

## Sezione 6. Ricerca e innovazione

242

### 6.1 Creazione dell'infrastruttura per la ricerca e l'innovazione

243

6.1.1 Integrazione tra i sotto-sistemi aziendali	243
6.1.2 Progetti di modernizzazione	244
<b>Progetto: "Dai gesti alle parole: studio, prevenzione e presa in carico delle situazioni di maltrattamento delle donne e dei bambini"</b>	244
<b>Progetto: "Sistema di appropriatezza dei ricoveri tramite l'utilizzo di un sistema di classificazione isoseverità"</b>	245
6.1.3 Progetto aziendale "CE.R.E.R.e"	246
6.1.4 Innovazioni tecnologiche	247
<b>Servizio Numero verde regionale e Progetto SOLE (Sanità On LinE)</b>	251
<b>Progetto SOLE - Sanità On LinE</b>	253

### 6.2 Progetti in rete e sviluppo di un ambiente culturale favorevole all'innovazione di sistema

256

6.2.1 Progetto: IQIP - International Quality Indicator Project del Center for Performance Sciences	256
6.2.2 Integrazione tra discipline/professioni e tra competenze clinico-assistenziali e gestionali	258
<b>Progetto: "Medicina perioperatoria - sperimentazione di un modello organizzativo della fase pre-operatoria"</b>	258
<b>Progetto: "Linee di indirizzo per lo sviluppo delle professioni sanitarie assistenziali nei dipartimenti di cure primarie"</b>	260

## 6. Ricerca e innovazione

L'attività di Ricerca e Innovazione è strettamente connessa all'attività di Formazione, con la quale si deve integrare, in coerenza con quanto delineato anche nelle linee di indirizzo regionali, per la definizione dell'Atto Aziendale.

L'anno 2007, come descritto nella Sezione 4, paragrafo 4.6 *Formazione*, si caratterizza per il percorso di ri-orientamento complessivo della Formazione Aziendale, che ha preso avvio con l'approvazione – da parte dell'Alta Direzione – del progetto di specie: ad oggi, il posizionamento è in staff al Direttore Sanitario, proprio insieme alla Ricerca e Innovazione e al Governo clinico.

La Ricerca viene indicata tra le attività tipiche di tutte le Aziende del SSR – e non più solo di AO Universitarie, ovvero IRCCS – ovviamente secondo le priorità di *mission* specifica.

Il modello di riferimento al quale si ispira la nuova tecnostruttura in staff dell'AUSL di Imola tende a "contrastare" le dinamiche "chiuse" e settoriali, che si sono generate negli anni in cui per le Aziende territoriali la ricerca era una attività quasi opzionale. L'obiettivo viene identificato nel superamento di una gestione per sottosistemi, con funzioni e responsabilità diverse, scarsamente interconnesse e autoreferenziali, rispetto all'esigenza di scambio, condivisione e circolazione delle informazioni, al proprio interno e all'interno del Sistema di cui si è parte.

A questo proposito, può essere significativo soffermarsi sulla dichiarazione della "nuova" *mission* aziendale, volta principalmente al governo della domanda e alla gestione dell'offerta sanitaria – nel rispetto dei livelli essenziali e uniformi di assistenza - secondo principi di universalità, equità, appropriatezza ed evidenza dell'efficacia, osservando criteri di efficienza ed economicità. Nello specifico della presente Sezione, si afferma che, per il perseguimento dei suoi scopi, *l'Azienda USL di Imola agisce come un sistema cognitivo, evolutivo e dinamico, grazie alla pratica continua:*

- *della integrazione e valorizzazione delle sue molteplici professionalità interne;*
- *della in-formazione sanitaria socialmente diffusa;*
- *della ricerca e dell'innovazione;*
- *della formazione e dell'aggiornamento.*

L'approccio sistemico cui si fa riferimento mutua i principi fondamentali del suo agire dalla Legge Regionale 29/2004 *"Norme generali sull'organizzazione e il funzionamento del SSR"* e dal nuovo Piano Sociale e Sanitario dell'Emilia Romagna, che introducono, quali elementi innovativi di governo del SSR e delle aziende sanitarie: (i) la cooperazione con le comunità e gli enti locali; (ii) la valorizzazione delle diverse professionalità e la ricerca e innovazione organizzativa e tecnologica; (iii) la collaborazione con le Università della Regione.

## **6.1 Creazione dell'infrastruttura per la ricerca e l'innovazione**

### **6.1.1 Integrazione tra i sotto-sistemi aziendali**

Le *mission* delle AUSL regionali "riclassificano" come attività tipiche la Formazione e la Ricerca - veri propulsori di sviluppo, nel suo complesso - oltre alla tradizionale e primaria funzione clinico-assistenziale. I progetti innovativi rappresentano, in questo senso, un impulso alla ridefinizione degli assetti interni, attraverso la messa in campo di iniziative formative, tramite il ruolo del Collegio di Direzione e la creazione di una infrastruttura aziendale, per il governo della ricerca e della didattica, quali funzioni integrate all'assistenza.

Nella realtà dell'Azienda di Imola, come si è anticipato in premessa, la gestione delle attività formative e di ricerca, nell'esercizio in esame, era ancora condotta da sottosistemi aziendali scarsamente correlati: si rimanda pertanto alla Sezione 4 per un dettaglio delle attività riferite alla Formazione, così come si rimanda alla Sezione 3 per quanto riguarda gli obiettivi e i progetti "di sviluppo", che per definizione ineriscono l'innovazione tecnologica, clinica e organizzativo-gestionale.

In questa Sezione, si pone il *focus* su alcune specifiche attività/progetti di carattere innovativo, relative all'esercizio 2007, alle quali l'Azienda di Imola ha partecipato a vario titolo, caratterizzandosi per essere esperienze:

- anche di formazione professionale e cambiamento culturale;
- di progettazione, in rete con altre aziende, enti e istituzioni;
- basate su approcci multidisciplinari (integrazione tra diverse discipline e competenze clinico-assistenziali e gestionali).

Un altro aspetto fondamentale, strettamente connesso all'attività di formazione e di ricerca, riguarda il rapporto con le Università - regolamentato dall'apposito Protocollo di Intesa Regionale - che l'AUSL di Imola ha mantenuto e sviluppato negli ambiti delle attività tipiche di Cura, Formazione e Ricerca, secondo le modalità previste dalla Legge Regionale 29/2004. Per un approfondimento rispetto all'argomento si rinvia sempre alla Sezione 4, dove viene dato spazio descrittivo alle attività per l'integrazione delle competenze scientifiche, tecniche e professionali, finalizzate allo sviluppo della ricerca e alla formazione continua del personale del SSR.

Nella presente Sezione 6, si intende piuttosto dare rilievo al ruolo sviluppato dall'Azienda di Imola nel supporto e coordinamento dei progetti di sviluppo e innovazione tecnologica, per conto della Direzione Regionale Sanità e Politiche Sociali. In particolare, l'AUSL di Imola si propone quale soggetto per la sperimentazione sul campo delle soluzioni tecnologiche ICT, riguardanti l'ottimizzazione dei processi sanitari e la gestione del rischio.

### 6.1.2 Progetti di modernizzazione

In attuazione del Piano Sociale e Sanitario 2007-2009, riguardo alla ricerca e all'innovazione nel SSR, l'Agenzia Sanitaria Regionale ha promosso incentivi per progetti di modernizzazione, elaborati dalle Aziende Sanitarie, e orientati all'innovazione tecnologica e organizzativa, con implicazioni sul versante clinico, gestionale ed economico, oltre alle ricadute sul piano della ricerca e della formazione professionale.

In particolare, per l'anno 2007, l'Azienda USL di Imola riveste un ruolo di azienda capofila per il progetto *"Dai gesti alle parole: studio, prevenzione e presa in carico della situazioni di maltrattamento delle donne e dei bambini"*, di cui si riporta una sintesi nel seguito, e partecipa - in *partnership* con altre Aziende della Regione – ai seguenti progetti:

- *"Studio e realizzazione di un sistema informativo unico, a supporto dell'area ricerca ed innovazione delle aziende dell'area vasta Bologna-Ferrara"* (si veda il paragrafo 6.2.3);
- *"Sistema di appropriatezza dei ricoveri tramite l'utilizzo di un sistema di classificazione isoseverità"*;
- *"Miglioramento organizzativo e governo clinico nell'utilizzo degli ecocomponenti in ambito metropolitano"*;
- *"Implementazione e valutazione del trattamento integrato del paziente con Stroke"*.

#### **Progetto: "Dai gesti alle parole: studio, prevenzione e presa in carico delle situazioni di maltrattamento delle donne e dei bambini"**

##### **SOGGETTI COINVOLTI**

Azienda USL di Imola (azienda capofila)

Aziende USL dell'Area Vasta Bologna-Ferrara

##### **RAZIONALE E OBIETTIVI**

L'obiettivo del progetto è quello di definire un sistema di rete tra Servizio Sanitario, istituzioni (Servizi Sociali, Forze dell'Ordine, Istituti scolastici, ecc.) e altre risorse del territorio (Associazioni di volontariato), finalizzato alla: sensibilizzazione e studio del fenomeno della violenza nei confronti delle donne e dei bambini; definizione, sperimentazione e attuazione dei metodi di prevenzione e presa in carico integrata, maggiormente efficaci. Il fenomeno della violenza contro le donne e i bambini è universalmente riconosciuto come causa di profondi danni fisici e psichici. Dalla letteratura scientifica si evince che - così come per altri aspetti collegati alla salute dei cittadini - le strategie di prevenzione si siano dimostrate efficaci e la presa in carico integrata - che affronta il problema nella sua totalità e complessità - si sia confermata il trattamento di elezione.

##### **MODALITÀ DI ATTUAZIONE**

La rilevazione a livello locale delle dimensioni e delle caratteristiche del fenomeno maltrattamento è effettuata attraverso i metodi della ricerca psico-sociale, coinvolgendo gli operatori dei servizi,

delle istituzioni, delle associazioni, che entrano in contatto con tali realtà (Consultorio Familiare, Dipartimento di Salute Mentale, UO Dipendenze Patologiche, Pronto Soccorso, Neuropsichiatria Infantile, Forze dell'Ordine, Istituti scolastici, Associazione "Trama di Terre", Associazione "La Cicoria", Caritas, Consorzio Servizi Sociali).

Attraverso *focus group*, gli stessi attori sono coinvolti nello studio e nella sperimentazione delle metodologie di intervento, e nella definizione del protocollo di collaborazione, finalizzato alla presa in carico integrata. Al contempo, il Consultorio Familiare intende sperimentare interventi, finalizzati alla sensibilizzazione e alla prevenzione del fenomeno, in collaborazione con gli istituti scolastici.

#### **STATO DI AVANZAMENTO**

Nel periodo novembre-dicembre 2007, con un gruppo di operatori dello Spazio Giovani e alcuni insegnanti delle scuole secondarie di primo e secondo grado, sono state promosse una serie di riunioni, al fine di concordare le modalità di attuazione degli interventi.

### **Progetto: "Sistema di appropriatezza dei ricoveri tramite l'utilizzo di un sistema di classificazione isoseverità"**

#### **SOGGETTI COINVOLTI**

Azienda Ospedaliera di Bologna (azienda capo fila)

Aziende USL dell'Area Vasta Bologna-Ferrara

#### **RAZIONALE E OBIETTIVI**

Obiettivo principale del progetto è quello di identificare la casistica in ricovero ordinario a bassa complessità, e di individuare percorsi alternativi al ricovero ordinario stesso.

#### **MODALITÀ DI ATTUAZIONE**

Si prevede di individuare i casi a bassa complessità, nel database SDO, attraverso metodologie avanzate di statistica sanitaria e utilizzando il sistema di classificazione isoseverità dei ricoveri APR-DRG v.20i. Successivamente, si definiranno gli opportuni indicatori, per valutare i livelli di appropriatezza organizzativa, e i possibili percorsi diagnostico-terapeutici alternativi al ricovero ordinario.

#### **STATO DI AVANZAMENTO**

Nel 2007 è stata realizzata la prima delle tre fasi previste. Si sono analizzati, all'interno del database regionale SDO, i 60 DRG "potenzialmente inappropriati" - come definiti dalla Regione Emilia Romagna, e comprendenti i 43 DRG individuati dal decreto "LEA" - che ciascuna Azienda partecipante ha prodotto nel triennio 2004-2006. L'analisi è stata condotta con il sistema APR-DRG v.20, che classifica secondo 4 livelli di severità i 316 gruppi di ricovero individuati. Sono state selezionate alcune variabili presenti sulla Scheda di Dimissione Ospedaliera, quali ad esempio l'età del paziente, le giornate di degenza, le modalità di ricovero, per individuare coppie di DRG/APR-DRG potenzialmente inappropriate. Per le coppie trovate - 117 in tutto - è stata individuata, con la stessa strategia del sistema APPRO3, una soglia di inappropriatezza pari all'80esimo percentile del

peso DRG. Questa soglia è stata validata con sistemi statistici, quali la regressione logistica e gli alberi di classificazione.

### **6.1.3 Progetto aziendale "CE.R.E.R.e"**

#### **SOGGETTI COINVOLTI**

Azienda USL di Imola

#### **RAZIONALE E OBIETTIVI**

Da uno studio recente, condotto nella Provincia di Bologna, risulta che nel circondario imolese un bambino ogni tre e un adulto ogni sei, presunti celiaci, siano stati diagnosticati come tali.

Nel maggio 2007 l'Unità Operativa di Pediatria dell'AUSL di Imola ha avviato il progetto CE.R.E.R.e, il cui acronimo rimanda alla divinità romana, nume tutelare dei raccolti. Si tratta di uno studio osservazionale, prospettico, di tipo epidemiologico, valutato e approvato dal Comitato Etico, che ha come obiettivo la diagnosi precoce e la prevenzione delle complicanze della celiachia.

La celiachia è un'intolleranza permanente al glutine, proteina presente in alcuni cereali, quali grano, orzo e segale. Può insorgere a qualsiasi età, anche se l'esordio più frequente è in età pediatrica, per lo più dai 3 ai 7 anni. La prevalenza di questa malattia in Italia e nel mondo è stimata essere di 1 malato ogni 100-150 persone. Per la maggior parte delle persone, il glutine è una proteina facilmente digeribile, ma in alcuni dei soggetti predisposti geneticamente alla celiachia l'introduzione di alimenti contenente il glutine, quali pasta, pane, biscotti, determina una risposta immunitaria anormale, con danno a carico di vari organi e apparati e, principalmente, a livello dell'intestino tenue, con una atrofizzazione dei villi e, conseguentemente, una minore capacità di assorbire i nutrienti contenuti negli alimenti. La dieta priva di glutine per tutta la vita è l'unica terapia efficace per risolvere i sintomi della malattia e prevenirne le complicanze, che sono dipendenti dalla durata di esposizione al glutine stesso. Dieta priva di glutine non significa doversi privare per tutta la vita di pane, pasta, biscotti, ecc., perché il Sistema Sanitario mette a disposizione del soggetto celiaco, gratuitamente, i prodotti senza glutine e l'industria alimentare, negli ultimi anni, sta mettendo in commercio alimenti per celiaci sempre più gradevoli.

#### **MODALITÀ DI ATTUAZIONE**

Nel 2007 è stato costituito il Gruppo CE.R.E.Re, formato da medici e infermieri della UO di Pediatria dell'AUSL di Imola, da medici e infermieri tirocinanti e da volontari dell'Associazione Italiana Celiachia e dell'Associazione Ponte Azzurro. Nell'ambito del Progetto CERERE sono indagate le fasce di popolazione pediatrica, indicate dalla letteratura a maggior rischio di insorgenza della malattia (3, 5, 7 e 11 anni compiuti nel 2007), per un totale di 4.414 bambini, residenti nei Comuni del Nuovo Circondario Imolese, i quali vengono sottoposti a un test rapido,

su goccia di sangue intero, prelevato dal dito. La metodica è semplice da eseguire e interpretare, rapida (circa 5') e praticamente indolore. La partecipazione è volontaria. Il progetto si propone, inoltre, di migliorare l'educazione sanitaria della popolazione rispetto alla malattia celiachia (si veda Sezione 5, paragrafo 5.3).

#### **STATO DI AVANZAMENTO**

A fine 2007, sono stati convocati 2.000 bambini residenti nei Comuni di Castel San Pietro Terme, Medicina, Mordano, Borgo Tossignano, Fontanelice, Castel del Rio, Casalfiumanese, Castel Guelfo e Dozza, con un'adesione del 53,7% (1.074 bambini). La celiachia è stata diagnosticata in 4 casi mediante il test rapido, ed è stata confermata dai successivi esami di approfondimento (esami del sangue per ricerca anticorpi IGA e EMA, e istologici tramite biopsia intestinale). Lo studio sui rimanenti 2.400 bambini - sempre appartenenti alle stesse fasce di età e residenti nel Comune di Imola - verrà condotto e concluso entro il primo semestre 2008. I bambini che risulteranno negativi al test rapido verranno riconvocati dopo 2 e dopo 4 anni, per ripetere il test e, anche in questo caso, la partecipazione sarà volontaria.

### **6.1.4 Innovazioni tecnologiche**

Il nuovo Atto Aziendale dell'AUSL di Imola, all'articolo 5 "*Sistema di Relazioni Istituzionali*", punto 6, afferma che: "... *l'Azienda ritiene fondamentale mantenere e sviluppare il ruolo di supporto e coordinamento dei progetti di sviluppo e innovazione tecnologica, per conto della Direzione Regionale Sanità e Politiche Sociali. In particolare, l'Azienda si propone quale soggetto per la sperimentazione sul campo delle soluzioni tecnologiche ICT (Information and Communication Technology) riguardanti l'ottimizzazione dei processi sanitari e la gestione del rischio*".

Nel 2007 l'AUSL di Imola ha recepito – determina n. 128 del 15 ottobre 2007 "*Provvedimenti in ordine alla realizzazione dei progetti regionali di applicazione dell'ICT a supporto dei servizi sanitari e socio-sanitari regionali*" - quanto stabilito dalla Delibera della Giunta Regionale n. 952 del 25 giugno 2007, "*Approvazione dei progetti di applicazione dell'ICT a supporto dei servizi sanitari e socio sanitari regionali, da affidare alla società partecipata CUP 2000 per l'anno 2007. Assegnazione finanziamenti all'Azienda USL di Imola*", con la quale vengono approvati e finanziati 15 progetti di applicazione dell'ICT, affidati a una società "*in house providing*", nel rispetto della specifica Convenzione Quadro.

Tale Delibera dispone inoltre - in considerazione delle positive esperienze già avviate per la gestione di precedenti progetti - di avvalersi dell'Azienda USL di Imola quale referente per la gestione tecnico amministrativa e contabile dei progetti finanziati. Di seguito, si elencano le aree di interesse e una sintesi dei progetti specifici.

## AREA 1: RETE DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE E DEI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA

Fornire la garanzia al paziente di un passaggio "governato" da un livello assistenziale a un altro e l'uso appropriato delle risorse, nell'iter diagnostico-terapeutico, costituiscono obiettivo primario del Servizio Sanitario Regionale. In tale ambito, l'*Information and Communication Technology* può svolgere un importante ruolo di supporto, attraverso la messa in rete dei MMG e PLS con le strutture di erogazione, quali l'Ospedale e gli Ambulatori specialistici. I vantaggi sono facilmente individuabili, nell'accesso dei cittadini a servizi più completi, nella riduzione dei passaggi burocratici, nel conseguimento di una maggiore efficienza, nella condivisione tra i diversi attori del sistema sanitario di metodologie gestionali e di accesso ai dati clinici e sanitari.

Tale obiettivo "macro" viene articolato in diversi Progetti operativi, di seguito esposti in estrema sintesi. Del primo progetto ("*Sole*") verrà successivamente fornito maggiore dettaglio, in quanto l'Azienda USL di Imola svolge il ruolo di Referente di Progetto.

1. Progetto Sole, finalizzato a realizzare il collegamento in rete dei MMG e dei PLS. Referente di Progetto: AUSL di Imola.
2. Progetto sistema di pagamento cedolini MMG/PLS, finalizzato a gestire il nuovo sistema di pagamento dei MMG. Referente di Progetto: Direzione Generale Sanità e Politiche sociali.
3. Progetto SVISA di sviluppo degli strumenti informatici a supporto della specialistica ambulatoriale, finalizzato a fornire supporto alle aziende di Area Vasta Emilia Centro, nello sviluppo dei processi di informatizzazione dei percorsi di cura in *day service*, utilizzando al meglio le potenzialità della rete regionale "Sole" (Sanità *on line*). Referente di Progetto: Azienda USL di Bologna.
4. Progetto farmaceutica per la distribuzione "per conto", finalizzato al percorso inerente l'Assistenza farmaceutica, nell'ottica di garantire continuità assistenziale ospedale-territorio, nell'ambito della distribuzione farmaceutica "per conto", da parte delle Farmacie del territorio. Referente di Progetto: Direzione generale Sanità e Politiche sociali.

## AREA 2: GOVERNO DEI TEMPI DI ATTESA

In coerenza con le indicazioni dell'Accordo Stato Regioni, tra il 2006 e il 2007 la Giunta Regionale dell'Emilia Romagna ha approvato e integrato il "*Piano regionale per il Contenimento dei tempi d'attesa*" (delibere n. 1532/2006 e n. 73/2007 e successive integrazioni), con l'obiettivo di governare la domanda di prestazioni e garantire il ricorso appropriato alle attività del SSN, anche attraverso criteri di priorità negli accessi. I progetti appartenenti a quest'area sono volti in sintesi a: razionalizzare/ottimizzare l'offerta delle prestazioni da parte delle Aziende Sanitarie; migliorare il sistema degli accessi, tramite una riorganizzazione del sistema di prenotazione (CUP), differenziando le prestazioni per tipologia, criticità e per percorsi diagnostico-terapeutici prioritari; garantire le revisioni periodiche dell'attività prescrittiva; velocizzare la refertazione e la messa a disposizione dei risultati degli esami; utilizzare le opportunità di un'adeguata organizzazione della libera professione.



Tali obiettivi "macro" vengono articolati in diversi Progetti operativi, di seguito esposti in estrema sintesi. Del primo progetto ("*Call center numero verde*") verrà successivamente fornito maggiore dettaglio, per dare rilievo al ruolo di coordinamento del Servizio regionale nel suo complesso, in capo all'Azienda USL di Imola.

1. Call center numero verde regionale, finalizzato alla implementazione del Servizio Numero Verde Regionale e alla sua integrazione con i sistemi di prenotazione telefonica aziendali, nell'ambito del più ampio progetto SPARTA. Referente di Progetto: Direzione Generale Sanità e Politiche sociali.
2. SPARTA - Supporto al Piano Attuativo Regionale per il contenimento dei tempi d'attesa, finalizzato alla definizione dei criteri per la riorganizzazione del sistema CUP in ambito regionale, attraverso la predisposizione di linee guida e l'individuazione di specifici indicatori di efficienza del funzionamento dei CUP della Rete regionale, e l'individuazione delle specifiche di sistema per il governo dell'offerta in ambito aziendale. Referente di Progetto: Direzione Generale Sanità e Politiche sociali.
3. Integratore CUP, finalizzato alla progettazione e alla realizzazione di un'infrastruttura tecnologica omogenea, a livello regionale, per l'integrazione dei sistemi d'accesso alle prestazioni tramite CUP, a livello di "area vasta" e regionale. Referente di Progetto: Azienda USL di Ravenna.
4. MAPS - Sistema di Monitoraggio dell'accesso alle prestazioni di Specialistica Ambulatoriale, finalizzato alla evoluzione del servizio MAPS, in relazione alle nuove esigenze informative, collegate ai programmi di contenimento dei tempi d'attesa nella specialistica ambulatoriale, e affinché il portale MAPS diventi punto unico per la reportistica. Referente di Progetto: Direzione Generale Sanità e Politiche sociali.
5. SIGLA - Sistema integrato di gestione delle liste d'attesa per ricoveri ospedalieri, finalizzato all'applicazione del sistema di monitoraggio, che individua criteri unificati di definizione delle classi di prestazioni e delle relative priorità nella gestione delle liste di attesa, in regime di ricovero programmato (si veda la Sezione 3, per le azioni effettuate, in questo ambito, da parte dell'AUSL di Imola). Si intende estendere progressivamente tale "cruscotto" ad altre specialità e in tutte le Aziende regionali. Referente di Progetto: Direzione Generale Sanità e Politiche sociali.

### **AREA 3: QUALIFICAZIONE DEI PERCORSI ASSISTENZIALI**

La Regione Emilia Romagna ha provveduto a emanare le Linee guida per l'organizzazione secondo il modello *Hub&Spoke*, con l'obiettivo di creare una rete multidisciplinare di servizi tra i diversi Presidi Ospedalieri regionali, che consenta di gestire percorsi terapeutici integrati. Dal punto di vista del supporto ICT, si propone la realizzazione di una piattaforma integrata di comunicazione tra i diversi Centri, fondata sull'utilizzo dell'infrastruttura di rete regionale LEPIDA. Tali obiettivi "macro" vengono articolati in diversi Progetti operativi, di seguito esposti in estrema sintesi.

1. Estensione della rete *Hub&Spoke* per traumi (SIAT) a altre patologie, finalizzato alla ottimizzazione della gestione del progetto SIAT - Servizi Integrati per l'Assistenza ai Traumi - e della piattaforma di teleconsulto per i traumi, e alla progettazione per l'estendere la rete SIAT ad altre patologie, così da convergere verso le indicazioni provenienti dal progetto PACS federato. . Referente di Progetto: Direzione Generale Sanità e Politiche sociali.
2. PACS federato, finalizzato allo studio di un sistema per rendere disponibili e utilizzabili "in tempo reale" le immagini diagnostiche (*imaging*) rilevanti, da parte dei medici coinvolti nel processo clinico, in coerenza con il modello *Hub&Spoke*, indipendentemente dalla tempistica e dalla localizzazione del processo medesimo. Tale set informativo costituisce un importante supporto alla gestione clinica del paziente, all'ottimizzazione dei processi, alla ricerca e alla formazione. L'obiettivo specifico è la progettazione di un sistema regionale di collaborazione tra gli applicativi di *imaging* diagnostico, insieme alla costruzione dell'indice regionale delle immagini prodotte. Referente di Progetto: Direzione Generale Sanità e Politiche sociali.

#### AREA 4: AREA SOCIO-SANITARIA

La Regione ha da tempo posto al centro della sua azione i bisogni della popolazione anziana, le nuove necessità emerse dall'accoglienza e dalla integrazione di fasce svantaggiate della popolazione, il disagio delle famiglie a basso reddito, con persone anziane non autosufficienti o persone disabili. Le tecnologie di comunicazione e informazione possono costituire un "facilitatore" per la costruzione del nuovo *welfare*, una volta individuate le aree in cui possano essere impiegate con evidente beneficio. Tale obiettivo "macro" viene articolato in diversi Progetti operativi, di seguito esposti in estrema sintesi.

1. SISS - Sistema per l'integrazione Socio-sanitaria, finalizzato a: sviluppare un sistema in grado di descrivere l'articolazione dei servizi offerti a livello regionale e locale, in ambito socio-sanitario ("profilo di comunità regionale"); permettere, partendo dalla raccolta di dati significativi, un'adeguata programmazione a livello locale – e il relativo monitoraggio a livello regionale - del Fondo per la non autosufficienza (FRNA); definire gli strumenti per una corretta valutazione dell'accesso alla rete dei servizi. Referente di Progetto: Direzione Generale Sanità e Politiche sociali.
2. E-Care, finalizzato a condurre una sperimentazione del servizio di specie, rivolto al monitoraggio di persone anziane con scompenso cardiaco e di pazienti operati per frattura al femore, al fine di promuovere un uso più appropriato delle risorse sanitarie e un miglioramento della qualità della vita. Referente di Progetto: Azienda USL di Bologna.

## AREA 5: E-GOVERNMENT E STANDARDIZZAZIONE DELLE PROCEDURE

Allo scopo di condividere le informazioni cliniche dei pazienti, tra i professionisti sanitari, e consentire analisi finalizzate alla prevenzione e al miglioramento nell'assistenza sanitaria, in riferimento a specifiche patologie (diabete, ipertensione, soggetti in terapia anticoagulante, ecc.), risulta indispensabile individuare formati di memorizzazione elettronica (*dataset*) dei risultati e della cronologia di esami e azioni terapeutiche specifiche, in coerenza con le linee guida cliniche condivise. Il panorama regionale è caratterizzato da sistemi clinici e apparecchiature medicali che non applicano i medesimi standard di protocollo clinico, impedendo così una condivisione del dato per via telematica. Analogamente, i MMG spesso utilizzano cartelle cliniche diverse, che registrano sottoinsiemi disomogenei di informazioni. Per facilitare la definizione di standard condivisi e governare l'evoluzione degli stessi (monitoraggio) è previsto un portale che metta in linea la mappa dei sistemi informativi/gestionali delle varie aree, nelle diverse Aziende (CUP, attività ambulatoriale, attività di ricovero, ecc.). Tale obiettivo "macro" di standardizzazione dei sistemi informativi viene articolato in due Progetti operativi, di seguito esposti in estrema sintesi.

1. Mappa sistemi informativi, finalizzato a completare il popolamento del portale SISINFO, con i contenuti delle schede relative a ciascun sistema informativo presente nelle Aziende. Referente di Progetto: Direzione Generale Sanità e Politiche sociali.
2. Standard, l'obiettivo principale è quello di dare un contributo attivo per la generazione e manutenzione degli standard, in ambito sanitario, tramite la partecipazione a specifici tavoli. Referente di Progetto: Azienda USL di Imola.

## Servizio Numero verde regionale e Progetto SOLE (Sanità On Line)

### SOGGETTI COINVOLTI

Direzione Sanità e Politiche sociali della Regione Emilia Romagna

Azienda USL di Imola (Coordinamento regionale del servizio)

Aziende USL e Ospedaliere della Regione Emilia Romagna

Istituto Ortopedico Rizzoli

### RAZIONALE E OBIETTIVI

Il "Numero Verde Regionale", avviato in fase sperimentale nel giugno del 2002, è un servizio erogato tramite *call center*, a favore di tutti i cittadini che richiedono informazioni per accedere ai servizi socio-sanitari della Regione Emilia Romagna. Fornisce telefonicamente le informazioni relative alle modalità di accesso ed erogazione delle prestazioni e dei servizi presenti sul territorio, nelle diverse sedi del Servizio Sanitario Regionale (dove andare, come e dove prenotare, in quali orari e giorni, ecc.). Il Servizio viene utilizzato anche per campagne sanitarie informative ed epidemiologiche di livello regionale e nazionale (nel 2007, di rilievo la campagna informativa sul virus Chikungunya).

Le informazioni sono acquisite dal *call center* regionale, mediante la consultazione di un'apposita banca dati, gestita con metodologia unitaria e appositamente predisposta dalla RER. Questa base

dati viene costantemente popolata e aggiornata (*work in progress*) delle informazioni generali di competenza regionale, e di quelle di carattere aziendale, per quanto concerne le sedi e le modalità di erogazione. La proprietà e la responsabilità della banca dati sono in capo al Servizio Sanitario Regionale, mentre l'implementazione delle informazioni comuni a tutto il servizio sanitario avviene tramite il supporto tecnico-informativo del coordinamento regionale, affidato all'Azienda USL di Imola. In seconda istanza, il coordinamento garantisce che le Aziende Sanitarie procedano all'allineamento e all'adeguamento della informazioni di carattere locale, fornendo - tramite una sistema di comunicazione a rete - le informazioni e i supporti necessari al popolamento, in base a specifiche disposizioni, direttive e linee guida. Viene altresì garantita l'attività di monitoraggio e verifica del lavoro di allineamento da parte delle Aziende.

Nella gestione del Servizio Numero Verde unico regionale, l'Azienda USAL di Imola, svolge, per conto della Regione e in base alle sue disposizioni, un ruolo di coordinamento tecnico-operativo e di indirizzo, nei confronti:

- del *call center* (I livello informativo "*in house providing*") per gli aspetti di gestione, manutenzione e sviluppo del sistema telefonico e del *software* della banca dati;
- delle Aziende Sanitarie regionali (II livello informativo) per gli aspetti informativi e informatici, e anche operativi, nella gestione della risposta, quando l'utente viene trasferito telefonicamente all'URP aziendale per quesiti specifici.

Da cinque anni il servizio, tramite l'articolazione dei due livelli informativi, risponde a un volume di chiamate in tendenziale aumento (Tabella 6.1), con volumi medi giornalieri di oltre 400 chiamate.

**Tabella 6.1- Volumi chiamate registrate con percentuale chiamate evase. Periodo 2003-2007**

Anno	Chiamate registrate	Variazione % volumi	% chiamate evase/registrate
2003	65.045		90,0%
2004	94.586	31,2%	91,7%
2005	121.869	22,4%	88,8%
2006	108.413	-12,4%	89,6%
2007	113.880	4,8%	87,6%
<b>TOTALE</b>	<b>503.793</b>		

Obiettivo dell'anno 2007 è stata la sperimentazione, nell'ambito del "*Piano regionale sul contenimento dei tempi di attesa*", della realizzazione di un sistema regionale di prenotazione telefonica a rete, rispondente alle esigenze degli utenti e agli obiettivi del SSR (D.lgs regionale n. 1532/2006). Il progetto costituisce una risposta concreta ai numerosi cittadini, che già si rivolgono al numero verde per sapere come e dove prenotare prestazioni di specialistica: il 45% delle chiamate riguardano richieste informative sull'erogazione di visite, esami e interventi d'area specialistica.

## **MODALITÀ DI ATTUAZIONE**

Nell'ambito dell'erogazione del Servizio appena descritto, durante l'esercizio in esame è stata implementata una funzione integrativa, che ne ha modificato la natura stessa, da informativo a gestionale (Progetto SPARTA). Il progetto di sviluppo ha previsto la realizzazione, per *step* successivi, dell'interfaccia del Servizio 800 033033 con i Servizi CUP Telefonici Aziendali, per consentire il trasferimento diretto degli utenti, che lo desiderano, al punto di prenotazione telefonica, qualora in possesso dei requisiti necessari alla prenotazione (ad esempio, l'impegnativa). Le modalità operative attraverso le quali è stata implementata tale funzione hanno salvaguardato la funzionalità "storica" e principale del Servizio Numero Verde e le specificità dei diversi sistemi aziendali di prenotazione telefonica.

## **STATO DI AVANZAMENTO**

La sperimentazione è terminata il 31/12/2007, con il completamento dei collegamenti ai CUP di tutte le Aziende Sanitarie, e con una valutazione positiva delle potenzialità gestionali di questa funzione, espressa dal gruppo regionale di "regia". Ad oggi, le chiamate trasferite non sono ancora numericamente consistenti; per il 2008, tale funzione risulterà pienamente integrata a quella principale di informazione e orientamento.

## **Progetto SOLE - Sanità On LinE**

### **SOGGETTI ISTITUZIONALI COINVOLTI**

Direzione Sanità e Politiche sociali della Regione Emilia Romagna

Azienda USL di Imola (Referente regionale)

Aziende USL e Ospedaliere della Regione Emilia Romagna

Istituto Ortopedico Rizzoli

MMG e PLS

### **RAZIONALE E OBIETTIVI**

La fase di progettazione esecutiva del progetto SOLE risale a marzo 2003, e coinvolge 10 Aziende Sanitarie e 1.700 Medici di famiglia. Il Progetto si è caratterizzato, da subito, per il forte obiettivo di "innovazione tecnologica" e una significativa condivisione dei nuovi scenari tra gli attori coinvolti, in merito alle tematiche di "cooperazione applicativa". Si è delineata sin dall'inizio la sua potenzialità quale strumento di interazione tra le Aziende Sanitarie e patrimonio informativo clinico della cittadinanza. Pertanto, nel 2004 si è ritenuto opportuno estendere la realizzazione dell'infrastruttura tecnologica, degli interfacciamenti con i sistemi gestionali aziendali e dei nuovi Servizi, a tutte le 17 Aziende Sanitarie regionali, e a tutti i Medici di famiglia e Pediatri di libera scelta della Regione.

Il progetto è finalizzato a realizzare una rete telematica di collegamento tra i Servizi ospedalieri e quelli territoriali, per agevolare la comunicazione e, di conseguenza, l'erogazione delle prestazioni, con importanti e positive ricadute sulla continuità assistenziale e sulla semplificazione dell'accesso ai servizi per il cittadino. In termini di ricadute, il progetto presenta potenzialmente un impatto

sociale molto significativo, sia in termini quantitativi sia qualitativi, per l'alto grado di intersezione che ha con i percorsi sanitari del cittadino. La rilevanza e la "ricaduta" potenziale misurabile è valutabile attraverso i seguenti dati:

- considerando le diverse tipologie di erogazione dei servizi, si può calcolare che le circa 62 milioni di prestazioni erogate annualmente dal Sistema Sanitario Regionale (tra prestazioni specialistiche, di ricovero e Pronto Soccorso) producano circa 17 milioni di contatti, tra il cittadino e le Strutture Sanitarie;
- considerando che i "momenti di contatto" del sistema SOLE si producono nelle fasi Prescrizione, Prenotazione, Accettazione, Esecuzione Prestazione, Refertazione, in riferimento ai vari ambiti di erogazione (Ambulatoriale, Degenza, Emergenza), si calcola che i circa 17 milioni di contatti produrranno a regime oltre 150 milioni di contatti SOLE.

Ciò fornisce l'ordine di grandezza, da un punto di vista quantitativo, dei risparmi di tempo, per i cittadini, relativamente ai processi di prenotazione/accettazione e refertazione, mentre per gli operatori sanitari, si può attualmente considerare solo la ricaduta qualitativa, in ragione di poter fruire l'informazione clinica sul cittadino a livello regionale, e valutarne l'aspetto quantitativo al consolidamento dell'impianto IREC e al relativo "popolamento" informativo.

#### **MODALITÀ DI ATTUAZIONE**

Il percorso progettuale SOLE, come accennato, si sta sviluppando secondo i canoni di cooperazione applicativa e in coerenza con gli standard del Centro Nazionale per l'Informatizzazione della Pubblica Amministrazione (CNIPA). Pur non essendo un sistema invasivo, SOLE si interfaccia con varie fasi dei percorsi amministrativi e sanitari, producendo importanti ausili per le transazioni di prenotazione, accettazione/refertazione, e offrendo al contempo un importante strumento informativo clinico, durante le fasi di erogazione delle prestazioni sanitarie.

#### **STATO DI AVANZAMENTO**

Per l'anno 2007, sono stati attivati nella rete SOLE 1.614 MMG/PLS, su un totale di 3.976, pari a circa il 40%. I servizi attivati a tutto il 2007 sono:

- aggiornamento dell'anagrafica degli assistiti, con le relative scelte/revoche dei MMG/PLS, tramite: la comunicazione, in tempo reale, della scelta/revoca del medico, effettuata dagli assistiti; la notifica del sostituto del medico di medicina generale e pediatra di libera scelta alle AUSL, in caso di assenza superiore ai tre giorni; la notifica alle Aziende delle prestazioni aggiuntive erogate dai MMG/PLS;
- prescrizioni e ritorno del relativo referto delle prestazioni di specialistica (esami di laboratorio, radiologia e prestazioni specialistiche). I MMG/PLS, dopo aver compilato elettronicamente la prescrizione con il *software* in dotazione allo studio, la inviano telematicamente alla propria Azienda USL, la quale utilizza le prescrizioni di specialistica ambulatoriale a livello di CUP, recuperando automaticamente i dati. Le Aziende USL mettono a disposizione dei MMG/PLS, per via telematica: gli elenchi degli assistiti e delle

prestazioni ambulatoriali, prescrivibili attraverso il "Catalogo SOLE"; la codifica unica delle esenzioni;

- comunicazione ai MMG/PLS di: avvenuto/a ricovero e dimissione, e relativa lettera di dimissione; avvenuta refertazione (o riapertura di un precedente referto); prescrizioni ambulatoriali e referto sintetico di Pronto Soccorso;
- utilizzo di un unico catalogo regionale per la prescrizione elettronica, che automatizza le fasi di informazione, prenotazione e refertazione, inerenti la specialistica ambulatoriale;
- gestione del processo amministrativo ADI (Assistenza Domiciliare Integrata), grazie alla condivisione del piano di avvio della presa in carico del paziente;
- rilevazione delle Prestazioni di Particolare Impegno Professionale (PPIP);
- servizio unico di supporto ed *help-desk* ai MMG/PLS e alle Aziende;
- assistenza integrata per il Diabete, tra MMG e Centro Diabetologico, con scambio di informazioni in tempo reale, tra MMG e Specialista;
- gestione informatizzata del modulo per la richiesta di esami, che prevedono l'uso di mezzi di contrasto;
- implementazione dell'IREC (Indice Regionale Eventi Clinici), per gestire i Fascicoli sanitari del paziente, e quindi la sua storia, dal punto di vista clinico, a livello regionale. Si tratta di un *database* dove è possibile reperire tutti gli eventi clinici riferiti a ogni cittadino residente o, comunque, assistito in Emilia Romagna.

Per il 2008, si prevede l'attivazione dell'82% dei MMG/PLS (3.150 su un totale di 3.796). In particolare, inizieranno le attivazioni dei PLS e il completamento dell'allacciamento dei secondi ambulatori e delle segreterie. S'intende inoltre diffondere presso tutte le Aziende e i MMG/PLS il ciclo prescrizione-referto, continuando le attività di diffusione del catalogo unico regionale, consolidando il sistema di prenotazione dei punti CUP e l'accettazione diretta, e attivando nuovi canali d'accesso. Verranno pertanto diffusi i servizi sviluppati e completati nel corso del 2007, quali Diabete, Pronto Soccorso, Lettera di Dimissione, Cedolino, *Publish & Subscribe*, Assistenza Domiciliare Integrata, Prestazioni di Particolare Impegno Professionale (PPIP), Scheda Anamnestica per l'esecuzione di esami con l'utilizzo del mezzo di contrasto, Vaccinazioni. Ulteriori obiettivi sono: (i) la realizzazione di un modello di cartella clinica omogenea per i Nuclei di Cure Primarie; (ii) il completamento dell'interoperabilità tra le Aziende USL, per il recupero della documentazione clinica, inerente i propri assistiti, che si sono rivolti ad altre strutture; (iii) la realizzazione delle reti orizzontali dei MMG/PLS; (iv) la distribuzione della firma digitale, per tutti i professionisti coinvolti.

## ***6.2 Progetti in rete e sviluppo di un ambiente culturale favorevole all'innovazione di sistema***

### **6.2.1 Progetto: IQIP - International Quality Indicator Project del Center for Performance Sciences**

#### **SOGGETTI COINVOLTI A LIVELLO NAZIONALE**

Azienda Ospedaliera-Universitaria di Ferrara (Centro di coordinamento italiano)

Azienda Ospedaliera-Universitaria di Bologna

Azienda Ospedaliera-Universitaria di Reggio Emilia

Azienda USL di Bologna (Azienda capofila)

Azienda USL di Imola

Ospedale di Trento S. Chiara

Ospedale di Roma Umberto I

#### **RAZIONALE E OBIETTIVI**

Il Progetto si propone di sviluppare, all'interno di gran parte delle Aziende Sanitarie di Area Vasta, strumenti condivisi di misurazione, valutazione, rendicontazione e confronto della *performance* clinico-assistenziale (*outcome*), anche in funzione del Bilancio di Missione, attraverso la partecipazione al progetto internazionale IQIP.

L'*International Quality Indicator Project* - iniziato come progetto pilota nel 1985 e gestito dal *Center of Performance Sciences* (CPS) del Maryland - è il più grande *database* internazionale, relativo agli indicatori di *performance*, che rientrano in tipologie generali, tra cui:

- *outcome* clinici;
- soddisfazione pazienti/familiari;
- stato funzionale e attività;
- efficacia/efficienza;
- consumo di risorse.

Attualmente, l'IQIP interessa complessivamente 1.100 ospedali, di cui più di 100 al di fuori degli USA (Gran Bretagna, Belgio, Canada, Olanda, Austria, Germania, Portogallo, Ungheria, Giappone, Taiwan e Singapore). Nel 2005, hanno aderito al progetto IQIP 3 Aziende Sanitarie regionali (Aziende Ospedaliere di Ferrara, Bologna e Reggio Emilia). Nel 2006, ha aderito anche l'AUSL di Bologna, e ha iniziato la raccolta dei dati per 5 indicatori specifici (Mortalità neonatale, Gestione del travaglio di parto, Cadute documentate, Mortalità Ospedaliera, Re-ricoveri non programmati). Dopo una prima fase di sperimentazione, con l'assistenza della società "EPOS" di Francoforte, a partire da aprile 2007, la rete degli ospedali italiani aderenti a IQIP ha costituito il progetto "*IQIP Italy*", coordinato dall'Azienda Ospedaliera Universitaria "Arcispedale S. Anna" di Ferrara, la quale ha stipulato un contratto direttamente con CPS (Maryland).



Il sistema IQIP permette, a ogni ospedale, di valutare il proprio posizionamento, rispetto alla media delle 1.100 strutture partecipanti e a gruppi di strutture selezionate, in base a caratteristiche analoghe (*peer groups*). Obiettivo principale del progetto è, pertanto, quello di validare un comune cruscotto di indicatori clinico-assistenziali, tramite la partecipazione di un rilevante numero di Aziende Sanitarie dell'Area Vasta al progetto di *benchmarking* internazionale.

#### **MODALITÀ DI ATTUAZIONE**

Nella primavera 2007 ha aderito al progetto IQIP anche l'AUSL di Imola, con specifica convenzione (deliberazione n. 127/07), rilevando in prima battuta l'indicatore sulla mortalità intraospedaliera. Grazie alla convenzione - di durata biennale (fino a giugno 2009) - all'Azienda USL di Imola viene assegnata una licenza personale revocabile, che consente di aver accesso, ricevere e utilizzare il materiale relativo al progetto IQIP e i successivi aggiornamenti disponibili.

Le prestazioni di IQIP fornite all'Azienda di Imola sono:

- prestazioni contenute nella licenza CPS, comprendenti: *software* IQIP con collegamento a Internet e relativi aggiornamenti; utilizzazione del SW di analisi e di presentazione; IQIP *Program Implementation Manual* per gli indicatori del settore medicina per acuti (22 gruppi di indicatori); *Facility Report* trimestrali; *Aggregate Data e Next Steps* trimestrale; *Peer Group Comparison Report*; pubblicazione trimestrale *Target Quality*; possibilità di utilizzo dei dati delle altre strutture, così da consentire un ampio *benchmarking* (su circa 600 ospedali che partecipano in tutto il mondo); sviluppo permanente degli indicatori, in sintonia coi coordinatori nazionali dei *World Coordinator Meetings*;
- prestazioni di *IQIP Italy*, comprendenti: coordinamento di progetto per tutti gli utenti e collaborazione con il CPS e gli altri centri di coordinamento nazionale; addestramento degli utenti; controllo di plausibilità dei dati immessi trimestralmente; consulenza sui contenuti; valutazione delle *Conformance Assessment Surveys*, per la verifica della qualità dei dati dei singoli partecipanti; incontri tra utenti (*user meeting*), con lo scopo di facilitare lo scambio di esperienze e il confronto tra ospedali.

L'Azienda di Imola, per la durata della convenzione, si è impegnata a:

- trasmettere i dati relativi agli indicatori a fine trimestre, tramite il SW e il collegamento a Internet;
- individuare due collaboratori, da sottoporre alla formazione e ai successivi aggiornamenti;
- partecipare regolarmente agli incontri di discussione sull'utilizzo dei dati e sull'efficacia del programma IQIP;
- mettere a disposizione e mantenere in efficienza l'*hardware* informatico, utilizzato e necessario alla consultazione del programma IQIP e all'immissione dei dati relativi agli indicatori;
- consentire a IQIP di trattare i dati inseriti nel sistema, ai fini del controllo di plausibilità e dell'analisi successiva;

- soddisfare i requisiti di certificazione per la formazione, che CPS potrà richiedere alle strutture sanitarie partecipanti;
- fornire le informazioni raccolte tramite questionario sulle caratteristiche del proprio ospedale e di verifica sulla comprensione degli indicatori scelti.

In una prospettiva futura, la formazione, lo scambio di esperienze e il confronto dei valori dei report verranno effettuati a livello di Area Vasta. Sulla base dello sviluppo e dei risultati del progetto, saranno successivamente individuati gli indicatori per la cui rilevazione verranno consolidati, nelle diverse Aziende, il flusso di dati e la relativa reportistica, per il Bilancio di Missione.

### **6.2.2 Integrazione tra discipline/professioni e tra competenze clinico-assistenziali e gestionali**

Nel 2007, l'AUSL di Imola ha partecipato a due gruppi di progetto regionali dedicati allo sviluppo di competenze e ruoli delle professioni sanitarie: tali progetti si basano su approcci multidisciplinari e prevedono l'integrazione tra diverse professioni e competenze. Entrambi si caratterizzano per la ricerca e la condivisione di modelli organizzativi e assistenziali appropriati, in grado di valorizzare e "potenziare" specifiche figure professionali, così da migliorare la gestione dell'offerta dei servizi, erogando risposte integrate e orientate al cittadino.

#### **Progetto: "Medicina perioperatoria - sperimentazione di un modello organizzativo della fase pre-operatoria"**

##### **SOGGETTI COINVOLTI**

Agenzia Sanitaria Regionale

Azienda Ospedaliera Reggio Emilia (azienda capofila)

Azienda Ospedaliera di Parma (responsabile scientifico)

Azienda USL di Imola

Azienda USL di Cesena

##### **RAZIONALE E OBIETTIVI**

A partire dal 2006 è attivo un gruppo di lavoro regionale – individuato dalla Direzione Sanità e Politiche sociali - sul tema dello sviluppo e delle evoluzioni innovative delle professioni sanitarie, con l'obiettivo di attuare un progetto di sperimentazione nell'area dei "blocchi operatori". Il progetto individuato si colloca nell'ambito di alcuni importanti processi di cambiamento, quali:

- la modifica degli assetti giuridici di alcune professioni sanitarie, come quella infermieristica, che hanno acquisito una formazione universitaria e hanno intrapreso un percorso di valorizzazione e responsabilizzazione delle rispettive funzioni e ruoli;
- la rimodulazione dell'offerta chirurgica, nel senso del trasferimento, laddove possibile, verso la chirurgia ambulatoriale o *day surgery*, in ragione di nuove tecniche operatorie e di una popolazione con bisogni assistenziali diversi e più complessi;
- la necessità di aumentare i livelli di attenzione alla sicurezza del processo assistenziale (riduzione di morbilità e mortalità).

#### **MODALITÀ DI ATTUAZIONE**

L'attività del gruppo, nel 2007, si è concentrata sulla definizione e declinazione del Progetto, la cui stesura finale è stata condivisa con tutte le Direzioni Sanitarie e Infermieristiche delle Aziende regionali. Il progetto, su parere favorevole della Direzione Generale, è stato proposto, quale progetto di modernizzazione, alla Agenzia Sanitaria Regionale. La detta fase progettuale si è caratterizzata per lo scambio multidisciplinare, a diversi livelli decisionali e tra diverse figure professionali: Direzioni Sanitarie e Infermieristiche; Responsabili Infermieristici di blocchi operatori; Anestesisti; Chirurghi; Medico legale consulente dell'Assessorato.

#### **STATO DI AVANZAMENTO**

L'attività 2007 ha portato all'individuazione di un modello condiviso di medicina perioperatoria, derivato dalle esperienze internazionali e coerente con le evidenze scientifiche, nell'ambito specifico dei blocchi operatori. In realtà europee e statunitensi, l'attività perioperatoria si basa su modelli che prevedono l'utilizzo "evoluto" della risorsa infermieristica e tecnica, esercitando competenze che in Italia sono ancora appannaggio del personale medico.

Per il 2008, è prevista la sperimentazione (studio di fattibilità) del modello organizzativo condiviso, per valutarne la trasferibilità nel contesto regionale, al fine della sua validazione e successiva applicazione.

Il progetto complessivo si prefigge di valutare se il modello comporta, di fatto, un miglioramento della sicurezza, dell'efficacia ed efficienza del processo perioperatorio.

I risultati che si intendono raggiungere applicando e sperimentando il nuovo modello sono:

- aumento del livello di sicurezza;
- aumento del livello di qualità nella gestione del dolore;
- individuazione di un portafoglio di competenze professionali avanzate;
- razionalizzazione delle risorse disponibili;
- realizzazione di un percorso formativo *ad hoc* per infermieri in area perioperatoria.

## **Progetto: “Linee di indirizzo per lo sviluppo delle professioni sanitarie assistenziali nei dipartimenti di cure primarie”**

### **SOGGETTI COINVOLTI**

Direzione Sanità e Politiche sociali della Regione Emilia Romagna

Azienda USL di Imola

Azienda USL di Bologna

Azienda USL di Modena

### **RAZIONALE E OBIETTIVI**

La profonda trasformazione degli Ospedali, divenuti sempre più specialistici, ad alta intensività tecnologica delle cure, e la necessità del controllo della spesa hanno determinato la necessità di ricercare modelli organizzativi e assistenziali appropriati, oltre che efficaci ed efficienti, allo scopo di migliorare la gestione della risposta ai bisogni sanitari e sociali, erogando risposte integrate e orientate a porre l'assistito e la sua famiglia al centro del progetto di cura e assistenza. In tale contesto, si collocano le Cure Primarie, primo livello di risposta alla domanda dei cittadini e delle comunità, che si prefiggono l'obiettivo di avvicinare il più possibile l'assistenza sanitaria ai luoghi dove la popolazione vive e lavora. Una tra le maggiori sfide - per soddisfare una crescente domanda di assistenza di natura diversa da quella tradizionale, basata sulla continuità, sulla multiprofessionalità e intersettorialità - è rappresentata dalle malattie cronico-degenerative.

Il presente Progetto intende sviluppare - in particolare, nell'area delle Cure Primarie - un modello organizzativo basato sulla correlazione tra responsabilità professionale e bisogno assistenziale prevalente, nelle diverse fasi del processo di cura a pazienti con patologie croniche.

Nell'ambito delle cure dedicate ai pazienti con patologie croniche, il bisogno che maggiormente viene rappresentato è quello della presa in carico globale, capace di: (i) creare un ambiente terapeutico; (ii) seguire nel tempo i problemi; (iii) garantire la continuità tra ospedale e territorio. La malattia cronica - condizione che non trova più nella clinica l'unica risposta - necessita di un orientamento alla centralità e all'autodeterminazione dell'assistito; presuppone un approccio assistenziale e un'organizzazione che considerino l'assistito e la famiglia protagonisti attivi dei processi assistenziali e soggetti da sostenere nell'acquisizione delle competenze per la gestione e il controllo della malattia. È indispensabile pertanto individuare nuovi paradigmi organizzativi, assistenziali e gestionali. L'essenza di questi modelli non può che essere l'interazione tra l'*équipe* curante e l'assistito (o la famiglia), mentre le Cure Primarie rappresentano lo "spazio" di sviluppo delle professioni sanitarie che, con incidenza diversa, attuano la loro funzione nei diversi *setting* assistenziali. Infermieri, fisioterapisti/professionisti della riabilitazione e ostetriche svolgono il loro ruolo in contesti diversi, quali: i Nuclei di Cure Primarie (accesso e accoglienza, continuità e integrazione ospedale e territorio, Assistenza Domiciliare, assistenza alla Comunità, attività ambulatoriale, ecc.), i Consultori e le Strutture residenziali. In questi ambiti, devono essere sviluppate le funzioni e le responsabilità dei diversi professionisti, attraverso ipotesi progettuali

ispirate ai nuovi modelli organizzativi, proposti in letteratura, dove il *team* delle Cure Primarie agisce con modalità diverse, secondo il livello di rischio, il bisogno e la complessità assistenziale.

I maggiori fruitori di questa modalità assistenziale sono pazienti con patologie croniche, quali ad esempio: diabete, scompenso cardiaco, ipertensione, ecc..

La gestione dell'accesso alle Cure Primarie diventa così un'area di sperimentazione di modelli più evoluti, che non riguarderanno solo l'assistenza domiciliare, bensì anche le strutture residenziali e gli Hospice. Lo scenario descritto sui cambiamenti dei bisogni dell'assistito porta a una riflessione anche sulle Strutture residenziali, dove l'assistenza è sempre più rilevante e richiede uno sviluppo di competenze sia cliniche sia trasversali, come la capacità di ricercare soluzioni, progettare, formare, supervisionare, verificare e gestire gruppi.

Anche nell'area della riabilitazione è sempre la patologia cronico degenerativa la tipologia prevalente di bisogno, dove l'obiettivo spesso non è il recupero funzionale, bensì il rallentamento della regressione e la valorizzazione delle abilità residue. L'area di intervento specifica è quella del soggetto con disabilità e la figura del fisioterapista - che ha acquisito delle competenze altamente qualificate - assume maggiore responsabilità nella gestione dei casi, nella predisposizione dei percorsi organizzativi e nel contributo all'educazione terapeutica: appare evidente come la riabilitazione debba tener conto del ruolo sempre più attivo del soggetto disabile, non più solo paziente, ma protagonista del proprio progetto di vita, con una presa in carico per il recupero delle potenzialità della persona.

Stante l'evoluzione dei bisogni e i cambiamenti dei profili professionali, si individua sempre più l'infermiere come punto di riferimento sanitario, in quanto permette di garantire la continuità assistenziale, tra ospedale e struttura (processi di dimissione protetta, accesso in struttura dei pazienti, ecc.), la presa in carico assistenziale (valutazione multidimensionale e pianificazione assistenziale), l'integrazione con la rete dei servizi sociali e sanitari coinvolti nel processo di assistenza. Nuove responsabilità e modelli organizzativi pongono la funzione del coordinatore sanitario, di norma, in capo a un infermiere. L'esperienza maturata in Regione ha permesso, soprattutto attraverso la specifica normativa, di definire meglio il ruolo e le responsabilità di questa figura professionale.

Anche l'assistenza ostetrica può costituire una cornice privilegiata per offrire un percorso di continuità, attraverso interventi coerenti e appropriati, che riguardano la donna e il suo bambino, in tutte le fasi della vita, all'interno dei Consultori, articolazione organizzativa dei Dipartimenti di Cure Primarie. L'attività consultoriale si integra infatti con l'attività dei Nuclei dei Cure Primarie, attraverso questa specifica figura professionale, che deve concorrere alla realizzazione di progetti e percorsi assistenziali specifici.

