



# **L'organizzazione del Sistema Sanitario**

**Paola Bardasi  
Erika Grandi  
Francesca Raggi**

**Ferrara, 28 gennaio 2016**

# **Obiettivi dell'intervento**

**Rappresentare l'organizzazione del Servizio Sanitario**

**Individuare e spiegare i cambiamenti in atto negli assetti organizzativi del sistema**

**I nuovi percorsi assistenziali e i nuovi ruoli sanitari nel sistema che sta cambiando**

## Definizione del SSN

Il Servizio Sanitario Nazionale (costituito con L. 833/78) è **un insieme di funzioni, servizi e attività, che garantisce la tutela della salute.**

Tale principio è ribadito nell'art. 1 D. Lgs. 502/92.

Il Servizio Sanitario Nazionale da concretezza all'art. 32 della Costituzione.

**“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.”**

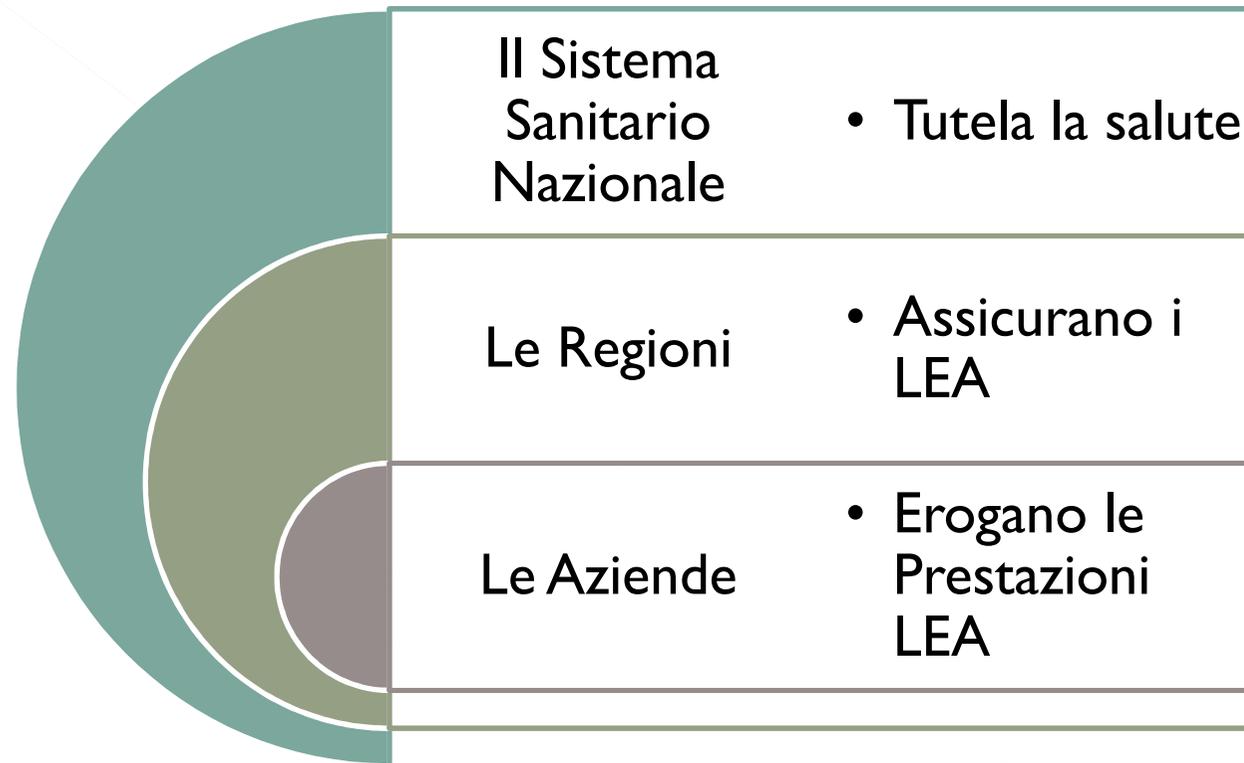
Il Servizio sanitario nazionale, per raggiungere l'obiettivo di tutela della salute, deve assicurare i livelli essenziali e uniformi di assistenza (LEA).

## Definizione del SSN

Il Servizio sanitario nazionale, per raggiungere l'obiettivo di tutela della salute, **deve assicurare i livelli essenziali e uniformi di assistenza (LEA).**

**I Livelli Essenziali di Assistenza sono assicurati dalle Regioni attraverso le** Aziende USL, le Aziende Ospedaliere, le Aziende Ospedaliero-Universitarie gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), e le strutture private.

## Definizione del SSN



## Cosa sono i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)

I livelli essenziali di assistenza comprendono le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni relativi alle aree di offerta **individuate dal Piano sanitario nazionale**.

E' nel **DPCM 29 novembre 2001** di "**Definizione dei Livelli essenziali di assistenza**" che sono elencate le attività e le prestazioni incluse nei Livelli e le prestazioni escluse

**Assistenza Sanitaria Collettiva  
in Ambienti di Vita e Lavoro**

**Assistenza Distrettuale**

**Assistenza Ospedaliera**

Sono **posti a carico** del Servizio sanitario le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che presentano, per specifiche condizioni cliniche o di rischio, evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute, a livello individuale o collettivo, a fronte delle risorse impiegate.

**Tutte le prestazioni erogate fuori LEA devono essere finanziate autonomamente dalla Regione.**

I LEA devono essere SEMPRE garantiti.

Sono **esclusi dai livelli di assistenza** erogati a carico del Servizio sanitario nazionale le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che:

- a) non rispondono a necessità assistenziali tutelate in base ai principi ispiratori del Servizio sanitario nazionale di cui al comma 2;
- b) non soddisfano il principio dell'efficacia e dell'appropriatezza, ovvero la cui efficacia non e' dimostrabile in base alle evidenze scientifiche disponibili o sono utilizzati per soggetti le cui condizioni cliniche non corrispondono alle indicazioni raccomandate;
- c) in presenza di altre forme di assistenza volte a soddisfare le medesime esigenze, non soddisfano il principio dell'economicità nell'impiego delle risorse, ovvero non garantiscono un uso efficiente delle risorse quanto a modalità di organizzazione ed erogazione dell'assistenza.

## La Revisione dei LEA

**I LEA sono in corso di revisione a seguito delle imposizioni derivanti dalla Legge 189/2012 ("Balduzzi").**

### **Entrano nei LEA:**

110 nuove malattie rare

le broncopneumopatie croniche ostruttive (BPCO) al II stadio (moderato), III stadio (grave), e IV stadio (molto grave), comunemente conosciute come enfisema polmonare e broncopolmonite cronica

le osteomieliti croniche, cioè malattie croniche infiammatorie delle ossa

le patologie renali croniche (con valori di creatinina clearance stabilmente inferiori a 85 ml/min)

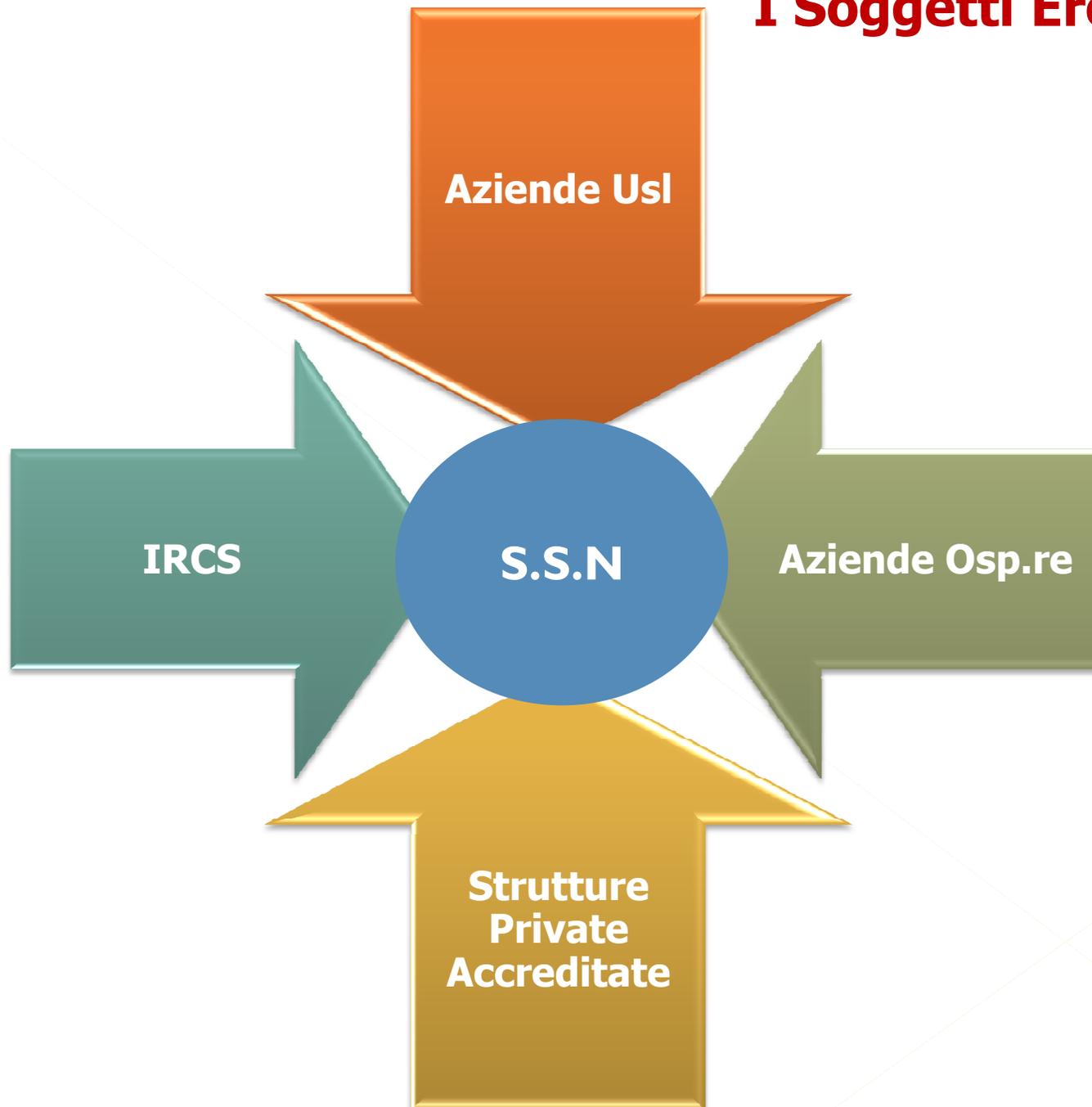
il rene policistico autosomico dominante

la sarcoidosi al II, III e IV stadio, cioè malattie che interessano più tessuti e organi con formazioni di granulomi e che comportano problemi polmonari, cutanei e oculari.



# **I Soggetti Erogatori del Servizio Sanitario Nazionale**

## I Soggetti Erogatori



## Le Regioni



Spesso si equipara la Regione ad una "holding" che detiene e controlla le Aziende Sanitarie pubbliche sparse sul territorio.

Le Regioni esercitano un ruolo di soggetto proprietario e **controllore delle Aziende sanitarie.**

La Regione ha "potestà concorrente" con lo Stato in materia sanitaria.

Tali funzioni sono espletate per il mezzo dei **propri organi** istituzionali (Giunta, Consiglio regionali), dei **propri Assessori** alla sanità e delle **Agenzie Regionali.**

## Le Regioni e il Finanziamento

Ogni Regione è **autonoma nell'assegnare il finanziamento** alle aziende sanitarie.

Il Riparto del Fondo Sanitario Nazionale (che dovrebbe ora avvenire con il criterio dei costi standard) viene recepito all'interno dell'Intesa Stato Regioni.

**L'Azienda USL della provincia è finanziata per intero dei tre livelli di assistenza.** Tra questi vi è ovviamente anche **l'assistenza ospedaliera** del territorio.

## Le Regioni e il Finanziamento

Laddove **sia presente un'Azienda Ospedaliera** e la Regione abbia responsabilizzato nel ruolo l'Azienda USL della provincia, quest'ultima procede a realizzare un **ACCORDO DI FORNITURA** con la locale Azienda Ospedaliera.

Nell'Accordo vengono **concordati i volumi prestazionali e i valori economici** (mediante le tariffe) a fronte dell'assistenza resa ai cittadini residenti della Provincia di riferimento.

L'Accordo dovrebbe coprire i **costi di produzione efficienti** dell'Azienda Ospedaliera.

## Le Aziende Sanitarie e La Personalità Giuridica

Per migliorare il sistema, le Unità Sanitarie Locali e gli ospedali universitari furono stati costituiti in azienda

(Art. 3 comma 1 bis D. Lgs. 502/92)

Le Aziende sanitarie sono pertanto dotate di **personalità giuridica pubblica** e **autonomia imprenditoriale** alla stregua di un'azienda privata.

## Le Aziende USL

Sono anche chiamate **Aziende Territoriali**.

Eroga **tutti i servizi che sono ricompresi nei livelli essenziali di assistenza, per cui:**

- a) Prevenzione collettiva in ambienti di vita e lavoro
- b) Assistenza distrettuale (tra cui la salute mentale).
- c) Assistenza ospedaliera

**Ogni Regione ha diversamente organizzato le Aziende USL, il loro numero, il loro ruolo.**

In effetti possiamo avere Aziende USL che producono tutti i servizi, come in alcuni casi possono solo "commissionare" certi servizi (Es. ruolo forte degli ospedali come in Lombardia).

## Le Aziende Ospedaliere

**Sono Aziende che erogano prestazioni per il livello assistenziale dell'assistenza ospedaliera** (prestazioni specialistiche, ospedaliere in senso stretto (ricoveri) e riabilitative).

Non possono erogare servizi tipicamente territoriali (assistenza distrettuale e assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e lavoro).

Le Aziende Ospedaliere erogano le prestazioni, a differenza delle Aziende USL che le possono erogare e acquistare.

**Aziende Ospedaliere:** sono presidi ospedalieri che sono stati trasformati in aziende e che hanno i requisiti per essere Aziende Ospedaliere

**Aziende Ospedaliero-Universitarie:** sono i Policlinici, pertanto Ospedali con Facoltà di Medicina, anch'essi costituiti in Azienda

## L'Assistenza Ospedaliera

**Pertanto l'assistenza ospedaliera può essere erogata sia dalle aziende USL, che dalle aziende ospedaliere**

Il livello di assistenza ospedaliera fornita determina la distinzione negli ospedali Hub & Spoke (2001), Ospedali per intensità di cura, ecc.

E' recentemente entrato in vigore il DM 70/2015, decreto del Regolamento Ospedaliero, che interviene fortemente nella riorganizzazione del ruolo degli ospedali.

Il Decreto è conseguente alle indicazioni fornite dal L. 135/2012 (Spending Review).

E' appena stata approvata la **DGR 2040/2015** contenente le "Linee di indirizzo per la riorganizzazione della rete ospedaliera" e "Rete cardiologica"

## Le Aziende Ospedaliere

Sono Aziende che producono solo il livello di assistenza ospedaliera.

Non possono erogare servizi tipicamente territoriali (assistenza distrettuale e assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e lavoro).

**Le Regioni possono proporre la costituzione in aziende ospedaliere i presidi ospedalieri** in possesso di una serie di requisiti

- a) **organizzazione dipartimentale** di tutte le unità operative presenti nella struttura,
- b) disponibilità di un sistema di **contabilità economico patrimoniale** e di **una contabilità per centri di costo;**
- c) **presenza di almeno tre unità operative di alta specialità** secondo le specificazioni di cui al decreto del Ministro della sanità 29 gennaio 1992
- d) **dipartimento di emergenza di secondo livello,**
- e) **ruolo di ospedale di riferimento** in programmi integrati di assistenza su base regionale e interregionale ed in considerazione della mobilità infraregionale e della frequenza dei trasferimenti da presidi ospedalieri regionali di minore complessità (ecc...)

## Gli IRCCS

Gli ospedali denominati IRCCS sono degli **Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico**. Questi sono ospedali che dimostrano eccellenza nella organizzazione e gestione dei servizi sanitari e nello sviluppo della ricerca nel campo biomedico.

A seguito di un'attenta valutazione da parte del Ministero della Salute questi particolari ospedali ricevono il "riconoscimento del carattere scientifico" nell'area clinica di competenza e vengono qualificati come IRCCS (Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico).

Il riconoscimento come IRCCS conferisce il diritto alla fruizione di finanziamenti pubblici finalizzati esclusivamente allo sviluppo della ricerca scientifica relativa alle materie riconosciute

Attualmente esistono circa 40 ospedali riconosciuti come IRCCS distribuiti sul il territorio italiano, il maggior numero dei quali si trova nella regione Lombardia e nel Lazio (ez Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori, Milano, Fondazione Ospedale San Camillo, Venezia Lido (Riabilitazione da traumi cranici e spinali, IRCCS Materno Infantile Burlo Garofolo (FVG), (Settore Pediatrico, tutela della maternità e della salute donna), IRCCS Istituto delle Scienze Neurologiche, Bologna)

## Il Privato Accreditato

I soggetti privati che lavorano nel settore sanitario possono lavorare all'interno del Sistema Sanitario Nazionale **solo se in possesso dell'Accreditamento.**

L'accreditamento significa ottenere una sorta di certificazione di qualità che garantisca il rispetto di una serie di parametri qualitativi nell'erogazione dei servizi.

Tra i soggetti privati possiamo avere:

- Le case di cura private
- I Centri Residenziali per gli Anziani
- Le Residenze Sanitarie Assistite
- Ecc....

## **Autorizzazione, Accredimento e Accordo**

**LE 3 A della per lavorare nel Sistema Sanitario (Art. 8 bis D. Lgs. 502/92).**

**Autorizzazione Sanitaria.** Requisito indispensabile per **realizzare strutture sanitarie** e per **esercitare le attività sanitarie**. Viene rilasciata dal Comune. Art. 8 ter D. Lgs. 502/92.

**Accreditamento Istituzionale.** Requisito indispensabile **per esercitare attività per conto** del Servizio Sanitario Regionale. Verifica dei Requisiti e il rilascio dell'accREDITamento (con iscrizione all'albo regionale delle aziende accreditate) compete alla Regione. Art. 8 quater D. Lgs. 502/92. Durata varia da Regione a Regione.

**Accordo.** Requisito indispensabile per esercitare attività **a carico** del Servizio Sanitario Regionale. Gli accordi avvengono direttamente tra Azienda USL e Aziende erogatrici dei servizi. In primis la locale azienda ospedaliera poi a seguire solitamente le strutture private accreditate della provincia. Durata dell'accordo: 1 anno.

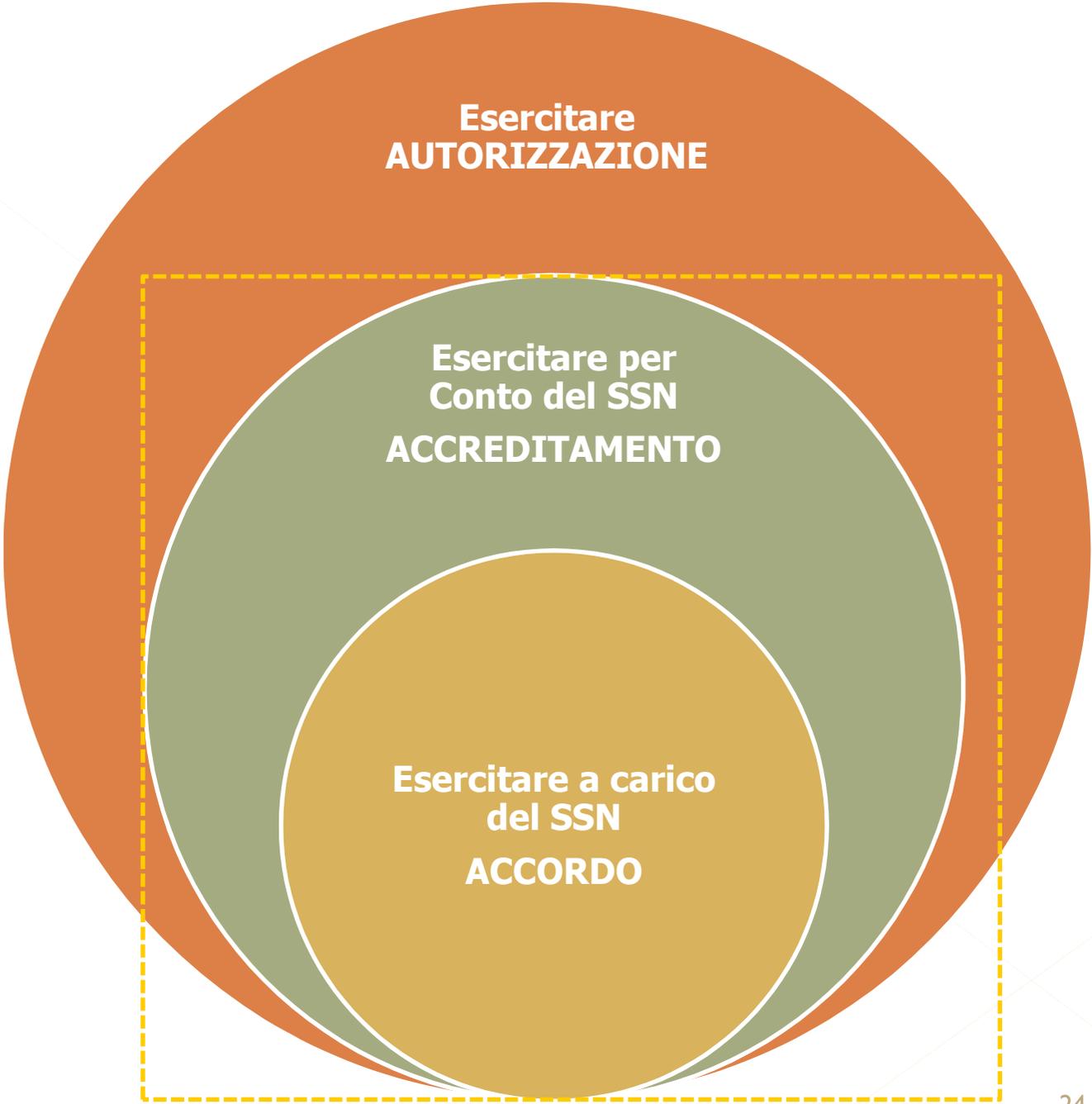


## **Autorizzazione, Accredimento e Accordo**

**Autorizzazione:** tutti i soggetti erogatori, i laboratori privati, gli studi dentistici, ecc... Devono possedere una serie di requisiti tecnici e organizzativi minimi per l'apertura.

**Accreditamento:** tutti i soggetti erogatori che vogliono lavorare nel SSN. Vengono richiesti requisiti tecnici e organizzativi più stringenti rispetto all'autorizzazione. E' funzionale all'autorizzazione.

**Accordo:** tutti i soggetti che vogliono lavorare a carico del SSN. Si formalizzano degli accordi all'interno dei quali le Aziende Sanitarie Territoriali "contrattano" l'acquisto di prestazioni per i propri utenti.



**Esercitare  
AUTORIZZAZIONE**

**Esercitare per  
Conto del SSN  
ACCREDITAMENTO**

**Esercitare a carico  
del SSN  
ACCORDO**

## L'Accreditamento

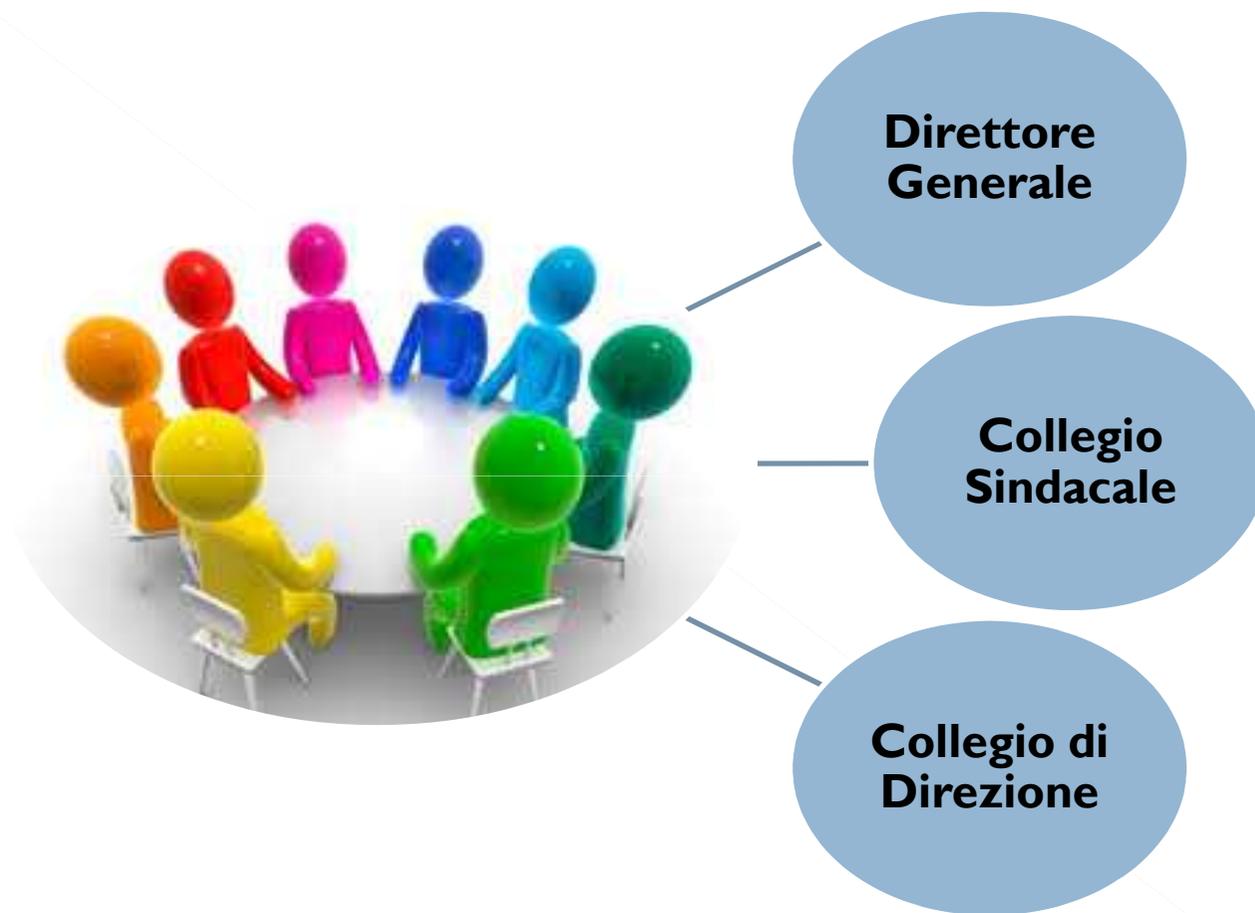
L'accREDITAMENTO riguarda:

- Soggetti pubblici e privati che erogano **assistenza ospedaliera e specialistica**
- Soggetti pubblici e privati che erogano **assistenza distrettuale residenziale** (residenze per anziani, disabili, psichiatrici) e semiresidenziale (centri diurni per anziani, disabili, psichiatrici)
- Soggetti pubblici e privati che effettuano **trasporti sanitari** (in emergenza e ordinari).



## **Gli Organi delle Aziende Sanitarie e l'assetto organizzativo**

# Gli Organi dell'Azienda Sanitaria Pubblica



## Il Direttore Generale

Il **direttore generale** è il **rappresentante legale dell'Azienda**.

**E' responsabile della gestione complessiva dell'azienda**, rappresenta complessivamente l'azienda e nomina i responsabili delle strutture operative dell'azienda.

Il direttore generale e' coadiuvato, nell'esercizio delle proprie funzioni, dal direttore amministrativo e dal direttore sanitario.

Il direttore generale è **nominato dalla Regione** (attingendo dall'apposito elenco regionale degli idonei).

Le Regioni pongono in capo ai direttori generali specifici obiettivi per verificare e valutare la loro attività.

A 18 mesi dalla nomina la Regione verifica il corretto andamento di tali obiettivi.

# Il Collegio Sindacale

## Il collegio sindacale:

- a) verifica l'amministrazione dell'azienda sotto il profilo economico;
- b) vigila sull'osservanza della legge;
- c) accerta la regolare tenuta della contabilità e la conformità del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili, ed effettua periodicamente verifiche di cassa;
- d) riferisce almeno trimestralmente alla Regione, anche su richiesta di quest'ultima, sui risultati delle analisi effettuate e "denuncia" eventuali irregolarità o problematiche.

## Il Collegio di Direzione

Il **collegio di direzione** deve essere istituito per mezzo delle Regioni e ha tra i suoi compiti:

- a) concorrere al governo delle attività cliniche,
- b) partecipare alla pianificazione delle attività, incluse la ricerca, la didattica, i programmi di formazione e le soluzioni organizzative per l'attuazione dell'attività libero-professionale intramuraria.

Tipicamente il collegio può essere composto:

- Dal direttore generale, sanitario e amministrativo
- Dai direttori di Distretto
- Dai direttori sanitari e amministrativi dei presidi ospedalieri
- Dai direttori dei dipartimenti
- Dai direttori delle direzioni di tipo tecnico
- Dai direttori delle funzioni delle politiche del farmaco

Viene presieduto dal direttore sanitario per alcune Regioni, per altre è il direttore generale.

# Che cosa intendiamo per organizzazione?



L'ospedale più piccolo è di gran lunga più complesso di qualsiasi altra azienda di maggiori dimensioni (H. Mintzberg)

## L'Azienda: definizione



“L'azienda è un sistema di forze economiche, cioè un **insieme** di energie personali, mezzi patrimoniali e condizioni varie, operanti **congiuntamente** per il raggiungimento di determinati fini. E' un **sistema complesso**, aperto, finalizzato” (O. Paganelli)

## La struttura organizzativa

**Struttura Organizzativa:** insieme degli elementi base (unità organizzative) del sistema organizzativo, per cui dell'azienda.

Con la struttura organizzativa **si definisce lo "scheletro" dell'azienda**, ovvero l'insieme dei servizi, delle responsabilità e dei diversi compiti suddivisi all'interno del sistema (divisione del lavoro).

La struttura organizzativa si rappresenta graficamente con il cosiddetto organigramma, dove si leggono le posizioni di vertice e di responsabilità e se le relazioni tra le varie unità organizzative sono di line (servizi che partecipano direttamente al processo produttivo) o di staff (servizi che partecipano al processo produttivo in come supporto, come ad esempio servizi di supporto logistico o amministrativo).

# Le strutture complesse e semplici

Le strutture complesse e semplici sono delle **unità organizzative**, ovvero un insieme organizzato e finalizzato di operatori in presenza di attribuzione di risorse specifiche, personale e mezzi coordinati da un responsabile formalizzato.

## Le strutture complesse (dipartimentali e non dipartimentali)

- sono articolazioni organizzative di ampiezza Aziendale dotate di responsabilità e autonomia professionale, che aggregano una pluralità di servizi e/o funzioni.
- Hanno a capo un direttore (figura dirigenziale).

## Le strutture semplici

- sono articolazioni organizzative di ampiezza Aziendale dotate di responsabilità e autonomia professionale, che aggregano una pluralità di risorse e persone.
- Hanno a capo un responsabile (figura dirigenziale).

## L'Atto Aziendale

Le Aziende sanitarie disciplinano la propria organizzazione in un documento chiamato Atto Aziendale.

E' un atto di diritto privato.

Le Aziende sanitarie conservano comunque la loro natura di enti pubblici. Viene solo con tale previsione **rimarcato l'esercizio dell'autonomia imprenditoriale.**

Art. 3 comma 1bis del D. Lgs. 502/92 (così come modificato dal D. Lgs. 229/1999) prevede che l'Azienda USL disciplini la propria organizzazione ed il proprio funzionamento attraverso l'atto aziendale di diritto privato.

L'atto aziendale è **adottato dal Direttore Generale.**

Le scelte operate dal Direttore Generale nell'atto aziendale, esercitando il proprio potere di auto-organizzazione, sono generali e caratterizzate da un alto grado di discrezionalità.

## **L'Articolazione Organizzativa delle Aziende Sanitarie: le strutture fisiche**

**La Regione ha il compito di individuare le articolazioni e le modalità organizzative delle Aziende Sanitarie, sulla base dei livelli essenziali di assistenza.**

La maggior parte delle Regioni (Toscana, Veneto, Emilia Romagna) hanno adottato un'articolazione basata sui seguenti moduli organizzativi:

- **Distretto**
- **Presidio Ospedaliero**
- **Dipartimento**

Queste articolazioni furono individuate nel D. Lgs. 502/92.

Nel tempo si sono aggiunti dipartimenti quali:

- a) Dipartimento di Salute Mentale
- b) Dipartimento di Cure Primarie
- c) Dipartimento Socio-Assistenziale
- d) Dipartimento di base

Questo Assetto si sta evolvendo....

## L'articolazione Organizzativa delle Az. Sanitarie

In effetti l'art. 17 bis del D. Lgs. 502/92 ha individuato nell'organizzazione **dipartimentale il modello ordinario di gestione operativa** di tutte le attività delle aziende sanitarie.

Il dipartimento è quindi una struttura organizzativa interna all'amministrazione, privo di personalità giuridica, di carattere **complesso** in quanto racchiude una pluralità di uffici, organi e attività caratterizzati da un alto grado di omogeneità.

Tale modulo organizzativo è applicabile ad ogni tipo di attività e di azienda sanitaria.

## Il Distretto

Il Distretto è il fulcro di erogazione dell'assistenza territoriale, dove sono erogate prestazioni tra le più delicate del servizio pubblico.

Si parla di assistenza territoriale in quanto erogata sul territorio (fuori dall'ospedale).

**L'articolazione distrettuale riguarda SOLO le aziende sanitarie USL.**

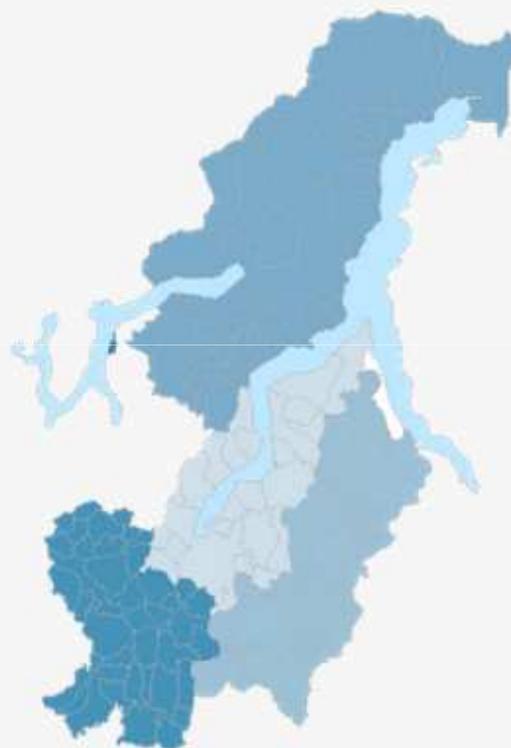
Generalmente si articolano funzioni tanto di **produzione**, quando è la stessa sede distrettuale a provvedere agli interventi di carattere primario, tanto di **committenza** all'esterno, nel caso in cui l'erogazione materiale avviene da parte di altri soggetti e presidi pubblici e privati, comunque legati con un rapporto al SSR.

E' disciplinato a livello nazionale all'art. 3 quater, quinquies e sexies del D. Lgs. 502/92.

# Il Distretto

Es. Distretti Asl Como

-  **DISTRETTO MEDIO ALTO LARIO**  
Viale Diaz 12 Menaggio  
Tel. 0344 369100
-  **DISTRETTO DI COMO**  
Via Croce Rossa 1 Como  
Tel. 031 370 700
-  **DISTRETTO BRIANZA**  
Via Domea 4 Gantù  
Tel. 031 799 510
-  **DISTRETTO SUD OVEST**  
Via Roma 61 Olgiate Comasco  
Tel. 031 999 111
-  **DISTRETTO CAMPIONE D'ITALIA**  
Corso Italia 10 Campione d'Italia  
Tel. 0041 916 497 107



## Il Dipartimento

I dipartimenti rappresentano **la struttura organizzativa** fondamentale dell'Azienda e hanno **l'obiettivo di gestire la produzione garantendo la globalità degli interventi preventivi, assistenziali e riabilitativi e la continuità dell'assistenza.**

I dipartimenti sono la sede elettiva del governo clinico e sono il luogo della partecipazione dei professionisti alle decisioni di carattere strategico, organizzativo e gestionale che influenzano la qualità dei servizi e l'utilizzo delle risorse disponibili.

I dipartimenti hanno estensione aziendale o interaziendale e aggregano una pluralità di strutture organizzative complesse o semplici.

Assicurano la gestione unitaria delle risorse al fine di soddisfare gli obiettivi negoziati a livello aziendale, adottando soluzioni organizzative che garantiscano servizi tecnicamente appropriati e di elevata qualità tecnica, rispondenti alle necessità assistenziali e alle preferenze della persona.



## Il Dipartimento di Prevenzione

E' una struttura operativa dell'azienda USL, alcolato in una serie di aree, preposto all'erogazioni di servizi e prestazioni di:

- Sanità pubblica
- Tutela della salute e della sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro
- Sanità pubblica veterinaria

**La Regione disciplina l'organizzazione interna delle aree ed una loro eventuale integrazione.**

Quale **struttura complessa** il dipartimento ha autonomia organizzativa e contabile, è organizzato in centri di costo e di responsabilità ed è soggetto a rendicontazione analitica, con contabilità separa all'interno del bilancio aziendale.

Il direttore è scelto dal Direttore Generale tra i dirigenti con almeno cinque nani di anzianità di funzione e risponde alla direzione del perseguimento degli obiettivi aziendali, dell'assetto organizzativo e della gestione, in relazione alle risorse assegnate.

## Altri Organismi e Interlocutori Istituzionali

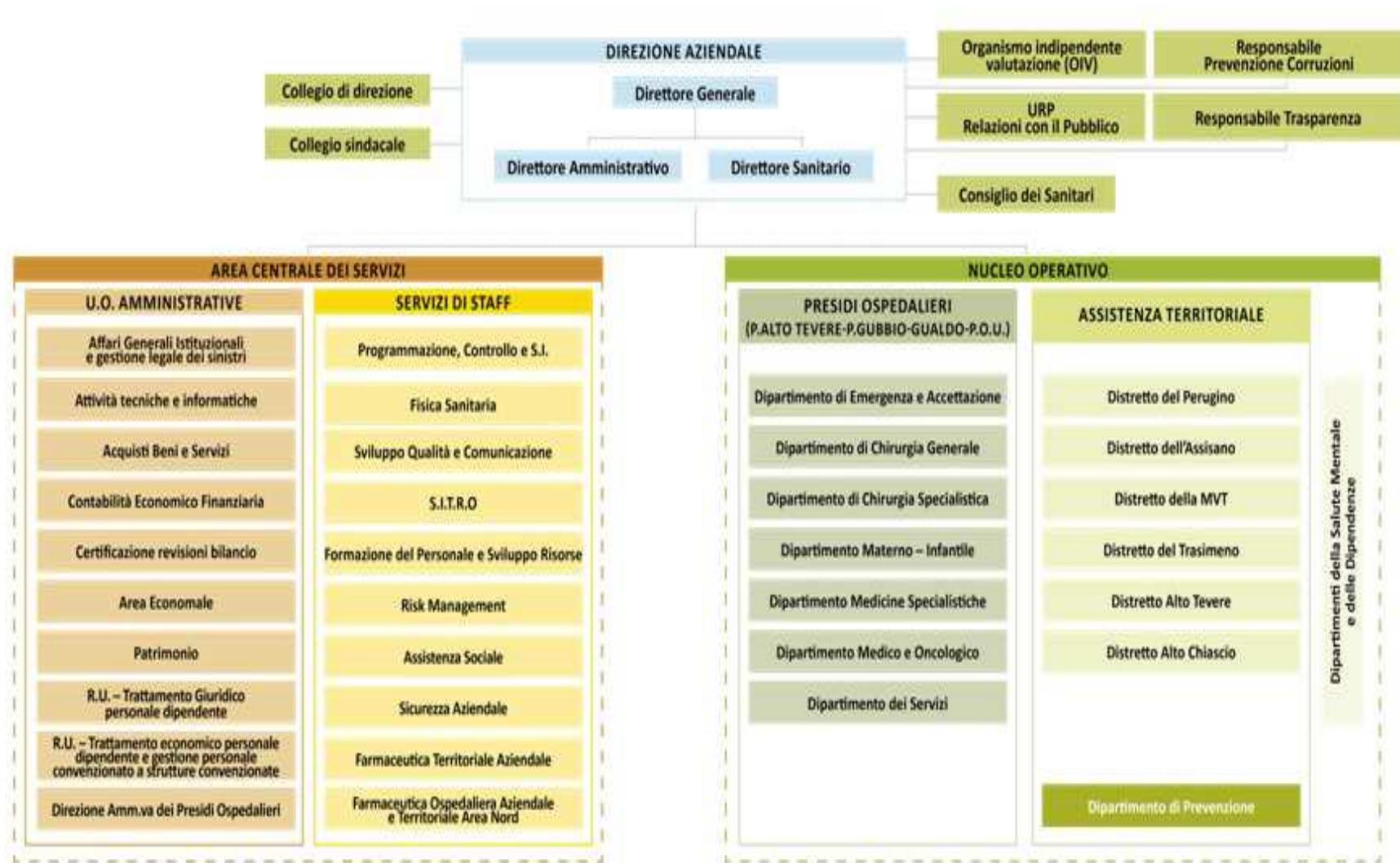
### Interni all'Azienda:

- ✓ **Consiglio dei sanitari.** Presieduto dal direttore sanitario. Fornisce parere obbligatorio al direttore generale per le attività tecnico sanitarie, anche sotto il profilo organizzativo, e per gli investimenti ad esso attinenti (art. 3 comma 12).
- ✓ **Comitato Unico di Garanzia** (per le parti opportunità).

### Esterni all'Azienda

- ✓ **Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria** (Art. 2 comma 2 bis).
- ✓ **Sindaco** (se l'ambito territoriale dell'Azienda Sanitaria coincide con il Comune) o **Conferenza dei Sindaci** (nel caso di più comuni) al fine di corrispondere alle esigenze sanitarie della popolazione, definisce linee di indirizzo di attività sanitaria, esamina il bilancio pluriennale di previsione ed il bilancio di esercizio e rimette alla
- ✓ regione le relative osservazioni (Art. 3 comma 12).

# Esempi di Organigrammi: Usl 1 Umbria





# **I Nuovi Assetti Organizzativi**



## High risk organizations

- Affette dalla sindrome del sistema vulnerabile:
- Perseguono principalmente obiettivi di efficienza, economici, caricano le responsabilità sui singoli...

## High reliability organizations

- Favoriscono il lavoro in team piuttosto che singolo
- Hanno pratiche di lavoro controllate
- Frequenti audit
- Flessibilità dei ruoli fino alla risoluzione di un problema



## **NUOVI MODELLI IN CORSO DI SPERIMENTAZIONE**

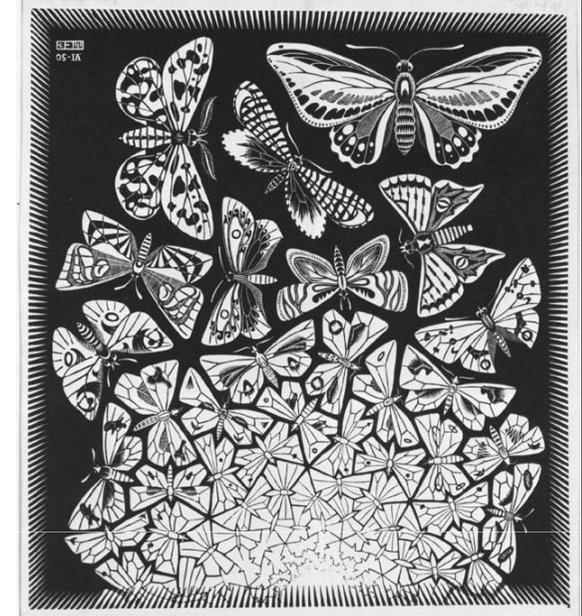
Stiamo vivendo un momento in cui le Aziende e le Regioni si stanno muovendo verso **nuovi assetti istituzionali**.

Le spinte a tale cambiamento sono state dettate da:

- a. Necessità di razionalizzazione della spesa sanitaria**
- b. Trasformazione e Razionalizzazione dell'organizzazione dei servizi:** concentrazione di volumi di attività ospedaliera, creazioni di rete ospedaliere, integrazione ospedale territorio
- c. Riduzione e Razionalizzazione delle attività e dell'offerta sanitaria**
- d. Ridefinire la LEVA dei servizi** nell'ottica dell'appropriatezza e dei reali bisogni di salute

## COSA E' CAMBIATO

- Cambiano i bisogni della popolazione: pazienti complessi che attraversano le **diverse «stazioni»** della sanità e che entrano in ospedale per una piccola parte della loro storia; pazienti «sani» occasionali, cittadini che sviluppano la prevenzione attraverso uno stile di vita appropriato, ...
- Dobbiamo adeguare **i setting assistenziali**: Ospedale – Casa della Salute/Ospedale di Comunità, ambulatorio,... Senza “sovrasttrutture” né sprechi di risorse.
- E' indispensabile un **nuovo sistema di governance** e serve un **assetto organizzativo** coerente con i nuovi bisogni emergenti



# La nuova mappa dei bisogni

Il SSN deve individuare **i nuovi target assistenziali:**

**a) Target "classici":**

- popolazione sana (agire sulla prevenzione)
- pazienti acuti (trattare la fase acuta)

**b) Nuovi Target:**

- Pazienti cronici
- Pazienti LTC (Long Term Care)
- Utenti Occasionali



Il SSN deve individuare **dimensioni e le organizzazioni delle strutture sanitarie:**

**a) Ospedali hub 1**

**b) Ospedali hub 2**

**c) Ospedali spoke**

**d) Strutture intermedie con attività di ricovero**

**e) domiciliarità**

# I nuovi target assistenziali

## Pazienti Cronici

Il meccanismo di accesso dei pazienti cronici, una volta reclutati, deve avvenire nel back-office (uscire dal sistema CUP). Es. Casa della Salute.

L'attivazione dei processi di reclutamento dei pazienti cronici eleggibili dovrebbe attivarsi per il tramite di una moltitudine di funzioni (screening, MMG, servizi sociali, specialistica, ospedale) e confluire in un unico punto di gestione informatizzata del paziente che ne presidia il reclutamento.

# I nuovi target assistenziali

## Pazienti LTC

Il Luogo privilegiato dovrebbe essere il Punto Unico di Accesso. Si dovrebbe integrare i servizi socio-assistenziali, socio-sanitarie.

Il Progetto Assistenziale Individuale (PAI) dovrebbe comprendere i servizi garantiti dall'ente locale, dal SSN e dalla spesa privata delle famiglie.

L'assessment dovrebbe essere fatto sui bisogni dell'utente a prescindere dalle risorse pubbliche.

# I nuovi target assistenziali

## Utenti Occasionali

A questo target di utenti andrebbe esplicitato il reale livello di copertura delle richieste che il SSN è in grado di offrire, anche in funzione del concetto di appropriatezza della prestazione sanitaria richiesta.

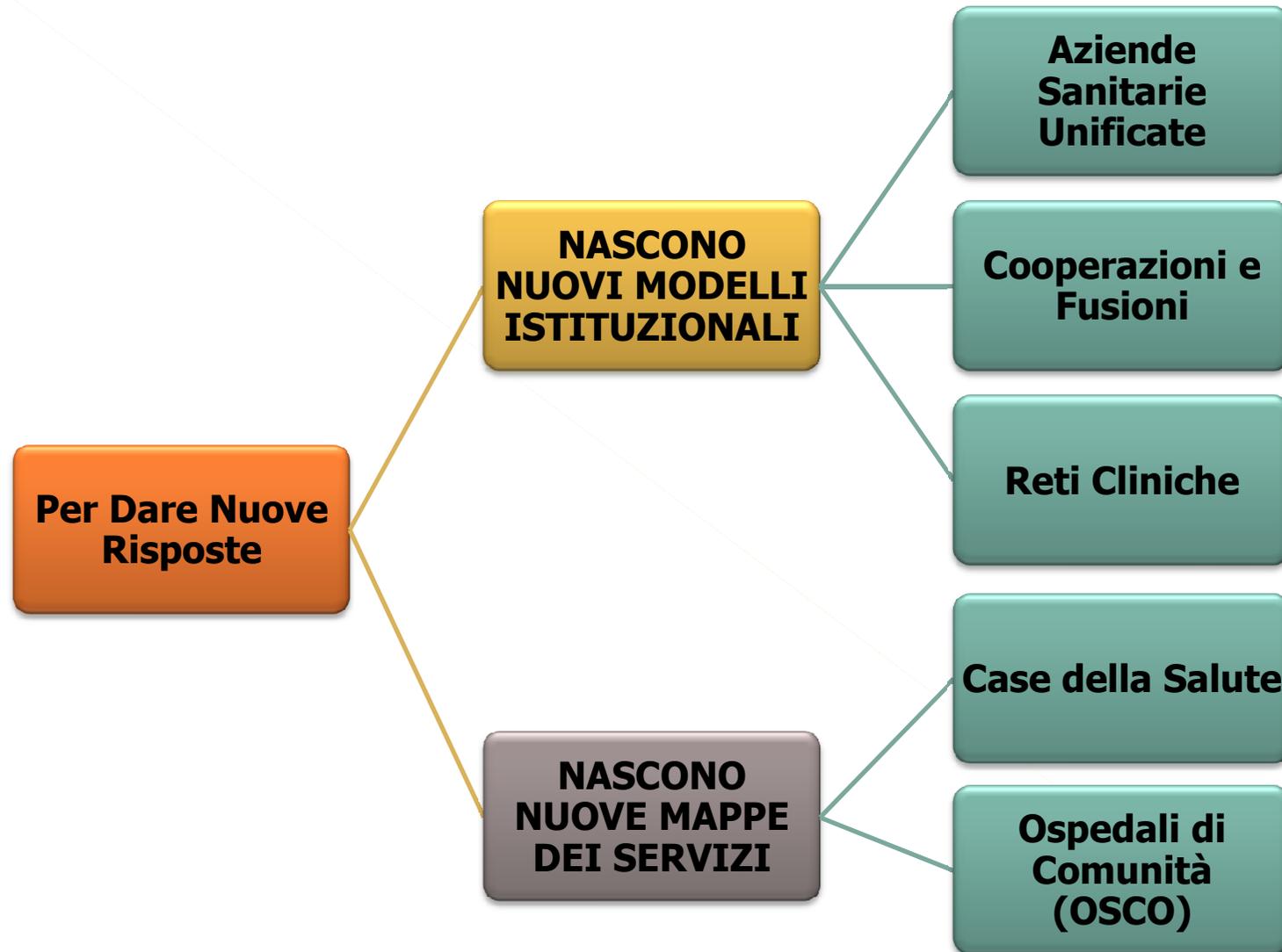
In molti ambiti, in effetti, molti utenti sono già abituati a pagare out of pocket (es: odontoiatria, ginecologia)

# NUOVI MODELLI ISTITUZIONALI E NUOVE MAPPE DEI SERVIZI

**I Fenomeni appena descritti hanno comportato due diversi cambiamenti:**

- a) Nuovi modelli istituzionali** per rispondere agli input nazionali e regionali di ottimizzazione delle risorse e di "riaccentramento" delle funzioni
- b) Nuove mappe dei servizi** con nuove modalità di presa in carico dei pazienti in diverse tipologie di strutture che travalicano i tradizionali ospedali.

# NUOVI MODELLI ISTITUZIONALI E NUOVE MAPPE DEI SERVIZI



## IL CONFRONTO: ESPERIENZE IN ESSERE

	Anni 2000	Anni '10
<b>Fusioni</b>	ER, Territorio Bolognese: unificazione delle ausl della provincia di Bologna (no Imola)	ER, Territorio Romagnolo: unificazione delle aziende della Romagna in un'unica Azienda  Toscana, Unificazione in sole 3 Aziende USL di Area Vasta.
<b>Cooperazioni</b>	Altre aziende AVEN: dipartimenti interaziendali	ER, Territorio Ferrarese: cooperazione per la gestione delle funzioni provinciali unificate
<b>Nuovi Assetti o Riordini Organizzativi</b>	ER, Territorio Ferrarese dipartimenti interaziendali  ER, Territorio Bolognese: Laboratorio Unico Metropolitan  ER, Territorio Ferrarese: Laboratorio Unico Provinciale	Lombardia, costituzione delle Agenzie Territoriali Sanitarie (ATS) e della Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST)  FVG, costituzione di un'azienda unica regionale.  ER, Imolese: Istituto Montecatone Spa  ER, Romagna: IRCCS Meldola

## Il Modello Ferrarese: cooperazione.

A Ferrara, dove sono presenti un'Azienda USL e un'Azienda Ospedaliera Universitaria, si è scelta la strada della cooperazione.

- **Mission ben distinte** che sono state alla base per realizzare al meglio una cooperazione mirata. Ogni azienda ha obiettivi e ruoli specifici (risposte territoriali da un lato e risposte specifiche ospedaliere dall'altro).
- **Mantenimento dell'identità.** Territori ed esigenze definite che vengono mantenute.
- **Condivisone delle visioni e delle strategie da parte dei DG.** Obiettivi trasversali e comuni.
- **Il cittadino vede che i processi funzionano,** senza percepire i cambiamenti interni.
- **Far lavorare i professionisti fianco a fianco.** I medici ospedalieri, i medici territoriali e i medici di medicina generale dovranno lavorare insieme nella comunità.
- **Superare i vincoli amministrativi e contrattuali.**

## Risultati della cooperazione

- a) **Efficacia ed appropriatezza:** si può portare a Cento l'Università di Ferrara e si può sviluppare l'appropriatezza dei casi da trattare nelle strutture Hub, che non dovranno occuparsi dell'anziano fragile che si reca al Pronto soccorso, ma alla Casa della Salute ed all'OSCO. Con le stesse risorse sono stati dati servizi migliori e/o più appropriati
- b) **Efficientamento:** risposta sulle risorse, economie di scala. A parità di risorse, sono in grado di dare più servizi, di maggiore qualità, appropriati ed efficaci per rispondere ai nuovi bisogni ed alla nuova geografia dei servizi
- c) **Miglioramento Indice di performance dei tempi di attesa** dal 33% al 99% per prime visite e diagnostiche critiche
- d) **Utilizzo dei «saperi» e della tecnologia** nei nodi territoriali (case della salute, OSCO,...)



## La cooperazione: la strategia vincente è fare squadra



*Il Rugby sono 14 uomini che lavorano insieme per dare al  
quindicesimo mezzo metro di vantaggio  
(Charlie Saxton, All Black)*

Rugby dal campo all'azienda. Oltre il semplice fare squadra  
Cavaliere, Mulazzi, Paterni



## Ridefinizione competenze tra i setting assistenziali

1. Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta presa in carico di pazienti più complessi e cronici
2. Strutture intermedie: pazienti precedentemente ospedalizzati
3. Specialistica ambulatoriale: pazienti precedentemente seguiti in H o pazienti occasionali «sani»
4. Ospedale: focus su patologie e fasi acute Ospedali «Hub» e «super Hub»

## La nuova mappa dei servizi

Unendo **le dimensioni dei target assistenziali** a quelle delle **strutture organizzative delle strutture** sanitarie che devono prendere in carico i target, si disegna una vera e propria mappa dei servizi.

Tale mappa può essere rappresentata con una matrice di posizionamento dove

**ASSE VERTICALE:** strutture organizzative che prendono in carico i diversi target

**ASSE ORIZZONTALE:** intensità di cura (bisogno) dei target assistenziali)

# La nuova mappa dei servizi – Provincia Ferrara

**Ospedale Hub**

**Ospedale Spoke**

*alta*

*media*

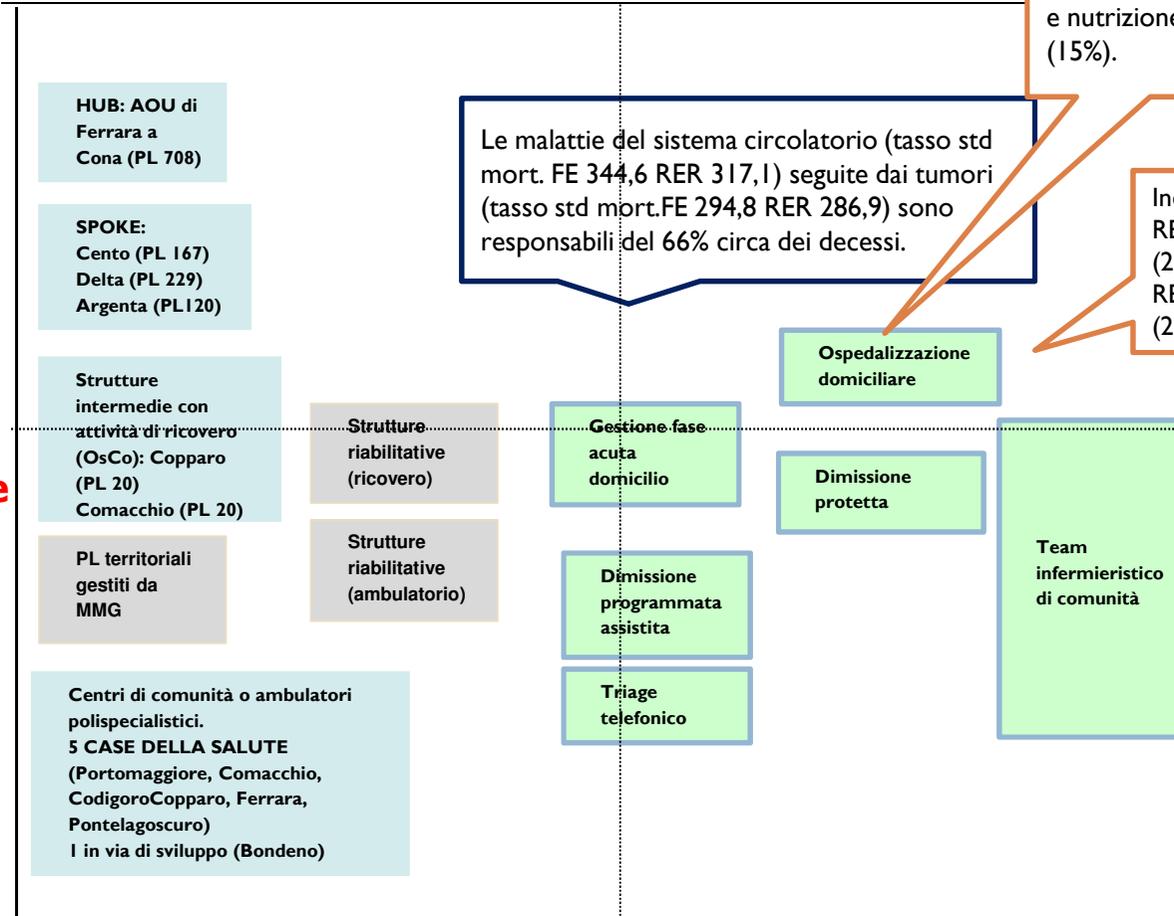
**Case della Salute**

**OsCo**

*bassa*

**Assistenza primaria MMG**

**Domiciliarità**



**Cure intermedie**

**Cure di transizione**



## **Ridefinizione competenze tra i setting assistenziali**

1. Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta presa in carico di pazienti più complessi e cronici
2. Strutture intermedie: pazienti precedentemente ospedalizzati
3. Specialistica ambulatoriale: pazienti precedentemente seguiti in H
4. Ospedale: focus su patologie e fasi acute

## La nuova mappa dei servizi: Le case della salute

Assistenza Primaria NCP	Servizi Sanitari	Servizi Socio Sanitari	Prevenzione	Servizi Sociali	Servizi amministrativi
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Emergenze</li> <li>▪ Infermieristico</li> <li>▪ Cont. Assistenziale H12</li> <li>▪ Osservazione Terapie</li> <li>▪ Ostetrico</li> <li>▪ Coord ADI</li> <li>▪ Specialistico</li> <li>▪ Med.Gruppo</li> <li>▪ Amb Pediatrico PLS</li> <li>▪ Guardia Medica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Emergenze</li> <li>▪ Punto prelievi</li> <li>▪ Poliambulatorio</li> <li>▪ Diagnostica immagini</li> <li>▪ Riabilitazione</li> <li>▪ Palestra Pol.nte</li> <li>▪ CSM</li> <li>▪ NPI</li> <li>▪ Ser.t</li> <li>▪ Cons. Familiare</li> <li>▪ Pediatria di Comunità</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ UVM anziani e disabili</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vaccinazioni</li> <li>▪ Ambulatori Igiene Pubblica</li> <li>▪ Screening</li> </ul>	<p>Ass.te Sociale</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Distribuzion e Ausili Protesici</li> <li>▪ Cup</li> <li>▪ Sportello Unico</li> <li>▪ Sala Riunioni</li> <li>▪ Sala Polivalente</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Centro Diurno Psichiatrico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ RSA</li> <li>▪ Struttura protetta</li> <li>▪ CD anziani</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Medicina legale</li> </ul>	<p>Servizio Sociale</p>	



## **I NUOVI RUOLI**

## Non solo assistenza al letto del paziente...

**1985:** Karen Zonder e Kathleen Bower, coordinatori del Centro di Case Management a Boston, adattano alla pratica clinica i metodi utilizzati nell'Industrial Quality Management. Le principali filiere produttive di riferimento: aviazione, costruzioni edili.

Obiettivi primari di queste ricerche: definire il setting di cura e l'analisi puntuale delle risorse utilizzate per il percorso assistenziale.

**Il Clinical Pathway** in Sanità mutua il Critical Path Method, applicabile solo per i modelli di lavoro complessi.

**1987:** vengono pubblicati i primi libri, dal titolo: "nursing case management. Blueprints for transformation" e "pathways of care".

**1997:** in Belgio Sermeus scrive il primo articolo sull'efficacia di questo metodo di lavoro nella pratica del nursing e pubblica evidenze sull'efficacia dei clinical pathways sia nel migliorare gli outcome che la qualità delle cure.

**2003:** nasce la rivista "journal of integrated clinical pathways", ridenominata "international journal of clinical pathways" nel 2009

In Italia il metodo dei clinical pathways prende piede tardivamente con alcune pubblicazioni cooperative sulla misura degli outcome (anni 2003-2004)



My Filters

Knowledge Center

How to Improve

Measures

Changes

Improvement Stories

Other Websites

You are here: [Home](#) > [Knowledge Center](#) > [ImprovementStories](#) > [Better Patient Flow Means Breaking Down the Silos](#)

### Better Patient Flow Means Breaking Down the Silos



Last Modified: 04/27/2011

Expanding the capacity of the ED to handle more patients is often identified as the obvious solution. But experts say this misses the underlying factors responsible for the logjam: inadequate systems to manage the flow of patients throughout the hospital. In other words, the ED can't solve this problem alone.

Institute for Healthcare Improvement faculty member Kirk Jensen, MD, MBA, FACEP, an expert on patient flow in acute care settings, says that in order to improve flow, hospitals must work at both the macro- and the microsystem. "A hospital is a great example of a complex adaptive system," he says. "You have a number of people who are making day-to-day, even minute-to-minute, decisions in their own microsystem, or particular domains, that impact hospital-wide patient flow, and they are making these decisions without access to information about the macro view, or what is going on in the rest of the hospital. So even if they optimize flow within their microsystem, that's just within their own individual field of play."

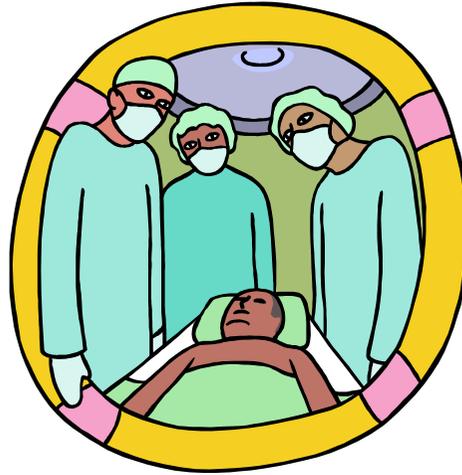
Andrea Werner, MSW, Director of Heart and Vascular Center at Bellin Health in Green Bay, Wisconsin, knows this from experience. "If you don't focus on the big picture, you can optimize one area and suboptimize another," she says. For example, when Bellin began to improve "patient throughput," as it's sometimes called, in its ED and operating rooms, "we were excited," she recalls. "Then we realized that those patients have to flow onto the units. We didn't have enough beds available for them. We learned that there is a very intimate connection between the macro and the micro, and you make a mistake if you don't look at both."

#### Featured Content

- [Optimizing Patient Flow: Moving Patients Smoothly Through Acute Care Settings](#)

#### Flow

- ["Extend the Chain": Work with Resources Outside of the Hospital to Improve the Flow of Care](#)
- [Decrease and Smooth Variation to Improve Flow](#)
- [Match Capacity and Demand to Improve Flow](#)
- [Real-Time Demand/Capacity Management to Improve Flow](#)
- [Schedule the Discharge to Improve Flow](#)
- [Use Pull Systems to Improve Flow](#)



**L'assistenza non è *one man band*:  
il 75% delle attività sono *team based***

# Skills

```
graph TD; Skills((Skills)) --> Hard((Hard: Obiettivi, Metodi, Ruoli)); Skills --> Soft((Soft: Leadership, Comunicazione, Clima)); Soft --> List[Risolvere problemi, Condurre riunioni, Saper prendere la decisione, Saper comunicare, Gestire il tempo, Saper influenzare e farsi influenzare];
```

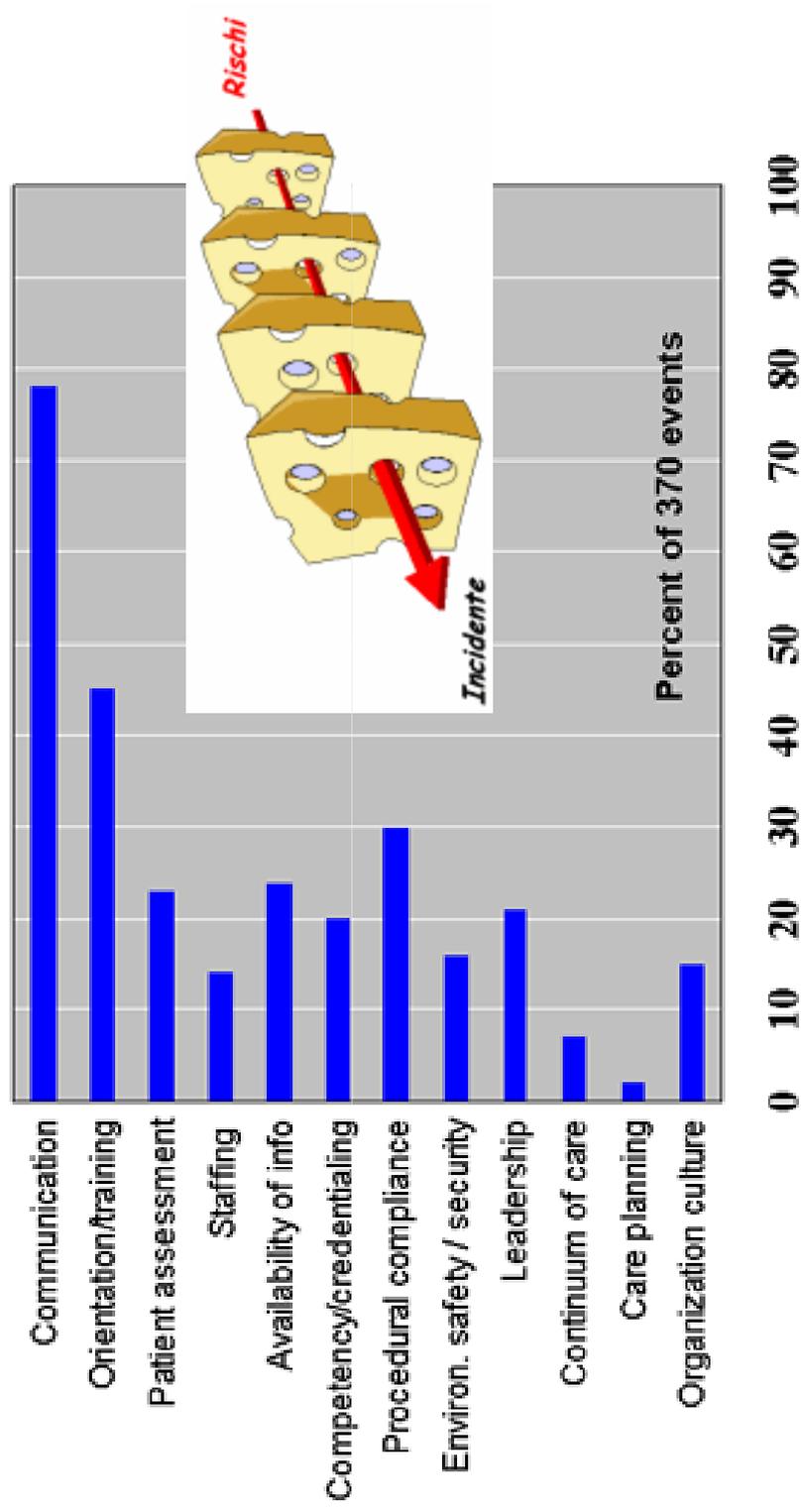
**Hard:**  
**Obiettivi**  
**Metodi**  
**Ruoli**

**Soft:**  
**Leadership**  
**Comunicazione**  
**Clima**

Risolvere problemi  
Condurre riunioni  
Saper prendere la decisione  
Saper comunicare  
Gestire il tempo  
Saper influenzare e farsi influenzare



# Root Causes of Wrong Site Surgery (1995-2004)



## **i fattori critici di successo per un lavoro di squadra**

- **to approach medical culture from a “bottom up” perspective**
- **to dissociate the inevitable errors and communication failures associated with human performance from the issue of clinical competency**
- **to have visible support from senior leadership and strong clinical leadership**
- **finally the changes need to be perceived as making the day simpler, safer, and easier for everyone.**

Leonard M, Graham S, Bonacum D.

*The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care.*

Qual Saf Health Care. 2004 Oct;13 Suppl 1:i85-90.

## Le Reti in sanità

gruppi di lavoro permanenti (talora temporanei), trasversali a diversi servizi nell'ambito di un territorio.

Rappresentano uno strumento per garantire un migliore accesso ai servizi, economia di scala e di scopo, maggiore efficacia e qualità complessiva delle cure erogate.

La rete risponde ai bisogni assistenziali della persona con:

**La prossimità:** espressione del decentramento di quelle attività assistenziali che devono trovare risposta sul territorio contiguo al luogo di residenza del paziente.

**La complessità o la bassa prevalenza:** devono trovare risposta in strutture iperspecialistiche, in grado di curare la complessità della malattia e la sua rarità relativa.

- reti di ospedali molto formalizzate (convenzioni, accreditamento..),
- reti monotematiche focalizzate sul campo professionale,
- reti di salute, di prossimità sui bisogni di una popolazione,

Le aziende stesse sono sistemi reticolari

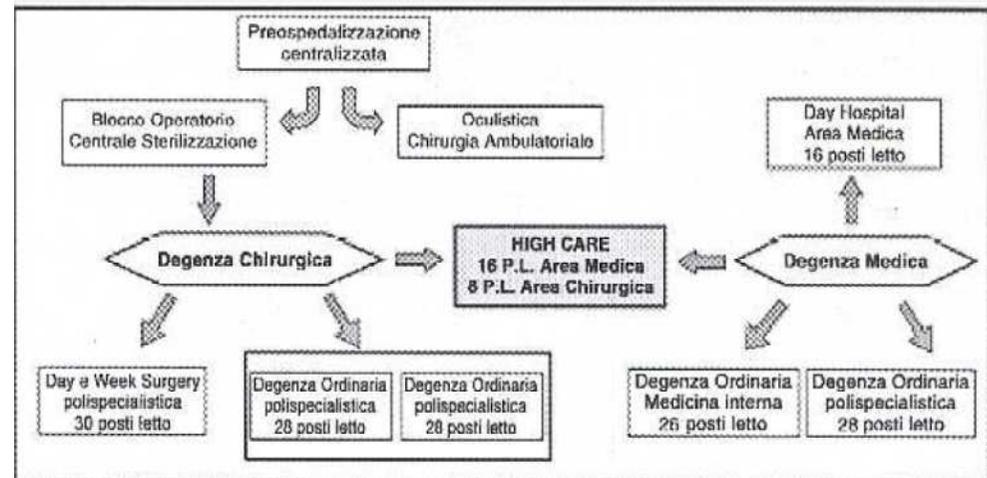
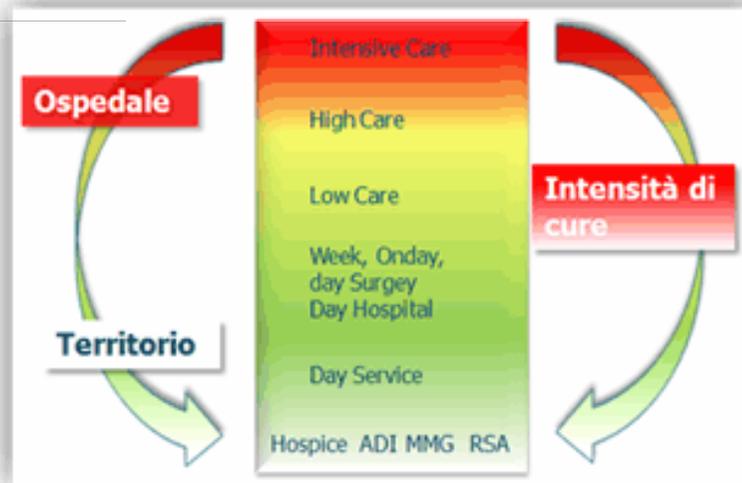
## Ospedale Territorio: senza soluzione di continuità

### PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI

- Ospedali HUB 1
- Ospedali HUB 2
- Ospedali spoke
- Strutture intermedie con attività di ricovero
- Domiciliarità

- Ridotto numero di posti letto
- Casistica concentrata e complessa
- Funzione per processi, PDTA personalizzati
- Organizzazione delle attività per intensità di cure
- Potenziamento ed innovazione dei modelli di cure ambulatoriali

## Ospedale del futuro



**Hofmarcher Maria M, Howard Oxley, and Elena Rusticelli improved health system performance through better care coordination OECD health working paper no. 30 12-dec-2007**

## Il Regolamento sugli Standard Ospedalieri (Decreto Ministeriale 70/2015)

Si propone di aumentare la qualità dell'assistenza ospedaliera e la sicurezza nelle cure.

Riprende la riduzione dei posti letto e la riduzione delle Unità Operative Complesse che era stata imposta dalla L. 135/2012 (Spending Review). **DGR 2040/2015** contenente le "Linee di indirizzo per la riorganizzazione della rete ospedaliera" e "Rete cardiologica"

Definisce TRE TIPI DI PRESIDI:

**Presidi ospedalieri di base** (bacino di utenza 80.000 – 150.000 abitanti), dotati di Pronto Soccorso e delle seguenti specialità: Medicina interna, Chirurgia generale, Ortopedia, Anestesia e servizi di supporto in rete di guardia attiva e/o in regime di pronta disponibilità sulle 24 ore (h.24) di Radiologia, Laboratorio, Emoteca. Devono essere dotati, inoltre, di letti di "Osservazione Breve Intensiva".

**Presidi ospedalieri di I livello** (bacino di utenza 150.000-300.000 abitanti), dotati delle seguenti specialità oltre a quelle presenti nei presidi di base: Ostetricia e Ginecologia (se prevista per numero di parti/anno), Pediatria, Cardiologia con Unità di Terapia Intensiva Cardiologica (U.T.I.C.), Neurologia, Psichiatria, Oncologia, Oculistica, Otorinolaringoiatria, Urologia.

**Presidi ospedalieri di II livello** (bacino di utenza 600.000-1.200.000 abitanti), dotati di DEA di secondo livello e di strutture che attengono anche alle discipline più complesse.



## Gli Ospedali di COmunità (OsCO)

Degenza a **gestione infermieristica**,

destinata alle fasce più deboli della popolazione,

assistiti dal proprio MMG,

nella fase post acuta di dimissione dall'ospedale, oppure affetti da riacutizzazioni di malattie croniche che non necessitano di terapie intensive o di diagnostica a elevata tecnologia e che non possono, per motivi sia di natura clinica che sociale, essere adeguatamente trattati a domicilio.

Le unità di ricovero OsCo della provincia di Ferrara:

- 20 posti letto presso la Casa della Salute di Copparo
- 20 posti letto presso la Casa della Salute di Comacchio.

I posti letto sotto la responsabilità del Direttore del Dipartimento delle Cure Primarie (DCP). Le funzioni di Direzione Sanitaria sono svolte da un medico dirigente del DCP, che opera in stretta collaborazione con il **coordinatore infermieristico** e con i Medici di Medicina Generale.



## Le Case della Salute

La Casa della salute rappresenta la struttura organizzativa in cui vengono erogate le cure primarie e viene garantita la continuità assistenziale,

un contesto nel quale realizzare interventi di prevenzione con **un lavoro multidisciplinare e in team** non solo dei professionisti e degli operatori, ma di tutti i cittadini.

Il contesto unitario fornito dalla Casa della salute permette un uso integrato di competenze e di risorse professionali in grado di veicolare informazioni e messaggi semplici,

finalizzati a sviluppare conoscenze e a favorire una riflessione sui cambiamenti possibili per vivere meglio e in salute (counselling), in grado di attivare processi di consapevolezza per scelte salutari responsabili.

# Gli obiettivi dei modelli innovativi

Ridisegnare sistemi sanitari “patient centered”  
per fornire cure sicure, efficaci, tempestive ed accessibili  
sia in ambito pubblico  
che privato

The delivery of care continues to be fragmented into different silos of providers and settings of care.

Patient handoffs among these silos are rarely smooth, and the care delivered is often redundant.





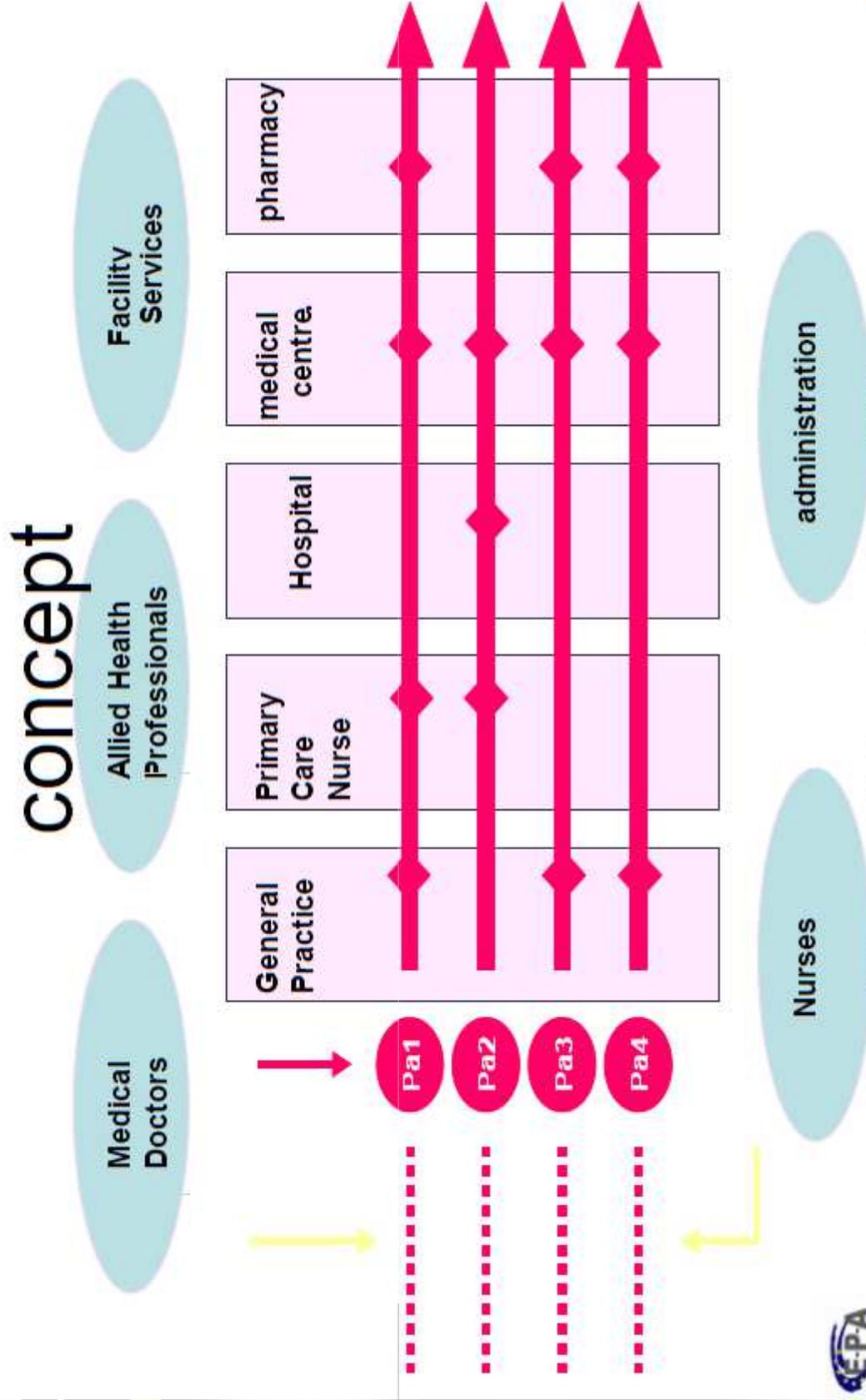
## Laboratorio di Ricerca FIASO- Bocconi



In Italia l'integrazione professionale e la continuità delle cure non sono correlati al modello organizzativo adottato, ma crescono proporzionalmente alla gravità della patologia trattata.

<http://www.fiaso.net> - giugno 2009

# Pathways as a patient focused concept





## A che cosa serve

- Lavorare meglio – a better place to work
- Semplificare
- Allineare i saperi per alzare il livello della qualità in ogni fase dell'assistenza
- Favorire l'integrazione ospedale-territorio e ridurre i ricoveri inappropriati
- Facilitare la partecipazione dei pazienti alle decisioni cliniche e aumentare la loro soddisfazione
- Migliorare la qualità e la sicurezza delle cure
- ...a costi sostenibili

## A che cosa **NON** serve

- A ridurre la variabilità che non sia operatore dipendente
- A regolamentare un processo delimitato e già organizzato
- A prendere in cura le malattie rare (meglio rete con centro di riferimento e PDTA nell'Hub + protocolli di ricerca per generare le evidenze)

# I risultati dei percorsi

- Riduzione dei costi per l'assistenza sanitaria
- Riduzione delle complicanze
  - (*trombosi venosa profonda, infezioni post-operatorie...*)
- Miglioramento della documentazione sanitaria
- Riduzione della durata di degenza

Rotter T, Kinsman L, James E, Machotta A, Gothe H, Willis J, Snow P, Kugler J.

**Clinical pathways: effects on professional practice, patient outcomes, length of stay and hospital costs.** Cochrane Database of Systematic Reviews 2010

- 
- Individua le **evidence based key interventions**
  - applica bundles of interventions
  - “fare un percorso è scartare quello che NON serve”
  - attenzione: il percorso è un **intervento complesso**: combina diverse componenti in un insieme che è più della somma delle sue parti



Campbell, BMJ 2000, Oakley, BMJ 2006, Campbell, BMJ 2007



## Il percorso come intervento complesso

da concetti quali atto medico / assistenziale, operazione, trattamento separati da altri e ottimizzati singolarmente

ad un approccio per processi

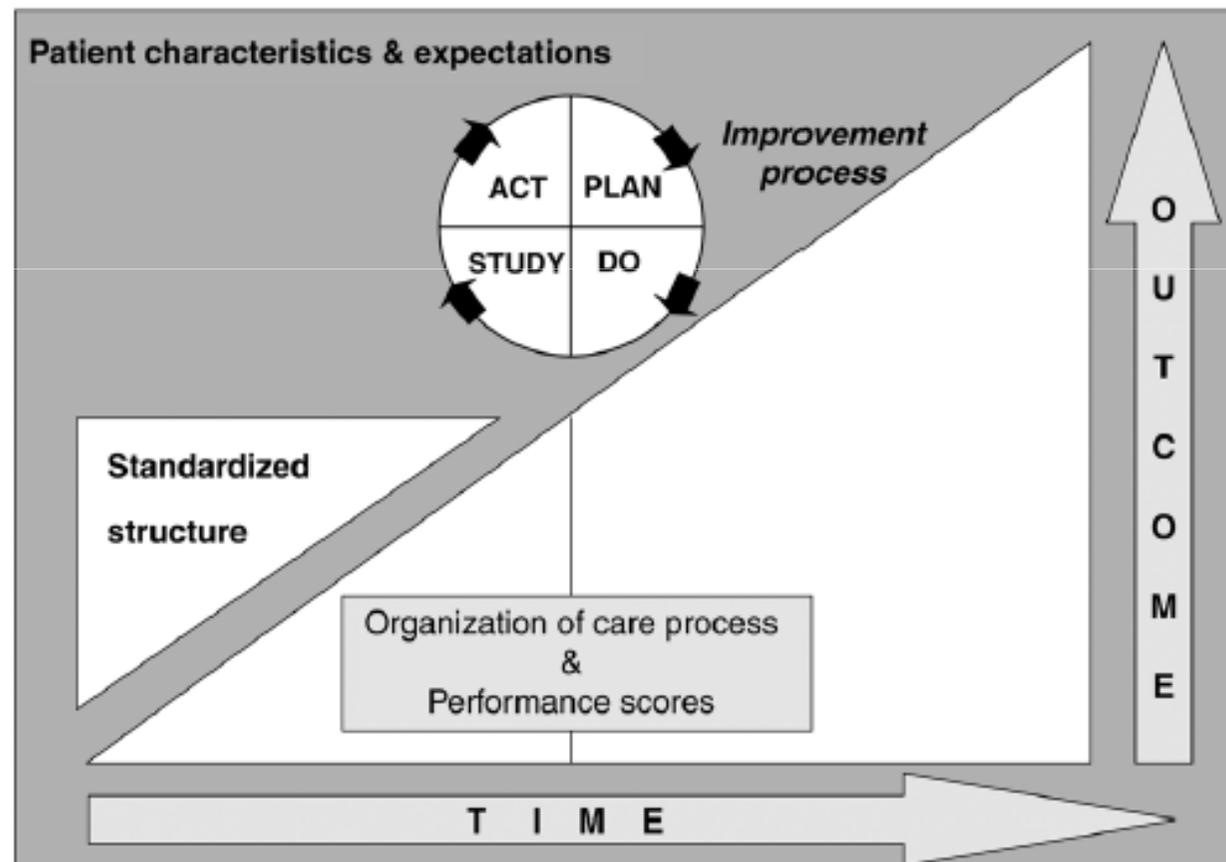
Sul piano economico l'ottimizzazione dell'intero processo comporta costi inferiori a quelli sostenuti a seguito di trattamenti per singoli eventi

Il percorso non è descrittivo, bensì finalizzato all'attivazione di processi di cambiamento

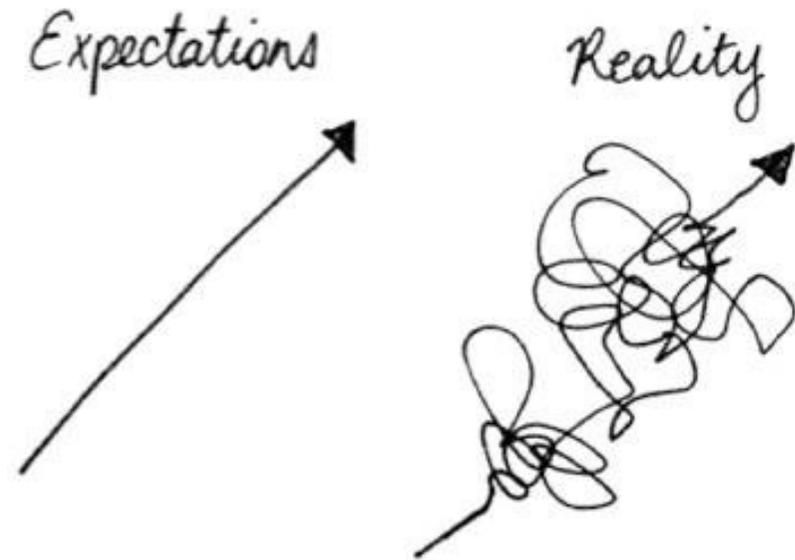
*(Tozzi, PDTA standard per le patologie croniche, 2014)*

# Clinical pathway as continuous care process improvement intervention

Clinical/care pathway as continuous care process improvement intervention



## L'implementazione



- Non segue logiche ON – OFF → metodologia “on going”
- La percezione del cambiamento positivo
- Il peso della leadership
- La possibilità di vedere applicata una decisione sta nel grado della condivisione con cui è stata presa
- L'importanza del chi fa cosa
- Benchmarking
- Tailoring



# Barriers and facilitators

## **BARRIERS:**

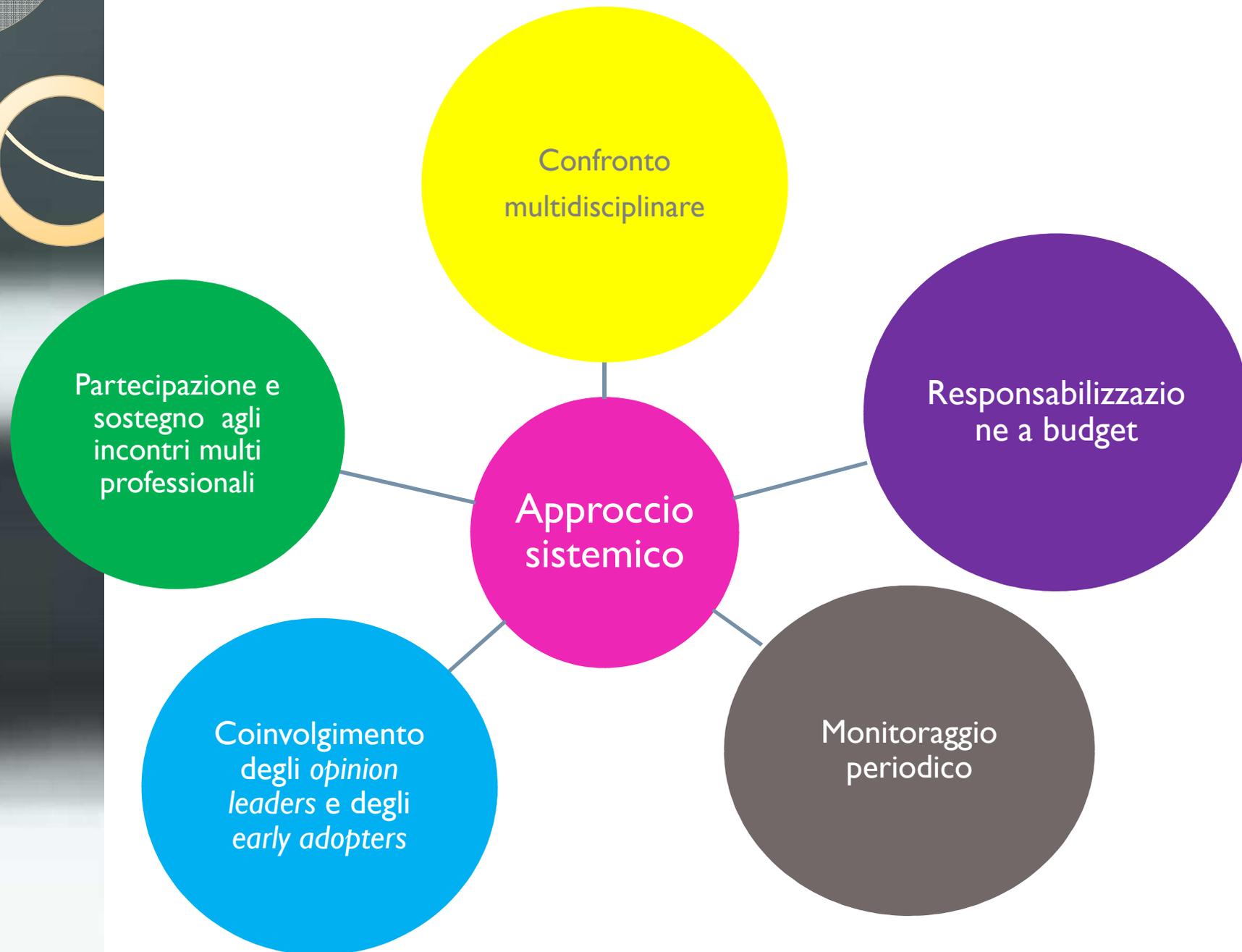
- mancanza di risorse finanziarie e di personale
- Mancanza di un adeguato sistema informativo
- I medici sono troppo “busy”
- Le aziende non sono pagate di più per erogare una assistenza di alta qualità
- I medici resistono al cambiamento

## **FACILITATORS:**

- La cultura aziendale supporta il miglioramento della qualità
- Presenza di un sistema informativo
- Managers e leaders impegnati a supportare il percorso
- Sostegno da organizzazioni esterne come gli health plans
- Piano strategico aziendale

As good as it gets? chronic care management in nine leading US physician organizations BMJ vol. 325

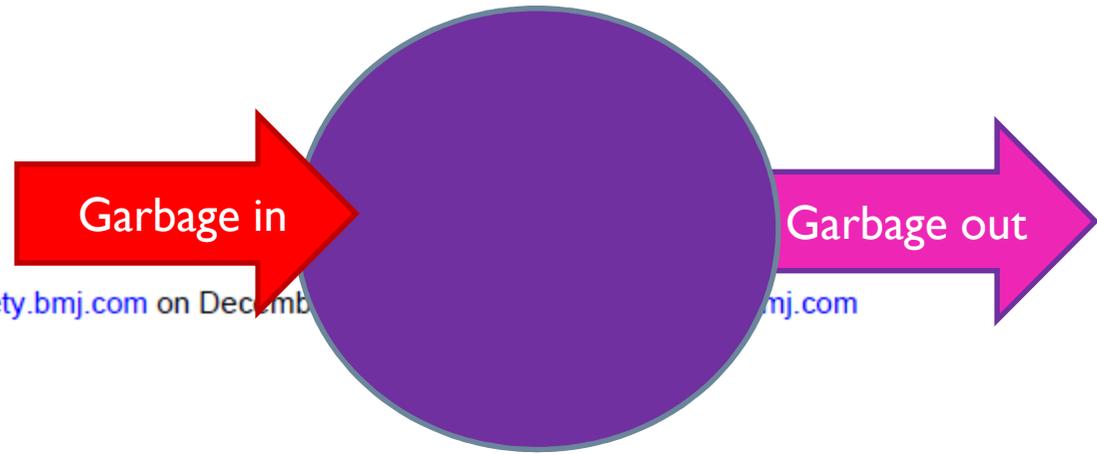
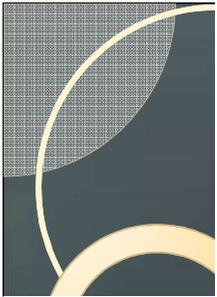
# Le strategie condivise



# Valutazione dei servizi e dei SISTEMI sanitari



- Le aziende sono sempre più valutate come sistema e meno come insieme di servizi
- Sempre più integrazione e coordinamento per conseguire un obiettivo di salute
  - Programma Nazionale Esiti
  - MES Bersaglio
  - Decreto 70 – riordino ospedaliero



Downloaded from [qualitysafety.bmj.com](http://qualitysafety.bmj.com) on December 1, 2013

122

## QUALITY IMPROVEMENT RESEARCH

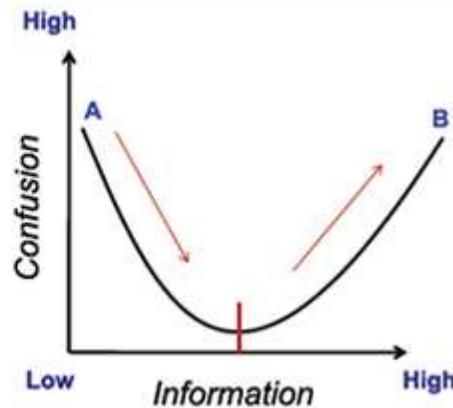
# Using routine comparative data to assess the quality of health care: understanding and avoiding common pitfalls

A E Powell, H T O Davies, R G Thomson

*Qual Saf Health Care* 2003;12:122-128

Commentary

### Health Systems Must Strive for Data Maturity



<http://www.ihl.org/knowledge/pages/publications/healthsystemsmuststrivedatamaturity.asp>

**Ogni Regione** ha adottato un MODELLO ORGANIZZATIVO  
◦ DIVERSO DEL PROPRIO SERVIZIO SANITARIO

**Non esiste un modello Unico, Ideale o "Astratto" di Azienda Sanitaria.**

L'azienda sanitaria **deve sapersi coordinare** con:

- I territori di riferimento;
- Le comunità cliniche
- Le Università
- I bisogni dei pazienti

La programmazione delle strutture quindi deve essere caratterizzata da flessibilità, dinamismo, capacità di riorientamento e orientamento al cambiamento.



*Dall'assetto istituzionale classico il Servizio Sanitario si sta evolvendo verso nuovi assetti organizzativi*

*Cambia il percorso di presa in carico e cambia la struttura organizzativa di riferimento*

*Il ruolo infermieristico è strategico a questo cambiamento in corso*

*Il focus è sul paziente/utente.*



*Non è la specie più forte a sopravvivere, e nemmeno quella più intelligente ma la specie che risponde meglio al cambiamento.*

*Charles Darwin*