

Italian Health Policy Brief

Libro Bianco della Buona Sanità FIASO

IL Libro Bianco della Buona Sanità edito da FIASO (Federazione Italiana Aziende Sanitarie ed Ospedaliere) è il risultato di oltre due anni di lavoro dell'Osservatorio ad hoc istituito all'interno della Federazione.

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

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

Per Buona Pratica si fa riferimento ad ogni attività già realizzata che sia stata volta a migliorare contestualmente l'efficienza (economicità) e l'efficacia (soddisfazione dei bisogni e delle aspettative dei cittadini) nella gestione e l'erogazione dei servizi offerti. In questo processo, la costruzione e l'im-

plementazione di un portale costituisce strumento privilegiato per la costituzione di una vera e propria comunità di pratica sulle politiche sanitarie e sui principali temi di innovazione in sanità.

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

- raccolta e analisi delle banche dati già disponibili;
- definizione scheda sintetica descrittiva dell'esperienza innovativa;
- definizione dei temi, delle funzioni e dei contenuti da raccogliere e da inserire in banca dati;
- definizione scheda analitica;
- inserimento delle informazioni e dei dati già disponibili in un sistema omogeneo di archiviazione con immediato accesso ai contenuti ricercati e trasferimento di *know how*;
- alimentazione della banca dati attraverso la collaborazione spontanea o provocata delle Aziende associate.

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

Il Comitato Strategico, composto da Direttori Generali di Aziende Sanitarie e Ospe-

daliere oltre a un responsabile delegato del Comitato di Presidenza e della struttura FIASO, ha attuato gli obiettivi definiti dalla Presidenza FIASO; definito le linee metodologiche dell'attività dell'Osservatorio; individuato la scheda di raccolta sintetica e i criteri di valutazione delle buone pratiche; analizzato le schede raccolte e assicurato il primo livello di valutazione; aggiornato le aree tematiche sulla base delle esperienze raccolte.

Il Comitato Scientifico, composto da componenti autorevoli e imparziali, per lo più esterni al sistema delle Aziende e individuati in ambito istituzionale, civico ed accademico, ha definito la scheda analitica e i suoi criteri di valutazione, analizzato le schede delle esperienze raccolte che hanno superato il primo livello di valutazione e individuato le migliori esperienze (eccellenze); elaborato motivazioni a sostegno delle esperienze selezionate.

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

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

La valutazione sintetica del Comitato Strategico

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

Con la scheda sintetica, FIASO ha avviato il censimento delle esperienze di innovazione gestionale realizzate, negli ultimi tre anni (2008-2010), dalle Aziende sanitarie e ospedaliere per il miglioramento dell'efficienza e della qualità dell'assistenza e or-

ganizzazione sanitaria.

La costituzione, il consolidamento e il collaudo della banca dati di buone pratiche sono stati avviati attraverso una *Call for practice* indirizzata alle direzioni strategiche delle Aziende associate nel mese di ottobre 2010. Nella fase iniziale di lancio dell'Osservatorio, l'intenzione di non dare indicazioni tematiche puntava a raccogliere dalle Associate preziose indicazioni sui progetti realizzati negli ultimi tre anni su tematiche prioritarie e strategiche, senza confini tematici che rischiassero di limitare la rilevazione dell'esistente.

Tra ottobre e novembre 2010, la *Call for practice* lanciata ha permesso di raccogliere 89 esperienze da parte di 33 Aziende Associate. Nonostante non siano state rivolte sollecitazioni alle Associate, è risultata quantomai soddisfacente la significatività delle esperienze raccolte a seguito di un'unica comunicazione. La richiesta è stata indirizzata alle direzioni strategiche – direzione generale, amministrativa e sanitaria – delle Aziende sanitarie e ospedaliere associate FIASO.

Conclusa la raccolta delle esperienze, sulla scheda sintetica è stata realizzata la prima valutazione a cura del Comitato Strategico, che ha gestito gli stati intermedi di giudizio secondo i due criteri della:

- completezza d'informazioni;
- stato di realizzazione dell'esperienza.

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

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

In seguito, le esperienze selezionate sono state suddivise tra i componenti del Comi-

tato Strategico in modo tale che ciascuna di esse fosse analizzata da almeno due valutatori. Ciò ha permesso di far emergere un giudizio medio che tendesse a evitare rischi di rilevanti diversità valutative.

A questo punto il Comitato Strategico ha proseguito il proprio lavoro sulla strada di un'analisi più articolata, mediante l'utilizzo di quattro criteri/parametri:

1. **innovazione** (capacità di produrre soluzioni nuove e creative per il miglioramento della qualità dei servizi e per la tutela dei diritti dei cittadini);
2. **riproducibilità** (possibilità di trasferimento e applicazione in luoghi e situazioni diversi da quelli in cui l'esperienza è stata realizzata);
3. **sostenibilità** (attitudine a fondarsi sulle risorse esistenti o capacità di generare nuove risorse);
4. **misurabilità** (possibilità di quantificare i risultati realizzati attraverso indicatori di soddisfazione dei cittadini, di risultato, economici o extracontabili).

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

La valutazione sintetica da parte dei quattro gruppi di valutazione del Comitato Strategico si è conclusa nel marzo 2011 con due valutazioni espresse per ciascuna esperienza sulla base dei quattro criteri indicati.

La classificazione delle esperienze

Come accennato, nella iniziale fase di raccolta delle esperienze non si sono intenzionalmente indicati confini tematici, per lasciare libere le Aziende di segnalare, insieme alle esperienze, le tematiche maggiormente rilevanti e prioritarie per l'attività aziendale. La classificazione tematica è avvenuta dunque *ex post*, sulla base dell'analisi e della lettura delle singole esperienze.

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

Ogni Area tematica (*genus*) poteva poi essere suddivisa in più "Sub-aree" (*species*). La identificazione delle aree e delle sub-aree tematiche è derivata, da un lato, dalla lettura delle esperienze pervenute che ha

consentito di applicare un criterio empirico/induttivo; dall'altro, si è tenuto conto delle macro-classificazioni al cui interno FIASO aveva già collocato l'insieme dei prodotti delle proprie attività di ricerca.

Dunque, la genesi delle tematiche non è stata di natura teorico-deduttiva bensì empirica, indotta dalla lettura delle esperienze, dei loro contenuti, obiettivi, risultati, modalità organizzative e operative prevalenti, etc.

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

Le cinque principali sezioni tematiche sono state pertanto definite come di seguito:

1. Assistenza territoriale
2. Appropriatezza e qualità delle cure
3. Efficienza gestionale
4. Innovazione tecnologica
5. Comunicazione e promozione della salute

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

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

Per comprendere meglio i raggruppamenti tematici all'interno di ciascuna macroarea, di seguito riportiamo una ulteriore classificazione che tiene conto della trasversalità delle esperienze raccolte.

SEZIONE	AREA TEMATICA	SUB AREE TEMATICHE	Totale
ASSISTENZA TERRITORIALE			30,5%
	Appropriatezza organizzativa	Miglioramento dimissione pazienti complessi Sviluppo ruolo e competenze del MMG Sviluppo ruolo e funzioni Inf. Prof.le Programmazione/Progettazione/Budgetizzazione	7,5%
	Continuità delle cure	Integrazione Ospedale/Territorio Integrazione Socio Sanitaria Integrazione Professionale Integrazione Gestionale (attivazione reti) Facilitazioni condizioni di accesso	20,1%
	Presenza in carico integrata	Area Materno Infantile Presenza in carico del paziente cronico	2,9%
APPROPRIATEZZA CLINICA E QUALITÀ DELLE CURE			15,5%
	Appropriatezza clinica	Diagnostica di Laboratorio Forniture sanitarie Percorsi diagnostici e terapeutici assistenziali Priorità cliniche Sicurezza Trattamento del dolore e cure palliative Innovazione sperimentale clinica - bioingegneria	11,5%
	Miglioramento qualità	Miglioramento qualità assistenziale Miglioramento qualità di vita	4,0%
EFFICIENZA GESTIONALE			33,9%
	Clima organizzativo	Collaborazione e minori condizionamenti Rapporto Direzione Strategica/Dirigenti Sanitari Relazione personale sanitario/Paziente	1,7%
	Formazione	Area progettazione/controllo Gestione processi formativi Implementazione della appropriatezza Rapporto medico/paziente	6,9%
	Miglioramento efficienza	Riduzione costi amministrativi Risparmi da gestione risorse umane Risparmi da riduzione di inappropriatezza Risparmi da concentrazione Risparmi da distribuzione diretta	10,3%
	Standardizzazione	Processi di natura clinica Processi di natura Tecnico/amm.va	14,9%
INNOVAZIONE TECNOLOGICA			5,7%
	Supporto al Governo Clinico Supporto a programmazione e controllo Servizi Socio Sanitari Supporto alla Direzione Strategica Supporto alla gestione E-care	Telemedicina e teleconsulto	
COMUNICAZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE			14,4%
	Comunicazione	Rapporto medico/paziente Rapporto con i dipendenti Rapporto con i fornitori Rapporto con la stampa Rapporto con l'utenza	5,2%
	Promozione della salute	Prevenzione primaria e secondaria Stili di vita	2,3%
	Umanizzazione	Lotta al dolore Rapporti con personale dipendente Relazione personale sanitario/paziente	6,9%

La valutazione analitica del Comitato Scientifico

Delle 89 esperienze selezionate inizialmente 20 non sono arrivate alla fase successiva, quella in cui il Comitato Scientifico ha analizzato le esperienze realizzate - e concluse - sulla base di ulteriori ed approfondite informazioni rese dalle Aziende sanitarie tramite la compilazione di una scheda analitica.

Essa, prima di essere diffusa tra tutte le Aziende dell'Osservatorio Buona Sanità, è stata testata su esperienze selezionate in base a diversi ambiti d'applicazione.

La scheda analitica così definita dal Comitato Scientifico ha voluto scandagliare due aspetti particolari di ciascun progetto messo in pratica: i processi (dalla progettazione, all'implementazione, al monitoraggio) ed i risultati (sia quelli attesi in sede progettuale, sia quelli raggiunti, richiedendo anche di documentarli attraverso dati quantitativi). La scheda da compilare è stata inviata a ciascun responsabile aziendale delle esperienze: FIASO ha così posto le basi per il più ampio obiettivo di rete cui ha mirato l'Osservatorio fin dalla sua nascita.

Di seguito è riportata la griglia di valutazione adottata dal Comitato Scientifico:

Riferimento	Criterio di valutazione
1.	Qualità dei processi realizzati
1.1.	Livello di completezza, articolazione, del processo di progettazione
1.2.	Livello di coerenza fra il processo di progettazione e quello di attuazione
1.3.	Quantificazione delle risorse impiegate
1.4.	Livello di coinvolgimento ottenuto
1.5.	Livello di strutturazione dei processi di monitoraggio/valutazione
1.6.	Livello di estensione dei processi comunicativi
1.7.a.	Riscontro di criticità
1.7.a_1	Superamento o meno di tali criticità
1.7.b.	Presenza di determinanti di successo
2.	> Qualità e quantità dei risultati raggiunti
2.1.a	o Efficienza da riorganizzazione
2.1.b	o Efficienza da miglioramento operativo
2.1.c	o Efficienza da appropriatezza organizzativa
2.1.d	o Quantificazione delle risorse risparmiate
2.2.a	o Efficacia di <i>out-come</i>
2.2.b	o Efficacia da appropriatezza clinica

2.3	> Livello di verifica del gradimento
2.3.a	o Gradimento operatori
2.3.b	o Gradimento utenti
2.4	> Altri indicatori di successo
2.4.a	o Riconoscimenti pubblici
2.4.b	o Pubblicazioni
2.4.c	o Rispetto standard internazionali
Trasversali	Innovazione
Trasversali	Riproducibilità
Trasversali	Sostenibilità
Trasversali	Misurabilità

Ad ogni voce della griglia di valutazione i componenti del Comitato Scientifico hanno dovuto associare un punteggio, nel range da 1 a 5. Come per la prima fase, anche in questo caso i componenti del Comitato Scientifico si sono organizzati in gruppi di due valutatori per ciascuna esperienza. Inoltre, quanto richiesto nella scheda analitica poteva essere integrato con altri allegati, inviati perché ritenuto necessario dal referente stesso del progetto aziendale ovvero richiesti dal Comitato Scientifico.

La valutazione analitica effettuata si è conclusa con l'elaborazione di un algoritmo grazie al quale si è stabilito il punteggio finale attribuito a ciascuna esperienza, correlato da un sintetico commento finale. Ad ogni modo, FIASO ha deciso di mantenere riservata tale valutazione perché, sin dal principio, era stato dichiarato alle Aziende che non si voleva stilare una classifica delle esperienze, ma eventualmente fare alcune segnalazioni di eccellenza.

Per il futuro, sarà possibile fin dall'adesione all'Osservatorio FIASO conoscere più nel dettaglio il sistema di valutazione delle esperienze che gradualmente si è definito e affinato.

Alcuni aspetti della valutazione

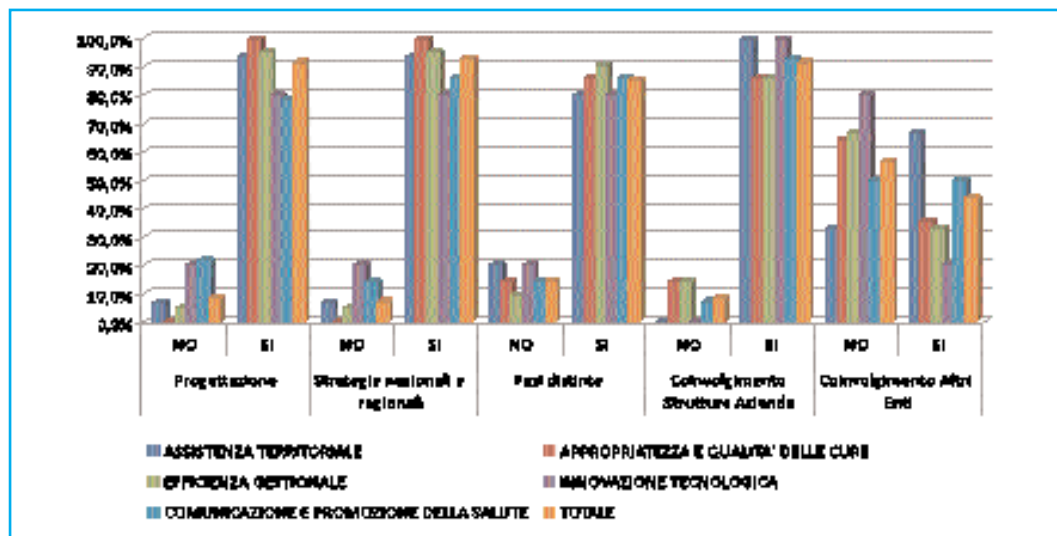
Dall'analisi della scheda analitica sono emersi elementi e dati di estremo interesse per valutare la bontà delle esperienze selezionate, insieme a metodi e strumenti adottati per conseguire il cambiamento organizzativo auspicato.

Sotto il profilo dei processi e quello dei risultati, FIASO ha elaborato la mole di dati estrapolati dalle schede analitiche raccolte e, da questo punto di vista privilegiato, ha potuto vedere in dettaglio alcuni aspetti essenziali alla comprensione di come nascono

e si evolvono le buone pratiche nella sanità italiana. Come si evince nella figura di seguito, è emerso ad esempio che il 91%

delle esperienze selezionate hanno previsto, nella fase di avvio, una chiara determinazione del processo di progettazione.

Figura - Progettazione



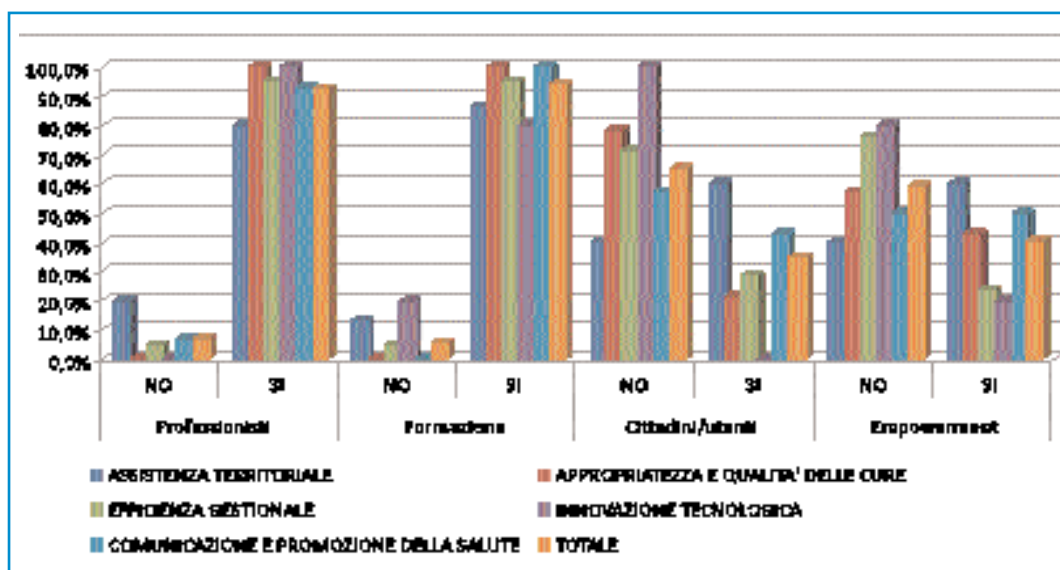
Ancora in ordine ai processi, altre particolarità significative dell'avvio dei progetti sono state ad esempio:

- rispetto dei tempi di implementazione stimati all'avvio (82% delle esperienze);
- previsione attendibile delle risorse necessarie fin dall'inizio (81%);
- formazione specifica ai fini dell'inserimento nei progetti delle figure professionali (93%);
- valutazione finale rispetto a indicatori già definiti in sede progettuale (83%).

Il pieno coinvolgimento dei professionisti dell'Azienda e dei cittadini utenti è stato

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

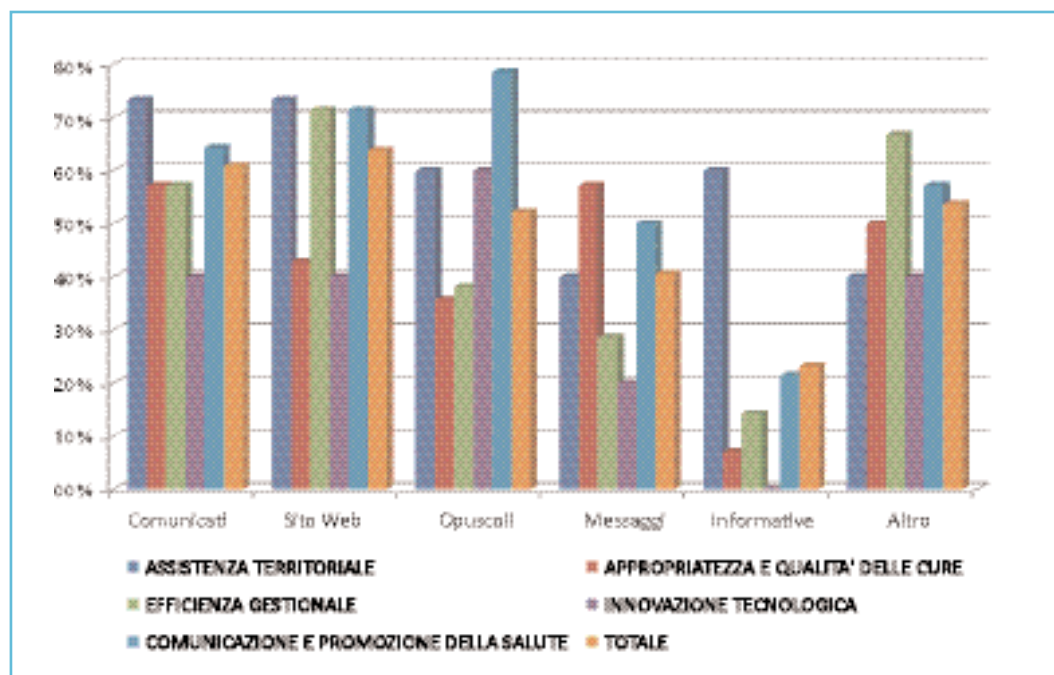
Figura - Livello di coinvolgimento



I destinatari dell'esperienza (interni all'Azienda o esterni ad essa) sono stati raggiunti da input comunicativi (di informazione, di facilitazione all'accesso, etc.) attraverso variegati strumenti che sottendono ad una precisa strategia. I referenti delle esperienze potevano indicare più modalità comunicative tra quelle messe in campo per raggiungere i destinatari dell'iniziativa e riprese nella Figura successiva. Gli strumenti maggiormente utilizzati sono quelli tradizionali dei comunicati (61%) o degli opuscoli informativi (51%), che vengono affiancati o sostituiti da quello più evoluto, anche se ormai consolidato nella prassi, del web (64%). Il sito internet risulta particolarmente indicato per le esperienze di Assistenza territoriale, Efficienza gestionale e Comunicazione e promozione della salute con percentuali superiori al 70%.

Tra le modalità comunicative collegate allo specifico ambito di intervento, si può segnalare, in particolare, come opuscoli (79%) e messaggi personalizzati ad ogni singolo utente (50%) vengano utilizzati nelle esperienze di Comunicazione e promozione della salute. I messaggi personalizzati sono anche impiegati nella comunicazione dell'Appropriatezza e qualità delle cure (57%) mentre nell'Assistenza territoriale (60%) sono realizzate informative richieste attraverso associazioni di rappresentanza. Da ultimo è interessante segnalare l'alto numero di risposte della voce "altre modalità di comunicazione" (54%) che confermano l'ampio e integrato uso di strumenti con un valore di forte innovazione per l'area dell'Efficienza gestionale (67%) e della Comunicazione e promozione della salute (57%).

Figura - Modalità di comunicazione

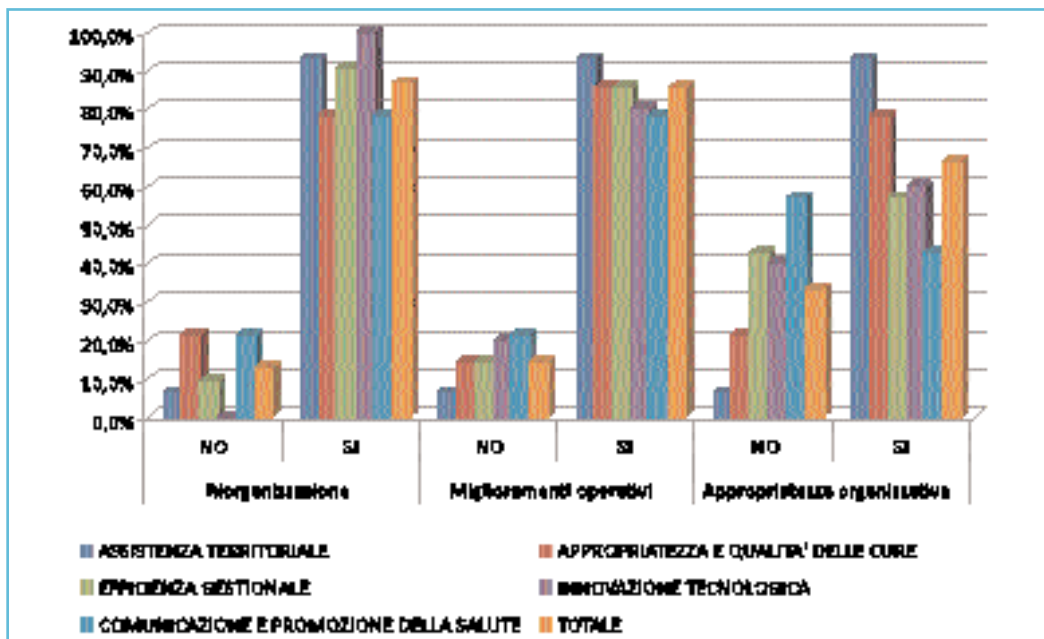


Pure sul piano dei risultati, FIASO ha avuto modo di rilevare aspetti importanti in termini di efficacia, efficienza, risorse impiegate e risparmiate, gradimento (sia interno, che da parte degli utenti/pazienti).

Le esperienze selezionate hanno permesso maggiori risultati di efficienza in termini di riorganizzazione e miglioramenti ope-

rativi (in media 87%). Una percentuale leggermente più elevata è stata registrata nelle esperienze afferenti all'area di Assistenza territoriale (93%) anche nei risultati di miglioramento dell'appropriatezza organizzativa, che in media sono raggiunti nel 67% dei casi.

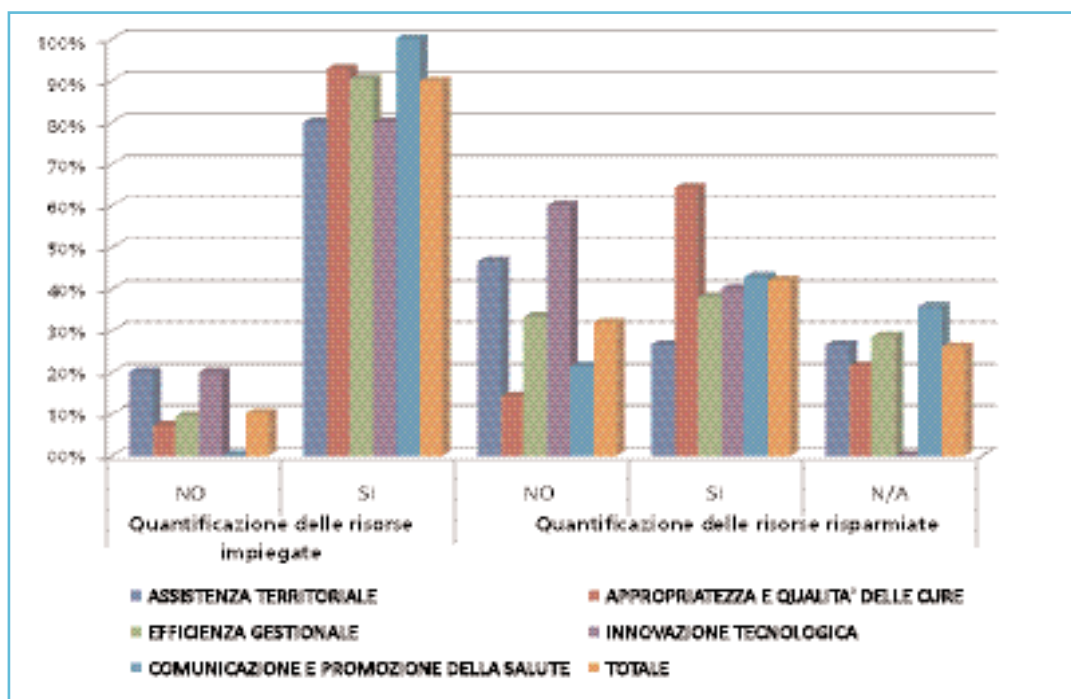
Figura - Risultati di efficienza



Non essendo stato possibile effettuare una elaborazione quantitativa dalle risposte della scheda analitica, nella figura seguente è stata ripresa la valutazione del Comitato Scientifico - limitatamente alla valorizzazione delle risorse impiegate e risparmiate. Per la prima risposta è stato indicato il numero di esperienze che hanno inserito la valutazione finale del progetto realizzato. Nel secondo caso, la quantificazione di risorse risparmiate è stata elaborata nel caso in cui essa sia stata o meno allegata, ovvero

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

Figura - Valorizzazione delle Risorse impiegate e risparmiate



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

Altra tipologia di risultato oggettiva e confrontabile tra le diverse esperienze riguarda il questionario di gradimento sottoposto ad operatori o a cittadini/utenti sull'esperienza realizzata. Tale strumento è scarsamente utilizzato in tutte le esperienze selezionate – in media nel 43% per gli operatori e 41% per i cittadini/utenti. Uniche eccezioni, nel primo caso per Efficienza gestionale (52%) e Comunicazione e promozione della salute (50%); e nel secondo, per Assistenza territoriale (60%) e, nuovamente, Comunicazione e promozione della salute (50%).

Le Aree tematiche

Come detto, le esperienze raccolte nel Libro Bianco della Buona Sanità FIASO afferiscono a cinque macroaree tematiche. Le schede di ciascuna delle 69 *best practices* sono state redatte da ANSA Sanità, con cui FIASO ha sottoscritto un accordo di collaborazione e divulgazione. FIASO ha elaborato un format editoriale (composto da quattro sezioni: a. contesto di riferimento; b. descrizione esperienza; c. risultati; d. conclusioni) cui attenersi nell'illustrazione dei contenuti delle esperienze. Le prime tre voci del format sono state redatte dal team di ANSA Sanità, le conclusioni invece, centrandosi su un'analisi dei processi/modelli organizzativi realizzati, sono state curate dal Comitato Scientifico. Riportiamo una breve nota su ciascuna delle Aree tematiche.

Assistenza territoriale

I trend demografici e l'aumento dell'incidenza delle malattie croniche attribuiscono all'assistenza territoriale un ruolo centrale - presente e futuro - nello sviluppo e nella programmazione nazionale del servizio sanitario. Al contempo, essa rappresenta un

incredibile campo di innovazione e sperimentazione per la varietà e la diversità dei servizi offerti e delle professionalità coinvolte, caratterizzate per un forte grado di interdipendenza. Tutti questi elementi si appalesano in modo consistente nelle esperienze prese in considerazione nel Libro Bianco.

La parola "territorio" definisce, dunque, un insieme di servizi tra loro eterogenei (servizi di prevenzione e sanità pubblica, medicina di famiglia, servizi per la salute mentale e le dipendenze, assistenza in hospice e le diverse forme di assistenza domiciliare), orientati ad una progressiva de-specializzazione dell'ambito di cura, che richiedono la partecipazione di un network multidisciplinare di professionisti e necessitano di livelli elevati di integrazione professionale. Presa in carico del paziente, continuità assistenziale, integrazione sociosanitaria, valorizzazione e riqualificazione delle componenti professionali, coinvolgimento e ruolo dei MMG sono i temi centrali per la sanità e la sua futura organizzazione.

Appropriatezza e qualità delle cure

I progetti selezionati in quest'area si distinguono per la varietà degli approcci seguiti e per gli aspetti innovativi emersi. In un contesto in cui i fondi disponibili, sia per le regioni in piano di rientro sia per le cosiddette virtuose, non potranno crescere nei prossimi anni per effetto delle manovre di finanza pubblica, le Aziende sanitarie sono chiamate a un impegno sempre crescente per mantenere e migliorare i livelli di assistenza. Le capacità di programmazione e organizzazione sono quindi fondamentali per orientare gli sforzi verso le attività a maggior valore aggiunto che hanno proprio nell'appropriatezza il loro requisito fondamentale.

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

Efficienza gestionale

Le esperienze che rientrano in questa area tematica rappresentano un universo estremamente diversificato di realizzazioni. Questa varietà tematica è giustificata da una concettualizzazione larga dei termini “gestione” ed “efficienza”. Il primo ricomprende non solo meccanismi di produzione e di combinazione dei fattori produttivi, ma anche azioni orientate a sviluppare modalità di partecipazione e di condivisione. Il secondo termine tende sia a valorizzare gli interventi tesi alla riduzione dei costi e/o all’incremento dei ricavi, sia a trovare le soluzioni (frequentemente sperimentali) capaci di stimolare rapidi cambiamenti, connotati da un elevato coefficiente di innovazione organizzativa e/o operativa, e orientati a migliorare i contenuti dei processi che sostanziano il circuito della programmazione/progettazione, della valutazione e del controllo.

In base ai contenuti prevalenti, i progetti analizzati possono essere ricondotti a cinque raggruppamenti o sub-aree tematiche: 1. Buon governo clinico; 2. Miglioramento dei processi programmatori e progettuali; 3. Sistemi innovativi di comunicazione e di dematerializzazione dei documenti cartacei; 4. Ricerca della semplicità documentale e della omogeneità dei contenuti informativi; 5. Sviluppo e valorizzazione delle risorse umane.

Innovazione tecnologica

Questa area tematica annovera un numero di esperienze minori rispetto agli altri gruppi di esperienze, ma è pur vero che l’ICT in Sanità ha permesso - e contribuisce a farlo senza interruzione - una fluidità organizzativa ed un progresso nei servizi prestati inimmaginabili fino a non molti anni fa. Il cosiddetto “Sistema Informativo Aziendale”, che in aziende ‘comuni’ ha permesso di ottimizzare l’intera struttura organizzativa, nelle Aziende sanitarie rappresenta lo strumento strategico per poter gestire e mettere a disposizione tutte le informazioni necessarie per governare il sistema e il processo di cura.

Non si dimentichino i numerosi e rilevanti aspetti, nella vocazione ospedaliera di assistenza e cura, la cui attività è segnata in

modo decisivo dal contributo dell’ICT: la gestione informatizzata dei farmaci e delle risorse umane, la medicina sul territorio, la fatturazione elettronica e la dematerializzazione degli archivi, il supporto alla relazione con i pazienti ed il monitoraggio a distanza del loro stato di salute, etc..

L’*Information and communication technology*, come visto, può dare un contributo decisivo allo sviluppo gestionale delle Aziende sanitarie, al loro efficiente funzionamento, alla appropriatezza delle attività cliniche e assistenziali messe in atto. Può contribuire a tracciare standard che permettano davvero di ‘fare sistema’, di elaborare procedure unificanti, di generare interscambio e interazione. In una parola: interoperabilità.

Comunicazione e promozione della salute

Nelle Aziende Sanitarie possono essere individuate diverse tipologie di comunicazione con processi distinti tra loro, ma con profonde aree d’integrazione e sinergia: 1. Comunicazione istituzionale (*corporate identity*) che, a livello di azienda e/o sistema, favorisce la legittimazione nel rapporto con i diversi portatori di interesse e con i pubblici di riferimento; 2. Comunicazione per la salute: in confronto alla tradizionale attività di educazione sanitaria, trasforma l’approccio informativo come elemento strategico per la prevenzione primaria e la promozione di stili di vita sani; 3. Comunicazione sanitaria: si rivolge ai soggetti portatori della domanda e può focalizzarsi sul posizionamento di prodotti e servizi oppure mirare a sviluppare l’*empowerment* dell’utente accompagnando i processi sanitari di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione.

I progetti raccolti in questa area tematica sono risultati assai validi per il livello di innovazione raggiunto ed, in particolare, per la sostenibilità che li caratterizza e la misurabilità dei risultati raggiunti. Inoltre, hanno ottime possibilità di essere riprodotti in altre realtà.

Conclusioni

Le esperienze selezionate e valutate nel Libro Bianco della Buona Sanità sono testimonianza del cambiamento organizzativo

operato negli ultimi anni nelle sanità italiana per il miglioramento dell'efficienza e della qualità delle cure, e confermano la convinzione che le Aziende siano luogo deputato al cambiamento e all'innovazione perlopiù conseguito a isorisorse.

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

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

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

Un altro elemento che attraversa la maggior parte dei progetti realizzati si è manifestato nell'approccio multidisciplinare/multiprofessionale delle esperienze: sempre più squadre quindi, sempre più lavoro di gruppo e sempre meno approcci individuali. Un continuum di intenti che, dalla dirigenza fino ad ogni operatore coinvolto, ha rappresentato il "comune sentire" verso obiettivi condivisi.

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

Con l'Osservatorio della Buona Sanità, FIASO ha voluto offrire un servizio alle Aziende Sanitarie e Ospedaliere italiane per rendere maggiormente accessibili le migliori pratiche aziendali, e così favorire lo sviluppo di progetti innovativi e la inter-

connessione tra professionisti impegnati a migliorare le performance organizzative e assistenziali. Per tale ragione, FIASO auspica una sempre maggiore partecipazione da parte delle Aziende Sanitarie e dei suoi professionisti, nei termini di nuove esperienze da proporre ma anche di iniziative che, in quelle presentate nel Libro Bianco, trovino stimolo e riferimento per la loro realizzazione.

Autori:

Fosco Foglietta
Presidente CUP 2000,
Coautore Libro Bianco

Nicola Pinelli
Direttore Ricerca FIASO,
Coautore Libro Bianco

Italian Health Policy Brief

Anno II - Numero Speciale - Giugno 2012

Direttore Responsabile

Eleonora Benfatto

Direttore Editoriale

Walter Gatti

Comitato degli esperti

Pierluigi Canonico

Achille Caputi

Claudio Cricelli

Carlo Favaretti

Renato Lauro

Andrea Mandelli

Lorenzo Mantovani

Nello Martini

Andrea Messori

Antonio Nicolucci

Teresa Petrangolini

Walter Ricciardi

Federico Spandonaro

Ketty Vaccaro

Stefano Vella

Registrazione

In attesa di registrazione presso il Tribunale
di Milano