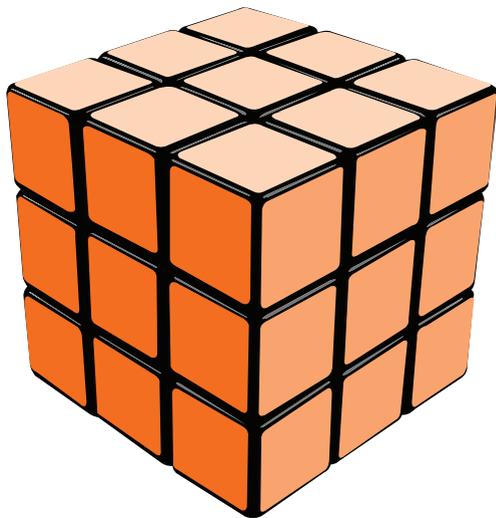




AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA "FEDERICO II"

**PERCORSI DI INNOVAZIONE
APPROPRIATEZZA, STRUMENTO DI QUALITÀ
E GOVERNO CLINICO**



APPROPRIATEZZA

Si ringraziano per la fattiva collaborazione:



INDICE

Abstract	pag.	7
AREA 1 - IL <i>DAY SERVICE</i>: LA SFIDA DELL'APPROPRIATEZZA E DELLA SOSTENIBILITÀ DEL SISTEMA DI CURA	»	11
Abstract	»	12
1. La spinta al cambiamento	»	14
2. La situazione presente al momento di avvio del processo di innovazione e cambiamento	»	15
3. Le azioni realizzate per avviare/realizzare il processo di innovazione e cambiamento	»	17
3.1 L'avventura del Day Service nell'A.O.U.: aspetti metodologici	»	17
3.2 Configurazione organizzativa dei pacchetti di Day Service per le patologie individuate a livello regionale (DGRC 102/09).....	»	17
3.3 Sviluppo collegiale del modello organizzativo locale: Il Modello Organizzativo del Day Service nell'A.O.U. "Federico II"	»	19
3.4 Come introdurre nuovi PACC di Day Service	»	31
4. I punti di forza e di debolezza del processo inseriti nel contesto ambientale	»	33
4.1 Fattori di resistenza al cambiamento e modalità di superamento per tradurli in punti di forza, collegati alla natura specifica dell'A.O.U. ...	»	33
4.2 Analisi delle potenzialità insite nelle "eccellenze" e negli attori interni ed esterni del sistema Università che hanno agito come catalizzatori a favore del processo/progetto di innovazione e cambiamento	»	35
5. Le fasi del processo raggiunte	»	36
5.1 Il Day Service di Epatologia	»	36
6. I possibili obiettivi futuri del processo di innovazione e cambiamento ..	»	38

**AREA 2 - LA REINGEGNERIZZAZIONE DEL FLUSSO
INFORMATIVO COME STRUMENTO DI APPROPRIATEZZA:
PERSONALIZZAZIONE DI *ORDER ENTRY* ED
ARMADIETTO DI REPARTO**

.....	pag.	39
Abstract	»	40
7. La spinta al cambiamento	»	42
7.1 Documenti di riferimento di carattere generale	»	42
7.2 Documenti di riferimento di settore.....	»	44
8. La situazione presente al momento di avvio del processo/progetto di innovazione e cambiamento	»	44
9. Le azioni realizzate per avviare il processo di innovazione e cambiamento	»	47
10. I punti di forza e di debolezza del processo inseriti nel contesto ambientale	»	49
11. Le fasi del progetto	»	51
12. I possibili obiettivi futuri del processo di innovazione e cambiamento ..	»	52

**AREA 3 - L'INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO COME
PARADIGMA DI APPROPRIATEZZA DEL SISTEMA DI CURA
IL PROGETTO SATeLLITe**

.....	»	53
Abstract	»	54
13. La spinta al cambiamento	»	56
14. La situazione presente al momento di avvio del processo di innovazione e cambiamento	»	58
15. Le azioni realizzate per avviare il processo di innovazione e cambiamento	»	59
15.1 La via dell'A.O.U. all'Integrazione Ospedale-Territorio: Il Progetto SATeLLITe.....	»	59
15.2 Obiettivi da perseguire e vantaggi da attendersi.....	»	60

15.3	Ambito di intervento	pag.	61
15.4	Attori e Stakeholders	»	62
15.5	Strumenti.....	»	64
16.	I punti di forza e di debolezza del processo inseriti nel contesto ambientale	»	68
16.1	Analisi dei fattori di resistenza al cambiamento e modalità di superamento per tradurli in punti di forza, collegati, alla natura specifica dell'A.O.U.	»	68
16.2	Analisi delle potenzialità insite nelle “eccellenze” e negli attori interni ed esterni del sistema Università che hanno agito come catalizzatori a favore del processo/progetto di innovazione e cambiamento	»	68
17.	Le fasi del processo raggiunte.....	»	69
17.1	Cronistoria del Progetto Satellite	»	69
	ALLEGATO 1 Incontro con i Referenti Tecnici 10 maggio 2011		
	Come concepire i <i>workflow</i>; Condivisione e costruzione di <i>DotProject</i> ..	»	74
18.	I possibili obiettivi futuri del processo di innovazione e cambiamento ..	»	88
	VOCI DAL TERRITORIO:		
	LA PAROLA AI MEDICI DI MEDICINA GENERALE	»	89
	Introduzione	»	90
	Metodologia di lavoro	»	95
	BOX DI APPROFONDIMENTO.....	»	102
	Bibliografia	»	105

ABSTRACT (Indice)

APPROPRIATEZZA, STRUMENTO DI QUALITÀ E GOVERNO CLINICO. PRESENTAZIONE DEL QUADERNO

Realizzare un Quaderno sull'appropriatezza nell'ambito di una collana-dossier di dichiarata ispirazione progettuale, può sembrare superfluo e anacronistico, trattandosi di un principio “vecchio” quasi¹ quanto quelli che hanno ispirato la nascita del SSN (efficacia, efficienza, equità, economicità) e che, in qualche modo, li sintetizza matematicamente.

Lo stesso termine² – letteralmente “*l'esser proprio*” – rimandando ad un giudizio di pertinenza, di congruità, di corrispondenza, lascia abbastanza freddi circa la possibilità di fare dell'appropriatezza un presupposto di sviluppo, di innovazione e di proiezione.

Eppure, *se* ancora oggi l'**appropriatezza non passa di moda** (probabilmente già questo basta per non definirla una moda) ma, anzi, dilata il proprio ambito di azione finendo

¹ L'appropriatezza è il filo conduttore dei principali documenti di programmazione sanitaria: dal Piano Sanitario Nazionale (PSN) 1998-2000 al PSN 2003-2005, attraverso il DL 229/99 e la normativa sui Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) fino ai documenti di programmazione e normativi dei giorni nostri (vedi anche nota 2).

² Deriva dal latino “ad proprium”, ed è composto dalla radice “proprius” “proprio”, “personale”, e dalla radice “ad” “verso”, nell'insieme indicanti ciò che è “reso a se”, “reso proprio”, “reso adatto a se”, “reso specifico”. Già nella logica aristotelica era usato come uno dei cinque predicabili, e precisamente come un carattere, che appartiene ad una sola specie ma d'altra parte a tutti gli individui che ne fanno parte. Il termine appropriatezza, “l'esser proprio”, indica pertanto il possesso di uno o più caratteri, o proprietà, corrispondenti ai caratteri, o proprietà, che connotano una classe, vale a dire un raggruppamento di entità, e differenziano la classe, e tutte le entità che la compongono, dalle altre classi ed entità. Il giudizio di Appropriatezza esprime, conseguentemente, il risultato del processo valutativo di corrispondenza dei caratteri, o proprietà, di un'entità con le proprietà o caratteristiche predefinite caratterizzanti, e distinguenti dalle altre, una classe, e quindi l'appartenenza o no ad una specifica classe.

col diventare garanzia, oltre che dell'**essenzialità**³ di un servizio/prestazione, della stessa **qualità** dei sistemi di cura, e se ancora oggi il giudizio di appropriatezza di un comportamento clinico o organizzativo tiene legati gli interessi di attori diversi e di diversi ruoli sociali⁴, e se, infine, nell'era del disavanzo e del rientro dal disavanzo, si invoca l'appropriatezza come paradigma di legittimità delle scelte manageriali, è segno che i campi della ricerca organizzativa e dell'innovazione gestionale hanno ancora molto da sperimentare in materia.

In questo Quaderno, all'appropriatezza viene attribuito un ambito di intervento specifico e cruciale non solo perché essa è, tra gli elementi⁵ della *Clinical Governance*, quello più invocato dai mandati legislativi ed istituzionali (in Regione Campania fin dall'avvio del Piano di Rientro dal Disavanzo sono innumerevoli i Decreti commissariali che hanno ad oggetto "misure per l'appropriatezza") ma anche e soprattutto per la convinzione della Direzione Strategica dell'A.O.U. "Federico II" che **nessuno strumento manageriale possa essere altrettanto multidimensionale, integrante, interd-**

³ La stessa normativa sui LEA riconosce proprio nell'appropriatezza la *chiave* per definire l'**essenzialità** ed il **finanziamento** di servizi e prestazioni sanitarie (GIMBE, Giornale Italiano Medicina Basata sull'Evidenza; Adattato da: Cartabellotta A. L'appropriatezza nel mirino. Sanità & Management 2003). La conferma definitiva arriva con il PSN 2003-2005 dove si afferma che: "Le prestazioni che fanno parte dell'assistenza erogata, non possono essere considerate essenziali, se non sono appropriate".

⁴ Dei cittadini, in quanto utilizzatori dei servizi; dei professionisti, in quanto prescrittori ed erogatori delle prestazioni, e responsabili dei micro processi organizzativi a ciò finalizzati; dei manager, in quanto responsabili dei macro processi organizzativi delle strutture produttive delle prestazioni assistenziali; degli amministratori della cosa pubblica, in quanto responsabili del finanziamento e dell'indirizzo generale del sistema sanitario. (Trianni, 2002).

⁵ Senza pretese di essere esaustivi, sono comunemente annoverati tra i determinanti "strutturali" della Clinical Governance:

- cultura dell'apprendimento,
- affidabilità dei dati,
- ricerca e sviluppo,
- capacità di gestire risorse e servizi

Mentre sono "funzioni attese" delle strategie di Clinical Governance:

E sviluppa funzioni (la chioma) di:

- Medicina, pratica e *policy* basate sull'evidenza (*evidence based medicine, practices and policy*);
- *Technology Assessment* (HCTA)
- Sistemi di *accountability* ; (letteralmente = rendere conto)
- Politica/sistemi di gestione per la qualità;
- Pratica costante di audit e verifica;
- *Risk Management* o gestione del rischio.

sciplinare e meta-disciplinare (se condiviso) né tanto coerente rispetto alla complessità dell'approccio sistemico alla qualità dell'assistenza quanto l'appropriatezza.

Di fatto, l'appropriatezza:

- professionalmente, è **prodotto di scienza e coscienza**;
- per definizione, è **meno dispendiosa dell'inappropriatezza**;
- metodologicamente, è sancita dall'**incontrovertibilità statistica tipica dell'evidence based medicine**.

Volendola definire “didatticamente”, esprime **la caratteristica di un servizio/prestazione che permette di stabilire che lo stesso sia adatto, pertinente, coerente e conveniente per lo scopo per cui è erogato, alla persona che ne ha bisogno**⁶.

Tale definizione può riferirsi sia al tipo specifico di prestazione erogata (in questo senso, indica in che misura un particolare intervento - preventivo, diagnostico, terapeutico o riabilitativo - è, al tempo stesso, efficace e indicato per la persona cui viene destinato: si parla, per tali aspetti, di **appropriatezza clinica o specifica**) sia alle modalità organizzative con le quali si sceglie di erogare una data prestazione (in questo caso, indica in che modo una prestazione - appropriata da un punto di vista clinico - viene fornita e a quale livello, ad esempio in ricovero ordinario, in *Day Hospital* o come intervento ambulatoriale; a tali aspetti ci si riferisce come **appropriatezza organizzativa o generica**).

Nell'ambito dell'appropriatezza clinica, l'**appropriatezza prescrittiva** fa specifico riferimento alla correttezza di una prescrizione diagnostico/terapeutica sotto il profilo scientifico (prescrizione di un'indagine, di un farmaco, di un intervento invasivo ecc), e rimanda all'efficacia attesa da quella prescrizione sulla base delle *evidenze* scientifiche dimostrate rispetto alle specifiche caratteristiche del soggetto destinatario, nonché sotto il profilo deontologico e formale, nel pieno rispetto della normativa vigente. Una buona prescrizione deve, cioè, tendere alla *massimizzazione dell'efficacia, alla minimizzazione del rischio, alla minimizzazione del costo, nel rispetto delle scelte del paziente*.

Nell'ambito dell'**appropriatezza organizzativa**, è possibile definire inappropriato un dato *setting* assistenziale assistenziale (ad esempio il ricovero) se, per l'erogazione della prestazione dovuta, esiste un regime alternativo che permette un identico beneficio per il paziente ed un minore impiego di risorse.

⁶ Glossario dell'appropriatezza dell'Osservatorio Regionale sull'Appropriatezza della Regione Lazio (I edizione), 2002.

Le applicazioni di cui si darà rappresentazione nelle sezioni che seguono sono alcune esperienze di implementazione dell'appropriatezza (organizzativa e prescrittiva) varate dall'A.O.U. "Federico II" nel triennio 2009-2011. Esse, pur nella specificità degli ambiti di intervento, degli attori coinvolti e delle strategie messe in campo, condividono alcuni elementi salienti:

- la ricerca di efficienza dei comportamenti clinici e organizzativi, nel rispetto dell'autonomia professionale;
- la tendenza alla semplificazione operativa e alla centralizzazione delle attività nell'avvio delle innovazioni di processo (ivi incluso lo sviluppo di *software* dedicati o di funzionalità aggiuntive a moduli informatici preesistenti);
- la combinazione tra un approccio analitico-processuale all'organizzazione e la visione olistica del sistema-azienda.

Il **Day Service**, in particolare, è un nuovo modello organizzativo dell'assistenza rivolto principalmente alle patologie cronico-degenerative che l'A.O.U. sta sperimentando come alternativa ai più dispendiosi *Day Hospital* e che consente di soddisfare i bisogni dei cittadini ad un livello assistenziale – quello ambulatoriale – più economico e con pari beneficio (appropriatezza organizzativa) rispetto al ricovero diurno; con la **personalizzazione di Order Entry**, il modulo informatico che permette di effettuare richieste e ricevere referti di laboratorio e di *imaging ai e dai* servizi centralizzati di diagnostica, si intende una reingegnerizzazione del sistema delle prescrizioni volto al recupero e al governo dell'appropriatezza prescrittiva (non farmacologica) delle indagini diagnostiche; col **Progetto SATELLITE**, infine, l'A.O.U. ha avviato l'esperienza dell'integrazione ospedale-territorio in un'ottica di sviluppo delle reti dei servizi e con l'obiettivo di razionalizzare sia il ricorso al ricovero ospedaliero sia l'utilizzo spesso ridondante, intempestivo e frammentato della diagnostica di primo e secondo livello (appropriatezza organizzativa e prescrittiva).

Il respiro *reticolare* di SATELLITE verrà raccontato nell'area del Quaderno ad esso dedicata da un brano interamente scritto dai MMG della Cooperativa Co.Me.Gen, grazie al quale potrà effettivamente cogliersi (quale miglior modo?) che il maggior successo del progetto sta nella coralità del messaggio e nella condivisione di intenti e di strategie tra dentro e fuori le mura del Policlinico.

AREA 1 (Indice)

IL DAY SERVICE: LA SFIDA DELL'APPROPRIATEZZA E DELLA SOSTENIBILITÀ DEL SISTEMA DI CURA

CUCCARO P., EGIDIO R.

Team del progetto: Vincenzo Cirillo¹, Patrizia Cuccaro², Rosanna Egidio³, Guglielmo Toscano⁴, Sergio Maccarone³

Affiliazioni:

Consulente Applicativo Area S.I.O. - Engineering	1
Direzione Generale A.O.U. "Federico II"	2
Direzione Sanitaria A.O.U. "Federico II" - Servizio Umanizzazione e Qualità dell'Assistenza	3
Servizio Informatico Sanitario A.O.U. "Federico II"	4

Abstract (Indice)

In questa sezione dei Quaderni si parte dall'assunto per cui, alla riconosciuta di-seconomia di sistema di cui soffre la sanità campana, molto concorre l'inappropriata scelta del *setting* assistenziale di erogazione delle cure, che porta in ospedale prestazioni erogabili a livelli "medio-bassi" di pertinenza territoriale, con assorbimento consistente e improprio delle risorse. A tanta "medicalità" e "intensità assistenziale", non corrisponde un sostanziale beneficio per l'utenza servita, come dimostrano i comuni indicatori di *outcomes* di salute (mortalità, speranza di vita ecc)¹.

Gli organi regionali hanno adottato, nell'ultimo decennio, una strategia di "corsa al riparo" esitata, nel 2006, nell'affiancamento ministeriale per il ripiano del *deficit*. Nell'agenda istituzionale, il **trasferimento** dei casi a minore complessità dal regime di ricovero a quello ambulatoriale è rientrato tra le azioni prioritarie da perseguire, stando alle disposizioni di Giunta e Commissariali che si succedono dal 2007.

Superando una logica esclusivamente economicistica, è possibile interpretare questo mandato attraverso strumenti di appropriatezza organizzativa, intesa come attitudine a scegliere "le *modalità* di erogazione più idonee ai fini di massimizzare la sicurezza ed il benessere del paziente e di ottimizzare l'efficienza produttiva ed il consumo di risorse"².

Il *Day Service* è un modello assistenziale alternativo al ricovero, intermedio tra la prestazione ambulatoriale e il *Day Hospital*, capace di assicurare la presa in ca-

¹ Nel Box 1. MORTALITÀ ED OSPEDALIZZAZIONE EVITABILE IN CAMPANIA si trova un estratto di tali indicatori derivato dal rapporto ERA 2009 (Atlante della mortalità e della ospedalizzazione evitabile, disponibile *online*).

² Progetto Mattoni SSN - Misura dell'Appropriatezza - Documento del Comitato scientifico.

rico globale di un bisogno assistenziale complesso e darvi risposta attraverso l'erogazione di un pacchetto preconfezionato di prestazioni ambulatoriali, gestite come un percorso (**Percorsi Ambulatoriali Complessi e Coordinati PACC**³) governate da uno specialista di riferimento (*case manager*). Condivide col DH la necessità del coordinamento e della dotazione tecnologica e strumentale tipici di un *setting* ospedaliero, ma consente di garantire una maggiore economicità dell'episodio di cura a beneficio del servizio sanitario regionale – SSR – in quanto la tariffa di rimborso da corrispondere all'erogatore non è forfettaria, come nel ricovero, ma calcolata per ciascuna prestazione effettivamente fornita al paziente.

Dopo “l'**annuncio normativo**” del 2007 e la **definitiva istituzione** del nuovo regime a livello regionale nel 2009, la reale importazione del modello all'interno delle aziende sanitarie campane è stata (e, per molti versi, continua ad essere) operazione tutt'altro che semplice e “accettabile” per le direzioni ospedaliere e per i clinici, a causa sia della minore remuneratività del pacchetto *versus* il corrispettivo episodio clinico trattato in DH, sia della ineludibile necessità di un forte coordinamento tra numerosi attori del sistema ai diversi livelli (medici clinici, servizi di laboratorio e di diagnostica ma anche centri di prenotazione, ufficio *ticket* ecc) sia, infine, per la partecipazione alla spesa, tutt'altro che simbolica, richiesta al cittadino non esente (50 euro).

Nell'A.O.U. “Federico II”, azienda complessa e, di certo, non immune agli elementi di resistenza appena elencati, la storia del *Day Service* comincia all'indomani della delibera che formalmente lo ha istituito in regione Campania (**D.G.R.C. N°102/09**) e procede attraverso un lungo percorso di analisi, interpretazione e re-interpretazione del modello organizzativo e grazie all'attivo coinvolgimento dei professionisti di diverse branche mediche.

Il seme è stato gettato, in particolare, dai diabetologi del Dipartimento di Clinica Medica e dagli Infettivologi ed è stato nutrito, poi, dalla Area Funzionale (AF) di Gastroenterologia a indirizzo epatologico; grazie all'esperienza di quest'ultima, in

³ I Percorsi Ambulatoriali Complessi e Coordinati di *day service* sono gruppi ragionati di prestazioni che trovano indicazione per dare risposta a quesiti diagnostici per specifiche patologie/problemi. Le prestazioni incluse nei PACC, di norma, sono quelle previste dal nomenclatore della specialistica ambulatoriale. All'interno della lista delle prestazioni previste dallo specifico percorso, lo specialista individua, caso per caso, le prestazioni da prescrivere.

particolare, si può dire che è stato seguito in *Day Service* il primo paziente in Regione Campania.

1. La spinta al cambiamento^(Indice)

In uno scenario regionale – qual era quello campano all’indomani del [Piano di Rientro dal Disavanzo](#) e alla vigilia del Commissariamento – la tendenza universalmente assunta dalle aziende sanitarie e ospedaliere per il recupero del disavanzo era orientata principalmente all’introduzione di misure di razionamento e all’individuazione di tetti e soglie di attività, intesi, spesso, come limitazioni all’autonomia professionale dei clinici, in nome della finitezza delle risorse.

Si trattava della strategia declinata dagli organi istituzionali (ministeriali e regionali) per ripianare il bilancio e passava attraverso violente misure di tipo strutturale – accorpamenti di AASSLL e strutture, blocco al turn over del personale ecc – e comportamentale (vincoli stringenti alla gestione degli acquisti, riduzione delle soglie di ammissibilità dei ricoveri per i DRG meno complessi ecc), solo per citarne alcune.

Su quest’ultimo fronte, alle misure prescrittive tendevano a combinarsi, ad altri livelli, iniziative di verifica e monitoraggio sempre più minacciose per il giudizio di efficienza delle strutture: la lista dei DRG a rischio di inappropriatazza si allungava drammaticamente (nel 2010 sarebbero saliti a 108, dai 43 originari!); gli indicatori di appropriatezza divenivano sempre più articolati e intrusivi⁴; il Ministero

⁴ Con il Patto per la Salute 2010-12 vengono declinati (Art. 2, comma 2, lettera h) e relativo Allegato 3) i seguenti indicatori:

1. Degenza media preoperatoria;
2. Percentuale di fratture del femore operate entro 2 giorni dal ricovero;
3. Percentuale di dimessi da reparti chirurgici con DRG medico;
4. Percentuale di ricovero con DRG chirurgico sul totale dei ricoveri;
5. Percentuale di ricoveri ordinari sul totale dei ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza;
6. Percentuale di ricoveri DH medici diagnostici sul totale dei ricoveri DH medici;
7. Percentuale di ricoveri ordinari medici brevi (0-2 gg) sul totale dei ricoveri ordinari medici;
8. Percentuale di ricoveri oltre soglia sul totale di ricoveri ordinari medici di pazienti con età ≥ 65 anni.

della Salute sbandierava i risultati del Progetto SiVeAS (ottenuti con il supporto della Scuola Superiore S. Anna di Pisa) della “Valutazione delle performance dei servizi sanitari regionali⁵” sotto forma di cruscotti e semafori la cui lettura non lasciava dubbi di interpretazione circa i “buoni e i cattivi” in qualità e efficiente utilizzo delle risorse.

2. La situazione presente al momento di avvio del processo di innovazione e cambiamento (Indice)

In generale, la Campania registrava un ricorso all’ospedalizzazione superiore alla media nazionale con caratteristiche⁶ (elevato numero di ricoveri medici di un solo giorno, percentuale di utilizzo del DH superiori rispetto alla mediana e alta quota di DH diagnostici con basso numero di accessi) suggestive di un sovrautilizzo improprio delle strutture ospedaliere. I Policlinici universitari, poi, non si mostravano meno problematici rispetto a tali evidenze indirette (o indicatori *proxy*) di inapproprietezza né, per essi, si ventilavano eccezioni in materia di abbattimenti percentuali nella corresponsione delle tariffe per i ricoveri risultati inappropriati, così come non si ammettono alibi specifici al *benchmarking* con le altre strutture di ricovero regionali e nazionali, in ragione dei mandati di didattica e di ricerca.

In tale contesto, la scelta di implementare logiche di governo clinico, riconoscendo valore alle scelte dei clinici, rappresentava, per certi versi, un rischio per le Aziende sottoposte al piano di rientro in quanto poteva rendersi responsabile di un

⁵ Si tratta di una metodologia di valutazione che prevede l’impiego di un set di 34 indicatori afferenti all’assistenza farmaceutica, ospedaliera, distrettuale e collettiva/prevenzione; una parte significativa di questi indicatori si concentrano sulla misura dell’Appropriatezza, sia nell’accezione clinica che organizzativa, e dell’efficienza dell’erogazione dell’Assistenza sanitaria. Nel BOX 3 si trovano alcuni esempi di report a bersaglio.

⁶ Nel BOX 2 INDICATORI PROXY DI INAPPROPRIATO UTILIZZO DELL’OSPEDALE si trova un estratto di tali indicatori derivato dal report statistici combinati (ArSan Campania; Ministero della Salute).

ulteriore incremento dei costi assistenziali e di ulteriori valutazioni negative in termini di *performance*.

Significava, in qualche modo, riscrivere la storia del “vincolo di bilancio”, affidando all’**appropriatezza dei comportamenti medici (organizzativi e prescrittivi) il ruolo di driver di gestione**.

È stata, questa, la strada intrapresa nella direzione dell’efficienza dalla attuale Direzione Strategica dell’A.O.U. “Federico II” di Napoli, che ha scelto di non limitare il proprio intervento correttivo ad un taglio *tout court* dell’inefficienza della produzione aziendale – che avrebbe rischiato di compromettere la missione di didattica e di ricerca oltre che di penalizzare i cittadini – quanto di **rintracciare strumenti e modelli innovativi** di assistenza per un più efficiente ed appropriato stile di cura e soddisfazione del bisogno.

Il *Day Service*, una nuova modalità organizzativa di assistenza ricompresa nel livello ambulatoriale, rientra a pieno titolo in questa politica di rientro aziendale. Esso, infatti, consente di trattare casi complessi e situazioni cliniche che necessitano di un approccio, come comunemente avviene nel *Day Hospital*, **orientato al problema e non alle prestazioni**, ma trasferendoli in un *setting*, quello ambulatoriale, meno dispendioso per il Servizio Sanitario Regionale (SSR) a parità di risultato.

Comparso in Regione Campania, per la prima volta nel 2007 con delibera di [Giunta n° 546](#), il *Day Service* non ha riscosso successo, non solo perché ritenuto sconveniente sul piano produttivo da parte delle Aziende Ospedaliere, ma anche per la previsione della compartecipazione alla spesa da parte del cittadino non esente. Una successiva [delibera del 2009](#), che lo ha formalmente istituito e disciplinato, individuando, in via prioritaria, 9 aree cliniche cui dare risposta con tale modello, è stata, probabilmente per gli stessi motivi, generalmente disattesa dalla maggior parte degli ospedali.

Nell’A.O.U. di Napoli, il *Day Service* non ha lasciato indifferenti gli organi di direzione; al contrario, l’adozione del modello è stata perseguita come un forte segnale di recupero di efficienza e la sua implementazione ha sancito un impegno maturo e responsabile da parte della struttura nei confronti del SSR e dei cittadini.

Ad esso si è guardato, inoltre, come uno strumento in grado di coniugare alle logiche aziendali – che portano a prediligere una casistica di alto profilo – con le esigenze formative.

A beneficiarne sono, infatti, le prospettive della didattica e della ricerca, alle quali si garantisce il mantenimento di una casistica ad alta prevalenza e ad alto impatto epidemiologico necessaria per la formazione, l'apprendimento e la crescita di conoscenza.

3. Le azioni realizzate per avviare/realizzare il processo di innovazione e cambiamento(Indice)

3.1 L'avventura del Day Service nell'A.O.U.: aspetti metodologici

L'interesse – dapprima meramente speculativo – nato intorno al modello del *Day Service* così com'era stato macroscopicamente disegnato dalla [DGRC 546/07](#), diviene vera e propria “ricerca organizzativa” da parte dell'A.O.U. a seguito della [Delibera n° 102 del febbraio 2009](#), che disciplinava con maggiore dettaglio gli aspetti operativi del nuovo istituto assistenziale e, soprattutto, conferiva un significato di sistema e un valore di mandato istituzionale alla sua introduzione.

L'organizzazione aziendale, attraverso l'istituzione di un Gruppo di Progetto (G.d.P.) centrale afferente alla Direzione Sanitaria e al Servizio di Informatica Sanitaria (S.I.S.), si è mossa lungo tre direttrici di sviluppo correlate tra loro:

- Configurazione organizzativa dei pacchetti di *Day Service* relativamente alle patologie individuate a livello regionale ([DGRC 102/09](#));
- Sviluppo collegiale del modello organizzativo locale;
- Ricerca di un modello di trasferibilità della casistica “impropria” non contemplata dalla delibera regionale.

3.2 Configurazione organizzativa dei pacchetti di Day Service per le patologie individuate a livello regionale ([DGRC 102/09](#))

La metodologia adottata dal GdP ha previsto le seguenti tappe:

- analisi retrospettiva della casistica afferente alle “tipologie di pazienti” candidabili al *Day Service*, secondo le disposizioni della [DGRC n° 102/09](#), ovvero:

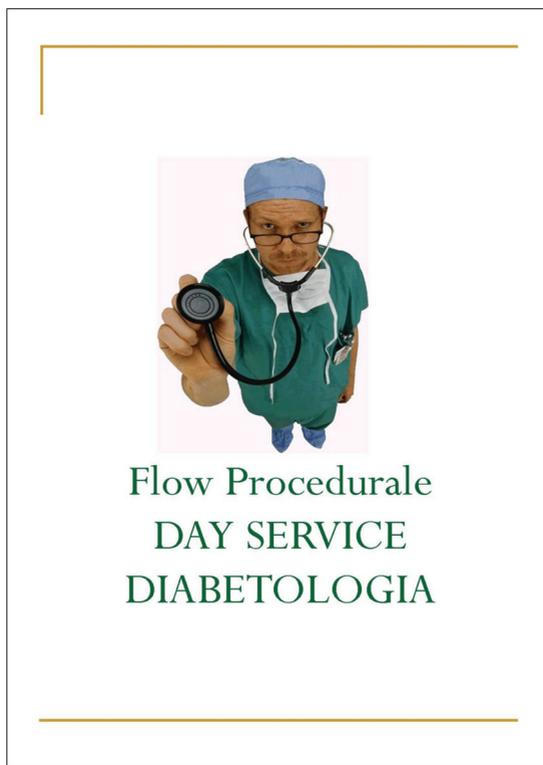
- PACC diagnostico ipertensione - primo inquadramento o sospetta ipertensione secondaria (P4011)
- PACC diagnostico ipertensione - valutazione delle complicanze cardiovascolari (P4012)
- PACC diagnostico malattie della ghiandola tiroide (P241)
- PACC diagnostico diabete complicato e/o screening delle complicanze d'organo (P250)
- PACC diagnostico asma (P4939)
- PACC diagnostico broncopatia cronica ostruttiva (P 4912)
- PACC diagnostico cirrosi ogni eziologia (P5715)
- PACC diagnostico epatite cronica ogni eziologia (P5714)
- PACC diagnostico menopausa (P627)
- individuazione delle discipline coinvolte (aree funzionali produttrici della casistica target) con arruolamento al GdP degli specialisti così designati;
- individuazione di uno specialista di riferimento definito “case manager” per ciascun PACC;
- ricognizione del modello organizzativo esistente tra i reparti che intervengono sulla casistica individuata;
- ricostruzione, attraverso l’approccio per processi e lo strumento dei diagrammi di flusso, della mappa di episodi che sostengono l’erogazione dei pacchetti di prestazioni previste per il quesito clinico;
- ricognizione dei sistemi informatico/informativi di supporto (Centro Unico di Prenotazione (CUP); accettazione, trasmissione del flusso informativo attraverso il tracciato record delle prestazioni ambulatoriali – file C⁷).

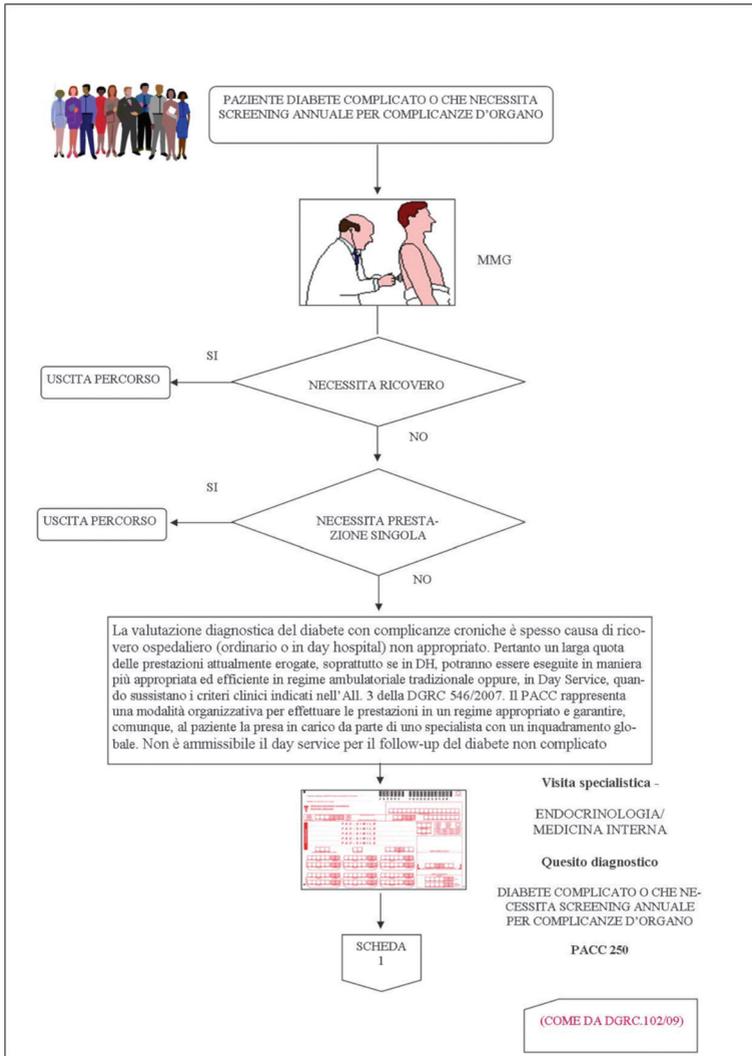
⁷ **Il File C** rappresenta il flusso informativo delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, ivi incluse quelle di *Day Service* (DD 17/09). Esso è assimilabile alla Scheda di Dimissione e ha come finalità la quantificazione e la qualificazione delle attività erogate in regime di ambulatorio e il rimborso delle prestazioni effettuate.

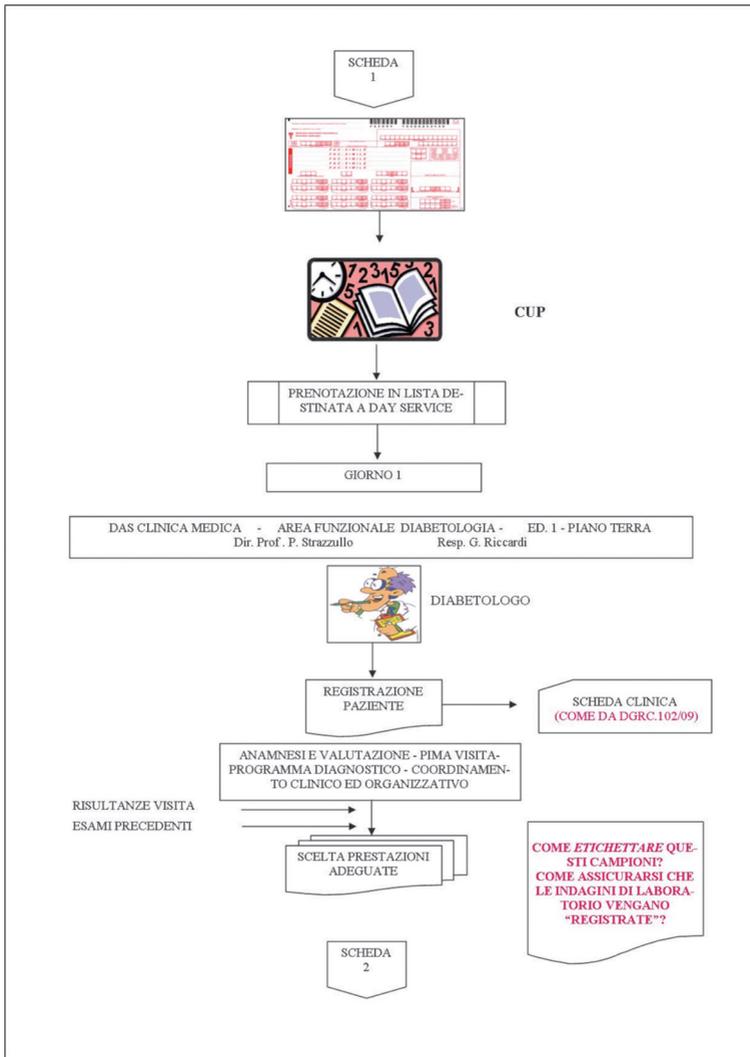
3.3 Sviluppo collegiale del modello organizzativo locale: Il Modello Organizzativo del Day Service nell’A.O.U. “Federico II”

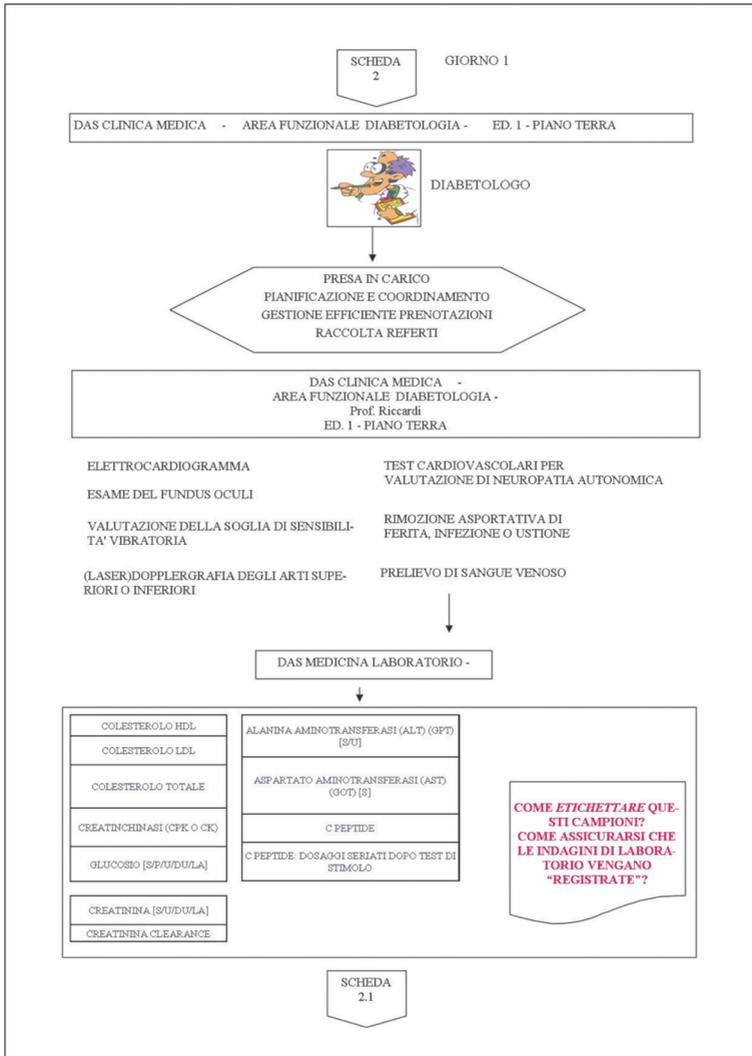
Il modello organizzativo implementato in A.O.U. può essere illustrato come nelle figure che seguono (da 1 a 9); esse rappresentano la *flow procedurale del paziente da candidare/arruolare/gestire in day service*.

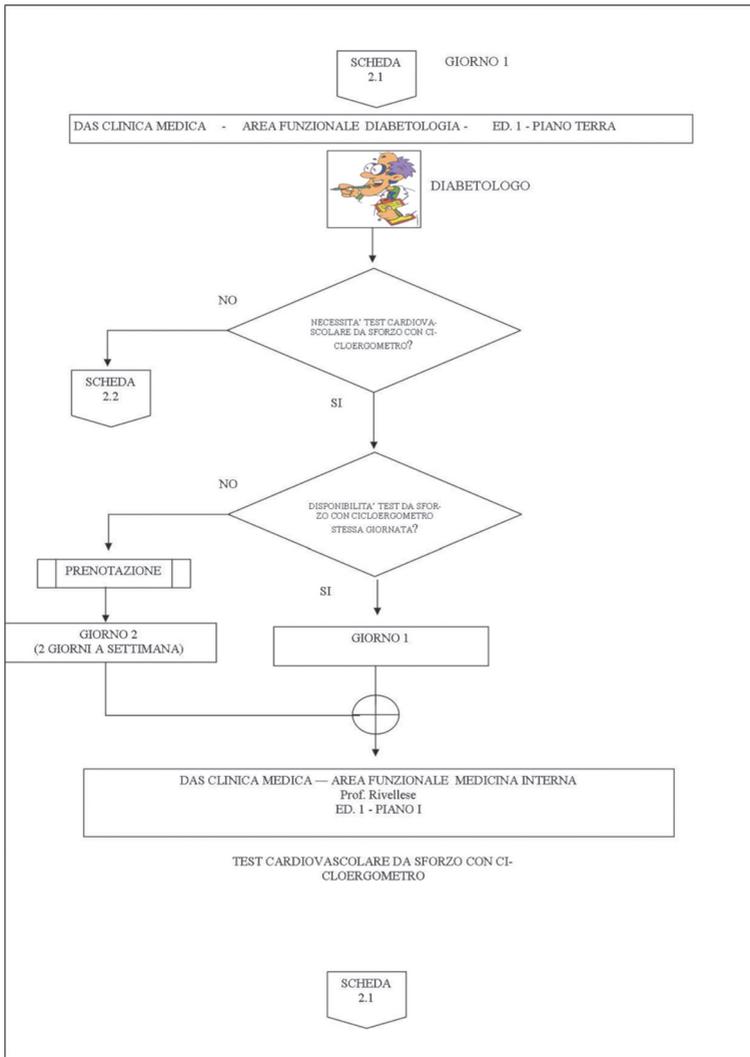
Figure 1-9 - Flow Procedurale Day Service: mappa degli episodi del PACC 250 complicanze del diabete

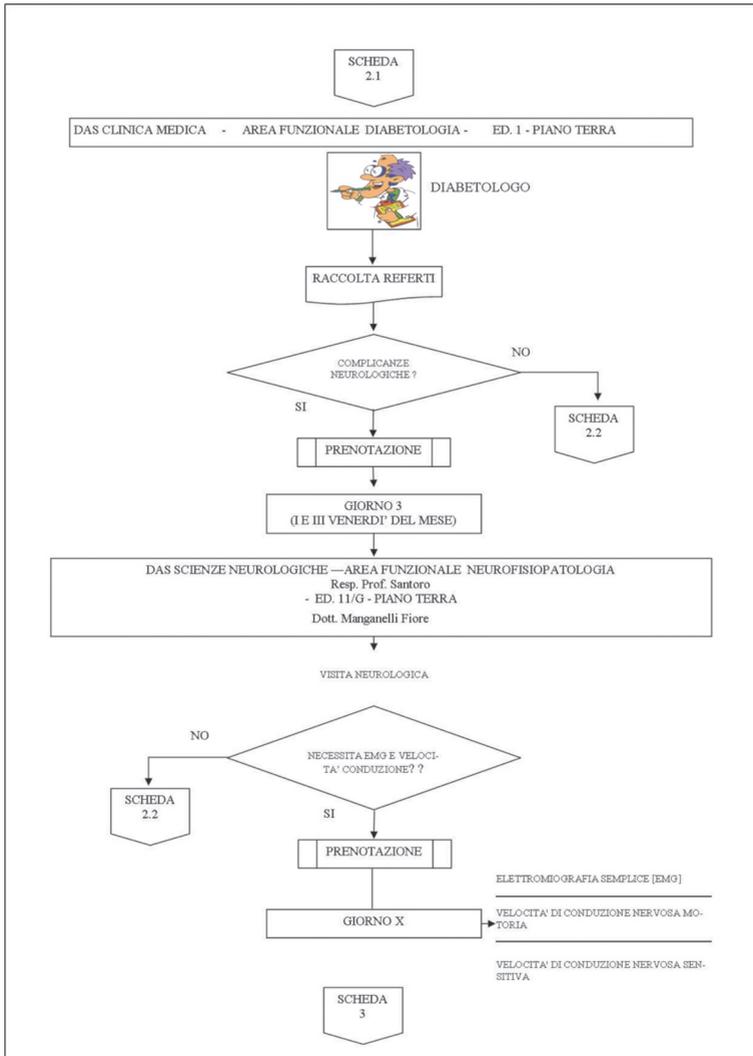


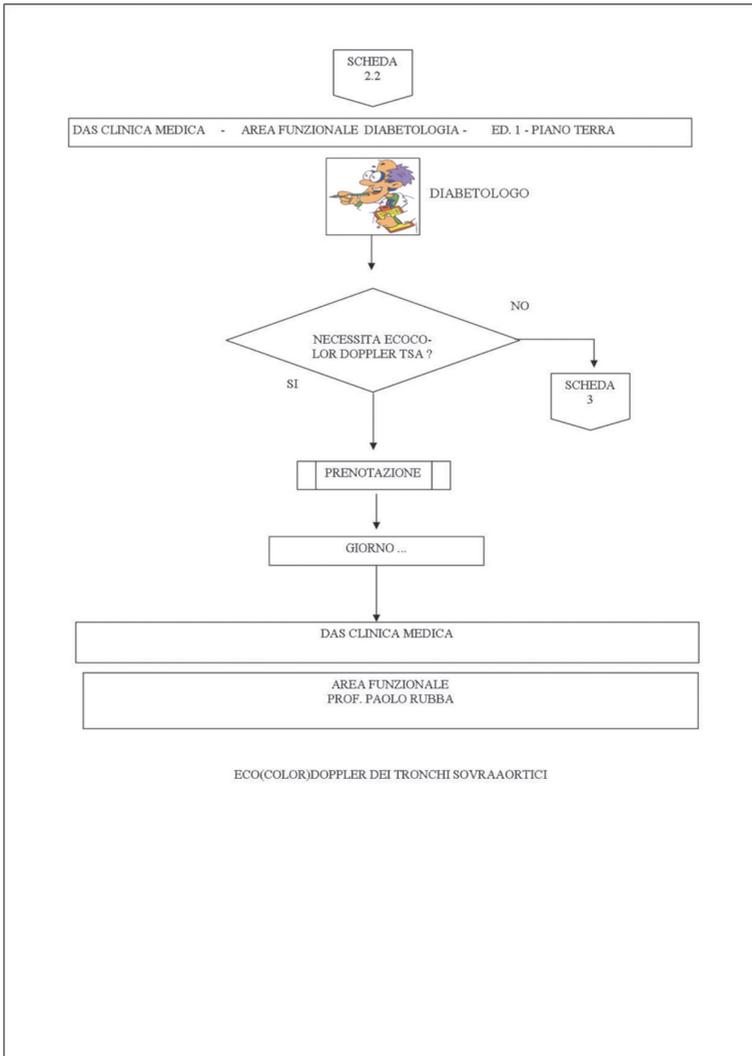


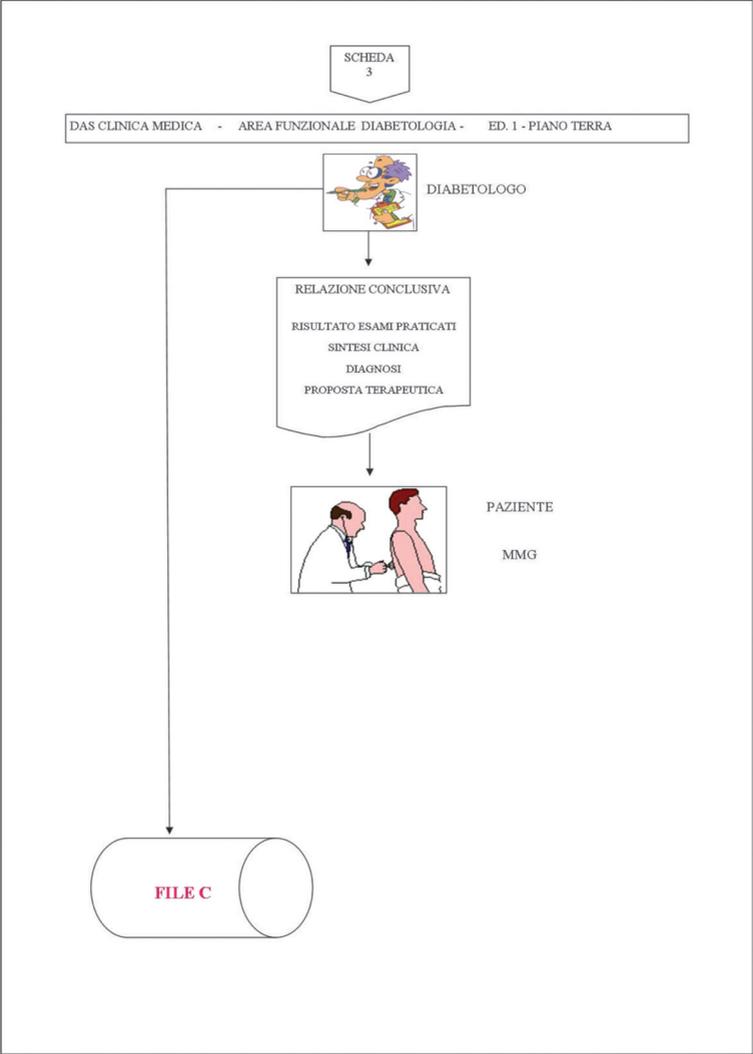












In particolare, secondo il modello adottato in A.O.U., la proposta di attivazione del *Day Service* per uno specifico PACC viene formulata dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta che, utilizzando il ricettario regionale, richiedono una visita specialistica in una delle discipline di riferimento del PACC, specificando il quesito diagnostico ed il PACC da attivare (il quesito diagnostico corrisponde alla voce “tipologia di pazienti” di cui alla [DGRC 102/2009](#) che rappresenta il problema assistenziale che può trovare risposta nello specifico PACC da attivare).

La visita di accesso al *Day Service* non rappresenta “una comune prima visita” (codificata come 89.7 dal nomenclatore delle tariffe specialistiche) ma una “prima visita speciale” che comprende la valutazione del caso, l’impostazione del programma diagnostico e il coordinamento clinico – organizzativo (codificata come 89.99 e remunerata in maniera maggiorata).

Solo questo primo accesso viene prenotato dal CUP centrale, nell’ambito dello specifico applicativo, come illustrato in figura 10:

Figura 10 - Prenotazione della visita di accesso al Day Service a cura del CUP centrale



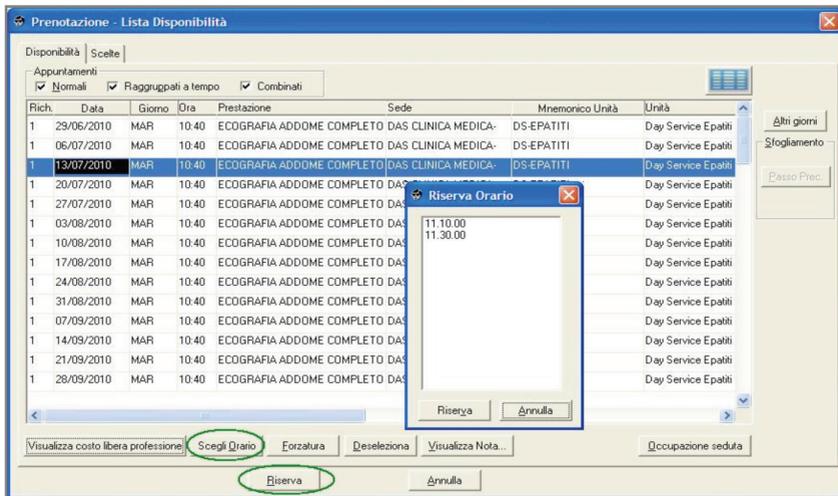
Lo specialista ospedaliero, in occasione della visita specialistica così formulata, valuta l'appropriatezza della richiesta di *Day Service* in base alle risultanze dell'anamnesi, dell'esame obiettivo e della eventuale documentazione fornita dal paziente (referti, esiti di precedenti indagini ecc). Se conferma l'attivazione del *Day Service*, avvia il paziente all'interno del percorso (PACC), pianificando e coordinando la mappa degli episodi successivi attraverso la procedura CUP. In qualità di *case manager*, effettua la selezione delle prestazioni ritenute necessarie alla risoluzione del quesito clinico (figura 11) e procede da sé a prenotarle all'interno di agende destinate allo specifico *Day Service*, cliccando nelle relative *checkbox* (figura 12).

Figura 11 - Framework delle fasi di progetto per la Mappatura dei Flussi

Ministeriale	Descrizione	Ministeriale	Descrizione
<input type="checkbox"/>	89.99 ANAMNESI E VALUTAZIONE - PRIMA VISITA	<input type="checkbox"/>	91.19.5 EPATITE C IGG
<input type="checkbox"/>	91.18.5 RICERCA HBSAG	<input type="checkbox"/>	91.19.2 VIRUS EPATITE B (HBV) DNA-POLIMERASI
<input type="checkbox"/>	91.19.4 VIRUS EPATITE C ANALISI QUANTITAT. DI HCV RNA	<input type="checkbox"/>	91.20.2 VIRUS EPATITE C (HCV) TIPIZZAZIONE GENOMICA
<input type="checkbox"/>	90.23.5 FOSFATASI ALCALINA	<input type="checkbox"/>	90.04.5 ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT-GPT)
<input type="checkbox"/>	90.09.2 ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST-GOT)	<input type="checkbox"/>	90.10.5 BILIRUBINA DIRETTA
<input type="checkbox"/>	89.52 ECG	<input type="checkbox"/>	90.16.3 CREATININA
<input checked="" type="checkbox"/>	90.16.3 CREATININA (URINARIA) 24H	<input type="checkbox"/>	90.16.3 CREATININA URINARIA
<input checked="" type="checkbox"/>	90.62.2 ESAME EMOCROMOCITOMETRICO	<input type="checkbox"/>	90.52.4 ANTICORPI ANTINUCLEO (ANA)
<input type="checkbox"/>	90.52.1 ANTICORPI ANTI-MITOCONDRIO (AMA)	<input type="checkbox"/>	90.51.5 ANTICORPI ANTI-MICROSOMI EPATICI (LKM)
<input type="checkbox"/>	90.22.5 FERRO	<input type="checkbox"/>	88.76.1 ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO
<input type="checkbox"/>	90.25.5 GAMMA GLUTAMIL-TRANSFERASI (GGT)	<input type="checkbox"/>	90.27.1 GLUCOSIO
<input type="checkbox"/>	90.27.1 GLUCOSIO URINARIO	<input checked="" type="checkbox"/>	90.27.1 GLUCOSURIA 24H
<input type="checkbox"/>	90.54.4 ANTICORPI ANTITIREOGLOBULINA (ANTITG)	<input checked="" type="checkbox"/>	90.51.4 ANTICORPI ANTI-TIREPEROSSIDASI (AB TPO)
<input type="checkbox"/>	90.05.5 ALFA FETO PROTEINA (AFP)	<input type="checkbox"/>	91.20.3 IGG ANTI VIRUS EPATITE DELTA
<input type="checkbox"/>	91.18.2 EPATITE B HBE AB	<input checked="" type="checkbox"/>	91.17.5 EPATITE B HBC AB IGG
<input type="checkbox"/>	91.18.4 RICERCA ANTIGENE DELLEPATITE B (HBE AG)	<input type="checkbox"/>	90.27.1 GLUCOSIO LIQUOR
<input type="checkbox"/>	90.75.4 PT- TEMPO DI PROTROMBINA	<input type="checkbox"/>	90.38.4 QUADRO PROTEICO ELETTROFORETICO

Tutte Conferma Annulla

Figura 12 - Ricerca disponibilità e prenotazione delle prestazioni ritenute necessarie all'interno dello specifico pacchetto



Il *case manager* pianifica e coordina il percorso assistenziale, assicura la gestione efficiente delle prenotazioni per le prestazioni prescritte, raccoglie i referti ed esprime la valutazione clinica conclusiva dandone comunicazione all'assistito nel corso dell'accesso conclusivo. Al termine del PACC il *case manager* redige la relazione conclusiva sul caso, che riporta:

- i risultati degli esami praticati,
- la sintesi clinica e la formulazione della diagnosi e
- le eventuali proposte terapeutiche;

La relazione viene consegnata al paziente che, a sua volta, la sottoporrà al proprio medico curante.

La gestione del caso nel suo complesso clinico avviene attraverso la redazione, la registrazione ufficiale e la custodia della documentazione sanitaria nella, qui definita, "Scheda di *Day Service*";

Quest'ultima origina dalla procedura CUP con cui il paziente è stato prenotato e accettato e reca, per ogni paziente,

1. un numero nosografico generato dalla stessa procedura,
2. i dati anagrafici del paziente,
3. l'inquadramento anamnestico che ha determinato l'attivazione del PACC, con indicazione della diagnosi o del sospetto diagnostico,
4. il codice identificativo del PACC in cui è inserito il paziente secondo quanto indicato nell'impegnativa,
5. il programma delle prestazioni diagnostiche richieste (stampabili dalla procedura) e
6. il diario delle prestazioni erogate in *day service*.

La Scheda va gestita come una cartella clinica di ricovero e ad essa va allegata la copia dei referti relativi a tutte le prestazioni eseguite insieme alla relazione clinica riassuntiva finale (conclusiva del PACC); la novità della procedura di *Day Service* messa a punto dall'A.O.U. con l'*Engineering* è **la gestione completamente *paperless*** della scheda clinica che ha, qui, funzione di:

- strumento di gestione del caso clinico, in quanto contiene in sé la lista delle prestazioni del PACC potenzialmente erogabili al paziente (il *case manager* si limita ad apporre un *check* sulla/e prestazione/i ritenuta/ necessaria/e);
- di tracciabilità delle prestazioni eseguite, in quanto ne rimane memoria all'interno della procedura informatica;
- di rendicontazione ai fini del rimborso, in quanto l'*accettazione* del paziente a ciascuna prestazione alimenta automaticamente il file C.

3.4 Come introdurre nuovi PACC di Day Service

Con la citata **DGRC n°102**, viene disciplinata la modalità per proporre alla Regione Campania (Area Generale di Coordinamento Assistenza Sanitaria) e all'Agenda Regionale dei Servizi Sanitari (ArSan) l'introduzione di nuovi PACC di Day Service (o l'aggiornamento di quelli già deliberati) per la valutazione finale e l'eventuale adozione.

La scelta delle patologie o problemi per i quali proporre un nuovo PACC di *Day Service* deve essere fatta utilizzando, quale criterio di priorità, la prevalenza delle problematiche cliniche presenti nella popolazione e la prevalenza dei ricoveri di tipo medico diagnostico soprattutto di *Day Hospital* al fine di trasferire quote significative di ricoveri impropri verso l'assistenza ambulatoriale.

Secondo il modello fin ora applicato in A.O.U., il responsabile di Unità Operativa produttrice di *Day Hospital* diagnostici ritenuti inappropriati avvia una analisi tecnico-scientifica della patologia causa di ricovero improprio. Da quest'analisi elabora la struttura identificativa del PACC da proporre, utilizzando una matrice recante:

- nome del PACC (es. PACC diagnostico malattie ...)
- specificazione della/e disciplina di riferimento del PACC (branca/branche di riferimento)
- l'indicazione del rationale (motivazioni del trasferimento della casistica in Day service – possono essere epidemiologiche, organizzative ecc)
- la tipologia di pazienti cui è rivolto (quesito clinico – diviene l'indicazione che il MMG/PLS/specialista ambulatoriale pongono ai fini dell'eleggibilità al *Day Service*)
- le singole prestazioni erogabili nel PACC⁸ scelte tra quelle contenute nel nomenclatore delle prestazioni specialistiche ambulatoriali con relativo codice e tariffa; è questa la “lista ragionata delle prestazioni diagnostiche e strumentali e delle consulenze specialistiche” che trovano indicazione per la definizione della diagnosi sulla base delle evidenze disponibili.
- eventuale bibliografia di accompagnamento.

Le proposte di nuovi PACC vengono inoltrate alla Direzione Sanitaria Aziendale e valutate. Al termine della valutazione l'esito della proposta può essere il seguente:

⁸ N.B. Il PACC è giustificato quando il quesito diagnostico richiede l'erogazione di indagini cliniche e strumentali plurime e multidisciplinari, eventualmente complesse e/o invasive che coinvolgono almeno 2 diverse branche specialistiche oltre quelle di laboratorio di analisi e di diagnostica per immagini.

- potrà essere motivatamente respinta,
- potranno essere richiesti ulteriori approfondimenti,
- potrà essere accettata.

Le proposte di PACC che superano positivamente la valutazione vengono trasmesse, corredate di adeguata documentazione, all'ArSan per un ulteriore livello di verifica e da qui, se approvate, saranno inoltrate all'Area Generale di Coordinamento Assistenza Sanitaria, per la valutazione finale e l'eventuale adozione a livello regionale.

4. I punti di forza e di debolezza del processo inseriti nel contesto ambientale^(Indice)

4.1 Fattori di resistenza al cambiamento e modalità di superamento per tradurli in punti di forza, collegati alla natura specifica dell'A.O.U.

Il principale momento di resistenza all'adozione in ambito aziendale del *Day Service* può essere rintracciato, in una prima fase, proprio a livello del decisore aziendale. L'A.O.U. non ha trascurato fin da subito la bassa remuneratività rispetto allo stesso iter diagnostico offerto in regime di ricovero.

La remunerazione delle prestazioni erogate in *Day Service* è, infatti, regolata dalle tariffe del vigente nomenclatore della specialistica ambulatoriale come somma delle tariffe di ciascuna prestazione eseguita; a tale somma viene aggiunta una remunerazione per le due funzioni caratterizzanti il *Day Service*, ovvero la definizione del piano diagnostico con coordinamento clinico del percorso assistenziale, e il coordinamento organizzativo con gestione della presa in carico. È possibile stimare che *in nessun caso* il valore del rimborso così ottenuto eguagli quello del corrispondente *Day Hospital*.

È stata condotta una approfondita riflessione a cura della Direzione Sanitaria, dalla quale si è potuto concludere che, a fronte della minore remuneratività del regime ambulatoriale rispetto al *Day Hospital*, il *Day Service* non è necessariamente sconveniente per le Aziende.

Infatti, a differenza del regime di ricovero nel quale le risorse impiegate per la gestione del caso non vengono “esplicitate” né valorizzate in modo analitico ma mediante una tariffa onnicomprensiva (DRG correlata), nel caso del *Day Service* è possibile una razionalizzazione degli *input* di risorse grazie ad una “lista ragionata” pre-definita delle prestazioni erogabili, con prevedibile miglioramento della qualità dell’assistenza legato ad una maggiore efficienza ed organizzazione del percorso. Tale conclusione è, tuttavia, attuabile *se e solo se* si mettono in campo meccanismi atti a governare *ex ante l’input* di risorse da impegnare nel sistema.

A questo fine, la realizzazione di una procedura di gestione dei casi che permettesse di razionalizzare tecnicamente sia il numero di accessi (prime visite) di *Day Service*, sia di stimare il fabbisogno (storicamente fondato) di prestazioni intermedie (consulenze, diagnostica, laboratorio ecc) ha garantito la governabilità del sistema e favorito il primo livello di cambiamento.

L’intuizione è stata *premiata*, un anno dopo, dal [Decreto 58 del Commissario ad Acta](#) che, minacciando di penalizzare il rimborso dei *Day Hospital* impropri (“i DRG effettuati in DH inappropriato, vengono remunerati con la tariffa prevista per il *Day Hospital* corrispondente, limitata ad un solo accesso ed abbattuta del 50%”) ha reso minore il *gap* tra il rimborso atteso in DH e quello realizzabile in *Day Service*.

Le resistenze dei professionisti al *Day Service* hanno riguardato, soprattutto, i processi organizzativi che sottendono sia la configurazione operativa del pacchetto di prestazioni (ricerca delle disponibilità per prestazioni intermedie) sia l’utilizzo della nuova procedura di gestione dei casi (indubbiamente complessa e gravosa per il personale, fino ad allora non interessato da tanti passaggi amministrativi) sia le difficoltà incontrate a livello tecnico nella gestione dell’interfaccia tra i vari applicativi coinvolti nel *Day Service* (*software* del laboratorio di analisi; *order entry* per la ricezione delle immagini e dei referti di diagnostica ecc). Se, “ingenuamente” la Regione come auspicava con la [delibera regionale 102/09](#) che, in fase di avvio, le forme organizzative già attuate e sperimentate per il DH potessero rappresentare un valido riferimento per la conversione della casistica al livello ambulatoriale, la complessità del nuovo modello si è fatta sentire con tutta la sua significatività fin dai primi incontri sul tema.

In quest'ambito la Direzione Aziendale, coordinando i gruppi di specialisti coinvolti in ciascun PACC e facilitando i collegamenti con il CUP, con il SIS e con l'*Engineering*, si è resa, in parte, garante del superamento delle resistenze. Tuttavia, sono state la "sensibilità" culturale e la disponibilità naturale al cambiamento dimostrata da alcuni Responsabili di Struttura candidati al *case management* dei pacchetti di *Day Service* a fare la differenza, così come uno stile di *leadership* efficace ha garantito una non semplice adesione da parte del personale non medico.

Prima di affermare che gli ostacoli al cambiamento siano "un lontano ricordo", va specificato che tutt'ora il *Day Service* in Azienda muove passi incerti e spesso ancora difficili e che permane la necessità di una sorta di comitato centrale che catalizzi e permetta di fluidificare processi non ancora sufficientemente "battuti" per essere ritenuti a regime.

Restano, poi, degli elementi di resistenza o di vero e proprio blocco sul fronte istituzionale che rischiano ancora di frenare l'estensione del modello: da un lato l'accettabilità della partecipazione alla spesa per il cittadino (fissata in € 50,00 - come per le prestazioni specialistiche ambulatoriali tale quota di partecipazione non è dovuta dai cittadini che beneficiano di esenzione) "abituato" ad avere rese le stesse prestazioni gratuitamente in DH; dall'altro l'inaspettata sospensione di ogni operatività regionale sulla *questione Day Service*. Nonostante le declinazioni contenute negli atti deliberativi, infatti, continua il silenzio istituzionale sui nuovi PACC proposti dall'Azienda per trasferire quote ben rappresentative di casistica impropria in *Day Service* (vedi paragrafo 5.1).

4.2 Analisi delle potenzialità insite nelle "eccellenze" e negli attori interni ed esterni del sistema Università che hanno agito come *catalizzatori* a favore del processo/progetto di innovazione e cambiamento

Dal canto suo, l'A.O.U. "Federico II", comportandosi da pilota nella sperimentazione del *Day Service* sul panorama regionale, è riuscita a snellire al meglio le ridondanze dei percorsi amministrativi macroscopicamente disegnati dal legislatore, riuscendo ad ottenere – ad esempio – che il paziente non venisse co-

stretto a transitare per ben due volte al CUP (tale obiettivo è stato raggiunto attraverso la regolamentazione della prenotazione al CUP e introducendo la “verifica di appropriatezza” da parte del *case manager* in fase di prima visita).

È, inoltre, un successo aziendale la realizzazione della stessa procedura di *Day Service* (ora in fase di esportazione in altre aziende campane e non) che permette una gestione complessiva e *paperless* del caso clinico.

5. Le fasi del processo raggiunte (Indice)

5.1 Il Day Service di Epatologia

All'indomani del manifesto interesse aziendale nei confronti del *Day Service*, numerose aree funzionali (A.F.) hanno promosso iniziative conoscitive ed organizzative per definire l'implementazione dei pacchetti di propria pertinenza.

Pioneristica è stata l'istanza dell'A.F. di Diabetologia, che ha ingaggiato un lungo sforzo organizzativo per giungere alla configurazione del PACC per lo *screening* delle complicanze del diabete, individuando e condividendo finalità e mezzi tecnico operativi con le discipline di riferimento richieste dal percorso (oculistica, cardiologia, radiologia). Il proseguo dei lavori ha subito una battuta d'arresto per la necessità di implementare una cartella clinica ambulatoriale che si interfacciasse con la procedura del *Day Service* e congrua con quella già in uso presso la struttura. È, attualmente, in atto la adozione e la personalizzazione di un applicativo specifico (modulo Amb di ADT) di tale strumento. Sempre nell'ambito del Dipartimento di Clinica Medica, sono stati avviati i primi incontri sui due pacchetti per la gestione diagnostica dell'ipertensione arteriosa. Altre iniziative sono state promosse dall'A.F. di Malattie Infettive sia per i due pacchetti di propria afferenza già deliberati a livello regionale (PACC diagnostici per epatiti e cirrosi) sia per la proposta di nuovi pacchetti destinati a trasferire al livello ambulatoriale le relative casistiche eleggibili a tale scopo, come “le febbri di origine sconosciuta”.

Particolarmente degna di interesse è la proposta avanzata dall’A.F. di Oncologia per la patologia mammaria. Essa, infatti, consente di garantire una base efficiente ed appropriata per la gestione delle fasi ambulatoriali in cui si articola la *Breast Unit*. Quest’ultima, istituita in Regione Campania con [L.R. 20 del 9 novembre 2005 \(Bollettino Ufficiale della Regione Campania n. 59 del 14 novembre 2005\)](#) è un’unità di Senologia plurispecialistica, adottata nell’A.O.U. con la finalità di offrire alle donne una struttura sanitaria di alta qualità che soddisfi i bisogni clinici, assistenziali e relazionali legati alla patologia neoplastica mammaria. Per tale presupposto, essa si presenta come aggregazione funzionale di specialisti con formazione specifica nella diagnosi e cura del cancro della mammella, deputata ad erogare servizi assistenziali in tema di prevenzione, di cura, di controllo periodico clinico-strumentale (follow-up) e di riabilitazione dei tumori mammari. Il percorso diagnostico terapeutico, articolato in livelli di cura accuratamente selezionati per lo specifico bisogno di salute espresso dalla donna, prevede, accanto alle tradizionali forme di assistenza riservate ai momenti interventistici (chirurgia, chemioterapia, ecc) da erogarsi nella forma di ricoveri (ordinari, diurni medici e chirurgici) la realizzazione del modello assistenziale del *Day Service* per ottimizzare il percorso diagnostico nelle fasi di inquadramento, stadiazione e *follow up*, con prevedibili vantaggi sia in termini organizzativi che clinici e con favorevoli ripercussioni sugli aspetti di umanizzazione del processo di cura.

Allo stato attuale, il *Day Service* “pilota” nell’A.O.U. “Federico II” è attivo per l’A.F. di “Gastroenterologia a prevalente indirizzo Malattie Epatogastroenterologiche Critiche (Codice 5804)” e eroga i pacchetti:

- PACC diagnostico cirrosi ogni eziologia (P5715)
- PACC diagnostico epatite cronica ogni eziologia (P5714).

I casi fin ora arruolati hanno avuto una gestione di tipo sperimentale, che ha consentito (e in parte ancora può consentire) di revisionare e perfezionare il modello ai fini di una stabile e definitiva implementazione.

6. I possibili obiettivi futuri del processo di innovazione e cambiamento*(Indice)*

Le fasi del processo/progetto di innovazione e cambiamento che restano da realizzare e/o i possibili sviluppi del processo/progetto stesso.

Il Day Service rappresenta, nella cassetta degli attrezzi della Regione Campania, un indubbio strumento di razionalizzazione dell'offerta di prestazioni sanitarie.

Nell'A.O.U. "Federico II" esso va proponendosi come appropriata alternativa all'esecuzione dei DH impropri e come modello organizzativo per la gestione coordinata e complessa dei quesiti diagnostici a maggior impatto epidemiologico, nonché come primo momento sperimentale di documentazione sanitaria esclusivamente informatica.

Affinché la realizzazione di tali obiettivi possa dirsi piena, è necessario che l'esperienza del Day Service si estenda, progressivamente, alle altre AAFP produttrici di casistica impropria di tipo medico a partire dai quesiti clinici individuati dalla [Delibera 102](#).

Pertanto sono già previste nei primi mesi del 2012 la configurazione organizzativa e lo start up dei pacchetti di endocrinologia (tiroide e diabete) e cardiologia (ipertensione).

L'integrazione del Day Service nell'ambito del Progetto SATeLLITe (vedi dopo) può rappresentare un valore aggiunto sia per il progetto stesso (come cerniera operativa nella cooperazione ospedale-territorio) sia per assicurare la globalità della presa in carico del cittadino.

AREA 2 (Indice)
**LA REINGEGNERIZZAZIONE
DEL FLUSSO INFORMATIVO COME STRUMENTO
DI APPROPRIATEZZA: PERSONALIZZAZIONE
DI *ORDER ENTRY* ED ARMADIETTO DI REPARTO**

CUCCARO P., ILLARIO M.

Team del progetto: Gaetano Cocco^{1,2}, Maddalena Illario^{2,3}, Vincenzo Silvestro⁴,
Guglielmo Toscano⁴, Antonietta Vozza⁵

Affiliazioni:

Scuola di Specializzazione in Patologia Clinica Università “Federico II”	1
D.As. Patologia Clinica A.O.U. “Federico II”	2
Tavolo Tecnico R&S A.O.U. “Federico II”	3
Servizio Informatico Sanitario A.O.U. “Federico II”	4
Farmacia Centralizzata A.O.U. “Federico II”	5

Abstract (Indice)

Nella precedente sezione del Quaderno, ci si è riferiti all'utilizzo di strumenti di appropriatezza organizzativa per la razionalizzazione dei processi produttivi in ospedale. In questa sezione, viene descritta, invece, un'applicazione riferibile all'appropriatezza prescrittiva non farmacologica come intervento finalizzato a ridurre le indagini diagnostiche ritenute superflue (non fondate su una scelta *evidence based*).

L'assunto di partenza è che la prescrizione di una procedura diagnostica (indagine strumentale, test) o terapeutica impegna la responsabilità professionale ed etica del medico, e non può che far seguito ad una diagnosi circostanziata o, quanto meno, ad un fondato sospetto diagnostico¹ che richieda, per la sua soluzione, l'esecuzione di *quella* indagine o, in caso di capacità diagnostiche o terapeutiche e rischi equivalenti, la scelta dell'indagine meno costosa. Nell'ambito di un sistema sanitario di protezione sociale, qual è il nostro, è necessario tener conto dell'uso appropriato delle risorse, avendo ben presente se i rapporti rischio – beneficio ed efficacia – sicurezza sono vantaggiosi per paziente; va, del resto, precisato che – come quella organizzativa - l'appropriatezza prescrittiva in Regione Campania è uno dei capisaldi dell'implementazione del piano di rientro dal disavanzo.

Nell'A.O.U., se, da una parte, la coesistenza con l'Università conferisce un enorme vantaggio in termini di *horizon scanning*², con conseguente disponibilità di tecnologie, mezzi diagnostici e terapie sempre più sofisticate ed all'avanguardia,

¹ Nuovo codice deontologico.

² Il processo di Horizon Scanning (giro di orizzonte- HS) consiste nel riconoscimento e nell'identificazione di quelle tecnologie sanitarie in fase di sviluppo e nella valutazione, spesso su base prospettica o previsionale, del loro possibile impatto sul Servizio Sanitario Nazionale in termini clinici e gestionali. Nei sistemi più progrediti, l'HS ricopre una funzione strategica che mira all'evoluzione governata e coordinata di un si-

d'altro canto esiste il rischio che si induca un incremento di richieste per prestazioni che non necessariamente si associano ad un corrispondente beneficio sulla salute. È evidenza corrente, infatti, che si ricorra spesso alla richiesta/prescrizione di esami in assenza di sufficienti indicazioni, o senza che l'esecuzione aggiunga informazioni ai processi decisionali e, in generale, si assiste ad una sempre più incidente “delega alla diagnosi strumentale della diagnosi clinica”³.

L'eccessivo ricorso alle tecniche strumentali si identifica, ad una lettura organizzativa, con una disattenzione dell'evidenza scientifica e con una scarsa *compliance* alle Linee Guida e agli “*standard di buona pratica*”.

Allo scopo di riorientare le scelte cliniche verso logiche di appropriatezza e favorire un appropriato accesso ai servizi offerti agli utenti interni all'A.O.U., la Direzione ha promosso e avviato una serie di iniziative volte, da un lato, alla semplificazione operativa del processo prescrittivo, dall'altro al governo clinico delle richieste interne di prestazioni, di farmaci e dispositivi, utilizzando il contemporaneo sviluppo delle tecnologie informatiche.

Lungi dall'essere un'iniziativa “intrusiva” nei confronti del clinico, si tratta di favorire elementi di autonomia responsabile nei comportamenti dei prescrittori, fondati su valutazioni di sistema⁴.

stema sanitario e riveste il ruolo di “sentinella” in grado di allertare i decisori sulle potenzialità e sugli svantaggi dell'impiego di tecnologie cosiddette emergenti. Agenas durante il 2008 -2009 ha intrapreso un'attività di Horizon Scanning (HS) tesa ad identificare, stabilire le priorità e valutare il potenziale di tecnologie emergenti in via di sviluppo. Questa attività ha lo scopo di fornire a tutti i livelli decisionali del Servizio Sanitario Nazionale informazioni utili a supportare l'introduzione di innovazioni tecnologiche efficaci.

³ Nel Documento del Ministero della Salute “Progetto Mattoni SSN - Misura dell'Appropriatezza/Analisi appropriatezza clinica “Documento per la misura dell'appropriatezza delle prestazioni di specialistica ambulatoriale” si legge “Il trend di crescita quasi incontenibile della diagnostica per *imaging*. L'alta percentuale di referti negativi, o parafisiologici, suggestiva di scarsa appropriatezza, ben rappresentano il fenomeno della delega *alla diagnosi strumentale della diagnosi clinica*: in questi ultimi anni non è aumentato il ricorso alla *visita specialistica* o, comunque, non con pari intensità all'incremento di indagini strumentali e si è, invece, decisamente modificato il ruolo della tecnologia di *imaging* nel processo clinico decisionale”.

⁴ La letteratura scientifica insegna che, in una scala di “successo di interventi volti al rispetto delle raccomandazioni di buona pratica”, l'utilizzo di supporti decisionali – accanto ad altri quali visite di educatori, meeting interattivi e interventi compositi (es. audit+feedback) – rientra tra le strategie di implementazione a più alta probabilità di successo.

I supporti informatici esistenti non possiederebbero, tuttavia, le caratteristiche adeguate ad essere utilizzati come strumento di appropriatezza; pertanto è stato identificato un gruppo di lavoro che ne ha delineato le caratteristiche opportune.

Sono state studiate le diagnosi più frequenti effettuate presso l’A.O.U., le quali, insieme ad una selezione di diagnosi estratte (con i relativi codici) dai DRG, sono state utilizzate per elaborare un elenco unificato. Tale elenco sarà utilizzato all’interno del sistema di *order entry* in maniera da supportare, nella maniera più appropriata, le scelte diagnostico-terapeutiche dei sanitari.

È allo studio la modalità di aggiornamento del sistema, che sarà semestrale, e di carattere interattivo, grazie all’organizzazione di *workshop* tematici interni, in maniera da stimolare contestualmente anche l’aggiornamento e la formazione continua del personale sanitario.

7. La spinta al cambiamento (Indice)

7.1 Documenti di riferimento di carattere generale

La necessità di appropriatezza prescrittiva costituisce un obiettivo prioritario costante del [Piano Sanitario Nazionale](#), data l’eterogeneità con la quale gli obiettivi specifici da esso prefissati vengono raggiunti ai diversi livelli Regionali. In Campania, il raggiungimento di tale obiettivo rappresenta, inoltre, un punto cruciale per la razionalizzazione della spesa sanitaria, nonché lo strumento più potente per il rispetto del piano di rientro. Infatti, il presupposto fondamentale dell’appropriatezza in generale è che ai pazienti venga erogata la prestazione adeguata alla loro esigenza specifica: tale concetto fondamentale assume un carattere ancora più incisivo in ambito terapeutico, laddove l’implementazione dell’appropriatezza richiede da parte del sanitario la conoscenza di linee guida, *good practice*, meccanismi d’azione e di interazione farmacologica. La ricaduta di un sistema in grado di erogare assistenza “appropriata” in tutte le sue forme sarebbe rilevante pertanto non solo in termini di adeguatezza delle cure nei confronti del paziente, ma anche dal punto di vista economico, in quanto risulterebbe più sostenibile senza rinunciare ad offrire prestazioni di eccellenza.

I documenti di riferimento principali sulla base dei quali è maturata l'esigenza di avviare il presente progetto sono rappresentati dal Piano Sanitario Nazionale; dal Piano Sanitario Regionale; dal Libro Bianco: *"Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013"* (Insieme per la salute: un approccio strategico per l'Unione Europea 2008-2013), ed infine dalle Agende Strategiche Europee per la Ricerca e l'Innovazione.

Nelle politiche del SSN l'appropriatezza rimane un obiettivo costante ed in continua evoluzione, identificandosi con la maggior parte degli obiettivi della qualità di un sistema sanitario, in rapporto al mutamento del quadro epidemiologico, delle scoperte scientifiche, dell'evoluzione tecnologiche, della situazione economica e politica". In particolare, il PSN individua all'interno dell'obiettivo "appropriatezza clinica" la priorità dell'appropriatezza prescrittiva. Obiettivo della sperimentazione che qui viene presentata è il governo della domanda interna all'A.O.U., relativa all'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche. All'interno del PSN l'implementazione dell'appropriatezza rappresenta lo strumento più importante a garanzia dell'uniformità dei LEA, e della creazione di un sistema sanitario più sostenibile.

Un intervento sanitario è appropriato quando a parità di resa clinica (efficacia) è in grado di ottimizzare l'impiego delle risorse (efficienza); quindi una prestazione è appropriata se viene erogata evitando tanto il sottoutilizzo quanto il sovra utilizzo di strutture e servizi. Anche il Piano Sanitario Regionale (PSR) identifica l'appropriatezza come obiettivo prioritario. Il sistema sanitario campano è sottoposto ad un piano di rientro dal disavanzo, che accentua pesantemente gli aspetti negativi dell'offerta dei servizi, e necessita tuttora di misure finalizzate a superare l'inappropriatezza. Il PSR identifica il territorio quale sede primaria di assistenza e di governo dei percorsi sanitari, ed è sul territorio che propone un nuovo sistema di assistenza incentrato sulla prevenzione, sul trattamento delle patologie croniche ed a lungo decorso, attuando al contempo la personalizzazione delle cure. Questa struttura però non può prescindere dalla riqualificazione dell'assistenza ospedaliera, ed è all'interno di questo contesto che si colloca la sperimentazione disegnata dall'A.O.U. per migliorare l'appropriatezza delle proprie richieste interne. Questa proposta possiede infatti un potenziale organizzativo e gestionale che vorrebbe innescare un processo culturale interno, basato sull'appropriatezza dell'assistenza.

7.2 Documenti di riferimento di settore

1. Legge n. 94 del 8 aprile 1998: “...il medico, nel prescrivere una specialità medicinale o altro medicinale prodotto industrialmente, si attiene alle indicazioni terapeutiche, alle vie e alle modalità di somministrazione previste dall’auto-ricorrenza all’immissione in commercio rilasciata dal Ministero della sanità. In singoli casi il medico può, sotto la sua diretta responsabilità e previa informazione del paziente e acquisizione del consenso dello stesso, impiegare un medicinale prodotto industrialmente per un’indicazione o una via di somministrazione o una modalità di somministrazione o di utilizzazione diversa da quella autorizzata, ovvero riconosciuta agli effetti dell’applicazione dell’articolo 1, comma 4, del decreto-legge 21 ottobre 1996, n. 536, convertito dalla legge 23 dicembre 1996, n. 648, qualora il medico stesso ritenga, *in base a dati documentabili*, che il paziente non possa essere utilmente trattato con medicinali per i quali sia già approvata quella indicazione terapeutica o quella via o modalità di somministrazione e purchè tale impiego *sia noto e conforme* a lavori apparsi su pubblicazioni scientifiche accreditate in campo internazionale.
2. Tenuto conto che il Decreto Dirigenziale N. 15 del 27 febbraio 2007 prevede che “Tutti i medici dipendenti del S.S.R. della Campania devono obbligatoriamente attenersi, all’atto della prescrizione, ai principi attivi presenti nel P.T.O.A., Prontuario Terapeutico Ospedaliero Aziendale, redatto in conformità al P.T.O.R., Prontuario Terapeutico Ospedaliero”;

8. La situazione presente al momento di avvio del processo/progetto di innovazione e cambiamento^(Indice)

L’utilizzo di strumenti informatici in A.O.U. è storia tutt’altro che recente; già prima del 2008, numerose componenti informatiche (vedi Quaderno Logistica e Informatizzazione) erano state introdotte nelle attività quotidiane sia cliniche che amministrative e numerose Aree Funzionali avevano sviluppato una discreta fami-

liarità con la gestione informatica di molti processi⁵. Il modulo *Order Entry* rientrava tra le componenti del parco telematico aziendale come sistema di gestione⁶ delle richieste di indagini diagnostiche (sia di laboratorio che di *imaging*) finalizzato a richiedere, autorizzare, prenotare e trasmettere ordini da servizi richiedenti (i reparti, identificati come “richiedenti” o “ospitanti”) a servizi eroganti all’interno del Policlinico (i servizi di diagnostica per immagini e di laboratorio/anatomia patologica) e di ricevere la risposta a servizio eseguito (in qualche caso, anche a servizio parzialmente eseguito).

Tuttavia, a tutto il 2008, le richieste continuavano ad essere redatte su supporto cartaceo e “trasportate” fisicamente da un operatore, modalità operativa tutt’altro che efficiente – se si considera l’impiego delle risorse umane – e non scevra da rischi - spesso le informazioni fornite risultavano incomplete. Dal 2009, invece, è

⁵ Va, tuttavia, specificato che l’estensione e il grado di penetrazione degli strumenti informatici era – e, per certi versi è ancora – asimmetrico ed eterogeneo: accanto ad AAFF che hanno visto uno sviluppo pressochè completo ed intensivo della maturazione informatica, altre erano ancora a livelli estremamente preliminari.

⁶ Il modulo comprende l’insieme delle funzioni applicative che consentono di registrare e consultare l’iter di svolgimento della richiesta che può essere seguito, in tempo reale, dall’operatore del reparto richiedente.

In questo modo si raggiunge l’obiettivo di semplificare e ottimizzare l’attività del personale rendendo tempestivo ed automatico il fluire delle informazioni.

In particolare, le funzionalità fanno riferimento ai seguenti aspetti generali:

- a. Compilazione della richiesta d’ordine
- b. Schedulazione
- c. Trasmissione
- d. Comunicazione degli stati parziali di esecuzione
- e. Ricezione della risposta (referto)
- f. Monitoraggio dello stato dell’ordine, in particolare durante la fase di esecuzione.
- g. Modifica stato dell’ordine
- h. Gestione nell’ordine.

La richiesta si traduce nella prenotazione dell’esame. Quest’ultima viene gestita da un’agenda, che può essere definita come lo strumento di regolazione dell’accesso e di programmazione delle attività della struttura erogante in quanto si basa su “finestre di disponibilità” preliminarmente indicate dall’erogante.

partita operativamente l'implementazione di tale *order entry* in alcuni Dipartimenti Assistenziali, che progressivamente ha coinvolto circa il 60% delle strutture⁷.

Il processo di innovazione che si è voluto battezzare “reingegnerizzazione del flusso informativo come strumento di appropriatezza” si inserisce nel più ampio contesto dell'informatizzazione avviata nell'A.O.U., ma si propone lo sviluppo di un sistema a supporto dell'appropriatezza attraverso la gestione delle richieste interne.

Secondo una tale logica, il primo accesso viene riservato all'identificazione dell'area funzionale, che consentirebbe subito la selezione del sanitario richiedente tra quelli afferenti. Lo *step* successivo è la motivazione della richiesta: come si evince dalla figura 1, una diagnosi pre-esistente o una diagnosi di sospetto costituiscono la motivazione più frequente alla base delle indagini richieste, mentre sintomi e rilievi obiettivi giustificano una quota minore di richieste. Non è possibile escludere che i valori più bassi siano in parte sottostimati per l'incompletezza nella compilazione delle richieste cartacee.

Tale sistema ha consentito di ottimizzare i tempi di evasione delle richieste formulate, migliorando anche la tempestività di redazione ed invio dei referti, offrendo al contempo l'accesso agli archivi storici dei referti. Questi aspetti hanno delle importanti ricadute dal punto di vista dell'operatore sanitario, perché gli offrono l'accesso alla storia clinica del paziente che può essere ricostruita e visualizzata in maniera più semplice, veloce e completa, mentre il paziente vede ridursi la ripetizione di esami già eseguiti. Nonostante gli evidenti vantaggi apportati dal sistema di *order entry* descritto, la sua struttura – fin ora - non ha consentito di incidere sull'appropriatezza delle richieste interne.

Sul fronte dell'appropriatezza interna in termini di accesso a farmaci, dispositivi e diagnostici, è inoltre in corso presso l'A.O.U. l'implementazione di un *software* “gestore delle richieste di prestazioni sanitarie” (è possibile approfondire anche

⁷ Come sarà più estesamente descritto in altri Quaderni e in altre sezioni del Quaderno presente, Order Entry è disponibile e utilizzato in sempre maggiore proporzione nell'A.O.U.; in particolare collega i reparti ai seguenti servizi centralizzati: Radiologia – DasMeLab - Anatomia Patologica - Patologia Clinica Farmacologia - Microbiologia (Sierologia/Parassitologia/Microbiologia).

questo aspetto nel Quaderno dedicato alla Logistica – Area Farmacia), al fine di migliorare la comunicazione tra i reparti e la farmacia centralizzata, e rendere le informazioni più facilmente accessibili ai diversi attori (medici, infermieri, caposala), secondo i criteri configurati nel sistema. Tale *software* velocizza l'esecuzione delle prestazioni, tramite l'inserimento di opportuni controlli su ordini già attivi, evita la duplicazione degli ordini, ed attraverso modelli di ordini pre-compilati riduce il numero di errori nella fase di inserimento della richiesta. Per ogni operazione effettuata viene garantita l'individuazione anche in un momento successivo dell'utente che ha svolto l'operazione, insieme alla data ed all'ora di esecuzione.

Il *software* è stato elaborato dal servizio informatico aziendale con l'obiettivo di caratterizzare tutti i moduli del nuovo “gestore delle richieste di prestazioni sanitarie” con un alto grado di configurabilità, consentendo l'interazione con tutte le soluzioni necessarie a soddisfare le esigenze degli operatori sanitari operanti all'interno dell'A.O.U..

La flessibilità di configurazione offerta dal sistema di *order entry* e di armadietto di reparto ha reso possibile l'avvio del presente processo, finalizzato al loro utilizzo come strumenti di implementazione dell'appropriatezza delle richieste interne.

Nel presente capitolo verrà descritto il percorso intrapreso per la personalizzazione di *order entry* e dell'armadietto di reparto secondo logiche di governo delle prescrizioni.

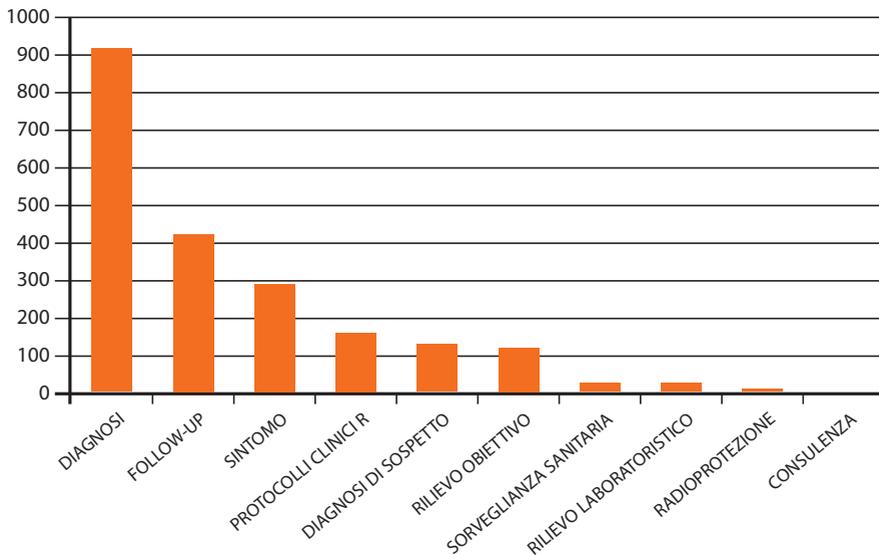
9. Le azioni realizzate per avviare il processo di innovazione e cambiamento[\(Indice\)](#)

Allo scopo di pianificare le azioni necessarie a realizzare quanto proposto, è stato costituito un gruppo di lavoro interdisciplinare rappresentato da un componente del settore informatico, dal Direttore sanitario, dal coordinatore del tavolo tecnico R&S, e da uno specializzando. Si è successivamente identificato uno dei Servizi, quello di Patologia Clinica, dove avviare la sperimentazione per generare un prototipo organizzativo che fosse poi successivamente applicabile anche agli altri servizi.

Fase preliminare di raccolta dati

La motivazione della richiesta è stata identificata come momento cruciale dell'appropriatezza prescrittiva: i risultati preliminari raccolti sulla base dello studio delle richieste pervenute presso il Dipartimento di Patologia Clinica hanno consentito di individuare le categorie principali di motivazioni, riassunte nella Fig. 13.

Figura 13 - Analisi delle indicazioni alla richiesta di prestazioni – Dip. Patologia Clinica



Tali risultati preliminari suggeriscono che la motivazione più frequente a supporto della richiesta di prestazioni è un sospetto diagnostico, oppure una diagnosi pre-esistente.

Allo scopo di facilitare il lavoro del personale sanitario al momento della compilazione della richiesta, si è ritenuto opportuno fornire un elenco di sospetti dia-

gnostici all'interno del sistema, che fosse di facile consultazione. La redazione dell'elenco di tali sospetti diagnostici è stato il primo obiettivo del progetto.

10. I punti di forza e di debolezza del processo inseriti nel contesto ambientale(Indice)

La caratteristica saliente dell'A.O.U. è la convivenza tra ospedale ed università: tale convivenza offre l'opportunità unica di realizzare numerose attività sperimentali di carattere sanitario.

Gli ambiti di applicazione investono gli aspetti terapeutici, diagnostici ed organizzativi dell'assistenza, creando numerosi livelli di complessità organizzativa. Se da una parte questi aspetti costituiscono una fortissima spinta verso l'innovazione, l'assenza di un sistema organizzativo che individui le sperimentazioni offrendo loro percorsi privilegiati e ben definiti ai confini tra formazione, ricerca ed assistenza, impedisce l'adeguata valorizzazione di risultati e prodotti della ricerca, alimentando al contrario il circolo vizioso dell'inappropriatezza.

La presenza di molteplici Centri di Eccellenza fornisce l'opportunità unica di adeguare le conoscenze e le competenze del personale in maniera continuativa, e creare i le basi dell'appropriatezza; la presenza di numerosi studenti arruolati a vari livelli di formazione (corsi di laurea, professioni sanitarie, corsi di specializzazione, *master* etc) offre l'opportunità unica di affiancare al personale figure giovani cui offrire spinte motivazionali attraverso il coinvolgimento in attività pratiche che consentano di toccare con mano le realtà assistenziali più disparate. All'A.O.U. Fanno riferimento anche numerose Associazioni di Volontariato, che costituiscono una interfaccia importante rispetto alla Società ed ai cittadini, delle cui esigenze si fanno spesso portatori quando questi ultimi si trovano in veste di pazienti.

Il vincolo più pesante in questa difficile fase di transizione è rappresentato inevitabilmente dal Piano di Rientro della Regione Campania, che grava inesorabile ovunque, con il blocco del turnover sull'introduzione nel mondo lavorativo di personale giovane, motivato e dotato di competenze aggiornate. In assenza di disponibilità economiche, infatti, viene meno anche l'unica leva motivazionale utile ad

incentivare il personale in fasi avanzate della propria vita lavorativa, e l'introduzione della maggior parte delle innovazioni che faticosamente si riescono a mettere a punto (di solito con il supporto di personale a tempo determinato e di consulenti esterni) vengono bloccate paradossalmente in fase di implementazione. Questa criticità determina l'asincronia nella diffusione di upgrade tecnologici, informatici e di processo, che riescono ad attecchire soltanto laddove è presente una volontà bilaterale (centro e periferia) di movimento "anterogrado".

Nel caso di questo specifico progetto, è stato possibile avviare le attività grazie alla disponibilità della Patologia Clinica ad offrire l'affiancamento di due figure professionali altamente qualificate, disponibili a svolgere parte delle attività.

Il presente progetto non è ancora arrivato alla fase di sperimentazione, pertanto i fattori di resistenza al cambiamento che verranno descritti sono per lo più relativi all'implementazione del sistema informativo in sostituzione delle richieste cartacee. Essi sono riferibili in linea generale alla significativa riduzione del numero di risorse umane presenti all'interno dell'A.O.U., per cui l'addestramento viene visto come un sovraccarico di lavoro in situazioni dove la contrazione delle unità di personale ha già avuto pesanti ripercussioni funzionali. Inoltre, spesso il personale sanitario con maggiore anzianità di servizio è poco disponibile ad apportare modifiche significative alla propria routine lavorativa, anche laddove i vantaggi derivanti dall'inserimento del nuovo sistema sono piuttosto evidenti. Una possibilità di superare questi ostacoli potrebbe essere offerta dal coinvolgimento del personale nella fase di sperimentazione, la quale potrebbe avvalersi delle competenze maturate dal personale più esperto ed anziano. È in ogni caso necessario individuare modalità di incentivazione condivise da offrire al personale coinvolto a vario titolo nel progetto.

Un ulteriore punto critico è rappresentato dall'aggiornamento del sistema: quest'ultimo potrebbe essere progettato su base semestrale, e collegato ad esempio per l'appropriatezza prescrittiva ad un sistema di "alert" a partenza dagli aggiornamenti.

Se da una parte gli aggiornamenti rappresentano una importante criticità di sistema, la natura universitaria dell'Azienda ospedaliera "Federico II" le offre la possibilità di attingere ad un ampio bacino di competenze aggiornate, e realizzare un sistema di update condiviso, basato sul confronto tra pari ad esempio attraverso workshop tematici periodici, incrociati con le attività di *horizon scanning* dell'HTA.

11. Le fasi del progetto (Indice)

Le fasi attraverso le quali si è articolato il progetto sono descritte di seguito.

Fase1. Individuazione dei contenuti

- 1a Studio dei *case-mix* dell’A.O.U., che sono rappresentativi delle diagnosi più frequenti effettuate;
- 1b Confronto ed integrazione delle diagnosi contenute nei case-mix con quelle selezionate dai *Diagnosis Related Group* (DRG) e relativi codici ICD9;
- 1c Studio della letteratura e delle linee guida per l’identificazione delle prestazioni appropriate corrispondenti a ciascuna delle diagnosi identificate; inserimento nel file come raggruppamenti diagnostici di I, II e III livello;
- 1d Studio della letteratura e delle linee guida relativamente alla terapia indicata per ciascuna delle diagnosi selezionate; confronto con i farmaci contenuti all’interno del Prontuario Terapeutico Ospedaliero (PTO);
- 1e Inserimento dei principi attivi terapeutici in corrispondenza di ciascuna delle diagnosi identificate;

Fase 2. Inserimento dei dati ottenuti all’interno del sistema informatico come “campi obbligatori”.

Questa attività presuppone l’interazione della componente medica del gruppo di lavoro con i tecnici informatici, allo scopo di individuare le modalità di data retrieval, i filtri utili al recupero di dati ad esempio mediante l’uso di *key-words*, le modalità di protezione dati e le modalità di accesso e di identificazione degli utenti abilitati etc.

Fase 3. Individuazione ed Addestramento del personale

Questa fase prevede il coinvolgimento del personale esperto nelle sedi periferiche (i reparti), e presuppone la definizione delle attività nonché la tempistica implicata dall’introduzione dell’innovazione, allo scopo di identificare eventuali criticità emergenti.

Fase 4. Avvio della sperimentazione, con rilevazione ed introduzione delle modifiche

In questa fase è prevista la raccolta del feedback da parte degli utenti interni, relativo soprattutto all'introduzione/abolizione/correzione di diagnosi e terapie, alla rapidità di accesso al sistema informatico, etc, con l'individuazione delle corrispondenti azioni correttive.

Fase 5. Implementazione del sistema informativo di order entry ed armadietto di reparto con i nuovi contenuti a supporto dell'appropriatezza.

In sistema informativo viene definitivamente modificato, seppure il formato resta flessibile agli aggiornamenti e ad altre eventuali modifiche.

Fase 6. Valutazione ex-post dell'implementazione introdotta mediante lo studio di indicatori adeguati.

Vengono individuati gli indicatori opportuni per misurare l'appropriatezza delle richieste di terapie e prestazioni in un campione in un periodo definito.

12. I possibili obiettivi futuri del processo di innovazione e cambiamento(Indice)

Gli obiettivi futuri sono:

- la creazione di un *database* aziendale unico che raccolga tutte le informazioni relative alla storia clinica del paziente;
- l'evoluzione del *database* in un sistema "*knowledge-base*" capace di supportare il processo decisionale medico attraverso strumenti integrati di *collective intelligence*, accesso a bibliografie selezionate ed aggiornate, disponibilità di collegamenti ad altri database utili;
- collegamento alla rete sanitaria territoriale.

AREA 3_(Indice)

L'INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO COME PARADIGMA DI APPROPRIATEZZA DEL SISTEMA DI CURA – IL PROGETTO SATeLLITe

CUCCARO P.

Team del progetto: Rosa Cristillo¹, Patrizia Cuccaro², Alessandra Dionisio², Vincenzo Silvestro³

Affiliazioni:

San.Tec. Sr.	1
Direzione Generale A.O.U. “Federico II”	2
Servizio Informatica Sanitario A.O.U. “Federico II”	3

Abstract (Indice)

La sanità è attualmente impegnata in processi di miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure per rispondere a bisogni emergenti e alle nuove aspettative dei cittadini. Non più solo guarigione dalla malattia, ma **benessere fisico e psicologico** - secondo una più ampia concezione della salute e della socialità - sono le parole chiave del nuovo sistema salute. Tutto ciò in intesa sinergica con la dovuta **ottimizzazione del rapporto costi/benefici e con l'adattamento ai nuovi sistemi di finanziamento**. Si attende, in questa direzione, un cambiamento organizzativo che coinvolga gli ospedali e, sempre di più, i servizi primari e specialistici e che meriti un approccio sovra-aziendale di governo e decisionalità.

Capillarizzazione senza frammentazione del servizio di cura; **autonomia** di gestione e **convergenza** di strategie; **razionalizzazione** degli investimenti e garanzia di **innovazione e qualità; universalità e tempestività; solidarismo e utilitarismo** appaiono contraddizioni insolubili, la cui composizione è, tuttavia, l'irrinunciabile obiettivo cui è chiamata l'attuale politica sanitaria.

La profonda diversificazione ed eterogeneità tra regione e regione nel quadro dell'offerta sanitaria e degli assetti economico-finanziari ad essa correlati è, in primo luogo, conseguenza di modelli istituzionali e di *governance* profondamente differenti adottati da ciascun servizio sanitario regionale. Rimane forte e, nel caso di alcune regioni aumenta, il divario quali-quantitativo nell'offerta e nella qualità dei servizi. Nella prospettiva dell'abbandono del sistema della perequazione, queste differenze si faranno sentire sulle economie delle singole regioni e sulle loro capacità di rispondere alla domanda di salute.

Nel caso del sistema sanitario campano, nonostante numerose iniziative intraprese dai governi regionali, i risultati attesi non sono pienamente soddisfacenti sul piano

finanziario (com'è dimostrato *dall'era del disavanzo*) né sul fronte della qualità assistenziale e della soddisfazione dei bisogni di salute e di fiducia dell'utenza. A tale considerazione, in un'ottica di (ri-) programmazione, fa eco la necessità di rivedere l'intero sistema di cure, perseguendo una politica di integrazione e cooperazione “reticolare” tra servizi e professionisti della salute ai diversi livelli assistenziali.

In questa direzione si pone il Progetto SATeLLITE, promosso dall'A.O.U. e da alcuni tra i più attivi Medici di Medicina Generale di Napoli, e destinato – nelle intenzioni dei proponenti - ad estendersi a tutte le cooperative provinciali della Campania fino a divenire **un possibile nuovo modello regionale del far salute.**

Satellite significa **S**perimentazione di un'Assistenza **T**erritoriale **L**ungo **L**inee condivise **I**n modalità **T**elematica. L'acronimo riassume efficacemente il progetto e racconta di un modello organizzativo – se non innovativo – **nuovo** per la sanità regionale e locale, entro il quale **specialisti ospedalieri, medici di medicina generale/pediatri di libera scelta e specialisti del territorio dialogano tra loro in uno scambio costante di professionalità e servizi e in un'ottica di cooperazione e gestione corresponsabile del percorso diagnostico-terapeutico** del cittadino. Attraverso questo modello, tutti gli attori coinvolti, dai cittadini alle istituzioni, possono attendersi una **razionalizzazione dei profili di cura e delle risorse necessarie per offrirli, un miglioramento dell'efficacia, della qualità e dell'appropriatezza** dei servizi e delle prestazioni, **un aumento di fiducia nei confronti del SSR.**

In questo modello, il Medico di Medicina Generale o il Pediatra di Libera Scelta possono contare sul supporto *telemediato/telemedico* dello Specialista Ospedaliero nelle fasi di orientamento diagnostico, di selezione delle opzioni terapeutiche e di scelta del giusto *setting* assistenziale e l'A.O.U. può governare l'offerta in modo appropriato, garantendo la presa in carico dei casi a maggiore intensità assistenziale e a più alta “medicalità” degli interventi di diagnosi e cura, selezionandoli in accordo col MMG/PLS e in base ad algoritmi decisionali *problem oriented*. **La co-gestione, principio guida del modello**, responsabilizza tutti i professionisti nei confronti del paziente e della collettività sociale e rappresenta un'offerta razionalizzata e partecipata di reale e sistematica integrazione.

L'utilizzo e l'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico, il più completo prodotto dinamico della cooperazione, rappresentano il valore aggiunto del mo-

dello, permettendo di costruire quel *patient summary* che tanto peso ha nella ottimizzazione del percorso di cura.

Il Progetto, definito nelle macrolinee fin dal 2010 e inserito nel Parco Progetti Regionale, vive oggi la fase di progressiva attualizzazione, grazie ad un laborioso processo di arruolamento/condivisione ed *empowerment* dei diversi attori di sistema, sia ospedalieri sia territoriali.

Nel Quaderno dedicato alla Logistica e all'Informatizzazione si potranno approfondire gli aspetti tecnici legati alla dotazione strumentale elettronica e telematica su cui si fonda il collegamento tra i professionisti delle *equipes* virtuali.

13. La spinta al cambiamento (Indice)

L'A.O.U. "Federico" II come organizzazione umana, professionale e sociale, rappresenta un fronte di estrema complessità, nel quale trovano spazio tutti gli elementi tipici dei sistemi complessi: i numerosi attori e le loro reciproche relazioni, l'auto-organizzazione e l'auto-adattamento come modelli prevalenti di assetto, la non linearità delle singole azioni e relazioni, la creatività continua degli elementi del sistema, l'impossibilità di prevedere nel dettaglio gli eventi, e così via.

È, inoltre, possibile dire – con una perdonabile forzatura – che per sua stessa natura essa configura una sorta di complessità "istituzionalizzata", accogliendo dentro di sé tre anime chiamate ad un equilibrio non facile da mantenere: **l'assistenza, la didattica e la ricerca.**

La vocazione alla ricerca impegna i professionisti sul fronte dell'innovazione, della sperimentazione e del progresso scientifico e biomedico; la didattica necessita di una casistica variegata e numerosa per assicurare una formazione completa agli studenti e ai medici in formazione; quella assistenziale vede l'A.O.U. ergersi a struttura di eccellenza e, come tale, dover attrarre casistica di elevata complessità e offrire servizi di alta tecnologia medica ed intensità di bisogno clinico¹.

¹ Si ritiene utile segnalare una recente pubblicazione del Ministero della Salute "Dipartimenti per il Governo Clinico e l'Integrazione tra Assistenza, Didattica e Ricerca Workshop 1 Aprile 2011 - Fascicolo Governo Clinico – Dipartimenti 2\2011.

A questi fattori di contesto interno, vanno considerati due ulteriori elementi: il primo è che tra i primi DRG in “fuga” dalla regione Campania vi sono casi a bassa complessità (cataratta, lombo sciatalgia ecc), segno che **l’anello debole del sistema sta più nel coordinamento e nelle gestione dei percorsi che nelle competenze e nella gestione tecnica del singolo servizio**; il secondo è che, a fronte di un imponente impegno di prestazioni, risorse e servizi (ospedalizzazione, spesa farmaceutica e spesa *out of pocket*², ricorso alla diagnostica ecc), lo stato di salute della popolazione campana non è allineato ai livelli di altre regioni (più alte la mortalità e la mortalità evitabile, la morbosità ecc).

Ciò si ascrive fuor di dubbio ad un insufficiente dialogo tra l’A.O.U. (e tra l’ospedale in genere) e i livelli di assistenza territoriale, da cui discendono, spesso, percorsi di diagnosi e terapia ridondanti, frammentati, non efficaci e non economici, che mettono in discussione i principi di equità ed accessibilità del SSN.

Tradizionalmente, il “movente” dell’integrazione ospedale-territorio risiede a livello regionale o, comunque, sovra-aziendale e persegue obiettivi di razionalizzazione dei percorsi di cura e di riduzione delle inefficienze legate all’impropria gestione del paziente. L’avventura SATeLLITE è, al contrario, un’avventura che parte dal “basso”, ovvero dall’A.O.U. e dai MMG/PLS, veri attori, entrambi, della salute del cittadino.

I fattori che, nel 2009, hanno indotto tali attori a ricercare e promuovere il “salto di paradigma” sono stati molteplici e, tra questi, indubbio valore ha avuto l’autovalutazione delle *performances* aziendali, dalle quali l’A.O.U. ha tratto spunti di riflessione significativi circa il peso e la complessità della propria casistica, meritevoli di miglioramento. Tuttavia, come spesso accade nelle organizzazioni com-

Di questa si cita l’incipit contenuto nel capitolo I RAPPORTI TRA SANITA’ PUBBLICA ED UNIVERSITA’. DALL’UNITA’ DI ITALIA ALLA RIFORMA UNIVERSITARIA 2010: I collegamenti Università - Servizi sanitari traggono origine dalla necessità che le attività di ricerca e le attività didattiche, proprie della facoltà medica, si incontrino con le attività di assistenza, proprie degli ospedali, in quanto l’insegnamento della medicina e la ricerca biomedica, per essere efficace il primo e idonea al progresso scientifico la seconda, hanno necessità della presenza del malato e dei luoghi di assistenza.

² La spesa *out of pocket* è la quota di servizi prodotti dal servizio pubblico ma interamente a carico del cittadino fruitore; essa può essere utilizzata come indicatore *proxy* dell’incapacità del SSR di assicurare giusti livelli di garanzia dei servizi essenziali e la giusta qualità delle prestazioni.

plesse, l'idea di tradurre in pratica il salto di paradigma in un ambizioso progetto di cooperazione con i medici del territorio, di telemedicina e ICT è nata come frutto di un “comportamento emergente”, cioè di una sinergia imprevedibile tra storie personali, relazioni e voglia di mettersi in discussione.

14. La situazione presente al momento di avvio del processo di innovazione e cambiamento (Indice)

Val la pena di testimoniare quanto, ancora oggi, le AAOO (e l'ospedale in generale) in alcune Regioni, tra cui la Campania, rappresentino il fulcro del sistema di cura, tanto da giustificare il neologismo “**ospedalocentrismo**” nelle definizioni date al SSR.

La Regione Campania rientra a pieno titolo in questa categoria di modello di offerta, in ragione di una **forte prevalenza di poli ospedalieri** che potrebbero definirsi “esuberanti” rispetto a indicatori di dotazione di personale medico e paramedico, apparecchiature e posti letto per acuti.

Le strutture pubbliche assorbono, a ogni modo, un'elevata quota di risorse, dovuta alla maggiore complessità delle prestazioni erogate negli ospedali, nei quali sono presenti servizi ad alta specialità, di rianimazione e terapia intensiva e servizi di pronto soccorso.

Questa “macchina sanitaria” risulta macroscopicamente in un forte squilibrio del sistema di offerta nella rete dei servizi, con eccessivo ricorso all'ospedalizzazione in regime per acuti: la Campania è tra le regioni con il più basso tasso di ricorso all'assistenza domiciliare integrata e ai regimi di residenzialità intermedia e territoriale e con i più alti tassi di indicatori di inappropriatazza di uso del ricovero per acuti, ivi comprese le ospedalizzazioni evitabili e la bassa complessità della casistica (vedi capitolo sul *Day Service*). Si osserva, altresì, una iniqua distribuzione della spesa sanitaria per i LEA (bassa la quota destinata all'Assistenza Distrettuale e alta quella destinata all'Assistenza ospedaliera rispetto ai valori fissati dall'ultimo Piano Sanitario Nazionale).

Ne deriva un sottoutilizzo delle attuali potenzialità cliniche, intese in termini di corretto inquadramento diagnostico, stratificazione prognostica e trattamento

farmacologico e interventistico, che si associa ad un cattivo uso del ricovero ospedaliero.

Per allineare i tassi di dimissione dei ricoveri medici alle migliori *performances* gestionali e assistenziali possibile, occorre **adottare misure correttive adeguate per razionalizzare la rete ospedaliera, finalizzando le azioni all'uso appropriato dell'ospedale per le patologie acute, allo sviluppo dei servizi assistenziali distrettuali e ad una più efficace integrazione ospedale-territorio.**

Lo spostamento dell'assistenza sanitaria dall'ospedale al territorio è ormai da molti anni un tema centrale delle politiche sanitarie e motivo di preoccupazione per l'ingente assorbimento di risorse, non oltremodo sostenibile. **L'integrazione è, tuttavia, un progetto complesso**, realizzabile solo se si mobilitano e si liberalizzano risorse a favore delle cure primarie e intermedie, senza, con questo, ridurre i benefici clinici e la soddisfazione del cittadino.

15. Le azioni realizzate per avviare il processo di innovazione e cambiamento^(Indice)

15.1 La via dell'A.O.U. all'Integrazione Ospedale-Territorio: Il Progetto SATeLLITE

Il Progetto SATeLLITE è il percorso operativo avviato dall'A.O.U. per la creazione di un "sistema a rete" tra le Unità di Diagnosi e Cura di "Eccellenza" dell'Azienda ed i Medici di Medicina Generale/Pediatri di Libera Scelta (MMG/PLS). È questo un modello organizzativo sovra-aziendale che, superando le barriere "fisiche" dell'Ospedale, promuove un'azione integrata e qualificata nell'erogazione dei servizi di assistenza al paziente sia sul territorio che in Ospedale attraverso la co-gestione dei casi clinici tra professionisti ospedalieri e professionisti delle cure primarie. La telemedicina, il teleconsulto, la cartella clinica elettronica condivisa sono i mezzi pratici per la realizzazione e il funzionamento delle *equipes* virtuali che si muovono intorno al cittadino.

Non è un trasferimento di dati clinico-statistici né la mera condivisione di database sanitari tra Unità Operative dell'Azienda e Medici di Medicina Generale/Pe-

diatri di Libera Scelta. Non è un esercizio tecnologico né la semplice implementazione di applicativi e software informatici.

15.2 Obiettivi da perseguire e vantaggi da attendersi

Per i cittadini. Affrontare i percorsi di diagnosi e cura con l'assoluta garanzia di una risposta efficace ed appropriata e di un'offerta sanitaria di qualità, restando il più vicino possibile a casa, minimizzando spostamenti e disagi, evitando ritardi e duplicazioni dei servizi, limitando la permanenza nella struttura di cura alle situazioni cliniche e per i tempi strettamente necessari. Recupero di fiducia nei confronti del MMG/PLS e identificazione di un riferimento prossimo, competente e accessibile per la risoluzione dei bisogni assistenziali. *Umanizzazione ed efficacia.*

Per i Medici di Medicina Generale/Pediatri di Libera Scelta. Recuperare la propria funzione di agente nell'assistenza primaria e di *case manager* nei bisogni di salute dell'assistito; semplificazione della comunicazione con gli specialisti ospedalieri e dell'accesso ai sistemi di prenotazione, consulto e refertazione; recupero del rapporto di fiducia con i cittadini. *Accessibilità, qualità e semplificazione.*

Per l'A.O.U. "Federico II". Recuperare la funzione istituzionale e sociale di alta assistenza e rafforzare la propria vocazione di alta specializzazione e tecnologia; aumentare la capacità di risposta rispetto ai bisogni del cittadino e l'appropriatezza dell'offerta di cura, concentrando la casistica complessa e di alta intensità assistenziale; introdurre innovazione nella didattica e migliorare la ricerca scientifica. *Efficienza e appropriatezza.*

Per le Istituzioni Regionali Sperimentare un modello organizzativo di cooperazione ospedale-territorio fondato sulla comunicazione privilegiata e sull'interazione professionale; soddisfare la domanda di assistenza riducendo i fenomeni di fuga e sfiducia; razionalizzare l'offerta di servizi. *Innovazione ed Economicità.*

La cooperazione tra le strutture dell'A.O.U. "Federico II" ed i Medici di Medicina Generale / Pediatri di Libera Scelta, consente, peraltro di raccogliere dati sugli eventi clinici che hanno interessato il cittadino nell'ottica della costituzione del *Patient File*, per il quale sono state emanate recentemente le linee di indirizzo.

15.3 Ambito di intervento

Il progetto SATeLLite pur conservando premesse e risultati di sperimentazioni di analoga ispirazione, rivolte prevalentemente a patologie note, a larga diffusione epidemiologica e a carattere di cronicità, si rivolge eminentemente a quelle condizioni di non facile interpretazione e inquadramento, principali responsabili dell'innescio di circoli diagnostico-terapeutici viziosi e inefficaci, dispendiosi di risorse per il sistema e mortificanti per il paziente.

In una prima fase, l'ambito di intervento è stato affrontato per Aree Cliniche. La piattaforma sperimentale "core", in particolare, è rappresentata dalle branche di:

- Cardiologia e Cardiocirurgia;
- Gastroenterologia;
- Endocrinologia;
- Reumatologia;
- Diabetologia & Diabetologia pediatrica;
- Oncologia;
- Emostasi e Dislipidemie;
- Neurologia;
- Urologia
- Dermatologia.

L'arruolamento di altre discipline e la definitiva estensione a tutte le branche specialistiche saranno progressivamente articolati in base ai primi *output* del progetto

15.4 Attori e Stakeholders

La cabina di regia per la pianificazione, lo *start up* e la prima fase sperimentale del Progetto è composta dai professionisti dell’A.O.U. “Federico II” di Napoli afferenti alle branche specialistiche “core” e dai Medici di Medicina Generale della Provincia di Napoli.

L’articolazione del *Team* di Progetto può essere descritta come segue:

- Un nucleo centrale, rappresentato dalla Direzione Generale dell’A.O.U. e dai Rappresentanti della Cooperative di MMG/PLS di Napoli
- Uno *staff* tecnico specializzato, composto dal Servizio Informatico Aziendale dell’A.O.U.;
- Una filiera tecnica di supporto, composto da medici ospedalieri e MMG/PLS con funzione eminentemente tecnico-informatica;
- Una filiera scientifica, composta dai professionisti dell’A.O.U. e delle cooperative MMG/PLS – rappresentanti di Area Clinica.

Il team di Progetto ha un’organizzazione assolutamente a-gerarchica e paritetica.

La “rete” dei Referenti aziendali è declinata secondo specifiche competenze e ruoli:

- REFERENTE INTERNO (RI): responsabile di Progetto per Area Clinica (Supervisiona e modera la costruzione dei *workflow*)
- REFERENTE ORGANIZZATIVO (RO) O TECNICO: esperto o conoscitore degli strumenti informatici. Partecipa al *network* tecnico-informatico per la scelta e la gestione dei *software* e la verifica e/o l’implementazione degli applicativi
- REFERENTE SCIENTIFICO (RS): responsabile della costruzione dei *workflow* di patologia con i corrispondenti MMG/PLS competenti per area.

Il progetto SATeLLITE è stato elaborato congiuntamente alle diverse cooperative di Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta operanti nell’ambito della Regione Campania e precisamente:

- Cooperativa COMEGEN
- Cooperativa Pozzuoli
- Cooperativa Neapolis
- Cooperativa Progetto Leonardo (Pozzuoli- Bacoli- Monte di Procida)
- Cooperativa Salerno/Polla
- Cooperativa Caserta
- Cooperativa Avellino
- Cooperativa Benevento

Figura 14 - Estensione del coinvolgimento regionale di SATELLITE



Presso gli Ordini dei Medici delle provincie di Napoli, Avellino, Salerno e Benevento, con i rappresentanti delle cooperative co-estensori del progetto, sono state presentate le finalità, gli obiettivi e le modalità di attuazione del Progetto.

Sono portatori di interesse, oltre a quelli citati, i cittadini, le strutture sanitarie anche se non direttamente coinvolte dalla fase sperimentale, l'Assessorato Ricerca Scientifica e l'Assessorato alla Sanità.

15.5 Strumenti

La trattazione estesa e tecnica degli strumenti in fase di sviluppo o già messi a punto per il Progetto si può trovare nel Quaderno dedicato alla Logistica e all'Informatizzazione. In questa sezione, è opportuno sottolineare che la realizzazione degli obiettivi organizzativo-informatici (che necessariamente passano anche per strategiche politiche di investimento) è subordinata alla **messa a regime dell'attuale dotazione tecnologico-telematica aziendale**: sistemi di gestione della prenotazione, del ricovero, delle indagini diagnostiche, delle scorte farmaceutiche e dello scarico dei farmaci per paziente, delle sale operatorie ecc sono, ciascuno, un tassello irrinunciabile per la composizione della cartella clinica elettronica e del FSE e un elemento fondamentale per lo scambio di informazione tra i curanti dell'*equipe* virtuale ospedale-territorio. L'estrema asimmetria nella dotazione e nell'utilizzo della dotazione informatica all'interno dell'A.O.U. è stata ed è ambito di prioritario di analisi organizzativa (vedi griglia di censimento, figura 12) per il Gruppo di Progetto e il risanamento delle carenze telematiche – peraltro tutt'altro che semplice- è il *milestone* intermedio sul quale, attualmente, la direzione dei lavori è centrata (vedi Quaderno Logistica e Informatizzazione).

Figura 15 - Check list utilizzata allo start-up del progetto per censire e quantificare l'assetto attuale e il "grado di pervasione" degli applicativi informatici all'interno dell'azienda

Istruzioni per la compilazione della CHECK-LIST - Censimento/Stato dell'arte sistema informativo aziendale (SIA)

Referti Interni Progetto Telemedicina		Denominazione Applicativi						
Disciplina	Referente Organizzativo	SGP/CUP	ADT/Web	AMB Order Entry	EDF Armadio di Reparto	EMR	SAOP	Altro
		Cardiologia	Prof. Nicola De Luca Dott. Giovanni Esposito					
Cardiochirurgia	Dott. Luigi Matarazzo							
Gastroenterologia	Prof. Agesilao D'Arienzo							
Endocrinologia	Dott.ssa Carolina Di Somma							
Reumatologia	Dott. Salvatore Iervolino							
Diabetologia	Dott. Ciro Iovine							
Diabetologia Pediatria	Dott. Bruno Dott. Eugenio Zito							
Oncologia	Dott. Carmine De Angelis Gianluca Mazzeola							
Emostasi	Dott. Antonio Coppola							
Dislipidemie	Dott. Fabrizio Jossa							
Neurologia	Dott. Silvio Peluso							
Urologia	Dott. Francesco Mangiapia Dott. Francesco Bottone							
Legenda 1 - non in dotazione 2 - in dotazione ma non utilizzato 3 - utilizzato parzialmente 4 - utilizzato correttamente a pieno regime		Fac simile non compilare						

Tabella 1 check List censimento SIA

segue Figura 15 - Check list utilizzata allo start-up del progetto per censire e quantificare l'assetto attuale e il "grado di pervasione" degli applicativi informatici all'interno dell'azienda

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE DELLA CHECK-LIST CENSIMENTO/STATO DELL'ARTE SISTEMA INFORMATIVO AZIENDALE (SIA)

- Vi verrà inviata via mail la tabella 1 in formato excel (versione 2003 e 2007).
- Scaricate la tabella.
- Compilate SOLO la riga corrispondente alla Vostra Disciplina.
- Inserite nella colonna di ciascun applicativo un valore da 1 a 4 a seconda che l'applicativo¹ sia:
 - 1 - non in dotazione*
 - 2 - in dotazione ma non utilizzato*
 - 3 - utilizzato parzialmente*
 - 4 - utilizzato correttamente a pieno regime*
- Per conoscere la/e funzione/i gestita/e dall'applicativo, consultate la tabella 2.
- Inviare la check compilata agli indirizzi: patriziacuccaro@hotmail.it; vin-silve@unina.it e toscana@unina.it

Grazie per la collaborazione

¹ N.B. Ricordatevi di intervistare il personale presumibilmente addetto alla/e funzione/i gestita dall'applicativo

segue Figura 15 - Check list utilizzata allo start-up del progetto per censire e quantificare l'assetto attuale e il "grado di pervasione" degli applicativi informatici all'interno dell'azienda

Tabella 2 SISTEMA INFORMATIVO AZIENDALE:
RASSEGNA E FUNZIONI DEGLI APPLICATIVI DI AREA SANITARIA

Denominazione applicativi	Descrizione applicativi area Sanitaria
SGP-CUP	Gestione CUP aziendale: - Prenotazione - Registrazione diretta - Liste d'attesa - Agende - Piani di lavoro - Refertazione - Cassa - Informazioni al Cittadino - Libera professione
ADTWEB	Gestione ricoveri ordinari e DH - Liste di attesa - Prericovero - Liste di attesa - Accettazione, Dimissione e Trasferimenti - Interventi e Diagnosi - Emissione SDO (Scheda Dimissione Ospedaliera) - Emissione Flussi Regionali-Ministeriali
AMB	Cartella Clinica Ambulatoriale - per la gestione delle attività assistenziali medico erogate al paziente di ambulatorio;
ORDER/ENTRY	Gestione richieste dei Reparti ai Servizi Diagnostici - Gestione richieste di prestazioni diagnostiche (Laboratori di analisi - Anatomia Patologica - Radiologia) - Ritorno dei Referti
EDF	- Gestione Somministrazione farmaci agli assistiti - File F direttamente collegato anche ai ricoveri
Armadietto di Reparto	- Gestione Armadietto di Reparto e Richieste di Farmaci vs Farmacia
EMR	Cartella Clinica Informatizzata - per la gestione delle attività assistenziali medico erogate al paziente in reparto (in regime di ricovero);
SAOP	Gestione Sale Operatorie - Registrazione e valutazioni richieste di intervento - Gestione fase pre operatoria del paziente - Gestione agende sale operatorie - gestione liste di attesa e liste operatorie - Registro operatorio - Statistiche indicatori e riepiloghi amministrativi - Gestione magazzini sale operatorie
ALTRO	Sistemi realizzati a livello di area funzionale e/o di dipartimento o acquisiti al di fuori del sistema informativo aziendale

16. I punti di forza e di debolezza del processo inseriti nel contesto ambientale^(Indice)

16.1 *Analisi dei fattori di resistenza al cambiamento e modalità di superamento per tradurli in punti di forza, collegati, alla natura specifica dell’A.O.U.*

Fin dalla prima enunciazione di intenti mossa dalla Direzione Aziendale alle aree cliniche dell’A.O.U., il Progetto SATeLLITe ha convinto i professionisti che fosse giunto il momento di avviare e rendersi promotori, insieme ai MMG/PLS, del cambiamento dell’attuale modello di assistenza. Con lo stesso spirito è stato accolto dalle cooperative della Medicina del Territorio e dall’Ordini dei Medici di Napoli.

Che, tuttavia, la realizzazione dell’idea di partenza non fosse semplice – e non lo sia tutt’ora –, si intuisce identificando la complessità intrinseca del progetto.

Con SATeLLITe, infatti, vengono chiamati a cooperare professionisti – clinici e non – di estrazione estremamente eterogenea sia per livello assistenziale (specialisti ospedalieri e medici di medicina generale/pediatri di libera scelta), sia per disciplina (sono dieci le aree disciplinari coinvolte nella prima fase, ma l’obiettivo è estendere il modello alle rimanenti) sia per ruolo (professori, medici d’azienda, medici in formazione, professioni sanitarie ...).

Non si può, inoltre, tacere che il grado di sviluppo dei sistemi informativi aziendali, fortemente asimmetrico e sicuramente incompleto, ha rischiato di compromettere la nascita e la crescita di SATeLLITe sia perché l’elemento telematico rappresenta il “core” tecnico della riuscita del progetto sia per il plausibile scetticismo che un tale scenario può suscitare nei professionisti da arruolare.

16.2 *Analisi delle potenzialità insite nelle “eccellenze” e negli attori interni ed esterni del sistema Università che hanno agito come catalizzatori a favore del processo/progetto di innovazione e cambiamento*

17. Le fasi del processo raggiunte^(Indice)

17.1 Cronistoria del Progetto Satellite

- 1) 22 dicembre 2010 – Il Progetto viene illustrato e condiviso con i Professionisti A.O.U. e si procede all'individuazione Referenti Interni
- 2) 25 Febbraio 2011 – Insediamento Referenti Organizzativi – Primo Incontro conoscitivo del *Network* Tecnico (Ed. 11)

Viene avviato un censimento sullo stato di dotazione/utilizzo/funzionamento degli attuali applicativi informatici disponibili in azienda (ADT, SGP-CUP, OrderEntry ecc). La revisione e il risanamento dei moduli informatici (amministrativi, sanitari e informativi) viene ritenuta fondamentale fin dalle primissime fasi di teorizzazione del progetto in quanto la realizzazione della Cartella Clinica Elettronica e la “trasferibilità” dei dati tra medici ospedalieri e territoriali e, da questi, entro il FSE sono traguardi subordinati all'automazione della gestione degli episodi di cura e, dunque, alla generazione e all'archiviazione elettronica dei dati di interesse.

- 1) 7 Aprile 2011 – *Brainstorming* tra Referenti Organizzativi e MMG/PLS - Secondo Incontro del *Network* Tecnico (Direzione Generale).

Si individua il set di strumenti di comunicazione tra Professionisti dell'A.O.U. e MMG/PLS funzionali alla co-gestione dei casi clinici e si fissano i presupposti per arrivare ai criteri decisionali che portano il paziente “fuori” o “dentro” le strutture di eccellenza. Tra i primi, la posta elettronica certificata e il forum; tra i secondi, algoritmi di massima “dinamizzati” (del tipo si/no) sulle informazioni di base, ma con possibilità di dialoghi aperti su fabbisogni informativi specifici. (vedi Quaderno Logistica e Informatizzazione).

- 2) 10 Maggio 2011 – Illustrazione *DotProject* – Terzo Incontro del *Network* Tecnico (Direzione Generale)

Viene condivisa tra MMG/PLS e Specialisti dell'A.O.U. la scelta di utilizzare *DotProject* (figura 13) per avviare una comunicazione permanente tra gli attori del sistema di cura (interni ed esterni) e a supporto della dell'elaborazione degli algoritmi scientifico-decisionali per la gestione dei casi clinici. Viene distribuito e illustrato il manuale d'uso.

Il *software* viene popolato con i contatti (mail e afferenza) dei partecipanti del Progetto (MMG/PLS e Specialisti Ospedalieri).

Viene condivisa un'ipotesi di portale (vedi Quaderno Logistica e Informatizzazione): il punto di vista del MMG/PLS rappresenta la prospettiva privilegiata per lo sviluppo dei *workflow*. Pertanto, l'avvio di ogni *workflow* avverrà con i SINTOMI, SEGNI, VALORI EMATOCHIMICI ALTERATI ecc.

Nella sequenza illustrata in allegato (Allegato 1), si riportano le *slides* che hanno accompagnato [la laboriosa session del 10 maggio con i referenti tecnici](#) nella quale si è condiviso il “punto di vista del MMG/PLS” come vettore privilegiato dell’algoritmo decisionale. 20 Maggio 2011 – Completamento palco dei Referenti Scientifici

- 3) 27 Maggio 2011 – Creazione e notifica credenziali a tutti i referenti (Interni, Organizzativi e Scientifici) e avvio fase rumore

La cosiddetta fase “rumore” è una tappa di maturazione della storia del Progetto creata per consentire ai clinici (MMG/PLS coinvolti, Specialisti Ospedalieri) ai loro agonisti di direzione (Gruppo Centrale di Progetto) di dialogare in una sezione plenaria del *forum* di *DotProject* per familiarizzare con lo strumento e fra loro e, in qualche modo, “riconoscersi”.

È ora in corso la fase di popolamento degli algoritmi con contenuti clinici attraverso incontri sistematici tra e Specialisti Ospedalieri dell’A.O.U. e MMG/PLS. Gli incontri sono organizzati per Branca/Area di Competenza (Reumatologia, Oncologia, Endocrinologia ecc) e vedono presenti un *referente scientifico competente per area* di ciascuna linea professionale:

- Referente Scientifico Ospedaliero competente per Area
- Referente di ciascuna Cooperativa di MMG/PLS competente per Area.

L'incontro inaugurale avviene, tendenzialmente, “de visu”; i successivi sono, di solito, virtuali e utilizzano strumenti di comunicazione diversi, da *DotProject* alla comune posta elettronica.

Figura 16 - DotProject

The screenshot displays the DotProject web application interface within a browser window. The browser title is "Progetti MMG - Windows Internet Explorer fornito da S. Giovanni e Ruggi". The address bar shows the URL: <http://www.policlinico.unina.it/dotproject/index.php?view=projects>. The page header includes navigation links: Società | Progetti | Attività | Calendario | Files | Contatti | Forum | Amm. Utenti | Amm. Sistema | Reporti | Risorse | SmartSearch | Links. Below the header, there is a greeting: "Benvenuto/o Patrizia Cuccaro" and user information: "Aiuto | Info personali | Todo | Oggi | Uscita". The main content area is titled "Progetti" and includes a filter for "Responsabile: Tutti gli Utenti" and "Società/Divisione: AOU Federico II - Associazione Medici di base (A.M.B)". There are tabs for project status: Tutti (14), Non definito, Proposto, In Pianificazione (13), In Corso (1), Sospeso, Completo, Modello, Archiviato, and Gantt. A table lists 14 projects, all with 0.0% progress. The table columns are: Colore (%), Società, Nome del Progetto, Inizio, Fine, Attuale, P Responsabile, Attività (Mio), Stato, and Selezione. The projects are categorized by medical specialties: MMG, Coordinamento interno SS.OO. AOU, ENDOCRINOLOGIA, GASTROENTEROLOGIA, ONCOLOGIA, REUMATOLOGIA, CARDIOLOGIA, UROLOGIA, NEUROLOGIA, CARDIOCHIRURGIA, DIABETOLOGIA PEDIATRICA, DIABETOLOGIA, and DISLIPIDEMIE. The last project is EMOSTASI. At the bottom of the table, there is a button "Aggiorna lo stato del progetto" and a dropdown menu "In Pianificazione". The Windows taskbar at the bottom shows the Start button and several open applications: "Hotmail - patriziaucc...", "Progetti MMG - Windo...", "Posta in arrivo - Moro...", "Documenti", "Quaderno_Appropria...", and "TELEMEDICINA Sche...". The system clock shows 18:25 on 11/23.

Colore (%)	Società	Nome del Progetto	Inizio	Fine	Attuale	P Responsabile	Attività (Mio)	Stato	Selezione
0.0%	AOU Federico II - Associazione Medici di base (A.M.B)	MMG	26/04/2011	-	16/05/2013	puccaro	3	In Pianificazione	<input type="checkbox"/>
0.0%	AOU Federico II - Associazione Medici di base (A.M.B)	Coordinamento interno SS.OO. AOU	27/05/2011	30/06/2011	31/05/2011	puccaro	2 (2)	In Corso	<input type="checkbox"/>
0.0%	AOU Federico II - Associazione Medici di base (A.M.B)	ENDOCRINOLOGIA	27/05/2011	29/07/2011	-	acolao		In Pianificazione	<input type="checkbox"/>
0.0%	AOU Federico II - Associazione Medici di base (A.M.B)	GASTROENTEROLOGIA	30/05/2011	31/07/2011	-	ncaparaso		In Pianificazione	<input type="checkbox"/>
0.0%	AOU Federico II - Associazione Medici di base (A.M.B)	ONCOLOGIA	30/05/2011	31/07/2011	-	sdeplacido		In Pianificazione	<input type="checkbox"/>
0.0%	AOU Federico II - Associazione Medici di base (A.M.B)	REUMATOLOGIA	30/05/2011	31/07/2011	-	rscarpa		In Pianificazione	<input type="checkbox"/>
0.0%	AOU Federico II - Associazione Medici di base (A.M.B)	CARDIOLOGIA	30/05/2011	31/07/2011	-	ndeluca		In Pianificazione	<input type="checkbox"/>
0.0%	AOU Federico II - Associazione Medici di base (A.M.B)	UROLOGIA	30/05/2011	31/07/2011	-	apalmieri		In Pianificazione	<input type="checkbox"/>
0.0%	AOU Federico II - Associazione Medici di base (A.M.B)	NEUROLOGIA	30/05/2011	31/07/2011	-	gdemichele		In Pianificazione	<input type="checkbox"/>
0.0%	AOU Federico II - Associazione Medici di base (A.M.B)	CARDIOCHIRURGIA	30/05/2011	31/07/2011	-	imatarezzo		In Pianificazione	<input type="checkbox"/>
0.0%	AOU Federico II - Associazione Medici di base (A.M.B)	DIABETOLOGIA PEDIATRICA	30/05/2011	31/07/2011	-	afranzese		In Pianificazione	<input type="checkbox"/>
0.0%	AOU Federico II - Associazione Medici di base (A.M.B)	DIABETOLOGIA	30/05/2011	31/07/2011	-	ciovine		In Pianificazione	<input type="checkbox"/>
0.0%	AOU Federico II - Associazione Medici di base (A.M.B)	DISLIPIDEMIE	30/05/2011	31/07/2011	-	fjossa		In Pianificazione	<input type="checkbox"/>
0.0%	AOU Federico II - Associazione Medici di base (A.M.B)	EMOSTASI	30/05/2011	31/07/2011	-	gdiminno		In Pianificazione	<input type="checkbox"/>

segue Figura 16 - DotProject

Progetti MMG - Windows Internet Explorer fornito da S.Giovanni e Ruggi

http://www.polidrico.unina.it/dotproject/index.php?no=Forum

File Modifica Visualizza Preferiti Strumenti ?

Preferiti Windows Live Hotmail - Acc... Hotmail - patriziacuccaro@H... Elettori SRM 2010 Siti suggeriti Aggiorina il tuo browser

Progetti MMG

Società | Progetti | Attività | Calendario | Files | Contatti | Forum | Amm. Utenti | Amm. Sistema | Reparti | Risorse | SmartSearch | Links

Benvenuta/o Patrizia Cuccaro

AIuto | Info personali | **Todo** | Oggi | Uscita

Forum

- Filtri - nuovo discussione

Controlla	Nome del Forum	Argomenti	Repliche	Info	Ultimo Messaggio
 <input type="checkbox"/>	CARDIOLOGIA Proprietario ndeluca, Iniziato 27/05/2011	1	1	27/05/2011 12:27 pm (Ultimo Messaggio 150.2 giorni fa) > risponde alla prova ...	
 <input type="checkbox"/>	CARDIOCHIRURGIA Proprietario Imatarazzo, Iniziato 27/05/2011	0	0	Nessun Messaggio	
 <input type="checkbox"/>	COORDINAMENTO INTERNO SS.CIO. AOU Proprietario gcanfora, Iniziato 27/05/2011	1	0	17/06/2011 05:17 pm (Ultimo Messaggio 129.0 giorni fa) > Oltre alla sorpresa di vedere ...	
 <input type="checkbox"/>	DIABETOLOGIA Proprietario ciiovine, Iniziato 27/05/2011	1	0	01/06/2011 09:16 am (Ultimo Messaggio 145.4 giorni fa) > Caro Cirio, ti invio i miei ...	
 <input type="checkbox"/>	DIABETOLOGIA PEDIATRICA buongiorno Proprietario ezto, Iniziato 16/09/2011	0	0	Nessun Messaggio	
 <input type="checkbox"/>	diabetologia pediatrica buongiorno Proprietario ezto, Iniziato 16/09/2011	1	3	28/09/2011 02:55 pm (Ultimo Messaggio 26.1 giorni fa) > -> caso patrizia che novità c...	
 <input type="checkbox"/>	DIABETOLOGIA PEDIATRICA Proprietario afranzese, Iniziato 16/09/2011	1	0	16/09/2011 09:36 am (Ultimo Messaggio 38.4 giorni fa) > Salve dottoressa questo messag...	
 <input type="checkbox"/>	DISLIPIDEMIE Benvenuto!!! Proprietario fjsasa, Iniziato 27/05/2011	3	2	24/06/2011 10:13 am (Ultimo Messaggio 122.3 giorni fa) > Un saluto a tutti, attendo con...	
 <input type="checkbox"/>	EMOSTASI Proprietario				

Internet 100%

start Hotmail - patriziacuccaro... Progetti MMG - Windo... Posta in arrivo - Micro... Documenti Quaderno_Appropri... TELEMEDICINA Sche... 18.26

segue Figura 16 - DotProject

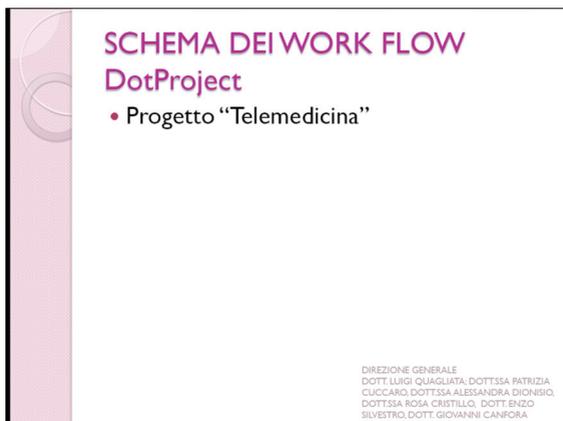
Specialt�	Proprietario	Iniziato	Colonna 1	Colonna 2	Ultimo Messaggio
<input type="checkbox"/>	Proprietario ezito	16/09/2011			
<input type="checkbox"/>	diabetologia pediatrica				
<input type="checkbox"/>	buongiorno		1	3	28/09/2011 02:55 pm (Ultimo Messaggio 26,1 giorni fa) > =>caso patrizia che novita d...
<input type="checkbox"/>	Proprietario ezito	16/09/2011			
<input type="checkbox"/>	DIABETOLOGIA PEDIATRICA				
<input type="checkbox"/>	Proprietario afranese	16/09/2011	1	0	16/09/2011 09:36 am (Ultimo Messaggio 38,4 giorni fa) > Salve dottoressa questo messag...
DISLIPIDEMIE					
<input type="checkbox"/>	DISLIPIDEMIE				
<input type="checkbox"/>	Benvenuto!!		3	2	24/06/2011 10:13 am (Ultimo Messaggio 122,3 giorni fa) > Un saluto a tutti; attendo con...
<input type="checkbox"/>	Proprietario fiosa	27/05/2011			
EMOSTASI					
<input type="checkbox"/>	EMOSTASI				
<input type="checkbox"/>	Proprietario gdimmo	27/05/2011	1	0	13/07/2011 03:17 pm (Ultimo Messaggio 103,1 giorni fa) > Buongiorno, Sono Alfonso Scil...
ENDOCRINOLOGIA					
<input type="checkbox"/>	ENDOCRINOLOGIA				
<input type="checkbox"/>	Proprietario acolao	27/05/2011	0	0	Nessun Messaggio
GASTROENTEROLOGIA					
<input type="checkbox"/>	GASTROENTEROLOGIA				
<input type="checkbox"/>	Buon lavoro a tutti. Nicola Caporaso		1	0	09/06/2011 12:08 pm (Ultimo Messaggio 137,3 giorni fa) > Il paziente visitato da Morici...
<input type="checkbox"/>	Proprietario nicaporaso	27/05/2011			
NEUROLOGIA					
<input type="checkbox"/>	NEUROLOGIA				
<input type="checkbox"/>	Proprietario gdemichele	27/05/2011	0	0	Nessun Messaggio
ONCOLOGIA					
<input type="checkbox"/>	ONCOLOGIA				
<input type="checkbox"/>	Proprietario sdeplacido	27/05/2011	1	0	09/08/2011 11:19 pm (Ultimo Messaggio 75,8 giorni fa) > Salve a tutti, sono Filippo...
REUMATOLOGIA					
<input type="checkbox"/>	REUMATOLOGIA				
<input type="checkbox"/>	Proprietario siervolino	27/05/2011	1	0	30/05/2011 05:19 pm (Ultimo Messaggio 147,0 giorni fa) > prova
UROLOGIA					
<input type="checkbox"/>	UROLOGIA				
<input type="checkbox"/>	Proprietario apalmieri	27/05/2011	0	0	Nessun Messaggio

aggiorna controlli

Oggi ... Perfezionamento applicativi Edificio 1

Si sta approfondendo l'analisi organizzativa dell'Ed. 1 (dinamiche di Palazzo) e informatico-tecnologica (Order Entry, ADT, SGP-CUP, Armadi Farmaceutici). Il traguardo intermedio raggiunto è, sicuramente, una piena chiarezza sullo stato di dotazione/utilizzo/funzionamento degli attuali applicativi informatici disponibili in azienda (ADT, SGP-CUP, *OrderEntry* ecc). Grazie a questa “fotografia” di dettaglio per le Strutture, non appena sarà completato il potenziamento dei *server* aziendali, le carenze informatiche evidenziate saranno progressivamente - ma rapidamente - corrette. All'oggi l'attenzione è focalizzata sull'*Order Entry*, modulo informatico che permette di richiedere, autorizzare, prenotare, trasmettere ordini dai reparti “richiedenti” ai servizi eroganti all'interno del Policlinico (i servizi di diagnostica per immagini e di laboratorio/anatomia patologica) e di ricevere la risposta a servizio eseguito (in qualche caso, anche a servizio parzialmente eseguito).

ALLEGATO 1 Incontro con i Referenti Tecnici 10 maggio 2011 Come concepire i *workflow*; Condivisione e costruzione di *DotProject*





SCHEMA DEI WORK FLOW

Progetto "Telemedicina"

DIREZIONE GENERALE
DOTT. LUIGI QUAGLIATA, DOTT.SSA PATRIZIA CUCCARO, DOTT.SSA ALESSANDRA DIONISIO,
DOTT.SSA ROSA CRISTILLO, DOTT. ENZO SILVESTRO, DOTT. GIOVANNI CANFORA



Partire dal quadro clinico...

- AREA CLINICA**
- Cardiologia
- Cardiochirurgia
- Diabetologia
- Reumatologia
- Endocrinologia
-



DIREZIONE GENERALE DOTT. LUIGI
QUAGLIATA, DOTT.SSA PATRIZIA
CUCCARO, DOTT.SSA ALESSANDRA
DIONISIO, DOTT.SSA ROSA CRISTILLO,
DOTT. ENZO SILVESTRO, DOTT.
GIOVANNI CANFORA

Partire dal quadro clinico...

AREA CLINICA	Sospetto diagnostico
Cardiologia	Iipertensione secondaria
	Blocco di Branca

	Cardiopatia X
Cardiochirurgia	
Diabetologia	
Reumatologia	
Endocrinologia	
.....	



Partire dal quadro clinico...

AREA CLINICA	Sospetto diagnostico	sintomi
Cardiologia	Iipertensione secondaria	Iipertensione grave e/o resistente
		Rapida comparsa
		Risposta inadeguata ad un trattamento congruo
		Assenza di familiarità per ipertensione
Cardiochirurgia		
Diabetologia		
Reumatologia		
Endocrinologia		
.....		



Partire dal quadro clinico...



- Caratteristiche cliniche di S. Cushing?
- Segni cutanei di neurofibromatosi?
- Reni aumentati di volume e palpabili?
- Soffi addominali?
-



Partire dal quadro clinico...



- Caratteristiche cliniche di S. Cushing?
- Segni cutanei di neurofibromatosi?
- Reni aumentati di volume e palpabili?
- Soffi addominali?
-



Partire dal quadro clinico...



- Caratteristiche cliniche di S. Cushing?
- **Segni cutanei di neurofibromatosi?**
- Reni aumentati di volume e palpabili?
- Soffi addominali?
-



Partire dal quadro clinico...



- **Catecolammine – valori suggestivi**



Partire dal quadro clinico...



- Test di soppressione con clonidina +



Partire dal quadro clinico...



- Test di soppressione con clonidina +

• Prescrivi TAC o PET o scintigrafia



Partire dal quadro clinico...



@TAC o PET o scintigrafia + per feocromocitoma



DIREZIONE GENERALE DOTT. LUIGI
QUAGLIATA, DOTT.SSA PATRIZIA
CUCCIARO, DOTT.SSA ALESSANDRA
RINALDISI, DOTT.SSA ROSA ANTONI
DOTT. ENZO SIBENINNO, DOTT.
GIOVANNI CANFORA

Partire dal quadro clinico...



**@ Somministra alfabloccanti
@ Prenota ricovero....**



DIREZIONE GENERALE DOTT. LUIGI
QUAGLIATA, DOTT.SSA PATRIZIA
CUCCIARO, DOTT.SSA ALESSANDRA
RINALDISI, DOTT.SSA ROSA ANTONI
DOTT. ENZO SIBENINNO, DOTT.
GIOVANNI CANFORA

Procedura rapida...



Procedura rapida...

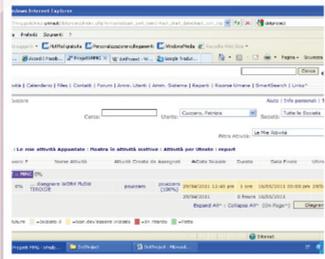




DotProject

Progetto "Telemedicina"

DIREZIONE GENERALE DOTT. LUIGI QUAGLIATA; DOTT.SSA PATRIZIA CUCCARO; DOTT.SSA ALESSANDRA DIONISIO; DOTT.SSA ROSA CRISTILLO; DOTT. ENZO SILVESTRO; DOTT. GIOVANNI CANFORA



Maschera DotProject

DotProject è un applicativo di Project Management web-based e open-source

DIREZIONE GENERALE DOTT. LUIGI QUAGLIATA; DOTT.SSA PATRIZIA CUCCARO; DOTT.SSA ALESSANDRA DIONISIO; DOTT.SSA ROSA CRISTILLO; DOTT. ENZO SILVESTRO; DOTT. GIOVANNI CANFORA



EQUIPES VIRTUALI

PERCHE' DotProject

DIREZIONE GENERALE DOTT. LUIGI
QUAGLIATA; DOTT.SSA PATRIZIA
CUCCARO; DOTT.SSA ALESSANDRA
DIONISIO; DOTT.SSA ROSA CRISTILLO,
DOTT. ENZO SILVESTRO, DOTT.
GIOVANNI CANFORA

dotProject struttura e caratteristiche

Elementi di base:

- Progetti e attività
- Società, Dipartimenti e Contatti
- Risorse

Elementi ulteriori

- Diagrammi di Gantt
- Report
- Storia di tutte le attività
- Forum
- Calendario

DIREZIONE GENERALE DOTT. LUIGI
QUAGLIATA; DOTT.SSA PATRIZIA
CUCCARO; DOTT.SSA ALESSANDRA
DIONISIO; DOTT.SSA ROSA CRISTILLO,
DOTT. ENZO SILVESTRO, DOTT.
GIOVANNI CANFORA

dotProject struttura e caratteristiche

Elementi di base:

- Progetti e attività
- Società, Dipartimenti e Contatti
- Risorse

Elementi ulteriori

- Diagrammi di Gantt
- Report
- Storia di tutte le attività
- **Forum**
- Calendario

DIREZIONE GENERALE DOTT. LUIGI
QUAGLIATA; DOTT.SSA PATRIZIA
CUCCARO; DOTT.SSA ALESSANDRA
DIONISIO; DOTT.SSA ROSA CRISTILLO,
DOTT. ENZO SILVESTRO, DOTT.
GIOVANNI CANFORA

dotProject IL FORUM

- Il modulo Forum è un modulo di comunicazione molto semplice, sia nel disegno che nell'intento.
- Esso è concepito per generare e alimentare discussioni su temi di interesse comune a tutti i membri del Progetto e su discussioni “tematiche”.

DIREZIONE GENERALE DOTT. LUIGI
QUAGLIATA; DOTT.SSA PATRIZIA
CUCCARO; DOTT.SSA ALESSANDRA
DIONISIO; DOTT.SSA ROSA CRISTILLO,
DOTT. ENZO SILVESTRO, DOTT.
GIOVANNI CANFORA

dotProject IL FORUM

- Vanno individuati almeno tanti forum quanti sono i “progetti” – ovvero le aree cliniche.
- E' possibile che, per un solo progetto/ area clinica, siano presenti più forum distinti per patologia d'organo o per categoria nosologica

DIREZIONE GENERALE DOTT. LUIGI
QUAGLIATA; DOTT.SSA PATRIZIA
CUCCARO, DOTT.SSA ALESSANDRA
DIONISIO, DOTT.SSA ROSA CRISTILLO,
DOTT. ENZO SILVESTRO, DOTT.
GIOVANNI CANFORA

dotProject IL FORUM

es. PROGETTO “ENDOCRINOLOGIA”

- FORUM n°1
 - “ENDOCRINOLOGIA – Patologie della Tiroide”;
- FORUM n°2
 - “ENDOCRINOLOGIA – Patologie dell'ipofisi” .

La specifica della patologia d'organo o della categoria nosologica è rappresentata nel campo “descrizione”.

DIREZIONE GENERALE DOTT. LUIGI
QUAGLIATA; DOTT.SSA PATRIZIA
CUCCARO, DOTT.SSA ALESSANDRA
DIONISIO, DOTT.SSA ROSA CRISTILLO,
DOTT. ENZO SILVESTRO, DOTT.
GIOVANNI CANFORA

FAC SIMILE LAYOUT COGNITIVO DEL MODULO FORUM in DotProject

DIREZIONE GENERALE DOTT. LUIGI QUAGLIATA; DOTT.SSA PATRIZIA CUCCARO; DOTT.SSA ALESSANDRA DIONISIO; DOTT.SSA ROSA CRISTILLO; DOTT. ENZO SILVESTRO; DOTT. GIOVANNI CANFORA

dotProject IL FORUM – DISPLAY E MENU

VOCE	DESCRIZIONE
Nome del Progetto / Codice colore	La riga superiore di ogni display mostra il nome del progetto cui il forum è agganciato e ne ripropone il codice colore
Icona di modifica (edit)	È presente se possiedi l'autorizzazione a cambiare i dettagli del forum.
Icona lampadina ()	È presente se il forum contiene post che non hai ancora letto (l'icona è mostrata accanto al post non letto)
Dettagli del Forum	Questa sezione mostra il nome del forum, la descrizione, il proprietario e la data in cui il forum è stato creato su tre righe.
Argomenti	La colonna mostra il numero totale di argomenti presenti nel forum
Repliche	La colonna mostra il numero di risposte sull'argomento
Info Ultimo Messaggio	Mostra la data, l'ora e una breve sintesi dell'ultimo post nel forum e un veloce sommario visivo del numero di giorni trascorsi dall'ultimo post

DOTT. ENZO SILVESTRO; DOTT. GIOVANNI CANFORA

dotProject IL FORUM – DISPLAY E MENU (2)

VOCE	DESCRIZIONE
Nome del Forum	Il nome del forum (corrisponde al progetto/area clinica cui il forum è riferito)
Descrizione	Caratteristiche identificative del forum (può rappresentare la sottospecificazione per patologia o gruppi omogenei di patologia)
Progetto relativo	I forum vanno correlate ad un progetto/area clinica. È necessario selezionare il progetto/area clinica dal menu a tendina
Proprietario	Va selezionato il nome del proprietario del forum; la "proprietà" del forum non implica alcuna autorizzazione speciale né accesso privilegiato. (corrisponde al Referente Interno del Progetto)
Moderatore	Va nominato un moderatore del forum che disciplina lo scambio dei post nel forum
Nome del Forum	Il nome del forum (corrisponde al progetto/area clinica cui il forum è riferito)
Descrizione	Caratteristiche identificative del forum (può rappresentare la sottospecificazione per patologia o gruppi omogenei di patologia)

DIREZIONE GENERALE DOTT. LUIGI
QUAGLIATA, DOTT.SSA PATRIZIA
CUCCARO, DOTT.SSA ALESSANDRA
DIONISIO, DOTT.SSA ROSA CRISTILLO,
DOTT. ENZO SILVESTRO, DOTT.
GIOVANNI CANFORA



BUON LAVORO ...

**COSTRUIAMO IL
LAYOUT
COGNITIVO DEL
MODULO FORUM
in DotProject**

DIREZIONE GENERALE DOTT. LUIGI
QUAGLIATA, DOTT.SSA PATRIZIA
CUCCARO, DOTT.SSA ALESSANDRA
DIONISIO, DOTT.SSA ROSA CRISTILLO,
DOTT. ENZO SILVESTRO, DOTT.
GIOVANNI CANFORA

18. I possibili obiettivi futuri del processo di innovazione e cambiamento (Indice)

I possibili traguardi cui condurrà “l’avventura SATeLLITE” possono, sicuramente, riassumersi nella razionalizzazione e nell’appropriatezza dei percorsi di cura, nell’umanizzazione *reale* della assistenza al paziente, nella semplificazione operativa del ciclo assistenziale.

Ne sono corollari imprescindibili:

- la creazione di un dialogo stabile, ufficiale e sistematico tra la corsia d’ospedale e il distretto;
- il perfezionamento e lo sviluppo delle componenti telematiche;
- l’introduzione di sistemi di verifica – e autoverifica – della qualità e dell’appropriatezza del sistema.

Il vero cambiamento di paradigma – tanto declamato ma, all’oggi, ancora una chimera nella sanità regionale – sta nella **creazione di un nuovo modello cooperativo/partecipativo di sanità** che possa garantire, per l’AOU la rilegittimazione del ruolo di alta assistenza e la possibile creazione di un ambito di attività specifico per la **didattica accademica, gestito a distanza tra cattedre universitarie e setting di cure primarie attraverso lo sviluppo della teledidattica**.

Nel brano che segue, si è voluto che fossero i veri “agenti della salute”, ovvero i MMG a raccontare, insieme alla “realtà della Medicina Generale”, gli obiettivi attesi da SATeLLITE come nuovo modello del far salute.

VOCI DAL TERRITORIO: LA PAROLA AI MEDICI DI MEDICINA GENERALE (Indice)

Team del progetto: Bruno Guillaro¹, Gaetano Piccinocchi¹, Matteo Laringe¹,
Diego Toledo²

Affiliazioni:

MMG- cooperativa Co.Me.Gen.

1

Medico in Formazione

2

Intrduzione(Indice)

La sfida per il nuovo millennio a cui è chiamato il Medico di Famiglia è quella di passare da un lavoro “solista” per certi versi autoreferenziale ad un lavoro in squadra con altri professionisti, modificando organizzazione e cultura del proprio lavoro ma mantenendo intatta la caratteristica del rapporto personale ed umano con il malato e la sua famiglia nella sua interezza.

Le forme associative della medicina generale (aft, Associazioni in rete, Cooperative) rappresentano il valore aggiunto che in questo momento la medicina generale può mettere in campo per diventare interlocutore valido e credibile nel cammino non sempre facile dell’interazione professionale ospedale territorio.

Tali organizzazioni professionali consentiranno la trasformazione del variegato panorama delle singole realtà territoriali in gruppi di lavoro che opereranno con le stesse finalità, con strumenti comuni e con referenti unici nei rapporti con gli altri livelli del sistema.

All’interno dell’associazione è necessario individuare e se necessario costruire la figura del “medico competente” che viene ad essere il trait d’union tra gli specialisti di branca ed i colleghi del gruppo che rappresenta. Tale professionista non solo deve essere preparato in quella specifica disciplina, ma deve avere anche conoscenze informatiche necessarie per dialogare a distanza con i colleghi.

Un operatore, dunque” che dispone di leadership all’interno del gruppo ovvero di un potere non dato dall’autorità del ruolo che ricopre ma dall’autorevolezza. Per dirla con Don Bosco “ chi vuole farsi obbedire deve prima farsi amare”.

Mentre l’autorità, infatti, è una caratteristica del “manager”, l’autorevolezza è una caratteristica del leader per cui si ritiene che i manager dispongano di potere

coercitivo mentre la figura di “medico competente” che noi proponiamo deve disporre di potere connettivo, esemplare e specialistico.

Bisogna, quindi, passare da una “ cultura medica” tipicamente universitaria orientata alla cura della malattia/organo ad un nuovo modello culturale incentrato sulla “persona” e non sulla malattia o, per dirla più semplicemente, passare dal semplice “curare” al più complesso “prendersi cura”.

Il progetto, che Vi proponiamo, vuole essere una proposta innovativa

- attraverso un contatto tra il paziente e la struttura di secondo livello mediato da un professionista della salute, quale il Medico di Medicina Generale e Pediatri di libera scelta;
- considerando il Territorio il luogo dove il paziente deve essere curato;
- garantendo al paziente un percorso di cura adeguato al proprio stato di salute evitando migrazioni per prestazioni sanitarie che, spesso, oltre che inutili sono anche estremamente costose per l'intera comunità principalmente per condizioni di non facile interpretazione, di non facile inquadramento, che vanno ad innescare circoli diagnostici viziosi con frequenti ripetizioni di esami già eseguiti, dispendiosi di risorse per il sistema e mortificanti per il pazienti stessi.

Attraverso una opportuna formazione e la definizione di linee guida di diagnosi e cura condivise, i Medici di Medicina Generale/Pediatri di Libera Scelta entrano ad essere parte attiva dei percorsi diagnostico-terapeutici che portano i propri pazienti, che rimangono sempre fortemente ancorati al Territorio, in contatto con l'AOU Federico II.

La cooperazione tra le strutture dell'AOU Federico II ed i Medici di Medicina Generale / Pediatri di Libera Scelta, consentirebbe peraltro di:

- migliorare l'assistenza primaria erogata dai MMG/PLS, rendendola più efficace ed efficiente nel percorso di diagnosi e cura dei pazienti;
- razionalizzare gli accessi alle Unità di Diagnosi e Cura di eccellenza dell'Azienda, in modo che queste possano concentrarsi nel seguire quei casi patologici di effettivo bisogno di una assistenza altamente qualificata e /o di interesse per la ricerca scientifica;

- raccogliere dati sugli eventi clinici che hanno interessato il cittadino e che sono stati registrati nell'ambito dello studio del proprio medico MMG/PLS, nel quotidiano, di interesse per l'Azienda sia per le attività di assistenza che per quelle di ricerca e didattica.
- “catturare” quei flussi migratori di pazienti che si rivolgono ad oggi a strutture extra regionali.
- Sperimentare nuovi modelli organizzativi sostituendo il vecchio modello tradizionale con la rete.

Modello Tradizionale	Rete
Manager/ Geriarchia	Leader /Network informali
Individuo - esperto	Gruppo - Team
Regole e contratti	Negoziazione
Sistemi lineari/rigidi	Sistemi dinamici

La telemedicina, quindi, rappresenta un sicuro strumento attraverso il quale cogliere le opportunità anzi delineate, in quanto consente di ridurre la distanza dell'AOU Federico II dal territorio.

Per fare ciò tale Progetto si avvale di

- Una infrastruttura organizzativa ovvero la creazione di un Team inter ed Extra aziendale (Specialisti, MMG/PLS)
- Una struttura tecnologica basata sull'insieme dei sistemi informativi messi in rete tra di loro.

In conclusione la realizzazione della proposta progettuale anzi descritta necessita dell'erogazione di servizi mirati a mettere a punto l'organizzazione di cui l'Azienda deve essere dotata per gestire al meglio le attività svolte, per:

- formare i medici MMG/PLS interessati dal progetto sulle linee guida di diagnosi e cura di specifiche patologie, nonché assisterli da remoto nel trattamento delle stesse,
- raccogliere le informazioni cliniche ai fini assistenziali e di ricerca,
- garantire ai pazienti assistenza specialistica ad elevata qualificazione sia all'interno dell'Ospedale che fuori,

- migliorare la qualità del servizio erogato e “catturare” la domanda di servizi di alta specializzazione da parte del territorio.

In tal senso si prevedono le seguenti attività per l’attuazione del progetto:

- **Analisi del Modello Organizzativo** – Tale attività ha l’obiettivo di definire il modello di cooperazione tra le Cooperative di MMG / PLS e centri di eccellenza dell’AOU Federico II nel gestire il percorso assistenziale del paziente, dallo studio medico sino ad arrivare all’Ospedale. Essa quindi mira ad individuare gli attori coinvolti nel processo di cura ed i rispettivi compiti e responsabilità. Deve inoltre definire l’iter del percorso di cura seguito dal medico di base e di come questo si intrecci con i processi operativi dell’Azienda, nei diversi momenti di interazione tra i due attori.
- **Analisi e Definizione delle Linee Guida di Diagnosi e Cura** – Questa attività ha l’obiettivo di definire le linee guida verticali per ciascuna specialità interessata dal presente progetto, per la diagnosi e la cura di determinate patologie che richiedono un’alta specializzazione. L’attività mira principalmente a definire i percorsi diagnostico – terapeutici che un medico MMG/PLS può seguire in autonomia presso il proprio studio, senza ricorrere alla consulenza dell’AOU, nel trattare determinate patologie, secondo quelle che sono le linee guida stabilite dall’Azienda stessa. Contestualmente, in questa fase devono essere altresì definiti i percorsi di diagnosi e cura che vengono applicati dal personale medico ed infermieristico dell’Azienda nei reparti e negli ambulatori ospedalieri di eccellenza. È evidente come in questa fase sia fondamentale il coinvolgimento dei diversi attori coinvolti dal processo di cura di un paziente, siano essi MMG/PLS che personale medico – infermieristico interno all’AOU, costituendo difatti il primo momento di formazione e di trasferimento di know how.
- **Analisi Funzionale** – Attraverso la presente attività si intende individuare nel dettaglio i requisiti funzionali cui le nuove applicazioni dovranno rispondere. Si prevedono quindi incontri con i key user delle specialità dell’Azienda coinvolte nella raccolta dei casi d’uso e delle informazioni di cui necessitano nell’utilizzo dei nuovi sistemi applicativi.

- Installazione – Tale attività consta nell’installazione di tutte le componenti hardware, software di base ed applicative del nuovo sistema informativo.
- Integrazione – Questa attività ha l’obiettivo di realizzare le integrazioni in toto delle nuove applicazioni con i sistemi già esistente presso l’AOU Federico II (Accettazione e Liste di Attesa, Order Entry di Prestazioni, CUP, Laboratorio di Analisi, Radiologia, Anatomia Patologica, Trasfusionale), nonché con il Fascicolo Sanitario Elettronico regionale.
- Formazione – Tale attività mira ad assicurare il trasferimento delle competenze necessarie all’utilizzo dei nuovi sistemi al personale dell’Azienda ed ai MMG/PLS delle Cooperative operanti sul territorio Regionale interessati dal progetto. Essa prevede sia momenti formativi d’aula che training on the job.
- E-Learning – Questa attività mira a porre in esercizio un piattaforma di e-learning attraverso cui realizzare ed erogare ai MMG/PLS delle Cooperative di moduli formativi WBT (Web Based Training) inerenti sia alle tematiche attinenti alla diagnosi e cura delle patologie su cui sono specializzati i centri di eccellenza dell’AOU con cui cooperano nel trattamento delle stesse, sia all’uso delle nuove applicazioni messe a disposizione loro.
- Collaudo – Con tale attività si conclude la fase di start-up dei nuovi sistemi, prevedendo la verifica del corretto funzionamento dei medesimi e la rispettiva messa in esercizio.
- Manutenzione – La presente attività mira a garantire il costante corretto funzionamento dei nuovi sistemi, attraverso interventi manutentivi pianificati (manutenzione preventiva), oltre che al bisogno, in caso di guasto / anomalia dei medesimi (manutenzione correttiva). Tale attività deve essere garantita sino al termine del progetto.
- Help Desk – Tale attività consta nell’erogare un costante supporto ed assistenza da remoto agli utenti del nuovo sistema informativo, nell’utilizzo delle rispettive funzionalità, piuttosto che nella ricezione e gestione di segnalazioni di guasto / anomalia.

Metodologia di lavoro (Indice)

I medici di medicina generale (MMG) sono liberi professionisti convenzionati con il Sistema Sanitario Nazionale in base ad un Accordo Collettivo Nazionale (ACN) stipulato tra la Conferenza Stato-Regioni e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative della categoria.

Fino a pochi anni or sono il ruolo del medico di medicina generale era essenzialmente di *gate-keeper* nei confronti dei livelli assistenziali più alti, era cioè deputato ad esercitare essenzialmente una funzione di filtro.

Tale ruolo era coerente con l'epidemiologia riscontrabile in quel periodo storico che era di tipo prevalentemente acuto, quindi occorreva prendere decisioni in base alle necessità assistenziali e alla migliore allocazione ospedaliera, in quel periodo la scelta di un ospedale non poneva certo problemi di carenza.

La problematica della cronicità era sicuramente marginale considerate l'aspettativa di vita di allora e la scarsa varietà di presidi terapeutici a disposizione.

Negli anni a venire la congiuntura della de-ospedalizzazione e dell'aumento della cronicità la Medicina Generale si è trovata di fronte a nuovi bisogni assistenziali, nel frattempo l'assistenza sanitaria cominciava ad avere una connotazione più specificamente territoriale.

Nasceva l'esigenza di avere anche sul territorio una cartella clinica che potesse tenere traccia degli eventi che si susseguivano nella storia clinica dei pazienti, si è cominciato con la semplice scheda clinica cartacea conservata in ingombranti faldoni per finire alla "cartella clinica informatizzata orientata per problemi" (CMOP).

Tale cartella clinica nasce sul finire degli anni sessanta del secolo scorso grazie al dr. L.Weed, il quale ritenne di introdurre una registrazione delle informazioni che fosse efficace e maggiormente rispondente ad esigenze di rigore scientifico.

Era inizialmente cartacea, ma la sua strutturazione si presta efficacemente ad una elaborazione informatica.

Essa risulta composta di 4 parti:

- dati di base

- lista dei problemi,
- piano diagnostico e terapeutico iniziale,
- diario clinico impostato secondo il metodo soggettivo, oggettivo, valutativo e di piano.

Nella figura successiva viene mostrata una schermata tipica di una siffatta cartella.

The screenshot displays a medical software interface with a menu bar at the top (Paziente, Medico, Schede, Cambia, Stampa, Test, Linee guida, Viste, Carte sanitarie, Scambio dati, Palmare, Extended, Altro) and a toolbar with various icons. The main window is divided into several sections:

- Left Panel:** Contains navigation buttons (Principali, Aperti, Chiusi (7), Tutti) and a list of medical conditions:
 - Nuovo problema
 - Diario
 - Procedure di prevenzione (3 accertamenti evidenziati)
 - 11 EPILESSIA
 - 11 TURBE DEL VISUS
 - 11 % Pz in trattamento con levetiracetam
 - 11 % Preparazione TAC cnc
 - 11 MENINGIOMA CEREBRALE
 - 11 CEFALEA Astenia, difficoltà alla deambulazi
 - 11 Processo espansiva (menigioma) della CONV
- Therapies Table (Terapie):** A table with columns for date, status, name, and other details.

Terapie	Richieste	Vaccini	consigli	mEds	Scadenz
07.11.11	<input checked="" type="checkbox"/>				
29.08.11	<input type="checkbox"/>	◆ SELES BETA*BLIST 50CP 1			CD A
20.06.11	<input type="checkbox"/>	◆ SELES BETA*BLIST 50CP 1			CD A
23.03.11	<input type="checkbox"/>	◆ SELES BETA*BLIST 50CP 1			CD A
19.01.11	<input type="checkbox"/>	◆ SELES BETA*BLIST 50CP 1			CD A
29.09.10	<input type="checkbox"/>	◆ SELES BETA*BLIST 50CP 1			CD A
02.07.10	<input type="checkbox"/>	◆ SELES BETA*BLIST 50CP 1			CD A
07.05.10	<input type="checkbox"/>	◆ SELES BETA*BLIST 50CP 1			CD A
18.11.09	<input type="checkbox"/>	◆ SELES BETA*BLIST 50CP 1			CD A
23.09.09	<input type="checkbox"/>	◆ SELES BETA*BLIST 50CP 1			CD A
- Diagnostic Procedures Table (Accertamenti):** A table with columns for date, status, name, result, and other details.

Accertamenti	Pressione	Certificati	Esenz.	Intolleranze	Allegati
07.11.11	<input checked="" type="checkbox"/>				
29.08.11	<input type="checkbox"/>	◆ TAC CRANIO SENZA+CO			TAC A
27.06.11	<input type="checkbox"/>	◆ RICOV.NEUROCHIRURGI <allegati			RIC S
- Bottom Panel:** Includes a button "Richiedere Accertamenti" and a section for "Esenzioni attive" (Diagnosi precoce tumori - mammografico, Diagnosi precoce tumori - citologico) and "Registri" (nessuno) and "Autorizzazioni" (nessuna).

La Medicina Generale si è fatta carico grazie alla sua flessibilità auto-organizzativa di essere promotrice del cambiamento quando si è avuto anche in ambito sanitario l'avvento dell'informatica.

In Regione Campania la prevalenza di medici informatizzati è stata fin da subito una delle più alte in Italia, al momento il supporto informatico per i me-

dici di medicina generale è condizione irrinunciabile per poter accedere alla convenzione.

I medici di medicina generale lavorano cinque giorni a settimana, assicurando l'apertura dello studio in tali giorni e provvedendo a visitare a domicilio i pazienti che si trovano in condizioni tali per cui non possono recarsi presso gli studi.

Dell'Assistenza Primaria fa parte anche il servizio di Continuità Assistenziale che si fa carico di assicurare l'assistenza sul territorio nelle ore notturne e nei giorni festivi.

Anche se il termine "Continuità" può trarre in inganno di fatto non esiste a tutt'oggi un collegamento strutturato tra i due servizi che di fatto lavorano in assoluta autonomia e senza alcun scambio di informazioni.

La Medicina Generale ha avuto negli anni passati il merito di far sentire la presenza del Servizio Sanitario negli angoli più remoti del Paese, ma nelle condizioni attuali il sacrificio di un medico che lavora da solo non è più pensabile.

Essere oberati di compiti non propri e da una burocrazia opprimente ha sottratto tempo all'assistenza, ha impedito la ricerca, la formazione ed il self-audit.

L'esplosione della epidemia delle "cronicità" a partire dalla centralità del rapporto medico di MG / assistito, ci costringe a sperimentare con rapidità nuovi modelli organizzativi in grado di migliorare i risultati clinici in termini di efficacia ed efficienza, garantendo l'appropriatezza delle prestazioni erogate e la sicurezza dei pazienti in un contesto di Percorsi Diagnostico Terapeutici condivisi tra cure primarie e specialistiche.

Il MMG non può più lavorare attraverso interventi "puntuali e tra loro sconsiderati", ma ha bisogno di chiedersi e di sapere, per esempio, quanti sono i pazienti con particolari patologie, le loro comorbidità, come essi sono trattati, se hanno raggiunto determinati obiettivi di salute, se hanno criticità gestionali (e quindi se corrono particolari rischi clinici) e tra essi quali sottogruppi generano costi elevati e/o comprimibili con una migliore strategia assistenziale.

A tutto ciò serve un "sistema informativo clinico" (uno dei fondamenti del "Chronic Care Model"), che mediante i dati registrati nella cartella clinica informatica, trasformati prima in indicatori di processo ed esito e poi in informazioni

leggibili, permetta ai MMG di operare nella consapevolezza delle proprie azioni e in piena trasparenza rispetto all'amministratore (accountability).

La tracciabilità degli eventi e l'analisi epidemiologica saranno le basi del sistema di cure primarie finanziato per obiettivi.

Per tali motivi SIMG ha fornito ai medici di MG strumenti di governo del sistema in grado di:

- elaborare indicatori di performance
- facilitare l'audit singolo o di gruppo
- far emergere criticità clinico-gestionali che potrebbero mettere a rischio i pazienti per interventi carenti, inappropriati o errati
- ottimizzare le terapie, le procedure, il follow-up dei malati cronici e il rispetto delle note AIFA.

Il software applicativo gestionale, chiamato GPG (General Practice e Governance), offre numerosi servizi anche in coerenza con le nuove necessità derivanti dal contratto nazionale e/o dagli accordi regionali\ASL, e quindi con interessanti prospettive d'integrazioni economiche rispetto al salario di base.

In particolare il GPG permette di:

- registrare ed estrarre i dati in conformità a precisi obiettivi di cura (es: i PDT) o di ricerca
- monitorare e valutare (Clinical audit) l'efficacia e l'appropriatezza degli interventi riguardo ai principali problemi clinico-assistenziali con un set d'indicatori di processo ed esito e di confrontarli con i dati a livello nazionale (in Health Search)
- partecipare a progetti di ricerca clinica sia nazionali sia locali, senza interferenze nell'attività clinica quotidiana
- identificare le situazioni che generano rischi suggerendo possibili e praticabili soluzioni, al fine di aumentare la sicurezza dei pazienti (Risk management)
- interagire con la cartella clinica Millewin al fine di intervenire sull'appropriatezza e sicurezza del singolo paziente o di gruppi di pazienti.

MilleGPG - Modalità DIMOSTRATIVA

MilleGPG
GENERAL PRACTICE GOVERNANCE

Audit Clinico
Monitoraggio e valutazione dell'efficacia e dell'appropriatezza degli interventi nella gestione dei principali problemi cronici mediante un set di indicatori di processo ed esito intermedio e loro confronto con i dati "ideali" e Nazionali di Health Search

Rischio Clinico
Identificazione delle situazioni che determinano un rischio clinico e che necessitano di interventi correttivi

Appropriatezza
Valutazione dell'appropriatezza prescrittiva (nel singolo paziente o in gruppi di pazienti) relativa a specifici farmaci (Statine, Inibitori di Pompa Protonica)

Progetti e Report
Adesione e partecipazione a progetti di ricerca clinico-epidemiologica di carattere locale e Nazionale. Generazione di report inerenti i Patti Aziendali e le Vaccinazioni

Scambio Dati
Invio e ricezione dei dati (aggregati e anonimizzati) agli archivi di riferimento per finalità di confronto. Aggiornamento automatico del programma e delle funzionalità in esso contenute

Analisi Criticità e Intervento
Identificazione e risoluzione delle principali criticità nella gestione delle malattie croniche mediante specifici supporti scientifici

Simulazione Scenari
Simulazione degli esiti (riduzione/aumento di eventi) di un intervento sanitario in base ad un predeterminato obiettivo di salute

Risorse e FaD
Accesso a notizie di interesse professionale, aggiornamenti dalla letteratura internazionale, materiali formativi (FaD), Forum di discussione, supporto e materiali informativi per i pazienti

Supporti Professionali
Funzionalità di supporto all'organizzazione e alla gestione dell'attività professionale

Pannello di Controllo
Configurazione avanzata dell'applicazione, documentazione relativa al programma e Supporto Tecnico

Versione: 1.4 - Luglio 2010

genomedics Millennium
Realizzato su specifiche professionali della Società Italiana di Medicina Generale

Le Società Scientifiche della Medicina Generale hanno promosso gli incontri di audit, hanno favorito l'abbandono dell'isolamento nel proprio studio, hanno fatto nascere il senso di collaborazione, hanno favorito l'implementazione dei programmi gestionali per lo studio medico.

La Medicina Generale, unica nel panorama del Servizio Sanitario Regionale, ha risposto in maniera compatta e con percentuali di poco inferiori al 100% alla richiesta della certificazione telematica di malattia.

La Medicina Generale è pronta alle sfide e ai cambiamenti che attendono il SSN da qui a poco.

La sfida per il nuovo millennio a cui è chiamato il Medico di Famiglia è quella di passare da un lavoro "solista" per certi versi autoreferenziale ad un lavoro in squadra con altri professionisti, modificando organizzazione e cultura del proprio

lavoro ma mantenendo intatta la caratteristica del rapporto personale ed umano con il malato e la sua famiglia nella sua interezza.

Le forme associative della medicina generale (AFT, Associazioni in rete, Cooperative) rappresentano il valore aggiunto che in questo momento la medicina generale può mettere in campo per diventare interlocutore valido e credibile nel cammino non sempre facile dell'interazione professionale ospedale-territorio.

Tali organizzazioni professionali consentiranno la trasformazione del variegato panorama delle singole realtà territoriali in gruppi di lavoro che opereranno con le stesse finalità, con strumenti comuni e con un referenti unici nei rapporti con gli altri livelli del sistema.

All'interno delle forme associative è necessario individuare e se necessario costruire la figura del "medico con particolari interessi" che viene ad essere referente del gruppo a cui appartiene nei confronti delle istituzioni e delle altre componenti del "sistema salute"relativamente alla branca cui si dedica.

Tale professionista potrà essere utilizzato nell'ambito della forma associativa per dare vita agli ambulatori dedicati alle patologie croniche ad alto impatto sociale quale diabete, ipertensione, malattie ostruttive polmonari.

Il progetto "Satellite" a cui la Medicina Generale aderisce con le sue componenti più avanzate rappresenta un tentativo di riformulare un nuovo modello assistenziale mediante la costituzione di una rete che attraverso l'adozione di PDTA condivisi ne governa l'andamento mediante un percorso di governo clinico affidato al gruppo di lavoro individuato preventivamente.

Tale processo consentirà di allocare al giusto livello la prestazione necessaria evitando ridondanze ed inapproprietezze.

- attraverso un contatto tra il paziente e la struttura di secondo livello mediato da un professionista della salute, quale il Medico di Medicina Generale o Pediatra di libera scelta;
- individuando nel Territorio il luogo dove il paziente deve essere curato;
- garantendo al paziente un percorso di cura adeguato al proprio stato di salute evitando migrazioni per prestazioni sanitarie che, spesso, oltre che inutili sono anche estremamente costose per l'intera comunità principalmente per condizioni di non facile interpretazione, di non facile inquadramento, che vanno ad

innescare circoli diagnostici viziosi con frequenti ripetizioni di esami già eseguiti, dispendiosi per il sistema e mortificanti per gli stessi pazienti.

Attraverso una opportuna formazione e la definizione di linee guida di diagnosi e cura condivise, i Medici di Medicina Generale/Pediatri di Libera Scelta potranno entrare ad essere parte attiva dei percorsi diagnostico-terapeutici che portano i propri pazienti, che rimangono sempre fortemente ancorati al Territorio, in contatto con l'AOU Federico II.

La cooperazione tra le strutture dell'AOU Federico II ed i Medici di Medicina Generale / Pediatri di Libera Scelta, consentirebbe peraltro di:

- migliorare l'assistenza primaria erogata dai MMG/PLS, rendendola più efficace ed efficiente nel percorso di diagnosi e cura dei pazienti;
- razionalizzare gli accessi alle Unità di Diagnosi e Cura di eccellenza dell'Azienda, in modo che queste possano concentrarsi nel seguire quei casi patologici di effettivo bisogno di una assistenza altamente qualificata e /o di interesse per la ricerca scientifica;
- raccogliere dati sugli eventi clinici che hanno interessato il cittadino e che sono stati registrati nell'ambito dello studio del proprio medico MMG/PLS, nel quotidiano, di interesse per l'Azienda sia per le attività di assistenza che per quelle di ricerca e didattica.
- “catturare” quei flussi migratori di pazienti che si rivolgono ad oggi a strutture extra regionali.

Sperimentare nuovi modelli organizzativi sostituendo il vecchio modello tradizionale con la rete.

BOX DI APPROFONDIMENTO

Box 1. MORTALITÀ ED OSPEDALIZZAZIONE EVITABILE IN CAMPANIA

La regione Campania conferma storicamente **la più bassa speranza di vita alla nascita rispetto al resto d'Italia**, con 82,4 anni di sopravvivenza per le donne (che vivono, in media, 83,8 anni in Italia) e 77 anni per gli uomini (la cui sopravvivenza media nazionale è 78,4). **Nella stessa direzione vanno i dati di mortalità evitabile**, coi quali si descrivono i decessi imputabili a cause ritenute efficacemente contrastabili con interventi di prevenzione primaria, diagnosi precoce e terapia, igiene e assistenza sanitaria. A livello regionale **la Campania si colloca, invariabilmente per maschi e femmine, nella fascia più critica**. Calcolando i giorni di vita persi pro-capite per mortalità evitabile, la Campania si colloca al fondo della classifica nazionale con il 15° posto per la mortalità maschile e il 19° per la mortalità femminile

Per quanto riguarda l'ospedalizzazione evitabile, considerando i DRG a rischio di in appropriatezza in DH (DPCM 29 nov. 2001) e i ricoveri medici di 1 giorno, la Campania è tra le regioni con tasso di dimissioni per entrambe le casistiche superiore alla media nazionale; il regime diurno è utilizzato prevalentemente con un basso numero medio di accessi (2,69). La percentuale dei ricoveri in Day Surgery sul totale dei ricoveri diurni è tra le più basse a livello regionale.

BOX 2 INDICATORI PROXY DI INAPPROPRIATO UTILIZZO DELL'OSPEDALE

In generale, la Campania registra un **ricorso all'ospedalizzazione superiore alla media nazionale**, dato che, preso singolarmente esprime senz'altro un **livello di salute "svantaggiato" del cittadino campano rispetto alle altre regioni**. Le caratteristiche del ricorso all'ospedalizzazione in Campania (elevato numero di ricoveri medici di un solo giorno, percentuale di utilizzo del DH superiori rispetto alla mediana e alta quota di DH diagnostici con basso numero di accessi), sono, tuttavia, suggestive anche di un sovrautilizzo delle strutture ospedaliere da **scarsa offerta e/o accessibilità della rete dei servizi primari e intermedi**.

In più, fenomeni come il tasso di dimissioni ospedaliere potenzialmente evitabili (per patologie come asma, complicanze a lungo termine del diabete, bronco pneumopatia cronica ostruttiva, insufficienza cardiaca) confermano indirettamente **l'inefficienza della gestione territoriale della bassa intensità**.

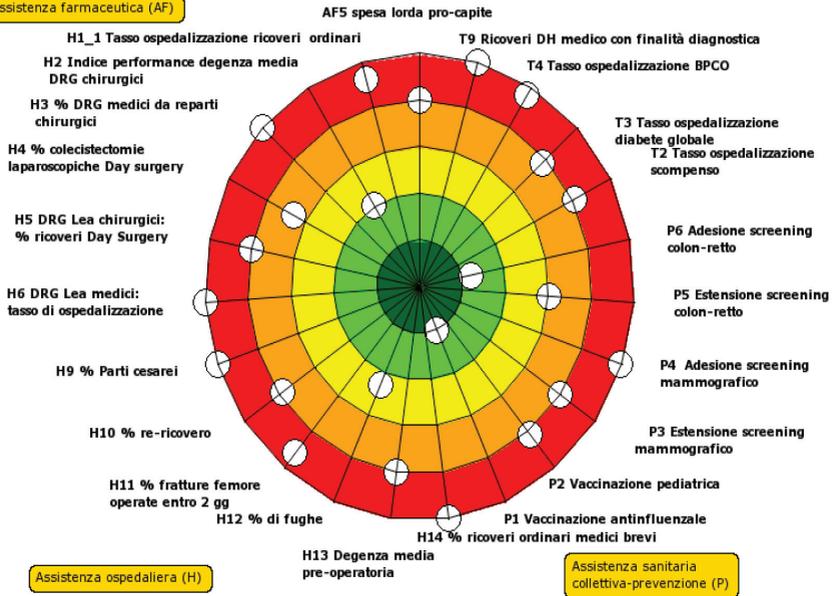
La lettura tecnica dei dati di ospedalizzazione campana (alti tassi di ricovero e percentuale di utilizzo del DH superiori rispetto alla mediana) esprimono un sovrautilizzo delle strutture di ricovero, in specie diurno, che potrebbe denotare una scarsa offerta e/o accessibilità della rete dei servizi ambulatoriali. Il fenomeno dell'elevato numero di ricoveri medici di un solo giorno o dei DH diagnostici con basso numero di accessi, infatti, pur essendo in parte suggestivo del comportamento inappropriato dei clinici, dipende soprattutto da caratteristiche non fisiologiche del contesto organizzativo di riferimento, anomalie del sistema dell'offerta di servizi quali quelle richiamate e spesso anche politiche tariffarie regionali che non favoriscono i comportamenti virtuosi e/o penalizzano in modo insufficiente quelli inappropriati. La correzione di queste anomalie impone di migliorare l'analisi delle cause alla radice del fenomeno al fine di promuovere, in coerenza con le indicazioni sui LEA e tutte le normative di riferimento, specifici programmi finalizzati agli obiettivi di appropriatezza, allo sviluppo della rete dei servizi territoriali e alla loro effettiva integrazione con il livello ospedaliero.

BOX 3 VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE DEI SERVIZI SANITARI REGIONALI

Campania

Assistenza farmaceutica (AF)

Assistenza distrettuale (T)



BIBLIOGRAFIA

- DPCM 29 novembre 2001 - allegati 2 (Elenco DRG a rischio di non appropriatezza) e 3.
- Patto per la Salute 2010-12.
- Piano di Rientro Regione Campania (PIANO DI RIENTRO DAL DISAVANZO E DI RIQUALIFICAZIONE E RAZIONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO DELLA REGIONE CAMPANIA 1.1.2007 – 31.12.2009) - BOLLETTINO UFFICIALE DELLA REGIONE CAMPANIA - N. 17 DEL 26 MARZO 2007.
- DGRC 546/07 Interventi per la promozione dell'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri - Adeguamento delle soglie massime di ricovero ai sensi dell'allegato 2C del DPCM 20.11.2001 - Livelli Essenziali di Assistenza - Istituzione del modello organizzativo del Day Service.
- DGRC 102/09 Modifiche ed integrazioni alla deliberazione n° 2040 del 23 dicembre 2008 "Modello organizzativo del day-service (DGRC 546/2007): ulteriori indicazioni sulle modalità operative di erogazione del day-service e sulle modalità di remunerazione; definizioni di specifici Percorsi Ambulatoriali Complessi e Coordinati (PACC) e relativi flussi informativi.
- Decreto n° 5/2009 e Decreto n°58/2010 del Commissario ad acta "misure per l'appropriatezza dei ricoveri".
- Decreto n°15/2009 e Decreti n°14 e 44 del 2010 sul contenimento della spesa farmaceutica.
- Progetto Mattoni SSN – Misura dell'Appropriatezza – Documento del Comitato scientifico.
- Indicatori di Appropriatezza organizzativa Patto per la Salute 2010-2012http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1421_allegato.pdf.
- DeCoster C, Roos NP, Carriere KC, Peterson S. Inappropriate hospital use by patients receiving care of medical conditions: targeting utilization review. CMAJ 1997; 157 (7): 889-96.

- Di Domenicantonio R, Filocamo A, Baglio G, et al. La valutazione dell'appropriatezza organizzativa con differenti metodi: APPRO e PRUO. *Ann Ig* 2004; 16: 79-94.
- Fortino A, Lispi L, Materia E, Di Domenicantonio R, Baglio G. La valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri in Italia con il metodo APPRO. Roma, 2002 (www.ministerosalute.it/programmazione/resources/documenti/sdo/appro.pdf).
- Materia E. Appropriata: origini, implicazioni, valutazione. *Tendenze Nuove* 2003; 4-5: 343-54.
- McDonagh MS, Smith DH, Goddard M. Measuring appropriate use of acute beds. A systematic review of methods and results. *Health Policy* 2000; 53 (3): 157-84. Review. Erratum in: *Health Policy* 2000; 54 (2): 163.
- McDonagh MS, Smith DH, Goddard M. Measuring appropriate use of acute beds. A systematic review of methods and results. *Health policy* 2000; 53: 157-84.
- Morgagni S, Borghi M, Autieri G, Messina G, Caciagli P, Nante N. La valutazione di appropriatezza del ricovero ospedaliero: tre metodi a confronto. In: *Atti della VIII Conferenza di Sanità Pubblica della Società Italiana d'Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica*, 19-20 nov 2003, Roma. *Italian Journal of Public Health* 2004; 1 (0): 258. www.ijph.it.
- Rosati E, Agabiti N, Limongelli P, Materia E, Guasticchi G. Qualità della cartella clinica e della scheda di dimissione ospedaliera: studio retrospettivo in alcuni ospedali di Roma. *Ig Sanita Pubbl* 2004; 60 (4): 243-57.

Finito di stampare
nel mese di novembre 2011
dalla Poligrafica F.lli Ariello - Editori s.a.s.
Napoli

Questo prodotto è stato realizzato nel rispetto delle regole stabilite dal sistema di gestione qualità conforme ai requisiti ISO 9001:2008 valutato da Bureau Veritas Italia S.p.A. e coperto dal certificato numero 209065

