

**Le reti  
per il miglioramento della  
qualità e dell'efficienza  
dell'assistenza**

**Angelo Rossi Mori**

**Gregorio Mercurio**

Istituto Tecnologie Biomediche - CNR

# il sistema sanitario non è un “sistema”

- non è un “sistema” organizzato, ma un insieme lasco di operatori, che collaborano attraverso il paziente stesso, oppure attraverso l’attività di coordinamento di un “care manager”, se esiste.
- il trasferimento di responsabilità tra due attori dovrebbe essere formalmente gestito con un “circuito chiuso” di proposta / conferma, monitorato dal management attraverso indicatori.

# la parola chiave è “integrazione” 1/2

- integrazione dei compiti decisionali, amministrativi, organizzativi e operativi, e della relativa documentazione (con una gestione di dati comuni);
- integrazione tra i diversi livelli di erogazione delle cure, in particolare tra ospedale e territorio;
- integrazione tra gli attori, formali e informali, in un Team Funzionale costruito di volta in volta intorno all'individuo

## la parola chiave è “integrazione” 2/2

- integrazione tra i problemi di salute del singolo assistito, in una visione olistica (integrazione sanitaria e sociale);
- integrazione tra le soluzioni ICT e le apparecchiature (sia per la misura di parametri clinici che per supporto alla non-autosufficienza, come la domotica);
- integrazione tra documentazione strutturata e informazione / comunicazione informale.

## Condividere le informazioni nei percorsi assistenziali

- **sapere quali attori sono intorno al paziente:**  
nome, funzione, responsabilità, obiettivi,  
piani degli attori professionali e informali
- **consapevolezza sugli eventi socio-sanitari:**  
contatti con professionisti, avvenimenti socio-  
sanitari, attività svolte da paziente e informali
- **inquadramento dello stato del paziente:**  
profilo mirato e piano individuale di assistenza

# le componenti propedeutiche

- una rete sicura che colleghi tutti i punti di cura coinvolti (compresi i MMG, il domicilio dei pazienti, ...)
- un'anagrafe on-line degli assistibili;
- un'anagrafe on-line degli operatori sanitari, in grado di mantenere una traccia della presa in carico dei pazienti;
- un'anagrafe on-line delle strutture sanitarie;
- un meccanismo sicuro di identificazione degli utenti (carta elettronica d'identità / dei servizi / sanitaria), surrogato da nome-utente e password.

## componenti specifiche

- gestione dei mandati di assistenza (composizione del Team Funzionale) e dei profili degli attori, ad esempio per autorizzazioni all'accesso ai dati del paziente oppure per preferenze sull'invio di notifiche e avvisi;
- gestione delle notifiche degli eventi significativi, filtrati secondo il ruolo ed il profilo di ogni attore;
- gestione condivisa delle problematiche di salute.

# apparecchiature domiciliari

- **Gestione**  
**di eventuali apparecchiature domiciliari**  
**per la misura di parametri clinici,**  
  
con eventuale trasmissione dei dati  
in formato elettronico  
ed interpretazione in remoto;

## **presa in carico amministrativa**

- gestione delle notifiche dei contatti tra assistito e sistema sanitario (entrata in pronto soccorso, visita, prestazione domiciliare, etc.).
- una componente infrastrutturale per la continuità dell'assistenza in generale, e per la gestione integrata in particolare;
- potrebbe essere estesa alla notifica delle attività da eseguire o eseguite anche da operatori informali e paziente.

# aspetti decisionali

**legati alla stesura e all'aggiornamento del piano di cura.**

- collaborazione tra MMG e specialisti
- scambio di dati e informazioni sullo stato del paziente e sul ruolo e gli obiettivi di ogni attore che interviene sul processo (il **“Team Funzionale”** intorno ai bisogni del singolo paziente)

## gestione ordinaria del piano di cura

- **il paziente, coadiuvato da personale sanitario e da eventuali *caregiver*.**
- riconoscimento degli eventi significativi che richiedono una segnalazione al medico per una possibile variazione del piano di cura.
- *contact centre* o un *care manager* infermieristico per un supporto costante al paziente (formazione, richiami periodici, aiuto allo svolgimento di pratiche), eventualmente anche attraverso i *caregiver*

# costruzione di cruscotti decisionali

- a partire da indicatori derivati dai dati di routine,
- per self-audit dei professionisti sanitari
- per la governance delle risorse da parte del responsabile di distretto (o figura equivalente).

## Utilizzo sistematico delle informazioni

- **autovalutazione, situarsi nel contesto**
  - del professionista  
(miglioramento della qualità, appropriatezza)
  - del cittadino-paziente  
(empowerment: scelta e responsabilizzazione)
- **collaborazione / coordinamento tra gli attori**  
(interazioni mirate, condivisione dei dati rilevanti)
- **indicatori di governance per azioni mirate sul sistema** (distretto, ASL, regione)

## utilizzo sistematico delle informazioni

- dati considerati nel contesto dei percorsi
  - per uso da parte del professionista (documentazione propria sul paziente, uso aggregato per autovalutazione)
  - per condivisione mirata con gli altri attori
- apparecchiature domiciliari, teleassistenza, etc.
- sintesi mirata alla collaborazione con altri attori
- governance (indicatori di processo e di esito)

# policy-oriented records

i “policy-makers” individuano  
i “**Punti di Attenzione**” da monitorare  
per attuare interventi migliorativi  
di rilevanza clinica o economica:

- **nodi decisionali** nei percorsi di cura  
(es. nella gestione di malattie croniche)
- situazioni frequenti  
**a rischio di comportamenti non-appropriati**  
(degli operatori o degli assistiti)

# profili orientati ai problemi

Per ogni **Punto di Attenzione**, si identificano:

- attori, ruoli, attività,
- i nomi dei dati da catturare e scambiare,  
(e i relativi codici: *ad esempio, i codici dei risultati di laboratorio da considerare, che sono diversi dal nomenclatore tariffario ...*)
- i valori ammessi (e i relativi codici/unità di misura)
- i relativi standard e servizi ICT

# con quali altri documenti posso alimentare il FSE?

un approccio innovativo prevede di:

- condividere in rete **dati selezionati**,  
tramite l'infrastruttura del FSE
- generare documenti clinici strutturati,  
a partire dalle cartelle cliniche locali:
  - **profili orientati ai problemi**
  - **sintesi degli episodi assistenziali**

***costruzione di database clinici  
condivisi***

# Confronto flussi vs. FSE linkage

## flussi

- a posteriori, tramite i metadati presenti nella scheda

## FSE

- effettuato dal professionista sanitario al momento dell'identificazione del SUO assistito, anche in base alle altre informazioni cliniche

# Confronto flussi vs. FSE

## completezza dei dati

### flussi

- i campi necessari per gli scopi secondari sono predefiniti nei modelli utilizzati

### FSE

- il professionista sanitario riporta di solito i dati che ritiene utili, nell'ordine che ritiene ottimale per la cura;
- in alcune situazioni si può strutturare in base a un template predefinito;
- molti dati sono inutili ai fini secondari

# Confronto flussi vs. FSE

## elaborabilità dei dati

### flussi

- i nomi dei campi e i valori ammessi sono predefiniti nei modelli utilizzati

### FSE

- di solito il professionista sanitario riporta solo i dati che ritiene utili;
- nomi locali e valori non necessariamente sono codificati;
- in situazioni predefinite i dati possono essere strutturati in base a un template predefinito

## Confronto flussi vs. FSE qualità dei dati

### flussi

Controlli statistici e  
incrocio  
dei dati acquisiti

### FSE

Controlli continui di  
coerenza sono  
effettuati  
sui dati propri e altrui,  
da ogni professionista  
sanitario coinvolto  
nell'uso di routine,  
rispetto al paziente  
che sta trattando

**grazie per l'attenzione**

angelo rossi mori

[arossimori@gmail.com](mailto:arossimori@gmail.com)

## Verso un ecosistema integrato

gli attori:

- il cittadino
- caregiver informali
- medici
- professioni sanitarie
  - care manager
- professioni sociali
- operatori di contact centre
- manager (organizzazione, amministrazione)
- policy maker

## percorsi assistenziali complessi

I problemi informativi nei percorsi assistenziali complessi:

- la collaborazione tra gli operatori sanitari attivi sul paziente (e il teleconsulto)
- la partecipazione attiva e consapevole del paziente e dei coadiutori informali (con eventuale teleassistenza)
- l'accesso alle conoscenze cliniche, amministrative e pratiche per gli operatori e per i pazienti
- il controllo di qualità, l'audit clinico, la ricerca clinica e epidemiologica

## Il ruolo dell'ICT

- **Continuità** dell'assistenza tra strutture autonome, disperse sul territorio
- **Collaborazione** tra gli attori, professionali ed informali, compreso il paziente
- **Comunicazione**, superare i limiti di distanza e di tempo, nel rispetto della privacy
- **Controllo**, permettere valutazione e governance, usando tempestivamente i dati della routine

## Inoltre occorre prevedere

- una serie di standard specifici per gestire messaggi e documenti clinici nel sistema sanitario;
- una soluzione per la gestione elettronica della documentazione clinica locale, a disposizione di ogni operatore sanitario;
- la capacità di generare ed inviare al Fascicolo un estratto dei dati clinici, a disposizione di ogni operatore sanitario;
- la capacità di generare documentazione, firmata elettronicamente, come risultato di procedure diagnostico-terapeutiche o come notifica della loro esecuzione.

## piani di cura condivisi ?

- Un piano di cura con diversi attori implica la necessità di presentare tutti gli attori come un “sistema” coerente di fronte al cittadino.
- E' difficile capire come un sistema sanitario possa comportarsi in un modo coerente di fronte a un cittadino (in particolare un paziente cronico assistito da più operatori sanitari e caregiver informali), senza considerare lo scambio delle notifiche dei mandati di assistenza *che specifichino il ruolo di ciascun attore.*

- **chi** fa parte del Team Funzionale: il **mandato di assistenza**, in base al quale un attore assume una specifica responsabilità sull'assistenza sociale o sanitaria di un cittadino; con una responsabilità permanente o temporanea, parziale / complessiva;
- gli **eventi** rilevanti per l'assistenza: **quali attività** vengono previste e svolte, e i **contatti** tra il cittadino e il sistema sanitario;
- **perché** un attore svolge una certa attività: la **“problematica di salute”** (*health issue*), amplia il concetto di “problema”, e include tutte le caratteristiche del paziente e del suo ambiente che influenzano un piano di cura.

## cartella clinica territoriale

- Si prefigura in questo modo una specie di “cartella clinica territoriale”, con una copia delle sole informazioni rilevanti per la collaborazione tra i diversi attori (cittadino compreso), come patrimonio informativo di tutto il Team Funzionale che gravita intorno ad un cittadino, con una funzione simile alla cartella clinica ospedaliera.