

**G
O
2
4**

**Report
laboratori**



**3° Open
Meeting
2024**

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

**Napoli,
29 Maggio 2024**
AORN A.Cardarelli

30 Maggio 2024
AOU Federico II

www.grandiospedali.it

Sommario

1.1 L'appropriatezza nella chirurgia robotica	3
1.2 HTA: Innovazione e nuove tecnologie	7
1.3 Innovazione nella Chirurgia robotica.....	11
1.4. Intelligenza artificiale in analisi di immagini mediche	15
1.5 Implementare sistemi di AI per l'analisi di dati clinici e biomedici	20
1.6 L'evoluzione tecnologica nella cardiologia strutturale e le sue implicazioni nei centri senza cardiocirurgia on site.....	23
1.7 L'Intelligenza Artificiale: attualità e futuro in ambito farmaceutico ospedaliero per migliorare aderenza terapeutica, gestione dei farmaci e vaccini	26
1.8. La dematerializzazione della cartella clinica, il processo di archiviazione digitale dei documenti sanitari e cyber risk.....	30
1.9. Digitalizzazione dei Servizi Sanitari	34
1.10 Nuovi ausili tecnologici nella formazione in medicina e nella simulazione preoperatoria (Metaverso, Realtà Aumentata)	38
2.1 Integrazione ospedale territorio nella realizzazione della rete ictus.....	41
2.2 Nuovi modelli organizzativi per l'integrazione ospedale e territorio: la telemedicina e prossimità delle cure	45
3.1. Tumor Board: innovazione nei percorsi oncologici	50
3.2 Malattie Rare: dalla diagnosi alla medicina di precisione	54
3.3 Percorsi di assistenza ospedaliera per pazienti fragili e disabili	59
3.4 Nuovi approcci al Carcinoma Mammario. Chirurgia oncologica della mammella in day surgery e innovazioni e potenzialità della Biopsia Liquida.....	64
3.5 Tumori rari a bassa incidenza e prevalenza	68
4.1. L'antibiotico resistenza e gli antibiotici innovativi	71
4.2. Infezioni ospedaliere	75
4.3 Innovazioni terapeutiche in onco-ematologia (Radiofarmaci, Vaccini Terapeutici a mRNA e Car-T).....	79
4.4 Profilazione genomica oltre le malattie oncologiche: le malattie senza diagnosi.....	83
5.1. La sanità pubblica raccontata ai cittadini. Il valore strategico della comunicazione	86
5.2. Comitati Etici, il progresso scientifico e fine vita	91
6.1 La Diagnostica in emergenza	95
6.2 La gestione in Pronto Soccorso dei codici di minore gravità	100
6.3 Grandi Ospedali e Maxiemergenze	103
7.1 Elaborazione di un cruscotto per la direzione di farmacia finalizzata al monitoraggio interno e all'attività di benchmarking tra le diverse realtà italiane.....	106

7.2 Dispositivi Medici: Stato dell'arte e prospettive per un maggiore riconoscimento del ruolo dei farmacisti ospedalieri	111
7.3 A. Servizi in outsourcing e Grandi Ospedali – Partnership pubblico-privato: la gestione del rischio clinico.....	116
7.3B. Servizi in outsourcing e grandi ospedali: l'impatto del partenariato pubblico privato nelle aziende sanitarie.....	119
7.4. Emofilia: le nuove frontiere terapeutiche. Quale modello organizzativo	122
7.5. Il percorso del paziente chirurgico	125
7.6 Obesità: modelli innovativi di prevenzione, terapia e riabilitazione.....	129
7.7. Lean Management e Value Based Healthcare: la Sanità del futuro tra innovazione organizzativa e innovazione digitale	133
8.1 Trapiantologia e sostenibilità (pre, durante e post trapianto)	136
8.2 La gestione intelligente dell'energia anche attraverso Partnership Pubblico Private, contratti EPC, applicazione AI	140
9.1. Logistica, organizzazione e risorse per la vaccinazione	143
9.2. Integrazione del Percorso del paziente fragile in ambito vaccinale	148
9.3 Programma di vaccinazione: ruoli chiave nella gestione del percorso ospedaliero.....	152
9.4 La Vaccinazione del Paziente Oncologico	157

1.1 L'appropriatezza nella chirurgia robotica

<i>Laboratorio</i>	1.1 L'appropriatezza nella chirurgia robotica
<i>Area</i>	Area 1 - Digitalizzazione e Innovazione nei Grandi Ospedali
<i>Abstract</i>	<p>La chirurgia robotica, nata 25 anni fa, ha conosciuto una diffusione lenta per gli elevati costi di acquisto e di gestione e per la contemporanea diffusione della laparoscopia, molto più a portata di tutti. Oggi grazie ai numerosi vantaggi tecnici e clinici, le piattaforme robotiche sono sempre più numerose, ma la scelta della tecnologia da introdurre deve rispondere a valutazioni non solo tecniche, ma anche di appropriatezza.</p> <p>Il laboratorio esplorerà le più recenti innovazioni e applicazioni cliniche della chirurgia assistita da robot. I partecipanti discuteranno i vantaggi in termini di precisione e recupero post-operatorio, le sfide etiche e logistiche, le implicazioni per la formazione dei chirurghi ed i costi relativi all'impiego delle apparecchiature dedicate.</p> <p>L'obiettivo è creare una roadmap per l'implementazione sostenibile di queste tecnologie nei sistemi sanitari, migliorando gli esiti per i pazienti e l'efficienza delle strutture mediche.</p>

Scenario di riferimento

Durante la prima fase, l'intervento dei moderatori ha aperto una interessante discussione riguardo l'appropriatezza della robotica in ambito medico-chirurgico che ha condotto alla condivisione di esperienze varie e alla focalizzazione di diverse azioni virtuose messe in campo o da attivare, attraversando risorse e aspetti deficitari. I partecipanti hanno sintetizzato nei post-it presenti sul primo cartellone i principali aspetti dell'area tematica, sintetizzati poi sul secondo cartellone.

Sono state focalizzate le seguenti aree tematiche:

- Costi e spese, spesso differenziate in base ai DRG;
- Ruolo del farmacista e possibilità di un ruolo del Responsabile dei Dispositivi Medici diverso dal Farmacista che si occupa solo dei farmaci (esperienza Pisana);
- L'appropriatezza intesa come valutazione di più fattori: benessere del pz, tempi di degenza e ripresa, patologie, ecc.;
- Importanza della standardizzazione delle procedure e necessità di applicazione delle Linee Guida (in Urologia esistono dal 2015);

- Importanza del monitoraggio dei processi e dell'ottimizzazione dell'uso dei DM;
- L'incontro "Adeguatezza-clinica".

È stata richiesta la presentazione del modello pisano sulla gestione dei DM e buone pratiche attive:

- Il magazzino inespresso: monitoraggio ed eventuale uso/spostamento di DM non utilizzati;
- Centro Unico dei costi dei DM.

Sono stati condivisi, inoltre, i benefici per il paziente dell'uso della chirurgia robotica: riduzione tempi di intervento, riduzione tempi di ripresa e aumento della qualità di vita.

Sono stati individuati come *Punti di forza* dell'uso della robotica:

- Centralizzazione dei costi in un unico ente/piattaforma di monitoraggio;
- Maggior uso dei DM e loro smistamento laddove il loro uso è più richiesto;
- Uso di Centri di Riferimento.

Come *Aspetti deficitari* sono stati focalizzati:

- Differenza dei costi dei DM tra le varie aziende ospedaliere, universitarie, sanità privata e convenzionata e dei DRG (alcune regioni del Nord hanno ricevuto per alcuni interventi di robotica – prostatectomia radicale ad esempio – un bonus sul DRG di 3000 euro);
- La complessità delle pratiche formative;
- Mancanza di investimenti;
- Mancanza di dialogo interdisciplinare e frammentazione nelle aziende.

Le azioni proposte e le azioni prioritarie

Durante la seconda fase i partecipanti hanno esplorato i possibili scenari progettuali che auspicherebbero la realizzazione dei seguenti punti:

- Lavoro di valutazione della Riabilitazione e dei tempi di degenza;
- Creazione di Gruppi Multidisciplinari per benchmarking delle tecnologie;
- Gruppi dediti alla Efficientazione di temi, costi e procedure;
- Misurare, Analizzare, programmare, verificare;
- Linee guida non solo di indicazioni chirurgiche, ma anche per valutare l'efficacia e la sostenibilità dell'uso delle tecnologie;
- Tavolo multidisciplinare per Lavoro di misurazione dei dati con valutazione di VALORI e VINCOLI
- Centri di Riferimento.

Le azioni da mettere subito in campo potrebbero essere:

- Attivare la Comunità Scientifica per la redazione delle Linee Guida differenziate per settore e l'applicazione di quelle esistenti (es. Urologia);
- Attivare dialogo tra le varie realtà condividendo buone pratiche e innovazione;
- Partecipazione di esperti medici qualificati nei processi decisionali per poter incidere e guidare il processo di innovazione e tecnologizzazione.

Chiudiamo con una frase che ci lascia un uditore, Direttore Sanitario di Torino: “Cerchiamo di condurre la tecnologia senza che sia la stessa tecnologia a condurre noi!”.

Una suggestione interessante che ci fa riflettere e ci fa accogliere anche il focus sul paziente che porta in modo suggestivo anche la platea.



Conclusioni

Guardando il quadrante finale riflettiamo sul fatto che il tavolo ha avuto inizio subito con un focus molto acceso sui costi e sulle spese, ma poi abbiamo chiuso con proposte progettuali e prospettive future che abbiamo valutato tutti e tutte come poche o moderatamente complesse e costose. Chiedo a tutti e tutte quale allora sia l'ostacolo maggiore tipo alle Linee Guida. Viene risposto che la difficoltà sta nel fatto che sono le Società Scientifiche a doverlo fare, ovviamente riconoscendo il ruolo importante del clinico.

Viene auspicata la creazione di Centri che possano far quanto più convogliare su piattaforme generali tutti i processi al fine di promuovere sinergie, ma anche soprattutto, confronto generativo rispetto a conoscenze e procedure condivise, efficaci, efficienti e validate.

Centri che possano garantire monitoraggio, valutazione e soprattutto una regia univoca e allo stesso tempo interdisciplinare, che assicuri la circolazione di procedure aggiornate e controllate, nonché eque nella distribuzione delle risorse.

Viene, inoltre, evidenziata l'assenza delle aziende distributrici dei robot negli eventi di condivisione e discussione; anche in questa occasione l'invito è stato evaso.

Hanno partecipato

Moderatori: Carmine Antropoli, AORN A. Cardarelli, Napoli Giovanni Domenico De Palma, AOU Federico II, Napoli Ciro Imbimbo, AOU Federico II - Università degli Studi di Napoli Federico II, Paolo Fedelini, AORN A. Cardarelli, Napoli.

Management Advisor: Paolo Bordon, AUSL Bologna.

Facilitatrice: Stefania Carnevale, Psicologa, PhD in Mind, Gender and Languages, Dipartimento di Studi Umanistici, Università di Napoli Federico II.

Partecipanti: Franco Bergamaschi, Paolo Bordon, Beatrice Borghese, Maurizio Cappiello, Maria De Marco, Valentina D'Ovidio, Massimiliano Fabozzi, Antonio Granata, Gaspare Guglielmi, Mauro Maccari, Domenica Mamone, Maria Pia Mannelli, Marco Milone, Giuseppe Tortoriello, Andrea Tubaro

1.2 HTA: Innovazione e nuove tecnologie

<i>Laboratorio</i>	1.2 HTA: Innovazione e nuove tecnologie
<i>Area</i>	1 - Digitalizzazione e Innovazione nei Grandi Ospedali
<i>Abstract</i>	L'Health Technology Assessment (HTA) in ambito ospedaliero presenta sfide significative dovute alla necessità di un processo metodologicamente robusto ma anche snello e fruibile dagli utilizzatori finali. Conflitti di competenze e mancanza di sinergia tra Commissione HTA e Direzione Aziendale rendono complessa l'implementazione. La valutazione delle tecnologie elettromedicali, in particolare, risulta complessa data la loro rapida obsolescenza, portando a costi aggiuntivi per l'aggiornamento e la sostituzione. È necessaria un'analisi attenta che tenga conto anche della sostenibilità delle apparecchiature acquistate. Il laboratorio dinamico proposto si focalizzerà sui progetti e le strategie migliorative in contesto HTA e vedrà la partecipazione di tecnici, stakeholder e utilizzatori finali.

Scenario di riferimento

Durante la prima fase del laboratorio, dopo le introduzioni del Prof. Raffaele Palladino e del Dott. Mario Muto, la discussione è stata molto partecipata e sono emersi molti problemi legati alla situazione attuale:

- Mancanza di fiducia e difficoltà nel creare sinergie
- Architettura digitale carente e problemi di privacy e governance dei dati
- Necessità di trial per entrare o restare nel mercato come previsto dal regolamento MDR europeo che partirà nel 2027 da quando, probabilmente, aziende piccole scompariranno
- Ostacoli maggiori: tempo e modello organizzativo
- In Francia dopo 7 anni di vita della macchina c'è una riduzione del 30% del rimborso e quindi c'è uno stimolo alla innovazione mentre in Italia solo se non vengono più prodotti i pezzi di ricambio
- Spesso in clinica arrivano apparecchiature vetuste, non utilizzate più della ricerca
- Se l'azienda propone un device che si ritiene utile, l'interventista lo propone a ingegneria clinica che dice che non c'è evidenza. L'interventista avrebbe l'esigenza di provare. In Francia c'è una centralizzazione con identificazione di centri di riferimento che testano i nuovi dispositivi nei grandi ospedali e poi viene deciso se possono essere rimborsati. Questo manca in Italia
- Dalle risorse limitate si è arrivati all'HTA ma di fatto l'innovazione è limitata dall'HTA

- Se viene fatta una richiesta alla direzione strategica che non è già stata decisa viene chiesto di fare l'HTA in una settimana, si risponde che è impossibile e che servono 3 mesi, la risposta è che viene dato massimo un mese altrimenti non serve più
- Il problema è che l'azienda non ha soldi, quindi o l'azienda convince la regione o non prende la nuova tecnologia
- Problema del capitolato dispositivi: anche una volta ottenuti i marchi gli ospedali pubblici non riescono a comprarli finché non c'è una nuova gara d'appalto
- Spesso non c'è un'adeguata programmazione sulle nuove tecnologie e poi si corre ai ripari
- Con il PNRR sono state sostituite le apparecchiature maggiori di 5 anni ma era necessario buttare le apparecchiature sostituite invece di poterle riutilizzare. Ora sono state riammesse se vengono usate nel SSN.
- HTA in fase di dismissione non viene davvero usato, solo quando la dismissione ha barriere logistiche e amministrative enormi.

È stata nominata anche qualche prassi positiva:

- Nei piccoli ospedali a volte c'è la commissione HTA aziendale e si innova più facilmente. Per esempio telemedicina con iphone per gestire da remoto il device del paziente. Il problema è che si è comunque impiegato 10 mesi
- la commissione micro HTA per tecnologie di uso comune
- accordo quadro multifornitore utile se ci sono competenze di procurement nell'ufficio acquisti

Le azioni proposte e le azioni prioritarie

Sono quindi emersi anche aspetti legati ad un futuro ideale/desiderabile:

- Nuovi device in lotti di capitolato
- Hta più snello, a breve termine, che non viene applicata a pioggia ad ogni richiesta
- Non guardare solo il budget, anche il riconoscimento (es. azienda prima in Italia a...). Le azioni dovrebbero andare su budget sociale e non solo sanitario perché i benefici sono anche sociali. Ci vorrebbe una contabilità socio-sanitaria
- Mission chiara dell'ospedale che guida le scelte strategiche con direttore generale che non cambia più ogni 3 anni ma rimane almeno 5 anni, meglio ancora 5 anni + 3 di riconferma, ancora meglio 10 anni

Le strategie individuate come importanti e non troppo complesse, quindi più facili da mettere in atto sono:

- Linee guida su composizione gruppi HTA anche a livello locale e modalità operative che deve contenere
- Procedura di prova d'uso gratuita regolamentata

- Parliamoci tra sistema clinico, amministrativo e anche produttivo -> nuove occasioni come questo laboratorio
- Formazione multidisciplinare trasversale

Una strategia un po' più complessa da mettere in atto ma non complessissima:

- Fare analisi HTA nel ciclo di vita (non solo assessment pre-procurement), che serve a tutte le altre strutture

Strategie di alto valore e importanza ma difficili da realizzare perché complesse, che richiedono interventi di altre entità:

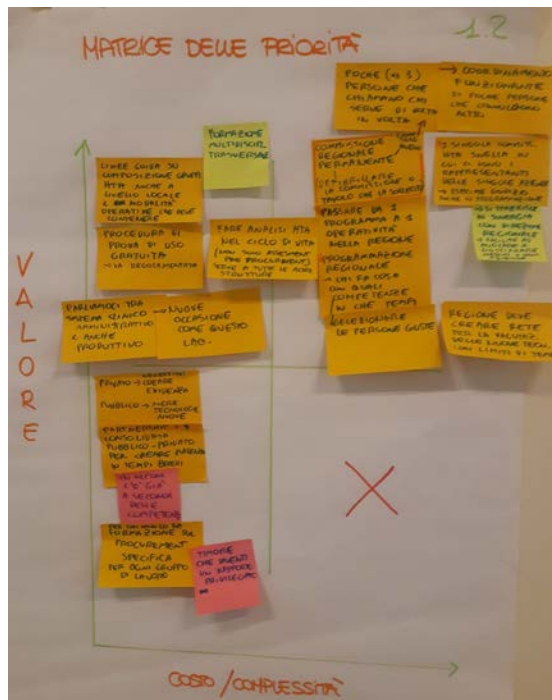
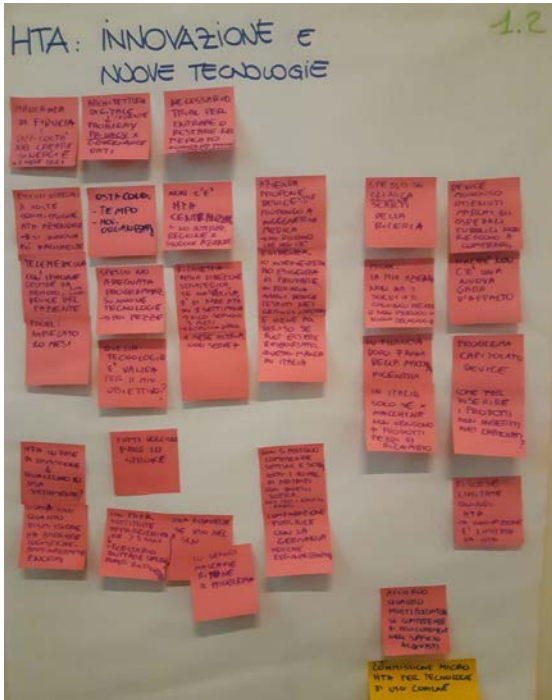
- Commissione regionale permanente con persone che fanno solo quello. Poche persone (es. 3 persone) che chiamano consulenti che servono di volta in volta in relazione alle problematiche, in modo da avere un coordinamento funzionante.
- Una singola commissione HTA snella in cui ci sono i rappresentanti delle singole aziende, che esprime un giudizio anche sulla programmazione. Si stabilisce in sinergia con la direzione regionale -> quindi più facilità ad allocare e giustificare per ogni azienda
- Commissione regionale passa da un programma a un'operatività nella regione. La programmazione regionale definisce chi fa cosa, con quali competenze e in che tempi, selezionando le persone giuste
- La regione crea rete per la valutazione delle nuove tecnologie con limiti di tempo

Strategie con un'importanza meno alta, meno condivisa da tutti, anche perché in alcuni casi sono già in atto:

- Partnership consolidata pubblico-privato per creare evidenza in tempi brevi. Il privato ha necessità di creare evidenza, il pubblico di avere nuove tecnologie (in alcuni casi c'è già, a seconda delle competenze)
- Formazione sul procurement specifica per ogni gruppo di lavoro (per chi non lo fa).

Conclusioni

Il confronto è stato molto interessante e utile. Alcune strategie di alto valore dipendono da volontà regionali che purtroppo non ascolterebbero questo tavolo tecnico quindi sono molto difficili da mettere in campo. Altre strategie si cercheranno di applicare. Rimane il problema del capitolato device a cui è difficile trovare risposta.



Hanno partecipato

Moderatori: Mario Muto, AORN A. Cardarelli, Napoli e Raffaele Palladino, AOU Federico II, Napoli

Management Advisor: Paolo Bordon, AUSL Bologna

Facilitatore: Erica Raimondi

Partecipanti: Massimo Barberio, Alessia Brioschi, Valerio Da Ros, Eugenio Di Brino, Gianluca Giaconia, Edoardo Ottaiano, Pietro Vassetti, Marco Ventra.

1.3 Innovazione nella Chirurgia robotica

<i>Laboratorio</i>	1.3 Innovazione nella Chirurgia robotica
<i>Area</i>	Digitalizzazione e Innovazione nei Grandi Ospedali
<i>Abstract</i>	<p>La chirurgia robotica rappresenta una delle innovazioni più significative nel campo della medicina moderna, combinando la precisione robotica con l'esperienza del chirurgo per migliorare i risultati chirurgici. Negli ultimi anni, sono stati introdotti nuovi sistemi robotici che offrono maggiore versatilità e precisione. I robot chirurgici di ultima generazione, come il sistema da Vinci Xi, sono dotati di bracci articolati e strumenti miniaturizzati, che consentono operazioni meno invasive e tempi di recupero più rapidi per i pazienti. Questi sistemi sono utilizzati in diverse specialità, tra cui urologia, ginecologia, chirurgia generale, chirurgia pediatrica e cardiotoracica. La Chirurgia Robotica non solo permette di realizzare degli interventi più precisi grazie ai 6 gradi di movimento degli strumenti robotici, ma la chirurgia robotica offre al chirurgo una migliore ergonomia rispetto alla laparoscopia ed inoltre garantisce una migliore visione anatomica grazie alla visione 3D. Un altro progresso significativo è rappresentato dall'integrazione dell'intelligenza artificiale (IA) e dell'apprendimento automatico nella chirurgia robotica. Con l'avvento di strumenti complessi come l'algoritmo di supporto alle decisioni cliniche (CDS), l'analisi e il confronto di enormi quantità di dati è diventato più semplice, migliorando la pianificazione pre-operatoria e assistendo i chirurghi durante le procedure. I nuovi sistemi CDS in chirurgia dovranno integrare dati biochimici, radiologici e di sequenziamento. Con queste informazioni, si predirebbero variabili come la durata della degenza, il rischio personalizzato e gli esiti tumorali. Inoltre, con la realtà aumentata (AR) e la realtà virtuale (VR), da una parte i chirurghi potranno visualizzare in tempo reale informazioni critiche, sovrapponendo immagini 3D dei tessuti interni durante l'operazione, dall'altra avranno maggiori mezzi formativi mediante simulazioni realistiche che consentiranno ai chirurghi di incrementare ed affinare le proprie competenze tecniche senza rischi per i pazienti. L'apprendimento automatico (ML) è un genere di intelligenza artificiale che include algoritmi che consentono alle macchine di risolvere i problemi senza una programmazione specifica del computer. Attraverso un processo chiamato "apprendimento incrementale" le reti neurali addestrabili migliorano nel tempo, superando la capacità immutabile dei sistemi e software standardizzati. Infine, l'innovazione nella telechirurgia sta</p>

espandendo l'accesso a cure chirurgiche di alta qualità in aree remote. Attraverso connessioni internet ad alta velocità, i chirurghi possono operare pazienti a distanza utilizzando sistemi robotici, riducendo così le disuguaglianze geografiche nell'assistenza sanitaria. In conclusione, le innovazioni in chirurgia robotica stanno rivoluzionando la pratica medica, migliorando la precisione chirurgica, riducendo i tempi operatori, la degenza dei pazienti in ospedale, e aumentando l'accesso a cure di qualità per un gran numero di pazienti. Con l'evoluzione continua della tecnologia, ci si aspetta che la chirurgia robotica diventi sempre più diffusa e accessibile, portando benefici significativi ai pazienti in tutto il mondo.

Scenario di riferimento

Durante la prima fase del laboratorio, grazie agli interventi dei moderatori che con coinvolgimento ed entusiasmo hanno aperto la discussione sulla situazione presente relativa al focus, 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:

- Criticità derivata dall'assenza di una raccolta dei Big Data
- Necessità di trasparenza e condivisione dei dati
- Bisogno di una democratizzazione della robotica
- Limiti di utilizzo e limiti procedurali
- Necessità di robot e strumenti riutilizzabili e sterilizzabili per ridurre i costi
- Assenza di un tavolo regionale verso il dialogo e la programmazione
- Bisogno di una pianificazione e di una programmazione che coinvolga tutti gli attori in ambito sanitario (medici, infermieri, amministrazione, direzione)
- Bisogno di coinvolgimento della governance nei processi di pianificazione
- Formazione e apertura verso l'IA centrata sulla multidimensionalità (fattori individuali, fattori, ambientali, fattori tecnologici, che interagiscono tra di loro)
- Passaggio da un livello iniziale di aspetti nettamente visivi e manuali verso un livello superiore in cui il chirurgo ha una funzione di controllo nei processi facilitati dai robot.

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:

- Costruzione di un modello di raccolta dati (Big Data)

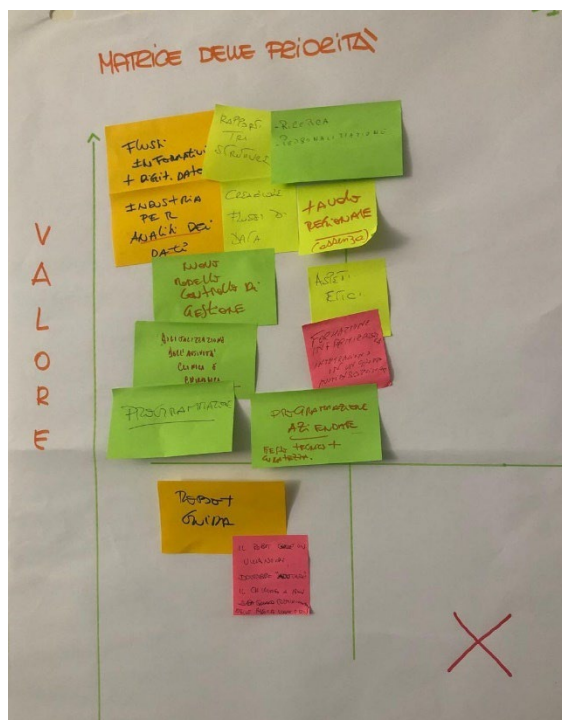
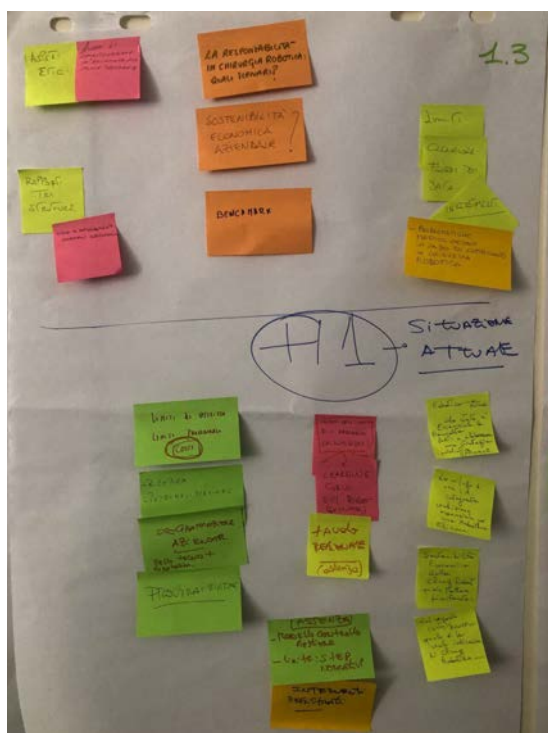
- Promozione e stimolazione dei rapporti tra le diverse strutture
- Autonomia robotica e supporto umano
- Tutela degli aspetti etici e della privacy dei pazienti
- Sostenibilità Economica della chirurgia robotica
- Learning curve efficace
- Accessibilità alle tecnologie da parte di tutti (democratizzazione della robotica)

Le azioni da mettere subito in campo potrebbero essere:

- Definire una Programmazione Aziendale a livello nazionale
- Creazione di un tavolo regionale di discussione e programmazione
- Digitalizzazione dell'attività clinica e chirurgica
- Creazione di centri di eccellenza mirati all'integrazione tra scienza, paziente e sostenibilità economica.
- Formazione del personale medico e infermieristico in ambito robotico
- Partecipazione di esperti qualificati nei processi decisionali per poter incidere e guidare il processo di implementazione della robotica in ambito chirurgico
- Partenariato pubblico e privato
- Creazione di step normativi specifici per la gestione degli aspetti pratici ed etici
- Centralità del paziente nei processi di sviluppo tecnologico
- Appropriatezza Medica

Conclusioni

La chirurgia Robotica attraverso lo sviluppo e l'implementazione dell'intelligenza artificiale, della realtà aumentata e della realtà virtuale, nonché del machine learning avrà un ruolo sempre più preponderante in ambito clinico e chirurgico. Però tutto ciò potrà realizzarsi solo grazie ad una programmazione nazionale, che non può prescindere dall'acquisizione dei Big data, dalla stretta collaborazione con le aziende produttrici, dalla creazione di centri di eccellenza, dove esperti qualificati pianificheranno tale sviluppo avendo ben presente gli aspetti etici e la centralità del paziente.



Hanno partecipato

Moderatori: Giuseppe Bifulco, AOU Federico II - Università degli Studi di Napoli Federico II, Napoli. Ciro Esposito, AOU Federico II, Napoli. Gianluca Guggino, AORN A. Cardarelli, Napoli. Felice Pirozzi, AORN A. Cardarelli, Napoli.

Facilitatore: Maria Florencia Gonzalez Leone, Psicologa, Università degli studi di Napoli Federico II

Partecipanti: Riccardo Califano, Ciro Coppola, Giovanni De Filippis, Carmelo Morsini, Pietro Riccio, Marianna Saviano.

1.4. Intelligenza artificiale in analisi di immagini mediche

<i>Laboratorio</i>	1.4. Intelligenza artificiale in analisi di immagini mediche
<i>Area</i>	Area 1 - Digitalizzazione e Innovazione nei Grandi Ospedali
<i>Abstract</i>	La diagnostica per immagini sta per essere rivoluzionata dall'applicazione dell'intelligenza artificiale. Occorre predisporre un quadro di indirizzo per i clinici che possa permettere a chi effettua la diagnosi di utilizzare al meglio questi strumenti in modo critico, potenziando la propria capacità di intervento, nella coscienza dell'importanza del proprio ruolo, al fine di non consegnare in modo acritico la valutazione delle immagini diagnostiche alle intelligenze artificiali.

Scenario di riferimento

Durante la prima fase del laboratorio, grazie all'intervento della dr.ssa Luigia Romano che ha aperto la discussione sulla situazione presente relativa al focus, affiancata nei lavori dal dr. Fabio Tortora e dall'ing. Antonio Maria Rinaldi, 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 nel primo tabellone i concetti e le seguenti keywords:

- Organizzare formazione trasversale
- AI come facilitatore di nuovi modelli organizzativi di integrazione tra professionisti
- Focus su implicazioni etiche rispetto alla trasparenza, alle responsabilità, all'autonomia professionale
- Necessità di approvvigionamento della tecnologia AI
- Auspicare collaborazione tra figure multidisciplinari come Medici, Ingegneri, Economisti ...
- Organizzare tavolo tecnico regionale per AI che hanno dimostrato evidenti benefici clinici
- Organizzare linee guida mediante focalizzazione della ricerca clinica
- Monitorare continuamente l'accuratezza dell'AI
- Considerare Trial prospettici per la validazione dell'AI
- Focus costante sulla qualità del dato

- Uso manageriale per correlare dati anamnestici, dati diagnostici e dati sui trattamenti per perimetrare eccessi operativi (overtreatment), insufficienza operativa (undertreatment) ed eccessi diagnostici (medicina difensiva)
- Analisi esigenze pre-gara, formazione, dialogo tecnico pre-gara
- Analizzare quale sarà il valore ed il peso dell'intelletto nell'interpretazione/interazione dei dati forniti dall'AI
- Chiarire, da subito ed in termini di prevenzione, quale applicazione è attiva in Sanità e con quale affidabilità
- Monitorare in modo costante la qualità dei dati
- Considerare mezzi/risorse umane dedicate
- Formazione ICT – Medici
- Governo del workflow di AI per il supporto dell'attività dei radiologi.

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:

- Explainable AI
- Trial prospettici per validazione AI
- Affrontare il tema Tempo vs Errore
- Costruire un sistema unico di gestione dati del paziente per ottimizzare i Path

Da realizzare subito:

- Data Set annotato, affidabile e standardizzato di tipo condiviso/aperto

Conclusioni

Le moderne intelligenze artificiali hanno necessità di essere addestrate su enormi quantità di dati per fornire risultati precisi ed affidabili in contesti complessi come quello dell'analisi di immagini biomediche.

Questi dati rappresentano dei veri e propri big-data, viste le caratteristiche che hanno nel dominio clinico sanitario: volume, veridicità, valore, varietà e velocità (modello a 5v).

Uno dei principali ostacoli nell'utilizzo dell'IA è individuabile nella difficoltà di gestione di queste tipologie di dati e nella loro messa in qualità. Infatti, i dataset sui quali addestrare le architetture di IA come quelle basate su deep learning, devono essere completi, contenere dati verificati ed essere ben annotati ed etichettati. Solo in questo modo infatti gli algoritmi di IA possono imparare in maniera corretta da esempi altamente qualitativi. L'aver a disposizione questi tipi di dati organizzati permette inoltre una loro integrazione (es. dati multi-omici) da poter utilizzare come supporto alla comprensione di fenomeni biologici complessi di cui molti effetti sono rappresentati nelle immagini

diagnostiche. Nella gestione dei dati biomedici non si devono tralasciare questioni relative alla privacy, l'ownership e il loro utilizzo da parte di terzi.

La definizione e l'implementazione di tecniche e tecnologie per l'integrazione dei dati è una sfida fondamentale nella moderna ricerca in ambito medico e c'è una chiara tendenza verso l'incorporamento dell'analisi di dati provenienti da diverse sorgenti e riguardanti diversi ambiti (es. clinici, sanitari, biologici,...) nella ricerca medica. Gli approcci IA e le tecnologie di *big data* sono utili per generare ipotesi utili a comprendere la stratificazione dei pazienti, la progressione delle malattie e per apprendere il meccanismo biologico e il suo contributo al rischio di malattia.



L'intelligenza artificiale sta diventando uno strumento di grande aiuto nei processi diagnostico-terapeutici in ambito diagnostico e soprattutto nell'emergenza.

La nostra esperienza maturata all'Università Federico II negli ultimi due anni, in cui abbiamo utilizzato un sistema di intelligenza artificiale nella rete tempo dipendente dello stroke, ci ha permesso di migliorare notevolmente le performance di risultato. In particolare grazie all'utilizzo di un software impiantato prima solo presso il nostro istituto (HUB) e successivamente negli Ospedali periferici (Spoke) abbiamo migliorato notevolmente i tempi di trattamento dei pazienti con ictus cerebrale (fino a 14 min. dall'ingresso nel nostro Ospedale) e soprattutto evitando i trasporti secondari non necessari e gli accessi degli Operatori in reperibilità solo nelle condizioni necessarie.

Altro fondamentale apporto si è riscontrato nella capacità della IA della correzione automatica dei movimenti del paziente rendendo diagnostico e valutabile uno studio radiologico di perfusione con artefatti da movimento.

L'intelligenza artificiale (IA) rappresenta una delle sfide più promettenti ed affascinanti dell'intero mondo della ricerca tecnologica, con enormi potenzialità di sviluppo e di applicazione in svariati campi (industria, finanza, settori produttivi, marketing, biologia, medicina, ecc.). I vantaggi derivanti dall'utilizzo della IA in ambito clinico-diagnostico sono molteplici: maggiore efficienza ed efficacia dei sistemi, riduzione degli errori umani, standardizzazione di processi molto complessi. In campo radiologico gli algoritmi di deep-learning offrono molti software per migliorare la qualità e la resa diagnostica. Ad es. in angiografia digitale ed in TAC si può quantizzare una stenosi vascolare e progettare direttamente uno stent personalizzato.

Per l'esecuzione di biopsie sotto guida Eco o TAC si può identificare la quota tissutale più idonea al prelievo nell'ambito della lesione da tipizzare, al fine di evitare scarsa cellularità non utile ai fini diagnostici, simulando anche la traiettoria d'inserimento dell'ago. Si possono correggere automaticamente le immagini gravate da artefatti metallici o da movimento, analizzare la composizione di calcoli delle vie urinarie ed indicare minuscoli noduli polmonari e piccole fratture ossee.

Nel campo del follow-up delle patologie oncologiche risulta estremamente utile per l'identificazione anche di minime modifiche volumetriche e strutturali del tumore, poco percepibili dall'occhio umano, che possono indicare la presenza, la progressione di malattia o precocemente una recidiva, evitando anche la variabilità interpretativa inter-osservatore. Si può fornire un calcolo automatico dei criteri dimensionali RECIST con l'identificazione precoce dei pazienti responder e non responder al trattamento terapeutico e, attraverso la radiomica, prevedere i periodi di remissione della malattia, il possibile sviluppo di metastasi e calcolare la sopravvivenza globale del paziente.

Con l'utilizzo dell'IA, i tempi interpretativi dell'imaging diagnostico vengono infine significativamente ridotti con incremento della produttività ed accorciamento delle liste di attesa. Oltre alla facilitazione nell'interpretazione delle immagini mediche, l'IA si è dimostrata molto utile in molti progetti organizzativi. L'applicazione dell'IA in campo gestionale può portare numerosi vantaggi per le Aziende Sanitarie, migliorando l'efficienza, la precisione e la produttività, con ottimizzazione delle tempistiche. I programmi IA possono essere indirizzati alla pianificazione strategica, al calcolo ed ottimizzazione dei costi, all'organizzazione delle sale operatorie e dei Reparti di degenza, alla distribuzione delle Risorse Umane in base alla produttività ed alle attività, alla razionalizzazione dei flussi di pazienti, alla gestione dei magazzini di farmaci e presidi ospedalieri, al controllo della funzionalità e della manutenzione delle tecnologie calcolando anche quando conviene in termini di costi riparare un'apparecchiatura e quando invece conviene cambiarla, ecc.

L'intelligenza artificiale può apportare molti vantaggi alla gestione aziendale attraverso l'automazione dei processi, l'ottimizzazione delle decisioni, il miglioramento dei servizi, la riduzione degli errori e l'implementazione dell'apprendimento automatico, riducendo i costi e migliorando la qualità dei servizi aziendali. I tempi sono sempre più maturi perché i progetti di IA possano migliorare l'efficienza operativa e stimolare l'innovazione con un'ulteriore sfida per le Aziende Sanitarie: saper pianificare gli investimenti e le risorse umane necessarie per migliorare l'efficienza delle varie Strutture, come indicato dal progetto sullo stroke utilizzato dall'Istituto di Neuroradiologia Interventistica dell'Università Federico II.

L'utilizzo dell'IA nel campo delle immagini della diagnostica medica è altrettanto promettente, migliora in misura altamente significativa il work-flow riducendo il divario tra la crescita esponenziale delle varie procedure di imaging e la limitazione numerica di Medici Specialisti, migliorando anche l'obiettività, l'accuratezza diagnostica, la qualità degli studi radiologici, la riproducibilità e le decisioni terapeutiche da intraprendere. L'IA non deve essere vista come una minaccia per i Laboratori in Sanità,

ma piuttosto come una facilitazione ed un'opportunità per aumentare la loro efficienza, l'efficacia dei percorsi diagnostico-terapeutici e la capacità di innovazione.

Un ulteriore vantaggio è quello di promuovere sinergie operative tra gli Ingegneri che attivano i progetti di ricerca ed elaborano programmi specifici indirizzati sia all'imaging che alle attività gestionali, gli Informatici, l'Industria che produce software da applicare alle work-station delle apparecchiature radiologiche ed i Medici Specialisti. Queste sinergie costituiscono la premessa per l'impulso alle innovazioni in linea con il progresso e per rendere sempre più efficace ed efficiente la Sanità riducendone i costi. Un esempio di sinergia è quello del progetto di IA attivato dal Dipartimento DIETI della Facoltà di Ingegneria e l'Università Federico II e la UOC di Radiologia Generale e di Pronto Soccorso dell'Azienda Cardarelli, per la ricerca di neoplasie del pancreas di dimensioni minime ed in fase pre-clinica.

Le sinergie tra professionisti di differenti discipline sono alla base delle innovazioni perché promuovono un nuovo modo di "pensare" e di lavorare "in gruppo", che oggi, proprio per la grande portata e diversità delle varie applicazioni, non può che essere modellato sulle specifiche esigenze ed obiettivi di ciascuna Azienda Ospedaliera. Tuttavia, è importante sottolineare che l'IA comporta anche molte problematiche da affrontare, come ad esempio la sicurezza dei dati, la privacy e l'etica nell'utilizzo delle tecnologie intelligenti in ambito sanitario, temi per i quali sono opportune linee guida nazionali.

Hanno partecipato

Moderatori: Luigia Romano, AORN A. Cardarelli, Napoli, Antonio Maria Rinaldi, Università degli Studi di Napoli Federico II e Fabio Tortora, AOU Federico Napoli

Management Advisor: Paolo Bordon, AUSL Bologna

Facilitatore: Giorgio Desiderio, Formatore Libero Professionista

Partecipanti: Tiziana Capussela, Renato Cuocolo, Giuseppina Dell'Aversano Orabona, Marco Di Serafino, Lorenzo Faggioni, Claudio Fanni, Daniele Focassati, Giuseppe Gaeta, Giacomo Giustozzi, Elena Nappa, Antonella Paccone, Claudio Sterle, Laura Verzellesi.

1.5 Implementare sistemi di AI per l'analisi di dati clinici e biomedici

<i>Laboratorio</i>	1.5 Implementare sistemi di AI per l'analisi di dati clinici e biometrici
<i>Area</i>	Digitalizzazione e Innovazione nei Grandi Ospedali
<i>Abstract</i>	Nell'ambito del rapporto tra salute e intelligenza artificiale, la Patologia Clinica riveste un ruolo fondamentale occupando un posto centrale in molte decisioni cliniche, i cui dati complessi e in continua crescita necessitano sempre più dell'integrazione multidisciplinare. Inoltre, il ruolo dei patologi clinici nella gestione di tali dati supporta ulteriormente la necessità che acquisiscano sempre più familiarità con le capacità e le limitazioni note in questo ambito. Una sfida ulteriore è rappresentata dalle norme che dovranno regolamentare l'utilizzo dell'IA in un ambito che richiede necessariamente l'adozione di regole e linee guida da parte del legislatore e delle società scientifiche

Fase iniziale e situazione attuale

La prima fase del laboratorio è stata aperta dall'intervento della Dott.ssa Foglia che ha introdotto precisamente il tema dell'Intelligenza Artificiale con uno stimolante focus sulla situazione di utilizzo e di sviluppo attuale e con accenni alle possibili evoluzioni e utilizzi futuri di questo strumento multicomponentiale e in divenire.

I partecipanti si sono dimostrati da subito interessati e proattivi circa il tema di riferimento e hanno accolto subito di buon grado le "regole del gioco" laboratoriali, mettendosi appunto in gioco in prima persona nella scrittura e posizionamento dei post-it. Il tema, peraltro, sembrava essere particolarmente sentito nelle sue diverse sfaccettature e applicazioni e ciò ha dato adito all'emergere di numerose intuizioni e a una discussione vivace alla quale hanno partecipato tutti i presenti.

Il seguente intervento e le domande stimolo della Prof.ssa Ficuciello hanno poi permesso un ulteriore approfondimento del focus, con stimoli inerenti anche al collegamento tra I.A. e robotica, istituendo quindi un ponte tra queste tecnologie e le possibili future implementazioni.

I punti focali emersi fin da subito hanno riguardato alcuni temi che si sono dimostrati fondamentali per l'avanzamento della discussione:

- La questione inerente la responsabilità dell'utilizzo dei sistemi A.I. in ambito sanitario e la necessità di individuare un "albero delle responsabilità" a tutela di professionisti e pazienti, con conseguenti riflessioni su:

- Necessità di implementare un sistema efficace di gestione degli errori dei sistemi
- Individuare chi è il “cliente” nell’utilizzo delle I.A. □ è il paziente finale o il professionista che ne fa uso? Ciò stimola la riflessione sugli *outcome* delle I.A.
- Utilizzo dei Key Performance Indicator per valutare il funzionamento dell’IA
- La Co-Partecipazione con l’I.A. tramite la formazione del personale STEM e sanitario
- La difformità e scarsità dell’integrazione dei dati e di accesso alle tecnologie nei diversi distretti sanitari/strutture sanitarie
- La necessità di costruire team interdisciplinari e collaborativi con sanitari, informatici, ingegneri in loco
- Esigenza di aumentare l’interoperabilità tra tecnologie e sistemi nelle diverse strutture di riferimento
- L’esigenza di dialogare e cooperare con gli stakeholder politici in tema di fornitura e utilizzo dei sistemi I.A.

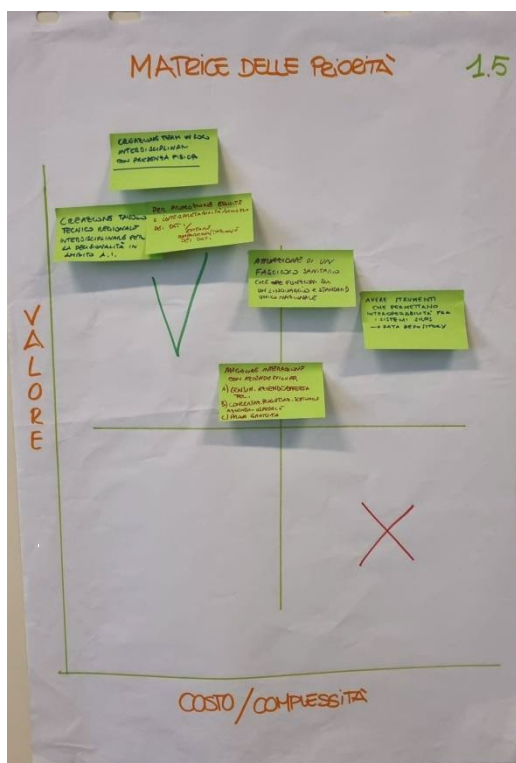
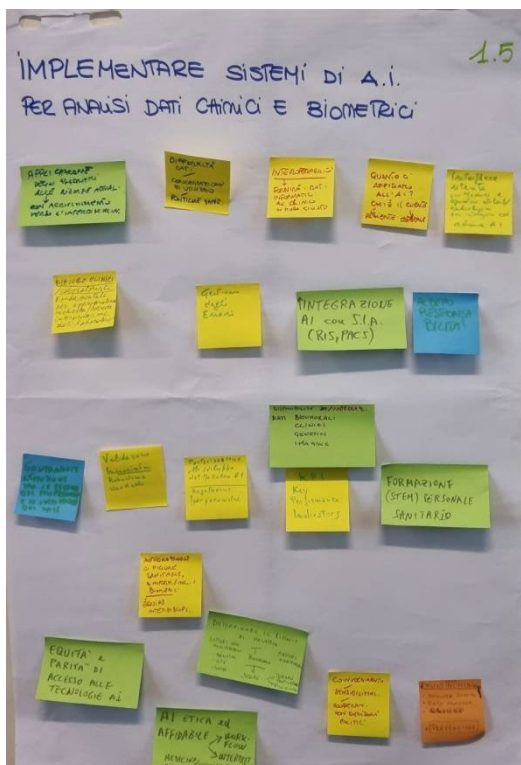
Le azioni proposte e le azioni prioritarie

Durante la seconda fase del laboratorio è stata centrata l’attenzione sulle possibili azioni future per risolvere le problematiche e le criticità individuate durante la discussione. Il passaggio da una visione sul qui e ora a quella riguardante un universo di possibilità futuribile e concreto è risultato estremamente naturale. Da segnalare, infatti, la natura già proattiva della discussione che non è mai stata centrata unicamente sulla mera individuazione di criticità, ma è sempre stata incentrata su una visione risolutiva e di cambiamento. Ciò è importante in quanto sottolinea senza dubbio la prontezza e la competenza degli interessati a stimolare e favorire il cambiamento per quanto concerne l’utilizzo dei sistemi di I.A. per l’analisi dei dati bioclinici e medici.

Sistematizzando le principali azioni da promuovere sono state individuate azioni ad alto valore e prevalentemente con costi e complessità contenute ovvero:

- **Creazione di team interdisciplinari all’interno delle strutture sanitarie in loco**, ovvero in presenza fisica. In quest’ottica la variabile umana e la cooperazione dei professionisti viene vista come un valore aggiunto fondamentale da implementare assolutamente
- **Creazione di un tavolo tecnico regionale interdisciplinare per la decisionalità in ambito di I.A.** Viene quindi richiesto un maggior e più diretto coinvolgimento degli stakeholder politici e una chiarificazione ed efficientamento delle politiche.
- **Attuazione di un fascicolo sanitario nazionale funzionante su un linguaggio unico e standardizzato a livello nazionale.** Azione utile alla democratizzazione e al raggiungimento di un pari accesso ai dati, cosa che può favorire una migliore operatività e interoperabilità delle diverse strutture e distretti sanitari.
- **Implementazione di strumenti che permettano interoperabilità fra sistemi SILOS □ data repository**
- **Aumentare l’interazione con le aziende sviluppatrici di software**, in particolare:
 - **Censimento delle aziende e dell’offerta tecnologica I.A.**
 - **Concertazione progettuale tra produttori e azienda ospedaliera**

- **Usufruire di periodi di prova gratuiti per i software** al fine di identificarne l'effettivo valore e applicabilità alle necessità operative



uno

Conclusioni

In conclusione risulta chiaro come il tema dell'I.A. nell'ambito dell'analisi dei dati clinici e biomedici sia estremamente sentito e prometta sviluppo enorme nel prossimo futuro. La questione risulta comunque complessa in quanto chiama in gioco diversi ordini di riflessioni tipiche del rapporto con le nuove tecnologie. Alla luce di quanto emerso, tale ambito presenta interessanti potenzialità di evoluzione, sviluppo e investimento che possono portare a progressi importanti per la sanità nazionale.

Hanno partecipato

Moderatori: Maria Carmela Foglia, AORN A. Cardarelli, Napoli e Fanny Ficuciello, Università degli Studi di Napoli Federico II

Facilitatore: Emanuele Esempto, Psicologo Ordine Psicologi Campania, Phd Student Suor Orsola Benincasa, Università degli Studi Federico II

Partecipanti: Antonello Belli, Franca Di Meglio, Giovanni Grande, Antonio Serra, Maurizio Simmaco, Silvia Traldi, Tullio Valente, Maria Teresa Vietri.

1.6 L'evoluzione tecnologica nella cardiologia strutturale e le sue implicazioni nei centri senza cardiochirurgia on site

<i>Laboratorio</i>	1.6 L'evoluzione tecnologica nella cardiologia strutturale e le sue implicazioni nei centri senza cardiochirurgia on site
<i>Area</i>	Digitalizzazione e Innovazione nei Grandi Ospedali
<i>Abstract</i>	L'evoluzione tecnologica nella cardiologia strutturale ha trasformato il trattamento delle patologie cardiache, offrendo soluzioni innovative come la sostituzione della valvola aortica transcateretere (TAVI). Queste innovazioni rappresentano una grande opportunità per migliorare gli esiti clinici, ma presentano anche sfide per i centri senza cardiochirurgia on site. La mancanza di infrastrutture adeguate e la necessità di formazione specialistica del personale sono tra le principali criticità. Per affrontare queste sfide, è fondamentale sviluppare una rete Hub and Spoke per ottimizzare la distribuzione delle risorse e migliorare la gestione dei pazienti, nonché promuovere la formazione continua e la collaborazione tra i centri per condividere buone pratiche e protocolli comuni, garantendo così cure di alta qualità e risultati migliori per i pazienti.

Scenario di riferimento

Le attività si sono svolte in clima partecipativo motivato dal forte interesse mostrato per l'argomento oggetto del laboratorio introdotto dai moderatori Prof. Ciro Mauro e Prof. Emanuele Pilato. Tutti i partecipanti hanno condiviso le proprie esperienze evidenziando i diversi punti in comune relativi sia alle azioni virtuose messe in campo che alle criticità. Attraverso varie parole chiave, indicate nei post-it che troviamo nella lavagna, i partecipanti hanno sintetizzato le criticità più evidenti

- Criticità derivata alla presenza di poche strutture attrezzate per interventi Tavi
- Tempi di attesa molto lunghi per effettuare un intervento TAVI
- Mancanza nei centri hub di figure professionali specializzate che possono collaborare fra loro
- Incapacità a rispondere in tempi brevi da parte dei centri hub

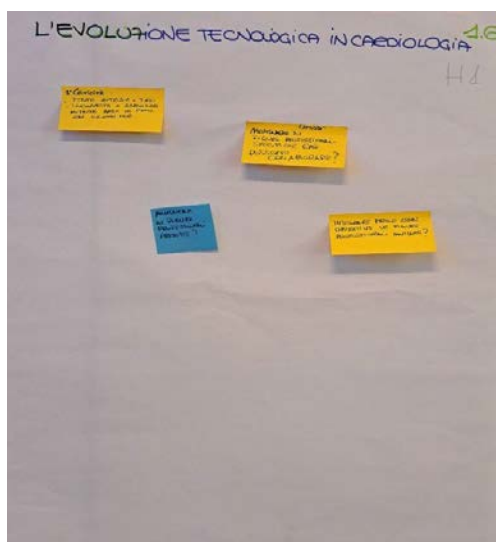
Le azioni proposte e le azioni prioritarie

Nella seconda fase del laboratorio i partecipanti sono stati invitati a riflettere su eventuali e possibili azioni di miglioramento dello scenario attuale attraverso la realizzazione dei seguenti punti:

- Infrastrutture e organizzazione di Hub and Spoke
- Costruzione di una rete/community per lo scambio di buone pratiche da applicare e contestualizzare nelle varie realtà
- Formazione del personale degli Hub and Spoke per seguire tutto il percorso paziente > diagnosi > terapia

Le azioni da mettere subito in campo potrebbero essere:

- Collaborazione fra le varie figure professionali per la creazione di un protocollo di azione comune
- Migliorare gli outcome attraverso l'utilizzo di figure professionali come TFPCPC
- Creazione di reti fra Hub and Spoke funzionanti



Conclusioni

L'evoluzione tecnologica nella cardiologia strutturale offre notevoli potenzialità, particolarmente rilevanti per i centri senza cardiocirurgia on site. Per massimizzare queste opportunità, è cruciale adottare una strategia basata su tre pilastri: sviluppo infrastrutturale, formazione professionale e creazione di reti collaborative.

Innanzitutto è essenziale sviluppare e organizzare una rete Hub and Spoke che migliori l'efficienza e la qualità delle cure. Questa struttura consente una distribuzione ottimale delle risorse e una migliore gestione dei pazienti, riducendo i tempi di attesa per interventi cruciali come la TAVI.

La formazione continua del personale, inoltre, è fondamentale. L'addestramento specifico per le figure professionali coinvolte nei centri Hub and Spoke garantirà una gestione integrata del percorso del paziente, dalla diagnosi alla terapia. Questa formazione deve includere anche l'utilizzo di tecnologie avanzate e l'adozione di protocolli comuni.

Infine, la creazione di una rete di scambio di buone pratiche tra i vari centri è strategica per condividere conoscenze ed esperienze, migliorando gli outcome clinici. La collaborazione tra specialisti e l'implementazione di un protocollo di azione comune faciliteranno un approccio più coordinato ed efficiente alla cura dei pazienti.

Implementando queste azioni, sarà possibile garantire una cardiologia strutturale più efficiente, accessibile e orientata al paziente, migliorando significativamente la qualità delle cure su tutto il territorio nazionale.

Hanno partecipato

Moderatori: **Ciro Mauro**, AORN A. Cardarelli, Napoli - **Emanuele Pilato**, AOU Federico II, Napoli

Management Advisor: **Paolo Bordon**, AUSL Bologna

Facilitatore: **Francesca Di Martino**

Partecipanti: **Michele Capasso**, **Anna Franzone**, **Fulvio Furbatto**, **Vincenzo Guiducci**, **Antonio Nuzzo**, **Maria Parente**, **Marino Scherillo**, **Tullio Tesorio**

1.7 L'Intelligenza Artificiale: attualità e futuro in ambito farmaceutico ospedaliero per migliorare aderenza terapeutica, gestione dei farmaci e vaccini

<i>Laboratorio</i>	1.7 L'Intelligenza Artificiale: attualità e futuro in ambito farmaceutico ospedaliero per migliorare aderenza terapeutica, gestione dei farmaci e vaccini
<i>Area</i>	Area 1 – Digitalizzazione e Innovazione nei Grandi Ospedali
<i>Abstract</i>	L'applicazione dell'intelligenza artificiale nella programmazione e nella gestione dei farmaci e dei beni sanitari è già una realtà. Occorre ora predisporre sistemi di valutazione delle diverse tecnologie e di implementazione di modelli gestionali efficienti. Per far questo occorre conoscere i nuovi e futuri strumenti che utilizzano l'IA per la gestione della salute, nello specifico i beni sanitari

Scenario di riferimento

Il laboratorio inizia con la lettura da parte del facilitatore della nota da parte del Board scientifico di Grandi Ospedali, e successivamente grazie alle sollecitazioni emerse dal successivo intervento moderatore sulla situazione presente relativa al focus, che ha evidenziato scenari presenti e futuri sul rapporto tra la gestione dei farmaci e dei dispositivi medici, e l'intelligenza artificiale, tutti i partecipanti hanno partecipato alla discussione, contribuendo alla definizione dello scenario attuale fatto di elementi positivi e criticità da affrontare. Lo scenario presente è caratterizzato dalle seguenti parole chiave:

- Necessità di lettura condivisa dei dati.
- Criticità rispetto alla disponibilità dei dati.
- Criticità: qualità dei dati, interdisciplinarietà dei dati, accessibilità dei dati.
- Modello Micromedex: Arruolamento dei pazienti in studi clinici. Medicina personalizzata e di precisione.
- AI e controllo sui possibili effetti collaterali dei farmaci
- AI e prevenzione
- Carenze e indisponibilità dei Layer 1

- AI e logistica interna alle farmacie ospedaliere
- AI e gestione dei rapporti tra AIFA e farmacie ospedaliere
- Carenze nei rapporti tra fornitori, AIFA e farmacie ospedaliere.

Le azioni proposte e le azioni prioritarie

Durante la seconda fase del laboratorio i partecipanti hanno esplorato i possibili scenari futuri sull'impatto dell'intelligenza artificiale rispetto alla sperimentazione clinica, alle innovazioni in ambito terapeutico, nella gestione dei processi in una farmacia ospedaliera e sull'aderenza e appropriatezza delle terapie. Un futuro auspicabile sintetizzabile nei seguenti punti:

- Formazione condivisa in un'ottica multidisciplinare.
- Sistema per velocizzare le informazioni relative alla gestione del magazzino.
- Sistema procedurale relativo alle gare e ai fabbisogni facilitato dall'uso dell'intelligenza artificiale.
- Sistema di budgeting correlato ad attività ed outcome.
- Farmacista che grazie all'intelligenza artificiale diventa programmatore.
- Anagrafiche regionali e aziendali.
- Utilizzazione dell'AI nelle gare di appalto.
- AI che possa facilitare l'analisi delle schede tecniche dei prodotti offerti rispetto ai requisiti minimi di qualità.
- Pazienti al centro dei processi che riguardano il rapporto tra IA e farmacie ospedaliere.

In riferimento allo scenario desiderato che i partecipanti hanno contribuito a costruire, si sono ipotizzate le seguenti strategie e attività:

- banca dati condivisa delle esigenze delle farmacie ospedaliere.
- Matrice standardizzata per la lettura dei processi.
- Monitoraggio dei flussi in real time in funzione predittiva.
- Modelli di apprendimento e standard open data.
- Anagrafica regionale e aziendale sui dati delle gare.
- Formazione smart sui modelli generativi.
- Formazione multidisciplinare sull'intelligenza artificiale
- Sistema di comunicazione facilitata ai pazienti da parte delle farmacie.
- Gestionale sull'uso compassionevole per un ritorno delle informazioni.
- Gruppi pilota e tavoli tecnici sull'intelligenza artificiale.

In relazione alle azioni e alle strategie elaborate il gruppo ha condiviso la necessità di individuare alcuni temi su cui continuare a confrontarsi e a proporre azioni innovative.

I temi sui quali si è deciso di costruire dei gruppi di lavoro sono i seguenti:

- intelligenza artificiale e sperimentazione clinica;
- intelligenza artificiale e procurement;
- intelligenza artificiale e riconciliazione, appropriatezza e aderenza terapeutica sui pazienti.



Conclusioni

L'intelligenza artificiale (IA) sta rivoluzionando molti settori, compresa la gestione delle farmacie ospedaliere. L'implementazione efficace dell'intelligenza artificiale nelle farmacie ospedaliere può portare a una gestione più efficiente, sicura e personalizzata dei farmaci, migliorando complessivamente l'aderenza e l'appropriatezza delle terapie. I partecipanti hanno discusso con competenza delle opportunità ma anche dei rischi relativi all'implementazione dell'intelligenza artificiale nei processi relativi alla gestione ed al funzionamento delle farmacie ospedaliere. Elemento qualificante del laboratorio è stato l'impegno dei partecipanti a creare dei tavoli di lavoro multidisciplinari che, anche con il coinvolgimento delle aziende farmaceutiche, possano continuare a sviluppare le principali piste di lavoro emerse dalla profonda e proficua discussione.

Hanno partecipato

Moderatore: Marcello Pani, Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli IRCCS, Roma

Management Advisor: Paolo Bordon, AUSL Bologna

Facilitatore: Nazario Festeggiato

Partecipanti: Domenico Avino, Marianna Cozzolino, Adriano Cristinziano, Andrea Di Mattia, Chiara Lamesta, Sara Pempinello, Raffaele Petti, Cataldo Procacci, Giacomo Rescigno, Alessandra Salierno

1.8. La dematerializzazione della cartella clinica, il processo di archiviazione digitale dei documenti sanitari e cyber risk

<i>Laboratorio</i>	1.8. La dematerializzazione della cartella clinica, il processo di archiviazione digitale dei documenti sanitari e cyber risk
<i>Area</i>	Digitalizzazione e Innovazione nei Grandi Ospedali
<i>Abstract</i>	<p>La possibilità di strutturare i dati, di renderli fruibili ed interoperabili partendo dalla certezza del processo di trasposizione dall'analogico al digitale che comporta la creazione di una base dati conforme ed affidabile, capace di sostituire ad ogni effetto di legge quella analogica dalla quale prende origine, è oramai realtà. Ospedale Cardarelli, Consiglio Nazionale Notarile e Soprintendenza Archivistica e Bibliografica della Campania hanno realizzato un percorso che permette di certificare l'autenticità dei documenti digitali, mediante un processo certificato.</p> <p>I dati prodotti a partire dal processo possono essere analizzati massivamente e posti alla base di ricerche scientifiche e comparazioni di alto valore.</p> <p>Ora bisogna guardare avanti e applicare gli stessi processi affidabili anche alla trasformazione e valorizzazione di dati sanitari provenienti da altri supporti, diversi dalla cartella clinica, quali ad esempio i vetrini istologici.</p>

Scenario di riferimento

Il dott. Gaetano D'Onofrio, già Direttore Sanitario dell'AORN A. Cardarelli di Napoli, ha aperto la discussione sulla situazione presente relativa al focus, per poi lasciare la parola ai partecipanti che hanno condiviso 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:

- Certificazione cartella clinica come dispositivo medico + firma digitale remota per referto cartella, LDD, tutta la specialistica ambulatoriale (no cartaceo + invio FSE 2.0)
- Dematerializzazione di oggetti materiali (ad es. vetrini con certificazione di processo)
- Qualsiasi documento cartaceo sanitario è dematerializzabile (anche se è meglio farlo nascere digitale)

- Digitalizzazione vs nativo digitale
- Processo che nasce dematerializzato finisce per essere materializzato
- Dorsale interoperabile imprescindibile: deve veicolare referti di ogni specialistica vs cartella del paziente: no stampa automatica dei referti
- Processo di digitalizzazione: dato sanitario nativamente strutturato, cartella nativamente informatizzata composta da referti di lab. ris. anat. LDD, LDT, terapia CPV

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 auspicerebbe la realizzazione dei seguenti punti:

- Privacy by design per agevolare sistemi di trasformazione digitale
- Pre sistema digitale, ente interoperabile tra tutti i reparti, dematerializzazione si innesta con i dati nel sistema informatico dell'ente
- Digitalizzazione ab inizio della cartella clinica
- Cartella clinica in fascicolo sanitario elettronico
- Miglioramento della qualità della cartella clinica, innovazione, miglioramento dei servizi per il cittadino, fascicolo sanitario elettronico
- Banca dati per la ricerca in medicina, miglioramento della qualità in tutti i suoi aspetti: efficienza
- Nomina delle figure responsabili della digitalizzazione e della conservazione
- Fattori abilitanti: integrazione dei sistemi (interoperabilità) WI-Fi per le operazioni a bordo letto e sala operatoria
- Progetto cartella ibrida: cc firmata digitalmente, residuo cartaceo (consensi firmati dal paziente) scansionati + riapertura automatica cc – nuova firma digitale rem – invio automatico a FSE 2.0 del paziente
- Verifica dei metadati necessari ma senza seguire sogni impossibili
- Interoperabilità e orchestrazione

Le azioni da mettere subito in campo potrebbero essere:

- Oltre il documento informatico, CAD e linee guida: dematerializzare per rendere fruibili i dati storici ai soggetti interessati
- Sistema digitalmente aperto, standard ai fini dell'interoperabilità – in tale sistema si innesta la dematerializzazione
- Approccio olistico, governance della sicurezza digitale interna a ciascuna azienda, risk assessment
- Sicurezza basata su block chain

- IA pervasiva
- Digitalità sanitaria come evoluzione della dematerializzazione sanitaria
- Investimenti IIT, automazione e la corretta compilazione, nazionalizzazione
- Integrità: autenticità della compilazione, disponibilità, riservatezza
- Utilizzo culturale: strutturazione dei dati, nazionalizzazione, nativi digitali
- Procedure di crash di sistema in caso di down del sistema, PDF in consultazione, no operatività – piano di massima emergenza, costi, istruzioni operative, dispositivi
- Firma autenticata del paziente – per eliminare ultima parte di residuo cartaceo
- Accessibilità con SPID e CIE, creazione di altre alternative
- Archiviazione dei dati



Conclusioni

Dal confronto, che ha visto coinvolti Direttori sanitari provenienti da tutta Italia, docenti universitari e professionisti IT, sono emerse tante idee per migliorare il futuro dei nostri ospedali attraverso la diffusione dell'innovazione digitale di tutti i processi sanitari. L'obiettivo principale è quello di dematerializzare l'enorme patrimonio cartaceo clinico, attraverso la digitalizzazione della documentazione, al fine di rendere più semplice e fluida la consultazione dei dati clinici non solo agli operatori sanitari ma anche e soprattutto al cittadino, che sarà finalmente posto al centro del sistema di cura che lo riguarda.

Per realizzare un tale modello di ecosistema sanitario è assolutamente necessario assicurare innanzitutto la tutela dei dati sensibili (data protection), potenziare i servizi digitali garantendo la piena interoperabilità delle informazioni e dei flussi raccolti, per non lasciare fuori alcun dato necessario a rendere completa la lettura digitale della cartella clinica. Un progetto ambizioso che richiede la

formazione multidisciplinare di figure necessarie, come ad esempio i responsabili della gestione documentale e della conservazione, considerati prestatori di servizi fiduciari qualificabili.

L'invito è quello di aprirsi all'innovazione digitale e ai sistemi di intelligenza artificiale con fiducia e slancio per proiettare l'Italia verso un futuro trasparente, semplice e sostenibile.

Hanno partecipato

Moderatore: Gaetano D'Onofrio, già Direttore Sanitario, AORN A. Cardarelli, Napoli

Management Advisor: Paolo Bordon, AUSL Bologna

Facilitatore: Augusta Palomba, Avvocato

Partecipanti: Carla Ciciarelli, Filippo Crispino, Rosanna Egidio, Andrea Lisi, Cosimo Maiorino, Alfredo Matano, Antonino Mazzeo, Guido Moscarella, Carolina Nacca, Luana Pepe, Martina Pironi, Luigi Russo, Luigi Volpe.

1.9. Digitalizzazione dei Servizi Sanitari

<i>Laboratorio</i>	1.9. Digitalizzazione dei Servizi Sanitari
<i>Area 1</i>	Digitalizzazione e Innovazione nei Grandi Ospedali
<i>Abstract</i>	Lo scopo del laboratorio è di creare un gruppo di lavoro, formato dai diversi attori dell'ecosistema sanitario, che possano contribuire al necessario processo di digitalizzazione dei servizi sanitari apportando specifici spunti di discussione sulle proprie competenze peculiari. In particolare, il gruppo di lavoro composto da esponenti di aziende ospedaliere, università, industrie ed enti connessi al sistema sanitario rappresenta un buon mix di competenze che può garantire un flusso di idee che vengono continuamente aggiornate e messe a confronto per rendere sempre più moderno ed efficiente il nostro sistema sanitario

Scenario di riferimento

La discussione si è aperta con un'introduzione dei temi da parte dei due moderatori, Salvatore Ascione e Elio Masciari, ponendo da subito un focus non solo sulle criticità che gli operatori del settore incontrano rispetto al tema della digitalizzazione, ma creando, sin dalle prime battute, uno spazio di discussione che desse sfogo soprattutto a possibili soluzioni e alla ricerca di nuove opportunità. In partenza sono stati diversi gli elementi sui quali i moderatori hanno posto l'accento, invitando a susseguirsi poi i partecipanti, affinché la discussione diventasse densa e ricca di nuovi spunti:

1. la necessità di creare percorsi interconnessi considerando la presenza di attori molto diversi (tecnici informatici, medici, operatori del settore, fornitori e territorio);
2. superare il concetto di "digitalizzazione" con accezione negativa, spesso si riscontrano fenomeni di resistenza anche da parte del personale medico;
3. pensare e progettare soluzioni ponendo le "persone" al centro: sistemi per le persone spesso disegnati senza parlare con le persone;
4. evitare e superare ragionamenti a silos ma lavorare creando ed immaginando un ecosistema comune e condiviso
5. migliorare ed ottimizzare il rapporto con il territorio per creare nuove opportunità e soprattutto superare numerosi ostacoli.

A questo punto sono stati invitati a susseguirsi negli interventi tutti gli attori coinvolti nel processo. Ognuno ha contribuito portando nuovi stimoli ed arricchendo la discussione con diversi punti di vista. Di seguito un elenco che raccoglie le diverse tematiche affrontate a partire da un'unica domanda condivisa da tutta la platea: come possiamo rendere più agevole ed efficace il passaggio alla

digitalizzazione sapendo di parlare ad attori da molto diversi, di lavorare in contesti differenti l'uno dall'altro, di dover affrontare problematiche territoriali spesso poco comuni, di dover tutti guardare al "paziente" come soggetto da tutelare, di lavorare con e per operatori sanitari da coinvolgere?

Ecco una lista di spunti, raccolti nei post-it, che rappresentano le parole chiave della discussione:

- Approfittare delle criticità e della complessità di oggi per trasformarla in opportunità per il futuro
- Utilizzare i numerosi fondi (PNRR) per migliorare procedure, infrastrutture e dati a disposizione
- Guardare e valutare anche alle competenze informatiche dell'utente
- Passare da una gestione documentale ad una che utilizzi i dati strutturati
- Essere in grado di gestire bene e far comunicare i due mondi: cittadino e amministrazione
- Fare un lavoro di squadra
- Sfruttare le potenzialità dell'IA
- Conoscere a fondo i processi per smontarli e renderli più agili
- Aumentare "interoperabilità" tra attori coinvolti
- Sfruttare i "master data" che provengono dalle Aziende
- Necessità di lavorare su dati di qualità per consentire una migliore lettura e interpretazione delle informazioni
- Seguire il percorso di cura del paziente attraverso il dato
- Accorciare i tempi di refertazione
- Guardare a chi fa bene e trarne spunto
- Ottimizzare la struttura dei costi
- Creare un ecosistema funzionante che possa essere standardizzato
- Guardare alla sostenibilità
- Garantire servizi a distanza
- Migliorare l'interoperabilità del dato
- Coinvolgere i medici nella realizzazione delle soluzioni
- Proporre soluzioni che possano facilitare il lavoro dei medici
- Supportare il cambio di mindset necessario perché la digitalizzazione sia efficace
- Creare un clima di fiducia
- Migliorare la comunicazione tra gli attori coinvolti nel processo di digitalizzazione.

Questi numerosissimi spunti sono stati seguiti, prima di passare alla realizzazione di azioni prioritarie da intraprendere, dal contributo anche di fornitori presenti alla discussione. Sono pertanto emerse le seguenti tematiche e necessità:

- rappresentazione di dati strutturati per comprenderne i contenuti ed abbandonare il paradigma di documenti atomici
- modellazione dei processi per la progettazione dei sistemi informatici
- standard di informatica sanitaria per l'interoperabilità sintattica e semantica
- definire regole chiare
- creare momenti di scambio tra operatori sanitari e tecnici informatici
- lavorare con processi iterativi: implementazione di processi agili

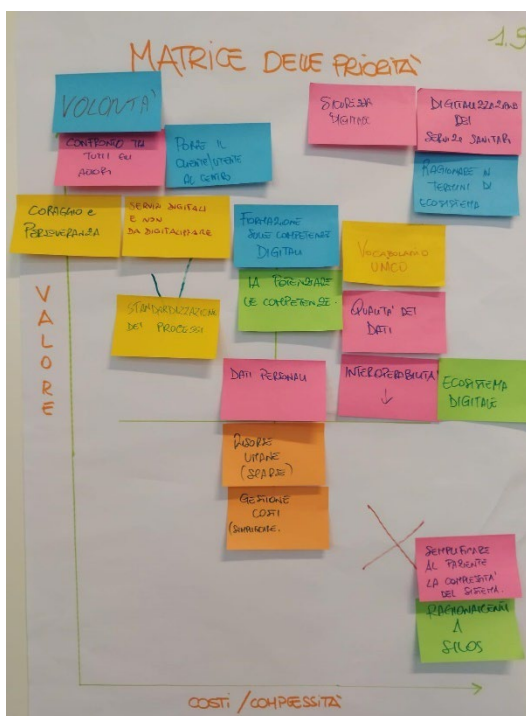
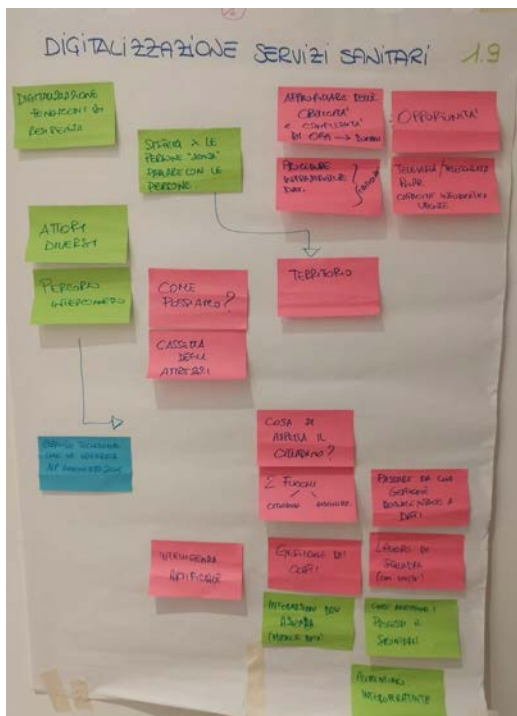
Le azioni proposte e le azioni prioritarie

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:

- Standardizzazione dei processi
- Sfruttare l'IA per potenziare le competenze
- Creare un ecosistema digitale e ragionare in termini di ecosistema
- Migliorare la formazione sulle competenze digitali
- Semplificare la gestione dei costi
- Implementare nuove risorse con competenze specifiche

Le azioni da mettere subito in campo che porterebbero ad una grande "valore", dedicando uno sforzo/costo quantomeno misurato sono:

- Superare ragionamenti a silos
- Creare un clima di fiducia che porti ad un maggiore confronto tra i diversi attori coinvolti
- Porre il cliente/utente al centro delle scelte
- Adottare coraggio e perseveranza
- Creare servizi digitale e non da digitalizzare



Conclusioni

Il laboratorio ha generato una discussione di livello elevato sulla tematica che si è svolta in maniera bottom-up. Si è scelto di partire dai problemi pratici di chi opera nei vari settori della sanità, dai problemi quotidiani e dai bisogni più urgenti. Il quadro che è emerso delinea una grande consapevolezza dei fabbisogni in termini di digitalizzazione degli operatori del comparto sanitario ma soprattutto una predisposizione al cambiamento per poter offrire un servizio di grande qualità ai cittadini. Le idee emerse sono di applicabilità generale e, secondo i moderatori, meritevoli di approfondimenti nelle opportune sedi decisionali.

Hanno partecipato

Moderatori: Salvatore Ascione, AORN A. Cardarelli, Napoli ed Elio Masciari, Università degli Studi di Napoli Federico II

Facilitatore: Maria Borrelli, Facilitatrice e soft skills trainer, Scrum master certificata

Partecipanti: Amalia Arenella, Marco Bressi, Raffaele Chianese, Mario Ciampi, Giuseppe D’Anna, Alessandro Di Bello, Massimo Di Gennaro, Sergio Flesca, Gaetano Gubitosa, Rosalba Labriola, Diego Lauritano, Giosuè Masciari, Davide Nestola, Antonietta Perrone, Giulio Siccardi, Pierpaolo Truglia, Valeria Vollono.

1.10 Nuovi ausili tecnologici nella formazione in medicina e nella simulazione preoperatoria (Metaverso, Realtà Aumentata)

<i>Laboratorio</i>	1.10 Nuovi ausili tecnologici nella formazione in medicina e nella simulazione preoperatoria (Metaverso, Realtà aumentata)
<i>Area</i>	Digitalizzazione e Innovazione nei Grandi Ospedali
<i>Abstract</i>	L'utilizzo delle tecnologie in Sanità, intese come hardware, ha fatto passi da gigante negli ultimi 20 anni; parimenti le applicazioni software sono talmente veloci nel loro sviluppo da rendere difficile mantenere il passo soprattutto in ambito sanitario. Realtà aumentata, mixed reality, metaverso sono termini diventati parte del nostro vocabolario solo recentemente, ma altrettanto veloci sono le loro applicazioni in tutti i settori della Sanità, soprattutto dopo la pandemia. Ma quanto impattano realmente nella nostra attività, in ambito sia assistenziale sia formativo? I costi sono sostenibili e giustificati da una reale efficacia? Chi gestisce l'ammodernamento e in base a quali criteri si decide l'obsolescenza di una tecnologia? La missione del PNRR che impatto avrà sulla Medicina? Questa sessione nasce dall'esigenza di approfondire questi temi e condividere strategie di programmazione, valutazione e formazione in Sanità.

Scenario di riferimento

Nella fase di introduzione del laboratorio, con gli interventi dei moderatori, sono stati focalizzati aspetti fondamentali inerenti la situazione attuale, relativamente al tema in oggetto: in particolare la sperimentazione della simulazione come esperienza di esercitazione, in fase didattica, e la sostenibilità del ricorso alla tecnologia, anche nella sua applicazione pratica preoperatoria, come strumento aggiuntivo e non sostitutivo della pratica a letto del paziente in ambulatorio.

Subito dopo, si è avviata una discussione, in cui la partecipazione è stata fondata sulla condivisione delle esperienze e sulla ricerca di elementi comuni da fare emergere, sia in termini di rilevate criticità sia in termini di eventuali opportunità nelle pratiche già sperimentate.

Il lavoro di confronto, poi, è stato riportato dai partecipanti, attraverso i post-it, in pensieri sintetici o in parole chiave, in cui sono stati messi in evidenza, in particolare, i seguenti contenuti:

- Opportunità dell'implementazione dell'innovazione tecnologica in integrazione e non sostituzione dell'esperienza formativa con il docente e il paziente
- Assenza di formazione responsabile rispetto all'uso delle tecnologie (etica)
- Scarsa presenza di formatori qualificati
- Rapida obsolescenza della tecnologia (interfaccia)
- Costi elevati della tecnologia

Le azioni proposte e le azioni prioritarie

Nello sviluppo del laboratorio i partecipanti hanno, successivamente, focalizzato sia le ipotesi di uno scenario futuro ideale, sia le priorità in termini di azioni possibili da porre in essere.

Nel primo caso (azioni proposte), sono stati messi in evidenza i seguenti contenuti:

- Creazione di un coordinamento in ogni realtà regionale
- Diffusione di AR e MR per la formazione e il continuo aggiornamento
- Sviluppo di un centro di studio nazionale su AR e VR

Nel secondo caso (azioni prioritarie), sono stati messi in evidenza i seguenti contenuti:

- Progettazione e investimento in rete
- Dotazione omogenea di tecnologie nei vari enti
- Sviluppo di tecnologia (software e hardware) integrabile in risorse già disponibili
- Servizi in cloud on demand
- Valorizzazione HTA

La messa in evidenza, per facilitazione di enucleazione concettuale, è stata supportata da molte riflessioni, inerenti i temi emersi dal confronto, che si riportano in sintesi di seguito.

In ambito didattico, la simulazione ha permesso di recuperare, in parte, la distanza tra teoria e pratica, favorendo l'acquisizione di abilità durante il corso di laurea, utilizzando le esperienze simulate in integrazione delle insostituibili attività didattiche a letto del paziente. Ne ha beneficiato, rispetto ad una riduzione del divario, anche il confronto con gli altri Paesi, con conferme, in questo senso, in alcune esperienze di scambio realizzate con il Programma Erasmus.

In termini di sostenibilità della velocità dell'ingegneria tecnologica, il collegamento tra il campo medico e il campo ingegneristico, tanto all'interno della stessa organizzazione universitaria quanto con la sinergia tra pubblico e privato, permette la riduzione del TTM, soprattutto se finalizzato all'autonomia e alla flessibilità, che si raggiungono con un assetto interno di competenze essenziali nel campo medico e una infrastruttura tecnologica in grado di supportare la rapidità di azione del professionista medico. Inoltre, facendo riferimento ad alcuni casi reali, il privato sembra puntare ad

offrire la base tecnologica, per lasciare il compito dello sviluppo al pubblico: il pubblico potrebbe acquisire la base tecnologica e poi, in house, upgradare un *know how* per implementare un service.

Rispetto alle implicazioni etiche, si impone la domanda sul nuovo modo di esserci della presenza umana dal lato del medico, in termini di capacità critica nell'uso della tecnologia, ma anche sulla opportunità dell'accesso alla simulazione preoperatoria dal lato del paziente, per eventuali effetti controproducenti nel "far vedere prima". Peraltro il tema della presenza umana appare fondamentale anche in campo didattico, per mediare il rapporto, in termini di tutoraggio, tra simulazione, quanto mai utile, ed esperienza non ancora vissuta su un piano reale, essendo un'esperienza soltanto virtuale.



Conclusioni

In vista dell'ipotetico scenario futuro, in cui si auspica la creazione di un Tavolo Tecnico nazionale, sarebbe necessario, partendo da una rilevazione dell'esistente, condividere l'obiettivo di abbattere le disuguaglianze tecnologiche, uniformando il più possibile i territori, anche attraverso la definizione di livelli minimi di dotazione tecnologica.

Hanno partecipato

Moderatori: Maria Triassi, Direttore del Dipartimento ad Attività Integrata di Sanità Pubblica, Farmacoutilizzazione e Dermatologia, AOU "Federico II", Napoli; Claudio Schonauer, Direttore UOC di Neurochirurgia, AORN "A. Cardarelli", Napoli

Management Advisor: Paolo Bordon, AUSL, Bologna

Facilitatore: Gerardo Ricciardi, Formatore e Facilitatore

Partecipanti: Leopoldo Angrisani, Giuseppe M.V. Barbagallo, Gaetano Bruno, Andrea Brunori, Alex Dell'Era, Salvatore Di Gioia, Stefano Lepore, Vincenzo Pilone, Rosanna Zapparella, Gianluigi Zona.

2.1 Integrazione ospedale territorio nella realizzazione della rete ictus

<i>Laboratorio</i>	2.1 Integrazione ospedale territorio nella realizzazione della rete ictus
<i>Area</i>	Gli ospedali e il loro territorio
<i>Abstract</i>	<p>La patologia cerebrovascolare acuta, come quella cardiaca, è una patologia tempo-dipendente. Per tale ragione l'ottimizzazione dei percorsi deve tenere conto di questa caratteristica in maniera da minimizzare le conseguenze e massimizzare le possibilità di recupero e di sopravvivenza. L'interazione ospedale-territorio nella rete stroke si estrinseca in due differenti momenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fase iperacuta con ottimizzazione del percorso pre-ospedaliero e dell'attivo del paziente presso il PO più idoneo nel minor tempo possibile (strutture coinvolte: servizio di emergenza territoriale/118/DEA/SC Neurologia/Stroke Unit/Neuroradiologia/Radiologia) • Fase post-acuta con sviluppo del percorso riabilitativo in contesto extra-ospedaliero (estensivo presso altri presidi/LD e/o ambulatoriale e presa in carico per follow-up specialistico ambulatoriale (strutture coinvolte: Neurologia/Stroke Unit, Servizi multiprofessionali di Riabilitazione, LD, neurologo ambulatoriale, MMG) <p>Per la gestione più efficace di entrambe le fasi sono necessari protocolli condivisi e diffusi che regolino le azioni e le interfacce fra i differenti attori dei percorsi, in un approccio il più possibile di team multidisciplinare e multi professionale. La collaborazione tra gli attori, la formazione condivisa e l'uso di tecnologie complementari all'organizzazione sono la chiave per ridurre i tempi di intervento e migliorare gli esiti clinici. Investire in reti, persone e organizzazione è cruciale per una gestione efficace dell'ictus.</p>

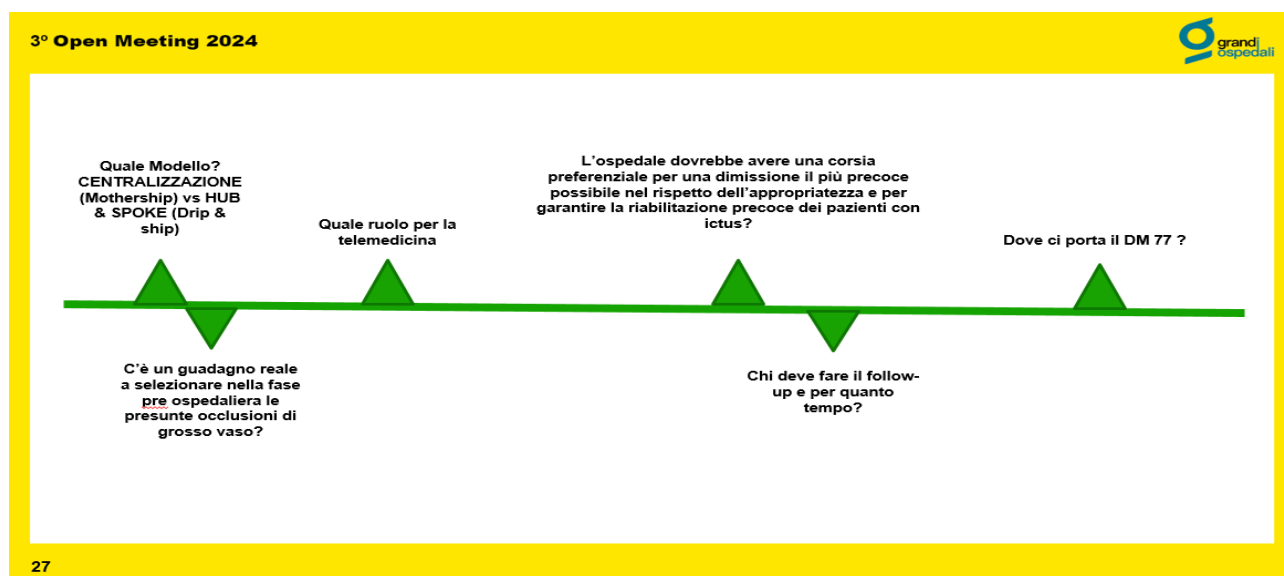
Scenario di riferimento

Nella prima fase del laboratorio, gli interventi del dottor Vincenzo Andreone (AORN A. Cardarelli) e del dottor Fiore Manganelli (AOU Federico II) hanno messo a fuoco i seguenti punti di discussione relativi ai rapporti Ospedale Territorio nella gestione dei pazienti con stroke:

Le due differenti fasi descritte nell'abstract, ovvero la fase iperacuta e quella post-acuta, sono state oggetto di discussione separata, facendo riferimento a momenti differenti della storia naturale della

patologia e ad esigenze differenti dal punto di vista gestionale ed assistenziale, con obiettivi diversi. Le due fasi inoltre hanno fatto riferimento a professionisti e strutture in gran parte differenti, per cui tutti i convenuti hanno concordato sulla utilità della gestione separata dei due momenti, intervenendo sulla base del coinvolgimento diretto in una o nell'altra fase. Tutti gli interventi sono stati attivi e le criticità evidenziate sono state di ordine generale e comuni a differenti realtà. Alcune di queste (carenza di risorse, intese sia come risorse strutturali che come risorse umane, a tutti i livelli, sia nella prima che nella seconda fase) sono state declinate come non risolvibili da nessuna delle azioni proposte dal laboratorio, ma sicuramente almeno in parte ottimizzabili sulla base dell'analisi più dettagliata dei flussi che descrivono il percorso dei pazienti, in particolare nella fase preospedaliera, dove molte informazioni mancano per l'inesistenza di dati informatizzati interrogabili dagli organi di controllo e vigilanza (es. AGENAS). In particolare questo aspetto potrebbe trovare una sua ottimizzazione nella definizione di indicatori facilmente raccogliibili ed obbligatori, sia temporali che di percorso, per esempio inseribili nella scheda di accesso/dimissione del PS/DEA, mentre altri indicatori di percorso potrebbero rientrare nella compilazione della SDO (es. timing dei trattamenti ripercusivi). Le misure di outcome di tali trattamenti e in generale di qualunque trattamento del paziente con stroke acuto, ad iniziare dalla Stroke Unit, richiedono, per poter essere raccolte e rilevabili, l'elaborazione di un percorso standardizzato di follow-up (in persona o telefonico/videochiamata/televisita) con un repository omogeneo dei dati (es. mRS a 90 gg, estensibile ad almeno 120 giorni per i pazienti con emorragia intracranica). Pertanto appare evidente che la valutazione dell'outcome della fase 1 richiede un diretto coinvolgimento dei professionisti della fase 2.

Alcuni spunti fanno riferimento a un contesto generale comune alle due fasi (es. informatizzazione, implementazione tecnologica, interdisciplinarietà, creazione e applicazione di protocolli ad es. regionali, ecc.), mentre altre appartengono a un background ancora più ampio ("human factor") o più chiaramente ad una fase post-acuta [televisita/continuità assistenziale/problematicità dei territori regionali (periferia vs centro)].

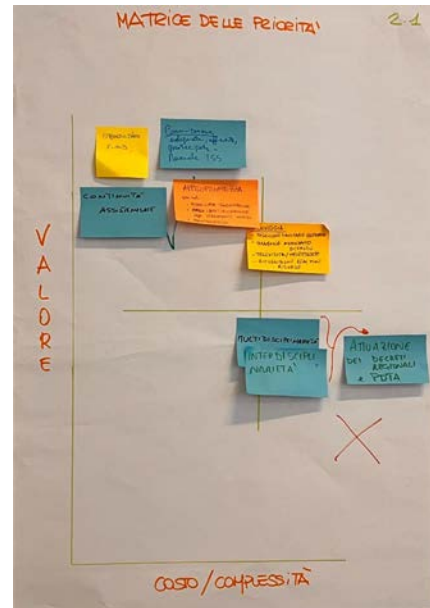
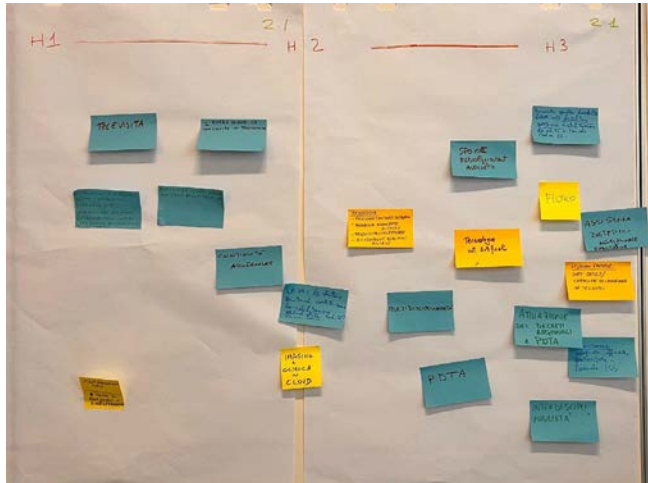


Le azioni proposte e le azioni prioritarie

Sulla base di queste premesse, tenendo conto delle due fasi sopra dettagliate e della realizzabilità dei progetti sulla base delle risorse disponibili e della priorità degli stessi, sono stati espressi dei possibili scenari migliorativi che per maggiore praticità si possono differenziare nelle due fasi sopra descritte.

- Fase preospedaliera (percorso ictus iperacuto): implementazione della prenotifica sul neurologo referente dello spoke per macroterritori (anche ai fini della selezione corretta del paziente, mirante e non centralizzare i pazienti non suscettibili di approccio iperacuto sulla base dei dati anamnestici disponibili) e contatto virtuoso fra hub e spoke con definizione e valorizzazione dei ruoli di entrambi nel percorso; attività formativa e incontri periodici comuni fra hub e spoke per risolvere e prevenire le criticità (includendo team neurovascolare, DEA e neuroradiologo/radiologo), definizione di protocolli di gestione della rete stroke applicabili con verifica della loro applicazione dopo condivisione allargata e formalizzazione degli stessi (PDTA/protocolli operativi di rete/macroarea, ad applicazione di Linee di Indirizzo di rete definite a livello regionale, ecc.), standardizzazione dell'utilizzo del neuroimaging avanzato (presuppone un censimento delle dotazioni strutturali e professionali dei singoli snodi della rete) con condivisione di immagini e teleconsulto neuroradiologico, sulla base di protocolli locali formalizzati, definizione di scenari di backtransport da DEA e di uscita dalla Stroke Unit verso ospedali spoke per garantire la disponibilità di posto letto in Stroke Unit a tutta la rete
- Fase post-acuta: formalizzazione di protocolli operativi di gestione del paziente in setting riabilitativo, anche ambulatoriale, con modalità democratiche e trasparenti di accesso alle risorse disponibili (es. percorsi per logopedia, gestione disfagia/nutrizione artificiale, ecc.), repository o DHW condiviso a livello provinciale/regionale/aziendale per l'accesso ai dati sanitari che faciliti l'interazione e la continuità della presa in carico e delle cure, definizione di percorsi ambulatoriali dedicati con contatto fra specialisti territoriali (neurologi) e specialisti ospedalieri per la gestione, secondo protocolli operativi condivisi, del passaggio dalla fase ospedaliera a follow-up territoriale, modalità applicative del DM 70, utilizzo di piattaforme di tele visita e di contatto formale anche fra specialisti per condivisione multidisciplinare con refertazione condivisa oltre che di modalità di tele riabilitazione per i pazienti eleggibili al fine di ottimizzare le risorse disponibili e limitare gli spostamenti anche dei pazienti (es. quanto fatto da alcune strutture durante le prime due ondate della pandemia)

Adottando la matrice delle priorità tutte le proposte che si basano su stesura e applicazione di protocolli operativi e PDTA con valenza regionale e locale, valorizzando la multidisciplinarietà, sono a basso costo, per cui prioritarie per rapporto atteso costo/risultati. Costi maggiori hanno le proposte che richiedono l'acquisizione di piattaforme tecnologiche dedicate e richiedono pertanto un investimento che deve essere deciso centralmente, il cui impatto comunque è considerato rilevante e prioritario.



Conclusioni

La progettualità proposta è quella di un tavolo di lavoro multidisciplinare che definisca delle strategie di facile e pronta applicabilità per migliorare la gestione e risolvere le criticità emerse nelle due fasi dei rapporti ospedale-territorio, con una estrinsecazione nazionale ed eventuali modulazioni locali.

Hanno partecipato

Moderatori: Vincenzo Andreone, AORN A. Cardarelli, Napoli e Fiore Manganeli, AOU Federico II, Napoli

Management Advisor: Cristina Marchesi, IRCCS Arcispedale Santa Maria Nuova, Reggio Emilia

Facilitatore: Martina Missano, psicologa

Partecipanti: Alessandro Bacci, Giorgio Bosso, Francesco Briganti, Lucia Grazia Campanile, Vincenza Cirino, Raffaella Citro, Michele Cuozzo, Maria Iapoco, Antonio Maddalena, Manuela Maione, Cristina Marchesi, Alessandro Padovani, Vincenzo Palma, Francesca Romana Pezzella, Bruno Ronga, Maria Sessa, Floriana Vitale, Maria Luisa Zedde.

2.2 Nuovi modelli organizzativi per l'integrazione ospedale e territorio: la telemedicina e prossimità delle cure

<i>Laboratorio</i>	2.2 Nuovi modelli organizzativi per l'integrazione ospedale e territorio: la telemedicina e prossimità delle cure
<i>Area</i>	2 - Gli ospedali e il loro territorio
<i>Abstract</i>	<p>In un contesto sanitario in cui l'alta specializzazione ospedaliera è fondamentale per soddisfare i bisogni quotidiani dei cittadini, l'integrazione con il territorio diventa essenziale, specialmente nelle aree remote dove le risorse sono limitate.</p> <p>Tale condizione ci spinge verso un nuovo approccio alla fruizione dei servizi socio-sanitari, in cui la medicina predittiva e quella di prossimità collaborano per ottimizzare l'assistenza ai pazienti.</p> <p>In questa prospettiva, il nostro laboratorio si propone di esaminare nuovi modelli organizzativi che collegano ospedali e territorio, mirando a superare le sfide della distanza e a individuare precocemente patologie anche attraverso l'uso di tecnologie innovative, come la telemedicina e la digitalizzazione.</p> <p>Inoltre, è cruciale considerare gli aspetti normativi e regolatori sulla medicina predittiva, inclusi quelli relativi alla rimborsabilità delle prestazioni, alle coperture assicurative e alle modalità di erogazione delle cure e terapie di un dato futuribile</p>

Scenario di riferimento

Le facilitatrici hanno introdotto la sessione di lavoro, presentandosi e spiegando sinteticamente la modalità di lavoro e l'importanza di partecipare con un approccio positivo, ma soprattutto predisposti a favorire il confronto, la condivisione, l'ascolto dell'altro in maniera rispettosa e costruttiva. A seguire il dott. Esposito ed il dott. Sosto hanno presentato le loro slides, ed hanno sollecitato i partecipanti offrendo loro utili spunti di riflessione, lasciando sul tavolo una serie di questioni aperte da analizzare con la finalità di individuare in maniera partecipata possibili soluzioni ed azioni da mettere in campo, per contrastare le criticità attuali, facendo leva sulle opportunità ed i vantaggi che lo scenario attuale offre. Ai partecipanti è stato infatti chiesto di analizzare il tema rispetto alla situazione attuale, individuandone criticità e punti di forza. Le parole chiave, che i presenti hanno scritto sui post it sono state le seguenti:

- Sanità Ospedale-centrica con personale del territorio non integrato e senza mandato prestazionale e competenze specialistiche che porta a una sudditanza del territorio rispetto alle strutture ospedaliere.
- Modelli per integrazione esistenti ma non compresi, mancanza di profili professionali in grado di attuarli e assenza di una struttura organizzativa che gestisca l'avvio di progetti di "presa in carico" coinvolgendo tutti gli stakeholder.
- Lentezza burocratica e culturale che porta a una disomogeneità organizzativa sui diversi territori. Fascicolo Sanitario Elettronico non sviluppato in maniera uniforme
- Problemi correlati alla gestione della Privacy per il data collecting
- DM 77 ancora non compiutamente applicato e Incoerenza tra DM77 e CCM ACM
- Sviluppo del territorio solo recente – mancanza di una ridefinizione del ruolo dei medici di medicina generale
- Difficoltà culturali per una piena utilizzazione delle televisite oltre a difficoltà logistiche e geografiche per i teleconsulti
- Mancanza di un modello di comunicazione ospedale/territorio e di un flusso per l'assistenza bidirezionale (Ospedale/Territorio e Territorio/Ospedale). In particolare si rileva la mancanza di personale che funga da intermediario tra azienda ospedaliera e ambiente familiare (e viceversa).
- Barriere tecnologiche che ostacolano l'integrazione Ospedale/Territorio. Tra queste l'esistenza di software gestionali di difficile applicazione, la scarsa interoperabilità dei sistemi informativi, la mancanza di un sistema informativo unico che eviterebbe l'isolamento tra sistemi informatici sui dati del paziente (aziendali, regionali, MMG). Sarebbe necessaria una uniformità di strumenti e di flussi, oltre che una alfabetizzazione digitale
- Problemi correlati alla difficoltà di raggiungere i pazienti in alcuni territori più periferici
- Mancanza di formazione e di conoscenza dell'offerta dei servizi territoriali, sia da parte degli operatori sanitari che dei pazienti che possono portare ad accessi impropri al pronto soccorso.
- Carenza di posti letto in strutture per post acuzie
- Carente stratificazione gravità nelle cronicità con effetti negativi sull'appropriatezza dei setting assistenziali

Le azioni proposte e le azioni prioritarie

Durante la seconda fase del laboratorio, i partecipanti hanno esplorato i possibili scenari di un futuro auspicabile. Di seguito quanto emerso:

- Piena attuazione DM 77 per una efficace integrazione socio sanitaria che dia autorevolezza al territorio attraverso:
 - o attivazione delle Centrale Operativa Territoriale per la cura di prossimità (COT)
 - o migliori accessi ai servizi sanitari per i pazienti che vivono nelle aree remote

- attivazione delle Unità di continuità assistenziale (UCA) tra diversi setting assistenziali
- Case della Salute e Case della Comunità con funzioni di monitoraggio e dotate di specialisti. Centrale di monitoraggio con laici
- Centri accreditati unici inglobati tra servizi ospedale e territorio
- Percorsi di presa in carico ospedale/territorio definiti in maniera chiara e condivisi con i pazienti
- Predisposizione di flussi informativi unici ministeriali
- Attivazione di Team multiprofessionali con coordinamento trasversale che coinvolgano anche altri soggetti del territorio (MMG, farmacisti,...) per una efficace presa in carico del paziente
- Cambiamento culturale degli operatori e dei cittadini:
 - Personale formato e aggiornato sui modelli organizzativi
 - Formazione multidisciplinare “fin dalla base” (dai corsi di laurea)
 - Empowerment del paziente e care giver consapevoli anche attraverso progetti di educazione e formazione sanitaria ai cittadini
 - Attività di orientamento rivolte ai pazienti
- Trasversalità del sistema
- Comunità di pratica per PDTA adeguati al territorio e implementazione dell’offerta tecnologica nei PDTA strutturati
- Coincidenza degli orari ospedale/territorio
- Utilizzo della tecnologia per:
 - Ottimizzazione della gestione delle risorse
 - Utilizzo di AI per prevenzione proattiva e trattamento delle cronicità
- Telemedicina integrata negli attuali sistemi informatici e nei setting di cura senza perdere il contatto umano
- Prevenzione veloce – efficienza costi – personalizzazione cure
- Potenziamento dell’utilizzo del teleconsulto
- Stratificare per conoscere il bisogno della popolazione per diversi livelli di complessità
- Fascicolo Sanitario Elettronico unico

Le azioni da mettere subito in campo potrebbero essere:

ALTO VALORE/BASSA COMPLESSITÀ

- Revisione dell’assetto normativo
- Fascicolo elettronico sanitario funzionante, grazie a regolamenti e obiettivi dalla Regione alle aziende

- Regolare partnership pubblico privato
- Lista differenziata per paziente già presi in carico dal territorio e primi accessi

ALTO VALORE/MEDIA COMPLESSITÀ

- Interoperabilità dei sistemi
- Potenziamento formazione ed implementazione percorsi formativi per utilizzare strumenti tecnologici

MEDIO VALORE/ MEDIA COMPLESSITÀ

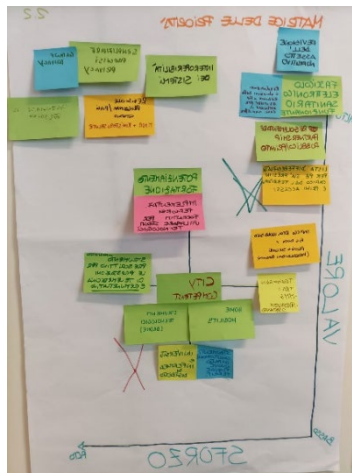
- istituzionalizzare la figura del City competent
- Home Mobility
- Strumenti tecnologici (drone)
- Implementare da parte delle università e degli infermieri di distretto gli strumenti di valutazione dell'impatto nuove figure territoriali
- Strumento prescrittivo e remunerativo per le prestazioni di telemedicina

MEDIO VALORE/BASSA COMPLESSITÀ

- Impiego del Real World Data e del Big Data per analisi scenari
- Teleconsulto tra MMG e medico ospedaliero

ALTO VALORE/ALTA COMPLESSITÀ

- Semplificare processi privacy
- Potenziare il personale
- Revisione programmi /piani studio da parte del MIUR e del Ministero della salute



Conclusioni

L'integrazione tra ospedale e territorio, facilitata dall'adozione della telemedicina e da un approccio di prossimità delle cure, rappresenta un passaggio fondamentale per migliorare l'efficienza e l'efficacia del sistema sanitario. Questa trasformazione richiede un cambiamento culturale che coinvolga operatori sanitari e cittadini, sostenuto da formazione continua e utilizzo consapevole della tecnologia. La chiave del successo risiede nella creazione di flussi informativi unici e interoperabili, essenziali per garantire una cura integrata e personalizzata. Implementare team multiprofessionali, potenziare l'infrastruttura tecnologica e promuovere l'educazione sanitaria contribuiranno a una risposta tempestiva e coordinata alle esigenze dei pazienti, migliorando l'efficacia e l'efficienza del sistema sanitario. La realizzazione di queste strategie porterà a una sanità più equa, accessibile e sostenibile, capace di affrontare le sfide future con resilienza e innovazione.

Hanno partecipato

Moderatori: Giovanni Esposito, AOU Federico II, Napoli; Università degli Studi di Napoli Federico II e Gennaro Sosto, ASL Salerno

Facilitatore: Fabia Francesconi e Carlotta Iarrapino, esperte di facilitazione e gestione di gruppi di lavoro.

Partecipanti: Lorenzo Baragatti, Alessandro Barbarino, Roberta Bosu, Paolo Bronzoni, Roberta Coluccia, Maria De Angelis, Massimo De Fino, Fausto De Michele, Erminia Della Corte, Carlo Descovich, Giuseppina Faletto, Nicola Grimaldi, Cristina Lo Masto, Marcella Luna, Cristina Marchesi, Massimo Marignani, Federica Morandi, Massimo Natullo, Veronica Pegoraro, Francesca Pellegrini, Serafinangelo Ponti, Giovanni Paoli Princigalli, Maria Pia Randazzo, Giuseppe Servillo, Nicola Simone, Michela Tammaro.

3.1. Tumor Board: innovazione nei percorsi oncologici

<i>Laboratorio</i>	3.1. Tumor Board: innovazione nei percorsi oncologici
<i>Area</i>	Grandi Ospedali come snodi nella filiera dell'assistenza sanitaria
<i>Abstract</i>	Individuare e implementare strategie per ottimizzare l'efficacia del Tumor Board nella personalizzazione dei percorsi di cura in Oncologia. Obiettivo strategico è migliorare la qualità della cura. Le strategie passano dalla creazione di una consapevolezza condivisa sulla necessità e sulle modalità attuative del confronto multidisciplinare. Puntiamo ad individuare azioni concrete per favorire la collaborazione tra le diverse conoscenze presenti, e per sostenere l'integrazione delle nuove tecnologie.

Scenario di riferimento

Dopo una breve presentazione dei moderatori, della facilitatrice e dell'organizzazione del laboratorio con la esplicitazione dei suoi obiettivi, delle sue regole e della metodologia utilizzata, si è tenuta una breve introduzione al tema da parte dei moderatori; nella prima parte il Prof. Bianco ha descritto la Rete Oncologica Campana (ROC) evidenziandone gli obiettivi, la struttura e l'organizzazione di GOM, PDTA etc; nella seconda parte dell'intervento il dott. Riccardi si è soffermato su alcune criticità emerse proponendo i seguenti stimoli che hanno rappresentato la base della discussione successiva:

- *Vengono discussi e decisi tutti i casi da candidare a chirurgia?*
- *Vengono discussi e decisi tutti i casi in cui è stata posta una prima diagnosi oncologica?*
- *Rispetto dei tempi?*
- *Quali sono le modalità di condivisione delle informazioni tra gli specialisti?*
- *Quale è il momento di comunicazione tra TB e paziente?*
- *Il verbale della decisione condivisa finale diventa un atto ufficiale della cartella clinica del paziente?*

A partire da queste domande-stimolo è stato chiesto ai partecipanti di focalizzarsi sulla situazione attuale nei suoi aspetti positivi e nelle sue criticità mediante l'elaborazione di parole-chiave/brevi concetti. Durante la discussione che ne è derivata gli intervenuti hanno potuto condividere le proprie esperienze e trovare diversi punti in comune rispetto alle azioni virtuose messe in campo e parallelamente alle criticità. I partecipanti hanno commentato gli aspetti da loro sintetizzati nei post-it che sono poi stati organizzati in macro-temi emersi dalla produzione di parole-chiave da parte di uno dei partecipanti e condivise con gli altri.

Vengono riportate le tematiche emerse:

- **Condivisione** tra professionisti che dovrebbe essere favorita da momenti di confronto e da un'organizzazione appropriata che preveda una comunicazione proficua anche con esperti esterni all'organizzazione.
- **Integrazione dei dati** dovrebbe essere garantita dalla centralità di sistemi informativi che prevedano l'informatizzazione della cartella GOM, l'integrazione CORP-Territorio per una diagnosi appropriata più veloce, l'utilizzo e la diffusione di *Big Data*, la focalizzazione sull'analisi dei dati relativi all'impatto nella vita reale (*Real Life Outcomes*) etc in modo da garantire la trasparenza dei dati all'attenzione degli stakeholders, e la standardizzazione di una *precision medicine*.
- **Tempo** insufficiente per poter discutere tutti i casi e per organizzare le riunioni collegiali con le esigue risorse umane dedicate disponibili per il GOM.
- **Educazione** intesa come Cultura in evoluzione tra i professionisti del settore che deve ulteriormente svilupparsi e diffondersi al personale impegnato; quello che manca è un governo regionale delle direzioni strategiche, una mappatura delle competenze esistenti e la previsione di conseguenti percorsi di formazione soprattutto sulla comunicazione medico-paziente e sulla leadership di chi comunica (chirurgo/oncologo).

Le azioni proposte e le azioni prioritarie

Durante la seconda fase del laboratorio i partecipanti hanno esplorato i possibili scenari di un futuro auspicabile individuando alcune azioni da mettere in campo e sono stati poi invitati a collocare le idee prodotte su una *matrice delle priorità* in modo da poter evidenziare, anche graficamente, le azioni più facilmente concretizzabili. Durante la discussione si sono evidenziate le idee simili, quelle collegate tra loro e si è provveduto a valutare mediante il confronto con il gruppo la collocazione nei quadranti previsti dal modello.

I partecipanti hanno considerato che il miglioramento della situazione attuale passi innanzitutto

- dalla *formazione/riqualificazione/valorizzazione/incremento del personale*
- dallo *sviluppo/potenziamento di piattaforme digitali e strumentazioni informatiche che consentano una più facile condivisione dei dati su tutto il territorio.*

Le azioni da attuare sono nello specifico:

- Valutazione fatta su outcomes reali e verificabili
- Coinvolgimento delle direzioni strategiche
- Valorizzazione delle risorse umane
- Previsione di ulteriore personale amministrativo per far fronte all burocrazia incombente
- Piano di formazione sulla comunicazione medico-paziente inserito nel programma curriculare
- Incremento del numero di case manager

- Attenzione alla motivazione dei dirigenti dei GOM (IPAS/IPASO)
- Sviluppo di piattaforme digitali integrate
- Outcomes dissemination
- Revisione del processo
- Pianificazione e monitoraggio dei processi per caratteristiche della patologia oncologica
- Adozione di strumenti informatici dedicati
- Piattaforma digitale di discussione sul sospetto diagnostico che coinvolga il territorio e il GOM
- Implementazione rete oncologica (es. Protocollo assistenza gravida con K mammella)
- Piattaforma regionale unica per discussione GOM
- Potenziamento delle risorse tecnologiche
- Inserimento della costituzione e del funzionamento del Tumor Board nella griglia dei Livelli Essenziali di Assistenza

Al termine del lavoro del laboratorio la dott.ssa Maria Beatrice Stasi, *Management Advisor* della sezione 3, ha ringraziato tutti gli intervenuti per la proficua produzione di idee sottolineando come sia necessario partire da ciò che ciascuno può fare in prima persona, nella propria struttura e con la collaborazione dei colleghi per evitare di far arenare le buone proposte per motivazioni al di fuori del proprio controllo.

Conclusioni

L'importanza strategica dei Tumor Board per l'innovazione nei percorsi oncologici a livello nazionale appare evidente. Per migliorare l'efficacia del sistema oncologico, è essenziale potenziare la formazione del personale, migliorare la comunicazione tra specialisti e sviluppare piattaforme digitali integrate. Queste azioni, sostenute da una valutazione basata su outcomes reali e il coinvolgimento delle direzioni strategiche, permetteranno una gestione ottimale dei casi oncologici.

L'adozione di strumenti informatici dedicati, la creazione di una piattaforma unica per la discussione dei casi oncologici e l'inserimento dei Tumor Board nei Livelli Essenziali di Assistenza sono misure chiave. Queste strategie consentiranno una migliore collaborazione tra i professionisti e una maggiore trasparenza, migliorando gli esiti per i pazienti e la qualità complessiva del servizio sanitario.

Il successo dei Tumor Board nei percorsi oncologici dipenderà dalla capacità di integrare formazione, tecnologia e governance in un modello coeso e orientato al paziente. Implementare queste strategie porterà a un sistema oncologico più efficiente, trasparente e reattivo, capace di rispondere alle sfide attuali e future con un approccio innovativo e collaborativo.



Hanno partecipato

Moderatori: Roberto Bianco, AOU Federico II, Napoli e Ferdinando Riccardi, AORN A. Cardarelli, Napoli

Management Advisor: Maria Beatrice Stasi, Ambassador della Sanità italiana

Facilitatore: Teresa Tuozzi

Partecipanti: Fiammetta Biagiarelli, Fabrizio Capuano, Francesca Dal Mas, Barbara Innocenti, Andrea Liverani, Vincenzo Montesarchio, Enrico Papini, Claudio Santangelo, Stefano Sommella, Andrea Vecchione

3.2 Malattie Rare: dalla diagnosi alla medicina di precisione

<i>Laboratorio</i>	3.2 Malattie Rare: dalla diagnosi alla medicina di precisione
<i>Area</i>	Area 3 - Grandi Ospedali come snodi nella filiera dell'assistenza sanitaria
<i>Abstract</i>	<p>Per le loro peculiari caratteristiche (eterogeneità, progressività, frequente disabilità o fragilità dei pazienti, complessità assistenziale e terapeutica) le malattie rare si associano a diverse problematiche assistenziali, sociali ed economiche. L'adeguata gestione dei pazienti affetti da tali patologie deve basarsi su un approccio integrato e multidisciplinare e deve rispondere a diversi bisogni quali la necessità di centri di riferimento esperti nella diagnosi, nella terapia e nella presa in carico del paziente, la necessità di interazione e coordinamento con l'assistenza del territorio, la definizione dei percorsi per accedere a terapie domiciliari, l'armonizzazione delle cure attraverso la definizione di percorsi diagnostici terapeutici e assistenziali (PDTA), la certificazione e l'accesso a specifiche tutele, la messa in atto di programmi di prevenzione, lo sviluppo di programmi di transizione degli adolescenti con malattia rara dalle cure pediatriche a quelle dei medici dell'adulto.</p> <p>Queste necessità sono state discusse nell'ambito del laboratorio e sono state proposte strategie ed interventi da attuare nel corso dei prossimi anni.</p>

Scenario di riferimento

Durante la prima fase del laboratorio, grazie agli interventi dei proff. Carafa e Parenti che hanno aperto la discussione sulla situazione presente relativa al focus, hanno tutti partecipato attivamente alla discussione rispettando i turni di parola e condividendo le proprie esperienze.

La discussione si è avviata con un brainstorming in cui i partecipanti hanno condiviso le prime suggestioni a caldo a seguito delle presentazioni dei moderatori. I partecipanti hanno sintetizzato nei post-it (vedi prima lavagna) attraverso le seguenti parole chiave:

- Supporti digitali
- Migrazione sanitaria e la necessità di fare network
- Tempestività e diagnosi precoce
- Esordio tardivo e riconoscere sintomi adulti

- La transizione delle malattie rare
- Rete di laboratori malattie rare
- aTTP
- Importanza del team multidisciplinare
- Importanza della formazione

Già dal brainstorming sono emerse le criticità che attengono alle personali esperienze lavorative dei partecipanti, ma anche alle possibili soluzioni a delle problematiche rilevate. Molti si sono ritrovati nelle stesse problematiche e nelle stesse esperienze pur tuttavia riconoscendo gli elementi di differenza dovute alle diverse competenze e alle diverse organizzazioni di appartenenza. La necessità di fare network e tra le diverse discipline e tra le diverse competenze dentro una stessa disciplina, e il problema della transizione delle malattie rare hanno preso molto tempo di dibattito. Quest'ultima si riferisce alla necessità di seguire il passaggio del paziente raro dall'infanzia all'età adulta, durante il quale, allo stato attuale invece, si rischia di perdere il paziente. Nel caso in cui l'esordio della malattia dovesse essere tardivo e non nell'infanzia ci vorrebbe un'accurata e tempestiva capacità diagnostica perché, se per i bambini i pediatri sono più abituati e formati alla diagnosi delle malattie rare, nell'età adulta vi è una maggiore difficoltà diagnostica da parte del medico.

Le azioni proposte e le azioni prioritarie

Seguendo le chiavi di lettura proposti dalla facilitatrice, di seguito verranno indicati lo stato dell'arte circa il tema oggetto di incontro (Orizzonte 1 - H₁), la descrizione di ciò che si vorrebbe realizzare (Orizzonte 3 - H₃) e i modi attraverso cui farlo in termini di fattibilità (Orizzonte 2 - H₂).

Orizzonte 1 - H₁:

- Ulteriore sviluppo dei network
- Problema della transizione
- Mancanza di formazione universitaria rispetto alle malattie rare
- Disattenzione dei direttori generali verso le malattie rare
- Relega alle iniziative dei singoli: si tratta di una mancanza a livello strutturale e organizzativo di buone prassi
- Poche risorse umane, soprattutto riguardo i medici genetisti: nella maggior parte dei casi le malattie rare sono di origine genetica. Il sistema ospedaliero soffre della mancanza di queste specifiche figure professionali.
- Mancanza di realizzazione e scarsità di farmaci ad hoc per le malattie rare
- (solo per la regione Campania) il medico specialista non può produrre impegnativa
- Percorsi burocratici lunghi: spesso i pazienti si sentono demotivati e sperimentano sentimenti di abbandono

- Aggiornamento lentissimo delle malattie rare: nei sistemi di riferimento ufficiali, l'ultimo aggiornamento delle malattie rare risale al 2017

Orizzonte 3 - H₃:

- Specialista della malattia durante tutto l'arco di vita del paziente: questa soluzione potrebbe far fronte alla transizione del paziente
- Reti cliniche che gestiscono il passaggio dall'infanzia all'età adulta: non solo il professionista gestisce il passaggio ma delle vere e proprie reti cliniche
- Migliore formazione sulle malattie rare
- Ruolo determinante del genetista in diverse fasi del percorso del paziente
- Pannello multigenico/WES: sono due tecniche diagnostiche e il gruppo si è polarizzato sulla necessità di queste due tecniche
- Ricerca per lo sviluppo di terapie di precisione
- Collaborazione con associazioni per orientamenti alle famiglie o assunzione di figure professionali che possano gestire i rapporti con i familiari dei pazienti
- Utilizzo dell'intelligenza artificiale nella diagnosi delle malattie rare
- Utilizzo di cartelle informatiche cliniche dei pazienti rari su base nazionale: per un accesso sicuro e continuo ai dati clinici dall'esordio della malattia

Orizzonte 2 - H₂, ovvero le azioni realmente concretizzabili in tempi e con costi ragionevoli:

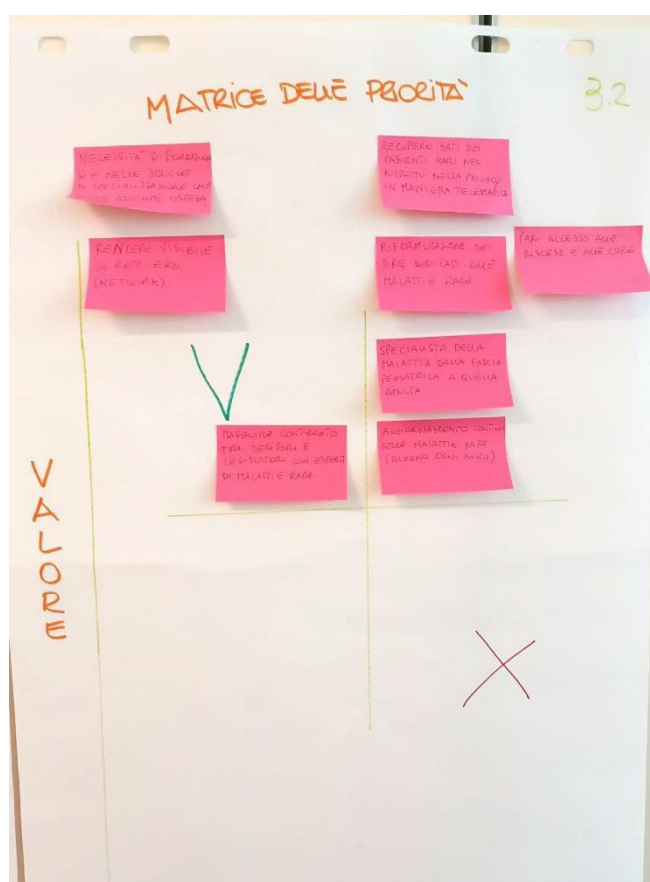
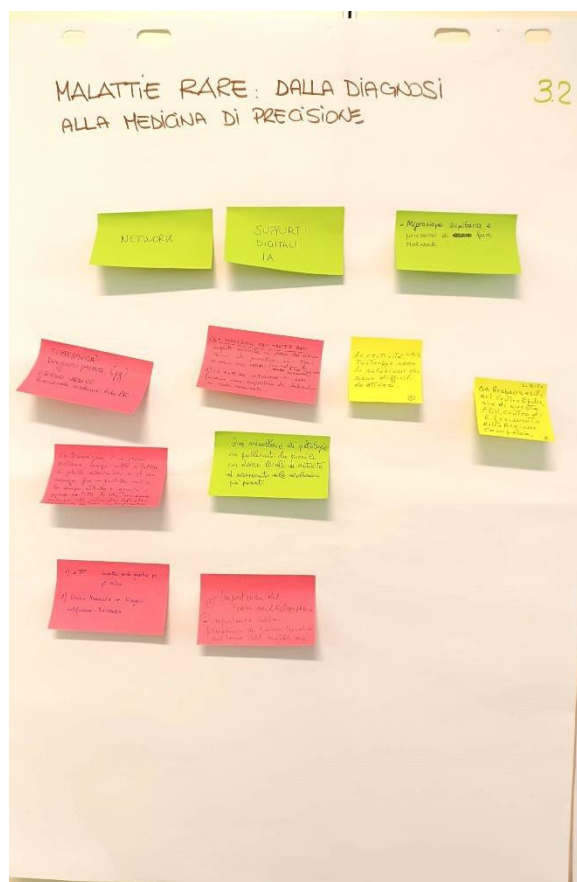
- Recupero dati dei pazienti rari nel rispetto della privacy in maniera telematica
- Corsi di formazione sia nelle scuole di specializzazione che nelle aziende ospedaliere
- Riformulazione dei DRG dedicati alle malattie rare
- Aggiornamento continuo delle malattie rare
- Specialista per il passaggio di pazienti dalla fascia pediatrica a quella adulta
- Rendere visibile la rete ERN (European Reference Networks)
- Maggiore confronto tra i decisori e legislatori con gli esperti di malattie rare
- Pari accesso alle cure e maggiore finanziamento della sanità pubblica

Nello schema finale delle azioni prioritarie, nel quadrante delle proposte ad alto valore e a basso costo, i partecipanti hanno collocato:

- I corsi di formazione sia nelle scuole di specializzazione che nelle aziende ospedaliere
- Rendere visibile la rete ERN
- Maggiore confronto tra i decisori e legislatori con gli esperti di malattie rare

Nel quadrante delle proposte ad alto valore e a medio-alto costo i partecipanti hanno collocato:

- Recupero dati dei pazienti rari nel rispetto della privacy in maniera telematica
- Riformulazione dei DRG dedicati alle malattie rare
- Aggiornamento continuo delle malattie rare
- Specialista della malattia dalla fascia pediatrica a quella adulta
- Pari accesso alle cure e maggiore finanziamento della sanità pubblica



Conclusioni

Nel corso della discussione sono emerse numerose criticità in rapporto alle personali esperienze e al contesto in cui operano i partecipanti.

Sono emerse altresì proposte e soluzioni a delle problematiche rilevate.

È stata, per esempio, sottolineata l'importanza di un approccio basato su network (peraltro già esistenti, ma poco visibili), che si avvalgano di competenze multidisciplinari, ed è stata individuata la necessità di sviluppare programmi di transizione.

Sono stati proposti l'ampliamento dell'offerta di formazione e aggiornamento, da attuare sia mediante corsi sia nelle aziende che nelle scuole di specializzazione, la messa in atto di strategie per aumentare la visibilità delle reti ERN, la riformulazione dei DRG dedicati alle malattie rare.

È stato auspicato un maggiore confronto tra i decisori e legislatori con gli esperti di malattie rare, la parità di accesso alle cure, ed un maggiore finanziamento della sanità pubblica, in particolare per le aree relative all'assistenza dei malati rari.

Hanno partecipato

Moderatore: Mariano Carafa, Responsabile UOC Medicina DEA e complessità clinica, AOU Federico II, Napoli e Responsabile LICE Molise e Campania

Moderatore: Giancarlo Parenti, Professore ordinario di Pediatria, Università Federico II, Responsabile programma di I FASCIA, AOU Federico II, Napoli

Facilitatore: Marcella Autiero, Psicologa Clinica e di Comunità e Dottoranda di ricerca presso l'Università degli studi di Napoli Federico II

Partecipanti: Concetta Altamura, Elena Bargagli, Leonilda Bilo, Luca Castiglia, Matteo Della Monica, Fortunato Lonardo, Daniela Melis, Manuela Priolo, Paolo Ricchi, Francesca Simonelli.

3.3 Percorsi di assistenza ospedaliera per pazienti fragili e disabili

<i>Laboratorio</i>	<i>3.3 Percorsi di assistenza ospedaliera per pazienti fragili e disabili</i>
<i>Area</i>	Grandi Ospedali come snodi nella filiera dell'assistenza sanitaria
<i>Abstract</i>	

Scenario di riferimento

Durante la prima fase del laboratorio, grazie all'intervento dei Dottori Esposito, Salerno, e Sarnelli si è messo in evidenza il bisogno di una rete specializzata per i pazienti con disabilità che faccia leva su personale qualificato, attrezzature ed ambulatori e specializzati. Partendo dalle storie vissute dei pazienti, si è motivata l'azione collaborativa tra i presenti. I moderatori avevano già stabilito che l'intento di questo lavoro era creare una rete di supporto perché i pazienti non si perdessero nella burocrazia sanitaria.

Nella prima discussione, i partecipanti hanno parlato di cosa, nel loro contesto, poteva contribuire alla creazione di questa rete. Hanno elencato sia le piccole che le grandi realtà presenti in merito. I partecipanti hanno sintetizzato sui post-it che troviamo nella prima lavagna le seguenti realtà:

- Nulla - bisogno totale bisogna iniziare da zero (x2)
- La buona volontà dei singoli individui (x2)
- Associazioni Familiari
- Associazioni di Volontari
- Figure individuali di professioni sanitarie
- Progetto DAMA (x6) (Emilia Romagna, Cardarelli Odontostomatologia, AOU Federico II)
- Progetto Tobia Lazio
- Progetto Pass Toscana
- Croci Rosse Associazioni Professionali sul territorio

Le azioni proposte e le azioni prioritarie

Durante la seconda fase del laboratorio i partecipanti hanno esplorato il futuro che vorrebbero vedere. Come spesso capita in stadi iniziali di co-creazione, è stato difficile mantenere la conversazione focalizzata su un futuro ideale, all'inizio perché partecipanti erano carichi di frustrazione per le energie, non apprezzate, che investono a navigare nella burocrazia sanitaria e il modo in cui i protocolli e la burocrazia spesso gli impedisce di servire al meglio i pazienti disabili secondo i bisogni specifici di ciascun paziente. Questa frustrazione è da interpretare come impegno forte e passione per la cura migliore possibile per pazienti fragili. Esempio è stato quello di un dottore che ha parlato di un

intervento sanitario avvenuto in macchina perché il paziente non voleva assolutamente scendere. A questo racconto, altri partecipanti hanno asserito che anche loro avevano avuto casi simili, dove intervenivano dovunque potessero per adeguarsi ai pazienti, ma che la struttura sanitaria ostacola, piuttosto che facilitare questi interventi. Anche se la frustrazione quindi, sembrava intralciare la capacità di immaginazione del gruppo per un futuro migliore, va vista in senso positivo, perché indica un impegno immenso per il bisogno dei pazienti e una dedizione, che se canalizzata, può catalizzare questa volontà individuale per fare rete nazionale (che vedremo in seguito). Riguardo il futuro possibile, i partecipanti hanno individuato:

- formazione
- coordinamento di direzioni generali sul territorio
- interfacciamento coordinato con le ASL
- Equipe specializzate
- Flessibilità e creatività d'intervento (che si adatta ai bisogni del paziente--non della burocrazia sanitaria)
- Relazione sana ed agile tra famiglia e struttura sanitaria
- Gestione della medicina territoriale e d'iniziativa
- Allargare e connettere reti regionali esistenti per creare una rete nazionale
- Atti regionali
- Accessibilità Facilitata
- Riconoscimento di tutte le figure professionali nella struttura sanitaria per un supporto a 360-gradi del paziente fragile e disabile

La conversazione ha avuto una svolta importante dalla frustrazione alla co-creazione grazie anche all'intervento della Management Advisor: Maria Beatrice Stasi, che, insieme alla facilitatrice, ha aiutato il gruppo a focalizzare l'attenzione sulla rete di persone e ruoli presenti nel laboratorio per stabilire dei prossimi passi che potessero fare leva sulle persone nella stanza e le potenzialità delle zone d'intervento più accessibili. Ecco alcune idee venute in superficie su come ci si arriva al futuro immaginato:

- Obblighi e sanzioni
- Educazione familiare
- cultura e professionalità
- possibilità
- creatività
- coltivare la reputazione delle aziende
- Direzione generale trova fondi
- Atti regionali (ma non solo)
- Copiare i percorsi delle altre regioni
- Coordinamento interventi
- Facilitare l'handover dei percorsi assistenziali

Nella fase di co-creazione di azioni future da coltivare nel breve tempo alcune sono venute in superficie con più forza tre proposte:

1. Creare un incontro regionale dei Direttori Generali
2. Creare una cabina di regia regionale
3. Fare richiesta a Grandi Ospedali di creare un tavolo/laboratorio permanente (o gruppo di lavoro) di rete per pazienti fragili e disabili in modo tale che la rete si rafforza di anno in anno, di conferenza in conferenza.

Le prime due idee avevano molte persone interessate (forse più della metà del gruppo). Ma l'ultima (3) ha trovato il consenso dell'intero gruppo. Questo risultato è importante per un gruppo che sembrava fino ad allora disgregato.

Nella terza fase abbiamo iniziato a creare lo schema per questa richiesta a Grandi Ospedali che il gruppo di lavoro continuerà:

FINALITÀ:

- Garanzie di equità delle strutture
- Creare un gruppo permanente all'interno di grandi ospedali
- Fare leva sulla rete dei grandi ospedali per migliorare il servizio ai pazienti fragili e disabili
- La complessità del paziente disabile fa il modo che ricorra sempre dai grandi ospedali-responsabilità specifica.

ATTORI: mid-management per ogni azienda e ordini professionali, consultori

FASI:

- Incontri del presente gruppo di lavoro
- Assegnazione di rappresentanti per ogni ospedale
- Incontro dei rappresentanti *prima* del prossimo convegno
- Incontro al prossimo convegno

AMBITI DI INTERVENTO

STRUMENTI

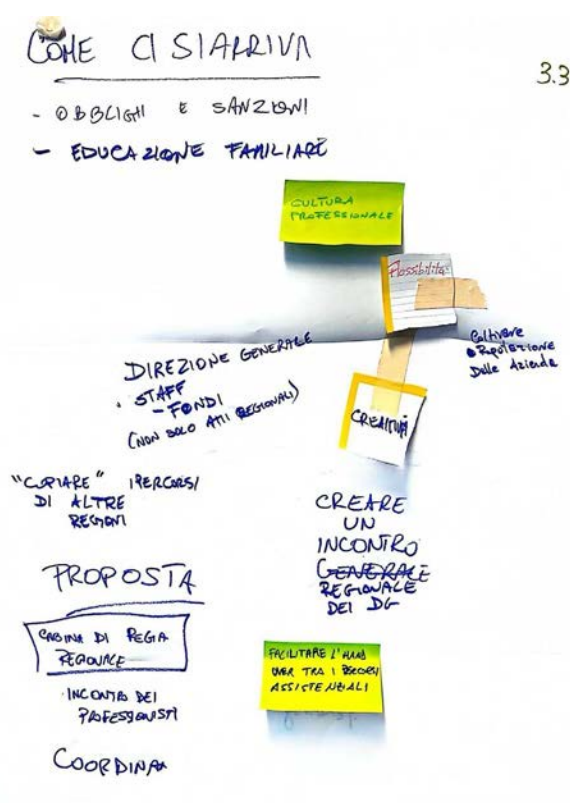
FIRME

Nella quarta fase abbiamo chiesto alle persone di dare il loro nominativo e mail per continuare un gruppo di lavoro per completare questa proposta a Grandi Ospedali. I partecipanti interessati, hanno scritto la loro email su un foglio, dimostrando interesse a continuare il lavoro in futuro creando una mailing list ed un gruppo di lavoro. Tutti i partecipanti hanno aderito.

Alla fine abbiamo chiesto ai partecipanti cosa portavano via da questo incontro. Ecco alcune risposte:

- Speranza (x4)
- Condivisione delle esperienze (x4)
- Individuare i Grandi Ospedali come motore di cambiamento vero
- Consapevolezza delle disuguaglianze
- La progettualità e un bel confronto

- Modello sanitario migliore
- Possibilità di fare
- Superamento delle diversità



Conclusioni

In questo laboratorio i moderatori, il facilitatore, e i partecipanti sono riusciti con successo a co-creare un'azione futura con l'adesione di tutti i partecipanti. Non è un risultato da dare per scontato, visto che la frustrazione dovuta alla loro esperienza di conflitto tra il loro impegno per i pazienti e gli ostacoli della struttura burocratica nelle dinamiche di gruppo, la frustrazione spesso ostacola la co-creazione, ma questo gruppo è stato abile a coalizzarsi intorno ai bisogni del paziente. Per il successo di questo gruppo sarà importante continuare a catalizzare la frustrazione verso l'azione — e non scoraggiarsi per le barriere che occorrono ma focalizzarsi sui successi: l'espansione della volontà d'azione e l'approfondimento dei rapporti prima fra singoli operatori, e poi tra istituzioni. La rete si crea due persone alla volta, una relazione alla volta.

Nel cerchio finale - in cui il facilitatore ha chiesto ad ognuno di dire, in una parola o una frase, cosa si portavano via, la maggior parte ha detto "speranza" per un'azione futura fruttuosa.

Hanno partecipato

Moderatori Umberto Esposito, AORN A. Cardarelli, Napoli, Paola Salerno, AORN A. Cardarelli, Giovanni Sarnelli, AOU Federico II, Napoli *Management Advisor*: Maria Beatrice Stasi, Ambassador della Sanità italiana

Facilitatore: Rita S. Fierro, Ph.D., Social Justice Consultant e Coach, Fierro Consulting LLC

Partecipanti: Anna Maria Baietti, Loredana Bellia, Carmen Cappitella, Giuseppina Diana, Salvatore Dongiovanni, Francesco Paolo Esposito, Massimo Forti, Claudio Luvino, Paola Marcia Macias, Paola Magri, Toni Nocchetti, Paola Salerno, Beatrice Stasi.

3.4 Nuovi approcci al Carcinoma Mammario. Chirurgia oncologica della mammella in day surgery e innovazioni e potenzialità della Biopsia Liquida

<i>Laboratorio</i>	3.4 Nuovi approcci al Carcinoma Mammario. Chirurgia oncologica della mammella in day surgery e innovazioni e potenzialità della Biopsia Liquida
<i>Area</i>	Grandi Ospedali come snodi della filiera dell'assistenza sanitaria
<i>Abstract</i>	(v programma)

Scenario di riferimento

Dopo l'apertura dei lavori del facilitatore che ha introdotto le regole della sessione partecipativa del laboratorio, hanno preso la parola i tre moderatori. Le loro relazioni sono state molto utili e complementari, grazie anche ad un lavoro di briefing fatto nei giorni antecedenti l'evento. Le relazioni introduttive sono state da subito oggetto di domande e spunti per la discussione che è quindi cominciata naturalmente dando ai partecipanti la possibilità di sintetizzare i loro concetti nei post-it che troviamo sintetizzati qui di seguito dove sono state messe in evidenza situazioni problematiche ed esempi a cui ispirarsi:

- Problematica della carenza di personale è necessario aumentarne il numero e lavorare sulla formazione.
- I medici non devono occuparsi di gestione.
- In Campania ci sono troppe Breast Unit, che disperdono pazienti e non creano expertise specifiche del personale sanitario.
- La biopsia liquida richiede ulteriori valutazioni per essere regolamentata in termini di esame diagnostico rimborsato dal SSN, diversamente dal carcinoma polmonare, dove la biopsia liquida è stata codificata.
- Assenza nell'attuale nomenclatore regionale di un codice che consenta ai radiologi di effettuare una biopsia stereotassica in regime ambulatoriale.
- Mancanza di una rete organizzata sul territorio; rimborso da parte della regione per le procedure bioptiche.

- È necessario alla luce delle nuove terapie in neoadiuvante che richiedono un esame istologico prima dell'intervento chirurgico, che si riesca far convivere nei percorsi tra l'esame istologico e la biopsia liquida una corretta diagnosi prima dell'intervento.
- Maggiore tecnologia a disposizione del chirurgo in sala operatoria e maggiore collaborazione interdipartimentale.

Le azioni proposte e le azioni prioritarie

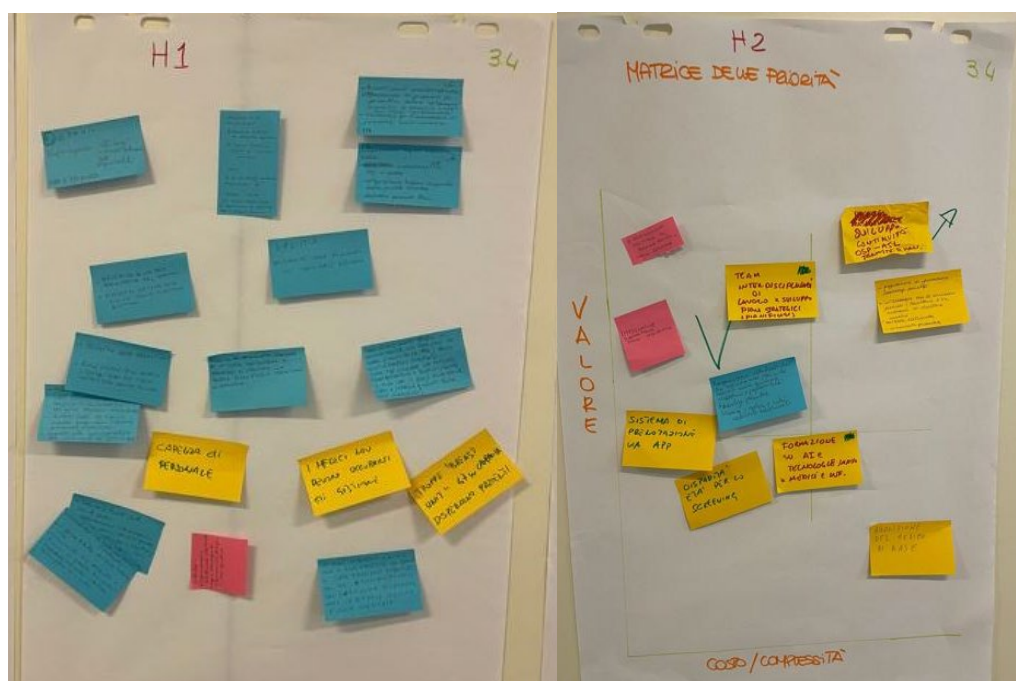
Durante la seconda fase del laboratorio i partecipanti hanno esplorato i possibili scenari attraverso la proposizione di idee ed azioni che sono partiti dalla necessità di superare le criticità emerse nella prima fase della discussione. Le azioni proposte nello specifico sono sintetizzate in questi punti:

- Migliori infrastrutture e organizzazione degli Spoke-Hub.
- Costruzione di una rete e creazione dell'istituto del seno.
- Crescita deontologica.
- Educazione alla sensibilizzazione di tutta la popolazione.
- Favorire la sperimentazione clinica.
- Accessibilità alle tecnologie da parte di tutti.
- Educazione dei cittadini ai temi della sanità e alle opportunità presenti attraverso azioni che partano dalle scuole.
- Creazione di un reparto unico per le diverse figure che afferiscono alle Breast Unit con supporto dell'AI.
- Attivazione di protocolli di Ricerca sanitaria che permettano 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.
- Gestione integrata del paziente con riduzione dei TAT durante il processo diagnostico.
- Breast Unit unificata con integrazione di tutte le figure professionali che prendono parte all'iter diagnostico della paziente con tumore alla mammella, inclusa una figura qualificata che si occupi della gestione dei pazienti in tutte le fasi del processo diagnostico-terapeutico.
- Supporto dell'IA per il miglioramento della parte diagnostica nel clinico e strutturazione della figura del radiologo interventista.
- La biopsia liquida è uno strumento diagnostico caratterizzato da enormi potenzialità applicative. Tra queste, spicca la possibilità di utilizzare la biopsia liquida in maniera "dinamica" per il monitoraggio di differenti parametri biologici che ottimizzano la gestione clinica del paziente oncologico. Ogni biomarcatore aiuterà a identificare farmaci a bersaglio molecolare per il trattamento di patologie oncologiche.

Una volta emerse le possibili azioni da mettere in campo per il futuro, i partecipanti hanno lavorato nel puntualizzare meglio le azioni e graduandole nella matrice delle priorità tra le due variabili del costo/complessità e del valore/utilità.

Le azioni da mettere subito in campo sono risultate essere le seguenti:

- Realizzazione di un programma di formazione di radiologi e senologi; interazione con le direzioni generali/sanitarie per la creazione di una struttura unica.
- Identificazione di una figura professionale che si occupi della gestione multidisciplinare della paziente oncologica
- Snellimento delle procedure di prenotazione di prestazioni senologiche ambulatoriali per pazienti che necessitano di ulteriori accertamenti
- Realizzazione della cartella clinica elettronica.
- Piano formativo sulle AI e sulle tecnologie innovative per medici ed infermieri.
- Creazione di un gruppo interdisciplinare di lavoro per lo sviluppo di piani strategici.



Conclusioni

Il laboratorio si è svolto in un clima generale di collaborazione e rispetto reciproco. Molta era la voglia di contribuire alla discussione. Ogni partecipante ha avuto la possibilità di esprimere le proprie opinioni. Il clima ed il tenore della discussione sono stati favoriti anche dai moderatori che hanno introdotto il tema, ponendo diversi quesiti e dando spunti alla discussione. Il tempo dato alla sessione è stato sufficiente per approfondire la discussione. Il positivo clima partecipativo ha fatto sì che a fine sessione il gruppo si sia ritrovato per continuare a discutere e verificare altre occasioni di networking da pianificare per affrontare queste tematiche.

Hanno partecipato

Moderatore: Valeria Romeo, AOU Federico II, Napoli, Francesco Pepe, Università degli Studi di Napoli Federico II e Martino Trunfio, AORN A. Cardarelli, Napoli

Facilitatore: Luca Simeone facilitatore e project manager Città della Scienza

Partecipanti: Maria Paola Belfiore, Alfonso Bencivenga, Roberta Buonocore, Maurizio Deplano, Marcella Montemarano, Tommaso Pellegrino, Annarita Speranza, Nunzio Velotti, Giorgia Zunino.

3.5 Tumori rari a bassa incidenza e prevalenza

<i>Laboratorio</i>	3.5. Tumori rari a bassa incidenza e prevalenza mediche
<i>Area</i>	Area 3 - Grandi Ospedali come snodi nella filiera dell'assistenza sanitaria
<i>Abstract</i>	<i>I tumori rari, caratterizzati da bassa incidenza e prevalenza, rappresentano una sfida significativa per la medicina moderna a causa della loro rarità e complessità. La diagnosi spesso ritardata e le limitate opzioni terapeutiche disponibili richiedono un approccio multidisciplinare e l'adozione di reti di collaborazione tra centri specializzati. È fondamentale promuovere la ricerca per migliorare la comprensione di questi tumori e sviluppare trattamenti più efficaci, garantendo al contempo un supporto adeguato ai pazienti e alle loro famiglie.</i>

Scenario di riferimento

Durante la prima fase del laboratorio, grazie all'intervento del dr. Gianni Amunni che ha aperto la discussione sulla situazione presente relativa al focus, inquadrando il tema sia dal punto di vista epidemiologico che da quello normativo, mediante ampia discussione per analizzare la complessità della individuazione e della valutazione. Ha stimolato la discussione tra i due binari ed evidenziando che "la rarità è di per sé una complessità".

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 nel primo tabellone i concetti e le seguenti keywords:

- Favorire comunicazione a distanza tra colleghi e centri oltre i confini regionali, condividendo dati del paziente (immagini, vetrini...)
- Pazienti con tumori a bassa incidenza devono essere indirizzati e seguiti in centri di riferimento a livello italiano
- Aumentare il tema "Tumori Rari" negli insegnamenti Università/Specializzazioni
- Favorire ingresso aziende farma integrate nel SSN con trasparenza ed eticità

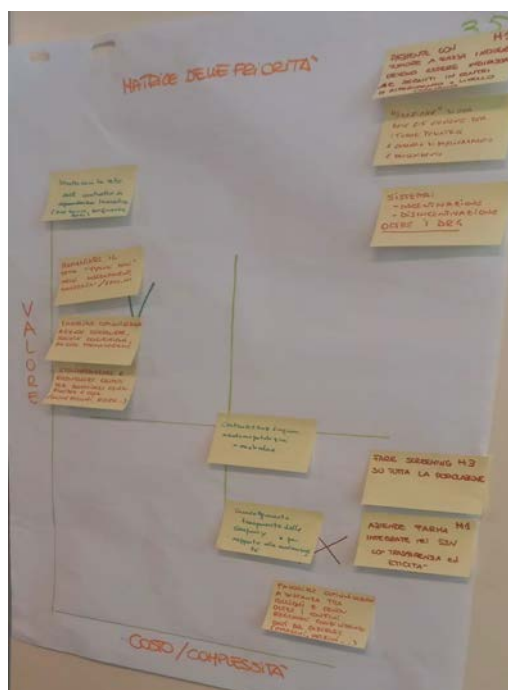
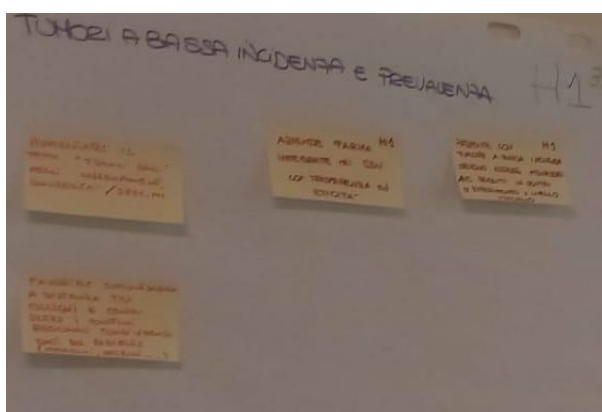
Le azioni proposte e le azioni prioritarie

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:

- Fare screening su tutta la popolazione
- Sistema: Incentivazione, Disincentivazione, oltre i DGR
- Standardizzare e riconoscere criteri per identificare centri Provider ed User (Volume pazienti, Risorse, ...)
- “Adozione” di una rete già esistente per i tumori pediatrici e garanzia di miglioramento e mantenimento
- Coinvolgimento trasparente delle Company per supporto alla sostenibilità
- Strutturare la rete nel contratto lavorativo (Day Service, Guardie, Rete)
- Centralizzare diagnosi anatomopatologica e molecolare

Da realizzare subito:

- Favorire comunicazione aziende ospedaliere, società scientifiche, aziende farmaceutiche



Conclusioni

Abbiamo evidenziato che il termine tumori rari identifica situazioni complesse e diversamente inquadrabili per tre considerazioni:

- i tumori rari veri definiti da criteri oms e recepiti in diversi documenti istituzionali (agenas) hanno un modello organizzativo ben codificato (centri user e provider rapporti con ERN). Qui il tema è di promuovere la piena attuazione dei centri con l'obiettivo di gestire l'intera casistica in appropriatezza clinica ed organizzativa.
- i tumori infrequenti specialmente quando collegati ad elevata complessità (pancreas NE...) richiedono pdta adeguati che si pongano il problema della centralizzazione della casistica secondo criteri di volumi critici, expertise professionale, dotazione tecnologica. Sono una sfida per le reti sia nei sistemi hub spoke che network.
- la oncologia mutazionale sta rivedendo le classiche classificazioni dei tumori e sempre più alcune neoplasie storicamente frequenti diventano rare, sulla base di indagini di laboratorio, ma questa è l'oncologia del futuro per la quale dovremo ridisegnare i percorsi. Il lavoro sui tumori rari è un buon banco di prova ...

Hanno partecipato

Moderatore: Gianni Amunni, ISPRO - Istituto per lo studio, la prevenzione e la rete oncologica

Management Advisor: Maria Beatrice Stasi, Ambassador della Sanità italiana

Facilitatore: Giorgio Desiderio, Formatore Libero Professionista

Partecipanti: Carmine D'Aniello, Yosra Kamel, Francesco Pepe, Francesco Panzuto, Marco Zecca.

4.1. L'antibiotico resistenza e gli antibiotici innovativi

<i>Laboratorio</i>	4.1 L'antibiotico resistenza e gli antibiotici innovativi
<i>Area</i>	Area 4 – Grandi Ospedali Centri per l'eccellenza
<i>Abstract</i>	<p>Il fenomeno dell'antibiotico resistenza (ABR) ha assunto le caratteristiche di una pandemia silente. Si stima, infatti, che solo nel 2019 ci siano stati circa 5 milioni di morti nel mondo per cause ad essa associate. I principali batteri killer, spesso associati a resistenze, sono Escherichia coli, Klebsiella pneumoniae, Pseudomonas aeruginosa, Stafilococchi aurei, Enterococchi. Le strategie per fronteggiare l'ABR comprendono, tra l'altro, un uso saggio degli antibiotici, combattendone l'abuso e il cattivo uso. In questo senso, è essenziale il ruolo dell'infettivologo, che deve governare i percorsi di Stewardship antibiotica (ASP) nella medicina ospedaliera e, si auspica, anche territoriale. In particolare, l'utilizzo degli antibiotici innovativi va inserito in percorsi di ASP per evitare derive di sottoutilizzo o di iperprescrizione, contemperando la cura del singolo con il rispetto ecologico della collettività, preservando quindi le molecole il più possibile dal rischio di resistenze</p>

Scenario di riferimento

La prima fase del laboratorio è stata caratterizzata dall'intervento del Prof. Ivan Gentile che attraverso la proiezione di slide, ha illustrato il fenomeno dell'antibiotico resistenza che ha assunto ormai delle dimensioni enormi a livello globale. In Italia in particolare, sembra che la Campania detenga purtroppo un primato assolutamente non degno di nota. Il Prof. Gentile ha quindi illustrato la tipologia di batteri maggiormente associati a resistenza illustrando le cause principali di tale problematica dovute prevalentemente ad un uso esteso e smodato dell'antibiotico, spesso somministrato in modo non adeguato. L'input fornito dal Prof. Gentile ha aperto un'ampia discussione che ha visto coinvolti tutti i partecipanti che hanno offerto, ciascuno in ragione del ruolo rivestito, un importante contributo. Peraltro la provenienza dei partecipanti da diverse realtà ospedaliere nazionali e regionali ha sicuramente favorito il confronto valorizzando, già nell'immediatezza, i percorsi più efficaci da seguire ed aggiungendo indubbio valore alla discussione. Il successivo intervento del Prof. Massimo Mariconda ha esteso la problematica all'area ortopedica, ovvero alle infezioni da germi resistenti nell'ambito della chirurgia protesica ortopedica. Anche qui il dato è in crescita con infezioni difficili da eradicare proprio per l'ampia resistenza dei batteri più diffusi alla terapia antibiotica e con un tasso altissimo di recidive che spesso impone la sostituzione integrale della protesi. In questo

contesto l'Italia si posiziona, rispetto alle altre regioni italiane, intorno al quarto posto. Tutti i partecipanti quindi, muovendo le mosse dalle introduzioni fornite dai moderatori sull'argomento, hanno condiviso le proprie esperienze illustrando la situazione attuale ed evidenziando le criticità maggiori. I partecipanti hanno sintetizzato nei post-it che troviamo nella prima lavagna quelle che sostanzialmente sono le problematiche emerse attraverso le seguenti parole chiave:

- Flussi di informazione carenti;
- Mancanza di Interazione ospedali – territorio;
- Carenza di misure preventive (Infection control);
- Poca consapevolezza dati locali;
- Scarsa conoscenza della problematica;
- Carenza di risorse umane – maggiore coinvolgimento di microbiologi;
- Linee guida declinate sul Setting;
- Catena di responsabilità;
- Microbiologie H 8/14- 8/20
- Carenza di Infettivologi
- Terapia antibiotica in dimissione;
- Mancanza di test rapidi

Le azioni proposte e le azioni prioritarie

Dopo aver esaminato lo scenario attuale e rappresentato invece l'obiettivo auspicabile, ovvero un utilizzo più appropriato e moderato degli antibiotici attraverso somministrazioni adeguate, i partecipanti hanno cercato di mettere in campo spunti ed idee per porre in essere azioni virtuose che, seppur non risolutive siano almeno utili ad invertire la rotta.

Tra le azioni suggerite rientra in primo luogo l'applicazione di sistemi di infection control, in primis attraverso l'utilizzo effettivo degli strumenti già oggi offerti in dotazione alle strutture ospedaliere ma non sempre utilizzati in modi e tempi corretti (utilizzo dei gel sanificanti, lavaggio mani, percorsi rigorosi di isolamento standard e distinti per patogeno) un maggiore monitoraggio della situazione attraverso l'utilizzo di linee guida che possano allineare ospedali e territorio, un incremento degli orari dei laboratori di microbiologia attualmente non idonei ad una diagnostica microbiologica rapida.

Si è parlato poi dell'implementazione di test point of care (ad esempio la PCR point of care) e la possibilità di effettuare test nasali e rettali al tempo 0 ovvero al momento del ricovero in modo da individuare, circoscrivere e collocare temporalmente l'esistenza dell'infezione. Ancora, il Prof. Gentile in particolare, nell'auspicare percorsi di stewardship, ha evidenziato l'esistenza di antibiotici innovativi long-acting da somministrare in un'unica soluzione al momento della dimissione o evitando addirittura il ricovero in modo da evitare un circolo vizioso tra durata di degenza e rischio di infezioni nosocomiali.

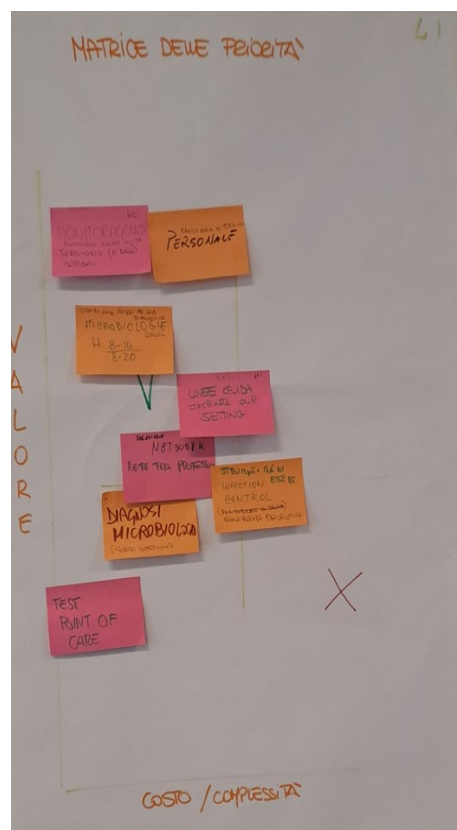
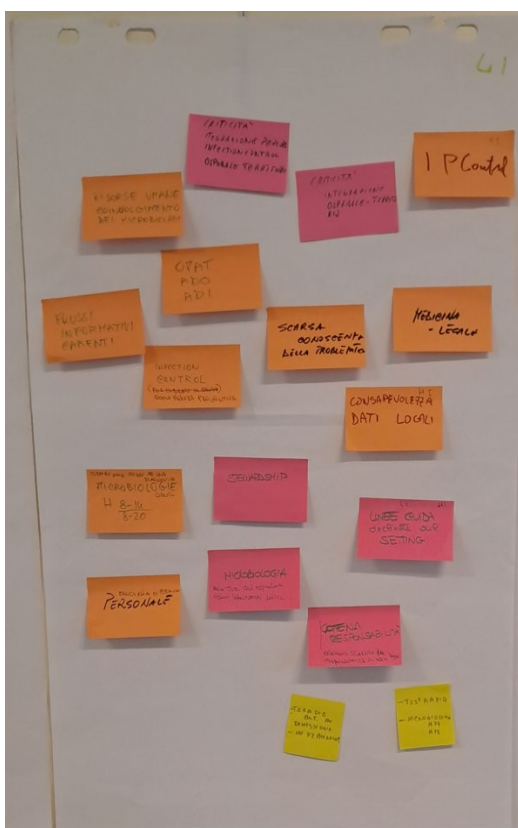
Anche qui le idee proposte sono state trasferite sui post-it attraverso l'utilizzo delle seguenti parole chiave

- Stewardship
- Cultura e sensibilità verso il problema
- Maggiori investimenti

- Network- rete tra professionisti
- Interazione multidisciplinare
- Monitoraggio
- Infection control
- Test point of care
- Incremento e formazione del personale

Il tutto è stato analizzato naturalmente in termini di costo (valutato nel suo insieme) rapportato al valore aggiunto che quella specifica azione apporta all'obiettivo che ci si è posti.

Le prime due foto rappresentano rispettivamente le criticità rilevate e le azioni da mettere in campo collocate dai partecipanti sull'asse cartesiano secondo lo schema dell'Idea Prioritization ove le assi mettono in relazione tra loro il costo/sforzo e il benefico/valore di ogni azione.



Conclusioni

Il confronto tra diverse competenze e gli scenari prospettati dai moderatori hanno sicuramente fatto emergere un dato importante: l'antibiotico resistenza è oggi un processo in forte crescita ma sembra che, adottando gli opportuni correttivi, abbia ampi margini di reversibilità. Una somministrazione adeguata infatti ed un utilizzo appropriato degli antibiotici (le 5 D richiamate dal Prof. Gentile), anche

attraverso l'uso di quelli "innovativi", rappresenta sicuramente una chiave giusta per compiere tale inversione.

Hanno partecipato

Moderatore: Ivan Gentile, AOU Federico II - Università degli Studi di Napoli Federico II Massimo Mariconda, AOU Federico II - Università degli Studi di Napoli Federico II

Management Advisor: Antonio D'Urso, AUSL Toscana Sud Est

Facilitatore: Marina Di Lorenzo, Ordine Avvocati di Torre Annunziata

Partecipanti: Francesca Bucci, Edoardo Carretto, Pietro Contente, Andrea Coratti, Fabrizio Gemmi, Sebastiano Leone, Alessandro Perrella, Angelo Salomone, Paola Saturnino, Cristian Stefenoni

4.2. Infezioni ospedaliere

<i>Laboratorio</i>	4.2 Infezioni ospedaliere
<i>Area</i>	Area 4 - Grandi Ospedali, centri per l'eccellenza
<i>Abstract</i>	Ogni anno nell'Unione Europea, si registrano 3,5 milioni di casi di Infezioni correlate all'Assistenza (HAI), di cui le Infezioni del Sito Chirurgico (ISS) rappresentano il tipo più frequente. Le HAI sono un indicatore della qualità dell'assistenza sanitaria e sono ritenute responsabili, soprattutto per il paziente, di una maggiore permanenza in ospedale ed un aumentato rischio di ricovero in Terapia Intensiva. È necessario sviluppare una cultura della sicurezza attraverso una gestione proattiva del rischio clinico, favorendo la collaborazione tra le figure professionali, l'implementazione di nuovi indicatori sanitari e l'impiego di supporti informatici per il monitoraggio epidemiologico al fine di intervenire tempestivamente sul fenomeno infettivo.

Scenario di riferimento

Il laboratorio è stato aperto dagli interventi delle prof.sse Ascione e Montella, che hanno introdotto il tema delle infezioni ospedaliere, oggetto del laboratorio. In seguito, i partecipanti hanno in prima battuta condiviso, attraverso i post-it, elementi chiave a partire dalle loro esperienze sul tema, con riferimento alle esperienze virtuose ma anche alle criticità riscontrate.

A partire da questi primi aspetti evidenziati, la discussione si è inizialmente focalizzata sulla difficoltà nel rendere tracciabili le procedure di igiene personale ed ambientale necessarie, dimostrandone l'avvenuta esecuzione in caso di necessità; questo, come evidenziato dai partecipanti, espone le aziende ed i professionisti al rischio di denunce per infezioni ospedaliere, ma anche di perdita di fondi. In riferimento a questo aspetto, una delle criticità maggiormente evidenziate ha riguardato la dimensione temporale, in quanto gli attuali strumenti e procedure rendono difficile tenere traccia del timing di azioni preventive rapide e semplici, ma fondamentali, come ad esempio lavarsi le mani. Altro elemento critico emerso riguarda l'eccessiva segmentazione e burocratizzazione sul tema, che porta spesso la direzione sanitaria e gli operatori a trovarsi in contrapposizione piuttosto che a collaborare per un'efficace gestione. In tal senso, è stata evidenziata la necessità di spostare l'attenzione dal "post" al "pre", ad esempio attraverso un'adeguata formazione e sensibilizzazione di studenti laureandi e specializzandi che hanno accesso alla sala operatoria, ma anche attraverso la selezione di personale specializzato (ad esempio, afferente alla IV classe di laurea), entrambi aspetti che potrebbero prevenire i rischi di calo di attenzione degli operatori in merito alle procedure di igiene personale ed ambientale. In ultimo, è emerso come critico anche il tema della comunicazione interna alle aziende ospedaliere, con riferimento sia alla comunicazione verticale sia a quella orizzontale: infatti, anche in virtù delle già menzionate segmentazione e burocratizzazione delle procedure, è stata

evidenziata la difficoltà per operatori e clinici di seguire le pratiche legate alle infezioni sanitarie, in quanto dopo essere stati ascoltati in merito non ricevono aggiornamenti sull'esito delle stesse.

Le azioni proposte e le azioni prioritarie

A partire dagli aspetti evidenziati e ampiamente discussi nella prima fase del laboratorio, la seconda fase si è concentrata sull'individuazione di alcune macroaree considerate dai partecipanti fondamentali per l'implementazione di uno scenario futuro in cui il processo inerente alle infezioni ospedaliere non sia più di tipo reattivo bensì di tipo proattivo, obiettivo riconosciuto da tutti come fondamentale per promuovere dei miglioramenti.

Nello specifico, le macroaree emerse dal confronto tra i partecipanti hanno riguardato le seguenti tematiche:

- Verifica della qualità della formazione e dei processi legati al passaggio dalla formazione all'azione pratica, con riferimento all'importanza di fornire adeguata formazione agli operatori che a vario titolo entrano in sala operatoria (dagli studenti laureandi ai professionisti), ma anche di sensibilizzarli ad essere attenti in merito all'implementazione delle dovute misure di igiene personale ed ambientale
- Importanza della comunicazione, orizzontale e verticale, interna alle aziende ospedaliere, atta a favorire un maggiore coinvolgimento degli operatori, ma soprattutto a superare l'attuale contrapposizione tra dirigenza ed operatori, promuovendo invece l'individuazione di obiettivi comuni che possano promuovere collaborazione
- Necessità di strumenti per tracciare e documentare le azioni di igiene personale ed ambientale, anche ipotizzando l'introduzione di strumenti ed impianti più moderni, che possano rendere automatiche alcune prassi; questo favorirebbe anche processi di responsabilizzazione di tutti gli operatori implicati, in quanto tecnologie più avanzate e processi automatizzati ridurrebbero le probabilità di falle nelle procedure di igiene che non siano connesse alla responsabilità del singolo
- Necessità di comprendere quali siano le motivazioni individuali che possono fare da leva per favorire il coinvolgimento e la responsabilizzazione degli operatori, riconoscendo però che possono variare da persona a persona
- Necessità di implementare ed istituzionalizzare le figure professionali dedicate alla prevenzione (afferenti alla IV classe di laurea), in quanto con formazione specifica sul tema

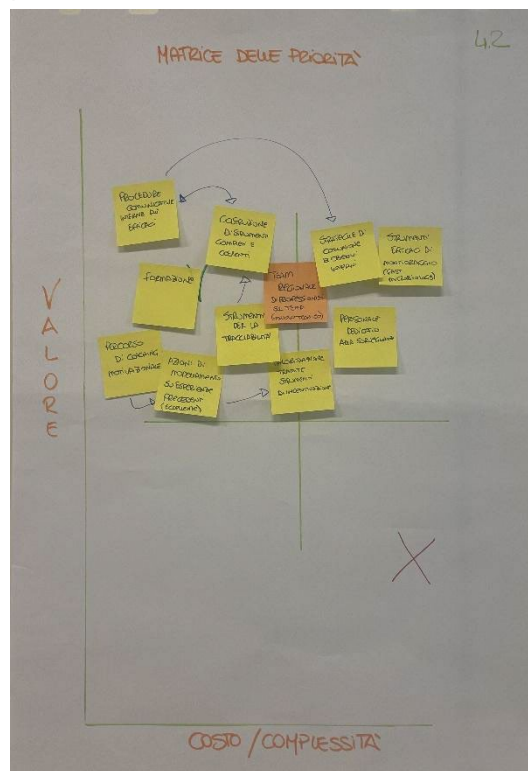
Alla luce di queste macroaree, sono state individuate dai partecipanti diverse azioni che potrebbero essere messe in campo. Di tutte è stato riconosciuto l'elevato valore, ma alcune sono state considerate, in seguito ad un confronto, più complesse in termini di costi e realizzazione.

Pertanto, le azioni proposte, che potrebbero essere mettere potenzialmente in campo subito, in quanto ad alto valore e bassa complessità, sono:

- Verifica dei sistemi di formazione e dell’attuazione pratica di quanto appreso
- Creazione di strumenti più completi e coerenti finalizzati ad: (a) implementare procedure comunicative interne più efficaci, (b) migliorare la tracciabilità
- Introduzione di sistemi e percorsi motivazionali per incrementare l’attenzione alle procedure di igiene personale ed ambientale, come percorsi di coaching motivazionale, azioni di modellamento su esperienze precedenti (eccellenze), strumenti di incentivazione

Altre azioni individuate dai partecipanti, ma delle quali si è riconosciuta una maggiore complessità attuativa o un maggiore costo, hanno riguardato:

- Assunzione di personale dedicato alla sorveglianza e altamente formato in tal senso (IV classe di laurea)
- Implementazione di strumenti più efficaci di monitoraggio (come la fast microbiology)
- Istituzione di un tavolo tecnico regionale di professionisti che lavori sul tema



Conclusioni

Quanto emerso dal laboratorio evidenzia la complessità del tema trattato, che non appare connesso soltanto ad una difficoltà legata a tracciabilità, strumenti e procedure, ma anche – o forse soprattutto – alla mancanza di quella che gli stessi partecipanti e moderatori hanno definito come “cultura del rischio e della sicurezza”. A partire da quanto condiviso durante il laboratorio, infatti, i partecipanti

stessi hanno sottolineato la tendenza diffusa a ragionare in termini riparativi piuttosto che preventivi, nonché a concentrarsi più sulle dimensioni pragmatiche legate al tema delle infezioni ospedaliere (come, ad esempio, la maggiore permanenza in ospedale dei pazienti, l'aumentato rischio di ricovero in Terapia Intensiva, i rischi economici e giuridici per i professionisti e le aziende ospedaliere) che sul tema della responsabilità individuale e nei confronti del paziente. Alla luce di ciò, le azioni proposte dai partecipanti si sono concentrate principalmente sul miglioramento di (a) processi comunicativi e collaborativi internamente alle aziende ospedaliere, (b) formazione e della sua attuazione pratica, (c) motivazione individuale all'attenzione alle procedure di igiene personale e ambientale, (d) riconoscimento di figure professionale specificamente formate e dedicate.

Hanno partecipato

Moderatori: Tiziana Ascione, AORN A. Cardarelli, Napoli; Emma Montella, AOU Federico II, Napoli

Management Advisor: Antonio D'Urso, AUSL Toscana Sud Est

Facilitatore: Flora Gatti, Università degli Studi di Napoli Federico II

Partecipanti: Giovanni Balato, Anna Bellissimo, Francesco De Caro, Letizia Esposito, Anna Roberta Gagliardi, Elisabetta Anna Granato, Olga Carmela Maria Imperato, Marcello Lamberti, Dorotea Mirizzi, Roberto Parrella, Maria Vargas

4.3 Innovazioni terapeutiche in onco-ematologia (Radiofarmaci, Vaccini Terapeutici a mRNA e Car-T)

<i>Laboratorio</i>	4.3 Innovazioni terapeutiche in onco-ematologia (Radiofarmaci, Vaccini Terapeutici a mRNA e Car-T)
<i>Area</i>	Area 4 – Grandi Ospedali, centri per l'eccellenza
<i>Abstract</i>	L'obiettivo è definire un modello organizzativo per l'erogazione delle terapie CAR-T, migliorando l'accesso e la copertura per i pazienti. Si propone il modello HUB & SPOKE con reti regionali e interregionali e PDTA digitalizzati per garantire la trasparenza, equità di accesso e sicurezza del paziente. Fondamentali sono la formazione continua degli operatori e la sostenibilità economica con fondi annuali regionali. Il gruppo di lavoro deve formulare soluzioni innovative, sostenibili e vantaggiose, garantendo efficacia, efficienza e sicurezza.

Scenario di riferimento

Dopo l'introduzione da parte del facilitatore e della lettura della nota del Board scientifico di Grandi Ospedali, il laboratorio si apre con le due relazioni introduttive dei due moderatori. Il primo intervento è stato incentrato su una attenta disamina delle terapie CAR-T e dei risultati promettenti nel trattamento di alcuni tipi di cancro, in particolare alcuni tipi di leucemia e linfoma. Il secondo intervento, complementare al primo, si è concentrato principalmente sulla necessità di costruire un modello organizzativo in grado di garantire soluzioni innovative, sostenibili e vantaggiose, garantendo efficacia, efficienza e sicurezza, soprattutto per i pazienti. Grazie alle sollecitazioni emerse dai due interventi introduttivi tutti i partecipanti hanno partecipato alla discussione, condividendo le proprie esperienze e trovando diversi punti in comune rispetto alle azioni virtuose messe in campo e parallelamente alle criticità. Gli interventi dei partecipanti hanno contribuito a costruire una fotografia dello stato attuale dell'implementazione delle innovazioni terapeutiche in onco ematologia, sintetizzabile nei seguenti punti:

- Problematiche organizzative: ancora scarsa attenzione alla multidisciplinarietà e pochi posti letto dedicati alle terapie con Car-T.
- Necessità di una medicina collaborativa per una sanità sempre più integrata, capace di mettere al centro il paziente con il suo intero bagaglio di bisogni.
- Ancora eccessivo intervallo tra l'eleggibilità del paziente e l'avvio del processo di infusione.

- Migrazione extra regione dei pazienti vista la poca disponibilità di posti letto.
- Criteri AIFA troppo stringenti.
- Positivo impatto delle terapie con Car-T su linfomi e leucemie recidivanti e refrattarie per cui non ci sono altre possibilità terapeutiche.
- Difficoltà ad individuare la domanda.
- Scarsa chiarezza relativa ai percorsi di accesso alle Car-T degli AYA (Adolescents and Young Adults).

Le azioni proposte e le azioni prioritarie

Durante la seconda fase del laboratorio i partecipanti hanno esplorato i possibili scenari futuri rispetto alle priorità organizzative e procedurali per garantire un migliore accesso e la più ampia copertura possibile per i pazienti. Uno scenario auspicabile sintetizzabile nei seguenti punti:

- Garantire uguaglianza all'accesso alle terapie con Car-T di tutti i pazienti.
- Modello HUB&SPOKE con centri erogatori e strutture satelliti che selezionano e indirizzano i pazienti.
- PDTA condiviso tra Centri HUB e SPOKE.
- Lista regionale unica di attesa per le terapie Car-T.
- Piattaforma informatica inter-ospedaliera per tracciare l'accesso dei pazienti, per facilitare i rapporti tra Centri HUB&SPOKE e per la gestione del follow up dei pazienti.
- Rapporti strutturati tra la Regione e la direzione strategica dell'azienda sanitaria per garantire più posti letto dedicati alle terapie Car-T.
- Ottimizzazione intervallo fra indicazione/eleggibilità del paziente alle Car.T e infusione di fatto.

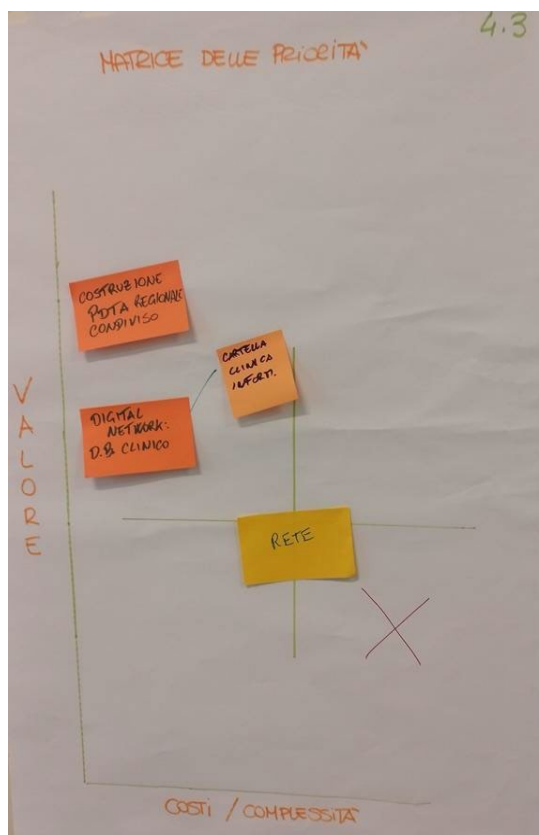
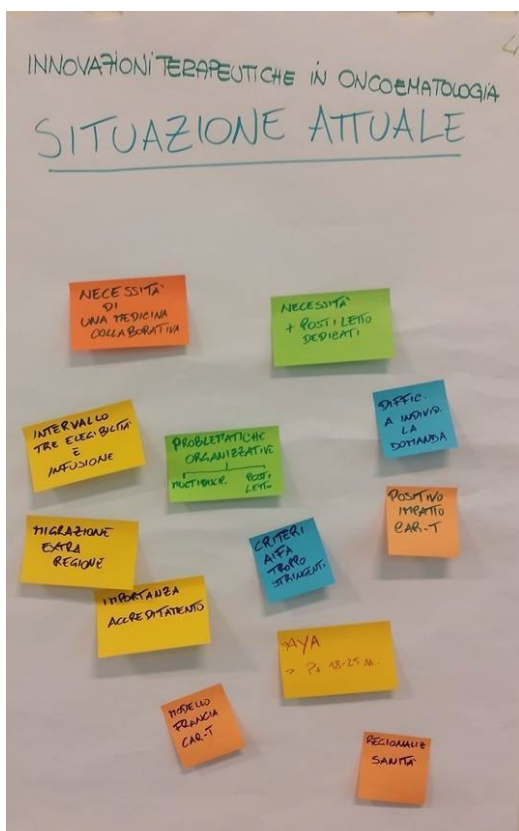
In riferimento allo scenario desiderato che i partecipanti hanno contribuito a costruire, si sono ipotizzate le seguenti strategie e attività:

- Coinvolgimento attivo dell'epidemiologia della Regione.
- Realizzazione di un registro regionale dell'epidemiologia.
- Realizzazione di una banca dati comune tra soggetti diversi.
- Formazione condivisa.
- Realizzazione della cartella clinica informatizzata negli ospedali ancora sprovvisti.
- Costruzione del PDTA condiviso tra Centri HUB e SPOKE.
- Rete tra tutti gli attori coinvolti nel processo relativo alle Car-T.

In relazione alle azioni e alle strategie elaborate il gruppo ha individuato le seguenti azioni prioritarie:

- costruzione del PDTA regionale condiviso;

- digital network tra Centri HUB e SPOKE.



Conclusioni

Dall'interessante e proficua discussione emerge un quadro sicuramente positivo rispetto all'impatto terapeutico delle Car-T ma anche la necessità di costruire un modello organizzativo ben strutturato e coordinato, che coinvolge vari professionisti sanitari e risorse per garantire la sicurezza e l'efficacia del trattamento. Un modello organizzativo che tenga conto delle seguenti priorità:

- multidisciplinarietà dei processi;
- infrastrutture e logistica;
- condivisione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali;
- formazione condivisa;
- digitalizzazione delle relazioni;
- supporto a pazienti e famiglie.

Hanno partecipato

Moderatori: prof. Fabrizio Pane, AOU Federico II, Università degli Studi di Napoli Federico II; Dr.ssa Alessandra Picardi, AORN A. Cardarelli, Napoli

Management Advisor: Antonio d'Urso, AUSL Toscana Sud Est

Facilitatore: Nazario Festeggiato

Partecipanti: Alberto Cuocolo, Maria Luisa De Rimini, Carmela Nappi, Marco Picardi, Simona Sica, Francesco Paolo Tambaro



KONCEPT
FIRENZE

Sede operativa: via F. Baracca 1C - 50127 Firenze
Sede legale: via G. Tartini, 5B - 50144 Firenze
Tel. 055/357223 - 333 9922717
segreteria@koncept.it www.koncept.it

4.4 Profilazione genomica oltre le malattie oncologiche: le malattie senza diagnosi

<i>Laboratorio</i>	4.4 Profilazione genomica oltre le malattie oncologiche: le malattie senza diagnosi
<i>Area</i>	Grandi Ospedali, centri per l'eccellenza
<i>Abstract</i>	È stato stimato che per i pazienti senza diagnosi, applicando indagini genomiche come analisi di prima scelta, si ottiene un guadagno superiore al 30% sui costi diagnostici e una riduzione dei tempi per una diagnosi definitiva. Il laboratorio è un'occasione di confronto tra le Istituzioni, soggetti privati e associazioni, finalizzato a definire il panorama nella diagnosi e trattamento delle malattie rare, comprendere le criticità relative alla interconnessione tra realtà differenti e proporre soluzioni.

Scenario di riferimento

Durante la prima fase del laboratorio, grazie all'intervento del prof. Castaldo e della dottoressa Priolo che hanno aperto la discussione sulla situazione presente relativa al focus, 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.

Prende subito la parola, con un intervento articolato, il prof. Francesco Beguinot che, utilizzando come metafora una nota condizione medica, diabete, ne declina la complessità comparandola alle malattie senza diagnosi.

I partecipanti hanno sintetizzato, poi sotto mia richiesta, nei post-it alcuni punti importanti che abbiamo poi collocati in maniera graduale e poli-dimensionale dal H1, H2 e H3.

- Importanza della formazione nella caratterizzazione clinica del paziente
- Potenziamento del terzo settore
- Ricerca integrata alla diagnostica
- Equità e accessibilità della cura
- Isolamento del paziente e l'attesa della diagnosi
- Aumento della complessità interpretativa – derivata dai cambiamenti veloci
- Multi-disciplinarietà

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:

- Equità e accessibilità della cura
- Costruzione di una rete
- Ricerca integrata alla diagnostica
- Potenziamento del terzo settore
- Favorire la sperimentazione clinica
- Partecipazione dei cittadini con le stesse possibilità
- Potenziamento delle tecnologie da parte di tutti

Adottando la matrice delle priorità è stato possibile fare maggiore chiarezza su cosa sia possibile fare.

Nello schema finale delle azioni prioritarie, nel quadrante delle proposte a medio alto valore e a costo medio alto i partecipanti hanno collocato:

- interrogazione con le istituzioni
- Potenziare il Terzo settore
- Equità delle cure

Queste tre elementi e azioni combinati insieme “circolarmente” potrebbero evitare soprattutto l’isolamento del paziente. Fondamentale, appare la presenza del Terzo settore, per la forza comunicativa che può sostenere questi elementi tra loro ricombinati.

Nello schema finale delle azioni prioritarie, nel quadrante delle proposte a medio alto valore e a costo medio i partecipanti hanno collocato:

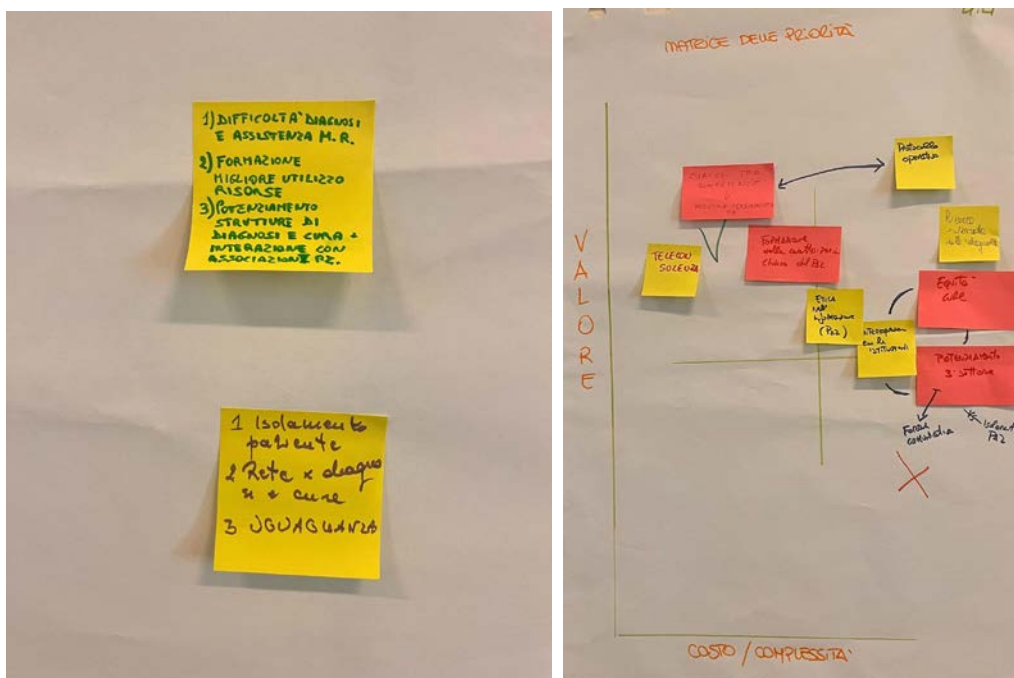
- etica dell'informazione al paziente

Nel quadrante delle proposte ad alto valore e a basso costo i partecipanti hanno collocato:

- Dialogo tra competenze, tenendo conto della medicina personalizzata, il quale se collegato con freccia con doppia direzione al protocollo operativo (alto valore - alto costo) che è già presente
- Tele-consulenza per poter permettere ai pazienti di non spostarsi
- Formare nuovo personale nella caratterizzazione del paziente

Nel quadrante delle proposte ad alto valore e alto costo i partecipanti hanno collocato:

- Ricerca integrata sull’adeguatezza



Conclusioni

Il laboratorio Profilazione genomica oltre le malattie oncologiche: le malattie senza diagnosi ha consentito di identificare, in tempi ristretti, problematiche e relative soluzioni sia a basso costo che a medio/alto costo. Il risultato è una chiara dimostrazione che il coinvolgimento dei partecipanti che volta per affrontare le sfide di questo ambito, in continua e rapida evoluzione. La proposta è la creazione di un documento, che grazie all'aiuto congiunto delle associazioni del terzo settore che hanno "più voce mediatica" dei medici per permettere di arrivare a un sistema sostenibile dal punto di vista sociale, economico ed psicologico per il paziente e anche per il medico.

Hanno partecipato

Moderatore: Giuseppe Castaldo, AOU Federico II, Napoli e Manuela Priolo, AORN A. Cardarelli, Napoli

Management Advisor: Antonio D'Urso, AUSL Toscana Sud Est

Facilitatore: Martina Missano, psicologa

Partecipanti: Francesco Beguinot, Fiammetta Biagiarelli, Achille Iolascon, Fortunato Lonardo, Daniela Melis, Davide Nicoli, Margherita Ruoppolo, Giovanna Santella, Nadia Tinto

5.1. La sanità pubblica raccontata ai cittadini. Il valore strategico della comunicazione

<i>Laboratorio</i>	5.1 La sanità pubblica raccontata ai cittadini. Il valore strategico della comunicazione
<i>Area</i>	Grandi Ospedali, il posizionamento nel contesto sociale.
<i>Abstract</i>	A partire da riflessioni su quali siano gli aspetti potenzialmente efficaci alla creazione di un nuovo “status quo” della comunicazione interna ed esterna della sanità pubblica, il laboratorio, con tutti gli specialisti che vi hanno preso parte, ha sviluppato idee relative a possibili strategie da adottare a tal fine. L’obiettivo ultimo è di creare un filo conduttore nelle modalità comunicative, narrative, linguistiche, informative tra le diverse filiere ospedaliere e di conseguenza tra queste e la loro clientela.

Scenario di riferimento

La prima fase del laboratorio è stata avviata dall’introduzione del dott. Pietro Rinaldi e della dott.ssa Alessandra Dionisio. Sono stati offerti spunti di riflessione trasversali alle dinamiche comunicative interne ed esterne delle organizzazioni sanitarie. L’attenzione dei moderatori è stata, in particolare, rivolta al rapporto di fiducia che, in tempi medio-lunghi ed in modalità continuativa e sedimentata, si costruisce tra cittadini e Servizio Sanitario Nazionale.

Dati scientifici, suggestioni, parole chiave hanno innescato il dibattito. È stato, quindi, chiesto ai partecipanti di individuare su un post-it quali fossero le loro priorità per migliorare il lavoro della **filiera della comunicazione** al fine di aumentare e consolidare il rapporto di fiducia tra cittadini e SSN.

Le idee sono state, quindi, sintetizzate dai partecipanti attraverso parole chiave su dei post-it, fissati poi su un cartellone esposto a tutta l’aula.

Durante la prima fase del laboratorio, tutti i post- sono stati letti all’aula ed i singoli autori, in una *consecutio* che ha rappresentato di fatto un percorso narrativo coerente ed interconnesso, hanno partecipato esponendo le loro idee e mettendo in evidenza stato dell’arte, obiettivi concreti e/o buone pratiche potenzialmente esportabili.

Tra gli elementi emersi nella prima fase:

- La realtà ed il funzionamento degli uffici comunicazione ancora oggi risentono di un’alta variabilità, vale a dire che dove emerge una maggiore sensibilità al tema gli uffici dispongono di

maggiori mezzi e risorse, lì dove tale sensibilità è minore ancora oggi la comunicazione fa fatica ad esprimere compiutamente tutte le sue potenzialità. È indubbio che ci sia ancora molto da lavorare sul riconoscimento ed il valore delle professionalità perché possano essere realmente funzionali all'organizzazione.

- Emerge l'importanza del coinvolgimento, comprendendo che la comunicazione è una funzione specialistica ma anche diffusa ed è necessaria una ampia partecipazione e consapevolezza di tutti i professionisti per favorire una maggiore efficacia della comunicazione interna ed esterna
- Si evidenzia una maggiore attenzione che è necessario rivolgere alle nuove tecnologie per governarle a vantaggio dei cittadini
- Si è sottolineata anche l'importanza del marketing sanitario, proprio per programmare azioni che creino valore

Le azioni proposte e le azioni prioritarie

Durante la seconda fase del laboratorio i partecipanti hanno esplorato le possibili azioni che potrebbero essere introdotte per migliorare innanzitutto la relazioni dei diversi interlocutori che si occupano di comunicazione della sanità e della salute a vantaggio dei cittadini per favorire il consolidamento del rapporto fiduciario tra utenti e SSN, in linea con quanto introdotto nella prima fase.

- Coinvolgere costantemente il cittadino-utente, con una maggiore partecipazione nelle scelte legate all'offerta dei servizi; attraverso questo processo si favorisce anche una educazione dei cittadini ed una consapevolezza maggiore nella gestione autonoma della propria salute
- Mantenere costante il livello di informazione del cittadino-utente soprattutto in un'ottica di comunicazione dei servizi e delle eccellenze, preservando equilibrio e sobrietà della comunicazione che deve caratterizzare l'operato dei comunicatori pubblici per accompagnare l'utente verso scelte informate, ma senza creare false aspettative o narrazioni fuorvianti
- Garantire una informazione che possa essere declinata, con una adeguata contestualizzazione, in modo efficace per tutti gli utenti, favorendo l'accessibilità dell'informazione per tutti i cittadini. (Es. non solo social, ma anche "vecchi" media e strumenti che possano essere funzionali ai diversi territori e ambienti sociali)
- Introdurre negli staff di comunicazione la figura dell'esperto di marketing per collaborare in maniera efficace con tutti gli altri componenti per una visione orientata alla narrazione del valore del servizio offerto.
- Formazione di tutti i dipendenti alla comunicazione per favorire condivisione interna e capacità di relazione con l'utenza. Si è ribadito a più riprese che l'efficacia della comunicazione è un gioco di squadra che vede coinvolti tutti gli operatori che si interfacciano con l'utenza.
- Garantire tempestività e trasparenza

Le azioni da mettere subito in campo potrebbero essere:

- Inserire la comunicazione sin dall'inizio dei processi ideativi ed organizzativi per garantire coerenza e maggiore efficacia della comunicazione interna ed esterna
- Puntare agli opinion-leader, quindi, strutturare una comunicazione orientata ai MMG che rivestono un ruolo centrale nei processi fiduciari tra cittadini e SSN
- Stressare maggiormente la “comunicazione di relazione” nella presa in carico del paziente, così da valorizzare nella relazione la capacità di risposta dei servizi sanitari. La comunicazione di relazione dovrà adattarsi ai contesti in cui è presente l'Istituzione sanitaria, adottando gli strumenti di comunicazione più idonei (per esempio: rapporto operatore/paziente nei piccoli centri; social media relation nelle grandi realtà urbane)
- Per migliorare la qualità della relazione, introdurre una maggiore attenzione e consapevolezza di gestione della medicina narrativa e della cartella clinica parallela
- Istituire corsi di formazione dedicati alla comunicazione per neoassunti e a cascata proseguire anche su altre fasce di personale per condividere il concetto che la comunicazione ed il valore dell'organizzazione e dei servizi passa attraverso tutti gli operatori
- Lavorare su un linguaggio univoco, una semplificazione rispettosa della scienza ma anche della legittima esigenza di comprensione dei cittadini
- Dal punto di vista della stampa, ciò che meglio funziona sono racconti di esperienze positive ed eccellenze cliniche e tecnologiche, si intende quindi lavorare per valorizzarle soprattutto attraverso i social media
- Lavorare sinergicamente sugli outcome del processo, vale a dire su strumenti di valutazione della qualità e della fiducia, progressivamente allentando la pressione sugli output (numero post, numero articoli dedicati...) modificando insieme, sinergicamente, come filiera della comunicazione, una visione che oggi risente di aspetti meramente quantitativi, non necessariamente rappresentativi di un miglioramento qualitativo della relazione fiduciaria tra cittadini e SSN
- Inserire nel curriculum del personale sanitario conoscenza e competenza comunicative
- Valutare DG e Dirigenti anche sulla percezione interna – esterna, vale a dire che benessere organizzativo, comunicazione interna ed esterna devono essere ritenuti elementi di valutazione
- Rafforzare le strutture dedicate alla comunicazione nell'ambito delle organizzazioni sanitarie, al fine di guidare ed indirizzare con autorevolezza la comunicazione
- “Educare” il top management al valore che la comunicazione assolve in ambito sanitario



Conclusioni

Il laboratorio ha fatto emergere criticità di sistema e prevedibili “rigidità” interprofessionali, ciononostante la volontà di collaborare tra le diverse professionalità presenti e l’esigenza di lavorare ai processi fiduciari ha fatto sì che tutti partecipassero in modo funzionale e proattivo, fornendo un contributo trasversale.

Il tema del riconoscimento professionale resta una *conditio sine qua non* per l’efficacia di ogni progettualità, così come la necessità che le funzioni della comunicazione vengano inserite all’inizio delle progettualità e non a conclusione delle stesse.

Numerose le proposte d’alto valore e ampia sostenibilità che sono emerse e che sono frutto di una integrazione di professionalità e saperi che ha consentito una contaminazione produttiva e ideativa che ha mantenuto alta l’attenzione di tutti gli intervenuti per l’intero processo laboratoriale.

Il laboratorio ha evidenziato la necessità di dare maggiore centralità alla comunicazione nell’ambito della gestione delle attività sanitarie, al fine di trasferire una più forte percezione del valore ai cittadini. In tale contesto la comunicazione di relazione assume un ruolo determinante e si propone come un elemento da programmare già in fase di progettazione dei servizi.

Hanno partecipato

Moderatori: Pietro Rinaldi, Direttore UOC Comunicazione e Innovazione, AORN A. Cardarelli, Napoli; Alessandra Dionisio, Responsabile comunicazione, URP e Ufficio Stampa AOU Federico II, Napoli

Management Advisor: Antonio Davide Barretta, AOU Senese

Facilitatore: Francesca Maria Galluccio

Partecipanti: Carmen Cappitella, Marta Cattaneo, Camilla Cipolla, Luciano Colella, Maria D'Amico, Giuseppe De Filippis, Alex Dell'Era, Salvatore Esposito, Alessio Fanuzzi, Donata Forioso, Concetta Iasevoli, Marco Magheri, Walter Molino, Ines Ricciato, Lorella Salce, Marzia Sandroni, Francesco Siano, Maria Beatrice Stasi, Michela Tammaro

5.2. Comitati Etici, il progresso scientifico e fine vita

<i>Laboratorio</i>	5.2. Comitati Etici, il progresso scientifico e fine vita
<i>Area</i>	Area 5 - Grandi Ospedali, il posizionamento nel contesto sociale
<i>Abstract</i>	L'evoluzione scientifica e tecnologica in medicina pone continuamente nuove sfide etiche, richiedendo un'analisi approfondita da parte dei Comitati Etici. Questi enti indipendenti hanno il compito di valutare le implicazioni etiche e scientifiche delle ricerche biomediche, garantendo la tutela dei diritti, della sicurezza e del benessere dei pazienti. Un tema particolarmente delicato è quello del fine vita, reso ancor più complesso dall'assenza di una legislazione nazionale chiara e univoca. La sentenza n. 242 del 2019 della Corte Costituzionale ha aperto la strada a nuove riflessioni, ma ha lasciato diverse questioni irrisolte, come la competenza delle strutture sanitarie e delle figure professionali coinvolte nell'esecuzione delle pratiche di fine vita. In questo contesto, è cruciale sviluppare protocolli chiari, potenziare la formazione bioetica del personale sanitario e promuovere una cultura del fine vita che riconosca e rispetti la soggettività del paziente.

Scenario di riferimento

I prof. De Placido e Chieffi hanno introdotto il tema del laboratorio, con attenzione rispettivamente al lavoro dei Comitati Etici ed alle sfide che tale lavoro implica, e alle questioni ancora irrisolte in merito al fine vita dopo la sentenza n. 242 del 2019 della Corte Costituzionale. A partire da questi primi elementi evidenziati dai moderatori, la discussione si è sviluppata affrontando i due temi in modo parallelo ed interconnesso.

In merito al primo tema, è stato evidenziato come i Comitati Etici siano enti indipendenti il cui operato è caratterizzato dalla terzietà ed è connesso alle funzioni principali della valutazione degli aspetti etici e scientifici delle ricerche biomediche e delle sperimentazioni di farmaci nuovi ed innovativi e della tutela dei diritti, della sicurezza e del benessere delle persone. Tale attività, svolta da esperti in materie medico scientifiche, giuridiche e di bioetica, è riconosciuta di importanza per il progresso scientifico in medicina. Pur tuttavia, i partecipanti al Laboratorio hanno evidenziato come principale criticità lo scarso sostegno che i Comitati Etici ricevono, che ne mette a rischio l'operato futuro.

Per quanto riguarda il fine vita, l'attenzione dei partecipanti si è focalizzata in prima battuta sulla mancanza di una legge nazionale, sentita come una forte criticità, in quanto l'unico riferimento nazionale è la sentenza n. 242 del 2019 della Corte Costituzionale, che, come già evidenziato

nell'introduzione al laboratorio, lascia aperte diverse questioni. Tale sentenza non esplicita la competenza delle strutture pubbliche del Servizio Sanitario Nazionale a procedere, a seguito dell'accertamento dei requisiti e previo parere del Comitati Etici territorialmente competente, all'esecuzione (anche domiciliare) della pratica suicidaria. Di conseguenza, una prima questione irrisolta riguarda quali professionalità sanitarie, in caso di valutazione positiva, abbiano la responsabilità di eseguire tale procedura e dove. Inoltre, i requisiti a cui la sentenza fa riferimento sono dichiaratamente soggettivi, dando massima importanza al vissuto del paziente: ad esempio, in merito al dolore, si fa riferimento a "patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche che ella reputa intollerabili". L'accento sulla soggettività rende ancora più complessa la valutazione da parte delle strutture sanitarie e dei Comitati Etici. Di conseguenza, un'ulteriore criticità evidenziata riguarda l'individuazione delle professionalità da includere nei Comitati Etici territorialmente competenti, chiamati a deliberare anche sul fine vita.

Le azioni proposte e le azioni prioritarie

A partire dagli aspetti evidenziati e discussi nella prima fase del laboratorio, la seconda fase si è concentrata sugli elementi ritenuti dai partecipanti fondamentali per superare le criticità e le questioni aperte emerse. Le tematiche emerse in questa fase hanno riguardato:

- In merito al lavoro dei Comitati Etici, la necessità di (a) potenziare l'operato dell'Osservatorio Regionale sulla sperimentazione clinica, che ha funzioni di monitoraggio e supporto ai Comitati Etici territoriali, e (b) ragionare sulle professionalità da includere nei Comitati Etici territorialmente competenti, soprattutto in ragione del loro essere chiamati a deliberare in merito al complesso tema del fine vita
- In merito alla mancanza di chiarezza sulle procedure di all'esecuzione della pratica suicidaria medicalmente assistita, a seguito dell'accertamento dei requisiti soggettivi, l'importanza di (a) chiarire le figure professionali che debbano assumersene la responsabilità e la formazione che tali figure debbano avere, e (b) potenziare la continuità tra cure pubbliche, private e domiciliari, per ridurre il senso di abbandono che il paziente rischia di sperimentare se il clinico che l'ha seguito nella struttura pubblica non può accompagnarlo nel momento in cui la procedura diventa privata o domiciliare
- In merito all'accento sul vissuto soggettivo del paziente in materia di fine vita, l'importanza della libera decisione di quest'ultimo, in quanto unico soggetto in grado di valutare l'eventuale intollerabilità del proprio dolore fisico o psicologico
- In generale, l'importanza di sviluppare una "cultura della scelta del fine vita"

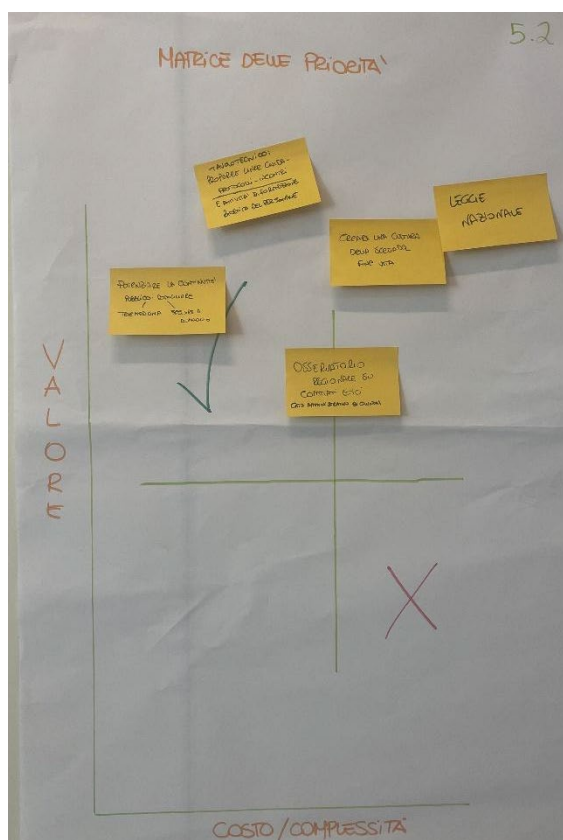
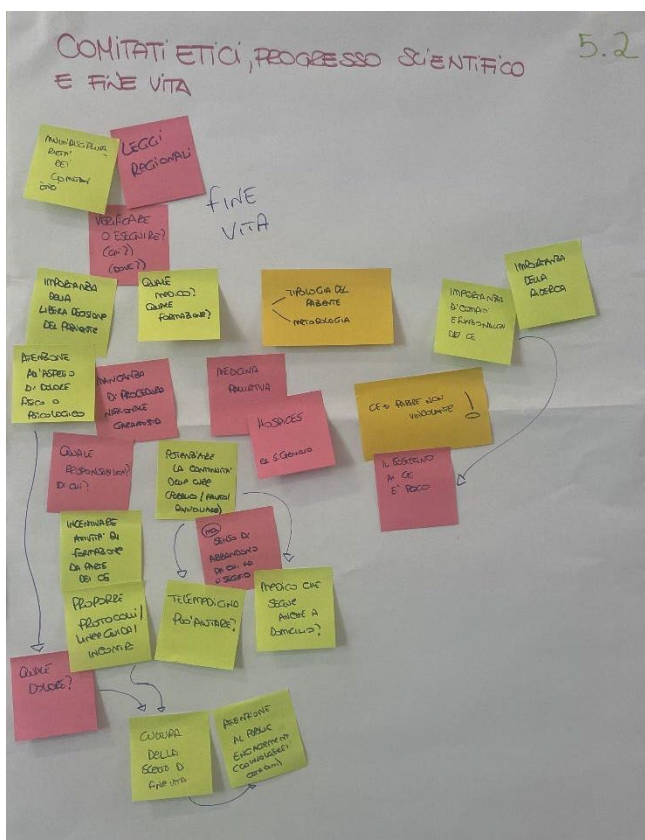
A partire da queste tematiche, sono state individuate dai partecipanti alcune possibili azioni da mettere in campo per il miglioramento dello scenario presente. Di tutte è stato riconosciuto l'elevato valore, ma alcune sono state considerate, in seguito al confronto tra i partecipanti ed i moderatori, più complesse in termini di costi e realizzazione.

Pertanto, le azioni considerate ad alto valore e bassa complessità, sono state:

- Istituire un tavolo tecnico che si occupi di proporre incontri volti ad approfondire le questioni ancora aperte in merito al fine vita ad alle altre sfide correntemente affrontate dai Comitati Etici, al fine di stilare protocolli e linee guida di riferimento
- Potenziare l'attività di formazione bioetica del personale sanitario da parte dei Comitati Etici
- Potenziare la continuità tra cure pubbliche e domiciliari attraverso strategie quali la telemedicina ed il prevedere che il clinico possa seguire anche a domicilio il paziente, in caso di passaggio a cure domiciliari (la seconda strategia, in particolare, consentirebbe di ridurre il senso di abbandono che il paziente rischia di sperimentare, già menzionato)
- Potenziare l'operato dell'Osservatorio Regionale sulla sperimentazione clinica, anche in collaborazione con i Comitati Etici

Altre azioni proposte, che sono state riconosciute come ad alto valore ma anche ad alta complessità attuativa o costo, hanno riguardato:

- Creare una “cultura della scelta del fine vita” attraverso attività di public engagement, volte a coinvolgere e sensibilizzare i cittadini sul tema, per favorire il riconoscimento della libertà individuale in merito a tale decisione e la comprensione del suo valore soggettivo
- Giungere ad una legge nazionale sul fine vita, varata da parte degli organi competenti, per regolamentarne in modo chiaro ed uniforme i prerequisiti, l'esecuzione, le implicazioni



Conclusioni

Quanto emerso dal laboratorio evidenzia la complessità dell'importante lavoro svolto dai Comitati Etici, chiamati a deliberare su tematiche complesse come il consenso informato in caso di studi retrospettivi e secondo utilizzo di campioni biologici precedentemente raccolti, ma anche il fine vita. Tale complessità apre a sfide che richiedono il coinvolgimento di un team multidisciplinare per essere affrontate adeguatamente, soprattutto quando mancano protocolli e linee guida ben definiti. A tal proposito, i partecipanti al laboratorio hanno individuato tra le azioni di prioritaria implementazione l'istituzione di un tavolo tecnico, che abbia l'obiettivo di approfondire tali tematiche e le sfide che esse comportano, ed il potenziamento dell'operato dell'Osservatorio Regionale sulla sperimentazione clinica.

Tra le sfide affrontate dai Comitati Etici, il laboratorio si è focalizzato più nello specifico sul fine vita, in virtù della complessità insita nel tema, ma anche della mancanza di una legislazione nazionale e della formulazione della sentenza n. 242 del 2019 della Corte Costituzionale, considerata il principale riferimento in merito ma che lascia alcune questioni ancora aperte. Il tema del fine vita è stato affrontato ai partecipanti con riferimento alle procedure esecutive, ma anche alle implicazioni psicosociali che possono scaturire da tale proposito. In riferimento al primo aspetto, è stata evidenziata come prioritaria la necessità di delineare in modo più chiaro chi debba assumersene la responsabilità esecutiva e secondo quali modalità; in riferimento al secondo aspetto, è stata sottolineata l'importanza di azioni di public engagement volte a sensibilizzare e coinvolgere i cittadini rispetto al tema per promuovere quella che gli stessi partecipanti al laboratorio hanno definito una "cultura della scelta del fine vita".

Hanno partecipato

Moderatori: Sabino De Placido, AOU Federico II, Napoli; Lorenzo Chieffi, Università degli Studi della Campania Luigi Vanvitelli, Caserta

Management Advisor: Antonio Davide Barretta, AOU Senese

Facilitatore: Flora Gatti, Università degli Studi di Napoli Federico II

Partecipanti: Gianluca Attademo, Riccardo Califano, Claudia Casella, Santolo Cozzolino, Matteo Della Monica, Rosamaria Iommelli, Vincenzo Montesarchio, Carla Napoli, Alessandra Salierno

6.1 La Diagnostica in emergenza

<i>Laboratorio</i>	6.1 La Diagnostica in emergenza
<i>Area</i>	6 - La gestione dell'emergenza
<i>Abstract</i>	La diagnostica per immagini in emergenza rappresenta lo strumento fondamentale in particolare nelle reti tempo dipendenti come lo Stroke ischemico e le patologie cardio-vascolari, le patologie acute traumatiche e non traumatiche mono o poli distrettuali. Una diagnosi tardiva preclude il trattamento di tali patologie spesso mortali. Occorre predisporre un quadro di indirizzo per i clinici che possano conoscere le potenzialità delle indagini diagnostiche più appropriate per la definizione precoce delle differenti condizioni morbose.

Scenario di riferimento

Durante la prima fase del laboratorio, dopo le introduzioni dei moderatori, la discussione è stata partecipata e sono emersi diversi problemi legati alla situazione attuale:

- Pochi malati stroke che si nascondono in tutti quelli che arrivano in P.S. → problema intercettarli e far saltare tutto (es. privacy, braccialetto...)
- Problema logistica per ridurre il più possibile i tempi (es. barriere architettoniche)
- Intasamento aree di diagnosi per eccesso di richieste inappropriate.
- Centinaia di tac negative, è diagnosi ma intasamento. Molte volte si chiedono esami per mandare a casa la gente
- Richiesta di esami inappropriati, es. diretta addome negativa non esclude nulla
- No cartella elettronica
- Problema del trasferimento del paziente in ospedale specialistico con difficoltà di trasferimento immagini
- Problema del tempo di trasferimento secondario
- PDTA meglio non in emergenza, dove puoi ragionare a tavolino. In emergenza difficili da gestire nei tempi. Es. 10 PDTA ma non riusciamo a seguirli → serve gruppo di lavoro che li segua e crei disciplina.
- Problema di poche ambulanze, portantini... importanza del numero di persone che ci lavorano, poco ricambio generazionale

- Problema con il comparto, soprattutto di notte pochi infermieri e tecnici

Sono state raccontate anche molte buone prassi:

- No consenso informato su ictus → frasetta su referto
- Sala rossa medica e sala rossa chirurgica
- Studio di perfusione a tutti (fare o no perfusione a tutti è un problema scientifico)
- Partiamo con pazienti con ictus importante prima del P.S., in elisoccorso
- 4/8 PDTA che hanno migliorato percorso del paziente, mette ordine e aiuta a contestualizzare le linee guida, avvantaggia tutto il percorso
- PDTA misurati per capire se funzionano, applicati prima su patologie più frequenti
- Confronto su PDTA fattibile da medici di base, ma non sanno dove far fare tac
- Con PDTA evitato ricoveri grazie ad ambulatorio dedicato che prende in carico in 72h
- Pacs provinciale a Salerno consultabile da tutti gli ospedali della provincia. Avevano lo stesso vendor quindi è stato semplice Attraverso consulenze superato problema privacy
- In provincia di Salerno tutti gli ospedali tranne uno hanno guardia radiologica
- Reparto di gastroenterologia di urgenza, possibilità di gestirsi a 360° la patologia lì con professionisti presenti h24
- Angiografo biplano
- Soluzioni combinate tra le tecnologie, es. in single room angiografo e tac
- Ospedale del mare costruito nel 2018, P.S. e radiologia accanto velocizza tutto.

Una problematica emersa dal Laboratorio riguarda la possibilità di creare nelle reti Tempo dipendenti come nello stroke, una gestione interaziendale per poter mettere in condivisione le immagini radiologiche e le informazioni cliniche degli Ospedali periferici dove non esistono Stroke Unit o reparti dedicati al trattamento delle urgenze ischemico-emorragiche, con le Strutture che potrebbero ricevere e trattare tali pazienti. Seguendo l'esperienza mutuabile dalla regione Piemonte, come testimoniato dal Prof. Bergui, in cui si è creata una rete che mette in comunicazione su un unico sistema tutti gli Ospedali della Regione.

È inoltre necessario rappresentare che il 78% dei pazienti con codice di triage non urgente (verde/bianco) che accedono al Pronto Soccorso, affollano le Medicherie dell'Area di Emergenza, impegnano Medici Urgentisti, Infermieri, OSS e sale diagnostiche, intasandole di prestazioni inappropriate, causando così ritardi diagnostici ai pazienti in vera emergenza-urgenza (codici rossi-arancioni-gialli).

L'inquadramento diagnostico delle patologie non urgenti dovrebbe avvenire in un ambulatorio territoriale, dove purtroppo è ben noto che risulta impossibile accedere in tempi brevi per la lunghezza delle liste di attesa.

Anche la lunghezza delle liste di attesa territoriali è causa di accessi inappropriati al Pronto Soccorso.

Per ridurre l'inappropriatezza delle prestazioni richieste di Pronto Soccorso una delle misure da intraprendere è l'elaborazione dei PDTA, attualmente in prevalenza finalizzati ai percorsi diagnostico-terapeutici delle patologie elettive e che andrebbe esteso alle principali patologie di accesso al Pronto Soccorso. Il ricorso ai PDTA limiterebbe significativamente la diagnostica "inappropriata" riducendo il carico di lavoro delle diagnostiche e consentirebbe le dimissioni dei pazienti "non urgenti" senza rischi giuridici per i Medici Urgentisti.

Le azioni proposte e le azioni prioritarie

Sono quindi emersi aspetti legati ad un futuro ideale/desiderabile, anche se difficili da realizzare:

- A Barcellona assessorato alla sanità con gestione percorsi da casa del paziente a dimissione. Analizzano dov'è l'imbutto e mettono i soldi lì
- Milioni di finanziamenti per ripensare/rifare sale, logistica. Per sistemare la logistica servirebbe risistemare l'edilizia sanitaria ossia ricostruire gli ospedali
- Appropriatezza tecnologica su rete di trasmissione
- Problema privacy rende alleggerito, il legislatore rende più libero il vincolo privacy
- Aumentare stipendi in emergenza

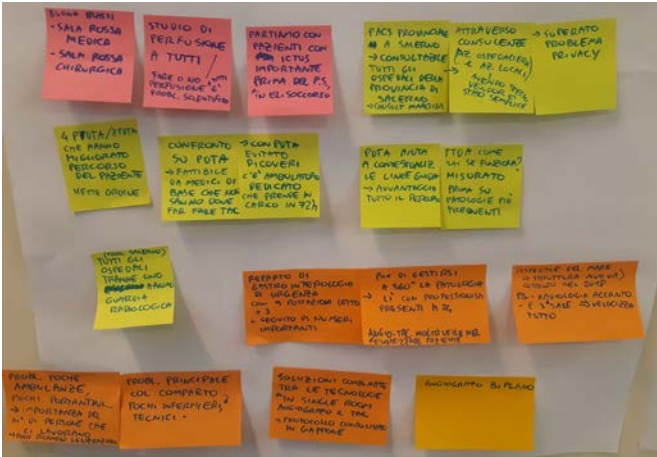
Le strategie individuate come importanti e non troppo complesse, quindi più facili da mettere in atto sono:

- Semplificazione dei percorsi, un solo percorso semplice e chiaro
- Protocolli interni dell'unità operativa
- Possibilità di saltare passaggi per poter fare prima altre azioni più importanti
- Protocollo unico per immagini e refertazione (gruppo di lavoro e procedura condivisa)
- Diffusione PDTA adottato a spoke e altre strutture dei territori
- PDTA interaziendale ad aziende che partecipano a rete
- PDTA con gruppi di lavoro che li segua e che crei disciplina a cui ci si deve attenere

Le strategie di alto valore e importanza ma difficili da realizzare perché complesse, che richiedono interventi di altre entità, sono:

- Stesso programma di elaborazione delle immagini a livello regionale -> reti di ospedali collegate in tempo reale. Perché si realizzi occorre fare pressione sulla regione
- Commissione multidisciplinare che si occupi di appropriatezza prescrittiva delle immagini -> soluzioni concordate
- Implementazione personale adeguato es. OSS e infermieri -> rendere ospedale accattivante, essere attrattivi

- uso di tecnologie ibride-combinate, es. single room con angiografo e tac + revisione di tutto il workflow operativo (problema: costoso, stanza di almeno 50 metri quadri e necessità di cambiare il percorso)
- Anticipare l'età pensionabile per chi lavora in emergenza
- Remunerazione a valore del professionista (maggiore per chi lavora in emergenza)



Un

ulteriore aspetto emerso dal Laboratorio riguarda i pazienti trasferiti in Il cura da altri Ospedali. Una rete informatizzata di connessione inter-ospedaliera è presente in Regione Campania solo per la ASL di Salerno.

Per gli accessi di Pronto Soccorso, con trasferimento da altri Ospedali, spesso è necessario ripetere tutta la diagnostica perché in molti Presidi non è attivata la cartella clinica elettronica, i pazienti arrivano solo con i referti ma senza le immagini o con le immagini archiviate su CD senza stampa dell'anagrafica paziente e della Provenienza, oppure che non si “aprono” con i programmi informatici in uso.

Tutto questo genera costi aggiuntivi e significative perdite di tempo.

Sarebbe pertanto necessaria l'attivazione di una rete di trasmissione immagini, referti, cartelle cliniche elettroniche almeno intra-regionale con connessione di tutte le Aziende Ospedaliere.

È infine da considerare che la presa in carico da parte dei Medici Urgentisti del 72% di pazienti non di urgenza, causa un forte carico di lavoro “inappropriato” (visite mediche, consulenze ecc.) che attualmente ha una significativa ricaduta negativa su tale specialità che notoriamente ha una scarsa attrattiva ed è molto carente in tutta le Aziende Ospedaliere.

Il carico di lavoro eccessivo per i Medici Urgentisti dovrebbe pertanto almeno essere compensato da remunerazioni economiche più adeguate al forte impegno lavorativo.

Anche l'Industria ha offerto il suo contributo attraverso la creazione di tecnologie ibride (angiografo assemblato con la TAC) in modo da ridurre al massimo il tempo diagnostico unitamente al tempo terapeutico.

Conclusioni

Il confronto è stato molto interessante e ricco, si sarebbe andati avanti ancora a discutere. Le strategie da implementare per migliorare la situazione sono di diversi livelli, si può partire dalla semplificazione dei percorsi e dall'elaborazione di protocolli unici e dalla diffusione di Ptda, ma sarebbe anche importante fare pressioni sulla regione per risolvere il problema delle immagini in rete tra ospedali.

L'accesso dei pazienti in Pronto Soccorso è correlato ad una miriade di diagnosi che vanno da patologie potenzialmente letali a condizioni benigne autolimitanti.

Di tutti i pazienti che si presentano al Pronto Soccorso, solo il 22% presenta una vera condizione clinica di urgenza o di emergenza.

Il restante 78% dei pazienti sono affetti da patologie "croniche", "oncologiche" o che avrebbero potuto ottenere assistenza dalla Medicina di base o dalla Medicina Territoriale.

Il primo step per tutti gli ammalati è quindi una corretta attribuzione del codice colore di triage ed un'accurata anamnesi con esame clinico, sulla base dei quali il Medico Urgentista prende in considerazione l'esecuzione di esami di laboratorio, endoscopici e di imaging diagnostico (cardiologico, radiologico) per stabilire la diagnosi finale. Per un trattamento adeguato, è difatti importante un iter diagnostico che consenta di distinguere tra le varie patologie e l'imaging radiologico e/o cardiologico e/o endoscopico riveste un ruolo importante in questo processo.

Pertanto, il valore diagnostico delle modalità di imaging ottenibili h24 è di prioritaria importanza nella gestione clinica e nelle decisioni da intraprendere in merito alla possibilità di dimissione del paziente direttamente dal Pronto Soccorso, al ricovero in Osservazione Breve Intensiva con dimissione entro 36 ore, in Medicina d'urgenza, in Gastroenterologia d'Urgenza, in Chirurgia d'Urgenza, in Unità Coronarica, in Neurologia, in un'Area Intensiva o Subintensiva, in una Chirurgia Specialistica ovvero in Area Medica non di urgenza.

Hanno partecipato

Moderatori: Luigia Romano, AORN A. Cardarelli, Napoli e Fabio Tortora, AOU Federico II, Napoli

Management Advisor: Massimo Lombardo, AREU - Agenzia Regionale Emergenza Urgenza

Facilitatore: Erica Raimondi

Partecipanti: Chiara Andreoli, Mauro Bergui, Vincenzo D'Agostino, Michele Galluzzo, Francesca Iacobellis, Silvia Lanciotti, Andrea Manto, Martina Marinelli, Alberto Martino, Antonio Pinto, Giuseppe Sarti, Marco Ventra, Maurizio Zanobetti

6.2 La gestione in Pronto Soccorso dei codici di minore gravità

<i>Laboratorio</i>	6.2 La gestione in Pronto Soccorso dei codici di minore gravità
<i>Area</i>	Area 6 – La gestione dell'emergenza
<i>Abstract</i>	Una delle problematiche che maggiormente affligge le strutture di PS è il cronico sovraccollamento. Un contributo significativo a questo fenomeno è dato dagli accessi in regime di “codice di bassa gravità”. Questi, in termini numerici sono elevati, e dal momento che sono espressione di patologie non severe, sono gestiti da percorsi diagnostico-terapeutici lenti, con conseguente sovraccollamento delle strutture di PS. È necessario, dunque, stabilire nuovi percorsi assistenziali finalizzati a snellire, in sicurezza, la gestione in PS dei codici di bassa gravità. A tal proposito esistono strategie che possono essere applicate sia nel breve-medio, che lungo termine. Nel primo caso è possibile immaginare la semplificazione e velocizzazione dei protocolli diagnostici. Nel caso successivo è possibile immaginare l'implementazione della telemedicina, e l'utilizzo della intelligenza artificiale al fine di ottimizzare la gestione dei codici a bassa gravità.

Scenario di riferimento

La prima fase del laboratorio è stata caratterizzata dall'intervento della Dott.ssa Filomena Liccardi che ha portato immediatamente in campo la sua esperienza di primario del pronto soccorso dell'ospedale Cardarelli evidenziando come una delle principali problematiche sia data proprio dal cronico sovraccollamento del pronto soccorso. Insieme al Dott. Morisco ha evidenziato come purtroppo ad incidere negativamente ed a contribuire alla rilevanza del dato sono proprio i codici di bassa gravità che riguardando patologie appunto non importanti che richiedono però un percorso diagnostico più lento, con conseguente permanenza in pronto soccorso per un tempo maggiore. Ha sottolineato la Dott.ssa Liccardi l'attuale mancanza di percorsi assistenziali alternativi che permettano di decongestionare l'afflusso al pronto soccorso e gestire comunque in sicurezza i codici di minore gravità. L'input fornito dai relatori ha aperto un'ampia discussione che ha visto coinvolti tutti i partecipanti che hanno offerto, ciascuno in ragione del ruolo rivestito, un importante contributo. Peraltro la provenienza dei partecipanti da diverse realtà ospedaliere nazionali e regionali ha sicuramente favorito il confronto valorizzando già nell'immediatezza i percorsi più efficaci da seguire ed aggiungendo indubbio valore alla discussione. In particolare è stata rappresentata la diversa gestione dei codici minori in Emilia Romagna, esempio oggi virtuoso, dove sembra che la presenza di un centrale operativa di smistamento e la presenza dei CAU abbia negli ultimi anni ridotto in modo

percettibile l'accesso al pronto soccorso dei codici minori, consentendo in ogni caso di prestare un'adeguata assistenza. Tra le criticità sicuramente emerse è lo scarso contributo svolto al momento da parte dei medici del territorio, e l'enorme utilizzo di risorse umane e strumentali in p.s. Ancora è stata evidenziata la scarsità di posti letto che vengono occupati proprio dai codici minori che richiedono indagini diagnostiche più lunghe e la non sempre adeguata gestione del paziente in uscita dal P.S. I partecipanti hanno sintetizzato nei post-it che troviamo nella prima lavagna quelle che sostanzialmente sono le criticità emerse, attraverso le seguenti parole chiave:

- Rete territoriale dell'emergenza difforme;
- Insufficienza dei codici del triage nel definire la complessità del paziente;
- Assenza di una precoce presa in carico da parte di altri specialisti (sia in PS sia in post dimissione);
- Codici del triage disomogenei;
- Incidenza degli accessi in modo autonomo al pronto soccorso;
- Mancanza territorio attrezzato;
- Gestione uscita da P.s;
- Retaggi culturali;
- Carenza di posti letto;
- Flussi di informazione carenti.

Le azioni proposte e le azioni prioritarie

Dopo aver esaminato lo scenario attuale e rappresentato invece l'obiettivo auspicabile, ovvero un pronto soccorso efficiente in grado di gestire ogni malato secondo il giusto percorso ed in un tempo ottimale, i partecipanti hanno cercato di mettere in campo spunti ed idee per porre in essere azioni virtuose che, seppur non risolutive, almeno utili ad invertire la rotta. Tra queste l'implementazione ed un rafforzamento di strutture CAU e similari a cui le persone possano rivolgersi per problemi di salute urgenti ma non gravi ed ottenere un'assistenza adeguata. Potenziare il SET (See and Treat) ed il FT (Fast Track) quali procedure di smistamento dei codici minori e di accesso più veloce alle visite specialistiche. Maggiore comunicazione e maggiore coinvolgimento dei medici del territorio che potrebbero prendere in carico e gestire i malati cronici. È emersa anche la necessità di potenziare l'assistenza domiciliare per favorire i percorsi in uscita e la gestione di casi particolari (anziani ad esempio). È stato suggerito l'utilizzo della telemedicina intesa come possibilità di un primo intervento a distanza, già utilizzato come riferito dal Dott. Morisco, in ambito cardiaco e che favorirebbe già un primo screening a distanza. È stato valorizzato il ruolo dell'infermiere che oggi ha un importante ruolo nella fase del triage la cui figura potrebbe essere potenziata anche quale filtro e portatore di informazioni ai parenti dei pazienti.

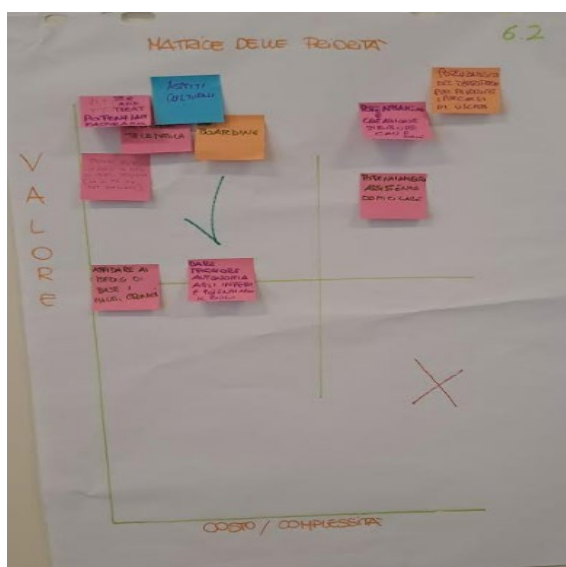
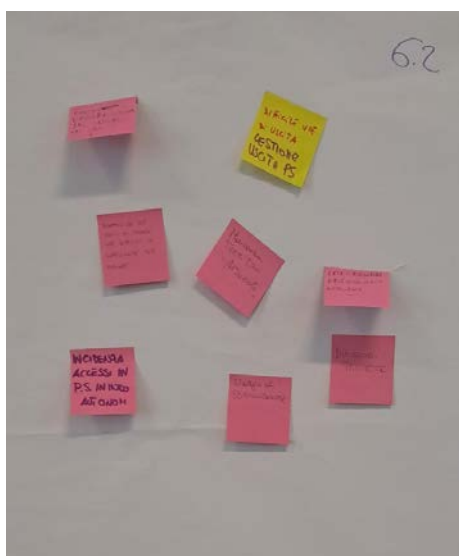
Anche qui il tutto è stato riassunto attraverso l'utilizzo di parole chiave.

- Potenziamento e creazione di strutture CAU e similari;
- Potenziamento assistenza domiciliare;
- Potenziamento percorsi SET e FT;
- Potenziamento del territorio per favorire i percorsi di uscita;
- Incrementare la medicina telematica;

- Dare maggiore autonomia agli infermieri e potenziare il loro ruolo;
- Affidare ai medici di base i malati cronici;
- Boarding;
- Omogeneizzazione del linguaggio codici Triage.

Il tutto è stato analizzato naturalmente in termini di costo (valutato nel suo insieme) rapportato al valore aggiunto che quella azione apporta all'obiettivo che ci si è posti.

Le prime due foto rappresentano rispettivamente le criticità rilevate e le azioni da mettere in campo collocate dai partecipanti sull'asse cartesiano secondo lo schema dell'Idea Prioritization ove le assi mettono in relazione tra loro il costo/sforzo e il benefico/valore di ogni azione.



Conclusioni

Il confronto tra diverse competenze e gli scenari prospettati da tutti partecipanti hanno sicuramente fatto emergere un dato importante ovvero che una migliore gestione dei codici minori attraverso il potenziamento di strutture e personale, valorizzando anche il ruolo dei medici del territorio sia nel pre che nel post assistenza, permetterebbe un decongestionamento dei pronto soccorsi consentendo al personale medico che presta il suo servizio in costante emergenza, la possibilità di lavorare in maniera ancora più efficiente.

Hanno partecipato

Moderatore: Filomena Liccardi, AORN A. Cardarelli, Napoli e Carmine Morisco, Università degli Studi di Napoli Federico II

Management Advisor: Massimo Lombardo, AREU, Agenzia Regionale Emergenza Urgenza

Facilitatore: Marina Di Lorenzo, Consiglio Ordine Avvocati di Torre Annunziata

Partecipanti: Giovanna Cristiano, Maria De Marco, Salvatore Di Gioia, Luciano Francesconi, Marina Greci, Ivana Lattuada, Andrea Liguoro, Enrico Mirante

6.3 Grandi Ospedali e Maxiemergenze

<i>Laboratorio</i>	6.3 Grandi Ospedali e Maxiemergenze
<i>Area</i>	La gestione dell'emergenza
<i>Abstract</i>	Iniziativa nata dalla collaborazione tra i principali Ospedali italiani quale strumento di confronto e scambio di esperienze con l'obiettivo di trovare soluzioni efficaci a problematiche comuni, per migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e limitare le disparità geografiche. Il fine ultimo è quello di costituire un sistema integrato e, quindi, di valorizzare il SSN italiano a livello internazionale. Il format prevede una prima giornata di relazioni seguita da una giornata dedicata ai laboratori, momento in cui ciascun Ospedale, partner e stakeholder potrà portare il proprio contributo di esperienze ed idee per risolvere criticità comuni e definire le priorità di intervento e quali siano le possibili azioni di miglioramento e innovazione da mettere in pratica.

Scenario di riferimento

Nella fase di introduzione del laboratorio, con gli interventi dei moderatori, sono stati focalizzati aspetti fondamentali inerenti alla situazione attuale, relativamente al tema in oggetto: in particolare la definizione di una cosiddetta "maxiemergenza" e l'attivazione di un protocollo operativo.

Subito dopo, si è avviata una discussione, in cui la partecipazione è stata fondata sulla condivisione delle esperienze e sulla ricerca di elementi comuni da fare emergere, sia in termini di rilevate criticità sia in termini di eventuali opportunità nelle pratiche già sperimentate.

Il lavoro di confronto, poi, è stato riportato dai partecipanti, attraverso i post-it, in pensieri sintetici o in parole chiave, in cui sono stati messi in evidenza, in particolare, i seguenti contenuti:

- Rafforzamento della simulazione come "allenamento" all'emergenza
- Bisogno di formazione del personale su abilità per emergenza
- Mancanza di conoscenza e diffusione del PEIMAF
- Sviluppo di rete e scambio di informazioni
- Revisione della Rete Trauma molto indirizzata da spoke ad hub

Le azioni proposte e le azioni prioritarie

Nello sviluppo del laboratorio i partecipanti hanno, successivamente, focalizzato sia le ipotesi di uno scenario futuro ideale, sia le priorità in termini di azioni possibili da porre in essere.

Nel primo caso (azioni proposte), sono stati messi in evidenza i seguenti contenuti:

- Simulazioni coinvolgenti Servizio 118 e tutti gli ospedali in ogni territorio
- Obbligo di simulazione periodica sia cittadina sia ospedaliera
- Incentivazione economica dei medici e degli infermieri stabili in emergenza

Nel secondo caso (azioni prioritarie), sono stati messi in evidenza i seguenti contenuti:

- Integrazione servizi di emergenza, facendo “sistema”, in ogni territorio
- Creazione di una task force aziendale come prima risposta
- Programmazione in rete
- Formazione specifica certificata
- Comunicazione strutturata e condivisa sia sul piano clinico sia sul piano organizzativo

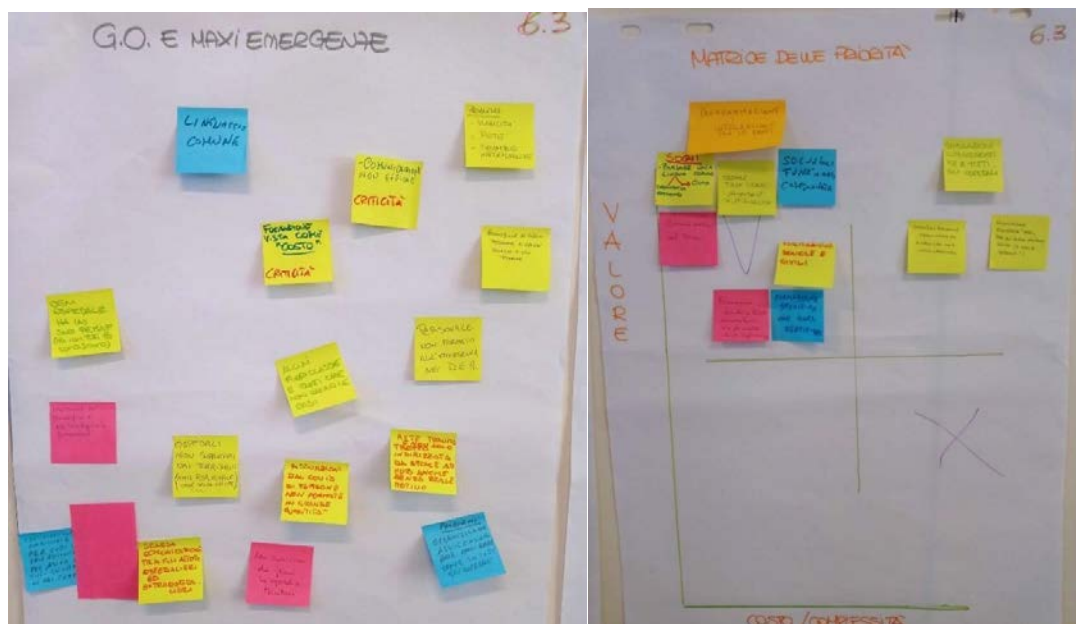
La messa in evidenza, per facilitazione di enucleazione concettuale, è stata supportata da molte riflessioni, inerenti i temi emersi dal confronto, che si riportano in sintesi di seguito.

In quanto alla formazione del personale rispetto alle maxiemergenze, si è focalizzata la necessità della simulazione. In talune realtà, come quella di Messina, si è istituita anche una iniziativa specifica, come la Settimana dell’Emergenza, che ha reso possibile un forte miglioramento della comunicazione tra gli enti, considerato che l’allenamento all’emergenza permette di sviluppare molto il dialogo tra gli attori coinvolti.

Tra gli obiettivi della formazione si è evidenziato molto quello di una formazione interaziendale, superando la gestione “in casa” della formazione all’emergenza. Si è fatto riferimento anche alla possibilità di un sistema di formazione per una certificazione specifica di operatori sanitari di maxiemergenza, in quanto questo potrebbe favorire l’utilizzo di personale certificato anche fuori dalla sede lavorativa assegnata ordinariamente, in occasione di una maxiemergenza. Inoltre è stata posta l’esigenza della formazione rispetto alla preparazione ai diversi triage, considerando, in particolare, la competenza necessaria per valutare i casi sia secondo il criterio della gravità sia secondo il criterio dell’affrontabilità.

In relazione alla Rete Trauma, si è molto discusso sulla sua efficienza, messa alla prova da un continuo cambiamento di direzione. La continuità direzionale dovrebbe essere garantita nei limiti di un tempo congruo per la necessaria programmazione: programmare l’ordinaria emergenza può comportare anche un abbattimento dell’emergenza straordinaria.

Sul ruolo del Servizio 118, in particolare, si è focalizzata la necessità di un cambiamento di prospettiva: dalla gestione del paziente per il trasporto in ospedale alla gestione del paziente sul territorio, con nuove capacità di movimento e di azione nell’andare verso il paziente, in pratica considerando il Servizio 118 come un braccio operativo dell’ospedale sul territorio.



Conclusioni

In vista dell'ipotetico scenario futuro, in cui si auspica la piena integrazione dei servizi di emergenza, in un sistema coerente, dal punto di vista della comunicazione e dell'organizzazione, in ogni territorio, si condivide l'idea di avviare un coordinamento tra i partecipanti per continuare il confronto su un possibile modello territoriale.

Hanno partecipato

Moderatori: Maurizio Castriconi, Direttore UOC Chirurgia d'urgenza, AORN "A. Cardarelli", Napoli; Luigi Califano, Direttore Dipartimento ad Attività Integrate Testa Collo, AOU Federico II, Napoli e Vice Direttore Dipartimento Universitario di Neuroscienze, Scienze riproduttive e Odontostomatologiche, AOU "Federico II", Napoli

Management Advisor: Massimo Lombardo, AREU, Agenzia Regionale Emergenza Urgenza

Facilitatore: Gerardo Ricciardi, Formatore e Facilitatore

Partecipanti: Mauro Andreano, Francesca Bindi, Fabio Cafariello, Maurizio Cappiello, Ciro Coppola, Cosimo Cosimato, Patrizio Festa, Luigi Langella, Maria Carola Martino, Andrea Mingoli, Deborah Summonti

7.1 Elaborazione di un cruscotto per la direzione di farmacia finalizzata al monitoraggio interno e all'attività di benchmarking tra le diverse realtà italiane

<i>Laboratorio</i>	7.1 Elaborazione di un cruscotto per la direzione di farmacia finalizzata al monitoraggio interno e all'attività di benchmarking tra le diverse realtà italiane
<i>Area</i>	Modelli organizzativi innovativi
<i>Abstract</i>	

Scenario di riferimento

Durante la prima fase del laboratorio, il Dott. Guglielmi con la sua presentazione ha proposto ai partecipanti le seguenti aree per creare un cruscotto regionale di dati che possa aiutare i Dirigenti Generali delle singole aziende ospedaliere e i Direttori Regionali: Analisi prescrizioni, Monitoraggio appropriatezza, Consumi beni sanitari, Costi, Contratti, Valutazione appropriatezza terapeutica, Dati Farmacovigilanza. L'obiettivo del laboratorio era: 1) Scoprire se queste aree sembravano accurate anche per i partecipanti e se si dovessero aggiungere delle altre; 2) Creare un gruppo di lavoro che aiuti il Dott. Guglielmi a procedere in questa direzione.

Nella prima fase, hanno sintetizzato la situazione attuale:

- Raccolta di dati su piattaforme diverse in modo inutilizzabile
- Duplicazione dei dati su piattaforme diverse con errori di input
- Intenso lavoro per caricare gli stessi dati su piattaforme diverse
- Dispersione dei dati
- Aggregati in modo che non aiutano il management (per esempio erogazione farmaci)
- Assenza di monitoraggio per le farmacie sulle scelte farmaceutiche in sala operatoria
- Costi elevati: aziende diverse, piattaforme diverse
- Esistono processi di dati amministrativi contabili
- Esistono piattaforme per rapporto pazienti → intervento

- Braccialetto elettronico al paziente è una raccolta di dati importante
- I sistemi non dialogano.
- Bisogno di un cruscotto regionale.

In questa fase, come già anticipato dal Dott. Guglielmi, i partecipanti hanno confermato che i dati esistono, le piattaforme esistono, ma le piattaforme non sono collegate e questo rende difficile l'accesso e l'aggregazione dei dati in tempo per aiutare decisioni di management.

Le azioni proposte e le azioni prioritarie

Durante la seconda fase del laboratorio i partecipanti hanno esplorato i possibili scenari di un futuro possibile:

- piattaforma unica regionale,
- Suddivisione di pazienti per aree epidemiologiche,
- gestione della carenza dei farmaci, uso farmaci e interventi in sala operatoria
- monitoraggio appropriatezza
- visibilità dei dati agli operatori
- Cruscotto regionale di sistemi che comunicano bene!
 - o trials clinici e nuove terapie
 - o costi
 - o gestione della carenza dei farmaci, uso farmaci e interventi in sala operatoria,
 - o analisi prescrizione
 - o monitoraggio contratti
 - o monitoraggio appropriatezza
 - o gare d'appalto
 - o piattaforma bisogni

In riassunto, ecco la lista finale delle aree raccomandate dai partecipanti per un cruscotto regionale:

AREE FINALI:

- Analisi prescrizioni,
- Monitoraggio appropriatezza,
- Consumi beni sanitari,
- Costi,
- Contratti,
- Valutazione appropriatezza terapeutica,
- Dati Farmacovigilanza
- trials clinici e nuove terapie
- Suddivisione di pazienti per aree epistemologiche,
- gestione della carenza dei farmaci, uso farmaci e interventi in sala operatoria,
- monitoraggio contratti
- monitoraggio appropriatezza
- gare d'appalto

- piattaforma bisogni

MODALITÀ DI COMUNICAZIONE

- sistemi che comunicano!
- collegamento costi↔Trials clinici
- collegamento costi↔analisi prescrizione
- collegamento costi↔monitoraggio contratti
- collegamento costi↔analisi prescrizione
- collegamento costi↔monitoraggio appropriatezza↔dispositivi e farmaci
- collegamento monitoraggio appropriatezza↔gare d'appalto
- collegamento gare d'appalto↔piattaforma bisogni

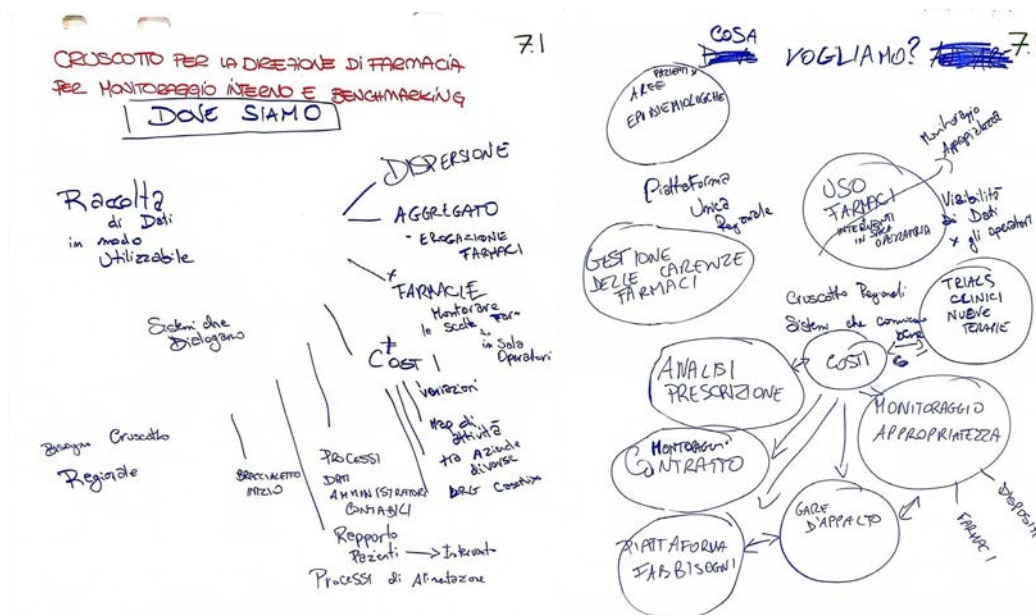
Per fare leva sulla rete di professionisti presenti al laboratorio, tre azioni sono state suggerite da mettere subito in campo:

- presentare un documento di bisogno alle strutture ASL
- presentare un documento di bisogno ai Direttori Generali
- presentare un documento di bisogno ai Direttori Regionali

Il gruppo ha deciso di investire il proprio tempo creando un documento comune, che poi ognuno può utilizzare per l'interlocutore con cui ha più probabilità di riuscita. In altri termini, il gruppo ha deciso di creare un documento comune come strumento di advocacy nelle diverse strutture sanitarie per muovere in avanti le possibilità di un cruscotto regionale. Per favorire il loro lavoro futuro abbiamo stilato lo schema di questo documento:

1. Premessa letteraria:
 - a. analisi dei benefici al livello dei costi,
 - b. ricerca sull'efficacia di cruscotti per il management.
2. Obiettivi
3. Aree
4. Richieste:
 - a. Mappatura delle piattaforme esistenti
 - b. Creare e promuovere un progetto per la creazione di un cruscotto
 - c. Assegnare una quota di bilancio a questo scopo
 - d. Assegnare un Coordinatore per il progetto
5. Tempi
6. Firme dei partecipanti

Nella quarta fase abbiamo chiesto alle persone di dare il loro nominativo e email per continuare un gruppo di lavoro per completare questa proposta a Grandi Ospedali. I partecipanti che hanno scritto la loro email sui fogli seguenti hanno dimostrato interesse a continuare il lavoro in futuro creando una mailing list ed un gruppo di lavoro.



Conclusioni

La chiarezza d'intento del Dott. Guglielmi ha fatto in modo che questo gruppo confluisse velocemente verso un intento di aiutarlo nella sua proposta arricchendo il suo approccio con altre aree di intervento e fasi decisionali. Dei 16 presenti, 9 hanno dato il consenso per continuare il gruppo di lavoro.

Nel cerchio finale - in cui il facilitatore ha chiesto ad ognuno di dire, in una parola o una frase, cosa si portavano via, la maggior parte ha detto condivisione e progetto comune ecco alcune risposte.

- Confronto
- Un progetto comune
- Voglia di crescere e migliorare
- Siamo tanti
- Condivisione di idee e lo sviluppo del progetto
- Confronto di una necessità comune
- Voglia di realizzare
- Difficoltà comuni
- Condivisione di uno stato comune e volontà collettiva di un progetto
- Difficoltà comuni portano a soluzioni comuni
- Confronto tra regioni che spero realizzi un sogno
- Opportunità
- Condivisione dei bisogni e opportunità.

Hanno partecipato

Moderatore: Gaspare Guglielmi, AORN A. Cardarelli, Napoli

Management Advisor: Monica Calamai, AOU di Ferrara

Facilitatore: Rita S. Fierro, Ph.D., Social Justice Consultant e Coach, Fierro Consulting LLC

Partecipanti: Anna Arbo, Stefania Cascone, Giovanni De Filippis, Carlo Descovich, Maria Galdo, Maria Cristina Galizia, Matteo Milano, Giuseppe Minoia, Carmelo Daniele Morsini, Marcello Pani.

7.2 Dispositivi Medici: Stato dell'arte e prospettive per un maggiore riconoscimento del ruolo dei farmacisti ospedalieri

<i>Laboratorio</i>	7.2 Dispositivi Medici: Stato dell'arte e prospettive per un maggiore riconoscimento del ruolo dei farmacisti ospedalieri
<i>Area</i>	Area 7 - Modelli organizzativi innovativi
<i>Abstract</i>	Il Laboratorio dei dispositivi medici evidenzierà alcuni punti di grande attualità nella pratica clinica. Il primo topic riguarderà la rapida evoluzione tecnologica dei dispositivi che, già oggi, comporta una difficoltà di adeguamento alla standardizzazione e classificazione univoca degli stessi. Il secondo sarà inerente ai processi di acquisto con un central point sulle strategie che possano far quadrare le necessità assistenziali con gli atti amministrativi previsti dal Codice degli Appalti. Un terzo topic riguarda entrambi i precedenti ed è relativi ai dispositivi che, per normative specifiche nazionali e/o europee, devono possedere requisiti peculiari come nel caso dei dispositivi per la preparazione di farmaci antitumorali.

Scenario di riferimento

Durante la prima fase del laboratorio, grazie all'intervento della dott.ssa Vozza che ha aperto la discussione sulla situazione presente relativa al focus, hanno tutti partecipato attivamente alla discussione rispettando i turni di parola e condividendo le proprie esperienze.

La discussione si è avviata con un brainstorming in cui i partecipanti hanno condiviso le prime suggestioni a caldo a seguito delle presentazioni dei moderatori. I partecipanti hanno sintetizzato nei post-it (vedi prima lavagna) attraverso le seguenti parole chiave:

- Collaborazione con il clinico utilizzatore per aumentare la conoscenza
- Lavorare su analisi e metodologia per la definizione dei bisogni
- CND ed aggiornamento repertorio
- Aggiornamento tecnologico
- Capitolato di gara: infungibilità ed esclusività
- Nuovo regolamento: certificazioni e sperimentazione clinica su dispositivi medici (DM)

- Procurement regionali e osservazione prezzi: gare di acquisto
- Procedure di acquisto semplificate anche in relazione ad esigenze specifiche: carattere d'urgenza e snellimento della burocrazia
- Linee guida chiare e definite per la classificazione di dispositivi medici: al fine di una corretta identificazione della classe di appartenenza
- Sicurezza dei DM
- Dati fruibili facilmente
- Diagnostica in vitro e attrezzature
- Codice degli appalti non studiato per l'acquisto dei dispositivi medici
- Difformità dei regolamenti europei e nazionali
- Riduzione delle tempistiche previste dal codice degli appalti favorendo le iniziative di partenariato pubblico-privato
- Colmare il vuoto normativo in tema di CSTD al fine di adottare una disciplina europea
- Capitolati di gara e in particolare gli aspetti dei criteri minimi e dei criteri di qualità
- Prezzi a base d'asta
- Validità dei certificati
- UDI
- Organismo certificato
- Tavolo multidisciplinare per la governance dei DM: valori e vincoli
- Coinvolgimento degli operatori sanitari nella segnalazione

Già dal brainstorming sono emerse le criticità che attengono alle personali esperienze lavorative dei partecipanti, ma anche alle possibili soluzioni a delle problematiche rilevate. Molti si sono ritrovati nelle stesse problematiche e nelle stesse esperienze, pur tuttavia riconoscendo gli elementi di differenza dovute alle diverse competenze e alle diverse organizzazioni di appartenenza. La dispositivo-vigilanza e i capitolati di gara hanno preso gran parte della discussione.

Le azioni proposte e le azioni prioritarie

Seguendo le chiavi di lettura proposte dalla facilitatrice, di seguito verranno indicati lo stato dell'arte circa il tema oggetto di incontro (H₁), la descrizione di ciò che si vorrebbe realizzare (H₃) e i modi attraverso cui farlo in termini di fattibilità (H₂).

Orizzonte 1 o H₁:

- Mancanza di definizione dei capitolati di gara non soggettivi ma oggettivi standardizzati e universali
- Applicazione del nuovo regolamento

- I prezzi a base d'asta
- La dispositivo-vigilanza
- Validità dei certificati
- Difficoltà applicativa della legislazione
- Cattiva gestione dei DM
- Mancanza di coordinazione/identificazione dell'ambito di attività del farmacista
- Analogia di gestione dei farmaci e dei DM
- Mancanza di criteri di riferimento: soggettività e discrezionalità
- Difficoltà di monitoraggio

Orizzonte 3 o H₃:

- Tavoli multidisciplinari
- Scheda di eleggibilità del paziente: monitoraggio
- Valutazione HTA regionale del dispositivo multidisciplinare
- Sistema informatico creato con l'intelligenza artificiale che monitori i certificati
- Definizione chiara delle competenze del farmacista: esiste una confusione tra le figure professionali
- Avere a disposizione studi accreditati su DM

Orizzonte 2 o H₂:

- Creazione di una commissione permanente, in ogni singola azienda, che permetta l'identificazione del bisogno assistenziale, composta da diverse figure: provveditorato, azienda sanitaria, ingegneri clinici e farmacisti
- Costruzione di un percorso celere e tempestivo di andata e ritorno (riguardo la questione della dispositivo vigilanza)
- Costituzione di un tavolo istituzionale nazionale composto da farmacisti, ingegneri clinici, il ministero e le direzioni sanitarie
- Sistema informatico di intelligenza artificiale che monitori i certificati
- Avere maggiori studi finanziati dal ministero
- Chiarire la competenza dei farmacisti per le classi di rischio

Nello schema finale delle azioni prioritarie, nel quadrante delle proposte ad alto valore e a basso costo, i partecipanti hanno collocato:

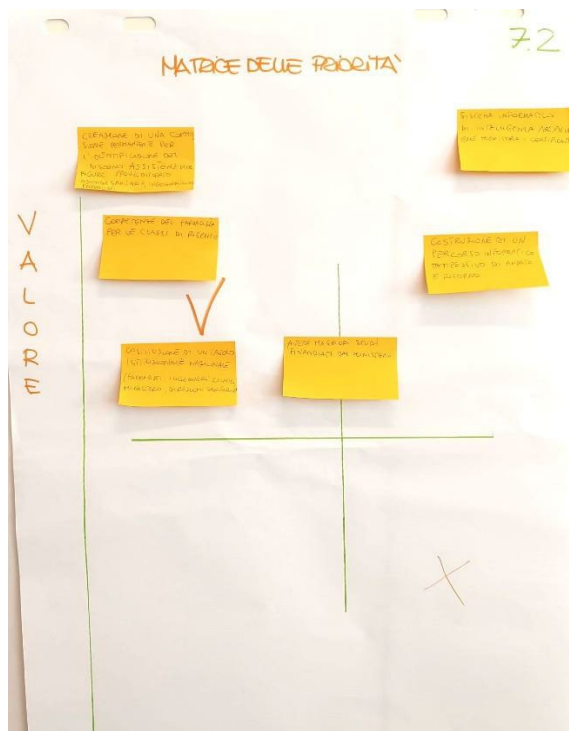
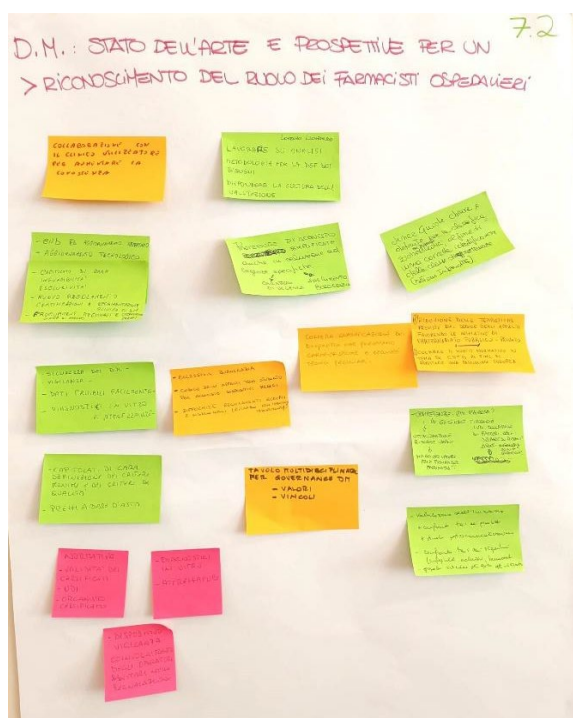
- Creazione di una commissione permanente, in ogni singola azienda, che permetta l'identificazione del bisogno assistenziale, composta da diverse figure: provveditorato, azienda sanitaria, ingegneri clinici e farmacisti
- Chiarire la competenza dei farmacisti per le classi di rischio
- Costituzione di un tavolo istituzionale nazionale composto da farmacisti, ingegneri clinici, il ministero e le direzioni sanitarie

Nel mezzo tra il quadrante delle proposte ad alto valore e a basso costo e quello ad alto valore e a medio-alto costo, i partecipanti hanno collocato:

- Avere maggiori studi finanziati dal ministero

Nel quadrante delle proposte ad alto valore e a medio-alto costo i partecipanti hanno collocato:

- Costruzione di un percorso celere e tempestivo di andata e ritorno (riguardo la questione del dispositivo di vigilanza)
- Sistema informatico di intelligenza artificiale che monitori i certificati



Conclusioni

Il Laboratorio dei dispositivi medici ha consentito di identificare, in tempi ristretti, problematiche e relative soluzioni sia a basso costo che a medio/alto costo. Il risultato è una chiara dimostrazione che il coinvolgimento di quanti gestiscono i dispositivi medici in prima linea costituisce la chiave di volta per affrontare le sfide di questo ambito in continua e rapida evoluzione. Infine, si evidenzia come il format - suddiviso in matrici - permetta di esplicitare con nitidezza le possibili azioni da intraprendere nella realtà lavorativa e non semplicemente in uno scenario ideale, rendendo tangibili le proposte di miglioramento.

Hanno partecipato

Management Advisor: Monica Calamai, AOU di Ferrara

Moderatrice: Antonietta Vozza, AOU Federico II, Napoli

Facilitatore: Marcella Autiero, Psicologa Clinica e di Comunità e Dottoranda di ricerca presso l'Università degli studi di Napoli Federico II

Partecipanti: Maria Barbato, Antonietta Carillo, Costantino Corvino, Adriano Cristinziano, Lorenzo Leogrande, Viviana Lo Conte, Domenica Mamone, Emanuele Marangolo, Vittoria Mazzarelli, Micaela Spatarella, Giacomo Rescigno.

7.3 A. Servizi in outsourcing e Grandi Ospedali – Partnership pubblico-privato: la gestione del rischio clinico

<i>Laboratorio</i>	7.3. Servizi in outsourcing e Grandi Ospedali – Partnership pubblico-privato: la gestione del rischio clinico
<i>Area</i>	Modelli organizzativi innovativi
<i>Abstract</i>	L'introduzione tratta della responsabilità medica e dei fattori di crisi, il cui principale effetto è rappresentato dalla medicina difensiva. Si analizza il mercato assicurativo e le difficoltà nel reperire polizze assicurative adeguate, evidenziando come le attività di risk management possano rappresentare un fattore chiave nella prevenzione del rischio. L'obiettivo è promuovere la sinergia e la cooperazione tra strutture sanitarie e compagnie assicurative private attraverso un approccio proattivo che miri a prevenire gli errori, anziché limitarsi a gestire i sinistri, spesso delegati interamente alle compagnie assicurative.

Scenario di riferimento

Durante la prima fase del laboratorio, dopo l'intervento della dottoressa Marcella Abbate, Direttore Amministrativo dell'AORN A. Cardarelli di Napoli, si è dato il via alla discussione entrando nel vivo della tematica affrontata. Tutti hanno partecipato attivamente alla discussione, condividendo la propria esperienza e fornendo il proprio contributo. Il dibattito si è incentrato sull'aggravamento del regime di responsabilità nei confronti della classe medica, con la conseguente diffusione, a scopo precauzionale, della medicina difensiva. Sono stati analizzati gli aspetti critici del problema ma anche i punti di forza, sono state individuate le azioni virtuose messe in campo e quelle che potrebbero essere attuate allo scopo di risolvere alcune delle criticità rilevate.

I partecipanti hanno sintetizzato i punti salienti di questa prima parte del dibattito attraverso l'utilizzo di post-it sui quali sono state annotate le seguenti parole chiave:

- Medicina difensiva: eccesso di ricoveri, esami diagnostici inutili o addirittura dannosi, prescrizione di farmaci inutili, mancato intervento su pazienti a rischio
- Fuga delle compagnie assicurative dal settore della responsabilità civile del medico, impennata costo dei risarcimenti e dei premi assicurativi
- Fuga dei giovani medici dalla chirurgia
- Poca sinergia con i medici del territorio
- La copertura assicurativa non è sufficiente se non è accompagnata da altre azioni

- Ruolo centrale di politiche di Risk management come strumento per ridurre i rischi e prevenirli
- Misure da adottare per evitare il danno alla luce della normativa e della recente giurisprudenza di legittimità: difficoltà nel dimostrare l'attuazione di alcune delle misure prescritte
- ADR (alternative dispute resolution) limitato effetto deflattivo dei costi e del contenzioso

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:

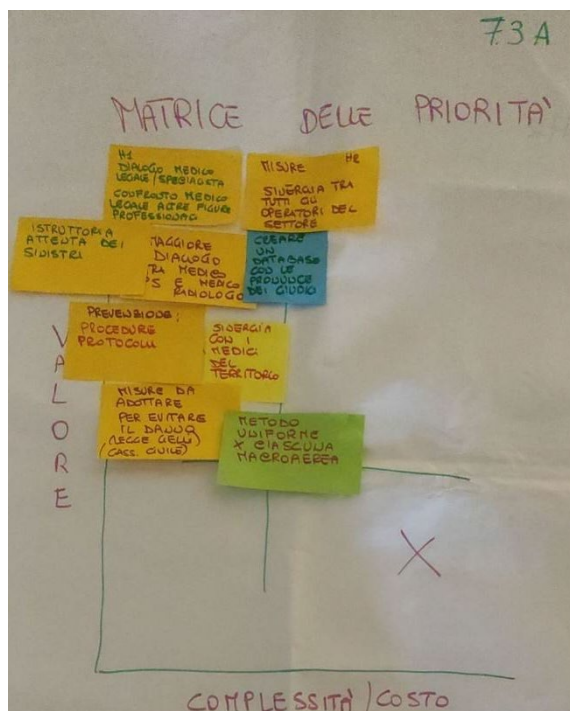
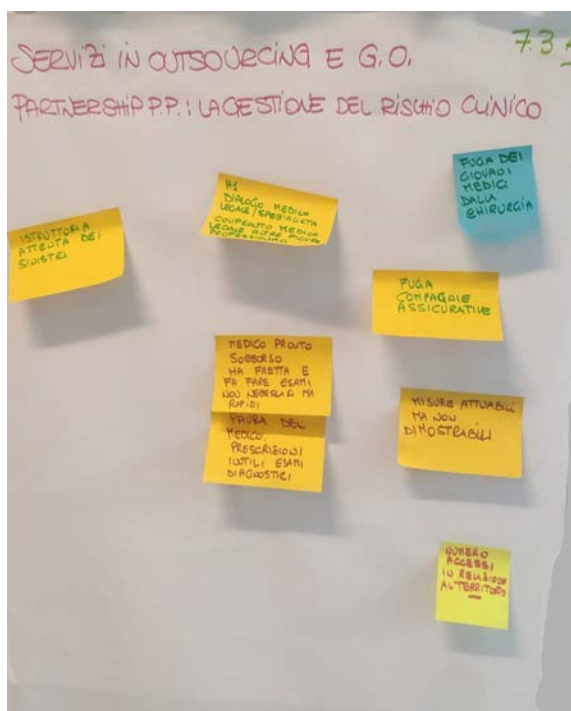
- Organizzare un sistema di gestione del rischio che non resti confinato all'area clinica ma che coinvolga tutti i processi organizzativi
- Sicurezza delle cure: insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche ed organizzative

Le azioni da mettere subito in campo potrebbero essere:

- Maggiore cura e attenzione verso il paziente: ascolto del paziente, coinvolgimento nelle decisioni cliniche, informazione dei pazienti e delle famiglie
- Ruolo centrale della cartella clinica: attenta e corretta redazione e compilazione
- Istruttoria attenta e scrupolosa dei sinistri
- Nell'ambito del contenzioso, necessità di cooperazione tra il medico legale ed il medico specialista, necessità di un confronto tra il medico legale ed altre figure professionali
- Sinergia tra tutti gli operatori del settore
- Interazione con i Presidenti dei Tribunali sull'importanza nella scelta dei consulenti tecnici dell'ufficio
- Creare un database con le pronunce dei magistrati
- Maggiore dialogo tra la medicina legale e il risk manager, al fine di cogliere da parte di quest'ultimo gli aspetti salienti del contenzioso per implementare politiche proattive
- Collaborazione tra medici e avvocati.

Conclusioni

Dal dibattito è emerso che, benché la situazione sia, allo stato, critica, attuando delle buone azioni di risk management, passando da un approccio reattivo ad uno proattivo, è possibile procedere verso la giusta direzione. Prevenire il rischio significa passare dalla sola azione reattiva di gestione dei sinistri, in passato spesso delegata totalmente alle compagnie assicurative, all'implementazione di vere e proprie attività per la prevenzione dei sinistri.



Hanno partecipato

Moderatore: Marcella Abbate, Direttore Amministrativo AORN A. Cardarelli, Napoli

Management Advisor: Monica Calamai, AOU di Ferrara

Facilitatore: Simona Castellano, Consiglio Ordine Avvocati Torre Annunziata

Partecipanti: Alessandro Biamonte, Fulvio Ceglie, Alessandro De Angelis, Amanda De Cosmo, Giovanni Del Vecchio, Danila Faillace, Pasquale Giugliano, Vera Giuliano, Merystella Magrino, Alfonso Maiellaro, Massimo Marignani, Salvatore Punzo, Fabio Russo, Filomena Sibilio, Tiziana Tagliatela.

7.3B. Servizi in outsourcing e grandi ospedali: l'impatto del partenariato pubblico privato nelle aziende sanitarie

<i>Laboratorio</i>	7.3B. Servizi in outsourcing e grandi ospedali: l'impatto del partenariato pubblico privato nelle aziende sanitarie
<i>Area</i>	Modelli organizzativi innovativi
<i>Abstract</i>	Servizi in outsourcing e grandi ospedali: l'impatto del partenariato pubblico privato nelle aziende sanitarie. Lo strumento del PPP nelle Aziende Sanitarie rappresenta sicuramente la strategia innovativa di acquisto di servizi e forniture a lungo termine. Tale laboratorio intende raccogliere e approfondire la sfida che il mondo sanitario sta affrontando sia da un punto di vista di organizzazione aziendale sia dal punto di vista giuridico alla luce del nuovo codice dei contratti pubblici.

Scenario di riferimento

Durante la prima fase del laboratorio l'avv. Visani e la prof.ssa Tuccillo hanno introdotto il tema del partenariato pubblico privato descrivendone le caratteristiche, le potenzialità e i rischi; i partecipanti hanno poi sintetizzato lo status quo nei suoi punti di forza e nelle criticità mediante la scelta di parole-chiave che fotografassero la situazione attuale rispetto al tema. La condivisione delle diverse esperienze ha stimolato la ricerca di punti in comune e di diversificazione tra gli intervenuti e ha permesso di raggruppare le tematiche emerse in alcune aree:

- **Competenze** [in termini di risorse e limiti]: Risorse non idonee; Mancanza di competenze nella PA; Possibilità di supporto del DIPE mediante richiesta di pareri; Creatività nel trovare possibili alternative allo status quo; Carenza di professionalizzazione nelle PA.
- **Vincoli**: Durata eccessiva del progetto per cui al termine dell'iter si rischia di dover tener conto di regole e condizioni ormai superate; Rischio che il partenariato pubblico-privato fallisca; Ampiezza dei margini di discrezionalità dell'operazione finanziaria; Necessità di trovare un equilibrio economico finanziario.

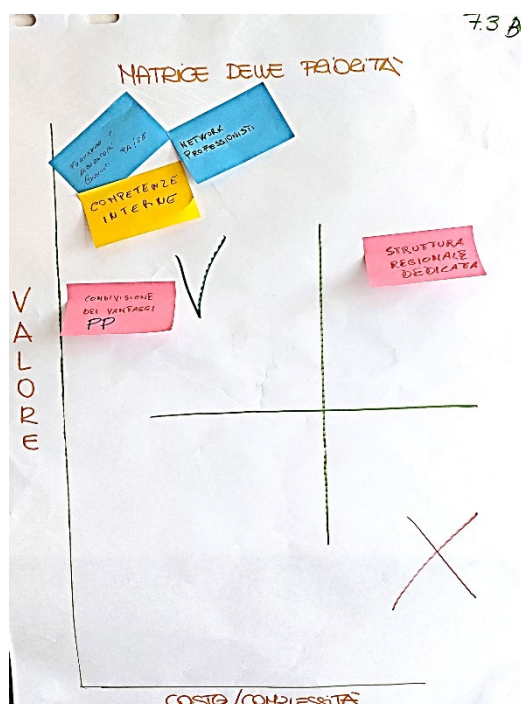
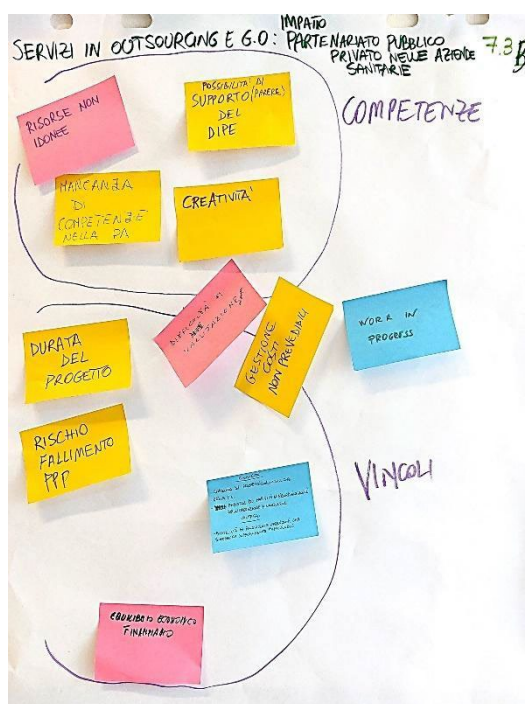
A cavallo tra le due aree tematiche vengono riportate le difficoltà di valutazione, la gestione di costi non prevedibili, la possibilità di finalizzare operazioni che sarebbero difficilmente finanziabili e la sottolineatura su come sia un tema *work in progress*.

Le azioni proposte e le azioni prioritarie

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

- Formazione e laboratori congiunti PA/OE
- Valorizzazione ed incremento delle competenze interne
- Creazione e potenziamento del network tra professionisti
- Negoziazione mediante condivisione dei vantaggi pubblico-privato
- Creazione di una struttura regionale dedicata

I partecipanti al laboratorio hanno più volte sottolineato come le difficoltà maggiori emergano dal numero esiguo di risorse umane disponibili e adeguatamente skillate. Nella PA vi è infatti la presenza di personale con formazione di base variegata che non sempre riesce ad essere aggiornato in merito ad una specifica competenza, dovendo tenere sotto controllo diversi tipi di attività professionale. Il rischio è avere poche risorse, non adeguatamente formate e oberate di responsabilità di diverso genere che non riescono a garantire un livello di performance eccellente.



Conclusioni

Dal vivace dibattito scaturito nel corso del laboratorio sono emerse, dunque, sia le potenzialità degli istituti di PPP nel settore sanitario sia le criticità ancora esistenti sul piano normativo e sul piano applicativo. La consapevolezza della irrinunciabilità del supporto della partnership privata per l'attuazione degli obiettivi di interesse pubblico ha guidato la discussione sul piano delle possibili soluzioni. Fondamentale è rendere l'instaurazione del rapporto pubblico-privato più attrattiva per gli

investitori/operatori attraverso una consapevole predisposizione del quadro esigenziale, per addivenire alla quale dovrà attingersi a competenze specializzate da rendersi disponibili all'interno delle amministrazioni. Il potenziamento dei momenti di dialogo con il privato deve diventare una delle priorità sin dalla fase di progettazione delle iniziative, assieme all'avvio di programmi di formazione specifica per il personale delle amministrazioni che si occupa della contrattualistica, da realizzarsi anche attraverso il supporto delle università.

Hanno partecipato

Moderatori: Silvia Tuccillo, Università degli Studi di Napoli Federico II e Stefano Visani, AOU Federico II, Napoli

Management Advisor: Monica Calamai, AOU di Ferrara

Facilitatore: Teresa Tuozi

Partecipanti: Daniele Aguzzi, Paolo Bordon, Beatrice Borghese, Carmela Cardella, Luca Crispino, Gilberto Cristofolotti, Marcello Lamberti, Massimo Marignani, Alberto Pagliafora.

7.4. Emofilia: le nuove frontiere terapeutiche. Quale modello organizzativo

<i>Laboratorio</i>	7.4. Emofilia: le nuove frontiere terapeutiche. Quale modello organizzativo
<i>Area</i>	Modelli organizzativi innovativi
<i>Abstract</i>	L'approvazione della terapia genica per i pazienti affetti da Emofilia A grave se da una parte offre una straordinaria nuova opportunità terapeutica, dall'altra pone problemi di sostenibilità economica. È pertanto necessario adottare un modello organizzativo in grado di garantire efficienza, efficacia, appropriatezza clinica e organizzativa, sicurezza delle cure, in un contesto di risorse limitato a garanzia di equità di accesso alle cure.

Scenario di riferimento

Durante la prima fase del laboratorio, dopo l'intervento della dottoressa Anna Borrelli, AOU Federico II, Napoli, si è dato il via alla discussione entrando nel vivo della tematica affrontata. Tutti hanno partecipato attivamente alla discussione, condividendo la propria esperienza e fornendo il proprio contributo. Il tema trattato afferisce alla sperimentazione di un nuovo farmaco "Roctavian" indicato per il trattamento dell'emofilia A grave (deficit congenito di fattore VIII) in pazienti adulti senza anamnesi di inibitori del fattore VIII e senza anticorpi rilevabili anti-virus adeno-associato del sierotipo 5. Nello specifico il dibattito si è incentrato sulla appropriatezza organizzativa, sulla equità di accesso alle cure e sulla sostenibilità. Sono stati analizzati gli aspetti critici del problema ma anche i punti di forza, sono state individuate le azioni virtuose messe in campo e quelle che potrebbero essere attuate allo scopo di risolvere alcune delle criticità rilevate.

I partecipanti hanno sintetizzato i punti salienti di questa prima parte del dibattito attraverso l'utilizzo di post-it sui quali sono state annotate le seguenti parole chiave:

- Mancata rilevazione dati
- Censimento pazienti frammentato
- Problemi burocratici per dare il via alle terapie
- Costo sociale ed economico del paziente emofiliaco
- Monitoraggio pazienti fuori regione dopo la terapia
- Processi del paziente emofiliaco candidabile: selezione e screening del paziente; verifica pazienti candidabili e prescrizione terapia genica; somministrazione e gestione terapia genica; follow-up di breve termine; follow-up di lungo termine

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:

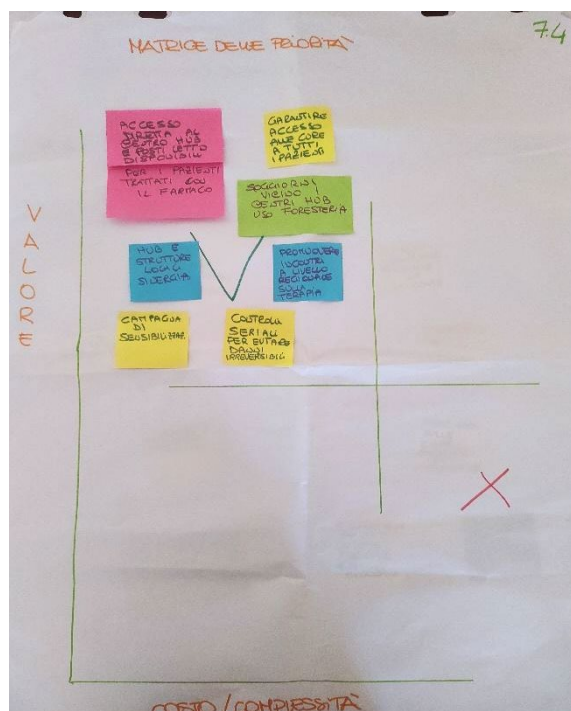
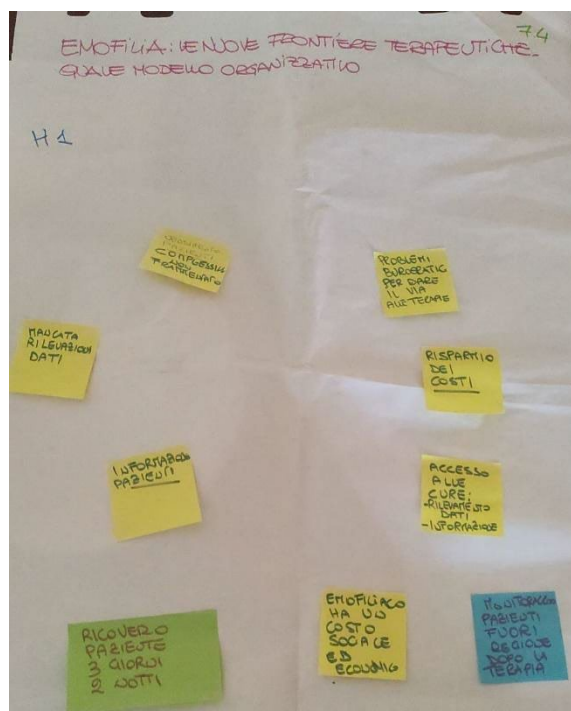
- Censimento complessivo e non frammentato dei pazienti affetti da Emofilia A
- Rilevamento dati e informazione dei pazienti
- Garantire accesso alle cure a tutti i pazienti, anche a quelli fuori regione
- Notevole risparmio dei costi
- Creare centri specialistici in tutte le regioni

Le azioni da mettere subito in campo potrebbero essere:

- Campagna di sensibilizzazione
- Promuovere incontri a livello regionale sulla terapia
- Sinergia tra HUB e strutture locali
- Controlli seriali per evitare danni irreversibili
- Sistema di monitoraggio dei pazienti fuori regione
- Accesso diretto al centro HUB e posti letto disponibili per i pazienti trattati con il farmaco
- Organizzare soggiorni uso foresteria vicino ai centri HUB

Conclusioni

Dal dibattito è emerso che, benché il farmaco “Roctavian” abbia un alto costo, la terapia genica consentirebbe, in ogni caso, nel lungo periodo, un risparmio e quindi una convenienza in termini di sostenibilità atteso l’elevato costo dei pazienti affetti da Emofilia A grave sia in termini economici che sociali.



Hanno partecipato

Moderatore: Anna Borrelli, Direttore Sanitario AOU Federico II, Napoli

Management Advisor: Monica Calamai, AOU di Ferrara

Facilitatore: Simona Castellano, Consiglio Ordine Avvocati Torre Annunziata

Partecipanti: Matteo Di Minno, Francesco Esposito, Gerardo Guerrino, Riccardo Palomba, Federica Santi.

7.5. Il percorso del paziente chirurgico

<i>Laboratorio</i>	7.5. Il percorso del paziente chirurgico
<i>Area</i>	Modelli organizzativi innovativi
<i>Abstract</i>	La crescente domanda di interventi chirurgici, dovuta a fattori demografici come l'invecchiamento della popolazione e l'aumento delle patologie croniche, insieme alle innovazioni tecnologiche come la chirurgia robotica, si inserisce in un contesto di risorse economiche e umane spesso insufficienti e variabili. Questa complessità richiede una gestione efficiente dell'intero percorso chirurgico, dalla pianificazione al follow-up, per migliorare l'efficacia del sistema sanitario, sostenere economicamente il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), garantire la sicurezza dei pazienti e degli operatori sanitari, e assicurare un accesso equo alle cure per tutti i cittadini.

Scenario di riferimento

Durante la prima fase del laboratorio, il dr. Antonio Frangiosa e il dr. Marcello Persico hanno introdotto il tema del laboratorio attraverso delle presentazioni chiare del percorso del paziente chirurgico, mostrando le criticità presenti. Questo input iniziale ha dato vita a una proficua discussione, fin dai primi momenti, in cui i partecipanti hanno riportato sui post-it i punti che ritenevano essenziali da discutere e considerare e che poi sono stati effettivamente presi in esame anche nelle fasi successive:

- Criticità delle liste d'attesa e necessità di una loro centralizzazione. Il blocco viene individuato proprio nelle liste d'attesa, nella loro gestione, nella necessità di meno liste e di una suddivisione per gravità e patologia. Emerge la mancanza di uno strumento di autoregolamento e della condivisione di criteri. Nel valutare liste regionali, si considera il problema della diversa complessità nei vari ospedali.
- Criticità legate alla presa in carico
- Necessità di fare rete
- Ricerca di regole condivise
- Necessità di indicazioni, sicurezza e qualità
- Cambio codici d'accesso
- Controllo della fase di dimissione del paziente chirurgico
- Profili esami preoperatori condivisi
- Necessità di implementare l'attività chirurgica per far fronte alle elevate richieste

- Valutazione della necessità di occuparsi delle patologie semplici in tutti gli ospedali, mentre delle patologie importanti nei Grandi Ospedali; garantendo allo stesso tempo uno standard omogeneo, senza differire nella qualità delle cure mediche.

Le azioni proposte e le azioni prioritarie

Durante la seconda fase del laboratorio sono state considerate le diverse fasi del percorso chirurgico, ove i partecipanti hanno esplorato le criticità e la possibile attuazione di proposte emerse nel corso del brainstorming, evidenziando i punti di forza e di debolezza in termini di utilità.

Fase pre-ospedalizzazione

- Per i casi di chirurgia minore sarebbe importante che i pazienti facciano quanto necessario in un unico ingresso nella struttura ospedaliera. Ciò al momento non avviene a causa delle elevate richieste
- Necessità di profili operatori, codice ASA
- I benefici della telemedicina
- Importanza dell'alleanza terapeutica, il rapporto medico paziente resta un elemento importante da non trascurare. Tuttavia, la sua importanza viene meno, nel momento in cui le tempistiche delle liste d'attesa restano interminabili
- Necessità di informare e formare ulteriormente gli operatori

Fase presa in carico

- Problematica dell'effettuare gli esami all'interno della struttura
- Criticità della lista presa in carico. C'è la necessità di un infermiere che segua il paziente e si occupi delle varie prenotazioni, durante questa fase
- Necessità di informare e formare ulteriormente gli operatori, anche in questa fase

Tempi chirurgici

- Informatizzare attraverso il bracciale elettronico, ciò permetterebbe di avere indicatori oggettivi
- Necessità di personale (infermieri ed équipe dedicate) e di risorse automatiche elettroniche
- Gestione delle urgenze indifferibili e delle urgenze reparto
- Criticità legate alla settimana corta del personale

Dimissioni

- Criticità delle dimissioni precoci

- Necessità di una migliore comunicazione, ai pazienti in questa fase, da parte dei dottori
- Criticità legate alla reperibilità (contatto con medici e reparto) e alle risorse

Nella fase della prioritizzazione sono state individuate le azioni da mettere subito in campo, queste dovrebbero essere:

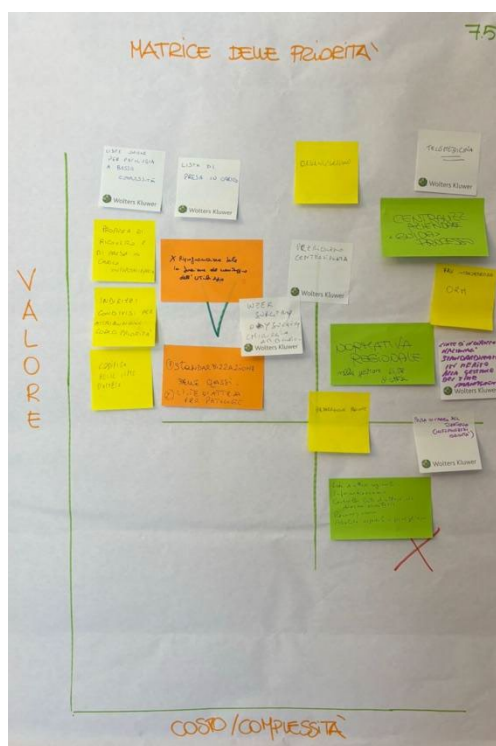
- Liste uniche d'attesa per patologie a bassa complessità
- Lista di presa in carico
- Proposta di ricovero e di presa in carico informatizzata
- Indirizzi condivisi per l'attribuzione dei codici di priorità
- Codifica delle liste d'attesa
- Riprogrammazione sale in funzione del montaggio dell'utilizzo
- Week surgery, day surgery e chirurgia ambulatoriale

Sono emersi poi elementi che dovrebbero essere attuati e sono da prendere seriamente in considerazione, seppur presentano un costo elevato in termini di risorse o sono complesse da attuare:

- Normativa regionale nella gestione delle liste d'attesa
- Telemedicina, ha un costo elevato ma rappresenta un investimento importante per il futuro, con un ritorno economico e di risorse
- Linee di indirizzo nazionali standardizzate in merito alla gestione del time management
- Prevedere nella fase intraoperatoria l'ORM e la presenza di una figura che possa seguire e programmare tutto il percorso chirurgico dei pazienti

Alcuni elementi si pongono al limite e variano in quanto a fattibilità sulla base delle differenti risorse presenti in ogni ospedale. I punti sono:

- Il pre-ricovero centralizzato
- L'organizzazione: prevede un investimento importante da parte delle risorse del personale
- Presa in carico da parte del territorio
- Preparazione paziente



Conclusioni

Sono state individuate delle linee d'azione che possono essere programmate e attuate fin da subito. Altre richiedono risorse ed investimenti che avrebbero un ritorno importante e un riscontro istantaneo e costante nel tempo; pertanto rappresentano degli elementi da prendere seriamente in considerazione.

Hanno partecipato

Moderatori: Antonio Frangiosa, AORN A. Cardarelli, Napoli; Marcello Persico, AOU Federico II, Napoli

Management Advisor: Monica Calamai, AOU di Ferrara

Facilitatore: Nicole Bellanca, dottoressa in Psicologia, Università degli Studi di Napoli Federico II

Partecipanti: Maria Altamura, Flora Ascione, Alessia Brioschi, Emanuele Mario Caputi, Antonio Corcione, Giuseppe De Fusco, De Simone Giuseppe, Vincenzo Maffei, Maria Pia Mannelli, Pietro Riccio, Corrado Rispoli, Enza Speranza, Andrea Tubaro, Francesco Vercilli.

7.6 Obesità: modelli innovativi di prevenzione, terapia e riabilitazione

<i>Laboratorio</i>	7.6 Obesità: modelli innovativi di prevenzione, terapia e riabilitazione
<i>Area</i>	Area 7 - Modelli organizzativi innovativi
<i>Abstract</i>	<p>Nel Marzo 2021, la European Commission ha definito l'obesità come: "patologia cronica soggetta a ricadute, che rappresenta la porta di ingresso per un ampio range di altre patologie croniche non trasmissibili." Le strategie per la prevenzione, al fine di consentire una corretta gestione dei pazienti affetti da obesità, prevedono le modifiche dello stile di vita attraverso un'adeguata fenotipizzazione della patologia. Risulta sempre più evidente la necessità di un impegno congiunto e la collaborazione di tutti i settori e le forze sociali per contrastare gli "ambienti obesogeni".</p> <p>Tuttavia, bisogna considerare che le terapie farmacologiche più innovative per il trattamento dell'obesità sono estremamente costose e tutte a carico del paziente, non essendo ancora prevista la rimborsabilità da parte del Sistema Sanitario Nazionale penalizzando la fascia di popolazione meno abbiente e più colpita dalla patologia. Inoltre, ad oggi, in Italia non esistono strutture assistenziali adeguate per il trattamento dell'obesità e delle problematiche socio-sanitarie annesse.</p>

Scenario di riferimento

Durante la prima fase l'intervento della moderatrice ha aperto un'interessante discussione riguardo prevenzione e interventi innovativi inerenti all'obesità che ha condotto alla condivisione di esperienze rispetto alle premesse adeguate e alle buone pratiche in ambito biomedico interessato al trattamento dell'obesità, attraversando risorse e aspetti deficitari. I partecipanti hanno sollevato dibattiti intorno alle aree tematiche annotate sul cartellone.

Sono stati condivisi i seguenti temi:

- Importanza di una premessa epistemologica che riconosca l'obesità come una patologia cronica, con le sue specificità a più livelli;
- Multidimensionalità del fenomeno tra aspetti:
 - *Individuali*: storia personale e rapporto col corpo;
 - *Relazionali*: stili di vita tra famiglia e gruppi; la maternità che si legge attraverso il sovrappeso dei figli;

- *Collettivi e Socio-culturali*: Junk food e contesti che preferiscono friggitorie ai luoghi di benessere e cultura; rappresentazione delle persone sovrappeso come in salute; rappresentazione dell'obesità come problema la cui colpa sta nelle stesse persone che ne sono affette. La moderatrice ha parlato dello stigma della colpa che è una delle basi del mancato riconoscimento dell'obesità come malattia cronica;
- *Organizzativi e socio-economici*: non esiste esenzione; il cibo non salutare costa di meno; le istituzioni non sono sensibilizzate in modo adeguato rispetto al fenomeno; la legislazione non è aggiornata.
- La scarsità di studi legati alla medicina di genere: mancano approfondimenti rispetto all'obesità nelle donne a fronte di una vasta letteratura sull'obesità maschile, soprattutto per quanto riguarda la gravidanza. È evidenziata la necessità di una presa in carico integrata che tenga conto dell'intersezionalità;
- La sessualità in casi di obesità;
- L'importanza di prendere in carico nel trattamento le condizioni psicologiche del pz.

In virtù di quanto emerso, nella fig. 2 sono riportati:

- *Risorse da potenziare*: PDTA; Presa in carico interdisciplinare e integrata; adeguato uso di farmaci bilanciato con quello della chirurgia; presa in carico delle condizioni psicologiche del paziente;
- *Debolezze*: "Invisibilità" dell'obesità; mancanza di controlli nella nutrizione, a iniziare dalle scuole; mancanza di formazione specifica in merito; costi dei cibi; visite troppo brevi che non accolgono le storie; mancanza di dialogo tra specialisti e con le istituzioni.

Le azioni proposte e le azioni prioritarie

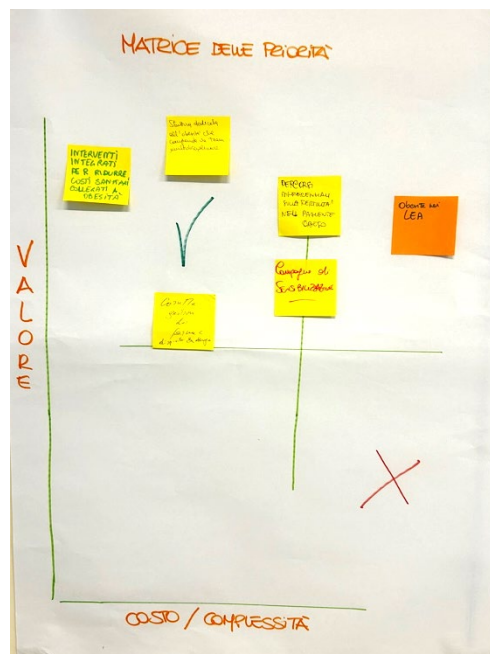
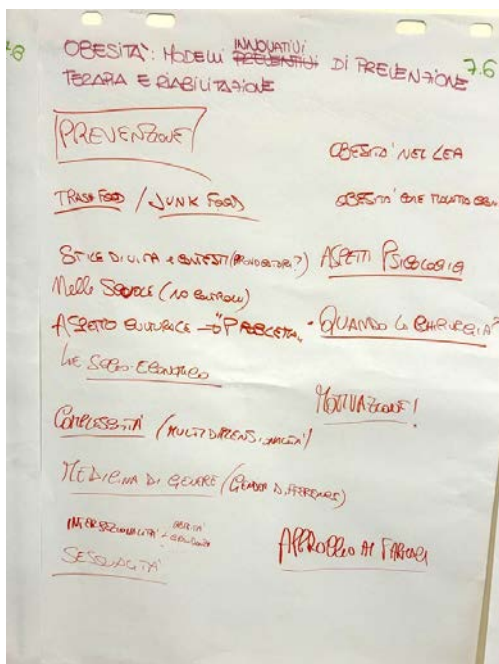
Durante la seconda fase del tavolo i/le partecipanti hanno esplorato i possibili scenari futuri e condiviso suggestioni e proposte progettuali finalizzate al miglioramento della presa in carico e del trattamento dell'obesità, considerando risorse e aree da rivalutare e potenziare, in virtù anche di quanto è emerso dalle discussioni fatte durante la prima fase dell'incontro. Si auspicherebbe, dunque, la realizzazione dei seguenti punti:

- Interventi integrati per ridurre i costi sanitari collegati all'obesità;
- Strutture e centri dedicati all'obesità che comprenda un team multidisciplinare;
- Consulta per la gestione di farmaci, dispositivi e strategie;
- Percorso differenziali sulla fertilità nel paziente obeso;
- Campagne di sensibilizzazione;
- Introdurre l'obesità nei LEA.

Le azioni da mettere subito in campo potrebbero essere:

- Spot di sensibilizzazione attraverso canali nazionali come la RAI. La moderatrice si è ripromessa di prendere contatti con risorse che lavorano in questo ambito;
- Introdursi e insistere nel contesto politico, ritenuto molto influente e detentore di potere decisionale in merito, nei momenti di azione;
- Attuazione del progetto de “La casa dell’obesità”, una struttura sanitaria dedicata all’obesità. Ricerca fondi e risorse per concretizzare un’azione che da tutti e tutte è ritenuta una buona prassi per il trattamento dell’obesità.

Ci salutiamo ringraziando tutti/e per le discussioni sollevate e per l’impegno in questo ambito.



Conclusioni

Sono dunque stati evidenziati soprattutto:

- Complessità del fenomeno in cui si intrecciano varie dimensioni e livelli;
- Componente politica che sembra detenere il potere decisionale;
- Mancanza di un giusto riconoscimento dell’obesità come patologia a sé stante.

Ma sembra esserci un team già molto attivo a Napoli che si fa portavoce di una richiesta sempre più forte, esplicita e generativa di cambiamenti e promozione della salute dei e delle pazienti.

Lo stesso team sembra avere già in carico un processo di trasformazione e progettazione in atto.

Hanno partecipato

Moderatrice: Annamaria Colao, AOU Federico II, Napoli.

Management Advisor: Monica Calamai, AOU di Ferrara.

Facilitatrice: Stefania Carnevale, Psicologa, PhD in Mind, Gender and Languages, Dipartimento di Studi Umanistici, Università di Napoli Federico II.

Partecipanti: Guendalina Del Vecchio, Chiara Graziadio, Ada Maffettone, Davide Menafra, Pasquale Mugione, Eugenia Pellegrino, Silvia Savastano, Roberta Scairati, Francesco Scavuzzo, Rita Schiano Di Cola, Nicola Tecce.

7.7. Lean Management e Value Based Healthcare: la Sanità del futuro tra innovazione organizzativa e innovazione digitale

<i>Laboratorio</i>	7.7. Lean Management e Value Based Healthcare: la Sanità del futuro tra innovazione organizzativa e innovazione digitale
<i>Area</i>	Modelli organizzativi innovativi
<i>Abstract</i>	

Scenario di riferimento

Durante la prima fase del laboratorio, grazie all'intervento dei moderatori che hanno aperto la discussione sulla situazione presente relativa al focus, hanno tutti partecipato attivamente 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 la situazione nei post-it, che troviamo nella prima lavagna, attraverso le seguenti parole chiave:

- Gradualità temporale nella comprensione e diffusione della cultura del Lean e del VBHC
- Criticità derivata dalla difficoltà nel raccogliere e analizzare i dati
- Necessità di apertura alla conoscenza e competenza nell'approccio Lean e VBHC
- Necessità di formazione specifica del personale e condivisione dei dati
- Assenza di una normativa strutturata e di una contabilità analitica adeguata
- Assenza di una direzione strategica che dia continuità ai progetti anche quando finisce un mandato
- Assenza di indicatori di qualità
- Bisogno di integrazione tra ospedali e territorio
- Bisogno di Tutela della Privacy
- Necessità di: integrazione, tempo, costanza e coinvolgimento delle governance

Le azioni proposte e le azioni prioritarie

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

- Promuovere e stimolare la partnership pubblico-privato nei progetti Lean e VBHC
- Promuovere lo sviluppo della ricerca in grado di produrre evidenza scientifica dei benefici del Lean e del VBHC
- Promuovere una cultura condivisa che consenta di identificare con consapevolezza i processi in ottica Lean e VBHC, che ad oggi spesso vengono attuati in modo inconsapevole
- Promuovere la cultura del dato, del risultato, dell'esito
- Creare contesti di comunicazione, condivisione e diffusione
- Costruzione di una rete di classificazione e condivisione dei dati (Big Data)
- Considerare la tutela della privacy e gli aspetti etici legati alla cultura del Lean e del VBHC
- Sensibilizzazione sulle tematiche e utilizzare il fermento che generano
- Favorire l'approccio metodologico Lean e VBHC nella sperimentazione clinica
- Accessibilità alle tecnologie da parte di tutti, con valutazioni VBHC

Le azioni da mettere subito in campo potrebbero essere:

- Riprendere le attività già avviate e con gradualità attuare interventi su più fronti per ottenere benefici a livello sistemico
- Creare momenti di dibattito in cui coinvolgere anche i direttori di dipartimento, il ministero e le regioni
- Coinvolgere i pazienti e le associazioni dei pazienti
- Organizzare giornate di presentazione dei progetti per promuovere la diffusione della cultura del Lean e del VBHC
- Realizzare investimenti "a costo zero", riducendo gli sprechi
- Investire in formazione anche sulle tematiche
- Investire in formazione specifica come abilitante della metodologia Lean
- Creare un modello che consenta la condivisione dei flussi dei dati
- Programmare e pianificare a partire da una forma-mentis "Aziendale" che supera i limiti della governance provvisoria e mantiene i progetti anche dopo i cambiamenti della direzione.
- Promuovere la partecipazione di esperti qualificati nei processi decisionali per poter incidere e guidare il processo di implementazione e armonizzazione.



Conclusioni

Ad oggi la metodologia Lean & Value Based Healthcare è entrata a pieno titolo nel panorama del Sistema Sanitario Nazionale. La creazione dell'osservatorio Fiaso sul VBHC e la sempre maggior adesione al premio nazionale Lean Award, da parte di aziende del mondo Healthcare pubbliche e private, ne sono la dimostrazione.

Manca però ad oggi la sistematizzazione delle iniziative, che ancora sono circoscritte alla singola azienda con un benchmarking solo indiretto e la mancanza di una strategia per una costante applicazione delle metodologie per tendere all'abbattimento degli sprechi in sanità e contestualmente all'aumento del valore per il paziente.

Come spunti importanti emersi dal gruppo di lavoro da sottolineare la comune idea di rendere sistematica l'applicazione del Lean & Value Based Healthcare con iniziative di formazione, condivisione e governance a livello di SSN.

Hanno partecipato

Moderatori: Alessandro Bacci, Università degli Studi di Siena e Antonella Cimaglia, Sapienza Università di Roma

Management Advisor: Monica Calamai, AOU di Ferrara

Facilitatore: Maria Florencia Gonzalez Leone, Psicologa, Università degli Studi di Napoli Federico II

Partecipanti: Vincenzo Andreone, Silvia Bellucci, Daniele Bosone, Fabrizio Capuano, Lorenzo Cattelino, Francesco Colavita, Pietro Contente, Carlo Descovich, Pietro Di Cicco, Carlo Esposito, Francesco Locati, Augusto Modanesi, Marco Papa, Giovanna Pentella, Maria Vescia, Roberta Mochi, Davide Zanchi.

8.1 Trapiantologia e sostenibilità (pre, durante e post trapianto)

<i>Laboratorio</i>	8.1 Trapiantologia e sostenibilità (pre, durante e post trapianto)
<i>Area</i>	Area 8 – Sostenibilità dei percorsi assistenziali
<i>Abstract</i>	Lo scopo dell’incontro è quello di analizzare le prevalenti criticità presenti nel settore dei trapianti d’organo, durante la fase pre – durante e post-intervento chirurgico, in modo da permettere lo sviluppo di una serie di interventi finalizzati ad aumentare la donazione degli organi, diminuire la mortalità in lista di attesa, aumentare il numero dei trapianti d’organo e migliorare gli outcomes senza compromettere l’utilizzo delle risorse e rendendo migliore la rete nazionale dei trapianti d’organo.

Scenario di riferimento

La sessione di lavoro è stata introdotta dal facilitatore che, oltre a presentare il suo ruolo e la sua funzione, ha anticipato ai presenti le modalità di lavoro e l’importanza di approcciarsi all’attività con l’intento di contribuire, ciascuno con il proprio bagaglio di competenze e conoscenze, ad un dialogo costruttivo e rispettoso nei confronti del punto di vista altrui. A seguire il dott. Vennarecci ed il dott. Montalti hanno presentato le loro slides, offrendo utili spunti di riflessione e sollecitazioni, per animare il confronto e la condivisione all’interno del tavolo di lavoro. Ai partecipanti è stato poi chiesto di analizzare il tema rispetto alla situazione attuale, individuando criticità e punti di forza. I post-it, distribuiti loro dal facilitatore, sono stati utili per visualizzare sui cartelloni le parole chiave rappresentative del tema.

Le principali criticità emerse sono state le seguenti:

- Organizzazione, rete
- PDTA che non sempre trovano applicazione
- Aggiornamento PDTA trapianto di cuore
- Incentivazione alla donazione
- Donazione–Organizzazione sanitaria – società/volontariato
- Coordinamenti ospedalieri per individuazione paziente in morte cerebrale.
- Finanziamenti e incentivazione del personale
- Comunicazione, credibilità, struttura

- Mancanza team infermieristico stabile per presa in carico famiglia
- Supporto da parte dell'Amministrazione
- Percorsi organizzativi interni
- L'evento trapianto non si esaurisce alla dimissione ma prevede un più lungo e complesso percorso attualmente non riconosciuto
- Assenza indici di produttività donativa, indici di potenzialità donativa ospedaliera aziendale
- Applicazione delle leggi nazionali
- Migrazione sanitaria
- Assenza di figure specifiche nel centro trapianti (transplant nurse coordinator), assenza del Data Manager
- Mentalità
- Medici impegnati in attività amministrative, "I medici devono fare i medici", carenza di personale dedicato e motivato
- C.O.P. Coordinamenti ospedalieri procurement
- Percorsi di fine vita in terapie intensive indipendenti dalla donazione
- Carenza di tecnologie come le machine perfusions

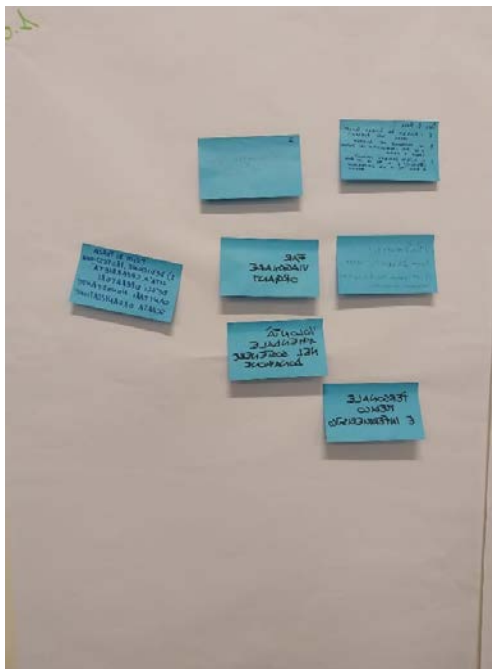
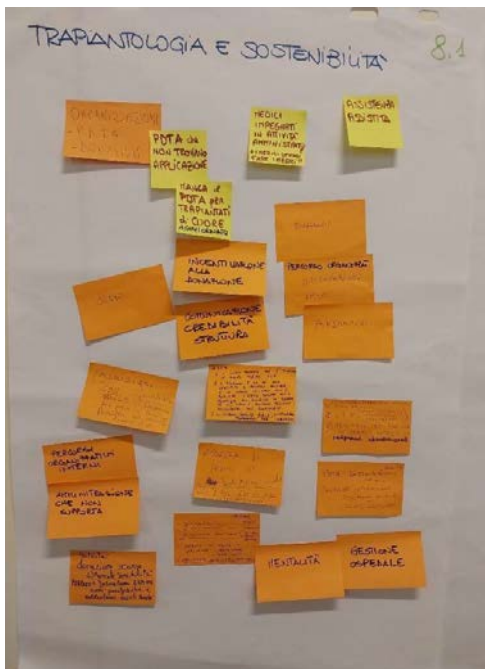
Le azioni proposte e le azioni prioritarie

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:

- I risultati del sistema trapianti italiano sono eccellenti
- La professionalità dei chirurghi e di tutti i professionisti dei trapianti italiani è elevata
- Il sistema sanitario italiano pubblico è di per sé un punto di forza per le sue caratteristiche generali
- Presenza di coordinatori locali ed aziendali per accertamento morti cerebrali
- Professionisti focused, dedicati, giovani
- Istituzione multidisciplinare aziendale - universitaria
- Far viaggiare gli organi
- Dedizione, professionalità e caparbietà degli operatori sanitari;
- Volontà aziendale nel sostenere le donazioni d'organi
- Personale medico ed infermieristico adeguato e preparato

Le azioni da mettere subito in campo potrebbero essere:

- Implementare donazioni attraverso indici di qualità e quantità donativa della struttura ospedaliera sede dell'osservazione di morte cerebrale
- Incrementare risorse umane e logistiche finalizzate alla donazione nelle rianimazioni campane potenziando i coordinamenti ospedalieri per accertamento morte cerebrale
- Stimolare le donazioni a cuore fermo
- Incentivare i trapianti da donatore vivente
- Creare un percorso di trapianto combinato fegato-rene e fegato-cuore
- Aprire nuovi programmi trapianto come quello per il pancreas e polmone
- Acquisire tecnologie per i trapianti come machine perfusions, circolazione veno-venosa extracorporea, cell saver,
- Attivazione ECMO team
- Creare, ove possibile, Dipartimenti trapianti aziendali
- Ufficio di coordinamento aziendale
- Convogliare tutte le forze per convincere i Presidenti di Regione a mettere i trapianti negli obiettivi prioritari da dare ai Direttori Generali.



Conclusioni

L'ampia discussione collegiale è servita ad evidenziare che l'attività trapiantologica italiana ha risultati sovrapponibili, se non migliori, rispetto agli standard europei. Purtroppo si evidenziano ancora inaccettabili differenze nel numero di donazioni fra nord e sud Italia. Le istituzioni coinvolte dovrebbero applicarsi per eliminare questa disparità, anche adottando le proposte scaturite da questo incontro.

Hanno partecipato

Moderatori: Roberto Montalti, Università degli Studi di Napoli Federico II e Giovanni Vennarecci, AORN A. Cardarelli, Napoli

Management Advisor: Alessandro Caltagirone, ASP Siracusa

Facilitatore: Fabia Francesconi, esperta di facilitazione e gestione di gruppi di lavoro.

Partecipanti: Alfonso Wolfango Avolio, Marilù Bartiromo, Elio Bonagura, Carmela Caputo, Rosa Carrano, Laura Dalla Vedova, Paride De Rosa, Giovanni Di Iorio, Pierino Di Silverio, Mariano Feccia, Gianluca Guggino, Anna Iervolino, Laura Koller, Giovanni La Valle, Barbara Leone, Francesco Martino, Mariangela Pedata, Renato Romagnoli, Fabiana Rubba, Giovanni Torino.

8.2 La gestione intelligente dell'energia anche attraverso Partnership Pubblico Private, contratti EPC, applicazione AI

<i>Laboratorio</i>	8.2 La gestione intelligente dell'energia anche attraverso Partnership Pubblico Private, contratti EPC, applicazione AI
<i>Area</i>	Sostenibilità dei percorsi assistenziali
<i>Abstract</i>	(v programma)

Scenario di riferimento

Dopo l'apertura dei lavori del facilitatore, Luca Simeone, che ha introdotto le regole della sessione partecipativa del laboratorio, hanno preso la parola i due moderatori. Le loro relazioni sono state molto utili e complementari, grazie anche ad un lavoro di briefing fatto nei giorni antecedenti l'evento. Da un lato l'esperienza di un Direttore Generale, come il dott. Caltagirone, dall'altro quella di un Energy Manager come il prof. Dentice, hanno fornito spunti interessanti, partendo dallo scenario attuale, con riferimento alle iniziative a medio lungo periodo che potranno essere messe in campo per raggiungere gli obiettivi di zero emissioni nel 2050 per gli edifici pubblici e per favorire procedure amministrative che coinvolgano le aziende fornitrici di beni e servizi verso un risultato comune e sinergico.

I partecipanti hanno sintetizzato i concetti esposti per definire lo scenario di riferimento nei post-it che troviamo sintetizzati qui di seguito:

- Procedure amministrative da snellire.
- Obsolescenza degli assets; sprechi di energia ed inefficienze; mancanza di monitoraggio e gestione.
- Comportamenti inappropriati da parte degli utenti delle strutture sanitarie.
- Scarso utilizzo delle fonti rinnovabili, in particolar modo mancanza di impianti fotovoltaici.
- Frequente assenza di energy manager.
- Impianti meccanici ed elettrici datati.
- Scarsa presenza di impianti di cogenerazione.
- Troppe auto aziendali con carburanti inquinanti.

- Best practices Toscana: 13 impianti fotovoltaici; 6 impianti di cogenerazione; centrali termiche e frigo riqualificate, l'esperienza della Toscana, che produce circa il 35% del proprio fabbisogno da energie rinnovabili è decisamente superiore alla media delle altre esperienze raccolte dalle testimonianze.
- Gestione disattenta da parte delle ditte di manutenzione; poca attenzione del management ai temi dell'efficienza energetica.

Le azioni proposte e le azioni prioritarie

La prima sessione di discussione sullo scenario attuale è stata molto utile per far comprendere ai partecipanti la metodologia di discussione e farli interloquire liberamente. Nella seconda sessione si è discusso di azioni da introdurre per una gestione efficiente da un punto di vista energetico nello scenario futuro.

Nello specifico sono emerse le seguenti indicazioni, raccolte in post it che poi ogni singolo partecipante ha presentato al gruppo stimolando una discussione collettiva:

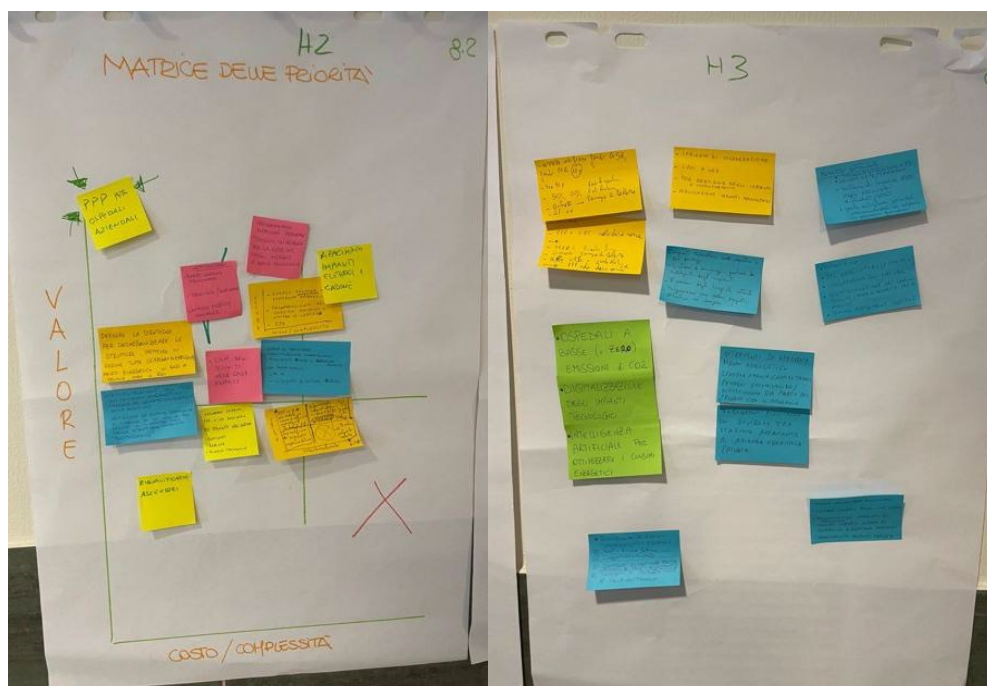
- Realizzazione di impianti di cogenerazione (in futuro anche a idrogeno, con Celle a Combustibile); sostituzione di luci a led; maggior impiego di sistemi di telecontrollo e telegestione degli impianti (Building Energy Management Systems, Building Automation and Control Systems)
- Maggior utilizzo di fonti rinnovabili, in particolar modo attraverso la realizzazione di impianti fotovoltaici, ad esempio su coperture e aree di parcheggio.
- Maggior cura nella progettazione e nella gestione degli impianti; adeguamento delle strutture, spesso obsolete.
- Interventi di efficientamento energetico (sostituzione bruciatori, installazione di pompe di calore, sostituzione infissi...).
- Investimento da parte di privati, con il beneficio energetico risultante da condividere tra stazione appaltante e azienda fornitrice privata.
- Interventi nel settore della mobilità sostenibile:
 - o Lavoro agile/smart working;
 - o Telemedicina;
 - o Sistemi di ricarica elettrica degli automezzi per dipendenti e utenti;
 - o Parco auto/mezzi aziendali interscambiabili in relazione ai bisogni giornalieri.

Una volta emerse le possibili azioni da mettere in campo per il futuro, i partecipanti hanno lavorato nel puntualizzare meglio le azioni e graduandole nella matrice delle priorità tra le due variabili del costo/complessità e del valore/utilità.

Nello specifico le azioni emerse sono state sintetizzate su post it e sono le seguenti:

- Partnership pubblico private aziendali.
- Implementazione personale tecnico in azienda.
- Definire strategie per decarbonizzare le strutture, mettendo in atto tutte le azioni di efficientamento energetico in base a priorità, costi e roi.

- Sensibilizzazione dell'utenza sui consumi energetici; ipotizzare un sistema premiale ai titolari di UOC-UOS.
- Attivazione di smart working/telelavoro
- Nomina dei mobility manager e, dove mancanti, degli energy manager.



Conclusioni

Il laboratorio si è svolto in un clima generale di collaborazione e rispetto reciproco. Ogni partecipante ha avuto la possibilità di esprimere le proprie opinioni. Il clima ed il tenore della discussione sono stati favoriti anche dai moderatori che hanno introdotto il tema, ponendo diversi quesiti e dando spunti alla discussione. Il tempo dato alla sessione è stato sufficiente per approfondire la discussione.

Hanno partecipato

Moderatori: Alessandro Caltagirone, ASP Siracusa e Massimo Dentice, Università degli Studi di Napoli Federico II

Management Advisor: Alessandro Caltagirone, ASP Siracusa

Facilitatore: Luca Simeone, Facilitatore e Project manager, Città della Scienza

Partecipanti: Amalia Arenella, Giuseppe Auriemma, Italia Caprio, Valentino Costantini, Daniele Giorni, Antonio Izzo, Aristide Percuoco, Mauro Rullo.

9.1. Logistica, organizzazione e risorse per la vaccinazione

<i>Laboratorio</i>	9.1. Logistica, organizzazione e risorse per la vaccinazione
<i>Area</i>	9. Vaccinazione in ospedale
<i>Abstract</i>	Il nuovo piano vaccinale, approvato dal Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2023- 2025, insieme alle vaccinazioni offerte attivamente e gratuitamente per fascia di età, indica anche le vaccinazioni raccomandate alle categorie a rischio, quali soggetti affetti da pluri-patologie di carattere cronico. Per tale ambito è richiesto il coinvolgimento dell'ospedale e dei suoi professionisti, con conseguente educazione, prevenzione sanitaria e dettagliata informazione sul tema dei vaccini. Tali obiettivi sono raggiungibili attraverso la creazione di ambulatori di continuità, network intra-aziendale e inter-aziendale supportato da igienisti ed infettivologi e la sensibilizzazione del personale sanitario sull'importanza della vaccinazione come strumento di prevenzione sul rischio delle malattie.

Scenario di riferimento

Il laboratorio “Logistica, organizzazione e risorse per la vaccinazione” è stato aperto da un sintetico, funzionale ed efficace intervento della dott.ssa Emma Montella che ha illustrato gli aspetti salienti dell'organizzazione dell'A.O.U. Federico II in merito alla vaccinazione, con una sintesi del Piano nazionale prevenzione vaccinale (PNPV) 2023-2025, approvato in Conferenza Stato-Regioni il 2 agosto 2023 e pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 21 agosto 2023 (G.U. Serie Generale, n. 194 del 21 agosto 2023). La dott.ssa Montella ha avviato così uno spazio di confronto, nonché di partecipazione con interventi aperti, collaborativi e stimolanti di ulteriori idee ed interazioni durante tutta la durata del laboratorio. La discussione si è animata per la definizione delle criticità emerse dalla situazione attuale, tutti hanno partecipato alla discussione con brevi interventi condividendo le proprie esperienze e trovando diversi punti in comune rispetto alle criticità e alle azioni virtuose messe in campo. Dai post it del primo cartellone dove i partecipanti hanno sintetizzato criticità e punti di forza della situazione attuale, sono emerse le seguenti parole chiave come punti di forza:

- Recepimento PNPV 23-25;
- L'ospedale come il setting che facilita il contatto con il paziente fragile;
- Coinvolgimento degli specialisti permette la vaccinazione corretta dei pazienti con patologia specifica;

Tra le criticità sono stati evidenziati i seguenti punti:

- Motivi di natura organizzativa e giuridici: coinvolgimento di figure professionali diverse nella vaccinazione medica, difficoltà logistica e organizzativa, linee guida poco chiare, difficoltà e frammentazione dell'erogazione dei vaccini in Campania, limiti adesioni per pazienti fragili, vaccinazioni non prescritte, scarsa sinergia ospedali-territorio-Regione;
- Scarsa e poco efficace comunicazione e motivi di natura psicologica: centro vaccinale sconosciuto, scarsa cultura vaccinale tra cittadini e sanitari, scarsa fiducia del cittadino nei confronti del sanitario dell'ospedale, scarsa consapevolezza dei clinici e resistenza, sanitari non vaccinati che trasmettono malattie ai pazienti, mancanza da parte dei sanitari che non si occupano di vaccinazione di consapevolezza dell'importanza della vaccinazione come strumento di prevenzione, dei rischi delle malattie ad essi connessi e delle potenzialità;
- Criticità di gestione e rendicontazione: budget assegnato non coerente ai fabbisogni, flussi di approvvigionamento non unici e diversificati tra ospedali e A.O., disomogeneità sul territorio, scarse risorse, problemi di rendicontazione e di valutazione, modalità di compensazione tra le varie ASL, gestione non omogenea rispetto ai fabbisogni e alla logistica;

Le azioni proposte e le azioni prioritarie

Durante la seconda fase del laboratorio i partecipanti hanno esplorato i possibili scenari futuri e delle azioni prioritarie:

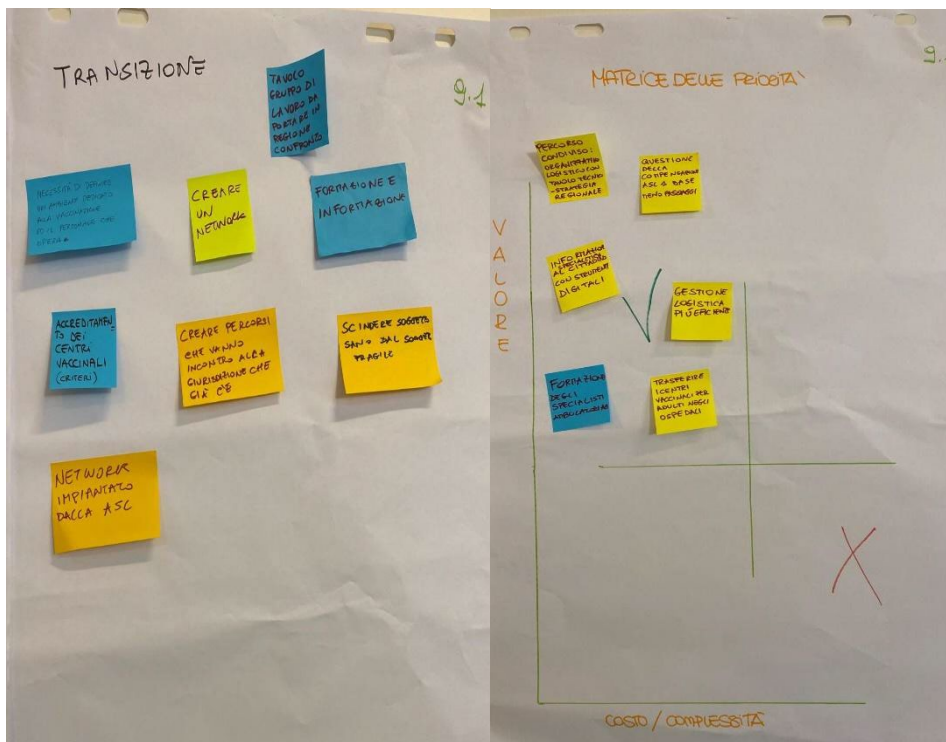
- Un modello con un punto vaccinale intraospedaliero con maggiori garanzie in termini di specializzazione, uniformità delle procedure, flussi informativi più semplici, personale dedicato più facile da formare e da usare come riferimento per le attività vaccinali, approvvigionamento gratuito e diretto di tutte le 17 aziende almeno per i fragili
- Creazione di network intra-aziendale e inter-aziendale: vaccinazione per tutti i fragili a prescindere dalla residenza e specifici progetti per recuperi vaccinali in particolari categorie, vaccinazioni agli oncologici prima dell'inizio delle terapie, coinvolgimento dei clinici con il supporto di igienisti ed infettivologi per garantire il raggiungimento delle coperture vaccinali;
- Utilizzo di strumenti che indagano l'attitudine vaccinale con l'impiego di un cruscotto di indicatori con i quali intervenire per superare la scarsa compliance alle vaccinazioni, studio dell'attitudine vaccinale e implementazione delle misure correttive.
- Ospedale come hub del sistema delle vaccinazioni: servizi vaccinali di competenza dell'azienda ospedaliera e una cultura delle vaccinazioni in maniera strutturata all'interno degli ospedali, sinergia ospedali territorio e gestione dei fabbisogni centralizzata, coinvolgimento nella vaccinazione dei presidi ospedalieri privi di territorio di riferimento, creazione di una rete nell'ospedale che veda il coinvolgimento dei singoli professionisti nella scelta e somministrazione delle vaccinazioni, presa in carico dell'utente in ospedale non solo per gli aspetti di diagnosi e cura ma di educazione e prevenzione sanitaria.
- Portale di Informazione attiva al cittadino e Piano di formazione e informazione per il pieno rispetto delle buone pratiche vaccinali solo con staff formato e dedicato, sistema che deve garantire l'integrazione con i servizi vaccinali territoriali inclusa la registrazione delle vaccinazioni e la produzione di certificati vaccinali, maggiore e dettagliata informazione in tema di vaccinazioni ai clinici ospedalieri così da accompagnare l'utente nel percorso vaccinale;

- Ambulatori di continuità che abbiano come oggetto la vaccinazione e l'informazione del paziente;
- Formazione specifica per aumentare consapevolezza, nei sanitari che non si occupano di vaccinazione, dell'importanza della vaccinazione come strumento di prevenzione, dei rischi delle malattie ad essi connessi e delle potenzialità;
- Legge regionale e piano strategico per erogazione più veloce, creazione percorsi che vanno incontro alla giurisdizione già esistente;
- Creazione di un tavolo di lavoro con il coinvolgimento della Regione;
- Definizione di un sistema con criteri di accreditamento dei centri vaccinali;

Le azioni prioritarie da mettere subito in campo potrebbero essere:

- Informazione specialistica al cittadino tramite strumenti digitali
- Percorso condiviso organizzativo e logistico con tavolo tecnico e una strategia regionale
- Gestione logistica più efficiente
- Trasferimento dei centri vaccinali per adulti negli ospedali
- Formazione degli specialisti ambulatoriali
- Meno passaggi per la compensazione con Asl 1





Conclusioni

L'ospedale deve essere considerato come un'occasione, un'opportunità per vaccinare, solo in tal caso sarà possibile offrire al cittadino un modello assistenziale più simile all'idea di integrazione sanitaria caratterizzata da un'assistenza che garantisce dalla prevenzione alla cura. Viene evidenziata la necessità di attivare un tavolo tecnico con la Regione Campania per attuare procedure più snelle per l'erogazione e per un piano strategico regionale.

Hanno partecipato

Moderatore: Emma Montella, AOU Federico II, Napoli

Management Advisor: Giuseppe Quintavalle, ASL Roma 1

Facilitatore: Annalisa Gaglione esperta in formazione e processi decisionali per la PA

Partecipanti: Giuseppe Borriello, Vincenzo Giordano, Saverio Marino, Moira Pardo, Stefano Salvati, Primo Sergianni, Giuseppe Vitiello.

9.2. Integrazione del Percorso del paziente fragile in ambito vaccinale

<i>Laboratorio</i>	9.2. Integrazione del Percorso del Paziente Fragile in ambito vaccinale
<i>Area</i>	9. Vaccinazione in ospedale
<i>Abstract</i>	<p><i>Nella cosiddetta ‘epoca d’oro’ del progresso in campo vaccinale, una delle sfide rimaste aperte è la capillarità della copertura vaccinale nelle popolazioni target. Tra queste, i pazienti fragili rappresentano una priorità, a fronte dell’incremento dell’età media e dell’aumento di incidenza e prevalenza di patologie caratterizzanti lo stato di fragilità e/o determinanti uno stato di immunodepressione.</i></p> <p><i>Le recenti disposizioni ministeriali e regionali hanno tutte al centro tale categoria di pazienti, che trova nello specialista ospedaliero che lo segue abitualmente un punto di riferimento importante per una efficace messa in atto del percorso vaccinale.</i></p> <p><i>Il confronto tra gli specialisti coinvolti in prima persona in contesti di alta specialità è quanto mai necessario per migliorare gli outcome legati alle campagne vaccinali ed aprire nuovi orizzonti.</i></p>

Scenario di riferimento

La discussione è stata aperta dalla Dott.ssa Magri che ha analizzato attraverso il supporto di una presentazione due delle tematiche centrali di questo laboratorio:

1. perché è importante vaccinare il paziente fragile
2. perché la vaccinazione è fondamentale che avvenga in ospedale

La discussione è stata arricchita quindi dalla sua esperienza diretta, analizzando nello specifico la complessità di contesto nel quale il paziente fragile vive, il ruolo del territorio rispetto a questa condizione, la necessità di avviare un percorso centrato sul paziente, adottando una logica proattiva, il ruolo dello specialista in questo contesto, la possibilità di coinvolgere e raggiungere anche i pazienti ricoverati, l’importanza di lavorare partendo da un follow up ambulatoriale.

Già a seguito di questa breve introduzione iniziale sono emerse numerosissime criticità ma anche possibilità di lavorare per migliorare la situazione. L’intervento del Dott. Del Mastro è proseguito esattamente in questa direzione: un focus particolare sulla necessità di raggiungere categorie difficilmente raggiungibili e l’importanza di lavorare sulla prevenzione. Portare alla luce queste esigenze ha fatto emergere, in questa prima fase introduttiva alcune problematiche aperte condivise e suggerite dall’intera platea, racchiuse e sintetizzate con le seguenti parole chiave:

- Diffidenza da parte della popolazione
- mancanza di consapevolezza anche da parte dei colleghi
- carenza di personale
- inserire la prescrizione vaccinale in ospedale
- maggiore coinvolgimento delle aziende ospedaliere
- migliorare la capillarità
- definire e circoscrivere il termine “fragilità”
- il ruolo dei sindacati del personale del comparto nella ricettività e attuazione delle procedure vaccinali da parte del personale infermieristico

Gli interventi successivi, tenuti dai partecipanti, tutti attivamente coinvolti, hanno contribuito ad ampliare la discussione offrendo spunti densi e ricchi di contenuto, hanno fatto emergere buone pratiche ed esempi concreti dai quali poter realizzare un piano d’azione concreto e condiviso.

Partendo dalla propria esperienza diretta ciascuno ha apportato quindi un contributo significativo alla discussione che è proseguita con il racconto delle seguenti esperienze:

1. un centro vaccinale itinerante che risponde alla difficoltà frequente di trovare spazi dedicati alla vaccinazione;
2. “sfruttare” il rapporto fiduciario che si instaura tra medico specialistico e paziente (nel caso ad esempio dell’HIV) per estendere e diffondere questa pratica anche nei confronti del paziente fragile;
3. lavorare sulla sensibilizzazione rispetto al tema presso i medici di riferimento, per questa categoria di paziente;
4. studiare l’impatto dei vaccini nella real life in tale categoria e il monitoraggio della risposta immunitaria (il ruolo della ricerca in sinergismo con i grandi ospedali);
5. migliorare l’informazione attraverso un’ottimizzazione del tempo con il paziente;
6. sfruttare e migliorare la digitalizzazione per poter utilizzare ed avere accesso ai dati vaccinali in maniera uniforme (criticità per le RSA)
7. creazione di una rete vaccinale in grado di coordinare, definire linee guida e svolgere una funzione clinica (il modello della Toscana)

Tutti questi interessantissimi spunti hanno portato ad unico piano d’azione proposto e condiviso, guidato dalla parola chiave: **NECESSITÀ DI VACCINARE!**

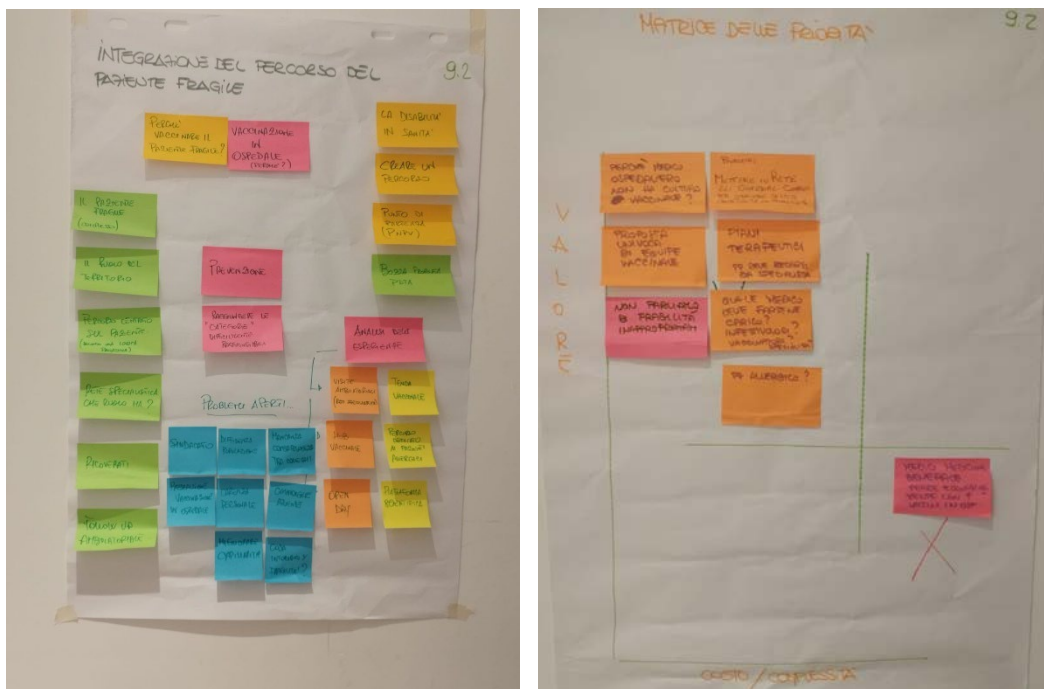
Le azioni proposte e le azioni prioritarie

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

- La creazione di un impegno o piano condiviso (commitment) che faccia capo ad un Direttore Generale, di cui debba rispondere nel corso del suo mandato

- la necessità di includere nel progetto associazioni di categoria di pazienti onde favorire la campagna comunicativa e quindi la capillarità
- stabilire e fissare dei criteri non emendabili quali: isorisorse (laddove oggettivamente praticabile nelle singole realtà, prevedendo in alternativa un fondo specifico per le ore dedicate a tale prestazione) , chiari percorsi di approvvigionamento dei vaccini , uniformità digitale, middle management (formazione, UFA, stabilire obiettivi di performance)
- creare un piano vaccinale con timing definito
- fissare degli standard minimi di risorse, ambienti etc. (esempio localizzazione di 1 stanza con x postazioni computer, x poltrone, carrello emergenze, vicinanza alla rianimazione o presenza del rianimatore, x personale infermieristico, specializzazione del medico vaccinatore es. Spec.Igiene, Immunologo, infettivologo, geriatra..., a creare una rete di specialisti coinvolti e di percorsi condivisi e istituzionalizzati sul modello della Rete Oncologica Campana ROC)
- monitoraggio dell'outcome clinico anche attraverso percorsi e dati condivisi tra stakeholder diversi, coinvolgendo anche istituti di ricerca nell'ambito di una piattaforma immunologica permanente che consenta la valutazione della risposta immunitaria ai vari vaccini via via introdotti nel setting di real life e alla luce da un lato delle epidemie/pandemie future, dall'altro delle sempre nuove terapie immunosoppressive impiegate nei vari ambiti clinici
- stabilire un contatto diretto con i pazienti fragili che afferiscono alla nostra azienda ospedaliera
- GDL

La proposta sopra descritta potrà ritenersi attuabile e di grande valore solo se accompagnata da una maggiore cultura verso la vaccinazione da parte del medico ospedaliero, una proposta univoca di equipe vaccinale, non parlare più di fragilità in maniera inappropriata, provare a mettere in contatto attraverso la creazione di una “rete” informativa tutti gli ospedali campani per condividere criticità, opportunità ed operatività.



Conclusioni

Il laboratorio ha rappresentato un momento prezioso di condivisione di esperienze tra realtà di alto profilo nell'ambito del tema trattato, ed ha consentito di analizzare l'esperienza pregressa (essenzialmente la pandemia Sars-Cov2) e le criticità e i punti di forza attuali delle singole realtà ospedaliere impegnate nella copertura vaccinale dei pazienti fragili. Sono emersi quindi spunti preziosi per la risoluzione di tali criticità. Essenziale in tal senso è parsa la costituzione di una rete 'vaccinologica' dei professionisti coinvolti, quale piattaforma permanente di scambio di opinioni, esperienze, condivisione di criticità e ricerca di soluzioni condivise declinate nelle singole realtà. Tale rete si porrà in dialogo con le istituzioni di riferimento a livello regionale e nazionale onde favorire il conseguimento degli obiettivi di salute pubblica legati alla vaccinazione del paziente fragile, anche grazie al sinergismo con le altre figure di riferimento sul tema, come ad esempio i laboratori di Immunologia.

Hanno partecipato

Moderatori: Andrea Del Mastro, AORN A. Cardarelli, Napoli e Paola Magri, AOU Federico II, Napoli

Moderatore: Paola Magri, AOU Federico II, Napoli

Facilitatore: Maria Borrelli, facilitatrice e soft skills trainer, Scrum master certificata

Partecipanti: Francesco De Caro, Claudio De Lucia, Elena De Sanctis, Giovanna Del Pozzo, Vincenzo Esposito, Giuseppina Faletto, Marco Laccetti, Paola Magri, Giuseppe Rengo.

9.3 Programma di vaccinazione: ruoli chiave nella gestione del percorso ospedaliero

<i>Laboratorio</i>	9.3 Programma di vaccinazione: ruoli chiave nella gestione del percorso ospedaliero
<i>Area</i>	9. Vaccinazione in ospedale
<i>Abstract</i>	Il Piano vaccinale 2023-2025 mira a superare le disomogeneità e promuovere punti vaccinali capillari per raggiungere gruppi ad alto rischio con bassa copertura. Riduce le disuguaglianze tramite reti di prevenzione, includendo soggetti vulnerabili. Ruoli chiave sono gli specialisti clinici e operatori sanitari, supportati da formazione e reti interaziendali. Cruciale è l'interconnessione tra anagrafe vaccinale e fascicolo sanitario elettronico. Il gruppo di lavoro deve proporre soluzioni innovative per migliorare la prevenzione e la cura del paziente, aumentando la copertura vaccinale e riducendo le disuguaglianze. È essenziale sviluppare strategie per l'inclusione sociale e sanitaria, garantendo un accesso equo e capillare ai servizi vaccinali.

Scenario di riferimento

La prima fase del laboratorio è stata aperta dall'esaustiva e stimolante presentazione del Dott. Quintavalle, capace di fornire un quadro di discussione estremamente preciso e ottimamente strutturato, utile quindi all'apertura di un dialogo fortemente interattivo e produttivo con i partecipanti. Il tema delle vaccinazioni, influenzato anche dalle dinamiche pandemiche occorse a seguito del Covid-19, è emerso come particolarmente caldo e capace di stimolare riflessioni di ordine sociale, culturale, professionale e sanitario collegate in una fitta e complessa rete di significati e azioni possibili.

Sin da subito, e grazie a una partecipazione attiva e generativa dei partecipanti e del moderatore, sono state individuate alcune criticità fondamentali, ovvero:

- La percezione sociale e dei pazienti del vaccino
- Problema culturale dell'adesione ai vaccini sia nella popolazione generale che in quella dei professionisti
- Le modalità di controllo dell'adesione del paziente alle indicazioni vaccinali dei professionisti
- Il raggiungimento orizzontale della popolazione, in particolare delle categorie a rischio socio-sanitario

- La mancanza di risorse nell'implementazione dei programmi vaccinali
- L'accessibilità ai dati dei pazienti
 - Necessità di dare risalto nei fascicoli sanitari alla situazione vaccinale, in particolare alla mancanza dei vaccini
- Perdita dei pazienti da T1 (indicazione vaccinale e/o prima somministrazione) a T2 (vaccinazione/seconda vaccinazione)
- Percezione di una dissociazione/disonnanza tra governance e territorio, con scarsità di adozione di misure e azioni concrete, realmente utili, sostenibili e implementabili
- Problema della privacy rispetto ai dati vaccinali dei pazienti □ difficilmente utilizzabili e integrabili

L'orizzonte di possibilità: obiettivi salienti

Questo ampio orizzonte di criticità è stato affrontato in ottica profondamente proattiva, individuando numerosi punti di svolta e azioni possibili per la risoluzione delle problematiche e al fine di fondare un percorso coerente e pragmatico verso un miglioramento della situazione vaccinale in Italia. È risultato inoltre particolarmente interessante e stimolante l'adozione di un orizzonte ampio capace di unire al suo interno elementi culturali, sociali, professionali e governativi, intessendo quindi una rete di azioni virtualmente capaci di far fronte alle criticità individuate.

La trasformazione dall'orizzonte della situazione attuale a quello delle azioni future si è svolta tramite l'individuazione di obiettivi cardine in risposta alle criticità sopra individuate, ovvero:

- Favorire un'integrazione più pregnante tra ospedale e territorio, promuovendo l'ospedale come luogo di accompagnamento concreto ai PDTA, promuovendo una sinergia tra le diverse strutture/professionisti e rete territoriale
- Sviluppare una comunicazione in un'ottica di sistema integrato sia verso la popolazione che all'interno delle ASL/aziende
 - Mirata alla sensibilizzazione dei pazienti e dei professionisti
- Efficientare le risorse già esistenti in una visione di insieme delle diverse fasi/operatori del percorso vaccinale
- Implementare il fascicolo sanitario con dati sul percorso vaccinale accessibili dai diversi professionisti, adoperando anche i preziosi dati prodotti in periodo pandemico
- Individuare le reali cause della mancanza di richiesta vaccinale prestando attenzione ai diversi livelli di variabili (culturali, sociali, individuali...)

Le azioni proposte e le azioni prioritarie

Durante la fase conclusiva del laboratorio i partecipanti hanno attivamente proposto verbalmente e per iscritto alcune azioni prioritarie per il raggiungimento degli obiettivi salienti individuati, discutendo in concerto la priorità e complessità delle proposte e raccogliendo a piene mani l'invito a sviluppare un ponte tra il futuro desiderabile e la situazione attuale.

Tra le azioni promosse, riportate in Figura 2, risultano:

- Azioni di Governance:

- Coinvolgimento delle strutture ospedaliere nei tavoli decisionali di prevenzione vaccinale
- Istituzione di un case manager di riferimento per i pazienti fragili nell'organizzazione del percorso vaccinale e del richiamo vaccinale
- Inserimento di un referente dell'ospedale nei tavoli decisionali regionali □ apertura del sistema-ospedale in ottica sistemico-ecologica
- Azioni legate alla comunicazione:
 - Azioni di comunicazione per promuovere l'adesione delle associazioni e creare una rete più forte tra ospedale e territorio
 - Campagne comunicative a livello nazionale studiate per rispondere alle reali reticenze della popolazione
 - Promozione l'adesione delle associazioni dei pazienti
- Azioni legate alla privacy
 - Valutazione del problema della privacy tramite individuazione delle responsabilità inerenti questo argomento, un cambiamento delle politiche in merito e della comunicabilità dei dati
- Azioni di implementazione e monitoraggio dei percorsi vaccinali:
 - Strutturazione intraospedale di prevenzione con supporto di volontariato associativo
 - Case Manager e monitoraggio dei no responders all'invito
 - Aumentare l'aderenza del paziente tramite: comunicazione dell'importanza reale della vaccinazione, remind di richiami, contatto post vaccino per raccolta dati ed eventuali effetti collaterali
 - Inserimento automatico dei vaccini nei PDTA dei pazienti e monitoraggio elettronico dell'avvenuto vaccino, accessibile trasversalmente su territorio nazionale
 - Monitoraggio del percorso vaccinale dei professionisti e attivazione di strutture/eventi per facilitare l'accesso alle vaccinazioni
 - Azione vaccinale più immediata e accorciamento dei tempi tra prenotazione e somministrazione
 - Azioni di prevenzione tramite vaccinazione
- Azioni legate alla gestione delle risorse
 - Ospedale-territorio: creazione PDTA Ospedale-Territorio con coordinamento forte e individuazione Case Manager per facilitare il processo
 - Utilizzo delle risorse territoriali quali case di comunità, associazioni territoriali etc. in ottica integrativa e sinergica
 - Garantire interoperabilità Ospedale Territorio tramite l'utilizzo di tecnologie e Telemedicina
- Azioni legate alla formazione:

- Ricerca, reclutamento, formazione delle risorse umane in relazione alle competenze individuate come fondamentali (comunicative, ritentive, di azione preventiva/proattiva, sinergica con altri professionisti/associazioni/territorio etc)



Conclusioni

L'ottica multicomponentiale e multilivello promossa testimonia la complessità dell'argomento, ma anche la possibilità di azione effettiva ed efficace, previa la collaborazione sperata tra stakeholder e professionisti, così come auspicata e indicata nel fruttuoso laboratorio.

È importante sottolineare come la questione della vaccinazione dei pazienti sia collegata a numerose altre variabili sanitarie e possa compromettere, rallentare o inficiare il percorso dei pazienti e il lavoro dei professionisti, rendendo il focus del laboratorio un possibile punto centrale per l'azione sanitaria nazionale.

Risulta importante sottolineare come il gruppo ha prodotto un numero così elevato e denso di contributi da riempire effettivamente l'intero incontro, testimoniando anche la possibilità e necessità di approfondire ulteriormente il focus – peraltro oltremodo importante per la popolazione generica e per i professionisti del settore - in momenti futuri. Continuazione, questa, auspicata dai partecipanti e che conferma ancora la centralità dell'argomento e l'esistenza di effettive competenze utili per il miglioramento concreto dell'orizzonte di possibilità attuale.

Ancora, viene sottolineato in modo deciso come sia necessario inserire le vaccinazioni in tutti i percorsi di presa in carico del paziente, promuovendo questo step in maniera sistematica ed efficace.

In ultimo, emerge la necessità di un'azione sinergica, multidisciplinare e sistemica per superare un problema complesso che, come sottolineato in precedenza, richiede una competenza di azione multilivello e con una progettazione, programmazione e implementazione a breve, medio e lungo termine.

Hanno partecipato

Moderatore e Management Advisor: Giuseppe Quintavalle, Commissario Straordinario ASL Roma 1

Facilitatore: Emanuele Esemio, Psicologo Ordine Psicologi della Campania, Phd Student Suor Orsola Benincasa, Università degli Studi di Napoli Federico II

Partecipanti: Cristian Campana, Giuseppe Fiorentino, Piergiorgio Flamini, Ilaria Loperto, Angela Maffeo, Patrizia Magrini, Elisabetta Mancini, Roberto Mazza, Maria Franca Mulas, Valentina Pucci.

9.4 La Vaccinazione del Paziente Oncologico

<i>Laboratorio</i>	9.4 La Vaccinazione del Paziente Oncologico
<i>Area</i>	9. Vaccinazione in ospedale
<i>Abstract</i>	

Scenario di riferimento

Le attività si sono svolte in clima partecipativo motivato dal forte interesse mostrato per l'argomento oggetto del laboratorio introdotto dal moderatore Dottor Attilio Bianchi. Tutti i partecipanti hanno condiviso le proprie esperienze evidenziando i diversi punti in comune relativi sia alle azioni virtuose messe in campo che alle criticità. Attraverso varie parole chiave, indicate nei post-it che troviamo nella lavagna, i partecipanti hanno sintetizzato le criticità più evidenti

- Criticità derivata dalla mancanza di un protocollo amministrativo semplificato
- Frammentazione offerta vaccinale
- Scarsa informazione dei pazienti che fanno resistenza alla vaccinazione
- Resistenza del personale medico nell'effettuare la vaccinazione
- Piani regionali non presenti o non avviati appieno

Le azioni proposte e le azioni prioritarie

Nella seconda fase del laboratorio i partecipanti sono stati invitati a riflettere su eventuali e possibili azioni di miglioramento dello scenario attuale attraverso la realizzazione dei seguenti punti:

- Integrazione fra territorio e specialisti oncologici per la presa in carico e vaccinale del paziente
- Costruzione di una rete/community per lo scambio di buone pratiche da applicare e contestualizzare nelle varie realtà
- Ottimizzare le risorse a disposizione per poter rendere più efficiente un sistema (quello Campano) funzionante. Dal 2023 è presente un documento vaccinale nell'ambito della R.O.C. (Rete Oncologica Campania) che sottolinea l'importanza della vaccinazione del paziente oncologico. tale documento ha lasciato alle singole strutture la possibilità di organizzare il percorso vaccinale in modo autonomo (fra le opzioni la possibilità di un centro vaccinale in loco, l'invio del paziente al centro vaccinale di struttura geograficamente ben collegata, la presenza dei colleghi preposti alla vaccinazione presso i reparti di oncologia)

Le azioni da mettere subito in campo potrebbero essere:

- Finanziamento dedicato per il percorso vaccinale
- Campagna informativa efficace sia per i pazienti che per gli operatori medici
- Uniformare la modalità di vaccinazione regionale per tutte le patologie
- Creazione di un sistema di follow up efficace contenente tutte le informazioni utili per i pazienti sulle vaccinazioni



Conclusioni

In seguito alla discussione avvenuta si conclude la stessa con la necessità, in primis, di sensibilizzare il personale sanitario all'argomento in oggetto. In secondo luogo, sarebbe auspicabile un percorso unico regionale con l'obiettivo di uniformare le varie realtà e rendere di più semplice l'accesso per il paziente.

Hanno partecipato

Moderatore: Attilio Bianchi, Fondazione Pascale, Napoli

Management Advisor: Giuseppe Quintavalle, ASL Roma 1

Facilitatore: Francesca Di Martino

Partecipanti: Raffaele Addeo, Antonella Bianco, Maria Cefaly, Maurizio Di Mauro, Ferdinando Frigeri, Antonio Triarico



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