



SATeLLITe: un progetto innovativo per la Sanità campana

Novembre 2011

INDICE

1. Il processo di innovazione: obiettivi, attori e strumenti	pag.	5
1.1 <i>La via dell’A.O.U. all’Integrazione Ospedale-Territorio: Il Progetto SATELLITE</i>	»	5
1.2 <i>Obiettivi da perseguire e vantaggi da attendersi</i>	»	5
1.3 <i>Ambito di intervento</i>	»	6
1.4 <i>Attori e Stakeholders</i>	»	7
1.5 <i>Strumenti</i>	»	8
2. Analisi di scenario	»	11
3. La spinta al cambiamento	»	12
4. La situazione presente al momento di avvio del progetto	»	13
4.1 <i>Il contesto regionale</i>	»	13
4.2 <i>Il contesto dell’A.O.U. “Federico II”: organizzazione, servizi, informatizzazione</i>	»	14
5. Le azioni realizzate	»	15
5.1 <i>Linee d’azione e durata</i>	»	15
5.2 <i>Sistemi Applicativi</i>	»	16
5.2.1 <i>Workflow dei Percorsi Diagnostico-Terapeutici</i>	»	16
5.2.2 <i>Teleconsulto</i>	»	17
5.2.3 <i>Cartella Clinica Informatizzata</i>	»	17
5.2.4 <i>Repository Eventi Clinici ed Integrazione Fascicolo Sanitario Elettronico</i>	»	18
5.2.5 <i>Integrazione con i Sistemi Dipartimentali Esistenti</i>	»	18
5.3 <i>Infrastrutture Tecnologica Centrale</i>	»	18
5.4 <i>Dispositivi di Telemedicina</i>	»	19

6. I punti di forza e di debolezza nel contesto ambientale	pag.	19
6.1 <i>L'utilizzo della Telemedicina: i vantaggi che si potrebbero riscontrare</i>	»	19
6.2 <i>L'utilizzo della Telemedicina: le potenzialità</i>	»	19
6.3 <i>I punti di debolezza: analisi dei rischi</i>	»	21
6.4 <i>Fattori di rischio contromisure</i>	»	21
7. Cronistoria del Progetto SATeLLITE	»	22
8. Le fasi del progetto raggiunte	»	38
8.1 <i>I risultati raggiunti</i>	»	38
8.2 <i>Analisi Costi/Benefici</i>	»	40
9. I possibili obiettivi futuri del progetto	»	41
9.1 <i>Le iniziative di sensibilizzazione per i Medici di Medicina Generale ed i Pediatri di Libera Scelta</i>	»	41
9.2 <i>Interventi socio-sanitari</i>	»	42
 VOCI DAL TERRITORIO: LA PAROLA AI MEDICI DI MEDICINA GENERALE ...	»	43
1. Introduzione	»	44
2. Metodologia di lavoro	»	47
 Bibliografia	»	53
 DICONO DI NOI...	»	55

1. Il processo di innovazione: obiettivi, attori e strumenti

1.1 La via dell'A.O.U. all'Integrazione Ospedale-Territorio: Il Progetto SATELLITE

Il Progetto SATELLITE è il percorso operativo avviato dall'A.O.U. per la creazione di un "sistema a rete" tra le Unità di Diagnosi e Cura di "Eccellenza" dell'Azienda ed i Medici di Medicina Generale/Pediatri di Libera Scelta (MMG/PLS). È questo un modello organizzativo sovra-aziendale che, superando le barriere "fisiche" dell'Ospedale, promuove un'azione integrata e qualificata nell'erogazione dei servizi di assistenza al paziente sia sul territorio che in Ospedale attraverso la co-gestione dei casi clinici tra professionisti ospedalieri e professionisti delle cure primarie. La telemedicina, il teleconsulto, la cartella clinica elettronica condivisa sono i mezzi pratici per la realizzazione e il funzionamento delle *equipes* virtuali che si muovono intorno al cittadino.

Non è un trasferimento di dati clinico-statistici né la mera condivisione di database sanitari tra Unità Operative dell'Azienda e Medici di Medicina Generale/Pediatri di Libera Scelta. Non è un esercizio tecnologico né la semplice implementazione di applicativi e software informatici.

1.2 Obiettivi da perseguire e vantaggi da attendersi

Per i cittadini. Affrontare i percorsi di diagnosi e cura con l'assoluta garanzia di una risposta efficace ed appropriata e di un'offerta sanitaria di qualità, restando il più vicino possibile a casa, minimizzando spostamenti e disagi, evitando ritardi e duplicazioni dei servizi, limitando la permanenza nella struttura di cura alle situazioni cliniche e per i tempi strettamente necessari. Recupero di fiducia nei confronti del MMG/PLS e identificazione di un riferimento prossimo, competente e accessibile per la risoluzione dei bisogni assistenziali. *Umanizzazione ed efficacia.*

Per i Medici di Medicina Generale/Pediatri di Libera Scelta. Recuperare la propria funzione di agente nell'assistenza primaria e di *case manager* nei bisogni di salute dell'assistito; semplificazione della comunicazione con gli specialisti ospedalieri e dell'accesso ai sistemi di prenotazione, consulto e refertazione; recupero del rapporto di fiducia con i cittadini. *Accessibilità, qualità e semplificazione.*

Per l'A.O.U. "Federico II". Recuperare la funzione istituzionale e sociale di alta assistenza e rafforzare la propria vocazione di alta specializzazione e tecnologia; aumentare la capacità di risposta rispetto ai bisogni del cittadino e l'appropriatezza dell'offerta di cura, concentrando la casistica complessa e di alta intensità assistenziale; introdurre innovazione nella didattica e migliorare la ricerca scientifica. *Efficienza e appropriatezza.*

Per le Istituzioni Regionali. Sperimentare un modello organizzativo di cooperazione ospedale-territorio fondato sulla comunicazione privilegiata e sull'interazione professionale; soddisfare la domanda di assistenza riducendo i fenomeni di fuga e sfiducia; razionalizzare l'offerta di servizi. *Innovazione ed Economicità.*

La cooperazione tra le strutture dell'A.O.U. "Federico II" ed i Medici di Medicina Generale / Pediatri di Libera Scelta, consente, peraltro di raccogliere dati sugli eventi clinici che hanno interessato il cittadino nell'ottica della costituzione del *Patient File*, per il quale sono state emanate recentemente le linee di indirizzo.

1.3 Ambito di intervento

Il progetto SATeLLite pur conservando premesse e risultati di sperimentazioni di analoga ispirazione, rivolte prevalentemente a patologie note, a larga diffusione epidemiologica e a carattere di cronicità, si rivolge eminentemente a quelle condizioni di non facile interpretazione e inquadramento, principali responsabili dell'innesco di circoli diagnostico-terapeutici viziosi e inefficaci, dispendiosi di risorse per il sistema e mortificanti per il paziente.

In una prima fase, l'ambito di intervento è stato affrontato per Aree Cliniche. La piattaforma sperimentale "core", in particolare, è rappresentata dalle branche di:

- Cardiologia e Cardiochirurgia;
- Gastroenterologia;
- Endocrinologia;
- Reumatologia;
- Diabetologia & Diabetologia pediatrica;
- Oncologia;
- Emostasi e Dislipidemie;
- Neurologia;
- Urologia;
- Dermatologia.

L'arruolamento di altre discipline e la definitiva estensione a tutte le branche specialistiche saranno progressivamente articolati in base ai primi *output* del progetto.

1.4 Attori e Stakeholders

La cabina di regia per la pianificazione, lo *start up* e la prima fase sperimentale del Progetto è composta dai professionisti dell’A.O.U. “Federico II” di Napoli afferenti alle branche specialistiche “core” e dai Medici di Medicina Generale della Provincia di Napoli.

L’articolazione del *Team* di Progetto può essere descritta come segue:

- un nucleo centrale, rappresentato dalla Direzione Generale dell’A.O.U. e dai Rappresentanti della Cooperative di MMG/PLS di Napoli;
- uno *staff* tecnico specializzato, composto dal Servizio Informatico Aziendale dell’A.O.U.;
- una filiera tecnica di supporto, composto da medici ospedalieri e MMG/PLS con funzione eminentemente tecnico-informatica;
- una filiera scientifica, composta dai professionisti dell’A.O.U. e delle cooperative MMG/PLS – rappresentanti di Area Clinica.

Il team di Progetto ha un’organizzazione assolutamente a-gerarchica e paritetica.

La “rete” dei Referenti aziendali è declinata secondo specifiche competenze e ruoli:

- REFERENTE INTERNO (RI): responsabile di Progetto per Area Clinica (Supervisiona e modera la costruzione dei *workflow*);
- REFERENTE ORGANIZZATIVO (RO) O TECNICO: esperto o conoscitore degli strumenti informatici. Partecipa al *network* tecnico-informatico per la scelta e la gestione dei *software* e la verifica e/o l’implementazione degli applicativi;
- REFERENTE SCIENTIFICO (RS): responsabile della costruzione dei *workflow* di patologia con i corrispondenti MMG/PLS competenti per area.

Il progetto SATeLLITE è stato elaborato congiuntamente alle diverse cooperative di Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta operanti nell’ambito della Regione Campania e precisamente:

- Cooperativa COMEGEN;
- Cooperativa Neapolis;
- Cooperativa Progetto Leonardo (Pozzuoli - Bacoli - Monte di Procida);
- Cooperativa Salerno/Polla;
- Cooperativa Caserta;
- Cooperativa Avellino;
- Cooperativa Benevento.

Figura 1 - Estensione del coinvolgimento regionale di SATeLLITE



Presso gli Ordini dei Medici delle provincie di Napoli, Avellino, Salerno e Benevento, con i rappresentanti delle cooperative co-estensori del progetto, sono state presentate le finalità, gli obiettivi e le modalità di attuazione del Progetto.

Sono portatori di interesse, oltre a quelli citati, i cittadini, le strutture sanitarie anche se non direttamente coinvolte dalla fase sperimentale, l'Assessorato Ricerca Scientifica e l'Assessorato alla Sanità.

1.5 Strumenti

È opportuno sottolineare che la realizzazione degli obiettivi organizzativo-informatici (che necessariamente passano anche per strategiche politiche di investimento) è subordinata alla **messa a regime dell'attuale dotazione tecnologico-telematica aziendale**: sistemi di gestione della prenotazione, del ricovero, delle indagini diagnostiche, delle scorte farmaceutiche e dello scarico dei farmaci per paziente, delle sale operatorie ecc sono, ciascuno, un tassello irrinunciabile per la composizione della cartella clinica elettronica e del FSE e un elemento fondamentale per lo scambio di informazione tra i curanti dell'*equipe* virtuale ospedale-territorio. L'estrema asimmetria nella dotazione e nell'utilizzo della dotazione informatica all'interno dell'A.O.U. è stata ed è ambito di prioritario di analisi organizzativa (vedi griglia di censimento, figura 2) per il Gruppo di Progetto e il risanamento delle carenze telematiche – peraltro tutt'altro che semplice – è il *milestone* intermedio sul quale, attualmente, la direzione dei lavori è centrata.

Figura 2 - Check list utilizzata allo start-up del progetto per censire e quantificare l'assetto attuale e il "grado di pervasione" degli applicativi informatici all'interno dell'azienda

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE DELLA CHECK LIST CENSIMENTO/STATO DELL'ARTE SISTEMA INFORMATICO AZIENDALE (SIA)										
REFERENTI INTERNI PROGETTO TELEMEDICINA		DENOMINAZIONE APPLICATIVI								
Disciplina	Referente Organizzativo	SGP/ CUP	ADT / WEB	AMB	ORDER ENTRY	EDF	Armadio di Reparto	EMR	SAOP	ALTRO
Cardiologia	Prof. Nicola De Luca / Dott. Giovanni Esposito									
Cardiochirurgia	Dott. Luigi Matarazzo									
Gastroenterologia	Prof. Agesilao D'Arienzo									
Endocrinologia	Dott.ssa Carolina Di Somma									
Reumatologia	Dott. Salvatore Iervolino / Dott.ssa Maria Vitiello									
Diabetologia	Dott. Ciro Iovine									
Diabetologia pediatrica	Dott. Buono / Dott.ssa Enza Mozzillo / Dott. Eugenio Zito									
Oncologia	Dott. Carmine De Angelis / Dott. Gianluca Mazzarella									
Emostasi	Dott. Antonio Coppola									
Dislipidemie	Dott. Fabrizio Jossa									
Neurologia	Dott. Silvio Peluso									
Urologia	Dott. Francesco Mangiapia / Dott. Francesco Bottone									
Legenda										
1 non in dotazione 2 in dotazione ma non utilizzato 3 utilizzato parzialmente 4 utilizzato correntemente a pieno regime		FAC SIMILE - NON COMPILARE								

segue Figura 2 - Check list utilizzata allo start-up del progetto per censire e quantificare l'assetto attuale e il "grado di pervasione" degli applicativi informatici all'interno dell'azienda

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE DELLA CHECK-LIST CENSIMENTO/STATO DELL'ARTE SISTEMA INFORMATIVO AZIENDALE (SIA)

- Vi verrà inviata via mail la tabella 1 in formato excel (versione 2003 e 2007).
- Scaricate la tabella.
- Compilate SOLO la riga corrispondente alla Vostra Disciplina.
- Inserite nella colonna di ciascun applicativo un valore da 1 a 5 a seconda che l'applicativo¹ sia:
 - 1 - non in dotazione
 - 2 - in dotazione ma non utilizzato
 - 3 - utilizzato parzialmente
 - 4 - utilizzato correttamente a pieno regime
- Per conoscere la/e funzione/i gestita/e dall'applicativo, consultate la tabella 2.
- Inviare la check compilata agli indirizzi: patriziacuccaro@hotmail.it; vinsilve@unina.it e toscana@unina.it

Grazie per la collaborazione

Tabella 2 - Sistema informativo aziendale: Rassegna e funzioni degli applicativi di area sanitaria

DENOMINAZIONE APPLICATIVI	DESCRIZIONE APPLICATIVI AREA SANITARIA
SGP-CUP	<i>Gestione CUP aziendale:</i> <ul style="list-style-type: none"> - Prenotazione - Registrazione diretta - Liste d'attesa - Agende - Piani di lavoro - Refertazione - Cassa - Informazioni al Cittadino - Libera professione
ADTWEB	<i>Gestione ricoveri ordinari e DH - Liste di attesa - Prericovero</i> <ul style="list-style-type: none"> - Liste di attesa - Accettazione, Dimissione e Trasferimenti - Interventi e Diagnosi - Emissione SDO (Scheda Dimissione Ospedaliera) - Emissione Flussi Regionali-Ministeriali
AMB	<i>Cartella Clinica Ambulatoriale</i> <ul style="list-style-type: none"> - per la gestione delle attività assistenziali medico erogate al paziente di ambulatorio
ORDER ENTRY	<i>Gestione richieste dei Reparti ai Servizi Diagnostici</i> <ul style="list-style-type: none"> - Gestione richieste di prestazioni diagnostiche (Laboratori di analisi - Anatomia Patologica - Radiologia) - Ritorno dei Referti

¹ N.B. Ricordatevi di intervistare il personale presumibilmente addetto alla/e funzione/i gestita dall'applicativo.

segue Figura 2 - Check list utilizzata allo start-up del progetto per censire e quantificare l'assetto attuale e il "grado di pervasione" degli applicativi informatici all'interno dell'azienda

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE DELLA CHECK-LIST CENSIMENTO/STATO DELL'ARTE SISTEMA INFORMATIVO AZIENDALE (SIA)	
DENOMINAZIONE APPLICATIVI	DESCRIZIONE APPLICATIVI AREA SANITARIA
EDF	– <i>Gestione Somministrazione farmaci agli assistiti</i> <i>File F direttamente collegato anche ai ricoveri</i>
Armadietto di Reparto	– <i>Gestione Armadietto di Reparto e Richieste di Farmaci vs Farmacia</i>
EMR	<i>Cartella Clinica Informatizzata</i> – <i>per la gestione delle attività assistenziali medico erogate al paziente in reparto (in regime di ricovero);</i>
SAOP	<i>Gestione Sale Operatorie</i> – <i>Registrazione e valutazioni richieste di intervento</i> – <i>Gestione fase pre operatoria del paziente</i> – <i>Gestione agende sale operatorie</i> – <i>gestione liste di attesa e liste operatorie</i> – <i>Registro operatorio</i> – <i>Statistiche indicatori e riepiloghi amministrativi</i> – <i>Gestione magazzini sale operatorie</i>
ALTRO	<i>Sistemi realizzati a livello di area funzionale e/o di dipartimento o acquisiti al di fuori del sistema informativo aziendale</i>

2. Analisi di scenario

Fin dalla prima enunciazione di intenti mossa dalla Direzione Aziendale alle aree cliniche dell'A.O.U., il Progetto SATeLLITE ha convinto i professionisti che fosse giunto il momento di avviare e rendersi promotori, insieme ai MMG/PLS, del cambiamento dell'attuale modello di assistenza. Con lo stesso spirito è stato accolto dalle cooperative della Medicina del Territorio e dall'Ordini dei Medici di Napoli.

Che, tuttavia, la realizzazione dell'idea di partenza non fosse semplice – e non lo sia tutt'ora –, si intuisce identificando la complessità intrinseca del progetto.

Con SATeLLITE, infatti, vengono chiamati a cooperare professionisti – clinici e non – di estrazione estremamente eterogenea sia per livello assistenziale (specialisti ospedalieri e medici di medicina generale/pediatri di libera scelta), sia per disciplina (sono dieci le aree disciplinari coinvolte nella prima fase, ma l'obiettivo è estendere il modello alle rimanenti) sia per ruolo (professori, medici d'azienda, medici in formazione, professioni sanitarie ...).

Non si può, inoltre, tacere che il grado di sviluppo dei sistemi informativi aziendali, fortemente asimmetrico e sicuramente incompleto, ha rischiato di compromettere la nascita

e la crescita di SATeLLITE sia perché l'elemento telematico rappresenta il "core" tecnico della riuscita del progetto sia per il plausibile scetticismo che un tale scenario può suscitare nei professionisti da arruolare.

3. La spinta al cambiamento

L'A.O.U. "Federico" II come organizzazione umana, professionale e sociale, rappresenta un fronte di estrema complessità, nel quale trovano spazio tutti gli elementi tipici dei sistemi complessi: i numerosi attori e le loro reciproche relazioni, l'auto-organizzazione e l'auto-adattamento come modelli prevalenti di assetto, la non linearità delle singole azioni e relazioni, la creatività continua degli elementi del sistema, l'impossibilità di prevedere nel dettaglio gli eventi, e così via.

È, inoltre, possibile dire – con una perdonabile forzatura – che per sua stessa natura essa configura una sorta di complessità "istituzionalizzata", accogliendo dentro di sé tre anime chiamate ad un equilibrio non facile da mantenere: **l'assistenza, la didattica e la ricerca.**

La vocazione alla ricerca impegna i professionisti sul fronte dell'innovazione, della sperimentazione e del progresso scientifico e biomedico; la didattica necessita di una casistica variegata e numerosa per assicurare una formazione completa agli studenti e ai medici in formazione; quella assistenziale vede l'A.O.U. ergersi a struttura di eccellenza e, come tale, dover attrarre casistica di elevata complessità e offrire servizi di alta tecnologia medica ed intensità di bisogno clinico.

A questi fattori di contesto interno, vanno considerati due ulteriori elementi: il primo è che tra i primi DRG in "fuga" dalla regione Campania vi sono casi a bassa complessità (cataratta, lombo sciatalgia ecc), segno che **l'anello debole del sistema sta più nel coordinamento e nelle gestione dei percorsi che nelle competenze e nella gestione tecnica del singolo servizio**; il secondo è che, a fronte di un imponente impegno di prestazioni, risorse e servizi (ospedalizzazione, spesa farmaceutica e spesa *out of pocket*, ricorso alla diagnostica ecc), lo stato di salute della popolazione campana non è allineato ai livelli di altre regioni (più alte la mortalità e la mortalità evitabile, la morbosità ecc).

Ciò si ascrive fuor di dubbio ad un insufficiente dialogo tra l'A.O.U. (e tra l'ospedale in genere) e i livelli di assistenza territoriale, da cui discendono, spesso, percorsi di diagnosi e terapia ridondanti, frammentati, non efficaci e non economici, che mettono in discussione i principi di equità ed accessibilità del SSN.

Tradizionalmente, il "movente" dell'integrazione ospedale-territorio risiede a livello regionale o, comunque, sovra-aziendale e persegue obiettivi di razionalizzazione dei percorsi di cura e di riduzione delle inefficienze legate all'impropria gestione del paziente. L'avventura SATeLLITE è, al contrario, un'avventura che parte dal "basso", ovvero dall'A.O.U. e dai MMG/PLS, veri attori, entrambi, della salute del cittadino.

I fattori che, nel 2009, hanno indotto tali attori a ricercare e promuovere il "salto di paradigma" sono stati molteplici e, tra questi, indubbio valore ha avuto l'autovalutazione delle *performances* aziendali, dalle quali l'A.O.U. ha tratto spunti di riflessione significa-

tivi circa il peso e la complessità della propria casistica, meritevoli di miglioramento. Tuttavia, come spesso accade nelle organizzazioni complesse, l'idea di tradurre in pratica il salto di paradigma in un ambizioso progetto di cooperazione con i medici del territorio, di telemedicina e ICT è nata come frutto di un "comportamento emergente", cioè di una sinergia imprevedibile tra storie personali, relazioni e voglia di mettersi in discussione.

4. La situazione presente al momento di avvio del progetto di innovazione e cambiamento

4.1 Il contesto regionale

La Regione Campania ha di recente avviato l'intervento progettuale Rete dei MMG/PLS (Medici di Medicina Generale/Pediatri di Libera Scelta) finalizzato al miglioramento della propria strategia, da tempo avviata per la razionalizzazione dei Sistemi Informativi sanitari, in accordo con la politica di Sanità Elettronica e nell'ottica dello sviluppo dei servizi secondo il paradigma adottato dal modello regionale *SPICCA* (Sistema Pubblico di Interoperabilità e Cooperazione applicativa Campana).

A tal fine, il progetto prevede la realizzazione di un sistema informativo/informatico composto da un Fascicolo Sanitario Elettronico, in cui raccogliere ed indicizzare i dati inerenti gli eventi clinici che interessano gli assistiti sul territorio ed in Ospedale, e da un Portale attraverso cui rendere disponibili ai cittadini ed ai MMG/PLS un insieme di servizi, quali:

- servizi di identificazione degli operatori sanitari;
- servizi di identificazione degli assistiti;
- servizi di scelta e revoca MMG/PLS;
- servizi di prescrizione specialistica, ambulatoriale e di diagnostica (strumentale e di laboratorio), farmaceutica convenzionata e di ricovero;
- servizi di refertazione informatizzata;
- servizi di accesso al Fascicolo Sanitario Elettronico.

Gli operatori sanitari coinvolti dal progetto, mediante una rete telematica integrata, possono così disporre delle informazioni sanitarie relative ad un assistito nel rispetto della tutela della privacy, attraverso il tracciamento degli eventi che hanno interessato la storia clinica di un cittadino che fruisce delle prestazioni offerte dalle diverse strutture sanitarie e MMG/PLS del territorio regionale.

A fianco di tale intervento progettuale, altre iniziative hanno animato lo scenario regionale negli ultimi anni, sempre nell'ottica di una maggiore integrazione tra i diversi attori del Servizio Sanitario Regionale che garantisca la continuità assistenziale nel processo di cura del paziente. Il quadro operativo di riferimento appena delineato evidenzia come la strategia del Servizio Sanitario Regionale (SSR) spinga sempre più verso la cooperazione in rete dei diversi attori che intervengono nel processo di diagnosi e cura del paziente.

Ciò è peraltro confermato dalla Deliberazione Regionale N. 1245 del Luglio 2007, “Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale a norma dell’art. 1 comma 34 e 34 bis della Legge 662/96: assegnazione delle quote vincolate agli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 a valere sul FSN 2005”, che nella ripartizione delle risorse destinate alle varie linee progettuali ivi individuate pone di nuovo particolare attenzione alla riorganizzazione delle cure primarie sul territorio regionale ed alla costituzione di una rete integrata di servizi sanitari e sociali. Precisamente, in riferimento alle cure primarie, la delibera ribadisce l’adozione di un modello organizzativo della sanità territoriale che prevede un’aggregazione dei diversi attori del SSR nelle cosiddette case della salute seguendo i sotto elencati indirizzi:

- integrazione tra MMG, PLS, MCA e specialisti ambulatoriali;
- integrazione con i presidi e i servizi distrettuali.

In questo contesto, è evidente come l’A.O.U. “Federico II” possa giocare un ruolo di riferimento nell’ambito della rete di cure primarie della Regione.

In questa direzione si muove, quindi, il progetto “**SATeLLITE**”, prevedendo l’introduzione di soluzioni informatiche, nonché l’integrazione con il Fascicolo Sanitario Elettronico e la Rete dei MMG/PLS, in modo da consentire la gestione dell’intero percorso diagnostico – terapeutico del paziente, a partire dallo studio del proprio medico di base fino all’Ospedale per un eventuale ricovero, visita specialistica, esame o altro.

4.2 Il contesto dell’A.O.U. “Federico II”: organizzazione, servizi, informatizzazione

L’attuale modello organizzativo dell’A.O.U. è quello dipartimentale. Le prestazioni sanitarie sono, pertanto, erogate attraverso 24 Dipartimenti Assistenziali (DAS), cui si affiancano 2 Servizi Autonomi. All’interno di ciascun Dipartimento sono collocate le diverse Unità Operative (reparti, ambulatori, laboratori, ecc ...) dell’A.O.U..

L’organizzazione, quindi, è quella prevalentemente di tipo ospedaliero, pur con le proprie peculiarità derivanti dalla attività di ricerca e didattica tipiche della realtà Universitaria.

Dal punto di vista dell’informatizzazione, all’avvio del progetto, erano operative le principali procedure applicative utilizzate per la gestione contabile e di gestione dei pazienti oltre alle procedure di Radiologia e Anatomia Patologica.

Per cui è stato necessario programmare l’avvio operativo delle procedure di gestione di reparto, cartella clinica e Pacs al fine di dotare le strutture che cooperano con i Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta degli strumenti essenziali per le attività previste.

5. Le azioni realizzate

5.1 Linee d'azione e durata

Al fine di perseguire gli obiettivi definiti, di seguito vengono descritte brevemente le azioni:

- analisi e definizione di un modello operativo che favorisca la stretta e continua collaborazione nel percorso di assistenza di un paziente delle eccellenze dell'A.O.U. "Federico II" e dei MMG/PLS;
- analisi e definizione di linee guida per la diagnosi e cura di determinate patologie, che possano essere seguite sia in autonomia dai MMG/PLS in una prima fase del percorso diagnostico – terapeutico, che in modo cooperativo con l'Ospedale;
- realizzazione di un sistema informativo/informatico *Web Based* che ponga a disposizione i seguenti servizi applicativi:
 - *workflow* del percorso assistenziale in grado di guidare il medico MMG/PLS nel seguire il processo di diagnosi e cura del paziente fino a giungere al rispettivo ricovero in Ospedale;
 - sistema di teleconsulto, che permetta ai MMG/PLS di inviare alle strutture qualificate dell'A.O.U. "Federico II" richieste di consulenze specialistiche on-line, nonché dati clinici e multimediali (immagini, video, ECG, ecc.) relative al paziente in esame, e di ricevere in tempo reale le rispettive risultanze;
 - servizi di prenotazione delle prestazioni sanitarie, che consentano al MMG/PLS di prenotare visite ambulatoriali piuttosto che esami diagnostici presso l'A.O.U. "Federico II";
 - servizi di richiesta di inserimento in lista di attesa per ricovero di un paziente presso l'A.O.U. "Federico II";
- cartella clinica informatizzata per la gestione delle attività assistenziali medico-infermieristiche erogate al paziente in reparto (in regime di ricovero) piuttosto che in ambulatorio;
- *repository* degli eventi clinici che hanno interessato il paziente nei diversi contatti con il medico MMG/PLS e con le strutture assistenziali dell'A.O.U. "Federico II";
- integrazione del nuovo sistema informativo/informatico di cui al punto precedente con il Fascicolo Sanitario Elettronico regionale;
- integrazione del nuovo sistema informativo/informatico con le restanti applicazioni di area ospedaliera e diagnostica già in essere presso l'A.O.U. "Federico II";
- trasferimento delle competenze mediche di elevata qualificazione ai Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta atte a trattare determinate patologie, attraverso anche la realizzazione di moduli formativi WBT (Web Based Training) erogabili a distanza mediante apposita piattaforma software di e-learning;
- promozione e sensibilizzazione dei cittadini e dei MMG/PLS sulle finalità ed i contenuti dei nuovi servizi previsti dal presente progetto, attraverso workshop e seminari;
- realizzazione dell'infrastruttura hardware e software di base necessaria per porre in esercizio il nuovo sistema informativo/informatico;

- fornitura ai medici MMG/PLS di postazioni di lavoro mobili nonché di dispositivi di telemedicina in grado di rilevare i parametri vitali dei pazienti (ECG, Pressione, Temperatura, ecc.) e di inviarli al nuovo sistema informativo/informatico dell’A.O.U. “Federico II”, in modo che questo possa sia prestare un teleconsulto specialistico in base ai dati ricevuti, sia raccogliere e tracciare i medesimi nell’apposito repository ai fini della ricostruzione della storia clinica del singolo assistito;
- fornitura ai reparti ed agli ambulatori delle specialità di eccellenza dell’A.O.U. coinvolte dal progetto di postazioni di lavoro desktop, ai fini dell’accesso al sistema di teleconsulto per le prestazioni di consulenza specialistica a distanza, piuttosto che alla cartella clinica del singolo assistito o alle altre funzionalità del nuovo sistema informativo/informatico;
- fornitura ai reparti ospedalieri di Tablet PC e delle tecnologie wireless (dispositivi di rete inclusi) che consentano di accedere alla cartella clinica informatizzata, in modo da potervi operare anche al letto del paziente, nel giro visite piuttosto che nelle fasi di prescrizione e somministrazione;
- attuazione di un piano di avviamento del nuovo sistema informativo/informatico che prevede attività di analisi, sviluppo e personalizzazione, installazione, parametrizzazione, formazione ed affiancamento, collaudo e messa in esercizio;
- assistenza e manutenzione post-avviamento del nuovo sistema informativo/informatico.

5.2 Sistemi Applicativi

Il sistema informativo/informatico a supporto del progetto fa ricorso sia alle moderne tecnologie di telemedicina, che all’integrazione con il Fascicolo Sanitario Elettronico regionale, grazie al quale è facilitata la condivisione di informazioni tra MMG/PLS e struttura ospedaliera.

Precisamente, il sistema si compone di:

- uno strumento di *workflow* dei percorsi diagnostico-terapeutici, il cui uso è destinato sia ai MMG/PLS che al personale medico-infermieristico di reparto/ambulatorio dell’Azienda;
- un sistema di teleconsulto, da utilizzarsi da parte dei MMG/PLS per poter interagire in tempo reale con le specialità dell’A.O.U. “Federico II”;
- una cartella clinica informatizzata, rivolta ai reparti ed agli ambulatori ospedalieri dei centri di eccellenza aziendali;
- un *repository* degli eventi clinici che hanno interessato il paziente nei diversi contatti con il medico MMG/PLS piuttosto che con le strutture ospedaliere dell’A.O.U. “Federico II”.

5.2.1 Workflow dei Percorsi Diagnostico-Terapeutici

Esso ha l’obiettivo prioritario di dare una forma elettronica e strutturata alla base di conoscenza dei protocolli di cura costruita nel tempo dall’Azienda Ospedaliera Universi-

taria “Federico II”, siano essi derivanti da attività di ricerca scientifica dalla stessa condotta, siano essi delineati da linee guida e buone pratiche riconosciute in ambito medico.

I protocolli, così come le linee guida, sono composti da una sequenza di azioni e/o decisioni coinvolte in un processo e dei dati da valutare opportunamente, tradotte in forma grafica con struttura ramificata.

Il sistema in oggetto affianca alla base dati di conoscenza di linee guida e protocolli di cura la rispettiva rappresentazione grafica. La base dati del sistema deve consentire di archiviare la conoscenza relativa a:

- patologia coperta dal protocollo, con riferimento dettagliato ad indicazioni e controindicazioni associate al piano diagnostico-terapeutico;
- procedure medico-chirurgiche elementari, esami e test diagnostici;
- azioni elementari utilizzabili in ciascun protocollo, con riferimento a tipologie di pazienti, a considerazioni epidemiologiche, nonché a relazioni tra i medesimi atti (propeuticità, prescrizioni complementari o da evitare, ecc.);
- bibliografia di riferimento per gli atti descritti, con abstract delle referenze.

5.2.2 Teleconsulto

L'obiettivo principale è quello di consentire agli MMG/PLS di formulare una diagnosi primaria, con effetto diretto sulla terapia, e di ottenere una *second opinion* che viene comunque vagliata dal medico a contatto con il paziente. Pertanto il sistema deve consentire ai MMG/PLS di inviare alle strutture qualificate dell'A.O.U. “Federico II” richieste di consulenze specialistiche on-line, nonché dati clinici e multimediali (immagini, video, ECG, ecc.) relativi al paziente ed alla patologia in esame, e di ricevere in tempo reale le rispettive risultanze.

Precisamente, è prevista l'erogazione di un teleconsulto che consenta l'approfondimento clinico-diagnostico di casi già sottoposti alla diagnosi di primo livello dei MMG/PLS: per tutte le richieste di teleconsulto, dunque, sono già stati emessi una diagnosi, ed attraverso il teleconsulto si chiede un parere ad un esperto (*second opinion*).

5.2.3 Cartella Clinica Informatizzata

Essa contiene tutti i dati relativi ad un paziente che individuano un particolare episodio (es. ricovero, accesso ambulatoriale), dall'accettazione alla sua presa in carico da parte dell'unità operativa di diagnosi e cura (reparto / ambulatorio).

In sintesi, la Cartella Clinica rende disponibile al personale medico le seguenti funzionalità:

- Gestione dati anamnestici;
- Gestione esame obiettivo;
- Gestione diagnosi/prognosi;
- Gestione diario clinico;
- Gestione parametri vitali;
- Gestione prescrizione terapie farmacologiche;
- Gestione prescrizione diagnostica per esami di laboratorio, radiologia, ecc..., piuttosto che per visite specialistiche;

- Ricezione e visualizzazione di referti di prestazioni effettuate (visite e prestazioni diagnostiche/strumentali).

5.2.4 *Repository Eventi Clinici ed Integrazione Fascicolo Sanitario Elettronico*

Il *Repository* degli Eventi Clinici ha lo scopo di contenere e gestire tutte le informazioni cliniche rilevate durante i vari contatti che un paziente ha avuto sia con lo studio del medico (MMG/PLS) che con le strutture ospedaliere dell’A.O.U. “Federico II”. Così facendo esso consente di ricostruire la storia clinica relativa all’intera vita dell’assistito, e non legata al singolo episodio di diagnosi e cura (ricovero, visita ambulatoriale, visita del medico di base).

Il *Repository* rappresenta quindi il principale strumento di condivisione delle informazioni cliniche di un assistito tra MMG/PLS e Ospedale, raccogliendo ed aggregando quanto prodotto dai diversi sistemi applicativi dipartimentali che supportano informaticamente le attività delle unità erogatrici di servizi assistenziali.

Ai fini dell’integrazione tra *Repository* e Fascicolo Sanitario Elettronico, è adottato il modello di cooperazione regionale SPICCA.

5.2.5 *Integrazione con i Sistemi Dipartimentali Esistenti*

I sistemi oggetto del progetto sono integrati con le applicazioni esistenti presso l’A.O.U. “Federico II” nonché con i progetti regionali:

- integrazione con il Fascicolo Sanitario Elettronico, per quanto riguarda gli eventi clinici che vengono archiviati nell’ambito del *Repository*;
- integrazione con l’*Order Entry* di Prestazioni per quanto riguarda l’invio di richieste di prestazioni diagnostiche relative a pazienti in regime di ricovero che dal reparto sono dirette alle diagnostiche aziendali, nonché il ritorno e l’archiviazione delle rispettive risultanze nella Cartella Clinica Informatizzata;
- integrazione con Sistemi Gestionali Diagnostici di Laboratorio di Analisi, Anatomia Patologica, Trasfusionale e Radiologia, per quanto riguarda la produzione di referti che vanno ad alimentare il *Repository*;
- integrazione con il CUP aziendale, per quanto riguarda la possibilità di effettuare via Portale prenotazioni di prestazioni sanitarie per i pazienti oggetto dei teleconsulti che avvengono tra MMG/PLS e specialisti ospedalieri;
- integrazione con l’Accettazione, per quanto riguarda la produzione di SDO derivanti dalla dimissione di pazienti ricoverati, che vanno ad alimentare il *Repository*;
- integrazione con le Liste di Attesa, per quanto concerne la richiesta di ricovero inviata all’Ospedale dal MMG/PLS per un proprio paziente, e relativo inserimento nelle liste di attesa della specialità cui è destinato.

5.3 *Infrastrutture Tecnologica Centrale*

I sistemi applicativi individuati dall’A.O.U. “Federico II” ed anzi descritti utilizzano la nuova infrastruttura tecnologica acquisita recentemente dall’A.O.U.

5.4 *Dispositivi di Telemedicina*

Al fine di rendere efficace il meccanismo di teleconsulto che si intende realizzare tra MMG/PLS ed Ospedale, nonché consentire a quest'ultimo di avere visibilità della storia dell'effettivo stato di salute dei pazienti monitorandone a distanza i rispettivi parametri vitali, è prevista l'acquisizione di dispositivi di telemedicina da distribuire ai MMG/PLS coinvolti dal presente progetto. In particolare, si prevede di dotare ciascun medico MMG/PLS di apparecchiature in grado di misurare parametri vitali di un paziente e di inviare le rilevazioni così effettuate in forma di segnali digitali e via rete agli specialisti dei centri di eccellenza dell'A.O.U.. Tali sistemi costituiscono un valido supporto al teleconsulto.

6. **I punti di forza e di debolezza nel contesto ambientale**

6.1 *L'utilizzo della Telemedicina: i vantaggi che si potrebbero riscontrare*

Il primo dei principali vantaggi è sicuramente una maggiore integrazione dell'Azienda Ospedaliera Universitaria "Federico II" verso il territorio. Ciò è possibile solo mediante il supporto costante e qualificato degli operatori sanitari dell'A.O.U. "Federico II" che trasmettono, e divulgano, e il patrimonio dell'Azienda stessa verso gli operatori che operano sul territorio, ovvero i Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, essendo più vicini al cittadino.

Le due azioni coordinate avrebbero, peraltro, come effetto a vantaggio dell'Azienda e della Regione, quello di promuovere sul territorio e verso i cittadini le eccellenze e le specializzazioni messe a disposizione dall'A.O.U. "Federico II", utilizzando come veicolo di informazione proprio i Medici di Medicina Generale/Pediatri di Libera Scelta, il tutto in modo da "catturare" quei flussi migratori di pazienti che si rivolgono ad oggi a strutture extra regionali.

Inoltre la maggiore velocità dell'individuazione delle patologie e l'utilizzo pianificato e concordato delle indagini di diagnostica e di laboratorio consentono un considerevole risparmio economico a vantaggio del paziente e del sistema sanitario regionale.

Infine i vantaggi per il paziente sono innumerevoli quali: migliorare l'assistenza erogata rendendola più efficace ed efficiente nel percorso di diagnosi e cura, condividere informazioni di natura medica in generale ed informazioni inerenti la storia clinica tra il medico di medicina generale e ospedale, consentire una gestione integrata del percorso di accoglienza del paziente dallo studio medico del proprio MMG/PLS all'Ospedale, umanizzare il percorso di cura talvolta troppo spersonalizzante per il paziente lontano dal proprio contesto, grazie ad una presenza costante del proprio MMG/PLS.

6.2 *L'utilizzo della Telemedicina: le potenzialità*

Lo scopo ultimo del progetto **SATeLLITE**, è quello di rafforzare e promuovere il legame dell'A.O.U. "Federico II" con il territorio, con particolare riferimento alla rete di

assistenza primaria, facendo maggiore leva su quello che è il triplice ruolo istituzionale dell’Azienda medesima: ente per l’erogazione di prestazioni e servizi assistenziali, ente di ricerca e luogo di formazione.

In sintesi gli obiettivi principali del progetto sono:

- valorizzare le eccellenze di cui dispone l’A.O.U. “Federico II” e dei risultati della ricerca scientifica dallo stesso condotte, utilizzando i Medici di Medicina Generale ed i Pediatri di Libera Scelta quali promotori ed al tempo stesso attori attivi nell’erogazione dei servizi assistenziali di alta qualificazione / specializzazione ai pazienti della Regione Campania;
- ridurre le liste di attesa per prestazioni di eccellenza dell’A.O.U. “Federico II”, attraverso una cooperazione tra la rete MMG/PLS ed Ospedale che consenta di fare in modo che il bisogno di assistenza per determinate patologie possa essere intercettato, diagnosticato e curato sul territorio, presso gli studi medici MMG/PLS, sgravando così le unità operative dell’Azienda nel trattare casi che non richiedono necessariamente l’accesso dei pazienti alle medesime;
- promuovere la formazione generica e specifica dei Medici di Medicina Generale/Pediatri di Libera Scelta nel trattamento di determinate patologie, favorendo il trasferimento di metodologie, linee guida e buona pratica clinica nel percorso di cura dell’assistito;
- consentire una gestione integrata del percorso di accoglienza del paziente dallo studio medico del proprio MMG/PLS all’Ospedale;
- ridurre la mobilità sanitaria in uscita verso strutture sanitarie di altre regioni da parte dei cittadini della Regione Campania, promuovendo i servizi assistenziali di eccellenza dell’A.O.U. verso cittadini ed operatori sanitari regionali (MMG/PLS);
- ridurre il rischio clinico per mancata o errata diagnosi, nonché errori di trascrizione e conseguente somministrazione di farmaci, attraverso la costante “assistenza e consulenza” dell’A.O.U. “Federico II”;
- acquisire una migliore conoscenza dei fabbisogni di salute della popolazione regionale, al fine di formulare politiche adeguate di cooperazione sanitaria;
- promuovere valutazioni di efficacia e appropriatezza dei percorsi diagnostico-terapeutici migliorando il grado delle prestazioni fornite e la soddisfazione del paziente;
- valutare le linee-guida cliniche in uso e implementare l’utilizzo di esse sulle migliori evidenze disponibili;
- migliorare la qualità dei percorsi di educazione continua dei medici e orientarli al miglioramento delle competenze professionali utili al governo clinico;
- porre in rete i servizi erogati dall’A.O.U. “Federico II” attraverso l’integrazione del proprio sistema informativo/informatico con il Fascicolo Sanitario Elettronico regionale;
- incentivare l’utilizzo di Tecnologie dell’informazione da parte dei professionisti medici;
- fornire Servizi di documentazione scientifica e sui percorsi di cura alla Comunità professionale;
- massimizzare i percorsi di cura talvolta troppo spersonalizzanti per il paziente lontano dal proprio contesto, grazie ad una presenza costante del proprio MMG/PLS.

6.3 I punti di debolezza: analisi dei rischi

I punti di debolezza del progetto possono essere legati ai rischi del progetto stesso, rappresentate dai pericoli e dalla possibilità che si verifichino conseguenze dannose. Una prima conseguenza negativa è la mancata conclusione del progetto stesso, ma è sinonimo di fallimento anche se i prodotti siano errati o non accettati e non usati e che quindi non si raggiungano i benefici attesi. Sono significativi anche altri rischi quali in particolare la lievitazione dei costi, l'allungamento dei tempi, i problemi di integrazione.

6.4 Fattori di rischio contromisure

I principali fattori di rischio possono essere:

- la complessità Gestionale;
- l'innovazione Tecnologica.

Complessità gestionale

I parametri da esaminare sono i seguenti:

- interfunzionalità: il progetto avrà come utenti diversi, dislocati sia all'interno dell'Azienda Ospedaliera che sul territorio, il che potrebbe comportare una differenziazione dei vincoli da rispettare;
- interventi su organizzazione e ruoli: il progetto potrebbe avere degli impatti sull'attuale organizzazione e struttura dell'Azienda, soprattutto in relazione alle forti relazioni di cooperazione con gli operatori sanitari esterni all'A.O.U. medesima, ovvero i MMG/PLS;
- interventi sulle procedure di lavoro operative: il progetto potrebbe richiedere la rivalutazione di alcune delle attuali procedure operative, con particolare riferimento ai servizi di assistenza rivolti ai cittadini sul territorio;
- livello di cultura informatica degli utenti: l'estensione ad un numero di utenti finali operanti non solo all'interno dell'Azienda ma anche sul territorio (MMG/PLS) potrebbe coinvolgerne alcuni con un basso livello di alfabetizzazione;
- partecipazione e supporto della Direzione e dei Sindacati dei MMG/PLS: la realizzazione di un progetto complesso richiede il supporto, il sostenimento e la partecipazione della Direzione Aziendale e degli organi di rappresentanza dei MMG/PLS (Sindacati MMG/PLS).

Innovazione tecnologica

I parametri da esaminare sono i seguenti:

- introduzione di tecnologie innovative: il progetto prevede l'utilizzo di dispositivi e sistemi di telemedicina altamente innovativi, il che richiede un'adeguata competenza degli utenti delle medesime;
- utilizzo di nuovo hardware: il progetto richiede l'utilizzo di hardware nuovo rispetto all'esperienza attuale,

- utilizzo di nuovo *software* di base: il progetto potrebbe utilizzare sistemi operativi e *software* di base diversi rispetto a quelli attualmente utilizzati;
- richieste di elevata disponibilità: il sistema informatizza delle aree applicative particolarmente critiche, per le quali il livello di servizio deve essere elevatissimo.

7. Cronistoria del Progetto SATeLLITE

- 1) 22 dicembre 2010 – Il Progetto viene illustrato e condiviso con i Professionisti A.O.U. e si procede all'individuazione Referenti Interni.
- 2) 25 Febbraio 2011 – Insediamento Referenti Organizzativi – Primo Incontro conoscitivo del *Network Tecnico* (Ed. 11).

Viene avviato un censimento sullo stato di dotazione/utilizzo/funzionamento degli attuali applicativi informatici disponibili in azienda (ADT, SGP-CUP, OrderEntry ecc). La revisione e il risanamento dei moduli informatici (amministrativi, sanitari e informativi) viene ritenuta fondamentale fin dalle primissime fasi di teorizzazione del progetto in quanto la realizzazione della Cartella Clinica Elettronica e la "trasferibilità" dei dati tra medici ospedalieri e territoriali e, da questi, entro il FSE sono traguardi subordinati all'automazione della gestione degli episodi di cura e, dunque, alla generazione e all'archiviazione elettronica dei dati di interesse.

- 1) 7 Aprile 2011 – *Brainstorming* tra Referenti Organizzativi e MMG/PLS - Secondo Incontro del *Network Tecnico* (Direzione Generale).

Si individua il set di strumenti di comunicazione tra Professionisti dell'A.O.U. e MMG/PLS funzionali alla co-gestione dei casi clinici e si fissano i presupposti per arrivare ai criteri decisionali che portano il paziente "fuori" o "dentro" le strutture di eccellenza.

- 2) 10 Maggio 2011 – Illustrazione *DotProject* – Terzo Incontro del *Network Tecnico* (Direzione Generale).

Viene condivisa tra MMG/PLS e Specialisti dell'A.O.U. la scelta di utilizzare *DotProject* (figura 3) per avviare una comunicazione permanente tra gli attori del sistema di cura (interni ed esterni) e a supporto della dell'elaborazione degli algoritmi scientifico-decisionali per la co-gestione dei casi clinici. Viene distribuito e illustrato il manuale d'uso.

Il *software* viene popolato con i contatti (mail e afferenza) dei partecipanti del Progetto (MMG/PLS e Specialisti Ospedalieri).

Viene condivisa un'ipotesi di portale (vedi Quaderno Logistica e Informatizzazione): il punto di vista del MMG/PLS rappresenta la prospettiva privilegiata per lo sviluppo dei *workflow*. Pertanto, l'avvio di ogni *workflow* avverrà con i SINTOMI, SEGNI, VALORI EMATOCHIMICI ALTERATI ecc.

Nella sequenza illustrata in allegato (Allegato 1), si riportano le *slides* che hanno accompagnato la laboriosa *session* del 10 maggio con i referenti tecnici nella quale si è condiviso il "punto di vista del MMG/PLS" come vettore privilegiato dell'algoritmo decisionale. 20 Maggio 2011 – Completamento palco dei Referenti Scientifici.

3) 27 Maggio 2011 – Creazione e notifica credenziali a tutti i referenti (Interni, Organizzativi e Scientifici) e avvio fase rumore.

La cosiddetta fase “rumore” è una tappa di maturazione della storia del Progetto creata per consentire ai clinici (MMG/PLS coinvolti, Specialisti Ospedalieri) e ai loro agonisti di direzione (Gruppo Centrale di Progetto) di dialogare in una sezione plenaria del forum di *DotProject* per familiarizzare con lo strumento e fra loro e, in qualche modo, “riconoscersi”.

È ora in corso la fase di popolamento degli algoritmi con contenuti clinici attraverso incontri sistematici tra e Specialisti Ospedalieri dell’A.O.U. e MMG/PLS. Gli incontri sono organizzati per Branca/Area di Competenza (Reumatologia, Oncologia, Endocrinologia ecc) e vedono presenti un *referente scientifico competente per area* di ciascuna linea professionale:

- Referente Scientifico Ospedaliero competente per Area.
- Referente di ciascuna Cooperativa di MMG/PLS competente per Area.

L’incontro inaugurale avviene, tendenzialmente, “de visu”; i successivi sono, di solito, virtuali e utilizzano strumenti di comunicazione diversi, da *DotProject* alla comune posta elettronica.

Figura 3 - DotProject

Colore (%)	Società	Nome del Progetto	Inizio	Fine	Attuale	P Responsabile	Attività (Mio)	Stato	Selezione
0.0%	AOU Federico II - Associazione Medici di base (A.M.B)	MMG	26/04/2011	-	16/05/2013	pucicaro	3	In Pianificazione	<input type="checkbox"/>
0.0%	AOU Federico II - Associazione Medici di base (A.M.B)	Coordinamento interno SS.OO. AOU	27/05/2011	30/06/2011	31/05/2011	pucicaro	2 (2)	In Corso	<input type="checkbox"/>
0.0%	AOU Federico II - Associazione Medici di base (A.M.B)	ENDOCRINOLOGIA	27/05/2011	29/07/2011	-	accolao	-	In Pianificazione	<input type="checkbox"/>
0.0%	AOU Federico II - Associazione Medici di base (A.M.B)	GASTROENTEROLOGIA	30/05/2011	31/07/2011	-	ncaporaso	-	In Pianificazione	<input type="checkbox"/>
0.0%	AOU Federico II - Associazione Medici di base (A.M.B)	ONCOLOGIA	30/05/2011	31/07/2011	-	sdeplicido	-	In Pianificazione	<input type="checkbox"/>
0.0%	AOU Federico II - Associazione Medici di base (A.M.B)	REUMATOLOGIA	30/05/2011	31/07/2011	-	rcarpac	-	In Pianificazione	<input type="checkbox"/>
0.0%	AOU Federico II - Associazione Medici di base (A.M.B)	CARDIOLOGIA	30/05/2011	31/07/2011	-	ndeluca	-	In Pianificazione	<input type="checkbox"/>
0.0%	AOU Federico II - Associazione Medici di base (A.M.B)	UROLOGIA	30/05/2011	31/07/2011	-	apalmieri	-	In Pianificazione	<input type="checkbox"/>
0.0%	AOU Federico II - Associazione Medici di base (A.M.B)	NEUROLOGIA	30/05/2011	31/07/2011	-	gdemichele	-	In Pianificazione	<input type="checkbox"/>
0.0%	AOU Federico II - Associazione Medici di base (A.M.B)	CARDIOCHIRURGIA	30/05/2011	31/07/2011	-	Imatrazzo	-	In Pianificazione	<input type="checkbox"/>
0.0%	AOU Federico II - Associazione Medici di base (A.M.B)	DIABETOLOGIA PEDIATRICA	30/05/2011	31/07/2011	-	afrazzese	-	In Pianificazione	<input type="checkbox"/>
0.0%	AOU Federico II - Associazione Medici di base (A.M.B)	DIABETOLOGIA	30/05/2011	31/07/2011	-	ciovine	-	In Pianificazione	<input type="checkbox"/>
0.0%	AOU Federico II - Associazione Medici di base (A.M.B)	DISLIPIDEMIE	30/05/2011	31/07/2011	-	fjossa	-	In Pianificazione	<input type="checkbox"/>
0.0%	AOU Federico II - Associazione Medici di base (A.M.B)	ENOSTASI	30/05/2011	31/07/2011	-	gdimino	-	In Pianificazione	<input type="checkbox"/>

segue Figura 3 - DotProject

Progetti MMG - Windows Internet Explorer fornito da S.Giovanni e Ruggi

http://mmg.policlinico.unina.it/dotproject/index.php?w=forum

Progetti MMG

Società | Progetti | Attività | Calendario | Files | Contatti | Forum | Amm. Utenti | Amm. Sistema | Reparti | Risorse | SmartSearch | Linkx

BENVENUTA/O PATRIZIA CUCCARO

Aiuto | Info personali | Tasto | Oggi | Uscita

Forum

Controlla	Nome del Forum	Argomenti	Repliche	Info Ultimo Messaggio
<input type="checkbox"/>	CARDIOLOGIA			
<input type="checkbox"/>	CARDIOLOGIA	1	1	27/05/2011 12:27 pm (Ultimo Messaggio 230,2 giorni fa) > risposta alla prova ...
<input type="checkbox"/>	CARDIOCHIRURGIA			
<input type="checkbox"/>	CARDIOCHIRURGIA	0	0	Nessun Messaggio
<input type="checkbox"/>	COORDINAMENTO INTERNO SS.OO. AOU			
<input type="checkbox"/>	COORDINAMENTO AOU	1	0	17/06/2011 05:17 pm (Ultimo Messaggio 239,0 giorni fa) > Oltre alla sorpresa di vedere ...
<input type="checkbox"/>	DIABETOLOGIA			
<input type="checkbox"/>	DIABETOLOGIA	1	0	01/06/2011 09:16 am (Ultimo Messaggio 145,4 giorni fa) > Caro Ciro, ti invio i miei ...
<input type="checkbox"/>	DIABETOLOGIA PEDIATRICA			
<input type="checkbox"/>	diabetologia	0	0	Nessun Messaggio
<input type="checkbox"/>	diabetologia pediatrica	1	3	28/09/2011 02:55 pm (Ultimo Messaggio 26,1 giorni fa) > >>> cara patrizia che novità c...
<input type="checkbox"/>	DIABETOLOGIA PEDIATRICA	1	0	16/09/2011 09:36 am (Ultimo Messaggio 38,4 giorni fa) > Salve dottoressa questo messag...
<input type="checkbox"/>	DISLIPIDEMIE			
<input type="checkbox"/>	DISLIPIDEMIE	3	2	24/06/2011 10:13 am (Ultimo Messaggio 122,3 giorni fa) > Un saluto a tutti; attendo con...
<input type="checkbox"/>	EMOSTASI			
<input type="checkbox"/>	EMOSTASI	1	0	13/07/2011 03:17 am (Ultimo Messaggio 103,1 giorni fa) > Buongiorno, Sono Alfonso Scil...

Progetti MMG - Windows Internet Explorer fornito da S.Giovanni e Ruggi

http://mmg.policlinico.unina.it/dotproject/index.php?w=forum

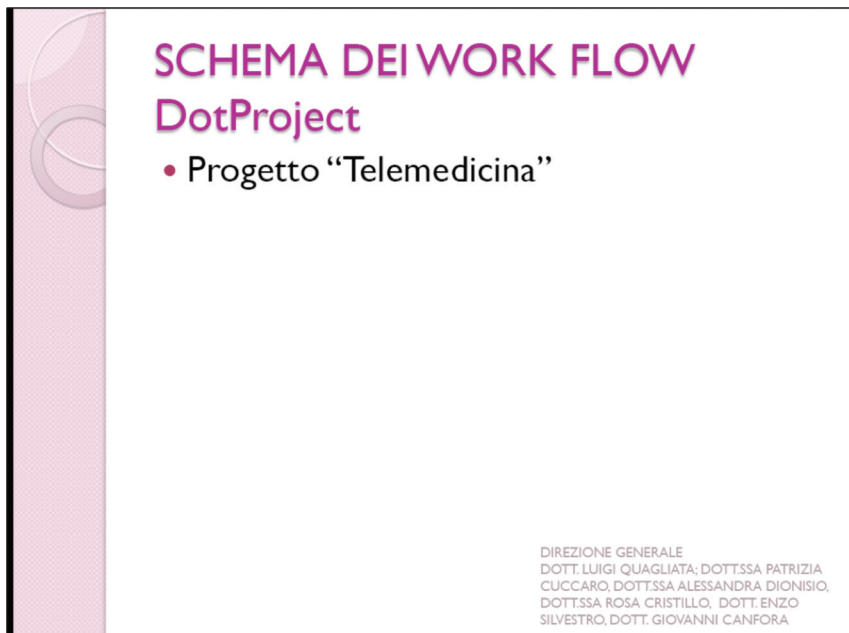
Progetti MMG

<input type="checkbox"/>	diabetologia pediatrica	1	3	28/09/2011 02:55 pm (Ultimo Messaggio 26,1 giorni fa) > >>> cara patrizia che novità c...
<input type="checkbox"/>	DIABETOLOGIA PEDIATRICA	1	0	16/09/2011 09:36 am (Ultimo Messaggio 38,4 giorni fa) > Salve dottoressa questo messag...
<input type="checkbox"/>	DISLIPIDEMIE			
<input type="checkbox"/>	DISLIPIDEMIE	3	2	24/06/2011 10:13 am (Ultimo Messaggio 122,3 giorni fa) > Un saluto a tutti; attendo con...
<input type="checkbox"/>	EMOSTASI			
<input type="checkbox"/>	EMOSTASI	1	0	13/07/2011 03:17 am (Ultimo Messaggio 103,1 giorni fa) > Buongiorno, Sono Alfonso Scil...
<input type="checkbox"/>	ENDOCRINOLOGIA			
<input type="checkbox"/>	ENDOCRINOLOGIA	0	0	Nessun Messaggio
<input type="checkbox"/>	GASTROENTEROLOGIA			
<input type="checkbox"/>	GASTROENTEROLOGIA	1	0	09/05/2011 12:08 pm (Ultimo Messaggio 137,3 giorni fa) > Il paziente visitato da Moric...
<input type="checkbox"/>	NEUROLOGIA			
<input type="checkbox"/>	NEUROLOGIA	0	0	Nessun Messaggio
<input type="checkbox"/>	ONCOLOGIA			
<input type="checkbox"/>	ONCOLOGIA	1	0	09/08/2011 11:19 pm (Ultimo Messaggio 75,8 giorni fa) > Salve a tutti, sono Filippo...
<input type="checkbox"/>	REUMATOLOGIA			
<input type="checkbox"/>	REUMATOLOGIA	1	0	30/05/2011 05:19 pm (Ultimo Messaggio 147,0 giorni fa) > prova
<input type="checkbox"/>	UROLOGIA			
<input type="checkbox"/>	UROLOGIA	0	0	Nessun Messaggio

aggiorna controlli

Si sta approfondendo l'analisi organizzativa dell'Ed. 1 (dinamiche di Palazzo) e informatico-tecnologica (Order Entry, ADT, SGP-CUP, Armadi Farmaceutici). Il traguardo intermedio raggiunto è, sicuramente, una piena chiarezza sullo stato di dotazione/utilizzo/funzionamento degli attuali applicativi informatici disponibili in azienda (ADT, SGP-CUP, *OrderEntry* ecc). Grazie a questa "fotografia" di dettaglio per le Strutture, non appena sarà completato il potenziamento dei *server* aziendali, le carenze informatiche evidenziate saranno progressivamente – ma rapidamente – corrette.

ALLEGATO 1 - Incontro con i Referenti Tecnici 10 maggio 2011
Come concepire i workflow; Condivisione e costruzione di DotProject



SCHEMA DEI WORK FLOW
DotProject

- Progetto “Telemedicina”

DIREZIONE GENERALE
DOTT. LUIGI QUAGLIATA; DOTT.SSA PATRIZIA
CUCCARO, DOTT.SSA ALESSANDRA DIONISIO,
DOTT.SSA ROSA CRISTILLO, DOTT. ENZO
SILVESTRO, DOTT. GIOVANNI CANFORA

SCHEMA DEI WORK FLOW

Progetto "Telemedicina"

DIREZIONE GENERALE
DOTT. LUIGI QUAGLIATA; DOTT.SSA PATRIZIA CUCCARO, DOTT.SSA ALESSANDRA DIONISIO,
DOTT.SSA ROSA CRISTILLO, DOTT. ENZO SILVESTRO, DOTT. GIOVANNI CANFORA

Partire dal quadro clinico...

AREA CLINICA

Cardiologia

Cardiochirurgia

Diabetologia

Reumatologia

Endocrinologia

.....



DIREZIONE GENERALE DOTT. LUIGI
QUAGLIATA; DOTT.SSA PATRIZIA
CUCCARO, DOTT.SSA ALESSANDRA
DIONISIO; DOTT.SSA ROSA CRISTILLO,
DOTT. ENZO SILVESTRO, DOTT.
GIOVANNI CANFORA

Partire dal quadro clinico...

AREA CLINICA	Sospetto diagnostico
Cardiologia	Ipertensione secondaria
	Blocco di Branca

	Cardiopatía X
Cardiochirurgia	
Diabetologia	
Reumatologia	
Endocrinologia	
.....	



DIREZIONE GENERALE DOTT. LUIGI QUAGLIATA, DOTT.SSA PATRIZIA CUCCARO, DOTT.SSA ALESSANDRA DIONISIO, DOTT.SSA ROSA CASTELLO, DOTT. ENZO SILVESTRO, DOTT. GIOVANNI CANFORA

Partire dal quadro clinico...

AREA CLINICA	Sospetto diagnostico	sintomi
Cardiologia	Ipertensione secondaria	Ipertensione grave e/o resistente
		Rapida comparsa
		Risposta inadeguata ad un trattamento congruo
		Assenza di familiarità per ipertensione
Cardiochirurgia		
Diabetologia		
Reumatologia		
Endocrinologia		
.....		



DIREZIONE GENERALE DOTT. LUIGI QUAGLIATA, DOTT.SSA PATRIZIA CUCCARO, DOTT.SSA ALESSANDRA DIONISIO, DOTT.SSA ROSA CASTELLO, DOTT. ENZO SILVESTRO, DOTT. GIOVANNI CANFORA

Partire dal quadro clinico...



- Caratteristiche cliniche di S. Cushing?
- Segni cutanei di neurofibromatosi?
- Reni aumentati di volume e palpabili?
- Soffi addominali?
-



DIREZIONE GENERALE: DOTT. LUIGI QUAGLIATA; DOTT.SSA PATRIZIA CUCCARO; DOTT.SSA ALESSANDRA DIONISIO; DOTT.SSA ROSA COSTANTINO; DOTT. ENZO SILVESTRO; DOTT. GIOVANNI CANFORA

Partire dal quadro clinico...



- Caratteristiche cliniche di S. Cushing?
- Segni cutanei di neurofibromatosi?
- Reni aumentati di volume e palpabili?
- Soffi addominali?
-



DIREZIONE GENERALE: DOTT. LUIGI QUAGLIATA; DOTT.SSA PATRIZIA CUCCARO; DOTT.SSA ALESSANDRA DIONISIO; DOTT.SSA ROSA COSTANTINO; DOTT. ENZO SILVESTRO; DOTT. GIOVANNI CANFORA

Partire dal quadro clinico...



- Caratteristiche cliniche di S. Cushing?
- **Segni cutanei di neurofibromatosi?**
- Reni aumentati di volume e palpabili?
- Soffi addominali?
-

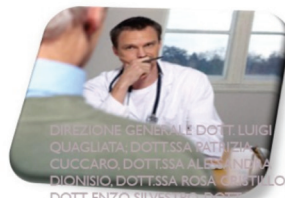


DIREZIONE GENERALE DOTT. LUIGI
QUAGLIATA; DOTT.SSA PATRIZIA
CUCCARO; DOTT.SSA ALESSANDRA
DIONISIO; DOTT.SSA ROSA CONTILLO,
DOTT. ENZO SILVESTRO; DOTT.
GIOVANNI CANFORA

Partire dal quadro clinico...



- **Catecolammine – valori suggestivi**



DIREZIONE GENERALE DOTT. LUIGI
QUAGLIATA; DOTT.SSA PATRIZIA
CUCCARO; DOTT.SSA ALESSANDRA
DIONISIO; DOTT.SSA ROSA CONTILLO,
DOTT. ENZO SILVESTRO; DOTT.
GIOVANNI CANFORA

Partire dal quadro clinico...



- **Test di soppressione con clonidina +**



DIREZIONE GENERALE DOTT. LUIGI
QUAGLIATA; DOTT.SSA PATRIZIA
CUCCARO; DOTT.SSA ALESSANDRA
DIONISIO; DOTT.SSA ROSA COSTANTINO,
DOTT. ENZO SILVESTRO, DOTT.
GIOVANNI CANFORA

Partire dal quadro clinico...



- **Test di soppressione con clonidina +**

• **Prescrivi TAC o PET o scintigrafia**



DIREZIONE GENERALE DOTT. LUIGI
QUAGLIATA; DOTT.SSA PATRIZIA
CUCCARO; DOTT.SSA ALESSANDRA
DIONISIO; DOTT.SSA ROSA COSTANTINO,
DOTT. ENZO SILVESTRO, DOTT.
GIOVANNI CANFORA

Partire dal quadro clinico...



@TAC o PET o scintigrafia + per feocromocitoma



DIREZIONE GENERALE DOTT. LUIGI QUAGLIATA, DOTT.SSA PATRIZIA CUCCARO, DOTT.SSA ALESSANDRA DIONISIO, DOTT.SSA ROSA CASTELLO, DOTT. ENZO SILVESTRINI, DOTT. GIOVANNI CANFORA

Partire dal quadro clinico...



**@ Somministra alfabloccanti
@ Prenota ricovero....**



DIREZIONE GENERALE DOTT. LUIGI QUAGLIATA, DOTT.SSA PATRIZIA CUCCARO, DOTT.SSA ALESSANDRA DIONISIO, DOTT.SSA ROSA CASTELLO, DOTT. ENZO SILVESTRINI, DOTT. GIOVANNI CANFORA

Procedura rapida...



DIREZIONE GENERALE: DOTT. LUIGI
QUAGLIATA; DOTT.SSA PATRIZIA
CUCCARO; DOTT.SSA ALESSANDRA
DIONISIO; DOTT.SSA ROSA CASTELLO,
DOTT. ENZO SILVESTRO; DOTT.
GIOVANNI CANFORA

Procedura rapida...



DIREZIONE GENERALE: DOTT. LUIGI
QUAGLIATA; DOTT.SSA PATRIZIA
CUCCARO; DOTT.SSA ALESSANDRA
DIONISIO; DOTT.SSA ROSA CASTELLO,
DOTT. ENZO SILVESTRO; DOTT.
GIOVANNI CANFORA



DotProject

Progetto "Telemedicina"

DIREZIONE GENERALE DOTT. LUIGI QUAGLIATA; DOTT.SSA PATRIZIA CUCCARO; DOTT.SSA ALESSANDRA DIONISIO; DOTT.SSA ROSA CRISTILLO; DOTT. ENZO SILVESTRO; DOTT. GIOVANNI CANFORA

Le mie attività Appuntate : Mostra le attività inattive : Attività per utente : report

nome P	Nome Attività	Attività	Creata da	Assegnat	Chiusa Iniziale	Durata	Data Finale	Utenti
11	111111	100%						
5%	...diagnosi WORK FLOW TERCIOSE	poucero	poucero	(100%)	29/04/2011 12:45 pm	1 ora	16/03/2011 05:00 pm 27/0	29/04/2011 @ Roma 16/03/2011 Expand ASP - Collapse ASP - Con Pagina

DotProject è un applicativo di Project Management web-based e open-source

Maschera DotProject

DIREZIONE GENERALE DOTT. LUIGI QUAGLIATA; DOTT.SSA PATRIZIA CUCCARO; DOTT.SSA ALESSANDRA DIONISIO; DOTT.SSA ROSA CRISTILLO; DOTT. ENZO SILVESTRO; DOTT. GIOVANNI CANFORA



EQUIPES VIRTUALI

PERCHE' DotProject

DIREZIONE GENERALE DOTT. LUIGI
QUAGLIATA; DOTT.SSA PATRIZIA
CUCCARO, DOTT.SSA ALESSANDRA
DIONISIO, DOTT.SSA ROSA CRISTILLO,
DOTT. ENZO SILVESTRO, DOTT.
GIOVANNI CANFORA

dotProject struttura e caratteristiche

Elementi di base:

- Progetti e attività
- Società, Dipartimenti e Contatti
- Risorse

Elementi ulteriori

- Diagrammi di Gantt
- Report
- Storia di tutte le attività
- Forum
- Calendario

DIREZIONE GENERALE DOTT. LUIGI
QUAGLIATA; DOTT.SSA PATRIZIA
CUCCARO, DOTT.SSA ALESSANDRA
DIONISIO, DOTT.SSA ROSA CRISTILLO,
DOTT. ENZO SILVESTRO, DOTT.
GIOVANNI CANFORA

dotProject struttura e caratteristiche

Elementi di base:

- Progetti e attività
- Società, Dipartimenti e Contatti
- Risorse

Elementi ulteriori

- Diagrammi di Gantt
- Report
- Storia di tutte le attività
- **Forum**
- Calendario

DIREZIONE GENERALE DOTT. LUIGI
QUAGLIATA; DOTT.SSA PATRIZIA
CUCCARO, DOTT.SSA ALESSANDRA
DIONISIO, DOTT.SSA ROSA CRISTILLO,
DOTT. ENZO SILVESTRO, DOTT.
GIOVANNI CANFORA

dotProject IL FORUM

- Il modulo Forum è un modulo di comunicazione molto semplice, sia nel disegno che nell'intento.
- Esso è concepito per generare e alimentare discussioni su temi di interesse comune a tutti i membri del Progetto e su discussioni “tematiche”.

DIREZIONE GENERALE DOTT. LUIGI
QUAGLIATA; DOTT.SSA PATRIZIA
CUCCARO, DOTT.SSA ALESSANDRA
DIONISIO, DOTT.SSA ROSA CRISTILLO,
DOTT. ENZO SILVESTRO, DOTT.
GIOVANNI CANFORA

dotProject IL FORUM

- Vanno individuati almeno tanti forum quanti sono i “progetti” – ovvero le aree cliniche.
- E’ possibile che, per un solo progetto/ area clinica, siano presenti più forum distinti per patologia d’organo o per categoria nosologica

DIREZIONE GENERALE DOTT. LUIGI
QUAGLIATA; DOTT.SSA PATRIZIA
CUCCARO, DOTT.SSA ALESSANDRA
DIONISIO, DOTT.SSA ROSA CRISTILLO,
DOTT. ENZO SILVESTRO, DOTT.
GIOVANNI CANFORA

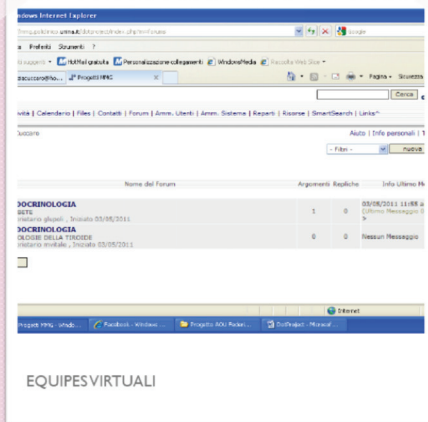
dotProject IL FORUM

es. PROGETTO “ENDOCRINOLOGIA”

- FORUM n°1
 - “ENDOCRINOLOGIA – Patologie della Tiroide”;
- FORUM n°2
 - “ENDOCRINOLOGIA – Patologie dell’ipofisi” .

La specifica della patologia d’organo o della categoria nosologica è rappresentata nel campo “descrizione”.

DIREZIONE GENERALE DOTT. LUIGI
QUAGLIATA; DOTT.SSA PATRIZIA
CUCCARO, DOTT.SSA ALESSANDRA
DIONISIO, DOTT.SSA ROSA CRISTILLO,
DOTT. ENZO SILVESTRO, DOTT.
GIOVANNI CANFORA



FAC SIMILE LAYOUT COGNITIVO DEL MODULO FORUM in DotProject

DIREZIONE GENERALE DOTT. LUIGI
QUAGLIATA; DOTT.SSA PATRIZIA
CUCCARO; DOTT.SSA ALESSANDRA
DIONISIO; DOTT.SSA ROSA CRISTILLO,
DOTT. ENZO SILVESTRO, DOTT.
GIOVANNI CANFORA

dotProject IL FORUM – DISPLAY E MENU

VOCE	DESCRIZIONE
Nome del Progetto / Codice colore	La riga superiore di ogni display mostra il nome del progetto cui il forum è agganciato e ne ripropone il codice colore
Icona di modifica (edit)	È presente se possiedi l'autorizzazione a cambiare i dettagli del forum.
Icona lampadina ()	È presente se il forum contiene post che non hai ancora letto (l'icona è mostrata accanto ai post non letti)
Dettagli del Forum	Questa sezione mostra il nome del forum, la descrizione, il proprietario e la data in cui il forum è stato creato su tre righe.
Argomenti	La colonna mostra il numero totale di argomenti presenti nel forum
Repliche	La colonna mostra il numero di risposte sull'argomento
Info Ultimo Messaggio	Mostra la data, l'ora e una breve sinossi dell'ultimo post nel forum e un veloce sommario visivo del numero di giorni trascorsi dall'ultimo post

DIREZIONE GENERALE DOTT. LUIGI
QUAGLIATA; DOTT.SSA PATRIZIA
CUCCARO; DOTT.SSA ALESSANDRA
DIONISIO; DOTT.SSA ROSA CRISTILLO,
DOTT. ENZO SILVESTRO, DOTT.
GIOVANNI CANFORA

dotProject IL FORUM – DISPLAY E MENU (2)

VOCE	DESCRIZIONE
Nome del Forum	Il nome del forum (corrisponde al progetto/area clinica cui il forum è riferito)
Descrizione	Caratteristiche identificative del forum (può rappresentare la sottospecificazione per patologia o gruppi omogenei di patologia)
Progetto relativo	I forum vanno correlate ad un progetto/area clinica. È necessario selezionare il progetto/area clinica dal menu a tendina
Proprietario	Va selezionato il nome del proprietario del forum; la "proprietà" del forum non implica alcuna autorizzazione speciale né accesso privilegiato. (corrisponde al Referente Interno del Progetto)
Moderatore	Va nominato un moderatore del forum che disciplina lo scambio dei post nel forum
Nome del Forum	Il nome del forum (corrisponde al progetto/area clinica cui il forum è riferito)
Descrizione	Caratteristiche identificative del forum (può rappresentare la sottospecificazione per patologia o gruppi omogenei di patologia)

DIREZIONE GENERALE DOTT. LUIGI
QUAGLIATA, DOTT.SSA PATRIZIA
MARTINO, DOTT. ENZO SILVESTRO, DOTT.
GIOVANNI CANFORA

8. Le fasi del progetto raggiunte

8.1 I risultati raggiunti

Il progetto SATeLLITE è stato elaborato congiuntamente alle diverse cooperative di Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta operanti nell'ambito della Regione Campania e precisamente.

Presso gli Ordini dei Medici delle provincie di Napoli, Avellino, Salerno e Benevento, con i rappresentanti delle cooperative co-estensori del progetto, sono state presentate le finalità, gli obiettivi e le modalità di attuazione del Progetto.

È stato avviato un censimento sullo stato di dotazione/utilizzo/funzionamento degli attuali applicativi informatici disponibili in azienda (ADT, SGP-CUP, Ris, Order-Entry etc) in particolare per le aree prescelte di Cardiologia e Cardiochirurgia, Gastroenterologia, Endocrinologia, Reumatologia, Diabetologia & Diabetologia pediatrica, Oncologia, Emostasi e Dislipidemie, Neurologia, Urologia e Dermatologia.

Si è provveduto, quindi, alla revisione e rimodulazione delle funzionalità previste dalle procedure applicative in uso, in quanto è ritenuta fondamentale per l'avvio in esercizio della Cartella Clinica Elettronica e per la "trasferibilità" dei dati tra medici ospedalieri e territoriali e, da questi, entro il FSE sono traguardi subordinati all'automazione della ge-

stione degli episodi di cura e, dunque, alla generazione e all'archiviazione elettronica dei dati d'interesse.

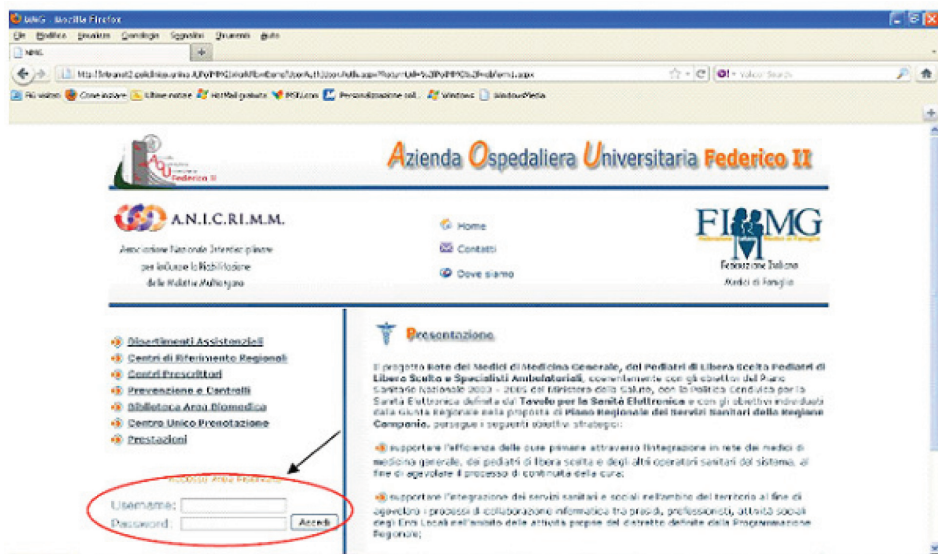
Sono stati individuati il *set* di strumenti di comunicazione tra Professionisti dell'A.O.U. e MMG funzionali alla co-gestione dei casi clinici e sono stati fissati i presupposti per arrivare ai criteri decisionali che portano il paziente "fuori" o "dentro" le strutture di eccellenza.

Tra i primi, la posta elettronica certificata e il forum; tra i secondi, algoritmi di massima "dinamizzati" (del tipo *si/no* sulle informazioni di base, ma con possibilità di dialoghi aperti su fabbisogni informativi specifici).

È stata effettuata l'illustrazione del prodotto *DotProject* in modo da condividere tra i MMG e Specialisti dell'A.O.U. le informazioni dati e per avviare una comunicazione permanente tra gli attori del sistema di cura (interni ed esterni) e a supporto della dell'elaborazione degli algoritmi scientifico-decisionali per la cogestione dei casi clinici.

Il *software* è stato popolato con i contatti (mail e afferenza) dei partecipanti del Progetto (MMG e Specialisti Ospedalieri).

È stata, infine, condivisa anche un'ipotesi di portale (vedi figura) per il cui sviluppo il punto di vista del MMG è ritenuto prospettiva privilegiata.



Sul versante interno aziendale si sono raggiunti, inoltre, due traguardi intermedi di valore strategico:

- 1) Una piena chiarezza sullo stato di dotazione/utilizzo/funzionamento degli attuali applicativi informatici disponibili in azienda (ADT, SGP-CUP, *OrderEntry* ecc).
- 2) L'attenzione maggiore è focalizzata sull'*Order Entry*, modulo informatico che permette di richiedere, autorizzare, prenotare, trasmettere ordini dai reparti "richiedenti" ai servizi eroganti all'interno del Policlinico (i servizi di diagnostica per immagini e di laboratorio/anatomia parzialmente eseguito).

8.2 *Analisi Costi/Benefici*

I principali benefici attesi dall'intervento progettuale sono:

- garanzia della continuità delle cure, mediante la gestione integrata del paziente da parte dei servizi di assistenza primaria erogati dai MMG/PLS e dei servizi ospedalieri di alta specializzazione erogati dai centri di eccellenza dell'A.O.U. "Federico II";
- migliore coordinamento funzionale dell'attività dei MMG/PLS e degli specialisti dell'A.O.U. "Federico II" nel processo di cura dei pazienti;
- riequilibrio del sistema di assistenza fra ospedale e territorio funzionale e propedeutico ad una redistribuzione delle risorse, basata sull'individuazione del livello di assistenza e della sede per l'erogazione della prestazione appropriata in considerazione dei principi di efficacia, efficienza ed economicità;
- attivazione di percorsi assistenziali personalizzati per pazienti affetti da particolari patologie, con un elevato livello di integrazione tra i diversi servizi ospedalieri e di cure primarie;
- trasferimento di informazioni, metodologie ed esperienze ai MMG/PLS attraverso la tecnica del *learning by doing*;
- riduzione di ricoveri ospedalieri e di accessi ambulatoriali inappropriati, con conseguente riduzione delle liste di attesa, grazie alla possibilità di seguire casi patologici che richiedono alta specializzazione anche da remoto da parte dei centri di eccellenza dell'A.O.U. "Federico II", utilizzando gli strumenti del teleconsulto e della telemedicina e sfruttando la maggiore competenza del medico di base nell'individuare il reale bisogno di assistenza;
- maggiore conoscenza da parte dei cittadini dell'offerta di servizi assistenziali di eccellenza proposta loro dalla Regione Campania attraverso l'A.O.U. "Federico II";
- riduzione della mobilità sanitaria, grazie sia ad una migliore valorizzazione e promozione dei servizi di diagnosi e cura di eccellenza offerti dall'A.O.U. "Federico II", sia dalla maggiore competenza dei Medici di Medicina Generale/Pediatri di Libera Scelta nel diagnosticare e curare almeno in una prima fase della malattia, patologie che richiedono elevata specializzazione;
- offerta di servizi più appropriati attraverso diagnosi migliori, più rapide e meno costose, effettuabili anche dai MMG/PLS con l'assistenza dei centri di eccellenza dell'A.O.U.;
- maggiore tempestiva prevenzione di particolari patologie, anche qui derivante dalla maggiore competenza dei MMG/PLS oltre che dal costante supporto ed assistenza ai

- medesimi sul territorio da parte dei centri di eccellenza dell’Azienda Ospedaliera;
- riduzione del rischio clinico nell’attività di diagnosi e cura, mediante l’introduzione di strumenti informatici, che constano di workflow capaci di guidare il personale medico-infermieristico nel percorso assistenziale del paziente;
- semplificazione dell’accesso da parte dei cittadini ai servizi assistenziali di alta specializzazione dell’A.O.U. “Federico II”, in quanto fruibili sul territorio mediante l’operato dei medici MMG/PLS;
- miglioramento del livello di qualità della vita nei bacini di utenza interessati dal progetto, intesa come riduzione dell’incidenza di particolari patologie sulla popolazione;
- approfondimento delle conoscenze di patologie legate a specifici stili di vita;
- interventi socio-sanitari.

9. I possibili obiettivi futuri del progetto

I possibili traguardi cui condurrà “l’avventura SATeLLITe” possono, sicuramente, riassumersi nella razionalizzazione e nell’appropriatezza dei percorsi di cura, nell’umanizzazione *reale* della assistenza al paziente, nella semplificazione operativa del ciclo assistenziale.

Ne sono corollari imprescindibili:

- la creazione di un dialogo stabile, ufficiale e sistematico tra la corsia d’ospedale e il distretto;
- il perfezionamento e lo sviluppo delle componenti telematiche;
- l’introduzione di sistemi di verifica – e autoverifica – della qualità e dell’appropriatezza del sistema.

Il vero cambiamento di paradigma – tanto declamato ma, all’oggi, ancora una chimera nella sanità regionale – sta nella **creazione di un nuovo modello cooperativo/partecipativo di sanità** che possa garantire, per l’AOU la rilegittimazione del ruolo di alta assistenza e la possibile creazione di un ambito di attività specifico per la **didattica accademica, gestito a distanza tra cattedre universitarie e setting di cure primarie attraverso lo sviluppo della teledidattica.**

Nel brano che segue, si è voluto che fossero i veri “agenti della salute”, ovvero i MMG a raccontare, insieme alla “realtà della Medicina Generale”, gli obiettivi attesi da SATeLLITe come nuovo modello del far salute.

9.1 *Le iniziative di sensibilizzazione per i Medici di Medicina Generale ed i Pediatri di Libera Scelta*

Il Servizio sanitario deve sviluppare la capacità di soddisfare, con modalità e tempi adeguati, i bisogni assistenziali dei cittadini secondo i principi dell’equità d’accesso alle prestazioni, dell’efficienza, dell’efficacia e della trasparenza. Questo significa perseguire la migliore appropriatezza clinica nella prescrizione di visite ed esami specialistici e con-

temporaneamente la migliore organizzazione dei servizi: dalla prenotazione alla differenziazione degli accessi per priorità clinica e urgenza, dall'uso pieno e razionale del patrimonio tecnologico e professionale all'erogazione delle prestazioni.

La condizione indispensabile per raggiungere questi obiettivi è l'effettiva "presa in carico del paziente", riducendo i rinvii tra specialisti e medici di medicina generale, semplificando le procedure burocratiche d'accesso, garantendo, comunque, la continuità assistenziale.

In sostanza all'insorgere delle esigenze mediche del paziente e dopo la prima visita dal proprio medico di medicina generale, non deve più essere il paziente a muoversi, ma il medico di medicina generale deve essere in grado di programmare e prenotare l'intero iter assistenziale al paziente: nuovi accertamenti, visite specialistiche, etc. utilizzando le strutture sanitarie individuate.

In definitiva occorre migliore l'organizzazione, e per abbattere le liste d'attesa non serve aumentare l'offerta se non viene regolamentata anche la domanda, anche perché, come nel caso dell'Azienda Ospedaliera Universitaria "Federico II", visto il volume della domanda, occorrerebbe effettuare continui aumenti dell'offerta, peraltro non sempre possibili.

9.2 *Interventi socio-sanitari*

Nella cura di diverse patologie, gli interventi di carattere sanitario non possono essere disgiunti, per il sicuro raggiungimento degli obiettivi, dall'integrazione di attività socio-sanitarie verso i bisogni di minori, disabili, anziani, inerenti i deficit di funzioni psico-fisiche e limitazioni delle capacità del soggetto.

Per tali motivi il progetto prevede, su richiesta dei Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, l'integrazione ai percorsi di diagnosi e cura di interventi di carattere socio-sanitario con l'attivazione di personale esperto presenti nell'area territoriale di riferimento.

Tra l'altro gli interventi di prevenzione e cura per le fasce deboli della popolazione sono in costante aumento in tutti i Paesi europei ed in molti casi hanno assunto l'indispensabile metodologia multidisciplinare ed interculturale.

L'approccio multidisciplinare e interculturale può dare dei buoni risultati in termini di monitoraggio e miglioramento delle condizioni generali di salute.

Tuttavia non sempre sono stati ottenuti risultati analoghi nell'ambito della medicina preventiva, dell'informazione e dell'educazione/integrazione sanitaria.

In molti casi le cause di questi insuccessi sono da riferire alle caratteristiche socio-demografiche ed igienico-abitative di questi cittadini che determinano notevoli limiti pratici agli interventi di prevenzione e cura delle diverse patologie.

VOCI DAL TERRITORIO: LA PAROLA AI MEDICI DI MEDICINA GENERALE

Team del progetto: Bruno Guillaro¹, Gaetano Piccinocchi¹, Matteo Laringe¹,
Diego Toledo²

Affiliazioni:

MMG - cooperativa Co.Me.Gen.

1

Medico in Formazione

2

1. Introduzione

La sfida per il nuovo millennio a cui è chiamato il Medico di Famiglia è quella di passare da un lavoro “solista” per certi versi autoreferenziale ad un lavoro in squadra con altri professionisti, modificando organizzazione e cultura del proprio lavoro ma mantenendo intatta la caratteristica del rapporto personale ed umano con il malato e la sua famiglia nella sua interezza.

Le forme associative della medicina generale (aft, Associazioni in rete, Cooperative) rappresentano il valore aggiunto che in questo momento la medicina generale può mettere in campo per diventare interlocutore valido e credibile nel cammino non sempre facile dell’interazione professionale ospedale territorio.

Tali organizzazioni professionali consentiranno la trasformazione del variegato panorama delle singole realtà territoriali in gruppi di lavoro che opereranno con le stesse finalità, con strumenti comuni e con referenti unici nei rapporti con gli altri livelli del sistema.

All’interno dell’associazione è necessario individuare e se necessario costruire la figura del “medico competente” che viene ad essere il trait d’union tra gli specialisti di branca ed i colleghi del gruppo che rappresenta. Tale professionista non solo deve essere preparato in quella specifica disciplina, ma deve avere anche conoscenze informatiche necessarie per dialogare a distanza con i colleghi.

Un operatore, dunque” che dispone di leadership all’interno del gruppo ovvero di un potere non dato dall’autorità del ruolo che ricopre ma dall’autorevolezza. Per dirla con Don Bosco “ chi vuole farsi obbedire deve prima farsi amare”.

Mentre l’autorità, infatti, è una caratteristica del “manager”, l’autorevolezza è una caratteristica del leader per cui si ritiene che i manager dispongano di potere coercitivo mentre la figura di “medico competente” che noi proponiamo deve disporre di potere connettivo, esemplare e specialistico.

Bisogna, quindi, passare da una “ cultura medica” tipicamente universitaria orientata alla cura della malattia/organo ad un nuovo modello culturale incentrato sulla “persona” e non sulla malattia o, per dirla più semplicemente, passare dal semplice “curare” al più complesso “prendersi cura”.

Il progetto, che Vi proponiamo, vuole essere una proposta innovativa

- attraverso un contatto tra il paziente e la struttura di secondo livello mediato da un professionista della salute, quale il Medico di Medicina Generale e Pediatri di libera scelta;
- considerando il Territorio il luogo dove il paziente deve essere curato;

- garantendo al paziente un percorso di cura adeguato al proprio stato di salute evitando migrazioni per prestazioni sanitarie che, spesso, oltre che inutili sono anche estremamente costose per l'intera comunità principalmente per condizioni di non facile interpretazione, di non facile inquadramento, che vanno ad innescare circoli diagnostici viziosi con frequenti ripetizioni di esami già eseguiti, dispendiosi di risorse per il sistema e mortificanti per il pazienti stessi.

Attraverso una opportuna formazione e la definizione di linee guida di diagnosi e cura condivise, i Medici di Medicina Generale/Pediatri di Libera Scelta entrare ad essere parte attiva dei percorsi diagnostico-terapeutici che portano i propri pazienti, che rimangono sempre fortemente ancorati al Territorio, in contatto con l'AOU Federico II.

La cooperazione tra le strutture dell'AOU Federico II ed i Medici di Medicina Generale/Pediatri di Libera Scelta, consentirebbe peraltro di:

- migliorare l'assistenza primaria erogata dai MMG/PLS, rendendola più efficace ed efficiente nel percorso di diagnosi e cura dei pazienti;
- razionalizzare gli accessi alle Unità di Diagnosi e Cura di eccellenza dell'Azienda, in modo che queste possano concentrarsi nel seguire quei casi patologici di effettivo bisogno di una assistenza altamente qualificata e /o di interesse per la ricerca scientifica;
- raccogliere dati sugli eventi clinici che hanno interessato il cittadino e che sono stati registrati nell'ambito dello studio del proprio medico MMG/PLS, nel quotidiano, di interesse per l'Azienda sia per le attività di assistenza che per quelle di ricerca e didattica;
- "catturare" quei flussi migratori di pazienti che si rivolgono ad oggi a strutture extra regionali;
- sperimentare nuovi modelli organizzativi sostituendo il vecchio modello tradizionale con la rete.

Modello Tradizionale	Rete
Manager/ Gerarchia	Leader /Network informali
Individuo - esperto	Gruppo - Team
Regole e contratti	Negoziazione
Sistemi lineari/rigidi	Sistemi dinamici

La telemedicina, quindi, rappresenta un sicuro strumento attraverso il quale cogliere le opportunità anzi delineate, in quanto consente di ridurre la distanza dell'AOU Federico II dal territorio.

Per fare ciò tale Progetto si avvale di:

- una infrastruttura organizzativa ovvero la creazione di un Team inter ed Extra aziendale (Specialisti, MMG/PLS);

- una struttura tecnologica basata sull'insieme dei sistemi informativi messi in rete tra di loro.

In conclusione la realizzazione della proposta progettuale anzi descritta necessita dell'erogazione di servizi mirati a mettere a punto l'organizzazione di cui l'Azienda deve essere dotata per gestire al meglio le attività svolte, per:

- formare i medici MMG/PLS interessati dal progetto sulle linee guida di diagnosi e cura di specifiche patologie, nonché assisterli da remoto nel trattamento delle stesse;
- raccogliere le informazioni cliniche ai fini assistenziali e di ricerca;
- garantire ai pazienti assistenza specialistica ad elevata qualificazione sia all'interno dell'Ospedale che fuori;
- migliorare la qualità del servizio erogato e "catturare" la domanda di servizi di alta specializzazione da parte del territorio.

In tal senso si prevedono le seguenti attività per l'attuazione del progetto:

- **Analisi del Modello Organizzativo** – Tale attività ha l'obiettivo di definire il modello di cooperazione tra le Cooperative di MMG / PLS e centri di eccellenza dell'AOU Federico II nel gestire il percorso assistenziale del paziente, dallo studio medico sino ad arrivare all'Ospedale. Essa quindi mira ad individuare gli attori coinvolti nel processo di cura ed i rispettivi compiti e responsabilità. Deve inoltre definire l'iter del percorso di cura seguito dal medico di base e di come questo si intrecci con i processi operativi dell'Azienda, nei diversi momenti di interazione tra i due attori.
- **Analisi e Definizione delle Linee Guida di Diagnosi e Cura** – Questa attività ha l'obiettivo di definire le linee guida verticali per ciascuna specialità interessata dal presente progetto, per la diagnosi e la cura di determinate patologie che richiedono un'alta specializzazione. L'attività mira principalmente a definire i percorsi diagnostico – terapeutici che un medico MMG/PLS può seguire in autonomia presso il proprio studio, senza ricorrere alla consulenza dell'AOU, nel trattare determinate patologie, secondo quelle che sono le linee guida stabilite dall'Azienda stessa. Contestualmente, in questa fase devono essere altresì definiti i percorsi di diagnosi e cura che vengono applicati dal personale medico ed infermieristico dell'Azienda nei reparti e negli ambulatori ospedalieri di eccellenza. È evidente come in questa fase sia fondamentale il coinvolgimento dei diversi attori coinvolti dal processo di cura di un paziente, siano essi MMG/PLS che personale medico – infermieristico interno all'AOU, costituendo difatti il primo momento di formazione e di trasferimento di know how.
- **Analisi Funzionale** – Attraverso la presente attività si intende individuare nel dettaglio i requisiti funzionali cui le nuove applicazioni dovranno rispondere. Si prevedono quindi incontri con i key user delle specialità dell'Azienda coinvolte nella raccolta dei casi d'uso e delle informazioni di cui necessitano nell'utilizzo dei nuovi sistemi applicativi.
- **Installazione** – Tale attività consta nell'installazione di tutte le componenti hardware, software di base ed applicative del nuovo sistema informativo.
- **Integrazione** – Questa attività ha l'obiettivo di realizzare le integrazioni in toto delle nuove applicazioni con i sistemi già esistenti presso l'AOU Federico II (Accettazione

e Liste di Attesa, Order Entry di Prestazioni, CUP, Laboratorio di Analisi, Radiologia, Anatomia Patologica, Trasfusionale), nonché con il Fascicolo Sanitario Elettronico regionale.

- **Formazione** – Tale attività mira ad assicurare il trasferimento delle competenze necessarie all'utilizzo dei nuovi sistemi al personale dell'Azienda ed ai MMG/PLS delle Cooperative operanti sul territorio Regionale interessati dal progetto. Essa prevede sia momenti formativi d'aula che training on the job.
- **E-Learning** – Questa attività mira a porre in esercizio un piattaforma di e-learning attraverso cui realizzare ed erogare ai MMG/PLS delle Cooperative di moduli formativi WBT (Web Based Training) inerenti sia alle tematiche attinenti alla diagnosi e cura delle patologie su cui sono specializzati i centri di eccellenza dell'AOU con cui cooperano nel trattamento delle stesse, sia all'uso delle nuove applicazioni messe a disposizione loro.
- **Collaudo** – Con tale attività si conclude la fase di start-up dei nuovi sistemi, prevedendo la verifica del corretto funzionamento dei medesimi e la rispettiva messa in esercizio.
- **Manutenzione** – La presente attività mira a garantire il costante corretto funzionamento dei nuovi sistemi, attraverso interventi manutentivi pianificati (manutenzione preventiva), oltre che al bisogno, in caso di guasto / anomalia dei medesimi (manutenzione correttiva). Tale attività deve essere garantita sino al termine del progetto.
- **Help Desk** – Tale attività consta nell'erogare un costante supporto ed assistenza da remoto agli utenti del nuovo sistema informativo, nell'utilizzo delle rispettive funzionalità, piuttosto che nella ricezione e gestione di segnalazioni di guasto / anomalia.

2. Metodologia di lavoro

I medici di medicina generale (MMG) sono liberi professionisti convenzionati con il Sistema Sanitario Nazionale in base ad un Accordo Collettivo Nazionale (ACN) stipulato tra la Conferenza Stato-Regioni e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative della categoria.

Fino a pochi anni or sono il ruolo del medico di medicina generale era essenzialmente di *gate-keeper* nei confronti dei livelli assistenziali più alti, era cioè deputato ad esercitare essenzialmente una funzione di filtro.

Tale ruolo era coerente con l'epidemiologia riscontrabile in quel periodo storico che era di tipo prevalentemente acuto, quindi occorreva prendere decisioni in base alle necessità assistenziali e alla migliore allocazione ospedaliera, in quel periodo la scelta di un ospedale non poneva certo problemi di carenza.

La problematica della cronicità era sicuramente marginale considerate l'aspettativa di vita di allora e la scarsa varietà di presidi terapeutici a disposizione.

Negli anni a venire la congiuntura della de-ospedalizzazione e dell'aumento della cronicità la Medicina Generale si è trovata di fronte a nuovi bisogni assistenziali, nel frattempo l'assistenza sanitaria cominciava ad avere una connotazione più specificamente territoriale.

Nasceva l'esigenza di avere anche sul territorio una cartella clinica che potesse tenere traccia degli eventi che si susseguivano nella storia clinica dei pazienti, si è cominciato con la semplice scheda clinica cartacea conservata in ingombranti faldoni per finire alla "cartella clinica informatizzata orientata per problemi" (CMOP).

Tale cartella clinica nasce sul finire degli anni sessanta del secolo scorso grazie al dr. L.Weed, il quale ritenne di introdurre una registrazione delle informazioni che fosse efficace e maggiormente rispondente ad esigenze di rigore scientifico.

Era inizialmente cartacea, ma la sua strutturazione si presta efficacemente ad una elaborazione informatica.

Essa risulta composta di 4 parti:

- dati di base;
- lista dei problemi;
- piano diagnostico e terapeutico iniziale;
- diario clinico impostato secondo il metodo soggettivo, oggettivo, valutativo e di piano.

Nella figura successiva viene mostrata una schermata tipica di una siffatta cartella.

The screenshot shows a medical software interface with a menu bar at the top (Paziente, Medico, Schede, Cambia, Stampa, Test, Linee guida, Viste, Carte sanitarie, Scambio dati, Palmare, Extended, Altro ?) and a toolbar with various icons. The main area is divided into several sections:

- Left Panel:** Contains navigation buttons (Principali, Aperti, Chiusi (7), Tutti), a search box for "Nuovo problema", and a "Diario" section with "Procedure di prevenzione" (3 evidenziate). A list of problems is shown:
 - 11 EPILESSIA
 - 11 TURBE DEL VISUS
 - 11 % Pz in trattamento con levetiracetam
 - 11 % Preparazione TAC cmc
 - 11 MENINGIOMA CEREBRALE
 - 11 CEFALEA Astenia, difficoltà alla deambulazi
 - 11 Processo espansiva (menigioma) della CONV
- Top Right Panel:** "Terapie" section with tabs for "Richieste", "Vaccini", "consigli", "mBids", and "Scadenze". It contains a table of treatments:

			n°	Posologia	E	T	
07.11.11	<input checked="" type="checkbox"/>						
29.08.11	<input type="checkbox"/>	◆ SELES BETA*BLIST 50CP 1				CD	A
20.06.11	<input type="checkbox"/>	◆ SELES BETA*BLIST 50CP 1				CD	A
23.03.11	<input type="checkbox"/>	◆ SELES BETA*BLIST 50CP 1				CD	A
19.01.11	<input type="checkbox"/>	◆ SELES BETA*BLIST 50CP 1				CD	A
29.09.10	<input type="checkbox"/>	◆ SELES BETA*BLIST 50CP 1				CD	A
02.07.10	<input type="checkbox"/>	◆ SELES BETA*BLIST 50CP 1				CD	A
07.05.10	<input type="checkbox"/>	◆ SELES BETA*BLIST 50CP 1				CD	A
18.11.09	<input type="checkbox"/>	◆ SELES BETA*BLIST 50CP 1				CD	A
23.09.09	<input type="checkbox"/>	◆ SELES BETA*BLIST 50CP 1				CD	A
- Bottom Right Panel:** "Accertamenti" section with tabs for "Pressione", "Certificati", "Esenz.", "Intolleranze", and "Allegati". It contains a table of examinations:

			Risultato	es	O	N	E	Tipol	S
07.11.11	<input checked="" type="checkbox"/>								
29.08.11	<input type="checkbox"/>	◆ TAC CRANIO SENZA+CO						TAC	A
27.06.11	<input type="checkbox"/>	◆ RICOV.NEUROCHIRURG <allegat						RIC	S
- Bottom Left Panel:** "Richiedere Accertamenti" button.
- Bottom Right Panel:** "(zoom) Consultazione schede" section with text: "Esenzioni attive: [1] Diagnosi precoce tumori - mammografico, [2] Diagnosi precoce tumori - citologico" and "Registri: Nessuno Autorizzazioni: Nessuna".

La Medicina Generale si è fatta carico grazie alla sua flessibilità auto-organizzativa di essere promotrice del cambiamento quando si è avuto anche in ambito sanitario l'avvento dell'informatica.

In Regione Campania la prevalenza di medici informatizzati è stata fin da subito una delle più alte in Italia, al momento il supporto informatico per i medici di medicina generale è condizione irrinunciabile per poter accedere alla convenzione.

I medici di medicina generale lavorano cinque giorni a settimana, assicurando l'apertura dello studio in tali giorni e provvedendo a visitare a domicilio i pazienti che si trovano in condizioni tali per cui non possono recarsi presso gli studi.

Dell'Assistenza Primaria fa parte anche il servizio di Continuità Assistenziale che si fa carico di assicurare l'assistenza sul territorio nelle ore notturne e nei giorni festivi.

Anche se il termine "Continuità" può trarre in inganno di fatto non esiste a tutt'oggi un collegamento strutturato tra i due servizi che di fatto lavorano in assoluta autonomia e senza alcun scambio di informazioni.

La Medicina Generale ha avuto negli anni passati il merito di far sentire la presenza del Servizio Sanitario negli angoli più remoti del Paese, ma nelle condizioni attuali il sacrificio di un medico che lavora da solo non è più pensabile.

Essere oberati di compiti non propri e da una burocrazia opprimente ha sottratto tempo all'assistenza, ha impedito la ricerca, la formazione ed il self-audit.

L'esplosione della epidemia delle "cronicità" a partire dalla centralità del rapporto medico di MG / assistito, ci costringe a sperimentare con rapidità nuovi modelli organizzativi in grado di migliorare i risultati clinici in termini di efficacia ed efficienza, garantendo l'appropriatezza delle prestazioni erogate e la sicurezza dei pazienti in un contesto di Percorsi Diagnostico Terapeutici condivisi tra cure primarie e specialistiche.

Il MMG non può più lavorare attraverso interventi "puntuali e tra loro scoordinati", ma ha bisogno di chiedersi e di sapere, per esempio, quanti sono i pazienti con particolari patologie, le loro comorbidità, come essi sono trattati, se hanno raggiunto determinati obiettivi di salute, se hanno criticità gestionali (e quindi se corrono particolari rischi clinici) e tra essi quali sottogruppi generano costi elevati e/o comprimibili con una migliore strategia assistenziale.

A tutto ciò serve un "sistema informativo clinico" (uno dei fondamenti del "Chronic Care Model"), che mediante i dati registrati nella cartella clinica informatica, trasformati prima in indicatori di processo ed esito e poi in informazioni leggibili, permetta ai MMG di operare nella consapevolezza delle proprie azioni e in piena trasparenza rispetto all'amministratore (accountability).

La tracciabilità degli eventi e l'analisi epidemiologica saranno le basi del sistema di cure primarie finanziato per obiettivi.

Per tali motivi SIMG ha fornito ai medici di MG strumenti di governo del sistema in grado di:

- elaborare indicatori di performance;
- facilitare l'audit singolo o di gruppo;
- far emergere criticità clinico-gestionali che potrebbero mettere a rischio i pazienti per interventi carenti, inappropriati o errati;
- ottimizzare le terapie, le procedure, il follow-up dei malati cronici e il rispetto delle note AIFA.

Il software applicativo gestionale, chiamato GPG (General Practice e Governance), offre numerosi servizi anche in coerenza con le nuove necessità derivanti dal contratto nazionale e dagli accordi regionali\ASL, e quindi con interessanti prospettive d'integrazioni economiche rispetto al salario di base.

In particolare il GPG permette di:

- registrare ed estrarre i dati in conformità a precisi obiettivi di cura (es: i PDT) o di ricerca;
- monitorare e valutare (Clinical audit) l'efficacia e l'appropriatezza degli interventi riguardo ai principali problemi clinico-assistenziali con un set d'indicatori di processo ed esito e di confrontarli con i dati a livello nazionale (in Health Search);
- partecipare a progetti di ricerca clinica sia nazionali sia locali, senza interferenze nell'attività clinica quotidiana;
- identificare le situazioni che generano rischi suggerendo possibili e praticabili soluzioni, al fine di aumentare la sicurezza dei pazienti (Risk management);
- interagire con la cartella clinica Millewin al fine di intervenire sull'appropriatezza e sicurezza del singolo paziente o di gruppi di pazienti.

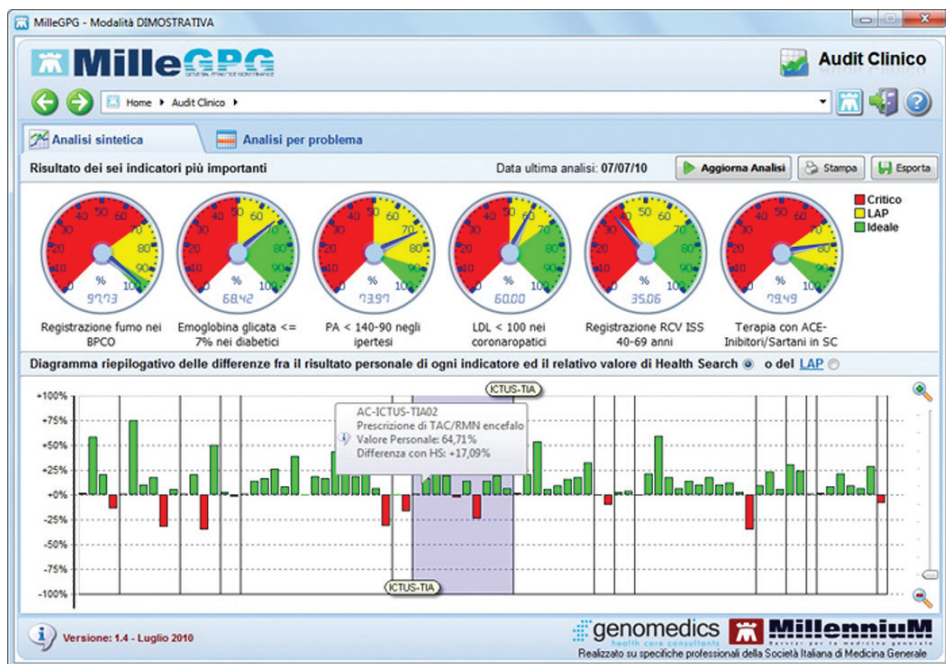
MilleGPG - Modalità DIMOSTRATIVA

MilleGPG
GENERAL PRACTICE GOVERNANCE

 <p>Audit Clinico Monitoraggio e valutazione dell'efficacia e dell'appropriatezza degli interventi nella gestione dei principali problemi cronici mediante un set di indicatori di processo ed esito intermedio e loro confronto con i dati "ideali" e Nazionali di Health Search</p>	 <p>Analisi Criticità e Intervento Identificazione e risoluzione delle principali criticità nella gestione delle malattie croniche mediante specifici supporti scientifici</p>
 <p>Rischio Clinico Identificazione delle situazioni che determinano un rischio clinico e che necessitano di interventi correttivi</p>	 <p>Simulazione Scenari Simulazione degli esiti (riduzione/aumento di eventi) di un intervento sanitario in base ad un predeterminato obiettivo di salute</p>
 <p>Appropriatezza Valutazione dell'appropriatezza prescrittiva (nel singolo paziente o in gruppi di pazienti) relativa a specifici farmaci (Statine, Inibitori di Pompa Protonica)</p>	 <p>Risorse e FaD Accesso a notizie di interesse professionale, aggiornamenti dalla letteratura internazionale, materiali formativi (FaD), Forum di discussione, supporto e materiali informativi per i pazienti</p>
 <p>Progetti e Report Adesione e partecipazione a progetti di ricerca clinico-epidemiologica di carattere locale e Nazionale. Generazione di report inerenti i Patti Aziendali e le Vaccinazioni</p>	 <p>Supporti Professionali Funzionalità di supporto all'organizzazione e alla gestione dell'attività professionale</p>
 <p>Scambio Dati Invio e ricezione dei dati (aggregati e anonimizzati) agli archivi di riferimento per finalità di confronto. Aggiornamento automatico del programma e delle funzionalità in esso contenute</p>	 <p>Pannello di Controllo Configurazione avanzata dell'applicazione, documentazione relativa al programma e Supporto Tecnico</p>

Versione: 1.4 - Luglio 2010

genomedics Millennium
Realizzato su specifiche professionali della Società Italiana di Medicina Generale



Le Società Scientifiche della Medicina Generale hanno promosso gli incontri di audit, hanno favorito l'abbandono dell'isolamento nel proprio studio, hanno fatto nascere il senso di collaborazione, hanno favorito l'implementazione dei programmi gestionali per lo studio medico.

La Medicina Generale, unica nel panorama del Servizio Sanitario Regionale, ha risposto in maniera compatta e con percentuali di poco inferiori al 100% alla richiesta della certificazione telematica di malattia.

La Medicina Generale è pronta alle sfide e ai cambiamenti che attendono il SSN da qui a poco.

La sfida per il nuovo millennio a cui è chiamato il Medico di Famiglia è quella di passare da un lavoro "solista" per certi versi autoreferenziale ad un lavoro in squadra con altri professionisti, modificando organizzazione e cultura del proprio lavoro ma mantenendo intatta la caratteristica del rapporto personale ed umano con il malato e la sua famiglia nella sua interezza.

Le forme associative della medicina generale (AFT, Associazioni in rete, Cooperative) rappresentano il valore aggiunto che in questo momento la medicina generale può mettere in campo per diventare interlocutore valido e credibile nel cammino non sempre facile dell'interazione professionale ospedale-territorio.

Tali organizzazioni professionali consentiranno la trasformazione del variegato panorama delle singole realtà territoriali in gruppi di lavoro che opereranno con le stesse finalità, con strumenti comuni e con un referenti unici nei rapporti con gli altri livelli del sistema.

All'interno delle forme associative è necessario individuare e se necessario costruire la figura del "medico con particolari interessi" che viene ad essere referente del gruppo a cui appartiene nei confronti delle istituzioni e delle altre componenti del "sistema salute" relativamente alla branca cui si dedica.

Tale professionista potrà essere utilizzato nell'ambito della forma associativa per dare vita agli ambulatori dedicati alle patologie croniche ad alto impatto sociale quale diabete, ipertensione, malattie ostruttive polmonari.

Il progetto "SATELLITE" a cui la Medicina Generale aderisce con le sue componenti più avanzate rappresenta un tentativo di riformulare un nuovo modello assistenziale mediante la costituzione di una rete che attraverso l'adozione di PDTA condivisi ne governa l'andamento mediante un percorso di governo clinico affidato al gruppo di lavoro individuato preventivamente.

Tale processo consentirà di allocare al giusto livello la prestazione necessaria evitando ridondanze ed inapproprietezze:

- attraverso un contatto tra il paziente e la struttura di secondo livello mediata da un professionista della salute, quale il Medico di Medicina Generale o Pediatra di libera scelta;
- individuando nel Territorio il luogo dove il paziente deve essere curato;
- garantendo al paziente un percorso di cura adeguato al proprio stato di salute evitando migrazioni per prestazioni sanitarie che, spesso, oltre che inutili sono anche estremamente costose per l'intera comunità principalmente per condizioni di non facile interpretazione, di non facile inquadramento, che vanno ad innescare circoli diagnostici viziosi con frequenti ripetizioni di esami già eseguiti, dispendiosi per il sistema e mortificanti per gli stessi pazienti.

Attraverso una opportuna formazione e la definizione di linee guida di diagnosi e cura condivise, i Medici di Medicina Generale/Pediatri di Libera Scelta potranno entrare ad essere parte attiva dei percorsi diagnostico-terapeutici che portano i propri pazienti, che rimangono sempre fortemente ancorati al Territorio, in contatto con l'AOU Federico II.

La cooperazione tra le strutture dell'AOU Federico II ed i Medici di Medicina Generale/Pediatri di Libera Scelta, consentirebbe peraltro di:

- migliorare l'assistenza primaria erogata dai MMG/PLS, rendendola più efficace ed efficiente nel percorso di diagnosi e cura dei pazienti;
- razionalizzare gli accessi alle Unità di Diagnosi e Cura di eccellenza dell'Azienda, in modo che queste possano concentrarsi nel seguire quei casi patologici di effettivo bisogno di una assistenza altamente qualificata e /o di interesse per la ricerca scientifica;
- raccogliere dati sugli eventi clinici che hanno interessato il cittadino e che sono stati registrati nell'ambito dello studio del proprio medico MMG/PLS, nel quotidiano, di interesse per l'Azienda sia per le attività di assistenza che per quelle di ricerca e didattica;
- "catturare" quei flussi migratori di pazienti che si rivolgono ad oggi a strutture extra regionali.
- sperimentare nuovi modelli organizzativi sostituendo il vecchio modello tradizionale con la rete.

BIBLIOGRAFIA

- DPCM 29 novembre 2001 - allegati 2 (Elenco DRG a rischio di non appropriatezza) e 3.
- Patto per la Salute 2010-12.
- Piano di Rientro Regione Campania (PIANO DI RIENTRO DAL DISAVANZO E DI RIQUALIFICAZIONE E RAZIONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO DELLA REGIONE CAMPANIA 1.1.2007 – 31.12.2009) - BOLLETTINO UFFICIALE DELLA REGIONE CAMPANIA - N. 17 DEL 26 MARZO 2007.
- DGRC 546/07 Interventi per la promozione dell'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri - Adeguamento delle soglie massime di ricovero ai sensi dell'allegato 2C del DPCM 20.11.2001 - Livelli Essenziali di Assistenza - Istituzione del modello organizzativo del Day Service.
- DGRC 102/09 Modifiche ed integrazioni alla deliberazione n° 2040 del 23 dicembre 2008 "Modello organizzativo del day-service (DGRC 546/2007): ulteriori indicazioni sulle modalità operative di erogazione del day-service e sulle modalità di remunerazione; definizioni di specifici Percorsi Ambulatoriali Complessi e Coordinati (PACC) e relativi flussi informativi.
- Decreto n° 5/2009 e Decreto n°58/2010 del Commissario ad acta "misure per l'appropriatezza dei ricoveri".
- Decreto n°15/2009 e Decreti n°14 e 44 del 2010 sul contenimento della spesa farmaceutica.
- Progetto Mattoni SSN – Misura dell'Appropriatezza – Documento del Comitato scientifico.
- Indicatori di Appropriatezza organizzativa Patto per la Salute 2010-2012 http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_publicazioni_1421_allegato.pdf.
- DeCoster C, Roos NP, Carriere KC, Peterson S. Inappropriate hospital use by patients receiving care of medical conditions: targeting utilization review. *CMAJ* 1997; 157 (7): 889-96.
- Di Domenicantonio R, Filocamo A, Baglio G, et al. La valutazione dell'appropriatezza organizzativa con differenti metodi: APPRO e PRUO. *Ann Ig* 2004; 16: 79-94.
- Fortino A, Lipsi L, Materia E, Di Domenicantonio R, Baglio G. La valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri in Italia con il metodo APPRO. Roma, 2002 (www.ministerosalute.it/programmazione/resources/documenti/sdo/appro.pdf).
- Materia E. Appropriatezza: origini, implicazioni, valutazione. *Tendenze Nuove* 2003; 4-5: 343-54.
- McDonagh MS, Smith DH, Goddard M. Measuring appropriate use of acute beds. A systematic review of methods and results. *Health Policy* 2000; 53 (3): 157-84. Review. Erratum in: *Health Policy* 2000; 54 (2): 163.
- McDonagh MS, Smith DH, Goddard M. Measuring appropriate use of acute beds. A systematic review of methods and results. *Health policy* 2000; 53: 157-84.
- Morgagni S, Borghi M, Autieri G, Messina G, Caciagli P, Nante N. La valutazione di appropriatezza del ricovero ospedaliero: tre metodi a confronto. In: *Atti della VIII Conferenza di Sanità Pubblica della Società Italiana d'Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica*, 19-20 nov 2003, Roma. *Italian Journal of Public Health* 2004; 1 (0): 258. www.ijph.it.
- Rosati E, Agabiti N, Limongelli P, Materia E, Guasticchi G. Qualità della cartella clinica e della scheda di dimissione ospedaliera: studio retrospettivo in alcuni ospedali di Roma. *Ig Sanita Pubbl* 2004; 60 (4): 243-57.

DICONO DI NOI...

*Commenti, proposte e riflessioni
sul Progetto SATeLLITE*

Le Istituzioni e la Stampa

Ho letto con interesse i primi risultati conseguiti con il Progetto SATeLLITe la cui elaborazione aveva già richiamato la mia attenzione in quanto, pur non richiedendo l'utilizzo di risorse aggiuntive, proponeva soluzioni innovative nell'interesse prioritario dell'utente. Colgo, pertanto, l'occasione per sottolineare l'aspetto che, a mio avviso, rappresenta il pregio principale del progetto: il dialogo intrapreso tra una componente fondamentale del Servizio sanitario regionale quali sono i Medici di Medicina generale ed una delle principali realtà di formazione, ricerca ed assistenza del nostro paese, l'AOU Federico II° di Napoli. Lo scopo di questo dialogo è la costruzione di un modello assistenziale che, valorizzando l'infrastruttura tecnologica già disponibile sull'intero territorio regionale, consentirà di sviluppare un sistema integrato di offerta di assistenza sanitaria nel quale l'integrazione tra i vari livelli del Ssr rappresenterà garanzia per scelte consapevoli da parte dell'utente.

È motivo di grande soddisfazione constatare che, in questa fase delicata nella quale gli sforzi profusi per centrare gli obiettivi del Piano di rientro stanno cominciando a dare i primi incoraggianti risultati, significative componenti del variegato mondo degli operatori sanitari regionali stiano lavorando, con intelligenza e lungimiranza, a porre le basi del futuro Servizio sanitario regionale.

Nell'augurare un proficuo prosieguo dei lavori, voglio infine esprimere tutto il mio personale compiacimento per l'iniziativa intrapresa.

Stefano Caldoro
Presidente Regione Campania

* * *

Come tutore della salute pubblica non posso che plaudire all'iniziativa che vede riuniti medici specialisti e medici del territorio nel progetto SATeLLITe che consente una migliore allocazione delle risorse economiche sul territorio. Il potenziamento dei flussi informativi tra operatori del comparto sanità consente la creazione di un'integrazione delle conoscenze a beneficio del cittadino. È inoltre importante orientare gli sforzi verso l'implementazione di programmi di prevenzione primaria e di progetti di sanità territoriale a favore dei malati terminali. Maggiore e migliore integrazione tra Comune, ASL e Aziende Ospedaliere per l'erogazione di assistenza ai diversamente abili ed anziani e la prevenzione nella Scuole consentono di offrire alla cittadinanza servizi più vicini alla loro esigenze ed un percorso costante di affiancamento al paziente.

Luigi de Magistris
Sindaco di Napoli

Si avverte negli ultimi anni il bisogno nella gestione della sanità meridionale di un'etica che certamente tenga conto della necessità di ottimizzare le risorse disponibili ma che sappia anche continuare a conciliare la beneficenza nei confronti dei pazienti e l'autonomia dei soggetti coinvolti (amministratori, operatori sanitari, pazienti)». Ma tutto ciò richiede qualità dell'assistenza, ovvero la promozione di percorsi assistenziali capaci di dare risposta ai bisogni di salute; appropriatezza, ossia prestazioni sanitarie corrette, efficaci e che ottimizzino le conoscenze e gli strumenti a disposizione. Accessibilità ed equità: principi che si traducono nel garantire a tutti un'offerta sanitaria in tempi congrui ed opportuni; formazione continua del personale per garantire lo sviluppo delle conoscenze professionali e culturali che garantiscano il miglioramento continuo dell'appropriatezza e della qualificazione degli interventi.

Credo che la Regione Campania da almeno un anno abbia intrapreso la retta strada nella gestione della sanità. Il sentiero è tortuoso, ma è forte la consapevolezza che il bene salute può essere salvaguardato e garantito ai cittadini, soltanto costruendo un sistema che, in nome dell'equità, sia accessibile a tutte le fasce della popolazione e che, in nome dell'efficienza, non consente sprechi, disfunzioni e carenze.

Raffaele Calabrò

Consigliere Sanità per la Regione Campania

* * *

Riconosco al progetto SATeLLITE il grande merito di aver creato una sinergia tra i professionisti della salute, ponendo al centro del sistema il cittadino e rendendo più accessibili i servizi assistenziali. L'innovazione tecnologica supporta la rete dei professionisti che possono così prendersi cura del paziente in modo globale. Fare squadra in una prospettiva di sistema, orientando e finalizzando le attività dei singoli è la vera scommessa del progetto. Una scommessa che è necessario oggi vincere per rivalizzare il servizio salute ed il rapporto fiduciario tra medico e paziente. I risultati di salute, infatti, rappresentano la misura principe di efficacia del sistema sanitario e degli attori a diverso livello coinvolti. Penso dunque che a Napoli sia necessario sperimentare un nuovo modello organizzativo che favorisca nella pratica l'uso appropriato ed efficace delle strutture ospedaliere e dei servizi territoriali, che privilegi la tempestività e l'offerta attiva degli interventi, l'adeguatezza delle risorse dedicate, anche in rapporto alle caratteristiche socio-demografiche dei cittadini residenti. Come cittadino, quindi, esprimo un sincero apprezzamento per l'iniziativa, come rappresentante istituzionale, plaudo al processo innovativo avviato ed all'entusiasmo che muove l'iniziativa, che vede coinvolti in modo trasversale professionisti dell'Azienda e del Territorio.

Sergio D'Angelo

Assessore alle Politiche sociali Comune di Napoli

* * *

Come Assessore allo Sport e come cittadina sono al fianco dell'AOU Federico II e dei MMG che hanno aderito al progetto SATeLLITE perché hanno creduto - a giusta ragione - che nel lavoro di squadra e nell'integrazione delle conoscenze risieda la vera forza del cambia-

mento. Un cambiamento che deve vedere un più fluido scambio dei flussi informativi tra i comparti sanitari a beneficio del cittadino. Alcune categorie devono essere ulteriormente sostenute, come gli anziani, con una maggiore intesa tra distretti e municipalità, gli immigrati, attraverso la condivisione degli interventi per la profilassi delle nuove patologie emergenti, le donne, con una maggiore cura nella gestione dei consultori materno infantili. Una rete ospedale- territorio, che veda al fianco le istituzioni locali, concorre ad attivare un reale processo di empowerment del cittadino, avviando un circuito virtuoso di miglioramento continuo della qualità dei servizi erogati.

Giuseppina Tommasielli

Assessore allo Sport Comune di Napoli

* * *

La sanità campana tende innegabilmente ad esprimere performance assistenziali caratterizzate da un sovra utilizzo delle strutture ospedaliere senza sostanziali benefici in termini di *outcomes* di salute rispetto ai valori medi nazionali. La valorizzazione del ruolo del territorio, centrale in tutte le politiche sanitarie, ed il ridimensionamento del ruolo dell'ospedale, determinante anche in termini di disavanzo, sono i vettori più realistici del riequilibrio sia in termini di bilancio che di salute. Il Progetto SATeLLITE traccia indirizzi e pone basi promettenti per realizzare questo percorso, chiamando a raccolta gli attori dell'integrazione: l'ospedale, da un lato, i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta, dall'altro. Quello che più si apprezza nello spirito del progetto è che, secondo le intenzioni dei promotori, SATeLLITE non è destinata a rimanere un'esperienza localizzata né legata a coloro che, ora, ci stanno lavorando, ma è destinata a divenire un *modello di sistema*, valido per l'intera Regione.

Gli strumenti telematici ed informatici posti a supporto della cooperazione ospedale/territorio costituiscono poi un valore aggiunto che il Progetto porta con sé, sia per garantire l'integrazione piena dei professionisti coinvolti dai percorsi di cura e ottimizzarne il coordinamento informativo operativo sia per monitorare gli *outcomes* raggiunti in un'ottica di sanità di rete.

Achille Coppola

Sub- Commissario al Piano di Rientro

* * *

La tendenza all'incremento esponenziale delle spese sanitarie in tutti i paesi Occidentali è un fenomeno osservato ed ampiamente riconosciuto. Ciò è dovuto all'aumento della sopravvivenza media della popolazione, all'utilizzo di tecnologie mediche e chirurgiche sempre più sofisticate, ma anche ad una forte inappropriata prescrivibilità.

Questo fenomeno è in gran parte imputabile alla mancanza di comunicazione fra medici di medicina generale, specialisti ambulatoriali e medici ospedalieri, con una conseguente inefficienza nella gestione dei pazienti. Per migliorare questa situazione di disagio è necessaria l'attivazione di gruppi di lavoro e lo sviluppo di progetti capaci di integrare consapevolmente l'Ospedale ed il Territorio.

Progetto SATeLLITE si colloca in modo strategico ed intelligente tra queste progettualità, proponendo una forte spinta al lavoro di squadra, anche in team virtuali, facendosi promotore di un complesso, quanto necessario, processo di cambiamento della Sanità campana.

Antonio Giordano

Direttore Generale Azienda Ospedaliera dei Colli

* * *

Il susseguirsi di paradigmi tecnologici ha guidato l'evoluzione discontinua della tecnica e dei saperi. L'ultima grande discontinuità è stata l'affermazione del "paradigma informazionale": l'intensa diffusione delle tecnologie digitali.

Il connubio etica ed innovazione del progetto SATeLLITE sviluppa un progetto di rete sovrAziendale con operatori che si trovano ad operare nella frontiera della conoscenza medica in una realtà complessa quale il meridione d'Italia ove non è ancora emerso un paradigma dominante, sia per effetto di una non compiuta selezione economica sia e forse soprattutto, per effetto di una non piena accettabilità etica e sociale del paradigma stesso.

Maurizio D'Amora

Direttore Generale ASL Na 3

* * *

Un commento breve sul Progetto SATeLLITE, sperimentato dall'Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II di Napoli, diretta da Giovanni Canfora, non può che puntare a riflettere sull'aspetto che si sceglie come prevalente e più significativo dell'intero progetto, secondo l'orientamento di fondo del commentatore. È questa scelta una parzialità, si sa, che purtroppo fa torto del valore di altri aspetti dell'intero progetto e della sperimentazione messa in campo. Piena di suggestioni e di stimoli per riflessioni importanti e assai intriganti in campo sociale, scientifico e assistenziale, di efficacia. Ma quel che ora mi appare più di ogni altra evidenza rilevante è il Progetto medesimo, la sfida culturale ed operativa in sé e la dimostrazione che volendo (e sapendo) "si può". Si può uscire, come si vede, "in avanti", in modo innovativo e serio dal ricco patrimonio civile, che il modello sanitario assistenziale tradizionale ci consegna, nel bene (gran bene) e con i suoi limiti e difetti da correggere e superare. Appunto: innovando, ma conservando, senza stravolgere (o travolgere) lo spirito, il principio, la finalità di un servizio pubblico universalistico a garanzia dei diritti dei cittadini e del valore e della valorizzazione dell'impegno degli studiosi, dei tecnici, degli operatori ad ogni livello. Anche dal Sud, anche da Napoli. Resta, è giusto rilevarlo, un interrogativo: come si coinvolge in questo progetto-rete tutta l'altra assistenza ed attività ospedaliera pubblica? Un interrogativo – credo – che trova o può trovare risposta in un ulteriore salto culturale- organizzativo, in un ulteriore ampliamento di studio della realtà, di comunicazione e di relazioni integrate.

Roberto Ziccardi

Già direttore generale ASL Avellino 2

Presidente Salus Publica Sud

Collegio Tecnico Valutazione AOU Federico II

La modernità impone una lettura della realtà che non può prescindere dalle interconnessioni, dalle interdipendenze, dalle dialettiche che si sviluppano all'interno di un servizio sanitario nel momento in cui si pone pienamente al servizio della persona. La medicina puntiforme interessa un numero sempre minore di cittadini, perché chiunque entra oggi nel sistema richiede servizi di lunga durata, operati da personale diverso, in ambienti diversi e con diversi livelli di competenze culturali e tecnologiche. I sistemi sanitari a rete sono, quindi, la base strutturale per qualsiasi sistema moderno perché ogni atto clinico è accompagnato da un prima e da un dopo che divengono momenti irrinunciabili per il successo dell'atto stesso. La domanda chiave rispetto alla costruzione delle reti è se la cura dei cittadini ne riceve un sostanziale giovamento. Ebbene, l'aspetto fondamentale è rappresentato dalla durata dei casi clinici; in questi anni, infatti, vi è stata una radicale modificazione delle storie naturali di malattia, per cui oggi molte, anche gravi, sono divenute croniche e le relative storie si sono prolungate moltissimo. Solo un'organizzazione plurima, con diverse capacità di attivazione di servizi e competenze, partendo da una valutazione multidisciplinare della condizione del paziente al momento della presa in carico, può essere in grado di continuare a rispondere nel tempo all'emergere di nuovi bisogni. È un aspetto non banale, che supera la tradizionale visione del lavoro di équipe, come momento imposto da specifiche esigenze, per arrivare a costruire un modello professionale che vede nella prestazione condivisa l'unico modello efficace rispetto al raggiungimento di obiettivi di salute. Ne consegue che anche i contenuti dovranno essere modificati, poiché il criterio della complessità dovrà essere accettato come costitutivo dei saperi e non come sovrastrutturale.

Nicola Silvestri

Direttore Sanitario Azienda Ospedaliera dei Colli

* * *

Il futuro è l'unica cosa che si può progettare e costruire. In Sanità le opportunità ci sono e sono chiare. È necessario far dialogare organismi governativi, strutture e organizzazioni sanitarie pubbliche e private, al fine di elaborare strategie per la salute che abbiano come obiettivo la qualità, la riduzione delle disuguaglianze, la ricerca di modelli di sistema per l'assistenza sanitaria e che siano in grado di realizzare e garantire i principi di solidarietà e accessibilità in modo prioritario. La ricerca e l'innovazione in Sanità costituiscono le linee lungo le quali devono evolvere conoscenza e sviluppo. Accanto a tecnologia, integrazione, ed appropriatezza, l'altro grande tema dell'innovazione è quello dell'etica nella Sanità, da contemplare come elemento costitutivo di un'azienda sanitaria sin dalla sua creazione e da estendere a tutte le organizzazioni. Etica è sinonimo di qualità all'interno di un contesto dove la salute e il benessere delle persone dipendono fortemente dalla qualità e dalla trasparenza di quello che gli operatori fanno. Nell'ambito di questa sfida complessa i medici devono essere in grado di gestire il futuro continuando ad aggiornare le loro competenze, ad avere un progetto condiviso, un'idea precisa del proprio ruolo, essere capaci di gestire la complessità ed essere disponibili al confronto, con l'ambizione di esportare il proprio modello e la propria professionalità ovunque.

Titti Coppola

Canale 21

I referenti interni dell'Azienda

Il principio fondante dell'assistenza medica al paziente è rappresentato dalla realizzazione del best interest di questo. Tale principio si realizza attraverso atti di cura integrale che non sono rappresentati soltanto da trattamenti strumentali diagnostici e di terapie clinico-chirurgiche, ma coinvolgono, attraverso la relazionalità dei sanitari nei confronti del paziente, una approfondita attenzione per i suoi problemi umani ed i suoi diritti di persona. In tal senso una medicina che coinvolga corralmente i curanti anche a distanza nell'espletamento dei singoli atti assistenziali realizza una vicinanza di attenzione utilmente percepibile dal paziente e, nel contempo, un più stretto interscambio di informazioni assistenziali tra i sanitari che lo hanno in carico per una gestione non solo clinica ma anche umana della sua vicenda. Ora, è vero che il curante di base (oggi MML o PLS) è capace di valutare il caso dal mero riscontro delle prestazioni ospedaliere espletate ma egli rimane fondamentalmente un soggetto passivo di fronte ad esse nel momento in cui non ve ne è stato alcun coinvolgimento nel loro iter realizzativo. La sua consapevole partecipazione al percorso diagnostico-terapeutico attraverso la co-gestione del caso persegue, invece, un nuovo vincente obiettivo: curare per migliorare la qualità della vita del malato. Il ruolo di centralità restituito al curante nella rete di assistenza integrata con l'ospedale risponde in modo operativo alle esigenze di umanizzazione dell'assistenza perché consente di provvedere ad una gestione clinica ed informativa globale e coordinata del paziente, mantenendo validi livelli di attenzione non solo alle sue esigenze fisiche ma anche ai suoi bisogni psico-sociali, offrendogli il rassicurante convincimento che una intera équipe opera in misura coordinata al mantenimento ed alla promozione della sua salute.

Claudio Buccelli

Presidente Comitato Etico AOU Federico II

* * *

Il Progetto SATeLLITE è la risposta Istituzionale alla necessità di integrazione Ospedale-Territorio. I pazienti spesso trovano difficoltà ad inserirsi in sistemi di cure piuttosto complessi e dispersivi, molte volte senza riuscire a risolvere il loro problema.

Questo progetto si propone di semplificare e rendere più agevoli e meno costosi i percorsi diagnostici e terapeutici, ridurre le liste di attesa, l'ospedalizzazione ed i viaggi della speranza extraregionali (costosi e spesso inutili, quando non dannosi).

In tale contesto, è evidente che l'A.O.U. Federico II deve essere un punto di riferimento nell'ambito della rete di cure primarie della Regione.

Scopo del progetto è, infatti, quello di rafforzare e promuovere il legame dell'A.O.U. Federico II con il territorio, al fine di valorizzare le eccellenze di cui dispone, facendo leva sul triplice ruolo istituzionale che essa ha, ovvero ente per l'erogazione di prestazioni e servizi assistenziali, ente di ricerca e luogo di formazione.

Nicola Caporaso

*Responsabile Area Funzionale di Gastroenterologia
a prevalente indirizzo malattie epato-gastroenterologiche critiche
DAS di Clinica Medica*

Il modello assistenziale promosso da SATeLLITE sancisce, finalmente, l'avvio della cultura – prima ancora dell'esperienza – della sanità in rete all'interno dell'AOU "Federico II" e della Regione Campania. La strada tracciata dal Progetto, infatti, è destinata a divenire parte integrante del necessario ridisegno strutturale ed organizzativo della rete di assistenza regionale, in quanto coinvolge i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta delle 5 Province.

Il miglioramento della qualità delle cure e la fruibilità dei servizi di diagnosi e consulenza nell'ottica dell'umanizzazione e della centralità dell'utente sono i principali vantaggi attesi dallo sviluppo del Progetto, particolarmente sentiti nelle aree cliniche a maggior impatto epidemiologico e caratterizzate, spesso, da presentazioni atipiche o da livelli di complessità variabili, come l'Endocrinologia.

Vale la pena, tuttavia, focalizzare attenzione ed aspettative anche su vantaggi secondari che, per le strutture del Policlinico, appaiono traguardi irrinunciabili, come la concentrazione della casistica complessa meritevole di alta assistenza e tecnologia – per la quale l'AOU ha specifica vocazione – la razionalizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutici – anche in virtù di un nuovo approccio di operation management e della sinergia tra processi e sistemi informativi – l'interdisciplinarietà e la corresponsabilizzazione nell'assicurazione degli outcomes.

Il Dipartimento di Endocrinologia e Oncologia Molecolare e Clinica, in nove mesi di SATeLLITE, ha già potuto corroborare percorsi specialistici di integrazione con i medici del territorio e implementare l'utilizzo delle infrastrutture telematiche aziendali. È solo l'inizio dell'avventura ma, di solito, è dall'inizio che si parte

Annamaria Colao

*Responsabile Area Funzionale di Patologia Neuroendocrina
DAS di Oncologia ed Endocrinologia Clinica*

* * *

Il Progetto SATeLLITE rappresenta un passo concreto della nostra AOU verso il superamento delle "barriere" dell'attuale paradigma assistenziale. Lo sviluppo di un "network" innovativo tra professionisti ospedalieri e professionisti delle cure primarie (medici di medicina generale e pediatri di libera scelta), promuovendo un'azione integrata e qualificata nella pianificazione ed attuazione del percorso diagnostico-terapeutico, può migliorare la qualità e la appropriatezza dell'offerta di cura e dei servizi erogati in ambito ospedaliero e territoriale. Questo modello pertanto comporta non solo l'aumento della capacità di risposta ai bisogni assistenziali del paziente ma ne garantisce al tempo stesso la sua centralità. Inoltre, la possibilità di ottenere prestazioni di qualità e facilmente fruibili rappresenta un indice di appetibilità soprattutto in ambito oncologico rendendo possibile di conseguenza la riduzione dei flussi di migrazione sanitaria extra-regionale. Il Dipartimento di Endocrinologia e Oncologia Molecolare e Clinica ha già potuto ravvisare i grandi vantaggi derivati dalla collaborazione con i medici di medicina generale attraverso i risultati raggiunti con l'attuazione del progetto G.M.O. (Gestione delle Malattie Oncologiche). Il progetto GMO ha l'obiettivo di costruire un archivio dinamico che raccolga in maniera metodica e predefinita il complesso delle informazioni anamnesiche e cliniche dei pazienti affetti da tumore e i dati dei percorsi diagnostici e terapeutici da essi effettuati e di rendere tale archivio condivisibile ai medici di medicina generale (MMG) e agli specialisti delle diverse branche dell'oncologia al fine di integrare operativa-

mente queste figure professionali e razionalizzare i processi di cura generando, infine, un flusso continuo di informazioni indispensabili per il governo di un settore di cospicuo interesse per la Sanità Pubblica e la ricerca scientifica.

Sabino de Placido

*Responsabile Area Funzionale di Terapie oncologiche e speciali
DAS di Oncologia ed Endocrinologia Clinica*

* * *

L'integrazione Ospedale – Territorio rappresenta da sempre un fondamentale obiettivo da perseguire per i decisori della sanità a tutto vantaggio del cittadino malato. Il paziente che lascia un reparto ospedaliero od universitario, giunge dal MMG o dal Pediatra di libera scelta che di lui si prende cura e si prenderà cura, con un'importante carenza di informazioni sulle indagini effettuate e sui risultati raggiunti nel corso del ricovero. Di fatto, a poco serve il foglio di dimissione se simultaneamente il MMG o il Pediatra di libera scelta che seguiranno a domicilio il paziente non avranno a disposizione tutte le informazioni biochimiche, radiologiche e istopatologiche necessarie ad una gestione domiciliare basata sui più recenti dati clinici.

I risultati raggiunti dalle cosiddette “dimissioni protette”, già da tempo sperimentate nell'ASL Na1 (Ospedale S. Paolo di Napoli), hanno documentato quanto importante sia, per una gestione di pazienti cronici, un solido e continuativo rapporto fra Ospedale e Medicina del territorio. Il progetto SATeLLITE messo a punto dall'AOU Federico II prevede un sistema operativo in rete tra le Unità di diagnosi e cura di eccellenza, operanti presso questa Azienda, e la medicina territoriale. È intuitivo quanta importanza questo possa avere per la gestione di pazienti cronici (diabetici, oncologici, reumatologici, trombofilici ed emofilici ecc).

Di fatto, oltre che favorire l'appropriatezza e la qualità dell'offerta sanitaria per i cittadini, questo sistema attribuisce il ruolo centrale di “case-manager” ai MMG e ai Pediatri di libera scelta. È chiaro, d'altronde, che, per l'AOU, ciò costituisce una forte spinta a rafforzare la propria vocazione all'alta specializzazione medica e tecnologica e ad identificare i bisogni del cittadino, introducendo questi concetti nella didattica dei medici in formazione. Peraltro, la sperimentazione di questo importante modello di cooperazione Ospedale-Territorio costituisce un fondamentale contributo alla comunicazione privilegiata e all'interazione professionale ed un fondamentale strumento per ridurre la “sfiducia” nella sanità regionale e quindi per ridurre i “viaggi della speranza”. Il progetto SATeLLITE rappresenta quindi una importante contributo al recupero della funzione istituzionale e sociale dell'AOU “Federico II”; alla razionalizzazione dell'offerta dei servizi, e agli obiettivi di innovazione e di economicità proposti dalla Regione Campania.

Per i giovani Medici in formazione il Progetto rappresenta anche un modello innovativo per stabilire una corretta interazione umana e professionale tra specialisti e medicina del territorio, ed uno stimolo continuo a “mutuare” dal territorio i mutamenti di “fabbisogno di salute” del cittadino. L'impatto di tutto ciò sulla formazione continua in una moderna medicina è già sperimentato in altre realtà italiane.

Giovanni di Minno

*Responsabile Area Funzionale di Medicina Interna, Malattie Emorragiche e Trombotiche
DAS di Clinica Medica*

Certamente la messa in opera del progetto SATeLLITE permette un salto di qualità nei rapporti Università-Policlinico e il bacino d'utenza della Campania e soprattutto con gli altri centri specialistici ospedalieri ed i medici di medicina generale che operano sul territorio.

Per la branca Endocrinologica bisogna considerare due punti fondamentali:

- il progetto va diretto verso patologie note di ampia diffusione epidemiologica prima fra tutte la patologia tiroidea sia da carenza nutrizionale di iodio (gozzo endemico, gozzo nodulare, gozzo nodulare iperfunzionante, ecc.) e la patologia autoimmune della tiroide che va acquisendo una sempre maggiore rilevanza per l'ipotiroidismo subclinico fino all'ipotiroidismo conclamato (causati dalla Tiroidite di Hashimoto) e meno frequentemente l'ipertiroidismo del Morbo di Basedow. Ancora ricordo una patologia rilevante del metabolismo calcio-fosforo quale l'osteoporosi che si interfaccia con altre branche quali la Reumatologia;
- importante è pertanto l'individuazione di Referenti interni di grande esperienza sia clinica che didattico-scientifica per le suddette frequenti patologie (tiroidea ossea) capaci inoltre di raccordarsi con i Medici di Medicina Generale in caso di patologie più rare e complesse in modo da poter offrire un valido supporto diagnostico, terapeutico e di aggiornamento professionale.

Gianfranco Fenzi

Direttore DAS di Oncologia ed Endocrinologia Clinica

* * *

Dar vita ad una sanità funzionale ed economicamente sostenibile. È questo il *dictat* su cui confrontarsi e alla luce del quale, il concetto di "etica in medicina" finisce col divenire quello di "innovazione". L'informatizzazione delle attività sanitarie risponde alla moderna esigenza di una sanità dinamica in grado di fornire un percorso diagnostico-terapeutico efficace e rapido. La telematizzazione del rapporto tra specialista e medico di medicina generale, realizza un nuovo contatto tra due figure fino ad oggi isolate, fornendo benefici reciproci. Da una parte il nuovo flusso comunicativo permette la conoscenza ad un pubblico più ampio delle eccellenze sanitarie territoriali; dall'altra, il neonato dialogo filtra il flusso di pazienti verso strutture specialistiche, garantendo ad ognuno una forma di assistenza proporzionale alla complessità della propria patologia. Questi sono gli obiettivi a cui mira il progetto SATeLLITE che ruota intorno ad un unico interesse, il benessere del paziente.

Alessandro Filla

*Responsabile Area Funzionale di Patologia Speciale Neurologica
DAS di Scienze Neurologiche*

* * *

Il progetto SATeLLITE, come modello organizzativo sovra-aziendale, è retto, a mio parere, da un'idea innovativa, in quanto, permette la co-gestione di casi clinici tra specialisti ospedalieri e specialisti di cure primarie, attraverso l'uso delle nuove tecnologie. Il progetto promuove un'azione integrata e di qualità nell'erogazione di servizi di assistenza al paziente; favorisce

una più adeguata valutazione di efficacia e di appropriatezza dei percorsi diagnostico-terapeutici; può migliorare il grado delle prestazioni fornite e la soddisfazione del paziente, intesa anche come umanizzazione, cioè come valore effettivo e reale del servizio di qualità reso; sembra essere la più idonea e la più funzionale soluzione per un'equilibrata ripartizione del carico di lavoro tra pediatri di libera scelta e l'A.O.U., attraverso un'organizzazione a *team* non gerarchica con il sistema della rete. Il progetto ha, infine, enormi ricadute in termini di didattica, aggiornamento continuo ed innovazione, anche, nello specifico, come miglioramento della qualità dei percorsi di educazione continua dei pediatri per orientarli al miglioramento delle competenze professionali utili al lavoro clinico. Il punto critico resta quello di trovare giuste modalità e strategie per incentivare e motivare i pediatri di libera scelta.

Adriana Franzese

*Responsabile Settore Funzionale di Diabetologia Pediatrica
DAS di Pediatria*

* * *

Etica, qualità e Umanizzazione sono i tre elementi fondamentali che devono sostenere un efficiente sistema socio-sanitario. L'ottimizzazione del sistema consiste proprio nell'integrare questi tre elementi in un'unica strategia organizzativa tesa ad armonizzare la varietà delle prestazioni cliniche erogate con il concetto di "servizio alla persona".

L'eccellenza raggiunta in molti settori specialistici nell'ambito della sanità meridionale, ed in particolare campana, purtroppo rischia quotidianamente di essere tarpata dalle note problematiche gestionali ed organizzative del sistema sanitario attuale.

Il Progetto SATeLLITE, il cui ambizioso obiettivo è stato di informatizzare la gestione dei dati del paziente e la cogestione degli stessi tra strutture ospedaliere altamente specialistiche ed i MMG, ha avuto il pregio di porre le basi ad un processo che possa di incrementare la propria rete e permettere alla sanità campana di approdare, finalmente, nel nuovo millennio.

Una simile piattaforma tecnologica permetterà da un lato di gestire in modo integrato, efficiente ed efficace i processi clinici, ambulatoriali, logistici e amministrativi, e dall'altro di avere informazioni puntuali per valutare la gestione sotto il profilo economico-finanziario e della qualità dei servizi erogati.

Vincenzo Mirone

*Responsabile Area Funzionale di Urologia e prevenzione per il trattamento della calcolosi renale
DAS di Emergenza Ostetrica e Ginecologica e Medicina della Riproduzione, Urologia*

* * *

Gli obiettivi che il Progetto SATeLLITE si propone e i vantaggi che da esso ci si attende rappresentano un'opportunità di notevole interesse per la Dermatologia e Venereologia dell'AOU Federico II.

Secondo una stima dell'EDEN (European Dermato-Epidemiology Network) almeno un quarto della popolazione dei paesi occidentali soffre o ha sofferto di una malattia cutanea. Circa il 30% della patologia internistica si presenta con segni cutanei.

L'interazione Dermatologo-Medico di Medicina Generale- Pediatra è pertanto un essenziale requisito per offrire ai cittadini percorsi diagnostici e terapeutici efficaci, appropriati e di qualità.

Nella Dermatologia dell'AOU Federico II è già operativa una rete informatica che copre gli ambulatori e le degenze di: Dermatologia Generale, Dermatologia oncologica, Dermatocirurgia, Dermatologia correttiva e Diagnostica non-Invasiva, Fototerapia e Laserterapia, Malattie Sessualmente Trasmissibili, Dermatoallergologia, Micologia, Dermatologia pediatrica, Ambulatori speciali per acne, psoriasi e malattie tricologiche.

Il Progetto SATeLLITe rappresenta quindi un'utile strumento per: 1) fornire un servizio di teleconsulto dermatologico; 2) creare condizioni che semplifichino le procedure di prenotazione e la fruizione dei diversi settori assistenziali in cui è articolata la Dermatologia dell'AOU Federico II; 3) consentire una sinergia operativa fra una struttura Ospedaliera/Universitaria e la Medicina del territorio aumentando la fiducia dei cittadini nei confronti della Sanità-Regionale; 4) realizzare un'ottimizzazione delle risorse sia economiche che umane.

Giuseppe Monfrecola

*Responsabile Area Funzionale Terapia Fisica Dermatologica e Diagnostica Cutanea non invasiva
DAS di Patologia Sistemica*

* * *

Il Centro Riferimento Tumori Rari (CRTR) Regione Campania, istituito nell'Azienda AOU Federico II di Napoli, nasce come progettualità di quattro modelli di neoplasie rare, quali i tumori germinali del testicolo, i tumori gastrointestinali, i tumori neuroendocrini ed i tumori epiteliali del timo con l'obiettivo di soddisfare i bisogni assistenziali e relazionali legati a queste patologie neoplastiche. Pertanto, all'interno dell'azienda si è cercato in primis di creare un'aggregazione funzionale di specialisti interessati nell'iter diagnostico-terapeutico delle suddette patologie, nonché di creare quel network regionale d'intesa degli specialisti distribuiti sul territorio interessati alle patologie: per cui sono in essere numerose attività. Il progetto satellite è un ulteriore strumento che ci consente di raggiungere gli obiettivi proposti.

Giovannella Palmieri

*Responsabile Settore Tumori Rari
DAS di Oncologia ed Endocrinologia Clinica*

* * *

L'iniziativa è assolutamente valida e ci dà l'opportunità di una maggiore apertura alla Sanità extra-ospedaliera. Un tale moderno sistema di apertura al Territorio non soddisfa esclusivamente una finalità di "mercato" ma risponde anche ad un'esigenza etica, rendendo più, ma soprattutto più trasparente, l'accesso alle prestazioni del nostro Policlinico. Occorre, inoltre, considerare che il collegamento telematico con i MMG, oltre a facilitare l'accesso alle prestazioni, permette di ridurre le improprietà, soprattutto nell'ambito dei RO e DH, di ridurre i tempi di attesa ed il numero di accessi al Policlinico. Da Geriatra non posso che plaudire all'iniziativa ed approfittare per giustificare la mancanza della mia competenza nell'attuale menu delle Specialità in quanto

la Geriatria necessita dell'integrazione delle diverse competenze, per cui ritengo che possa essere facilmente attivata quando il sistema sarà ben rodato dalle singole Specialità d'organo

Nel confermare la mia convinta adesione al "Progetto SATELLITE", auguro una sua rapida ed efficace attuazione.

Franco Rengo

*Direttore DAS di Medicina Interna, Geriatria, Patologia Cardiovascolare
e Immunitaria, Cardiochirurgia*

* * *

Nel contesto di una riduzione drastica delle spese per l'assistenza nella Regione Campania, una delle poche buone notizie è costituita dall'opportunità dell'applicazione delle metodologie informatiche nel SSR. L'accesso al computer è sempre maggiore nelle famiglie e le farmacie sembrano collaborare con efficacia all'utilizzo di procedure di telemedicina: il Progetto SATELLITE ha dunque la possibilità di svilupparsi rapidamente sul territorio Regionale. A questo punto ritengo opportuno l'organizzazione di workshop di simulazione delle procedure, che coinvolgano tutti gli attori del progetto, in aule multimediali con computer in rete. Ciò al fine di andare al di là del pur utile servizio delle prenotazioni via rete.

Paolo Rubba

*Responsabile Area funzionale di Medicina Interna e Vascolare
DAS di Clinica Medica*

* * *

Le malattie reumatiche rappresentano larga parte della domanda assistenziale nella nostra Regione. Le recenti evidenze della ricerca e la disponibilità di trattamenti innovativi sottolineano per tali condizioni l'importanza di una precoce diagnosi che poi consenta quando indicato un rapido inizio di una terapia efficace. In tale contesto gli obiettivi del Progetto SATELLITE corrispondono per quanto riguarda il ruolo della Reumatologia della Federico II alla necessità di esprimere un sicuro riferimento come polo di alta specializzazione favorendo l'approccio a casistiche complesse e di elevata intensità assistenziale. Ciò consentirà di aprire ambiti di riflessione e di azione anche sugli aspetti relativi alla didattica ed alla ricerca, nel contesto della collaborazione con gli altri operatori coinvolti.

Raffaele Scarpa

*Responsabile Area Funzionale di Reumatologia e Riabilitazione Reumatologica
DAS di Clinica Medica*

* * *

Il momento fondamentale per una strategia assistenziale che coniughi l'efficacia con la riduzione dei costi è una stretta collaborazione tra i diversi gestori dell'assistenza sanitaria ed in

particolare tra i medici di famiglia e le strutture ambulatoriali ed ospedaliere. Questo tipo di rapporto è oggi favorito dall'innovazione tecnologica che offre soluzioni particolarmente efficaci ed a basso costo. Un'esperienza condotta in Campania nell'ambito cardiovascolare, il progetto Campania Salute, ha già dimostrato l'utilità di questo approccio. Infatti, creando un network telematico tra Centro dell'Ipertensione dell'Università Federico II, Ambulatori dislocati in diverse Città della Regione e Medici di Medicina Generale si è riusciti a migliorare l'aderenza dei pazienti al trattamento, ridurre i ricoveri e gli accessi in Pronto Soccorso e, soprattutto, gli eventi cardiovascolari.

Bruno Trimarco

Responsabile Area Funzionale Unità di terapia intensiva Coronarica e Centro Ipertensione DAS di Medicina Interna, Geriatria, Patologia Cardiovascolare e Immunitaria, Cardiocirurgia

* * *

La creazione di un sistema a rete tra ospedale e territorio, che non può prescindere da una informatizzazione dei dati sanitari e dall'ausilio delle tecnologie di telemedicina, è essenziale per un efficace collegamento tra le due realtà assistenziali per una gestione congiunta del paziente cronico, che consenta di ridurre le ospedalizzazioni e le re-ospedalizzazioni ed i costi per la sanità pubblica. Questa rete appare particolarmente appropriata per alcune patologie croniche particolarmente incidenti, come le patologie cardiovascolari acute (sindromi coronariche acute, cardio-operati, scompenso cardiaco), nelle quali un percorso di riabilitazione cardiologica e successivo passaggio al territorio con una dimissione protetta consentirebbe una migliore gestione del paziente a medio lungo termine, assicurando, in particolare, una corretta prevenzione secondaria ed aderenza alle terapie farmacologiche e ai corretti stili di vita.

Carlo Vigorito

Responsabile Area Funzionale di Riabilitazione Cardiologica DAS di Medicina Interna, Geriatria, Patologia Cardiovascolare e Immunitaria, Cardiocirurgia

* * *

Il Progetto SATeLLITE nel realizzare il dialogo professionale tra le Unità di eccellenza dell'AOU ed i Medici che operano sul territorio della Regione Campania, pone al centro dell'obiettivo l'interesse per la salute del cittadino, abbreviando e facilitando nei modi e nei tempi il percorso diagnostico e terapeutico. Il Progetto ha un elevato significato etico, poiché nel mentre esalta l'insieme dei doveri inerenti la professione medica, valorizza un complesso di norme morali e di costume finalizzate a perseguire con la massima efficacia il bene primario del cittadino, attraverso un'innovazione che modifica, trasforma e vitalizza il rapporto medico-paziente.

Carlo Vosa

Responsabile Area Funzionale di Cardiocirurgia DAS Medicina interna, Geriatria, Patologia Cardiovascolare e Immunitaria, Cardiocirurgia

I Medici di Medicina Generale

La progressiva ed accentuata specializzazione nell'ambito delle discipline scientifiche a cui si assiste da qualche anno, e per quanto di nostro interesse nella medicina, ha portato ad una frammentazione degli atti medici sia che essi siano collegati alla diagnosi sia che siano inerenti la terapia.

Il sistema di offerta sempre frammentato si è dotato negli ultimi tempi di strumenti (programmazione, monitoraggio, controllo, modalità di finanziamento) atti a ricondurre in termine di appropriatezza le singole prestazioni. Ciò ha condotto nel tempo a sviluppare un sistema di offerta coerente con le indicazioni di funzionalità e razionalità, ma pur sempre puntiforme.

L'orientamento futuro deve necessariamente perseguire un "momento complessivo" di assistenza che sia di reale supporto al paziente ed allo stesso modo si economicamente compatibile con le esigenze del sistema.

La partecipazione al progetto a cui siamo chiamati persegue ambedue queste finalità ed è per questo che con convinzione vi aderiamo.

Domenico Adinolfi
Presidente Progetto Leonardo

* * *

I paleontologi amano definire l'informatica come un "prolungamento del cervello" e la sua irruzione nella specie un "salto evolutivo" pari solo all'acquisizione, da parte dell'uomo, della capacità di usare l'"attrezzo" a sua volta considerato come il "prolungamento della mano".

In qualche milione di anni l'"etica della sopravvivenza" ha, dunque, sviluppato tecnologia che progressivamente ha consentito non solo la vita, ma anche l'incremento della specie.

Subito dopo la diffusione del sistema Window's la Medicina Generale ha compreso che il Governo di fenomeni sanitari complessi e costosi come quelli che si verificano nell'Area dell'Assistenza Primaria poteva realizzarsi solo con l'uso intensivo dell'informatica e della telematica esercitato in forme organizzate di associazione sotto la guida della Società Italiana di Medicina Generale.

La Comegen Srl in 14 anni ha creato la prima Banca Dati di popolazione d'Italia sulla quale ha innestato un processo di analisi, monitoraggio e valutazione della coerenza scientifica delle prestazioni sanitarie che i suoi soci fornivano ai loro assistiti. Oggi, come Presidente della Cooperativa e della SIMG Regionale, posso affermare con orgoglio che questi ultimi godono di una assistenza nettamente superiore alla media e, soprattutto, sono al centro di un "sistema" votato ad accrescere continuamente la professionalità dei loro Medici Curanti.

Se tutto il resto della Sanità Campana avesse ascoltato il "messaggio etico" della natura con la stessa sollecitudine, i cittadini della nostra Regione avrebbero qualche problema economico in meno e maggiori opportunità di curare bene le loro malattie.

Giovanni Arpino
Presidente Cooperativa COMEGEN

La crisi economica quanto mai attuale ci impone alcune riflessioni.

A seguito, infatti, delle restrizioni finanziarie crescono le disuguaglianze, le disparità tra i cittadini indebolendosi il valore del diritto, dell'eguaglianza, dell'universalismo, dietro politiche di razionalizzazione delle Aziende Sanitarie.

Per tali motivi è necessario fare ricorso ad Amministratori capaci di intuire quanto e per quanto si dovrà investire e soprattutto su cosa si dovrà investire.

Nell'ottica che non potrà essere dato tutto a tutti, sarà gioco forza obbligatorio definire ed applicare priorità di accesso alle varie prestazioni. È necessario, quindi, che i Medici di Medicina Generale facciano da filtro alle necessità di valutazione specialistica o di ricovero.

La scelta di favorire pazienti con maggiore bisogno rispetto ad altri con situazioni cliniche meno gravi, permetterà, infatti, di garantire un equo utilizzo delle risorse.

Proprio per questi motivi, la sfida organizzativa che si presenta per la nostra Regione, è quella di fare comunicare tra di loro, come si propone il progetto SATELLITE, la medicina ospedaliera con quella territoriale, in modo che entrambe rappresentino un continuum nel processo assistenziale senza alcuna barriera, sociale, economica o razziale.

Massimo Cafiero
Presidente ANICRIMM

* * *

La funzione del Medico di Medicina Generale (MMG) vive una profonda crisi strutturale". Il "gap" accumulato tra la necessità di svolgere un ruolo centrale e di coordinamento nella gestione dei problemi sanitari dei propri Pazienti e le possibilità reali di incidere nella organizzazione del processo diagnostico terapeutico e assistenziale va colmato rapidamente, al di là dell'impegno professionale e della buona volontà dei singoli operatori. Gli attuali interventi rivolgono l'attenzione, prevalentemente, alla efficienza di erogazione dei servizi (buon uso delle risorse) piuttosto che alla loro efficacia (raggiungimento del risultato). Ma, certamente, le colpe maggiori del "malfunzionamento" nella generazione dei risultati vanno attribuite a difetti nel "processo" diagnostico-assistenziale. L'assenza di un rapporto strutturale tra MMG, Specialisti, Pazienti, penalizza enormemente l'efficienza degli interventi sanitari e, a volte, la stessa efficacia. La soluzione non può venire che da una diversa organizzazione del lavoro e da un approccio globale, coordinato e tempestivo.

In tal senso, il Progetto "SATELLITE", rielaborando gli spazi di azione e ricercando nuovi modelli di relazione e di trasferimento delle informazioni cliniche ridefinisce, al di là degli strumenti tecnologici, la triade MMG-Specialista-Paziente, creando non più una cascata di competenze ma una vera rete assistenziale per risolvere presto, bene ma, soprattutto, in modo globale i problemi del Paziente, evitando, peraltro, un incontrollato consumo di risorse grazie a PDTA condivisi e validati. Le criticità sono soprattutto culturali, avendo noi a disposizione tutte le competenze e gli strumenti tecnici per implementare le soluzioni utili all'agire terapeutico-assistenziale, nel rispetto del diritto fondamentale del Paziente di ricevere la migliore assistenza possibile. Le Cooperative di MMG intendono sperimentare un modello di lavoro che, se compreso e supportato da chi vi parteciperà a vario titolo, segnerà una svolta fondamentale nel rapporto tra gli Operatori del SSN e tra questi ultimi e i loro Pazienti e rappresenterà un modello riproducibile ed esportabile, con merito per coloro che l'avranno reso possibile.

Mario De Santis
Presidente Cooperativa Mega Ellas Salerno

Il modello tradizionale di corso di aggiornamento è in crisi, da questa crisi non si sottrae nemmeno la recente introduzione di corsi e-learning, la tecnologia non è scevra da difficoltà e per di più favorisce l'isolamento. La SIMG da tempo si pone questo problema ed è impegnata nello sperimentare nuovi approcci alla formazione, ha pensato ed introdotto lo sviluppo professionale continuo teso al miglioramento della pratica professionale attraverso il ciclo virtuoso tra esperienza, riflessione e conoscenza in un rapporto continuo tra teoria e pratica. Ripensare alla formazione in un'ottica di "innovazione" così come si propone nel progetto a cui siamo stati invitati a partecipare è un impegno stimolante. Il mmg che partecipa al progetto sia come responsabile per la propria cooperativa nella branca di proprio interesse sia il mmg che si rivolge al "sistema" è nella condizione di chi fa ricerca e questa nuova stimolante esperienza è il valore aggiunto di questo nuovo processo formativo.

Gaetano Piccinocchi

Segretario organizzativo SIMG, Presidente SIMG - Napoli

* * *

Una crisi economica lunga e drammatica, in tempi assolutamente non ordinari, costringe a cambiare ed innovare senza riserve. L'insostenibilità economica dei servizi erogati costringe all'appropriatezza. Non è più possibile l'utilizzo dell'ospedale, complesso e costoso, proprio dell'acuzie e con specifici paradigmi di tempo e di spazio, per la cura della cronicità. È il territorio che deve prendersi cura della cronicità. Un territorio che sappia mettere in rete gli erogatori di servizi che già vi insistono: famiglie, poliambulatori, medici di famiglia, farmacie, sociale e quant'altro. Potenziamiento dell'esistente e sua riorganizzazione funzionale in rete operativa in stretto raccordo con l'ospedale è l'urgenza dell'oggi. Condividere procedure operative tra ospedale e territorio diventa essenziale almeno in due aree critiche: a. passaggio acuzie/cronicità e acuzie/salute che può riguardare tutti i cittadini; b. funzione didattica dell'ospedale che si è molto appannata e di cui il territorio ha impellente necessità. L'ospedale non può rinunciare alla sua vocazione didattica anche verso un territorio attivo ed interagente. Le forme associative avanzate della medicina generale anche cooperative e la medicina telematica, se ben considerate rappresentano dei potenti facilitatori in questo processo.

Crescenzo Simone

Presidente Cooperativa Sannium - Benevento

... Molti sono i contributi che ancora stiamo raccogliendo e continueremo a ricercare sul tema integrazione ospedale-territorio, perché siamo convinti che il confronto tra le parti sia imprescindibile per la crescita e lo sviluppo del progetto SATeLLITE.

Ci scusiamo, pertanto, con coloro che in queste ore stanno inviandoci i loro spunti di riflessione, ma i tempi dei "vecchi" media ci obbligano a dover rinunciare, almeno temporaneamente, a qualche prezioso contributo. È per questo che abbiamo deciso di realizzare, nei prossimi mesi, una nuova ed aggiornata edizione.

Per ulteriori approfondimenti, ed aggiornamenti in tempo "reale", rinviando al web magazine della intranet dell'AOU Federico II (<http://intranet.policlinico.unina.it>).

Finito di stampare
nel mese di novembre 2011
dalla Poligrafica F.lli Ariello - Editori s.a.s.
Napoli

Questo prodotto è stato realizzato nel rispetto delle regole stabilite dal sistema di gestione qualità conforme ai requisiti ISO 9001:2008 valutato da Bureau Veritas Italia S.p.A. e coperto dal certificato numero 209065

