

1° OPEN MEETING

**I Grandi Ospedali Italiani
si confrontano per fare Sistema
Firenze, Careggi
17/18 Novembre 2022**

Work in progress

**DOSSIER V.1
2022**



L'**Open Meeting Grandi Ospedali** è un'iniziativa di grande **valore intrinseco e strategico** riconosciuto per la sua formula dialogica e partecipativa e per la presenza di un partner importante e rappresentativo quale **FIASO** che ha scelto di essere protagonista di questo processo di rinnovamento e di crescita degli ospedali di grandi dimensioni, grazie al portato di una visione di orizzonte, sistemica e lungimirante, grazie ad un confronto ragionato tra i propri Direttori.

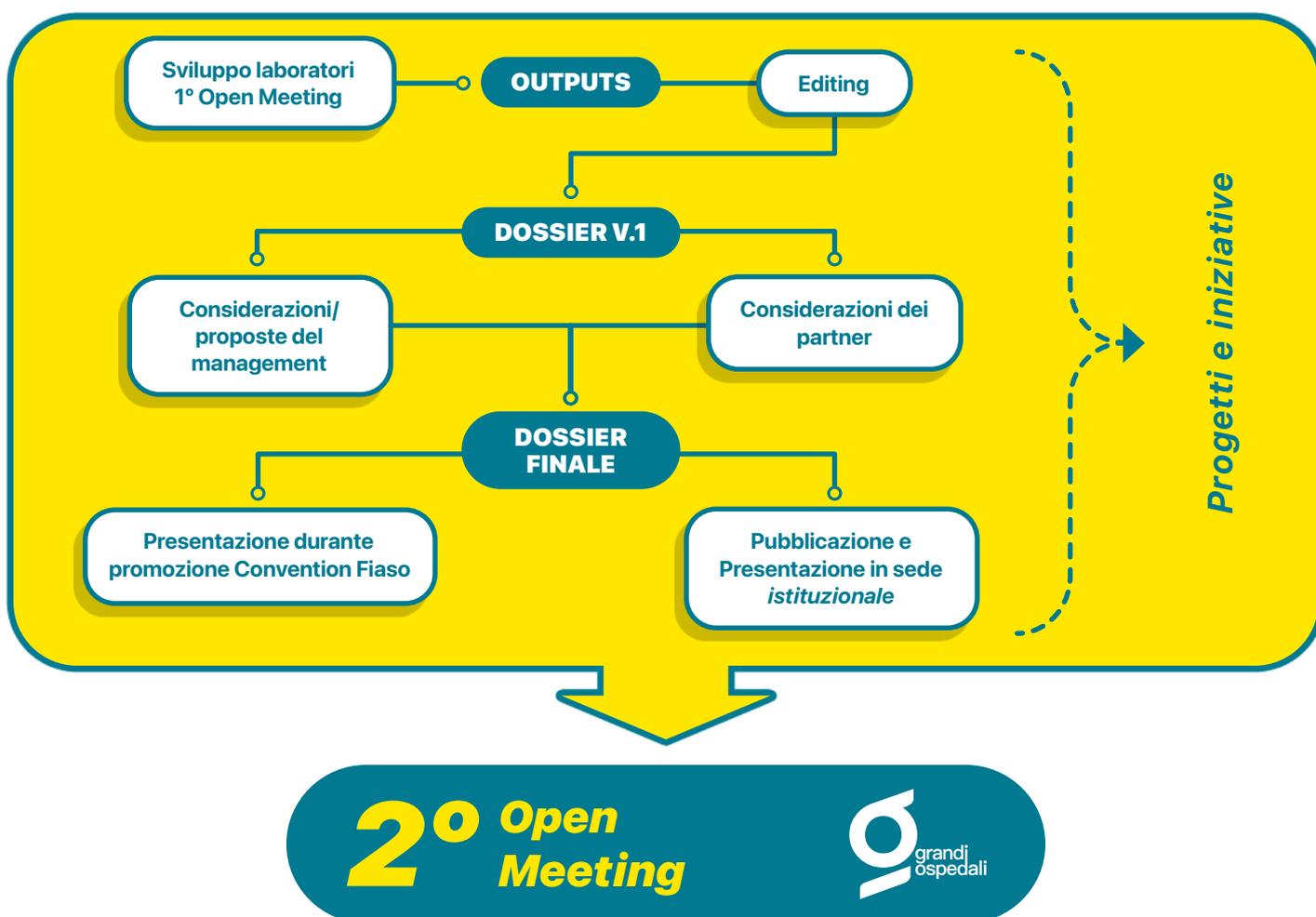
Il mandato di FIASO era **capitalizzare quanto emerso dai laboratori** e dall'evento, per renderlo fruibile al management sanitario ed offrire quindi suggestioni, indicazioni e chiavi di lettura utili per i direttori delle Aziende. Ne è nato questo dossier che raccoglie **riflessioni di sistema** che possono rappresentare uno strumento manageriale importante anche nell'ottica della **motivazione delle persone** che lavorano nelle strutture.

Grazie quindi ad un'attività di partecipazione a più livelli, questa iniziativa si configura – ben oltre l'evento in senso stretto e le sue edizioni – come **una matrice di progetti, reti,**

collaborazioni che derivano da queste preziose occasioni di confronto e di condivisione.

I managers coinvolti possono offrire una lettura critica degli esiti dei laboratori e orientare i propri colleghi verso scelte o riflessioni strategiche. Del resto se è importantissimo far emergere criticità, bisogni e progettualità dal basso, ovvero da chi opera sul campo, il manager può valutare queste risultanze da un punto di osservazione privilegiato ed eventualmente correggere il tiro in un'ottica di efficacia ed efficienza, avendo cura, naturalmente, di valorizzare, gratificare e motivare il proprio personale.

Ne deriva che il lavoro collettivo e sinergico che stiamo compiendo è un processo – che va dalla progettazione, allo sviluppo del laboratorio, alla stesura ed implementazione del report e delle relative considerazioni – e in questo flusso anche **i Partners possono contribuire ad arricchire la lettura e lo sviluppo delle tematiche proposte, fino ad arrivare alla stesura di un Dossier finale.**



L'auspicio è che l'approccio (e la pratica) alla condivisione e al confronto possano portare ad una crescita reciproca e continua e quindi a **far emergere nuove progettualità e a sviluppare un modello.**

In un'ottica di sistema e di prospettiva, **nella costruzione della seconda edizione** di Grandi Ospedali, in programma a Roma nel mese di maggio '23 – in cui vor-

remmo valorizzare alcune delle tematiche trattate a Firenze e sviluppare temi verticali come ad esempio le eccellenze specialistiche – **l'auspicio è di ricevere sollecitazioni e spunti dai nostri Partners**, ciascuno dal proprio punto di osservazione e di operatività, ma tutti nell'interesse di una sanità efficace e funzionale per chi vi opera quotidianamente.

Tema 1 La ricerca

Laboratorio 1.1 <i>La governance della ricerca</i>	5
Laboratorio 1.2 <i>Le sperimentazioni di fase 1</i>	7
Laboratorio 1.3 <i>Clinical Trial Center aziendale</i>	9

Tema 2 La gestione delle competenze

Laboratorio 2.1 <i>Attuabilità del processo di credentialing</i>	11
Laboratorio 2.2 <i>La gestione delle Clinical competencies</i>	14
Laboratorio 2.3 <i>The sooner the better: L'imprinting alle buone relazioni di cura</i>	16
Laboratorio 2.4 <i>Le competenze psicologiche relazionali</i>	19

Tema 3 La cooperazione inter-organizzativa

Laboratorio 3.1 <i>La strutturazione di articolazioni organizzative interaziendali</i>	21
Laboratorio 3.2 <i>I Percorsi integrati</i>	24
Laboratorio 3.3 <i>Il Grande Ospedale e le Reti trapiantologiche</i>	26
Laboratorio 3.4 <i>Il Grande Ospedale nel contesto delle reti cliniche europee</i>	28

Tema 4 L'innovazione organizzativa

Laboratorio 4.1. <i>Il Co-management internistico/geriatrico-chirurgico nei percorsi complessi</i>	30
Laboratorio 4.2. <i>I microsistemi per una reale interprofessionalità</i>	32
Laboratorio 4.3. <i>More with less: conciliare elevati standard di cura ed efficienza produttiva</i>	34

Tema 5 L'innovazione clinica e tecnologica

Laboratorio 5.1. <i>La gestione delle nuove frontiere terapeutiche</i>	36
Laboratorio 5.2. <i>L'introduzione di nuove tecnologie come ponte tra potenziamento dell'assistenza e sviluppo delle competenze</i>	39
Laboratorio 5.3. <i>Conciliare innovazione e rispetto delle regole di immissione sul mercato</i>	41

Tema 6 Progettare con i pazienti

Laboratorio 6.1. <i>La risposta di un ospedale universitario ai bisogni di salute delle persone fragili e vulnerabili</i>	43
Laboratorio 6.2. <i>La co-promozione della salute nel Grande Ospedale</i>	45
Laboratorio 6.3. <i>La co-gestione della transitional care</i>	47

Tema 7 L'adattamento a scenari ad impatto rapido in un Grande Ospedale

Laboratorio 7.1. <i>Le risposte in emergenza della ricerca clinica</i>	50
Laboratorio 7.2. <i>Il layout flessibile</i>	52
Laboratorio 7.3. <i>Co-working</i>	55

Tema 8 Il Management aziendale

Laboratorio 8.1. <i>Il management come funzione di "servizio"</i>	57
Laboratorio 8.2. <i>Le nuove frontiere del controllo direzionale aziendale</i>	59
Laboratorio 8.3. <i>Green ed Energia</i>	61
Laboratorio 8.4. <i>Campus sostenibile</i>	63

Tema 9 Orientamento al futuro

Laboratorio 9.1. <i>Grandi Ospedali italiani, le partnership e il PNRR</i>	66
Laboratorio 9.2. <i>Open Innovation</i>	67
Laboratorio 9.3. <i>Grande Ospedale, la formazione, reclutamento e valorizzazione dei giovani professionisti e dei talenti</i>	70
Laboratorio 9.4. <i>La comunicazione</i>	73
Laboratorio 9.5. <i>La gestione della conoscenza</i>	75
Laboratorio 9.6. <i>La logistica</i>	78
Laboratorio 9.8. <i>La farmacia ospedaliera dei Grandi Ospedali e l'innovazione</i>	80

Focus su Le funzioni di supporto alla ricerca: L'esperienza di AOU Careggi, Firenze,

Obiettivo: la ricerca è prevista come attività core di un'azienda ospedaliera universitaria secondo i principi del decreto legislativo n° 517/1999 tuttavia, mentre per quanto riguarda gli IRCSS la normativa specifica orienta specificatamente il governo della ricerca, le altre realtà hanno l'esigenza di definire strumenti e approcci sempre più performanti per assicurare il potenziamento dell'attività di ricerca svolta in azienda tra i quali, ad esempio, l'individuazione di servizi trasversali dedicati per favorire l'estensione delle strutture cliniche ed assistenziali coinvolte, sostenere ulteriormente le realtà aziendali già impegnate in attività di ricerca, promuovere adeguate collaborazioni interne tra ricerca clinica, preclinica e sperimentale. **Questo laboratorio affronta il tema dell'integrazione della ricerca e assistenza sotto il profilo organizzativo e gestionale.**

Scenario di riferimento

Il Laboratorio è stato introdotto da una Keynote Lecture proposta Renato Pizzuti, Direttore Generale, AORN "San Giuseppe Moscati" di Avellino, dal titolo: "La produzione scientifica è un elemento cardine di un grande ospedale: quali strategie per sostenerla sia nella componente universitaria che ospedaliera".

La presentazione iniziale ha proposto delle domande ai relatori e partecipanti al tavolo di lavoro: le aziende sanitarie devono essere protagoniste nella ricerca? Quali strategie per la governance della ricerca? Come costruire reti nazionali e internazionali per la ricerca?

Il focus proposto ha evidenziato, in primo luogo, l'esperienza di AOU Careggi nell'individuazione delle funzioni a sostegno della ricerca inserite nel nuovo atto aziendale (in approvazione). Nello specifico, sono state elencate le principali azioni messe in campo:

- servizi specifici e trasversali a supporto della ricerca
- una nuova governance e l'ottimizzazione delle procedure
- risorse umane dedicate
- rapporti con l'esterno e con i network della ricerca
- promuovere le reti di professionisti

Alla luce di questa prima presentazione sono state anche evidenziate delle criticità in questo specifico settore:

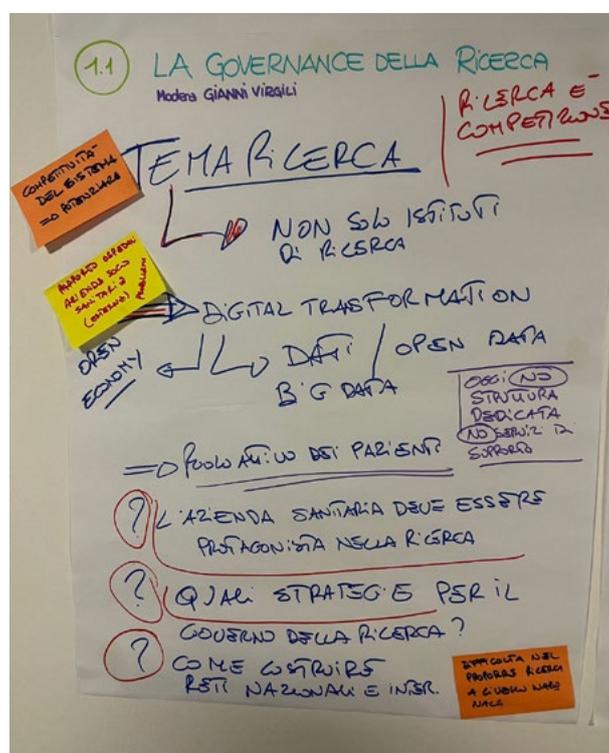
- valorizzazione e stabilizzazione delle persone nel tempo
- disponibilità di servizi trasversali e innovativi a supporto della ricerca
- ottenere finanziamenti costanti dedicati e difficoltà nel reperire fondi specifici
- carenza di reti strutturate per ricerca di interesse nazionale o internazionale
- piani di lungo periodo per la ricerca

Sulla base delle criticità emerse sono state avanzate delle proposte e delle indicazioni grazie al confronto avuto all'interno del tavolo di lavoro.

Le azioni proposte e le azioni prioritarie

Progettualità della ricerca

Per rendere l'attività di ricerca sempre più valorizzata, è importante che le progettualità proposte siano istituzionalizzate, competitive, con obiettivi misurabili e rendicontabili. Il dimensionamento è un ulteriore aspetto da implementare in quanto deve essere sempre più frutto di reti trasversali nazionali e internazionali e con una collaborazione tra ospedali e laboratori. La progettualità della ricerca deve essere pianificata e deve rispecchiare la visione dell'ospedale e della struttura sanitaria.



Focus sull'attuabilità del nuovo modello aziendale per le sperimentazioni di fase 1

Obiettivo: le sperimentazioni di fase I costituiscono il primo step per le nuove tendenze della ricerca clinica e in alcuni ambiti hanno assunto un ruolo terapeutico costituendo in determinati casi la prima possibilità di accesso precoce ai farmaci potenzialmente innovativi in particolare in oncologia, ematologia e nelle malattie rare. A livello nazionale si registra un trend positivo costante degli studi rivolti ai pazienti e questo fa emergere l'esigenza di affrontare in modo specifico il tema dell'interazione tra ricerca e assistenza in relazione agli studi di fase I. Questo laboratorio affronta il tema dell'organizzazione a livello aziendale di percorsi dedicati agli studi di fase I rivolti a pazienti per ottimizzare le funzioni di supporto e assicurare le competenze clinico assistenziali necessarie.

Scenario di riferimento

Il moderatore, dott. Lorenzo Antonuzzo, direttore Oncologia Medica AOU Careggi, dopo una introduzione sulla produzione scientifica quale elemento cardine di un grande ospedale, ha avviato il focus su "attuabilità del nuovo modello aziendale per le sperimentazioni di fase 1".

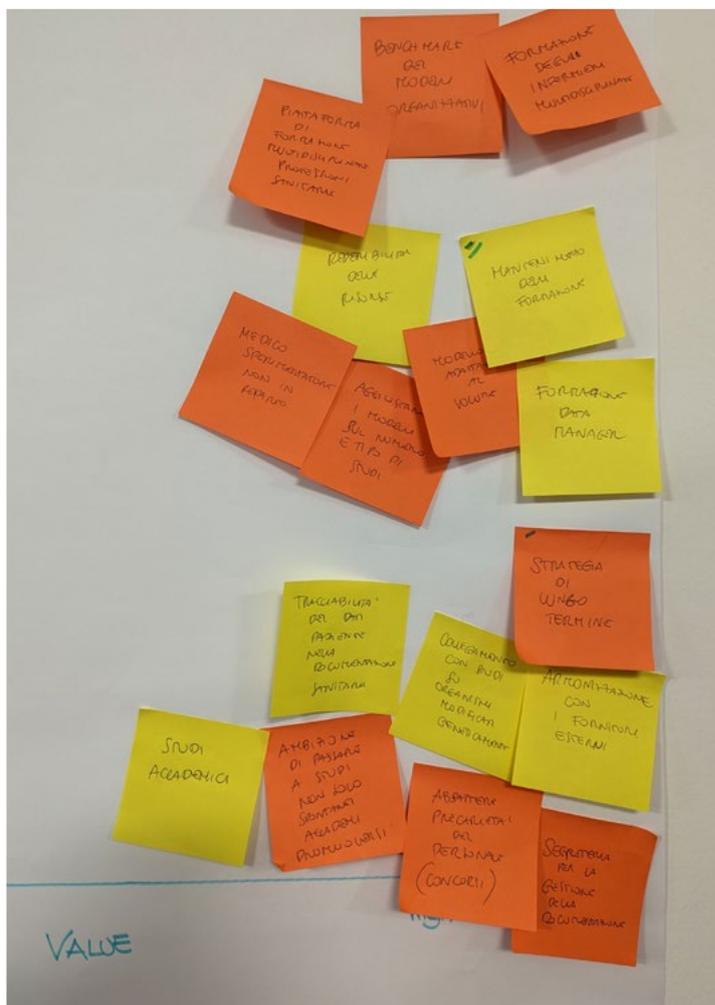
Hanno quindi presentato il focus i dottori e le dottoresse Manuela Benelli, Laura Rasero, Carlo Tamburini e Gianluca Villa, illustrando la situazione attuale di Careggi dal punto di vista delle sperimentazioni di fase 1, alcune criticità e le strategie in atto per superarle.

I partecipanti, dottori e dottoresse Vincenza Masetti, Elisa Mazzini, Aldo Roccaro e Matteo Simonelli hanno quindi riportato le proprie esperienze in tal senso, sottolineando le difficoltà in comune, le strategie di superamento adottate nelle varie realtà e le buone prassi adottate. Il confronto è stato molto produttivo, con tanti interventi, scambi, domande e un clima di grande partecipazione.

Le azioni proposte e le azioni prioritarie

Sistematizzando quanto emerso dal confronto all'interno del grafico *Idea Prioritization*, sono stati definiti questi aspetti:

- Idee ad alto valore e di facile implementazione: creazione di un sistema di *benchmark* per i modelli organizzativi, una formazione multidisciplinare per il personale infermieristico dedicato alle sperimentazioni, la creazione di una piattaforma di formazione multidisciplinare per le professioni sanitarie.
- Idee ad alto valore e con difficoltà di implementazione media: formazione specifica di Data Manager specializzati, creazione di modelli di sperimentazione adattabili al volume e al tipo di sperimentazioni (modelli flessibili), migliorare la reperibilità delle risorse umane dedicandole in maniera specifica alle sperimentazioni.
- Idee ad alto valore ma di difficile implementazione: creazione di una strategia di lungo termine del modello organizzativo, creazione di un sistema di tracciabilità dei pazienti nella documentazione sanitaria, collegamento con studi sugli organismi geneticamente modificati, armonizzazione con i fornitori esterni, riuscire a portare avanti anche studi di tipo accademico, abbattere la precarietà del personale tramite concorsi e creare una segreteria per la gestione della documentazione relativa alle sperimentazioni.



Considerazioni integrative

Stiamo raccogliendo considerazioni a cura dei **Management Advisors** per una valutazione strategica del tema trattato. Ci auspichiamo di ricevere proposte anche da parte dei **Partners**, con l'obiettivo di definire progettualità e iniziative condivise.

I contributi in questione potranno riguardare uno o più laboratori, a scelta. Per ogni laboratorio il contributo scritto non dovrà superare i 2.500 caratteri e dovrà indicare il nome del laboratorio a cui si riferisce.

Questi dovranno essere inviati a grandiospedali@koncept.it per essere integrati nel dossier finale.

Hanno partecipato

Moderatore: Lorenzo Antonuzzo, Direttore Oncologia medica, AOU Careggi, Firenze

Management Advisor: Renato Pizzuti, Direttore Generale, AORN "San Giuseppe Moscati", Avellino

Facilitatore: Ester Macrì

Partecipanti: Filomena Autieri, Vincenza Maselli, Elisa Mazzini, Laura Rasero, Aldo Roccaro, Matteo Simonelli, Carlo Tamburini, Gianluca Villa (elenco dei partecipanti iscritti in fase di registrazione all'evento: chiunque abbia partecipato al laboratorio può scrivere a grandiospedali@koncept.it e verrà inserito nel report)

Focus su la contestualizzazione del CTC nella Gestione operativa della ricerca

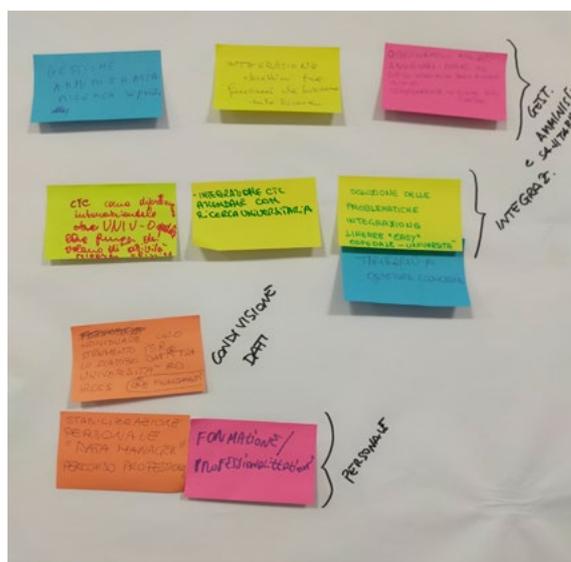
Obiettivo: i Clinical Trial Center nascono per ottimizzare la gestione dei Trial Clinici da un punto di vista scientifico e normativo. Uno degli ambiti di interesse è quello di promuovere e supportare l'attività di ricerca a tutti i livelli dell'organizzazione. **Questo laboratorio affronta le soluzioni organizzative da poter mettere in atto per favorire l'incremento delle aree e dei professionisti coinvolti e divulgare la cultura della ricerca clinica condotta secondo GCPs.**

Scenario di riferimento

Le parole chiave intorno a cui si è organizzato il CTC di Careggi sono **Accentrare** (alcune funzioni), **Decentrare** (altre funzioni) e **Articolare** (le attività del CTC con quelle di uffici affini)

Le **criticità** emerse al tavolo sono:

- La tipologia di ospedale (Azienda, Università, IRCCS) condiziona le modalità organizzative di un *Clinical Trial Office*
- Ci sono differenti gradi di libertà, ad esempio sul piano finanziario e contrattualistico.
- Si auspica una maggiore fluidità di rapporti tra questi diversi soggetti della ricerca.
- In generale le pratiche amministrative devono essere velocizzate e semplificate. Importante sarebbe adottare procedure snelle per travasare i fondi da un soggetto giuridico ad un altro.
- È affrontata la questione del personale dei CTC e delle figure di collegamento. Viene suggerito che all'interno del CTC via sia multidisciplinarietà e interdisciplinarietà di competenze e metodi diversi che possono contribuire allo stesso obiettivo.
- Importante la valorizzazione di alcune figure, quella dei data manager, stabilizzandoli e diversificando i profili; quella degli study coordinator, punto di riferimento con i reparti; quella del personale dedicato per rendicontazione (due esperienze specifiche).
- Manca un commitment iniziale anche sul piano legislativo per avere tempo dedicato alla ricerca e tempo dedicato alla clinica. La ricerca è fatta a "tempo avanzo".
- Un elemento critico è rappresentato dal recente regolamento europeo sulle sperimentazioni che coinvolge il CTC e i comitati etici
- Importante il supporto agli studi no-profit e del conflitto di interessi, che esiste e va gestito.
- Un tema importante è quello del data sharing e dei big data.



Le azioni proposte e le azioni prioritarie

Le **azioni** proposte sono state raggruppate in 4 macrocategorie:

1. Definire l'identità amministrativa e sanitaria del CTC – riferita alla definizione di un modello di funzionamento e di relazione tra i soggetti, con obiettivi specifici e figure chiave
2. Integrare fortemente le attività del CTC con quelle dei singoli ricercatori
3. Sviluppare supporti per la condivisione dati – costruzione di una piattaforma per facilitare lo scambio dei dati
4. Dotare il CTC del personale minimo e l'ospedale di personale dedicato alla ricerca in genere– dove rientrano azioni più specifiche rivolte alla formazione (in particolare data manager) e alla stabilizzazione

dello stesso

I temi delle 4 macroazioni sono stati collocati sull'asse cartesiano in base alla valutazione fatta dai partecipanti al tavolo relativamente a facilità di realizzazione e importanza/valore di ognuno. Ne risulta che investire in azioni di integrazione tra i soggetti (Azienda, IRCCS e Università) è il tema che si colloca in posizione mediamente difficile nel valore della realizzazione e nella fattibilità della stessa. La questione della identità amministrativa e scientifico-sanitaria è alla base del ragionamento e quindi di elevato valore di realizzazione e di semplice implementazione.

I temi relativi all'investimento sul personale e sulla condivisione dei dati sono obiettivi di alto valore, ma di difficile realizzazione.

Dal laboratorio è emerso anche il suggerimento di creare dei sottogruppi di lavoro operativi su linee guida condivise da tutti i CTC.

Considerazioni integrative

*Stiamo raccogliendo considerazioni a cura dei **Management Advisors** per una valutazione strategica del tema trattato. Ci auspichiamo di ricevere proposte anche da parte dei **Partners**, con l'obiettivo di definire progettualità e iniziative condivise.*

I contributi in questione potranno riguardare uno o più laboratori, a scelta. Per ogni laboratorio il contributo scritto non dovrà superare i 2.500 caratteri e dovrà indicare il nome del laboratorio a cui si riferisce.

Questi dovranno essere inviati a grandiospedali@koncept.it per essere integrati nel dossier finale.

Hanno partecipato

Moderatore: Salvatore De Masi, Direttore Clinical Trial Center, AOU Careggi, Firenze

Management Advisor: Renato Pizzuti, Direttore Generale, AORN San Giuseppe Moscati, Avellino

Facilitatore: Francesca Ierardi

Partecipanti: Pierluigi Bonomo, Alessandra Ferrari, Eleonora Ferretti, Daniela Greto, Vincenzo Giurlanda, Girolama Iadicicco, Mauro Iori, Luca Massacesi, Fausto Sessa, Michele Tedeschi (*elenco dei partecipanti iscritti in fase di registrazione all'evento: chiunque abbia partecipato al laboratorio può scrivere a grandiospedali@koncept.it e verrà inserito nel report*)

Focus sull'applicazione delle competenze ("privileges") nella chirurgia oncologica

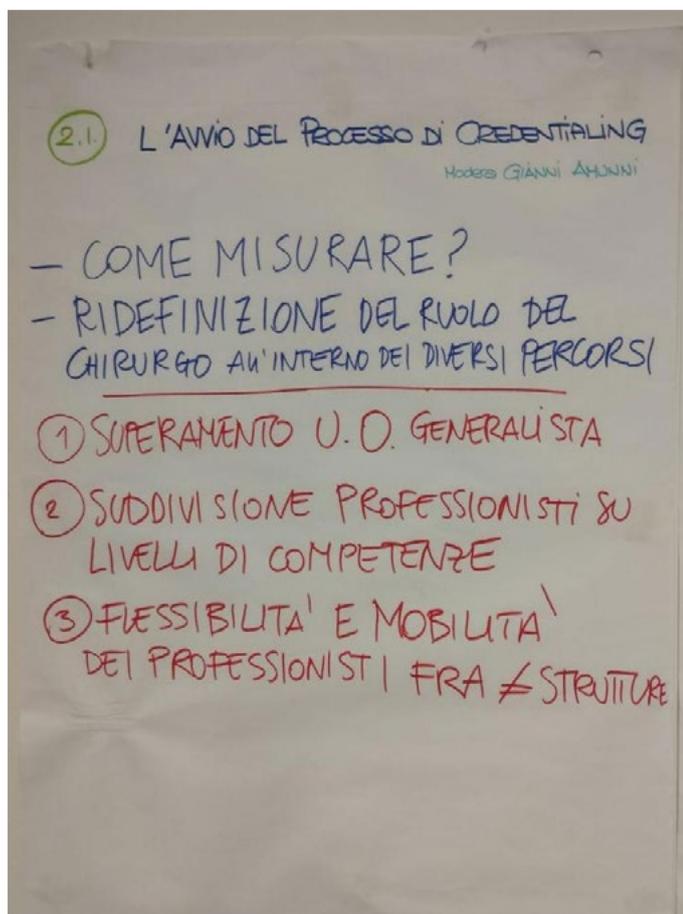
Obiettivo: da oramai diversi anni il tema del *credentialing* è stato recepito e tradotto in soluzioni applicative in molti paesi e il processo di attribuzione di credenziali di competenza è recepito anche da sistemi di accreditamento internazionali tra i più diffusi. Uno degli ambiti nei quali si evidenzia un maggiore vantaggio dalla sua introduzione è quello chirurgico, in particolare per le casistiche per le quali esistono evidenze sul rapporto volume soglia/ operatore in termini di qualità e sicurezza per il paziente. Questo laboratorio affronta il tema di come strutturare un sistema di gestione dinamica dei privileges in chirurgia partendo dalla considerazione che i tempi sembrano maturi per un investimento in questa direzione da parte delle aziende perché ormai si sta affermando la consapevolezza e l'urgenza che si tratta di una materia chiave per la sostenibilità e legittimazione futura dei professionisti e delle organizzazioni.

Scenario di riferimento

Il focus del laboratorio si è incentrato sull'applicazione delle competenze (*privileges*) nella chirurgia oncologica poiché si sta oramai affermando la consapevolezza che questo sia un tema chiave per la sostenibilità e la legittimazione futura di professionisti ed organizzazioni. Il tema del *credentialing* è da anni tradotto in soluzioni applicative e il processo di attribuzione di credenziali di competenza è recepito anche da sistemi di accreditamento internazionali. In ambito chirurgico, in particolare per le casistiche per le quali esistono evidenze sul rapporto volume soglia/operatore in termini di qualità e sicurezza per il paziente, si evidenzia un grande vantaggio dall'introduzione di questo processo.

TEMATICHE AFFRONTATE DAI PRESENTATORI:

1. Quality assessment e gestione delle competenze in chirurgia generale – Marco Montorsi
2. La gestione delle competenze in chirurgia d'urgenza – Paolo Prospero
3. La gestione delle competenze - L'avvio del processo di credentialing – Elena Giacomelli



Le azioni proposte e le azioni prioritarie

Tematiche principali emerse dalla discussione:

ITEMS	SITUAZIONE IN AOU CAREGGI	PROPOSTE DI AZIONE
Ambiti in cui si applica il sistema di conferimento dei <i>clinical privileges</i>	Trattamento di patologia oncologica rara e/o complessa quale i tumori dell'esofago, pancreas, stomaco, fegato, retto e surrene	
Superamento della U.O generalista mediante concentrazione della casistica	Individuazione delle SOD di riferimento per la patologia oncologica: SOD Chirurgia dell'Apparato Digerente per i tumori dell'esofago, stomaco, retto e surrene SOD Chirurgia Epatobiliopancreatica per i tumori del fegato e pancreas	
Individuazione dei livelli di autonomia	L1, in formazione, non autonomo; L2, può svolgere la procedura con supervisione da parte di un esperto (L3); L3, può svolgere la procedura in autonomia; L4, può formare altri professionisti (tutor)	
Individuazione delle <i>clinical competences</i>	Numerosità degli interventi	Individuazione di altri indicatori come tempi operatori, degenza media, re-interventi, re-ingressi, infezioni, consumo sangue, risultati oncologi
Misurazione delle <i>clinical competences</i>		Acquisizione di specifico sistema informatico aziendale quale CPIS (<i>Clinical Performance Information System</i>) adottato presso Humanitas University
Formazione continua		Definizione degli strumenti e della periodicità per la rivalutazione dei livelli di autonomia Creare cultura multidisciplinare mediante l'effettiva partecipazione ai GOM
Rapporto con Area Vasta Centro		Creare un modello <i>Hub and spoke</i> e definire dei percorsi integrati con le realtà ospedaliere del territorio
Monitoraggio del rispetto delle indicazioni aziendali	Inserimento dell'indicatore "Rispetto della casistica specifica" negli obiettivi di budget per ciascuna SOD	
Formazione degli specializzandi	Rotazione dei medici in formazione in tutte le SOD di AOUC e negli ospedali territoriali Frequenza dell'ultimo anno nella SOD più attinente alle proprie capacità e ambizioni professionali	
Flessibilità e mobilità dei professionisti fra diverse SOD		Implementazione del modello di <i>tutoring e proctoring</i>

Considerazioni integrative

Stiamo raccogliendo considerazioni a cura dei **Management Advisors** per una valutazione strategica del tema trattato. Ci auspichiamo di ricevere proposte anche da parte dei **Partners**, con l'obiettivo di definire progettualità e iniziative condivise.

I contributi in questione potranno riguardare uno o più laboratori, a scelta. Per ogni laboratorio il contributo scritto non dovrà superare i 2.500 caratteri e dovrà indicare il nome del laboratorio a cui si riferisce.

Questi dovranno essere inviati a grandiospedali@koncept.it per essere integrati nel dossier finale.

Hanno partecipato

Moderatore: Gianni Amunni, Coordinatore della Rete Oncologica della Regione Toscana

Management Advisor: Silvia Briani, Direttore Generale, Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana

Facilitatore: Claudia Gatteschi

Partecipanti:* Fabio Cianchi, Eugenio Cocozza, Elena Giacomelli, Luca Gianotti, Piero Vincenzo Lippolis, Marco Montorsi, Paolo Prospero, Franco Roviello, Guido Torzilli (*elenco dei partecipanti iscritti in fase di registrazione all'evento: chiunque abbia partecipato al laboratorio può scrivere a grandiospedali@koncept.it e verrà inserito nel report*)

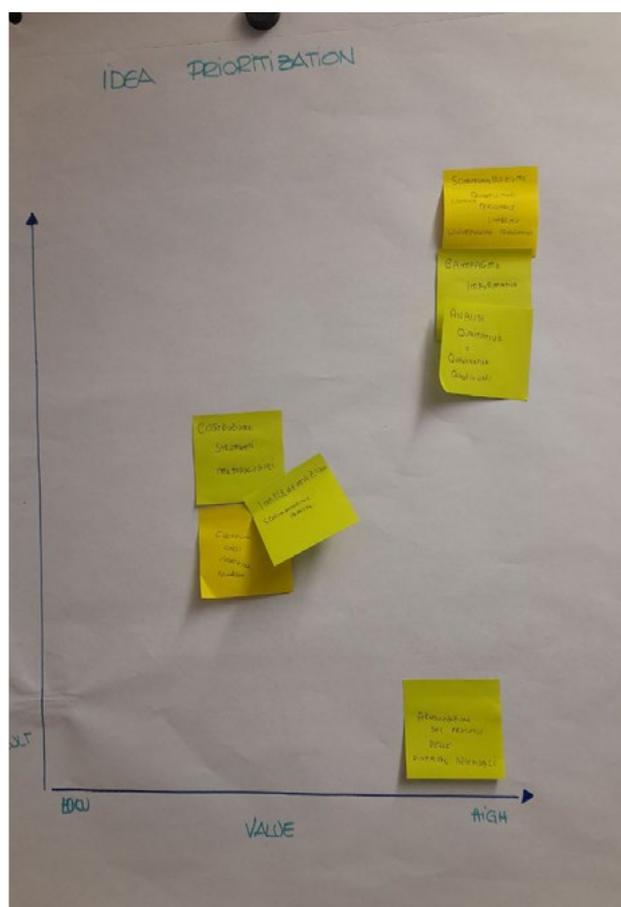
Focus sull'introduzione delle *clinical competencies* in ambito internistico

Obiettivo: Le *clinical competencies* sono il risultato delle conoscenze, dell'abilità e delle capacità tecniche, delle qualità professionali di ogni singolo professionista nel contesto sanitario di riferimento. Sono la base necessaria per costruire percorsi di crescita professionali coerenti con le strategie aziendali e i bisogni di salute in evoluzione, valorizzando le competenze individuali e introducendo valutazioni delle performance cliniche a livello individuale. L'obiettivo delle aziende è quello di declinare strategie per consentire uno sviluppo in linea con la consapevolezza della loro rilevanza all'interno delle organizzazioni. Questo laboratorio affronta il tema di quali siano concretamente le aree di intervento su cui orientarsi, come queste si inseriscono nella formazione curriculare e in quella del personale dipendente per individuare gli ambiti operativi sui quali poter sviluppare progettualità dedicate.

Scenario di riferimento

Il laboratorio si è posto come obiettivo la creazione di una serie di strumenti volti alla valutazione delle competenze cliniche dei professionisti sanitari. Definiamo le *clinical competencies* come il risultato delle conoscenze, dell'abilità e delle capacità tecniche, delle qualità professionali di ogni singolo professionista nel contesto sanitario di riferimento.

Costituiscono un vero e proprio trampolino di lancio per la costruzione di percorsi di crescita professionali coerenti con le strategie aziendali e i bisogni di salute in evoluzione, valorizzando le competenze individuali e introducendo valutazioni delle *performance* cliniche a livello individuale.



Il primo passo consiste in una vera e propria valutazione dei tre ambiti di conoscenza dell'operatore sanitario.

Il primo ambito è il sapere vero e proprio che si basa sulle conoscenze generali e viene rilevato attraverso un book di domande teoriche random erogate da una piattaforma web interattiva. Inoltre, viene fatta una valutazione curricolare dei titoli per poi incrociarla con i dati provenienti dal questionario.

Il secondo ambito di valutazione riguarda il "saper essere" e comprende la valutazione del ragionamento clinico mediante la simulazione di un caso clinico complesso reale. Le modalità di ragionamento clinico si riconducono sostanzialmente a due differenti tipologie: il ragionamento euristico, veloce, intuitivo, induttivo, basato sul riconoscimento (*pattern recognition, rule-out worst case, event driven*), acquisito in gran parte attraverso l'esperienza e utilizzabile da medici esperti) e il ragionamento algoritmico, più lento, razionale, deduttivo, basato su regole esplicite, analitico (utilizzabile da medici meno esperti, maggiormente funzionale alla didattica). Lo svolgimento del caso clinico complesso permette di esplorare entrambi gli ambiti, integrando anche le *soft skills* ovvero le competenze trasversali che il sanitario utilizza durante lo svolgimento del proprio lavoro come le capacità di *team building*, la multidisciplinarietà, la relazione e comunicazione medico-paziente e medico-familiare. Ogni caso clinico presenta alcuni snodi decisionali diagnostico-terapeutici elaborati da esperti, con diversi livelli di difficoltà e di appropriatezza mediante metodo Rand.

Il terzo ambito riguarda il sapere fare e fa riferimento all'insieme delle abilità strettamente intese che ogni internista deve saper svolgere.

Il questionario è stato sottoposto in via sperimentale ad un gruppo di professionisti ed è stato rilevato un altissimo grado di soddisfazione da parte degli intervistati (pari al 95%). Ciò è un elemento incoraggiante in quanto uno strumento di rilevazione delle proprie competenze è ritenuto estremamente utile da parte dei professionisti

e punto di partenza fondamentale per un'analisi consapevole ed individualizzata dei bisogni formativi.

Il bilancio della clinical competence con tale metodologia mira a mettere in luce e valorizzare anche le *soft skills*, che sono sempre state considerate marginalmente, ed ha come obiettivo sia la valorizzazione del dipendente, sia un vero e proprio orientamento consapevole dei suoi bisogni formativi, in modo tale da aumentare il grado di soddisfazione e gratificazione lavorativa.

Con la mappatura dei saperi all'interno dei reparti è possibile generare una miglior suddivisione del lavoro mediante la creazione di referenti interni. Le *soft skills* rivestiranno un ruolo di maggior importanza e ciò concorrerà al raggiungimento di una maggior armonia tra i professionisti all'interno del reparto. Infine, la maggior consapevolezza dei bisogni formativi individuali porterà sia ad un miglioramento e ottimizzazione delle azioni formative proposte, che ad una maggior gratificazione lavorativa del dipendente.

A seguito della valutazione è di vitale importanza attivare ed implementare i corsi di formazione maggiormente idonei alle esigenze dei professionisti. Seguendo questo criterio il valore aggiunto derivante dalla partecipazione dei cicli formativi sarà elevata.

Infine, occorre impostare una campagna informativa che faccia chiarezza sull'accezione positiva della valutazione, la quale corrisponde ad una opportunità di miglioramento e non un mero giudizio.

Le azioni proposte e le azioni prioritarie

Le azioni proposte:

- Somministrazione questionari al personale interno. Azione prioritaria di facile attuazione ad alto valore aggiunto.
- Creazione e conduzione di una campagna informativa. Azione prioritaria di facile attuazione ad alto valore aggiunto.
- Analisi quantitativa e qualitativa dei questionari. Azione prioritaria di facile attuazione ad alto valore.
- Costruzione strumenti metodologici. Azione prioritaria di media difficoltà e medio valore aggiunto.
- Implementazione sperimentazione pratiche valutazione sul personale interno. Azione di media difficoltà e medio valore aggiunto.
- Creazione corsi di formazione personalizzata. di media difficoltà e medio valore aggiunto.
- Armonizzazione del processo delle dinamiche aziendali. di alta difficoltà e alto valore aggiunto

Considerazioni integrative

*Stiamo raccogliendo considerazioni a cura dei **Management Advisors** per una valutazione strategica del tema trattato. Ci auspichiamo di ricevere proposte anche da parte dei **Partners**, con l'obiettivo di definire progettualità e iniziative condivise.*

I contributi in questione potranno riguardare uno o più laboratori, a scelta. Per ogni laboratorio il contributo scritto non dovrà superare i 2.500 caratteri e dovrà indicare il nome del laboratorio a cui si riferisce.

Questi dovranno essere inviati a grandiospedali@koncept.it per essere integrati nel dossier finale.

Hanno partecipato

Moderatore: Carlo Nozzoli, Direttore DEA, AOU Careggi, Firenze

Management Advisor: Silvia Biani, Direttore Generale, Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana

Facilitatore: Alessandro Latterini

Partecipanti:* Paolo Angeli, Francesco Dentali, Francesco Mancuso, Giorgio Mazzi, Ombretta Para, Domenico Prisco (elenco dei partecipanti iscritti in fase di registrazione all'evento: chiunque abbia partecipato al laboratorio può scrivere a grandiospedali@koncept.it e verrà inserito nel report)

Laboratorio 2.3 The sooner the better: L'imprinting alle buone relazioni di cura

Focus su la formazione agli studenti del Corso di laurea in Medicina sulla comunicazione con il paziente

Obiettivo: il sapere bio-medico legittimante risulta essere ancora prevalente nella formazione delle professioni sanitarie anche se esiste una consapevolezza diffusa della complementarità tra i diversi tipi di competenze ed esperienze implicate nelle pratiche di cura. Questi aspetti richiedono di essere affrontati con lucidità e determinazione nella prospettiva di dover assicurare maggiormente una "relazione competente" con i pazienti. Il laboratorio sviluppa l'obiettivo strategico di assicurare un imprinting nell'accesso alla formazione professionale che valorizzi un pattern più ampio di competenze.

Scenario di riferimento

Che cosa significa "Essere medico"? Che ruolo svolge la formazione nello sviluppo delle competenze comunicative per questa figura professionale? Queste sono alcune domande sul ruolo del medico in relazione agli aspetti comunicativi della sua professione che si pongono i partecipanti al tavolo con un focus sulla formazione agli studenti e alle studentesse dei Corsi di laurea in Medicina sulla comunicazione con il paziente.

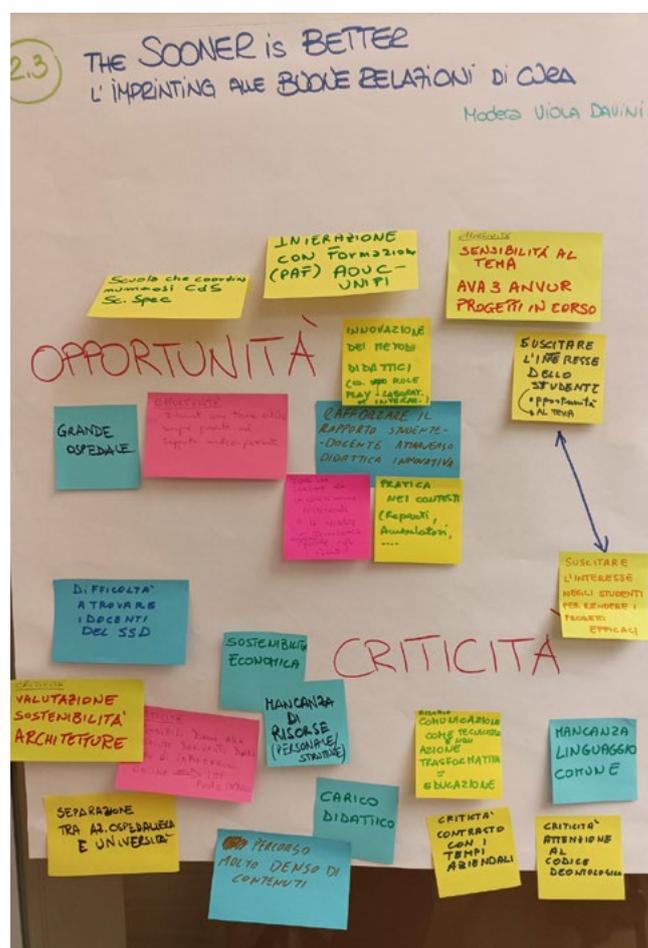
"Essere medico" è una competenza che si sviluppa oltre il "saper fare il medico" e, in questa prospettiva, i corsi di laurea, soprattutto avvalendosi della collaborazione con aziende ospedaliere universitarie, svolgono un ruolo strategico. I corsi laurea, infatti, dovrebbero sempre più orientarsi verso un'offerta didattica che integri le discipline dell'area biomedica con materie e corsi di altri settori scientifici (scienze sociali, pedagogiche etc.) per favorire l'apprendimento di conoscenze e di competenze legate alla gestione della relazione con il paziente e, in senso più ampio, della comunicazione con i non addetti ai lavori.

Il Tavolo si è aperto con la presentazione delle sperimentazioni realizzate dalla Scuola di Scienze della Salute Umana dell'Università degli Studi di Firenze, in collaborazione con l'Azienda Ospedaliera Universitaria di Careggi. Una serie di iniziative - attualmente configurate come Attività Didattiche Elettive (ADE) - permettono a studenti e studentesse di avviare una riflessione, fin dal primo anno del Corso di Laurea in Medicina, rispetto all'importanza dello sviluppo di competenze relazionali tra medico e paziente, ma anche con colleghi/e.

Tra le **opportunità** emerse durante i lavori del Tavolo si evidenzia una potenzialità nello sviluppo di attività pratiche e sperimentazioni che suscitino interesse negli studenti e nelle studentesse, dando loro la possibilità di prendere parte fin dall'inizio del percorso di studi a iniziative e training sulla comunicazione. Per farlo, i Corsi di Laurea - come già previsto a livello normativo - dovrebbero orientare i piani di studi verso un'integrazione di discipline diverse (approccio transdisciplinare) per fare in modo che i futuri medici capiscano fin da subito l'importanza di:

- favorire la comunicazione e la cooperazione tra pari, anche di discipline diverse (aspetto essenziale per la formazione di professionisti che si dovranno relazionare con i/le colleghi/e);
- lavorare sulla comunicazione come aspetto che richiede una tecnica orientata all'ascolto e al far emergere bisogni e soluzioni insieme ai colleghi e ai pazienti.

La possibilità di suscitare l'interesse dello studente ai temi trattati è una sfida anche per l'Università che, creando una sinergia tra la comunicazione istituzionale e le modalità di comunicazione informale oggi diffuse tra gli studenti, può sperimentare nuove modalità comunicative e può rafforzare il rapporto studente/docente attraverso la didattica innovativa. In merito all'innovazione dei metodi didattici sono indicati a titolo di esempio: *Role Play*, laboratori, didattica partecipativa, oltre alla pratica nei contesti operativi, come reparti e ambulatori.



Laboratorio 2.3 *The sooner the better:* *L'imprinting alle buone relazioni di cura*

Un aspetto fondamentale, inoltre, è quello di creare una continuità dell'apprendimento di queste competenze creando delle sinergie nei diversi livelli di formazione: dal corso di laurea, alle scuole di specializzazione fino ai master ma anche all'interno dei Piani Formativi Aziendali (PAF, di cui si dotano le aziende sanitarie per l'aggiornamento del proprio personale sanitario).

La presenza di un Grande Ospedale, che ha in sé anche la componente di ricerca, è valutata come un'opportunità per fornire una serie di iniziative di formazione che provengono direttamente dal mondo dei servizi sanitari e dell'assistenza, grazie alla sinergia tra il personale docente e il personale di professionisti nella costruzione dell'offerta formativa.

Di seguito le principali **criticità** emerse durante l'incontro:

- scarsa sostenibilità economica e mancanza di risorse: temporali, di personale dedicato alla progettazione di queste iniziative e strutture che si prestano alla realizzazione;
- scarsa comunicazione tra i principali organi amministrativi che dovrebbero essere coinvolti: direzione sanitaria, governance di Ateneo (sia a livello centrale sia a livello di Dipartimento, di Scuola e di Corso di Laurea);
- carico didattico dei docenti intenso: l'organizzazione di queste attività extracurricolari al momento non è considerato elemento di valutazione e, quindi, non è incentivato tra i docenti;
- difficoltà ad avere un linguaggio comune tra mondo della formazione e della professione;
- rischio che il processo formativo diventi una comunicazione di tecnicismi invece che una azione trasformativa;
- difficoltà di integrare i piani didattici con Settori Scientifico Disciplinari (SSD) che siano di altri Dipartimenti dell'area sociologica e/o pedagogica;
- contrasto con i tempi aziendali per il personale che, oltre a svolgere la prestazione sanitaria, svolge un'attività formativa.

Per quanto riguarda le **sinergie** da attivare: si evidenzia la necessità di creare team multidisciplinari, di favorire l'integrazione tra i sistemi territoriali (siano questi sociosanitari, educativi, culturali etc.). Si auspica inoltre che dalla sinergia tra attori diversi possa potenziarsi anche un'attività di *lobby* nei confronti dei decisori politici, sia a livello locale, regionale e nazionale per promuovere un'azione di innovazione della didattica che sia sistemica. Tra gli attori che dovrebbero essere coinvolti, oltre gli studenti e i docenti, le aziende ospedaliere e tutto il mondo dei servizi educativi e socio assistenziali, le associazioni dei pazienti, gli enti territoriali (Regione e altri Enti locali), la Conferenza permanente dei Presidenti dei CLM, le Società scientifiche.

Le azioni proposte e le azioni prioritarie

Le azioni, collocate nel diagramma dell'utilità, del costo e della prioritizzazione, sono state collocate come segue:

Basso costo / Alta utilità -> da fare subito

1. Creazione di team multidisciplinari per creare percorsi integrati di formazione
2. Stabilizzare il percorso per renderlo curriculare

Basso Costo / Media utilità

3. Network per lo sviluppo di materiali

Medio costo / Alta utilità

4. Sviluppo competenze didattiche docenti e interazione con personale dell'azienda ospedaliera

Alto costo / Alta utilità

5. Formazione ai docenti e ai medici per svolgere una funzione educativa (cosiddetta "comunicazione educativa") verso i propri pazienti (anche per quanto riguarda l'uso delle informazioni sanitarie in rete).

Considerazioni integrative

*Stiamo raccogliendo considerazioni a cura dei **Management Advisors** per una valutazione strategica del tema trattato. Ci auspichiamo di ricevere proposte anche da parte dei **Partners**, con l'obiettivo di definire progettualità e iniziative condivise.*

Laboratorio 2.3 *The sooner the better:* *L'imprinting alle buone relazioni di cura*

I contributi in questione potranno riguardare uno o più laboratori, a scelta. Per ogni laboratorio il contributo scritto non dovrà superare i 2.500 caratteri e dovrà indicare il nome del laboratorio a cui si riferisce. Questi dovranno essere inviati a grandiospedali@koncept.it per essere integrati nel dossier finale.

Hanno partecipato

Moderatore: Viola Davini, assegnista di ricerca del Center for Generative Communication dell'Università degli Studi di Firenze e socia fondatrice del Centro di Ricerche "scientia Atque usus" per la Comunicazione Generativa ETS

Management Advisor: Silvia Briani, Direttore Generale, Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana

Facilitatore: Carlotta Iarrapino

Partecipanti:* Fabrizio Consorti, Giovanna Del Gobbo, Giuseppe Familiari, Betti Giusti, Linda Vignozzi (*elenco dei partecipanti iscritti in fase di registrazione all'evento: chiunque abbia partecipato al laboratorio può scrivere a grandiospedali@koncept.it e verrà inserito nel report*)

Focus sulla valorizzazione delle *soft skills* in ambito lavorativo

Obiettivo: le abilità che influiscono sul comportamento e sulla gestione delle relazioni in un contesto di tipo lavorativo sono oggetto da tempo di attenzione nonostante ciò ancora le problematiche relazionali costituiscono una criticità frequente e il tanto richiamato lavoro in team ancora non trova livelli maturi di espressione diffusi come ci aspetteremmo. Il Laboratorio affronta l'obiettivo di individuare strategie operative per assicurare maggiormente competenze necessarie a gestire le dinamiche relazionali nel contesto lavorativo e migliorare le capacità di lavorare in gruppo.

Scenario di riferimento

Nell'ambito dei Laboratori dell'evento "Grandi Ospedali" un settore tematico è stato dedicato a "La gestione delle competenze" e tra queste uno specifico laboratorio si focalizzava sulle "Competenze psicologico relazionali". La necessità di questo particolare focus si è andata progressivamente rafforzando in AOU Careggi una volta compresa l'importanza di intervenire a favore della evoluzione e della crescita del personale non solo da un punto di vista tecnico-professionale ma anche sul versante dell'esercizio del proprio ruolo o funzione all'interno del più ampio contesto organizzativo. Se vogliamo, ancor più direttamente, più che sull'importanza della "crescita del personale", sull'importanza della "crescita personale", che è in divenire in tutto l'arco della vita. Con una organizzazione che anche in ambito formativo metta, su questi temi, la persona al centro, prima ancora che il professionista, il lavoratore, il personale. Anche per questo ci piace chiamarle competenze psicologico-relazionali piuttosto che trasversali o *soft-skill*, perché siamo di fronte a competenze che una volta interiorizzate si manifestano con il saper essere della persona. E sono competenze che possono fare davvero la differenza (vantaggio e competenze distintive si direbbe) sotto tutti i punti di vista: di leadership, manageriali, di costruzione/gestione/interazione dei/nei gruppi di lavoro e, conseguentemente, anche nelle relazioni di lavoro e con l'utenza e non ultimo in termini di performance. Ma, nell'ottica di porre la persona e non il personale al centro, quello che più dovrebbe far piacere è che sono competenze che contribuiscono alla "crescita personale" e possono quindi dare un contributo al miglioramento del benessere della persona e delle relazioni in tutti gli ambiti, anche extra professionali, come proprio bagaglio di competenze psicologico-relazionali.

Si è trattato di un buon laboratorio, con un buon flusso di interventi e un buonissimo livello di partecipazione tra i suoi partecipanti.

Le azioni proposte e le azioni prioritarie

Azioni proposte

La centralità di diffondere una cultura della relazione nelle governance e anche nei team di lavoro.

Come costellazione del tema della cultura sono emersi inoltre i seguenti aspetti:

- *Leadership* di qualità
- Formazione psicologico-relazionale, curriculare, universitaria

Azioni prioritarie

- Investire sulla persona (cultura, formazione delle persone, formazione psicologico-relazionale)
- Investire sulla cultura organizzativa (direzione strategica con vision a medio/lungo termine, qualità della leadership, linguaggio, professionisti relazionali)
- Spostare risorse dalla formazione tecnico-professionale alla formazione psicologico-relazionale
- Inserire criteri psico-relazionali nella selezione manageriale
- Supporto psicologico ai professionisti
- Conoscenza reciproca tra settori e tra professioni

Considerazioni integrative

*Stiamo raccogliendo considerazioni a cura dei **Management Advisors** per una valutazione strategica del tema trattato. Ci auspichiamo di ricevere proposte anche da parte dei **Partners**, con l'obiettivo di definire progettualità e iniziative condivise.*

I contributi in questione potranno riguardare uno o più laboratori, a scelta. Per ogni laboratorio il contributo

*scritto non dovrà superare i 2.500 caratteri e dovrà indicare il nome del laboratorio a cui si riferisce.
Questi dovranno essere inviati a grandiospedali@koncept.it per essere integrati nel dossier finale.*

Hanno partecipato

Moderatore: Gabriele Marconcini, Responsabile Formazione e Politiche del personale, AOU Careggi, Firenze

Management Advisor: Silvia Briani, Direttore Generale, Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana

Facilitatore: Pino De Sario

Partecipanti:* Laura Belloni, Alessio Bonari, Paolo Bottazzi, Simona Carli, Monica Giuli, Elisa Muzzioli, Sandra Rogialli, Cristina Strappaghetti (*elenco dei partecipanti iscritti in fase di registrazione all'evento: chiunque abbia partecipato al laboratorio può scrivere a grandiospedali@koncept.it e verrà inserito nel report*)

Laboratorio 3.1 La strutturazione di articolazioni organizzative interaziendali

Focus sui centri interaziendali di innovazione e ricerca

Obiettivo: la frammentazione erogativa conseguente ad un sistema ancora troppo incentrato sulla dimensione della singola azienda è ritenuto oggi uno dei principali elementi di criticità dei sistemi sanitari. In questo scenario le reti interaziendali sono considerate in modo univoco la dimensione ottimale nella quale orientare i servizi per rispondere meglio a bisogni di salute che spesso travalicano la 'sfera di azione' di una singola azienda. I sistemi sanitari si proiettano pertanto sempre più verso un confine programmatico ed operativo di tipo 'meta-aziendale' spostando fortemente l'orientamento sulla dimensione orizzontale del percorso di cura del paziente. In questa accezione i sistemi sanitari sempre più si configurano come 'network di networks' ovvero "Rete di reti" che supporta la realizzazione di processi di cura integrati. Il laboratorio risponde all'obiettivo strategico di individuare elementi di innovazione in grado di fornire soluzioni ad una eccessiva parcellizzazione dei processi di cura tra le diverse aziende, facilitando i raccordi fra le stesse e definendo nuovi strumenti di governance.

Scenario di riferimento

La lettura introduttiva sulla collaborazione inter-organizzativa come *policy* sanitaria, a cura del prof. Antonio Davide Barretta, ha focalizzato l'attenzione sui diversi contesti in cui si crea l'opportunità di lavorare su una dimensione interaziendale, esaminando il ruolo dei portatori di interesse, i vincoli legati alla natura delle organizzazioni e i possibili strumenti per una cooperazione inter-organizzativa efl lavori sono iniziati con la presentazione dell'attività di tre centri Interaziendali realizzati tra le Aziende Ospedaliere Universitarie Careggi e Meyer, quest'ultima ricolta esclusivamente a pazienti pediatrici.

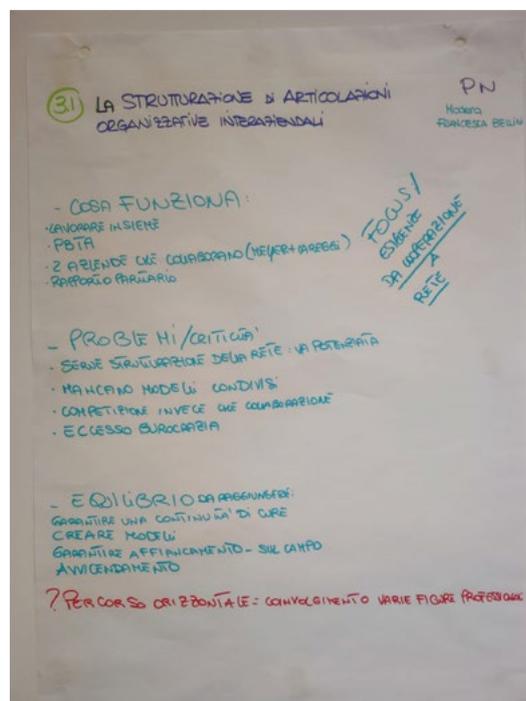
- Il Centro Interaziendale per lo Sviluppo e l'Innovazione in Urologia, presentato dal prof Masieri (AOU Meyer), è stato realizzato nel 2015 con l'obiettivo di condividere tecniche innovative, come la chirurgia robotica, resa così accessibile anche per le patologie urologiche in età pediatrica, con il raggiungimento di ottimi risultati relativamente alla casistica gestita e agli outcome conseguiti.
- Il Centro Interaziendale per le Cardiomiopatie, presentato dal prof Olivotto, è stato realizzato nel corso del 2022, con l'obiettivo di favorire l'integrazione tra i professionisti delle due aziende, privilegiando la sperimentazione clinica di nuovi farmaci, la diagnostica e le terapie geniche e favorendo la continuità delle cure nella transizione tra l'età pediatrica e quella adulta.
- Il Centro Interaziendale per la Medicina Feto-Neonatale, presentato dal Prof Carlo Dani (AOU Careggi), è stato realizzato nel 2019 per garantire la continuità e la tempestività di cure ad alta intensità alla madre e al bambino, dal periodo prenatale all'epoca postnatale, anche quando i professionisti si trovano in Aziende diverse. Prerequisito è la multidisciplinarietà delle cure e l'integrazione tra tutti i professionisti delle die aziende, superando i vincoli amministrativi.

Le presentazioni hanno evidenziato gli elementi comuni dei tre centri, che pur occupandosi di specialistiche, classi di età, e patologie molto diverse, presentano numerosi aspetti in comune, in quanto sono tutti rivolti a rispondere agli obiettivi delle due Aziende Ospedaliere Universitarie di assistenza, didattica e ricerca tramite la realizzazione di percorsi organizzativi e assistenziali integrati e multidisciplinari, la condivisione delle risorse umane e strumentali e la sperimentazione gestionale innovativa.

Il laboratorio, moderato dalla dott.ssa Francesca Bellini - AOU Meyer, è stato arricchito dal contributo attivo dei numerosi partecipanti.

La discussione ha avuto come focus il passaggio dalla cooperazione tra aziende alla creazione di una rete orientata sulla dimensione orizzontale del percorso di cura del paziente.

Sono stati evidenziati i punti di forza, le criticità e le possibili soluzioni.



Laboratorio 3.1 La strutturazione di articolazioni organizzative interaziendali

I partecipanti hanno evidenziato la necessità che la collaborazione non si basi esclusivamente su buone prassi e spirito di collaborazione tra colleghi, e che ma che venga strutturata in modelli organizzativi stabili.

Sono stati identificati gli strumenti necessari per realizzare una vera continuità di cura e superare le frammentazioni tra aziende, come la realizzazione di PDTA condivisi e la elaborazione di modelli organizzativi che snelliscano i passaggi burocratici e responsabilizzino al tempo stesso i professionisti coinvolti nel raggiungimento di obiettivi comuni (anche di budget) pur se appartenenti ad Aziende diverse.

Punti di forza emersi:

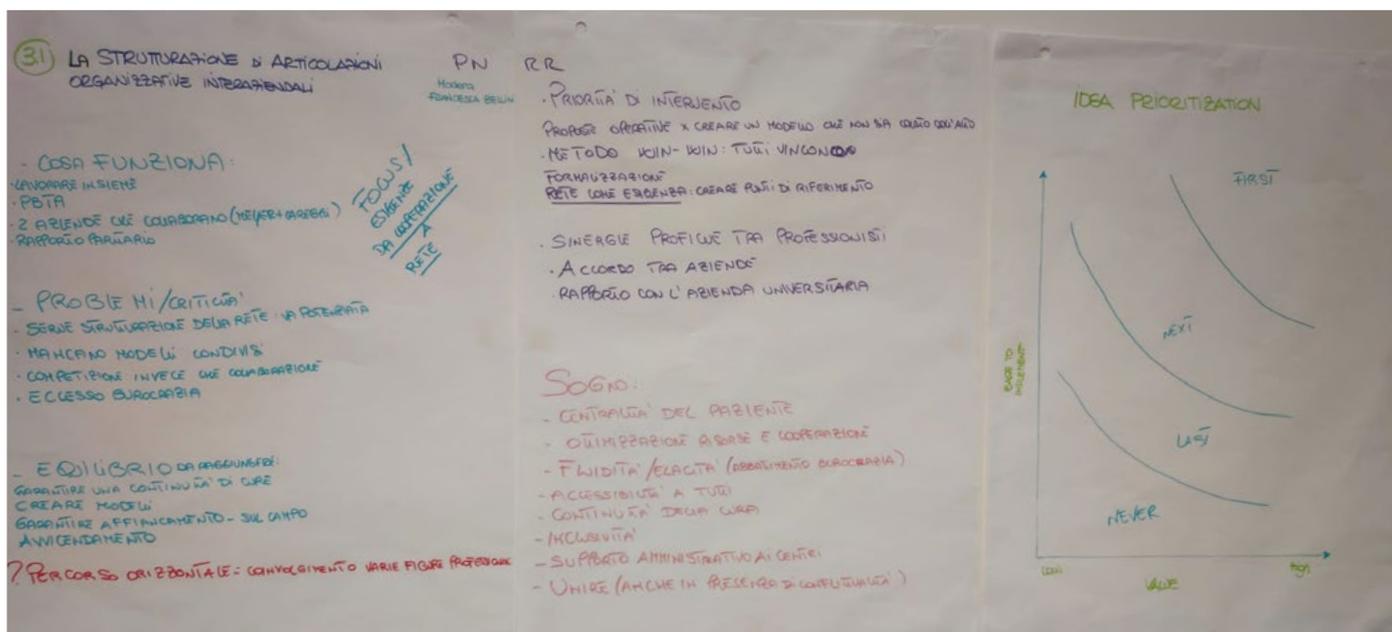
- Lavorare insieme
- PBTA (non sono sicura di aver scritto bene la sigla nominata dal prof. Barretta)
- L'esempio di 2 aziende che collaborano insieme (Meyer e Careggi)
- Rapporto Paritario tra le diverse aziende

Criticità:

- Serve strutturare e potenziare maggiormente la rete
- Mancano modelli organizzativi condivisi
- Competizione invece che collaborazione (equilibrio economico)
- Eccesso di burocrazia

Equilibrio da raggiungere:

- Garantire la continuità delle cure
- Creare modelli organizzativi
- Garantire affiancamento sul campo agli specializzandi
- Avvicendamento dei medici
- Coinvolgimento varie figure professionali



Laboratorio 3.1 La strutturazione di articolazioni organizzative interaziendali

Le azioni proposte e le azioni prioritarie

Priorità di intervento:

- Proposte operative per creare un modello che non sia calato dall'alto ma che segua un processo di *bottom up*
- Metodo *win-win* (tutti vincono, non ci sono sconfitti)
- Formalizzare le collaborazioni
- Rete come esigenza che crea punti di riferimento
- Facilitare sinergie proficue tra professionisti
- Accordi tra aziende
- Rapporti con l'azienda universitaria

Sogno:

- centralità del paziente
- ottimizzazione delle risorse e cooperazione
- fluidità/elasticità (abbattimento della burocrazia)
- Accessibilità delle prestazioni a tutti
- Inclusività
- Supporto amministrativo ai centri
- Unire/collaborare anche in presenza di conflittualità

Considerazioni integrative

Stiamo raccogliendo considerazioni a cura dei **Management Advisors** per una valutazione strategica del tema trattato. Ci auspichiamo di ricevere proposte anche da parte dei **Partners**, con l'obiettivo di definire progettualità e iniziative condivise.

I contributi in questione potranno riguardare uno o più laboratori, a scelta. Per ogni laboratorio il contributo scritto non dovrà superare i 2.500 caratteri e dovrà indicare il nome del laboratorio a cui si riferisce.

Questi dovranno essere inviati a grandiospedali@koncept.it per essere integrati nel dossier finale.

Hanno partecipato

Moderatore: Francesca Bellini, Direttore Sanitario Aziendale, AOU Meyer, Firenze

Management Advisor: Antonio Davide Barretta, Direttore Generale, Azienda Ospedaliero Universitaria Senese; Professore Ordinario di Economia Aziendale presso l'Università degli Studi di Siena

Facilita: Gesualda Mascali

Partecipanti*: Rosa Chianese, Carlo Dani, Salvatore Giuffrida, Lorenzo Masieri, Francesco Morini, Iacopo Olivotto, Lucia Pasquini, Francesca Raimondi, Massimo Resti, Zaccaria Ricci (elenco dei partecipanti iscritti in fase di registrazione all'evento: chiunque abbia partecipato al laboratorio può scrivere a grandiospedali@koncept.it e verrà inserito nel report)

affinché sia più rapida ed efficace la risposta ad una specifica emergenza. Viene citato il caso della mortalità materna che è più alta, dove la donna non sa dove andare a curare il problema. Quindi il sogno è la creazione di una rete ad area vasta che va dai consultori, al medico di base, agli ospedali. La rete va coordinata e gestita costantemente. Obiettivo ambizioso e complesso da realizzare, ma utilissimo.

5. Riconoscimento delle **competenze specifiche e investimento costante sulla formazione** dei professionisti nell'ambito della ricerca clinica (alta utilità/media fattibilità).

Viene condivisa la necessità di una maggiore valorizzazione e riconoscimento delle competenze specialistiche dei professionisti che operano nell'ambito della ricerca clinica e di un conseguente maggior investimento nella loro formazione e nel loro reclutamento. **Leit motiv** "persuasione continua a lavorare in rete" per un accrescimento e condivisione professionale, che non deve essere considerata un'invasione di campo.

6. **Coinvolgimento del paziente.** Cosa ne pensa il cittadino, quali sono le nuove esigenze. Consenso informato personalizzato (alta utilità/difficile fattibilità).

Una delle sfide per il futuro sarà quella di facilitare sempre più i cittadini ad accedere al servizio sanitario con sistemi innovativi orientati ad avere più **cure di prossimità con la casa primo luogo di cura**. Può essere importante anche l'attivazione di corsi di formazione a pazienti e loro familiari. La centralità della persona nell'ambito della salute si estrinseca in una serie di diritti fondamentali esercitabili da parte dei singoli utenti, ma è necessario che vi sia un coinvolgimento attivo dei pazienti nei processi decisionali e un'attenzione maggiore ai bisogni specifici del paziente nel suo percorso diagnostico assistenziale. Bisogna promuovere dei sondaggi per conoscere i bisogni e investire risorse per coinvolgere attivamente i pazienti nei processi di cura. Certificazione dei servizi anche sulle opinioni degli utenti.

7. Prosecuzione dei percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (**PDTA**), Linee guida, Telemedicina, come strumenti per una migliore gestione clinica per la definizione del migliore processo assistenziale finalizzato a rispondere a specifici bisogni sulla base delle evidenze scientifiche disponibili (alta utilità/media fattibilità).

Considerazioni integrative

*Stiamo raccogliendo considerazioni a cura dei **Management Advisors** per una valutazione strategica del tema trattato. Ci auspichiamo di ricevere proposte anche da parte dei **Partners**, con l'obiettivo di definire progettualità e iniziative condivise.*

I contributi in questione potranno riguardare uno o più laboratori, a scelta. Per ogni laboratorio il contributo scritto non dovrà superare i 2.500 caratteri e dovrà indicare il nome del laboratorio a cui si riferisce.

Questi dovranno essere inviati a grandiospedali@koncept.it per essere integrati nel dossier finale.

Hanno partecipato

Moderatore: Giancarlo Landini, Direttore Struttura Complessa Medicina Interna Ospedale Santa Maria Nuova Firenze Direttore Dipartimento Specialistiche Mediche, Azienda USL Toscana Centro

Management Advisor: Antonio Davide Barretta, Direttore Generale, Azienda Ospedaliero Universitaria Senese; Professore Ordinario di Economia Aziendale presso l'Università degli Studi di Siena

Facilita: Nicoletta Puglioli

Partecipanti*: Marilù Bartiromo, Massimo Cardillo, Gino Gerosa, Stefano Giglio, Letizia Lombardini, Luca Luzzi, Umberto Maggiore, Rossella Marucci, Federico Mecacci, Francesco Meucci, Marco Schiavon, Cristina Silvestre, Andrea Ungar (elenco dei partecipanti iscritti in fase di registrazione all'evento: chiunque abbia partecipato al laboratorio può scrivere a grandiospedali@koncept.it e verrà inserito nel report)

Focus sulle equipe chirurgiche trapiantologiche interaziendali

Obiettivo: il sistema trapianti è sicuramente una delle reti più complesse e articolate. La molteplicità dei professionisti coinvolti nella disciplina; le numerose competenze e specialità che interagiscono nel sistema generano una fitta rete di interazioni che caratterizzano un modello organizzativo finalizzato alla presa in carico dei pazienti con modalità formalizzate e coordinate tra tutti i professionisti e le strutture che operano sul territorio. Il laboratorio sviluppa l'obiettivo strategico dell'organizzazione in un'ottica di processo di una funzione trapianti medico-chirurgica-assistenziale, pre e post trapianti efficiente, rispondente alla domanda quantitativa e qualitativa, che si misura con gli standard di settore e che opera in connessione con le Reti trapiantologiche regionali e nazionali.

Scenario di riferimento

La Regione Toscana si caratterizza per un elevato numero di segnalazioni ppm ed una elevata percentuale di utilizzo dei donatori. Sono attivi sia i programmi di donazione in morte encefaliche che da donazione a cuore fermo (controllata e non controllata). Per il programma polmone è attiva da circa un anno una collaborazione interaziendale tra AOUC, AOUP e Centro Trapianti Siena, per la quale sono state effettuate dai chirurghi toracici sede della donazione valutazione dei donatori sotto la guida dei Chirurghi Toracici del Centro Trapianti Siena che erano responsabili della valutazione di idoneità. In Regione Toscana il Programma Rene è unico e tre sono i centri trapianto. Tra i tre centri trapianto esiste già una collaborazione interaziendale che si è espressa attraverso la mobilità di un chirurgo trapiantatore da AOUC a AOUS allo scopo di proseguire a AOUS l'attività trapiantologica. La collaborazione interaziendale si esprime inoltre nella mobilità ed interscambio delle *machine perfusion* sia per i donatori DCD che per i donatori DBD marginali

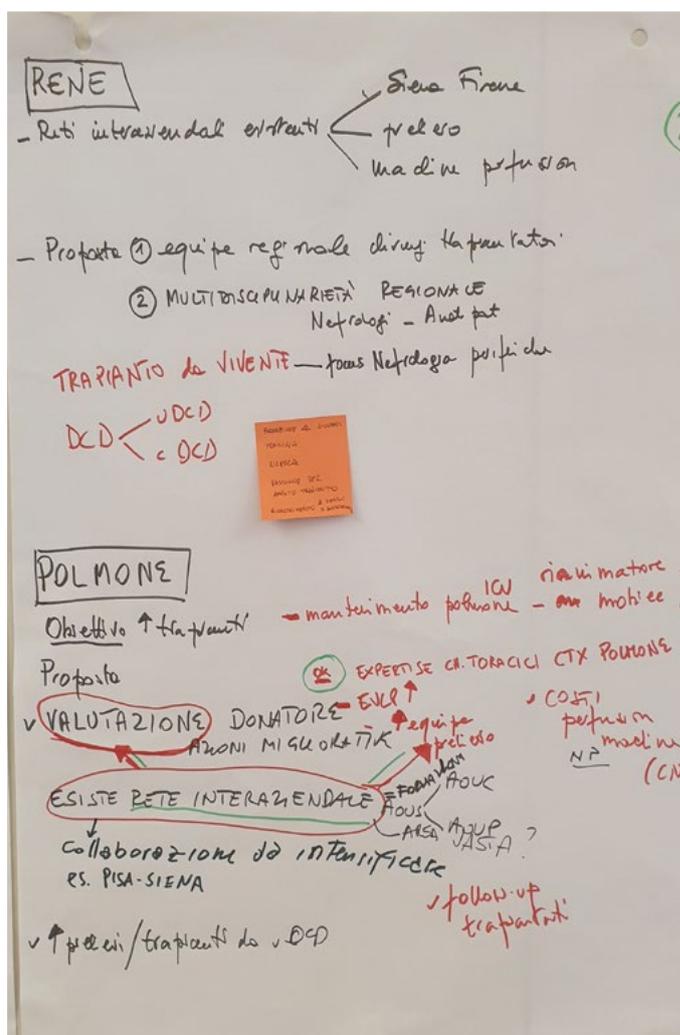
Le azioni proposte e le azioni prioritarie

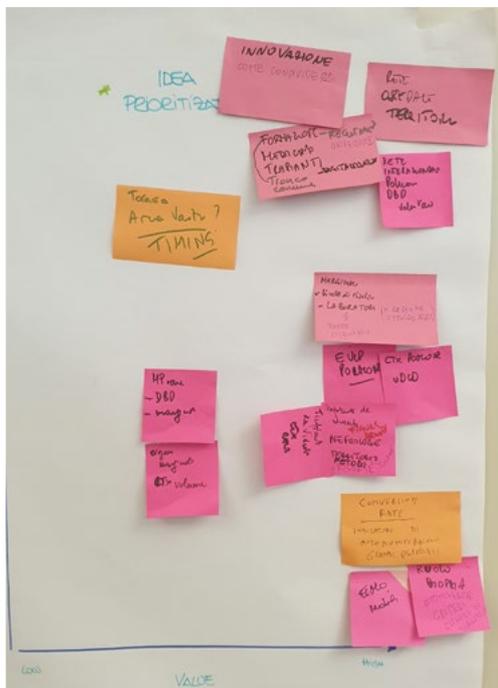
La discussione si articola su due tematiche principali, in relazioni alle quali emergono proposte di miglioramento.

A – Riduzione delle segnalazioni. Sebbene la Regione Toscana sia la prima in Italia per segnalazioni (circa 100 ppm), si è osservata una riduzione delle segnalazioni rispetto ad anni precedenti, fenomeno presente e anche più accentuato in altre Regioni d'Italia. Vengono effettuate le seguenti proposte

- **Formazione:** inserire la Medicina della Donazione e del Trapianto sia nel corso di Laurea che nelle specialità. La formazione è strettamente connessa a Ricerca e Innovazione.
- **Integrazione** Grandi Ospedali e Territorio con la valorizzazione non solo delle strutture specialistiche dei Centri Spoke (i.e. Nefrologie) ma anche delle strutture e figure professionali della Medicina di Continuità
- **Digitalizzazione e potenziamento dei Laboratori.** La digitalizzazione permette una diffusione e recupero delle informazioni mediche (*imaging* compreso) e il potenziamento dei Laboratori consentirebbe l'esecuzione di esami più specialistici 24h/24 per una miglior definizione della idoneità/sicurezza del donatore

B – Maggior utilizzo degli organi marginali. L'aumento dell'età dei donatori e la presenza di comorbidità si sono associate ad un aumento degli organi marginali. Le proposte vengono differenziate





Programma Trapianto Polmone

- potenziamento della Rete esistente di Collaborazione interaziendale tra le chirurgie toraciche AOUC e AOUC con il Centro Trapianti Polmone: questo permette formazionee valutazione specialistiche in loco di un maggior numero di donatori, sia DBD che DCD.
- Maggior utilizzo di perfusione ex vivo

Programma Trapianto Rene

- Integrazione multidisciplinare ed in particolare tra nefrologi dei tre Centri Trapianti e delle strutture periferiche e degli anatomopatologi. Questo in relazione al
- Trapianto da vivente che prevede l'adozione di protocollo comuni (anche di comunicazione) tra Centro Trapianti Rene e Nefrologie periferiche
- utilizzo della biopsia renale nella valutazione multiparametrica dell'organo rene soprattutto da donatori marginali

Ogni Grande Ospedale dovrebbe in modo continuo effettuare una valutazione della propria "efficienza" in termini di donazione e trapianto mediante l'utilizzo sistematico di parametri quali numero di segnalazioni, di utilizzati, *utilization rate* e *conversion rate*.

Considerazioni integrative

Stiamo raccogliendo considerazioni a cura dei **Management Advisors** per una valutazione strategica del tema trattato. Ci auspichiamo di ricevere proposte anche da parte dei **Partners**, con l'obiettivo di definire progettualità e iniziative condivise.

I contributi in questione potranno riguardare uno o più laboratori, a scelta. Per ogni laboratorio il contributo scritto non dovrà superare i 2.500 caratteri e dovrà indicare il nome del laboratorio a cui si riferisce.

Questi dovranno essere inviati a grandiospedali@koncept.it per essere integrati nel dossier finale.

Hanno partecipato

Modera: Chiara Lazzeri, Responsabile CRAOT - Centro Regionale Allocazione Organi e Tessuti

Management Advisor: Antonio Davide Barretta, Direttore Generale, Azienda Ospedaliero Universitaria Senese; Professore Ordinario di Economia Aziendale presso l'Università degli Studi di Siena

Facilita: Filippo Amidei

Partecipanti: Marilù Bartiromo, Massimo Cardillo, Vito Colella, Gino Gerosa, Stefano Giglio, Alessandro Gonfiotti, Letizia Lombardini, Vincenzo Li Marzi, Luca Luzzi, Umberto Maggiore, Adriano Peris, Marco Schiavon, Cristina Silvestre (elenco dei partecipanti iscritti in fase di registrazione all'evento: chiunque abbia partecipato al laboratorio può scrivere a grandiospedali@koncept.it e verrà inserito nel report)

Laboratorio 3.4 Il Grande Ospedale nel contesto delle reti cliniche europee

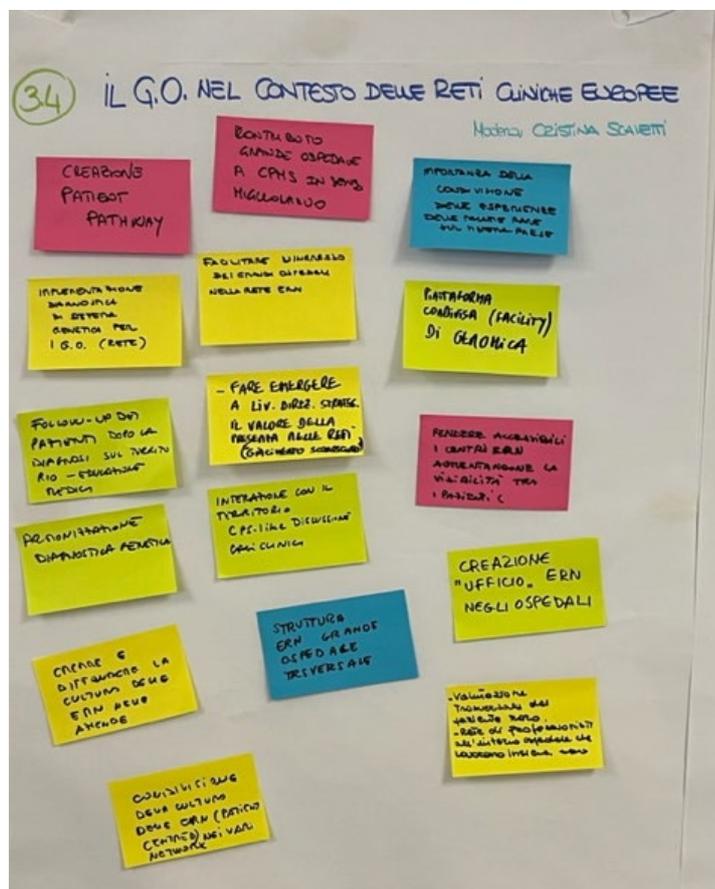
Focus sulla “capitalizzazione” aziendale della partecipazione alle ERN

Obiettivo: le malattie rare rappresentano il settore strategico individuato dalla Direttiva Europea (2011/24/ UE) sui diritti dei pazienti all’assistenza sanitaria transfrontaliera dal quale per promuovere la cooperazione tra i sistemi sanitari degli Stati membri attraverso l’istituzione delle Reti europee di Riferimento (ERN), ovvero reti di centri di *expertise* e prestatori di cure sanitarie, organizzate a livello transfrontaliero che possano consentire, oltre che una garanzia di presa in carico per pazienti in centri di altissima specializzazione per quella malattia rara o per quei gruppi di malattie rare, anche un’occasione di miglioramento delle competenze dei singoli stati membri sul tema della Malattie Rare attraverso la condivisione di conoscenze, esperienze, ricerca medica, didattica, formazione e risorse. Il laboratorio si pone dunque l’obiettivo di individuare soluzioni operative che consentano di allineare maggiormente la dimensione europea delle ERN con i contesti nazionali, regionali e aziendali, di riferimento.

Scenario di riferimento

Le reti ERN (*european reference network*), ovvero le reti di centri di *expertise* e prestatori di cure sanitarie organizzate a livello transfrontaliero, rappresentano una grande opportunità per garantire e uniformare livelli di eccellenza nell’approccio alle Malattie Rare e alla presa in carico delle persone affette da queste patologie dove la bassa o bassissima incidenza delle singole patologie si associa a un numero complessivo di malattie rare conosciute sempre più rilevante arrivando, con le quasi 10.000 malattie ad oggi note a colpire circa il 6-7% della popolazione complessiva. La peculiarità dell’associazione tra una bassissima incidenza e un numero elevato di patologie rende necessario uno sforzo condiviso sulla diagnosi precoce, sugli *screening* neonatali, sulle terapie, sulla ricerca, sulla formazione e sulla presa in carico mirata della persona affetta da queste patologie dove le Istituzioni, Università, Ospedali, Aziende, i professionisti, i ricercatori e le associazioni di pazienti con malattia rara concorrono, nel reciproco rispetto dei ruoli a individuare i percorsi necessari per implementare la qualità della rete e delle risposte ai pazienti. Riuscire ad adottare le strategie delle ERN relativamente ai livelli di eccellenza nella formazione, nella condivisione di *good practices*, nella telemedicina, nei livelli di soglia di accreditamento, nei flussi, nella presa in carico globale, nella ricerca dei centri all’interno delle aziende per essere definiti centri di *expertise* sulle Malattie Rare e poter condividere le criticità e le eccellenze con gli altri centri europei costituisce l’obiettivo nodale per trasferire a livello del Grande Ospedale modelli e percorsi propri delle reti ERN. L’implementazione di tutte quelle strutture, organizzative, gestionali, cliniche, di ricerca all’interno dell’Ospedale che possano fornire un supporto utile per coadiuvare i diversi presidi ERN al consolidamento delle caratteristiche richieste e per migliorare, nella centralità del paziente, la diagnosi precoce e la terapia tempestiva, nonché la presa in carico complessiva anche della famiglia, sono un traguardo necessario per quanto riguarda le Malattie Rare.

Regione Toscana con la delibera 133/2020 ha rinnovato l’organizzazione della Rete Regionale Malattie Rare ispirandosi proprio alle ERN creando 21 CCMR (Centri Coordinamento Malattie Rare) con le relative SRC (sotto-reti cliniche) in analogia a quanto fatto a livello europeo in termini di raggruppamenti di patologie. Questo ha permesso un’ulteriore evoluzione della Rete rafforzando la sinergia con la struttura europea.

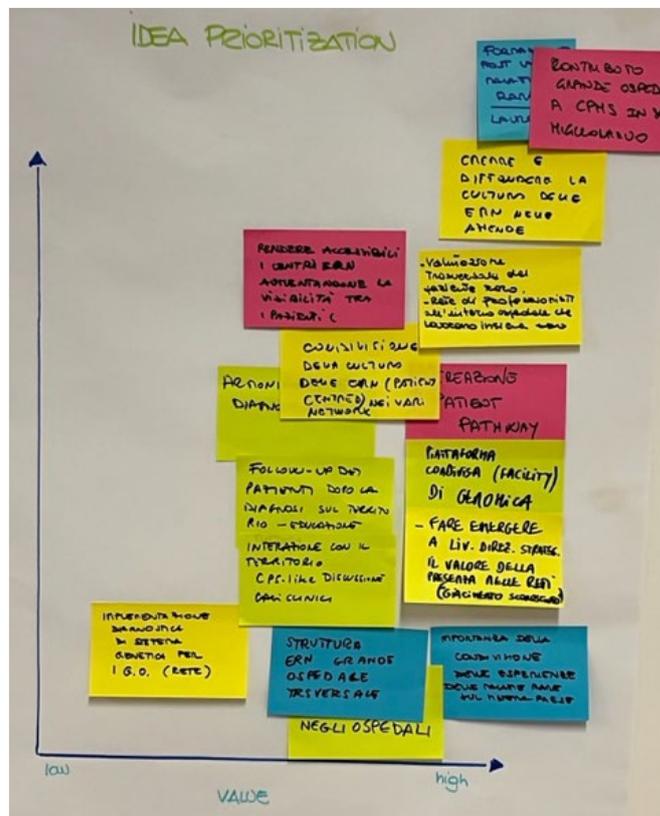


Laboratorio 3.4 Il Grande Ospedale nel contesto delle reti cliniche europee

Le azioni proposte e le azioni prioritarie

Le azioni di miglioramento emerse durante il laboratorio hanno interessato

- Creazione *Patient pathway*
- Implementazione di una rete condivisa sui principali strumenti diagnostici per le malattie rare (genetica, anatomia patologica, etc)
- *Follow up* dopo la diagnosi di malattia rara nei centri aventi il ruolo di certificazione per esenzione anche sul territorio con formazione dei medici sulle specifiche patologie o gruppi di patologie rare
- Creare e diffondere la cultura delle ERN nelle aziende attraverso la creazione dentro le aziende di uffici ERN
- Contributo Grande Ospedale a CPMS (sistema gestione clinica paziente) delle ERN in senso migliorativo
- Facilitare l'ingresso dei G.O. nelle reti ERN attraverso anche l'ausilio del ufficio ERN e malattie Rare
- Promuovere dentro le Direzioni Aziendali il ruolo strategico di un approccio integrato verso le Malattie Rare
- Interazione con il territorio, CPS *like* discussione casi clinici
- Importanza della condivisione delle esperienze
- Piattaforma condivisa di Genomica
- Adeguamento agli standard europei sulla inclusione dei pazienti affetti da malattia rara e delle associazioni di riferimento nei processi relativi alle malattie rare
- Implementazione della valutazione Trasversale del paziente raro da parte di gruppi con specialisti delle diverse branche
- Formazione laurea e post laurea malattie rare, non solo nelle professioni sanitarie



Considerazioni integrative

Stiamo raccogliendo considerazioni a cura dei **Management Advisors** per una valutazione strategica del tema trattato. Ci auspichiamo di ricevere proposte anche da parte dei **Partners**, con l'obiettivo di definire progettualità e iniziative condivise.

I contributi in questione potranno riguardare uno o più laboratori, a scelta. Per ogni laboratorio il contributo scritto non dovrà superare i 2.500 caratteri e dovrà indicare il nome del laboratorio a cui si riferisce.

Questi dovranno essere inviati a grandiospedali@koncept.it per essere integrati nel dossier finale.

Hanno partecipato

Moderatore: Cristina Scaletti, Responsabile Rete Regionale Malattie Rare, Regione Toscana

Management Advisor: Antonio Davide Barretta, Direttore Generale, Azienda Ospedaliero Universitaria Senese; Professore Ordinario di Economia Aziendale presso l'Università degli Studi di Siena

Facilita: Letizia Lazzerini

Partecipanti*: Silvia Gasperoni, Gabriella Csilla Krausz, Andrea Lania, Laura Masi, Marta Mosca, Vittoria Murro, Giorgio Perilongo, Maurizio Scarpa, Annalisa Scopinaro, Domenica Taruscio (elenco dei partecipanti iscritti in fase di registrazione all'evento: chiunque abbia partecipato al laboratorio può scrivere a grandiospedali@koncept.it e verrà inserito nel report)

Focus sul modello aziendale declinato nelle diverse aree oncologica, interventistica cardiologica, ortopedia e traumatologia

Obiettivo: i pazienti che afferiscono alle strutture ospedaliere sono prevalentemente molto anziani e quasi sempre poli patologici, da questa prospettiva scaturisce la considerazione che un singolo specialista difficilmente può affrontare le problematiche connesse al rischio e alla gestione perioperatoria. Se è vero che esiste ormai una consapevolezza diffusa che si rendono sempre più necessari approcci che realizzino efficacemente percorsi multidisciplinari e, al riguardo, in letteratura sono riportate esperienze consolidate sia a livello internazionale che nazionale di gestione attiva in reparti chirurgici o interventistici da parte di internisti tuttavia ancora non emerge con sufficiente chiarezza come questo tipo di interazioni si possa concretizzare sotto il profilo gestionale e organizzativo. **Il laboratorio risponde all'obiettivo strategico di definire gli elementi cardine per la strutturazione di modelli di co-management efficaci.**

Scenario di riferimento

Il modello organizzativo di co-management declinato in diverse aree

Nel corso del *meeting* sono stati esposti modelli organizzativi di co-management medico- chirurgico in diverse aree di attività (traumatologia-ortopedia, cardiocirurgica, chirurgia d'urgenza, chirurgia oncologica, cardiologia interventistica) alcuni in funzione già dall'inizio degli anni 2000 . Sono stati sottolineati i punti di forza e le criticità di ogni realtà, le cui caratteristiche non sono omogenee e il cui livello di realizzazione è influenzato fattori inerenti le risorse e l'organizzazione.

Le esperienze di co-management nella AOU-Careggi sono nate dall'osservazione dei possibili vantaggi in termini di outcome di modelli di collaborazione fra internisti e chirurghi esistenti in altri paesi. Tuttavia, sebbene avallate dalla direzione aziendale, la maggior parte delle esperienze fiorentine sono andate a formarsi e modificarsi con la collaborazione dei singoli professionisti in ogni singola realtà , in assenza una "regia comune" che ne abbia facilitato la standardizzazione procedurale e la creazione di un modello univoco e riproducibile. Nonostante ciò realtà cliniche diverse rilevano punti di forza similari conseguenza di un modello di collaborazione multidisciplinare e multi professionale. La assenza di un coordinamento di tipo aziendale ha impedito fino ad ora che, tenuto conto della non omogeneità delle diverse aree di collaborazione, si sia avuta una definizione scritta e condivisa dei percorsi.

Le azioni proposte e le azioni prioritarie

Azioni emerse:

l'adozione di un modello di co-management si è associato ad un miglioramento degli indicatori di efficienza, efficacia e outcome nei diversi settori. La presenza strutturata di specialisti diversi all'interno di un reparto (ad esempio la co-presenza di medici e chirurghi) migliora la gestione e l'*outcome* del paziente, riduce il numero delle consulenze e dei trasferimenti tra reparti, in alcuni casi rafforza il *team-building* e il *team-working* tra gli operatori.

Azioni prioritarie:

Alcune azioni di miglioramento sono necessarie per l'implementazione di un modello di *co-management* standardizzato:

- identificazione dei ruoli e responsabilità tra i diversi specialisti (obiettivo a breve termine)
- maggiore condivisione e maggiore aderenza alle procedure già in essere da parte degli operatori (obiettivo a medio termine)
- necessità di ridefinire i percorsi (clinici e strutturali) (obiettivo a medio termine)
- stabilizzazione (e aumento) del Personale dirigente e infermieristico per permettere una adeguata formazione (obiettivo a medio termine)
- aumento posti letto e creazione di aree omogenee con attività affini per specifici bisogni assistenziali del paziente, suddivise per livelli di intensità di cura (*low, intermediate, high*) (obiettivo a medio termine)
- ridefinizione dell'attribuzione dei costi all'interno di strutture dove il *co-management* può prevedere l'esistenza di più centri di costi per la coesistenza di più specialisti (obiettivo a medio termine)
- necessità di una procedura aziendale di co-management e di un coordinamento aziendale (obiettivo a breve termine).

Considerazioni integrative

Stiamo raccogliendo considerazioni a cura dei **Management Advisors** per una valutazione strategica del tema trattato. Ci auspichiamo di ricevere proposte anche da parte dei **Partners**, con l'obiettivo di definire progettualità e iniziative condivise.

I contributi in questione potranno riguardare uno o più laboratori, a scelta. Per ogni laboratorio il contributo scritto non dovrà superare i 2.500 caratteri e dovrà indicare il nome del laboratorio a cui si riferisce.

Questi dovranno essere inviati a grandiospedali@koncept.it per essere integrati nel dossier finale.

Hanno partecipato

Moderatore: Carlo Rostagno, Direttore Medicina Interna, AOU Careggi, Firenze

Facilitatore: Paola Comite

Partecipanti: Giovanni Alemanno, Andrea Cambieri, Alessandro Cartei, Maria Elena D'Alfonso, Stefano Del Pace, Francesco Dentali, Simone Galli, Giorgio Mazzi, Valentina Scheggi, Luca Toschi (elenco dei partecipanti iscritti in fase di registrazione all'evento: chiunque abbia partecipato al laboratorio può scrivere a grandiospedali@koncept.it e verrà inserito nel report)

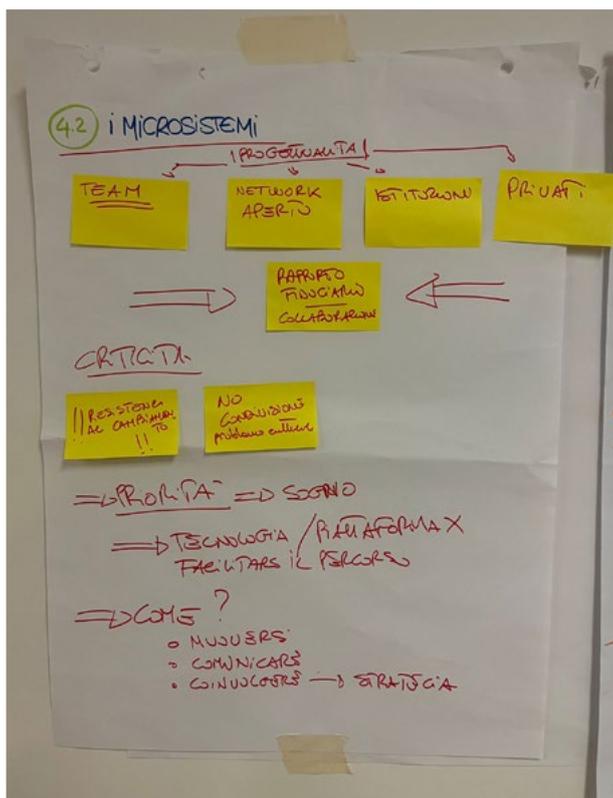
Focus sul microsistema per ERAS

Obiettivo: l'interprofessionalità è ritenuta da tempo una componente indispensabile nell'esercizio delle professioni in ambito sanitario. Tuttavia nell'operatività i team interprofessionali non sempre hanno trovato una piena espressione. A questo si aggiunge il fatto che questo concetto è legato anche ad altre questioni di politica sanitaria (come l'assistenza integrata o coordinata e il *task shifting*) e di teoria professionale (inter- e transdisciplinarietà; multiprofessionalità, ecc.).

Al di là del *focus*, il laboratorio risponde all'obiettivo strategico di avere una organizzazione orientata al lavoro interprofessionale, alla realizzazione concreta tempo per tempo di reti interprofessionali operative o di scambio e confronto professionale, di ecosistemi. **Il laboratorio sviluppa l'obiettivo strategico per fornire elementi utili a definire ambiti di possibile intervento, la loro rilevanza-impatto e le priorità su cui organizzare successivamente i lavori per sviluppare proposte operative.**

Scenario di riferimento

Il laboratorio verteva sul tema dell'interprofessionalità nell'ambito dei microsistemi; interprofessionalità che, pur rappresentando un elemento fondamentale in ambito sanitario, nella pratica quotidiana purtroppo non sempre riesce a trovare piena realizzazione. Del resto, è all'interno dei microsistemi che i piani strategici diventano realmente operativi, ed è quindi proprio questo il luogo in cui la multiprofessionalità e la condivisione, lo scambio e il confronto dovrebbero trovare la massima espressione.



Il lavoro del tavolo è stato introdotto da una presentazione corale dell'esperienza dell'AOU Careggi con "Il microsistema per ERAS", progetto realizzato nell'ambito delle trenta progettualità TOP X Careggi (Trenta Obiettivi e Priorità per Careggi), che ha aperto il confronto mettendo in luce aspetti importanti ed evidenziando anche alcune criticità. Nella presentazione sono emersi come elementi chiave il ruolo del team, del *network* aperto e del rapporto tra ospedale, istituzioni e privati, territorio (Medici di Medicina Generale). Il filo conduttore è stato la creazione di un rapporto fiduciario tra i soggetti coinvolti nella progettualità al fine di stimolare il più possibile la collaborazione e la cooperazione tra le parti.

Come principali criticità sono state poste all'attenzione del gruppo la resistenza al cambiamento e la difficoltà nella condivisione delle informazioni, aspetti legati entrambi a resistenze culturali ormai radicate. Andando ulteriormente in profondità nell'analisi è emerso come, per una corretta sperimentazione del modello ERAS, la gestione, l'integrazione, la valorizzazione e la messa a sistema sia un aspetto fondamentale.

Di seguito si riportano le indicazioni e le proposte emerse durante la discussione, anche grazie alle esperienze di altre realtà esposte dai partecipanti al laboratorio.

Le azioni proposte e le azioni prioritarie

Coinvolgimento costante di operatori e pazienti

Per poter ottenere risultati concreti è fondamentale proporre un sistema di coinvolgimento e di collaborazione tra operatori stretti e costanti nel tempo (es. audit). Interventi spot di partecipazione e coinvolgimento rischiano di essere poco efficaci, così come la carenza di obiettivi specifici e l'assenza di un costante monitoraggio dell'andamento del progetto. In questo senso, inoltre, il modello di *lean management* può essere vincente poiché permette di inserire il paziente al centro, coinvolgendolo attivamente lungo tutto il percorso di cura e cercando di definire una strada innovativa per abbattere le resistenze.

Trasformazione digitale

L'utilizzo di un sistema tecnologico come una app è prioritario in questo approccio per offrire un servizio a misura di paziente e di ottima qualità. Senza dubbio la componente tecnologica deve essere accompagnata da una corretta comunicazione e da un incentivo all'utilizzo al fine di rendere più pervasiva la trasformazione digitale del percorso; la tecnologia può inoltre supportare l'aspetto relativo alla gestione dei dati. Per rendere più efficace l'utilizzo di una app e le successive analisi e il monitoraggio delle azioni è necessario mettere a sistema le banche dati e rendere efficiente la gestione degli stessi.

Inserimento di altre figure professionali

Al fine di rendere il percorso ERAS un processo innovativo e universalmente accettato, è stata segnalata come figura strategica da inserire nel team quella del *Case Manager* ed è stato dato risalto al coinvolgimento di *counselors* dedicati per il supporto del paziente nell'ottica di un coinvolgimento attivo e consapevole.

Formazione

Investire sulla formazione del gruppo di lavoro per favorire l'inclusione, il senso di appartenenza e un linguaggio comune è emerso come aspetto rilevante, unitamente alla valorizzazione delle competenze legate alla risoluzione di imprevisti e problemi anche di tipo organizzativo (formazione manageriale). Infine, nella discussione del tavolo sono emerse ulteriori competenze da valorizzare: empatia, determinazione e l'esperienza del "toccare con mano".

Tra queste sono state condivise come **azioni prioritarie**:

- Formazione continua e coinvolgimento del personale (*team* multidisciplinare)
- Coinvolgimento attivo del paziente (*engagement*)
- Coinvolgimento del territorio (incontro ad hoc con Medici di Medicina Generale)

Considerazioni integrative

*Stiamo raccogliendo considerazioni a cura dei **Management Advisors** per una valutazione strategica del tema trattato. Ci auspichiamo di ricevere proposte anche da parte dei **Partners**, con l'obiettivo di definire progettualità e iniziative condivise.*

I contributi in questione potranno riguardare uno o più laboratori, a scelta. Per ogni laboratorio il contributo scritto non dovrà superare i 2.500 caratteri e dovrà indicare il nome del laboratorio a cui si riferisce.

Questi dovranno essere inviati a grandiospedali@koncept.it per essere integrati nel dossier finale.

Hanno partecipato

Moderatore: Francesca Pieralli, UO Igiene e Organizzazione Ospedaliera, AOU Careggi, Firenze

Facilitatore: Lapo Cecconi

Partecipanti: Alice Albanese, Giovanna Alpigiano, Duccio Conti, Elena Giacomelli, Giancarlo Grisolia, Federico Perna, Giacomo Ruffo, Sandro Stefani, Silvia Sticci (*elenco dei partecipanti iscritti in fase di registrazione all'evento: chiunque abbia partecipato al laboratorio può scrivere a grandiospedali@koncept.it e verrà inserito nel report*)

Laboratorio 4.3. More with less: conciliare elevati standard di cura ed efficienza produttiva

Focus sulla preabilitazione

Obiettivo: da anni esistono stime che indicano le perdite economiche a causa di cure erogate in modo inefficiente e inefficace e che invece si può ottenere invece un effetto positivo sui costi agendo sulla qualità delle risposte (IOM, 2010) attraverso l'applicazione di strumenti e strategie che consentano l'apprendimento continuo e l'innovazione costante nell'erogazione delle cure. Il processo di miglioramento attraverso l'innovazione si porta dietro un paradosso legato al fatto che l'introduzione di una nuova pratica può richiedere investimenti maggiori che però esitano in esiti più favorevoli sia per la salute del paziente che per i costi che in seguito il sistema è chiamato a sostenere. **Il Laboratorio intende affrontare il tema dell'introduzione di innovazioni, talora anche disruptive, nei percorsi di cura, che apparentemente si scontrano con aspetti legati a valutazioni di impatto a breve ricaduta a fronte di prospettive favorevoli con orizzonte temporale diverso oltre che con prassi da rimettere in discussione e aggiornare.**

Scenario di riferimento

I lavori del tavolo sono stati introdotti direttamente dal moderatore, il Prof. Stefano Romagnoli, Professore Ordinario di Anestesia e Rianimazione dell'Università di Firenze e Direttore della SODc Anestesia Oncologica e Terapia Intensiva del Dip. di Anestesia e Rianimazione, AOU Careggi, che ha illustrato l'obiettivo del confronto e introdotto i presentatori.

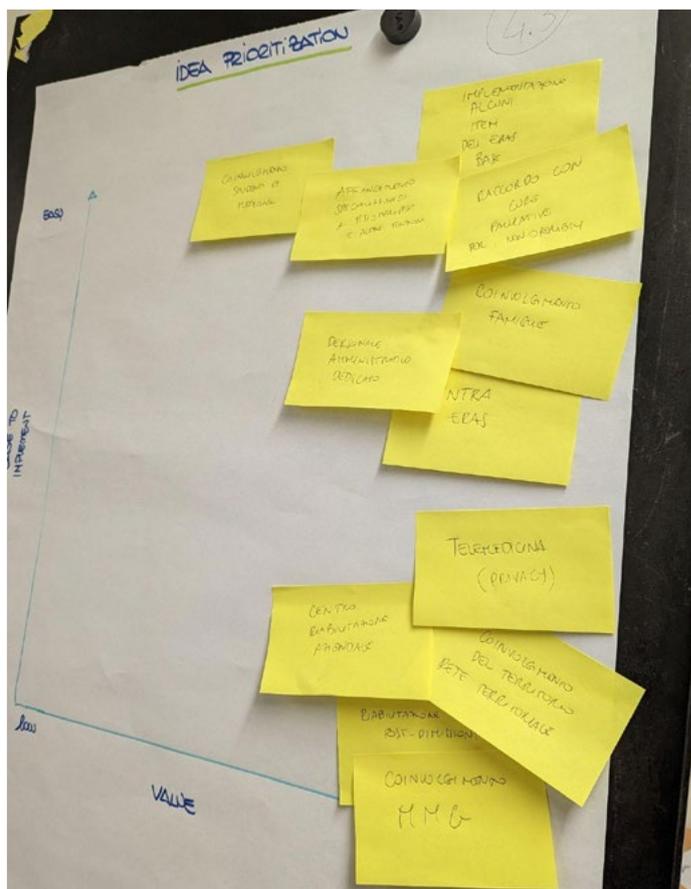
Il focus è stato dunque presentato dal Prof. Gabriele Baldini e dalle dottoresse Alessandra Ninci e Monica Torrini. In particolare, è stata presentata la sperimentazione del modello Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) in atto a Careggi per la preabilitazione multimodale dei pazienti oncologici.

Il modello ha suscitato grande interesse da parte dei partecipanti al tavolo che hanno posto molte domande di approfondimento, oltre che porto numerosi complimenti per il modello adottato, considerato estremamente innovativo e d'impatto.

Le azioni proposte e le azioni prioritarie

Sistematizzando quanto emerso dal confronto all'interno del grafico *Idea Prioritization*, sono stati definiti questi aspetti:

- Idee ad alto valore e di facile implementazione: implementazione di alcuni item nel modello ERAS base, coinvolgimento degli studenti di medicina nel seguire in maniera personalizzata i pazienti, affiancamento degli specializzandi ai fisioterapisti e ad altre figure professionali, un forte raccordo con le cure palliative per quei pazienti che vengono ritenuti non operabili.
- Idee ad alto valore e con difficoltà di implementazione media: il coinvolgimento delle famiglie in tutto il percorso, non sempre facile, la possibilità di avere personale amministrativo dedicato, l'implementazione della fase intra-operatoria ERAS.
- Idee ad alto valore ma di difficile implementazione: l'integrazione con strumenti di telemedicina come app o IoT, la costruzione di un centro di riabilitazione aziendale, il coinvolgimento del territorio e la creazione di una rete territoriale per la riabilitazione post dimissioni dei pazienti, il coinvolgimento dei medici di medicina generale e medici di famiglia nel percorso dei pazienti.



Laboratorio 4.3. More with less: conciliare elevati standard di cura ed efficienza produttiva

Considerazioni integrative

Stiamo raccogliendo considerazioni a cura dei **Management Advisors** per una valutazione strategica del tema trattato. Ci auspichiamo di ricevere proposte anche da parte dei **Partners**, con l'obiettivo di definire progettualità e iniziative condivise.

I contributi in questione potranno riguardare uno o più laboratori, a scelta. Per ogni laboratorio il contributo scritto non dovrà superare i 2.500 caratteri e dovrà indicare il nome del laboratorio a cui si riferisce.

Questi dovranno essere inviati a grandiospedali@koncept.it per essere integrati nel dossier finale.

Hanno partecipato

Moderatore: Francesca Pieralli, UO Igiene e Organizzazione Ospedaliera, AOU Careggi, Firenze

Facilitatore: Ester Macrì

Partecipanti: Alessandro Bacuzzi, Gabriele Baldini, Katia Bassani, Paolo Dell'Omo, Nicola Nicolotti, Alessandra Ninci, Monica Torrini (elenco dei partecipanti iscritti in fase di registrazione all'evento: chiunque abbia partecipato al laboratorio può scrivere a grandiospedali@koncept.it e verrà inserito nel report)

Focus sullo sviluppo a livello aziendale della terapia genica, del CAR-T, del trapianto di microbiota e le ricadute rispetto alle politiche sanitarie regionali e nazionali

Obiettivo: le terapie avanzate rappresentano una vera rivoluzione nel mondo della salute e costituiscono una nuova frontiera della cura e del trattamento dei pazienti, con importanti risvolti anche sul piano farmaceutico. Si tratta di un campo in continua e rapida evoluzione e la sfida attuale è la loro sostenibilità per i sistemi sanitari essendo farmaci molto innovativi ma con costi molto elevati. Negli ultimi anni sono stati diversi i dibattiti sulle terapie avanzate dal punto di vista dell'applicazione clinica, della bioetica e dei costi sta di fatto che la loro introduzione e gestione necessita di un modello innovativo che in futuro potrebbe richiedere cambiamenti nella gestione standard del processo di ricerca, sperimentazione, autorizzazione e accesso. Il laboratorio sviluppa il tema dell'introduzione delle terapie avanzate per individuare gli ulteriori ambiti operativi, loro rilevanza-impatto e priorità su cui organizzare successivamente i lavori per organizzare progetti esecutivi.

Scenario di riferimento

Il laboratorio si è focalizzato sul tema dello sviluppo a livello aziendale della terapia genica (emofilia e distrofia ereditaria), del CAR-T e del trapianto di microbiota. In particolare, l'obiettivo/sogno su cui lavorare è individuato nell'incremento dell'offerta terapeutica mediante rete regionale e nazionale di arruolamento dei pazienti, sia nella sperimentazione sia nella pratica clinica.

Sono stati evidenziati gli aspetti comuni alle quattro aree terapeutiche, mettendo in risalto gli aspetti positivi e quelli suscettibili di miglioramento.

Le azioni proposte e le azioni prioritarie

Le singole azioni proposte dai partecipanti al laboratorio sono riconducibili a dei macrotemi. Alla base del ragionamento è stato affrontato il tema della **sostenibilità: quali passaggi sono necessari per consentire ad un grande ospedale (e in generale al sistema sanitario) di erogare nel tempo terapie molto costose per pochi pazienti eligibili e con tempestività?**

In particolare sono state suggerite le seguenti azioni:

valorizzare la ricerca clinica, chi fa ricerca ha possibilità di fare formazione e intervenire contemporaneamente sull'organizzazione per l'implementazione delle nuove terapie. Fare ricerca permette di agire quindi sul fattore tempestività. Nell'asse cartesiano rappresentante la "idea prioritization", questa azione è individuata con un valore e una facilità di realizzazione medi.

La ricerca clinica **migliora la qualità dell'assistenza e porta al risparmio**. Quindi è importante incentivarla come azione di alto valore, anche se di difficile realizzazione.

È importante quindi **allargare gli orizzonti** della ricerca per accogliere nuove sperimentazioni, azione di alto valore e difficile realizzazione

Un richiamo all'aspetto della sostenibilità finanziaria di terapie ad elevato costo è riferita esplicitamente all'incremento di risorse, in particolare proponendo la destinazione nella legge di bilancio di un **fondo specifico per terapie innovative** (CAR T) da portare sul tavolo nazionale per garantire la sostenibilità nel tempo. Nell'asse cartesiano questa azione è individuata con valore medio-alto e di difficile realizzazione.

La sostenibilità supportata dalla ricerca clinica necessita della produzione di **dati di qualità** e del loro buon utilizzo, così da avere una fotografia fedele **su accessibilità**, appropriatezza e tempestività di utilizzo delle terapie (si fa riferimento alle CAR-T). In base a queste analisi è possibile orientarsi sui **modelli organizzativi** esistenti di utilizzo di queste terapie. Questa catena di azioni è vista di facile realizzazione ed elevato valore.

Viene richiamata la **necessità di individuare lo spreco**, in particolare fissando e rispettando criteri reali di esigibilità dei pazienti per terapie ad elevato costo (considerando che ci sono costi anche di follow up). Se non ci sono criteri ferrei e se i clinici non intervengono in maniera stringente, il sistema non potrà reggere a lungo. Questa azione è difficile da realizzare ed ha un elevato valore.

A tal proposito è essenziale avere **una visione di insieme**, valorizzando la misurazione degli esiti di una terapia costosa nel lungo periodo; non solo fotografare la qualità di vita del paziente e il costo della terapia nel presente. Questa azione è difficile da realizzare ed ha un elevato valore.

Considerazioni integrative

Stiamo raccogliendo considerazioni a cura dei **Management Advisors** per una valutazione strategica del tema trattato. Ci auspichiamo di ricevere proposte anche da parte dei **Partners**, con l'obiettivo di definire progettualità e iniziative condivise.

I contributi in questione potranno riguardare uno o più laboratori, a scelta. Per ogni laboratorio il contributo scritto non dovrà superare i 2.500 caratteri e dovrà indicare il nome del laboratorio a cui si riferisce.

Questi dovranno essere inviati a grandiospedali@koncept.it per essere integrati nel dossier finale.

Hanno partecipato

Moderatori: Michele Cecchi, Direttore UOC Farmaceutica ospedaliera e Politiche del Farmaco, AOU Careggi, Firenze; Marcello Pani, Direttore UOC Farmacia Policlinico Universitario Agostino Gemelli, Roma

Facilitatore: Francesca Ierardi

Partecipanti: Francesco Attanasio, Alessandra Biffi, Barbara Biserni, Stefania Bramanti, Giancarlo Castaman, Alessandro Checchi, Andrea Galli, Fabrizio Giansanti, Francesco Grossi, Alessandra Ipponi, Riccardo Saccardi,

Marta Sargeni (elenco dei partecipanti iscritti in fase di registrazione all'evento: chiunque abbia partecipato al laboratorio può scrivere a grandiospedali@koncept.it e verrà inserito nel report)

Laboratorio 5.2. L'introduzione di nuove tecnologie come ponte tra potenziamento dell'assistenza e sviluppo delle competenze

Focus su il percorso per lo sviluppo integrato della digitalizzazione, dell'intelligenza artificiale e delle nuove tecnologie

Obiettivo: le tecnologie per la salute hanno dato il via ad una "rivoluzione dal basso", che impone al sistema sanità diversi interrogativi. Perché le nuove tecnologie diventino un'opportunità per il nostro servizio sanitario occorre un approccio di sistema, partecipato e graduale. Il laboratorio sviluppa il tema di come ripensare il sistema sanitario in un'ottica di "logistica della conoscenza e della responsabilità", capace di organizzare e facilitare l'introduzione delle nuove tecnologie e l'accesso, l'uso e la condivisione delle informazioni.

Scenario di riferimento

Dati i cambiamenti apportati dall'introduzione delle nuove tecnologie in diversi e numerosi campi della medicina, è necessario ripensare al nostro sistema sanitario con un approccio di sistema, partecipato e graduale, che consenta lo sviluppo integrato della digitalizzazione, dell'intelligenza artificiale e delle nuove tecnologie.

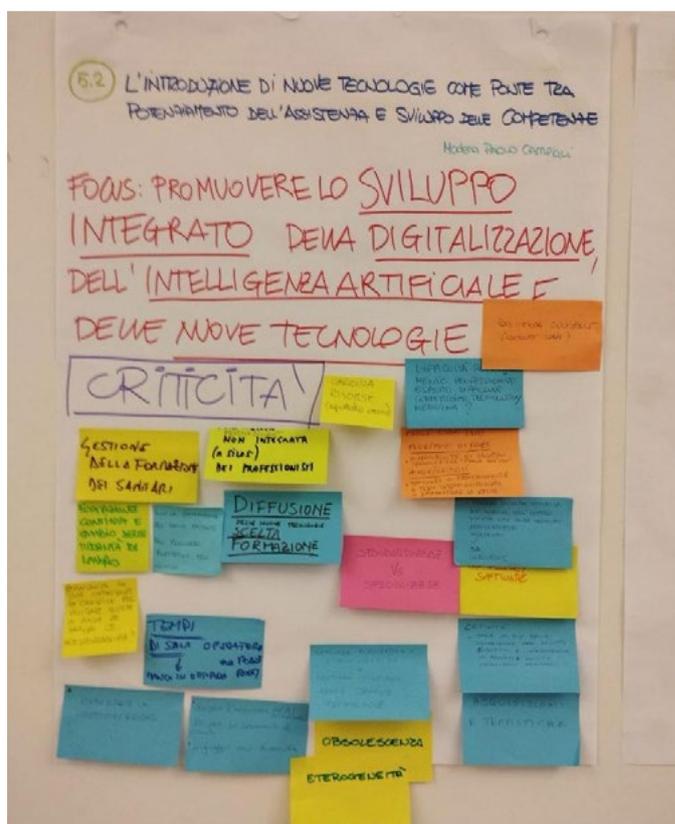
Le tematiche affrontate dai presentatori:

1. Digitalizzazione e intelligenza artificiale nella diagnostica - Massi e Miele
2. La sintesi mediante la diagnostica integrata/il superamento dei "silos" informativi - Fanelli
3. Nuove tecnologie in chirurgia protesica e urologica - Civinini, Minervini
4. il Faculty Development/importanza della formazione degli operatori - Barbani

Le azioni proposte e le azioni prioritarie

La discussione si è sviluppata come indicato di seguito:

1. Definizione e condivisione dell'**obiettivo** del laboratorio con i partecipanti: "Promuovere lo sviluppo integrato della digitalizzazione, dell'intelligenza artificiale e delle nuove tecnologie"
2. Identificazione delle **criticità** e degli ostacoli al raggiungimento dell'obiettivo
 - Gestione della formazione dei sanitari
 - Formazione non integrata (a silos) dei professionisti
 - Scarsa diffusione e comprensione delle nuove tecnologie
 - Carenza risorse (soprattutto umane)
 - Resistenza culturale (non si vuole uscire dalla comfort zone)
 - Difficoltà reperimento professionisti esperti
 - Difficoltà per convivenza di tecnologia/medicina?
 - Mancanza di professionalità e necessità di team multidisciplinari per affrontare la sfida
 - Standardizzazione vs. specializzazione
 - Nuova governance del paziente nel percorso formativo del clinico
 - Tempi di sala operatoria
 - Gestione burocratico-amministrativa
 - Gestione giuridica delle nuove tecnologie
 - Sì per l'accensione dell'intelligenza artificiale, no per lo spegnimento del cervello
 - Veloce obsolescenza tecnologica strumenti
 - Acquisizioni e tempistiche per la dotazione



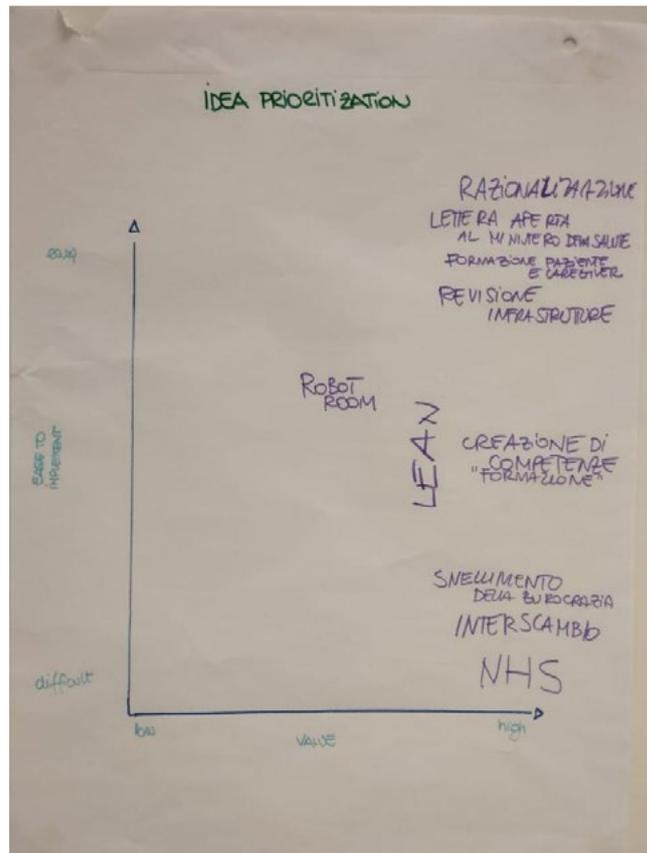
Laboratorio 5.2. L'introduzione di nuove tecnologie come ponte tra potenziamento dell'assistenza e sviluppo delle competenze

3. Azioni proposte per raggiungere l'obiettivo

- Robot room: sala operatoria riservata alla robotica
- Introduzione delle metodologie LEAN
- Razionalizzazione dei processi
- Lettera aperta al Ministero della Salute sulla questione dell'innovazione e formazione paziente e caregiver
- Revisione delle infrastrutture tecnologiche (soprattutto ICT)
- Creazione di competenze (es. bioinformatici)
- Snellimento della burocrazia
- Un modello: il NHS (sistema sanitario inglese)

Ulteriori azioni emerse dalla discussione:

- Formazione continua e cambio delle priorità di lavoro
- Disponibilità di soluzioni tecnologiche "pronte all'uso"
- Creare cultura condivisa all'interno dell'intero sistema che vede coinvolti amministratori, specialisti, IT, SA, industrie
- Linguaggio unico fondamentale: superamento o condivisione dei gerghi tecnici
- Esame make or buy delle competenze per sviluppo algoritmi e integrazione nei processi clinico organizzativi aziendali, in modo da essere autonomi



4. Posizionare le azioni emerse nella prioritization matrix e individuare le **azioni prioritarie**:

- Lettera aperta al Ministero della Salute
- Razionalizzazione
- Formazione a paziente e caregiver sulle nuove tecnologie
- Revisione delle infrastrutture ICT

Considerazioni integrative

Stiamo raccogliendo considerazioni a cura dei **Management Advisors** per una valutazione strategica del tema trattato. Ci auspichiamo di ricevere proposte anche da parte dei **Partners**, con l'obiettivo di definire progettualità e iniziative condivise.

I contributi in questione potranno riguardare uno o più laboratori, a scelta. Per ogni laboratorio il contributo scritto non dovrà superare i 2.500 caratteri e dovrà indicare il nome del laboratorio a cui si riferisce.

Questi dovranno essere inviati a grandiospedali@koncept.it per essere integrati nel dossier finale.

Hanno partecipato

Moderatore: Paolo Campigli, Direttore UOc Sviluppo e Gestione Tecnologie Innovative, AOU Careggi, Firenze

Facilitatore: Claudia Gatteschi

Partecipanti*: Francesco Barbani, Pietro Barbieri, Daniela Bacherini, Silvia Beghin, Paolo Bottazzi, Paolo Cirmi, Roberto Civinini, Alessandra Fanelli, Marco Giacosa, Luca Giulio, Pietro Giurdanella, Mauro Iori, Daniela Massi, Francesca Menotto, Vittorio Miele, Andrea Minervini, Nicola Mondanelli, Graziano Pernazza, Francesco Antonio Rasulo, Francesco Zarantonello (elenco dei partecipanti iscritti in fase di registrazione all'evento: chiunque abbia partecipato al laboratorio può scrivere a grandiospedali@koncept.it e verrà inserito nel report)

Laboratorio 5.3. Conciliare innovazione e rispetto delle regole di immissione sul mercato

Focus sugli spazi di manovra per l'introduzione di nuovi farmaci e dispositivi

Obiettivo: l'introduzione di nuove frontiere terapeutiche incontra una serie di colli di bottiglia presenti nei processi regolatori. Occorre individuare soluzioni che consentano maggiormente di far emergere il "valore aggiunto dell'innovazione" e l'opportunità di avere interessi condivisi tra paziente, medico e payer. Il laboratorio sviluppa l'obiettivo strategico per fornire elementi utili a definire ambiti di possibile intervento, la loro rilevanza-impatto e le priorità su cui organizzare successivamente i lavori per sviluppare proposte operative.

Scenario di riferimento

L'introduzione delle nuove tecnologie incontra una serie di colli di bottiglia presenti nei processi regolatori per l'immissione sul mercato. In particolare, per quanto riguarda i dispositivi medici, contrariamente ai farmaci, non esiste una agenzia deputata alla valutazione del profilo clinico, all'approvazione ai fini della commercializzazione, alla negoziazione del prezzo con la ditta fornitrice e alla decisione circa la rimborsabilità o meno. Occorre individuare soluzioni che consentano maggiormente di far emergere il "valore aggiunto dell'innovazione" e l'opportunità di evidenziare gli interessi condivisi tra paziente, medico e payer. Il laboratorio sviluppa l'obiettivo strategico per fornire elementi utili a definire ambiti di possibile intervento, la loro rilevanza-impatto e le priorità su cui organizzare successivamente i lavori per sviluppare proposte operative con focus sugli spazi di manovra per l'introduzione di nuovi dispositivi medici nelle Aziende Ospedaliere Universitarie

Tra le opportunità emerse dai lavori del tavolo è stata evidenziata la necessità di trasformare *Health Technology Assessment* (HTA - Valutazione della Tecnologia Sanitaria) in uno strumento decisionale a carattere multidisciplinare superando l'idea del conflitto di interesse dei clinici esperti nelle Commissioni. Gli Studi clinici (clinical trial) sui dispositivi innovativi dovrebbero "pesare" meno rispetto a quelli delle altre dimensioni di HTA, visto che il ciclo di vita di un dispositivo medico è molto più breve di quello di un farmaco. Inoltre, gli studi clinici dovrebbero essere fatti all'interno delle Aziende Ospedaliere Universitarie (AOU). Si segnala anche l'opportunità derivante dallo strutturare percorsi dedicati per alcune tipologie di innovazione e l'importanza di tenere separate ricerca e innovazione.

La prima grande criticità è relativa ai lunghi tempi di introduzione dei dispositivi medici innovativi nella pratica clinica; l'alto aspetto importante è relativo all'alto costo delle nuove tecnologie, con il rischio che l'innovazione venga superata da altre tecnologie.

Per quanto riguarda i collegi tecnici e le commissioni giudicatrici di gara viene segnalata l'assenza di esperti clinici per potenziali conflitti di interesse e critiche risultano anche la solidità delle evidenze scientifiche nella innovazione di dispositivi medici e la carenza di personale dedicato nelle all'introduzione di nuovi dispositivi medici nelle aziende del Servizio Sanitario Nazionale.

Tra gli *stakeholders* individuati l'industria, i clinici, le associazioni pazienti, il *management* aziendale e quello regionale.

Le azioni proposte e le azioni prioritarie

Priorità di intervento delle azioni/soluzioni proposte

- Basso costo / Alta utilità → da fare subito

1. Presenza del Clinico in HTA Regionali
2. Invitare al Tavolo 5.3 Membri del HTA, referenti regionali e nazionali ed enti appaltanti
3. Formare un tavolo permanente che comprenda tutte le realtà che possono colloquiare con gli enti istituzionali
4. Aumento frequenza riunioni del tavolo HTA

- Medio costo / Alta utilità

5. Definire percorsi ad hoc per i Dispositivi medici innovativi (non solo HTA)



Laboratorio 5.3. Conciliare innovazione e rispetto delle regole di immissione sul mercato

6. Budget destinato all'innovazione nelle Aziende Ospedaliere Universitarie

- Alto costo / Alta utilità

7. Ridurre i tempi delle gare ESTAR

8. Creare una Agenzia Italiana dei Dispositivi medici

9. Cambiare le regole del sistema per uniformare l'accesso alle cure

Considerazioni integrative

*Stiamo raccogliendo considerazioni a cura dei **Management Advisors** per una valutazione strategica del tema trattato. Ci auspichiamo di ricevere proposte anche da parte dei **Partners**, con l'obiettivo di definire progettualità e iniziative condivise.*

I contributi in questione potranno riguardare uno o più laboratori, a scelta. Per ogni laboratorio il contributo scritto non dovrà superare i 2.500 caratteri e dovrà indicare il nome del laboratorio a cui si riferisce.

Questi dovranno essere inviati a grandiospedali@koncept.it per essere integrati nel dossier finale.

Hanno partecipato

Moderatore: Martina Focardi, Direttore f.f. Medicina legale, AOU Careggi, Firenze

Management Advisor: Cristina Marchesi, Direttore Generale AUSL-IRCCS di Reggio Emilia

Facilitatore: Carlotta Iarrapino

*Partecipanti** Domenico Campanacci, Paolo Capelli, Calogero Lino Cirami, Valdemaro Cordelli, Fabrizio Fanelli, Fabrizio Giansanti, Girolama Iadicicco, Stefano Marchese, Emilia Milazzo, Pierluigi Stefano, Monica Vaiani, Amanda Zanchi, Donata Zullo (*elenco dei partecipanti iscritti in fase di registrazione all'evento: chiunque abbia partecipato al laboratorio può scrivere a grandiospedali@koncept.it e verrà inserito nel report*)

Laboratorio 6.1. La risposta di un ospedale universitario ai bisogni di salute delle persone fragili e vulnerabili

Focus sui percorsi ultraspecialistici per la disabilità

Obiettivo: il tema delle disuguaglianze di salute è all'attenzione dei *policy makers* da diversi anni anche nel nostro paese ma ancora poco esplorato è l'ambito delle disuguaglianze legate alla disabilità. Per molte persone con disabilità l'accesso alle risposte sanitarie può essere estremamente complicato non solo per la presenza di barriere architettoniche ma per le cosiddette 'barriere invisibili', di natura prevalentemente organizzativa, dovute alla non disponibilità di competenze specifiche anche ultra specialistiche, di modelli di erogazione e di allestimenti idonei. Il laboratorio sviluppa l'obiettivo strategico per fornire elementi utili a definire ambiti di possibile intervento, la loro rilevanza-impatto e le priorità su cui organizzare successivamente i lavori per sviluppare proposte operative.

Scenario di riferimento

Il laboratorio ha come finalità lo sviluppo di alcune strategie volte al superamento delle disuguaglianze legate alla disabilità nell'accesso ai servizi, mediante l'implementazione di servizi e strutture idonee. In questo frangente è di importanza vitale la collaborazione tra le associazioni, gli enti territoriali e le aziende ospedaliere per la mappatura degli utenti bisognosi nel territorio regionale. Una volta individuata la fascia di utenza bisognosa occorre muoversi su due direzioni:

- La prima consistente nel garantire una maggior accessibilità del servizio mediante processi di digitalizzazione della presa in carico, in modo tale che l'utente e chi per loro possono provvedere a fare la domanda celermente.
- La seconda direzione riguarda la costruzione di una *equipe* specializzata con all'interno figure di Case manager, facilitatori e personale sanitario preparato al fine di poter prendere in carico in maniera efficace gli utenti bisognosi.

Sarà di vitale importanza la costituzione di campagne informative volte alla sensibilizzazione del tema, con la partecipazione attiva di associazioni. Queste campagne informative potranno costituire un trampolino di lancio per una azione di *lobbying* nei confronti di istituzioni territoriali al fine di ottenere sia maggior riconoscimento, sia una miglior qualità dei servizi erogati.

Infine, è di vitale importanza istituire master universitari, corsi di formazione per avere il personale sanitario sempre più preparato.



Le azioni proposte e le azioni prioritarie

Azioni Proposte:

- Campagne informative sui servizi. Azione prioritaria di facile attuazione ad alto valore aggiunto.
- Reclutamento Facilitatori. Azione prioritaria di facile attuazione ad alto valore aggiunto.
- Costituzione Equipe specializzata. Azione prioritaria di facile attuazione ad alto valore aggiunto.
- Costituzione canale di comunicazione con le associazioni. Azione prioritaria di facile attuazione ad alto valore aggiunto.
- Mappatura utenti bisognosi all'interno del territorio regionale. Azione prioritaria di media attuazione ad alto valore aggiunto.
- Creazione di un master universitario. Azione prioritaria di facile attuazione a medio valore aggiunto.
- Creazione di un master universitario. Azione prioritaria di facile attuazione a medio valore aggiunto.
- Creazione figura all'interno dell'ospedale del *Case Manager*. Azione prioritaria di media difficoltà di attuazione a medio valore aggiunto.

Laboratorio 6.1. La risposta di un ospedale universitario ai bisogni di salute delle persone fragili e vulnerabili

- Costituzione reti associazioni per azione di *lobbying*. Azione di facile attuazione a medio valore aggiunto.
- Istituzione di corsi di formazione ed aggiornamento degli operatori. Azione di facile attuazione a medio valore aggiunto.
- Inserimento disciplina all'interno dei percorsi universitari. Azione di facile attuazione a medio valore aggiunto.
- Digitalizzazione servizi. Azione di media difficoltà di attuazione a medio valore aggiunto.
- Costituzione reparto per utenti bisognosi speciali. Azione di difficile attuazione ad alto valore aggiunto.
- Formazione base ai medici di famiglia. Azione di difficile attuazione a medio valore aggiunto.
- Estensione servizio in tutte le strutture ospedaliere. Idea ambiziosa ma attualmente di difficile attuazione.

Considerazioni integrative

Stiamo raccogliendo considerazioni a cura dei **Management Advisors** per una valutazione strategica del tema trattato. Ci auspichiamo di ricevere proposte anche da parte dei **Partners**, con l'obiettivo di definire progettualità e iniziative condivise.

I contributi in questione potranno riguardare uno o più laboratori, a scelta. Per ogni laboratorio il contributo scritto non dovrà superare i 2.500 caratteri e dovrà indicare il nome del laboratorio a cui si riferisce.

Questi dovranno essere inviati a grandiospedali@koncept.it per essere integrati nel dossier finale.

Hanno partecipato

Moderatore: Felice Petraglia - Direttore DAI Materno Infantile AOU Careggi, Firenze

Facilitatore: Alessandro Latterini

Partecipanti: Gina Allegretti Proietti, Simona Barbaglia, Angela Maria Becorpi, Iacopo Nori Cucchiari, Carmelo Gagliano, Filippo Ghelma, Silvia Forni, Patrizia Frilli, Eluisa Lo Presti, Costanza Loni, Valentina Tucci (*elenco dei partecipanti iscritti in fase di registrazione all'evento: chiunque abbia partecipato al laboratorio può scrivere a grandiospedali@koncept.it e verrà inserito nel report*)

Focus su Co-design di risposte di salute

Obiettivo: l'approccio human centered alla tecnologia e l'attenzione al risultato hanno dato un forte impulso all'innovazione collaborativa nel settore sanitario. Si parla ora di *co-creation* e *codesign* ovvero di creare uno spazio dove vengono ascoltate le voci di chi vive e comprende la condizione del paziente e le sue necessità per guidare i processi decisionali guardando al problema con la prospettiva del paziente stesso.

Nonostante il tema sia all'attenzione da tempo ancora c'è molto da fare per muoversi in maniera decisa in questa direzione e i contesti dove maggiormente si sviluppa l'innovazione e la ricerca dovrebbero essere sempre più in grado di operare con queste modalità. Il laboratorio sviluppa l'obiettivo strategico per fornire elementi utili a definire ambiti di possibile intervento, la loro rilevanza-impatto e le priorità su cui organizzare successivamente i lavori per sviluppare proposte operative.

Scenario di riferimento

La discussione del laboratorio si è sviluppata intorno al termine "co-progettazione". La definizione, nel contesto sanitario, rimanda ad un approccio collegiale nello sviluppo di nuovi servizi che restituiscono risultati migliori e garantiscono maggiori performance, sfruttando appieno le competenze, le conoscenze, le risorse e i contributi di tutti gli attori e portatori di interesse. Tale approccio si concretizza attraverso la collaborazione paritaria tra i soggetti che operano all'interno del sistema, quindi: personale sanitario, coloro che hanno vissuto l'esperienza e fruito dei servizi presenti nel sistema, (quindi pazienti e loro familiari, caregiver, anche in forma associativa), e tutti gli altri soggetti provenienti dall'industria sanitaria (case farmaceutiche, produttori di soluzioni e/o tecnologie informatiche, etc.). I partecipanti al laboratorio hanno presentato la propria esperienza di creazione di *network* professionali per promuovere il processo di co-design nella creazione di soluzioni nei percorsi di cura caratterizzati da multifattorialità e in cui è fondamentale un approccio integrato e multidisciplinare per gestire la complessità.

È emersa l'esperienza della Regione Sicilia in cui è stato sviluppato, in collaborazione AMICI Onlus, un sistema di registrazione e condivisione di dati sanitari che permette la co-progettazione di software tra fornitori di assistenza e pazienti. Questa soluzione permette di costruire l'informazione in modo flessibile e personalizzato, e al tempo stesso garantisce la disponibilità di molteplici dati per la presa di decisione. Ciò ha migliorato l'appropriatezza e agevolato la gestione dei casi clinici (pazienti affetti da malattie infiammatorie croniche intestinali), garantendo l'uniformità di trattamento in tutti i punti della rete.

Sono state inoltre presentate le esperienze di progettazione dei percorsi aziendali per le malattie infiammatorie croniche intestinali e per la patologia oncologica della mammella dell'AOU Careggi. In entrambi i percorsi emerge l'esigenza di rafforzare gli attuali modelli organizzativi, integrando ulteriori figure professionali nella gestione dei casi clinici per rispondere, attraverso tutte le competenze disponibili nel sistema, ai crescenti e differenti bisogni dei pazienti. È stato presentato un "progetto dietetico", realizzato in collaborazione con Chirurghi, Dietisti, Direzione Medica di Presidio, Ditta di ristorazione, Pazienti, che ha esitato nell'implementazione di un percorso di educazione sanitaria e la divulgazione di materiale informativo, al fine di aumentare la consapevolezza rispetto ai benefici ottenibili (sui rischi di recidiva di malattia), mediante il mantenimento di un corretto stile di vita e il mantenimento del giusto peso corporeo.

Le azioni proposte e le azioni prioritarie

Per rendere più realistica ed efficace la pratica collaborativa nella produzione di risposte di salute, i partecipanti al laboratorio propongono di massimizzare la partecipazione del paziente ai processi decisionali inerenti la pianificazione e sviluppo dei percorsi di cura; la creazione di reti inter-settore e inter-associative; ottimizzare le interdipendenze e le connessioni tra i vari enti e attori della rete; investire nell'implementazione di strumenti digitali che garantiscano l'accessibilità e facilitino lo scambio di dati. La finalità è allineare sempre di più i servizi alle esigenze degli utenti e garantire la piena accessibilità alle competenze presenti nella rete.

Tra le azioni prioritarie la creazione di reti formalmente definite a livello regionale, i cui punti (o snodi) siano facilmente accessibili; identificare i centri che rispondono a criteri di efficacia e competenza; aprire la partecipazione a tutti gli attori del sistema, considerando il loro contributo nella progettazione delle risposte di salute.

In definitiva emerge la necessità di mettere in circolazione le competenze di tutti gli attori del sistema piuttosto che far circolare il paziente all'interno della rete, mantenendo sempre una visione olistica e garantendo sempre la centralità della persona nella pianificazione e progettazione delle risposte di salute.

Considerazioni integrative

Stiamo raccogliendo considerazioni a cura dei **Management Advisors** per una valutazione strategica del tema trattato. Ci auspichiamo di ricevere proposte anche da parte dei **Partners**, con l'obiettivo di definire progettualità e iniziative condivise.

I contributi in questione potranno riguardare uno o più laboratori, a scelta. Per ogni laboratorio il contributo scritto non dovrà superare i 2.500 caratteri e dovrà indicare il nome del laboratorio a cui si riferisce.

Questi dovranno essere inviati a grandiospedali@koncept.it per essere integrati nel dossier finale.

Hanno partecipato

Moderatore: Angela Brandi, Direttrice Dipartimento Professioni Sanitarie, AOU Careggi, Firenze

Facilitatore: Pino De Sario

Partecipanti: Maurizio Bellini, Alessandro Boni, Maria Francesca De Marco, Maurizio Deplano, Salvatore Leone, Anna Maria Murante, Anita Nannoni, Ambrogio Orlando, Lorenzo Orzalesi, Stefano Scaringi, Fabio Sorrenti (elenco dei partecipanti iscritti in fase di registrazione all'evento: chiunque abbia partecipato al laboratorio può scrivere a grandiospedali@koncept.it e verrà inserito nel report)

Focus sul modello per la transizione sviluppato da AOU Careggi, Firenze e AOU Meyer, Firenze

Obiettivo: l'esigenza di assicurare la progettazione e la strutturazione di percorsi di cura che assicurino una corretta transizione dall'età pediatrica all'età adulta nasce da un progressivo aumento dei pazienti affetti da patologie croniche in età adolescenziale grazie ai progressi della medicina, che consentono un decorso migliore e una maggiore sopravvivenza dei bambini affetti da patologie croniche di varia. La progettazione e la strutturazione dei percorsi di transizione sono processi e complessi e tale complessità è in parte correlata alle discrepanze tra *cut-off* normativi e organizzativi e aspetti medico legali. Il laboratorio sviluppa l'obiettivo strategico per fornire elementi utili a definire ambiti di possibile intervento per sviluppare percorsi di transizione efficaci.

Scenario di riferimento

Il laboratorio è iniziato con la lettura di alcuni casi esempio, presentati dalle Dottoresse Silvia Bresci, Gianna Camiciottoli, Maria Letizia Urban e moderato dal Prof. Mannucci Edoardo. I casi presentati fornivano esami di programmi di transizione messi a punto per patologie molto frequenti (asma bronchiale), relativamente rare (fibrosi cistica) o molto rare (malattie metaboliche rare), evidenziando la necessità di adattare i modelli di cura alle caratteristiche di ciascun quadro patologico.

Il filo conduttore del laboratorio è stata la centralità del paziente, l'importanza delle relazioni interpersonali tra medico e paziente e tra medico e famigliari nonché la necessità di acquisire competenze trasversali al servizio delle professionalità coinvolte.

Molte sono le criticità che si incontrano nella quotidianità, ma altrettante numerose sono risultate le proposte per migliorare – in termini di qualità – e facilitare il passaggio del paziente pediatrico al mondo dell'adulto.

L'anima dei partecipanti al laboratorio è stata partecipativa, attenta e mirata alle necessità della persona e della famiglia (prima come genitore poi come compagno/a di vita).

Approccio condiviso: malattia sistemica, soluzioni sistemiche.

Focus della discussione:

- Esigenza di programmi precisi di transizione
- Creare e favorire un servizio che risponda alle esigenze del paziente e della famiglia
- Stabilire un luogo, dedicare personale, acquisire competenze multiprofessionali, dotarsi di attrezzature dedicate, arricchirsi di competenze relazionali e comunicative

Priorità d'intervento:

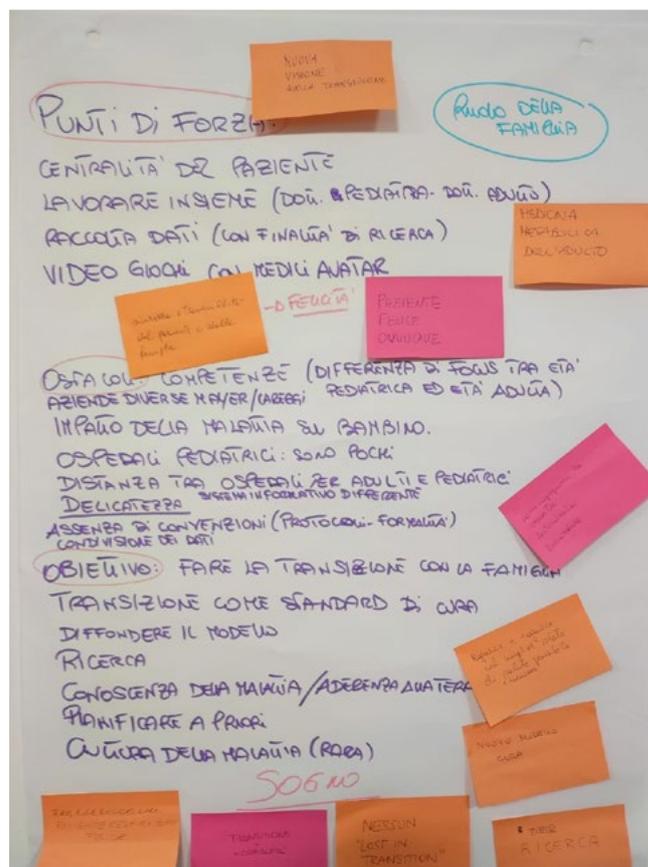
- Bambini grandi o adulti piccoli?
- Lavorare sugli indicatori

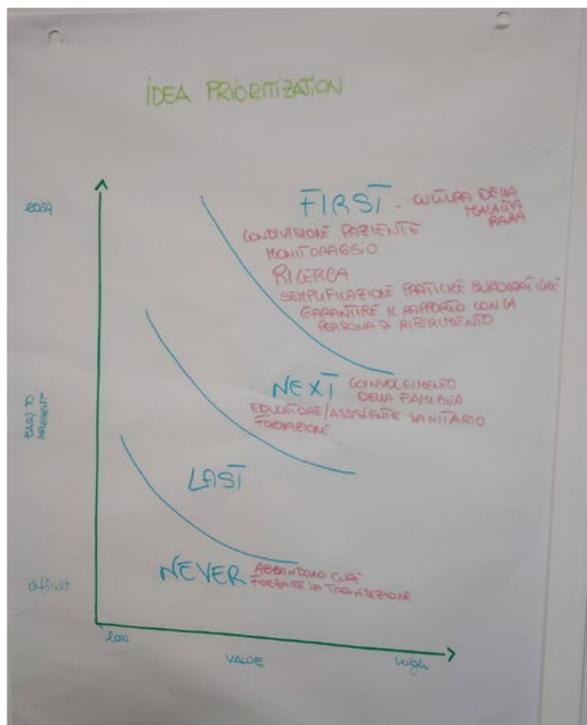
Sinergie tra professionisti:

- Aspetti relazionali in primo piano
- Psicologo a supporto del dialogo medico-paziente e per supporto nella lettura delle situazioni
- Educatore (scuola in ospedale) socio educativo

Stakeholders:

- associazioni pazienti (anche figure non professionali)
- territorio e medici di famiglia
- centrale il ruolo della famiglia





Punti di forza:

- Centralità del paziente
- Lavoro congiunto delle diverse equipe (pediatri e medici per gli adulti)
- Raccolta dati con finalità di ricerca
- Sperimentazione dei video giochi con avatr dei medici

Ostacoli/criticità:

- Differenza di competenze e differenza di focus tra età pediatrica ed età adulta
- Aziende differenti (Meyer e Careggi), con diversa organizzazione delle strutture e delle cure
- Gestione del rapporto con i genitori/familiari al momento del passaggio all'età adulta
- Numero esiguo di ospedali pediatrici
- Distanza fisica tra ospedali pediatrici e ospedali ordinari (in molti casi)
- Sistemi informativi differente – assenza di condivisione dei dati
- In assenza di convenzioni, complessità nella definizione dei protocolli e le formalità Le azioni proposte e le azioni prioritarie

Le azioni proposte e le azioni prioritarie

Obiettivo condiviso:

- Realizzare la transizione con la famiglia
- Transizione come standard di cura
- Diffondere il modello
- Ricerca: sviluppare modelli organizzativi nuovi e verificarne fattibilità ed efficacia con protocolli di ricerca definiti
- Conoscenza della malattia/aderenza alla malattia
- Pianificare la transizione a priori
- Creare una cultura della malattia rara

Elenco delle priorità:

First:

1. Creare una cultura della malattia rara
2. Condivisione del paziente
3. Investire sulla ricerca
4. Semplificazione della burocrazia
5. Garantire il rapporto con la persona di riferimento

Next:

1. Coinvolgimento della famiglia
2. Inserimento di un educatore/assistente sanitario
3. Adeguata formazione dei professionisti

Never:

- abbandono delle cure
- forzare la transizione

Sogno:

- comprensione medico paziente e medico famiglia
- Sistematicità

- Sensibilizzazione
- continuità senza intoppi
- nuova visione della transizione
- paziente felice ovunque
- sicurezza e tranquillità del paziente e della famiglia
- medicina metabolica dell'adulto
- accompagnare la crescita; autonomia, benessere
- ragazzi e ragazze nel miglior stato di salute e benessere possibile
- nuovo modello di cura
- ricerca
- Nessun "lost in transition"
- Transizione=normalità
- Paziente respiratorio felice

Considerazioni integrative

Stiamo raccogliendo considerazioni a cura dei **Management Advisors** per una valutazione strategica del tema trattato. Ci auspichiamo di ricevere proposte anche da parte dei **Partners**, con l'obiettivo di definire progettualità e iniziative condivise.

I contributi in questione potranno riguardare uno o più laboratori, a scelta. Per ogni laboratorio il contributo scritto non dovrà superare i 2.500 caratteri e dovrà indicare il nome del laboratorio a cui si riferisce.

Questi dovranno essere inviati a grandiospedali@koncept.it per essere integrati nel dossier finale.

Hanno partecipato

Moderatore: Edoardo Mannucci, Direttore Agenzia Diabetologia AOU Careggi, Firenze

Facilitatore: Gesualda Mascali

Partecipanti: Mohammed Awad, Silvia Bresci, Gianna Camiciottoli, Franca Crevatin, Simone Donati, Enrico Lombardi, Federica Piccolo, Giovanni Taccetti, Maria Letizia Urban, Sara Villa (elenco dei partecipanti iscritti in fase di registrazione all'evento: chiunque abbia partecipato al laboratorio può scrivere a grandiospedali@koncept.it e verrà inserito nel report)

Laboratorio 7.1. Le risposte in emergenza della ricerca clinica

Focus sul giornale di bordo dell'attivazione dello studio sul protocollo vaccinale nei pazienti che hanno contratto il COVID e dello studio sul trattamento della trombosi da vaccino e *lesson learned*.

Obiettivo: la pandemia ha portato ad un cambio repentino degli assetti organizzativi esistenti evidenziando resilienza ed adattamento ai cambiamenti e alle riconfigurazioni nei diversi settori di attività non solo in quelle strettamente collegate all'assistenza ma anche nella ricerca.

Il laboratorio analizza gli aspetti chiave che possono consentire il massimo allineamento della ricerca a contesti in rapida evoluzione.

Scenario di riferimento

Obiettivo del Laboratorio 7.1 era analizzare gli aspetti chiave in grado di allineare il settore della ricerca a contesti in rapida evoluzione. La relazione introduttiva si è concentrata su due esperienze paradigmatiche che sono state realizzate presso l'AOU Careggi al fine di fornire degli spunti di riflessione volti a stimolare la successiva discussione. Le riflessioni emerse sono state riportate su dei post-it che sono stati collocati su un asse cartesiano per definire la priorità degli interventi.

Le azioni proposte e le azioni prioritarie

Di seguito si riporta un elenco delle azioni prioritarie condivise dai partecipanti:

1. Rafforzamento della **collaborazione e sinergia** tra istituzioni accademiche, strutture sanitarie e società scientifiche al fine di mettere a comune i punti di forza peculiari dei tre settori (alta utilità/media fattibilità).

In particolare l'Università promuove l'avanzamento nell'ambito delle conoscenze scientifiche e gode di una certa flessibilità nell'allocazione e gestione delle risorse umane e finanziarie, le strutture sanitarie permettono che gli avanzamenti scientifici trovino concreta applicazione in termini organizzativi e assistenziali e le società scientifiche offrono un sistema di rete a supporto dei professionisti garantendo la comunicazione e l'aggiornamento continuo.

Viene riportato come esempio virtuoso occorso durante la pandemia COVID-19 la creazione del registro nazionale per la trombosi vaccino-correlata che è stato promosso dalla società scientifica Siset, realizzato dai ricercatori e dai professionisti dell'ambito assistenziale e che ha consentito una rapida acquisizione/diffusione di conoscenze e attività monitoraggio sull'argomento specifico.



2. Rafforzamento dell'**integrazione tra ricerca clinica e setting assistenziali** (alta utilità/alta fattibilità). Il settore della ricerca clinica riconosce come elemento indispensabile l'integrazione e la connessione con l'ambito assistenziale in cui vengono declinate le nuove scoperte scientifiche, facendo riferimento non solo al personale medico ma anche agli operatori delle professioni sanitarie.
3. Creazione di una **rete nazionale** strutturata che garantisca l'accesso ai percorsi diagnostici/terapeutici all'avanguardia a tutti i cittadini su un modello *HUB and spoke* (alta utilità/media fattibilità). Viene richiamata l'importanza di riconoscere tra gli *stakeholders* della ricerca clinica i cittadini che rappresentano sempre l'utente finale a cui fare riferimento. In questo senso occorre che gli avanzamenti raggiunti dalla ricerca nell'ambito delle conoscenze scientifiche siano messi a disposizione di tutta la popolazione anche residente presso territori periferici.
4. Valorizzazione delle competenze specifiche e investimento sulla **formazione** dei professionisti nell'ambito della **ricerca clinica** (alta utilità/media fattibilità).

Viene condivisa la necessità di una maggiore valorizzazione e riconoscimento delle competenze specialistiche dei professionisti che operano nell'ambito della ricerca clinica e di un conseguente maggior investimento nella loro formazione e nel loro reclutamento.

Laboratorio 7.1. Le risposte in emergenza della ricerca clinica

5. Potenziamento del **senso di appartenenza** e del **lavoro di squadra** dei professionisti che operano nell'ambito della ricerca clinica (alta utilità/media fattibilità).

Una delle "leve" principali che muovono il sistema è rappresentata dal senso di appartenenza al gruppo e dal lavoro di squadra in vista di un obiettivo comune in grado di apportare benefici importati per i pazienti e la popolazione in generale. Il mondo del management dovrebbe tenere presente questo aspetto nelle pianificazioni che a vario titolo coinvolgono il settore della ricerca per potenziarne il raggiungimento dei risultati.

6. Prosecuzione del processo di **semplificazione dei percorsi** che la pandemia COVID-19 ha avviato in vari ambiti come il percorso di approvazione dei protocolli di studio da parte dei comitati etici e l'iter di approvvigionamento di nuove strumentazioni e dispositivi (alta utilità/difficile fattibilità).

Considerazioni integrative

*Stiamo raccogliendo considerazioni a cura dei **Management Advisors** per una valutazione strategica del tema trattato. Ci auspichiamo di ricevere proposte anche da parte dei **Partners**, con l'obiettivo di definire progettualità e iniziative condivise.*

I contributi in questione potranno riguardare uno o più laboratori, a scelta. Per ogni laboratorio il contributo scritto non dovrà superare i 2.500 caratteri e dovrà indicare il nome del laboratorio a cui si riferisce.

Questi dovranno essere inviati a grandiospedali@koncept.it per essere integrati nel dossier finale.

Hanno partecipato

Moderatore: Maddalena Grazzini, Igiene e Organizzazione ospedaliera AOUC

Management Advisor: Salvatore Giuffrida, Direttore Generale IRCCS Ospedale Policlinico San Martino, Genova

Facilitatore: Nicoletta Puglioli

Partecipanti:* Francesco Annunziato, Erica De Candia, Antonietta Ferrara, Paolo Gresele, Monica Guberti, Francesco Liotta, Rossella Marcucci, Marco Matucci Cerinic (*elenco dei partecipanti iscritti in fase di registrazione all'evento: chiunque abbia partecipato al laboratorio può scrivere a grandiospedali@koncept.it e verrà inserito nel report*)

Laboratorio 7.2. Il layout flessibile

Focus su la progettazione di modelli di risposta organizzativi e strutturali

Obiettivo: la pandemia ha portato ad un cambio repentino degli assetti organizzativi esistenti evidenziando resilienza ed adattamento ai cambiamenti e alle riconfigurazioni nei diversi settori di attività non solo in quelle strettamente collegate all'assistenza ma anche nella ricerca e nell'organizzazione del lavoro. **Il laboratorio analizza gli aspetti chiave che possono consentire il massimo allineamento della progettazione di modelli di risposta organizzativi e strutturali a contesti in rapida evoluzione.**

Scenario di riferimento

La pandemia ha comportato un cambio repentino di tutti gli aspetti organizzativi del "sistema sanitario" per rispondere in tempo reale all'emergenza.

La relazione introduttiva ai lavori del tavolo 7.2 si è concentrata sull'esperienza dell'AOU di Careggi, facendo riferimento alle scelte organizzative e gestionali che sono state adottate a tutti i livelli (assistenza-organizzazione) per rispondere alla necessità insorte.

Tale condivisione è stata il punto di partenza per aprire la riflessione rispetto alla necessità di adeguare e/o progettare modelli di risposta, strutturali ed organizzativi, in grado di dare risposte efficienti a contesti e scenari in continua evoluzione.

Le azioni proposte e le azioni prioritarie

La discussione ha affrontato tale necessità di ripensamento dei modelli strutturali e organizzativi alla luce di alcuni macro temi ritenuti basilari:

a. Strutture e spazi

Relativamente al tema delle strutture e degli spazi è emersa con forza la necessità di disporre di "spazi flessibili" in grado di rispondere, grazie alla loro capacità di risultare trasformabili con costi sostenibili ed in tempi brevi, ad esigenze diverse anche dovute a situazioni emergenziali come quella creata dalla recente pandemia. È stata riportata l'esperienza di realtà di nuova progettazione dove sono stati previsti spazi in *stand by* utilizzabili per diverse necessità ed anche quella di Careggi dove, a tale scopo, sono stati adattati porzioni di reparti, padiglioni anche inutilizzati ed aree esterne.

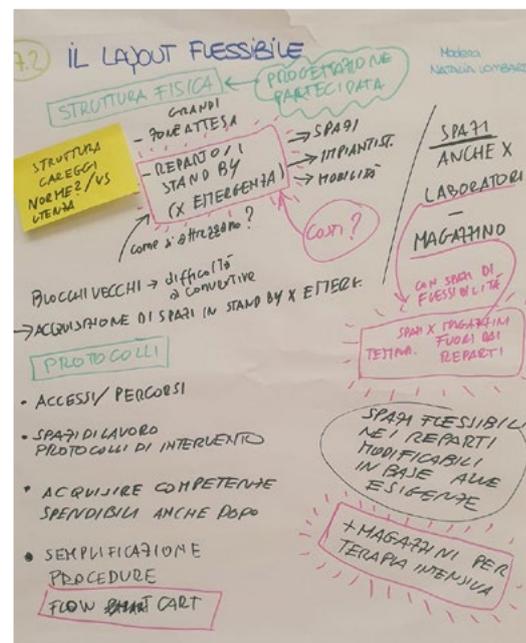
Tra gli elementi di spicco sono stati evidenziate la necessità di:

- maggiori spazi da destinare a magazzini, indispensabili in caso di necessità, anche improvvisi, di approvvigionamento e stoccaggio di grossi quantitativi di strumenti e/o materiali (farmaci, reagenti, ...);
- Ripensare la rete impiantistica in modo da renderla più flessibile e facilmente adattabile a bassi costi ed in tempi rapidi alle esigenze anche emergenziali in tutti i *setting* assistenziali;
- Ripensare i percorsi di accesso e la mobilità esterna e interna alle strutture;
- Progettazione partecipata nella ridefinizione delle strutture e degli spazi che tenga conto dei bisogni dell'intera utenza che è costituita dai pazienti, dai familiari – *caregiver* (umanizzazione) e dal personale in relazione alle sue diverse funzioni; solo attraverso il concreto coinvolgimento di tutte le figure coinvolte si possono immaginare modelli in grado di offrire risposte più adeguate.

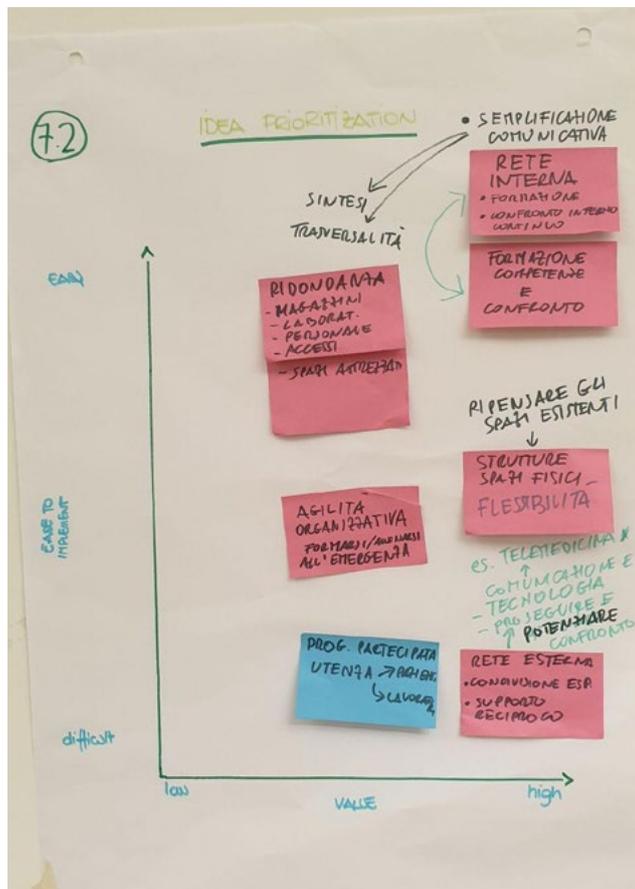
b. Risorse umane e materiali

Relativamente al tema delle risorse umane sono emerse le seguenti necessità;

- formazione continua per personale medico e delle professioni sanitarie con anche possibilità di rotazione su aree e servizi differenti, in modo da creare conoscenze di base diffuse ed utilizzabili trasversalmente in contesti di emergenza e rapida trasformazione;
- definizione di routine strutturate di confronto interno e trasversale per il personale medico, delle professioni sanitarie e manageriale, tese alla creazione di protocolli flessibili e condivisi capaci di rispondere anche in situazioni di emergenza.



Laboratorio 7.2. Il layout flessibile



Relativamente alle risorse materiali la discussione si è incentrata sulla necessità di individuare forme di gestione (acquisto e stoccaggio) delle strumentazioni e dei materiali capaci di sopportare anche picchi di richiesta straordinari, come quelli che hanno caratterizzato la fase pandemica.

c. Protocolli ed aspetti organizzativi

Su questi aspetti, oltre a quanto già evidenziato al punto 2.a, è emersa la necessità di:

- definire con tutte le componenti in gioco (organizzativo/manageriale e assistenziale) nuovi protocolli di intervento e monitoraggio, in particolare per le emergenze che prevedano un sensibile alleggerimento burocratico attraverso la semplificazione delle procedure e, tramite l'utilizzo delle nuove tecnologie, una comunicazione più snella ed efficace che consenta la condivisione ed il passaggio trasversale delle informazioni necessarie al funzionamento dei servizi erogati;
- potenziare la governance dell'ospedale al fine di garantire interventi tempestivi in scenari e contesti sempre più complessi ed in rapida evoluzione;

d. Integrazione e creazione di reti

Su questo elemento, oltre a quanto già evidenziato al punto a e c, è emersa la necessità di:

- Rafforzamento dell'integrazione tra le strutture che insistono sullo stesso territorio e strutturazione/

potenziamento delle reti che coinvolgano tutte le realtà presenti negli stessi (AOU, Azienda Territoriale, Università, Terzo Settore), con particolare riferimento alla condivisione delle esperienze e delle pratiche, al potenziamento delle collaborazioni (supporto reciproco, personale...) sulla base delle rispettive specializzazioni, e creazione di protocolli condivisi di intervento, anche in caso di emergenze.

Le idee emerse sono state riportate nel diagramma per fattibilità - utilità e valutate come di seguito riportato, per far emergere le **azioni prioritarie**.

Alta utilità alta fattibilità:

Rafforzamento delle reti interne (punto b,) riguardo a **formazione** continua, **collaborazione e confronto**, con definizione di protocolli di intervento e monitoraggio condivisi e miglioramento della **comunicazione** in un'ottica trasversale di snellimento e velocizzazione delle procedure;

Alta utilità media fattibilità:

Ripensamento delle strutture esistenti (punto a) nell'ottica di una maggiore **flessibilità**, con creazioni di **spazi** ed aree trasformabili ed adattabili, anche ad esigenze imposte da emergenze, a bassi costi e con tempi rapidi sia dal punto di vista **distributivo** (accessi, reparti, terapie, magazzini, ...) che **impiantistico**;

Alta utilità media fattibilità:

Rafforzamento delle reti esterne (punto d) e dell'**integrazione con il territorio**, con definizione di protocolli di intervento condiviso e avvalendosi anche delle potenzialità offerte dalle **nuove tecnologie**;

Progettazione partecipata (punto a) delle strutture fisiche (spazi ed ambienti) che preveda il coinvolgimento di tutte le figure coinvolte, componente organizzativo/manageriale ed assistenziale del personale della struttura, pazienti, famiglie e caregiver, nell'ottica di un **efficientamento** ed un **umanizzazione dei servizi** erogati al fine di renderli più capaci di rispondere ai bisogni di tutte le componenti in gioco.

Considerazioni integrative

Stiamo raccogliendo considerazioni a cura dei **Management Advisors** per una valutazione strategica del tema trattato. Ci auspichiamo di ricevere proposte anche da parte dei **Partners**, con l'obiettivo di definire progettualità e iniziative condivise.

I contributi in questione potranno riguardare uno o più laboratori, a scelta. Per ogni laboratorio il contributo scritto non dovrà superare i 2.500 caratteri e dovrà indicare il nome del laboratorio a cui si riferisce.

Questi dovranno essere inviati a grandiospedali@koncept.it per essere integrati nel dossier finale.

Hanno partecipato

Moderatore: Natalia Lombardi, Direttore Gestione Operativa, AOU Careggi, Firenze

Management Advisor: Salvatore Giuffrida, Direttore Generale IRCCS Ospedale Policlinico San Martino, Genova

Facilitatore: Filippo Amidei

Partecipanti: Luigi Bardelli, Anna Maria Cristino, Laura Di Dio, Fabrizio Niccolini, Diana Paolini, Francesco Passafaro, Gian Maria Rossolini, Francesco Spina, Lorenzo Torcini, Laura Volpi (elenco dei partecipanti iscritti in fase di registrazione all'evento: chiunque abbia partecipato al laboratorio può scrivere a grandiospedali@koncept.it e verrà inserito nel report)

Laboratorio 7.3. Co-working

Focus su innovazione organizzativa per ottimizzare il *work-life style balance* e aumentare la produttività in un clima di cooperazione

Obiettivo: la pandemia ha portato ad un cambio repentino degli assetti organizzativi esistenti evidenziando resilienza e adattamento ai cambiamenti e alle riconfigurazioni nei diversi settori di attività non solo in quelle strettamente collegate all'assistenza ma anche nella ricerca e nell'organizzazione del lavoro. Il laboratorio analizza gli aspetti chiave che caratterizzano lo scenario evolutivo del concetto ambiente di lavoro condiviso

Scenario di riferimento

A seguito della presentazione gestita dai dipendenti aziendali dell'AOU Careggi, che ha toccato tutti i punti legati al tema dello *smartworking*, sia durante la pandemia che al ritorno della normale routine lavorativa, è stata avviata una discussione costruttiva estesa anche agli altri partecipanti e ai fornitori Siemens e CapGemini, che hanno sostenuto il *brainstorming* con una visione di possibile apertura dell'attività remota anche ai profili sanitari (tecnici di radiologia e laboratorio). Vi sono stati momenti di scambio costruttivo di opinioni ed esperienze, che ha visto convergere le opinioni verso una attività di lavoro agile come una possibilità sia per l'Azienda che per il dipendente, aprendo così la visione a un modo di superare la propria zona di comfort verso una visione del lavoro come gruppo di professionisti unico, che opera per obiettivi e in efficace sinergia, abbattendo anche le barriere legate al luogo di lavoro non più singolo ma condiviso, con strumenti evoluti e un *design* ottimizzato per sfruttare al massimo gli spazi aziendali.

Le azioni proposte e le azioni prioritarie

Le azioni di miglioramento emerse durante il laboratorio hanno interessato i seguenti temi:

- Equilibrio fra lavoro agile ed efficacia relazionale;
- Abbattimento della cultura del pregiudizio verso chi lavora da remoto (in particolare tra profili diversi – sanitari e tecnico/amministrativi);
- Qualità del *leader*;
- Qualità del gruppo;
- Socialità degli spazi e abbattimento delle barriere;
- Condivisione momenti extra lavoro e creazione di un gruppo coeso che lavora in sintonia;
- Integrazione, interoperabilità e cooperazione aziendale tra profili diversi;
- La tecnologia e gli strumenti come abilitatore di integrazione;
- *Team building* non solo per la dirigenza ma aperto ai vari gruppi, sia in presenza che in telemodalità;
- Proclamare e riconoscere i risultati attraverso una comunicazione efficace sia intra- che inter-aziendale;
- Cultura del lavoro agile con gruppi multifasici, multi spaziali, multi temporali;
- Sviluppo di nuove competenze: intelligenza emotiva;
- Gestire il tempo nel lavoro remoto – lavorare per obiettivi;
- Formazione personalizzata attraverso *gap analysis* che il *leader* dovrà fare per il proprio gruppo;
- Sentirsi parte del gruppo e sentirsi parte dell'azienda: sviluppare il senso di appartenenza;
- Implementazione del *co-working* nelle attività sanitarie.



Laboratorio 7.3. Co-working



Sebbene tutte le osservazioni abbiano grande valore e modesto impatto in termini di investimenti aziendali per poter essere avviate, si evidenziano quelle più rilevanti e **prioritarie** che potrebbero agevolare l'avvio pervasivo della nuova modalità di lavoro in Azienda:

- *Team building* e formazione mirata per aumentare la qualità del gruppo (e del leader);
- Proclamare e riconoscere i risultati, comunicare efficacemente;
- Condividere momenti extra lavoro;
- Cultura del lavoro agile con gruppi multifasici, multi spaziali, multi temporali;
- Equilibrio fra lavoro agile ed efficacia relazionale;
- Senso di appartenenza;
- Implementazione del *co-working* nelle attività sanitarie per estendere la nuova modalità operativa a tutte le funzioni CORE dell'Azienda.

In aggiunta a tutto questo, si ritiene possibile individuare Aree dell'Azienda particolarmente favorevoli per poter avviare progetti pilota, per cui la qualità del gruppo sia già a livelli maturi, in modo da poter sperimentare non solo le principali modalità di lavoro agile ma anche piccole rivoluzioni interne sulla condivisione di strumenti e spazi.

Considerazioni integrative

Stiamo raccogliendo considerazioni a cura dei **Management Advisors** per una valutazione strategica del tema trattato. Ci auspichiamo di ricevere proposte anche da parte dei **Partners**, con l'obiettivo di definire progettualità e iniziative condivise.

I contributi in questione potranno riguardare uno o più laboratori, a scelta. Per ogni laboratorio il contributo scritto non dovrà superare i 2.500 caratteri e dovrà indicare il nome del laboratorio a cui si riferisce.

Questi dovranno essere inviati a grandiospedali@koncept.it per essere integrati nel dossier finale.

Hanno partecipato

Moderatore: Stefano Vezzosi, Direttore UO Innovazione tecnologiche processi sanitari, AOU Careggi, Firenze

Management Advisor: Salvatore Giuffrida, Direttore Generale IRCCS Ospedale Policlinico San Martino, Genova

Facilitatore: Letizia Lazzerini

Partecipanti*: Laura Belloni, Deris Gianni Boemo, Bassam Dannaoui, Giulio Felli, Gabriele Marconcini, Patrizia Palazzi, Silvia Pincirolì, Jacopo Regolini (elenco dei partecipanti iscritti in fase di registrazione all'evento: chiunque abbia partecipato al laboratorio può scrivere a grandiospedali@koncept.it e verrà inserito nel report)

Focus su il coinvolgimento dei professionisti nel ridisegno dei processi

Obiettivo: l'aumento del valore generato dall'assistenza sanitaria è una sfida che può essere vinta solo con la trasformazione costante dei sistemi sanitari. Ciò richiede un investimento continuo sul cambiamento organizzativo che, come oramai ampiamente dimostrato, trova difficoltà ad esprimersi laddove i nuovi modelli sono percepiti come "calati dall'alto". Come conseguenza il cambiamento può essere formalmente adottato ma non sempre effettivamente implementato attraverso un rinnovamento dei comportamenti individuali e collettivi. I cambiamenti richiedono una modifica della struttura delle relazioni professionali. Esercitare leadership in questo contesto dovrà pertanto corrispondere alla capacità di traslare questa visione nella realtà, coinvolgendo gli interlocutori per poter far emergere il loro apporto fondamentale nel ridisegno dei servizi e creare le migliori condizioni organizzative affinché le loro competenze si esprimano. Il laboratorio sviluppa l'obiettivo strategico per fornire elementi utili a definire ambiti di sviluppo del management in un'ottica di funzione di 'servizio'.

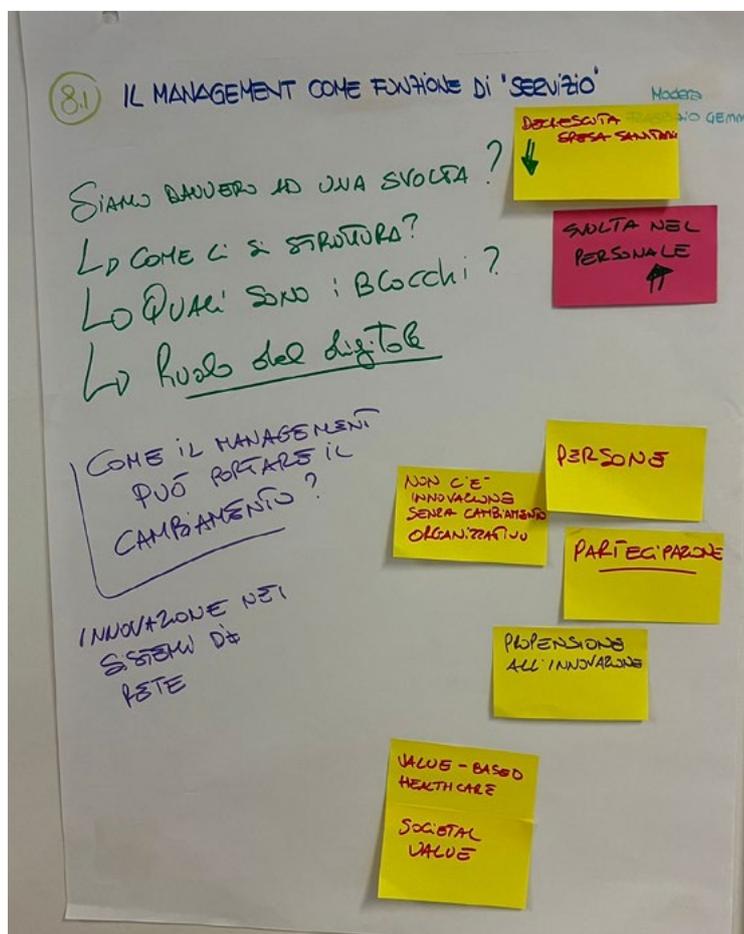
Scenario di riferimento

Il tavolo di lavoro è stato anticipato da una presentazione dalla prof.ssa Milena Vainieri del Sant'Anna di Pisa che ha introdotto i lavori di gruppo analizzando il ruolo che hanno davanti a sé le aziende sanitarie in questo particolare contesto storico e di forte cambiamento.

Sono state inoltre poste delle domande all'interno della presentazione:

siamo davvero davanti da una svolta? Come si immaginano le struttura delle nuove aziende sanitarie in questa fase di cambiamento? Quali sono i principali blocchi da superare? Qual'è il ruolo del digitale?

Dopo l'introduzione la dott.ssa Maria Teresa Mechi, DS dell'AOU Careggi, e Matteo Tomaiuolo, Direttore UOc Governo Percorsi Outpatient dell'AOU Careggi, hanno presentato un focus sul coinvolgimento dei professionisti nel ridisegno dei processi. Il focus presentato da Careggi ha evidenziato l'importanza delle persone e del loro coinvolgimento nella ridefinizione di percorsi e nel raggiungere livelli di performance sempre più elevati. Inoltre durante la loro presentazione è stato anche analizzato il ruolo delle tecnologie e dell'innovazione che deve affiancare le persone nella riorganizzazione di servizi e di percorsi in un'ottica di programmazione sempre più mirata ed efficace riducendo tempi morti e inefficienze.



Le azioni proposte e le azioni prioritarie

Il Tavolo ha evidenziato queste priorità:

Il ruolo delle persone

I veri agenti del cambiamento sono le persone e per questo devono essere valorizzate, coinvolte, motivate anche attraverso percorsi chiari con linee guida ed evidenze scientifiche. In questo senso è stato citato come il metodo lean possa essere una modalità di azione auspicabile per massimizzare il risultato, ridisegnare l'assetto organizzativo coinvolgendo le persone e abbattendo sprechi e inefficienze.



Il ruolo della comunicazione

È emerso come la comunicazione, soprattutto interna, sia un alleato fondamentale del management nel ridisegno dell'assetto organizzativo. Partecipazione, trasparenza, coinvolgimento e puntuale informazione sugli obiettivi possono facilitare il compito di affrontare il cambiamento anche in questa fase economica complessa.

Digital Transformation

La tecnologia, l'innovazione e la trasformazione digitale sono elementi fondamentali nella ridisegno dell'assetto organizzativo e nel supporto al management nel miglioramento delle performance, sono inoltre elementi imprescindibili anche nel coinvolgimento delle persone e nella corretta informazione. Innovazione, comunicazione e coinvolgimento devono essere immaginati con un unico percorso per migliorare l'assistenza al paziente.

Monitoraggio

Definire un set di strumenti di monitoraggio del percorso di riassetto organizzativo risulta essere un elemento importante per coinvolgere il personale e monitorare il raggiungimento degli obiettivi, proponendo anche incentivi per la misurazione.

Considerazioni integrative

Stiamo raccogliendo considerazioni a cura dei **Management Advisors** per una valutazione strategica del tema trattato. Ci auspichiamo di ricevere proposte anche da parte dei **Partners**, con l'obiettivo di definire progettualità e iniziative condivise.

I contributi in questione potranno riguardare uno o più laboratori, a scelta. Per ogni laboratorio il contributo scritto non dovrà superare i 2.500 caratteri e dovrà indicare il nome del laboratorio a cui si riferisce.

Questi dovranno essere inviati a grandiospedali@koncept.it per essere integrati nel dossier finale.

Hanno partecipato

Moderatore: Fabrizio Gemmi, Coordinatore ARS Toscana

Management Advisor: Cristina Marchesi, Direttore Generale AUSL-IRCCS di Reggio Emilia

Facilitatore: Lapo Cecconi

Partecipanti*: Paola Cantarelli, Pietro Giurdanella, Valeria Lorenzi, Cristina Marchesi, Maria Teresa Mechi, Spartaco Mencaroni, Matteo Tomaiuolo (elenco dei partecipanti iscritti in fase di registrazione all'evento: chiunque abbia partecipato al laboratorio può scrivere a grandiospedali@koncept.it e verrà inserito nel report)

Focus sulla gestione del budget orientata alle performance non economiche per perseguire qualità e sostenibilità

Obiettivo: il controllo direzionale ben strutturato consente alla direzione aziendale di governare l'efficienza e l'efficacia operativa dei processi attraverso il monitoraggio delle performance interne e un sistema di reporting in grado di orientare e responsabilizzare adeguatamente il personale integrando le esigenze aziendali di breve termine con gli obiettivi di continuità e miglioramento a medio periodo. In campo sanitario i principi ispiratori sono quelli alla base della governance clinica intesa come uso appropriato, efficace e tempestivo delle risorse. Tuttavia se il riferimento alla *clinical governance* quale strategia per migliorare la qualità di servizi e prestazioni sanitarie, è presente da decenni la sua attuazione sistematica a livello aziendale rimane ancora complessa. Il laboratorio sviluppa l'obiettivo strategico per fornire elementi utili a definire ambiti di possibile intervento, la loro rilevanza-impatto e le priorità su cui organizzare successivamente i lavori per sviluppare proposte operative che possano fornire spunti per un sempre più proficuo allineamento con gli indicatori utilizzati a livello nazionale.

Scenario di riferimento

I lavori del tavolo "Le nuove frontiere del controllo aziendale" sono stati introdotti dalla *Key Lecture* della Professoressa Milena Vainieri del MES, Scuola Superiore Sant'Anna.

Successivamente la moderatrice, dott.ssa Cristina Poggiali, dell'Amministrazione AOU Careggi, ha avviato il focus su "la gestione del budget orientata alle performance non economiche per perseguire qualità e sostenibilità".

Hanno quindi presentato il focus la dott.ssa Ilaria Carli, il dottor Bassan Dannaoui e la dottoressa Barbara Tonietti, illustrando la situazione attuale di Careggi dal punto di vista del controllo di gestione, e quindi l'evoluzione del controllo direzionale e delle metriche di riferimento: dalla separazione delle responsabilità di governo in relazione alle diverse leve gestionali (da un lato *Budget* economico per fattore produttivo/ Gestore di Fabbisogno e dall'altro *Budget* quali quantitativo per struttura organizzativa) all'unificazione delle metriche quantitative con quelle qualitative legate alla percezione (qualità percepita, clima interno) per la valorizzazione della dimensione narrativa; infine è stato dato evidenza alle criticità e le strategie in atto per superarle.

I partecipanti hanno quindi riportato le esperienze delle proprie realtà di appartenenza, sottolineando le difficoltà in comune, le strategie di superamento adottate nei diversi contesti e territori e le buone prassi adottate. Il confronto si è rivelato estremamente stimolante, con numerosi interventi, scambi, domande e un clima di grande partecipazione.

Le azioni proposte e le azioni prioritarie

Sistematizzando quanto emerso dal confronto all'interno del grafico *Idea Prioritization*, sono stati definiti questi aspetti:

- Idee ad alto valore e di facile implementazione: creare uno stile di fondo di condivisione del processo, coinvolgendo tutto il personale, utilizzare al meglio lo strumento della cartella clinica informatica, che ormai tutte le strutture hanno adottato, adottare uno stile flessibile e sempre orientato alla comunicazione.
- Idee con valore medio e facile implementazione: creare meccanismi di collaborazione tra tutti i soggetti coinvolti, porre attenzione al *trade off* consolidamento/cambiamento, ricerca della completezza.
- Idee ad alto valore e con difficoltà di implementazione media: integrazione tra il controllo di gestione e la gestione operativa,



adottare un linguaggio comune con tutti i soggetti coinvolti, aumentare il livello di adesione da parte degli operatori all'indagine sul clima interno e degli utenti al PREMS e utilizzarne i risultati per il miglioramento continuo delle relazioni di lavoro e di cura.

- Idee ad alto valore ma di difficile implementazione: individuazione di indicatori di processo rilevabili e comprensibili per tutti i soggetti coinvolti, stratificazione della popolazione, appropriatezza.

Considerazioni integrative

Stiamo raccogliendo considerazioni a cura dei **Management Advisors** per una valutazione strategica del tema trattato. Ci auspichiamo di ricevere proposte anche da parte dei **Partners**, con l'obiettivo di definire progettualità e iniziative condivise.

I contributi in questione potranno riguardare uno o più laboratori, a scelta. Per ogni laboratorio il contributo scritto non dovrà superare i 2.500 caratteri e dovrà indicare il nome del laboratorio a cui si riferisce.

Questi dovranno essere inviati a grandiospedali@koncept.it per essere integrati nel dossier finale.

Hanno partecipato

Moderatore: Cristina Poggiali, Amministrazione, AOU Careggi, Firenze

Management Advisor: Cristina Marchesi, Direttore Generale AUSL-IRCCS di Reggio Emilia

Facilitatore: Ester Macrì

Partecipanti:* Leonardo Bardinella, Ilaria Carli, Maria Elena Costa, Bassam Dannaoui, Carmelo Gagliano, Jacopo Guercini, Giovanni Poggialini, Michele Tarquinio, Barbara Tonietti, Elena Vanni, Luigi Vittorini, Davide Zanchi (elenco dei partecipanti iscritti in fase di registrazione all'evento: chiunque abbia partecipato al laboratorio può scrivere a grandiospedali@koncept.it e verrà inserito nel report)

Focus sull'efficientamento energetico applicato alla sanità

Obiettivo: nell'affrontare il tema "energia e ambiente" occorre tener conto dell'insieme delle molteplici cause che hanno determinato l'attuale a crisi energetica mondiale e individuare quali siano gli spazi di manovra possibili per l'efficientamento energetico applicato alla sanità. Il laboratorio affronta l'obiettivo strategico di massimizzare l'efficienza energetica, di abbattere i costi di gestione anche utilizzando forme contrattuali vantaggiose, di adottare sistemi intelligenti digitali per la gestione e controllo. Inoltre si affronterà anche l'obiettivo strategico della transizione *green*.

Scenario di riferimento

Nell'affrontare il tema *Green ed Energia* occorre tener conto dell'insieme delle molteplici cause che hanno determinato l'attuale a crisi energetica mondiale e individuare quali siano gli spazi di manovra possibili per l'**efficientamento energetico applicato alla sanità**. Con la metodologia Indagine di apprezzamento con tecnica dei post-it il tavolo ha affrontato l'obiettivo strategico di **massimizzare l'efficienza energetica, di abbattere i costi di gestione anche utilizzando forme contrattuali vantaggiose, di adottare sistemi intelligenti digitali per la gestione e controllo** con il *focus* su: l'efficientamento energetico applicato alla sanità.

Opportunità: tra le opportunità emerse durante i lavori massimo consenso ha avuto PPP (Partenariato Pubblico-Privato) realizzato attraverso il **Contratto EPC** (*Energy Performance Contract*) per capacità di attrarre investimenti e definire in maniera certa il risparmio degli interventi progettati. Il contratto EPC ha come oggetto il miglioramento energetico di un edificio o di un impianto, ne stabilisce la misura e le modalità di realizzazione attraverso la regolamentazione di un servizio energetico da parte di una Società di Servizi Energetici (ESCO).

Per il **controllo e il monitoraggio** sono individuati i sistemi **EMS** (*Energy Management System* - Sistema di Gestione dell'Energia) e **BEMS** (*Building Management Energy System* - Sistema di Gestione Energetica dell'Edificio). Il BEMS è un sistema basato sul monitoraggio e controllo informatico delle apparecchiature elettriche e meccaniche di un edificio come l'illuminazione, i sistemi di alimentazione, il riscaldamento e la ventilazione. Inoltre si segnala che il monitoraggio dovrebbe essere conforme a quanto previsto dalla ISO 50001 "Sistemi di gestione dell'energia - Requisiti e linee guida per l'uso".

Per il reperimento delle risorse vengono individuati quelli del **Conto Termico**, Conto Cogenerazione (Certificati Bianchi) oltre ai fondi stanziati dal **PR 2021/2027** e dal **PRNN**.

Viene evidenziata infine l'opportunità derivante dall'obbligo della diagnosi energetica e dell'accatastamento preventivo degli edifici pubblici per l'accesso ai fondi.

Criticità: la complessità della mutevole realtà crea difficoltà nei **rapporti con la Pubblica Amministrazione:** normativa non profilata (in particolare per il Conto Termico) e rigida (in particolare per la Normativa Appalti), difficoltà burocratiche per l'accesso ai fondi, integrazione degli interventi energetici con quelli strutturali (sismica), le principali criticità evidenziate.

Le azioni proposte e le azioni prioritarie

Basso costo / Alta utilità → da fare subito

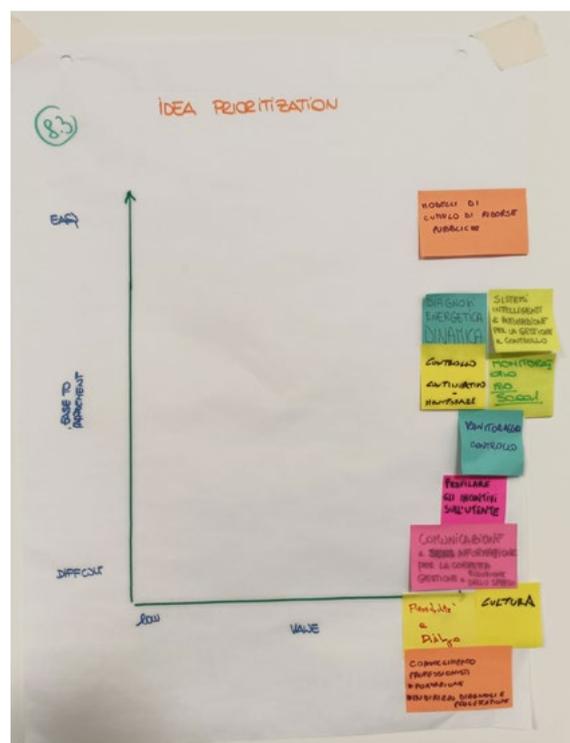
1. Modelli di cumulo di risorse pubbliche

Medio costo / Alta utilità

2. Diagnosi energetica dinamica per il controllo continuativo, sistemi intelligenti di automazione per la gestione e il controllo.
3. Creazione di uffici per il supporto contrattuale

Alto costo / Alta utilità

4. Profilare gli incentivi sull'utenza
5. Comunicazione e dialogo per la corretta gestione e per la riduzione dello spreco. Coinvolgimento professionisti con



formazione per la cultura della sostenibilità

Considerazioni integrative

*Stiamo raccogliendo considerazioni a cura dei **Management Advisors** per una valutazione strategica del tema trattato. Ci auspichiamo di ricevere proposte anche da parte dei **Partners**, con l'obiettivo di definire progettualità e iniziative condivise.*

I contributi in questione potranno riguardare uno o più laboratori, a scelta. Per ogni laboratorio il contributo scritto non dovrà superare i 2.500 caratteri e dovrà indicare il nome del laboratorio a cui si riferisce.

Questi dovranno essere inviati a grandiospedali@koncept.it per essere integrati nel dossier finale.

Hanno partecipato

Moderatore: Maria Chiara Innocenti, Direttore amministrativo, AOU Careggi, Firenze

Management Advisor: Alessandro Caltagirone, Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Caltanissetta e Commissario Straordinario dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "P. Giaccone" di Palermo

Facilitatore: Carlotta Iarrapino

Partecipanti:* Riccardo Berni, Antonio Del Greco, Saul Fava, Andrea Giuntini, Marco Gnesi, Roberto Guarnaschelli, Stefano Maestrelli, Valerio Marangolo, Fabio Moretti, Francesco Nobile, Massimo Piacenti, Emanuela Testa, Stefania Vaiana (*elenco dei partecipanti iscritti in fase di registrazione all'evento: chiunque abbia partecipato al laboratorio può scrivere a grandiospedali@koncept.it e verrà inserito nel report*)

Focus su *Campus footprint*: l'impronta ecologica nel campus

Obiettivo: ridurre l'impatto ambientale è un impegno che trova sempre più coinvolte anche le aziende sanitarie e deve diventare un ambito di ricerca, formazione e divulgazione della cultura della tutela ambientale in funzione della salute dell'uomo che riguarda non solo il consumo dell'energia ma anche i materiali delle attrezzature e dei presidi utilizzati, la mobilità dei dipendenti, lo smaltimento dei rifiuti, il consumo di acqua etc. Il laboratorio sviluppa l'obiettivo strategico per fornire elementi utili a definire ambiti utili allo sviluppo di una politica ambientale formalizzata.

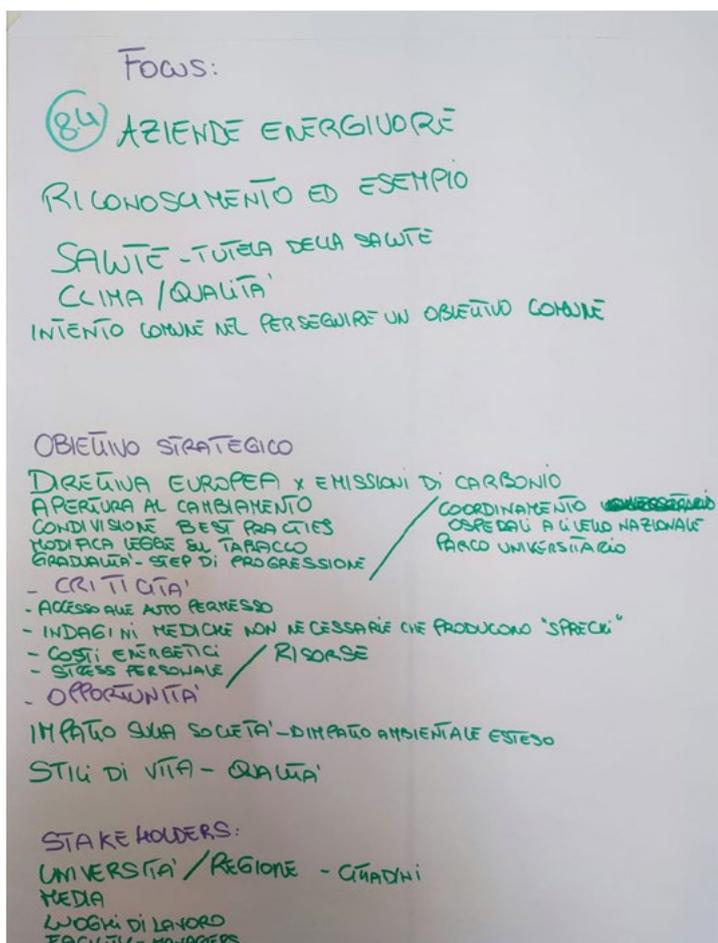
Scenario di riferimento

Gli argomenti condivisi dalla dott.ssa Milena Vaineri nella *Keynote lecture* hanno riguardato sostanzialmente l'approccio al cambiamento ovvero: la resistenza al cambiamento, la necessità di prendere decisioni rapide, individuare i fattori che influenzano le azioni, utilizzare la propensione al cambiamento come leva, utilizzare sistemi premianti e non punitivi.

Al laboratorio Hanno partecipato circa una quindicina di persone con professionalità differenti e suddivise prevalentemente tra medici e ingegneri. Dopo la presentazione del caso studio, a cura della Dott.ssa Raffaella Bambi e della Dott.ssa Alessandra Ninci, si è aperta la discussione che ha visto come focus centrale il dibattito sul tema proposto, ovvero su come rendere sostenibile un campus come quello di Careggi e in generale un'azienda ospedaliera.

L'obiettivo comune a tutti i partecipanti è stato sicuramente quello della salute della collettività raggiungibile attraverso l'ambiziosa finalità di abbattere le emissioni di Co2 attraverso varie azioni concrete che passano da un quadro normativo più adeguato alla sensibilizzazione e all'educazione della cittadinanza – ma ancor prima dello Stato - sui comportamenti *green*.

Lo spirito del laboratorio è stato aperto e partecipativo, con partecipanti attenti alle esperienze altrui, intraprendenti e proattivi rispetto alla ricerca di possibili soluzioni.



Parole chiave del laboratorio sono state: **salute – benessere – azzeramento Co2 – green**

Focus:

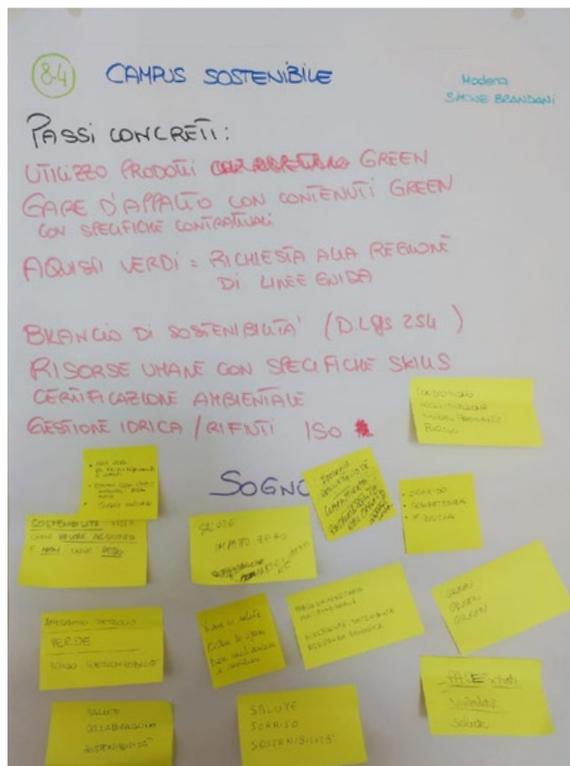
- Aziende energivore
- Riconoscimento ed esempio delle buone prassi
- Salute – tutela della salute
- Clima/qualità
- Intento comune nel perseguire un obiettivo di benessere comune

Obiettivo strategico:

- direttiva europea per emissioni di carbonio
- apertura al cambiamento
- condivisione *best practies*
- modifica legge sul tabacco
- gradualità del cambiamento – step di progressioni
- coordinamento degli ospedali a livello nazionale
- parco universitario

Accessibilità:

- accesso al parco consentito alle auto
- indagine mediche non necessarie che producono "sprechi"
- costi energetici
- stress del personale
- mancanza di risorse



Opportunità:

- impatto sulla società
- impatto ambientale esteso
- stili di vita – qualità

Stakeholder:

- Università
- Regione
- Cittadini
- I media
- Luoghi di lavoro
- **Facilty managers**

Le azioni proposte e le azioni prioritarie

Passi concreti:

- Utilizzo prodotti green
- Gare d'appalto con contenuti green e specifiche contrattuali
- Acquisiti verdi: richiesta alla regione di una linea guida
- Bilancio di sostenibilità (Dlsg 254)
- Risorse umane con specifiche skills
- Certificazione ambientale
- Gestione idrica/rifiuti ISO

Priorità di intervento:

First:

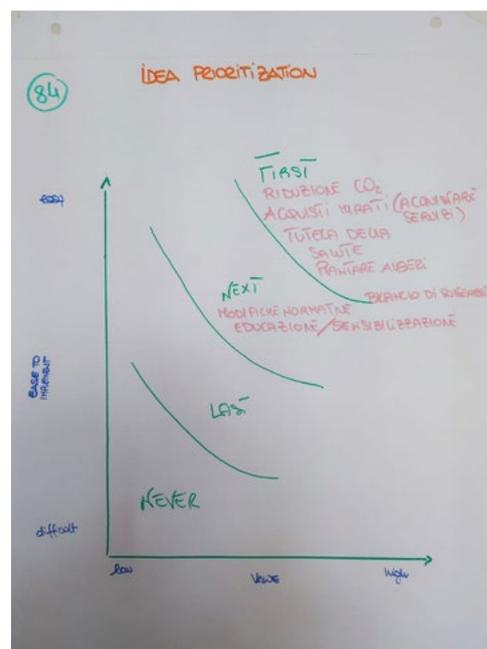
- Riduzione Co2
- Acquisiti mirati (acquistare servizi e non più beni)
- Tutela della salute
- Piantare alberi

Next:

- modifiche alla normativa vigente
- investire sulla sensibilizzazione e sull'educazione (dei cittadini e di tutti)

Sogno:

- Aree verdi per relax dipendenti e utenti
- Percorsi casa-lavoro sostenibili senza auto
- Sogno condiviso
- Sostenibilità vista come valore aggiunto e non come peso
- Azzeramento petrolio – verde - Mondo responsabile
- Salute – collaborazione – sostenibilità
- Messaggi di felicità
- Condivisione – incentivazione – sistema premiante – riciclo
- Sorriso – competenza – fiducia
- Green – green – green!
- Ecologia della felicità – compassione – responsabilità nel creato – innovazione
- Parco universitario multifunzionale
- Flessibilità - sostenibilità – resilienza ecologica
- Salute – sorriso – sostenibilità
- Vivere in salute – evitare lo spreco – dare motivandoci a sostenere
- Salute - impatto zero - partecipazione
- Pace per tutti, vivibilità, salute



Considerazioni integrative

Stiamo raccogliendo considerazioni a cura dei **Management Advisors** per una valutazione strategica del tema trattato. Ci auspichiamo di ricevere proposte anche da parte dei **Partners**, con l'obiettivo di definire progettualità e iniziative condivise.

I contributi in questione potranno riguardare uno o più laboratori, a scelta. Per ogni laboratorio il contributo scritto non dovrà superare i 2.500 caratteri e dovrà indicare il nome del laboratorio a cui si riferisce.

Questi dovranno essere inviati a grandiospedali@koncept.it per essere integrati nel dossier finale.

Hanno partecipato

Moderatore: Simone Brandani, Direttore Gestione, conduzione e manutenzione immobili, AOU Careggi, Firenze

Management Advisor: Alessandro Caltagirone, Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Caltanissetta e Commissario Straordinario dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "P. Giaccone" di Palermo

Facilitatore: Gesualda Mascali

Partecipanti*: Raffaella Bambi, Saverio Berghi, Gabriella Chiellino, Filippo Corsini, Antonio Di Mare, Dario Giacomini, Alessandro Gori, Antonella Morgante, Alessandra Ninci, Lucia Trillini (*elenco dei partecipanti iscritti in fase di registrazione all'evento: chiunque abbia partecipato al laboratorio può scrivere a grandiospedali@koncept.it e verrà inserito nel report*)

Obiettivo strategico: questo laboratorio affronta l'obiettivo strategico per un grande ospedale di avere la capacità di attivare e gestire delle partnership con soggetti privati per condividere e co-progettare innovazioni in particolare sui progetti di PNRR o di accompagnamento di questi. In un momento di convergenza di interessi sulla costruzione della nuova sanità, si vuole quindi affrontare il problema dal punto di vista organizzativo, culturale, della definizione dei criteri, degli ambiti, della modalità per l'attivazione delle *partnership*.

Scenario di riferimento

Si sono presentate esperienze di partnership tra Ospedali e Aziende del medicale e del digitale. Buona sequenza di interventi dei partecipanti.

Criticità emerse

- Distinzioni eccessive pubblico-privato: Noi e Voi
- Poca condivisione delle *best practice* e delle conoscenze
- Disomogeneità tra le aree del paese e tra aziende dei rispettivi territori italiani
- Problema cultura che si frappone alle forme di *partnership* P-P

Le azioni proposte e le azioni prioritarie

Azioni prioritarie

- Sviluppo del senso di connessione- condivisione P-P
- Condivisione delle *best practice*
- Condivisione obiettivi tra *partners*
- Lavorare sulle persone
- Connettersi agli elementi del quadro normativo che favoriscano le *partnership*
- Seguire e ottimizzare i modelli già operanti di successo
- Lavoro per individuare le figure sanitarie del futuro

Considerazioni integrative

*Stiamo raccogliendo considerazioni a cura dei **Management Advisors** per una valutazione strategica del tema trattato. Ci auspichiamo di ricevere proposte anche da parte dei **Partners**, con l'obiettivo di definire progettualità e iniziative condivise.*

I contributi in questione potranno riguardare uno o più laboratori, a scelta. Per ogni laboratorio il contributo scritto non dovrà superare i 2.500 caratteri e dovrà indicare il nome del laboratorio a cui si riferisce.

Questi dovranno essere inviati a grandiospedali@koncept.it per essere integrati nel dossier finale.

Hanno partecipato

Moderatore: Antonio D'Amore, Vicepresidente di FIASO e Direttore Generale dell'AO Ospedale Cardarelli, Napoli

Management Advisor: Antonio D'Amore, Vicepresidente di FIASO e Direttore Generale dell'AO Ospedale Cardarelli, Napoli

Facilitatore: Pino De Sario

Partecipanti:* Giorgio Beretta, Barbara Biserni, Riccardo Bui, Marzia Colani, Antonio Conti, Fabrizio Fiore, Marco Giacosa, Mauro Iori, Isabella Mastrobuono, Mario Napoli, Nicoletta Natalini, Federica Piccolo, Joseph Polimeni, Alessandro Santini, Antonio Ventura, Sara Villa

**(elenco dei partecipanti iscritti in fase di registrazione all'evento: chiunque abbia partecipato al laboratorio può scrivere a grandiospedali@koncept.it e verrà inserito nel report)*

Obiettivo strategico: avviare un cambio di *mindset* e il relativo nuovo *networking* nel nuovo Ecosistema Salute per valorizzare opportunità di innovazione clinica in ottica di centralità paziente/persona (es. VBH, *One Health*, CRM, *Digital Health*, *BigData* e IA, Multicanalità e Metaverso, ...), facendo cooperare ricercatori medici e tecnologici, startup, industria sanitaria, BigTech, finanza e assicurazioni e resto attori della Sanità.

Scenario di riferimento

Sono stati prestatati alcuni casi concreti di Open Innovation:

- **GDMH** (Gemelli *Digital Medicine & Health*): dalla strategia di *Open Innovation* della DSC al primo *spin off* di un grande ospedale italiano e IRCCS
- **NGHC** (*Next Generation Healthcare Centre in MIND*): la prima piattaforma tecnologica “reale” di *Open Innovation* su *Life Science* (promotori Politecnico Milano e UniStatale Milano, fondi PNRR per la creazione di una newco pubblico/privata)

Il laboratorio è stato quindi condotto in forma di focus group con la tecnica dei post-it. Posto l'obiettivo strategico del top management di avviare un cambio di *mindset* e il relativo nuovo *networking* nel nuovo Ecosistema Salute per valorizzare opportunità di innovazione clinica in ottica di centralità paziente/persona, quali sono i **vincoli e le criticità di contesto**?

1. Bassa interoperabilità dei sistemi informativi e Approccio a silos

L'interoperabilità è la caratteristica di un sistema informativo di interagire in maniera automatica con altri sistemi informativi per lo scambio di informazioni e l'erogazione di servizi.

Si assiste al cosiddetto “approccio a silos” quando una componente isolata di un sistema informativo non condivide i dati, le informazioni e/o i processi con le altre componenti del sistema.

2. **Normativa** (in particolare Privacy per la gestione dei dati)
3. **Complessità** dell'Ecosistema Salute, nuovi attori (con visioni e linguaggi differenti)
4. **Mancanza di chiarezza e uniformità di applicazione** del Regolatorio

Le azioni proposte e le azioni prioritarie

Come si potrebbero superare tali vincoli/criticità? Quali **azioni** si potrebbero realizzare in funzione dell'obiettivo? Con quali priorità e strumenti?

- Costruire la **cultura** dell'*Health Open Innovation* e diffonderla tra i diversi attori (industria, strutture sanitarie, professionisti, startup, università, istituzioni, assicurazioni, BigTech, ecc...)
- Condivisione** trasparente (pre-competitiva) per sfruttare le **competenze e conoscenze** presenti nell'Ecosistema - Mappa *Open Innovation* (Osservatorio permanente *Best Case*)
- Analisi** condivisa dei **bisogni** dei pazienti/utenti e dei medici/professionisti sanitari (VBH, *service design*)
- Politiche nazionali di **attrazione dei talenti**
- Valorizzazione clinica e *Health Technology Assessment* (HTA)

La valutazione della tecnologia sanitaria (HTA) riassume le informazioni su questioni mediche, economiche, sociali ed etiche relative all'uso di una tecnologia sanitaria.

- Education, formazione, training** nel digitale e nell'innovazione
- Documentare i **goals dei Grandi Ospedali** per poi guidare prioritizzazione delle possibili attività migliorative



Sono emerse le seguenti priorità di intervento:

Basso costo / Alta utilità -> da fare subito

1. Analisi condivisa dei bisogni dei pazienti/utenti e dei medici/professionisti sanitari (VBH, service design)
2. Education, formazione, training nel digitale e nell'innovazione

Basso Costo / Media utilità

3. Documentare i goals dei Grandi Ospedali per poi guidare prioritizzazione delle possibili attività migliorative

Medio costo / Alta utilità

4. Condivisione trasparente (pre-competitiva) per sfruttare le competenze e conoscenze presenti nell'Ecosistema - Mappa *Open Innovation* (Osservatorio permanente *Best Case*)
5. Costruire la cultura dell'*Health Open Innovation* e diffonderla tra i diversi attori (industria, strutture sanitarie, professionisti, *startup*, università, istituzioni, assicurazioni, *BigTech*, ecc...)
6. Valorizzazione clinica e *Health Technology Assessment* (HTA)

Alto costo / Media utilità

7. Politiche nazionali di attrazione dei talenti

Strumenti

- **Policy Shaping Data Driven** - Modellazione delle politiche basata sui dati
- Metodologie condivise (es. *Service Design*) per fare innovazione e co-innovazione prendendo spunto da chi ha già risolto i problemi. Sandbox, area di test dove gli sviluppatori provano nuovi programmi ancora in fase di sviluppo prima del lancio definitivo online, come strategia abilitante/dimostrativa
- **Business Model Canvas**, *Agile Management*, *Go to Market* e *Revenues Model*, POC-MPV (con le *Corporate*), ecc.... Strategia e strumenti per validare e portare sul mercato un prodotto o servizio innovativo.
- **Fondi/bandi pubblici e privati** per supportare ricerca, TTO e per *start up*
- **Anticipare il Metaverso** in base all'esperienza maturata fino ad oggi. Il Metaverso può essere definito come uno spazio tridimensionale all'interno del quale le persone fisiche possono muoversi, condividere e interagire.
- Acquisire capacità di **scale-up** post *Open Innovation* pura. Per *scale-up* si intende una operazione che consente di realizzare un'apparecchiatura o un impianto in piena scala in base a una sperimentazione preliminare condotta su un modello di minori dimensioni.
- Per comprendere gli aspetti di mercato, l'*usability* e l'impatto economico per attrarre investimenti:

IRL (Investment Readiness Level). Grado di maturità di un'idea o di una startup con la quale si vogliono attrarre investimenti di diversa natura.

TRL (Technology Readiness Level. Grado di Maturità Tecnologica

- Costruire un **linguaggio** chiaro per i non addetti
- Da *Open Innovation* a **EcoSystem Innovation**

Attori coinvolti nell'ecosistema:

I pazienti e i professionisti sanitari devono stare al centro del processo

- Associazioni pazienti e cittadini
- IRCCS, Ospedali, strutture sanitarie di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione (*onsite*, *online* e domiciliare), farmacie ed altri erogatori servizi di prossimità/territorio
- Università e Centri di ricerca, Uffici TTO e Grant
- *Startup* e *Scale-up*
- Incubatori/Acceleratori e Mentor
- *Corporate* (Pharma, MedTech, BigTech, Assicurazioni, ecc...)
- VC, fondi investimento e altri soggetti finanziatori dell'Innovazione
- Istituzioni UE, nazionali e regionali
- Consulenti processi di innovazione (validazione *tech*, scientifica e di mercato)
- Giovani (che hanno una esperienza digitale liquida - disponibilità dati dei pazienti)

Sinergie

Creare un Ecosistema in cui si possa “prendere e dare” metodologie e processi, comunicare e condividere

- Co-creazione e innovazione precompetitiva collaborativa
- Coinvolgere i vari attori e comprendere i diversi interessi portati avanti.
- Approccio di filiera (ecosistema)
- Sviluppo sinergie tra strutture e territorio
- Sviluppo relazioni con le istituzioni

Considerazioni integrative

*Stiamo raccogliendo considerazioni a cura dei **Management Advisors** per una valutazione strategica del tema trattato. Ci auspichiamo di ricevere proposte anche da parte dei **Partners**, con l'obiettivo di definire progettualità e iniziative condivise.*

I contributi in questione potranno riguardare uno o più laboratori, a scelta. Per ogni laboratorio il contributo scritto non dovrà superare i 2.500 caratteri e dovrà indicare il nome del laboratorio a cui si riferisce.

Questi dovranno essere inviati a grandiospedali@koncept.it per essere integrati nel dossier finale.

Hanno partecipato

Moderatori: Alfredo Cesario, Open Innovation Manager di Fond. Policlinico Gemelli IRCCS, CEO di GDMH, Alfredo Pascali, Founder e Chairman di NExT Health, Health Ambassador di POLIHUB - Politecnico Milano

Management Advisor: Paolo Petralia, Vicepresidente vicario di FIASO - Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere

Facilitatore: Carlotta Iarrapino

Partecipanti:* Giovanni Arcuri, Vincenzo Bartoli, Paolo Borella, Luca Cinquepalmi, Marzia Colani, Enrico Deluchi, Marco Denti, Daniele Di Ianni, Francesco Gabbrielli, Marco Giacosa, Andrea Pagliai, Grazia Pertile, Paolo Petralia, Alberto Cesare Luigi Redaelli, Giuseppe Schiavo, Alberta Spreafico (*elenco dei partecipanti iscritti in fase di registrazione all'evento: chiunque abbia partecipato al laboratorio può scrivere a grandiospedali@koncept.it e verrà inserito nel report*)

Laboratorio 9.3. Grande Ospedale, la formazione, reclutamento e valorizzazione dei giovani professionisti e dei talenti

Obiettivo: questo laboratorio affronta il problema strategico per un grande ospedale di organizzare una funzione o adottare modalità per attrarre, individuare, formare giovani talenti in specifici ambiti. Tutto ciò tenendo conto delle differenze normative tra il settore pubblico da quello privato.

Scenario di riferimento

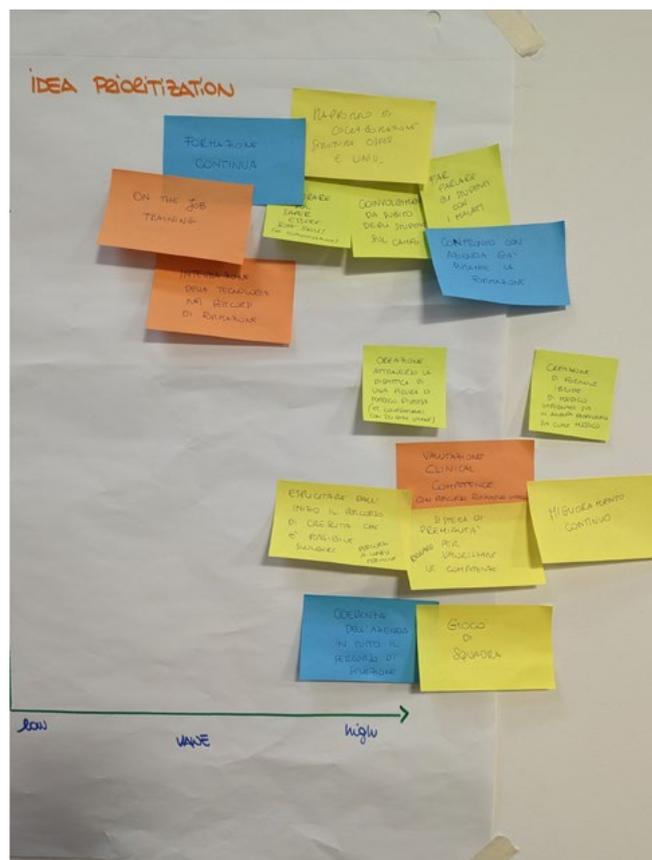
Il laboratorio aveva l'obiettivo di affrontare il problema strategico per un grande ospedale di organizzare una funzione o adottare una modalità per attrarre, individuare, formare giovani talenti in specifici ambiti. Tutto ciò tenendo conto delle differenze normative tra il settore pubblico e quello privato.

I lavori sono stati introdotti dal moderatore, professor Mario Maggi, Professore ordinario di Endocrinologia all'Università degli studi di Firenze, direttore SODc Endocrinologia AOU Careggi e della scuola di specializzazione in Endocrinologia dell'Università degli studi di Firenze. Il professor Maggi, nella sua introduzione, ha presentato alcune criticità legate all'attrazione e alla formazione dei giovani talenti e lanciato numerosi spunti per la discussione.

La peculiarità del laboratorio è stata sicuramente l'interazione tra mondo del pubblico e del privato, per cui lo scambio e la discussione tra i partecipanti si è rivelata particolarmente stimolante.

Hanno quindi presentato le proprie esperienze la dott.ssa Stefania Lovisatti, Global General Manager, GE Healthcare, la dott.ssa Elena Rebora, direttrice S.C. gestione e sviluppo Risorse Umane, ASST Sette Laghi, Varese, la dott.ssa Chantal Scaccabarozzi, Country Hr Vice President Italy Schneider Electric, la dott.ssa Manuela Schuman, Associate VIP-HR & Site Services Italy Hub, Eli Lilly Italy e la professoressa Donatella Lippi dell'Università di Firenze.

I partecipanti hanno quindi riportato le esperienze delle proprie realtà di appartenenza, sottolineando le difficoltà in comune, le strategie di superamento adottate nei diversi contesti e territori e le buone prassi adottate. Il confronto si è rivelato estremamente stimolante, con numerosi interventi, scambi, domande e un clima di grande partecipazione.



Le azioni proposte e le azioni prioritarie

Sistematizzando quanto emerso dal confronto all'interno del grafico Idea Prioritization, sono stati definiti questi aspetti:

Con riferimento al percorso formativo /specializzante, *specificamente relativo alla professione medica*, sono emerse le seguenti

1. Idee ad alto valore e di facile implementazione:

- costruzione di un rapporto di collaborazione tra (tutte le) strutture ospedaliere e le Università, (*tema dei teaching Hospitals diffusi*)
- revisione del percorso di studi per andare verso una didattica immersiva, con un coinvolgimento degli studenti con i malati già dai primi anni, (*problema interno al percorso formativo e didattico universitario*)
- far parlare gli studenti con i malati, (rientra nel tema precedente)
- integrazione della tecnologia nei processi di formazione, (*problematica connessa sia alla definizione dei teaching hospital, che alla effettiva disponibilità delle più moderne tecnologie in poche strutture, che alla definizione dei percorsi interni formativi universitari*)

Laboratorio 9.3. Grande Ospedale, la formazione, reclutamento e valorizzazione dei giovani professionisti e dei talenti

- confronto con aziende esterne già negli anni della formazione, (*rientra nel tema delle precocità dell'immersione nel sistema sanitario dei professionisti in formazione*)
- lavorare sul saper essere (soft skills). (*si tratta di un tema interno al curriculum formativo professionale universitario, ma anche un tema di modalità di selezione non basate soltanto su requisiti formali*)

Per quanto riguarda la fase post-formazione, quindi dopo l'inserimento nell'organizzazione con responsabilità piena operativa,

- puntare sulla (*continuità della*) formazione e sull'on the job training. (*non solo didattica e formazione tradizionale ma tecniche formative esperienziali e di laboratorio*)

2. **Idee ad alto valore e con difficoltà di implementazione media: la creazione attraverso la didattica di una figura di medico diversa, più multidisciplinare.** Si tratta di problematiche tutte inerenti al cursus formativo interno dell'Università e delle diverse discipline.

3. **Idee ad alto valore ma di difficile implementazione: (definizione di difficoltà non legata alle risorse ma bensì al contesto culturale e formale di riferimento)**

a partire dal problema prima di attrarre e poi di trattenerne i giovani medici,

- creare percorsi di valutazione delle clinical competence ai quali agganciare un sistema di premialità e di formazione permanente,
- esplicitare dall'inizio il percorso di crescita professionale che è possibile svolgere in azienda,
- dare l'idea di un percorso a lungo termine,
- conservare una coerenza aziendale in tutto il percorso di selezione,
- fare gioco di squadra tra tutte le figure professionali coinvolte.

Considerazioni integrative a cura del Management Advisor

Ci si è concentrati sulle professionalità mediche, il cui impiego appare molto diverso tra le aziende private e pubbliche, a partire dal medesimo cv formativo. In sostanza i privati definiscono la job, cercano candidati, ne plasmano le competenze con un percorso condiviso e contrattualizzato, riescono a "matchare" i percorsi professionali ed economici.

Azioni: Occorrerebbe "sdoganare" maggiori gradi di libertà, pur nell'ambito di regole condivise che considerate virtuose nel privato nel pubblico viceversa non vengono ricevute accettabili. (Modifiche contrattuali e di regole di gestione)

Attori: Aziende/Legislatore

1. Occorre chiarire la definizione delle misure/azioni proposte ed la difficoltà percepita/declinata dal gruppo.

Azioni: il tema ruota attorno alla gestione "pubblica del rapporto di lavoro" per il quale viene implicitamente suggerita la piena riforma, per adeguarlo nei modi e nelle regole ad un mercato professionale che è attualmente pienamente a sfavore del pubblico. Occorre un ripensamento collettivo e di sistema anche in merito alle motivazioni professionali e di orientamento delle carriere da parte dei giovani (argomento non sviluppato nel team)

Attori: Università/Aziende/Legislatore

2. Vengono definiti facilmente realizzabili quegli interventi di rete che già oggi le aziende cercano di porre in atto esercitando la propria autonomia gestionale di raccordo con tutte le Università disponibili alla collaborazione (*teaching hospitals*).

Azioni: sviluppare la diffusione del sistema di gestione delle competenze nelle aziende, anche a regole costanti.

Attori: Aziende/ Sindacati

3. Risulta necessario inserire nel cv formativo degli studenti prima possibile il contatto con il paziente

Azioni: sviluppare la diffusione nelle aziende/*teaching hospitals* di un sistema di abilitazioni/accreditamenti progressivi dei professionisti. Questa azione è nella disponibilità delle Aziende convenzionate. Tuttavia, andrebbe rivisto anche il percorso curriculare specifico. Questa azione è a carico delle Università.

Attori: Università/Aziende /Legislatore

Laboratorio 9.3. Grande Ospedale, la formazione, reclutamento e valorizzazione dei giovani professionisti e dei talenti

4. Emerge la necessità di disporre di un rapporto tutor /discente sufficientemente qualificato nelle sedi formative (anche quando non universitarie)

Azioni: sviluppare le competenze dei tutor tramite le università/specifiche agenzie formative. Occorre uno sforzo congiunto Aziende/Università a livello di sistema normativo e di definizione dei cv.

Attori: Università/Aziende

5. Sul tema delle nuove professionalità emergenti, emerge la necessità di un raccordo tra Università e mondo del lavoro specifico (SSN). Questo tema richiama la capacità dell'Università di mettere a disposizione nuove competenze e conoscenze prima che la loro necessità si manifesti: nei fatti in campo medico la conoscenza continua ad essere sviluppata in forma astratta e dentro gli ospedali, mentre la medicina ed il SSN stanno andando sul territorio. La dicotomia tra scienza medica e organizzazione dei servizi si amplia.

Azioni: sviluppo di nuovi percorsi curriculari (Università) anche non medici paralleli allo sviluppo dell'organizzazione.

Attori: Università, Aziende, Legislatore

6. Viene dato per scontato che la caratteristica di grande ospedale (inteso come tale per dimensione e qualificazione dell'attività svolta) compensi eventuali forme di concorrenza distorsiva nell'attrazione dei talenti che viceversa è osservabile in ambiti organizzativi differenti, che purtuttavia rappresentano la maggior parte delle Aziende sanitarie.

Azioni: Sviluppare maggiore consapevolezza della interconnessione tra grandi ospedali e altri servizi

*Stiamo raccogliendo considerazioni a cura dei **Management Advisors** per una valutazione strategica del tema trattato. Ci auspichiamo di ricevere proposte anche da parte dei **Partners**, con l'obiettivo di definire progettualità e iniziative condivise.*

I contributi in questione potranno riguardare uno o più laboratori, a scelta. Per ogni laboratorio il contributo scritto non dovrà superare i 2.500 caratteri e dovrà indicare il nome del laboratorio a cui si riferisce.

Questi dovranno essere inviati a grandiospedali@koncept.it per essere integrati nel dossier finale.

Hanno partecipato

Moderatore: Mario Maggi, Prof. Ordinario Endocrinologia Università degli Studi di Firenze, Direttore SODc Endocrinologia AOU Careggi, Firenze e Dir Scuola di Specializzazione Endocrinologia Unifi

Management Advisor: Chiara Serpieri, Direttore Generale ASL Vco - Coordinatore Regionale FIASO Piemonte

Facilitatore: Ester Macrì

Partecipanti:* Donatella Lippi, Stefania Lovisatti, Elena Rebora, Chantal Scaccabarozzi, Manuela Schumann (elenco dei partecipanti iscritti in fase di registrazione all'evento: chiunque abbia partecipato al laboratorio può scrivere a grandiospedali@koncept.it e verrà inserito nel report)

Disciplina dell'ascolto

È stato anche sottolineata l'importanza dell'ascolto nel migliorare le prestazioni e offrire una comunicazione, anche dei rischi, più su misura del paziente. Nello stesso tempo l'ascolto deve essere rivolto anche al territorio, per capire in tempo reale gli effettivi bisogno e offrire le migliori soluzioni.

Ospedale come polo strategico e identitario

È stata da molti analizzata la complessità e l'importanza dell'ospedale come polo di riferimento di una collettività, di un territorio con funzioni anche molto più ampie rispetto alle solo prestazioni sanitarie. Il ruolo della comunicazione è anche di saper costruire questa identità o offrire alla popolazione un'immagine di ospedale come polo complesso, in costante cambiamento che possa trasmettere valori, tradizione e innovazione.

Trasformazione digitale

Non si può affrontare la trasformazione digitale senza immaginare un ruolo specifico della comunicazione, l'ufficio comunicazione dovrà accompagnare la trasformazione digitale di servizi e prestazioni cercando di "facilitare" questo passaggio rendendolo accessibile a tutti.

Considerazioni integrative

*Stiamo raccogliendo considerazioni a cura dei **Management Advisors** per una valutazione strategica del tema trattato. Ci auspichiamo di ricevere proposte anche da parte dei **Partners**, con l'obiettivo di definire progettualità e iniziative condivise.*

I contributi in questione potranno riguardare uno o più laboratori, a scelta. Per ogni laboratorio il contributo scritto non dovrà superare i 2.500 caratteri e dovrà indicare il nome del laboratorio a cui si riferisce.

Questi dovranno essere inviati a grandiospedali@koncept.it per essere integrati nel dossier finale.

Hanno partecipato

Moderatore: Maria Antonietta Cruciata, Direttore della UO Comunicazione, AOU Careggi, Firenze

Management Advisor: Daniela Donetti, Direttore Generale Sant'Andrea, Roma

Facilitatore: Lapo Cecconi

Partecipanti:* Massimo Barberio, Elena Beleffi, Umberto Gelatti, Luca Gentile, Francesca Mauri, Luca Toschi (elenco dei partecipanti iscritti in fase di registrazione all'evento: chiunque abbia partecipato al laboratorio può scrivere a grandiospedali@koncept.it e verrà inserito nel report)

Obiettivo strategico: questo laboratorio affronta l'obiettivo strategico di avvalersi di un sistema organizzato e intelligente capace di dare accesso semplice e anche destrutturato e creativo alle conoscenze esterne utili alla ricerca, alla clinica, all'organizzazione e al management e capace di dare accesso alle conoscenze interne all'ospedale.

Scenario di riferimento

Il tema è stato introdotto dal moderatore, è seguito un Focus Group con Domande guida.

La **conoscenza** deriva da **informazioni** rilevanti, basate su **dati**, che supportano **decisioni** ponderate, rilevanti ed accurate. Accurate se sono accurati dati, informazioni, conoscenza, contesto e processi cognitivi.

- Applicazione di EBM per la gestione e la terapia
- Individuazione stadio evolutivo di un disturbo cronico
- Time series e statistica descrittiva
- Singole letture di parametro (es. glicemia)

Alcune domande guida:

- La differenza tra dati, informazioni e conoscenza (e saggezza)
- Ognuno di noi è generatore ed utente di conoscenza
 - Dipendenza dal ruolo; da chi dipendete
 - Natura della conoscenza utile
- Come organizzare la conoscenza
- Quali aspetti della conoscenza utile sono dinamici e quanto
- Come si accede alla conoscenza
 - Fonti e modalità di accesso; difficoltà
 - Gli aspetti legati a Privacy e consenso
- Cosa vorremmo poter fare e come; le tre più promettenti

Gli spunti emersi si possono ricondurre a due commenti:

Commento 1: le riflessioni rispecchiano il ruolo sia di generatori che di fruitori di informazioni di ciascuno. La criticità del fattore tempo è emersa con la consueta priorità e si può declinare nella necessità di dedicare **più tempo all'attività professionale** e meno nella interazione con sistemi vari di raccolta delle info. Emersa la **dualità** tra la conoscenza di dominio, acquisita da studio, pratica, aggiornamento scientifico, letteratura, scambio informale con colleghi etc e la conoscenza relativa allo specifico caso del singolo paziente, del suo contesto e storia. Emerso il tema della **dinamicità del sapere** di dominio e della necessità di correlare la propria azione con quella delle altre figure professionali che cooperano per la salute del paziente (*situational awareness*).

Commento 2: necessità di integrare tante fonti e forme di informazioni, di poterle navigare agevolmente, di individuare la rilevanza rispetto al problema in esame. Rende necessaria l'adozione di strumenti moderni di grande usabilità che permettano all'utente viste e correlazioni multiple in piena autonomia. Parole chiave: **autonomia**, **accessibilità**. Esigenza di guardare al buono fatto dal prossimo in termini tecnologici, organizzativi e di processo per accelerare l'adozione di innovazione utile.



Le azioni proposte e le azioni prioritarie

Alla fase di raccolta delle idee è seguita una rapida fase di riflessione individuale e scelta delle 2-3 istanze più importanti per ciascuno (post-it). È seguita una fase di sommarizzazione in tre istanze riassuntive che sono poi state votate coralmemente in termini di valore/innovazione/impatto versus costo/difficoltà. Essendoci stata una fase preliminare di selezione non sono apparse istanza di basso valore.

La necessità che raccoglie maggior utilità ed allo stesso tempo (relativa) minor difficoltà è quello di **aumentare consapevolezza e capacità dei professionisti della salute nell'uso di tecnologie digitali** tra cui spiccano "information retrieval" ed una comprensione dell'uso e dei limiti della intelligenza artificiale.

La seconda area di interventi, giudicata parimenti importante ma leggermente più complessa da sviluppare, è quella realizzare ed adottare un **sistema moderno di acquisizione integrata semanticamente di conoscenza di dominio** (letteratura, linee guida, aggiornamenti diagnostici e terapeutici) con i dati del paziente, che seppur acceduti da sistemi di «fascicolo» compiuti, necessitano sempre della fase di correlazione e contestualizzazione delle informazioni alla situazione ed alle scelte diagnostico / terapeutico / assistenziali del paziente per permetterne una cura ottimale ed *evidence based*.

La terza area di interventi, sempre giudicata parimenti importante ma ancora leggermente più complessa da sviluppare, è quella di realizzare ed adottare un **sistema moderno di fruizione delle informazioni e della conoscenza** generate in Ospedale ed esternamente che permetta al singolo professionista in autonomia di esplorare l'universo di dati di suo interesse (con assoluto controllo dei temi privacy e consenso) correlandoli di volta in volta nel modo che ritiene più interessante per la sua azione di assistenza, ricerca e didattica. Cruciali quindi i temi della usabilità e della flessibilità come anche l'esigenza di fornire dati ed informazioni validate a differenza di quanto accade su Internet che è ricchissimo di informazioni ma senza grande controllo sulla loro accuratezza.



Considerazioni integrative a cura del Management Advisor

Le informazioni e la conoscenza sono gli **strumenti** e i **valori** più potenti che abbiamo a disposizione nelle aziende sanitarie per riuscire a guardare alle sfide del futuro con fiducia e consapevolezza e che le Direzioni Strategiche devono far proprie ponendo le basi (laddove insufficienti) per la realizzazione. Occorre quindi che le aziende sanitarie sappiano garantire o attivarsi perché **l'accesso reale a quella che si può definire la "filiera della conoscenza"** sia un obiettivo gestionale e organizzativo e come tale fruibile. **L'accesso alla conoscenza**, tramite un sistema organizzato, intelligente, semplice e *user-friendly*, **determina quello che sarà possibile a ciascuna individuo, organizzazione e sistema.**

La digitalizzazione ha già impattato altri settori (distribuzione, finanza, mobilità), ma grazie anche al PNRR la digitalizzazione della sanità può permettere al SSN di evolversi. La **Sanità Digitale** è tutto quello che riguarda l'applicazione delle tecnologie digitali a supporto dell'innovazione del sistema sanitario per rendere più efficace l'erogazione dei servizi, snellire la comunicazione tra strutture sanitarie e cittadini, semplificare i sistemi di accesso ai servizi. **La digitalizzazione e informatizzazione nelle aziende sanitarie è il prerequisito essenziale per arrivare ad avere sistemi semplificati di accesso alla conoscenza.**

Lungo e complesso è l'elenco degli ambiti di informatizzazione e digitalizzazione di un'azienda sanitaria, ma sono emersi alcuni spunti su cui confrontarsi all'interno di ogni struttura:

- banalmente **ridurre al minimo l'utilizzo della carta** (CCE ospedaliera e MMG, FSE2.0, fascicolo sanitario territoriale, ...) ma anche **raccogliere dati il più possibile standardizzati e utilizzabili** (in parte già presenti nei *database* amministrativi sanitari, nei registri di patologia o di trattamento);
- pensare a **sistemi di decodifica a posteriori delle informazioni raccolte testualmente** o di **sistemi che aiutino alla scrittura di testi semistrutturati.**



Ma occorre anche lavorare sulla messa a disposizione di strumenti utili ai professionisti della salute per aver accesso alla informazione e generare conoscenza, come ad esempio:

- quando i sistemi sanitari aziendali sono informatizzati, partendo dai propri dati sanitari una azienda può costruire i c.d. **data warehouse**, cioè un sistema di *data management* progettato per abilitare e supportare le attività di *business intelligence* (BI) interne per direzioni strategiche, attività scientifica e di ricerca;
- **servizi bibliotecari biomedici, biblioteche digitali e online** sono servizi con lo scopo di offrire una corretta e aggiornata documentazione scientifica e clinica al personale sanitario;
- i **sistemi di supporto alla decisione clinica** sono *software* che sfruttando i dati disponibili *online* e nelle singole aziende sono progettati per assistere, al punto di cura, medici ed altri professionisti sanitari nel processo decisionale.

Tutti questi sistemi necessitano ovviamente di **formazione** per essere utilizzati al meglio e di competenze spesso esterne per essere realizzati ma necessariamente anche interne alle aziende per essere mantenuti, utilizzati e migliorati, dove la **partnership (cooperazione) tra strutture sanitarie** potrebbe diventare elemento qualificante e vincente.

Stiamo raccogliendo considerazioni a cura dei **Management Advisors** per una valutazione strategica del tema trattato. Ci auspichiamo di ricevere proposte anche da parte dei **Partners**, con l'obiettivo di definire progettualità e iniziative condivise.

I contributi in questione potranno riguardare uno o più laboratori, a scelta. Per ogni laboratorio il contributo scritto non dovrà superare i 2.500 caratteri e dovrà indicare il nome del laboratorio a cui si riferisce.

Questi dovranno essere inviati a grandiospedali@koncept.it per essere integrati nel dossier finale.

Hanno partecipato

Moderatori: Robert Alexander, Medical Doctor and Researcher - Design Thinking Coach - Open Group Distinguished Certified IT Architect

Management Advisor: Carlo Nicora, Vicepresidente FIASO e Direttore Generale della Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori di Milano

Facilitatore: Pino De Sario

Partecipanti*: Andrea Belardinelli, Mark Brega, Chiara Formigoni, Diego Maria Michele Fornasari, Domenico Mancini, Gianluca Parodi, Vania Sabatini (*elenco dei partecipanti iscritti in fase di registrazione all'evento: chiunque abbia partecipato al laboratorio può scrivere a grandiospedali@koncept.it e verrà inserito nel report*)

Obiettivo: la logistica dei beni sanitari in ospedale ha un impatto rilevante sulla qualità e sicurezza dell'assistenza erogata ai pazienti. Questo fatto determina una serie di considerazioni da considerare nella progettazione di un sistema di logistica verso e dentro l'ospedale e nella valutazione delle *performances* del sistema e del suo valore. Questo laboratorio affronta l'obiettivo strategico per un Grande Ospedale di disporre di una logistica del farmaco verso e dentro l'ospedale che risponda a criteri di valore e che sia efficiente, governabile, che elimini o minimizzi i rischi di fornitura.

Scenario di riferimento

La presentazione iniziale del laboratorio è stata indirizzata alla condivisione con il tavolo di cosa viene compreso nel processo logistico del farmaco/dispositivo e cioè tutta la filiera del farmaco, che dal magazzino arrivano al letto del paziente.

È richiamata l'attenzione sull'importanza dell'integrazione dei diversi segmenti del processo, anche in virtù del potenziamento della informatizzazione, entrambi aspetti critici e quindi da presidiare maggiormente.

Il tavolo si è interrogato sulle criticità che ruotano intorno al processo logistico del farmaco.

Nel cartellone sono sintetizzate le indicazioni del tavolo e raggruppate in tre macroaree:

1. **aspetto culturale** – questa dimensione è alla base di tutto il ragionamento. Manca da parte dei professionisti la percezione dell'importanza di presidiare il processo logistico, ragione per cui vengono dedicate a questo compito risorse non preparate o che svolgono tali attività nel tempo residuo.

Serve quindi un cambio di mentalità, che faccia comprendere come ragionare per silos produce spreco di risorse, mentre presidiare tutto il processo logistico ha una ricaduta positiva sul paziente, sia perché libera risorse, sia perché riduce gli errori.

Una specifica nota poi viene fatta sulla necessità di apertura culturale alla gestione dei farmaci innovativi, la cui gestione necessita un cambiamento nel modo di approcciarsi e nelle tempistiche, che devono essere più rapide di quelle di altri farmaci.

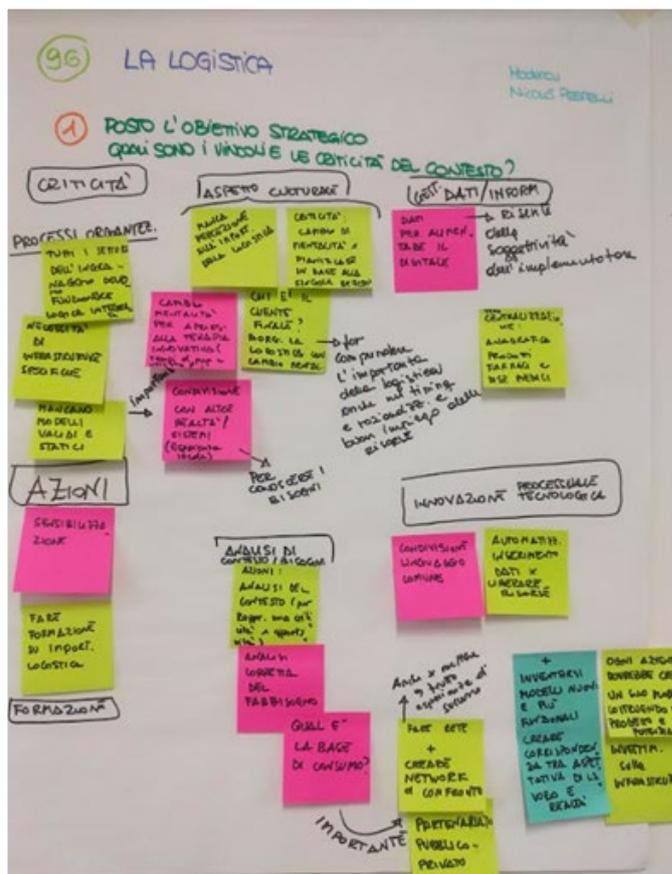
2. **Modelli organizzativi e network** – la rete viene vista come elemento da potenziare per far dialogare tutti i soggetti della filiera, comprese le aziende farmaceutiche.

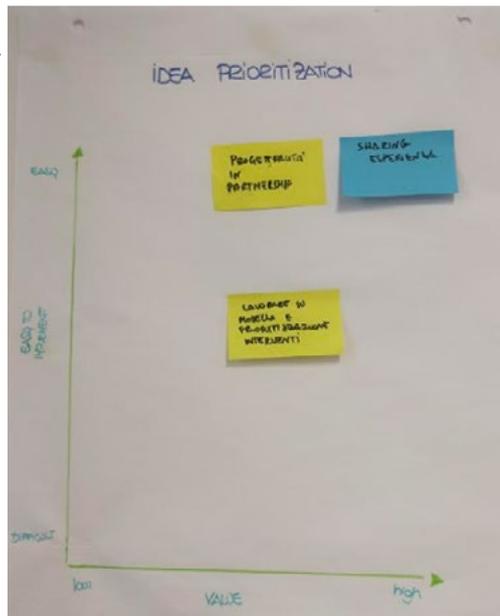
Viene lamentata la mancanza di conoscenza e condivisione su modelli organizzativi validi e esportabili in realtà diverse. Allo stesso tempo manca l'investimento sulle infrastrutture e quindi sulle competenze delle risorse.

Viene poi riportata l'esperienza toscana positiva di Estar come modello centralizzato regionale di gestione della logistica, con aspetti comunque che ancora necessitano di miglioramento, in particolare una maggiore vicinanza alle Aziende per conoscere di più i loro bisogni, ma anche la necessità di uniformare il linguaggio e l'utilizzo delle infrastrutture informatiche per agevolare il dialogo

3. **informatizzazione/gestione dei dati** - curare l'anagrafica del farmaco/dipositivo per facilitare la centralizzazione del processo logistico ed evitare che ogni segmento chiami in maniera diversa lo stesso prodotto. È essenziale che tutti usino lo stesso linguaggio.

È fondamentale presidiare la questione della automazione di inserimento dati sia per liberare risorse professionali sia ridurre l'errore.





Le azioni proposte e le azioni prioritarie

Date queste criticità, sono emerse delle proposte di azione. Prima fra tutte la necessità di formazione per **sensibilizzare** all'importanza di presidiare tutte le fasi del processo logistico.

In seconda battuta, è necessario partire da una effettiva **analisi di contesto** per comprendere le reali esigenze e far emergere il **reale fabbisogno**, aspetti che nessuno al momento attuale presidia. L'analisi del contesto e del fabbisogno sono essenziali per evitare valutazioni soggettive e quindi spreco. È emersa la necessità di **mettere in rete** tutti i segmenti del processo per avere **visione di sistema, fondamentale per la pianificazione** in modo che al bisogno tutti i componenti del percorso siano pronti ad attivarsi.

La rete è indirizzata anche a far **dialogare sistemi diversi**, aspetto non semplice perché si utilizzando ancora linguaggi e modelli organizzativi diversi (vedi modello di centralizzazione toscano ESTAR-Aziende). La possibilità del confronto di esperienze diverse permette però anche di acquisire e mutuare esperienze di successo di realtà diverse dalla propria e cercare di importarle nel proprio contesto.

Da qui può emergere la necessità di investire su **modelli organizzativi nuovi** in base alle esigenze della propria realtà, sia per liberare risorse sia per creare corrispondenza tra aspettative professionali e reale impiego dei professionisti (impegnati a fare quel che serve, anche al di fuori dei loro compiti ufficiali e gestiti a tempo avanzo). Quindi emerge l'importanza di **investire sulle competenze e sulle infrastrutture di micro e macrologistica**.

Dopo avere individuato tre azioni prioritarie secondo la percezione del tavolo, insieme ai partecipanti sono state posizionate sull'asse cartesiano organizzato per valore (ascissa) e facilità di implementazione (ordinata). In particolare, la **progettualità in partnership** è collocata come facilmente implementabile e con valore medio.

La **condivisione delle esperienze** ha anch'essa facilità di implementazione ma alto valore. Infine, la terza azione, **lavorare sui modelli e priorità di intervento**, risulta di media facilità di implementazione e valore.

Considerazioni integrative

Stiamo raccogliendo considerazioni a cura dei **Management Advisors** per una valutazione strategica del tema trattato. Ci auspichiamo di ricevere proposte anche da parte dei **Partners**, con l'obiettivo di definire progettualità e iniziative condivise.

I contributi in questione potranno riguardare uno o più laboratori, a scelta. Per ogni laboratorio il contributo scritto non dovrà superare i 2.500 caratteri e dovrà indicare il nome del laboratorio a cui si riferisce.

Questi dovranno essere inviati a grandiospedali@koncept.it per essere integrati nel dossier finale.

Hanno partecipato

Moderatore: Nicolò Pestelli, Presidente Collegio Revisori FIASO - Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere

Management Advisor: Nicolò Pestelli, Presidente Collegio Revisori FIASO - Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere

Facilitatore: Francesca Ierardi

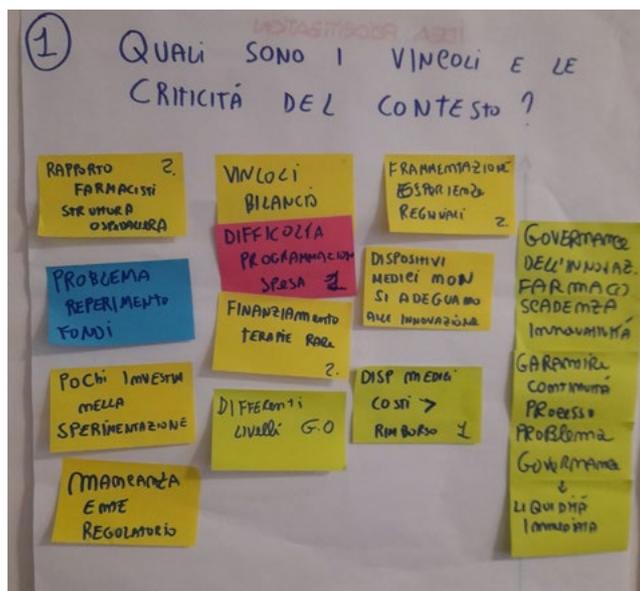
Partecipanti*: Simone Bigi, Silvia Caramatti, Claudio Galbiati, Sara Girardi, Franca Martelli, Lucia Nieri, Lorenzo Papalini, Walter Roggi, Michele Simbula, Demetrio Spanti (*elenco dei partecipanti iscritti in fase di registrazione all'evento: chiunque abbia partecipato al laboratorio può scrivere a grandiospedali@koncept.it e verrà inserito nel report*)

Laboratorio 9.8. La farmacia ospedaliera dei Grandi Ospedali e l'innovazione

Obiettivo: questo laboratorio affronta l'obiettivo strategico di mettere in campo meccanismi per avere una farmacia ospedaliera aggiornata sulle innovazioni e capace di valutarle e promuoverle nell'ambito della propria azione multi-professionale. Attraverso il confronto di più ospedali e con gli *stakeholder* si vuole indagare sulla possibilità di creare reti operative e di conoscenza nell'ambito della farmacia.

Scenario di riferimento

A seguito dell'analisi di contesto sono emerse molte criticità. Il primo problema riguarda l'intera cornice della governance dell'innovazione del farmaco. In questo frangente è presente un importante ostacolo che è costituito dalla scadenza temporale dell'innovatività del prodotto (e della relativa presenza nel fondo dei farmaci innovativi) anche a fronte di nessuna nuova terapia introdotta in commercio. Oltre a ciò, è emerso anche il problema della compensazione (in termini di tempo e di specifica attribuzione) degli esborsi economici inizialmente sostenuti soprattutto, o esclusivamente, nel caso delle CAR-T o delle terapie geniche, dai grandi ospedali. Il problema potrebbe acuirsi con le nuove terapie geniche destinate a patologie ultra-rare che prevederanno la gestione di soli quattro o cinque centri per l'intera nazione e dunque la necessità di trattare con terapie molto costose pazienti provenienti da altre regioni con compensazioni molto cospicue che saranno corrisposte talvolta nell'anno successivo.



Un altro punto di debolezza inerente la sostenibilità della spesa farmaceutica dei grandi ospedali è stato individuato negli interventi sanitari per i quali è previsto l'utilizzo di dispositivi ad elevatissima specializzazione che talvolta hanno un costo da solo eccede il rimborso dei relativi DRG.

Anche la programmazione della spesa presso le farmacie dei GO: ci si è chiesti come costruire un modello di *Budget Impact Analysis*.

Un altro problema segnalato riguarda l'adeguatezza degli organici delle farmacie dei GO. Non sono infatti noti standard regionali basati su parametri ben definiti (sperimentazioni attive, numero ricoveri, n. CRR, n. interventi chirurgici...) per individuare i contingenti di farmacisti proporzionati alle attività da svolgere.

Infine la frammentazione delle realtà regionali che rende difficile il dialogo tra le strutture complica la risoluzione di tutti i problemi esposti.

Le azioni proposte e le azioni prioritarie

Come si potrebbero superare i vincoli/criticità? Quali azioni si potrebbero realizzare?

Per utilizzare al meglio le risorse è opportuna la creazione di poli di cura per le malattie rare in modo tale da poter concentrare in poche aziende tutte le risorse per portare avanti l'innovazione con queste terapie garantendo la rapida erogazione dei fondi dedicati.

Un'altra soluzione per scongiurare l'allargarsi della discrepanza tra dispositivi medici utilizzati ed innovazione consiste nell'adeguamento delle gare. In questo modo possono essere introdotte in corso d'opera le innovazioni che possono portare ad un significativo impatto. È inoltre fondamentale realizzare una sorta di "File F" per i dispositivi medici di altissimo costo che attualmente pesano negativamente sui bilanci dei GO poiché hanno costi che eccedono le tariffe DRG. Questa lista di dispositivi rimborsati per compensazione diretta semplificherebbe anche il rimborso interregionale. In aggiunta a questo sarebbe comunque utile il continuo adeguamento dei DRG.

Per avere una visione di insieme dello stato di avanzamento dell'innovazione nel nostro paese è di cruciale importanza compiere una mappatura della sperimentazione mediante la raccolta dei dati.

La sperimentazione clinica è una parte importante dell'attività dei farmacisti dei GO. Si tratta di un'attività che è cresciuta esponenzialmente negli ultimi anni ed il coinvolgimento dei farmacisti ospedalieri nei trial clinici è strategico ed anche obbligatorio.

Laboratorio 9.8. La farmacia ospedaliera dei Grandi Ospedali e l'innovazione

Si considera dunque estremamente importante istituire la figura del farmacista di ricerca ed inserirla nei contingenti delle farmacie dei GO.

Un altro elemento che potrebbe essere di grande utilità è la semplificazione di alcune procedure delle sperimentazioni cliniche. Potrebbero essere attuati provvedimenti volti a facilitare il monitoraggio remoto. Anche in questo frangente il processo di digitalizzazione, dematerializzazione è di vitale importanza per lo snellimento del lavoro dei professionisti.

Quali attori sono coinvolti? Quali sinergie si possono attuare?

Gli attori coinvolti sono le regioni, le farmacie dei grandi ospedali, le aziende farmaceutiche ed i ricercatori. Questi soggetti devono necessariamente attivare canali comunicativi efficaci al fine di promuovere le innovazioni. Se è importante instaurare un canale di dialogo permanente anche con i farmacisti territoriali, in quanto partecipano spesso al percorso di cura con farmaci innovativi è addirittura essenziale creare un forum delle farmacie dei grandi ospedali come luogo in cui è possibile condividere le proprie esperienze e attuare una serie di strategie volte all'innovazione.

Considerazioni integrative

*Stiamo raccogliendo considerazioni a cura dei **Management Advisors** per una valutazione strategica del tema trattato. Ci auspichiamo di ricevere proposte anche da parte dei **Partners**, con l'obiettivo di definire progettualità e iniziative condivise.*

I contributi in questione potranno riguardare uno o più laboratori, a scelta. Per ogni laboratorio il contributo scritto non dovrà superare i 2.500 caratteri e dovrà indicare il nome del laboratorio a cui si riferisce.

Questi dovranno essere inviati a grandiospedali@koncept.it per essere integrati nel dossier finale.

Hanno partecipato

Moderatori: Michele Cecchi, Direttore UOC Farmaceutica ospedaliera e Politiche del Farmaco, AOU Careggi, Firenze; Marcello Pani, Direttore UOC Farmacia Policlinico Universitario Agostino Gemelli, Roma

Management Advisor: Salvatore Giuffrida, Direttore Generale AO Cannizzaro, Catania

Facilitatore: Alessandro Latterini

Partecipanti:* Mohammed Awad, Barbara Biserni, Margherita Galassi, Girolama Iadicicco, Daniela Iovine, Maria Teresa Lupo, Paola Marini, Alessandra Stancari, Sara Villa (*elenco dei partecipanti iscritti in fase di registrazione all'evento: chiunque abbia partecipato al laboratorio può scrivere a grandiospedali@koncept.it e verrà inserito nel report*)



KONCEPT

Sede Operativa
Via F. Baracca, 1C
50127 Firenze
Sede Legale
Via G. Tartini, 5B
50144 Firenze
Tel. (+39) 055 357223

www.koncept.it
segreteria@koncept.it

