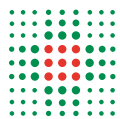


SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

Innovare per migliorare

Esperienze e progetti
del Servizio sanitario regionale
dell'Emilia-Romagna





SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

Innovare per migliorare

Esperienze e progetti
del Servizio sanitario regionale
dell'Emilia-Romagna

Coordinamento editoriale e di redazione:

Marta Fin (Agenzia Informazione e comunicazione della Giunta regionale, Assessorato politiche per la salute)

Hanno partecipato alla redazione:

Mario Azzali (Azienda Unità Sanitaria Locale di Piacenza), Simonetta Beccari (Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara), Alice Bonoli (Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola), Sabrina Capitani (Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma), Alice Capucci (Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna), Claudia Corsolini (Istituto di Montecatone), Manuela Dradi (Azienda Unità Sanitaria Locale di Ravenna), Lucio Diletti (Assessorato politiche per la salute), Patrizia Fabbri (Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara), Giuseppe Fattori (Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena), Federica Gazzotti (Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia), Stefano Inglese (Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna), Letizia Maini (Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna), Irene Marcello (Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia), Elisabetta Montesi (Azienda Unità Sanitaria Locale di Cesena), Alberto Nico (Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma), Francesco Pagnini (Azienda Unità Sanitaria Locale di Rimini), Tiziana Rambelli (Azienda Unità Sanitaria Locale di Forlì), Valentina Ravaioli (Istituto scientifico romagnolo per lo studio e la cura dei tumori di Meldola), Gabriele Sorrentino (Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena).

Progetto grafico: Nouvelle

Stampa: Compositori Industrie Grafiche - Bologna

Maggio 2012

Regione Emilia-Romagna
Assessorato politiche per la salute
Viale Aldo Moro, 21
40127 Bologna

www.saluter.it

e-mail: infosaluter@saluter.it

numero verde: 800 033 033

indice

Presentazione	pag. 5
1. Dalla Regione	
Le strategie della Regione sul terreno della ricerca e della innovazione	pag. 6
Assistenza ospedaliera per intensità di cura: un progetto della Regione sperimentato in 9 Aziende sanitarie	pag. 10
La nuova tecnologia TAVI (impianto trans catetere della valvola aortica): la Regione promuove uno studio osservazionale prima dell'adozione	pag. 14
2. Dalle Aziende sanitarie	
Area Vasta Emilia Nord	
Il cuore del sistema di logistica integrata: il magazzino unico per medicinali, dispositivi e presidi sanitari	pag. 17
Azienda Unità Sanitaria Locale di Piacenza	
Tracciabilità e sicurezza: dopo i farmaci, gestione informatizzata dei dispositivi medici in ospedale	pag. 20
Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma	
Le Case della salute nella provincia di Parma	pag. 22
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma	
Un giardino riabilitativo per migliorare la qualità della vita di pazienti con disabilità motoria	pag. 24
Azienda Unità Sanitaria Locale e Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia	
Tumori al seno: lo "Studio Futura" per la gestione del follow-up	pag. 26
Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia	
Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia	
Tumori della pelle: il Centro ad alta tecnologia diagnostica e il progetto Skin Cancer Unit	pag. 28
Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena	
Il Programma "Comunicazione e promozione della salute": un'esperienza di integrazione	pag. 31
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena	
"Oltre la cura": l'integrazione tra il sapere medico e il sapere psicologico per il miglioramento dei processi di cura	pag. 33
Area Vasta Emilia Centrale	
Il progetto di laboratorio unico per analisi con tre sedi in rete	pag. 35

Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna La centrale metropolitana post acuzie per ricoveri appropriati e tempestivi in strutture territoriali	pag. 38
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna Istituto delle scienze neurologiche L'Irccs delle scienze neurologiche di Bologna, il primo in Italia all'interno di una Azienda USL	pag. 41
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna Il percorso per il trapianto: un network per garantire accoglienza e qualità in tutte le fasi, fino al follow-up	pag. 43
Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna Medicina rigenerativa osteoarticolare: nuove tecniche di rigenerazione "one-step"	pag. 45
Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola Sperimentazione di un modello di assistenza ospedaliera per intensità di cura in Area critica	pag. 47
Istituto di Montecatone Il percorso assistenziale integrato del paziente con lesione midollare traumatica	pag. 49
Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara La Casa della salute di Portomaggiore: la prima esperienza che dà il via al progetto regionale	pag. 52
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara Comunicare in sintonia: il piano equità, il piano Health Literacy	pag. 54
Area Vasta Romagna Centro servizi di Pievesestina: laboratorio unico per analisi, officina trasfusionale, magazzino farmaceutico, banca della cute e altri servizi	pag. 56
Azienda Unità Sanitaria Locale di Cesena Medicina rigenerativa e bioingegneria dei tessuti: un nuovo sostituto cutaneo per la cura di grandi ustioni, ricostruzione di cute, tendini, cartilagini	pag. 59
Azienda Unità Sanitaria Locale di Forlì Informatizzazione del percorso chirurgico: costo limitato e più sicurezza, efficienza e appropriatezza in sala operatoria	pag. 61
Istituto Scientifico Romagnolo per lo Studio e la cura dei Tumori (Irst) di Meldola Servizi oncologici in rete: l'Irst centro di riferimento per la Romagna	pag. 64
Azienda Unità Sanitaria Locale di Ravenna Un medico e un infermiere di riferimento per migliorare le cure in ospedale e dopo la dimissione	pag. 66
Azienda Unità Sanitaria Locale di Rimini Il Nucleo operativo aziendale per la continuità assistenziale (Noa) dopo il ricovero in ospedale	pag. 69



Il Servizio sanitario regionale dell'Emilia-Romagna considera la ricerca e l'innovazione parti integranti dell'attività istituzionale, al pari dell'attività assistenziale. Investe, per questo, professionalità e risorse con l'obiettivo di introdurre nei processi di diagnosi e di cura, nei modelli organizzativi e gestionali quelle innovazioni che sono effettivamente utili al miglioramento dei servizi erogati, e quindi al miglioramento della soddisfazione dei cittadini e degli stessi operatori.

L'innovazione, frutto della ricerca, ma frutto anche di analisi di esperienze effettuate, di confronti con altri sistemi, di lettura critica della letteratura, riguarda tutti i percorsi di promozione della salute, di prevenzione delle malattie, di diagnosi, cura e recupero della salute.

Nella pagine che seguono raccontiamo esperienze realizzate e da realizzare nel Servizio sanitario regionale.

Dopo un inquadramento generale con alcuni esempi che riteniamo significativi, abbiamo dedicato una attenzione particolare ai progetti di Area vasta in quanto è in quell'ambito che la programmazione regionale ha chiesto alle Aziende sanitarie di elaborare iniziative per razionalizzare e ottimizzare servizi e risorse di livello sovraziendale. Abbiamo poi voluto dedicare spazio anche a progetti e programmi portati avanti nelle singole Aziende sanitarie per dare il giusto rilievo a tutto il sistema.

Siamo convinti che per crescere, e per continuare ad avere la fiducia dei cittadini e degli operatori, sia necessario tener ben ferma la barra sui principi che informano l'agire del Servizio sanitario pubblico - l'universalismo, l'equità, la solidarietà - , ma che sia altrettanto necessario saper cogliere tutte le opportunità di innovazione per migliorare ancora, anche nella relazione diretta con i cittadini.

Carlo Lusenti

*Assessore alle politiche per la salute
della Regione Emilia-Romagna*

Le strategie della Regione sul terreno della ricerca e della innovazione

La Regione Emilia-Romagna - e in specifico l'Assessorato politiche per la salute - punta molto sul tema della ricerca e dell'innovazione in campo medico e assistenziale tanto da farne un asse chiave della politica sanitaria. Per comprendere come si è sviluppata questa strategia, quali sono gli strumenti adottati e gli esiti di questa iniziativa, in corso dai primi anni duemila, ne abbiamo parlato con Roberto Grilli, direttore dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale, che è il braccio operativo di questo progetto.

Quali sono state le strategie che avete seguito?

Prima ancora di elaborare strategie, il punto fondamentale è stato considerare la ricerca come elemento essenziale per accompagnare lo sviluppo strategico del sistema della rete dei servizi. L'idea cioè che il sistema abbia bisogno costantemente di ricerca e innovazione per mantenersi aggiornato, ma abbia però bisogno di farlo in modo critico, acquisendo quindi la capacità di verificare se effettivamente le innovazioni proposte dal mercato e le nuove tecnologie diagnostico-terapeutiche sono capaci di produrre gli effetti desiderati nella pratica clinica. Non va trascurata anche l'importanza della ricerca come strumento che accompagna i cambiamenti clinici e organizzativi dentro i servizi verificandone sul campo gli effetti e la fattibilità.

Se questo è il presupposto, come si è sviluppato il programma?

Partendo da questo presupposto si sono dispiegate iniziative a carattere programmatico. La Regione e l'Assessorato politiche per la salute hanno cercato di accrescere la propria capacità di fare la ricerca che serve. Questo ha voluto dire innanzitutto investire sul ruolo delle Aziende Ospedaliero-Universitarie, quelle più naturalmente orientate a fare ricerca, cercando di valorizzarne il loro ruolo di propulsione e di traino sul piano della ricerca clinica. Questo è il significato del programma di ricerca Regione-Università, una iniziativa in partnership con il sistema delle Università, dove il Servizio sanitario regionale ha investito 60 milioni di euro del Fondo sanitario regionale in due programmi triennali. Si tratta di fondi esplicitamente dedicati a sostenere iniziative dedicate a progetti di ricerca innovativa (ad esempio nell'ambito della medicina rigenerativa, delle neuroscienze, dei trapianti, della cardiologia, della oncologia) e di valutazione di efficacia e costo-efficacia di tecnologie e interventi sanitari. Questa esperienza ha avuto un primo ciclo che ha consentito di finanziare più di 70 progetti di ricerca di varia natura (medicina rigenerativa, neuroscienze, trapianti, cardiologia, oncologia). Il primo triennio si è chiuso nel 2009, il secondo è in corso.

Qual è la caratteristica di questo secondo triennio del programma Regione-Università?

L'aspetto più rilevante è il tentativo di passare dal finanziamento di singoli progetti a programmi di ricerca, vale a dire a iniziative, sempre proposte dalle Aziende sanitarie, ma che hanno l'ambizione di avere un respiro più strategico. Cercare di aggregare cioè tutta la filiera di competenze che le Aziende sanitarie hanno al loro interno o che possono raccogliere grazie a relazioni collaborative esterne. In continuità con l'esperienza del triennio precedente, anche in questo caso un aspetto rilevante è il meccanismo di selezione dei progetti. Si sono previsti infatti non solo un ancoraggio esterno fatto da esperti indipendenti che valutano i programmi (attenzione a qualità tecnico-scientifica) ma anche formali momenti di discussione con i ricercatori e i rappresentanti del sistema assistenziale (la domanda diventa: quanto ci servirà questa iniziativa?). In aggiunta, nel contesto del programma Regione-Università è stato avviato uno specifico bando

per progetti di ricerca presentati da giovani ricercatori, come segnale di investimento sulle giovani generazioni.

Come avete coinvolto invece le Aziende Usl?

Per l'insieme delle Aziende sanitarie e quindi anche per le Aziende Usl si è creato il Pri E-R, Programma ricerca e innovazione Emilia-Romagna, che ha lo scopo di realizzare a livello di sistema una rete di capacità e competenze in grado di costruire ricerca e indirizzarla opportunamente. Parte importante di questo impegno è rappresentata dallo sviluppo nelle Aziende sanitarie di competenze dedicate a presidiare i temi della ricerca e della innovazione avvalendosi di personale interno, che è stato in questo modo valorizzato. Su questo versante solo nell'ultimo triennio (2009-2011) si sono resi disponibili 750mila euro.

All'interno del Pri E-R quali sono stati gli strumenti operativi?

Questo è stato un aspetto particolarmente rilevante per condurre attività di ricerca integrata a quella assistenziale. Faccio riferimento all'investimento per la costruzione, lo sviluppo e il consolidamento di quelli che chiamiamo *database* clinici, cioè piattaforme informative che rendono disponibili informazioni raccolte in modo sistematico sui pazienti che accedono a particolari servizi, sia per fare valutazioni sulla qualità dell'assistenza, sia per implementare attività di ricerca. Fra questi possiamo citare l'istituzione, fin dal 2002, del Registro regionale per l'angioplastica coronarica (appropriatezza e impatto di innovazioni come gli *stent* a rilascio di farmaco), il Registro per l'attività cardiocirurgica, il Registro per le protesi d'anca e di ginocchio, il Registro per l'impianto di defibrillatori e *pace maker*. Stiamo lavorando ad un Registro regionale di farmaci biologici in reumatologia, rilevanti per l'impatto clinico ma anche per il loro costo.

Qual è il ruolo del Fondo regionale per la modernizzazione, l'altro programma in corso sempre nel campo dell'innovazione e della ricerca?

In questo caso si tratta di un programma che mette a disposizione risorse alle Aziende sanitarie per sollecitare significative iniziative di cambiamento clinico organizzativo. Il tema, ad esempio, dell'ospedale per intensità di cura (entro il 2012 una sperimentazione coinvolgerà diverse Aziende sanitarie) fa parte dei progetti di cambiamento clinico organizzativo. Per questo Fondo, avviato nel 2000, nell'ultimo triennio (2010-2012) sono stati investiti 7,2 milioni di euro (circa 2,5 milioni per ogni anno). Il programma prosegue anche nei prossimi anni.

E riguardo agli Irccs? L'Emilia-Romagna può ormai contare su una rete di 4 Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, dopo il decreto di istituzione in Irccs dell'Istituto scientifico romagnolo per lo studio e la cura dei tumori di Meldola.

Sì, oltre allo "storico" Istituto ortopedico Rizzoli, la rete già nell'aprile del 2011 si è arricchita con due Irccs all'interno di due Aziende sanitarie: l'Istituto in scienze neurologiche (Azienda Usl di Bologna), Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia (all'interno dell'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia) e, nella primavera del 2012, è stato riconosciuto in Irccs anche l'Istituto scientifico romagnolo per lo studio e la cura dei tumori (Irst) di Meldola. Sono quattro strutture che hanno acquisito la natura di centri di riferimento per la ricerca nei propri specifici ambiti e rappresentano, ovviamente, un'ulteriore importante risorsa a sostegno delle strategie di ricerca ed innovazione del Servizio sanitario regionale.

Abbiamo supportato questa rete con un finanziamento (per il triennio 2009-2011) di 5 milioni di euro/anno, cifra prevista anche per il 2012, finalizzato allo sviluppo dell'infrastruttura a sostegno delle attività di ricerca.

Come avete affrontato il problema della valutazione delle tecnologie, soprattutto quelle “pesanti”, proposte dal mercato?

Nel 2007 è stato costituito l'Osservatorio regionale per l'innovazione con la specifica funzione di *technology assessment* (valutazione) di tecnologie di interesse per il sistema o per le singole Aziende sanitarie. Quando si pone il problema di adottare la singola tecnologia, dal *device* all'alta tecnologia, l'Osservatorio deve essere in grado di mettere a disposizione le informazioni che servono per capire quale è la caratterizzazione della tecnologia di cui stiamo parlando, quanto è promettente, che cosa già sappiamo sulla sua efficacia e sicurezza, sui costi in rapporto all'efficacia, e quali sono le verosimili indicazioni di utilizzo. Nel caso delle cosiddette alte tecnologie, l'adozione viene subordinata a programmi elaborati a livello di Area vasta, perché in questi casi la tecnologia in discussione finisce per avere effetti diretti sul sistema. È il caso ad esempio della tomoterapia in ambito radioterapico: richiede investimenti di milioni di euro e quindi si pone il problema di un appropriato utilizzo e di una appropriata collocazione in centri in grado di assorbire un volume di casi che giustifichi l'investimento.

Avete pensato anche a una anagrafe della ricerca?

C'è un progetto, finanziato nell'ambito del Pri E-R, per costruire un registro dell'attività di ricerca. Queste attività sono interesse del professionista o del team, sono condotte in Azienda sanitaria, ma spesso l'Azienda sanitaria non ha piena contezza di quali siano le attività di ricerca condotte al suo interno, quale impatto abbiano, e quindi ha bisogno di conoscerle se deve esercitare un'attività di indirizzo e supporto. Anche per questo stiamo sviluppando una Anagrafe aziendale e regionale dell'attività di ricerca; è un lavoro in corso che dovrebbe arrivare a completamento entro il 2012. L'Anagrafe ha anche l'ambizione di rendere tracciabili i flussi economici legati alle attività di ricerca; altro aspetto importante è che le attività di ricerca sono formalmente rendicontate nei bilanci di missione aziendale.

Qual è il bilancio dell'insieme di queste attività e quali sono le criticità da superare?

Il bilancio è complessivamente positivo. Credo si possa dire che siamo probabilmente la Regione che ha investito di più e strategicamente sulla ricerca. Questo non significa che non ci siano margini di miglioramento. Le criticità principali riguardano il consolidamento all'interno dell'Azienda sanitaria di una infrastruttura in grado di governare pienamente l'attività di ricerca. Questo è un problema da affrontare nel prossimo futuro, tanto è vero che quest'anno abbiamo in programma un'indagine sulle diverse situazioni aziendali per capire quale è il ruolo effettivamente esercitato dai responsabili della ricerca e dell'innovazione, quali sono i problemi che hanno a relazionarsi con gli altri pezzi delle tecnostutture aziendali, quali sono le cose che sono in grado di fare e quali le cose che ancora non sono in grado di fare.

Più in specifico, come sono andate le cose con i Policlinici universitari e con il mondo degli Atenei?

Sul versante dell'Università questa iniziativa ha consentito di aprire un canale di interlocuzione particolarmente positivo per loro e per noi. Anche qui c'è molta strada ancora da fare. Nel prossimo futuro l'aspetto principale su cui dovremo lavorare è sviluppare più e meglio la capacità del sistema di fare il committente, di dire cioè più esplicitamente quali sono le ricerche di cui ha bisogno; finora il nostro ruolo è stato principalmente quello di rapportarci in modo critico alle proposte che venivano. Nel futuro dovremo essere noi più propositivi. Questo corrisponde a una capacità di identificare, non tanto i problemi di oggi, ma quelli che ci potranno essere domani e dopodomani e tradurli in quesiti di ricerca sui quali chi è capace di fare ricerca si possa misurare facendo proposte progettuali conseguenti.

SCHEDA

Il Servizio sanitario ha bisogno costantemente di ricerca e innovazione per mantenersi aggiornato e soddisfare le esigenze degli operatori e dei cittadini, ma deve saper verificare se le innovazioni e le nuove tecnologie sono effettivamente capaci di produrre gli effetti desiderati nella pratica clinica.

Il Programma di ricerca Regione-Università

È dedicato alle Aziende Ospedaliero-Universitarie. Due i programmi triennali, il secondo è ancora in corso. Finanziamento della Regione: 60 milioni di euro complessivi, 30 per ogni triennio.

Il Programma ricerca e innovazione Emilia-Romagna (PriE-R)

È dedicato a tutte le Aziende sanitarie. Ha lo scopo di realizzare una rete di competenze in grado di costruire e indirizzare ricerca. Solo nell'ultimo triennio (2009-2011) la Regione ha dato un finanziamento di 750mila euro.

Il ruolo del Fondo regionale per la modernizzazione

È dedicato a tutte le Aziende sanitarie per sollecitare iniziative di cambiamento clinico-organizzativo. Investiti, nel triennio 2010-2012, 7,2 milioni di euro.

Il sostegno alla rete degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico

Per la rete dei 4 Irccs la Regione ha investito, per il triennio 2009-2011, 5 milioni di euro/anno, cifra prevista anche per il 2012, per lo sviluppo dell'infrastruttura a sostegno delle attività di ricerca.

L'Osservatorio regionale per l'innovazione, l'Anagrafe della ricerca

L'Osservatorio ha la funzione di *technology assessment* (valutazione) per tecnologie di interesse per il sistema o per le singole Aziende sanitarie, prima della loro introduzione.

L'Anagrafe sarà il registro dell'attività di ricerca in Azienda sanitaria e in Regione; costruzione in corso, completamento ipotizzato entro il 2012.

Sviluppi futuri

Consolidare la struttura di governo dell'attività di ricerca in ogni Azienda sanitaria. Sviluppare ulteriormente la capacità di committenza nei confronti dell'Università.

Assistenza ospedaliera per intensità di cura: un progetto della Regione sperimentato in 9 Aziende sanitarie

È sostanzialmente una riorganizzazione dell'assistenza che, nel 2012, viene sperimentata in diversi ospedali dell'Emilia-Romagna. Stiamo parlando dell'ospedale per intensità di cura, una riorganizzazione di cui da tempo si discute in Italia e nel mondo sanitario per coniugare meglio sicurezza, efficienza, efficacia ed economicità dell'assistenza.

Ma che cosa si intende per ospedale per intensità di cura? È un ospedale centrato sul paziente; l'intensità di cura è un concetto che coinvolge, a seconda delle diverse declinazioni, la (maggiore o minore) stabilità clinica del paziente e il livello di complessità assistenziale. L'obiettivo è, in primis, rivolto ai benefici che il paziente e i suoi familiari trarranno dal nuovo impianto in termini di appropriatezza della presa in carico, di sicurezza delle prestazioni, di vissuto della malattia, attraverso la ricomposizione attorno ai bisogni dell'individuo assistito dei contributi delle varie parti del sistema.

Una premessa fra storia e tecnologia

Il processo assistenziale sanitario, e al suo interno quello specifico ospedaliero, ha avuto per lungo tempo scarso sviluppo organizzativo. Le modalità produttive erano affidate alle competenze del medico, il quale aveva a disposizione pochi strumenti tecnologici e invece uno sviluppato patrimonio di conoscenze e di metodo per l'applicazione di quelle conoscenze nella cura del paziente.

Con il passare degli anni e alla luce delle dinamiche e delle trasformazioni avvenute sul piano istituzionale, epidemiologico, tecnologico, organizzativo, professionale, finanziario, e la conseguente evoluzione della medicina e dei modelli di "consumo" dei pazienti, l'assistenza sanitaria si è trasformata in una "attività industriale" in cui le esigenze di ottimizzazione dei processi e di valutazione dei risultati hanno conosciuto uno sviluppo molto accelerato.

L'aumento della tecnologia ha anche accresciuto la complessità del modello assistenziale, con una particolarità decisiva rispetto ad altri campi dell'attività economica: in ambito manifatturiero, ad esempio, la sofisticazione tecnologica spesso comportava riduzione dei costi e miglioramento del prodotto, mentre in sanità ha fatto sì che fosse necessario formare nuove competenze (radiologi, medici per le risonanze e la medicina nucleare, solo per fare alcuni esempi) con un forte aumento delle risorse necessarie per fare fronte alle esigenze dell'assistenza ai malati, non solo per gestire l'episodio acuto (diagnosi e trattamento iniziale), ma anche, e in certi casi soprattutto, per gestire la lunga fase di cronicità seguente a interventi che allungano la vita dei pazienti senza eradicare la malattia.

La diffusione di tecnologie avanzate ha anche mostrato come la gestione di un modello assistenziale diventato più complesso non poteva essere insieme progettato e gestito dal medico curante con la collaborazione di altri professionisti in posizione ancillare o consulenziale. Proprio su questo terreno arrivarono le prime critiche per la scarsa pianificazione e controllo di tutta l'organizzazione. Nel mondo sanitario anglosassone nacquero così i primi strumenti aziendali: il "managed care" negli Stati Uniti, oppure i primi esempi di governo clinico nel sistema inglese.

Il "modello" assistenziale

Le nuove forme di pianificazione e controllo dell'assistenza sanitaria dunque partono dalle moltiplicazioni delle competenze e specializzazioni interne alle professioni sanitarie, e dalla necessità di essere sicuri che lo specifico percorso sanitario scelto per un gruppo di pazienti sia quello che massimizza i vantaggi sanitari a parità di risorse impiegate per realizzarlo.

Il primo aspetto, la specializzazione delle professioni sanitarie, richiede che vengano previste



delle funzioni di coordinamento che riconducano a unità il complesso dell'assistenza prestata. E dunque si parla di integrazione e di multidisciplinarietà tra i diversi apporti per far sì che i provvedimenti terapeutici che, poniamo, consigliano il neurologo e il riabilitatore nel paziente colpito da ictus, si potenzino e non si ostacolino. Si parla inoltre di pianificazione dell'assistenza perché non tutte le scelte diagnostico-terapeutiche e la loro successione appaiono essere equivalenti dal punto di vista del risultato. Abbiamo infatti appreso che ciò che è ragionevole che accada sulla base delle nostre conoscenze, non sempre si verifica. Di qui lo sviluppo della medicina delle evidenze, e la necessità di standardizzazione dei percorsi secondo i migliori risultati dimostrati in letteratura.

L'ospedale per intensità di cura favorisce una gestione di queste esigenze poiché non raggruppa spazialmente i pazienti sulla base delle discipline mediche, ma li raggruppa sulla base del bisogno assistenziale, indipendentemente dalla patologia. E poiché un paziente, come spesso accade, può avere più patologie rilevanti, o, come nell'esempio dell'ictus, può avere necessità per la stessa patologia delle competenze terapeutiche di più discipline mediche, l'ospedale organizzato per intensità di cura pone anche le basi per la molto invocata multidisciplinarietà.

L'ospedale per intensità di cura pone anche le basi per un'assistenza adeguatamente standardizzata perché è strutturalmente pensato per far

sì che l'équipe infermieristica che ha in cura il paziente si rapporti con le équipe mediche coinvolte nel processo assistenziale, evitando modalità locali di rapporto tra le professioni. Corollario di questi diversi arrangiamenti è il fatto che a muoversi siano medici e tecnologie piuttosto che i pazienti, che vi siano aree omogenee che ospitano pazienti con bisogni clinici e assistenziali simili.

L'assistenza per intensità di cura prevede tre livelli: alta intensità (le degenze intensive e sub-intensive, ad esempio rianimazione, unità di terapia intensiva cardiologica - UTIC -, Stroke unit per ictus, ...); media intensità (le degenze per aree funzionali: Area medica, chirurgica, materno-infantile, ...); bassa intensità (per pazienti post-acute). Ad esempio, nell'alta intensità è possibile ospitare il paziente post chirurgico ad alta instabilità, che non sarebbe possibile assistere con l'adeguata professionalità e concentrazione di risorse, se fosse ricoverato nello specifico reparto (ad esempio, la chirurgia vascolare o la chirurgia generale, o la chirurgia maggiore dell'intestino).

Le opportunità per il medico - Le opportunità per l'infermiere

Con l'ospedale organizzato per intensità di cura il medico può meglio concentrarsi sulle proprie competenze distintive e ha la possibilità di esercitarle in diverse piattaforme logistiche, ovunque siano i pazienti di cui ha la responsabilità clinica o alla cui cura concorre.

Un'idea di fondo è anche quella di utilizzare e valorizzare le competenze professionali degli infermieri che in altri Paesi si sono sviluppate ben prima che in Italia, dove gli infermieri hanno a lungo interpretato un ruolo ancillare. È del 1994 la legge che dice: "l'infermiere è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale, è responsabile dell'assistenza generale infermieristica".

Il progressivo consolidamento della professione infermieristica, anche attraverso il fondamentale passaggio rappresentato dai titoli universitari, sta modificando profondamente il quadro, e il tema di come costruire e fare funzionare un'organizzazione effettivamente multi-professionale è all'ordine del giorno. Si tratta di utilizzare i moderni statuti delle professioni per far sì che i contenuti del lavoro siano sempre più coerenti con i ruoli effettivamente interpretati e che queste interpretazioni migliorino l'assistenza complessiva al paziente.



L'ospedale per intensità di cura è un buon campo di sperimentazione di questa evoluzione: la gestione del paziente è affidata agli infermieri, naturalmente infermieri esperti, con il medico che gestisce tutto il percorso di diagnosi e di terapia.

Il bisogno assistenziale del paziente al centro

Nell'ospedale organizzato per disciplina il motore dell'individuazione delle unità organizzative è la disciplina medica indipendentemente dalla severità e dal bisogno assistenziale del paziente; nell'ospedale organizzato per intensità di cura al centro è il bisogno assistenziale del paziente. Ciò significa che pazienti con bisogni assistenziali sovrapponibili sono allocati in aree omogenee. Un cardiopatico o un pneumopatico - per fare un esempio - hanno entrambi bisogno di respirare in modo assistito e la tipologia dell'assistenza infermieristica non è diversa, pur essendo diverso il tipo di patologia all'origine.

Insomma, l'idea di fondo è che la gestione del malato sia affidata agli infermieri, con il medico che gestisce tutto il percorso diagnostico e terapeutico utilizzando quella che può essere chiamata la piattaforma logistica di ricovero: una struttura che nelle sue modalità di funzionamento riesce a servire processi assistenziali di diversa natura.

Per fare un altro esempio: un blocco operatorio di 4-5 sale che ospita una chirurgia vascolare, una ortopedica, una addominale, e una toracica, con un coordinatore infermieristico e una certa quantità di infermieri che hanno tutti una capacità di base su tutte le linee, permette ai medici di lavorare in condizioni di maggiore garanzia di continuità rispetto ai blocchi costituiti ciascuno da una sola specialità chirurgica.

Il medico è il responsabile dell'iter diagnostico-terapeutico (cardiologo per il cardiopatico, pneumologo per lo pneumopatico) e si tratta del medico maggiormente correlato alla patologia chiave del paziente. Ma all'interno di questo processo gli infermieri hanno i loro obiettivi specifici. Può essere quello ad esempio di "mettere in piedi" il paziente operato per frattura di femore (possibili interazioni con il fisioterapista), oppure di gestire un piano di ossigenazione, deciso dal medico, per il paziente pneumopatico.

I vantaggi dell'ospedale per intensità di cura

I vantaggi dei diversi modelli o approcci riconducibili all'ospedale per intensità di cura sono innanzitutto di carattere qualitativo perchè implicano lo sviluppo di competenze infermieristiche che sono più a diretto contatto con il paziente e una qualificazione dell'attività infermieristica che migliora globalmente la qualità dell'assistenza. Inoltre, la diffusione di rapporti formalizzati fra le équipes infermieristiche e le équipes mediche, rende più difficile l'affermarsi di stili di lavoro particolaristici o disegnati sulle specifiche preferenze di responsabili gestionali non chiamati a relazionarsi con una molteplicità di interlocutori.

Si lavora, in altre parole, sulla base di una assistenza che programma le cose da fare per la casistica più frequente e lascia all'interazione tra le équipes le eccezioni o i casi rari, all'insegna del principio in base al quale è più facile controllare i risultati di un lavoro programmato rispetto a un lavoro che di volta in volta opera delle scelte il cui criterio decisionale non è esplicitato. Ma ci sono anche ragioni di ottimizzazione di uso delle risorse, in quanto si evita di sprecare denaro e personale (che può essere impiegato altrove) in reparti a degenza per disciplina, con strutture spesso ridondanti rispetto al bisogno ordinario.

I progetti di sperimentazione previsti

I progetti di sperimentazione di assistenza ospedaliera per intensità di cura riguardano 9 Aziende sanitarie.

Il primo riguarda l'Azienda Usl di Bologna, e gli ospedali "di prossimità", cioè Porretta, San Giovanni in Persiceto, Budrio, Vergato, Bazzano, Loiano e Bentivoglio.

Al S.Orsola-Malpighi (Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna) un primo progetto riguarda la riorganizzazione del polo cardochirurgico e dei trapianti nell'ambito di tre specialità:

cardiochirurgia adulti, cardiochirurgia pediatrica, chirurgia oncologica, epatobiliare e dei trapianti. Un secondo progetto punta invece alla riorganizzazione delle attività chirurgiche in un'ottica di integrazione fra le professionalità e di superamento della struttura a padiglioni. Il terzo progetto riguarda l'area internistico-geriatrica.

Nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena la sperimentazione prevede la realizzazione di un Dipartimento a intensità di cura in ambito chirurgico (Dipartimento testa-collo) e internistico (Dipartimento medicine e specialità mediche).

Nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma il progetto riguarda la riorganizzazione delle attività specialistiche di ortopedia (Unità operativa di ortopedia, la Clinica ortopedica e la Struttura semplice per le patologie dell'apparato locomotore).

All'Ausl di Imola l'intensità di cura si sviluppa nell'ambito dell'Area critica del Dipartimento di emergenza.

Nell'Azienda UsI di Reggio Emilia la sperimentazione coinvolge gli ospedali della provincia. L'ultimo progetto mette insieme l'Ausl di Forlì (capofila), l'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia (Arcispedale S. Maria Nuova) e l'Ausl di Piacenza per valutare l'impatto del modello ad intensità di cura (a Forlì la riorganizzazione è partita nel 2004) e proporre metodologie di confronto fra le diverse tipologie di organizzazione. Al S. Maria Nuova la sperimentazione riguarda la piattaforma di emergenza urgenza (medicina di urgenza, osservazione intensiva breve, unità di ammissione e area post-dimissione) mentre all'Ausl di Piacenza riguarda le aree chirurgiche degli ospedali di Piacenza e della Val D'Arda.

SCHEDA

Obiettivo: ridisegnare il modello assistenziale per raggruppare i pazienti non per disciplina medica ma per l'intensità del bisogno assistenziale.

Il "modello" organizzativo: la gestione assistenziale del malato è affidata agli infermieri. Il medico è responsabile clinico e gestisce il percorso diagnostico-terapeutico.

Le opportunità per il medico: concentrazione sulle proprie competenze e possibilità di esercitarle in diverse piattaforme logistiche, ovunque siano i pazienti di cui ha la responsabilità clinica o alla cui cura concorre.

Le opportunità per gli infermieri: valorizzazione delle competenze professionali e qualificazione del ruolo nel processo assistenziale.

I vantaggi: la qualificazione dell'attività infermieristica migliora globalmente la qualità dell'assistenza programmata sulla base della casistica più frequente e lascia alla interazione tra le équipe le eccezioni o i casi rari. Rapporti formalizzati fra le équipe infermieristiche e le équipe mediche rendono più difficile l'affermarsi di stili di lavoro particolaristici.

I progetti sperimentali: coinvolgono 9 Aziende sanitarie: Azienda UsI di Bologna, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena, Azienda UsI di Imola, Azienda UsI di Forlì, Azienda UsI di Reggio Emilia, Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia e Azienda UsI di Piacenza.

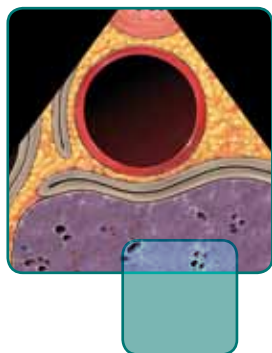
La nuova tecnologia TAVI (impianto transcatetere della valvola aortica): la Regione promuove uno studio osservazionale prima dell'adozione

Possiamo definirlo un caso esemplare di introduzione controllata di una nuova tecnologia che al momento dell'ingresso sul mercato fa intravedere benefici per un determinato gruppo di malati, ma che non ha ancora sufficiente evidenza scientifica sulla sua efficacia necessaria ai professionisti per applicarla in tutta sicurezza. Stiamo parlando di una metodica denominata TAVI (l'acronimo in italiano significa impianto transcatetere della valvola aortica), una tecnologia molto innovativa, ma anche molto costosa (in media 34 mila euro, cifra comprensiva anche della fase pre e post operatoria), indicata per i pazienti affetti da una stenosi severa di questa valvola del cuore. Ma vale la pena di raccontare dall'inizio questa vicenda anche per spiegare le difficoltà che incontra chi deve decidere se e quanto finanziare con i fondi pubblici questo tipo di tecnologia.

Prima della metodica TAVI

La stenosi aortica è una patologia degenerativa di questa valvola del cuore che ostacola il flusso del sangue dal ventricolo sinistro del cuore; è una affezione molto frequente nella parte più anziana della popolazione, che, in genere dopo i 70 anni, può colpire indifferente uomini e donne. Più l'età avanza, più le valvole si calcificano, si restringono, dando origine a una patologia grave come lo scompenso cardiaco, che ha un tasso di mortalità di quasi il 50% a due anni dalla comparsa dei sintomi.

In casi come questo il paziente viene sottoposto, dopo l'opportuna consultazione fra cardiologo e cardiocirurgo, a un intervento chirurgico a cuore aperto, ossia in circolazione extracorporea, per la sostituzione della valvola. Questo intervento, tuttora il trattamento di scelta per la stenosi aortica, è l'unico in grado di dare al paziente un netto miglioramento con una buona qualità della vita, ma si presenta molto invasivo e con una lunga degenza e convalescenza. Inoltre, frequentemente, le persone anziane hanno altre patologie di accompagnamento che fanno sì che spesso, dopo il consulto fra gli specialisti, vengano dichiarate inoperabili. L'unica risorsa che rimane a quel punto è solo la terapia medica (accompagnata a volte da un intervento palliativo di plastica valvolare con palloncino) di scarsa efficacia e con una mortalità molto alta in un lasso limitato di tempo.



La comparsa di TAVI in Francia

TAVI compare sulla scena nel 2002 quando il cardiologo francese Alain Cribier nell'ospedale di Rouen compie il primo intervento di applicazione di questa tecnologia. Si tratta ancora di una valvola a carattere sperimentale che ha il grande vantaggio di non richiedere l'intervento del bisturi. La protesi valvolare infatti viene applicata tramite un catetere inserito attraverso un piccolo foro nell'arteria femorale a livello inguinale (ma sono possibili altre vie di accesso). L'intervento riesce e il paziente, in condizioni critiche prima dell'impianto, viene ritratto insieme all'equipe medica mentre beve una coppa di champagne a poche ore dall'operazione.

Dopo quel primo intervento, sono stati perfezionati e introdotti in commercio due tipi di dispositivi per il trattamento transcatetere della stenosi aortica: la metodica si è diffusa in Europa (in Italia il primo intervento pionieristico è del 2004) e a livello sperimentale negli Stati Uniti, dove la *Food and Drug Administration* (FDA), l'organo di controllo statunitense, ha recentemente dato l'approvazione solo dopo i risultati di un grande studio clinico comparativo.

L'applicazione in Italia

Il problema dell'applicazione di TAVI viene affrontato in Italia in maniera consistente nel periodo 2007-2008 quando la valvola comincia a essere utilizzata più diffusamente dai cardiologi ed entra nella pratica nei centri di emodinamica e cardiocirurgia dei maggiori Paesi europei (fra cui naturalmente anche il nostro Paese). Arrivano cioè i primi impianti senza che ci siano forti evidenze cliniche di efficacia, ma solo descrizioni più o meno numerose di casi con esiti positivi. Casistica anche consistente, ma sempre limitata. Appare qui evidente la discrasia temporale fra la necessità di poter disporre di evidenze scientifiche consolidate che ancora non ci sono, e le esigenze di applicare immediatamente le nuove tecniche che, invece, stanno nella testa degli operatori. Ci si aspetterebbe cioè che le informazioni si sviluppessero prima dell'introduzione dell'innovazione sul mercato; invece la logica di mercato preme e gli interessi delle aziende fanno sì che il prodotto arrivi senza un profilo completo per efficacia e sicurezza.



La proposta del Policlinico S.Orsola-Malpighi di Bologna

È in questo periodo che i cardiologi del Policlinico S.Orsola-Malpighi di Bologna (Azienda Ospedaliero-Universitaria) avanzano l'idea di costruire un progetto di ricerca per l'impianto di queste valvole. La proposta viene discussa con l'Agenzia sanitaria e sociale regionale e il tema viene posto all'attenzione della Commissione cardiologica e cardiocirurgica regionale. Nasce così un percorso che porta alla definizione di un documento contenente le indicazioni per l'utilizzo, a cominciare dall'identificazione delle caratteristiche delle persone per le quali si ritiene appropriato l'impiego.

Il documento esce nel dicembre del 2008. In esso vengono individuati i centri (oltre al S.Orsola, quello dell'Ospedale Maggiore di Parma (Azienda Ospedaliero-Universitaria), in cui deve essere fatto l'intervento e quali requisiti strutturali, organizzativi e formativi occorre rispettare perché l'organizzazione sia efficace, ma soprattutto sicura per l'operatore e il paziente. Viene riconosciuto come elemento centrale di qualità l'integrazione fra i cardiologi e i cardiocirurghi (*Heart Team*) che, attraverso la comune valutazione delle indicazioni al trattamento, consolidano il rapporto di collaborazione per ottenere maggiori benefici al paziente.

Lo studio osservazionale e i suoi esiti

Subito dopo la conclusione di questo lavoro, nel 2009 nell'ambito del Programma di ricerca "Regione-Università", area governo clinico, i cardiologi e i cardiocirurghi del S.Orsola presentano un progetto di ricerca (studio osservazionale) che coinvolge l'intera regione. Il progetto viene sottoposto alla valutazione di una commissione di esperti nazionali, terza rispetto ai proponenti, quindi approvato e finanziato. Partito il 30 giugno del 2009, si è concluso il 30 giugno del 2011 con la presentazione dei risultati che hanno riguardato l'impianto TAVI su 116 pazienti, 90 al S.Orsola e 26 a Parma.

Gli esiti sono giudicati molto buoni. Il tasso di mortalità dopo l'impianto TAVI a 30 giorni è del 6,2% e ad un anno del 16,5%. Le percentuali di esito per un secondo gruppo di 163 pazienti, con caratteristiche cliniche simili a quelle che potevano portare a scegliere l'impianto TAVI, sottoposti invece ad intervento chirurgico tradizionale, sono sostanzialmente analoghe (6,4% a un mese e 16,3% ad un anno). I pazienti di questo secondo gruppo sono stati operati non solo nei centri pubblici di Parma e Bologna, ma anche nei centri privati accreditati che fanno parte della rete regionale (Villa Maria Cecilia di Cotignola, Villa Salus a Reggio Emilia, Villa Torri a Bologna e all'Hesperia Hospital di Modena). I dati sulla mortalità in entrambi i casi sono migliori di quelli relativi a un terzo gruppo di 132 pazienti, considerati inoperabili, sottoposti all'ospedale

S.Orsola solo a terapia medica e a intervento palliativo (valvuloplastica) che a un anno hanno una mortalità del 28%.

Le conclusioni: quando e come adottare TAVI

Lo studio osservazionale (unico in Italia ad aver valutato in modo comparativo tre gruppi di pazienti) promuove dunque la metodica TAVI per quei pazienti con controindicazione all'intervento chirurgico tradizionale (a cuore aperto), opzione che resta comunque la prima scelta in quanto risolutiva e con un ottimo *follow-up* a molti anni di distanza dall'intervento (non si può dire altrettanto per TAVI, data la recente introduzione).

In particolare, a colui che deve decidere (l'autorità sanitaria) l'introduzione di nuove tecnologie e finanziarne i costi, la conclusione dello studio suggerisce che l'innovazione è percorribile a patto di definire alcuni elementi "critici" come le caratteristiche dei pazienti potenziali beneficiari (nel caso TAVI pazienti inoperabili a cuore aperto, in presenza di sintomi come lo scompenso cardiaco ma senza eccessive comorbidità) e le condizioni organizzative a garanzia di sicurezza ed efficacia. L'Agenzia sanitaria e sociale regionale ha, inoltre, completato la definizione dei vincoli individuando, sulla base dei dati epidemiologici, il fabbisogno regionale di procedure, fissato a quota 110, vale a dire un fabbisogno annuo di circa 25 impianti per milione di abitanti che verranno finanziati al di fuori delle normali tariffe (Drg).

SCHEDA

La nuova tecnologia TAVI: comparsa per la prima volta in Francia nel 2002, ha un costo elevato - circa 34 mila euro di media per ogni intervento - ma può salvare la vita a pazienti con stenosi severa della valvola aortica inoperabili con gli interventi a cuore aperto.

Il progetto di ricerca per l'applicazione di TAVI: proposto dal Policlinico S.Orsola-Malpighi di Bologna per sperimentare l'applicazione di una tecnologia già sul mercato ma senza evidenze scientifiche di efficacia. Analizzato in Agenzia sanitaria e sociale regionale e in Commissione cardiologica-cardiochirurgica regionale.
Definito il progetto nel 2008: studio osservazionale nell'ambito del programma Regione-Università.

Lo studio osservazionale: durato due anni, concluso nel 2011. Tre i gruppi di pazienti: 116 trattati con TAVI; 163, con caratteristiche cliniche simili a quelle che potevano portare a scegliere TAVI, sottoposti ad intervento chirurgico a cuore aperto; 132, inoperabili, trattati con terapia medica e intervento palliativo.

Molto buoni gli esiti: la mortalità dopo l'impianto TAVI a 30 giorni è del 6,2% e a un anno del 16,5%, sostanzialmente analoga a quella dopo l'intervento chirurgico a cuore aperto (6,4% a un mese e 16,3% a un anno); per i pazienti inoperabili, sottoposti a terapia medica e intervento palliativo, la mortalità a un anno è del 28%.

Quando e come adottare TAVI: lo studio promuove la metodica TAVI per i pazienti con controindicazione all'intervento a cuore aperto. L'innovazione è percorribile. Stimato un fabbisogno di 110 interventi/anno.

2.

Dalle Aziende sanitarie
Area Vasta Emilia Nord

Il cuore del sistema di logistica integrata: il magazzino unico per medicinali, dispositivi e presidi sanitari

Con i suoi 7.000 metri quadrati sarà non soltanto una delle strutture più grandi in Europa, ma anche una delle più avanzate sul piano tecnologico ed ambientale. Stiamo parlando del sistema della logistica integrata dell'Area vasta Emilia Nord. Un investimento, che per l'acquisto del terreno e la realizzazione dell'edificio che ne costituirà il cuore, cioè il magazzino centralizzato per l'arrivo, lo stoccaggio e l'invio dei medicinali (in stragrande maggioranza), di dispositivi medici e presidi sanitari, ha comportato una spesa di oltre 14,5 milioni di euro. A questa somma si aggiungerà quella, ancora da quantificare nel dettaglio, per l'allestimento dell'infrastruttura che è già stata completata in via Vertoiba a Reggio Emilia nell'area a ridosso della tangenziale nord e che sarà operativa entro la fine del 2012.

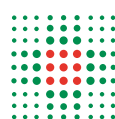
Per dare una idea della dimensione e della qualità del progetto che ha come finalità principale quella di razionalizzare i flussi dei prodotti - medicinali, dispositivi medici, presidi sanitari - per migliorare l'offerta del servizio in una logica di integrazione tra le 7 Aziende sanitarie parte dell'Area vasta e di ridurre i costi complessivi, si può osservare che il sistema potrà gestire una tipologia composta da 40 mila tipi diversi di medicinali, dispositivi medici e presidi sanitari per un importo complessivo di 450 milioni di euro all'anno. Dal magazzino saranno consegnati ai punti di richiesta/prelievo circa 300 milioni di scatole di medicinali, verranno gestiti circa 100 mila ordini ai fornitori, e verranno lavorati almeno 5.700 bancali per prodotti di grande dimensione e 10 mila cassette per prodotti di piccolo volume (in maggioranza farmaci), ogni anno.

Le fasi progettuale e attuativa

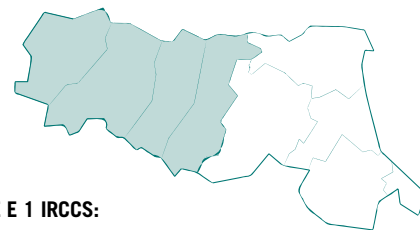
Nel 2004 le Aziende sanitarie di Modena e Reggio Emilia, e in seguito anche quelle di Parma e Piacenza, decidono di procedere alla realizzazione di un progetto comune di logistica centralizzata per l'approvvigionamento dei beni sanitari. Nel 2007 vengono definiti il progetto, l'organizzazione gestionale e le caratteristiche di automazione del magazzino. È di quell'anno l'acquisizione del terreno in via Vertoiba. Nel 2008 viene stabilita la modalità di gestione operativa decidendo che l'unità logistica centralizzata (il termine tecnico per indicare il magazzino) sarà struttura dell'Azienda Usl di Reggio Emilia che opererà su delega delle altre Aziende sanitarie dell'Area vasta, alla cui direzione vengono invece affidati compiti di "controllo direzionale".

Nel 2009 viene indetta la gara d'appalto per la costruzione dell'edificio da parte dell'Azienda Usl di Reggio Emilia. Viene riesaminata e ridefinita l'impostazione del sistema dei trasporti con l'individuazione delle Unità di richiesta/prelievo, le frequenze e gli orari di consegna, e i quantitativi dei beni interessati alle singole consegne. Viene definito anche il capitolato d'appalto per lo svolgimento della gara relativa all'allestimento interno.

Nel 2010 viene aggiudicata la gara per la costruzione dell'edificio e cominciano i lavori. Vengono avviate anche le attività per la definizione del sistema di gestione centralizzata



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Area Vasta Emilia Nord



7 AZIENDE SANITARIE E 1 IRCCS:

Aziende Usl di Piacenza, Parma, Reggio Emilia, Modena,
Aziende Ospedaliere-Universitarie di Parma e Modena,
Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia con l'Irccs interno in
tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia

Tel. 0522.335923
infoaven@ausl.re.it
www.aven-rer.it

dei prodotti: si definisce cioè un sistema informatico unico per far dialogare le 7 Aziende sanitarie che prima parlavano “7 linguaggi” informatici diversi. Sempre nel 2010 viene avviato “Prisma”, il sistema per la prescrizione informatizzata dei farmaci.

Nel 2011, completati i lavori di costruzione della struttura, viene aggiudicata la gara per l’allestimento e i servizi connessi alla gestione. Sono stabiliti gli aspetti della gestione finanziaria della struttura e le 7 Aziende sanitarie sottoscrivono un accordo di programma per regolamentare i loro rapporti in ordine alla gestione del magazzino.



Entro il 2012 dovrà essere realizzato l’allestimento interno e dovranno essere implementati i servizi di supporto. Già definito il calendario per l’ingresso nel sistema di tutte le 7 Aziende sanitarie: le prime a entrare saranno le Aziende già oggi servite dal magazzino farmaceutico di Reggio Emilia, cioè la stessa Azienda Usl di Reggio e alcuni presidi ospedalieri dell’Azienda Usl di Modena (Sassuolo e Baggiovara). Poi, via via, entreranno nel sistema le altre Aziende sanitarie dell’Area vasta. La struttura andrà a

regime 15 mesi dopo l’attivazione, con l’ingresso, per ultima, dell’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma.

Le caratteristiche della struttura

Il magazzino è stato progettato facendo riferimento agli standard logistici presenti nelle realtà più avanzate in Europa. Sono state previste all’interno le aree di ricevimento della merce, di stoccaggio (quella normale ma anche quelle speciali, cioè cella frigorifero, bunker per gli infiammabili, locale per le droghe), di movimentazione e di spedizione. Nell’ottica di ottimizzare le risorse e di ridurre i tempi di risposta alle richieste, è stata introdotta la gestione dello stock secondo il diverso confezionamento dei prodotti: per monodose, per singola confezione, per multipli di confezione, per imballo completo. L’intero processo logistico all’interno del magazzino funzionerà su reti *wireless*, eliminando così l’impiego di supporti cartacei. Nell’edificio è stata realizzata una sala macchine nella quale verranno inserite tutte le tecnologie informatiche necessarie al funzionamento dell’intera struttura, compresi i sistemi di comunicazione voip (rete telefonica via internet o altra rete dedicata), videosorveglianza, gestione dei sistemi automatici di logistica, rete dati via fili e *wireless*.

L’edificio è stato progettato secondo criteri antisismici e con sistemi di compartimentazione automatica interna in caso di incendio. Sul fronte dell’impatto ambientale vi sono pareti ventilate con “effetto camino” per la protezione dagli agenti atmosferici. L’edificio nel suo complesso sarà in grado di produrre 57,5 kw di potenza per la produzione di energia elettrica mediante pannelli fotovoltaici, ma è dotato anche di pannelli solari per l’erogazione di acqua calda. Altro elemento importante sul piano ambientale è l’impiego di caldaie a condensazione che permettono di recuperare l’energia termica dei fumi di combustione. L’impianto è dotato di isola ecologica per la raccolta differenziata di tutti i materiali (carta, polietilene, vetro, legno, polistirolo, pile, farmaci).

La gestione

Il progetto di logistica integrata definisce l’intero percorso dei farmaci, dei dispositivi e dei presidi sanitari con la creazione di farmacie satelliti nei singoli ospedali, l’implementazione di un modello pianificato delle richieste, la sperimentazione di sistemi innovativi di gestione nei reparti e sistemi di controllo delle scorte. Tutte le scorte, anche quelle nelle farmacie satellite, saranno di proprietà e sotto la gestione del magazzino centralizzato. Complessivamente saranno servite più di 1.800 unità di richiesta/prelievo: 1.039 reparti ospedalieri, 730 servizi territoriali (fra cui distretti, laboratori, servizi di



igiene pubblica e di salute mentale) e 34 farmacie satellite. Per i reparti ospedalieri è prevista la consegna 2 volte a settimana, per i servizi territoriali una sola volta, mentre per le farmacie satellite la consegna è giornaliera.

Il costo di gestione è stimato attorno ai 5-5,3 milioni all'anno fra servizi, personale delle Aziende sanitarie e personale in appalto; i costi di trasporto si aggirano fra 1,6-1,9 milioni. Il personale impiegato sarà composto da 30 unità dipendenti dall'Azienda Usl di Reggio Emilia a cui se ne aggiungeranno fino ad un massimo di 38 in appalto (si tratta di magazzinieri). Il risparmio di personale, attualmente impiegato nelle Aziende sanitarie per funzioni che andranno a sparire, è pari a 154 unità a tempo pieno per un costo annuo stimato di 6,5 milioni all'anno.



SCHEDA

Obiettivo: realizzare un magazzino centralizzato per il ricevimento, lo stoccaggio e l'invio di medicinali, dispositivi medici e presidi sanitari per razionalizzare i flussi, migliorare l'offerta, ridurre i costi in una logica di integrazione tra le 7 Aziende sanitarie.

Dove si trova, che spazio occupa: occupa un'area di 7.000 metri quadrati. È una delle strutture più grandi e avanzate d'Europa. Ha sede a Reggio Emilia vicino alla tangenziale nord (via Vertoiba).

Il costo, il personale impegnato: è realizzato con un investimento di 14,5 milioni da parte delle 7 Aziende sanitarie dell'Area vasta. Il costo di gestione è stimato attorno ai 5-5,3 milioni all'anno fra servizi, personale dell'Azienda Usl di Reggio (circa 30 unità) e personale in appalto.

Cosa gestisce e con quale valore economico: potrà gestire 40 mila diverse tipologie di medicinali, dispositivi e presidi sanitari per un importo complessivo di 450 milioni di euro all'anno. Potrà consegnare circa 300 milioni di scatole di medicinali all'anno e gestire circa 100 mila ordini ai fornitori.

Le strutture sanitarie servite: complessivamente saranno servite più di 1.800 unità di richiesta/prelievo: 1.039 reparti ospedalieri, 730 servizi territoriali e 34 farmacie satellite.

Quando sarà operativo: è previsto entro il 2012. Da quel momento le Aziende sanitarie dell'Area vasta con un calendario preciso cominceranno ad essere servite dal magazzino unico. La prima sarà l'Azienda Usl di Reggio, l'ultima ad entrare, 15 mesi dopo l'attivazione, sarà l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma.

Tracciabilità e sicurezza: dopo i farmaci, gestione informatizzata dei dispositivi medici in ospedale

L'esigenza di rispondere alle crescenti richieste da parte dei cittadini con servizi sanitari sempre più specializzati e attenti alla sicurezza dei cittadini stessi e degli operatori, coniugata con la necessità di razionalizzazione dei costi che la particolare congiuntura economica impone, ha orientato l'Azienda USL di Piacenza a ripensare alla propria organizzazione in diversi settori.

La reingegnerizzazione dei processi legati alla logistica del farmaco e dei dispositivi medici è in corso da diversi anni. Questi settori hanno infatti

forti riflessi su pazienti e operatori e, contemporaneamente, un alto impatto economico. Il progetto "Tracciabilità e sicurezza dei dispositivi medici", si inquadra come naturale completamento di una riorganizzazione - iniziata nel 2008 e ora è estesa a quasi tutti i reparti degli ospedali piacentini - della gestione del farmaco e introduzione della monodose. Tale riorganizzazione ha posto le basi (in termini di tecnologia, competenza e motivazione del personale) per il nuovo progetto, avviato nel 2010 e ora giunto alla fase di realizzazione sul campo.

Con dispositivo medico si intende ogni strumento, apparecchio, impianto, sostanza (non farmacologica) destinato a essere impiegato a scopo di diagnosi, terapia e controllo dei sintomi, comprese le protesi. Tutti i dispositivi medici sono soggetti ad autorizzazione ministeriale.

Obiettivo

Ci si propone di aumentare l'appropriatezza di uso dei dispositivi medici, di ridurre eventuali errori di impiego e di tracciare l'uso degli stessi in tutte le fasi, dalla produzione fino al paziente. Contemporaneamente ci si aspetta di avere benefici economici con la riduzione delle scorte in farmacia e nei vari magazzini di reparto, con la riduzione degli scaduti e la riduzione significativa dell'impiego di risorse umane per attività logistiche. Sarà inoltre possibile creare un archivio dettagliato di informazioni utili all'organizzazione aziendale per elaborare strategie economiche e cliniche.

Lo studio di fattibilità che ha preceduto l'avvio del progetto ha permesso di stimare un risparmio annuo effettivo, a regime, di oltre un milione di euro, pari a circa il 10% della spesa complessiva che l'Azienda USL di Piacenza effettua per l'acquisto dei dispositivi. Sono invece in corso di quantificazione i risparmi attesi dalla maggior efficienza dell'intero processo che comporta un più razionale utilizzo del tempo da parte degli operatori.

Le modalità operative

L'Azienda Usl ha ricercato una partnership con operatori privati, usando la formula contrattuale detta "Success Fee", prevedendo quindi una suddivisione dei rischi di impresa e una partecipazione agli utili progressiva, in funzione dell'effettivo sviluppo del progetto. La sinergia tra l'Azienda USL e fornitore privato (individuato nella ditta "Ingegneria Biomedica Santa Lucia Spa") pone a carico di quest'ultimo l'adeguamento hardware e l'introduzione del software dedicato degli armadi e dei carrelli automatizzati. È a carico dell'Azienda Usl ogni ristrutturazione degli ambienti necessaria all'installazione degli impianti. A regime, le operazioni di acquisizione, stoccaggio, prelevamento dai magazzini e assegnazione al paziente dei dispositivi medici saranno completamente automatizzate e supportate da un software che ne garantirà la tracciabilità in ogni fase.



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Piacenza

Tel. 0523.303123
urp.pc@ausl.pc.it
www.ausl.pc.it

Le fasi del progetto

L'approvazione del progetto è stata preceduta da un'attenta analisi della situazione esistente riguardo a tipologie, costi, modalità d'uso e diffusione nei reparti dei dispositivi medici. Sulla base di questa analisi, è stato deciso di introdurre le nuove modalità dapprima in comparto operatorio, successivamente nei reparti di radiologia interventistica, gastroenterologia, cardiologia e nefrologia, verificando poi la possibilità di una estensione in tutti i reparti. Sulla base di queste considerazioni sono state articolate le diverse fasi del progetto.

- 1) Censimento e codifica dei dispositivi medici utilizzati o utilizzabili in Azienda USL: per ciascuna tipologia si è definito anche il metodo di identificazione digitale prevedendo di utilizzare una codifica con codice a barre a lettura ottica o dispositivi a radiofrequenza (*RFID*), in funzione della tipologia e della modalità d'uso di ogni singolo dispositivo (fase terminata).
- 2) Riorganizzazione dei locali del comparto operatorio: in particolare il magazzino annesso è stato ristrutturato e cablato per permettere l'installazione di armadi automatizzati destinati ad accogliere i dispositivi e i carrelli per il trasporto dei *kit* (fase terminata).
- 3) Installazione degli armadi automatizzati (fase in corso).
- 4) Installazione e implementazione del software dedicato (fase in corso).
- 5) Formazione del personale (in fase di avvio).
- 6) Avvio dell'operatività nel comparto operatorio (entro l'anno 2012).
- 7) Avvio dell'operatività nei reparti di interventistica, gastroenterologia, cardiologia e nefrologia (giugno 2013).

Un'attenzione particolare merita l'aspetto relativo al lavoro degli infermieri: l'introduzione della nuova modalità di gestione consentirà l'ottimizzazione del loro tempo di lavoro, in termini di riduzione del tempo dedicato a compiti logistici e/o a basso valore aggiunto correlati alla gestione di farmaci e dispositivi medici a vantaggio di una maggiore disponibilità di tempo per le attività cliniche, con una conseguenza diretta sul miglioramento della cura del paziente.



Sul versante del contenimento del rischio, il progetto si inserisce in una più ampia attività che, già a partire dall'anno 2008, ha coinvolto progressivamente tutti i reparti dell'ospedale. Come già avviene per i trattamenti farmacologici, l'automazione garantisce una tracciabilità elevatissima dei dispositivi, a partire dalla fase di approvvigionamento e carico, alla movimentazione, alla successiva applicazione al paziente. L'operatore sanitario non dovrà più eseguire nessuna operazione manuale di registrazione.

SCHEDA

Obiettivo: aumentare l'appropriatezza e ridurre gli errori di impiego dei dispositivi medici. Attesi anche benefici economici con riduzione delle scorte, diminuzione degli scaduti e del personale dedicato alla logistica.

Sinergie: tra l'Azienda USL e il fornitore privato ("Ingegneria Biomedica Santa Lucia Spa"). A carico di Biomedica l'adeguamento hardware e l'introduzione del software. A carico dell'Azienda USL la ristrutturazione degli ambienti per l'installazione degli impianti.

Le fasi del progetto: prevista l'applicazione delle nuove modalità dapprima in comparto operatorio (entro il 2012), a seguire nei reparti di radiologia interventistica, gastroenterologia, cardiologia e nefrologia, e, previa verifica, in tutti i reparti (entro il 2013).

Le Case della salute nella provincia di Parma

Un nuovo punto di riferimento per i cittadini con servizi, di base e specialistici, aperti tutto il giorno e collegati con i servizi dell'ospedale: sono le Case della salute, un progetto della Regione Emilia-Romagna che in provincia di Parma sta avanzando velocemente.

La rete provinciale parmense prevede 26 Case della salute (8 nel Distretto di Parma, 6 in ognuno degli altri tre Distretti dell'Azienda Usl: Fidenza, Sud-Est, Valli Taro e Ceno); 19 apriranno entro il 2013 (di cui 4 già inaugurate nel 2011); 7 apriranno nel 2014.

La rete sarà realizzata utilizzando poli socio-sanitari già esistenti opportunamente riqualificati e con la costruzione di sedi ex novo.

In accordo con la programmazione della Conferenza territoriale sociale e sanitaria di Parma e dei 4 Comitati di Distretto dell'Azienda Usl, le Case della salute integrano al loro interno vari servizi: i medici e pediatri di famiglia, gli specialisti collegati con le reti cliniche dell'assistenza ospedaliera, i professionisti della sanità pubblica, della salute mentale, i servizi sociali degli Enti locali e le associazioni di volontariato; in sostanza i servizi che non richiedono ricovero in ospedale.

Le Case della salute - per le quali la Regione ha deliberato uno specifico logo identificativo, da applicare assieme al logo del Servizio sanitario regionale, proprio a significare l'importanza di questi luoghi concreti dove i cittadini possono trovare risposte a più bisogni che non richiedono ricovero - costituiscono un modello innovativo di offerta sanitaria che offre accoglienza e percorsi di cura integrati e in rete.

La persona al centro

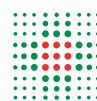
L'obiettivo è garantire meglio continuità assistenziale, prossimità delle cure, presa in carico globale della persona e del suo bisogno.

Lo sviluppo del sistema Case della salute in provincia di Parma pone alla sua base il concetto di "*patient centred primary care*", fondamentale linea di indirizzo per l'innovazione e il miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria. Su tale concetto, in ciascuna delle realtà progettate, vengono perseguiti i seguenti obiettivi: facilità di accesso alle cure (tempestività della risposta, facilità di comunicazione con i professionisti, ...); coinvolgimento del paziente nelle scelte e nella gestione delle cure (supporto all'auto-cura, counselling, ...); pro-attività degli interventi (utilizzo di registri di patologia, sistemi di programmazione delle visite e di allerta dei pazienti che facilitano il follow-up, ...); il coordinamento delle cure (tra i diversi professionisti) e la continuità dell'assistenza (tra differenti livelli organizzativi) anche attraverso lo sviluppo delle reti informatiche orizzontali e verticali.

I servizi garantiti

La Casa della salute è sede di accesso e di erogazione dei servizi sanitari, sociosanitari e socioassistenziali: le strutture possono essere di tipologia grande, media o piccola, come previsto dalle linee guida regionali (delibera di Giunta 291/2010) sulla base dei servizi presenti in un territorio e del bacino di popolazione di riferimento.

- La Casa della salute "piccola" garantisce assistenza di medicina generale per 12 ore al giorno (dalle 8 alle 20), assistenza infermieristica, attività di Consultorio di primo livello con la presenza dell'ostetrica; comprende inoltre l'ufficio coordinamento cure domiciliari, l'assistente sociale, il Cup per la prenotazione di visite ed esami.
- La Casa della salute "media" garantisce anche medici specialisti ambulatoriali, continuità assistenziale (e quindi assistenza 24 ore su 24), ambulatorio pediatrico, ambulatori di



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma

Tel. 0521.393808
comunicazione@ausl.pr.it
www.ausl.pr.it



sanità pubblica per attività di vaccinazione e screening; eventuale presenza di palestra per esercizio fisico.

- La Casa della salute “grande” garantisce tutte le attività assistenziali relative alle cure primarie, alla sanità pubblica e alla salute mentale. Assicura risposte ai bisogni sanitari e socio-sanitari che non richiedono ricovero ospedaliero, prevedendo anche la presenza dei servizi di igiene pubblica, i centri diurni e residenziali, i servizi sociali comunali, le sedi del volontariato.

Nella provincia di Parma, delle 26 Case della salute previste nei Distretti di Parma, Fidenza, Sud-Est, Valli Taro e Ceno, 7 sono di tipologia “grande”, 8 di tipologia “media”, 11 di tipologia “piccola”.

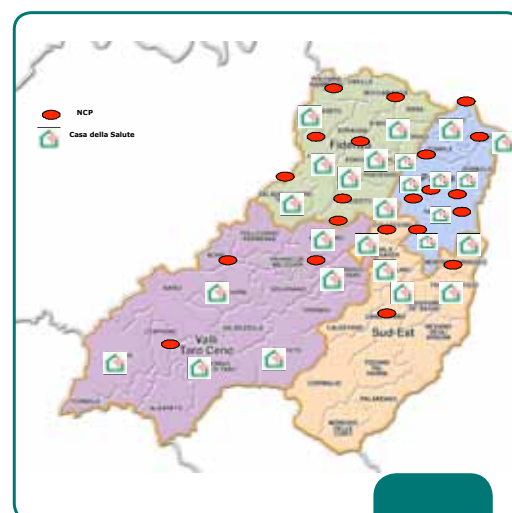
I professionisti della Casa della salute

In ognuna delle Case della salute opera un team multiprofessionale e multidisciplinare in grado di fornire prestazioni cliniche di qualità e interventi preventivi e di promozione della salute in una prospettiva di medicina di iniziativa. Nelle Case della salute la continuità delle cure è garantita attraverso “percorsi di cura e assistenza”, in cui è definita la successione delle attività necessarie a rispondere ai bisogni di pazienti complessi sotto diversi aspetti (complessità sanitaria, complessità socio-assistenziale, complessità familiare). Questi percorsi di cura sono erogati da professionisti che, pur appartenendo ad aree differenti (sanitaria, sociale, servizi educativi, ...), si trovano a operare nel medesimo contesto.

La formazione

Lo sviluppo del modello assistenziale per le Case della salute presuppone un cambiamento culturale nei professionisti che in esse si troveranno ad operare. Un cambiamento necessario per un efficace sviluppo delle reti organizzative attraverso: l'integrazione sia professionale (lavoro di equipe, sviluppo dei percorsi, ...) che gestionale (lavoro per obiettivi); la valorizzazione delle autonomie e delle competenze; gli strumenti del governo clinico.

A Parma, per favorire questo processo, è stato avviato un percorso formativo che coinvolgerà progressivamente il personale di tutte le Case della salute della provincia, mirato alla definizione di un *background* comune per i diversi *team* distrettuali per implementare e consolidare i processi di integrazione nelle specifiche realtà locali, utilizzando un omogeneo linguaggio interpretativo. Allo scopo, è stata adottata una metodologia didattica fatta di momenti d'aula (lezioni frontali integrata con analisi dei casi) ma anche di utilizzo di una piattaforma informatica (*Foraven-Portale e-learning*): in questo modo viene stimolata la capacità dei professionisti di descrivere la realtà attraverso l'esperienza e di partecipare alla costruzione e interpretazione della stessa.



SCHEDA

Obiettivo: garantire meglio continuità assistenziale, prossimità delle cure, presa in carico globale dei cittadini e dei loro bisogni di salute quando non è necessario il ricovero in ospedale.

Tipologia: su 26 Case della salute, 7 sono di tipologia “grande”, 8 “media” e 11 “piccola”.

Tempi di realizzazione: le prime 4 Case della salute sono state inaugurate nell'autunno 2011, altre 11 verranno attivate nel 2012 e le restanti nel corso del 2013 e del 2014.

Costi: la rete dispone di un finanziamento della Regione di 1,9 milioni di euro, che si integra con altre risorse derivanti dai bilanci dell'Azienda Usl di Parma e dalle intese, nell'ambito della programmazione della Conferenza territoriale sociale e sanitaria, tra Azienda Usl, Enti locali e altri soggetti pubblici finanziatori.

Un giardino riabilitativo per migliorare la qualità della vita di pazienti con disabilità motoria

Un giardino riabilitativo nell'area esterna del Padiglione Barbieri per i pazienti dell'Unità operativa di Medicina riabilitativa dell'Ospedale Maggiore di Parma. Si tratta del progetto di un luogo predisposto per aiutare i pazienti a recuperare abilità ma anche a confrontarsi con gli ostacoli della vita reale, imparare a superare le barriere architettoniche e integrarsi nel vivere sociale.

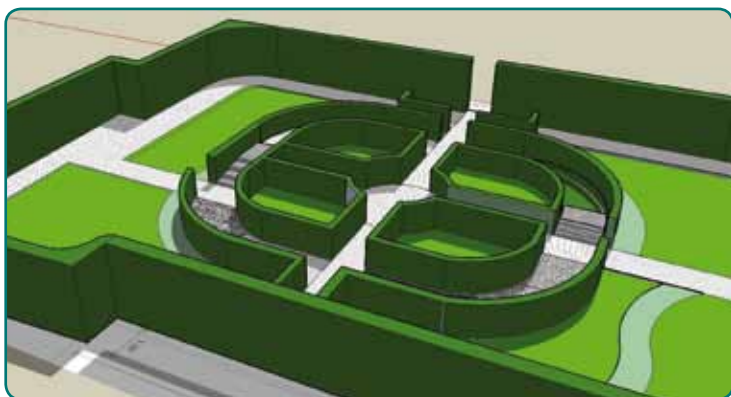
Il progetto è dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, che si propone di realizzarlo con il coordinamento gestionale della Provincia.

Quello del giardino riabilitativo di Parma è un progetto originale, il primo del genere in Italia per persone con diverse patologie (dalle cerebrolesioni e neurolesioni vascolari o traumatiche, alle lesioni ortopediche) e la cui presa in carico ottimale contempla la considerazione dei disturbi di tipo motorio, cognitivo, psicologico, del livello di autonomia e della necessità di ausili.

I diversi percorsi, l'area per attività manuali e di laboratorio, l'area sensoriale, i gazebo: luoghi per momenti di riabilitazione, ricreativi e di incontro con le famiglie

La realizzazione del giardino è prevista su una superficie di circa 850 mq con un perimetro di circa 120 m; sarà a servizio dei pazienti di Medicina riabilitativa e dei loro familiari. Tra le caratteristiche:

- superfici calpestabili e percorsi diversi con materiali, gradini e pendenze differenti, da poter proporre a pazienti che camminano (con o senza ausilio) e a pazienti in carrozzina;
- un percorso a ostacoli (variabili e removibili) per l'addestramento all'abilità e alla destrezza delle persone che camminano o in carrozzina;



- un'area per attività manuali-laboratoristiche (pittura, piccolo giardinaggio, manipolazione di materiali plasmabili,...);
- un'area verde "sensoriale" dove suoni, colori, odori, rumori e superfici tattili forniscono stimoli per attivare o rilassare il paziente;
- spazi idonei alle attività di avviamento allo sport (ad esempio basket, ping-pong) per utilizzare le abilità recuperate dal paziente, per l'intrattenimento ludico e per rendere consapevole il paziente delle potenzialità comunque presenti nelle sue abilità residue.

È poi prevista la realizzazione di due gazebo, uno come area di ritrovo per pazienti e familiari e uno per le attività terapeutiche manuali. Particolare attenzione sarà riservata allo studio del verde (posizione degli arbusti, altezza delle siepi, scelta delle essenze). Ci saranno una serie di siepi sia esterne sia interne; le prime, più fitte e alte, garantiranno la privacy ai pazienti impegnati con le attività riabilitative, mentre quelle interne, più basse, saranno a delimitazione dei vialetti e dei

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

Tel. 0521.703174
urp@ao.pr.it
www.ao.pr.it

percorsi pedonali. A completamento sono inoltre previste una serie di fioriture, alberature di alto e medio fusto e rampicanti.

Oltre ad aiutare i degenti a recuperare o acquisire abilità, il giardino potrà anche essere un luogo importante per favorire momenti ricreativi e di incontro con le famiglie. Un particolare, questo, da non sottovalutare: la possibilità che vi siano momenti di socialità al di fuori del reparto, e quindi di un contesto prettamente ospedaliero, è infatti rilevante per sostenere gli aspetti emotivi e assistenziali di tutti i pazienti che giornalmente sono impegnati nelle attività riabilitative e di recupero motorio.

Il costo dell'opera e la raccolta fondi

Il costo previsto dell'intervento è di circa 125mila euro: 70mila per il primo stralcio (parte edile, illuminazione) e 55mila per il secondo (opere a verde).

Il costo sarà sostenuto interamente dalla raccolta fondi promossa da associazioni sportive, di volontariato, e da alcune realtà imprenditoriali del territorio che hanno lanciato un calendario di iniziative, dall'organizzazione di eventi sportivi, alla vendita di prodotti, alle lotterie.

SCHEDA

Superficie del giardino riabilitativo: 850 metri quadri.

Obiettivi: realizzare uno spazio verde con percorsi riabilitativi, laboratori di pittura e manipolazione di materiali plasmabili, piccolo giardinaggio, aree "sensoriali" per attivare o rilassare il paziente, gazebo: un'area a disposizione dei pazienti con disabilità motoria e loro familiari per recuperare autonomia e migliorare la qualità della vita.

Costi: 125mila euro, 70mila per il primo stralcio (parte edile, illuminazione) e 55mila per il secondo (opere a verde). Il costo dell'opera sarà sostenuto con la raccolta fondi. I lavori saranno coordinati dal Servizio Attività tecniche e logistiche dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma.

Tempi di realizzazione: primi mesi 2013.

Tumori al seno: lo “Studio Futura” per la gestione del follow-up

“Studio Futura” è il nome del progetto di ricerca coordinato dall’Azienda USL di Reggio Emilia, in collaborazione con l’Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia, finanziato dal Ministero della Salute e dalla Regione Emilia-Romagna.

Lo studio, elaborato nel 2007, confronta due diversi modelli organizzativi di controlli post-operatori per le donne che hanno avuto un tumore alla mammella, ritenute a basso rischio di recidiva: la gestione del *follow-up* da parte del medico di medicina generale e da parte dello specialista.



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia
Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia

Tel. 0522.335168
urp.reggioemilia@ausl.re.it
www.ausl.re.it



Gli obiettivi

In Italia, come nel resto dei Paesi industrializzati, le donne che hanno avuto un tumore alla mammella, dopo la chirurgia e le eventuali cure, vengono sottoposte a controlli clinici ed esami diagnostici periodici per almeno 5 anni.

La visita medica e la mammografia sono gli esami che si sono dimostrati efficaci per diagnosticare precocemente un’eventuale ricaduta, anche se la probabilità che la malattia possa ripresentarsi è molto bassa.

Per una serie di ragioni legate alle preferenze delle pazienti e dei medici, solo in parte spiegabili con motivi clinici, scientifici e organizzativi, è ben documentato che vi è una certa tendenza a richiedere molti esami, con una ampia variabilità tra medici, centri specialistici e Aziende sanitarie.

L’ipotesi alla base dello “Studio Futura” è che lo stesso programma di sorveglianza post operatoria - con la definizione degli esami effettivamente necessari (visita clinica ogni 6 mesi, mammografia bilaterale ogni 12 mesi) - non impatti diversamente sulla salute delle donne quando condotto da due figure professionali diverse, in contesti diversi: il medico di famiglia e lo specialista oncologo. Se questo venisse dimostrato, sarà possibile offrire alle donne due alternative assistenziali.

Lo “Studio Futura”, messo a punto da oncologici e medici di medicina generale insieme alle associazioni impegnate nella lotta contro il tumore al seno, intende anche avere elementi per capire se le donne si sentono ugualmente tranquille e soddisfatte durante il periodo di *follow-up* (5 anni), nel caso in cui siano seguite dal proprio medico di medicina generale invece che dallo specialista oncologo. Per individuare gli elementi necessari a migliorare il più possibile sia il percorso assistenziale che la qualità della vita, è infatti importante conoscere le opinioni delle donne, sapere quali sono le loro aspettative, i timori e i problemi in cui più spesso si può incorrere durante il periodo di *follow-up*.

Lo schema del follow-up da sperimentare

Tutte le pazienti, indipendentemente dal medico (medico di medicina generale o specialista) a cui sono assegnate in modo casuale, riceveranno per 5 anni lo stesso schema di *follow-up*. Lo schema prevede una visita clinica ogni 6 mesi e una mammografia bilaterale ogni 12 mesi. Al termine delle visite programmate viene somministrato alle pazienti un breve questionario standardizzato, sulla qualità della vita e dell’assistenza ricevuta.

Per quanto riguarda il reclutamento delle pazienti, lo specialista identifica le donne potenzialmente inseribili nello studio e le informa sulle caratteristiche e le finalità del progetto. Lo specialista discute poi il caso con il medico di medicina generale. Se paziente e medico di medicina generale forniscono il consenso, lo specialista consegna alla paziente

il materiale informativo necessario e inserisce la donna nel percorso progettuale. Per la provincia di Reggio Emilia si ipotizza un reclutamento complessivo di circa 270 donne in 3 anni (dati forniti dal Registro Tumori) e un periodo di *follow-up* fino a 5 anni.

A Reggio Emilia dal 2007 al 2010 sono state create le condizioni per rendere operativo lo studio attraverso la formazione di oltre 300 medici di famiglia, gli incontri con le associazioni delle pazienti e la condivisione dei percorsi con i Centri oncologici.

Nella provincia di Reggio Emilia sono state fino ad ora identificate 128 pazienti potenzialmente eleggibili per lo studio, 75 delle quali già inserite nel percorso. Di queste ultime, la metà è stata presa in carico dal proprio medico di medicina generale, con modalità identiche a quelle del *follow-up* gestito dall'oncologo.

Lo studio è stato pubblicizzato attraverso la stampa e la TV locali. Inoltre, sono stati distribuiti ed esposti opuscoli e poster informativi in tutte le oncologie degli ospedali della provincia, negli ambulatori dei medici di medicina generale e nelle sedi delle associazioni di volontariato della provincia, che hanno sostenuto lo studio.



I costi del progetto - Il coinvolgimento di altre Aziende sanitarie

Il costo totale previsto è di 485mila euro, di cui 225mila a carico del Ministero. Questo finanziamento copre la parte reggiana dell'indagine, che fornirà alle altre Aziende sanitarie coinvolte l'applicativo informatico.

Le altre Aziende sanitarie coinvolte sono l'Azienda USL e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria (Policlinico) di Modena e l'Azienda USL di Piacenza.

A Piacenza è già stata completata la formazione dei medici di medicina generale e si è pronti per il reclutamento delle pazienti, mentre le due Aziende sanitarie modenesi hanno iniziato la formazione.

SCHEDA

Obiettivo: coordinato dall'Azienda Usl in collaborazione con l'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia, lo studio intende dimostrare che lo stesso programma di sorveglianza non impatta diversamente sulla donna se gestito dal medico di medicina generale o dallo specialista oncologo.

Lo schema di follow-up: prevista una visita clinica ogni sei mesi e una mammografia bilaterale ogni 12 mesi. Il *follow-up* ha una durata di 5 anni.

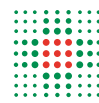
Coinvolgimento di altre Aziende sanitarie: prevista la partecipazione allo studio delle Aziende sanitarie di Modena (Azienda Usl e Azienda Ospedaliero-Universitaria) e dell'Azienda Usl di Piacenza.

Reclutamento delle pazienti: per la provincia di Reggio Emilia si ipotizza un reclutamento complessivo di circa 270 donne in 3 anni e un periodo di *follow-up* fino a 5 anni; già identificate 128 pazienti potenzialmente eleggibili, 75 delle quali già inserite nel percorso (la metà seguite dal medico di famiglia, l'altra metà dall'oncologo). Non ancora definito il reclutamento per le provincie di Modena e Piacenza.

Costi dello studio: il costo è di 485mila euro in totale.

Tumori della pelle: il Centro ad alta tecnologia diagnostica e il progetto Skin Cancer Unit

La possibilità di utilizzare le più innovative metodiche per la diagnosi e il trattamento dei tumori della pelle, integrata con l'esperienza della ricerca clinica nel settore e la collaborazione con i professionisti presenti capillarmente nel territorio, è destinata a generare positivi riflessi per la comunità. Significativo il vantaggio clinico per i pazienti, cui viene offerta una diagnostica integrata con un percorso terapeutico rapido ed efficiente, e diverse le opportunità di sviluppo della ricerca scientifica e tecnologica nel territorio di riferimento. Questo sono, in sintesi, il Centro oncologico ad alta tecnologia diagnostica per i tumori della pelle e il progetto per la creazione di una *Skin Cancer Unit* all'interno dell'Irccs "Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia".



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia

Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia
Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS)

Tel. 0522.296677
informazioni@asmn.re.it
www.asmn.re.it

I tumori della pelle

I tumori della pelle rappresentano, per la loro incidenza nella popolazione, un problema sanitario rilevante e, come accade per gli altri tipi di tumore, la diagnosi precoce offre la migliore opportunità per la guarigione.

Il tumore cutaneo di tipo basocellulare interessa lo strato inferiore dell'epidermide ed è tra i tumori maligni più frequenti: si stima che in Italia, ogni anno, almeno 300 persone su 100.000 ne sviluppino uno.

Diversa, ma non assolutamente trascurabile, è l'incidenza del melanoma, tumore maligno dovuto alla degenerazione dei melanociti naturalmente presenti nella pelle, che colpisce in media 15 persone ogni 100.000 e che presenta elevata mortalità in assenza di diagnosi tempestiva.

Le nuove sfide della medicina sono rappresentate dalla individuazione delle lesioni nella fase pre-neoplastica, o nella fase iniziale della neoplasia, affinché possano essere meno invasive le indagini e più efficace la cura.



Il Centro ad alta tecnologia diagnostica per lo screening e la diagnosi precoce

Con l'obiettivo di garantire il massimo della potenzialità diagnostica è nato, all'inizio del 2011, presso la Struttura complessa di dermatologia dell'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia, il Centro oncologico ad alta tecnologia diagnostica, in stretta collaborazione con l'Irccs interno "Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia".

Il Centro, dotato di innovative tecniche di *imaging*, si è avvalso, sin dall'inizio, delle competenze scientifiche e professionali di tre ricercatori leader a livello internazionale nell'ambito della dermatologia oncologica, della dermatoscopia e della microscopia a epiluminescenza, tecnica diagnostica non invasiva. Alle tecnologie già esistenti in reparto, la dermatoscopia e la videodermatoscopia, si

sono aggiunte, dall'inizio del progetto, innovative apparecchiature per la microscopia laser confocale *in vivo* ed *ex vivo*.

La prima metodica diagnostica - *in vivo* - consente lo studio della natura delle lesioni direttamente sulla pelle del paziente ed evita il ricorso a tecniche chirurgiche invasive, quando non demolitive, in presenza del solo sospetto di malignità, con notevole risparmio quindi di tempi e costi oltre che di disagi per il paziente. La seconda metodica - *ex*

vivo - viene utilizzata sul tessuto asportato, quando si riveli necessaria una indagine approfondita. L'apparecchiatura genera in tempo reale immagini di qualità e senza alcun tipo di preparazione del tessuto. La possibilità di avere una diagnosi in pochi istanti permette, già nel corso della prima visita diagnostica, la definizione di strategie chirurgiche e opzioni terapeutiche adeguate evitando attese del referto definitivo da parte del paziente, ulteriori interventi di radicalizzazione e demolizioni eccessive di tessuto oltre che l'allungamento delle liste di attesa.

Obiettivo primario del Centro è stata la messa in atto di una stretta collaborazione con i medici di famiglia e gli specialisti dermatologi della provincia di Reggio Emilia, avviata con una capillare attività formativa da parte dei ricercatori impegnati nel progetto.

Scopo della formazione è stata l'ottimizzazione nella individuazione (*triage*) dei pazienti con lesioni sospette da parte dei professionisti presenti nel territorio. Semplici regole di screening, condivise con gli specialisti in dermatologia oncologica, applicabili nella pratica quotidiana, hanno reso più affidabile la selezione dei pazienti da inviare in ospedale per l'indagine diagnostica avanzata, con il risultato di aumentare il controllo sui pazienti con lesioni effettivamente sospette e, al tempo stesso, di diminuire la richiesta di esami per quelli che presentano lesioni manifestamente benigne.

Tale collaborazione tra dermatologi ospedalieri e professionisti del territorio, oltre a rappresentare il primo esempio in Italia, è un primo passo verso la costruzione di un percorso di prevenzione, screening e diagnosi oncologica precoce dei tumori della pelle. Nel corso dei primi mesi di attività sono stati 1.500 i pazienti visitati in ospedale e circa 300 le lesioni maligne asportate, un terzo delle quali rappresentate da melanomi.



Dalla diagnosi alla cura, un percorso che ruota intorno al paziente: nasce la *Skin Cancer Unit*

L'impegno è rivolto ora alla creazione di una *Skin Cancer Unit*, unità specificamente dedicata al percorso ospedaliero del paziente con tumore cutaneo.

La *Skin Cancer Unit*, afferente alla infrastruttura per la ricerca dell'Irccs interno è il primo esempio in Italia nello specifico settore. In essa si prepara a operare un team multidisciplinare composto, oltre che da dermatologi, da patologi, oncologi, chirurghi plastici, radioterapisti e genetisti, dedicato alla gestione dei casi più complessi dal punto di vista diagnostico e terapeutico.

La *Skin Cancer Unit* nasce con un duplice obiettivo: da un lato offrire al paziente un supporto di elevato livello professionale che solo un gruppo multidisciplinare può sostenere e, dall'altro, creare un gruppo di lavoro di significativa competenza clinica e scientifica in grado di implementare un programma di ricerca di livello internazionale in ambito traslazionale rivolto principalmente allo sviluppo di nuovi criteri diagnostici clinici, dermoscopici e confocali per la individuazione precoce delle lesioni maligne.

Il percorso complessivo: dal territorio all'ospedale

Dai dati della letteratura recente si evince che la prevalenza di pazienti con melanoma nell'ambito della popolazione che si reca dal medico di medicina generale, in genere appartenente alla fascia di età avanzata, è pari a 1 su 200 pazienti. Questo dato è ben più rilevante rispetto ai dati di incidenza relativi alla popolazione generale (15 su 100.000) e dimostra l'importanza del coinvolgimento dei medici del territorio nella precoce individuazione di lesioni sospette.

Il modello messo a punto a Reggio Emilia prevede l'implementazione di 3 fasi distinte:

- la visita da parte dei medici di medicina generale e specialisti del territorio (screening di I livello);
- la diagnosi della neoplasia cutanea da parte dello specialista dermatologo ospedaliero (visita di II livello);
- il trattamento chirurgico, post chirurgico ed il follow-up dei pazienti in equipe multidisciplinare (III livello, *Skin Cancer Unit*).

I pazienti ai quali venga rilevata una lesione cutanea sospetta vengono indirizzati dal territorio alla struttura ospedaliera e accedono a un percorso appositamente strutturato, che non prevede attese, attraverso il quale vengono sottoposti, in tempi brevissimi, alla procedura diagnostica.

Il trattamento dei pazienti con melanoma, in particolare, prevede l'adesione a protocolli terapeutici internazionali e di follow-up sulla base dello stadio di malattia.



Dotazioni e costi

Lo sviluppo del progetto all'interno dell'Ircs "Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia", il cui costo programmato è di 150 mila euro/anno e al quale lavorano stabilmente i tre ricercatori appositamente reclutati, è stato avviato nel marzo del 2011 e ha visto sino a oggi, accanto alla attività formativa svolta per i professionisti del territorio, l'attivazione di ambulatori dotati di microscopia confocale e di strumenti digitali per il monitoraggio dei pazienti con nevi multipli per lo screening avanzato (II e III livello) dei tumori cutanei e per il trattamento del melanoma.

SCHEDA

Obiettivo: garantire un percorso che va dalla diagnosi precoce, che può contare su innovative tecnologie e metodiche, al trattamento chirurgico.

Il percorso dal territorio all'ospedale: visita di 1° livello del medico di famiglia o dello specialista dermatologo territoriale (screening I livello), diagnosi dallo specialista dermatologo in ospedale (visita di II livello), trattamento chirurgico (III livello, *Skin Cancer Unit*).

La *Skin Cancer Unit*: assumerà l'intera gestione dei casi più complessi dal punto di vista diagnostico e terapeutico. Vi opereranno dermatologi, patologi, oncologi, chirurghi plastici, radioterapisti, genetisti. Sarà sede di diagnosi, cura, ricerca traslazionale.

Dotazioni e costi: lo sviluppo del progetto all'interno dell'Ircs ha un costo programmato di 150mila euro/anno. Vi lavorano stabilmente anche tre ricercatori. Ha preso avvio nel marzo 2011 e ha visto, sino a oggi, accanto alla attività formativa svolta per i professionisti del territorio, l'attivazione di ambulatori per lo screening dei tumori cutanei e per il trattamento del melanoma.

2.

Dalle Aziende sanitarie

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Il Programma “Comunicazione e promozione della salute”: un’esperienza di integrazione

Anche nella provincia di Modena sono in corso iniziative per promuovere comportamenti e stili di vita salutari per contrastare la diffusione di patologie cronic-degenerative, così come prevede il Piano regionale della prevenzione 2010-2012 della Regione Emilia-Romagna.

In particolare, le iniziative sono riunite nel programma “Comunicazione e promozione della salute” 2010-2014, programma portato avanti dalla Azienda Usl in collaborazione con l’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena e

la Conferenza territoriale sociale e sanitaria, che ha adottato il programma nel marzo 2010.



L'organizzazione

Il programma, per raggiungere i propri obiettivi in una logica di coinvolgimento/ascolto attivo dei diversi partner, ha istituito un “gruppo strategico” a cui partecipano gli assessori alle politiche sociali e sanitarie dei Comuni di Modena, Castelfranco, Vignola, Mirandola, Carpi, Pavullo e Sassuolo, con il coordinamento degli assessori alle politiche sociali e sanitarie del Comune e al welfare/sanità della Provincia di Modena. Il coordinamento tecnico è affidato all’Azienda USL che deve integrare l’attività dei gruppi di progetto istituiti su alcol, fumo, Aids, alimentazione e attività motoria, carcere. Le attività sono descritte nei Piani di zona per la salute e il benessere sociale (previsti dal Piano sociale e sanitario regionale proprio per la realizzazione di iniziative di promozione della salute). Per garantire coerenza e sinergia nella programmazione, implementazione e monitoraggio delle azioni tra i gruppi di progetto è stato istituito un Nucleo di coordinamento trasversale cui far riferimento per le attività di comunicazione, formazione, educazione e valutazione, composto da rappresentanti delle due Aziende sanitarie modenesi.

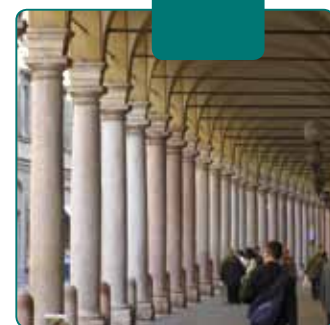
Il programma ha l’obiettivo di favorire una maggiore integrazione tra le attività che i diversi servizi/strutture svolgono nella prevenzione e promozione della salute, di sostenere la condivisione con altri soggetti della comunità nella diffusione di sani stili di vita e di garantire un’attuazione coerente e omogenea sull’intero territorio provinciale, anche attraverso l’attivazione di percorsi formativi integrati.

Metodi e azioni

Diverse le strategie utilizzate dal Programma per sostenere scelte salutari: educazione alla salute, comunicazione, marketing sociale, interventi strutturali e sostegno all’applicazione di normative nel campo della prevenzione.

Le azioni intraprese sono numerose:

- attività istituzionali svolte dalle Aziende sanitarie modenesi: educazione alla salute nelle scuole, interventi dei Centri antifumo e dei Centri alcolologici, sostegno ai programmi di screening oncologici (mammella, colon-retto, utero), counselling da parte degli operatori sanitari;
- iniziative distrettuali/comunali previste nei Programmi attuativi annuali (declinazioni operative dei Piani di zona per la salute e il benessere sociale);
- attività integrate di informazione e sensibilizzazione sulla salute attraverso interventi in svariati setting (scuole, sedi dei servizi sanitari, ambienti di lavoro, piazze, mass



media locali, discoteche, sedi di concerti, distributori automatici, strutture sportive, centri commerciali, fiere e concorsi a premi);

- iniziative per rafforzare l'integrazione delle attività di promozione della salute svolte dai diversi soggetti della società, che consentono di ampliare e rafforzare la rete dei partner coinvolti (mondo della salute, dell'ambiente, del lavoro, della scuola ...);
- formazione per gli operatori impegnati nella promozione della salute;
- condivisione tramite incontri periodici, giornate di studio, sito web (www.ppsmodena.it) e newsletter dedicata.

I risultati

Il Programma si serve di un sistema di monitoraggio delle attività realizzate in ogni gruppo di progetto, per verificare il raggiungimento degli obiettivi ed eventualmente ridefinirli.

I dati di alcune iniziative, a titolo di esempio: oltre 30.000 le persone coinvolte ogni anno nei progetti nel mondo della scuola, tra studenti e personale; oltre 2.000 le persone coinvolte in concorsi online dedicati a temi di salute e organizzati in occasione di eventi fieristici del territorio; oltre 1.200 le persone che hanno smesso di fumare nelle 6 edizioni del concorso "Scommetti che smetti?"; oltre 48 le adesioni alla donazione d'organi raccolte durante una iniziativa al Festival della Filosofia.

I risultati sono misurati in particolare da sistemi di indagine come PASSI e Okkio alla salute. Per quanto riguarda l'obesità infantile, ad esempio, il confronto tra dati rilevati nel 2005 con quelli misurati nel 2010 (metodi differenti ma opportunamente standardizzati) evidenzia una riduzione dell'eccesso di peso pari a circa il 17% nei bambini tra gli 8 e i 10 anni.

I prossimi impegni

Il programma è quinquennale. L'impegno delle due Aziende sanitarie modenesi, assieme ai tanti partner che hanno dato il loro contributo, continuerà con l'obiettivo di estendere in modo omogeneo a tutto il territorio provinciale le buone esperienze fin qui sviluppate.

SCHEDA

Obiettivo: promuovere sani stili di vita attraverso interventi di comunità.

Iniziative avviate: istituzione dei gruppi di progetto su: alcol, fumo, alimentazione e movimento, AIDS, carcere. Monitoraggio delle iniziative e dei risultati.

Risultati: raggiungimento dei target di tutte le fasce di età con interventi mirati, possibili grazie alla consolidata rete di soggetti del territorio coinvolti.

I prossimi impegni: ciascun gruppo di progetto definisce le azioni coerenti con gli obiettivi specifici.

I costi: in media 7.000 euro annui a carico delle Aziende sanitarie; il resto dei costi è sostenuto direttamente dai partner coinvolti nelle iniziative.

2.

Dalle Aziende sanitarie

Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena

“Oltre la cura”: l’integrazione tra il sapere medico e il sapere psicologico per il miglioramento dei processi di cura

Il Policlinico di Modena (Azienda Ospedaliero-Universitaria) sperimenta un nuovo approccio alla cura che mira al pieno coinvolgimento del malato e dei suoi familiari. Già dal 2010 ha messo in campo diversi progetti e, nei primi mesi del 2012, ha istituito una specifica area “Servizi alla persona e sviluppo delle professionalità”, un’area che porta a operare in sinergia strutture e servizi che possono concorrere alla umanizzazione delle cure in ospedale e a migliorarne la percezione da parte del malato, il quale deve trovare un ambiente

favorevole affinché si esplicino appieno la sua collaborazione e la sua partecipazione al processo di cura. È istituito, all’interno dell’Area, il Servizio di Psicologia della salute, per la cura di tutti gli aspetti psicologici e di relazione con gli ammalati che entrano in ospedale in modo da rendere ammalati e familiari “esperti” e protagonisti del proprio processo di cura.



Il progetto “Oltre la cura”

Cuore della missione dell’Area Servizi alla persona e sviluppo delle professionalità è il Progetto “Oltre la cura” che si propone di considerare complessivamente gli aspetti sanitari, psicologici, di relazione, di accoglienza legati al processo di cura.

Storicamente, il rapporto del medico con il paziente è imperniato sul principio di autorità, dove il medico è identificabile come una figura genitoriale (atteggiamento paternalistico) e dove il paziente deve essere ubbidiente, buono e facile. Oggi il rapporto del medico con il paziente si è modificato: il paziente ha bisogno di relazioni paritarie e di essere correttamente informato per assumere scelte consapevoli. E poiché l’atto di cura si compone di due aspetti fondamentali e imprescindibili, che sono l’agire tecnico-scientifico e l’agire relazionale, diventa fondamentale attuare una politica centrata sulla relazione con la persona.

Con il progetto “Oltre la cura” il sapere psicologico entra nella cultura e nella pratica di cura consentendo l’integrazione di due competenze, quella medica e quella psicologica a sicuro vantaggio della persona ammalata. Peraltro, gli psicologi accedono a una formazione permanente che consente la condivisione e la revisione critica delle pratiche, quando necessaria, con l’intera équipe assistenziale.

In Policlinico gli psicologi collaborano praticamente con tutti i Dipartimenti dell’ospedale.

Le principali azioni sono:

- sostenere i pazienti nei momenti più difficili (ad esempio dopo la comunicazione di diagnosi, in concomitanza con ricadute o recidive di malattia, nella fase di preparazione al trapianto d’organo, in occasione del sopravvenire di limitazioni funzionali dovute a malattie croniche e degenerative, in preparazione di esami invasivi o di interventi chirurgici, particolarmente se mutilanti, al momento del risveglio in rianimazione, ...);
- favorire la partecipazione del paziente alla sua cura e coinvolgere i familiari per migliorare il sostegno che essi possono fornire al paziente;
- adeguare, nel limite del possibile, le condizioni ambientali, organizzative e relazionali della cura ai bisogni psicologici dei pazienti;
- integrare l’attività dell’équipe curante per migliorare le competenze comunicativo-relazionali di tutti i professionisti coinvolti nel rapporto con il paziente e la sua famiglia;
- collaborare con le associazioni di volontariato.



Secondo questa impostazione, che integra il sapere medico con il sapere psicologico, vengono realizzati numerosi progetti all'interno dei diversi Dipartimenti:

- Dipartimento Medicina e specialità mediche: Progetto Nefrologia, Dialisi e Trapianti di Rene; Progetto vaccino HIV/AIDS;
- Dipartimento Chirurgia generale specialità chirurgiche: Progetto Trapianti Multiviscerali e Fegato e Chirurgia epatobiliopancreatica; Progetto Stomie;
- Dipartimento Materno Infantile: Progetto Dipartimento Materno-Infantile (chirurgia pediatrica, pediatria, oncoematologia pediatrica, neonatologia ed ostetricia), Progetto Ambulatorio di Genetica Medica, Progetto Centro di Medicina della Riproduzione;
- Dipartimento Oncologia, Ematologia e Patologie dell'Apparato Respiratorio: Progetto Centro Oncologico Modenese (oncologia degenza, hospice, osservazione breve oncoematologica, day hospital), Progetto Radioterapia;
- Dipartimento Chirurgie Specialistiche Testa-Collo: Punto Diagnostico Terapeutico Testa Collo, attività integrata Oncologia-Otorinolaringoiatria;
- Dipartimento Emergenza-Urgenza: Progetto Cardiologia, ambulatorio insufficienza cardiaca cronica, ambulatorio cardiopatia ischemica ad alto rischio; Progetto Rianimazione;
- Dipartimento Patologie dell'Apparato Locomotore: Progetto Ambulatorio multidisciplinare delle malformazioni congenite dell'arto superiore;
- Direzione Generale: Progetto Centro Antifumo.

Primi risultati

Nel 2011 gli psicologi dell'Area Servizi alla persona e sviluppo delle professionalità hanno effettuato 652 affiancamenti a medici in procedure cliniche. Sono stati organizzati 1.104 incontri di équipe per la discussione di casi clinici e tematiche relazionali e comunicative e svolte 10 iniziative formative interne, corsi per medici e infermieri (in area relazionale), per un totale di 21 edizioni, 264 ore, 337 partecipanti in totale. Sono stati eseguiti 4.887 colloqui dei quali 2.978 con i pazienti e 1.909 con famigliari.

SCHEDA

Obiettivo: mettere al centro la persona ammalata, e quindi considerare complessivamente gli aspetti sanitari, psicologici, di relazione, di accoglienza legati al processo di cura.

Metodologia e strumenti: integrazione delle competenze mediche e psicologiche per migliorare i processi di cura. Gli psicologi sono riuniti nel Servizio di Psicologia della salute, parte della nuova Area "Servizi alla persona e sviluppo delle professionalità", area che mette in relazione professionisti e strutture diverse per il miglioramento dei processi di cura.

Strutture coinvolte: specifici progetti coinvolgono 7 Dipartimenti e la Direzione generale.

Primi risultati: nel 2011 gli psicologi hanno effettuato 652 affiancamenti a medici in procedure cliniche. Organizzati 1.104 incontri di équipe per la discussione di casi clinici e tematiche relazionali. Svolte 10 iniziative formative interne. 21 edizioni di corsi per medici e infermieri (in area relazionale), 337 i partecipanti in totale. 4.887 colloqui dei quali 2.978 con i pazienti e 1.909 con famigliari.

2. Dalle Aziende sanitarie Area Vasta Emilia Centrale

Il progetto di laboratorio unico per analisi con tre sedi in rete

Un Laboratorio unico di Area vasta con 28 milioni di esami all'anno per una popolazione di 1 milione e 200 mila cittadini, su un territorio di 76 Comuni e 5.630 chilometri quadrati di estensione, con una rete ospedaliera articolata in 14 strutture. Volumi di attività, ambito territoriale, complessità organizzativa e innovazione tecnologica tali da farne, una volta realizzato, uno tra i più grandi al livello europeo.

Il progetto è promosso dalle Aziende sanitarie che compongono l'Area vasta Emilia Centrale con l'obiettivo di garantire equità di accesso alle prestazioni di laboratorio, assicurare i più elevati standard di qualità, sicurezza e affidabilità degli esiti diagnostici in tutto il territorio dell'Area vasta. Il progetto nasce nel 2011 per estendere al territorio della intera Area vasta la progettualità del Laboratorio unico metropolitano di Bologna e Imola e del Laboratorio unico di Ferrara.

Il disegno

Nel contesto di integrazione che caratterizza l'Area vasta, i servizi di supporto sono chiamati ad adeguarsi, tanto in termini strutturali che in termini organizzativi, e a individuare obiettivi di qualità e sostenibilità, perseguendo il superamento di eventuali ridondanze.

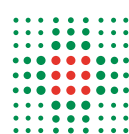
Il numero attuale, elevato, di punti di produzione degli accertamenti diagnostici non garantisce l'omogeneità dei processi produttivi seguiti, né volumi di prestazioni tali da assicurare dappertutto livelli di qualità tecnica e sicurezza eccellenti.

La frammentazione eccessiva del sistema produttivo può essere all'origine di disomogeneità

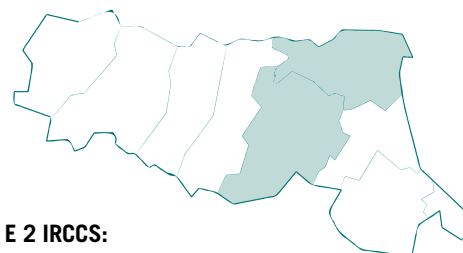
nell'aggiornamento sistematico e diffuso della tecnologia in tutte le sedi, e nella implementazione di soluzioni all'avanguardia. Inoltre, in tutti i settori a forte automazione, i singoli punti di produzione si caratterizzano per una capacità produttiva decisamente superiore all'attività richiesta. Si genera, in questo modo, una situazione di diseconomicità strutturale diffusa.

La presenza all'interno della Area vasta di grandi strutture, due a Bologna e una a Ferrara, in grado di produrre gli accertamenti diagnostici di laboratorio per l'intera Area e, al contempo, l'esistenza delle condizioni per la comunicazione e il trasporto dai vari nodi della rete verso gli stessi centri di riferimento, hanno fatto ritenere possibile la realizzazione del progetto di laboratorio unico in tre sedi. Un progetto, unico in Italia per volumi di prestazioni e innovazione tecnologica e organizzativa, che può perseguire efficacemente la missione del Servizio sanitario pubblico e sviluppare, al tempo stesso, forme di razionalizzazione fondamentali per sostenerne azioni di sviluppo.

Il disegno del Laboratorio si fonda sulla opportunità di eliminare le ridondanze attuali attraverso l'adozione di una logica di rete che vede nelle tre sedi individuate, due a Bologna e una a Ferrara, i centri organizzativi ai quali far affluire l'intero volume di attività, con l'obiettivo di garantire funzionalità integrata e supporto reciproco in caso di necessità.



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**
Area Vasta Emilia Centrale



5 AZIENDE SANITARIE E 2 IRCCS:

Aziende Usl di Bologna, Imola, Ferrara; Aziende Ospedaliero-Universitarie di Bologna e Ferrara, Irccs Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna, Istituto delle scienze neurologiche di Bologna (all'interno dell'Azienda Usl di Bologna)

Tel. 051.6079705
direzioneoperativa.avec@ausl.bologna.it
www.avec-rer.it



Il progetto prevede il mantenimento della rete attuale di punti prelievo, costituita da 86 centri, 57 nella provincia bolognese e 29 in quella ferrarese, che ha raggiunto una notevole capillarità ed è in grado di assicurare ai cittadini adeguate possibilità di accesso.

In particolare, si procederà alla:

- concentrazione presso centri unici di riferimento delle linee di analisi a bassa frequenza di richiesta e/o a elevata complessità tecnica e costi elevati di produzione;
- concentrazione presso i centri di riferimento della rete delle altre linee di analisi, con particolare riferimento a quella ad elevata automazione;
- organizzazione delle attività di urgenza presso tutte le sedi ospedaliere, nell'arco delle 24 ore, adottando modalità di tele-refertazione, l'invio rapido al laboratorio di riferimento di zona e sistemi tecnologici semplificati a risposta rapida;
- esecuzione di gare comuni per l'acquisizione di attrezzature.



La realizzazione del progetto richiede la presenza di alcuni requisiti essenziali di unitarietà operativa e funzionale per quanto riguarda, in particolare: l'unicità del sistema informativo e informatico; l'unitarietà delle tecnologie; il sistema di trasporto dei materiali biologici; il controllo della sicurezza, dei rischi di interruzioni o di incidenti; l'uniformità delle procedure e il coordinamento unico della rete dei punti prelievo.

La realizzazione del progetto procederà per stadi, con una serie di riorganizzazioni iniziali intra-aziendali e il trasferimento di frazioni di attività, in maniera da creare le condizioni per i successivi trasferimenti definitivi.

I vantaggi

Grazie alla concentrazione di risorse, professionalità e volumi di attività, sarà possibile garantire i più elevati standard di qualità, sicurezza e affidabilità degli esiti diagnostici, innovazione tecnologica e metodologica, migliore capacità di risposta in rete alle esigenze cliniche e, per le urgenze, esami 24 ore su 24, 7 giorni su 7, maggiore efficienza operativa e gestionale, realizzazione di economie di scala.



Il modello clinico-organizzativo

È previsto un unico livello di responsabilità clinica e gestionale, con un pool unico di dirigenti medici e biologi, presupposto fondamentale per realizzare un pool professionale unico integrato, organizzare e gestire le attività superando ridondanze e inefficienze, uniformare l'uso di tecnologie di analisi omogenee e ad alta automazione per tutte le attività che non sono concentrabili in una unica sede, concentrare le attività in relazione ai tempi di risposta richiesti dai clinici, garantire standard omogenei di qualità e sicurezza della risposta.

Lavori in corso

Ad aprile 2012 è all'opera un gruppo di lavoro multiprofessionale di Area vasta, con il mandato di predisporre il capitolato di gara per l'acquisizione delle tecnologie necessarie, progettare le architetture organizzative e di infrastrutture comuni, anche informatiche, progettare i modelli per la concentrazione delle attività produttive, individuare i modelli di risposta alla rete ospedaliera.

Il gruppo di lavoro sta procedendo:

- alla ricognizione dei fabbisogni di aggiornamento tecnologico per l'attività laboratoristica di ogni realtà ospedaliera o territoriale della intera Area vasta;
- alla realizzazione di un'unica configurazione informatica per i laboratori di tutta l'area Area vasta, facilitata dalla utilizzazione, già oggi, dello stesso sistema informatico;
- alla utilizzazione delle stesse tipologie di provette per la stessa tipologia di esami;

- alla realizzazione di software che consentano la totale tracciabilità informatica del percorso, dalla richiesta al referto;
- alla individuazione di beni e servizi da acquistare con gare comuni, possibilmente dedicate a singole aree tematiche;
- alla razionalizzazione dei servizi di trasporto per assicurare adeguate garanzie di qualità e sicurezza per la conservazione dei campioni;
- alla tracciabilità e al monitoraggio continuo delle attività.

SCHEDA

Obiettivo: tre sedi in rete con guida unitaria per garantire la risposta alle esigenze dell'intero territorio dell'Area vasta Emilia Centrale. Previsti 28 milioni di esami all'anno per una popolazione di 1 milione e 200mila abitanti su un territorio con 76 Comuni ed una rete ospedaliera articolata in 14 strutture. Il progetto prevede il mantenimento della rete attuale di punti prelievo costituita da 86 centri, 57 nella provincia bolognese e 29 in quella ferrarese.

I vantaggi: grazie alla concentrazione di risorse, professionalità e volumi di attività, sarà possibile garantire i più elevati standard di qualità, sicurezza e affidabilità degli esiti diagnostici, innovazione tecnologica e metodologica, maggiore efficienza operativa e gestionale, maggiore capacità di risposta alle esigenze cliniche e, per le urgenze, esami 24 ore su 24, 7 giorni su 7, tracciabilità di tutto il processo, dalla prescrizione al referto.

Lavori in corso: un gruppo multiprofessionale di Area Vasta è al lavoro con il compito di procedere alla predisposizione del capitolato di gara per l'acquisizione delle tecnologie, di progettare le architetture organizzative e le infrastrutture comuni, di definire i modelli per realizzare la concentrazione delle attività produttive.

La centrale metropolitana post acuzie per ricoveri appropriati e tempestivi in strutture territoriali

L'incremento delle malattie croniche e delle condizioni di non autosufficienza e, più in generale, la progressiva evoluzione dello scenario demografico verso la presenza crescente di pazienti multiproblematici, richiedono una sempre maggiore attenzione per la continuità della assistenza e l'integrazione tra discipline, professionisti e diversi livelli di intensità di cura, a cominciare dal raccordo tra ospedale e territorio. Garantire la continuità della assistenza significa assicurare l'estensione ininterrotta nel tempo degli obiettivi assistenziali. Ciò richiede, tra l'altro, lo svolgimento continuo degli interventi dei diversi ambiti e livelli di cura e di assistenza. In altre parole, individuati i bisogni del paziente, è necessario assicurare con continuità l'assistenza da un livello di cura a un altro, indipendentemente dal luogo (ospedale, lungodegenza, residenza, domicilio) nel quale ciò avviene.

Per rafforzare le logiche di continuità nell'assistenza, l'Azienda USL di Bologna ha avviato dal 2009 la Centrale Metropolitana per la Post Acuzie (CeMPA), una soluzione organizzativa innovativa unica in Italia. Il progetto è stato realizzato in collaborazione con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, alla quale si è aggiunto, di recente, anche l'Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna.

Il mandato affidato al gruppo di lavoro che ha elaborato il progetto ruotava intorno ad una serie di obiettivi fondamentali:

- mettere a fuoco i diversi profili clinico-assistenziali dei pazienti;
- individuare un modello uniforme, con meccanismi operativi comuni, per la gestione del passaggio dalla fase ospedaliera del percorso di cura alla successiva fase post acuta in tutta l'area metropolitana bolognese;
- sensibilizzare alla attivazione precoce di tutte le risorse necessarie per soddisfare i bisogni delle persone da assistere;
- garantire equità di accesso e di fruizione per la continuità della assistenza nella fase post acuta.

Il gruppo ha proceduto alla analisi del contesto e delle risorse a disposizione della rete metropolitana bolognese, alla individuazione delle modalità di accesso ai diversi *setting* assistenziali esistenti, alla ricognizione degli strumenti informativi utilizzati. Grazie a questo lavoro istruttorio è stato possibile individuare un modello

organizzativo unificato delle Aziende sanitarie dell'area metropolitana di Bologna per la gestione delle strutture di post-acuzie.

La Centrale, attivata il 12 marzo 2009, permette di monitorare in tempo reale, attraverso la rete informatica, la disponibilità dei posti letto per post acuti - lungodegenze, riabilitazione intensiva ed estensiva - negli ospedali dell'Azienda USL di Bologna, nelle strutture private e nelle Case residenza per anziani (CRA) dell'area metropolitana bolognese.

È realizzata intorno alla centralità del paziente, mettendo al primo posto i bisogni della popolazione assistita e puntando alla massima integrazione e appropriatezza degli interventi assistenziali.

Come funziona

L'ospedale nel quale è ricoverata la persona per la quale è prevedibile, anche in una fase ancora precoce del ricovero, la dimissione verso una struttura per post acuti, trasmette alla



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Tel. 051.6662742
relazioni.cittadino@ausl.
bologna.it
www.ausl.bologna.it



Centrale la richiesta di trasferimento.

Il team della Centrale, formato da infermieri e tecnici delle tre Aziende sanitarie bolognesi (Azienda USL e Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Irccs Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna), attraverso un software dedicato che monitora in tempo reale la disponibilità dei posti di ricovero per post acuti, e sulla base delle esigenze sanitarie, sociali e familiari del paziente, identifica tempestivamente, in media entro massimo 3 giorni dalla segnalazione dell'ospedale, la sede più appropriata per il ricovero, e cura tutti gli aspetti sanitari e logistici del trasferimento.

La gestione della Centrale è affidata a personale infermieristico delle tre Aziende sanitarie bolognesi con particolare *expertise*, che condivide gli strumenti di valutazione clinica, assistenziale e socio-sanitaria. Il coordinamento è affidato al Dipartimento di cure primarie dell'Azienda USL di Bologna. Il Distretto di Bologna provvede invece ai controlli di qualità sulle strutture private coinvolte.

La Centrale, attraverso una lista di attesa unica per Case di cura e Case residenze per anziani, gestisce l'invio dei pazienti in lungodegenza e riabilitazione estensiva nelle strutture del privato accreditato, e nelle strutture pubbliche e del privato accreditato dedicate all'assistenza delle persone in stato vegetativo. Garantisce, inoltre, il monitoraggio costante dei flussi e delle caratteristiche dei pazienti.

I vantaggi

Grazie alla CeMPA sono state superate le criticità legate alla gestione separata da parte di ogni singolo ospedale delle diverse fasi della dimissione e del successivo ricovero in altra struttura.

La CeMPA assicura ai cittadini maggiori garanzie di equità, tempestività del ricovero e continuità di cura. Viene messo a disposizione, infatti, un ricovero appropriato ai bisogni clinici di ogni singolo paziente, in tempi decisamente più rapidi rispetto a prima, e il più possibile adeguato alle esigenze di vicinanza alla propria residenza e ai familiari. La continuità di cura, infine, è garantita dalla integrazione tra la CeMPA e le Centrali per la continuità ospedale-territorio, che si occupano di tutti i bisogni sanitari e sociali del paziente una volta rientrato al proprio domicilio.

La tempestività del ricovero presso le strutture per post acuti, inoltre, libera più rapidamente i posti letto degli ospedali, rendendoli disponibili per pazienti nella fase acuta della malattia. A tre anni dall'avvio del modello è possibile affermare che l'omogenizzazione dei comportamenti clinici, l'adozione di strumenti condivisi, l'ottimizzazione del modello operativo hanno contribuito a garantire condizioni di equilibrio.

Le strutture per pazienti post acuti

Si suddividono in lungodegenza, strutture per riabilitazione estensiva e intensiva, case residenza per anziani.

La lungodegenza è indicata per pazienti prevalentemente cronici e con più patologie, con quadro diagnostico e terapeutico stabilizzato o con problemi clinico-assistenziali in via di stabilizzazione (ad esempio persone che hanno avuto uno scompenso cardiaco o una bronco pneumopatia). Le strutture di lungodegenza dell'area metropolitana sono Villa Erbosa, Villa Laura, Villa Nigrisoli e l'Ospedale Privato Santa Viola a Bologna, Villa Chiara a Casalecchio di Reno, Villa Nobili a Castiglione dei Pepoli, e le lungodegenze degli Ospedali di Bazzano, Bentivoglio, Budrio, Loiano, Porretta Terme e Vergato.

La riabilitazione estensiva ha come obiettivo principale il recupero e il mantenimento delle abilità funzionali possibili, prevenendone il deterioramento (ad esempio in persone che hanno subito la frattura del femore, o un ictus). Le strutture che accolgono questi pazienti sono Villa Erbosa, Villa Nigrisoli, Villa Regina e l'Ospedale Privato Santa Viola a Bologna, Villa Chiara a Casalecchio di Reno (solo per pazienti ortopedici) e l'Ospedale di Budrio.

La riabilitazione intensiva è diretta al recupero di disabilità complesse e modificabili, che

richiedono un elevato impegno terapeutico (ad esempio in pazienti con patologie neurologiche o ortopediche, ma che necessitano di un intervento riabilitativo più intenso). Le strutture che accolgono questi pazienti sono Villa Bellombra a Bologna, e l'Ospedale di San Giovanni in Persiceto.

La Casa residenza per anziani è riservata a persone di età pari o superiore ai 65 anni ed è indicata per pazienti stabili, con iter diagnostico concluso, che necessitano di un periodo di assistenza per il recupero e il mantenimento delle abilità motorie residue. Le Case residenza per anziani sono Villa Serena a Bologna, la Casa residenza per anziani di Crevalcore, e la Casa Virginia Grandi a San Pietro in Casale.

Primi risultati

Nel primo anno di vita la CeMPA, a parità di offerta di posti letto (373 in ambito metropolitano), ha garantito il ricovero in post acuti a 200 persone in più rispetto all'anno precedente (2.729 nel 2009, contro i 2.521 nel 2008). Un trend in costante aumento, confermato negli anni successivi. Nel 2011, infatti, i pazienti seguiti sono stati 4.245, con un aumento del 16% rispetto al 2010 (595 persone in più). Costantemente migliorati anche i tempi di trasferimento dei pazienti dagli ospedali verso le strutture per post acuti. Il raffronto tra i ricoveri effettuati nel gennaio 2012 rispetto a quelli dello stesso periodo del 2011, tra l'altro, la riduzione da 7,4 a 2,2 giorni per i ricoveri in strutture di lungodegenza pubbliche e da 3,5 a 2,7 giorni in analoghe strutture della ospedalità privata.

SCHEDA

Obiettivo: Azienda UsI di Bologna, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna insieme per garantire il ricovero in strutture per post acuti in ospedale o in strutture private e Case residenza per anziani dell'area metropolitana bolognese.

Modello organizzativo: un'unica centrale metropolitana per la post acuzie, attiva da marzo 2009, permette di monitorare in tempo reale attraverso la rete informatica la disponibilità dei posti letto e provvedere ai ricoveri. Superate le criticità legate alla gestione separata di ogni singolo ospedale delle diverse fasi della dimissione e del successivo ricovero in struttura per post acuti.

Il team della Centrale: medici e infermieri delle tre Aziende sanitarie gestiscono tutto il percorso.

Primi risultati: nel 2011, a tre anni dall'avvio, i pazienti seguiti sono stati 4.245 (2.079 nel 2009). Migliorati anche i tempi di trasferimento dei pazienti dall'ospedale per acuti alle strutture per post acuti.

2. Dalle Aziende sanitarie

Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna
Istituto delle scienze neurologiche

L'Irccs delle scienze neurologiche di Bologna, il primo in Italia all'interno di una Azienda USL

Le malattie neurologiche hanno una sempre maggiore rilevanza epidemiologica e assistenziale. Un elemento questo che rafforza la necessità, già molto avvertita, di allineare le potenzialità di intervento sul sistema nervoso ai progressi registrati in altri campi della medicina e della assistenza. Tutto ciò richiede uno sforzo, a ogni livello del sistema, per rafforzare la filiera che va dalla produzione della conoscenza scientifica alla sua concreta applicazione ai bisogni degli individui. In questo settore, più che in altri, la dimensione dei problemi ai quali l'innovazione terapeutica tenta di dare risposte, i costi associati

per gli investimenti in ricerca, ma, soprattutto, la complessità dei meccanismi in gioco, impongono uno stretto raccordo tra la produzione e diffusione delle conoscenze e la loro applicazione. Peraltro, l'evoluzione tecnologica degli ultimi decenni ha consentito una espansione significativa delle possibilità di ricerca nell'ambito delle scienze neurologiche, e i tempi della ricaduta clinica della ricerca di base si sono abbreviati significativamente. Le più sofisticate tecnologie di indagine (*imaging*) neuroradiologica e di intervento neurochirurgico, e le più avanzate metodiche neurofisiologiche e neurobiologiche sono, infatti, sempre più spesso utilizzate tanto a fini diagnostico-terapeutici che di ricerca.

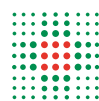
L'Irccs coniuga ricerca, formazione, cura e percorsi di presa in carico completi

L'Irccs Istituto delle scienze neurologiche di Bologna (istituito il 12 aprile 2011) si colloca in questo contesto rappresentando, altresì, una novità assoluta nel panorama italiano. È il primo, infatti, ad essere inserito all'interno di una Azienda Usl, quella bolognese, e sarà quindi il primo a operare in stretto collegamento con l'assistenza territoriale, garantendo il meglio della ricerca e della cura nell'ambito di percorsi completi di presa in carico del paziente.

L'Irccs rappresenta, inoltre, la possibilità di valorizzare e sostenere la crescita del patrimonio di competenze ed esperienze che le neuroscienze bolognesi hanno costruito storicamente coniugando ricerca e assistenza in anticipo e indipendentemente dalla collocazione istituzionale dei diversi protagonisti.

L'integrazione di ricerca, cura e formazione all'interno dell'Irccs consentirà di affrontare da tutti i punti di vista la casistica a più elevata complessità. Su questo terreno, l'Irccs può contare su competenze e professionalità consolidate. In particolare potrà contare sulle competenze cliniche di eccellenza maturate negli anni da parte di alcune Unità operative dell'Ospedale Bellaria nella diagnosi e nel trattamento delle malattie neurologiche e sulle competenze didattiche, di ricerca e cura della Clinica neurologica dell'Università di Bologna, integrate a quelle dell'Azienda Usl dal 1° gennaio 2005 (grazie a un accordo di programma con l'Università di Bologna siglato nel 2004). La Clinica, che svolge la maggior parte delle attività didattiche e di ricerca dell'Università in campo neurologico, articola la componente assistenziale in reparti di degenza (che comprende attualmente una sezione di neuropsichiatria infantile, nella quale si effettuano circa 700 ricoveri all'anno) e settori diagnostici e ambulatoriali organizzati in Centri di Studio, che richiamano molti pazienti da bacini di utenza extraregionali.

Il consolidamento di questi due nuclei contribuirà anche a una maggiore integrazione tra ospedale e territorio in ambito neurologico. L'Azienda Usl di Bologna ha già posto mano



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna
Istituto delle scienze neurologiche

Tel. 051.6662742
relazioni.cittadino@ausl.
bologna.it
www.ausl.bologna.it

alla riorganizzazione in questa direzione del proprio sistema di cure primarie.

Nell'Irccs sarà ricompresa anche gran parte della didattica universitaria in neurologia, attualmente svolta presso la Clinica neurologica, per i Corsi di laurea specialistica in Medicina e Chirurgia e Odontoiatria, il Corso di laurea in Tecniche Neurofisiopatologiche, le Scuole di specializzazione in Neurologia e Neuropsichiatria Infantile, ed il Dottorato di ricerca in Medicina del Sonno (unico in Italia).

L'Irccs centro di riferimento nazionale ed internazionale

L'Irccs si propone come centro di riferimento nazionale e internazionale in vari settori. Nel campo dell'epilessia la Clinica neurologica e la Neurologia dell'Ospedale Bellaria seguono già annualmente circa 6.000 pazienti (la maggior parte dei quali gravi, provenienti in larga parte da altre regioni italiane) e dalla collaborazione tra i loro professionisti è nato l'unico centro per la neurochirurgia dell'epilessia in Emilia-Romagna.

Altri campi della ricerca riguardano la genetica di nuove sindromi epilettiche e la sperimentazione di nuove terapie farmacologiche o palliative come la stimolazione vagale, la ricerca di nuovi trattamenti nel campo delle cefalee, la ricerca di nuovi metodi di diagnosi e nuove terapie in ambito neurovegetativo.

L'Irccs può inoltre contare sul primo centro di studio in Italia dedicato ai disturbi del sonno, fondato nel 1963, che ha portato a scoperte di livello internazionale come, per fare un esempio, il primo studio sulla prevalenza dei disturbi respiratori nel sonno e la prima registrazione al mondo dell'innalzamento della pressione arteriosa durante il sonno nei pazienti con apnee ostruttive.

L'organizzazione e la sede dell'Irccs

L'Irccs sarà ospitato, entro il 2012, in un nuovo edificio dell'Ospedale Bellaria, il Padiglione G, appositamente realizzato con un investimento di 53 milioni di euro e destinato ad accogliere in un'unica sede le strutture neurologiche, neurochirurgiche e neuroradiologiche in un contesto di elevate tecnologie diagnostiche e terapeutiche.

Si sta provvedendo a delineare un sistema di relazioni, organizzative e operative, in grado di offrire al nuovo Istituto opportunità di ricerca "dal letto al laboratorio" e viceversa, come è nella filosofia e nella prassi degli Irccs, che devono garantire una ricerca immediatamente applicabile alle attività di cura e di assistenza.

SCHEDA

Obiettivo: collegare ricerca, formazione e cura per garantire una presa in carico completa dei pazienti.

Sede e organizzazione: avrà sede, entro il 2012, all'Ospedale Bellaria in un nuovo edificio: Padiglione G. Riunirà le strutture neurologiche, neurochirurgiche e neuroradiologiche in un contesto di elevate tecnologie diagnostiche e terapeutiche. Predisposto il piano operativo in accordo con l'Università di Bologna. Organizzazione in corso di definizione.

Peculiarità: l'Istituto in scienze neurologiche è il 1° Irccs istituito all'interno di una Azienda Usl: l'Azienda Usl di Bologna. Opererà quindi in stretto collegamento con l'assistenza territoriale garantendo percorsi di cura completi. Si propone come centro di riferimento nazionale e internazionale nel campo dell'epilessia, della sperimentazione di nuove terapie farmacologiche o palliative come la stimolazione vagale, della ricerca di nuovi trattamenti nel campo delle cefalee, della ricerca di nuovi metodi di diagnosi e nuove terapie in ambito neurovegetativo. L'Irccs può inoltre contare sul primo centro di studio in Italia dedicato ai disturbi del sonno, fondato nel 1963.

2.

Dalle Aziende sanitarie

Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna

Il percorso per il trapianto: un network per garantire accoglienza e qualità in tutte le fasi, fino al follow-up

Nel corso degli anni il sistema trapianti del Policlinico S.Orsola-Malpighi di Bologna si è sempre più perfezionato tanto da rappresentare una delle eccellenze che rendono l'ospedale conosciuto in tutto il mondo non solo per i risultati ottenuti, ma anche per l'offerta di ogni tipologia di trapianto.

Il valore aggiunto che sta completando i percorsi di cura è un "network di accoglienza" che accompagna il paziente dalla presa in carico con l'inserimento in lista d'attesa, al trapianto e al follow-up attuato in collaborazione con il medico di medicina generale.

Realizzare un percorso completo, dagli aspetti di informazione e comunicazione, all'utilizzo di elevate tecnologie, al comfort, alla sicurezza, e al supporto al malato e alla sua famiglia in un settore così complesso come quello dei trapianti, ha costituito per il Policlinico un obiettivo imprescindibile.

Il network di accoglienza, che possiamo definire la "cittadella dei trapianti", coinvolge un grande team di professionisti, dove ognuno svolge il proprio compito in sinergia e in collaborazione con gli altri. Anche le Associazioni di volontariato e dei pazienti, che sono tutte dotate di una sede all'interno del Policlinico, giocano un ruolo fondamentale nel raggiungimento degli obiettivi con la loro opera di supporto e di collaborazione al sistema: da circa un anno nel Policlinico è stata aperta una Casa di accoglienza denominata "Tetto amico", gestita dalle Associazioni, che ospita i familiari più in difficoltà perché lontani da casa, ma anche gli stessi trapiantati subito dopo la dimissione, quando è consigliabile risiedere vicino al centro trapianti per poter essere ancora seguiti molto frequentemente nella delicata fase di inizio della convalescenza. In collaborazione con le Associazioni, è stato anche predisposto un servizio di "navetta bus" gratuito che, partendo da un parcheggio convenzionato, accompagna pazienti e familiari da un padiglione all'altro, solitamente per effettuare i controlli programmati post-trapianto. Particolarmente curata è la comunicazione verso gli utenti, che vengono informati sui percorsi da seguire.

I trapianti

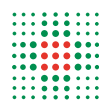
Al Policlinico S.Orsola-Malpighi si eseguono trapianti rene da donatore cadavere e vivente, di fegato da donatore cadavere e vivente, di cuore, intestino, polmone e multiviscerale, tutte le varietà di trapianto combinato utilizzando più organi. Si attuano inoltre tecniche chirurgiche sofisticate e all'avanguardia, in età adulta e pediatrica. Nel campo del trapianto da vivente hanno un ruolo di rilevanza nazionale i trapianti di cellule staminali emopoietiche, realizzati al S.Orsola in pazienti adulti e in bambini.

In correlazione con i trapianti, il Servizio di Immunologia e Trasfusionale è sede della Banca del sangue cordonale, di quella delle valvole cardiache e dei segmenti vascolari, della Biobanca dei donatori d'organo e di tessuto, del Registro regionale dei donatori di midollo osseo, senza dimenticare la fornitura di sangue ed emocomponenti, servizio indispensabile per l'attuazione di ogni tipo di trapianto.

Nel campo della ricerca, ovviamente vivace in un settore strategico come quello dei trapianti, è da citare il filone della Medicina rigenerativa, finalizzata allo studio delle metodiche di avanguardia nelle sostituzioni tissutali.

Il modello organizzativo

Il percorso è suddiviso in fasi: pre - intra - e post-trapianto. Per ciascuna fase è individuato



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna

Tel. 051.6361259
urp@aosp.bo.it
www.aosp.bo.it





un medico responsabile, sono coinvolte le principali Unità operative dell'ospedale realizzando una multidisciplinarietà del percorso che garantisce trasparenza, equità, qualità ed efficienza. L'integrazione nel programma di molteplici figure infermieristiche è costante.

La fase trapianto è quella che mette alla prova la validità dell'organizzazione. Infatti, in poche ore, dal momento della disponibilità di un organo all'effettuazione del trapianto, tutti gli attori coinvolti operano per: identificare il ricevente più idoneo, farlo giungere in sede, accoglierlo e prepararlo all'intervento chirurgico; nel frattempo i Servizi di riferimento regionali (coordinati dal Centro Regionale Trapianti che ha sede al S.Orsola), lavorano per certificare la sicurezza (e quindi l'idoneità) del donatore e la qualità dell'organo donato e completano gli esami laboratoristici necessari per ottimizzare la conoscenza delle caratteristiche immunologiche, virologiche e biochimiche del donatore; l'équipe di prelievo parte per la sede donativa, dove, a cielo aperto, completa il processo di valutazione di idoneità del donatore e dell'organo, mentre lo staff anestesilogico sta già preparando il candidato al trapianto in sala operatoria al S.Orsola, dove i trapiantatori sono pronti a iniziare il loro lavoro.

Il decorso post-operatorio è ritmato da procedure consolidate negli anni che accompagnano il trapiantato fino alla dimissione dall'ospedale, quando viene programmato il piano delle successive visite e degli esami di controllo.

I trapianti sono interventi non programmabili, né differibili: il personale sanitario è disponibile 24/24 ore in regime di reperibilità. Il percorso di iscrizione in lista d'attesa, donazione, prelievo, trapianto, post-operatorio e follow-up è quindi quanto mai complesso e dinamico, deve essere in linea con l'innovazione scientifica e tecnologica e richiede costantemente un elevato livello di formazione e di performance.

I centri trapianto del Policlinico S.Orsola-Malpighi, assieme ai centri trapianto del Policlinico di Modena (Azienda Ospedaliero-Universitaria) e dell'Ospedale Maggiore di Parma (Azienda Ospedaliero-Universitaria), sono coordinati dal Centro regionale di riferimento (Centro Riferimento Trapianti Emilia-Romagna) che ha sede sempre al S.Orsola.

SCHEDA

Obiettivo: assicurare una globale presa in carico, accoglienza e qualità in tutte le fasi del percorso trapianto fino al follow up anche a domicilio, in collaborazione con il medico di medicina generale. I Centri trapianto del S.Orsola-Malpighi garantiscono l'offerta di ogni tipologia di trapianto.

Il supporto del volontariato: il valore aggiunto che sta completando i percorsi di cura è un "network di accoglienza" che accompagna il paziente. Il "network", definito la "cittadella dei trapianti", coinvolge anche le Associazioni di volontariato e dei pazienti, tutte dotate di una sede all'interno del Policlinico, che svolgono un ruolo fondamentale nel raggiungimento degli obiettivi con la loro opera di supporto e di collaborazione al sistema.

I trapianti: nell'ospedale si eseguono trapianti rene da donatore cadavere e vivente, di fegato da donatore cadavere e vivente, di cuore, intestino, polmone e multiviscerale, tutte le varietà di trapianto combinato utilizzando più organi. Si attuano inoltre tecniche chirurgiche sofisticate e all'avanguardia, in età adulta e pediatrica. Nel campo del trapianto da vivente hanno un ruolo di rilevanza nazionale i trapianti di cellule staminali emopoietiche, realizzati in pazienti adulti e in bambini.

Il modello organizzativo: il percorso è suddiviso in fasi: pre - intra - e post trapianto. Per ciascuna fase è individuato un medico responsabile, sono coinvolte le principali Unità operative dell'ospedale realizzando una multidisciplinarietà del percorso che garantisce trasparenza, equità, qualità ed efficienza. L'integrazione nel programma di molteplici figure infermieristiche è costante.

Il coordinamento al Centro regionale: i centri trapianto del Policlinico S.Orsola-Malpighi, assieme ai centri trapianto del Policlinico di Modena (Azienda Ospedaliero-Universitaria) e dell'Ospedale Maggiore di Parma (Azienda Ospedaliero-Universitaria), sono coordinati dal Centro regionale di riferimento (Centro Riferimento Trapianti Emilia-Romagna) che ha sede al S.Orsola.

2.

Dalle Aziende sanitarie

Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna

Medicina rigenerativa osteoarticolare: nuove tecniche di rigenerazione “one-step”

Sviluppare cure efficaci per patologie di tipo osteoarticolare, come ad esempio il trattamento di lesioni traumatiche della cartilagine di anca, ginocchio e caviglia: questo lo scopo degli ultimi studi svolti all'Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna nel campo della medicina rigenerativa.

Le nuove strategie dell'ingegneria dei tessuti

Lo sviluppo di tecniche innovative volte all'espansione di cellule isolate dal tessuto del paziente e loro coltura *in vitro* ha aperto la strada a nuove strategie terapeutiche alla base di una disciplina nota con il termine di “ingegneria dei tessuti”.

Tra le più importanti applicazioni cliniche di tali terapie vi sono quelle nel campo delle patologie osteo-articolari. Dopo i primi risultati ottenuti dal gruppo svedese del prof. Peterson, oltre 20.000 pazienti nel mondo sono stati trattati con trapianto di cellule cartilaginee per lesioni traumatiche della cartilagine articolare, in particolare a livello di ginocchio e caviglia. Successivamente, un miglioramento si è ottenuto con l'utilizzo di *scaffolds* (materiali) di diversa natura, tra cui l'acido ialuronico polimerizzato o il collagene, in grado di veicolare, anche mediante tecnica artroscopica (intervento chirurgico mini invasivo), le cellule cartilaginee nella zona della lesione. Questa pratica, sviluppata all'Istituto Ortopedico Rizzoli, ha consentito la riduzione dei tempi chirurgici e della morbilità e del dolore per il paziente.

La rigenerazione dell'osso

Accanto alla rigenerazione della cartilagine, sono state affinate differenti misure terapeutiche utili alla rigenerazione dell'osso.

L'osso, per sua natura, possiede capacità intrinseche di rigenerazione, ma condizioni non ottimali possono causare una rigenerazione incompleta, in particolare lo sviluppo di tessuto fibroso. Tra i possibili interventi terapeutici vi è l'utilizzo di osso autologo (prelevato dal paziente stesso) o, in alternativa, l'utilizzo di osso da Banca. Tuttavia, esistono alcune limitazioni. Nel primo caso ad esempio si incontrano problematiche quali morbilità del donatore, lunghezza dei tempi chirurgici, limitata disponibilità di tessuto, attecchimento del trapianto, tutti fattori che possono influenzare la formazione del nuovo osso.

Le strategie terapeutiche dell'ingegneria tissutale per l'osso costituiscono una delle soluzioni alla rigenerazione intrinseca e coinvolgono l'utilizzo *in vivo* di trapianti che prevedono l'uso di biomateriali, cellule e fattori di crescita, i quali contribuiscono sia al ripristino strutturale che all'attività funzionale.

Gli sforzi e le sfide attualmente perseguite riguardano in particolare lo sviluppo di biomateriali che presentino la forma e le proprietà meccaniche e angiogeniche (proprietà che permettono la formazione dei vasi sanguigni) in grado di migliorare l'osteointegrazione dell'osso impiantato. La crescita dell'osso all'interno dei biomateriali richiede infatti specifiche proprietà degli *scaffolds* che debbono possedere una microarchitettura altamente specializzata.

L'utilizzo di cellule autologhe (del paziente stesso) per uso clinico prevede tuttavia il loro isolamento ed espansione *in vitro* in strutture autorizzate, quali la Banca delle cellule e del tessuto muscolo-scheletrico presente all'interno dell'Istituto Rizzoli.

Le recenti scoperte nel campo della medicina rigenerativa osteoarticolare hanno portato a



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

Tel. 051.6366900
info_urp@ior.it
www.ior.it



nuovi e interessanti sviluppi concernenti l'utilizzo di cellule mesenchimali staminali (MSCs) prelevata dal paziente stesso. Queste ultime costituiscono un'affascinante sorgente per la medicina rigenerativa dal momento che possono essere isolate facilmente dal midollo osseo e/o da altri tessuti (adiposo, muscolo scheletrico, polpa dentaria, liquido amniotico, ...), e successivamente espanso *in vitro* e differenziate in cellule cartilaginee e ossee. Tuttavia, per favorire la formazione di tessuto osseo o cartilagineo, sono necessari diversi fattori di crescita. Tali fattori possono essere disponibili anche in commercio, ma non sono di norma utilizzabili per applicazioni cliniche in quanto non autorizzati a tale scopo. La ricerca si è pertanto rivolta all'utilizzo di fattori di crescita ottenuti dai pazienti, quali ad esempio quelli rilasciati dalla componente piastrinica del sangue. Un'altra componente ricca di fattori che favoriscono la formazione del tessuto osseo è la matrice ossea demineralizzata, isolabile dall'osso di banca. Entrambe queste componenti vengono prodotte presso l'Istituto Rizzoli dai Centri Trasfusionali e dalla Banca delle cellule e del tessuto muscolo-scheletrico.

I progetti in corso e il brevetto IOR-G1 licenziato dal Rizzoli

Alcuni progetti in corso prevedono di analizzare problemi legati all'uso della Medicina rigenerativa nella pratica clinica, con particolare attenzione all'efficacia e al rapporto costo/beneficio di applicazioni specifiche. I progetti hanno lo scopo di esaminare gli aspetti critici al fine di evidenziare le procedure più semplici per garantire prodotti validi e con il più basso rischio per i pazienti.

Recentemente, si stanno valutando, in alcuni modelli sperimentali presso il Laboratorio di studi preclinici chirurgici dell'Istituto e in studi clinici pilota, tecniche di rigenerazione "one step" che prevedono l'uso di soli fattori di crescita o l'impiego di cellule mesenchimali staminali (MSCs) senza l'espansione *in vitro* di tali cellule.

Un esempio è rappresentato dalla terapia con cellule mesenchimali concentrate mediante opportuno *device* e la loro semina su uno *scaffold* impiantabile. Tale metodologia, inventata da alcuni ricercatori dell'Istituto nel 2008, è alla base di un brevetto che è stato licenziato dall'Istituto Rizzoli. La ditta licenziataria ha messo a punto il kit denominato IOR-G1 dedicato al trattamento delle lesioni condrali e osteocondrali (cartilaginee e osteocartilaginee), e che comprende un sistema per la concentrazione delle cellule mononucleate estratte da midollo osseo e una membrana di collagene. Tale prodotto, utilizzato dal Rizzoli e più in generale dal Servizio sanitario regionale, è venduto in Italia e all'estero.

SCHEDA

Obiettivo: applicazione della medicina rigenerativa alla pratica clinica per la rigenerazione dell'osso e della cartilagine. Utilizzo di nuove strategie dell'ingegneria dei tessuti per la cura delle lesioni osteoarticolari. Utilizzo di cellule staminali (da midollo osseo e/o da altri tessuti adiposo, muscolo scheletrico, polpa dentaria, liquido amniotico, ...).

Un progetto con tecniche di rigenerazione "one step": nuova metodologia, dedicata al trattamento delle lesioni cartilaginee e osteocartilaginee, inventata da ricercatori dell'Istituto Rizzoli nel 2008 è alla base del brevetto licenziato dall'Istituto Rizzoli, in commercio con la denominazione IOR-G1.

Utilizzo dei prodotti del brevetto IOR-G1: il prodotto è utilizzato dal Rizzoli e più in generale dal Servizio sanitario regionale. È venduto in Italia e all'estero.

2.

Dalle Aziende sanitarie

Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola

Sperimentazione di un modello di assistenza ospedaliera per intensità di cura in Area critica

Negli ultimi anni, l'Azienda Usl di Imola ha avviato importanti processi di riorganizzazione che dovranno condurre, nel medio termine, al completamento del Presidio ospedaliero.

In questo ambito, nel 2009, è stato attivato il nuovo padiglione che ospita il Dipartimento di Emergenza Accettazione (DEA), all'interno del quale sono state attivate la Terapia semintensiva (prima non presente) e una vasta area di Osservazione Breve Intensiva adiacente al Pronto soccorso.

Il Dipartimento di Emergenza Accettazione è stato progettato con soluzioni logistico-organizzative funzionali a un'assistenza organizzata secondo l'intensità del bisogno di cura del paziente e non sulla patologia di cui soffre; rappresenta dunque un ambito elettivo in cui sperimentare il progetto di assistenza ospedaliera per intensità di cura promosso dalla Regione: i Reparti di Medicina d'urgenza e Cardiologia sono complanari e contigui, e, soprattutto, l'Area critica è costituita da un *open space* con Terapia intensiva (8 posti letto), Terapia intensiva cardiologica (UTIC, 4 posti letto) e Terapia semintensiva (8 posti letto). È in Area critica che l'Azienda Usl di Imola sperimenta questa nuova modalità assistenziale: l'*open space* permette di ricoverare il paziente nell'area di degenza appropriata alla complessità e intensità assistenziale di cui necessita, piuttosto che della malattia di cui soffre. La responsabilità clinica del paziente è in capo a un medico; la gestione del percorso assistenziale è affidata a infermieri.

Contenuti e stato di avanzamento del modello in Area critica

Lo sviluppo del progetto, a due anni e mezzo dal suo avvio, ha già portato a una concentrazione dei percorsi diagnostico-terapeutici che richiedono livelli assistenziali intensivi e semintensivi (ad esempio il percorso Stroke per l'ictus cerebrale). I pazienti che necessitano di questi livelli assistenziali vengono trasferiti in Area critica per poi tornare nelle degenze ordinarie non appena cessi la necessità di trattamento intensivo e semintensivo.

L'altro obiettivo, in buon grado raggiunto, riguarda l'integrazione del personale infermieristico, organizzato per agire la propria professionalità su tutte le posizioni di lavoro presenti (Terapia intensiva, Terapia semintensiva, Terapia intensiva cardiologica) rispondendo a un unico coordinatore assistenziale. Fin dalla fine del 2009, dopo avere effettuato una mappatura delle competenze, è stato infatti implementato, in condivisione con gli operatori, un piano di integrazione professionale. Oggi l'80% del personale infermieristico è in grado di garantire la copertura delle competenze di base previste per l'Area critica su tutte le posizioni di lavoro. Il rimanente 20% sta intraprendendo un percorso di formazione con infermieri esperti.

Gli sviluppi futuri

Nel periodo 2012-2014 il progetto intende sviluppare gli aspetti di integrazione interdisciplinare e multiprofessionale di tutto il personale operante in Area critica (rianimatori, cardiologi, infermieri, operatori sociosanitari) attraverso la condivisione di competenze clinico-assistenziali e la costruzione di percorsi clinico-organizzativi definiti. In totale si tratta di 96 operatori: 35 medici, 55 infermieri, 6 operatori sociosanitari. Il progetto prevede la valutazione del livello di integrazione raggiunto su tre principali elementi: le competenze professionali che



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola

Tel. 0542.604121
urp@ausl.imola.bo.it
www.ausl.imola.bo.it

consentono lo sviluppo dell'integrazione professionale medico-infermieristica, la condivisione di documentazione sanitaria e di strumenti informatici di supporto, l'elaborazione di procedure relative ai principali percorsi diagnostico-terapeutici. Il tempogramma di realizzazione di questa seconda fase del progetto prevede l'analisi dello stato dell'arte relativo a questi elementi entro giugno 2012; la predisposizione delle opportune azioni a copertura dei "gap" eventualmente individuati (settembre-dicembre 2012) e la predisposizione e applicazione del nuovo modello clinico-organizzativo e dei relativi indicatori di monitoraggio (gennaio 2013-marzo 2014). A conclusione del periodo di sperimentazione verranno analizzati i risultati.

I protagonisti

La progettazione e l'implementazione del modello organizzativo per intensità di cura e complessità assistenziale in Area critica sono stati possibili grazie all'impegno dei professionisti coinvolti, in particolare delle équipes mediche e infermieristiche di Terapia Intensiva, Terapia semintensiva, Terapia intensiva cardiologica, con il supporto fondamentale della direzione infermieristica, tecnica e medica del Dipartimento Emergenza Accettazione.



Costi e fonti di finanziamento

La possibilità di disporre di una struttura pensata *ad hoc* per sostenere questo tipo di progettualità ha costituito un vantaggio da molti punti di vista: l'Azienda Usl disponeva già di un contenitore adeguato su cui sperimentare questa progettualità. L'attivazione di questa struttura ha comportato un adeguamento del personale assistenziale e attività di formazione coerenti. Nella sua prima fase quindi l'implementazione della gradualità delle cure rispetto al bisogno ha avuto un costo ricompreso nel più ampio progetto di attivazione del DEA (25 milioni di euro per struttura e tecnologie), derivante da necessità preesistenti.

Per il 2012 e 2013 il budget sarà invece principalmente orientato alla copertura dei costi per la formazione e per l'adeguamento degli strumenti informatici, informativi e di supporto: circa 60mila euro. L'Azienda Usl ha richiesto un finanziamento del 50% alla Regione Emilia-Romagna all'interno dei progetti finanziati dal Fondo per la modernizzazione.

SCHEDA

Obiettivo: sperimentare e portare a regime in Area critica un modello assistenziale per intensità di cura. Tale modello non organizza l'assistenza per patologia o gruppi di patologie ma per complessità e intensità del bisogno assistenziale.

Stato di avanzamento: già concentrati in aree specifiche percorsi diagnostico terapeutici che richiedono livelli assistenziali intensivi e semintensivi (ad esempio il percorso Stroke per l'ictus cerebrale). A buon livello (80% degli addetti), l'integrazione del personale infermieristico, organizzato per lavorare su tutte le posizioni di lavoro presenti rispondendo a un unico coordinatore assistenziale.

Gli sviluppi futuri: 2012-2014 sviluppo integrazione interdisciplinare e multiprofessionale di tutto il personale operante in Area critica (rianimatori, cardiologi, infermieri, operatori sociosanitari).

Costi: 25 milioni di euro per la realizzazione del nuovo Dipartimento di Emergenza e Accettazione. 60mila euro per la formazione nel 2012 e 2013.

2. Dalle Aziende sanitarie Istituto di Montecatone

Il percorso assistenziale integrato del paziente con lesione midollare traumatica

L'anno 2011 si è aperto con una importante novità nel mondo della disabilità: l'avvio dell'Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità.

L'Osservatorio è fondamentalmente chiamato a monitorare l'impatto che deriva nel nostro Paese dalla scelta di ratificare la Convenzione internazionale sui diritti delle persone con disabilità (adottata dall'Assemblea delle Nazioni Unite il 13 dicembre 2006 e ratificata dall'Italia con legge 18 del 2009). Ha cioè un compito

profondamente innovativo: non è chiamato solo a verificare quello che è stabilito dalle norme, ma a verificare la concretezza e la quotidianità del rispetto dei diritti; inoltre non dovrà limitarsi a osservare quello che c'è, perché è chiamato ad esprimersi rispetto a domande più impegnative e cioè: quello che si sta facendo in Italia, serve concretamente affinché le persone con disabilità abbiano, anno dopo anno, accesso sempre più ampio ai loro diritti umani?

Seguendo questo filone, l'Ospedale di Montecatone e l'Azienda Usl di Bologna hanno scelto di imboccare una strada innovativa, ovvero la Certificazione del percorso integrato del paziente con lesione midollare traumatica. A questo fine, è stata interpellata una primaria società di certificazione (Cermet) per chiedere che venisse sottoposto a valutazione il percorso in cui si trova coinvolto il paziente che subisce un trauma midollare che lo porta prima al Trauma Center dell'Area vasta Emilia Centrale (l'Ospedale Maggiore di Bologna) e poi al principale *Hub* regionale per le lesioni midollari (l'Ospedale di Montecatone), fino alla dimissione (nell'80% dei casi al domicilio).

L'Ospedale di Montecatone ha già l'accreditamento regionale quale sede di riabilitazione di alta specialità per persone con esiti di lesione midollare e gravi cerebrolesioni acquisite e sono in corso di definizione i requisiti necessari per l'accreditamento quale unità spinale. Per il trattamento delle lesioni midollari è il principale centro *Hub* regionale, in grado di assistere anche pazienti critici in assistenza ventilatoria. Il Centro di Villanova d'Arda (Pc) è l'altra struttura *Hub* della Regione.

Come noto, il modello *Hub* (mozzo) & *Spoke* (raggi) è stato scelto dalla Regione Emilia-Romagna quale modello organizzativo per le alte specialità: pochi Centri di alta specializzazione (*Hub*) dove sono concentrate competenze professionali e tecnologie altamente specializzate a cui gli ospedali o strutture del territorio (*Spoke*) inviano gli ammalati per diagnosi o cure di particolare complessità o rarità.

L'iter del percorso integrato

Il percorso assistenziale per il paziente con lesione midollare traumatica prevede un iter concordato e costantemente verificato di relazioni tra un numero imponente di Unità operative:

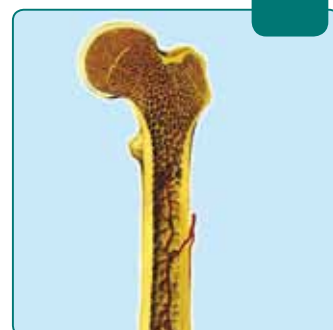
- presso l'Azienda USL di Bologna:
 - Centrale operativa provinciale 118 - Bologna Soccorso;
 - Pronto soccorso Ospedale Maggiore di Bologna;
 - Pronto soccorso Emergenza territoriale delle Aree Sud e Nord;
 - Rianimazione-118 dell'Ospedale Maggiore di Bologna;



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Istituto di Montecatone

Ospedale di riabilitazione

Tel. 0542.632811
urp@montecatone.com
www.montecatone.com



Chirurgia vertebrale d'urgenza e del trauma dell'Ospedale Maggiore di Bologna;
 Medicina d'urgenza dell'Ospedale Maggiore di Bologna;
 Neurochirurgia d'urgenza e del trauma dell'Ospedale Maggiore di Bologna;
 Chirurgia del trauma dell'Ospedale Maggiore di Bologna;
 Ortopedia e traumatologia dell'Ospedale Maggiore di Bologna;
 Medicina riabilitativa dell'Ospedale Maggiore di Bologna;
 Dipartimento Cure primarie;
 Distretti (Città di Bologna, Casalecchio di Reno, Pianura Est, Pianura Ovest, Porretta terme, S.Lazzaro di Savena);
 - presso l'Ospedale di riabilitazione di Montecatone:
 Terapia Intensiva e semi-intensiva;
 Unità spinale;
 Day Hospital e ambulatori;
 Programma abilitazione della persona e promozione della vita indipendente.

La prima valutazione del Cermet sul percorso integrato Bologna - Montecatone si è svolta nel mese di dicembre 2010; la visita di sorveglianza di dicembre 2011 ha messo in evidenza che già nel corso del primo anno il lavoro sui "compiti" affidati dai certificatori è stato proficuo.

I punti forti del percorso integrato

Già la scelta di puntare l'attenzione sul percorso del paziente e non sull'operato delle singole Unità operative, oltre che seguire la logica che informa l'agire del Servizio sanitario regionale dell'Emilia-Romagna, va nella direzione suggerita dalla logica dei diritti umani.

La certificazione di percorso Cermet - un adempimento non obbligatorio, scelto da Azienda Usl di Bologna e dall'Ospedale Montecatone in quanto hanno condiviso la strategia - impone l'impegno continuo a superare il livello raggiunto l'anno precedente. Proprio quello che richiede la letteratura internazionale sui diritti umani: così come nel panorama internazionale ogni Stato è tenuto ad aumentare la propria tutela dei diritti umani anno dopo anno, senza invocare "scuse" né tantomeno la giustificazione che altri Stati sono "più indietro", allo stesso modo un percorso certificato deve essere migliorato ogni anno, anche se avesse già raggiunto risultati superiori a quelli raggiunti da altri soggetti avente una natura analoga.

La valutazione Cermet ha riguardato ogni singolo momento del percorso (dall'assistenza dei soccorritori, alla scelta del mezzo di soccorso, via via fino alla pianificazione dei controlli periodici) e il percorso nel suo complesso, avendo sempre come riferimento non solo i parametri di efficienza, ma soprattutto i parametri di adeguatezza alle aspettative dei diretti interessati rispetto a qualità della cura, rispetto della persona, coinvolgimento della famiglia, inclusione nella comunità di appartenenza, che ogni Unità operativa e ogni operatore sono impegnati ad assicurare.

Verso l'Unità spinale integrata

La certificazione Cermet documenta l'esistenza di un percorso di cura integrato e interdisciplinare che garantisce continuità assistenziale, così come richiede la specifica programmazione sanitaria regionale (linee guida per l'organizzazione della rete regionale per la riabilitazione delle gravi mielolesioni, Dgr 136/2008) basata sulla collaborazione e sulla rete tra professionisti, tra servizi, tra strutture.

Il modello di "Unità spinale integrata", così strutturato e certificato, rappresenta una soluzione ottimale per garantire la globalità della presa in carico della persona con lesione midollare, in quanto è basato su una rete di relazioni tra ospedali e servizi territoriali che permette il coinvolgimento dei professionisti delle diverse discipline necessarie alla cura e alla riabilitazione di un paziente così complesso. Attraverso la puntuale pianificazione e



puntuali monitoraggi permette inoltre la verifica della appropriatezza di tutto il percorso assistenziale in ogni struttura.

Questo è il modello che l'Ospedale di Montecatone e l'Azienda Usl di Bologna hanno posto all'attenzione dell'Associazione regionale dei paraplegici (APRE), coinvolta nella programmazione fin dall'inizio del percorso nel 2009.

Il coinvolgimento di APRE ha permesso di tenere costantemente fermo l'asse della valutazione sulla ricerca delle più alte garanzie per i diritti dei pazienti e per evitare il rischio dell'autoreferenzialità.

Gli ambiti di miglioramento e le criticità

La conclusione positiva delle visite degli esperti Cermet non chiude affatto la partita: oltre alle procedure per identificare i requisiti necessari per l'accreditamento al Servizio sanitario regionale dell'Unità spinale, ogni anno Cermet identifica ambiti di miglioramento e si evidenziano criticità.

Il principale percorso di miglioramento ipotizzato per il 2012 è l'estensione delle garanzie anche alle persone con lesione midollare non traumatica.

Quanto alle criticità, oltre alla naturale difficoltà di un percorso che intreccia snodi in tutta la provincia, si evidenziano le difficoltà di ogni percorso pionieristico: c'è l'entusiasmo di essere i primi a percorrere un nuovo sentiero, ma non avere pietre di paragone concrete, a volte, raddoppia la fatica; la difficoltà di presidiare ogni step del percorso sapendo che, in un anno, potrebbe succedere che la singola Unità operativa abbia a che fare con un numero esiguo di pazienti, ciascuno con una storia talmente complessa e diversificata che un "percorso" può sembrare troppo stretto.

SCHEDA

Obiettivo: realizzare un percorso assistenziale in rete che coinvolga diverse unità operative per assicurare presa in carico e continuità delle cure dal momento del trauma alla riabilitazione della persona con lesione midollare traumatica.

Soggetti coinvolti: Ospedale di riabilitazione di Montecatone, Azienda Usl di Bologna.

I punti di forza: la certificazione del percorso da parte di una importante società di certificazione: Cermet. La certificazione si affianca all'accreditamento al Servizio sanitario regionale. Il modello unità spinale integrata: garanzia di unitarietà del percorso con il coinvolgimento di diversi servizi ospedalieri e territoriali. Le associazioni delle persone con disabilità sono costantemente coinvolte.

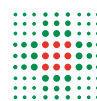
Gli ambiti di miglioramento: estensione delle garanzie anche alle persone con lesione midollare non traumatica. Il presidio di ogni step del percorso.

La Casa della salute di Portomaggiore: la prima esperienza che dà il via al progetto regionale

Obiettivo strategico della Regione è la realizzazione sul territorio di strutture sanitarie e socio-sanitarie per le cure primarie a cui i cittadini possano rivolgersi nell'arco dell'intera giornata e che siano punti di riferimento certi dove trovare risposta ai diversi problemi di salute che non necessitano di ricovero.

Per realizzare questo obiettivo è nato il progetto "Case della salute".

Questo progetto è stato messo a punto e sperimentato a Portomaggiore, dove nasce, nel 2009, con un primo investimento della Regione di 3 milioni di euro, la prima Casa della salute. La Casa della salute di Portomaggiore garantisce l'assistenza primaria erogata dal Nucleo delle cure primarie, i servizi consultoriali, di specialistica ambulatoriale, di salute mentale e di sanità pubblica. È integrata con le strutture residenziali e i centri diurni presenti nel territorio. Il Nucleo di cure primarie, composto da 16 medici di famiglia e da 2 pediatri di libera scelta, garantisce ai cittadini dei Comuni di Portomaggiore e Ostellato (quasi 19.000 abitanti) una continuità assistenziale nell'arco dell'intera giornata (h12).



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara

Tel. 0532.235111
urpferrara@ausl.fe.it
www.ausl.fe.it

Il punto di accoglienza e l'infermiere *care manager*

All'interno della Casa della salute, il Punto di Accoglienza (PDA) rappresenta il punto di riferimento per i cittadini che, fin dal primo accesso, sono orientati verso il servizio che soddisfa le loro esigenze. A ogni assistito viene assegnato l'infermiere *care manager*. Innovativo rispetto a ruolo, funzioni e quindi responsabilità che generalmente sono ascrivibili all'infermiere che opera nella specialistica ambulatoriale, il *care manager* assicura interventi specifici individuali (di *counselling* e di monitoraggio dei processi di cura) e di organizzazione e programmazione degli accessi. Lavora, ovviamente, insieme al medico di famiglia e, al bisogno, con gli specialisti e gli altri servizi per eventuali approfondimenti diagnostici e terapeutici in regime ambulatoriale con il fine di evitare ridondanze, inefficienze procedurali e frammentazione nella presa in carico.

I percorsi ambulatoriali facilitati

All'interno della Casa della salute di Portomaggiore sono stati realizzati diversi percorsi ambulatoriali facilitati, vale a dire percorsi in cui è lo specialista a curare l'iter diagnostico o terapeutico, dall'avvio alla conclusione e dunque con il coinvolgimento, oltre che del medico di medicina generale, o del pediatra di libera scelta, di altri specialisti o servizi, sempre all'interno della Casa della salute. I percorsi ambulatoriali facilitati a Portomaggiore riguardano: oculistica; ipoacusia; dermatologia; scompenso cardiaco; diabete; ipertensione; allergologia; paziente stomizzato.

Il percorso ambulatoriale facilitato per la persona con scompenso cardiaco

La presa in carico del paziente con scompenso cardiaco è risultato uno dei percorsi sui quali l'Azienda Usl ha inteso attivare una sperimentazione al fine di valutare la ricaduta di questo nuovo approccio assistenziale e di verificare se effettivamente, con tale approccio, si potevano ridurre ricoveri e accessi al Pronto soccorso impropri.

L'avvio del reclutamento dei pazienti è iniziato il 24 febbraio 2011 ed è entrato a pieno regime a fine ottobre 2011. Il reclutamento ha coinvolto tutti i medici di medicina generale



afferenti al Nucleo di cure primarie: ogni medico ha inviato i propri pazienti con scompenso cardiaco al percorso facilitato e si sono svolti incontri periodici per evidenziare eventuali criticità e per stimolare ulteriori invii.

A novembre 2011 sono stati reclutati 119 pazienti (72 uomini, 47 donne); per l'80% in fascia di età compresa tra i 70 e gli 89 anni.

Da una prima valutazione, fatta sulla base delle informazioni tratte dai *follow-up* degli infermieri *care manager*, dall'attivazione del servizio, si è riscontrata, una precoce rilevazione di situazioni critiche che hanno consentito un intervento tempestivo da parte del medico di famiglia. Si è osservata inoltre una riduzione dei ricoveri ripetuti e degli accessi in Pronto soccorso.

I risultati

A un anno dall'avvio delle attività, il nuovo modello organizzativo relativo al percorso ambulatoriale facilitato ha permesso di ottenere buoni risultati: un miglioramento dell'accessibilità e della fruibilità del percorso di diagnosi e di cura a seguito di prima visita dallo specialista; tempestività di accesso alle cure per i pazienti presi in carico assicurando fluidità e semplificazione nel percorso ambulatoriale del paziente fino al rinvio al medico di famiglia; miglioramento dell'accoglienza dell'utente che ha come punto di riferimento nel percorso un infermiere *care manager* che lo segue nel percorso clinico-assistenziale e organizzativo; orientamento corretto e semplice (minor burocrazia) nelle fasi del percorso di diagnosi e cura; maggiore consapevolezza sul fatto che il paziente deve essere coinvolto nella gestione della propria patologia cronica.

In linea generale, la Casa della salute ha migliorato l'efficienza gestionale con il risparmio di 3 unità infermieristiche nella sola realtà di Portomaggiore e complessivamente di 8 unità con l'attivazione del Punto di Accoglienza anche in altre sedi aziendali; si è ottenuto inoltre il miglioramento della conoscenza dei casi di cronicità (scompenso cardiaco e diabete) oltre alla sperimentazione di un approccio di presa in carico integrata grazie al quale l'infermiere, oltre a svolgere le attività assistenziali, è punto di riferimento per l'adozione da parte degli utenti seguiti di stili di vita sani, fornisce interventi di *counselling* e di educazione terapeutica.

SCHEDA

Obiettivo: sperimentare una nuova struttura - la Casa della salute - dove riunire l'assistenza erogata da medici di famiglia e pediatri di libera scelta, i servizi consultoriali, la specialistica ambulatoriale, i servizi di salute mentale e di sanità pubblica, in una parola i servizi di base che non necessitano di ricovero.

Il Punto di Accoglienza: rappresenta il punto di riferimento di questo nuovo tipo di organizzazione con un infermiere *care manager*, assegnato a ogni assistito, per semplificare e coordinare tutto il percorso di diagnosi e cura attraverso il raccordo tra specialisti e tra servizi della Casa della salute.

I percorsi ambulatoriali facilitati: lo specialista cura l'iter diagnostico o terapeutico del paziente, dall'avvio alla conclusione. Già attivi diversi percorsi ambulatoriali facilitati: oculistica, ipoacusia, dermatologia, scompenso cardiaco, diabete, ipertensione, allergologia, paziente con stomia.

I risultati: miglioramento della presa in carico con l'infermiere *care manager*, accessibilità a seguito di prima visita dello specialista; tempestività di accesso alle cure e semplificazione del percorso fino al rinvio al medico di famiglia; semplificazione burocratica.

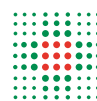
Gli sviluppi: l'esperienza di Portomaggiore è servita per mettere a punto il progetto regionale di realizzazione di Case della salute, già attive in molti territori.

Comunicare in sintonia: il piano equità, il piano Health Literacy

Ciò che ha caratterizzato il costituirsi del gruppo “Comunicazione e accoglienza”, Area comunicazione dell’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara (Arcispedale S. Anna) è stato l’approccio organizzativo che ha posto al centro gli operatori nella logica “*bottom-up*”: questa modalità di coinvolgimento si è realizzata sia attraverso l’attiva partecipazione a incontri conoscitivi dei membri che entravano a far parte del gruppo, sia nella definizione dei processi di lavoro, sia nella formalizzazione delle reti di supporto interne al Sant’Anna.

L’approccio partecipativo ha costituito la via attraverso cui sono stati utilizzati i due metodi scelti: il circolo di ascolto, messo a disposizione dal Programma Cantieri per l’innovazione del Ministero della salute, finalizzato a creare senso di appartenenza tra i partecipanti, e la Certificazione UNI EN ISO 9001:2008, ritenuto lo strumento attraverso cui strutturare una metodologia di lavoro condivisa. Il valore aggiunto dell’aver certificato l’Area comunicazione risiede nell’aver adottato un linguaggio coerente con il sistema qualità regionale e aziendale: ciò ha permesso di implementare un’organizzazione compatibile e in sinergia con il modello dell’accreditamento (normato dalla legislazione regionale) applicato alle unità operative sanitarie.

Tra gli obiettivi dell’Area comunicazione rientra lo sviluppo di progetti di innovazione e di ricerca-azione. Due sono i progetti in campo: il Piano equità con due declinazioni, cittadini e operatori aziendali; il Piano per l’applicazione dei principi e pratiche della *Health Literacy*.



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara

Tel. 0532.236425
urp@ospfe.it
www.ospfe.it



Il piano equità

Due le declinazioni: verso i cittadini per dare a ciascuno la risposta al bisogno espresso, verso i dipendenti aziendali per ridurre le disuguaglianze e valorizzare le potenzialità. Il Piano si realizza “in sintonia” con quanto promosso a livello regionale.

L’obiettivo è garantire equità a tutti, rendendo il principio elemento cardine e pervasivo della programmazione, delle modalità di accesso ed erogazione dei servizi e della formazione/cultura aziendale. L’ottica è quella di portare a sistema l’attività di valutazione del grado di equità in una logica di processo continuo di miglioramento.

Per il 2012 lo sviluppo del Piano equità prevede:

- la realizzazione del Piano equità aziendale 2012-2014 e del relativo Piano annuale delle azioni comprensivo delle seguenti aree d’intervento: mantenere e implementare il bilancio di genere e bilancio delle azioni positive svolte all’interno del Bilancio di missione aziendale; introdurre i criteri d’equità nei percorsi di accreditamento tenendo conto dello strumento realizzato dalla Regione e già in fase di sperimentazione; avviare la formazione aziendale riguardo i temi dell’equità e delle differenze; mappare, valorizzare, diffondere, implementare le “buone pratiche d’equità” realizzate e/o progettate;
- la realizzazione della stanza del silenzio/quiete, nell’area multiculto presente all’interno dell’Ospedale di Cona (dove il S. Anna si trasferirà completamente entro l’anno 2012);
- il supporto agli operatori sanitari nella realizzazione e diffusione di progetti a garanzia di un’accoglienza ospitale (ad esempio la realizzazione di un percorso assistenziale di Camera operatoria garantendo equità nel rispetto delle diversità di genere e di disabilità);
- il perseguire equità non solo nell’accessibilità ma anche nella fruibilità dei servizi attraverso la realizzazione partecipata di strumenti informativi.

Applicazione dei principi e delle pratiche della Health Literacy

L'applicazione dei principi e delle pratiche della *Health Literacy* rientra nelle linee di programmazione regionale 2010-2013 e negli obiettivi assegnati alle Aziende sanitarie. La *Health Literacy* si traduce nella capacità degli operatori di comprendere l'assistito e di farsi capire. I principi e le pratiche della *Health Literacy* hanno infatti l'obiettivo fondamentale di aiutare i professionisti (sia sanitari che di comunicazione) a fare in modo che ogni persona sia in grado di capire e usare le informazioni sulla salute e sui servizi per prendere decisioni consapevoli, per seguire correttamente le terapie, per adottare stili di vita rispettosi della salute. È stato promosso, a livello regionale, un primo percorso formativo (fine 2011, inizio 2012) dedicato a operatori sanitari e della comunicazione che ha affrontato il tema applicandolo al percorso oncologico. Dopo questa prima esperienza, l'obiettivo è ora la "disseminazione" dei principi e delle tecniche della *Health Literacy* in tutto il Servizio sanitario regionale, prendendo sempre il percorso oncologico quale ambito di sperimentazione.

Al S.Anna sono in corso e programmate le seguenti iniziative:

- 1) Realizzazione della segnaletica nel nuovo ospedale di Cona (dove si trasferirà il S.Anna). Le mappe di orientamento e i cartelli sono stati pensati per facilitare l'accesso ai servizi e alla struttura, eliminando possibili barriere linguistiche e utilizzando una grafica di facile comprensione, basata sulla capacità di "saper leggere" dell'utente. Per la sperimentazione delle mappe sul posto sono stati coinvolti rappresentanti dei cittadini (Comitati Consultivi Misti e volontari);
- 2) Programma per la condivisione di conoscenze e competenze acquisite dai partecipanti al percorso formativo regionale. Coinvolge i componenti dell'Area comunicazione, e, successivamente, le categorie professionali;
- 3) Progetto pilota all'interno dell'Unità operativa di oncologia con i seguenti obiettivi: raccolta e revisione dei materiali informativi cartacei rivolti ai pazienti e familiari; realizzazione di schede tematiche sugli effetti dei trattamenti chemioterapici; redazione di un glossario delle parole maggiormente utilizzate in ambito oncologico; sviluppo e somministrazione di un questionario ai pazienti per rilevare criticità su cui intervenire derivanti dall'errata interpretazione delle istruzioni terapeutiche; predisposizione di percorsi di approfondimento per migliorare la relazione medico/paziente in funzione degli strumenti *Health Literacy*; perfezionamento dei percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali integrati con i materiali e i metodi secondo i principi *Health Literacy*;
- 4) Progetto "Biblioteca del paziente", il cui obiettivo è migliorare l'appropriatezza del materiale informativo utilizzato dai professionisti per fornire informazioni sulla salute ai cittadini. Il progetto precede l'attivazione sul sito intranet aziendale della pagina "Biblioteca del paziente", con accesso a materiale informativo prodotto in Azienda Ospedaliero-Universitaria valutato ed elaborato secondo i principi della *Health Literacy*.

SCHEDA

Obiettivo: realizzare un piano che persegua equità e rispetto delle differenze, rivolto ai cittadini per dare risposte adeguate al bisogno espresso, rivolto agli operatori aziendali per ridurre le differenze e valorizzare le potenzialità. Sviluppare strumenti e azioni che applichino i principi della *Health Literacy* per comprendere i cittadini e per farsi capire.

Risultati attesi: realizzare il Piano equità aziendale, comprensivo di azioni diversificate rivolte ai cittadini e agli operatori dell'Azienda. Realizzare strumenti di comunicazione in relazione con i cittadini e gli operatori sanitari nel rispetto del grado di comprensione e di cultura espressa dai cittadini stessi.

Centro servizi di Pievesestina: laboratorio unico per analisi, officina trasfusionale, magazzino farmaceutico, banca della cute e altri servizi

Si tratta della prima esperienza in Italia, ma è certamente anche un punto di riferimento a livello europeo. Stiamo parlando del laboratorio unico per l'Area vasta Romagna inaugurato il 31 marzo del 2009 in località Pievesestina di Cesena, in una zona baricentrica rispetto al territorio che deve servire e di facile accesso autostradale. Insieme all'Officina trasfusionale, costituisce la struttura di Patologia clinica, una maxioperazione che ha l'ambizione di migliorare la qualità delle prestazioni e il rendimento delle risorse impiegate. A questa struttura è affiancata quella del magazzino economico e farmaceutico unico, in funzione dal dicembre 2010, già operativo per la distribuzione dei farmaci alle 4 Aziende sanitarie della Romagna e all'Ircc di Meldola.

Insieme le due palazzine (superficie globale di circa 20 mila mq), prese in affitto, costituiscono il Centro servizi di Pievesestina. Al loro interno sono già strutturate anche le camere bianche per la bioingegneria tessutale e la banca della cute e progressivamente verranno collocati anche il Servizio di genetica medica (per ora realizzato solo in parte) ed il Servizio di anatomia patologica, ancora da allestire.

Il laboratorio unico per le analisi

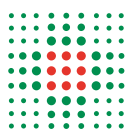
Costituisce il cuore della struttura ed è organizzato secondo il modello "Hub & Spoke" (il modello organizzativo adottato dalla Regione per le alte specialità): una struttura centrale (*Hub*), appunto quella di Pievesestina, e sette laboratori a risposta rapida (*Spoke*) situati negli ospedali di Ravenna, Lugo, Faenza, Cesena, Forlì, Rimini e Riccione. A questa struttura a rete si aggiungono 93 punti di prelievo distribuiti sull'intero territorio romagnolo e l'offerta di prelievi domiciliari per coloro che non si possono muovere.

L'insieme di questa complessa articolazione ha permesso di migliorare l'efficienza della rete

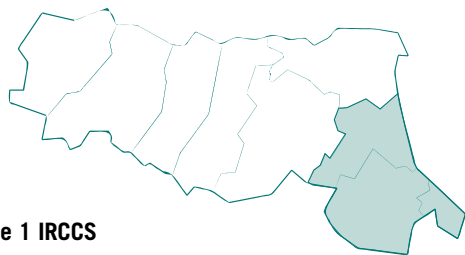
territoriale, favorendo il massimo accesso diretto dei cittadini.

Al laboratorio centrale fanno capo le attività analitiche complesse e quelle programmate a elevata automazione (quasi 12,9 milioni di esami nel 2010, saliti a 13,4 milioni nel 2011). Gli esami automatizzabili sono effettuati nel cosiddetto "core lab", operativo per 12 ore al giorno, 6 giorni alla settimana. In questa stazione laboratoristica, altamente informatizzata, una procedura di lavoro specifica garantisce l'esecuzione giornaliera di tutti i principali parametri: biochimica clinica, ematologia, coagulazione, immunometria, microbiologia. Ogni provetta o contenitore contrassegnato da uno specifico codice a barre viene avviato al percorso operativo. L'intera filiera assicura che il tempo compreso tra l'arrivo della provetta e la stesura del referto venga ridotto al minimo sia per gli esami urgenti che per le analisi programmate. Accanto al "core lab" lavorano i settori dedicati all'alta specializzazione: dalla biologia molecolare alla citogenetica, alle sezioni che utilizzano metodologie analitiche ultraspecialistiche.

Nei 7 laboratori degli ospedali di Ravenna, Lugo, Faenza, Cesena, Forlì, Rimini e Riccione



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Area Vasta Romagna



4 AZIENDE SANITARIE e 1 IRCCS

Aziende Usl di Forlì, Cesena, Ravenna, Rimini,
Istituto scientifico romagnolo per lo studio e la cura dei tumori
di Meldola (Irccs da Aprile 2012)

Tel. 0547.352212
uff.stampa@ausl-cesena.emr.it
www.areavastaromagna.it



è stato invece decentrato un *panel* predefinito di esami di primo livello (laboratori a risposta rapida), che hanno lo scopo di assicurare l'urgenza e la continuità in linea veloce sia per i pazienti ospedalizzati sia per quelli assistiti in Pronto soccorso. Nel 2010 i 7 laboratori a risposta rapida hanno analizzato circa 6 milioni di esami. Quindi l'intero sistema ha già superato la soglia dei 20 milioni di esami annui.

L'intera struttura dispone di una tecnologia strumentale omogenea in tutte le sedi produttive per la diagnostica di routine e di base che ha favorito un sensibile incremento dell'affidabilità diagnostica. Il nuovo modello gestionale ha consentito anche di ridurre i tempi di produzione e di trasmissione dei risultati delle analisi, oltre all'eliminazione di molti esami ripetuti e delle ridondanze prescrittive.

Sul piano dei costi è da rilevare che il laboratorio unico ha un costo medio di prestazione pari a 2,3 euro contro una media prevista dalla tariffe ministeriali di 4,6 euro. Si tratta quindi di un risparmio di circa il 50%. È un risultato molto buono, migliore di quello di altre analoghe realizzazioni in Italia, che già producevano a costi inferiori rispetto a quelli previsti dal Ministero.

L'Officina trasfusionale

L'Officina trasfusionale, parte del laboratorio unico, è una struttura di supporto centrale che si integra con le strutture trasfusionali di Area vasta: i 4 Servizi di medicina trasfusionale degli ospedali di Cesena, Ravenna, Forlì e Rimini. Scopo principale dell'Officina è quello di qualificare i processi produttivi di emocomponenti a scopo trasfusionale in modo da rendere il processo adeguato e sufficiente alla qualità richiesta dallo sviluppo delle diverse attività cliniche presenti sul territorio della Romagna.

Nel 2010 l'attività dell'Officina, che ha fra i suoi compiti anche quello di mantenere rapporti stabili con le associazioni di donatori, si è caratterizzata per la lavorazione di quasi 60 mila sacche di sangue, frutto della raccolta dei donatori. La struttura è dotata anche di un centro per le attività di biotecnologia cellulare e di medicina rigenerativa, la cosiddetta "Cell factory". È composta da diversi laboratori e da un locale che funge da supporto per attività di criocongelamento. Le attività svolte in questi spazi riguardano principalmente la manipolazione e la criopreservazione di cellule staminali emopoietiche (produttrici del sangue) per pazienti oncologici o oncoematologici.

All'interno dell'Officina si svolgono inoltre attività di "stoccaggio" del tessuto cutaneo e di ingegneria dei tessuti per la "banca regionale della cute", oltre a progetti nell'ambito della medicina rigenerativa in collaborazione con diversi centri di ricerca, ospedali pubblici e università.

Il magazzino farmaceutico ed economale unico

Il magazzino farmaceutico ed economale unico si sviluppa su una superficie di circa 6000 metri quadrati, più altri 1800 dedicati agli uffici. L'immobile è stato progettato e realizzato con l'attenzione necessaria a produrre un basso impatto ambientale e ad auto produrre energia (per il 20%) con pannelli fotovoltaici. Il magazzino è cablato ed è dotato di sistema wireless.

In funzione da fine 2010, è operativo per la distribuzione dei farmaci alle 4 Aziende Usl e all'Irst di Meldola. A regime dovrà servire anche per prodotti tecnici ed economali. Sono comprese nel progetto le strutture convenzionate (case protette, country hospital di Premilcuore e Modigliana, Rsa) e strutture carcerarie. A regime, le 4 Aziende Usl saranno dotate di un sistema logistico unico che permetterà di ridurre i costi di gestione dei beni, di ridurre le scorte e di omogenizzare i prodotti acquistati attraverso gare uniche più convenienti.



Gli altri servizi attivi e da attivare

All'interno del Centro servizi si trovano poi le camere bianche per la bioingegneria tessutale, la banca della cute e progressivamente verranno collocati anche il Servizio di genetica medica (per ora realizzato solo in parte) ed il Servizio di anatomia patologica, ancora da allestire.

**SCHEDA**

Obiettivo: riunire servizi a valenza sovraziendale per razionalizzare e risparmiare sui costi e ottimizzare i servizi offerti. Serve una popolazione di un milione di abitanti.

Laboratorio unico: è centro *Hub* collegato a 7 laboratori decentrati (*Spoke*) nei 7 ospedali dell'Area vasta, 93 punti di prelievo (garantito prelievo a domicilio per chi non può muoversi). Circa 20 milioni gli esami nel 2010: ridotti i tempi di risposta e risparmio sui costi di produzione del 50% rispetto alla tariffa del Ministero.

Officina trasfusionale: struttura di supporto centrale che si integra con le strutture trasfusionali di Area vasta: i 4 Servizi di medicina trasfusionale degli ospedali di Cesena, Ravenna, Forlì e Rimini. 60mila le sacche di sangue lavorate nel 2010.

Magazzino farmaceutico ed economale unico: progettato e realizzato con l'attenzione necessaria a produrre un basso impatto ambientale e ad autoprodurre energia (per il 20%) con pannelli fotovoltaici. Obiettivo: ridurre i costi di gestione e le scorte, omogeneizzare i prodotti acquisiti tramite gare uniche. In funzione da fine 2010, è operativo per la distribuzione dei farmaci alle 4 Aziende Usl e all'Irst di Meldola. In fase di attuazione la distribuzione di dispositivi medici ed economali.

Gli altri servizi attivi e da attivare: camere bianche per la bioingegneria tessutale, Banca della cute, Servizio di genetica medica (realizzato in parte), Servizio di anatomia patologica (ancora da allestire).

2.

Dalle Aziende sanitarie

Azienda Unità Sanitaria Locale di Cesena

Medicina rigenerativa e bioingegneria dei tessuti: un nuovo sostituto cutaneo per la cura di grandi ustioni, ricostruzione di cute, tendini, cartilagini

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

di ricreare in laboratorio un tessuto cutaneo biologico in grado poi di "mimare", una volta trapiantato sul ricevente, i processi e le funzioni presenti fisiologicamente nel tessuto sano. Il progetto va incidere su un contesto di commercializzazione da parte dell'industria farmaceutica di molteplici sostituti cutanei, soprattutto sintetici o misti, dai costi non sempre sostenibili per le realtà pubbliche. La ricerca è stata quindi concepita per ottenere un sostituto biologico - a partire da tessuto cutaneo di un donatore certificato, così come stabilito nell'attuale normativa su trapianti di organi e tessuti - ma sottoposto a trattamenti di rimozione cellulare per renderlo biocompatibile ed evitare il rigetto nei pazienti che lo ricevono. Promosso e finanziato dai Centri trapianti nazionale e dell'Emilia Romagna, lo studio ha coinvolto anche l'Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna, l'Istituto Humanitas di Milano, il Policlinico S.Orsola-Malpighi.

Il percorso di ricerca e la messa a punto del nuovo sostituto cutaneo

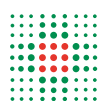
Suddivisa in tre stadi, in un primo momento (studi *in vitro*), la ricerca ha permesso di ottenere il cosiddetto, "*scaffold*", prodotto dalla lavorazione e processazione di cute omologa di donatore multi organo e/o multi tessuto, attraverso una innovativa tecnica di decellularizzazione coperta da brevetto internazionale Patent Cooperation Treaty (PCT), di proprietà della Azienda USL di Cesena e dell'Istituto Rizzoli di Bologna. I successivi studi *ex vivo* con colture cellulari, hanno dimostrato che il prodotto ottenuto era bioattivo, ossia in grado di consentire un ripopolamento cellulare, una volta innestato sul paziente ricevente.

Dopo la fase di sperimentazione clinica, la ricerca ha consentito la messa a punto di un innovativo tessuto distribuito dalla Banca della cute del Centro grandi ustionati dell'Azienda USL di Cesena (con sede al Centro Servizi di Pievesestina) su scala regionale e nazionale a ospedali pubblici e privati, su specifica richiesta. Oggi il tessuto prodotto è utilizzato clinicamente con successo soprattutto in due ambiti: quello dermatologico, per il trattamento di ferite gravi, e quello ortopedico per la riparazione della cuffia dei rotatori della spalla.

I risultati di questa ricerca sono stati riconosciuti dal mondo accademico e scientifico internazionale e premiati con ambiti riconoscimenti come quello per il migliore *topic* di ricerca clinica assegnato a Roma nel 2008 in occasione del VII Convegno nazionale dell'Associazione Italiana Ulcere Cutanee (AIUC), o il premio patrocinato dalla Lega italiana per la lotta contro le leucemie (LILT) per il miglior ricercatore e il miglior studio, consegnato al Simposio internazionale per le Biotecnologie nel 2010 a Rimini. L'esperienza è stata inoltre citata in pubblicazioni sul *Journal of Orthopaedic and Traumatology* e sul *Journal Acta Vulnologica*.

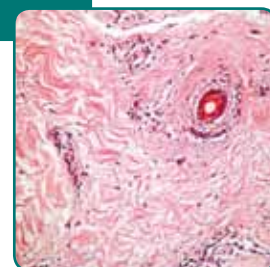
L'utilizzo del nuovo sostituto cutaneo e i benefici

Tutti i 24 pazienti sottoposti dal 2009 al 2011 al trapianto o innesto con questo nuovo sostituto cutaneo, presso il Centro grandi ustionati di Cesena, e altre strutture quali Istituto



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Cesena

Tel. 0547.352212
urp@ausl-cesena.emr.it
www.ausl-cesena.emr.it





Ortopedico Rizzoli di Bologna, Ospedali Riuniti di Ancona, Policlinico di Modena, non hanno mai mostrato reazioni avverse di alcun tipo correlate all'utilizzo del biomateriale, sia nell'immediato che nel tempo (monitoraggio a 6 mesi e controlli su pazienti innestati fino a 2 anni dall'innesto/trapianto). Nello specifico, facendo una valutazione relativa all'efficacia clinica, è possibile dimostrare che si è assistito a un miglioramento della qualità di vita a pazienti con ferite cutanee croniche, caratterizzate da elevata perdita di sostanza ed esposizione osteotendinea. Tali pazienti infatti, in alternativa, venivano spesso sottoposti obbligatoriamente a trattamenti terapeutici demolitivi come l'amputazione d'arto. L'ausilio del nuovo sostituto cutaneo ha comportato, in alcuni casi, anche un aumento di efficienza a livello organizzativo e gestionale di un numero selezionato di pazienti, dal momento che questi sono stati rivolti al trattamento ottenendo spesso buoni risultati anche in tempi ragionevolmente limitati.

L'esperienza del Centro grandi ustionati di Cesena ha dimostrato che l'ingegneria tessutale da sola e/o in sinergia con le terapie tradizionali, può rappresentare un'innovativa ed efficace arma terapeutica in alcune situazioni in cui le terapie standard non riescono da sole a portare a guarigione.

I nuovi traguardi

Incoraggiati dai risultati ottenuti, l'Azienda USL di Cesena si è posta una serie di obiettivi da realizzare nei prossimi anni al fine migliorare il sostituto cutaneo realizzato e ampliarne l'utilizzo anche ad altri ambiti clinici, come ad esempio il settore chirurgico-ricostruttivo della parete addominale, in cui spesso le attuali soluzioni terapeutiche sono insufficienti o inefficaci in certi tipi di patologie croniche. Nello specifico quindi a partire dal 2011 la Banca della cute sta lavorando su tre fronti. Il primo riguarda la possibilità di modificare la tecnica di conservazione del sostituto cutaneo ad oggi utilizzata (criocongelamento) con tecniche diverse (liofilizzazione) che consentano anche l'export di tale tessuto fuori dall'Emilia-Romagna.

Il secondo riguarda la possibilità di estendere la metodica di decellularizzazione anche ad altri tessuti cutanei non di origine umana ma animale. Infine, la terza frontiera è rappresentata dalla possibilità di progettare e produrre nuovi supporti (*scaffolds*) da utilizzare nell'ambito della medicina rigenerativa in sinergia con altre Banche dei tessuti e/o "Cell Factories" presenti su scala regionale e nazionale.

SCHEDA

Obiettivo: curare grandi ustioni e, più in generale, ricostruire cute, tendini, cartilagini, con un tessuto biologico, da donatore, ingegnerizzato.

La ricerca: suddivisa in fasi *in vitro* ed *ex vivo*, è stata concepita per ottenere un sostituto biologico attraverso una innovativa tecnica di decellularizzazione coperta da brevetto internazionale (PCT), a partire da tessuto cutaneo di donatore, sottoposto a trattamenti di rimozione cellulare per renderlo biocompatibile con il ricevente. Ha coinvolto anche l'Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna, l'Istituto Humanitas di Milano, il Policlinico S.Orsola-Malpighi.

I benefici: il nuovo sostituto cutaneo è stato utilizzato con ottimi risultati: i pazienti così trapiantati fino a ora non hanno mai mostrato reazioni avverse di alcun tipo correlate all'utilizzo del biomateriale, sia nell'immediato che nel tempo (follow-up a 6 mesi e controlli su pazienti innestati fino a 2 anni dall'innesto/trapianto).

I nuovi traguardi: migliorare il sostituto cutaneo realizzato e ampliarne l'utilizzo ad altri ambiti clinici, come ad esempio il settore chirurgico ricostruttivo della parete addominale, in cui spesso le attuali soluzioni terapeutiche sono insufficienti o inefficaci in certi tipi di patologie croniche.

2.

Dalle Aziende sanitarie

Azienda Unità Sanitaria Locale di Forlì

Informatizzazione del percorso chirurgico: costo limitato e più sicurezza, efficienza e appropriatezza in sala operatoria

Aumentare sicurezza, efficienza e appropriatezza in sala operatoria con un investimento limitato (in tutto poche migliaia di euro). All'ospedale "Morgagni-Pierantoni" di Forlì è stato possibile, grazie al progetto d'informatizzazione del percorso chirurgico realizzato da un team di ingegneri, medici e infermieri. Sfruttando tecnologie già esistenti, in particolare il software gestionale ospedaliero, e utilizzando semplici lettori di codici a barre, si è, infatti, riusciti a tracciare ogni singola fase prima, durante, e dopo l'intervento, garantendo, oltre alla continua e corretta identificazione del paziente, degli operatori e delle aree logistiche interessate, un perentorio controllo delle operazioni eseguite.

I costi estremamente limitati, la facilità con cui è riproducibile e applicabile a diverse realtà, e il suo essere nato dal basso, sono gli elementi vincenti che hanno portato il progetto ad affermarsi anche in Europa, dov'è stato selezionato fra le 5 migliori *best practices* nelle Pubbliche amministrazioni di tutto il vecchio continente.

Il riconoscimento è stato ottenuto nell'ambito di Epsa 2011 (*European Public Sector Award*), premio biennale promosso dall'Eipa (*European Institute of Public Administration*), che vedeva in gara 274 elaborati prodotti da governi locali, regionali, nazionali e da istituzioni europee.

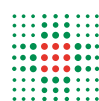
I risultati

Nel suo complesso, il sistema informatizzato di sala operatoria, attivo da gennaio 2009, ha permesso la registrazione dei percorsi di 14.456 interventi, nel periodo gennaio 2009-dicembre 2011, registrando 16 *step* sequenziali per ogni paziente. Ognuna di queste fasi è tracciata in termini di operatore responsabile, luogo in cui viene svolta l'azione, tipo di azione sul paziente, tempo impiegato per lo svolgimento dell'azione.

A garanzia dell'affidabilità, il sistema richiede all'operatore incaricato della rilevazione il dato da inserire per poter accedere allo *step* successivo. In questo modo, è praticamente sicuro che "il paziente giusto si trovi nella sala operatoria giusta per il giusto intervento chirurgico".

I principali vantaggi del sistema sono l'estrema trasparenza del processo e il costante monitoraggio delle dinamiche e delle performance di sala operatoria. Il percorso di miglioramento ha sortito anche risultati indiretti di assoluta rilevanza: riduzione degli interventi chirurgici non programmati dal 25% al 16%, aumento del tempo di occupazione di sala dal 71% al 79%, diminuzione delle ore lavorative in reperibilità. I dati ottenuti sono stati confrontati con gli indicatori di efficienza riconosciuti a livello internazionale, definendo con esattezza i tempi di trasporto del paziente, i tempi anestesilogici, chirurgici, e di risveglio.

Il sistema permette quindi di disporre di un quadro esaustivo, in tempo reale, del percorso chirurgico, premessa indispensabile per aumentare ulteriormente la qualità e la sicurezza dei servizi offerti ai cittadini.



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Forlì

Tel. 0543 735147
urp@ausl.fo.it
www.ausl.fo.it



La genesi del progetto

L'idea di realizzare questo sistema è nata dal basso, dal confronto fra professionisti diversi interessati a conoscere più a fondo il percorso chirurgico, ridurre il rischio per il paziente, e produrre dati per migliorare il lavoro dell'equipe. Inizialmente, si è cercato di capire quanto tempo i malati impiegano ad arrivare in sala operatoria, e quali sono le tempistiche anestesiológicas e chirurgiche. Quando il progetto è partito, infatti, mancava una visione esterna e complessiva del percorso ed esisteva solo un insieme di informazioni "viziato" dalla soggettività dei diversi professionisti (il chirurgo, l'anestesista, l'infermiere dell'anestesia, l'infermiere di sala) che gestivano autonomamente le parti di loro competenza, con letture settoriali.

Uno dei primi passi è stato quindi dotarsi di uno strumento elettronico in grado di assicurare una registrazione oggettiva, così da rendere il percorso tracciabile e rivedibile. Per riuscirci ci si è affidati a una tecnologia già in uso all'interno dell'ospedale, adattandola alle esigenze del caso.

Inoltre, con l'apertura del nuovo padiglione "Morgagni", nel 2004, è stata introdotta, a Forlì, la somministrazione in monodose del farmaco, con tracciabilità del paziente per quanto riguarda la terapia farmacologica: a ciascuno, al momento del ricovero, viene applicato un braccialetto con un codice a barre, e nei reparti si utilizza un sistema palmare (PDA) provvisto di lettore ottico, attraverso il quale avviene l'identificazione del paziente o l'esecuzione della terapia, riducendo al minimo il rischio di errore. In questo modo, si crea una sorta di database informatico dove a ogni paziente sono collegate tutte le prestazioni ricevute.

La reingegnerizzazione del percorso chirurgico

Sfruttando tali elementi, si è cercato di reingegnerizzare il percorso chirurgico, con l'obiettivo di creare un sistema ergonomico e facilitante. L'innovazione è consistita nel semplificare la rilevazione degli *step* attraverso la lettura di *barcode*, identificando così in maniera proattiva non solo il paziente, ma anche gli operatori e le aree logistiche (sale operatorie, aree di induzione dell'anestesia, ...) ove il paziente stesso afferiva. Inoltre, il *software* è stato costruito in modo da proporre all'operatore lo *step* successivo di rilevazione come una semplice *checklist* da barrare o autorizzare con un "bip" di *barcode*. Sono stati inseriti *check* di controllo, rispetto alla lista operatoria pianificata per verifiche sequenziali e ripetute con oggettiva e conseguente riduzione del rischio clinico legato, ad esempio, a errori di identificazione dei pazienti o di sala operatoria. Sono stati marcati anche eventi clinici rilevanti come il momento e la qualità dell'infusione dell'antibiotico nella profilassi chirurgica. I controlli previsti sono, in tutto, 16, e vanno dalla partenza del paziente dal reparto di degenza, all'arrivo al blocco operatorio, sino al suo rientro in reparto. Allo stesso tempo, sono stati definiti indicatori di efficienza del blocco chirurgico, allineandosi alla letteratura internazionale.

L'analisi dei dati

L' "output" dei dati avviene attraverso un'analisi strutturata - messa a punto grazie all'esperienza sul campo dei differenti professionisti coinvolti nel percorso - proposta mediante un sistema di visualizzazione rapido e intuitivo, basato su una piattaforma informatica di "Business Intelligence" (ORM-Daisy). Tale approccio permette ai differenti attori di vedere in forma dinamica le analisi dei propri dati. I *report* vengono costruiti come un imbuto rovesciato: chi accede al sistema - a seconda che si tratti del direttore generale, del direttore amministrativo, del capo dipartimento o del singolo chirurgo - vede informazioni diverse e, partendo dal dato macro, può scendere sempre più nel dettaglio, acquisendo una conoscenza completa del processo attraverso cui mettere in atto eventuali azioni di miglioramento.

Gli sviluppi futuri

Il sistema presenta caratteristiche che possono prestarsi alla ricerca. Proprio per questo, è stato avviato uno studio, con la collaborazione della Facoltà di Economia dell'Università di Bologna e la supervisione del prof. David W. Young, professore emerito di *Management* alla *Boston University - School of Management*, per l'analisi di dettaglio *bottom-up* dei costi del blocco chirurgico, al fine di giungere anche alla valutazione specifica degli importi reali e globali delle diverse tipologie di interventi chirurgici.

SCHEDA

Obiettivo: aumentare sicurezza, efficienza e appropriatezza in sala operatoria grazie all'informatizzazione del percorso chirurgico: sfruttando tecnologie già esistenti, un software gestionale ospedaliero, e utilizzando semplici lettori di codici a barre, si è riusciti a tracciare ogni singola fase prima, durante, e dopo l'intervento garantendo la corretta identificazione del paziente, degli operatori e delle aree logistiche interessate, il controllo delle operazioni eseguite.

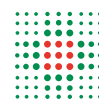
Realizzazione: team di ingegneri, medici e infermieri. Investimento limitato: poche migliaia di euro.

Risultati: il sistema informatico ha permesso la registrazione dei percorsi di 14.456 interventi fra il 2009 ed il 2011. Ridotti dal 25 al 16% gli interventi non programmati. Tempo di occupazione delle sale operatorie salito dal 71% al 79%.

Sviluppi futuri: un progetto di ricerca, già avviato, in collaborazione con la Facoltà di Economia dell'Università di Bologna e la supervisione del prof. David W. Young (*Boston University - School of Management*), per l'analisi di dettaglio *bottom-up* dei costi del blocco chirurgico.

Servizi oncologici in rete: l'Irst centro di riferimento per la Romagna

Il progetto di organizzazione in rete dei servizi oncologici nel bacino della popolazione di Area vasta Romagna interpreta e applica gli indirizzi della programmazione regionale per l'oncologia, come per le alte specialità, che ha previsto una organizzazione secondo un modello denominato *Hub & Spoke*: Centri di alta specialità (*Hub*) a cui gli ospedali e le strutture del territorio (*Spoke*) inviano gli ammalati in caso di necessità diagnostiche, terapeutiche, riabilitative particolarmente complesse e che richiedono professionalità e tecnologie altrettanto complesse. La rete regionale *Hub & Spoke* per l'oncologia è in via di definizione. Per la Romagna già definito l'*Hub* nell'Istituto scientifico romagnolo per lo studio e la cura dei tumori di Meldola (IRST) riconosciuto in Irccs, Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico, ad aprile 2012.



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

Istituto Scientifico Romagnolo per lo
Studio e la Cura dei Tumori di Meldola

*Riconosciuto in Istituto di ricovero e cura
a carattere scientifico in aprile 2012*

Tel. 0543.739100
info@irst.emr.it
www.irst.emr.it

L'Irst di Meldola, Hub della rete oncologica romagnola

Per dare corpo e realizzazione a queste indicazioni, l'Irst di Meldola sta costruendo un sistema unificante che pone al centro il paziente oncologico. L'obiettivo è mettere a sistema le attività esistenti mirando all'omogeneità dell'attività assistenziale su tutto il territorio, in un'ottica di equità e uniformità di offerta di servizi. Questo comporta la necessità di individuare possibili modalità d'integrazione e sinergia e quindi di ottimizzare modalità organizzative e gestionali.

La piattaforma informatica e i percorsi diagnostico terapeutici

Si è ritenuto necessario in via prioritaria ottimizzare il flusso delle informazioni sanitarie in rete, attraverso una piattaforma informatica dedicata all'oncologia, condivisa da tutti i membri della rete in modo da rendere le informazioni relative al paziente disponibili e consultabili in modo tempestivo da tutti i professionisti.

Il sistema informativo della rete rispecchia l'organizzazione assistenziale e la tecnostruttura di ricerca; rappresenta quindi un luogo d'incontro virtuale, dove tutte le informazioni, sia di ambito clinico sia quelle riconducibili alla sfera della ricerca, trovano appropriata e logica collocazione, possibilità di facile consultazione e integrazione. A livello clinico, se i professionisti applicano protocolli terapeutici condivisi e le Divisioni di oncologia presentano profili prescrittivi paragonabili, è possibile raggiungere un elevatissimo grado di omogeneità del tipo e della qualità del servizio sanitario erogato.

L'implementazione di tale modello organizzativo è realizzabile tramite l'identificazione di "Percorsi diagnostico-terapeutico assistenziali" ben definiti e condivisi al fine di garantire uniformità organizzativa e gestionale e omogeneità nell'erogazione delle prestazioni in territori diversi e con una popolazione caratterizzata da bisogni di salute differenti.

I primi passi in questa direzione sono avvenuti con lo storico affidamento del Day hospital e della degenza dell'Azienda UsI di Forlì a Irst e successivamente del Day hospital oncoematologico dell'Azienda USL di Cesena a Irst, attraverso la partnership Irst/Azienda USL di Ravenna sulle attività di radioterapia e fisica sanitaria, di prevenzione oncologica, di ematologia, di farmacia oncologica, e attraverso il coordinamento funzionale e operativo dei professionisti delle Medicine nucleari dell'Irst e delle Ausl di Cesena e Ravenna.

È essenziale che il percorso compiuto dal paziente oncologico sia integrato tra tutte le realtà



del territorio e che quindi anche le strutture “a valle”, come gli hospice, o “a monte”, come le Unità operative di prevenzione oncologica, siano all’interno della rete: questa integrazione è in atto per la ricerca, nel futuro dovrà svilupparsi in tutti gli aspetti di prevenzione, diagnosi e cura.

Il rapporto fra cura e ricerca

La spinta a una sempre maggior integrazione tra professionisti e tra strutture, finalizzata alla promozione delle attività di ricerca, ha portato alla creazione di un Comitato medico scientifico Irst che governa la ricerca oncologica in Area vasta Romagna e di un Comitato etico unico di Area vasta Romagna. Quest’organo, dal 2008, è fra i più attivi in Italia per il numero di pareri espressi nel campo delle sperimentazioni cliniche sui farmaci.

Le procedure per l’avvio di sperimentazioni cliniche sono ulteriormente semplificate da un accordo quadro fra i Direttori generali delle Aziende USL parte dell’Area vasta, accordo che rende possibile la stipula di contratti in cui vengono stabiliti i reciproci diritti e obblighi (fra Irst, Ausl e promotore) nello svolgimento di sperimentazioni cliniche oncologiche in tutta l’Area vasta.

Queste modalità permettono a tutti i centri l’opportunità di partecipare agli studi non più singolarmente, ma come componenti periferiche di un singolo centro di Area vasta; ciò permette di aumentare le potenzialità di reclutamento, di favorire ai pazienti l’accesso a terapie sperimentali che, altrimenti, potrebbero essere precluse per vincoli di natura logistica o geografica, di aumentare il numero delle collaborazioni internazionali, di agevolare l’accesso dei giovani professionisti alle attività di ricerca, di ampliare il ventaglio delle opportunità professionali dei ricercatori stessi sul territorio dell’Area vasta Romagna.



SCHEDA

Obiettivo: assicurare un sistema di cura coordinato che metta al centro il paziente oncologico e che sappia rispondere, con omogeneità ed equità, ai bisogni di assistenza espressi da un territorio vasto e articolato.

La rete Hub & Spoke: la programmazione regionale, per l’oncologia come per tutte le altre specialità, adotta il modello organizzativo *HUB & Spoke*: l’Irst è *Hub* per la Romagna della rete oncologica regionale in via di definizione.

La piattaforma informatica e i percorsi diagnostico terapeutici: la piattaforma informatica rende disponibili a tutti i professionisti della rete le informazioni relative al paziente oncologico; permette la consultazione di informazioni in ambito clinico e di ricerca. I percorsi di diagnosi e cura sono definiti e condivisi per garantire omogeneità di erogazione dei servizi, uniformità organizzativa e gestionale.

Servizi affidati da Aziende sanitarie a Irst: diversi servizi affidati a Irst dalle Aziende USL di Forlì, Cesena, Ravenna. In futuro: integrazione nella rete degli *Hospice* e delle Unità operative prevenzione oncologica.

Il rapporto fra cura e ricerca: istituiti un Comitato medico scientifico IRST per il governo della ricerca oncologica in Area vasta Romagna e un Comitato etico unico di Area Vasta Romagna. Un accordo quadro tra le 4 Aziende USL rende possibile l’avvio di sperimentazioni cliniche in ambito di Area vasta: tutti i centri possono partecipare agli studi non più singolarmente, ma come componenti periferiche di un singolo centro di Area vasta.

Un medico e un infermiere di riferimento per migliorare le cure in ospedale e dopo la dimissione

Garantire che ogni persona, durante il ricovero, sia affidata ad un medico di riferimento, il quale si fa carico di coordinare il percorso diagnostico terapeutico del paziente e si rapporta con il medico di medicina generale per garantire la continuità delle cure dopo la dimissione. Questo l'obiettivo del progetto "il medico di riferimento del caso" attivato dall'Azienda Usl di Ravenna. Assieme al medico di riferimento si individua "il referente assistenziale del paziente", ossia un infermiere di riferimento per ciascuna persona ricoverata, che ne valuta i bisogni assistenziali e socio-sanitari, verifica e coordina il processo di assistenza e, quando necessario, collabora con gli operatori dei servizi territoriali (infermieri, assistenti sociali, terapisti) per la continuità di presa in carico dopo la dimissione.



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Ravenna

Tel. 0544.286710
ra.urp@ausl.ra.it
www.ausl.ra.it

La situazione prima dell'implementazione del progetto

Normalmente ogni persona ricoverata in ospedale, diventa il paziente del reparto in cui è collocato e tutto il suo percorso sanitario è contraddistinto da questo iter. Paziente della medicina, poi della chirurgia e via dicendo. Questa modalità fa sì che sia il paziente che i suoi congiunti non riescano a ricomporre un quadro unitario del percorso clinico. Il medico della medicina fornisce le informazioni sul quadro clinico di sua competenza, poi magari segue il chirurgo che aggiunge la sua parte lasciando di fatto al paziente l'onere di un continuo andirivieni tra i professionisti e il compito di "portare a sintesi" lo stato generale della sua malattia e della sua cura. La stessa persona, una volta uscita dall'ospedale, si recherà dal suo medico di famiglia con la lettera di dimissioni per proseguire le terapie indicate. Anche in questo caso l'unico collante fra il cittadino e il medico di base, resta la lettera di dimissioni.

Le figure del medico di riferimento e del referente assistenziale per ogni paziente ricoverato, che seguiranno tutto l'iter diagnostico e terapeutico del paziente, rappresentano invece un punto di riferimento sia durante il ricovero che al momento e dopo le dimissioni. Un vero e proprio capovolgimento che dà certezza e sostegno al cittadino, gli eviterà continui passaggi e gli consentirà di comprendere nella sua interezza il proprio stato di salute e le terapie di cui abbisogna.

Il processo di evoluzione demografica che ha portato all'allungamento della vita porta, infatti, a confrontarsi non solo con bisogni di cura acuti, ma anche coi bisogni di persone con più patologie croniche, instabilità clinica, "vulnerabilità" sociale per condizioni socio-economiche. Occorre quindi un cambiamento culturale che riguarda il modo di lavorare e che impone principalmente di ridisegnare anche l'organizzazione delle cure ospedaliere in funzione di quella centralità dei bisogni dei cittadini che è alla base del modo di operare del Servizio sanitario regionale. Il progetto del medico di riferimento (e del referente assistenziale del paziente) è parte di questo cambiamento.

I compiti del medico di riferimento

Questi nel dettaglio i compiti del medico di riferimento:

- coordinare il percorso di cura del paziente per l'intero periodo di ricovero, inclusa l'eventuale prosecuzione della degenza nel settore post-acuti;
- assicurare la presa in carico del paziente nel più breve tempo possibile e comunque





- non oltre le 24 ore dall'accettazione in reparto (48 ore per i ricoverati nei giorni di sabato, domenica, festivi e pre-festivi);
- provvedere alla stesura del piano di trattamento del paziente;
 - interagire attivamente con gli specialisti e/o i consulenti, per perfezionare la diagnosi e offrire un'adeguata risposta terapeutica;
 - provvedere alla pianificazione della dimissione/trasferimento e del percorso post dimissione quando richiesto (lungodegenza, assistenza domiciliare, ...), operando in stretta integrazione con l'infermiere di riferimento e, quando necessario, con l'assistente sociale;
 - garantire l'informazione al paziente, alla famiglia e/o alle persone per le quali il paziente ha espresso il consenso alla informazione sulle sue condizioni;
 - essere il primo interlocutore del medico di medicina generale del paziente;
 - assicurare la registrazione corretta e completa di tutta la documentazione sanitaria;
 - provvedere alla condivisione con il paziente e i familiari degli obiettivi di mantenimento e miglioramento della salute dopo le dimissioni, specificando quali siano i segnali di allerta cui prestare attenzione e come comportarsi (quando rivolgersi al proprio medico di famiglia e quando invece recarsi in Pronto soccorso);
 - provvedere alla programmazione delle visite successive al ricovero, quando necessarie.

I compiti del referente assistenziale di riferimento

Questi i compiti principali:

- avvia la presa in carico assistenziale del paziente nella fase del ricovero;
- redige il piano assistenziale e lo presenta all'equipe di riferimento;
- si relaziona con la persona assistita e la famiglia;
- pianifica la dimissione del paziente e prende contatti con i servizi assistenziali territoriali per organizzare le eventuali necessità del paziente al ritorno a casa.

I passi già compiuti. Gli step futuri

Le Unità operative aziendali dei tre ospedali (Ravenna, Lugo, Faenza) coinvolte nella prima fase sperimentale avviata dal 20 ottobre 2009, sono Medicina interna, Neurologia, Geriatria, Lungodegenza, Post acuti.

Dal 20 ottobre 2009 è stata avviata la sola assegnazione del medico di riferimento e del referente assistenziale ai pazienti ricoverati nelle Unità operative di Medicina interna, Neurologia, Geriatria, Lungodegenza, Post acuti dei tre ospedali di Ravenna, Lugo, Faenza. Dalla seconda metà di dicembre 2009 sono state attivate tutte le azioni relative alla notifica dell'avvenuto ricovero ed alla comunicazione con il medico di medicina generale.

Al 28 febbraio 2010 oltre il 90% dei pazienti ha espresso il consenso alla notifica dell'avvenuto ricovero al medico di medicina generale.

Valutazione dei risultati in Medicina interna: il 90% dei pazienti ritiene utile l'esperienza

Per valutare i risultati del progetto è stata attivata un'indagine che ha avuto come obiettivo la rilevazione dell'esperienza e del grado di soddisfazione dei pazienti.

L'indagine è stata rivolta ai pazienti dimessi dai reparti di Medicina interna degli ospedali di Ravenna, Lugo e Faenza nei mesi di aprile e maggio 2010 con un campione complessivo di 523 pazienti (162 Faenza, 161 Lugo, 200 Ravenna). Le interviste sono state condotte secondo la metodologia CATI (*Computer Assisted Telephone Interviewing*): i pazienti sono stati contattati telefonicamente al proprio domicilio dal Centro CATI del Laboratorio Management e Sanità (Scuola superiore Sant'Anna di Pisa). Le interviste concluse sono state 511 (154 Faenza, 157 Lugo, 200 Ravenna). Oltre il 90% dei pazienti ha dichiarato di essere stato ascoltato completamente dal medico di riferimento, di aver ricevuto spiegazioni chiare e di aver avuto tempo a sufficienza per discutere dei propri problemi di salute. L'83,7% degli intervistati ha ritenuto inoltre di aver ricevuto informazioni complete su

come migliorare e mantenere la propria salute dopo la dimissione. Il giudizio complessivo riguardo alla figura del medico di riferimento è stato molto positivo: il 90,87% ha detto di avere piena fiducia e il 90,07% ha ritenuto molto utile la sua presenza durante il ricovero. Circa la soddisfazione del servizio ospedaliero è emerso che il 78% degli intervistati si è ritenuto molto o moltissimo soddisfatto. Dopo i buoni risultati ottenuti all'interno delle U.O. in cui il progetto è stato avviato in modo sperimentale, è obiettivo dell'Azienda USL estendere la sperimentazione anche ad altre Unità operative dei tre presidi ospedalieri.

**SCHEDA**

Obiettivo: migliorare presa in carico e continuità delle cure tra ospedale e territorio. Il medico di riferimento, coadiuvato dall'infermiere di riferimento, coordina il percorso di cura del paziente ricoverato, la presa in carico, la stesura del piano assistenziale, il rapporto con la famiglia, il rapporto con medico di medicina generale dopo la dimissione.

La sperimentazione: partita nel 2009 nelle Unità operative di Medicina interna, Neurologia, Geriatria, Lungodegenza, Post acuti dei tre ospedali dell'Azienda UsI: Ravenna, Lugo, Faenza.

La valutazione dei risultati: 511 interviste a pazienti dimessi dall'Unità operativa di Medicina interna dei tre ospedali: oltre il 90% ritiene molto utile l'esperienza.

I prossimi sviluppi: estendere la sperimentazione ad altre Unità operative dei tre ospedali.

2.

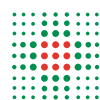
Dalle Aziende sanitarie

Azienda Unità Sanitaria Locale di Rimini

Il Nucleo operativo aziendale per la continuità assistenziale dopo il ricovero in ospedale

Quando una persona anziana e sola, o un disabile, si ammala e finisce in ospedale, un problema tutt'altro che secondario è quello della sua "sistemazione" nel momento in cui, risolti i sintomi acuti, deve essere dimesso ma le sue condizioni cliniche non gli consentono di tornare a vivere da solo, a casa propria. Il paziente ha cioè bisogno di sostegno, ma non ha nessuno che possa darglielo. Basti pensare, ad esempio, al caso assai frequente di

un anziano che vive solo, senza reti parentali o sociali, e che abbia subito un intervento chirurgico. Dopo il necessario periodo di degenza per stabilizzare le sue condizioni cliniche, verrà dimesso, magari con prescrizione di riposo assoluto a letto e necessità di assistenza infermieristica (pulire la ferita, o magari cambiare un catetere), medica (la periodica verifica dei parametri), sociale (dall'igiene personale a, più banalmente, andare a fare la spesa o a comprare i farmaci). Piccoli problemi che però, per persone già "fragili" e in stato di difficoltà, diventano drammi, specialmente se la dimissione avviene a ridosso o durante il fine settimana.



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Rimini

Tel. 0541 707202
urp@auslrn.net
www.ausl.rn.it

Il Nucleo operativo aziendale per la continuità assistenziale (Noa): alla dimissione dall'ospedale, a seconda del bisogno, ricovero in struttura o assistenza domiciliare

Per far fronte a questa situazione, a partire dal 2008, l'Azienda USL di Rimini ha creato il Noa, Nucleo operativo aziendale per la continuità assistenziale. Il Noa si avvale di 15 operatori e della collaborazione di operatori del Servizio di assistenza anziani aziendale. Al bisogno, può contare sulla collaborazione funzionale degli operatori delle varie Unità Operative, degli operatori medici e infermieristici di Continuità assistenziale, dei Medici di famiglia, nonché degli specialisti per le esigenze di controllo clinico dei pazienti a domicilio.

Il Noa rappresenta un ponte stabile tra ospedale e territorio, creato nell'ottica di prendersi cura del paziente dopo il ricovero: da una parte va incontro alle esigenze dei pazienti, soprattutto di quelli più fragili, dall'altro consente di controllare meglio l'appropriatezza, cioè i giusti percorsi personalizzati, e di evitare ripetuti ricoveri a scopo sociale (e quindi, per l'appunto, inappropriati).

Il Noa è aggregato in modo funzionale al Dipartimento di cure primarie. Ha sede all'Ospedale "Infermi" di Rimini, ma si occupa dei pazienti di tutti e cinque gli ospedali dell'Azienda USL (anche gli Ospedali di Riccione, di Cattolica, di Santarcangelo di Romagna e di Novafeltria).

In pratica, quando un paziente si trova nella situazione sopra descritta, il personale del reparto ospedaliero in cui è ricoverato (e che è stato appositamente formato per questo) lo segnala direttamente al Noa.

Il Noa effettua una valutazione per capire quale sia la "sistemazione" migliore: un ricovero in una struttura per post – acuti (e per quanto tempo, e con quale piano terapeutico e assistenziale), o piuttosto l'attivazione dell'assistenza domiciliare sotto la responsabilità del medico di famiglia.

Nel caso dell'attivazione dell'assistenza domiciliare, il Noa, che si configura come il punto unico di accesso alle cure domiciliari per tutta l'Azienda Usl, si preoccupa di



allertare il medico di famiglia oppure, qualora la dimissione avvenga a ridosso o nel corso del week end, i Servizi di continuità assistenziale (la Guardia medica o infermieristica) per le immediate necessità cliniche del paziente. In quest'ultimo caso al paziente viene consegnato anche il piano terapeutico e il necessario pacchetto di farmaci per i primi giorni, direttamente dalla Farmacia ospedaliera.

Viene stilato un vero e proprio Piano assistenziale domiciliare. Qualora si renda necessario, viene inoltre previsto un colloquio con un assistente sociale, che si occuperà poi di preparare un piano personalizzato di presa in carico del caso. Quest'ultimo aspetto è inedito.



La presa in carico del paziente viene completata in tempi brevissimi, e comunque entro tre giorni dalla dimissione dall'ospedale.

Naturalmente il rapporto che si instaura con il medico di famiglia che coordina l'assistenza domiciliare prosegue anche dopo la fine delle situazioni di maggiore emergenza, e si sostanzia in periodici controlli sulla situazione del paziente, affinché non torni a peggiorare.

Si crea, insomma, una vera e propria rete assistenziale che punta non solo alla risoluzione dei problemi immediati, ma anche alla prevenzione.

Il Noa, quale punto unico di accesso alle cure domiciliari a livello aziendale, ha inoltre consentito in questi anni di razionalizzare le modalità e le liste d'accesso alle strutture intermedie per lungodegenza e di renderne più appropriata l'attività, anche grazie al potenziamento dell'assistenza domiciliare che è in grado di rispondere a molte esigenze che prima trovavano risposta solo nei cosiddetti "ricoveri di sollievo" (in ospedale ma anche nelle stesse strutture intermedie).

E ancora: le richieste multiple di ricovero in più strutture intermedie per uno stesso paziente sono state minimizzate e anche i tempi di presa in carico, grazie al Noa, sono notevolmente migliorati.

I dati dell'attività del Noa

Sono circa 4.000 l'anno le persone delle quali il Noa si occupa: circa 2.200 vengono avviate nelle strutture intermedie per lungodegenza, circa 1.800 vengono invece avviate alla "domiciliazione protetta".

Grazie alla collaborazione con i medici di famiglia, e alla creazione di piani assistenziali personalizzati, vengono servite a casa in media 400 persone a settimana e vengono effettuati quotidianamente circa 50 prelievi di sangue a persone che non camminano. Sempre a domicilio, su richiesta del medico di famiglia, per i pazienti non deambulanti sono attive anche consulenze: con dermatologo (soprattutto per problemi legati alle lesioni da decubito), cardiologo, otorino, oculista, urologo, dentista, fisiatra, pneumologo. Altri specialisti quali l'oncologo, il neurologo, l'anestesista, il nutrizionista vengono attivati all'interno di specifici percorsi o progetti assistenziali per particolari patologie. Insomma non è più il paziente a dover essere trasportato in ospedale ad esempio per un controllo, ma è il medico che va a casa.

La mappa della "fragilità" nella provincia di Rimini

La rete assistenziale che il Noa ha creato ha consentito, negli anni, di ampliare e strutturare una vera e propria mappa provinciale degli anziani e delle persone "fragili", che si rivela utilissima in circostanze particolari, come ad esempio le emergenze climatiche.

Ogni estate, in occasione dei picchi di calore, gli operatori del Noa, in collaborazione con quelli del Telesoccorso e della Teleassistenza, effettuano telefonate alle persone inserite nella mappa per verificare se abbiano bisogno di un sostegno ulteriore. In taluni casi, ad esempio, l'anziano non beve abbastanza ma non è conscio dei rischi che corre

a bere troppo poco. Questi casi vengono individuati dagli operatori al telefono, che inviano a domicilio il personale di supporto necessario.

La stessa modalità è stata effettuata anche nella “emergenza neve”, che ha colpito l’Emilia-Romagna e anche, con intensità, la provincia di Rimini nel mese di febbraio 2012, in particolare le zone collinari e pedemontane (Valconca e Valmarecchia): a seguito di centinaia di telefonate sono stati individuati una cinquantina di casi in cui gli anziani avevano bisogno di assistenza medica ed infermieristica, e sono stati approntati i necessari interventi.

SCHEDA

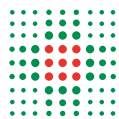
Obiettivo: attivare un collegamento stabile tra ospedale e territorio al fine di predisporre, per ogni paziente “fragile”, al momento della dimissione dal ricovero, la più appropriata sistemazione in una struttura o al proprio domicilio con una adeguata assistenza domiciliare. Creare una vera e propria “mappa del disagio” da utilizzarsi in momenti di particolare emergenza (come ad esempio le emergenze climatiche, caldo d’estate o le forti nevicate d’inverno).

Il Noa: è la struttura che coordina le azioni per la continuità assistenziale. È punto unico di accesso per l’assistenza domiciliare.

Servizi coinvolti: i 5 ospedali del territorio provinciale, le strutture di lungodegenza pubbliche e private, il Dipartimento di cure primarie con le sue articolazioni, la direzione aziendale delle attività socio-assistenziali.

I dati: circa 4.000 persone seguite ogni anno, 2.200 presso strutture intermedie e 1.800 a domicilio.





SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

