



REGIONE AUTONOMA
FRIULI VENEZIA GIULIA

***La costituzione delle Reti
sanitarie, un processo
guidato dalla Direzione
Centrale Salute
Esperienza della Regione
Friuli Venezia Giulia***

Prezza Marisa, Agnoletto Anna Paola
Area Servizi Assistenza Ospedaliera
Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità

Regione Toscana



MECOSAN



ARS TOSCANA
agenzia regionale di sanità

WORKSHOP

**RETI SANITARIE FRA
VOLONTARISMO E PRESCRIZIONE**

Ricerca scientifica ed esperienze
operative a confronto

28/29

SETTEMBRE 2018

Sala Brunelleschi - Istituto degli Innocenti
Piazza della Santissima Annunziata - Firenze



BACKGROUND (1)

Anni 2010

- Temi «critici»: presa in carico dei pazienti, continuità assistenziale/delle cure, integrazione tra strutture sanitarie,
- Necessità di dare attuazione ad indicazioni normative nazionali,
- Spinte esterne alla riorganizzazione (... associazioni di pazienti, interesse di singoli professionisti, ...)

2014

- L.R. n.17 “Riordino dell’assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale e norme in materia di programmazione sanitaria e socio sanitaria”.

Presa in carico – continuità assistenziale – integrazione, equità di trattamento – efficienza ed efficacia nella risposta di salute ai cittadini, sviluppo di competenze, ...

2015

- DM. 70 “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera”

Hub and Spoke modello di riferimento per la riorganizzazione delle strutture ospedaliere e territoriali

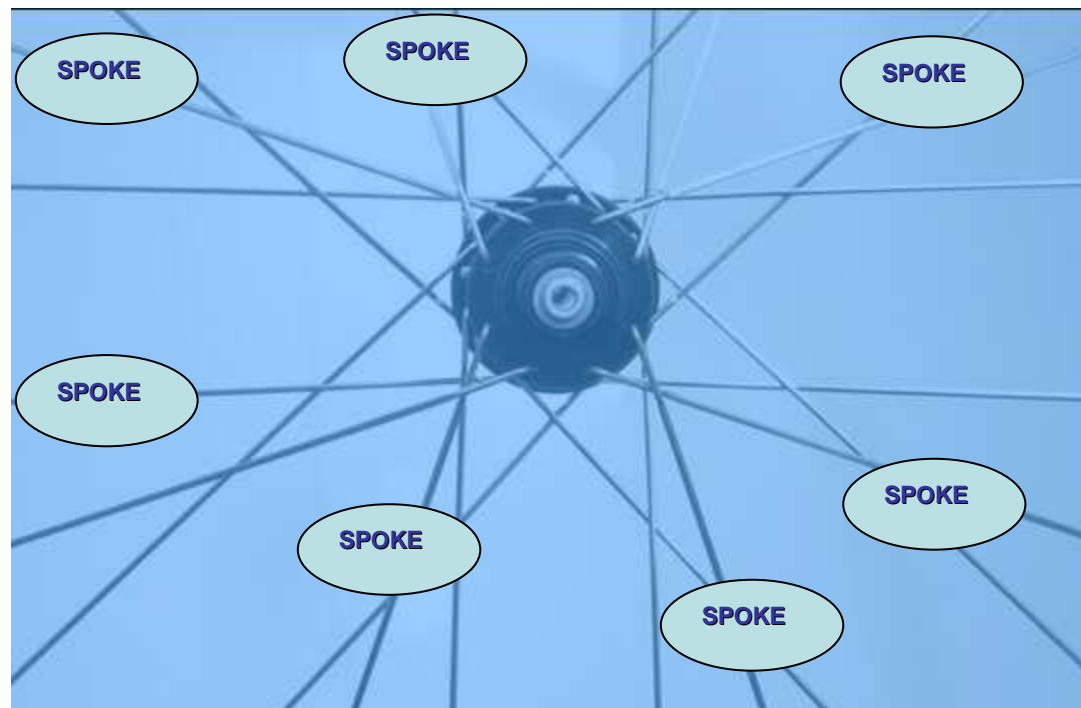


BACKGROUND (2)

Modello Organizzativo Hub and Spoke

Concentrazione funzioni diagnostico-terapeutiche di alta complessità nei Centri/Ospedali **Hub** ai quali i Centri/Ospedali periferici **Spoke** inviano utenti con bisogni di interventi che superano la soglia di complessità che gli stessi sono in grado di garantire, assicurando sostenibilità professionale ed economica e garantendo a tutti i cittadini l'assistenza necessaria, indipendentemente dal luogo di residenza

(DGR1539/2015)





BACKGROUND (3)

LR 17/2014 «Legge di Riforma Sanitaria»

Tit.1-Art. 2 - p. f) mantenere una pianificazione calibrata sui bisogni delle persone senza soluzione di continuità tra i diversi luoghi della prevenzione, della tutela e della cura, in relazione al diritto del cittadino di manifestare il proprio consenso sulle procedure diagnostiche e sugli interventi terapeutici scientificamente consolidati

Tit.2-Art. 3, p.1) Per assicurare una piena e completa presa in carico della salute del cittadino e garantire la continuità dell'assistenza, nonché una maggiore efficienza, efficacia e uniformità nella gestione dei fattori produttivi

art. 39 **Reti Patologia**

1.....Reti professionali che **integrano** l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con attività distrettuale e/o sovra distrettuali e sovra aziendali con l'obiettivo di assicurare continuità assistenziale e definire modalità di presa in carico e trattamento dei pazienti su tutto il territorio regionale, facendo partecipare attivamente anche i rappresentanti di cittadini o pazienti per favorire una umanizzazione dei percorsicoerente con i loro bisogni di assistenza.

2....Assicurano costante confronto tra i professionisti.....

art. 40 **Attività del personale sanitario**

Presso la DCS sono costituiti gruppi di lavorospecifici settori attività all'interno dei percorsi clinico assistenziali per le diverse patologie



BACKGROUND (4)

il lavoro in rete.....

- ❖ **continuità assistenziale ed integrazione operativa** tra servizi territoriali e strutture ospedaliere ottimizzando i tempi di intervento con l'applicazione di protocolli diagnostico-terapeutici-riabilitativi condivisi su tutto il territorio regionale e strumenti informativi comuni per consentire il lavoro in Rete ed il collegamento tra strutture regionali
- ❖ **equità d'accesso ai servizi e pari opportunità** di trattamento diagnostico, terapeutico ed assistenziale ai cittadini residenti in Regione
- ❖ **livelli di sicurezza adeguati** attraverso la definizione di criteri di appropriatezza del setting assistenziale in relazione alle prestazioni erogate con la centralizzazione dei pazienti, in base alla gravità del quadro clinico, nelle strutture sanitarie più avanzate dal punto di vista delle competenze cliniche, tecnologiche e strutturali (paziente giusto, nel posto giusto, nel tempo giusto)



BACKGROUND (5)

- ❖ **efficienza nell'utilizzo delle risorse** e qualità delle prestazioni erogate (rispetto volumi minimi di casistica da trattare)
- ❖ **competenze professionali specifiche** tra gli operatori coinvolti ai vari livelli, (iniziative formative comuni su tutto il territorio regionale, al fine di creare sinergie e favorire l'integrazione fra operatori dell'intera Rete e diffondere le buone pratiche cliniche)
- ❖ **valutazione esiti delle cure**, dell'**appropriatezza** dei trattamenti e dei **livelli di qualità erogati** dalle strutture costituenti le Reti e dell'impatto economico in termini di costi-benefici in rapporto all'attività espletata ai vari livelli della Rete, anche attraverso azioni di benchmark nazionali e sovra-nazionali. Attività possibili grazie alla disponibilità di dati omogenei che permettono l'effettuazione di valutazioni di performance dei servizi offerti garantendo nel contempo i flussi informativi regionali e nazionali
- ❖ **umanizzazione cure, coinvolgimento** e mantenimento di rapporti proficui con le associazioni di volontariato o di pazienti, presenti sul territorio regionale.



MATERIALI E METODI (1)

Modello di governance misto

- del mandato

- della stewardship

(NovinsKej C. e Federici A. 2008)



MATERIALI E METODI (2)

MODELLO ORGANIZZATIVO

Modello Hub and Spoke, definizione dei “nodi” territoriali e ospedalieri, esplicitazione delle funzioni specifiche legate alla diagnosi e al trattamento dei pazienti nelle diverse fasi di malattia, modalità operative con le quali i nodi si rapportano tra loro e le interconnessioni con le altre Reti regionali e interregionali.

STRUMENTI DI INTEGRAZIONE E STRUMENTI OPERATIVI

Gruppi di Coordinamento e gruppi Operativi



MATERIALI E METODI (3)

GRUPPI DI COORDINAMENTO DELLE RETI

gruppi di lavoro multiprofessionali e multidisciplinari - professionisti sanitari e non, con competenze e expertise sui problemi di salute e sull'organizzazione sanitaria, rappresentanti dei cittadini/pazienti

GRUPPI DI LAVORO E STRUMENTI OPERATIVI

individuati dai gruppi di coordinamento per la predisposizione di documenti tecnico-operativi necessari al funzionamento delle Reti: (PDTA/PA), protocolli, linee di indirizzo regionali, consensus, ...



MATERIALI E METODI (4)

STRUMENTI DI PROGRAMMAZIONE

Linee di gestione annuali SSR – mandati e obiettivi per Aziende e Reti (monitoraggio indicatori di attività, PDTA, formazione, ...)

Strumento «partecipato»: contributo gruppi di coordinamento per definizione obiettivi e indicatori annuali.

STEMA INFORMATIVO /FORMATIVO

Comunicazioni trasversali, incontri informativi, condivisione documenti normativi e operativi con Direttori Sanitari, pubblicazione sito regionale, percorsi formativi, ...

FORMAZIONE

Progettazione di percorsi formativi con livelli diversi e modalità *blended*.

1°liv. «formazione formatori» residenziale

2°liv. «formazione operatori» (FSC) con adozione di una tipologia formativa che si focalizza oltre che sulle esigenze di miglioramento continuo delle competenze specifiche, anche sulla capacità di lavorare in gruppo e di rapportarsi all'interno della propria organizzazione.



RISULTATI (1)

Reti sanitarie	Provvedimento	Data
Rete malattie rare	DGR 2228 DGR 1968 DGR 1002	22/09/2006 21/10/2016 01/06/2017
Rete per le gravi cerebro-lesioni acquisite	DGR 1309	25/07/2012
Rete per i disturbi del comportamento alimentare	Decreto ASAO 1200	10/12/2013
Rete per la presa in carico delle gravi insufficienze d'organo e trapianti	DGR 594	28/03/2014
Rete per la gestione del paziente con ictus	DGR 2198	20/11/2014
Rete per la presa in carico delle gravi insufficienze d'organo e trapianti: filiera fegato	DGR 2533	18/12/2014
Rete per l'assistenza al paziente con malattia reumatica	DGR 302	20/02/2015
Rete per la presa in carico delle gravi insufficienze d'organo e trapianti: filiera rene	DGR 1539	31/07/2015
Rete dell'emergenza urgenza-Piano di riorganizzazione (PEU)	DGR 2039	16/10/2015
Rete per le cure palliative		
Rete per la terapia del dolore	DGR 165	05/02/2016
Rete odontoiatrica: programma regionale di odontoiatria sociale	DGR 1060 DGR 1681	10/06/2016 08/09/2017
Rete Cure Sicure FVG	DGR 1970	21/10/2016
Rete della medicina di laboratorio-Piano di riorganizzazione	DGR 599	31/03/2017
Rete emergenze cardiologiche		
Rete gravi insufficienze d'organo e trapianti: filiera cuore	DGR 735	21/04/2017
Rete insufficienza cardiaca cronica		
Rete delle malattie neuromuscolari e della sclerosi laterale amiotrofica	DGR 817	03/05/2017
Rete pediatrica	DGR 730	21/03/2018
Rete HPH	Decreto ASAO 1100	31/07/2018
Rete infettivologica	DGR 1523	10/08/2018

Fonte: sito internet Regione FVG, link: <http://www.Regione.fvg.it/asp/delibere/layout1.asp>



RISULTATI (2) - PDTA

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPeutICO ASSISTENZIALE



GOVERNOCLINICO

trattamento intravitreale delle malattie retiniche

1

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPeutICO ASSISTENZIALE



GOVERNOCLINICO

cistite interstiziale

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPeutICO ASSISTENZIALE



GOV

percorso del paziente al trauma

Gestione dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali



GOVERNOCLINICO

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

Direzione centrale

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPeutICO ASSISTENZIALE




GOVERNOCLINICO

Percorso assistenziale per la presa in carico della persona con fibromialgia

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPeutICO ASSISTENZIALE



GOVERNOCLINICO

percorso assistenziale per la presa in carico del paziente con Ictus Cerebrale

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

Direzione centrale salute, integrazione socio-sanitaria, politiche sociali e famiglia

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPeutICO ASSISTENZIALE



GOVERNOCLINICO

malattie reumatiche croniche

percorso assistenziale del paziente con Osteoartrosi


percorso assistenziale del paziente con Osteoporosi

Indicazioni di appropriatezza per il riferimento allo Specialista Reumatologo

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

Direzione centrale salute, integrazione socio-sanitaria, politiche sociali e famiglia

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPeutICO ASSISTENZIALE



GOVERN

percorso del paziente malattia renale cronica stadi 1-3 e 4-5 KDOQI-KDIGO

la rete riabilitativa per le gravi cerebrolesioni acquisite del Friuli Venezia Giulia [rete GCA FVG]

Direzione centrale salute, integrazione socio-sanitaria e politiche sociali

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

Gestione dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali



Documento di consenso

la rete per il trattamento dei disturbi del comportamento alimentare [rete DCA FVG]

Direzione centrale salute, integrazione socio-sanitaria e politiche sociali

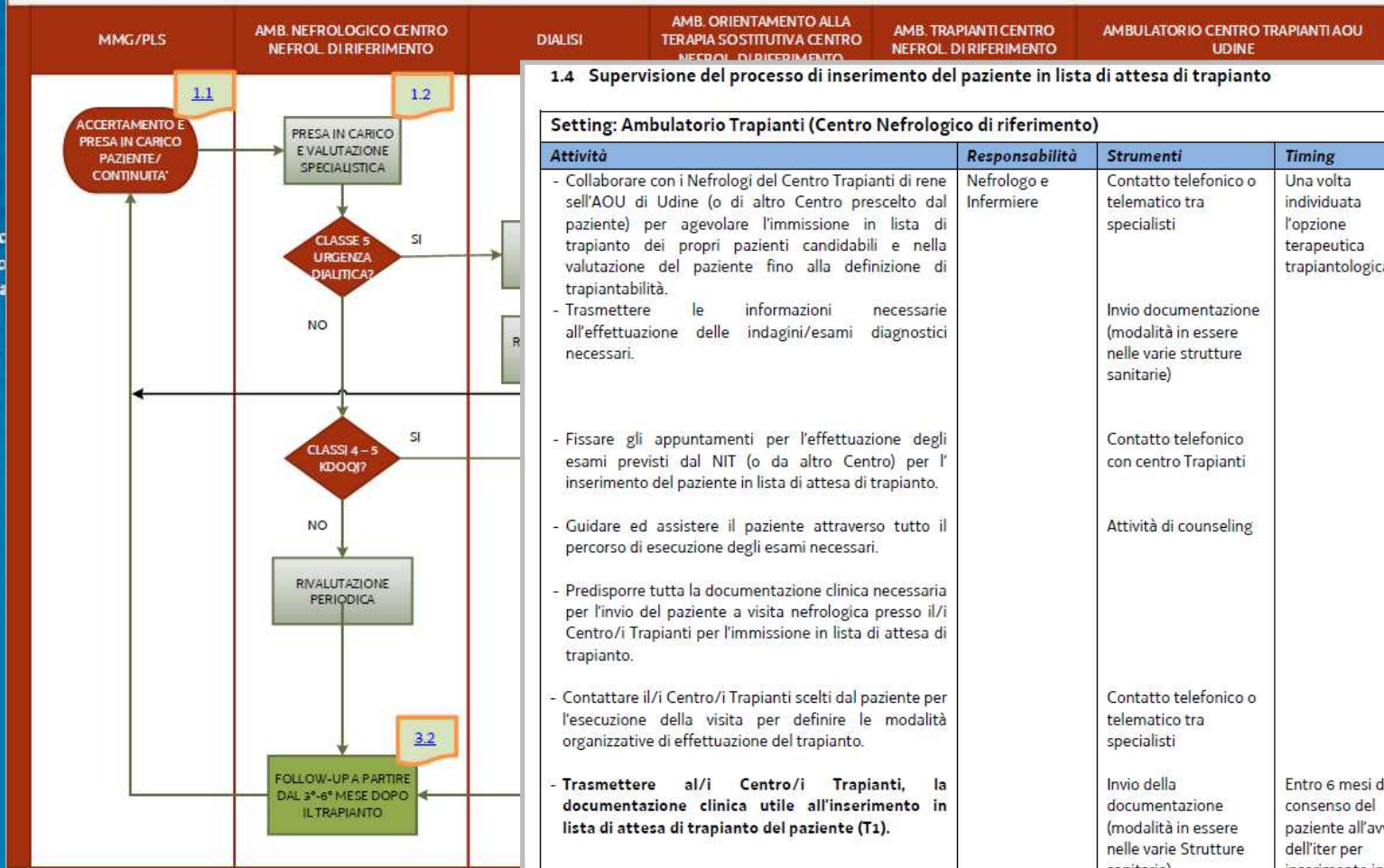
REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA



RISULTATI (3) – PDTA (STRUTTURA)

Percorso
Diagnostico
Terapeutico
Assistenziale

PER CORSO ASSISTENZIALE DEL PAZIENTE CANDIDATO AL TRAPIANTO DI RENE IN F.V.G.



1.4 Supervisione del processo di inserimento del paziente in lista di attesa di trapianto

Setting: Ambulatorio Trapianti (Centro Nefrologico di riferimento)

Attività	Responsabilità	Strumenti	Timing
<ul style="list-style-type: none"> - Collaborare con i Nefrologi del Centro Trapianti di rene nell'AOU di Udine (o di altro Centro prescelto dal paziente) per agevolare l'immissione in lista di trapianto dei propri pazienti candidabili e nella valutazione del paziente fino alla definizione di trapiantabilità. - Trasmettere le informazioni necessarie all'effettuazione delle indagini/esami diagnostici necessari. 	Nefrologo e Infermiere	Contatto telefonico o telematico tra specialisti	Una volta individuata l'opzione terapeutica trapiantologica
<ul style="list-style-type: none"> - Fissare gli appuntamenti per l'effettuazione degli esami previsti dal NIT (o da altro Centro) per l'inserimento del paziente in lista di attesa di trapianto. 		Contatto telefonico con centro Trapianti	
<ul style="list-style-type: none"> - Guidare ed assistere il paziente attraverso tutto il percorso di esecuzione degli esami necessari. 		Attività di counseling	
<ul style="list-style-type: none"> - Predisporre tutta la documentazione clinica necessaria per l'invio del paziente a visita nefrologica presso il/i Centro/i Trapianti per l'immissione in lista di attesa di trapianto. 			
<ul style="list-style-type: none"> - Contattare il/i Centro/i Trapianti scelti dal paziente per l'esecuzione della visita per definire le modalità organizzative di effettuazione del trapianto. 		Contatto telefonico o telematico tra specialisti	
<ul style="list-style-type: none"> - Trasmettere al/i Centro/i Trapianti, la documentazione clinica utile all'inserimento in lista di attesa di trapianto del paziente (T1). 		Invio della documentazione (modalità in essere nelle varie Strutture sanitarie).	Entro 6 mesi dal consenso del paziente all'avvio dell'iter per inserimento in lista.



RISULTATI (4) – RETE ICTUS

Obiettivi da Linee di gestione SSR 2018

1. Mantenimento attività di trombolisi endovenosa/endoarteriosa

Risultati

Tabella 3-Frequenza delle procedure di trombolisi e trombectomie nel triennio 2015-2017

<i>Procedure</i>	<i>Anno 2015</i>	<i>Anno 2016</i>	<i>Anno 2017</i>
Trombolisi	216	359	371
Trombectomie	26	36	58

Fonte: codifiche SDO sistema informativo socio-sanitario regionale (SISSR) FVG

2. Presenza nella documentazione clinica scala di Barthel Index e della Rankin Scale modificata, compilate all'ingresso e all'uscita di ogni setting assistenziale.

Risultati

- 2017 *trend* regionale in miglioramento, min. **40%** max **93%** (diversi assetti organizzativi)
- Progettazione e adozione di strumenti operativi *ad hoc* es. “fascicolo PDTA ICTUS” strutturati in relazione al setting clinico assistenziale



RISULTATI (5) – RETE ICTUS

Indicatore PDTA Ictus

N. pazienti sottoposti a trombolisi endovenosa / N. totale di pazienti con diagnosi di ictus ischemico.

Risultati

Aumento n. trombolisi: 14% vs 16% nei pazienti con diagnosi ictus ischemico (confronto 2016-17 popolazione di riferimento n. 2555 vs 2498)

Obiettivo da DGR 2198/2014

Formazione operatori sanitari della Rete ictus

Risultati:

- n. 1 evento formativo (2015) a cura della DCSPSD
- n. **29** eventi formativi biennio 2016-17 per operatori a cura Aziende articolati in due diversi livelli: 1° livello formazione formatori e 2° livello formazione operatori
- n. **1891** professionisti sanitari formati (medici, infermieri e fisioterapisti)



RISULTATI (6) - RETE EMERGENZA URGENZA

Obiettivi da Linee di gestione SSR 2018

Utilizzo del sistema di *dispatch* telefonico almeno nel 75% degli interventi di soccorso.

Prima del PEU, 4 Centrali provinciali con protocolli diversi per assegnazione codice gravità con differenze entro stessa Regione.

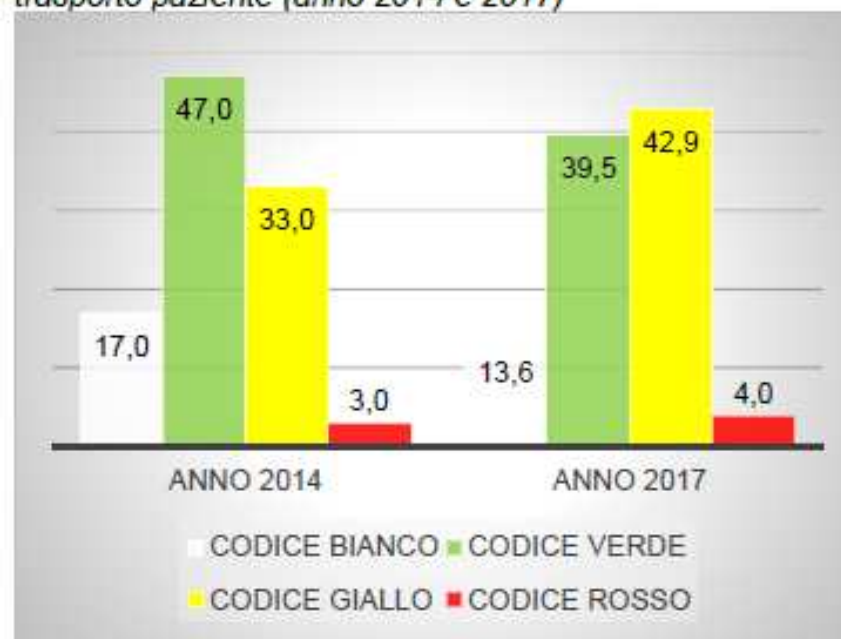
Risultati

Riorganizzazione del Sistema E-U

- attivazione Centrale Operativa Unica sul territorio regionale (DGR 519/2014)

- adozione procedura uniforme *dispatch* telefonico utilizzato ad oggi, in circa l'**80%** delle richieste di intervento: aumento dei codici gialli che risultavano pericolosamente sottostimati

Figura 1: Percentuale dei codici colore delle missioni con trasporto paziente (anno 2014 e 2017)



Fonte: Piano Emergenza Urgenza Regione FVG-DGR 2039/2015, Sistema Informativo Socio-Sanitario Regionale.



RISULTATI (7)- RETE REUMATOLOGICA

Obiettivo da Linee di gestione SSR 2018

Imputazione, su un'apposita scheda in G2 Clinico, delle informazioni richieste all'atto della prescrizione dei farmaci biologici"

Risultati

Creazione scheda su sistema informativo regionale (G2 clinico).

- 2 mesi sperimentazione in Hub regionale (luglio-agosto 2018),
- distribuzione strumento informatico strutture ospedaliere nodi della Rete regionale (settembre 2018).

.... utilizzo del digitale a supporto di un PDTA che consentirà

- elaborazione dati raccolti
- monitoraggio appropriatezza prescrittiva
- effettuazione valutazioni farmaco-economia

The screenshot displays the 'insiel' logo in the top left corner and the document ID 'ISAN-HOS-FVG_REUM-NR-02' with the date '29/08/2018' in the top right. The main title reads 'G2clinico - realizzazione schede regionali Artrite reumatoide (AR) e Spondiloentesoartriti sieronegative (SA)'. Below the title is a yellow banner image showing a laptop and a globe. The form contains the following fields:

- referente: • CARLINO SILVIA
- rivolto a: • Direzioni Sanitarie e Sistemi Informativi
- autorizzato: • BELTRAME GIULIANA

At the bottom of the page, there are three small text elements: 'IAG-AG-MED-012', 'Pag. 2 di 15', and '03/05/2018'.



RISULTATI (8) – RETE CURE SICURE

....Monitoraggio delle performance raggiunte dalle aziende in ogni programma.
....Prosecuzione della strutturazione della Rete Cure Sicure FVG, completamento della Rete dei professionisti coinvolti (*Risk manager*, referenti aziendali di programma e *link professional*)
(DGR 185/2018 Linee di gestione annuale SSR-Obiettivi)

The image shows two overlapping screenshots of the website 'Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG'. The left screenshot displays the main page for 'Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG', featuring a navigation menu with 'HOME', 'EGAS', 'NEWS', 'BANDI E GARE', 'AREE TEMATICHE', 'AZIENDE SANITARIE', 'FORNITORI', 'CONTATTI', and 'CITTADINI'. The main content area includes a sidebar with a list of links such as 'Comitato Etico Unico Regionale (C.E.U.R.)', 'CUP regionale', 'Gestione Centralizzata Copertura Assicurativa rct/o delle Aziende del S.S.R.', 'Formazione', 'Sistema PACS regionale', 'Sala Operativa Regionale Emergenza Sanitaria', 'Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG', 'Cos'è', 'Delibera istitutiva', 'Struttura organizzativa', 'Obiettivi 2018', 'Programmi', 'Dati e indicatori', 'Documenti tecnici per professionisti sanitari', 'Materiale informativo per i cittadini', 'Giornata regionale della sicurezza e qualità delle cure e altre iniziative', 'Formazione', 'Video informativi per professionisti sanitari e cittadini', 'Normativa di riferimento', 'Link utili', and 'Archivio documenti'. The main text describes the regional approach to safety and quality of care through the FVG Safe Care Network, established by Delibera N. 1970 del 21 Ottobre 2016. The right screenshot shows the 'Programmi' page, which lists various programs: 'Sicurezza delle pratiche clinico-assistenziali', 'Prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA)', 'Uso prudente degli antibiotici (antimicrobial stewardship)', 'Uso sicuro dei farmaci', 'Incident reporting', 'Empowerment del cittadino', 'Raccomandazioni ministeriali', and 'Gestione del contenzioso'. Both screenshots include a search bar and a footer with publication and modification dates.



Obiettivo da Linee di gestione SSR 2018

Evidenza del monitoraggio programmi in essere

HOME · AREE TEMATICHE · RISCHIO CLINICO E RETE CURE SICURE FVG · DATI E INDICATORI

Comitato Etico Unico Regionale (C.E.U.R.)

CUP regionale

Gestione Centralizzata Copertura Assicurativa rct/o delle Aziende del S.S.R.

Formazione

Sistema PACS regionale

Sala Operativa Regionale Emergenza Sanitaria

Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG

Cos'è

Delibera istitutiva

Struttura organizzativa

Obiettivi 2018

Programmi

Dati e indicatori

Documenti tecnici per professionisti sanitari

Materiale informativo per i cittadini

Giornata regionale della sicurezza e qualità delle cure e altre iniziative

Formazione

Video informativi per professionisti sanitari e cittadini

Normativa di riferimento

Link utili

Archivio documenti disapplicati

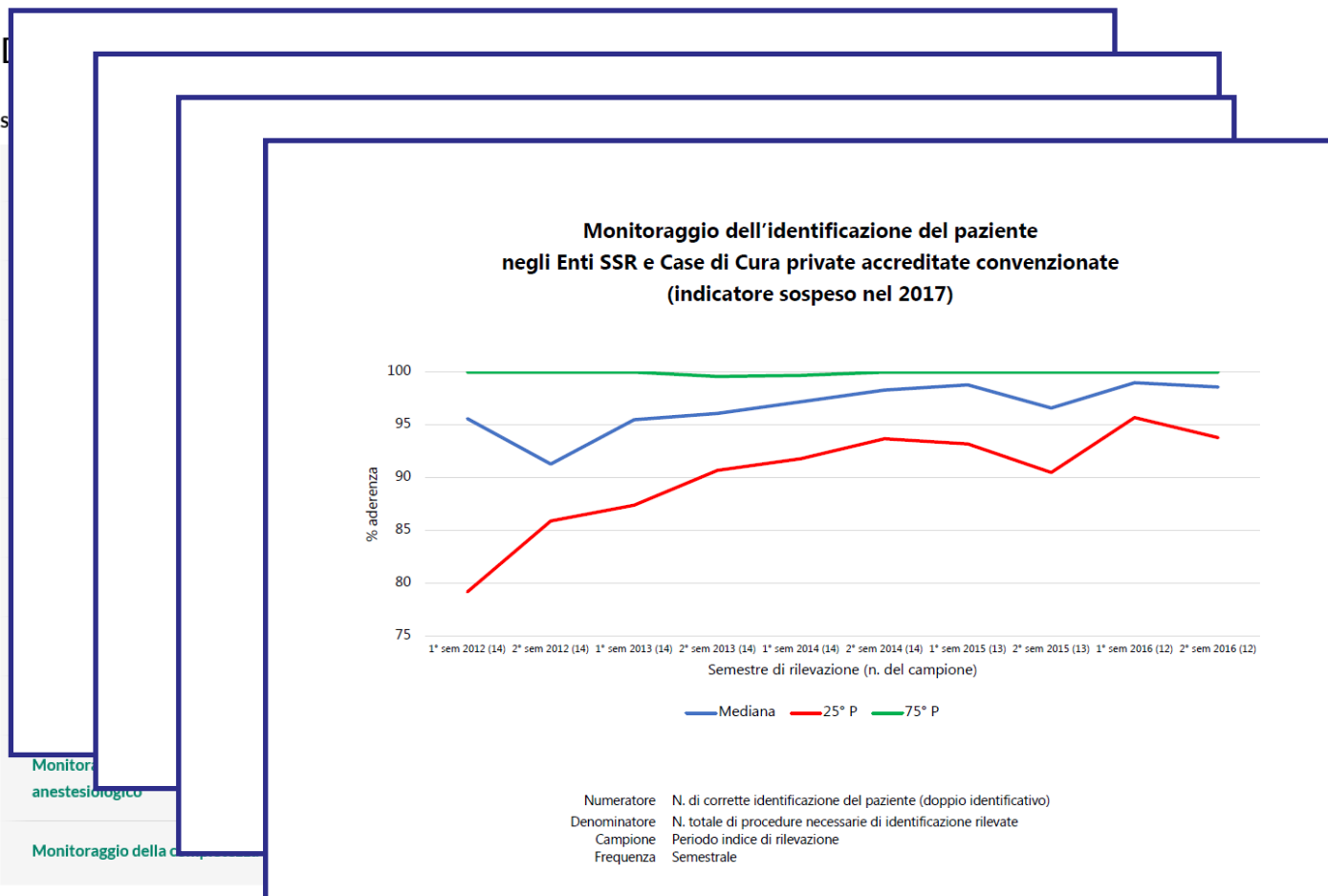
Calendario delle prossime iniziative

News

Contatti

Organismo Tecnicamente Accreditate

Sistema sanitario regionale - SSR FVG



Territorio (RSA e hospice)



DISCUSSIONE

AVVIO RETI SANITARIE E DI PATOLOGIA

- Presa in carico integrata
- Continuità assistenziale
- Sviluppo competenze

Punti di forza

- Formalizzazione rapporti istituzionali
- Conoscenza/consapevolezza professionale reciproca tra setting di cura diversi (H-T)
- Integrazione professionale, condivisione conoscenze/expertise, standardizzazione comportamenti, implementazione pratiche cliniche EB
- Tassonomia e strumenti informativi comuni
- Sviluppo cultura organizzativa e lavoro in team multidisciplinari/multiprofessionali con approccio *patient-oriented*
- Attenzione aspetti umanizzanti la pratica clinica
- Miglioramento performance (output clinici misurabili)
- Sviluppo competenze organizzative (ruolo, interfaccia tra livelli e setting), specialistiche (es. link professional), trasversali (relazionali, educative), digitali
- Tensione continua al risultato (Linee di gestione)

Aree di miglioramento

- Conoscenza articolazione reti e PDTA verso operatori sanitari non strettamente coinvolti (MMG, PLS, servizio sociale....)
- Ruolo esperti di organizzazione sanitaria nei gruppi di lavoro, da imputare in parte al pieno coinvolgimento nella attività istituzionale di ciascuna Azienda
- Integrazione formalizzata con Servizi Sociali
- Sistematizzazione percorsi formativi condotti solo su alcuni PDTA onerosa tempo e risorse



CONCLUSIONI (1)

Presa in carico

L'organizzazione si deve far carico di mettere nella giusta continuità spaziale e temporale tutte le fasi di cura e accompagnare il paziente nel suo percorso assistenziale.

Non è più sufficiente assicurare un'ottima prestazione, ma questa deve essere connessa con ciò che viene prima e ciò che viene dopo.

Continuità assistenziale

G. Tonutti – Asiago 2018



CONCLUSIONI (2)

CAMBIAMENTO





CONCLUSIONI (3)

....Percorso di miglioramento...

- Implementazione di una **solida infrastruttura tecnologica e informatica** a supporto delle Reti e dei percorsi clinico-assistenziali, scambio delle informazioni sanitarie utili al monitoraggio degli indicatori ed in grado di supportare le scelte di *governance* aziendali e regionali
- Potenziamento del **sistema informativo**, diffusione capillare diretta e non esclusiva agli “addetti ai lavori” delle informazioni clinico-organizzative (patrimonio dei professionisti e dei cittadini), maggiore attenzione agli stakeholder coinvolti nel sistema
- Progettazione di **percorsi formativi** con modalità alternativa a quella tradizionale (moduli di sperimentazione e formazione sul campo, stage formativi, moduli e-learning)
- Miglioramento dell'**appropriatezza** nella definizione di **indicatori** significativi e rappresentativi nei PDTA
- Revisione e potenziamento del modello di coordinamento e conduzione dei gruppi di lavoro a livello regionale (es. formazione avanzata nella gestione dei gruppi, approcci metodologici,...)



CONCLUSIONI (4)

L'approccio sistemico al percorso di cambiamento richiede investimento in termini di tempo e risorse a tutti i livelli del SSR

Sviluppa logica di responsabilità diffusa, senso di partecipazione e appartenenza dei professionisti e dei cittadini al sistema (*empowerment*)

Necessita tempo medio lungo per evidenziare esiti di salute

(*Bruscaglioni M. 2007*)



CONCLUSIONI (5)

L'esperienza regionale evidenzia che la ricerca di un giusto equilibrio tra una leadership e obiettivi definiti dall'alto (*top-down*) e uno spazio sperimentale e di innovazione agito dal basso (*bottom-up*) porta risultati

Gli approcci top-down da soli non riescono a ottenere un'approvazione clinica, e anche gli approcci bottom-up da soli raramente riescono a raggiungere un'interoperatività tra i sistemi, ma entrambi sono fattori chiave per riscuotere successo

(Cepiku, Ferrari, Greco, 2005)

