

Osservazioni sul Sistema Sanitario in Italia

a cura di Oscar Pallme

Esempi pratici di cosa avviene attualmente nel Sistema Sanitario italiano, sulla base di esperienze realmente vissute dai pazienti sia con Medici di base sia in Ospedali. Suggestimenti sui cambiamenti necessari e su come progettare e sviluppare un progetto di innovazione del Sistema Sanitario.

Milano, 20 Settembre 2006

Premessa	1
Parte 1 – Casi reali e Stato dell’arte	2
Capitolo 1.1 - Medico di base.....	2
Ruolo	2
Visite dei pazienti presso il proprio studio	2
Medicina preventiva (alcuni esempi)	2
Assistenza a domicilio.....	3
Mancanza di alternative valide	3
Capitolo 1.2 - Ospedali	3
Pronto soccorso	3
Ricovero	3
Ascolto del paziente e/o dei familiari	3
Qualità della relazione del personale ospedaliero con i familiari e i pazienti	4
Movimentazione pazienti (Microambulanze, Carozzine, ecc.)	4
Movimentazione all’interno del reparto.....	4
Movimentazione tra padiglioni	4
Stato dell’arte circa l’uso dell’ICT	4
Cura ambulatoriale.....	5
Prescrizione e dosaggio medicine.....	5
Tempi di attesa per visite, cure e test ambulatoriali.....	5
Visite ambulatoriali (stato dell’arte circa l’uso dell’ICT).....	5
Parte 2 - Suggestimenti	6
Capitolo 2.1 - Medico di base.....	6
Compenso, motivazione ed orientamento	6
Liberalizzazione del mercato e innovazione	6
Informatizzazione	7
Capitolo 2.2 - Ospedali	7
Pronto soccorso e ricovero.....	7
Tempi di attesa per visite, cure e test ambulatoriali.....	8
Informatizzazione	8
Parte 3 – Conclusione: Innovazione del Sistema Sanitario	9
Capitolo 3.1 – Innovazione di metodologia	9
Sistema sanitario paziente-centrico	9
Controllo della performance	9
Definizione, sviluppo e implementazione del Progetto di innovazione	9
Capitolo 3.2 - Sistema Informativo Sanitario.....	9
Knowledge management.....	9
Portale Sanitario Regionale.....	10
Implementazione del progetto	10
Appendice	11
A-1 Letture consigliate.....	11

Premessa

Queste note sono state scritte sulla base di casi reali osservati direttamente o seguiti da vicino, per segnalare alcune disfunzioni del sistema sanitario in Italia (Parte 1), con l’unico obiettivo di fornire suggestimenti su come erogare una migliore assistenza sanitaria (Parte 2 e Parte 3).

Parte 1 – Casi reali e Stato dell'arte

Capitolo 1.1 - Medico di base

Ruolo

In teoria, dovrebbe essere una figura fondamentale del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) e giocare un ruolo simile a quello del play-maker in una squadra di pallacanestro, a quello di un centrocampista (alla Pirlo) in una squadra di calcio o a quello di uno "strategist" in un'organizzazione.

Nel caso di pazienti in cura contemporaneamente presso più Centri Specialistici, il medico di base dovrebbe fungere da "hub" e bilanciare le varie prescrizioni per evitare sia casi di overdose di farmaci sia casi di incompatibilità tra farmaci.

Nella realtà, si limita a scrivere le ricette (e/o i formulari) per i farmaci o le richieste di esami/test clinici.

Visite dei pazienti presso il proprio studio

Il medico di base, in genere, non effettua una "vera" visita medica del paziente, come usava una volta il "medico di famiglia", ma si limita ad un semplice colloquio di 15 minuti max ed alla prescrizione di farmaci o esami clinici sulla base dei sintomi dichiarati dal paziente. Raramente ausculta il paziente e rileva la pressione.

Quando un nuovo paziente si iscrive nelle sue liste, non effettua quasi mai una prima "vera" visita medica (di presa in consegna) nè crea una "vera" cartella medica con la storia pregressa raccontata dal paziente e/o con quanto rilevato nel corso della prima visita (nei rari casi in cui la effettua).

Per quanto riguarda i farmaci, spesso prescrive i più costosi quasi mai quelli generici.

Medicina preventiva (alcuni esempi)

Non sempre (quasi mai) il medico di base implementa una medicina preventiva¹.

Un primo esempio (Paziente_A): ad una persona anziana (ottantenne) che accusava disturbi alla gamba destra, il suo medico di base rispondeva che era dovuto all'età. Dopo pochi anni, in seguito ad un malore in strada è stato portato al pronto soccorso e dopo esami accurati è risultato che aveva dei trombi nelle vene della gamba destra. E' stato operato d'urgenza (fine Novembre 2004: duplice bypass femorale) ed in seguito all'operazione ha avuto un infarto.

Si noti che la poca attenzione ai sintomi dichiarati, e quindi la loro sottovalutazione, ha protratto nel tempo (anni) l'intervento per il duplice by-pass femorale. Forse, quando ormai il cuore non era più in grado di sopportare l'intervento².

Circa il loro basso orientamento alla medicina preventiva¹, illustro anche questo secondo esempio (Paziente_B). Un altro paziente (cinquantenne) era affetto da alti valori di colesterolo (> 200, < 284) e trigliceridi (> 150, < 333), almeno dal 1997. I vari medici di base gli hanno sempre consigliato di stare attento alla dieta, prescrizione che ha procurato privazioni nel mangiare e scarsi risultati pratici (forse si trattava di colesterolo endemico, forse si trattava semplicemente di curare non solo l'aspetto qualitativo del cibo ma anche quello quantitativo).

Nessun medico gli ha prescritto un doppler per verificare lo stato delle vene.

Poichè nel 1992 aveva effettuato un doppler alla carotide per altri motivi ed era risultata la presenza di alcune placche, in autunno 2005 ha richiesto al medico la prescrizione per un nuovo doppler ai tronchi sovra-ortici.

Il risultato dell'esame fatto presso un ospedale SSN è stato "Significativi ispessimenti medio-intimali delle carotidi comuni e dei bulbi: 1mm. Piccola placca iperocogena non ... ecc."

Il medico ospedaliero che ha effettuato l'analisi gli ha comunicato che,

1. anche se non fumatore (da sempre), lo stato delle vene non era buono
2. con la semplice dieta non avrebbe mai abbassato il livello di colesterolo

¹ scarsa attenzione, da parte del medico di base, ai sintomi descritti dai pazienti, con conseguente sottovalutazione del caso e mancanza di prevenzione e, quindi ... [vedere casi sia di un ottantenne (Paziente_A) sia di un cinquantenne (Paziente_B)]

² Il paziente aveva da tempo problemi al ventricolo sinistro. Problemi che, però, nel periodo Luglio-Agosto 1998 non avevano impedito due operazioni alle spalle, superate brillantemente, senza alcuna conseguenza al cuore. Inoltre, una domanda sorge spontanea: in ospedale erano stati effettuati tutti gli accertamenti al cuore prima dell'operazione e prese tutte le precauzioni durante l'operazione ?

e consigliato di mettersi in cura presso un Centro Dislipidemico.

Si noti che il Centro Dislipidemico dello stesso ospedale aveva un tempo di attesa di circa 3 mesi dalla richiesta del medico di base.

In Giugno 2006, il Paziente_B convince il proprio medico di base a prescrivere una visita presso un Centro SSN per ottenere una dieta alimentare personalizzata. Effettua la visita presso un Centro che aveva tempi di attesa (circa 1 mese) inferiori al primo ed il risultato è stato, seguendo unicamente la dieta alimentare prescritta, il raggiungimento dei valori normali di colesterolo (198) e trigliceridi (143) nel giro di un solo mese.

Assistenza a domicilio

Porto il caso del Paziente_A: dimesso dall'ospedale in Dicembre 2004.

Circa il calvario post-operatorio durato sei mesi (Novembre-Maggio) vedere quanto descritto anche in seguito negli altri paragrafi. Qui preme evidenziare che il medico di base si è limitato a compilare i formulari per le medicine e per i test in ospedale.

Quando il paziente, giunto al sesto mese di calvario (seconda metà di Maggio 2005), si è sentito male in casa, il medico di base ha prima promesso (ore 15) di andare a visitarlo a domicilio alle ore 18 e poi alle ore 18 ha telefonato dicendo che si era ricordato di avere un appuntamento con gli imbianchini e quindi non poteva andare: consigliava di chiamare il 118 e portare il paziente al pronto soccorso.

Dopo circa una settimana di ricovero in ospedale il paziente decedeva per un'emorragia al duodeno: altro esempio di mancata prevenzione³.

Mancanza di alternative valide

Oggi in Italia anche se si cambia medico di base si trova lo stesso livello di servizio o anche peggio: si rischia di cadere dalla padella nella brace.

Capitolo 1.2 - Ospedali

Pronto soccorso

L'intasamento delle unità di pronto soccorso con pazienti da "codice bianco" è spesso dovuta o alla scarsa attenzione che questi ricevono dai medici di base o ai tempi lunghi richiesti sia per essere sottoposti ad analisi/test clinici sia per essere presi in cura presso Ambulatori ospedalieri.

In altri casi, si tratta di problemi "reali" forse sottovalutati all'accettazione e/o dal medico che visita il paziente.

Un esempio: sempre il nostro Paziente_A. Dopo l'infarto il paziente è stato curato con un farmaco anticoagulante orale secondo un dosaggio che veniva modificato periodicamente, dopo esame del sangue, da parte del laboratorio di un ospedale a ciò demandato. Dopo qualche mese il paziente ha incominciato a soffrire di prurito e ad avere tracce di sangue nelle feci³.

Portato durante il week-end al pronto soccorso (primavera 2005), è stato visitato da un dermatologo che non ha preso in considerazione (o ha sottovalutato) la cura del farmaco anticoagulante orale (e il cocktail di medicine che doveva assumere) ed ha sentenziato che il prurito era un problema dovuto alla pelle delicata (il paziente aveva gli occhi chiari !).

Ricovero

Ascolto del paziente e/o dei familiari

Per quanto riguarda gli ospedali, non sempre l'assistenza medica e paramedica sa ascoltare cosa dice il malato o i familiari circa alcuni sintomi riscontrati a casa.

In alcuni casi (sangue nelle feci) si limitano ad un primo test (es. stomaco) e se questo è negativo non proseguono con successivi test in altre zone (es. intestino).

³ alla fine il paziente, in terapia anticoagulante, crollerà definitivamente in seguito alla causa scatenante di un sintomo (sangue nelle feci) dichiarato da mesi ma mai seriamente preso in considerazione e curato nè dal personale ospedaliero nè dal medico di base.

Nella "Scheda Informativa per il paziente in terapia anticoagulante (revisione 0 del 01/01/2003)", emessa dagli Istituti Clinici di Perfezionamento, si legge tra l'altro: "In corso di terapia anticoagulante, anche se correttamente eseguita, esiste comunque un aumentato rischio di emorragie (7,2 emorragie % anni-paziente di cui 0.25 % fatali), specie in conseguenza di piccoli traumi. Sono possibili modeste perdite di sangue dal naso, dalle gengive, formazione di ematomi spontanei o conseguenti a traumi, sanguinamento protratto in caso di tagli e ferite."

Un esempio: i familiari del ns. Paziente_A avevano affermato che vi erano tracce di sangue nelle feci³. La prima volta (Marzo/Aprile) il personale non ha prestato attenzione nonostante si fossero riscontrate alcune tracce di sangue anche nel letto d'ospedale (viste dalla moglie).

La seconda volta (inizio Maggio) l'ospedale ha effettuato il test relativo allo stomaco per verificare se vi erano lacerazioni (sonda infilata nel naso in pronto soccorso), ma, dopo due giorni, in seguito al riscontro negativo avvenuto presso il reparto in cui era stato ricoverato, non hanno proceduto ad un nuovo test all'intestino. Il paziente è stato dimesso⁴ dopo alcuni giorni (< 7) necessari per asportare liquido dai polmoni, presente da Dicembre 2004 in conseguenza dei problemi al cuore (vedi Capitolo 1.1).

Dopo due giorni da quando era stato dimesso (seconda metà di Maggio), il paziente si è sentito male a casa ed è stato trasportato al pronto soccorso dove hanno riscontrato valori alti della transaminasi⁵ e deciso il ricovero. Purtroppo dopo breve tempo (circa una settimana), quando i valori della transaminasi erano migliorati e stavano per dimetterlo, si è verificata una grave emorragia duodenale^{3,4}. Solo dopo questo fatto hanno effettuato un'endoscopia all'intestino, test che ha provocato altra perdita di sangue; il paziente (cardiopatico) è stato sottoposto durante la notte a trasfusione di sangue, ma è deceduto all'alba del giorno successivo.

Qualità della relazione del personale ospedaliero con i familiari e i pazienti

Circa il caso precedente (Paziente_A), segnalo anche quanto segue:

1. In occasione della trasfusione (Maggio 2005, vedere paragrafo precedente), il medico di turno ha prima richiesto alla moglie (ottantenne) di concedere l'autorizzazione e solo successivamente alla firma ha commentato che la trasfusione era in contrasto con la situazione del cuore. La moglie oggi si accusa di aver provocato la morte del marito e ha il rimorso di aver concesso l'autorizzazione.
2. Un medico che incontra per la prima volta la moglie ottantenne di un paziente (Nov./Dic. 2004, subito dopo il trasferimento al reparto di terapia intensiva), non può e non deve brutalmente dirle che il marito ha solo 24 ore di vita. In modo opportuno, avrebbe potuto comunicarle che il paziente era molto grave e chiedere di parlare con un figlio o un parente prossimo. Si noti che il paziente sopravvivrà altri sei mesi fino a fine Maggio 2005.
3. Un infermiere non può pretendere che un ricoverato molto debilitato (difficoltà ad alzarsi e camminare) vada durante la notte al bagno da solo (metà Maggio 2005). Nel caso specifico di urgenza notturna, il nostro paziente doveva andare di corpo e non aveva a disposizione la "padella". In pratica, secondo l'infermiere, il nostro paziente doveva, senza alcun aiuto, alzarsi dal letto, mettersi su una carrozzina con pneumatici sgonfi, azionare manualmente le ruote della carrozzina, spostarla con fatica immane fino alla porta del bagno, aprire la porta del bagno, entrare, alzarsi dalla carrozzina e spostarsi sul WC, andare di corpo e poi fare il percorso a ritroso. Il giorno dopo questo inconveniente, il nostro paziente è stato dimesso di prima mattina. Dopo due giorni il paziente si sente male e viene ricoverato nuovamente⁵. Circa suggerimenti sull'argomento vedere Capitolo 2.2

Movimentazione pazienti (Microambulanze, Carozzine, ecc.)

Movimentazione all'interno del reparto

In alcune unità tutte le carrozzine a disposizione dei ricoverati più debilitati sono difficili da muovere perchè con pneumatici "totalmente" sgonfi: anche una persona abile e giovane ha difficoltà a spingerle. Ai familiari che chiedono lumi su come far gonfiare gli pneumatici, il personale infermieristico dichiara che non è loro compito gonfiare gli pneumatici e che non sanno chi è incaricato di questa funzione.

Movimentazione tra padiglioni

In alcuni grandi Centri Ospedalieri, costruiti prima del 1960, la movimentazione dei ricoverati da un padiglione all'altro (es.: cardiologia, chirurgia vascolare, medicina nucleare, medicina generale, laboratori ecografie, ecc.) avviene all'esterno mediante microambulanze. In pratica esce dal padiglione, all'aperto viene caricato in ambulanza (con relativo sbalzo termico), trasporto in ambulanza, all'aperto viene scaricato dall'ambulanza (con relativo sbalzo termico), entra nel nuovo padiglione. In alcuni casi nella stessa giornata vi è anche il percorso inverso. Questo è un inconveniente e un pericolo per i ricoverati soprattutto nella stagione invernale. Sarebbe opportuno costruire delle gallerie sotterranee tra i vari padiglioni e/o recuperare e riadattare allo scopo le gallerie di servizio esistenti ma, spesso, in condizioni alquanto fatiscenti e con dimensioni (larghezza, altezza, lunghezza) non sempre completamente idonee allo scopo.

Stato dell'arte circa l'uso dell'ICT

Nel 2005 gli appunti presi durante la visita dei medici in corsia venivano scritti ancora su documenti cartacei e poi successivamente, quando si trovava tempo, trasferiti nel database digitale.

Lo stesso dicasi per le rilevazioni di temperatura e pressione effettuata durante la giornata dal personale infermieristico.

⁴ Forse, prima di dimettere un malato sarebbe meglio completare i test per tutti i sintomi dichiarati al pronto soccorso. Non sempre i malati o i familiari sono dei mitomani.

⁵ Possibile che due giorni prima dell'ultimo ricovero i valori della transaminasi fossero OK e due giorni dopo totalmente sballati ?

Questa è un modo di lavorare non ottimale per un grande ed importante centro ospedaliero (vedere suggerimenti nel Capitolo 2.2 e nel Capitolo 3.2).

Cura ambulatoriale

Prescrizione e dosaggio medicine

Stesso Paziente_A altro caso di superficialità (?): dopo l'infarto e la dimissione il paziente è stato curato con un farmaco anticoagulante orale secondo un dosaggio che veniva modificato periodicamente, dopo esame del sangue e verifica di un parametro relativo alla fluidità del sangue, da parte del laboratorio di un ospedale a ciò demandato. Dopo qualche mese il paziente ha incominciato a soffrire di prurito e ad avere tracce di sangue nelle feci³.

A fine Aprile/inizio Maggio, il parametro relativo alla fluidità del sangue (INR ?) aveva raggiunto il valore di 2,3. E' successo che gli hanno continuato a prescrivere per le settimane successive lo stesso dosaggio del farmaco anticoagulante orale ed il parametro è volato a 5.

Sarà forse solo un caso che a fine Maggio si verifica l'emorragia duodenale^{3, 6} ?

Tempi di attesa per visite, cure e test ambulatoriali

Un problema sono i tempi di attesa, alquanto lunghi, richiesti ai mutuatisti esterni (non ricoverati o non in cura presso i vari centri ospedalieri specializzati: geriatria, dislipidemico, ecc.), per effettuare visite, cure ed analisi. Alcuni esempi:

- Per una laringoscopia a fibre ottiche, nello stesso ospedale, era previsto un tempo di attesa di 2 mesi se a carico SSN e di 3 giorni se privatamente.
- Per un'ecografia addominale, nello stesso ospedale, era previsto un tempo di attesa di 2 mesi minimo se a carico SSN e di 10 giorni max se in cura presso il centro interno. Peccato che i tempi d'attesa per essere presi in cura presso i centri interni sono lunghi.
- Per un esame colordoppler trochi sovra-ortici a carico SSN, tempo di attesa circa 2 mesi e mezzo minimo. Forse, tale tempo poteva ridursi se in cura presso il Centro Dislipidemico dell'ospedale, ma il tempo di attesa per essere preso in cura è circa 3 mesi dalla richiesta del medico di base.

Visite ambulatoriali (stato dell'arte circa l'uso dell'ICT)

Anche nei casi più positivi di professionalità, si riscontra uno scarso uso delle "nuove tecnologie" (es.: PC, database, rete Intranet, ecc.) per lo scambio di informazioni. Infatti, non sempre i medici immettono le diagnosi e i dati clinici dei pazienti nel database aziendale (usano ancora compilare a mano schede cartacee). Questo capita anche nel caso di giovani medici (< 36 anni) con PhD conseguito presso Università Americane.

Un esempio: una Paziente_C (ottantenne) in cura presso diversi ambulatori dello stesso Ospedale (almeno quattro). Ogni volta che si reca presso un ambulatorio, per mettere al corrente il medico di quanto sta avvenendo presso gli altri ambulatori, deve mostrare i documenti cartacei rilasciati e/o i risultati di analisi/test effettuati. Infatti, il medico non può, o non usa, ricavare queste informazioni via PC e Intranet dal database ospedaliero. Sembra che ci siano, anche da parte degli utenti più evoluti (es. Medici con PhD estero), riserve circa il Software e l'Hardware adottato.

Altro esempio (Paziente_B): il primario del reparto di un altro importante Centro Ospedaliero, per archiviare i dati dei pazienti che segue direttamente, usa un Software personale. Si può dedurre che siamo in presenza di un nuovo caso di riserve circa il Software adottato e/o addirittura di mancanza di Software adatto.

⁶ Nella "Scheda Informativa per il paziente in terapia anticoagulante (revisione 0 del 01/01/2003)", emessa dagli Istituti Clinici di Perfezionamento, si legge tra l'altro: "L'assunzione di anticoagulanti orali (Sintrom o Coumadin) comporta al paziente la necessità di un periodico monitoraggio di laboratorio per ridurre sia il rischio di trombosi per sottodosaggio del farmaco che il rischio di emorragie che può derivare da un'eccessiva anticoagulazione."

Parte 2 - Suggerimenti

Questi suggerimenti sono stati elaborati, sulla base dei casi-utenti conosciuti, solo con l'intenzione di fornire stimoli ed input per migliorare il Servizio Sanitario italiano. Altri input potrebbe venire anche dall'analisi dello stato dell'arte in altri paesi dell'Unione Europea.

Capitolo 2.1 - Medico di base

Compenso, motivazione ed orientamento

Per quanto riguarda il medico di base, sembra che in Francia non riceva un fisso annuo per ciascun mutuato, anche se non lo visiterà mai, ma solo un onorario per ciascuna visita che effettua: in alcuni casi il mutuato paga e poi si fa rimborsare da SSN (Servizio Sanitario Nazionale), in altri firma una dichiarazione di servizio ricevuto.

In questo modo il medico è stimolato ad effettuare una "vera" visita medica⁷ come usavano una volta i "medici di famiglia" e non un semplice colloquio di 15 minuti max come avviene oggi in Italia. Infatti, se il paziente non è soddisfatto non si farà più visitare da lui o diraderà le visite, con conseguente calo dei ricavi del medico.

Non penso che un paziente normale, non malato immaginario, vada dal medico spesso. Un discorso a parte può essere quello dei pazienti con malattie psicosomatiche o, forse, solo in cerca di compagnia (prevalentemente persone anziane).

Inoltre, cerchiamo anche di migliorare l'orientamento dei medici di base al paziente e alla medicina preventiva per evitare danni maggiori, conseguenza di malattie non curate efficacemente ed in tempo.

Liberalizzazione del mercato e innovazione

Rendiamo super-libera la scelta del medico di base, senza obbligo da parte del paziente di comunicare, preventivamente, i cambiamenti all'ufficio amministrativo dell'ASL.

Questo presuppone anche le seguenti innovazioni:

Non più un fisso annuo per ciascun mutuato, ma un onorario per ciascuna "vera" visita medica⁷ effettuata e una quota minima in caso di semplice prescrizione di medicine e/o richiesta di analisi/test (vedere anche paragrafo precedente).

Un esempio su come procedere:

- a) Si potrebbe fissare per ciascun paziente un numero max di visite gratuite annue in funzione dell'età, del reddito e dello stato di salute.
 - o Il paziente riceve a casa entro il 15 Dicembre (termine tassativo) dell'anno Y-1 i tagliandi (validi nell'anno Y) per le "vere" visite mediche gratuite e quelli per le semplici prescrizioni mediche e/o richiesta di analisi/test. Sul retro dei tagliandi va specificato cosa si intende per "vera" visita medica⁷.
 - o Una volta implementato il Sistema Informativo Sanitario (vedere paragrafo successivo e Capitolo 3.2) anche a livello medico di base, non ci sarà più bisogno dei tagliandi ma basterà la tessera sanitaria (provvista di chip-memoria o di banda magnetica) e il POS in possesso del medico di base
- b) Superato questa prima soglia limite (numero max di visite gratuite annue) si dovrebbe prevedere un contributo (ticket) da parte del paziente, pagato direttamente al medico di base.

Altre innovazioni necessarie sono

- Aggiornamento continuo, anche a distanza via web, non solo su tecniche mediche, ma anche su come relazionarsi con i pazienti
- Incentivi variabili in funzione di qualcosa realmente misurabile (es.: stato di salute dei pazienti nel tempo ?, indice di fidelizzazione dei pazienti ?, livello di soddisfazione dei pazienti ?, altro ?)⁸.

⁷ E' necessario definire bene cosa si intende per "vera" visita medica : sicuramente una visita che dura più di 15 minuti ed include misurazione della pressione, auscultazione del paziente, compilazione di un report scritto (sintomi, dati strumentali raccolti, diagnosi, prognosi, terapia, ecc.), ecc. Il report è da consegnare al paziente, da inviare all'archivio ASL, da conservare nell'archivio del medico. Gli archivi dovrebbero essere digitali e collegati on-line (vedere paragrafo informatizzazione e Capitolo 3.2).

⁸ tra i vari indici menzionati i più facili da monitorare mediante algoritmi e sistema informativo (database, reti extranet, ecc.) sono l'indice di fidelizzazione e, forse, lo stato di salute dei pazienti nel tempo. In pratica, sarebbe opportuno elaborare un "indice di efficacia" del medico di base che tenga conto di vari parametri (es.: fidelizzazione, stato di salute, ecc.). Il sistema informativo sarebbe da implementare almeno su base regionale e dovrebbe collegare in rete ospedali, medici di base, laboratori analisi, ecc.

- Controllo efficace (non all'italiana) dell'attività dei medici di base e dei risultati conseguiti circa la salute dei mutuati. Se possibile, cerchiamo esempi anche dai casi storici e/o all'estero.
- Indagini di Customer satisfaction, anche se difficilmente un paziente parlerà male del proprio medico con uno sconosciuto.
- Realizzazione di un Sistema Informativo Sanitario e di un Portale Sanitario (vedere paragrafo successivo e Capitolo 3.2) che faciliterebbe la liberalizzazione e il monitoraggio del mercato, lo svolgimento della professione, ecc.

Informatizzazione

Il medico di base dovrebbe essere collegato, mediante Internet e password, al Portale Sanitario Regionale (o Nazionale) per poter consultare le informazioni mediche relative ai propri pazienti. Allo stesso modo (password e livello di accesso differenziato in base al livello e alla funzione ricoperta), i vari operatori sanitari (medici di base, ospedali, laboratorio analisi, ecc.) aggiornano costantemente tutte le informazioni (visite mediche, analisi, test, radiografie, ricoveri, diagnosi, prescrizioni mediche, ecc.) relative ai pazienti con cui entrano in contatto e caricano i documenti a supporto (radiografie, elettrocardiogramma, ecografie, ecc.).

Si tratta ovviamente di un'ipotesi da sviluppare in vari step (ospedale, città/paese, provincia, regione) e che presuppone come punto di partenza la definizione sia di standard (unità di misura, formato dati, ecc.) sia di raccomandazioni ICT (HW, SW, infrastrutture, interfacce con sistemi esistenti, ecc.) a livello almeno regionale.

Capitolo 2.2 - Ospedali

Pronto soccorso e ricovero

Per quanto riguarda gli ospedali SSN, sarebbe necessario

- a) maggiore attenzione al paziente e a quanto dicono i familiari (non sempre sono incolti e maleducati o con basso quoziente intellettivo)
 - a.1 Se i familiari che stanno assistendo il malato parlano con medici ed infermieri di sangue nelle feci^{3, 6}, non sempre si tratta di visionari.
 - a.2 Se il paziente, in terapia anticoagulante, afferma di avere prurito su tutto il corpo e parla di fragilità del sistema sanguigno^{3, 6} non si tratta sempre e solo di pelle delicata, eventuale causa secondaria e non primaria del sintomo dichiarato (vedere note menzionate).
 - a.3 In ogni caso, un medico (sia in pronto soccorso sia in reparto) deve essere sempre "curioso" (mai annoiato) e "desideroso" di risalire alle "vere" cause dei sintomi dichiarati facendo "molta" attenzione alle controindicazioni dei medicinali che il paziente sta assumendo.
- b) maggiore umanità nei reparti sia da parte dei primari e dei medici sia da parte degli infermieri.
 - b.1 Se un malato ottantaseienne, riconosciuto molto intelligente e lucido da alcuni degli stessi infermieri, definito collaborativo nella scheda di accettazione, chiama di notte per avere assistenza significa che vi è un problema⁹. Se gli infermieri sono impegnati su altra urgenza più grave sarebbe opportuno spiegarlo in modo garbato, a voce o mediante videomessaggio, a chi chiama ed assicurare che sarà assistito appena possibile.
 - b.2 Evitare di dare in modo brutale ad un parente stretto (moglie) anziano (ottantenne), mai incontrato prima, notizie tragiche circa il paziente (24 ore di vita); accertarsi prima dell'esistenza di parenti più giovani (es.: figli) e fornire la notizia sempre in modo opportuno.
 - b.3 Quando si chiede l'autorizzazione scritta ad una terapia particolare, prima di far firmare la liberatoria, è necessario sempre fornire tutte le informazioni relative alla terapia anche e soprattutto le controindicazioni.
- c) evitare di dimettere un "vero" malato dopo soli 7 giorni anche se sono presenti altri sintomi (es.: liquido nei polmoni) o non sono stati effettuati tutti gli accertamenti relativi ad altri sintomi dichiarati (es.: sangue nelle feci^{3, 6}), perchè il medico di base, nella situazione attuale, non gli dedicherà mai sufficiente tempo ed attenzione. In alcuni casi si potrebbe passare il paziente dal ricovero 24h/giorno a quello di day-hospital per continuare gli accertamenti.
- d) maggiore attenzione a cosa fanno alcuni pazienti apparentemente sani, ricoverati in ospedale per accertamenti, anche per più settimane continuative, se non mesi¹⁰,

⁹ Un esempio è riportato nel Capitolo 1.2, paragrafo Relazioni (vedere anche note 4 e 5).

¹⁰ (si tratta forse di raccomandati ?)

- d.1 che usano mantenere comportamenti poco salutari (es.: fumare nei gabinetti o sulle scale e poi rientrare in corsia con alito puzzolente di fumo, bere vino in corsia, ecc.).
- d.2 In un altro caso di ricovero del Paziente_A nel 1998 in un altro ospedale, nella stessa camera vi erano degli extracomunitari che lasciavano l'ospedale la mattina e rientravano la sera¹¹.


Tempi di attesa per visite, cure e test ambulatoriali

Affrontare questo problema per ridurre i tempi di attesa dei mutuatati a non più di 30 giorni.

Informatizzazione

E' opportuno e impellente

- Implementare in ciascun ospedale (o centro ospedaliero) un Sistema Informativo (SI) efficace e una rete Intranet per lo scambio di informazioni e dati tra i vari dipartimenti e/o il personale medico e paramedico dello stesso dipartimento. In molti casi, rivedere criticamente il sistema esistente.
- Coinvolgere sin dall'inizio del progetto (sia nuovo SI sia revisione del SI esistente), soprattutto nella fase di analisi delle necessità degli utenti e definizione di standard e raccomandazioni, le Risorse Umane (medici, paramedici, ecc.) che hanno maturato esperienze valide in Paesi più evoluti del nostro in materia di Informatizzazione Sanitaria (es.: USA, GB, Francia, Paesi Scandinavi, ecc.).
- Addestrare e motivare il personale medico e paramedico all'uso degli strumenti informatici per stendere diagnosi, trascrivere prescrizioni, memorizzare i dati di analisi/test, caricare documenti, ecc.



Tablet PC

Medicina mobile: Tablet PC e connessione Wi-Fi¹²

In Italia, nelle cliniche più aggiornate già si fa uso da parte di medici e infermieri di "Tablet PC", lavagne digitali compatte e facili da usare in corsia, e di connessione Wi-Fi per trasferire nel database ospedaliero, in tempo reale durante le rilevazioni, le informazioni relative al paziente (diagnosi, dati clinici, prescrizioni, ecc.) e/o per accedere on-line alla sua cartella clinica digitale e ad altre applicazioni direttamente di fronte al paziente.

Il risultato di questo investimento è stato un aumento non solo di efficacia (semplificazione dell'attività di medici e infermieri; miglioramento della comunicazione tra medico e infermiere; diminuzione delle possibilità di errori) ma anche di efficienza. Sembra che in una Clinica dell'Emilia-Romagna sia stato riscontrato

- un risparmio dei tempi di lavoro per attività non assistenziali stimato in media del 20%, che si può destinare ad altre attività;
- una diminuzione del 5% nel consumo dei farmaci;
- drastica riduzione dell'uso di documenti cartacei.

Forse, alcuni dei casi di scarsa attenzione al paziente (sintomi dichiarati, cure in corso, ecc.) menzionati in questo documento potevano essere evitati se, ogni volta che il paziente entrava in contatto con un medico o un personale paramedico, a video compariva la sua storia clinica pregressa e le possibili controindicazioni dei medicinali presi.

La creazione di un SI con database e Intranet in ciascun Centro ospedaliero (o Ospedale) è uno dei primi passi da intraprendere per la creazione successiva di una Extranet a livello regionale tra i vari operatori sanitari presenti sul territorio (Centri ospedalieri, i laboratori convenzionati, i medici di base, il Controllo di Gestione, ecc.).

¹¹ (come mai ?; l'ospedale era il loro ricovero notturno ?)

¹² L'applicazione consente a medici ed infermieri di gestire la cartella clinica del paziente tramite Tablet PC dotati di connessione Wi-Fi, in tutta la struttura sino al letto del paziente.

Un altro caso interessante è un progetto per la gestione del magazzino farmaci, sviluppato da un'azienda operante nel settore della distribuzione di prodotti cosmetici e farmaceutici. Si tratta di una soluzione basata su Wi-Fi e palmari specializzati dotati di lettore bar code e RFID. L'applicazione sviluppata internamente ha prodotto notevoli vantaggi con la quasi totale eliminazione degli errori.

Parte 3 – Conclusione: Innovazione del Sistema Sanitario

Capitolo 3.1 – Innovazione di metodologia

Sistema sanitario paziente-centrico

È estremamente necessario ed urgente riavvicinare Medicina e Sofferenza (medici e pazienti), almeno come avveniva anni fa (sicuramente prima del 1968) quando esistevano ancora i medici di famiglia e i "grandi" luminari (Frugoni, Valdoni, ecc.) che usavano parlare al paziente. In pratica, è un fattore critico riuscire ad aiutare i medici (sia di base, sia specialisti, sia ospedalieri) e gli infermieri a comprendere cosa sia la Sofferenza e come la Malattia si curi prima psicologicamente con un rapporto "umano" verso il paziente (e i familiari) e poi con i farmaci.

Occorre anche curare costantemente l'aggiornamento. Questo vale soprattutto per i medici di base e quelli dei reparti di Medicina Generale, che spesso seguono pazienti in cura nello stesso periodo presso più Centri Specialistici e/o per diverse patologie. In questo caso, sensibilizzarli ad un'analisi critica e proattiva delle varie prescrizioni specialistiche per giungere ad un corretto bilanciamento dei farmaci (cocktail) ed evitare effetti dannosi.

Controllo della performance

È anche necessario instaurare un Controllo "efficace" (non all'italiana) della performance dell'attività dei vari attori (singoli Medici di base, ambulatori, laboratori, ospedali, ecc.). I parametri da verificare riguardano non più solo l'efficienza (risparmio sui costi), ma soprattutto l'efficacia (quanti ammalati sono guariti, quanti hanno vissuto più di quello che si poteva aspettare, quanti hanno migliorato la qualità della loro vita, ecc.)¹³.

Definizione, sviluppo e implementazione del Progetto di innovazione

Come afferma anche Paolo Barnard nel suo libro¹⁴, è opportuno coinvolgere nella definizione e sviluppo di un progetto di "innovazione" e "rifondazione" del Sistema Sanitario Nazionale persone capaci, con uno spettro ampio di esperienze, soprattutto quella della Sofferenza (malattia grave), vissuta in prima persona sulla propria pelle (o su quella di un familiare stretto) e non studiata a tavolino o discussa in qualche congresso. I suddetti personaggi dovrebbero essere non solo medici ma anche manager (non necessariamente del settore sanitario), entrambi professionalmente "validi" e "seriamente" colpiti nell'anima dalla Sofferenza. In particolare, i suddetti manager, provenienti da altri settori, potranno travasare nel sistema sanitario, previa analisi critica, competenze ed esperienze manageriali "nuove" [concetto paziente=cliente, orientamento al cliente, relazione one-to-one e comunicazione bidirezionale (CRM = customer relationship management), controllo di gestione basato anche su indici di efficacia¹³ e segnali automatici di allarme, ecc.] che possono rivelarsi supervalide anche in ambito sanitario.

Per arrivare ad una "vera" riforma del Sistema Sanitario è necessaria la creazione di

1. una Consulta, almeno a livello regionale, composta dai suddetti personaggi¹⁵, che raccolga le esperienze di pazienti affetti da patologie gravi o trascurate e formuli le proposte opportune. Queste proposte, affinché non rimangano solo sulla carta, dovrebbero essere priorizzate in funzione dell'urgenza, dei costi e della disponibilità di fondi.
2. Gruppi di Lavoro, a livello provinciale e di singolo centro ospedaliero, anche loro composti dai suddetti personaggi¹⁵, per lo sviluppo del progetto di innovazione a livello Provincia e per l'implementazione pratica nei singoli ospedali.

Capitolo 3.2 - Sistema Informativo Sanitario

Cerco qui di precisare meglio quanto già esposto a livello medico di base (Capitolo 2.1) e centro ospedaliero (Capitolo 2.2) a proposito di un Sistema Informativo Sanitario (SIS) per la gestione e condivisione della conoscenza (informazioni organizzate) dei pazienti.

Knowledge management

Si tratta ovviamente di un'ipotesi di Knowledge Management (Gestione e condivisione della conoscenza) da sviluppare in vari step

¹³ vedere item 5 del paragrafo Letture consigliate

¹⁴ vedere item 2 del paragrafo Letture consigliate

¹⁵ non solo medici ma anche manager (non necessariamente del settore sanitario), entrambi professionalmente "validi" e "seriamente" colpiti nell'anima dalla Sofferenza

- Geografici (ospedale, città/paese, provincia, regione)
- Tecnologici (Hardware, Software, infrastrutture, interfacce con sistemi esistenti, ecc.)
- Reengineering (revisione) processi
- Aggiornamento e motivazione Risorse Umane (medici, infermieri, tecnici laboratori, amministrativi, ecc.)

Inoltre, presuppone come punto di partenza la definizione sia di standard (unità di misura, formato dati, dati strutturati vs informazioni destrutturate, ecc.) sia di raccomandazioni ICT (Database, HW, SW, infrastrutture, interfacce con sistemi esistenti, ecc.) a livello almeno regionale.

Si noti che è opportuno coinvolgere sin dall'inizio del progetto (Gruppi di Lavoro), soprattutto nella fase di analisi delle necessità degli utenti e definizione di standard e raccomandazioni, le Risorse Umane (medici, paramedici, ecc.) che hanno maturato esperienze valide in Paesi più evoluti del nostro in materia di Informatizzazione Sanitaria (es.: USA, GB, Francia, Paesi Scandinavi, ecc.).

Portale Sanitario Regionale

E' necessaria anche la creazione di un Portale Sanitario Regionale (o Nazionale, con il tempo) per poter raccogliere costantemente nel tempo e distribuire (far consultare quando necessario) le informazioni mediche relative ai vari pazienti. Naturalmente, l'utente (personale medico, paramedico, amministrativo, ecc.) potrà accedere al portale, da Internet o da Intranet/Extranet, solo previa identificazione e attraverso un'interfaccia personalizzata in funzione delle esigenze e del ruolo nel sistema sanitario.

In pratica, mediante password e livello di accesso differenziato in base al livello e alla funzione ricoperta, i vari operatori sanitari (medici di base, ospedali, laboratorio analisi, ecc.)

1. dovranno con regolarità
 - 1.1. aggiornare tutte le informazioni (visite mediche, risultati analisi e test, ricoveri, diagnosi, prescrizioni mediche, ecc.) relativi ai pazienti con cui entrano in contatto e
 - 1.2. caricare i documenti prodotti (Radiografie, Elettrocardiogramma, Ecografie, Doppler, ecc.)
2. potranno consultare, quanto necessario, informazioni e documenti in funzione delle esigenze connesse al proprio ruolo.

Un portale non è di per sé una soluzione di knowledge management (KM), ma svolge un ruolo fondamentale in una politica "aziendale"¹⁶ di gestione della conoscenza. Infatti, rappresenta un punto di accesso comune che permette la diffusione dell'informazione in maniera canalizzata, gestita e controllata.

Implementazione del progetto

L'approccio a un progetto simile (processi, sistemi, integrazione, RU) può avvenire in vari modi:

1. la visione massimalistica (approccio "big bang") prevede la realizzazione di tutti i moduli ed il reengineering dei processi nello stesso momento;
2. la visione minimalista prevede il progetto realizzato per passi isolati (prima un tool, poi un altro, a parte il reengineering) con l'inconveniente di avere poi maggiori problemi di integrazione;
3. la visione integrata prevede lo sviluppo separato ed in epoche diverse dei vari step, però con l'accortezza di pianificare, sin dall'inizio, tool e canali di contatto integrabili tra loro e con i sistemi gestionali

Il terzo approccio, che prevede sin dall'inizio l'integrazione delle varie unità del Sistema Sanitario, è quello più efficace e con impatto più soft sulle Risorse Umane.

Inoltre, prima di effettuare il progetto sarebbe necessario conoscere bene gli utenti e poi, in funzione del loro profilo e delle loro preferenze, disegnare e sviluppare il sistema informativo e il piano di coinvolgimento degli utenti. In parallelo, sin dall'inizio, va progettato e sviluppato, anche, un programma di formazione/assistenza per spiegare agli utenti sia l'uso del software sia come migliorare il proprio lavoro.

In conclusione, l'innovazione va introdotta gradualmente partendo con un progetto pilota che coinvolga solo alcune aree. Per quanto riguarda l'impatto sulle risorse umane, inizialmente vanno coinvolti i personaggi migliori (professionalmente più validi) e più orientati all'innovazione, che dopo l'esperienza, rivelatasi positiva, si trasformano in veri e propri "testimonial", invogliando anche gli altri, che incominciano ad usare il nuovo strumento per imitazione.

¹⁶ nel ns. caso tipica di azienda sanitaria

Appendice

A-1 Letture consigliate

1. Scheda Informativa per il paziente in terapia anticoagulante (revisione 0 del 01/01/2003), emessa dagli Istituti Clinici di Perfezionamento (www.icp.mi.it)
2. Dall'altra parte
a cura di Paolo Barnard,
BUR-Futuropassato 2006
3. Medico, impara ad ascoltare il tuo paziente
articolo di Alberto Malliani,
Corriere della Sera, 4 Sett. 2005, pag. 47/56
4. Per curare bene le coronarie ci vuole cuore
articolo di Ettore Vitali
Corriere della Sera, 4 Sett. 2005, pag. 56
5. E adesso conta più il business che l'interesse per gli ammalati
articolo di Giuseppe Remuzzi
Corriere della Sera, 6 febbraio 2006, pagg. 1/3
6. Sprechi nella sanità, danni alla salute dei pazienti
articolo di Giuseppe Guastella
Corriere della Sera, 6 febbraio 2006, pag. 3
7. Il cambiamento del rapporto medico-paziente negli ospedali: il modello milanese. Un'analisi tra storia sanitaria e antropologia medica
di Vittorio A. Sironi
Relazione presentata al workshop "Per un'antropologia medica in ospedale" Firenze, 2 Aprile 2005
Rivista la ca' granda, 2006, numero 1
http://www.formazione.eu.com/_documents/cagranda/articoli/2006/0104.pdf
8. Informatica e medicina
articolo di Giuseppe Remuzzi
Corriere della Sera, 24 agosto, 2006, pag. 1
9. Il medico di famiglia rischia l'estinzione
articolo di Roberto Satolli
Corriere della Sera, 10 Settembre 2006, pag. 55
10. Esami, troppi ritardi negli ospedali europei
articolo di Federica Cavadini
Corriere della Sera, 10 Settembre 2006, pag. 16