

**Identificazione, sperimentazione e validazione di alcuni indicatori di qualità delle attività sanitarie e socio-sanitarie del territorio**  
**Convegno di presentazione dei risultati del Progetto di Ricerca finalizzata**



**ASL ROMA A**  
U.O. STATISTICO  
EPIDEMIOLOGICA

Corsi paralleli di formazione per lo studio e l'applicazione degli indicatori di qualità delle attività sanitarie e socio-sanitarie del territorio  
*14-15 Settembre 2006, Università degli Studi di Roma Tor Vergata*  
Giovedì 14 settembre 2006

**Corso di formazione 2 – Analisi qualitativa: gli indicatori di umanizzazione**

# **Utilizzo gestionale degli indicatori di umanizzazione**

**Dott.: GIULIO COSA**

## **PIANO SANITARIO NAZIONALE 2006-2008**



### **LE STRATEGIE DEL SISTEMA**

**principi ispiratori, universalità, equità, cooperazione**

**La garanzia e l'aggiornamento dei LEA**

**La sanità italiana in Europa, l'Europa nella sanità italiana:**

**La Prevenzione Sanitaria e la promozione della salute**

**La riorganizzazione delle cure primarie**

**L'integrazione delle reti assistenziali**

**L'integrazione tra diversi livelli di assistenza**

**L'integrazione socio-sanitaria**

**Il dolore e la sofferenza nei percorsi di cura**

**La rete assistenziale per le cure palliative**

**Promuovere innovazione, ricerca e sviluppo**

**Il ruolo del cittadino e della società civile nelle scelte e nella gestione del Servizio sanitario nazionale**

**Le politiche per la qualificazione delle risorse umane del SSN**

**La promozione del Governo clinico e la qualità nel SSN**

**Liste di attesa**

**L'aziendalizzazione e l'evoluzione del servizio sanitario**

**Le sperimentazioni gestionali**

**La politica del farmaco ed i dispositivi medici .**

# PIANO SANITARIO NAZIONALE 2006-2008



## GLI OBIETTIVI DI SALUTE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

**La salute nelle prime fasi di vita, infanzia e adolescenza**  
**Le grandi patologie: tumori, malattie cardiovascolari, diabete e mal. respiratorie**  
**La non autosufficienza: anziani e disabili**  
**La tutela della salute mentale**  
**Le dipendenze connesse a particolari stili di vita**  
**Il sostegno alle famiglie**  
**Gli interventi in materia di salute degli immigrati e delle fasce sociali marginali**  
**Il controllo delle malattie diffusive e la sorveglianza sindromica**  
**La sicurezza alimentare e la nutrizione**  
**La Sanità veterinaria**  
**La tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro**  
**Ambiente e salute**

## I livelli essenziali di assistenza



**Le principali fonti normative sui Livelli essenziali di assistenza (Lea) sono:**

**decreto legislativo n. 502 del 1992**, aggiornato dal **decreto legislativo n. 229 del 1999**, e dalla **legge n. 405 del 2001**, in attuazione di quest'ultima seguono il **d.P.C.M. 29 novembre 2001** di "Definizione dei Livelli essenziali di assistenza" che elenca:

L'**allegato 1** riporta le prestazioni erogate dal Ssn nelle tre grandi aree "Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro", "Assistenza distrettuale" e "Assistenza ospedaliera"

L'**allegato 2 A** elenca le prestazioni escluse dai Lea, gli **allegati 2 B e 2 C** le prestazioni erogabili in particolari condizioni

L'**allegato 3** fornisce indicazioni particolari per l'applicazione dei Lea

L'**allegato 4** descrive il ruolo delle Regioni in materia di Lea

L'**allegato 5** riporta gli impegni assunti dalle Regioni per la riduzione delle liste di attesa

Il **d.P.C.M. 16 aprile 2002** è il provvedimento che ha inserito nel **d.P.C.M. 29 novembre 2002** di "Definizione dei livelli essenziali di assistenza", l'allegato 5 sulle liste di attesa

Il **d.P.C.M. 28 novembre 2003** che ha modificato il decreto sui Lea, inserendo nei Livelli alcune certificazioni mediche precedentemente escluse

L'**art. 54 della legge 27 dicembre 2002, n.289**, (legge finanziaria 2003) che specifica la procedura per modificare i Lea

Il **comma 169 della legge 30 dicembre 2004, n.311**, (legge finanziaria 2004) affida al Ministro della salute il compito di fissare "gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici, di processo e possibilmente di esito, e quantitativi, di cui ai livelli essenziali di assistenza"

L'**Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005** prevede l'istituzione, presso il Ministero della salute, del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza.

## I livelli essenziali di assistenza



### 1 Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro

- profilassi delle malattie infettive e diffuse e interventi di prevenzione rivolti alla persona
- tutela della collettività e dei singoli dai rischi sanitari connessi con gli ambienti di vita, anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali
- Tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi agli ambienti di lavoro
- Sanità pubblica veterinaria

## I livelli essenziali di assistenza



### 2 Assistenza distrettuale

- Assistenza sanitaria di base
- Livello di assistenza farmaceutica
- Assistenza integrativa
- Livello di assistenza specialistica ambulatoriale:
- Livelli assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare:
- Livello di assistenza sanitaria residenziale e semiresidenziale rivolta alle persone anziane non autosufficienti, ai dipendenti dalle sostanze psicotrope e da alcool ai disabili fisici psichici e neurosensoriali (ex art. 26 legge 833/78), alle persone con problemi neuropsichiatrici attraverso strutture di tipo riabilitativo.
- Attività sanitaria e socio-sanitaria di tipo residenziale e semiresidenziale per programmi a favore di anziani, persone con infezione da HIV, malati terminali attraverso strutture tipo RSA, Hospice.
- Assistenza protesica:
- Assistenza medico legale:
- Assistenza a categorie particolari:



## I livelli essenziali di assistenza

### 3 Assistenza ospedaliera

- Prestazioni di pronto soccorso erogate presso i presidi ospedalieri nei confronti di malati in accesso diretto o in collegamento attraverso il 118 al sistema di emergenza cittadino
- Prestazioni di degenza ordinaria per pazienti che hanno avuto un ricovero ordinario, di riabilitazione o lungodegenza
- Prestazioni erogate in regime di day hospital e day surgery
- Prestazioni in regime di ospedalizzazione domiciliare
- Prestazioni del servizio trasfusionale
- Attività di prelievo, conservazione e distribuzione organi e tessuti
- Attività ambulatoriali
- Attività di patologia clinica e diagnostica per immagini.



## QUALITA' IN SANITA'

**E' LA FREQUENZA CON CUI SI  
COMPIONO INTERVENTI SANITARI DI  
PROVATA EFFICACIA E SI EVITANO  
INTERVENTI INEFFICACI E/O  
DANNOSI**

**(Sackett Dave)**

# **QUALITA' IN SANITA'**

**SANITA' SOTTO ESAME**



- **SERVIZI DI INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE**
- **ASCOLTO E TUTELA DELL'UTENTE**
- **UMANIZZAZIONE**
- **PERSONALIZZAZIONE DEI RAPPORTI UMANI**
- **RAPPORTI TRA OPERATORI E UTENTI**
- **COMFORT DI TIPO ALBERGHIERO**
- **TEMPI DI ATTESA DEI PAZIENTI**
- **PROCEDURE BUROCRATICHE E AMMINISTRATIVE**
- **CONTINUITA' DELL'ASSISTENZA MEDICA**

# **PROPOSTE PER LA QUALITA'DELL'ACCOGLIENZA**



- **ACCOGLIENZA IN REPARTO**
- **UNIFICAZIONE SEMPLIFICAZIONE PROCEDURE**
- **GRADAZIONE DEI SERVIZI SULLE NECESSITA'**
- **CONTINUITA' ASSISTENZIALE**
- **CONSENSO INFORMATO**
- **TEMPI DI ATTESA ESPliciti**
- **CARTELLA CLINICA PERSONALIZZATA**
- **STRUTTURE SANITARIE SENZA FUMO**

# LA FORMAZIONE PER L'ACCOGLIENZA



**CONSENTE DI MANTENERE E SVILUPPARE ADEGUATI LIVELLI DI QUALITA' DELLE RISORSE UMANE.**

**A CONDIZIONE DI REALIZZARLE ALL'INTERNO DI : UN SISTEMA FORMATIVO ORGANIZZATO, PROGRAMMATICO E SISTEMATICO**

**&**

**UN SISTEMA INFORMATIVO INTEGRATO NELLA ORGANIZZAZIONE SANITARIA**

# CARTA DEI SERVIZI SANITARI



## La "Carta dei servizi": quadro normativo e funzione

I principali riferimenti normativi in materia di Carta dei servizi sono:

- **legge 7 agosto 1990, n. 241** ("Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e diritto di accesso ai documenti amministrativi") che ha dettato nuove regole per i rapporti tra i cittadini e le amministrazioni, viste nel momento dell'esercizio di poteri autoritativi;
- **Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 27 gennaio 1994** ("Principi sull'erogazione dei servizi pubblici") che individua i principi cui deve essere uniformata progressivamente, in generale, l'erogazione dei servizi pubblici, anche se svolti in regime di concessione o mediante convenzione;
- **Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri dell'11 ottobre 1994** ("Direttiva sui principi per l'istituzione ed il funzionamento degli uffici per le relazioni con il pubblico") che definisce i principi e le modalità per l'istituzione ed il funzionamento degli uffici per le relazioni con il pubblico di cui all'art. 12 del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, e successive disposizioni correttive.
- **decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502** ("Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421" e successive modificazioni ed integrazioni - decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517) che rivede il tessuto organizzativo del Servizio Sanitario Nazionale, istituendo le aziende unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere, e che colloca il sistema organizzativo dei servizi a supporto del miglioramento, delle prestazioni e della tutela dei diritti del cittadino;
- **D.P.R. 28 novembre 1990, n. 384**, recante l'accordo di lavoro del comparto Sanità, che assume il miglioramento delle relazioni con l'utenza come obiettivo fondamentale dell'azione amministrativa e prevede l'approntamento di strumenti finalizzati alla tutela degli interessi degli utenti, alla più agevole utilizzazione dei servizi, all'informazione sui servizi stessi e alle procedure di reclamo;
- **Circolare del Ministero della Sanità 100/SCPS/3 5697 del 31 ottobre 1991** ("Iniziativa per l'attuazione del Servizio Sanitario Nazionale delle norme della legge 7 agosto 1990, n. 241, miranti al miglioramento dei rapporti tra Pubblica Amministrazione e cittadini") che richiama l'attenzione delle unità sanitarie locali sulla necessità di attuare provvedimenti tesi ad assicurare trasparenza ed efficacia all'azione amministrativa suggerendo misure concrete quali l'adozione del cartellino di identificazione del personale del Servizio Sanitario, l'istituzione degli uffici di informazione e pubbliche relazioni, la verifica della segnaletica e della modulistica utilizzata dai cittadini per l'accesso alle prestazioni sanitarie.



## **CARTA DEI SERVIZI SANITARI**

La "Carta" è essenzialmente volta alla tutela dei diritti degli utenti: non si tratta di una tutela intesa come mero riconoscimento formale di garanzie al cittadino, ma di attribuzione allo stesso di un potere di controllo diretto sulla qualità dei servizi erogati.

In particolare l'ente erogatore:

- adotta gli standard di quantità e di qualità del servizio di cui assicura il rispetto: è questo il principio cardine della "Carta dei servizi";
- pubblicizza gli standard adottati e ne informa il cittadino, verifica il rispetto degli standard ed il grado di soddisfazione degli utenti;
- garantisce il rispetto dello standard adottato, assicurando al cittadino la specifica tutela rappresentata da forme di rimborso nei casi in cui sia possibile dimostrare che il servizio reso è inferiore, per qualità e tempestività, allo standard pubblicato.



## **CARTA DEI SERVIZI SANITARI**

La Carta dei servizi assegna, dunque, un ruolo forte sia agli enti erogatori di servizi, sia ai cittadini nell'orientare l'attività dei servizi pubblici verso la loro "missione": fornire un servizio di buona qualità ai cittadini-utenti.

La Carta, inoltre, prevede le modalità, da pubblicizzare, nei modi più opportuni, attraverso le quali gli stessi cittadini possano facilmente accedere alle procedure di reclamo circa la violazione dei principi sanciti dalla Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 27 gennaio 1994.



# CARTA DEI SERVIZI SANITARI

## 1. INDICAZIONI METODOLOGICHE PER L'ADOZIONE DEGLI STANDARD

## 2. INFORMAZIONE, ACCOGLIENZA, TUTELA E PARTECIPAZIONE

Informazione

Accoglienza e accompagnamento

Tutela

Partecipazione

## 3. IL RICOVERO OSPEDALIERO

## 4. ACCESSO ALLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE E DIAGNOSTICHE STRUMENTALI E DI LABORATORIO

Come richiedere la visita specialistica o la prestazione diagnostica

Dove richiedere la visita specialistica o la prestazione diagnostica

La prenotazione della visita o della prestazione diagnostica

Tempi di attesa per le prestazioni specialistiche e diagnostiche

Il pagamento della prestazione specialistica o diagnostica o del relativo ticket

Diritto al risarcimento e sanzioni

Tutela dei diritti del cittadino



# CARTA DEI SERVIZI SANITARI

## 5. LA MEDICINA GENERALE E PEDIATRICA DI LIBERA SCELTA

## 6. REGOLAMENTO DEI DIRITTI E DEI DOVERI DELL'UTENTE MALATO

TITOLO I - Presentazione delle osservazioni, opposizioni, denunce e reclami.

TITOLO II - Commissione mista conciliativa: disciplina di funzionamento

### 7.1 DIRITTI & I DOVERI

La competenza e la professionalità degli operatori

La qualità e l'adeguatezza della assistenza

La deospedalizzazione

L'adeguatezza delle strutture e delle strumentazioni

Il rispetto della dignità e dei diritti della persona

La protezione dei soggetti deboli

L'informazione

La salvaguardia dei ritmi di vita del cittadino

Il comfort

La tutela dei diritti

La tutela del parto

L'accoglienza del bambino malato

Il rispetto della morte

# DIREZIONE SANITARIA TERRITORIALE



IMPEGNI	STANDARD DI QUALITA'	VERIFICA
Informazioni:		
Sistemi elimina code Telefoni pubblici Comfort	Presenza del sistema elimina code Presenza di un punto telefonico per sede centrale di prenotazione Pulizia quotidiana degli ambienti	Rilevazione periodica del gradimento Rispetto dei Protocolli
Visite/esami:		
Rispetto orario prenotazione Continuità diagnostico-terap.	Tempestività e puntualità Personalizzazione e Umanizzazione	Riduzione segnalazioni cittadini
Ritiro referti:		
Referti medici chiari e completi Attesa corrispondente ai tempi minimi tecnici di refertazione Presenza apposito orario dedicato Presenza di punti informativi	Consegna documentazione Rispetto tempi attesa ritiro referti  Semplicità procedure  Semplicità procedure	Rilevazione gradimento Rilevazione tempi attesa  Rilevazione gradimento  Rilevazione tempi

## IL CODICE DI COMPORTAMENTO PER I PUBBLICI DIPENDENTI

(DECRETO MIN.FUNZIONE PUBBLICA 1/15/2000)



### PRINCIPI GENERALI:

-DILIGENZA, LEALTA', IMPARZIALITA',  
RESPONSABILITA': PROFESSIONALE, GESTIONALE E AMMINISTRATIVA

### ART.11 – RAPPORTI CON IL PUBBLICO

- PRESTA ATTENZIONE ALLE RICHIESTE
- FORNISCE RISPOSTE ADEGUATE O INDICA I PERCORSI PER OTTENERLE
- SI ASTIENE DA DICHIARAZIONI PUBBLICHE CHE LEDONO L'AZIENDA
- USA UN LINGUAGGIO COMPRESIBILE
- SI PREOCCUPA DI RISPETTARE GLI STANDARD DI QUALITA' E LA CONTINUITA' DEL SERVIZIO

## COSA SONO LE LISTE DI ATTESA?



- **Meccanismo di razionamento implicito**
- **Indicatore di bisogni non soddisfatti**
- **Indicatore di inadeguatezza delle risorse**
- **Indicatore di cattiva gestione delle risorse**
- **Indicatore di un sistema che qualifica i bisogni assistenziali**

## IL PROBLEMA DELLA GESTIONE DELLE LISTE DI ATTESA



### Dal punto di vista dell'Azienda

ADEGUAMENTO DELL'OFFERTA	APPROPRIATEZZA DELLA DOMANDA	INFORMAZIONE E TRASPARENZA
--------------------------	------------------------------	----------------------------

### Dal punto di vista del cittadino

ABITUDINI CULTURALI	PERCEZIONE EMOTIVA DELLA SITUAZIONE
INFORMAZIONE	FIDUCIA

# LISTE DI ATTESA



## RISOLUZIONE DEL PROBLEMA VS GOVERNO DEL PROCESSO

La complessità delle cause che lo originano e la loro multifattorialità fanno preferire per economicità la seconda delle opzioni intervenendo sui secondi fattori di seguito riportati:

- Formazione della Richiesta di prestazioni: fluttuazione e appropriatezza delle domande
- Entità della risposta: Ottimizzazione utilizzo attrezzature, razionalizzazione personale, liberalizzazione dell'accesso a convenzionati

## VS

- Miglior informazione sulle potenzialità del sistema di erogazione - CUP
- Liste di attesa trasparenti nella loro formazione

# IL PROGETTO PER LA GESTIONE DELLE LISTE D'ATTESA RISPETTO ALLA QUALITA' PERCEPITA



Fasi	SEDI / ATTIVITA'
ACCOGLIMENTO	Ambulatorio CUP URP
INFORMAZIONE	Sull'organizzazione dell'offerta Sulla patologia Sulla prestazione
GESTIONE	Situazione ambulatorio Medico referente Situazioni altri ambulatori Aziendali Situazioni ambulatori altre Aziende Lista di riserva
VERIFICA	Segnalazioni Controlli

# LISTE DI ATTESA



## LE PRINCIPALI INIZIATIVE NAZIONALI

- **COMMISSIONE NAZIONALE SULLE LISTE DI ATTESA**
- **INDAGINE NAZIONALE SUGLI INTERVENTI ATTUATI DALLE AZIENDE SANITARIE**
- **SITO INTERNET**
- **FLUSSO INFORMATIVO NAZIONALE SUI TEMPI E LISTE D'ATTESA su prestazioni e Giornata indice**

## RAGGRUPPAMENTI DI ATTESA OMOGENEI



### IPOTESI DI DEFINIZIONE

**“Categorie di contenuto clinico per l'accesso alla prestazione specialistica (diagnostica o terapeutica), omogenee per l'attesa che può essere assegnata al caso clinico senza compromettere la prognosi del paziente”.**

# I PRINCIPI PER LA GESTIONE DELL'ACCESSO ALLE PRESTAZIONI



Il livello di priorità clinica dovrebbe determinare sia l'ordine di accesso alle prestazioni ambulatoriali che l'ordine di accesso alle prestazioni di ricovero.

Un paziente dovrebbe essere inserito in lista di attesa se:

- L'indicazione clinica all'intervento è corretta
- Esiste una possibilità concreta di eseguire l'intervento in un tempo ragionevole (Royal College of Surgeons, 1991)
- Il paziente è clinicamente pronto per sottoporsi all'intervento

Modificato da: Getting patients treated: The waiting list action team handbook NHS August 1999

# I PRINCIPI PER LA GESTIONE DELL'ACCESSO ALLE PRESTAZIONI 2



•I pazienti devono essere inseriti in lista d'attesa nell'ordine in cui sono stati visti in ambulatorio

•Le liste di attesa dovrebbero essere strutturate in modo da permettere di individuare le priorità

•Pazienti con uguale livello di priorità devono essere trattati secondo l'ordine cronologico di presentazione

•Quando un paziente che è stato sospeso rientra in lista deve farlo in una posizione che tenga conto del tempo di sospensione.

Modificato da: Getting patients treated: The waiting list action team handbook NHS August 1999



## RAGGRUPPAMENTI DI ATTESA OMOGENEI

### IL CONCETTO DI PRIORITA' NELLE LISTE DI ATTESA HA TRE LIVELLI APPROFONDIMENTO

- “SEMPLICE” URGENZA DI FARE UNA DIAGNOSI CLINICA
- URGENZA DI FARE DIAGOSI CLINICA .....  
.....IN QUANTO IL PAZIENTE POTRA' ESSERE CURATO
- URGENZA DI FARE DIAGOSI CLINICA, IN QUANTO IL PAZIENTE  
POTRA' ESSERE CURATO.....  
.....E SOLLEVATO DA PROBLEMI SOCIO SANITARI

## RAGGRUPPAMENTI OMOGENEI IN SANITA'



### ■ SEVERITA' DELLA PATOLOGIA

Livello di perdita relativa di funzione e/o rischio di mortalità per specifica malattia

### ■ PROGNOSI

Probabilità di miglioramento della severità di una malattia (recidiva, sopravvivenza)

### ■ DIFFICOLTA' DI TRATTAMENTO

Malattie: con quadro clinico poco chiaro, che richiedono tecnologia sofisticata o stretto monitoraggio e supervisione

### ■ NECESSITA' DI INTERVENTO

Consequente al mancato intervento in pazienti che necessitano di una cura immediata o di una continuazione di cura

### ■ INTENSITA' DELLE RISORSE

Volume e tipo di servizi diagnostici e terapeutici

## OBIETTIVI PER L'APPLICAZIONE DEI RAO



- 1° OB. - Adeguare i tempi di attesa di ciascun cittadino al bisogno clinico che manifesta
- 2° OB. - Allenare i professionisti all'audit e alla peer review, sviluppando un vissuto relazionale basato sull'elogio dell'errore e non sul disprezzo della critica
- 3° OB. - Realizzare una prima base esplicita per la definizione di differenti livelli di assistenza su base clinica
- 4° OB. - Facilitare l'applicazione della libera professione secondo criteri conformi ai principi del SSN

## INTERVENTI SULL'APROPRIATEZZA PRESCRITTIVA



**Organizzativa  
(manager)  
Livello  
assistenziale (LEA)**

**Efficacia  
Sicurezza  
Risorse**

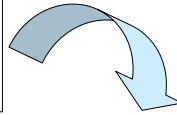
**Clinica  
(medico)**

**Indicazio  
ne  
Beneficio  
Rischio**

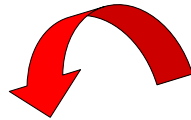
## INTERVENTI SULL'APROPRIATEZZA PRESCRITTIVA



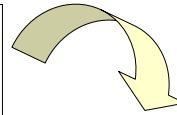
Gli operatori adottano **Linee guida** tecnico-scientifiche



Gli operatori studiano e identificano il **Percorso diagnostico - terapeutico**



Con la pratica, le procedure diventano oggetto di **Protocolli**



Le parti confluiscono nel **progetto per il M.C.**  
**Del livello di aprop. Pres.**

## INTERVENTI SULL'APROPRIATEZZA PRESCRITTIVA



Acquisizione di **informazioni relative al problema assistenziale** di interesse attraverso iniziative specifiche di audit clinico

Identificazione delle **linee-guida già esistenti**

Costituzione di un gruppo di lavoro multidisciplinare e multiprofessionale per la "traduzione" delle linee-guida in **percorsi diagnostico-terapeutici locali**

Adozione di una strategia di implementazione appropriata (**protocollo / procedura**)

Valutazione dell'**impatto**.



## **INTERVENTI SULL'APROPRIATEZZA PRESCRITTIVA**

***Per avviare un programma di implementazione di raccomandazioni occorre:***

- coinvolgere i diversi diretti interessati;***
- sviluppare una proposta per il cambiamento che sia supportata dalle prove scientifiche, fattibile e rilevante (protocolli, linee-guida);***
- valutare le difficoltà principali e selezionare strategie mirate ai diversi problemi ;***
- definire indicatori per misurare il risultato e monitorare il progresso.***



## **INTERVENTI SULL'APROPRIATEZZA PRESCRITTIVA**

**Una particolare attenzione va rivolta al processo di integrazione, tramite un sistema informativo informatico, dei MMG e dei PLS, nell'organizzazione delle diverse attività assistenziali dirette, in collaborazione con le strutture del territorio, al fine di realizzare circuiti diagnostico terapeutici condivisi, nonché l'attuazione e diffusione di programmi di promozione della salute volti alla adozione da parte della cittadinanza assistita di comportamenti e stili di vita "sani".**



## **INTERVENTI SULL'APROPRIATEZZA PRESCRITTIVA**

**L'integrazione tra processi è l'obiettivo finale:**

**un percorso assistenziale, infatti, può avere una sua fase di cura ospedaliera e altre di tipo territoriale a maggiore o minore intensità assistenziale**

**Ugualmente per garantire la continuità assistenziale si rende necessario seguire gli assistiti attraverso i processi centrando sul cittadino il sistema informativo**

**Un sistema informativo che integra i processi, di conseguenza, eviterà non solo la perdita di informazioni, ma anche la perdita di capacità da parte del sistema di garantire i livelli di assistenza**

**Identificazione, sperimentazione e validazione di alcuni indicatori di qualità delle attività sanitarie e socio-sanitarie del territorio  
Convegno di presentazione dei risultati del Progetto di Ricerca finalizzata**



**ASL ROMA A**

U.O. STATISTICO  
EPIDEMIOLOGICA

**Corsi paralleli di formazione per lo studio e l'applicazione degli indicatori di qualità delle attività sanitarie e socio-sanitarie del territorio  
14-15 Settembre 2006, Università degli Studi di Roma Tor Vergata  
Giovedì 14 settembre 2006**

**Corso di formazione 2 – Analisi qualitativa: gli indicatori di umanizzazione**

**GRAZIE DELLA  
PAZIENTE  
ATTENZIONE**