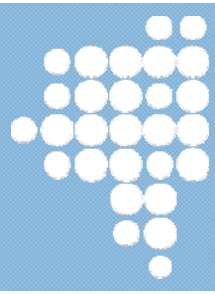
reTIsan – La cartella elettronica condivisa nella rete oncologica ticinese

L'infermiere di oggi e di domani – la qualità, le prassi, le tecnologie

SUPSI Trevano
10.12.2013

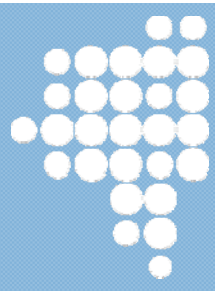
Rete sanitaria

Sommario



1. reTIsan: la fase pilota
2. Caratteristiche tecniche
3. Strategia nazionale *eHealth Suisse*
4. Basi legali
5. Aspetti pratici
6. Comunicazione
7. Partecipanti e partner
8. Panoramica
9. Master plan

reTIsan: la fase pilota

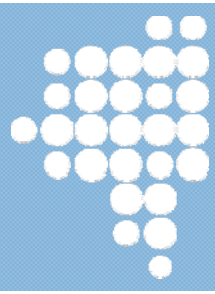


- Durata: 18 mesi (inizio: ottobre 2013)
- Ambito: presa a carico nella filiera oncologica
- Obiettivi:
  A. Miglioramento della collaborazione tra gli attori e dell'accesso alle informazioni;
  B. Empowerment del paziente;
  C. Conformità alla Strategia nazionale *eHealth Suisse*;
  D. Valutazione fattibilità tecnico-organizzativa;
  E. Valutazione del rispetto della protezione dati e dell'adeguatezza delle basi legali specifiche;
  F. Valutazione aspetti economici: **efficienza del sistema**, **sostenibilità a lungo termine**, **definizione di un modello di finanziamento**.

reTIsan: la fase pilota

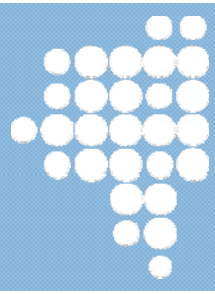
- Benefici attesi – Presa a carico:
  - qualità e accuratezza delle informazioni: dati medici corretti e completi
  - una storia clinica aggiornata per evitare che il paziente racconti la sua malattia ogni volta di nuovo
  - una maggiore continuità nella cura
  - una minore probabilità di errore
  - una riduzione del numero di esami ripetuti
  - una maggiore leggibilità di referti e ricette
  - una maggiore sicurezza nella vita quotidiana del paziente grazie alla possibilità di consultare il proprio dossier sempre (farmacia, ospedale, medico, urgenze)
  - *empowerment* del paziente

reTIsan: la fase pilota



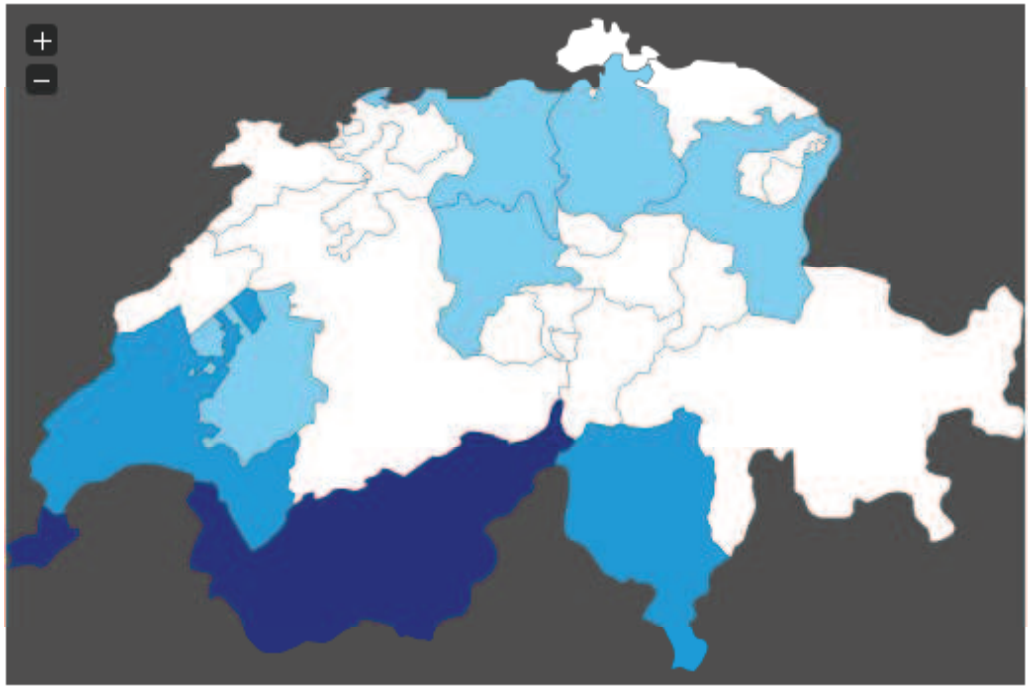
- Benefici attesi – Comunicazione:
  - una tecnologia a supporto del rapporto umano e della comunicazione faccia a faccia
  - una maggiore collaborazione tra operatori della salute
  - efficienza nello scambio di documenti
  - rapidità nell'accesso ai dati
  - immediatezza nella trasmissione
  - ottimizzazione dei processi
  - segretezza dei dati e protezione della privacy
  - economicità

Caratteristiche tecniche

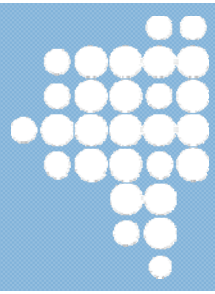


- Piattaforma elettronica per la condivisione delle informazioni riguardanti i pazienti, conservate presso i singoli professionisti della salute (nessun database centralizzato!)
- Tecnologia sviluppata da La Posta Svizzera LA POSTA
- Elementi di **sicurezza** su più livelli:
  - *web application firewall*
  - sistema di gestione dei diritti di accesso ai dati medici e amministrativi
  - identificazione univoca di utenti e pazienti
  - criptaggio dei dati medici
- Un portale d'accesso sia per i professionisti della salute che per i pazienti
- Sistema di autenticazione forte (carta del professionista e carta del paziente)
- Conformità con le raccomandazioni in ambito della Strategia nazionale *eHealth Suisse*

Strategia nazionale *eHealth Suisse*



Basi legali



Repubblica e Cantone
Ticino

445

Bollettino ufficiale delle leggi e degli atti esecutivi

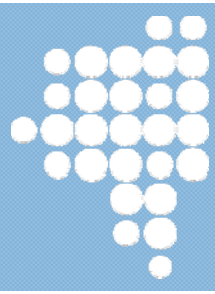
Volume 138
Bellinzona, 25 settembre **42/2012**

Regolamento
concernente il progetto pilota di piattaforma informatica per la condivisione delle informazioni riguardanti pazienti

(del 19 settembre 2012)

http://www4.ti.ch/can/fu/foglio-e-bollettino-ufficiale/bollettino-ufficiale-elettronico/

Basi legali

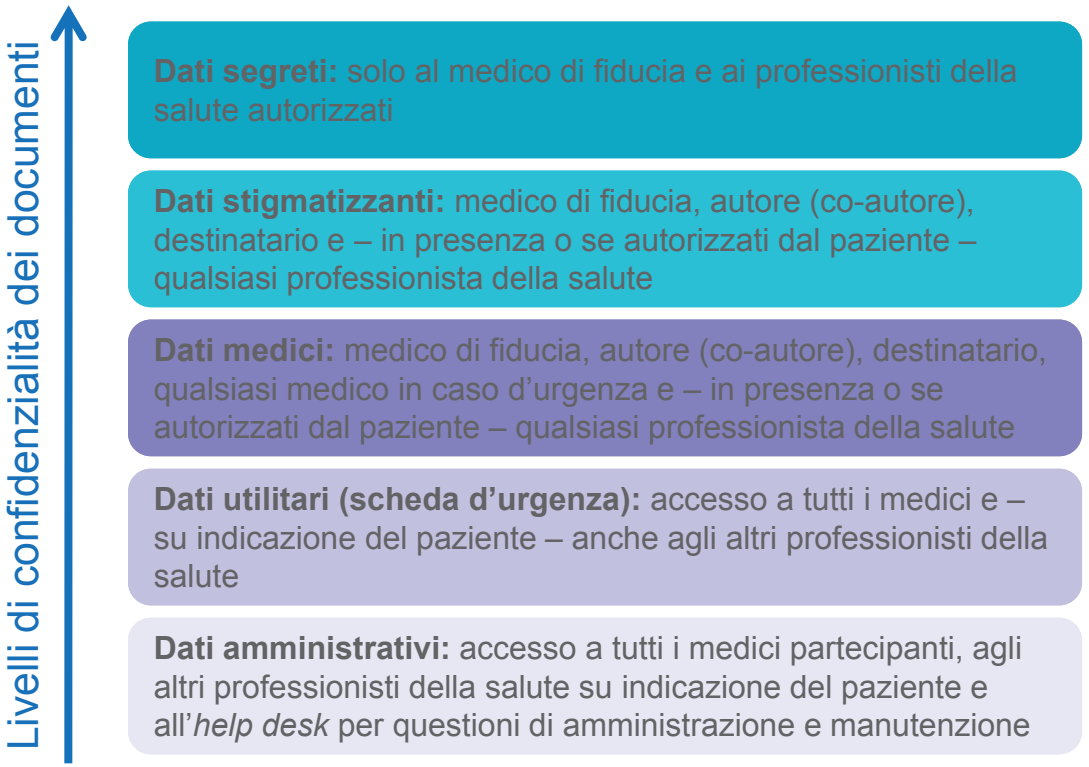


- Adesione dei pazienti **gratuita**, **volontaria** (**consenso libero e informato**) e con possibilità di interrompere la partecipazione in ogni momento

- Criteri di inclusione per i pazienti:
  - residenti in Ticino
  - maggiorenni
  - a cui è stata diagnosticata una patologia oncologica, e si trovano in qualsiasi stadio attivo della malattia
  - il cui medico curante partecipa al progetto

Basi legali

- Diritti di accesso e livelli di confidenzialità:



Aspetti pratici

1. Apertura della cartella elettronica del paziente: registrazione e attivazione della tessera d'identificazione

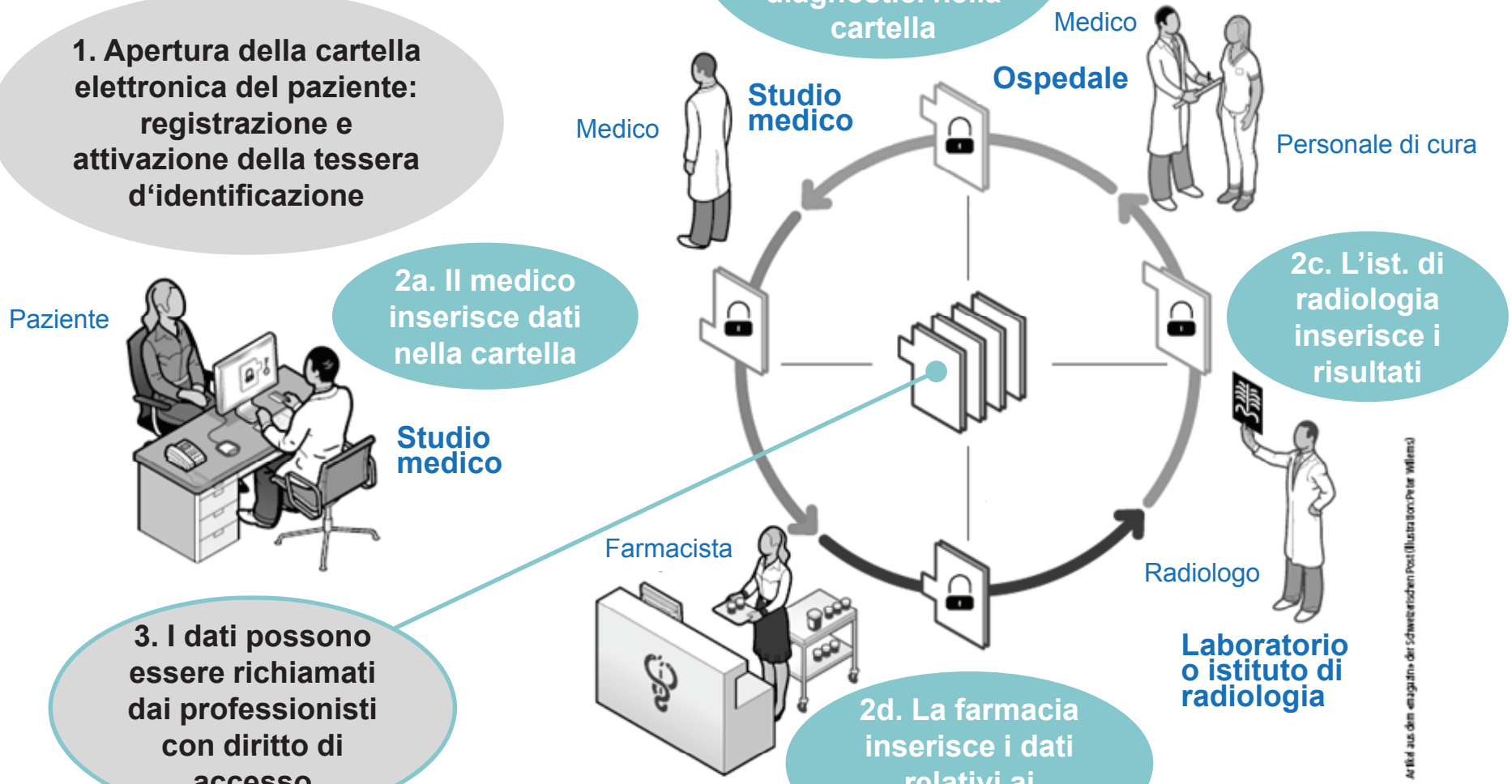
2a. Il medico inserisce dati nella cartella

2b. L'ospedale inserisce i rapporti diagnostici nella cartella

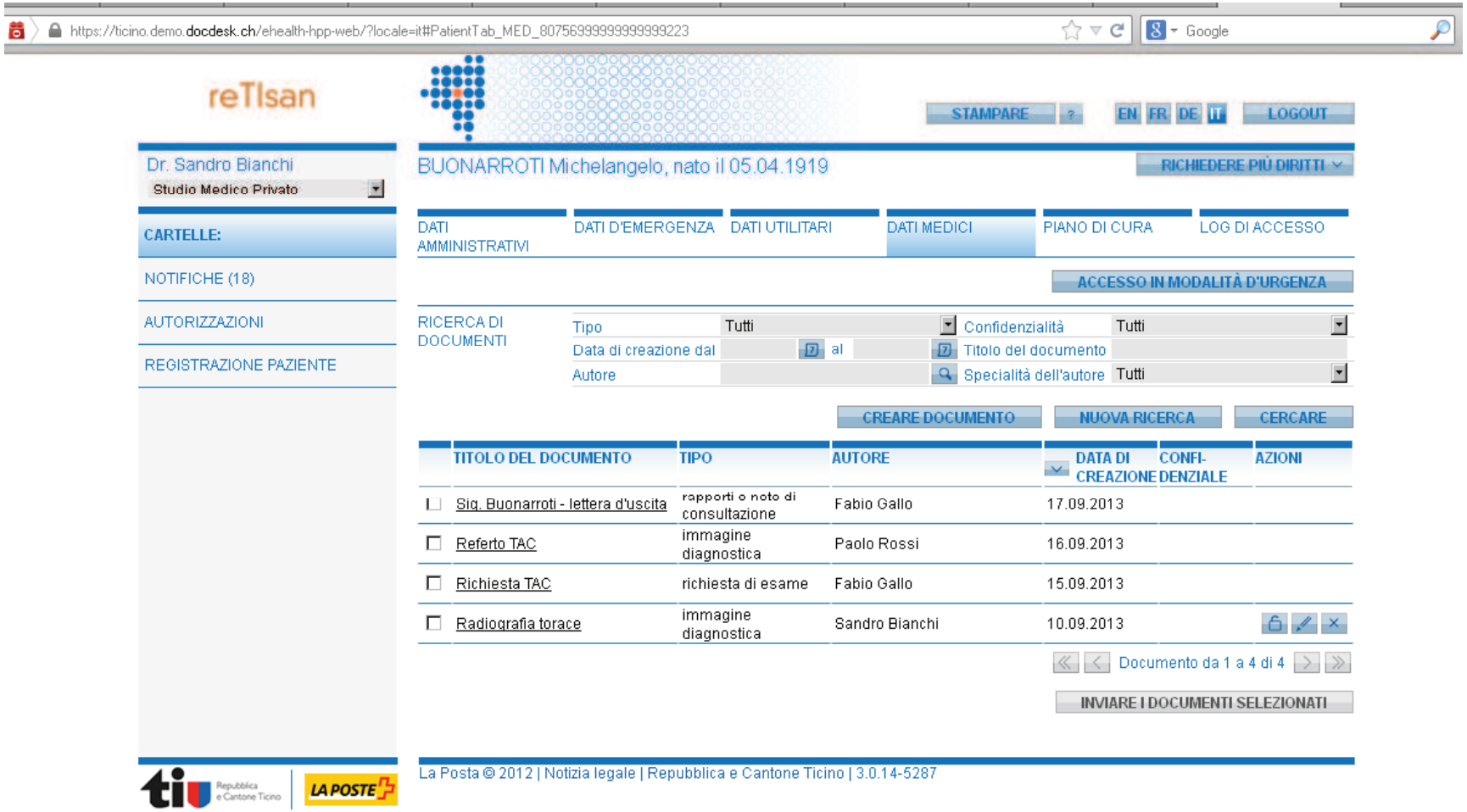
2c. L'ist. di radiologia inserisce i risultati

2d. La farmacia inserisce i dati relativi ai medicamenti

3. I dati possono essere richiamati dai professionisti con diritto di accesso



Aspetti pratici



Comunicazione

- www.retisan.ch
- Flyer per i pazienti

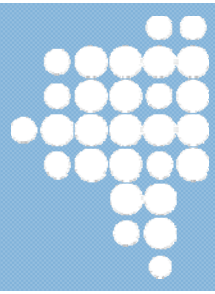
- Linee guida per i medici (argomentario)

Partecipanti e partner

- 50 studi medici (una decina di oncologi privati)
- EOC/IOSI
- Clinica Luganese
- Clinica Sant'Anna
- 5 Servizi di assistenza e cura a domicilio (4 pubblici e 1 privato)
- Associazione Hospice Ticino
- Associazione Triangolo
- 3 Laboratori di analisi mediche
- Istituto cantonale di patologia / Registro tumori
- Federazione cantonale ticinese servizi ambulanze (FCTSA)
- Farmacie su invito (a dipendenza del paziente)
- Lega ticinese contro il cancro

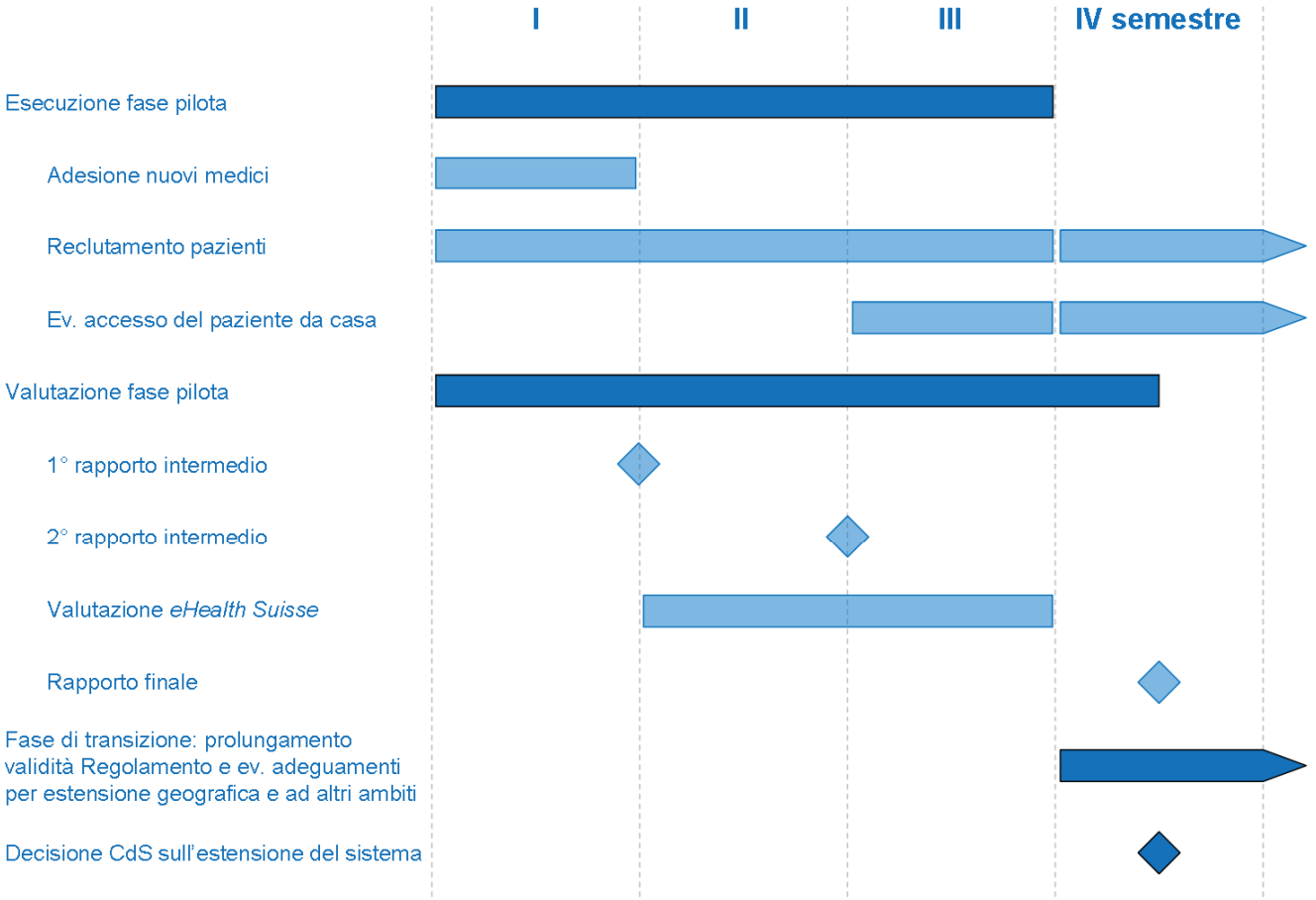
Partecipanti e partner

Panoramica

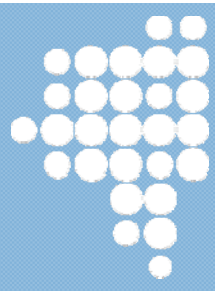


Fase pilota	18 mesi, filiera oncologica
Vantaggi e benefici attesi per i pazienti	Gestire meglio la propria malattia con una presa a carico efficiente e di qualità
Basi legali	Regolamento specifico, Legge sanitaria, Legge protezione dati (cantonale e federale), GEG
Tecnologia	Piattaforma di condivisione sicura delle informazioni sanitarie (La Posta Svizzera)
Sicurezza informatica	Rapporto CSI, audit di sicurezza (test di intrusione da parte della ditta specializzata SCRT)
Valutazione	Fattibilità (tecnica, organizzativa, giuridica) e sostenibilità a lungo termine (SUPSI, *eHealth Suisse*)
Comunicazione	www.retisan.ch
Prospettive	Espansione geografica e ad altri ambiti

Master plan


I
II
III
IV semestre
Esecuzione fase pilota
Adesione nuovi medici
Reclutamento pazienti
Ev. accesso del paziente da casa
Valutazione fase pilota
1° rapporto intermedio
2° rapporto intermedio
Valutazione *eHealth Suisse*
Rapporto finale
Fase di transizione: prolungamento validità Regolamento e ev. adeguamenti per estensione geografica e ad altri ambiti
Decisione CdS sull'estensione del sistema

Grazie per l'attenzione!



Contatto:

Omar Vanoni
Dr sc. ETHZ
Coordinatore progetto Rete sanitaria
Ufficio del medico cantonale
Via Dogana 16
6501 Bellinzona

tel +41 91 814 40 07
e-mail omar.vanoni@ti.ch
web www.retisan.ch

Ente Ospedaliero Cantonale

Gli scenari della politica sanitaria in Ticino
(con particolare riferimento all'EOC)

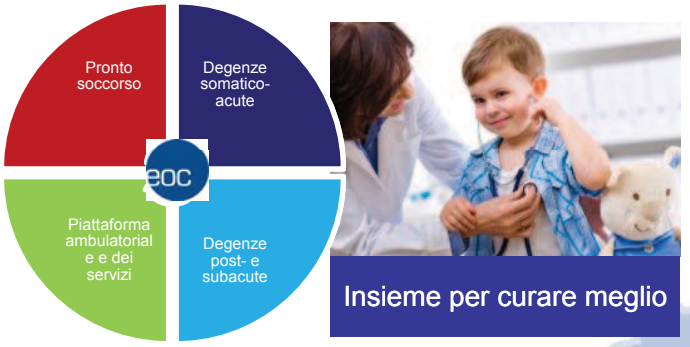
Giornata di studio ASI - SUPSI

Lugano-Canobbio, 10 dicembre 2013

Dr. oec. HSG Giorgio Pellanda

Direttore generale EOC

EOC: l'ospedale multisito



- In termini generali (2012):
  - 8 siti ospedalieri
  - 1'000 posti letto nei settori:
    - ✓ somatico-acuto
    - ✓ *post- e subacuto*
    - ✓ riabilitazione
  - 40'000 pazienti degenti
  - 330'000 giornate di cura
  - 280'000 pazienti ambulanti (PS 150'000)
  - 613 mio chf CA

- In termini funzionali:

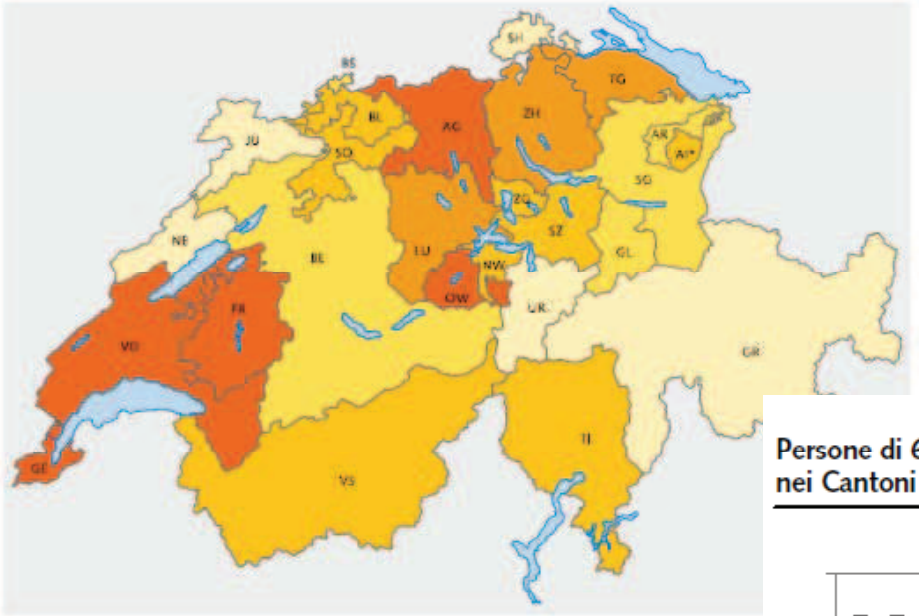
  «L'Ospedale multisito del Cantone Ticino che combina armoniosamente cure specialistiche centralizzate e cure di prossimità, eccellenza medica e cure incentrate sulla relazione, ricerca avanzata e formazione di qualità»

  (Strategia EOC 2007-2012)

I fattori del cambiamento

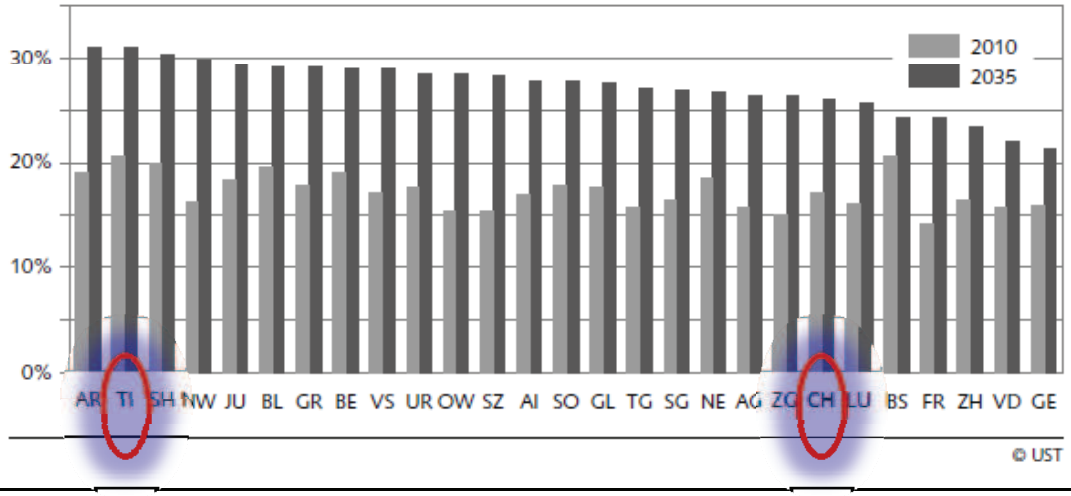
Evoluzione demografica 2010-2035

Crescita demografica 2010–2035



Fonte: UST, sezione DEM

Persone di 65 anni o più sulla popolazione residente permanente nei Cantoni secondo lo scenario "medio" (AR-00-2010), nel 2010 e nel 2035 G 2

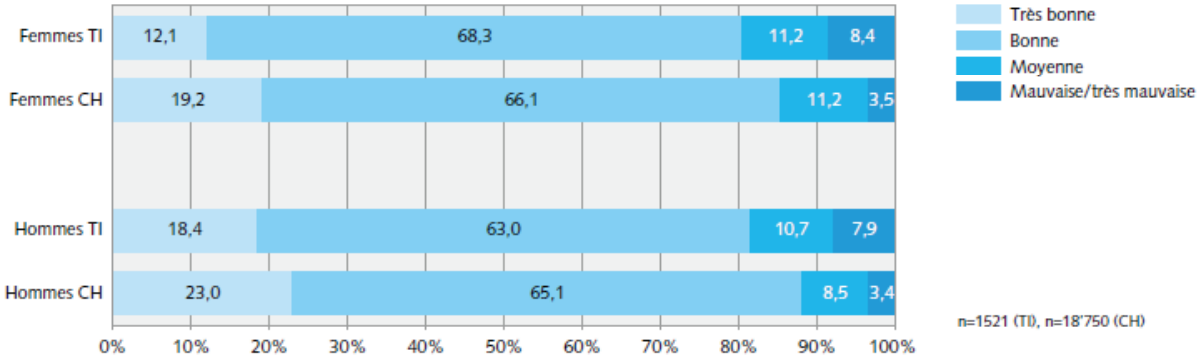


Fonte:

UST, Comunicato stampa 29.3.11 sulla crescita demografica 2010-2035 in Svizzera e nei Cantoni

La salute dei Ticinesi

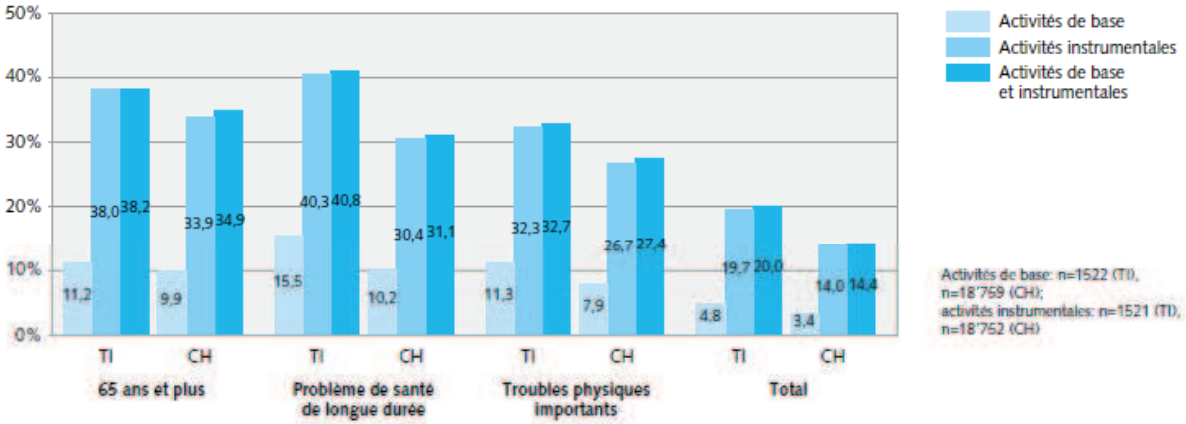
Santé subjective selon le sexe
Canton du Tessin et Suisse, 2007 **Fig. 2.1**



n=1521 (TI), n=18'750 (CH)

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007 © Office fédéral de la statistique (OFS)

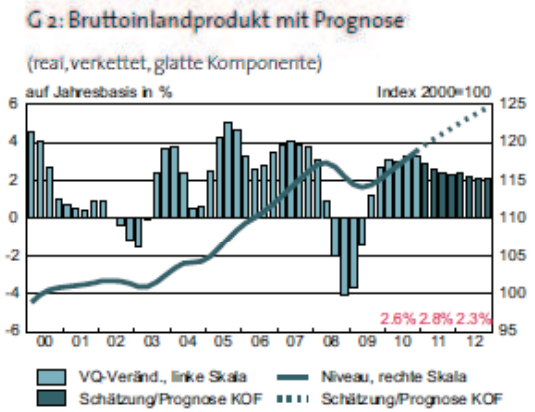
Personnes ayant des difficultés à accomplir les activités de base et instrumentales de la vie quotidienne selon différents indicateurs de santé
Canton du Tessin et Suisse, 2007 **Fig. 2.10**

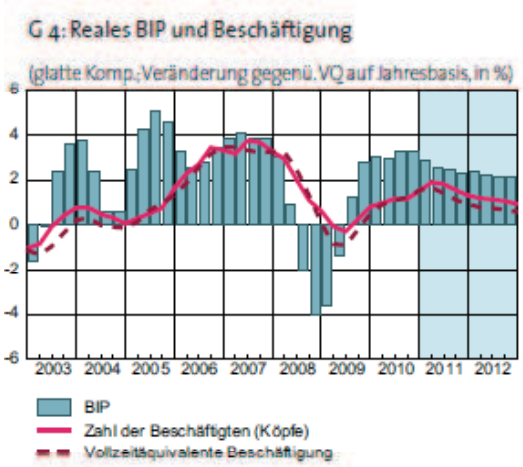


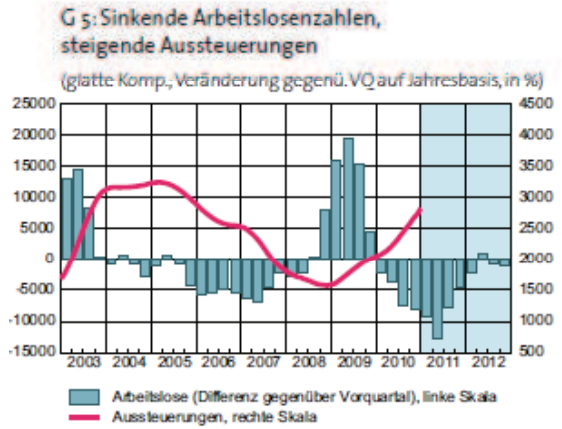
Activités de base: n=1522 (TI), n=18'759 (CH);
activités instrumentales: n=1521 (TI), n=18'752 (CH)

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007 © Office fédéral de la statistique (OFS)

Evoluzione economica







Spesa «per» la salute

Capacità di produrre ricchezza

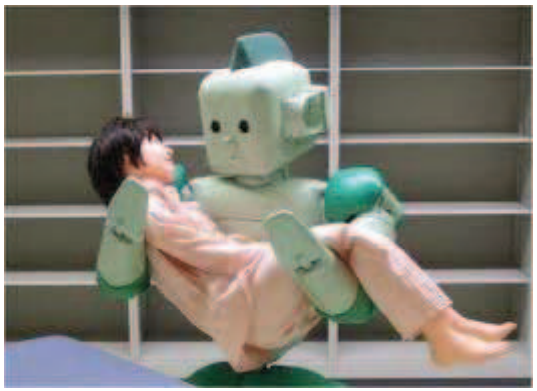
Ricchezza prodotta

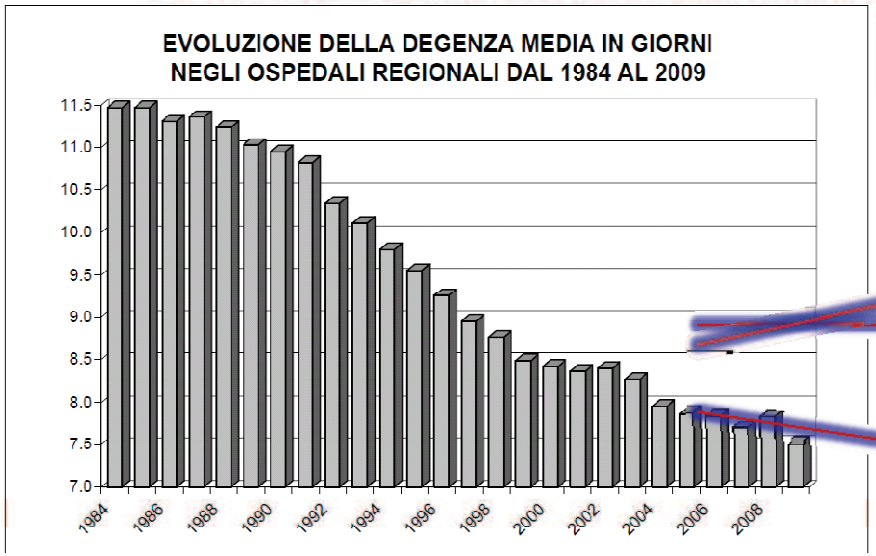
Persona occupata

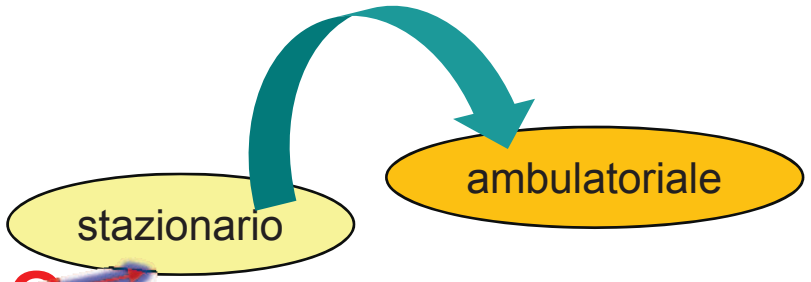
Reddito netto disponibile

Abitante

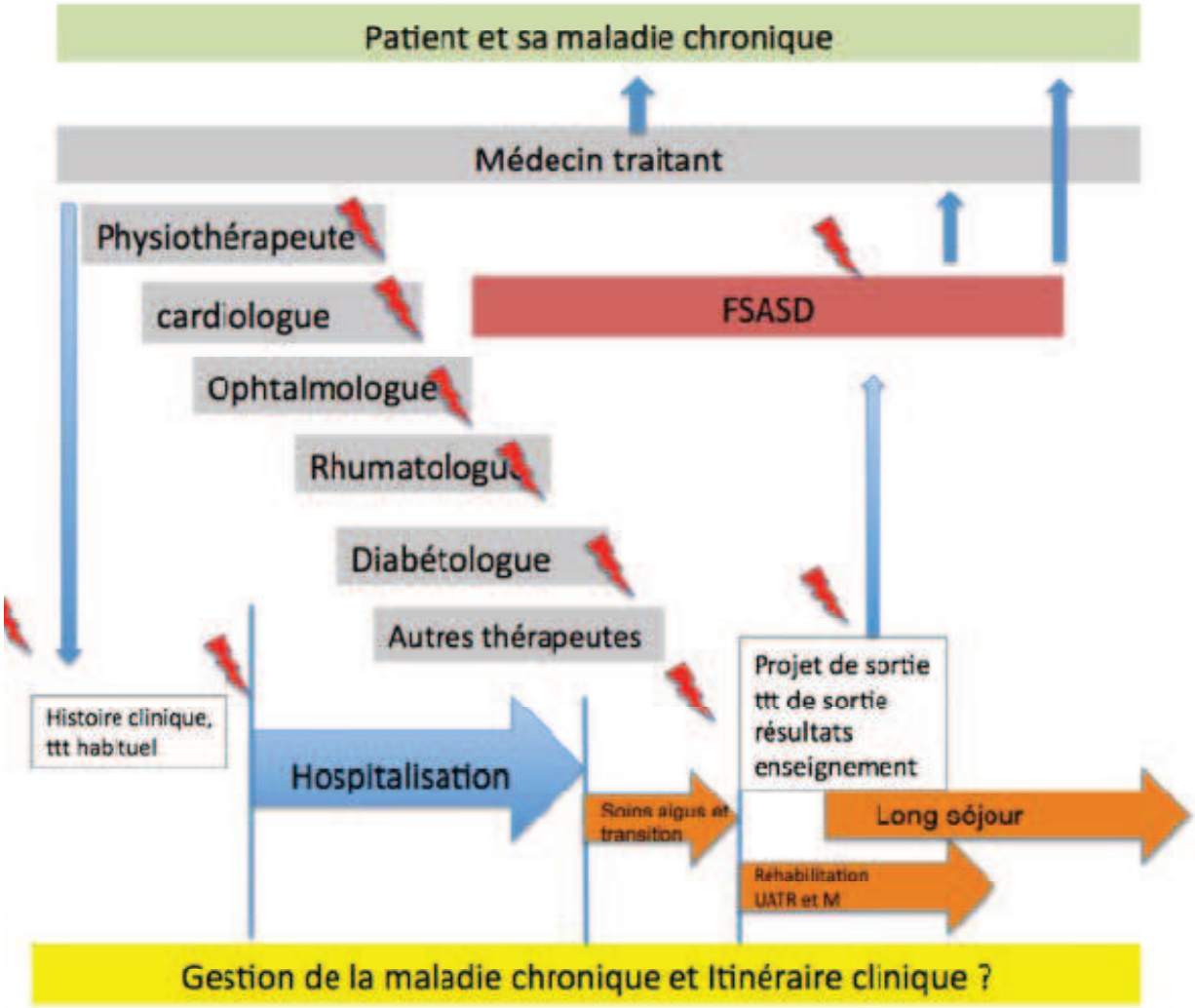
Progresso tecnico e tecnologico



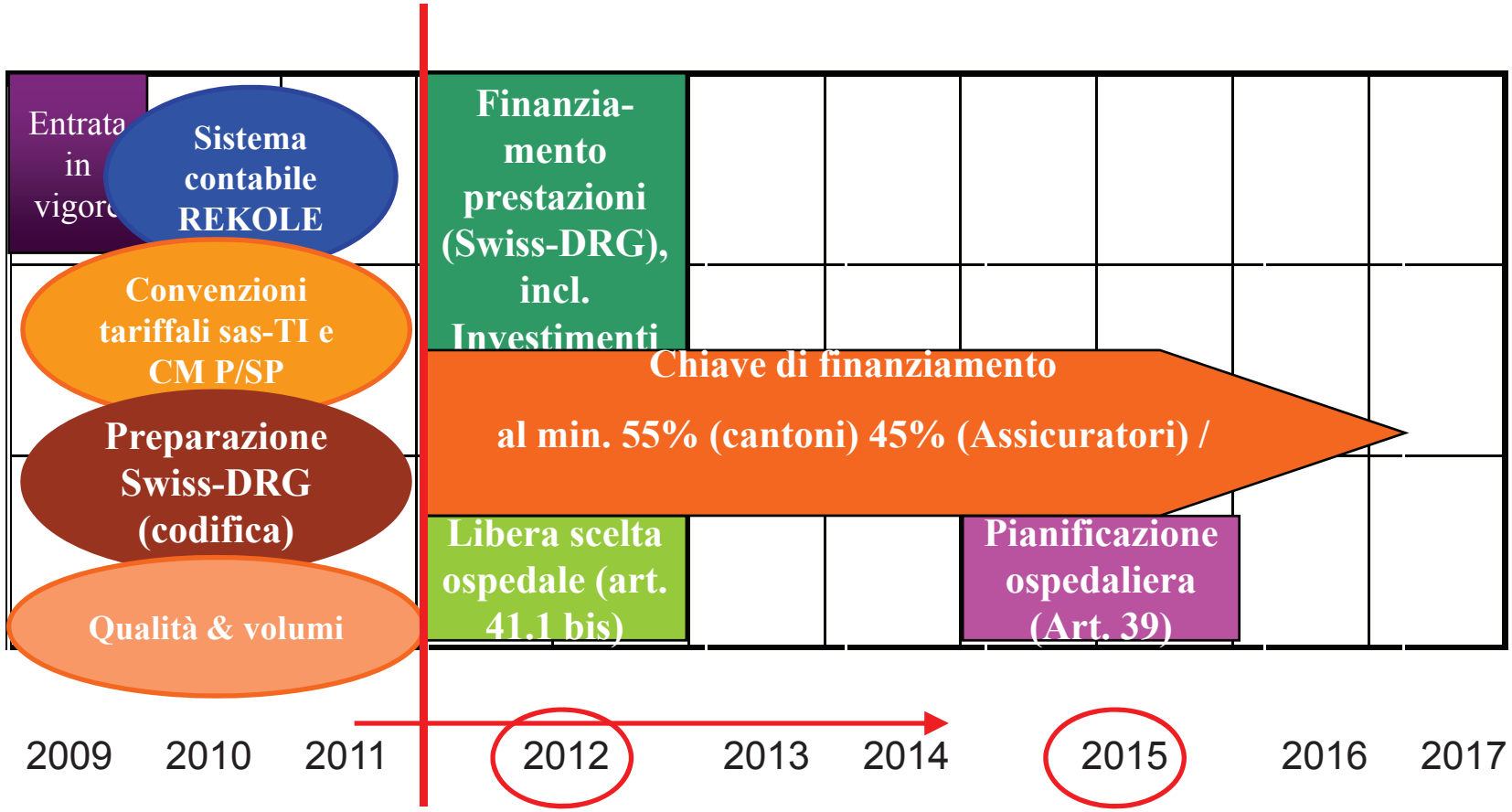




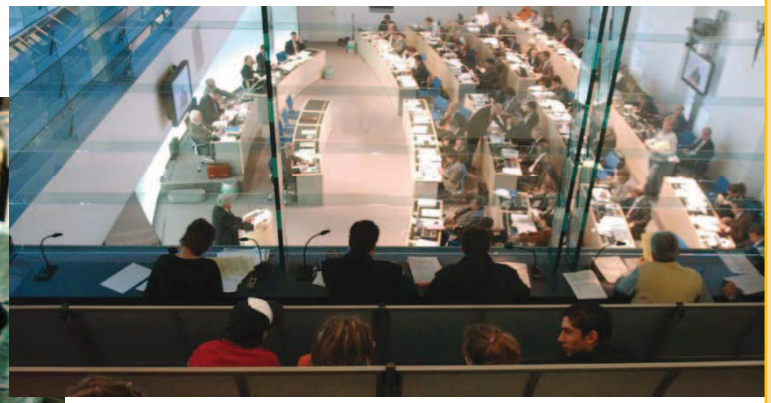
Cure sempre più integrate



Il quadro legislativo (rev.LAMal -> LCAMal)



Il ruolo dello Stato (CH e TI)



Cantone è …:

- proprietario
- finanziatore
- pianificatore
- Istanza di fissazione in ambito tariffale

… di ospedali

⇒Potenziali conflitti di interesse

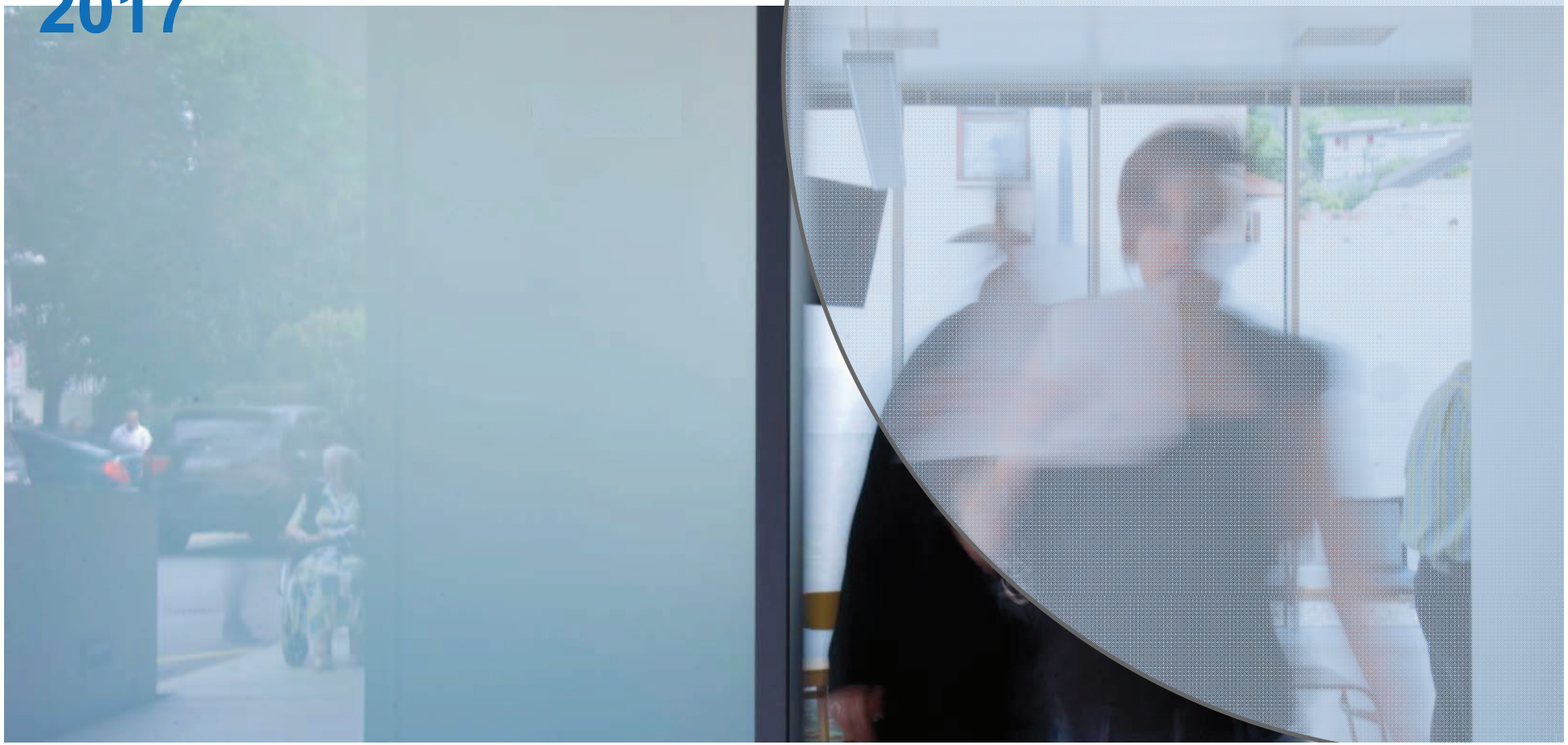
Più Mercato o più Stato?

Più imposte e/o più premi!

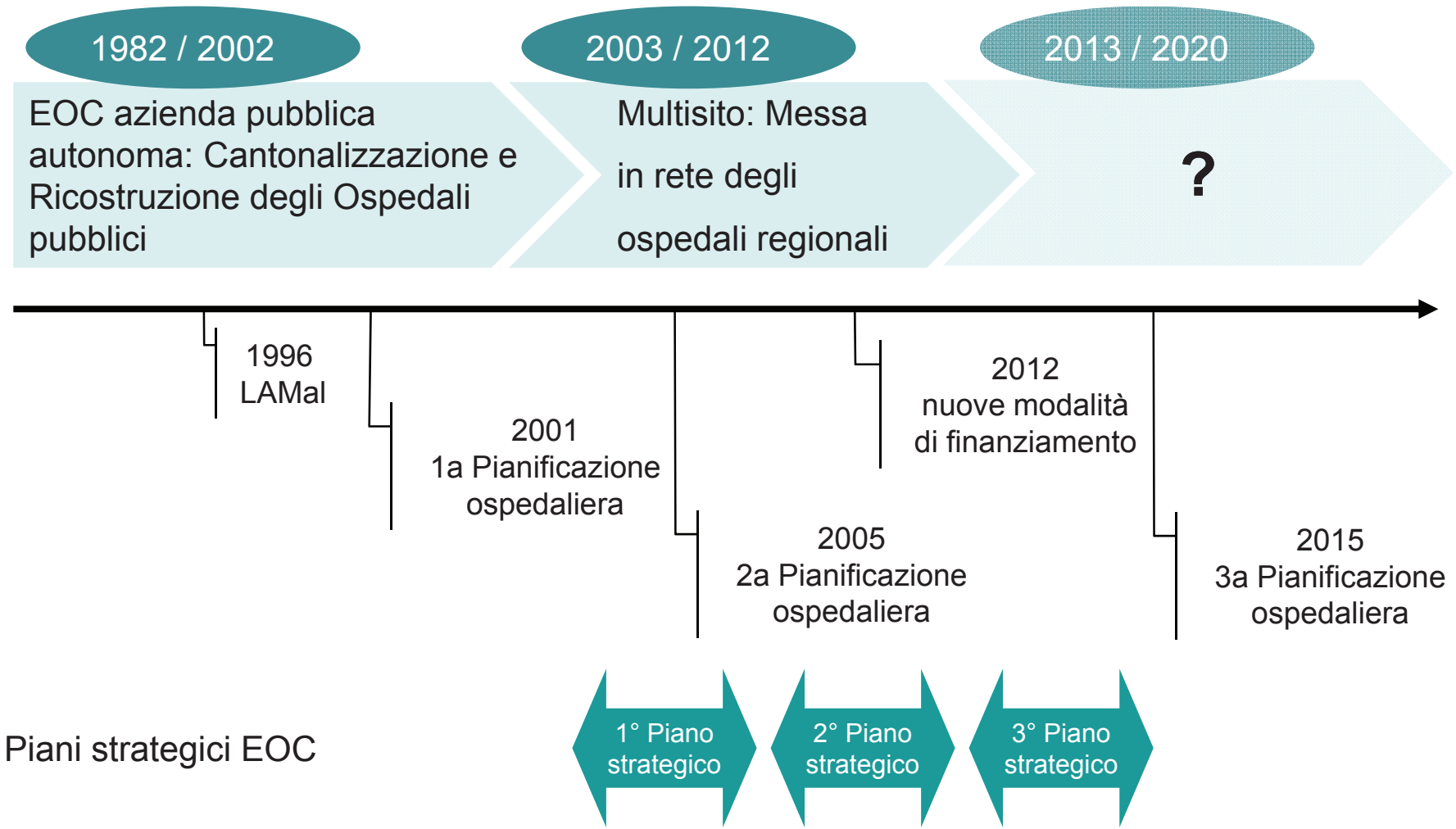
Alcuni elementi di attualità

Ambito	Situazione	Rischio / opportunità
Politico-istituzionale	Cantone più neutrale verso i propri ospedali pubblici	Maggiore autonomia operativa e finanziaria, ma non istituzionale
Strategico-operativo	GDK-CDS attiva per una pianificazione intercantonale sulla MAS	Centri MAS riconosciuti al TI su un solo centro (pubblico) – accelera il processo pianificatorio
Economico	Combinazione legata all'introduzione SwissDRG e alle nuove modalità di finanziamento	riduzioni tariffali e minori risorse finanziarie a disposizione, indebitamento

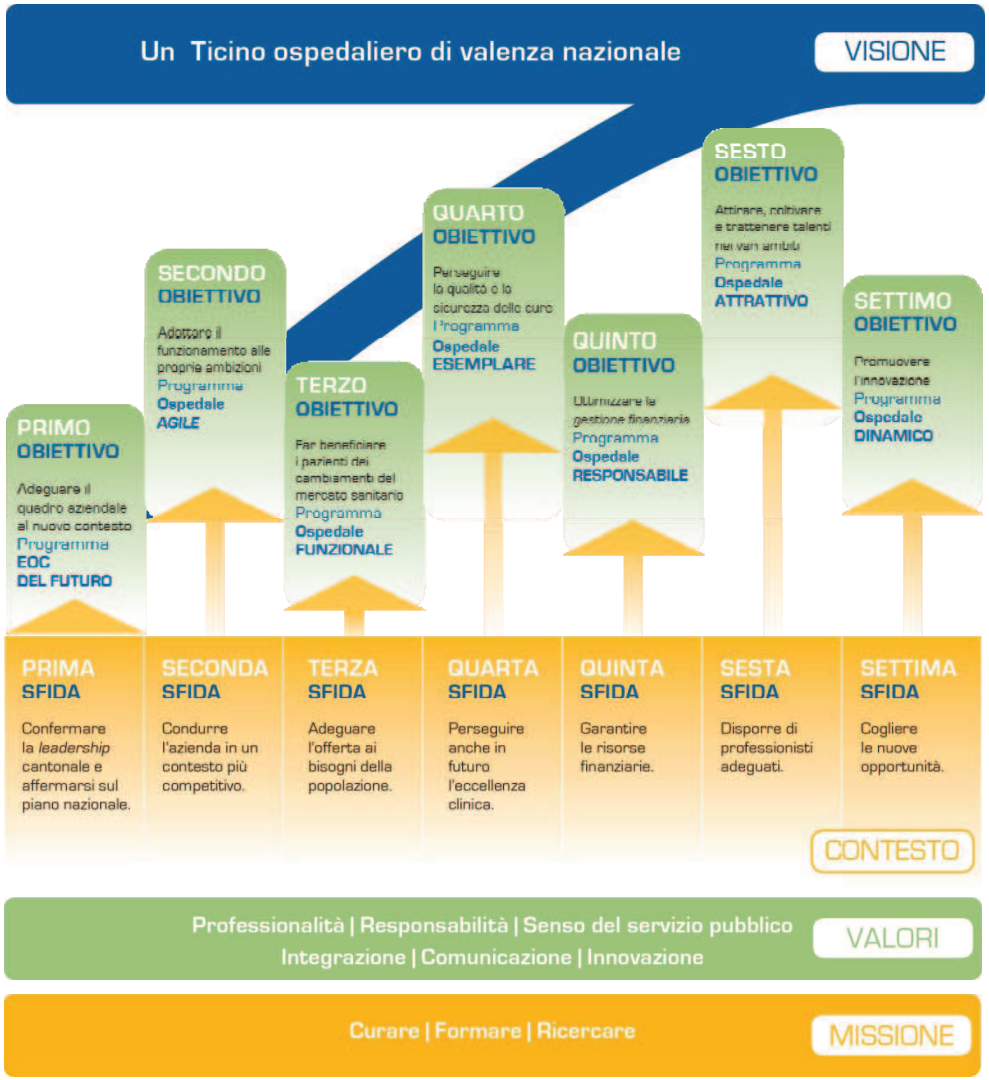
L’aggiornamento del Piano strategico EOC per gli anni 2013 / 2017



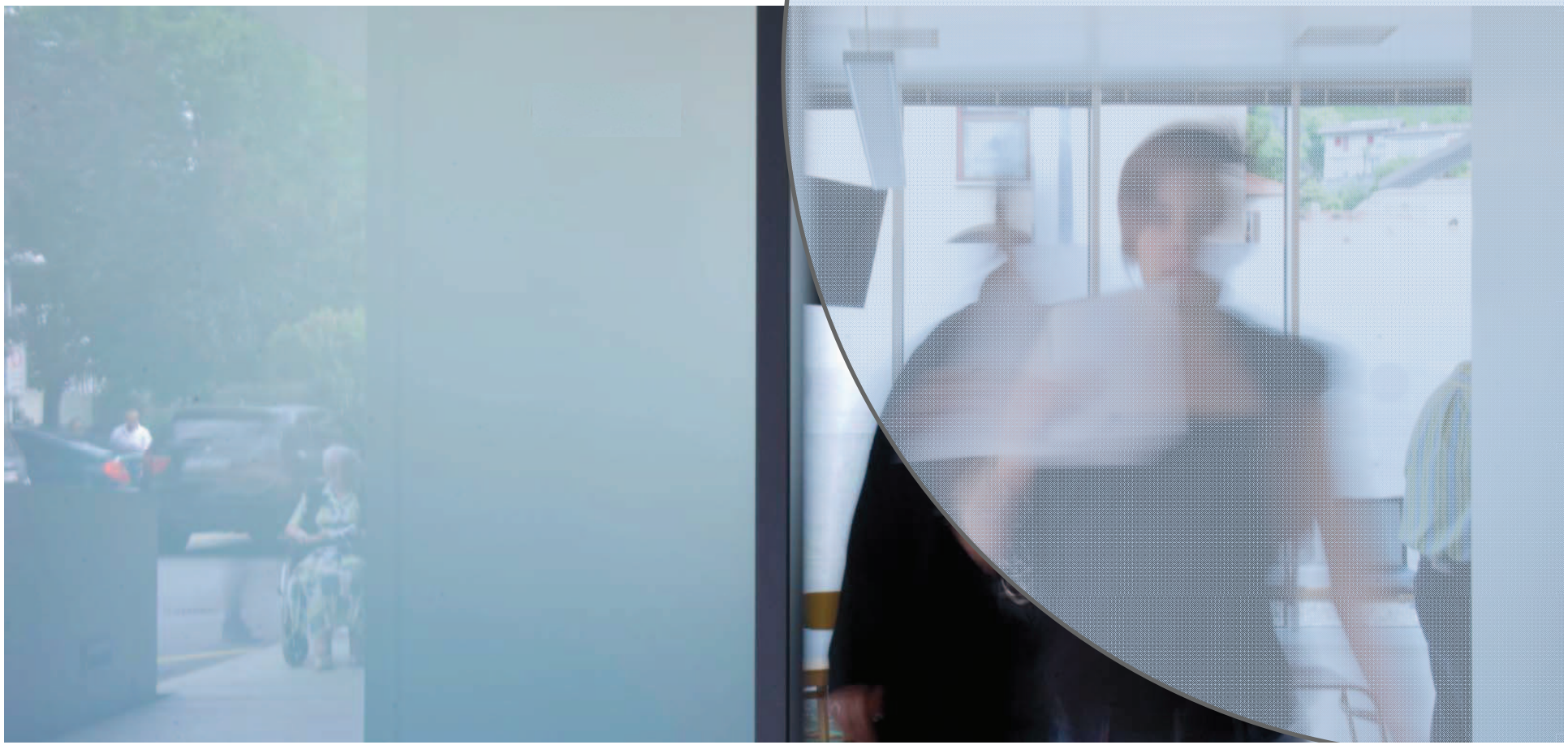
Strategia = cambiamento



Piano strategico EOC 2013-2017



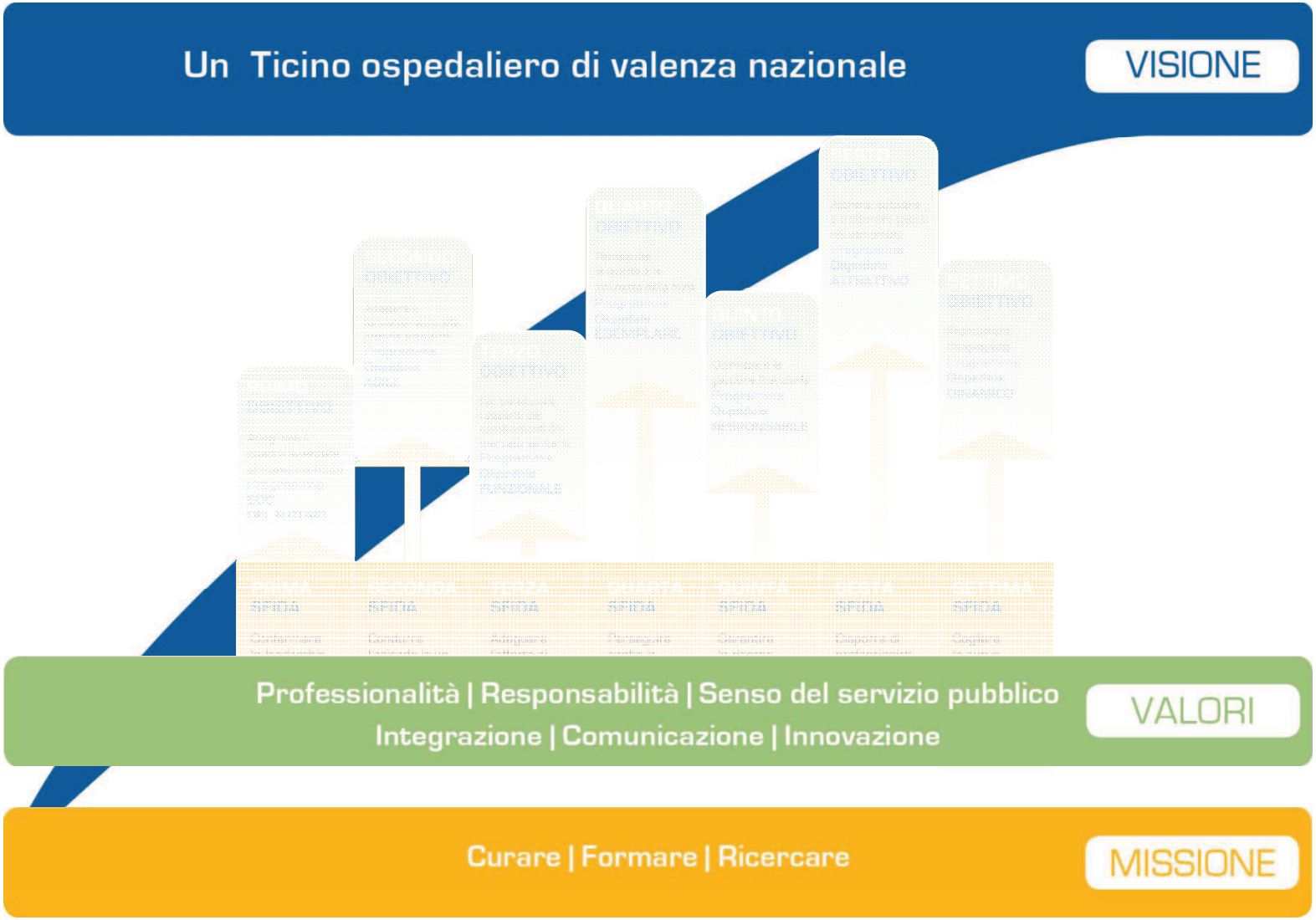
Le sfide
che ci attendono



Piano strategico EOC 2013-2017

Missione, valori e visione

Piano strategico EOC 2013-2017



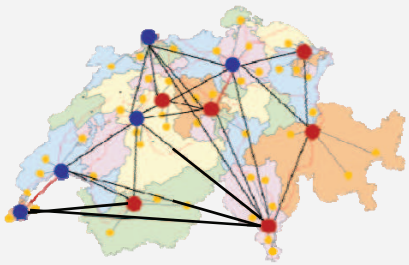
La visione: cambiare a favore del paziente

Una risposta pronta e adeguata alle sfide future.

Missione

«Un Ticino ospedaliero di valenza nazionale»

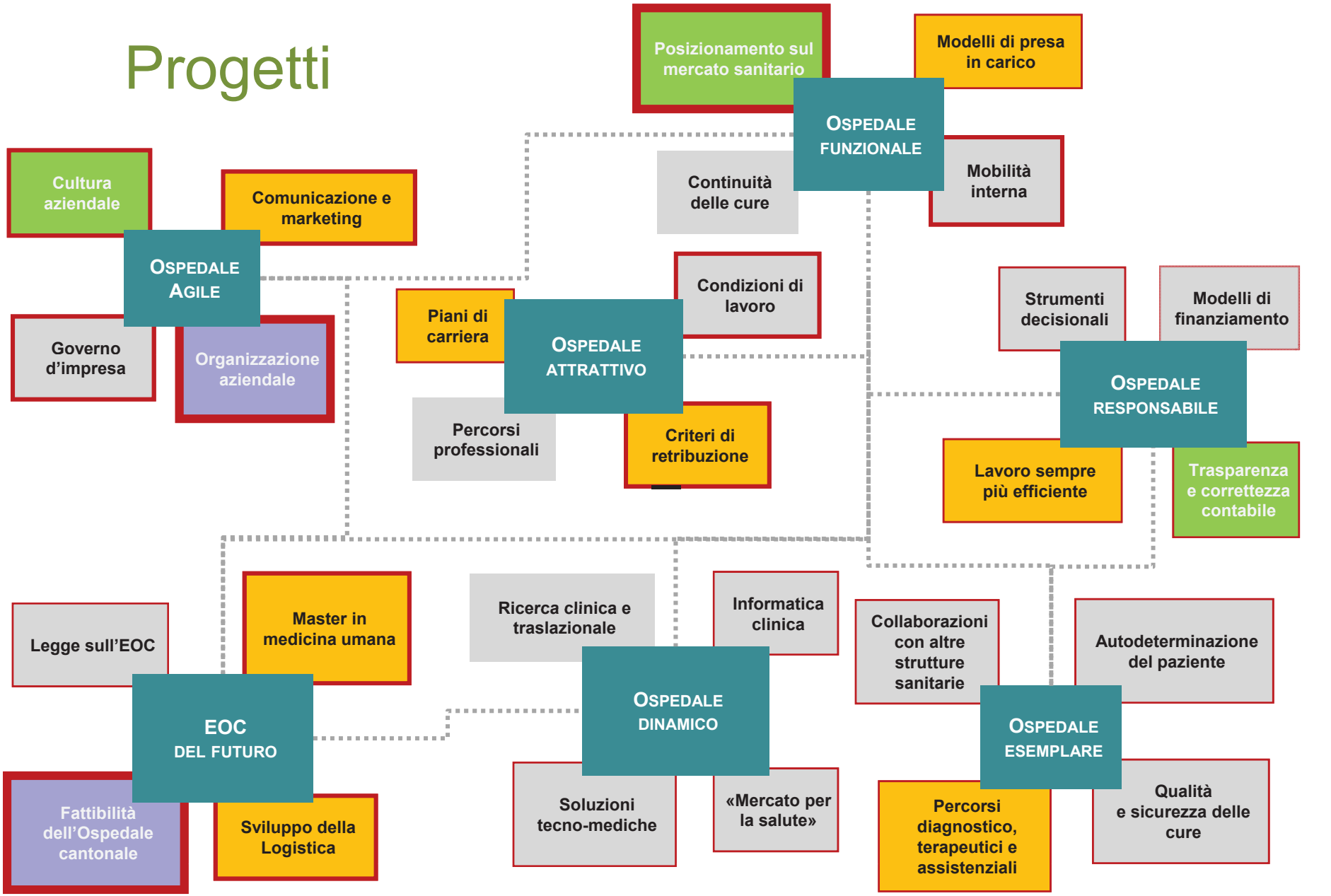
Valori



Dagli obiettivi ai progetti strategici

Piano strategico EOC 2013-2017

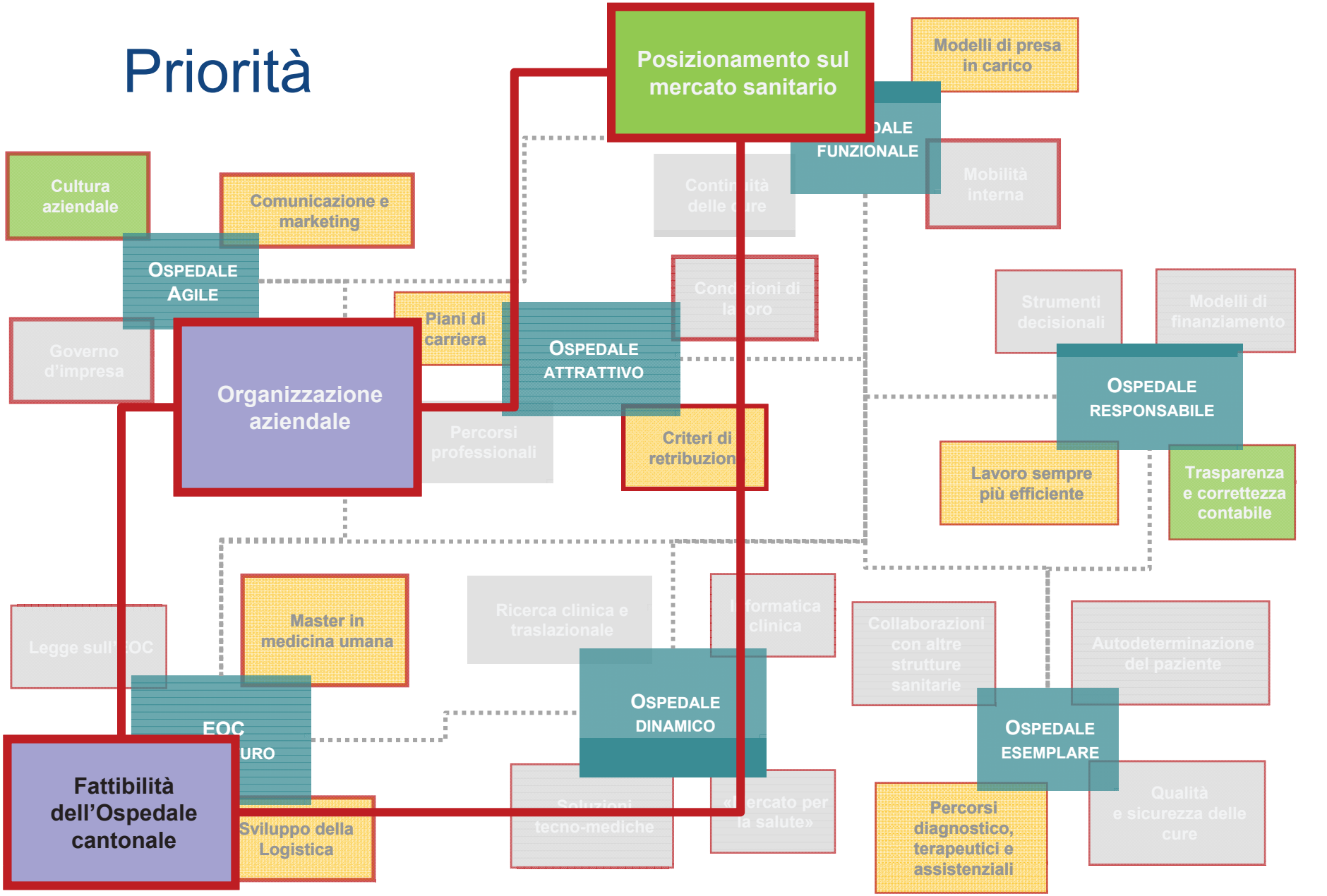
Progetti



Inattivi | Da attivare | Inizializzazione | Pianificazione | Esecuzione | Conclusione

Priorità 1 | Priorità 2 | Priorità 3

Priorità



Inattivi | Da attivare | Inizializzazione | Pianificazione | Esecuzione | Conclusione

Priorità 1 | Priorità 2 | Priorità 3

Far beneficiare i pazienti dei cambiamenti del mercato sanitario

3 Obiettivo

Riteniamo opportuno concentrare le cure specialistiche rare e complesse mantenendo in prossimità quelle di base e specialistiche più comuni.

Programma

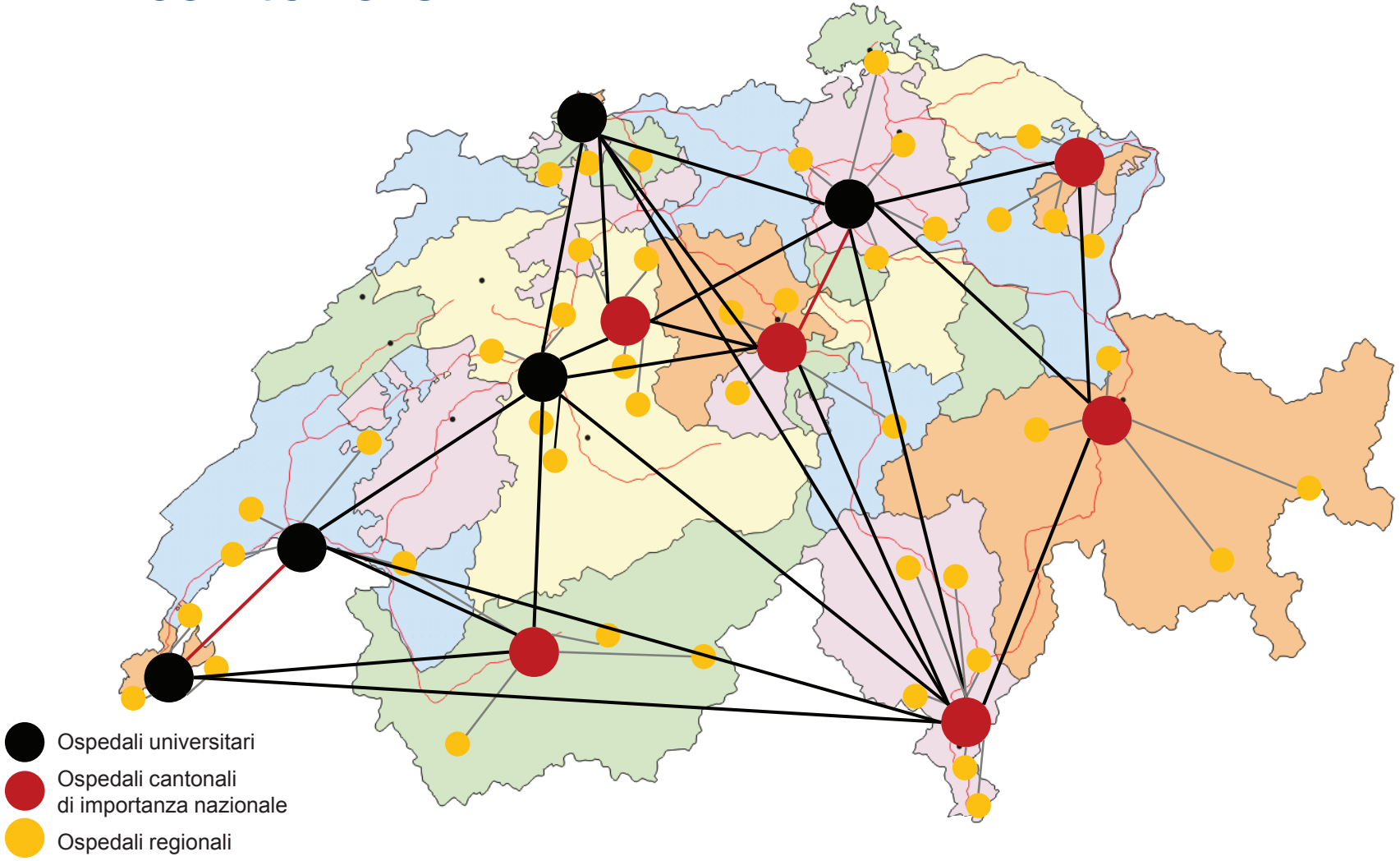
Ospedale funzionale

1. **Definire il posizionamento dell'EOC sul mercato sanitario**
2. **Adeguare i modelli di presa in carico**
3. **Favorire la continuità della cure con gli altri operatori sanitari**
4. **Promuovere la mobilità interna**

Una delle pianificazioni sanitarie

confidenziale

La pianificazione ospedaliera sovra-cantonale



Adeguare il quadro aziendale al nuovo contesto

1 Obiettivo

Intendiamo promuovere lo studio di fattibilità dell'Ospedale cantonale in quanto organizzazione ospedaliera in grado di competere sui diversi piani, cantonale e nazionale, sia sul fronte delle cure di prossimità sia su quello delle cure specialistiche.

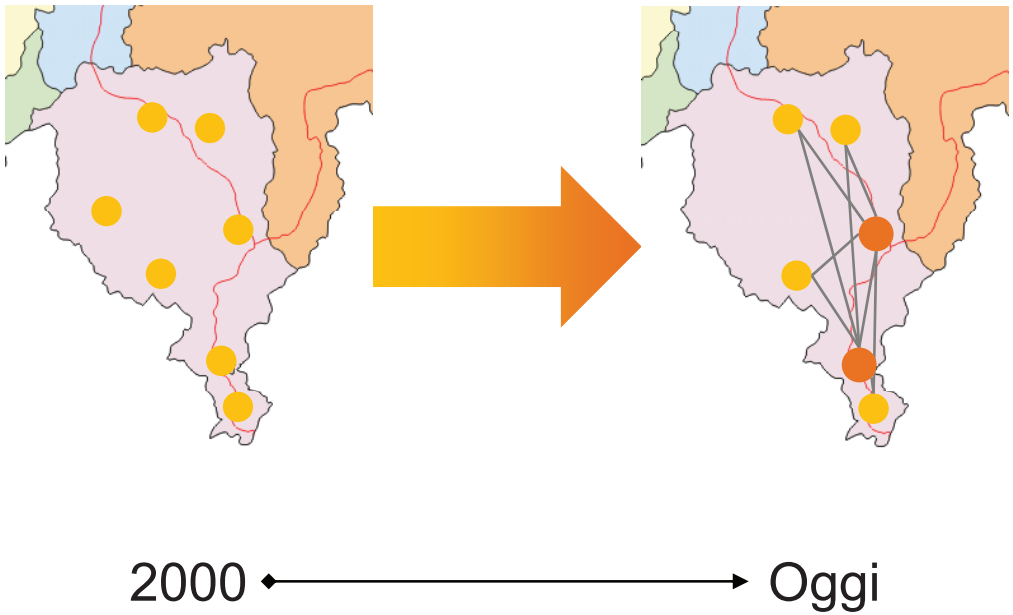
Programma EOC del futuro

1. **Promuovere lo studio di fattibilità dell'Ospedale cantonale**
2. **Definire le soluzioni logistiche necessarie**
3. **Contribuire alla costituzione del Master in medicina umana**
4. **Proporre gli opportuni adeguamenti della Legge sull'EOC**

Cfr. Piano strategico EOC 2013/2017, p. 20

Situazione attuale

EOC: da *Gruppo ospedaliero* a *Ospedale multisito*

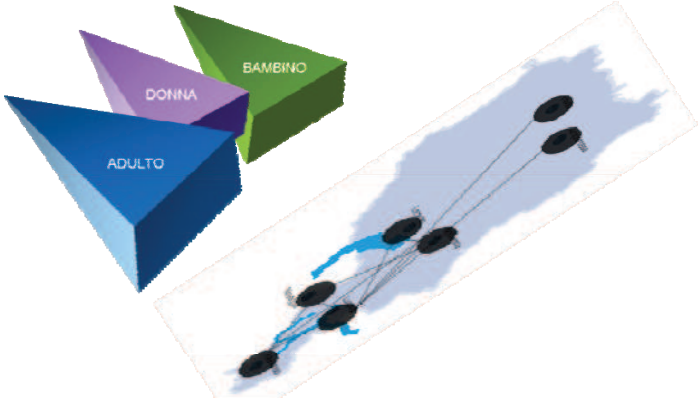


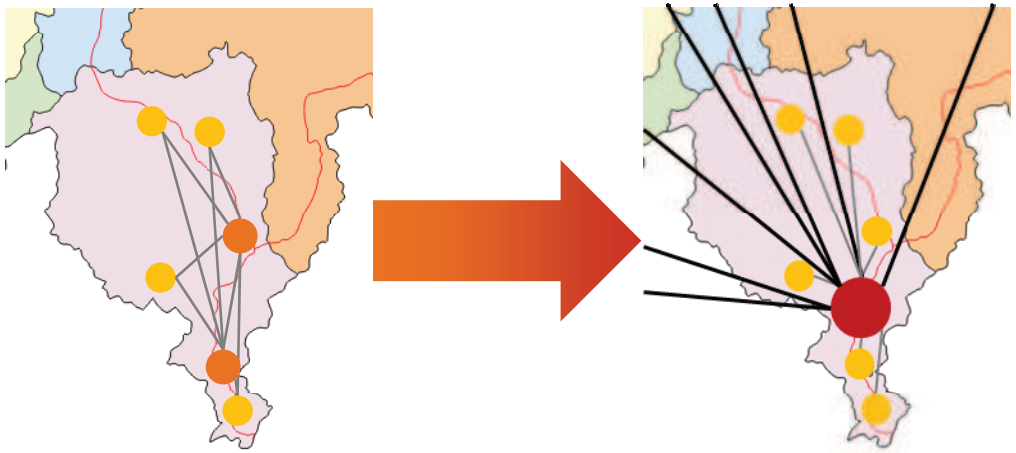
Un solo Ospedale multisito inteso come Rete ospedaliera in grado di combinare armoniosamente cure specialistiche centralizzate e cure di prossimità, eccellenza medica e cure incentrate sulla relazione, ricerca avanzata e formazione di qualità

Situazione a tendere

EOC: da *Ospedale multisito* a *Ospedale cantonale multisito*

Ospedale cantonale multisito inteso come Rete di ospedali, con centri di competenza cantonale, capace di ancorare il Cantone Ticino alla Rete ospedaliera nazionale





Oggi ◆——————→ 2021

Ospedale cantonale: solo una questione di sito?

Studio di fattibilità

- Superficie adeguata
- pianeggiante
- Accessibile (vettori pubblici / privati)
- Vicina ai principali agglomerati
- Tempi (pianificatori, realizzativi, ecc.)
- …

Ospedale cantonale: solo una questione di sito?

Ospedale cantonale:
oltre al sito, quali altri ragionamenti ?

Quali contenuti ?

- ❑ Dalla MAS alla prossimità ?
- ❑ Centri di competenza (Cardio-vascolare, Neuro-, Trauma-, Cancer-)

Quale funzione / ruolo ?

- ❑ Funzione / ruolo verso gli ospedali in rete ?
- ❑ Diversificazione dell'intensità di cura ?

Con quale organizzazione ?

- ❑ Dipartimenti funzionali / gestionali ?

Con quale base legale ?

- ❑ Revisione LEOC ?

Una rete a favore dei pazienti

- PS di medicina e chirurgia generale, di pediatria e di ginecologia con accessibilità 24/365
- Punto di riferimento per il Servizio Autolettighe del Mendrisiotto - SAM

- Cure di base (medicina e chirurgia generale)
- Cure specialistiche comuni (ortopedia, ORL, gastroenterologia, …)
- Porta di accesso per le cure specializzate e altamente specializzate

Specialità mediche
- Medicina generale
- Chirurgia generale
- Ortopedia
- ORL
- Oncologia
- Gastroenterologia
- Chirurgia viscerale

Specialità mediche
- Urologia
- Ginecologia
- Ostetricia
- Neonatologia
- (…)
- Pediatria
- Geriatria

- Ambulatori specialistici
- Laboratorio
- Radiologia
- Punto di riferimento per SACD, ambulatori privati, case per anziani, …

- Cure post acute (continuità delle cure in prossimità)
- Cure subacute (casistica diversa da quella somatico-acuta)

Perseguire la qualità e la sicurezza delle cure

Obiettivo 4

Vogliamo continuare ad impegnarci nei prossimi anni con la stessa responsabilità, professionalità e determinazione, con le quali abbiamo lavorato finora.

Programma

Ospedale esemplare

1. **Ampliare l'offerta dei percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali**
2. **Ottimizzare la collaborazione con altre strutture sanitarie**
3. **Misurare la qualità e rafforzare la sicurezza delle cure**
4. **Rafforzare la capacità di autodeterminazione del paziente**

Attirare, coltivare e trattenere i talenti nei vari ambiti

Obiettivo 6

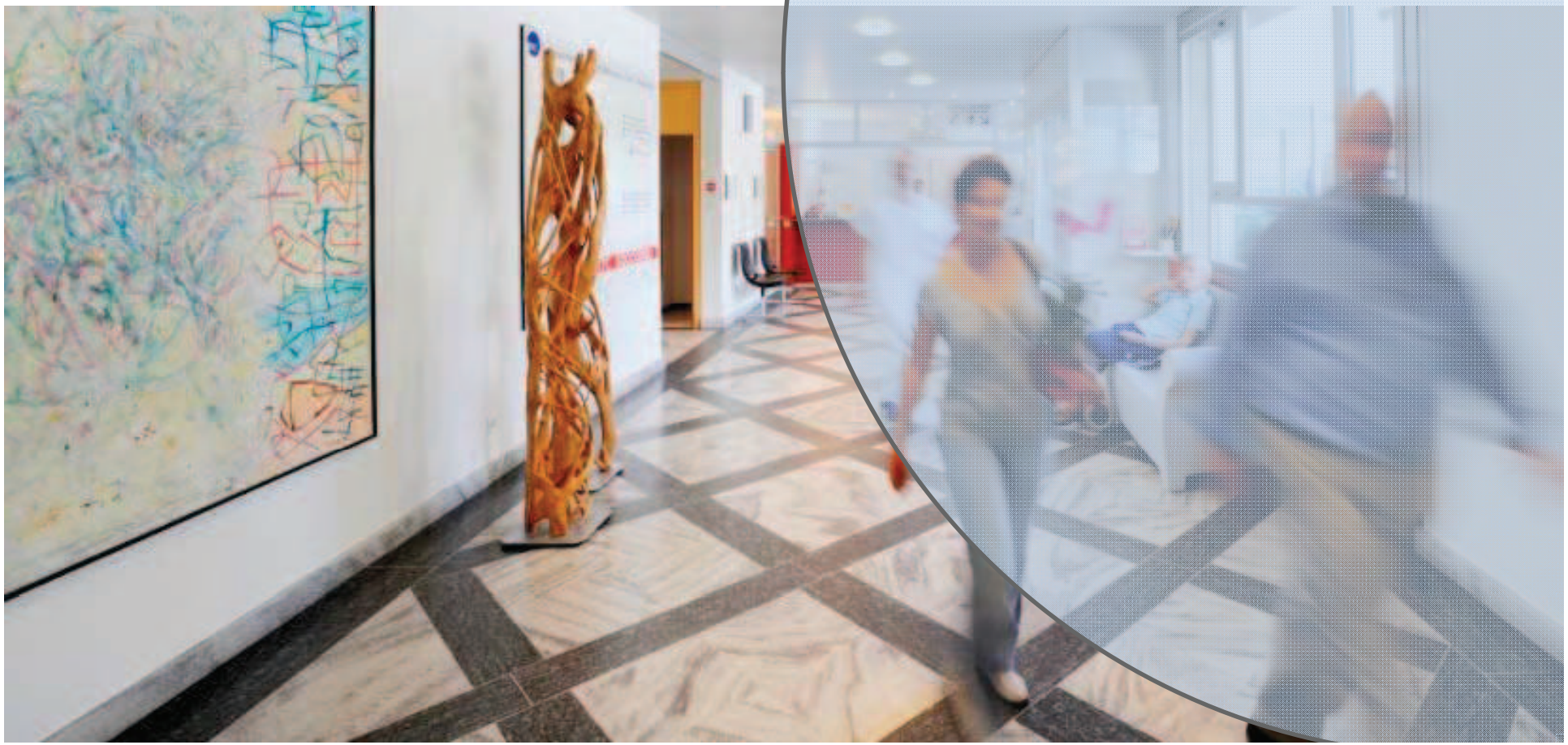
Vogliamo creare le premesse migliori per attrarre, coltivare e trattenere i talenti necessari alla nostra attività.

Programma

Ospedale attrattivo

1. **Sviluppare percorsi professionali**
2. **Allestire piani di carriera**
3. **Adeguare le condizioni di lavoro**
4. **Adattare i criteri di retribuzione**

Grazie per l’attenzione !



Il contesto sanitario cambia: e noi?

Noi vogliamo coglierne le opportunità!

Questo Piano strategico vuole guardare al futuro e costituisce uno sforzo di anticipazione, immaginazione e programmazione.

L’intensità di cura :

L’esperienza Azienda Sanitaria di Firenze

Grazia Monti Lugano 10 Dicembre 2013

Progressive Patient Care By Ronald W. Raven 1963

il problema dell'intensità di cura viene affrontato evidenziando la necessità di

….*raggruppare sistematicamente i pazienti rispetto al loro grado di malattia e dipendenza dal nursing, piuttosto che rispetto alla classificazione della patologia e al sesso*

PROGRESSIVE PATIENT CARE

BY

RONALD W. RAVEN, O.B.E., T.D., F.R.C.S.

"È essenziale sollevare gli infermieri da tutti i compiti non infermieristici che possono essere eseguiti da altri."

"Sembrerebbe ragionevole collocare infermieri altamente formati dove le loro speciali competenze sono più necessarie, ed impiegare infermieri neo-assunti, ausiliari ed altri operatori per pazienti che non richiedono una costante attenzione da parte di infermieri esperti."

"Un nuovo modo di raggruppare i pazienti è necessario, e le direzioni mediche degli ospedali dovrebbero tenere in seria considerazione questo fatto"

PROGRESSIVE PATIENT CARE

BY

RONALD W. RAVEN, O.B.E., T.D., F.R.C.S.

1962

Principi guida tecnici, organizzativi e gestionali per la realizzazione e gestione di ospedali ad alta tecnologia e assistenza 2013

Intensive care units
per pazienti critici

Self-care units
per convalescenti e accertamenti

Intermediate care units
per coloro che non rientrano nei tipi precedenti (60% del totale)

Beds attached to out-patient departments for "one-day" patients

Recovery units
"essential to the modern hospitals"

Degenza *Intensive care*

Degenza *High care*

Degenza *Low care*

Degenza diurna
Day Hospital e Day Surgery

Recovery room

“Intensità di cura”

- Si tratta di una **filosofia organizzativa** dell'ospedale e del reparto che riconosce la diversità del paziente in termini di complessità del quadro clinico ed intensità di assistenza di cui necessità.

- **….l'intensità assistenziale** è legata a fattori individuali quali le capacità cognitive del paziente, il suo grado di autosufficienza/dipendenza, la sua condizione sociale di solo o supportato da famigliari, il suo stato di salute complessivo.

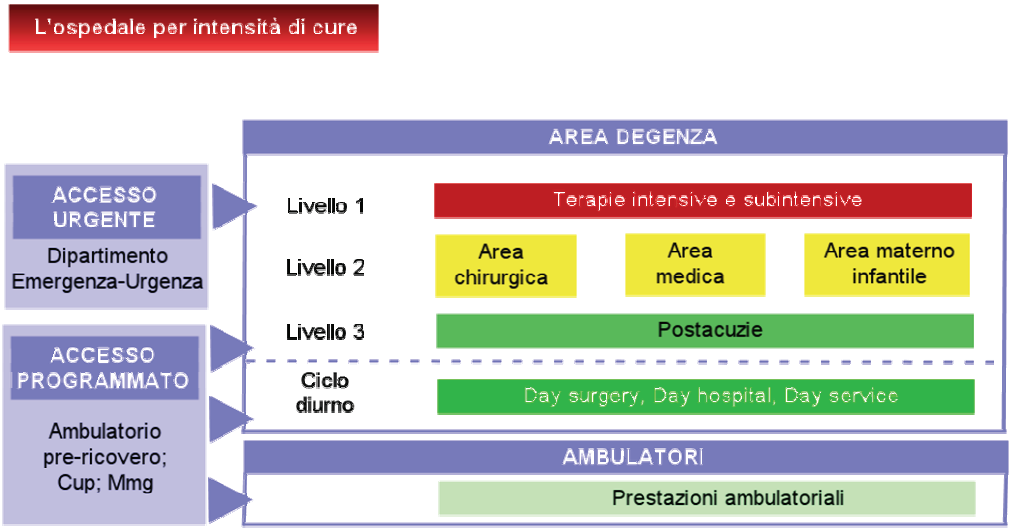
Federico Lega Università Bocconi di Milano

L'OSPEDALE PER INTENSITÁ DI CURA

In Toscana la legge n. 22 (8/3/2000) e la successiva n. 40 (24/2/2005) prevedono la strutturazione delle attività ospedaliere in aree differenziate secondo:

le modalità assistenziali
l'intensità delle cure
la durata della degenza
il regime di ricovero

superando gradualmente l'articolazione per reparti differenziati secondo la disciplina specialistica.



Regione Toscana
PIANO SANITARIO REGIONALE
2008-2010

"OSPEDALE PER INTENSITA' DI CURA"

1. Superamento dell'articolazione dei reparti differenziati secondo la disciplina specialistica;

2. Prevedere la strutturazione delle attività ospedaliere secondo le modalità assistenziali, intensità di cura, durata della degenza ed il regime di ricovero

Azienda Sanitaria di Firenze
La scelta del metodo

1. **Gestione per processi**;

Processi centrati sull'utente

2. ***Organizzazione lean*** *:*

Organizzazione semplice

Valorizzazione delle competenze

Azienda Sanitaria di Firenze

Territorio di estensione- 4 Zone

Abitanti 64.462
Kmq 1290
Densità 49 ab/kmq

N° Abitanti 208.358
kmq 375
Densità 555 ab/kmq

N° Abitanti 366.878
Kmq 102
Densità 3582 ab./kmq

Abitanti 163.443
Kmq 1011
Densità 161 ab/kmq

Azienda Sanitaria di Firenze

I Presidi Ospedalieri

Presidio Ospedaliero
S. M. Nuova

Presidio Ospedaliero
Borgo San Lorenzo

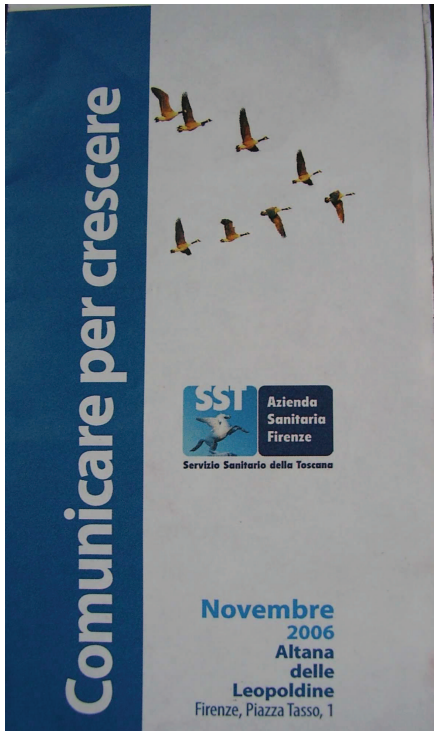
Presidio Ospedaliero
S. M. Annunziata

Presidio Ospedaliero
S. Giovanni di Dio

Ospedale Piero Palagi

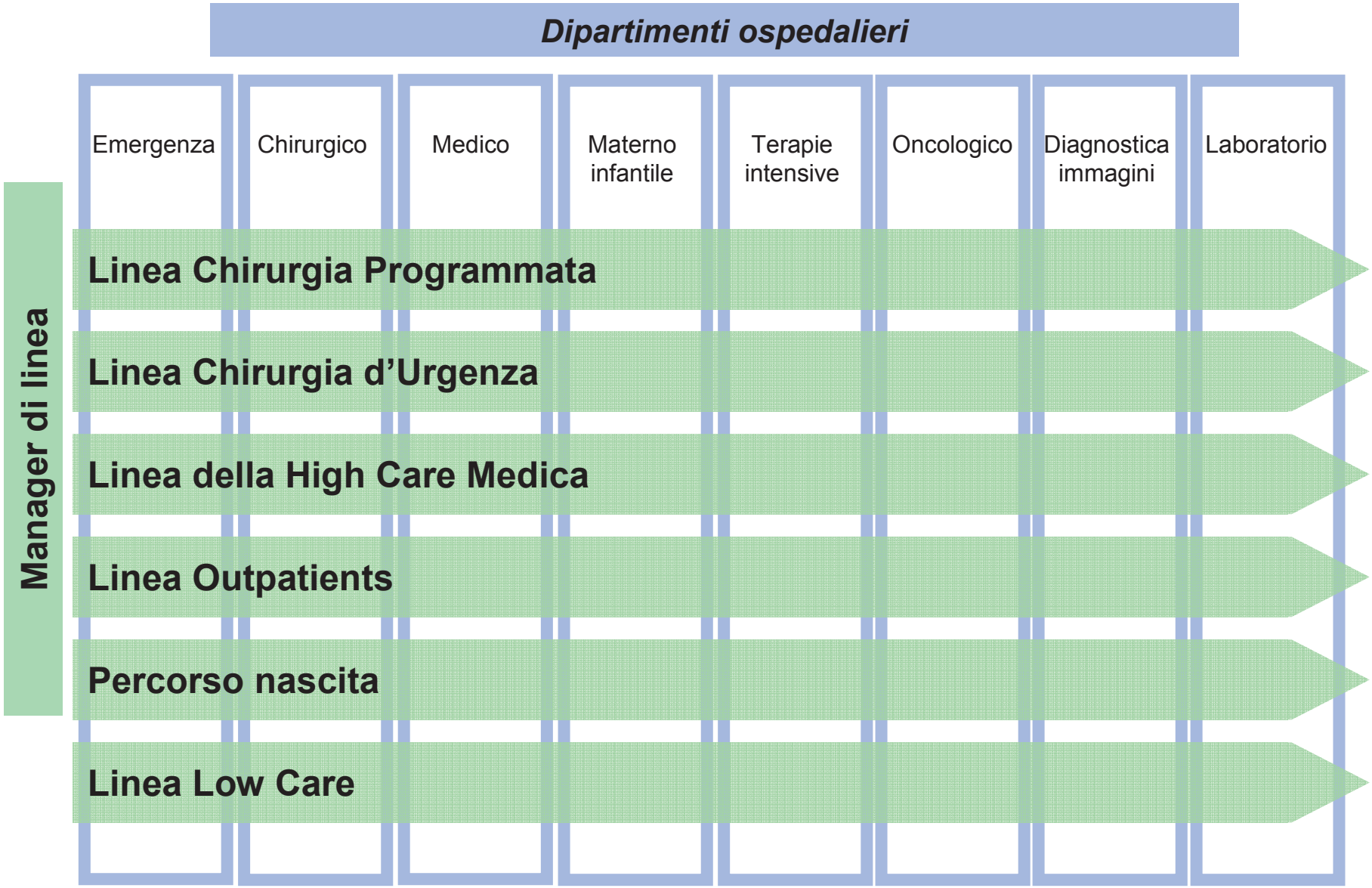
Ospedale Serristori

Azienda Sanitaria di Firenze 2006 conversione al Modello *Lean*



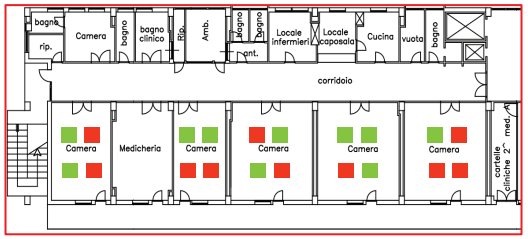
PROGETTO
OLA
Organizzazione lean dell'assistenza

I livelli di intensità di cure dell'ospedale Lean
Azienda Sanitaria di Firenze

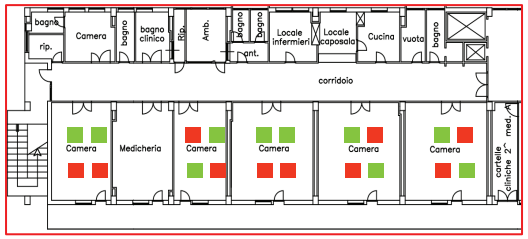


Area Chirurgica IERI (2006)

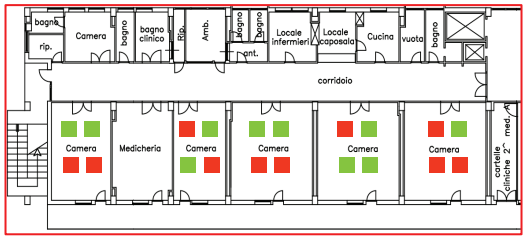
Ortopedia e Traumatologia



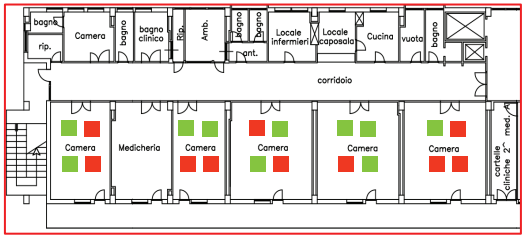
Chirurgia generale



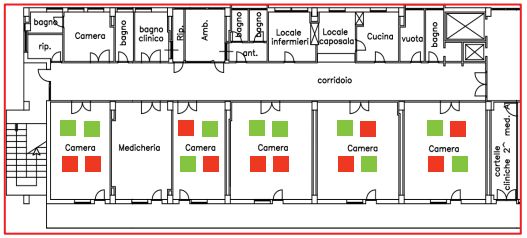
Urologia



Ginecologia



Chirurgia Vascolare

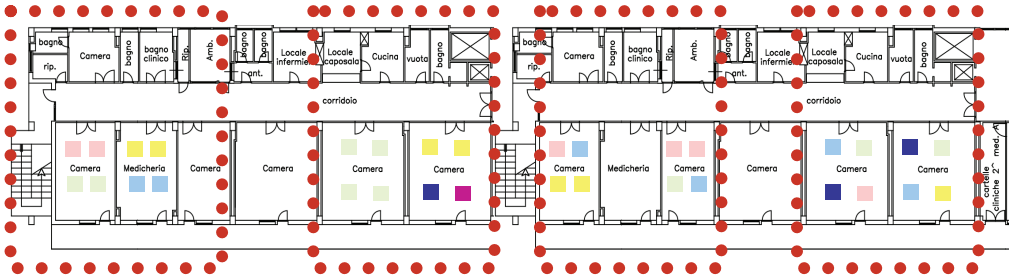


elezione

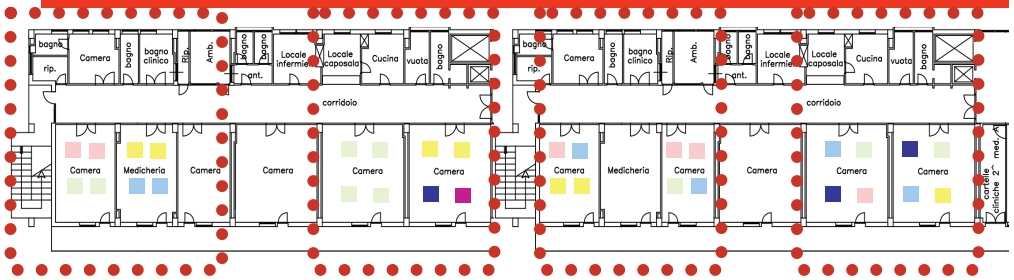
urgenza

Area Chirurgica OGGI

Blocco degenza Chirurgia di Elezione



Blocco degenza Chirurgia d'Urgenza



Ortopedia e Traum Ginecologia Chir generale Urologia Chir vascolare

Blocco di degenza

- aggrega i pazienti in funzione **dell'intensità del bisogno assistenziale** e non della specificità del bisogno clinico specialistico
- **semplifica i processi organizzativi** attraverso l'omogeneità del percorso assistenziale

La Cellula di assistenza

L'organizzazione del lavoro per cellule rappresenta uno degli aspetti più importanti del *Lean Thinking*.

- Il ***Cell Design*** è l'area dove si lavora ad alto valore aggiunto attraverso la riduzione degli sprechi

La cellula di assistenza
è l'unità produttiva di base,
che realizza risposte adeguate
e specifiche al paziente.

Organizzazione *Lean* dell'Assistenza

Principi

Creare valore per il paziente

Semplificare e modernizzare l'organizzazione

Valorizzare e responsabilizzare l'infermiere

Redesign of Work Culture

Creare valore per il paziente

- **Personalizzare l'assistenza**:

  dai compiti alla pianificazione

- **Sistematizzazione delle informazioni**:

  La documentazione clinica unica informatizzata

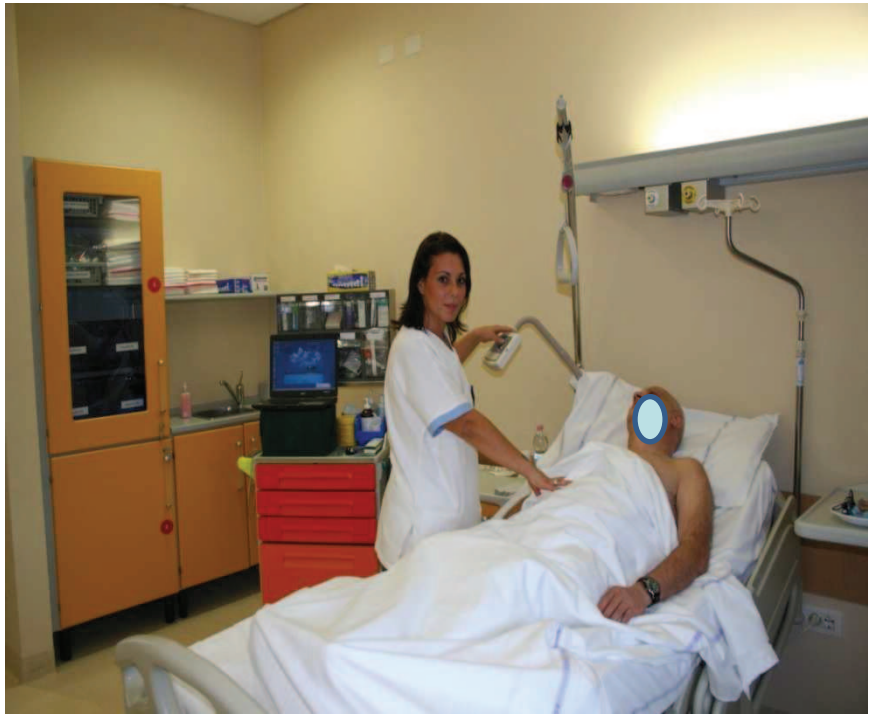
  Sistemi di controllo visivo

  Briefing

- **La presenza dell'infermiere vicino al paziente:**

  ridurre i tempi che non producono valore

INFERMIERE VICINO



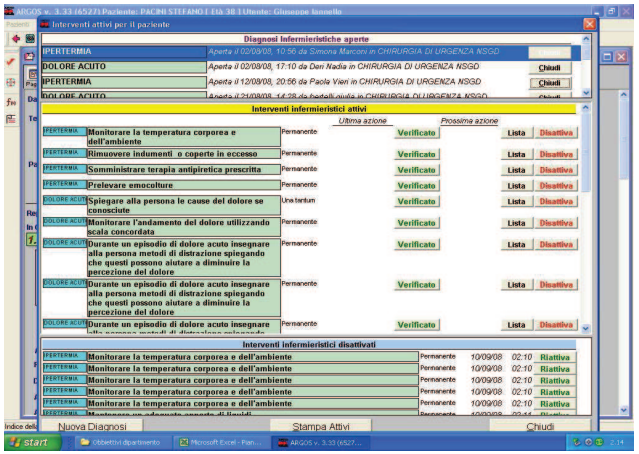
tutto a portata di mano

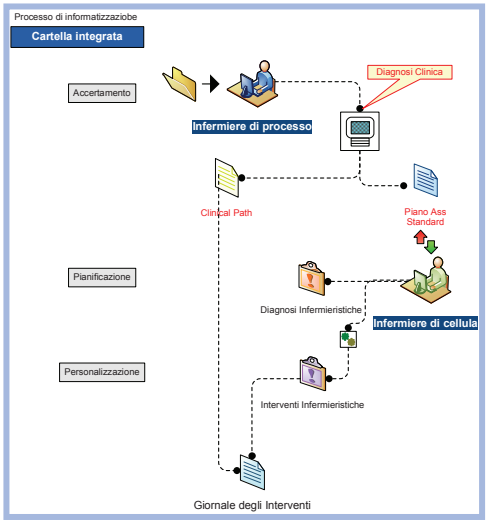
- ciò che è necessario
- quando è necessario
- dove è necessario.

Gli operatori devono svolgere il processo completo all'interno della cellula

Organizzazione semplice e moderna

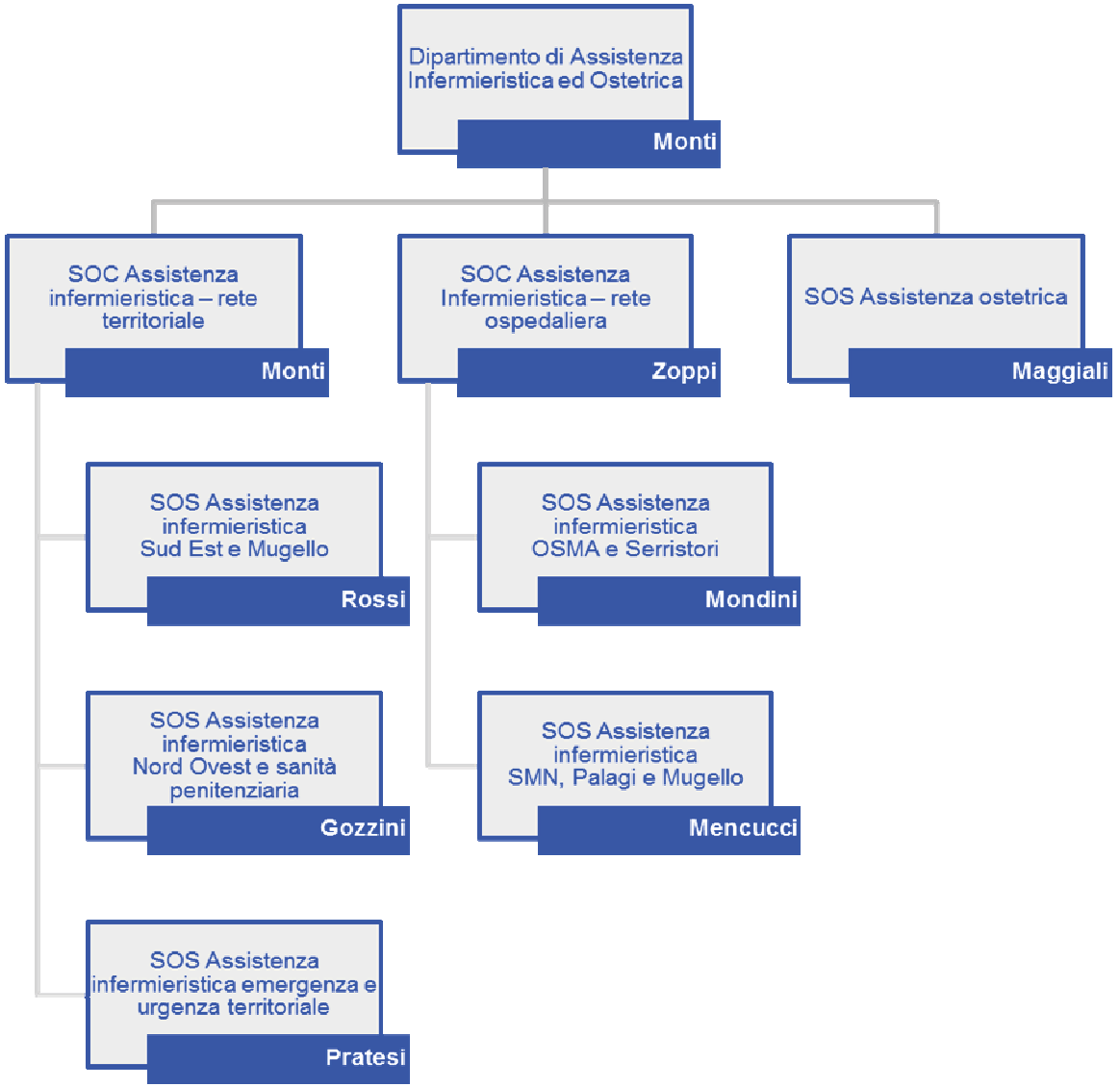
- tecnologia diffusa
- documentazione informatizzata
- processi di lavoro definiti





Azienda Sanitaria Firenze
Servizio Sanitario della Toscana

Dipartimento di Assistenza Infermieristica ed Ostetrica



Punti di forza

- Formalizzazione del modello organizzativo
- Orientamento della direzione alla gestione dei meccanismi operativi e dei processi sociali
- Leadership professionale riconosciuta dagli altri professionisti
- Coinvolgimento e partecipazione dei livelli operativi alla definizione degli obiettivi del Dipartimento.

Punti di debolezza

- Scarsa conoscenza sui risultati di esito
- Difficile utilizzo delle competenze professionali in maniera trasversale
- Difficoltà ad approccio sistematico alle procedure
- Difficoltà a misurare la tenuta e la diffusione del cambiamento

Sfide

- Sviluppare le funzioni del nursing di processo per migliorare la continuità
- Aumentare l'impegno nella gestione delle cronicità
- Sostenere l'innovazione organizzativa per lo sviluppo delle competenze clinico-assistenziali e delle responsabilità professionali.

ADATTARSI AI CONTINUI CAMBIAMENTI: LA SFIDA DI OGNI GIORNO

ASSISTENZA INFERMIERISTICA: MA CHE COSA È CAMBIATO NEGLI ULTIMI ANNI IN TICINO?

- NUOVO MODELLO ORGANIZZATIVO CURE INFERMIERISTICHE: CURE BASATE SULLA RELAZIONE (PN)→FILOSOFIA
- DCOP/GECO
- FORMAZIONE
- DRG-SWISSDRG
- NUOVI PROGETTI-NUOVE GESTIONI-NUOVE PERSONE-NUOVE DINAMICHE ORGANIZZATIVE-NUOVI COMPITI
- I PAZIENTI E LE ASPETTATIVE

Da arte, religione e credenze ad assistenza scientifica: la nascita dell'infermiere

Le prime scuole,le prime teorie,l'assistenza funzionale

F.Nightingale

D.Orem

V.Henderson

La guerra,l'evoluzione delle teorie, l'assistenza in piccole équipes

M.Manthey

LE CURE BASATE SULLA RELAZIONE: IL PRIMARY NURSING ALL'EOC

Gordon

L'EVOLUZIONE DELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA

MODELLO FUNZIONALE

MODELLO PICCOLE ÈQUIPES

L'EVOLUZIONE DELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA: IL PRIMARY NURSING ALL'EOC

GECO

STRUMENTO DI CURA
AMPIA DISPONIBILITÀ DI INFORMAZIONI
TRACCIABILITÀ
COMUNICAZIONE
GECO
CONTINUITÀ
RELAZIONE
OBIETTIVI E STRATEGIA COMUNE
TUTELA
INTERDISCIPLINARIETÀ

LA FORMAZIONE E I REPARTI DI CURA

- SUPSI→Bachelor in cure infermieristiche,DAS e MAS
- SSSCI→Infermieri, Soccorritori,Post-diploma in anestesia, cure intense e cure urgenti
- SSPSS →Maturità Specializzata Sanitaria e Sociale (MS),Maturità Professionale Federale Sanitaria e Sociale Operatore Socio-sanitario (OSS)Moduli complementari SUP
- Praticanti

SWISSDRG: RISCHI E OPPORTUNITÀ

- **Il sistema DRG si basa sulla seguente logica: un paziente è economicamente interessante se rimane il minor tempo possibile in ospedale o beneficia di un trattamento perfettamente organizzato e il più efficace possibile.**
- **I DRG devono contribuire a rendere il sistema sanitario svizzero economicamente accettabile e ad aumentare l'efficacia dei processi lavorativi.**

- **I forfait per caso rendono il sistema più trasparente e comparabile.**
- **Il sistema di remunerazione è adeguato alle prestazioni.**
- **I forfait per caso contribuiscono a garantire la sostenibilità del sistema sanitario svizzero.**
- **I forfait per caso permettono agli ospedali di sfruttare il potenziale di risparmio e di ottimizzare i processi.**
- **I forfait per caso favoriscono un orientamento ai processi in ambito ospedaliero e tra i diversi prestatori di servizi, rafforzando la collaborazione interdisciplinare e istituzionale.**
- **I forfait per caso semplificano la pianificazione ospedaliera sovracantonale.**
- **I forfait per caso aiutano gli operatori sanitari a svolgere il proprio lavoro in maniera uniforme ed efficace.**
- **Grazie all'aumento della concorrenzialità, i pazienti beneficeranno a lungo temine di processi ottimizzati e di un incremento qualitativo dei trattamenti.**

SWISSDRG: RISCHI E OPPORTUNITÀ

- **Riduzione esagerata della degenza media**
- **Spostamento verticale della cura sanitaria**
- **Selezione dei rischi**
- **Moltiplicazione dei casi (riammissioni)**
- **Riduzione prestazioni mediche**

Attori rapidi prevalgono sugli attori lenti

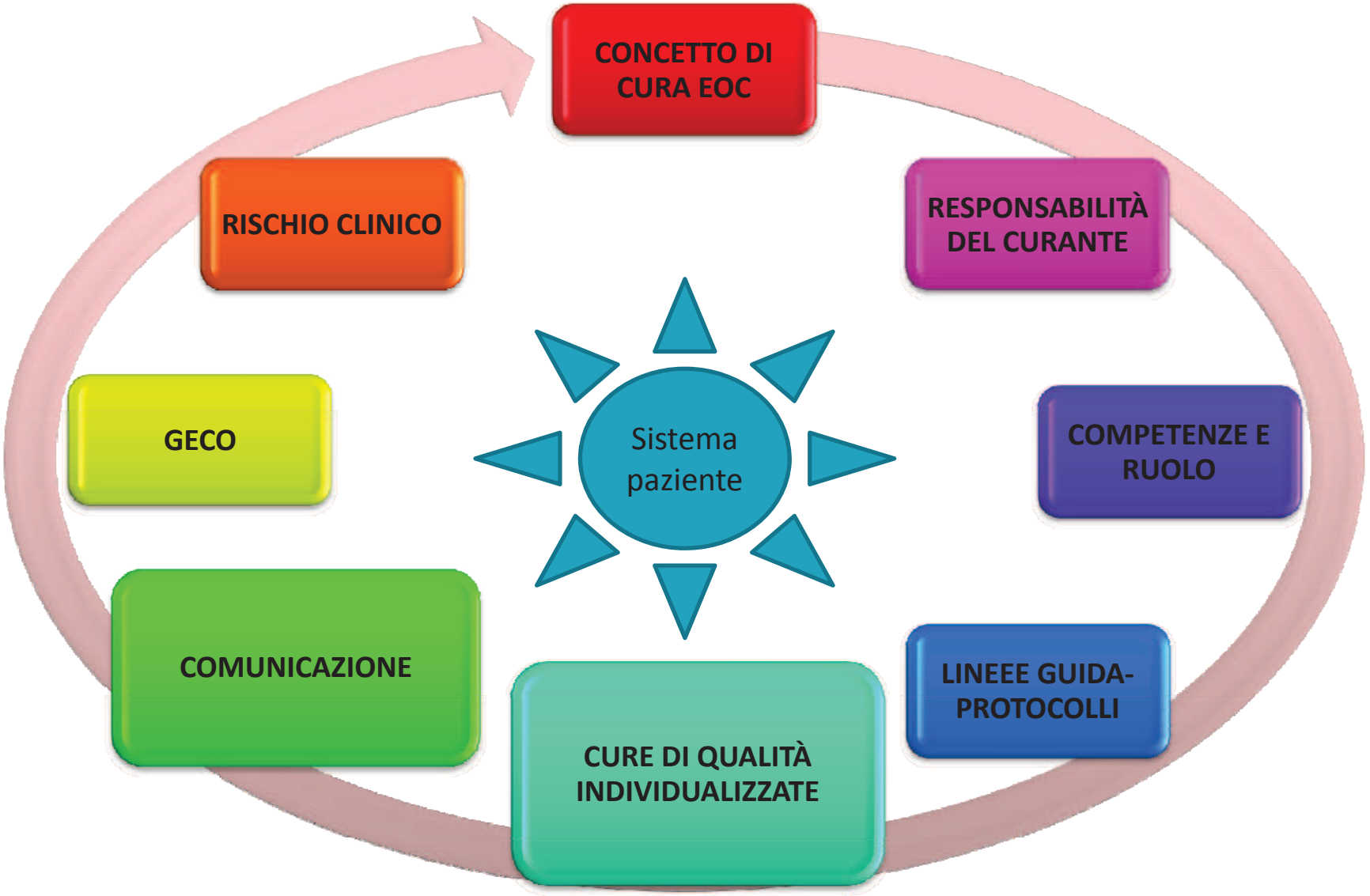
Degenza somatica acuta:strategie per evitare i rischi

- Degenza media 2012: 7.81 giorni
- Degenza media 2011: 8.02 giorni
- Degenza media 2001: 8.63 giorni

- **Organizzazione della dimissione del paziente già all'ammissione dello stesso tramite colloqui mirati, anamnesi infermieristiche complete.**
- **Miglioramento della collaborazione con il servizio sociale OBV (Assistenza cure domiciliari,cliniche riabilitative, cure integrate).**
- **Incremento della collaborazione con il servizio sostegno emozionale OBV per i pazienti e per il personale.**
- **Collaborazione con il servizio convocazione pazienti-gestione letti.**
- **Comunicazione chiara con i medici.**

Degenza somatica acuta:strategie

I PAZIENTI


CONCETTO DI CURA EOC
RESPONSABILITÀ DEL CURANTE
COMPETENZE E RUOLO
LINEEE GUIDA-PROTOCOLLI
CURE DI QUALITÀ INDIVIDUALIZZATE
COMUNICAZIONE
GECO
RISCHIO CLINICO
Sistema paziente

ADATTARSI ALL'AMBIENTE PER SOPRAVVIVERE E PROSPERARE

- Solo chi sa adattarsi sopravvive e conquista il suo ambiente
- Ce lo ha insegnato la natura con le famose parole del padre dell'evoluzionismo: solo chi è capace di cambiare sopravvive.
- "Non è la specie più forte o la più intelligente a sopravvivere ma quella che si adatta meglio al cambiamento" - Charles Darwin.

Suggerimenti per non farsi travolgere dalla corrente

- **Fermarsi e riflettere!**

  Time out.
- **Migliorare la comunicazione.**

  Trasparenza.
- **Migliorare l'informazione.**

  Riunioni, nuove tecnologie,nuove strategie.
- **Formazione continua.**

  Servizi sul territorio, Servizi di riabilitazione,Gestione del cambiamento, Motivazione, Gestione dello stress e dei conflitti, Prevenire il Born out.
- **Essere proattivi e puntare sulle collaborazioni.**

  Obiettivi chiari, pianificazione, ricerca e sviluppo, misure e controllo.

MA DOVE STIAMO CORRENDO?

RIFLETTERE

“Il premio della grandezza è la responsabilità”

-Winston Churchill-

TRE MINUTI E VENTITRE SECONDI DI PAUSA…

http://www.youtube.com/watch?v=omX_svLJ5zg&feature=player_detailpage

GRAZIE PER LA PAZIENZA E LA DISPONIBILITÀ NELL'ASCOLTO.

SITOGRAFIA

- http://www.qualitiamo.com/articoli/Adattarsi%20ambiente.html
- http://www.qualitiamo.com/frasi/argomento/cambiamento.html
- http://www.swissdrg.org/assets/pdf/fr/Broschuere_SwissDRG_i_A4.pdf
- http://www.supsi.ch/dsan
- http://www.sssci.ti.ch/
- http://sspss.ch/site/
- http://www.asiticino.ch/index.php?id=396

- Presentazione 150° OBV

Giornata di Studio

Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana
SUPSI
Dipartimento sanità

Sezione Ticino
SBK ASI

EDUQUA

L'infermiere di oggi e di domani – la qualità, le prassi, le tecnologie

Aula Magna Campus SUPSI, Lugano-Canobbio

"Il contributo delle discipline infermieristiche"

duilio manara

martedì 10 dicembre 2013

DOMANDE GUIDA

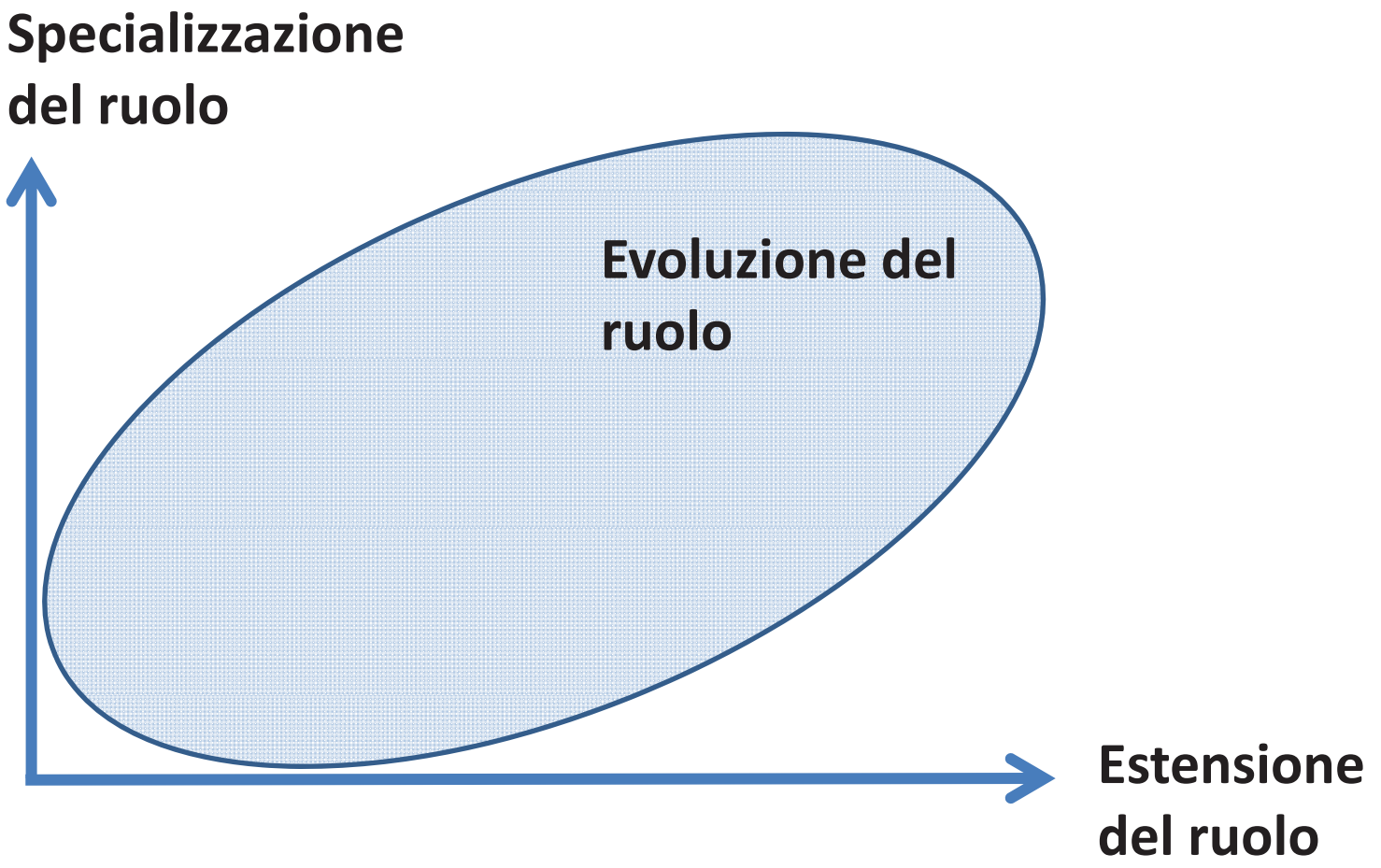
- Quale è il contributo fornito dalle discipline infermieristiche nell'evoluzione della qualità, delle prassi e delle tecnologie – così come espresse dagli interventi che si sono succeduti nel corso della giornata?

- Le discipline infermieristiche sono davvero il motore dello sviluppo nei settori che più stanno a cuore agli infermieri di oggi?

TRACCIA

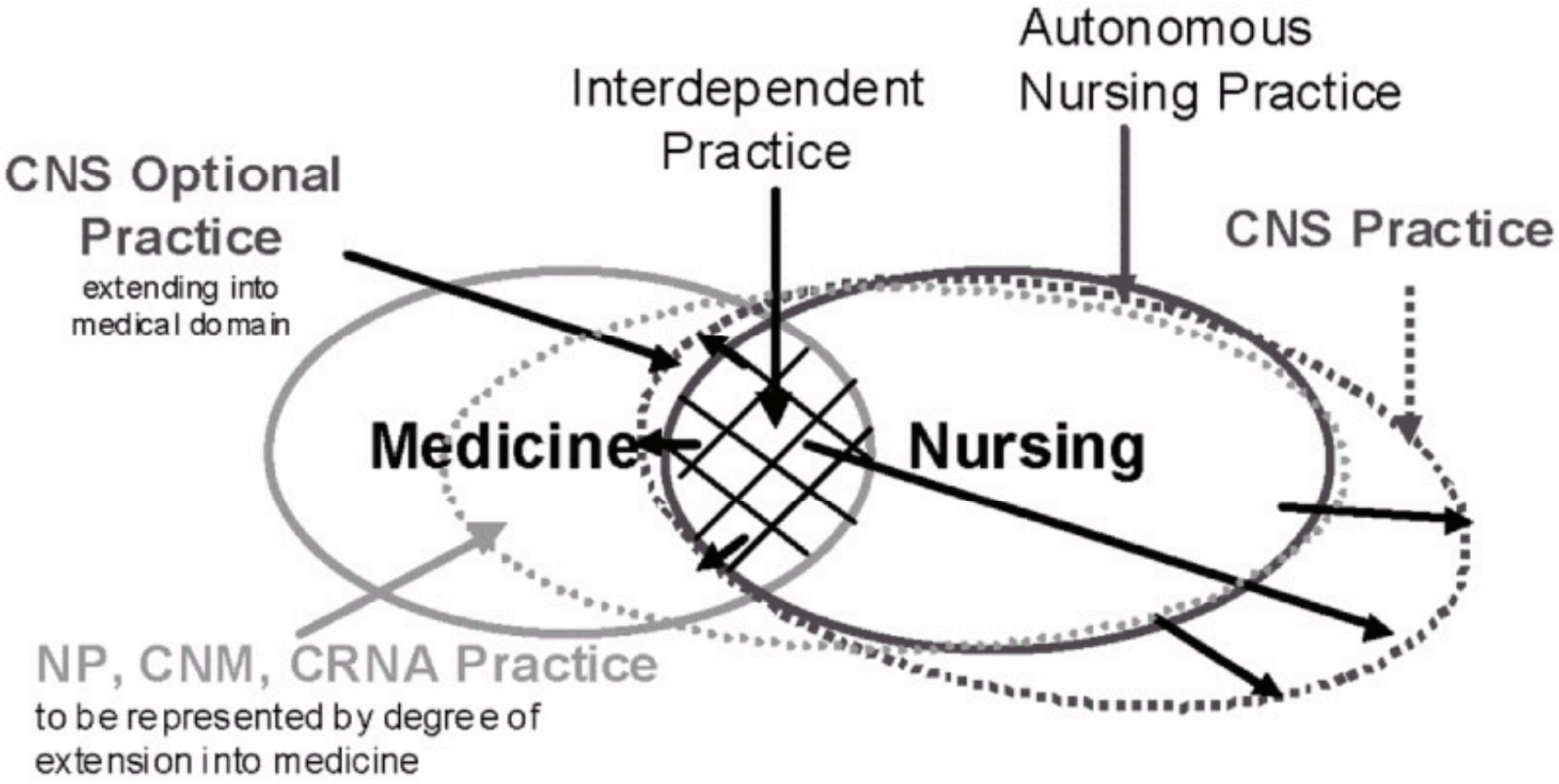
I. Discipline infermieristiche al plurale?
II. Una precisazione su specializzazione, evoluzione ed estensione del ruolo professionale
III. Scienza, ontologia ed etica infermieristica e le sfide date alla professione dal contesto sanitario contemporaneo:
   - ✓ *l'Asset management*
   - ✓ *il Knowledge management*
   - ✓ *il Disease management*
IV. L'Evidence-Based Practice come esempio emblematico e riduttivo di *Knowledge management*
V. L'assistenza infermieristica come "pratica di cura nella quale la scienza è guidata dall'arte morale e dall'etica della responsabilità"
VI. Contro un'ontologia debole dell'assistenza infermieristica

Specializzazione, Evoluzione ed Estensione del ruolo professionale

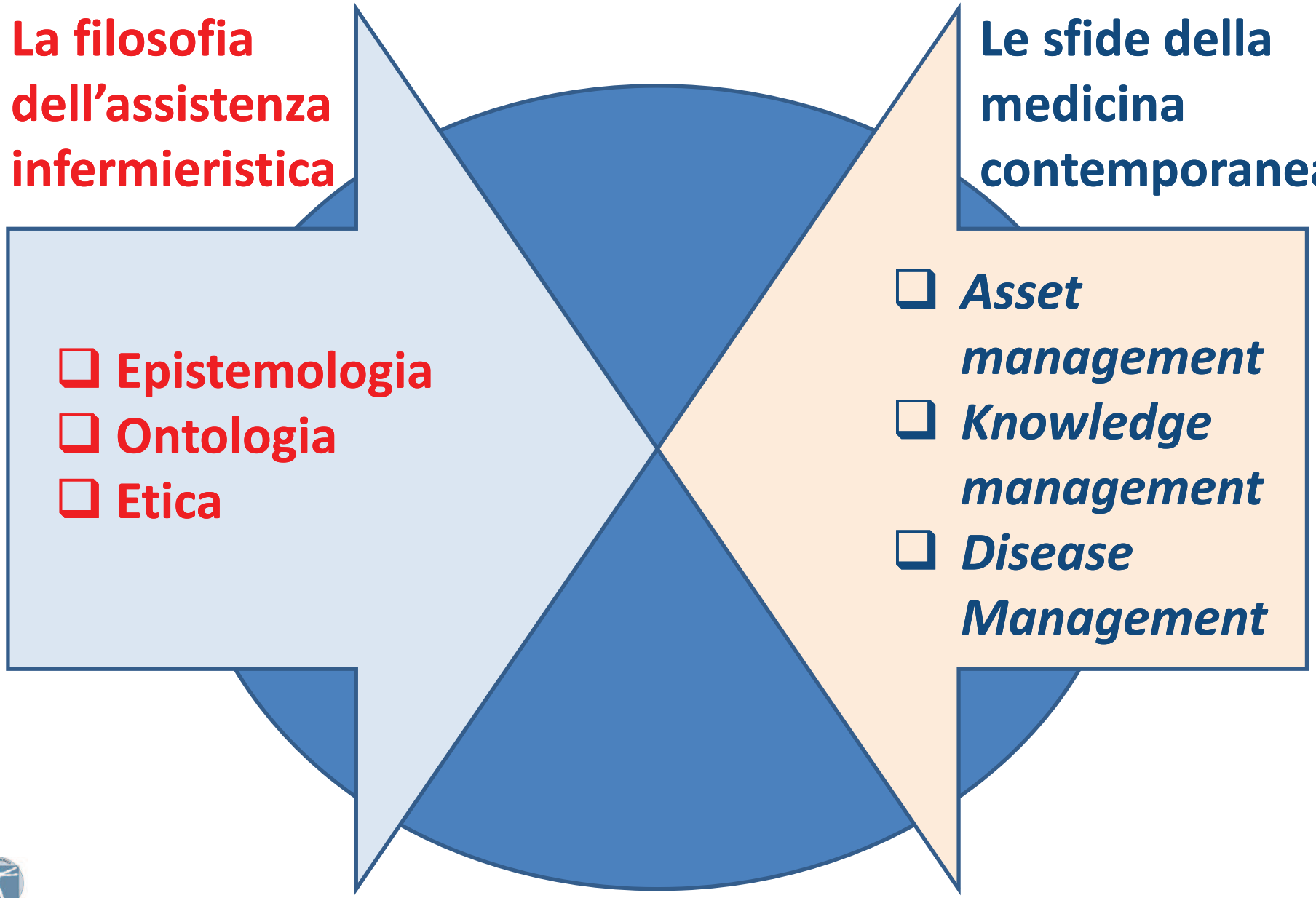


Giovanni Danieli, Luisa Saiani, eds, "Guida alla preparazione dei Corsi di Laurea Magistrale delle professioni sanitarie", Atti meeting d'autunno Conferenza permanente delle Classi di laurea delle professioni sanitarie, 13-15 ottobre 2005, Ancona, in *Med. Chir*, 2006, n. 31, pp. 1215-1230.

Specializzazione, Evoluzione ed Estensione del ruolo professionale

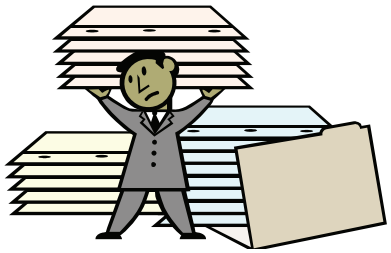


I saperi e le sfide professionali

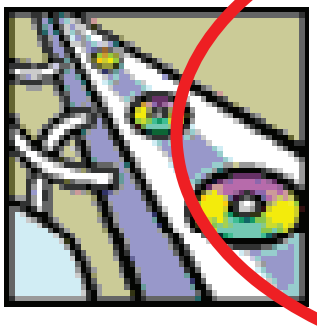


Knowledge management: l'ottimistica visione originaria dell'Evidence-Based Practice

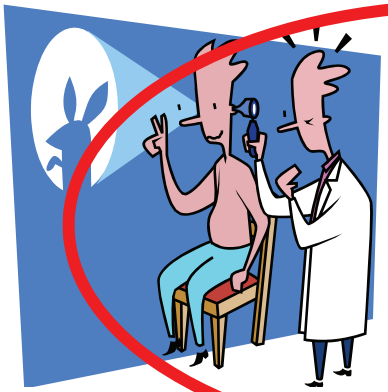
Problema clinico, assistenziale, organizzativo



RCTs

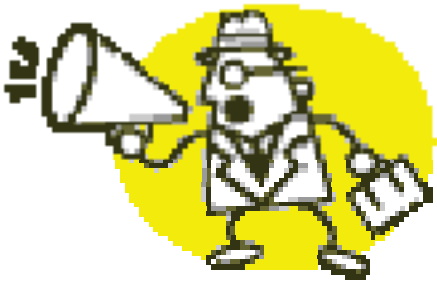


Verità
(comportamento ideale)



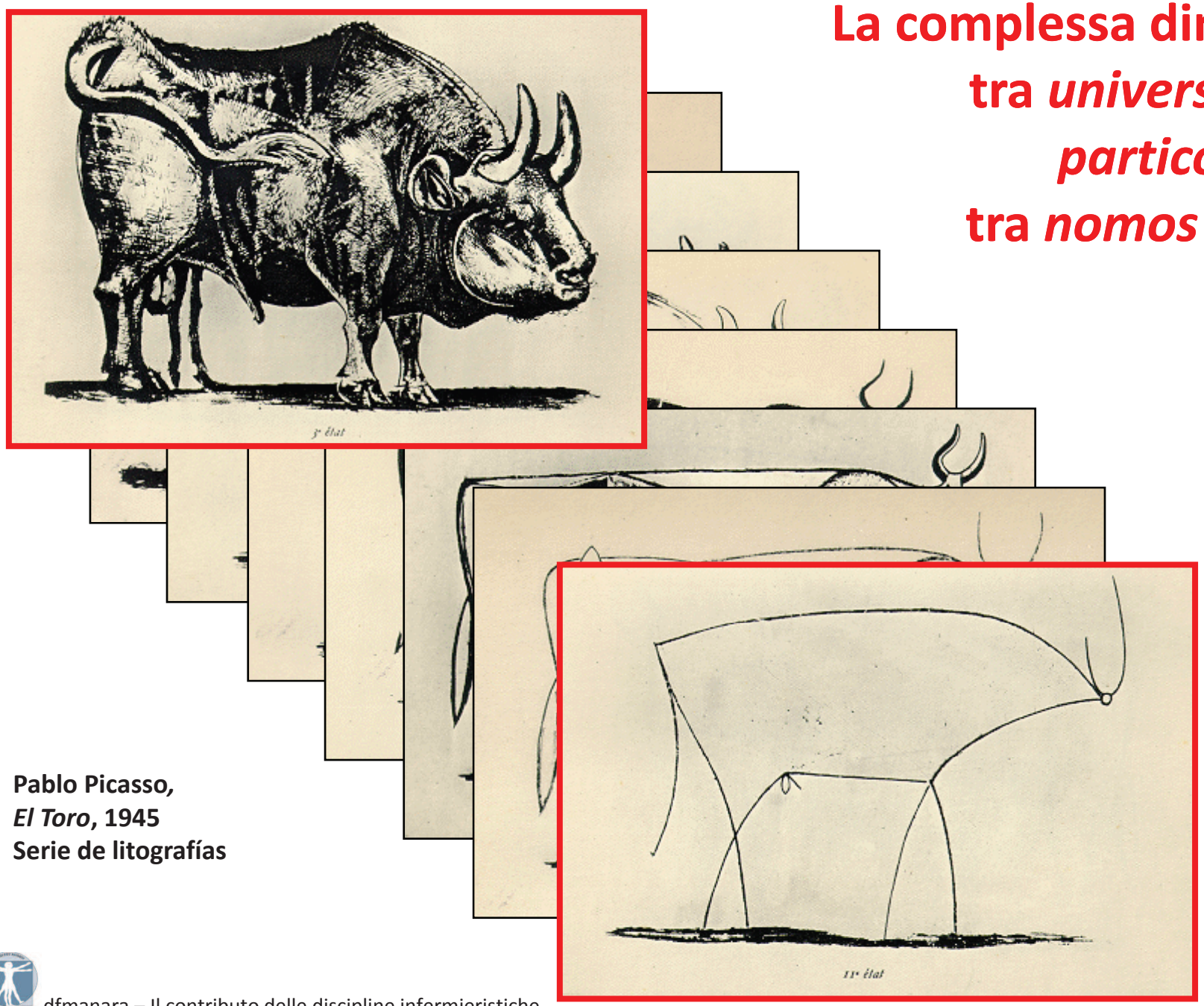
Decisione clinica appropriata
Efficacia clinica
Efficacia organizzativa

Linee guida HTA, revisioni sistematiche, Tecniche di implementazione



(Pomponio, 2007; Pomponio & Calosso, 2005)

La complessa dinamica tra *universalità* e *particolarità*, tra *nomos* e *idios*



Pablo Picasso,
***El Toro*, 1945**
Serie de litografías

Che cosa è l'assistenza infermieristica?

(Benner & Wrubel 1989, xi)

Benner & Wrubel:
il nursing è fondamentalmente una prassi curativa (caring):

una pratica assistenziale
la cui *scienza* è guidata
dall'*arte morale* e
dall'*etica* dell'assistenza
e dalla *responsabilità*

La pratica come luogo di integrazione dei saperi della cura

Tutte le forme di conoscenza che sostengono le competenze di cura sono implicate e coinvolte nella situazione pratica: quelle esplicite e quelle tacite, quelle formali e quelle informali, quelle scientifiche e quelle umanistiche, quelle razionali e quelle affettive.

(Benner, 2000; Benner et al., 2010; Kittay, 1999; Zannini, 2008; Mortari, 2006)

Scuola universitaria professionale
della Svizzera italiana
SUPSI

Università della Svizzera italiana | Facoltà di scienze economiche | Istituto di Economia Politica IdEP

L'infermiere di oggi e domani -
la qualità, le prassi, le tecnologie

Spazi di miglioramento della qualità: primi risultati della ricerca

Versione ridotta...

10 dicembre 2013

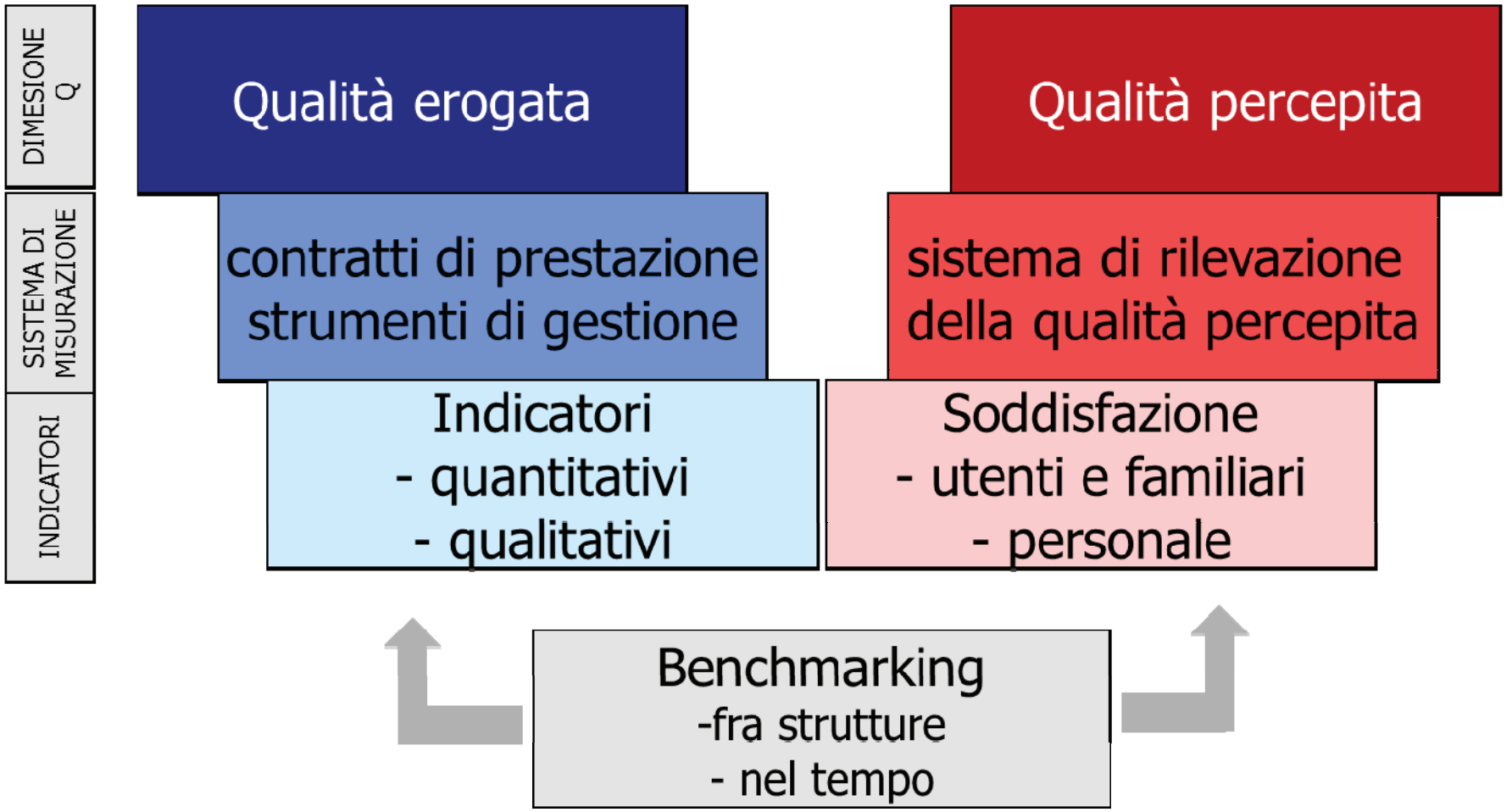
Luisa Lomazzi- docente ricercatrice SUPSI DSAN-Centro di competenze Anziani

Qualità nel settore socio-sanitario

NON SONO IO CHE VIVO DOVE VOI LAVORATE, SIETE VOI CHE LAVORATE DOVE VIVO IO!!!

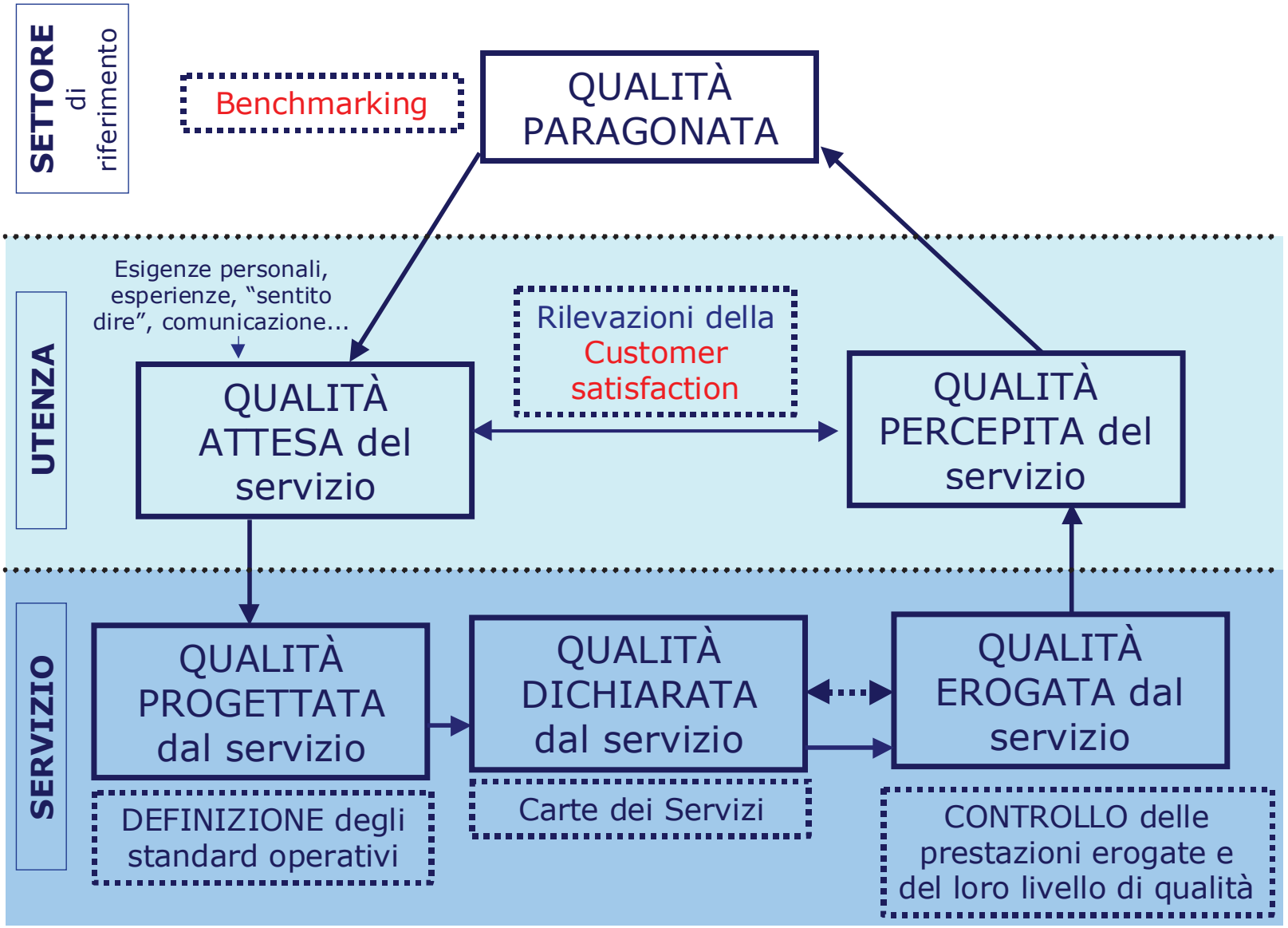
Un residente in casa anziani

Figura 2. Controllo e promozione della qualità nel sistema dei contratti di prestazione del settore socio-sanitario ticinese



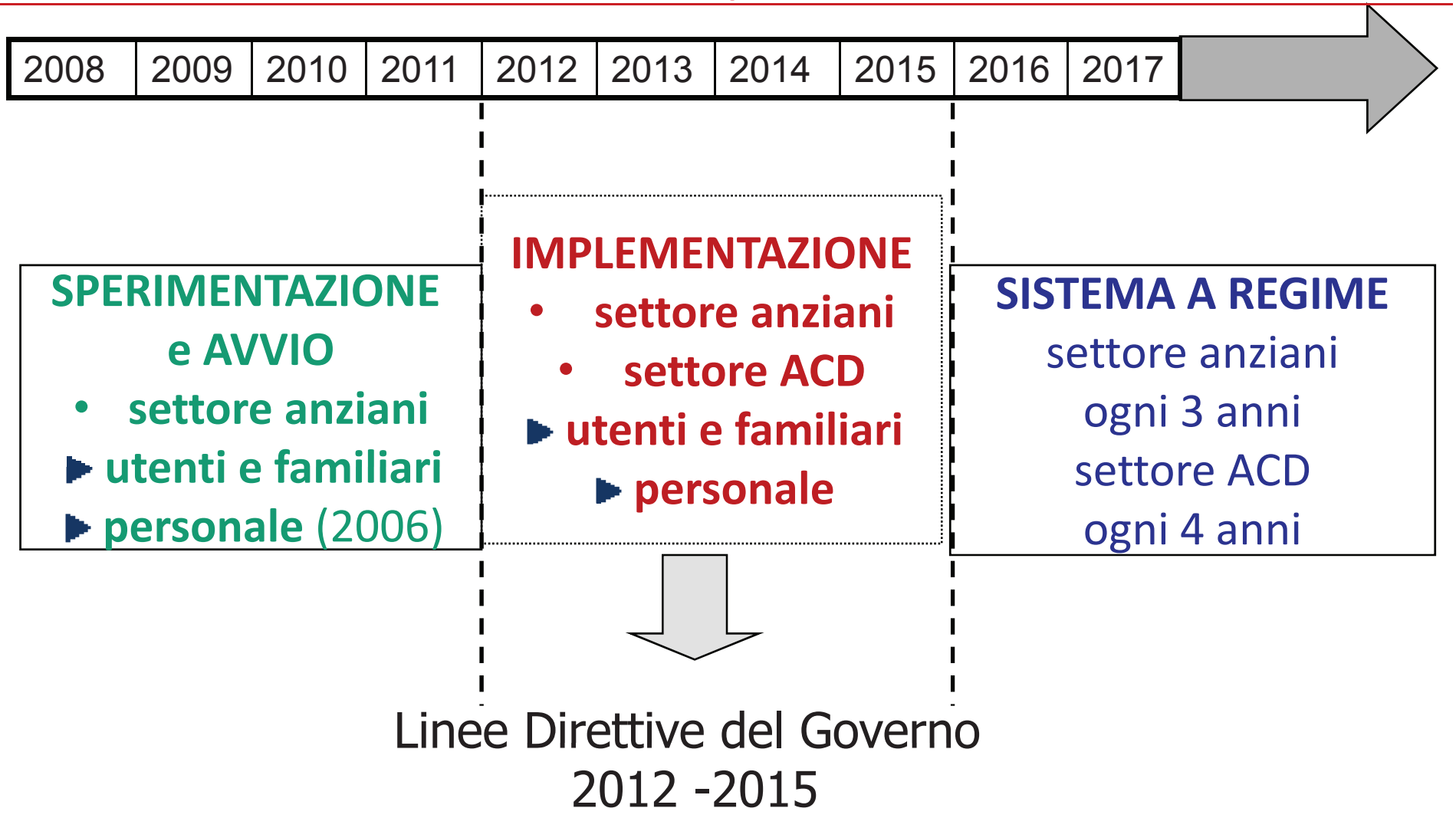
Divisione dell'azione sociale e delle famiglie

Figura 1. Rielaborazione del Modello delle 5 P (+1)



Rielaborazione del Modello delle 5 P da Negro G., (1995), *Organizzare la qualità nei servizi*, Edizioni del Sole 24 Ore, Milano (Modello delle 5 P: qualità prevista, progettata, prestata, percepita, paragonata), derivato dal Modello ServQual di Zeithmal, Parasuraman e Berry (1991).

Sviluppo temporale del progetto rilevazione qualità percepita e soddisfazione di utenti, familiari e personale



Obiettivi del sistema di rilevazione della qualità percepita

OBIETTIVI	
ENTI	**CANTONE**
Flusso costante di comunicazione di idee tra utenza e organizzazione ➡fonte di innovazione e cambiamenti	**Strumento di crescita del settore**
Processo di responsabilizzazione e di coinvolgimento del personale	
Processo di empowerment dell'utenza	**Strumento di policy**
Strumento di partecipazione alla gestione del servizio da parte di utenti e familiari	**Strumento di partecipazione da parte dei cittadini**

Indicazioni di policy (2012)

- **l'opzione dimensionale intermedia delle CpA** (entro gli 80 posti letto)
- **le camere singole** che risultano un'opzione pressoché obbligata, certamente per le persone lucide, che reputano fondamentale vedersi garantita la propria privacy e la possibilità di mantenere uno spazio privato e identitario
- ampia **accessibilità della CpA** (mezzi e parcheggi)
- una **maggior diversificazione e caratterizzazione degli spazi comuni**, a *sostegno* di una *miglior convivenza* tra persone con bisogni e caratteristiche profondamente diverse, della *socialità* e la *progettualità* degli anziani attraverso la nascita di piccoli gruppi relazionali e di interesse

Indicazioni di policy (2012)

Spazi comuni

- **evitare** *spazi troppo grandi*, *rumorosi* (rimbombo), *dispersivi* e *senza una precisa identità*, tanto nei singoli reparti/piani che a livello complessivo,
- bisogno/desiderio di *ambienti più raccolti e domestici*, in cui gli anziani riescano a conversare in gruppi più ristretti, di *spazi maggiormente connotati* (biblioteca, sala musica, ecc.) che stimolino e sostengano gli interessi delle persone, nonché di *elementi che costituiscano un continuum rispetto alla normale vita quotidiana* (accessibilità ampia del bar, punto vendita, ecc.)

Indicazioni di policy (2012)

- necessità di moltiplicare la presenza di **ambienti e modelli di presa a carico specificamente dedicati alle persone con demenza** nelle CpA, confrontando l'efficacia e l'appropriatezza dei diversi modelli già sperimentati
- sostenere lo sviluppo delle diverse **competenze professionali** presenti in CpA mediante interventi di **formazione specifica**, in funzione dei bisogni emergenti (demenze, cure palliative, "giovani anziani" con gravi patologie debilitanti, ecc.), delle nuove tecnologie e strumenti a sostegno dell'autonomia e della sicurezza dei residenti

PRESTAZIONI	CRITICITÀ (1)
Dotazione di personale curante Ritenuta insufficiente dal 18% di residenti e dal 14% di familiari	• **residenti**: relativa a **specifici momenti della giornata** • **familiari**: correlata alla situazione di **forte dipendenza** e/o alla **grave compromissione cognitiva** dei loro congiunti
Informazioni	• per **residenti** e **familiari**: relativa alla **difficoltà ad ottenere informazioni dai medici curanti** (ritenuta insufficiente dall'11% dei familiari e da quasi il 7% dei residenti) • **residenti**: al **momento dell'ingresso in CpA** • **familiari**: relativa alla conoscenza e al senso delle **attività di animazione** e **riabilitazione** (fisioterapia ed ergoterapia)
Relazioni tra residenti	• per **residenti** e **familiari**: relativa alla **difficoltà di convivenza tra residenti** con capacità cognitive intatte e persone affette da demenza, soprattutto nella condivisione della stanza e al momento dei pasti

PRESTAZIONI	CRITICITÀ (2)
Coinvolgimento di residenti e famiglie	• per **residenti** e **familiari**: desiderio di un maggior **coinvolgimento** degli anziani **nelle decisioni** che li riguardano in CpA
Pasti	• per **residenti** e **familiari**: - alla **composizione dei tavoli** (fatica e difficoltà nella convivenza tra persone lucide e persone cognitivamente compromesse) - **gli orari** del pasto serale che, soprattutto in estate, è reputato troppo anticipato (per le persone con minor grado di dipendenza)
Ambiente	• per **residenti** e **familiari**: la **varietà degli spazi comuni del reparto/piano** (persone con salute fisica compromessa) difficile condivisione tra persone con caratteristiche/esigenze diverse e scarsa caratterizzazione; gli **spazi comuni della CpA** poco differenziati e caratterizzati
Accessibilità della CpA	• **familiari**: la **possibilità di raggiungere le strutture con i mezzi pubblici** è giudicata insufficiente dal 12.1% e la **possibilità di parcheggio nelle vicinanze della CpA** è ritenuta insufficiente dal 12,7%

Qualità percepita

Complessivamente i 1.870 Familiari/persone di riferimento valutano la qualità complessiva delle CpA → 3.98

ed le 1.885 persone residenti attribuiscono una valutazione media di → 4.04

Scala di valutazione:
1 = insufficiente 2 = lievemente insufficiente 3 = discreto 4 = buono 5 = molto buono

Fenomeno dell'acquiescenza

I **residenti hanno mostrato un buon livello di libertà di giudizio**, testimoniato da:

- uno scarto minimo rispetto alla valutazione dei familiari,
- un utilizzo di tutti i valori presenti nella scala di valutazione adottata (da 1=insufficiente a 5=molto buono) nell'87% dei questionari (n=1.639) e di 3 valori su 5 nei restanti 246;
- la capacità di molti anziani di esprimere liberamente opinioni, critiche e suggerimenti, anche su aspetti delicati e difficili da affrontare, nella componente qualitativa dei questionari.

Scuola universitaria professionale
della Svizzera italiana
SUPSI

Università della Svizzera italiana | Facoltà di scienze economiche | Istituto di Economia Politica IdEP

TEAM DI RICERCA: SUPSI

SUPSI- Dsas	SUPSI- Dsan
Alberto Gandolfi	Luisa Lomazzi
Anna Bracci	Carla Sargenti
	Paola Ferrari
	Rita Pezzati
	Daniela Crisà
	Laura Canduci
	Mauro Realini
	Sandra Rastrelli
	Michela Luisoni Baumgartner
	Lara Lubello
	Giada Rezzonico
	Elena Contento
	Mara Vanoni

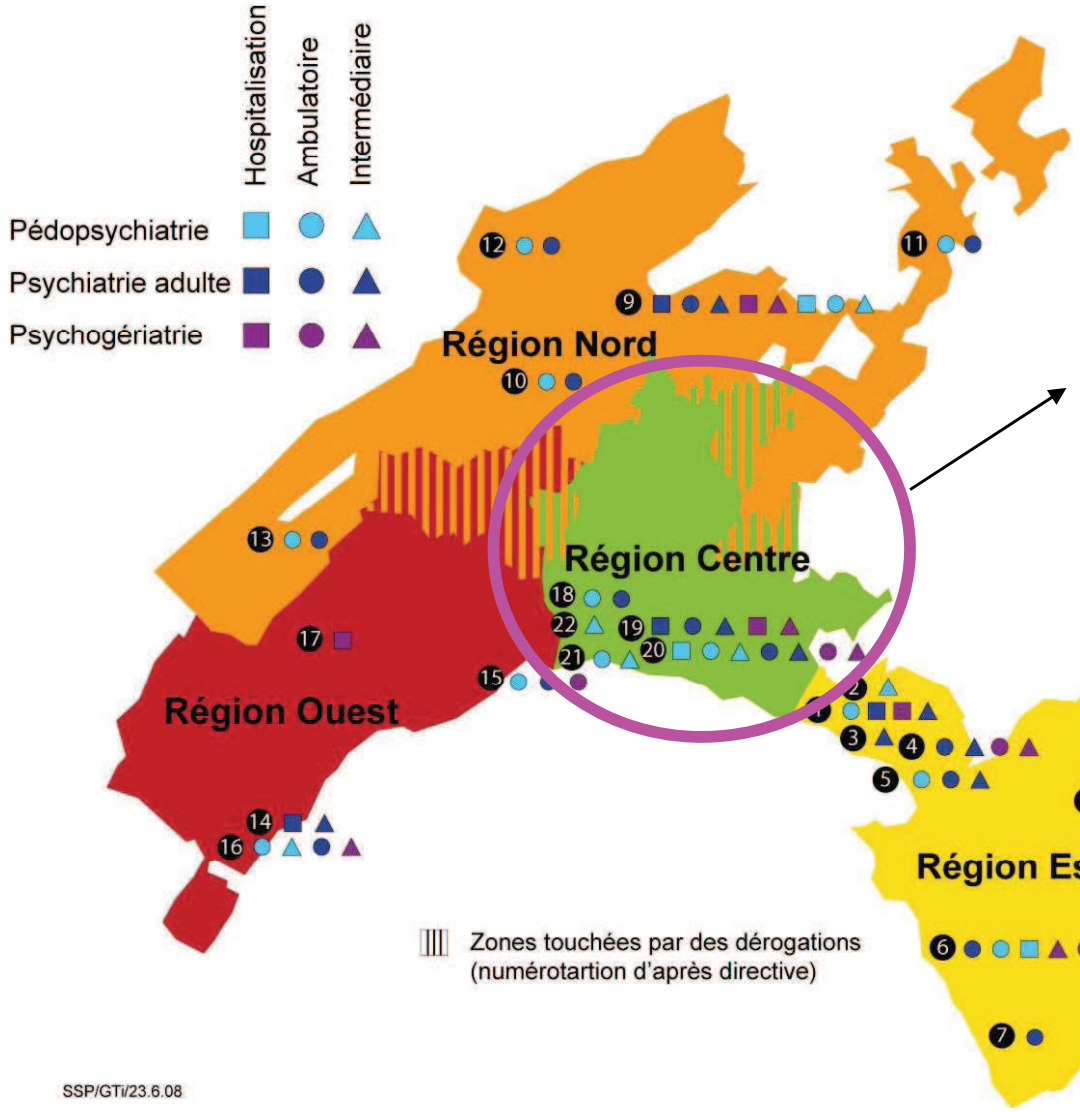
Grazie per l'attenzione

Journée SUPSI/ASI-TI
Canobbio, 10 décembre2013

Le case management de transition (CMT)

Pascale Ferrari
Infirmière spécialiste clinique DP-CHUV, PCO-UPM et
Maître d'enseignement HEdS La Source, Lausanne

Psychiatrie publique dans le Canton de Vaud



Données en 2012

- 300'00 hab
- 95 lits aigus psy adultes
- 0.3lits/1000hab (1.1CH, OMS)
- DMS: 31,3 jours
- médiane 15,0 jours
- taux d'occupation de 102,3%

In: Commission cantonale de coordination psychiatrique, Rapport 2006, Institutions psychiatriques du canton de Vaud

Swiss-DRG & Psychiatrie

- Pas d'évidence quant à l'efficience de l'implantation d'itinéraires cliniques en psychiatrie (Emmerson et al., 2004, 2006 ; Evans-Lacko et al. 2008)
- Les diagnostics n'expliquent en rien les variations de durée de séjours (Schenker 2012)
- Leur score de prédictibilité est de 20% vs 80% en chirurgie (Bonvin 2011).
- Continuum allant de la santé mentale à la psychiatrie hospitalière en passant par les soins primaires et la psychiatrie ambulatoire (Bonvin, Basterrechea & Guex, 2009)
- Les soins psy dépassent le cadre bio-médical pour atteindre des aspects psychosociaux, médico-légaux et psychoéducatifs complexes

Swiss-DRG

- Risque: sortie prématurée en raison de non reconnaissance des besoins du patient qui diffèrent des causes médicales d'admission (Théraulaz, 2012).

- Conséquence: report de charge accru sur les proches et l'ambulatoire (Théraulaz, 2012).

- Opportunité: valoriser et rendre visible le rôle autonome infirmier centré sur les besoins du patient (Wandeler, 2012).

Origine du CMT

- La **sortie de l'hôpital** est un des problèmes importants pour les acteurs du réseau à Lausanne (Etude ARCOS, Bonsack et al 2003)
- Projet ARCOS 2006-2008: **Développer la liaison entre l'hôpital psychiatrique et la communauté**
  - Sensibiliser le milieu hospitalier aux difficultés du réseau dans la communauté
  - Développer des collaborations interinstitutionnelles
  - Développer et implanter un modèle d'intervention adapté
    - Intervention pilote, inventaire existant, visites, revue de littérature
    - Etude randomisée, soutien FNS
    - Implantation et diffusion

Modèles d'inspiration

- **L'approche milieu** (Guay, 1996):
  - Respect de l'environnement du patient
  - Travail collaboratif avec l'entourage du patient
  - Renforcement des ressources du réseau
  - Gestion autonome de la santé
- **Transitional Discharge Model** (Reynolds, Lauder et al. 2004)
  - Hospitalisations de longues durée
  - Soutien par les pairs
  - Diminution des durées d'hospitalisation de 116 j. en moyenne
- **Case Management clinique** (Bachrach, 1993)
  - Modèle le mieux reconnu et validé en santé mentale pour assurer une continuité
- **Critical Time Intervention** (Dixon & Goldberg, 2011)
  - Sorties de prison et d'hôpital, diminution du risque de SDF

Case management clinique

- **But:** Optimisation de la **qualité** des soins et de leur **efficience** en concordance avec les **besoins de la personne souffrante**
- Respecte l ' **autonomie** du patient, soutient le développement des **ressources personnelles**
- Buts communs des **divers modèles** (Askey, 2004)
  - Garder le client en contact avec les services
  - Réduire la fréquence et la durée des hospitalisations
  - Améliorer l'évolution au niveau de la qualité de vie et du fonctionnement social

CMT

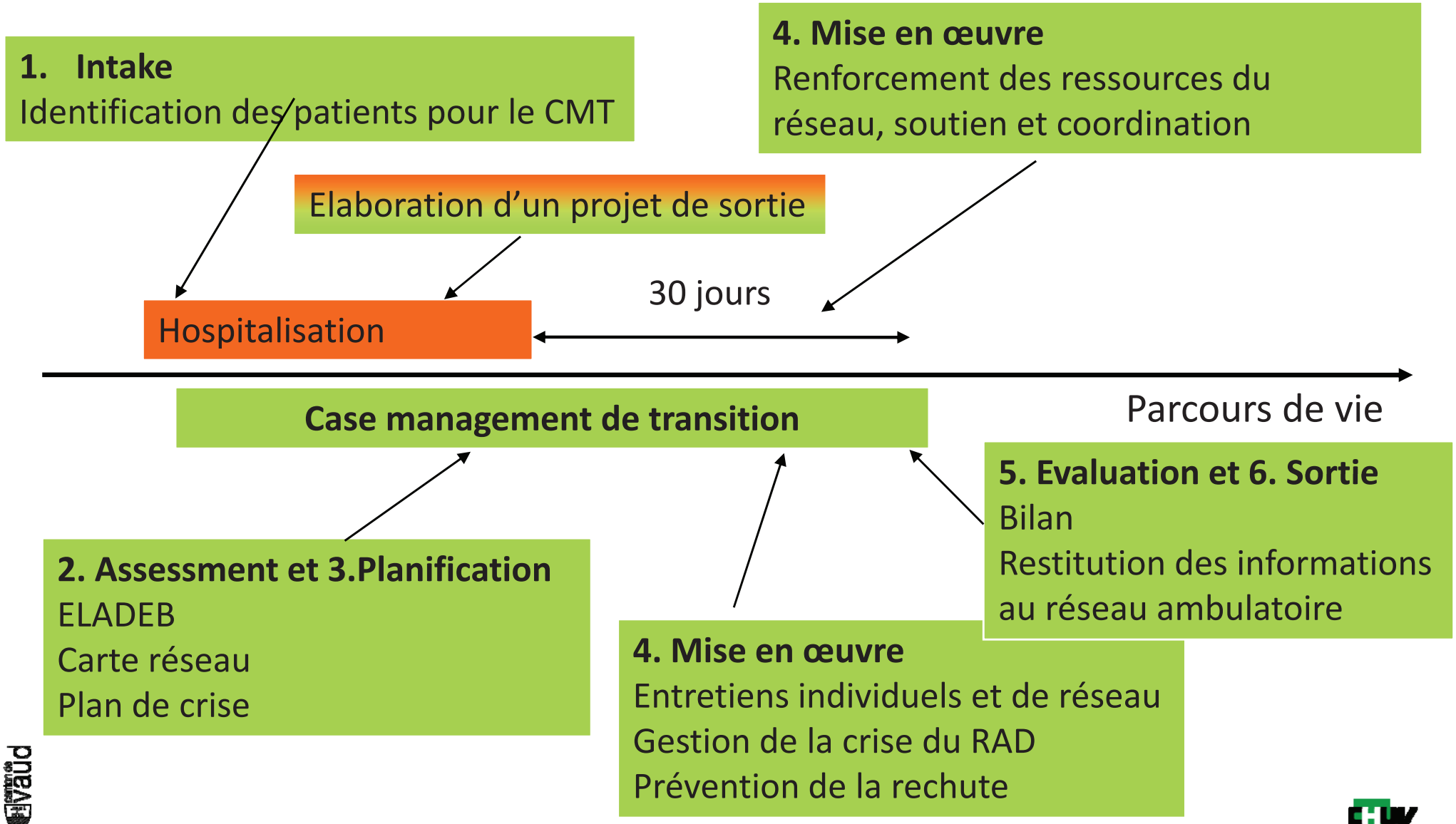
- **Mission:** Assurer que les progrès réalisés durant une hospitalisation se poursuivent lors du retour dans la communauté
- **Objectifs:** Favoriser la continuité des soins entre le séjour hospitalier et la connexion au réseau dans une perspective de rétablissement

  Prévenir la rechute, les réhospitalisations

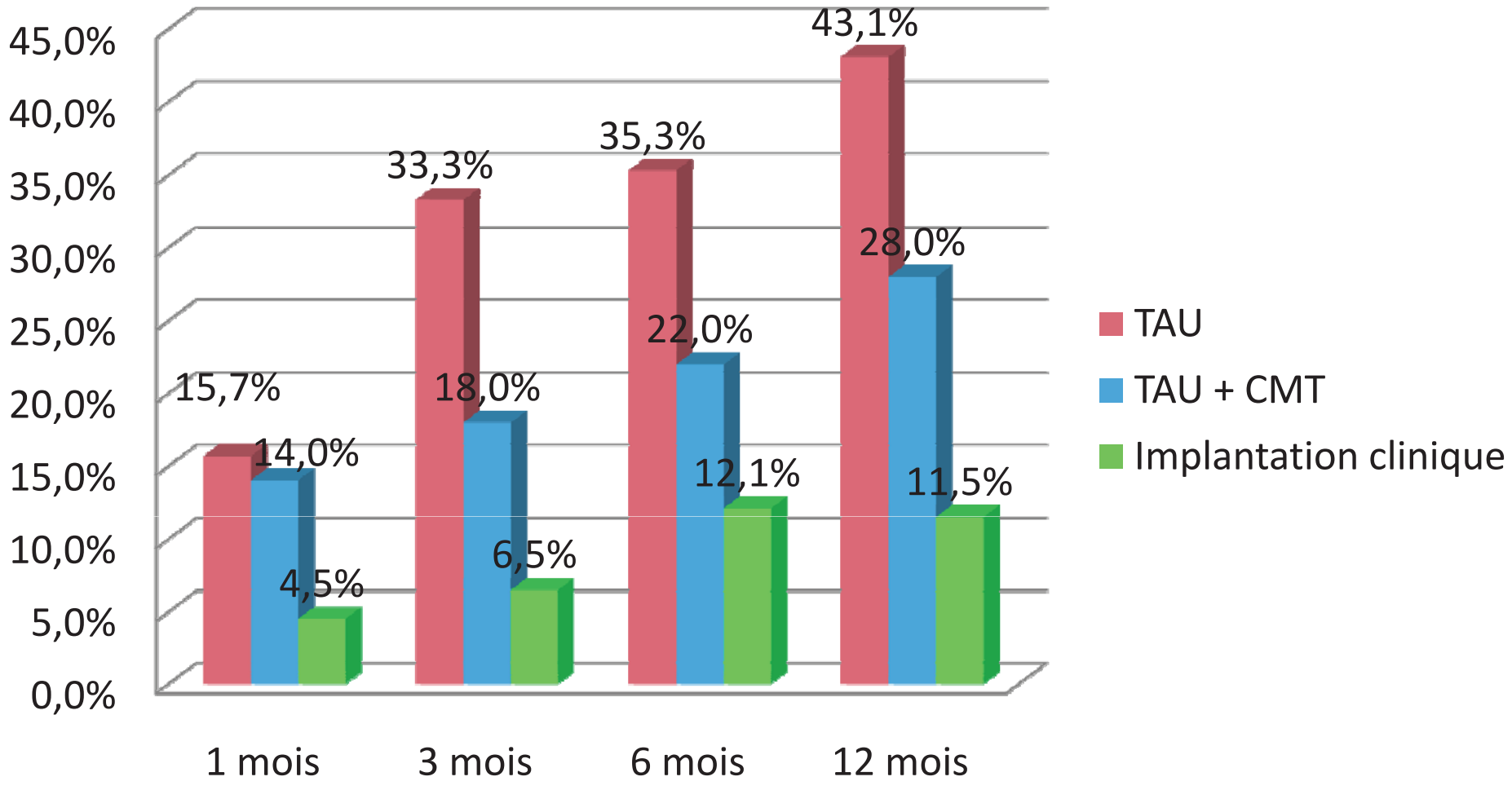
  Réduire le risque suicidaire

  Favoriser la réinsertion dans la communauté
- **Population cible:** Tout patient âgé entre 18 et 65 ans qui rentre à domicile sans suivi institutionnel départemental

Modèle du Case Management de Transition (CMT)



Impact CMT: Taux de réhospitalisation



Bibliographie

Askey, R. (2004), Case management: a critical review, Mental Health Practice, n° 8, p. 12-16

Aubin, K. & Dallaire, M. (2008). Du concept de la continuité des soins et services à celui de la transition. In C. Dallaire (sous la collaboration de). *Le savoir infirmier. Au cœur de la discipline et de la profession* (pp. 94-120). Québec : Ed. de la Chenelière.

Bachrach, L. L. (1993). "Continuity of care and approaches to case management for long-term mentally ill patients." Hosp Community Psychiatry 44(5): 465-468.

Bonsack C, Ferrari P, Gibellini S, & al. Le suivi de transition: assurer la continuité du rétablissement après une hospitalisation psychiatrique. Publications ARCOS (à paraître en 2013).

Bonsack, C., Gibellini, S., Ferrari, P., Dorogi, Y., Morgan, C., Morandi, S. & Koch, N. (2009). Le case management de transition : une intervention à court terme dans la communauté après une hospitalisation psychiatrique. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*,160 (6) : 246-52

Bonsack, C., L. Adam, et al. (2005). "Difficult-to-engage patients: a specific target for time-limited assertive outreach in a Swiss setting." Can J Psychiatry 50(13): 845-850.

Bonsack, C., Schaffter, M., Singy, P., Charbon, Y., Eggimann, A., Favrod, J. & Guimera, J. (2003). Troubles psychiatriques, maintien à domicile et coopération : le point de vue des acteurs d'un réseau de soins. Lausanne : Les publications du réseau ARCOS, n°6.

Boyer, C. A., D. D. McAlpine, et al. (2000). "Identifying Risk Factors and Key Strategies in Linkage to Outpatient Psychiatric Care." Am J Psychiatry 157(10): 1592-1598.

Bruffaerts, R., M. Sabbe, et al. (2004). Effects of patient and health-system characteristics on community tenure of discharged psychiatric inpatients. *Psychiatric Services*, 55(6): 685-690.

Burns T., Firn M. *Assertive Outreach in Mental Health, a manual for practitioners.* Ed. Oxford 2002

Clément, M. & Aubé, D. (2002). La continuité des soins : une solution ? Perspective des personnes avec comorbidité. *Santé Mentale au Québec, 27* (2) : 180-187.

Dixon, L., R. Goldberg, et al. (2009). "Use of a critical time intervention to promote continuity of care after psychiatric inpatient hospitalization." Psychiatr Serv 60(4): 451-458.

Favrod, J., S. Rexhaj, et al. (2012). "Le processus du rétablissement." Santé Mentale(166): 32-37.

Fayard,A., Caria, A. & Loubières, C. (2011). Empowerment et santé mentale. La santé de l'homme, 413 (mai-juin):7

Bibliographie

Ferrari, P. (2012). Transition et rétablissement. Dossier rétablissement et psychose. *Santé mentale,* 166 : 58-63.

Forchuk, C., M. L. Martin, et al. (2005). "Therapeutic relationships: from psychiatric hospital to community." J Psychiatr Ment Health Nurs **12**(5): 556-564.

Gay, J. (1996) L'approche proactive : rapprocher nos services des citoyens. *Nouvelles pratiques sociales*, vol 9,2: 33-48.

Gobet, P., Galster, D., Repetti, M., Scherer, F. & Constantin, E. (2012). *Le case management en contexte. Bases conceptuelles et applications d'un dispositif de prise en charge intégratif.* Lausanne : Editions EESP.

Haggerty, J.l., Reid,R.J. Freeman g.k., Starfield, B. H., Adair, C. E. & McKendry, R. (2003) Continuity of care: a multidisciplinary review. British Medical Journal, 327: 1219-21.

Henderson, C., et al. (2004). Effect of joint crisis plans on use of compulsory treatment in psychiatry: single blind randomised controlled trial. *British Medical Journal, 329(7458) :* 136.

Meleis, A. I. (2007). Theoretical nursing: developpment and progress (4e é), Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins

Meisler, N., A. B. Santos, et al. (1997). "Bridging the gap between inpatient and outpatient providers using organizational elements of assertive community treatment." Adm Policy Ment Health **25**(2): 141-152.

Nelson, E. A., M. E. Maruish, et al. (2000). "Effects of Discharge Planning and Compliance With Outpatient Appointments on Readmission Rates." Psychiatric Services 51(7): 885-889.

Pomini V :, Ferrari P. & Hayoz C. (2012) ELADEB : Un outil d'auto-évaluation des besoins. Dossier rétablissement et psychose. *Santé mentale,* 166 : 64-68.

Qin, P.& Nordentof, M. (2005). Suicide Risk in Relation to Psychiatric Hospitalization: Evidence Based on Longitudinal Registers. Arch Gen Psychiatry, 62:427-32.

Reynolds, W., W. Lauder, et al. (2004). "The effects of a transitional discharge model for psychiatric patients." Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing **11**(1): 82-88.

Schaller, P. & Gaspoz, J.-M. (2008). Continuité, coordination, intégration des soins : entre théorie et pratique. *Revue médicale suisse,* 4 : 2034-9

Thornicroft, G. and Tansella, M. (2004). Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care: overview of systematic evidence. *British Journal of Psychiatry,* 185: 283-290

Ente Ospedaliero Cantonale

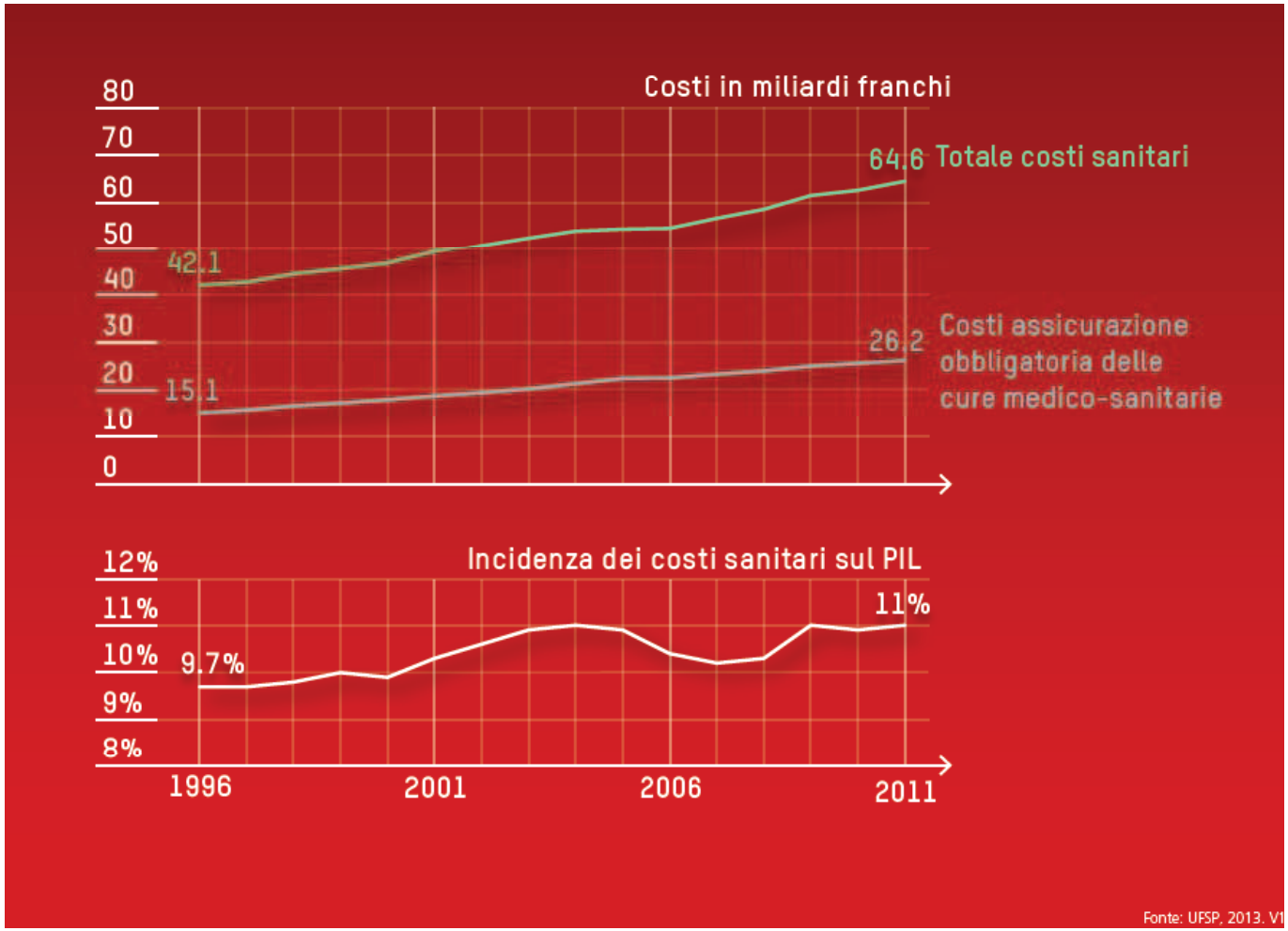
Qualità e DRG

«L'infermiere di oggi e di domani – la qualità, le prassi, le tecnologie»

Giornata di studio SUPSI
10 dicembre 2013

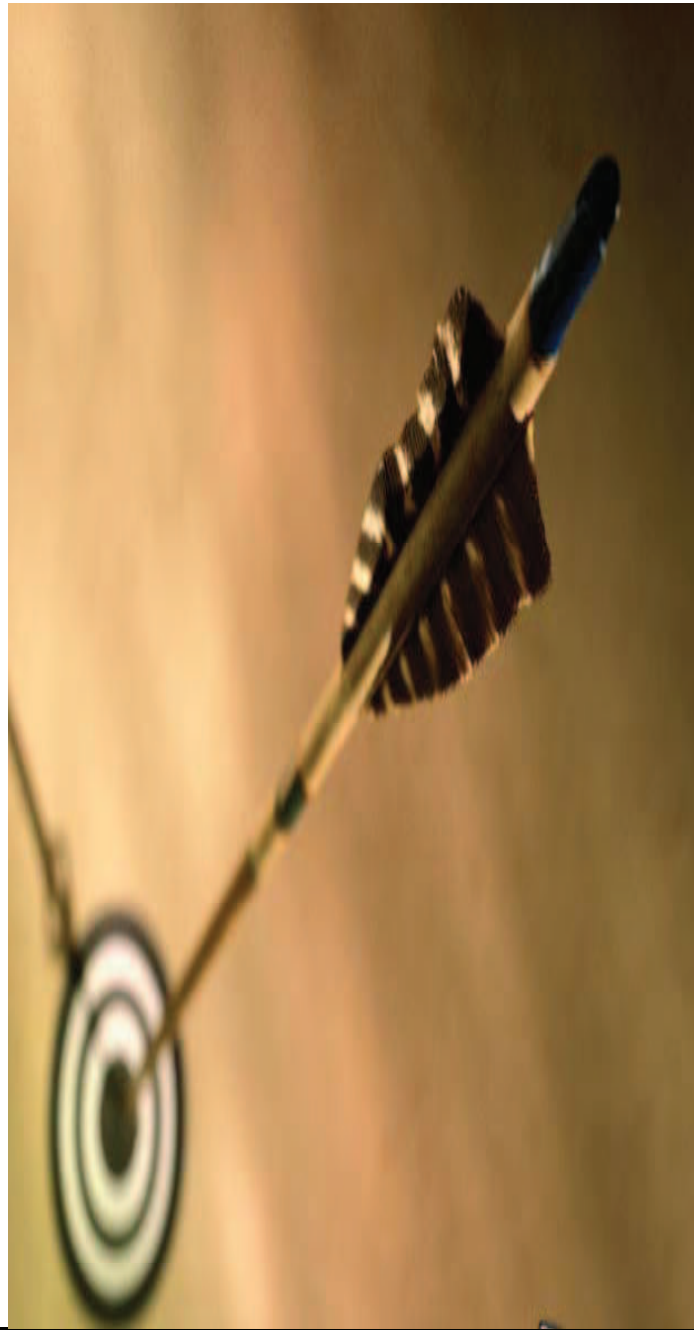
Lic. rer. pol. Adriana Degiorgi
Responsabile Servizio qualità e sicurezza dei pazienti dell'EOC (EOQUAL)

Contesto


Costi in miliardi franchi
80
70
60
50
40
30
20
10
0
64.6
Totale costi sanitari
42.1
26.2
Costi assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie
15.1
Incidenza dei costi sanitari sul PIL
12%
11%
10%
9%
8%
11%
9.7%
1996
2001
2006
2011
Fonte: UFSP, 2013. V1

Obiettivo

- Contenimento dei costi per il tramite della messa in concorrenza degli istituti:
  - Sistema di fatturazione
  - Libera scelta della struttura sanitaria
  - Finanziamento pubblico e privato



Sistema di finanziamento

- Fino al 31 dicembre 2011:
  - Forfait per giornata di cura
  - Forfait per intervento
  - Finanziamento misto

→ Remunerazione identica per qualsiasi paziente

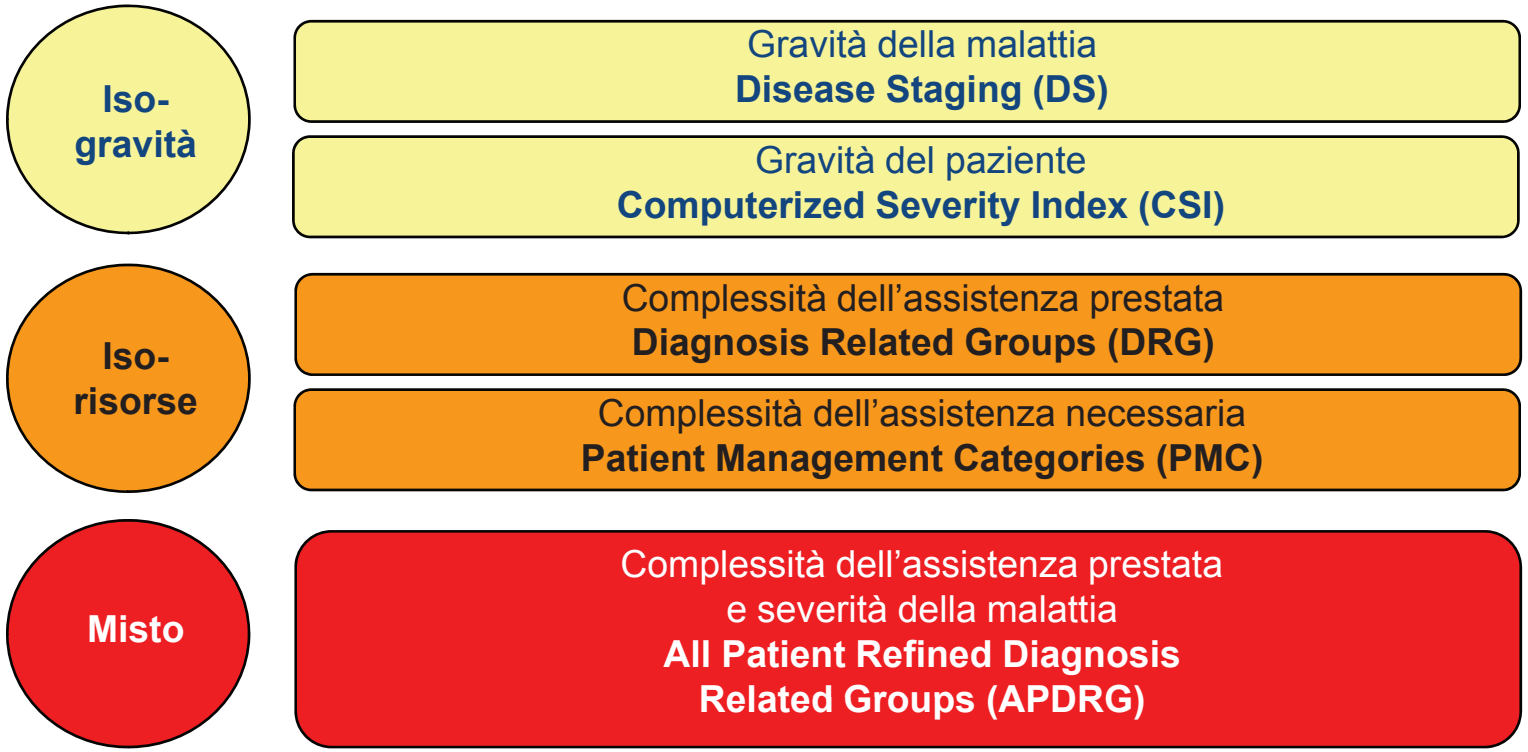
Sistema di finanziamento

- Dal 1° dicembre 2012:
  - Forfait basato sulle diagnosi
    → DRG – Diagnoses Related Groups

→ Remunerazione differenziata secondo le caratteristiche del paziente

DRG

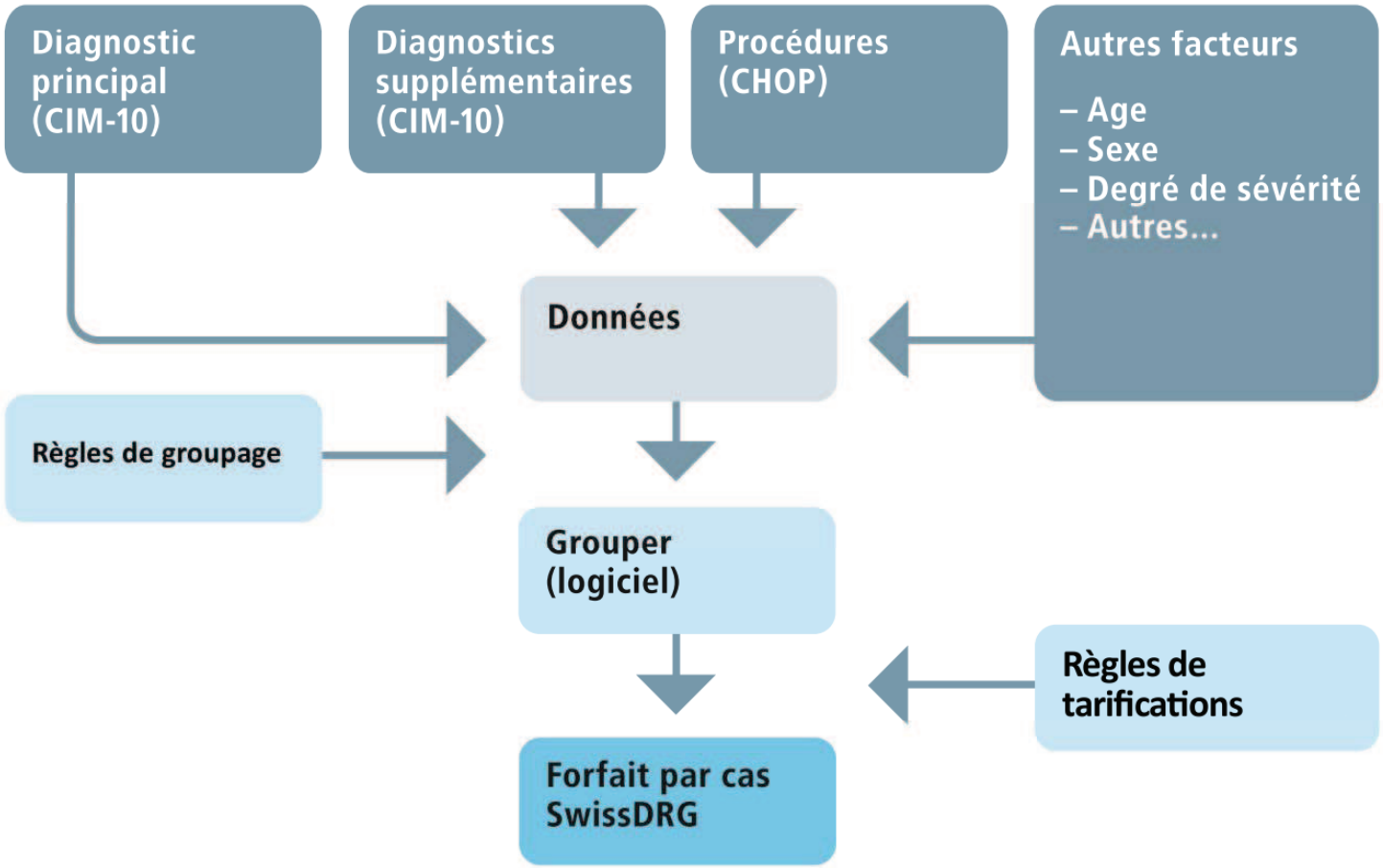
- Sistema di raggruppamento dell'utenza applicato al regime di degenza



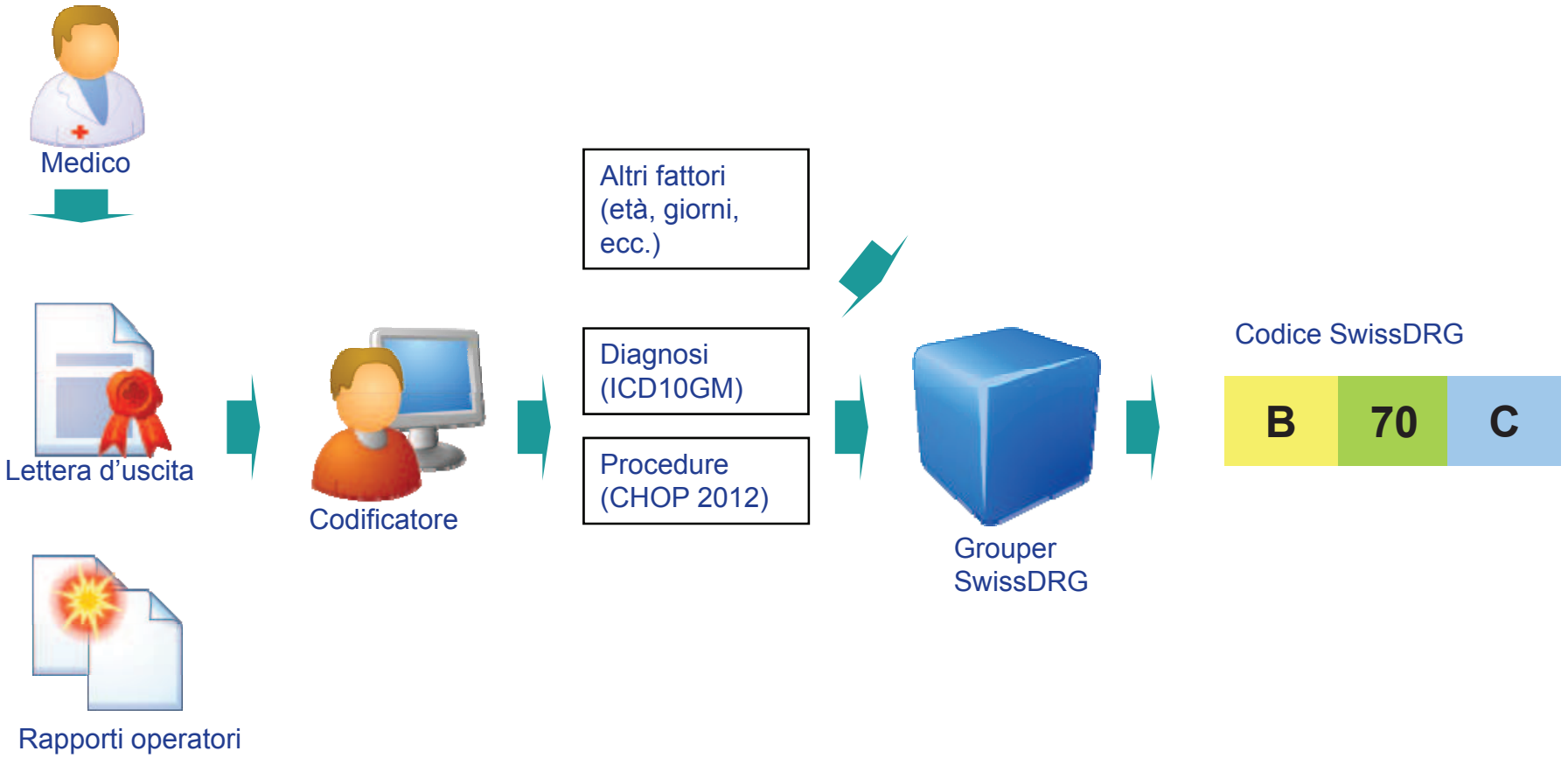
DRG

- Raggruppamento iso-risorse = gruppo omogeno dal punto di vista del consumo delle risorse.
- Gruppi costituiti in base a:
  - Diagnosi principale
  - Diagnosi secondarie
  - Grado di gravità
  - Trattamenti somministrati
  - Altri fattori (età, sesso, …)

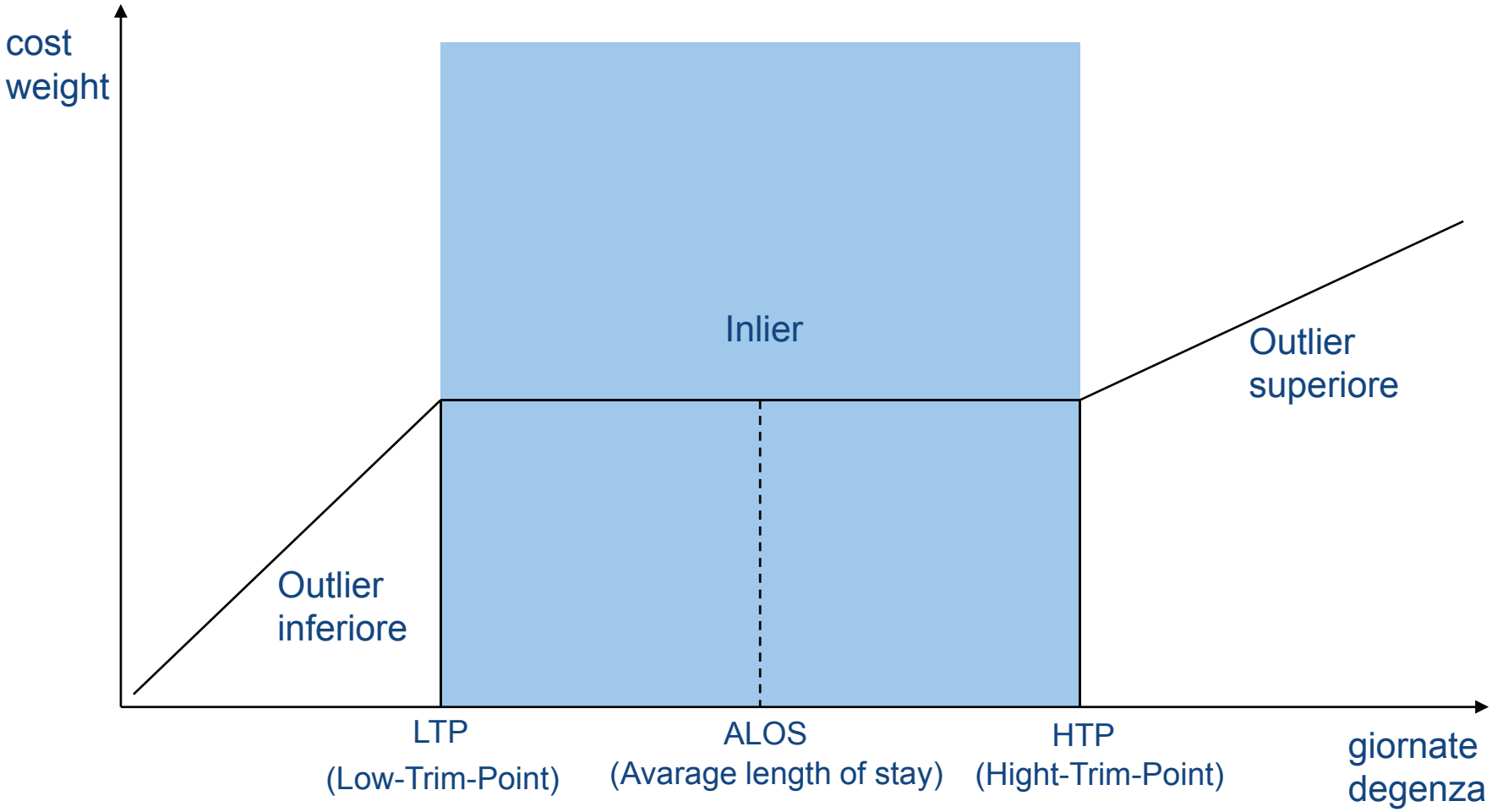
DRG


Diagnostic principal (CIM-10)
Diagnostics supplémentaires (CIM-10)
Procédures (CHOP)
Autres facteurs
– Age
– Sexe
– Degré de sévérité
– Autres...
Données
Règles de groupage
Grouper (logiciel)
Règles de tarifications
Forfait par cas SwissDRG

Il processo di codifica



Il peso relativo del DRG



Opportunità correlate all'introduzione dei DRG

- Rende il sistema tariffario più trasparente ed equo
- Permette un confronto tra i singoli istituti → impatto sulla qualità!
- Spinge verso la ricerca dell'efficienza

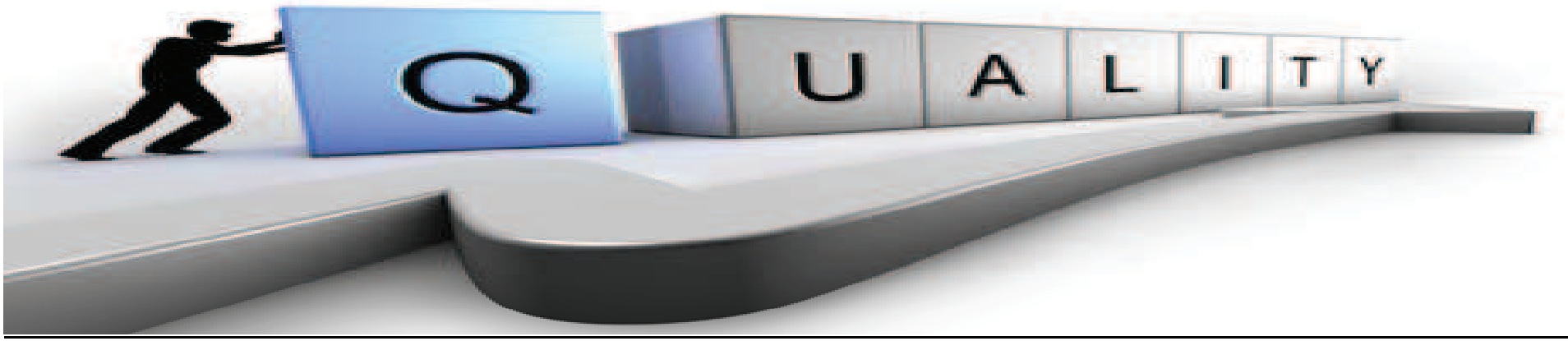
Rischi per la qualità delle cure

- Fattore economico si impone sull'etica professionale
- Possibile deterioramento della qualità delle cure (dimissioni precoci→ riammissioni)
- Limitazioni nell'offerta e nella diagnostica

Impatto sul settore infermieristico

- Pressione sui costi:
  - Possibile limitazione delle risorse
  - Aumento turnover pazienti – carico amministrativo
  - Trasferimento pazienti e risorse da degenza a ambulatoriale
  - Presa a carico o abbandono patologie / servizi
  - …

Come evitare questi rischi?



Efficienza

- Raggiungere gli obiettivi con il minimo utilizzo di risorse

Ridurre gli sprechi

Appropriatezza

Evitare:
- **sovra-utilizzo**
- **sotto-utilizzo**
- **scorretto utilizzo**

"Off hand, I'd say you're suffering from an arrow through your head, but just to play it safe, I'm ordering a bunch of tests."

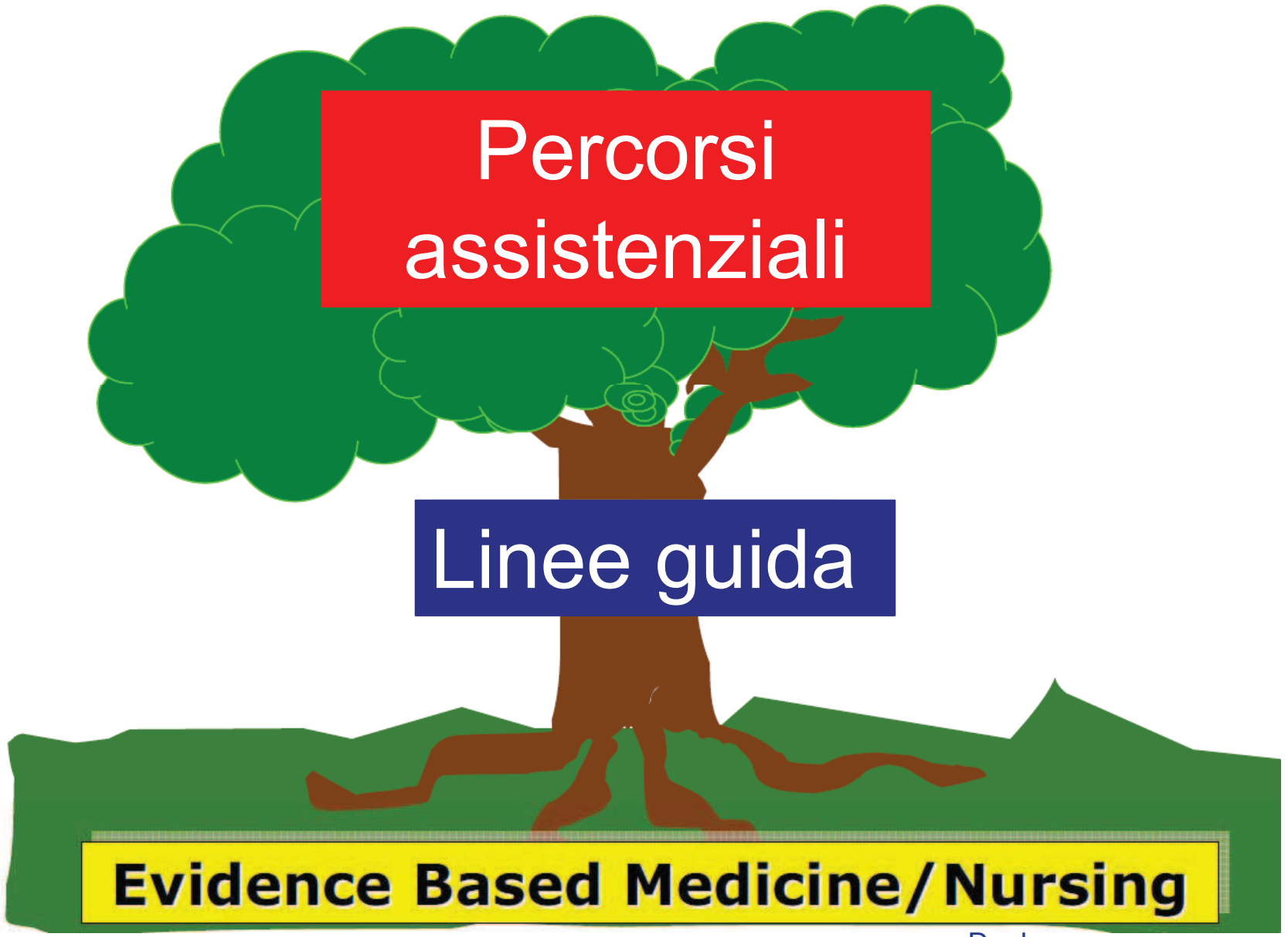
Strumenti

- Dal punto di vista organizzativo: logiche di *lean* management
- Dal punto di vista clinico: definizione di percorsi assistenziali

Lean thinking: pensiero snello

Percorsi assistenziali

- I percorsi assistenziali servono al miglioramento dell'**efficacia** e della **continuità delle cure**, alla **riduzione della variabilità** e a favorire l'**applicazione delle conoscenze scientifiche** sull'efficacia degli interventi.



Deales
adattato da F. di Stanislao

Trattamento con trombolisi dell'infarto miocardico acuto

Tempo e luogo	Giorno 1			
	PS: Pretrombolisi	**PS: tempo alla trombolisi – 30'**	**Cure intensive: tempo dalla trombolisi 90'**	**Cure intensive: a 6/8 ore**
Valutazione	Valutazione clinica mirata		Visita medica	
Osservazione-monitoraggio	– $SatO_2$ continua – Monitoraggio ECG continuo – Dolore – PA bilaterale, polso, FR, T	– $SatO_2$ continua – Monitoraggio ECG continuo – Dolore – PA, polso, FR, T	– $SatO_2$ continua – Monitoraggio ECG continuo – Dolore – PA, polso, FR, T	– $SatO_2$ continua – Monitoraggio ECG continuo – Dolore – PA, polso, FR, T
Indagini	– **Entro 5'-10'** – ECG a 12 derivazioni – Troponina, CK + routine medicina		– ECG a 12 derivazioni – Rx del torace (semiseduto)	– Laboratorio: troponina, CK, Hb, Ht, Tc, Quik/INR, PTT – ECG a 12 derivazioni
Trattamenti-terapie	– O_2 2-4 l/min se sat. ≤ 92% Antischemica – Nitrolingual 1-2 x 0,8 mg – Sorbidilat 2-10 mg/h – Lopresor (o Beloc) 5 mg e.v. 3 volte a intervalli di 10' o inderal 20-40 mg 3/die per os – Morfina 2,5-10 mg e.v. – Anticmetico Antitrombica – Aspegic 500 mg e.v. o per os (solo se 1° dose) – Liequemina e.v. (sec. PTT)	– O_2 2-4 l/min se sat. ≤ 92% – Plavix 4 x 75 mg per os – **Trombolisi** – Metalyse (secondo schema) Antischemica – Sorbidilat 2-10 mg/h Antitrombica – Liequemina e.v. (sec. PTT)	– O_2 2-4 l/min se sat. ≤ 92% Antischemica – Sorbidilat 2-10 mg/h Antitrombica – Liequemina e.v. (sec. PTT)	– O_2 2-4 l/min se sat. ≤ 92% Antischemica – Sorbidilat 2-10 mg/h Antitrombica – Liequemina e.v. (sec. PTT)
Attività del paziente, mobilizzazione in sicurezza	– Decubito dorsale: testa +30°	– Decubito dorsale: testa +30° – Trasporto assistito in CI	– Mobilizzazione: stadio I	– Mobilizzazione: stadio I
Nutrizione-idratazione	– Digiuno	– Digiuno	– Digiuno	– Ripristino alimentazione
Educazione paziente e famiglia	– Tranquillizzare il paziente – Informare il paziente/i familiari			
Traguardi per il paziente	– Dolore controllato – Ansia controllata – $SatO_2$ > 92%	– Dolore controllato – Ansia controllata – $SatO_2$ > 92%	– Efficacia trombolisi (riperfusione efficace: rapporto fra livello sierico di mioglobina e di base < 4) – Ansia controllata – $SatO_2$ > 92%	

Tratto da: Greco A., Vichi M.C., "Il percorso del paziente: l'esperienza del Canton Ticino", McGraw-Hill, 2007

Durata della degenza

- Misure d'accompagnamento previste dal sistema:
  - Riduzione dell'importo forfettario per caso se la degenza è più breve di quanto normalmente previsto, in caso di trasferimento ad un altro istituto acuto.
  - Per la maggior parte dei DRG: in caso di riammissione entro 18 giorni per la stessa patologia o in seguito ad una complicanza → forfait unico

Qualità delle cure

- ANQ incaricata di sviluppare indicatori volti a rendere evidenti eventuali variazioni della qualità delle prestazioni erogate a seguito dell'introduzione del DRG.

Contratto nazionale di qualità

- Riammissioni potenzialmente evitabili
- Reinterventi potenzialmente evitabili

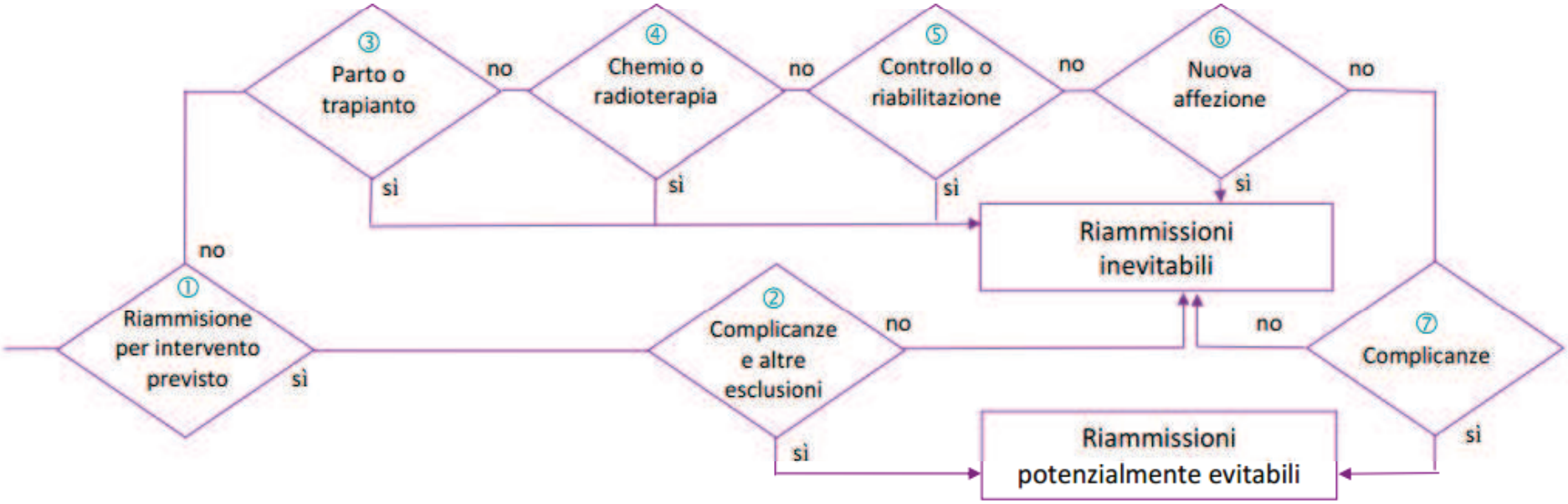
} SQLape

- Sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico → SwissNOSO
- Sondaggio nazionale soddisfazione in ospedali acuti → Questionario ANQ
- Prevalenza lesioni da pressione
- Prevalenza delle cadute
- Registro degli impianti SIRIS

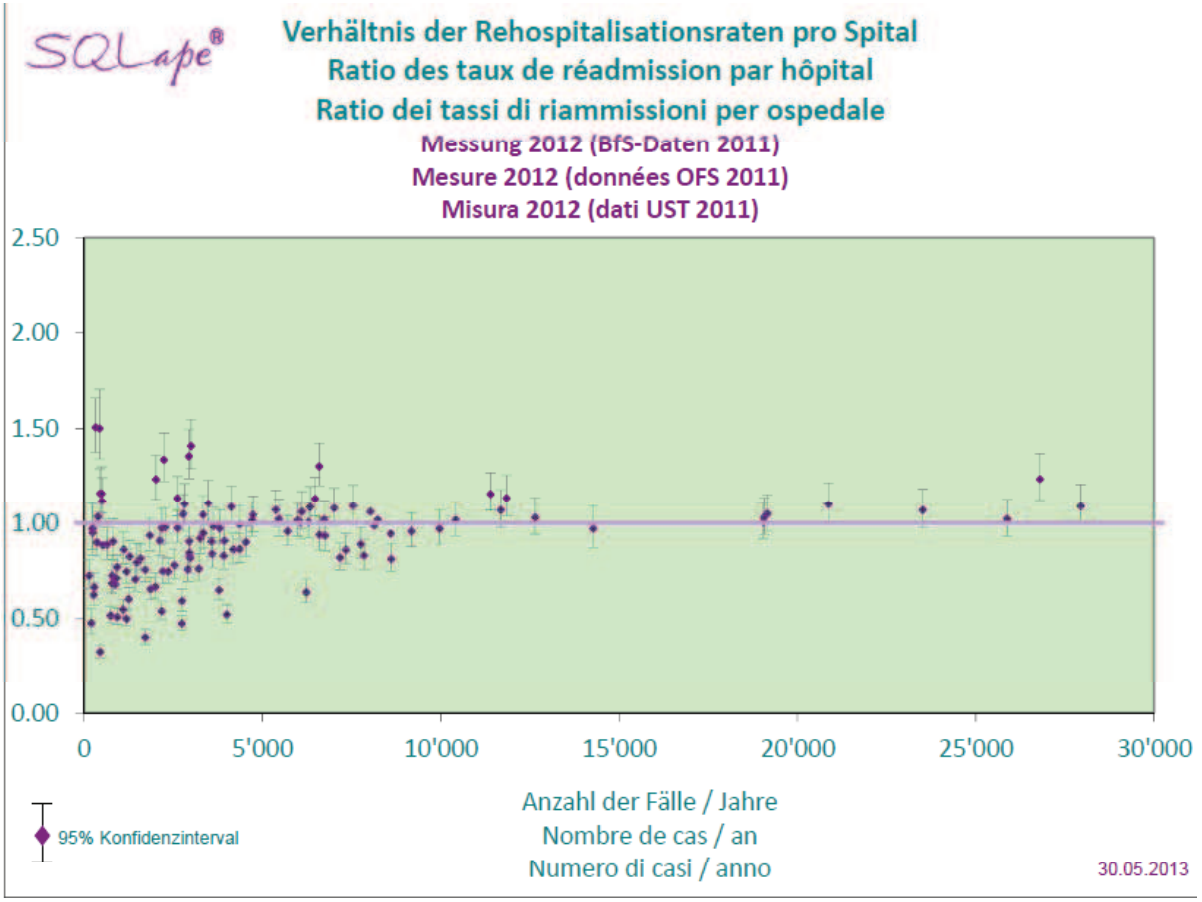
} LPZ

Riammissioni potenzialmente evitabili

- L'indicatore sorveglia il tasso di riammissioni potenzialmente evitabili nei 30 giorni successivi alla dimissione del paziente.



Riammissioni potenzialmente evitabili – esempio risultati



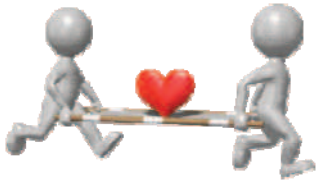
Grazie
per l’attenzione!

Rianimazione & Defibrillazione precoce

Claudio Benvenuti
Direttore Fondazione Ticino Cuore
Professore aggiunto
Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana

FONDAZIONE TICINO CUORE

La Fondazione Ticino Cuore



Dal 2005

FCTSA
Cardiocentro

Ente Ospedaliero Cantonale
SUVA
REGA
Fond. Svizzera Cardiologia
Dipartimento Sanita
SUPSI

Fondazione Ticino Cuore

Missione

Garantire la qualità della presa a carico dell'arresto cardiocircolatorio nei confronti della collettività, tramite la creazione dei presupposti legali, scientifici, organizzativi e formativi.

L'obiettivo delle attività consiste nel valorizzare e capitalizzare i risultati clinici, economici e sociali legati all'aumento della sopravvivenza dei pazienti in arresto cardiaco.

RIANIMAZIONE
DEFIBRILLAZIONE
PRECOCE
FONDAZIONE TICINO CUORE

I nostri obiettivi

Raggiungere un tasso di sopravvivenza del 50%

per situazioni di arresto cardiaco improvviso su FV/TV

Assicurare al cittadino che in caso di ACI gli venga praticata una rianimazione e una defibrillazione entro un tempo massimo di 5 minuti

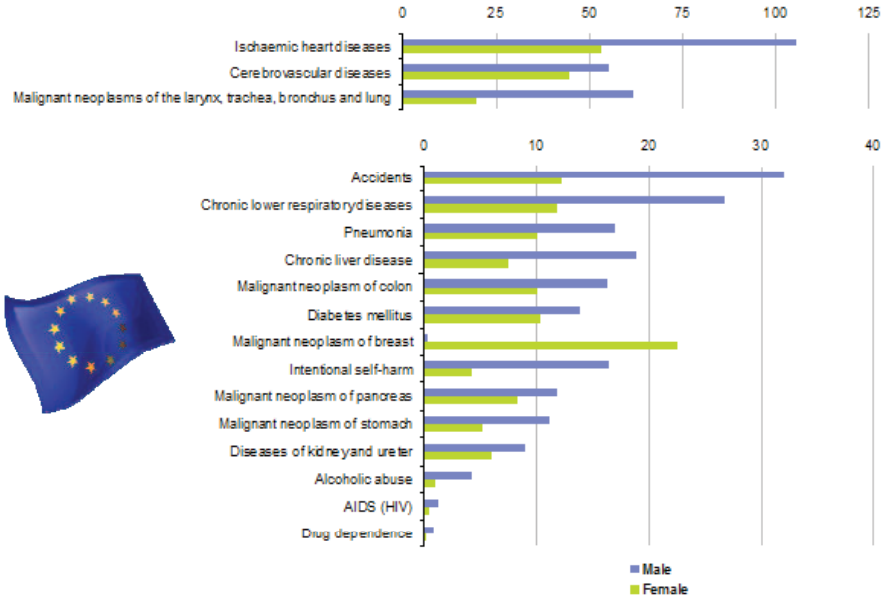
Creare le basi per la realizzazione di una rete strutturata e coordinata di rianimazione e defibrillazione precoce sul territorio cantonale

FONDAZIONE TICINOCUORE

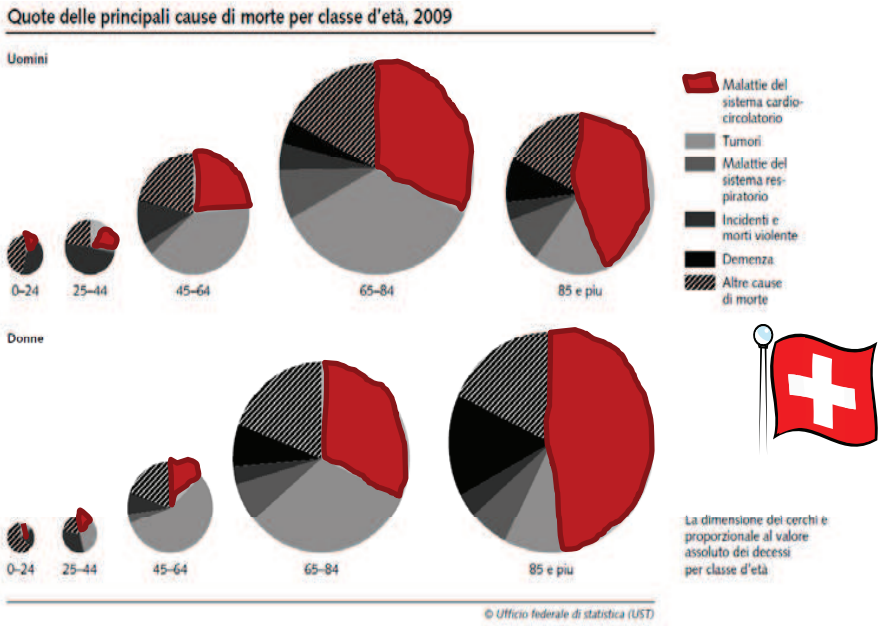
Perché occuparsi di arresto-cardiocircolatorio?

FONDAZIONE TICINOCUORE

Aspetti epidemiologici



(1) Provisional; the figure is ranked on the average of male and female; note the difference in the scales employed between the two parts of the figure.
Source: Eurostat (online data code: hlth_cd_asdr)



Capacità di risposta all'emergenza sanitaria

Intervallo medio ***Arrivo telefonata – Attivazione SA*** = 2 minuti

Intervallo medio ***Attivazione SA – Partenza ambulanza*** = 1 minuto

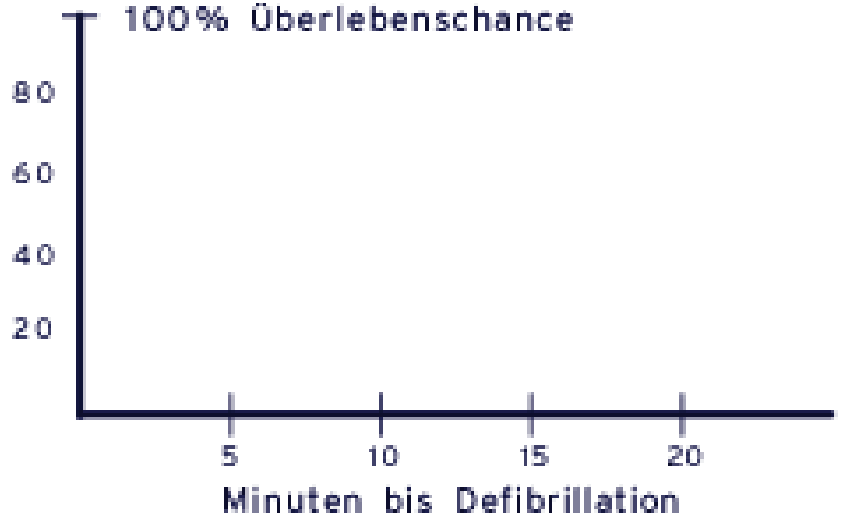
Intervallo medio ***Partenza ambulanza – Sul luogo ambulanza*** = 9 minuti

Intervallo medio ***Arrivo telefonata – Ambulanza sul luogo*** = 12 minuti

FONDAZIONE TICINOCUORE

I minuti che contano

Ogni minuto che passa dall'arresto cardiaco alla prima defibrillazione riduce del 7-10% le possibilità che il paziente sopravviva (AHA, 2000, p.I-61)(ERC).



Epidemiologia

- **Incidenza dell' arresto cardiaco** (2002 - 2011) N= 3'335

abitanti	336'888
arresti cardiaci 2002 - 2011	3'335
incidenza	0.98 0/00

FONDAZIONE TICINOCUORE

Population characteristics

	Period			
	Before Ticino Cuore (2002-2005)	Implementing Ticino Cuore (2006-2007)	Active Ticino Cuore (2008-2012)	Total
Patients (number)	1,104	560	1,307	2,971
Gender				
Female	357 (32.3%)	158 (28.2%)	410 (31.4%)	925 (31.1%)
Male	747 (67.7%)	402 (71.8%)	897 (68.6%)	2,046 (68.9%)
Age				
Mean (std dev)	66.3 (18.31)	65.4 (18.08)	67.9 (18.00)	66.8 (18.16)
Etiology				
Cardiac suspect	618 (56%)	399 (71.3%)	936 (71.6%)	1,953 (65.7%)
Drowning	0 (0%)	7 (1.3%)	14 (1.1%)	21 (0.7%)
Respiratory	0 (0%)	23 (4.1%)	108 (8.3%)	131 (4.4%)
Trauma	140 (12.7%)	72 (12.9%)	116 (8.9%)	328 (11%)
Other non-cardiac	346 (31.3%)	59 (10.5%)	133 (10.2%)	538 (18.1%)

Fonte: Registro ACC – FCTSA

FONDAZIONE TICINOCUORE

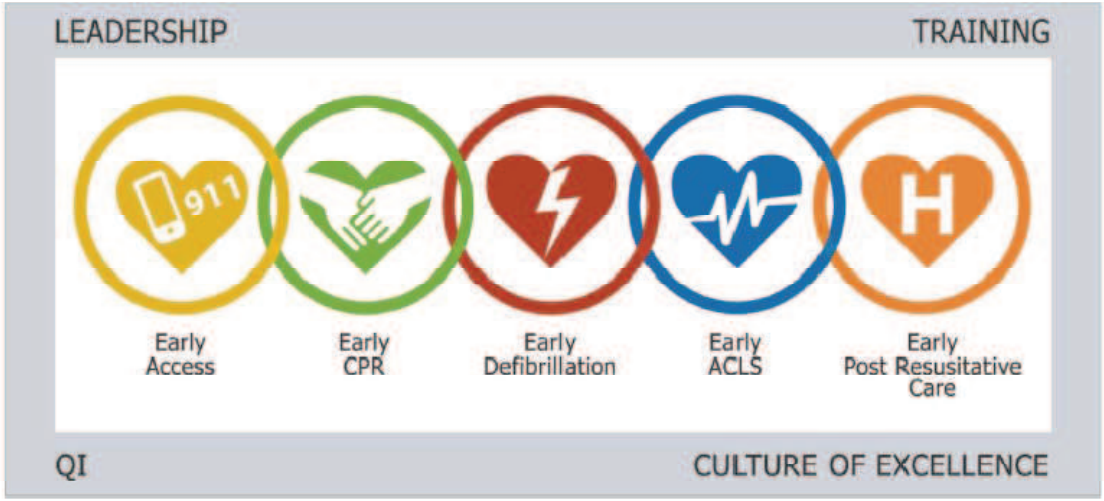
Population characteristics

	Period			
	Before Ticino Cuore (2002-2005)	Implementing Ticino Cuore (2006-2007)	Active Ticino Cuore (2008-2012)	Total
Patients (number)	1,104	560	1,307	2,971
Place				
Home	757 (68.6%)	366 (65.4%)	847 (64.8%)	1,970 (66.3%)
Home Elderly	0 (0%)	10 (1.8%)	53 (4.1%)	63 (2.1%)
Public Building	104 (9.4%)	46 (8.2%)	74 (5.7%)	224 (7.5%)
Working	24 (2.2%)	18 (3.2%)	29 (2.2%)	71 (2.4%)
Sport - Leisure time	0 (0%)	14 (2.5%)	40 (3.1%)	54 (1.8%)
Road	126 (11.4%)	72 (12.9%)	193 (14.8%)	391 (13.2%)
Other	93 (8.4%)	34 (6.1%)	71 (5.4%)	198 (6.7%)

Fonte: Registro ACC – FCTSA

FONDAZIONE TICINOCUORE

Quale soluzione ?



Eisemberg. M – Resuscitate! – University of Washington press - 2009

Strategia

Consulenza organizzativa e tecnologica gratuita

Gestione modalità di allarme attraverso **Ticino soccorso 144**

Formazione specifica, riconosciuta in tutta la Svizzera

Noleggio apparecchi defibrillatori (“tutto compreso”)

Controllo di **qualità**

Valutazione dell’impatto

Destinatari

Enti pubblici: scuole, uffici statali o parastatali, enti di pronto intervento

Strutture private: banche, assicurazioni, aziende, alberghi, ristoranti, centri commerciali

Strutture del settore sociosanitario: studi medici, farmacie, dentisti, cure a domicilio

Professioni o gruppi a rischio

Organizzatori di eventi con grande affluenza di persone e/o con attività a rischio

Associazioni sportive e ricreative

Singole persone o gruppi di persone interessati alla tematica

RISULTATI

Indicatori

FONDAZIONE TICINOCUORE

Risultati – Strumenti e metodologia

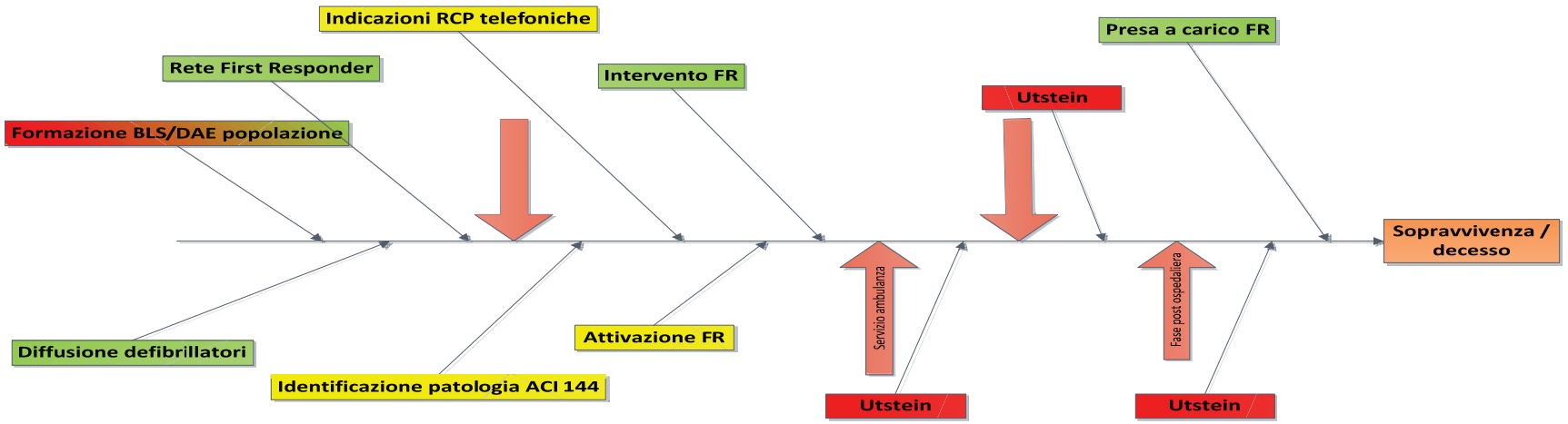
REGISTRO PreH – Utstein FCTSA

dati consolidati di tutti gli arresti cardiaci dal 1.1.2002

FONDAZIONE TICINOCUORE

Processo

Concetto di Processo di presa a carico dell'arresto cardiaco

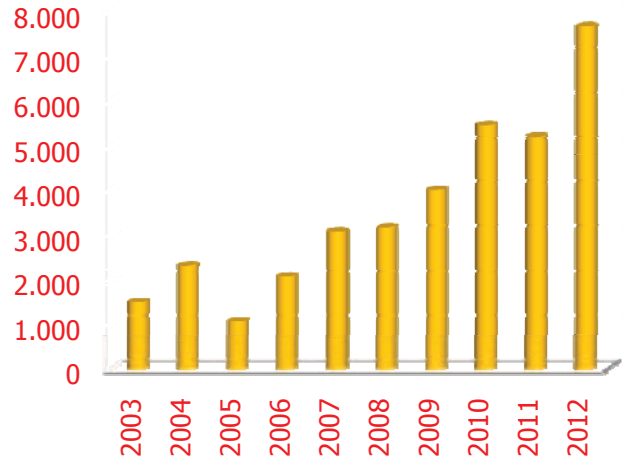


FONDAZIONE TICINOCUORE

Aderenti

Tipologia della struttura	2010	2011	2012	var.
Aziende	122	128	147	^
Capanne/Rifugi	15	15	15	=
Centri commerciali/negozi	24	25	25	=
Dentisti	7	7	7	=
First Responder	38	41	46	^
Impianti sportivi	27	27	37	^
Luoghi pubblici	36	51	71	^
Medici	41	43	47	^
Polizia	32	33	31	v
Pompieri	13	14	14	=
Privati	10	12	13	^
Residenze abitative			2	^
Scuole	10	13	16	^
Servizio Ambulanza	5	5	5	=
Strutture socio-sanitarie	43	46	51	^

FORMAZIONE BLS/DAE



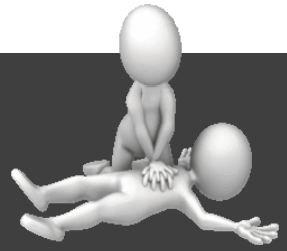
Circa 40’000 persone certificate BLS/DAE
(11.9% della popolazione)

FONDAZIONE TICINOCUORE

Formazione BL/DAE nelle scuole medie

Year	School / Class	Students scheduled	Students present (%)	Students absent (%)	Students certified (%)	Teachers certified
09/10	41/159	3.262	3.145 (96.4%)	117 (3.6%)	3'135 (99.7%)	133
10/11	41/160	3.301	3.163 (95.8%)	138 (4.2%)	3'149 (99.6%)	100
11/12	41/162	3363	3.187 (94.8%)	176 (5.2%)	3'174 (99.5%)	61
12/13*	41/167*	3477	2.585	90*	2'576* (99.7%)	80*

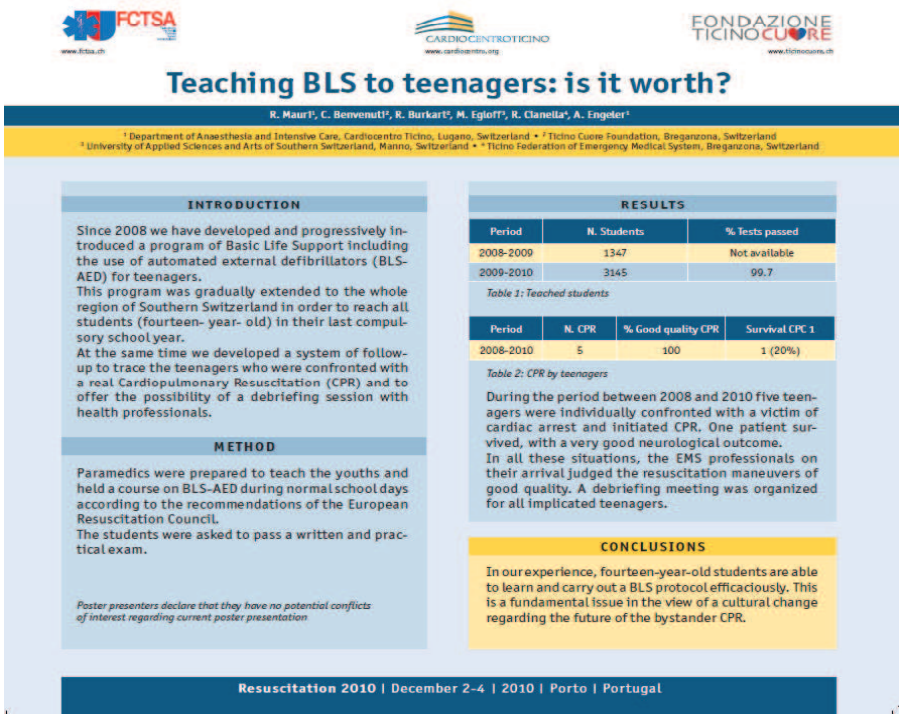
* Status 02.28.2013



classe 4° media *(14 - 15 anni)*

Valutazione impatto formazione nelle scuole

Per valutare l'impatto della formazione nelle scuole é stato appositamente modificato il Registro delle rianimazioni. Questo ci permette di identificare tutte le rianimazioni intraprese da un minorenne.



Teaching BLS to teenagers: is it worth?

R. Maur[1], C. Benvenuti[2], R. Burkart[3], M. Egloff[3], R. Clanella[4], A. Engeler[1]

[1] Department of Anaesthesia and Intensive Care, Cardiocentro Ticino, Lugano, Switzerland • [2] Ticino Cuore Foundation, Breganzona, Switzerland
[3] University of Applied Sciences and Arts of Southern Switzerland, Manno, Switzerland • [4] Ticino Federation of Emergency Medical System, Breganzona, Switzerland

INTRODUCTION

Since 2008 we have developed and progressively introduced a program of Basic Life Support including the use of automated external defibrillators (BLS-AED) for teenagers.
This program was gradually extended to the whole region of Southern Switzerland in order to reach all students (fourteen- year- old) in their last compulsory school year.
At the same time we developed a system of follow-up to trace the teenagers who were confronted with a real Cardiopulmonary Resuscitation (CPR) and to offer the possibility of a debriefing session with health professionals.

METHOD

Paramedics were prepared to teach the youths and held a course on BLS-AED during normal school days according to the recommendations of the European Resuscitation Council.
The students were asked to pass a written and practical exam.

Poster presenters declare that they have no potential conflicts of interest regarding current poster presentation

RESULTS

Period	N. Students	% Tests passed
2008-2009	1347	Not available
2009-2010	3145	99.7

Table 1: Teached students

Period	N. CPR	% Good quality CPR	Survival CPC 1
2008-2010	5	100	1 (20%)

Table 2: CPR by teenagers

During the period between 2008 and 2010 five teenagers were individually confronted with a victim of cardiac arrest and initiated CPR. One patient survived, with a very good neurological outcome.
In all these situations, the EMS professionals on their arrival judged the resuscitation maneuvers of good quality. A debriefing meeting was organized for all implicated teenagers.

CONCLUSIONS

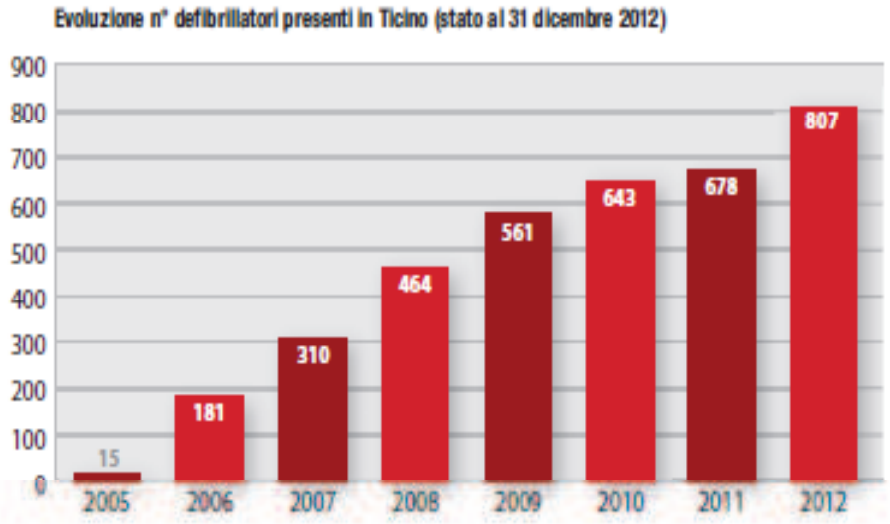
In our experience, fourteen-year-old students are able to learn and carry out a BLS protocol efficaciously. This is a fundamental issue in the view of a cultural change regarding the future of the bystander CPR.

Resuscitation 2010 | December 2-4 | 2010 | Porto | Portugal

Defibrillatori

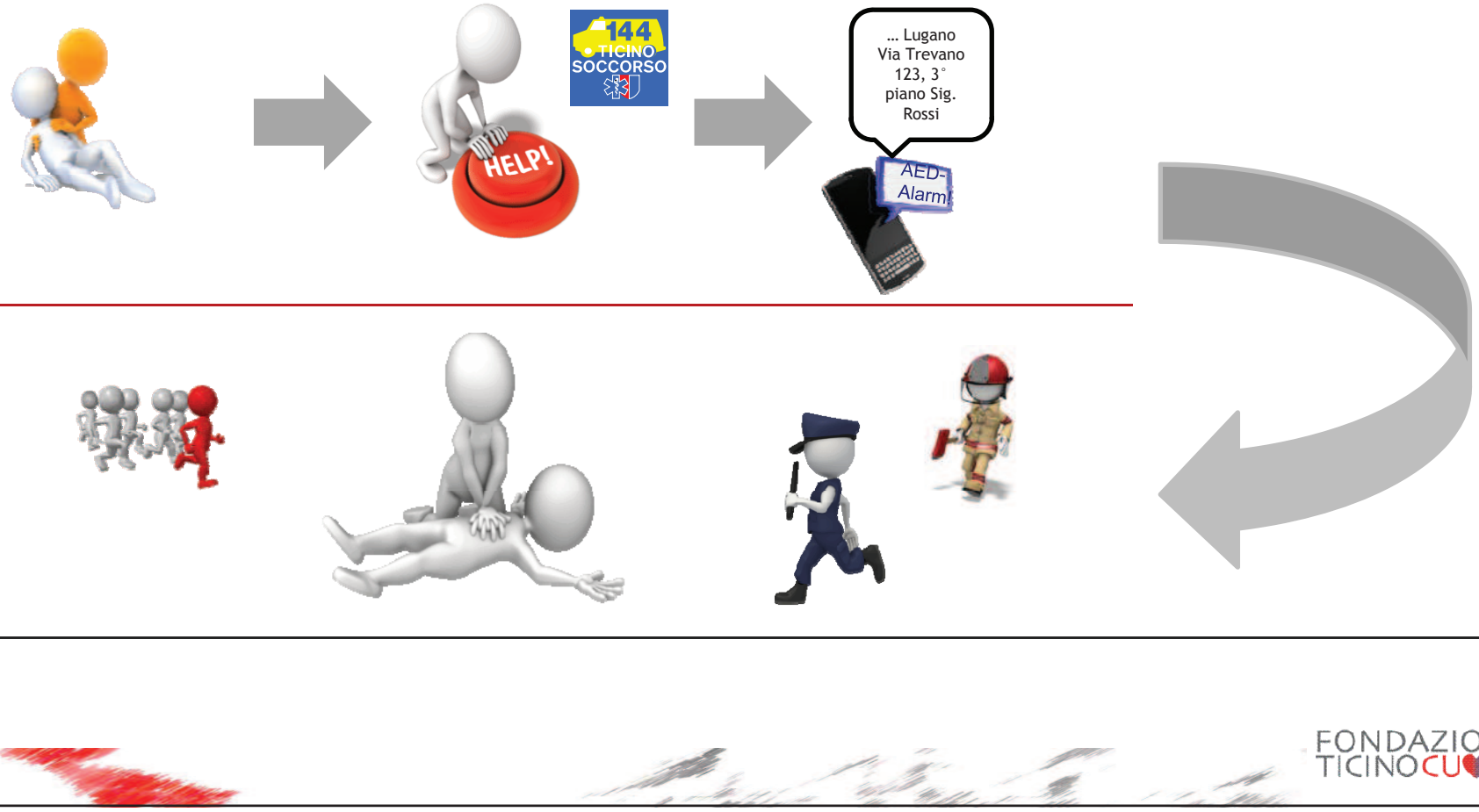
1 defibrillatore / 430 abitanti

Banca dati centralizzata di TUTTI i defibrillatori presso Ticino Soccorso 144



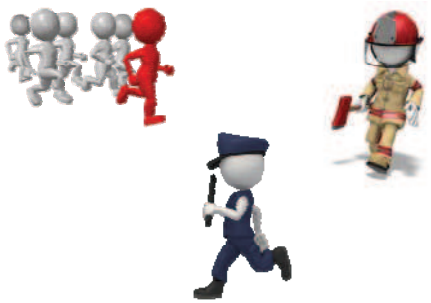
FONDAZIONE TICINOCUORE

Rete «First Responder»



FONDAZIONE TICINOCUORE

Rete «First Responder



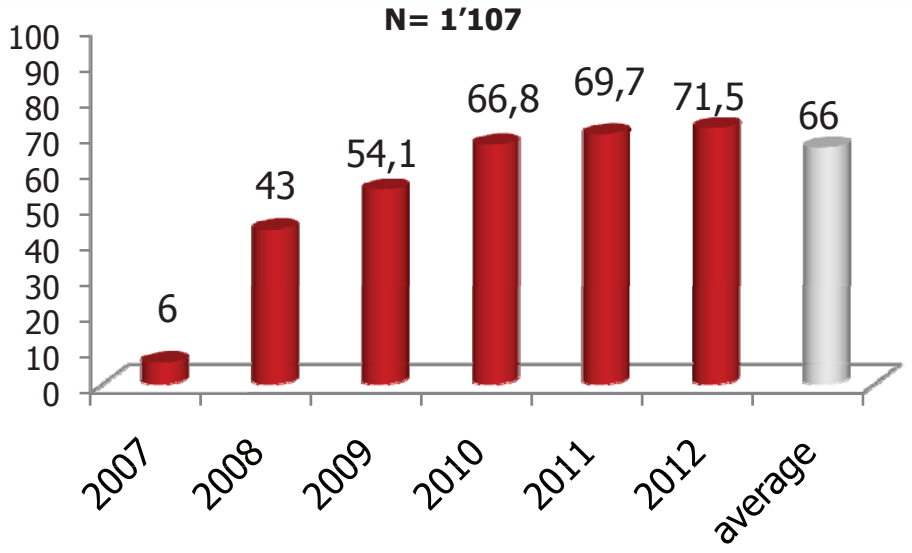
Rete composta da circa 3'500 persone «laiche»

Si basa si due principi fondamentali:

- Casualità
- Aiuto spontaneo

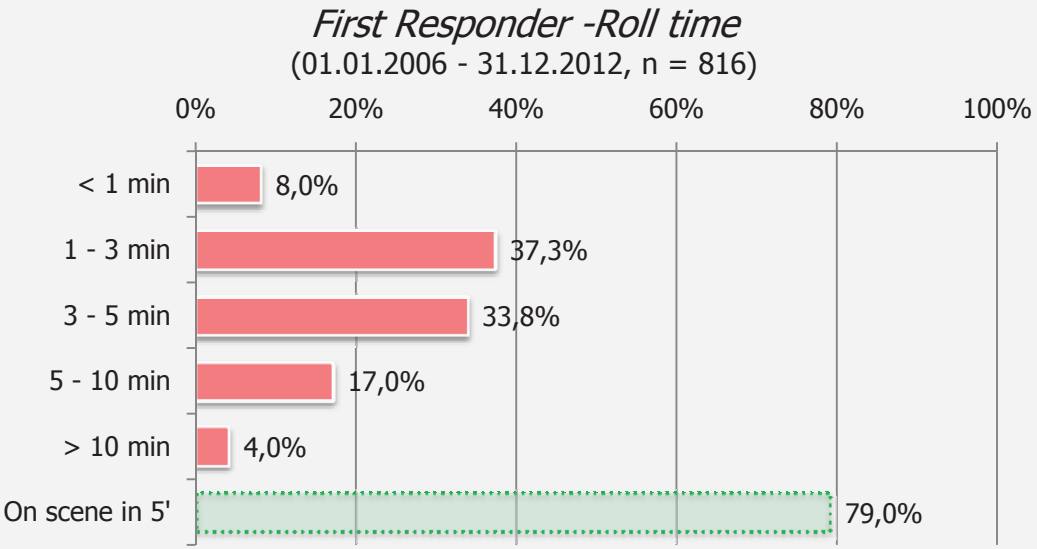
SMS-alert and response (%)

	SMS-alert	Alert with response		Multiple Response
2007	96	6	6%	9
2008	361	154	43%	195
2009	331	179	54.1%	227
2010	394	263	66.8%	376
2011	346	241	69.7%	343
2012	369	264	71.5%	405
Total	**1'897**	**1'107**	**66%**	**1'555**



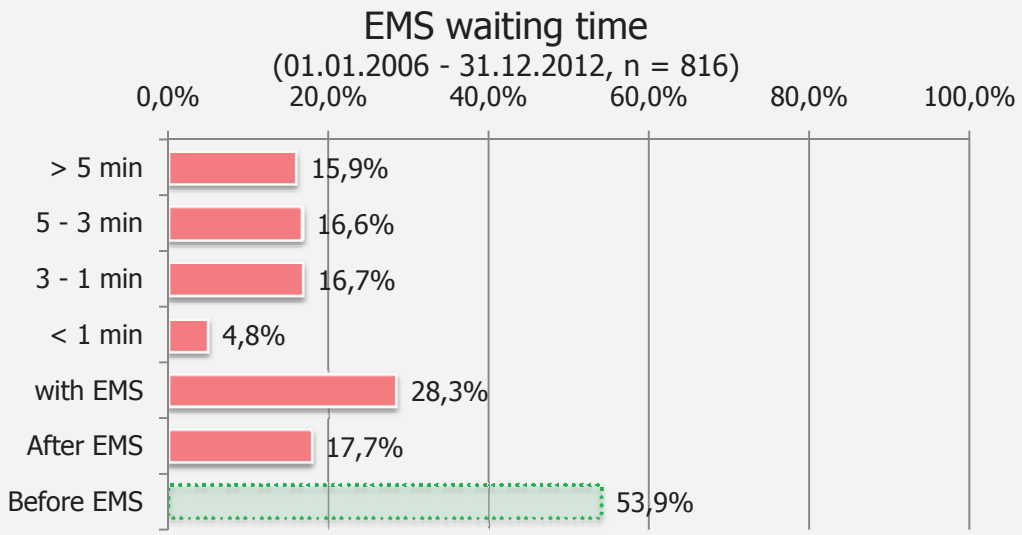
FONDAZIONE TICINOCUORE

Tempo di attivazione First Responder



FONDAZIONE TICINOCUORE

First Responder presenti sul paziente prima dei soccorsi



FONDAZIONE TICINOCUORE

PROGETTO P- DAE

Public acces defibrillation

FONDAZIONE TICINOCUORE

P-DAE - criteri

- Definizione dei bisogni – criteri:
- presenza di luoghi con importanti raggruppamenti di persone (stazioni, piazze, zone turistiche, …)
- attività che comportano un certo rischio clinico (attività sportive, professionali, …)
- disponibilità di defibrillatori presenti presso altre strutture ma non pubblici
- situazione demografica
- caratteristiche architettoniche ed urbanistiche
- dati epidemiologici dell'arresto cardiaco

Frederik Folke et al. *Location of Cardiac Arrest in a City Center: Strategic Placement of Automated External Defibrillators in Public Locations*. Circulation 2009;120;510-517

Rudolph W. Koster et al. *European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010. Section 2. Adult basic life support and use of automated external defibrillators*. Resuscitation 81 (2010);1277-1292.

P-DAE – dispositivi

Progettazione e produzione
di strutture per P-DAE

Scuola universitaria professionale
della Svizzera italiana
SUPSI

FONDAZIONE
TICINOCUORE

P-DAE - analisi

Analisi del contesto

Dati epidemiologici

FONDAZIONE TICINOCUORE

P-DAE – sintesi e priorità

Identificazione zone
di ubicazione dei P-DAE e
definizione delle priorità

P-DAE - proposte

Identificazione luoghi
di ubicazione dei P-DAE

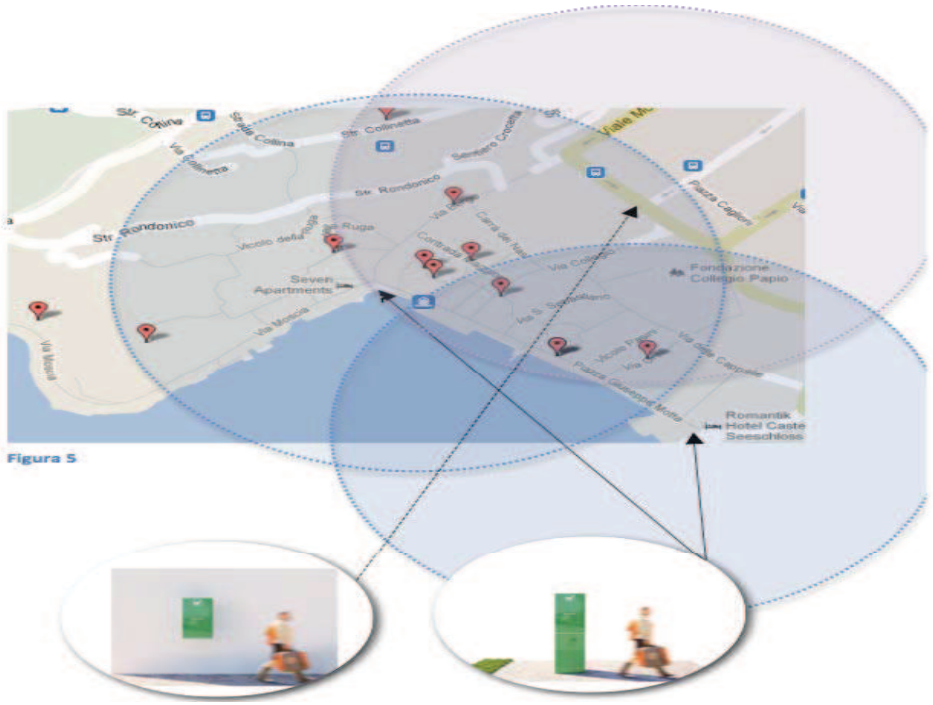


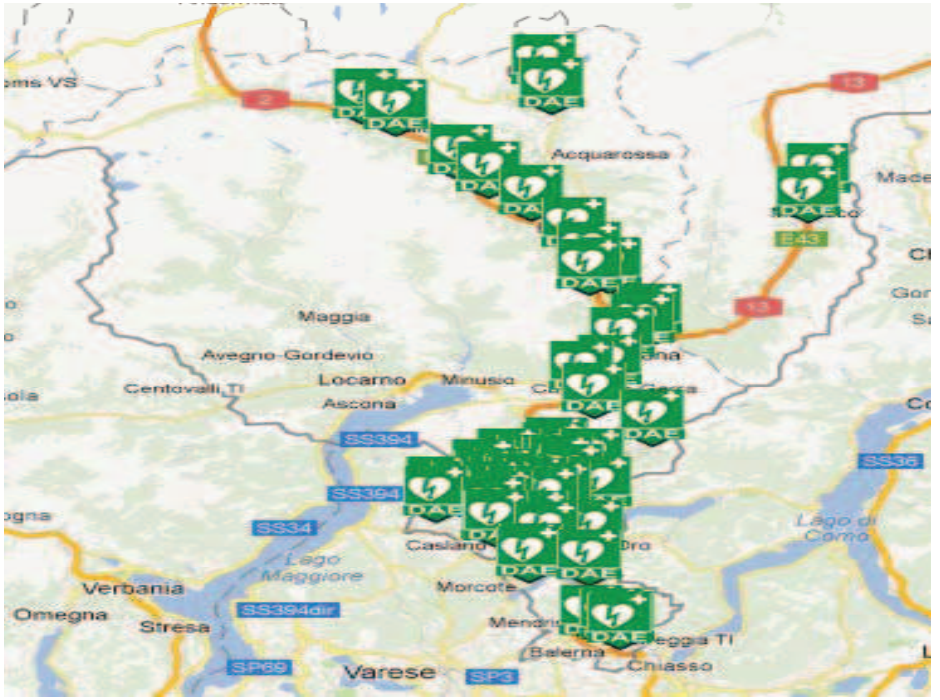
Figura 5

FONDAZIONE TICINOCUORE

P-DAE – localizzazione

Possibilità di localizzare tutti
i defibrillatori presenti sul territorio

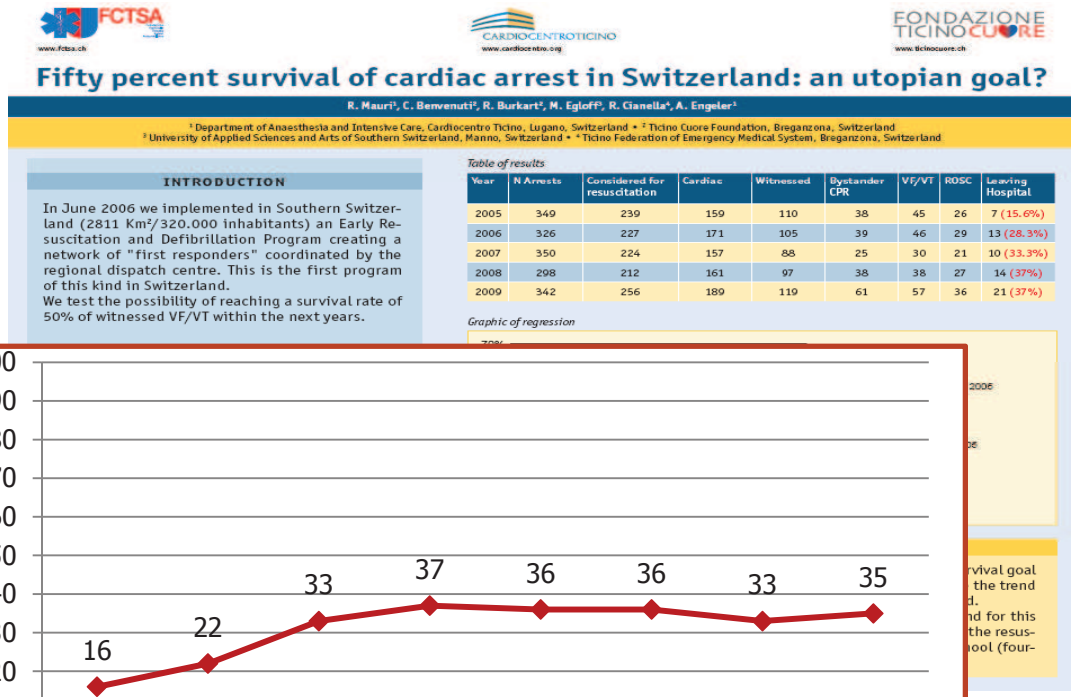
http://www.ticinocuore.ch/it/30/strutture_certificate.aspx



FONDAZIONE TICINOCUORE

RISULTATI CLINICI

Sopravvivenza:
Pazienti dimessi vivi
(pazienti in FV/TV)



Fifty percent survival of cardiac arrest in Switzerland: an utopian goal?

R. Mauri[1], C. Benvenuti[2], R. Burkart[2], M. Egloff[3], R. Cianella[4], A. Engeler[1]

[1] Department of Anaesthesia and Intensive Care, Cardiocentro Ticino, Lugano, Switzerland • [2] Ticino Cuore Foundation, Breganzona, Switzerland
[3] University of Applied Sciences and Arts of Southern Switzerland, Manno, Switzerland • [4] Ticino Federation of Emergency Medical System, Breganzona, Switzerland

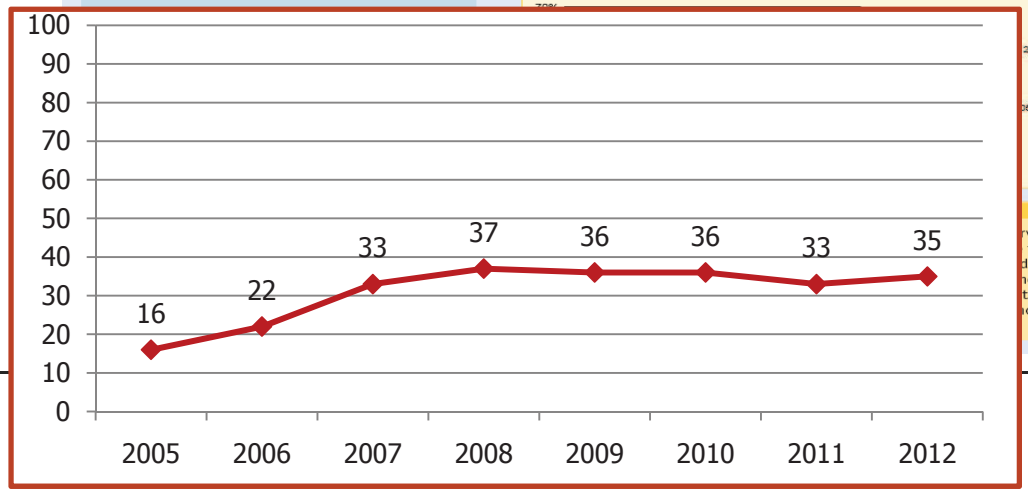
INTRODUCTION

In June 2006 we implemented in Southern Switzerland (2811 Km²/320.000 inhabitants) an Early Resuscitation and Defibrillation Program creating a network of "first responders" coordinated by the regional dispatch centre. This is the first program of this kind in Switzerland.
We test the possibility of reaching a survival rate of 50% of witnessed VF/VT within the next years.

Table of results

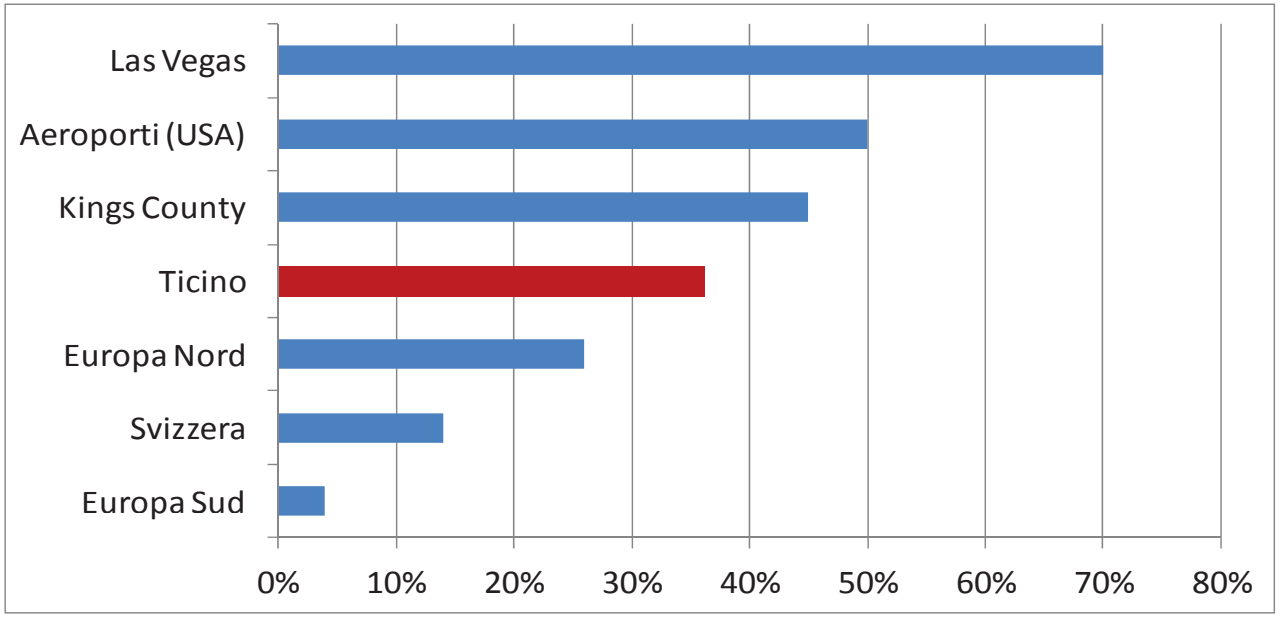
Year	N Arrests	Considered for resuscitation	Cardiac	Witnessed	Bystander CPR	VF/VT	ROSC	Leaving Hospital
2005	349	239	159	110	38	45	26	7 (15.6%)
2006	326	227	171	105	39	46	29	13 (28.3%)
2007	350	224	157	88	25	30	21	10 (33.3%)
2008	298	212	161	97	38	38	27	14 (37%)
2009	342	256	189	119	61	57	36	21 (37%)

Graphic of regression



COMPARAZIONE

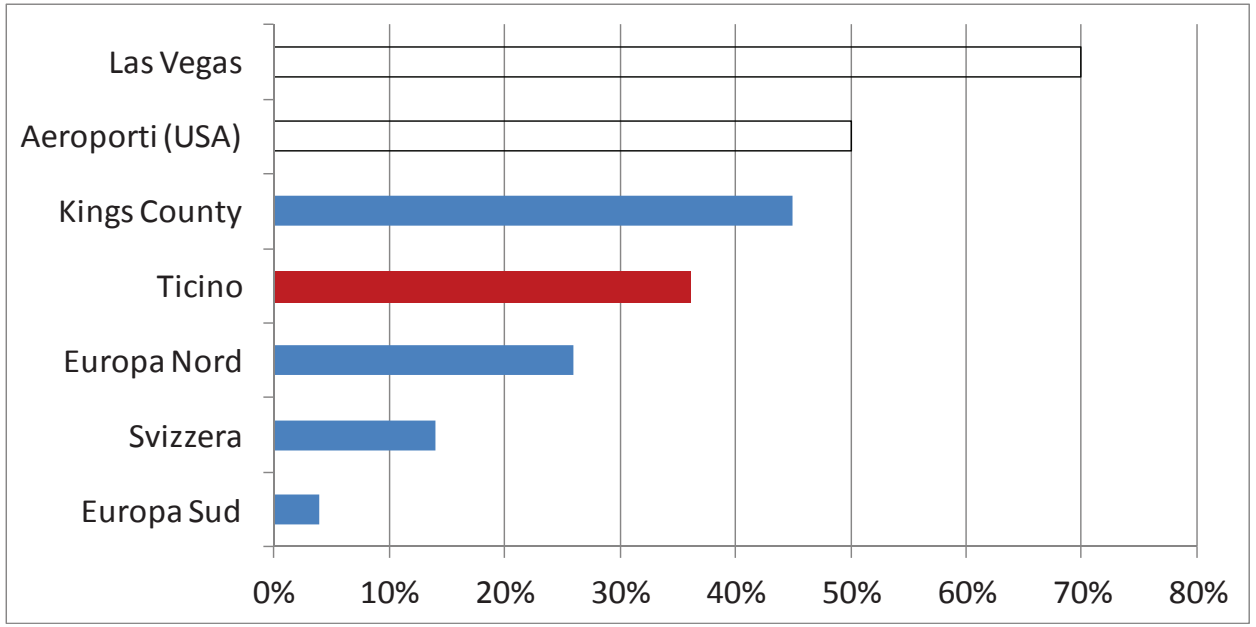
Comparazione internazionale in termini assoluti



FONDAZIONE TICINOCUORE

COMPARAZIONE

Comparazione internazionale Contestualizzata (territoriale)



Valutazione economica

Study design: **before-after study**

2002-2005 years as control and
2008-2012 years as intervention

2006 and 2007 years not considered as the learning curve period

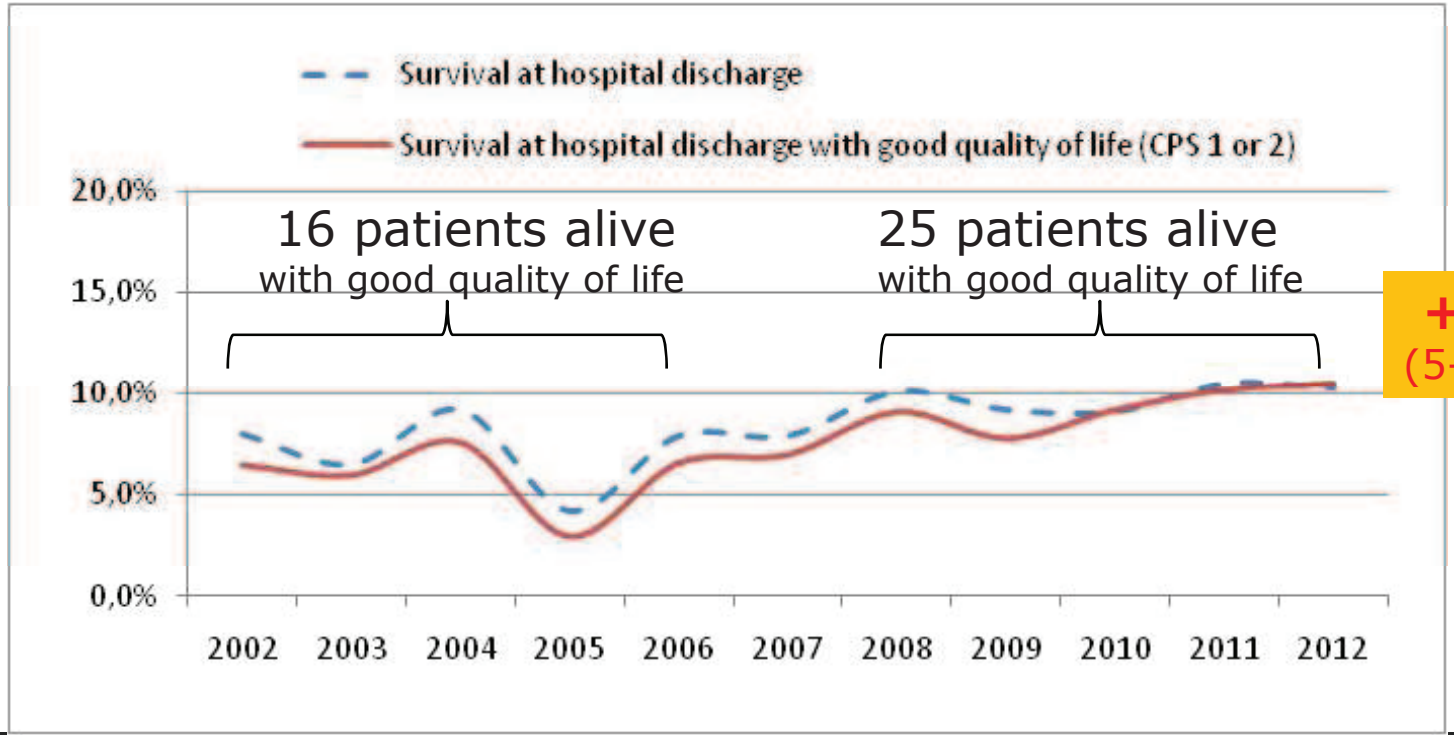
Clinical data were retrieved from the Ticino Resuscitation Utstein registry

Massimo Brunetti[1], Stefano Mimmi[1], Claudio Benvenuti[1], Roman Burkart[2], Romano Mauri[2]

[1]SUPSI / DSAN, Manno, Switzerland • [2]Ticino Cuore Foundation, Bregarzona, Switzerland

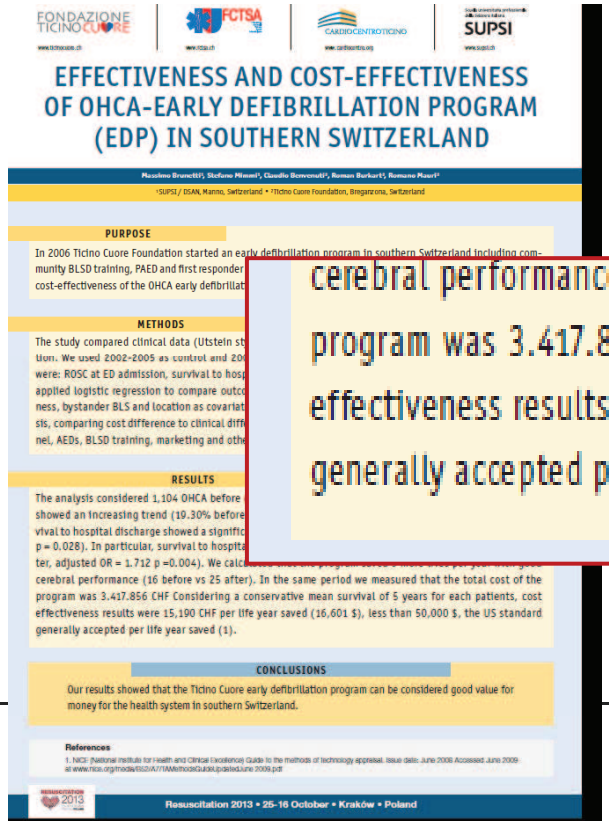
FONDAZIONE TICINOCUORE

Adjusted survival at hospital discharge (%)



FONDAZIONE TICINOCUORE

Valutazione economica - risultati



EFFECTIVENESS AND COST-EFFECTIVENESS OF OHCA-EARLY DEFIBRILLATION PROGRAM (EDP) IN SOUTHERN SWITZERLAND

PURPOSE

METHODS

RESULTS

The analysis considered 1,104 OHCA before
showed an increasing trend (19.30% before
vival to hospital discharge showed a signific
p = 0.028). In particular, survival to hospita
ter, adjusted OR = 1.712 p =0.004). We calc
cerebral performance (16 before vs 25 after). In the same period we measured that the total cost of the program was 3.417.856 CHF Considering a conservative mean survival of 5 years for each patients, cost effectiveness results were 15,190 CHF per life year saved (16,601 $), less than 50,000 $, the US standard generally accepted per life year saved (1).

CONCLUSIONS

Our results showed that the Ticino Cuore early defibrillation program can be considered good value for money for the health system in southern Switzerland.

References

Resuscitation 2013 • 25-16 October • Kraków • Poland

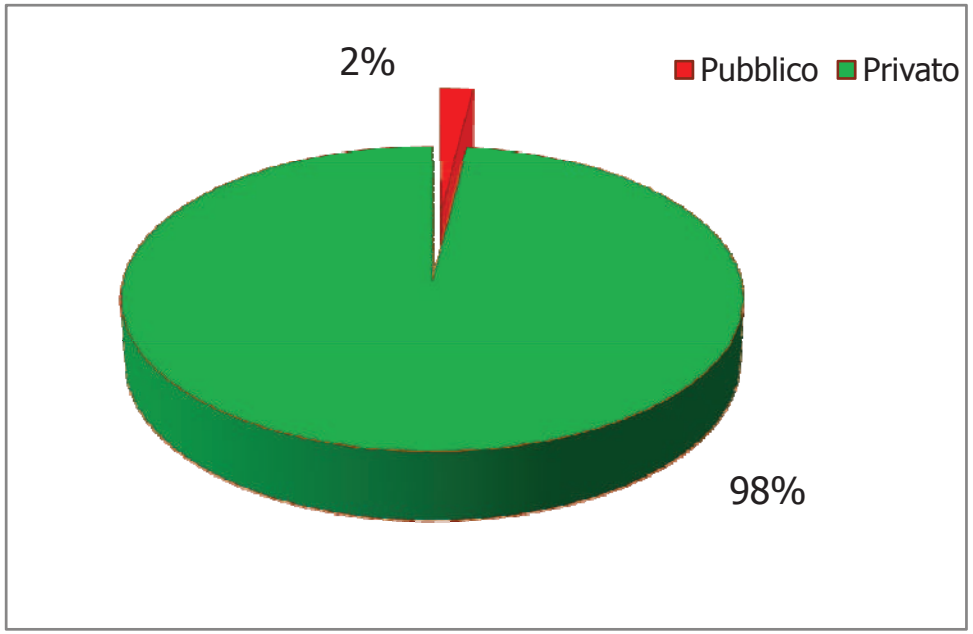
cerebral performance (16 before vs 25 after). In the same period we measured that the total cost of the program was 3.417.856 CHF Considering a conservative mean survival of 5 years for each patients, cost effectiveness results were 15,190 CHF per life year saved (16,601 $), less than 50,000 $, the US standard generally accepted per life year saved (1).

FINANZIAMENTO

FONDAZIONE TICINOCUORE

Finziamento

- **Fondazione NO PROFIT**
- **Principio di AUTOFINAZIAMENTO**



Cambiamento culturale

FONDAZIONE TICINOCUORE

«Cultura della rianimazione»

- La sopravvivenza delle persone colpite da arresto cardiaco improvviso è strettamente legata dalla predisposizione culturale (psicologica – morale – etica) delle persone presenti al momento dell'evento, ad intraprendere le misure immediate di rianimazione (BLS/DAE).

- Gli aspetti tecnici, finanziari ed organizzativi sono secondari rispetto alla volontà individuale di aiutare il prossimo.

- Le organizzazioni e le istituzioni preposte a sviluppare programmi di rianimazione e defibrillazione devono investire la maggior parte delle risorse per generare una vera propria «CULTURA DELLA RIANIMAZIONE»

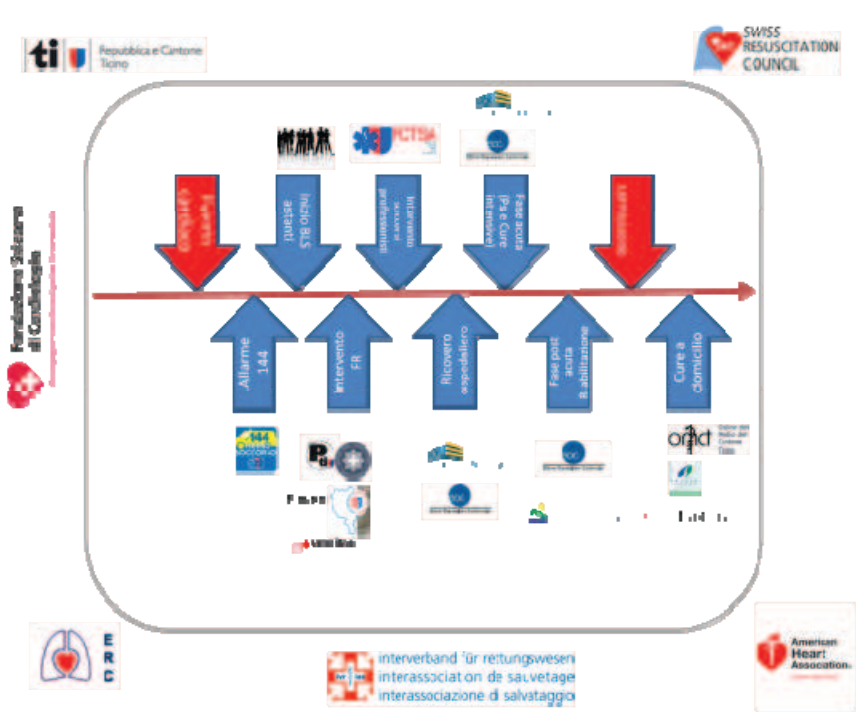
CAVALIERE DEL CUORE

Prospettive di sviluppo

APPLICAZIONE SMARTPHONE

- Informazioni generali
- Gestione rete First Responder
- Gestione allarmi First Responder

Prospettive di sviluppo



FONDAZIONE TICINOCUORE

Prospettive di sviluppo

EUROPEAN RESUSCITATION ACADEMY

It takes a system to save a life.

ERC

Lugano 2015

FONDAZIONE TICINOCUORE

CONCLUSIONI

La realizzazione di un programma BLS/DAE é possibile se vengono creati i seguenti presupposti:

- volontà politica
- considerare le caratteristiche culturali del contesto
- negoziare e condividere le attività con tutti i partner istituzionali (! Aspetti socio-culturali)
- project management – risorse e competenze corrette
- valutare l'impatto delle azioni e delle attività intraprese
  - ricerca (Registro rianimazioni)
  - ! valore aggiunto (dimensioni culturali, sociali, educative, preventive, …)

GRAZIE !!

FONDAZIONE TICINOCUORE

Silvia
Patrizia
Roman
Roberto
Sandro
Stefano
.....