dello specialista, dalla necessità di attivare il front office e il call center alla gestione delle cartelle cliniche ambulatoriali per un controllo sul lungo periodo.

Tutto questo coinvolgendo, anche attraverso corsi di formazione mirati, i medici di medicina generale, primo vero anello del sistema di approccio da parte del paziente al Servizio Sanitario nazionale. Questi sforzi orientati al rinnovamento alla

fine sono stati premiati, come dimostrano i risultati raggiunti dal progetto, che ha avuto un costo di gestione biennale di circa 74mila euro. Al termine dei 2 anni sperimentali è infatti emersa la riduzione dei tempi di attesa per l'accesso ai servizi diagnostici (presa in carico dei casi infiammatori severi), la riduzione dei Day Hospital (DH) inappropriati e la riduzione dei costi di gestione, oltre ad una aumentata percezione di 'benessere' da parte del paziente. Non solo, è aumentato anche il numero di pazienti che possono accedere ai servizi offerti precedentemente senza un contestuale aumento di ore lavorative (ordine del 40% di aumento). Inoltre dalla riduzione dei tempi di attesa tra la prima visita dal medico curante e l'accesso ai servizi offerti dall'Azienda USL di Cesena è possibile stimare anche una riduzione dell'utilizzo di farmaci sia nell'applicazione delle terapie per pazienti presi in carico precocemente, che di minore utilizzo di farmaci "ponte" in attesa della diagnosi. Infine è da segnalare che l'assunzione della figura infermieristica da parte della AUSL, perno centrale di tutto il progetto, si è autofinanziata grazie alle economie di sistema derivanti dal suo lavoro e quindi senza aumento del costo del servizio precedente. Al progetto ha partecipato anche l'Associazione Malati Reumatici dell'Emilia Romagna (Amrer), che ha seguito e sostenuto l'iniziativa per tutta la sua durata, oltre a contribuire economicamente nella fase iniziale mediante una donazione ottenuta dalla Fondazione Cassa di risparmio di Cesena.

Tra le determinanti di successo dell'iniziativa, sono da segnalare la collaborazione da parte delle altre strutture organizzative coinvolte – come il Cup e il reparto di radiologia -, oltre alla sua diffusione mediante la stampa locale.

*Regione Emilia Romagna*

*Azienda Unità Sanitaria Locale Cesena*

*Direttore Generale: Maria Basenghi*

*Referente dell'esperienza: Luca Montaguti*

*Titolo: Progetto Arianna - Percorso assistito per la presa in carico del paziente reumatologico*

### 3.3. Salute: a Forlì il primo registro per le malattie croniche intestinali

Uno strumento di monitoraggio, indispensabile per la valutazione, la sorveglianza e la prevenzione delle malattie croniche intestinali, un male che in Italia colpisce almeno 150 mila persone. È il Registro ad hoc creato a Forlì nel 2009 grazie all'impegno dell'Unità operativa di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva dell'ospedale Morgagni-Pierantoni.

Realizzata per la prima volta nel nostro Paese, l'iniziativa è di importanza strategica nell'ambito della prevenzione e della cura di queste patologie, tanto

che nel 2010 l'allora direttore generale dell'Agenzia italiana del farmaco (Aifa), Guido Rasi, si disse più che favorevole a supportare un registro analogo a livello nazionale.

In Italia si calcola un'incidenza annuale di 80 nuovi pazienti colpiti da infiammazioni croniche intestinali per milione di abitanti. Si tratta di patologie come il morbo di Crohn o la colite ulcerosa le cui cause non sono ancora note e che possono manifestarsi a qualsiasi età ma che presentano un'incidenza maggiore fra i giovani, tra i 20 e i 30 anni, con costi sociali molto alti.

In questo contesto, il Registro forlivese nasce in collaborazione con l'Istituto Scientifico Romagnolo per lo Studio e la Cura dei Tumori e con le associazioni dei pazienti con l'obiettivo di studiare meglio il fenomeno: grazie a tale strumento è stato possibile valutare le caratteristiche dell'iter diagnostico e assistenziale dei pazienti e sorvegliare il decorso della malattia. Inoltre, spiegano gli esperti dell'AUSL di Forlì, in questo modo è possibile anche verificare l'incidenza e la prevalenza della patologia nel territorio, così da progettare programmi di screening e sorveglianza.

Frutto di un progetto di ricerca durato due anni e realizzato grazie al finanziamento della Regione Emilia Romagna, il registro ha raccolto tutti i dati relativi ai 178.977 abitanti del comprensorio forlivese, utilizzando l'anagrafe come database. Dalle evidenze raccolte dal Registro dell'AUSL di Forlì e incrociate con la banca dati del Registro tumori della Romagna è emerso in particolare che su 778 casi (fra i pazienti con diagnosi di rettocolite ulcerosa, morbo di Crohn e colite indeterminata) il 6,4% dei soggetti cui sono state diagnosticate malattie croniche intestinali ha sviluppato un tumore, percentuale più elevata di quella fino ad allora riportata in letteratura. Le neoplasie più frequenti si sono dimostrate quelle a prostata, cute, polmone e colon retto. Fra i casi censiti è inoltre emerso che queste malattie risultano più diffuse fra gli uomini (54%) rispetto alle donne (46%), mentre il 51,7% dei pazienti si è visto diagnosticare una malattia cronica intestinale prima dei 44 anni – percentuale che arriva al 58% se si considera il solo morbo di Crohn - il 48,3% dopo. In costante crescita sul territorio l'incidenza di queste patologie, pari a quella del Nord Europa, con almeno un nuovo soggetto al mese cui l'unità forlivese ha rilevato una delle malattie.

Prima della costituzione di questo registro in Italia non esistevano evidenze certe sulle malattie infiammatorie croniche intestinali. Caso di successo, l'esperienza è stata citata quest'anno nel corso del Convegno europeo di esperti in malattie infiammatorie croniche intestinali che si è tenuto a Dublino.

Al successo dell'iniziativa ha contribuito il forte impatto motivazionale del personale ed il coinvolgimento di altre organizzazioni come l'AIGO (Associazione italiana gastroenterologi ospedalieri) e l'ARMIC (Associazione romagnola malattie intestinali croniche), senza contare, sul piano informatico, il sistema moderno e di facile accesso ed utilizzo garantito dalla direzione aziendale, da sempre promotrice di percorsi di rete integrata e multidisciplinare.

*Per ulteriori approfondimenti sui risultati ottenuti si rimanda all'allegato D*

*Regione Emilia Romagna*

*Azienda Unità Sanitaria Locale Forlì*

*Direttore Generale: Kyriakoula Petropulacos*

*Referente dell'esperienza: Enrico Ricci*

*Titolo: Creazione di un registro di malattie infiammatorie croniche intestinali (MICI: Crohn e rettocolite ulcerosa) funzionale al processo assistenziale a gestione multidisciplinare a rete integrata del paziente acuto/cronico*

### 3.4. Rimini punta sulla continuità ospedale-territorio

Puntare sulla continuità ospedale-territorio, binomio fondamentale e irrinunciabile della sanità del futuro, attraverso la costituzione di un servizio di continuità assistenziale di riferimento formato da un'equipe multiprofessionale e dunque garante di un approccio multidimensionale. E' questa la strada intrapresa dall'Azienda USL di Rimini, che nell'aprile del 2008 ha dato il via al progetto denominato "Nucleo Operativo Aziendale per la Continuità assistenziale (NOA)".

Obiettivo quello di migliorare l'appropriatezza dei percorsi di continuità attraverso la predisposizione di percorsi specifici per prese in carico complesse. Destinatari, dunque, i pazienti con patologia cronica con elevati bisogni assistenziali e/o con scarsi supporti sociali. Nello specifico la peculiarità del progetto riguarda l'accentramento in un unico servizio "ponte" (il servizio è situato all'interno del principale Presidio Ospedaliero della Provincia, ma dipende funzionalmente dal Dipartimento di Cure Primarie) di una serie di funzioni, dalla formazione dei professionisti delle unità operative per acuti per l'acquisizione di competenze valutative, alla valutazione diretta solo per i casi più complessi fino alla tenuta delle graduatorie per le Strutture Intermedie. Un'esperienza, questa sulla continuità assistenziale voluta dall'AUSL di Rimini, che ha ottenuto risultati importanti, a cominciare dalla riduzione delle richieste multiple di invio a strutture intermedie, scese dal 15,5% al 6%. Inoltre vi è stata una riduzione anche dei tempi incongrui di segnalazione dei pazienti per i quali è stata richiesta l'attivazione dell'assistenza domiciliare integrata (ADI). Le segnalazioni che non rispettavano i



3 giorni per l'attivazione del piano assistenziale domiciliare sono infatti passate dal 37% al 27%. Un'altra importante novità, infine, è rappresentata dall'eliminazione della frammentazione dei percorsi assistenziali.

Il NOA in tal senso è diventato l'unico riferimento per tutta la Provincia per le segnalazioni di invio dei pazienti in dimissione dai 5 Ospedali provinciali per strutture intermedie (lungodegenze, post-acuzie, riabilitazione estensiva, Hospice ecc) e per le dimissioni protette con attivazione del punto unico di accesso alle cure domiciliari. Il progetto, soprattutto nelle fasi iniziali, ha evidenziato in ogni caso due criticità: l'applicazione dei percorsi di continuità assistenziale nei confronti di pazienti psichiatrici o con dipendenze patologiche e la carenza di disponibilità di posti letto residenziali per dare risposte tempestive alle necessità dimissorie. Nel primo caso la scelta dell'Azienda è stata quella di effettuare incontri multiprofessionali mirati, mentre nel secondo caso si è deciso di programmare l'apertura di nuovi posti letto di Case Residenza per anziani non autosufficienti. L'esperienza realizzata dalla AUSL di Rimini è stata citata quest'anno dall'Italian Journal of Medicine.

*Regione Emilia Romagna*

*Azienda Unità Sanitaria Locale Rimini*

*Direttore Generale: Marcello Tonini*

*Referente dell'esperienza: Elisabetta Silingardi*

*Titolo: La continuità assistenziale tra Ospedale e Territorio*

### 3.5. Analisi cliniche: in Romagna un unico laboratorio di riferimento

Ha scelto di puntare sull'efficienza e sulla appropriatezza organizzativa l'AUSL di Cesena, che nell'aprile del 2009 ha dato vita ad un progetto di riorganizzazione del sistema di patologia clinica delle Aziende di Area Vasta Romagna (Cesena, Forlì, Ravenna, Rimini), che coinvolge un territorio abitato da oltre un milione di abitanti. Con un'idea portante: quella di prevedere la razionalizzazione del sistema produttivo per concentrazione (cosiddetto modello "Hub&Spoke") in un unico laboratorio di riferimento delle attività analitiche complesse e di quelle programmate ad elevata automazione, e al tempo stesso di decentrare un panel di esami predefinito in strutture di laboratorio già esistenti, che si sono così trasformate in laboratori a risposta rapida, destinati ad assicurare l'urgenza e la continuità in linea veloce sia per i pazienti ospedalizzati sia per quelli assistiti in Pronto Soccorso. Obiettivo quello di migliorare l'efficienza della rete territoriale dei punti prelievo, favorendo il massimo accesso diretto per i cittadini delle quattro aziende sanitarie attraverso una presenza capillare sul territorio garantita da più di novanta postazioni e dall'offerta di prelievi domiciliari per i cittadini in condizioni di

non autosufficienza. Il tutto riducendo costi e richieste inappropriate, valorizzando le professionalità e puntando sulle migliori strumentazioni tecnologiche a disposizione, senza contare l'omogeneizzazione e la riduzione dei tempi di risposta.

Il progetto (il costo annuo di gestione nel 2010 è stato di circa 28 milioni di euro) è stato realizzato attraverso una serie di passaggi, dalla riduzione del numero (sette) dei laboratori esistenti in altrettanti ospedali e la loro trasformazione in laboratori a risposta rapida, all'individuazione ed allestimento di una sede produttiva centrale (il laboratorio di riferimento), fino all'acquisizione di una tecnologia strumentale omogenea su tutte le sedi produttive per quanto attiene la diagnostica di routine e di base, aspetto quest'ultimo che ha permesso un sensibile incremento dell'affidabilità diagnostica con conseguente aumento dell'appropriatezza prescrittiva. Successivamente è stato ridefinito il numero e la tipologia delle figure professionali da destinare alle sedi di produzione e sono state progettate "Piattaforme Biotecnologiche", ovvero strutture in grado di rendere efficace un sistema di lavoro coordinato (network). Infine c'è stata l'acquisizione di un unico sistema gestionale informatico per tutta la zona della vasta Romagna. Questo processo di riorganizzazione ha portato ad una riduzione del personale dirigente, all'eliminazione delle duplicazioni produttive immotivate, con conseguente riduzione dei costi di gestione delle tecnologie e dei fattori produttivi, ad un aumento dell'offerta quali-quantitativa di esami specialistici, grazie al recupero di costi di esami che prima venivano effettuati fuori dall'area di riferimento e, naturalmente, ad un'accessibilità integrata e omogenea per tutti gli utenti romagnoli, che in passato dovevano spostarsi dalla loro zona di residenza per alcuni particolari esami di laboratorio. Da un punto di vista operativo, invece, questo nuovo modello gestionale ha permesso, tra le altre cose, una riduzione dei tempi di produzione, e di trasmissione, dei risultati analitici e l'eliminazione degli esami ripetuti e delle ridondanze prescrittive. Ma anche una elevata affidabilità degli esami e una riduzione del costo stesso degli esami stimato intorno al 5%. L'esperienza realizzata dall'Azienda USL di Cesena è stata più volte menzionata in convegni e congressi.

*Per ulteriori approfondimenti sui risultati ottenuti si rimanda all'allegato D*

*Regione Emilia Romagna*

*Azienda Unità Sanitaria Locale Cesena*

*Direttore Generale: Maria Basenghi*

*Referente dell'esperienza: Maria Basenghi*

*Titolo: Il progetto di riorganizzazione del sistema di patologia clinica delle Aziende di Area Vasta Romagna*

### 3.6. Sanità: ASL Roma D, meno esami inutili con centri prelievi e laboratorio “in rete”

Migliorare la produttività diagnostica e aumentare il numero di esami “utili” attraverso la creazione e il potenziamento di una rete di centri prelievi coordinata da un laboratorio ospedaliero centrale. Ci è riuscita l’Azienda sanitaria locale Roma D con un progetto avviato nel 2007 e volto a incidere sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche.

L’ASL è intervenuta in un’area cruciale dell’attività clinica: i test di laboratorio hanno un impatto notevole nella gestione dei pazienti, perché influenzano più di due decisioni terapeutiche su tre (70%) da parte dei medici. Un errore anche minimo o lo svolgimento di esami inappropriati e a volte contraddittori non è solo una perdita di tempo per paziente e Azienda, ma può avere effetti gravi sulla diagnosi e quindi sulla cura di una determinata patologia. Senza tralasciare lo spreco di risorse, umane ed economiche.

Di qui l’iniziativa realizzata nella capitale nell’ambito dell’Area della Diagnostica di Laboratorio costituita dalla U.O.C. di Analisi Chimico-Cliniche e Microbiologiche del presidio ospedaliero G.B. Grassi e da 13 Centri prelievi distribuiti sul territorio di competenza della ASL Roma D (Comune di Fiumicino e Municipi XIII, XV e XVI). In particolare, il modello di rete che ha unito i diversi centri prelievo e che ha concentrato il servizio di esecuzione analitica, ha garantito la standardizzazione delle prestazioni e l’efficienza economica delle stesse. L’Azienda ha infatti calcolato che il risparmio annuo derivante dall’esperienza è di 60mila euro.

La produttività interna è stata potenziata con una profonda riorganizzazione che ha previsto la riqualificazione e in alcuni casi la ricollocazione dei centri prelievo. Il piano ha coinvolto anche il personale e le tipologie analitiche che facevano capo a ciascuna struttura, il tutto in funzione di una copertura di turni massima, h24. Parallelamente i medici di base e quelli ospedalieri sono stati raggiunti da una campagna informativa per promuovere un certo livello di appropriatezza delle indagini.

Parte del progetto ha riguardato inoltre l’accoglienza degli utenti nelle aree di accettazione e refertazione, le cui condizioni sono state migliorate attraverso esperienze di formazione e aggiornamento del personale. L’ASL Roma D ha poi provveduto a ricalibrare i parametri utilizzati da un’altra componente chiave del meccanismo: il sistema informatico del laboratorio, reso quindi uniforme tra ospedale, territorio e punti prelievo. In questo modo attraverso la rinnovata struttura informatica è stato possibile non solo lo scambio di dati e risultati, ma anche la standardizzazione dei referti, la classificazione delle prestazioni e la loro rilevazione analitica.

Notevoli i risultati raggiunti oltre al risparmio economico già citato. In primis l'aggiornamento tecnologico del sistema analitico e la riduzione dei tempi di refertazione. Gli utenti hanno inoltre avuto a disposizione nuovi punti di prelievo dislocati sul territorio e sono stati sottoposti meno spesso ad esami inappropriati, grazie alla collaborazione tra medici di reparto, medici di base e dirigenti dei laboratori aziendali che hanno definito protocolli ad hoc per la valutazione della specificità clinico-diagnostica e del livello di appropriatezza delle indagini.

*Regione Lazio*

*Azienda sanitaria Locale Roma D*

*Direttore Generale: Ferdinando Romano*

*Referente dell'esperienza: Concetta Paparella*

*Titolo: Progetto di miglioramento delle modalità di accesso alle prestazioni di laboratorio con incremento dell'efficienza erogativa e della appropriatezza diagnostica*

### 3.7. Sanità: Ospedale Ancona, referti via e-mail a cardiopatici

Referti per il controllo della terapia direttamente via e-mail ai pazienti in trattamento con anticoagulanti orali (Tao). È così che l'Azienda ospedaliera di Ancona ha migliorato la qualità della vita delle persone che assumono cronicamente anticoagulanti cumarinici, risultati in crescita negli ultimi anni.

Su iniziativa della Clinica di ematologia e del laboratorio di analisi dell'Azienda ospedaliera anconetana, fra il 2009 e il 2010 è stato portato a regime il servizio "Easy Tao", opportunamente collegato al sistema informatico P.A.R.M.A. già presente presso il Centro di Sorveglianza degli Anticoagulanti (Csa). Con Easy Tao in pratica i pazienti in terapia anticoagulante orale possono ricevere direttamente a casa i referti dei loro esami del sangue, settimanali o quindicinali, tramite e-mail, sms o fax, completi di prescrizione. Un sistema completato da un meccanismo di controllo per la verifica che il paziente abbia ricevuto la propria prescrizione terapeutica.

Una novità non da poco per gli assistiti. La Tao è infatti impiegata nella cura e nella prevenzione della trombosi in numerose condizioni patologiche, tra cui la fibrillazione atriale cronica, alcune cardiopatie e il tromboembolismo venoso. Secondo recenti studi, in Italia le persone in terapia con anticoagulanti sono circa un milione e la maggior parte deve proseguire con la cura per tutta la vita, costretta a lunghe attese per il prelievo di sangue e poi per la consegna dello schema terapeutico. Nella maggior parte dei casi si tratta poi di anziani in assistenza domiciliare e con difficoltà di movimento. Di qui i molteplici vantaggi, anche per i familiari dei pazienti in Tao, di poter ricevere con una mail il referto degli esami del sangue e la relativa prescrizione terapeutica.

Il progetto è stato rivolto ai pazienti anticoagulati con Warfarin o Sintrom e ha permesso al Csa di gestire in modo più comodo i flussi di pazienti e di ridurre il sovraffollamento in sala d'aspetto. L'Azienda ospedaliera ha infatti calcolato che gli accessi quotidiani diretti al Csa sono stati ridotti del 50%. Ridotto anche l'utilizzo di risorse umane, a parità di qualità del servizio, mentre il sistema delle prestazioni è stato velocizzato. Grazie al progetto è stato possibile anche decentrare il prelievo presso altri ospedali del territorio, in rete con il laboratorio dell'Ospedale di Ancona. Buono il coinvolgimento della platea di riferimento, informata sull'iniziativa con opuscoli, notizie sul sito web dell'ospedale e articoli sulla stampa locale. Da meeting interni all'Azienda è emerso anche il gradimento degli operatori sanitari, soddisfatti per il minore affollamento degli spazi ospedalieri.

Per l'utente si sono ridotti soprattutto i tempi legati agli spostamenti e quelli di attesa per la ricezione dei risultati di laboratorio. L'ospedale ha rilevato che il periodo di attesa per coloro che eseguono solo il prelievo (e poi tornano a casa e aspettano il referto con Easy Tao), è di un'ora, mentre i pazienti che ricevono al Centro di sorveglianza degli anticoagulanti anche la prescrizione della terapia devono aspettare dai 90 ai 180 minuti.

*Per ulteriori approfondimenti sui risultati ottenuti si rimanda all'allegato D*

*Regione Marche*

*Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona*

*Direttore Generale: Gino Tosolini*

*Referente dell'esperienza: Serena Rupoli*

*Titolo: Servizio Easy TAO*

### **3.8. Sanità: Firenze; no allo stress in Pronto Soccorso, arriva l'assistente**

Una figura di riferimento in pronto soccorso, che parli anche una lingua straniera, presente tutti i giorni, fine settimana compreso, e che accolga pazienti ed eventuali accompagnatori e li aiuti con informazioni puntuali durante tutto il percorso assistenziale. La novità è stata introdotta dall'Azienda sanitaria di Firenze nell'ambito del progetto di umanizzazione dei presidi ospedalieri.

A partire dall'agosto 2009, nei Dipartimenti di emergenza e accettazione (Dea) degli Ospedali di Santa Maria Nuova, Santa Maria Annunziata, San Giovanni di Dio, Borgo San Lorenzo, si alternano in tutto 12 "operatori addetti all'accoglienza". Personale formato ad hoc che copre tutti i giorni della settimana la fascia oraria 8-20.

I compiti svolti sono i più diversi, a partire dal triage. In questa prima fase, delicata perché è quella in cui si definiscono i bisogni di salute dell'utente classificandoli secondo precise priorità, gli addetti all'assistenza collaborano con gli infermieri nell'anamnesi dell'utente. Ad esempio nel caso di persone straniere l'operatore può intervenire aiutando il personale infermieristico con la traduzione. Dopo l'assegnazione del codice colore che indica la priorità con cui deve essere trattato il paziente, l'addetto all'accoglienza informa utente e accompagnatori sui tempi stimati di attesa per la presa in carico da parte del medico. Compito non sempre agevole, dato che più bassa è la priorità maggiori saranno i tempi di attesa e normalmente anche l'ansia di chi è ad aspettare. Fondamentale in questo frangente la presenza di una figura che faccia capire il funzionamento di un reparto di emergenza e la necessità di distinguere i pazienti in base alle loro priorità sanitarie, non in base ad altri fattori quali l'ordine di arrivo o eventuali altri impegni a carattere personale.

Nella successiva fase, quella della visita da parte del medico, l'addetto all'accoglienza dovrà essere in grado di contenere le ansie di pazienti e familiari o conoscenti (quasi sempre separati) generate dall'attesa necessaria per indagini diagnostiche o di laboratorio. Un sorriso, una parola di conforto o anche una semplice informazione data nel giusto momento possono aiutare a vivere la permanenza in Pronto Soccorso con meno stress. Nel momento delle dimissioni del paziente, sia se torna a casa, sia se deve essere ricoverato, la nuova figura professionale si occupa inoltre di tutte le attività correlate: prenotazione di esami al Cup per evitare che i familiari debbano tornare in ospedale, pagamento ticket, informazioni sull'ubicazione dei vari reparti e sugli orari di visita. In più l'addetto è responsabile del comfort dell'area di attesa del pronto soccorso. Insomma fa da filtro fra aspetti logistici e sanitari, una figura – che rappresenta in pratica l'immagine dell'ospedale – che dà una mano dove possibile o che semplicemente è di supporto con l'ascolto, con una parola giusta al momento giusto.

Tutti risultati raggiunti negli ospedali fiorentini, che hanno potuto così snellire le procedure di prenotazione esami post-Dea, mantenere un ambiente ordinato ed efficiente ed ottimizzare l'impiego di risorse umane. L'aver distinto i ruoli con una figura ad hoc per l'ascolto e l'orientamento degli utenti ha infatti razionalizzato il tempo che ogni professionista dedica al proprio lavoro. Dopo un anno di prova, l'esperienza è stata adottata in pianta stabile dall'Azienda.

*Regione Toscana*

*Azienda Sanitaria Firenze*

*Direttore Generale: Luigi Marroni*

*Referente dell'esperienza: Luigi Tucci*

*Titolo: Accoglienza in DEA*

### 3.9. A Bergamo i diversamente abili hanno una 'marcia' in più

Garantire ai cittadini diversamente abili le stesse opportunità di accesso ai servizi offerti dal panorama sanitario provinciale. Avendo come obiettivo non solo quello di cercare soluzioni tecniche a problemi circostanziati, ma quello, forse ben più ambizioso, di far crescere una cultura della diversità quale base comune per tutti gli attori del sistema sanitario. Partendo da queste premesse l'ASL della Provincia di Bergamo ha lanciato nel 2008 il Progetto "Cambiamo Prospettiva". I principi di fondo a cui si richiama questa esperienza li ha evidenziati la stessa Azienda provinciale: "Far prendere coscienza al sistema delle difficoltà incontrate e delle limitazioni patite quotidianamente da questi cittadini nelle nostre strutture sanitarie, individuando così i limiti rispetto a queste situazioni di disagio". In sostanza, acquisire una nuova consapevolezza per lavorare su una serie di azioni correttive in grado di facilitare il superamento dei problemi evidenziati. In tal senso l'ASL di Bergamo ha coinvolto nel progetto tutte le strutture sanitarie provinciali, costituendo un gruppo di lavoro provinciale con i rispettivi Direttori Sanitari per l'analisi congiunta dei problemi e l'elaborazione di risposte condivise ed omogenee ai bisogni espressi su tutto il territorio provinciale dai diversamente abili. Il gruppo di lavoro ha successivamente elaborato specifici protocolli operativi, dove sono state registrate le risposte omogenee che le strutture sanitarie hanno concordato, ottimizzando la sinergia delle diverse parti del sistema provinciale.

Nello specifico, oltre ad un rinnovato interesse per le problematiche dei cittadini diversamente abili, questo lavoro preparatorio ha fatto sì che venissero condivisi e approvati a livello provinciale una serie di importanti protocolli, come quello realizzato in favore dei cittadini non udenti, caratterizzato dal superamento del 'vincolo' telefonico e dall'introduzione di un sistema di prenotazione a distanza alternativo via fax, con procedure condivise da tutte le strutture sanitarie accreditate e con la definizione di un unico modulo per la prenotazione da parte dei non udenti che consenta immediata attivazione delle procedure del caso. E altrettanto importante è stata l'approvazione di un protocollo per cittadini ipo e non vedenti, che ha permesso di snellire le procedure e di diminuire i passaggi necessari in sede di prenotazione con presa in carico diretta dell'accettazione all'atto del primo contatto con la struttura. Il protocollo prevede inoltre facilitazioni del periodo di degenza grazie a raccomandazioni sui comportamenti del personale d'assistenza e parziali modifiche alle procedure di dimissione. Infine un ulteriore protocollo, modellato su quello già realizzato per rispondere alle problematiche dei cittadini non vedenti, è stato realizzato per soggetti con difficoltà di deambulazione. Questa esperienza, che ha visto l'attiva partecipazione delle maggiori strutture sanitarie accreditate sul territorio provinciale e la forte presenza di molte associazioni di rappresentanza degli utenti, è stata citata in molte pubblicazioni nazionali e internazionali.

Il progetto è stato pensato quale risultato di uno sforzo congiunto di tutte le strutture sanitarie del sistema provinciale che si sono impegnate nel reperire le risorse necessarie, soprattutto in termini di risorse umane.

*Regione Lombardia*

*Azienda Sanitaria Locale Bergamo*

*Direttore Generale: Mara Azzi*

*Referente dell'esperienza: Giuseppe Imbalzano e Rita Moro*

*Titolo: Cambiamo prospettiva*

### 3.10. Nefrologia: l'ASL Roma D punta sul modello del 'day service'

Puntare sul modello del 'Day Service', assicurando al paziente una continuità assistenziale, evitando frammentazioni, e cercando al tempo stesso di ridurre i tempi di attesa delle attività ambulatoriali e di ridurre anche il numero di ricoveri inappropriati. Sono molte le realtà aziendali che negli ultimi tempi hanno scelto di puntare su questo nuovo modello organizzativo, attuato in ambito ambulatoriale o in strutture ambulatoriali territoriali, che permette di affrontare problemi clinici di tipo diagnostico e terapeutico attraverso l'erogazione di prestazioni multiple integrate. Situazioni complesse, dunque, che necessitano della presa in carico da parte del paziente ma per le quali il ricovero risulta inappropriato. Una strada, questa, perseguita anche dalla ASL Roma D, che nel 2009 ha attivato dei day service sulla ipertensione arteriosa, sulla diagnostica delle nefropatie, sulla malattia renale cronica e sulla calcolosi renale. Si tratta, in sostanza, dei cosiddetti Pacchetti Ambulatoriali Complessi (PAC), ossia di pacchetti di prestazioni relative a più branche specialistiche, che includono una visita e un insieme di prestazioni di carattere fondamentalmente diagnostico, e che sono finalizzati a semplificare e ridurre il numero di accessi degli assistiti alle strutture. Normalmente la visita di accesso ai PAC può essere prescritta dai Medici di Medicina generale, dai Pediatri di libera scelta e dai medici specialisti ambulatoriali. Obiettivo del progetto, oltre alla riduzione dei numero di ricoveri, quello di fornire ai pazienti che afferiscono al pronto soccorso una continuità terapeutica e di cooperare con i Medici di famiglia nell'approfondimento diagnostico in tali ambiti. Il progetto messo in campo dall'Azienda sanitaria romana, e indirizzato verso i pazienti affetti da ipertensione arteriosa complicata o probabilmente secondaria e pazienti con malattia renale cronica, non è ancora definitivamente concluso ma dall'analisi dei primi dati si è già evidenziata una maggiore appropriatezza diagnostica e terapeutica e un forte decremento del numero di ricoveri e di prestazioni ripetute di diagnostica per analoghe patologie. Inoltre la riorganizzazione delle attività ha comportato dei miglioramenti dal punto di vista della efficienza. E' stata infatti introdotta una valutazione annuale dei PAC



eseguiti, con revisione critica delle carenze e delle correzioni per l'attuazione del progetto, sono state organizzate una serie di riunioni con il personale dedicato per individuare i vari problemi di gestione e di assistenza, e per trovare soluzioni condivise, e si è ottimizzata l'attività del personale già operante, creando nuovi percorsi diagnostico-assistenziali. Da un punto di vista strettamente operativo, infine, il progetto ha previsto la programmazione preliminare dei Pacchetti Ambulatoriali Complessi, che permette di rispettare i tempi previsti di conclusione, e la creazione di percorsi diagnostici predefiniti per sapere, ad esempio, quante prestazioni/mese sono disponibili per ogni esame strumentale ed avere dunque una programmazione più efficiente.

*Regione Lazio*

*Azienda Sanitaria Locale Roma D*

*Direttore Generale: Ferdinando Romano*

*Referente dell'esperienza: Massimo Morosetti*

*Titolo: Pacchetti Ambulatoriali Complessi in Nefrologia*

### 3.11. Sanità: Ancona, rete di assistenza ad hoc per malati neuromuscolari

Fornire un'adeguata assistenza, dentro e fuori dall'ospedale, ai pazienti affetti da malattie croniche invalidanti, in particolare quelle neuromuscolari come la sclerosi laterale amiotrofica (Sla), patologia che in Italia colpisce circa 5 mila persone. Per raggiungere questo scopo gli Ospedali Riuniti di Ancona hanno avviato nel 2008 una speciale sinergia fra la struttura neurologica e medicina generale.

Coordinato dalla Clinica di neurochirurgia, il progetto ha portato all'attivazione, all'interno della stessa clinica, di un centro dedicato alle malattie neuromuscolari volto a definire le azioni da realizzare in ambiente ospedaliero e sul territorio per garantire un'adeguata continuità assistenziale ai pazienti. Un'iniziativa finanziata dalla Regione Marche e in parte dalla Fondazione Paladini che sostiene persone affette da malattie neuromuscolari e loro famiglie, che ha coinvolto la sezione marchigiana della Società Italiana di Neurologia, l'Unione Italiana Lotta alla Distrofia Muscolare (Uildm) e l'Associazione Italiana Sclerosi Laterale Amiotrofica (Aisla).

Il progetto di assistenza integrata ospedaliera e territoriale è stato rivolto principalmente a persone affette da sclerosi laterale amiotrofica, distrofie muscolari, polineuropatie autoimmuni, miastenia gravis e miotonia di Steinert. Per ogni patologia l'equipe sanitaria (medici, infermieri, tecnici neurofisiologi,

fisioterapisti) ha individuato prestazioni da erogare in ospedale e fuori, e – insieme al personale amministrativo e ai rappresentanti delle associazioni di settore – ha avviato contatti con tutte le strutture coinvolte, non solo l'unità di Neurologia ma anche i distretti territoriali, gli specialisti e medicina generale. In questo modo è stato possibile attivare centri ambulatoriali idonei a erogare le prestazioni richieste e realizzare una rete di specialisti ospedalieri (neurologi, pneumologi, fisiatri, cardiologi, rianimatori, nutrizionisti, psicologi) in grado di valutare tutte le condizioni cliniche del paziente. Al contempo ai medici di medicina generale e ai responsabili dei distretti sanitari sono state rivolte attività informative e di aggiornamento sulle esigenze dei pazienti residenti nel territorio di competenza. Infine è stato messo a punto un programma assistenziale "su misura" per ogni paziente con monitoraggio delle funzioni più critiche, come la nutrizione e la ventilazione. Sempre coinvolti, tramite le associazioni di riferimento, i familiari dei malati, in particolare nelle fasi di valutazione del servizio.

Portato avanti secondo le linee guida dell'Istituto Superiore di Sanità e il documento di programmazione assistenziale della Regione Marche, il progetto è durato due anni con monitoraggi semestrali da parte del comitato scientifico e del consiglio di amministrazione della Fondazione Paladini. Buoni i risultati anche in termini di ricadute economiche, con risparmio di risorse per il sistema sanitario regionale. Nello specifico, la concentrazione delle indagini sulla struttura ospedaliera ha consentito di evitare la parcellizzazione delle valutazioni e di esaltare l'integrazione delle prestazioni evitando ripetizioni degli esami o realizzazione di accertamenti non motivati, con definizione del setting più idoneo a fornire le risposte assistenziali.

*Per ulteriori approfondimenti sui risultati ottenuti si rimanda all'allegato D*

*Regione Marche*

*Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona*

*Direttore Generale: Gino Tosolini*

*Referente dell'esperienza: Leandro Provinciali*

*Titolo: Ottimizzazione della continuità assistenziale nelle malattie neuromuscolari*

### 3.12. Sanità: AUSL Parma, prevenire bisogni anziani per assistenza ad hoc

Essere anziani non deve necessariamente generare emergenze sanitarie difficili da gestire, soprattutto in una prospettiva di costante aumento dell'invecchiamento della popolazione italiana, fra le meno giovani d'Europa. È questo che ha spinto l'Azienda USL di Parma ad avviare nel 2005 un progetto volto ad intercettare in anticipo bisogni ed esigenze di questa fascia di popolazione per attuare misure di assistenza mirate.

Secondo le ultime rilevazioni diffuse da Eurostat, l'ufficio europeo di statistica, nel 2060 gli ultra sessantacinquenni in Italia saranno quasi un terzo della popolazione (il 31,7%) rispetto al 20% del 2010, mentre coloro che avranno più di 80 anni saranno il 14,1% rispetto al 5,8% dello scorso anno. Con Spagna e Germania, il nostro Paese sarà quello con più anziani che superano gli 80 anni. In questo contesto si è inserito il progetto per "la gestione anticipata della fragilità" nel distretto Sud-Est dell'Azienda sanitaria parmense, finanziato dalla Regione Emilia Romagna e dalla Provincia di Parma.

Due le fasi principali del piano. La prima azione è stata quella di rilevare le principali caratteristiche (demografiche ma anche sociali e sanitarie) della popolazione anziana del distretto, in particolare degli ultra settantacinquenni, con l'obiettivo di individuare eventuali situazioni a rischio e di fornire, attraverso la conoscenza delle loro condizioni di vita e di salute, elementi utili alla programmazione socio-sanitaria per i Comuni e per l'AUSL. Parallelamente si è cercato di definire una metodologia di lavoro condivisa fra i medici di medicina generale e i servizi sociali volta a progettare azioni concrete. La rilevazione è stata condotta dal medico curante e dall'assistente sociale del Comune, che hanno compilato insieme una scheda di valutazione sull'assistito. Questa fase ha coinvolto 45 medici e 9 assistenti sociali che, dopo una formazione mirata, hanno valutato 3.138 anziani. Anche questi ultimi sono stati coinvolti con attività informative, in particolare attraverso le organizzazioni sindacali dei pensionati.

Dopo circa un anno e mezzo è stato possibile passare alla seconda fase del progetto: con lo stesso metodo è stato eseguito il follow up della popolazione esaminata in partenza, in collaborazione con il Dipartimento di Statistica dell'Università di Parma. L'elaborazione dei dati ha permesso di individuare i principali fattori della perdita di autosufficienza degli anziani e quindi l'identificazione ex ante di alcuni segnali di criticità. Più in generale, sottolinea l'AUSL di Parma, la valutazione degli anziani non noti ai servizi sociali è stato un elemento fondamentale per migliorare la conoscenza dei loro bisogni, soprattutto di quelli "potenziali". Dall'esperienza, durata tre anni, ne è uscito rafforzato anche il rapporto fra medici e assistenti sociali, tanto che la segnalazione dei casi a rischio da parte dei medici agli assistenti è diventata una prassi consolidata. In particolare, nella fase di follow up è stato riscontrato rispetto all'anno prima un aumento del 30% delle segnalazioni ai servizi sociali e del 20% per quanto riguarda le prese in carico. Diminuiti invece del 7% i ricoveri in Casa Protetta.

Caso di successo, l'esperienza dell'AUSL di Parma è stata oggetto di due pubblicazioni: "La fragilità: conoscere per intervenire", Prospettive sociali e sanitarie (2008) e "Anziani e fragilità: l'integrazione come risposta?", Politiche Sanitarie (2010).

*Per ulteriori approfondimenti sui risultati ottenuti si rimanda all'allegato D*

*Regione Emilia Romagna*

*Azienda Unità Sanitaria Locale Parma*

*Direttore Generale: Massimo Fabi*

*Referente dell'esperienza: Marco Lombardi e Rita Cavazzini*

*Titolo: Gestione anticipata della fragilità nel Distretto Sud-Est*

### 3.13. Tumori al seno: a Bologna arriva 'l'infermiere case manager'

Garantire la presa in carico assistenziale delle pazienti con diagnosi di sospetta o accertata neoplasia della mammella nelle diverse fasi di conferma diagnostica e terapia, al fine di migliorare la continuità dell'assistenza, in coerenza con le più attuali linee di ricerca scientifica. Il tutto grazie al lavoro svolto da un team multidisciplinare, composto dal chirurgo, dall'oncologo, dal radiologo, dal radioterapista e dalla figura del cosiddetto 'Infermiere Case-manager (ICM)', che rappresenta la figura responsabile del percorso terapeutico. E' questo l'innovativo progetto avviato nel 2000 dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna: tra gli obiettivi quello di migliorare i tempi d'attesa dell'appropriato iter diagnostico-terapeutico, fissando gli standard aziendali, di migliorare gli aspetti informativi e comunicativi con la paziente e, infine, di ottimizzare e monitorare i livelli di qualità delle cure prestate, attraverso l'identificazione di indicatori di processo e di esito e la messa a punto di un sistema di raccolta e analisi dei dati. In Italia il tumore del seno è il più frequente nel sesso femminile (uno su 10,80% oltre i 50 anni) e rappresenta il 25% di tutti i tumori che colpiscono le donne. Nello specifico, il percorso messo a punto dall'Azienda bolognese prevede fasi ben definite: si parte con l'accesso della paziente, e relativa prima valutazione che avviene prevalentemente per opera dei medici degli ambulatori di Oncologia Medica, e si prosegue con una valutazione diagnostica multidisciplinare. Successivamente, in caso di sospetta o accertata patologia neoplastica, la paziente viene indirizzata all'ambulatorio senologico interdisciplinare (ASI) per una precisa definizione diagnostica dei casi dubbi o non risolti o per un eventuale approfondimento multidisciplinare nei casi accertati. In quest'ultimo caso, se dalla valutazione del team emerge la necessità di approfondimento diagnostico, l'ICM provvede a programmare le indagini aggiuntive ritenute necessarie dagli specialisti del team, garantendo un accesso privilegiato per tali indagini. Contestualmente, durante la presa in carico della paziente, viene redatto il piano

terapeutico multidisciplinare con lo scopo di individuare nel team i clinici di riferimento per la paziente, di concordare con lei i contenuti e gli obiettivi per la gestione della malattia e di assicurarle, in caso di necessità, il supporto psicologico. Grazie all'individuazione di un responsabile di percorso, l'Infermiere Case Manager, il progetto ha introdotto importanti cambiamenti, migliorando i tempi di attesa dell'iter diagnostico-terapeutico, riducendo i tempi di degenza al solo ricovero (le pazienti effettuano tutto l'iter diagnostico ambulatorialmente) e assicurando una maggiore chiarezza delle informazioni nel rapporto con la paziente. Da un punto di vista pratico, le visite all'ASI sono state più di 150 l'anno e il tempo necessario per l'accertamento diagnostico è risultato nell'80% dei casi al di sotto dei 15 giorni, mentre l'intervallo fra la diagnosi definitiva e l'eventuale intervento chirurgico non ha mai superato i 30 giorni. Un percorso virtuoso, dunque, dimostrato dal fatto che le pazienti perse al follow-up dei primi 5 anni - non viste per oltre 12 mesi- è inferiore al 5%. Il progetto non ha avuto sponsor esterni ma ha coinvolto l'Associazione "Con il seno di poi", nata a Bologna nel 1999 e che raggruppa donne operate al seno e professionisti sanitari.

*Regione Emilia Romagna*

*Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico S. Orsola Malpighi Bologna*

*Direttore Generale: Sergio Venturi*

*Referente dell'esperienza: Patrizia Taddia*

*Titolo: Inserimento dell'infermiere Case Manager nella conduzione del percorso clinico assistenziale della paziente con tumore alla mammella*

### 3.14. A Crema nasce un centro per le cure intermedie

Creare un Centro di cure intermedie per tutti quei soggetti che non hanno più bisogno di un ricovero in un reparto per acuti ma che non sono però ancora in condizione di essere dimessi per diversi motivi, compresi quelli sociali. E' partito da questi presupposti il progetto dell'Azienda Ospedaliera "Ospedale Maggiore" di Crema, che nel febbraio del 2010 ha attivato un Centro Cure Intermedie (CCI) di 20 letti in un'ala dell'ex Ospedale S. Spirito di Soncino. L'idea di fondo era quella di ridurre la degenza media nei reparti internistici dell'Ospedale per acuti garantendo al paziente anziano la stabilizzazione delle sue funzioni per una successiva dimissione al domicilio. Va dunque in questa direzione la nascita di una sorta di struttura intermedia, con un'intensità di cura di livello inferiore: permettere il recupero dell'autonomia e dell'indipendenza del paziente e dunque facilitarne il percorso di uscita, consentendo anche i tempi organizzativi necessari alla presa in carico a domicilio dei servizi territoriali. Uno sforzo teorico e interpretativo che nella pratica si è tradotto nella realizzazione di un intero reparto, di una equipe di assistenza e nella predisposizione delle regole organizzative di funzionamento delle relazioni fra la struttura per acuti (Ospedale di Crema) ed il Centro di Cure

intermedie. Il progetto, principalmente indirizzato a pazienti anziani pluripatologici dimissibili a domicilio e che non necessitavano di cure riabilitative specialistiche, ha permesso di far ricoverare nel Centro 228 pazienti nei primi 8 mesi (il 60% dei quali non ha avuto bisogno di un re-ricovero), e la saturazione dei posti letto è ora sempre superiore al 90%. Inoltre grazie a questa esperienza vi è stata una riduzione delle degenza media nell'UO di Medicina di circa 2 giorni. Un dato particolarmente significativo che evidenzia la validità di questa operazione emerge anche dalla tipologia di dimissione dal Centro di Cure Intermedie. Oltre un terzo, infatti, dei pazienti (35%) sono stati dimessi al domicilio, mentre circa un quarto sono stati trasferiti ad un istituto di riabilitazione (IDR). Numeri che dimostrano l'utilità di questo livello intermedio di cura, che da un lato conferma il suo ruolo nel recupero del massimo dell'indipendenza e dall'altro fa intravedere anche la sua funzione di ponte verso una sistemazione, quella degli istituti di riabilitazione, che a loro volta lavorano al recupero dell'autonomia del paziente. Inoltre, questo nuovo percorso intrapreso da molti pazienti ha di fatto portato ad una riduzione del conflitto con i familiari. Al momento risulta invece di non facile lettura capire se questi cambiamenti abbiano generato economie rispetto alla situazione precedente, anche se si può ragionevolmente prevedere che la riduzione della degenza media dei reparti internistici potrà in futuro determinare economie di scala nella organizzazione ospedaliera. Il progetto, che ha avuto un costo annuo di gestione di poco superiore agli 800mila euro (fondi provenienti dalla Regione Lombardia), ha avuto un gradimento del 90% circa da parte degli utenti.

*Per ulteriori approfondimenti sui risultati ottenuti si rimanda all'allegato D*

*Regione Lombardia*

*Azienda Ospedaliera "Ospedale Maggiore" Crema*

*Direttore Generale: Luigi Ablondi*

*Referente dell'esperienza: Gianfrancesco Fiorini*

*Titolo: Realizzazione di un Centro di Cure Intermedie*

### 3.15. Cure palliative: Crema non 'dimentica' i malati terminali

Nate circa 30 anni fa in Inghilterra, le cure palliative sono state definite dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come "un approccio che migliora la qualità della vita dei malati e delle loro famiglie che si trovano ad affrontare le problematiche associate a malattie inguaribili, attraverso la prevenzione e il sollievo della sofferenza per mezzo di una identificazione precoce e di un ottimale trattamento del dolore e delle altre problematiche di natura fisica, psicofisica e spirituale". Lo scorso anno il Parlamento italiano ha anche approvato una legge innovativa che per la prima volta tutela e garantisce

l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore da parte del malato, nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza. Ma in Italia ci sono molte realtà che da tempo si occupano di questi aspetti con approcci moderni. Una buona esperienza in tal senso arriva dalla Lombardia, e più precisamente dall'Azienda ospedaliera "Ospedale Maggiore" di Crema, che nel 2000 ha costituito l'Unità Operativa di Cure Palliative (UOCP): obiettivo quello di eseguire l'attività di assistenza ai malati terminali, anche non oncologici, in tutti i settings possibili, dall'assistenza domiciliare al ricovero in Hospice (presso la Fondazione Benefattori Cremaschi) fino agli ambulatori specialistici, ma anche di svolgere un lavoro di consulenza negli istituti di riabilitazione del territorio cremasco, di formare volontari e, più in generale, di svolgere un importante ma spesso sottovalutato lavoro di sensibilizzazione culturale nei confronti della cittadinanza. Questa esperienza, per la quale sono stati investiti circa 900 mila euro e che dal 2008 aderisce al progetto "Ospedalizzazione Domiciliare Cure Palliative", messo in campo dalla Regione Lombardia, ha portato alla presa in carico di circa 250 pazienti/anno oncologici e di circa 30 pazienti non oncologici in un bacino di riferimento di 160.000 abitanti. Un numero di assistiti che indica un progressivo incremento del grado di copertura della popolazione potenziale dei malati oncologici, che nel 2009 ha raggiunto il 68%, superando il valore del 65% indicato dal ministero della Salute. Un risultato dunque molto significativo, considerato che ancora nel 2002 nella zona non erano presenti servizi in grado di rispondere ai bisogni dei malati terminali. Inoltre il lavoro dell'Unità Operativa di Cure Palliative, che fornisce una reperibilità medico-infermieristica h24, ha permesso di prendere in carico i malati entro 24/48 ore dalla richiesta e di effettuare prestazioni a domicilio. Un lavoro dunque prezioso, che oltre ad aver abbassato il numero di ricoveri e di accessi impropri nei Pronto Soccorso, ha introdotto un miglioramento della qualità di vita residua del paziente (e di morte), e un miglioramento della relazione del malato e dei familiari con le varie istituzioni sanitarie tramite la prevenzione dei conflitti, l'aumento della copertura dei bisogni, l'educazione alla riduzione "realistica" dei bisogni ed alla gestione preventiva delle situazioni critiche domiciliari. Il progetto dell'Azienda Ospedaliera "Ospedale Maggiore" di Crema è stato citato dalla Rivista Italiana di Cure Palliative.

*Per ulteriori approfondimenti sui risultati ottenuti si rimanda all'allegato D*

*Regione Lombardia*

*Azienda Ospedaliera "Ospedale Maggiore" Crema*

*Direttore Generale: Luigi Ablondi*

*Referente dell'esperienza: Luciano Orsi*

*Titolo: Ospedalizzazione domiciliare e rete di cure*

#### 4. APPROPRIATEZZA E QUALITÀ DELLE CURE

*A cura di Americo Cicchetti e Francesca Moccia*

I progetti selezionati nella sezione 'appropriatezza clinica e qualità' si distinguono per la varietà degli approcci seguiti e per innovazione. In un contesto in cui i fondi disponibili, sia per le regioni in piano di rientro, sia per le cosiddette virtuose, non potranno crescere nei prossimi anni per effetto delle manovre di finanza pubblica, le aziende sanitarie sono chiamate a sforzi crescenti per mantenere e, se possibile, migliorare i livelli di assistenza. Le capacità di programmazione e organizzazione sono quindi fondamentali per orientare gli sforzi verso le attività a maggiore valore aggiunto che hanno proprio nell'appropriatezza il loro requisito fondamentale.

I progetti presentati in questa area si dividono essenzialmente in tre grandi categorie: quelli che perseguono la crescita dei livelli di appropriatezza sia in termini prescrittivi che organizzativi, quelli che puntano direttamente al miglioramento dell'efficacia delle cure (qualità in senso stretto), quelli che invece pongono l'attenzione alla sicurezza dei pazienti e quindi sulle riduzioni dei rischi.

Ben 6 dei 14 progetti analizzati, infatti, si propongono di migliorare la qualità complessiva delle cure adottando modelli organizzativi che mantengono o migliorino la qualità dell'assistenza, ottimizzando l'uso delle risorse e limitando la variabilità nel loro uso. L'organizzazione per intensità di cure in ambito chirurgico ha portato la ASL Roma E a riorientare l'utilizzo dei blocchi chirurgici incrementando l'attività diurna rispetto ai ricoveri ordinari a parità di casistica. La ASL di Parma ha raggiunto risultati analoghi (spostamento di attività verso ricoveri diurni) adottando il modello dei cosiddetti letti scambiatori, che permettono un utilizzo flessibile di tale importante risorsa. Per conseguire l'obiettivo dell'appropriatezza è possibile agire anche sul miglioramento delle capacità di prescrizione sia nel campo dei farmaci che dei dispositivi. È su questo secondo aspetto che punta il progetto della ASL della Provincia di Varese in cui, in pochi mesi, gli operatori hanno condiviso modalità di gestione dell'attività protesica sulla base di protocolli *evidence based*. La ricerca di standard procedurali e la diffusione dell'approccio di gestione clinica basata sulle evidenze è alla base delle esperienze della AOUP Giaccone (Sicilia) e di quella pluriennale della AOU di Parma. Ma sono gli stessi modelli organizzativi ad accrescere l'appropriatezza e, di conseguenza, la qualità delle cure. L'adozione di modelli *hub&spoke* per le attività di laboratorio si dimostrano in questo senso decisamente efficaci alla luce dei risultati riportati dalla AUSL di Cesena.



Cinque invece sono i progetti che mostrano percorsi diversi, ma apparentemente tutti validi, per migliorare la qualità dell'assistenza, attraverso la certificazione delle procedure, la definizione di standard organizzativi condivisi, andando incontro alle necessità dei pazienti nel loro percorso di cura. In particolare la ricerca della "qualità di conformità" è il minimo comun denominatore dei progetti della AULSS 21 di Legnano, per limitare gli effetti negativi delle piaghe di decubito e di quello dell'AOU di Ancona che ha portato fino alla certificazione JACIE il proprio programma di Trapianto delle Cellule Staminali. Particolare attenzione alla prospettiva del paziente è rintracciabile nei progetti dell'AO Maggiore di Crema che ha implementato, prima del tempo, la normativa per favorire l'implementazione della terapia del dolore per i propri pazienti. Un esempio di gestione della qualità viene anche dalla capacità di governo della domanda, in modo esplicito ed *evidence based*, proposto dal progetto di gestione delle liste di attesa della ASSP di Trento che lega l'accesso alle cure a espliciti criteri di natura clinica. Nel cuore dei processi clinici e del loro miglioramento è entrato invece il progetto della ASL di Cesena, che attraverso la realizzazione di una banca di tessuti bio-ingegnerizzati, assicura le terapie cellulari in un vasto ambito territoriale con standard qualitativi elevatissimi.

I rimanenti tre progetti condividono l'obiettivo della sicurezza dei pazienti. L'esempio offerto dall'IRCCS Rizzoli sia considerato emblematico del modo di affrontare il problema in un contesto delicato come quello dell'anatomia patologica. Ancora presso la ASL di Parma, invece, la sicurezza in sala operatoria si persegue attraverso la condivisione di linee guida nazionali e indicazioni regionali da implementare nei routinari processi di assistenza chirurgica. L'esperienza pluriennale dell'AOU di Ancona, rappresenta certamente una buona pratica per il governo di una problematica che affligge inevitabilmente ogni nosocomio, quella delle infezioni ospedaliere.

I 14 progetti, pure nella loro estrema eterogeneità, rappresentano uno spaccato di come possa essere possibile migliorare la qualità delle cure, coniugando appropriatezza e controllo nell'uso delle risorse. I diversi progetti, però, sembrano anche avere dei tratti in comune che, ove più ove meno, abilitano il raggiungimento di obiettivi spesso ambiziosi. In tutti i progetti l'approccio è multidisciplinare e il riconoscimento del fondamentale contributo che la diversità culturale e valoriale è in grado di apportare all'innovazione appare di estrema rilevanza. A questo fattore abilitante si accompagna il lavoro di gruppo: la disponibilità di tutti a mettersi in discussione e a servizio degli altri è una chiave interpretativa per tutti questi successi. Il terzo fattore è certamente l'adozione di un approccio "progettuale"; l'aver dedicato tempo e risorse al project management

può fare la differenza tra esperienze che “si perdono” e quelle che si traducono in realtà di successo.

Questi tre fattori abilitanti hanno bisogno di un forte concime, che spesso si rintraccia nelle schede progettuali analizzate: la cultura diffusa del cambiamento e la convinzione di tutti che il “meglio” deve ancora essere raggiunto.

#### 4.1. Veneto: un software per diminuire le lesioni da decubito

Utilizzare un protocollo aziendale per la prevenzione e la gestione dei danni da decubito, che sono spesso il frutto di una cattiva assistenza in ambito domiciliare o ospedaliero, e si verificano quando non vengono attivate le necessarie tecniche di prevenzione e l'utilizzo dei moderni ausili antidecubito. E' questa la strada scelta dalla Azienda ULSS 21 di Legnago, che da gennaio a dicembre 2009 ha dato vita ad un progetto sperimentale nel reparto di lungodegenza riabilitativa dell'Ospedale San Biagio Bovolone per limitare i danni da lesione da decubito attraverso l'utilizzo di un software gestionale che valuta i risultati raggiunti in considerazione della gravità dello stato di salute del paziente e della tipologia del materasso utilizzato. Obiettivo quello di migliorare la qualità assistenziale e diminuire i costi post-dimissione e di fare in modo che il paziente ricoverato che presenta un medio-alto rischio per lesione da decubito non sviluppi o peggiori la sua situazione alla dimissione. Per far questo è stato innanzitutto costruito all'interno dell'Azienda un software specifico, contenente elementi conoscitivi dei prodotti e dei presidi farmaceutici. Successivamente sono state formate 2 infermiere per reparto per avere le prime osservazioni gestionali del prodotto, e poi sono state stabilite una serie di valutazioni successive per verificare lo stato del progetto, monitorato trimestralmente dal responsabile del progetto stesso e dal coordinatore sanitario. Il progetto ha inoltre previsto l'organizzazione di una serie di incontri formativi per l'utilizzo del software. Nel complesso l'applicazione di un protocollo univoco che dà indicazioni sulle modalità di utilizzo dei presidi antidecubito e su quale tipo di materasso antidecubito utilizzare se supportato da un software specifico ha permesso di avere un riscontro immediato dei risultati. Anche se va sottolineato come al successo di questa esperienza abbiano dato un importante contributo anche il buon clima organizzativo, la motivazione delle persone coinvolte e l'ambiente culturalmente evoluto. Tornando ai risultati, sono stati analizzati i dati di due reparti di lungodegenza. Nel primo il 69% dei pazienti non ha peggiorato la lesione di ingresso o non ha sviluppato lesioni durante il ricovero, il 18% ha migliorato la propria situazione mentre il 13% ha subito un peggioramento. Nel secondo reparto, invece, è il 56% dei pazienti (su 630 ricoveri annui) a non aver peggiorato la lesione di ingresso o sviluppato lesioni durante il ricovero, mentre nel 34% dei casi la lesione è migliorata. Inoltre, migliorare l'assistenza del paziente ha di fatto permesso di utilizzare al meglio le

risorse e di indirizzarle verso altre esigenze (materiale per medicazioni, presidi antidecubito adeguati) con conseguente riduzione dei costi assistenziali sia durante il ricovero che nel post dimissione dovuto all'assenza o al non peggioramento delle lesioni da decubito. L'esperienza, realizzata in forma sperimentale, e che non ha avuto finanziamenti esterni, è stata poi adottata dal Servizio Adi (assistenza domiciliare integrata).

*Regione Veneto*

*Azienda Unità Locale Socio-Sanitaria Legnago*

*Direttore Generale: Daniela Carraro*

*Referente dell'esperienza: Borese Benvenuto*

*Titolo: Limitare i danni da lesione da decubito*

#### 4.2. Sanità: AOU Parma, meno attesa in corsia con "Swing Bed"

Meno tempo di attesa al pronto soccorso e aumento dei ricoveri diurni a scapito di quelli notturni. Sono alcuni dei risultati raggiunti dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma grazie a un progetto avviato nel 2008 che ha introdotto in ospedale il programma di "swing bed", ovvero quei letti ospedalieri che possono essere usati, secondo necessità, sia per pazienti critici che di lungodegenza.

Letteralmente "letti scambiatori" o flessibili, gli swing bed sono un concetto nato negli anni Sessanta negli Stati Uniti nell'ambito delle lungodegenze e degli ospedali rurali. Programmi simili, con conseguente modifica dell'organizzazione della struttura sanitaria, sono stati ripresi negli Usa negli ultimi anni e su questa scia si è collocato l'esperimento dell'ospedale parmense, che ha trovato negli swing bed la soluzione ideale per affrontare un "iperafflusso" improvviso riscontrato al pronto soccorso, sette volte maggiore dal 2008. Il bacino di utenza dell'Azienda ospedaliero-universitaria è di circa 400mila persone, con più di 40mila ricoveri ordinari e 80 mila accessi all'anno in pronto soccorso. In media, secondo le stime diffuse dalla AOU, circa il 20% delle persone che accedono al pronto soccorso necessita di ricovero, con periodi di particolare criticità, come i mesi invernali, in cui si verifica un accesso superiore alla media con difficoltà nel reperire posti letto. La via italiana dello swing bed, applicata con il progetto parmense, ha dimostrato che con soli 12 "letti scambiatori" è stato possibile attivare un circolo virtuoso che ha permesso di aumentare il flusso di malati da reparti per acuti a reparti di lungodegenza, incrementando i posti liberi per il pronto soccorso. In pratica l'AOU, grazie anche all'introduzione della figura professionale del "bed manager", ha identificato 12 letti di lungodegenza aggiuntivi sotto la responsabilità dell'équipe medica di Lungodegenza Critica. Su quei letti sono stati trasferiti malati stabili, prossimi alle dimissioni. In questo modo è stato possibile liberare posti letto per malati post-acuti o post-terapia intensiva provenienti dai reparti per acuti e le

unità ospedaliera di Medicina sono riuscite ad accogliere con ritmi più regolari i ricoveri dal pronto soccorso. Un circolo attivato in poco tempo, meno di quattro ore, e senza costi aggiuntivi.

Nel dettaglio, durante il periodo di attuazione del programma (dal 2008 al 2010) il numero dei ricoveri diurni è aumentato dell'80%, con una riduzione dei tempi d'attesa per il posto letto del 18% e una conseguente riduzione del numero di ricoveri notturni. Il progetto ha portato anche a un risparmio per l'Azienda: in passato episodi "critici" simili venivano infatti fronteggiati in vari modi. Ad esempio aumentando medici e paramedici, incrementando gli ambulatori di accettazione e triage, creando nuovi reparti per pazienti critici a tempo determinato con assunzione temporanea di nuovo personale medico e infermieristico, oppure ancora trasferendo alcuni pazienti in ospedali di province limitrofe. Approcci non solo di parziale efficacia, ma che risultavano soprattutto costosi, poco flessibili e richiedevano uno sforzo organizzativo notevole.

Caso di successo, l'esperienza dell'AOU di Parma è stata citata nella pubblicazione "Letti scambiatori: la via italiana del programma 'Swing Bed'. Una nuova possibilità per uno strumento antico" sulla rivista Internal and Emergency Medicine.

*Per ulteriori approfondimenti sui risultati ottenuti si rimanda all'allegato D*

*Regione Emilia Romagna*

*Azienda Ospedaliero-Universitaria Parma*

*Direttore Generale: Leonida Grisendi*

*Referente dell'esperienza: Loris Borghi*

*Titolo: "Letti scambiatori": la via italiana del programma Swing Bed una nuova possibilità per uno strumento antico*

#### **4.3. Trapianti: ad Ancona è di moda l'eccellenza**

Il trapianto di cellule staminali emopoietiche rappresenta, da anni, una terapia salvavita consolidata e di grande successo per la cura di numerose e gravi malattie ematologiche e non (leucemie, linfomi, malattie congenite del metabolismo, immunodeficienze, tumori solidi). Dai primi pionieristici tentativi di trapianto avvenuti a cavallo tra gli anni Cinquanta e Sessanta, la medicina ha fatto straordinari passi in avanti, e oggi il trapianto viene offerto ad un numero sempre crescente di pazienti. Secondo il ministero della Salute in Europa vengono effettuate oltre 20.000 procedure di trapianto ogni anno, di cui oltre 5.000 in Italia.

Ma per essere considerati un "centro di eccellenza" in Europa oggi è molto importante ottenere l'accreditamento Jacie, ovvero una sorta di attestazione internazionalmente riconosciuta che verifichi, in base ad una serie di standard e di parametri, la validità del centro, la qualità nella cura dei pazienti e nella gestione delle attività svolte dai centri di raccolta. I principi fondamentali dello standard Jacie, elaborati da una Commissione creata dalle Società Scientifiche di riferimento in Europa nel campo del trapianto di progenitori emopoietici, sono stati recepiti con il decreto legislativo 191/07 anche dall'Italia, che ha esteso il campo di applicazione a tutte le attività relative alla clinica, raccolta e manipolazione di tessuti cellulari umani e derivati destinati ad applicazioni sull'uomo. Una strada, quella dell'accreditamento, che è stata scelta dalla Clinica di Ematologia Azienda Ospedali Riuniti di Ancona, consapevole dell'importanza di un riconoscimento che rappresenta il mezzo attraverso il quale un centro può dimostrare di svolgere la propria attività ad un livello di competenza e in ottemperanza a standard di eccellenza. Questa procedura di accreditamento Jacie, iniziata nel 2006 (il percorso è durato 3 anni circa), ha previsto la creazione di un sistema qualità del "programma trapianti" che unificasse le strutture coinvolte nella raccolta, manipolazione, uso clinico delle cellule staminali e nella gestione del paziente trapiantato; inoltre ha richiesto la creazione di un sistema di gestione del prodotto e del paziente, degli aspetti formativi e della gestione delle non conformità. La procedura di accreditamento si è poi materialmente svolta attraverso la valutazione della documentazione di sistema ed attraverso una visita ispettiva, svolta da personale qualificato nel campo della raccolta, manipolazione ed utilizzo clinico di progenitori emopoietici. Questi sforzi compiuti dall'Azienda di Ancona, che ha beneficiato anche di un contributo economico dell'AIL (Associazione Italiana contro le Leucemie), hanno prodotto risultati importanti: sia a livello organizzativo, con la riorganizzazione del personale e delle attività relative al paziente e al donatore di cellule staminali, sia in termini di miglioramenti operativi, grazie al monitoraggio degli indicatori e alla standardizzazione di procedure e metodi nella gestione del paziente trapiantato. Tutte operazioni virtuose, che hanno avuto come naturale conseguenza un incremento del numero annuo di trapianti allogenici (25) e più in generale un miglioramento qualitativo dell'assistenza al paziente trapiantato (definizione di orari, risorse e spazi dedicati, standardizzazione di metodi e procedure).

*Regione Marche*

*Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona*

*Direttore Generale: Gino Tosolini*

*Referente dell'esperienza: Pietro Leoni e Mauro Montanari*

*Titolo: Accredimento JACIE del Programma di Trapianto di Cellule Staminali della Clinica di Ematologia*

#### 4.4. Sanità: AUSL Cesena, tessuti bio-ingegnerizzati nuova frontiera medicina rigenerativa

Curare le grandi ustioni o, più in generale, ricostruire non solo cute, ma anche tendini o cartilagine con un tessuto ingegnerizzato in laboratorio a partire da materiale biologico, quindi da un donatore, senza reazioni avverse nel paziente ricevente. È la nuova frontiera della medicina rigenerativa a cui ha lavorato, dal 2007 al 2009, l'Azienda USL di Cesena, che ha messo a punto un supporto, "scaffold" in gergo, decellularizzato e biocompatibile per la riparazione di tessuti.

Il progetto si inserisce in un contesto di commercializzazione da parte del mercato farmaceutico di molteplici sostituti cutanei, soprattutto sintetici o misti, scaffold dai costi non sempre sostenibili per le realtà pubbliche. La ricerca è stata quindi concepita per ottenere un sostituto biologico – a partire da tessuto cutaneo di un donatore certificato, così come stabilito nell'attuale normativa su trapianti di organi e tessuti – ma sottoposto a trattamenti di rimozione cellulare che lo rendano biocompatibile, evitando il rigetto nei pazienti che lo ricevono.

Promosso e finanziato dai Centri trapianti nazionale e dell'Emilia Romagna, lo studio ha coinvolto oltre all'Azienda USL di Cesena anche l'IRCCS Istituto ortopedico Rizzoli di Bologna, l'Istituto Humanitas di Milano e l'Ospedale Sant'Orsola e Università degli Studi di Bologna.

Suddivisa in tre stadi (gli studi in vitro, gli studi ex vivo e la sperimentazione clinica), la ricerca ha consentito la messa a punto di un innovativo tessuto distribuito dalla Banca della Cute di Cesena su scala nazionale ad ospedali e case di cura pubblici e privati, dietro specifica richiesta. Oggi il tessuto prodotto è utilizzato clinicamente con successo soprattutto in due ambiti: quello dermatologico, per il trattamento di ferite gravi, e quello ortopedico per la riparazione della cuffia dei rotatori della spalla. I pazienti sottoposti all'innesto non hanno mai mostrato reazioni avverse, nemmeno nel tempo (il follow up finora è arrivato a due anni).

L'esperienza, spiega l'AUSL di Cesena, "ha dimostrato che l'ingegneria tessutale da sola, ma anche in sinergia con le terapie tradizionali, può rappresentare un'innovativa ed efficace arma terapeutica in alcune situazioni in cui le terapie standard non riescono da sole a portare a guarigione", ad esempio su ferite cutanee croniche e particolarmente gravi. "L'ausilio dell'ingegneria dei tessuti – affermano i ricercatori – ha comportato in alcuni casi anche un aumento di efficienza a livello organizzativo e gestionale dei pazienti, dal momento che questi sono stati rivolti al trattamento con questo tipo di sostituto cutaneo ottenendo spesso buoni risultati anche in tempi ragionevolmente limitati".

Risultati riconosciuti dal mondo accademico e scientifico internazionale, che hanno ricevuto premi importanti come quello per la migliore topic ricerca clinica assegnato a Roma nel 2008 in occasione del VII Convegno Nazionale dell'Associazione Italiana Ulcere Cutanee (AIUC), o il premio patrocinato dalla Lega italiana per la lotta contro le leucemie (LILT) per il miglior ricercatore e il miglior studio, consegnato al Simposio internazionale per le Biotecnologie nel 2010 a Rimini. L'esperienza è stata inoltre citata in pubblicazioni sul Journal of Orthopaedic and Traumatology e sul Journal Acta Vulnologica. Alla buona riuscita del progetto ha contribuito in particolare la professionalità degli operatori, coinvolti con percorsi di formazione che hanno previsto anche audit clinici organizzati dal Centro Grandi Ustionati e dalla Banca Regionale della Cute dell'Emilia Romagna.

*Regione Emilia Romagna*

*Azienda Unità Sanitaria Locale Cesena*

*Direttore Generale: Maria Basenghi*

*Referente dell'esperienza: Davide Melandri e Elena Bondioli*

*Titolo: Progettazione e produzione di uno scaffold cell-free biocompatibile da cute di donatore*

#### 4.5. Rischio clinico: Parma punta sulla "check list" per ridurre gli errori

Ridurre i rischi e gli errori in ambiente chirurgico e al tempo stesso responsabilizzare gli operatori sanitari. Il tutto attraverso la predisposizione di un protocollo di verifica tramite la cosiddetta 'Check List' e relativi audit organizzativi. Ha deciso di puntare sulla gestione del rischio clinico l'Azienda USL di Parma, che nel dicembre nel 2009 ha dato il via ad un progetto sperimentale realizzato nel dipartimento Chirurgico dell'Ospedale S. Maria di Borgo Val di Taro che prevedeva, per un periodo di tempo di 6 mesi, l'introduzione in tema di rischio clinico delle 'check list' ministeriale per la sicurezza del paziente in sala operatoria, oltre alla scheda di 'Incident reporting' dell'Agenzia sanitaria dell'Emilia-Romagna, grazie alla quale i professionisti sanitari possono, spontaneamente, segnalare i cosiddetti 'near misses', i quasi eventi avversi, allo scopo di fornire una base di analisi per predisporre in futuro strategie migliorative. Sponsorizzata dal ministero della Salute, che la propone con tanto di manuale di accompagnamento e tre video visibili sul proprio sito internet, e modulata su quella dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, la 'Check List' non è propriamente una legge: si tratta più che altro di "forti indicazioni", concordate con le Regioni, sull'implementazione degli standard di sicurezza nelle sale operatorie e in tutte le procedure chirurgiche effettuate. Al termine dei sei mesi di sperimentazione i risultati sono stati sorprendenti e hanno dimostrato che nel periodo di applicazione della 'Check List' c'è stato un azzeramento dei casi per quanto riguarda l'inquadramento dei pazienti, la sede

operatoria e la sala operatoria. Inoltre l'utilizzo della scheda di 'incident reporting' ha consentito di evidenziare quattro possibili errori, due dei quali relativi alla somministrazione-sospensione dei farmaci. L'uso della Check list ha anche evidenziato il ruolo fondamentale svolto dall'infermiere in tutto il processo di accoglienza e cura, determinando nel personale maggiore consapevolezza e coinvolgimento. Tutto questo ha di fatto rappresentato un'occasione di crescita anche culturale, nonostante ci siano state alcune resistenze all'introduzione di questo strumento, rilevate tramite la lettura del questionario di gradimento. Diffidenze che tuttavia sono state neutralizzate grazie ad un esame dei dati in corso e anche al confronto tra unità operative. L'esperienza dell'AUSL di Parma, realizzata in forma sperimentale, è stata poi adottata in pianta stabile. E in prospettiva, i buoni risultati avvenuti in particolar modo sul versante della sicurezza dei pazienti, fanno intravedere ottime prospettive dal punto di vista economico, se solo si pensa ai costi di eventuali contenziosi per errori in fase di trattamento. A dimostrazione della valenza del progetto e delle sue potenzialità future, un abstract di questa esperienza è stato pubblicato al Forum del "Risk management" 2010 ad Arezzo.

*Regione Emilia Romagna*

*Azienda Unità Sanitaria Locale Parma*

*Direttore Generale: Massimo Fabi*

*Referente dell'esperienza: Massimo Facchini*

*Titolo: La gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti*

#### **4.6. Sanità: ASL Varese, meno sprechi per protesi con centri prescrizione 'doc'**

Migliorare il servizio di erogazione delle protesi d'arto evitando sprechi, prescrizioni inutili, e coniugando governo dei costi e qualità di assistenza. Ci è riuscita la ASL della Provincia di Varese che nel biennio 2009-2010 ha varato un piano ad hoc in materia.

Quello dell'assistenza protesica è uno degli ambiti in cui le ASL sono spesso chiamate a individuare criticità di intervento con l'obiettivo di ridurre sprechi. Un settore in cui le variabili da considerare per prescrizioni ed erogazioni sono notevoli: nei Paesi industrializzati, come l'Italia, si calcola che le amputazioni dell'arto inferiore, causate da disturbi vascolari, rappresentino il 70-80% del totale. In particolare, nel nostro Paese le amputazioni causate da lesioni vascolari sono oltre settemila l'anno e i pazienti amputati a causa di queste patologie sono, di norma, anziani, con età superiore ai 70 anni. Le condizioni di salute degli assistiti sono spesso compromesse dalla presenza di diabete per la metà dei casi, ma soprattutto da insufficienza cardiovascolare, nell'80% dei casi, con uno o più infarti per uno su quattro e disturbi respiratori per il 20%. Di qui la necessità di



inquadrate tutti gli aspetti che possono condizionare, e in alcuni casi impedire, la possibilità di protesizzazione.

Dall'attività di monitoraggio effettuata dalla ASL della Provincia di Varese è emerso che uno dei settori più a rischio di inappropriatelyzza prescrittiva è rappresentato proprio dalle protesi d'arto: la complessità della materia richiede una preparazione specifica di chi prescrive le protesi e un approccio multidisciplinare al paziente. Di qui l'iniziativa, oggi trasformata in una pratica consolidata, di predisporre un piano specifico per questo processo attraverso corsi formativi, base e avanzati, rivolti a specialisti ortopedici e fisiatra impegnati nella cura e nella riabilitazione di pazienti amputati per cui la protesi risulta imprescindibile. Coinvolti anche gli operatori ASL incaricati delle autorizzazioni e i tecnici delle ditte fornitrici. Successivamente è stato creato un gruppo di lavoro misto, fra ASL e specialisti, per aiutare i pazienti nel percorso di cura e riabilitazione. Sono stati quindi definiti requisiti e standard per i prescrittori e le strutture in cui operano, ed è stato stilato un elenco di ditte fornitrici "accreditate" presso la ASL.

Gli obiettivi del progetto erano principalmente quelli di ridurre i codici non opportuni che portavano all'aumento dei costi a carico della ASL, ridurre la realizzazione di dispositivi con componenti costosi e inadatti alla tipologia del paziente e infine la diminuzione dei costi a carico del Servizio sanitario nazionale.

I risultati non sono mancati. In particolare il cambiamento più significativo è stato la creazione di Centri di prescrizione specifici in cui oggi è necessario prevedere la presenza di un team costituito dallo specialista fisiatra/ortopedico, dal terapeuta della riabilitazione/terapeuta occupazionale e dal tecnico ortopedico. Anche i costi sono stati notevolmente ridotti. Dall'esperienza realizzata, l'ASL ha ottenuto un risparmio di 28.500 euro su 30 casi campionati nel 2009 e di 46.800 euro su 139 casi esaminati nel 2010.

*Regione Lombardia*

*Azienda Sanitaria Locale Varese*

*Direttore Generale: Pierluigi Zeli*

*Referente dell'esperienza: M. Grazia Buzzi*

*Titolo: Processo di erogazione delle protesi d'arto piano di miglioramento - biennio 2009/2010*

#### 4.7. Ancona: "Sorveglianza" funziona, diminuiscono infezioni ospedaliere

Nonostante i notevoli progressi nella conoscenza dei principali fattori di rischio delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) e delle più efficaci misure di prevenzione, l'incidenza delle complicanze infettive in ambiente ospedaliero continua ad essere un problema rilevante, che incide negativamente sulla qualità dell'assistenza e sulla gestione economica dell'ospedale. Per questo nel 1998 l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti "Umberto I - G.M. Lancisi - G Salesi", nelle Marche, ha deciso di avviare una strategia di sorveglianza, prevenzione e controllo, articolata in 4 diversi progetti: obiettivo cercare di porre un freno alle infezioni ospedaliere, che ogni anno in Europa colpiscono 4 milioni di persone (37mila le vittime). Per avere un'idea, solo gli incidenti stradali mietono lo stesso numero di vittime nei 27 paesi dell'Unione Europea. E la situazione italiana non è certo migliore. Nel nostro paese, infatti, il 5-8% dei pazienti ricoverati contrae un'infezione ospedaliera, e questa percentuale si traduce in circa 450mila-700mila infezioni (4.500-7.500 i decessi stimati). Così l'AOU di Ancona ha attivato il suo progetto nel '98 decidendo di partire con la sorveglianza attiva delle infezioni del sito chirurgico, realizzata attraverso una revisione bisettimanale delle cartelle cliniche dei pazienti ricoverati sottoposti ad intervento chirurgico e un monitoraggio degli esami colturali eseguiti su tamponi delle ferite chirurgiche.

Successivamente è stata affrontata la questione della razionalizzazione dell'uso degli antibiotici nella profilassi pre-operatoria, grazie alla costituzione di un gruppo multi-disciplinare (medico igienista, infettivologo, chirurgo, farmacista) che ha provveduto al censimento dei protocolli di antibiotico-profilassi adottati nei reparti chirurgici per le diverse tipologie di intervento. Fino ad arrivare, in fasi più recenti, alla verifica dei protocolli attraverso l'istituzione di un progetto di sorveglianza attiva. La terza fase del progetto ha invece riguardato la creazione di un protocollo aziendale condiviso per valutare l'entità del fenomeno delle infezioni delle vie urinarie associate al catetere (IVUAC), mentre la quarta si è occupata di monitorare e identificare i microrganismi multi resistenti, specie batteriche resistenti a più di una classe di antibiotici. Nel complesso molti sono stati i risultati raggiunti dal progetto messo in campo dalla Regione Marche. Innanzitutto il programma di sorveglianza Isc ha portato ad una diminuzione della degenza media post-operatoria, del costo medio di degenza, e a una riduzione delle infezioni del sito chirurgico. Inoltre l'azione di razionalizzazione sull'utilizzo degli antibiotici ha avuto come conseguenza una riduzione dell'uso inappropriato degli antibiotici del 58.85% nel periodo 2001-2008. E feedback positivi sono arrivati anche in merito al programma di sorveglianza delle Ivuac, considerato che la riduzione del ricorso alla cateterizzazione vescicale da 18.5 su 1000 giorni/catetere nel 2005/2006 è passata a 9.2 su 1000/giorni catetere nel 2007/2008. Infine, il programma di sorveglianza della circolazione dei microrganismi multiresistenti ha

prodotto un sensibile miglioramento dell'applicazione dei protocolli di isolamento per i pazienti colpiti. Questa esperienza, oramai diventata di routine per l'Azienda, era stata selezionata al Forum PA 2001 per la Regione Marche.

In generale, gli aspetti cui è stata data maggiore attenzione clinica nel progetto hanno consentito di standardizzare le procedure di assistenza ai pazienti, di assicurare in maniera pro-attiva un migliore standard di qualità delle cure e di rilevare prontamente eventuali eventi inattesi.

#### *Regione Marche*

*Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona*

*Direttore Generale: Gino Tosolini*

*Referente dell'esperienza: Marcello M. D'Errico*

*Titolo: Sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza*

#### **4.8. Sanità: ASL Roma E, Chirurgia riorganizzata per intensità di cura**

Riduzione della degenza pre-operatoria, incremento del tasso di operatività chirurgica, del numero dei casi trattati e miglioramento della continuità assistenziale a parità di risorse. Sono questi alcuni degli obiettivi raggiunti dalla ASL Roma E grazie alla riorganizzazione ospedaliera per intensità di cura di tre reparti afferenti chirurgia.

Realizzato fra il 2008 e il 2009, il progetto è stato presentato al settore Programmazione della Regione Lazio come azione della ASL per il raggiungimento degli obiettivi previsti dal Piano di Rientro ed è stato condotto presso il Dipartimento di chirurgia del polo Ospedaliero Santo Spirito, ospedale storico sede di DEA di I livello caratterizzato da imponenti vincoli da parte della Sovrintendenza. Gli impegni imposti dal piano di rientro e il conseguente blocco del turnover, spiega l'Azienda, potevano avere come ricaduta la diminuzione dei livelli di assistenza e la conseguente riduzione della qualità delle prestazioni. Ecco perché la ASL ha deciso di mettere in atto un innovativo modello organizzativo-gestionale delle specialità chirurgiche con l'obiettivo principale di eliminare le criticità derivanti dalle notevoli differenze (in termini di risorse, organizzazione e assetto istituzionale) esistenti fra i due presidi che costituiscono il polo ospedaliero: l'ospedale Santo Spirito e la Casa di Cura Villa Betania. Differenze che causavano ad esempio discrepanza nel livello di cura e di assistenza fra i due presidi, un utilizzo poco equilibrato di alcune risorse "chiave" come le sale operatorie e con l'effetto paradossale di sottoutilizzazione in un presidio, a fronte di "affollamento" e di incremento delle liste di attesa nell'altro.

La nuova organizzazione della Chirurgia Polispecialistica della ASL Roma E ha invece previsto il progressivo superamento del “modello per specialità” con spazi e posti letto fisicamente predeterminati ed intoccabili, a favore di una maggiore flessibilità per una reale integrazione fra i due presidi. In questo modo verso il Santo Spirito sono stati orientati i ricoveri di urgenza-emergenza e quelli a maggiore intensità di cure e assistenza, mentre verso Villa Betania sono stati indirizzati i ricoveri di chirurgia specialistica e a minore intensità di cure e assistenza. Un modello organizzativo, già presente nell’atto aziendale del marzo 2008, che è stato elaborato con rigoroso riferimento al Piano di rientro Regionale e tenendo conto del Programma di Audit Civico Regionale, del progetto Nazionale Carta della Qualità in Chirurgia e dell’adozione della Carta Europea dei Diritti del Malato.

Nel dettaglio, dai primi mesi del 2009 è stato attivato presso l’Ospedale Santo Spirito il Reparto di Chirurgia Polispecialistica che accorpa in una unica Unità di Degenza le specialità di Chirurgia Generale (23 posti letto), Neurochirurgia (8 posti letto) e Chirurgia Vascolare (4 posti letto). I posti letto complessivi sono suddivisi per specialità solo a scopo amministrativo, ma in realtà la gestione del paziente è avvenuta in base a necessità assistenziali e alla modalità di ricovero. Dal maggio 2009 è stata poi attivata presso il presidio Villa Betania l’unità operativa semplice dipartimentale di Day Surgery Polispecialistica.

Notevoli i risultati raggiunti. In particolare, a parità di risorse, è stato riscontrato un aumento del tasso di operatività chirurgica del 24%, un incremento del numero dei casi trattati, del numero delle dimissioni protette, mentre è stata osservata una diminuzione delle giornate della degenza pre-operatoria.

Nota: Il Decreto del Commissario ad Acta della Regione Lazio n. 80 del 30 settembre 2010 ha previsto la chiusura di tutti gli 8 posti letto di Neurochirurgia in dotazione alla Chirurgia dell’Ospedale Santo Spirito.

*Per ulteriori approfondimenti sui risultati ottenuti si rimanda all'allegato D*

*Regione Lazio*

*Azienda Sanitaria Locale Roma E*

*Direttore Generale: Maria Sabia*

*Referente dell'esperienza: Patrizia Chierchini*

*Titolo: Chirurgia multispecialistica per intensità di cura*

#### 4.9. Sanità: meno dolore in ospedale, buone pratiche a Crema

Meno dolore in ospedale grazie a un programma assistenziale di cure palliative che funziona, a una consolidata rete di terapia del dolore e a un servizio di supporto psicologico per i pazienti con forme di dolore persistenti. Ci è riuscita l'Azienda ospedaliera "Ospedale Maggiore" di Crema, che grazie a un progetto avviato nel 2008 ha anticipato contenuti e obiettivi della legge 38 del 2010 che prevede, fra l'altro, la realizzazione della Rete della terapia del dolore.

Nella struttura ospedaliera di Crema la rilevazione del dolore è diventata una costante dell'assistenza e le misurazioni eseguite negli anni, ottenute per lo più tramite questionari distribuiti ai degenti, evidenziano un miglioramento dei risultati con sempre meno pazienti che lamentano di avere sofferto dolore in ospedale. Il nosocomio si è mosso in questa direzione fin dal 2002, nell'ambito delle iniziative promosse dalla Rete Internazionale degli Ospedali che promuovono la salute (HPH&HS), e ha predisposto procedure ad hoc per misurare il dolore e il suo trattamento – in particolare per coloro che sono ricoverati o affetti da dolore cronico non neoplastico – con documentazione conservata in cartella clinica. In questo modo l'ospedale è riuscito a recuperare la centralità del paziente, diventato parte attiva nel tenere sotto controllo il dolore. Un risultato che non poteva essere raggiunto senza il supporto e la collaborazione delle associazioni di volontariato.

La misurazione del dolore è stata inoltre accompagnata da un servizio di supporto psicologico per i pazienti e da iniziative di formazione rivolte agli operatori sanitari, con corsi permanenti attivati due volte l'anno e contenuti ripensati per ogni edizione in base alle segnalazioni dei partecipanti e all'evoluzione del progetto. Obiettivi e pratiche del tutto coerenti con l'accordo stipulato a maggio di quest'anno fra Regioni, Province autonome e Ministero della Salute sul documento che dispone le linee guida per l'"Ospedale senza dolore".

Significativi i risultati ottenuti. Dalle indagini di rilevazione del dolore relative al 2009 ed effettuate dalla Fondazione Gigi Ghirotti col questionario distribuito in occasione della Giornata del Solievo è emerso che sono diminuiti i pazienti che manifestano una percezione del dolore superiore a 4 su scala VAS (Scala analogica visiva): dal 55,1 al 43% nei due anni di rilevazione; mentre la soddisfazione sul servizio di cure palliative dell'ospedale ha superato il 90%, a fronte di una media regionale dell'84%.

Il progetto ha previsto inoltre la costituzione di un Comitato per la gestione del dolore in ospedale che, una volta creata una rete stabilmente organizzata per la terapia del dolore, ha proceduto anche con la modifica dell'appropriatezza

prescrittiva dei farmaci oppioidi o antidolorifici, secondo le indicazioni dettate dalle linee guida dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms). Finanziato completamente dalla Regione Lombardia, il progetto è costato 10 mila euro di investimento iniziale e richiede poco più di 16 mila euro per la gestione annua, in particolare per le ore di formazione. L'esperienza è stata citata alla XV International Conference on Health Promoting, a Vienna nel 2007, e nella pubblicazione "Non solo cura. Le buone pratiche di promozione della salute negli ospedali della Regione Lombardia".

*Per ulteriori approfondimenti sui risultati ottenuti si rimanda all'allegato D*

*Regione Lombardia*

*Azienda Ospedaliera "Ospedale Maggiore" Crema*

*Direttore Generale: Luigi Ablondi*

*Referente dell'esperienza: Roberto Sfogliarini*

*Titolo: Gestione del dolore in ospedale*

#### 4.10. Liste di attesa: a Trento tempi massimi garantiti

Adegua i tempi di attesa di ciascun cittadino al bisogno clinico che manifesta, garantendo un tempo di attesa massimo suddiviso per fascia di priorità. Il tutto grazie anche al prezioso contributo dei medici di famiglia, dei pediatri di libera scelta e degli specialisti ospedalieri. Benvenuti a Trento, dove l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari ha deciso di affrontare con un approccio innovativo uno dei problemi più seri che attanagliano il servizio sanitario nazionale: quello delle famigerate liste di attesa. Con un obiettivo prioritario, garantire dei tempi di attesa con priorità condivise. Il progetto ha preso forma più di 10 anni fa (precisamente nel 2000) quando, a causa del progressivo aumento dei tempi di attesa per accedere alle prestazioni specialistiche ambulatoriali, presso un Distretto dell'Azienda è stata realizzata un'esperienza pilota, che riprendeva un modello che prevede l'uso di raggruppamenti di attesa omogenei (RAO). Un modello ideato per facilitare l'applicazione di criteri di accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali non basati semplicemente sul criterio first-in first-out (il primo che arriva viene servito per primo) ma su criteri clinici espliciti e concordati grazie al coinvolgimento partecipativo e progressivo di medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta e degli specialisti ospedalieri, che hanno avuto il compito di concordare alcune "parole chiave cliniche" capaci di descrivere il grado di 'bisogno diagnostico' del paziente. Un bisogno che come "variabile dipendente" ha un suo corrispettivo tempo di attesa ritenuto "ragionevole". In sostanza, il percorso di coinvolgimento progressivo ha portato alla definizione di 3 categorie di priorità clinica (Rao A, max. 3 giorni di attesa dalla

prenotazione, Rao B, max. 10 giorni, Rao C, max. 30 giorni), le quali consentono al medico che prescrive una prestazione di stabilire a priori, cioè al momento della prescrizione, il tempo di attesa ritenuto adeguato. Tale metodo permette di ridurre al minimo i tempi anche del medico di famiglia, che altrimenti, di fronte ad un paziente prioritario, sarebbe costretto a cercare telefonicamente il collega specialista per poter fissare un appuntamento in tempi ragionevoli. L'esperienza dell'APSS di Trento ha ottenuto nella fase di attuazione notevoli risultati. Il modello è stato infatti utilizzato per un vasto numero di prestazioni specialistiche ambulatoriali (circa 80), fino ad essere diffuso su tutto il territorio aziendale. E molti degli obiettivi sono stati raggiunti, a partire dall'aver garantito tempi massimi di attesa per priorità clinica (senza aumentare le prestazioni), e di aver ridotto l'invio dei pazienti in pronto soccorso. Inoltre questo progetto ha portato anche ad un aumento del confronto interprofessionale fra medici delle cure primarie e medici specialisti ospedalieri. E con il tempo si è assistito ad una progressiva diffusione del modello di accesso per priorità cliniche da un ambito distrettuale (120.000 abitanti) a tutto l'ambito aziendale (530.000 abitanti).

*Per ulteriori approfondimenti sui risultati ottenuti si rimanda all'allegato D*

*Provincia Autonoma di Trento*

*Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari*

*Direttore Generale: Luciano Flor*

*Referente dell'esperienza: Giuliano Mariotti*

*Titolo: Garanzia dei tempi di attesa con priorità condivise*

#### **4.11. Sanità: Area Vasta Romagna, stop a esami inutili grazie a pochi click**

Stop alle inutili e onerose ripetizioni delle analisi grazie a pochi click. A questo punta il progetto avviato nel 2009 dall'AUSL di Cesena che grazie al sistema informatico di gestione della diagnostica da laboratorio ha analizzato i dati di prescrizione delle diverse realtà territoriali e ospedaliere romagnole individuando e superando pratiche non appropriate.

L'esperienza nasce da un contesto peculiare, quello del Laboratorio unico dell'Area Vasta Romagna che, inaugurato nel 2009, rappresenta una delle esperienze più importanti a livello europeo di gestione unificata di attività laboratoristiche ed è organizzato secondo un modello "hub & spoke". In pratica c'è una struttura a rete che unisce un laboratorio centralizzato ad alta specializzazione (centro "hub") a sette laboratori a risposta rapida (centri "spoke") e a 93 punti prelievo distribuiti sul territorio di competenza delle Aziende USL di Cesena, Forlì, Ravenna, Rimini. Una rete simile, che garantisce assistenza a circa

un milione di persone, era caratterizzata in partenza da una certa disomogeneità delle prescrizioni, con casi frequenti di richiesta di esami non appropriati o addirittura fra loro contraddittori.

Di qui l'iniziativa dell'AUSL Cesena che ha tentato di colmare questa lacuna utilizzando il sistema informatico del laboratorio unico per confrontare e analizzare le richieste degli esami provenienti dalle diverse aziende e quindi individuare le aree critiche di inappropriatezza. Obiettivo finale quello di "adattare" le linee guida e le raccomandazioni nazionali e internazionali al contesto locale per ridefinire in modo condiviso il pannello di esami di laboratorio richiedibili e in ultimo migliorare la qualità delle prestazioni. Secondo alcune stime, il costo della diagnostica di laboratorio non supera il 5% della spesa sanitaria totale, ma i test di laboratorio hanno un impatto notevole nella gestione dei pazienti, perché influenzano oltre il 70% delle decisioni mediche.

Il progetto, della durata di due anni, è stato attuato in primis scegliendo le aree cliniche di intervento. In particolare l'esperienza di test si è concentrata sugli esami tiroidei, sugli indici di funzionalità renale, sugli indicatori di neoplasia e sugli esami richiesti dal pronto soccorso, con relativi esami sentinella. In secondo luogo sono stati estratti i dati di prescrizione grazie al sistema informatico del laboratorio unico, che copre tutti gli esami richiedibili e tutti i centri prelievi sia ospedalieri che territoriali. In questo modo è stato possibile confrontare i risultati ottenuti dalle varie aziende e unità operative, e "correggere" le pratiche inappropriate. Nel dettaglio, spiega la AUSL Cesena, grazie al semplice report delle modalità prescrittive dei sette ospedali e alla loro analisi e discussione, i dipartimenti di emergenza delle AUSL con i dati più anomali hanno realizzato in media una diminuzione del 25% nella richiesta di esami inutili dopo il primo anno di monitoraggio, con punte del 100%. Contemporaneamente, il numero delle richieste di esami appropriati si è invece attestato su valori stabili. Il successo dell'esperienza è andato inoltre di pari passo con la motivazione e l'impegno delle AUSL: in quelle che hanno mostrato più impegno il numero degli esami inappropriate eseguiti è diminuito maggiormente.

*Per ulteriori approfondimenti sui risultati ottenuti si rimanda all'allegato D*

*Regione Emilia Romagna*

*Azienda Unità Sanitaria Locale Cesena*

*Direttore Generale: Maria Basenghi*

*Referente dell'esperienza: Romolo Dorizzi*

*Titolo: Analisi delle modalità di richiesta degli esami di laboratorio in ambito ospedaliero e territoriale e condivisione di modalità appropriate di richiesta*



#### 4.12. Palermo segue l'Oms: lavare le mani riduce le infezioni

"Clean Care is Safer Care", ovvero le cure pulite sono cure più sicure. È questo lo slogan, mutuato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e fatto proprio dall'Azienda Ospedaliera Universitaria P. Giaccone di Palermo, che nel 2008 ha dato il via ad un progetto per la riduzione delle problematiche infettive (ICPA) correlate attraverso la promozione del corretto lavaggio delle mani. Punto di riferimento, in tal senso, le linee guida sull'igiene delle mani nell'assistenza sanitaria elaborate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms - "Guidelines on Hand Hygiene in Health Care") allo scopo di fornire ad operatori, amministratori e autorità sanitarie una revisione completa delle evidenze disponibili su tale tema e informazioni dettagliate su come superare gli ostacoli. In Europa, infatti, ogni anno più di 4 milioni di pazienti sono colpiti da circa 4,5 milioni di episodi di infezioni ospedaliere legate alla cura, che provocano 16 milioni di giorni di ulteriore permanenza in ospedale, 37mila decessi e costano 7 miliardi l'anno. Ma per evitare tali infezioni, in molti casi basterebbe lavarsi correttamente le mani, spiega l'Oms, che fornisce anche utili consigli pratici: frizionare con il sapone per 20-30 secondi e lavare, sfregare e asciugare per un totale di almeno 40-60 secondi: tanto basta per lavarsi correttamente le mani ed evitare le pericolose infezioni ospedaliere legate all'assistenza sanitaria. L'Oms, che il 5 maggio, come ogni anno, celebra la giornata "The save lives: clean your hands" sul tema dell'igiene delle mani, ha inoltre individuato 5 momenti in cui gli operatori della salute devono lavarsi le mani: prima di toccare un paziente, prima delle procedure di pulizia, dopo essere stati esposti a fluidi corporei, dopo aver toccato un paziente e dopo aver toccato cose a lui vicine. Ispirandosi a questi principi cardine il progetto portato avanti dall'AOU P. Giaccone di Palermo ha ottenuto un'adesione del 78,2%, più alta del risultato atteso che parlava di un 68%. E i risultati non sono mancati, considerato che vi è stata una riduzione delle giornate di degenza relativa alle problematiche infettive correlate, accompagnata da una riduzione della spesa farmacologica (nello specifico di antibiotici), e da una riduzione della morbosità. Naturalmente in termini strettamente operativi il risultato più significativo è stata la maggiore attenzione riservata al lavaggio delle mani una volta scoperto che questo semplice gesto rappresenta la migliore forma di prevenzione delle infezioni ospedaliere. Questo ha comportato una presa di coscienza da parte degli operatori sull'importanza di aumentare l'adesione del lavaggio delle mani. Due invece le criticità affrontate durante il progetto: la carenza cronica di personale, a cui si è ovviato grazie alla formazione residenziale presso le UU.OO, e l'assenza di incentivazione economica al personale che ha partecipato al progetto. L'esperienza realizzata in forma sperimentale è stata, in parte, adottata in forma stabile dall'Azienda.

*Regione Sicilia*

*Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico "P. Giaccone"*

*Direttore Generale: Mario La Rocca*

*Referente dell'esperienza: Maria Valeria Torregrossa*

*Titolo: Clean Care is Safer Care*

#### **4.13. Sanità: IRCCS Rizzoli, meno errori in laboratorio per diagnosi migliori**

Oltre due decisioni terapeutiche su tre (in alcuni casi il 70%) si basano sui risultati degli esami di laboratorio e un errore anche minimo nel trattamento dei campioni, dal prelievo allo scambio di provette, può avere effetti gravissimi sulla diagnosi – ad esempio nel caso di tumori – e di conseguenza sulla cura del paziente. Ecco perché l'IRCCS Istituto Ortopedico Rizzoli (IOR) di Bologna ha avviato nel 2009 un progetto specifico per la gestione del rischio clinico nel laboratorio di Anatomia Patologica.

Per prevenire varie tipologie di errore, lo IOR di Bologna ha applicato il metodo Fmea/Fmeca (Failure Mode and Effect Analysis/Failure Mode and Critical Effect Analysis), una tecnica per identificare e prevenire problemi su prodotti o processi prima che insorgano. La Fmea è un'analisi qualitativa che definisce quello che potrebbe succedere se si verificasse un difetto, un'omissione, un errore, mentre la Fmeca aggiunge anche l'aspetto quantitativo, volto all'assunzione di decisioni operative. Utilizzato da oltre 30 anni in settori industriali come quello automobilistico o nucleare, dal 2001 il metodo è stato proposto dalla Joint Commission, l'ente indipendente che accredita e certifica negli Usa processi e organizzazioni sanitarie, anche come strumento per la prevenzione dei rischi in questo settore.

Nel caso specifico dell'IRCCS bolognese, lo studio si è proposto di analizzare con la Fmea/Fmeca il processo del trattamento dei campioni istologici per la diagnosi di patologie oncologiche di tipo ortopedico e per una corretta terapia post-chirurgica. Il macro-processo delle analisi istologiche è stato scomposto in 26 attività cui sono state associate 44 modalità di errore, e per ciascuna i potenziali effetti sul paziente, le misure di controllo e le cause. Ogni tipologia di errore è stata quindi valutata - per gravità, frequenza e rilevabilità - ed è stata classificata con un indice di priorità di rischio. In base all'analisi delle criticità riscontrate, l'IRCCS ha modificato l'attività del laboratorio. Ad esempio applicando una procedura interna per l'affiancamento e addestramento del personale medico neoassunto, rivedendo un'istruzione operativa di interfaccia tra i Servizi di Anatomia Patologica e di Radiologia per l'esecuzione di immagini radiografiche su sezioni isto-patologiche di tessuto osseo, informatizzando la richiesta di esecuzione di indagini

radiologiche su sezioni di tessuto osseo e imponendo un doppio controllo del personale medico al momento della refertazione dei casi. Inoltre, grazie alla diminuzione di errori, sono stati ridotti i tempi di accettazione e trattamento dei campioni istologici.

La fase di test e di implementazione della procedura è durata un anno, dopodiché è stata applicata a regime da Anatomia Patologica ed entro il 2011 sarà estesa a tutte le altre diagnostiche di laboratorio. Prevista nel Programma aziendale di gestione integrata dei rischi 2009-2010 dell'IRCCS di Bologna, la tecnica è stata applicata in linea col manuale del ministero della Salute per la sicurezza in sala operatoria e con le linee guida regionali per la gestione del rischio nelle aziende sanitarie. Caso di successo, l'esperienza è stata anche oggetto di discussione al Convegno Exposanità di Bologna nel 2010 e al IV Forum Risk Sanità di Arezzo nel 2009.

*Per ulteriori approfondimenti sui risultati ottenuti si rimanda all'allegato D*

*Regione Emilia Romagna*

*Istituto di Ricovero e Cura a carattere Scientifico – Istituto Ortopedico Rizzoli  
Bologna*

*Direttore Generale: Giovanni Baldi*

*Referente dell'esperienza: Patrizio Di Denia*

*Titolo: Gestione del rischio clinico in laboratorio. Applicazione della FMEA/FMECA per la prevenzione degli errori in Anatomia patologica*

#### **4.14. A Parma strategie multidisciplinari per promuovere l'appropriatezza**

E' ormai ampiamente dimostrato che esiste una considerevole variabilità nella gestione di pazienti con la stessa patologia. D'altronde le ricerche effettuate sugli interventi volti a migliorare la qualità dell'assistenza favorendo l'introduzione delle evidenze scientifiche nella pratica dimostrano che la sola diffusione delle evidenze (disseminazione di linee guida, corsi di formazione) dall'alto non è di per sé sufficiente a modificare i comportamenti, mentre sono più efficaci strategie multi-approccio, che prevedono il coinvolgimento delle parti in causa, l'analisi del contesto, l'identificazione delle barriere e degli aspetti che favoriscono il cambiamento e la definizione di misure correttive da parte di un team multidisciplinare composto da tutte le figure coinvolte. Va esattamente in questa direzione il progetto messo in campo dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, che nel 2000 ha avviato un Programma aziendale sui Percorsi Diagnostico-Terapeutici (PDT), dove la collaborazione multidisciplinare/interprofessionale

riveste un ruolo primario per garantire il sistematico trasferimento delle evidenze scientifiche nella pratica quotidiana. Passaggio essenziale, questo, per arrivare ad una migliore appropriatezza clinica. Frutto di un lavoro iniziato nel 1996, attuato nell'ambito di un progetto di ricerca finanziato dal Ministero della Salute nel biennio 2000-2002, il Programma (costato circa 150mila euro) è stato successivamente inserito nelle attività istituzionali. In sintesi, la metodologia adottata per la realizzazione dei PDT prevede una serie di step: si parte dalla selezione della patologia, in base a criteri di rilevanza numerica, e dalla costituzione di un gruppo di lavoro multidisciplinare, per poi passare alla scelta del coordinatore e alla descrizione del Percorso diagnostico-terapeutico in un documento che esplicita gli obiettivi da perseguire. Fino ad arrivare all'applicazione del PDT (attraverso un set minimo di indicatori) e all'analisi periodica dei dati raccolti, per evidenziare i problemi incontrati nella realizzazione del percorso ed eventuali interventi correttivi. Complessivamente negli ultimi 10 anni sono stati realizzati 15 PDT, che hanno trattato oltre 7mila pazienti l'anno, coinvolgendo circa 200 professionisti di 40 unità operative diverse. Undici dei quindici percorsi implementati nel 2008 sono stati monitorati, e nel 70% dei casi hanno avuto un buon grado di adesione alle principali evidenze scientifiche. Nello specifico questi percorsi diagnostico-terapeutici hanno introdotto importanti cambiamenti organizzativi, concernenti l'allocatione dei pazienti nel reparto appropriato, l'esecuzione di test necessari, l'assegnazione di priorità di accesso e la valutazione accurata al triage. Fondamentali sono stati anche i cambiamenti introdotti a livello culturale, in quanto gli incontri frequenti e il grande lavoro svolto dal gruppo di lavoro multidisciplinare hanno favorito la comunicazione, la condivisione e la coesione tra i professionisti e tra loro e la Direzione. Pur non essendo obiettivo del progetto quello della riduzione dei costi, bensì quello della maggiore appropriatezza delle cure, l'introduzione dei PDT ha consentito di ridurre sprechi, ridondanze, variabilità non necessaria e di ottimizzare l'uso delle risorse umane. L'esperienza dell'AOU di Parma, che negli ultimi due anni ha posto particolare attenzione alle patologie cronico-degenerative (ictus, scompenso, BPCO, diabete), è stata citata in diverse pubblicazioni nazionali e internazionali.

*Regione Emilia Romagna*

*Azienda Ospedaliero-Universitaria Parma*

*Direttore Generale: Leonida Grisendi*

*Referente dell'esperienza: Caterina Caminiti*

*Titolo: Percorsi diagnostico terapeutici: una strategia condivisa per migliorare l'adesione alle evidenze scientifiche*

## 5. EFFICIENZA GESTIONALE

*A cura di Fosco Foglietta e Angelo Tanese*

Le esperienze che rientrano nell'area tematica della efficienza gestionale rappresentano un universo estremamente diversificato di realizzazioni.

Questa varietà tematica è giustificata da una concettualizzazione larga dei termini "gestione" ed "efficienza".

Il termine gestione ricomprende non solo meccanismi di produzione e di combinazione dei fattori produttivi, ma anche azioni orientate a sviluppare modalità di partecipazione e di condivisione. Entrambe atte a coinvolgere, responsabilizzare ed esaltare le capacità di proposta e di attuazione coerente degli attori interni ed esterni (stakeholders) al sistema aziendale. Con ciò il concetto di gestione tende ad acquisire anche il significato più ampio di "governo", con quel tanto di visione, orientamento, valutazione e controllo che lo contraddistingue.

Il termine efficienza tende a valorizzare non solo gli interventi tesi alla riduzione dei costi e/o all'incremento dei ricavi, intervenendo sul migliore utilizzo possibile delle risorse. Ma anche a trovare le soluzioni (frequentemente sperimentali) capaci di stimolare rapidi cambiamenti, connotati da un elevato coefficiente di innovazione organizzativa e/o operativa, e orientati a migliorare i contenuti dei processi che sostanziano il circuito della programmazione/progettazione (puntuale, concreta, attendibile), dell'attuazione (tempestiva, coerente, essenziale) e della valutazione e del controllo (documentati, diffusi).

In base al contenuto prevalente, i progetti analizzati possono essere ricondotti a cinque raggruppamenti o sub-aree tematiche:

- Buon governo clinico. In quest'ambito troviamo interventi di natura organizzativa e/o procedurale finalizzati essenzialmente a standardizzare pratiche di natura clinica, quali sinergie di rete per meglio affrontare determinate patologie o forme di gestione del rischio clinico, e in particolare i seguenti progetti:
  - ASP di Potenza, "Le Buone Pratiche di Cura dei Disturbi del Comportamento Alimentare"
  - Azienda Ospedaliera Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona, "Logistica organizzativa della gestione del rischio ospedaliero" e "Percorso onco-ematologico sicuro mediante integrazione di automazione e informatizzazione"

- Azienda Regionale Emergenza-Urgenza della Lombardia, "Attivazione della procedura di gestione degli eventi avversi e dei near misses"
- ASL di Nuoro, "Distribuzione diretta dei farmaci (1° ciclo terapeutico PHT).
- Miglioramento dei processi programmatori e progettuali. Si tratta di iniziative che rafforzano i sistemi gestionali dell'Azienda, attraverso iniziative di vario tipo valorizzando l'offerta delle associazioni di volontariato; rendendo la progettazione più esatta e realistica attraverso una maggiore, consapevole certezza alle previsioni di Budget; affrontando lo sviluppo dimensionale della "offerta" aziendale attraverso una managerialità diffusa che eviti sovrapposizioni e sprechi, la scarsa tempestività e la inattendibilità delle valutazioni dei costi e dei benefici; assicurando la credibilità delle motivazioni e la certezza delle previsioni nelle situazioni in cui i servizi necessitano di finanziamenti aggiuntivi rispetto alle richieste iniziali; centralizzando alcune funzioni a livello regionale. In questo raggruppamento troviamo:
  - APSS di Trento, "Project Management Office"
  - Azienda Ospedaliera Universitaria integrata di Verona, "Riorganizzazione delle attività con finanziamenti aggiuntivi"
  - ASL Roma B, "Tavolo permanente di confronto con le Associazioni di Volontariato"
  - Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico di Modena, "Pianoweb: attivazione di un sistema di gestione controllata dei progetti/obiettivi aziendali"
  - ASL 3 Genovese, "Il ruolo della Direzione Medica di Presidio Ospedaliero Unico nella definizione e nel monitoraggio degli obiettivi di budget"
  - ESTAV Toscana Centro, "Innovazione e accentramento funzione ICT".
- Sistemi innovativi di comunicazione e di dematerializzazione dei documenti cartacei. Progetti centrati sull'utilizzo innovativo delle tecnologie, che semplificano e alleggeriscono attività e servizi, quali:
  - Azienda USL di Bologna, "Sviluppo del sistema documentale"
  - ASL 4 Chiavarese, "Applicazione della firma digitale e archiviazione ottica sostitutiva al 100% ordinativi bancari di incasso e pagamento: un progetto realizzato"
  - ASL della Provincia di Varese, "Attivazione telefonia fissa con tecnologia VoIP in n. 4 sedi aziendali".
- Ricerca della semplicità documentale e della omogeneità dei contenuti informativi, con l'introduzione di modelli standard e di criteri uniformi di raccolta, tra cui in particolare i progetti:
  - Azienda Regionale Emergenza-Urgenza della Lombardia, "Il coordinamento regionale per il trasporto di organi ed équipe finalizzato all'attività trapiantologica della Regione Lombardia" e "La documentazione sanitaria nell'ambito AREU: progettazione di strumenti condivisi e definizione di procedure omogenee in ambito regionale"

- Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna, "La gestione standardizzata e informatizzata della gestione dei materassi antidecubito a motore"
- Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico di Modena, "Utilizzo del software training on line management per la gestione dell'attività formativa".
- Sviluppo e valorizzazione delle risorse umane, con interventi volti a promuovere la valutazione e la valorizzazione delle competenze, la creazione di network professionali o anche l'introduzione di forme innovative di organizzazione del lavoro. In questa sub-area tematica troviamo i seguenti progetti:
  - APSS di Trento, "Programma sviluppo Risorse Umane"
  - Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma, "Formazione alla ricerca per migliorare la salute"
  - Azienda ULSS 21 di Legnago, "Qua&L@: il telelavoro per la qualità".

Dalla lettura delle esperienze considerate si possono trarre tre principali considerazioni.

- Le pratiche realizzate sono mediamente di buon livello, nel senso che appaiono innovatrici, replicabili e misurabili; conseguono a processi di programmazione, attuazione, controllo bene eseguiti; hanno promosso coinvolgimento e raccolto gradimenti; producono soluzioni organizzative e operative che migliorano l'efficienza. Alcune di esse si presentano con i caratteri della eccellenza, che le pongono come modelli fortemente consigliati al sistema aziendale per essere riprodotti - oggi, più che mai - e trasformare situazioni di crisi in una più forte tensione verso cambiamenti opportuni.

E' significativo che i progetti riconducibili a questa dimensione di eccellenza siano spesso riconducibili ad ambiti di intervento non particolarmente innovativi in senso assoluto (project management, budget, formazione, relazioni con le associazioni di volontariato). Ciò che infatti rende particolarmente significativi questi progetti nel panorama nazionale e auspicabile una loro diffusione e la modalità con la quale i processi sottostanti sono sistematizzati e portati a regime, in modo efficace e nuovo per l'organizzazione.

- L'evidenza dimostra che è possibile coniugare efficienza gestionale con appropriatezza e governo clinico, come spesso sostenuto nella teoria; è proprio dall'integrazione professionale e dalla sperimentazione di nuove soluzioni organizzative e procedurali condivise che le Aziende sanitarie possono innovare in modo significativo le pratiche. In altri termini, l'innovazione di processo è un ambito fondamentale per passare da modelli organizzativi rigidi e predefiniti (es. istituzione di nuove strutture aziendali o regionali) a modelli operativi che funzionano.

- Infine, da tutte le esperienze si possono trarre anche alcune “costanti”, che ne connotano trasversalmente e positivamente i contenuti. In particolare:
  - i risultati ottenuti sono frutto di un forte coinvolgimento degli operatori attraverso molteplici forme comunicative e iniziative di formazione. La così detta “partecipazione organizzativa” pare quindi essere fattore di qualità;
  - quasi tutte le esperienze postulano revisioni processuali che puntano a realizzare modalità standardizzate di gestione – con ciò garantendo il massimo di omogeneità nelle procedure e nei comportamenti operativi – supportate con adeguate infrastrutturazioni informatiche: riducendo la produzione cartacea, sviluppando sinergie comunicative, creando sistemi implementabili ad altre parti della organizzazione, etc.;
  - i costi sostenuti per la realizzazione sono nulli o mediamente bassi (tranne dove si riscontrano importanti investimenti in tecnologie informatiche, che però generano efficienza per il futuro). Pertanto le esperienze presentano un elevato coefficiente di sostenibilità economica;
  - una progettualità coinvolgente e diffusa è oggetto di molte esperienze, che puntano a renderla più rapida, chiara e puntiforme, allo scopo di aumentare la razionalità di “governo” del sistema. Una buona progettualità è quindi un supporto indispensabile per raggiungere gli obiettivi di miglioramento dell’efficienza gestionale. Se ne deduce come la qualità dei sistemi complessi non possa prescindere da un costante e qualificato esercizio di questa funzione nella sua circolarità del processo programmazione, attuazione, monitoraggio, controllo, valutazione e riprogrammazione.

### 5.1. Sanità: Ancona inaugura nuova gestione del rischio ospedaliero

Una migliore comunicazione con i familiari dei pazienti, più interdisciplinarietà dei percorsi assistenziali, una maggiore consapevolezza negli operatori sanitari delle dinamiche giurisprudenziali inerenti la responsabilità professionale. Sono solo alcuni dei cambiamenti più significativi riscontrati dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona grazie alla nuova organizzazione della gestione del rischio ospedaliero ottenuta con un progetto ad hoc avviato a novembre 2007.

Tuttora in corso con aggiornamenti periodici e costante monitoraggio grazie a un database elettronico, il progetto dell'AOU marchigiana punta sulla gestione del rischio come elemento di governo clinico, cercando di assicurare l'univocità interpretativa e funzionale delle sue due componenti: quella clinico-assistenziale e quella economico-assicurativa. In linea con gli allora emergenti indirizzi ministeriali e nata con il piano strategico aziendale 2007-2009, l'iniziativa ha preso il via con un percorso di riorganizzazione e completamento delle esistenti funzioni



attive nel settore del *risk management* e oggi l'esperienza è adottata in forma stabile dall'Azienda.

In primis è stato definito il nuovo assetto organizzativo della gestione del rischio con l'istituzione dell'Unità per la Gestione del Rischio Ospedaliero (UGR) e della Commissione di valutazione dei sinistri (CVS). In secondo luogo il coordinatore dell'Unità per la Gestione del Rischio Ospedaliero ha steso i regolamenti operativi necessari per l'avvio dell'attività dei due organismi appena creati.

Alla UGR, di composizione multidisciplinare, è affidata l'individuazione di percorsi di identificazione degli eventi avversi, delle criticità meritevoli di analisi attraverso la definizione di matrici di priorità di rischio, la promozione di azioni correttive per le criticità rilevate, la promozione delle migliori pratiche cliniche e della formazione del personale. La Commissione di valutazione dei sinistri, che invece ha un indirizzo prevalente medico-legale, ha il compito di esaminare ogni istanza risarcitoria di competenza sanitaria avanzata ai sensi delle polizze assicurative vigenti. L'organismo si esprime sull'eventuale sussistenza di responsabilità professionale e, in caso affermativo, definisce le componenti di danno e la relativa quantificazione economica, fino a svolgere attività di definizione transattiva del contenzioso extra-giudiziale. Alle strutture ospedaliere viene poi di volta in volta fornito il feedback dell'attività valutativa e dell'andamento del contenzioso.

Alta è stata l'adesione al progetto, con percentuali di partecipazione alle attività peritali superiori al 90%, anche perché la novità ha coinvolto tutto il personale aziendale e in più altri soggetti: la Aon, broker aziendale, e la società Generali Assicurazioni. Fra gli altri risultati raggiunti anche la definizione di linee guida interne sulla documentazione clinica e l'adozione della scheda terapeutica unica (STU), la rivisitazione e l'implementazione dei percorsi di informazione e consenso, insieme a una maggiore consapevolezza delle dinamiche assicurative e alla gestione autonoma del mercato assicurativo. In particolare il progetto ha portato anche a un contenimento delle spese legali e a una riduzione del premio assicurativo con introduzione di voci di franchigia a gestione diretta.

*Regione Marche*

*Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona*

*Direttore Generale: Gino Tosolini*

*Referente dell'esperienza: Andrea Soccetti*

*Titolo: Logistica organizzativa della gestione del rischio ospedaliero*

## 5.2. Disturbi del comportamento alimentare; in Basilicata promosso progetto su buone pratiche di cura

Sperimentare un sistema di sorveglianza che desse luogo alla costruzione di un protocollo di buone pratiche di cura nei disturbi del comportamento alimentare (Dca). Con queste premesse l'Azienda sanitaria di Potenza, in Basilicata, ha dato il via nell'aprile del 2008 a questo ambizioso progetto incentrato sui disturbi del comportamento alimentare, al cui interno oggi vanno annoverate tutte quelle patologie (le più conosciute sono l'anoressia e la bulimia) caratterizzate da un'alterazione del comportamento alimentare e da una alterata percezione della propria immagine corporea. Stando agli ultimi dati resi noti dal ministero della Salute, in Italia sono almeno 3 milioni le persone tra i 13 e i 35 anni che soffrono di disturbi alimentari, con una soglia d'età che si sta ulteriormente abbassando fino ad arrivare a coinvolgere anche bambini di dieci anni. E il fenomeno, che finora è stato maggiormente femminile, comincia a diffondersi anche nell'universo maschile. In base a questi dati e conoscendo la reale incidenza di questi disturbi, l'obiettivo del progetto, dunque, era quello di delineare una mappa dettagliata dei servizi pubblici presenti nel territorio nazionale, di realizzare un'attività di sorveglianza dell'incidenza e della prevalenza dei Dca che afferiscono ai servizi attraverso la raccolta dati effettuata da una rete di centri di accreditata esperienza, di misurare la variabilità e le caratteristiche di nuovi casi di disturbi da comportamento alimentare e, infine, di definire un protocollo di buone pratiche nel trattamento dei Dca basato su evidenze scientifiche. Un compito non facile, considerata la difficoltà di trattare una malattia che nella seconda metà del Novecento ha assunto i caratteri di una vera e propria "epidemia sociale". Il progetto, terminato nel dicembre del 2010 (originariamente il termine era fissato al dicembre 2008) ma poi adottato in pianta stabile dall'Azienda, ha portato all'elaborazione di un elenco dettagliato dei servizi censiti clusterizzato e consultabile dalla popolazione. Nello specifico, il progetto sui Dca ha prodotto miglioramenti in termini di riorganizzazione, a cominciare dalla sistematizzazione dei percorsi e della relativa codificazione, in termini di processi operativi, con ricadute positive sul trattamento, e anche in termini di appropriatezza organizzativa, grazie ad una maggiore *compliance* dei percorsi terapeutici. Da sottolineare, inoltre, il ruolo informativo/comunicativo svolto dal Cup, oltre che dalle strutture organizzative direttamente coinvolte nella realizzazione del progetto, e il ruolo molto attivo svolto dai cittadini-pazienti nella fase attuativa del progetto. L'esperienza della ASP di Potenza ha ottenuto un riconoscimento ufficiale: quello di partecipare, per la seconda volta, al progetto ministeriale quale centro di eccellenza per la cura dei disturbi da comportamento alimentare. Sul piano organizzativo interno, l'esperienza ha contribuito in modo sensibile alla strutturazione di modalità operative certe ed efficienti.

*Regione Basilicata*

*Azienda Sanitaria Locale di Potenza*

*Direttore Generale: Pasquale F. Amendola*

*Referente dell'esperienza: Rosa Trabace*

*Titolo: Le Buone Pratiche di Cura dei Disturbi del Comportamento Alimentare*

### 5.3. Sanità: Ancona, con Apoteca un robot che prepara chemioterapici

Stop agli errori nella preparazione dei chemioterapici, rischio professionale ridotto al minimo per gli operatori sanitari e cura personalizzata per il paziente: sono questi i tre punti di forza di Apoteca Chemo, sistema automatico per il dosaggio dei farmaci chemioterapici sperimentato per la prima volta al mondo presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona, nelle Marche.

Siglato nel 2006 e avviato come sperimentazione nel 2008, il progetto nasce da una collaborazione pubblico-privato fra l'AO Ospedali Riuniti e la Loccioni Humancare, la business unit del Gruppo Loccioni dedicata a salute e benessere. L'AO ha messo a disposizione competenze cliniche e risorse umane, mentre Loccioni Humancare ha messo a disposizione tecnologie e personale. Il progetto si è svolto all'interno della normale attività di routine clinica e ha mantenuto inalterati in fase di sviluppo i costi di personale, beni e servizi.

Apoteca Chemo si basa su un software che "segue" i farmaci dalla fase prescrittiva a quella di somministrazione, passando per quella di preparazione in cui i singoli componenti vengono inviati al macchinario e preparati automaticamente. Accanto alle informazioni di natura clinica, il programma prevede anche l'elaborazione di informazioni sul processo di produzione basandosi sui principi di "total quality", "just in time" e sull'identificazione e il consolidamento di una best practice. Il sistema è inoltre in grado di garantire la sicurezza dei dati, la rintracciabilità delle attività svolte e minimizza il rischio professionale degli operatori: medico oncologo, farmacista, tecnico preparatore, personale infermieristico addetto alla somministrazione del farmaco, tutti potenzialmente esposti a farmaci tossici o con rischio biologico nella fase di preparazione. Il problema della sicurezza del personale sanitario si aggiunge infatti all'elevato rischio clinico che la chemioterapia antitumorale ha per intensità, criticità e incidenza degli effetti collaterali conseguenti ad errori di terapia. Rischi eliminati o mitigati dalla piattaforma Apoteca.

L'iniziativa è stata realizzata dapprima installando il sistema robotizzato nell'unità di allestimento farmaci antiblastici dell'Azienda ospedaliera e successivamente con la validazione clinica. Infine la messa in pratica quotidiana e l'integrazione col sistema informatico.

Nei primi mesi di sperimentazione sono stati trattati 798 pazienti, con 8.982 preparazioni tracciate, dalla prescrizione alla somministrazione del farmaco, con il coinvolgimento di 79 clinici. Si è osservata una riduzione del 60% delle anomalie rispetto alle terapie programmate. Oltre il 95% delle attività di preparazione dei farmaci chemioterapici oggi viene eseguita nell'AO con il sistema robotizzato.

I buoni esiti ottenuti hanno generato un crescente interesse nei confronti di Apoteca da parte di tutto l'ospedale e da parte di altre strutture ospedaliere nazionali e internazionali, creando un volano di comunicazione per gli Ospedali Riuniti di Ancona. Alcuni esempi fra tanti: il progetto è uno dei casi di studio selezionati da Henry Chesbrough, Berkley University, nel libro "Open innovation service" e citati come buona notizia dalla trasmissione Report (puntata del 22 maggio 2011). L'esperienza ha anche ottenuto il Premio per l'innovazione ICT in Sanità 2010 dell'Osservatorio del Politecnico di Milano e lo European Business Award 2011: Ruban D'Honneur nella categoria Innovazione.

*Per ulteriori approfondimenti sui risultati ottenuti si rimanda all'allegato D*

*Regione Marche*

*Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona*

*Direttore Generale: Gino Tosolini*

*Referente dell'esperienza: Roberto Penna*

*Titolo: Percorso onco-ematologico sicuro mediante integrazione di automazione e informatizzazione*

#### **5.4. Lombardia: Documentazione emergenza-urgenza; nasce modello unico**

Garantire, implementare e rendere omogeneo nel territorio della Regione Lombardia il soccorso sanitario di emergenza e urgenza. E' questo l'obiettivo principale dell'Azienda Regionale Emergenza Urgenza (AREU) della Regione Lombardia, attuabile attraverso le 12 Articolazioni Aziendali territoriali (AAT), che per ogni ambito di riferimento comprendono la COEU (Centrale Operativa Emergenza Urgenza) e il sistema di postazioni di soccorso sul territorio afferenti alla singola COEU. In quest'ottica l'attuazione di comportamenti organizzativi omogenei rappresenta il presupposto per consentire un razionale ed efficace funzionamento del sistema. Per questo l'AREU ha deciso nel gennaio del 2010 di partire con un progetto per la semplificazione della documentazione sanitaria nell'ambito dell'Azienda regionale, che all'interno del soccorso sanitario di emergenza e urgenza si distingue per due tipologie di utilizzo: l'applicativo gestionale di COEU, che costituisce lo strumento per la gestione dei soccorsi, in quanto consente di registrare dati e informazioni che scaturiscono dall'intervista telefonica, informazioni relative all'evento, alla missione o alle condizioni cliniche

del Paziente, e le relazioni dei mezzi di soccorso di base (MSB), intermedi (MSI) ed avanzati (MSA), che costituiscono la documentazione a disposizione dei soccorritori dei MSB e dell'équipe sanitaria di MSI e MSA nell'ambito dell'attività di soccorso extraospedaliero. Obiettivo strategico dell'Azienda è dunque la standardizzazione della documentazione e delle modalità di compilazione e gestione della stessa con criteri omogenei. Il progetto, indirizzato agli operatori sanitari e tecnici operanti presso le AAT regionali ma anche ai dipendenti e volontari delle associazioni di soccorso operanti nell'ambito del sistema regionale di emergenza e urgenza, è ancora in fase di attuazione ma è già riuscito nell'impresa di omogeneizzare e centralizzare la documentazione utilizzata nell'ambito del soccorso territoriale dalle 12 AAT regionali, favorendo il tal modo il passaggio da 12 modelli diversi a un modello, unico a livello regionale. Un passo in avanti, questo, che produrrà benefici anche in termini economici: una volta predisposta la documentazione, infatti, le Relazioni di soccorso MSB e MSA/MSI saranno acquistate da un unico fornitore, realizzando così economie di scala. Inoltre, utilizzando le stesse modalità di compilazione della documentazione sanitaria, le estrazioni di dati per il calcolo di indicatori risulteranno più affidabili e confrontabili. E di conseguenza sarà più efficace e agevole la gestione delle informazioni cliniche relative al paziente. Questa esperienza, che ha avuto come riferimento gli standard internazionali della Joint Commission International, in sede progettuale ha coinvolto il personale delle aziende sanitarie e i rappresentanti delle AAT regionali e ha realizzato incontri formativi e informativi. Mentre in fase di attuazione il progetto ha previsto una serie di corsi di formazione manageriale dedicati ai Responsabili di ATT regionali.

#### *Regione Lombardia*

*Azienda Regionale Emergenza Urgenza*

*Direttore Generale: Alberto Zoli*

*Referente dell'esperienza: Daniele Cafini*

*Titolo: La documentazione sanitaria nell'ambito AREU: progettazione di strumenti condivisi e definizione di procedure omogenee in ambito regionale*

#### **5.5. Sanità: Toscana, meno sprechi con unificazione sistemi informatici**

Riunire sotto un'unica cabina di regia tutte le procedure informatiche e i relativi servizi delle aziende sanitarie del territorio di riferimento. Lo ha fatto l'Estav Centro della Toscana con un progetto ad hoc di innovazione e accentramento delle funzioni relative alle tecnologie dell'informazione e della comunicazione (Ict) avviato nel 2010.

Istituiti con la Legge regionale n. 40 del 24/02/2005, gli Estav, ovvero gli Enti per i Servizi Tecnico-amministrativi di Area Vasta, sono uno strumento di un più ampio

processo di razionalizzazione delle risorse e unificazione di standard, percorsi operativi e procedure, iniziato nella Regione Toscana con la costituzione delle Aree Vaste, nell'ottica di innalzare il livello di qualità dei servizi erogati. L'Estav Centro comprende l'AUSL 3 di Pistoia, l'AUSL 4 di Prato, l'Azienda sanitaria di Firenze, l'AUSL 11 di Empoli, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer di Firenze. Enti del Servizio Sanitario regionale, gli Estav svolgono diverse funzioni, fra cui sono annoverate quelle di gestione delle reti e delle tecnologie informatiche, con particolare riguardo all'integrazione e all'organizzazione del Centro unificato di prenotazione (Cup). In adempimento a questa disciplina si inserisce il progetto dell'Estav Centro.

Tenuto conto delle differenze applicative dei sistemi informatici delle varie aziende sanitarie e della diversa distribuzione sul territorio del personale addetto all'Ict, l'iniziativa si è inizialmente concentrata sulla creazione di un nuovo modello organizzativo volto a coordinare a livello centralizzato i servizi informatici delle ASL. In questo modo si è resa possibile la gestione di un unico budget per il comparto Ict, si è avviato il monitoraggio dei livelli di servizio e si è attuata una sostanziale uniformità delle procedure informatiche all'interno dell'Area Vasta Centro. Un percorso reso possibile da iniziative di formazione e di specializzazione del personale, altresì previste dal progetto. Destinatari dell'esperienza sono stati in primo luogo il Dipartimento Ict e poi i dipendenti delle ASL che fruiscono del servizio. Oltre alle aziende sanitarie di Area Vasta Centro sono stati inoltre coinvolti nel progetto tutti gli enti o aziende che volevano convenzionarsi con Estav per l'esercizio della funzione Ict.

L'iniziativa puntava sostanzialmente all'unitarietà di progettazione e gestione dei sistemi informatici e informativi aziendali e a definire standard tecnologici condivisi e cicli di vita degli strumenti informatici. Un nuovo modello organizzativo che avrebbe consentito di ridurre le spese per il comparto e unificare procedure e processi.

Obiettivi raggiunti, come confermano alcuni dei risultati evidenziati dall'Estav Centro. Fino ad ora si è ottenuto in particolare un accorpamento dei contratti per software, hardware e relativi servizi manutentivi che ha prodotto un'economia di spesa pari a 200 mila euro per tutto il sistema. L'applicazione del progetto ha poi portato a un accentramento organizzativo all'interno dell'area metropolitana dove prima si contavano quattro strutture Ict, ridotte dopo le innovazioni organizzative a due sole sezioni, una di riferimento delle aziende ospedaliere e una delle aziende territoriali. Realizzata in forma sperimentale l'esperienza è oggi adottata in forma stabile dall'Azienda.

### *Regione Toscana*

*Estav Centro – Ente per i Servizi Tecnico-amministrativi di Area Vasta*

*Direttore Generale: Monica Piovi*

*Referente dell'esperienza: Carla Buonamici*

*Titolo: Innovazione e accentramento funzione ICT*

### **5.6. Emilia-Romagna: USL Bologna punta sul digitale, via i documenti di carta**

Provare a ridurre in maniera drastica, in un periodo limitato, la circolazione e lo scambio di documentazione in formato cartaceo. Nell'era della comunicazione digitale e dell'avvio dei cosiddetti 'processi di dematerializzazione' (le amministrazioni centrali hanno iniziato in questo senso un processo virtuoso che presumibilmente darà i suoi frutti il prossimo anno) un passo importante in questa direzione lo ha intrapreso l'Azienda USL di Bologna, che nel dicembre 2010 ha dato vita ad un progetto ambizioso: quello di ridurre la quantità di carta prodotta quotidianamente attraverso un percorso di automazione della gestione documentale, sia nell'ambito più tradizionale di gestione del protocollo, della produzione di delibere e determine, sia in un ambito più esteso dell'area amministrativa (per esempio la gestione del ciclo passivo e degli ordinativi e per la gestione della relazione dipendente-Azienda), sia in ambito sanitario (gestione cartelle, referti). Obiettivo primario del progetto quello di valorizzare i processi attraverso un'armonizzazione e un'uniformazione su scala aziendale al fine di semplificare al massimo le procedure, eliminando le ridondanze, i passi inutili o ripetuti e le inefficienze. Così a partire dal sistema di gestione di incarichi e dall'organigramma presenti in Azienda, già attivi ed utilizzati, si è definita e realizzata una matrice delle responsabilità, punto di partenza per l'informatizzazione dei processi in tutta l'Azienda. Il primo passo prevede che l'intero fascicolo relativo all'adozione di una delibera o una determina sia informatizzata secondo una logica di *workflow* (inteso come automazione di un processo di business). Pertanto ogni atto di validazione, ottenuto mediante apposizione di firma elettronica (debole o forte secondo i casi), sposta il punto di lavoro del processo al passo o ai passi successivi nel modello di *workflow* specifico per quel processo. Il progetto non è ancora concluso ma allo stato attuale il cambiamento più significativo in termini di miglioramento organizzativo si può identificare nel passaggio ad un registro unico per la numerazione delle determinazioni aziendali, contro un regime precedente che ne prevedeva uno per ogni articolazione aziendale. Inoltre le determinazioni aziendali sono attualmente create in formato digitale con relativa firma digitale del dirigente e vengono automaticamente pubblicate sull'albo online presente sul sito internet istituzionale. Questo ha consentito una riduzione di tempi, minori sprechi di carta e rappresenta un passo importante per una conservazione documentale totalmente digitalizzata. Infine i miglioramenti operativi introdotti nei processi gestionali hanno portato all'armonizzazione dei

processi autorizzativi all'interno dell'Azienda per l'adozione degli atti e ad una semplificazione degli stessi processi autorizzativi. Nello sviluppo del progetto sono emerse anche alcune criticità relative alla normativa sulla Privacy e alla sua gestione, risolte grazie ad un adeguamento del sistema di gestione in modo da permettere differenti modalità di accesso e visualizzazione in rapporto all'utente o al cittadino che accede al sistema e ai documenti da esso gestiti.

*Regione Emilia Romagna*

*Azienda Unità Sanitaria Locale Bologna*

*Direttore Generale: Francesco Ripa di Meana*

*Referente dell'esperienza: Gian Carla Pedrazzi*

*Titolo: Progetto di sviluppo Sistema Documentale*

### 5.7. Sanità: Lombardia, al via procedura di gestione eventi avversi

Gestire e prevenire nell'ambito del soccorso sanitario di emergenza e urgenza gli eventi avversi, ovvero tutti quegli eventi inattesi che comportano un danno non intenzionale al paziente, e i casi di "near misses", anche detti "quasi incidenti", in pratica errori che hanno la potenzialità di causare un evento avverso. Va in questa direzione la procedura attivata da gennaio 2010 in Lombardia dall'Azienda Regionale Emergenza Urgenza (AREU).

Obiettivo del progetto, la cui prima fase di implementazione è iniziata a marzo 2010 e si è conclusa a novembre dello stesso anno, è quello di rendere sempre più omogeneo sul territorio il soccorso sanitario di emergenza e urgenza, in coerenza con i principi e gli obiettivi definiti dai Piani sanitari nazionale e regionale vigenti. L'iniziativa non solo ha risposto alla richiesta ministeriale di rilevazione e segnalazione degli eventi sentinella, avanzata con decreto dell'11 dicembre 2009, ma ha in parte anche preceduto le linee guida su come gestire e comunicare gli eventi avversi che possono accadere in sanità predisposte dal ministero della Salute a giugno 2011.

Nel dettaglio, la procedura è stata sottoposta a monitoraggio continuo da parte della stessa AREU ed è stata attivata attraverso le 12 Articolazioni Aziendali territoriali (AAT) che per ogni ambito di riferimento, in genere il territorio provinciale, comprendono una Centrale Operativa Emergenza Urgenza (COEU) e un sistema di postazioni di soccorso sul territorio afferenti alla singola centrale. I casi di evento avverso o "near miss" sono stati quindi rilevati e segnalati dagli operatori a un gruppo di lavoro costituito in seno alla direzione (formato da risk manager, referente qualità e referente affari generali) insieme alle criticità riscontrate nell'ambito dell'attività lavorativa. In questo modo è stato possibile raccogliere e analizzare a livello centrale gli eventuali eventi avversi e i "near



misses", individuarne le cause e proporre azioni di risoluzione condivise e valide su tutto il territorio regionale. Per far sì che tutti gli operatori delle AAT utilizzassero una documentazione sanitaria uniforme e che le segnalazioni fossero gestite con modalità omogenee e con una significativa riduzione della tipologia di moduli e schede sono stati rivisti gli stessi strumenti di comunicazione, sono state diffuse procedure e istruzioni operative e sono stati avviati momenti formativi e informativi rivolti agli operatori. L'applicazione di una modalità organizzativa comune nelle 12 AAT regionali – tutte le aziende sanitarie lombarde – ha permesso quindi non solo di standardizzare i comportamenti relativi agli eventi avversi, ma ha favorito anche il coinvolgimento del personale, il confronto e la condivisione di esperienze.

Sebbene la valutazione del progetto sia ancora in corso, l'esperienza realizzata in forma sperimentale è stata adottata in forma stabile. Il progetto non ha beneficiato di finanziamenti esterni per la sua realizzazione né di riconversione di risorse altrimenti impiegate: la nuova modulistica per la segnalazione di eventi avversi ed eventi sentinella, acquisita a livello centralizzato e usata da tutte le AAT, è completamente informatizzata per cui in fase di progettazione non sono stati previsti costi di realizzazione. Gli incontri di formazione col personale e l'attuazione della procedura sono avvenuti utilizzando risorse interne.

*Regione Lombardia*

*Azienda Regionale Emergenza Urgenza*

*Direttore Generale: Alberto Zoli*

*Referente dell'esperienza: Stefania Favetti*

*Titolo: Attivazione della procedura di gestione degli eventi avversi e dei near misses*

### 5.8. Sanità: Trento, investimenti mirati grazie al project management

Rispettare gli obiettivi di partenza, il budget previsto e i tempi di messa in opera, riducendo lo spreco di risorse per l'innovazione. È il risultato della "rivoluzione" messa in atto dall'Azienda per i Servizi Sanitari della Provincia Autonoma di Trento, che nel 2004 ha iniziato ad utilizzare metodologie di "project management" per gestire al meglio la sfida al cambiamento e portando a termine con successo più della metà dei progetti avviati.

Proprio la fase di rapida crescita dell'Azienda sanitaria trentina, che in dieci anni ha visto quasi raddoppiare i valori del bilancio di esercizio, passato da circa 600 milioni ad oltre 1 miliardo di euro, ha sottolineato le criticità esistenti nella gestione dei progetti. Molti, ad esempio, non erano adeguatamente controllati, spesso le iniziative si sovrapponevano con emorragia di investimenti, le attività erano difficilmente monitorabili da parte della direzione, mentre l'assenza di metodi e

competenze specifiche portavano a risultati di scarsa qualità. Motivi sufficienti per provare a cambiare: a partire dalla creazione di una struttura ad hoc per la gestione dei progetti di informatizzazione, avviando iniziative di formazione di “project management”, definendo l'insieme dei progetti aziendali da intraprendere, valutandone priorità, rischi e benefici complessivi e in ultimo rilasciando un vero e proprio manuale di gestione dei progetti. Un'iniziativa in linea con la domanda crescente di modernizzazione dei servizi resi ai cittadini rivolta alle pubbliche amministrazione e in particolare, negli ultimi anni, sempre più anche alle organizzazioni ospedaliere e sanitarie.

Nonostante le iniziali difficoltà riscontrate, dovute per lo più all'adozione di metodi e strumenti comuni da parte di professionalità molto diverse fra loro, l'iniziativa è oggi adottata in forma stabile dall'Azienda sanitaria. Quello dell'informatizzazione dei sistemi dell'area clinico-sanitaria è stato il primo ambito sul quale il project management è stato applicato. Notevoli i risultati raggiunti dal 2004 a fine 2009: ad esempio l'elevato utilizzo della soluzione PACS di archiviazione e comunicazione delle immagini radiologiche che ha raggiunto la capacità di oltre 51 milioni di immagini per 22 Terabyte complessivi o la qualità raggiunta dal progetto AMPERE, una rete di condivisione della conoscenza tra ospedali, medici e pediatri della provincia che collega in rete circa il 77% del totale dei medici, con uno scambio informativo di oltre 1.620.000 referti l'anno.

L'avvio del progetto – che fa riferimento allo standard internazionale dell'Ipma, l'Associazione internazionale del project management – è costato all'Azienda trentina 107 mila euro e i riconoscimenti ottenuti, oltre ai risultati, sono stati tantissimi. A partire dal premio ottenuto dalla European Foundation for Quality Management e a quello vinto al World Computer Congress 2008. E poi le tante citazioni in articoli di settore e la presentazione della buona pratica in seminari e convegni di portata nazionale e anche internazionale, come la VI European Conference on Health Economics tenutasi a Budapest nel 2006 e relativa pubblicazione su The European Journal of Health Economics.

*Per ulteriori approfondimenti sui risultati ottenuti si rimanda all'allegato D*

Provincia Autonoma di Trento  
Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari  
Direttore Generale: Luciano Flor  
Referente dell'esperienza: Ettore Turra  
Titolo: Project Management Office

### 5.9. Sanità: AOUI Verona punta su finanziamenti aggiuntivi, esempio per P.A.

Procedure aziendali riorganizzate e finalizzate a una migliore gestione di risorse aggiuntive da destinare a diverse attività, dai contratti “atipici” del personale all'acquisizione di materiale. Il progetto, menzionato come caso di successo dal ministero della Pubblica amministrazione, è stato adottato dall'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata (AOUI) di Verona.

Avviato nel maggio 2009, il programma di riorganizzazione delle attività con finanziamenti aggiuntivi si proponeva in partenza di supportare i direttori delle unità ospedaliere e i responsabili dei singoli progetti nel management delle risorse aggiuntive rivolte allo sviluppo delle attività di ricerca e di quelle “a progetto”, per stimolare l'impegno nell'attività di *fund raising* e per migliorare la qualità percepita dai “clienti interni” dei processi gestionali aziendali. Obiettivi tutti raggiunti, spiega l'AOUI di Verona, anche grazie all'individuazione di una serie di indicatori condivisi di facile rilevazione che hanno consentito un attento monitoraggio di tutto il progetto, come ad esempio le percentuali di richieste che rispettano i criteri forniti; le percentuali di tempistiche indicate.

A meno di un anno dalla messa a punto, il progetto è stato sottoposto a verifica ispettiva esterna per la certificazione secondo i criteri della qualità, con esito positivo. Il monitoraggio e l'implementazione del processo sono durati anche nel 2010 e oggi l'esperienza è adottata stabilmente dall'Azienda sanitaria. A maggio scorso l'AOUI è stata menzionata dal ministero per la Pubblica amministrazione e l'Innovazione nell'ambito del concorso “Premiamo i risultati” per “aver attuato nel 2009 un piano di miglioramento che ha coinvolto diffusamente l'organizzazione e gli stakeholder e raggiunto i risultati attesi”. Previsto con delibera aziendale 1772 del 14/11/2008, il progetto è in linea tra l'altro con la programmazione nazionale e regionale che assegna alle Aziende Ospedaliere Universitarie anche il compito di promuovere la ricerca, ambito che per l'appunto va sviluppato con progetti e necessita anche di risorse aggiuntive.

La riorganizzazione attuata ha permesso una revisione delle procedure grazie al coinvolgimento di tutti i servizi centrali implicati nelle singole fasi, consentendo un sensibile miglioramento della qualità del servizio percepita dai responsabili dei progetti. L'esperienza realizzata, attraverso la maggior chiarezza di moduli ed istruzioni, ha permesso ad esempio di guidare i responsabili dei progetti nella corretta predisposizione delle richieste da inoltrare ai servizi centrali, con risparmio di tempo. Mancando modulistica dedicata, precedentemente venivano spesso formulate richieste in maniera inesatta o incompleta, situazione che generava confusione e ritardi.

Buono il livello di motivazione del personale, adeguatamente formato e coinvolto con iniziative mirate, dagli strumenti di comunicazione aziendale come la posta elettronica e la intranet a un supporto tecnico su richiesta. Fra le criticità riscontrate le resistenze dell'apparato burocratico, risolte grazie a un impegno diretto della direzione e a monitoraggi frequenti. Proprio l'impulso della direzione aziendale, insieme al buon clima organizzativo, è stato un elemento determinante per la buona riuscita del progetto.

*Per ulteriori approfondimenti sui risultati ottenuti si rimanda all'allegato D*

*Regione Veneto*

*Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona*

*Direttore Generale: Sandro Giuseppe Caffi*

*Referente dell'esperienza: Daniela Marcer*

*Titolo: Riorganizzazione delle attività con finanziamenti aggiuntivi (A.F.A.)*

#### **5.10. Lazio: ASL Roma B, anche i cittadini decidono la politica sanitaria**

Coinvolgere attivamente le associazioni di volontariato, aumentare il loro grado di partecipazione e responsabilizzarle, così da poter condividere insieme scelte fondamentali che riguardano la politica sanitaria aziendale. In sintesi, creare un rapporto nuovo tra le associazioni e i professionisti sanitari, nel quale la programmazione aziendale viene stabilita attraverso azioni condivise e il supporto dei cittadini diviene necessario alla realizzazione delle buone pratiche cliniche. E' questa la strada seguita dalla ASL Roma B, che nel 2006 ha dato vita ad un tavolo permanente di confronto con le 80 associazioni presenti sul territorio della ASL Roma B (V, VII, VIII e X Municipio), in rappresentanza di varie aree tematiche (cittadini stranieri, diversamente abili, malattie oncologiche, malattie rare ad alto impatto sociale, malattie croniche e Salute Mentale). Il progetto, nato dalle sollecitazioni emerse nel 2006 da un incontro dal titolo "L'ASL Roma B incontra i cittadini", prevede il coinvolgimento attivo delle associazioni su una serie di questioni centrali, dall'allocazione delle risorse al miglioramento dei servizi, e individua 4 macro obiettivi: la realizzazione di percorsi che consentano l'umanizzazione delle cure; la definizione di percorsi ospedalieri dedicati a condizioni particolari di accesso in ospedale; il rafforzamento del ruolo del medico di medicina generale; i progetti orientati all'integrazione socio-sanitaria. Questa esperienza, che è stata monitorata a cadenza bimestrale, e che ha coinvolto tutti i protagonisti della 'filiera', dai direttori e i responsabili di strutture ai rappresentanti dei medici di base fino al delegato del sindaco, ha ottenuto risultati soddisfacenti, come dimostra il riconoscimento pervenuto da parte della Regione Lazio, che ha introdotto nelle linee guida per gli atti aziendali l'obbligatorietà della costituzione del Tavolo Permanente con le Associazioni di volontariato.

Ed il valore simbolico e maggiormente significativo di questa iniziativa consiste proprio nel riconoscimento del ruolo delle organizzazioni di volontariato, capaci di proporre soluzioni “non mediche” e di elaborare percorsi assistenziali di cura. Per quanto riguarda invece la riorganizzazione di assetti o di attività conseguenti allo sviluppo del progetto, sono emersi 3 risultati considerati rilevanti: la riorganizzazione del Pronto Soccorso dell’Ospedale, con l’introduzione di spazi differenziati tra visita e breve osservazione, la trasformazione degli Sportelli Cup della ASL (nel Lazio c’è il sistema di prenotazione Recup) in Sportelli polifunzionali con diminuzione dei tempi d’attesa per i cittadini nell’ottenere risposte alle loro richieste, e l’implementazione delle funzioni del Punto d’Unico d’accesso (Pua). Durante il suo percorso, il progetto ha dovuto affrontare due importanti criticità: l’assenza di un regolamento interno per accogliere la richiesta da parte di nuove associazioni di partecipare al tavolo e l’assenza di indicatori standard. Nel primo caso si è concordato di mettere l’associazione richiedente in collegamento con il rappresentante eletto dell’area tematica di riferimento, mentre nel secondo sono stati introdotti come obiettivi della ASL per l’anno 2011.

*Regione Lazio*

*Azienda Sanitaria Locale Roma B*

*Direttore Generale: Vittorio Bonavita*

*Referente dell’esperienza: Cristina Sopranzi*

*Titolo: Tavolo permanente di confronto con le associazioni di volontariato*

#### **5.11. Modena lancia il progetto ‘piano web’, la cultura aziendale passa per la rete**

Far crescere una cultura aziendale per provare a favorire una miglior gestione dell’attività progettuale non solo a livello degli operatori ma anche della direzione aziendale. E’ stata questa la sfida del Policlinico di Modena, che nel dicembre del 2008 ha lanciato il progetto denominato “Pianoweb”, che si è sviluppato attraverso l’attivazione di un sistema di gestione controllata dei progetti e degli obiettivi aziendali. Consapevole dell’importanza di costruire una vera e propria cultura aziendale ancor prima di passare alla fase operativa, la Direzione Generale del Policlinico ha creato un momento formativo di ben 12 mesi rivolto a 32 dirigenti d’Azienda, che prevedeva anche una attività sul campo coordinata da quattro manager che operano in aziende private nel campo della progettazione. Una volta emersa con chiarezza l’esigenza di riorganizzazione la scelta è stata quella di puntare sulla creazione di uno strumento informatico ad hoc, progettato avendo come riferimento quattro parole chiave (semplicità, responsabilità, trasparenza e merito), che supportasse gli operatori e la direzione in una gestione controllata della attività progettuale. Obiettivo del nuovo strumento informativo, destinato a tutti gli operatori dell’Azienda a partire dai dirigenti, quello di supportare i professionisti nella gestione della attività progettuale (definizione chiara degli obiettivi,

delle responsabilità, della pianificazione quando necessaria, valutazione degli stati di avanzamento ecc), di fornire la possibilità alle direzioni di avere sempre e in maniera semplice uno stato di avanzamento dei progetti e degli obiettivi, e infine di avviare un programma che portasse ad una rivisitazione del processo di budget, in modo tale da dividere la parte relativa alla produzione dei costi da quella sulla attività progettuale. Il sistema, che ha coinvolto oltre 120 operatori dando così dimostrazione di un'avvenuta crescita culturale interna, ha portato notevoli vantaggi, in primis per quanto riguarda il processo di budget che secondo l'Azienda si è modificato significativamente, permettendo un sistema di valutazione più efficace dell'attività progettuale. L'altro aspetto rilevante riguarda la pianificazione, che un tempo non era sempre parte integrante della prassi aziendale: nel 2010 i progetti pianificati sono stati più di 60 e per il 2011 è prevista la pianificazione di tutti i progetti con una complessità significativa. Infine, ma non per questo meno importante, un passo avanti decisivo è arrivato dal sistema di verifica dello stato di avanzamento e dei risultati, che ha consentito ancorché nella sua fase iniziale di prendere atto in tempo reale dei progetti che subivano ritardi o si bloccavano a causa di situazioni che in questo modo è stato possibile affrontare e risolvere in tempi rapidi, tali da non ritardare in maniera significativa il progetto stesso. E per testare la trasferibilità del progetto anche in ambito non sanitario, il Policlinico ha stabilito una convenzione con il Comune di Modena, che lo ha applicato in 7 su 15 aree per la gestione del suo Peg (Piano Esecutivo di Gestione) Premiata come una delle 10 esperienze di qualità (sulle oltre 140 presentate) al FORUM PA 2011, questa esperienza è stata raccontata anche dal volume di Franco Angeli "Project management in una struttura sanitaria - l'approccio teorico e gli strumenti operativi" (Baraghini GF, Trevisani B e Cencetti S).

*Per ulteriori approfondimenti sui risultati ottenuti si rimanda all'allegato D*

*Regione Emilia Romagna*

*Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Modena*

*Direttore Generale: Stefano Cencetti*

*Referente dell'esperienza: Gianfranco Baraghini*

*Titolo: Pianoweb: Attivazione di un sistema di gestione controllata dei progetti/obiettivi aziendali*

## 5.12. Liguria: l'ASL 3 genovese sperimenta il 'governo clinico'

Puntare sull'appropriatezza a tutti i livelli, dai comportamenti professionali alle prestazioni erogate sulla base delle risorse disponibili. In sintesi, adottare come strategici i principi e le logiche del "Governo Clinico", inteso come una strategia mediante la quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei servizi e del raggiungimento di elevati

standard assistenziali, stimolando la creazione di un ambiente che favorisca l'eccellenza professionale. Espressione spesso inflazionata, sia in ambiente medico che in ambito politico, il Governo Clinico presuppone la costituzione di contesti che favoriscano la responsabilizzazione dei singoli professionisti e la creazione di reti cliniche organizzative. Una strada non facile da seguire, ma che se applicata con rigore può portare a risultati non indifferenti, come dimostra il percorso intrapreso dalla ASL 3 Genovese, che nel marzo del 2010 ha dato avvio ad un progetto che si poneva come strategia quella di integrare il governo clinico all'interno del controllo di gestione/budget. Obiettivi concreti quelli di misurare gli indicatori definiti in sede di budget, con particolare attenzione (per il progetto in questione) agli indicatori di appropriatezza, di verificare lo stato di attuazione delle procedure aziendali, riconoscendo eventuali scostamenti e attuando azioni correttive (formazione, audit, revisione procedure). Aspetto di particolare rilevanza è la volontà di standardizzare le modalità di attuazione dei compiti istituzionali propri delle Direzioni Mediche Ospedaliere all'interno del processo di budget. Al termine del primo anno di sperimentazione molti sono stati i miglioramenti dal punto di vista organizzativo, a cominciare dalla definizione degli obiettivi di Budget, in linea con la politica del Governo Clinico, e dal relativo monitoraggio da parte della Direzione Medica di Presidio, volta al raggiungimento del massimo livello di miglioramento della qualità possibile. Nello specifico tra gli obiettivi raggiunti rientra la completa applicazione della Scheda Unica di Terapia (anche per la prescrizione e somministrazione di farmaci chemioterapici/antiblastici), della procedura per la documentazione di Sala Operatoria, della documentazione infermieristica, della catena di custodia alcool droga per i pronto soccorsi e i laboratori, della sicurezza trasfusionale e della prevenzione e trattamento ulcere da pressione. Inoltre, da un punto di vista prettamente economico, i risultati raggiunti hanno permesso di conoscere/misurare il rispetto delle procedure aziendali (indicatori di processo) e di misurare alcuni indicatori di esito (n. di infezioni da catetere vescicale, n. di ulcere da pressione, n. di cadute ecc). Con tali misurazioni si procederà in un secondo momento a definire le necessarie azioni correttive volte al miglioramento della sicurezza del paziente e al contenimento dei costi derivanti dalla gestione degli eventi avversi. Il progetto, che proseguirà in forma stabile, non ha ricevuto forme di finanziamento esterne.

*Regione Liguria*

*Azienda Sanitaria Locale Genovese*

*Direttore Generale: Corrado Bedogni*

*Referente dell'esperienza: Bruna Rebagliati*

*Titolo: Il ruolo della Direzione Medica di Presidio Ospedaliero Unico nella definizione e nel monitoraggio degli obiettivi di budget*

### 5.13. Sanità: ULSS 21 Legnago, telelavoro per la qualità con "Qua&L@"

Il telelavoro per aumentare la produttività aziendale e migliorare la qualità di vita per i dipendenti diversamente abili o per quelli che usufruiscono dei permessi per assistenza in base alla legge 104/92. È questa la soluzione adottata dall'Azienda ULSS 21 Legnago e realizzata grazie al progetto "Qua&L@ - Il Telelavoro per la Qualità", patrocinato dalla Regione Veneto.

L'iniziativa della struttura sanitaria è stata avviata nel settembre del 2008 per coniugare la sensibilità verso le garanzie del lavoratore con le esigenze del mercato e dell'organizzazione del lavoro, raccogliendo la sfida di una crescente domanda di flessibilità a fronte dell'aumento di invalidità civile e di certificazioni dello stato di handicap secondo la legge 104/99. Scenario confermato dagli ultimi dati del Ministero della Pubblica Amministrazione, secondo cui nel 2010 non meno di 254.574 dipendenti della P.A. hanno usufruito di permessi per l'assistenza ai familiari disabili gravi o per la loro stessa disabilità e più di 5 milioni in un anno sono state le giornate lavorative dedicate a questo scopo. In Italia sono circa tre milioni le persone con disabilità, secondo indagini Istat, il 5% della popolazione. Conciliare il lavoro con la disabilità è una necessità prioritaria, considerando che il 93% dei diversamente abili vive in famiglia.

In questo contesto la ULSS 21 Legnago ha dato vita a "Qua&L@" e ha sperimentato per un anno il telelavoro a domicilio con postazioni multimediali complete, connessione veloce in rete con l'Adsl, l'utilizzo di software dedicati e la possibilità di videochiamare in ufficio per garantire, anche da casa, una completa autonomia nello svolgimento del proprio lavoro. Per l'assistenza ad eventuali problemi tecnici è stato inoltre previsto un aiuto sempre "in linea". L'investimento iniziale è stato di poco più di 26.200 euro, per l'80% finanziato dall'Assessorato alle Politiche sociali della Regione Veneto, mentre in sede progettuale e attuativa l'Azienda sanitaria si è avvalsa del supporto del Tribunale del Malato di Cittadinanzattiva e dell'Associazione nazionale mutilati ed invalidi civili (Anmic) con sede a Verona.

Monitorato a cadenza quadrimestrale da parte di una psicologa del lavoro con questionari e interviste semi-strutturate, il progetto sperimentale – ora adottato solo in parte in Azienda – ha interessato nel dettaglio quattro dipendenti diversamente abili, assunti con la legge 68/99, e due lavoratori che usufruivano di permessi retribuiti grazie alla legge 104/92.

I vantaggi ottenuti sono stati molteplici, a partire dal cambiamento culturale registrato in Azienda nonostante le resistenze iniziali dovute alla radicata convinzione – poi superata – che la produttività dei dipendenti fosse correlata al



controllo diretto esercitato dai superiori o al fatto di trovarsi semplicemente in ufficio. Più in generale, i soggetti coinvolti nel progetto hanno potuto risparmiare sugli spostamenti casa-lavoro, migliorando la gestione del proprio tempo e la stessa produttività. L'esperienza è stata premiata al primo concorso indetto nell'ambito della quinta Giornata aziendale della qualità, con richiami sulla stampa locale e di settore.

*Per ulteriori approfondimenti sui risultati ottenuti si rimanda all'allegato D*

*Regione Veneto*

*Azienda Unità Locale Socio Sanitaria Legnago*

*Direttore Generale: Daniela Carraro*

*Referente dell'esperienza: Daniele Caprara*

*Titolo: Qua&L@ - Il Telelavoro per la Qualità*

#### 5.14. Trapianti: Lombardia, cabina di regia unica per trasporto organi

Un'unica cabina di regia per l'organizzazione relativa al trasporto di organi, tessuti ed equipe chirurgiche a scopo di trapianto affidata dal primo maggio del 2010 all'Azienda regionale emergenza urgenza (AREU) della Lombardia e in particolare al servizio del 118. Un progetto che ha permesso di favorire l'integrazione delle due reti di emergenza e trapianti che finora avevano operato parallelamente nelle strutture sanitarie senza punti di contatto.

Il coordinamento del trasporto di organi e tessuti, nonché il trasferimento dei team di chirurghi, costituisce una tappa cruciale per l'assetto organizzativo del sistema trapianti. Per migliorarne l'efficienza e per armonizzare i tanti aspetti del servizio, nel 2006 la Conferenza permanente Stato-Regioni incluse in questa funzione anche il trasporto dei pazienti riceventi in occasione della convocazione al trapianto. La gestione operativa del trasporto compete alle Regioni che, a loro volta, individuano una struttura sul territorio regionale, munita di centrale operativa attiva 24 ore su 24 che, qualora fosse un organismo diverso dal Centro Regionale Trapianti (Crt) o dal Centro Interregionale Trapianti (Cir), opera in stretto riferimento con una di queste due strutture. In precedenza la Regione Lombardia aveva individuato nel Cir del Nord Italian Transplant Program (NITp) la struttura regionale di riferimento per la gestione operativa dei trasporti. Dal primo maggio 2010 invece la gestione operativa e il coordinamento del sistema è stato affidato dalla Regione alla AREU che ora coordina, in collaborazione con il NITp i trasporti per tutti i Centri Trapianto della Regione.

Attualmente è la centrale operativa del 118 di Milano il riferimento regionale per questa attività, che prevede la ricezione della chiamata e l'organizzazione del

trasporto (su gomma, elicottero o aereo) dell'organo da trapiantare e dell'equipe chirurgica che eseguirà il prelievo e il trapianto, su tutto il territorio regionale ma anche interregionale. Un nuovo assetto organizzativo, come spiega l'AREU, che consente un miglioramento dell'efficienza del sistema e un risparmio dal punto di vista economico. Per consentire questa nuova attività sono stati implementati alcuni servizi. Presso la Centrale 118 di Milano è attiva una postazione 24 ore su 24 dedicata a gestire i rapporti con il Centro di riferimento regionale presso il Policlinico di Milano. Operativi anche un numero verde per le comunicazioni con le equipe e i mezzi in missione e una linea dedicata che connette la Centrale 118 con quella del Centro di riferimento regionale, dove una postazione remota della Centrale Milano permette di monitorare in tempo reale tutta l'attività. Oltre ai mezzi già in dotazione alla rete di emergenza, l'AREU si avvale anche del supporto di associazioni di volontariato e società specializzate nei trasporti sanitari con auto veloci e aerei. Dopo sei mesi dall'avvio del nuovo modello organizzativo sono state effettuate circa 500 missioni, con soddisfazione elevata da parte degli utilizzatori e sporadiche criticità riscontrate sul piano organizzativo. Da maggio a dicembre 2010 è stato inoltre stimato un risparmio dei costi di gestione del coordinamento e di espletamento delle missioni di circa 300 mila euro.

*Per ulteriori approfondimenti sui risultati ottenuti si rimanda all'allegato D*

*Regione Lombardia*

*Azienda Regionale Emergenza Urgenza*

*Direttore Generale: Alberto Zoli*

*Referente dell'esperienza: Carlo Marena*

*Titolo: Il coordinamento regionale per il trasporto di organi ed equipe finalizzato all'attività trapiantologica della Regione Lombardia*

#### **5.15. Sanità: ASL Chiavarese apripista nella dematerializzazione ordinativi bancari**

Cinque metri cubi: tanto avrebbe richiesto l'archiviazione decennale dei documenti cartacei dell'Azienda sanitaria ligure di Chiavari relativi agli ordinativi bancari, pratiche che invece oggi sono totalmente dematerializzate e archiviate digitalmente, con notevole risparmio di costi e tempo, grazie a un progetto realizzato nel 2010.

Concepita e portata a termine in meno di sette mesi, da metà marzo alla fine di ottobre 2010, l'iniziativa ha rappresentato uno dei casi apripista in Italia di applicazione della firma digitale e dell'archiviazione ottica dei documenti bancari in un'Azienda sanitaria. Basti pensare che secondo i dati della Banca d'Italia diffusi alla fine dello scorso anno, l'ordinativo informatico locale era stato adottato, e

comunque solo parzialmente, dal 42% dei comuni, dal 45% delle province, dal 67% delle regioni e soltanto da "alcune" ASL, senza nemmeno essere quantificate.

Nel dettaglio, in linea con il Piano nazionale per la digitalizzazione della P.A., il Codice dell'Amministrazione digitale e il Piano e-Gov 2012, l'Azienda Sanitaria Locale 4 (ASL4) Chiavarese ha trasformato grazie a un sistema informatizzato il flusso completo degli ordinativi bancari di incasso e pagamento applicando la firma digitale, conforme a standard nazionali, e l'archiviazione ottica sostitutiva di quella cartacea. Il progetto, in collaborazione con la Banca Carige in qualità di tesoriere, è partito in fase di test tra marzo e aprile 2010, poi è seguita una fase di coesistenza di documenti cartacei e digitali da maggio a ottobre dello stesso anno, fino al passaggio a regime dal 31 ottobre 2010.

I risultati ottenuti, oggetto fra l'altro di un convegno organizzato a Genova nel novembre 2010 con la partecipazione di relatori della Banca d'Italia, del Ministero della Pubblica Amministrazione e della Regione Liguria, sono significativi. Dal primo novembre 2010 sono stati infatti dematerializzati circa 12mila ordinativi l'anno, pari a 30mila fogli di carta considerate anche le quietanze, con conseguente riduzione tempi di esecuzione e gestione degli ordinativi bancari. A regime si parla di uno stock di 120mila documenti e 300mila fogli, considerata la necessità imposta per legge di archiviare per dieci anni i documenti interessati. Sono state del tutto eliminate la stampa cartacea, la triplice firma manuale, la trasmissione tra uffici per la firma, la spedizione al Tesoriere. L'archivio ottico ha permesso di azzerare tempi e costi prima legati, ad esempio, al recupero dei documenti originali dal Tesoriere o all'invio e alla conservazione negli archivi aziendali, senza contare i tempi e i costi di ricerca e consultazione di una tale mole di documenti. Azzerati anche gli errori di trascrizione, il deperimento delle pratiche cartacee, la necessità di spazi per l'archiviazione, con il vantaggio che i documenti sono consultabili oggi in tempo reale. Inoltre, il periodo necessario per l'esecuzione dei bonifici si è ridotto da sette a tre giorni, liberando risorse professionali che sono state così impiegate in attività meno ripetitive e più qualificanti, come l'analisi delle dinamiche di spesa e dei flussi finanziari.

*Per ulteriori approfondimenti sui risultati ottenuti si rimanda all'allegato D*

*Regione Liguria*

*Azienda Sanitaria Locale Chiavarese*

*Direttore Generale: Paolo Cavagnaro*

*Referente dell'esperienza: Nicola Corte*

*Titolo: Applicazione firma digitale e archiviazione ottica sostitutiva al 100% ordinativi bancari di incasso e pagamento: un progetto realizzato*

### 5.16. Sanità: ASL Nuoro, giù spesa farmaci grazie a distribuzione diretta

Una significativa riduzione dei costi sostenuti dall'Azienda Sanitaria per la spesa farmaceutica convenzionata senza oneri per gli assistiti. Ci è riuscita la ASL di Nuoro, che dieci anni fa, secondo quanto dettato dalla legge 405 del 2001 in materia di spesa sanitaria, ha avviato in via sperimentale un progetto – oggi divenuto prassi – di distribuzione diretta dei farmaci compresi nel prontuario ospedaliero e territoriale.

Avviando questo programma, nel 2001, la ASL sarda puntava a contenere la spesa farmaceutica convenzionata, monitorandola costantemente e verificandone l'appropriatezza secondo metodologie stabilite da linee guida internazionali. Un obiettivo raggiunto, come dimostrano alcuni risultati illustrati dall'Azienda sanitaria. Dall'acquisto dei soli farmaci di classe A attraverso distribuzione diretta rispetto all'acquisto attraverso le farmacie convenzionate, ad esempio, la ASL ha mediamente risparmiato il 43%. Gli importi complessivamente spesi per l'acquisto di farmaci dispensati con erogazione diretta sono passati inoltre da 8.253.860 euro del 2007 a 10.253.860 euro del 2009, con i due terzi circa delle somme impiegate per l'acquisto di farmaci di classe A. L'esperienza non ha gravato su assistiti e familiari, assicura l'Azienda sanitaria, anzi ne ha migliorato la qualità di vita. Il ritiro dei farmaci infatti, nel rispetto del piano terapeutico stabilito, poteva avvenire anche quando il paziente si recava in ospedale per effettuare visite mediche programmate.

Il progetto ha consentito di “governare” la spesa farmaceutica in primis col monitoraggio del buon uso del farmaco grazie a un software sviluppato ad hoc, e poi con un'analisi dei consumi secondo la classificazione internazionale ATC controllata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. In particolare, la determinazione del 2004 dell'Agenzia Italiana del farmaco (Aifa) ha consentito di estendere la distribuzione diretta ai farmaci ricompresi nel prontuario ospedaliero e territoriale incrementando le tipologie di farmaci erogabili con distribuzione diretta inizialmente previste dalla ASL.

L'iniziativa di Nuoro va nella direzione di razionalizzazione della spesa nelle aziende sanitarie auspicata su più fronti, soprattutto col persistere di Regioni coi bilanci sanitari in rosso. La Fiaso (Federazione italiana aziende sanitarie e ospedaliere) ha calcolato ad esempio insieme al Ceis Tor Vergata che i risparmi che ASL e ospedali potrebbero ottenere attraverso procedure centralizzate di acquisto di beni e servizi ammontano a circa 5 miliardi di euro, mentre un rapporto del 2010 della Società Italiana di Farmacia Ospedaliera e dei Servizi Farmaceutici delle Aziende Sanitarie (Sifo) evidenziava che negli ospedali in cui è prevista la presenza di un farmacista in corsia che si occupa della corretta gestione dei farmaci, dell'appropriatezza delle prescrizioni e della tracciabilità delle medicine si sono registrati un

risparmio della spesa farmaceutica del 40% e un abbattimento del 70% degli incidenti dovuti a un errato utilizzo dei farmaci.

Nel dettaglio, il progetto della ASL di Nuoro ha coinvolto gran parte delle unità ospedaliere (da 30 a 50 nel corso degli anni) e dei distretti sanitari, è stato promosso dal Dipartimento del Farmaco e reso possibile anche grazie all'accordo quadro sperimentale del 2006 tra la Regione Sardegna, Federfarma e la distribuzione intermedia.

*Regione Sardegna*

*Azienda Sanitaria Locale Nuoro*

*Direttore Generale: Antonio Soru*

*Referente dell'esperienza: Michele Cicalò*

*Titolo: Distribuzione diretta dei farmaci (l ciclo terapeutico, PHT)*

#### 5.17. Sanità: ASL Varese, con VOIP risparmi e semplificazione

Un sistema telefonico aziendale più snello, soprattutto dal punto di vista della manutenzione, e un risparmio economico per i prossimi dieci anni. Sono i principali risultati ottenuti dalla ASL della Provincia di Varese che ha avviato un progetto per sostituire le centraline telefoniche tradizionali con un apparato basato sulla tecnologia del Voice over Internet protocol (Voip), ovvero il sistema di telefonia che funziona su protocollo Internet.

Avviato ad aprile 2009 e conclusosi a maggio 2010, il progetto pilota ha coinvolto quattro sedi aziendali dei servizi territoriali della ASL (Varese, Azzate, Malnate e Luino) prevedendo la sostituzione delle centrali telefoniche PABX in noleggio e manutenzione Telecom con la tecnologia VoIP, sfruttando l'esistente rete informatica aziendale. Letteralmente "Voce tramite protocollo internet", il VoIP è una tecnologia che rende possibile effettuare una conversazione telefonica sfruttando una connessione internet e un microfono. Ciò consente di abbattere le distanze con telefonante, anche intercontinentali, che costano quanto un'urbana. Attivata dal Servizio Gestione Tecnico Patrimoniale, l'iniziativa sperimentale è stata condivisa dalla direzione aziendale, in linea con quanto previsto dalla Legge finanziaria 2008 che chiedeva alle pubbliche amministrazioni centrali di utilizzare servizi VoIP acquisiti tramite il Sistema Pubblico di Connettività o le convenzioni stipulate da CONSIP.

L'obiettivo della ASL di Varese è stato fin da subito non solo quello di razionalizzare l'impianto di telefonia aziendale, ma soprattutto quello di ridurre i costi di gestione, eliminando in particolare le tariffe dei canoni e la spesa del traffico telefonico tra sede territoriale e sede centrale. Esemplificativa, anche se non esaustiva del-

l'intero progetto, l'analisi del dettaglio dei costi e dei benefici nel caso di una singola sede.

Nell'anno di fase sperimentale del progetto, adottato solo in parte in forma stabile dall'Azienda, sono state riscontrate anche altre ricadute positive, ad esempio sulla manutenzione dei nuovi apparati, gestita internamente e non più con ausili esterni. Grazie ad interventi di Telecom sono state inoltre superate alcune disfunzioni iniziali dovute alla rete informatica aziendale in gestione all'operatore. La sperimentazione ha portato fra l'altro a una migliore gestione del traffico telefonico, con numerazione univoca derivata dalla centrale telefonica principale dotata di centralino attivo 24 ore su 24. Di conseguenza anche l'utenza ha beneficiato indirettamente del cambiamento. Gli utenti finali sono stati coinvolti fin dall'inizio in fase di progettazione attraverso riunioni con i responsabili delle sedi interessate.

*Regione Lombardia*

*Azienda Sanitaria Locale Varese*

*Direttore Generale: Pierluigi Zeli*

*Referente dell'esperienza: Fulvio Marrazzato*

*Titolo: Attivazione telefonia fissa con tecnologia VoIP in 4 sedi aziendali*

#### 5.18. Sanità: APSS Trento, nuova gestione risorse umane per puntare su competenze

Passare da una gestione del personale ingessata da aspetti normativi e amministrativi a un modello che privilegia ruoli e competenze individuali, per incentivare motivazione e raggiungere la *mission* aziendale. Lo ha messo in pratica l'Azienda provinciale per i servizi sanitari (APSS) della Provincia autonoma di Trento tramite il programma di sviluppo delle risorse umane avviato nel dicembre del 2008.

L'iniziativa, sviluppata in due anni e oggi una realtà consolidata nelle strutture sanitarie trentine, rappresenta una conseguenza necessaria della crescente complessità dell'organizzazione e dei servizi offerti: l'Azienda, infatti, gestisce i servizi sanitari pubblici per l'intero territorio provinciale che conta oltre 520mila residenti, cui vanno aggiunti i turisti, quantificati in circa 30milioni di giornate di presenza annua. Due sono gli ospedali principali e cinque quelli di distretto, 13 i distretti sanitari dotati di decine di sedi ambulatoriali per un organico complessivo di circa 8mila dipendenti. Per affrontare al meglio questo contesto l'Azienda ha avviato un programma ad hoc volto a migliorare l'efficacia e l'efficienza dei processi di gestione delle risorse umane attraverso l'implementazione dei sistemi informativi e l'introduzione di un nuovo modello di competenze per aumentare l'efficacia delle attività di valutazione, sviluppo e formazione.

Monitorato mensilmente, il progetto ha portato all'individuazione e all'adozione di una soluzione software ad hoc, iniziativa che ha riguardato non solo le direzioni aziendali ma tutto il personale – con incontri periodici, workshop, newsletter e una sezione apposita della intranet aziendale – e ha coinvolto anche soggetti esterni, fra i quali le organizzazioni sindacali, il Servizio Sistemi Informativi, altre aziende sanitarie e l'Assessorato alla Salute della Provincia autonoma di Trento. Ispirato al modello inglese diffuso nel National Health Service e basato su PeopleSoft HCM (Human Capital Management), la soluzione applicativa di Oracle indirizzata ai responsabili delle risorse umane, il programma è stato tra l'altro premiato a giugno 2011 dall'HR Innovation Award promosso dalla School of Management del Politecnico di Milano ed è stato più volte citato in articoli di settore e presentato come caso di successo in convegni.

In base a quanto emerge dalla valutazione aziendale, il nuovo modello di gestione delle risorse umane – che ha richiesto un investimento iniziale di 945mila euro e costi annui di 35mila euro – ha avuto numerosi impatti positivi. È stata sviluppata e migliorata la comunicazione interna, le unità operative si sono concentrate sugli obiettivi annuali, è aumentato anche l'impatto della formazione sul miglioramento comportamentale. Tali obiettivi sono stati raggiunti con una suddivisione del progetto in ambiti specifici con team dedicati rispettivamente al disegno organizzativo, all'implementazione del nuovo processo di valutazione, alla formazione, allo sviluppo delle competenze e del nuovo software di gestione. Modalità organizzative in linea con il decreto legislativo n.150 del 27 ottobre 2009, che prevede l'attivazione di un ciclo generale di gestione della performance, per consentire alle amministrazioni pubbliche di organizzare il proprio lavoro in un'ottica di miglioramento della prestazione e dei servizi resi.

*Provincia Autonoma di Trento*

*Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari*

*Direttore Generale: Luciano Flor*

*Referente dell'esperienza: Ettore Turra*

*Titolo: Programma Sviluppo Risorse Umane*

#### 5.19. Master e corsi di specializzazione, a Parma si punta sulla ricerca

Un Master, un corso di specializzazione e due corsi di breve durata, tutti organizzati seguendo un ideale filo conduttore: quello di promuovere e sostenere la realizzazione di attività di ricerca integrate con l'assistenza e, di conseguenza, di aumentare le competenze in materia di metodologia della ricerca del maggior numero possibile di operatori di diverse discipline. Così da favorire la costituzione di nuovi gruppi di ricerca e di aumentare le possibilità di attrarre capitali esterni. Ha scelto la strada dell'integrazione tra ricerca e pratica l'Azienda Ospedaliero-

Universitaria di Parma, che dal 2008 ha dato avvio al progetto “Formazione alla ricerca per migliorare la salute”. Con una *mission* chiara: puntare sulla ricerca anche attraverso un’offerta formativa mirata ad accrescere la consapevolezza dell’importanza della ricerca stessa nello svolgimento del lavoro, a creare le competenze necessarie e a favorire la creazione e l’inserimento in ‘research network’.

Un originale processo “formativo-educativo” iniziato nel 2008 con la realizzazione di un Master di II livello “Imparare la metodologia della ricerca lavorando con gruppi che la praticano”, e di un corso di perfezionamento dal titolo “La ricerca psicosociale nelle professioni sanitarie”, finanziati entrambi dalla Regione Emilia-Romagna e ripetuti con una seconda edizione a seguito del successo ottenuto e delle numerose richieste pervenute. Successivamente, in base alle esigenze espresse dai professionisti in una indagine aziendale volta a valutare i fattori che favoriscono o viceversa ostacolano la partecipazione ad attività di ricerca, sono stati organizzati due corsi di breve durata: “Statistica per non statistici”, svolto in 2 edizioni, e “Rispondere ai quesiti clinici in base alle evidenze scientifiche”, offerto in 3 diverse sessioni. I risultati di questo percorso formativo (circa 900mila euro i costi complessivi per il periodo 2007-2010) sono stati estremamente positivi, a dimostrazione che la strada intrapresa dall’AOU di Parma non era sbagliata. Tutti i progetti formativi, infatti, hanno ricevuto ampia adesione, in particolare il Master e il corso “Statistica per non Statistici”, che hanno visto la partecipazione di corsisti giovani (età mediana 37 anni), dei quali circa un terzo proveniente da varie Aziende e Università, anche di fuori Regione. E la valutazione positiva delle iniziative è emersa anche dai pareri espressi nei questionari di gradimento al termine dei corsi. Relativamente agli output, il Master e il corso di perfezionamento hanno previsto lavori di gruppo nei quale i corsisti hanno prodotto dei protocolli di ricerca che, nel caso del Master, sono stati sottoposti a bandi per ottenere finanziamento. Uno di questi protocolli è risultato vincitore del bando ministeriale Giovani Ricercatori. Un altro dato incoraggiante, inoltre, attribuibile almeno in parte al processo formativo in corso, è il recente trend positivo nel numero di progetti di ricerca e delle pubblicazioni scientifiche di professionisti dell’Azienda. Relativamente ai progetti si è passati da 193 studi avviati nel 2008 a 197 nel 2009; mentre per le pubblicazioni l’incremento è stato ancora più sorprendente, passando da 294 lavori nel 2007, a 319 nel 2008 fino ai 400 nel 2009. Tutta questa esperienza ha infine prodotto un cambiamento prevalentemente culturale, grazie ad una maggiore coesione tra i professionisti che hanno partecipato agli eventi, che ha favorito la creazione di network per la ricerca. In quest’ottica e forte dei risultati ottenuti, l’Azienda di Parma ha stabilito di proseguire questo processo di offerta formativa sulla metodologia della ricerca e di valutarne l’impatto nelle sue varie forme (miglioramento salute, benefici economico-sociali, sviluppo delle conoscenze e delle infrastrutture, influenza a livello decisionale).



*Regione Emilia Romagna*

*Azienda Ospedaliero-Universitaria Parma*

*Direttore Generale: Leonida Grisendi*

*Referente dell'esperienza: Caterina Caminiti*

*Titolo: Formazione alla ricerca per migliorare la salute*

#### 5.20. Modena: gestire la formazione online, il progetto del Policlinico

Tracciare tutte le fasi dei processi gestionali ed organizzativi relativi alla formazione, con l'attribuzione di specifici ruoli e responsabilità agli utenti del sistema. E' questa la strada intrapresa dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria del Policlinico di Modena, che nel dicembre del 2008 ha deciso di utilizzare un software con interfaccia Web per la gestione dell'attività formativa, in modo da integrare in un unico sistema le differenti tappe del processo formativo che prima venivano espletate con modalità diverse e non sempre sinergiche. D'altronde nell'ambito della formazione nelle Aziende Sanitarie, le nuove linee programmatiche del programma di Educazione continua in medicina (ECM) hanno introdotto negli anni numerose e rilevanti novità, come l'accreditamento dei provider, l'accreditamento istituzionale e i crediti Ecm. In quest'ottica, dunque, il progetto seguito dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena, e rivolto non solo agli operatori interni all'Azienda ma anche a professionisti esterni interessati alla fruizione di corsi di argomento sanitari, persegue un duplice obiettivo strategico. Da un lato quello di sviluppare un sistema di supporto al servizio formazione e agli operatori dell'Azienda che permetta di semplificare il processo di erogazione dell'attività formativa a partire dalla formazione del catalogo aziendale e alla gestione dei momenti formativi. Dall'altro quello, attraverso l'uso delle tecnologie via Web, di sviluppare un sistema che potesse diventare momento di integrazione dei percorsi formativi a livello almeno provinciale, con la definizione di un unico catalogo dei momenti formativi e tutte quelle sinergie in grado di recuperare efficienza organizzativa. Questa esperienza, ancora in fase di implementazione a causa dei cambiamenti normativi introdotti dalla commissione nazionale Ecm, ha già prodotto i primi risultati positivi, a partire dall'avvenuta creazione del catalogo dei corsi dell'Azienda, sempre aggiornato e consultabile da chiunque su internet. È stata inoltre effettuata l'integrazione con i software gestionali dell'Azienda per l'estrazione e l'aggiornamento dell'anagrafica dei dipendenti, mentre dal 30 agosto 2010 è operativo il sistema di raccolta iscrizioni tramite il software 'Tom' (training Online management): ad oggi sono state registrate 2909 richieste di iscrizione a corsi aziendali, di queste 2504 da parte di dipendenti e 405 da parte di esterni. L'utilizzo di un sistema così moderno ha portato benefici anche in termini di semplificazione delle relazioni burocratiche-amministrative, e ha permesso di prendere decisioni strategiche rapide grazie alla condivisione dei dati ed alla possibilità di consultare i corsi ed i progetti in tempo reale. Questo ha comportato dal

punto di vista dell'appropriatezza organizzativa anche una riduzione drastica di eventi avversi originati dalla gestione cartacea delle iscrizioni e dalla produzione dei consuntivi (100% errori di trascrizione, -100% schede non pervenute). E una volta a regime l'introduzione del sistema dovrebbe portare risparmi anche in termini di budget, dovuti a una diminuzione del tempo impiegato dal personale del servizio nel seguire le procedure di formazione, a una diminuzione di partecipazione del personale a corsi non pertinenti e a un calo del numero di corsi con tematiche sovrapponibili realizzati. Con l'introduzione del sistema 'Tom' i reclami relativi alle procedure di iscrizione sono passati dal 70% al 20%, i tempi di produzione e divulgazione del catalogo dei corsi da 3 mesi a 10 giorni. Infine con l'avvio del sistema di iscrizione online sono stati aboliti i moduli cartacei con un risparmio di oltre 10.000 fogli/anno ed un risparmio di ore/lavoro per utenti ed operatori del servizio stimato in 1.500 ore. Mentre nel 2012, con la funzionalità di scaricamento degli attestati da parte degli utenti, si avrà un ulteriore risparmio di moduli per l'attestazione stimato in almeno 13.000 fogli all'anno e un calo delle ore di lavoro stimate in 2.100 ore/anno.

*Per ulteriori approfondimenti sui risultati ottenuti si rimanda all'allegato D*

*Regione Emilia Romagna*

*Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Modena*

*Direttore Generale: Stefano Cencetti*

*Referente dell'esperienza: Paola Vandelli*

*Titolo: Utilizzo del software Training on line management (TOM) per la gestione della attività formativa*

### **5.21. Bologna: materassi antidecubito; nasce gestione informatizzata**

Informatizzare la gestione dei materassi antidecubito e uniformare i comportamenti nella scelta dei presidi antidecubito motorizzati degli infermieri sulla base delle indicazioni contenute nelle linee guida internazionali. Un progetto apparentemente non di grande impatto mediatico, quello intrapreso dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna nel giugno del 2008, ma di sicuro valore clinico, considerato che le lesioni da decubito, conseguenza diretta di una prolungata compressione sui tessuti, sono spesso il frutto di una cattiva assistenza in ambito domiciliare o ospedaliero, e si verificano quando non vengono attivate le necessarie tecniche di prevenzione e l'utilizzo dei moderni ausili antidecubito. Obiettivo del progetto, dunque, destinato a tutte le unità operative dell'Azienda che ricoverano pazienti con lesioni da pressione o a rischio di insorgenza, da un lato quello di assicurare l'appropriatezza nell'assegnazione dei materassi antidecubito motorizzati, e dall'altro di rendere la trasmissione della richiesta più veloce attraverso un programma informatizzato che permette di evitare la perdita di tempo

telefonica e di garantire quindi al paziente il presidio antidecubito motorizzato necessario nel minor tempo possibile. Per operare in questa direzione il progetto, che si è concluso nel gennaio 2010 ma che è stato poi adottato in forma stabile dall'Azienda, ha previsto la gestione del noleggio dei materassi antidecubito a motore in service, con possibilità di scelta tra 4 tipologie con caratteristiche diverse, per la gestione dei pazienti a rischio o con lesioni da pressione. La gestione è avvenuta con modalità informatizzata e sulla base di una linea guida evidence-based di riferimento. Mentre l'assegnazione del presidio è stata effettuata tramite un algoritmo che valutava l'indice di rischio (espresso dall'Indice di Braden), la presenza di lesioni da pressione e la valutazione dell'umidità e della mobilità del paziente rispetto agli items della Braden "Umidità" e "Mobilità". Una procedura, quella messa a punto dall'AOU di Bologna, che ha generato risultati importanti, sia per una maggiore appropriatezza nell'assegnazione dei materassi antidecubito a motore, sia per quanto riguarda la riduzione dei tempi di attesa fra la richiesta e la consegna dei presidi e la rintracciabilità delle informazioni relative alla assegnazione, consegna e tempo di utilizzo del presidio. Inoltre il monitoraggio delle assegnazioni ha consentito un controllo del budget assegnato ai materassi antidecubito motorizzati sia su base aziendale che di U.O., assicurando il mantenimento di quanto definito su base annua. Una decisione, questa, coerente con gli obiettivi di pianificazione strategici intrapresi dalla Regione Emilia-Romagna, che ha predisposto gare per l'acquisizione delle superfici antidecubito a motore per tutto il territorio regionale con l'obiettivo di contenere la spesa e migliorare l'appropriatezza nella scelta dei presidi. Il progetto non ha beneficiato di finanziamenti esterni per la sua realizzazione, ma ha tuttavia previsto iniziative formative, mirate anche a fornire al personale infermieristico uno specifico addestramento all'utilizzo del software.

*Per ulteriori approfondimenti sui risultati ottenuti si rimanda all'allegato D*

*Regione Emilia Romagna*

*Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico S. Orsola Malpighi Bologna*

*Direttore Generale: Sergio Venturi*

*Referente dell'esperienza: Patrizia Taddia*

*Titolo: La gestione standardizzata e informatizzata dei materassi antidecubito a motore*

## 6. INNOVAZIONE TECNOLOGICA

*A cura di Maria Donata Bellentani e Nicola Pinelli*

L'area tematica dedicata all'Innovazione tecnologica annovera un numero di esperienze minori rispetto agli altri gruppi tematici, ma è pur vero che l'ICT in Sanità ha permesso - e contribuisce a farlo senza interruzione - una fluidità organizzativa e un progresso nei servizi prestati inimmaginabili fino a non molti anni fa e che, soprattutto, influenza molteplici aspetti del settore sanitario e socio-sanitario.

Il cosiddetto "Sistema Informativo Aziendale", che in aziende 'comuni' ha permesso di ottimizzare l'intera struttura organizzativa, nelle Aziende sanitarie rappresenta lo strumento strategico per poter gestire e mettere a disposizione tutte le informazioni necessarie per governare il sistema e il processo di cura.

Oltre agli ambiti maggiormente conosciuti nei quali Aziende e Istituzioni sanitarie si stanno attrezzando con maggior impegno (forse il più noto è il FSE, Fascicolo sanitario elettronico), non vanno trascurati altri aspetti altrettanto essenziali nella vocazione ospedaliera di assistenza e cura la cui attività è segnata in modo decisivo dal contributo dell'ICT. Ad esempio la gestione informatizzata dei farmaci ma anche delle risorse umane, la medicina sul territorio, la stessa fatturazione elettronica e la dematerializzazione degli archivi e da ultimo, non certo in ordine d'importanza, il supporto alla relazione con i pazienti.

E' in questo senso che va letta la esiguità numerica delle esperienze che qui sono state raccolte: vista la trasversalità con cui l'ICT avvolge diversi ambiti sanitari, qui sono proposte alcune esperienze di telemedicina e di supporto al governo clinico. E tuttavia altre esperienze, catalogate in questo volume sotto altre aree, presentano rilevanti aspetti tecnologici intersecati con l'assistenza sul territorio, con il rinnovamento gestionale, con l'appropriatezza delle cure, con la razionalizzazione e la digitalizzazione dei processi.

Il cosiddetto e-Government aziendale genera il controllo di tutti i dati aziendali, la tracciabilità del percorso diagnostico terapeutico, l'integrazione delle apparecchiature e in generale delle risorse tecnologiche patrimonio dell'Azienda. Questo breve elenco di voci incide in modo sensibile, da ultimo, sulla corretta programmazione delle attività aziendali e dovrebbe concorrere, nei prossimi anni, anche a favorire lo sviluppo di competenze informatiche da parte dell'utenza, così che un paziente possa essere autonomo nel reperire - ma anche nel comunicare - informazioni sui servizi socio-assistenziali ovvero su personali dati clinici d'interesse. Dal punto di vista della e-Care - quindi di una 'presa in carico elettronica' - un

progetto di Telecardiologia realizzato presso l'Azienda Ospedali Riuniti di Ancona ed un altro di Telemedicina dedicato ai pazienti cardiopatici dall'AUSL di Cesena hanno fatto registrare un determinante passo avanti sul piano dell'appropriatezza clinica e su quello della stabilità assistenziale tra ospedale e territorio, se è vero che la sensazione percepita dai pazienti è stata quella di "avere l'ospedale in casa".

Invece, sul piano del supporto dell'ICT al governo clinico, l'ASL di Varese ha realizzato ad esempio una Banca Dati dei pazienti diabetici che, garantendo uno stretto monitoraggio clinico, ha permesso anche una riduzione del tasso di ospedalizzazione. Mentre presso l'APSS di Trento è stato creato un osservatorio epidemiologico informatico che ha prodotto una riduzione delle infezioni da assistenza ospedaliera e degli eventi di allarme. L'AUSL di Piacenza, invece, si è distinta per la battaglia (vinta) a errori e sprechi nella distribuzione dei farmaci: un software permette di seguire ogni singolo passaggio dei farmaci, dall'approvvigionamento fino alla somministrazione, passando per la prescrizione e la trascrizione.

*L'Information and Communication Technology*, come visto, può dare un contributo decisivo allo sviluppo gestionale delle Aziende sanitarie, al loro efficiente funzionamento, alla appropriatezza delle attività cliniche e assistenziali messe in atto. Può contribuire a tracciare standard che permettano davvero di 'fare sistema', di elaborare procedure unificanti, di generare interscambio e interazione. In una parola: interoperabilità. Si tratta, in sintesi, di risolvere la necessità, sempre più stringente, di garantire un'ampia accessibilità delle informazioni sanitarie per tutti gli operatori, all'interno e all'esterno dell'Azienda compatibilmente con la garanzia di privacy per i cittadini.

L'Innovazione in Sanità rappresenta pertanto, e deve rappresentare, uno strumento utile a seguire e assecondare i cambiamenti organizzativi necessari: è la conclusione, vantaggiosa oltre che di buon senso, cui si giunge dall'analisi delle esperienze qui descritte.

### 6.1. Infezioni ospedaliere: a Trento nasce Osservatorio Epidemiologico

Le infezioni correlate all'assistenza ospedaliera (ICA) rappresentano un problema rilevante per tutte le strutture sanitarie, anche perché coinvolgono sia l'aspetto propriamente assistenziale sia quello inerente alla gestione economica di un ospedale. Nel nostro paese, solo per avere un'idea, il 5-8% dei pazienti ricoverati contrae un'infezione ospedaliera, e questa percentuale si traduce in circa 450mila-700mila infezioni (4.500-7.500 i decessi stimati). Numeri da non sottovalutare, che hanno portato l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento a progettare e mettere in atto un osservatorio epidemiologico informatico in grado di raccogliere, organizzare e distribuire in tempo reale i dati clinici presenti in altri sistemi

gestionali specifici, in modo da rendere le informazioni sempre disponibili per gli operatori sanitari. Obiettivo del progetto, iniziato nel 2008, quello di avere sempre a disposizione un sistema informatico per la sorveglianza di laboratorio delle infezioni correlate all'assistenza e degli eventi di allarme, in modo da ridurre le infezioni da assistenza ospedaliera, identificare precocemente gli eventi di allarme e aumentare la consapevolezza del rischio infezioni negli operatori sanitari. Il sistema a tal proposito realizza una sorveglianza integrata delle infezioni ospedaliere che permette una segnalazione tempestiva delle sospette ICA e degli eventi a rischio, garantendo una riduzione dei tempi di attivazione delle eventuali procedure di isolamento e dunque un maggior potere di prevenzione e controllo degli episodi di contagio. Le informazioni aggiuntive provenienti dai dati clinici vengono poi registrate in un database strutturato e dedicato al monitoraggio di tali infezioni, aiutando così a strutturare strategie mirate per la prevenzione dei fenomeni infettivi. Il sistema è inoltre integrato con la sorveglianza delle prevalenze di antibiotico-resistenza. Questo progetto, terminato nel dicembre del 2009, ha prodotto una riduzione delle infezioni da assistenza ospedaliera e degli eventi di allarme, una riduzione dei tempi per la sorveglianza delle ICA e anche una riduzione dei tassi di antibioticoresistenza. Nello specifico, dall'attivazione del sistema di sorveglianza di laboratorio è stata registrata una riduzione del tasso di infezione di 2,3 infezioni/1000 giorni di degenza. Considerando che le giornate di degenza, per il totale dei presidi ospedalieri dell'Azienda provinciale sono state circa 420.000, si può calcolare che la riduzione in numero assoluto è stata di circa 970 infezioni l'anno, con una riduzione di spesa conseguente alle infezioni ospedaliere di circa 1455000 euro per l'anno 2010 (considerando il costo medio di infezione ospedaliera pari a 1500 euro). Da un punto di vista organizzativo, invece, il sistema è riuscito a integrarsi con gli altri programmi di sorveglianza attiva, ha migliorato il potere di monitoraggio, controllo e prevenzione delle infezioni ospedaliere e si è dimostrato in grado di rilevare precocemente gli eventi epidemici e fornire un rapido sistema di allerta per i reparti e le direzioni sanitarie che possono attivare precocemente le precauzioni necessarie a limitare gli eventi infettivi. Nel corso della fase di attuazione, sono stati organizzati incontri formativi per cercare di porre rimedio ad un iniziale scarso interesse di alcuni operatori riguardo al problema delle infezioni.

*Per ulteriori approfondimenti sui risultati ottenuti si rimanda all'allegato D*

*Provincia Autonoma di Trento*

*Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari*

*Direttore Generale: Luciano Flor*

*Referente dell'esperienza: Paolo Lanzafame*

*Titolo: Sistema informatico per la sorveglianza di laboratorio delle infezioni correlate all'assistenza e degli eventi alert*

## 6.2. Sanità: AUSL Piacenza, “robot” del farmaco contro errori e sprechi

Stop agli errori e agli sprechi nella distribuzione di farmaci in ospedale grazie a un sistema informatizzato. È l'obiettivo del progetto avviato nel 2008 dall'Azienda USL di Piacenza e basato sull'introduzione di un software che permette di seguire tutti i passaggi dei farmaci in nosocomio, dalla prescrizione al momento in cui vengono dati al paziente, impedendo fra l'altro errori di trascrizione o somministrazione. Su 8 milioni di persone che ogni anno vengono ricoverate negli ospedali pubblici e privati italiani, si calcola che il 4% circa, pari a 320.000 persone, subisce danni più o meno gravi alla propria salute. Gli errori legati alla prescrizione e alla somministrazione di farmaci sarebbero la causa del 20% del totale degli errori che si verificano durante la permanenza in ospedale, mentre secondo recenti studi proprio un sistema basato sulla prescrizione informatizzata permetterebbe di abbattere gli errori in una percentuale compresa tra il 40 e l'83% dei casi. In questo contesto si colloca l'esperienza della AUSL di Piacenza, prevista nel Piano strategico aziendale 2009-2011, che ha deciso di attivare presso l'Unità operativa di Malattie infettive una sperimentazione per la gestione ospedaliera informatizzata del farmaco che prevede l'utilizzo della cosiddetta “dose unitaria”.

L'AUSL dell'Emilia Romagna ha in primis ridefinito il percorso che “segue” il farmaco: dal magazzino nel quale viene stoccato all'Unità operativa che lo utilizza. Poi ha riscritto le modalità di prescrizione e somministrazione del medicinale nelle unità operative ospedaliere (Uo), introducendo nuove soluzioni tecnologico-informatiche che hanno consentito di implementare innovazioni organizzative nel processo. Ridefinite, omogeneizzate e standardizzate anche le logiche di riordino dei farmaci, basate sull'effettivo consumo delle Uo. In questo modo è stato possibile ottimizzare la gestione delle scorte nei reparti, ad esempio riducendo i tempi di approvvigionamento, utilizzando al meglio gli spazi e riducendo sprechi e oneri. Inoltre per lo stesso personale c'è stato un risparmio di tempo nel prescrivere e somministrare la terapia, tempo calcolato in circa due ore al giorno per gli infermieri e poco più di un'ora al giorno per il personale di coordinamento. Senza contare i benefici in termini economici. Nel corso della sperimentazione, durata un paio d'anni, la spesa per i farmaci si è ridotta del 15%.

L'AUSL di Piacenza ha creato in pratica un nuovo modello organizzativo che si basa su una struttura di “singolarizzazione” del farmaco in confezione: la scelta, spiega l'Azienda, è stata di non intraprendere la strada degli investimenti “interni” ma di richiedere che sia un soggetto che abbia una sua struttura per la lavorazione e che fornisca farmaci in monodose. Così facendo, da un lato si è potuto sfruttare la maggior flessibilità che il privato poteva permettersi nella realizzazione o nel reperimento di infrastrutture, e dall'altro si sono evitate le difficoltà che avrebbero potuto nascere per la gestione tecnica e manutentiva di impianti tecnologici molto sofisticati. Tra le novità anche l'introduzione in reparto



di “armadi intelligenti” o automatizzati, che hanno consentito lo stoccaggio delle monodosi consegnate e la preparazione della terapia personalizzata all'interno dei reparti di degenza.

*Per ulteriori approfondimenti sui risultati ottenuti si rimanda all'allegato D*

*Regione Emilia Romagna*

*Azienda Unità Sanitaria Locale Piacenza*

*Direttore Generale: Andrea Bianchi*

*Referente dell'esperienza: Giovanni M. Soro*

*Titolo: Il progetto di nuovo modello logistico della ASL*

### 6.3. Varese: percorsi ‘virtuosi’ e integrati per i pazienti diabetici

Migliorare il percorso diagnostico-terapeutico assistenziale dei pazienti diabetici (PDTA) attraverso un maggior controllo clinico territoriale, riducendo di conseguenza il livello di ospedalizzazione degli stessi pazienti. Sono questi gli obiettivi che si è posta l'ASL della Provincia di Varese nel gennaio del 2006, quando ha dato avvio a questo innovativo progetto che si basa sull'utilizzo della banca dati assistiti, che permette di valutare la prevalenza e gli indici di consumo delle principali prestazioni dei pazienti diabetici e di misurare quanto nella reale pratica clinica fosse migliorata la gestione territoriale di tali pazienti usando gli indicatori raccomandati dalla Regione Lombardia. All'inizio del progetto, a cui hanno aderito la maggior parte dei medici di medicina generale (MMG) presenti sul territorio, sono stati così individuati il numero di pazienti diabetici con la Banca dati assistiti, attraverso l'incrocio di informazioni derivanti dai ricoveri ospedalieri, dalle esenzioni ticket e dal consumo di farmaci specifici. Questa rilevazione è stata resa possibile grazie ad uno specifico sistema informativo organizzato dalla ASL della Provincia di Varese in data warehouse (DWH), e dunque in grado di interfacciare i dati provenienti da vari tipi di prestazioni. Successivamente è stato monitorato il percorso diagnostico terapeutico dei pazienti diabetici attraverso la rilevazione di indicatori sulle prestazioni sanitarie erogate dal Servizio Sanitario Regionale, in accordo con le indicazioni della Regione Lombardia. E, infine, sono state valutate le azioni di controllo della malattia da parte dei Medici di famiglia attraverso l'andamento della proporzione di pazienti trattati con insulina, della proporzione di pazienti con almeno 3 controlli dell'emoglobina glicata e del tasso di ricovero per diabete. Al termine di questo processo di misurazione, durato circa un quadriennio (2006-2009), i risultati emersi sono stati molto positivi. In primis vi è stata una riduzione del tasso di ospedalizzazione per diabete (da 1,89 per 1.000 abitanti del 2006 a 1,01 per 1.000 abitanti del 2009), nonostante un aumento del numero di pazienti: inoltre va segnalato un aumento della percentuale di pazienti trattati con insulina (da 17% del 2006 a 20% del 2009) e un aumento della



percentuale dei pazienti con almeno 3 controlli annuali di emoglobina glicata (da 13,8% del 2006 a 20,6% del 2009). Tutti cambiamenti che hanno favorito una migliore gestione territoriale dei pazienti diabetici e anche un trattamento ambulatoriale più frequente da parte del paziente. Infine la gestione territoriale del paziente diabetico ha spostato la riduzione di risorse economiche derivanti dai ricoveri in maggiori risorse investite in ambito specialistico. Il costo pro capite del diabetico è aumentato complessivamente del +16% dal 2006 al 2009, mentre il suo costo è variato per le prestazioni specialistiche di +26%, per le prescrizioni farmaceutiche di +14% e per i ricoveri del +11%. Oltre ai medici di famiglia, sono stati coinvolti nel progetto i medici specialisti diabetologi delle strutture ospedaliere provinciali. E nella valutazione del percorso diagnostico terapeutico sono stati coinvolti il dipartimento delle Cure Primarie e il Dipartimento Programmazione Acquisto e Controllo, che gestisce la banca dati assistiti.

*Per ulteriori approfondimenti sui risultati ottenuti si rimanda all'allegato D*

*Regione Lombardia*

*Azienda Sanitaria Locale Varese*

*Direttore Generale: Pierluigi Zeli*

*Referente dell'esperienza: Salvatore Pisani*

*Titolo: Uso della Banca Dati assistiti nel monitoraggio della gestione territoriale dei pazienti diabetici*

#### **6.4. Scompensi cardiaci: a Cesena il teleconsulto migliora la vita**

Migliorare la qualità di vita dei pazienti con scompenso cardiaco cronico e ad alto rischio di ospedalizzazione e fornire una migliore continuità assistenziale ospedale-territorio, cercando al tempo stesso di ridurre il numero di re-ricoveri e delle giornate di degenza. Erano questi gli obiettivi della ASL di Cesena, che nel 2003 ha dato avvio ad un programma di telemedicina e di teleconsulto per la gestione dei pazienti con scompenso cardiaco avanzato. Un programma semplice quanto ambizioso, realizzato con costi minimi, che dopo più di 7 anni è diventato parte integrante della struttura romagnola, ottenendo risultati straordinari. Ma come funziona, nella pratica, questo progetto? I pazienti con scompenso cardiaco avanzato inviano al Centro, utilizzando un semplice telefono a tastiera, alcuni parametri semplici che definiscono lo stato di potenziale instabilità clinica: peso corporeo, pressione arteriosa, frequenza cardiaca ad intervalli regolari, a seconda del quadro clinico del paziente. I dati vengono inviati tramite un sistema telematico originale al call center, dove entrano automaticamente dentro una cartella clinica informatizzata e sono presi in visione da una infermiera dedicata, esperta in scompenso cardiaco. In caso di scostamento dei parametri assegnati al singolo paziente, si attiva un segnale di

allarme luminoso con il numero identificativo del paziente che viene così valutato prontamente dall'infermiere ed attivato un tele-consulto con il paziente o i familiari. Successivamente viene decisa una eventuale variazione della terapia o consigliata una valutazione clinica. Il progetto, che è a prevalente gestione infermieristica, ha ottenuto una riduzione media negli anni di circa il 50% dei re-ricoveri per scompenso cardiaco rispetto al periodo precedente l'inserimento nel progetto di Telemedicina. E un'analisi su 173 pazienti realizzata dal 2003 fino al 30 giugno 2010 seguiti con un follow up medio di circa due anni ha dimostrato una riduzione del 40% dei ricoveri per scompenso e del 38% delle giornate di degenza, con conseguente notevole risparmio di risorse. Inoltre è migliorata la qualità di vita dei pazienti, che si sono sentiti seguiti e rassicurati "come se avessero l'ospedale in casa". E per quei casi, non frequenti, in cui il paziente trasmette i dati in modo incostante, rischiando di pregiudicare la corretta procedura, è previsto un tele-consulto attivo per capire lo stato clinico del paziente. Questa esperienza ha anche migliorato la continuità assistenziale, grazie all'azione svolta dai medici di Medicina Generale, che hanno sottoscritto l'adesione al progetto e ora sono in grado di visionare i dati dei loro pazienti attraverso il sistema informatico, garantendo la privacy e la corretta gestione dei dati sensibili. Il sistema originale prodotto dalla ASL di Cesena è stato successivamente installato alla Università Federico II di Napoli (Cattedra di cardiologia). Infine, i risultati del progetto analizzati fino al 2008 sono stati presentati al Congresso della Società Italiana di Cardiologia e al congresso della Associazione Italiana Cardiologi Ospedalieri (ANMCO). Il progetto è stato anche premiato al Forum PA del 2003 nell'ambito dei progetti innovativi in ambito clinico assistenziale.

*Per ulteriori approfondimenti sui risultati ottenuti si rimanda all'allegato D*

*Regione Emilia Romagna*

*Azienda Unità Sanitaria Locale Cesena*

*Direttore Generale: Maria Basenghi*

*Referente dell'esperienza: Pierluigi Pieri*

*Titolo: Telemedicina e teleconsulto nella gestione dei pazienti con scompenso cardiaco cronico avanzato*

## **6.5. Ancona: al via un progetto avanzato di telecardiologia**

Concepita e nata per l'impiego sul territorio, la telecardiologia, un'applicazione di telemedicina che consente la pratica della Cardiologia attraverso i moderni mezzi di telecomunicazione, ha potenzialità enormi in ambito intraospedaliero, sia di tipo organizzativo (migliore utilizzazione delle risorse, riduzione dei tempi di attesa, refertazione-archiviazione in linea, etc) sia per quanto riguarda l'appropriatezza clinica. In ospedali di grandi dimensioni, infatti, soprattutto se organizzati in

padiglioni o in presidi monospecialistici, disporre di un sistema centralizzato per la lettura e l'archiviazione di un Elettrocardiogramma (ECG) anche "semplice" costituisce un vantaggio organizzativo straordinario. Per questo nel giugno del 2006 l'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Umberto I Gm Lancisi, G. Salesi" di Ancona ha deciso di realizzare un progetto di telecardiologia avanzato intra-aziendale, indirizzato in particolare ai pazienti con sindromi coronariche acute e ai pazienti ricoverati in ambienti "protetti": rianimazioni, oncologie, ematologie e presidi materno-infantili. Il progetto prevede una valutazione iniziale del paziente con ECG ed ecocardiogramma, e un'azione di monitoraggio e di valutazione del paziente in telecardiologia con rilievo giornaliero dell'ECG e valutazione ecocardiografica in relazione alla clinica e alla tipologia di eventuali farmaci somministrati. Nel corso della valutazione iniziale l'ECG viene eseguito con il sistema di telecardiologia, in maniera da costituire la base su cui valutare in maniera automatica eventuali variazioni dei parametri più importanti. Mentre l'ecocardiogramma basale, dopo una valutazione completa eseguita prima del ricovero, in assenza di problematiche di rilievo viene eseguito con una apparecchiatura di semplice utilizzo. Le immagini vengono poi trasferite attraverso la rete aziendale al servizio di telecardiologia, e esaminate dal cardiologo che provvede alla loro archiviazione. Per quanto riguarda invece l'azione di monitoraggio, in questa fase gli esami ecocardiografici vengono eseguiti esclusivamente dagli specialisti del reparto di riferimento e trasmessi via web al Servizio di cardiologia. E in caso di necessità viene attuato anche un telemonitoraggio continuo dei parametri vitali essenziali, in modo che la situazione clinica sia condivisa tra cardiologo ed ematologo responsabile. Il cardiologo si reca pertanto nei reparti di terapia intensiva solo se la sua presenza è strettamente necessaria. Un percorso dunque articolato, che mira ad assicurare la continuità assistenziale e che ha permesso di eseguire una valutazione cardiologica nel 100% dei pazienti trattati, contro il 30% precedentemente rilevata, oltre a ridurre i costi e i tempi di attesa per visite e follow-up, realizzate direttamente nel corso della visita di controllo ematologica. Inoltre, i controlli cardiologici inappropriati sono scesi sotto la soglia fisiologica del 10%, mentre sono stati ridotti, se non azzerati, i tempi di attesa per la valutazione cardiologica intraospedaliera. Infine il progetto realizzato dall'Azienda di Ancona ha portato ad una riduzione delle visite pre-chirurgiche da 700-800 a meno di 100.

*Per ulteriori approfondimenti sui risultati ottenuti si rimanda all'allegato D*

*Regione Marche*

*Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona*

*Direttore Generale: Gino Tosolini*

*Referente dell'esperienza: Gian Piero Perna*

*Titolo: Progetto di Telecardiologia avanzato intra-aziendale*

## 7. COMUNICAZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE

A cura di Francesca Moccia e Nicola Pinelli

Nell'Azienda Sanitaria si possono individuare alcune tipologie di comunicazione (Del Vecchio, 2009) con processi comunicativi distinti tra loro, ma con profonde aree d'integrazione e sinergia:

- Comunicazione istituzionale (*corporate identity*) che, a livello di azienda e/o sistema, ne favorisce la legittimazione nel rapporto con i diversi portatori di interesse e con i differenti pubblici di riferimento
- Comunicazione per la salute: dalla tradizionale attività di educazione sanitaria, ne trasforma l'approccio come elemento strategico per la prevenzione primaria e la promozione di comportamenti di salute (risultato autonomo e indipendente rispetto ai processi sanitari)
- Comunicazione sanitaria: accompagnando i processi sanitari di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, assume come interlocutori i soggetti portatori della domanda e può focalizzarsi sul posizionamento di prodotti e servizi oppure mirare a sviluppare l'*empowerment* dell'utente.

Sulla base di questa impostazione, le esperienze qui presentate sono riconducibili a ciascuna di queste aree di attività della comunicazione aziendale.

Sei di queste sono state realizzate nell'ambito della comunicazione istituzionale. Queste si focalizzano sul rapporto tra l'Azienda e alcuni soggetti esterni, come i fornitori o la stampa (AUSL di Bologna e AREU Lombardia), tra l'Azienda/professionisti sanitari e i cittadini intesi come utenti dei servizi (ASF 10 Firenze, AOU Policlinico di Modena), con i dipendenti (AOU integrata Verona) e con una pluralità di soggetti interni ed esterni (ASL Provincia di Sondrio).

Nella maggior parte dei casi si sta promuovendo una "rivoluzione" in rete, ad esempio attraverso:

1. restyling dell'intranet aziendale per migliorare la comunicazione interna con i dipendenti, trasformandola in una piattaforma orientata all'utente con la progettazione di pagine personalizzate (AOU di Verona);
2. portale per dematerializzare il rapporto con i fornitori, semplificare le procedure e ottimizzare le attività interne (AUSL di Bologna);
3. procedura automatica per comunicare via web con il mondo dei media, sperimentando un nuovo modello di trasmissione di informazioni non legato alla comunicazione verbale ma rapportato al mondo web (AREU Lombardia);

4. Ufficio relazioni con il pubblico on line, facilmente “cliccabile” nella home page del sito dell’Azienda, per offrire risposte più veloci ai cittadini e costruire un nuovo canale di comunicazione sia verso l’esterno che verso l’interno (ASL di Firenze);
5. adeguamento dell’intranet aziendale che prevede più beneficiari (dipendenti, ditte, medici, cittadini utenti) e punta sul miglioramento della trasparenza degli atti amministrativi, sulla semplificazione nell’accesso a documenti e modulistica e sulla riduzione degli archivi cartacei (ASL della Provincia di Sondrio).

Una sola esperienza si differenzia dalle altre (AOU Policlinico di Modena), in quanto concentrata su attività specifiche di formazione per migliorare la capacità relazionale del medico nei confronti della persona assistita, capacità che incide sull’efficacia della cura, ad esempio sulla capacità di comprendere e memorizzare le informazioni e di conseguenza garantire una migliore adesione alla terapia. Anche in questa esperienza la tecnologia ha avuto una funzione importante, anche se in modo diverso rispetto alle altre, in quanto sono state utilizzate delle registrazioni video sia di *role playing* che di vere e proprie visite mediche, per mappare le competenze comunicativo-relazionali. L’analisi di queste competenze, inoltre, è avvenuta attraverso uno strumento informatico (RIAS - *Roter Interaction Analysis System*) che permette di realizzare programmi di ricerca.

Una esperienza riguarda la comunicazione per la salute (AUSL di Parma): promuovere la salute significa mettere in atto politiche per il benessere individuale e collettivo, nelle quali è necessario che le Aziende Sanitarie partecipino attivamente pianificando e realizzando progetti a sostegno dell’adozione di sani stili di vita (Locatelli, Fattori, Pinelli, 2010).

In particolare nell’esperienza dell’AUSL di Parma è stata affrontata l’opportunità di svolgere attività fisica sul posto di lavoro per i dipendenti, ma fuori dall’orario di servizio, di acquisire conoscenze su atteggiamenti posturali ed esercizi da fare. Alla conclusione del progetto molti dipendenti hanno continuato questa attività autonomamente facendosi carico dei costi e dimostrando in tal modo di aver compreso fino in fondo il cambiamento di cui il progetto intendeva essere portatore.

Sette rimanenti esperienze si possono classificare all’interno dell’area della comunicazione sanitaria. Quattro riguardano attività di prevenzione. Ad esempio, l’ASL Roma E ha sviluppato un modello assistenziale per gestire soggetti a rischio o già affetti da malattie cardiovascolari, che si è basato sulla introduzione della figura del “Care manager”, un infermiere che segue e motiva la persona assistita

ad aderire alle indicazioni del medico di famiglia ed eventualmente degli specialisti del distretto e dell'ospedale. L'AOU di Parma ha implementato un programma di screening uditivo neonatale universale su tutti i nati presso la struttura ospedaliera che, dopo un periodo iniziale di sperimentazione, è entrato nella pratica clinica. Infine, la ASL 4 Chiavarese ha sviluppato due progetti dedicati alla prevenzione, con informazioni e screening: il primo ha come target la salute della donna per la prevenzione di patologie oncologiche e infettive, e il sostegno alla maternità. Il secondo è rivolto in particolare ai tossicodipendenti a rischio di malattia infettiva.

L'ultimo gruppo è composto da tre esperienze che affrontano, all'interno dell'area della comunicazione sanitaria, il tema dell'umanizzazione delle cure.

Rispetto alla definizione offerta dal Premio Alesini di Cittadinanzattiva, il concetto di umanizzazione può essere ricondotto a quattro filoni: presa in carico del cittadino nel percorso di cura; relazione tra professionisti, sanitari e personale impiegato nelle strutture socio-sanitarie e cittadini (pazienti e familiari); comfort degli ambienti e processi organizzativi vicini alle esigenze dei cittadini e tutti quei processi organizzativi volti a determinare un miglioramento della qualità della vita; trasparenza e accessibilità alle informazioni e partecipazione civica quale contributo al buon andamento della qualità dei servizi e dei processi organizzativi.

Nell'ASL di Firenze è stata ad esempio 'aperta' la rianimazione: per più di 10 ore al giorno i ricoverati di terapia intensiva possono avere vicini i loro familiari. Tale prossimità ha migliorato non solo, come era immaginabile, i rapporti tra pazienti e familiari, ma ha disteso e umanizzato le relazioni tra operatori sanitari e familiari, già rese tese a causa della particolare gravità del tipo di ricovero.

A Parma è stato ideato, invece, un servizio di emergenza per le persone sorde. Tanto semplice quanto innovativo, l'AOU parmense ha reso possibile l'accesso ai servizi del 118 ad un cittadino sordomuto attraverso un sms. Alla progettazione sono stati chiamati a partecipare gli stessi utenti interessati, con incontri periodici insieme agli operatori coinvolti.

Da ultimo, a Cesena l'umanizzazione si è rivolta ai bambini, con un restyling della Pediatria che visivamente alleviasse la degenza dei piccoli presso l'Ospedale Bufalini e con una formazione ad hoc degli operatori sanitari, per imparare a rapportarsi con degli ospiti che oltre ad essere 'pazienti' restano naturalmente 'bambini'. Gli obiettivi dei progetti presentati sono sempre coerenti con strategie di pianificazione regionale. Il livello di completezza e articolazione della progettazione risulta spesso eccellente, così come il livello di coerenza con quello

di attuazione. Ottimi la capacità di quantificare le risorse impiegate, il raggiungimento di risultati di efficacia (*out-come*) e le modalità di verifica del gradimento di chi ha partecipato, così come il livello di strutturazione dei processi di monitoraggio e valutazione. In generale risulta discreta la capacità di riscontrare criticità e di superarle. Buono il livello di coinvolgimento ottenuto, mentre non sempre sono state quantificate le risorse risparmiate. Poche volte sono state attivate modalità di coinvolgimento dei cittadini/utenti (*empowerment*). Tranne in rari casi di grossi investimenti economici conseguiti con fonti di finanziamento esterne, i progetti sono stati realizzati con poche risorse o a costo zero. Quasi tutti hanno avuto riconoscimenti e Premi (Premio e-Gov 2010, premio Forum PA 2010) o sono stati citati in pubblicazioni, riviste specializzate ed eventi (Osservatorio Enterprise 2.0. Politecnico di Milano).

In sintesi, i progetti risultano molto validi per il livello di innovazione raggiunto e, in particolare, per la sostenibilità che li caratterizza e la misurabilità dei risultati raggiunti. Hanno senza dubbio ottime possibilità di essere riprodotti in altre realtà.

### 7.1. A Verona nuovo look per intranet, direzione Web 2.0

Costruire uno strumento di comunicazione diretta Azienda-dipendente che diventi strumento giornaliero di consultazione ed aggiornamento sulle informazioni utili legate alla vita professionale e sociale del dipendente all'interno dell'Azienda Ospedaliera. E' questa l'idea di fondo da cui è partita l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona, che nel febbraio 2009 ha deciso di rinnovare completamente la piattaforma intranet. Obiettivo quello di garantire una gestione documentale avanzata, di rendere semplice ed immediato l'accesso alle applicazioni esistenti e, più in generale, di virare da una impostazione di comunicazione generalista dove tutti gli utenti navigano sullo stesso portale ad una impostazione incentrata sull'utente, al quale (tramite autenticazione obbligatoria) viene garantita la reperibilità immediata delle informazioni da una propria pagina personale, vero e proprio cruscotto informativo funzionale personalizzabile dall'utente stesso. Indirizzata a tutto il personale dell'Azienda (circa 5.000 dipendenti) sia per scopi informativi che di utilizzo quotidiano come "scrivania di lavoro", la nuova intranet, curata da una redazione centrale che si avvale di decine di redattori occasionali che contribuiscono per le aree di loro competenza, è stata costruita attraverso una serie di passaggi intermedi. La prima fase del progetto ha avuto come obiettivo il restyling dell'attuale intranet, dotandola di una nuova struttura delle informazioni, di un nuovo layout grafico e di una redazione allargata autorizzata all'inserimento e alla modifica dei contenuti. Nella seconda fase sono invece stati attivati nella intranet i processi di contribuzione dei contenuti da parte degli utenti anche non redattori attraverso il commento dei contenuti inseriti e l'introduzione di strumenti di comunicazione decentrata (bacheche, forum,

newsletter). Nella terza fase, infine, è stata modificata l'impostazione stessa del portale intranet, trasformandolo in una piattaforma orientata all'utente con la progettazione di pagine personali targetizzate. Il cambiamento più emblematico, a circa 6 mesi dal primo rilascio on-line e a 1 mese dalla conclusione del progetto, è arrivato dal coinvolgimento e dall'interesse che dirigenti e personale hanno attribuito alla nuova intranet, già diventata quel canale di comunicazione autorevole ove tutto accade e ove tutto deve essere presente. "Se non sei sulla intranet non ci sei", sta diventando il motto non dichiarato all'interno dell'Azienda. Questo mutato atteggiamento, anche culturale, ha fatto sì che la nuova piattaforma sia diventata il luogo dove comunicare qualsiasi tipo di informazione che riguarda l'Azienda (le richieste per la pubblicazione di info sono triplicate) e dove reperire tutte le informazioni. Ma ha permesso anche, materialmente, di ridurre i tempi per l'accesso e il reperimento di informazioni che riguardano il personale, la formazione, le U.O., e di attivare un canale di comunicazione diretto e autorevole ad uso della Direzione strategica e rivolto a tutti i dipendenti. Senza dimenticare che il nuovo progetto, a pochi mesi dal suo rilascio, ha provocato un desiderio di partecipazione e un senso di appartenenza che mai si era visto all'interno dell'Azienda. Questa esperienza, che nel corso della fase attuativa ha previsto corsi di formazione in aula per oltre 50 giorni con una partecipazione di circa 600 persone, è stata presentata all'Osservatorio Enterprise 2.0 Politecnico di Milano nell'Aprile 2010.

*Regione Veneto*

*Azienda Ospedaliero-Universitaria Integrata Verona*

*Direttore Generale: Sandro Giuseppe Caffi*

*Referente dell'esperienza: Giovanna Pirana*

*Titolo: Intranet*

## 7.2. Sos carta, a Bologna la 'rivoluzione' si fa in rete

Estratti conto da verificare, solleciti, richieste di verifiche sullo stato delle fatture e sui pagamenti eseguiti. In totale 14.736 documenti passivi e 26.406 mandati di pagamento solo per l'anno 2009. Una montagna di carta solo per gestire i rapporti con i fornitori. Numeri da 'capogiro', quelli dell'Azienda USL di Bologna, la più grande Azienda pubblica di servizi in ambito nazionale, che nel 2010 ha deciso di intraprendere un percorso per semplificare le procedure attraverso un processo di informatizzazione avanzata, con l'obiettivo di creare uno strumento di facile consultazione che in tempo reale ed in modo trasparente fornisca agli oltre 4mila fornitori che lavorano con l'Azienda la situazione dei loro estratti conto e migliori la qualità del lavoro degli utenti interni. Un percorso di 'dematerializzazione' dei flussi documentali che è iniziato con il caricamento delle fatture tramite scansione, utilizzando una procedura che permette il dialogo tra i servizi



interessati senza passaggio di carta, e che è proseguito con i pagamenti effettuati con il mandato informatico, indirizzati verso la Tesoreria e autenticati da firma digitale. Questo nuovo scenario digitale ha rappresentato anche la spinta per studiare un sistema di nuova generazione, che fosse in grado di semplificare i percorsi e limitare il tempo lavoro degli utenti interni ed esterni all'Azienda. Successivamente è stato realizzato un portale di accesso per consentire ai fornitori, attraverso l'autenticazione, di ottenere le informazioni relative alle loro fatture: carico in contabilità, liquidazione, estremi di eventuale cessione e situazione dei pagamenti. Inoltre il portale è stato studiato in modo flessibile, per consentire la creazione di banche dati parallele idonee a raccogliere informazioni di diversa natura, anche per facilitare l'applicazione di norme legislative. Il progetto messo in campo dall'Azienda USL di Bologna non è ancora terminato, ma i risultati del primo anno indicano che il 30% del monte fatture è attualmente consultabile attraverso il portale, un primo passo per raggiungere l'obiettivo del 70% individuato dalla USL. Inoltre 652 fornitori hanno già aderito al Portale fornitori, numero questo in costante aumento, che rappresenta solo il 2% dei fornitori ma con una copertura del fatturato pari al 40% circa. E se da un punto di vista organizzativo questa esperienza ha portato ad una revisione ed ottimizzazione delle attività dei settori e uffici coinvolti, in termine di carichi di lavoro nonché di specifiche attività ad essi attribuibili, in termini operativi il processo di dematerializzazione avviato ha permesso da un lato ai fornitori di consultare il proprio estratto conto aggiornato in qualsiasi momento senza dovere interfacciarsi direttamente con un operatori e di essere informati tempestivamente via mail dei pagamenti ricevuti, e dall'altro all'Azienda di inviare comunicazioni ai propri fornitori in modo più semplice, tempestivo ed economico, con la garanzia di migliori riscontri. Questa rivoluzione digitale ha avuto, come corollario, anche una riduzione dei carichi di lavoro degli operatori (minore tempo al telefono e per ricevere fornitori), una maggiore accuratezza nelle attività lavorative e naturalmente un risparmio di carta e spese postali.

*Regione Emilia Romagna*

*Azienda Unità Sanitaria Locale Bologna*

*Direttore Generale: Francesco Ripa di Meana*

*Referente dell'esperienza: Paola Bardasi*

*Titolo: Rapporti con i fornitori: più semplici se dematerializzati*

### 7.3. Lombardia: AREU, la comunicazione con i media passa per il web

Regolamentare il rapporto con i mezzi di comunicazione, da un lato garantendo un'informazione rapida e tempestiva e dall'altro evitando la pubblicazione di notizie parzialmente o completamente errate o eccessivamente allarmistiche. Il rapporto media-mondo sanitario non è mai stato facile, ma in epoca di rivoluzione digitale è diventato via via sempre più importante, per entrambi.

Impossibile, per certi aspetti, farne a meno. Se ne sono accorti all'Azienda Regionale Emergenza Urgenza (AREU) della Lombardia, che lo scorso anno ha deciso di lanciare un nuovo sistema di comunicazione, in grado di garantire un'informazione a 360° sul lavoro delle Centrali operative 118 dell'Azienda Regionale e al tempo stesso di fare in modo che i giornalisti, a volte troppo invasivi (a Milano, per esempio, non sono rari i giorni in cui sono stati superati i cento contatti), non creino difficoltà alla normale attività sanitaria. Tra gli obiettivi anche quello di rispettare la privacy dei cittadini e di diffondere notizie relative ai progetti di AREU e del mondo spesso poco conosciuto del 118. Il nuovo sistema si basa su un modello di trasmissione di informazioni non più legato alla comunicazione verbale ma rapportato al mondo Web, grazie alla creazione di una pagina dedicata sul sito [www.areu.lombardia.it](http://www.areu.lombardia.it). Nello specifico ai giornalisti (previo accredito) è stata riservata un'area del sito dove si può consultare l'elenco di tutte le missioni, estratto da Emma - il sistema operativo di Centrale - e pubblicato con un minimo ritardo sul 'real time'. Un ritardo appositamente voluto per motivi di opportunità e sicurezza. Su questo elenco, mediante l'applicazione di filtri, sono visibili gran parte delle informazioni: gli orari, le località, il motivo della chiamata al 118, la tipologia dei mezzi di soccorso intervenuti, la destinazione ospedaliera e le altre forze intervenute. Questa 'operazione trasparenza' voluta dall'Azienda regionale ha fin da subito dato i suoi frutti. I primi risultati dell'utilizzo di questa nuova procedura automatica informatizzata, infatti, hanno evidenziato in tutte le Centrali operative di Emergenza Urgenza un aumento della correttezza delle notizie di cronaca riportate dalla stampa ed una riduzione della situazione conflittuale tra operatori e giornalisti; inoltre in 2 Centrali su 4 è stata rilevata una sensibile riduzione del numero complessivo delle chiamate dei giornalisti alle stesse Centrali. Più in generale i rapporti con la stampa, prima burrascosi in alcuni frangenti, hanno evidenziato una proficua collaborazione, che naturalmente ha avuto riflessi positivi sul lavoro quotidiano degli operatori e sulle modalità di gestione della comunicazione nei momenti di particolare emergenza, che sono diventate più semplici e meno conflittuali. Infine, i rapporti più collaborativi tra operatori e giornalisti (che hanno più volte espresso il loro gradimento per il nuovo servizio) hanno aperto nuove prospettive di sinergie con il mondo dei media, ad esempio sulla diffusione di progetti comunicativi che coinvolgono i cittadini sull'educazione all'emergenza. Questa esperienza è stata citata su N&A, il mensile del soccorso (febbraio 2010).

*Regione Lombardia*

*Azienda Regionale Emergenza Urgenza*

*Direttore Generale: Alberto Zoli*

*Referente dell'esperienza: Cristina Corbetta*

*Titolo: Elaborazione di un modello di comunicazione con la stampa*

#### 7.4. A Firenze c'è un nuovo servizio utenti, le info si chiedono via chat

Offrire un servizio di informazione immediato e di facile utilizzo rivolto a cittadini ed enti che navigano su internet. Un servizio semplice quanto essenziale, quello ideato dall'Azienda sanitaria di Firenze, che nel 2009 ha dato il via alla realizzazione del progetto denominato "Urp on line". Obiettivo quello di mettere in contatto, in tempo reale, il cittadino e l'operatore dell'Ufficio relazioni con il pubblico (Urp) e di fornire un mezzo di comunicazione tra Azienda e cittadino a costo zero. Unica 'conditio sine qua non', per l'utente, quella di avere a disposizione un computer con accesso al web. Il progetto, frutto della sintesi tra informatica e le più moderne tecniche di comunicazione, riesce infatti a mettere in contatto e far dialogare il cittadino e l'operatore dell'Ufficio relazioni con il pubblico. E' sufficiente avere a portata di mano un pc e, da casa propria, dal proprio ufficio, o da qualunque altro luogo dove sia possibile connettersi, chiunque può porre un quesito o chiedere informazioni dettagliate ad un operatore addetto alle relazioni con il pubblico. Basta cliccare sull'icona "Urp On Line" che si trova sulla destra della home page del sito dell'Azienda fiorentina, registrarsi, indicando il proprio indirizzo di posta elettronica, e subito si può iniziare ad utilizzare la chat. L'operatore viene immediatamente allertato da un segnale, sia visivo che sonoro, e risponde alla chiamata dell'utente, che automaticamente riceverà un primo messaggio standard: "Salve, come posso aiutarti?". Da questo momento comincia la conversazione tra utente ed operatore, grazie alla quale ogni cittadino potrà chiedere e avere qualsiasi informazione sull'Azienda ed il mondo sanitario. Il progetto realizzato dall'Azienda di Firenze, che ha anche previsto un breve corso di formazione per tutti gli operatori utilizzatori della chat, ha previsto l'attivazione del servizio dalle 9.00 alle 13.00, dal lunedì al venerdì, con l'impiego di pochi operatori (possono rispondere da qualsiasi pc aziendale) che, contemporaneamente, svolgono altre mansioni, in modo da ottimizzare al massimo il servizio. Più in generale, l'attuazione di questo progetto, che gli utenti hanno dimostrato di apprezzare, giudicandolo "altamente positivo", ha avuto il merito di offrire un servizio in più al pubblico senza la necessità di utilizzare ulteriori risorse umane, di dare risposte più veloci e immediate e di offrire un nuovo canale di comunicazione Azienda/cittadini e operatori/operatori, un canale supplementare che si va ad aggiungere al telefono, mail, posta, fax. Questa esperienza, sicuramente innovativa considerato che non esistono in Italia precedenti simili negli enti pubblici, ha anche ricevuto un riconoscimento ufficiale, vincendo la VI Edizione del Premio e-Gov (Rimini - giugno 2010).

*Regione Toscana*

*Azienda Sanitaria Firenze*

*Direttore Generale: Luigi Marroni*

*Referente dell'esperienza: Luigi Tucci*

*Titolo: Urp On Line*

### 7.5. Trasparenza e semplicità, l'ASL di Sondrio punta su intranet

Nell'era della comunicazione digitale le intranet aziendali, ovvero i sistemi di comunicazione interna che viaggiano in rete, svolgono un ruolo sempre più importante, grazie alla capacità di attingere dalle specifiche conoscenze dei propri membri e di stabilire comunicazioni interne in grado di generare soluzioni o idee innovative. A volte il potenziamento di una intranet aziendale può avere anche la funzione di semplificare gli accessi ed estendere i contenuti informativi e le funzionalità disponibili. E' il caso, questo, dell'Azienda Sanitaria locale della Provincia di Sondrio, che nel febbraio del 2009 ha sviluppato un programma per adeguare il proprio internet aziendale. Molti, in tal senso, gli obiettivi specifici legati a questo progetto e i potenziali beneficiari di un miglioramento della rete interna: dai dipendenti (interrogazioni varie su ferie, presenze, stipendi, gestione rubrica dipendenti, concorsi interni, ricerca documenti e pubblicazioni) ai cittadini (gestione e pubblicazione delibere, accesso a vari tipi di documentazione, utilizzo di nuovi strumenti per la valutazione della risposta dell'utenza e della tipologia di accessi), dalle ditte (accesso ai bandi di gara) ai medici (portale dedicato ai medici di medicina generale e pediatri di famiglia per la distribuzione di documenti pubblicazioni e lo scambio informativo). Lo sviluppo del progetto, che ha visto l'impiego di un software di tipo "open source", per il quale non sono richiesti investimenti o canoni di manutenzione, e che non ha beneficiato di fonti di finanziamento esterne, nella prima fase è stato accompagnato da iniziative di formazione del personale incaricato alla gestione delle delibere. E la preventiva condivisione degli obiettivi ha favorito la disponibilità e collaborazione delle risorse interne dei diversi servizi coinvolti. Con premesse così positive, i risultati non si sono fatti attendere. Un'analisi di questa esperienza ha infatti dimostrato che nei primi mesi post aggiornamento si è riscontrato un importante incremento del numero di accessi, in particolare sulle aree di interesse generale (vaccinazioni, patenti, ecc.). Ma il progetto ha permesso anche di migliorare la trasparenza degli atti amministrativi, di semplificare gli accessi, di eliminare i duplicati cartacei e di semplificare l'attività di reperimento della documentazione e della modulistica da parte dei cittadini e del personale dipendente. Senza dimenticare che tutto questo percorso ha incentivato l'uso degli strumenti informatici da parte degli utenti, attraverso il web, fornendo interfacce semplificate e contenuti di interesse comune. Da un punto di vista pratico, invece, l'impulso dato dallo sviluppo delle rete intranet ha portato ad una accelerazione dell'iter di gestione delle delibere, a una riduzione degli archivi cartacei ed in particolare di quelli dedicati alla conservazione dei duplicati e alla trasmissione diretta degli atti ai destinatari interessati. Nell'ambito del convegno inaugurale del Forum PA 2010 è stato attribuito un premio alla componente di progetto riguardante "lo snellimento delle procedure della Commissione medica locale patenti".

*Regione Lombardia*

*Azienda Sanitaria Locale Sondrio*

*Direttore Generale: Nicola Mucci*

*Referente dell'esperienza: Sergio Maspero*

*Titolo: Adeguamento intranet aziendale*

## 7.6. Salute: Modena, un laboratorio per migliorare comunicazione medico-paziente

Un laboratorio in divenire, che alterna momenti di formazione e momenti di confronto su analisi di casi concreti, per migliorare la qualità della comunicazione fra medico e paziente e in ultimo l'assistenza e la cura della persona. Lo ha avviato nel 2006 l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena con un progetto rivolto a medici e operatori sanitari.

Sperimentazione tuttora in corso, l'esperienza della struttura sanitaria modenese prosegue nella convinzione che il progetto incida sull'agire professionale dei medici e di conseguenza sullo stato di salute dei pazienti. La letteratura in materia, spiega l'AOU, "testimonia che un miglioramento delle capacità comunicative e relazionali del medico si ripercuote sulla cura del paziente, ad esempio, sulle capacità di quest'ultimo di comprendere e memorizzare le informazioni, garantendo una migliore adesione al progetto terapeutico".

L'esperienza si basa in particolare sulle registrazioni video delle visite ambulatoriali, utilizzate per "mappare" le caratteristiche comunicativo-relazionali nell'ambito delle visite mediche e infermieristiche realizzate presso lo stesso Policlinico. Tre le attività realizzate: in primo luogo un momento di formazione, con corsi sulla medicina centrata sul paziente; in secondo luogo il laboratorio vero e proprio e in ultimo la videoregistrazione di casi reali e la successiva analisi delle visite.

Nel dettaglio, i corsi di formazione sono serviti a trasmettere agli operatori sanitari le competenze comunicativo-relazionali utili per l'esercizio della propria professione e ad affiancare alle loro capacità biomediche anche abilità di relazione per riuscire a confrontarsi con il significato che la malattia assume per il paziente. Il "laboratorio" consiste invece in sessioni di esercitazioni e approfondimenti su temi quali la rassicurazione efficace, la comunicazione di cattive notizie, la gestione del paziente difficile. In questa fase medici e operatori sanitari sono stati coinvolti con la tecnica dei "role-playing" videoregistrati. Il terzo momento dell'esperienza è invece la registrazione video di vere visite mediche, attività ovviamente preceduta dalla raccolta del consenso fra i pazienti da parte del personale specializzato del Servizio di Psicologia del Policlinico. L'analisi di queste comunicazioni è poi avvenuta tramite lo strumento informatico del Roter Interaction Analysis System

(Rias). Così è stato creato un archivio di materiale video, relativo all'attività ambulatoriale di alcune branche specialistiche dell'ospedale, servito a scopo formativo e informativo e sfruttabile anche per eventuali programmi di ricerca.

Il progetto, portato avanti in linea con il Documento di programmazione 2011 della Regione Emilia Romagna, ha coinvolto anche l'Ospedale S. Paolo-Università di Milano e l'Università di Parma. Sull'esperienza è stata condotta una ricerca, pubblicata sul sito dell'Ateneo di Parma, oggetto di una tesi di Dottorato di Ricerca in Psicologia Sociale (A.A. 2008/2009). Decine sono state le citazioni del caso in pubblicazioni e relazioni a convegni anche internazionali. Sul piano lavorativo, il Policlinico di Modena ha effettivamente riscontrato un clima di maggiore attenzione e sensibilizzazione ai temi della comunicazione e della relazione col paziente.

*Regione Emilia Romagna*

*Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Modena*

*Direttore Generale: Stefano Cencetti*

*Referente dell'esperienza: Paola Vandelli*

*Titolo: Laboratorio della comunicazione clinica*

#### **7.7. Sanità: Roma, prevenzione cardiovascolare con infermiere "care manager"**

Prevenzione delle malattie cardiovascolari grazie a un infermiere speciale, "care manager" per la precisione, che accompagna il malato in tutto il percorso assistenziale. È il cuore del progetto Michelangelo-Prevasc avviato nel 2009 grazie a una collaborazione della Regione Lazio, tramite l'Azienda di Sanità Pubblica Laziosanità, insieme a Pfizer e realizzato nell'Azienda sanitaria locale Roma E (ASL RmE) nell'ambito della sperimentazione di nuovi modelli assistenziali della medicina territoriale per la prevenzione cardiovascolare.

In sinergia con il piano regionale di prevenzione attiva del rischio cardiovascolare, l'Azienda sanitaria ha sperimentato in due suoi distretti un modello assistenziale nella gestione dei soggetti a rischio (prevenzione primaria) o già affetti da malattie cardiovascolari (prevenzione secondaria), orientato al coinvolgimento e alla responsabilizzazione dell'assistito. L'iniziativa si è basata sull'introduzione della figura del cosiddetto "care manager", ovvero un infermiere che segue e motiva il paziente ad aderire alle indicazioni del medico di medicina generale ed eventualmente dei cardiologi del distretto e dell'ospedale. Così l'assistito viene ad esempio coinvolto in modo attivo nella definizione del suo "piano di salute personalizzato", momento condiviso con il team assistenziale guidato dal medico di medicina generale e costituito dall'infermiere e dal cardiologo.

Un progetto rilevante, considerando che con 13 milioni e mezzo di decessi l'anno nel mondo, per lo più in Paesi a medio e alto reddito come l'Italia, le malattie cardiovascolari sono la principale causa di morte nel mondo secondo le ultime statistiche dell'Organizzazione mondiale della Sanità. L'Oms non a caso ha più volte invitato i Paesi dove le morti per malattie di cuore o diabete crescono rapidamente in pochi anni ad avviare programmi di prevenzione mirati. In Italia, in base ai dati dell'ultimo Piano Sanitario 2011-2013, un italiano su quattro soffre di problemi legati al cuore. Tra le patologie considerate "rilevanti", il Piano mette al primo posto proprio le malattie cardiovascolari, mentre la spesa per gli interventi cardiocirurgici è stimabile in 650 milioni di euro l'anno, cifra che rappresenta da sola l'1% della spesa sanitaria.

L'esperienza della ASL RmE ha riguardato circa 400 pazienti. Due terzi erano soggetti in prevenzione primaria, cioè in condizioni di salute normali, un terzo già interessato da problemi cardiovascolari. Come risultato del progetto, dal 2011 sono stati avviati tre ambulatori infermieristici nei quali sono confluiti alcuni pazienti arruolati nel Progetto Prevasc in uno dei due distretti coinvolti e di due ambulatori infermieristici presso il reparto di Cardiologia dell'Ospedale Santo Spirito. Iniziative rese possibili, nonostante il perdurare della carenza di risorse umane conseguente al Piano di rientro regionale, grazie alla razionalizzazione e all'ottimizzazione delle risorse messa in campo per l'implementazione del progetto. Oltre la metà delle prestazioni (54%) erogate negli ambulatori infermieristici distrettuali si riferisce a patologie come diabete, ipertensione medio-grave e cardiopatia ischemica. Grazie ai momenti di formazione e all'esperienza fatta con il Progetto Prevasc, questi ambulatori offrono anche la possibilità di gestione integrata delle varie tipologie di patologia.

*Regione Lazio*

*Azienda Sanitaria Locale Roma E*

*Direttore Generale: Maria Sabia*

*Referente dell'esperienza: Roberto Ricci*

*Titolo: Progetto regionale Michelangelo-Prevasc: nuovo modello organizzativo di prevenzione del rischio cardio-vascolare*

## 7.8. Salute: AUSL Parma; stop pigrizia, l'attività fisica si fa sul luogo di lavoro

Un italiano su tre è sedentario, non fa alcun tipo di attività fisica, mentre il 37% svolge solo una leggera attività, al di sotto di quanto raccomandato, almeno 30 minuti al giorno per cinque giorni la settimana. Solo il 33% fa movimento fisico sufficiente. Una tendenza che potrebbe essere invertita, per lo meno se la colpa

della sedentarietà è del lavoro, se all'interno dell'ufficio fossero organizzati corsi di attività motoria. Proprio a questo ha pensato l'Azienda USL di Parma che ha avviato nel 2009 un progetto sperimentale ad hoc.

Concepito e realizzato nell'ambito del piano aziendale di promozione della salute e seguendo le indicazioni delle linee guida "Guadagnare in salute" del Ministero della Salute, volte a favorire l'attività fisica nei luoghi di lavoro e nel tempo libero, il progetto è stato promosso in via sperimentale fra i dipendenti del distretto Sud-Est Langhirano della AUSL dell'Emilia Romagna.

L'esperienza è stata realizzata con corsi formativi e poi con momenti di attività motoria vera e propria. In primo luogo si sono svolte delle lezioni 'teoriche', formative, con l'ausilio di personale laureato in Scienze Motorie, rivolto agli operatori che a causa delle loro mansioni trascorrono molto tempo seduti, davanti al computer, o che comunque svolgono un'attività lavorativa prevalentemente sedentaria. Poi, dopo un'opportuna visita medica, sono state organizzate attività motorie nella struttura del Polo socio sanitario, con esercizi personalizzati e condotti sotto la supervisione di un laureato in Scienze Motorie. Infine, per l'attività fisica, è stata utilizzata anche la palestra del Polo socio sanitario nelle ore non adibite alle attività istituzionali dell'Azienda. Infine sono stati compilati questionari di gradimento e valutazioni fisiche oggettive dei partecipanti.

In questo modo l'AUSL di Parma, tramite il Servizio di Igiene pubblica e il Servizio di medicina dello sport del distretto Sud-Est Langhirano, ha dato ai dipendenti l'opportunità di svolgere attività fisica fuori dall'orario di lavoro ma sul posto di lavoro e di acquisire contemporaneamente conoscenze sugli esercizi fisici e gli atteggiamenti posturali corretti da mantenere durante lo svolgimento della propria attività lavorativa. L'adesione al progetto è avvenuta per via volontaria, ma coloro che hanno partecipato alla sperimentazione oggi continuano autonomamente a seguire corsi di attività motoria al di fuori dell'orario di lavoro, sempre nella palestra del Polo socio sanitario ma con costi a loro carico. La presenza di giovani laureati in Scienze Motorie per coadiuvare e supervisionare l'attività motoria è stata possibile grazie alla convenzione tra AUSL e corso di laurea in Scienze motorie.

Il progetto puntava in particolare ad aumentare nei dipendenti la consapevolezza dei rischi fisici derivanti da posture non corrette. I risultati non sono mancati. I lavoratori che hanno deciso di aderire all'iniziativa hanno beneficiato di un maggiore benessere fisico e psicologico e anche di un clima più disteso e amichevole sul luogo di lavoro. Insomma, il progetto ha favorito un miglioramento della qualità della vita lavorativa in generale.



Caso di successo, l'esperienza dell'AUSL di Parma è stata citata nella pubblicazione "Progress in Nutrition", Vol 12, numero 4: "L'attività motoria nel luogo di lavoro".

*Regione Emilia Romagna*

*Azienda Unità Sanitaria Locale Parma*

*Direttore Generale: Massimo Fabi*

*Referente dell'esperienza: Rita Cavazzini*

*Titolo: Guadagnare in salute*

### 7.9. Parma. Screening neonatale per individuare sordità infantili

Implementare il programma di screening uditivo neonatale per identificare sin dalla nascita tutti i possibili casi di sordità infantile, che rischiano poi di ripercuotersi negativamente sull'acquisizione del linguaggio e sullo sviluppo cognitivo. L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha lanciato questo programma nel settembre del 2008, consapevole che l'età media di identificazione della sordità infantile (1-3 per mille) si aggira intorno ai 14-24 mesi, età considerata troppo elevata ai fini di una riabilitazione ottimale. E' noto infatti che lo sviluppo del linguaggio in un bambino inizia con un periodo critico importantissimo, fin dai primi mesi di vita, in cui è fondamentale la presenza di strutture acustiche che fungono da catalizzatore per innescare il processo linguistico. L'importanza della tempestività dell'intervento terapeutico-riabilitativo è sostenuta da diversi studi che testimoniano gli effetti negativi che l'ipoacusia (diminuzione della percezione uditiva) ha sullo sviluppo del linguaggio, delle capacità cognitive e dell'apprendimento, con notevoli ripercussioni anche sul piano sociale. E' stato inoltre ampiamente dimostrato che un intervento entro i primi sei mesi di vita può portare ad uno sviluppo linguistico e psico-motorio sovrapponibile a quello dei normoudenti e dei normocomunicanti. Prima dell'inizio del presente progetto, lo screening uditivo neonatale veniva effettuato all'interno dell'AOU di Parma esclusivamente sui neonati con fattori di rischio per sordità. Il presente progetto ha invece preso in considerazione l'implementazione di un programma di screening uditivo neonatale universale su tutti i nuovi nati presso il reparto di Ostetricia dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma e i neonati ricoverati presso la U.O. di Neonatologia. Nella fase preliminare del progetto (4 mesi) sono stati presi in considerazione tutti i neonati ricoverati nella terapia intensiva neonatale ed un campione random di 'well-babies'. Mentre a partire dal 2009, il test di screening è stato introdotto nella pratica clinica e prende in esame tutti i neonati della U.O. Ostetricia e Ginecologia dell'AOU e U.O. Neonatologia (circa 2900 nati/anno). A distanza di 2 anni dall'implementazione del programma di screening, è stato testato il 98% di tutti i nuovi nati presso

L'Ostetricia e Neonatologia: la percentuale di soggetti risultati affetti da deficit uditivo è stata dello 0,1%, mentre la percentuale di falsi positivi è stata del 4%. Da un punto di vista organizzativo, inoltre, l'implementazione dello screening ha permesso una migliore gestione dei bambini affetti da deficit uditivi, attraverso la realizzazione di un percorso clinico che dalla fase della diagnosi segue il bambino fino alla fase della terapia riabilitativa. Ed è stato anche previsto un percorso diagnostico per l'identificazione della causa della sordità con consulenza genetica alla famiglia per nati successivi. Infine l'identificazione precoce della sordità infantile ha permesso una riduzione dei costi sociali legati alla riabilitazione e all'inserimento sociale dei soggetti deboli di udito.

*Regione Emilia Romagna*

*Azienda Ospedaliero-Universitaria Parma*

*Direttore Generale: Leonida Grisendi*

*Referente dell'esperienza: Vincenzo Vincenti e Cinzia Magnani*

*Titolo: Programma di screening uditivo neonatale universale*

#### 7.10. Visite non stop, Firenze 'apre' la terapia intensiva

Migliorare la qualità della degenza dei ricoverati in Terapia Intensiva e dei loro familiari, cercando di mettere la persona-paziente al centro del processo di cura e ricercando la migliore interazione fra sanitari, paziente e familiari per ottenere le migliori chances di guarigione. Un progetto ambizioso, evidente fin dal titolo, "Rianimazione aperta", quello messo in campo dall'Azienda USL di Firenze, che nel febbraio del 2009 ha deciso la realizzazione di un progetto innovativo che prende spunto dalla rilevazione (realizzata attraverso un questionario specifico) dell'esigenza da parte di ricoverati in Terapia Intensiva e relativi familiari di poter passare più tempo accanto ai propri cari. L'Azienda ha così deciso di aprire ininterrottamente il reparto per più di 10 ore al giorno e di rivedere i criteri che regolano l'accoglienza in reparto e l'interazione con i pazienti e familiari, per mettere davvero il paziente al centro del processo di cura. Una strada, quella intrapresa dall'Azienda fiorentina, che è ancora poco diffusa ma che pian piano sta acquistando sempre più consensi. Sebbene, infatti, la maggior parte dei reparti in Italia applichi severe restrizioni di orario e le visite si possano ridurre dai 15 minuti all'ora giornaliera, in tutto il Paese ultimamente sta prendendo piede una sostanziale revisione delle politiche di apertura. Secondo gli ultimi dati resi noti al Congresso nazionale della Società Italiana di Anestesia Rianimazione Emergenza e Dolore (Siared), su 369 reparti censiti la media del tempo di visita in rianimazione è di 2 ore e 42 minuti ma ci sono diverse rianimazioni aperte 8/10 ore e alcune anche 24 ore. Tornando al progetto della USL toscana, l'implementazione della cosiddetta 'Rianimazione Aperta', che va ben oltre gli orari di accesso al reparto ma costitui-

sce una modificazione forte dell'approccio clinico e terapeutico, ha rappresentato un radicale cambiamento che ha avuto conseguenze positive su tutta l'attività del reparto. Da un lato sui degenti e i loro familiari, considerato che la possibilità di un maggiore contatto si ripercuote sulla motivazione al miglioramento e sulla riduzione dello stress del ricovero in Terapia Intensiva, e dall'altro sugli operatori sanitari, che nonostante un maggior impegno lavorativo si sono sentiti più adeguati e motivati nello svolgere la propria professione. Da un punto di vista pratico vi è poi stata una riduzione dell'utilizzo dei cosiddetti dispositivi 'barriera' (sopracarpe, copricapo, mascherina, camice monouso) utilizzati prima dell'esperienza e una drastica riduzione del numero di lamentele, critiche e osservazioni pervenute al direttore del reparto. Inoltre si ipotizza (ma non è ancora dimostrato) che ci sia stata, in seguito all'apertura del reparto, una riduzione del contenzioso medico-legale e anche un miglioramento delle relazioni fra pazienti-familiari e operatori. Infine miglioramenti sono stati percepiti anche su un piano strettamente clinico, grazie alla riduzione dei trattamenti futili e/o inappropriati e di accanimento terapeutico. Il coinvolgimento molto più esteso di pazienti e familiari ha infatti promosso scelte diagnostico-terapeutiche ragionate e concordate con paziente e familiari, evitando azioni inappropriate derivanti da preoccupazioni di medicina difensiva.

*Regione Toscana*

*Azienda Sanitaria Firenze*

*Direttore Generale: Luigi Marroni*

*Referente dell'esperienza: Armando Sarti*

*Titolo: Rianimazione aperta*

#### 7.11. Sanità: ASL 4 Chiavarese si tinge di rosa, amica della donna

Sensibilizzazione su problematiche ginecologiche, promozione della maternità responsabile e prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili, che interessano – queste ultime – in Italia circa quattro milioni di donne, trentenni single in testa. È questo l'obiettivo con cui l'ASL 4 Chiavarese ha sviluppato il Progetto Donna che ha coinvolto consultori e comuni dei territori di riferimento: Chiavari, Lavagna, Santa Margherita e Rapallo.

In linea con le raccomandazioni dell'Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna (Onda), l'Azienda sanitaria ligure ha avviato nel 2002 una collaborazione tra Dipartimento delle dipendenze e dei comportamenti di abuso, Struttura Complessa di Ostetricia e Ginecologia e Struttura Complessa di Pediatria per avvicinare le donne afferenti al Sert in primis a prevenzione e cura di patologie ginecologiche e poi alla riflessione sulle tematiche legate alla maternità, in particola-

re con informazioni su metodi anticoncezionali e di prevenzione delle malattie sessuali. Fra gli obiettivi, anche quello di ridurre la pratica di interruzione volontaria di gravidanza e l'aborto terapeutico come metodo anticoncezionale.

Secondo gli ultimi dati raccolti dall'Istituto Superiore di Sanità nel nostro Paese sono colpite da malattie a trasmissione sessuale quattro milioni di donne, per lo più inconsapevoli di essere ad alto rischio se praticano sesso non protetto, e che per questo spesso perdono la possibilità di avere figli. I problemi di fertilità, infatti, sono 20 volte più probabili in chi ha avuto una malattia sessuale non riconosciuta o non trattata adeguatamente. Dai dati emerge inoltre che il 65% delle donne che hanno avuto una diagnosi di infezione a trasmissione sessuale si è sottoposto anche al test per l'Hiv e il 5% è risultato positivo.

Il progetto avviato dall'Azienda sanitaria ligure si colloca proprio in questo contesto e in quello delicato delle interruzioni volontarie di gravidanza, in aumento in Italia fra le immigrate. Le attività svolte, che spaziano dallo screening infettivologico generale al sostegno psicologico durante la gravidanza e dopo il parto, hanno consentito alle strutture della ASL di ridurre gli aborti volontari, di diagnosticare precocemente patologie oncologiche e infezioni, di accompagnare la maternità responsabile e di ridurre anche eventi di patologia neonatale. Risultati che – insieme a quelli di altri progetti – hanno consentito all'Azienda sanitaria di ottenere i “bollini rosa” dell'Osservatorio Onda nell'ambito del suo programma speciale di segnalazione degli ospedali basato sul livello di “women friendship”, cioè sul grado di attenzione posta non solo nei confronti dei campi della medicina dedicati alle patologie femminili, ma anche verso le esigenze specifiche delle donne ricoverate.

L'esperienza della ASL 4 Chiavarese ha trovato ampio rilievo non solo sulla stampa locale, ma anche nell'ambito di congressi infettivologici nazionali e internazionali. Un progetto che è riuscito a coinvolgere tante realtà, locali e non, dai Comuni di residenza delle pazienti alla Caritas diocesana e poi anche la Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori (Lilt), il Banco Alimentare, la Croce Rossa, il Centro di Aiuto alla Vita, le Terziarie Francescane, che hanno spesso supportato con aiuti concreti gli interventi della ASL.

*Per ulteriori approfondimenti sui risultati ottenuti si rimanda all'allegato D*

*Regione Liguria*

*Azienda Sanitaria Locale Chiavarese*

*Direttore Generale: Paolo Cavagnaro*

*Referente dell'esperienza: Carolina Lorusso*

*Titolo: Progetto Donna*

### 7.12. Sanità: Parma, sordomuti chiamano il 118 con un sms

Un semplice e veloce sms con cui chiedere aiuto al 118: è il servizio che dal 2009 l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha messo a disposizione delle persone sordomute della sua provincia, un progetto all'epoca raro nel resto d'Italia e unico in Emilia-Romagna, mentre oggi è stato esteso anche ad altre province della regione.

La sordità, secondo dati diffusi dall'Ente nazionale sordi (Ens), colpisce circa un italiano su mille ed è in questo contesto che si colloca l'esperienza dell'Azienda parmense, progettata con l'obiettivo di abbattere ogni barriera di comunicazione per le persone diversamente abili anche in linea con quanto previsto dal Numero unico europeo per le emergenze (Nue 112), che contemplava l'adozione di strutture di emergenza per le persone sorde e/o mute.

Il servizio, divenuto realtà operativa dopo qualche mese di sperimentazione, si basa su una centrale di soccorso, attivata presso l'AOU di Parma, alla quale poter inviare messaggi di testo col cellulare per chiedere aiuto in caso di emergenza sanitaria. In pratica, coloro che non possono parlare e udire possono chiedere un intervento inviando un sms col cellulare al numero 339 9941118. In questo modo si attiva il sistema di soccorso del 118. La risposta dell'operatore al terminale viene prontamente inviata al richiedente sfruttando lo stesso mezzo, l'sms. I 'messaggini' quindi sostituiscono la telefonata vocale e diventano il canale attraverso il quale viene definito il luogo dove deve arrivare l'ambulanza e attraverso il quale comunicare le principali informazioni sull'accaduto. Una procedura che consente agli infermieri del 118 di dialogare con chi chiede aiuto, anche se sordomuto, stabilendo il grado di urgenza prima di inviare i soccorsi e quindi di 'spedire' mezzi e personale più indicati.

Avviata su base provinciale e soprattutto senza comportare spese particolari, la soluzione è stata valutata positivamente dalla Regione Emilia-Romagna e successivamente diffusa su tutto il territorio regionale, mantenendo la centrale operativa di Parma come unico referente per ricezione e gestione delle chiamate.

Un caso di successo reso possibile anche grazie al coinvolgimento dell'Ente nazionale sordi, che ha contribuito a testare insieme all'AOU di Parma il sistema di comunicazione che, tra l'altro, è in grado di supportare e gestire più casi di richiesta contemporaneamente. In più la novità è stata conosciuta in tempi rapidi dai diretti interessati non solo attraverso la stampa, ma anche grazie alle associazioni di categoria che hanno provveduto a diffondere notizia del sistema tra gli iscritti. Destinatari dell'iniziativa non erano infatti solo le persone sorde, ma

altresi coloro che per motivi temporanei non fossero in grado di parlare o sentire. I cittadini interessati sono stati inoltre coinvolti in fase di progettazione dell'esperimento, con incontri periodici con gli operatori sanitari. Il personale addetto al 118 è stato parallelamente formato con corsi ad hoc e simulazioni pratiche.

Notevoli i primi risultati dell'iniziativa, monitorata dalla Centrale Operativa del 118 mediante la sua banca dati: dall'esperienza è risultata sensibilmente migliorata l'accessibilità al servizio di emergenza sanitaria per una categoria di utenti che fino a quel momento era scarsamente tutelata. Un sistema veloce come quello degli sms ha inoltre ridotto i tempi di intervento nelle richieste provenienti da persone non udenti e/o mute.

*Regione Emilia Romagna*

*Azienda Ospedaliero-Universitaria Parma*

*Direttore Generale: Leonida Grisendi*

*Referente dell'esperienza: Adriano Furlan e Antonio Pastori*

*Titolo: Il servizio di emergenza sanitaria dedicato alle persone sorde*

### 7.13. Sanità: Liguria, stop infezioni sessuali con prevenzione e screening

Prevenire le infezioni sessuali attraverso una corretta informazione e un'attività di screening sul territorio, e in più cercare di evitare le situazioni di rischio infezione legate all'abuso di sostanze stupefacenti. È questo l'obiettivo con cui nel 2008 in Liguria la ASL 4 Chiavarese ha avviato il Progetto Screening.

Hiv, sifilidi, epatiti: la prevenzione è ormai un'arma solidamente riconosciuta per combattere queste patologie, soprattutto considerando la loro incidenza sulla popolazione di tutto il mondo. In Europa, ad esempio, gli ultimi dati estrapolati dal rapporto dello European Center for Diseases Control (Ecdc) indicano che il numero dei casi di malattie a trasmissione sessuale è in continuo aumento: oltre 344 mila casi nel Vecchio Continente nel 2009 e un incremento costante negli ultimi dieci anni. Le donne (60% dei casi) e i giovani tra 15 e 24 anni (75% dei casi) emergono come le categorie più a rischio. Numeri che tra l'altro sono destinati ad essere più alti, considerando che non tutti i casi vengono riportati correttamente dalle autorità e che le infezioni asintomatiche non sono rilevate anche se contribuiscono all'epidemia. Per quanto riguarda l'Aids in particolare, in Italia la diffusione dell'Hiv ha subito negli anni un drastico ridimensionamento, ma il virus – secondo gli esperti dell'Istituto superiore di Sanità – si è creato un "piccolo regno" fondato proprio sulla bassa percezione del rischio da parte delle persone. Oggi si contano 3-4.000 nuove infezioni l'anno e 140 mila sieropositivi. In aumento ci sono soprattutto i casi di trasmissione per via sessuale.

Nell'ottica della prevenzione, così come indicato anche dalle linee guida nazionali sull'Hiv, la ASL ligure ha avviato un progetto di screening sierologico per malattie infettive a trasmissione sessuale o parenterale, con particolare attenzione anche verso colloqui pre e post test, mirati alla presa di coscienza di possibili problematiche infettive collegate all'abuso di sostanze stupefacenti. Proprio quest'ultima area di intervento, spiega l'ASL 4 Chiavarese, è stata ritenuta un passo fondamentale per affrontare il problema della prevenzione. Grazie a una formazione ad hoc impartita agli operatori sanitari, la persona è stata preparata al risultato del test, con risposte puntuali a domande e bisogni. Il paziente è stato anche gradualmente accompagnato nella comprensione e accettazione del proprio stato di salute e messo in grado di valutare le possibili fonti di contagio. Nell'ambito del progetto sono state fornite anche informazioni sulle infezioni ed è stato dato aiuto per affrontare eventuali situazioni di contagio o consigli per modificare il proprio comportamento a rischio.

L'esperienza della ASL non si è fermata alla fase di prevenzione, ma ha previsto altresì l'accompagnamento del paziente ad approfondimenti diagnostici e ad eventuali trattamenti farmacologici, qualora necessari. Seguendo questo "protocollo" è stato possibile arrivare a diagnosi precoce di patologie infettive correlate all'abuso di sostanze endovenose e comportamenti a rischio. Non solo, si è riusciti anche a prevenire infezioni e ad incoraggiare i pazienti verso trattamenti precoci riducendo così l'ulteriore possibile diffusione dell'infezione.

*Regione Liguria*

*Azienda Sanitaria Locale Chiavarese*

*Direttore Generale: Paolo Cavagnaro*

*Referente dell'esperienza: Carolina Lorusso*

*Titolo: Progetto Screening*

#### **7.14. Sanità: Cesena, l'ospedale si colora per i pazienti di Pediatria**

Colori, fiabe e creatività anche nelle corsie e nelle stanze d'ospedale per alleviare il periodo di ricovero dei pazienti più piccoli e rendere la degenza meno traumatica. È la "Pediatria a misura di bambino", progetto avviato nel 2005 dall'Ospedale Bufalini di Cesena.

Personale medico, infermieristico e volontari di Pediatria sono da anni protagonisti anche "divertenti" delle vite dei bambini ricoverati in ospedale grazie a un'iniziativa che non si è limitata ad attività ludiche o alla clown terapia, ma ha portato a nuove modalità di approccio nel delicato rapporto medico-paziente, nel caso specifico del paziente-bambino, e anche a una sorta di ristrutturazione degli stessi ambienti ospedalieri.

Partito con piccole iniziative e con alcune attività di formazione rivolte al personale sanitario, il progetto è cresciuto negli anni anche grazie alla solidarietà dei tanti soggetti che lo hanno sostenuto. Istituzioni, cittadini, imprese del territorio hanno contribuito a garantire una serie di interventi utili alla maggiore serenità dei piccoli ospiti dell'ospedale. Così è stato possibile ad esempio trasformare le stanze d'ospedale con pareti e mobili dai colori vivaci, svolgere attività in una ludoteca, creare l'angolo della lettura, garantire formazione professionale per la clown terapia, avviare perfino dei laboratori musicali. Tutte attività che, pur non curando propriamente lo stato psicologico di un bambino o di un adolescente ricoverato, lo aiutano ad affrontare la degenza in maniera sicuramente meno traumatica. Altri grandi "supporter" dell'intera iniziativa i genitori e anche il mondo della scuola.

L'esperienza, spiega l'Ospedale Bufalini di Cesena, è nata "nella convinzione che i bambini ricoverati meritino una migliore qualità di vita in ospedale". In particolare in Pediatria e nelle aree pediatriche degli altri reparti, come il Centro Grandi Ustionati, erano emerse esigenze come un incremento dei dottori "clown", il rinnovo delle aree di degenza con murales e un miglioramento delle aree ludiche. Di qui l'idea di promuovere una raccolta fondi – che dal 2006 ad oggi ha raccolto 300 mila euro – per potenziare le attività ludiche in reparto e migliorare l'accoglienza e il comfort, in pratica attraverso l'"umanizzazione pittorica" di Pediatria.

Allo sforzo della AUSL si è unito quello della Banca di Credito Cooperativo di Cesena, in qualità di partner istituzionale, e quello di privati cittadini e di alcune aziende locali. A livello gestionale e operativo invece, il progetto ha coinvolto il Comune di Cesena e le Associazioni Aquilone di Iqbal e B.M.C. Italian School. L'ospedale ha avviato anche una collaborazione con la Facoltà di Psicologia dell'Università di Bologna. L'intervento di umanizzazione pittorica nel reparto di Pediatria è stato infatti affiancato da una ricerca psicologica sulla percezione affettiva dell'ambiente, che ha valutato l'impatto dei cambiamenti sui genitori dei bambini ricoverati e sul personale. Avviati contestualmente diversi progetti di ricerca, alcuni ancora in corso, per esplorare gli effetti della clown terapia e dell'arte terapia nei reparti pediatrici.

Al programma è dedicato anche un sito web visibile all'indirizzo [www.pediatriace-sena.org](http://www.pediatriace-sena.org) e pagine ad hoc sui social network. Caso di successo, l'esperienza è stata premiata dal Forum P.A. del 2009 con il riconoscimento "Innovatori" per la categoria Sanità e ha ottenuto una menzione speciale nel 2010 al premio nazionale "La P.A. che si vede" promosso dal Ministero per la Pubblica Amministrazione e l'Innovazione, da Foromez PA.



*Regione Emilia Romagna*

*Azienda Unità Sanitaria Locale Cesena*

*Direttore Generale: Maria Basenghi*

*Referente dell'esperienza: Elisabetta Montesi*

*Titolo: Pediatria a misura di bambino*

## CONCLUSIONI

### Stato e prospettive dell'Osservatorio Buona Sanità

*di Valerio Fabio Alberti*

Le attività dell'Osservatorio sono state sviluppate in modo intenso e rigoroso in ottemperanza alle aspettative assegnate dalle Aziende Associate e nella prospettiva di un collaudo generale della metodologia. Sono stati definiti gli strumenti necessari per la gestione di un sistema di confronto permanente delle esperienze che prevede la loro valutazione e una loro più ampia diffusione.

Le esperienze selezionate e valutate sono testimonianza del cambiamento organizzativo operato negli ultimi anni nelle sanità italiana per il miglioramento dell'efficienza e della qualità delle cure, confermando la convinzione che le Aziende siano luogo deputato al cambiamento e all'innovazione perlopiù conseguito a isorisorse. Emergono metodi, tecniche di gestione e strumenti di valutazione di cui si avverte la necessità per il governo dell'assistenza sanitaria.

Appare evidente che la capacità di perseguire l'efficienza è influenzata più dal management interno e dai contesti sociali e culturali in cui opera l'Azienda, che non dalle politiche sanitarie attuate.

Se volessimo provare a dare una base comune alle best practices valutate – sempre tenendo presente che la valutazione analitica è stata applicata ad aree tematiche diverse tra loro – potremmo intravedere un filo rosso di elementi che si ripresentano. Innanzitutto la progettualità iniziale: un approccio progettuale che fin dall'inizio traduca il 'proposito' in 'progetto' fa poi la differenza nel dispiegarsi dell'esperienza che si è deciso di intraprendere.

In secondo luogo, il limitato investimento economico: le Aziende Sanitarie hanno dato prova che si possono perseguire progetti d'eccellenza senza perdere di vista la sostenibilità economica.

Poi, il sempre maggiore ricorso alle infrastrutture informatiche: nel perseguimento dell'obiettivo di omogeneizzare procedure e comportamenti, l'ICT è sempre più indispensabile.

Un altro elemento che attraversa la maggior parte dei progetti realizzati si è manifestato nell'approccio multidisciplinare/multiprofessionale delle esperienze:

sempre più squadre quindi, sempre più lavoro di gruppo e sempre meno approcci individuali. Un continuum di intenti che, dalla dirigenza fino ad ogni operatore coinvolto, ha rappresentato il *comune sentire* verso obiettivi condivisi.

Da ultimo, ma non in ordine d'importanza, il fattore umano, che si collega a quanto appena detto sopra. Tutte le esperienze raccolte e valutate non avrebbero mai visto la luce senza che gli operatori sanitari si fossero messi in discussione, avessero creduto nei progetti, avessero fatto formazione e si fossero messi al servizio con quell'impegno che da sempre fa e potrà fare la differenza per la migliore sanità italiana.

Il Comitato Scientifico, che da ultimo ha valutato le esperienze riportate nel presente volume, non ha stilato classifiche, non aveva premi da assegnare né traguardi da segnalare. Questo approccio ha da un lato agevolato il lavoro di valutazione, e dall'altro ha fatto sì che il lavoro del Comitato sia stato caratterizzato da un approccio di solo studio, verifica, valutazione, esame analitico delle buone pratiche.

Ebbene, dall'analisi sono tuttavia emerse delle esperienze davvero preziose per il Sistema Sanitario Nazionale. Ne riportiamo qui di seguito solo alcune a titolo d'esempio, un elenco davvero esiguo rispetto alla varietà di esperienze, approcci, casi diversi trattati con completezza nel volume.

Nell'area dell'Assistenza territoriale, ad esempio, l'AUSL di Cesena ha dato vita a un caso di buona pratica con quanto realizzato nell'ambito del Progetto Arianna, un percorso assistito per l'assistenza dei pazienti reumatologici. Decisamente buone anche le esperienze realizzate dagli Ospedali Riuniti di Ancona – con la presa in carico sul territorio dei pazienti affetti da gravi malattie neuromuscolari invalidanti – e a Crema, dove l'Ospedale Maggiore ha avviato una rete di cure palliative davvero molto importante per il conforto, clinico e assistenziale, dei pazienti terminali e delle loro famiglie. Un altro esempio è quanto attuato dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria S. Orsola Malpighi di Bologna, dove un team multidisciplinare ha saputo garantire la presa in carico assistenziale delle pazienti con diagnosi di sospetta o accertata neoplasia della mammella nelle diverse fasi cliniche attraverso l'attivazione dell'infermiere *case manager*.

In ordine all'ambito dell'Appropriatezza delle cure, l'AOU di Parma ha adottato una strategia multidisciplinare vincente: la collaborazione di diverse figure

professionali in vista del comune obiettivo di garantire il sistematico trasferimento delle evidenze scientifiche nella pratica quotidiana del percorso diagnostico terapeutico assistenziale. A Varese l'ASL è riuscita a coniugare costi e qualità dell'assistenza con un piano ad hoc per la riorganizzazione del servizio di erogazione delle protesi d'arto. L'Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna, invece, ha puntato al perfezionamento dell'attività del laboratorio di Anatomia Patologica, nella consapevolezza che un eventuale errore potrebbe gravemente inficiare le diagnosi e le terapie successive.

Altre esperienze d'esempio sono state valutate dal Comitato Scientifico nell'area tematica dell'Efficienza gestionale. Presso l'ASL 4 di Chiavari si è ricorsi alle nuove tecnologie per semplificare e alleggerire tutta l'attività che ruota intorno alla gestione e archiviazione degli ordinativi bancari, mentre l'AREU Lombardia, sul piano dell'introduzione di modelli organizzativi ed economici efficienti, ha unificato il servizio di trasporto di organi, tessuti e team di chirurghi, armonizzandolo su tutto il territorio. Un'altra esperienza si è poi distinta sul piano del rafforzamento dei sistemi gestionali aziendali: al Policlinico di Modena un sistema di gestione controllata di progetti e obiettivi ha di fatto accresciuto sensibilmente la managerialità generale e la cultura aziendale sottesa alle scelte strategiche.

L'Innovazione tecnologica è invece emersa in tutta la sua importanza a Trento, dove l'APSS si è impegnata con successo nella riduzione delle infezioni correlate all'assistenza ospedaliera: ci è riuscita realizzando un osservatorio epidemiologico informatico in grado di raccogliere, organizzare e distribuire in tempo reale i dati clinici presenti in altri sistemi gestionali specifici.

Da ultimo, nell'area tematica della Comunicazione e promozione della salute, si sono distinte alcune esperienze davvero incoraggianti: sul piano dell'umanizzazione, certamente quella della Terapia intensiva "aperta" dell'Azienda Sanitaria di Firenze, mentre dal punto di vista della medicina territoriale l'ASL RmE ha dato il benvenuto alla figura del *care manager*, un infermiere dedicato ai pazienti con malattie cardiovascolari con il compito di accompagnarli, guidarli, monitorarli lungo il percorso assistenziale. A Bologna invece, la comunicazione si è rivolta ai fornitori: un processo avanzato di informatizzazione ha permesso all'AUSL di dematerializzare ogni relazione con essi, rendendola molto più fluida e trasparente.

Il lavoro svolto fino ad ora consente di affermare che l'Osservatorio pratiche di Buona Sanità è diventato realtà. Ciò non costituisce un punto di arrivo, bensì la premessa indispensabile per rendere tale realtà viva, nel tempo, e capace di

espandersi e ulteriormente assestarsi: essere utilizzata al meglio attraverso la auspicabile consultazione da parte di un numero crescente di Aziende Associate FIASO e, anche in ragione di una serie di iniziative che FIASO stessa potrà promuovere o suggerire, dare compiutamente il segno della assoluta novità e del grande potenziale innovativo rappresentato dalla Banca delle Buone Pratiche.

Se le esperienze fino ad ora raccolte conseguono ad un input lanciato da FIASO alle Aziende Associate alla fine del 2010 senza vincoli tematici preordinati (ed infatti le risposte hanno spaziato in molteplici direzioni), sarà probabilmente opportuno ed utile, nel prossimo futuro, sollecitare l'invio di ulteriori esperienze partendo da argomenti pre-selezionati sulla base di considerazioni di rilevanza, attualità, innovazione, etc., tratte dalla percezione dell'evolversi del mondo della sanità italiana.

Le indicazioni formulate sono state preziose per collaudare gli strumenti e la metodologia di valutazione dell'Osservatorio e verranno adottate per le future nuove raccolte di esperienze aziendali.

Inoltre, le fonti di alimentazione della "Banca" possono aumentare di numero e diversificarsi. Non solo le Aziende Associate allora – che rimangono, peraltro, gli interlocutori più importanti e diretti – ma anche tutti quei soggetti che operano a contatto con il Servizio Sanitario Nazionale la cui mission scientifica e/o commerciale determina innumerevoli rapporti con il sistema aziendale anche allo scopo di promuovere attività di ricerca e di sperimentazione (clinica, ma non solo). Si tratta, da un lato, delle "società scientifiche" e, dall'altro, delle grandi imprese produttrici, sempre più attente a divenire providers finanziari di esperienze innovative non necessariamente collegate ad immediati ritorni economici.

Esistono già ambienti di studio e di ricerca (istituti universitari, ad esempio) e di rappresentanza di interessi collettivi (Cittadinanzattiva, ed altri già elencati nel primo capitolo di questo volume) che si dedicano da tempo alla raccolta e selezione di esperienze orientate allo sviluppo qualitativo di determinati campi di attività allo scopo di individuare un ristretto numero di eccellenze meritevoli di menzione e riconoscimenti premiali. L'Osservatorio Buona Sanità è interessato ad intercettare anche questi canali identificativi di realtà virtuose, instaurando con essi rapporti di collaborazione che ne promuovano ulteriormente la cernita.

Per quanto attiene al futuro utilizzo del materiale raccolto nella Banca delle Buone Pratiche, sono innumerevoli le potenzialità aperte sotto questo profilo. Vediamone alcune a titolo squisitamente esemplificativo.

Incrementare l'espansione divulgativa delle buone pratiche ad un duplice scopo: da un lato, creare una immagine positiva del sistema sanitario e sociosanitario italiano basata sulla evidenza di quel tanto (non poco, per fortuna) di buono che è stato progettato e attuato da decine e decine di Aziende: un modo serio e onesto di contrapporsi a quella cronaca che troppo spesso alimenta la ricorrente immagine della "malasanità" italiana. In secondo luogo, sviluppare – con il supporto della stampa generalista e specializzata – quelle dinamiche di approfondimento, confronto e dibattito che focalizzino l'attenzione del mondo tecnico e professionale sulle buone pratiche più interessanti e più immediatamente in grado di rispondere a problemi impellenti (dalla riduzione dei costi di gestione allo sviluppo della prevenzione primaria, solo per fare due esempi) per la sopravvivenza e/o il mantenimento dei livelli quali/quantitativi del sistema.

La stessa FIASO sta valutando come poter concorrere a stimolare questo approccio, culturalmente più impegnativo, di valorizzazione delle esperienze attraverso la revisione dei propri strumenti informativi (in particolare del periodico FIASO News).

Realizzare una serie di iniziative seminariali che, partendo dalla presentazione delle migliori esperienze, mettano a fuoco le condizioni preliminari e gli sviluppi del processo indispensabili per favorirne la replicabilità.

La riproducibilità di quanto è stato ottenuto appare essere un punto fondamentale per il successo futuro della "Banca" come ne è stato, peraltro, forse il maggiore dei principi ispiratori. All'argomento va dunque dedicata la massima attenzione consapevole che, in genere, non è sufficiente conoscere l'esperienza perché, quasi meccanicamente, possa essere traspunta altrove. E', invece, necessario sviluppare un approccio euristico, aperto alle utili novità possibili, finalizzato a far emergere tutte quelle condizioni tecnico-professionali, organizzative, gestionali e operative, di contesto e finanziarie, di clima e di consenso, che rappresentano i pilastri su cui costruire i percorsi della riproducibilità.

I seminari potranno anche trasformarsi in gruppi di lavoro, coinvolgendo gli interlocutori più adatti sulla base dell'interesse dichiarato per il tema di volta in volta oggetto di approfondimento. Supportare il lavoro di indagine, di arricchimento conoscitivo, di collaborazione di principi e criteri orientativi, di messa a fuoco di contenuti normativi, che connota l'impegno di numerosi organismi istituzionali, sia nazionali che regionali.

Dall'Agenzia Sanitaria Nazionale alle varie Agenzie regionali, dal Ministero della Salute agli Assessorati regionali alla sanità, dalle commissioni parlamentari competenti alle differenti sedi istruttorie che predispongono per i decisori politici e sociali progetti e proposte afferenti a tematiche sanitarie e sociosanitarie, il patrimonio conoscitivo accumulato nella Banca delle Buone Pratiche può fornire la forza dei fatti concreti al fine di avvalorare ogni studio, elaborazione, trattazione, audizione mirata, dibattito o proposta con la pragmatica evidenza di esperienze già valutate come positive.

Sarà così possibile evitare che ogni qual volta si voglia affrontare il cambiamento (auspicato e possibile) debbano svilupparsi riflessioni teoriche ed astratte problematiche e dialettiche. Si potrà, all'opposto, partire dal confronto basato sulla realtà acquisita, fornendo conseguentemente empiricità al dibattito e assicurando approdi più rapidi e concretamente propositivi alle successive conclusioni.

In ogni caso, il modello di benchmarking proposto potrà rappresentare una decisiva spinta verso una più capillare diffusione, all'interno delle Aziende Sanitarie, di un'efficace cultura gestionale che programmi e realizzi politiche aziendali coerenti con le finalità istituzionali e con le linee di indirizzo nazionali e regionali.

Con l'Osservatorio della Buona Sanità, FIASO ha voluto offrire un servizio alle Aziende Sanitarie e Ospedaliere italiane per rendere più fruibili e accessibili le migliori pratiche aziendali in modo da favorire lo sviluppo di progetti innovativi e la interconnessione tra professionisti impegnati a migliorare le performance organizzative e assistenziali. Per tale ragione, FIASO auspica una sempre maggiore partecipazione da parte delle Aziende Sanitarie e dei suoi professionisti, nei termini di nuove esperienze da proporre ma anche di iniziative che, in quelle qui già presentate, trovino stimolo e riferimento per la loro realizzazione.

Con questo volume è stato stabilito un appuntamento annuale che renderà conto al sistema di come e quanto l'Osservatorio e la sua banca dati siano stati in grado di pervadere il sistema delle Aziende con le sue iniziative e il suo sapere condiviso.







## ALLEGATO A - SCHEDA SINTETICA

## A. ANAGRAFICA

Ente di appartenenza\*

Regione di appartenenza\*

Resp. del Progetto/prassi\*:

Ruolo/Carica Aziendale  
Resp. del Progetto/prassi\*:Macro struttura aziendale  
di appartenenza \*

Indirizzo\*

N. Civico\*

Cap\*

Città\*

Provincia\*

Telefono\*

prefisso

/

numero

Fax\*

prefisso

/

numero

Cell.

E mail\*

Indirizzo web esperienza aziendale

\* Spazi obbligatori

Nel conteggio dei caratteri verranno esclusi spazi e punteggiature.

## B. TITOLO E DESCRIZIONE ESPERIENZA

1. Titolo Progetto/prassi\*

2. Data di inizio\*  data conclusione prevista\*

data di conclusione effettiva\*

3. Area di intervento\*

4. Descrizione sintetica del progetto\* (rappresenta in poche righe i contenuti essenziali che descrivono gli aspetti più caratteristici dell'esperienza realizzata, eventualmente strutturata per fasi progettuali).(max 2.000 caratteri)

5. Obiettivi specifici/finalità del progetto\* (max. 1.000 caratteri)

6. Destinatari (max. 500 caratteri)\*

7. Promotore e sponsor dell'iniziativa\*

8. Altri Soggetti coinvolti (Enti, Organizzazioni, Associazioni etc)\*

9. Parole chiave/descrittori dell'esperienza\* (al massimo 10)

### C. ASPETTI FINALISTICI E PROCESSUALI

1. Risultati attesi\* (max. 1.000 caratteri)

---

---

2. Risultati raggiunti\* (max. 1.000 caratteri)

---

---

3. Indica sinteticamente quale sia stato il cambiamento più emblematico e significativo realizzato in termini di miglioramento organizzativo\* (max. 1.000 caratteri)

---

---

4. Indica sinteticamente se, dall'esperienza realizzata, sono state generate delle economie rispetto alla situazione preesistente\* (max. 1.000 caratteri)

---

---

5. E' stato effettuato un monitoraggio continuo del progetto?\*

SI ☐ NO ☐

6. Sono stati individuati e misurati ex ante degli indicatori che permettessero di confrontare i risultati ottenuti con la situazione precedente?\*

SI ☐ NO ☐

7. E' stato effettuata una valutazione finale del progetto?\*

SI ☐ NO ☐

8. L'esperienza realizzata in forma sperimentale è stata poi adottata in forma stabile dall'Azienda (messa a regime)?\*

SI ☐ NO ☐ In parte ☐

DATA \_\_\_\_\_ IL REFERENTE DELLA ESPERIENZA \_\_\_\_\_

IL DIRETTORE GENERALE \_\_\_\_\_

## ALLEGATO B - ESPERIENZE SELEZIONATE PER AREA TEMATICA

REGIONE	AZIENDA	AREA TEMATICA	SUB AREE TEMATICHE	ALTRA AREA TEMATICA	ALTRA AREA TEMATICA (2)	Titolo Progetto	PAROLE CHIAVE
ASSISTENZA TERRITORIALE							
LOMBARDIA	ASL PROVINCIA DI CREMONA	PRESA IN CARICO INTEGRATA	Area Materno Infantile	INTEGRAZIONE PROFESSIONALE		Essere madre una sfida possibile... lavoriamo insieme	Maternità
EMILIA - ROMAGNA	AUSL DI CESENA	PRESA IN CARICO INTEGRATA	Presa in carico del paziente cronico	APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA		Progetto Arianna: percorso assistito per la presa in carico del paziente reumatologico	Paziente reumatologico
EMILIA - ROMAGNA	AUSL FORLÌ	INTEGRAZIONE PROFESSIONALE	Presa in carico del paziente cronico	CONTINUITÀ DELLE CURE	ICT	Creazione di un registro di malattie infiammatorie croniche intestinali (MICI: Crohn e rettocolite ulcerosa) funzionale al processo assistenziale a gestione multidisciplinare a rete integrata del paziente acuto/cronico	Registro patologie: malattie croniche intestinali
EMILIA - ROMAGNA	AUSL RIMINI	INTEGRAZIONE PROFESSIONALE	Presa in carico del paziente cronico	APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA	CONTINUITÀ DELLE CURE	La continuità assistenziale tra Ospedale e Territorio	Integrazione gestionale; Integrazione professionale
EMILIA - ROMAGNA	AUSL DI CESENA	INTEGRAZIONE GESTIONALE	Attivazione reti	APPROPRIATEZZA CLINICA	STANDARDIZZAZIONE	Il progetto di riorganizzazione del sistema di patologia clinica delle Aziende di Area Vasta Romagna	Appropriatezza clinica; Reti; Area Vasta; Efficienza
LAZIO	ASL RM D	INTEGRAZIONE GESTIONALE	Attivazione reti			Progetto di miglioramento delle modalità di accesso alle prestazioni di laboratorio con incremento dell'efficienza erogativa e della appropriatezza diagnostica	Appropriatezza clinica; Reti
MARCHE	AOU OSPEDALI RIUNITI ANCONA	FACILITAZIONI CONDIZIONI DI ACCESSO		PRESA IN CARICO INTEGRATA	STANDARDIZZAZIONE	Servizio Easy TAO	Pazienti anticoagulati; ICT
TOSCANA	ASF TO FIRENZE	FACILITAZIONI CONDIZIONI DI ACCESSO		UMANIZZAZIONE		Accoglienza in DEA	Ascolto
LOMBARDIA	ASL PROVINCIA DI BERGAMO	FACILITAZIONI CONDIZIONI DI ACCESSO		UMANIZZAZIONE		Cambiamo prospettiva	Disabilità
LAZIO	ASL RM D	FACILITAZIONI CONDIZIONI DI ACCESSO	Miglioramento dimissioni pazienti complessi			Pacchetti Ambulatoriali Complessi in Nefrologia	Centralità del paziente
MARCHE	AOU OSPEDALI RIUNITI ANCONA	CONTINUITÀ DELLE CURE	Integrazione Ospedale/Territorio	PRESA IN CARICO INTEGRATA		Ottimizzazione della continuità assistenziale nelle malattie neuromuscolari	Malattie neuromuscolari; Integrazione professionale
EMILIA - ROMAGNA	AUSL PARMA	CONTINUITÀ DELLE CURE	Integrazione socio sanitaria	PROGRAMMAZIONE/PROGETTAZIONE/BUDGETIZZAZIONE		Gestione Anticipata della fragilità nel Distretto Sud-Est	Anziani fragili
EMILIA - ROMAGNA	AOU DI BOLOGNA	APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA	Sviluppo ruolo e funzioni Inf. Prof.le	STANDARDIZZAZIONE	MIGLIORAMENTO DELLA EFFICIENZA	Inserimento dell'infermiere case manager nella conduzione del percorso clinico assistenziale della paziente con tumore alla mammella nell'AOU di Bologna	Case Manager; Tumore alla mammella

REGIONE	AZIENDA	AREA TEMATICA	SUB AREA TEMATICHE	ALTRA AREA TEMATICA	ALTRA AREA TEMATICA (2)	Titolo Progetto	PAROLE CHIAVE
LOMBARDIA	AO OSPEDALE MAGGIORE DI CREMA	APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA	Miglioramento dimissione pazienti complessi	CONTINUITA' DELLE CURE		Realizzazione di un Centro di Cure Intermedie	Appropriatezza organizzativa
LOMBARDIA	AO OSPEDALE MAGGIORE DI CREMA	APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA	Miglioramento dimissione pazienti complessi	APPROPRIATEZZA CLINICA	CONTINUITA' DELLE CURE	Ospedalizzazione domiciliare e rete di cure	Dimissioni protette; Anziani fragili
APPROPRIATEZZA E QUALITA' DELLE CURE							
VENETO	AULSS 21 LEGNAGO	MIGLIORAMENTO QUALITA'	Miglioramento qualità assistenza	STANDARDIZZAZIONE	UMANIZZAZIONE	Limitare i danni da lesione da decubito	Allettamento; Cronicità
EMILIA - ROMAGNA	AOU DI PARMA	MIGLIORAMENTO QUALITA'	Miglioramento qualità assistenza	MIGLIORAMENTO DELLA EFFICIENZA		Letti scambiatori; la via italiana del programma Swing Bed una nuova possibilità per uno strumento antico	Ricoveri urgenti
MARCHE	AOU OSPEDALI RIUNITI ANCONA	INNOVAZIONE SPERIMENTALE CLINICA	Bioingegneria			Accreditamento JACIE del Programma di Trapianto di Cellule Staminali della Clinica di Ematologia	Cellule staminali
EMILIA - ROMAGNA	AUSL DI CESENA	INNOVAZIONE SPERIMENTALE CLINICA	Bioingegneria			Progettazione e produzione di uno scaffold cell-free biocompatibile da cure di donatore	SCAFFOLD; Innovazione
EMILIA - ROMAGNA	AUSL PARMA	APPROPRIATEZZA CLINICA	Sviluppo ruolo e funzioni Inf. Prof.le	APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA		La gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti	Case manager; Risk Management; Check List
LOMBARDIA	ASL PROVINCIA DI VARESE	APPROPRIATEZZA CLINICA	Forniture sanitarie	STANDARDIZZAZIONE	MIGLIORAMENTO DELLA EFFICIENZA	Processo di erogazione delle protesi d'arto piano al miglioramento biennio 2009/2010	Protesi ed ausili
MARCHE	AOU OSPEDALI RIUNITI ANCONA	APPROPRIATEZZA CLINICA	Sicurezza	MIGLIORAMENTO DELLA EFFICIENZA		Sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (4 sottoprogetti)	Infezioni ospedaliere
LAZIO	ASL RM E	APPROPRIATEZZA CLINICA	Sicurezza	MIGLIORAMENTO QUALITA'		Chirurgia multidisciplinaria per intensità di cura	Intensità delle cure
LOMBARDIA	AO OSPEDALE MAGGIORE DI CREMA	APPROPRIATEZZA CLINICA	Trattamento del dolore e cure palliative	UMANIZZAZIONE		Gestione del dolore in ospedale	Dolore; Cure palliative
P.A. DI TRENTO	APSS TRENTO	APPROPRIATEZZA CLINICA	Priorità cliniche	CONTINUITA' DELLE CURE		Garanzia dei tempi di attesa con priorità condivise	Governo della domanda; tempi di attesa
EMILIA - ROMAGNA	AUSL DI CESENA	APPROPRIATEZZA CLINICA	Diagnostica di Laboratorio	INTEGRAZIONE GESTIONALE	STANDARDIZZAZIONE	Analisi delle modalità di richiesta degli esami di laboratorio in ambito ospedaliero e territoriale e condivisione di modalità appropriate di richiesta	Servizi di laboratorio; Area Vasta
SICILIA	AQUP P. GIACCONI	APPROPRIATEZZA CLINICA	Sicurezza			Clean Care is Safer Care	Igiene



REGIONE	AZIENDA	AREA TEMATICA	SUB AREA TEMATICHE	ALTRA AREA TEMATICA	ALTRA AREA TEMATICA (2)	Titolo Progetto	PAROLE CHIAVE
EMILIA - ROMAGNA	IRCSS IOR	APPROPRIATEZZA CLINICA	Sicurezza			Gestione del rischio clinico in laboratorio. Applicazione della FMEA/FMECA per la prevenzione degli errori in Anatomia patologica	Risk Management
EMILIA - ROMAGNA	AOU DI PARMA	APPROPRIATEZZA CLINICA	Percorsi diagnostici e terapeutici assistenziali	STANDARDIZZAZIONE		Percorsi diagnostico terapeutici: una strategia condivisa per migliorare l'adesione alle evidenze scientifiche	Evidenza scientifica
EFFICIENZA GESTIONALE							
MARCHE	AOU OSPEDALI RIUNITI ANCONA	STANDARDIZZAZIONE	Processi di natura clinica	APPROPRIATEZZA CLINICA	MIGLIORAMENTO DELLA EFFICIENZA	Logistica organizzativa della gestione del rischio ospedaliero	Risk management
BASILICATA	ASP POTENZA	STANDARDIZZAZIONE	Processi di natura clinica			Le Buone Pratiche di Cura dei Disturbi del Comportamento Alimentare	Alimentazione
MARCHE	AOU OSPEDALI RIUNITI ANCONA	STANDARDIZZAZIONE	Processi di natura clinica	APPROPRIATEZZA CLINICA	MIGLIORAMENTO DELLA EFFICIENZA	Percorso antico-ematologico sicuro mediante integrazione di automazione e informatizzazione	Oncologia; ICT
LOMBARDIA	AREU	STANDARDIZZAZIONE	Processi di natura Tecnico/amm.va			La documentazione sanitaria nell'ambito AREU: progettazione di strumenti condivisi e definizione di procedure omogenee in ambito regionale	ICT
TOSCANA	ESTAV CENTRO	STANDARDIZZAZIONE	Processi di natura Tecnico/amm.va			Innovazione e accentrimento funzione ICT	Innovazione; ICT
EMILIA - ROMAGNA	AUSL DI BOLOGNA	STANDARDIZZAZIONE	Processi di natura Tecnico/amm.va	MIGLIORAMENTO DELLA EFFICIENZA		Progetto di sviluppo sistema documentale	Digitalizzazione; ICT
LOMBARDIA	AREU	STANDARDIZZAZIONE	Processi di natura Tecnico/amm.va	APPROPRIATEZZA CLINICA		Attivazione della procedura di gestione degli eventi avversi e dei near misses	ICT
P.A. DI TRENTO	APSS TRENTO	PROGRAMMAZIONE/PROGETTAZIONE/BUDGETTAZIONE		I.C.T.		Project Management Office	Project management; Pianificazione e controllo
VENETO	AOU INTEGRATA VERONA	PROGRAMMAZIONE/PROGETTAZIONE/BUDGETTAZIONE		STANDARDIZZAZIONE		Riorganizzazione delle attività con finanziamenti aggiuntivi (A.F.A.)	Metodologia della ricerca; Fund-raising
LAZIO	ASL RM B	PROGRAMMAZIONE/PROGETTAZIONE/BUDGETTAZIONE		CONTINUITA' DELLE CURE		Tavolo permanente di confronto con le associazioni di volontariato	Valutazione
EMILIA - ROMAGNA	AOU POLICLINICO MODENA	PROGRAMMAZIONE/PROGETTAZIONE/BUDGETTAZIONE		FORMAZIONE		Planweb: Attivazione di un sistema di gestione controllata dei progetti/obiettivi aziendali	Project management
LIGURIA	ASL 3 GENOVAESE	PROGRAMMAZIONE/PROGETTAZIONE/BUDGETTAZIONE	Processi di natura Tecnico/amm.va	STANDARDIZZAZIONE		Il ruolo della Direzione Medica di Presidio Ospedaliero Unico nella definizione e nel monitoraggio degli obiettivi di budget	Governo clinico

REGIONE	AZIENDA	AREA TEMATICA	SUB AREE TEMATICHE	ALTRA AREA TEMATICA	ALTRA AREA TEMATICA (2)	TITOLO Progetto	PAROLE CHIAVE
VENETO	AULSS 21 LEGNAGO	MIGLIORAMENTO DELLA EFFICIENZA	Risparmi da gestione risorse umane	UMANIZZAZIONE		Qua&L@ - Il telelavoro per la qualità	Telelavoro; Disabilità
LOMBARDIA	AREU	MIGLIORAMENTO DELLA EFFICIENZA	Risparmi da concentrazione	INTEGRAZIONE GESTIONALE	STANDARDIZZAZIONE	Il coordinamento Regionale per il trasporto di organi ed equipe finalizzato all'attività trapiantologica della Regione Lombardia	Trapianti
LIGURIA	ASL 4 CHIAVARESE	MIGLIORAMENTO DELLA EFFICIENZA	Riduzione costi amr.vi			Applicazione firma digitale e archiviazione offica sostitutiva al 100% ordinativi bancari di incasso e pagamento; un progetto realizzato	Digitalizzazione
SARDEGNA	ASL DI NUORO	MIGLIORAMENTO DELLA EFFICIENZA	Risparmi da distribuzione diretta	MIGLIORAMENTO DELLA EFFICACIA		Distribuzione diretta dei farmaci (l'ufficio terapeutico PHU)	Ricettazione
LOMBARDIA	ASL PROVINCIA DI VARESE	MIGLIORAMENTO DELLA EFFICIENZA	Riduzione costi amr.vi			Attivazione telefonata fissa con tecnologia VoIP in n. 4 sedi aziendali	Telefonia
P.A. DI TRENTO	APSS TRENTO	FORMAZIONE	Aree progettazione/Co ntitollo	I.C.T.	FORMAZIONE	Programma Sviluppo Risorse Umane	Personale; Valutazione
EMILIA - ROMAGNA	AOU DI PARMA	FORMAZIONE	Aree progettazione/con itollo			Formazione alla ricerca per migliorare la salute	Metodologia della ricerca
EMILIA - ROMAGNA	AOU POLICLINICO MODENA	FORMAZIONE	Gestione processi formativi	STANDARDIZZAZIONE		Utilizzo del software Training on line management (TOM) per la gestione della attività formativa	Innovazione; ICT
EMILIA - ROMAGNA	AOU DI BOLOGNA	STANDARDIZZAZIONE	Processi di natura clinica	I.C.T.		La gestione standardizzata e informatizzata dei materiali antidiscuto a motore	Appropriatezza clinica; I.C.T.
INNOVAZIONE TECNOLOGICA							
P.A. DI TRENTO	APSS TRENTO	I.C.T.	Supporto al Governo clinico	APPROPRIATEZZA CLINICA		Sistema Informatico per la sorveglianza di laboratorio delle infezioni correlate all'assistenza e degli eventi alert	Infezioni; Epidemiologia
EMILIA - ROMAGNA	AUSL PIACENZA	I.C.T.	Supporto al Governo Clinico			Il progetto di nuovo modello logistico della ASL	Ricettazione
LOMBARDIA	ASL PROVINCIA DI VARESE	I.C.T.	Supporto al Governo clinico	APPROPRIATEZZA CLINICA		Uso della Banca Dati assistiti nel monitoraggio della gestione territoriale dei pazienti diabetici	Diabete
EMILIA - ROMAGNA	AUSL DI CESENA	E-CARE	Telemedicina e teleconsulto	CONTINUITA' DELLE CURE	MIGLIORAMENTO QUALITA'	Telemedicina e teleconsulto nella gestione dei pazienti con scompenso cardiaco cronico avanzato	Telemedicina; Scompenso cardiaco
MARCHE	AOU OSPEDALI RIUNITI ANCONA	E-CARE	Telemedicina e teleconsulto	STANDARDIZZAZIONE	MIGLIORAMENTO DELLA EFFICIENZA	Progetto di Telecardiologia avanzata intra-aziendale	Telemedicina



REGIONE	AZIENDA	AREA TEMATICA	SUB AREE TEMATICHE	ALTRA AREA TEMATICA	ALTRA AREA TEMATICA (2)	TITOLO Progetto	PAROLE CHIAVE
COMUNICAZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE							
VENETO	AOU INTEGRATA VERONA	COMUNICAZIONE	Rapporti con i dipendenti	FACILITAZIONI CONDIZIONI DI ACCESSO		Intranet	Intranet; comunicazione interna
EMILIA - ROMAGNA	AUSL DI BOLOGNA	COMUNICAZIONE	Rapporto con i fornitori			Rapporti con i fornitori; più semplici se dematerializzati	Portale
LOMBARDIA	AREU	COMUNICAZIONE	Rapporto con la stampa			Elaborazione di un modello di comunicazione con la stampa	Uffici stampat; Privacy
TOSCANA	ASF 10 FIRENZE	COMUNICAZIONE	Rapporto con l'utenza	FACILITAZIONI CONDIZIONI DI ACCESSO		URP on line	URP; ICT
LOMBARDIA	ASL PROVINCIA DI SONDRIO	COMUNICAZIONE	Rapporto con l'utenza			Adeguamento intranet aziendale	Privacy
EMILIA - ROMAGNA	AOU POLICLINICO MODENA	COMUNICAZIONE	Il rapporto medico/paziente	FORMAZIONE		Laboratorio della comunicazione clinica	Centralità del paziente
LAZIO	ASL RM E	PROMOZIONE DELLA SALUTE	Prevenzione primaria e secondaria	CONTINUITA' DELLE CURE	INTEGRAZIONE PROFESSIONALE	Progetto regionale Michelangelo Previasci: nuovo modello organizzativo di prevenzione del rischio cardio-vascolare	Care Management
EMILIA - ROMAGNA	AUSL PARMA	PROMOZIONE DELLA SALUTE	Stili di vita			Guadagnare in salute	Attività Motoria
EMILIA - ROMAGNA	AOU DI PARMA	PROMOZIONE DELLA SALUTE	Prevenzione primaria e secondaria			Programma di screening uditivo neonatale universale	Sordomutismo
TOSCANA	ASF 10 FIRENZE	UMANIZZAZIONE	Lotta al dolore	CLIMA ORGANIZZATIVO		Rianimazione Aperta	Dolore; Cure palliative
LIGURIA	ASL 4 CHIAVARESE	UMANIZZAZIONE	Relazione personale sanitario/paziente	PROMOZIONE DELLA SALUTE		Progetto Donna	Maternità; HIV/AIDS
EMILIA - ROMAGNA	AOU DI PARMA	UMANIZZAZIONE	Relazione personale sanitario/paziente			Il servizio di emergenza sanitaria dedicato alle persone sore	Sordomutismo
LIGURIA	ASL 4 CHIAVARESE	UMANIZZAZIONE	Relazione personale sanitario/paziente	FACILITAZIONI CONDIZIONI DI ACCESSO	STANDARDIZZAZIONE	Progetto Screening	Screening
EMILIA - ROMAGNA	AUSL DI CESENA	UMANIZZAZIONE	Relazione personale sanitario/paziente			Pediatria a misura di bambino	Maternità

## ALLEGATO C - SCHEDA ANALITICA

## 1. Processi realizzati

## 1.1. Progettazione

- a. Il “processo di progettazione” si è sviluppato in momenti diversi e progressivi partendo dalla fissazione di obiettivi strategici poi declinati in obiettivi gestionali a loro volta specificati in modalità organizzative e/o operative destinati a consentirne il raggiungimento?

SI

NO

- a\_1. Se SI, può indicare gli obiettivi e le modalità organizzative sviluppate per il loro raggiungimento?

Obiettivi strategici	Obiettivi gestionali	Modalità organizzative

- a\_2. Se SI, può indicarci la denominazione esatta del/i documento/i di programmazione aziendale in cui l'esperienza è stata prevista:

---

- Note: 

---

- b. Gli obiettivi e le modalità di cui sopra fanno riferimento, o sono coerenti, con strategie della pianificazione nazionale e/o regionale?

SI

NO

- b\_1. Se SI, può indicarci quali?

---

c. Nel "processo di progettazione" sono state previste fasi di attuazione temporalmente distinte?

SI

NO

d. Nel "processo di progettazione" sono state coinvolte altre "strutture organizzative":

d\_1. Della Sua Azienda"

SI

NO

Se SI, quali \_\_\_\_\_

d\_2. Appartenenti ad altre amministrazioni?

SI

NO

Se SI, quali \_\_\_\_\_

e. Quali "soggetti" istituzionali" hanno approvato i contenuti progettuali?

\_\_\_\_\_

• Note: \_\_\_\_\_

#### 1.2. Attuazione

a. Il processo di attuazione ha rispettato i tempi delle diverse fasi previste nel momento della progettazione?

SI

NO

a\_1. Se NO, può indicarcene le cause? \_\_\_\_\_

b. L'attuazione del progetto si è conclusa nei tempi previsti?

SI

NO

b\_1. Se NO, può indicarcene le cause? \_\_\_\_\_

c. Secondo Lei, è stata assicurata piena coerenza fra i "risultati attesi" (obiettivi progettuali) e quelli effettivamente raggiunti?

SI

NO

c\_1. Se NO, può indicarcene le cause? \_\_\_\_\_

d. Secondo Lei, le "strutture organizzative" che la progettazione prevedeva di coinvolgere (cfr punto 1.1.d) sono state in via effettiva partecipate?

SI NO

d\_1. Se NO, può indicarcene le cause? \_\_\_\_\_

e. Durante il processo di attuazione si è reso necessario riformulare, in tutto o in parte, gli obiettivi progettualmente definiti?

SI NO

e\_1 Se SI, può indicarci:

- quali obiettivi siano stati riformulati e come? \_\_\_\_\_
- se anche i contenuti progettuali originari sono stati conseguentemente aggiornati?

SI NO

• Note: \_\_\_\_\_

### 1.3. Gestione delle risorse

a. In sede progettuale è stata elaborata una valutazione preliminare costi/benefici; costi/utilità; etc..?

SI NO

b. In sede progettuale sono state previste le risorse necessarie per realizzare il progetto?

SI NO

c. Può esplicitare con il maggior livello di dettaglio possibile – per "fattore produttivo" – l'eventuale previsione dei costi e quanto poi realizzato a consuntivo alla fine dell'esperienza?

Fattori produttivi	Descrizione	Costo/investimento previsto	Costo/investimento a consuntivo	Costo Annuo di Gestione
Personale dipendente	n. per figura professionale	Espresso in Ora/uomo dedicate		
Convenzioni/consulenze				
Beni impiegati				
Di cui beni sanitari	Per tipologia e numero			
Di cui beni non sanitari	Per tipologia e numero			
Servizi impiegati				
Di cui servizi sanitari	Per tipologia			
Di cui servizi non sanitari	Per tipologia			
Tecnologie, attrezzature	Per tipologia di supporto			
Altro				
Totale				

d. Se le risorse effettivamente impiegate per l'attuazione del progetto non hanno rispettato le previsioni può indicarne sinteticamente le cause?

e. Il processo attuativo ha usufruito della riconversione di risorse altrimenti già impiegate?

SI

NO

e\_1. Se SI, può esplicitarne la dimensione qualitativa e quantitativa (possibilmente, indicando a quali servizi/attività è stata sottratta la quota di risorse poi reimpiegate e per quali, principali, "fattori produttivi")?

f. Il progetto ha beneficiato per la sua realizzazione di fonti di finanziamento esterne?

SI

NO

f\_1. Se SI, può esplicitare la percentuale di finanziamento ricevuto sul costo di investimento a consuntivo per l'attuazione della esperienza

Azienda \_\_\_\_\_ Sponsor \_\_\_\_\_ Donazione \_\_\_\_\_ (specificare \_\_\_\_\_)

Regione \_\_\_\_\_ Stato \_\_\_\_\_ Fondo Europeo \_\_\_\_\_

Altro (Specificare \_\_\_\_\_)

• Note: \_\_\_\_\_

#### 1.4. Coinvolgimento

a. In sede progettuale, sono stati coinvolti i professionisti all'interno delle "strutture organizzative" chiamate in causa (che quindi si aggiungono ai dirigenti di tali strutture)?

SI

NO

a\_1. Se SI, può indicarci gli strumenti utilizzati per facilitarne la partecipazione, ed il numero di personale coinvolto in ciascuna struttura organizzativa?

\_\_\_\_\_

b. Il "processo di attuazione" è stato accompagnato da iniziative di formazione?

SI

NO

b\_1. Se SI, può esemplificarne qualcuna? \_\_\_\_\_

c. In sede progettuale, sono state attivate modalità di coinvolgimento (empowerment) dei cittadini/utenti?

SI

NO

c\_1. Se SI, le forme di tale coinvolgimento sono avvenute attraverso:  
o associazioni di rappresentanza degli utenti (specificare \_\_\_\_\_)  
o "Comitati Consultivi Misti"  
o altre forme di associazione (specificare \_\_\_\_\_)

d. I contenuti progettuali hanno previsto forme di "empowerment" dei cittadini/utenti in fase attuativa?

SI

NO

d\_1. Se SI:

- o Indicando una particolare relazionalità fra medico e paziente (ad es., promozione stili di vita sani)  
o Definendo percorsi addestrativi di "autocura"  
o Altro (indicare \_\_\_\_\_)

- Note:

### 1.5. Controllo/monitoraggio/valutazione

a. Con quale cadenza temporale è stato effettuato il monitoraggio dell'esperienza?

- o mensile      o bimestrale      o trimestrale      o semestrale      o annuale
- o altro (indicare \_\_\_\_\_)

b. Quale soggetto ha realizzato il monitoraggio, con quali modalità e mediante quali strumenti informativi è avvenuto? \_\_\_\_\_

c. La valutazione finale della "esperienza" è stata effettuata tramite indicatori già previsti in sede progettuale?

SI NO

c\_1. Se SI, può esemplificarne alcuni? \_\_\_\_\_

d. La raccolta delle informazioni e dei dati che hanno consentito la valutazione avviene tramite

- o sistema informativo ad hoc o porzione di un Sistema Informativo più generale  
o altro (specificare \_\_\_\_\_)

- Note:

## 1.6. Comunicazione

a. I destinatari dell'esperienza (interni all'Azienda o esterni ad essa) sono stati raggiunti da in-put comunicativi (di informazione; di facilitazione all'accesso; etc...) mirati?

SI NO

a\_1. Se SI, quali sono state le modalità utilizzate?

- ☐ O Comunicati; articoli; spazi mass-mediatici; etc
- ☐ O Sito Web aziendale
- ☐ O Opuscoli; "brochure"; etc
- ☐ O Messaggi personalizzati ad ogni singolo utente
- ☐ O Informative richieste attraverso associazioni di rappresentanza
- ☐ O Altro (indicare \_\_\_\_\_)

- b. Oltre alle “strutture organizzative” direttamente coinvolte nella realizzazione del progetto, altre ne hanno supportato, indirettamente, la sua attuazione svolgendo un ruolo informativo/comunicativo?

SI

NO

b\_1. Se SI, può indicarne alcune? (ad esempio: gli sportelli CUP; i centralini; i punti di accesso ambulatoriali; etc..) \_\_\_\_\_

- Note: \_\_\_\_\_

#### 1.7. Criticità e punti di forza

- a. Durante lo svolgimento dei “processi” sopra indicati (progettazione; attuazione; controllo/valutazione; etc..) sono state riscontrate alcune criticità ?

SI

NO

a\_1. Se SI, può indicare le principali criticità incontrate e le azioni realizzate per il loro superamento?

Criticità incontrate	Azione realizzate per superare le criticità

- b. Può indicare quali siano state, a suo avviso, le determinanti più significative che hanno concorso al successo della esperienza (ad esempio: buon clima organizzativo; ambiente culturalmente evoluto; forte impulso della Direzione Generale; bassa conflittualità sindacale; fissazione di regole, motivazione delle persone coinvolte, livello di professionalità richiesto, leva culturale per far credere nel progetto etc....):

---

---

---



## 2. Risultati

### 2.1. Risultati di efficienza

- a. Può indicarci (fra i vari risultati ottenuti attuando il progetto) quei risultati di efficienza che sono derivati da una ri-organizzazione di assetti e/o di attività?

SI

NO

a\_1. Se SI espliciti, per ognuno di essi i tre risultati da Lei ritenuti più rilevanti, illustrando sinteticamente la ri-organizzazione effettuata:

- 1).....  
.....  
2).....  
.....  
3).....  
.....

- b. Può indicarci, inoltre, quei risultati di efficienza sono derivati da miglioramenti operativi introdotti nei processi assistenziali e/o gestionali?

SI

NO

b\_1. Se SI, espliciti – al massimo – i tre risultati che ritiene più rilevanti, illustrando sinteticamente, per ognuno di essi, i miglioramenti operativi da cui sono scaturiti:

- 1).....  
.....  
2).....  
.....  
3).....  
.....

- c. Infine, può indicarci quei risultati di efficienza sono derivati da un maggior livello di appropriatezza organizzativa?

SI

NO

c\_1. Se SI, espliciti i tre risultati che ritiene più rilevanti, illustrando sinteticamente, per ognuno di essi, gli interventi organizzativi più appropriati che hanno consentito di ottenerli, e quantità di prestazioni corrispondentemente erogate rapportate ai volumi complessivi:

- 1).....  
.....  
2).....  
.....  
3).....  
.....

- d. Le chiediamo di rendere espliciti i risultati di efficienza, ottenuti in termini di economie eventualmente ottenute, con informazioni di natura quantitativa. E ciò mediante l'inserimento di tabelle e indicatori in grado di rendere evidente il confronto tra la situazione ex ante e quella successiva all'esperienza realizzata.

• Note: \_\_\_\_\_

2.2. Risultati di efficacia

- a. Può indicarci quei risultati di efficacia siano misurabili attraverso indicatori capaci, di "oggettivare" i miglioramenti ottenuti (out-come)?

SI NO

a\_1. Se SI, espliciti i tre risultati che ritiene più rilevanti:

- 1).....  
 .....  
 2).....  
 .....  
 3).....  
 .....

- b. Può indicarci quei risultati di efficacia derivano dal conseguimento di un migliore livello di appropriatezza clinica?

SI NO

b\_1. Se SI, espliciti i tre risultati che ritiene più rilevanti:

- 1).....  
 .....  
 2).....  
 .....  
 3).....  
 .....

2.3. Risultati di gradimento (la percezione di...)

- a. Sono state attivate modalità di verifica del gradimento degli operatori?

SI NO

a\_1. Se SI, espliciti tali modalità e il risultato ottenuto:.....

.....

- b. Sono state attivate modalità di verifica del gradimento degli utenti?

SI NO

b\_1. Se SI, espliciti tali modalità e il risultato ottenuto:

- 1).....  
 .....  
 2).....  
 .....  
 3).....  
 .....

- Note: \_\_\_\_\_

#### 2.4. Ulteriori indicatori significativi della esperienza

a. La esperienza ha ricevuto riconoscimenti pubblici (premi, nomination; segnalazioni; etc...)?

SI NO

a\_1. Se SI, indichi quali:

.....

b. La esperienza è stata citata in pubblicazioni nazionali e/o internazionali?

SI NO

b\_1. Se SI, citi le più rilevanti:

- 1).....  
 .....  
 2).....  
 .....  
 3).....  
 .....

c. La esperienza fa riferimento a standard internazionali?

SI NO

c\_1. Se SI, indicarne alcuni

\_\_\_\_\_

- Note: \_\_\_\_\_

#### 3. Documentazione allegata

A conclusione di questa scheda analitica, nel caso lo ritenesse opportuno, le chiediamo di inserire documentazione tecnica od elaborati inerenti l'esperienza realizzata da poter condividere con i colleghi delle Aziende Sanitarie eventualmente interessati ad approfondire l'esperienza stessa.

Elenco Allegati:

1. \_\_\_\_\_  
 2. \_\_\_\_\_  
 3. \_\_\_\_\_

## ALLEGATO D - DATI E RISULTATI DI ALCUNE ESPERIENZE

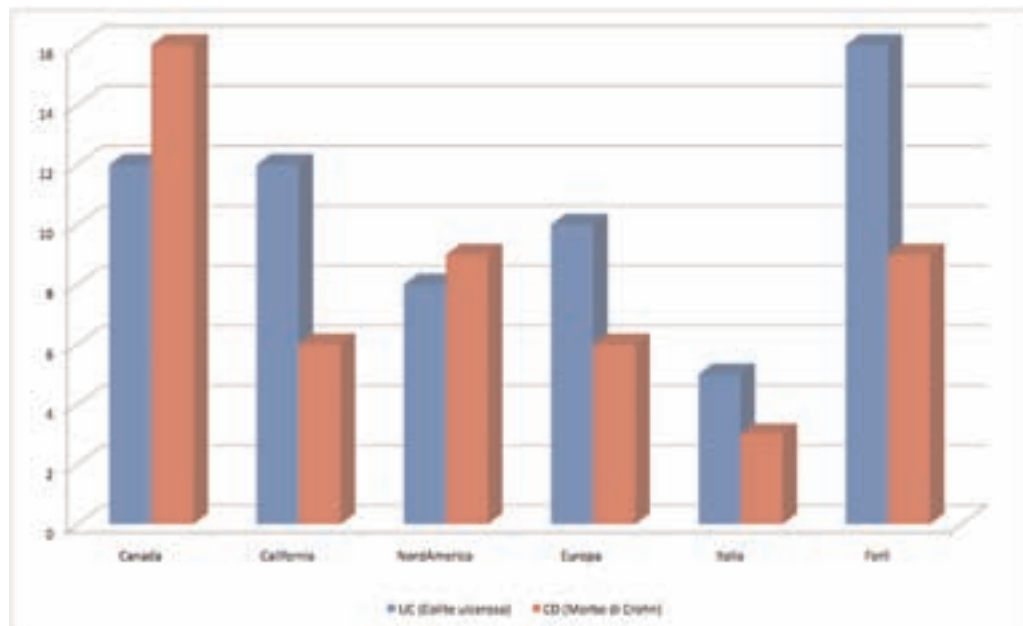
## Capitolo 3 - Assistenza territoriale

## 3.3. Salute: a Forlì il primo registro per le malattie croniche intestinali

Tabella 1 - Periodo analisi e modalità di diagnosi

	UC (n %)	CD (n %)	CI (n %)	Tot (n %)
Periodo 1993-2000	268 (48,4)	149 (50)	2 (33)	419 (48,8)
Periodo 2001-2009	286 (51,6)	149 (50)	4 (66,7)	439 (51,2)
Diagnosi				
istologia/radiologia	513	261	6	780
clinica	41	37	0	78
Età media	47	41	54	44

Figura 1 - Incidenza rispetto alla letteratura esistente



Nota: Confrontando i dati della AUSL di Forlì con la letteratura (compresi gli studi europei), i valori risultano maggiori per la UC mentre sono in linea con le altre esperienze per ciò che riguarda il CD.

## 3.5. Analisi cliniche: in Romagna un unico laboratorio di riferimento

Tabella 1 - Risorse impegnate negli anni 2002-2010 per la concentrazione in un Unico Laboratorio di Riferimento.

AGGREGATI FATTORI DELLA PRODUZIONE	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
ACQUISTO BENI DI CONSUMO (compresi service sanitari)	17.794.742	17.788.162	17.720.870	17.843.087	18.183.270	18.464.247	19.211.369	19.083.706	18.881.778
ACQUISTO DI SERVIZI SANITARI (escluse consulenze e lavoro inferitoriale)	175.818	178.718	229.404	243.347	250.503	425.735	258.977	155.815	50.635
COSTO DEL PERSONALE DIPENDENTE (comprese consulenze e lavoro inferitoriale)	16.270.107	16.164.390	15.914.491	16.185.725	16.044.030	15.608.035	16.703.797	16.565.694	15.780.175
ACQUISTI DI SERVIZI NON SANITARI	1.396.311	1.518.342	1.712.124	1.792.857	1.818.956	1.854.460	2.083.395	3.646.097	4.081.732
GODIMENTO DI BENI DI TERZI (esclusi service sanitari)	1.147.703	1.335.770	1.397.364	1.895.365	1.789.624	1.751.819	1.813.389	1.851.416	1.959.450
AMMORTAMENTI E SVALUTAZIONI	355.240	376.875	410.496	444.612	450.107	481.539	387.115	308.652	220.978
ALTRI ACCANTONAMENTI	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ONERI DIVERSI DI GESTIONE	4.666	1.431	1.749	1.689	908	1.290	3.742	34.913	23.852
IMPOSTE	1.062.856	1.064.064	1.044.842	1.065.265	1.050.550	1.020.452	1.097.451	1.087.288	1.034.937
<b>TOTALE COSTI</b>	<b>38.207.443</b>	<b>38.427.750</b>	<b>38.431.339</b>	<b>39.471.948</b>	<b>39.587.949</b>	<b>39.607.577</b>	<b>41.559.235</b>	<b>42.733.580</b>	<b>42.033.537</b>

### 3.7. Sanità: Ospedale Ancona, referti via e-mail a cardiopatici

**Tabella 1 - Pazienti passati ad EASY TAO nel periodo giugno 2009 e settembre 2010**

71 PAZIENTI	Media	Mediana
Tempo di osservazione globale	57 mesi	36 mesi
Tempo di osservazione pre Easy Tao	45 mesi	36 mesi
Tempo di osservazione Easy Tao	11 mesi	13 mesi
Percentuale dei controlli in range terapeutico pre Easy Tao	58%	58%
Percentuale dei controlli in range terapeutico Easy Tao	62%	61,50%

Nota: Analisi statistica (Test di Kruskal-Wallis):  $p = 0.12$  tra le percentuali di controlli in range in periodo pre Easy Tao e periodo Easy Tao. Non esistono differenze statisticamente significative rispetto alla qualità del servizio fornito.

Fonte: elaborazione FIASO su dati AOU Ancona

### 3.11. Sanità: Ancona, rete di assistenza ad hoc per malati neuromuscolari

**Tabella 1 - Riduzione tempi di attesa in seguito all'implementazione del progetto di assistenza integrata ospedaliera e territoriale**

	PRIMA	DOPO
Tempi di attesa per le verifiche cliniche	1 mese	1 mese
Disponibilità per il counseling	2 mese	10 gg
Cadenza incontri di aggiornamento professionale	6 mesi	2 mesi
Confronti fra operatori	4 mesi	2 mesi
Verifica esigenze utenza	1 mese	10 gg

Fonte: elaborazione FIASO su dati AOU Ancona

### 3.12. Sanità: AUSL Parma, prevenire bisogni anziani per assistenza ad hoc

**Tabella 1 – Principali caratteristiche del campione**

Classi di età - Sesso						
	75-79	80-84	85-89	90-94	95+	TOTALE
Numero assoluto	1.152	1.171	510	247	58	3.138
%	36,7	37,3	16,3	7,9	1,8	
Età media (anni)	77,5	81,9	86,4	91,6	96,9	82
Sesso (% maschi)	46,6	37,1	37,3	34	25,9	40,2

**Gravità polipatologie croniche**

Elevata	4,6	7,1	5,7	11,4	7	6,3
Media	32,8	33,9	39	40,7	47,4	35,1
Lieve	35,3	31,5	29,9	23,6	22,8	31,9
Nulla	27,2	27,6	25,4	24,4	22,8	26,8

**Tabella 2 – Distribuzione della popolazione in studio per condizione al follow-up**

Condizione	N	%
Deceduti	229	7,3
Trasferiti	68	2,2
Presi in carico	447	14,3
<i>Casa Protetta</i>	27	0,9
<i>Altri servizi</i>	420	13,4
Soggetti non in carico	2.394	73,6
Totale	3.138	

**Tabella 3 – Distribuzione del campione per status durante la prima rilevazione (2005) e variazione al 2007**

		Status nella prima rilevazione (2005)				Totale
		Autosufficienza	Lieve	Moderata	Non autosuff.	
Variazione status (2007)	Migliorato	0	176	36	43	212
	Stabile	1.611	102	12	0	1.768
	Peggiorato lieve	227	33	25	0	285
	Peggiorato grave	78	51	0	0	129
	Totale	1.916	362	73	43	2.394

### 3.14. A Crema nasce un centro per le cure intermedie

**Tabella 1 - Giorni di degenza media nell'UO di Medicina dopo l'apertura del Centro Cure Intermedie avvenuta nel febbraio 2010**

	Gen	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Set	Ott	Nov	Dic
2009*	10,9	12,8	12,2	12,8	12,2	12,2	12,3	12	12,5	12,7	13	12,8
2010	12,7	12	11,9	12,7	11,2	11,5	10,1	9,9	10,4	9,3	9,7	9,8

**Tabella 2 - Re-ricoveri dei pazienti presso A.O. Crema post assistenza Centro Cure Intermedie**

RE-Ricoveri	N. pazienti	%
0 VOLTE	174	60,4
1 VOLTA	83	28,8
2 VOLTE	14	4,9
3 VOLTE	11	3,8
> 3 VOLTE	6	2,1
TOTALE PAZIENTI DIMESSI DAL FEBBRAIO 2010 AL 31 GENNAIO 2011 (ESCLUSI EXITUS+HOSPICE )	288	100



## 3.15. Cure palliative: Crema non 'dimentica' i malati terminali

Tabella 1 - Rete Cure Palliative CREMA			
TABELLA BENCHMARKING			
Indicatori benchmarking (ministeriali e altre Reti CP)	2008	2009	2010
n. di abitanti	157.495	162.000	163.769
Numero di malati deceduti a causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative a domicilio e/o in hospice / n. di malati deceduti per malattia oncologica nel territorio di riferimento	292/508	376/555	331/563
Percentuale (%)	57,48%	67,75%	58.79%
Numero di malati nei quali il tempo massimo di attesa fra la segnalazione del caso e la presa in carico domiciliare da parte della Rete di cure palliative è inferiore o uguale a 3 giorni / numero di malati presi in carico a domicilio dalla Rete e con assistenza conclusa	251/255	249/250	262/262
Percentuale (%)	98,43%	99,60%	100,00%
Percentuale di medici di medicina generale nel territorio di riferimento che hanno attivato almeno una volta nel corso dell'anno la Rete di cure palliative (a domicilio e/o in hospice).		87/101	92/102
		86,14%	90.19%

Figura 1 - Dopo quanti giorni è stato fissato il primo colloquio per avviare il programma di cure domiciliari?

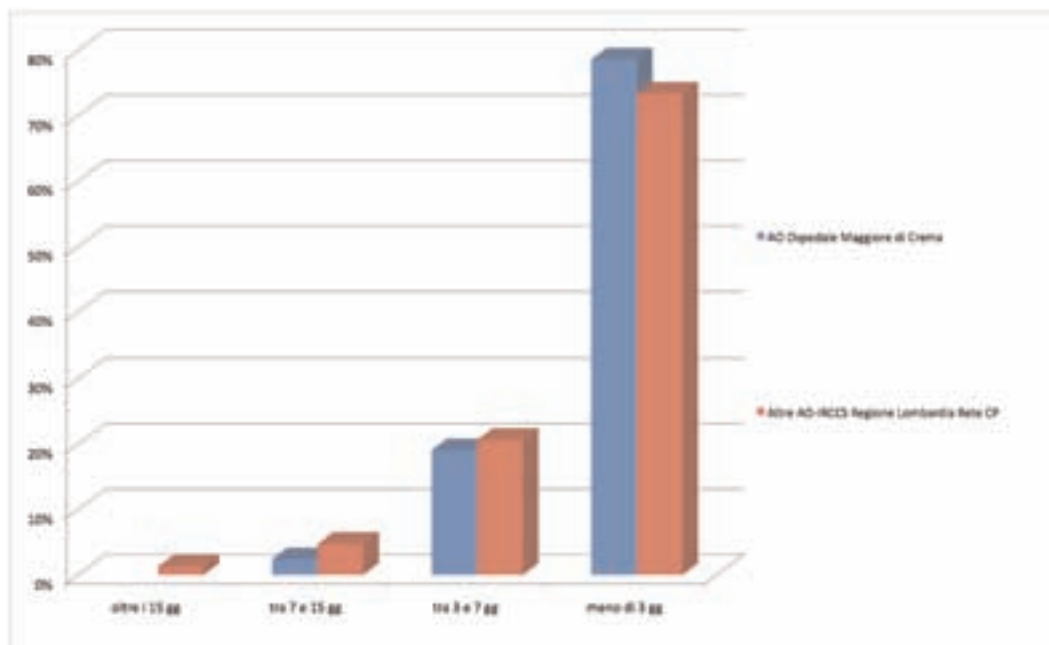


Figura 2 - Durante il periodo di cura era informato su quali erano gli operatori sanitari (medico e infermiere) dedicati alle cure del malato?

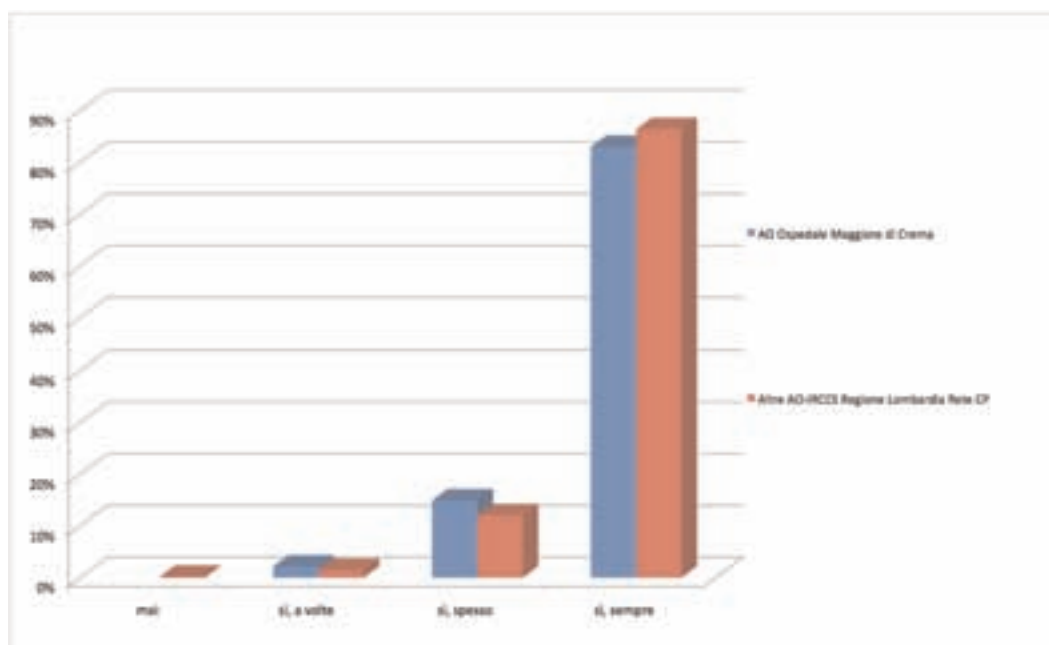


Figura 3 - Come valuta la frequenza delle visite domiciliari rispetto alle necessità del malato?

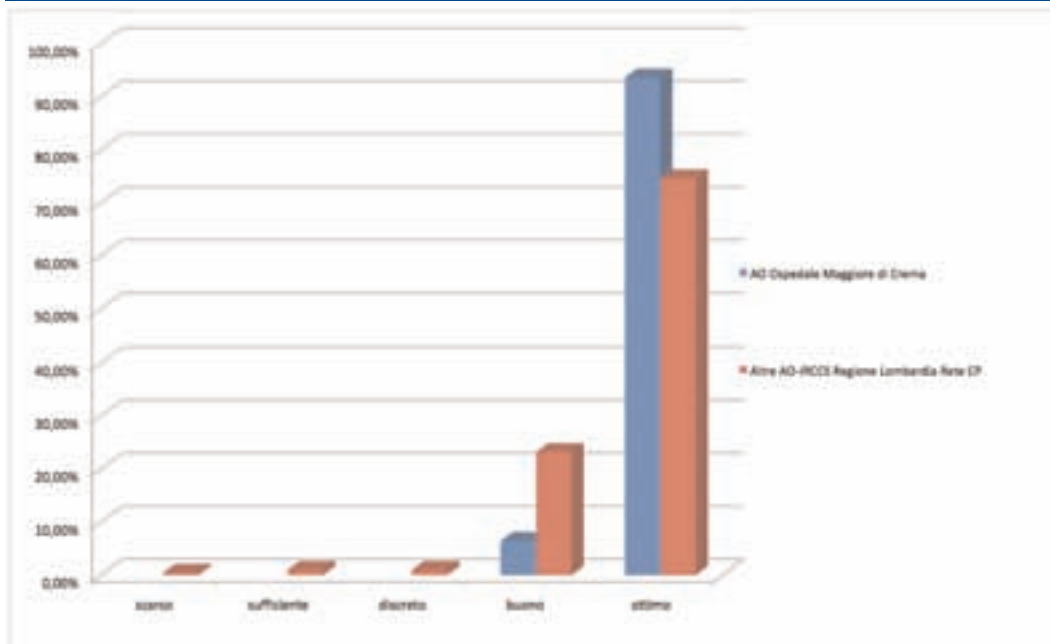


Figura 4 - In caso di chiamata urgente, come valuta la tempestività di risposta alla chiamata da parte degli operatori delle cure palliative?

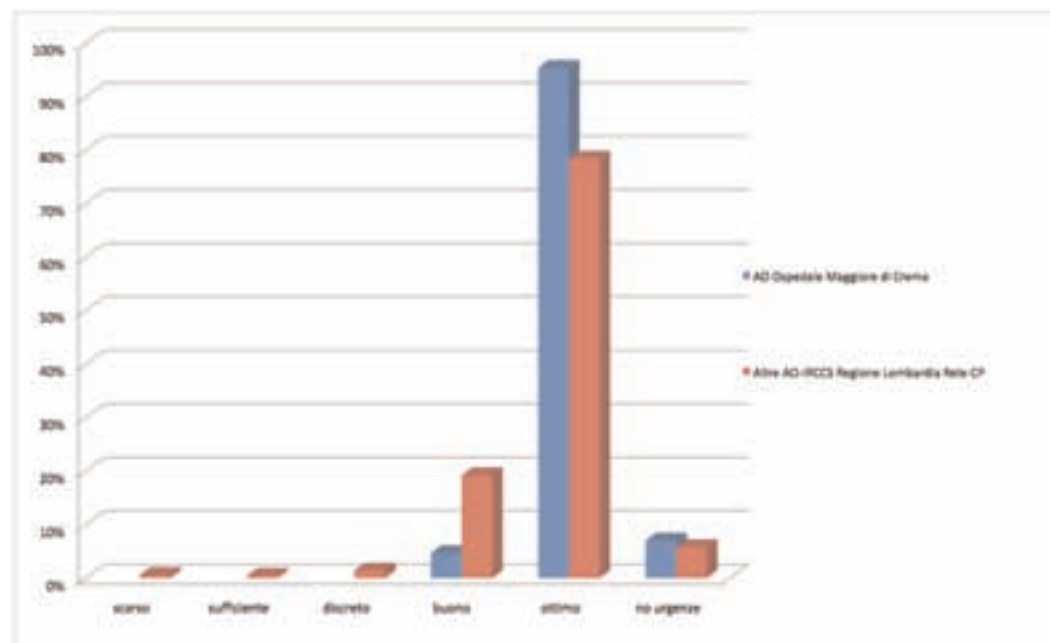


Figura 5 - E' soddisfatto delle indicazioni fornite su come utilizzare a domicilio farmaci, presidi, protesi?

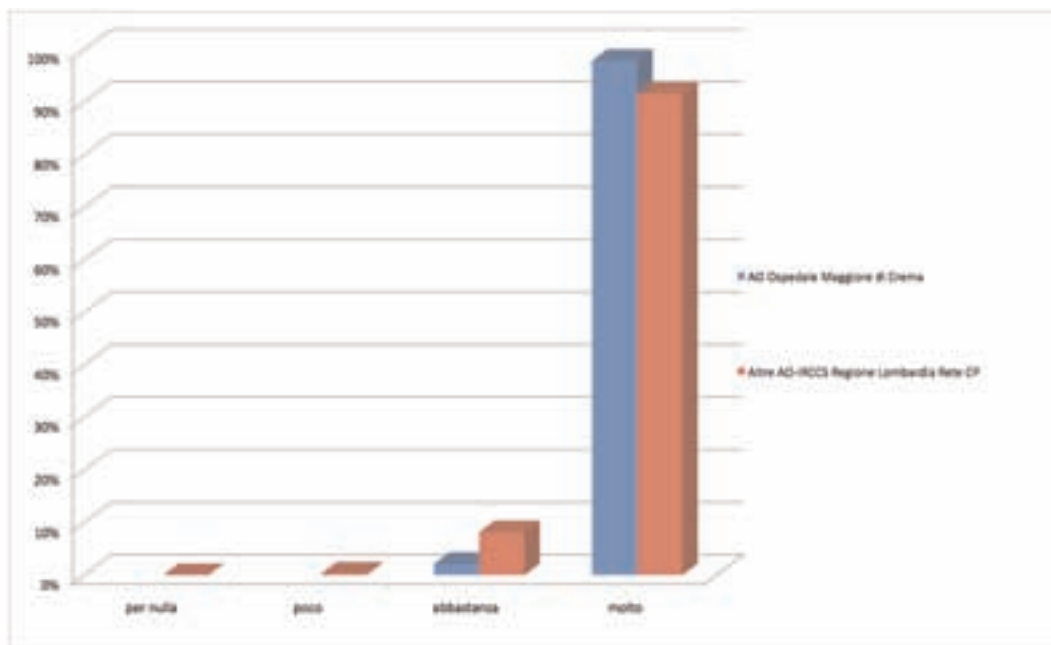


Figura 6 - Come ha valutato le modalità e i tempi di fornitura di carrozzine, materassi antidecubito, etc.?

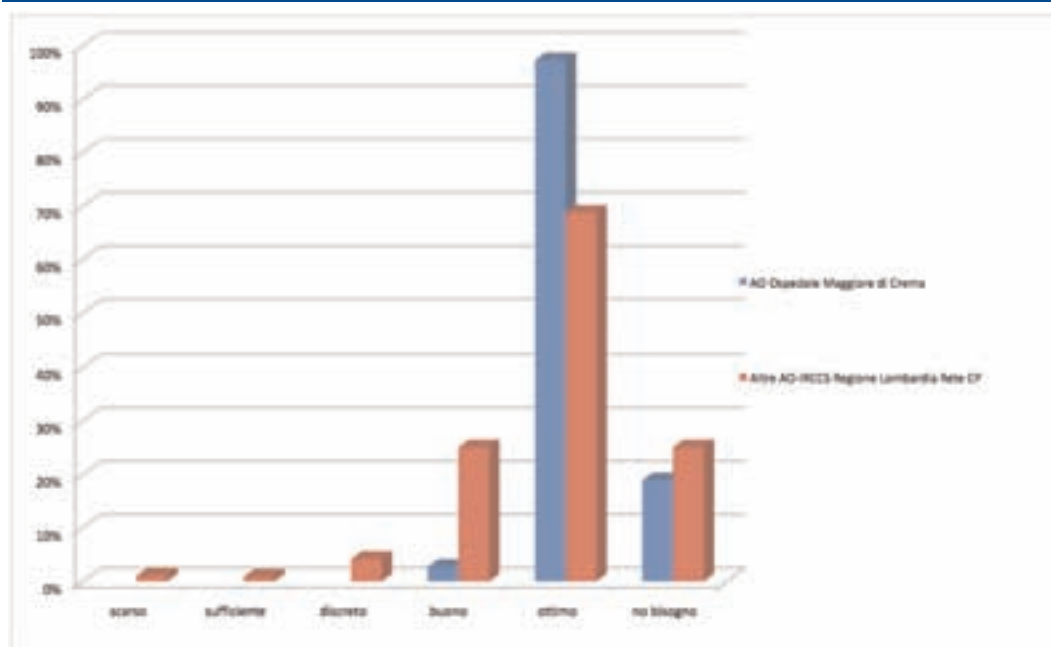


Figura 7 - Durante il periodo di assistenza domiciliare ha avuto necessità di ricorrere ad altri servizi di assistenza?

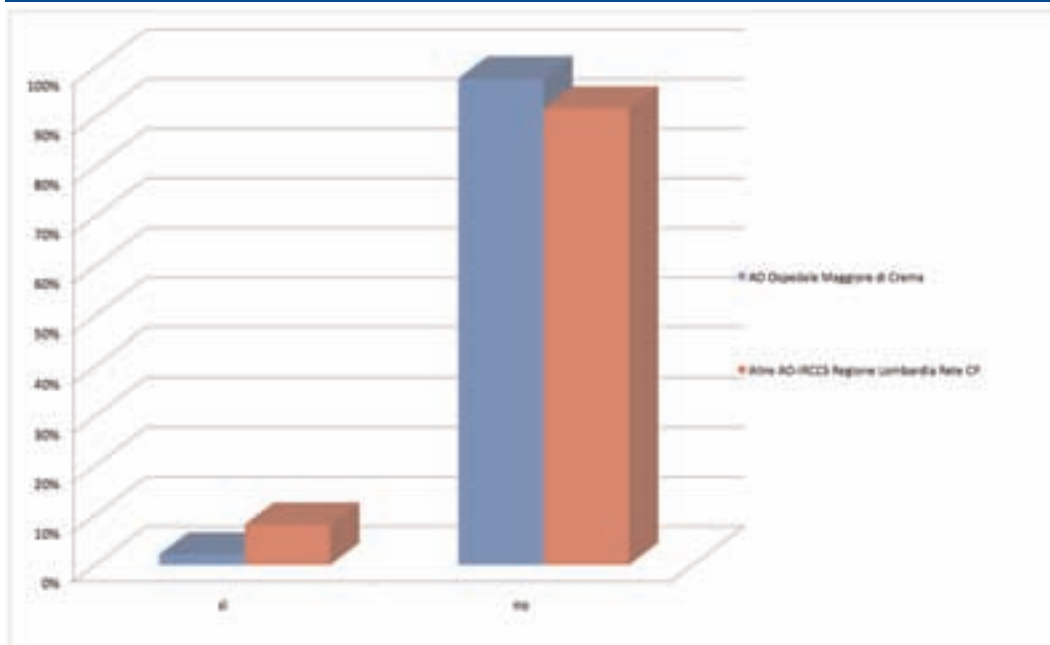
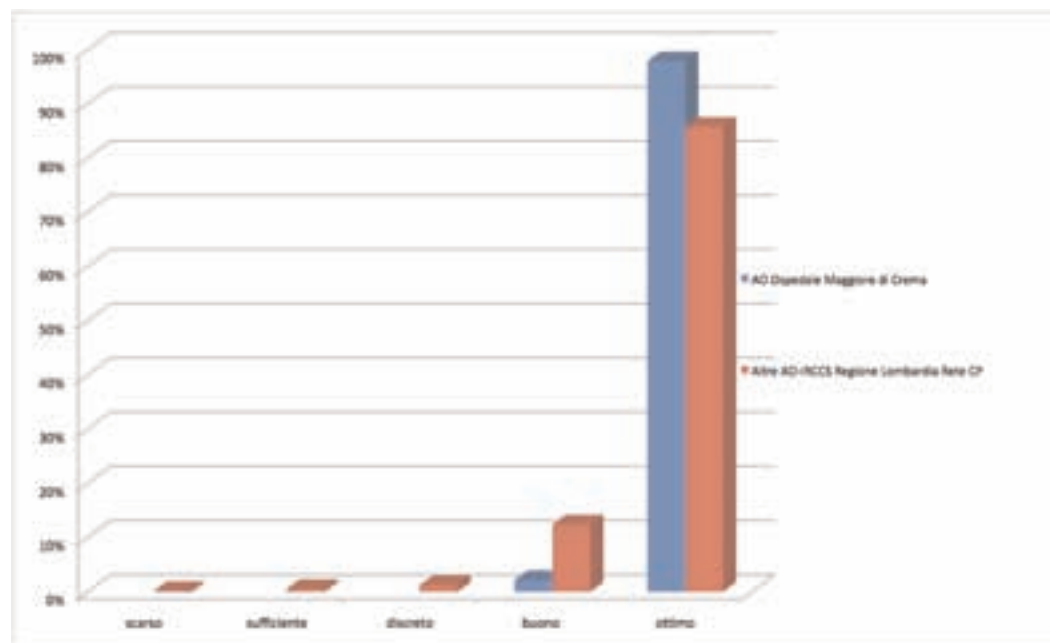


Figura 8 - In generale come valuta il servizio di cure domiciliari?



## Capitolo 4 - Appropriatezza e qualità delle cure

### 4.2. Sanità: AOU Parma, meno attesa in corsia con "Swing Bed"

Tabella 1 - Esperienza letti scambiatori gennaio 2008 - dati Pronto Soccorso

	2-8 gen 2008	9-15 gen 2008	16-22 gen 2008
	(pre- intervento)	(attivazione letti scambiatori)	(post- intervento)
	A	B	C
Totale Accessi			
Pazienti, n	1498	1552	1481
Ricoveri, n (%)	318 (14.6)	339 (21.8)	289 (19.5)
Attesa Triage, min*	49 ± 66	37 ± 42	34 ± 40
Tempo visita > dimissione, ore, min §	3h 42min	3h 51min	3h 43min
	± 26 min	± 28min	± 28min
Pazienti ricoverati in reparto per acuti			
Attesa Triage, min	32 ± 49	26 ± 31	22 ± 31
Tempo visita > ricovero, ore, min #	5h 31min	4h 54min	6h 00min
	± 23 min	± 22min	± 26min

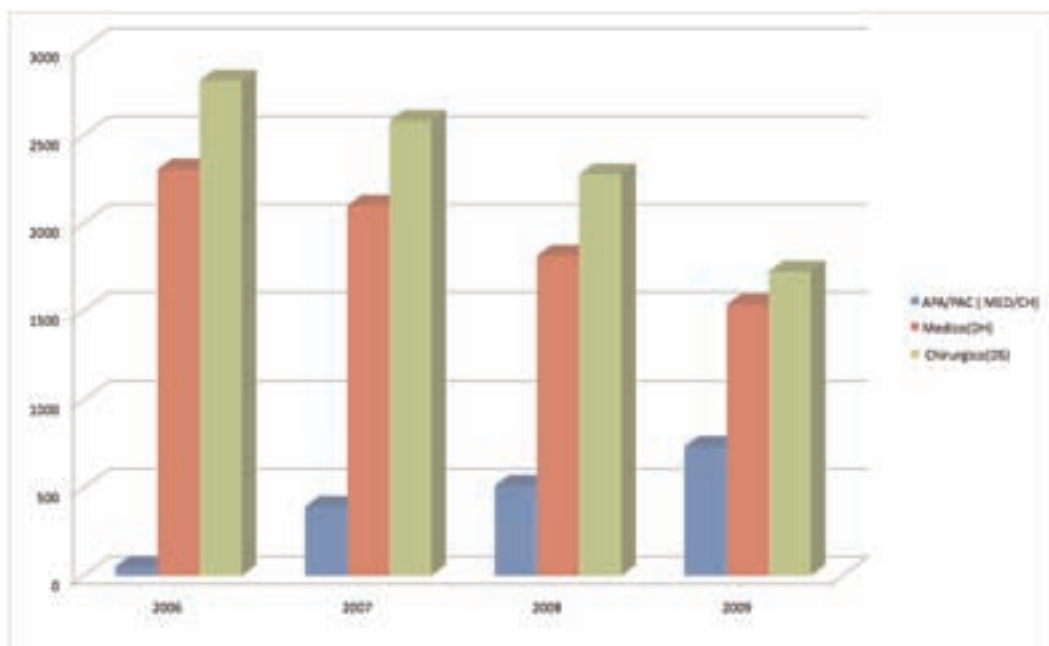
\* Attesa triage: tempo intercorso tra triage e accesso nell'ambulatorio per la visita medica

§ Tempo visita>dimissione: tempo intercorso tra il triage e l'effettiva dimissione dal PS terminate tutte le procedure burocratiche

# Tempo visita>ricovero: tempo intercorso tra il triage e l'effettiva accettazione del paziente nel reparto per acuti ricevente

#### 4.8. Sanità: ASL Roma E, Chirurgia riorganizzata per intensità di cura

Figura 1 - Appropriatazza organizzativa: cambiamento nel tempo della tipologia amministrativa dell'attività diurna in accordo con le indicazioni regionali

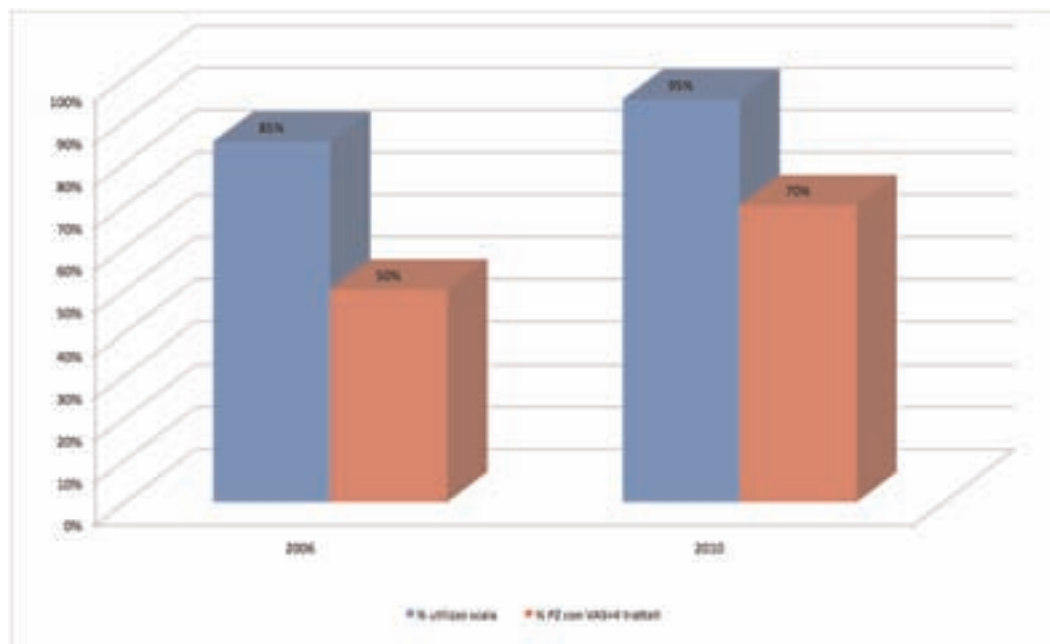


#### 4.9. Sanità: meno dolore in ospedale, buone pratiche a Crema

**Tabella 1 - Riduzione del costo medio delle prestazioni di terapia antalgica per trasferimento in setting appropriato (riduzione ricoveri)**

Anno	Ricoveri	Prestazioni Ambulatoriali	Totale prestazioni terapeutiche	Ricavi	Costo medio
2009	402	243	645	257.000,00	398,44
2010	75	823	898	218.000,00	242,76

**Figura 1 - Utilizzo della scala dal dolore nelle UU.OO.**





#### 4.10. Liste di attesa: a Trento tempi massimi garantiti

**Tabella 1 - Ripartizione RAO sul totale delle prestazioni prenotate al CUP**

	RAO A	RAO B	RAO C	TOTALE
ANNO 2009	13.545	62.041	32.391	917.529
ANNO 2010	13.734	67.022	38.007	953.623

RAO = Raggruppamenti di attesa omogenei

Rao A = entro 3 giorni

Rao B = entro 10 giorni

Rao C = entro 30 giorni

**Tabella 2 - Numero di accessi al Pronto Soccorso con e senza richiesta di MMG/PLS**

Valori medi giornalieri calcolati su dati dei primi semestri - Ospedale di Rovereto

	2000-2001	2007-2008	DIFF.
Accessi giornalieri CON richiesta MMG/PLS	12,3	7,4	-4,9
Accessi giornalieri SENZA richiesta MMG/PLS	101,79	101,78	-0,01

## 4.11. Sanità: Area Vasta Romagna, stop a esami inutili grazie a pochi click

Tabella 1 - Reparti Medicina Specialistica richiedenti esami ad alta ripetitività

	2010			6 mesi 2010			6 mesi 2011			var% N° Esami	diff N° Esami/ Dimessi
	N° Esami	N° Esami /Dimessi	N° Esami/ punti DRG	N° Esami	N° Esami /Dimessi	N° Esami/ punti DRG	N° Esami	N° Esami /Dimessi	N° Esami/ punti DRG		
CARDIOLOGIA - DEGENZA	4.991	4,5	3,7	3.080	5,5	4,5	2.111	3,5	3,0	-31,5 %	-2,0
CARDIOLOGIA - UNITA' TER.INTENS.	4.197	26,7	20,6	2.248	28,1	20,6	1.885	20,5	14,6	-16,1 %	-7,6
MALINF. DEGENZA	1.819	8,4	5,9	969	8,5	5,9	728	6,3	4,2	-24,9 %	-2,2
MED.CARDIOVAS.DEGENZA	1.183	2,9	2,9	659	3,0	3,0	191	3,1	2,8	-71,0 %	0,1
RIABILIT.CARDIOL. DEGENZA	286	3,8	104,1	139	4,6	75,2	25	2,5	0,0	-82,0 %	-2,1
NEFROLE DIAL. DEGENZA	3.592	10,4	7,9	1.971	11,0	8,3	1.585	8,7	6,7	-19,6 %	-2,3
PEDIATRIA DEGENZA	1.495	1,2	2,3	759	1,1	2,1	499	0,8	1,6	-34,3 %	-0,4
DIP. MEDICINA SPECIALISTICA	18.485	4,2	4,2	10.272	4,9	4,9	7.318	3,8	3,9	-28,8 %	-1,1

Nota: nel conteggio del numero di esami ad alta ripetitività è stata considerata la somma di tutte le analisi oggetto di monitoraggio richieste dalle UU.OO. con nella scheda budget.

## 4.13. Sanità: IRCCS Rizzoli, meno errori in laboratorio per diagnosi migliori

Tabella 1 - Confronto tra le percentuali di "non conformità/errori rilevati" nella SC di Anatomia e Istologia Patologica nell'anno 2008 rispetto a quelli rilevati nel primo semestre 2010, dopo il piano di interventi a seguito dell'analisi Fmea/Fmeca

FASE PROCESSO DIAGNOSTICO	ATTIVITA' ANALIZZATA	NON CONFORMITA'/ ERRORI EX ANTE (%)	NON CONFORMITA'/ ERRORI EX POST (%)	DIFFERENZA
Fase pre-analitica	Presa in carico del campione istologico	4,4	1,3	3,1
	Accettazione del campione istologico	0,10	0,05	0,05
	Manutenzione della strumentazione	0,05	0,05	0
Fase analitica	Descrizione macroscopica e campionamento	1,33	0,27	1,06
	Esecuzione di indagine radiografica su sezioni di tessuto osseo	0,30	0,00	0,3
	Fissazione dei prelievi campionati	0,03	0,00	0,03
	Decalcificazione dei campioni di tessuto osseo	0,40	0,13	0,27
	Inclusione dei prelievi campionati	0,13	0,00	0,13
	Taglio dei prelievi campionati	0,13	0,06	0,07
	Colorazione e consegna al patologo dei preparati allestiti	0,13	0,05	0,08
	Esecuzione di indagine immunoistochimica	1,00	0,04	0,96
	Esecuzione di indagine mediante tecniche di biologia molecolare	1,40	0,65	0,75
	Allestimento di macrosezioni	0,50	0,00	0,5
	Allestimento di materiale per consulenza esterna	0,00	0,00	0
	esecuzione di esame intraoperatorio	0,40	0,00	0,4
Fase post-analitica	Produzione e trasmissione del referto	0,70	0,35	0,35

Tabella 2 - Azioni di miglioramento Fmea/Fmeca Anatomia Patologica

Item	Attività	Modo guasto/errore	IPR Indice di Priorità Rischio 2009	Azioni di miglioramento
1	Campionamento in fase di macroscopica	Errore di campionamento	128	1) Redazione di una procedura interna relativa all'affiancamento/add estramento del personale medico neoassunto
2	Esecuzione di indagini radiografiche sulle sezioni di tessuto osseo	Errata attribuzione immagine/paziente	100	2) revisione di una istruzione operativa di interfaccia anatomia patologica-radiologia 3) informatizzazione richiesta esecuzione di indagini radiologiche su sezioni di tessuto osseo
3	Taglio dei prelievi inclusi	Inquinamento su vetrina	100	4) Percorso formativo sul campo per TSLB
4	Preso in carico del campione istologico	Errore di identificazione del paziente/lato -sede	90	5) Incontri con il personale di sala operatoria per una maggiore diffusione della procedura aziendale. 6) informatizzazione richiesta di esame istologico
5	Inclusione dei prelievi campionati	Inquinamento del materiale	80	4) Percorso formativo sul campo per TSLB
6	Formulazione, produzione, trasmissione del referto (personale medico)	Validazione su cartaceo di diagnosi errata	80	7) doppio controllo del personale medico al momento della referenziazione del caso
7	Formulazione, produzione, trasmissione del referto (personale amministrativo)	Errore di battitura	72	8) rimodulazione piano delle attività del personale amministrativo.

Capitolo 5 - Efficienza gestionale

5.3. Sanità: Ancona, con Apoteca un robot che prepara chemioterapici

Figura 1 - Preparazioni della farmacia (2007-2011)

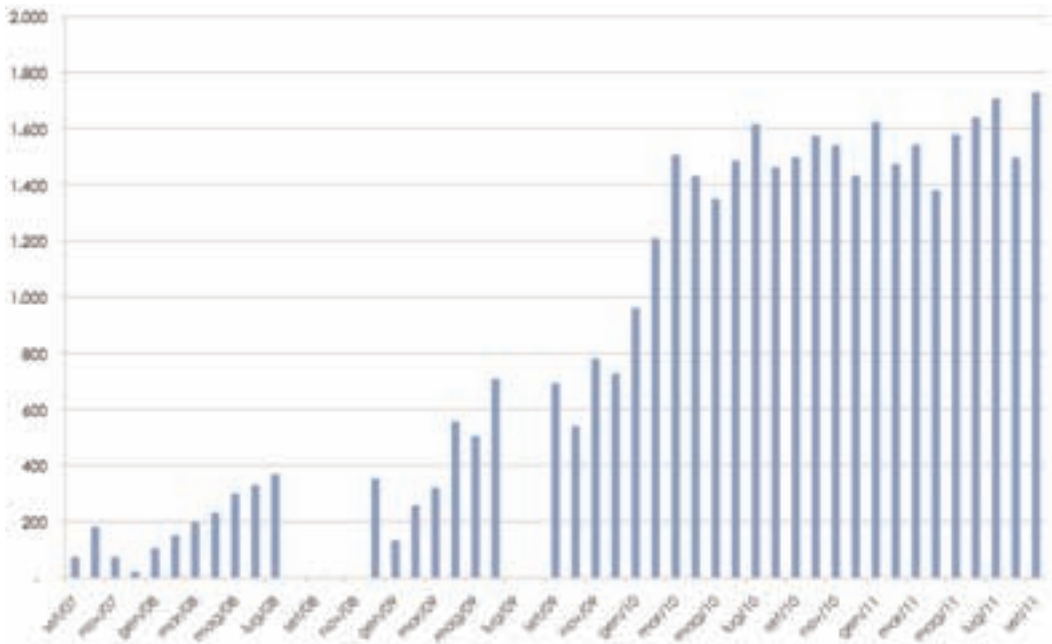
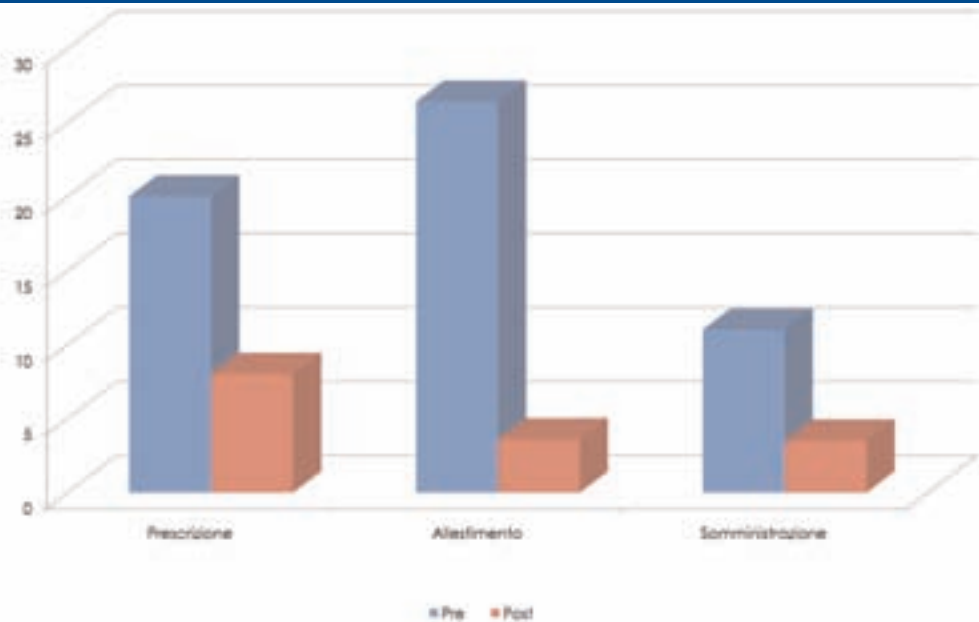


Figura 2 - Analisi rischio - FMECA (Failure Mode and Critical Effect Analysis)



Fonte: elaborazione FIASO su dati AOU Ancona

## 5.8. Sanità: Trento, investimenti mirati grazie al project management

Tabella 1 - Personale APSS formato nel Project Management

Anno	Numero Persone Formate	Numero persone per Area		Persone formate per tipologia di corso			Numero di giornate di formazione erogate
		Medica*	Tecnico/ Amministrativa	PM Introduzione (1/2 giorni)	Project Management controlling (3 giorni)	Project Management Corso Base (4/5 giorni)	
2003	19		19		19	19	7
2004	35	23	12	35			6
2005	23	7	16			23	5
2006	55	27	28	22		33	11
Totale	132	57	75	57	19	75	29

\* Medico/Infermiere/Farmacista/Biologo

Tabella 2 - Aumento qualità e impatto progetti

Descrizione Progetti	Start	End	Duration
Pilota Accettazione Unica delle prestazioni ambulatoriali e di laboratorio	feb-04	dic-04	10
Sistema Informativo Ospedaliero (SIO) - Estensione del sistema agli ospedali di Tione-Cavalese-Cles	feb-04	dic-04	10
SIO - estensione del sistema a Rovereto	feb-05	giu-05	4
SIO - definizione delle specifiche funzionali e tecnologiche per l'evoluzione della soluzione	mar-05	lug-05	4
Trasloco del Distretto di Trento nella nuova sede del CSS	gen-05	set-05	8
Ottimizzazione del processo di MEV	apr-05	set-05	6
Standardizzazione dei processi e dei sistemi di gestione della diagnostica di laboratorio	feb-05	nov-05	9
Sistema Direzionale per il controllo di gestione	mag-05	feb-06	10
Progetto di cambiamento SSI	feb-05	giu-06	17
SIO 05 - Sviluppo ed avviamento pilota dei moduli per la gestione dei dati clinici individuali a livello provinciale	set-05	lug-06	11
Trasfusionale - Nuovo sistema dipartimentale aziendale	gen-06	dic-06	11
GIS - Gestionale per la gastroenterologia	gen-06	dic-06	12
Ampere - Servizi di collaborazione con i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta	apr-06	gen-07	8
Intersa - Collegamento con le RSA	feb-06	gen-07	12
Programma SIO - Estensione del sistema di gestione dei dati clinici individuali a tutti gli ospedali della PAT	ott-06	lug-07	10
Programma PACS APSS - Archiviazione e comunicazione delle immagini radiodiagnostiche individuali	giu-06	ott-07	16
Programma Risorse Umane (P1) - disegno e sviluppo dei metodi e sistemi per la gestione del personale	gen-06	ott-07	9

#### QUALITA' DEI RISULTATI

75% dei progetti in portafoglio negli ultimi tre anni conclusi secondo i piani  
Durata dei progetti  $\pm$  12 mesi

#### ELEVATO IMPATTO DEI PROGETTI

PROGRAMMA SIO = 2500 utenti in tutti gli ospedali della provincia  
PACS APSS = 250 utenti in radiologia - tutti i medici richiedenti le prestazioni  
Progetto AMPERE = 200+ MMG connessi =  $\pm$ 300.000 assistiti  
Trasloco CSS - tutti i cittadini di Trento  
Progetto LIS - da 11 a 1 sistema - 7M di esami all'anno

#### VALORE ECONOMICO (EUR)

7.4M risorse esterne impiegate (3 anni)  
 $\pm$ 3M capitale IT investito ogni anno nel portafoglio progetti

## 5.9. Sanità: AOUI Verona punta su finanziamenti aggiuntivi, esempio per P.A.

Tabella 1 - Acquisizione di beni, servizi e risorse umane mediante A.F.A.

	Tipologia	Caratteristiche/Criteri*
Acquisizione dei beni	Beni informatici	pc portatili e desktop, stampanti laser e a colori, videoproiettori, software
	Piccole attrezzature elettromedicali e di laboratorio	senza consumabili, conforme alle norme di sicurezza, non necessita di lavori edili od impiantistici o la connessione alla rete dati
	Reagenti	non cancerogeni/mutageni, non sostanze radioattive
	Piccoli servizi	editing, catering, organizzazione convegni, data entry, trasporto mezzo vettore
	Altri piccoli beni	assorbimento < 1 kW, eventuali consumabili dal peso economico modesto, non necessita di lavori edili od impiantistici o la connessione alla rete dati
		* importo complessivo inferiore a 19,900 €
Acquisizione risorse umane	Borse di studio e ricerca	Annuali (rinnovabili massimo per 3 anni)
Service di supporto	Incarichi LP	
	Amministrativo	gestione contabilità e scadenze, predisposizione relazioni per l'esterno, supporto per acquisizione beni
	Biostatistico-epidemiologico	project design, data management, analisi statistiche
	Alla sperimentazione di fase precoce	project management, stesura protocollo sperimentale, training



## 5.11. Modena lancia il progetto 'piano web', la cultura aziendale passa per la rete

Tabella 1 - Sistema di valutazione dell'efficacia

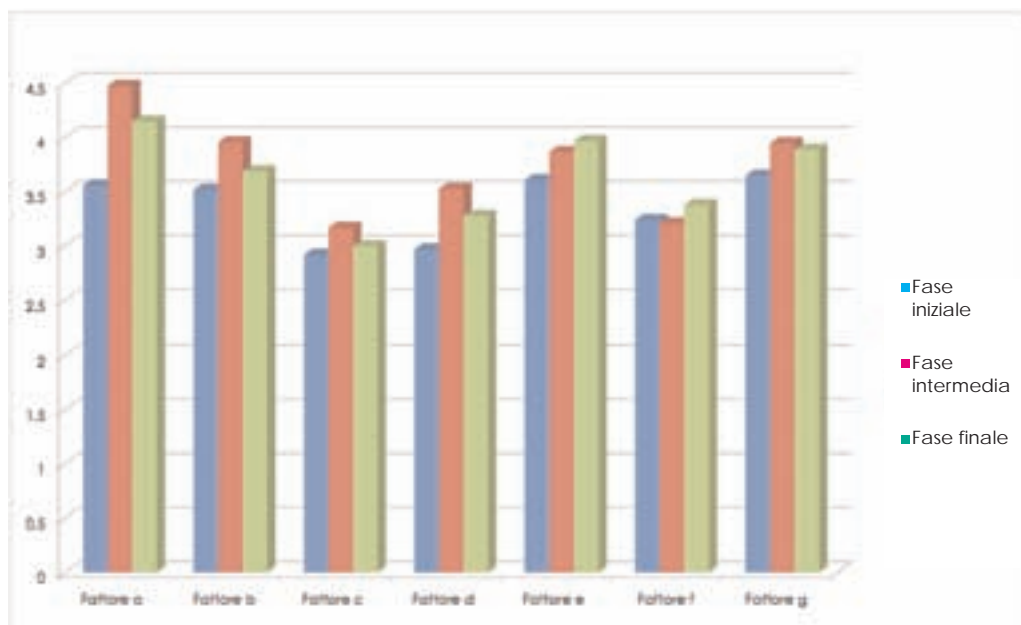
	Prima	Dopo
Progetti gestiti in maniera "adeguata"	Non valutato	$\geq 35$
Progetti pianificati	5	65
Progetti che raggiungono gli obiettivi previsti	Non valutato	In corso di valutazione

Nota: Questo sistema di valutazione è in progress e andrà a regime nel 2012

Fonte: elaborazione FIASO su dati AOU Policlinico Modena

## 5.13. Sanità: ULSS 21 Legnago, telelavoro per la qualità con "Qua&I@"

Figura 1 - Questionario. Sintesi valori medi fase finale



NOTA

fattore a: aspetto fisico-ambientale (8 item)

fattore b: motivazione lavorativa (8 item)

fattore c: senso di appartenenza (8 item)

fattore d: rapporto tra vita privata e vita lavorativa (6 item)

fattore e: aspetto sociale: rapporto coi colleghi e con il management (12 item)

fattore f: chiarezza dei ruoli e degli obiettivi (12 item)

Fattore g: sintomi psico-somatici (12 item)

Fonte: elaborazione FIASO su dati AULSS Legnago

#### 5.14. Trapianti: Lombardia, cabina di regia unica per trasporto organi

**Tabella 1 - Comparazione costi del servizio di coordinamento regionale pre e post progetto**

	Costi sostenuti nel periodo maggio-dicembre 2009	Costi sostenuti nel periodo maggio-dicembre 2010
Operatori di centrale operativa	€ 143.920,00	€ 13.009,00
Missioni in auto	€ 238.341,00	€ 199.485,00
Missioni in aereo	€ 398.807,00	€ 489.615,00
Missioni in elicottero	€ 7.250,00	€ 67.283,00
Costo totale	€ 788.318,00	€ 769.392,00 (1)

(1) Nota: A questa cifra va tolta una quota di euro 40.000 in attesa di rimborso da parte di altre Regioni.

Fonte: elaborazione FIASO su dati AREU Lombardia

#### 5.15. Sanità: ASL Chiavarese apripista nella dematerializzazione ordinativi bancari

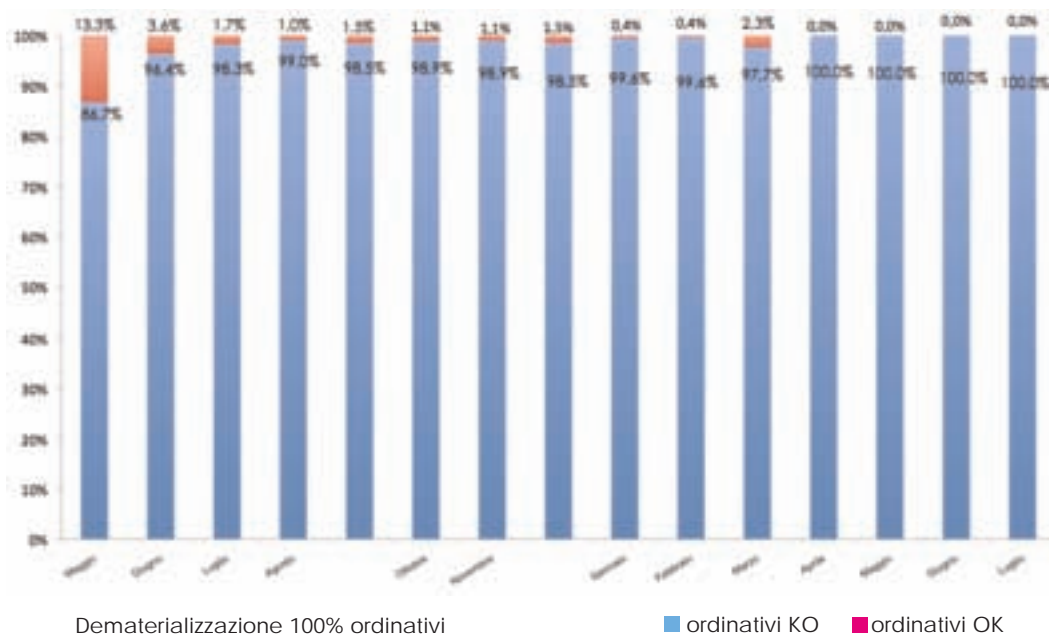
**Tabella 1 - Stima risparmi ottenuti**

	Gestione cartacea	Gestione digitale
Emissione annua		
Documenti (numero annuo)	12.000	-
Fogli (numero annuo)	30.000	-
Tempi di esecuzione ciclo passivo pagamenti ai fornitori (gg)	7	3
Tempo lavoro risparmiato gestione tesoreria (gg/mese)		10
<i>(Stampa, Firma, passaggio tra vari uffici, recupero e trasmissione a Tesoriere, presa in carico, verifica esecuzione, ripetizione in caso di smarrimento etc)</i>		
Costi di emissione-gestione (Euro/anno)	24.000,00	zero
Archiviazione decennale		
Documenti	120.000	-
Fogli	300.000	-
Volume mc	5	-
Logistica (1)	120.000,00	zero
<i>(tempi e costi di recupero spedizione, archiviazione, custodia, movimentazione per consultazione, smaltimento a termine scadenza)</i>		

(1) Nota Esistono in letteratura diversi studi per il calcolo del costo di emissione, gestione, movimentazione, archiviazione, custodia dei documenti, con esiti non univoci e non facilmente comparabili. Il valore di un euro a documento viene assunto quale parametro di stima indicativo sia per la fase di emissione, sia per quella di archiviazione. Poichè i processi sono gestiti con risorse aziendali, si tratta di valutazione di costi non monetari.

Fonte: elaborazione FIASO su dati ASL 4 Chiavarese

Figura 1 - Ordinativo informatico - % successo al 1° invio



## 5.20. Modena: gestire la formazione online, il progetto del Policlinico

Tabella 1 - Introduzione del software Training on line management TOM

<b>Indicatori</b>	<b>Prima</b>	<b>Dopo</b>
Risparmio risorse	5 unità dedicate	4 unità dedicate
Riduzione reclami relativi alle procedure di iscrizione	70%	20%
Tempi di produzione e divulgazione catalogo corsi	90 giorni	10 giorni
Dematerializzazione	Circa 10.000 schede iscrizione. Circa 12.000 attestati di partecipazione e docenza	Eliminazione moduli cartacei, con risparmio di oltre 10.000 fogli/anno ed 1.500 ore/lavoro per utenti ed operatori del servizio. Con il download degli attestati da parte degli utenti, ulteriore risparmio di moduli stimato in almeno 13.000 fogli/anno e 2.100 ore/anno ore di lavoro necessarie
Notifiche agli utenti sui corsi (annullamenti, rinvii, cambio sedi, ecc.)	In media 5 ore a corso per telefonate, mail, avvisi	Mail o anche sms generate automaticamente dal sistema con l'inserimento della modifica

## 5.21. Bologna: materassi antidecubito; nasce gestione informatizzata

Figura 1 - Sperimentazione albero decisionale Indice di Braden in un reale reparto X del S.Orsola Malpighi

Lesione da decubito?	NO	Se I. di Braden >16			Nulla	N.	%
		Se I. di Braden <=16			Materasso AIRWS	4	0,21
	SI	Se I. di Braden >13<=18 per tutti i gradi di lesione			Materasso QUPLUS	7	0,37
		Se I. di Braden <=13	con lesione di 1° o 2°		Materasso AIRWS	5	0,26
			con lesione 3° o 4°	Se Braden umidità 1 o 2	Materasso SOFT3	2	0,11
				Se Braden umidità 3 o 4	Materasso NIMB3	1	0,05
Totale					19	1	

I professionisti hanno deciso sulla base di tre considerazioni:

A: valore del rischio previsto dall'Indice di Braden (affidabilità intorno all'80%);

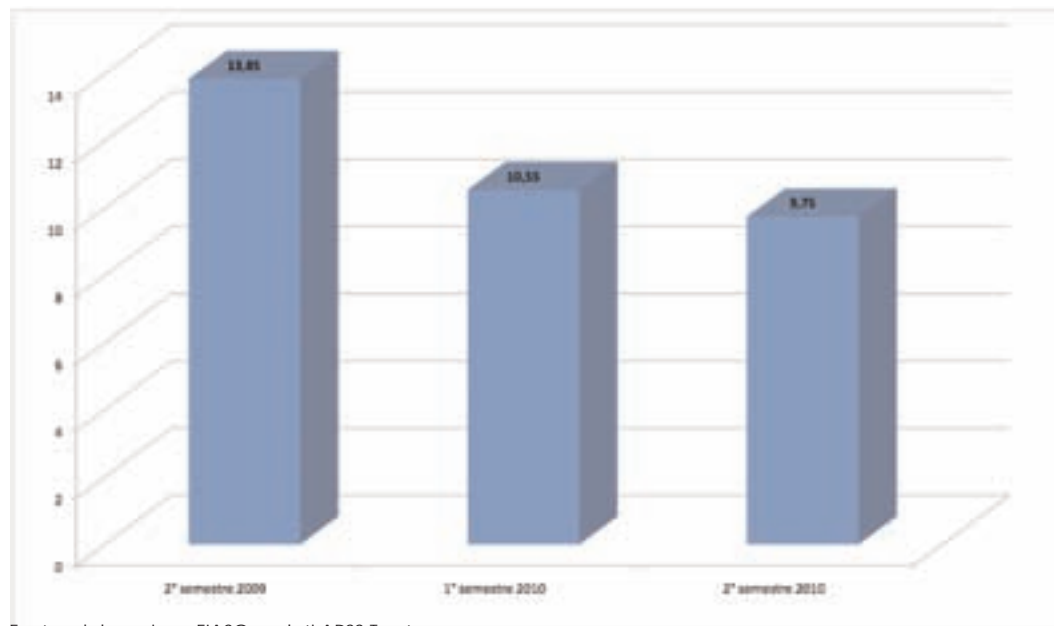
B: hanno integrato la valutazione dell'indice con la valutazione clinica;

C: hanno integrato la valutazione clinica con la valutazione economica (minor costo a parità di efficacia).

## Capitolo 6 - Innovazione tecnologica

### 6.1. Infezioni ospedaliere: a Trento nasce Osservatorio Epidemiologico

**Figura 1 - Incidenza delle infezioni correlate all'assistenza (elaborazione per 100 giornate di degenza) nei presidi ospedalieri della provincia di Trento**



Fonte: elaborazione FIASO su dati APSS Trento

### 6.2. Sanità: AUSL Piacenza, “robot” del farmaco contro errori e sprechi

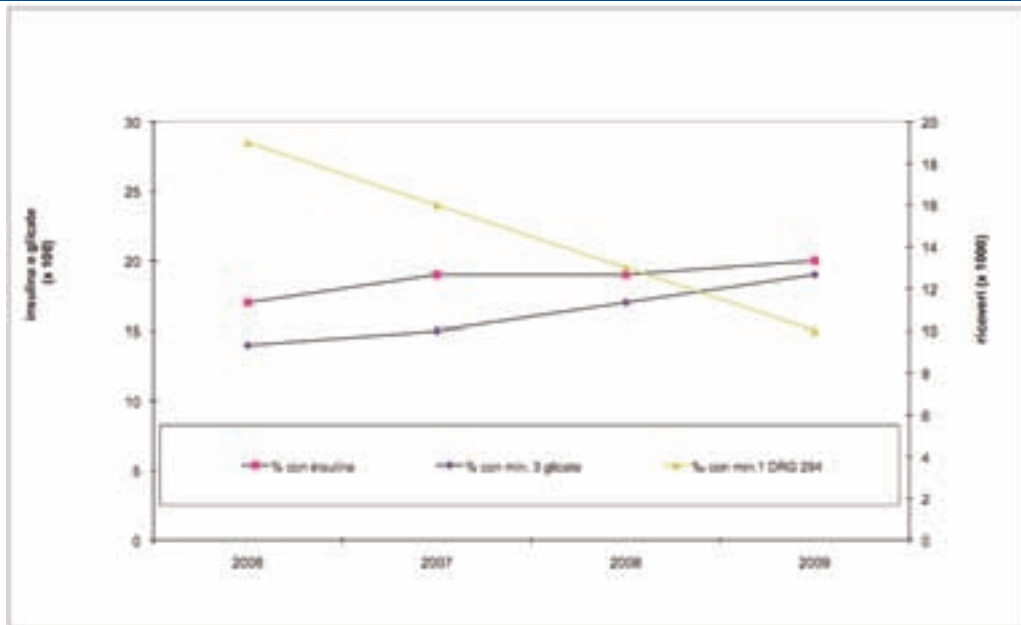
**Tabella 1 - Reparti partiti con la sperimentazione ed i relativi posti letto**

UO	Data avvio Sofia	Data avvio Armadio	Posti letto
Malattie infettive degenza	01-ott-10	01-ott-10	18
Malattie infettive DH	01-ott-10	01-ott-10	6
Gastroenterologia	24-gen-11	31-gen-11	16
Geriatria	24-gen-11	31-gen-11	30
Medicina ERI	21-feb-11	28-feb-11	34
Oncologia degenza	21-feb-11	28-feb-11	20
Chirurgia	28-mar-11	04-apr-11	45
Ortopedia e Traumatologia	18-apr-11	26-apr-11	41
Cardiologia	30-mag-11	06-giu-11	24
Medicina Fiorenzuola	10-ott-11		55
TOTALE	10 reparti		289

Fonte: elaborazione FIASO su dati AUSL Piacenza

### 6.3. Varese: percorsi 'virtuosi' e integrati per i pazienti diabetici

Figura 1 - Andamento di alcuni indicatori del PDTA per pazienti diabetici. Anni 2006-09



#### 6.4. Scompensi cardiaci: a Cesena il teleconsulto migliora la vita

Figura 1 - Ricoveri e giornate di degenza in prima diagnosi

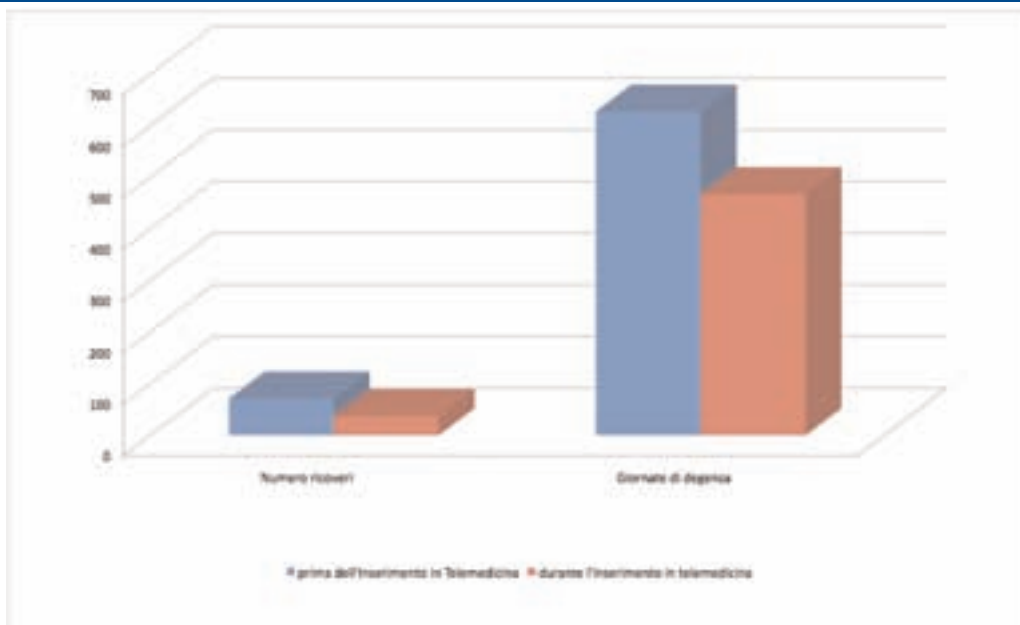
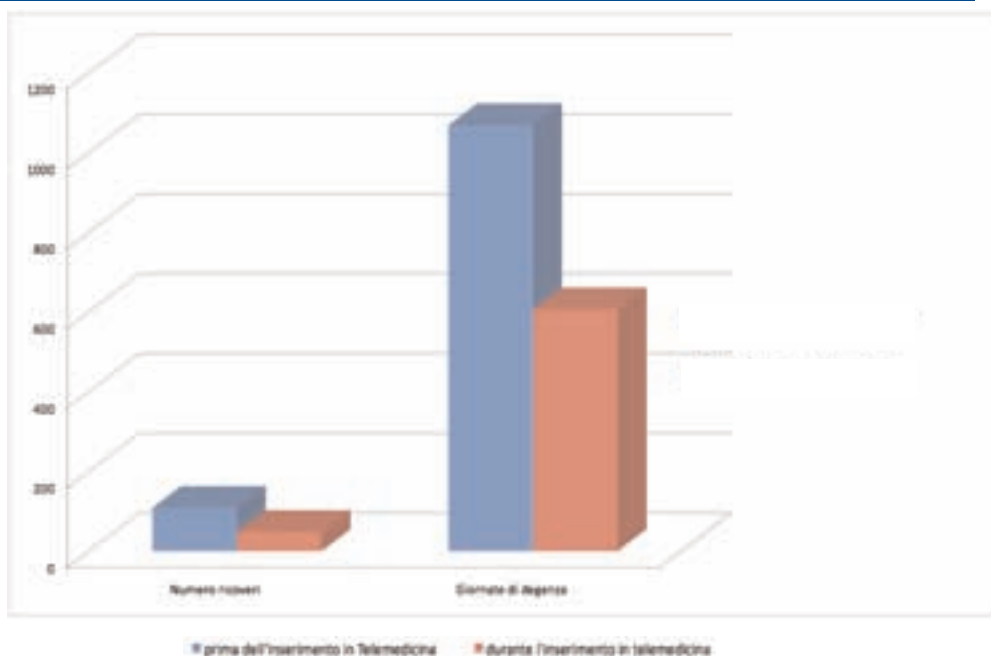


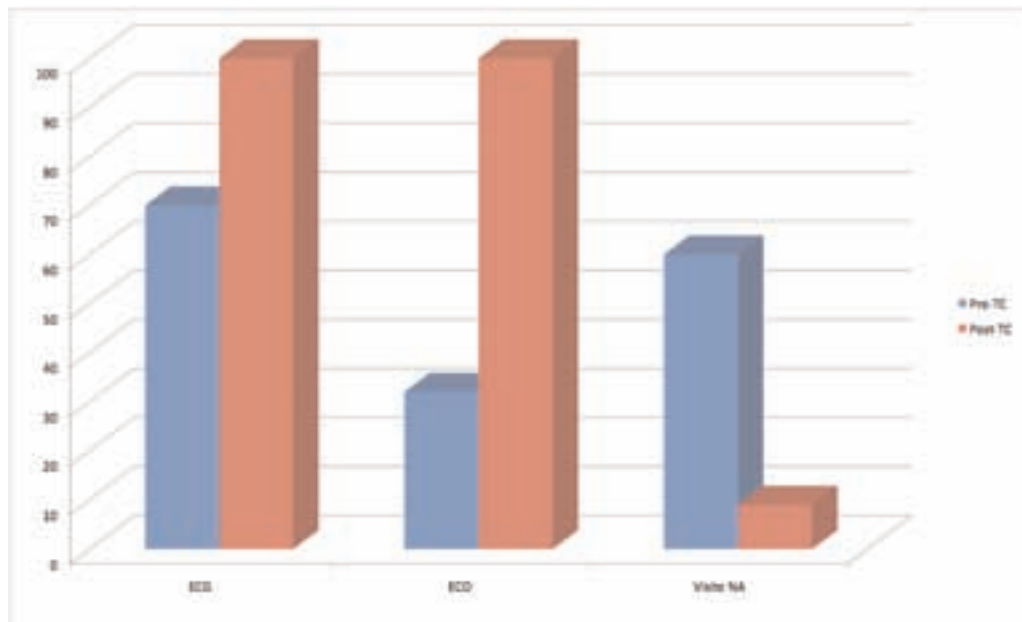
Figura 2 - Ricoveri e giornate di degenza in prima o seconda diagnosi





## 6.5. Ancona: al via un progetto avanzato di telecardiologia

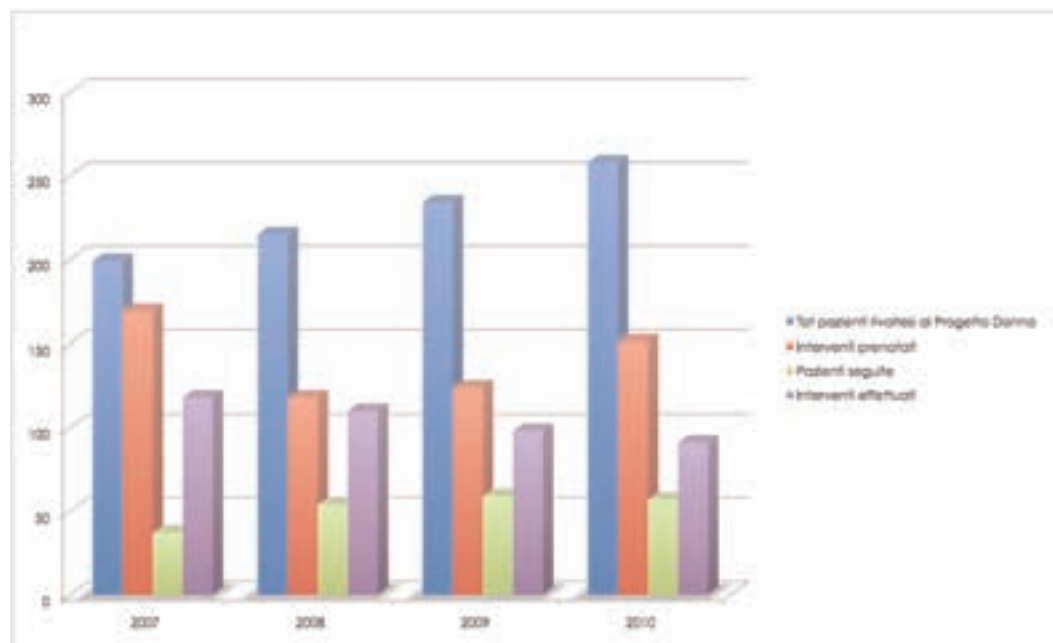
Figura 1 - Parametri di base pre e post progetto di Telecardiologia (in numero)



## Capitolo 7 - Comunicazione e promozione della salute

### 7.11. Sanità: ASL 4 Chiavarese si tinge di rosa, amica della donna

Tabella 1 - Pazienti e attività del Progetto Donna



## ALLEGATO E - GLOSSARIO (ACRONIMI)

AAT	Articolazioni aziendali territoriali
ADI	Assistenza domiciliare integrata
AFA	Attività con finanziamenti aggiuntivi
AIFA	Agenzia italiana del farmaco
AIGO	Associazione italiana gastroenterologi ospedalieri
AIL	Associazione italiana contro le leucemie
AISLA	Associazione italiana sclerosi laterale amiotrofica
AIUC	Associazione italiana ulcere cutanee
AMRER	Associazione malati reumatici dell'Emilia Romagna
ANMCO	Associazione italiana cardiologi ospedalieri
AO	Azienda Ospedaliera
AOU	Azienda Ospedaliero-Universitaria
AOUI	Azienda Ospedaliero-Universitaria Integrata
APA	Accorpamenti di prestazioni ambulatoriali
APSS	Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari
AREU	Azienda Regionale Emergenza Urgenza
ARMIC	Associazione romagnola malattie intestinali croniche
ASI	Ambulatorio senologico interdisciplinare
ASL	Azienda Sanitaria Locale
ASP	Azienda Sanitaria Provinciale
AULSS	Azienda Unità Locale Socio-Sanitaria
AUSL	Azienda Unità Sanitaria Locale
BPCO	Broncopneumopatia cronica ostruttiva
CCI	Centro cure intermedie
CIR	Centro interregionale trapianti
COEU	Centrale Operativa Emergenza Urgenza
CP	Cure palliative
CRT	Centro regionale trapianti
CSA	Centro di sorveglianza anticoagulanti
CUP	Centro unificato di prenotazione
CVS	Commissione di valutazione dei sinistri
DCA	Disturbi del comportamento alimentare
DEA	Dipartimenti di emergenza e accettazione
DH	Day hospital
DRG	Raggruppamenti omogenei di diagnosi
DS	Day surgery
ECDC	European Center for Diseases Control

ECG	Elettrocardiogramma
ECM	Educazione continua in medicina
ECO	Ecocardiogramma
ENS	Ente nazionale sordi
ERI	Endocrinologico, reumatologico e ipertensivologico
ESTAV	Ente per i servizi tecnico-amministrativi di Area Vasta
FMEA	Failure Mode and Effect Analysis
FMECA	Failure Mode and Critical Effect Analysis
GIS	Gestionale per la gastroenterologia
HCM	Human capital management
ICA	Infezioni correlate all'assistenza
ICM	Infermiere case-manager
ICT	Information and communication technology
IDR	Istituto di riabilitazione
IP	Infermiere professionale
IPR	Indice di priorità del rischio
IRCCS	Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
ISC	Infezioni del sito chirurgico
IVUAC	Infezioni delle vie urinarie associate al catetere
LILT	Lega italiana per la lotta contro i tumori
MICI	Malattie infiammatorie croniche intestinali
MMG	Medici di medicina generale
MSA	Mezzi di soccorso avanzati
MSB	Mezzi di soccorso di base
MSI	Mezzi di soccorso intermedi
NITP	Nord Italian tranplant program
NOA	Nucleo operativo aziendale per la continuità assistenziale
NUE 112	Numero unico europeo per le emergenze
OMS	Organizzazione mondiale della sanità
ONDA	Osservatorio nazionale sulla salute della donna
PAC	Pacchetti ambulatoriali complessi
PDT	Percorsi diagnostico-terapeutici
PDTA	Percorso diagnostico-terapeutico assistenziale
PEG	Piano esecutivo di gestione
PHT	Prontuario ospedaliero territoriale
PLS	Pediatra di libera scelta
PUA	Punto unico d'accesso
PZ	Paziente
RAO	Raggruppamenti di attesa omogenei

RIAS	Roter interaction analysis system
SERT	Servizi per le tossicodipendenze
SIARED	Società italiana di anestesia rianimazione emergenza e dolore
SIFO	Società italiana di farmacia ospedaliera e dei servizi farmaceutici delle Aziende sanitarie
SIO	Sistema informativo ospedaliero
SLA	Sclerosi laterale amiotrofica
SSN	Servizio Sanitario Nazionale
STU	Scheda terapeutica unica
TAO	Trattamento con anticoagulanti orali
TOM	Training on line management
UGR	Unità per la gestione del rischio ospedaliero
UILDM	Unione italiana lotta alla distrofia muscolare
ULSS	Unità Locale Socio Sanitaria
UO	Unità operativa
UOCP	Unità operativa di cure palliative
URP	Ufficio relazioni con il pubblico
VAS	Scala analogica visiva
VOIP	Voice over internet protocol





