



CURE INTEGRATE NELLA REGIONE PUGLIA

Il risultato del processo di
autovalutazione condotto
con lo strumento online
SCIROCCO Exchange



Co-funded by
the Health Programme
of the European Union

The SCIROCCO Exchange project is co-funded
by the Health Programme of the European
Union under Grant Agreement No.: 826676
(Chafea)



03

PREMESSA/OBIETTIVI

04

RISULTATI ATTESI/ METODOLOGIA

06

ASL BARI

12

ASL BRINDISI

17

ASL BARLETTA ANDRIA TRANI

22

ASL FOGGIA

28

ASL LECCE

34

ASL TARANTO

PREMESSA

Tra maggio 2019 e marzo 2020, l'Agenzia Regionale per la Salute e il Sociale AReSS Puglia ha coordinato una indagine sul livello di maturità delle Cure Integrate in 9 Regioni Europee: Paesi Baschi, Spagna; Fiandre, Belgio; Germania; Lituania; Polonia; Puglia, Italia; Scozia, UK; Slovacchia e Slovenia.

L'indagine è stata condotta nell'ambito del Work Package 5 “Maturity Assessment for Integrated Care” del Progetto SCIROCCO Exchange ed ha utilizzato lo strumento online a supporto del Maturity Model per la valutazione delle cure integrate creato dal gruppo di lavoro B3 della Partnership Europea per l'Invecchiamento Attivo e in Salute, disponibile al seguente link: <https://scirocco-exchange-tool.inf.ed.ac.uk>

Il presente documento offre una sintesi dell'analisi condotta nella Regione Puglia dove l'indagine e la metodologia del progetto SCIROCCO Exchange hanno coinvolto le 6 ASL pugliesi.

OBIETTIVI

- Testare la metodologia sviluppata per il processo di autovalutazione delle cure integrate dal progetto SCIROCCO Exchange
- Testare il Tool SCIROCCO Exchange come strumento per valutare la prontezza al cambiamento del sistema di cure integrate in Puglia
- Identificare lacune e punti di debolezza delle ASL pugliesi nell'adozione delle cure integrate
- Fornire una “fotografia” della capacità del sistema di adottare le cure integrate attraverso il “diagramma a ragno” fornito dal Tool in base ai risultati dell'autovalutazione
- Facilitare l'apprendimento e lo scambio di esperienze tra gli attori locali del Sistema Salute



RISULTATI ATTESI

- Comprendere il livello di maturità del sistema delle cure integrate, i suoi punti di forza e di debolezza
- Raggiungere il consensus tra i partecipanti sullo stato attuale delle cure integrate nella ASL di riferimento
- Testare il Tool SCIROCCO Exchange in Puglia, informando i partecipanti sui prossimi obiettivi del progetto

METODOLOGIA

Il processo di autovalutazione del livello di maturità delle cure integrate delle 6 ASL pugliesi si è avvalso del Tool online realizzato nell'ambito del progetto SCIROCCO Exchange.

Il Tool è costituito da un questionario online composto da 12 domande, a ciascuna delle quali è associata una specifica "dimensione".

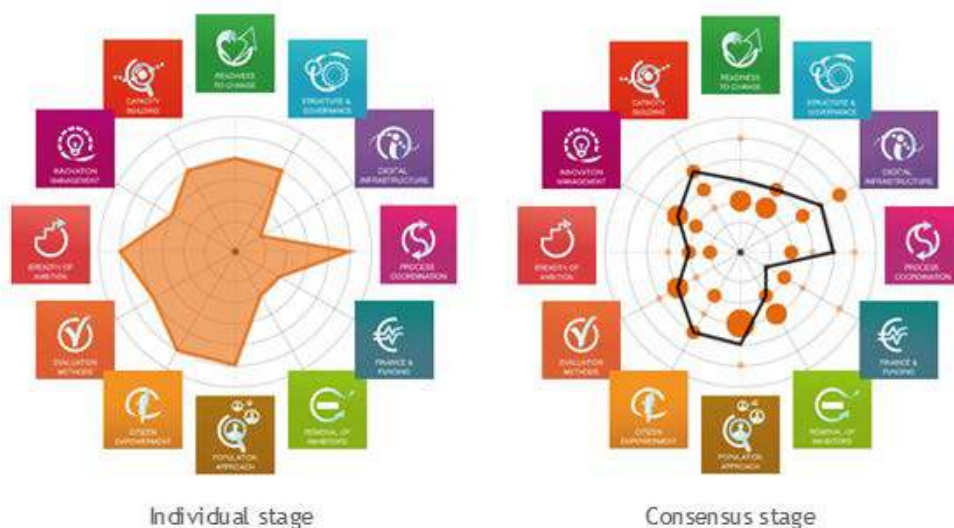
Dimensioni del Tool on-line del progetto SCIROCCO Exchange			
Q1	Prontezza al cambiamento	Q7	Approccio alla popolazione
Q2	Struttura e governance	Q8	Empowerment dei cittadini
Q3	Infrastrutture digitali	Q9	Metodi di valutazione
Q4	Coordinamento dei processi	Q10	Ampiezza dell'ambizione
Q5	Finanziamenti	Q11	Gestione dell'innovazione
Q6	Rimozione degli inibitori	Q12	Capacity Building

Il livello di maturità di ciascuna dimensione è valutato in relazione ad una scala di punteggi che va dal punteggio minimo pari a "0" al punteggio massimo pari a "5".

Al fine di ottenere una valutazione qualitativa multiprofessionale, sono state coinvolte nel processo di autovalutazione cinque figure professionali chiave: un rappresentante della Dirigenza (e.g. Direttore Generale, Direttore Sanitario, Direttore Amministrativo); un rappresentante di Distretto; un rappresentante con conoscenze cliniche (e.g. Care Manager, Infermiere responsabile); un rappresentante dei servizi informatici; un rappresentante di associazioni di Cittadini e/o Pazienti.

Il processo di autovalutazione ha visto lo svolgimento di due fasi susseguenti previste dalla metodologia:

- a) Autovalutazione individuale, completata on-line da ciascuna figura designata dalla propria ASL di appartenenza, con supporto da parte dello staff di progetto;
- b) Workshop di consensus, organizzato nella sede della Direzione Generale della ASL di appartenenza, a cui hanno preso parte coloro i quali hanno preventivamente completato la fase precedente.



Nella fase di autovalutazione individuale ciascuna figura ha fornito uno score e una breve giustificazione del punteggio assegnato per ognuna delle 12 dimensioni.

I risultati sono stati rappresentati attraverso un diagramma a ragno che ha rivelato le variazioni esistenti tra le percezioni individuali delle cinque figure all'interno della ASL.

Durante il workshop di consenso, gli scostamenti attribuiti al livello di maturità di ciascuna dimensione sono stati condivisi e discussi tra i partecipanti, che hanno raggiunto una visione condivisa dei punti di forza e dei punti di debolezza della propria ASL di appartenenza in merito alle cure integrate.



ASL BARI

Stakeholders coinvolti

RUOLO	AFFILIAZIONE
Direttore Sanitario	ASL Bari
Direttore Distretto	Distretto n.14 Putignano ASL Bari
Coordinatore Infermieristico	Distretto n.14 Putignano ASL Bari
Direttore servizio IT	ASL Bari
Vicepresidente Associazione Pazienti	Associazione APMARR APS
Coordinatrice Tribunale del Malato	ASL Bari
Direttore Area Servizio Socio Sanitario	ASL Bari



Consensus workshop presso ASL Bari, 09 ottobre 2019

SINTESI DEI RISULTATI

“Le innovazioni nei processi delle cure integrate vengono colte e si sta procedendo alla loro implementazione. È in corso il coordinamento dei processi di cura territoriali-ospedalieri e dei servizi sociali”

SILVANA FORNELLI
DIRETTORE SANITARIO, ASL BARI

Il diagramma finale di consensus offre una visione bilanciata della capacità del sistema ASL Bari di adottare le cure integrate attraverso le 12 dimensioni analizzate, con valutazioni che oscillano tra 3 e 4 punti sulla scala di riferimento. L'immagine restituita dallo spider diagram riflette la condizione della ASL Bari nel momento dell'autovalutazione.

Esistono fattori specifici che influiscono sulle valutazioni delle 12 dimensioni e che determinano i punti di forza e i punti di debolezza dell'organizzazione riportati nei paragrafi seguenti. In particolare, i punti di forza sono favoriti dalla flessibilità esistente a livello operativo, facilitata dalla governance in essere. I punti di debolezza risultano, invece, influenzati dalla dimensione della ASL stessa (la più grande territorialmente e la più popolata delle sei ASL pugliesi) e dalla sua recente storia: la sua conformazione attuale risulta, infatti, dall'accorpamento di quattro ASL diverse avvenuto nel 2006. Da questi fattori specifici risulta la percezione da parte dei partecipanti di una mancata gestione omogenea di ciascun processo all'interno della ASL Bari. In particolare, il basso livello di maturità percepito rispetto alle attività di pianificazione e organizzazione, appare influenzare in maniera uniforme l'attribuzione del punteggio 1 e 2 sulla scala di riferimento a tre dimensioni specifiche: Q5 - Finanziamenti, Q3 – Infrastrutture digitali, Q6 – Rimozione degli Inibitori, e collegate alle difficoltà di intercettare i finanziamenti esistenti; accedere e gestire i dati disponibili sulle infrastrutture digitali; superare la resistenza al cambiamento ancora presente in alcune figure del personale clinico.





Diagramma finale di consensus ASL Bari

PUNTI DI FORZA

I punti di forza emersi durante il workshop di consensus, su cui la larga maggioranza dei partecipanti è stata concorde, sono:

Q8 – Empowerment dei cittadini – Le diverse figure hanno avuto percezioni eterogenee su questa dimensione, con punteggi che oscillano tra “0” e “5”. È l'unica dimensione alla quale sono stati attribuiti tutti i punteggi della scala. I due rappresentanti dei pazienti sono gli stakeholders che hanno assegnato i punteggi più alti per questa dimensione, potendo offrire la prospettiva dei cittadini su cui riflettere.

Tuttavia, il riconoscimento dell'importanza di coinvolgere i cittadini è emersa anche dalle dichiarazioni di altri Stakeholders (es: Direttore di Distretto e Direttore del servizio IT). I presenti hanno concordato nell'assegnare un punteggio finale pari a 4 - *Esistono incentivi e strumenti per motivare e supportare i cittadini a co-creare i servizi di cura e per usare questi servizi per una loro maggiore partecipazione ai processi decisionali sulla propria salute.*

Q10 – Ampiezza dell'ambizione – Questa dimensione è stata valutata nella parte più alta della scala, ovvero “2”, “3” e “4”, con tre delle sette figure presenti concordi nell'assegnare il valore 3 - *"Vi è integrazione tra diversi livelli di cura (es: tra cure primarie e secondarie), e altre tre nell'assegnare 4 - "È stato introdotto un migliore coordinamento tra i bisogni dei servizi sociali e sanitari".*

Q4 – Coordinazione dei processi – Esiste un livello di standardizzazione a livello organizzativo, in riferimento all'accesso dei pazienti al sistema di cure e al modello Chronic Care. Tre delle sette figure sono state concordi nell'assegnare 4 - *"La maggior parte dei percorsi di cura coordinati, incluso i PDTA, sono soggetti ad un approccio sistematico, a standardizzazione e sono implementati nell'intera Regione/Paese".* Altre due figure hanno assegnato il valore 3 - *"Servizi, PDTA e processi di cura sono formalmente descritti in modo standardizzato dagli stakeholder. Un approccio sistematico alla standardizzazione è pianificato ma non implementato".*

PUNTI DI DEBOLEZZA

Le percezioni dei sette partecipanti alla survey sono risultate particolarmente disomogenee in relazione ai punti di debolezza.

Q5 – Finanziamenti – Quattro delle sette figure sono state concordi su una percezione estremamente bassa di questa dimensione attestatasi tra “0” e “1”. In generale, si ritiene che i finanziamenti siano disponibili e che tutte le figure siano capaci di individuare la disponibilità di tali finanziamenti e di intraprendere i relativi processi, ove appropriato, tuttavia il sistema è ritenuto piuttosto complesso e lento, spesso con risultati inefficienti. I finanziamenti sono disponibili prevalentemente per progetti pilota.





Q3 – Infrastrutture digitali – Tre delle sette figure sono state concordi nell'assegnare a questa dimensione una tra le valutazioni più basse della scala (i.e. “0” e “1”). Tuttavia, i due rappresentanti dei pazienti hanno valutato questa dimensione 4 - *"Le infrastrutture digitali a supporto delle cure integrate sono implementate ma non sono ancora utilizzate da tutti gli stakeholder coinvolti. Un set unificato di standard è stato pubblicato; sono state realizzate numerose gare congiunte per l'approvvigionamento di nuovi sistemi; data centres consolidati e servizi condivisi sono ampiamente implementati, nonostante non tutti gli utenti abbiano la capacità di accesso ed uso di infrastrutture digitali"*.

Emerge che diversi livelli di istruzione digitale e diversi gruppi di età possono fungere da barriere per una implementazione totale delle infrastrutture digitali. Inoltre, molto sentito risulta il tema della responsabilità professionale e della sicurezza del dato.

Q6 - Rimozione degli inibitori – Anche per questa dimensione, quattro delle sette figure presenti sono state concordi nell'attribuire i valori più bassi della scala (i.e. “0” e “1”), soprattutto a causa della resistenza al cambiamento di alcune categorie professionali (e.g. medici di base e personale infermieristico). Un punto di accordo comune è la necessità di integrazione e collaborazione tra le diverse categorie professionali, superando le resistenze individuali.

CONCLUSIONI

La ASL Bari ha partecipato al processo di autovalutazione con un numero di stakeholders più ampio (sette anziché cinque), anche in considerazione della dimensione della ASL rispetto alle altre cinque ASL pugliesi.

La principale sfida, condivisa da tutti i partecipanti alla indagine, risiede nella dimensione e nell'estensione della organizzazione della ASL Bari, elemento che influisce fortemente su ogni processo gestionale.

I risultati del processo di autovalutazione riflettono le condizioni locali e le aspettative di tutte le figure che hanno preso parte al processo.

Si registra che nella ASL BA i rappresentanti dei pazienti e dei cittadini, hanno attribuito valutazioni alte alla maggioranza delle 12 dimensioni, rafforzando il punto di forza relativo alla dimensione Q8 - Empowerment dei cittadini.

L' ESPERIENZA CON IL TOOL ONLINE SCIROCCO EXCHANGE

Tutti gli stakeholders partecipanti hanno espresso una opinione estremamente positiva rispetto alla loro esperienza di utilizzo del Tool online del Progetto SCIROCCO Exchange come strumento di facilitazione del processo di autovalutazione. Sono stati tutti concordi nel definire il Tool come *“uno strumento particolarmente efficace nel facilitare il dibattito e sintetizzare visioni differenti”*. La maggioranza dei partecipanti ha ritenuto che il processo di autovalutazione dovrebbe essere applicato a tutti i livelli della organizzazione aziendale (locale, regionale e di distretto). *“L’autovalutazione della ASL con il Tool SCIROCCO Exchange – ha dichiarato il Direttore Sanitario della ASL Bari, Dr.ssa Silvana Fornelli - ha rappresentato una esperienza positiva che ci ha aiutato a comprendere la percezione del livello di maturità delle cure integrate anche da parte dei cittadini”*.





ASL BRINDISI

Stakeholders coinvolti

RUOLO	AFFILIAZIONE
Direttore Sanitario	ASL Brindisi
Direttore Distretto	Distretto di Francavilla Fontana ASL Brindisi
Coordinatrice Infermieristica	Distretto di Ceglie Messapica ASL Brindisi
Presidente di Associazione Volontari	Associazione Volontari Protezione Civile - Mesagne
Responsab Az.le FSE	ASL Brindisi



Consensus workshop presso ASL Brindisi, 24 settembre 2019

SINTESI DEI RISULTATI

“In questi ultimi anni, sono molti i passi avanti fatti nella giusta direzione. Ora occorre rafforzare alcuni settori e integrare i servizi, evitando inutili duplicazioni”

ANDREA GIGLIOBIANCO
DIRETTORE SANITARIO, ASL BRINDISI

Il diagramma finale di consensus offre una visione bilanciata della capacità del sistema ASL Brindisi di adottare le cure integrate attraverso le 12 dimensioni analizzate, con valutazioni che oscillano tra 3 e 4 punti sulla scala di riferimento.

Esistono fattori specifici che influiscono sulle valutazioni specifiche delle 12 dimensioni, e che determinano i punti di forza e i punti di debolezza dell'organizzazione, riportati nei paragrafi seguenti. Un fattore comune positivo a più dimensioni è la forte “Structure e Governance” assicurata dal Top Management e poi trasferita dall'alto verso il basso a cascata.

Tra i fattori che influenzano le valutazioni in maniera positiva si rileva la dimensione stessa della ASL, più piccola e meno densamente popolata rispetto alle altre cinque ASL pugliesi. Tale gestione è in perfetta simbiosi con l'ambizione del voler dimostrare che la dimensione ridotta della ASL Brindisi non è un fattore limitante, bensì l'opposto, divenendo la piccola scala elemento facilitante per il raggiungimento della piena maturità delle cure integrate.

Il fattore che invece influenza in maniera negativa la valutazione di diverse dimensioni è la carenza di informazioni tra i livelli dell'organizzazione.

Le dimensioni in cui sono state rilevate le maggiori differenze tra le percezioni delle cinque figure coinvolte sono: Q1 – Prontezza al cambiamento e Q7 – Approccio alla popolazione.





Diagramma finale di consensus ASL Brindisi

PUNTI DI FORZA

I punti di forza emersi durante il workshop di consensus, su cui la maggioranza dei presenti ha concordato, sono:

Q2 – Struttura e governance – La “roadmap” è organizzata, tuttavia diverse figure hanno informazioni limitate su ciascun passaggio (e.g. le figure interne all’organizzazione hanno una percezione differente dalle figure che sono esterne). Questa dimensione porta alla luce come i diversi ruoli e le diverse esperienze all’interno dell’organizzazione ASL BR hanno influenzato le valutazioni individuali. La giustificazione è da ricercarsi nel diverso livello di coinvolgimento nelle strategie e nelle attività aziendali.

Q3 – Infrastrutture digitali – I servizi e-health sono implementati, ma esistono limiti al loro uso. Questo è dovuto alla carenza di informazioni distribuite tra le varie figure ai diversi livelli dell'organizzazione. Il Direttore Sanitario ha riportato che esistono varie opportunità inutilizzate a causa di carenze organizzative, mentre il Presidente dell'Associazione di Volontari ha confermato che non esiste carenza di IT a livello strutturale, bensì a livello operativo: c'è carenza di informazione sull'esistenza di una rete IT. Tre delle cinque figure presenti sono stati concordi nel valutare 3 - *"Esiste un progetto pilota per le infrastrutture digitali a supporto delle cure integrate ma non c'è ancora un'ampia copertura regionale. Esiste un set di standard tecnici condivisi per consentire l'approvvigionamento congiunto (unioni d'acquisto, gare regionali) di nuovi sistemi; è in corso il consolidamento delle soluzioni ICT su larga scala"*.

Q8 – Empowerment dei cittadini. Tre delle cinque figure presenti sono state concordi nell'assegnare a questa dimensione la valutazione 4 - *"Esistono incentivi e strumenti per motivare e supportare i cittadini a co-creare i servizi di cura e per usare questi servizi per una loro maggiore partecipazione ai processi decisionali sulla propria salute"*. Le altre due figure, il Direttore di Distretto e il Manager dei servizi IT, hanno confermato in fase di consensus.

Q10 – Ampiezza dell'ambizione – Tre delle cinque figure hanno valutato questa dimensione con 4 - *"È stato introdotto un migliore coordinamento tra i bisogni dei servizi sociali e sanitari"*. Il Direttore di Distretto e il Presidente dell'Associazione di Volontari hanno confermato tale valutazione.

PUNTI DI DEBOLEZZA

Tutte le cinque figure presenti durante il workshop di consensus sono state concordi nel dichiarare che il principale punto di debolezza per la ASL Brindisi è la carenza di informazione e comunicazione, a diversi livelli, sia interna che esterna; questo specifico elemento risulta rilevante per più di una dimensione, influenzando tutti i processi di gestione.





CONCLUSIONI

La ASL Brindisi ha partecipato attivamente al processo di autovalutazione condotto dal Progetto Scirocco Exchange. I ruoli delle figure professionali hanno influito sulle differenti percezioni di ciascuna delle 12 dimensioni.

Si registra che nella ASL BR, come nella ASL BA, i rappresentanti dei pazienti hanno sempre assegnato valutazioni alte, rafforzando il punto di forza relativo alla dimensione Q8 - Empowerment dei cittadini.

L' ESPERIENZA CON IL TOOL ONLINE SCIROCCO EXCHANGE

Il fattore culturale è emerso come rilevante allo scopo di realizzare il cambiamento e la modernizzazione del modello di cure integrate per la ASL Brindisi. Dal momento che nei prossimi mesi e nei prossimi anni sempre più servizi di e-health saranno resi disponibili per i cittadini, è importante lavorare per superare la resistenza al cambiamento. Le figure presenti hanno identificato la formazione e l'informazione come leve per il cambiamento.

ASL BARLETTA ANDRIA TRANI

Stakeholders coinvolti

RUOLO	AFFILIAZIONE
Direttore Generale	ASL Barletta-Andria-Trani
Direttore Distretto	Distretto Andria ASL Barletta-Andria-Trani
Coordinatore Infermieristico	ASL Barletta-Andria-Trani
Coordinatrice Tribunale del Malato	Tribunale del Malato
Direttore servizio IT	ASL Barletta-Andria-Trani



Consensus workshop presso ASL Barletta Andria Trani, 26 settembre 2019





SINTESI DEI RISULTATI

“Abbiamo numerosi progetti e un importante processo di innovazione in atto. Ora è fondamentale condividere il cambiamento con tutta la popolazione”

ALESSANDRO DELLE DONNE
DIRETTORE GENERALE
ASL BARLETTA ANDRIA TRANI

Il diagramma finale di consensus offre una chiara visione degli sforzi condotti dalla ASL Barletta-Andria-Trani per fornire un sistema di cure integrate ai propri utenti. Tali sforzi sono indirizzati su più fronti, con processi coordinati, approccio alla popolazione, e una forte ambizione. Tuttavia, la esigua disponibilità di finanziamenti e la presenza di inibitori continuano a porre un limite alla capacità della ASL Barletta-Andria-Trani di offrire un servizio di cure integrate ottimale.

Nonostante l'approccio innovativo messo in campo, la ASL appare fortemente legata all'approccio strutturato della Regione Puglia. Un fattore comune che influisce su molteplici dimensioni è la complessità dei processi gestionali che necessitano di un livello di formazione adeguata e di sforzi dedicati al perseguimento della loro efficacia. La formazione risulta elemento chiave, ma non ancora messo a sistema nei processi di gestione.

Struttura e governance delle cure integrate sono per la maggior parte presenti in maniera informale; anche tale elemento pone limiti alla implementazione sistematica dei processi.





Diagramma finale di consensus ASL Barletta Andria Trani

PUNTI DI FORZA

Tre dimensioni sono emerse come punti di forza in relazione alla prontezza al cambiamento della ASL Barletta-Andria-Trani rispetto alle cure integrate:

Q4 – Coordinamento dei processi – Le figure presenti hanno una percezione eterogenea di questa dimensione. Le valutazioni assegnate variano da "0" a "4", con due delle cinque valutazioni pari a 3 - *"Servizi, PDTA e processi di cura sono formalmente descritti in modo standardizzato dagli stakeholder. Un approccio sistematico alla standardizzazione è pianificato ma non implementato"*.

A seguito del confronto, i partecipanti hanno concordato su 4 - *"La maggior parte dei percorsi di cura coordinati, incluso i PDTA, sono soggetti ad un approccio sistematico, a standardizzazione e implementati nell'intera Regione/Paese"*.



Q7 – Approccio alla popolazione – Tutte le figure sono state concordi nel valutare questa dimensione con 4 - *"Un approccio basato sul rischio è applicato ai servizi di cure integrate ma non è ancora applicato sistematicamente a tutta la popolazione. L'approccio alla popolazione fondato su categorie di rischio viene applicato a specifiche categorie di servizi di Cure integrate, ed in particolare a pazienti con patologie croniche, ma non è stato ancora implementato in maniera sistematica"*.

Q10 – Ampiezza dell'ambizione – Le figure hanno una percezione eterogenea di questa dimensione. Le valutazioni assegnate variano da "0" a "4", con due delle cinque figure che hanno assegnato 4 - *"È stato introdotto un migliore coordinamento tra i bisogni dei servizi sociali e sanitari"*, valutazione poi approvata da tutti in fase di consensus. L'integrazione tra servizi sanitari e servizi sociali è per lo più realizzata trasversalmente a diverse aree di cura. Questa integrazione è anche auspicata tra i diversi livelli della stessa area o tipologia di servizio.

PUNTI DI DEBOLEZZA

Due dimensioni emergono come punti di debolezza:

Q5 – Finanziamenti – Quattro delle cinque figure sono state concordi nel valutare questa dimensione 1 - *"I fondi sono disponibili ma principalmente per i progetti pilota e sperimentali"*. Il Direttore Generale ha spiegato come i finanziamenti esistano e siano fondamentali per la realizzazione dei progetti; i finanziamenti sono utilizzati esclusivamente per progetti pilota, meno per formazione e informazione. Risulta l'incapacità di essere tempestivi nell'identificazione dei finanziamenti disponibili, a meno che le azioni di identificazione siano coordinate dall'alto. Formazione, informazione e integrazione sono necessarie a diversi livelli, al fine di implementare un processo sistematico.

Q6 Rimozione degli inibitori – Quattro delle cinque figure sono state concordi nel valutare questa dimensione 1 - *"C'è consapevolezza degli inibitori ma assenza di un approccio sistematico per la loro rimozione o gestione. Tuttavia, non esiste un piano sistematico per la rimozione, né per la riduzione"*.

La valutazione emersa è la conseguenza della mancanza della percezione di inibitori da parte della maggioranza delle figure partecipanti.



Tutti i presenti sono anche stati concordi nel riportare la carenza di integrazione tra i diversi livelli di cura e, soprattutto, tra le diverse figure coinvolte nei processi. Tale fattore è stato definito dipendente da aspetti organizzativi.

CONCLUSIONI

I partecipanti al consensus sono stati concordi nel confermare il diagramma “a ragno” finale emerso durante il workshop e le giustificazioni fornite individualmente durante il processo di autovalutazione.

La principale sfida riscontrata è la carenza di integrazione dei servizi offerti dalla ASL Barletta-Andria-Trani ai diversi livelli. Nonostante questo, è emersa una chiara determinazione del Top Management nel voler conseguire un pieno cambiamento a livello locale, per poter consentire a ciascuna figura coinvolta nelle diverse fasi del processo di erogazione dei servizi, di offrire un sistema di cure integrate ai cittadini dell'area di riferimento.

I risultati del processo di autovalutazione riflettono le condizioni locali e le aspettative di tutte le figure che hanno preso parte al processo.

L' ESPERIENZA CON IL TOOL ONLINE SCIROCCO EXCHANGE

I partecipanti hanno affermato che l'attività di valutazione individuale condotta con il Tool on-line è stata molto importante per analizzare i dati e tradurli in azioni correttive in maniera più rapida. Il dialogo, il dibattito e lo scambio di informazioni tra le diverse figure presenti durante il workshop di consensus sono stati gli elementi maggiormente apprezzati del processo di autovalutazione.

ASL FOGGIA

Stakeholders coinvolti

RUOLO	AFFILIAZIONE
Direttore Generale	ASL Foggia
Coordinatrice Assistente Sociale	ASL Foggia
Direttore Distretto	Distretto di San Marco in Lamis - ASL Foggia
Coordinatrice Infermieristica	Distretto di San Marco in Lamis - ASL Foggia
Responsabile del servizio informatico e di telecomunicazioni	ASL Foggia
Presidente di Associazione Pazienti	Comitato Consultivo Misto



Consensus workshop presso ASL Foggia, 14 novembre 2019



SINTESI DEI RISULTATI

“Molta strada è stata fatta nella pianificazione e programmazione regionale e aziendale. La ASL Foggia sta completando le procedure di implementazione e messa a sistema delle innovazioni. È necessario fare pressione per raggiungere il cambiamento”

VITO PIAZZOLLA

DIRETTORE GENERALE, ASL FOGGIA

Il diagramma finale di consensus della ASL Foggia mette in evidenza come alcune delle 12 dimensioni risultino evidentemente più significative rispetto ad altre nel supportare l'offerta di cure integrate.

Nel complesso, l'immagine relativa al livello di maturità del sistema di cure integrate restituita dal diagramma finale di consensus mette in evidenza la presenza di alcune variazioni e disomogeneità nell'erogazione dei servizi di cura fortemente legate alla conformazione del territorio (con particolare riferimento a quelle zone che si possono considerare remote, come isole e aree montuose) e, di conseguenza, alla distribuzione della popolazione.

Sono state inoltre registrate delle variazioni nell'attribuzione dei punteggi dovute al periodo di tempo intercorso (i.e. due mesi e mezzo) tra la compilazione dei questionari di autovalutazione individuali online e il momento del workshop di consensus. Infatti, nel lasso di tempo in questione sono stati implementati alcuni cambiamenti di rilievo, tra i quali, in primo luogo, il potenziamento della rete informatica e digitale interna.

Un fattore comune a più dimensioni riguarda, infine, l'influenza del livello di partecipazione che le figure coinvolte nel processo delle cure integrate hanno a ciascun livello, che ha dimostrato di creare un effetto domino, sia positivo che negativo.



Tale effetto domino influisce sia nella parte alta della scala di valutazione (i.e. dimensioni Q1 - Prontezza al cambiamento e Q7 - Approccio alla popolazione), sia nella parte bassa (i.e. dimensioni Q6 – Rimozione degli inibitori, Q9 - Metodi di valutazione e Q10 - Ampiezza dell'ambizione). Da una parte ciò è dovuto alla presenza di una intensa e produttiva collaborazione reciproca del personale, mentre dall'altra, è dovuto alla percezione di una carenza di metodologia nel perseguire i risultati.



Diagramma finale di consensus ASL Foggia



PUNTI DI FORZA

I punti di forza emersi durante il workshop di consensus sono:

Q1 – Prontezza al cambiamento – Gli stakeholders hanno una percezione positiva di questa dimensione, come dimostrato dalle valutazioni nella parte più alta della scala (i.e. da “3” a “5”). Il Presidente dell’Associazione dei Pazienti ha confermato il punteggio 5 - *"C'è consenso politico; supporto pubblico; c'è engagement degli stakeholder, mentre le altre figure, meno concordi sul consenso politico, hanno suggerito che, nonostante l'organizzazione sia pronta, sia necessario implementare gli sforzi per completare il cambiamento in atto. C'è un dialogo continuo tra i leader, ma è necessario intraprendere altre azioni a supporto. Dialogo e visione devono essere implementate"*. Il consensus è stato raggiunto sulla valutazione 4 - *"La leadership, la vision e la pianificazione sono chiari anche al pubblico generale; c'è pressione per il cambiamento"*.

Q7 – Approccio alla popolazione – Tutte le figure presenti sono state concordi su questa dimensione, di cui hanno restituito una percezione particolarmente positiva. Il punteggio confermato è 4 – *"Un approccio basato sul rischio è applicato ai servizi di cure integrate ma non riguarda ancora sistematicamente tutta la popolazione"*.

La non omogenea distribuzione della popolazione sul territorio conferisce reale importanza alla dimensione Q7. La condivisione e la partecipazione di una visione comune a tal riguardo risulta essere in atto.

PUNTI DI DEBOLEZZA

Il maggiore punto di debolezza rilevato riguarda la carenza di formazione che risulta, invece, elemento chiave per sconfiggere la resistenza al cambiamento ancora in parte esistente.

Le dimensioni che sono state valutate con i punteggi più bassi sono:



Q6 – Rimozione degli inibitori – Al momento del workshop di consensus non si registrano strategie in vigore. Su questa dimensione, le figure hanno visioni differenti. Due dei tre presenti hanno riportato una percezione negativa, mentre altri tre hanno condiviso una opinione più positiva, anche se non pienamente. Il consenso è raggiunto sulla valutazione 1 - *"C'è consapevolezza degli inibitori ma assenza di un approccio sistematico per la loro rimozione o gestione"*.

Q9 – Metodi di valutazione – La metodologia e gli strumenti sono in via di pianificazione. Quattro delle cinque figure hanno valutato questa dimensione 2 - *"La valutazione dei servizi di cure integrate esiste, ma non come parte di un approccio sistematico"*. Tuttavia, a seguito del confronto, la carenza di integrazione percepita e la carenza di metodi di valutazione all'interno del sistema di cure integrate sono state portate all'attenzione di tutti i presenti. Di conseguenza, tutti hanno confermato lo score 1 - *"La valutazione dei servizi di cure integrate è in programmazione come elemento di un approccio sistematico"*.

Q10 – Ampiezza dell'ambizione – Tre delle cinque figure hanno valutato questa dimensione 2 - *"Vi è integrazione tra gli stelli livelli di cura (es: cure primarie)"*, mentre i restanti hanno attribuito i punteggi "1" e "2". Il Presidente dell'Associazione di Pazienti è stato particolarmente critico in merito all'incapacità di raggiungere una copertura totale della rete, così da poter offrire un servizio completo di cure integrate ai cittadini. Il confronto ha messo in evidenza percezioni differenti, sulla scala di valutazione: raggiungere il consensus ha richiesto un impegno maggiore rispetto alle altre dimensioni discusse.

Nonostante ciò, il punteggio complessivo assegnato pari a 1 - *"I cittadini e le loro famiglie potrebbero aver bisogno di agire come elementi di integrazione tra i servizi"*, non può essere considerato come condiviso da tutte le cinque figure presenti.



CONCLUSIONI

La ASL Foggia risulta essere l'Azienda Sanitaria in cui si è registrata la maggiore variazione tra il momento in cui è stata completata l'autovalutazione individuale online e il momento in cui si è tenuto il workshop di consensus finale. Le motivazioni, già sopra esposte, testimoniano il processo di cambiamento e di dinamicizzazione attualmente in corso.

La incisiva visione del Top Management risulta ancora in fase di implementazione; il momento appare dunque il più opportuno per condividere, tra tutte le figure ed a tutti i livelli, una metodologia comune, per poter finalizzare il cambiamento.

Un comune denominatore a più dimensioni si è rivelato essere la carenza di formazione, anche questo in parte come conseguenza della conformazione orografica del territorio di pertinenza della ASL Foggia (i.e. presenza di zone che si possono considerare remote, come isole e aree montuose).

La sfida emersa riguarda la non omogenea distribuzione della popolazione sul territorio che necessita di più intensi e molteplici sforzi, anche dal punto di vista tecnologico, per fornire servizi di cure integrate ai propri utenti.

L' ESPERIENZA CON IL TOOL ONLINE SCIROCCO EXCHANGE

Tutti i partecipanti sono stati concordi nel confermare di aver appreso qualcosa della propria ASL dal processo di autovalutazione condotto grazie al progetto SCIROCCO Exchange. Gli stakeholders concordano che la ASL Foggia dovrebbe applicare su larga scala le proprie buone pratiche e perseguire maggiormente la partecipazione dei cittadini in tutti i processi organizzativi.



ASL LECCE

Stakeholders coinvolti

RUOLO	AFFILIAZIONE
Direttore Generale	ASL Lecce
Direttore Distretto	Distretto di Galatina ASL Lecce
Coordinatore Infermieristico - Care Manager	Distretto di Galatina ASL Lecce
Direttore servizio IT	ASL Lecce
Presidente Associazione Pazienti	Associazione AEEOS ONLUS
Presidente Associazione Pazienti	Associazione Nazionale Persone con Malattie Reumatiche Rare



Consensus workshop presso ASL Lecce, 21 novembre 2019



SINTESI DEI RISULTATI

“È necessario puntare su una dipartimentalizzazione dei servizi e delle reti. Non più su una governance verticale legata al vecchio concetto di struttura sanitaria, ma una governance a matrice poggiata sulle reti dell'interprofessionalità in ambito sanitario, specie territoriale. Il lavoro fatto in via sperimentale è in fase di implementazione”

RODOLFO ROLLO

DIRETTORE GENERALE, ASL LECCE

Il diagramma finale di consensus restituisce un'immagine bilanciata circa la prontezza al cambiamento del sistema di cure integrate della ASL Lecce. In particolare, esso mette in evidenza come alcune dimensioni risultino più significative rispetto ad altre nell'implementazione di un sistema di cure integrate, specialmente considerando che il processo di integrazione è sostenuto da una solida infrastruttura digitale e che le risorse umane risultano essere formate ad hoc e, pertanto, capaci di attivare sistemi e procedure al momento opportuno, nonostante le evidenti differenze di età tra il personale in forza.

Al momento del workshop di consensus, un fattore comune che impatta su più dimensioni è la limitata Q2 - Struttura e governance, diretta conseguenza del cambiamento di gestione in corso all'interno della ASL Lecce. Di contro, viene registrato un fattore estremamente positivo, ovvero un forte approccio dal basso nell'implementazione delle azioni strutturali.

Esistono, infine, fattori specifici che influiscono sulle valutazioni individuali delle 12 dimensioni, e che determinano i punti di forza e i punti di debolezza dell'organizzazione, di seguito riportati. In particolare, la dimensione Q10 – Ampiezza dell'ambizione influisce sulle dimensioni in maniera positiva, mentre la scarsa capacità di comunicazione nei confronti degli utenti influenza negativamente la percezione delle 12 dimensioni.



Diagramma finale di consensus ASL Lecce

PUNTI DI FORZA

I punti di forza emersi durante il workshop di consensus sono:

Q3 – Infrastrutture digitali – Le figure hanno percezioni eterogenee di questa dimensione, con valutazioni che variano da “0” a “4”. I diversi ruoli hanno avuto un peso rilevante nelle valutazioni individuali: il Direttore Generale menziona l’infrastruttura digitale che esiste ed è pienamente integrata alla rete delle infrastrutture nazionali; il Responsabile del servizio IT afferma che alcuni processi richiedono tempo per essere messi a sistema, nonostante la formazione sia stata effettuata e tutte le procedure necessarie siano in essere.



Dopo aver valutato la condizione attuale della ASL Lecce, le figure convergono sul punteggio 4 - *"le infrastrutture digitali a supporto delle cure integrate sono implementate ma non sono ancora utilizzate da tutti gli stakeholder coinvolti. Un set unificato di standard è stato pubblicato; sono state realizzate numerose gare congiunte per l'approvvigionamento di nuovi sistemi; data centres consolidati e servizi condivisi sono ampiamente implementati."*

All'interno dell'organizzazione ASL Lecce esiste una solida infrastruttura digitale. Il personale, anche quello in età anagrafica avanzata, è formato e preposto all'uso dell'infrastruttura. Tuttavia, le infrastrutture digitali non sono sempre utilizzate a pieno e sussistono ancora limiti alla loro implementazione per una maggiore integrazione delle cure integrate (e.g. è ancora necessario predisporre copie cartacee come back-up durante i vari passaggi burocratici).

Q5 – Finanziamenti – Vengono identificate e utilizzate le opportunità di finanziamenti a livello europeo, nel rispetto delle potenzialità di applicazione. Tre delle sei figure presenti hanno assegnato punteggio pari a 1 - *I fondi sono disponibili ma principalmente per i progetti pilota e sperimentali*, con due giustificazioni principali: l'effettiva carenza di finanziamenti, ad eccezione di quelli investiti in progetti pilota, ma anche la carenza di informazioni su questa specifica dimensione da parte di almeno due delle sei figure presenti.

Dopo la discussione e la messa in comune delle informazioni, le figure sono tutte state d'accordo ad assegnare il punteggio 4 - *"Sono disponibili fondi regionali /nazionali e/o meccanismi di rimborso per le operazioni in corso"*.

PUNTI DI DEBOLEZZA

Il fattore che ha maggiormente influenzato i punti di debolezza è il basso livello di comunicazione esistente tra la ASL Lecce e gli utenti della stessa Azienda Sanitaria. I punti di debolezza emersi sono:





Q1 – Prontezza al cambiamento – La percezione di questa dimensione è divisa in maniera uguale tra valutazione “1” e valutazione “2”. Tra le tre figure che hanno dato la valutazione più bassa ci sono due rappresentanti dei Pazienti. Lo scambio di opinioni ha portato alla luce le percezioni differenti tra organizzazione (i.e. ASL Lecce) e cittadini: per il Direttore Generale il cambiamento è in atto e non è un processo lento, mentre per il Coordinatore del Tribunale del Malato il cambiamento è eccessivamente lento e i cittadini non ne hanno la dovuta percezione, non avendo accesso alle informazioni ad esso collegate. Il consensus è raggiunto sul punteggio 2 - *"Dialogo e creazione del consenso sono in corso; esiste una pianificazione"*. Esiste la visione. Tuttavia è complesso implementare il cambiamento in ogni parte dell'organizzazione (i.e. territorio relativo all'ASL Lecce), essendo un processo appena iniziato nei Distretti. Il sistema è pronto, ma i contenuti hanno bisogno di essere definiti, sia che si producano sia che si acquisiscano.

Q2 – Struttura e governance – Dal momento che la ASL Lecce è in una fase di cambiamento di processi a livello gestionale che porterà ad una più rigorosa organizzazione delle strutture, la governance non risulta chiaramente definita. È fondamentale identificare una nuova governance coerente con la nuova visione; esistono questioni legate alle risorse (e.g. personale). Al momento della presente analisi, emerge l'esistenza di collaborazioni informali e task forces, tuttavia non in maniera sistematica. Anche su questa dimensione si è registrata una suddivisione al 50% delle valutazioni individuali, con tre di cinque punteggi pari ad “1”, tra i quali il Direttore Generale, il quale ha auspicato la costruzione di reti strutturate, pur riconoscendo l'esistenza di reti informali. Il Coordinatore infermieristico e il Coordinatore del Tribunale del Malato hanno confermato che struttura e governance sono soggette a variazioni all'interno delle diverse istituzioni, quasi al pari delle variazioni presenti tra livello regionale e nazionale. Tutte le figure sono state concordi nell'assegnare la valutazione 2 - *"Formazione di task forces, alleanze e altre vie di collaborazione informali"*.





Q11 – Gestione dell'innovazione – Questa dimensione ha messo in risalto la mancanza di informazioni su alcuni processi di innovazione in corso e ha rilevato valutazioni comprese tra “0” e “3”. In particolare, i due rappresentanti dei pazienti hanno sottolineato la carenza di informazione su elementi che dovrebbero essere già completamente acquisiti (e.g. fascicolo elettronico). In risposta alle richieste di informazioni, il Direttore Generale ha spiegato i numerosi processi strutturati e le innovazioni già in essere (Es: collaborazione con Unisalento), sottolineando come la standardizzazione richieda tempo per essere messa a sistema. Dopo lo scambio di opinioni e informazioni, il punteggio assegnato è stato 2 - *"Le innovazioni sono colte ed utilizzate e ci sono meccanismi in essere per incoraggiare il trasferimento delle conoscenze"*.

CONCLUSIONI



La ASL Lecce è supportata da una solida rete di infrastrutture digitali. Da parte delle diverse figure, inclusi i cittadini-utenti, esiste un forte desiderio di perseguire insieme obiettivi di innovazione condivisi.

Come emerso dal workshop di consensus, la ASL Lecce sta attraversando una fase di cambiamento dei processi nella quale viene registrato un approccio dal basso: esistono molteplici collaborazioni informali e task forces, nonostante non si tratti di processi ancora messi a sistema.

La necessità di una maggiore comunicazione tra figure interne ed esterne è fortemente auspicata dai partecipanti, e tale elemento dovrà essere monitorato e progressivamente implementato, anche con il supporto delle tecnologie e dei finanziamenti già disponibili, affinché si possa raggiungere la piena maturità delle cure integrate.

L' ESPERIENZA CON IL TOOL ONLINE SCIROCCO EXCHANGE

Tutti i partecipanti al processo di valutazione delle cure integrate hanno espresso opinioni positive sull'utilizzo dello strumento online realizzato dal progetto SCIROCCO Exchange. In particolare, tutti hanno confermato come i risultati emersi siano in linea con l'attuale situazione dell'organizzazione e come lo strumento sia stato in grado di offrire un supporto utile a “misurare” il processo di innovazione in corso.



ASL TARANTO

Stakeholders coinvolti

RUOLO	AFFILIAZIONE
Dirigente Medico	ASL Taranto
Direttore Distretto	Distretto n.6 ASL Taranto
Coordinatore PTA	Distretto n° 2 ASL Taranto
Responsabile Aziendale FSE	ASL Taranto
Sistema Informativo Aziendale	ASL Taranto
Presidente	Comitato Consultivo Misto



Consensus workshop presso ASL Taranto, 30 ottobre 2019



SINTESI DEI RISULTATI

“Sono in atto diversi progetti su scala territoriale per favorire l'innovazione delle cure integrate dell'Azienda Sanitaria Locale Taranto. Tuttavia, i fondi non sono adeguati all'innovazione e manca una adeguata comunicazione tra le varie task forces”

COSIMA FARILLA

DIRIGENTE MEDICO, ASL TARANTO

Il diagramma finale di consensus restituisce un'immagine piuttosto omogenea circa la prontezza al cambiamento del sistema di cure integrate della ASL TA, con punteggi che oscillano tra “0” e “3” sulla scala di riferimento. Si tratta di una delle autovalutazioni con punteggi più bassi tra quelle delle sei ASL pugliesi che hanno preso parte al Progetto Scirocco Exchange.

Esistono fattori specifici che influiscono sulle valutazioni individuali delle 12 dimensioni e che determinano i punti di forza e i punti di debolezza dell'organizzazione riportati nei paragrafi seguenti. In particolare, il forte desiderio di cambiamento a livello di Top Management svolge un ruolo importante nella declinazione positiva di alcune dimensioni, mentre il fattore che più profondamente impatta sui punti di debolezza risulta essere la limitata capacità di collaborazione e di mettere a punto sforzi comuni.



Diagramma finale di consensus ASL Taranto

PUNTI DI FORZA

I punti di forza emersi durante il workshop per il consensus sono:

Q3 – Infrastrutture digitali – Questa è una delle due dimensioni su cui tutte le figure sono state concordi nell’assegnare una valutazione positiva, con due valutazioni “4”, una valutazione “3” e due valutazioni “2”. Nonostante ciò, il rappresentante dei Pazienti si è rivelato molto critico su questa dimensione e sulla carenza di sforzi volti a permettere a tutti i cittadini di utilizzare in maniera ottimale le infrastrutture digitali esistenti (e.g. Fascicolo sanitario). Il Dirigente Medico presente ha risposto confermando che l’implementazione dei servizi e-Health è tra le priorità dell’ASL Taranto.

Esiste un mandato per mettere a punto servizi e-Health all'interno dell'organizzazione, tuttavia essi non sono stati ancora implementati al momento del workshop di consensus.

Tutti i partecipanti hanno concordato sullo score 3 - *"Esiste un progetto pilota per le infrastrutture digitali a supporto delle cure integrate ma non c'è ancora un'ampia copertura regionale. Esiste un set di standard tecnici condivisi per consentire l'approvvigionamento congiunto (unioni d'acquisto, gare regionali) di nuovi sistemi; è in corso il consolidamento delle soluzioni ICT su larga scala"*.

Q4 – Coordinazione dei processi – Gli stakeholders hanno espresso percezioni eterogenee in merito a questa dimensione, con valutazioni che variano da "1" a "4". In particolare, hanno tutti fatto riferimento ai regolamenti regionali in materia di standardizzazione e semplificazione dei processi. Il Dirigente Medico ha confermato che la ASL Taranto è parte di una più ampia rete regionale che lavora su tali processi. Dopo il dibattito, il consensus è raggiunto sulla valutazione 3 - *"Servizi, PDTA e processi di cura sono formalmente descritti in modo standardizzato dagli stakeholder. Un approccio sistematico alla standardizzazione è pianificato ma non implementato"*.

Q7 – Approccio alla popolazione – Anche questa dimensione, come la dimensione Q3, vede tutte le figure concordi su una percezione positiva, con 2 - *"L'approccio alla stratificazione della popolazione è utilizzato in alcuni progetti su base sperimentale"*, mentre soltanto uno dei presenti assegna punteggio pari a 4 - *"Un approccio basato sul rischio è applicato ai servizi di cure integrate ma non è ancora applicato sistematicamente a tutta la popolazione"*. L'approccio alla popolazione è applicato unicamente per categorie specifiche di cittadini (i.e. categorie relative alla prevenzione), che non necessariamente includono quei cittadini che hanno accesso ai servizi di cure integrate. Il consensus conferma il punteggio pari a "2".

Q8 – Empowerment dei cittadini – Questa dimensione ha suscitato ampia discussione tra i presenti al consensus meeting. I cittadini hanno la facoltà di accedere a informazioni e dati, ma questa possibilità non sempre viene utilizzata. Non tutti sono al corrente dei servizi a cui è possibile accedere e delle modalità di accesso; si ritiene che la grande maggioranza dei cittadini sia a conoscenza dell'esistenza della cartella elettronica. Le figure presenti, dopo la discussione, convergono sulla valutazione 3 - *"I cittadini sono consultati sui servizi erogati nell'ambito delle cure integrate e hanno accesso a informazioni sanitarie e a dati sulla loro salute"*.



Q12 – Capacity building – La percezione di questa dimensione varia tra le figure presenti, con quattro su cinque che hanno attribuito gli score “2” e “3”, mentre uno solo dei partecipanti ha assegnato punteggio pari a “1”. Ciò che è emerso a tale proposito è la differente percezione tra figure che sono geograficamente più distanti dal centro dell'azione decisionale (i.e. periferie urbane) e meno predisposte alla partecipazione a causa del loro limitato interesse, conseguenza diretta della carenza di informazione e conoscenza. Il consensus viene raggiunto sulla valutazione pari a 3 - *"I processi di apprendimento sulle cure integrate e sulla gestione del cambiamento sono in essere, ma non sono ampiamente implementati."*

PUNTI DI DEBOLEZZA

I tre principali punti di debolezza per il raggiungimento della maturità nel sistema di cure integrate sono stati individuati nelle seguenti dimensioni:

Q5 – Finanziamenti – Tre delle cinque figure presenti hanno confermato percezioni negative in merito a questa dimensione. Sono state registrate valutazioni variabili da “0” a “4”, con evidenti scostamenti a livello organizzativo. In particolare, le ampie variazioni registrate sono determinate dall'esperienza, dal ruolo e dalle informazioni in possesso da ciascuna figura in merito al tema finanziamenti. Emerge la percezione che non esistano finanziamenti specifici a supporto delle cure integrate, ad esclusione dei finanziamenti per progetti pilota; la Coordinatrice del PTA ha fatto riferimento ad una durata variabile tra i tre ed i cinque anni per completare qualsiasi progetto finanziato.

Mettendo da parte i progetti pilota e riflettendo esclusivamente in ambito di cure integrate, la valutazione di consensus è stata confermata 0 - *"Non sono disponibili fondi aggiuntivi a supporto dello sviluppo delle cure integrate."*

Q6 – Rimozione degli inibitori – Per la valutazione di questa dimensione i partecipanti decidono di fare riferimento esclusivamente alle cure integrate su scala regionale. Tre delle cinque figure hanno valutato questa dimensione 2 - *"La strategia per la rimozione degli inibitori è condivisa a livello apicale."* Tuttavia, altre due figure hanno assegnato punteggio 1 - *"C'è consapevolezza degli inibitori ma assenza di un approccio sistematico per la loro rimozione o gestione"*.



Durante il dibattito è emerso che gli inibitori possono anche essere in una fase di rimozione, ma questa condizione è limitata a percorsi di cura ospedalieri, piuttosto che a percorsi di cura integrati. Di conseguenza, la valutazione di consensus è stata confermata pari a “1”.

Q10 – Ampiezza dell’ambizione – I partecipanti non hanno espresso un approccio omogeneo a questa dimensione. Le valutazioni individuali sono rivolte verso la parte più bassa della scala (“0” e “1”). Il Direttore di Distretto ha spiegato come sfortunatamente non esista un approccio omogeneo per avvicinare il cittadino al percorso di cure integrate. Esistono dei progetti pilota, tuttavia non esiste un approccio sistematico verso il percorso di cure integrate, ad eccezione di quanto può avvenire restando all’interno dello stesso livello di cura. Soltanto una delle figure presenti ha assegnato punteggio pari a 2 - *"Vi è integrazione tra gli stelli livelli di cura (es: cure primarie)"*. Il consensus tra tutte le figure è raggiunto sulla valutazione 1 - *"I cittadini e le loro famiglie potrebbero aver bisogno di agire come elementi di integrazione tra i servizi in maniera imprevedibile"*.



CONCLUSIONI

Una forte determinazione e motivazione al cambiamento emergono come caratterizzanti il Top Management della ASL Taranto. Tutte le figure professionali partecipanti hanno manifestato il loro pieno coinvolgimento e la volontà di contribuire a migliorare il livello di maturità del sistema di cure integrate. Gli obiettivi generali sono fortemente ambiziosi. Tuttavia, è rilevata una evidente carenza di risorse, i cui effetti impattano profondamente sul processo.

La carenza di finanziamenti per le cure integrate percepita dalle figure che hanno partecipato al processo di autovalutazione è una conseguenza del limitato impatto positivo degli investimenti nel settore, specialmente se confrontato con gli investimenti e le risorse a disposizione per le infrastrutture di informazione e telecomunicazione, e per le attrezzature mediche all'interno dei presidi sanitari.

La sfida principale risulta essere la mancanza di unità e coesione all'interno dell'organizzazione che si ripercuote sulla gestione dei processi e dei servizi.

L' ESPERIENZA CON IL TOOL ONLINE SCIROCCO EXCHANGE

Tutti i partecipanti sono stati concordi nell'affermare di aver appreso qualcosa sulla propria organizzazione come risultato del processo di autovalutazione. La cultura dell'innovazione è emersa come il fattore maggiormente rilevante per un cambiamento efficace e per la modernizzazione del modello di cure integrate della ASL Taranto.







@AressPuglia



@aresspuglia



@AressPuglia



@aresspuglia



@AressPuglia



Il presente documento è realizzato dall'Area Valutazione e Ricerca dell'AReSS Puglia - Agenzia Regionale strategica per la Salute ed il Sociale nell'ambito del Progetto SCIROCCO Exchange.

L'analisi completa sul livello di maturità delle cure integrate nelle 9 Regioni del Progetto SCIROCCO Exchange è disponibile sul sito web www.sciroccoexchange.com

Responsabile Scientifico: Elisabetta Anna Graps

Project Manager: Serena Mingolla

Assessment Manager: Efthimia Pantartzis

Chiuso il 31.07.2020

Realizzazione grafica: Serena Mingolla