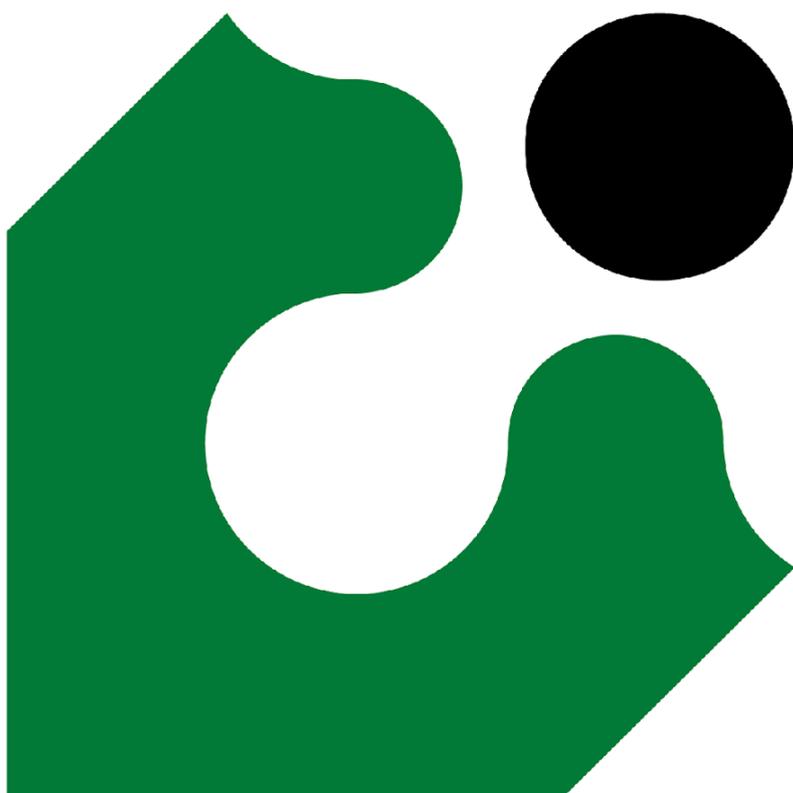


Problemi e soluzioni nella gestione sanitaria.

Primo catalogo di esempi di progetti
dei corsi di formazione manageriale 2019 e 2021

a cura di Alessandro Colombo e Vittoria Viganò

settembre 2023



Problemi e soluzioni nella gestione sanitaria.

Publicazione non in vendita.
Nessuna riproduzione, traduzione o adattamento
può essere pubblicata senza citarne la fonte.
Copyright © PoliS-Lombardia



PoliS-Lombardia
Via Taramelli, 12/F - 20124 Milano
www.polis.lombardia.it

INDICE

Introduzione	7
1. Azienda	13
1.1 Sviluppo dell'enterprise risk management in un'organizzazione sanitaria	15
1.2 Modello integrato per la definizione del rischio nelle strutture sociosanitarie.....	17
1.3 Modello operativo di ridefinizione del Dipartimento Cardiovascolare dell'ASST Sette Laghi.....	19
1.4 Progetto di rinnovamento e cambiamento della cardiologia dell'ASST Melegnano e Martesana	21
1.5 Modello di gestione del paziente con impianto di valvola aortica transcateretere dalla valutazione pre-ospedaliera alla dimissione post-intervento.....	23
1.6 Percorso innovativo di gestione del paziente con insufficienza cardiaca e broncopneumopatia cronica ostruttiva	25
1.7 Attivazione di un percorso di donazione di organi a cuore fermo controllato presso l'Ospedale Sant'Anna di Como.....	27
1.8 Implementazione di un servizio di emodinamica H/24 presso il Presidio Ospedaliero di Vigevano Distretto Lomellina	29
1.9 Modifiche strutturali del centro grandi ustionati e di percorso del paziente finalizzati a limitare le infezioni ospedaliere	31
1.10 La remission clinic: ambulatorio dedicato per fermare la progressione delle nefropatie croniche proteinuriche	34
1.11 Breast unit: protocollo per il monitoraggio e gestione del piano diagnostico terapeutico del tumore mammario	36
1.12 Il basso rischio ostetrico: alongside midwifery unit.....	38
1.13 Impatto economico della DGR n. XI/772 del 2018 e del Decreto n. 1606 del 2019 sul budget annuale del laboratorio di anatomia patologica	40
1.14 Il business process reengineering per la gestione della radioprotezione del paziente in applicazione del Decreto Legislativo 101/2020	42
1.15 Impatto sui dipartimenti di diagnostica per immagini del D.lgs. n. 101/2020 in termini di radioprotezione	44
1.16 Sviluppo strategico-organizzativo della SC di Neuroradiologia del Papa Giovanni XXIII dal 1 agosto 2019 e durante la pandemia del 2020.....	46
1.17 Medicina nucleare e sostituzione tecnologica: valutazione multidimensionale di HTA e sostenibilità	48
1.18 Percorso specialistico collegiale per le malattie lavoro-correlate presso le ASST Spedali Civili e Papa Giovanni XXIII	50

1.19	<i>Analisi del servizio trasporti interni presso ASST Crema.....</i>	<i>53</i>
1.20	<i>L'accompagnamento delle persone nel fine vita: il rientro in patria.....</i>	<i>55</i>
2.	Territorio	59
2.1	<i>La professione infermieristica nella rete territoriale alla luce del PNRR.....</i>	<i>61</i>
2.2	<i>Verso un'anagrafe della fragilità: dai codici fiscali alla conoscenza delle persone all'organizzazione di network territoriali.....</i>	<i>63</i>
2.3	<i>Il cohousing come strumento di offerta socio sanitaria innovativa.....</i>	<i>66</i>
2.4	<i>Fondazione E. Germani Onlus: un esempio di struttura socio sanitaria come centro multiservizi e di prossimità</i>	<i>68</i>
2.5	<i>Strategie per costruire una équipe multidisciplinare per la cura dei disturbi del comportamento alimentare</i>	<i>70</i>
2.6	<i>La cura integrata del paziente obeso tra ospedale e territorio</i>	<i>73</i>
2.7	<i>Il piede diabetico nella continuità delle cure ospedale-territorio: un nuovo modello organizzativo in Regione Lombardia.....</i>	<i>75</i>
2.8	<i>Gestione multidisciplinare del paziente con malattia di Parkinson tra ospedale e territorio in relazione all'evoluzione della malattia</i>	<i>77</i>
2.9	<i>Progetto di "ostetricia diffusa" per le aree non metropolitane e le comunità montane dell'ATS Insubria.....</i>	<i>79</i>
3.	Reti	81
3.1	<i>Organizzazione e valorizzazione della rete delle terapie intensive lombarde: dall'esigenza emergenziale a una learning organization.....</i>	<i>83</i>
3.2	<i>Rete nefropatologica digitale regionale per la diagnosi delle malattie renali.....</i>	<i>86</i>
3.3	<i>La figura del coordinatore del Dipartimento Interaziendale di Cure palliative nella rete locale di Brescia.....</i>	<i>88</i>
4.	Covid-19.....	91
4.1	<i>Evoluzione del modello organizzativo per la campagna vaccinale anti SARS-CoV-2.....</i>	<i>93</i>
4.2	<i>La campagna vaccinale di massa anti SARS-CoV-2 in Valcamonica.....</i>	<i>95</i>
4.3	<i>Il ruolo dell'unità speciale di continuità assistenziale in ATS Brescia</i>	<i>97</i>
4.4	<i>Piano per la gestione dei posti letto in ATS Brianza durante la pandemia da Covid-19</i>	<i>99</i>
4.5	<i>"La Casalzheimer" della Fondazione Carisma: potenziamento della rete assistenziale in provincia di Bergamo.....</i>	<i>101</i>
4.6	<i>Activity Based Costing della diagnostica molecolare SARS-CoV-2: l'esperienza della ASST Valcamonica</i>	<i>104</i>
4.7	<i>Valutazione della sicurezza nel percorso radiologico del paziente pediatrico: focus sulla sindrome respiratoria acuta grave da SARS-CoV-2.....</i>	<i>106</i>

4.8	<i>La radiologia nell'era post Covid-19: progetto di recupero della produttività a favore dei pazienti ambulatoriali esterni</i>	108
4.9	<i>Ripartire dopo Covid-19: un progetto di coordinamento con il territorio per il rilancio dei percorsi chirurgici</i>	110
5.	Digitale e telemedicina	113
5.1	<i>Implementazione del percorso di televisita per pazienti cronici con patologie specialistiche</i>	115
5.2	<i>Studio di fattibilità di un centro servizi per la sorveglianza domiciliare e la televisita.</i>	117
5.3	<i>Scompenso at home 4.0.</i>	120
5.4	<i>Implementazione di un ambulatorio "virtuale" per i controlli dei dispositivi impiantabili</i>	122
5.5	<i>Telemedicina e follow-up dei pazienti oncologici con patologia cardiovascolare</i>	124
5.6	<i>Telemonitoraggio dei dispositivi elettronici cardiovascolari impiantabili agli ospiti di RSA in ASST Sette Laghi</i>	126
5.7	<i>Telemonitoraggio nel diabete mellito</i>	129
5.8	<i>Dall'ambulatorio al domicilio con il servizio Tele-Park</i>	131
5.9	<i>La telemedicina nella gestione dei pazienti affetti da disturbi respiratori del sonno: una proposta per Milano e hinterland</i>	133
6.	Emergenza e urgenza	137
6.1	<i>Analisi e riorientamento degli accessi al sistema dell'emergenza-urgenza</i>	139
6.2	<i>Modello organizzativo di gestione efficace ed efficiente di un Dipartimento di I livello di Emergenza e urgenza</i>	141
6.3	<i>Progetto di organizzazione di area di degenza medicina d'urgenza del Presidio Ospedaliero di Brescia</i>	143
6.4	<i>Gestione dei pazienti con arresto cardiaco refrattario extra-ospedaliero eleggibili a rianimazione cardiopolmonare extracorporea</i>	145
7.	Salute mentale	149
7.1	<i>Programma di sviluppo integrato ospedale-residenzialità-territorio della SC di Psichiatria di Varese</i>	151
7.2	<i>Servizio psichiatrico di prevenzione e riabilitazione precoce multidisciplinare integrato presso ASST Rhodense</i>	153
7.3	<i>Demenze: definizione di un modello di gestione integrata ospedale-territorio in ASST Crema</i>	156
7.4	<i>L'evoluzione del welfare verso il Budget di Salute</i>	158

<i>7.5 Il Budget di Salute: il contributo nell'intervento precoce del Dipartimento di Salute mentale dell'ASST Melegnano e Martesana</i>	160
<i>7.6 Il Budget di Salute: il superamento della residenzialità psichiatrica verso nuove forme di abitare</i>	162
<i>7.7 Modello di gestione delle liste di attesa in un servizio ambulatoriale di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza territoriale</i>	165
<i>7.8 Riorganizzazione della prima consultazione in una UO dell'Infanzia e dell'adolescenza territoriale secondo un modello hospitalist</i>	167
<i>7.9 Servizi dipendenze e salute mentale: due modelli a confronto</i>	169
8. Formazione e risorse umane	171
<i>8.1 Modello di gestione strategica dell'International Research & Teaching Center di AREU</i>	173
<i>8.2 On-the-job training dei medici neoassunti e degli specializzandi</i>	175
<i>8.3 La gestione delle risorse umane nell'ampliamento dell'offerta di servizi da RSA in RSA/RSD</i>	177
<i>8.4 Clinical competence e clinical privilege in area chirurgica</i>	180
9. Farmacia	183
<i>9.1 Analisi e progettazione dei processi di gestione di farmaci e dispositivi medici in ASST Fatebenefratelli Sacco</i>	185
<i>9.2 La Farmacia dei servizi: quale ruolo nella prevenzione e nella presa in carico territoriale</i>	187
10. Veterinaria	191
<i>10.1 Antimicrobico-resistenza: migliorare la consapevolezza del problema fra la classe veterinaria</i>	193
<i>10.2 Modello per l'integrazione dei controlli ufficiali nel settore della produzione primaria</i>	195
<i>Autori dei Project Work</i>	197
<i>Autori delle introduzioni</i>	205

Introduzione

Cos'è questo catalogo?

Ogni anno PoliS-Lombardia - Accademia per il servizio sociosanitario lombardo (AFSSL) svolge corsi di formazione manageriale di oltre 100 ore per circa 300 discenti. Al termine del percorso ciascuno di loro, singolarmente o in gruppo, predispone un elaborato finale, un progetto. Questo catalogo raccoglie le sintesi di 71 di questi progetti elaborati tra il 2019 e il 2021¹. Sono quelli che la commissione finale ha giudicato meritevoli di attenzione perché toccano un argomento meritevole oppure perché ben redatti.

Perché un catalogo?

L'obiettivo di diffondere i progetti più innovativi in modo che tali iniziative possano essere condivise e implementate anche in altri contesti lombardi e/o nazionali. Le varie proposte, le soluzioni e gli approcci adottati possono infatti essere fonte di ispirazione per tanti altri professionisti che operano nelle aziende pubbliche e private.

La ricchezza di questo volume risiede non solo nella qualità dei contributi, ma anche nella loro eterogeneità: sono differenti per provenienza geografica, di carica e di ambito di lavoro dei discenti. Ai corsi di AFSSL partecipano, infatti, professionisti operanti in tutta la Lombardia e sovente anche in altre regioni, sia nel settore pubblico sia privato, sia amministrativi sia clinici. Il risultato è una contaminazione unica che ha portato i partecipanti a studiare e lavorare sul project work (PW) con colleghi di altri settori su contesti più diversi (da Milano città alle aree montane) e negli ambiti più differenti (dal trasporto interno dei pazienti alle reti di donatori di sangue raro). Tutti i lavori sono, però, accomunati dalla presenza di elementi di esportabilità, scalabilità e di impatto sul sistema sanitario che li rendono degni di essere conosciuti anche al di fuori dei corsi di formazione manageriale.

La nostra speranza è che questa raccolta possa essere un efficace strumento di diffusione e valorizzazione dei PW manageriali in sanità; e che ciò possa stimolare non soltanto una riflessione sui temi trattati, ma anche una collaborazione e una condivisione di know-how necessari per utilizzare al meglio le risorse e le esperienze.

La formazione manageriale a supporto del sistema sociosanitario è, infatti, l'occasione per offrire a ciascun partecipante una esperienza di apprendimento delle logiche e degli strumenti del sistema, ma è anche un'opportunità per trasmettere al sistema la ricchezza di sensibilità, competenza ed esperienza che dei suoi professionisti.

Cosa sono i corsi di formazione manageriale?

In regione Lombardia i corsi di formazione manageriale vengono erogati da PoliS-Lombardia direttamente tramite AFSSL oppure da atenei lombardi o società che erogano corsi accreditati. PoliS-Lombardia è l'istituto regionale per il supporto alle politiche della Lombardia e ha come mission il servizio e l'accompagnamento alla implementazione (e valutazione) delle politiche

¹ La formazione manageriale è stata interrotta per tutto l'anno 2020 a causa della pandemia da sindrome respiratoria acuta grave Coronavirus-2 (SARS-CoV-2).

per la Regione nel suo complesso. AFSSL, in particolare, garantisce e promuove l'erogazione di servizi di elevata qualità e il corretto equilibrio tra fabbisogno delle risorse umane del sistema e l'offerta formativa. Infatti, Accademia è responsabile dei seguenti corsi di formazione per il personale sociosanitario: il corso di formazione in Medicina Generale, il corso per infermieri di famiglia e comunità (IFeC) e i corsi di formazione manageriali.

Ad oggi i corsi di formazione manageriale erogati da Accademia o da enti accreditati sono cinque: corso per Direttori di Azienda Sanitaria (DIAS), corso DIAS integrativo, corso per Direttori di Struttura complessa (DSC), corso di Rivalidazione e corso per Direttori di Distretto². Il corso di formazione manageriale DIAS³ è realizzato da Accademia ai sensi del nuovo Accordo Stato Regioni del 16 maggio 2019, della DGR XI/3988 del 14 dicembre 2020 e della LR 22/2021. Il corso di almeno 200 ore è finalizzato alla formazione della direzione generale e delle direzioni strategiche delle aziende sociosanitarie.

Il corso DIAS integrativo⁴ è un corso di formazione manageriale riservato a quanti sono già in possesso di un certificato DSC in corso di validità. Il corso DIAS integrativo (DGR n. 3988 del 14 dicembre 2020) ha durata di almeno 100 ore e il programma segue le previsioni del nuovo Accordo Stato Regioni del 16 maggio 2019.

Il corso DSC⁵ è rivolto prioritariamente ai professionisti appartenenti alle categorie professionali di medici, veterinari, odontoiatri, farmacisti, biologi, fisici, chimici e psicologi e comunque a tutti coloro che necessitano di acquisire un certificato manageriale DSC richiesto dalla normativa nazionale (D. Lgs. 502/1991, DPR n. 484/1997) e/o regionale (Legge RL n. 22/2021 e DGR RL n. 3988/2020) di riferimento. Il corso prevede almeno 120 ore di formazione ed è erogato direttamente da Accademia o attraverso corsi accreditati erogati da atenei lombardi o società.

Il corso di rivalidazione⁶ dei certificati manageriali, erogati o accreditati da Accademia ai sensi della DGR 3988/2020, è rivolto ai professionisti sanitari in possesso del certificato DSC e/o DIAS. I certificati manageriali di base (DIAS e DSC) e di rivalidazione hanno tutti durata di 7 anni dalla data riportata sul certificato. Il percorso di rivalidazione, della durata di 56 ore, deve concludersi entro 6 mesi dalla data di scadenza del certificato di base o di rivalidazione.

Al fine di comprendere meglio quale sia l'importanza dei corsi di formazione manageriale, la loro organizzazione e i contenuti, suggeriamo la lettura di due volumi presenti in biblioteca

² La prima edizione del corso per Direttori di Distretto ha avuto avvio a ottobre 2022. Per informazioni consultare la pagina web di Accademia:

<https://www.polis.lombardia.it/wps/portal/site/polis/DettaglioRedazionale/attivita/afssl/cosa-facciamo/direttori-distretto>.

³ <https://www.polis.lombardia.it/wps/portal/site/polis/DettaglioRedazionale/attivita/afssl/cosa-facciamo/afssl-dias>.

⁴ <https://www.polis.lombardia.it/wps/portal/site/polis/DettaglioRedazionale/attivita/afssl/cosa-facciamo/afssl-dias-integrativo>.

⁵ <https://www.polis.lombardia.it/wps/portal/site/polis/DettaglioRedazionale/attivita/afssl/cosa-facciamo/afssl-dsc-professionista>.

⁶ <https://www.polis.lombardia.it/wps/portal/site/polis/DettaglioRedazionale/attivita/afssl/cosa-facciamo/rivalidazione-corsi-manageriali>.

AFSSL: “Gestire la salute. Materiali per la formazione manageriale”⁷ e “La gestione delle risorse umane: formazione manageriale in sanità”⁸.

Negli anni considerati - 2019 e 2021 - si sono svolti i seguenti 14 corsi di formazione manageriale:

- 2 corsi per DIAS presso Accademia;
- 1 corso DIAS integrativo presso Accademia;
- 3 corsi DSC presso Accademia;
- 5 corsi DSC accreditati presso l’Università degli Studi di Milano, l’Università degli Studi di Milano Bicocca, l’Università Cattaneo - LIUC, l’Università degli Studi di Brescia e il Politecnico di Milano.
- 3 corsi di Rivalidazione accreditati presso Ecole, Progea e l’Università Cattaneo - LIUC.

Come sono valutati i progetti?

Tutti i corsi di formazione manageriale prevedono un monte ore di formazione e la stesura di un elaborato finale, PW, il quale viene presentato e valutato da una commissione d’esame. La commissione è composta dal direttore di Accademia (o da un suo delegato), dal direttore generale della DG Welfare (o da un suo delegato), da uno o più rappresentanti del servizio sociosanitario regionale e dal responsabile didattico scientifico/docente di riferimento del corso.

Il PW consiste in un lavoro originale redatto da un singolo discente o da un gruppo preferibilmente non superiore a quattro persone. Come riportato nel Patto Formativo⁹, il PW deve contenere non soltanto indicazioni utili per la sua implementabilità ed esportabilità all’interno del sistema, ma deve far emergere anche le ricadute attese e/o registrate sul sistema stesso. Per questa ragione ogni PW deve obbligatoriamente riportare gli obiettivi che si intendono raggiungere, gli indicatori utilizzati per monitorare il processo di attuazione nonché le tempistiche da rispettare per ogni fase progettuale. Infine, il PW deve far emergere quali sono i fattori che possono influenzare positivamente o negativamente l’implementazione della propria idea.

⁷ PoliS-Lombardia (2022), *Gestire la salute: materiali per la formazione manageriale*, Guerini e Associati, Milano.

⁸ PoliS-Lombardia (2021), *La gestione delle risorse umane: formazione manageriale in sanità*, Guerini e Associati, Milano.

⁹ La versione aggiornata del Patto Formativo è consultabile nella pagina web di ogni corso di formazione manageriale di Accademia.

Problemi e soluzioni nella gestione sanitaria.

La commissione valuta il progetto seguendo tre criteri:

1. l'oggetto: inteso come originalità, innovatività, sostenibilità, praticabilità dell'idea rispetto alla propria azienda e al sistema in generale;
2. il rigore: inteso come completezza dell'analisi, metodologia, utilizzo delle fonti e degli strumenti di management e curatela editoriale;
3. la comunicazione: intesa come efficacia e chiarezza espositiva della presentazione, precisione e rispetto dei tempi di esposizione.

La valutazione di ogni progetto è espressa con un punteggio compreso tra 35 e 45 per i corsi DSC, DIAS e DIAS integrativo e un punteggio compreso tra 40 e 50 per i corsi di Rivalidazione. Nel presente catalogo sono stati raccolti i progetti che presentavano almeno una delle due seguenti caratteristiche¹⁰:

- voto elevato: per i corsi manageriali DIAS e DSC si considera come voto elevato un punteggio finale compreso tra 43 e 45; mentre per i corsi di rivalidazione un punteggio compreso tra 48 e 50.
- segnalazione da parte della commissione: indipendentemente dal punteggio finale, la commissione ha facoltà di segnalare quei lavori che reputa comunque meritevoli.

Come è stato realizzato questo catalogo e come è organizzato?

Nel catalogo sono riportate solamente le sintesi dei progetti selezionati. Le sintesi sono state redatte in collaborazione con il Centro di ricerche sulla gestione dell'assistenza sanitaria e sociale (CER GAS) dell'Università Bocconi di Milano.

Ogni sintesi offre una panoramica concisa dell'iniziativa descrivendo il contesto dove è stato sviluppato il progetto, l'idea innovativa, le linee operative e le risorse utilizzate o necessarie per l'implementazione.

A complemento delle sintesi vi è una breve introduzione del referente del corso manageriale, del tutor che ha supervisionato il progetto o di un curatore del volume.

Per facilità di consultazione, i lavori sono stati organizzati nei seguenti dieci capitoli: (i) azienda, (ii) territorio, (iii) reti, (iv) Covid-19, (v) digitale e telemedicina, (vi) emergenza e urgenza, (vii) salute mentale, (viii) formazione e risorse umane, (ix) farmacia e (x) veterinaria. I 71 lavori sono dunque così ripartiti: 20 nella sezione azienda, 9 nel territorio, 3 nelle reti, 9 nel Covid-19, 9 nel digitale e telemedicina, 4 nell'emergenza e urgenza, 9 nella salute mentale, 4 nella formazione e risorse umane, 2 nella farmacia e 2 nella veterinaria. I progetti sono stati organizzati in base al tema centrale ma non mancano lavori che toccano due o più sezioni. A titolo di esempio, molteplici lavori hanno utilizzato e/o proposto la telemedicina ma, non essendo il cuore del progetto stesso, si è deciso di catalogarli nei capitoli più pertinenti e non nel capitolo del digitale e telemedicina.

¹⁰ I progetti meritevoli, e che dunque rispecchiano almeno una delle due caratteristiche, sono in realtà 73 ma nel volume e in biblioteca sono riportati solamente i 71 lavori per i quali gli autori hanno dato il loro assenso alla pubblicazione.

Dove trovo i testi dei progetti?

Il testo integrale¹¹ e l'abstract dei progetti sono liberamente consultabili presso la biblioteca di PoliS-Lombardia attraverso il sito web del "servizio documentazione e biblioteca di PoliS-Lombardia". Il sito, di facile consultazione, si presenta con una pagina iniziale (**Figura 1**) dalla quale è possibile accedere direttamente alla biblioteca AFSSL (**Figura 2**).



Figura 1 - Pagina iniziale del servizio documentazione e biblioteca di PoliS-Lombardia disponibile al sito <https://opacpolis.polis.lombardia.it>.



Figura 2 - Dalla pagina iniziale del servizio documentazione e biblioteca di PoliS-Lombardia è possibile accedere alla sezione dedicata ai project work dei corsi manageriali presenti nella biblioteca AFSSL. È necessario selezionare "Biblioteca AFSSL" e "Project Work Corsi Manageriali", come riportato nell'immagine.

All'interno della biblioteca AFSSL sono disponibili i Project Work dei Corsi Manageriali. Il sito permette di reperire i PW in funzione del tipo di corso (DIAS, DSC o Rivalidazione), del modulo (sanità pubblica, organizzazione e gestione, gestione economico-finanziaria e risorse umane), dell'anno, dell'autore o del titolo (**Figura 3**).

¹¹ Nel presente volume, per motivi editoriali, alcuni titoli sono stati modificati. I titoli originali sono riportati nei testi integrali dei progetti consultabili in biblioteca AFSSL.

The screenshot shows the PoliS Lombardia website interface. At the top, there is a green navigation bar with 'Login' and 'Aiuto' on the right. Below this, the website logo 'PoliS Lombardia' is on the left, and the title 'Servizio documentazione e biblioteca di PoliS-Lombardia' is in the center. A search bar contains the text 'Ricerca nel catalogo' and a green 'Cerca' button. Below the search bar are links for 'Ricerca avanzata' and 'Ricerca per liste'. On the right side, there are links for 'Dove siamo - Contatti', 'PoliS Lombardia', and 'Biblioteca SSPC'. A horizontal menu below the search bar includes 'Home', 'Le nostre ricerche', 'Obiettivi ONU 2030', 'Cataloghi speciali', and 'Biblioteca AFSSL'. The main content area features the title 'AFSSL - Project Work DIAS - DSC - Rivalidazione (298)'. Below the title, there is a paragraph of text explaining the availability of documents and a link to 'formazione per il servizio sociosanitario lombardo'. A yellow banner highlights 'SELEZIONE PER TIPO CORSO: DIAS - DSC - RIVALIDAZIONE'. Below that, another yellow banner shows 'SELEZIONE PER MODULO: Sanità pubblica - Organizzazione e gestione - Gestione economico-finanziaria - Risorse umane'. A green banner with an information icon states 'Puoi usare i filtri proposti a sinistra o il box di ricerca qui sotto per cercare all'interno dei Project work'. At the bottom of the screenshot, there is a search bar with a magnifying glass icon, a text input field, and a green 'Cerca' button. Below the search bar, the text 'Ricerca avanzata' is visible.

Trovati 298 documenti.

Figura 3 - All'interno della sezione "Project Work Corsi Manageriali" è possibile visionare i lavori, elaborati dal 2017 ad oggi, che presentano voto elevato o che sono stati segnalati dalla commissione.

Ringraziamenti

Questo catalogo deve molto a molti. Un ringraziamento particolare va ai 133 professionisti che hanno elaborato i 71 progetti selezionati unitamente ai rispettivi tutor che si sono resi disponibili a seguire i discenti nell'elaborazione del lavoro e per aver redatto alcune introduzioni. Si ringraziano altresì tutti i referenti dei corsi manageriali per la gestione dei corsi stessi e per la stesura di alcune introduzioni ai lavori. Abbiamo già citato il prezioso contributo di CERGAS nella redazione delle sintesi raccolte.

Ringraziamo tutti coloro che hanno collaborato nei corsi di formazione manageriale di Accademia. Ricordiamo in particolare Danila Lazzarini e Giulia Tarantola per la gestione degli aspetti amministrativi, Donatella Clemente e Natale Crupi per i servizi informatici, i tutor d'aula Silvia Conti, Manuela Gravante e Francesca Santoro. Ringraziamo Annalisa Mauriello per il coordinamento editoriale e Federica Zampese e Riccardo Micheloni per la gestione del Portale della Biblioteca d'Istituto.

Ringraziamo, infine, il Direttore Generale di PoliS-Lombardia, Fulvio Matone, nonché il Direttore Scientifico, Raffaello Vignali.

Alessandro Colombo
Vittoria Viganò

1. Azienda

Problemi e soluzioni nella gestione sanitaria.

1.1 Sviluppo dell'enterprise risk management in un'organizzazione sanitaria

Manuela Ghilardi

L'implementazione del modello di enterprise risk management (ERM) deve avere un forte commitment dai livelli delle funzioni di governo poiché a causa dell'approccio sistemico determina un impatto e coinvolgimento di tutta la struttura organizzativa e un grande impegno della risorsa tempo. Nel progetto è opportunamente inserita un'analisi del contesto utilizzando la metodologia strengths, weaknesses, opportunities, and threats (SWOT) per stimare e gestire rischi ed opportunità funzionali al successo nell'implementazione del ERM.

Enrico Comberti

Contesto

Il progetto vuole implementare il modello ERM in un'organizzazione sanitaria, partendo dal presupposto che all'interno di quest'ultima sia possibile integrare e gestire diversi tipi di rischio. Tale modello implica infatti l'identificazione dei rischi non ancora noti o conosciuti e la loro analisi con lo scopo di proteggere il valore dell'azienda.

Gli obiettivi strategici sono portare l'azienda ad interiorizzare un approccio basato sul rischio ed integrare la sua gestione nelle attività e nelle funzioni più rilevanti dell'organizzazione. Gli obiettivi specifici riguardano invece la creazione di una struttura di riferimento per la gestione del rischio aziendale, la definizione di una politica e di un modello organizzativo finalizzati alla gestione del rischio e la scelta dell'entità e del tipo di rischio che l'azienda intende assumersi. I bisogni a cui il seguente lavoro vuole rispondere riguardano la necessità di fornire ai pazienti diagnosi più tempestive e percorsi terapeutici di maggior qualità.

Idea

L'idea del progetto riguarda l'applicazione di una visione sistemica del rischio all'interno delle aziende sanitarie tenendo in conto le peculiarità di queste ultime in termini di complessità organizzativa e vulnerabilità della rispettiva utenza.

I destinatari del progetto sono le direzioni strategiche di organizzazioni sanitarie complesse quali gli ospedali, prevedendo il ruolo attivo dei *clinical risk manager* e dei responsabili del sistema di gestione per la qualità (qualora i due ruoli non coincidessero) e coinvolgendo altresì le persone che hanno responsabilità nella gestione di qualsiasi tipo di rischio aziendale.

La metodologia utilizzata consiste inizialmente nella revisione della letteratura ed in un secondo momento nella verifica di evidenze concrete sull'adozione dell'ERM in Italia.

Il lavoro si articola in cinque fasi:

1. proposta di progetto di implementazione dell'ERM alla direzione strategica: si verificano disponibilità e prontezza della direzione strategica nell'implementare l'ERM, inteso come gestione del rischio globale dell'organizzazione.

Problemi e soluzioni nella gestione sanitaria.

2. Approvazione della proposta di progetto: il responsabile principale del rischio trasmette il progetto con le firme di approvazione ai *risk owners* concordato con la direzione strategica.
3. Coinvolgimento dei *risk owners*: il responsabile principale del rischio coinvolge nel progetto di implementazione dell'ERM i *risk owners* tramite un incontro per condividere l'approvazione e il commitment della direzione strategica.
4. Progettazione e realizzazione della formazione sull'ERM: il responsabile principale del rischio progetta un corso formativo residenziale destinato ai componenti del team ERM.
5. Identificazione, analisi e ponderazione dei rischi: viene svolto un incontro in cui il responsabile principale del rischio illustra ai componenti del team ERM l'esigenza di svolgere l'analisi SWOT; in un secondo momento i rischi individuati vengono "gerarchizzati" in modo che il più importante sia affrontato per primo.

Risorse e linee operative

I costi del progetto sono presentati in forma tabellare e quantificati per ognuna delle fasi citate in precedenza. Le risorse prese in considerazione sono di quattro tipi: strutturali, tecnologiche, organizzative e professionali. Nello specifico, i costi sono i seguenti:

- € 778,25 per le fasi 1 e 2;
- € 1.191,84 per la fase 3;
- € 5.000 per la fase 4;
- € 22.974,52 per la fase 5.

In totale, i costi ammontano a € 33.761,61, in quanto si considerano anche le spese sostenute per gli audit interni ERM (€ 3.817). I risultati attesi dalla realizzazione del progetto sono invece i seguenti:

- disporre di un *risk management framework*;
- disporre di una quantificazione (quali-quantitativa) dei rischi presenti nei setting/processi assistenziali con riferimento ai diversi domini di rischio;
- fornire evidenza dello sforzo compiuto dall'organizzazione nella direzione della protezione del valore dell'azienda.

1.2 Modello integrato per la definizione del rischio nelle strutture sociosanitarie

Pietro Perotti

Questo progetto approfondisce il tema della disponibilità ed uso dei numerosi flussi informativi presenti nelle aziende sanitarie al fine di costruire i cruscotti direzionali necessari a chi dirige. Il progetto è costruito sulla realtà della Agenzia di Tutela della Salute (ATS) Pavia e approfondisce metodo e contenuti sul come costruire un portafoglio di indicatori che siano rilevanti per i fenomeni gestionali prioritari (presa in carico, monitoraggio salute di una popolazione, integrazione, ecc.).

Federico Lega

Contesto

Tra le funzioni in capo alle ATS vi è il controllo di appropriatezza delle prestazioni erogate nelle strutture sociosanitarie del territorio, oltre alla vigilanza sui requisiti organizzativi, gestionali, strutturali e tecnologici delle strutture sociosanitarie e di quelle sociali. Il PW intende proporre un modello di analisi dei flussi informativi in grado di verificare l'insorgenza di eventi, intesi come indicatori proxy della qualità della presa in cura dell'ospite delle strutture sociosanitarie. Viene poi proposto un modello organizzativo e gestionale della struttura, che consente di indirizzare l'attività di vigilanza e controllo verso le strutture a rischio maggiore. A partire da un'analisi del territorio dell'ATS Pavia dal punto di vista orografico, demografico ed epidemiologico viene presentata l'offerta delle strutture sociosanitarie. L'elaborato presenta quindi l'attività di vigilanza e controllo di appropriatezza svolta dalle ATS concentrandosi su come i flussi informativi dell'area sociosanitaria, essendo ricchi di informazioni qualitative sullo stato di salute dei pazienti, oltre che su aspetti gestionali ed organizzativi, contribuiscono alla descrizione del percorso assistenziale nella rete sanitaria e sociosanitaria. Mettendo in relazione i singoli flussi informativi, secondo gli autori, è possibile scegliere i migliori modelli statistici per la costruzione di indicatori per il governo dell'offerta e della domanda (indicatori di esito e di processo).

Idea

L'idea del progetto è quella di individuare e stabilizzare presso ATS Pavia un modello organizzativo che permetta agli operatori appartenenti a differenti Unità Operative (UO) di lavorare in modo integrato. A livello organizzativo si prevede di istituire Nuclei Operativi Esperti (NOE') costituiti da operatori di differenti professionalità e appartenenti a diverse articolazioni di ATS, con l'obiettivo di individuare gli eventi (indicatori) con maggiore incidenza e ipotizzare in base all'esperienza sul campo e ai dati di letteratura, i determinanti che potrebbero incidere sulla loro frequenza.

Attraverso l'utilizzo dei flussi informativi provenienti dalle Strutture del territorio il modello proposto vuole fornire elementi oggettivi al fine di:

Problemi e soluzioni nella gestione sanitaria.

- individuare indicatori, quali proxy della valutazione della presa in carico del paziente;
- indirizzare con metodo scientifico l'attività di vigilanza e controllo verso le situazioni potenzialmente più a rischio;
- accompagnare le strutture verso un miglioramento della qualità delle cure erogate.

I destinatari intermedi sono gli operatori ATS e gli enti gestori delle strutture sociosanitarie e quelli finali sono gli ospiti delle strutture.

La metodologia adottata si basa su due elementi considerati indispensabili per facilitare e rendere "stabile" l'integrazione delle attività afferenti ai diversi dipartimenti agenziali e con gli stakeholder del territorio:

- la formazione sul campo;
- la proposta di un modello organizzativo appropriato per garantire e sostenere le attività trasversali.

Risorse e linee operative

La realizzazione del progetto prevede il coinvolgimento di diverse professionalità e la collaborazione tra varie unità operative aziendali ed è stato pensato in più fasi:

La prima, svolta da operatori tecnici che ricevono il debito informativo dalle strutture del territorio, riguarda la verifica e il controllo sia formale che di contenuto dei flussi informativi che una volta validati vengono messi a disposizione e storicizzati nel *data warehouse* di ATS.

La seconda consiste nell'analisi dei dati da parte dell'Osservatorio Epidemiologico che si rapporta con i referenti delle diverse articolazioni aziendali al fine di raccogliere le esigenze e valutare la fattibilità dell'implementazione dell'analisi.

La terza prevede la condivisione e la diffusione dei risultati anche con le strutture territoriali. Nei costi per la realizzazione del progetto vengono considerate esclusivamente le attività aggiuntive, stimate nel progetto in termini di ore del personale che partecipa alle riunioni del NOE'.

Non sono imputati i costi per software statistico di elaborazione dati perché normalmente già in possesso delle aziende sanitarie. Non sono considerati neppure i costi per l'archiviazione e storicizzazione dei flussi informativi perché l'ATS è già in possesso di un *data warehouse* aziendale.

1.3 Modello operativo di ridefinizione del Dipartimento Cardiovascolare dell'ASST Sette Laghi

Battistina Castiglioni

Questo progetto rappresenta un riferimento interessante sul come costruire un percorso di cambiamento per lo sviluppo strategico ed organizzativo di un dipartimento di area specialistica che abbraccia un territorio complesso ed una rete di ospedali organizzati secondo logiche hub&spokes.

Federico Lega

Contesto

Il Dipartimento Cardiovascolare rappresenta, all'interno dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) Sette Laghi, un punto di forza per patologie trattate, ma con molteplici criticità legate alla mancata implementazione delle indicazioni già fornite dal Piano Organizzativo Aziendale Strategico (POAS) attuale. Ciò non ha permesso di inquadrare e definire le peculiarità di alcune delle strutture presenti e la condizione non funzionale di strutture affini afferenti a dipartimenti differenti. L'emergenza pandemica ha sottolineato la necessità di rispondere in modo rapido, flessibile ed elastico alle necessità imposte dall'emergenza e ha reso necessario sperimentare modelli organizzativi e di governance in grado di ottimizzare le risorse.

L'obiettivo principale del lavoro è quello di garantire la continuità delle cure, l'omogeneità di trattamento sul territorio ed il governo dei percorsi sanitari appropriati ed economicamente sostenibili.

I bisogni a cui il progetto si propone di rispondere sono di natura assistenziale e riguardano i pazienti afferenti al Dipartimento Cardiovascolare dell'ASST Sette Laghi.

Idea

L'idea del progetto è quella di apportare al Dipartimento Cardiovascolare una serie di modifiche di natura strutturale ed organizzativa nell'ottica di preservare le specialità presenti e di creare un team affine e multidisciplinare. Ciò rappresenta una condizione necessaria per gestire al meglio la complessità del percorso diagnostico e terapeutico del paziente con patologia cardio-toraco-vascolare in emergenza ed in elezione, dato che allo stato attuale il regime terapeutico previsto risulta deficitario dal punto di vista clinico ed assistenziale.

Si prevede inoltre la rimodulazione del dipartimento tramite la configurazione di processi e modelli organizzativi innovativi che garantiranno un nuovo percorso formativo per il personale finalizzato alla comprensione e all'implementazione dei cambiamenti che saranno apportati. I destinatari del progetto sono i pazienti affetti da patologie cardiovascolari, nonché il personale medico e le strutture sanitarie coinvolte.

Il PW si compone di due fasi determinate dalle indicazioni regionali che hanno permesso innanzitutto di apportare un numero minimo di modifiche al POAS esistente, intraprendendo

Problemi e soluzioni nella gestione sanitaria.

il processo di trasformazione per rendere più funzionale l'assetto organizzativo aziendale. Si rimanda invece ad un secondo momento l'effettiva ridefinizione del POAS.

La metodologia utilizzata si articola in più fasi:

- descrizione del processo di cambiamento del Dipartimento Cardiovascolare;
- relazione tra Covid-19 e nuovi modelli organizzativi;
- definizione e ruoli del centro di ricerca;
- impatto del cambiamento;
- descrizione del nuovo dipartimento.

Risorse e linee operative

Le risorse umane impiegate nel progetto sono state soggette a riorganizzazione, redistribuzione e acquisizione di nuove competenze ed assunzioni per specifiche posizioni richieste dall'implementazione del progetto. Nello specifico è coinvolto il personale afferente a:

- cardiologia d'urgenza (rivalutazione delle modalità di turnistiche di "guardia");
- cardiologia delle aritmie (incremento del numero di visite nei reparti di degenza);
- cardiocirurgia;
- chirurgia toracica e vascolare (ampliamento della reperibilità del personale);
- cardiologia pediatrica (ampliamento delle fasce orarie di presenza attiva).

Inoltre – per mantenere l'attrattività delle strutture sanitarie – sarà implementata la possibilità di rotazione (in particolare per i nuovi assunti) tra i vari presidi. A ciò si aggiunge l'opportunità di formazione in tutti gli ambiti (anche quelli a maggiore specializzazione come emodinamica ed elettrostimolazione). All'interno delle risorse disponibili e per i presidi aziendali saranno identificati i referenti per ambiti di particolare impatto.

La valutazione dei cambiamenti apportati – attraverso indicatori specifici che dovranno essere declinati per singola struttura afferente – rappresenterà la base per la successiva definizione dell'assetto definitivo del dipartimento. Tra gli indicatori di performance utilizzati per verificare l'efficacia del nuovo modello organizzativo si ricordano la riduzione dei tempi per la presa in carico del paziente, l'efficientamento della rete di trasporti, la progettualità della piattaforma di telemedicina ed il rispetto dei tempi di attesa per i codici di priorità specialistica ambulatoriale.

1.4 Progetto di rinnovamento e cambiamento della cardiologia dell'ASST Melegnano e Martesana

Filippo Ottani

Questo progetto rappresenta un modello interessante del come costruire un ragionamento strutturato per il rilancio reputazionale e lo sviluppo strategico ed organizzativo di una struttura complessa (SC) inserita in una rete hub&spokes tempo-dipendente ed in un sistema di offerta pre-esistente.

Federico Lega

Contesto

Il progetto parte da una disamina dei fattori che negli ultimi anni hanno determinato una progressiva marginalizzazione delle attività cardiologiche all'interno dell'ASST Melegnano e Martesana, evidenziando la difficoltà di dar vita a una configurazione organizzativa basata su una "logica di rete", come auspicato dal DM 70.

La distanza geografica e la competizione tra i Presidi Ospedalieri di Vizzolo e Cernusco sul Naviglio, lo sviluppo tecnologico dell'area cardiologica in aziende sanitarie limitrofe e l'elevato "avvicendamento" delle direzioni strategiche, hanno determinato:

- un'azione strategica informata più sulle contingenze situazionali e sui localismi territoriali, che su una linea generale definita e di lungo-periodo;
- un progressivo arretramento tecnologico-strumentale per mancati investimenti strategici e contestualmente perdita di attrattività verso gli assistiti di competenza territoriale;
- perdita di knowledge professionale con esternalizzazione dei servizi e/o perdita di professionisti con elevati livelli di "capacità professionali";
- "migrazione" dei pazienti verso le strutture private limitrofe a più elevata "offerta tecnologica".

A partire da tali considerazioni, il PW si propone di avviare un processo di riqualifica delle due Unità Operative Complesse (UOC) di Cardiologia basato su una "politica" di investimenti economici volti al rinnovamento tecnologico e professionale attraverso l'assunzione di nuovi professionisti e l'introduzione di una "logica di rete".

Idea

Viene effettuata un'analisi delle due UOC di Cardiologia dell'ASST Melegnano e Martesana, dal punto di vista dell'assetto organizzativo, delle attività svolte, della tecnologia disponibile e le risorse umane presenti allo stato attuale. Gli obiettivi generali del progetto sono quelli di:

Problemi e soluzioni nella gestione sanitaria.

- avviare il riassetto e lo sviluppo dell'attività cardiologica dal punto di vista tecnologico professionale;
- governare i percorsi di accesso verso le strutture private e favorire progressivamente una maggiore integrazione con il sistema delle cure territoriali;
- favorire all'interno dell'equipe medica e infermieristica un approccio collaborativo e d'interdipendenza nelle due sedi operative, al fine di garantire sviluppo professionale e un modello organizzativo basato sulla individuazione di competenze specialistiche avanzate.

Le azioni individuate per il raggiungimento degli obiettivi sono riassumibili in due aree: interventi strutturali e riassetto clinico e organizzativo. La prima area è orientata al rafforzamento e allo sviluppo delle risorse umane e al potenziamento e ammodernamento della strumentazione tecnologica. La seconda area riguarda azioni volte a:

- garantire la ripresa dell'attività di elettrofisiologia diagnostica/interventistica e l'incremento dell'attività di elettrostimolazione;
- potenziare l'attività quali-quantitativa di emodinamica;
- collaborare alla progettazione di un servizio d'interventistica vascolare con la radiologia interventistica;
- collaborare alla progettazione e implementazione del servizio di risonanza magnetica cardiovascolare in collaborazione con la radiologia;
- perseguire la creazione di forti connessioni delle funzioni cardiologiche in una "logica di rete" a livello aziendale.

Risorse e linee operative

Il progetto presentato si estende lungo una durata di cinque anni. Vengono illustrate nel dettaglio le azioni, gli interventi e i costi per il raggiungimento degli obiettivi prefissati. Per quanto riguarda gli interventi strutturali viene stimato un costo complessivo di € 983.000 per l'inserimento di nuove risorse umane e l'acquisto di apparecchiature elettromedicali, dispositivi per elettrofisiologia interventistica e un programma di informatizzazione.

Sono riportati gli indicatori delle azioni pertinenti l'area di "riassetto organizzativo", definendo standard e modalità di rilevazione e tempistica.

Si riporta infine il cronoprogramma di dettaglio delle attività ad oggi implementate che coprono l'arco temporale da settembre 2021 a dicembre 2021.

1.5 Modello di gestione del paziente con impianto di valvola aortica transcaterere dalla valutazione pre-ospedaliera alla dimissione post-intervento.

Alessandro Gerosa, Maddalena Lettino e Pietro Vandoni

Il progetto propone un modello organizzativo in grado di migliorare il rapporto costo-efficacia nella procedura di impianto di valvola aortica transcaterere (TAVI) agendo prevalentemente sulle fasi pre e post operatorie. Il modello proposto ha come obiettivo la riduzione dei tempi di diagnostica, il tempo di ricovero e il numero di complicanze, andando così a vantaggio dell'azienda sanitaria, dei professionisti e dei pazienti.

Vittoria Viganò

Contesto

La procedura TAVI è il trattamento di scelta nei pazienti inoperabili affetti da stenosi aortica severa sintomatica e la strategia preferita in quelli a rischio chirurgico elevato o intermedio. Tali pazienti sono di frequente affetti da numerose comorbilità, soprattutto di origine ematologica che possono impattare negativamente sull'esito della procedura se non diagnosticate in tempo.

L'obiettivo del progetto è di ridurre i costi legati all'esecuzione di una TAVI nel paziente ad alto rischio che afferra all'ATS di competenza, tramite la riduzione dei costi pre e post procedurali. Per fare ciò si fa ricorso ad un modello organizzativo in grado di migliorare il rapporto costo-efficacia della procedura innovativa rispetto a quanto già ottenuto nel confronto con la terapia medica ed a quanto attualmente perseguibile con la terapia chirurgica convenzionale.

I bisogni a cui il lavoro tenta di dare risposta sono la necessità di diminuire la durata dei tempi di diagnostica e ricovero per i pazienti, contenere il numero di complicanze cliniche (tramite un approccio preventivo) ed utilizzare in modo più appropriato le risorse a disposizione della struttura sanitaria.

Idea

L'idea del progetto concerne la sperimentazione di una modalità di trattamento innovativa in campo cardiologico in quanto, nonostante la rapida espansione della procedura nella pratica clinica, i dati mostrano che il beneficio clinico dell'intervento a breve e medio termine è ancora subottimale in una percentuale elevata di pazienti.

I destinatari del progetto sono l'azienda sanitaria (in relazione all'opportunità di gestire in modo adeguato le risorse limitate quali posti letto, servizi diagnostici, emocomponenti, ecc.), i medici (in relazione ad una migliore pianificazione dell'attività interventistica) ed ovviamente i pazienti (in relazione ad una degenza più breve e ad un percorso di cura attento alla prevenzione).

La metodologia utilizzata per l'implementazione della TAVI si articola in tre momenti:

Problemi e soluzioni nella gestione sanitaria.

- fase preparatoria, da svolgere preferibilmente prima del ricovero;
- presentazione e discussione multidisciplinare del caso (con eventuali ulteriori accertamenti suggeriti dall'heart team);
- fase di ricovero, esecuzione dell'intervento e avvio alla riabilitazione se necessario.

Inoltre, vengono approfondite le malattie ematologiche nei pazienti con stenosi aortica severa in valutazione per TAVI, sia in termini di frequenza sia di complessità. Per tali pazienti sono pertanto attivati dei percorsi specifici al fine di migliorare l'outcome del paziente sottoposto ad intervento e ridurre la probabilità di complicanze.

Risorse e linee operative

Per giungere ad una dimensione dell'impatto economico che la realizzazione del progetto potrebbe avere sull'intero percorso TAVI all'interno della struttura sanitaria, gli autori analizzano la casistica dei pazienti sottoposti alla procedura nel corso del 2019 (42 pazienti in totale). In particolare, sono valutati i fattori potenzialmente modificabili che hanno un impatto significativo sui costi totali di gestione.

Sono riportate in forma tabellare le caratteristiche principali di tali pazienti (età media, sesso e comorbidità), a cui sono state aggiunte le complicanze, i tempi di degenza e la percentuale di invio alla riabilitazione post-intervento. I tempi di degenza vengono considerati come durata media in giorni della degenza totale ed è calcolato altresì il numero medio di giorni tra il ricovero ospedaliero e l'effettiva esecuzione dell'intervento di TAVI. Tutti i parametri sono analizzati sia per l'intera casistica del 2019 che, separatamente, per i pazienti con patologia ematologica.

Gli autori stimano inoltre il rapporto fra il rimborso fornito per la procedura mediante DRG e il costo reale della stessa nei diversi setting ed ipotizzano il margine di miglioramento ottenibile attraverso il modello organizzativo proposto nel progetto. A tal scopo si stimano anche i costi di pertinenza ematologica che si affronterebbero in sede di pre ricovero e di gestione ambulatoriale del paziente prima della procedura, che sono risultati globalmente inferiori per singolo paziente al costo di un solo giorno di degenza ordinaria.

1.6 Percorso innovativo di gestione del paziente con insufficienza cardiaca e broncopneumopatia cronica ostruttiva

Milena Arghittu, Fabrizio Oliva e Paolo Tarsia

Il progetto mette in evidenza una modalità innovativa per la gestione del paziente con insufficienza cardiaca e broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) in un'ottica di ottimizzazione del percorso di cura. Il processo si articola in una serie di step che prevedono tra gli altri la costruzione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) e l'identificazione di una piattaforma web che permette una più rapida ed efficace comunicazione tra gli attori coinvolti.

Paola Orlandini

Contesto

Il progetto propone un percorso innovativo per la gestione del paziente con insufficienza cardiaca (IC) e con BPCO, patologie che condividono alcuni fattori di rischio e sintomi oltre che un persistente stato infiammatorio. Le due malattie spesso coesistono, rendendo la gestione clinica – oltre che organizzativa – ancora più complessa ed i pazienti sono generalmente anziani con comorbidità multiple. Tali complessità comportano di frequente ritardi e disagi per le persone malate nella messa in atto e nell'ottimizzazione delle cure.

L'obiettivo primario del lavoro è quello di ottimizzare il percorso di cura dei pazienti con IC e BPCO in modo da facilitare la co-gestione tra gli attori clinici coinvolti (cardiologo, pneumologo ed internista), l'accesso alla diagnostica di laboratorio e la definizione di un iter diagnostico più rapido.

Gli obiettivi secondari sono aumentare il numero di pazienti con doppia patologia trattati in multidisciplinarietà, ridurre le riacutizzazioni con necessità di cure ospedaliere, i tempi di attesa e migliorare la qualità dei servizi percepiti dal paziente.

I bisogni a cui il progetto vuole rispondere riguardano dunque la necessità clinica di migliorare la gestione dei pazienti con coesistenza di insufficienza cardiaca e BPCO e la loro qualità di vita, oltre che di contenere i costi a carico del sistema sanitario legati ad accessi in PS e/o ricoveri.

Idea

L'idea del progetto consiste nell'implementazione di una modalità innovativa di gestione del paziente affetto da BPCO e scompenso cardiaco (SC) che preveda la presa in carico sistemica dell'individuo durante tutto il percorso di cura. Il paziente può essere indirizzato a tale percorso a partire da vari ambiti come dal pronto soccorso (PS), al momento della dimissione dai reparti specialistici, dagli ambulatori specialistici e dalla medicina generale.

Problemi e soluzioni nella gestione sanitaria.

I destinatari del progetto sono i pazienti, gli operatori dei reparti di cardiologia, pneumologia, medicina interna, PS, laboratorio analisi e microbiologia, i medici di Medicina Generale (MMG), gli specialisti ambulatoriali, i dipartimenti e le ATS e ASST coinvolte nel progetto.

La metodologia utilizzata consiste in alcuni capisaldi: la possibilità di accesso al percorso dal PS, dalla dimissione cardiologica, pneumologica o internistica e dagli ambulatori specialistici, l'utilizzo di una piattaforma web con attività di televisita e teleconsulto ed il ricorso a decisioni mediche collegiali e controlli periodici per la definizione del piano terapeutico.

Il progetto si articola in molteplici fasi:

- costituzione di un gruppo di lavoro (rappresentanti di specialisti cardiologo, pneumologo, internista, laboratorio, urgentisti, MMG, direzione medica, controllo qualità, infermiere, fisioterapista, farmacista, servizio informativo, rappresentanti pazienti);
- costruzione del PDTA per la gestione integrata del paziente con IC e BPCO;
- identificazione di una piattaforma web idonea alle finalità del progetto;
- addestramento e formazione del personale;
- attivazione di una versione pilota del progetto;
- audit al termine della fase pilota con rilevazione degli indicatori prescelti.

Risorse e linee operative

I costi potenziali del progetto sono stati stimati considerando sia l'implementazione dell'ambulatorio multidisciplinare (in termini di impiego risorse umane per la creazione PDTA e per la gestione dell'ambulatorio), sia l'attivazione della piattaforma web per attività di televisita e teleconsulto. Vengono inoltre formulate due ipotesi di ricavo dal progetto, considerando sia la rendicontazione in regime ambulatoriale, sia come Macro Attività Complesse (MAC). In particolare, i costi previsti per l'ambulatorio multidisciplinare sono pari a € 25.806 e quelli per la stesura PDTA € 17.539,20. I costi totali ammontano quindi a € 43.345,20.

L'attivazione dell'ambulatorio multidisciplinare comporterebbe anche dei potenziali ricavi derivanti dalla rendicontazione delle prestazioni effettuate. Sono configurabili due ipotesi di rendicontazione:

1. ricavo derivante dal rimborso delle singole prestazioni ambulatoriali (€ 57.007,80);
2. ricavo derivante dall'attivazione di un MAC riabilitativo a bassa complessità (€ 51.888).

I risultati attesi sono definiti in base ad una serie di indicatori e fanno riferimento sia ad aspetti legati all'implementazione del progetto (monitoraggio delle tempistiche), sia in relazione al suo funzionamento (utilizzo di indicatori di processo e di outcome).

1.7 Attivazione di un percorso di donazione di organi a cuore fermo controllato presso l'Ospedale Sant'Anna di Como

Andrea Lombardo

Il prelievo e trapianto di organi rappresenta un nodo critico per le attività ospedaliere, in quanto drena molte risorse umane e al tempo stesso deve soddisfare delle lunghe liste d'attesa. Per questa ragione, ogni procedura nuova che possa ottimizzare e migliorare la filiera è di particolare rilievo per gli stakeholder e il sistema regionale. Il progetto affronta questo tema con proposte concrete e generalizzabili e implicazioni manageriali di rilievo.

Emanuela Foglia

Contesto

Con l'approvazione della legge 219 del 2017 ("Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento"), è aumentata la diffusione nelle Rianimazioni di un nuovo approccio alle cure di fine vita e il miglioramento delle tecniche di ricondizionamento degli organi. Il prelievo controllato a cuore fermo (c-DCD) è divenuto una pratica utilizzata anche in Italia. Tuttavia, le condizioni organizzative e i principi di rimborso attualmente vigenti rendono difficile la diffusione di questa procedura e il soddisfacimento delle liste d'attesa per i trapianti.

Nonostante i concreti progressi in ambito clinico, tecnico, normativo e bioetico dell'ultimo decennio, solo mediante l'elaborazione di un adeguato sistema di finanziamento e la realizzazione di un network regionale basato sul modello "Hub & Spoke" si potrà raggiungere un miglioramento qualitativo e un progressivo incremento delle attività di trapianto finalizzato alla riduzione delle liste d'attesa, considerando anche che il processo di donazione e trapianto di organi è parte dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

Dopo aver illustrato la situazione dei prelievi controllati a cuore fermo, il PW descrive il processo che ha portato all'attivazione della procedura presso l'Ospedale Sant'Anna di Como.

Idea

L'introduzione della procedura c-DCD presso l'Ospedale Sant'Anna di Como rappresenta un modello innovativo di fattibilità dell'espansione delle tecniche finalizzate all'*organ-procurement*, anche presso strutture ospedaliere che attualmente assumono il ruolo di spoke nel sistema regionale delle reti di assistenza cardiaca e respiratoria.

I destinatari diretti del progetto sono tutti i soggetti con insufficienza d'organo terminale che necessitano di un trapianto. Beneficiari del progetto saranno anche tutti i centri prelievo e trapianto di organi, così come le direzioni strategiche delle strutture sanitarie.

Il progetto descrive l'analisi di fattibilità dell'introduzione della metodica condotta con metodologia Health Technology Assessment (HTA) prendendo in considerazione otto dimensioni valutative (rilevanza tecnica, sicurezza, efficacia nella ricerca, efficacia nella

Problemi e soluzioni nella gestione sanitaria.

pratica, impatto economico-finanziario, equità, impatto sociale ed etico, impatto organizzativo). In esito a tale percorso, è stata individuata la strumentazione necessaria da acquistare attraverso una procedura di gara aperta con criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa sulla base del miglior rapporto qualità-prezzo, secondo quanto definito dalle linee guida Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC). L'introduzione della metodica è stata poi completata con l'acquisizione di adeguate professionalità e l'elaborazione di una specifica procedura aziendale a completamento del percorso condotto.

Risorse e linee operative

Il PW descrive la procedura operativa del percorso di donazione di organi e tessuti a cuore fermo che si compone di 8 fasi che vanno dall'identificazione del potenziale donatore fino alla gestione del paziente in sala operatoria. Per ogni fase vengono definiti i professionisti coinvolti, i reparti utilizzati e le attività cliniche svolte.

I costi stimati per ciascuna procedura di DCD ammontano a € 3.215 + IVA e sono così ripartiti:

- 1 circuito ECMO per procedure interventistiche: € 2.000 + IVA;
- 1 cannula venosa: € 295 + IVA;
- 1 cannula arteriosa: € 220 + IVA;
- 1 introduttore arterioso femorale per *endoclamp*: € 130 + IVA;
- 1 pallone aortico per *endoclamp*: € 570 + IVA.

A titolo esemplificativo, vengono simulati alcuni casi che contemplano le diagnosi e le procedure più frequentemente riscontrati nelle osservazioni di morte a cuore battente (DBD) e a cuore fermo (DCD).

I risultati attesi dal modello proposto sono relativi al miglioramento qualitativo di questi processi di prelievo d'organi e il progressivo incremento delle attività finalizzato alla riduzione delle liste d'attesa.

1.8 Implementazione di un servizio di emodinamica H/24 presso il Presidio Ospedaliero di Vigevano Distretto Lomellina

Enrico Pusineri

Questo progetto nasce da un lavoro di pianificazione strategica svolta dall'autore allo scopo di migliorare il servizio di cardiologia e di emodinamica del presidio ospedaliero di Vigevano.

Federico Lega

Contesto

Il progetto affronta il tema del potenziamento della rete di servizi di emodinamica sul territorio di Pavia. L'evidenza dei benefici offerti dalla rivascolarizzazione percutanea (PPCI) nelle sindromi coronariche acute ha contribuito ad incrementare in maniera considerevole la domanda di procedure interventistiche coronariche. Attraverso l'analisi dell'attuale situazione organizzativa ed operativa in provincia di Pavia, viene proposta l'implementazione di un servizio H/24 nel laboratorio di cardiologia interventistica dell'Ospedale Civile Vigevano. L'analisi del contesto prende in esame le caratteristiche epidemiologiche e di urbanizzazione della provincia di Pavia, la quale rappresenta la terza città più estesa della Lombardia. Le evidenze hanno permesso di ritenere che la collocazione territoriale del servizio di emodinamica H/24 a Vigevano rivesta un ruolo strategico nella disponibilità di trattamenti tempestivi ed efficaci che risultano essenziali per la sopravvivenza del paziente con infarto miocardico acuto, rappresentando un fondamentale punto di riferimento per le popolazioni di aree geografiche decentrate che altrimenti potrebbero risultare svantaggiate.

Idea

Il progetto viene descritto a partire dall'organizzazione strutturale della nuova area di cardiologia interventistica a partire dal 2020.

Tale intervento ha avuto lo scopo di raggiungere i seguenti obiettivi:

- distribuire meglio gli spazi coerentemente con le necessità assistenziali e con i requisiti di accreditamento delle strutture sanitarie previsti dalla normativa vigente;
- creare le condizioni per ottimizzare la fruibilità e l'utilizzo della porzione oggetto di intervento;
- assicurare i corretti percorsi di pazienti, personale e materiali;
- realizzare condizioni di comfort e benessere interno sia per il personale che per gli utenti;
- migliorare la qualità dell'assistenza e la sicurezza delle cure.

Problemi e soluzioni nella gestione sanitaria.

Gli interventi strutturali per il trasferimento delle attività di emodinamica/elettrofisiologia dell'Ospedale di Vigevano nei nuovi locali rientrano in una serie di operazioni di adeguamento e potenziamento più ampia dell'intero ospedale.

I destinatari del progetto sono gli utenti del servizio di emodinamica di Vigevano e dei comuni limitrofi (potenzialmente circa 170.900 abitanti).

Risorse e linee operative

La realizzazione della nuova area di cardiologia Interventistica è stata effettuata con la modalità "inservice". Essa consiste in un modello di progettazione, costruzione e gestione di laboratori di emodinamica, sale operatorie e sale ibride, affidato a terzi. In questo modo la struttura sanitaria non deve affrontare costi iniziali di progettazione, costruzione, fornitura magazzini, in quanto affidati totalmente all'aggiudicatario della gara d'appalto.

Vengono analizzati i vantaggi della modalità "in service" adottata:

- certezza del costo e la piena prevedibilità delle spese;
- maggiori risorse a disposizione, in quanto non dovendo fare un investimento capitale iniziale le strutture sanitarie possono destinare i propri fondi a una serie di iniziative alternative;
- apparecchiature e dispositivi tecnologicamente avanzati grazie alla fornitura dei migliori prodotti sul mercato;
- assistenza continua data dall'offerta di un efficiente sistema informatico a supporto dell'attività del servizio specialistico implementato.

La realizzazione della nuova area di cardiologia interventistica è stata finanziata con la modalità del noleggio per nove anni delle tecnologie fornite, compresi i lavori edili ed impiantistici di allestimento, per un importo di circa € 3.100.000, che ASST Pavia pagherà in rate annuali di circa € 338.000.

1.9 Modifiche strutturali del centro grandi ustionati e di percorso del paziente finalizzati a limitare le infezioni ospedaliere

Franz W. Baruffaldi Preis

Il progetto si prefigge l'ambizioso obiettivo di ridurre il tasso di infezione da microorganismi meticillinoresistenti (MRSA) nei pazienti ustionati, diminuendo così i tempi di degenza e migliorando l'outcome dei pazienti stessi. L'autore propone sia delle modifiche organizzative, dall'accettazione alla dimissione del paziente, sia modifiche strutturali, quali l'isolamento in box singoli e l'aumento dei posti letto.

Vittoria Viganò

Contesto

L'Ospedale Niguarda raccoglie i dati relativi agli isolamenti microbici ed ai test di antibioticosensibilità ottenuti dai campioni provenienti da pazienti con ustioni superiori al 20% della superficie corporea. I dati raccolti dal 2015 al 2020 riportano una crescita esponenziale di casi di pazienti colonizzati da microorganismi meticillinoresistenti (MRSA). Ciò ha creato un aumento dei ricoveri e della loro durata, non permettendo alle strutture sanitarie di rispettare le richieste dei parametri europei.

L'obiettivo dello studio è aumentare la capacità di offerta della struttura ospedaliera tramite l'aumento del numero di posti letto o attraverso la riduzione dei tempi di degenza dei pazienti ustionati.

I bisogni a cui il progetto vuole rispondere sono riconducibili al miglioramento del percorso di cura offerto ai pazienti ustionati per quanto riguarda qualità di vita ed efficienza, nonché al contenimento dei costi per le lunghe e numerose degenze a carico degli ospedali.

Idea

L'idea del progetto consiste nell'analisi del percorso dei pazienti con importanti lesioni tegumentali e delle modalità di presa in carico dello specialista ustionologo. Sulla base dei giorni di degenza e del consumo di farmaci è stato quantificato il danno economico tramite paragone con un paziente negativo a microorganismi meticillinoresistenti. Sono state inoltre studiate le modifiche logistiche da apportare in relazione all'isolamento dei soggetti e la protezione da agenti microbiologici in fase di accettazione e di trattamento chirurgico.

I destinatari del progetto sono innanzitutto i pazienti ustionati e le rispettive famiglie; ma anche medici, infermieri ed altro personale di assistenza che devono rispettare una serie di regole per quanto riguarda l'accettazione del paziente in urgenza, la gestione dei soggetti monitorati ed il loro trasferimento in strutture limitrofe per la parte chirurgica. Infine, l'ospedale nel suo complesso è considerato beneficiario del progetto.

Problemi e soluzioni nella gestione sanitaria.

La metodologia utilizzata consiste nel considerare tre possibili scenari per incrementare la capacità di offerta per ustionati gravi:

- aumentare il numero di posti letto (realizzazione a bassa complessità ma soggetta a vincoli esterni);
- riduzione dei tempi di degenza (realizzazione a media complessità);
- distribuzione della patologia in strutture secondarie a basso volume di assistenza (realizzazione ad alta complessità).

Le fasi per la realizzazione del progetto sono quattro:

1. accettazione del paziente ustionato: si descrivono le modalità attuali per l'accesso in ospedale del paziente ustionato e le modifiche da apportare;
2. gestione del periodo di degenza: si descrivono le caratteristiche attuali delle degenze ospedaliere per i pazienti ustionati e le modifiche da apportare;
3. progetto nuovo centro ustioni: sulla base delle evidenze emerse dalle prime due fasi si considera una prima modifica riguardante l'isolamento dei pazienti in box singoli;
4. progetto di fattibilità: una bozza del progetto viene posta all'attenzione del Direzione Generale dell'ospedale per ottenere l'autorizzazione a studiare un progetto di dettaglio presentabile in Regione.

Risorse e linee operative

La realizzazione del progetto prevede che, nell'ordine:

- la Regione attraverso delibera destini un finanziamento alla ristrutturazione;
- l'ospedale – attraverso una gara d'appalto – dia incarico della realizzazione delle modifiche strutturali a una ditta esterna;
- vengano individuati gli spazi in cui trasferire il centro ustioni per i tempi necessari alla realizzazione del progetto;
- si trovino i fondi per attribuire al centro ustioni nuovo personale medico rianimatorio per la gestione del paziente intubato.

I costi totali del progetto sono pari a € 4.845.000. Di tale somma, € 3.358.416 sono relativi opere propedeutiche per lo spostamento temporaneo del reparto, ristrutturazione e riqualificazione dello stesso, restiling CO dedicata, rifacimento unità trattamento aria (UTA) e canalizzazioni sulla copertura ed adeguamento sismico; € 1.486.584 riguardano invece spese tecniche di progettazione ed arredi e attrezzature per reparto e CO.

I risultati attesi sono:

- inaugurazione del nuovo centro ustioni entro 12 mesi dall'inizio dei lavori;
- mancato rallentamento dell'attività clinica svolta durante la fase di trasloco;
- notevole riduzione delle infezioni ospedaliere tra i pazienti afferenti al centro ustioni e alla chirurgia plastica;
- incremento della disponibilità di posti letto;
- riduzione dei tempi di degenza;
- inclusione dell'ospedale all'interno della rete europea dei centri ustioni.

1.10 La *remission clinic*: ambulatorio dedicato per fermare la progressione delle nefropatie croniche proteinuriche

Piero Luigi Ruggenti

Il progetto si propone un approccio di diagnosi e cura per il rallentamento dell'evoluzione delle patologie renali in modo da ritardare il più possibile la fase in cui i pazienti necessitano di dialisi.

L'obiettivo strategico del progetto consiste nell'organizzazione e nella redazione di un protocollo per l'inizio di una attività ambulatoriale finalizzata al monitoraggio e trattamento dei pazienti affetti da nefropatie croniche proteinuriche.

Silvana Castaldi

Contesto

Il progetto si propone un approccio di diagnosi e cura per il rallentamento dell'evoluzione delle patologie renali in modo da ritardare il più possibile la fase in cui i pazienti necessitano di dialisi. Ogni anno circa 9.500 nuovi pazienti entrano in dialisi e circa 43.500 pazienti necessitano di terapia sostitutiva della funzione renale. Considerando che il costo medio della dialisi è di circa € 43.000 all'anno, si può calcolare che i costi complessivi della terapia sostitutiva ammontano a circa € 1.870.500.000, e cioè a quasi 2 miliardi di euro all'anno. Di fronte a 43.000 persone in dialisi si hanno circa 230.000 pazienti con grave insufficienza renale cronica (IRC) in fase pre-dialitica (cosiddetto stadio 4 dell'IRC). Si stima che i costi diretti per il trattamento di questi pazienti in stadio 4 ammontano a circa € 1.692.300.000 per anno ai quali andrebbero aggiunti circa € 117.285.000 di costi indiretti.

L'obiettivo strategico del progetto consiste nella implementazione e standardizzazione di una strategia di intervento, "remission clinic", attraverso l'organizzazione di una nuova attività ambulatoriale finalizzata al monitoraggio e trattamento dei pazienti affetti da nefropatie croniche proteinuriche che consenta di ridurre il numero di pazienti che ogni anno raggiungono l'uremia terminale irreversibile e necessitano di terapia sostitutiva della funzione renale.

Idea

Il progetto propone un protocollo per la standardizzazione di un intervento preventivo plurifarmacologico e multimodale che vede la collaborazione di diversi specialisti come nefrologi, diabetologi, internisti, e personale infermieristico nell'ambito di una attività che è stata definita col termine remission clinic. Il protocollo sarà elaborato dagli autori del PW in collaborazione con gli statistici del laboratorio di biostatistica dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche dell'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) Mario Negri. Questo progetto si realizzerà infatti nell'ambito dell'accordo di collaborazione scientifica per

le attività di sperimentazione clinica e di ricerca ciomedica tra ASST Papa Giovanni XXIII e IRCCS Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri.

Ciò consentirebbe:

- la creazione di un ambulatorio dedicato (remission clinic) cui riferire i pazienti con nefropatie croniche proteinuriche;
- la creazione di un protocollo condiviso basato sulle evidenze per il trattamento multimodale (integrazione di interventi sugli stili di vita e interventi farmacologici) delle nefropatie croniche proteinuriche;
- la definizione di un pool di infermieri dedicati per l'esecuzione della clearance plasmatica dello ioexolo finalizzata al monitoraggio della funzione renale nel tempo (GFR) e quindi alla previsione di outcome a lungo termine;
- la previsione dell'outcome a lungo termine (terapia conservativa, terapia sostitutiva o morte) sulla base di un modello predittivo di outcome (modello di Markow) costruito sulla base dei dati di GFR nei pazienti trattati secondo l'approccio remission clinic.
- la disseminazione dei risultati ottenuti.

Il progetto è articolato nelle seguenti fasi: sensibilizzazione al programma, analisi della organizzazione attuale dell'attività ambulatoriale dell'unità di nefrologia, definizione della nuova organizzazione dell'attività ambulatoriale dell'unità di nefrologia, progettazione del nuovo approccio multidisciplinare, analisi dei dati raccolti su campione di 600-700 pazienti per verificare l'efficacia.

Risorse e linee operative

Sono identificati e analizzati i punti di forza e di debolezza. I punti di forza sono la solidità del background scientifico e la rigerosità della metodologia applicata e dimestichezza col trattamento e monitoraggio dei pazienti con nefropatie croniche proteinuriche. I punti di debolezza sono il disegno non controllato del progetto e i tempi previsti per valutare l'impatto del programma remission clinic sull'outcome dei pazienti con nefropatie croniche proteinuriche che sono di alcuni anni.

Non sono previsti costi aggiuntivi per le fasi di creazione di uno slot ambulatoriale dedicato, creazione di un protocollo standardizzato di trattamento e monitoraggio, e disseminazione dei risultati ottenuti in quanto le attività saranno svolte con modalità diverse dai medici, infermieri e altro personale già presente nell'unità di nefrologia e nell'ambito dell'accordo istituzionale con IRCCS Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri. Sono previsti costi aggiuntivi per la misurazione della clearance plasmatica dello ioexolo finalizzata al monitoraggio della funzione renale che tuttavia non sono quantificati. Gli autori ritengono che tali costi aggiuntivi potranno essere sostenuti tramite la collaborazione con uno sponsor (ad esempio un'azienda farmaceutica che produce uno dei farmaci impiegati a scopo anti proteinurico nel progetto remission clinic). Questi contatti per un progetto collaborativo sono già avviati.

1.11 Breast unit: protocollo per il monitoraggio e gestione del piano diagnostico terapeutico del tumore mammario

Alessandra Huscher

Le breast unit rappresentano un'unità specialistica di particolare rilevanza all'interno delle strutture ospedaliere e oggetto di monitoraggio in riferimento agli outcome raggiunti. Il progetto propone un percorso per la strutturazione di un cruscotto di indicatori di processo ed esito che può rappresentare non solo una best practice, ma anche uno strumento generalizzabile e implementabile in altri contesti ospedalieri interessati all'ambito.

Emanuela Foglia

Contesto

Il carcinoma alla mammella è la patologia tumorale più frequente nelle donne; nell'Unione europea e in Italia esso rappresenta la prima causa di morte nelle donne. La comunità scientifica raccomanda che il trattamento delle pazienti affette da carcinoma mammario avvenga presso UO specialistiche multidisciplinari e multiprofessionali (breast unit).

L'obiettivo di una breast unit è la presa in carico globale della persona affetta da tumore mammario, con modalità declinate localmente, finalizzate a fornire il trattamento più adeguato, nelle tempistiche più efficienti.

Il percorso della breast unit prevede una serie di passaggi standard identificati da prestazioni a cui la paziente si sottopone, la cui esecuzione richiede il rispetto di tempistiche note e normate. Il monitoraggio annuale degli indicatori, anche di processo, che è attualmente il più diffuso, non consente di identificare precocemente casi a rischio di "difformità" e può determinare nell'attività clinica quotidiana un sovraccarico in alcuni snodi, volto al recupero di eventuali ritardi.

I beneficiari del progetto sono rappresentati da tutte le pazienti coinvolte, dagli operatori delle unità operative afferenti alla breast unit, dalle direzioni operative, sanitarie e generali delle strutture sanitarie, nonché da tutti gli attori Istituzionali interessati al percorso, dalla rete oncologica alla Direzione Generale Sanità.

Idea

L'idea del progetto è quella di realizzare uno strumento operativo (cruscotto) capace di raccogliere in tempo reale i dati relativi alle prestazioni indice delle pazienti incluse nel percorso della breast unit di Fondazione Poliambulanza. Il cruscotto dovrebbe mostrare una panoramica del numero delle pazienti all'interno del percorso, in quale step si trovano, verificando tipologia delle prestazioni effettuate, e flusso temporale con cui le stesse sono effettuate, consentendone una gestione adeguata rispetto ai requisiti, ottimizzando l'utilizzo delle risorse disponibili.

Nella prima parte del lavoro viene descritto il percorso diagnostico terapeutico del tumore della mammella attualmente in vigore in Regione Veneto, per la sua analogia con il percorso eseguito nel contesto di Fondazione Poliambulanza. Viene inoltre presentata l'analisi SWOT che evidenzia punti di forza, di debolezza, opportunità e minacce rispetto al PDTA del tumore alla mammella.

La seconda parte del lavoro è dedicata alla presentazione dell'idea di implementazione progettuale, suddivisa in cinque fasi:

1. definizione degli obiettivi, delle modalità operative di gestione e di sviluppo del programma, con coinvolgimento attivo degli attori e degli esponenti del management aziendale;
2. determinazione dei processi operativi attuali, definizione dei flussi informativi e formalizzazione del flusso dei dati ora presenti e strutturati all'interno delle UO;
3. progettazione e sviluppo dello strumento di pertinenza, con supervisione di clinici e data manager per le componenti di competenza;
4. standardizzazione ed ottimizzazione dei flussi di raccolta con particolare attenzione all'automazione dei dati utili ad alimentare lo strumento progettato;
5. valorizzazione dell'attività svolta e di restituzione dei risultati prodotti e delle conclusioni raggiunte.

Risorse e linee operative

Per il buon esito del progetto vengono riconosciute come fondamentali tre operazioni:

- identificazione degli indicatori di processo (secondo i requisiti nazionali, regionali e/o secondo specifiche necessità della singola unità di patologia);
- analisi dell'impalcatura informatica della struttura sanitaria, nella sua globalità e nelle sue sottostrutture, nonché dell'interdipendenza e della compatibilità tra le stesse;
- coordinamento tra i teams per la validazione del reperimento di tutti i dati richiesti, ed eventuale modifica dei dati indice in caso di impossibilità specifiche e la mappatura definitiva dei nodi del percorso.

Il progetto si sviluppa nell'arco temporale di 12 mesi, di cui circa 9 dedicati alla creazione dello strumento e 3 dedicati al test e alla valutazione di risultato conclusiva.

Si stima per l'attivazione dell'intero progetto un impegno di 50 ore per i clinici, 25 ore per data manager. Per l'area information and communication technologies (ICT), è stimato l'impegno di un project manager a tempo pieno di almeno 9 mesi; nei successivi tre mesi è stimabile un'attività del 60%.

1.12 Il basso rischio ostetrico: alongside midwifery unit

Carlo Maria Bulgheroni e Paola Tiziana Quellari

In presenza di basso rischio ostetrico è possibile ricorrere al midwifery-led model, nel quale l'assistenza continuativa è fornita da un'ostetrica ed è integrata, quando necessario, dal medico specialista. Il pregio del lavoro è quello di analizzare la possibile creazione, e la relativa sostenibilità economica, di due alongside midwifery unit presso ASST Grande Ospedale Metropolitan Niguarda Milano e presso l'Ospedale S. Antonio Abate Gallarate.

Vittoria Viganò

Contesto

L'offerta dell'assistenza alla donna durante la gravidanza, il parto ed il puerperio si basano su una varietà di schemi assistenziali. In particolare, nel midwifery-led model l'ostetrica, o il team ostetrico, prende in carico la gestante a partire dal primo accesso alla struttura e la segue in tutto il suo percorso. Questo modello assistenziale include: continuità delle cure; monitoraggio del benessere fisico, psicologico, spirituale e sociale della donna e della sua famiglia. Attualmente, in Italia, ai modelli organizzativi di gestione autonoma (midwifery-led model) all'interno delle UO di Ostetricia e ginecologia si affiancano altri due modelli assistenziali a completa gestione ostetrica, i centri nascita "freestanding" e gli "alongside". Questi ultimi sono collocati all'interno di una struttura ospedaliera, preferibilmente accanto all'UO di Ostetricia e ad essa collegati e sono gestiti in piena autonomia dall'ostetrica. È previsto il trasferimento della paziente nell'UO di Ostetricia solo in caso di complicanze che richiedano l'intervento di un medico specialista.

L'obiettivo del progetto è quello di analizzare la possibile organizzazione di un "alongside" presso l'ASST Grande Ospedale Metropolitan Niguarda Milano e presso ASST Valle Olona Ospedale S. Antonio Abate Gallarate Varese.

Idea

Il progetto considera tutti gli elementi necessari per l'implementazione di un centro nascita modello alongside a partire dalla selezione e dalla formazione del personale ostetrico dedicato all'unità, dalla scelta degli indicatori standard per la valutazione della qualità ripresi dalle normative del Ministero della Salute. Inoltre, viene posta attenzione all'individuazione del medico specialista in ostetricia che assumerà il ruolo di referente con il compito di collaborare all'assegnazione del profilo di rischio al momento dell'accettazione in reparto, oltre a rivalutare il rischio quando richiesto dall'ostetrica.

Le destinatarie del progetto sono selezionate attraverso l'utilizzo dello schema proposto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS-WHO) che prevede 18 domande a risposta binaria (sì/no). Una o più risposte positive a queste domande richiede l'esclusione dal percorso BRO (midwifery-led model).

Le fasi operative proposte per la realizzazione dell'alongside midwifery unit sono:

- accettazione ostetrica;
- gestione del travaglio/parto;
- degenza in reparto;
- scelta degli spazi dedicati;
- scelta delle tecnologie necessarie.

Risorse e linee operative

Dal punto di vista economico una alongside midwifery unit si configura come una struttura che eroga un servizio remunerato da un'unica tariffa senza possibilità di altri ricavi per servizi aggiuntivi.

La sostenibilità economica è quindi calcolabile sulla base del numero di prestazioni prevedibili. I costi devono considerare inoltre spese edilizie, arredi, apparecchiature tecniche, materiale di consumo, forniture, farmaci e personale.

Valutati i numeri di utenti di un centro con caratteristiche di hub e quelli di un ospedale spoke, gli autori sostengono che l'istituzione di una alongside midwifery unit non è organizzativamente ed economicamente sostenibile in nessuna delle due strutture prese in considerazione.

Gli autori raccomandano, invece, l'implementazione di percorsi, interni alle strutture esistenti, dedicati al basso rischio ostetrico.

1.13 Impatto economico della DGR n. XI/772 del 2018 e del Decreto n. 1606 del 2019 sul budget annuale del laboratorio di anatomia patologica

Roberta Marchione

L'idea del progetto è di dimostrare quanto il rispetto della tempistica di refertazione stabilita dalla normativa incida sul numero delle immunocolorazioni richieste a scopo diagnostico nelle biopsie neoplastiche. Il progetto mostra che il numero delle immunocolorazioni richieste nel corso degli anni di riferimento è inversamente proporzionale al tempo di refertazione, indipendentemente dai carichi di lavoro (n. esami eseguiti). Viene inoltre stimato l'impatto economico tenendo conto delle varie componenti di costo.

Rossella Levaggi

Contesto

Le reazioni immunoistochimiche – da ormai più di 40 anni – sono indagini indispensabili per la tipizzazione delle neoplasie, da intendersi sia come distinzione dei diversi istotipi tumorali sia come determinazione dei fattori prognostici e/o predittivi di risposta a terapia. La tecnica immunoistochimica indaga l'espressione proteica da parte delle popolazioni cellulari risultando irrinunciabile in diversi campi dell'attività diagnostica del laboratorio di anatomia patologica. Nello specifico tale metodica prevede il riconoscimento di uno o più antigeni proteici mediante un anticorpo specifico, marcato con cromogeno.

I due principali obiettivi del lavoro sono l'ottimizzazione delle risorse e la razionalizzazione dei costi per lo svolgimento di questa diagnostica. Inoltre, si valutano la fattibilità e l'efficacia di due differenti modelli di approccio alla diagnostica istopatologica delle biopsie neoplastiche, garantendo una diagnosi accurata, completa, tempestiva e clinicamente rilevabile.

I bisogni a cui il progetto si propone di rispondere riguardano la necessità di medici e pazienti di avere una diagnostica contemporaneamente precisa e rapida, garantendo altresì alla struttura sanitaria di ridurre i costi da essa sostenuti.

Idea

L'idea del progetto è di dimostrare quanto il rispetto della tempistica di refertazione stabilita dalla normativa incida sul numero delle immunocolorazioni richieste a scopo diagnostico nelle biopsie neoplastiche e stimarne il corrispondente impatto economico. Rispetto a quanto attualmente in essere, vengono valutate la fattibilità e l'efficacia di alcuni differenti modelli di approccio al problema.

I destinatari del progetto sono i dirigenti medici e comparto della UOC di Anatomia patologica, nonché l'ASST nel suo complesso.

L'applicazione dei modelli proposti nel progetto è esplicitata mediante i dati di attività estrapolati dal sistema informatico dell'unità operativa (UO) con riferimento esclusivo alle biopsie diagnostiche per lesioni neoplastiche. Si propongono quindi due modelli di approccio

diagnostico finalizzati alla razionalizzazione dei costi senza compromettere in alcun modo il ruolo del patologo che formula la diagnosi come risultato di interpretazioni di tipo tecnico-cognitivo. In entrambi i casi l'applicazione del progetto avviene nella UOC di Anatomia patologica dell'ASST Valcamonica – a partire da gennaio 2021 – in accordo e condivisione con tutti i dirigenti medici e personale del comparto (TLB) responsabili dell'allestimento tecnico e controllo della qualità dei preparati.

Risorse e linee operative

L'analisi dati rileva che il numero delle immunocolorazioni richieste nel corso degli anni di riferimento è inversamente proporzionale al tempo di refertazione, indipendentemente dai carichi di lavoro (n. di esami eseguiti).

Con riferimento all'aspetto economico (risorse materiali e dispositivi medici), l'approvvigionamento per ASST Valcamonica, per tutto il periodo di gara (6 anni), è pari a € 425.079,27 (IVA inclusa) da cui è previsto un budget annuo suddiviso in:

- lotto 1: € 16.975,08 (noleggio strumento) e € 9.865,02 (assistenza);
- lotto 2: € 47.076,73 per reagenti (anticorpi di immunoistochimica).

Nel prospetto presente nel lavoro compare il nome dell'azienda partecipante, il nome della ditta fornitrice dell'anticorpo di immunoistochimica, il clone dell'anticorpo (il determinante antigenico/epitopo verso cui l'anticorpo reagisce), il nome commerciale dei prodotti, il numero di test eseguibili per confezione, il prezzo della confezione e il prezzo per test. Dall'elenco di tutti i reagenti proposti si ricava un costo medio per test di circa € 4,00.

L'avvio dell'approvvigionamento in gara degli anticorpi di immunoistochimica e i carichi di lavoro determinano invece la richiesta di integrazioni economiche rispetto al budget iniziale, pari a:

- 2018: € 7.638,80 (comprensivi di integrazione del 2017 per avvio di gara);
- 2019: € 5.229,27;
- 2020: € 5.229,27 (anno di emergenza da Covid-19 con massiva riduzione dell'attività prevalentemente durante il primo semestre);
- 2021: € 26.292,77.

1.14 Il business process reengineering per la gestione della radioprotezione del paziente in applicazione del Decreto Legislativo 101/2020

Elena De Ponti e Milena Frigerio

Il progetto ha il pregio di applicare concretamente in tre strutture sanitarie, un' interessante metodologia di reingegnerizzazione dei processi organizzativo-gestionali che, considerando le novità apportate dalla recente normativa in tema di radioprotezione, consentano di mettere a disposizione di chi ha le responsabilità e anche del paziente, il calcolo delle dosi ionizzanti assorbite, con l'obiettivo di migliorare la prevenzione, la diagnosi e cura e la sicurezza del paziente e dei lavoratori.

Laura Radice

Contesto

Le competenze del fisico medico trovano applicazione principalmente nei seguenti settori: la prevenzione, la diagnosi e la cura (al fine di garantire l'ottimizzazione e il miglioramento dei percorsi diagnostici e terapeutici), la sicurezza del paziente e dei lavoratori, lo sviluppo e la valutazione di nuove tecnologie in ambito sanitario e la formazione (in particolare rivolta al campo della medicina dell'area radiologica e alla radioprotezione degli operatori e del paziente). Nel progetto viene richiamata in modo dettagliato la normativa riguardante la fisica medica a partire dal Decreto n. 128 del 1969 fino al 2020 e viene esaminata la dotazione di specialisti in fisica medica che sono 1200 in Italia di cui 250 in Lombardia presenti in 41 strutture. Il progetto si propone di applicare la metodologia del business process reengineering (BPR) a tre strutture di fisica medica (Lariana, Monza e Brianza) di cui sono riportate le dotazioni di organico e di attrezzatura.

Idea

L'obiettivo del progetto è quello di proporre l'applicazione la metodologia del BPR definito come "approccio strutturato all'innovazione organizzativo-gestionale, orientato al raggiungimento di miglioramenti radicali nelle prestazioni tramite il ridisegno dei processi aziendali"¹².

Il lavoro approfondisce le tre macro-fasi previste dalla metodologia.

La prima fase è lo sviluppo della visione strategica che implica la conoscenza approfondita della normativa sulla radioprotezione, delle responsabilità, nonché le caratteristiche degli strumenti e le modalità di loro acquisizione. Per questa attività è fondamentale il sistema informativo sui trattamenti dei pazienti per analizzare le dosi assorbite a seguito dei trattamenti diagnostici. L'informazione digitale dovrà seguire processi ben definiti per essere

¹² Hammer, M. (1990). Reengineering work: Don't automate, obliterate. Harvard Business Review, July-August, 2-8

fruibile dal fisico specialista, in prima istanza, e disponibile al paziente sul referto della prestazione eseguita (output).

La seconda fase è la riprogettazione dei processi che si basa sulla individuazione di tutti coloro che hanno accesso o sono destinatari delle informazioni relative all'assorbimento delle dosi ionizzanti. Tramite il fascicolo sanitario elettronico sarà possibile mettere a disposizione le informazioni ai pazienti, che le potranno condividere con il proprio MMG, ai direttori generali, alla Regione e al Ministro della Salute. Vengono analizzate analiticamente le attività e le responsabilità dell' esercente per i diversi tipi di diagnosi e terapie radiologiche. La molteplicità di interazioni tra le funzioni aziendali descritte è uno degli elementi che caratterizzano maggiormente la strategia dei servizi di fisica sanitaria che in materia di radioprotezione si trovano in una posizione di coordinamento e devono garantire in modo efficiente il flusso di informazioni e le conseguenti azioni. La stesura di procedure condivise è spesso lo strumento più idoneo per la definizione dei rispettivi compiti e dei flussi operativi.

La terza fase consiste nella realizzazione del cambiamento. L'applicazione della nuova normativa impone cambiamenti che possono essere realizzati tenendo conto dei processi relativi all'area della diagnostica, all'area della terapia, trasversali all'area della diagnostica e della terapia, che sono analiticamente evidenziati con i richiami normativi.

Risorse e linee operative

Le linee operative partono dalla considerazione che sia necessario mantenere standard elevati di sicurezza e qualità in radioprotezione dei pazienti e degli operatori, una gestione sicura delle apparecchiature e delle sorgenti di radiazioni. Esse sono sintetizzate nelle seguenti fasi: mappatura delle attività e delle macroaree, misure e calcolo delle classi di dosi, raccolta e analisi dei dati, reportistica dei risultati.

In seguito, vengono stimate le risorse necessarie per la realizzazione: personale, apparecchiature strumentali e strumenti informatici. Per il personale viene adottata la metodologia proposta dal documento della Comunità europea RP 174 che quantifica la stima in termini di tempo pieno equivalente di numero di specialisti in fisica medica e di tecnici sanitari di radiologia medica in funzione del numero di prestazioni da erogare. Viene stimato solo il personale necessario per l'applicazione del Decreto Legislativo (D.lgs.) n. 101 del 2020 pari a 314 per ASST Monza, 364 per ASST Lariana e 291 per ASST Brianza. Le apparecchiature strumentali riguardano le apparecchiature per rilevare la dose. Sulla base della strumentazione in dotazione nelle tre strutture si stima una dotazione di almeno due dosimetri con relative camere a ionizzazione e almeno due multimetri con i relativi accessori. La dotazione ottimale sarebbe un dosimetro con relative camere a ionizzazione e un multimetro, con i relativi accessori ogni 120 apparecchi a raggi X. Infine è necessaria l'acquisizione di un adeguato software che deve avere le seguenti caratteristiche: piena compatibilità con il sistema RIS-PACS aziendale, gestione del dato dosimetrico per l'inserimento della classe di dose sul referto, gestione del dato dosimetrico per l'elaborazione statistica e la stratificazione in funzione del genere e della classe di età dei pazienti.

L'applicazione del decreto deve consentire di monitorare efficacemente i rischi di registrazione delle dosi, di definizione dei protocolli ottimizzati, di valutazione dei livelli diagnostici di riferimento.

1.15 Impatto sui dipartimenti di diagnostica per immagini del D.lgs. n. 101/2020 in termini di radioprotezione

Gian Luca Poli e Laura Romanini

L'analisi del contesto fatta in sede di progettazione aveva valutato che l'adeguamento al D.lgs. n. 101/2020 avrebbe avuto alcune difficoltà a causa del forte impatto sui 4 elementi necessari allo svolgimento delle attività sanitarie rappresentati da struttura, tecnologie, organizzazione e professionisti. L'elaborazione del progetto ha puntualmente confermato le criticità previste e tuttavia ha dimostrato di superarle adottando soluzioni che consentono un margine di rischio residuo accettabile e migliorabile.

Enrico Comberti

Contesto

Le novità introdotte dal D.lgs. n. 101/2020 "Attuazione della Direttiva 2013/59/EURATOM" in merito alla radioprotezione del paziente – fra cui l'obbligo di indicare nel referto la classe di dose di una prestazione diagnostica – hanno un impatto rilevante sulle UO di Radiologia, Neuroradiologia e Medicina nucleare. Sono infatti previste modifiche all'organizzazione e alle modalità di lavoro, quali la riduzione del limite di dose al cristallino per i lavoratori esposti e per i pazienti, il costante monitoraggio dei livelli di rischio e la gestione dei rifiuti radioattivi. L'obiettivo strategico del progetto è di garantire la corretta applicazione del decreto ed un utilizzo in sicurezza delle sorgenti di radiazioni ionizzanti in ambito sanitario. Per fare ciò è opportuno individuare le priorità delle azioni da intraprendere nella prima fase di attuazione, tenendo conto della velocità di implementazione e dell'impatto sulle attività del dipartimento. Il lavoro risponde al bisogno di coordinare le figure professionali e di garantire un corretto flusso di informazioni tra struttura ospedaliera, personale medico-infermieristico e pazienti al fine di stabilire procedure condivise per i processi operativi, i ruoli e le responsabilità di ciascuno.

Idea

Il progetto si propone di analizzare gli aspetti di novità introdotti dal decreto sopra citato che hanno il maggior impatto dal punto di vista dell'organizzazione, delle risorse umane, tecnologiche ed economiche e delle modalità di lavoro all'interno di un Dipartimento di Diagnostica per immagini.

L'incremento delle attività e la necessità di adeguare rapidamente l'organizzazione ad un nuovo quadro normativo hanno infatti generato l'esigenza di identificare nuove modalità di lavoro e di approccio alla gestione delle risorse umane coinvolte.

I destinatari e beneficiari di questo progetto sono tutti gli individui e figure professionali coinvolti nel processo relativo alle esposizioni mediche, cioè i pazienti, i medici prescriventi l'esame diagnostico, i medici specialisti in radiodiagnostica, radioterapia o medicina nucleare,

gli specialisti in fisica medica, gli esercenti (direttori generali) e gli esperti di radioprotezione in ambito sanitario.

La metodologia adottata prevede tre fasi. Nella prima parte gli autori svolgono un'analisi approfondita del decreto ed identificano i nuovi adempimenti previsti in materia di radioprotezione ed i tempi per la loro attuazione. Nella seconda e terza parte viene invece sviluppato un progetto di gestione del cambiamento per due delle novità introdotte dal decreto: l'inserimento della classe di dose nel referto (attraverso la metodologia di BPR) e la pianificazione fisico-dosimetrica dei trattamenti radioterapeutici in medicina nucleare (come opportunità di miglioramento delle attuali prestazioni assistenziali).

Risorse e linee operative

La valutazione delle risorse e l'analisi dei costi del progetto vengono articolate separatamente per la terapia medico nucleare e per l'inserimento della classe di dose nel referto della procedura radiologica o di medicina nucleare. Nel primo caso gli autori distinguono tra costi ricorrenti e costi una tantum per le seguenti categorie: acquisto software (€ 50.000 una tantum), fisico medico (€ 5.000 una tantum e € 16.000 all'anno), esperto di radioprotezione (€ 3.000 una tantum), medico nucleare (€ 2.000 all'anno) ed acquisizioni aggiuntive (€ 5.000 all'anno). Nel secondo caso gli autori distinguono tra costi per inserimento classe di dose nel radiology information system (RIS) (€ 3.600 una tantum), software (€ 70.000 una tantum e € 32.000 all'anno per 3 anni), adeguamento apparecchiature non dotate di dose structure reporting (DSR) (€ 60.000 una tantum) e tempo fisico medico per lo svolgimento delle diverse procedure (€ 14.000 una tantum e € 6.000 all'anno).

Per quanto riguarda i risultati attesi, il PW si propone di:

- identificare un efficace sistema di deleghe per le esposizioni mediche;
- inserire la classe di dose nel referto;
- effettuare la pianificazione fisico-dosimetrica;
- svolgere verifiche dosimetriche in terapia medico nucleare.

Gli autori del lavoro ritengono che quest'ultimo – già sperimentato in due centri differenti per numero di posti letto, organizzazione, numero di apparecchiature – sia applicabile anche in altre realtà tenendo conto delle peculiarità locali.

1.16 Sviluppo strategico-organizzativo della SC di Neuroradiologia del Papa Giovanni XXIII dal 1 agosto 2019 e durante la pandemia del 2020.

Simonetta Gerevini

Questo progetto rappresenta la sintesi di un lavoro di pianificazione strategica svolta dall'autrice allo scopo di chiarificare e strutturare il proprio mandato direzionale e quindi il "patto" di lavoro con la direzione aziendale ed i propri collaboratori. I contenuti e le intuizioni per lo sviluppo di una SC discusse nel progetto sono di interesse per chiunque lavori in un ospedale hub e di riferimento per un vasto territorio.

Federico Lega

Contesto

Il lavoro avanza una serie di proposte per implementare ed estendere le aree di competenza della SC di Neuroradiologia dell'Ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo, considerando quanto già attuato a partire dal 2019 ed in seguito alla pandemia del 2020. Per conseguire lo sviluppo strategico-organizzativo del reparto, sono state considerate le principali aree d'azione, ovvero i campi in cui poter intervenire per migliorare la qualità dell'offerta in maniera efficace ed efficiente.

Partendo dalla storia della disciplina neuroradiologica in Italia – e nello specifico del principale ospedale di Bergamo – si sono fissati degli obiettivi concreti riguardanti la creazione di un gruppo di ricerca (medico e tecnico deputati, data manager) e di protocolli di ricerca, nonché la partecipazione a trials sponsorizzati (oncologia, neurologia, ecc.).

I bisogni attuali e futuri che il progetto vuole soddisfare riguardano la necessità di trovare professionisti qualificati, aggiornare macchinari/ottimizzare quelli ancora servibili, attuare un piano di formazione continua ed un più stretto legame con la ricerca clinica.

Idea

L'idea del progetto è quella di creare un reparto di neuroradiologia che sia di riferimento per tutta la città di Bergamo. Per fare ciò, è previsto un intervento su quattro aree: attività clinica ordinaria (protocolli e percorsi di cura), innovazione (introduzione di nuovi studi) e ricerca clinica, formazione (introduzione di corsi, riunioni, congressi) ed aspetti organizzativo-gestionali (riorganizzazione, riscrittura di procedure, miglioramenti a livello amministrativo). I beneficiari del progetto sono i pazienti della neuroradiologia del Papa Giovanni XXIII, nonché gli studenti delle università e delle scuole di specialità che possano trovare in questa Neuroradiologia un luogo di formazione clinica e scientifica.

La metodologia utilizzata consiste nell'identificazione di quattro aree strategiche di eccellenza assistenziale e dei diversi indicatori o parametri utilizzati per misurarne la qualità e l'efficienza:

- eccellenza assistenziale: questa prospettiva dovrebbe dimostrare in modo tangibile a livello del reparto, dipartimento e di UO che “si cura meglio dove si fa ricerca”.
- Eccellenza organizzativa: questa parte della scheda di valutazione dovrebbe fornire una misurazione del grado organizzativo, inteso come capacità di integrare proficuamente le diverse componenti, di unificarne gli sforzi produttivi, e di motivare adeguatamente le diverse professionalità esistenti. Tutto ciò con lo scopo di raggiungere e mantenere nel tempo performance eccellenti sotto il profilo assistenziale e scientifico.
- Eccellenza scientifica: l’analisi di questa prospettiva dovrebbe valutare l’attività di ricerca specificamente orientata in senso traslazionale attraverso la capacità di generare nuove conoscenze sulla patogenesi, diagnosi e terapia delle malattie del sistema nervoso centrale e periferico.
- Eccellenza gestionale: questa prospettiva dovrebbe riguardare il funzionamento della macchina organizzativa della neuroradiologia e la sua capacità di esprimere il massimo del proprio potenziale date le risorse a disposizione.

Risorse e linee operative

L’analisi dei costi di implementazione/realizzazione si riferisce ai costi di personale e/o presidi ed ai costi in termini di compiti. Alla prima categoria appartiene l’acquisizione di nuove risorse umane al fine di raggiungere una dimensione di reparto efficace ed efficiente (dirigenti medici, ecografista, angiografista, ecc.). Alla seconda categoria sono riconducibili le attività di indirizzo, coordinamento e governo di attività cliniche, il potenziamento di attrazione dei finanziamenti, la costruzione di percorsi diagnostico-terapeutici condivisi per i vari tipi di patologia e lo sviluppo del sistema Qualità all’interno della struttura sanitaria. I risultati attesi concernono la crescita del reparto in termini di qualità delle prestazioni offerte al territorio con l’adeguata ridefinizione dei tempi d’esame per l’attività diagnostica della risonanza magnetica ambulatoriale e in area a pagamento e l’adozione di protocolli di studio condivisi dalle società italiane ed internazionali per le patologie trattate. Gli autori del progetto intendono inoltre aumentare la capacità di offerta diagnostica introducendo lo studio del sistema nervoso periferico e dell’ambito neuromuscolare sia con la risonanza magnetica sia con l’ecografia, sviluppando inoltre la diagnostica e l’attività di ecografia neonatale. Infine, si propone di raggiungere il completamento dell’organico dei dirigenti medici, oltre che l’incremento di personale del comparto (infermieri e tecnici) per poter gestire ottimamente gli esami standard e soprattutto le procedure interventistiche, le quali prevedibilmente aumenteranno negli anni a venire.

1.17 Medicina nucleare e sostituzione tecnologica: valutazione multidimensionale di HTA e sostenibilità

Francesco Bertagna

La dotazione strumentale nelle diagnostiche per immagini e nelle medicine nucleari è un asset fondamentale per poter garantire l'erogazione di prestazioni sicure, tempestive e per ridurre le liste d'attesa. Quando è appropriato investire in nuove tecnologie, spesso costose, e con quali ritorni per l'azienda sanitaria? Questo progetto cerca di rispondere a tale domanda, con metodologia valida e replicabile anche in altri contesti, dimostrando sostenibilità, efficacia dell'investimento e delle modifiche organizzative.

Emanuela Foglia

Contesto

Il progetto descrive la cosiddetta Tomografia ad Emissione di Positroni (PET/CT), metodica diagnostica utilizzata prevalentemente in oncologia, cardiologia, neurologia e nel campo delle patologie infettivo-infiammatorie. In particolare, l'ipotesi riorganizzativa concerne la sostituzione di una delle due apparecchiature tradizionali - attualmente installate presso la medicina nucleare dell'ASST Spedali Civili di Brescia - con una nuova apparecchiatura basata su tecnologie digitali.

L'obiettivo principale di questo lavoro è analizzare l'attuale modalità di lavoro di équipe nel centro PET dell'ASST Spedali Civili di Brescia. Si propone quindi una modifica nell'impiego del personale finalizzato ad ottimizzare le attività in esso svolte ed incrementare la produttività delle indagini effettuate.

I bisogni a cui il progetto vuole rispondere riguardano la necessità di massimizzare l'accuratezza diagnostica nella rilevazione delle patologie oggetto di studio, nonché di ridurre i tempi di scansione delle immagini e le radiazioni somministrate al paziente.

Idea

L'idea del progetto riguarda l'introduzione di nuove tecnologie nell'ambito della medicina nucleare al fine di studiare la biodistribuzione di radiofarmaci nell'organismo umano e di ottenere informazioni diagnostiche più accurate.

I destinatari del progetto sono la direzione strategica aziendale, il personale sanitario operante nell'UOC di medicina nucleare dell'ASST Spedali Civili di Brescia, l'ingegneria clinica, la pianificazione ed il controllo della gestione aziendale e l'ATS nel suo complesso, grazie ai potenziali benefici per la popolazione legati all'innovazione tecnologica.

La metodologia utilizzata consiste inizialmente nell'analisi dell'attuale situazione organizzativa, dei tempi e flussi di lavoro delle figure professionali coinvolte, confrontandola con quella innovativa. Nello specifico, i metodi utilizzati sono l'analisi SWOT, HTA e l'analisi economica.

Il lavoro si articola in quattro fasi:

1. caratteristiche tecniche del tomografo PET/CT a tecnologia silicon photomultiplier (SiPM): vengono descritte le nuove tecnologie che sarebbero introdotte nel centro di medicina nucleare ed illustrati i conseguenti cambiamenti strutturali da apportare;
2. analisi dei flussi di lavoro attuali: si riassume l'attuale organizzazione dell'attività lavorativa con i relativi flussi per le varie competenze professionali coinvolte;
3. ipotesi sui nuovi flussi di lavoro: vengono presentati i vincoli tecnici derivanti dalla rimodulazione delle tempistiche di esecuzione e del numero di indagini per tomografo;
4. analisi SWOT: si illustrano i punti di forza/debolezza e le opportunità/minacce derivanti dall'implementazione del progetto.

Risorse e linee operative

I costi del progetto derivano prevalentemente dall'acquisto della nuova apparecchiatura PET/CT a tecnologia digitale SiPM (circa € 2.000.000). A tale importo vanno aggiunti i costi di manutenzione da sostenere dalla scadenza della garanzia quantificabili approssimativamente in circa il 10% del costo di acquisto per ogni anno post-garanzia (€ 200.000). Nell'ipotesi di una garanzia "full risk" di 24 mesi, gli oneri di manutenzione sono da conteggiare a partire dal terzo anno successivo alla data di installazione. Il periodo di ammortamento del bene è di 8 anni con un'aliquota pari al 12,5% del costo dell'impianto sanitario. Considerando inoltre 50 settimane lavorative annue – al netto di festività e manutenzioni programmate – il valore della produzione applicando le tariffe regionali alle prestazioni erogate sarebbe di € 4.597.905, a fronte di un costo di produzione totale annuo di € 2.975.115 con l'attuale schema. Ci sarebbe quindi per l'ASST un avanzo pari a € 1.622.790. In relazione all'ipotesi di riorganizzazione dell'attività del personale sanitario coinvolto, non ci sarebbero invece costi aggiuntivi riferiti alle risorse umane.

Dalla modifica organizzativa dei flussi di lavoro descritti a seguito dell'innovazione tecnologica ipotizzata, gli autori si attendono un abbattimento della lista di attesa per le prestazioni programmabili di PET/CT in ambito oncologico grazie ad un aumento del 55% del numero di prestazioni eseguite in un giorno dal nuovo tomografo. Inoltre, sarebbe possibile incrementare l'accuratezza dell'indagine diagnostica, nonché ridurre la dose di radioattività somministrata al paziente.

1.18 Percorso specialistico collegiale per le malattie lavoro-correlate presso le ASST Spedali Civili e Papa Giovanni XXIII

Daniela Camilla Borleri, Zeno De Battisti, Giuseppe De Palma e Andrea Verzeletti

La gestione dei lavoratori affetti da malattia professionale (MP) assorbe parte delle risorse del SSR e innesca un complesso iter burocratico da parte dell'ente assicuratore (Istituto Nazionale Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro, INAIL) e dell'organo di vigilanza (ATS). Risulta perciò importante giungere ad una "corretta" diagnosi delle MP, scartando quelle di non vera origine professionale. Il progetto propone modelli appropriati e corretti per la diagnosi di MP che possano essere adottati a livello regionale.

Laura Lanfredini

Contesto

Il lavoro considera le malattie da lavoro correlate ricomprendendo con tale termine l'origine multifattoriale (interazione tra fattori di rischio occupazionali ed ambientali e stili di vita) delle MP attualmente prevalenti (in particolare quelle muscolo-scheletriche, indicate come MP-MS).

In particolare si focalizza sulla necessità di poter contare già in fase di primo accertamento diagnostico di una diagnosi precisa, fondata sulle migliori evidenze scientificamente disponibili.

Dopo aver analizzato le caratteristiche delle patologie muscolo scheletriche, il lavoro mette in evidenza che, a differenza di altri ambiti della medicina, in cui la diagnosi viene effettuata ad esclusivo vantaggio del paziente in termini di possibile ripristino dello stato di salute (terapie), nel caso delle MP la società ha previsto delle ineludibili conseguenze, avviate dal medico che effettua la prima diagnosi, che rispondono ad esigenze di equità e giustizia sociale, tendenti da un lato al ristoro economico dell'individuo rispetto al danno subito, dall'altra all'esercizio di azioni repressive per limitare, proprio nell'interesse della società, il verificarsi di tali danni ed accrescere l'interesse sociale verso una cultura della prevenzione.

Gli obiettivi strategici sono esplicitati di tipo clinico-diagnostico, organizzativo-gestionale, formativo-didattico, di ricerca clinica ed epidemiologica-statistica e sociali.

I beneficiari sono la popolazione lavorativa della provincia di Bergamo e Brescia

Idea

Il lavoro considera i ruoli di: UO ospedaliera di medicina del lavoro (UOOML) nelle ASST, che rappresentano una peculiarità del Sistema Socio Sanitario Regionale (SSSR), che dovrebbe garantire adeguata qualità nella diagnosi delle MP e sicuramente una risposta ai bisogni di equità e giustizia sociale nel campo della tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro. Di INAIL, di cui si analizza l'evoluzione storica delle prestazioni garantite fino ad arrivare al sistema misto, che prevede sia le situazioni tabellate (vantaggio della presunzione legale

della eziologia professionale delle malattie contratte nell'esercizio delle lavorazioni morbigena, che esonera il lavoratore dal fornire la prova del nesso causale), sia la possibilità che su iniziativa del lavoratore sia provata la eziologia professionale di malattie non comprese nelle tabelle. Di ATS, alle quali è demandato il compito fondamentale della prima dimostrazione dell'associazione causale/concausale tra lavoro e malattia denunciata-refertata. Date le finalità preventive, è opportuno che esista un livello di certezza quantomeno ragionevole circa l'esistenza del "rapporto malattia (certa) e la causa lavorativa (accertata al meglio partecipando alla valutazione del rischio)". Lo scopo della denuncia è quello di segnalare all'autorità competente casi di patologia indicativi di un rischio professionale (sconosciuto), al fine di innescare controlli ambientali e, di conseguenza, promuovere attività di prevenzione.

In seguito vengono svolte considerazioni sulla epidemiologia, l'andamento delle MP negli ultimi decenni riflette i cambiamenti che hanno interessato la natura e l'entità dei fattori di rischio negli ambienti di lavoro, ma anche le circostanze sociali e politiche, tra cui le normative di tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, i processi di gestione, gli iter diagnostici e gli obblighi di notifica. Le fonti epidemiologiche sono rappresentate da open data dell'INAIL e dati del sistema MALPROF. È stata analizzata l'evoluzione delle denunce INAIL dal 2015 al 2020. Il sistema MALPROF registra tutte le patologie segnalate come "correlate al lavoro", senza effettuare alcun tipo di filtro a priori sulle segnalazioni pervenute o acquisite e applicando criteri di attribuzione del nesso di causa tra esposizione professionale e malattia meno "restrittivi" rispetto a quelli seguiti dall'INAIL o dall'autorità giudiziaria. Infine sono analizzati gli indicatori per valutare l'eccellenza assistenziale, organizzativa, scientifica e gestionale.

Risorse e linee operative

Il lavoro propone una articolazione in 7 workpackages:

1. condivisione dei criteri (UOOML e medicina legale);
2. coinvolgimento del territorio (UOOML, medicina legale, INAIL, servizio prevenzione sicurezza ambiti di lavoro nell'ATS (SPSAL-ATS));
3. reclutamento casi (UOOML);
4. valutazioni collegiali (UOOML e medicina legale);
5. trasmissione esiti da INAIL e SPSAL-ATS;
6. implementazione data base (UOOML);
7. analisi statistica e disseminazione dei risultati (UOOML e medicina legale).

Viene presentato un diagramma di Gant da cui si evince che la durata complessiva è di 12 mesi.

I costi sono essenzialmente correlati al tempo impiegato per le varie fasi. Ipotizzando un impegno settimanale di circa 3 ore/settimana per i dirigenti medici delle UOOML e di circa 1,5 ore /settimana per i dirigenti medici delle UO Medicina legale, ed un impegno pari alla metà

Problemi e soluzioni nella gestione sanitaria.

per il personale infermieristico, è possibile calcolare l'impegno complessivo come da schema seguente:

- dirigenti medici (due per UO): 2,5 mesi-persona per ciascuna UO; 1,25 mesi-persona per ciascuna medicina legale.
- infermieri (due per UO): 1,25 mesi persona per ciascuna UO e 0,63 mesi-persona per ciascuna medicina legale.

1.19 Analisi del servizio trasporti interni presso ASST Crema

Roberto Chiapparino, Giuseppe Salintri e Giovanni Viganò

Il tema dei servizi interni di trasporto è molto rilevante per l'efficienza di una struttura ospedaliera, in quanto non solo presenta implicazioni organizzative e di sostenibilità economica, ma soprattutto perché può andare a impattare sull'efficacia e la tempestività degli interventi diagnostico-sanitari, influenzando anche la soddisfazione dei pazienti. L'elaborato rappresenta un vero e proprio esercizio di monitoraggio, analisi organizzativa e ridefinizione degli aspetti potenzialmente migliorabili rispetto alla condizione di contrattualizzazione iniziale.

Emanuela Foglia

Contesto

Il progetto analizza l'assetto organizzativo e funzionale del servizio di trasporto interno dei pazienti presso ASST Crema, valorizzandone il ruolo strategico per il funzionamento dell'azienda sanitaria.

L'obiettivo principale consiste nell'analizzare il suddetto servizio al fine di rilevare eventuali inefficienze nella risposta ai bisogni dei pazienti. Dopo due anni di attività sotto la gestione di un consorzio, è stato dunque ritenuto necessario effettuare una valutazione del servizio erogato sulla base di volumi, tempi, puntualità, qualità del servizio, sicurezza, privacy ed economicità.

I bisogni a cui il progetto vuole rispondere sono essenzialmente due: evitare sovraffollamenti e ritardi che compromettono il funzionamento della struttura ospedaliera (bisogni organizzativi) e permettere al paziente di trovarsi in tempo nei luoghi in cui curarsi e svolgere esami diagnostici (bisogni sanitari).

Idea

L'idea sottostante il PW è quella di adeguare il trasporto dei pazienti all'interno della struttura ospedaliera all'organizzazione dei reparti, i quali sono a loro volta tenuti a garantire tempestività e qualità delle cure. I destinatari del progetto sono la direzione strategica, i reparti, gli operatori delle professioni sanitarie e i pazienti.

La metodologia utilizzata consiste in un'analisi storica dei dati dei trasporti interni – resi disponibili

dal fornitore del servizio – a partire dai flussi già esistenti all'interno dell'ASST, ponendo particolare attenzione ai possibili elementi di criticità. L'analisi effettuata ha lo scopo ultimo di comprendere se i requisiti presenti nel bando di gara siano effettivamente conformi alle necessità dell'azienda. I dati ottenuti hanno permesso di individuare le inefficienze del servizio in esame, così da formulare una nuova strategia organizzativa.

Il lavoro approfondisce i seguenti elementi caratterizzanti:

Problemi e soluzioni nella gestione sanitaria.

- capitolato: viene illustrato integralmente il capitolato tecnico così come concepito per la gara relativa all'affidamento del servizio;
- offerta da parte del fornitore del servizio: si riportano le diverse funzioni dell'offerta, mettendone in evidenza le implicazioni organizzative;
- descrizione del processo del trasporto attuale: viene descritta l'organizzazione del servizio, le responsabilità degli operatori coinvolti e le modalità di espletamento del servizio in virtù del contratto stipulato;
- analisi dei risultati: vengono presentati i risultati – sulla base delle rilevazioni effettuate – in termini di ore e volumi di servizio, nonché di indicatori di monitoraggio;
- definizione della proposta di modifica: si propongono una serie di interventi volti a modificare l'assetto del servizio attuale;
- analisi normativa in materia di appalti: viene svolta un'analisi delle procedure normative da rispettare per l'implementazione del progetto.

Risorse e linee operative

La proposta si articola nell'analisi dei costi di implementazione del progetto e nella stima dei risultati attesi.

Per quanto concerne il primo aspetto – l'analisi dei costi – vengono presentati una serie di scenari sulla base di cinque tipi di azioni: programmazione, incremento di unità, rimodulazione del servizio, correttivi interni ed interventi strutturali.

Dal punto di vista dei risultati, gli autori hanno aspettative positive circa l'impatto organizzativo delle azioni proposte, soprattutto per quanto riguarda l'ottimizzazione delle risorse a disposizione e l'incremento della soddisfazione dei pazienti coinvolti nel progetto.

Si tratta di potenziali di miglioramento per i quali non è stato possibile addivenire a una reale quantificazione dei risultati attesi.

1.20 L'accompagnamento delle persone nel fine vita: il rientro in patria.

Sergio Defendi

Il progetto analizza, attraverso la ricostruzione di due case history, gli aspetti gestionali ed organizzativi legati al trasferimento all'estero di pazienti in cure palliative. Definire le modalità di rimpatrio significa, da un lato creare uno strumento finalizzato al governo dei processi clinici ed organizzativi interni di una struttura ospedaliera e dall'altro, migliorare e semplificare il percorso che la persona compie nell'affrontare la fase terminale della malattia.

Umberto Gelatti

Contesto

I dati dell'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) del 2020 evidenziano che gli stranieri residenti in Italia sono più di 5 milioni. Si tratta di cittadini con cultura ed esigenze spesso diverse da quelle italiane che – quando si ammalano – fanno ricorso al Sistema Sanitario Nazionale (SSN). Il rispetto della dignità della persona e l'attenzione alla qualità di vita hanno portato a promuovere e sperimentare modelli di integrazione che affermano la necessità di un approccio olistico di cure palliative, la cui utilità è stata provata sotto diversi punti di vista, dal controllo dei sintomi alla riduzione dei costi, al miglior uso delle risorse.

Gli obiettivi dello studio sono: predisporre un percorso clinico ed assistenziale per il rientro in patria dei pazienti previo consenso; offrire ai pazienti stranieri un percorso di cura che garantisca la loro presa in carico globale ed integrata; ridurre i ricoveri nei reparti per acuti e gli accessi in PS.

I bisogni a cui il progetto vuole rispondere sono riconducibili all'ottimizzazione della qualità della vita dei pazienti stranieri coinvolti in ogni fase della malattia, ponendo particolare attenzione ai bisogni clinici, assistenziali, psicologici, sociali e culturali del malato e della sua famiglia. Inoltre, il lavoro cerca di proporre un modello per garantire continuità assistenziale e terapeutica fino alla fase terminale della vita.

Idea

L'idea del progetto consiste nell'analizzare gli aspetti gestionali ed organizzativi inerenti al trasferimento all'estero di pazienti in cure palliative. Definire le modalità di rimpatrio dei pazienti in cure palliative significa creare uno strumento finalizzato al governo dei processi clinici ed organizzativi interni ad una struttura ospedaliera ed a migliorare e rendere più facile il percorso che la persona compie nell'affrontare la malattia dalla diagnosi fino alla fase terminale.

I destinatari del PW sono innanzitutto i pazienti in cura alle terapie palliative assieme ai loro familiari e tutto il personale medico ed infermieristico coinvolto direttamente o indirettamente nel reparto. Inoltre, la struttura sanitaria nel suo complesso ed eventuali altre strutture sanitarie estere in cui effettuare lo spostamento. Infine, eventuali organi di competenza per la gestione burocratica delle procedure e del trasferimento.

La metodologia utilizzata – dopo una preliminare analisi della letteratura e della normativa vigente in materia – consiste nella ricostruzione di due case history tramite le quali vengono illustrate le modalità operative per rendere applicabili e replicabili i percorsi organizzativi e gestionali. Per fare ciò, si illustrano alcuni passaggi:

- prima visita collegiale per valutare l'appropriatezza della presa in carico e concordare insieme il percorso diagnostico e terapeutico;
- accesso alle cure palliative da parte dei pazienti stranieri residenti in Italia;
- controllo dei sintomi;
- adeguata informazione al paziente circa lo stato di salute e la prognosi tenendo conto degli aspetti culturali e delle barriere linguistiche;
- gestione del consenso informato in accordo non solo con l'assistito ma anche con i familiari;
- autorizzazioni da parte degli organi di competenza (ambasciate e consolati);
- nulla osta operativi per l'autorizzazione al trasferimento da parte delle compagnie aeree, ferroviarie o marittime, che nella maggior parte dei casi hanno procedure o percorsi propri;
- garanzia di un'effettiva ed efficace cura dal punto di vista clinico e assistenziale, instaurando contatti con l'équipe che si farà carico del paziente;
- finanziamenti.

Risorse e linee operative

Gli autori evidenziano due dinamiche di natura economica generate dalla presa in carico di un paziente in fase terminale. La prima riguarda l'importanza di un'attivazione tempestiva (precoce) del percorso di palliazione - espressione della volontà del paziente - al fine di disporre del tempo e dei modi necessari per l'organizzazione del viaggio di rientro in patria. La seconda riguarda invece la dinamica per la quale il sistema sanitario – favorendo una tempestiva attivazione del percorso di palliazione – consegue contemporaneamente un efficientamento dell'utilizzo dei suoi fattori produttivi e l'utilizzo di un setting assistenziale pubblico meno costoso dal punto di vista delle risorse richieste.

Il progetto introduce uno strumento che garantisce l'appropriatezza di cura, attraverso il coordinamento e l'attuazione di attività consequenziali standardizzate da parte di un team multidisciplinare. Il lavoro d'équipe risulta fondamentale per garantire l'adeguato controllo dei sintomi e la volontà del paziente e permettere il rimpatrio. Per valutare il raggiungimento degli obiettivi prefissati vengono utilizzati quattro indicatori:

- percentuale di pazienti che hanno effettuato due o più accessi in PS negli ultimi 30 giorni di vita;

- coerenza del luogo del decesso con le preferenze del paziente;
- percentuale dei pazienti che vengono discussi in multidisciplinare;
- partecipazione da parte del personale sanitario dell'unità operativa cure palliative a corsi di aggiornamento periodici.

Il principale risultato atteso dall'applicazione del percorso è quello di creare vantaggi economici per l'azienda sanitaria nel rispetto delle volontà ultime del paziente terminale.

Problemi e soluzioni nella gestione sanitaria.

2. Territorio

Problemi e soluzioni nella gestione sanitaria.

2.1 La professione infermieristica nella rete territoriale alla luce del PNRR

Annamaria Bona, Dario Laquintana e Laura Zoppini

Nel ribilanciamento tra ospedale e territorio e nell'applicazione del Decreto Ministeriale (DM) 77/2022, ruolo centrale assumono analisi quali-quantitative riferite alle risorse infermieristiche indispensabili al funzionamento di Case e Ospedali di Comunità. Lo studio dei 3 discendenti della prima edizione del corso di formazione manageriale per Direttori di Azienda Sanitaria (DIAS) integrativo, con "vision di sistema" e precisa metodologia, offre al programmatore regionale preziosi elementi di approfondimento su questa strategica criticità.

Furio Zucco

Contesto

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) stanziava ingenti somme destinate alla realizzazione di Case della Comunità (CdC) e Ospedali di Comunità (OdC) su tutto il territorio nazionale. Tuttavia, all'interno del documento non viene definito il modello di funzionamento di queste strutture e, solo parzialmente, si descrive il ruolo della professione infermieristica nel nuovo assetto organizzativo.

Viene presentato un modello di analisi del fabbisogno di personale infermieristico stimato sulla base di due elementi: i bisogni assistenziali degli utenti in relazione al livello di dipendenza e gli standard di accreditamento.

Il progetto pone all'attenzione l'impatto che misure così innovative come le CdC e gli OdC hanno sul fabbisogno di risorse umane e di costo del personale, e prevede interventi sul sistema formativo che consentano di garantire nei prossimi quattro anni la formazione dei professionisti necessari a colmare il fabbisogno.

Idea

L'idea progettuale è la definizione di un modello organizzativo-funzionale della rete territoriale prestando attenzione particolare al ruolo assunto dall'IFeC nell'ambito delle strutture territoriali delineate dal PNRR. A tal fine è stato analizzato lo scenario dell'assistenza territoriale alla luce dei recenti provvedimenti normativi e delle ipotesi di applicazione del PNRR formulate in relazione al territorio della regione Lombardia. È stato poi calcolato il fabbisogno di figure infermieristiche e di supporto alla luce degli standard proposti dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS) e dall'intesa Stato Regioni del 20 febbraio 2020. Sulla base di questi elementi è stata presentata una stima del costo del personale per un ospedale di comunità tipo. Alla luce dei risultati ottenuti sono state formulate proposte per affrontare il periodo di transizione di implementazione del PNRR e presentare un modello organizzativo di Rete dell'assistenza infermieristica territoriale a matrice doppia, che prevede la presenza di IFeC distribuiti sul territorio che lavorano in stretto contatto con gli MMG e che si occupano di interventi di prevenzione e promozione della salute, assistenza infermieristica all'individuo, alla famiglia e alla collettività in ambito

Problemi e soluzioni nella gestione sanitaria.

domiciliare e comunitario. Insieme agli IFeC, il modello prevede l'individuazione di infermieri case manager con una conoscenza approfondita delle problematiche relative a uno specifico quadro patologico e che dovranno lavorare in stretta collaborazione con gli specialisti territoriali o ospedalieri.

Risorse e linee operative

Nella parte finale del lavoro viene presentata un'analisi dei fabbisogni e dei costi mettendo a confronto la delibera DRG n. XI/3377 del 14 luglio 2020 di Regione Lombardia (precedente al DM 77), nella quale sono previsti 1600 infermieri a fronte di uno stanziamento di 28 milioni di euro, con gli standard definiti da AGENAS (diventati DM 77).

Innanzitutto, vengono calcolati i fabbisogni di personale nei diversi anni sulla base degli standard previsti da AGENAS per CdC, OdC, Centrali Operative Territoriali (COT), hospice e Unità Speciale di Continuità Assistenziale (USCA) per un totale di 5.176 nell'anno 2022. A regime viene stimato un fabbisogno complessivo per questi setting pari a 12.004 unità.

In relazione ai diversi setting vengono poi calcolati i costi stimati per ciascuna figura professionale coinvolta.

I risultati dell'analisi sono così sintetizzabili:

	2022	2023	2024	A regime
Costo personale COT (in €)	11.475.000	11.475.000-	-	22.950.000
Costo personale CdC (in €)	3.612.000	1.365.000	1.365.000	6.342.000
Costo personale OdC (in €)	8.853.000	15.322.500	12.939.000	43.584.000

L'analisi dei costi si concentra infine sulla figura dell'infermiere rispetto alla quale si evidenzia un'incongruenza tra previsione di stima del costo e numero di infermieri, in quanto sulla base del costo contrattuale pari a € 23.000, lo stanziamento coprirebbe solo 1218 infermieri anziché i 1600 previsti.

Gli autori hanno poi calcolato il costo annuo del personale per un personale di comunità pari a € 453.500, al quale dovrebbero aggiungersi i costi per ammortamento, attrezzature e funzionamento e altri costi di funzionamento.

Infine, viene fatta un'analisi sul numero di infermieri formati nei corsi di laurea triennali di scienze infermieristiche evidenziando come il numero di infermieri lombardi sia appena sufficiente a coprire il turnover. Si conclude, quindi, che il fabbisogno complessivo nel periodo di attuazione del PNRR è distante dalla programmazione attualmente formulata.

2.2 Verso un’anagrafe della fragilità: dai codici fiscali alla conoscenza delle persone all’organizzazione di network territoriali

Iorio Riva

Il progetto si propone l’ambizioso obiettivo di individuare le persone fragili afferenti ad ATS Bergamo e di creare dei percorsi personalizzati, anche mediante la costruzione di infrastrutture integrate sociali e sanitarie, per la presa in carico dei soggetti e delle loro famiglie.

Vittoria Viganò

Contesto

Le evidenze epidemiologiche hanno mostrato come la pandemia da Covid-19 abbia colpito per lo più persone fragili, prevalentemente anziani, con presenza di patologie croniche, ospiti di strutture comunitarie residenziali assistenziali sociosanitarie e soggetti in condizioni di vulnerabilità socio-economica ed isolamento sociale domiciliare. Al fine di proporre un modello di intervento multidimensionale e immediato di assistenza a tali tipologie di pazienti, ATS Bergamo, attraverso il Servizio Epidemiologico Aziendale e l’Ufficio Sindaci, ha implementato il progetto “Verso un’anagrafe della fragilità”. Esso prevede un sistema operativo d’integrazione tra dati clinici, sociosanitari e socioassistenziali per la costruzione di un indice di fragilità delle persone.

Idea

L’obiettivo del progetto “Verso un’anagrafe della fragilità” è quello di prendersi cura delle persone con fragilità globale attraverso un percorso sequenziale e temporizzato. Il PW descrive una prima fase di indagine mediante la somministrazione, da parte degli ambiti territoriali coinvolti, di una scheda di valutazione della fragilità sociale predisposta ad hoc per la ricerca. Parte della somministrazione è avvenuta tramite visite a domicilio in cui gli operatori sono venuti a contatto con l’ambiente di vita della persona intervistata. Il questionario, somministrato a 3579 persone che hanno aderito alla ricerca, mira a esplorare le seguenti aree: condizioni di salute e autonomia funzionale, condizioni abitative, condizioni economiche e lavorative, carico di cura familiare, rete sociale, capacità informatiche.

Dall’analisi effettuata emerge una struttura di bisogni assistenziali molto articolata che, coerentemente con il concetto multidimensionale di fragilità, varia a seconda delle condizioni personali, familiari, sociali e ambientali della persona fragile.

Problemi e soluzioni nella gestione sanitaria.

A fronte dei risultati ottenuti dall'indagine domiciliare, vengono proposte possibili azioni ritenute in grado di offrire risposte efficaci ai bisogni evidenziati sulla base delle casistiche delle persone incontrate:

- persone fragili e autosufficienti: attività di promozione, informazione e prevenzione a livello territoriale;
- persone fragili e parzialmente o totalmente non autosufficienti: attività di formazione e supporto ai caregiver con attivazione della rete informale di supporto, oppure, nel caso di rete sociale di protezione molto debole, creazione di network integrati di presa in carico professionale sanitaria e sociale;
- persone fragili in condizione di isolamento: progetti individuali di contenimento dell'isolamento sociale.

Risorse e linee operative

L'obiettivo del progetto "Verso un'anagrafe della fragilità" è quello di prendersi cura delle persone con fragilità globale mediante un percorso sequenziale e temporizzato che prevede:

1. obiettivi operativi di breve periodo (prima fase):
 - identificazione delle persone;
 - verifica a livello domiciliare delle condizioni di protezione sociale;
 - monitoraggio dell'evoluzione delle singole situazioni ad elevata fragilità sociale.
2. Obiettivi gestionali organizzativi di medio periodo (seconda fase):
 - elaborazione e presentazione dei risultati dell'indagine domiciliare;
 - prime azioni di supporto e sostegno familiare oltre che comunitario;
 - promozione delle condizioni di realizzazione di network integrati sanitari e sociali.
3. Obiettivi programmatori di lungo periodo (terza fase):
 - verifica del modello utilizzato per la costruzione del target di riferimento;
 - costruzione di infrastrutture integrate sociali e sanitarie per l'individuazione ed applicazione di strumenti territoriali condivisi per la presa in carico integrata dei soggetti fragili e delle loro famiglie da parte dei diversi partner progettuali.

Le risorse previste per l'implementazione progettuale sono così attribuite:

Fase	Fondo	Risorse previste
I	Fondo Nazionale Politiche Sociali – DGR n. 3054/2020	€ 651.195.
II	Fondo Nazionale Politiche Sociali – DGR n. 3054/2020; Fondo privato a raccolta libera “SosteniAMO Bergamo” della Fondazione della Comunità Bergamasca Onlus	€ 268.672,25.
III	Programmazione Piani di Zona degli Ambiti Territoriali dell'ATS di Bergamo – Fondo Nazionale per le Politiche Sociali anno 2021	In definizione.

2.3 Il cohousing come strumento di offerta socio sanitaria innovativa

Luca Baccaro, Giacomo Boscagli, Gabriele Ceresetti e Francesca Ramondetti

Il progetto mira a fornire ai decisori politici lo spunto per una possibile e interessante risposta all'ingravescente problema dell'invecchiamento della popolazione e al tema di come conciliare le necessità di assistenza di una popolazione sempre più anziana con risorse sempre più limitate ed inevitabilmente assorbite dalla cura delle acuzie. In questo contesto, vengono analizzati i possibili vantaggi della soluzione del cohousing, unitamente ad una prima ipotesi dei costi connessi.

Antonio Colaianni

Contesto

Il lavoro analizza la rilevanza del modello di cohousing in ambito sanitario per il trattamento di pazienti in età avanzata. Quest'ultimo rappresenta un'alternativa alle più tradizionali forme di assistenza sociosanitaria ed asseconda la tendenza ad integrare l'offerta di cura per acuti con quella rivolta ai pazienti cronici.

I bisogni, ancora in gran parte insoddisfatti, a cui il modello di cohousing vuole rispondere sono legati a quattro fenomeni: invecchiamento della popolazione, crescente quota di popolazione anziana che vive sola, offerta abitativa e sociosanitaria attuale inadeguata e contenimento della spesa pubblica. I benefici derivanti da tale progetto sono di natura economica (diminuzione dei costi abitativi per l'anziano), sociale (empowerment dell'individuo) e sociosanitaria (autonomia e buone condizioni fisiche dell'anziano).

Idea

L'idea del lavoro consiste nel predisporre un modello di innovazione sociale in risposta ai cambiamenti demografici, economici e tecnologici degli ultimi decenni al quale possono far riferimento gli enti pubblici e privati (profit e no profit) chiamati alla realizzazione degli interventi. Nello specifico, il progetto vuole proporre un esempio di implementazione di senior cohousing in Italia, verificandone altresì la fattibilità economica con l'ausilio di analisi SWOT e business plan.

Il contributo ha utilizzato una metodologia multidisciplinare articolata nei seguenti elementi:

- descrizione del modello organizzativo/sanitario: si mettono in evidenza i modelli archetipici di cohousing in Europa e se ne discute l'applicabilità nel contesto italiano tramite una soluzione innovativa che consiste nel lasciare gli anziani nelle loro abitazioni senza inserirli in strutture tipo Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA).
- Descrizione del modello architettonico/strutturale: vengono illustrate le diverse alternative abitative per la scelta degli edifici destinati alla realizzazione del progetto,

ponendo particolare attenzione al rispetto di vincoli ambientali e di tutela del patrimonio artistico e culturale.

- Procedure necessarie all'avvio della progettazione: si evidenziano i molteplici vincoli di progetto per l'ottenimento del finanziamento tramite PNRR dal punto di vista realizzativo.
- Procedure necessarie all'avvio dell'attività: si evidenziano i molteplici vincoli giuridici per l'ottenimento del finanziamento tramite PNRR dal punto di vista legale.
- Opportunità di finanziamento: si illustra il ruolo ricoperto da Cassa depositi e prestiti per il supporto finanziario ad interventi di social housing.

Risorse e linee operative

La proposta è articolata nell'analisi di costi e ricavi conseguenti alla realizzazione del progetto, nonché nella stima del reddito complessivo annuo, avendo come riferimento il modello prototipale presentato nel lavoro.

I costi totali ammontano a € 2.400.000 e sono riconducibili principalmente alle seguenti operazioni: acquisto e bonifica dei terreni (€ 750.000), scavi di fondazione (€ 120.000), oneri di urbanizzazione (€ 120.000) e costruzione di edifici ed altre strutture (€ 1.400.000).

I ricavi ammontano a € 2.500.000 e derivano interamente dalla vendita di alcuni edifici situati nell'area di intervento.

Il reddito complessivo annuo stimato del progetto deriva dal pagamento degli affitti degli appartamenti in locazione ed è pari a solamente € 43.000, rendendo quindi non economicamente conveniente la realizzazione del progetto.

Il lavoro non risulta quindi essere di immediata applicabilità, presupponendo tempi medio-lunghi per una valutazione attendibile dei suoi risultati in termini di output ed outcome. Sebbene il progetto mostri buone potenzialità in termini di integrazione sociosanitaria a livello territoriale, le possibilità di finanziamento sono scarse a causa della sua notevole onerosità nel breve periodo. Per tali ragioni, le considerazioni economiche andrebbero integrate con considerazioni politiche che tengano presenti i benefici sociali indiretti del progetto, nonché i benefici di potenziale minore assistenza per gli anziani a carico delle strutture ospedaliere.

2.4 Fondazione E. Germani Onlus: un esempio di struttura socio sanitaria come centro multiservizi e di prossimità

Ivan Scaratti

Realizzare una CdC gestita da un soggetto del terzo settore, inserita nella rete di quelle ad "origine" pubblica, garantendone sostenibilità economica: è l'obiettivo del progetto. Esso passa attraverso un "ripensamento" della mission di una fondazione per creare, oltre ad una CdC in rete, una continuità di cura all'interno della "filiera" di servizi erogati dalla fondazione per persone fragili, in relazione ad una appropriata analisi del bisogno intercettato.

Silvano Casazza

Contesto

Questo progetto nasce dalla necessità della Fondazione privata cremonese E. Germani di ripensare la propria missione ed il proprio posizionamento strategico sul territorio. L'obiettivo è di rispondere in modo efficace ai bisogni attuali ed emergenti della popolazione, in particolar modo di quella fragile.

In virtù dell'attuale contesto storico segnato dalla pandemia e dai cambiamenti demografici, il lavoro propone l'implementazione di un sistema per la presa in carico territoriale dei pazienti. L'obiettivo della CdC è quello di intercettare i bisogni domiciliari dei pazienti e delle loro famiglie, promuovendo l'integrazione di servizi sanitari e sociali nonché stimolando la creazione di una "rete" tra tutti i soggetti – istituzionali e non istituzionali – coinvolti nel progetto.

Idea

L'idea del progetto è quella di costituire la CdC spoke per offrire assistenza sociosanitaria alle fragilità geriatriche, disabili e croniche in posizioni strategiche del territorio ed in prossimità delle esigenze delle persone che vi abitano.

Il contributo ha utilizzato una metodologia articolata in diversi momenti: scelta del posizionamento strategico dell'azienda, introduzione di innovazioni e cambiamenti di paradigma, presa in carico globale del paziente e della sua famiglia, valutazione dei bisogni dei soggetti coinvolti, definizione del budget di cura, coinvolgimento del territorio, gestione delle risorse umane ed implementazione di politiche di comunicazione rivolte ai destinatari del progetto.

I servizi che la fondazione potrà garantire all'interno della CdC sono molteplici e diversificati:

- équipe multiprofessionali: team di MMG, Pediatri di Libera Scelta (PLS), specialisti ambulatoriali, infermieri e altre figure sanitarie e sociosanitarie;
- punto unico di accesso: luogo di prossimità dove operano diverse figure professionali al fine di garantire un elemento di integrazione tra funzioni sanitarie e sociali;

- programmi di screening: iniziative di prevenzione rivolte a tutta la popolazione;
- partecipazione della comunità: valorizzazione della co-produzione dei servizi sociosanitari attraverso associazionismo e volontariato;
- servizi di telemedicina: utilizzo di soluzioni digitali finalizzate a mettere in rete i flussi d'informazione sui pazienti e migliorare la qualità dell'assistenza.

Risorse e linee operative

La proposta è articolata nell'analisi dell'investimento iniziale e della stima di costi conseguenti alla realizzazione del progetto, nonché nella previsione degli impatti futuri.

I costi sorgenti ammontano a € 840.000 e sono costituiti dalle seguenti voci: riqualificazione degli immobili (€ 600.000), personale (€ 125.000), radiografia (€ 80.000), hardware e software di gestione (€ 15.000) ed utenze (€ 20.000).

I ricavi derivano dall'affitto di locali nei quali possono operare i MMG (n. 5 specialisti per € 500/mese) e dall'aumento dell'attività generato.

Gli impatti futuri derivanti dall'implementazione del progetto si manifestano in termini di incremento dell'occupazione, dei servizi al domicilio, dei posti letto nelle RSA e del budget destinato all'assistenza sociosanitaria delle fragilità. A tal proposito, si evidenzia una lunga lista di risultati attesi derivanti dal confronto tra obiettivi iniziali ed indicatori di output, outcome ed impatto.

Le previsioni costruite prevedono un conto economico in pareggio già dal primo anno di attività, mentre l'equilibrio finanziario sarebbe raggiunto dal terzo anno in poi. Il modello individuato nel progetto, pur essendo sostenibile per la fondazione, comporta tuttavia un ingente investimento di risorse finanziarie proprie per l'avviamento dello stesso.

2.5 Strategie per costruire una équipe multidisciplinare per la cura dei disturbi del comportamento alimentare

Alberto Benetti

Il lavoro in team consente di sviluppare un'efficace integrazione tra esperti di discipline diverse che "nativamente" non sono abituate a collaborare in forma sincrona. Se poi si aggiunge l'integrazione tra erogatori pubblici e privati, e il coinvolgimento della famiglia e del paziente con logiche di co-reazione del servizio, allora ci sono tutti gli ingredienti per un "caso esemplare" di riorganizzazione del lavoro in sanità che deve essere attenzionato.

Federico Lega

Contesto

Il progetto mette in evidenza l'impatto dei disturbi del comportamento alimentare (DCA) definiti come una persistente alterazione della percezione corporea, del proprio peso e delle proprie forme, che danneggia la salute fisica e il funzionamento psicologico dell'individuo. Rispetto a tale patologia viene presentata una disamina della situazione epidemiologica italiana e specifica del territorio della provincia di Bergamo dalla quale si evidenzia un forte aumento dei casi di ricovero con la conseguente esigenza di percorsi dedicati che possano fornire adeguate risposte ai bisogni di salute ai pazienti con DCA. L'obiettivo di questo progetto è quello di definire un percorso che prevede un'attività integrata che permetta di soddisfare i bisogni dei pazienti e delle loro famiglie. A tal proposito risulta quindi necessario avviare un percorso di trattamento precoce, tempestivo e specialistico in modo da intervenire nella fase iniziale di malattia ed evitare danni permanenti e potenziali complicanze oltre che per adottare misure di natura preventiva, soprattutto per quanto riguarda la fascia di età adolescenziale.

Idea

L'idea del progetto concerne la possibilità di organizzare all'interno dell'ASST un punto di accesso di primo livello che assicuri una presa in carico integrata e continuativa e che permetta di agire sia in modo efficace nella cura cronica di questi pazienti, sia in ottica di prevenzione secondaria.

I destinatari del progetto sono tutti i pazienti afferenti all'ASST Papa Giovanni XXIII che presentano disturbi dell'alimentazione di età adolescenziale ed adulta.

La metodologia adottata è declinata in cinque componenti della strategia di trattamento/intervento:

- costituzione di équipe multidisciplinari in cui siano coinvolte diverse figure dell'area sanitaria;

- continuità terapeutica adolescenza/età adulta che consenta una presa in carico protratta indipendentemente dalla differenziazione dei servizi rispetto all'età dell'assistito;
- trattamento ambulatoriale/trattamento diurno come prima scelta per i pazienti e le loro famiglie;
- coinvolgimento della famiglia per superare parte dei comportamenti alimentari disfunzionali, e di capire il ruolo delle dinamiche intra-familiari nel mantenimento del disturbo;
- approccio integrato sul territorio tra tutte le strutture operanti, pubbliche e private, che prendono in carico pazienti affetti da DCA.

L'implementazione del processo viene descritto attraverso le fasi di accoglienza del paziente allo sportello con conseguente valutazione clinica, discussione del caso in équipe e modalità di presa in carico (ambulatoriale, ambulatoriale ad alta intensità, ricovero ordinario).

Risorse e linee operative

Il progetto si concretizza in un arco temporale di 20 mesi a partire da gennaio 2022 in seguito alla prima riunione con la direzione dell'ASST Papa Giovanni XXIII di Bergamo.

Le linee operative per l'implementazione progettuale prevedono sei fasi:

1. condivisione del progetto con la direzione strategica;
2. definizione dell'équipe multidisciplinare attraverso incontri tra i responsabili dei servizi e individuazione dei referenti per area clinica;
3. individuazione della sede per l'accoglienza dei pazienti e attivazione di un ambulatorio dedicato per area infantile e per età adulta;
4. strutturazione e attivazione di percorsi di ricovero dedicati con la rete residenziale territoriale;
5. implementazione dell'attività del servizio con l'estensione della presa in carico ai pazienti con disturbi più lievi e attivazione di consultazioni genitoriali e creazione di gruppi di auto-mutuo aiuto;
6. investimento in prevenzione con attività informativa sul territorio ed attività formativa e di sensibilizzazione interaziendale oltre a collaborazioni con associazioni di professionisti e famiglie.

Tra le risorse necessarie al progetto vengono citati: risorse umane (3 medici, 2 dietisti, 1 dietologo, 4 psicologi, 1 infermiere per ogni équipe), strutture ambientali (come ambulatori e sale riunioni) e strumentazione specifica.

Problemi e soluzioni nella gestione sanitaria.

L'attività ambulatoriale in questo settore richiede prestazioni di lunga durata con un coinvolgimento di più figure professionali. Pertanto, si ritiene che difficilmente l'attività ambulatoriale potrà dare un vantaggio economico per l'ASST. Tuttavia, per la realizzazione del progetto l'ASST potrà accedere ai fondi destinati a questa attività dalla regione come da indicazione legislativa.

L'incremento della presa in carico di prime diagnosi sarà un forte indicatore dell'efficacia del progetto attivato. Si ritiene quindi utile monitorare il numero di accessi in PS, il numero di ricoveri in area medica, la durata delle degenze e il numero ricoveri in area psichiatrica.

2.6 La cura integrata del paziente obeso tra ospedale e territorio

Cinzia Gambarini, Andrea Rizzi e Giorgia Saporetti

Il progetto si inserisce nel filone dello sviluppo delle reti cliniche aziendali e del lavoro in team multidisciplinari e multiprofessionali. L'esperienza della ASST Sette Laghi con riferimento alla cura del paziente obeso è esemplare per come è stato costruito il processo di integrazione professionale e l'analisi di contesto che ha permesso di individuare i bisogni e costruire un modello di servizio efficace sia dal punto di vista clinico che organizzativo.

Federico Lega

Contesto

L'obesità a livello mondiale è ormai considerata alla pari di una vera e propria pandemia. In Lombardia, il recente sviluppo della Legge Regionale (LR) n. 23/2015 ha posto come principio cardine il trattamento *One Health* ovvero la creazione di una governance che assicuri una complessiva protezione e promozione della salute per il paziente, in un'ottica globale. Scopo del PW è quello di analizzare la situazione attuale di diagnosi e trattamento dell'obesità patologica e ipotizzare le caratteristiche specifiche per l'implementazione di una rete lombarda per la sua cura.

Nel progetto vengono illustrate le caratteristiche dell'obesità a livello epidemiologico, osservazionale e di diffusione territoriale, analizzando i sistemi di cura attualmente presenti ed esaminando le azioni medico-chirurgiche più indicate. Sulla base delle evidenze raccolte, che inquadrano l'obesità come una patologia complessa, si considera necessario impostare un trattamento integrato in sinergia tra ospedale e territorio teso a personalizzare percorsi e cure per ogni paziente in relazione alla gravità della sua condizione.

Idea

L'idea del progetto è quella di mettere in rete tutte le attività che riguardano la presa in carico dell'obesità che afferiscono all'ASST Sette Laghi, in modo da poter disegnare un percorso unitario di cura a tutti i livelli. In questo contesto la chirurgia bariatrica assume un ruolo fondamentale essendo il trattamento che porta ad una più efficace e duratura perdita di peso con conseguente miglioramento di tutte le comorbidità che caratterizzano il paziente obeso patologico e una conseguente riduzione di costi sanitari. Nel PW sono individuate le caratteristiche specifiche necessarie alla rete che si vuole implementare:

- cabina di regia regionale;
- rete di presidi hub and spoke integrati;
- sistema di formazione ampio che coinvolga tutti gli specialisti interessati a diversi livelli con attuazione di percorsi di screening;

Problemi e soluzioni nella gestione sanitaria.

- interventi mirati in ambito sanitario e sociosanitario che coinvolgano il terzo settore;
- trattamento multidisciplinare in équipe standardizzate e coordinate da un case-manager;
- condivisione del progetto terapeutico con il paziente ed acquisizione del suo consenso;
- attuazione ed implementazione di azioni di sensibilizzazione ed informazione della popolazione a diversi livelli;
- istituzione di un'esenzione per patologia comprendente tutte le visite specialistiche e gli esami diagnostici.

L'elemento innovativo proposto nel progetto riguarda in particolare l'istituzione di un centro di coordinamento regionale che si dedichi alla stesura di percorsi integrati armonici e condivisi che tengano conto di tutte le problematiche che caratterizzano l'obesità patologica.

Risorse e linee operative

Il progetto si estende su un arco temporale che va da gennaio 2021 a dicembre 2022. Gli autori sostengono che la realizzazione di una rete regionale porterebbe sicuramente ad una riduzione dei costi, in quanto l'obiettivo prioritario della rete sarebbe la prevenzione dell'obesità patologica, attraverso interventi diversificati e coordinati.

Per valutare il raggiungimento degli obiettivi prefissati vengono utilizzati i seguenti indicatori:

- n. di pazienti in carico ambulatorio medico obesità grave / n. di pazienti attesi gravi sul bacino d'utenza ASST Sette Laghi;
- n. di pazienti operati per chirurgia bariatrica / n. minimo previsto da Società Italiana di Chirurgia dell'Obesità e delle malattie metaboliche (S.I.C.OB);
- n. di pazienti in lista di attesa;
- n. di ritardi in presa in carico per pandemia Covid-19.

Il risultato atteso dal progetto è quello di passare, per il trattamento dell'obesità, da un contesto aziendale ad una visione di rete di patologia, in un'ottica di sviluppo regionale.

2.7 Il piede diabetico nella continuità delle cure ospedale-territorio: un nuovo modello organizzativo in Regione Lombardia

Roberto De Giglio

Il progetto propone un interessante modello di presa in carico integrata del paziente cronico affetto da diabete sia a livello territoriale sia a livello ospedaliero. Il pregio del progetto, ideato per la Provincia di Milano, è la misurabilità dell'outcome (riduzione del 20% nel tasso di amputazioni a 3 anni) e l'esportabilità all'intera regione Lombardia.

Vittoria Viganò

Contesto

Negli ultimi decenni i progressi nella cura del diabete hanno avuto come risultato un allungamento dell'aspettativa di vita dei pazienti tale da raggiungere quella della popolazione non diabetica. La sfida oggi è rappresentata dal miglior trattamento delle complicanze croniche del diabete, tra cui quella del "piede diabetico", la quale può portare fino all'amputazione dell'arto. Per ridurre il numero delle amputazioni è necessario quindi migliorare la capacità di curare efficacemente e precocemente la lesione ulcerativa attraverso la creazione di una rete assistenziale regionale ospedale-territorio efficiente.

Gli obiettivi che il progetto propone sono:

- ottimizzazione delle risorse, rendendo maggiormente omogenea e complessivamente più efficiente l'erogazione delle cure nel trattamento del piede diabetico in ambito regionale;
- riduzione dei tassi di amputazione, sia minore che maggiore;
- creazione di nuovi settings per la presa in carico;
- creazione e diffusione di un know-how specifico nel trattamento multidisciplinare del piede diabetico.

Idea

L'idea del progetto è quella di tracciare per i pazienti cronici affetti da diabete un percorso di assistenza individuale, un percorso attivo di prevenzione e di cura del piede diabetico, determinando un modello integrato di presa in carico del paziente cronico a livello sia territoriale, sia ospedaliero, mediante l'erogazione di prestazioni sanitarie di qualità. Il progetto riguarda, come primo step, il territorio della Città Metropolitana e della Provincia di Milano, successivamente estendibile all'intera regione Lombardia. Il fine ultimo è quello di ridurre del 20% il tasso di amputazioni dopo 3 anni dall'inizio del progetto.

Problemi e soluzioni nella gestione sanitaria.

I destinatari del progetto sono ATS e ASST coinvolte, MMG e specialisti coinvolti nella cura del diabete, infermieri specializzati, fisioterapisti, tecnici ortopedici, podologi, pazienti diabetici e caregivers.

Nell'elaborazione del progetto sono stati considerati gli obiettivi misurabili relativi all'ambito della prevenzione e all'ambito della gestione e della cura del paziente e i possibili vincoli, proponendo una modalità operativa multidisciplinare.

Risorse e linee operative

I tempi di realizzazione della prima fase sono stimati in 2 anni con inizio nel 2022 e durata semestrale della fase organizzativa.

Gli step progettuali prevedono l'implementazione di tre livelli diagnostico-assistenziali:

- 1° livello ambulatoriale con forte ruolo del MMG;
- 2° livello centri intermedi;
- 3° livello strutture di eccellenza fortemente integrate con la rete territoriale di cure primarie e i servizi di diabetologia e di urgenza.

Nel progetto sono presentati i risultati attesi, come l'istituzione di nuovi posti letto di sub-acuto dedicati ai pazienti sottoposti ad interventi di amputazione minore o maggiore, al fine di consentire un prolungamento delle cure e migliorare gli outcomes; il potenziamento della relazione ospedale-territorio; l'assunzione di personale medico destinato all'attività di rivascolarizzazione; l'attivazione del processo di formazione on-the-job e la stesura di apposito e specifico PDTA, adeguato alle realtà territoriali.

L'analisi dei costi distingue voci per attività di prevenzione e attività di costruzione del percorso della presa in carico del paziente cronico affetto da piede diabetico.

2.8 Gestione multidisciplinare del paziente con malattia di Parkinson tra ospedale e territorio in relazione all'evoluzione della malattia

Laura Pendolino e Raffaella Gornati

Il progetto ha l'ambizioso obiettivo di esplicitare le ricadute che si potrebbero avere da una corretta presa in carico degli assistiti con malattia di Parkinson. La continuità delle cure tra ambito ospedaliero e strutture territoriali rivista anche alla luce delle risposte ricevute alla survey sottoposta agli assistiti, avrebbe una ricaduta positiva in termini di tempestività e appropriatezza di cura e assistenza riducendo significativamente l'impatto economico per il SSN.

Emanuele Porazzi

Contesto

Le malattie neurodegenerative e in particolare la malattia di Parkinson (MP) costituiscono un significativo problema di sanità pubblica in quanto comportano un rilevante impatto sociale, determinando notevoli costi diretti e indiretti sia per i pazienti che per le loro famiglie, oltre che per l'intera società.

La complessità della MP richiede un approccio assistenziale multidisciplinare ed altamente integrato, a seconda delle circostanze e delle fasi evolutive, che necessita spesso del coinvolgimento di un gran numero di professionisti. Considerando la numerosità degli operatori interessati e la complessità degli interventi necessari per la presa in carico globale, è indispensabile l'integrazione di queste attività, tra ospedale e territorio, con la predisposizione di una rete di servizi che garantisca la continuità assistenziale.

La predisposizione di una rete territoriale è quindi un'esigenza primaria per migliorare l'assistenza ai malati di Parkinson e ai loro familiari; all'interno del sistema di rete è poi importante prevedere la creazione di un percorso di cura che metta al centro i bisogni del paziente.

L'obiettivo principale è quello di superare la frammentarietà della presa in carico attuale e di garantire la continuità delle cure e dell'assistenza con interventi tempestivi ed appropriati, volti a ridurre l'impatto economico e sociale e a contenere i costi a carico del SSN.

Idea

Al fine di avere una visione chiara dell'estensione della malattia e del relativo impatto socioeconomico, è stata effettuata un'analisi macro, attraverso i dati presenti negli Open Data di Regione Lombardia, per ATS Insubria e per ATS Milano Città Metropolitana. Inoltre, per meglio comprendere il percorso di cura, è stata svolta un'analisi micro sui dati della struttura di riabilitazione accreditata, la Casa di Cura Le Terrazze, situata in ATS Insubria nel distretto di Luino. Infine, sono state svolte due indagini presso la popolazione: la prima attraverso un questionario rivolto ai responsabili delle associazioni territoriali Parkinson Insubria; la seconda

attraverso l'invio di questionari ai malati stessi (71 partecipanti) per comprenderne meglio i loro bisogni. Attraverso la rappresentazione del macroprocesso attuale, utilizzando l'analisi SWOT per evidenziare i punti di forza, di debolezza, le minacce e le opportunità, è stata sviluppata la proposta di un macroprocesso alternativo, centrato sulla fase intermedia della malattia che, tenendo conto delle recenti novità in merito alla riorganizzazione della rete territoriale, fosse in grado di realizzare una presa in carico del paziente e del caregiver "proattiva" e "circolare".

Il macroprocesso si compone di 4 sottoprocessi per i quali vengono definiti azioni e attori coinvolti:

1. valutazione dei bisogni dei pazienti;
2. attivazione dei processi di cura e assistenza;
3. gestione del percorso del paziente;
4. monitoraggio dell'outcome.

In tutte le fasi del processo gli autori evidenziano l'importanza degli strumenti di telemedicina per migliorare l'equità di accesso all'assistenza, assicurare maggiore continuità e qualità delle cure, rendere più fruibile e continua la comunicazione tra diversi attori e ridurre gli oneri che gravano su pazienti e caregiver.

Risorse e linee operative

Nel passaggio dall'attuale modello a quello proposto nel progetto, è necessario considerare gli aspetti relativi sia alle risorse strutturali che a quelle umane. Se da un lato Regione Lombardia ha già individuato parte delle strutture, dall'altro il cambiamento richiede anche un intervento per la formazione del personale verso un nuovo concetto di presa in carico. L'IFeC in primis avrà un ruolo importantissimo nel dialogo tra il paziente e i professionisti sanitari e ciò richiederà preventivamente un percorso di formazione specifico.

Al fine di monitorare il processo e valutarne gli outcome, sono stati definiti alcuni indicatori utili ad evidenziare il raggiungimento degli obiettivi prefissati nel passaggio dal modello attuale al modello proposto, da misurare lungo un orizzonte temporale tra l'inizio e la fine dell'intervento.

2.9 Progetto di "ostetricia diffusa" per le aree non metropolitane e le comunità montane dell'ATS Insubria

Francesco Bernasconi

Il progetto intende realizzare una rete integrata di prossimità per l'assistenza sanitaria delle donne in gravidanza anche attraverso la telemedicina. L'obiettivo è di migliorare l'erogazione e il monitoraggio dei LEA, di valorizzare le professioni sanitarie, la figura dell'IFeC, il sostegno della de-medicalizzazione, l'empowerment del paziente ed il rafforzamento tecnologico al fine di estendere l'assistenza domiciliare integrandola con le strutture territoriali/ospedaliere.

Alessandro Capocchi

Contesto

Il progetto di ostetricia diffusa per le aree non metropolitane e le comunità montane dell'ATS Insubria si inserisce di diritto nelle strategie previste dalla "missione 6" del PNRR. Il lavoro si articola in due aree di intervento principali, cui sono connessi investimenti che interessano rispettivamente due grandi capitoli della sanità pubblica.

L'obiettivo principale di questo progetto è quello di attivare nella ATS Insubria e ASST Lariana due servizi territoriali multifunzionali gestiti da figure ostetriche esperte in gestione della gravidanza a basso rischio, diagnostica ecografica ostetrica office, diagnostica cardiocografica e management della gravidanza a termine. Inoltre, si cerca di contrastare il fenomeno della denatalità attraverso il modello di "ostetrica di comunità" e il ricorso alla telemedicina.

I bisogni a cui il progetto si propone di rispondere riguardano le necessità di presa in carico ed assistenza da parte delle donne incinte, tenendo in considerazione la dimensione "globale" della persona e non solo quella clinica.

Idea

L'idea del progetto consiste nella realizzazione di due interventi. Il primo interessa le reti di prossimità, le strutture intermedie e la telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale, che hanno l'obiettivo di rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di presidi territoriali, il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi sociosanitari. Il secondo riguarda l'innovazione, la ricerca e la digitalizzazione del servizio sanitario nazionale, con l'obiettivo di rinnovare le strutture tecnologiche e digitali esistenti, così da migliorare l'erogazione e il monitoraggio dei LEA. Tra i valori di riferimento per gli autori del progetto ci sono: la valorizzazione delle professioni sanitarie (medici, infermieri, tecnici sanitari, operatori socio sanitari - OSS) e della figura dell'IFeC all'interno del Polo Territoriale, l'attivazione di reti di prossimità e di vicinanza, il sostegno della de-medicalizzazione, l'empowerment del

Problemi e soluzioni nella gestione sanitaria.

paziente ed il rafforzamento tecnologico degli strumenti di telemedicina per estendere l'assistenza domiciliare ed integrarla con le strutture territoriali/ospedaliere.

I destinatari del progetto sono le donne gravide del territorio di afferenza del progetto, nonché il personale delle strutture sanitarie coinvolte.

La metodologia utilizzata si articola in tre fasi:

- prima fase: indagine epidemiologica e conoscitiva rivolta alla popolazione femminile generale;
- seconda fase: indagine conoscitiva sulla fattibilità e possibilità di progettazione e implementazione all'interno dei servizi multifunzionali previsti dal progetto;
- terza fase: analisi economico-finanziaria a breve e medio termine per valutare la fattibilità, sostenibilità e solidità della scelta strategica.

Risorse e linee operative

Per la realizzazione della soluzione proposta, si stima la necessità di avere a disposizione le seguenti risorse: quattro developer, un project manager ed un ingegnere.

Si stima un costo complessivo di € 130/180.000 per il completamento del progetto. Alla cifra complessiva andranno poi aggiunti i costi dell'hardware da stimare in base al fabbisogno del progetto stesso ed i costi di manutenzione annuali sulla base degli accordi che saranno presi. A tal proposito, i costi totali stimati sono pari a € 180/230.000.

I ricavi complessivi per il SSN sono invece pari a circa € 10.000 per PDTA Valle d'Intelvi, € 24.000 per PDTA Como e € 45.000 per PDTA "ostetricia diffusa".

L'outcome primario è quello di favorire una maternità consapevole e felice nelle donne del territorio, facilitare la ripresa della natalità tramite un percorso diagnostico-assistenziale ostetrico-neonatologico domiciliare o nel vicino territorio di residenza, garantire l'equità di accesso alle cure primarie e la professionalità delle ostetriche.

3. Reti

Problemi e soluzioni nella gestione sanitaria.

3.1 Organizzazione e valorizzazione della rete delle terapie intensive lombarde: dall'esigenza emergenziale a una learning organization

Luca Guatteri

Prendendo il via dalla positiva esperienza realizzata in corso di Covid-19, il progetto propone la formazione di un dipartimento funzionale strutturato costituito dalle reti delle terapie intensive regionali per coordinare le strutture, ottimizzare ed omogenizzare le risorse e generare una comune crescita culturale e professionale. Questo significa avere una visione strategica e il coraggio di rendersi disponibile ad un cambiamento importante, con fatica, a vantaggio del bene complessivo.

Patrizia Monti

Contesto

Il progetto affronta il tema del sistema di coordinamento delle terapie intensive (TI) lombarde a partire da quanto appreso dall'esperienza del Covid-19. L'incremento dei numeri di posti letto nelle terapie intensive richiede infatti un coordinamento a livello regionale per garantire un utilizzo efficiente delle risorse, strutturali e di personale.

Considerando l'evoluzione epidemiologica al momento della stesura dell'elaborato e nei successivi sei mesi, (fino a gennaio 2022), che corrisponde al periodo interessato dalla realizzazione del piano di riordino ospedaliero descritto dalla DGR n° XI/3264 e successiva n° XI/4468, viene effettuata una duplice analisi di contesto. La prima mira a evidenziare la situazione regionale esaminando:

- mappatura delle strutture sanitarie pubbliche e private regionali con reparti di TI, dalla quale si evidenzia una sostanziale disomogeneità territoriale e di tipologia delle TI;
- numerosità del personale sanitario funzionale a rendere pienamente operativi i posti letto delle TI previsti.

La seconda analisi prende in considerazione il contesto nazionale confrontandolo con la situazione lombarda attraverso l'Indice di Performance che evidenzia il rapporto tra la degenza media standardizzata per case-mix di un dato erogatore e la degenza media dello standard di riferimento nazionale e l'Indice di Case-Mix che esprime il rapporto tra il peso medio del ricovero di un dato erogatore ed il peso medio del ricovero nella casistica standard nazionale.

Idea

Il PW propone un sistema di learning organization fondato sulla competenza dei professionisti nell'ambito di un Dipartimento funzionale regionale di «Cure intensive».

Problemi e soluzioni nella gestione sanitaria.

La mission della rete delle terapie Intensive lombarde che si vuole implementare è quella di contribuire al recupero delle condizioni di salute della popolazione, fornendo prestazioni sanitarie specifiche secondo standard di eccellenza condivisi e riferiti a benchmarks internazionali, nel rispetto dei principi di equità, appropriatezza ed economicità nella gestione delle risorse in coerenza con i principi e gli obiettivi dei Piani Sanitari nazionale e regionale.

Il lavoro si articola nelle seguenti fasi:

1. analisi di contesto (interno ed esterno);
2. analisi degli stakeholders;
3. analisi SWOT per confrontare tutte le possibili variabili, positive e negative, interne ed esterne;
4. analisi dei benchmarks internazionali specifici;
5. proposta organizzativa basata su un modello matriciale per far convivere aspetti decisionali, programmatori e consultivi.

Risorse e linee operative

Il progetto di organizzazione e valorizzazione della rete delle terapie intensive lombarde è suddiviso in tre parti:

- strutturazione organizzativa: descrizione del modello matriciale distinto in aree funzionali (risorse umane, standard organizzativi, area culturale e di ricerca, area anestesia e rapporti con chirurgia), aree progettuali (progetto hub, progetto spoke, progetto di interazione pubblico/privato convenzionato) e unità di sviluppo.
- Indicatori di processo: definizione per ogni area funzionale e progettuale degli indicatori di avvio progetto per guidarne la definizione (learning organization) e di efficacia per misurare l'aderenza al progetto.
- Operatività della rete: descrizione di strumenti e attività necessarie ai processi di analisi, raccolta dati e misurazione degli indicatori proposti, che dovranno essere di facile fruibilità per chi avrà compiti gestionali e funzionali e di facile accesso per chi avrà compiti di collaborazione per il funzionamento efficiente ed efficace della rete. Tali strumenti consistono in database informatizzato via web, supporti multimediali per videoconferenze, sistema di survey organizzative e cliniche mediante applicativi web, banche dati regionali, istruzioni operative – procedure – audit – linee guida, oltre che corsi di formazione professionalizzanti con particolare attenzione all'innovazione e allo scambio professionale.

Nel progetto viene presentata la tempistica di avvio del progetto, stimata in un arco temporale di 7 mesi, che va dall'approvazione del progetto stesso da parte dei vertici istituzionali sanitari regionali fino alla prima verifica dell'avanzamento lavori.

3.2 Rete nefropatologica digitale regionale per la diagnosi delle malattie renali

Fabio Pagni, Pierangelo Sarchi e Gianfranco Zanotti

Il progetto definisce un modello "hub e spoke" supportato da soluzioni digitali di digital pathology e telemedicina per la diagnostica nefropatologica per la glomerulonefrite, puntando a razionalizzare i costi di gestione della rete diagnostica ed assistenziale. L'analisi degli strumenti organizzativi e digitali necessari, e dei relativi volumi e costi di attività, permette di avere una prima valutazione dell'impatto del progetto nel contesto lombardo.

Paolo Locatelli

Contesto

L'elaborato si inserisce nel percorso di sviluppo in corso per una medicina di precisione (nel settore diagnostico) e una medicina personalizzata (predizione di risposta alla terapia) in patologia renale, con particolare riferimento alla glomerulonefrite, che si caratterizza come patologia renale cronica, diagnosticata in Italia in circa 10.000-12.000 pazienti con 1.200-1.500 biopsie native eseguite nella sola regione Lombardia. Questa patologia comporta un costo sanitario elevatissimo. Attualmente l'unico strumento diagnostico che ne consente una definizione precisa è la biopsia renale, la quale tuttavia appare una tecnica perfettibile.

Lo scenario clinico in tema di nefropatologia richiede al SSN modelli di assistenza multidisciplinari e una strategia multisettoriale. Con l'obiettivo di omogeneizzare sul territorio gli standard di eccellenza diagnostica e contemporaneamente personalizzare il più possibile la pratica in base al singolo paziente.

Idea

Il lavoro si propone di definire un modello, potenzialmente esportabile, di diagnostica in telemedicina applicata all'istologia che possa garantire un'elevata qualità diagnostica terapeutica a livello regionale.

Viene presentata la proposta di una rete digitale integrata sulla logica "hub e spoke" che permetta la condivisione istantanea dei dati relativi alla clinica, all'istologia (biopsia renale) e a tutti i metadata connessi ai casi di nefropatologia, che permette così di contenere gli alti costi di gestione.

L'innovatività della proposta riguarda l'adozione di piattaforme di nuova generazione che possono raffinare il livello di complessità connesso alla diagnostica nefropatologica.

I risultati perseguiti sono di tipo clinico assistenziale per i professionisti e di tipo organizzativo e strategico per gli amministrativi che potranno esportare il modello in altre realtà.

La sperimentazione contribuirà al miglioramento delle competenze professionali di medici e consentirà alla direzione dell'azienda di proporre l'adozione del modello in altre realtà regionali ed extraregionali.

Risorse e linee operative

Nel PW viene proposta l'analisi dei benefici e dei costi, modulata per avviamento e gestione a medio termine.

In particolare, viene effettuata un'analisi costo- efficacia prendendo in esame i costi per il noleggio del sistema di patologia digitale di un hub della rete nefropatologica digitale regionale stimato in 150.000,00 euro per il periodo triennale con possibilità di processare 15.000 preparati istologici all'anno, riferito a un volume medio annuo di 200 biopsie renali. Sulla base di queste quantificazioni, si stima che l'adozione del Sistema di Digital Pathology consentirebbe di contenere il costo per i 200 casi di patologia renale a € 6667,00.

Il lavoro si conclude evidenziando che sarebbe necessaria un'analisi più approfondita sulla convenienza economica del nuovo modello rispetto alla situazione attuale.

3.3 La figura del coordinatore del Dipartimento Interaziendale di Cure palliative nella rete locale di Brescia

Michele Fortis

Le reti cliniche sono una delle frontiere fondamentali su cui sistema e aziende sanitarie devono lavorare. Le cure palliative sono ambito che ancora più di altri, a motivo della relativa limitatezza di risorse e capacità, può giovare di logiche di rete. In questo lavoro si possono quindi approfondire i fondamenti ed il processo di costituzione e consolidamento delle reti cliniche tramite un caso concreto di grande interesse.

Federico Lega

Contesto

I cambiamenti demografici ed epidemiologici della popolazione hanno contribuito ad aumentare la prevalenza di bisogni di cure palliative. Il progetto si concentra sulla Rete Locale di Cure Palliative (RLCP) di Brescia nella prospettiva di una strutturazione rivolta a promuovere i servizi laddove identificati come carenti e ad introdurre gli strumenti ritenuti necessari per il migliore l'integrazione tra gli Enti Erogatori.

Gli obiettivi strategici del progetto mirano a migliorare la presa in carico dei pazienti che necessitano di cure palliative e a migliorare l'efficacia complessiva della rete. Gli obiettivi specifici riguardano invece l'omogeneizzazione delle procedure e dei comportamenti per la presa in carico, la definizione degli strumenti informatici a disposizione della rete e la promozione di interventi di informazione, formazione e comunicazione per il paziente e il caregiver.

Idea

L'idea del progetto è quella di ottimizzare l'organizzazione della rete di Cure Palliative (CP) in un'area lombarda che ha dato evidenza di un iposviluppo della offerta territoriale e di un insufficiente grado di organizzazione della rete.

Il destinatario finale è tutta la popolazione potenzialmente bisognosa di cure palliative e in particolare coloro che non sono ancora in condizione di poterne usufruire.

Per lo sviluppo del progetto si è scelto di seguire le metodologie di project management per l'innovazione. Per l'attivazione del progetto sono previste quattro fasi:

1. fase di progettazione da parte del coordinatore del progetto;
2. presentazione del progetto in plenaria al Dipartimento Interaziendale Cure Palliative (DICP) per approvazione e identificazione dei collaboratori;
3. identificazione di tavoli di lavoro del DICP con obiettivi e scadenze definite;

4. monitoraggio e verifica dei risultati affidati ai relativi tavoli di lavoro, mediante identificazione degli obiettivi di processo e di esito per ogni punto del programma con scadenza al termine del 2023.

Risorse e linee operative

Per ogni obiettivo specifico vengono definite le attività da svolgere, il tempo di realizzazione e gli indicatori di monitoraggio. La strategia di sviluppo prevede una fase di implementazione di strumenti di rete attraverso risorse a disposizione dalla ASST capofila e dalla ATS, ed una fase di implementazione di servizi.

Nell'analisi dei costi di implementazione e di realizzazione vengono citate spese per € 35.000 annui suddivise in:

- docenze;
- sviluppo della piattaforma informatica;
- produzione e distribuzione del materiale informativo.

A partire da un'analisi dello stato attuale dei finanziamenti per l'erogazione di cure palliative sul territorio di Brescia, sulla base delle regole di sistema regionali, vengono proposti tre differenti scenari per il finanziamento della rete. Essi sono presentati mediante il calcolo delle risorse necessarie relative a tre possibili criteri a Regione Lombardia per l'adeguamento del budget relativo alla provincia: il soddisfacimento del bisogno stimato secondo gli standard nazionali, il possibile sviluppo ad isorisorse, il raggiungimento del target riferito al calcolo della potenzialità teorica di recettività della rete di CP.

Problemi e soluzioni nella gestione sanitaria.

4. Covid-19

Problemi e soluzioni nella gestione sanitaria.

4.1 Evoluzione del modello organizzativo per la campagna vaccinale anti SARS-CoV-2

Giuseppe Catanoso, Marta Papagni e Ettore Presutto

Il progetto propone un'evoluzione del modello di organizzazione delle campagne vaccinali anti SARS-Cov-2 definendo una proposta organizzativa che coniuga tre aspetti, una gestione in continuità e non più in emergenza, un'attenta pianificazione dei tempi coniugata con la sostenibilità economica. Punto di forza del nuovo modello è utilizzare l'analisi epidemiologica per rivedere il coinvolgimento di tutti gli attori della rete territoriale, anche quelli di medio/piccole dimensioni per l'erogazione di vaccini.

Emanuele Porazzi

Contesto

La campagna vaccinale anti Covid-19, attraverso il coordinamento tra Ministero della Salute e le Regioni, ha comportato un significativo risultato in termini di controllo della diffusione della malattia sintomatica e della mortalità correlata, soprattutto nelle categorie più fragili. ATS Insubria propone un progetto rivolto alle vaccinazioni di richiamo, orientandosi verso un modello organizzativo di tipo misto, resiliente e modulare per gestire i picchi di attività in prossimità della scadenza del richiamo tenendo in conto l'economicità nell'impiego delle risorse.

Gli obiettivi del lavoro sono tre. Il primo è di integrare la vaccinazione in forma strutturata nel sistema dei servizi, passando da una gestione "in emergenza" ad una "in continuità" nel rispetto dei requisiti minimi strutturali, tecnologici, qualitativi e di sicurezza. Il secondo è di perseguire l'efficienza nel processo vaccinale attraverso la pianificazione e l'attuazione di un modello organizzativo funzionale alle esigenze del territorio. Il terzo è di garantire il rispetto dei tempi di richiamo e le priorità definite a livello nazionale e regionale senza ritardi.

I bisogni a cui il progetto risponde riguardano la necessità della popolazione di avere un servizio vaccinale relativo alle dosi di richiamo che sia funzionante e capillare, garantendo altresì la sostenibilità economico-finanziaria ed organizzativa delle strutture sanitarie coinvolte.

Idea

L'idea del progetto prevede la persistenza di un sistema di siti semi-massivi individuabili nelle strutture dei centri di prossimità attraverso l'utilizzo di risorse territoriali (IFeC), con il supporto dei medici di medicina generale, dei PLS, delle aziende e delle farmacie convenzionate al fine di garantire alla popolazione un'organizzazione efficiente della somministrazione dei richiami vaccinali anti Covid-19. Per fare ciò è necessario che gli attori coinvolti garantiscano un'offerta di salute congrua in termini di numerosità, rispettando tempistiche, protocolli e priorità definite a livello nazionale e regionale.

Problemi e soluzioni nella gestione sanitaria.

I destinatari del progetto sono: ATS Insubria, MMG, le farmacie aperte al pubblico, le imprese, la Camera di Commercio e le Associazioni di Categoria, gli enti locali e la popolazione residente.

Al fine di ridefinire l'organizzazione dell'offerta vaccinale relativa alla fase di richiamo – dopo una necessaria fotografia del contesto epidemiologico e della rete d'offerta disponibile – gli autori individuano il target vaccinale della fase di richiamo. A questo punto, la metodologia utilizzata è quella del ciclo PDCA:

- plan (pianificare): determinare obiettivi e destinatari dell'intervento da realizzare e i metodi per raggiungere gli obiettivi stabiliti;
- do (eseguire): svolgere l'intervento pianificato, far conoscere a tutti gli obiettivi, dare supporto alle attività seguendo la giusta direzione;
- check (verificare): controllare gli effetti della realizzazione (se è stato effettuato in modo coerente ai risultati attesi);
- act (intervenire): intraprendere azioni appropriate nel caso in cui si siano riscontrati problemi o criticità nell'operato.

Risorse e linee operative

Il progetto analizza la produttività e i costi relativi al personale e alle risorse strumentali impiegati nei nodi della rete pianificati.

Il modello prevede l'utilizzo di strutture attualmente impiegate nella campagna vaccinale massiva, di medio/piccole dimensioni, le quali hanno dimostrato di rispondere in modo efficace ed efficiente agli obiettivi di somministrazione assegnati dal livello regionale. In questo caso i costi da considerare attengono quindi unicamente agli oneri di funzionamento, distinti in base a diverse capacità dei centri vaccinali (S, XS, XXS). I costi complessivi associati sono rispettivamente di € 1.274.508,64, € 399.201,91 o € 218.279,99. Si tratta di costi non legati direttamente all'attività, ma alla numerosità di personale necessario per presidiare le linee vaccinali e le attività di supporto (accoglienza, indirizzamento nei percorsi, presidio delle aree di osservazione, ecc). Stessa considerazione vale per i costi legati alle risorse umane che, in base alla capacità dei CV sono di € 6.815.111, € 1.363.022 o € 908.681. I Centri Vaccinali di Prossimità sono invece di nuova istituzione ed a titolo gratuito. I costi per il loro allestimento sono complessivamente pari a € 56.439,24.

La realizzazione di questo progetto consente di integrare la vaccinazione anti Covid-19, in forma strutturata, nel sistema dei servizi attualmente vigente. Vista la possibilità oggi prevista dal Ministero della Salute di effettuare la terza dose dopo almeno sei mesi dalla somministrazione dell'ultima dose, è possibile programmare l'attività vaccinale evitando i picchi che si sono registrati nella prima fase della campagna vaccinale quando l'organizzazione ha risentito delle priorità di accesso definite in funzione della categoria di appartenenza dei cittadini e della variabilità nella fornitura dei vaccini. Secondo gli autori del progetto, in questo modo i costi di funzionamento dei Centri Vaccinali si possono concentrare in un periodo più limitato, contenendo i tempi in cui sostenere i costi fissi e riducendo l'impiego del personale delle ASST.

4.2 La campagna vaccinale di massa anti SARS-CoV-2 in Valcamonica

Francesco Di Leo, Dario Magnini e Sandro Poggio

Il progetto approccia la campagna vaccinale di massa attraverso la proposta di un modello misto di “vaccinazione diffusa”, stimandone l’efficacia in un territorio con particolari caratteristiche di mobilità e popolazione che rendono difficoltoso il raggiungimento dei presidi ospedalieri.

Il modello ha il suo punto di forza in una gestione flessibile ed in grado di adattarsi alle diverse situazioni e pone particolare attenzione al raggiungimento capillare dei target di popolazione fragile.

Umberto Gelatti

Contesto

Il progetto considera il modello di vaccinazione utilizzato nel contesto della Valcamonica mettendone in evidenza l’efficacia. Sono considerate le caratteristiche del territorio che si suddivide in bassa, media, alta valle, le problematiche di mobilità che rendono difficoltoso raggiungere i presidi ospedalieri e le caratteristiche della popolazione. La Valcamonica si è trovata in prima linea nella gestione della prima fase del Covid-19 e, date le sue caratteristiche, ha adottato un approccio diverso dal resto della regione che consiste in punti per lo screening della positività e in seguito per le vaccinazioni diffusi sul territorio. L’esperienza maturata nella prima fase di Covid-19 è stata la base per la definizione di un modello per la vaccinazione massiva e diffusiva.

L’obiettivo è di dimostrare la validità del modello misto di “vaccinazione diffusa” predisposto nella fase iniziale e seguito da quello degli “hub massivi”, che ha portato per la sua peculiare flessibilità e capacità di adattamento alle diverse situazioni, al raggiungimento capillare dei target di popolazione svantaggiati per età e problemi di salute e poi di quelli più a rischio per fattori lavorativi.

Idea

Il progetto considera il modello di vaccinazione utilizzato nel contesto della Valcamonica mettendone in evidenza l’efficacia. Sono considerate le caratteristiche del territorio che si suddivide in bassa, media, alta valle, le problematiche di mobilità che rendono difficoltoso raggiungere i presidi ospedalieri e le caratteristiche della popolazione. La Valcamonica si è trovata in prima linea nella gestione della prima fase del Covid-19 e, date le sue caratteristiche, ha adottato un approccio diverso dal resto della regione che consiste in punti per lo screening della positività e in seguito per le vaccinazioni diffusi sul territorio. L’esperienza maturata nella prima fase di Covid-19 è stata la base per la definizione di un modello per la vaccinazione massiva e diffusiva.

L’obiettivo è di dimostrare la validità del modello misto di “vaccinazione diffusa” predisposto nella fase iniziale e seguito da quello degli “hub massivi”, che ha portato per la sua peculiare

Problemi e soluzioni nella gestione sanitaria.

flessibilità e capacità di adattamento alle diverse situazioni, al raggiungimento capillare dei target di popolazione svantaggiati per età e problemi di salute e poi di quelli più a rischio per fattori lavorativi.

Risorse e linee operative

La Fondazione della Comunità Montana, molto attiva sul territorio e interessata al progetto, si è resa disponibile a finanziare l'acquisto delle attrezzature per un totale di € 55.250.

Sono indicati in modo molto analitico le figure professionali coinvolte e i diversi canali di vaccinazione per i diversi gruppi della popolazione. Sono poi presentati i costi di investimento per un modulo di centro vaccinale per un totale di € 333.543 suddivisi in edilizia, impianti elettrici, arredi, computer e segnaletica.

Per i diversi hub vaccinali sono poi presentati in modo analitico i costi di gestione per farmaci e dispositivi, materiale non sanitario, utenze, personale medico dipendente, personale comparto sanitario, personale amministrativo dipendente, personale medico non dipendente, personale amministrativo non dipendente, personale sanitario non dipendente, altri costi per un totale di costi diretti pari a € 748.369,16. Per i centri di vaccinazione diffusa i costi diretti ammontano a € 231.244,62. Il risultato ottenuto è stata la percentuale di vaccinati superiore alla media regionale e nazionale. Inoltre, i modelli organizzativi attuati nella prima fase e previsti per la continuazione della campagna vaccinale hanno evidenziato che un oculato utilizzo dei fondi messi a disposizione dalle istituzioni pubbliche e private, la grande collaborazione con gli enti locali politici, sanitari e sociosanitari hanno permesso individuazione e uso di sedi, di personale, acquisizione di mezzi di trasporto e altre dotazioni strumentali, con un impegno di spesa estremamente contenuto ed essenziale, che ha avuto come base la stretta sinergia tra le specifiche articolazioni aziendali (Direzione Strategica, Servizio Provveditorato, Servizio Ragioneria, Servizio Tecnico, Servizio Infermieristico Tecnico e della Riabilitazione Aziendale (S.I.T.R.A), UOC Controllo sistemi e Supporto Strategico e UOC Ufficio Invalidi - A.I.P.A.L.) e gli enti pubblici e privati esterni (Provincia, Comunità Montana, "Aiutiamo Brescia", Comuni e RSA).

4.3 Il ruolo dell'unità speciale di continuità assistenziale in ATS Brescia

Elena Belli e Margherita Penna

Il progetto evidenzia il ruolo centrale delle USCA per l'assistenza territoriale nel contesto della pandemia di Covid-19. Il medico USCA da una parte ha permesso la gestione in un setting domiciliare dei pazienti segnalati dai MMG, dall'altra ha operato in sinergia con specialisti e servizi ospedalieri presso i centri territoriali Covid19 delle ASST, utilizzando anche modalità da remoto e telemedicina.

Laura Lanfredini

Contesto

Il progetto affronta il tema della pandemia di SARS-CoV-2 considerando il ruolo centrale dell'assistenza territoriale. Nello specifico analizza l'esperienza delle USCA nella ATS Brescia e il rapporto con gli altri servizi dell'assistenza territoriale. Dopo aver richiamato la definizione di USCA e i riferimenti normativi, sono presi in considerazione il numero di USCA nell'ATS Brescia, la dotazione di personale, le modalità di reclutamento sulla base di appositi elenchi e i dati di attività nei mesi del 2020 e 2021. Il numero di medici, che passa da 47 al 31 dicembre 2020, a 59 al 31 marzo 2021 e a 54 al 30 giugno 2021, viene analizzato sulla base della provenienza, delle caratteristiche (liberi professionisti, corsisti, specializzandi, specialisti e MMGe) e dell'età media. Infine, vengono analizzate le modalità di inserimento dei medici in USCA, la quale avviene previa una breve attività di informazione-formazione. Viene quindi presentato l'assetto organizzativo alla base di questo tipo di assistenza e i rapporti che l'USCA ha con gli altri servizi territoriali.

Idea

L'idea del progetto è quella di evidenziare come l'USCA si inserisca nel percorso del paziente a seguito di sintomi compatibili con Covid-19. Tramite l'analisi dettagliata e puntuale delle attività svolte, il progetto intende evidenziare il valore prodotto in termini di qualità dell'assistenza. Tale finalità viene perseguita attraverso l'analisi dei processi:

1. segnalazione dei sintomi da parte dei pazienti ai MMG, PLS e medici di continuità assistenziale (MCA);
2. classificazione per rischio basso, intermedio e alto;
3. richiesta di intervento alle USCA per interventi di assistenza territoriale;
4. assistenza a domicilio: attivata per sospetti casi Covid-19, casi Covid-19 confermati e candidati per vaccinazioni antinfluenzali e anti SARS-CoV-2 su segnalazione di MMG o di altri servizi territoriali;

Problemi e soluzioni nella gestione sanitaria.

5. valutazione dei pazienti tramite utilizzo della strumentazione messa a disposizione della ATS tra cui saturimetro, ecografo portatile, sfigmomanometro, contenitore smaltimento rifiuti ecc.;
6. rapporti con i centri territoriali Covid-19, ASST Spedali Civili, presso hub vaccinale di Via Morelli, ASST Garda, presso Presidio Ospedaliero di Desenzano, ASST Franciacorta e Distretto Sociosanitario di Chiari.

In seguito, viene evidenziata l'esigenza di coordinamento delle attività USCA con l'introduzione a novembre 2021 del coordinatore con le seguenti funzioni:

- programmazione e pianificazione attività USCA;
- definizione attività;
- stesura indicazioni;
- valutazione interventi;
- individuazione fabbisogno di personale;

Con l'accumularsi dell'esperienza, l'intervento delle USCA si è esteso ad altre attività quali: l'effettuazione di tamponi naso faringei per assistiti di rientro da Malta, Spagna, Croazia e Grecia (Estate 2020), la somministrazione di vaccinazioni anti influenzali e anti Covid-19, il supporto ad Assistenza Sanitaria Turistica e partecipazione al Progetto Homeless (vaccinazioni ai senza fissa dimora).

Risorse e linee operative

Dopo un'analisi dell'andamento dei casi Covid-19 confermati nel 2020 e nel 2021, sulla base della rendicontazione sono esposti i dati relativi agli interventi USCA, pari rispettivamente a 1763 visite e 3370 tamponi nel periodo aprile-dicembre 2020. Nel periodo gennaio-giugno 2021 sono state rilevate un totale di 1290 visite e 1390 tamponi. Gli interventi sono suddivisi nei tre distretti di Brescia e Gardone Val Trompia, Palazzolo sull'Oglio e Orzinuovi, Bagnolo Mella, Gavardo e Montichiari. Segue un'analisi dettagliata rispetto all'andamento per mese e per tipologie di prestazioni negli anni 2020 e 2021.

Sono analizzati in modo dettagliato i consumi di ossigeno che hanno avuto un picco nell'aprile 2020 (21617 metri cubi) per poi decrescere nei mesi successivi, soprattutto nel 2021 quando l'ossigenoterapia è prevalentemente erogata in setting di ricovero. In seguito sono analizzati i costi del personale pari a 40 euro/ora lordi per un totale di € 1.193.315,83 nel 2020 e € 1.652.472 nel 2021.

Nella analisi dei risultati e nelle conclusioni sono evidenziati in funzione della preparazione dell'assistenza territoriale post emergenza iniziale: la carenza di materiali e di dispositivi per l'assistenza territoriale, l'importanza della programmazione di scorte e l'importanza dell'esperienza accumulata con le USCA ai fini della implementazione della riforma del SSR.

4.4 Piano per la gestione dei posti letto in ATS Brianza durante la pandemia da Covid-19

Daniele Colombo, Alessandra Grappiolo e Lorenzo Lorusso

Il progetto ha messo in luce la capacità e l'utilità di integrazione tra ASST, strutture private e ATS per garantire flessibilità nell'uso dei posti letto, realizzando un unico "ospedale virtuale" in cui ciascun erogatore, dentro la rete, partecipa secondo la propria vocazione e specificità ricettiva. Il modello funzionale sperimentale utilizzato diventa così patrimonio delle strutture nell'ottica di un lavoro coordinato, in rete.

Patrizia Monti

Contesto

L'obiettivo strategico del progetto è il perseguimento degli obiettivi richiamati dalla DG Welfare con la DGR n. 3264/2020 e con le successive note applicative sistematizzando la modalità di pronta risposta degli erogatori alla accoglienza dei pazienti Covid-19 così come previsto dalla programmazione regionale. La proposta prevede l'attuazione di un "ospedale virtuale" che rappresenti un modello flessibile e ripetibile di ampliamento della capacità ricettiva delle strutture, nel rispetto delle caratteristiche di ciascun erogatore, dei vincoli strutturali e di organico, favorendo quanto più possibile accordi interaziendali tra i Presidi ospedalieri nel territorio di ATS Brianza. L'obiettivo specifico è quello di realizzare il modello di rete previsto dalla norma gestendo i posti letto per acuti degli erogatori pubblici e privati accreditati di ATS Brianza, destinati a pazienti Covid-19 nelle differenti fasi emergenziali come un unico pool di posti letto, realizzando a livello locale di ATS un unico "ospedale virtuale" a cui ciascun erogatore partecipa secondo la propria specificità ricettiva.

Idea

L'idea del progetto è quella di ottimizzazione dell'offerta dei posti letto destinati ai pazienti Covid-19 favorendo sul PS una accelerazione del processo di boarding e riducendo il sovraffollamento e l'inappropriatezza delle cure. A livello territoriale si vogliono favorire gli aspetti socio-assistenziali della presa in carico tramite la ricollocazione del malato in strutture situate in prossimità alle zone di residenza/domicilio.

I destinatari del progetto sono le strutture di ricovero e cura per acuti pubbliche e private, accreditate e a contratto del territorio di ATS Brianza.

Il progetto si articola nelle seguenti fasi:

- fase preliminare: programmazione dei posti letto e delle attività in base ai diversi livelli emergenziali.
- Creazione degli strumenti di valutazione: in questa fase vengono determinati i criteri di classificazione dei pazienti da un livello 0 (paziente dimissibile) a un livello 5 (paziente indirizzato alla terapia intensiva). Viene inoltre abilitato un portale di

rilevazione dei posti letto nei presidi ospedalieri coordinato da ATS Brianza che censisce quotidianamente lo stato di occupazione dei posti letto Covid-19 e non Covid-19.

- Fase operativa: matching domanda offerta. ATS ha implementato il flusso informativo introducendo all'interno del portale anche una griglia di rilevazione quotidiana delle necessità di trasferimento. Questo è stato l'ulteriore step per superare la frammentazione dell'informazione e fare in modo che la rilevazione della disponibilità di posti letto in ATS Brianza diventasse lo strumento di matching tra domanda e offerta.

Gli autori hanno infine previsto la realizzazione di un'analisi SWOT per analizzare i punti di forza, le debolezze, le opportunità e le minacce rispetto alla creazione dell'ospedale virtuale, permettendo così di valutare le migliori strategie possibili da applicare.

Risorse e linee operative

Il progetto dell'"ospedale virtuale" utilizza risorse già presenti nelle varie strutture senza costi aggiuntivi. Il tempo dedicato al progetto dei responsabili coinvolti fa parte della loro attività manageriale e quindi da considerarsi a isorisorse.

Anche per quanto riguarda la piattaforma web i programmatori fanno parte del personale dipendente e quindi non comportano costi aggiuntivi. I trasferimenti tra i presidi si attuano tramite ambulanze fornite dalle varie strutture coinvolte, con un costo stimabile di 0.5-2 €/Km.

Sono inoltre presentati i primi risultati dell'avvio del progetto di "ospedale virtuale" proposto: su un totale di 611 trasferimenti effettuati a partire dal 15 marzo 2021, 576 pazienti sono stati gestiti dalla regia ATS grazie alla collaborazione delle strutture pubbliche e private accreditate nel territorio e solo 35 pazienti sono stati trasferiti in strutture di altre ATS.

Secondo gli autori, la condivisione a livello territoriale dei posti letto come un unico "ospedale virtuale" può proseguire anche al di fuori dell'evento pandemico mantenendo come modalità operativa gli strumenti creati di monitoraggio della domanda e dell'offerta.

L'ulteriore sviluppo potrebbe essere l'implementazione del monitoraggio di ulteriori parametri di rilevazione periodica come indicatori legati alla produzione chirurgica (numero di interventi chirurgici elettivi settimanali) e indicatori legati alla produzione ambulatoriale (numero di slot per classe di priorità) così da creare i presupposti per sinergie virtuali interaziendali.

4.5 “La Casalzheimer” della Fondazione Carisma: potenziamento della rete assistenziale in provincia di Bergamo

Fabrizio Lazzarini

Le malattie degenerative cognitive sono sempre più diffuse e costose per il SSN. Il progetto propone soluzioni innovative e percorribili, che impattano i bisogni dei cittadini ma anche quelli degli operatori, e presenta in modo efficace un piano completo sia dal punto di vista clinico che organizzativo.

Antonello Zangrandi

Contesto

Il progetto riguarda la costruzione di una struttura da parte di una Fondazione privata Carisma Onlus finalizzata alla cura delle persone con Alzheimer. La struttura ha una duplice funzione: aumentare l'offerta di posti per questo tipo di cronicità e adeguarla in modo che in futuro possa essere utilizzata in caso di nuova pandemia. Infatti, la malattia di Alzheimer è definita anche come una delle epidemie silenziose del terzo millennio, in considerazione degli sconcertanti dati epidemiologici. Solo nel territorio di Bergamo e provincia si stimano circa 9.000 malati, ma il dato è sicuramente in difetto, tanto che nei prossimi vent'anni è previsto il raddoppio dei casi. La Fondazione Carisma è stata costituita per dare a questi pazienti lo spazio per azioni ed emozioni che sopravvivono alla perdita di memoria. Una realtà unica nel suo genere, progettata ex novo sulla base delle esigenze di cura degli anziani affetti da demenza grazie all'esperienza trentennale in quest'ambito del team di professionisti di Fondazione Carisma, quali manager, specialisti medici, psicologi, educatori, infermieri ed esperti di settore, a sostegno delle scelte tecnico-architettoniche in capo ad un team di progettisti e paesaggisti.

Idea

Il progetto risponde a stimoli esterni collegati all'aumento dei bisogni dei pazienti e stimoli interni collegati alla motivazione del personale e consiste nell'adattamento del progetto di nuova struttura avviato nel 2016.

Gli obiettivi specifici del progetto sono:

1. potenziare l'offerta residenziale di 98 posti letto per l'ospitalità di persone anziane affette da demenza, 80 in nuclei specialistici e 18 quali Villaggio Alzheimer ex DGR n. 1046/20182.
2. In caso di emergenza epidemica, garantire 98 posti letto collocati in camere singole con bagno dedicato, anticamera per vestizione/svestizione, ventilazione meccanica con ricambio d'aria primaria e impianto a muro di ossigenoterapia e aspirazione, oltre

Problemi e soluzioni nella gestione sanitaria.

ad appropriati percorsi separati per le persone con malattia infettiva, per il personale in entrata ed in uscita, nonché idonei percorsi “sporco-pulito”.

3. Realizzare ambienti capaci di sostenere il miglioramento continuo della qualità di vita della persona affetta da demenza.
4. Ottenere la riduzione dei tempi di permanenza dei pazienti affetti da demenza in Ospedale e la riduzione degli accessi in PS.
5. Migliorare il livello di soddisfazione del personale operante presso le specifiche attività assistenziali delle demenze, riducendo lo stress da lavoro correlato sia attraverso la possibilità di operare in ambienti adeguati, sia potenziando specifiche politiche di coinvolgimento del singolo e/o del gruppo nei processi assistenziali.
6. Contribuire al miglioramento del livello di soddisfazione dei familiari e degli stakeholder in generale.

Sono analizzati in modo dettagliato i processi esterni collegati all’ottenimento delle autorizzazioni da parte di Comune, Provincia e altri enti e i processi interni collegati alle decisioni del CDA e alla loro implementazione.

I beneficiari sono identificati in ordine di priorità in: la popolazione anziana e i relativi familiari della città di Bergamo e Provincia, gli enti e le istituzioni pubbliche, quali la ATS territorialmente competente, il Comune di Bergamo e altri comuni della grande Bergamo, il personale, le associazioni e gli organismi di rappresentanza degli ospiti, i fornitori e la pubblica amministrazione.

Risorse e linee operative

Sono individuate le linee operative del progetto, le relative tempistiche e i costi. Il progetto è articolato nelle seguenti fasi operative: analisi dell’ambiente, ideazione e identificazione del progetto, sviluppo e pianificazione/progettazione del progetto, realizzazione del progetto. Di ognuna sono specificati i contenuti, i tempi e i soggetti coinvolti. Al momento della stesura del pw sono stati assegnati i lavori la cui realizzazione è prevista in 20 mesi. I costi sono presentati in modo puntuale, nelle seguenti tipologie:

- costi di progettazione, relativi alla fase preliminare, pari a € 477.000 (IVA inclusa);
- costi di realizzazione dell’opera, pari a € 19.695.500.

L’investimento sarà coperto in parte con il ricorso a fondi del PNRR e in parte con un indebitamento di € 10.000.000 i cui oneri finanziari sono considerati nel conto economico.

In seguito viene presentato il conto economico. I ricavi sono rappresentati dalle rette di ricovero a carico degli utenti e dai relativi contributi regionali previsti per i nuclei Alzheimer accreditati e sono stimati in € 4.626.000 annui. I costi, pari a € 4.514.000 annui, sono suddivisi nelle seguenti voci: personale addetto all’assistenza, consumi beni e servizi sanitari, attività

alberghiera, utenze, manutenzione, ammortamenti, attività di supporto e oneri finanziari. Il risultato netto è stimato in € 112.000 annui.

Sono poi elencati i principali indicatori di valutazione del progetto individuati nella riduzione delle liste di attesa per effetto dell'aumento dell'offerta residenziale, nel miglioramento della qualità di vita attraverso la riduzione del consumo di farmaci, dei mezzi di contenzione, dello stress, dei comportamenti aggressivi e/o dell'apatia, per effetto degli spazi progettati appositamente a tali scopi. Infine viene evidenziato il rafforzamento del ruolo della fondazione Carisma nell'ambito della rete di offerta per pazienti con cronicità della provincia di Bergamo.

4.6 Activity Based Costing della diagnostica molecolare SARS-CoV-2: l'esperienza della ASST Valcamonica

Graziella Bonetti

Il progetto fornisce un'analisi dei processi di medicina dei laboratori di patologia clinica. A fronte di un continuo aumento di richieste di esami diagnostici, l'autrice ha valorizzato economicamente i processi delle cinque linee diagnostiche presenti in ASST Valcamonica dimostrando che la tariffa in vigore sia adeguata solo ai sistemi di diagnostica molecolare classica. Si propone di ripristinare l'incremento della valorizzazione delle prestazioni da PS per rendere sostenibile l'erogazione di questi esami.

Emanuele Porazzi

Contesto

Il progetto analizza il ruolo chiave svolto dai laboratori degli ospedali nelle decisioni cliniche dal punto di vista diagnostico. Negli ultimi anni sono aumentate le richieste ai servizi di medicina di laboratorio, soprattutto in seguito ai progressi in ambito tecnologico ed alla pandemia di Covid-19. Tutto ciò ha portato inevitabilmente ad un aumento dei costi che, per ragioni di sostenibilità economica, necessitano di essere tenuti sotto controllo.

L'obiettivo principale del lavoro è la valutazione del costo della diagnostica molecolare nel laboratorio analisi di ASST Valcamonica al fine di pianificare ed organizzare le attività in esso svolte con maggiore efficienza.

I bisogni a cui il progetto vuole rispondere sono legati essenzialmente al contenimento dei costi della diagnostica molecolare, migliorando altresì la qualità del servizio offerto ai pazienti.

Idea

L'idea del progetto è quella di quantificare i costi dei servizi di medicina di laboratorio così da valutare se l'attuale tariffa di rendicontazione della prestazione 91.12.1 "Virus acidi nucleici in materiali biologici ibridazione NAS (previa Retrotrascrizione-Reazione polimerasica a catena, RT-PCR)" sia adeguata o debba essere rivista.

I destinatari del progetto sono i laboratori di patologia clinica dell'ASST Valcamonica, i quali – a causa della pandemia di Coronavirus – sono stati messi a dura prova negli ultimi anni e necessitano di acquisire competenze nell'ambito della diagnostica molecolare virologica.

Nel progetto sono stati analizzati i processi delle cinque linee diagnostiche presenti all'interno del laboratorio analisi. In particolare, sono state evidenziate le principali fasi del processo ed i relativi costi, attribuibili a: risorse umane, apparecchiature e attrezzature impiegate, materiali di consumo, altri costi e costi indiretti specifici per processo. I costi generali sono stati invece calcolati come percentuale definita dei costi precedentemente riportati.

La metodologia utilizzata è quella dell'A.B.C. (Activity Based Costing), modello comunemente applicato alla contabilità delle strutture sanitarie ed adattato in questo lavoro al caso dei laboratori clinici.

Il progetto si articola nell'analisi di quattro processi, ognuno dei quali si riferisce alle linee diagnostiche per la ricerca RNA virale SARS-CoV-2, ovvero: GeneXpert Cepheid, Liaison Mdx DiaSorin, Maxwell 48 Promega/Roche Z480 e Bioer GenePure/CFX 96 BioRad.

Risorse e linee operative

L'analisi dei dati ha evidenziato come la vigente tariffa di € 45,00 sia adeguata per i sistemi di diagnostica molecolare classica. Alcuni sistemi di diagnostica molecolare rapida mostrano costi globali superiori, permettendo solamente di analizzare un ridotto numero di campioni per seduta analitica. Gli autori del lavoro – al fine di garantire una corretta copertura dei costi – propongono tuttavia di ripristinare l'incremento della valorizzazione della prestazione del 25% come per le altre prestazioni da PS.

Il presente progetto non ha costi ulteriori rispetto a quelli già definiti per la diagnostica a livello aziendale. I dati che emergeranno dall'analisi dei costi del test ricerca RNA virale SARS CoV-2 sulle diverse piattaforme e linee diagnostiche in uso nel laboratorio analisi dell'ASST Valcamonica potrebbero evidenziare l'opportunità di potenziare o ridurre l'utilizzo di alcune linee diagnostiche per contenere i costi del personale impiegato nella diagnostica.

4.7 Valutazione della sicurezza nel percorso radiologico del paziente pediatrico: focus sulla sindrome respiratoria acuta grave da SARS-CoV-2

Roberta Giacchero e Andrea Antonio Ianniello

La gestione del rischio e la sicurezza dei processi sanitari sono il “requisito minimo” di cui l’organizzazione sanitaria deve rispondere. Letteratura ed evidenze mostrano come vi sia ancora molto lavoro da fare, e come la “cultura del rischio e della sicurezza” richieda continua attenzione. Il lavoro descritto, ed in particolare lo strumento delle checklist presentato, sono un mezzo fondamentale per generare una solida cultura del rischio e prassi sicure.

Federico Lega

Contesto

Analogamente a quanto avviene per la popolazione adulta, il ricorso alla diagnostica per immagini è notevolmente aumentato negli ultimi anni anche nella fascia di età pediatrica.

All’interno del complesso percorso radiologico sono presenti fasi che possono esporre il paziente pediatrico a potenziali eventi avversi.

Nel progetto vengono espone le principali tematiche inerenti all’epidemiologia del rischio in campo sanitario, la nascita del governo del rischio clinico con particolare attenzione all’errore umano e all’errore di sistema nell’attività medica. Il progetto prende quindi in esame in maniera sistematica l’errore in radiologia, distinguendo tre tipologie: errori percettivi, cognitivi e di sistema.

L’obiettivo del lavoro è quello di analizzare i diversi fattori di rischio presenti durante l’intero processo di diagnostica per immagini verso i pazienti pediatrici, popolazione particolarmente fragile e vulnerabile, prendendo soprattutto in considerazione i percorsi radiologici che devono essere adottati in caso di sospetta SARS-CoV-2.

Idea

L’idea del progetto è quella di elaborare, attraverso un’accurata analisi del percorso radiologico, una checklist dedicata ai pazienti pediatrici, che li accompagni durante tutte le fasi del loro iter e che deve coinvolgere tutte le figure, sanitarie e non, che partecipano al processo di diagnostica per immagini.

Il progetto è articolato in due parti. Nella prima gli autori scompongono il percorso radiologico in tutte le sue parti distinguendo due macro fasi.

La prima macro fase riguarda la mappatura e l’analisi degli elementi di rischio durante un processo di diagnostica per immagini. Tale processo radiologico è composto da:

- pre-indagine/procedura con la prescrizione, prenotazione ed accettazione dell’esame;

- esecuzione dell'esame in cui viene erogata la prestazione con successiva interpretazione delle immagini che porta alla stesura del referto,
- post-indagine inerente sia il controllo delle condizioni cliniche del paziente e consegna del referto.

La seconda macro fase riguarda la rassegna di altre possibili fonti di errori (criticità formative, organizzative e tecnologiche), per ciascuna delle fasi prima descritte ed esame dei fattori e comportamenti che possono prevenire gli elementi di rischio.

Nella seconda parte del lavoro vengono presi in considerazione i percorsi radiologici che devono essere adottati in caso di sospetta sindrome respiratoria acuta grave da SARS-CoV-2 nei pazienti pediatrici, analizzando il contesto alla luce della recente pandemia e sviluppando un protocollo diagnostico.

Risorse e linee operative

La realizzazione della checklist dedicata al paziente pediatrico non prevede alcun costo di realizzazione se non una breve formazione inerente la modalità di compilazione.

Nell'ambito delle linee operative di implementazione del progetto e dei costi vengono considerati i seguenti punti:

- definizione dell'ambito di utilizzo della metodica proposta e confronto con altre metodiche attualmente in uso nel paziente pediatrico (radiografia/tomografia computerizzata);
- pianificazione dei tempi per l'esecuzione dell'esame: mediamente tra i 10 e i 15 minuti per un'ecografia polmonare;
- valutazione dei costi per l'acquisizione della tecnologia necessaria, in particolare un ecografo con visualizzazione Doppler e M-mode per un costo variabile da € 4.000 a € 20.000;
- costi e tempi per l'addestramento del personale per il quale si prevede l'acquisizione della metodica in circa un mese a cui deve seguire un addestramento continuo in affiancamento a personale già esperto.

I risultati attesi dall'impiego della checklist proposta sono riconducibili al contenimento degli errori volti soprattutto ad evitare inutili esami radiologici che espongono il paziente a non giustificate radiazioni ionizzanti oltre che possibili complicanze. Inoltre, ci si aspetta che la procedura presentata possa uniformare i comportamenti dei professionisti, facilitare la comunicazione tra i membri del team, organizzare il processo di assistenza tramite il coordinamento dei ruoli e l'attuazione dell'attività del team multidisciplinare coinvolto.

4.8 La radiologia nell'era post Covid-19: progetto di recupero della produttività a favore dei pazienti ambulatoriali esterni

Elena Belloni

Il progetto, concreto e descritto con precisione e chiarezza, ha il pregio non solo di sfruttare la necessità di incremento della produttività per una revisione organizzativa che efficienti l'allocazione delle risorse ma anche di definire la distinzione delle attività nei due ospedali, valorizzando entrambi. Il costante coinvolgimento del personale nelle diverse fasi di sviluppo del progetto ne fa presagire una buona riuscita, con un miglioramento delle competenze tecniche ed assistenziali.

Patrizia Monti

Contesto

La fase emergenziale della pandemia di Covid-19 ha causato una forte pressione sul sistema sanitario, comportando la sospensione dell'attività ambulatoriale non urgente in tutte le unità sanitarie erogatrici. L'accumulo di prestazioni da eseguire ha portato l'UOC Radiodiagnostica Lomellina dell'ASST Pavia a ricorrere all'utilizzo dell'area a pagamento. Per queste ragioni, allo stato attuale, si rende necessario apportare modifiche organizzative all'attuale assetto dell'attività ambulatoriale.

L'obiettivo del presente progetto è quello di ottenere, nel corso del 2022, un aumento della produttività intervenendo sull'organizzazione attuale dell'UO di Radiodiagnostica presso due delle sue sedi, quella hub di Vigevano e quella spoke di Mortara, nel rispetto delle direttive di Regione Lombardia che riguardano il contenimento della pandemia.

I destinatari del progetto sono tutti i professionisti dell'azienda e i pazienti che entrano in contatto con le attività della UO.

Idea

L'idea del progetto consiste nell'implementare il servizio di radiodiagnostica nelle due sedi di Vigevano e Mortara attraverso l'utilizzo a pieno regime delle sale ambulatoriali ecografiche (a Vigevano) e l'acquisto di un nuovo apparecchio digitale per la radiologia tradizionale con il quale raddoppiare gli appuntamenti disponibili (a Mortara).

Ai fini della pianificazione del progetto è stato costituito un gruppo di lavoro che si è occupato della progettazione organizzativa partendo da un'analisi del contesto attuale, tenendo conto delle condizioni e dei flussi di lavoro nelle sedi interessate e dei dati di produttività estratti dalla piattaforma telematica che il servizio di controllo di gestione dell'ASST Pavia mette a disposizione dei direttori di UOC per il monitoraggio delle attività.

Il progetto presentato si suddivide in due fasi:

1. fase preparatoria la quale si articola in momenti di costruzione del gruppo di lavoro, informazione e formazione del personale coinvolto;
2. fase operativa durante la quale sono previsti due momenti di valutazione, in itinere al termine dei primi 6 mesi di progetto e a sua conclusione entro gennaio 2023.

Risorse e linee operative

I costi derivanti dall'implementazione del progetto sono relativi a:

- acquisto del nuovo apparecchio radiologico digitale: costo stimabile in circa € 140.000 più IVA (totale circa € 171.000);
- assunzione di una unità di personale medico: costo annuo di circa € 80.000;
- assunzione di una unità di personale OSS: costo annuo di circa € 30.000;
- servizi per il funzionamento del servizio (luce, riscaldamento ecc.) e materiali di consumo (gel ecografico, telini monouso per lettino paziente ecc.): comportano costi di modesta entità non quantificata.

Nel lavoro viene riportata anche un'analisi dei ricavi previsti in seguito all'operazione di riordino del servizio di radiodiagnostica. Per la sede di Vigevano si prevede un aumento del fatturato atteso degli esami ecografici in regime istituzionale del 63% circa rispetto al periodo degli anni 2020 e 2021, mentre a Mortara si stima un raddoppio degli esami radiografici raggiungendo la cifra di almeno € 112.000.

Il periodo di riferimento entro il quale è prevista la realizzazione del progetto va da luglio 2021 a gennaio 2023.

Dall'implementazione della proposta gli autori si attendono ripercussioni positive su tutta l'UO, sulle motivazioni del personale addetto e sull'utilizzo delle apparecchiature, ma anche sull'azienda stessa e sui pazienti.

4.9 Ripartire dopo Covid-19: un progetto di coordinamento con il territorio per il rilancio dei percorsi chirurgici

Marco Lotti, Fulvia Vannucci e Federico De Gonda

Le attività degli ospedali pubblici in ambito chirurgico hanno subito una forte diminuzione durante il periodo pandemico Covid-19. Il presente lavoro vuole proporre una nuova metodologia operativa multidisciplinare che permetta un migliore coordinamento del percorso di cura tra specialisti del territorio e ospedalieri con lo scopo di proporre un insieme strutturato di prestazioni che migliori la presa in carico del paziente e la sua gestione diagnostica e terapeutica.

Gianluca Vago

Contesto

Il progetto si colloca nel contesto della forte riduzione della chirurgia in generale e della chirurgia oncologica in particolare. A seguito di Covid-19 si stima che siano state perse 1 milione di prestazioni a livello nazionale. Da una survey dell'Associazione Italiana Chirurghi Ospedalieri, nel 2020 in Italia sono stati cancellati più di 600.000 interventi, tra cui più di 50.000 di chirurgia oncologica. Il progetto si propone di contribuire alla ripresa dell'attività chirurgica di consultazione, diagnosi e cura e persegue i seguenti obiettivi:

- ottenere una migliore percezione dei bisogni di cura sul territorio e della situazione attuale dei pazienti in attesa;
- attivare percorsi preferenziali di affidamento dei pazienti, tra MMG e l'ospedale di riferimento;
- assicurare un inquadramento diagnostico efficace in tempi certi, garantendo affidabilità nella risposta e nell'attivazione del percorso di cura;
- rendere possibile un precoce reinserimento dei pazienti sul territorio, a conclusione dell'ospedalizzazione;
- raggiungere una maggiore visibilità sul territorio;
- creare e mantenere l'abitudine a una comunicazione bidirezionale tra MMG, ospedale e servizi territoriali;
- rendere possibile il riferimento dei pazienti in una situazione precoce, migliorando la programmazione ed evitando il ricorso all'ospedale solo in fase acuta e di emergenza;
- mantenere il contatto col Territorio per ottimizzare la gestione dei pazienti anche nella fase post-acuta.

Idea

L'idea del progetto è di predisporre un pacchetto di servizi e da condividere con i MMG ed è articolato nelle seguenti tre fasi:

1. predisposizione di un questionario di 7 domande inviato a un gruppo di MMG finalizzato a individuare i pazienti target per la chirurgia gastroenterologica;
2. analisi delle risposte ottenute con riferimento soprattutto alle percezioni degli MMG e del loro gradimento del pacchetto di servizi riguardanti la fase di riferimento e inquadramento iniziale, la fase di erogazione delle cure e la fase di reinserimento sul territorio;
3. fase di test, in cui i percorsi concordati verranno resi operativi, misurando attraverso indicatori la performance dei percorsi, la validità del metodo del videoconsulto e l'impatto del progetto in termini di afflusso della patologia ai Centri di riferimento e di gradimento da parte dei MMG e dei pazienti coinvolti, attraverso questionari di restituzione.

Sul piano operativo, il progetto si basa sulla realizzazione e messa in atto di due percorsi operativi essenziali. Il primo denominato percorso di affidamento di comunicazione bidirezionale tra il territorio (MMG e servizi territoriali) e l'ospedale di riferimento, da realizzarsi attraverso una piattaforma di Videoconsulto, che faciliti l'affidamento del paziente dal territorio all'ospedale, la condivisione delle cure e il successivo riaffidamento e reinserimento nel territorio dopo il trattamento chirurgico. Il secondo, denominato pacchetto di servizio che garantisca la presa in carico del paziente e la sua gestione diagnostica e terapeutica in un'ottica condivisa e multidisciplinare.

I destinatari del progetto sono i pazienti, per un avvio precoce, i MMG per rafforzare i rapporti e la collaborazione con gli specialisti, gli specialisti per una migliore visibilità, e i servizi territoriali, per una maggiore integrazione con l'ospedale e i MMG.

Risorse e linee operative

Il pacchetto dei servizi prevede le seguenti linee operative:

- fase preparatoria costituita dalla predisposizione e raccolta del questionario e dalla discussione in teleconferenza dei risultati;
- realizzazione di un database dei MMG interessati alla più stretta collaborazione tra ospedale e territorio nella logica dell'integrazione multidisciplinare;
- condivisione dei protocolli operativi pre e post intervento chirurgico e predisposizione di un programma di formazione sulla base delle esigenze manifestate dai MMG;
- attivazione di un sistema di videoconsulto.

Problemi e soluzioni nella gestione sanitaria.

Non sono previste risorse aggiuntive in quanto la piattaforma Google Meet per il teleconsulto è ampiamente utilizzata sia dai pazienti sia dai MMG in quanto i pacchetti di Servizio intraospedalieri sono di fatto già esistenti, così come i gruppi di discussione multidisciplinare oncologica. Il loro utilizzo all'interno del progetto richiede solo una riflessione e revisione organizzativa, che verrà gestita dallo specialista chirurgo nel corso della normale attività clinica. Presso l'Ospedale Fatebenefratelli, l'agenda dell'ambulatorio di chirurgia oncologica del peritoneo è già stata implementata in spazi esistenti. Il risultato perseguito è di ordine qualitativo connesso al recupero della fiducia e alla visibilità dell'ospedale pubblico, promuovendone l'immagine di affidabilità e assicurando la prevedibilità dei percorsi di cura. Il risultato finale dovrebbe essere un incremento dell'affidamento dei pazienti all'ospedale da parte del territorio e, attraverso un efficace coordinamento dei percorsi, un precoce e sicuro riaffidamento dei pazienti al territorio a completamento del percorso di cura.

5. Digitale e telemedicina

Problemi e soluzioni nella gestione sanitaria.

5.1 Implementazione del percorso di televisita per pazienti cronici con patologie specialistiche

Raffaella Clerici e Mauro Turrini

Il progetto, prendendo spunto da quanto realizzato in corso di pandemia, declina una modalità organizzativa di visita ambulatoriale in telemedicina, per ematologia e neurologia. Il progetto ha valenza strategica perché attraverso un'analisi puntuale, ed una descrizione precisa e completa del modello (valutazione dell'impatto, rischio/beneficio dell'accesso in ospedale, valutazione efficacia, soddisfazione, ecc.), sviluppa nuovi percorsi in linea con le attuali esigenze dei pazienti anziani, fragili o con ridotta mobilitazione.

Patrizia Monti

Contesto

Il progetto si concentra sull'attivazione degli strumenti di sanità digitale con l'erogazione di prestazioni a distanza come elemento concreto di innovazione organizzativa nel processo assistenziale. Dall'analisi degli output interni relativi al periodo pandemico e sulla base della normativa più recente si è concretizzata la necessità di estendere la pratica medica e assistenziale oltre gli spazi fisici tradizionali tramite la messa in pratica di prestazioni a distanza, con particolare riferimento alle attività a carattere specialistico che durante le fasi più intense di pandemia sono state drasticamente ridotte con il conseguente rischio di vedere aumentata la condizione di fragilità per alcuni pazienti. La proposta progettuale prevede l'attuazione di prestazioni di telemedicina specialistica a pazienti cronici adulti affetti da patologie ematologiche o neurologiche in cura presso l'Ospedale Valduce di Como, con finalità di prevenzione, diagnosi, cura monitoraggio e riabilitazione.

Idea

L'erogazione del servizio è prevista tramite una relazione medico-paziente diretta secondo il modello "Business to Consumer", con valutazioni periodiche cadenzate secondo la necessità clinica ed erogazione delle visite in tempo reale con possibilità di interazione diretta con paziente e caregiver. È stata prevista la creazione di un modello organizzativo completo con definizione capillare del percorso, comprensivo di modalità di attuazione, accesso, erogazione, formazione, espressione del consenso, privacy e rendicontazione.

La proposta prevede un modello multicanale che ha i seguenti obiettivi:

- convertire in modalità da remoto di almeno il 20% delle prestazioni erogate a pazienti cronici;
- assicurare equità nell'accesso alle cure anche da territori decentrati, caratteristica distintiva della nostra realtà locale, minimizzando il rischio infettivo;

Problemi e soluzioni nella gestione sanitaria.

- garantire un supporto alla gestione delle cronicità con un canale di accesso all'alta specializzazione, una continuità del trattamento di cura e un potenziale ausilio per i servizi di emergenza-urgenza.

I destinatari del progetto sono pazienti ematologici e neurologici con requisiti di eleggibilità specificate dagli autori dell'elaborato e che in generale presentano patologie croniche in follow up stabile, in assenza di sintomi che necessitano di interventi clinici immediati e per cui l'esame obiettivo non è direttamente vincolante per l'erogazione della visita.

Risorse e linee operative

Le principali linee operative che vengono descritte per l'implementazione progettuale sono:

- analisi delle criticità e dei bisogni emersi nel periodo pandemico rispettivamente nelle UO di Ematologia e Neurologia, per giungere a identificare le tipologie di pazienti e ambiti in cui lo strumento di televisita possa essere impiegato;
- descrizione della metodologia di erogazione del servizio e della tecnologia utilizzata;
- descrizione dei passaggi operativi per l'attuazione del percorso di telemedicina: identificazione del paziente candidabile, adesione del paziente al programma, prenotazione e programmazione della visita, erogazione della visita di telemedicina, condivisione dei referti clinici, refertazione e prescrizione di esami, programmazione visita successiva e ritiro referto.

Per la realizzazione del percorso di televisita specialistica sono calcolati dei costi una tantum, quantificati in € 310,47 per l'allestimento di due postazioni di televisita. Tali costi sono legati all'acquisto di materiale strumentale, alla messa in atto della necessaria implementazione tecnologica aziendale e alla formazione del personale coinvolto. Nel computo si è stimato il costo del personale medico pari a 20,40 €/ora e il costo del personale amministrativo e informatico pari a 10,17 €/ora. Per paziente/caregiver si è stimato un costo del tempo lavorativo pari a una retribuzione media di 16,20 €/ora. Nell'elaborato sono quindi comparati i costi della visita in presenza e della televisita sostenuti da paziente e dall'azienda, mettendo in luce il guadagno economico e di tempo. Nell'elaborato viene fatta infine un'analisi costo-efficacia relativa alle prestazioni ematologiche e neurologiche, dalla quale si evidenzia che la sommatoria dei benefici derivanti dalla televisita, al netto dei costi sostenuti per garantirla, si conferma superiore rispetto al percorso in presenza.

5.2 Studio di fattibilità di un centro servizi per la sorveglianza domiciliare e la televisita

Davide Archi, Tiziana Candiani, Simonetta Cherubini e Renzo Guttadauro

Le COT sono una realtà e rappresentano un nuovo strumento per garantire cure adeguate e una corretta gestione del territorio. Il progetto si propone, partendo dall'esperienza Covid-19, di generalizzare alcune buone prassi e ipotizzare la strutturazione organizzativa potenziale, implementabile in diversi contesti e realtà, garantendo sostenibilità, in quanto si prevedono investimenti contenuti di personale e infrastrutture tecnologiche.

Emanuela Foglia

Contesto

Il progetto affronta il tema dell'efficace utilizzo dell'innovazione tecnologica. L'analisi della normativa mette in evidenza come il Piano Nazionale della Cronicità sancisca che le tecnologie della sanità digitale (e-Health) e in particolare telemedicina e teleassistenza, consentano di favorire la gestione domiciliare della persona, anche nei processi di presa in carico del paziente cronico. Il Piano propone la sperimentazione di modelli di assistenza che riescano a coniugare soluzioni tecnologiche con i bisogni di salute del paziente, individuando tali modelli nella teleassistenza domiciliare, nel teleconsulto specialistico, nel monitoraggio medicale, nella telesorveglianza, nel telecontrollo. Coerentemente con il piano della cronicità e con il piano della trasformazione digitale approvato dall'Agenzia per l'Italia Digitale e dal Team per la Trasformazione Digitale, si è promossa la sperimentazione per attivare una riorganizzazione dell'assistenza territoriale con l'obiettivo di favorire, attraverso modelli organizzativi integrati, attività di prevenzione e promozione della salute, percorsi di presa in carico della cronicità basati sulla medicina di iniziativa. L'obiettivo del lavoro è quello di verificare come trasferire all'attività ordinaria quanto sperimentato con l'emergenza Covid-19.

Idea

Dopo aver valutato la sperimentazione con pazienti Covid, il progetto si pone l'obiettivo strategico di ipotizzare la trasformazione di alcuni servizi sviluppati per l'emergenza per "istituzionalizzarli" come strumenti utili anche per gli utenti non Covid delle ASST.

L'obiettivo strategico generale viene declinato in ambito pediatrico con i seguenti obiettivi specifici:

- miglioramento della presa in carico;
- potenziamento dei meccanismi di continuità assistenziale e della cura per il follow up del paziente in età pediatrica, sia in ambito specialistico ospedaliero che territoriale;
- ottimizzazione delle risorse degli specialisti pediatrici per la gestione dell'attività ambulatoriale divisionale e contenimento delle liste di attesa;

Problemi e soluzioni nella gestione sanitaria.

- favorire l'accessibilità dell'assistenza e la riduzione dei tempi di attesa;
- riduzione delle barriere spazio-temporali tra medico e paziente, con riduzione degli spostamenti e delle spese delle famiglie;
- costruzione di una rete assistenziale con i PLS.

Viene poi sviluppata la metodologia che si articola in due fasi: analisi organizzativa e analisi SWOT di punti di forza e debolezza verificati nella sperimentazione Covid-19.

I beneficiari del progetto sono diverse categorie dei pazienti quali:

- la popolazione afferente ai PS con problemi che non necessitano di un intervento a carattere di urgenza;
- i pazienti che hanno subito interventi in day surgery e che hanno necessità di essere monitorati nel primissimo periodo di ritorno al domicilio;
- i pazienti in dimissione da reparti per acuti per cui attualmente è previsto, prima del rientro al domicilio, un passaggio presso un reparto di subacuti o pazienti in dimissione da quest'ultimo che si gioverebbero di un rientro precoce nel caso potessero usufruire di una sorveglianza da remoto stretta, integrata con i servizi attualmente offerti dall'ospedalizzazione domiciliare;
- i pazienti pediatrici nelle varie tipologie.

Risorse e linee operative

Il progetto richiede l'istituzione di un centro erogatore mediante il potenziamento della centrale multiservizi presente nel Presidio Ospedaliero Territoriale di Bollate e il potenziamento richiede quattro figure infermieristiche aggiuntive che comunque non sarebbero dedicate a tempo pieno.

Si articola nelle seguenti fasi:

- fase preparatoria;
- fase di implementazione;
- fase operativa.

Il tempo previsto per l'intero ciclo progettuale è stimato in 6 mesi.

Infine vi è la stima dei costi che prevede:

- € 176.000 per le quattro figure infermieristiche richieste per il potenziamento del centro;
- costi per l'utilizzo della piattaforma per pazienti pediatrici € 5.200 comprendenti: attività di analisi, configurazione e personalizzazione della piattaforma applicativa alle

specificità della pediatria, attività di formazione del personale; dotazione tecnologiche aggiuntive (devices per almeno 5 utenti); manutenzione annuale software (quota di canone annuo per singola specialità); costi di gestione centrale operativa (quota di canone per singola specialità); manutenzione annuale Hardware e device aggiuntivi.

5.3 Scompenso at home 4.0

Giancarla Patrini e Romano Seregni

La gestione delle patologie croniche deve essere sostenuta attraverso programmi di ampliamento dell'offerta territoriale e dalla diffusione di nuovi modelli organizzativi multidisciplinari.

Obiettivo del seguente lavoro è quello di testare un modello organizzativo di presa in carico e continuità assistenziale dei pazienti che favorisca la comunicazione tra i professionisti di una équipe minima, sia in setting ambulatoriali che domiciliari, per favorire e assicurare le migliori condizioni di cura della malattia.

Gianluca Vago

Contesto

Il progetto affronta il tema dello scompenso cardiaco (SC) per il quale, secondo uno studio condotto dal Core Cineca dell'Osservatorio Arno, in Italia si stimano circa 1 milione di persone con SC e si registrano ogni anno circa 90.000 nuovi casi. La prevalenza di questa patologia è in forte crescita raggiungendo circa il 2% della popolazione nel mondo occidentale, con aumento esponenziale con l'avanzare dell'età fino a interessare circa il 10% dei pazienti over 70, in lieve maggioranza donne (51%).

La mortalità è 6-7 volte più alta che nella popolazione generale, con circa il 10% dei pazienti che muoiono in occasione del primo ricovero, circa il 30% entro un anno dalla diagnosi e il 50% entro i cinque anni. Si tratta di una patologia con un costo elevato, stimato in € 11.800 all'anno. Un ruolo centrale nell'équipe territoriale è svolto dall'IFeC identificabile come case manager del percorso di presa in carico dello SC, in grado di coordinare un'assistenza longitudinale e prolungata nel tempo.

Gli obiettivi strategici sono: promuovere modelli di assistenza territoriale integrata in grado di rispondere ai bisogni di salute delle persone fragili e/o croniche, attraverso la promozione di servizi sanitari di prossimità e facilmente accessibili; sviluppare modelli di medicina d'iniziativa, centrata su paziente, empowerment e autocura.

Gli obiettivi specifici sono: sperimentare un modello organizzativo innovativo di presa in carico e di continuità assistenziale dei pazienti con SC nella ASST Fatebenefratelli Sacco, delineando un percorso di presa in carico; sperimentare gli strumenti di integrazione e comunicazione impiegabili per la presa in carico e il follow-up dello SC, compresi gli strumenti di telemedicina; stimare i costi del percorso di presa in carico.

Idea

Il progetto propone un modello di presa in carico dei pazienti con SC e si articola in 5 parti principali. La prima riguarda il modello assistenziale attuale. La seconda prefigura un possibile percorso di presa in carico territoriale del paziente. La terza descrive lo studio pilota: campione, fasi dello studio e relativa tempistica. Il progetto pilota ha durata di sei mesi. La quarta riguarda le stime dei costi sulla base dell'analisi del percorso di un paziente tipo per 6

mesi. La quinta riguarda i risultati attesi riferiti agli obiettivi dello studio pilota e verificati attraverso indicatori di processo ed esito. Per la definizione del nuovo percorso di presa in carico il lavoro parte dall'analisi dei due modelli di stadiazione e del loro confronto: NYHA (sistema che individua quattro classi di gravità) e ACC/AHA (che considera quattro stadi di evoluzione).

La proposta progettuale, che vede coinvolti 18 pazienti nella sperimentazione pilota all'Ospedale Sacco, nasce per attuare il "Progetto di Presa in carico" (DGR n. X/6164 del 30 gennaio 2017) finalizzato a contrastare le malattie croniche attraverso la sottoscrizione del patto di cura con il paziente, la definizione del Piano Assistenziale Individuale (PAI), la presa in carico e follow-up proattivo attraverso le funzioni di un case manager e di un centro servizi.

Il percorso rappresenta un tentativo di dare una prima risposta all'esigenza di presa in carico territoriale dei pazienti con SC attraverso un approccio integrato tra ospedale e territorio e la costituzione di un team territoriale multidisciplinare sulla base delle risorse ad oggi disponibili, con l'obiettivo di ridurre le ospedalizzazioni, la mortalità e migliorare la qualità di vita dei pazienti. Le finalità da perseguire sono la creazione di un team, una micro-équipe, che sia in grado di farsi carico concretamente del paziente e di assisterlo sul territorio e a domicilio.

I beneficiari del progetto sono i pazienti affetti da SC che risiedono nel territorio di riferimento della ASST Fatebenefratelli Sacco e loro caregiver. I principali destinatari del progetto sono gli operatori che intervengono nel percorso di presa in carico.

Risorse e linee operative

Per la verifica dei costi, è stato simulato un intervento di presa in carico territoriale di un paziente con SC post dimissione, seguito a domicilio, per un periodo di sei mesi.

Per quanto riguarda il personale, nei costi è stata ipotizzata la presenza di un'équipe multidisciplinare composta da: un IFeC, un assistente sociale, MMG e specialista cardiologo.

Viene presentata la suddivisione dei costi, sono valorizzati i costi incrementali del personale e di beni e servizi richiesti dal nuovo approccio. Per il costo del personale sono identificate le seguenti voci: team fragilità (costituito da medico, coordinatore infermieristico, IFeC, assistente sociale), specialista ospedaliero, IFeC, assistente sociale, consulto équipe multidisciplinare (MMG - medico specialista ospedaliero – IFeC). Per ognuna di queste voci sono riportate il setting di cura nel quale operano, il periodo nel quale le attività vengono svolte, la descrizione delle attività, il numero di interventi, i tempi unitari e totali, i costi orari unitari e totali. Il totale dei costi per paziente è pari a € 1.810 di cui vengono specificate le modalità di copertura indicando le fonti di finanziamento. Infine, sono stimati analiticamente i costi per beni e servizi suddivisi nelle seguenti tipologie: dispositivi di protezione individuale, carburante, lavaggio e sanificazione auto, tablet con SIM voce + dati (nuova convenzione CONSIP fonia mobile), per un totale di € 407,54 a paziente. I costi di investimento per arredo ambulatori (IFeC/assistenti sociali), postazioni PC e stampanti, bilancia con statimetro (gara aria), holter pressorio, apparecchio per ECG, ecocardiografo portatile, saturimetro, software cartella informatizzata, pacchetto formativo software cartella, autovettura ammontano ad un totale di € 34.200 e dovranno essere ripartiti per il numero di pazienti presi in carico a servizio funzionante a pieno regime. Gli autori concludono che il costo "teorico" di gestione di un paziente al domicilio risulta nettamente più vantaggioso rispetto ad un ricovero in ospedale pari a € 5.000 secondo il DRG per lo SC. A fronte di un ricovero evitato, si potrebbero coprire i costi di due pazienti seguiti per sei mesi al domicilio.

5.4 Implementazione di un ambulatorio “virtuale” per i controlli dei dispositivi impiantabili

Corrado Lettieri e Pierpaolo Parogni

È questo il tipico esempio di progetto capace di sintetizzare tecnologia e soluzioni innovative ma concrete e percorribili per dare soluzioni ai bisogni di sistemi e dei pazienti. La gestione dei pazienti cardiologici portatori di pacemaker viene migliorata sia dal punto di vista dell'efficacia (tempi di esecuzione e qualità) che da quello dell'efficienza (aumento del numero di pazienti con riduzione dei costi) migliorando la soddisfazione dei professionisti e dei pazienti.

Antonello Zangrandi

Contesto

Il progetto studia l'applicabilità di un ambulatorio “virtuale” per controllare il funzionamento dei dispositivi impiantabili in ambito cardiologico. Il numero di impianti di pacemaker e defibrillatori è infatti aumentato in modo significativo nell'ultima decade in virtù delle nuove indicazioni emerse dalle linee guida. Il follow-up intensivo e ad alta frequenza di questi pazienti determina inoltre un carico di lavoro crescente per i centri di elettrostimolazione.

Gli obiettivi principali di questo lavoro sono tre. Il primo consiste nella riduzione del numero di visite in ospedale per i pazienti dotati dei dispositivi cardiologici impiantabili, con conseguente diminuzione delle liste di attesa e della potenziale esposizione all'infezione SARS-CoV-2. Il secondo è la riduzione – nei confronti dell'intera società – dei costi legati alla perdita di giornate lavorative per pazienti e caregivers. Il terzo concerne la riduzione del tempo medico dedicato alle visite di controllo.

I bisogni a cui il progetto vuole rispondere riguardano da un lato la raccolta delle informazioni diagnostiche memorizzate dal dispositivo che, se acquisite tempestivamente, possono facilitare interventi terapeutici d'urgenza. Dall'altro, concernono il monitoraggio remoto dei dispositivi, attraverso il quale è possibile fornire alla struttura ospedaliera un flusso continuo ed automatico di informazioni sullo stato del dispositivo e sulle variabili cliniche.

Idea

L'idea del progetto è quella di implementare un nuovo modello assistenziale ed organizzativo che – grazie all'ausilio delle nuove tecnologie in ambito medico e alla telemedicina – permetta una miglior gestione dei pazienti cardiologici.

I destinatari del progetto sono ovviamente tutti i portatori di pacemaker, defibrillatore impiantabile e loop-recorder, nonché il personale sanitario che ha in cura questi soggetti, poiché l'attuazione del progetto consente la presa in carico integrata del paziente da parte del team ospedaliero.

La metodologia utilizzata consiste nell'applicazione di una nuova modalità operativa in cui l'attività di controllo remoto dei pazienti – storicamente affidata ai medici dell'elettrofisiologia – possa essere eseguita da personale tecnico/infermieristico appositamente formato e sotto la supervisione di un medico.

Il lavoro si articola in cinque fasi:

1. acquisizione di un tecnico con laurea in tecniche di fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare e competenze di elettrofisiologia;
2. formazione del tecnico/infermiere, che può avvenire tramite master esterni o formazione sul campo all'interno della struttura sanitaria;
3. acquisizione del software, attualmente fornito gratuitamente dalle imprese che producono i devices;
4. acquisizione del comunicatore da fornire al paziente che già affrisce all'ambulatorio di elettrofisiologia dopo l'impianto del device;
5. arruolamento dei pazienti all'interno del progetto.

Risorse e linee operative

I costi del progetto sono classificabili in due categorie: costi del personale ed altri costi. Il primo tipo di costi è relativo a tre figure sanitarie: tecnico professionista (circa € 34.000 lordi annui), medico cardiologo (già presente, nessun costo aggiuntivo) ed infermiere (anch'egli già presente, ma è necessario sostenere il costo di formazione sul campo). Gli altri costi dovrebbero essere coperti da tariffe regionali, di cui attualmente non è stata ancora codificata la remunerazione per l'attività di monitoraggio da remoto.

Tramite l'implementazione del PW, gli autori prevedono tre risultati principali. Prima di tutto, l'aumento del numero di pazienti arruolabili nel progetto, in quanto il numero di accessi non risulta essere più vincolato all'apertura di sedute ambulatoriali aggiuntive in presenza del medico. In secondo luogo, la riduzione del 50% del numero di visite in ospedale. Infine, si stima la diminuzione dei ricoveri per SC.

5.5 Telemedicina e follow-up dei pazienti oncologici con patologia cardiovascolare

Vittorio Giudici, Davide Thomas Panciera, Luca Ambrogio Rampinelli e Lucio Taglietti

Il SSR oggi necessita sempre più di poter fare affidamento su tecnologie innovative, che possano rivoluzionare i percorsi di follow up, intensificandoli, semplificandoli e rendendoli sempre più individualizzati. La telemedicina in tutti i suoi strumenti può supportare proprio questa trasformazione. Il presente progetto è di particolare interesse perché suggerisce un modello per i pazienti oncologici che può essere generalizzato anche ad altre specialità.

Emanuela Foglia

Contesto

Il progetto affronta il tema molto attuale della telemedicina che permette, attraverso nuove tecnologie digitali, una gestione virtuale del paziente in diversi ambiti clinici. Il lavoro è applicato al laboratorio di telemedicina presso l'UOC di Cardiologia riabilitativa che segue pazienti con SC mediante telenursing, televisite, interviste telefoniche, home monitoring dei dispositivi ICD, ICD biventricolari, pacemaker (PM)) della ASST Bergamo Est. Il lavoro considera sia l'usabilità della piattaforma informatica per la gestione di pazienti scompensati con l'utilizzo di dispositivi applicabili esternamente, sia uno studio multicentrico per il follow-up di pazienti dimessi dopo ricovero ospedaliero per polmonite da SARS-CoV-2.

Idea

L'idea del progetto pilota è quella di definire un modello esportabile ad altre UO all'interno dell'ASST Bergamo Est (UOC di Otorinolaringoiatria e UOC di Chirurgia generale) elaborando un nuovo modello organizzativo per il follow-up di pazienti oncologici operati con un rischio cardiovascolare elevato che hanno subito un intervento chirurgico. Il lavoro si articola nelle seguenti fasi:

- individuazione di pazienti eleggibili al progetto pilota ai quali viene richiesto il consenso informato (20 adulti).
- Analisi dei punti di forza del progetto individuati in riduzione del numero di accessi all'ospedale, maggiore coordinamento degli specialisti, centralità del paziente attorno al quale si coordinano gli specialisti, rapidità di diagnosi e di cura del paziente oncologico.
- Analisi dei punti di debolezza individuati in formazione specifica dei professionisti sull'organizzazione della telemedicina, difficoltà di coordinamento di diversi specialisti, difficoltà di coordinamento delle attività di assistenza ospedaliera e territoriale.

- Verifica della capacità dei professionisti e dei pazienti di usare il sistema e di trasmettere le informazioni corrette.
- Valutazione della affidabilità della piattaforma.

Viene utilizzata la metodologia del project management che consente di responsabilizzare sugli obiettivi e di affinare il modello.

Dopo aver richiamato le tradizionali fasi di diagnosi e cura dei pazienti oncologici con problematiche cardiache il progetto considera il diverso approccio consentito dal ricorso alla telemedicina.

Risorse e linee operative

Il progetto si articola nelle seguenti linee operative:

- attivazione del sistema di videocomunicazione in occasione degli eventi prestabiliti;
- formazione all'uso dei sistemi di monitoraggio dei parametri vitali secondo le istruzioni d'uso e le indicazioni ricevute dai medici specialisti e collegamento con i medici nei modi e tempi da questi indicati (2 incontri);
- trasmissione di eventuali informazioni relative a esami di laboratorio e/o referti di esami strumentali;
- monitoraggio e valutazione da parte di soggetti esterni sul corretto uso del sistema da parte di medici e dei pazienti;
- richiesta a medici e pazienti del livello di utilità del sistema tramite apposito questionario;
- confronto con i medici sulla frequenza di uso del sistema e sulla qualità percepita.

I tempi previsti per la sperimentazione sono di 6-8 mesi. Il progetto prevede che ai 20 pazienti della sperimentazione siano forniti device quali smartphone, termometro, pulsossimetro, misuratore della frequenza cardiaca, misuratore dell'ECG monocanale. Essi saranno restituiti al termine della sperimentazione.

Il progetto proposto rientra nella generale strategia di innovazione della ASST che già prevede l'acquisizione di una piattaforma telematica, dopo una prima fase di affitto finalizzata a valutarne le caratteristiche e l'affidabilità. Può essere quindi attivato isorisorse, non prevedendo, per altro, personale aggiuntivo, ma solo un'attività di formazione che può rientrare nella normale routine di aggiornamento. Anche i dispositivi sono già disponibili. Infine, si ipotizza come, in ragione dell'efficacia attesa nella sua realizzazione, la sua estensione possa appoggiarsi a specifici finanziamenti regionali.

5.6 Telemonitoraggio dei dispositivi elettronici cardiovascolari impiantabili agli ospiti di RSA in ASST Sette Laghi

Roberto De Ponti

Inserendosi nel macro tema dell'integrazione ospedale-territorio, il progetto si prefigge di dimostrare la fattibilità organizzativa e la sostenibilità economica del telemonitoraggio dei dispositivi elettronici cardiovascolari impiantabili agli ospiti delle RSA. Sulla base della puntuale analisi condotta, il progetto mostra ottimi presupposti di fattibilità e di enorme utilità per il target di riferimento. Sebbene l'analisi riguardi il territorio di ASST Sette Laghi, i risultati lasciano intravedere buoni margini di scalabilità.

Antonio Sebastiano

Contesto

I dispositivi elettronici cardiovascolari impiantabili (DECI) sono dispositivi biomedicali per il trattamento dei disturbi del ritmo cardiaco e sono più comunemente noti col nome di pacemakers, defibrillatori automatici e loop recorders. Tali dispositivi necessitano di controllo elettronico periodico in regime ambulatoriale. Tuttavia, la stragrande maggioranza di questi dispositivi è dotata di tecnologia in grado di inviare in ospedale dati per un telemonitoraggio, mentre il paziente rimane presso il proprio domicilio. Sebbene la tecnologia sia disponibile da tempo e sebbene il telemonitoraggio si sia dimostrato di grande utilità, questa modalità di telemedicina è attualmente sottoutilizzata per mancanza di un adeguato sistema di rimborso e codifica della prestazione e per mancanza di un adeguato modello organizzativo. Si rende necessario, pertanto, un cambiamento organizzativo di cui possano beneficiare specificatamente i pazienti fragili, ospiti di RSA, per lo più portatori di pacemaker per bradiaritmie, i quali, non essendo spesso autosufficienti, devono essere accompagnati in ambulanza e dal personale sanitario della residenza per eseguire il controllo in ambulatorio. Obiettivo primario del presente progetto è quello di definire un modello organizzativo per estendere il telemonitoraggio dei DECI agli ospiti di RSA portatori di pacemaker, evitando i controlli ambulatoriali in ospedale possibile fonte di contagio anche in fase post-pandemica e garantendo la sicurezza della continuità del monitoraggio in soggetti anziani e fragili. Nello specifico il progetto valuta i fabbisogni presenti sul territorio afferente all'Ospedale di Circolo di Varese, definisce le fasi di attuazione e gli indicatori di processo da monitorare nel mantenimento del modello e ne valuta la sostenibilità economica.

Idea

L'idea del progetto è quella di estendere il telemonitoraggio a pazienti portatori di pacemaker ospiti di RSA del territorio afferente alla ASST Sette Laghi. I destinatari di questo progetto sono infatti gli ospiti di RSA portatori di pacemaker, in quanto persone particolarmente fragili, verso cui mostrare particolare attenzione sia nell'attuale condizione sanitaria sia in futuro.

Il progetto prevede quattro fasi che fanno parte del processo di attuazione permanente del servizio di telemonitoraggio con la relativa gestione di dati. L'attuazione del progetto prevede lo svolgimento sequenziale delle diverse fasi con tempistiche non prevedibili a causa della volontà e dai tempi di reazione delle singole amministrazioni ospedaliere.

Le fasi del progetto sono:

- stima della fattibilità e del campione coinvolto: tramite metodologia sopra esposta sono state individuate 33 RSA nei Comuni afferenti all'Ospedale di Circolo di Varese le quali mettono a disposizione 3.064 posti letto. Sono stati quindi calcolati i pazienti portatori di pacemaker potenzialmente arruolabili.
- Contatto delle RSA e richiesta di manifestazione di interesse: contatto delle singole Residenze nelle persone del Direttore generale e Responsabile sanitario con lettera inviata per posta elettronica con richiesta di manifestare l'interesse all'esecuzione del progetto.
- Attivazione del telemonitoraggio: valutazione del tipo di dispositivo e test della corretta installazione presso la Residenza del dispositivo di comunicazione, del corretto funzionamento della linea di trasmissione e, infine, della capacità da parte del paziente, parenti o del personale di mettere in atto le opportune azioni di trasmissione manuale qualora in futuro richiesto.
- attuazione del telemonitoraggio: in ognuno dei giorni feriali con la modalità di consultazione delle piattaforme elettroniche già in utilizzo su cui vengono registrati i pazienti all'atto dell'inizio del monitoraggio remoto.

Risorse e linee operative

I costi del telemonitoraggio dei DECI, comprensivi del comunicatore e dell'utilizzo delle piattaforme di trasmissione, sono già inclusi nel costo di acquisto dei dispositivi e pertanto non è necessario

computarli. Considerando che il tempo medio per l'attivazione del telemonitoraggio, che consiste nella consegna del comunicatore e spiegazione al paziente, parenti o personale di tutela, è di 30 minuti e considerato che il costo orario del personale tecnico è di € 25, il costo a paziente per attivazione del telemonitoraggio è di € 12,50. Considerando sempre la stima eseguita sul campione di riferimento che consta di 225 pazienti, questo porta ad un costo totale di € 2812,50. Data l'esiguità, questo costo può essere coperto da fondi di reparto dedicati al progetto.

I risultati attesi dal progetto di telemonitoraggio dei pacemaker negli ospiti di RSA sono caratterizzati da un duplice vantaggio:

- mantenere attivo il controllo dei dispositivi mantenendo l'ospite nella Residenza ed evitando così l'esposizione alle visite in ospedale, possibile fonte di disagio e contagio anche in uno scenario postpandemico, visto la fragilità dei soggetti;

Problemi e soluzioni nella gestione sanitaria.

- migliorare la monitorizzazione dei dispositivi e del ritmo del paziente valutato dal dispositivo per mezzo del continuo flusso di dati che fornisce agli operatori tutte le informazioni necessarie per una corretta e tempestiva gestione del dispositivo e del ritmo del paziente.

5.7 Telemonitoraggio nel diabete mellito

Federico Bertuzzi

Il progetto si sviluppa nell'ambito della telemedicina e ne esplora le potenzialità nella cura del diabete mellito. È questo un settore che si presta particolarmente all'utilizzo di questo approccio. Il progetto si distingue per la capacità di affrontare attraverso gli strumenti di telemedicina e telemonitoraggio in modo concreto i bisogni dei pazienti e dell'organizzazione misurando in modo preciso risultati e risorse da impiegare.

Antonello Zangrandi

Contesto

Il progetto prende in esame la telemedicina nell'ambito del piano nazionale della prevenzione. Le finalità della telemedicina includono: la prevenzione secondaria per i pazienti già noti che devono sottoporsi a costante monitoraggio di alcuni parametri vitali al fine di ridurre il rischio di insorgenza di complicazioni, la diagnosi per i nuovi pazienti, la cura (ad esempio servizi di telemedicina o della possibilità di interventi chirurgici a distanza), la riabilitazione e il monitoraggio dei parametri vitali. Le applicazioni della telemedicina nel diabete mellito includono il telemonitoraggio, la teleconsulenza e telemedicina fino alla tele-educazione e la formazione a distanza. Il diabete mellito è una delle principali patologie croniche dove già da tempo sono stati sperimentati nuovi modelli di gestione e dove sono stati previsti modelli di gestione che prevedono soluzioni di telemedicina.

L'obiettivo specifico è quello di identificare le criticità per l'attivazione di un sistema di telemonitoraggio integrato con telemedicina per i pazienti affetti da diabete mellito, fragili.

Obiettivi finali sono il miglioramento di outcome clinici, il miglioramento dei processi organizzativi, la riduzione delle complicanze acute, la riduzione della degenza media, il miglioramento della qualità di vita dei pazienti.

Idea

Il lavoro è articolato nelle seguenti fasi:

- quantificazione del problema per una corretta stima delle risorse necessarie;
- valutazione della fattibilità di un intervento di telemedicina in seguito all'analisi della tecnologia disponibile e della preparazione del personale sanitario;
- definizione delle fasi progettuali, della tempistica e dei costi del progetto.

Con riferimento alla prima fase sono riportati i principali dati epidemiologici a livello nazionale e i dati di ambulatorio dell'Ospedale Niguarda. Con riguardo all'ospedale viene anche analizzata l'organizzazione del servizio e la dotazione del personale.

Problemi e soluzioni nella gestione sanitaria.

Con riferimento all'analisi della tecnologia vengono elencati i principali device per il telemonitoraggio e le caratteristiche della piattaforma per la trasmissione dei dati.

Con riferimento alla terza fase la progettazione del servizio prevede le seguenti fasi: la rilevazione di dati discontinua o continua (a seconda della modalità di misurazione, glucometro o sensore) e la loro analisi programmata al centro diabetologico con scadenze personalizzate secondo il piano di cura. Questi servizi verranno inseriti nel piano assistenziale individuale dei pazienti che hanno firmato il patto di cura con l'Ospedale Niguarda (pazienti cronici).

Risorse e linee operative

Il progetto si basa sulla esperienza maturata nel tempo è un progetto di solida impostazione. Anche i costi sono stimati di lieve entità poiché il progetto consiste in una diversa modalità di erogazione delle prestazioni da parte del personale già presente. Nello specifico i costi vengono stimati nelle due seguenti tipologie: costi di attivazione, prevalentemente legati alla formazione del personale di semplice realizzazione in quanto l'utilizzo dei glucometri e dei sensori così come delle piattaforme per lo scarico dati è già di comune uso da parte del personale sanitario (stimato in € 97,80 per singolo paziente) e costi di gestione del servizio, che includono quelle delle piattaforme, dei sensori, del personale (stimato in € 78,20 per singolo paziente). La piattaforma in genere viene messa a disposizione gratuitamente dai fornitori, i glucometri e i sensori vengono già utilizzati dai pazienti e la loro prescrizione è in carico al SSN su prescrizione specialistica.

Vengono infine evidenziate le seguenti fasi:

- 1 mese per autorizzazione da parte di SC qualità e rischio clinico per MAC 11 per telemonitoraggio (già ottenuta al momento della stesura del pw);
- 2 mesi per l'organizzazione del servizio (già realizzato al momento della stesura del PW);
- 4-6 mesi per l'adeguamento piattaforme per telemonitoraggio (quasi completato al momento della stesura del PW).

Il progetto è stato presentato a Società Italiana di diabetologia, e ad altre 5 strutture di diabetologia lombarde: le unità di diabetologie degli IRCCS Ospedale San Raffaele, ASST Fatebenefratelli Sacco, Policlinico San Matteo di Pavia, ASST Papa Giovanni XXIII, ASST Spedali Civili di Brescia. Inoltre, il progetto è stato presentato anche all'Associazione dei Diabetici della Provincia di Milano che lo ha ritenuto di grande interesse e ha deciso di supportare il progetto con una erogazione liberale di € 6000.

5.8 Dall'ambulatorio al domicilio con il servizio Tele-Park

Giuliana Vezzadini

Il progetto Tele-Park è un percorso terapeutico (farmacologico e riabilitativo) di presa in carico a 360° del paziente con disturbo neuromotorio. Dall'ambulatorio o reparto, fino alla propria abitazione, con l'obiettivo di migliorare la qualità di vita del paziente, efficientare le risorse umane e strumentali e contenere i costi.

Martina Rosticci

Contesto

Il progetto si inquadra nell'ambito del PNRR e dello sviluppo della telemedicina. Il lavoro richiama i principali contenuti della telemedicina per trovare soluzioni gestionali per i pazienti neurologici cronici, partendo dalla considerazione che il profilo di evoluzione clinica non è progressivo e prevedibile, ma è caratterizzato da un succedersi di stabilizzazioni-instabilizzazioni a diversi livelli di sintomaticità. Con il termine Tele-Park si intende identificare il nuovo Servizio di Telemedicina dell'Istituto Scientifico Maugeri di Castel Goffredo, mirato a fornire al paziente con disturbo neuromotorio (in particolare Malattia di Parkinson e parkinsonismi) un percorso terapeutico (farmacologico e riabilitativo) di presa in carico a 360°: dall'ambulatorio, o reparto, fino alla propria abitazione, dove si intende entrare senza invaderne la privacy. Obiettivo strategico dell'attuale progetto è pertanto pianificare, organizzare, gestire il nuovo Servizio di Telemedicina presso l'Istituto Scientifico Maugeri di Castel Goffredo dedicato ai pazienti con Malattia di Parkinson e parkinsonsimi. Obiettivo specifico del Progetto Tele-Park è la presa in carico del paziente parkinsoniano mediante visite e attività a distanza migliorando:

- la qualità di vita del paziente;
- l'aderenza al percorso terapeutico proposto;
- l'aumento dell'offerta riabilitativa erogabile dall'Istituto.

Idea

Il progetto si propone la creazione del Servizio di Telemedicina presso l'Istituto Scientifico di Castel Goffredo, dedicato ai pazienti con Malattia di Parkinson e parkinsonismi, in grado di ampliare l'offerta di cura e migliorare la presa in carico del soggetto con patologia cronica evolutiva, mediante interventi clinici e riabilitativi a distanza. La gestione a distanza permetterà al paziente di evitare le problematiche di spostamento acute dalla malattia e consentirà di iniziare, e/o proseguire, un percorso riabilitativo specifico, la cui efficacia è ampiamente dimostrata dagli studi scientifici. Il servizio sarà articolato in:

Problemi e soluzioni nella gestione sanitaria.

- televisita: che permetterà l'impostazione di un follow-up specifico per ogni singolo paziente in grado di prevenire o ritardare nuovi eventi maggiori ed evitare lunghi spostamenti e tempi di permanenza in sala d'attesa.
- Teleriabilitazione: che permetterà di iniziare e/o proseguire il percorso riabilitativo a domicilio con la supervisione di personale esperto, finalizzato al rallentamento della disabilità motoria e funzionale, riducendo gli attuali tempi di attesa tra la visita specialistica e l'inizio del trattamento riabilitativo.

Tale servizio consentirà la presa in carico continuativa del paziente con patologia neurodegenerativa nelle diverse fasi di malattia.

Risorse e linee operative

Le fasi di implementazione del progetto sono così definite:

- avvio delle attività del servizio di televisita (da gennaio a febbraio 2022);
- avvio delle attività del servizio di teleriabilitazione (da febbraio a luglio 2022). A febbraio 2022 è previsto l'acquisto delle attrezzature per il servizio che, quando non sono utilizzate per la teleassistenza, possono essere utilizzate per la riabilitazione in sede.

Per quanto riguarda la televisita i costi di realizzazione della piattaforma informatica e per la dotazione degli strumenti necessari alla sua applicazione sono già stati sostenuti dal sistema di acquisto centrale di ICS Maugeri e non possono essere attribuibili al singolo Istituto o al singolo servizio. Per quanto riguarda la Teleriabilitazione i costi di realizzazione comprendono l'acquisto del

macchinario e la sua manutenzione. Si stima che la vita dell'apparecchiatura corrisponda con il periodo di ammortamento contabile di 8 anni. Il costo annuo sarà pertanto di € 6.359,25 di ammortamento e di € 1.342 di manutenzione a partire dal secondo anno.

I costi per la formazione sono minimi e riferibili all'acquisizione delle competenze per la gestione della nuova attrezzatura e sono stimati in € 800.

Il costo per l'attivazione del servizio di televisita è stimato in € 88 a settimana che comprende il tempo del personale del Centro Unico di Prenotazione (CUP) (1 ora) e del medico (2 ore).

Nel progetto sono previsti 2 fisioterapisti per la gestione delle sostituzioni. Il costo settimanale uomo previsto è di € 264, con costo annuale totale di € 6.336 il primo anno (quando verrà coinvolto un solo operatore) e di € 12.672 (48 settimane all'anno) a partire dal secondo anno. Sono previsti ricavi pari € 4.296 annui per televisita, e € 1.3920 per teleriabilitazione.

Dall'analisi effettuata è possibile ipotizzare un margine positivo annuale sull'attività di televisita di € 72 (a parte il primo anno). È possibile ipotizzare un margine positivo annuale sull'attività di teleriabilitazione di € 7.466,75 (a parte il primo anno dove è previsto un margine di € 492,75).

5.9 La telemedicina nella gestione dei pazienti affetti da disturbi respiratori del sonno: una proposta per Milano e hinterland

Elvia Giovanna Battaglia

Partendo dalle potenzialità di soluzioni di telemonitoraggio e televisita già presenti nel contesto sanitario lombardo, il progetto definisce un percorso di presa in carico dei pazienti affetti da disturbi respiratori del sonno in trattamento ventilatorio domiciliare, ipotizzando anche il coinvolgimento dei MMG in teleconsulti multidisciplinari. L'applicazione ai centri dell'ASST Santi Paolo e Carlo permette di stimare gli impatti di costi e benefici estendibili all'intero contesto regionale.

Paolo Locatelli

Contesto

I disturbi del sonno vengono annoverati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) tra le patologie croniche, che colpiscono circa l'80% delle persone oltre i 65 anni di età e spesso sono associati ad altre patologie croniche. L'OSA(S) [*Obstructive Sleep Apnoea (Syndrome)*] è una patologia del sonno marcatamente sotto diagnosticata e sotto trattata (soltanto il 40% dei pazienti viene diagnosticato). Questa criticità conduce ad una sottostima della reale prevalenza della patologia. Il PW evidenzia come grazie a strumenti di telemedicina è possibile trattare e monitorare i pazienti affetti da tale patologia del sonno al fine di fornire un'immediata ed efficace risposta correttiva all'insorgenza di eventuali problematiche cliniche e tecniche e una riduzione dell'iper-afflusso dei pazienti ai Centri del Sonno.

Gli obiettivi del progetto sono:

- modifica strutturale e organizzativa della rete dei servizi necessaria a causa dell'aumento dei pazienti cronici e fragili, della modificazione dei bisogni di salute della popolazione e del rafforzamento dell'ambito territoriale di assistenza;
- creazione di un percorso di cura basato sui reali bisogni di salute dei pazienti;
- governo della domanda per quanto riguarda l'iper-afflusso ai centri del sonno;
- valorizzazione dell'innovazione tecnologica;
- valorizzazione della gestione multidisciplinare con creazione di una rete di teleconsulto tra specialisti ospedalieri, territoriali e MMG.

Idea

Il progetto mira individuare un percorso di presa in carico dei pazienti affetti da disturbi respiratori nel sonno, in trattamento ventilatorio domiciliare, ampliando l'offerta specialistica di II° livello, con possibilità di ridurre gli accessi impropri ai centri ospedalieri. L'idea è quella di creare una rete di teleconsulto multidisciplinare, che coinvolge in prima istanza gli specialisti che operano nelle Strutture territoriali e secondariamente i MMG, al fine di creare un "network di cura". Alla base del progetto vi è una centrale operativa che si basa sull'impiego di due applicazioni software denominate Care Orchestrator (in grado di dialogare con differenti tipologie di protesi ventilatorie) e Galileo, tramite la quale è possibile effettuare le televisite.

I destinatari del progetto sono i pazienti affetti da disturbi respiratori nel sonno, afferenti ai due centri del sonno dell'ASST Santi Paolo e Carlo e secondariamente i pazienti afferenti ai centri del sonno ed agli ambulatori specialistici territoriali della Città di Milano e provincia.

Il lavoro si articola in 6 fasi:

1. analisi della letteratura di riferimento;
2. analisi del progetto proposto con metodo BPR;
3. analisi della normativa vigente, con particolare riguardo alle indicazioni di presa in carico della cronicità ed all'impiego delle nuove tecnologie;
4. analisi dell'attuale gestione dei pazienti affetti da OSA(S) presso i due centri del sonno dell'ASST Santi Paolo e Carlo e sul territorio della città di Milano e del suo Hinterland;
5. analisi SWOT per la pianificazione strategica;
6. analisi delle prestazioni del progetto proposto, tramite il metodo dei Key Performance Indicators.

Risorse e linee operative

Gli step di implementazione del progetto sono:

- da ottobre 2021 applicazione del modello ai due centri del sonno dell'ASST iniziando ad effettuare le televisite;
- da dicembre 2021 accesso alla piattaforma del primo poliambulatorio;
- aprile 2022 prima valutazione dell'evoluzione degli indicatori individuati;
- settembre 2022 indagine informativa presso gli MMG sull'eventuale interesse a consultare e ad accedere alla piattaforma, quale strumento gestionale di supporto alla loro attività.

I costi di sviluppo del progetto sono considerati esigui, poiché le piattaforme utilizzate non prevedono costi di manutenzione e di aggiornamento dei software. Questo poiché il sistema

Galileo è già abitualmente in uso presso l'ASST Santi Paolo e Carlo, mentre la piattaforma Care Orchestrator viene fornita gratuitamente da parte di Philips ai clinici che ne fanno richiesta. Anche il modem per la trasmissione dei dati è già compreso nella fornitura delle protesi ventilatorie utilizzate a domicilio dai pazienti.

Non sono richiesti costi aggiuntivi relativi alle risorse umane, poiché è stato individuato nell'ampliamento del mansionario del personale medico-tecnico ed infermieristico già operante al centro del sonno o presso l'UOC Pneumologia, un'opportunità di valorizzazione delle varie figure coinvolte, in un'ottica anche di job enlargement e di job enrichment.

Con il modello di presa in carico proposto dal progetto si potrebbero garantire approssimativamente circa 80 prime visite in più al mese, con un ricavo di € 1.800 al mese (€ 21.600 all'anno) e una riduzione sensibile delle liste di attesa.

Problemi e soluzioni nella gestione sanitaria.

6. Emergenza e urgenza

Problemi e soluzioni nella gestione sanitaria.

6.1 Analisi e riorientamento degli accessi al sistema dell'emergenza-urgenza

Francesca Cortellaro

Il progetto, non semplice ma operativo e molto ben strutturato, ha l'ambizioso obiettivo di ridurre gli accessi non urgenti al PS, orientando tale bisogno verso i servizi territoriali. Ciò significa accompagnare i pazienti verso un appropriato utilizzo dei servizi, con un miglioramento della qualità della cura erogata ai pazienti urgenti. La valenza è strategica perché da una fase pilota, si passerà ad una applicazione su tutta la Regione Lombardia.

Patrizia Monti

Contesto

Il fenomeno degli accessi non urgenti contribuisce al sovraffollamento in PS, al peggioramento dell'outcome di cura (incremento dei tempi di soccorso di Agenzia Regionale Emergenza Urgenza - AREU, incremento del sovraffollamento e della mortalità correlata) e determina un utilizzo improprio di risorse del sistema sanitario aumentando così la spesa.

Il collasso di molti PS in Regione Lombardia durante la pandemia, ha evidenziato chiaramente la necessità di realizzare nuove strategie che promuovano percorsi di cura al di fuori del PS, per tutti i pazienti che non necessitano cure urgenti.

In letteratura, lo spostamento delle situazioni non urgenti su servizi di cura territoriali costituisce uno degli interventi ad elevato impatto che possono ridurre il sovraffollamento del PS.

L'obiettivo del progetto è quello di ridurre l'utilizzo inappropriato di risorse destinate all'emergenza urgenza, orientando il bisogno di cura non urgente verso i servizi della rete territoriale, garantendo ai pazienti le stesse opportunità di presa in carico e cura, attraverso percorsi assistenziali appropriati.

Idea

A seguito dell'analisi di contesto dei PS di Regione Lombardia, in particolare focalizzato sulla mappa della domanda degli accessi non urgenti, il progetto operativo si configura come uno studio prospettico caso- controllo, promosso in fase "pilota" nel territorio di ATS Brianza, coinvolgendo l'ASST Brianza (Ospedali di Vimercate, Desio e Carate) e successivamente l'IRCSS San Gerardo Monza.

Le misure proposte per dare operatività al progetto sono:

- istituzione di una sala operativa di approfondimento (SOPAPP), attiva dalle ore 8 alle ore 20, che riceve le chiamate identificate come non urgenti dalla SOREU e, con il supporto del numero telefonico per l'accesso al SSN (116117), orienta il bisogno di cura verso percorsi assistenziali più appropriati sul territorio;

Problemi e soluzioni nella gestione sanitaria.

- riorganizzazione e potenziamento della risposta territoriale rafforzando l'attività di continuità assistenziale (H/24, 7/7) e coordinando la risposta attraverso l'116117;
- avvio di una campagna informativa al cittadino per l'utilizzo dell'116117 e sviluppo di una App per gli utenti.

I destinatari del progetto sono: gli utenti, le rappresentanze della cittadinanza, AREU, il PS, MMG, MCA, medico specialista, DG Welfare, Direzioni (ASST, ATS e Dipartimento Cure primarie) e mass media.

Il progetto si articola in 2 fasi:

- fase 1: riduzione del numero degli invii di ambulanze in codice verde verso i PS, attraverso una centrale di approfondimento clinico (SOPAPP);
- fase 2: riduzione degli accessi spontanei non urgenti al PS, promuovendo da parte dei cittadini l'utilizzo dell'116117.

Risorse e linee operative

L'analisi dei costi di implementazione e realizzazione si focalizza sulla fase 1, mentre la valutazione relativa alla fase 2 verrà sviluppata in un secondo tempo. L'analisi prende in considerazione la differenza prevista tra input e output derivanti dal progetto.

Tra gli input sono previste le risorse umane per:

1. SOPAPP:

- 1 medico h 12 7/7, pari a 2,6 unità per la copertura del turno a 51 euro lordi/ora: pari a € 585.870 all'anno;
- 1 tecnico h 12 7/7, pari a 2,6 unità per la copertura del turno 22 euro lordi/ora: pari a € 258.472 all'anno.

2. Continuità assistenziale: dall'analisi dei carichi di lavoro esposta risulterebbe necessario attivare, h 12 7/7 con:

- 1 unità mobile per visite domiciliari, pari a 2,6 unità per la copertura del turno;
- 1 unità per visite ambulatoriali, pari a 2,6 unità per la copertura del turno. La retribuzione prevista è pari a 22,50 euro lordi/ora, pari a € 258.472 all'anno.

I costi del personale necessario ammontano complessivamente a € 1.361.288,26.

Tra gli output vengono considerati i risparmi attesi dalla riduzione di missioni 118, stimati per € 1.481.570. La differenza che si ipotizza di poter ottenere tra output e input potrebbe essere investita in ulteriore personale medico da destinare alla risposta territoriale con vantaggio per la qualità dell'assistenza ai pazienti.

6.2 Modello organizzativo di gestione efficace ed efficiente di un Dipartimento di I livello di Emergenza e urgenza

Laura Cherubini

Il progetto si concentra sul miglioramento della qualità del servizio di PS. Dopo l'analisi dei differenti modelli di classificazione dei pazienti in PS, basati essenzialmente sulla stima del tempo di attesa per le diverse tipologie di pazienti, si propone un modello basato su un "emergency severity index" che mira a definire i percorsi da attribuire ai diversi gruppi di pazienti, proponendo una roadmap per l'implementazione del percorso stesso.

Umberto Gelatti

Contesto

Il progetto parte con il richiamo delle difficoltà generali dei PS che consistono nella cronica carenza di personale, nella scarsa attrattività, dati i carichi di lavoro e le elevate responsabilità, nel fenomeno del boarding, nell'eccessivo numero di codici di minore complessità, nella scarsa qualità del servizio e nella insoddisfazione del personale. L'obiettivo strategico è quello di migliorare la qualità del servizio di PS e ridurre al minimo le difficoltà dati i vincoli sopra riportati a vantaggio sia dei pazienti sia degli stessi operatori. Vengono richiamati i differenti modelli di classificazione dei pazienti in PS, in particolare Manchester Triage System, Australian Triage Scale, Canadian Triage and Acuity Scale, che si basano essenzialmente sulla stima del tempo di attesa per le diverse tipologie di pazienti, mentre il modello proposto è quello di Emergency Severity Index che consiste nel definire i percorsi da attribuire ai diversi gruppi di pazienti.

Idea

L'idea consiste nell'affrontare il tema complesso secondo la metodologia della pianificazione strategica articolata nelle seguenti fasi:

- analisi del problema con il coinvolgimento delle principali figure professionali coinvolte;
- formazione specifica di infermieri cui attribuire la funzione specifica del Triage iniziale;
- definizione dei percorsi per i diversi gruppi di pazienti.

In seguito, vengono definite in modo puntuale e dettagliato le caratteristiche dei diversi gruppi di pazienti che possono essere classificati in alta, intermedia e bassa complessità e le funzioni che devono svolgere gli infermieri.

Problemi e soluzioni nella gestione sanitaria.

Per il paziente ad alta complessità, instabile, con compromissione delle funzioni vitali è previsto l'accesso immediato in sala di emergenza e la presa in carico da parte del personale medico di sala con l'applicazione dei protocolli previsti.

Il paziente a complessità intermedia deve essere inizialmente gestito nel Triage avanzato (area attigua al Triage) da un team di valutazione rapida (infermiere supportato dal medico di sala al bisogno).

Il paziente a bassa complessità, non presenta compromissione delle funzioni vitali, l'evolutivezza è assente, la sofferenza è modesta e il problema principale è chiaramente identificabile.

Nel modello proposto si prevede una gestione da parte di un infermiere appositamente formato che garantisca una risposta appropriata al bisogno di salute del cittadino, alleggerisca il sovraccarico del PS e allevi il medico da questa incombenza. Sulla base di questi elementi vengono analizzate le diverse alternative di soluzioni nell'ipotesi di reclutamento di nuovo personale o di semplice sostituzione del personale attuale.

La razionalizzazione dell'attività richiede la disponibilità di un software specifico che consenta di avere in tempo reale la disponibilità di posti letto nelle diverse unità di ricovero. Ciò consentirebbe di ridurre le perdite di tempo nel caso di necessità di ricovero.

Risorse e linee operative

Nel lavoro vengono individuate le diverse fasi che consistono nella verifica delle caratteristiche del personale, in quanto è necessario che almeno il 50% sia in possesso dell'abilitazione per permettere la copertura dei turni di lavoro. Si definisce un tempo massimo di 6 mesi per l'acquisizione dell'idonea preparazione. Per l'attività di triage è necessaria una esperienza lavorativa in PS di almeno 6 mesi, un corso teorico e un affiancamento di 36 ore a un infermiere esperto. Per l'attività di See and Treat è previsto un percorso formativo di 350 ore per l'acquisizione dell'attestazione. Infine per ricoprire il ruolo di infermiere di processo è necessaria una esperienza lavorativa di 5 anni in PS e un corso teorico aziendale.

Per quanto riguarda le risorse necessarie viene elencata puntualmente la dotazione di infermieri e di medici necessari per la copertura H/24 e 365 giorni annui. Infine sono indicati 10 indicatori di processo riferiti alla percentuale minima di pazienti trattati e 7 indicatori di esito essenzialmente legati alla percentuale di pazienti presi in carico secondo i livelli di complessità.

6.3 Progetto di organizzazione di area di degenza medicina d'urgenza del Presidio Ospedaliero di Brescia

Maria Lorenza Muiesan e Damiano Rizzoni

Il progetto ha due grandi valenze strategiche: di esplicitare come sia imprescindibile l'identificazione di strutture intermedie tra la alta intensità clinico-assistenziale e la degenza ordinaria, sulle quali individuare standard, organizzazioni e dotazioni universalmente accettate e di evidenziare la necessità di un continuo dialogo con le strutture di PS e di Terapia Intensiva, sottolineando come il confronto multidisciplinare e la collaborazione devono diventare parte integrante della metodologia del lavoro ospedaliero.

Patrizia Monti

Contesto

Il progressivo aumento delle conoscenze in ambito medico e dell'uso delle tecnologie ha comportato la necessità di aumentare l'intensità con cui infermieri e medici si occupano dei loro pazienti. Tali bisogni organizzativi e di impiego delle risorse umane hanno portato ad una distinzione tra strutture ad alta intensità di cura, le terapie intensive, e le strutture a bassa intensità di cura. Ciò ha però comportato anche un problema rispetto a come collocare adeguatamente i pazienti tra questi settings. Per questi motivi si sono andate sviluppando unità di terapia intermedia che tuttavia, allo stato attuale non prevedono standard universalmente accettati né per la loro organizzazione né per le loro dotazioni.

L'obiettivo principale del progetto è quello di ottimizzare un modello organizzativo di Medicina d'Urgenza nell'ambito della Medicina Interna della ASST Spedali Civili di Brescia, allo scopo di garantire ai pazienti complessi che richiedono interventi assistenziali e terapeutici urgenti ed intensivi, la collocazione all'interno di reparti strutturalmente e organizzativamente in grado di rispondere alle loro esigenze. Ciò è necessario anche in considerazione di una saturazione sempre elevata dei letti di degenza dell'ASST e di una distribuzione delle disponibilità e delle risorse non sempre in sintonia con le esigenze dei pazienti da ricoverare.

Idea

Il progetto parte da una disamina della situazione attuale della medicina interna concentrandosi sul contesto del Dipartimento di Anestesia, rianimazione, emergenza, urgenza dell'ASST Spedali Civili Brescia di cui ne viene descritto il funzionamento operativo e i cambiamenti organizzativi avvenuti in seguito alla pandemia da Covid-19. Viene proposta quindi una distinzione tra le funzioni del reparto di Medicina interna e di medicina di urgenza sulla base della tipologia di paziente. Il lavoro presenta poi il processo clinico assistenziale che la struttura di medicina d'urgenza proposta dovrebbe adottare per gestire in modo appropriato pazienti instabili, senza sovraccaricare eccessivamente le Divisioni di Terapia intensiva.

Problemi e soluzioni nella gestione sanitaria.

Nella stesura del progetto sono state analizzate le risorse umane impiegate ed i primi risultati ottenuti accelerando la organizzazione di questo modello durante la 2-3° fase della pandemia Covid-19, considerando i punti di forza e debolezza per la pianificazione strategica attraverso l'analisi SWOT.

Risorse e linee operative

I costi presi in esame per l'implementazione della struttura di medicina d'urgenza riguardano spese per la strumentazione per circa € 68.000 e spese per le risorse umane (1 medico ogni 2 letti: costo medio per ciascuno circa 75.000 €/annui; 1 infermiere ogni 2 letti circa: costo medio per ciascuno circa 26.400 €/annui; 1 OSS ogni 3 letti impiegato per necessità di trasporto per esami radiologici, etc.: costo medio circa 19.904 €/annui). Sono poi considerati dei costi aggiuntivi per ciascuna delle categorie professionali coinvolte (circa 688.016 €/anno). Sono stati inoltre proposti alcuni indicatori utili per la valutazione della completa riuscita del progetto in futuro, anche in base a quanto già ottenuto nei primi mesi del 2021. Tali indicatori riguardano:

- l'appropriatezza del ricovero in relazione ai quadri clinici di esordio;
- il tasso di occupazione del servizio;
- le giornate medie di degenza.

Le finalità perseguite della struttura di medicina d'urgenza presentata sono riassumibili nei seguenti aspetti:

- accettazione o trasferimento per stabilizzazione e diagnosi del quadro clinico acuto con adeguato trattamento medico di ogni paziente che si presenti in condizioni cliniche critiche;
- accoglienza e trattamento in area dedicata per quelle condizioni a verosimile soluzione entro 72-96 ore o trasferimento in degenza ad alta intensità per il proseguimento dell'iter diagnostico-terapeutico e riabilitativo.

6.4 Gestione dei pazienti con arresto cardiaco refrattario extra-ospedaliero eleggibili a rianimazione cardiopolmonare extracorporea

Sergio Cattaneo e Ciro Paolillo

Partendo dal presupposto che la rianimazione cardiopolmonare extracorporea è un intervento fortemente tempo-dipendente, il progetto si pone l'obiettivo di ottimizzare il percorso terapeutico di gestione dei pazienti con arresto cardiaco refrattario extraospedaliero eleggibili a rianimazione cardiopolmonare extracorporea (ECPR). Dal punto di vista gestionale il progetto prevede l'ottimizzazione di protocolli pre-ospedalieri integrati per identificare precocemente i pazienti appropriati, fornire una notifica prima dell'arrivo al team ospedaliero e facilitare il trasporto tempestivo in ospedale.

Umberto Gelatti

Contesto

La rianimazione cardiopolmonare extracorporea è un intervento fortemente tempo-dipendente.

Attualmente, è stato pubblicato un solo studio randomizzato-controllato che confronta i risultati di ECPR con rianimazione cardiopolmonare (CPR), dimostrando netta superiorità della ECPR in termini di sopravvivenza senza danni neurologici. Fornire ECPR ai pazienti con *out-of-hospital cardiac arrest* (OHCA) pone ulteriori problemi logistici. Sono necessari protocolli pre-ospedalieri integrati per identificare precocemente i pazienti appropriati, fornire una notifica prima dell'arrivo al team ospedaliero e facilitare il trasporto tempestivo in ospedale con CPR continua di alta qualità. I team pre-ospedalieri dovrebbero identificare i metodi per limitare il rischio di scarsa qualità della CPR durante il trasporto, e dovrebbe partecipare negli esercizi di simulazione ECPR. una chiara collaborazione tra i sistemi ospedalieri e pre-ospedalieri è necessaria per identificare i candidati ECPR in ambito pre-ospedaliero e attivare il rapido trasporto in ospedale.

L'obiettivo strategico è di ottimizzare l'efficacia terapeutica del trattamento di tale condizione clinica, gravata da livelli di mortalità >95%. L'obiettivo specifico è di riprogettare il percorso terapeutico di gestione dei pazienti con arresto cardiaco refrattario extraospedaliero eleggibili a ECPR, allo scopo di migliorare l'efficacia clinica.

I beneficiari sono i pazienti colpiti da arresto cardiocircolatorio (ACC) refrattario alle manovre di rianimazione standard (ACLS), che comprendono la defibrillazione, l'intubazione per la ventilazione e l'uso dei farmaci.

Idea

La malattia cardiovascolare è la principale causa di morte nel mondo occidentale. In particolare l'ACC, che colpisce circa 50'000 persone/anno in Italia, registra una mortalità >95%.

Problemi e soluzioni nella gestione sanitaria.

L'idea viene sviluppata con la seguente metodologia: revisione della letteratura, valutazione della situazione locale in termini di bisogno di salute, di risorse, di competenze presenti, stesura della procedura di gestione multidisciplinare, implementazione dei percorsi di formazione e mantenimento delle competenze del personale coinvolto, organizzazione di un processo di monitoraggio e miglioramento della qualità.

Trattandosi di interventi tempo-dipendente nel lavoro vengono richiamati i tempi delle diverse fasi. I tempi previsti per la applicazione delle procedure ECPR risultano molto restrittivi:

- da chiamata ad arrivi soccorritori: 6 min;
- da chiamata a scarica defibrillatore: 8,5 min;
- soccorso sul territorio: 22,5 min;
- trasporto: 19 min;
- da chiamata a inizio Ossigenazione ExtraCorporea a Membrana (ECMO): 59 min.

L

La procedura è molto complessa e articolata, in quanto coinvolge diverse UO e molti operatori di diverse discipline. In particolare sono coinvolte AREU con l'Articolazione Territoriale di Brescia e Sala Operativa Regionale dell'Emergenza Urgenza di Bergamo (SOREU Alpina), ASST Spedali Civili di Brescia con PS, emodinamica e anestesia e rianimazione cardiocirurgica.

I criteri di inclusione sono età compresa fra i 12 ei 70 anni, arresto testimoniato, tempo "no flow" < 6 min, utilizzo del massaggiatore automatico, tempo da ACC ad arrivo in ospedale <60 min, ETCO₂ >10 durante MCE.

I criteri di esclusione sono nota neoplasie o cardiomiopatia terminale, malattie neurologiche gravi, dissecazione aortica, grave arteriopatia periferica, grave patologia cardiaca senza indicazione a trapianto cardiaco o a VAD, grave insufficienza aortica.

Le criticità attuali sono raccolta/passaggio delle informazioni, tempi di trasporto in ospedale, valutazione ospedaliera, organizzazione di ECMO team.

Risorse e linee operative

Il progetto propone i seguenti interventi migliorativi:

1. contatto telefonico tra medico sul territorio e medico ecmo team, sarebbe facilitato se la valutazione dei criteri di inclusione ed esclusione fosse condivisa direttamente tra medico AREU sul territorio e medico del centro ECMO.
2. Attivazione dopo 10 min di ACLS – limite del tempo di trasporto, la valutazione dell'eventuale attivazione del percorso ECPR deve essere attivata molto precocemente dopo 10 min di rianimazione ACLS, ciò permette di anticipare la decisione e l'inizio delle procedure per il trasporto.
3. Valutazione immediata all'ingresso in PS, la valutazione in ospedale non deve rallentare il percorso, può essere eseguita all'ingresso in PS con una rapida verifica dei criteri di indicazione oppure può essere eseguita direttamente all'ingresso in emodinamica.

4. Formazione “ECMO TEAM”, si deve organizzare una serie di incontri formativi di presentazione della procedura per tutto il personale sanitario coinvolto nel percorso, sia ospedaliero che extraospedaliero. La scarsa frequenza dell’evento richiede la ripetizione almeno annuale di un incontro di refresh per il personale coinvolto.

Sono presentati i dati degli Spedali Civili di Brescia negli anni 2020-2021 da cui risulta che la sopravvivenza senza danno neurologici dopo ECPR per ACC extraospedaliero è ancora gravemente insufficiente < 5%. Ottimizzando i percorsi e le risorse impiegate, ci si attende un ragionevole miglioramento dell’outcome fino ad una sopravvivenza attesa superiore al 10-15% entro l’anno solare 2023. Non sono presentati dati di costo in quanto il progetto si basa sul principio secondo cui la collaborazione tra le varie figure professionali, dal territorio all’ospedale, assieme ad una organizzazione rigorosa delle competenze e responsabilità, può permettere nel breve tempo a disposizione di erogare con efficacia le numerose procedure richieste lungo tutto il percorso terapeutico.

Problemi e soluzioni nella gestione sanitaria.

7. Salute mentale

Problemi e soluzioni nella gestione sanitaria.

7.1 Programma di sviluppo integrato ospedale-residenzialità-territorio della SC di Psichiatria di Varese

Camilla Callegari

Questo progetto rappresenta la sintesi di un lavoro di pianificazione strategica per delineare al meglio un possibile sentiero di sviluppo della salute mentale/psichiatria della ASST Sette Laghi di Varese auspicabile per rispondere al meglio ai bisogni del territorio. Il lavoro svolto rappresenta inoltre un modello del come costruire un ragionamento strutturato per lo sviluppo strategico ed organizzativo centrato su una SC.

Federico Lega

Contesto

In Lombardia l'area della salute mentale da ormai molti anni viene organizzata in forma dipartimentale e le UO di Psichiatria operano in sinergia con gli enti locali e la rete sociale al fine di garantire sia la presa in carico trasversale del paziente psichiatrico, sia la gestione unitaria del suo percorso di cura.

Dato che gran parte della spesa sanitaria relativa alla psichiatria riguarda il sistema della residenzialità, sarebbe opportuno rivolgere maggior attenzione alla territorialità allocando le risorse utilizzate per i percorsi residenziali a favore di un numero più alto di pazienti curati sul territorio.

L'obiettivo principale di questo lavoro è quello di rispondere agli attuali bisogni di salute mentale del bacino di utenza della psichiatria di Varese tenendo conto dell'impatto della pandemia Covid-19 e della relativa ricaduta sui servizi deputati alla cura del disagio emotivo, nonché dell'eterogeneità delle patologie psichiatriche. A tal proposito risulta quindi necessario aggiornare e diversificare i percorsi di cura soprattutto per gli spettri psicopatologici emergenti quali i disturbi della personalità, dell'umore, del comportamento alimentare, le dipendenze patologiche e l'autismo.

Idea

L'idea del progetto concerne la possibilità di modificare l'organizzazione dell'UOC di Psichiatria dell'ASST Sette Laghi di Varese tramite l'introduzione di nuovi percorsi di cura, l'implementazione di offerte strategiche, l'ottimizzazione di alcune risorse strutturali e la promozione di esperienze di innovazione tecnologica.

I destinatari del progetto sono i collaboratori che operano presso la UOC di Psichiatria Varese ed il vasto bacino di utenza che le afferisce, ma anche tutti gli attori del sistema sanitario della ASST Sette Laghi.

La metodologia utilizzata è prevalentemente di tipo qualitativo/comportamentale – e solo in parte quantitativa – unitamente all'analisi SWOT per comprendere le dinamiche del contesto di riferimento.

Problemi e soluzioni nella gestione sanitaria.

Il lavoro si articola in tre parti:

- organigramma: si descrive la proposta di riorganizzazione della UOC di Psichiatria in conformità ai bisogni dell'utenza;
- digitalizzazione: viene illustrata l'opportunità di introdurre alcune innovazioni tecnologiche nell'offerta dei servizi psichiatrici;
- offerta dei servizi: vengono presentati i diversi servizi afferenti alla Psichiatria come i percorsi di diagnosi e cura, le macroattività ambulatoriali complesse, gli ambulatori per l'ansia e la depressione, la formazione del personale, la riduzione dei posti letto residenziali e la riformulazione delle modalità di acquisizione dei beni per lo svolgimento delle attività.

Risorse e linee operative

Il progetto non comporta spese significative, poiché si basa sulla riorganizzazione delle risorse umane già esistenti tramite l'adattamento delle specifiche competenze maturate nel corso degli anni ad un nuovo approccio incentrato sul paziente psichiatrico. Risulta comunque necessario il recupero funzionale di risorse logistiche, da ridisegnarsi e mettere a regime con un più aggiornato ed efficace sistema di acquisti. Gli autori del progetto evidenziano in ogni caso che la salute mentale riceva dallo Stato un'assegnazione pari al 3,5% della spesa sanitaria, a fronte della proposta avanzata dalla comunità scientifica che di incrementare tale assegnazione almeno al 5%. A tal proposito, nel progetto non è previsto un risparmio delle risorse allocate per la psichiatria, bensì un miglioramento della loro allocazione e del loro utilizzo.

Il lavoro prevede risultati innanzitutto qualitativi e, solo in un secondo momento, quantitativi. L'esito finale riguarda la ridefinizione dei percorsi di cura, l'ottimizzazione delle risorse, la riallocazione di professionalità e la progettazione di un'offerta di cura proiettata ai bisogni attuali ed emergenti dei pazienti. La presenza di un ambulatorio per l'ansia e la depressione riduce il carico dei Centri Psico Sociali (CPS), lasciando loro spazio per l'attivazione dei Budget di Salute (BdS), percorsi territoriali le cui risorse economiche proverranno dalla riduzione dei letti residenziali. Le residenzialità riunite in un unico edificio permettono a loro volta di ottimizzare le risorse destinate al personale dirigente ed al comparto. Il supporto della digitalizzazione si configura infine come facilitatore della comunicazione, delle tempistiche, dell'accorciamento delle distanze geografiche, della razionalizzazione dei processi e dell'economicità dei servizi psichiatrici.

7.2 Servizio psichiatrico di prevenzione e riabilitazione precoce multidisciplinare integrato presso ASST Rhodense

Stefania Chierici, Federico Raviglione e Marco Toscano

La popolazione giovanile e giovane-adulta (dai 14 ai 25 anni) presenta sempre maggiori criticità, per l'esordio e lo sviluppo di patologie psichiatriche, necessitando di adeguati servizi da parte del sistema regionale. Servono quindi nuovi modelli di presa in carico, come quello proposto, che fa convivere innovativi strumenti di management e tecnologie, quali la telemedicina. Il potenziale di generalizzabilità della proposta è garantito dall'analisi delle prestazioni minime da erogare.

Emanuela Foglia

Contesto

Il progetto parte dall'esame dell'incidenza nella popolazione giovanile e adulta di patologie psichiatriche e del neurosviluppo come schizofrenia, disturbo bipolare, disturbo da deficit di attenzione/iperattività (ADHD) e disturbo dello spettro autistico. La patologia psichiatrica, una volta esordita, non sempre viene intercettata rapidamente dai servizi. Spesso trascorrono mesi prima che il paziente approdi alla valutazione specialistica. Per questo motivo i servizi di neuropsichiatria infantile e psichiatria dell'adulto devono essere sempre più strutturati per offrire il più precocemente possibile e in ottica di prevenzione, attività di valutazione della patologia e sostegno alla popolazione più a rischio. Il PW ipotizza la realizzazione di un servizio di nuova concezione, non presente nell'attuale Piano Regionale di Salute Mentale (PRSM), che vede il trattamento, all'interno di un medesimo servizio, di pazienti minorenni e pazienti giovani adulti.

L'obiettivo principale del progetto è quello di istituire un servizio psichiatrico e neuropsichiatrico riabilitativo (mental health day hospital - MHDH) di degenza diurna che tenga conto dell'evoluzione del bisogno alla luce dell'importante cambiamento avvenuto, negli ultimi anni, nell'utenza della Salute Mentale. Esso consentirebbe un intervento di riabilitazione ad ampio spettro di natura neuromotoria, neurocomportamentale e psicoeducativa rivolto a utenti dai 14 ai 25 anni all'interno dell'ASST Rhodense.

Idea

Il servizio è dedicato prioritariamente a pazienti con una delle seguenti quattro tipologie di psicopatologie: disturbi del neurosviluppo, patologie psichiatriche maggiori, stati mentali a rischio e disturbi neurocomportamentali. La prassi innovativa proposta prevede una stratificazione dei pazienti riguardo ai bisogni clinici e assistenziali.

Problemi e soluzioni nella gestione sanitaria.

Nel caso in cui il paziente presenti caratteristiche inquadrabili nelle quattro tipologie di disturbi sopra riportate si procede alla verifica di arruolabilità e si struttura il percorso, sino alle dimissioni, attraverso 7 step:

1. segnalazione dell'inviante;
2. valutazione di appropriatezza dell'invio;
3. raccolta dei consensi;
4. affidamento al clinical manager e all'équipe per la stesura del Piano Terapeutico e Riabilitativo Integrato (PTRI);
5. trattamento riabilitativo integrato;
6. valutazione di inserimento del paziente in programma di telemonitoraggio;
7. dimissione e invio ai servizi territoriali.

Il progetto definisce gli standard organizzativi, i percorsi di cura, gli indicatori di processo e di esito nonché gli investimenti necessari al funzionamento del servizio proposto.

È possibile suddividere l'organizzazione del progetto nelle seguenti fasi:

- analisi del contesto e verifica della fattibilità della proposta progettuale: sono presentati i dati attuali delle neuropsichiatrie infantili in Lombardia e la situazione nazionale, i dati e l'organizzazione dei servizi neuropsichiatrici, psichiatrici e neuroriabilitativi della ASST Rhodense, il contesto normativo di riferimento e la collocazione del servizio proposto all'interno del POAS dell'ASST.
- Contributo della telemedicina alla gestione del paziente subacuto nell'ambito del progetto MHDH: vengono descritti i servizi necessari come la televisita, la teleassistenza e il monitoraggio a distanza.
- Analisi economica mediante il supporto dell'analisi del punto di pareggio, per comprendere il numero di prestazioni da effettuare per garantire la sostenibilità del servizio.
- Analisi SWOT avente lo scopo ultimo di rilevare i punti di forza e le criticità nonché le opportunità e i rischi del modello organizzativo proposto.

Risorse e linee operative

L'analisi delle risorse necessarie all'attivazione del servizio ha preso in considerazione innanzitutto i costi orari relativi al personale dipendente che deve occuparsi delle problematiche dei pazienti per garantire la presa in carico, stimando un impegno di spesa annuo di € 458.017,78. Sono quindi considerati i costi non sanitari che riguardano servizio di

lavanderia (€ 29.265,60), pulizia reparto (€ 124.023,90), utenze (€ 15.330). Sulla scorta del case mix esistente si è considerato anche il volume e tipologia possibile di attività per comprendere un potenziale fatturato di riferimento. Inoltre, viene effettuata un'analisi costo-volume-risultato, conosciuta come *break-even analysis*, o analisi del punto di pareggio. L'arco temporale entro cui implementare il progetto è di 21 mesi e va da maggio 2021 a gennaio 2023.

7.3 Demenze: definizione di un modello di gestione integrata ospedale-territorio in ASST Crema

Luigi Caputi e Caterina Mezzanotte

Il progetto nasce dalla necessità dei pazienti affetti da malattia di Alzheimer di ricevere una continuità assistenziale che deve prevedere una forte integrazione/collaborazione tra ospedale e territorio. Il lavoro, seppur incentrato sulla realtà della ASST Crema, presenta spunti e riflessioni interessanti anche per le altre ASST lombarde.

Vittoria Viganò

Contesto

La demenza è una sindrome clinica caratterizzata da declino cognitivo progressivo in due o più domini quali memoria, linguaggio, funzioni esecutive e visuo-spaziali. La malattia di Alzheimer (AD) è la demenza degenerativa più rappresentata a livello mondiale con una stima del 60% circa rispetto alle restanti forme di demenze a genesi degenerativa e non. L'impatto della demenza sulla qualità di vita del soggetto e della famiglia è gravoso da un punto di vista clinico, assistenziale ed economico.

L'obiettivo strategico del progetto è la presa in carico integrata del paziente, così da garantirgli continuità assistenziale tramite l'attivazione dei servizi territoriali e la costruzione di percorsi condivisi. Gli obiettivi specifici sono la realizzazione di azioni per consolidare la collaborazione tra specialisti e MMG, la definizione dei modelli di finanziamento degli interventi sanitari e sociosanitari per ottimizzare le risorse territoriali, l'implementazione della piattaforma informatica con informazioni e dati sanitari ed il contenimento del numero di ricoveri non necessari.

I bisogni a cui il lavoro si propone di rispondere riguardano il potenziamento dell'offerta riabilitativa per persone fragili dal punto di vista clinico-assistenziale che necessitano di interventi specifici, riabilitazione, recupero funzionale e compenso clinico, che non possono essere erogati in ospedale o al proprio domicilio.

Idea

L'idea del progetto consiste nell'implementazione di una serie di azioni volte al conseguimento di una gestione integrata Territorio-Ospedale-Territorio per il trattamento della demenza presso l'ASST Crema. A tal fine dovrebbe essere attivato un percorso locale che sia coerente con le specificità del territorio cremasco e nel rispetto di indicazioni generali di indirizzo delineate in ambito nazionale e internazionale. Per la costruzione di un percorso di gestione integrata locale è stato necessario considerare alcuni fattori quali: la rilevazione delle caratteristiche del problema e dei bisogni specifici del contesto locale, l'esistente gestione e presa in carico dei disturbi cognitivi e demenze, la definizione di un possibile percorso di riferimento, l'identificazione di obiettivi assistenziali attesi e delle aree di cambiamento e riorganizzazione, le figure professionali coinvolte e gli interventi per la presa in carico della persona, la sperimentazione del percorso pilota ed il monitoraggio e la valutazione del progetto.

I destinatari del progetto sono le persone con sospetto deterioramento cognitivo, quelle con diagnosi di demenza, i familiari/caregiver dei pazienti, i servizi ospedalieri (PS, UO Neurologia, Centri per i Disturbi Cognitivi e Demenze - CDCD, UO Medicina e cure intermedie) ed i servizi territoriali (Assistenza Domiciliare Integrata - ADI, Servizi protesica ed ausili, Centro servizi e Cure palliative).

La metodologia utilizzata concerne l'analisi dello scenario esistente nei due Sistemi di Cura (Scenario A) e del percorso diagnostico-terapeutico e assistenziale integrato (Scenario B).

Per lo Scenario A verranno presi in considerazione i seguenti aspetti, dal punto di vista della qualità della cura, assistenziale ed economico:

- l'iter di diagnosi e cura relativo follow-up ospedaliero;
- l'iter di presa in carico socioassistenziale realizzato attraverso la valutazione multidimensionale e multiprofessionale.

Per la riorganizzazione del percorso integrato saranno identificate le aree di criticità dello Scenario A rispetto allo Scenario B.

Risorse e linee operative

Per una stima economica il più possibile coerente con la realtà locale, ospedaliera e territoriale, l'analisi dei costi di implementazione e realizzazione dello Scenario B viene suddivisa tra la parte sanitaria e quella sociosanitaria. Tra i costi sanitari diretti sono da considerare quelli tariffabili per ricoveri, prestazioni ambulatoriali, prestazioni in regime di MAC, prestazioni in regime di day hospital. I costi relativi ai farmaci specifici per le demenze neurodegenerative primarie sono rilevabili con difficoltà dal momento che non vi è un controllo diretto della farmacia ospedaliera (si tratta di farmaci consegnati previo piano terapeutico nelle farmacie territoriali). Tra i costi sociosanitari sono da considerare le prestazioni successive alla valutazione prettamente ospedaliera, includendo le varie tipologie di assistenza territoriale quali le prestazioni sanitarie e sociosanitarie di assistenza domiciliare ADI.

I risultati attesi sono:

- la realizzazione di una rete coordinata e integrata Territorio-Ospedale-Territorio attraverso la costruzione e definizione del percorso diagnostico-terapeutico e assistenziale congiunto "patient-oriented" (Scenario B);
- il miglioramento dell'impatto socioassistenziale in ambito di qualità di vita/cure;
- la riduzione dell'impatto economico attraverso il contenimento del costo sanitario e della frammentazione delle risorse sociosanitarie e sociali.

7.4 L'evoluzione del welfare verso il Budget di Salute

Maria Giuseppina Frigeri e Elvira Maria Schiavina

Il progetto è strategico consentendo un approccio integrato a soluzioni innovative per l'assistenza sociosanitaria territoriale nell'ambito delle patologie che afferiscono alla salute mentale. Approccio che ha fatto da piattaforma a due progetti che hanno applicato il BdS nell'ambito della salute mentale: il primo volto al superamento della residenzialità psichiatrica verso nuove forme dell'abitare; il secondo nell'intervento precoce a favore di giovani all'esordio della patologia.

Alessandro Capocchi

Contesto

L'evoluzione storica del welfare è caratterizzata da molteplici momenti: assistenziale, dei servizi, dei consumatori, familiare e comunitario. In quest'ultimo caso il modello individua nella società civile il soggetto responsabile della produzione di benessere e salute per tutta la popolazione. In questo contesto, il BdS è lo strumento utilizzato per l'integrazione sociosanitaria, in quanto individua quali e quante risorse professionali, umane ed economiche sono necessarie per restituire funzionamento sociale, diritti e prognosi a persone affette da malattie croniche, degenerative e/o disabilità sociale.

L'obiettivo del lavoro è quello di individuare i presupposti necessari all'applicazione del BdS per nuovi interventi realizzabili a livello locale nell'ambito di competenza dell'area di Salute Mentale.

I bisogni a cui il progetto si propone di rispondere concernono la necessità di garantire ai pazienti una buona qualità della vita ed un percorso di cura ed assistenza continuativo, che interessi non solo il periodo di trattamento ma anche le fasi successive.

Idea

L'idea del progetto consiste nel delineare la cornice di riferimento per due progetti che intendono applicare il BdS nell'ambito della salute mentale. In particolare, il primo ipotizza il superamento della residenzialità psichiatrica verso nuove forme dell'abitare, mentre il secondo tratta la tematica del BdS nell'intervento precoce a favore di giovani all'esordio della patologia. A premessa dei due progetti viene svolta una ricerca della letteratura, della normativa di riferimento a livello europeo, nazionale e regionale delle diverse esperienze già realizzate al fine di analizzarne i punti di forza, le criticità, le possibili applicazioni e gli sviluppi futuri.

I destinatari del progetto sono i cittadini in condizioni di disabilità sociale concomitante o conseguente a patologie psichiche o fisiche a decorso protratto e potenzialmente ingravescente o a stati di rischio e vulnerabilità per la prognosi ricevuta.

La metodologia utilizzata presuppone: coprogettazione, cogestione, cofinanziamento, valutazione dei processi e progetti da realizzare tra ente pubblico e privato.

Le aree di intervento del PW sono le seguenti:

- apprendimento/espressività: alla persona devono essere fornite occasioni di apprendimento, applicazione e sviluppo delle conoscenze acquisite;
- formazione/lavoro: formazione professionale e pratica di un'attività come inserimento e sostegno alla costruzione di forme reddituali attive delle persone-utenti in età lavorativa con finalità emancipative o economiche;
- casa/habitat: obiettivo da conseguire e possesso da esercitare, in forma singola o mutualmente associata, come scelta attiva delle persone/degli utenti e del servizio pubblico;
- socialità/affettività: fornire occasioni di accesso e sviluppo formativo e culturale strutturate (reti formali) e non strutturate (reti informali).

Risorse e linee operative

Il punto di partenza per la definizione del Progetto Individualizzato è la valutazione multidimensionale della persona fragile. Questa deve essere realizzata in raccordo tra le équipes pluriprofessionali delle ASST e gli operatori degli ambiti territoriali/comuni. Il bisogno della persona deve essere valutato anche in relazione all'ambiente in cui la stessa vive, individuando le opportunità di sostegno e gli interventi più idonei a consentire il mantenimento o l'utilizzo/messa in pratica delle sue capacità e abilità e le aspettative di emancipazione.

Le risorse evidenziate sono da intendersi nella più ampia accezione: economiche e professionali, in termini di prestazioni e servizi da mobilitare, di natura pubblica, privata afferenti alla comunità, del privato in generale e della famiglia d'origine. Su tale base talune sperimentazioni evidenziano l'opportunità di definire un "contratto" sottoscritto dalla persona e condiviso dai diversi attori coinvolti.

Infine, si indicano le applicazioni operative derivanti dalla normativa afferente alla Convenzione dell'Organizzazione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, gli indirizzi dell'Unione europea, gli atti normativi sull'integrazione sociosanitaria e sull'elaborazione di progetti terapeutici riabilitativi ed i provvedimenti regionali.

7.5 Il Budget di Salute: il contributo nell'intervento precoce del Dipartimento di Salute mentale dell'ASST Melegnano e Martesana

Luca Bassoli, Maria Laura Manzone e Tiziana Pozzetti

Il progetto innovativo propone un modello psicosociale multimediale diffuso sul territorio per ridurre la disabilità garantendo un intervento di cura ed assistenza maggiormente efficiente per pazienti ad alto rischio di cronicità. Il modello proposto consente anche con l'impiego della telemedicina il monitoraggio dell'utenza in ingresso al Dipartimento Salute mentale e la valutazione e la misura dell'appropriatezza e dei risultati dei percorsi di cura ed assistenza erogati.

Alessandro Capocchi

Contesto

Il BdS rappresenta l'unità di misura delle risorse economiche, professionali e umane, necessarie per avviare un processo di capacitazione, volto a ridare ad una persona un funzionamento sociale accettabile. Si tratta di uno strumento che, avviando una modalità di presa in carico innovativa, consente di ottimizzare l'utilizzo delle risorse regionali destinate, tramite le ATS, all'assistenza ai pazienti psichiatrici.

Il PW illustra un progetto di finanziamento, tramite l'utilizzo del BdS, per la cura e l'assistenza di adolescenti e giovani adulti (17-24 anni) all'esordio di patologia grave, afferenti al Dipartimento di Salute mentale dell'ASST Melegnano e Martesana. Il progetto vuole dimostrare come, apportando alcune modifiche sul piano organizzativo, attraverso percorsi di integrazione e coordinamento tra servizi e figure professionali differenti e attraverso un lavoro che armonizzi interventi sanitari e sociali, si possano raggiungere risultati significativi nel soddisfacimento dei bisogni dei pazienti con patologie mentali gravi. L'ASST viene messa così nelle condizioni di rispondere in modo più efficiente ad un maggior numero di utenti portatori di disagio psichico e, conseguentemente, l'ATS può attivare una più efficiente programmazione dell'utilizzo delle risorse.

Idea

Il lavoro si propone di garantire un intervento di cura ed assistenza maggiormente efficiente, grazie anche al contributo della telemedicina, indirizzato a specifiche popolazioni di pazienti ad alto rischio di cronicità e finalizzato alla riduzione della disabilità. L'intento è inoltre quello di fornire un contributo analitico alle ATS ed ai Dipartimenti di Salute mentale e dipendenze (DSMD) impegnati nella riorganizzazione dei servizi, secondo il modello psicosociale multimodale diffuso sul territorio e in coerenza con le linee di indirizzo previste dalla L.R. n. 23/15.

Nel lavoro è stata effettuata un'ampia analisi della letteratura relativa al BdS e sull'utilizzo della telemedicina. Sono state quindi esaminate le stime dei costi sostenuti dal SSR per la

presa in carico del paziente psichiatrico nelle ATS lombarde e sono state analizzate le linee guida e la letteratura per la presa in carico delle patologie mentali affrontate. Partendo dai dati disponibili è stata proposta una riorganizzazione maggiormente efficiente e integrata della presa in carico dei giovani all'esordio di patologie gravi che consente: (a) il monitoraggio dell'utenza in ingresso al Dipartimento Salute mentale, (b) la valutazione e la misura dell'appropriatezza e dei risultati dei percorsi di cura ed assistenza erogati.

Risorse e linee operative

Il progetto prevede tre fasi. La prima prevede l'analisi dei dati. In particolare, si occupa dell'analisi delle linee guida e della letteratura; dell'analisi di quanto offerto dal territorio e della progettazione dei percorsi di cura per i 4 gruppi presi in esame. Il tempo stimato è di 3 mesi.

La seconda consiste nel reclutamento e formazione del personale: formazione del personale e selezione di ulteriori operatori se necessario (educatori, psicologi, ecc.), entro 6 mesi si prevede di aver dato avvio a tutte le formazioni necessarie.

La terza fase, che è a tutti gli effetti l'attuazione del progetto, prevede una fase diagnostica; una fase di presa in carico e una fase di analisi dei risultati.

Parte del progetto è isorisorse in quanto attinge alla razionalizzazione dell'investimento economico impiegato per un progetto sulla cronicità implementato dall'ASST; per la restante parte del progetto il finanziamento è erogato da Regione Lombardia nella forma del BdS. La pianificazione delle risorse disponibili viene effettuata ogni anno nel processo di formulazione del BdS.

7.6 Il Budget di Salute: il superamento della residenzialità psichiatrica verso nuove forme di abitare

Elena De Giosa, Enrico Orazio Giuliani e Franco Spinogatti

Il progetto individua un percorso terapeutico-assistenziale per i pazienti psichiatrici che, in assenza di compromissione della funzionalità fisica, possono essere avviati ad una maggiore autonomia sociale.

Il progetto assume rilievo strategico perché favorisce la riconversione organizzativa, gestionale e funzionale delle attuali Comunità Riabilitative ad Alta Assistenza (CRA) in alloggi e in centri diurni di riferimento, consentendo attraverso specifiche competenze manageriali e di analisi economica, la realizzazione di percorsi innovativi a beneficio dell'assistenza sociosanitaria territoriale.

Alessandro Capocchi

Contesto

Nel Piano Socio Sanitario Integrato Lombardo 2019-2023 la principale problematica relativa all'ambito psichiatrico è la spesa complessiva per prestazioni erogate nell'area della Salute Mentale adulti pari a più di € 300.000, di cui gran parte è inerente al sistema della residenzialità. Quest'ultimo coinvolge tuttavia solo una parte minoritaria dei pazienti in carico ai DSMD. In questo contesto, i PTRI sostenuti da BdS sono un tentativo di implementare iniziative su misura della persona, ossia in base al suo bisogno sociosanitario relativo ad ambiti quali alloggio/casa, formazione/lavoro e socialità/affettività.

Gli obiettivi del progetto sono essenzialmente due. Il primo è riconvertire, razionalizzare e rendere più efficienti le risorse destinate alla residenzialità psichiatrica a vantaggio dell'attività territoriale e con riqualificazione degli operatori sanitari e loro riallocazione. Il secondo è permettere alla persona di recuperare le proprie abilità psicosociali e avviarla verso una progressiva autonomia sociale.

I bisogni a cui il progetto si propone di rispondere concernono la necessità di garantire ai pazienti coinvolti un miglioramento della qualità di vita ed un percorso di cura ed assistenza continuativo, che interessi non solo la dimensione clinica ma anche quella sociale.

Idea

L'idea del progetto consiste nell'individuare un percorso terapeutico-assistenziale per i pazienti psichiatrici che permetta a questi ultimi di inserirsi nella società e trovare un'occupazione. Per fare ciò si prevede la riconversione di una CRA in struttura in alloggi e in un Centro Diurno di riferimento per gli ex residenti, creando così l'opportunità di ricollocare risorse economiche e umane. Gli operatori del CRA riconvertito sarebbero formati e ricollocati sul territorio presso i CPS territoriali rendendo più funzionale la presenza di supporto psichiatrico disponibile per le necessità del territorio. In questo modo le risorse sarebbero

distribuite più capillarmente sul territorio ed in un ambito sanitario – quello psichiatrico – che necessita di una valutazione più attenta delle necessità provenienti dall'utenza.

I destinatari del progetto sono i soggetti con patologie psichiatriche complesse – in assenza di compromissione della funzionalità fisica – che possono essere quindi avviati a percorsi di maggiore autonomia sociale a progettualità relative ad un futuro percorso lavorativo. Sono inoltre coinvolti tutti i professionisti che operano nelle strutture sanitarie del territorio e nell'ambito di competenza afferente al project work.

La metodologia utilizzata si articola in tre fasi:

1. fase strutturale: riconversione di una struttura CRA, caratterizzata da 14 posti letto, in 7 monolocali disponibili per 7 utenti, con la creazione di un Centro Diurno. Per la riconversione economica e la stesura del progetto edilizio con relativi adempimenti burocratici si prevede una tempistica di un mese, mentre per la costituzione dei monolocali si prevedono sei mesi.
2. Fase organizzativa: il personale dell'ex CRA dovrà essere individuato e riallocato in parte c/o il Centro Diurno annesso, e in parte sul territorio, andando ad incrementare le risorse da dedicare soprattutto alle prese in carico. Per tale operazione di riorganizzazione la tempistica è di circa due settimane. Gli operatori dovranno poi essere formati e tale formazione potrà essere eseguita in dieci giorni.
3. Fase progettuale: si compone di ulteriori sottofasi (identificazione e valutazione dei destinatari, definizione di un budget di finanziamento, definizione delle scadenze e delle verifiche per il monitoraggio) che necessitano di una regia gestionale a capo di servizi multidisciplinari e multiprofessionali. Le tempistiche previste sono in questo caso di tre mesi, cui si aggiungono i controlli a scadenza semestrale.

Risorse e linee operative

Per la riconversione è previsto un costo di € 1.000.000 per ASST Melegnano e Martesana per la ristrutturazione edilizia. Questo finanziamento andrebbe riconvertito sulla predizione dei 7 appartamenti. L'analisi dei costi per un CRA evidenzia un costo approssimativo per ciascun operatore infermiere ed educatore uguale a € 35.000 annui, € 28.000 euro per ciascun OSS, € 60.000 per il medico e € 40.000 per il coordinatore. A questi costi va aggiunto il costo di gestione dello stabile e il costo della mensa. La valorizzazione del CRA ammonta ad un totale annuo di € 914.690. Il costo invece dei 7 appartamenti e Centro Diurno annesso ricreati dal CRA avrebbe un costo di € 412.000, con una riduzione di risorse economiche di € 375.000 ed un risparmio di risorse umane (medici, coordinatori ed infermieri).

La riconversione delle strutture residenziali psichiatriche in strutture assimilabili alle abitazioni civili innesca un ampio ventaglio di cambiamenti che vanno dalla qualità della vita e benessere degli utenti all'efficienza economica. La riconversione strutturale è soprattutto una riconversione del progetto di capacitazione delle persone nella direzione di acquisizione di una capacità decisionale. Gli autori del progetto ritengono opportuno valutare i risultati attesi con un set di indicatori di processo (all'interno di un cronoprogramma) ed indicatori/strumenti

Problemi e soluzioni nella gestione sanitaria.

di valutazione validati e standardizzati per poter effettuare un confronto con le altre esperienze.

7.7 Modello di gestione delle liste di attesa in un servizio ambulatoriale di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza territoriale

Elisa Colombi, Gabriella Nucera e Michela Franceschini

Il progetto analizza e applica i criteri di accesso al servizio di neuropsichiatria infantile. Analizzando le motivazioni dell'accesso, viene evidenziata la necessità di lavorare sull'appropriatezza della domanda al fine di evitare la dispersione delle risorse nella risposta. La valenza strategica del progetto si evidenzia proprio nel riportare l'attenzione sulla appropriatezza dell'accesso e nel promuovere l'uso adeguato delle risorse attraverso la collaborazione con le Cure Primarie ed il Triage telefonico preliminare.

Patrizia Bertolaia

Contesto

La Società Scientifica Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (SINPIA) ha recentemente proposto ai Servizi ambulatoriali di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA) di diverse regioni italiane l'utilizzo di un modello di criteri di accesso basato su classi di priorità. Tuttavia, a livello nazionale, questi servizi non sono dotati di un sistema per l'individuazione dei criteri di priorità per l'accesso alle cure, comportando notevoli criticità organizzative.

Il progetto si propone di raggiungere i seguenti obiettivi: valutare l'adeguatezza delle risorse disponibili, contenere l'inappropriatezza di domanda ed offerta attraverso la collaborazione con le cure primarie, contrastare gli accessi impropri in PS e monitorare e verificare i dati relativi al flusso delle richieste.

I bisogni a cui il lavoro fa riferimento riguardano non solo la necessità di amministrare e ridurre le liste di attesa, ma anche di intercettare e orientare in tempi rapidi il reale bisogno di salute dei pazienti, rispondendo in modo efficace e rapido alle loro richieste così da ridurre l'affanno organizzativo dei rispondenti e l'ansia dei richiedenti.

Idea

L'idea del progetto concerne la sperimentazione presso un servizio ambulatoriale di NPIA territoriale piemontese di un modello operativo innovativo di amministrazione delle liste d'attesa tramite l'implementazione del Triage telefonico, dei criteri sperimentali di accesso e delle classi di priorità SINPIA. Tale proposta ha lo scopo di raccogliere i dati preliminari delle esperienze intraprese da un Gruppo di Lavoro interregionale, nonché di condividerne spunti di riflessione e proposte organizzative.

I destinatari del progetto sono i pazienti minori ed i rispettivi nuclei familiari, richiedenti un primo accesso al Servizio di NPIA territoriale Azienda Sanitaria Locale CN2, in merito a sintomatologia afferente a disturbi neurologici, neuropsichici (con disabilità complesse), specifici, psichiatrici e necessità valutative inerenti l'area della tutela.

Problemi e soluzioni nella gestione sanitaria.

La metodologia utilizzata consiste innanzitutto nell'individuazione delle fasi e degli attori coinvolti nella gestione delle richieste di accesso ambulatoriale al servizio NPIA ed in un secondo momento nella descrizione di input (quesiti posti) ed output (informazioni fornite) riguardanti il Triage telefonico. Vengono inoltre svolte l'analisi dei punti di forza e di debolezza del progetto e l'analisi costi-efficacia.

Il lavoro si articola in tre fasi:

1. marzo 2020 – maggio 2020: formalizzazione ed estensione del gruppo di lavoro;
2. giugno 2020 – aprile 2021: definizione degli obiettivi;
3. maggio 2021 al momento della stesura del PW: raccolta ed analisi dei dati e presentazione del progetto.

Risorse e linee operative

Il progetto non è accompagnato da un business plan, poiché non ha come scopo un investimento o la riduzione di un costo, bensì l'appropriatezza clinica ed organizzativa. Di conseguenza anche la valutazione delle performance del servizio è di natura qualitativa, partendo dall'assunzione – secondo gli autori del progetto – che l'efficienza tecnica sia il presupposto dell'efficienza economica e che il miglioramento della prima porti ad una maggior efficienza della seconda. A tal proposito, il progetto ha permesso di erogare lo stesso numero di visite di un periodo analogo negli anni precedenti ma con maggior appropriatezza, determinando così un vantaggio economico per l'azienda sanitaria e per la salute dei pazienti. L'elemento di misurazione dell'uso efficiente delle risorse professionali disponibili è il rapporto tra il numero di visite «mese medico» nei 18 mesi del progetto e il numero di visite «mese medico» nei 18 mesi antecedenti.

I risultati attesi sono illustrati tramite sette indicatori di obiettivo di cui viene stimato un livello da raggiungere e dei quali successivamente si riportano i risultati effettivamente raggiunti tramite l'ausilio di tabelle e grafici.

7.8 Riorganizzazione della prima consultazione in una UO dell'Infanzia e dell'adolescenza territoriale secondo un modello hospitalist

Andrea Calcaterra

A seguito del Covid-19 i servizi di salute mentale hanno visto incrementare vorticosamente le proprie attività, soprattutto le Unità Operative dell'Infanzia e dell'adolescenza (UONPIA). Per rispondere all'esigenza contestuale, il progetto propone un modello organizzativo innovativo, che vede nell'hospitalist e nella prossimità i propri punti di forza. La generalizzabilità è assicurata da due opzioni di implementazione: una isororse e una che prevede un investimento in risorse umane.

Emanuela Foglia

Contesto

A livello di sistema sanitario, i servizi di salute mentale, sia dell'età evolutiva sia dell'età adulta, hanno subito un forte incremento nell'utenza, anche in seguito agli effetti della pandemia. Tali servizi si stanno progressivamente orientando verso l'erogazione di prestazioni alla popolazione fragile e colpita in modo straordinario dalla pandemia, proponendo un'offerta nuova e rinnovata ripensando ai modelli organizzativi a oggi disponibili.

Il progetto propone la riorganizzazione del processo di prima consultazione, all'interno dell'UONPIA del Presidio Ospedaliero di Gallarate, struttura territoriale che afferisce al Dipartimento di Salute mentale dell'ASST Valle Olona (ATS Insubria).

Idea

Il lavoro mira a proporre un nuovo modello organizzativo della fase di prima consultazione in un'UONPIA territoriale, con l'obiettivo di:

- diminuire la tempistica con la quale viene effettuata la prima visita, attivando un Triage basato sull'osservazione clinica;
- implementare i dispositivi di intervento al paziente in modo efficace;
- impostare la presa in carico attraverso la creazione di una rete con gli attori dell'ambiente di vita del minore;
- espletare un'azione di prevenzione primaria riducendo la tendenza alla medicalizzazione.

Nel progetto di riorganizzazione proposto, la prima consultazione viene effettuata entro un mese dalla richiesta dell'utente, da parte di un'équipe ad hoc (neuropsichiatra infantile,

psicologo, e, se del caso, logopedista e terapeuta della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva - TNPEE) in grado di realizzare una valutazione diagnostica breve (3-4 ore), intensiva (una seduta), integrata (in compresenza). Il neuropsichiatra (o lo psicologo) dell'équipe assume su di sé le funzioni dell'hospitalist integrando l'attività multiprofessionale dell'équipe e restituendo l'esito diagnostico al paziente, suggerendo, con tempistiche diversificate in base al livello di gravità clinica emerso: un approfondimento di II livello; l'attivazione di percorsi terapeutici o un monitoraggio attivo del paziente nel proprio contesto ecologico. Inoltre l'hospitalist, stabilisce connessioni con gli stakeholder prossimali del paziente, quali gli insegnanti, i Pediatri di Libera Scelta (PLS) e MMG, anche mediante la telemedicina, divenendo l'artefice di una prima consulenza di prossimità.

Risorse e linee operative

Le metodologie utilizzate sono l'analisi SWOT per la pianificazione strategica del progetto; il BPR per ripensare ai processi aziendali e organizzativi con lo scopo di migliorare costi, tempi, qualità e livello di servizio offerto; il flow chart e swimlane per mappare i processi.

Vengono presentati due scenari di implementazione progettuale:

- isorisorse: si prevede di riallocare tra le prestazioni erogate dall'équipe i primi accessi nella modalità "ambulatori diagnostici dedicati" senza prevedere le figure professionali previste dal progetto (psicologo, logopedista e TNPEE);
- con investimento: legato all'incremento delle risorse umane per l'équipe, in particolare di 1 neuropsicologo, 1 psicologo, 1 logopedista e 1 TNPEE. Per riuscire a coprire il flusso di 9 nuovi accessi settimanali della UONPIA, con la tempistica prevista dal progetto (4 ore cadauno), quantificabile in 40 ore settimanali totali, si potrebbero costituire ex novo due équipe multiprofessionali dedicate esclusivamente all'attività di prima consultazione (con un monte ore settimanale in compresenza pari a 20 ore cadauna). Il costo del personale aggiuntivo per la riorganizzazione della prima consultazione è stimato in € 174.758,40 annui per due équipe.

7.9 Servizi dipendenze e salute mentale: due modelli a confronto

Anna Romano

Il progetto confronta i modelli organizzativi dei due servizi salute mentale e dipendenze, analizzando punti di forza e criticità per la costruzione di percorsi di integrazione soprattutto a favore dei casi con Doppia Diagnosi. Il progetto sviluppa la sua valenza strategica sia attraverso l'analisi dei modelli integrati sia attraverso la declinazione di un percorso innovativo finalizzato a migliorare la qualità del trattamento del paziente con Doppia Diagnosi.

Patrizia Bertolaia

Contesto

I servizi di salute mentale e i servizi per le dipendenze patologiche sono stati funzionalmente e organizzativamente separati dalla fine degli anni '70 in Italia, pur mantenendo la necessità di un'integrazione costante soprattutto per il trattamento dei pazienti con doppia diagnosi. Esistono sostanzialmente tre modelli di gestione di questi casi complessi, riassumibili in: sequenziale, parallelo ed integrato. Negli ultimi anni si sta sperimentando un diverso modello organizzativo e gestionale dei due servizi sul territorio che prevede la collocazione delle SC delle Dipendenze e della salute mentale all'interno di un unico Dipartimento di Salute mentale.

L'obiettivo del lavoro è quello di confrontare due modelli organizzativi differenti ed i percorsi clinici correlati per rilevare i loro punti di forza e criticità, in particolare per quanto riguarda tempi, modalità di erogazione e qualità dei trattamenti.

I bisogni a cui il progetto si propone di rispondere riguardano la necessità di migliorare l'integrazione dei servizi per i pazienti con Doppia Diagnosi (DD) e di esplorare con maggior dettaglio sia gli aspetti teorici, sia quelli concreti del problema in esame.

Idea

L'idea del progetto consiste nell'individuare le modalità più opportune di gestire il budget per le Comunità Terapeutiche per DD. Per fare ciò si analizzano scenari differenti dal punto di vista organizzativo, clinico e gestionale, ponendo particolare attenzione ai benefici derivanti dall'integrazione dei servizi sociosanitari, quali il miglioramento degli indicatori di outcome dei pazienti coinvolti.

I destinatari sono i tecnici e decisori nella progettazione dei servizi sanitari, le direzioni regionali nella scrittura dei piani sociosanitari regionali, le direzioni aziendali nella programmazione e redazione di atti aziendali ed i direttori dipartimento e di SC dei servizi dipendenze e psichiatria.

La metodologia utilizzata si articola in molteplici fasi:

- revisione della letteratura;

Problemi e soluzioni nella gestione sanitaria.

- individuazione e mappatura dei diversi modelli organizzativi regionali sul territorio nazionale (consultazione degli organigrammi e atti aziendali);
- creazione di un questionario/intervista coerente con gli obiettivi del progetto;
- costruzione di indicatori di processo;
- scelta di soggetti intervistabili e mail per richiesta disponibilità;
- somministrazione del questionario (30/40 minuti);
- elaborazione delle risposte, comparazione e sintesi degli elementi di maggiore interesse;
- confronto fra indicatori.

Risorse e linee operative

L'impatto del presente lavoro si colloca nello studio e nella ricerca di un efficace modello di lavoro integrato fra due servizi territoriali, che sia in grado di soddisfare la domanda di assistenza portata da un target specifico di pazienti, che attualmente richiede risposte in capo a due diverse strutture territoriali.

Da un punto di vista operativo può essere creato un gruppo di lavoro inter o intra dipartimentale multidisciplinare congiunto, che, vista la natura complessa del problema, deve essere secondo gli autori formalizzato e permanente (team working). Tale gruppo di lavoro potrebbe diventare lo strumento organizzativo utile a raggiungere concretamente l'obiettivo strategico di realizzare le politiche di integrazione fra gli operatori dei due servizi.

I costi di questa iniziativa sono individuati prevalentemente nell'area dell'impiego di ore/lavoro degli operatori coinvolti, e quindi della gestione del costo delle risorse umane e ad eventuali iniziative formative congiunte.

8. Formazione e risorse umane

Problemi e soluzioni nella gestione sanitaria.

8.1 Modello di gestione strategica dell'International Research & Teaching Center di AREU

Stefano Sironi

Questo progetto si distingue per due aspetti. Da un lato presenta una ben strutturata e "didattica" analisi strategica relativa alla predisposizione di un centro di formazione gestito da AREU e dove valorizzare competenze per una formazione specialistica di livello. Dall'altro lato approfondisce l'analisi economica per la valutazione della fattibilità e sostenibilità del progetto, attraverso una solida analisi di conto economico prospettico.

Federico Lega

Contesto

Viene esposto un progetto per la valorizzazione dell'esperienza AREU nel campo della formazione degli operatori dei servizi di emergenza e urgenza. L'occasione è data dalla messa a disposizione di AREU di un locale del Gaetano Pini utile per aumentare la capacità di iniziative formative. In questo contesto viene affrontata l'esigenza di una valutazione economica ed organizzativa del progetto. La rilevanza del progetto deriva dal fatto che la formazione tramite strumenti di simulazione contribuisce a ridurre i rischi di errore umano in una fase particolarmente critica nella rete tempo-dipendente rappresentata dagli interventi di urgenza.

Idea

L'idea del progetto è quella di predisporre un modello per la valutazione della sostenibilità economica dell'investimento richiesto ad AREU per completare la ristrutturazione dei locali e per acquisire le tecnologie necessarie. A tal fine viene svolta un'indagine di mercato sui bisogni di formazione espressi da ASST/IRCCS/ATS/Università. In seguito, viene svolta un'indagine competitiva che riguarda le cause per cui altri centri di formazione con l'uso della simulazione non sono riusciti a dare continuità all'attività a causa delle sopravvenute difficoltà di carattere economico.

I destinatari del progetto sono le direzioni strategiche dei soggetti sopra citati interessati ad utilizzare il centro di formazione, nonché la direzione strategica di AREU che deve garantire un ritorno sull'investimento effettuato per non sottrarre risorse all'attività istituzionale. Il contributo ha utilizzato una metodologia articolata nei seguenti elementi:

- analisi del contesto di riferimento: nel quale sono brevemente riportate le caratteristiche gestionali ed organizzative di AREU e viene effettuata un'analisi SWOT;
- analisi della formazione nell'ambito dell'emergenza-urgenza: mette in evidenza l'esigenza di potenziare e valorizzare le competenze tecniche delle singole professionalità e l'individuazione di modalità operative integrate, interdisciplinari ed interprofessionali;

Problemi e soluzioni nella gestione sanitaria.

- analisi di mercato: sono individuati i 29 centri di simulazione in Italia, di cui 21 pubblici e 8 privati;
- dimensionamento della domanda e dell'offerta: viene evidenziata la frammentazione della domanda e viene stimato il potenziale in Lombardia pari a quasi € 9.000.000.

Risorse e linee operative

La proposta è articolata nell'analisi dell'investimento iniziale e della stima di costi e ricavi annuali riferiti a tre tipologie di corsi: base, intermedio ed avanzato.

I costi di investimento iniziale sono stimati in € 2.800.000 di cui € 2.400.000 per ristrutturazione e € 400.000 per allestimento. L'investimento si riduce a € 2.400.000 potendo contare su una donazione finalizzata all'acquisto di simulatori ed all'allestimento. I costi di gestione annuale sono stimati in € 500.000, di cui € 120.000 fissi e € 380.000 variabili. I costi fissi sono riferiti a quattro figure professionali: tecnico di simulazione, coordinatore dell'attività formativa, personale di segreteria e tecnico informatico. I costi variabili sono prevalentemente riferibili alle figure di docenza rappresentate da istruttori di simulazione. Per la stima sono utilizzati costi standard riferiti alle diverse figure professionali ed ai servizi generali.

I ricavi annui sono stimati in circa € 1.200.000, di cui € 160.000 derivanti dai corsi base, € 490.000 da corsi intermedi e € 530.000 da corsi avanzati.

Il margine annuale è pari a € 700.000, mentre la differenza tra ricavi e costi variabili è pari a € 820.000.

8.2 On-the-job training dei medici neoassunti e degli specializzandi

Fabrizio Balsamo, Luigi Colombo e Alberto Rigolli

Il progetto fornisce una possibile risposta all'attuale difficoltà nel reperimento di chirurghi e nell'incompleta autonomia dei neospecialisti. L'analisi puntuale delle competenze, declinata per le diverse discipline, rappresenta la base per una formazione tailor-made, finalizzata allo sviluppo e alla crescita professionale, vere leve per colmare le lacune ma anche per la soddisfazione professionale, la crescita dell'autostima e la consapevolezza del proprio ruolo e del proprio contributo ad un'efficace attività clinica.

Patrizia Monti

Contesto

Attraverso un'analisi della situazione italiana delle scuole di specializzazione medica e un confronto con l'organizzazione della formazione post-universitaria di altri Paesi, gli autori evidenziano le criticità che portano un medico neo-specializzato in un'università italiana a non essere sufficientemente preparato ad entrare nel mondo lavorativo al termine del suo percorso.

Da una recente analisi dell'Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani, emerge infatti che in più dell'85 per cento dei casi, un chirurgo appena specializzato non si sente in grado di effettuare un intervento senza una supervisione. Una possibile soluzione potrebbe essere quella di far entrare gli ospedali nel sistema formativo delle scuole di specializzazione in chirurgia generale, poiché la formazione ospedaliera viene considerata migliore rispetto a quella universitaria.

Gli obiettivi strategici e specifici del progetto sono quelli di creare un sistema "riproducibile" nelle diverse strutture ospedaliere che consenta di continuare e completare l'attività formativa che la specializzazione non è stata in grado di offrire ai giovani medici.

Idea

L'idea del progetto è quella di far in modo che la formazione del medico specializzando non sia affidata solo alle scuole di specializzazione, ma anche le aziende ospedaliere, che sempre più frequentemente ospitano i giovani medici. Per questo dovrebbero essere chiamate a contribuire, in modo più incisivo, alla loro crescita professionale.

La metodologia del progetto si ispira alla corretta valutazione delle competenze "attuali" del medico neo-assunto e dello specializzando in formazione.

Il progetto ha coinvolto tre UO: Chirurgia generale di Chiavenna, Chirurgia maxillo-facciale di Como e Ostetricia e ginecologia di Cremona - Oglio Po. Tutte le unità sono frequentate da specializzandi.

L'impostazione del lavoro si basa sull'individuazione di criteri di valutazione da applicare a ciascun reparto a partire dall'analisi della situazione attuale dei singoli professionisti che ha permesso di identificare le aree di miglioramento. I criteri individuati sono:

Problemi e soluzioni nella gestione sanitaria.

- valutazione della situazione esistente;
- identificazione attraverso i “privilegi” dei medici che devono completare il loro percorso in questi tre anni riguardo alle competenze per procedure chirurgiche “urgenti” o “elettive”;
- scelta del tipo di interventi sui quali puntare e per quali professionisti;
- valutazione degli aspetti formativi dell’aver professionisti in formazione;
- valutazione dei possibili costi dovuti alla formazione;
- valutazione dei rischi connessi alla presenza di medici in formazione.

Risorse e linee operative

Il progetto propone un’analisi dei costi correlati alla sua implementazione, un’osservazione sull’attività formativa prevista e una valutazione dei rischi per i più significativi interventi, scelti come obiettivi da realizzare e raggiungere da parte dei medici in formazione e degli specializzandi in ciascun reparto considerato.

Dall’analisi dei dati ottenuti si evidenzia che la differenza in termini di tempi/costi, negli interventi in cui è presente un medico specializzando in équipe (non come primo operatore) è poco significativa. Gli interventi eseguiti dal medico specializzando come primo operatore dimostrano, invece, una differenza più significativa per quanto riguarda l’allungamento dei tempi operatori e dei relativi costi.

L’implementazione dell’azione formativa, anche attraverso l’utilizzo delle nuove tecnologie, deve considerare un’attenta graduazione delle funzioni e dei privilegi riconosciuti ai formandi. Inoltre, deve prevedere la verifica annuale degli interventi eseguiti come primo operatore e il grado di autonomia acquisita.

Infine, emerge come il rischio di errore, che ha rilevanza ai fini dell’impatto su comportamenti di medicina difensiva per i chirurghi in formazione, non aumenta se i criteri del risk management vengono correttamente applicati.

I risultati attesi dal progetto proposto sono, in generale, quelli di colmare il gap dovuto alla mancata formazione in università e garantire incremento di professionalità al singolo medico migliorando anche le performance del reparto frequentato.

8.3 La gestione delle risorse umane nell'ampliamento dell'offerta di servizi da RSA in RSA/RSD

Nazzareno Fagoni

L'elaborato approfondisce il tema dell'ottimizzazione e valorizzazione delle risorse umane all'interno di un sistema integrato RSA/Residenza Sanitaria Disabili (RSD), proponendo un modello organizzativo basato sui concetti di job-rotation, job-enlargement e team multidisciplinare.

In quest'ottica, l'integrazione delle diverse competenze richieste nei due ambiti lavorativi potrebbe determinare un ampliamento delle abilità delle figure professionali che operano in RSA e RSD, migliorandone le competenze specifiche e consentendo al sistema di ottimizzare la gestione del personale.

Umberto Gelatti

Contesto

L'elaborato approfondisce il tema dell'ottimizzazione delle risorse umane all'interno di un sistema integrato tra RSA e RSD, in particolare proponendo un'analisi di un modello organizzativo all'interno di RSA/RSD che si basi sui concetti di *job-rotation*, *job-enlargement* e team multidisciplinare. Queste strategie vengono discusse attraverso la proposta di una serie di indicatori di input, di risultato, di efficienza e di impatto, utili a valutare nel tempo la progressione aziendale in termini di formazione, integrazione di nuove unità, di gestione di un nuovo settore di servizi alla persona (RSD) e, successivamente, effettuare un'analisi di benchmark con realtà comparabili.

Obiettivo generale del progetto è di formare un gruppo di professionisti con competenze adeguate per una RSD, in grado di rispondere alle esigenze del progetto che ha come fine ultimo quello di allargare l'offerta dei servizi sul territorio lombardo, data la carenza di strutture RSD e le liste d'attesa che attualmente non consentono l'accesso nelle strutture in tempi brevi, aumentando le pressioni sugli ospedali e sulle riabilitazioni che spesso non riescono a trasferire pazienti che necessitano di lungodegenze temporanee o definitive. Obiettivo specifico del progetto è l'implementazione di un processo di gestione delle risorse umane, valorizzando le figure professionali presenti nell'ente e proponendo anche all'interno di una realtà diversa dalle strutture ospedaliere la realizzazione di un team multidisciplinare.

Idea

L'idea del progetto è che grazie alle diverse competenze richieste nei due ambiti lavorativi, le figure professionali che operano in RSA e RSD possano acquisire ed ampliare le loro abilità, migliorando le competenze specifiche e consentendo al sistema di ottimizzare la gestione del personale.

I destinatari del progetto sono il territorio, per rispondere ad esigenze specifiche di carenza di strutture per il trattamento delle disabilità gravi con residenzialità semipermanente/permanente e il personale della Fondazione A. Fiorini.

Problemi e soluzioni nella gestione sanitaria.

Il progetto si articola in quattro fasi:

1. accreditamento dei posti letto da parte di ATS e approvazione del progetto strutturale da parte dell'ente comunale. Durante questa fase di quattro mesi, non sono previsti attività inerenti all'implementazione del processo.
2. Nella seconda fase, prevista di otto mesi, iniziano due processi oggetto di valutazione tramite indicatori: il primo riguarda l'internalizzazione delle Risorse Umane e il secondo la formazione teorica/pratica per medici, psicologo, infermieri e fisioterapisti (valutazione indicatori di input: persone formate nell'anno).
3. Utilizzo di strategie di job-rotation, job-enlargement e costituzione di un team multidisciplinare da parte delle risorse umane, al fine di migliorare le competenze del personale (sei mesi).
4. Consolidamento del progetto di RSD e analisi in itinere del processo. L'indicatore di efficienza è utile per valutare se il numero di dipendenti per ospite in RSD è simile in realtà presenti sul territorio (analisi di benchmark). Gli indicatori di impatto servono a valutare l'effetto dell'ottimizzazione della gestione delle risorse umane sullo stato di salute degli ospiti e il gradimento dei familiari. Gli indicatori sono valutati ogni sei mesi dall'inizio delle attività di RSD, sia sul nuovo ramo d'azienda che su quello già consolidato di RSA.

Risorse e linee operative

Il progetto propone l'utilizzo di una serie di indicatori:

- di input, che si riferiscono agli elementi che costituiscono le risorse e la situazione di partenza su cui innestare la progettazione;
- di risultato, che servono a valutare la realizzazione progettuale dell'obiettivo operativo (processo);
- di efficienza, che rappresentano l'insieme degli indicatori che valutano il rapporto tra risorse economiche impiegate e le attività di progetto prodotte;
- di impatto, utilizzati a valutare i contributi a lungo termine rispetto all'obiettivo generale.

Le risorse economiche necessarie sono quantificate in termini di costi di percorsi formativi destinati alle figure professionali coinvolte:

- corso di ventilazione meccanica rivolto a 3 medici al costo di € 570.

- corso interattivo di ventilazione meccanica non invasiva, rivolto a 3 medici, 10 infermieri, 3 fisioterapisti, di cui si è richiesta la quotazione al provider.
- corso su gestione del paziente con cannula tracheostomica in ambito motorio, comunicativo, respiratorio e deglutitorio, rivolto a 10 infermieri e 3 fisioterapisti al costo totale di € 4.680.

I risultati attesi riguardano il miglioramento dello stato di salute degli ospiti della RSD e, allo stesso tempo, la possibilità di ottimizzare le risorse umane all'interno di un sistema integrato RSA e RSD.

8.4 Clinical competence e clinical privilege in area chirurgica

Alessandro Casiraghi e Andrea Tullio Mario Costanzi

Questo progetto affronta il tema della clinical competence e quindi della mappatura delle competenze come strumento di governo aziendale dei saperi e di supporto ai ruoli direzionali nella loro funzione di garanzia della qualità del lavoro supervisionato. Oltre ad una approfondita analisi del contesto internazionale e nazionale, gli autori presentano delle riflessioni pragmatiche ed operative collegate al proprio contesto organizzativo e di interesse per chiunque voglia cimentarsi con questo tema.

Federico Lega

Contesto

Il progetto propone il tema dello sviluppo delle clinical competence definite come il risultato delle conoscenze, abilità e capacità tecniche, delle qualità professionali, manageriali, relazionali e operative di ogni singolo specialista nel proprio contesto sanitario. Esse rappresentano un modello di valutazione e sviluppo delle capacità professionali coerente con le strategie aziendali e i bisogni di salute dei pazienti. Accanto al concetto di clinical competence viene introdotto il tema dei clinical privilege, ovvero le prestazioni cliniche che il singolo medico sarà autorizzato a eseguire. I clinical privilege sono attribuiti da alcune aziende sanitarie sulla base di “credenziali” professionali e livelli di attività raggiunti. Viene quindi esposta una disamina della letteratura a livello nazionale e internazionale sui sistemi di valutazione e modelli di sviluppo professionale già sperimentati, i quali sono riconosciuti come espressione di maturità dell’organizzazione sanitaria.

Nel PW si inserisce inoltre una riflessione sulle possibili modalità di inclusione delle clinical competence nel bilancio aziendale, inserendo nel processo di budget alcuni punti di valutazione atti a favorire lo sviluppo di competenze e privilegi. Gli autori sostengono infatti che con l’adozione di nuovi modelli organizzativi e una migliore integrazione gestionale, basata sul sistema delle clinical competence, il Sistema Sanitario possa recuperare efficienza anche a isorisorse.

Idea

Gli ambiti considerati per lo sviluppo del progetto pilota presentato nel PW sono la UOC di Chirurgia generale dell’Ospedale di Merate e la UOC di Ortopedia e traumatologia dell’ASST Spedali Civili di Brescia. L’obiettivo del progetto è quello di approfondire la conoscenza dei modelli esistenti di clinical competence e di mapparne l’attuale distribuzione per ciascun professionista medico per eseguire un *baseline assessment* dello stato attuale da presentare all’interno delle UO e dei servizi di competenza delle ASST in esame (gestione risorse umane, nucleo valutazione, qualità e rischio clinico, controllo di gestione, programmazione bilanci). I professionisti coinvolti nella prima fase del progetto pilota sono stati 9 dirigenti medici in

Chirurgia generale dell'Ospedale di Merate e 15 in Ortopedia e traumatologia degli Spedali Civili di Brescia.

Gli autori evidenziano come la mappatura delle clinical competence effettuata potrebbe favorire la costruzione di un percorso virtuoso sperimentale successivamente applicabile ad altre UO.

Risorse e linee operative

Il primo step del progetto è la mappatura delle clinical competence. Essendo i contesti aziendali di riferimento e gli operatori coinvolti nuovi a tale tipo di progettualità, si è ritenuto opportuno somministrare un questionario esplorativo in forma anonima per conoscere il grado di interesse e di accordo rispetto al progetto. Il questionario è stato strutturato in 17 domande con risposta chiusa.

Una volta riscontrato l'interesse all'adesione al progetto si è proceduto con l'analisi delle UO mappando le clinical competence allo stato attuale. Tale mappatura, standardizzata attraverso l'utilizzo di un codice sintetico attribuito a ciascun componente dello staff medico secondo il livello di competenza, è finalizzata alla costruzione di un profilo individuale per ciascun collaboratore delle due UO che si ritiene potrebbe essere inserito all'interno della scheda personalizzata di budget. A questo scopo lo strumento che viene presentato e che in prospettiva ci si propone di utilizzare è il *Professional Portfolio* il quale rappresenta il punto di raccolta di dichiarazioni che dimostrano la continua acquisizione di abilità, conoscenze, attitudini, la comprensione degli obiettivi e i risultati ottenuti. Nel progetto vengono descritte le caratteristiche e le modalità di utilizzo del Professional Portfolio, prestando attenzione anche alle possibili criticità rispetto all'introduzione di tale strumento di valutazione.

Problemi e soluzioni nella gestione sanitaria.

9. Farmacia

Problemi e soluzioni nella gestione sanitaria.

9.1 Analisi e progettazione dei processi di gestione di farmaci e dispositivi medici in ASST Fatebenefratelli Sacco

Pietro Olivieri e Fabio Terragni

Questo progetto presenta un lavoro di riprogettazione della supply chain del farmaco e dei devices che migliora l'efficienza e la sicurezza della loro gestione. Tutto il processo è descritto in modo preciso e consente di apprezzare non solo la qualità del progetto ma anche di modellizzare (e replicare in altre realtà) le modalità con cui sviluppare lo stesso in altre aziende ed in ambienti diversi quali il reparto e l'ambulatorio.

Federico Lega

Contesto

Il progetto propone un'analisi finalizzata a riprogettare i processi di gestione dei farmaci e dei dispositivi medici in ASST Fatebenefratelli Sacco. Il lavoro presentato si inserisce nel progetto LIFEMED "Logistica Integrata del Farmaco e dei Dispositivi Medici", in collaborazione con il Politecnico di Milano.

L'obiettivo del progetto è quello di realizzare un modello organizzativo-logistico innovativo per il processo di gestione e tracciabilità dei farmaci e dei dispositivi medici, attraverso lo sviluppo di soluzioni digitali.

La metodologia utilizzata è quella dell'approccio BPR che consiste nell'intervento su processi aziendali ritenuti inadeguati o migliorabili.

Le fasi attraverso cui si svolge un progetto BPR sono principalmente quattro:

- rilevazione della situazione esistente, che è stata svolta presso specifici reparti selezionati all'interno dell'ASST Fatebenefratelli Sacco;
- analisi e confronto tra le evidenze emerse nei diversi reparti oggetto di analisi e le modalità rilevate attraverso l'analisi dello scenario nazionale al fine di evidenziare buone pratiche, spunti di miglioramento ed eventuali criticità;
- ridefinizione, della nuova configurazione organizzativa, di processo e di supporto digitale sulla base dei processi definiti best practice;
- attuazione e concretizzazione della soluzione progettata.

Idea

Nel progetto si riportano i risultati delle analisi di alcuni processi attuali di gestione di farmaci e dispositivi, effettuate presso il Presidio Ospedaliero Sacco, il Presidio Ospedaliero

Fatebenefratelli e sul territorio di competenza per l'attività di gestione delle vaccinazioni. Il principale output di tale attività di analisi sono le mappature dei processi analizzati.

Nel lavoro sono stati, inoltre, descritti i punti di forza e di attenzione, a partire dai quali, sono state individuate le soluzioni per un'ottimizzazione dei processi di gestione dei farmaci e dei dispositivi medici e la relativa declinazione nello specifico contesto dell'ASST Fatebenefratelli Sacco.

Infine, sono stati descritti gli step principali che dovranno essere attuati per ottimizzare i processi in questione, comprensivi delle sperimentazioni previste all'interno del progetto LIFEMED.

Risorse e linee operative

La prima fase dell'analisi riguarda la rilevazione della situazione esistente rispetto alle attività legate al processo di gestione logistica dei farmaci e dei dispositivi. Tali attività sono riconducibili a tre macro-fasi principali: approvvigionamento, prescrizione e somministrazione. Vengono quindi descritti nel dettaglio il contesto organizzativo, i volumi operativi, i processi, i flussi di informazioni ed i supporti informativi.

Per l'analisi è stato utilizzato un approccio a step consecutivi; inizialmente sono stati definiti i meta-modelli dei processi, per rappresentare le principali macro-fasi comuni, successivamente sono stati declinati modelli attraverso mappature specifiche, dettagliando tutte le fasi sulla base delle singole azioni comuni, dei luoghi e dei percorsi decisionali; infine i singoli modelli sono stati declinati nel contesto specifico dell'ASST Fatebenefratelli Sacco, evidenziando azioni, attori e supporti informativi utilizzati. All'interno dell'ASST Fatebenefratelli Sacco sono stati coinvolti complessivamente 11 ambiti, oltre alla direzione dell'UOC Vaccinazioni ed i centri vaccinali territoriali.

Attraverso lo studio è stato possibile individuare quattro meta-modelli: Reparto, Ambulatorio, Dispositivi medici specialistici e Farmaci speciali (vaccini); inoltre si è deciso di definire un ulteriore meta-modello, relativamente alla consegna e gestione degli ordini presso la Farmacia ospedaliera.

Vengono poi riportati i punti di forza e le criticità rilevate dall'analisi e le possibili soluzioni di evoluzione organizzativa e di supporto digitale per la gestione del magazzino virtuale, la prescrizione e somministrazione, nonché la tracciabilità dei dispositivi medici.

Infine, vengono tracciati gli step per l'implementazione:

- tracciabilità interamente informatizzata di tutti i farmaci e i dispositivi medici, attraverso la gestione informatizzata degli ordini, delle prescrizioni e delle somministrazioni/utilizzo; nonché magazzini centrali e periferici virtuali;
- centralizzazione della Farmacia ed implementazione di un magazzino unico centrale automatizzato, con frigoriferi allarmati e monitorati automaticamente;
- inclusione della gestione dei vaccini all'interno del magazzino centrale.

9.2 La Farmacia dei servizi: quale ruolo nella prevenzione e nella presa in carico territoriale

Lucio Labella Danzi, Marco Ponticelli e Claudia Toso

La pandemia da Covid-19 ha accelerato l'evoluzione delle Farmacie territoriali in Farmacie dei servizi attraverso punti diffusi di erogazione di prestazioni e una piena integrazione di questi punti all'interno della rete dei servizi. Il progetto, descrivendo un'esperienza, fornisce contributi per "replicare" e implementare la Farmacia dei servizi, mediante la definizione dei requisiti, modalità di integrazione con gli MMG e lo sviluppo di modelli di finanziamento.

Silvano Casazza

Contesto

L'esperienza della pandemia da Covid-19 ha fatto emergere la necessità di un potenziamento della capacità dei servizi territoriali di prendersi carico dei pazienti, non soltanto aumentando il numero delle persone assistite, ma anche migliorando la qualità e le prestazioni nei luoghi di prossimità.

Il progetto prende in esame la centralità, la capillarità e le funzioni svolte dalla farmacia, non più limitata alla vendita e distribuzione dei farmaci, ma connotata da una serie di servizi più ampia nell'ambito di quella che viene definita Farmacia dei servizi. Essa è intesa infatti come luogo in cui vengono anche erogati una serie di servizi e prestazioni per la prevenzione e la presa in carico territoriale del paziente cronico.

Idea

L'elaborato si concentra sull'introduzione della Farmacia dei servizi, documentando e descrivendo l'esperienza pratica finora realizzata nell'ambito dell'ATS Brianza.

Gli step descritti sono relativi a:

- ricognizione ed analisi normativa;
- individuazione e analisi di dettaglio della domanda di servizi di assistenza scaturenti;
- descrizione delle caratteristiche dell'offerta di prestazioni sanitarie al momento attuale (compreso il contributo delle farmacie nell'affrontare la pandemia generata da SARS-CoV-2);
- analisi delle risultanze delle sperimentazioni con individuazione delle "lezioni apprese";
- analisi dell'organizzazione del SSN e SSR e delle regole previste;
- individuazione delle attività da porre in essere in relazione a: processi, persone/organizzazione, e strumenti/sistemi.

Risorse e linee operative

Nel progetto vengono presi in esame a livello teorico gli step ritenuti necessari per l'implementazione del modello della farmacia dei servizi sul territorio a partire dal modello e dai fondi messi a disposizione dal PNRR. In particolare, vengono esaminati gli interventi organizzativi e di processo tra cui:

- definizione dei requisiti minimi organizzativi e strutturali affinché la farmacia possa integrarsi nella rete dell'erogazione dei servizi;
- modalità di integrazione per l'erogazione dei servizi in modalità multidisciplinare con particolare attenzione alla collaborazione con gli MMG;
- sviluppo dei modelli di finanziamento per la farmacia dei servizi, e decidere se e come tale finanziamento debba essere inserito in modelli di finanziamento complessivi che riguardano l'intero percorso di cura per l'assistito.

Nell'elaborato vengono considerati anche interventi rivolti al personale e al cittadino attraverso la sperimentazione di modelli di lavoro condivisi, formazione dedicata e azioni di comunicazione per la cittadinanza. È evidenziata anche l'importanza di interventi strutturali che favoriscono l'integrazione vengono ritenuti fondamentali per l'implementazione del modello proposto, come la creazione e l'utilizzo di sistemi che consentono il corretto scambio di dati e informazioni tra tutti i portatori di interesse all'interno del sistema sanitario. Il lavoro si focalizza sui vantaggi del modello e sull'individuazione di alcuni indicatori ritenuti rilevanti per l'applicazione del modello sintetizzata nella tabella seguente.

	Indicatori
Indicatori di struttura	N° farmacie dei servizi/totale farmacie N° farmacie dei servizi/totale farmacie tra le farmacie rurali Interventi a sostegno degli investimenti
Indicatori di processo	N° farmacie/farmacisti partecipanti alla formazione N° di arruolati per percorso (prevenzione e cronicità) N° interventi volti a promuovere sani stili di vita N° di percorsi di cura condivisi tra azienda sanitaria/MMG e farmacia
Indicatori di follow up	Indicatori di follow-up per percorso

Primo catalogo di esempi di progetti dei corsi di formazione manageriale 2019 e 2021

	N° di rivalutazioni
Indicatori di performance	N° di prestazioni erogate per tipologia Tempi di attesa
Indicatori outcome	Riduzione dei ricoveri impropri e del tasso di ospedalizzazione Percentuale di riammissione Riduzione degli accessi in PS “prevenibili” per patologie croniche Riduzione degli accessi in PS per errori dell'aderenza terapeutica Survey sulla qualità della vita e sulla soddisfazione dei cittadini Diminuzione degli accessi domiciliari da parte del MMG
Indicatori di efficacia/esito	Analisi mortalità Analisi morbilità

Problemi e soluzioni nella gestione sanitaria.

10. Veterinaria

Problemi e soluzioni nella gestione sanitaria.

10.1 Antimicrobico-resistenza: migliorare la consapevolezza del problema fra la classe veterinaria

Bianca Maria Falchi, Paola Giuliana Ibba, Dario Masoni e Fabio Giovanni Ravanelli

Secondo una stima dell'OMS, qualora non venissero applicate contromisure efficaci in una logica One Health, l'antibiotico-resistenza potrebbe causare fino a 10 milioni di morti in più all'anno entro il 2050. Attraverso un questionario, gli autori individuano i punti di forza e di debolezza nell'attuale organizzazione dei servizi veterinari ed elaborano alcune proposte per la sensibilizzazione e il miglioramento delle politiche per ridurre il fenomeno dell'antibiotico resistenza.

Vittoria Viganò

Contesto

Il progetto parte dal richiamo all'importanza della antimicrobico-resistenza che secondo studi di OMS e Banca Mondiale potrebbe causare 10 milioni di morti in più all'anno entro il 2050 e costi dell'ordine di 1.000-3.000 miliardi per la diagnosi e la cura dei pazienti. Vengono analizzati i meccanismi tramite cui si genera la resistenza e quelli che determinano il passaggio. Viene poi sottolineata l'interdipendenza dei fattori che determinano la selezione di batteri resistenti agli antibiotici, in particolare le relazioni tra l'ambiente umano, animale e vegetale. Sono poi analizzati i sistemi di passaggio uomo-uomo, animale-uomo, vegetale-uomo. L'obiettivo del lavoro è quello di una sensibilizzazione ai vari livelli del SSN dei settori della zootecnia e dell'agricoltura quale presupposto per l'adozione di politiche efficaci.

Idea

Sono analizzate le diverse politiche nel campo della zootecnia, in particolare collegate all'allevamento intensivo che richiede l'uso massiccio di antibiotici. Sono poi richiamati gli indirizzi emanati da organismi internazionali per cercare di invertire la tendenza. Viene sottolineato che l'uso prudente è possibile attraverso strategie integrate condivise dagli attori coinvolti nel sistema ovvero Unione europea, Ministero della Salute, medici veterinari, OSA, ordini professionali e associazioni di categoria. La sfida posta dall'antibiotico-resistenza interessa l'intera popolazione mondiale ed è necessario che venga affrontata a livello globale, all'interno di ogni territorio e attraverso il coinvolgimento di un'ampia sfera di settori. Tale approccio è generalmente identificato dal modello sanitario One Health, basato sull'integrazione di diverse discipline e volto alla progettazione e all'attuazione di programmi, politiche, normative e ricerche, finalizzate al raggiungimento di migliori livelli di salute globale. È richiamata l'importanza degli indirizzi di vari organismi professionali quali il Global Antimicrobial Resistance Surveillance System (GLASS) gestito dall'OMS, Il Centro Europeo per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (European Centre for Disease Prevention and Control, ECDC), European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-Net) e le linee guida quali la Guide to Good Prescribing e le Good Pharmacy Practice Guidelines.

Problemi e soluzioni nella gestione sanitaria.

Inoltre, vengono richiamati comportamenti semplici che possono ridurre la diffusione quali lavarsi le mani, diagnosi per prescrizioni mirate e limitate, informazione ai pazienti e per evitare l'eccessivo uso di antibiotici.

Risorse e linee operative

Gli autori hanno distribuito un questionario per l'intervista ai veterinari iscritti agli ordini dei medici veterinari delle province di Cagliari, Imperia, Monza-Brianza e Sassari. I dati sono stati elaborati e inviati ai sanitari che hanno partecipato all'intervista che hanno evidenziato le criticità esposte in alcune tabelle di sintesi. Sulla base dei risultati sono stati individuati i punti di forza e di debolezza nell'attuale organizzazione dei servizi veterinari e sono state elaborate alcune proposte per la sensibilizzazione e il miglioramento delle politiche per combattere il fenomeno dell'antibiotico resistenza.

10.2 Modello per l'integrazione dei controlli ufficiali nel settore della produzione primaria

Laura Gemma Brenzoni

Il progetto si propone di migliorare l'efficienza e l'efficacia dei controlli ufficiali negli allevamenti, aumentando la probabilità di intercettare situazioni di non conformità prima che ciò avvenga tramite un controllo programmato o una segnalazione di terzi. Definisce percorsi e strumenti per permettere al veterinario ufficiale di intervenire direttamente in allevamento per attività inerenti la sanità animale e per l'igiene degli allevamenti, con un approccio integrato verso l'azienda nel suo complesso.

Paolo Locatelli

Contesto

La legislazione europea in materia di salute animale ha l'obiettivo di garantire un elevato livello di salute, lo sviluppo dell'agricoltura e l'incremento della produttività, contribuendo in modo determinante alla realizzazione di un mercato interno per animali e loro prodotti e alla prevenzione della diffusione delle malattie infettive. Le Autorità Competenti degli Stati Membri hanno la responsabilità di fare rispettare la legislazione europea in materia di filiera agroalimentare predisponendo controlli ufficiali. ATS Brescia è l'autorità competente in materia di sanità pubblica veterinaria e sicurezza degli alimenti di origine animale relativamente al territorio di propria competenza, tramite il Dipartimento Veterinario e sicurezza degli alimenti di origine animale.

L'obiettivo strategico del progetto è di migliorare l'efficienza e l'efficacia dei controlli ufficiali negli allevamenti, così da aumentare la probabilità di intercettare situazioni di non conformità prima che ciò avvenga tramite un controllo programmato o una segnalazione di terzi.

I bisogni a cui il progetto vuole rispondere riguardano la necessità di migliorare l'appropriatezza dei controlli ufficiali e valorizzare la figura professionale del veterinario come operatore di sanità pubblica.

Idea

L'idea del progetto consiste nel proporre un modello operativo per lo svolgimento dei controlli veterinari e di sicurezza degli alimenti di origine animale. Tramite questa soluzione innovativa, il veterinario ufficiale potrebbe intervenire direttamente in allevamento per attività inerenti la sanità animale e/o per l'igiene degli allevamenti, facendo ricorso ad un approccio integrato verso l'azienda nel suo complesso. In tal modo sarebbe dunque possibile intercettare più efficacemente i casi di inottemperanza ai requisiti di legge, a tutela della salute e del benessere degli animali e dell'allevamento.

I destinatari del progetto sono i veterinari ufficiali di sanità animale e di igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche, in quanto sono le figure professionali incaricate di effettuare le verifiche sopra citate. Il direttore del distretto veterinario e i responsabili di UOS sanità animale e igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche sono inoltre

Problemi e soluzioni nella gestione sanitaria.

coinvolti in quanto chiamati a sensibilizzare i colleghi del territorio ad applicare il protocollo, a favorire la collaborazione tra colleghi e la risoluzione delle non conformità emerse.

La metodologia utilizzata si articola in quattro fasi:

1. casistica delle non conformità: si chiede ai veterinari ufficiali di identificare le macro-tipologie di irregolarità tra le fattispecie che più comunemente si possono osservare in allevamento e che rispondono al criterio di essere identificabili senza dover eseguire un controllo specifico;
2. azioni conseguenti al riscontro di non conformità: si illustrano i tipi di comportamenti da adottare per ogni possibile scenario non conforme;
3. tempistica: si descrivono i diversi momenti di implementazione del progetto nel triennio 2020-2022;
4. indicatori: viene presentato un elenco degli indicatori più opportuni per la valutazione del progetto.

Risorse e linee operative

I risultati attesi del progetto sono i seguenti:

- ottimizzazione delle risorse, aumentando la capacità del sistema di controllo di intercettare tutte le situazioni di “malgoverno” degli animali;
- ampliamento delle competenze, in quanto i destinatari del protocollo sono stati coinvolti direttamente nella sua elaborazione ed hanno potuto approfondire le specifiche materie;
- standardizzazione dei controlli, la presenza di una procedura garantisce l’uniformità dei comportamenti e supporta il veterinario nelle azioni successive al riscontro dell’irregolarità;
- miglioramento della qualità dei dati, l’ampliamento del perimetro del controllo consente di raccogliere un numero maggiore di dati sanitari che vengono utilizzati per categorizzare gli allevamenti in base al rischio.

I punti critici sono invece da identificare principalmente nei seguenti ambiti:

- resistenza al cambiamento nei confronti di un approccio che richiede il coinvolgimento di altri colleghi nell’esecuzione delle attività di propria competenza;
- aggravio di lavoro da parte dell’accertatore a seguito del rilievo di una non conformità.

Autori dei Project Work

Davide Archi, Direttore unità operativa complessa, Azienda Socio Sanitaria Territoriale Rhodense.

Milena Arghittu, Direttore unità operativa complessa, Azienda Socio Sanitaria Territoriale Melegnano e Martesana.

Luca Baccaro, Dirigente settore tecnico, Comune di Magenta.

Fabrizio Balsamo, Direttore struttura complessa, Azienda Socio Sanitaria Territoriale Valtellina e Alto Lario.

Franz W. Baruffaldi Preis, Direttore struttura complessa, Azienda Socio Sanitaria Territoriale Grande Ospedale Metropolitano Niguarda.

Luca Bassoli, Direttore struttura complessa, Azienda di Tutela della Salute Brescia.

Elvia Giovanna Battaglia, Dirigente medico, Azienda Socio Sanitaria Territoriale Santi Paolo e Carlo.

Elena Belli, Direttore Dipartimento Cure primarie, Azienda di Tutela della Salute Brescia.

Elena Belloni, Dirigente Medico, Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Pavia.

Alberto Benetti, Direttore unità operativa complessa, Azienda Socio Sanitaria Territoriale Papa Giovanni XXIII.

Francesco Bernasconi, Direttore unità operativa complessa, Ospedale Sacra Famiglia di Erba.

Francesco Bertagna, Direttore facente funzione unità operativa complessa, Azienda Socio Sanitaria Territoriale Spedali Civili di Brescia.

Federico Bertuzzi, Direttore struttura complessa, Azienda Socio Sanitaria Territoriale Grande Ospedale Metropolitano Niguarda.

Annamaria Bona, Direttore struttura complessa, Azienda Socio Sanitaria Territoriale Crema.

Graziella Bonetti, Direttore struttura complessa, Azienda Socio Sanitaria Territoriale Valcamonica.

Daniela Camilla Borleri, Direttore unità operativa complessa, Azienda Socio Sanitaria Territoriale Papa Giovanni XXIII.

Problemi e soluzioni nella gestione sanitaria.

Giacomo Boscagli, Dirigente, Regione Lombardia.

Laura Gemma Brenzoni, Direttore struttura complessa, Azienda di Tutela della Salute Brescia.

Carlo Maria Bulgheroni, Direttore unità operativa, Azienda Socio Sanitaria Territoriale Valle Olona.

Andrea Calcaterra, Dirigente Psicologo, Azienda Socio Sanitaria Territoriale Valle Olona.

Camilla Callegari, Direttore struttura complessa, Azienda Socio Sanitaria Territoriale Sette Laghi.

Tiziana Candiani, Direttore unità operativa semplice, Azienda Socio Sanitaria Territoriale Ovest Milanese.

Luigi Caputi, Direttore unità operativa complessa, Azienda Socio Sanitaria Territoriale Crema.

Alessandro Casiraghi, Direttore unità operativa complessa, Azienda Socio Sanitaria Territoriale Spedali Civili di Brescia.

Battistina Castiglioni, Direttore struttura complessa, Azienda Socio Sanitaria Territoriale Sette Laghi.

Giuseppe Catanoso, Direttore sanitario, Azienda di Tutela della Salute Insubria.

Sergio Cattaneo, Direttore unità operativa complessa, Azienda Socio Sanitaria Territoriale Spedali Civili di Brescia.

Gabriele Ceresetti, Direttore struttura complessa, Azienda Socio Sanitaria Territoriale Valcamonica.

Laura Cherubini, Dirigente medico, Azienda Socio Sanitaria Territoriale Garda.

Simonetta Cherubini, Direttore unità operativa complessa, Azienda Socio Sanitaria Territoriale Valle Olona.

Roberto Chiapparino, Dirigente medico, Azienda Socio Sanitaria Territoriale Gaetano Pini.

Stefania Chierici, Direttore unità operativa complessa, Azienda Socio Sanitaria Territoriale Rhodense.

Raffaella Clerici, Direttore facente funzione unità operativa complessa, Ente ospedaliero Valduce.

Elisa Colombi, Responsabile struttura complessa, Azienda Sanitaria Locale CN2 Alba-Bra.

Daniele Colombo, Direttore struttura complessa, Azienda Socio Sanitaria Territoriale Lecco.

Luigi Colombo, Direttore struttura complessa, Azienda Socio Sanitaria Territoriale Como.

Francesca Cortellaro, Direttore struttura complessa, Azienda Socio Sanitaria Territoriale Santi Paolo e Carlo.

Andrea Costanzi, Direttore unità operativa complessa, Azienda Socio Sanitaria Territoriale Lecco.

Zeno De Battisti, Direttore unità operativa complessa, Azienda Socio Sanitaria Territoriale Papa Giovanni XXIII.

Roberto De Giglio, Direttore Struttura Complessa, Azienda Socio Sanitaria Territoriale Ovest Milanese.

Elena De Giosa, Dirigente medico, Azienda di Tutela della Salute Brianza

Federico De Gonda, Direttore unità operativa complessa, Azienda Socio Sanitaria Territoriale Valtellina e Alto Lario.

Giuseppe De Palma, Direttore unità operativa complessa, Azienda Socio Sanitaria Territoriale Spedali Civili di Brescia.

Elena De Ponti, Direttore facente funzione struttura complessa, Azienda Socio Sanitaria Territoriale Monza.

Roberto De Ponti, Direttore facente funzione struttura complessa, Azienda Socio Sanitaria Territoriale Sette Laghi.

Sergio Defendi, Direttore struttura semplice dipartimentale, Azienda Socio Sanitaria Territoriale Crema.

Francesco Di Leo, Veterinario Responsabile, Azienda di Tutela della Salute della Montagna.

Nazzareno Fagoni, Dirigente medico, Azienda Socio Sanitaria Territoriale Spedali Civili di Brescia.

Bianca Maria Falchi, Veterinario Dirigente, Area Socio-sanitaria Locale Cagliari.

Michela Franceschini, Dirigente medico, Azienda di Tutela della Salute Milano Città Metropolitana.

Problemi e soluzioni nella gestione sanitaria.

Michele Fortis, Medico Responsabile, Hospice Casa di Cura Domus Salutis.

Maria Giuseppina Frigeri, Direttore unità operativa complessa, Azienda di Tutela della Salute Bergamo.

Milena Frigerio, Direttore facente funzione struttura complessa, Azienda Socio Sanitaria Territoriale Lariana.

Cinzia Gambarini Direttore struttura complessa, Azienda Socio Sanitaria Territoriale Sette Laghi

Alessandro Gerosa, Direttore unità operativa complessa, Azienda Socio Sanitaria Territoriale Lecco.

Simonetta Gerevini, Direttore unità operativa complessa, Azienda Socio Sanitaria Territoriale Papa Giovanni XXIII.

Manuela Ghilardi, Ostetrica, Azienda Socio Sanitaria Territoriale Bergamo Est.

Roberta Giaccheri, Direttore unità operativa complessa, Azienda Socio Sanitaria Territoriale Lodi.

Vittorio Giudici, Direttore unità operativa complessa, Azienda Socio Sanitaria Territoriale Bergamo Est.

Enrico Orazio Giuliani, Direttore unità operativa complessa, Azienda Socio Sanitaria Territoriale Melegnano e Martesana.

Raffaella Gornati, Direttore unità operativa semplice, Azienda di Tutela della Salute Milano Città Metropolitana.

Alessandra Grappiolo, Direttore unità operativa complessa, Azienda di Tutela della Salute Brianza.

Luca Guatteri, Direttore unità operativa complessa, Azienda Socio Sanitaria Territoriale Brianza.

Renzo Guttadauro, Direttore unità operativa complessa, Azienda Socio Sanitaria Territoriale Rhodense.

Alessandra Huscher, Dirigente medico, Fondazione Poliambulanza Istituto Ospedaliero.

Andrea Antonio Ianniello, Direttore unità operativa complessa, Azienda Socio Sanitaria Territoriale Fatebenefratelli Sacco.

Paola Giuliana Ibba, Veterinario Dirigente, Area Socio-sanitaria Locale Sassari.

Lucio Labella Danzi, Dirigente, Azienda Privata di Consulenza.

Dario Laquintana, Dirigente unità operativa complessa, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico.

Fabrizio Lazzarini, Direttore generale, Fondazione Carisma Onlus Bergamo.

Corrado Lettieri, Direttore struttura complessa, Azienda Socio Sanitaria Territoriale Mantova.

Maddalena Lettino, Direttore unità operativa complessa, Azienda Socio Sanitaria Territoriale Monza.

Andrea Lombardo, Direttore unità operativa complessa, Azienda Socio Sanitaria Territoriale Lariana.

Lorenzo Lorusso, Direttore unità operativa complessa, Azienda Socio Sanitaria Territoriale Lecco.

Marco Lotti, Dirigente medico, Azienda Socio Sanitaria Territoriale Fatebenefratelli Sacco.

Dario Magnini, Direttore unità operativa complessa, Azienda Socio Sanitaria Territoriale Valcamonica.

Maria Laura Manzone, Direttore struttura complessa, Azienda Sanitaria Locale 4 Liguria.

Roberta Marchione, Direttore unità operativa complessa, Azienda Socio Sanitaria Territoriale Valcamonica.

Dario Masoni, Farmacista Dirigente, Azienda Sanitaria Locale 1 Imperiese.

Caterina Mezzanotte, Direttore unità operativa complessa, Azienda Socio Sanitaria Territoriale Crema.

Maria Lorenza Muiesan, Professore Ordinario, Università degli Studi di Brescia.

Gabriella Nucera, Dirigente medico, Azienda Socio Sanitaria Territoriale Fatebenefratelli Sacco.

Fabrizio Oliva, Direttore struttura complessa, Azienda Socio Sanitaria Territoriale Grande Ospedale Metropolitano Niguarda.

Pietro Olivieri, Direttore medico di Presidio, Azienda Socio Sanitaria Territoriale Fatebenefratelli Sacco.

Problemi e soluzioni nella gestione sanitaria.

Filippo Ottani, Dirigente medico, Azienda Socio Sanitaria Territoriale Melegnano e Martesana.

Fabio Pagni, Professore associato, Università degli Studi di Milano Bicocca.

Davide Thomas Panciera, Direttore unità operativa complessa, Azienda Socio Sanitaria Territoriale Bergamo Est.

Ciro Paolillo, Direttore unità operativa complessa, Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona.

Marta Papagni, Direttore unità operativa complessa, Azienda di Tutela della Salute Insubria.

Pierpaolo Parogni, Direttore struttura semplice, Azienda Socio Sanitaria Territoriale Mantova.

Giancarla Patrini, Direttore unità operativa complessa, Azienda Socio Sanitaria Territoriale Fatebenefratelli Sacco.

Laura Pendolino, Dirigente medico, Casa di Cura per la Riabilitazione e Poliambulatori Le Terrazze.

Margherita Penna, Direttore struttura complessa, Azienda di Tutela della Salute Brescia.

Pietro Perotti, Direttore struttura complessa, Azienda di Tutela della Salute Pavia.

Sandro Poggio, Direttore unità operativa complessa, Azienda Socio Sanitaria Territoriale Valcamonica.

Gian Luca Poli, Direttore facente funzione unità operativa complessa, Azienda Socio Sanitaria Territoriale Papa Giovanni XXIII.

Marco Ponticelli, Presidente, Azienda Farmaceutica Municipale Srl.

Tiziana Pozzetti, Consulente, Azienda Socio Sanitaria Territoriale Bergamo Ovest.

Ettore Presutto, Direttore sociosanitario, Azienda di Tutela della Salute Insubria.

Enrico Pusineri, Direttore unità operativa complessa, Azienda Socio Sanitaria Territoriale Pavia.

Paola Tiziana Quellari, Dirigente medico, Azienda Socio Sanitaria Territoriale Grande Ospedale Metropolitano Niguarda.

Francesca Ramondetti, Vicedirettore sanitario, Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo.

Luca Ambrogio Rampinelli, Direttore unità operativa complessa, Azienda Socio Sanitaria Territoriale Bergamo Est.

Fabio Giovanni Ravanelli, Veterinario Dirigente, Azienda di Tutela della Salute Brianza.

Federico Raviglione, Direttore facente funzione unità operativa complessa, Azienda Socio Sanitaria Territoriale Rhodense.

Alberto Rigolli, Direttore struttura complessa, Azienda Socio Sanitaria Territoriale Cremona.

Iorio Riva, Sociologo, Azienda di Tutela della Salute Bergamo.

Andrea Rizzi, Direttore struttura complessa, Azienda Socio Sanitaria Territoriale Sette Laghi.

Damiano Rizzoni, Professore ordinario, Università degli Studi di Brescia.

Laura Romanini, Direttore unità operativa complessa, Azienda Socio Sanitaria Territoriale Cremona.

Anna Romano, Dirigente medico, Azienda Sanitaria Locale TO4.

Piero Luigi Ruggerenti, Direttore struttura complessa, Azienda Socio Sanitaria Territoriale Papa Giovanni XXIII.

Giuseppe Salintri, Direttore facente funzione unità operativa, Azienda Socio Sanitaria Territoriale Crema.

Giorgia Saporetti, Direttore struttura complessa, Azienda Socio Sanitaria Territoriale Grande Ospedale Metropolitano Niguarda.

Pierangelo Sarchi, Dirigente medico, Azienda Socio Sanitaria Territoriale Melegnano e Martesana.

Ivan Scaratti, Direttore generale, Fondazione E. Germani.

Elvira Maria Schiavina, Direttore unità operativa complessa, Azienda di Tutela della Salute Bergamo.

Romano Seregni, Direttore unità operativa complessa, Azienda Socio Sanitaria Territoriale Fatebenefratelli Sacco.

Stefano Sironi, Direttore struttura complessa, Azienda Regionale Emergenza Urgenza - AREU.

Franco Spinogatti, Dirigente medico, Azienda Socio Sanitaria Territoriale Cremona.

Problemi e soluzioni nella gestione sanitaria.

Lucio Taglietti, Direttore unità operativa complessa, Azienda Socio Sanitaria Territoriale Valcamonica.

Paolo Tarsia, Direttore struttura semplice, Azienda Socio Sanitaria Territoriale Grande Ospedale Metropolitano Niguarda.

Fabio Terragni, Direttore facente funzione unità operativa complessa, Agenzia di Controllo del Sistema Socio Sanitario Lombardo.

Marco Toscano, Direttore struttura complessa, Azienda Socio Sanitaria Territoriale Rhodense.

Claudia Toso, Direttore struttura complessa, Azienda di Tutela della Salute Brianza.

Mauro Turrini, Direttore unità operativa semplice, Ospedale Valduce.

Pietro Vandoni, Direttore unità operativa complessa, Azienda Socio Sanitaria Territoriale Monza.

Fulvia Vannucci, Responsabile struttura semplice, Azienda di Tutela della Salute Bergamo.

Andrea Verzeletti, Direttore unità operativa complessa, Azienda Socio Sanitaria Territoriale Spedali Civili di Brescia.

Giuliana Vezzadini, Responsabile unità operativa complessa, IRCCS Castel Goffredo.

Giovanni Viganò, Direttore di dipartimento, Azienda Socio Sanitaria Territoriale Crema.

Gianfranco Zanotti, Libero professionista.

Laura Zoppini, Direttore struttura complessa, Azienda Socio Sanitaria Territoriale Grande Ospedale Metropolitano Niguarda.

Autori delle introduzioni

Patrizia Bertolaia, Direttore sociosanitario, Azienda Socio Sanitaria Territoriale Bergamo Est. Tutor per il corso di formazione manageriale per Dirigenti di Struttura complessa dell'Università degli Studi di Milano Bicocca.

Alessandro Capocchi, Professore ordinario, Università degli Studi di Milano-Bicocca. Referente del corso di formazione manageriale per Dirigenti di Struttura complessa dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca.

Silvano Casazza, Direttore generale, Azienda Socio Sanitaria Territoriale Monza. Tutor per il corso di formazione manageriale per Direttori Generali, Amministrativi, Sanitari e Sociosanitari di Azienda Sanitaria dell'Accademia di formazione per il servizio sociosanitario lombardo.

Antonio Colaianni, Direttore sociosanitario, Azienda di Tutela della Salute Brianza. Tutor per il corso di formazione manageriale per Direttori Generali, Amministrativi, Sanitari e Sociosanitari di Azienda Sanitaria dell'Accademia di formazione per il servizio sociosanitario lombardo.

Enrico Comberti, Direttore struttura complessa, Azienda Socio Sanitaria Territoriale Spedali Civili di Brescia. Tutor per il corso di formazione manageriale per Dirigenti di Struttura complessa dell'Università degli Studi di Brescia.

Silvana Castaldi, Direttore struttura complessa, Fondazione IRCSS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico. Tutor per il corso di formazione manageriale per Dirigenti di Struttura complessa dell'Università degli Studi di Brescia.

Emanuela Foglia, Professore a contratto, Business School di LIUC - Università Cattaneo. Tutor per il corso di formazione manageriale per Dirigenti di Struttura complessa di LIUC - Università Cattaneo.

Umberto Gelatti, Professore ordinario, Università degli Studi di Brescia. Referente del corso di formazione manageriale per Dirigenti di Struttura complessa dell'Università degli Studi di Brescia.

Laura Lanfredini, Direttore sanitario, Azienda di Tutela della Salute Brescia. Tutor per il corso di formazione manageriale per Dirigenti di Struttura complessa dell'Università degli Studi di Brescia.

Federico Lega, Professore ordinario, Università degli Studi di Milano. Referente del corso di formazione manageriale per Dirigenti di Struttura Complessa dell'Università degli Studi di Milano.

Problemi e soluzioni nella gestione sanitaria.

Rossella Levaggi, Professore ordinario, Università degli Studi di Brescia. Tutor per il corso di formazione manageriale per Dirigenti di Struttura complessa dell'Università degli Studi di Milano Bicocca.

Paolo Locatelli, Docente a contratto, Politecnico di Milano. Referente del corso di formazione manageriale per Dirigenti di Struttura complessa MIP Politecnico di Milano.

Patrizia Monti, Direttore sanitario, Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori. Referente del corso di formazione manageriale per Dirigenti di Struttura complessa dell'Accademia di formazione per il servizio socio-sanitario lombardo.

Paola Orlandini, Professore Senior, Università degli Studi di Milano-Bicocca. Tutor per il corso di formazione manageriale per Dirigenti di Struttura complessa dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca.

Emanuele Porazzi, Direttore Divisione Master Programs LIUC Business School, LIUC - Università Cattaneo. Tutor per il corso di formazione manageriale per Dirigenti di Struttura complessa di LIUC - Università Cattaneo.

Laura Radice, Direttore sanitario Azienda Socio Sanitaria Territoriale Monza. Tutor per il corso di formazione manageriale per Dirigenti di Struttura complessa dell'Accademia di formazione per il servizio socio-sanitario lombardo.

Martina Rosticci, Direttore sanitario, IRCSS Maugeri Pavia. Tutor per il corso di formazione manageriale per Dirigenti di Struttura complessa dell'Università degli Studi di Brescia.

Gianluca Vago, Professore ordinario, Università degli Studi di Milano. Referente del corso di formazione manageriale di rivalidazione dei certificati manageriali, ECOLE - Enti Confindustriali Lombardi per l'Education.

Vittoria Viganò, Borsista, PoliS-Lombardia, Accademia di formazione per il servizio socio-sanitario lombardo.

Antonello Zangrandi, Professore ordinario, Università degli Studi di Parma. Referente del corso di formazione manageriale di rivalidazione dei certificati manageriali, Progea Srl Milano.

Furio Zucco, Medico anestesista rianimatore, terapeuta del dolore, palliativista e fisiatra. Referente del corso di formazione manageriale per Direttori Generali, Amministrativi, Sanitari e Socio-sanitari di Azienda Sanitaria integrativo dell'Accademia di formazione per il servizio socio-sanitario lombardo.

