



I L D
O S S
I E R
G R A
N D I
O S P
E D A
L I 2
0 2 3

2° OPEN MEETING

**I Grandi Ospedali Italiani
si confrontano per fare Sistema**

Roma, Azienda ospedaliero-
universitaria Sant'Andrea e
Fondazione Policlinico Tor Vergata

25/26 Maggio 2023

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 terza edizione di Open Meeting // Grandi Ospedali, in programma a Napoli nel mese di maggio 2024 – durante il quale vorremmo valorizzare alcune delle tematiche trattate a Firenze e poi a Roma, sviluppando 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.



Strategic partner



Area 1. **Creazione di un ambiente favorevole alla ricerca: nuove normative e opportunità per le aziende**

Laboratorio 1.1 Medicina Genomica e Predittiva: nuovi profili professionali e competenze trasversali	7
Laboratorio 1.2 Tumor Board nella personalizzazione terapeutica e dei percorsi	9

Area 2. **Digitalizzazione e innovazione nel Grande Ospedale**

Laboratorio 2.1 Evoluzione delle professioni sanitarie e cliniche in un mondo digitale e introduzione delle nuove figure professionali	12
Laboratorio 2.2 Open innovation e collaborazione con i partner industriali	14
Laboratorio 2.3 Tecnologie dirompenti (AI, VR, AR, Metaverso, Avatar, Blockchain, NFT)	16
Laboratorio 2.4 Sviluppo della Digital Health e telemedicina	17
Laboratorio 2.5 Management dell'Innovazione e della Partnership	22
Laboratorio 2.6 Strategie e Governance per il "Continuous Improvement" dei processi	24

Area 3. **Adattamento a scenari di impatto rapido e sicuro in un Grande Ospedale**

Laboratorio 3.1 Ospedale come organismo vivente: flessibile, smart, umano e green	27
Laboratorio 3.2 Costruzione di sistemi integrati per la sicurezza dei luoghi di lavoro per operatori e pazienti	29
Laboratorio 3.3 Infezioni ospedaliere: antibiotico-resistenza, microbiologia e gestione degli alert	31
Laboratorio 3.4 Sicurezza delle cure e sicurezza delle strutture: una riforma della responsabilità professionale per contrastare la medicina difensiva	33

Area 4. **Ospedale senza muri**

Laboratorio 4.1 Innovazione e prospettive nel transitional care per una gestione corretta dei setting	38
Laboratorio 4.2 L'evoluzione delle reti integrate l'esempio dell'oncologia (dalla prevenzione alla gestione della cronicità)	41
Laboratorio 4.3 Analisi sistemiche dell'accesso inappropriato al PS	45
Laboratorio 4.4 Integrazione Ospedale-Territorio e DM 77	48

Area 5. **Co-progettazione con i pazienti: comunicazione interna ed esterna nei Grandi Ospedali e informazione per la salute**

Laboratorio 5.1 Sviluppo del service design nei Grandi Ospedali: orientamento e accessibilità per i pazienti	54
Laboratorio 5.2 Gestione delle conoscenze e condivisione delle competenze	56
Laboratorio 5.3 Supporto alla consapevolezza della cura	60
Laboratorio 5.4 Marketing e comunicazione della qualità dei servizi: per una comunicazione etica	62

Area 6. **Competenze, motivazione e comunicazione interna nella tecnostruttura del Grande Ospedale**

Laboratorio 6.1 Lavorare in team per l'attuazione delle strategie aziendali	65
Laboratorio 6.2 Management basato sui dati osservabili (Applied Observability)	68
Laboratorio 6.3 L'importanza del confronto tra attori diversi nel sistema del procurement (HTA e Health Economics)	71
Laboratorio 6.4 Competenze di comparto	75

Area 7. **Le politiche del Grande Ospedale per la medicina di genere e la riduzione del gender gap**

Laboratorio 7.1 Medicina personalizzata nei generi	78
Laboratorio 7.2 Risposte organizzative, strutturali e competenze nella tutela e cura dei generi ..	81
Laboratorio 7.3 Quali proposte organizzative per la riduzione del gender gap	84

Area 8. **Area OPEN LAB**

Laboratorio 8.1 Trapianti	87
Laboratorio 8.2 Oftalmologia	91
Laboratorio 8.3 Malattie Rare	94
Laboratorio 8.4 Chirurgia e robotica	97

Area 1. **Creazione di un ambiente favorevole alla ricerca: nuove normative e opportunità per le aziende**

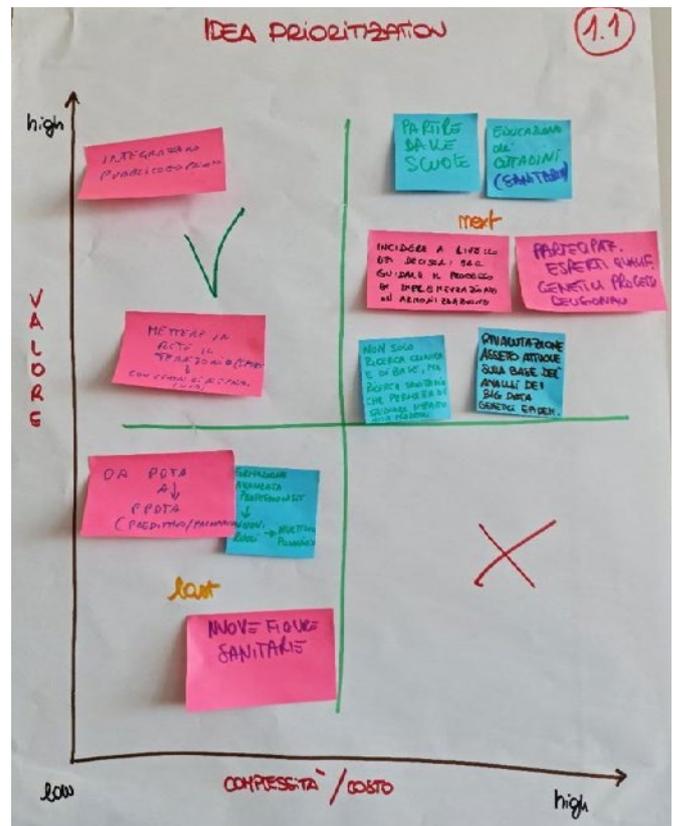
- Potenziamento competenze e materie in tutti gli ambiti
- Maggiore partecipazione degli organi di governo
- Laboratori basati sulla qualificazione dei responsabili e degli operatori
- Partecipazione dei cittadini con le stesse possibilità
- Accessibilità alle tecnologie da parte di tutti

Le azioni da mettere subito in campo potrebbero essere:

- Educazione dei cittadini ai temi della sanità e alle opportunità presenti attraverso azioni che partano dalle scuole
- Ricerca sanitaria che permetta di studiare l'impatto dei nuovi modelli – non solo ricerca clinica di base
- Partecipazione di esperti qualificati nei processi decisionali per poter incidere e guidare il processo di implementazione e armonizzazione
- Rivalutazione dell'assetto attuale sulla base dell'analisi dei big data genetici epidemiologici.

Le azioni di valore prese in considerazione:

- Integrazione pubblico-privato
- Mettere in rete il territorio (spoke – con centri di riferimento – hub)
- Da PDTA a PPDTA – predittivo
- Formazione avanzata di professionisti e creazione di nuove figure sanitarie con competenze multidisciplinari



Hanno partecipato

Moderatore: Giuseppe Novelli, Professore Ordinario di genetica, Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata, Roma

Management Advisor: Carlo Nicora, Vicepresidente FIASO; Direttore Generale Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori,

Facilitatore: Viviana Rilla, Formatore e Coach ICF, ASIQUAS - Associazione Italiana per la Qualità della Assistenza Sanitaria e Sociale

Partecipanti: Ettore Domenico Capoluongo, Monica Guberti, Gloria Pessina, Maria Piane, Rocco Rago, Paolo Villari, Vincenzo Visco

Laboratorio 1.2 Tumor Board nella personalizzazione terapeutica e dei percorsi

Area Creazione di un ambiente favorevole alla ricerca: nuove normative e opportunità per le aziende

Focus Il Genoscopio: realtà scientifica o futuro narrativo?

Obiettivo strategico Individuare e implementare strategie per ottimizzare l'efficacia del Tumor Board nella personalizzazione dei trattamenti oncologici e dei percorsi di cura. Favorire la collaborazione tra diverse discipline e l'integrazione delle nuove tecnologie per migliorare la qualità della cura.

Scenario di riferimento

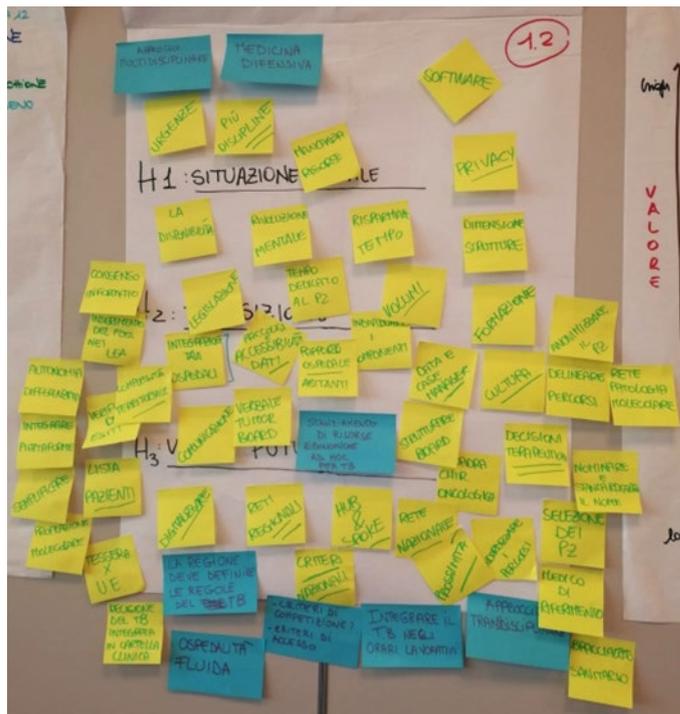
Il laboratorio è stato introdotto da una presentazione del Prof. Andrea Vecchione sull'attuale stato dell'arte ed evidenze scientifiche sull'efficacia del Tumor Board (TB) ben strutturato con competenze multidisciplinari. L'intervento si conclude con spunti di discussione per i partecipanti sui vari aspetti del focus.

Grazie al confronto avuto all'interno del tavolo di lavoro, i partecipanti hanno riportato le esperienze delle proprie realtà di appartenenza, sottolineando e confrontandosi sugli aspetti da migliorare, le criticità e le strategie messe in atto per superarle.

I punti su cui si è concentrato il dibattito riguardavano la composizione multidisciplinare del TB, i casi clinici da portare in esame, le difficoltà nel rivoluzionare la cultura e forma mentis non solo degli operatori ma anche della dirigenza, i volumi in rapporto al territorio e la necessità di reti integrate sui vari livelli regionale, nazionale ed internazionale.

Le azioni proposte e le azioni prioritarie

Sulla base degli interventi e delle proposte presentate dai partecipanti, sono state formalizzate le idee più rilevanti sul grafico di Idea Prioritization e classificate nei sottogruppi descritti di seguito.



Reti e Integrazione

Alla luce di quanto emerso dal laboratorio, si ritiene necessaria l'implementazione di reti condivise tra i vari presidi ospedalieri regionali, nazionali ed internazionali tramite applicativo / software dedicato (Braccialeto Sanitario). In questo modo si risolverebbero tutte quelle problematiche di tipo logistico ed economico legate alla scarsa tracciabilità e reperibilità di esami diagnostici condotti in realtà diverse. Questa soluzione è stata condivisa all'unanimità dai presenti e collocata nella sezione ad alta complessità/costo e ad alto valore/beneficio. A favore dell'integrazione della documentazione si richiede anche la compilazione di un verbale del TB che sia obbligatoriamente inserito nella cartella clinica come parere indispensabile per il team di cure a cui fare riferimento.

Struttura del Tumor Board

Risulta importante anche delineare dei criteri e delle linee guida operative per meglio definire i componenti più

adatti e specializzati e definire un medico di riferimento per il paziente. Inoltre, tra le azioni reputate di immediata fattibilità, diventa fondamentale stabilire dei criteri nazionali per la sottomissione dei casi clinici al board, onde evitare di inserire numerose proposte non adatte che toglierebbero tempo e risorse ai casi con maggiore precedenza.

Digitalizzazione e figure dedicate

Ulteriore priorità viene data alla formazione di un Data/Case Manager che si occupi degli aspetti organizzativi e di percorso del paziente. Di pari passo si configura anche la necessità di digitalizzare tutta l'assistenza erogata ed inserirla all'interno di un PDTA dedicato (Percorso Diagnostico-Terapeutico Assistenziale) che sia reso parte dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza).

Hanno partecipato

Moderatore: Andrea Vecchione, Direttore UOC Anatomia patologica, morfologica e molecolare, Azienda Ospedaliero-Universitaria Sant'Andrea, Roma e Ordinario di Anatomia Patologica, Sapienza Università di Roma

Management Advisor: Carlo Nicora, Vicepresidente FIASO; Direttore Generale Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori

Facilitatore: Lucia Filomeno, PhD Student in Scienze Infermieristiche e Sanità Pubblica, ASQUAS – Associazione Italiana per la Qualità della Assistenza Sanitaria e Sociale

Partecipanti: Salvatore Giuffrida, Mattia Falchetto Osti, Antonella Rossetti, Enzo Maria Ruggeri, Maddalena Santangelo, Roberto Santoro, Stefania Scarpino, Antonio Spinoso, Silvio Marco Veronese

Area 2. **Digitalizzazione e innovazione nel Grande Ospedale**

Laboratorio 2.1 Evoluzione delle professioni sanitarie e cliniche in un mondo digitale e introduzione delle nuove figure professionali

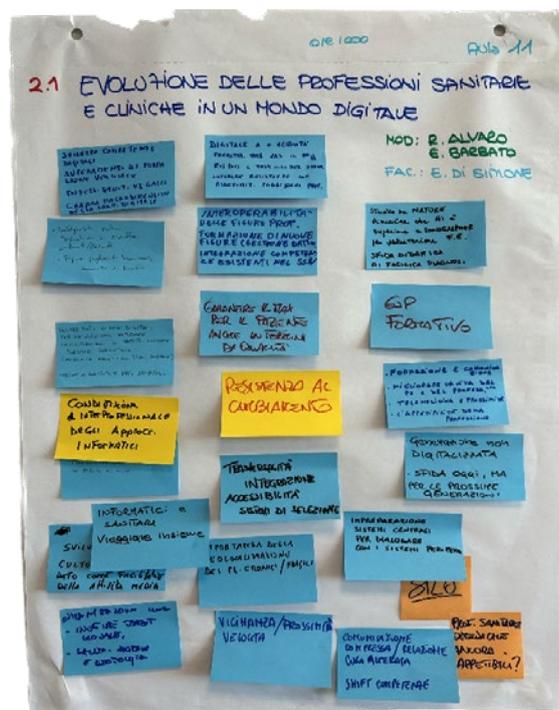
Area Digitalizzazione e innovazione nel Grande Ospedale

Obiettivo strategico Analizzare l'evoluzione delle professioni sanitarie e cliniche nell'era digitale e identificare nuove figure professionali necessarie per affrontare le sfide e le opportunità offerte dalla digitalizzazione. Sviluppare programmi di formazione e aggiornamento, nonché strategie di collaborazione tra ospedali e partner industriali per sostenere questa trasformazione.

Scenario di riferimento

Il laboratorio è stato introdotto da una Keynote Lecture orientata all'evoluzione dei ruoli dei professionisti sanitari, a cura dei Professori Rosaria Alvaro e Emanuele Barbato. La presentazione, organizzata in scenari sanitari presenti, di transizione e futuri, ha stimolato sin da subito, una vivace interazione con i partecipanti. Il confronto ha consentito di far emergere pregi e difetti di un cambiamento, fortemente caratterizzato dalla digitalizzazione. Le esperienze dei partecipanti intervenuti al tavolo, hanno evidenziato alcuni punti di riflessione riassunti di seguito:

- Condivisione interprofessionale degli approcci informatici;
- Personale Informatico e Sanitario devono viaggiare insieme;
- Valore dei dati clinici digitali per valutazioni longitudinali e identificazione precoce delle patologie;
- Sviluppo di specifiche competenze digitali, superamento dell'approccio con formazione verticale con una visione di tipo macrodimensionale;
- Resistenza al cambiamento;
- Trasversalità, integrazione e accessibilità;
- Mancato dialogo tra i sistemi "centrali" e quelli "periferici";
- Generazione NON digitalizzata vs future generazioni (di professionisti);
- Le professioni sanitarie sono ancora appetibili?
- Garantire il massimo per il paziente, anche in termini di qualità.

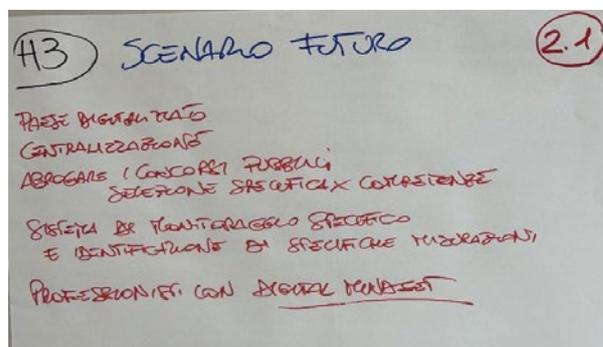


Gli interventi sono stati preziosi per l'obiettivo del Laboratorio, ciascun partecipante ha fornito punti di vista differenti che hanno arricchito le riflessioni che sono state riassunte.

Le azioni proposte e le azioni prioritarie

I contributi di ciascuno sono stati la base di riflessione per un futuro Sistema Salute che è stato immaginato con figure professionali preparate ai nuovi scenari informatizzati e con digital mindset, in un Paese digitalizzato (soprattutto nella capillarità territoriale), in grado di selezionare e reclutare professionalità in relazione a specifiche esigenze e competenze. Sognare ad occhi aperti, ha stimolato un partecipato confronto sulle possibili azioni da intraprendere o corroborare:

- Considerare il legislatore come un vero e proprio stakeholder;
- Implementare figure intermedie tra clinici e informatici;
- Migliorare i sistemi di selezione del personale sanitario;
- Orientamento con meno verticalismo e più trasversalità;
- Strategie per la riduzione del gap (digitale e di comunicazione) tra ospedale e territorio;
- Azioni mirate di alfabetizzazione digitale alla popolazione, soprattutto adulta/anziana;



- Condivisione delle tecnologie sanitarie con gli stakeholder;
- Programmi formativi orientati alla digital mindset;
- Creazione di un network tra professionisti sanitari.

Sebbene il tempo a disposizione non sia stato sufficiente ad organizzare le possibili azioni in un'ottica di Idea Prioritization, diverse considerazioni, se non tutte, sono state arricchite dal contributo esperienziale di ciascun professionista, consentendo di contestualizzare e comprovare le riflessioni che sono state riportate.

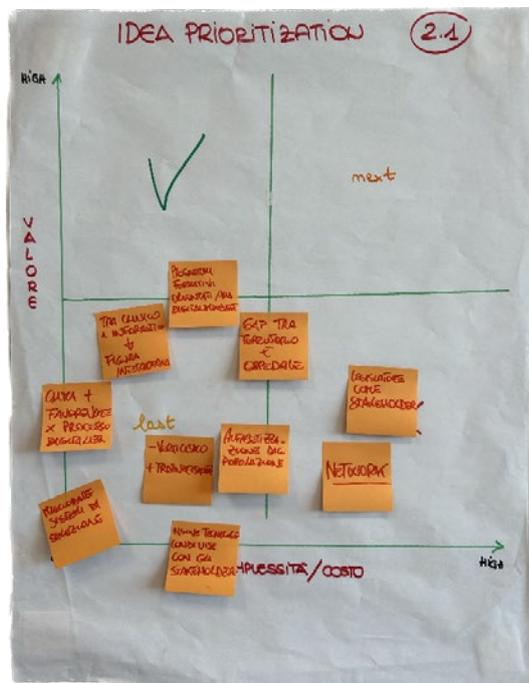
Hanno partecipato

Moderatore: Rosaria Alvaro, Professore Ordinario scienze infermieristiche, Università degli Studi di Roma Tor Vergata & Emanuele Barbato, Direttore UOC di Cardiologia, Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea, Roma; Professore Ordinario di Cardiologia, Sapienza Università di Roma

Management Advisor: Paolo Petralia, Direttore Generale ASL 4 Liguria; Vicepresidente Vicario FIASO

Facilitatore: Emanuele Di Simone

Partecipanti: Gianluca Ciarcia, Marika Colombi, Roberto Ferri, Andrea Folino, Leonarda Galiuto, Laura Zoppini



Laboratorio 2.2 Open innovation e collaborazione con i partner industriali

Area Digitalizzazione e innovazione nel Grande Ospedale

Focus Open innovation e collaborazione con i partner Industriali

Obiettivo strategico Promuovere modelli di open innovation e partnership tra grandi ospedali e partner industriali per accelerare l'innovazione e lo sviluppo di soluzioni tecnologiche, organizzative e finanziarie che migliorino la qualità dell'assistenza sanitaria e della ricerca medica. Creare un ecosistema collaborativo in grado di generare valore condiviso e sinergie tra i diversi attori coinvolti.

Scenario di riferimento



Il Moderatore introduce il concetto di Open Innovation come quell'approccio collaborativo all'innovazione che implica la ricerca di idee, competenze e risorse esterne per accelerare lo sviluppo e l'implementazione di nuovi prodotti, servizi o processi. Le premesse del moderatore introducono anche il concetto che conoscenza e innovazione possono provenire da una varietà di fonti, sia all'interno che all'esterno di un'organizzazione. Tradizionalmente, l'innovazione veniva condotta principalmente all'interno dei confini di un'azienda, con team di ricerca e sviluppo (R&S) che lavoravano internamente per generare idee e portarle sul mercato.

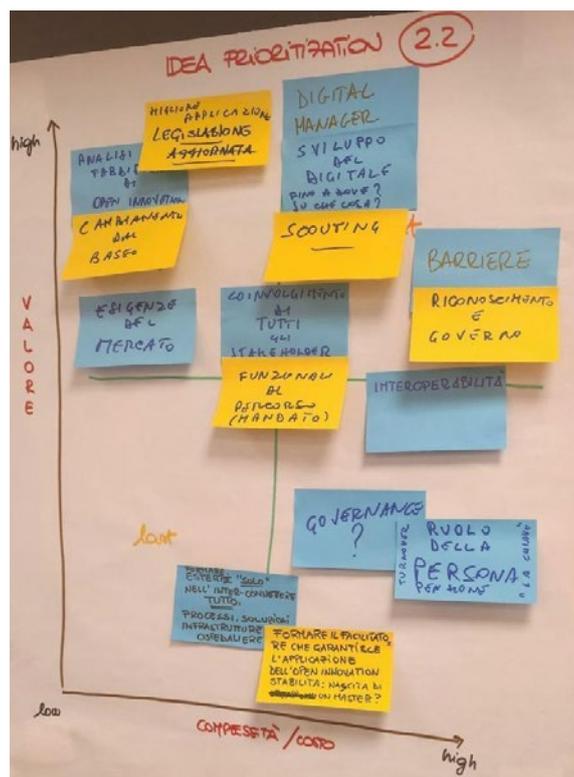
L'innovazione aperta riconosce che nessuna singola organizzazione ha il monopolio di tutte le idee migliori e che innovazioni di valore possono essere trovate anche al di fuori dei suoi confini. Dai vari partecipanti sono introdotti vari contributi, anche in accordo con le competenze e le occupazioni specifiche di ognuno. Come si evidenzia dal poster sono enfatizzati proposte e criticità relativi alle caratteristiche delle fasi ritenute salienti per un processo di collaborazione che spaziano dalla analisi dei fabbisogni per un processo di integrazione alla ricerca di una governance adatta e fattibile, alla percezione e susseguente condivisione del rischio insito nel processo

stesso e via via alla ricerca sull'esistenza di barriere, al ruolo della persona, alle esigenze del mercato, alla digitalizzazione dei processi e alla sua estensione e limitazione se necessario.

Le azioni proposte e le azioni prioritarie

Nel dipanarsi della discussione, molto partecipata, si è proceduto alla analisi delle tematiche esposte, con il tentativo di dare, come richiesto, una direzione prioritaria a quelle ritenute più cogenti e necessarie al processo di associazione in innovazione. Da notare che le tematiche riportate su post.it gialli sono quelle derivate dal secondo turno di discussione utile all'inserimento nel grafico delle priorità. Dal grafico a fianco si può notare come le possibilità di evoluzione dei processi innovativi considerati come orizzonte 1 abbiano trovato posto come idee utili e di basso impatto a partire dall'analisi dei fabbisogni, dal cambiamento dal basso e il rispetto e le premesse dettate dalle esigenze del mercato. Particolare attenzione, sempre come elevata utilità e scarso impegno, ma non da tutti condiviso, il problema di una migliore applicazione della legislazione vigente.

Di elevata utilità, ma considerati difficilmente o per nulla effettuabili sono stati considerati lo sviluppo del digitale e lo scouting,



con la proposta della istituzione di un *digital manager* per lo sviluppo della tematica. Così come pure di elevato impatto, ma di complicata o lunga esecuzione si ritrovano il riconoscimento e il governo delle barriere e dell'interoperabilità tra attori, cosa che suscita perplessità rispetto al tema proposto.

Mentre di scarso impatto e oltretutto di elevato impegno, quindi forse irrealizzabili, sono stati considerati la formazione di facilitatori ad hoc, magari mediante un Master specifico e la *governance* del sistema. Di diverso approccio, è stato considerato il ruolo della persona, data l'ineluttabilità di questi fattori che ne implicano la presenza, quali pensionamenti e/o trasferimenti di persone "utili" ai vari processi. Il Moderatore ha sottolineato come quasi tutti i post.it abbiano trovato posto nel grafico delle priorità tranne due, come evidenziato nella figura a fianco, la Condivisione e percezione del rischio e l'Etica collaborativa.

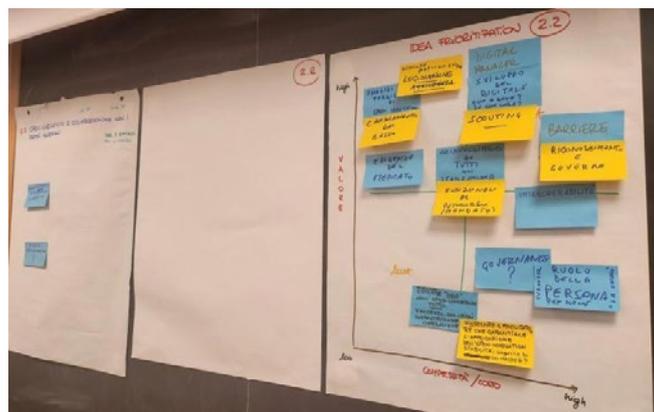
Hanno partecipato

Moderatore: Maurizio Simmaco, Professore Ordinario di Biologia Molecolare - Direttore DAI Scienze Diagnostiche AOU Sant'Andrea Università Sapienza di Roma

Management Advisor: Paolo Petralia, Direttore generale ASL 4 Liguria; Vicepresidente Vicario FIASO

Facilitatore: Lucio Mango, Direttore Master di II livello "Management sanitario e direzione di struttura complessa"; Direttore Master di I livello "Metodologie tutoriali e di insegnamento clinico" Università UNINT Roma; ASIQUAS

Partecipanti: Marco Asti, Leonardo Bardinella, Gianluca Carella, Damiano Caruso, Ornella Di Biase, Giovanni Piccinno, Salvatore Russo, Patrizia Sormani, Stefano Stupiglia



Laboratorio 2.4 Sviluppo della Digital Health e telemedicina

Area Digitalizzazione e innovazione nel Grande Ospedale

Focus Sanità Digitale & Diagnostica per Immagini

Obiettivo strategico Sviluppare strategie e soluzioni innovative per promuovere la diffusione della Digital Health e della telemedicina all'interno dei grandi ospedali e nel territorio. Migliorare l'accessibilità, la qualità e la sostenibilità dei servizi sanitari attraverso l'adozione di tecnologie digitali e la creazione di partnership tra ospedali, aziende sanitarie e industria.

Scenario di riferimento

Si riporta un elenco, raggruppato in sottotemi omogenei, delle constatazioni emerse durante la discussione nel Laboratorio sullo sviluppo della digital health e telemedicina.

Il campo è vastissimo, quindi è stato deciso di mettere un accento particolare sulla diagnostica per immagini, anche se inevitabilmente sono stati trattati anche altri argomenti.

Modelli organizzativi e investimento nelle risorse umane

- Il settore sanitario sta affrontando vari problemi, tra cui la mancanza di posti letto, l'invecchiamento della popolazione e l'aumento delle malattie.
- C'è una mancanza di medici e infermieri, soprattutto nelle strutture penitenziarie.
- Le regioni del Sud necessitano di più risorse e attenzione.
- C'è un problema con la disponibilità di radiologi in Basilicata.
- Gli operatori sanitari (medici, tecnici, infermieri, ecc.) sono essenziali nell'assistenza del paziente e devono essere inquadrati in un modello organizzativo adeguato.
- Nonostante la disponibilità della tecnologia, se il modello organizzativo non è adeguato, non può essere implementato in modo sostenibile nel tempo.
- Manca un sistema efficiente per valutare l'appropriatezza prescrittiva di esami diagnostici come risonanze magnetiche.

Linee guida, appropriatezza e personalizzazione dei trattamenti

- Problema di appropriatezza e di aderenza alle linee guida nelle varie discipline mediche, soprattutto in diagnostica per immagini.
- Accesso perlopiù diretto ai pronto soccorsi, senza che molti assistiti passino dal 118.

Gestione dei dati sanitari

- La tecnologia e le risorse finanziarie sono presenti, ma l'uso efficace di queste risorse è ostacolato da problemi come la mancanza di standardizzazione dei dati.
- Le risorse non mancano, ma c'è stato un rallentamento del processo di digitalizzazione della sanità.
- La complessità del processo e la mancanza di una visione complessiva sono sfide significative nella realizzazione di un'infrastruttura digitale nella sanità.
 - L'accesso agli esami di diagnostica per immagini di pazienti provenienti da altri istituti può essere difficile.
 - Per la radiologia, spesso è più pratico mantenere i dati presso le strutture ospedaliere a causa delle dimensioni dei file di imaging e dei costi associati al loro trasferimento.
 - Sono presenti problemi di connettività e di dimensioni dei file che rendono più difficile la trasmissione dei dati sanitari.
 - Vi è una mancanza di centralizzazione nella raccolta dati e immagini.
- I medici riscontrano problemi con la firma digitale e la gestione del fascicolo sanitario elettronico.

FSE e telemedicina nell'integrazione tra ospedale e territorio

- L'integrazione tra ospedale e territorio è una sfida rilevante per l'intero sistema sanitario italiano.

- L'innovazione digitale nella sanità riguarda non solo le persone, ma anche l'organizzazione delle infrastrutture e dei servizi.
- Si sono compiuti passi in avanti significativi negli ultimi anni, ad esempio la stesura di linee guida sulla telemedicina e sul fascicolo sanitario elettronico 2.
- Il fascicolo sanitario elettronico è attualmente attivo per quasi la popolazione italiana, ma è spesso scarsamente alimentato o non alimentato. Ci sono regioni che lo alimentano, altre che non lo fanno.
 - I medici possono già vedere i risultati delle analisi del sangue e le immagini diagnostiche dei pazienti online, se hanno il consenso del paziente.
 - C'è un consenso che i pazienti possono dare o negare ai professionisti sanitari per consultare il loro fascicolo sanitario elettronico.
 - In alcune regioni, i risultati delle analisi vengono caricati automaticamente nel fascicolo sanitario elettronico, mentre in altre regioni, i pazienti devono caricare manualmente i loro risultati.
- I sistemi di telemedicina esistenti sono spesso basati sulla "buona volontà" del singolo e non sono integrati a livello di sistema, il che li rende insostenibili a lungo termine.
- L'uso della telemedicina può essere ostacolato dalle regolamentazioni attuali.
- La teleradiologia può essere utile, ma non può sostituire completamente la presenza fisica dei medici.

L'Intelligenza Artificiale (AI) in medicina

- L'incremento dell'interesse per l'AI nel campo del neuroimaging, evidenziato dal numero di pubblicazioni sull'argomento.
- L'AI in diagnostica per immagini può aiutare a semplificare alcuni processi, tra cui l'esecuzione dell'esame (ottimizzazione della dose per quanto riguarda gli esami di tomografia computerizzata e delle sequenze per quanto riguarda gli esami RM), post-processing ed analisi dei dati di imaging. L'AI può aiutare a fornire un supporto diagnostico dai dati nativi degli esami diagnostici
- L'importanza di comprendere e affrontare i possibili errori e le incertezze legati all'uso dell'AI in medicina.

Competenze e formazione dei professionisti e degli assistiti

- I problemi principali sono la mancanza di competenze STEM nella pubblica amministrazione e la difficoltà nel coinvolgere i cittadini nell'uso dei servizi pubblici digitali.
- La mancanza di capitali umani e di competenze è un ostacolo significativo; queste competenze devono essere integrate nella pubblica amministrazione.
- Sta emergendo un conflitto nell'ordine professionale relativo all'introduzione dell'intelligenza artificiale e all'accesso venoso da parte dei tecnici.
- C'è una resistenza da parte dei medici all'utilizzo di certi strumenti digitali.
- Gli infermieri, che sono molto più numerosi dei radiologi, hanno reagito in modo negativo a questi cambiamenti.

Relazione tra settore pubblico e privato

- Il rapporto tra il settore pubblico e privato è fondamentale per il progresso.
- Non ci sono processi standardizzati per lo sviluppo di progetti tra settore pubblico e privato.

Le azioni proposte e le azioni prioritarie

Nella lista seguente, le azioni in neretto sono da ritenersi tra le prioritarie.

Modelli organizzativi e investimento nelle risorse umane

- **È necessario lavorare su tre modelli: un modello di implementazione organizzativa, un modello organizzativo in cui i dati vengono verificati, e un modello tecnologico che garantisce l'integrazione e l'interoperabilità.**
- **C'è bisogno di una migliore pianificazione e organizzazione nel sistema sanitario.**

Linee guida, appropriatezza e personalizzazione dei trattamenti

- **La redazione di linee guida e la scelta di piattaforme tecnologiche che soddisfano le esigenze dei cittadini sono passaggi cruciali.**
- **Le linee guida sono fondamentali per standardizzare e prevenire errori diagnostici e terapeutici.**
- **Importanza di stratificare e personalizzare i trattamenti medici attraverso l'innovazione tecnologica.**

Gestione dei dati sanitari

- **La collaborazione con altri centri per condividere dati strutturali e funzionali, combinandoli con informazioni demografiche.**
- **Necessità di una piattaforma condivisa per accedere alle immagini.**
- **Necessità di creare nuovi atti normativi per consentire una migliore condivisione dei dati.**
 - La comunicazione tra vari ospedali è un problema che deve essere risolto.
 - I dati devono essere adeguatamente alimentati nel fascicolo sanitario per essere utili.
 - L'amministrazione dei dati a livello ospedaliero potrebbe essere più efficiente e permettere una migliore analisi dei dati se fosse centralizzata a livello regionale o nazionale.
 - Necessità di digitalizzare e condividere dati, come i risultati dei prelievi ematici e le risonanze, per aprire nuove prospettive.
 - L'importanza di integrazioni esterne sicure per la gestione dei dati sanitari.
- **Importanza della chiarezza nella comunicazione dei risultati ai pazienti**
- **La standardizzazione dei dati è fondamentale per garantire l'efficacia e l'efficienza dell'uso della tecnologia nella sanità.**
 - Standardizzare i referti medici.
- **L'importanza dell'adozione di standard internazionali per la gestione dei dati sanitari.**
- **La sicurezza dei dati dei pazienti, specialmente quando si condividono dati sensibili tra ospedali.**
 - Soluzioni per proteggere l'anonimato dei pazienti, anche quando i dati vengono condivisi su una piattaforma accessibile a molti.
 - La trasformazione digitale nel settore sanitario può migliorare l'efficienza, ma deve essere gestita con attenzione per garantire la sicurezza dei dati dei pazienti.
 - L'accesso ai dati sanitari dovrebbe essere reso più facile e sicuro, con protocolli di sicurezza e accessibilità standardizzati.

Integrazione tra ospedale e territorio, FSE e telemedicina

- **La medicina digitale richiede una pianificazione top-down e un focus tecnologico, per esempio nella telemedicina.**
- **Modelli organizzativi diversi sono necessari per implementare nuove pratiche come il telemonitoraggio.**
- **Le soluzioni di telemedicina, come le visite mediche a distanza e la teleriabilitazione, possono essere utili soprattutto per i pazienti più fragili o quelli che vivono in zone remote.**
- **Gli ospedali devono ripensare i loro processi con un focus sulle tecnologie digitali.**
- **L'obiettivo finale di queste tecnologie è migliorare i servizi per i cittadini.**
- **La tecnologia può aiutare a stratificare e selezionare i pazienti, per migliorare l'efficienza del sistema.**
- **La telemedicina può essere una soluzione per alleviare la pressione sugli operatori sanitari e migliorare l'accesso alle cure per i pazienti.**
- La standardizzazione delle procedure di acquisizione delle immagini può contribuire a ridurre l'inappropriatezza e la ripetizione degli esami.
- È importante digitalizzare i processi amministrativi, come le prenotazioni e le prescrizioni.

L'Intelligenza Artificiale (AI) in medicina

- **Il ricorso alla tecnologia e all'intelligenza artificiale può aiutare a risolvere alcune problematiche.**

- Individuazione delle fratture nel pronto soccorso può ridurre la possibilità di errori.
 - Valutare la progressione di malattie complesse, per analisi più precise su grandi quantità di dati.
 - Impiego di deep learning per predire lo sviluppo di una malattia, incorporando input genetici, demografici e strutturali.
 - Rilevamento di problemi difficili da identificare, come una sottile falda di ematoma.
 - Importanza dell'AI nei nuovi strumenti di risonanza magnetica per facilitare nuove funzioni.
- Necessità di un supporto tecnologico per i medici per risparmiare tempo e aumentare l'efficienza.
 - **La visione futura di una maggiore interazione tra intelligenza artificiale, teleradiologia e servizi di emergenza, per migliorare il processo di triage.**
 - **Importanza di affrontare i possibili errori e le incertezze legati all'uso dell'AI in medicina.**

Competenze e formazione dei professionisti e degli assistiti

- **C'è una necessità di rivedere e migliorare i processi decisionali e di attribuire nuove competenze adeguate all'evoluzione della professione.**
- La formazione è fondamentale, sia all'interno della pubblica amministrazione che per i cittadini.
 - L'importanza dell'investimento in competenze umane, oltre alla tecnologia.
 - È necessario insegnare alla popolazione come usare le risorse digitali, come le app sanitarie.
 - Occorre trovare un modo per comunicare efficacemente ai cittadini l'utilizzo delle tecnologie.

Relazione tra settore pubblico e privato

- **Le aziende di tecnologia devono collaborare con i direttori generali degli ospedali e le istituzioni sanitarie per promuovere l'innovazione.**
- Le amministrazioni devono collaborare per rivedere i processi di lavoro in sanità.

Prioritization Matrix

Le forti differenze nella velocità di evoluzione degli ospedali italiani rispetto a molti fattori rilevanti non permette di costruire una graduatoria unica tra le azioni prioritarie secondo i due criteri suggeriti ("costo / complessità / sforzo" e "beneficio / valore").

I fattori più importanti riguardano i diversi livelli di maturazione finora raggiunti:

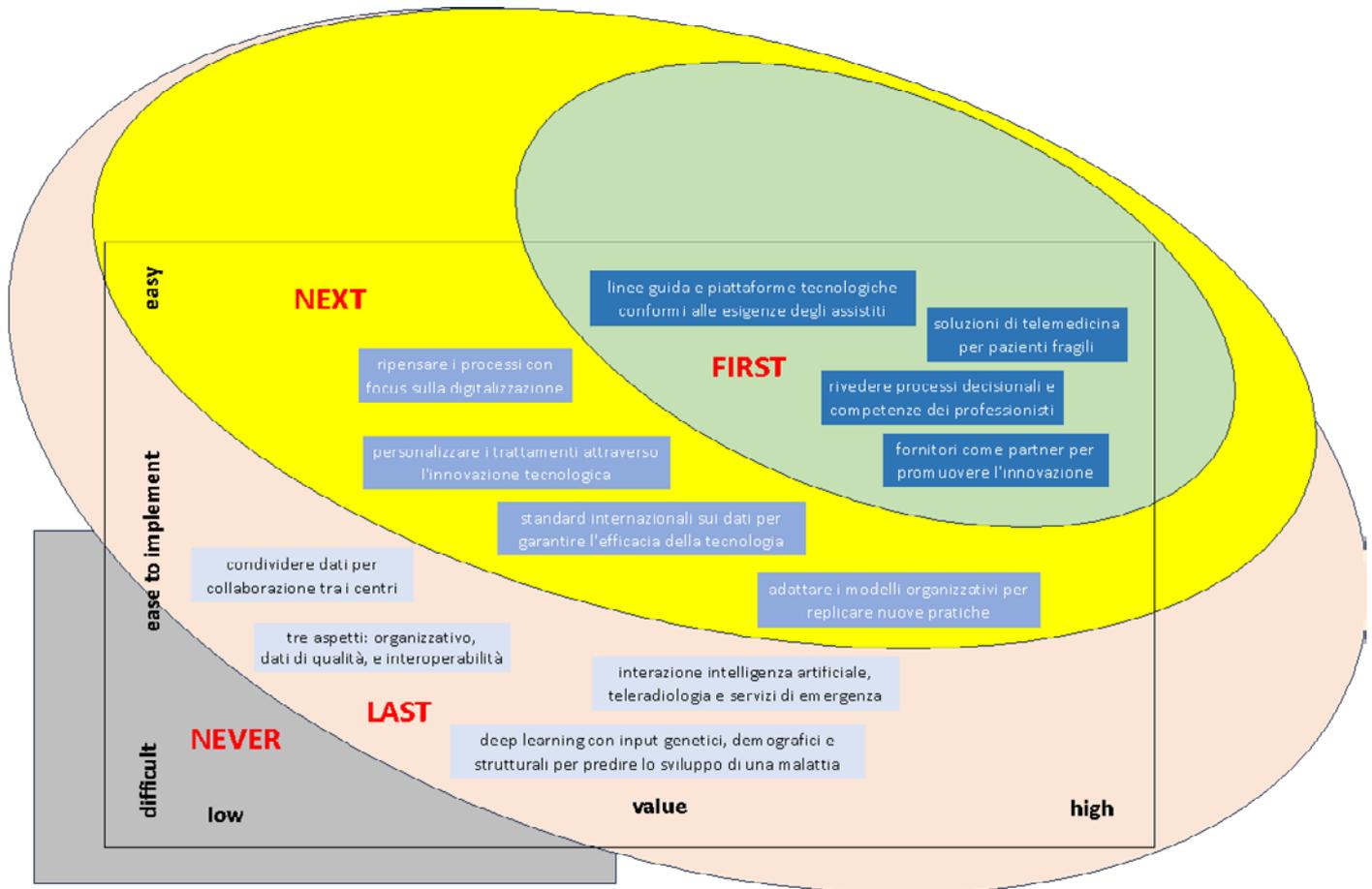
- su aspetti organizzativi, nel percorso di trasformazione dei processi di cura e assistenza;
- su aspetti culturali, nella corrispondente propensione e capacità di collaborare in modo efficace tra i professionisti in diversi servizi e setting;
- su aspetti tecnologici, nella frammentazione e nella vetustà degli applicativi installati nell'ospedale e nella presenza di adeguate piattaforme sul territorio, che limita la loro interoperabilità tecnica e soprattutto il grado di interoperabilità semantica (terminologie e codifiche comuni) da loro garantita tra servizi e setting diversi.

Comunque, viene qui riportata una possibile matrice di prioritizzazione, in cui è stata catalogata una selezione di 12 azioni principali tra quelle elencate nella sezione precedente; le numerose azioni ad alta complessità e basso beneficio non sono state considerate nel grafico.

Considerazioni per la direzione strategica a cura del Management Advisor

Gli ospedali devono riconsiderare nel profondo i loro processi, con un orientamento verso le tecnologie digitali, ponendo attenzione a tre aspetti: modelli organizzativi, qualità dei dati e interoperabilità. Le piattaforme tecnologiche che rispondono alle esigenze dei cittadini sono un passaggio cruciale per migliorare i servizi per i cittadini e prevenire errori diagnostici e terapeutici.

L'importanza della personalizzazione dei trattamenti attraverso l'innovazione tecnologica è chiara, così come la necessità di collaborare tra i centri per condividere dati strutturali e funzionali, arricchendoli con informazioni demografiche. L'adozione di standard internazionali per la gestione dei dati è essenziale per assicurare un uso efficace ed efficiente della tecnologia.



Per mettere in pratica innovazioni come il telemonitoraggio sono necessari modelli organizzativi innovativi.

Le soluzioni di telemedicina, come le visite a distanza e la teleriabilitazione, risultano vantaggiose per i pazienti più fragili o residenti in aree remote. Guardando al futuro, vediamo una crescente interazione tra intelligenza artificiale, teleradiologia e servizi di emergenza.

È necessario rivedere e migliorare i processi decisionali e sviluppare nuove competenze adeguate all'evoluzione delle professioni. In questo contesto, le aziende tecnologiche devono collaborare strettamente con i direttori generali degli ospedali e le istituzioni sanitarie per favorire l'innovazione.

Hanno partecipato

Moderatore: Francesco Garaci, Professore Ordinario diagnostica per immagini, PTV, Roma

Management Advisor: Paolo Petralia, Direttore generale ASL 4 Liguria; Vicepresidente Vicario FIASO

Facilitatore: Angelo Rossi Mori, ricercatore associato, CNR-IRPPS, Roma

Partecipanti: Mohammed Awad, Roberto Bergamaschi, Manuela Bocchino, Enrico Caronti, Silvia Cavalli, Ottavio Di Cillo, Francesco Landi, Fabio Marinoni, Elisa Palermo, Sabrina Pulvirenti, Mauro Pisano, Marco Rossi, Luigi Russo, Enrico Silveti, Francesco Zarantonello

Laboratorio 2.5 Management dell'Innovazione e della Partnership

Area Digitalizzazione e innovazione nel Grande Ospedale

Focus Management dell'Innovazione e della Partnership

Obiettivo strategico Questo laboratorio si concentrerà sulle sfide nella gestione dell'innovazione nei grandi ospedali. L'obiettivo è identificare i fattori chiave che supportano o ostacolano l'innovazione e sviluppare strategie per gestirla in modo più efficace. Il laboratorio mira ad esplorare modelli di open innovation e collaborazione tra i Grandi Ospedali e i loro partner industriali sotto molteplici prospettive: d'innovazione tecnologica, ma anche di nuove formule organizzative, di nuovi processi o di soluzioni finanziarie di approvvigionamento e gestione, con l'obiettivo di creare un ecosistema collaborativo in cui i partner industriali possano contribuire con le loro competenze e risorse alla realizzazione di strutture e/o modelli organizzativi o economico-finanziari che ottimizzino e migliorino la qualità dell'assistenza e della ricerca medica.

Scenario di riferimento

Nella prima parte del laboratorio si è discusso quali dovessero essere le tematiche prioritarie del laboratorio al fine di costruire dei percorsi promettenti per l'open innovation; sono state considerate prevalentemente tre delle sue dimensioni: tecnologica, management e partnership. Si è iniziato a riflettere se esistono già oggi dei modelli organizzativi e degli strumenti che supportano i processi di innovazione tecnologica, inoltre si è affermato che si possono costruire dei percorsi per creare dei processi innovativi con le risorse e le competenze esistenti.

Due esempi sono stati citati: quello del Tecnopolo a Milano e l'altro quello dell'ospedale Gemelli, a Roma. Tuttavia, è stata sollevata una criticità rispetto al ragionamento attorno ai modelli citati, si è discusso su come adattare dei modelli esistenti a dei contesti che possono essere differenti tra loro, in particolare si è sottolineata la differenza tra le strutture pubbliche e private.

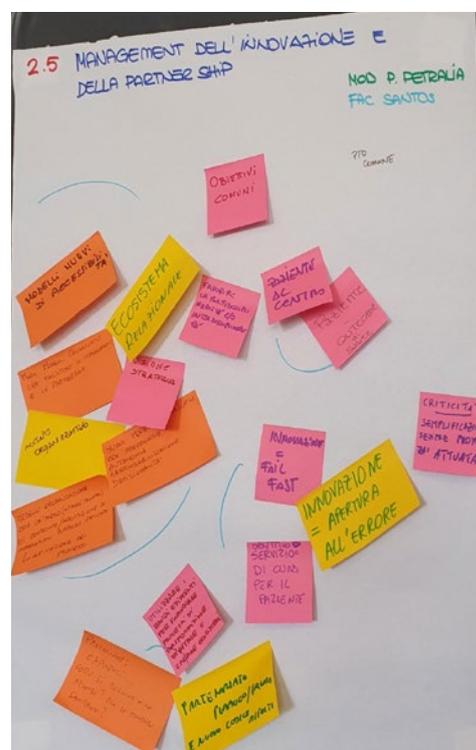
Per superare le problematiche citate si è cercato di indagare collettivamente quali fossero i punti di contatto tra i contesti elencati e le esperienze riportate dai partecipanti. Individuare i punti in comune era necessario per comprendere quali strumenti e quali *best practice* permetterebbero lo svolgimento di azioni di promozione della partnership e dell'innovazione. Rispetto a questa discussione iniziale le *key words* emerse sono: "modelli organizzativi", "visione strategica", "pazienti al centro"; "percorsi di partnership"; "innovazione" e "strumenti di realizzazione". Al fine di costruire delle proposte operative è stato discusso e valutato collettivamente quale fosse il livello di complessità e il valore che avesse ciascuno dei temi riassunti in parole chiave.

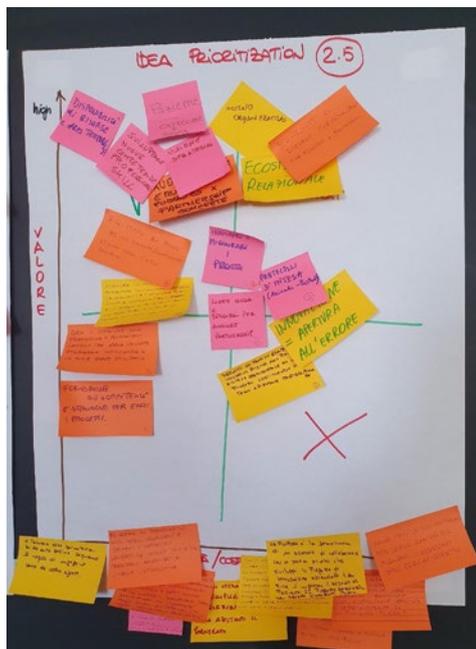
I modelli organizzativi e i processi di semplificazione sono stati considerati molto importanti e tuttavia altamente complessi e con un elevato livello di difficoltà rispetto alla costruzione dei percorsi per il loro cambiamento; la "visione strategica" e il "paziente" sono stati definiti come tematiche a cui dare molta centralità nel processo e che possiedono un livello intermedio di difficoltà e complessità. Per ultimo, anche l'innovazione e gli strumenti rappresentano delle tematiche importanti e con un livello intermedio di complessità rispetto ai temi precedentemente discussi. A partire da questa riflessione sono stati elaborati degli obiettivi comuni da raggiungere.

Le azioni proposte e le azioni prioritarie

Nella seconda parte del laboratorio si è iniziato a costruire delle azioni e proposte da fissare come obiettivi fattibili. Si è dunque ragionato considerando la fattibilità delle azioni, è stato necessario rivalutare il punto da cui si è partiti per verificare se ci fossero ancora delle tematiche mancanti.

A seguito della discussione sono emerse allora delle nuove tematiche e parole chiave: "competenze", "comunicazione", "valorizzazione delle figure professionali", "circularità dei processi" e "formazione". Si è discusso, infatti, sulla necessità di riconoscere e sviluppare delle competenze, individuandole come dei fattori abilitanti





centrali, sono allora discussi degli orizzonti desiderati, i quali possono essere sintetizzati nei seguenti obiettivi generici: necessità di creare delle partnership attraverso regole semplificate, costruire dei nuovi percorsi di ingaggio e partenariato e, per ultimo, si è discussa la necessità di riconoscere e costruire degli strumenti abilitanti per realizzare dei processi innovativi.

Riassumendo, si è concluso che fosse necessario costruire dei nuovi modelli organizzativi e delle strutture fondate su partnership tra pubblico e privato attraverso delle competenze e con degli strumenti (nuovi e già esistenti), sempre tenendo in considerazione l'obiettivo principale, quello di mantenere il paziente al centro.

In un secondo momento sono stati indicati obiettivi e azioni specifiche, le proposte emerse nel corso della discussione possono essere riassunte attraverso diversi livelli di fattibilità: le proposte attinenti al terzo livello rappresentano il maggior livello di fattibilità, quelle che si collocano all'interno del secondo livello hanno una fattibilità intermedia, per ultimo, il primo rappresenta un livello basso.

Costruire dei percorsi formativi e *procurement* sanitarie è stata individuata come una azione di terzo livello; attivare dei *service design* nei servizi per la salute, costruire dei team multidisciplinari, promuovere

la formazione interna, innovare e migliorare i processi, costruire dei protocolli d'intesa per le aziende partner rappresentano delle azioni di secondo livello; per ultimo, migliorare la comunicazione, utilizzare risorse esterne (tra cui bandi), creare dei percorsi di partnership prioritarie e realizzare delle azioni sperimentali sono invece delle azioni con un basso livello di fattibilità.

Hanno partecipato

Moderatore: Paolo Petralia, Direttore Generale ASL 4 Liguria; Vicepresidente Vicario FIASO

Management Advisor: Paolo Petralia, Direttore Generale ASL 4 Liguria; Vicepresidente Vicario FIASO

Facilitatore: Stella Santos, dottoranda del corso in Scienze Sociali Applicate, La Sapienza Università di Roma

Partecipanti: Massimo Barberio, Marco Ciccozzi, Leonardo Forzoni, Stefano Marchese, Carlo Milli, Andrea Moretti, Alessandro Santini, Salvatore Scali, Maurizio Taurino, Roberta Volpini

Laboratorio 2.6 Strategie e Governance per il "Continuous Improvement" dei processi

Area Digitalizzazione e innovazione nel Grande Ospedale

Focus Lean management, strumento di analisi dei processi e di guida ai processi di miglioramento continui

Obiettivo: Definire e implementare strategie e pratiche di governance per il miglioramento continuo dei processi all'interno dei grandi ospedali, sulla scorta delle esperienze portate dai partecipanti al tavolo, valutando punti di forza replicabili e punti di debolezza da conoscere e gestire.

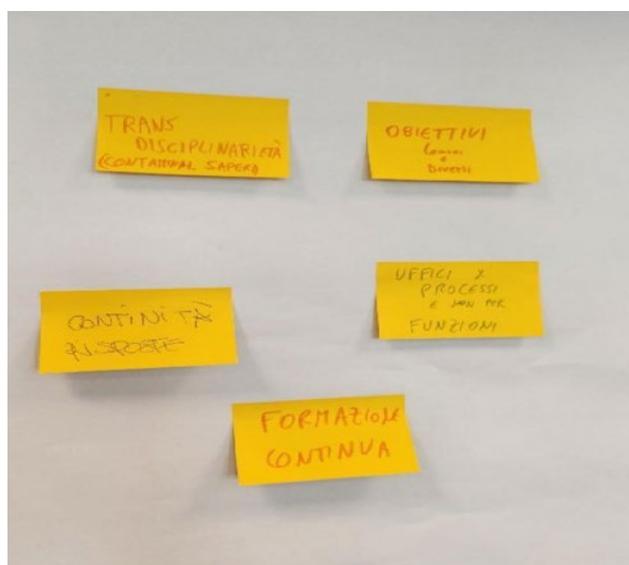
Promuovere l'adozione di metodologie lean, sistemi di gestione della qualità e strumenti di monitoraggio delle performance per ottimizzare l'efficienza e l'efficacia dei servizi sanitari e della ricerca medica, utilizzando soluzioni organizzative e tecnologiche avanzate. Intercettare le esigenze di miglioramento, pianificare i progetti e mantenere un osservatorio sulle migliori soluzioni da adottare in collaborazione con altri ospedali e partner.

Scenario di riferimento

A seguito della presentazione del tema del laboratorio da parte delle due moderatrici, Alessia Brioschi, e Maria Teresa Mechi, la platea del workshop (circa 20 persone) su spinta del facilitatore, Dott. Marco Manariti, ha iniziato una fitta discussione sui temi chiave legati al focus del Laboratorio. I partecipanti al workshop, con background formativi e ruoli ricoperti nel SSN molto diversi, hanno fornito spunti alla riflessione condivisa e portato esperienze diverse sul tema.

Dopo ampia discussione i temi chiave emersi ed evidenziati sui Post-It sono stati diversi, come si può vedere in fotografia, riassumibili in cluster di 3-4 macro-temi, tra cui:

- Area tematica legata al People Management (motivazione, coinvolgimento, scarsa disponibilità di risorse umane, crescita personale e professionale ecc.)
- Area tematica legata alle Differenze Culturali (in termini di approccio, obiettivi diversi, diffidenza, approccio al cambiamento, ecc.)
- Area tematica legata all' Organizzazione (in termini di definizione ruoli, gerarchia, resistenza alla responsabilizzazione, non conoscenza dei processi/ obiettivi, non conoscenza tra funzioni diverse ecc.)



La partecipazione è stata molto alta e i temi ulteriori da espandere e articolare sarebbero stati numerosi, ma il tempo e il numero delle persone ha portato il flusso del discorso a evidenziare, rispetto a questo folto numero di temi, quelli che fossero più importanti (anche individuando dei nuovi foglietti che potessero integrare più temi/cluster).

Questo secondo step di lavoro, focalizzato quindi sui nuovi modelli e sulle possibili azioni di miglioramento.

Come si può vedere, il focus creativo è andato sui modelli organizzativi centrati, in particolare:

- dalla definizione chiara degli obiettivi comuni (oltre che di quelli specifici di area)
- dalla continuità di risposte.
- dalla Trans-Disciplinarietà (andando ad un livello ulteriore rispetto alla Multi-Disciplinarietà e alla Inter-Disciplinarietà, sottolineando la necessità di una contaminazione dei saperi)

- da sistemi organizzativi con uffici, soprattutto quelli delle funzioni di supporto, che lavorano per processi invece che per funzioni
- dall'attenzione alla Formazione Continua

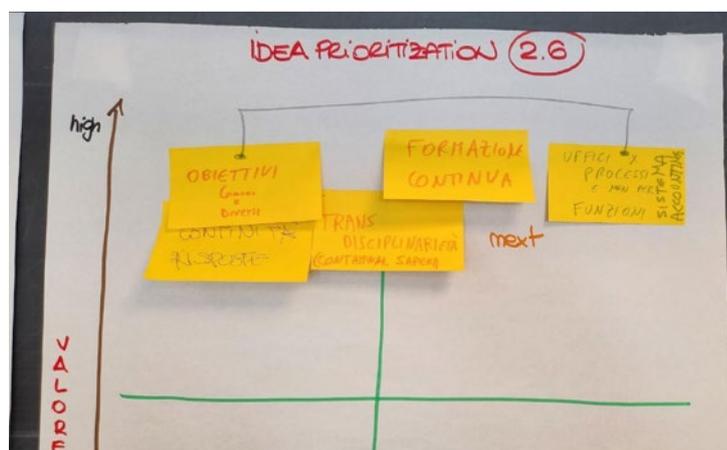
Da qui, la naturale evoluzione del laboratorio ci ha portati alla fase di Prioritizzazione.

Le azioni proposte e le azioni prioritarie

In questa ultima fase, il gruppo si è confrontato su dove posizionare rispetto agli assi del tabellone i temi condivisi nella fase precedente e, durante la discussione, i Post-it si sono spostati varie volte fino alla configurazione presente nella fotografia sottostante.

In particolare, nel quadrante in cui ci sono ambiti della massima priorità e che richiedono un basso costo/sforzo, su cui quindi concentrare subito le azioni, ci sono:

- **Definizione chiara degli obiettivi comuni**, che quindi vanno a creare una naturale interfaccia di azione tra diverse unità operative, uffici, funzioni, ecc. in coerenza ed equilibrio con gli obiettivi specifici di ruolo
- **Continuità di risposte**, i processi di cambiamento devono avere continuità di "attenzione", i processi vanno accompagnati in maniera costante, chiara e continua per avere successo



A ponte tra questo quadrante e quello che ha una alta priorità ma costi/sforzi più elevati ci sono 2 temi "ponte", che sono:

- **Trans-Disciplinarietà**, intesa come contaminazione e reciproca trasformazione/crescita di saperi, professionalità, linguaggi piuttosto che come "addizione di discipline" (multidisciplinarietà) e come capacità di sviluppare linguaggi comuni che facilitano la reciproca comprensione e integrazione
- **Formazione Continua**, come strumento di accompagnamento al cambiamento, di motivazione, di coinvolgimento e di supporto/integrazione di competenze necessarie al cambiamento.

Infine, come azione dall'alto valore ma dal costo/sforzo più alto c'è l'ambizioso orizzonte della trasformazione delle **organizzazioni con uffici che lavorano per processi** invece che per funzioni.

Questa ultima fase di discussione si è poi ulteriormente ampliata individuando, come **"macro-tema" da attenzionare e su cui poter costituire una task force di lavoro, l'organizzazione con uffici che lavorano per processi e con obiettivi comuni chiari, condivisi e stimolanti.**

Hanno partecipato

Moderatore: Alessia Brioschi, ASL 4 Liguria Direttore SC Centro Direzionale di Controllo - IN.GE.SAN socio fondatore & Maria Teresa Mechi, Comitato Scientifico Open Meeting // Grandi Ospedali

Management Advisor: Paolo Petralia, Direttore Generale ASL 4 Liguria; Vicepresidente Vicario FIASO

Facilitatore: Marco Manariti, Formatore e coach, ASQUAS - Associazione Italiana per la Qualità della Assistenza Sanitaria e Sociale

Partecipanti: Alessandro Bacci, Silvia Bellucci, Giovambattista Giuliano, Augusto Modanesi, Daniela Pagano, Enrico Papini, Sergio Parrocchia, Mauro Pisano, Maurizio Pocaforza, Michele Simbula, Silvia Taccogna, Michele Torresani

Area 3. **Adattamento a scenari
di impatto rapido e sicuro
in un Grande Ospedale**

Laboratorio 3.1 Ospedale come organismo vivente: flessibile, smart, umano e green

Area Adattamento a scenari di impatto rapido e sicuro in un Grande Ospedale

Focus La trasformazione degli ospedali: da strutture statiche a organismi viventi in grado di adattarsi alle esigenze dei pazienti e dell'ambiente

Obiettivo strategico Ripensare l'ospedale come un organismo vivente, capace di adattarsi e evolvere in modo flessibile, intelligente, umano e sostenibile. Identificare e promuovere soluzioni innovative in termini di design degli spazi, tecnologie, processi e modelli organizzativi che contribuiscano a creare un ambiente di cura più efficiente, accogliente e rispettoso dell'ambiente.

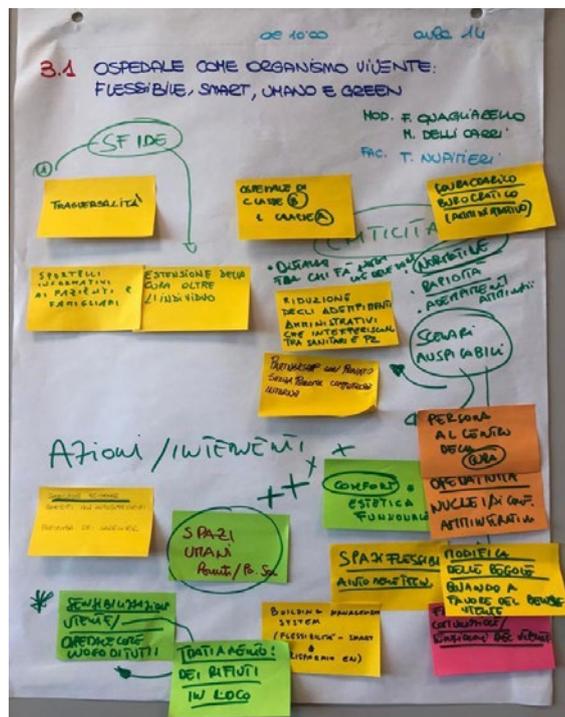
Scenario di riferimento

Quali sono le principali sfide che gli ospedali affrontano nell'adattarsi alle esigenze dei pazienti e dell'ambiente? Quali esperienze virtuose nel contesto nazionale? Cosa rende l'ambiente ospedaliero umano, smart, flessibile e sostenibile/green?

Queste sono solo alcune delle domande guida che hanno orientato la prima parte del Laboratorio 3.1 Ospedale come organismo vivente: flessibile, smart, umano e green.

Dopo un'introduzione al focus del Laboratorio da parte dei moderatori Francesco Quagliarello, Direttore Amministrativo, Policlinico Tor Vergata, Roma e Maurizio Delli Carri, Direttore Area Tecnica e Sistemi Informatici, AOU Sant'Andrea, sono state espresse e problematizzate dai partecipanti le seguenti sfide e criticità:

- necessità di trasversalità;
- necessità di estensione della cura oltre l'individuo;
- necessità di limitare il sovraccarico amministrativo dei operatori;
- favorire la partnership fra pubblico e privato senza perdere le competenze interne del pubblico;
- favorire la creazione di ambienti e spazi pronti ad accogliere l'utente/persona in maniera flessibile e personalizzata;
- limitare gli impatti ambientali delle strutture ospedaliere.



Le azioni proposte e le azioni prioritarie

Le azioni proposte sono raggruppabili in 3 principali aspetti che permettono di cogliere l'idea di "ospedale come organismo vivente", e allo stesso tempo restituire gli scenari futuri emersi durante il laboratorio:

1. **Ospedale come ambiente umano** in cui la persona è al centro della cura, e allo stesso tempo la cura viene concepita come un obiettivo collettivo;
2. **Ospedale green** in cui si supera la resistenza culturale al cambiamento e in cui è favorito un impatto minore della struttura sull'ambiente, ad esempio attraverso il trattamento dei rifiuti in loco;
3. **Ospedale flessibile, sicuro e smart** in cui spazi e tecnologie si adattano alla persona e ai dipendenti, anche negli adempimenti amministrativi, e in cui le nuove tecnologie sono concepite come "risparmio nel lungo termine".

Le azioni riconducibili alle 3 dimensioni sono state collocate sul tabellone "Idea prioritization" relativamente alla facilità di realizzazione e il valore attribuito a ciascuna di esse dai partecipanti.

All'interno del primo quadrante (FIRST) sono state collocate le azioni considerate di elevato valore e di semplice implementazione. Fra queste favorire la comunicazione con l'utente, incrementare il supporto alle esigenze e la costruzione di spazi maggiormente confortevoli non soltanto in termini di funzionalità ma dal anche dal punto di vista estetico (colore dei luoghi, incremento di servizi quali sportelli informativi per famiglie/pazienti,



presenza dei caregivers nei luoghi di cura). Inoltre, dal punto di vista del coordinamento amministrativo, e per la valutazione della fattibilità di queste azioni, è stata proposta la costruzione di un gruppo di supporto non externalizzato composto da specialisti, quest'ultima azione è stata considerata oltre che di elevato valore facile da implementare nel breve periodo come le precedenti.

Nel quadrante NEXT, sono state incluse 3 principali azioni considerate di elevata utilità/valore ma allo stesso tempo di maggiore complessità nell'implementazione nel breve periodo. Un esempio è costituito dalla creazione di comunità energetiche e l'incremento di maggiore supervisione degli impianti, oltre che l'adozione di sistemi tecnologici per la gestione integrata dell'edificio (controllo accessi, sicurezza, rilevazione incendi, luci, ascensori intelligenti, climatizzazione).



Si osserva come nel quadrante LAST sia presente un'unica azione che nel breve termine viene considerata dai partecipanti come di ristretto valore e difficile realizzazione. Quest'ultima è riferita al ricorso all'intelligenza artificiale nel supporto ai servizi e al lavoro amministrativo.

Infine, la possibilità di demolire le strutture ospedaliere esistenti non efficienti per ricostruire ambienti più sostenibili, flessibili, smart e umani è un'azione che è stata inquadrata dai partecipanti come impossibile da realizzare nel breve periodo non solo a causa delle criticità connesse alla sua implementazione, ma anche per la scarsa utilità/valore ai fini del focus del laboratorio.

Hanno partecipato

Moderatore: Francesco Quagliarello, Direttore Amministrativo, Policlinico Tor Vergata, Roma & Maurizio Delli Carri, Direttore Area Tecnica e Sistemi Informatici, AOU Sant'Andrea

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

Facilitatore: Tiziana Nupieri

Partecipanti: Maria Concetta Altavista, Alessandra Barbacci, Achille Berardi, Beatrice Borghese, Marika Campeti, Valentino Costantini, Maurizio Di Giosia, Francesca Dinelli, Vito Fiorino, Giorgio Mazzi, Daniele Mazzocchi, Enrico Silvietti

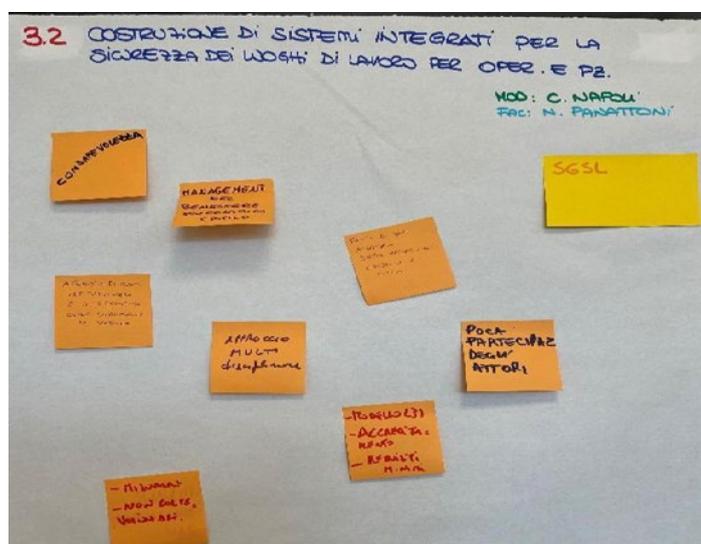
Laboratorio 3.2 Costruzione di sistemi integrati per la sicurezza dei luoghi di lavoro per operatori e pazienti

Area Adattamento a scenari di impatto rapido e sicuro in un Grande Ospedale

Focus Integrazione dei sistemi di sicurezza per pazienti ed operatori: dal Clinical Risk management all'Enterprise Risk Management

Obiettivo: Garantire la sicurezza nei luoghi di lavoro all'interno dei grandi ospedali, sia per gli operatori sanitari che per i pazienti. Identificare e implementare soluzioni organizzative, tecnologiche e formative che promuovano una cultura della sicurezza e riducano i rischi di incidenti e malattie professionali. Ipotizzare un sistema di governance della sicurezza con un centro di controllo dotato di strumenti avanzati e intelligenti.

Scenario di riferimento



Il Laboratorio è stato introdotto dal moderatore, prof. Christian Napoli, che ha focalizzato l'attenzione sul concetto di transizione da sistemi per la sicurezza attraverso il modello di Clinical Risk management (CRM) a sistemi basati sulla valutazione integrata dei rischi come l'Enterprise Risk Management (ERM). Ripercorrendo i cardini della normativa di riferimento, quali: flusso di sorveglianza obbligatoria dell'errore (flusso informativo SIMES); verifica delle applicazioni delle raccomandazioni ministeriali (monitoraggio annuale coordinato da AGENAS); e le indicazioni della Corte dei conti per la redazione delle relazioni annuali da parte dei collegi sindacali delle aziende sanitarie, il moderatore ha descritto i due modelli CRM e ERM, evidenziando quanto l'adozione di un modello ERM consenta una visione completa ed integrata dei rischi, sia dal punto di vista del paziente che del lavoratore, che allo stesso modo influiscono sull'azienda e sull'orga-

nizzazione. In tale ottica, potendo valutare i potenziali rischio endogeni ed esogeni l'ERM si afferma anche come strumento di programmazione sanitaria, indicando alle aziende gli obiettivi realizzabili.

La presentazione iniziale ha stimolato poi la discussione ed il confronto dei partecipanti al tavolo di lavoro. Il contributo delle esperienze di ciascun partecipante ha evidenziato ulteriori spunti di riflessione o criticità, riassunti di seguito:

- Gestione e analisi della complessità dei rischi in modo integrato;
- Sensibilizzazione e coinvolgimento del management aziendale, quindi delle direzioni strategiche, all'adozione di un modello più completo ed integrato;
- Gestione integrata della sicurezza paziente/operatore;
- Integrazione di altre professioni e servizi all'interno del nucleo dell'Enterprise Risk Management (es. psicologo, ingegnere clinico, bilancio e tesoreria, tecnici della prevenzione, ecc.)
- Modello organizzativo ispirato alla Legge 231/2001;
- Prediligere modelli di gestione della sicurezza sul lavoro, ipotizzando un organismo di vigilanza dei rischi in grado di raccogliere e misurare sistematicamente i dati;
- Non colpevolizzare il responsabile dell'errore, ma prevedere un servizio di salvaguardia e supporto psicologico, per limitare le ripercussioni sulla sicurezza del paziente;
- Necessità di un cambiamento culturale: sensibilizzazione alla segnalazione dell'errore da parte degli operatori;
- Attuale eterogeneità dei servizi, focalizzati sugli aspetti clinico-assistenziali ma non su quelli organizzativi;
- Governo Regionale Centrale con linee di indirizzo univoche;
- Sistema di indennizzo per i professionisti.

Successivamente, grazie al confronto dei partecipanti al tavolo di lavoro, sulla base delle criticità emerse, sono state avanzate delle proposte, auspicabili in una visione futura del tema.

Le azioni proposte e le azioni prioritarie

Le azioni proposte, emerse dal confronto, sono state sintetizzate e organizzate in ordine di priorità con il supporto del grafico *Idea Prioritization*, come di seguito:

Alta utilità/valore – basso costo/complessità

- Implementazione dei sistemi di sistemi di gestione della salute e della sicurezza e istituzione di un organismo di vigilanza;
- Inserimento dello psicologo in Direzione Sanitaria per le attività di integrazione;
- Eliminazione della Responsabilità medica anche in civile e trasformazione in sistema di indennizzazione;
- Digitalizzazione dei sistemi;
- Cambio culturale;
- Ospedale come promotore di Salute.

Alta utilità/valore – medio costo/complessità

- Coordinamento Nazionale dei servizi;
- Centralizzazione della Sorveglianza a livello Regionale;
- Rete tra Enti e produzione di Linee Guida;
- Gestione integrata del rischio pazienti/operatori;
- Formazione come attività di empowerment degli operatori sugli aspetti psicologici;
- Apertura continua all'innovazione tecnologica;
- Integrazione e partecipazione di altre professioni e sensibilizzazione degli operatori.



Hanno partecipato

Moderatore: Christian Napoli, Direttore UOC Risk management, qualità e accreditamento, Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea, Roma e Associato di Igiene di Sapienza Università di Roma

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

Facilitatore: Nicolò Panattoni, IRCCS IFO Roma, ASIQUAS - Associazione Italiana per la Qualità della Assistenza Sanitaria e Sociale

Partecipanti: Luca Baruzzi, Maria Rosaria Basile, Maria Ceccucci, Danilo Di Terlizzi, Roberta Galluzzi, Lorena Landi, Dorotea Mirizzi, Vincenza Nappi, Giuseppe Vetrugno.

Laboratorio 3.3 Infezioni ospedaliere: antibiotico-resistenza, microbiologia e gestione degli alert

Area Adattamento a scenari di impatto rapido e sicuro in un Grande Ospedale

Focus Misure per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza

Obiettivo: Sviluppare un approccio integrato e innovativo per affrontare le sfide delle infezioni ospedaliere, dell'antibiotico-resistenza e della gestione degli alert, promuovendo la collaborazione tra microbiologia, clinica e farmacia.

Per cogliere questo obiettivo strategico si dovrà considerare l'implementazione di un sistema di gestione e controllo intelligente sulle infezioni in ospedale, valutando le possibili sinergie con altri ospedali e partnership con le imprese. Inoltre, prevedere la progettazione di un'infrastruttura intelligente sia nella dimensione reale che in quella di un'eventuale gemella nel metaverso, al fine di migliorare la gestione e il controllo delle infezioni, sfruttare le simulazioni per ottimizzare le strategie di prevenzione e intervento e facilitare decisioni basate sui dati, garantendo un uso più efficiente delle risorse.

Scenario di riferimento

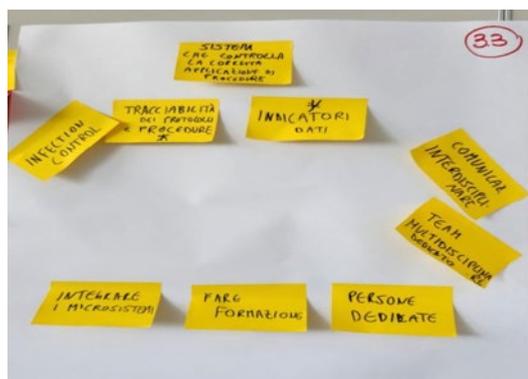
A seguito della presentazione del tema del laboratorio da parte del Prof. Massimo Andreoni, la vasta platea (circa 40 persone) su spinta del moderatore, Dott. Marco Manariti, ha iniziato una fitta discussione sui temi chiave legati al focus del Laboratorio.

Dopo ampia discussione i temi chiave emersi ed evidenziati sui Post-It sono stati numerosi, come si può vedere in fotografia, riassunti dal Prof. Andreoni in cluster di 4-5 macro-temi, tra cui:

- Area tematica legata alla Diagnostica (Diagnosi I.C.A., Diagnosi appropriata, migliorare/allineare nuovi farmaci e diagnostici, ecc.)
- Area tematica legata all'Infection Control (lavaggio mani, verifica adesione protocolli, ecc.)
- Area tematica legata alle Risorse Umane (Team, Formazione, Figure Specializzate, ecc.)
- Area tematica legata all'Integrazione Organizzativa (Governare e Controllo, Sistemi Informativi Integrati e Bi-Direzionali, KPI e Strumenti di Monitoraggio, Comunicazione Interdisciplinare, ecc.)



La partecipazione è stata molto alta e i temi ulteriori da espandere e articolare sarebbero stati numerosi, ma il tempo e il numero delle persone ha portato il flusso del discorso a evidenziare, rispetto a questo folto numero di temi, quelli che fossero più importanti (anche individuando dei nuovi foglietti che potessero integrare più temi/cluster).



Questo secondo step di lavoro si è focalizzato quindi sui nuovi modelli e sulle cose da migliorare.

Come si può vedere, il focus creativo è andato sui modelli organizzativi centrati, in particolare, dalla multidisciplinarietà (in termini di Team e di Comunicazione), dall'attenzione alle Risorse Umane (in termini di Formazione e persone dedicate) e da sistemi organizzativi con processi e procedure integrati (anche in termini di Indicatori/Dati/KPI, Tracciabilità dei Protocolli e delle Procedure, Infection Control, ecc.).

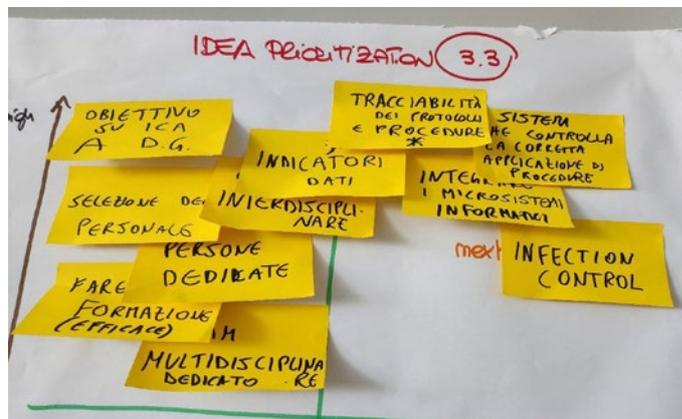
Da qui, la naturale evoluzione del laboratorio ci ha portati alla fase di Prioritizzazione.

Le azioni proposte e le azioni prioritarie

In questa ultima fase, il gruppo ha discusso su dove posizionare rispetto agli assi del tabellone i temi condivisi nella fase precedente e, durante la discussione, sono emersi anche nuovi temi chiave.

In particolare, tra le azioni di massima priorità che richiedono un basso costo/sforzo, emergono 6 temi che riguardano sostanzialmente 2 macro-ambiti:

- **Risorse Umane:**
 - con Obiettivo I.C.A. a D.G.,
 - la Selezione del Personale (indagando, oltre i titoli, la motivazione e le digital skills),
 - la Formazione (sottolineando l'Efficacia, che significa soprattutto formazione "pratica" e "on the job")
- **Interdisciplinarietà:**
 - Persone Dedicare (ai processi di trasformazione e a "cucire" i rapporti tra le specificità disciplinari)
 - Team Multidisciplinare Dedicato (le attuali risorse umane hanno già un carico di lavoro alto e quindi vanno dedicate persone ma anche Team per questi nuovi flussi di lavoro fondamentali per far crescere il servizio e le organizzazioni)
 - Comunicazione Interdisciplinare (è la fitta rete di comunicazioni tra discipline, reparti, dipartimenti su dati e informazioni condivise)



A ponte tra questo quadrante e quello che ha una alta priorità ma costi/sforzi più alti ci sono di conseguenza i temi "organizzativi" riassumibili in 2 macro-ambiti che sono:

- **Integrazione Organizzativa:**
 - Sistema di Dati, Indicatori, Informazioni condivise e quindi utilizzabili in tempo reale e da chiunque
 - Integrazione dei sistemi, soprattutto in termini di software e gestionali vs la frammentarietà attuale
 - Tracciabilità dei Protocolli e delle Procedure e Controllo della loro regolare attuazione
- **Infection Control:** che, di fatto, è il macro tema di riferimento di tutto quanto emerso precedentemente.

Considerazioni per la direzione strategica a cura del Management Advisor

Tutte le azione proposte possono essere realizzate a due livelli:

- presso l'Azienda di riferimento con: 1) la creazione di una piattaforma digitale in grado di analizzare in tempo reale tutti i dati dei diversi parametri analizzati; 2) la creazione di un team composto da diverse professionalità e in diretto contatto con il Direttore Generale.
- a livello Regionale/Nazionale creando una struttura di raccordo/monitoraggio dei dati provenienti dalle diverse Aziende territoriali.

Hanno partecipato

Moderatore: Massimo Andreoni, Professore di Malattie Infettive, Università degli Studi di Roma Tor Vergata

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

Facilitatore: Marco Manariti, Formatore e coach, ASQUAS - Associazione Italiana per la Qualità della Assistenza Sanitaria e Sociale

Partecipanti: Maria Grazia Canta, Laura Cavazzuti, Valentina Chiarini, Anna Ciamberlano, Veronica Ciorba, Daniela Maria Cirillo, Marco Corinaldesi, Loredana Covolo, Roberto De Luca, Giorgio Ghignoni, Giancarlo Giaccone, Serena Liberatore, Claudio Mastroianni, Marzietta Montesano, Paola Morelli, Giovan Battista Orsi, Maria Assunta Veneziano, Giovanni Villone

Laboratorio 3.4 Sicurezza delle cure e sicurezza delle strutture: una riforma della responsabilità professionale per contrastare la medicina difensiva

Area Adattamento a scenari di impatto rapido e sicuro in un Grande Ospedale

Obiettivo strategico Si vuole sviluppare un approccio innovativo per migliorare la sicurezza delle cure e delle strutture sanitarie, attraverso una riforma della responsabilità professionale che contrasti la pratica della medicina difensiva. L'obiettivo principale è garantire una cura di alta qualità, riducendo al minimo gli errori medici e promuovendo un ambiente sicuro per i pazienti e gli operatori sanitari. Possibili leve:

- Promuovere una cultura della sicurezza nelle strutture sanitarie, promuovendo protocolli e procedure standardizzate per ridurre gli errori medici e migliorare la qualità delle cure fornite.
- Agire sulla responsabilità professionale per eliminare test e trattamenti eccessivi evitando nel contempo potenziali contenziosi legali così da ridurre i costi associati alla medicina difensiva e di indirizzare le risorse verso cure effettivamente necessarie.
- Promuovere un ambiente sicuro per i pazienti e gli operatori sanitari, attraverso l'implementazione di misure preventive e di sicurezza nelle strutture sanitarie. Ciò include l'adeguamento delle infrastrutture, la formazione del personale e la promozione di una cultura della sicurezza.

Scenario di riferimento

L'incontro è stato introdotto dal Prof. Marsella che ha fatto notare quanto spesso la sicurezza/qualità delle cure e la sicurezza delle strutture sanitarie (pubbliche) - malgrado il decreto legislativo 81 per la tutela della salute dei lavoratori e dei luoghi di lavoro - tendano a viaggiare in parallelo. Si è poi soffermato sull'importanza di salvaguardare una sanità improntata su un rapporto più sereno con il paziente, per ridurre il contenzioso, e sulla condizione dei medici che, in caso di denuncia, non sentendosi supportati dalla struttura sanitaria, adottano comportamenti di medicina difensiva.

Riguardo alla Legge Gelli, ha espresso le sue perplessità sul difensore civico, cui è conferito il ruolo di garante della salute, e sui consulenti tecnici del Tribunale, per i quali auspica una selezione più rigorosa. Per risolvere le criticità su sicurezza delle cure, medicina difensiva e responsabilità professionale, bisogna, a suo avviso, avviare delle riforme che coinvolgano tutta la rete di attori (legislatori, magistrati, avvocati, consulenti, medici legali, operatori sanitari...)

I partecipanti al laboratorio - ponendo al centro il "grido di dolore" dei sanitari - hanno indicato le criticità legate alla Legge Gelli:

• Obblighi della legge Gelli rimasti sulla carta

- I primi quattro articoli della legge Gelli dedicati al rischio clinico - pur affermando che la sicurezza delle cure è un diritto costituzionalmente sancito e che le strutture sanitarie si devono attrezzare - non hanno alcun stimolo repressivo nei confronti delle aziende che non si mettono in regola. Malgrado un'implementazione concettuale del rischio clinico, molti obblighi sono pertanto rimasti sulla carta e non sono stati declinati dal punto di vista pratico.

• Nessun legame tra responsabilità professionale e sicurezza delle cure

- L'osservatorio nazionale, che raggruppa le casistiche delle singole aziende, produce delle linee di indirizzo deludenti. Si verificano inoltre angusti margini di applicabilità dell'art. 6 o dell'articolo ex 596



del codice penale a causa di disfunzioni della norma con ricadute enormi sul progressivo allargamento delle maglie della responsabilità penale in ambito sanitario. Due gli equivoci di fondo: il primo, che sta emergendo nell'ambito della Commissione Ministeriale, è un'eccessiva valorizzazione delle linee guida nell'immaginario del legislatore nel 2017. Tali linee guida certificate e accreditate, sono poche, intempestive e non rispondono alla nuova e moderna concezione della medicina. Andrebbero ridimensionate, considerando ulteriori indici che incidono sulla responsabilità professionale. Secondo equivoco: superare la logica che si riferisce soltanto al parametro dell'imperizia, per tornare a una concezione unitaria della colpa, valorizzando le difficoltà di contesto in cui lavorano gli operatori sanitari, raramente prese in considerazione nelle sentenze o troppo tardi, quando il danno reputazionale del medico e il danno del paziente sono già avvenuti.

- **Controsensi legati al coinvolgimento dell'operatore sanitario e al ruolo del risk manager**

- L'art 13 prevede il coinvolgimento dell'operatore sanitario nel contenzioso. Il primo controsenso è quello di generare un grande allarmismo tra i sanitari la cui partecipazione va spesso a discapito della gestione del sinistro, perché il sanitario tende ad opporsi, per una presa di posizione o per mancanza di conoscenza, a una soluzione transattiva, manifestando una grande sfiducia nei confronti del Comitato di Valutazione dei Sinistri. Un secondo controsenso è dovuto al fatto che alcune aziende incaricano il risk manager della selezione dei sanitari coinvolti, mentre il suo ruolo consiste piuttosto nell'organizzare gli audit (che non dovrebbero essere accessibili alla magistratura) nell'ottica della *no blame culture*. Inoltre, negli audit, oltre al risk manager dovrebbe partecipare anche il medico legale per valutare e istruire una gestione dei sinistri nella maniera migliore possibile.

- **Incompleta attuazione della Legge Gelli**

- L'art. 9 prevede, nei tre anni successivi al passaggio in giudicato della sentenza, il monitoraggio di quel che accade nelle strutture sanitarie. Pur essendoci operatori chirurgici ripetutamente chiamati in causa per anni e dei reparti localizzati e localizzabili, le strutture sanitarie non intervengono per arginarli. Ciò succede maggiormente nelle grandi strutture dove tendono a confluire i casi più gravi trasferiti dalle piccole strutture, generando il cosiddetto "contenzioso da trasferimenti" cui si accompagnano spesso infezioni nosocomiali, errori diagnostici, incompleta compilazione della cartella clinica, mancato trasferimento di dati clinici ovvero tutta una serie di problemi inerenti all'organizzazione della struttura. Il trasferimento dei pazienti è uno dei nodi critici, in cui sono chiamate in causa 2 o 3 strutture, ma solitamente è la struttura in cui muore il paziente che risarcisce il danno. La giurisprudenza valuta il nesso di causalità e non appena un medico ha concorso anche per solo l'1% alla morte del paziente (pur essendo tale paziente giunto in pessime condizioni), rispetto al 99% di concorso di cause naturali, è previsto il risarcimento del danno.

- **Mancato raggiungimento del ritorno assicurativo**

- I decreti della Legge Gelli che dovevano stabilire il valore delle polizze non sono mai usciti e sono ora fonte di contenzioso con l'Associazione Nazionale Imprese Assicuratrici. Le assicurazioni di bandiera sono in attesa e le compagnie non di bandiera assicurano i grandi ospedali (con tutte le esperienze negative di compagnie che si sono vaporizzate al momento di pagare, le cui sedi legali sono state difficili da rintracciare). Il mercato è tutto extra-italiano perché la legge non è attrattiva per le compagnie italiane che non assicurando più le grandi strutture le obbligano a risarcire le spese del contenzioso con i soldi del proprio bilancio

- **La questione della qualità dei consulenti tecnici (art. 15)**

- L'art. 15 ha solo in parte funzionato per reperire periti e CTU che siano di qualità (soprattutto nella composizione del collegio) anche a causa della legge che invoca il collegio a costo zero, e ciò non invoglia la qualità dei consulenti. Una qualità che determina in maniera preponderante la sentenza e l'andamento del processo. Si assiste inoltre, a un'interpretazione eccessivamente libera della metodologia medico-legale.

- **Il problema della compensazione delle spese (art.7 e art. 185)**

- Quando le strutture sanitarie pubbliche devono erogare quantum incredibili per compensare le spese legali “la coperta è corta” e ne risente sia la qualità delle cure sia l’aumento del contenzioso. Le spese legate a richieste risarcitorie infondate – che generano un eccessivo numero di cause per i magistrati e i tribunali e per cui la CTU conferma l’assenza di una responsabilità professionale – dovrebbero essere risarcite dal paziente e non dall’azienda sanitaria. Occorre trovare un bilanciamento tra la tutela della struttura e la tutela del paziente. Le strutture sanitarie con studi legali interni possono vincere le cause anche grazie a un colloquio con il magistrato per fare proposte conciliative che portano al risparmio.
- **Il problema della medicina difensiva (art. 13)**
 - Quando i medici ricevono una richiesta di risarcimento tendono ad assumere un atteggiamento difensivo sia in senso positivo di eccesso di accertamenti sia in senso negativo rifiutandosi di fare alcuni interventi. L’art 13 impone una fase preliminare di 40 giorni per un’istruttoria ma l’azienda non fa neanche in tempo a chiedere il parere del sanitario e del direttore dell’unità operativa. I sanitari, individuati a tappeto, sono più infastiditi e contrariati per la notifica degli Affari Generali che per un avviso di garanzia, perché vedono il coinvolgimento senza individuazione di responsabilità come profondamente ingiusto. Ciò genera la medicina difensiva e un atteggiamento di distacco dei medici verso la normativa che non li tutela.
- **Il problema della comunicazione**
 - La comunicazione è tempo di cura. È necessario un appropriato consenso informato per informare il paziente in maniera adeguata e chiara ma anche una comunicazione con il paziente/famigliare dopo un evento avverso, al fine di prevenire il contenzioso in Tribunale. Ciò richiede una formazione degli operatori - che ricevono le comunicazioni a pioggia senza che ci sia un vaglio puntuale di nominativi - per spiegare loro che l’art. 13 è una semplice informativa, non un addebito di responsabilità, né una sentenza di condanna, in modo da ristabilire un rapporto di fiducia, con la collaborazione dei comitati di valutazione dei sinistri.
- **Parcellizzazione della giurisdizione**
 - Non è possibile che piccoli tribunali, che vivono a stento della sopravvivenza necessaria per smaltire le cause, in cui un giudice fa tutto, si occupino a Velletri, Tivoli, Civitavecchia, di responsabilità sanitaria. Tale parcellizzazione della giurisdizione in 156 tribunali è una follia perché allunga i tempi delle cause e impedisce l’aggiornamento costante dei professionisti.

Le azioni proposte e le azioni prioritarie

I partecipanti al laboratorio hanno valorizzato l’organizzazione di incontri con tutti gli attori della rete della sicurezza delle cure, della sicurezza delle strutture e che si occupano di responsabilità professionale per instaurare un dialogo proficuo e riflettere insieme su come risolvere le criticità. Alla luce delle criticità emerse, hanno proposto alcune azioni di miglioramento situandole nella parte superiore della tabella *idea prioritization*. Si tratta quindi di proposte facilmente e mediamente realizzabili per ridurre il contenzioso, disinnescare la medicina difensiva, migliorare la comunicazione medico paziente, promuovere la sicurezza delle cure e delle strutture, garantire la qualità dei CTU.



Le azioni di miglioramento più facilmente realizzabili, con meno sforzi e poche risorse ma che potrebbero avere un impatto molto positivo sono:

- *Formazione degli operatori sanitari alla comunicazione con i pazienti*, sia per quanto riguarda la pratica del consenso informato al fine di fornire al paziente un’informazione chiara e adeguata sia per quanto riguarda la comunicazione con i pazienti e/o i famigliari dopo un eventuale problema o errore, con

- l'obiettivo di ridurre il contenzioso in Tribunale.
- *Implementazione e formazione degli avvocati e medici legali interni all'azienda* per una migliore gestione dei contenziosi e dei sinistri
- *Migliorare/verificare la qualità dei consulenti e uniformare la metodologia medico-legale*
- Creare un accordo e/o un progetto pilota che coinvolga società scientifiche e atenei romani, per migliorare la qualità dei consulenti tecnici; ridurre un'interpretazione troppo libera della metodologia medico-legale per renderla più univoca; selezionare i professionisti e il medico legale che svolge un ruolo fondamentale nel riportare ordine anche in termini metodologici.

Tra le azioni di miglioramento da realizzare con maggior impegno, sforzi e risorse, ma che avranno, secondo i partecipanti, un impatto molto positivo:

- **Proposta di riforma per colpa grave** Modificare gli indici per la valutazione della colpa, prendendo esempio dall'art. 3 bis del decreto legge 44 del 2021 che riguardava la fase pandemica e che aveva il merito di indicare diversi indici di valutazione della colpa grave. Tali indici potrebbero rappresentare una indicazione metodologica per il giudice al fine di valutare e prendere in conto tutte le difficoltà organizzative interne alle aziende, pur non considerandole come l'elemento fondamentale per escludere o fondare la responsabilità medica.
- **Creazione di un organismo scientifico e di un'istituzione regionale per valutare la congruità della causa**
- **Costituzione di avvocature interne aziendali in quelle strutture che ne sono ancora prive.** Le strutture che hanno una dotazione di organico adeguata, professionisti adeguati, un medico legale, un ufficio avvocatura che collaborano in maniera costante, possono realmente ridurre i costi per l'azienda. Si potrebbe inoltre creare una figura con competenze attuariali per la gestione del fondo sinistri della struttura sanitaria.
- **Distrettualizzazione dei tribunali per la responsabilità sanitaria** La creazione di forme di accentramento dei tribunali su base distrettuale per favorire la continuità della giurisdizione, la scelta dei consulenti, accentrare i profili di formazione, favorire l'aggiornamento costante, specializzare i magistrati e dare indirizzi univoci e una cornice di riferimento stabile per le conciliazioni al fine di creare risultati predittivi sull'esito della causa in tribunale che agevoleranno la deflazione in materia di responsabilità sanitaria.
- **Formazione degli operatori sanitari sulla gestione e la qualità della documentazione sanitaria** come garanzia per il paziente e strumento probatorio per il medico.

A fine laboratorio, i partecipanti si sono accordati sulla costituzione di un **gruppo di lavoro multidisciplinare** che coinvolgesse gli attori della rete della sicurezza delle cure/strutture e della responsabilità professionale facendo collaborare l'Università di Tor Vergata, La Sapienza, la Cattolica e il Gemelli.

Hanno partecipato

Moderatore: Luigi Tonino Marsella, Professore Ordinario di Medicina legale, Università degli Studi di Roma Tor Vergata

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

Facilitatore: Barbara Pentimalli, DiSSE – Dipartimento di Scienze Sociali ed Economiche, Università Sapienza, Roma

Partecipanti: Mariarosaria Aromatario, Alberto Cisterna, Cristiano Cupelli, Gloria Di Gregorio, Vittorio Fineschi, Michele Treglia

Area 4. **Ospedale senza muri**

Laboratorio 4.1 Innovazione e prospettive nel transitional care per una gestione corretta dei setting

Area Ospedale senza muri

Focus Innovazione e prospettive nel transitional care per una gestione corretta dei setting

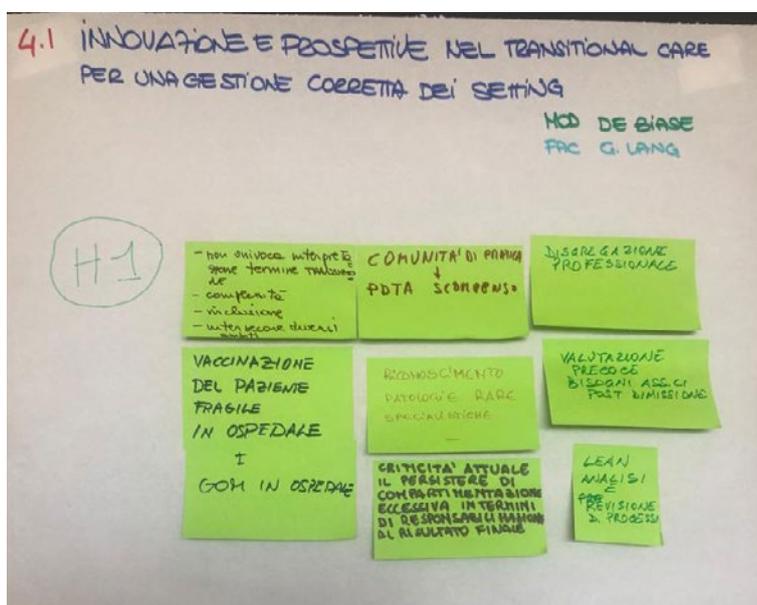
Obiettivo Esplorare e promuovere azioni innovative per migliorare la gestione del transitional care, ossia la transizione dei pazienti tra diversi livelli e ambiti di assistenza sanitaria. Sviluppare strategia e pratiche per garantire una gestione corretta dei setting e una continuità di cura efficace, con l'obiettivo di migliorare la qualità dell'assistenza e ridurre i costi.

Scenario di riferimento

Il laboratorio è stato avviato da una keynote lecture proposta dal moderatore del tavolo, il Dott. Luciano De Biase, che ha illustrato una prima chiave di lettura sul tema del transitional care: la gestione del ciclo delle diagnosi, le terapie, la riabilitazione, le prestazioni ambulatoriali, i ricoveri e le dimissioni dei pazienti, è un processo che coinvolge tutti gli operatori sanitari e le Istituzioni dedicate.

Dalla riflessione iniziale sono emerse, in primo luogo, le criticità del sistema ospedaliero attuale (Orizzonte 1):

- Il numero eccessivo di pazienti in boarding
- L'eccesso di durata delle degenze medie in molti reparti
- Il burnout degli operatori sanitari
- Ampi tempi di percorrenza per l'arrivo in ospedale per chi abita in piccoli comuni lontani dai centri urbani



Alla luce delle criticità sono emerse anche delle esperienze virtuose, perlopiù recenti, che stanno tentando di cambiare direzione alle difficoltà, attraverso buone pratiche replicabili (Orizzonte 1):

- Esperienze virtuose rivolte a pazienti fragili: alcuni ospedali hanno deciso di strutturare dei percorsi dedicati alla vaccinazione di specifiche malattie infettive.
- Il potenziamento di tutti i percorsi ambulatoriali riservati ai pazienti del pronto soccorso: preoccuparsi del paziente che non è ancora arrivato – o che sta arrivando –, del paziente durante il ricovero, e del paziente dopo il ricovero. Questa mentalità permette di essere più efficienti, più veloci e vicini alle esigenze del malato.
- Formazione di infermieri esperti nel riconoscimento di diagnosi di insufficienza surrenale (non sono ancora stati attuati percorsi formalizzati).
- Il focus proposto ha evidenziato l'esperienza della ASL di Nuoro, che ha istituito le "comunità di pratica", dalle competenze trasversali, che producono Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA): in particolare si sta sperimentando la telemedicina su 400 pazienti disseminati per tutta la provincia.

Le azioni proposte e le azioni prioritarie

Si è andato poi ad esplorare quanto emerso dall'Orizzonte 3, tramite delle riflessioni sulle azioni desiderabili e il modo per concretizzarle in futuro.

Personale e attrezzature:

- Corsi di aggiornamento interno per reparto
- Necessità di collaborazione e dialogo permanente tra tutti gli attori coinvolti: aziende, università, cittadini, personale, al fine di favorire lo sviluppo di nuove professionalità e competenze.

Cura del paziente e rapporto con il territorio:

- Istituzione di una rete di riconoscimento territoriale (es. il paziente già diagnosticato compare, nel momento in cui il 118 viene contattato, come paziente affetto da quella specifica patologia)
- Consolidamento del rapporto con il volontariato
- Valutazione precoce dei bisogni assistenziali (intra ricovero e post ricovero). Il focus proposto ha evidenziato il metodo Lean come possibile strumento per la valutazione-revisione dei processi avviati.
- Vaccinazione del paziente fragile in ospedale.

Idea Prioritization

Con l'ausilio dello strumento dell'Idea Prioritization, sono state poi messe in luce le azioni che i partecipanti hanno individuato come prioritarie.

- Il riconoscimento di patologie rare specialistiche: i pazienti fragili, che non rientrano in un PDTA, sono anche coloro che frequentano di più i reparti di degenza. L'ospedale dovrebbe essere in grado di riconoscere il paziente fragile sin dal suo ingresso in pronto soccorso, in modo tale che lo stesso paziente sia inserito in un percorso appropriato.
- Una comunicazione più veloce e agile con le equipe di presa in carico del paziente.
- Accesso maggiore alle risorse tecnologiche – occorrono investimenti urgenti per i programmi informatici - e un incremento di quelle umane.
- Potenziamento di programmi di telemedicina (sono attualmente in corso sperimentazioni di telemedicina per assistenza domiciliare).
- Lo sviluppo di nuove professioni e nuove competenze.
- L'implementazione di strategie e processi di transizione adattabili al cambiamento. In quest'ottica, è fondamentale l'utilizzo di indicatori per conoscere l'appropriatezza dei percorsi messi in campo.



Considerazioni per la direzione strategica a cura del Management Advisor

Si rende necessario investire in una infrastruttura informatica con centralizzazione dei database dati, ai quali si può accedere tramite piattaforme ad hoc per ogni professionista in modo che ognuno acceda solo ai dati di sua competenza o utili ai fini della presa in cura del paziente, per preservare la privacy degli assistiti. Questo permetterebbe non solo un rapido riconoscimento del paziente dal suo ingresso, ma anche un hand-over più efficace.

È inoltre di fondamentale importanza sia l'aggiornamento dei PDTA rendendoli digitali, sia la stesura di nuovi PDTA al fine di un miglior inquadramento delle diverse condizioni patologiche. Inoltre, i flussi dei PDTA dovranno prevedere anche l'utilizzo della telemedicina (come il teleconsulto) con specialisti e i MMG, come strumento per una più rapida presa in cura del paziente. Sarà necessario dunque eseguire un'ideale formazione, con corsi di aggiornamento, del personale sanitario in merito ai PDTA aggiornati e quelli di nuova stesura.

Essenziale infine l'implementazione delle Centrali Operative Territoriali (COT) previste nel DM 77/2022. La COT assolve al suo ruolo di raccordo tra i vari servizi attraverso funzioni distinte e specifiche, seppur tra loro interdipendenti, tra le quali si evidenziano in particolare:

- coordinamento della presa in carico della persona tra i servizi e i professionisti sanitari coinvolti nei diversi setting assistenziali (transizione tra i diversi setting: ammissione/dimissione nelle strutture ospedaliere, ammissione/dimissione trattamento temporaneo e/o definitivo residenziale, ammissione/dimissione presso le strutture di ricovero intermedie o dimissione domiciliare);
- coordinamento/ottimizzazione degli interventi, attivando soggetti e risorse della rete assistenziale;

- tracciamento e monitoraggio delle transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro

Le COT rappresentano pertanto una grande sfida nell'organizzazione di ciò che definiamo continuum of care, non solo mero passaggio di consegne, ma effettiva ricerca della soluzione più appropriata nel procedere del paziente da un setting di cura/vita a un altro.

Hanno partecipato

Moderatore: Luciano De Biase, Professore Associato di Cardiologia, Dipartimento di Medicina Clinica e Molecolare, Sapienza Università di Roma; Vice Preside della Facoltà di Medicina e Psicologia, Direttore UOD Scopenso Cardiaco, Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea, Roma.

Management Advisor: Antonio D'Urso, Vicepresidente FIASO; Direttore generale Azienda USL Toscana Sud Est

Facilitatore: Giulia Lang, Dottorato di ricerca, DiSSE, Dipartimento di Scienze Sociali ed Economiche, Università Sapienza, Roma

Partecipanti: Raffaella Colombatti, Maria Teresa Mechi, Francesco Passafaro, Davide Pianori, Daniela Pinto, Serafinangelo Ponti

Laboratorio 4.2 L'evoluzione delle reti integrate l'esempio dell'oncologia (dalla prevenzione alla gestione della cronicità)

Area Ospedale senza muri

Obiettivo strategico

- Analizzare e promuovere l'evoluzione delle reti integrate nel campo dell'oncologia, dalla prevenzione alla gestione della cronicità.
- Identificare modelli e best practice per una maggiore integrazione e collaborazione tra i vari attori coinvolti nella lotta contro il cancro, con l'obiettivo di migliorare la qualità dell'assistenza e la sopravvivenza dei pazienti.

Scenario di riferimento

1. Rivoluzione nell'oncologia

- Negli ultimi 15 anni, l'oncologia ha subito una rivoluzione nelle capacità diagnostiche, incluse le diagnosi molecolari.
- L'avanzamento nella medicina di precisione e la scoperta di nuovi farmaci hanno migliorato significativamente i risultati clinici.
- L'inserimento dell'immunoterapia ha contribuito a migliorare le sopravvivenze a lungo termine e la cronicizzazione della malattia.
- La medicina di precisione è fondamentale per ottimizzare la gestione dei pazienti oncologici, fornendo cure mirate basate sulle specifiche caratteristiche del tumore di ogni individuo.
- Il miglioramento delle tecnologie di diagnosi e trattamento del cancro ha portato a un aumento della sopravvivenza a lungo termine, rendendo ancora più importante un approccio olistico e centrato sul paziente all'assistenza.

2. Deospedalizzazione e assistenza territoriale

- Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza fornisce un supporto economico significativo per sviluppare le reti di prossimità, strutture intermedie, e l'assistenza sanitaria territoriale.
- Il paziente oncologico trascorre brevi periodi intensi in ospedale e lunghi periodi meno intensi a domicilio, dove si manifestano la maggior parte delle sue necessità.

3. Multidisciplinarietà e coinvolgimento dei professionisti

- I bisogni dei pazienti non sono solo terapeutici, ma anche burocratici, amministrativi e psicologici.
- Attualmente, mancano programmi universitari che formino figure professionali in grado di affrontare i bisogni della multidisciplinarietà.

4. Sostenibilità economica e finanziamento

- Il modello di remunerazione corrente incentiva gli ospedali a ospitare i pazienti piuttosto che deospedalizzarli.
- La gestione di un ospedale è influenzata dal modo in cui viene finanziato e dal sistema di remunerazione.

Le azioni proposte e le azioni prioritarie

Le azioni in neretto sono da ritenersi tra le prioritarie.

A. Gestione dei pazienti oncologici

- **Un cambiamento radicale nell'approccio all'assistenza oncologica richiederà un investimento significativo in termini di risorse e di cambiamento nelle pratiche cliniche attuali.**

È cruciale riconoscere e rispondere alla complessità dell'assistenza oncologica, data la frequente presenza di comorbidità e la necessità di coordinare un'ampia gamma di servizi sanitari.

- È importante considerare gli aspetti sociali della cura del cancro, non solo quelli sanitari. Questo significa comprendere e rispondere ai bisogni dei pazienti a 360 gradi.
- I pazienti oncologici spesso necessitano di assistenza e supporto non solo per la gestione della malattia, ma anche per le sfide quotidiane e sociali che possono sorgere.
- L'obiettivo finale dell'assistenza oncologica dovrebbe essere quello di migliorare la qualità della vita del paziente, tanto in termini di sopravvivenza quanto di benessere generale.

È necessario ridisegnare i percorsi assistenziali per i pazienti oncologici, attualmente centrati sul modello ospedaliero, per rispondere in modo più efficace alle loro esigenze.

- La delocalizzazione delle attività socio-sanitarie può rispondere meglio ai vari bisogni dei pazienti, permettendo un percorso assistenziale complessivo.
- È importante ricordare che l'assistenza oncologica dovrebbe essere centrata sul paziente, non sull'ospedale, e quindi le decisioni dovrebbero essere guidate dalle esigenze e dalle preferenze del paziente.

È necessario un case management infermieristico come figura di riferimento che funge da ponte tra paziente e sistema sanitario.

- L'implementazione di task shifting non dovrebbe essere direzionale solo dal medico all'infermiere, ma anche viceversa.

La deospedalizzazione può richiedere un coordinamento e una collaborazione tra diversi settori, tra cui la sanità, i servizi sociali e l'educazione.

- Il coordinamento tra diversi professionisti sanitari è essenziale per garantire la continuità dell'assistenza durante i processi di deospedalizzazione.
- È cruciale sviluppare linee guida specifiche per l'assistenza a lungo termine e l'assistenza domiciliare al fine di supportare la deospedalizzazione.

B. Sostenibilità economica e finanziamento

L'adozione di un modello di remunerazione basato sulla qualità del percorso del paziente potrebbe favorire la deospedalizzazione.

- La remunerazione dovrebbe basarsi sull'intero percorso del paziente e non sulla singola prestazione.
- Gli ospedali dovrebbero essere remunerati per le strategie di deospedalizzazione che adottano.
- Si suggerisce l'adozione di un sistema che riconosca il valore dell'assistenza domiciliare, che attualmente può essere sottovalutata rispetto all'assistenza ospedaliera.

C. Tecnologie e dati sanitari

L'uso di tecnologie digitali può sostenere la deospedalizzazione, facilitando la condivisione delle informazioni sui pazienti tra i diversi setting di assistenza.

La telemedicina può svolgere un ruolo importante nell'assistenza oncologica, consentendo una comunicazione efficiente tra i professionisti e una gestione dei dati tra pazienti e fornitori di assistenza sanitaria.

Prioritization matrix

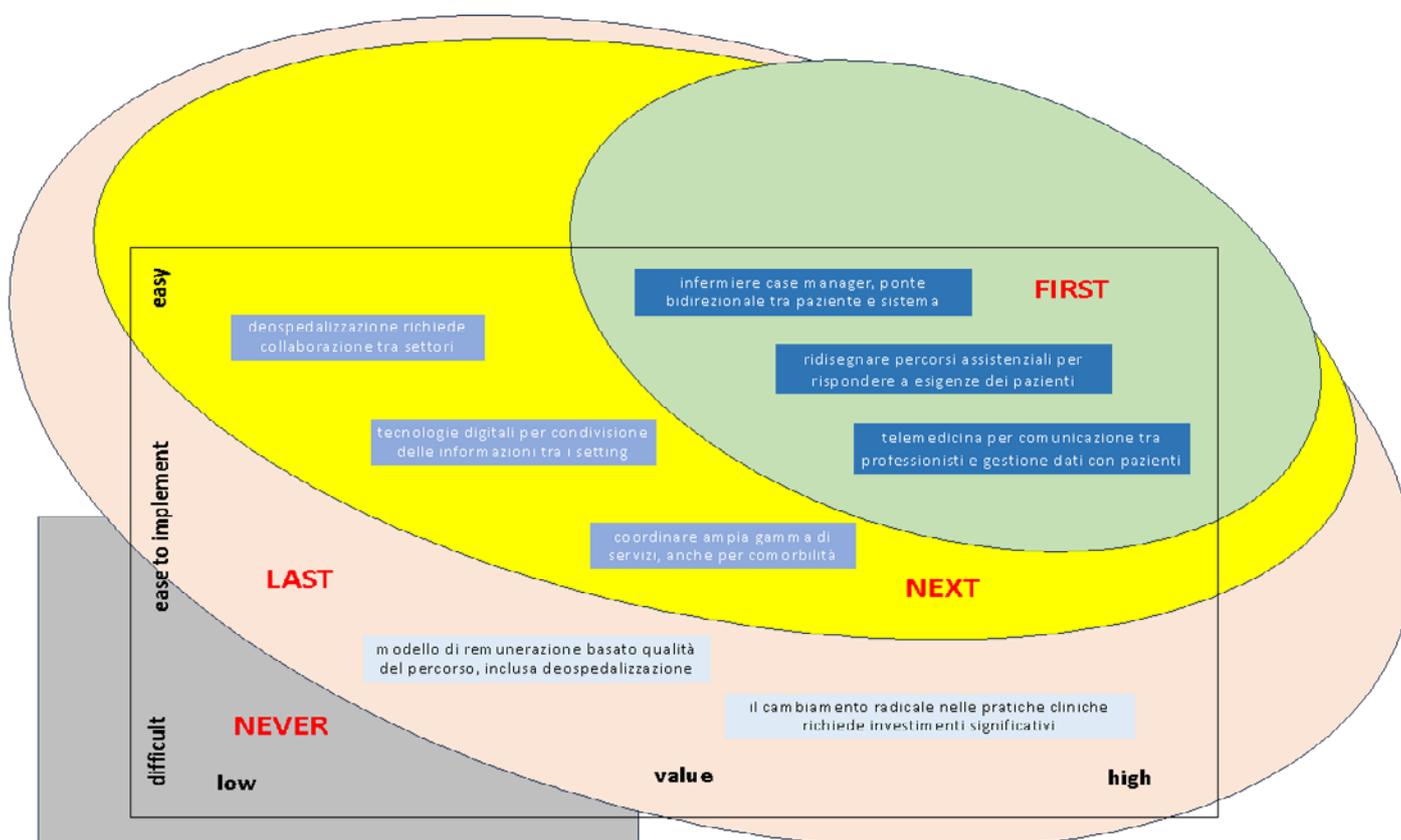
Le forti differenze nella velocità di evoluzione degli ospedali italiani rispetto a molti fattori rilevanti non permette di costruire una graduatoria unica tra le azioni prioritarie secondo i due criteri suggeriti ("costo / complessità / sforzo" e "beneficio / valore").

I fattori più importanti riguardano i diversi livelli di maturazione finora raggiunti:

- su aspetti organizzativi, nel percorso di trasformazione dei processi di cura e assistenza;
- su aspetti culturali, nella corrispondente propensione e capacità di collaborare in modo efficace tra i professionisti in diversi servizi e setting;
- su aspetti tecnologici, nella frammentazione e nella vetustà degli applicativi installati nell'ospedale e nella presenza di adeguate piattaforme sul territorio, che limita la loro interoperabilità tecnica e soprattutto il

grado di interoperabilità semantica (terminologie e codifiche comuni) da loro garantita tra servizi e setting diversi.

Comunque, viene qui riportata una possibile matrice di prioritizzazione, in cui è stata catalogata una selezione di 8 azioni principali tra quelle elencate nella sezione precedente; le numerose azioni ad alta complessità e basso beneficio non sono state considerate nel grafico.



Considerazioni per la direzione strategica a cura del Management Advisor

Nelle reti oncologiche territoriali è fondamentale stabilire una serie di azioni mirate alla riorganizzazione dei servizi, in particolare tenendo in considerazione l'implementazione di soluzioni tecnologiche avanzate. Queste azioni possono essere suddivise in tre livelli: "FIRST", "NEXT" e "LAST", in base alla loro priorità.

Al livello "FIRST", abbiamo azioni che sono di facile implementazione e forniscono un alto valore. Per esempio, un infermiere case manager potrebbe agire come un importante ponte bidirezionale tra il paziente e il sistema sanitario, fornendo un punto di contatto diretto e personalizzato per ogni paziente e consentendo una comunicazione e una gestione dei dati più efficienti, oltre ad offrire una risposta più attenta alle esigenze individuali. Inoltre, la telemedicina può migliorare la comunicazione tra i professionisti sanitari e favorire una gestione dei dati più efficace e sicura. In particolare, il teleconsulto oncologico può essere un importante strumento per evitare quelli che sono accessi impropri in PS: infatti alcune complicanze di un trattamento oncologico possono essere gestite dal domicilio o in strutture non ospedaliere tramite il supporto dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità e del MMG che possono coordinarsi tramite teleconsulto con lo specialista oncologo.

Infine, c'è una necessità urgente di ripensare i percorsi di assistenza, con l'obiettivo di renderli più adatti alle esigenze dei pazienti. In questo ci vengono in aiuto i PDTA, che laddove opportunamente formulati e monitorati rappresentano strumenti fondamentali per standardizzare i percorsi oncologici e per garantire la continuità assistenziale e quindi una corretta gestione del paziente una volta dimesso dall'ospedale.

Al livello "NEXT", troviamo azioni che presentano una difficoltà di implementazione medio-bassa e offrono un valore medio-basso. Per esempio, la deospedalizzazione richiede una stretta collaborazione tra i vari setting,

può ridurre i costi e migliorare la qualità dell'assistenza. Le tecnologie digitali facilitano la condivisione delle informazioni tra i setting, per una maggiore efficacia nell'assistenza al paziente. Inoltre, il coordinamento di una vasta gamma di servizi, inclusi quelli per le comorbilità, offre un approccio olistico all'assistenza. Per la realizzazione di tutto ciò, le future COT, previste dal DM77, saranno le sedi che coordineranno la presa in cura del paziente a livello territoriale e attiveranno i diversi setting di cura. Le COT dovranno gestire il paziente anche nel percorso Territorio-Ospedale e Territorio-Territorio affinché il paziente possa essere indirizzato nel setting più idoneo.

Infine, al livello "LAST", si trovano qui azioni a costo medio-alto che offrono un valore medio-alto. Per esempio, un modello di remunerazione basato sulla qualità del percorso assistenziale, inclusa la deospedalizzazione, può incentivare il miglioramento della qualità dei servizi. Tuttavia, un cambiamento radicale nelle pratiche cliniche richiede investimenti significativi, e quindi deve essere attentamente valutato in termini di costi e benefici. Per superare la metodica del pagamento a prestazione è necessaria la definizione di nuovi paradigmi di valorizzazione delle attività assistenziali sanitarie. Un esempio è l'acquisizione della metodologia che si basa sul *Value Based Helthcare* che rappresenta uno strumento chiave per realizzare l'obiettivo di umanizzazione delle cure. Il paziente diventa così completamente protagonista del processo di cura.

Hanno partecipato

Moderatore: Mario Roselli, Professore Ordinario di oncologia, Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata, Roma

Management Advisor: Antonio D'Urso, Vicepresidente FIASO; Direttore generale Azienda USL Toscana Sud Est

Facilitatore: Angelo Rossi Mori, ricercatore associato, IRPPS-CNR

Partecipanti: Massimo Bonucci, Piergiorgio Flamini, Monica Guberti, Barbara Mazzi, Federica Mazzuca, Marino Nonis, Alice Piluso, Serafinangelo Ponti, Maddalena Santangelo, Antonio Spinoso, Dora Striano

Laboratorio 4.3 Analisi sistemiche dell'accesso inappropriato al PS

Area Ospedali senza muri

Focus Analisi sistemiche dell'accesso inappropriato al PS

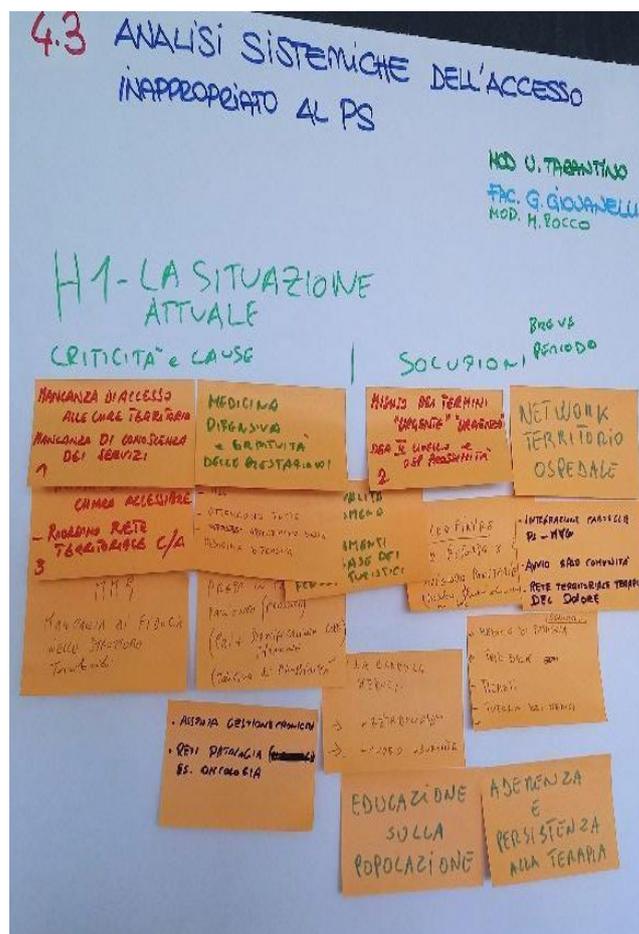
Obiettivo strategico Comprendere le dinamiche e le cause dell'accesso inappropriato ai Pronto Soccorso e sviluppare strategie e soluzioni anche innovative per ridurre la pressione sulle strutture di emergenza. Promuovere la collaborazione tra ospedali, aziende sanitarie e territorio per implementare soluzioni volte a indirizzare i pazienti verso i servizi più appropriati e migliorare l'efficienza del sistema sanitario.

Scenario di riferimento

Il laboratorio è stato aperto dalle relazioni del Prof. Tarantino e della Prof.ssa Rocco, moderatori del tavolo, che hanno proposto, rispettivamente, una dettagliata analisi delle caratteristiche dell'accesso inappropriato ai PS e un esempio di gestione organizzativa virtuosa. L'intervento del Prof. Tarantino ha evidenziato i dati del fenomeno in Italia, le sue cause principali, gli effetti sulla qualità delle cure e sul benessere degli operatori sanitari e ha introdotto alcuni aspetti di riflessione per l'individuazione di possibili soluzioni in diversi ambiti. La Prof.ssa Rocco ha riportato i risultati di una rilevazione condotta presso l'Ospedale Sant'Andrea circa le motivazioni dei pazienti e presentato una buona pratica di gestione attraverso l'introduzione della figura organizzativa del *bed manager*.

Nella prima parte del laboratorio i partecipanti sono stati invitati a riflettere sullo scenario attuale (orizzonte 1) evidenziando, da un lato, le cause e le determinanti degli accessi inappropriati e, dall'altro, alcune soluzioni di breve periodo. In tal senso, i moderatori hanno sollecitato interventi su due ambiti prioritari: **l'attuazione del DM 77/22** - riorganizzazione della medicina territoriale; il ruolo del **Medico di Medicina Generale e del Pediatra di Libera Scelta**. Le principali determinanti e le soluzioni di breve periodo indicate riguardano:

- le criticità connesse all'accesso dei pazienti ai servizi della medicina territoriale, la capillarità della presenza dei MMG e la mancanza di conoscenza dei servizi alternativi ai PS;
- il ruolo dei MMG che non garantiscono un'assistenza efficace ai pazienti indirizzandoli ai PS (intenzionalmente o indirettamente);
- i vantaggi delle prestazioni offerte nei PS, ottenimento di esami diagnostici in tempi rapidi e gratuità dei servizi;
- gli effetti del fenomeno della medicina preventiva;
- la rigidità nelle dotazioni organiche e necessità di adattare finanziamenti e risorse sulla base delle specificità dei contesti territoriali (es. le zone turistiche e il picco di accessi nei mesi estivi);
- l'assenza di una gestione delle cronicità a livello territoriale;
- la disinformazione della popolazione sulle funzioni del PS e la necessità di promuovere una formazione del cittadino/paziente.



duate, riguardanti diversi ambiti di intervento dell'ecosistema del PS, sono state raggruppate in 5 cluster principali. Essi sono stati a loro volta ordinati sulla base del metodo **dell'Idea Prioritization**, chiedendo ai partecipanti di valutarli in base ad: alto/basso valore, alta/bassa difficoltà di implementazione.

I partecipanti ritengono fondamentali interventi sul ruolo dei **Medici di Medicina Generale**, il miglioramento della qualità delle cure primarie e delle prestazioni della continuità assistenziale (**alto valore ma alta difficoltà di implementazione**); azioni del primo cluster:

- incremento del numero dei MMG e della loro capillarità a livello territoriale;
- riforma sulle forme di contrattualizzazione, assunzione dei MMG come dipendenti del SSN, incremento delle ore di visita in studio, proposta in discussione al Senato (05/2023);
- integrazione PS e MMG, percorsi di formazione comune e trasversale, integrazione delle cartelle cliniche e maggiore responsabilizzazione dei MMG sull'impatto del loro operato nei PS;
- favorire la conoscenza da parte dei MMG dei loro pazienti dei MMG attraverso attività di *screening*.

Il secondo cluster riguarda il rafforzamento **della medicina territoriale** a cui i partecipanti attribuiscono generalmente **un alto valore trasformativo ed alta difficoltà di implementazione** soprattutto in termini di risorse finanziarie (es. assunzione del personale). Tra gli interventi prioritari indicati dai partecipanti si evidenzia l'implementazione di alcune soluzioni già presenti nel DM 77/22:

- Case di Comunità soprattutto nelle zone interne, dislocare i servizi a livello territoriale;
- Centrale Operativa per le cure mediche non urgenti, perplessità sulla loro efficacia in assenza di una rete territoriale efficiente (dove indirizzare i pazienti del Numero unico per cure non urgenti 116117?);
- implementazione degli Ospedali di Comunità e della figura dell'infermiere di Famiglia;
- promozione delle reti territoriali di terapia del dolore e dei servizi per la cronicità e il dolore cronico.

Il terzo cluster raggruppa lo sviluppo **di nuove strumentazioni tecnologiche** a servizio dei medici e dei pazienti (**alto valore e bassa difficoltà**):

- sviluppare servizi di teleconsulto per migliorare la comunicazione tra medici e pazienti e ridurre i tempi di attesa degli appuntamenti;
- promozione delle tecnologie di telemedicina per l'assistenza domiciliare e nelle fasi di *follow-up*;
- inserire la telemedicina nei percorsi di formazione universitaria;
- sviluppo e adozione di tecnologie dotate di algoritmi di intelligenza artificiale che, attraverso una profilazione dei pazienti, possano assistere i medici del PS nella valutazione dell'urgenza.

Il quarto cluster riguarda il **potenziamento delle risorse e degli organici** a disposizione dei PS (**alto valore e alta difficoltà**):

- incrementare il numero dei medici di PS attraverso, in particolare, una retribuzione differenziata;
- riconoscere ai medici del PS lo status di lavoro usurante nell'ambito del sistema pensionistico.

L'ultimo cluster, non per importanza, identifica le azioni rivolte **alla responsabilizzazione dei pazienti** attraverso interventi complementari di disincentivazione e di persuasione (**alta priorità e difficoltà medio-bassa**), tra cui:

- ampliare le prestazioni del PS per cui è prevista la compartecipazione alla spesa da parte dei pazienti;
- promuovere campagne informative sinergiche a livello nazionale sul ruolo dei PS, le motivazioni dell'accesso appropriato e inappropriato.



Considerazioni per la direzione strategica a cura del Management Advisor

Sul versante territoriale l'attuazione del DM 77, passando quindi dall'istituzione delle Case della Comunità, degli Ospedali di Comunità, l'introduzione del NEA 116117 e di nuove figure professionali come l'Infermiere di Famiglia e Comunità, sarà l'elemento cardine per evitare gli accessi impropri in PS. Il DM 77 si pone come obiettivo quello di garantire la prossimità delle cure per la popolazione di riferimento: creare dunque una rete territoriale assistenziale che si prenda cura dei pazienti, in particolare quelli cronici. In questo processo un ruolo fondamentale lo avranno le future Centrali Operative Territoriali (COT) che oltre a garantire quello che definiamo continuum of care, dovranno seguire i pazienti in tutti i loro step per offrire il setting migliore per la condizione in atto per evitare dunque ulteriori accessi in PS.

Creare all'interno delle future Case di Comunità un'unità per la gestione delle emergenze minori come i codici 4 e 5 (verdi e bianchi) affinché questi pazienti non si rechino in PS, dovrà essere affiancato da una comunicazione efficace con i cittadini per renderli consapevoli dei servizi erogati a livello territoriale e quindi recarsi nel setting adeguato in funzione del bisogno.

Un'ulteriore proposta potrebbe essere quella di garantire all'interno dei PS una rotazione di tutti i medici di area medica e/o equipollente alla medicina di emergenza urgenza per prendere in carico i codici minori dal 3 al 5.

Sempre nell'ambito ospedaliero si potrebbero attivare delle postazioni di continuità assistenziale in prossimità dei pronto soccorso affinché questi medici possano prendere in cura i pazienti con i codici minori

È inoltre importante continuare il lavoro, già avviato in diverse realtà, rispetto al modello organizzativo per percorsi omogenei all'interno dei Pronto Soccorso. Il processo decisionale in ingresso deve integrare valutazioni di priorità clinica e di complessità assistenziale per indirizzare il paziente al percorso idoneo fin dal triage e facilitare lo scorrimento dei flussi dei pazienti all'interno dei Pronto Soccorso. Occorre potenziare attraverso la formazione e il monitoraggio le Linee di attività a bassa complessità articolate in:

- Codici Minori (con medico)
- See & treat (gestito dall'infermiere)
- Fast track (invio diretto dal triage alla gestione specialistica)

Con l'aumento e la revisione dei protocolli See & treat (S&T) e l'introduzione di percorsi Fast track (FT), è prevedibile un aumento della casistica gestibile nella linea a bassa complessità.

Hanno partecipato

Moderatori: Umberto Tarantino, Professore Ordinario di ortopedia e traumatologia - Direttore DEA, Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata, Roma; Monica Rocco, Direttore DAI Emergenza e Accettazione, Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea, Roma e Ordinario di Anestesiologia e Rianimazione, Sapienza Università di Roma

Management Advisor: Antonio D'Urso, Vicepresidente FIASO; Direttore generale Azienda USL Toscana Sud Est

Facilitatore: Giorgio Giovanelli, Dottorato di ricerca, DiSSE, Dipartimento di Scienze Sociali ed Economiche, Università Sapienza, Roma

Partecipanti: Alessio Bertini, Marco Damonte Prioli, Raffaele De Fazio, Daniele De Nuzzo, Maurizio Deplano, Giovanna Murante, Francesco Rosiello

Laboratorio 4.4 Integrazione Ospedale–Territorio e DM 77

Area Ospedale senza muri

Obiettivo strategico Sviluppare soluzioni innovative per l'integrazione tra ospedali e territorio, in conformità con il DM77, per migliorare la continuità dell'assistenza e la gestione dei pazienti. Creare sinergie tra ospedali, aziende sanitarie e altri stakeholder per promuovere la condivisione di risorse, competenze e conoscenze e garantire un'assistenza sanitaria di qualità a livello territoriale.

Scenario di riferimento

La relazione sociale

In letteratura scientifica la relazione sociale, viene interpretata come “*tramite chi connette*” e permette di superare il binomio oggettivo/soggettivo ed il determinismo positivistico tipico della modernità. Assumere come fondamento l'approccio relazionale significa individuare la società stessa “*nel farsi delle relazioni sociali in contesti determinati*”, ovvero nelle strutturazioni che le relazioni tra i soggetti possono assumere (“*forme sociali*”). La relazione tra l'*operatore* e la *rete* si sostanzia in un processo di interscambio che crea un continuo apprendimento reciproco, nell'ambito del quale l'operatore stesso è contemporaneamente parte della rete ed interlocutore esterno alla stessa.

La differenza è che gli operatori che svolgono una “*professione d'aiuto*” hanno delle competenze e utilizzano delle tecniche che permettono loro di svolgere il proprio compito, mentre i *naturalhelper* non hanno bisogno di strutturare il loro ruolo, in quanto agiscono spontaneamente diventando una risorsa naturale di *self-help*. Questi due sistemi di aiuto – *formale* e *informale* – sono elementi essenziali del lavoro di rete. Lasciati a sé stessi i due sistemi di intervento potrebbero essere divergenti non producendo, sicuramente, benessere sociale. Il modo più efficace di utilizzare i network è quello di coordinare gli interventi professionali con le risorse naturali che ogni “*comunità*” possiede.

Il passaggio dal government alla governance

Evidenzia i criteri che regolano il *welfare*, in cui le articolazioni periferiche dell'amministrazione non giocano un ruolo meramente esecutivo delle politiche decise dal centro, ma sono esse stesse responsabilizzate nella costruzione di reti di governo aperte all'interazione tra una platea più ampia di attori pubblici e privati. Questo è il tipico campo di gioco della medicina non ospedaliera. La stessa definizione delle politiche sociali prevede l'elaborazione di accordi tramite un confronto diretto ed un accordo di programma tra amministrazioni pubbliche ed attori privati con la concertazione dei Piani territoriali e/o dei Piani di Zona con una serie di diversi attori pubblici, privati e del terzo settore. L'analisi dei bisogni determinati pesantemente dai trend demografici e sociali del Paese deve essere alla base di tutte le politiche per la salute e sanitarie insieme a quelli epidemiologici. Le scelte di policy sanitaria e sociale devono basarsi su un approccio di *integrazione*. Per *integrare* servono *reti integrate* in sanità e servono alleanze su obiettivi di salute nelle filiere assistenziali...

La “gestione delle compatibilità” e programmazione di politiche della salute.

In una situazione diffusa di risorse limitate messe a disposizione dei sistemi sanitario e sociale richiede una programmazione sanitaria e sociale sempre più *condivisa*, con momenti di sintesi operativa che devono essere posti all'interno delle aziende sanitarie pubbliche, quali strumenti del governo delle *compatibilità*, del rapporto tra *governo clinico* e *governo economico*, ponendo al centro della *mission* del sistema i bisogni e il ruolo del cittadino.

È importante affermare una logica di programmazione anche nell'assistenza territoriale, programmazione che deve essere *continua*. Importante è avere una *circolarità della programmazione*, che però non è stabile nel tempo, ma deve essere rimodulata continuamente, man mano che le cose si fanno, vedendo come devono evolvere i servizi e come tutta l'organizzazione deve essere ridisegnata in base alla evoluzione dei bisogni della popolazione. La programmazione deve essere *negoziata* fra i partner e deve sostanziarsi in accordi di programma all'interno delle *community*. E infine deve essere sostenibile in quanto, se il budget è predefinito, bisogna cercare di stare dentro le dotazioni esistenti.

Ruolo dei Distretti sociosanitari come agenzie di salute della popolazione

In sanità quando si esce dall'area della ospedalità e dell'emergenza urgenza la presenza pubblica si riduce pro-

gressivamente e aumenta la presenza di soggetti terzi prestatori con varia natura sociale e portatori di interessi a breve e medio termine spesso diversi da quelli collettivi, fondamentale è il ruolo della sanità pubblica e qui si pone la centralità e il ruolo dei Distretti socio sanitari della ASL.

Non più sede di governo e coordinamento *amministrativo* delle reti di servizi territoriali e dei terzi convenzionati, ma *agenzia di salute* in grado di affermare e implementare un modello di *Medicina d'Iniziativa* in quanto *modello assistenziale di prevenzione e di gestione delle malattie croniche* orientato alla promozione della salute, che non aspetta il cittadino in ospedale o in altra struttura sanitaria, ma lo assiste *in modo proattivo* già nelle fasi precoci dell'insorgenza o dell'evoluzione della condizione morbosa.

La pandemia ha reso ancora più evidenti alcuni aspetti critici di natura strutturale, che in prospettiva potrebbero essere aggravati dall'accresciuta domanda di cure derivante dalle tendenze demografiche, epidemiologiche e sociali in atto, nonché, come evidenziato dal Rapporto sul Coordinamento della Finanza Pubblica 2021 della Corte dei Conti, ci dobbiamo confrontare con una situazione di aggravamento dei bisogni e della domanda relativa di salute da parte della popolazione per la permanenza della pandemia.

Un sistema unico nazionale di valutazione del profilo di salute dei pazienti

La ridefinizione o meglio l'assunzione di un sistema unico nazionale di valutazione del profilo di salute dei pazienti è fondamentale per l'individuazione dei *bisogni semplici* e dei *bisogni complessi*, come previsto nel Documento AGENAS-Regioni-PPAA su *Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Sistema Sanitario Nazionale*, 2021.

Assistiamo a significative *disparità territoriali nell'erogazione dei servizi*, in particolare in termini di prevenzione e assistenza sul territorio, a una *inadeguata integrazione* tra servizi ospedalieri, servizi territoriali e servizi sociali, a *tempi di attesa elevati* per l'erogazione di alcune prestazioni e, infine, a una *scarsa capacità di conseguire sinergie nella definizione delle strategie di risposta* ai rischi ambientali, climatici e sanitari.

Digitalizzazione in sanità

L'esperienza della pandemia ha inoltre evidenziato l'importanza di poter contare su uno sfruttamento delle tecnologie più avanzate, su elevate competenze digitali, professionali e manageriali, su nuovi processi per l'erogazione delle prestazioni e delle cure e su un più efficace collegamento fra la ricerca, l'analisi dei dati, le cure e la loro programmazione a livello di sistema.

PNRR e necessità di potenziare i servizi assistenziali territoriali

Nel PNRR viene posta la *necessità di potenziare i servizi assistenziali territoriali* per consentire l'effettiva applicazione dei Livelli Essenziali di Assistenza riducendo le disuguaglianze, e contestualmente costruendo un modello di erogazione dei servizi condiviso ed omogeneo sul territorio nazionale. Sempre nel PNRR si affronta il tema di riorganizzare gli ospedali attraverso la creazione delle *reti ospedaliere* basate su nuove tecnologie e nuovi modelli erogativi e su una presa in carico dei pazienti integrata tra ospedale e territorio e poi, sempre nel PNRR, si propongono nuovi modelli di servizi territoriali.

Al fine di erogare servizi universalmente accessibili, integrati, centrati sulla persona in risposta alla maggioranza dei problemi di salute del singolo e della comunità nel contesto di vita, i SSR dovrebbero perseguire una *visione* basata su pianificazione, rafforzamento e valorizzazione dei servizi territoriali attraverso lo sviluppo di strutture di prossimità, il potenziamento delle cure domiciliari e l'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale, che promuova lo sviluppo di *équipe multidisciplinari*.

Se concordiamo su quanto sopra, decisivo è il ruolo di chi deve garantire la *governance* a livello dei diversi territori della presa in carico e della cura dei pazienti fragili, cronici e poli cronici, ovvero, dei Distretti sociosanitari delle ASL.

Approccio One Health e sostenibilità del SSN e dei SSR.

Lo stesso PNRR, se non viene coerentemente gestito nel rispetto della sua visione originaria, non può da solo risolvere le difficoltà attuali del nostro sistema sanitario. Si tratta di lavorare per l'Integrazione delle competenze istituzionali (Ministeri afferenti) e a cascata di quelle Regionali e Locali. Dati i limiti di manovrabilità economica finanziaria, se il PIL non risale, i margini di operatività per politiche integrate di *salute* obiettivamente sono ridotti.

One Health è stato posto al centro della visione del PNRR. Coerentemente dovremmo tenere conto della realtà e

finalizzare tutte le politiche connesse al tema salute in una ottica di loro *integrazione*.

Questo potrebbe essere possibile solo con un forte coordinamento istituzionale sia a livello nazionale che regionale. La diaspora politica delle Giunte Regionali e i diversi modelli di SSR non aiutano in questa prospettiva. Siamo in salita e ci sarà molto da lavorare, sempre che ci sia voglia di misurarsi fino in fondo con i contenuti dell'approccio *One Health* e con la *sostenibilità* di SSN/SSR.

PNRR e welfare generativo

Nel PNRR viene ribadita la centralità del SSN, dettando criteri uniformi per i Sistemi Sanitari Regionali e proponendo un approccio sistemico, collaborativo e partecipativo, di promozione comunitaria della salute e di *welfare generativo*. Crediamo che questa sia la strada da percorrere per rispondere in modo concreto e integrato tra sanitario e sociale ai bisogni di salute del Paese. Ed è la strada per affermare anche nel nostro Paese un approccio *One Health*.

Si deve partire dall'analisi dei bisogni di salute delle popolazioni come *starting point* epidemiologico e poi si potranno declinare gli *strumenti* della programmazione sanitaria dal lato della *offerta* di servizi. Questo per poter affermare una *clinical governance* e un governo economico/finanziario come gestione delle compatibilità per garantire un sistema universalistico, equo, solidale e di qualità e sostenibile.

Le azioni proposte e le azioni prioritarie

Cambiare i paradigmi di valorizzazione delle attività erogate e i criteri di accreditamento

I partecipanti al Tavolo considerano elemento prioritario per lo sviluppo di nuove policy ai sensi del DM77 il superamento del pagamento a prestazione e la definizione di nuovi paradigmi di valorizzazione delle attività assistenziali sanitarie, sociosanitarie e sociali in una logica di *integrazione*. Da questo devono derivare conseguentemente nuovi criteri di *accreditamento* che superino la logica dei *tetti di spesa* e consentano una integrazione reale dei servizi *pubblici* con quelli *privati accreditati*, sempre in una logica di analisi prospettica dei bisogni delle popolazioni considerate.

Centralità delle risorse umane impegnate nel SSN e nei SSR

I partecipanti al Tavolo ritengono che la sostenibilità non può essere solo ciò che è compatibile con l'economia, ma deve essere un equilibrio tra i *benefici sociali* prodotti per mezzo della *produzione di salute* come *ricchezza* e i costi necessari per garantire ai cittadini le cure più adeguate. Costi ovviamente che andranno riqualificati anche radicalmente a partire da un nuovo rapporto tra medicina e sanità.

La riqualificazione dei costi della cura passa per una *riqualificazione delle prassi professionali*, ovvero per il lavoro, che però non potrà avvenire senza che vi sia un *coraggioso ripensamento dei modi di far la medicina oggi*. La riqualificazione dei costi della cura non può essere delegata a criteri e standard solo economico finanziari, deve essere restituita agli operatori e ai pazienti e alle comunità.

Centrale è il recupero della appropriatezza nei contenuti delle competenze tecniche, professionali e relazionali da trasferire agli operatori sanitari, sociosanitari e sociali.

Stratificazione dei bisogni e conoscenza del paziente come persona

L'incipit del PNRR è l'obiettivo di dotare tutte le aziende sanitarie, in particolare le ASL e le loro articolazioni distrettuali di metodologie e strumenti utili a *stratificare i bisogni*, in specie quelli *complessi*, delle popolazioni di riferimento per supportare la definizione di policy sociosanitarie condivise con gli stakeholders, e con tutti gli attori delle *filiere assistenziali* presenti sui singoli territori. Questo tramite la condivisione e la co-progettazione di *piani di salute*.

A tal fine, oltre a garantire i supporti informativi necessari e i database territoriali, occorre definire "*sistemi di valutazione*" dei pazienti uniformi a livello almeno regionale, meglio un sistema nazionale unico, come avviene in molti Paesi sviluppati e della UE. Avere una profilazione uniforme consente di implementare politiche condivise e un recupero di *appropriatezza* prescrittiva a tutto vantaggio della "*equità*" e dell'*universalità* del SSN e dei SSR.

Committenza ASL e appropriatezza

La complessità della sanità e della gestione delle policy di *salute* risiede nel territorio, che è anche la sede naturale delle *reti di prossimità* che devono essere *integrate*. In questo contesto si pone il tema della ridefinizione del

rapporto tra *sanità pubblica* e *sanità privata accreditata* da regolare in modo nuovo in base ai *piani di salute* territoriali condivisi con tutti gli operatori delle *filiere assistenziali*. Il tutto in base anche ad accordi tra *sociosanitario e sociale*. È necessario garantire livelli nuovi di comunicazione e di integrazione nei territori tra Dipartimenti, COT, Ospedali di Comunità e Case di Comunità, ADI e *case come primo luogo di cura* e le reti di *domiciliarità dei servizi*, sempre in una logica di condivisione degli obiettivi e di *integrazione dei servizi*.

Digitalizzazione e condivisione informativa

L'integrazione deve basarsi sulla *presa in carico* dei pazienti, che a sua volta necessita del supporto della *continuità assistenziale*, della *continuità relazionale* e della *continuità informativa*. Pertanto centrale è perseguire un sistema informativo *integrato* che metta in grado tutti gli operatori di condividere in tempo reale i dati relativi al *profilo di salute* del singolo paziente.

In permanenza di processi di digitalizzazione in sanità 4.0 è oggi possibile integrare qualsiasi dato, ovunque prodotto in formato digitale, tramite piattaforme di 2° livello, superando tutte le problematiche, ormai obsolete, delle compatibilità tra software. Creare database strutturati in una logica di *business intelligence* e di *data analytics* consente l'integrazione dei repository sui singoli pazienti, analisi diagnostiche e analisi predittive sulla *ingravescenza delle patologie* a supporto delle scelte di gestione delle aziende sanitarie, in particolare quelle *pubbliche*.

È necessario dunque implementare dei progetti che soddisfino tali proposte:

- *In primis* per superare la metodica del pagamento a prestazione è necessaria la definizione di nuovi paradigmi di valorizzazione delle attività assistenziali sanitarie. Un esempio è l'acquisizione della metodologia che si basa sul *Value Based Healthcare* che rappresenta uno strumento chiave per realizzare l'obiettivo di umanizzazione delle cure. Il paziente diventa così completamente protagonista del processo di guarigione. È previsto lo sviluppo di una strategia aziendale al fine di ottenere il miglior rapporto possibile tra l'esito delle cure (il ripristino del massimo stato di salute possibile) e la spesa sostenuta per generare quel risultato. Pertanto, i progetti avranno lo scopo di generare innovazione ma anche sostenibilità in un'ottica di *Value Based Healthcare*. Organizzare l'erogazione dei servizi centrata sui bisogni dei pazienti (piuttosto che sui bisogni dell'organizzazione) e sviluppo di indicatori di esito e di spesa per determinate condizioni cliniche (e non singole prestazioni). Per mettere in pratica ciò risulta necessario stratificare i bisogni della popolazione per concentrare le risorse sulle reali necessità. Massimizzare, quindi, le attività che aggiungono valore per i nostri assistiti. Il concetto, dunque, è quello di passare da un modello in cui si valuta il costo della singola prestazione ad uno in cui si valuta il costo dell'intero percorso. Questo deve tener conto anche del giudizio del paziente. Il tutto ha l'obiettivo di perseguire il miglioramento dell'outcome clinico, un miglioramento della qualità della vita dei pazienti e anche una migliore gestione economica delle risorse.
- Per l'attuazione di *reti di prossimità integrate* è necessario lavorare sul *ruolo centrale delle cure primarie* (MMG e PLS), da rendere maggiormente operativo ed efficace attraverso i nuovi modelli organizzativi previsti, e resi obbligatori, dall'ACN per alcune funzioni (es. Continuità Assistenziale, UCA, funzione clinica in RSA e in Ospedali di Comunità) e un approccio multiprofessionale, cardine della risposta alla complessità, in maniera che sia in grado di assicurare il supporto essenziale dell'infermiere di comunità e dei servizi sociali integrati (Aziende Sanitarie, Comuni). L'*Infermiere di Famiglia o di Comunità*, in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità in cui opera, perseguendo l'integrazione interdisciplinare, sanitaria e sociale dei servizi e dei professionisti, favorisce l'*empowerment* della persona e dei *care giver*, rendendoli protagonisti del percorso di cura.
- Nel processo di digitalizzazione in sanità 4.0 è oggi possibile usufruire di servizi come la Telemedicina che può essere declinata in più forme: teleconsulto, telemonitoraggio e teleassistenza. Tale strumento può essere utile sia ad un professionista sanitario per garantire prestazioni sanitarie agli assistiti (professionista sanitario-assistito) ma anche come servizio di consulenza e supporto ad altri professionisti sanitari.

Hanno partecipato

Moderatore: Antonio D'Urso, Vice Presidente FIASO; Direttore Generale Azienda USL Toscana Sud Est & Gloria Nuccitelli, Responsabile Centrale Operativa Aziendale, Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea, Roma

Management Advisor: Antonio D'Urso, Vicepresidente FIASO; Direttore Generale Azienda USL Toscana Sud Est

Facilitatore: Giorgio Banchieri, Docente DiSSE, Università Sapienza, Roma, Segretario Nazionale ASQUAS, Roma

Partecipanti: Franca Aceti, Christian Barillaro, Marcello Bettuzzi, Marina Bruno, Alessandro Carrus, Federica Centamore, Emanuele Ciotti, Monica Cirone, Roberto Giampieretti, Andrea Lenza, Rita Lucchetti, Marino Nonis, Cristina Restivo, Michele Simbula, Marta Simonelli, Matteo Soprani, Monica Vanni, Tatiana Villella

Area 5. **Co-progettazione con i
pazienti: comunicazione interna
ed esterna nei Grandi Ospedali
e informazione per la salute**

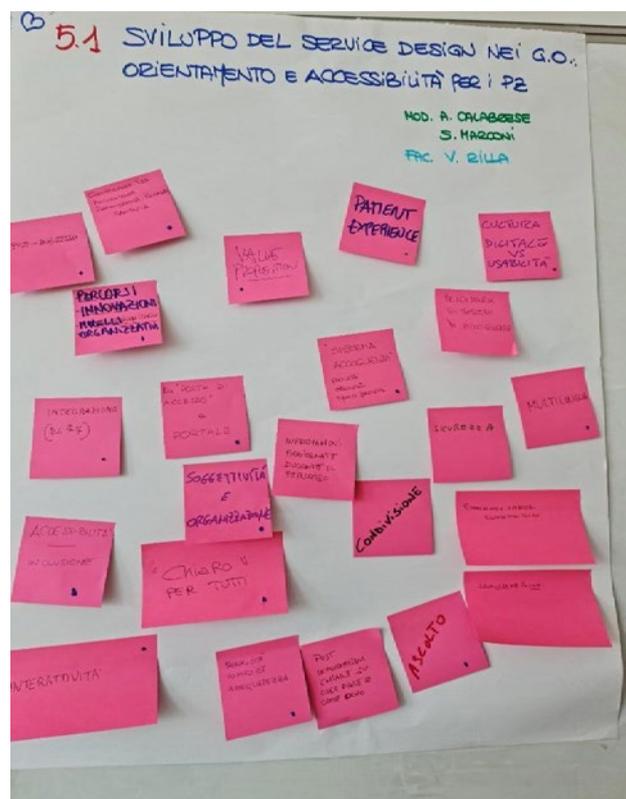
Laboratorio 5.1 Sviluppo del service design nei Grandi Ospedali: orientamento e accessibilità per i pazienti

Area Co-progettazione con i pazienti: comunicazione interna ed esterna nei Grandi Ospedali e informazione per la salute

Obiettivo strategico Integrare il service design nei grandi ospedali per migliorare l'orientamento e l'accessibilità dei pazienti ai servizi sanitari. Promuovere l'adozione di soluzioni innovative, come segnaletica intelligente, applicazioni digitali e percorsi ottimizzati, che facilitino la fruizione dei servizi e la soddisfazione degli utenti.

Scenario di riferimento

Durante la prima fase del laboratorio, grazie all'intervento del prof. Calabrese che ha aperto la discussione sul concetto di service design e sulla situazione presente relativa al focus, e successivamente grazie alla dott.ssa Marconi che ha riportato l'esperienza dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Sant'Andrea di Roma, hanno tutti partecipato alla discussione, condividendo le proprie esperienze e trovando diversi punti in comune rispetto alle azioni virtuose messe in campo e parallelamente alle criticità. I partecipanti hanno sintetizzato nei post-it che troviamo nella prima lavagna attraverso le seguenti parole chiave:



- Patient experience
- ascolto
- Sistema accoglienza – processi, strumenti e spazi percorsi
- Cultura digitale vs usabilità
- Sicurezza
- Multilingua
- benchmark su sistemi di accoglienza
- riconoscimento operatori attraverso il riconoscimento facciale
- localizzazione pazienti
- offrire informazioni chiare ai pazienti (e ai non pazienti) su cosa fare e come fare dopo intervento/visita in ospedale
- semplicità, comfort e adeguatezza
- utilizzare una comunicazione chiara per tutti
- soggettività e organizzazione
- da porta di accesso a Portale
- integrazione (DL 77)
- convergenza tra aree del sistema – accoglienza/amministrativa/relazionale/sanitaria
- pre-ingresso
- accessibilità – inclusione
- interattività
- percorsi innovazioni e nuovi modelli organizzativi
- value proposition

Le azioni proposte e le azioni prioritarie

Durante la seconda fase del laboratorio i partecipanti hanno esplorato i possibili scenari di un futuro da sogno che auspicherebbe la realizzazione dei seguenti punti:

- pensare al sistema sanitario considerando la persona e non solo il paziente al centro
- considerare il sistema come una comunità
- smart hospital – un ospedale "intelligente"
- ingaggiare ambassador che attraverso azioni di basso costo creano forte impatto di visibilità avvicinando i



- cittadini al sistema sanitario ospedaliero
- comunicazione mista – circolare
- approccio multilingue
- avatar che facilitano la comunicazione di informazioni
- utilizzare i social per avvicinare gli utenti ed essere d'aiuto alla comprensione delle informazioni agendo sulla brand reputation degli ospedali
- presenza di referenti della comunicazione nei dipartimenti
- il cambiamento fa parte della realtà – siamo più flessibili
- dialoghiamo e condividiamo esperienza e conoscenza a favore di tutto il sistema che si ripercuote sul benessere delle persone che interagiscono a vario titolo

Le azioni da mettere subito in campo potrebbero essere:

- Coinvolgere figure professionali con competenze multidisciplinari
- Ingaggio forte da parte della direzione
- Agire sulle organizzazioni per renderle capaci di portare avanti il cambiamento
- Creazione di valori condivisi

- Creazione di comunità di pratica
- Educazione a partire dalle scuole
- Ingaggiare ambasciatori
- Utilizzo in maniera più efficace ed efficiente le risorse (tante) già disponibili

Le azioni di valore prese in considerazione:

- Predisporre processi e azioni che permettano di lavorare in sinergia
- Creare interventi di formazione sui vari livelli per aumentare le competenze trasversali e tecniche degli operatori
- Agire ed intervenire sui processi di comunicazione interna ed esterna

Hanno partecipato

Moderatore: Armando Calabrese, Professore associato ingegneria gestionale, Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata, Roma & Stefania Marconi, Direttore UOC Acquisizione Beni e Servizi, Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea, Roma

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

Facilitatore: Viviana Rilla, Formatore e Coach ICF, ASIQUAS - Associazione Italiana per la Qualità della Assistenza Sanitaria e Sociale

Partecipanti: Igina Breccia, Cinzia Castellucci, Diego Ceci, Sabrina Cenciarelli, Stefano Cribellati, Luca Deiana, Marco Giacosa, Federico Lega, Piero Luisi, Laura Molinari, Francesco Pagnini, Maria Martina Panella, Maria Grazia Parrillo, Riccardo Ruggieri, Lorenzo Sommella

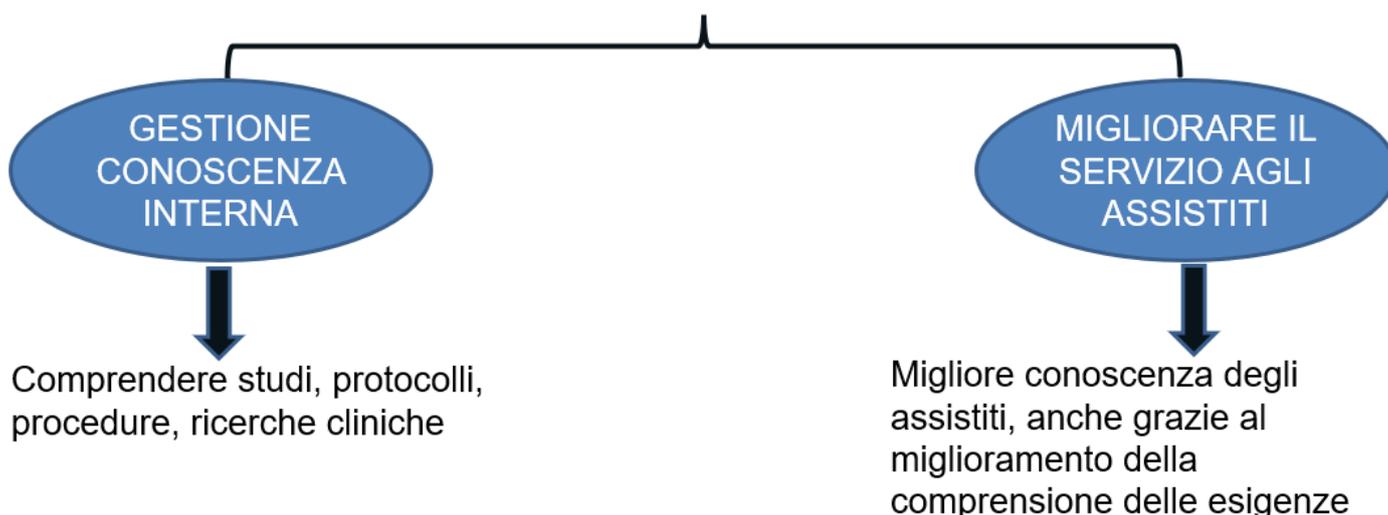
Laboratorio 5.2 **Gestione delle conoscenze e condivisione delle competenze**

Area Co-progettazione con i pazienti: comunicazione interna ed esterna nei Grandi Ospedali e informazione per la salute

Focus su Co-progettazione con i pazienti: comunicazione interna ed esterna nei grandi ospedali e informazione per la salute

Obiettivo strategico Sviluppare sistemi e pratiche innovative per la gestione delle conoscenze e la condivisione delle competenze dei grandi ospedali, utilizzando tecnologie avanzate come l'intelligenza artificiale e soluzione Web 3.0 per favorire la creazione di reti di apprendimento e la collaborazione tra i professionisti. L'obiettivo include l'esplorazione di sinergie e partnership con aziende ospedaliere, sanitarie e imprese partner coinvolte del design thinking oltre a coinvolgere FIASO e AIOF come soggetti aggregatori del sistema sanitario pubblico e privato per accelerare l'innovazione, migliorare la qualità dell'assistenza e promuovere l'aggiornamento delle competenze.

DIMENSIONI DEL KNOWLEDGE MANAGEMENT



PERCHE' FARE KNOWLEDGE MANAGEMENT

TROVARE LE GIUSTE INFORMAZIONI AL MOMENTO GIUSTO SALVA LE VITE

In un sistema ideale, al fine di efficientare il tempo dedicato al Paziente, sarebbe fondamentale che le conoscenze di tutti gli altri sanitari della Struttura relative al Paziente fossero a disposizione del sanitario che in quel momento ha di fronte il Paziente

STRUMENTI DI CONDIVISIONE DELLE CONOSCENZE

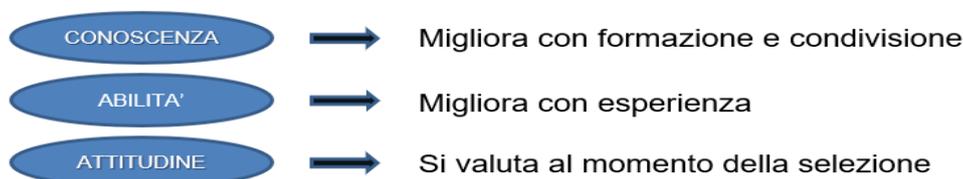
Scenario di riferimento

L'IMPORTANZA DI UN VALIDO KNOWLEDGE MANAGEMENT LA FORMAZIONE NELLE AZIENDE SANITARIE



Rendere ACCESSIBILI le Conoscenze

La Conoscenza NON accessibile NON è utile.



Lo scenario di riferimento viene declinato in vari aspetti da parte dei partecipanti al gruppo di lavoro inserendo alcuni utili spunti di riflessione quali l'interoperabilità di applicativi, l'univoco utilizzo di codifiche delle diagnosi e della procedure costantemente aggiornati, la predisposizione di nuovi accordi pubblico/privato che prevedano e valorizzino questi aspetti primari nel rapporto di cura, la necessità di avere oggi disponibili e utilizzabili nuovi PDTA interaziendali e intraaziendali, sistemi di Audit e altre forme evolute di clinical governance in misura maggiore e con sistemi digitali di verifica in tempo reale degli output / outcome ottenuti. Viene segnalata la necessità/opportunità di potenziare l'inserimento delle nuove figure professionali ad es. infermiere di famiglia e di comunità, al fine di rendere davvero "prossima" l'assistenza nuova e diversa che si vorrebbe fornire alla utenza.

Le azioni proposte e le azioni prioritarie

Nelle azioni di miglioramento si inseriscono l'utilizzo di applicativi interattivi con il paziente, (App e non solo) interoperabili fra loro e integrati con il Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0, la formazione direttamente strutturata per allineare nuovi bisogni e nuove forme di risposta clinica organizzata, la creazione di team



VANTAGGI DEL KNOWLEDGE MANAGEMENT

- 1) Seguire le procedure riduce gli errori individuali
- 2) Il KM consente di sfruttare le conoscenze di Colleghi, oltre che l'esperienza personale
- 3) Miglioramento della qualità dell'assistenza e degli esiti delle cure
- 4) Efficientamento del tempo – si riduce la necessità di ricerca di soluzioni già trovate da altri Colleghi
- 5) Miglioramento soddisfazione del Paziente

TUTTI I SISTEMI DI CONDIVISIONE DEVONO PASSARE SU PIATTAFORME DIGITALI

LA CRITICITA' PRIVACY



multidisciplinari al fine di unire sapere diversi e farlo in modo integrato e graduato in base ai diversi bisogni che sempre più velocemente emergono nella utenza.

In relazione all'ultimo punto sono emerse alcune possibili soluzioni migliorative rispetto al quadro attuale che possono riassumersi nei seguenti punti:

- Organizzare un primo livello di accesso con PDTA strutturati con pazienti e condivisi e diffusi da gruppi e/o network al fine di fare circolare l'informazione e la conoscenza di modelli di assistenza più performanti;
- Favorire la creazione di gruppi di lavoro multidisciplinari per abbattere gli attuali "silos" sia strutturali sia funzionali, materiali ma anche professionali interni od esterni alle Aziende ed evitare duplicazione di azioni, progetti o attività inutilmente replicate ma, al contrario, rendere unitaria la conoscenza delle best practice e quindi facilitare la loro condivisione e la loro implementazione ;
- Programmare la realizzazione di percorsi di cura che seguano il paziente nelle diverse realtà operative territorio-ospedale-territorio ovvero strutture pubbliche e private, sfruttando gli strumenti attuali di digitalizzazione avanzata dei percorsi di cura e quelli legati alla intelligenza artificiale e ai diversi network esistenti nella logica di creare sistemi sanitari sempre più orientati alla logiche "value-based".
- Individuare obiettivi interaziendali, temporizzati, misurabili e misurati attraverso specifici indicatori, allo scopo di rendere uniforme la risposta



assistenziale o socio-assistenziale nelle diverse Aziende facendo crescere il livello di comunicazione strutturata adeguando e rendendo le norme, le procedure più snelle ed aggiornate rispetto a quanto accade oggi.

STRUMENTI ORGANIZZATIVI DI CONDIVISIONE DELLE CONOSCENZE

- PDTA
- GRUPPI MULTIDISCIPLINARI
- FASCICOLI ELETTRONICI
- CARTELLE CLINICHE ELETTRONICHE (REPARTI E AMBULATORI)
- NETWORK INTER-AZIENDALI ED INTER-ISTITUZIONALI



Hanno partecipato

Moderatore: Gennaro Cerone, Dirigente Medico Direzione Generale, Policlinico Tor Vergata, Roma & Maria Franca Mulas, Dirigente Medico Direzione Generale, Policlinico Tor Vergata, Roma

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

Facilitatore: Maurizio Dal Maso, Redazione ASQUAS Review – Associazione Italiana per la Qualità della Assistenza Sanitaria e Sociale

Partecipanti: Manolo Atanasio, Mark Brega, Santolo Cozzolino, Roberta Galluzzi, Raffaele Giusti, Antonia Nucera, Gianluca Parodi, Laura Russolillo

Laboratorio 5.3 Supporto alla consapevolezza della cura

Area Co-progettazione con i pazienti: comunicazione interna ed esterna nei Grandi Ospedali e informazione per la salute

Focus Dalla cura alla consapevolezza: un percorso di engagement

Obiettivo strategico Implementare strategie innovative, sia organizzative che tecnologiche, per promuovere la consapevolezza della cura tra i pazienti e i loro caregiver. L'obiettivo è favorire l'autogestione delle condizioni croniche, migliorare la qualità della vita e facilitare la comunicazione e la condivisione di informazioni tra gli attori coinvolti nella cura. Ciò include lo sviluppo di programmi di formazione e supporto, l'utilizzo di intelligenza artificiale e tecnologie Web 3.0, e l'esplorazione di sinergie e partnership con aziende ospedaliere, sanitarie e imprese partner coinvolte nel design thinking, oltre a Fiaso e AIOP come soggetti aggregatori del sistema sanitario pubblico e privato.

Scenario di riferimento

Il moderatore, Dott.ssa Carmen Cappitella, Direttore delle Professioni Sanitarie dell'AOU Sant'Andrea di Roma, dopo una introduzione sui concetti di cura, di consapevolezza e di self-care, come elementi strategici per l'autogestione dei pazienti con patologia cronica, ha avviato la discussione con i partecipanti del Laboratorio. Il confronto, arricchito dalle diverse professionalità presenti ma soprattutto dalle esperienze professionali di ciascuno, ha consentito di evidenziare interessanti elementi di riflessione sul topic esaminato. Aspetti come la comunicazione e la capacità di instaurare una relazione, di nuovi paradigmi orientati all'iniziativa per una presa in carico precoce e che valorizzi la diade, o della necessità di misurare la capacità di self-care dei pazienti, sono emersi come elementi imprescindibili di questo contesto. Ulteriori riflessioni emerse, hanno valorizzato il dibattito e stimolato la discussione tra cui:

- L'importanza, per i pazienti, di non sentirsi soli dopo la dimissione;
- La considerazione dei fattori socio-economici dei pazienti;
- La Health Literacy;
- La formazione specifica sulla comunicazione per i professionisti sanitari;
- L'approccio analitico dei professionisti su "cosa ha bisogno, chi";
- La necessità di modificare l'attuale modello che consenta un miglioramento della relazione operatore/paziente.



Il confronto ha fornito la base per declinare diversi punti di forza dell'attuale orizzonte (H1) evidenziando aspetti come la consapevolezza che la relazione (tra professionista e paziente) è a tutti gli effetti tempo di cura, che l'uso di strumenti tecnologici non debba necessariamente sostituire il confronto in presenza, o ancora, che vi è da parte degli professionisti sanitari una consapevolezza che li sostiene nella continua formazione e nel mettersi in gioco.

Le azioni proposte e le azioni prioritarie

Il futuro che è stato idealizzato durante il laboratorio, può essere riassunto come un orizzonte (H3) raggiungibile solo a fronte di specifiche azioni da intraprendere o sostenere. Il confronto tra i partecipanti ha consentito di far emergere iniziative concrete, riportate di seguito in base all'Idea Prioritization:



- Formazione continua per gli operatori;
- Maggiore coinvolgimento dei familiari dei pazienti;
- Strategie per aumentare la consapevolezza tra i professionisti che la narrazione (del paziente) è già un percorso di cura;
- Investimento nella Health Literacy;
- Luoghi di cura più colorati per facilitare comunicazione e relazione;
- Maggiore equità di accesso e fruizione dei servizi;
- Modificare gli approcci di assessment da "volume" a "valore";
- Promuovere i percorsi post-diagnosi al domicilio;
- Investire nel ruolo del terzo settore favorendo l'associazionismo (tra pazienti) di qualità;
- Creazione di uno staff di esperti a servizio della

formazione dei professionisti, in tema di comunicazione e relazione;

- Modificare i manifesti degli studi per inserire la "comunicazione" come elemento di competenza sin dalla formazione di base;
- Implementare e sostenere la Digital Health;
- Educare al coraggio nel cambiamento.

Hanno partecipato

Moderatore: Carmen Cappitella, Direttore f.f. UOC Professioni Sanitarie, Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea, Roma

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

Facilitatore: Emanuele Di Simone

Partecipanti: Simona Abate, Nicola Calone, Marco Di Muzio, Federica Forcellini, Azzurra Massimi, Antonio Stigliano



Laboratorio 5.4 Marketing e comunicazione della qualità dei servizi: per una comunicazione etica

Tema 5. Co-progettazione con i pazienti: comunicazione interna ed esterna nei grandi ospedali e informazione per la salute

Focus su Medicina sostenibile e integrazione dei saperi

Obiettivo: Promuovere una comunicazione etica e trasparente riguardo alla qualità dei servizi offerti dai grandi ospedali. Sviluppare strategie di marketing e comunicazione che mettano in evidenza il valore delle partnership strategiche con altri ospedali, aziende sanitarie e partner industriali. L'obiettivo è accrescere la fiducia dei pazienti e degli stakeholder nel sistema sanitario e valorizzare la collaborazione tra le diverse organizzazioni coinvolte.

Scenario di riferimento

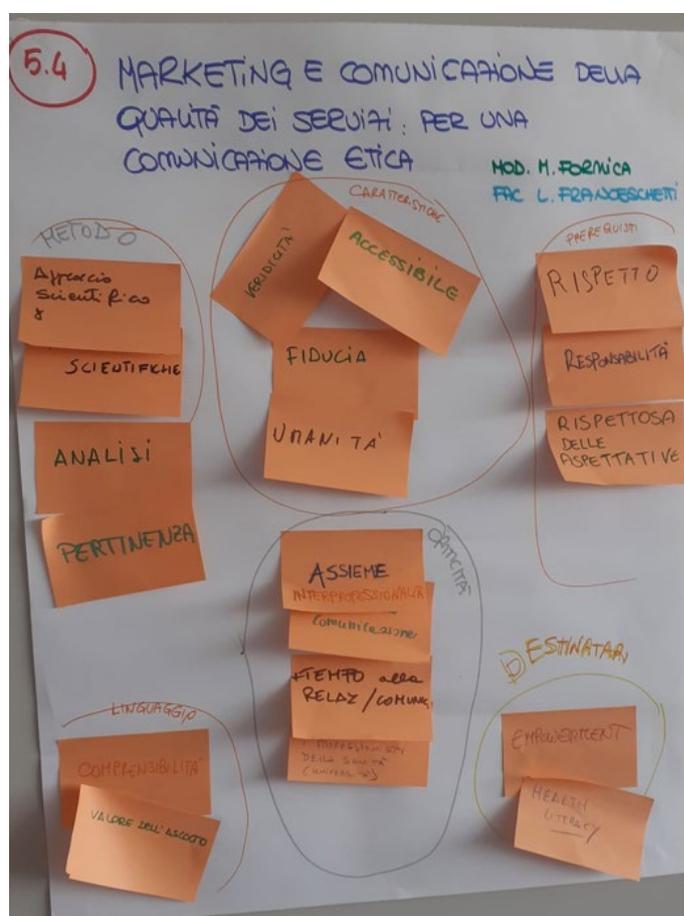
Il Laboratorio, consapevole che quello della comunicazione etica è un tema introdotto recentemente in ambito sanitario per mitigare le derive eccessivamente aziendalistiche della gestione dei servizi per la salute e che ha confini semantici piuttosto indefiniti, ha avviato i lavori cercando di costruire una definizione condivisa di cosa vuol dire oggi fare "comunicazione sostenibile e trasparente riguardo la qualità dei servizi offerti dai grandi ospedali".

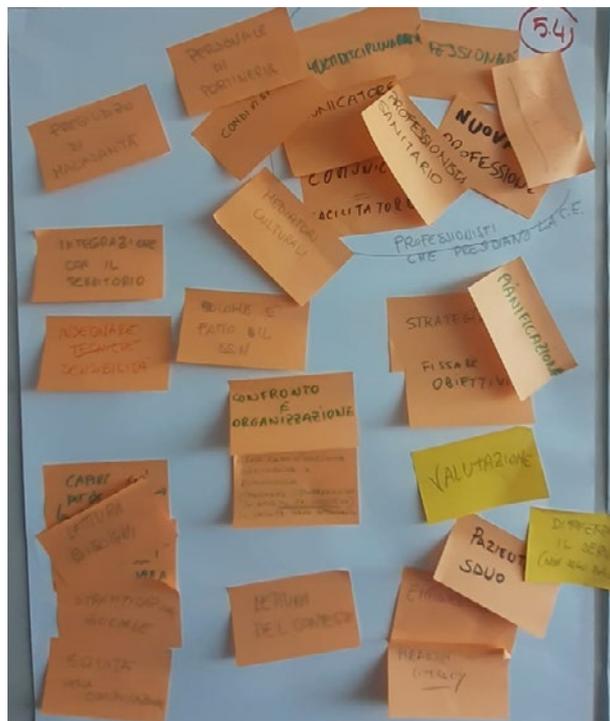
Significa mettere in campo una comunicazione veritiera, per rafforzare la fiducia tra ente promotore e destinatari, veicolata attraverso canali facilmente fruibili e orientata a recuperare una dimensione umanizzante dei processi di cura. Una comunicazione disegnata rispettando le aspettative del pubblico di riferimento, con una forte assunzione di responsabilità da parte dei soggetti emittenti, soprattutto in riferimento ai contenuti trasmessi, la cui autorevolezza deve basarsi su un approccio scientifico e sull'analisi critica dei contesti organizzativi. Per favorire l'empowerment degli utenti e l'incremento della loro *health literacy*, questi contenuti dovrebbero essere presentati con un linguaggio comprensibile e con modalità argomentative disponibili al confronto e all'ascolto dei destinatari stessi.

Nella seconda fase il confronto si è concentrato su "quali sono gli aspetti delle attuali strategie di comunicazione delle strutture sanitarie che occorre potenziare per favorire questo tipo di comunicazione".

Le indicazioni hanno riguardato innanzitutto la necessità di dotarsi di nuovi profili professionali dedicati a questa funzione, con competenze multidisciplinari, attitudine alla negoziazione e inclini al ruolo di facilitatore nelle relazioni. Rilevante è poi potenziare e/o valorizzare le figure di front-end già presenti nelle strutture (es. personale di portineria, PUA, ecc.) al fine di rendere pervasiva l'attività di accoglienza, comunicazione e orientamento dell'utente. Occorre sviluppare competenze per una lettura proattiva non solo dei bisogni clinici, ma anche sociali e multiculturali dei pazienti e dei loro caregiver; ed è necessario consolidare in queste figure la conoscenza della rispettiva struttura di appartenenza, dei servizi erogati e delle reti di contesto nelle quali è inserita, per attivare e/o rafforzare l'integrazione con il territorio.

Infine, bisogna investire in specifiche competenze di pianificazione e disegno strategico di questa funzione di comunicazione etica, dedicando risorse anche alla fase di valutazione.





Le azioni proposte e le azioni prioritarie

Le azioni proposte sono state sintetizzate nel grafico Idea Prioritization, con la seguente distribuzione:

- *bassa complessità/basso valore*
- potenziare i canali di lettura dei bisogni dei pazienti e dei caregiver, in modo da intercettare non solo le domande di salute, ma anche quelle sociali, consentendo così un orientamento più efficace verso strutture o professionalità adeguate a fornire una risposta soddisfacente;
- attivare (conseguentemente) alleanze con strutture sanitarie e sociali sul territorio per ampliare il ventaglio dei servizi e delle prestazioni offerte;
- presidiare la comunicazione verso i mezzi di comunicazione di massa per garantire l'attendibilità e la coerenza delle informazioni veicolate al cittadino e anche per limitare l'amplificazione dei casi di malasanità

bassa complessità/alto valore

- creare iniziative di alleanza con i privati (e ancor di più con gli attori del Terzo Settore) per integrare, differenziare e specializzare l'offerta di servizi e prestazioni all'utenza, in una logica di *managed*

cooperation (invece che di *managed competition*);

- potenziare la comunicazione interna per creare una cultura diffusa dell'approccio etico alla relazione con l'utenza;
- promuovere specifiche iniziative di formazione, trasversale ai diversi profili professionali,
- ottenere la legittimazione del vertice aziendale per favorire una maggiore adesione ai valori condivisi;

alta complessità/alto valore

- creare una cabina di regia responsabile della pianificazione, del monitoraggio e della valutazione di queste iniziative con il coinvolgimento di altre strutture oltre l'Ufficio Comunicazione, nella prospettiva del dialogo interprofessionale e multidisciplinare necessario ad una lettura integrata dei bisogni e una conseguente progettazione sistemica degli interventi di risposta,
- mettere in campo azioni di sensibilizzazione dedicate ad integrare conoscenze e saperi tra cittadini utenti e operatori, anche del privato e del privato-sociale;
- disegnare e governare un brand dell'azienda, in termini di identità e mission, riconoscibile nelle sue diverse articolazioni organizzative e nelle differenti declinazioni di servizi sul territorio, anche in rete con altri soggetti.

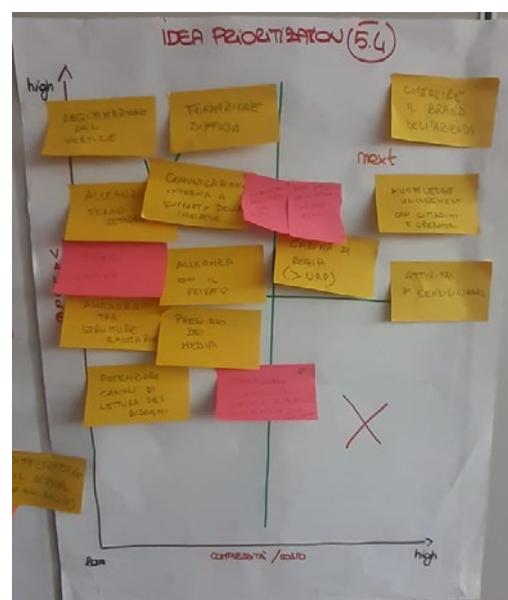
Hanno partecipato

Moderatore: Marina Formica, Professore Ordinario di storia moderna, Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata, Roma

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

Facilitatore: Laura Franceschetti, Prof. associato, DISSE, Dipartimento di Scienze Sociali ed Economiche, Università Sapienza, Roma

Partecipanti: Raffaella Bocci, Carlo Fornario, Tiziana Gioacchini, Pietro Rinaldi, Lorella Salce



Area 6. **Competenze,
motivazione e comunicazione
interna nella tecnostruttura
del Grande Ospedale**

Laboratorio 6.1 Lavorare in team per l'attuazione delle strategie aziendali

Area 6 Competenze, motivazione e comunicazione interna nella tecnostruttura del Grande Ospedale

Obiettivo strategico Rafforzare la capacità di lavorare in team all'interno dei grandi ospedali per favorire l'attuazione delle strategie aziendali e la realizzazione di progetti condivisi, promuovendo la formazione, il supporto e la collaborazione tra i professionisti, e considerando le partnership strategiche con altri ospedali, aziende sanitarie e partner industriali

Scenario di riferimento



Il laboratorio è stato introdotto dal Dott. Aguzzi – in qualità di moderatore – che ha presentato i vantaggi del lavorare in team per favorire l'attuazione delle strategie aziendali. Difatti, superare i vecchi modelli – in particolare la logica della separazione degli ambiti e delle competenze – per adottare un modello di attività orientato alla flessibilità, trasversalità e multidisciplinarietà apporta vantaggi dal punto di vista *cognitivo* (condivisione delle responsabilità ed elaborazioni più performanti); *motivazionale* (condivisione delle decisioni e crescita della motivazione); *relazionale* (senso di appartenenza all'organizzazione) e *organizzativo* (integrazione, condivisione delle conoscenze, dei linguaggi, metodi e obiettivi). Il moderatore ha infine raccontato alcune buone pratiche realizzate nella sua azienda che hanno condotto alla costituzione di 8 gruppi di lavoro per l'attuazione del Piano Strategico Aziendale 2023-2025.

Nella prima parte del laboratorio, i partecipanti hanno dapprima descritto il "modello tradizionale" di una cultura organizzativa caratterizzata da una logica dipartimentale e da diverse culture professionali che difficilmente si integrano tra di loro. Inoltre, in tali organizzazioni vige un management "vecchio stile" e un modello decisionale che poggia su di una *leadership verticale*. Per l'attuazione

dei progetti bisogna pertanto percorrere diverse catene autorizzative che rendono i processi complessi e poco agili. Tra le ulteriori conseguenze di questo stile manageriale, i partecipanti hanno menzionato un'insufficiente valorizzazione delle risorse umane e uno spreco del talento degli operatori che, data la loro insoddisfazione, possono alimentare una fuga verso l'esterno. Un'ultima criticità segnalata riguarda la scarsa comunicazione con partner esterni e in particolare con il settore privato.

I partecipanti hanno poi descritto il "lean management" verso il quale bisognerebbe tendere per istituire una filosofia aziendale che valorizzi i principi di equità, trasparenza, fiducia e autonomia, consentendo una condivisione chiara degli obiettivi e delle strategie aziendali da parte di una direzione la cui credibilità è riconosciuta dal personale. Una *leadership orizzontale* e una buona comunicazione con i collaboratori permetterebbe di coinvolgerli e motivarli al raggiungimento degli obiettivi strategici. La cura delle relazioni all'interno dei team potrebbe inoltre consentire l'integrazione tra professionisti diversi sviluppando una pro-attività progettuale che necessita sia di un tempo riconosciuto per "lavorare in gruppo" sia di risorse interne per coprire i costi ma anche di una programmazione regionale e aziendale che valorizzi e legittimi i progetti. Stimolati dall'introduzione del moderatore, alcuni partecipanti hanno raccontato le esperienze innovative realizzate nelle loro aziende: progetti sul benessere organizzativo grazie alla creazione di gruppi Balint per ridurre lo stress emotivo, istituzione di cabine di regia che gestiscono riunioni progettuali, creazione di punti di accoglienza al Pronto Soccorso...

Le azioni proposte e le azioni prioritarie

Tra le azioni proposte per la realizzazione di progetti innovativi e realmente condivisi, i partecipanti hanno dapprima presentato quelle più facilmente implementabili e che apporterebbero un grande valore aggiunto. Oltre

l'organizzazione mettendo in discussione lo status quo e la confort zone coltivata in anni, la direzione deve promuovere attraverso questi approcci integrati la cura del "quadruple aim" descritto in tante organizzazioni: non solo lavorare per migliorare gli esiti dei nostri pazienti/cittadini, la sostenibilità delle organizzazioni e la qualità dei percorsi così come vissuta dai pazienti nell'attraversarli ma anche accrescere il benessere organizzativo, il "team well-being" e la semplificazione (nell'ottica di un less-is-more guidato dal lean management) raggiunti i quali questo approccio diventa via via più appetibile ai professionisti della organizzazione, in particolare ai più restii o "laggard" ad abbracciare il cambiamento.

Hanno partecipato

Moderatore: Aguzzi Daniele, Direttore Amministrativo AOU Sant'Andrea, Roma

Management Advisor: Bordon Paolo, Direttore Generale, Azienda USL di Bologna

Facilitatore: Pentimalli Barbara - Ricercatrice DiSSE Università La Sapienza, Roma

Partecipanti: Aldo Bonadies, Beatrice Borghese, Simona Di Giovanni, Chiara Donati, Sara Farivar, Valter Gamba, Barbara Grandi, Maria Teresa Lupo, Gabriella Marano, Laura Marcellini, Mirella Peracchi, Giovanni Paolo Princigalli, Sandro Stefani

Laboratorio 6.2 Management basato sui dati osservabili (Applied Observability)

Area Competenze, motivazione e comunicazione interna nella tecnostruttura del grande ospedale

Focus su Management basato sui dati osservabili (Applied Observability)

Obiettivo strategico Integrare il *management* basato sui dati osservabili (*Applied Observability*) all'interno dei grandi ospedali per migliorare la qualità delle decisioni e l'efficienza dei processi. Promuovere la collaborazione tra ospedali e partner industriali per lo sviluppo di soluzioni tecnologiche che permettano una raccolta, analisi e condivisione dei dati più efficace e orientata agli obiettivi strategici.

Scenario di riferimento

Il *focus* principale ha riguardato il modo in cui il *management* può migliorare le decisioni attraverso soluzioni tecnologiche e come i dati vengono raccolti e utilizzati per creare indicatori di performance manageriale. L'obiettivo è sviluppare un sistema di monitoraggio integrato con indicatori interdipendenti che consentano al *management* di avere informazioni utili per prendere decisioni solide.

Il dato diventa informazione quando contiene elementi cognitivi utili che soddisfano le esigenze informative del destinatario. È importante che sia tempestivo, affidabile e rilevante. Il coinvolgimento dei professionisti e l'uso di sistemi adeguati sono essenziali per trasformare i dati in informazioni e supportare decisioni adeguate.

Si è sottolineata l'importanza delle anagrafiche e dell'identificazione delle unità operative all'interno di un'azienda. L'anagrafica si riferisce anche all'identificazione dei dispositivi, dei farmaci, insomma, il vocabolario che deve essere condiviso.

Nonostante possa sembrare una banalità, spesso si incontrano difficoltà nella comunicazione tra uffici diversi. Si è fatto riferimento anche alla necessità di ottenere dati critici per valutare l'efficienza e gli esiti delle prestazioni, in particolare nel contesto del pronto soccorso. Tuttavia, si evidenzia che la richiesta di consenso da parte dei pazienti per l'uso dei dati in ambito di ricerca rappresenta un ostacolo da affrontare.

Nel corso del dibattito sulla valutazione dei dati sanitari, sono emerse preoccupazioni sulla qualità e l'interpretazione dei dati. Inoltre, si è evidenziata la difficoltà nel valutare le performance e gli esiti nel settore sanitario a causa della complessità e della diversità dei servizi coinvolti.



Anche la qualità dei dati e la loro acquisizione *real time* sono state individuate come criticità e come questioni da trattare anche in relazione al tema dell'allocazione delle risorse e degli investimenti.

Le azioni proposte e le azioni prioritarie

È emerso come prioritario e dal basso costo di implementazione, considerare il modello organizzativo dietro la costruzione dei dati per ottenere informazioni accurate. Le valutazioni economiche delle strutture sanitarie devono tener conto del modello organizzativo e dei costi associati. Il confronto con altre strutture è essenziale per valutare l'efficienza, in un'ottica di contaminazione e non di segregazione del dato.

Si è discusso anche della necessità di progettare e mettere a disposizione strumenti informatici che siano realmente utilizzabili e non corrano il rischio di rimanere strumento inerte, in modo che gli utenti possano identificarsi con tali strumenti e utilizzarli correttamente. Centrale e prioritario è risultato l'importanza di immaginare un orizzonte di co-progettazione e della condivisione delle competenze per migliorare i processi sanitari.



È fondamentale stimolare e coinvolgere i professionisti affinché la filiera di processi che porta dai dati alle informazioni credibili non presenti informazioni mancanti o dati poco strutturati. La presentazione e l'organizzazione delle informazioni influenzano la valutazione e le decisioni, ed è quindi importante dedicarsi all'organizzazione delle informazioni in modo multidimensionale e basato su evidenze strutturate.

Occorrerebbe definire un set di informazioni omogenee e condivise per poter effettuare un *benchmark* accurato e confrontabile tra le diverse strutture sanitarie, al fine di valutare esiti e *performance* del settore sanitario. Anche la qualità dei dati e la loro acquisizione *real time* sono state sottolineate le criticità riguardo all'allocazione delle risorse e si sottolinea l'importanza di un investimento adeguato nella gestione e nella condivisione delle informazioni sanitarie a livello regionale.

Per poter arrivare all'auspicato lavoro sui dati *real time* sono necessari degli investimenti strutturali e degli investimenti sulle professionalità. Occorre investire sulle persone, un'azione dall'alto valore e dal relativamente basso costo. L'esempio proposto è quello del sistema del Cup: se è vero che lavora in *real time*, ma dietro al sistema del Cup c'è un lavoro professionale di *back office*

che, se non è fatto correttamente, quei dati Real Time non servono a nulla.

L'investimento sulle competenze e sulle professionalità porterebbe dunque anche alla creazione di un dato di qualità maggiore, per poter arrivare ad un livello di aggregazione che permette l'effettiva confrontabilità tra più sistemi sanitari.

Tuttavia, nel valutare lo sviluppo e l'utilizzo delle risorse, dobbiamo sempre fare attenzione a come investiamo. Il ritorno deve essere adeguato, altrimenti il sistema rischia di non essere sostenibile. In questo senso si propone una collaborazione con il settore privato che spesso fornisce l'infrastruttura informatica per supportare la generazione di dati.

Considerazioni per la direzione strategica a cura del Management Advisor

In un ambiente dinamico come quello di un'azienda sanitaria, è ambito prioritario progettare e mettere a disposizione degli utenti finali strumenti informatici / informativi che consentano di poter effettuare analisi dei dati real-time per poter migliorare i processi sanitari, la qualità del dato inserito ed intraprendere tempestivamente azioni di miglioramento.

Vi è la necessità di disporre di dati chiari, organizzati e facilmente accessibili e che vengano raccolti in modo tempestivo, affidabile e rilevante. Il dato diventa informazione quando contiene elementi utili che soddisfano le esigenze informative del destinatario.

Per una ricaduta di valore in ambito aziendale dei flussi di dati, occorre che alla loro qualità si affianchino sempre degli strumenti operativi che ne permettano la traduzione in azioni concrete di miglioramento.

Avere molti indicatori che mettano in luce alcuni problemi senza che siano state predisposte a monte strategie di risposta al raggiungimento di determinate soglie o valori comporta un depauperamento di risorse e un elevato senso di impotenza di fronte alle criticità rilevate nel sistema.

Su tale aspetto, un ruolo chiave è rivestito dalle Direzioni Generali e Sanitarie che, potendo avvalersi della conoscenza dei processi clinico-assistenziali e al contempo delle risorse proprie dell'operations management, devono essere in grado di progettare assieme ai servizi tecnici preposti, l'architettura dei flussi dati più adatta alla governance delle realtà aziendali.

Hanno partecipato

Moderatori: Luigi Vittorini, Direttore UOC Bilancio, Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea, Roma & Francesco Stella, Direttore UOC Programmazione e controllo di gestione, Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea, Roma.

Management Advisor: Paolo Bordon, Direttore Generale, Azienda USL di Bologna.

Facilitatore: Giulia Salaris, Dottorato di ricerca, DiSSE, Dipartimento di Scienze Sociali ed Economiche, Sapienza Università di Roma.

Partecipanti: Caterina Bianciardi, Salvatore Giuffrida, Antonietta Guerrieri, Mario Napoli, Davide Lombardi, Paolo Pedrazzoli, Davide Zanchi

Laboratorio 6.3 L'importanza del confronto tra attori diversi nel sistema del procurement (HTA e Health Economics)

Area 6 Competenze, motivazione e comunicazione interna nella tecnostruttura del Grande Ospedale

Focus sullo strumento HTA come approccio multidisciplinare fondamentale per implementare un confronto tra attori diversi, esperienza del PTV.

Obiettivo: sviluppare soluzioni per migliorare l'adozione di beni e servizi nel settore sanitario, garantendo efficacia clinica, economica e organizzativa nel dialogo partecipato tra gli attori coinvolti nei processi d'acquisto. Il laboratorio esplorerà come strumenti di HTA e Health Economics possano far parte della soluzione e rifletterà su approcci organizzativi per creare gruppi multiprofessionali sull'acquisto di beni e servizi per ottimizzare i processi decisionali e l'efficienza delle risorse e favorire la collaborazione e la condivisione di informazioni.

Scenario di riferimento

Il laboratorio è iniziato con la descrizione dello strumento HTA come approccio multidisciplinare utile per la valutazione dell'appropriatezza tecnologica ed efficacia economica in senso stretto. L'obiettivo è quello di valutare gli effetti reali e/o potenziali della tecnologia, sia a priori che durante l'intero ciclo di vita, nonché le conseguenze che l'introduzione o l'esclusione di un intervento ha per il sistema sanitario, l'economia e la società. L'HTA considera la tecnologia relativa tanto agli interventi terapeutici e riabilitativi quanto agli strumenti, alle apparecchiature, alle procedure mediche, chirurgiche e professionali, ai protocolli d'intervento e d'assistenza, alle applicazioni informatiche, e non ultimo ai sistemi organizzativi e gestionali.

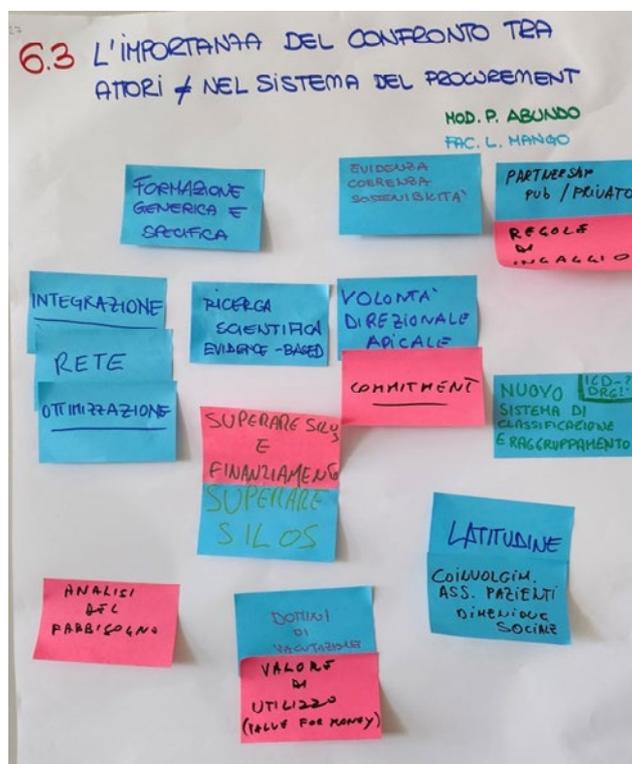
Sono state caratterizzate brevemente le sue origini, ripercorrendo tutte le tappe che hanno portato a definire l'HTA come oggi la conosciamo. Si è descritto il primo documento la "Carta di Trento" del 2006 (nel quale sono stati definiti i principi fondamentali dell'HTA), la nascita della SIHTA (Società Italiana di Health Technology Assessment), concludendo con la novità del Nuovo Regolamento HTA (Regolamento (UE) 2021/2282), che dal 1° gennaio 2025 diventerà operativo.

È stato descritto come l'ISS e Agenas sono i principali organi nel Nostro Paese con il ruolo di coordinare le attività di HTA e come quest'ultimi siano un riferimento in ambito Internazionale facendo parte dell'INAHTA, collaborando con Euroscan e partecipando al progetto EUnetHTA.

Dopo aver illustrato i vantaggi offerti da una valutazione HTA consistenti, ad esempio, in: *-Razionalizzazione delle spese sanitarie -Metodologia di analisi per la valutazione complessiva delle alternative disponibili in relazione ai bisogni -Scelte prese razionalmente sulla base della Evidence Based Medicine-Supporto al decisore come giustificazione delle scelte;* la presentazione si è focalizzata, sulle dimensioni dell'analisi valutativa, quale elemento fondamentale dell'analisi multidisciplinare affrontata dal gruppo di lavoro dell'HTA.

Si è evidenziato, inoltre, come il nuovo Regolamento di HTA parli di 9 dimensioni dell'analisi valutativa, altresì, come filo conduttore del laboratorio si è definita la centralità del metodo multidisciplinare e dell'importanza del creare gruppi multiprofessionali per avere una visione che ripercorra le diverse dimensioni.

La presentazione introduttiva nella sua completezza, ha mostrato un possibile orizzonte 1 del laboratorio (H1), con evidenti spunti di riflessione, non solo volti a stimolare la successiva discussione, ma anche per iniziare a raccogliere le prime *key words*, riportate sui primi *post-it*. Infatti, dallo scenario di riferimento presentato sono



stati evidenziati alcuni dei parametri fondamentali utili per la ricerca di soluzioni.

In conclusione, la presentazione si è concentrata nel porre delle esplicite domande: quali sono gli ostacoli che limitano l'efficienza dei gruppi di lavoro proiettati al procurement?; l'avanzamento tecnologico è utilizzato correttamente per migliorare anche la comunicazione?; etc.

Queste si sono rivelate utili per indurre i partecipanti a riflettere con una visione critica ma allo stesso tempo forte di positività anche in accordo con le competenze e le occupazioni specifiche di ognuno (v. elenco partecipanti). Infatti, sono state raccolte non solo le problematiche che si incontrano nella quotidianità, ma altrettante numerose sono risultate le proposte risolutive per ottimizzare i processi decisionali e l'efficienza delle risorse nell'ambito dei processi d'acquisto.

Come si evidenzia dal poster sono enfatizzate proposte e criticità relative alle caratteristiche delle fasi ritenute salienti per un processo di collaborazione (post.it celesti) che spaziano dalla formazione, alla integrazione in rete ottimizzata, alla certificazione della evidenza. Sono anche affrontati i temi della integrazione pubblico/privato, punto nodale del laboratorio, della differenza geografica, e non solo, delle varie realtà, nonché i problemi di direzione apicale, di valutazione e di classificazione (DRF-ICD).

Le azioni proposte e le azioni prioritarie

Nel dipanarsi della discussione, molto partecipata, molte sono state le proposte risolutive e ritenute più cogenti e necessarie al processo di confronto tra attori diversi nel procurement.

Da notare che le tematiche riportate su post.it fucsia sono quelle derivate dal secondo turno di discussione utile all'inserimento nel grafico delle priorità. Dal grafico a fianco si può notare come le possibilità di evoluzione dei processi innovativi considerati come orizzonte 1 siano tutti stati considerati di elevata importanza e utilità, anche se differenziati per possibilità attuative rispetto ai costi e/o alle difficoltà di attuazione. Tutte le azioni proposte, sono di seguito elencate secondo l'ordine di priorità e complessità/costi:



- **Volontà direzionale apicale (Commitment):** un miglioramento dei processi comporta non solo la necessità di passare attraverso le persone che vi operano, ma soprattutto è fondamentale che la direzione apicale sia volenterosa e propensa al cambiamento.
- **Coinvolgimento Assistenza pazienti dimensione sociale/Latitudine:** per poter ottenere risultati concreti è fondamentale proporre un sistema di coinvolgimento e di collaborazione oltre che, con gli operatori, anche includendo i pazienti, coinvolgendoli attivamente per tutto il lungo percorso di valutazione e monitoraggio delle performance.
- **Formazione generica e specifica:** valorizzazione delle competenze specifiche e investimento sulla formazione dei professionisti sia per quelle tematiche più specifiche alla ricerca e sia per una formazione generica sui nuovi processi.
- **Superare i SILOS:** serve un cambio di mentalità, che faccia comprendere come ragionare per Silos produce spreco di risorse, mentre presidiare tutto il processo ha una

ricaduta positiva sul paziente, sia perché riduce gli errori e sia perché valorizza le nuove tecnologie.

- **Integrazione/Rete/Ottimizzazione/Analisi del fabbisogno:** Digital Trasformation per introdurre i sistemi informatizzati utili per garantire un'Azienda interconnessa e sviluppare una comunicazione integrata, è importante che tutti i componenti del gruppo di lavoro possano comunicare rapidamente per evitare che gli aggiornamenti arrivino con ritardo.
- **Ricerca scientifica EVIDENCE BASED:** fondamentale cambiare i criteri per la valutazione delle ricerche in favore di un atteggiamento più "scettico" dal punto di vista clinico.
- **Evidenza, coerenza, sostenibilità:** fondamentale valutare investimenti tecnologici considerando la sostenibilità economica della spesa da parte dell'ufficio di approvvigionamento.
- **Partnership Pubblico/Privato (regole di ingaggio):** Il ricorso al PPP permette di implementare un dialogo

in modo più costruttivo con il mercato, stabilendo sinergie progettuali comuni per una politica di sviluppo economico e sociale. È necessario però che siano più chiare e stabilite le regole di ingaggio.

- **Domini di valutazione/valore di utilizzo (value for money):** la sfida oggi è massimizzare il cosiddetto “value for money”, ovvero il rapporto costo/efficacia, misurando anche l'efficienza e l'efficacia, orientandosi su acquisti dove il prezzo non è l'unico elemento discriminante.
- **Nuovo Sistema di classificazione e raggruppamento (ICD-DRG):** importante rivedere quei dispositivi ad altissimo costo che attualmente pesano negativamente sui bilanci dei GO poiché hanno costi che eccedono le tariffe DRG. Questo semplificherebbe anche il rimborso interregionale.

Considerazioni per la direzione strategica a cura del Management Advisor

Tutte le azioni di innovazione dei processi per potersi realizzare devono avere un forte supporto della Direzione Aziendale, la quale in primis deve credere nella necessità di rinnovamento del Sistema, supportando e motivando tutti i professionisti coinvolti nelle fasi del cambiamento.

L'innovazione investe sul cambiamento dei processi, passando attraverso l'analisi degli sprechi e l'uso consapevole delle risorse, affinché le stesse possano rendersi disponibili per l'acquisto di tecnologie avanzate e in linea più generale per la sostenibilità del cambiamento.

La garanzia quindi di un'elevata efficienza nella gestione dei beni è direttamente correlata al miglioramento dell'assistenza sanitaria, in termini di riduzione del rischio clinico ed aumento della qualità dei servizi e della cura. Da tempo in Azienda per la valutazione e l'acquisto dei beni sanitari si applica il “value for money”, orientandosi su acquisti dove il rapporto costo/efficacia è attentamente considerato grazie alle strategie di gara, nonché alla collaborazione multi professionale dei team di valutazione. La presenza nelle commissioni di più figure professionali e la loro sensibilizzazione alla partecipazione dei processi di acquisto è elemento fondamentale per la garanzia di poter disporre di beni efficaci, efficienti ma anche sostenibili economicamente, grazie alla messa in concorrenza delle Ditte Produttrici, mediante l'applicazione dei procedimenti di gara.

Al fine quindi di poter ottenere il massimo grado di efficienza nei processi di acquisto, sarebbe necessario implementare la formazione dei professionisti coinvolti, ivi compresi i clinici che devono poter disporre, oltre che alle proprie competenze in qualità di utilizzatori, anche di abilità legate alle strategie di acquisto.

La sensibilizzazione dei professionisti deve essere indirizzata anche al concetto di uso consapevole delle risorse (soprattutto i beni sanitari), con il supporto di monitoraggi dei consumi che evidenzino anche strategie di miglior costo-opportunità tra i beni a disposizione, finalizzati al recupero di risorse da reinvestire in innovazione tecnologica.

Un esempio che concretizza tutte le “azioni proposte” elencate e che è in fase di realizzazione nella nostra Azienda, è il Partenariato Pubblico Privato (“PPP”) relativo ad un Progetto di reingegnerizzazione dei processi e l'erogazione dei servizi per la gestione e tracciabilità dei dispositivi medici monouso e impiantabili (DM) con sistema a radiofrequenza (RfID). La scelta della formula espressa con un contratto di PPP, garantisce sia la possibilità di far sviluppare ad un'Azienda leader di settore un Progetto altamente complesso dal punto di vista tecnico ed economico, sia di impostare, con la declinazione di definiti “Key Performance Indicator - KPI”, i target di miglioramento incrementale di natura tecnica, organizzativa ed economica, a cui legare anche i pagamenti a carico dell'Azienda.

Il Progetto nasce dalla necessità di poter efficientare il processo di gestione delle scorte presso i magazzini centrali di Farmacia e nelle sale operatorie, con la consapevolezza che anche dalla qualità dei processi logistici ed amministrativi relativi ai DM, dipende il buon funzionamento di porzioni strategiche delle Aziende, come le sale operatorie o unità ad esse assimilabili, nonché la loro gestione efficace, economica ed efficiente. Una corretta gestione dei DM è direttamente correlata al miglioramento dell'assistenza sanitaria, in termini di riduzione del rischio clinico ed aumento della qualità dei servizi e della cura. In questo contesto, garantire il processo di rintracciabilità dei DM durante il loro intero “ciclo di vita” all'interno dell'Azienda, rappresenta un requisito imprescindibile e risulta strettamente legato alla necessità di attuare dei percorsi armonizzati e universali tra tutti gli attori che prendono parte alla loro governo. La gestione di questo “ultimo miglio” è di grande rilevanza perché è proprio al livello del punto d'utilizzo che si origina e si soddisfa la domanda di beni sanitari e il suo controllo diventa mezzo per ottenere benefici in termini di aumento della tracciabilità dei prodotti sanitari e di controllo sui flussi logistici e, di conseguenza, di riduzione dei consumi e degli sprechi, con il connesso miglioramento della qualità del servizio erogato.

La realizzazione del progetto pone le basi su un Sistema Digitale altamente tecnologico, dove tutte le componenti sono integrate in un'unica architettura che consenta il governo dell'intero processo senza soluzione di continuità e che risponde alle esigenze organizzative dell'Azienda. La componente digitale e tecnologica, quindi, svolge un ruolo fondamentale mediante la presenza di un applicativo di governo delle tecnologie e di interazione con i sistemi informativi clinici, gestionali ed amministrativi. Questo semplifica i processi attualmente in uso tramite l'utilizzo delle tecnologie affidando, ove necessario, alle integrazioni i dati raccolti per evitare attività ripetitive e dispendiose in termini di tempo (es. compilazione e trascrizione delle liste di approvvigionamento, carico/scarico del materiale sui magazzini di reparto, allocazione dei costi, richieste di reintegro del materiale in Conto Deposito, ecc.). Il Sistema ideato riduce al minimo il lavoro manuale degli operatori sanitari semplificando i processi di monitoraggio e tracciamento dei DM durante le fasi del "ciclo di vita" dei DM stessi in ambito ospedaliero (approvvigionamento, accettazione, distribuzione, stoccaggio, utilizzo finale o smaltimento). Ciò include la creazione di flussi di lavoro intuitivi e facili da eseguire per gli operatori sanitari coinvolti.

La realizzazione del progetto trova piena applicazione nel principio di trasversalità, grazie alla necessaria interconnessione dei vari compartimenti (SILOS) coinvolti, con una visione a 360° di tutto il ciclo produttivo superando le barriere di sistema.

Per concludere, di seguito alcuni spunti di riflessione ed ambiti in cui impostare priorità di azione

- HTA e intelligenza artificiale: considerare i diversi ambiti applicativi dell'IA sia dal punto di vista clinico (diagnostica, riabilitazione, telemedicina, chirurgia robotica), gestionale (ottimizzazione dei percorsi dei pazienti, gestione di aree critiche, etc) valutandone impatto economico per un'analisi di coerenza (anche sotto il profilo etico), di efficacia e di sostenibilità
- Progetti di partnership pubblico/privato che permettano di utilizzare il contesto e le conoscenze dei ricercatori IRCCS, per realizzare prodotti di interesse per il mercato commerciale (ad esempio stampa 3d per protesi impiantabili custom-made, ma anche strumenti chirurgici innovativi o personalizzati);
- Chirurgia robotica e value for money: affrontare e governare l'innovazione delle tecnologie ad alto costo attraverso progetti in rete che prevedano modalità di acquisto non solo basate su razionalizzazioni derivanti da economia di scala, ma anche forme innovative che prevedano riconoscimento di bonus/malus valutati da equipe indipendenti sulla base dei target garantiti (es durata degenza, numero complicanze, eventi avversi).

Hanno partecipato

Moderatore: Paolo Abundo, Dirigente Ingegnere Biomedico, Policlinico Tor Vergata, Roma

Management Advisor: Paolo Bordon, Direttore Generale, Azienda USL di Bologna

Facilitatore: Lucio Mango, Direttore Master di II livello "Management sanitario e direzione di struttura complessa"; Direttore Master di I livello "Metodologie tutoriali e di insegnamento clinico" Università UNINT Roma; ASQUAS – Associazione Italiana per la Qualità della Assistenza Sanitaria e Sociale

Partecipanti: Mario Calandriello, Alessandra Candreva, Carla Ciciarelli, Paola Colombo, Giovanni D'Incecco Bayard De Volo, Matthew Joseph Diliberto, Giovanni Melina, Arnaldo Pezzola, Enrico Silvetti, Fabio Sorrenti, Alessandra Varese

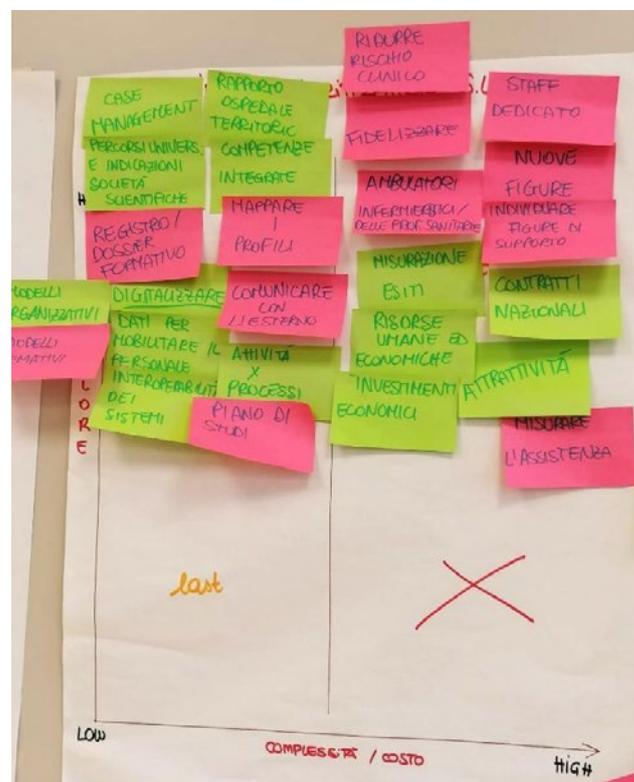
Digitalizzazione

Di fondamentale importanza ed utilità è la proposta di mappare i profili formativi e di competenze dello staff delle professioni sanitarie al fine di poter individuare le figure più appropriate per svolgere specifici ruoli. In quest'ottica si suggerisce la creazione di un registro/dossier interno all'azienda che raccolga la formazione ricevuta e le competenze avanzate acquisite da ciascun dipendente ed un sistema informatizzato di valutazione delle stesse.

Al termine del laboratorio molti sono stati gli spunti di riflessione accolti ed i partecipanti sono stati produttivi in un clima di grande partecipazione e scambio di opinioni.

Considerazioni per la direzione strategica a cura del Management Advisor

Nell'ambito della programmazione della formazione permanente Aziendale è di prioritaria importanza la crescita e lo sviluppo di dossier formativi trasversali che puntino soprattutto su modalità blended ed orientati ad affrontare il tema della valutazione dei bisogni e presa in carico multidisciplinare e multiprofessionale (team cure intermedie ad esempio) della cronicità in quanto elemento prioritario per le Aziende sanitarie ma anche perché sono temi che rappresentano driver per lo sviluppo sia delle professioni sanitarie che degli esercizi di integrazione orizzontale.



La valorizzazione del capitale intellettuale e delle competenze deve essere realizzata a livello Aziendale partendo da un censimento delle competenze avanzate dei professionisti del comparto sviluppato nel dettaglio e attraverso un obiettivo di mappatura in ogni area professionale. Solo successivamente la ripresa di tutti i contenuti delle mappe può essere incrociata con il censimento aziendale degli assetti di dotazione del personale per effettuare una riflessione su inserimento, formazione e valorizzazione dei professionisti sanitari.

In tema di sviluppo delle competenze una partnership con gli ordini professionali rappresenta un aspetto di rilievo anche nell'ambito della formazione del management intermedio sia per l'ambito ospedaliero che territoriale.

Hanno partecipato

Moderatori: Alessandro Sili, Direttore UOC Professioni Infermieristiche, Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata, Roma & Paolo Casalino, Responsabile UOSD Direzione Tecnica, Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata, Roma

Management Advisor: Paolo Bordon, Direttore Generale, Azienda USL di Bologna

Facilitatore: Lucia Filomeno, PhD Student in Scienze Infermieristiche e Sanità Pubblica, ASIQUAS – Associazione Italiana per la Qualità della Assistenza Sanitaria e Sociale

Partecipanti: Erika Baccarani, Alessandro Carrus, Fabio Conti, Sofia Di Mario, Roberto Ferri, Sabrina Gazzetti, Simona Loppi, Fabio Marcuccilli, Dorotea Mirizzi, Carmen Nuzzo, Sabrina Ramini, Andrea Scoccia

Area 7. **Le politiche del
Grande Ospedale per la
medicina di genere e la
riduzione del gender gap**

genere innanzitutto della formazione del personale sanitario, con l'impegno dunque delle facoltà di medicina e chirurgia e di tutte le facoltà che riguardano le professioni sanitarie.

Organizzazione

Per rendere più concreto il cambiamento organizzativo delle organizzazioni sanitarie verso la medicina di genere, è stato giudicato prioritario diffondere il bilancio di genere delle organizzazioni, strumento di misura e di governo del valore delle aziende ancora troppo poco utilizzato, in modo da favorire la valutazione di genere per il management sanitario.

La capacità di networking, in coerenza con l'importanza riconosciuta ai partenariati, è ritenuto essere un ulteriore criterio per la valutazione dei dirigenti che potrebbe influire sulla medicina personalizzata nei generi.

Un ulteriore vettore del rafforzamento della dimensione organizzativa è individuato nella diffusione e effettiva valorizzazione della figura del *gender manager*, per la quale già esistono percorsi formativi ad hoc.

Percorsi di cura

Per perfezionare in modo più uniforme l'offerta dei percorsi clinici in ottica di genere ritrarre gli standard di riferimento AGENAS.

Le azioni sono legate ad una rivisitazione strategica delle opportunità terapeutiche di genere orientate con la valorizzazione e l'implementazione di percorsi di cura che tengano in considerazione le differenze. Per esempio in relazione all'infarto studiare percorsi che abbiano ben presente la diversa sintomatologia e la diversa risposta alle terapie.

Hanno partecipato

Moderatrici: Paola Rogliani, Professore Ordinario Malattie apparato respiratorio, Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata, Roma; Donatella Caserta, Direttore DAI Scienze Ostetriche Ginecologiche e Pediatriche, Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea, Roma e Ordinario di Ginecologia e Ostetricia, Sapienza Università di Roma

Management Advisor: Monica Calamai, Direttrice Generale Azienda Usl di Ferrara e Commissaria Straordinaria Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara

Facilitatore: Piero Valentini, Ricercatore DiSSE – Dipartimento di Scienze Sociali ed Economiche, Università Sapienza, Roma

Partecipanti: Marta Allena, Mario Braga, Luca Deiana, Luca Fabris, Roberta Vasques

Laboratorio 7.2 Risposte organizzative, strutturali e competenze nella tutela e cura dei generi

Area Le politiche del Grande Ospedale per la medicina di genere e la riduzione del gender gap

Focus su Risposte organizzative, strutturali e competenze nella tutela e cura dei generi

Obiettivo strategico Sviluppare risposte organizzative, strutturali e competenze specifiche per la tutela e cura dei generi, promuovendo la formazione e la sensibilizzazione del personale sanitario sulle differenze di genere e creando sinergie tra ospedali, aziende sanitarie e partner industriali per favorire l'adozione di pratiche e soluzioni innovative in questo ambito

Scenario di riferimento

Lo scenario su cui si intende intervenire è quello che vede una disuguaglianza di genere nelle opportunità di accesso alle cure.

Tra i fattori che incidono su questo scenario, oltre a quelli ben noti collegati alla dimensione economica e sociale e alle trasformazioni che avvengono al suo interno, sono stati sottolineati quelli culturali.

È stato sottolineato come a seconda dei contesti di provenienza alcuni gruppi di donne hanno un diverso rapporto con i comportamenti di prevenzione e con il personale medico di genere misto. Questo può condurre a una minore propensione a farsi prendere in carico dal sistema che mette in campo l'offerta di percorsi sanitari.

Tuttavia rispetto ai fattori culturali è stato sottolineato come ad incidere in modo trasversale (per contesti di provenienza e per classi età) nell'accesso alle cure è la mancata conoscenza dell'incidenza delle patologie per genere nelle diverse fasi della vita e come tale incidenza muta in relazione anche al cambiamento degli stili di vita. Su questo fronte è stato sottolineato come anche le generazioni più giovani, nonostante un approccio almeno all'apparenza meno preda di stereotipi di genere, non conoscano a sufficienza le condizioni che influenzano per genere la salute della popolazione.

Tra gli esempi di sottovalutazione patologie che si presentano diffuse per genere in modo nuovo sono state citate in particolare le patologie cardiologiche (le malattie cardiovascolari uccidono ogni anno più donne che uomini, con una forte crescita di infarti femminili negli ultimi anni).

In un contesto socio-economico e culturale che non sostiene la genitorialità e che tende a rimandarla, sono ritenute poco diffuse le conoscenze riguardo a:

- diminuzione della fertilità in relazione all'invecchiamento;
- rapporto emergente tra fecondazione assistita e depressione;
- importanza ormai riconosciuta alle epoche prenatali e perinatali per la salute del nascituro.

Tuttavia, oltre ai fattori di criticità relativi all'utenza, sono stati discussi i fattori che mettono in discussione il tipo di offerta sanitaria.

L'efficacia delle cure è diminuita da:

- una insufficiente personalizzazione dei percorsi per genere in relazione alle diverse sintomatologie,
- una comunicazione all'utenza che non sembra essere tarata per genere.

In questo caso il termine "comunicazione" è inteso in senso ampio, dunque non ci si riferisce solo ai materiali informativi cartacei o telematici, ma anche al modo in cui gli operatori/operatrici interagiscono con l'utenza e alla configurazione fisica dei centri che offrono il servizio. Tra gli esempi di comunicazione che può inibire o allontanare l'utenza è stata sottolineata in particolare la comunicazione che in maternità stigmatizza comporta-



menti e atteggiamenti non giudicati da “buona madre”.

In base alle esperienze delle professioniste partecipanti all’incontro sono state citate diverse pratiche che sembrano consentire di apprezzare una certa efficacia rispetto alle criticità menzionate. Tra queste sembrano particolarmente importanti le seguenti:

- il perfezionamento dell’analisi dei bisogni e delle caratteristiche di diversi sotto-segmenti di utenza per definirne le specifiche difficoltà di inclusione e presa in carico.

Tale perfezionamento dell’analisi dei bisogni è possibile quando si presentano due condizioni organizzative



a) dentro l’organizzazione sanitaria è diffusa una riorganizzazione in team che comprendono diversi specialisti;

b) l’organizzazione sanitaria ha sviluppato e rafforzato il rapporto con l’esterno attraverso la costituzione di partenariati con associazioni e con servizi degli enti locali. Rispetto a questo ultimo punto è stato sottolineato che per certi versi l’integrazione sociosanitaria può essere più facile nei piccoli centri, per via della maggiore prossimità dei diversi attori.

A sua volta, la comunicazione tra i diversi attori interni ed esterni permette di definire in modo più rapido le criticità e di mettere a punto in modo partecipato risposte a rete che consentono “di arrivare a casa” dei soggetti più difficili da raggiungere.

In altri ambiti il rapporto con le associazioni consente di mettere in campo attività di comunicazione ad hoc (è stata citata l’esperienza del progetto di alfabetizzazione sanitaria “Donne che sanno” o le esperienze di Federasma) e pratiche che rafforzano l’efficacia dell’offerta (ad esempio la “stanza nido per tre” nei reparti maternità).

Le azioni proposte e le azioni prioritarie

Lo scenario auspicato si caratterizza è quasi speculare al quadro delle criticità che secondo le partecipanti attraversano lo scenario presente.

I tratti del contesto auspicato sono i seguenti:

- Un contesto socio-economico più efficace nel sostegno alla genitorialità.
- Il sistema sanitario grazie a una medicina di precisione è in grado di prendersi “cura della persona, non dell’organo”
- Le persone scelgono i propri comportamenti accettando la propria biologia, o quanto meno essendone consapevoli grazie a una maggiore efficacia della comunicazione dell’incidenza delle patologie secondo quanto emerge dalla ricerca.

A favorire questo scenario è infatti ritenuta determinante la capacità del sistema sanitario di comunicare più efficacemente in termini di genere sia i rischi che emergono dalla ricerca clinica che le risposte messe in campo.

In questo scenario auspicato, nel sistema sanitario si è compiuto un cambiamento complessivo rispetto alla cultura di genere, che è percepibile anche a partire da un riadeguamento della terminologia usata (ad es. “non più maternità ma genitorialità”).

Per favorire tale cambiamento sembrano centrali:

- una presenza maggiore delle donne nei posti chiave – dalla maggiore vicinanza ai bisogni femminili dovrebbe derivare una rimodulazione delle risposte;
- la formazione di genere degli operatori e operatrici da parte delle Facoltà di Medicina,
- efficaci campagne di informazione al pubblico (come



esempio di campagna efficace, capace di entrare nell'immaginario della popolazione, è stato citato il caso della campagna di prevenzione contro l'AIDS commissionata dal Ministero della Sanità nel 1990).

Proprio alle CAMPAGNE DI INFORMAZIONE, ricorrenti e strutturate, viene assegnata la priorità tra le azioni che appaiono più importanti e fattibili fin dal breve periodo per ridurre la distanza con lo scenario auspicato.

L'azione decisiva per rafforzare l'efficacia della comunicazione è riguarda lo sforzo di coinvolgere maggiormente le associazioni che rappresentano e conoscono bisogni, difficoltà e linguaggi dei segmenti d'utenza da raggiungere. Questo rafforzamento dell'analisi dei bisogni potrebbe consentire:

- il miglioramento delle campagne di informazione in termini di comprensibilità delle informazioni e dei canali per il raggiungimento effettivo dei target. Ciò contribuirebbe dunque all'aumento della consapevolezza di fasce d'utenza attualmente a rischio esclusione;
- il miglioramento della comunicazione medico-paziente e la riduzione di fattori stigmatizzanti nei percorsi di cura. Il terreno su cui è considerato prioritario pervenire a una migliore comunicazione e configurazione del servizio è quello del supporto alla gravidanza, al parto e al post-parto.

Hanno partecipato

Moderatore: Barbara Martini, Delegata del Rettore alle Pari Opportunità e all'Inclusione, Università degli Studi di Roma Tor Vergata

Management Advisor: Monica Calamai, Direttore Generale Ausl di Ferrara e Commissario Straordinario Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara

Facilitatore: Piero Valentini, Ricercatore DiSSE – Dipartimento di Scienze Sociali ed Economiche, Università Sapienza, Roma

Partecipanti: Celeste Condorelli, Sabrina Pulvirenti

Laboratorio 7.3 Quali proposte organizzative per la riduzione del gender gap

Area Le politiche del grande ospedale per la medicina di genere e la riduzione del gender gap

Focus su «Le politiche del grande ospedale per la medicina di genere e la riduzione del gender gap: il diavolo veste Prada e vende stereotipi»

Obiettivo: Identificare e implementare proposte organizzative volte a ridurre il gender gap all'interno dei grandi ospedali e nel settore sanitario in generale, promuovendo la collaborazione tra ospedali, aziende sanitarie e partner industriali per sviluppare strategie condivise che favoriscano l'uguaglianza di genere e la valorizzazione delle diversità in ambito lavorativo e assistenziale.

Scenario di riferimento

Quali sono le principali sfide che gli ospedali affrontano per ridurre le differenze di genere all'interno della propria struttura organizzativa? Quali sono le esperienze virtuose in termini di partecipazione delle donne ai ruoli apicali/processi decisionali, attenzione alla cd. "alleanza terapeutica", attenzione al controllo dei comportamenti molesti?

Queste sono solo alcune delle domande che hanno orientato la prima parte del laboratorio relativo alle politiche di riduzione del gender gap all'interno delle strutture ospedaliere, funzionale ad individuare i principali aspetti di criticità e, soprattutto, le *best practices* riferite al tema in questione.

Dopo un'introduzione al focus del Laboratorio da parte della moderatrice Dott.ssa **Daniela Alampi**, Ricercatrice in Anestesia e Rianimazione presso la Sapienza Università di Roma e Presidente del CUG

dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Sant'Andrea, seguita da una breve discussione sui fattori che ancora oggi ostacolano la riduzione delle barriere di genere nelle strutture ospedaliere, sono stati individuati i seguenti elementi d'organizzazione e pratiche positivi:

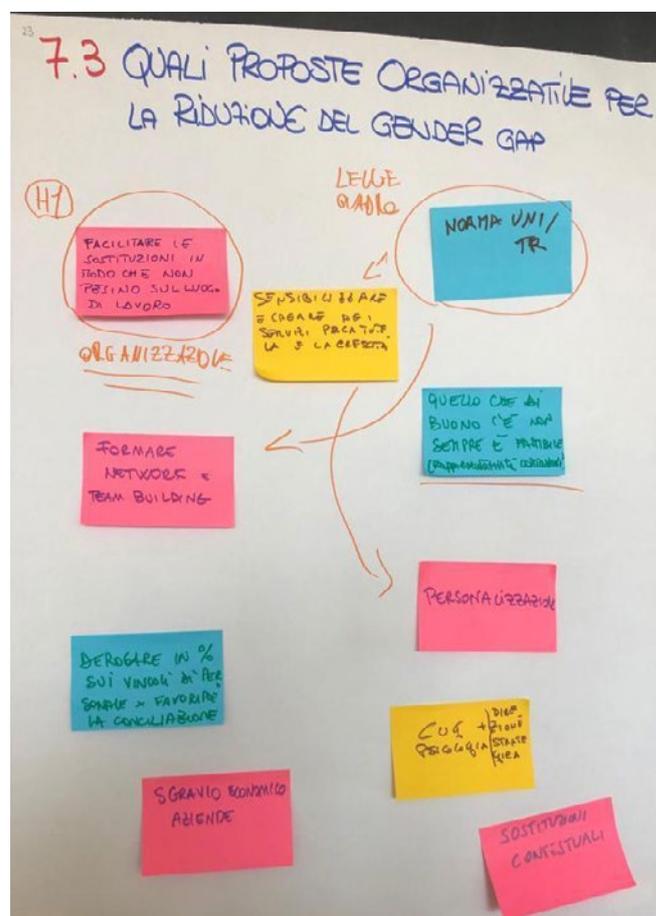
- Percorso antiviolenza;
- CUG e sportello di ascolto;
- Ospedale aperto;
- Norma UNI/TR;
- Questionario benessere organizzativo

Le azioni proposte e le azioni prioritarie

In questa fase del Laboratorio si è proceduto distinguendo gli elementi individuati nella prima fase in tre macro-dimensioni, tra loro interrelate, all'interno delle quali intervenire per ridurre le differenze di genere nelle strutture ospedaliere. Inoltre, si è seguito lo schema dell'*idea prioritization* per dare priorità alle pratiche immediatamente potenziabili in quest'ottica.

Tre dimensioni:

- Dimensione organizzativa: barriere determinate sia dalle lungaggini burocratiche che da una scarsa attenzione ai tempi di conciliazione vita/lavoro per le donne; l'attuazione di un percorso antiviolenza per tutte le vittime di maltrattamenti; la presenza di un CUG attivo e performante.
- Dimensione comunicativa, relativa alle modalità di scambio con attori non istituzionali e agli strumenti di comunicazione formale intra ed extra ospedaliera; la creazione di uno sportello di ascolto; la somministrazione di questionari relativi al benessere organizzativo per comprendere le necessità e i bisogni del personale.



Area 8. **Area OPEN LAB**

Laboratorio 8.1 Trapianti

Area Open Lab

Focus su Trapianti

Obiettivo strategico Migliorare l'efficienza e l'efficacia del processo di trapianto, con particolare attenzione alle fasi post-trapianto, al controllo dell'intero processo e alla prevenzione e gestione delle infezioni post-trapianto. Indagare sulla possibilità di stabilire collaborazioni e condivisioni di esperienze e best practice tra i grandi ospedali, le aziende sanitarie e i partner industriali, focalizzandosi su protocolli di monitoraggio, diagnosi e trattamento delle infezioni post-trapianto.

Scenario di riferimento

L'incontro ha avuto avvio partendo dall'assunto generale: è necessario connettere trapianti e grandi ospedali perché i trapianti possono essere fatti solo in grandi ospedali.

Le principali problematiche attuali (**orizzonte H1**) presentate dal moderatore, Prof. Tisone, sono le seguenti tre:

- **Scarsità degli organi**
- **La specificità del settore** – il trapiantologo, che unisce una serie di competenze, rimane un'attività molto impegnativa. Serve pertanto formare personale dedicato, per rispondere al bisogno di cambio generazionale
- **Gestione del post trapianto** – in periodi precedenti si facevano pochi trapianti e la gestione era totalmente svolta dal centro trapianti. I numeri dei trapianti sono attualmente aumentati esponenzialmente ed è difficile gestire il follow up. È fondamentale formare il personale territoriale per creare expertise in grado di gestire il follow up nel lungo periodo.

Sul punto 1 – l'Italia ha migliorato negli anni la propria situazione ma, ciò nonostante, si riesce a trapiantare 1/3 dei pazienti in lista d'attesa. Spesso si assiste al drop out dovuto a morte del paziente o avanzamento malattia. Il profilo del donatore è sempre più problematico e marginale, con un'età media superiore ai 60 anni, apportando maggiori rischi sia ai professionisti che ai pazienti stessi.

Esiste una nuova tecnica chiamata Machine perfusion (sia per fegato che per rene), che probabilmente verrà utilizzata nel futuro per il prelievo di tutti gli organi. L'uso di questa tecnica è un tema che tutti i grandi ospedali devono affrontare perché prevede un costo aggiuntivo, e bisognerebbe prevedere un drg specifico. Sono quindi dei *costi* da affrontare, a fronte di un *miglioramento di risultati*, che necessita di un'analisi costi-benefici.

Il Trapianto da vivente, è una risorsa che l'Italia non ha sfruttato bene come fanno altri paesi.

In paesi del nord Europa e nord America il 50% avviene così da noi solo il 16%, bisogna colmare il gap ed ampliare questa pratica anche per il fegato, anche se nel pediatrico viene fatto già. Inoltre, sul trapianto da vivente bisogna lavorare molto sull'informazione dei familiari dei possibili donatori.

Il futuro: potrebbe essere rappresentato da un lavoro cinese in cui hanno fatto ischemia 0, il donatore viene perfuso al momento del prelievo e costantemente fino al trapianto.

L'avvio della discussione sull'**orizzonte H2**, ha preso spunto dal tema della scarsità degli organi, si è concordato che in Italia non abbiamo raggiunto una percentuale di donazione ottimale.

La donazione, infatti, non è considerata ancora un "obbligo" ma è vista come una sofferenza organizzativa dalle strutture. Uno degli obiettivi del SSN dovrebbe essere quello di



Incrementare le donazioni legandole alle performance dei Direttori Generali. Questa potrebbe essere la possibile soluzione per incrementare il numero di donazioni, estraendo dall'ospedale tutti i possibili donatori.

Ciò è avvenuto in Lombardia, in cui è stato legato agli obiettivi del Direttore Generale il percorso di donazione e dei trapianti, portando il direttore generale a vigilare sui risultati di quest'area.

La **cultura della donazione** è importante in questo senso.

In Italia è in vigore una legge del 93 secondo la quale dopo la morte cerebrale il corpo diventa un bene della comunità, a tutti viene chiesto se favorevoli o contrari al trapianto nel corso della vita, e quindi non deve essere chiesta l'autorizzazione. Seconda la stessa legge quindi il cittadino viene informato sulla possibilità di dare l'assenso nel corso della vita, ma molto spesso questo non accade.

Bisogna pertanto migliorare la comunicazione ai cittadini sul tema delle donazioni.

Esiste inoltre una disparità a livello nazionale per quanto riguarda le donazioni, tra sud e nord. Ogni ospedale dovrebbe avere personale dedicato a questo ruolo, ma è una regola non recepita da tutti gli ospedali.



Dovremmo riuscire ad uniformare l'ospedale per aumentare la disponibilità di organi.

La **formazione** dei professionisti sanitari è fondamentale, bisogna prevederla nel percorso universitario, perché al momento questo non avviene.

La formazione deve essere trasferita in operatività, ogni ospedale con terapia intensiva deve avere l'obiettivo di completare il percorso formativo permettendo ai propri specializzandi di approfondire la trapiantologia.

Il problema risiede nei costi-benefici: quella dedicata ai trapianti è una popolazione piccola, mentre è un settore che in termini di costo richiede molte energie. Oggi il giovane medico difficilmente si appassiona alla trapiantologia per il lungo percorso di formazione e di pratica necessaria. L'interesse clinico deve essere curato in questo senso.

In questo senso potrebbe essere utile inserire il trapianto in percorsi di **fellowships** all'estero per gli interessati, successivi alla specializzazione. C'è già la richiesta di creare delle fellowships, il problema è reperire le risorse economiche per retribuire un personale ultra specializzato. È un argomento al tavolo istituzionale, ma ancora non ci sono state risposte efficaci.

Per reperire giovani chirurghi, il lavoro deve essere attrattivo, pertanto non può essere troppo focalizzato. Per esempio, in alcune realtà straniere sono state divise le discipline per settori. Ci sono dei chirurghi assunti per fare solo il prelievo degli organi in Inghilterra. Ma un chirurgo deve essere stimolato a fare altro. Tutti i centri della regione Lazio fanno contemporaneamente fegato rene e pancreas, avendo un numero totale annuo cospicuo. A Firenze al Careggi fanno solo trapianti di rene.

Bisognerebbe trovare una giusta via di mezzo per incentivare maggiormente i giovani ad iniziare questa carriera.

I costi benefici dovrebbero essere rappresentati legandoli anche al controllo di qualità: se non si propone la donazione da vivente, è necessario sapere che il costo di dialisi annua è di 50.000,00 euro per l'ospedale. Quindi non è solo un compito del Direttore Generale, ma anche le altre funzioni devono responsabilizzarsi su questo tema anche se, spesso gli operatori sanitari riescono ad incidere poco sul numero di donazioni, che dovrebbe

essere gestito ad un livello più alto.

Ci vuole **innovazione tecnologica e culturale anche nell'ospedale**: il trapianto è una terapia, l'informativa da far passare è questa. Formiamo con una percezione che sia diverso.

In Italia, il problema generale è legato alla mancanza di controllo: anche se esiste una regola, nessuno controlla che venga controllata. Se una rianimazione è meritevole perché produce un numero di donatori adeguato, non viene riconosciuto. I coordinamenti regionali stanno iniziando ma c'è ancora molto da fare.

Il meccanismo per essere virtuoso deve essere legato al controllo.

Il contatto con il territorio è importante perché il trapiantato è un paziente cronico; quindi, se manca il rapporto con il territorio non può esserci un efficiente follow up del paziente.

Esistono infatti due tipologie di pazienti trapiantati: paziente che sta bene, tipo pazienti trapiantati da molti anni, che non hanno bisogno di referti in tempi brevi, e un tipo di paziente più problematico che ha bisogno di maggiore presenza.

La gestione di entrambi nell'ospedale comporta un eccessivo lavoro ed uno spreco di risorse.

Se il territorio migliora, anche con l'aiuto della tecnologia nel follow up del paziente (telemedicina), si risolverebbe l'ingolfamento di molti ospedali.

La ricerca preclinica potrebbe aiutare nella prevenzione e nella cura di patologie rare, ma in Italia non c'è molto perché manca la concezione di quanto l'università sia importante investire in progetti di ricerca. Spesso la ricerca è stata affrontata dalle case farmaceutiche, invece che alle università e dai centri di ricerca. Al momento è impossibile cercare di fare quel tipo di ricerca con le risorse disponibili.

La soluzione potrebbe essere dare alle Università la possibilità di rivendere i propri prodotti di ricerca, e quindi di ricavarne un profitto, come succede negli Stati Uniti.

Il punto fondamentale è che le **attività trapiantologiche non hanno risorse adeguate**.

Il mondo trapiantologico è partito negli anni 80 come un corpo estraneo dell'ospedale, rispetto alla routine esistente fino a quel momento. Tutto questo non ha avuto un contraccambio di aumento di risorse adeguate, tuttora il personale si sposta in tutta Italia per effettuare i trapianti.

Tutto questo, corrisponde ad un'esigenza **di politica sanitaria**, che deve essere presa in considerazione dalle istituzioni.

È necessario migliorare la capacità dell'ospedale di portare al mondo politico che gestisce questi problemi gli aspetti che abbiamo rappresentato oggi.

Aumentare il numero di trapianti da viventi, a seconda della tipologia di organo, può dipendere anche dal professionista sanitario. Per esempio, per il rene, chi dovrebbe supportare l'implementazione è il nefrologo che segue il paziente. Il nefrologo, infatti, dovrebbe considerare il trapianto come terapia per il paziente, appena si rende conto che quest'ultimo dovrà essere messo in dialisi.

Inizialmente, il paziente che scopre di dover fare la dialisi sente la tensione, ma spesso quando la inizia si adatta, e il problema del trapianto si affievolisce. In questo senso, dovrebbe essere già il nefrologo a proporre subito il trapianto prima di iniziare la dialisi, perché comporterebbe dei risultati migliori. E' il motivo per cui nella maggior parte dei paesi stranieri i trapianti sono fatti per la maggior parte da viventi.

L'obiettivo dovrebbe essere: **passare dal 16% al 30-40% del trapianto da vivente**.

Sulle **liste di attesa** esiste un controllo accurato, sono molto trasparenti e non vengono gestite dagli ospedali, ma l'allocazione dell'organo viene fatto dal centro regionale con specifici criteri.

Oggi il sistema è assolutamente trasparente e non si può aggirare.

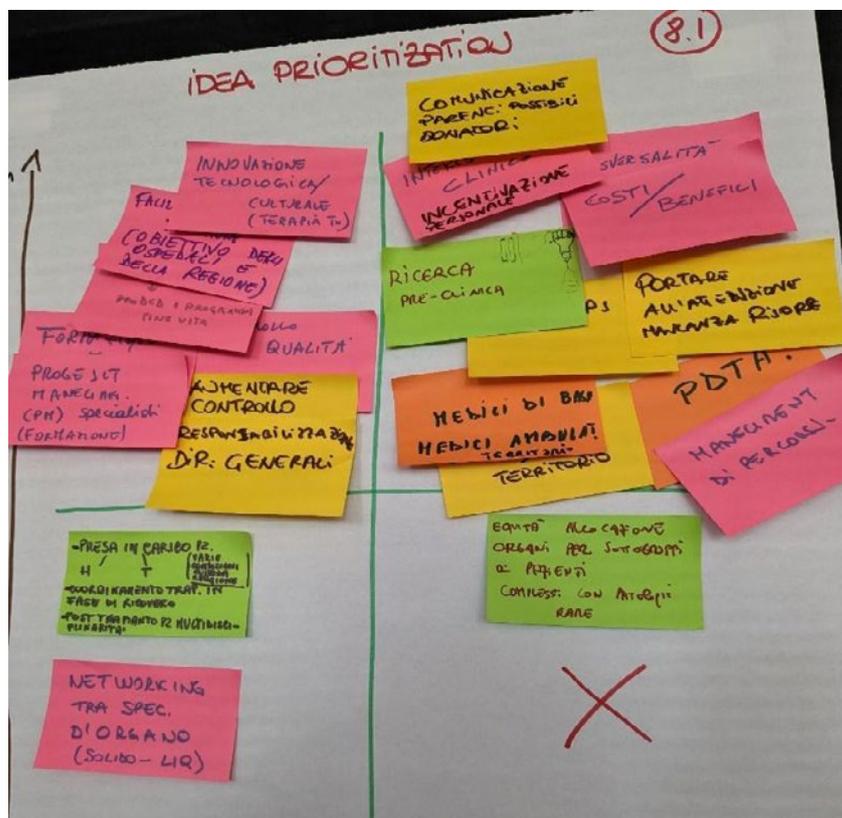
In Italia a seconda del tipo di organo c'è una diversa attesa, per esempio 3,2 anni per il rene. Il tempo è meno per il fegato, per il cuore è marginale, perché ci sono numeri piccoli. Nei numeri piccoli esistono delle liste nazionali.

Inoltre, esiste una differenza fra regioni che hanno più centri trapianti, e quelle che hanno un centro solo. Per quelle con più centri il sistema diventa competitivo ed il trapianto viene assegnato a chi sta peggio; quindi, la difficoltà è maggiore rispetto alle regioni con un centro solo per le quali la scelta è più semplice.

Le azioni proposte e le azioni prioritarie

Di seguito i principali punti emersi per l'**orizzonte H3**:

- **Aumentare la donazione:** è il punto focale su cui si è concordato sia necessario agire a stretto giro partendo dall'effettiva applicazione dell'Accordo stato ragione per la donazione, migliorandone la fattibilità, ed aumentando il riconoscimento del valore della donazione. Questa azione è fattibile attraverso l'aumento di comunicazione e formazione sull'importanza della donazione (considerata non più come un atto volontaristico, ma come un dovere ed una terapia per il paziente) sia per il personale sanitario che per i cittadini, ad opera della Direzione Sanitaria e delle istituzioni;
- La presa in carico del paziente, ed in particolare il follow up del trapiantato, deve essere portata avanti **attraverso l'integrazione ospedale-territorio**, attualmente ci sono degli strumenti messi in atto ma sarebbe rilevante aumentare l'apporto tecnologico delle strutture territoriali. Questa azione è più complessa e meno realizzabile nel breve periodo, oltretutto richiede un grosso apporto di risorse;
- **Aumentare il controllo della qualità** è alla base di tutto, ed è l'elemento che ci farà cambiare a livello di sistema. Produrre i controlli mirati, sia a livello aziendale che regionale non sono facili, ma l'incremento del controllo è fattibile nel futuro. Una soluzione concreta potrebbe essere **responsabilizzare maggiormente i Direttori Generali**, inserendo i trapianti nei loro obiettivi aziendali;
- **La formazione del personale sanitario** è un altro elemento fondamentale su cui lavorare per aumentare le risorse dedicate a questo settore. Già a livello universitario deve essere incrementata la possibilità di formare adeguatamente i futuri trapiantologi. Questa azione è sicuramente fattibile nel breve periodo con il supporto delle istituzioni, mentre realizzare delle fellowship specifiche per questo ruolo risulta più complesso a causa della mancanza di fondi.
- Nell'ambito della formazione potrebbe essere inoltre utile **aumentare il networking tra specialisti d'organo**, anche se di difficile realizzazione.



La considerazione conclusiva generale riguarda la necessità e la possibilità effettiva di portare a conoscenza del mondo politico/istituzionale **la mancanza di risorse dedicate al mondo dei trapianti**, che essendo un settore piuttosto piccolo si trova a dover competere con altre priorità sanitarie con una rilevanza sociale e mediatica maggiore.

Hanno partecipato

Moderatore: Giuseppe Tisone, Professore Ordinario di Chirurgia Generale, Università di Roma Tor Vergata

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

Facilitatore: Federica Vitello, Project Manager, AGENAS

Partecipanti: Salvatore Agnes, Marilù Bartiromo, Isabella Cascioli, Valeriana Giuseppina Colombo, Mariano Fecchia, Iris Ivana Fontana, Maurizio Gradassi, Andrea Lauterio, Anna Michelotti, Nicola Pradegan, Marco Schiavon, Marinella Zanierato

Laboratorio 8.2 Oftalmologia

Area Open Lab

Focus su Maculopatie

Obiettivo strategico Sviluppare l'eccellenza dell'oftalmologia di un grande ospedale proponendo soluzioni che permettano la governance dell'intero processo di cura del paziente in tutte le sue fasi: pre-trattamento, trattamento e post-trattamento, prendendo come esempio concreto su cui ragionare, la gestione delle maculopatie. L'obiettivo è garantire una assistenza oftalmologica di alta qualità che tenga in considerazione non solo l'intervento terapeutico, ma anche il monitoraggio dell'aderenza alla terapia e dei controlli successivi. Il Laboratorio - Design Thinking potrà ragionare su come stabilire sinergie tra ospedali, aziende sanitarie e partner industriali, al fine di condividere conoscenze, modelli organizzativi, risorse e tecnologie innovative. Una collaborazione che consente di offrire un servizio oftalmologico all'avanguardia e di elevata qualità ai pazienti, migliorando la loro qualità della vita e garantendo un'assistenza efficiente e personalizzata lungo tutto il percorso di cura

Scenario di riferimento

La discussione del laboratorio 8.2 è stata avviata a seguito degli interventi del dott. Massimo Nicolò, del Prof. Gianluca Scuderi e del moderatore Prof. Stanislao Rizzo, prendendo particolare spunto dallo studio Altems presentato dal Dott. Michele Basile.

Le premesse discusse inizialmente sullo stato attuale (**orizzonte H1**) sono state le seguenti:

L'area terapeutica legata alla maculopatia ha risentito nel corso degli anni di diverse problematiche dovute al *mancato turnover dei professionisti sanitari, dall'aumento pazienti e dall'evolversi della malattia che si è cronicizzata.*

L'ospedale deve pertanto trovare il modo di ottimizzare la gestione di questo flusso di pazienti.

Tema della cronicità: nel panorama Europeo 1 su 4 persone oltre i 60 anni ha una forma di degenerazione maculare, di questi il 25% è legata all'età.

In questo senso sarebbero molto importanti i programmi di screening per prevenire la malattia e le forme più avanzate della stessa. Purtroppo le forme di screening non sempre sono disponibili in tutte le aziende ospedaliere.

Problematica legata alla NOTA 98 dell'AIFA: a questa nota sono legate le maggiori difficoltà riscontrate sulla presa in carico del paziente affetto da maculopatia:

- Impone la Terapia intravitreale in sala operatoria, assimilandola all'operazione di cataratta. Determinando un grosso carico organizzativo, costi enormi ed aumento delle liste d'attesa
- Impone la necessità di privilegiare il farmaco economicamente più vantaggioso

Sebbene la farmacologia sia andata avanti, ed esistono farmaci che permettono una somministrazione minore, la nota impone l'utilizzo di un farmaco che fa ottenere dei buoni risultati con la somministrazione di iniezioni almeno 7 volte l'anno, con la condizione che tra un occhio e l'altro passino due settimane, per un totale di 14 iniezioni l'anno, da effettuare (come anticipato al punto 1) in sala operatoria.

Questo causa il problema dell'**aderenza del paziente alla terapia**, che risulta essere difficile e continuativa, ed inoltre, se non si tiene conto della qualità del farmaco privilegiando l'economicità, aumenta la probabilità di incorrere in rischi sia per il paziente che per il professionista sanitario.

Il professionista sanitario, infatti, si trova spesso nella *situazione contraddittoria* in cui, se privilegia il bene del paziente con la somministrazione del farmaco più costoso, viene criticato dalla Direzione Sanitaria, mentre se segue le indicazioni somministrando il farmaco più economico potrebbe incorrere in cause legali, con ripercussioni penali, dovute alle controindicazioni del farmaco sui pazienti.

Tale terapia comporta quindi dei **costi enormi**, sia per la struttura che per il paziente stesso.

Questo è evidenziato dallo **studio Altems**, che ha dimostrato come non sono solo i costi del farmaco che aumentano il costo della terapia, ma sono alti soprattutto i costi nascosti della prestazione sanitaria (caregiver, parcheggio, sala operatoria).

Lo studio ha stimato l'onere sanitario della degenerazione maculare senile, considerando una migliore gestione dei pazienti ed una maggiore aderenza terapeutica.

Quanto interessa ai grandi ospedali l'oculistica?

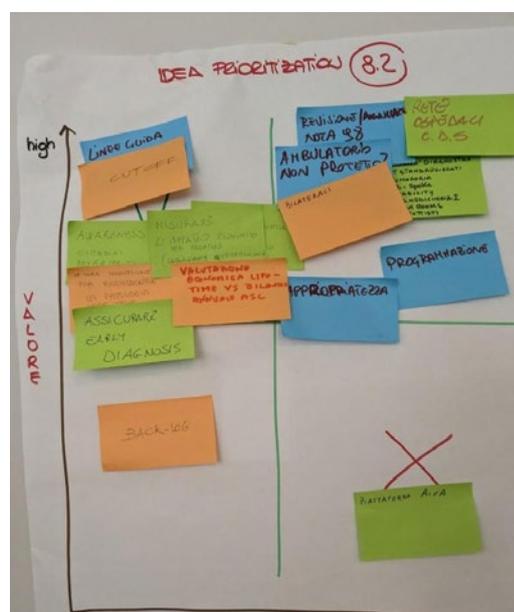
È sicuramente importante per la valutazione delle lista d'attesa, pertanto bisogna veicolare il messaggio sull'importanza delle patologie oculistiche, ovvero migliorare **la comunicazione/l'informazione** riguardo all'oculistica, informando pazienti e direzione sanitaria che ormai è un settore terapeutico caratterizzato dalla cronicità, e bisogna pertanto gestirlo in maniera tempestiva e duraturo nel tempo.

Le azioni proposte e le azioni prioritarie

Orizzonte H2

I componenti del laboratorio concordano che questo documento servirà come base per una proposta di revisione della Nota 98 di AIFA da presentare alle istituzioni, come elemento prioritario, anche se la fattibilità potrebbe non essere immediata.

- Le linee guida sono un elemento ad alto impatto su cui lavorare in tempi brevi, da rappresentare coinvolgendo le associazioni di categoria;
- L'awareness dei cittadini e dei pazienti: è importante far capire la differenza di gravità tra cataratta e maculopatia. Di elevato impatto e sicuramente prioritario è migliorare la comunicazione e la promozione sul tema da parte degli ospedali;
- Monitoraggio della patologia – non dovrebbero esserci liste d'attesa su questo tipo di patologia, da valutare nel breve termine come proposta a livello istituzionale;
- La programmazione nel breve tempo è sicuramente prioritaria e per definizione realizzabile rapidamente, come proposta per la Direzione Sanitaria;
- Misurare l'impatto economico, è un buon punto di partenza, di alto impatto e realizzazione a breve termine, a carico della Direzione Sanitaria;
- Migliorare la rete tra ospedali (centrali e territoriali) potrebbe portare prossimità ai pazienti e dare una risposta più efficace per i cittadini, facilitata attualmente anche dal DM 77.



Considerazioni per la direzione strategica a cura del Direttore Sanitario della ASL 4 Liguria

È prioritario considerare l'aspetto clinico e sociale della patologia senza dimenticare, tuttavia, l'importanza dei costi che ricadono sulle singole ASL spesso finanziate annualmente senza considerare costi sorgenti da attivazione di percorsi virtuosi. Occorrerebbe una campagna nazionale sulla importanza della prevenzione e della cura precoce della maculopatia con investimenti ministeriali su tale patologia così invalidante a medio-lungo termine, alla stregua di alcune campagne di prevenzione (per esempio vaccinazione Herpes Zoster).

Si concorda pienamente sulla necessità di modificare la nota 98 circa il setting di erogazione della terapia intravitreale e sulla attesa di 15 giorni fra una somministrazione e l'altra.

Resta prioritario che le società scientifiche facciano proposte organizzative nelle sedi istituzionali ministeriali nazionali al fine di stressare l'importanza della presa in carico precoce e del trattamento della maculopatia.

Hanno partecipato

Moderatore: Stanislao Rizzo, Direttore UOC Oculistica, Fondazione Policlinico Universitario A.Gemelli IRCCS, Roma

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

Facilitatore: Federica Vitello, Project Manager, AGENAS

Partecipanti: Michele Basile, Francesco Boscia, Marzia Colani, Assunta De Luca, Antonio Fasci, Leonardo Mastro-pasqua, Marco Mura, Massimo Nicolò, Francesco Orlandini, Giuseppe Querques, Mirco Santini, Gianluca Scuderi, Marco Vecchi

Le criticità

D'altro canto, in linea generale, viene lamentata una **mancanza di connessione tra ospedale e territorio**, e una **mancanza di un flusso di informazioni chiaro e omogeneo a livello nazionale**, così come manca cultura della condivisione dei dati e, ancor prima, una uniformità nella raccolta dei dati del paziente.

Le azioni proposte e le azioni prioritarie

A fronte di una serie di criticità emerse e condivise durante la discussione, sono state proposte alcune macro azioni senza purtroppo riuscire a declinarle in dettaglio, anche perché spesso richiedono interventi di carattere nazionale, con il coinvolgimento di una fitta rete di attori istituzionali e non.

Enunciarle in un documento condiviso e portarle all'attenzione del management sanitario e dei decisori politici sembra, comunque, rappresentare un segnale forte.

Alcune indicazioni importanti e funzionali al miglioramento del sistema sono riportate nel **Piano nazionale delle malattie rare**, ma occorre attendere i decreti attuativi e i tempi di effettiva realizzazione.

Alcune indicazioni su cosa occorre sviluppare:

- una cultura delle malattie rare, attraverso
- una **formazione** dedicata ai professionisti sanitari: bisogna immaginare un **processo** a livello nazionale che dalla formazione porti all'**armonizzazione delle procedure**, al fine di offrire omogeneità di risposta e di trattamento in tutte le Regioni (previa uniformità di linguaggio tra queste);
- adottare una **modalità condivisa per la raccolta, l'archiviazione e la condivisione dei dati** e definire dei campi comuni per tutti, per tipologia, per sottogruppo, da inserire negli ERN
- un'attività di **informazione** rivolta al paziente, per un empowerment dello stesso. Sarebbe auspicabile un **sito nazionale** che racchiuda tutte le risposte per i malati rari, ma che magari contenga anche una sezione dedicata ai professionisti per acquisire informazioni sulla patologia, sui casi e sui centri di riferimento. Servirebbe più informazione e meno burocrazia! Utili anche gli open day rivolti ai cittadini
- una promozione della partecipazione attiva alla vita associativa, quale presupposto per una maggiore consapevolezza del paziente e, al tempo stesso, una più forte **alleanza con le associazioni**
- una cultura della **rete multidisciplinare**, con specialisti che lavorino in compresenza per confrontarsi e garantire una trasversalità diagnostica. L'idea è che si lavori in squadra e che i professionisti ospedalieri si relazionino regolarmente con il territorio: MMG, PSL, ASL, associazioni pazienti, laboratori di ricerca...
- il riconoscimento delle MR nei LEA
- una **continuità ospedale territorio**, con riunioni regolari tra centri di riferimento e strutture periferiche, così da integrare i diversi livelli di assistenza e offrire **omogeneità nella risposta**. Occorre una maggiore collaborazione tra ASL territoriali e MMG
- una efficace **transizione bambino adulto**, con un'armonia procedurale istituzionalizzata e non affidata all'iniziativa e alla buona volontà dei singoli. Se vi è una peculiarità delle cure per i bambini, è anche vero che loro crescono e cambia il contesto con cui si relazionano, per cui è necessario un adeguamento anche del medico/centro di riferimento. In questo si registra una debolezza nell'advocacy delle famiglie
- una **umanizzazione delle cure**, in luoghi più sicuri, con una comunicazione empatica (per cui occorre una formazione ad hoc) e una maggiore collaborazione tra le varie figure professionali nei confronti del paziente
- una maggiore **tempestività** nell'accesso alle cure
- una cultura dell'importanza di offrire un servizio di **supporto psicologico**
- agevolare le agenzie regionali che coordinano i trials tra aziende: la burocrazia è un freno alla ricerca, così come lo è la non competenza dei decisori politici. Occorre una maggiore possibilità di accoppiare un target biologico a un farmaco, una apertura maggiore a trovare un razionale biologico
- la valorizzazione dei progetti pilota

In sintesi, volendo passare dallo scenario desiderabile a quello realizzabile, tra le azioni prioritarie quelle di alto valore e più facilmente attuabili, su cui potenzialmente concentrarsi nell'immediato futuro sono:

- referente dedicato: **case manager**, da individuare anche tra le professioni sanitarie
- definizione di una **procedura per il processo di presa in carico differenziata** - Pronto Soccorso centro di riferimento reperibilità

Richiede una formazione diffusa e lo sviluppo di una reale cultura della presa in carico del paziente, e quindi

tempi lunghi, ma è certamente di fondamentale importanza, l'**umanizzazione delle cure in strutture dedicate**.

Con un costo ed una complessità un po' maggiori si evidenziano altre azioni di grande interesse:

- istituzione di un **centro di orientamento** e progettazione e cura di un'attività di **informazione** ai pazienti e ai cittadini
- **formazione** diffusa per la creazione di una **cultura** delle malattie rare e, di conseguenza, di una cultura del lavorare in **rete**, del collaborare e **condividere dati ed esperienze**
- sviluppo di trial clinici di malattie rare e malattie comuni

Infine, nel medio lungo termine, previo reperimento fondi dedicati, si potrà

- sviluppare le **lobby** di medici e associazioni
- lavorare ad una **semplificazione delle procedure** e ad una riduzione della burocrazia, così da favorire le attività di **ricerca**
- sviluppare un **sito** che raccolga tutte le malattie rare, tutte le realtà territoriali e tutte le informazioni utili a professionisti, pazienti e care givers, con evidenza dei centri di riferimento, dei servizi e delle realtà associative presenti sul territorio



Hanno partecipato

Moderatori: Marco Salvetti, Direttore UOC Neurologia, Azienda ospedaliero universitaria Sant'Andrea, Roma e Ordinario di Neurologia, Sapienza Università di Roma & Nicola Biagio Mercuri, Ordinario di Neurologia, Università degli Studi di Roma Tor Vergata; Coordinatore dell'Area Clinica di Neuroscienze e Direttore della UOC di Neurologia, Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata, Roma

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

Facilitatore: Tessa Ercoli. Koncept

Partecipanti: Marcello Bettuzzi, Raffaella Colombatti, Maurizio De Plano, Giovanni Di Nardo, Andrea Degiorgi, Melania Evangelisti, Sabrina Ferri, Antonella Marcocchia, Ludovico Merola, Silvia Romano.

chirurgia più tradizionale è caratterizzata oggi da piccoli numeri e grande complessità, due fattori che insieme rendono la formazione piuttosto difficile. Tutti gli specializzandi delle specialità chirurgiche nelle quali si fa chirurgia robotica non chiedono altro se non di potersi sedere alla consolle.

- Costi: la chirurgia robotica è una chirurgia costosa, sia per l'acquisto in conto capitale, non trascurabile ma certo non superiore ad altre tecnologie, sia per l'assistenza ed il costo del materiale di consumo. A volte non è facile rientrare con i costi nel valore del DRG che vede un valore specifico per la chirurgia robotica solo in alcune regioni e solo per alcuni interventi. A ciò si aggiunge una disparità importante dei costi nei diversi paesi, anche europei, per le differenti politiche commerciali. La fine del monopolio di Intuitive con il suo DaVinci potrebbe, nel futuro, portare ad una auspicabile riduzione dei costi.
- Modello Hub & Spoke: il concetto di rete chirurgica con i suoi Hub e Spoke, potrebbe consentire di aumentare l'offerta robotica senza necessariamente incrementare il numero dei robot distribuendo i pazienti non solo per territorialità e per intensità di cura ma anche a seconda della tecnologia richiesta per una gestione ottimale della patologia.
- Indicatori di qualità: l'assioma alti volumi – alta qualità è a volte insufficiente, abbiamo Le azioni proposte e le azioni prioritariebisogno di indicatori di qualità che consentano di misurare il beneficio della chirurgia robotica applicata ad un determinato intervento. Esistono interventi che si possono fare solo in laparoscopia robot-assistita, altri che ne beneficiano, altri nei quali non sembra esserci alcun vantaggio ed altri, infine, nei quali forse la robotica è solo un ostacolo del quale potremmo fare a meno.
- Organo di controllo per le indicazioni chirurgiche: forse le società scientifiche, di concerto con le istituzioni come Agenas e le Regioni possono sviluppare i sistemi di controllo dei quali abbiamo bisogno.
- Mobilità sanitaria: la mobilità sanitaria è un fenomeno difficilmente eliminabile. I pazienti si spostano per ragioni diverse, a volte con ragione, a volte senza. Indubbiamente alcune Regioni hanno difficoltà ad implementare l'intero parco tecnologico del quale la medicina moderna ha bisogno e forse bisognerebbe sviluppare una visione anche sovra-regionale delle diverse problematiche del sistema sanitario nazionale.
- DRG e sostenibilità: la gestione economica di robot chirurgico ha diversi aspetti, senza dubbio abbiamo bisogno di un aggiornamento dei DRG che vada oltre il mero concetto del costo ma che tenga conto del valore e del costo globale della gestione di una patologia.
- Qualità di vita o sopravvivenza? Molti studi clinic sulla chirurgia robotica dimostrano una chiara superiorità in termini di risultati e qualità di vita che non si trasformano necessariamente in una maggiore sopravvivenza. Ciononostante la minore invasività del robot si traduce spesso in un vantaggio economico diretto e indiretto che costituisce un valore innegabile e quantificabile anche dal punto di vista economico.

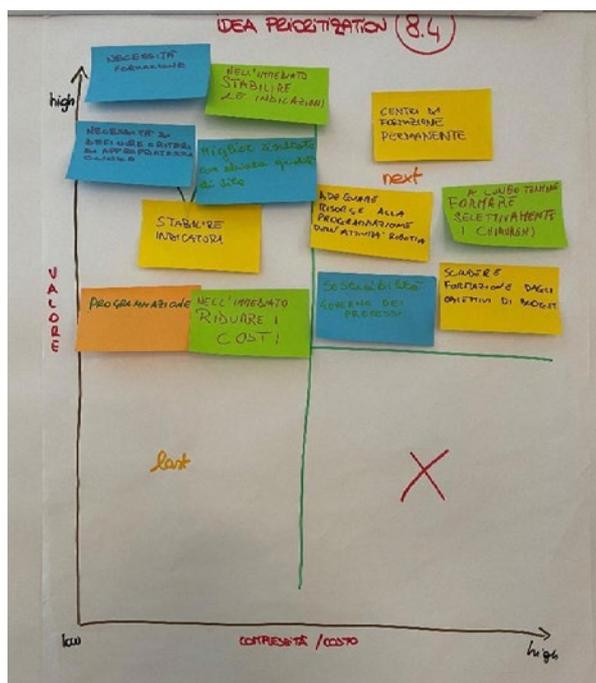
Successivamente, grazie al confronto dei partecipanti al tavolo di lavoro, sulla base delle criticità emerse, sono state avanzate delle proposte, auspicabili in una visione futura del tema.

Le azioni prioritarie

Le azioni proposte, emerse dal confronto, sono state sintetizzate e organizzate in ordine di priorità con il supporto del grafico *Idea Prioritization*, come di seguito:

Alta utilità/valore – basso costo/complessità

- Riduzione dei costi in conto capitale, della manutenzione del materiale di consumo;
- Trattative economiche regionali o nazionali sui costi della chirurgia robotica;
- Fine del monopolio;
- Istituzione di centri di formazione permanente;
- Non considerare la formazione come un mero costo;
- Far convivere le necessità della formazione e gli obiettivi di budget;
- Sostenibilità e governo dei processi;
- Definire le indicazioni alla chirurgia robotica nelle diverse specialità indicando ciò che è standard rispetto a ciò che è sperimentazione e quest'ultima va fatta all'interno di studi clinici controllati.



Alta utilità/valore – medio costo/complessità

- Sviluppare indicatori di qualità;
- Ridurre i costi della chirurgia robotica;
- Programmazione regionale e nazionale della chirurgia robotica;
- Definire i criteri di appropriatezza clinica;
- Quantificare l'effetto della robotica sulla qualità di vita dei chirurghi e dei pazienti.

Hanno partecipato

Moderatore: Andrea Tubaro, Direttore DAI Scienze Chirurgiche, Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea, Roma e Ordinario di Urologia, Sapienza Università di Roma

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

Facilitatore: Nicolò Panattoni, IRCCS IFO Roma, ASQUAS - Associazione Italiana per la Qualità della Assistenza Sanitaria e Sociale

Partecipanti: Simone Albisinni, Raad Aris Besharat, Elvira Bianco, Stefano Bonilauri, Pietro Carnevali, Giovanni Comacchio, Santolo Cozzolino, Renato Pizzuti, Cesare Ruffolo.



KONCEPT

FIRENZE

Sede Operativa

Via F. Baracca, 1C

50127 Firenze

Tel. (+39) 055 357223

Sede Legale

Via G. Tartini, 5/B

50144 Firenze

www.koncept.it

segreteria@koncept.it

grandiospedali@koncept.it



I L D

O S S

I E R

G R A

N D I

O S P

E D A

L I 2

0 2 3



www.grandiospedali.it

Scarica la app MyGrandiOspedali

