

Quaderni dell'Osservatorio eHealth e-Sanit@

Change for Changing

Nuovi modelli organizzativi e competenze
per l'innovazione in Sanità



in collaborazione con:



AiSDeT
Associazione italiana di Sanità Digitale eTelemedicina

E-HEALTH, IL FUTURO E' FAVORIRE LA COMUNICAZIONE



app



SMS



Videochat



Chat



Telefono



Email



Social



Web

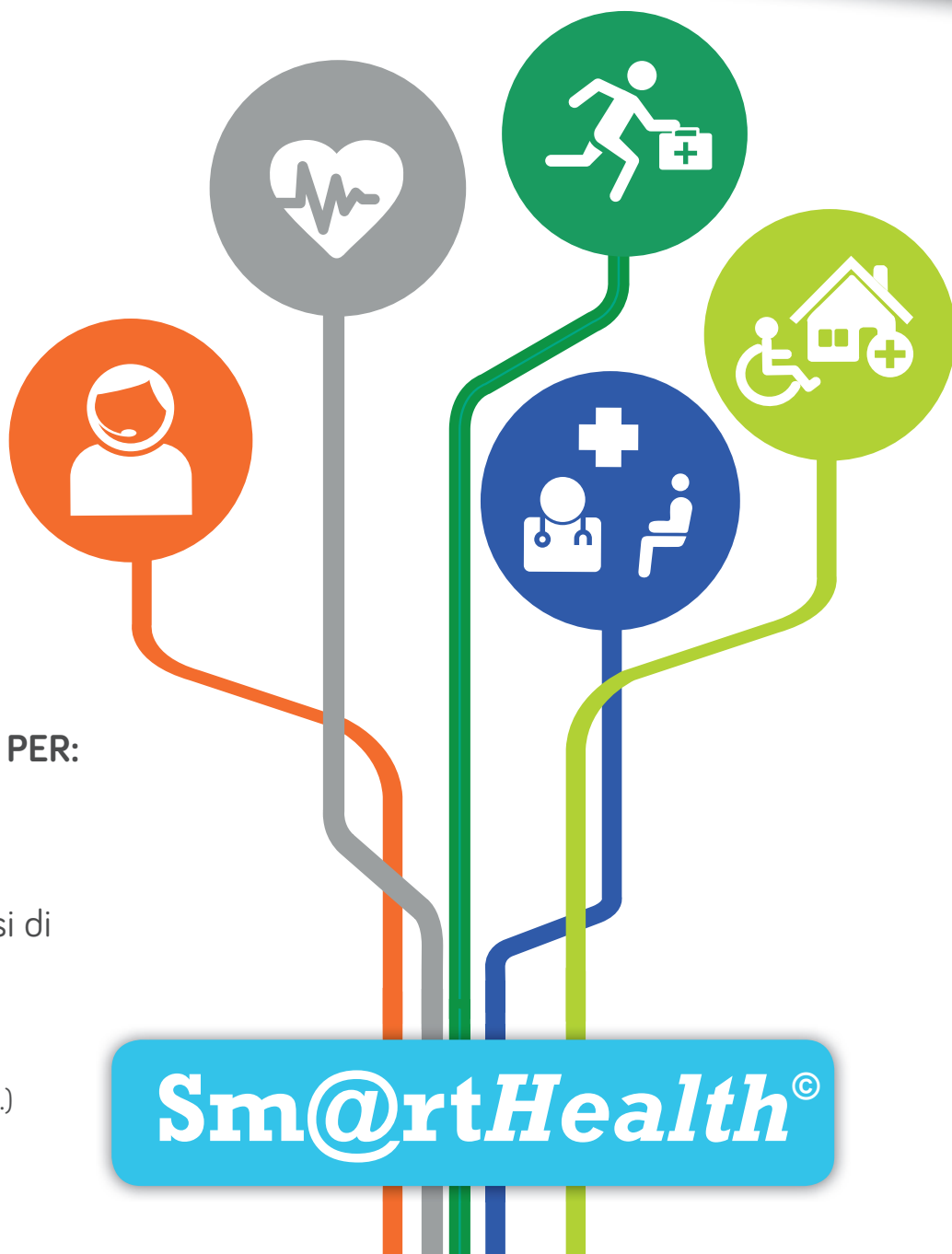
Telemedicina

Assistenza Domiciliare

Guardia Medica

Pronto intervento

Call Center



SM@RTHEALTH[®],
LA PIATTAFORMA UNICA PER:

Erogazione multicanale
dei servizi sanitari

Digitalizzazione dei processi di
cura e di assistenza

Filo Diretto con gli utenti
(cittadini, medici, operatori sanitari,
dipendenti, pazienti, malati cronici,...)

Sm@rtHealth[®]

Introduzione

La componente territoriale dei servizi sanitari e socio-sanitari è in una fase storico-culturale di rilevante espansione sia in termini di volumi di prestazioni sia di importanza clinica.

Tale fenomeno è reso possibile dai nuovi modelli di medicina, sempre più rivolti a contesti assistenziali ambulatoriali e diurni e a logiche preventive e ha come obiettivo principale quello di dare risposta ai bisogni di assistenza sul territorio da parte di una quota crescente di pazienti anziani e affetti da patologie croniche.

La complessità nell'organizzazione e nell'erogazione di tali servizi, nello specifico, richiede competenze manageriali e capacità organizzative da parte delle aziende e dei professionisti della sanità, finalizzate al coordinamento delle prestazioni sanitarie e socio-assistenziali sul territorio. Oltre a nuovi approcci metodologici e organizzativi, per un'efficace organizzazione dei servizi sul territorio, l'integrazione dei professionisti coinvolti nei percorsi di cura e di continuità assistenziale delle cure, si rende necessario anche il coordinamento e l'integrazione dell'utilizzo degli strumenti di programmazione e controllo dell'attività territoriale da parte delle aziende sanitarie.

In questo contesto, le piattaforme di Sanità digitale e di Telemedicina, sia a livello infrastrutturale, che di governo dei flussi come di monitoraggio di continuità, rappresentano una formidabile leva strategica di sostegno al nuovo scenario di governo delle reti territoriali e di integrazione tra ospedale e territorio.

Saper governare è, inoltre, anche il risultato di acquisizione di nuove conoscenze e competenze appropriate, di cui è ormai improrogabile la presa in carico da parte delle istituzioni formative e universitarie.

I contributi del presente Quaderno raccolgono gli interventi di tre incontri, svolti a Catania nel luglio 2016 e a Roma e Catania nell'aprile 2017, promossi dalla Rete di Sanità digitale eSanit@, in collaborazione con l'ASP di Catania, l'ARNAS Garibaldi di Catania e il CEFPAS.

In questo senso, il Quaderno vuole essere strumento utile per quanti, coinvolti nel processo di modernizzazione del Sistema Sanitario Nazionale e Regionale, intendano favorire, nell'ambito di una piattaforma di rete, il trasferimento di conoscenze, esperienze e soluzioni tra i modelli organizzativi e di management, sostenuti anche dalla Sanità digitale, promossi dai diversi SSR, soprattutto del Sud Italia.

Massimo Caruso, Coordinatore editoriale eSanit@



Sommario

Change for changing. La sfida per il SSND	pag. 6
Ripensare l'assistenza sanitaria per l'equità e la sostenibilità del Servizio Sanitario	pag. 10
L'innovazione digitale nella Sanità del Centro Sud	pag. 16
La specificità del governo dei servizi territoriali. Come stimolare e governare la riorganizzazione dei processi	pag. 27
La Digital Innovation. Leva strategica per lo sviluppo del Sud Italia	pag. 34
Il mutamento dei modelli organizzativi	pag. 44
Change Management per il bene della Salute	pag. 49
Ripensare il modello sanitario. Il cittadino al centro	pag. 55
Una nuova linea di tendenza	pag. 72
Emergenze/urgenze e Rete SCA Stemi/Nstemi. La Telecardiologia in Puglia	pag. 73
Nuovo Codice degli Appalti e Procurement pubblico. Come portare innovazione nel Paese	pag. 84
Sud Italia: opportunità chimerica o laboratorio per la ripresa?	pag. 87

“Change for Changing”. La sfida per il SSND

Remo Bonichi, Senior Consultant per la valutazione delle Aziende Sanitarie – Age.Na.S.

La complessità e l'intensa evolutività delle organizzazioni sanitarie richiedono sempre più un atteggiamento flessibile e progettuale orientato non solo a gestire l'incertezza per il futuro, l'ordinario, la quotidianità e la programmazione nel breve, medio e lungo periodo, ma anche a intercettare o a determinare le innovazioni che il sistema propone e/o richiede.

Le trasformazioni in atto nel sistema sanitario e nelle organizzazioni che ne fanno parte richiedono, da coloro che svolgono funzioni di Direzione e gestionali, di rilevare, analizzare e verificare gli elementi e le variabili che impattano sui processi di evoluzione e cambiamento, sul buon andamento dei percorsi di cura e assistenza, sul clima organizzativo, sugli esiti e risultati previsti, sulle relazioni interpersonali e professionali e sulla qualità percepita dai fruitori dei servizi e dalla intera collettività, in un contesto economico che richiede sempre più attenzione alle risorse in un impiego appropriato e il più possibile efficiente.

In questo processo di mutamento costante e fluido, responsabilità prioritarie, in termini di propulsività trasformativa e gestionale, spettano a coloro che ricoprono il ruolo di Direzione, i quali interagendo con professionalità portatrici di competenze eterogenee sono a loro volta portatori, per ruolo, di un consistente potere di influenza su tutto il sistema da essi governato e sui sistemi con esso interagenti.

Coloro che governano ampi spazi organizzativi, per reggere le sfide che la realtà propone, devono possedere non solo competenze manageriali aggiornate, ma anche robuste capacità interpretative della multidimensionalità della vita organizzativa, fondate referenze etico-valoriali a guida delle loro valutazioni e decisioni.

In questa prospettiva quindi, i manager devono essere pronti e disposti a superare conformismi, particolarismi, localismi e tecnicismi, e vivere la passione per l'interesse generale assumendosi le responsabilità declinate in termini di accountability, mirate a dare risposta alle esigenze sanitarie dei cittadini attraverso servizi appropriati, eticamente fondati, efficienti, con personale e professionisti ben preparati.

Il tema del Change Management è quindi di grande anzi grandissima attualità per poter ottenere con efficacia e con tempi ristretti quelle modifiche che portino i sistemi sanitari regionali a essere allineati a quelle esigenze di scenario che l'Italia deve affrontare per poter essere riconosciuta come best performer non solo nelle prestazioni sanitarie di cura ospedaliera, ma anche nelle cure di assistenza alle cronicità, ma soprattutto nella prevenzione, dove la centralità del sistema sanitario, non può essere esclusivamente l'ospedale, ma deve diventare il territorio con tutti i “suoi” servizi alla salute.

Europa 2020 è tutto quanto ne consegue in termini di digitalizzazione e di dematerializzazione sarà l'approccio facilitante a modelli organizzativi basati su tre criteri di funzionamento.

- a) L'integrazione orizzontale, i processi di prevenzione, di cura e di assistenza devono funzionare in continuità in funzione dei “pazienti” (potenziali e/o reali) superando le attuali barriere originate dalla eccessiva specializzazione dei professionisti, dalla eccessiva competizione organizzativa tra gli operatori sanitari, dalla eccessiva formalizzazione delle procedure burocratiche-amministrative.
- b) L'integrazione verticale dove i ruoli del centro (stato e regioni) e della periferia (le aziende sanitarie) operano in sintonia del modello Holding e Azienda di produzione dove ai primi compete il ruolo di indirizzo e controllo educativo (valutazioni delle performance) e alle seconde quello di realizzare quanto richiesto dalla Holding, il tutto in quadro normativo facilitante.
- c) L'integralità del servizio offerto garantito al cittadino in modo personalizzato attraverso un modello organizzativo veloce nella sua operatività, connesso con altre realtà produttive per offrire un Sistema Sanitario completo e non un insieme di prestazioni, e infine attento alla intangibilità della relazione strutturale in funzione di chi la “necessita”

Da qui “**Change for Changing**” uno slogan per incominciare a mettere in azione tutte le persone appartenenti al Sistema sanitario (operatori diretti e indiretti, dipendenti e non) in un cambiamento che possa essere non più vissuto come imposto e necessario per la sopravvivenza, ma vissuto come un desiderio di benessere organizzativo capace di produrre in ciclo virtuoso e collaborativo benessere a chi si avvicina e a chi ne fruisce il risultato.

Le parole chiave per un nuovo modello organizzativo diventano quindi non tanto più strutture ben disegnate, ruoli ben descritti e coerentemente dimensionati su una domanda definita, ma Innovazione, Confronto, Scambio, Compatibilità tra il lungo e il breve periodo, Velocità, Integrazione, Digitalizzazione e ovviamente in logica con una corretta mission, Centralità del e sul Cittadino.

Queste parole chiave diventano però comportamenti reali coerenti solo se c'è la volontà nel vertice a voler effettivamente innovare e di conseguenza cambiare, e se c'è la disponibilità del management ad allineare la propria organizzazione alle parole chiave con progetti formativi concreti e mirati allo sviluppo delle competenze delle persone (gestite, gestibili e fruibili) per portare il sistema non solo a replicarsi nelle sue eccellenze, ma a migliorarsi per perseguire l'eccellenza e cioè nel portare a zero le non appropriatezze e nell'essere sempre più allineati con i leader o meglio ancora diventare leader: una ricetta per il cambiamento in cui non si chiede a tutti di dover cambiare, ma tutti desiderano di cambiare.

IL DIRETTORE GENERALE “quali bisogni e quale profilo di competenze per affrontare l’innovazione dei modelli organizzativi di erogazione dei servizi e del sistema di cura”

Gli scenari:

Da un ambiente stabile a uno dinamico e in cambiamento

- Organizzazione Territorio centrica
- Recupero di efficienza per una maggiore produttività
- Nuovi confini di responsabilità non formale

Fare di più con meno con una mission chiara al servizio e di servizio al CITTADINO.

Gli ostacoli: subdoli e insidiosi

- Una classe politica che guarda sovente alla Sanità come utile strumento per la propria eleggibilità
Questo tipo di interesse porta la “politica” a entrare nei processi decisori operativi, invece di limitarsi a dare indirizzi strategici.
- Una classe manageriale ancora centrata alla soddisfazione del “cliente politico di riferimento” invece di organizzare esclusivamente in funzione del “cliente cittadino”.

↳ altro che integrazioni (verticali/orizzontali)
↳ altro che reti assistenziali per la soddisfazione del bisogno di salute.

- Una distanza non indifferente tra il “richiedere e il dare”



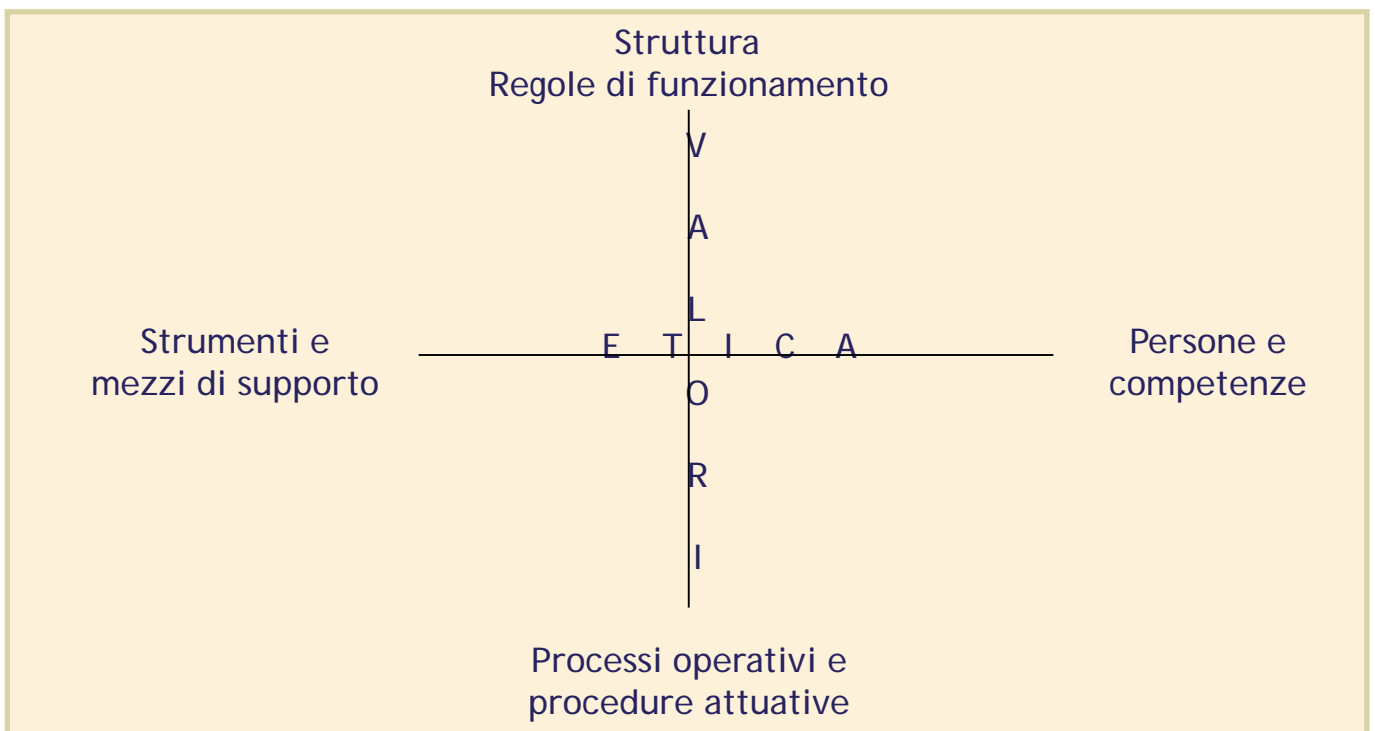
Viene richiesto un articolato cambiamento a cui corrisponde una capacità di assunzione del rischio molto elevato a cui si fa seguire un impiego psicofisico non indifferente, a cui si fa seguire una contropartita economica “scarsa” e un contratto di breve durata.

- Una formazione all’ingresso poco strutturata e sovente con un offerta tarata per rilasciare il “titolo” piuttosto che per accrescere “competenze” sulle metodologie e sugli strumenti delle scienze manageriali

Il ruolo e il comportamento organizzativo: il cambiamento come routine

- Un modo di interpretare il ruolo da “Direttore Generale”
Non si può più essere esclusivamente garanti del buon fare tecnico e amministrativo
si deve andare verso
- un ruolo dinamico e strabico in quanto bisogna gestire guardando il futuro ottimizzando il presente.

Le competenze non devono solo essere aggiornate ma integrate da capacità interpretative della multidimensionalità della vita organizzativa



Le parole chiave diventano

- INNOVAZIONE e MIGLIORAMENTO CONTINUO
- CONFRONTO e SCAMBIO
- COMPATIBILITÀ TRA LUNGO E BREVE
- INTEGRAZIONE e NUOVI CONFINI DI RESPONSABILITÀ
- DIGITALIZZAZIONE e VELOCITÀ DI ESECUZIONE
- CENTRALITÀ DEL CITTADINO e ORGANIZZAZIONE A MATRICE





Ripensare l'assistenza sanitaria per l'equità e la sostenibilità del Servizio Sanitario

Angelo Lino Del Favero - Direttore Generale ISS - Presidente FederSanità ANCI

SSN – valutazione OMS

- Miglioramento dello stato complessivo della salute della popolazione
- Rispondere alle aspettative di salute e di assistenza sanitaria dei cittadini
- Assicurare cure sanitarie a tutta la popolazione

Sostenibilità SSN

Proteggere la salute della popolazione, garantendo l'accesso a servizi sanitari efficaci e sicuri, appropriati ai bisogni e alle esigenze specifiche dei singoli utenti, evitando che questo comporti oneri finanziari eccessivi per gli utenti stessi

Sostenibilità SSN

- Mantenere un servizio universalistico
 - Crisi dei sistemi universalistici in Europa
 - Universalismo "imperfetto" - garanzia dei LEA
- Risorse limitate
- Bassa crescita economica
- Vincoli di bilancio imposti dalle condizioni della finanza pubblica italiana

Sostenibilità - fattori

invecchiamento delle popolazioni

costo crescente delle innovazioni

costante aumento della domanda di servizi e prestazioni da parte di cittadini e pazienti

Sostenibilità – criticità paesi industrializzati

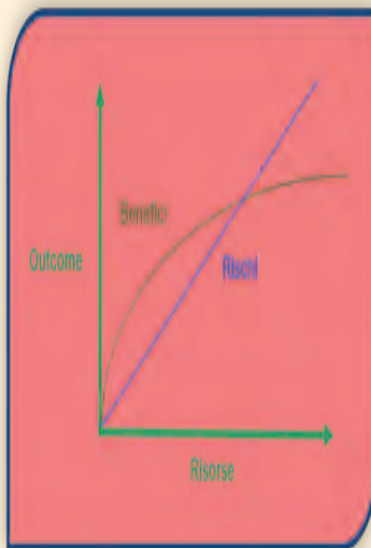
estrema variabilità nell'utilizzo di servizi e prestazioni sanitarie, non giustificata dalla eterogeneità clinica né dalle preferenze dei pazienti

effetti avversi dell'eccesso di medicalizzazione, in particolare overdiagnosis e overtreatment

diseguaglianze conseguenti al sotto-utilizzo di servizi e prestazioni sanitarie dall'elevato valore (rapporto tra rilevanti outcome di salute per il paziente e costi sostenuti)

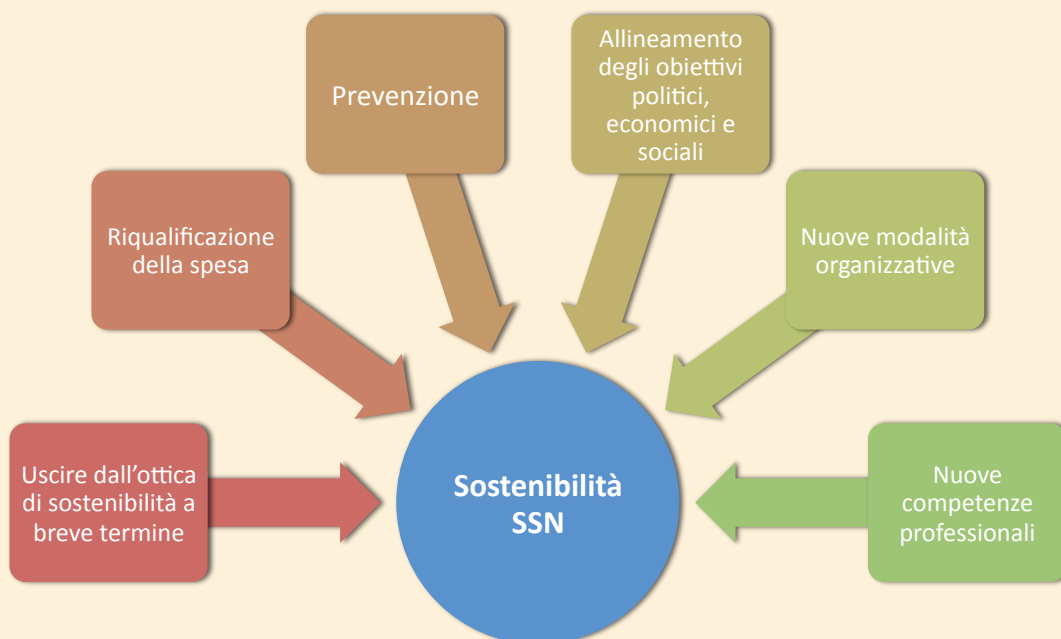
incapacità di attuare efficaci strategie di prevenzione, specialmente quella non medicalizzata sprechi, che si annidano a tutti i livelli

Relazione tra investimenti e outcome



Sostenibilità

- Realizzare un Servizio Sanitario sostenibile che abbandoni l'idea della sanità come semplice voce di costo
- Salute:
 - Investimento per il nostro paese
 - Vicino alle persone ed ai bisogni di salute



Creare oggi le migliori condizioni per operare meglio domani

Finanziamento e sostenibilità

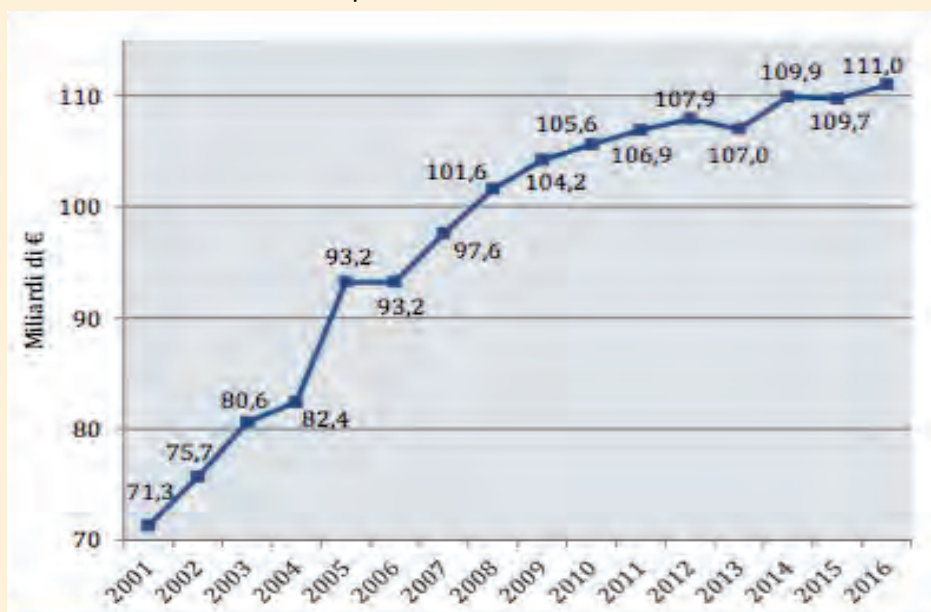
Contenere il definanziamento pubblico

Utilizzare altre fonti di finanziamento

Ridurre gli sprechi

- Contenere il definanziamento

Finanziamento pubblico del SSN: trend 2001-2016



Contenere il definanziamento

- nel triennio 2017-2019 il PIL crescerà in media del 2,8% per anno, mentre la spesa sanitaria aumenterà annualmente a un tasso medio dell'1,5% (previsioni DEF)
- in Italia la percentuale del PIL destinato alla spesa sanitaria (pubblica + privata) è inferiore alla media dei paesi OCSE
- rispetto ai paesi dell'Unione Europea la spesa pubblica è inferiore a quella di Finlandia, Regno Unito, Francia, Belgio, Austria, Germania, Danimarca, Svezia e Olanda
- rispetto ai paesi del G7 l'Italia è ultima per spesa pubblica e spesa totale, ma secondi solo agli USA per spesa out-of-pocket

Utilizzare altri canali di finanziamento

Compartecipazione alla spesa

- evitare che "la compartecipazione rappresenti una barriera per l'accesso ai servizi ed alle prestazioni così da caratterizzarsi per equità ed universalismo", garantendo contemporaneamente un gettito finanziario adeguato per le Regioni all'insegna di una unitarietà del sistema, ed evitando che ticket troppo elevati, in particolare per la specialistica, favoriscano lo spostamento verso strutture private.

- Incremento addizionale regionale IRPEF
- il trend attesta la necessità delle politiche fiscali regionali di attingere a risorse aggiuntive, in particolare dalle fasce di reddito medio-alte

Sanità integrativa

- il 53,6% degli Italiani paga di tasca propria molte spese che un tempo venivano coperte dal SSN
- nel 41,7% delle famiglie almeno una persona ha dovuto rinunciare a una prestazione sanitaria (Bilancio di sostenibilità del Welfare italiano, CENSIS, 2015)
- Ridurre gli sprechi e aumentare il value dell'assistenza
- Value (rapporto tra outcome di salute e costi sostenuti)
- Sprechi
- Attività che consumano risorse senza generare value* (es. accanimento terapeutico, medicina difensiva)
- Disinvestimento e riallocazione
- Recupero (parziale o completo) di risorse in ambito sanitario da qualunque pratica, procedura, tecnologia o farmaco che rispetto al costo determina un guadagno di salute minimo o nullo, consumando risorse che possono essere riallocate** (Terapie non in grado di generare utilità marginale per il paziente)

Sprechi in sanità

Categoria	%	Mld €
1. Sovra-utilizzo	30	7,42
2. Frodi e abusi	20	4,95
3. Acquisti a costi eccessivi	13	3,21
4. Sotto-utilizzo	14	3,46
5. Complessità amministrative	11	2,72
6. Inadeguato coordinamento dell'assistenza	12	2,97

Strategie e strumenti

- Percorsi assistenziali (assegnare specifiche responsabilità e definire adeguati indicatori per monitorare le performance aziendali)
- Transitional care: coordinamento tra ospedale e cure primarie
- Reti interaziendali: integrare l'attività ospedaliera per acuti e post-acuti con l'attività territoriale (esperienze in corso nelle regioni italiane)

Sanità digitale

- Il finanziamento della Sanità elettronica costituisce una presa di coscienza della necessità di dotare il SSN degli investimenti necessari da un lato per rispondere ai cambiamenti socio-demografici dall'altro per cogliere appieno le opportunità offerte dall'Information Communication Technology
- Negli ultimi anni l'esperienza concreta di realizzazione della Sanità elettronica in Italia ha visto l'implementazione di significativi progetti e iniziative sia a livello centrale che regionale
- Il quadro nazionale si presenta tuttavia fortemente differenziato
- l'informatizzazione dei sistemi sanitari e le nuove tecnologie digitali contribuiscono ad aumentare l'efficienza e l'efficacia del sistema e favoriscono la personalizzazione delle cure

Proposte/soluzioni

- Realizzare un sistema informativo capillare, in grado di integrare e rendere prontamente disponibili le informazioni sanitarie individuali e le informazioni sull'intera disponibilità dell'offerta (posti letto per livello e area geografica, liste di attesa per le diverse tipologie di prestazione assistenziale per area geografica, stato dei servizi assistenziali e sociali)

- Integrare le diverse competenze specialistiche e generali e i diversi livelli sociosanitari
- Rafforzare la componente extra ospedaliera (territoriale) e promuovere una maggiore cooperazione (superamento della dicotomia acquirente-produttore) a favore della continuità assistenziale;
- Aumentare il contributo della ricerca, in particolare della ricerca transazionale, nell'individuazione e nella promozione/ implementazione di percorsi assistenziali basati su prove di efficacia;
- Promuovere l'appropriatezza (manager di qualità, una gestione del paziente integrata, una classe medica illuminata)
- Promuovere comportamenti individuali e collettivi orientati alla prevenzione

Conclusioni

- Disinvestire da sprechi ed inefficienze
- Il problema non è solo di carattere finanziario
- Identificare aree di overuse e underuse di servizi e prestazioni sanitarie
- Definire azioni finalizzate a migliorarne le performance focalizzando l'attenzione sui servizi maggiormente in grado di generare benefici e disinvestendo da quelli meno efficaci o con profili costi-benefici meno favorevoli
- Identificare le inapproprietezze organizzative
- programmazione finanziaria e programmazione sanitaria devono sintonizzarsi perfettamente sull'obiettivo prioritario di salvaguardare la sanità pubblica
- Investimenti strutturali



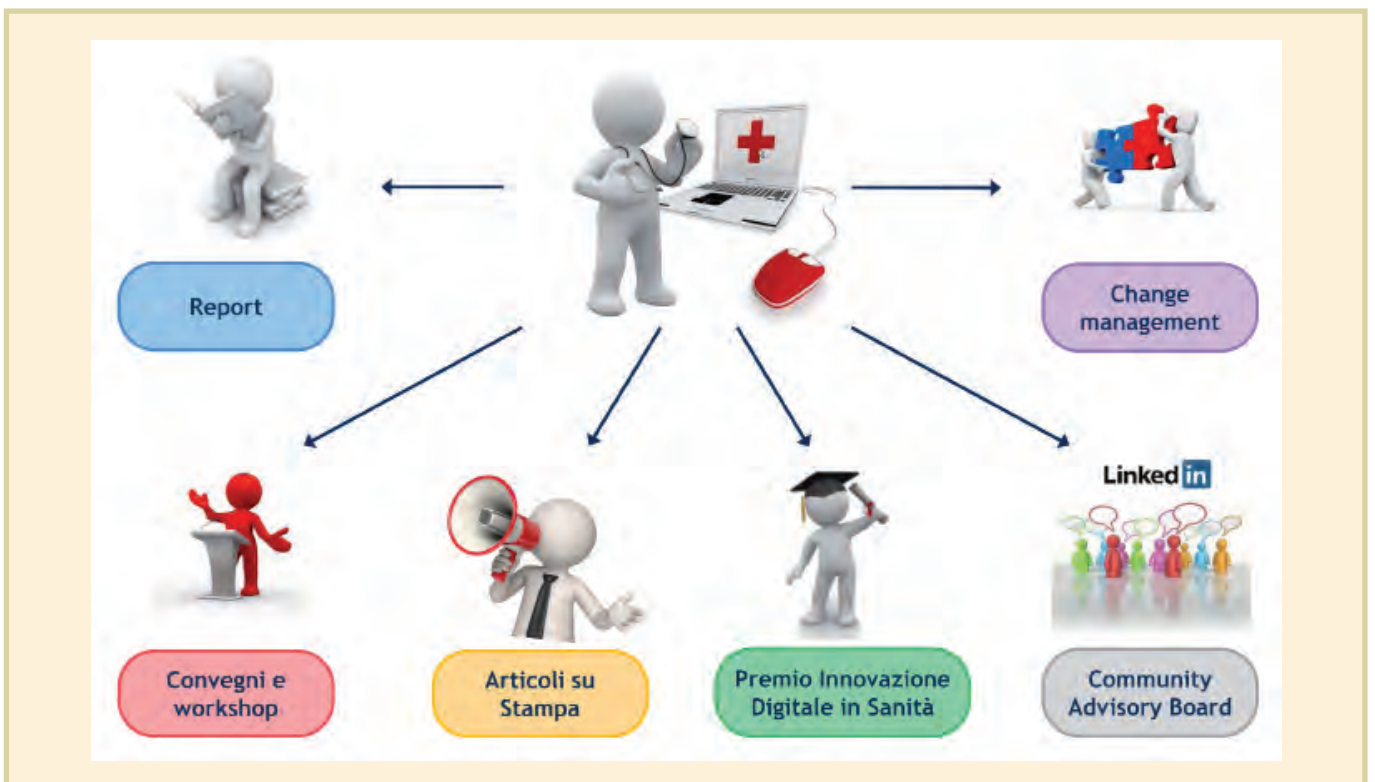
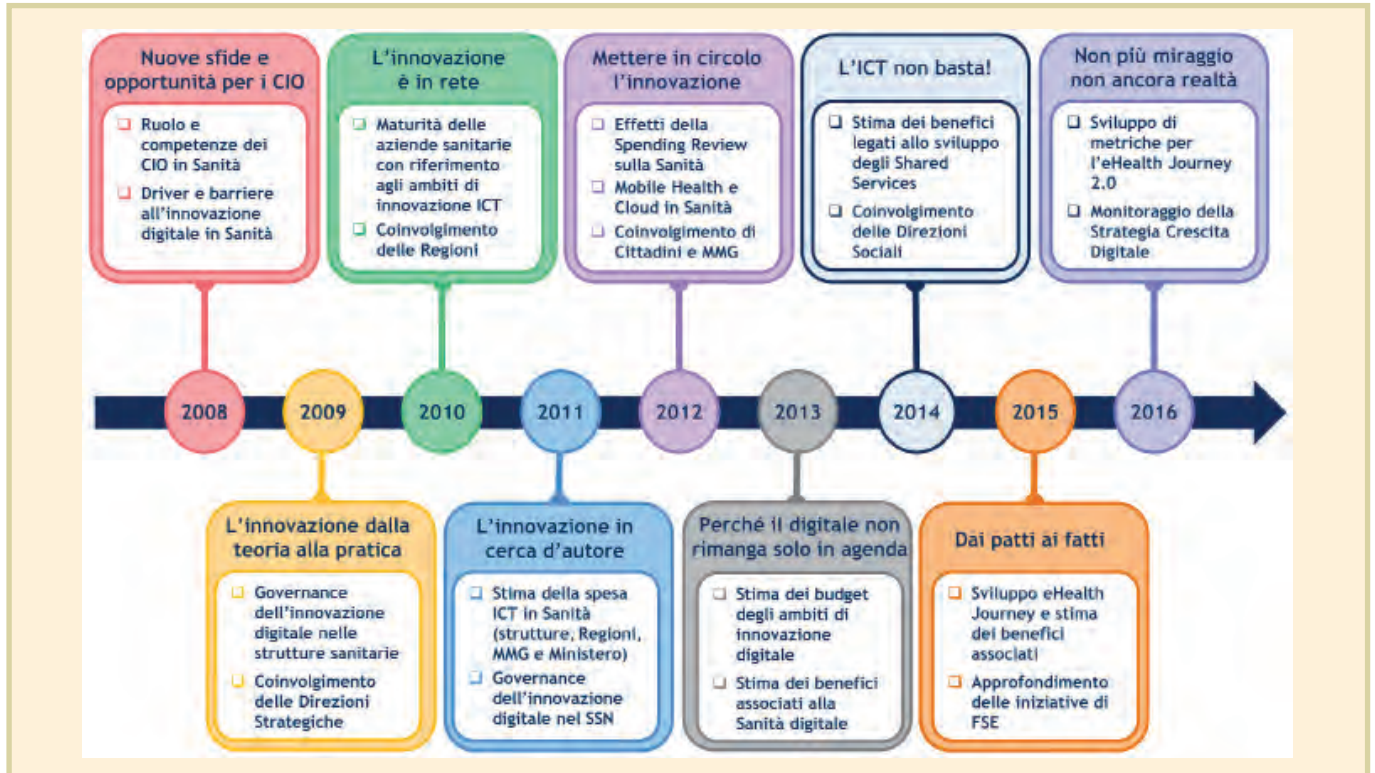


L'innovazione digitale nella Sanità del Centro-Sud

Cristina Masella - Responsabile Scientifico - Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità

Perché un Osservatorio sull'innovazione digitale in Sanità?

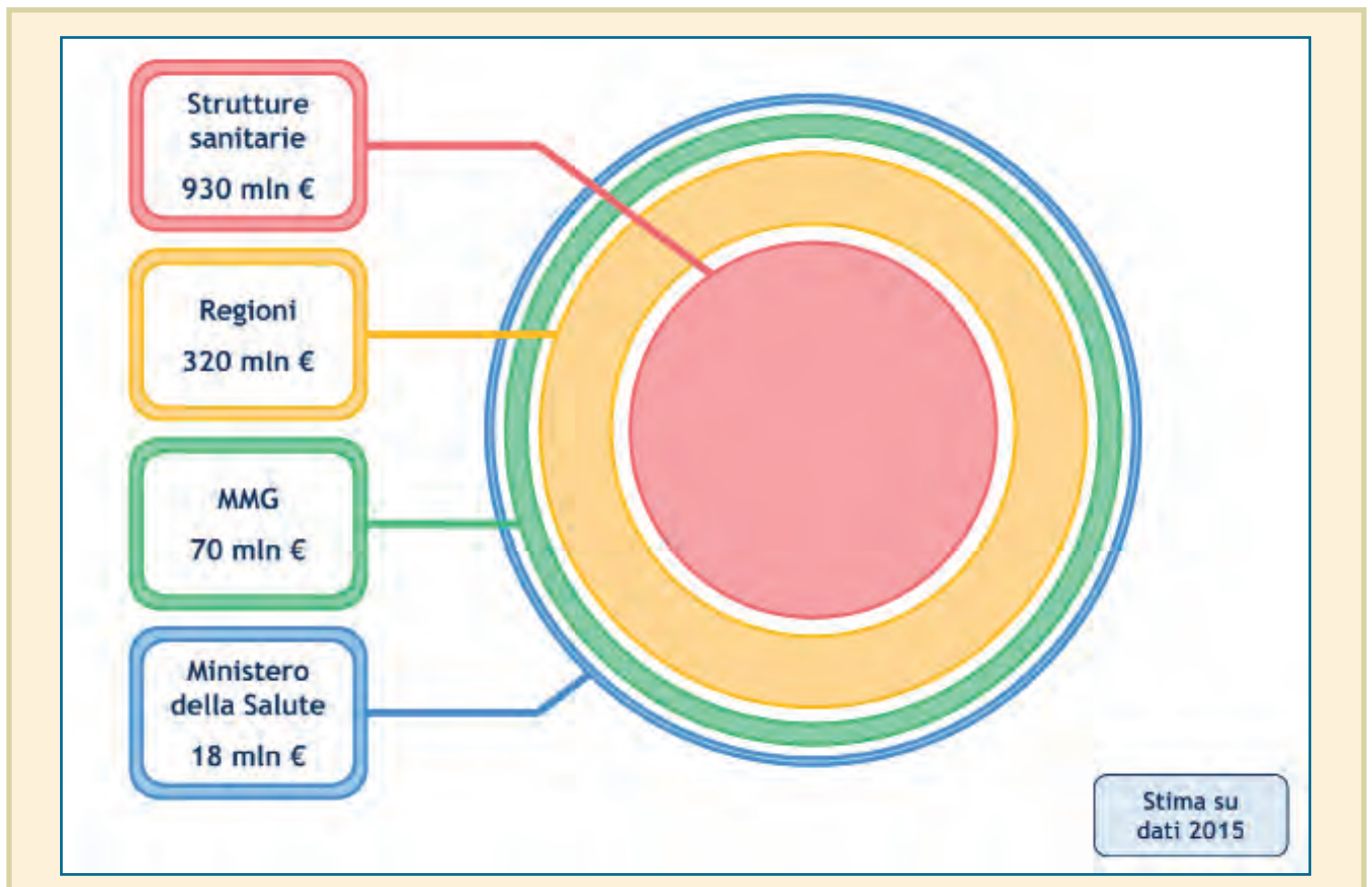




1. La spesa per la Sanità digitale in Italia
2. La voce dei cittadini
3. La voce degli MMG



2. La voce dei cittadini
3. La voce degli MMG





AREA GEOGRAFICA



Base totale campione: n=1000

SESSO

Maschi	48%
Femmine	52%

ETÀ

15-17 anni	3%
18-24 anni	8%
25-34 anni	13%
35-44 anni	18%
45-54 anni	18%
55-64 anni	15%
65-74 anni	16%
75 anni e oltre	9%

TITOLO DI STUDIO

Licenza Elementare	21%
Diploma media inferiore	32%
Diploma media superiore	35%
Laurea	12%

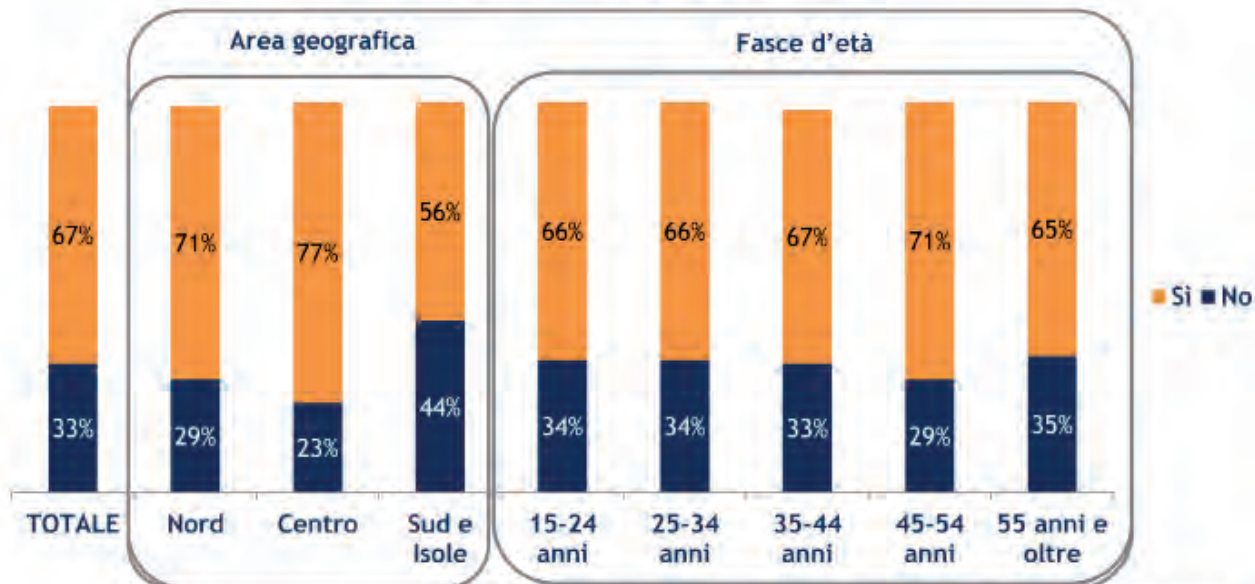
CENTRO DI RESIDENZA

Capoluogo	31%
Centro minore	69%

AMPIEZZA CENTRO

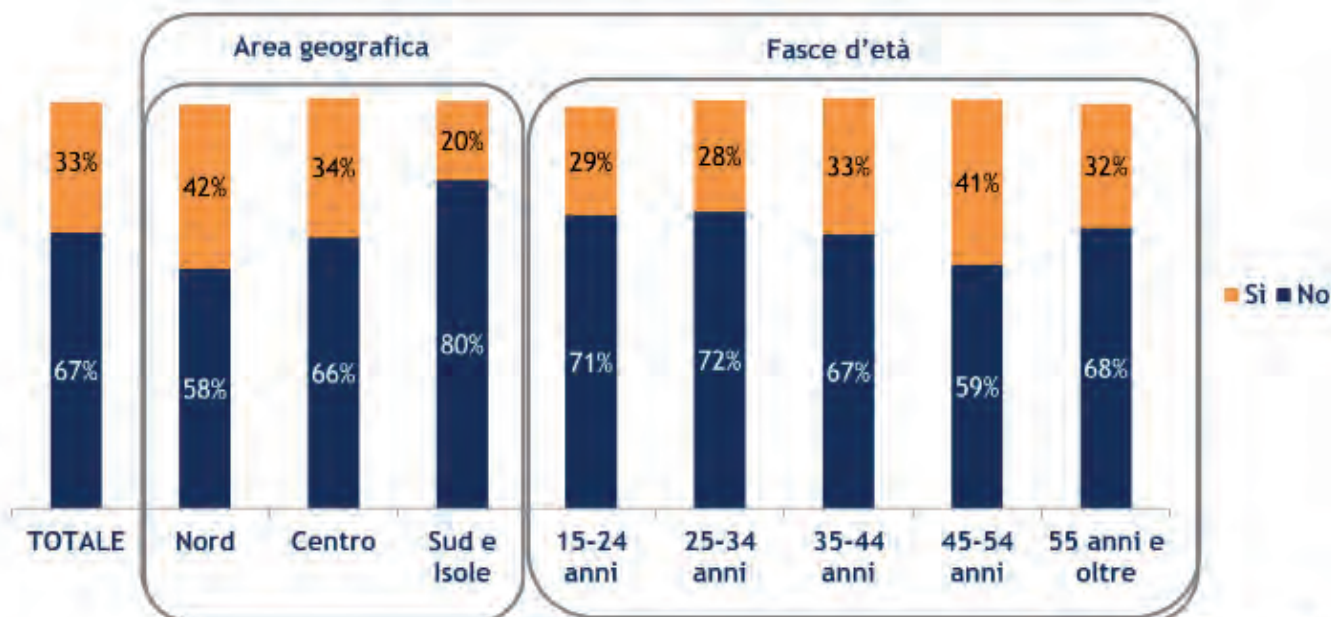
Meno di 30.000 abitanti	55%
Da 30.000 a 100.000 abitanti	21%
Da 100.000 a 500.000 abitanti	24%

Ha mai sentito parlare di Ricetta elettronica?



Campione Doxa:
1.000 Cittadini

Ha mai sentito parlare di Fascicolo Sanitario Elettronico?



Campione Doxa:
1.000 Cittadini

3. La voce degli MMG

AREA GEOGRAFICA



Base totale campione : n= 656

ETA'

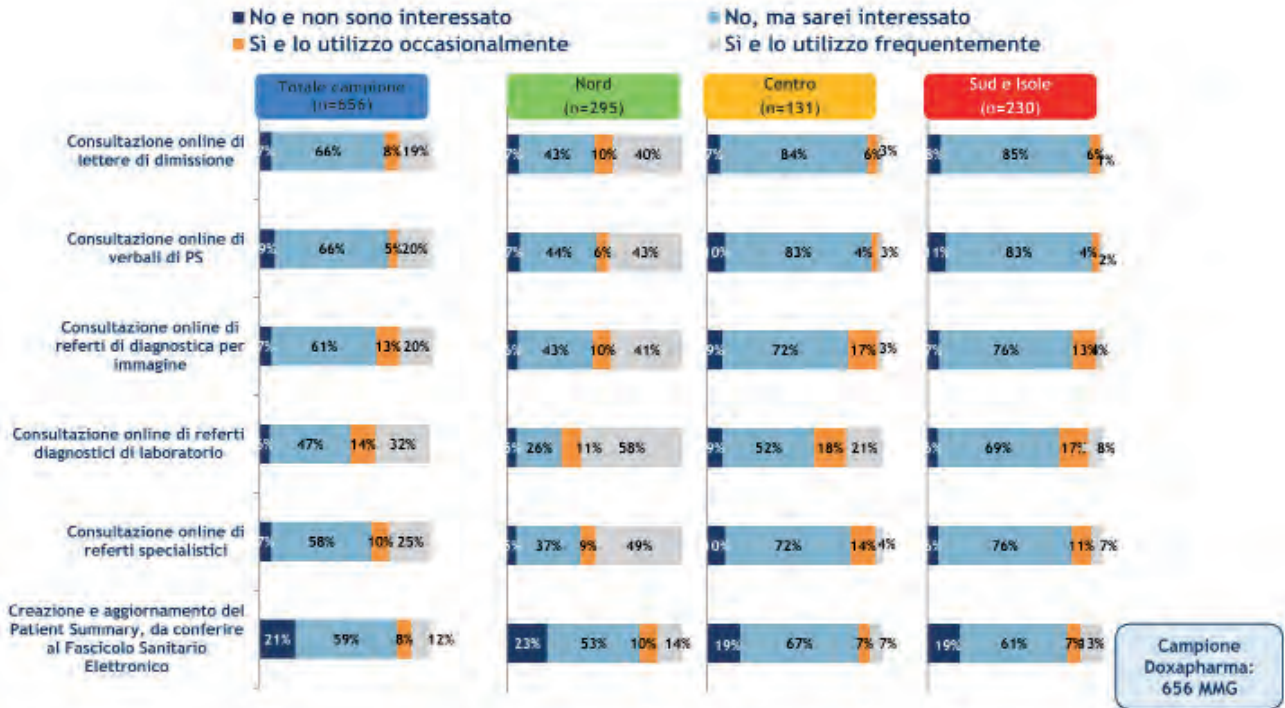
Fino a 55 anni	22 %
Da 56 a 60 anni	28 %
Oltre 60 anni	50 %

ATTIVITA' PROFESSIONALE

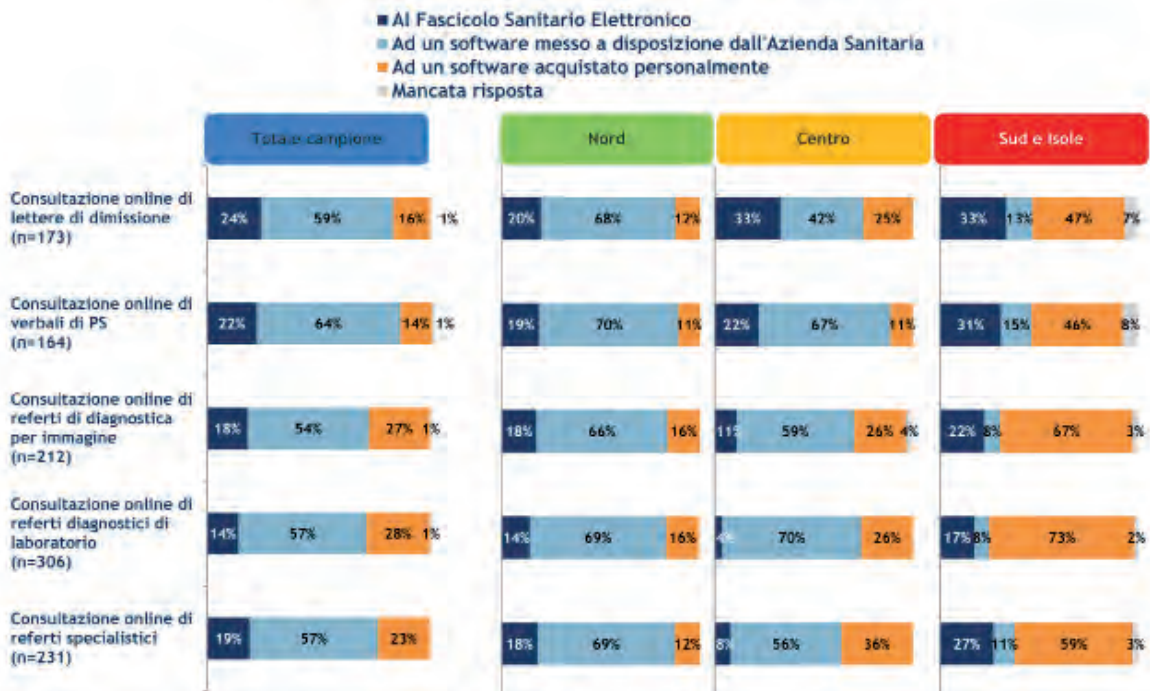
Rete	33 %
Gruppo	35 %
Studio singolo	13 %
Associazione semplice	7 %
Lavoro come Continuità Assistenziale e/o sostituto di Assistenza Primaria	3 %
Aggregazione Funzionale Territoriale	2 %
Case della Salute	2 %
Altro	3 %



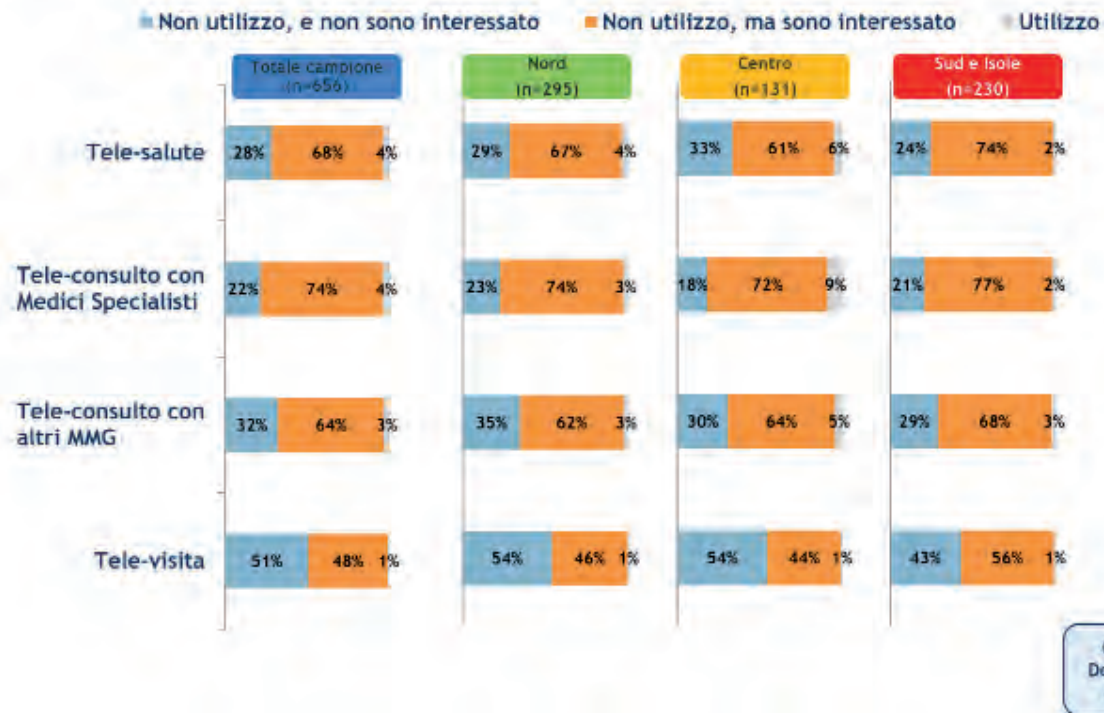
Quali servizi ha utilizzato nell'ultimo anno?



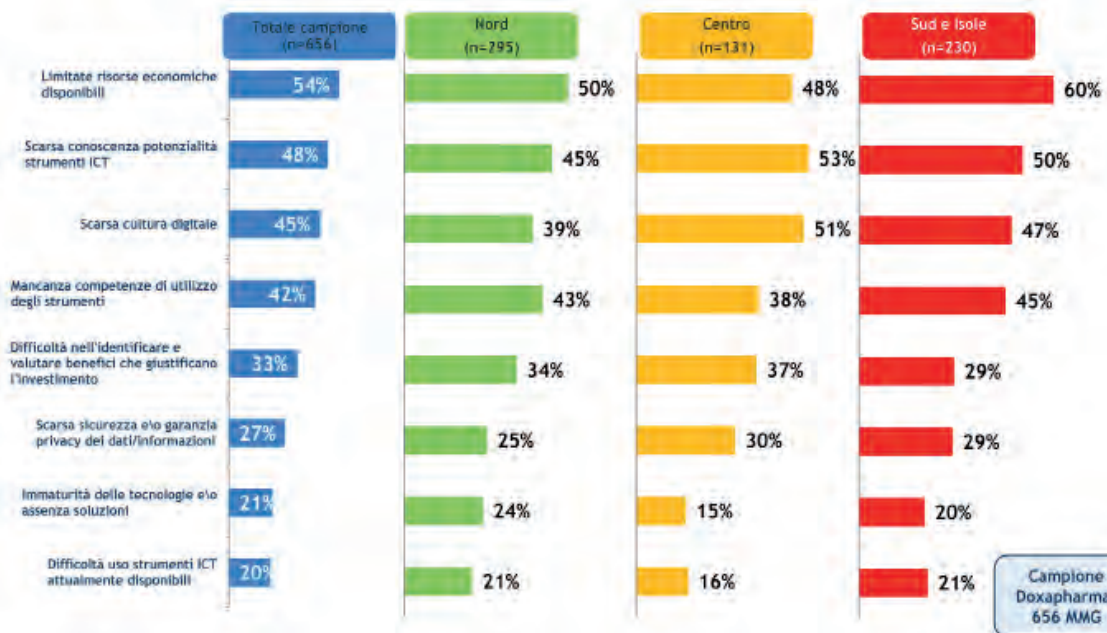
La consultazione è avvenuta online accedendo...



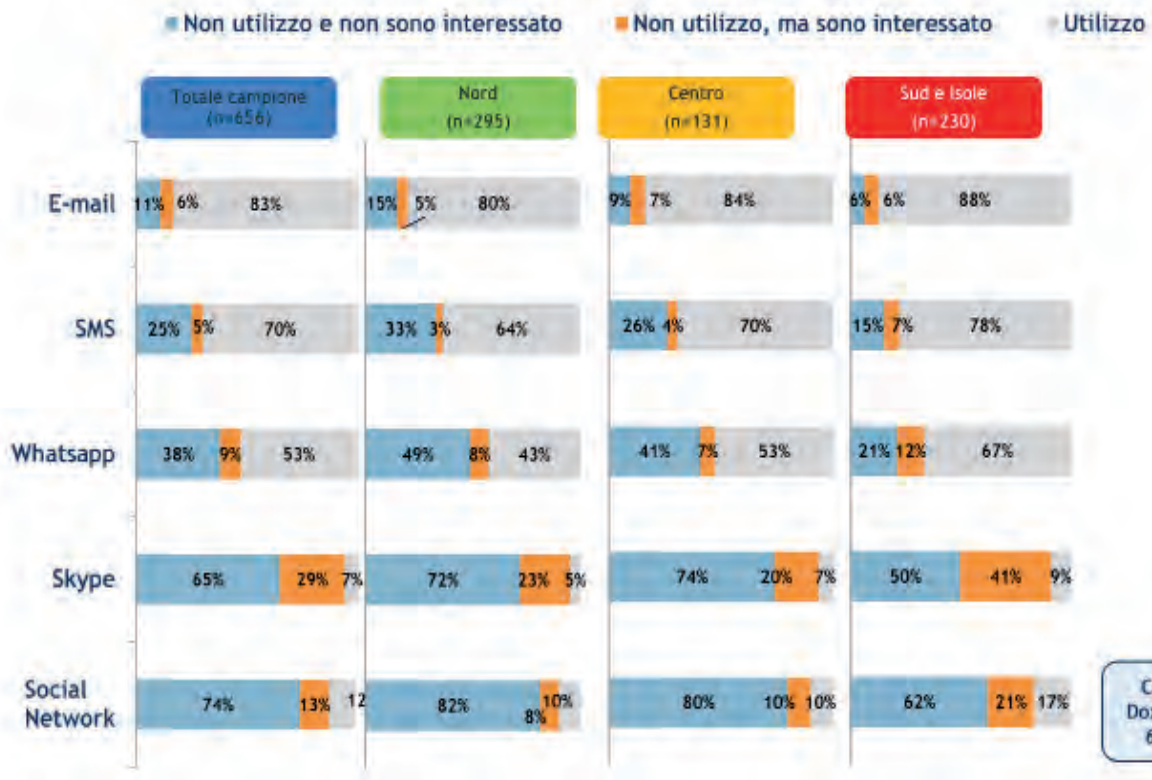
Quali soluzioni di Telemedicina utilizza nell'ambito delle sue attività professionali?



Quali sono le principali barriere all'adozione di strumenti ICT tra i MMG?



Quali strumenti utilizzati nello svolgimento della tua professione per interagire con i tuoi pazienti, e con quale frequenza?





La specificità del governo dei servizi territoriali. Come stimolare e governare la riorganizzazione dei processi.

Claudio Dario - Direttore Sanitario - APSS - Trento

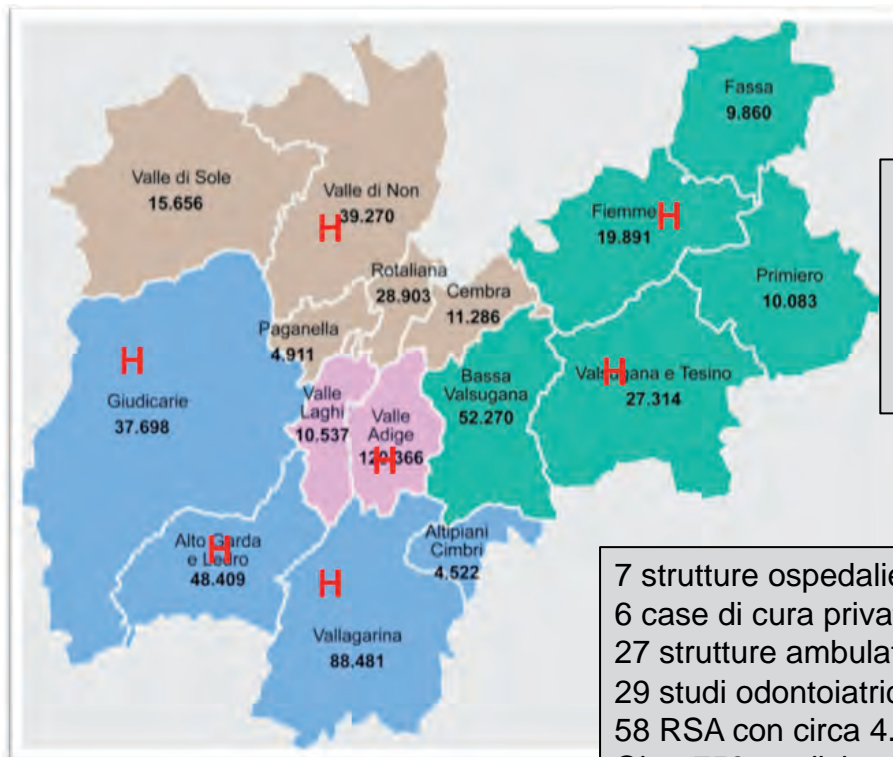


La Provincia Autonoma di Trento

Il Trentino è una Provincia Autonoma nel cuore delle Alpi
Poteri legislativi e amministrativi assegnati dalla Costituzione Italiana e dallo statuto speciale dal 1948
Amministrazione diretta del 90% delle entrate fiscali
Area: 6.233 kmq. (2,06% del territorio Italiano)
Territorio:
20% sopra 2.000 metri
10% sotto 500 metri
65% foreste
Abitanti: oltre 530.000 con 177 comuni



L' Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari



Territorio

177 comuni
15 comunità di Valle

Abitanti

Oltre 530.000
➤ 65 anni: 20%
➤ Stranieri: 6,93%

Presenze turistiche: 80.000/die

7 strutture ospedaliere pubbliche (circa 1.450 p.l.)
6 case di cura private accreditate
27 strutture ambulatoriali private accreditate
29 studi odontoiatrici privati accreditati
58 RSA con circa 4.500 p. l.
Oltre 750 medici convenzionati (MMG, PLS, continuità assistenziale, specialisti ambulatoriali)

Lo scenario: la continuità assistenziale

- Superamento del concetto di continuità ospedale – territorio.
- La continuità delle cure inizia dal territorio.
- I dati sanitari (e non sanitari) partono dal territorio.
- Ospedalizzazione come evento incidentale.

Continuità assistenziale è territorio – territorio.



Lo scenario: il rapporto medico paziente

Una volta...

- paternalismo medico
- relazione asimmetrica
- paziente meno scolarizzato spesso privo di conoscenze
- raccolta dati clinici solo con anamnesi medica

Oggi...

- modello etico contrattuale
- autodeterminazione del paziente
- Paziente più scolarizzato con enorme possibilità di accesso alle informazioni (spesso non verificate)

Lo scenario: i dati sanitari

- Disponibilità di un gran numero di dati e informazioni relativi a salute, abitudini, stili di vita, ecc.
- Non più solo dati certificati e sicuri.
- Sempre più necessità di acquisire, integrare e gestire l'informazione, condividendo e rendendo accessibile la base dati.
- CLOUD



Lo scenario: i big data

“Big data è il termine usato per descrivere una raccolta di dati così estesa in termini di volume, velocità e varietà da richiedere tecnologie e metodi analitici specifici per l'estrazione di valore. “
 Andrea De Mauro, Marco Greco e Michele Grimaldi, A Formal definition of Big Data based on its essential Features, in Library Review, vol. 65, n° 3, 2016, pp. 122-135, DOI:10.1108/LR-06-2015-0061.

La Salute è un valore.

Lo scenario: le organizzazioni sanitarie

- Organizzazioni sempre più liquide.
- Diffusione capillare delle informazioni con incontro fisico solo quando necessario.
- Rimodulazione dell'offerta infrastrutturale dei servizi.

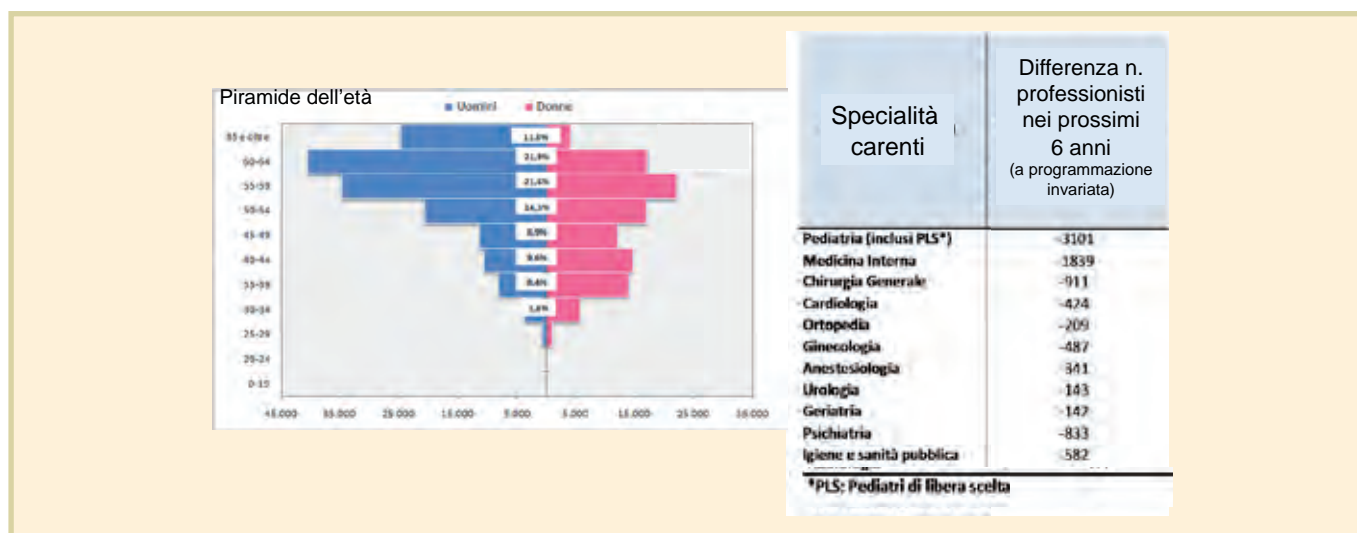


Sistema Emergenza – Urgenza

Lo scenario: carenza di medici

Gli specialisti non potranno più essere ovunque...

...ma le competenze specialistiche possono spostarsi.



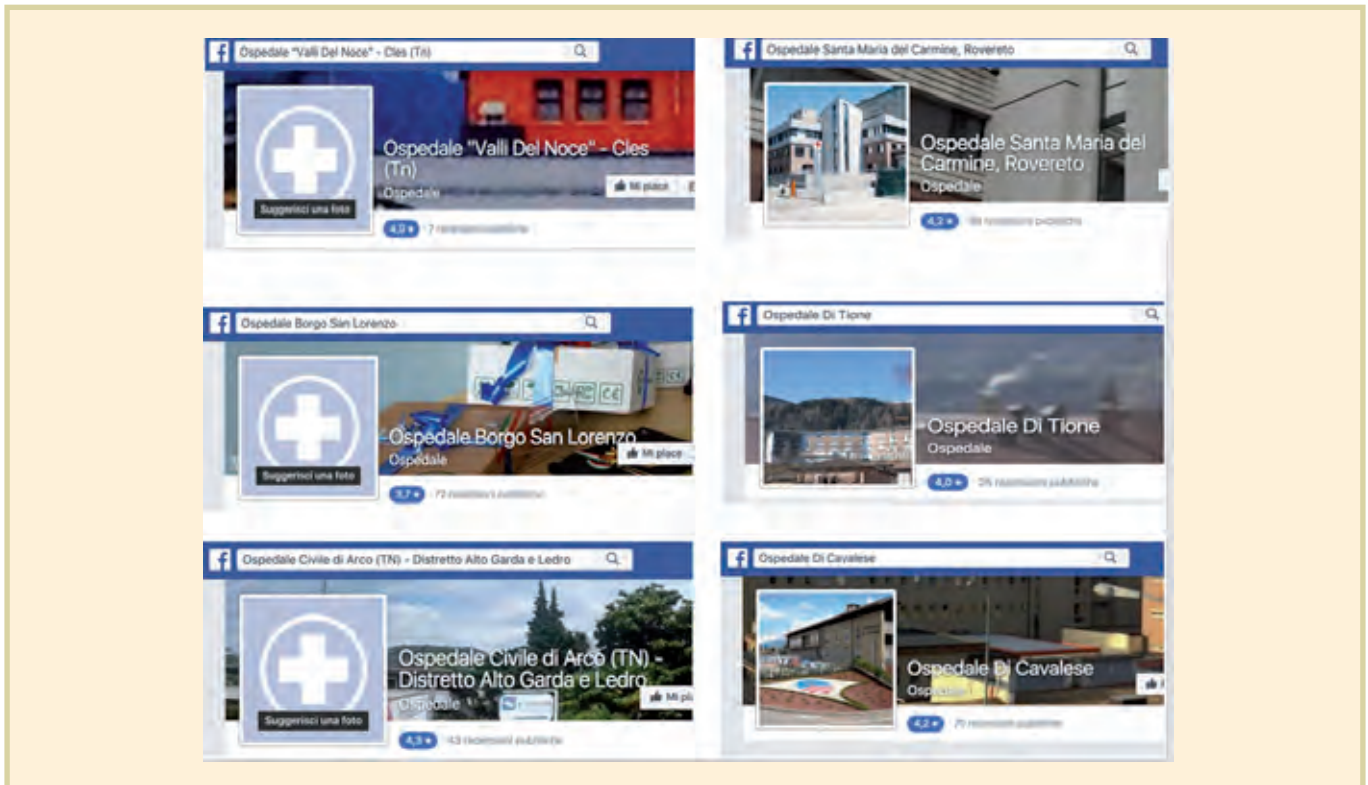
Un nuovo scenario

Che lo scenario sia cambiato è ormai un dato di fatto.



Il treno è in corsa...





@home.

l'assistenza domiciliare diventa una rete di persone e servizi sempre connessi sul territorio



Vision e approccio

rispondere **in tempi brevi** ai bisogni di:

- integrazione delle informazioni e dei processi dell'**assistenza domiciliare** (20.000 cittadini /anno)
- **collaborazione e accesso in tempo reale e in ogni luogo** alle informazioni e ai servizi da parte dei professionisti (oltre 400 operatori nelle cure domiciliari) e dei loro assistiti
- **innovazione** tecnologica ed organizzativa per ottimizzare i costi e la qualità dei servizi

Approccio

Progettazione Agile e incrementale, a ciclo breve (consegne ogni due/tre settimane), in un ambito "pilota" significativo (100 operatori in tre aree territoriali)

Tecnologie

Piattaforma di sviluppo applicativo cloud, orientata alla gestione delle relazioni e alla condivisione delle informazioni tra attori operanti in una rete sociale e in mobilità (salesforce)

Persone

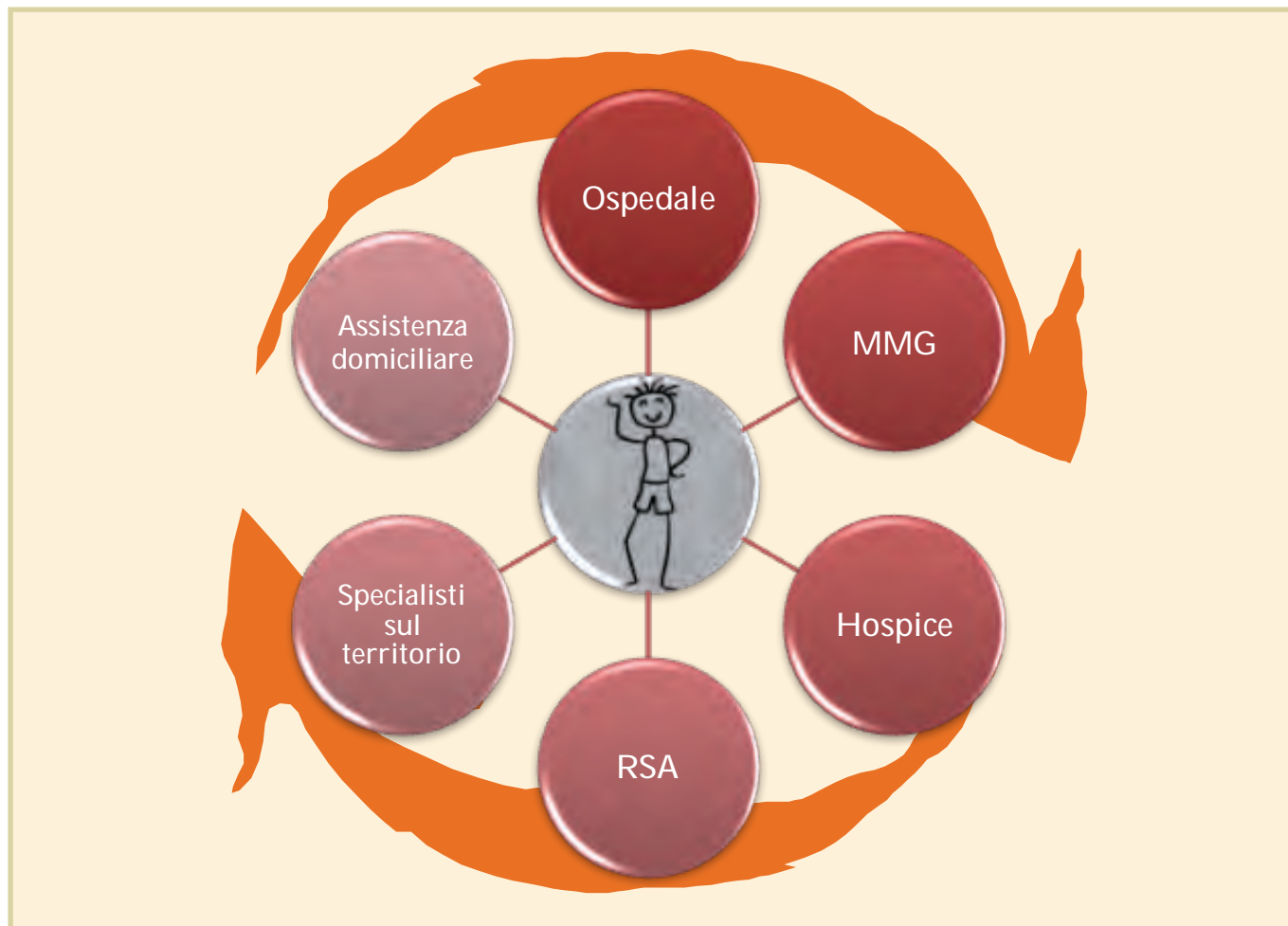
Coinvolgimento continuo dei professionisti per **mantenere all'interno** dell'organizzazione le **conoscenze** e la **proprietà** delle soluzioni sviluppate



"La scelta di una piattaforma Cloud, da sviluppare in un progetto di tipo agile, è per noi piuttosto innovativa. Del resto l'assistenza territoriale, che richiede adattamenti continui e i cui bisogni sono spesso non definibili a priori, comporta approcci nuovi ed incrementali alla soluzione dei problemi".

Il team di sviluppo del progetto di APSS

La rete delle cure palliative





La Digital Innovation leva strategica per lo sviluppo del Sud Italia

Giuseppe Giammanco - Direttore Generale ASP Catania

The screenshot shows a PubMed search results page. The search term is 'Digital'. The results are sorted by 'Most Recent' and show 14027 items. The first five results are listed below:

- Electronic Referrals and Digital Imaging Systems in Ophthalmology: A Global Perspective.**
Jeganathan VS, Hall HN, Sanders R.
Asia Pac J Ophthalmol (Phila). 2017 Jan-Feb;6(1):3-7. doi: 10.22608/APO.2016.110.
PMID: 28161930
[Similar articles](#)
- Use of a Digital Modified Checklist for Autism in Toddlers - Revised with Follow-up to Improve Quality of Screening for Autism.**
Campbell K, Carpenter KL, Espinosa S, Hashemi J, Qiu Q, Tepper M, Calderbank R, Sapiro G, Egger HL, Baker JP, Dawson G.
J Pediatr. 2017 Feb 1, pii: S0022-3476(17)30039-2. doi: 10.1016/j.jpeds.2017.01.021. [Epub ahead of print]
PMID: 28161199
[Similar articles](#)
- A socio-cognitive strategy to address farmers' tolerance of high risk work: Disrupting the effects of apprenticeship of observation.**
Mazur JM, Westneat S.
J Safety Res. 2017 Feb;60:113-117. doi: 10.1016/j.jsr.2016.12.005.
PMID: 28160905
[Similar articles](#)
- Validation of quantitative light-induced fluorescence-digital in the quantification of demarcated hypomineralized lesions of enamel.**
Gambella-Tessini K, Manfro R, Ghanim A, Adams GG, Manton DJ.
J Investig Clin Dent. 2017 Feb 2. doi: 10.1111/jicd.12259. [Epub ahead of print]
PMID: 28160446
[Similar articles](#)
- Determinants of Employment in People Living with HIV in the Netherlands.**
Wagener MN, van den Dries L, Van Exel J, Miedema HS, van Gorp EC, Roelofs PD.
J Occup Rehabil. 2017 Feb 3. doi: 10.1007/s10926-016-9692-8. [Epub ahead of print]
PMID: 28160191
[Similar articles](#)

The second result, 'Use of a Digital Modified Checklist for Autism in Toddlers...', is circled in orange. The right sidebar contains filters, 'Results by year', 'Related searches' (mental health digital), 'PMC Images search for health digital', and 'Titles with your search terms'.



PubMed.gov
US National Library of Medicine
National Institutes of Health

PubMed

Format: Abstract v

Save items
Add to Favorites

Similar articles
Validation of the modified checklist for Autism in toddlers, revised with follow-up [Pediatrics: 2014]
Screening of Egyptian toddlers for autism spectrum disorder using a [Eur Psychiatry: 2016]
Implementation of Web-Based Autism Screening in an Urban Clinic. [Cin Pediatr (Phila): 2016]
Screening for autism in young children: The Modified [Ment Retard Dev Disabil Res Re-...]
Early identification of autism: a comparison of the [J Paediatr Child Health: 2013]

Use of a Digital Modified Checklist for Autism in Toddlers - Revised with Follow-up to Improve Quality of Screening for Autism.
Cambolleli R¹, Carotenuto R^{1,2}, Esposito S³, Hashemi J³, Qiu Q³, Teoreri M³, Caltagirone R³, Sapiro O³, Egoer H^{1,2}, Baker JP⁴, Dawson G².

Author information

Abstract
OBJECTIVES: To assess changes in quality of care for children at risk for autism spectrum disorders (ASD) due to process improvement and implementation of a digital screening form.
STUDY DESIGN: The process of screening for ASD was studied in an academic primary care pediatrics clinic before and after implementation of a digital version of the Modified Checklist for Autism in Toddlers - Revised with Follow-up with automated risk assessment. Quality metrics included accuracy of documentation of screening results and appropriate action for positive screens (secondary screening or referral). Participating physicians completed pre- and postintervention surveys to measure changes in attitudes toward feasibility and value of screening for ASD. Evidence of change was evaluated with statistical process control charts and χ^2 tests.
RESULTS: Accurate documentation in the electronic health record of screening results increased from 54% to 92% (38% increase, 95% CI 14%-64%) and appropriate action for children screening positive increased from 25% to 85% (60% increase, 95% CI 35%-85%). A total of 90% of participating physicians agreed that the transition to a digital screening form improved their clinical assessment of autism risk.
CONCLUSIONS: Implementation of a tablet-based digital version of the Modified Checklist for Autism in Toddlers - Revised with Follow-up led to improved quality of care for children at risk for ASD and increased acceptability of screening for ASD. Continued efforts towards improving the process of screening for ASD could facilitate rapid, early diagnosis of ASD and advance the accuracy of studies of the impact of screening.
Published by Elsevier Inc.

KEYWORDS: M-CHAT; early detection

PMID: 28184159 DOI: 10.1016/j.peds.2017.01.021
[PubMed - as supplied by publisher]

Recent Activity
Use of a Digital Modified Checklist for Autism in Toddlers - Revised with Follow-up
health digital (14027)
health digital innovation (424)





DIGITAL SINGLE MARKET
Digital Economy & Society

European Commission > Smart Health - Digital innovation driving smarter health in Europe

The strategy | Economy | Society | Access & connectivity | Research & Innovation | DG CONNECT

Society

Skills & Jobs
eHealth and Ageing
eHealth
Research and Innovation
mHealth
Interoperability
Transatlantic Cooperation
eHealth Experts
Studies
EU Funded Projects
Ageing well with ICT

Smart living
Digital Inclusion
eGovernment

Smart Health - Digital innovation driving smarter health in Europe

This Forum Europe debate will include both digital innovation and horizontal, cross-sector perspectives, with a view to enabling a deeper, less siloed approach to healthcare thinking in Europe.

Organiser:
Forum Europe

Share

Tuesday
15 NOV
2016

Boulevard de Waterloo 38,
1000, Brussels

Share

Research and Innovation

The EU financially supports many research and innovation projects in the field of ICT for health and wellbeing ("eHealth").

The EU funds eHealth projects which have the interest of the citizens at their core. Such as projects which are at diagnosing a patient more accurately and more quickly, which make self-monitoring possible and/or help create better and safer care in general. These projects were funded under the EU's flagship Research & Innovation Program (FP7) and Competitiveness & Innovation Framework Program (CFP), and from 2014 onwards under Horizon 2020.

The European Commission manages around 200 eHealth projects, among which:

- Innovative projects focusing on Personal Health Systems, mobile health (mHealth), telemedicine etc. They also include projects working to improve interoperability.
- Research projects covering areas such as diabetes, mental illness, cardiovascular diseases, stroke and many others.

More info:

- An overview of all recent or ongoing EU funded research and innovation projects in eHealth.
- A brochure on a selection of our research and innovation projects: ["ICT for eHealth Challenges"](#).
- Project news, calls and areas via our monthly newsletter: ["eHealth in Focus"](#) and in [Italian](#).
- Interested to propose a project? Have a look at the [Participant Guide](#).

Telemedicine

Telemedicine services, based on interaction between doctors and patients through electronic media, are a great opportunity for citizens and a driving force behind the EU economy.

If European countries are to meet the growing demands for healthcare services, a focus should be placed on finding ways of maximising new technology, such as telemedicine solutions. This can help improve healthcare itself while increasing access to care and saving resources.

To support this process, the EU is funding several telemedicine projects and pilots. As part of the **Renewing Health** project for example, nine European regions pooled their efforts to revolutionise the management of chronic diseases through telemedicine. About 7,000 patients were included in the project making it the largest Randomised Controlled Trial study in telemedicine in Europe in 2014. The project enabled patients' involvement and empowerment while optimising the use of resources in healthcare provision.

United4Health continues to utilise the Renewing Health results and provide scaled up solutions. The programme involves approximately 12,000 patients.

More EU-funded telemedicine projects:

- **ELECTOR**: Telemedicine solution for arthritis patients;
- **IMALEA**: Telemedicine solution for intensive care units;
- **MOMENTUM**: A roadmap and support on how to put telemedicine into daily practice;
- Brochure on [eHealth projects](#) (pages 22-24).

Benefiting from personalised care

More effective care starts with a more precise diagnosis, based on the patient's health history and current situation. ICT helps health professionals improve diagnosis and adapt treatments to the patient's specific needs and profile.

The **euHeart** project builds computer models of the diseased heart to personalise and optimise the selection of the most appropriate treatment in several cardiovascular diseases such as heart failure and heart rhythm disorders, and also coronary artery, valvular and aortic diseases. The simulation tools can be used by doctors to predict the outcome of different types of therapy. The result is not only beneficial to patients, who get personalised and safe care, but also to society, thanks to lower medical costs.

Epilepsy is the most common brain disorder, affecting 1-2% of the population, especially children and adolescents. The **ARMOR** project will use modern monitoring and communication technologies to provide healthcare specialists with a framework for the monitoring and analysis of epilepsy-relevant multi-parametric data. The specificity of each patient and the need for constant adjustment of the treatments will be addressed through a Personal Health System (PHS) to achieve flexible monitoring and efficient diagnosis management.

Assessing how degenerative disorders affect individuals leads to more accurate management of each case but also to progress on future treatments for currently incurable diseases. According to a multi-perspective approach, the **SENSE-PARK** project addresses Parkinson's disease by combining technological expertise from technology with the experiences of patients and the scientific know-how of health professionals. It will develop a novel sensor information and data capture system to provide patients with daily valuable information on their health status and help doctors and researchers progress in diagnoses, treatments and therapeutic trials.

Last updated on 16/03/2016 - 15:35

Virtual Physiological Human

Deciding what treatment to give patients with serious illnesses, organ failure or even genetic disorders can present doctors with great difficulties. ICT provides medical professionals with tools to model and predict the effects of various treatment options in individual patients. EU research is helping to develop such new systems.



The results of a given treatment in a particular patient are dependent on a wide range of factors, including age, physical condition, gender, fitness, previous exposure to illness and more. Today, using new biomedical techniques, scientists can identify even more factors such as genetic make-up, cell structures and neurological patterns.

Share

Although medical professionals can now be much better informed on their patients' conditions, such data also complicate their work. ICT tools can help gather these data and analyse them.

Simulating treatment outcome

The concept of a Virtual Physiological Human (VPH) is a sophisticated computer modelling tool, which compares observations of an individual patient and relates them to a vast dataset of observations of others with similar symptoms and known conditions. By processing all this information, the model can simulate the likely reaction of the individual patient to possible treatments or interventions.

Such personalised tools will improve the quality of treatment with better results and less side effects. Not only for patients who are already ill or injured, but models like this could also be used in preventive medicine, to predict occurrence or worsening of specific diseases in people at risk, for example through family history.

Care across borders

One of the biggest challenges of eHealth is to provide patients the adequate care they need, wherever they are. The European Union ePSOS pilot project tries to improve widespread availability of ePrescriptions and patients summaries.

Providing patients with needed treatment, wherever they are, is the challenge of the future for eHealth. This implies sharing good practices in diagnosis and treatment of diseases, and giving people the opportunity to travel freely throughout Europe – knowing that they or their carers can access their health information from anywhere.

Share

12,3 million EU citizens live in a country different from their origin state and every year millions more make trips to other EU countries. The availability of vital information, especially for patients suffering from chronic diseases, enables them to move across borders without anxiety and to receive the most appropriate treatment whenever needed.

EU pilot for cross-border care

Pioneer in this field, the ePSOS pilot project validates and improves patient summaries and ePrescriptions. Patient summaries include general and medical information about a patient and her current medications. ePrescriptions enable the patient to obtain medication in any EU pharmacy participating in the ePSOS pilot phase.

The project is currently testing how to make patient summaries securely accessible to the European emergency services (112 emergency number) and the potential of the European Health Insurance card, a document shared by all persons insured in the EU, Iceland, Liechtenstein, Norway or Switzerland, as one of the tools for the electronic identification of patients.

• More info available on the [ePSOS](#) website

mHealth

Article Latest

Mobile Health (mHealth) is a sub-segment of eHealth and covers medical and public health practice supported by mobile devices. It especially includes the use of mobile communication devices for health and well-being services and information purposes as well as mobile health applications.

Mobile Health is a rapidly developing field: over 100,000 mHealth apps are currently available on the market. It has the potential to play a part in the transformation of healthcare and increase its quality and efficiency.

Share

mHealth contributes to the empowerment of patients: they could manage their health more actively, live more independently thanks to self-assessment or remote monitoring solutions. mHealth can also support healthcare professionals in treating patients more efficiently as mobile apps can encourage adherence to a healthy lifestyle.

mHealth

What it covers

- mobile devices
- Personal Digital Assistant (PDA)
- Smart watches & other body-worn devices or implants

With these devices it is possible to collect big amounts of data such as:

- health monitoring
- lifestyle
- daily activity

with this data, your doctor will make a better diagnosis & give the best treatment.

patients can take control of their health - accessing their records or getting reminders about their medication.

Cybersecurity and digital privacy

Article Latest Blogs

The European Commission strives to boost the overall level of cybersecurity and foster digital privacy in Europe.



Web-based attacks in the EU and around the world rose by 38% during 2015. Unsurprisingly, security against online accidents and crime has become central to consumer confidence and the online economy.

Share

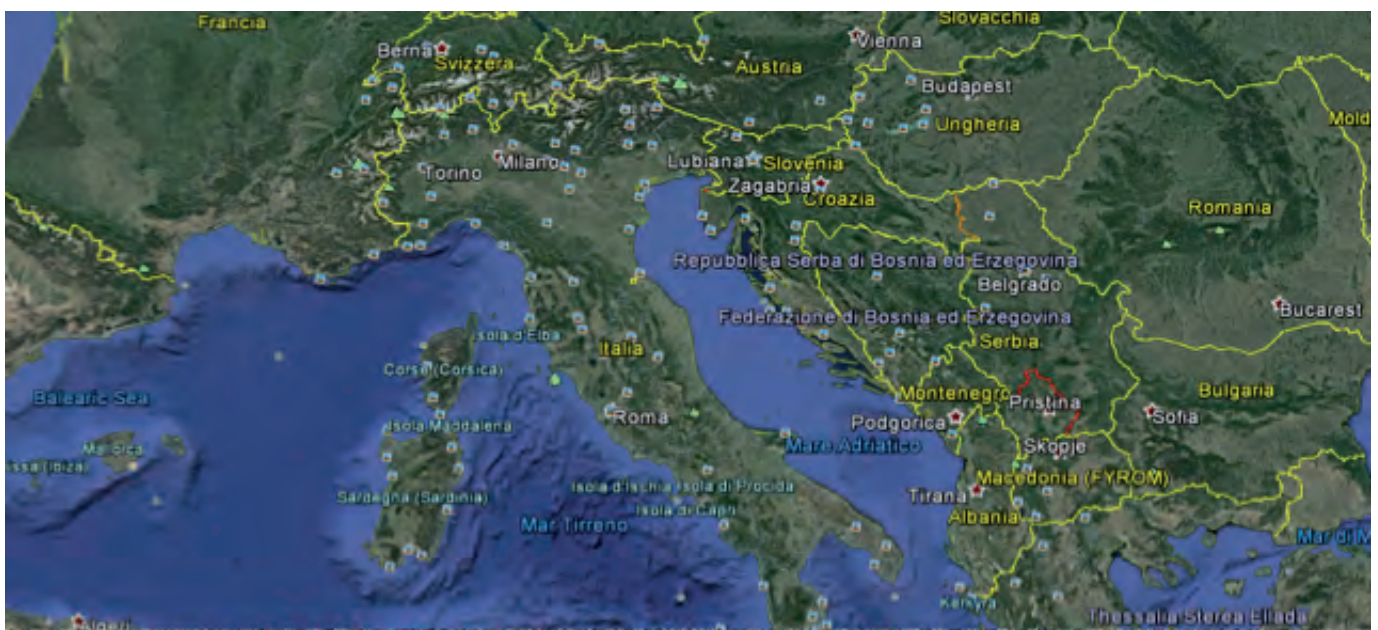
Cybersecurity and digital privacy feature high on the list of the political priorities of the European Commission: Trust and security are at the core of the [Digital Single Market Strategy](#), while the fight against cybercrime is one of the three pillars of the [European Agenda on Security](#).

The [EU Cybersecurity Strategy](#), adopted in 2013, outlines the principles that will guide the EU action in this domain - for example the importance of access to the internet, and the protection of fundamental rights online.

Since the launch of the Strategy, the European Commission has stepped up its [efforts to better protect Europeans online](#), including the adoption of different legislative proposals, a significant investment in [research and innovation](#) and the development of networks. As cybersecurity knows no border, the Commission, together with the External Action Service, also fosters cooperation with partners on the global stage.

In the [ePrivacy domain](#), the main objective is the protection of the confidentiality and the security of communications, which is rooted in the fundamental right to the respect of private and family life (including communications), as enshrined in the [EU Charter of Fundamental Rights](#).

Last updated on 05/07/2016 - 11:05



- Una indagine Censis del 2015 sul tema della digitalizzazione della Pubblica amministrazione ha mostrato che tra coloro che usano internet
- il 39% si dichiara poco o per nulla in grado di utilizzare i servizi online della PA (49% tra > 65 anni)
- i servizi online più usati sono quelli legati alla comunicazione e all'informazione
- utilizzatori dei servizi online
 - 66% ha utilizzato la posta elettronica
 - 39,8% ha letto giornali online
 - 36% frequenta social network.
 - 24% operazioni bancarie
 - 15,6%, acquisto di beni e servizi (comprese prenotazioni di visite mediche)
 - 12,7% la gestione di pratiche con gli uffici pubblici (comprese richieste di servizi).
- Questi ed altri dati certificano un sostanziale **gap tra Italia ed altri paesi europei nella diffusione della utilizzazione dei servizi informatici che riguardano la pubblica amministrazione** e i suoi servizi, e ciò nonostante la evidente ampia propensione degli italiani ad accogliere di buon favore le innovazioni tecnologiche e le loro applicazioni in altri ambiti.
- Ugualmente ampi sono, al tempo stesso, i **benefici attesi** a seguito della diffusione della digitalizzazione della pubblica amministrazione, anche e soprattutto in area sanitaria, in termini di efficienza e qualità.
- Le motivazioni che stanno alla base delle attese in tema di processo di digitalizzazione in sanità sono sia di natura sociale che di natura economica.
- Dal punto di vista sociale il valore sta principalmente nella opzione di **rendere il cittadino fulcro dei processi di cura**, offrendogli strumenti perché riesca ad assumere un ruolo maggiormente attivo nella gestione della propria salute.



Chi c'era, e che cosa è stato detto, nella prima giornata del forum sulla Sanità digitale

DIGITALIZZARE PER RISPARMIARE: I NUMERI DELL'OSSERVATORIO NETICS


- Secondo l'Osservatorio Netics, che traccia un quadro dei possibili risparmi nel campo della sanità, mediante una serie di interventi **volti a digitalizzare le strutture e i servizi offerti dal sistema sanitario**, il cosiddetto digital health, si potrebbero accumulare 6,9 miliardi di risparmi all'anno.
- Tra le soluzioni digital health suggerite nel corso dell'incontro: l'Evidence based medicine, un sistema informatico che supporta il medico nella decisione sulla terapia da assegnare al paziente. In questo modo, secondo i calcoli dell'osservatorio, si risparmierebbero più o meno 2,5 miliardi all'anno.
- Un altro miliardo e mezzo si potrebbe poi risparmiare ricorrendo alla telemedicina, ossia una cura a distanza qualora non sia necessario il ricovero. Mediante questo strumento le giornate di ricovero verrebbero ridotte mediamente del 5%, con un notevole alleggerimento della spesa sanitaria.
- Altri risparmi deriverrebbero infine da una maggiore centralizzazione degli acquisti da parte delle pubbliche amministrazioni, Asl in primis.

Fonte <http://formiche.net/2015/09/11/i-vantaggi-i-risparmi-della-sanita-2-0/>

DIGITALIZZARE PER RISPARMIARE: I NUMERI DELL'OSSERVATORIO NETICS

- Secondo l'Osservatorio Netics, che traccia un quadro dei possibili risparmi nel campo della sanità, mediante una serie di interventi **volti a digitalizzare le strutture e i servizi offerti dal sistema sanitario**, il cosiddetto digital health, si potrebbero accumulare 6,9 miliardi di risparmi all'anno.
- Tra le soluzioni digital health suggerite nel corso dell'incontro: l'Evidence based medicine, un sistema informatico che supporta il medico nella decisione sulla terapia da assegnare al paziente. In questo modo, secondo i calcoli dell'osservatorio, si risparmierebbero più o meno 2,5 miliardi all'anno.
- Un altro miliardo e mezzo si potrebbe poi risparmiare ricorrendo alla telemedicina, ossia una cura a distanza qualora non sia necessario il ricovero. Mediante questo strumento le giornate di ricovero verrebbero ridotte mediamente del 5%, con un notevole alleggerimento della spesa sanitaria.
- Altri risparmi deriverebbero infine da una maggiore centralizzazione degli acquisti da parte delle pubbliche amministrazioni, Asl in primis.

• Fonte <http://formiche.net/2015/09/11/i-vantaggi-i-risparmi-della-sanita-2-0/>

 The Commonwealth Fund - Putting the Patien... - Healthgy

Putting the Patient at the Center of the Digital Universe

David Blumenthal, MD, MPP
President, The Commonwealth Fund

2016 Digital Healthcare Innovation Summit
Boston, MA
November 2, 2016



Affordable, quality health care. For everyone.

- Emerge, per esempio, che **i cittadini sono meno sprovveduti di quanto si pensi**, e che nell'ambito specifico della sanità digitale pongono massima attenzione all'**accessibilità e disponibilità dei servizi**. Una sorta di principio della **"salute a casa tua"**.
- Concetto radicato nelle convinzioni generali, perché collegato alle funzioni di orientamento e coordinamento che la famiglia, o l'ambiente primario di vita più in generale, svolge nel promuovere l'efficacia delle cure e l'assistenza necessaria a latere delle prestazioni sanitarie in senso stretto.
- Le conseguenze legate alle anomalie del sistema complessivo dell'offerta socio-sanitaria che ricadono sui soggetti deboli e sulle loro famiglie sono spesso molto pesanti, e ciò li porta a operare in maniera molto concreta e attiva a supporto del processo di cura. Tant'è vero che se il **sistema sanitario italiano si attesta ai livelli che vengono certificati dagli organismi internazionali, una parte del merito va proprio alle famiglie e ai cittadini**.
- In altre parole, va riconosciuto quello **sforzo che compie la comunità di base che ruota attorno al malato**. Di conseguenza, tutto ciò che contribuisce a rendere più agevole ed efficiente il rapporto tra sistema dei servizi e utenti, ivi comprese le loro famiglie e la comunità di riferimento, è caldamente benvenuto e sostenuto in quanto rientra nell'ambito degli sforzi necessari per realizzare una vera presa in carico totale, tempestiva e completa del caso di malattia.
- In tal senso le **innovazioni supportate dalle tecnologie**, come i **punti unici di accesso**, i **percorsi il più possibile lineari**, la **facilità di uso**, sono considerate dalla società che deve accogliere le innovazioni, anche tecnologiche, elementi di grande rilievo e utilità.

Real Target



Opportunità :

- Variegata soluzioni e partner
- Spinta centrale SSN-Gov- UE
- Personalizzazione
- Riduzione dei costi sviluppo produttori
- Riduzione costi HW
- Disponibilità banda/rete
- **Open source- riuso**
- Maggiore competenze
- Condivisione esperienze
- Interscambio formazioni
- Standardizzazione
- Continuo miglioramento
- **Esternalizzazione del No Core Business**

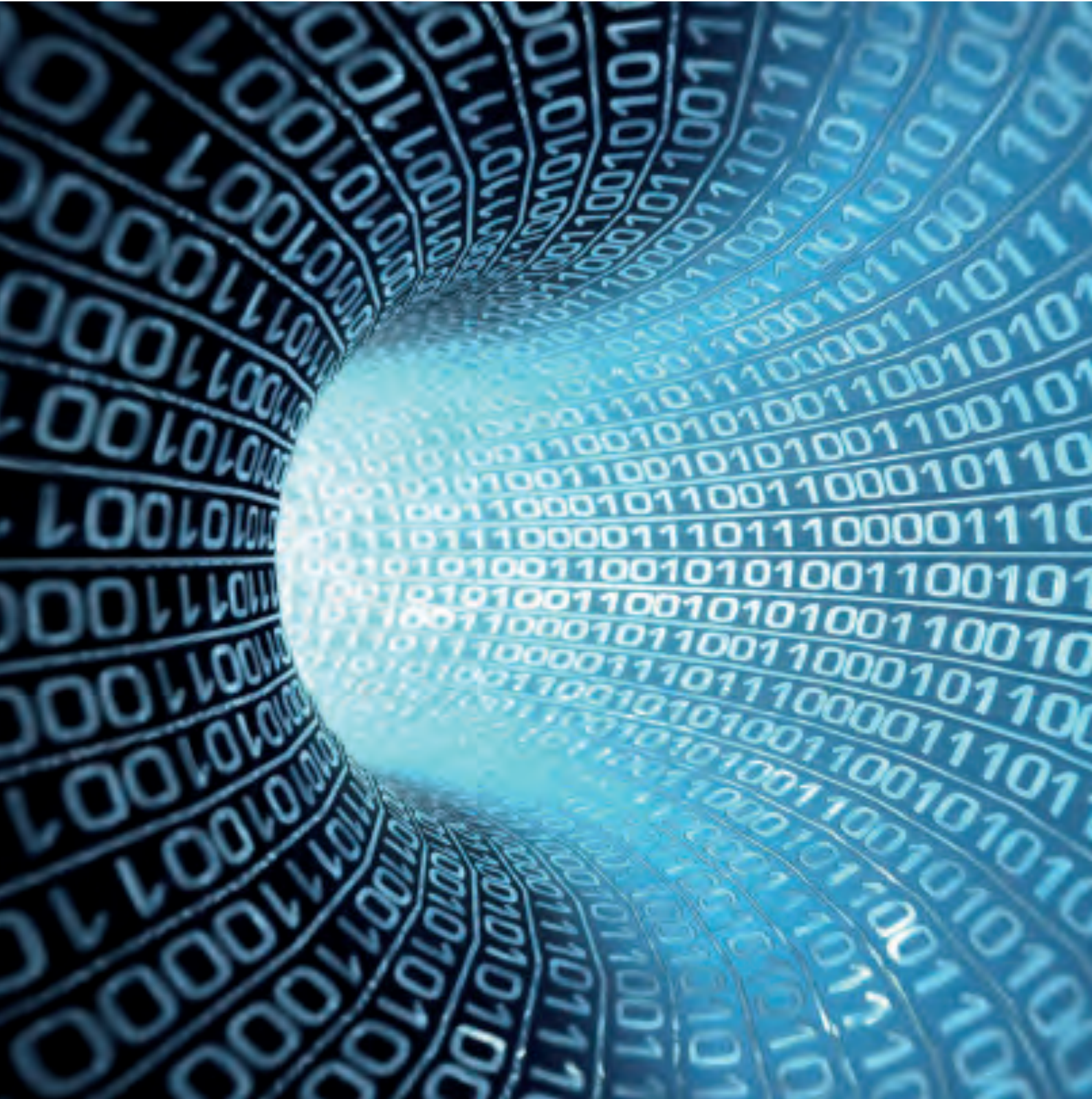
Rischi:

- **Partner non collaboranti**
- **Rigidità / vincoli normativi**
- **Mancata standardizzazione**
- **Disallineamento costi - prezzi offerti**
- **Mancata integrazione**
- **Mancata manutenzione**
- **Sottoutilizzo**
- **Open source- riuso**
- **Competenze non utilizzate**
- **Isolamento – no confronto (inter-intraaziendale)**
- **Sicurezza dati**
- **Abitudini inveterate**
- **Esternalizzazione del No Core Business**

Quello che mi ha sorpreso di più negli uomini dell'Occidente è che perdono la salute per fare i soldi e poi perdono i soldi per recuperare la salute. Pensano tanto al futuro che dimenticano di vivere il presente in tale maniera che non riescono a vivere né il presente, né il futuro. Vivono come se non dovessero morire mai e muoiono come se non avessero mai vissuto.

(Dalai Lama)





Il mutamento dei modelli organizzativi

Giorgio Giulio Santonocito, Direttore generale ARNAS Garibaldi Catania

La crisi.

Che i Sistemi Sanitari Nazionali siano giunti ad un punto di svolta è un assioma un po' stantio: in Italia, dalla Riforma del '92 in poi, passando per le varie riforme intermedie, da Bindi a Balduzzi, il concetto stesso di aziendalizzazione ha portato alla necessità di decine di "svolte".

A ben vedere la Sanità è stato l'unico comparto pubblico che ha veramente "svoltato".

Non così il comparto degli Enti Locali, per esempio, bloccato da un lato da una quasi impossibile accountability, per la oggettiva difficoltà a misurare i valori prodotti ed a confrontare i risultati ottenuti, dall'altro dalla difficoltà a contingentare le esigenze e le spinte sociali e politiche, sempre più emergenti man mano che l'Industria italiana si avvolgeva nella spirale dell'assistenzialismo di stato, della corruzione, della crisi; ed il comparto pubblico in generale e quello degli enti locali, in particolari, diventava l'unica valvola di sfogo per l'occupazione.

La Sanità Pubblica, pur non immune dalle criticità di cui sopra (e, spesso, al centro di scandali, malversazioni e corruzione) è stata, tuttavia, avvantaggiata nel difficile cammino verso l'aziendalizzazione (e verso i conseguenti cambiamenti).

Avvantaggiata dai meccanismi di misurazione e rendicontazione delle prestazioni rese: il sistema DRGs nacque proprio, nei lontani anni 70, per rispondere all'esigenza di misurazioni quantitative, di un linguaggio comune fra aziende sanitarie ed aziende assicurative, chiamate a rimborsare le prestazioni.

Avvantaggiata dal confronto, dalla competizione, con altre realtà private: le cliniche private, che popolano lo stesso mercato e che quei sistemi di management hanno sempre utilizzato.

È però vero che tutti i Sistemi Sanitari stanno progressivamente entrando in crisi: crisi di risorse, innanzitutto, ma anche crisi istituzionale, alla ricerca di un difficile riparto dell'onere della spesa sanitaria.

Gli States, ad esempio, hanno capito da anni che il loro sistema assicurativo-centrico è paradossalmente più dispendioso dei sistemi europei (allorché si sommi spesa pubblica - esigua e concentrata su poveri ed anziani - e spesa privata, mediata dal sistema delle assicurazioni aziendali) e lascia fuori dalla copertura sanitaria strati ingiustificatamente ampi della popolazione. La riforma Obama, pur tanto osteggiata e, di fatto, azzoppata, non ha che scalfito la superficie del problema.

La risposta normativa

L'Italia con il tipico atteggiamento normocentrico (una legge per ogni occasione!) si è avvolta nella duplice spirale dell'efficacia (irraggiunta e irraggiungibile per la scarsa capacità allocativa dimostrata dal sistema) e dell'efficienza (una continua, estenuante lotta agli sprechi, sotto la improbabile bandiera della male impostata spending review, e della lotta alla corruzione, sotto l'egida della pervasiva Anac).

La scarsa efficacia allocativa affonda le radici in un irrisolto disegno strategico che, a livello nazionale prima e regionale poi, non ha mai efficacemente affrontato il tema del riparto fra Territorio ed Ospedali per acuzie: una confusione di ruoli risolta (o meglio, irrisolta) in tanti modi diversi quante sono le Regioni in Italia, che ha portato di fatto a ventuno sistemi sanitari che ancora oggi, dopo un lustro, vedono accessi impropri, costosissimi, agli ospedali ed ai pronti soccorsi, ed un difficile dialogo fra gli attori del sistema.

Un continuo sbilanciamento nella corretta allocazione delle risorse continua a sovradimensionare la spesa ospedaliera, sotto la spinta demagogica della politica dell'Ospedale di prossimità e del pronto soccorso sotto casa, a tutto danno della prevenzione, della continuità terapeutica e, in ultima analisi, della Salute dei cittadini.

La scarsa efficienza è altrettanto frutto dei problemi di disegno istituzionale e strategico: sprechi negli acquisti frammentati, scarsa visione strategica nella corretta allocazione delle alte tecnologie, sperequazione fra regione e regione e fra azienda e azienda nei valori di acquisto dei fattori di produzione (il costo della famosa siringa), etc.

La corruzione, non è, né può essere argomento di una analisi di tipo economico, una considerazione però va fatta: anche in questo campo la risposta della burocrazia italiana è stata normocentrica: una serie di norme e di regole del gioco che hanno reso il gioco stesso asfissiante, allungando i tempi delle procedure di acquisto e di appalto oltre misura e, per questa via, aprendo la via ad altra corruzione. Non è un mistero che i manager passino il loro tempo a studiare il modo di accorciare i tempi delle procedure aggirando quelle norme che, con le migliori intenzioni, certo, sono poste a presidio della correttezza di quelle stesse funzioni di acquisto che, di fatto, rendono difficili, lunghe, costosissime¹.

1) I numerosi tentativi di cambiare la pubblica amministrazione per via normativa si sono spesso scontrati in passato, con le insufficienze e le inadeguatezze di organizzazioni non in grado di assorbire e di attuare i cambiamenti richiesti. La impermeabilità ai cambiamenti è stata spesso imputata alle resistenze di questa o quella categoria (di volta in volta politica, dirigenza, personale, sindacato), ma perdendo di vista i problemi strutturali di organizzazioni non attrezzate, dal punto di vista delle capacità e della flessibilità operativa. La reazione è stata spesso quella di "rilanciare" con ulteriori norme, alimentando un circolo vizioso che ha visto crescere a dismisura gli adempimenti e la complessità amministrativa.

Si tratta, dunque, di cambiare l'ottica, ponendo al centro obiettivi di politica organizzativa e di sviluppo del capitale umano, in funzione dei quali vanno calibrate le azioni da intraprendere e gli stessi interventi sulle norme. Questi ultimi devono inoltre porsi nell'ottica di incentivare e semplificare, più che di regolare in una logica di "comando e controllo". Piuttosto che prescrivere nuovi adempimenti, è necessario dare alle amministrazioni incentivi ed aiuti, anche attraverso una operazione di semplificazione del quadro normativo, per intraprendere al loro interno percorsi "sostenibili" di cambiamento e sviluppo organizzativo.

(Aran, Occasional Paper n.4 -2013 Pag. 33)

E, soprattutto, quanto costa questa Burocrazia difensiva?

È possibile il cambiamento?

La domanda che, a questo punto, si impone è se il cambiamento “micro”, quello ricercato a livello aziendale e non di sistema, quello organizzativo, sia sensato in un contesto così complesso.

E, ancora, la domanda da porsi è se il management possa ancora essere agente di quel cambiamento.

La riforma digitale, che imporrà a breve la centralizzazione delle scelte in materia informatica, la riforma degli acquisti, che impone la centralizzazione degli stessi in mano alle Centrali di committenza, i numerosi blocchi del turnover e dei concorsi, che finiscono per desertificare i reparti e delegare le politiche assunzionali a livello regionale, la stessa centralizzazione in mano ai Ministeri dell'Economia e della Sanità delle scelte allocative in materia di Reti dell'assistenza (dalla Balduzzi in avanti), hanno tolto, via via, al management aziendale le leve gestionali, relegandolo in un ruolo di mera esecuzione.

Di fatto il management sanitario non ha mai avuto la leva finanziaria, stante l'impossibilità di indebitamento, e rischia oggi di perdere le leve operative (politiche di approvvigionamento, scelte di acquisizione di alta tecnologia, politiche del personale etc.).

Eppure la risposta non può che essere positiva.

Esistono aziende sane ed efficienti, aziende di riferimento nazionale, ed esistono aziende che navigano nelle retrovie delle classifiche del Piano Nazionale Esiti, aziende dissestate e in crisi.

Cosa fa la differenza? Quali politiche manageriali riescono a far rifiorire una Azienda?

Le risposte classiche

L'analisi effettuata nella letteratura specialistica continua a ricercare l'innovazione organizzativa dei sistemi sanitari nelle direttrici tradizionali:

- Lo sviluppo di forme organizzative in grado di spostare il baricentro dal sistema d'offerta alle esigenze dei pazienti (la patient centred care);
- La revisione dei processi e dei ruoli organizzativi per eliminare sprechi ed ottimizzare i flussi (le più evolute lo fanno in logica “lean”);
- L'adozione di nuove formule e setting assistenziali (le più evolute con riferimento all'intensità assistenziale e la complessità delle cure).

Nuove logiche ricercano le determinanti del reale cambiamento organizzativo in sanità:

- nella valutazione e la gestione delle tecnologie sanitarie innovative, secondo l'approccio dell'Hta;
- nell'approccio strategico alla gestione delle risorse umane;
- nell'utilizzo massivo di tecnologie per la gestione dei flussi informativi e della comunicazione;
- nello sviluppo di sistemi di performance in grado di governare sia le “strutture verticali” (es. i dipartimenti), sia i processi orizzontali di assistenza.

Ma se tutto questo fosse sufficiente, se una semplice applicazione di queste regole, invero un po' datate, fosse sufficiente, ancora una volta occorrerebbe chiedersi: perché non farlo subito? perché alcune aziende sono ai vertici delle classifiche ed altre no? perché pur avendo a disposizione lo stesso (scarso) setting di strumenti, le differenze sono poi così abissali fra una azienda e la concorrente.

La risposta organizzativa

Il premio Nobel Gary Baker nei suoi studi sull'impatto del capitale umano nello sviluppo economico ha dato una chiave di lettura e forse una prima risposta.

Secondo Baker è lo stock di capitale umano – livello delle conoscenze, competenze e abilità detenuti dagli individui – a rappresentare la fonte del vantaggio competitivo. Molte ricerche hanno poi confermato questa tesi a livello di sistema.

Ma questa concezione delle organizzazioni economiche è trasferibile anche alle singole aziende? è applicabile alle aziende sanitarie?

Ciò che conosciamo con sufficiente certezza è il legame tra performance individuale e di gruppo e performance organizzativa.

Proprio nella Sanità pubblica abbiamo assistito nei due ultimi decenni a un fiorire di studi organizzativi, di applicazioni pratiche e di normazioni nazionali ed europee in materia di gestione del lavoro.

Ma non si può che porre ancora la domanda di prima: se è tutto così chiaro, normato, standardizzato, cosa fa la differenza fra una azienda di successo e tutte le altre?

La verità è che i livelli di capitale umano, anche se misurati correttamente, non sono in grado di predire né la prestazione individuale né, tanto meno, quella organizzativa, o possono farlo solo in parte; di più: la varianza di performance organizzativa che il livello del capitale umano è in grado di spiegare appare essere solo marginale.

Potrebbe usarsi a questo proposito una metafora calcistica: cosa fa di una squadra una squadra campione? sono sufficienti gli investimenti per acquisire il bomber del momento ad assicurare la vittoria del campionato?

Purtroppo la storia calcistica dimostra che spesso non bastano i grandi investimenti nella campagna acquisti d'estate per assicurare i risultati, la squadra di calcio che più investe nello stock di capitale umano, meno raccoglie, nei risultati.

Ma come mai un talento, una persona dotata di un eccellente bagaglio tecnico – un elevato capitale umano – non riesce a produrre i risultati che ci si aspetterebbe?

L'implicazione logica che deriva dal paradosso calcistico, è che non sempre il livello del capitale umano contribuisce a fare la differenza nella competizione soprattutto nelle organizzazioni complesse.

Allorché l'incremento di capitale umano che si realizza (attraverso l'acquisto del giocatore del momento, o, fuor di metafora del chirurgo di grido, o attraverso l'incremento del numero di operatori di un reparto o il finanziamento di prestazioni aggiuntive

agli stessi operatori o l'investimento massivo in formazione) non sia in grado di generare la performance attesa, si ha l'impressione che in quell'ambiente il capitale venga mal utilizzato. Per comprendere e affrontare il "paradosso calcistico", occorre considerare la complessità delle relazioni di causa effetto che si scatenano all'interno di una organizzazione complessa quale un Ospedale.

La storia di chiunque abbia amministrato grandi ospedali è costellata da grandi flop nelle politiche assunzionali: il caso del chirurgo o del primario di grande talento assunto con altrettanto grandi aspettative ma poi demotivato, poco identificato e in conflitto con il gruppo, che non raggiunge prestazioni eccellenti a discapito del capitale umano posseduto, illustra il tema.

Il Mutamento dei Modelli Organizzativi

È allora possibile tornare alla domanda iniziale: cosa fa la differenza.

Solo alcune politiche organizzative assicurano il reale cambiamento positivo che porta un'azienda a eccellere. Altre conducono alla stagnazione.

Tutto questo riporta al concetto stesso di "competenze".

Le definizioni di competenza sono numerose. La più citata è quella di Spencer: "la competenza è una caratteristica intrinseca di un individuo casualmente collegata ad una performance eccellente in una mansione; si compone di motivazioni, tratti, immagine di sé, ruoli sociali, conoscenze e abilità".

È necessario, però, distinguere tra competenze individuali e competenze organizzative.

Le competenze individuali rappresentano l'insieme di attitudini del soggetto, le sue qualità e capacità, frutto di studio, pratica e genetica che lo caratterizzano influenzandone il comportamento e che lo stesso utilizza per attivare i saperi e le conoscenze in un determinato contesto organizzativo.

Le competenze organizzative rappresentano il patrimonio cognitivo di un'organizzazione e sono, quindi, l'espressione della conoscenza a livello più elevato. Con l'espressione competenza organizzativa ci si riferisce alla capacità di un'azienda di intraprendere una determinata attività, che spesso richiede l'integrazione di competenze individuali all'interno del processo produttivo.

È questo il Capitale intangibile di un'azienda.

Un'Azienda non è la somma di tanti talenti, come la squadra non è la somma di tanti centravanti e difensori: le "competenze organizzative" si basano sull'integrazione tra le varie competenze individuali. Le competenze organizzative e le competenze individuali devono essere adeguatamente combinate e gestite, in quanto costituiscono l'ambito di azione per la gestione delle conoscenze.

L'integrazione delle competenze.

Nella relazione fra capitale umano e performance intervengono dimensioni diverse da quelle delle competenze, delle conoscenze e delle abilità.

È in primo luogo vero che i fattori organizzativi che riguardano le componenti strutturali tra cui i ruoli, i meccanismi di coordinamento, i sistemi di governo delle persone, la strutturazione dei processi rivestono una importanza elevatissima, se pur non sufficiente.

È possibile disporre, in termini di capitale umano, del miglior bomber del mondo, e magari può anche trattarsi di una persona legata affettivamente alla squadra: se però a costui si affida il ruolo di portiere difficilmente la sua prestazione sarà in linea con le aspettative. Allo stesso modo, se al centravanti non arriva mai un passaggio decente dai compagni di squadra, difficilmente, per quanto bravo, riuscirà a fare goal e il livello della sua prestazione ne risentirà pesantemente. Il capitale umano senza organizzazione non riesce a tradurre il potenziale di cui dispone in risultati concreti. Gli investimenti nel capitale umano, quando non accompagnati da adeguati investimenti e attenzioni nelle capacità organizzative, sono largamente improduttivi.

È altrettanto vero che il management, la visione di cui "il capo" è portatore, la sua capacità di comunicarla, la sua leadership, la sua capacità di trasmettere emozioni, obiettivi, di motivare e coinvolgere sono essenziali.

E però non basta. Solo dall'integrazione delle competenze può nascere un cambiamento organizzativo in grado di trascinare irresistibilmente l'azienda verso i propri obiettivi.

Nessun primario da solo può ottenere risultati di eccellenza e nessun reparto da solo può rappresentare un riferimento per l'utenza, se non inseriti in un contesto organizzativo multidisciplinare ed in logica concentrica.

L'esperienza dell'Arnas Garibaldi

L'innovazione organizzativa più ricca di risultati è nata, presso l'Arnas Garibaldi di Catania, da un'idea semplice: accogliere il paziente oncologico in una rete disegnata in modo da porlo al centro delle attività aziendali.

La creazione di una piattaforma oncologica si inserisce all'interno di un complesso progetto di reingegnerizzazione della struttura Aziendale in funzione della vocazione oncologica.

Attorno a questa idea forte sono state intraprese varie azioni coerenti con il perseguimento dell'obiettivo, organizzando il C.A.O. (Centro di Accoglienza Oncologico), quale sistema in grado di prendere in carico il paziente oncologico dal momento del suo primo contatto con l'ospedale, fino al completamento del suo percorso diagnostico terapeutico, provvedendo alla costituzione dei Gruppi oncologici multidisciplinari (GOM), con funzione di gestione clinica integrata, formalizzando i PDTA (Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali) specifici per patologia e informatizzando gli stessi.

La struttura stessa del CAO ripropone la logica paziente-centrica, con la creazione di un anello circolare attorno al quale sono disposti tutti gli ambulatori connessi alle patologie oncologiche, con al centro una stecca di box dedicati agli infermieri (riconoscibili da una specifica divisa, che seguiranno passo passo il paziente nella sua esperienza ospedaliera e, più tardi, nel followup), gli psicologi, gli assistenti sociali, l'ambulatorio di alimentazione per i pazienti oncologici, le associazioni di volontariato.

Le azioni di cui sopra hanno creato all'interno della Struttura aziendale una "gestione multidisciplinare in rete" del paziente oncologico, per altro coerente con la Rete oncologica Siciliana (Re.O.S.).

La piattaforma oncologica realizzata conta una serie di Unità Operative tutte strettamente interconnesse e operanti in chiave multidisciplinare: Chirurgia Oncologica, Oncologia Medica, Ematologia Oncologica, Chirurgia Senologica, Ginecologia Oncologica, Chirurgia Toracica, Urologia, Otorinolaringoiatria, Endocrinologia e Trattamento Radiometabolico dei tumori tiroidei, Neurochirurgia, Genetica Medica, Endoscopia interventistica, Medicina Nucleare, Radioterapia, Diagnostica per Immagini con sezione interventistica, Laboratorio di Analisi, UFA (Unità Farmaci Antitumorali), Anatomia Patologica, Ortopedia ad indirizzo oncologico, Anestesia e Rianimazione, Hospice.

Detta piattaforma aziendale integra, in logica multidisciplinare, competenze diagnostiche, mediche e chirurgiche in modo da affrontare a tutto tondo le patologie Oncologiche.

L'esperienza dell'Arnas Garibaldi, dimostra che esiste una complementarità tra capitale umano e capacità organizzativa. Se non si comprende la complementarità, si rischia di alimentare un circolo vizioso che porta inutilmente a puntare su investimenti fra loro scollegati e non armonizzati: l'assunzione del fuoriclasse, l'investimento in prestazioni aggiuntive, straordinari, formazione, etc.

Se non si colgono risultati tangibili, si è poi portati a ritenere che non vi sia apprezzabile relazione tra capitale umano e performance, rischiando di vanificare ogni sforzo.

Le capacità organizzative rappresentano la competenza a livello d'azienda nel combinare efficacemente il capitale umano: il rapporto che intercorre fra sciami e ape, fra rete neurale e neurone.

Conclusioni

Bisogna evitare due errori di prospettiva.

Il primo è pensare che sia sufficiente dotarsi di talenti per essere competitivi.

Il talento va organizzato, messo a sistema creando reti integrate e l'organizzazione è già ex se fonte di competitività.

Il secondo è la trappola della misurazione ad ogni costo.

I sistemi di valutazione della performance sono certamente pregevoli strumenti di misurazione, ma, appunto, sono solo strumenti: l'errore di ricercare, con complessi algoritmi, misurazioni ad ogni costo della crescita di quella che abbiamo chiamato "competenza organizzativa" può portare ad una severa sottovalutazione dell'impatto sulla performance medesima, specie nel breve periodo.

Ci si trova ovviamente di fronte al più etereo fra gli intangibile assets: l'incremento non tanto delle competenze individuali, quelle sì misurabili, quanto delle competenze di un'organizzazione nel suo complesso che smette di funzionare come insieme di Unità Operative ed inizia a comportarsi come un organismo a sua volta.

Non si vuole dire che le misurazioni della performance, rectius la misurazione degli effetti sulla performance degli interventi sulle "competenze organizzative" siano inutili: nell'attesa di aver inventato un meccanismo che consenta di misurarne gli effetti, vale la pena crederci ed investire sull'integrazione delle competenze.

L'unica misura oggettiva di questo investimento sarà la crescita reputazionale che inevitabilmente consegue allorché l'utenza comprende di trovarsi non più di fronte a reparti, ma ad un'unica realtà integrata, multidisciplinare, connessa, realmente in grado di prendere in carico a tutto tondo il paziente.





Change Management per il bene della salute

Fabrizio De Nicola - Direttore generale ASP Trapani

Premessa:

Non bisogna stupirsi quando si sente parlare di cambiamento dei processi di produzione riferiti ad un'Azienda Sanitaria, poiché tali caratteristiche non sono solo legate ad aziende vitivinicole o alimentari o di altro tipo.

È stato, infatti, grazie all'utilizzo di sistemi di percorso ormai collaudati e sperimentati agli inizi del 2000, che hanno puntato sulla definizione di obiettivi a medio e lungo termine, sulle verifiche intermedie alla scoperta di nodi critici e sulle verifiche finali, che è stato possibile parlare di produzione anche per la Sanità: l'Azienda Sanitaria produce benessere e salute, fisica e psicologica.

Una vera innovazione se si pensa a quanto la sanità fosse il prodotto preconfezionato attraverso protocolli ben definiti e che hanno fatto sì che fosse considerata, nella realtà, avulsa dal contesto economico e sociale dove era collocata.

Ciò ha permesso, nel tempo, che tutti attingessero dal sistema senza dare nulla in cambio, anzi con il preciso intento di coltivare propositi rivolti sempre più alla stabilizzazione e alla perpetuazione del sistema che, inevitabilmente, ha portato all'idea-paradosso: la sanità è malata.

È stato inevitabile porsi la domanda sul da farsi e per questo si sono scomodati studiosi ed operatori del settore che potessero dare contributi efficaci in grado di fare una diagnosi e ricorrere quindi ad una terapia efficace.

L'obiettivo era quello di trovare gli specialisti che potessero prescrivere una cura specifica finalizzata alla guarigione.

Non era facile. Non volendo qui definire quanto accaduto e quanti attori sono stati gli artefici della cura, mi limito a dire che un aspetto fondamentale è stato, senza dubbio, una terapia combinata:

- l'osservazione del dato esistente da un lato (organizzazione generica, organizzazione specifica, unità operative e gruppi, presenza di leadership e leader...);
- lo studio di strategie finalizzate al cambiamento dall'altro, oltre che la scelta dei gruppi individuati come veicoli di cambiamento e la messa in atto di nuovi modelli attraverso l'uso di mezzi innovativi, passando attraverso l'analisi dei costi con una disamina approfondita del budget e il dettaglio delle spese nel corso degli anni.

La descrizione del tipo di cura sembrava semplice, metterla in pratica è diventato complesso.

Ci si è resi conto che la messa in atto di quel sistema di cure fosse simile ad una sfida vera e propria: bisognava scommettere sulla trasformazione di assetti organizzativi ormai divenuti anacronistici.

Tutto ciò non ha significato la distruzione di quanto già esistesse,

ma la sua riorganizzazione.

Proprio questa è stata una delle leve su cui bisognava insistere, consapevole che le resistenze al cambiamento sono resistenze culturali legate alla paura del nuovo, alla paura di perdere un'identità professionale acquisita nel tempo e soprattutto alla paura di perdere il ruolo inteso come spazio fisico/istituzionale occupato.

Vale la pena, tuttavia, ricordare che il cambiamento, quello vero, non è e non può essere identificato con la rivoluzione liberandosi di tutto il preesistente e puntando solo sul nuovo.

Il vero cambiamento riattraversa il già noto, l'esperienza fatta dagli altri, l'errore commesso dagli altri, per coglierne tutti gli aspetti che possono essere utilizzati come autentiche risorse, rimettendo in gioco vecchi ruoli e precedenti professionalità, ma con l'attribuzione di nuove funzioni.

Il percorso pluriennale nelle vesti di Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Trapani, ha contribuito ad elaborare una strategia volta ad una progressiva trasformazione di quanto già esistente, pur nella consapevolezza di rapportarmi con buone e già definite professionalità.

Tenuto conto delle variabili interne ed esterne presenti in Azienda, ho tentato di coniugare tutti quegli aspetti peculiari e critici che potessero essere utilizzati come leva per il cambiamento. Un'analisi del contesto, mi ha permesso di identificare subito le seguenti variabili interne:

- Risorse umane (Tipologia, Competenze e livello professionale, Valori, Specializzazione, Motivazione, Quantità)
- Comportamenti organizzativi preesistenti (Rapporti orizzontali, Stili di leadership, Atteggiamenti verso il tempo, le norme, i risultati, gestione dei conflitti)
- Strategie (Mission dell'organizzazione, Costituzione di sotto-obiettivi)
- Strutture (Modello organizzativo, Ruoli, Accentramento e decentramento, Accorpamento e scorporo di Unità Operative)
- Meccanismi operativi (Procedure, Regole di funzionamento, Processi di pianificazione, Sistemi informativi, Sistemi di informazione e addestramento)
- Sistema premiante (Criteri di valutazione, Criteri di promozione, Criteri di sviluppo, Criteri di incentivazione).

Ho, altresì, verificato le variabili esterne, riferite al contesto territoriale in cui insiste l'Azienda Sanitaria Provinciale, i fattori economici, culturali e socio-politici, al fine di contestualizzare le trasformazioni richieste in un nuovo modello di aziendalizzazione.

Una buona osservazione iniziale è stata data dall'istituzione delle "cabine di regia" utilizzate come gruppi di lavoro al fine di elaborare i rilievi iniziali di conoscenza.

Successivamente sono state individuate le professionalità in grado di supportare il cambiamento, facendo in modo che quelle stesse professionalità, fungessero da gruppo trainante in grado di trasmettere motivazioni e voglia di cambiamento.

L'attenta osservazione, il rilevamento di alcune problematiche emerse, la disamina di elementi conflittuali di gruppo ed individuali e, infine, l'assenza di una leadership forte in grado di attuare strategie di cambiamento, hanno creato le basi per potere comprendere i nodi critici da risolvere e le resistenze su cui porre maggiore attenzione.

All'osservazione sull'organizzazione iniziale è seguito un rilevamento dei nodi critici e la relativa analisi. In questa direzione sono stati considerati due pilastri importanti per la Sanità siciliana:

- 1) La Legge Reg.le n. 5 del 14 aprile 2009, recante "Norme per il riordino del Servizio Sanitario Regionale";
- 2) Il processo di deospedalizzazione ed il conseguente potenziamento del territorio (cd. Integrazione Ospedale-Territorio);

La legge di Riforma Sanitaria ha rivisto l'assetto organizzativo del sistema, riequilibrando l'offerta tra la rete ospedaliera ed il territorio, aggiustando le modalità di programmazione e introducendo sistemi di governo e di controllo delle attività sanitarie e delle relative risorse, articolandosi lungo alcune principali linee di intervento, quali:

- il progressivo spostamento dell'offerta sanitaria dall'ospedale al territorio
- il riordino della rete ospedaliera pubblica e privata, attraverso l'accorpamento e la rifunzionalizzazione dei presidi ospedalieri;
- l'introduzione di un sistema di assegnazione delle risorse commisurato all'erogazione delle attività da programmare;
- l'attuazione di un sistema di controlli e verifiche, che trova fondamento in processi tecnico-gestionali ben definiti e nell'informatizzazione dei flussi;
- una sinergia virtuosa tra l'attribuzione degli obiettivi, l'assegnazione delle risorse e una puntuale verifica dei risultati.

Ho pertanto elaborato una serie di strategie orientate verso la ridefinizione di ruoli, compiti e funzioni secondo i seguenti criteri:

- Ruolo: posizione lavorativa abbastanza stabile all'interno dell'Azienda;
- Compito: lavoro e competenze attribuite al ruolo rivestito all'interno dell'Azienda;
- Funzione: acquisizione di competenze fuori dal ruolo e dal compito;

Per stimolare un confronto strutturato di esperienze già realizzate, ho anche considerato un nuovo concetto di responsabilità

sociale, di etica e trasparenza nella pubblica amministrazione, attraverso la pubblicazione del "bilancio sociale", che non è semplicemente uno strumento contabile da assimilare al bilancio d'esercizio, ma è uno strumento molto più ampio che mette assieme una parte contabile e una parte non legata ai risultati reddituali dell'azienda, ma all'insieme di azioni e interrelazioni che l'azienda pone in essere con l'ambiente circostante, consapevole del fatto che il cambiamento non avviene solo grazie all'impegno dei dirigenti, ma soprattutto mediante la richiesta costante e pressante del cittadino, che dovrà pretendere l'utilizzo di tale strumento di rendicontazione.

1. L'innovazione tecnologica

È innegabile che i frutti che raccogliamo oggi, sono il risultato di azioni intraprese nel corso del tempo.

La buona riuscita dei propositi di innovazione tecnologica intrapresi nel corso degli anni passati avevano lo scopo di coniugare gli obiettivi di salute con l'efficienza e il risparmio: investire in innovazione, puntare sulla qualità, implementare strategie e progetti mirati all'ottimizzazione dei processi interni alle strutture sanitarie così come alla concentrazione delle procedure in centri specialistici secondo il modello hub & spoke, ci portano verso una Sanità più efficiente.

Centinaia di apparecchiature elettromedicali, i cui costi iniziali oggi risultano abbondantemente ammortizzati, hanno ormai raggiunto la soglia dei dieci anni di utilizzo, la loro vetustà determina tuttavia prestazioni obsolete e spese di manutenzione sempre più crescenti, così come maggiori sono i tempi di esame ed i potenziali rischi clinici connessi all'utilizzo di macchinari vetusti.

Chi scrive, ritiene che gli investimenti in innovazione tecnologica non rappresentino solo un costo, ma anche un mezzo per ridurre gli sprechi e le inefficienze al fine di fornire una migliore qualità del servizio e delle cure. Investire nella salute dei cittadini, che sono i principali beneficiari dell'introduzione di soluzioni tecnologiche più innovative:

- garantisce diagnosi più precoci e mirate
- riduce i tempi delle liste d'attesa
- migliora la qualità dell'assistenza
- riduce i costi dell'assistenza stessa

L'innovazione tecnologica, insomma, se ben supportata, fornisce vantaggi considerevoli alle nostre strutture in termini di terapie innovative sempre più sofisticate, orientamenti diagnostici sempre più sicuri in grado di permettere la cura di quei pazienti considerati ad alto rischio, se non addirittura non gestibili. Questo tipo di tecnologie, infatti, si traduce sempre più spesso in riduzione dei tempi di intervento e di degenza, con il duplice benefico effetto per i pazienti di ridurre rischi e disagi, e per l'amministrazione di ridurre i costi di intervento.

Un esempio di applicazione virtuosa della tecnologia è dato dall'utilizzo, per esempio, della chirurgia laparoscopica per il trattamento chirurgico dei tumori, pur non essendo ancora molto diffuso, consente di migliorare la qualità della vita del paziente e di ridurre i costi di ricovero oltre che l'utilizzo di farmaci analgesici.

L'innovazione tecnologica, tuttavia, non deve intendersi limitata solo al solo aspetto clinico/sanitario: anche le procedure amministrative hanno, infatti, un frequente bisogno di aggiornamento. Negli ultimi cinque anni, ad esempio, l'ASP di Trapani si è dotata di strumenti innovativi per la protocollazione elettronica dei documenti, così come è stato sviluppato un nuovo percorso di delibere-online, connesso all'introduzione della firma digitale e della PEC; tutti questi strumenti hanno permesso un considerevole risparmio in termini di risorse (carta, toner, etc.) ed una notevole economia della risorsa tempo.

2. Modelli utilizzati in coerenza con i piani nazionali e quelli regionali sul tema dell'innovazione

Su iniziativa dello scrivente, il sito informatico istituzionale dell'ASP di Trapani è stato realizzato in modo da rispettare i principi di accessibilità, elevata usabilità anche in favore delle persone disabili, reperibilità delle informazioni, completezza di informazione, chiarezza di linguaggio, affidabilità, semplicità di consultazione, qualità, omogeneità e interoperabilità così come previsto dall'articolo 53 del CAD (Codice dell'Amministrazione Digitale, pubblicato con D.Lgs. n. 82 del 7 marzo 2005).

Inoltre, in base alle disposizioni normative contenute nell'art. 54 del CAD, la pubblicazione on-line di provvedimenti o atti amministrativi e la loro comunicazione con le medesime modalità, ha implicato l'assunzione da parte dell'Amministrazione di una garanzia di conformità rispetto alle informazioni contenute nei provvedimenti originali cartacei.

Dal 2011 è attivo sulla pagina d'apertura del portale web www.asptrapani.it il nuovo "Albo Pretorio Online". Questa iniziativa, adottata in ottemperanza all'art. 32 della legge 69/2009, e tenuto conto di quanto disposto dall'art. 26 della legge 241/1990, si è inserita nell'ambito delle azioni volte al progressivo superamento delle pubblicazioni in forma cartacea.

Le Amministrazioni pubbliche hanno, come è noto, l'obbligo di rispettare il principio di trasparenza dell'azione amministrativa in attuazione dei principi costituzionali di imparzialità e di buon andamento della pubblica amministrazione (art. 97 Cost.).

All'interno dell'Albo Pretorio Online gli utenti possono trovare atti e provvedimenti amministrativi di varia natura, pubblicamente disponibili al cittadino/utente, per conferire ancora maggiore trasparenza all'azione dell'Ente e dare concretezza ed immediatezza alle cosiddette politiche di Customer-satisfaction.

In particolare all'interno dell'Albo Pretorio Online i cittadini possono trovare:

- Delibere del Direttore Generale
- Bandi e Avvisi
- Gare
- Concorsi
- Altri Atti dell'ASP di Trapani
- Atti provenienti da altre Amministrazioni pubbliche

L'ingresso delle nuove tecnologie della comunicazione e dell'informazione (ICT) nel settore pubblico ha provocato una rivoluzione organizzativa che ha determinato anche l'avvio di numerosi progetti di informatizzazione, con una serie di sperimentazioni finalizzate ad inseguire l'innovazione nei diversi contesti organizzativi. L'ICT ha già aumentato l'efficienza, l'efficacia e la qualità relazionale delle transazioni interne ed esterne, ma è innegabile che potrà avere un ruolo sempre più rilevante nell'aumentare la coesione organizzativa anche nella creazione di contenuti con la collaborazione di più strutture interne, nella diffusione di informazioni ad altre Amministrazioni ed ai cittadini, nella gestione delle informazioni destinate all'utenza da parte dell'Amministrazione, e oltre.

In un primo tempo l'impegno è stato rivolto soprattutto ad un diverso orientamento dei servizi, allo sviluppo delle infrastrutture di base, alla diffusione di competenze informatiche e di una crescente familiarità da parte dei dipendenti con gli stessi strumenti informatici. Solo successivamente si è passati ad una maggiore diffusione dell'uso delle ICT con l'attivazione di modelli tecnologici come il già citato "Percorso Delibere Online" che ha semplificato l'immissione e la lavorazione degli atti deliberativi che adesso sono digitalmente marcati, oltre che un nuovo sistema di Protocollo informatico che, attraverso la digitalizzazione dei documenti cartacei abbinata al loro invio telematico, ha permesso di ottenere una maggiore rapidità nell'invio o nell'inoltro della corrispondenza.

3. La gestione Amministrativa e Sanitaria

L'innovazione tecnologica esprime per sua natura l'idea del cambiamento, ed è quindi necessario per i diversi soggetti coinvolti comprendere a pieno tali processi per poterli adattare al meglio alle diverse realtà, ma è certamente inevitabile cambiare le preesistenti procedure di lavorazione pensate per documenti cartacei e non per dati strutturati. Appare, inoltre, sempre più inevitabile estendere la digitalizzazione anche agli altri documenti che quotidianamente vengono scambiati e lavorati, consentendo in questo modo di liberare risorse da destinare ad attività a maggiore valore aggiunto.

Le organizzazioni, tuttavia, sono formate dalle persone e dai rapporti che queste hanno le une con le altre. Cambiare la cultura aziendale può voler significare una modifica del modo in cui viene svolto il lavoro in un'organizzazione e può condurre ad un impegno e ad una responsabilizzazione rinnovati da parte dei dipendenti. La fase di realizzazione del cambiamento è sta-

ta considerata la parte più importante del processo ma anche la più difficile, in quanto il cambiamento comporta trasformazioni impegnative e può costituire motivo di disagio per i dipendenti che possono dimostrare una certa resistenza alla messa a punto di nuove procedure a volte perché temono una perdita di "potere" o di status. La soluzione adottata è stata quella di coinvolgerli maggiormente in ogni processo innovativo e di cambiamento.

Uno dei fattori che richiedono un cambiamento nella cultura e nella mentalità dei dipendenti è la riprogettazione di un'organizzazione verticale lungo il suo flusso di lavoro orizzontale. Tale trasformazione, modifica il modo in cui manager e dipendenti devono capire lo svolgimento del lavoro e richiede una maggiore attenzione verso l'empowerment dei dipendenti, la collaborazione, la condivisione delle informazioni ed il soddisfacimento delle esigenze degli utenti, mediante l'incremento dell'autoefficacia e dell'autodeterminazione, abbandonando definitivamente il "concetto" dell'autoreferenzialità, per far emergere risorse latenti e portare l'individuo ad appropriarsi consapevolmente del suo potenziale, raggiungendo un grado più alto di autonomia e responsabilità.

Quest'ultimo aspetto ha riguardato sia la gestione amministrativa che sanitaria; nel rispetto delle relative competenze sono stati avviati cambiamenti e progetti in grado di definire l'offerta sanitaria da un lato e attivare dall'altro il motore in grado di azionare una distribuzione di forze e di motivazioni finalizzate al cambiamento.

La gestione amministrativa ha promosso azioni tendenti all'autentica lettura delle risorse economiche per indirizzarle al risparmio attraverso la razionalizzazione della spesa.

E' stato rivisitato l'organigramma e il modello organizzativo preesistente e, attraverso una disamina attenta delle risorse e le attribuzione delle varie competenze, è stata ridisegnata una mappatura rinnovata e snellita che ha trovato il fulcro promotore nell'U.O. "Controllo di Gestione".

Assieme al SIL ed all'U.O. "Economico Finanziario" è stato avviato un sistema di controllo di budget in grado di dare risposte soddisfacenti all'intero sistema economico dell'Azienda anche attraverso l'informatizzazione degli uffici e dei loro sistemi di contabilizzazione; l'utilizzo di hardware e di applicativi di ultima generazione hanno reso fluido il lavoro rendendolo adeguato alla norma di legge che regola il Codice Amministrazione Digitale (CAD) e al numero sempre più esiguo di personale oltre all'utilizzo razionale della risorsa tempo.

I risultati nel corso degli ultimi quattro anni sono stati sorprendenti:

- bilancio sempre tenuto sotto osservazione e controllo;
- azienda in attivo;
- autorizzazione ad avviare piani pluriennali di investimenti con i risparmi ottenuti;
- piano annuale e pluriennale di investimenti distinti per servizi e attrezzature;
- piano di pronto intervento per investimenti estemporanei ed in emergenza.

Sono gli aspetti salienti sui quali bisogna riporre le forti motivazioni al miglioramento.

L'innovazione tecnologica e i suoi campi di applicazione, ha trovato la giusta collocazione anche nella gestione e nell'organizzazione sanitaria.

Anche in questo caso bisognava creare le condizioni che portassero al cambiamento senza stravolgere il preesistente, consapevoli delle resistenze anche qui legate al ruolo e al compito di ciascuno dei dirigenti con attribuzioni di responsabilità.

Proprio sull'innovazione tecnologica sono state poste le basi per un progetto obiettivo che ha coinvolto la maggior parte della dirigenza medica stimolando interessi e grado di motivazione sufficientemente alti.

È stato una sorta di scommessa iniziale, oltre l'impegno profuso per l'attivazione di sistemi in grado di fare comunicare tra loro servizi e UU.OO. a creare un amalgama in grado di raggiungere così obiettivi come ad esempio la lettura delle refertazioni in tempo reale e lo "scorrimento" di immagini attraverso una rete LAN aziendale che ha subito un continuo implemento in questi ultimi anni.

Ci si è prodigati per avere una rete aziendale efficiente e contestualmente avviare progetti come il RIS-PACS, che ha visto coinvolte tutte le radiologie dell'Azienda, applicativi per i Laboratori di Analisi e per i Pronto Soccorso e, attraverso cospicui investimenti di attrezzature hardware, tutti i reparti e i servizi sono stati dotati di PC e stampanti in grado di far fronte ad ogni esigenza che le nuove tecnologie impongono.

In Radiologia il ruolo di un RIS è centrale: è proprio un sistema del genere che permette di individuare e di eliminare criticità all'interno dei percorsi di refertazione.

Il sistema permette anche la possibilità di richiedere una seconda opinion e di razionalizzare la presenza di personale all'interno dei presidi.

Un investimento in tecnologie avanzate degno di rilievo ha riguardato l'informatizzazione di sistemi di approvvigionamento carburante associato a sistemi di localizzazione dei mezzi aziendali dotati di gps in linea con la normativa vigente, in grado di innescare un risparmio stimato nell'ordine di un buon 30% rispetto ai periodi precedenti.

In coerenza con quanto il CAD prevede, i riferimenti di cui la gestione e la organizzazione sanitaria si è occupata sono stati:

- Sistemi gestionali ospedalieri
- Sistemi gestionali regionali
- Modalità diagnostiche
- Workstation di visualizzazione (ved. ad esempio gli applicativi per il controllo in remoto)

In pratica, in un futuro non troppo lontano e insistendo sull'adeguamento ai nuovi codici di amministrazione digitale dobbiamo inevitabilmente prevedere obiettivi orientati verso:

- Prenotazioni telefoniche ai fini dell'esecuzione degli esami prescritti

- Accettazione e gestione informatizzata tramite la gestione della modulistica on line
- L'esecuzione dell'esame richiesto e possibile gestione della cassa
- Refertazione e trascrizione con indicizzazione degli esami

Possono essere questi tra gli ultimi obiettivi ormai alla nostra portata, essendo gli stessi in grado di essere raggiunti in tempi non troppo lunghi, perché individuati come punti di forza dell'azione aziendale.

4. Nodi critici

L'innovazione è un processo che deve integrare tutte le leve disponibili (sistema normativo, tecnologie, riorganizzazione dei processi, capitale umano), in un contesto di forte coordinamento tra l'amministrazione centrale e le sue sedi periferiche, al fine di semplificare e ridurre tempi e costi dei procedimenti. Tale direzione dovrà essere percorsa con la messa a punto di un modello sinergico, nel quale siano chiaramente definiti i servizi e le prestazioni forniti da ciascuna Unità Operativa aziendale.

Per realizzare un cambiamento con successo è stato necessario:

1. diffondere l'idea di necessità al cambiamento;
2. istituire una coalizione di persone provenienti da ogni parte dell'organizzazione che abbiano il potere e l'influenza sufficienti a guidare il processo di cambiamento (identificazione delle leadership);

3. formulare l'articolazione di una visione convincente e di una strategia per raggiungere il cambiamento;
4. trovare un'idea che risponda alla necessità, che implica procedure di ricerca, come la creazione di task-force con il compito di esaminare il problema;
5. elaborare piani per superare la resistenza al cambiamento, volti a riconoscere l'esistenza di conflitti, minacce e potenziali perdite percepite dai dipendenti (adeguata informazione e formazione);

L'innovazione è qualcosa in cui bisogna inevitabilmente credere; essa è continua, dinamica, spesso sconvolgente, a volte fa paura; è come se fosse una scommessa senza la quale si rischia di perdere la spinta motivazionale che fa del nostro lavoro in sanità, un lavoro speciale e unico in grado di assolvere ad un compito esclusivo: rispondere ai bisogni di salute dei cittadini.





Ripensare il modello sanitario. Il cittadino al centro

Francesco Luca - Direttore Sanitario ASP Catania

Premessa

Passaggio culturale da una visione assistenziale ospedalecentrica ad un ripensamento del modello sanitario che ponga a fondamento la centralità e la partecipazione del cittadino in quanto titolare del diritto alla salute e soggetto attivo del percorso assistenziale e la necessità di una «qualificata integrazione dei servizi sanitari e socio-sanitari anche attraverso il trasferimento dell'offerta sanitaria dall'ospedale al territorio» (L.5/2009)

DEVE ESSERE SUPERATA LA LOGICA «VERTICALE» DELLE CURE, INTESA COME SOMMATORIA DI SINGOLI ATTI ASSISTENZIALI, PER PERSEGUIRE UN MODELLO IN CUI LA PRESA IN CARICO SI BASI SULLA CAPACITA' DI METTERSI A «FIANCO» DEL PAZIENTE IN UNA LOGICA DI UNICA RESPONSABILITA' DI PRESA IN CARICO RISPETTO AD UNA MOLTEPLICITA' DI ATTIVITÀ E SERVIZI.

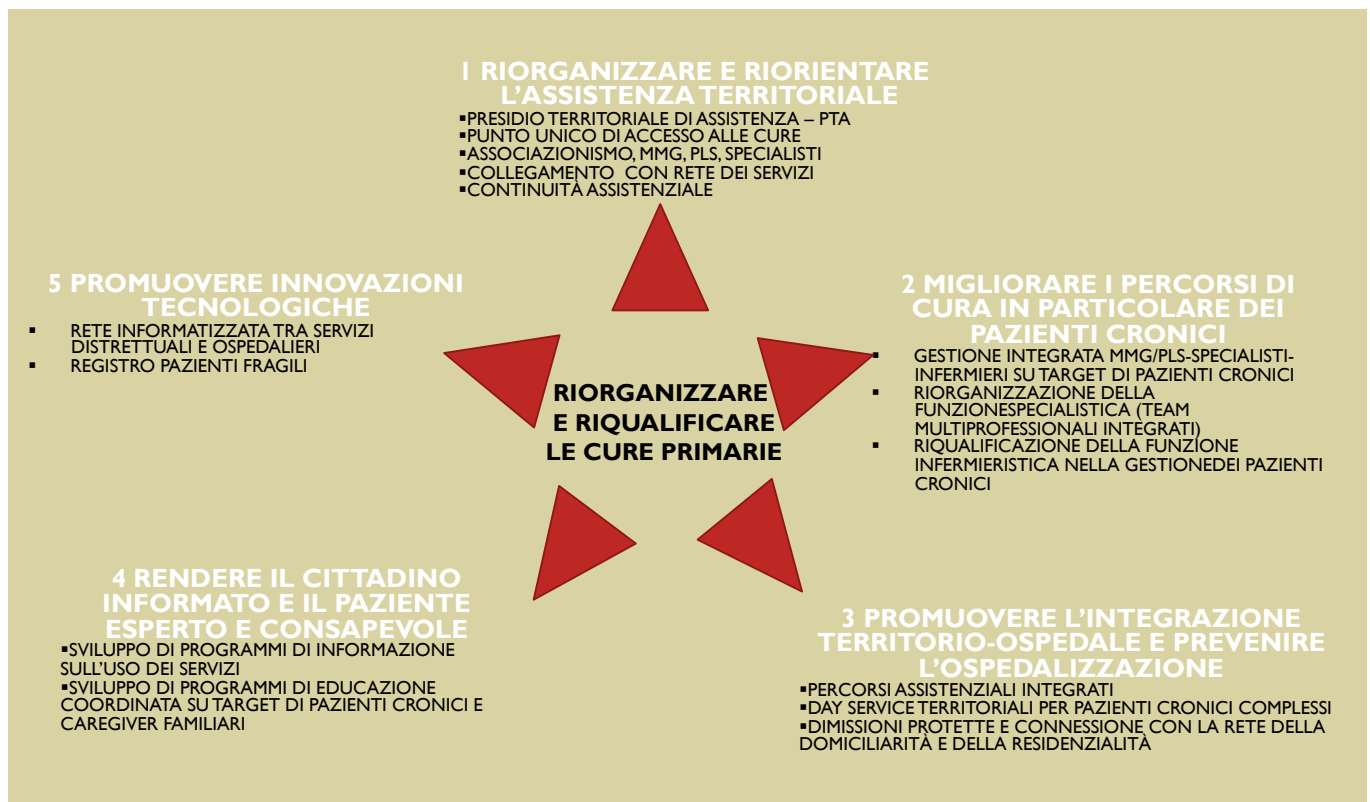
L. R. n. 5 / 09 di riordino del S.S.R. D.A. 723 / 2010

Linee guida sulla riorganizzazione dell'attività territoriale (PTA, Cure Primarie, Gestione Integrata, Day Service Territoriale)

L'oggetto del decreto è la riqualificazione della rete dei servizi distrettuali

RIORGANIZZARE E RIQUALIFICARE IL SISTEMA DI «CURE PRIMARIE»

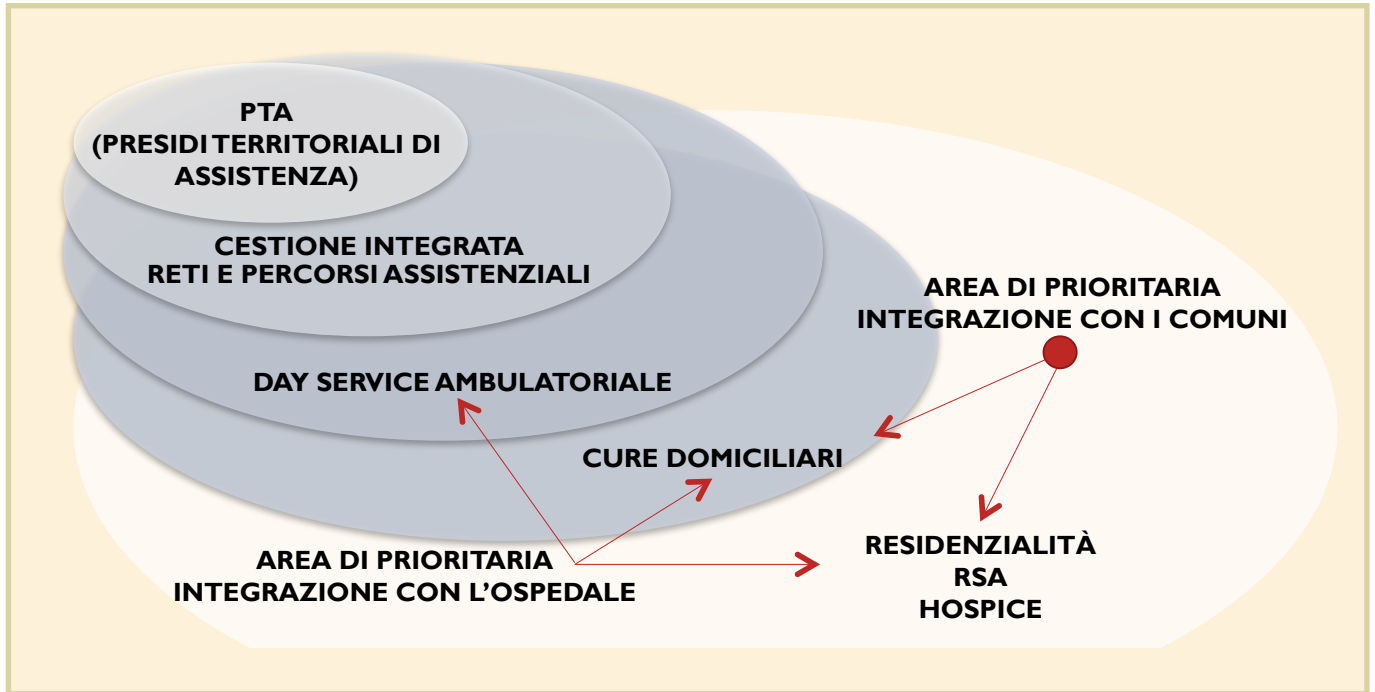
Sulla base dei riferimenti della L.R. n.5 del 17/04/2009 e della Conferenza Stato Regioni del 25/03/2009



Nuovi scenari

Si impone, pertanto, un nuovo scenario che indirizzi verso la modernizzazione della rete dei servizi territoriali fermi da circa 40 anni ai modelli di erogazione della L. 833/78

STRUTTURE STRATEGIE E STRUMENTI PER PREVENIRE L'OSPEDALIZZAZIONE E PER RIQUALIFICARE LE FUNZIONI DISTRETTUALI



L'organizzazione Sanitaria costruita sulle nuove norme

D.A. 12
agosto 2010

- Norma l'identificazione dei prescrittori
- Dematerializza la ricetta

D.A. 26
luglio 2012

- Obbliga alla consegna del I ciclo terapeutico
- Pone regole alle Aziende Ospedaliere

OBBLIGA

- Definisce le reti con centri Hub e Spok per tutte le cronicità
- Alla gestione del CUP

Conduce alla Governance dell'assistenza per la cura di tutti

TERRITORIO PRIORITÀ PER IL CAMBIAMENTO

1

Riorganizzazione delle cure primarie in relazione all'incremento delle patologie croniche

2

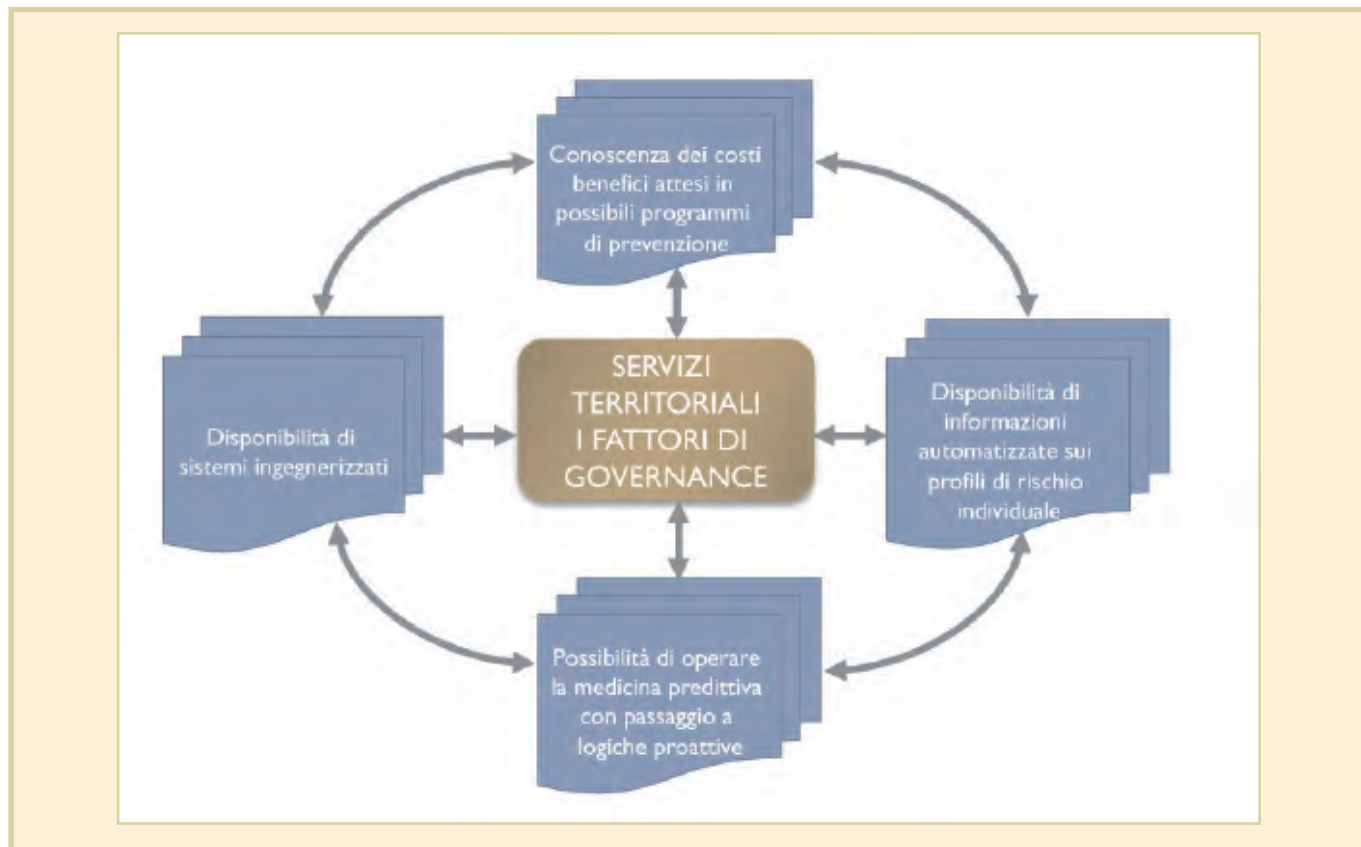
Coordinamento dell'assistenza e continuità delle cure.
Organizzazione del territorio in team multiprofessionali e multidisciplinari

3

Coinvolgimento dei pazienti nei processi assistenziali attraverso l'accesso alle informazioni, il counseling ed il supporto all'autocura

4

Infrastrutture adeguate al lavoro in team



Quali pilastri per la riorganizzazione?

- Nuovi modelli di strutture e di percorsi per l'erogazione dei servizi territoriali
- Sviluppo di applicativi informatici
- Semplificazione delle procedure amministrative di erogazione

Nuovi modelli di strutture e di percorsi

L'istituzione dei PTA quali punti di accesso alla rete territoriale dei servizi sanitari ha stimolato la trasformazione da un'assistenza reattiva ad un'assistenza proattiva con:

- L'orientamento della domanda di salute tramite il PUA – Punto Unico di Accesso
- La presa in carico dei pazienti cronici

IL PUA

L'orientamento della domanda sanitaria facilita la rapida risposta ai bisogni di salute tramite un sistema gestionale unico che collega informaticamente:

- Ambulatori
- Ufficio Riabilitazione
- Ufficio ADI-RSA
- Ufficio CEE
- Ambulatori Vaccinazioni
- Farmacia distrettuale
- Protesi integrativa
- Consultorio
- ...

REGIONE SICILIANA



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE CATANIA



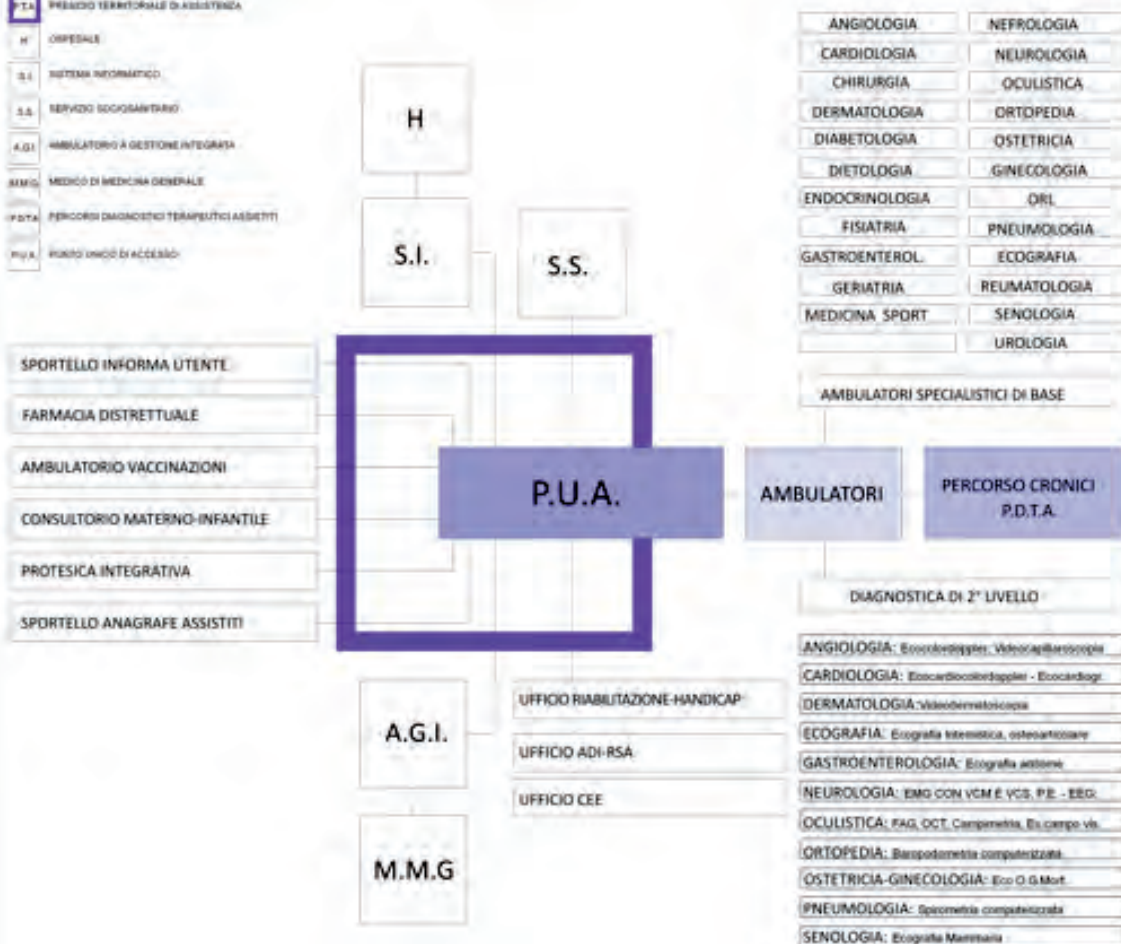
P.T.A. S. LUIGI

UNA NUOVA PROPOSTA DI ASSISTENZA SANITARIA

DIAGRAMMA FUNZIONALE DEL P.T.A.

LEGENDA

- P.T.A. SERVIZIO TERRITORIALE DI ASSISTENZA
- H OSPEDALE
- S.I. SISTEMA INFORMATICO
- S.S. SERVIZIO SOCIO SANITARIO
- A.G.I. AMBULATORIO A GESTIONE INTEGRATA
- M.M.G. MEDICO DI MEDICINA GENERALE
- P.D.T.A. PERCORSI DIAGNOSTICI TERAPIUTICI ASSIETI
- P.U.A. PUNTO UNICO DI ACCESSO



I LUOGHI



EDIFICIO A	EDIFICIO B	EDIFICIO C	EDIFICIO D	EDIFICIO E	EDIFICIO F
<ul style="list-style-type: none"> PUA - Punto Unico di Accesso Accertazione Cassa Ticket Ambulat Radiologia A.G.I.-Ambulatorio Gestione Int. Sportello pazienti Percorso cronicità Protesi e ausili R.S.A.-Residenza Sanitaria Ass. Educazione alla U.V.M.D.-Unità Valutativa C.E.E.-Assistenza Assistenza Riabilitativa H Distr. Direzione Consultorio Attività Intramoenia Uffici Amministrativi 	<ul style="list-style-type: none"> B1 Farmacia territoriale Dietr. Ct. B2 Autorizzazione Piani Terapeutici Consegna Presidi Sanitari 	<ul style="list-style-type: none"> Archivio Generale 	<ul style="list-style-type: none"> D1 Accoglienza - Informazioni D2 Ambulatorio Vaccinazioni 	<ul style="list-style-type: none"> Uffici Amministrativi Distrettuali 	<ul style="list-style-type: none"> F1 Controllo di merito Medici Specialisti Accreditati



LA REALTÀ AMBULATORIALE



Ecocardiografia



Pneumologia Spirometria computerizzata



Amb. Infermieristico



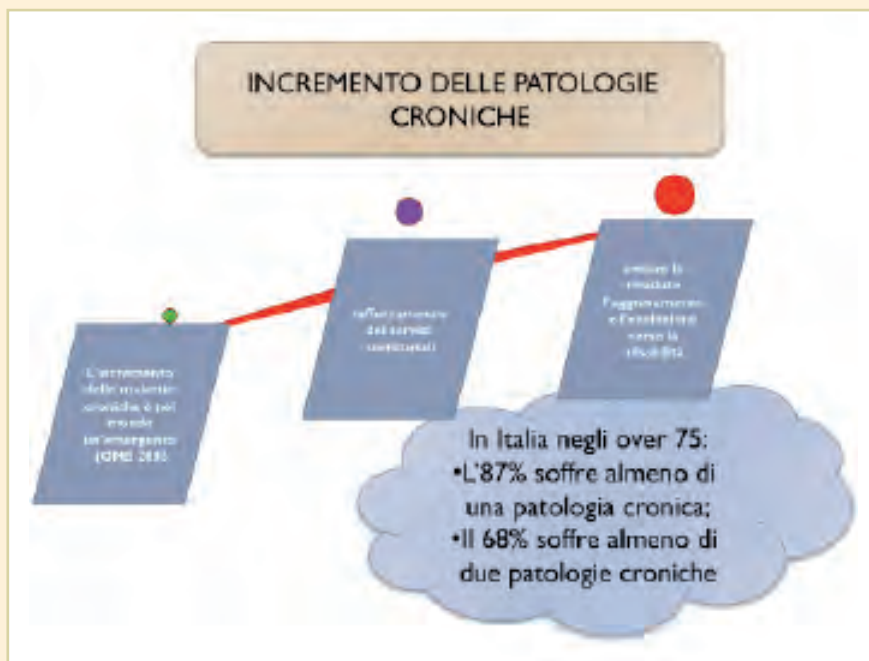
Amb. Infermieristico 2



Area attesa sportello multifunzionale Virga



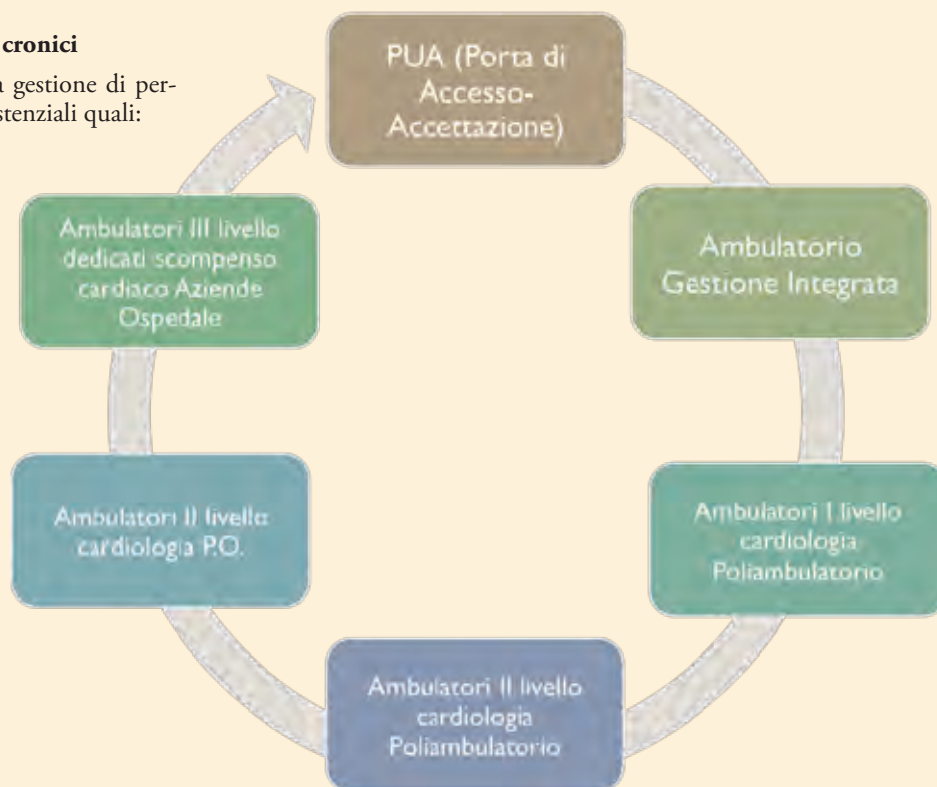
Area attesa sportello multifunzionale Bellini

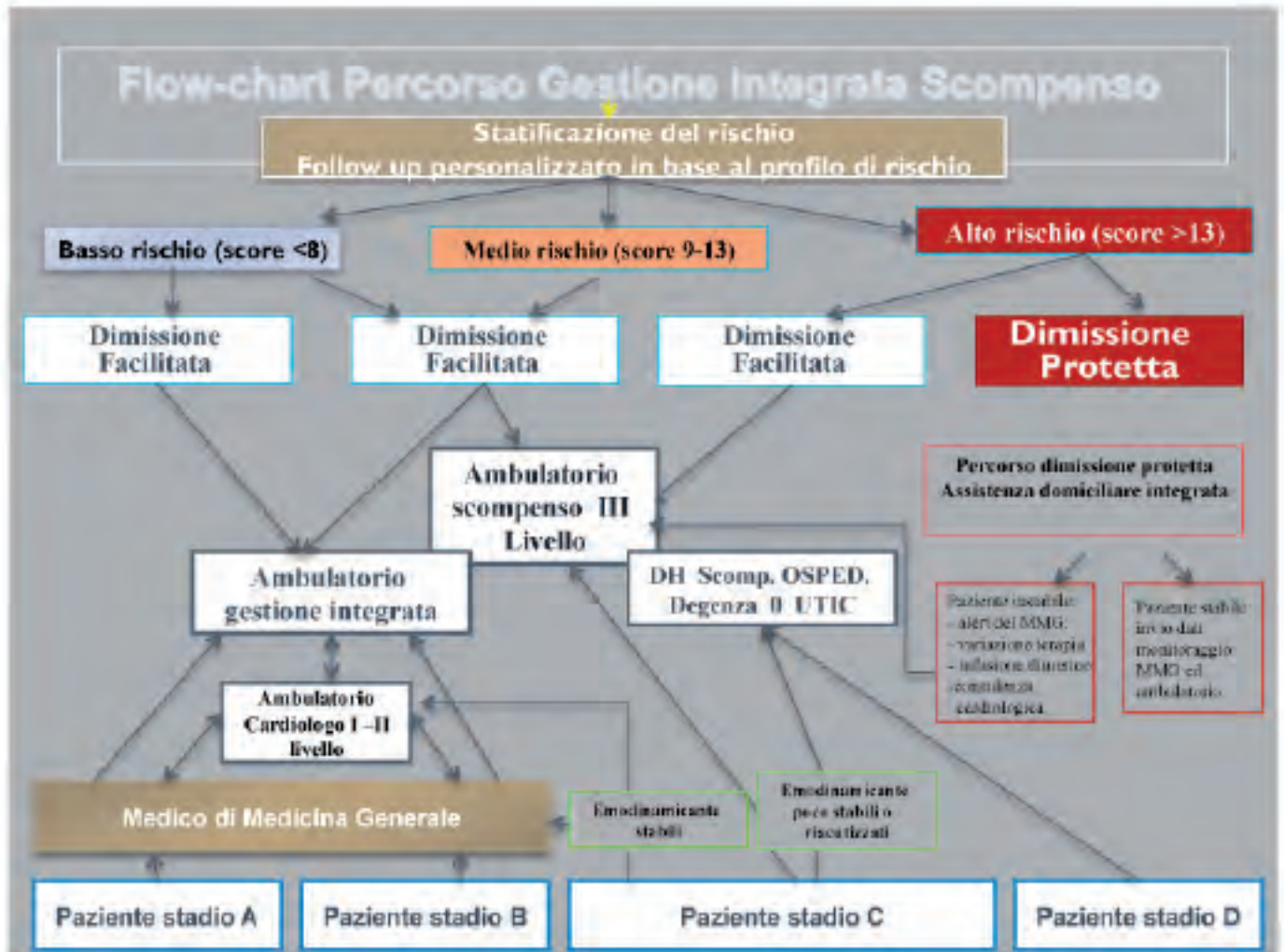


La presa in carico dei pazienti cronici

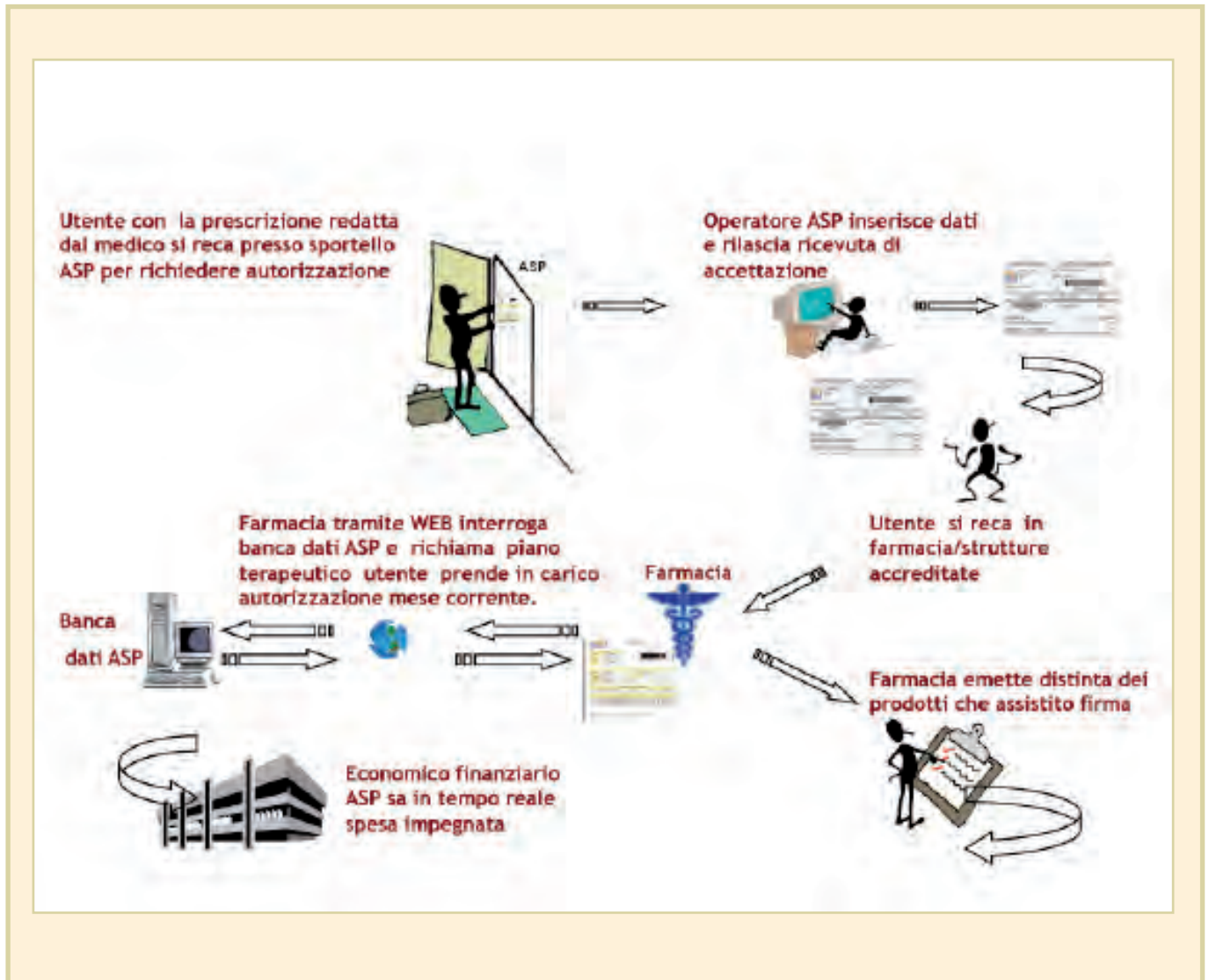
Medicina proattiva attraverso la gestione di percorsi diagnostici terapeutici assistenziali quali:

- Diabete mellito
- Scompenso cardiaco
- BPCO



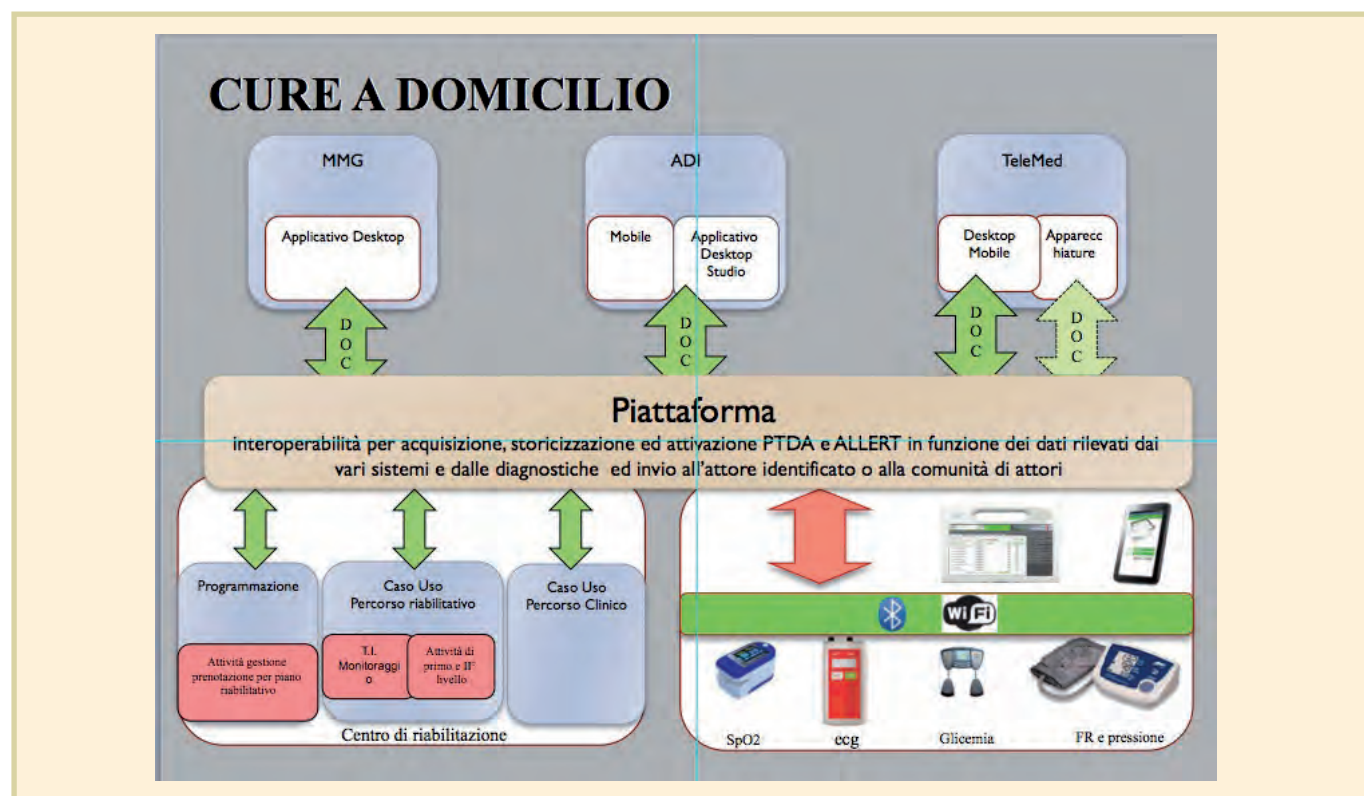


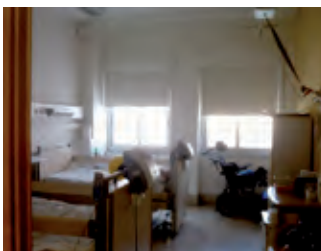
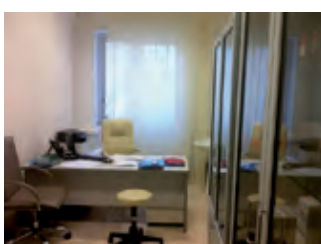
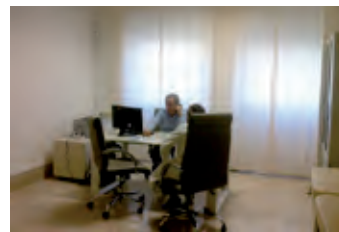
Percorso autorizzazione elettronica esclusivamente per nuove prescrizioni



Le cure domiciliari

La vera scommessa innovativa del territorio è la «ospedalizzazione domiciliare» ovvero il monitoraggio presso il proprio domicilio dei pazienti cronici con sistemi di rete informatica che consentano la rilevazione continua dei parametri vitali e la loro gestione clinica da parte dei M.M.G.-P.L.S., C.A., P.P.I., Specialisti Ambulatoriali ed Ospedalieri







Una nuova linea di tendenza

Pietro Grasso - Direttore Sanitario Presidio Columbus

Tavola rotonda: Scenari di programmazione e di interventi per l'innovazione digitale nelle aziende sanitarie

- Struttura di eccellenza per l'alta complessità;
- Servizio verso il Territorio.
- Composizione di provenienza dei pazienti 20% fuori Regione, 30% Lazio e 50% Roma;
- Posizionamento nella rete dell'emergenza e oncologica regionale;
- Valorizzare i PDTA come strumento per l'integrazione territoriale, principalmente per le patologie non tempo dipendenti e croniche, con particolare attenzione alle logiche del Patient Flow Management;
- Reti e partnership con i servizi e le strutture territoriali (es. riabilitazione, lungo degenza, rsa);
- Informatizzazione delle agende ambulatoriali di 2° livello, permettendo azioni di miglioramento del CUP interno;
- Sviluppo di un'attività a regime privato che garantisca alta qualità del servizio anche per patologie croniche e/o a bassa complessità;

L'Analisi interna

TEMI CALDI:

- Criteri di uscita dal Pronto Soccorso;
- Criteri di elezione per il 2° livello;
- Criteri di rilascio al Territorio;
- Maggior integrazione con la medicina di base;
- Maggior integrazione con la Asl attraverso la definizione di azioni comuni (Cabina di Regia);
- Utilizzo della tecnologia per il trasferimento dei dati clinici e non solo (FSE);
- Rafforzare il ruolo di case e care manager;
- Ricondurre le progettualità di integrazione con il Territorio (ad es. Centrale di Continuità Assistenziale) ad una cabina di Regia condivisa con la ASL Roma1;

OBIETTIVI:

- Diminuzione della degenza media;
- Riduzione inappropriata;
- Aumento delle prestazioni di 2° e 3° livello;
- Diminuzione delle prestazioni di 1° livello;
- Riduzioni dei tempi di attesa per ricovero e altre prestazioni;
- Efficientamento di alcune prestazioni interne laboratoristiche;

L'analisi esterna

TEMI CALDI:

- Il governo delle uscite dai pazienti dai percorsi;
- Il governo delle prescrizioni da parte degli specialisti;
- Il coinvolgimento del settore socio-assistenziale nello scambio di competenze, strumenti, cultura tra ospedale e territorio.

OBIETTIVI:

- Percorsi di presa in carico e percorsi preferenziali (no liste di attesa) su specifici PDTA.
- Coinvolgimento dei MMG della ASL RM1 e dei professionisti del Gemelli.
- Stipula di accordi in una logica di rete (chi fa che cosa): cosa è utile che il Gemelli fornisca al territorio ?
- Formazione degli Specializzandi che si formano sul campo sui temi dei percorsi e della presa in carico.
- Percorsi formativi del personale di assistenza sul campo attraverso programmi di scambio ASL / Gemelli.
- Esperienza pilota (cabina di regia partecipata) di attivare una centrale di continuità assistenziale che agevoli l'entrata e l'uscita del paziente dai percorsi e costituisca quindi una cerniera tra ospedale e territorio).

Criticità

Interne:

- Parcellizzazione dei progetti di integrazione con il Territorio in diversi filoni progettuali;
- Stato di avanzamento differenti dei vari filoni progettuali da ricondurre a unità;
- Poca sensibilità di alcuni verso il Territorio;

Esterne:

- Percezione negativa del Gemelli all'esterno rispetto al ruolo nel processo di integrazione;

Emergenze/Urgenze e Rete SCA Stemi /NStemi La Telecardiologia in Puglia

*Ottavio Di Cillo - Direttore UOC Cardiologia d'urgenza AOU Policlinico di Bari
Responsabile del Centro di Telecardiologia regionale Regione Puglia*



Opportunità offerte dalla Telemedicina

- Equità di accesso all'assistenza sanitaria
- Migliore qualità dell'assistenza garantendo la continuità delle cure
- Migliore efficacia, efficienza, appropriatezza
- Contenimento della spesa
- Contributo all'economia

Ambiti Principali

Continuità delle cure e integrazione Ospedale – Territorio
Patologie rilevanti

Home monitoring per il paziente con Scenpso Cardiaco Cronico
Home monitoring per il paziente con BPCO
Telesorveglianza domiciliare per il paziente con esiti di ictus
Ospedalizzazione domiciliare post cardiocirurgia
Second opinion multispecialistica per il Medico di Medicina Generale e Ospedale

Sistema dell'Emergenza Urgenza

Riorganizzazione della diagnostica di laboratorio e diagnostica per immagini



CDSS di Helis è un software interattivo disegnato per assistere il medico e il personale sanitario con tasks specialistici di “decision making” come determinare la diagnosi da dati paziente.

HELIS integra dati da devices multipli con oltre 100.000 regole di conoscenza fornendo poi suggerimenti dettagliati per una corretta diagnosi e conseguente management terapeutico.

Esalta l'appropriatezza clinica quindi riduce il costo per raggiungere una corretta diagnosi di SCA ottimizzando i tempi per la terapia di ripercussione.

Risultati e Vantaggi

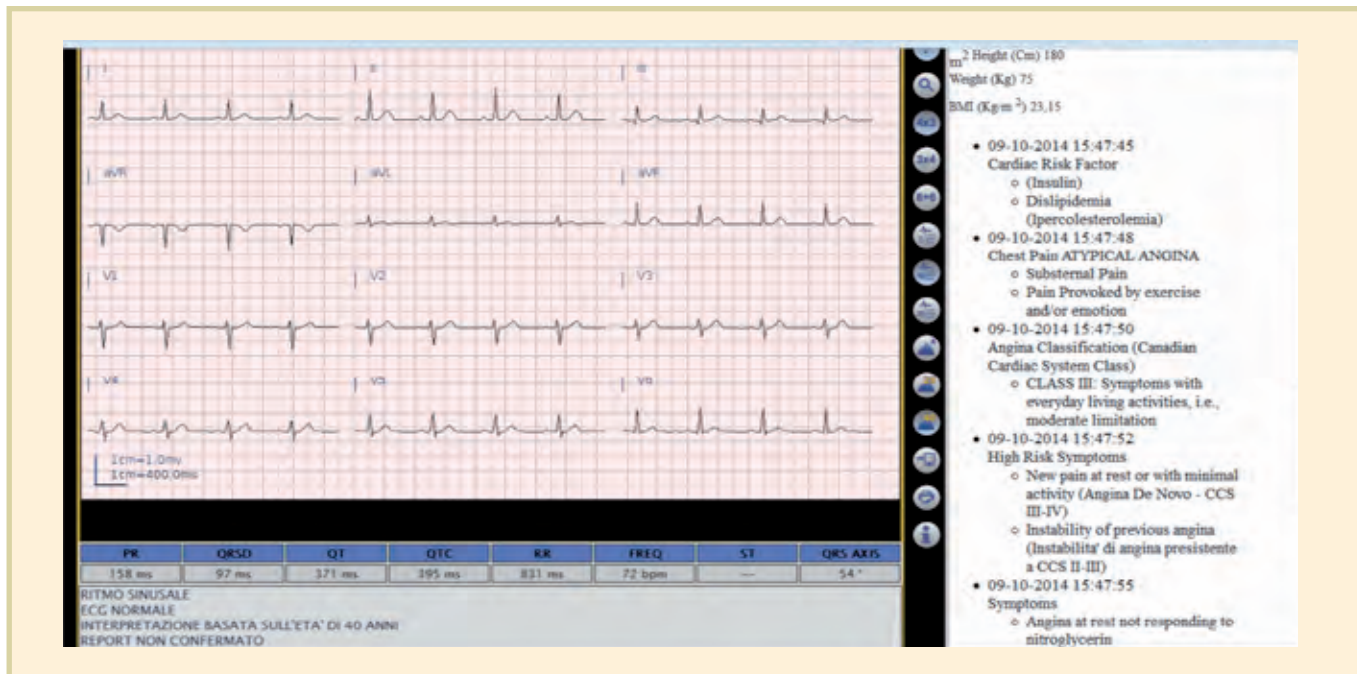
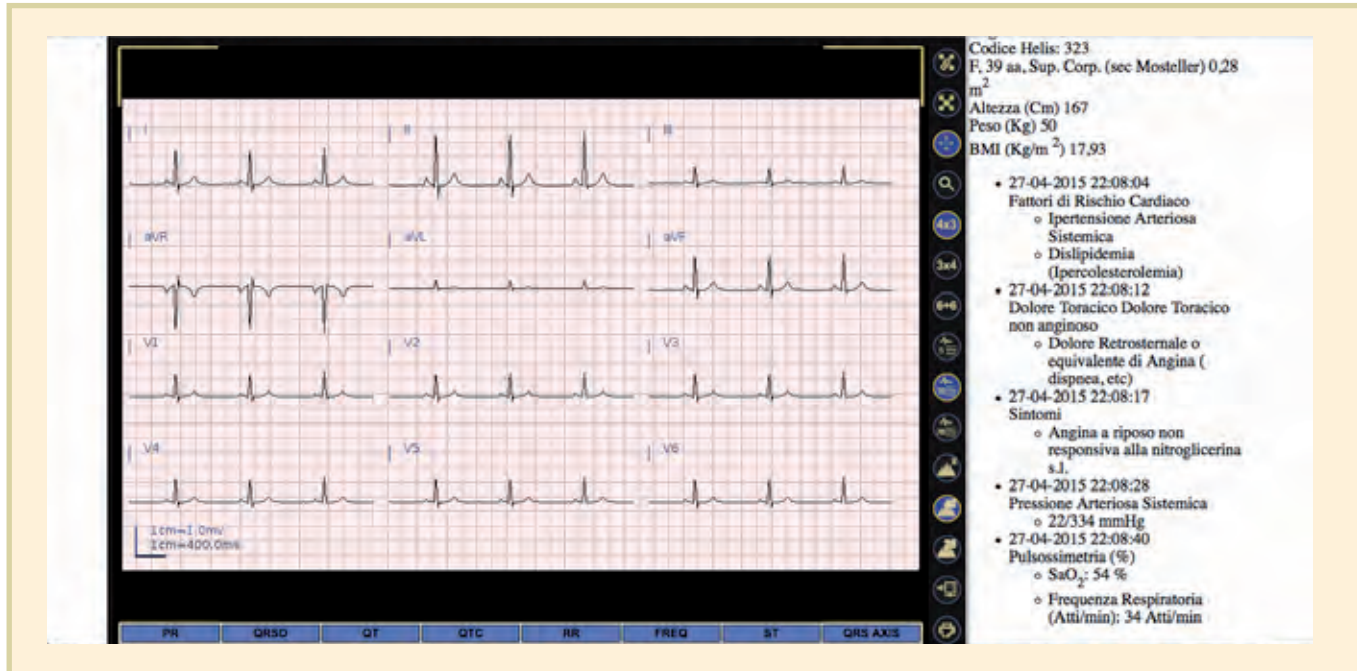
- Anticipazione dei tempi di valutazione cardiologica e di referenziazione, riduzione dei tempi di arrivo alla struttura, completezza delle diagnosi (efficienza/efficacia)
- Supporto agli operatori con sistemi informativi di intelligenza artificiale e presentazione di guidelines cardiologiche (riduzione del rischio/errore)
- Miglioramento delle diagnosi, della tecnologia e dei costi (spending review/appropriatezza)



EMS Helis

Operatore: Dr. Rossi Mario Logout

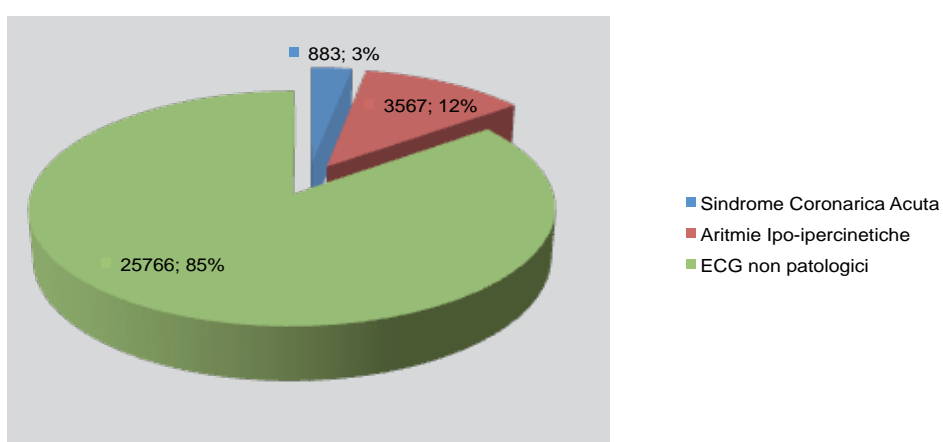
Dati identificativi evento clinico	Dati Personali	Dati Clinico-Sanitari
Sintomi Angina a riposo non responsiva alla nitroglicerina s.l.		FMC 27-04-2015 21:49:23 Codice Helis 322
<input type="radio"/> No		F, 39 aa, Sup. Corp. (sec Mosteller) 1.53 m ² Altezza (Cm) 168 Peso (Kg) 50 BMI (Kg/m ²) 17.72
Irradiazione del dolore al collo, mandibola o al braccio sinistro		27-04-2015 21:54:17
<input type="radio"/> Yes		Fattori di Rischio Cardiaco
Nausea / vomito, mancanza di respiro, stanchezza, palpitazioni o sincope		• Ipertensione Arteriosa Sistemica • Dislipidemia (Ipcolesterolemia)
<input type="radio"/> No		27-04-2015 21:54:57
<input type="button" value="Avanti"/>		Dolore Toracico
<input type="button" value="Indietro"/>		Dolore Toracico non anginoso



Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico Consorziiale di Bari

U.O. CARDIOLOGIA D'URGENZA
CENTRO REGIONALE DI TELECARDIOLOGIA
Direttore: Dott. Ottavio Di Cillo

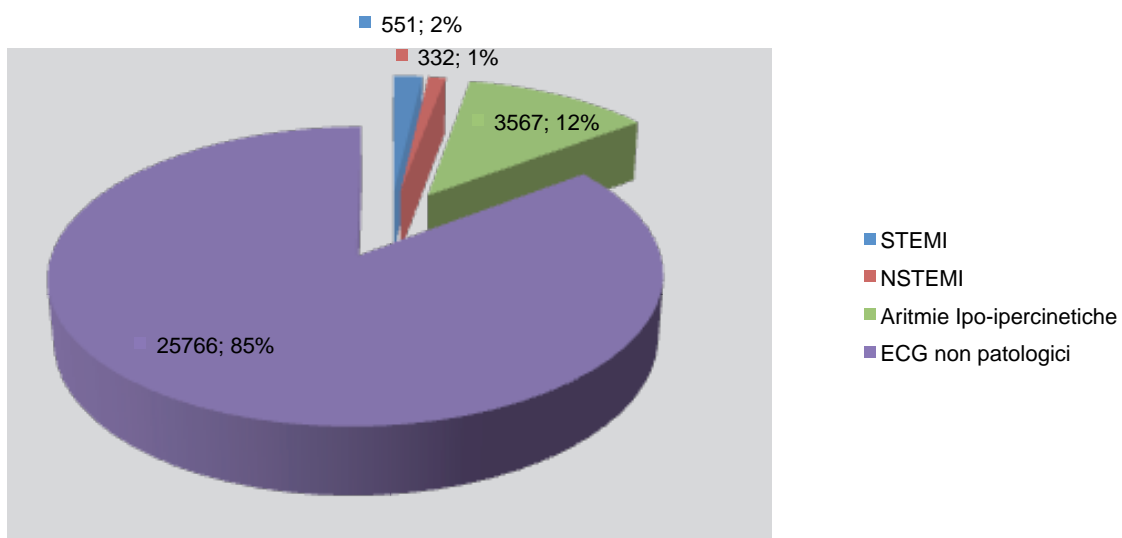
Totale



TELECONSULTO

		TOTAL ECG	
	Acute coronary syndrome ACS	3.910	
	Hypo-hyperkinetic arrhythmias	26.861	
	Non pathological ECG	99.523	
	Total ECG in September 2016	130.294	

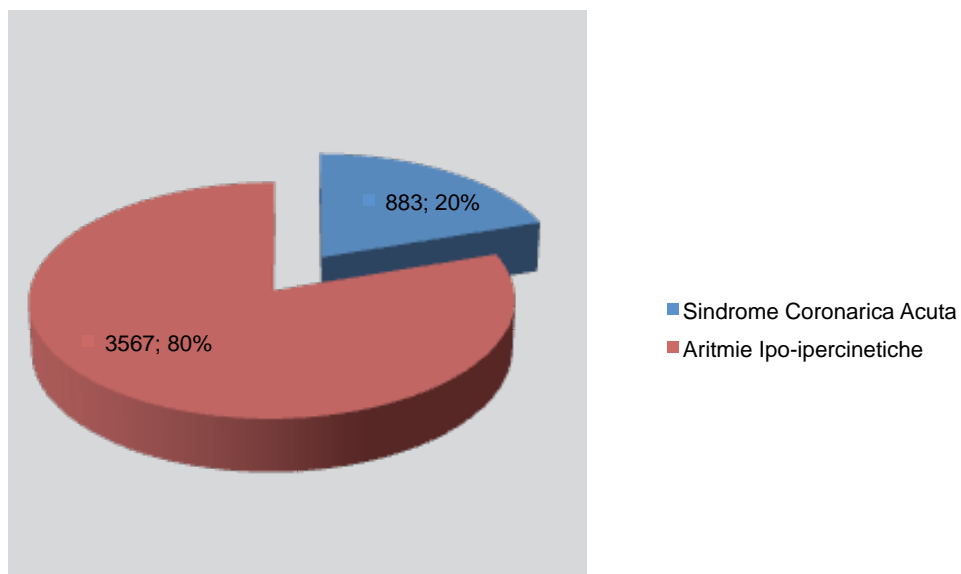
Totale



TELECONSULTO

STEMI : ST elevation myocardial infarction	2.346	
NSTEMI: Non-ST elevation myocardial infarction	1.564	
Hypo-hyperkinetic arrhythmias	26.861	
Non pathological ECG	99.523	
Total ECG in September 2016	130.294	

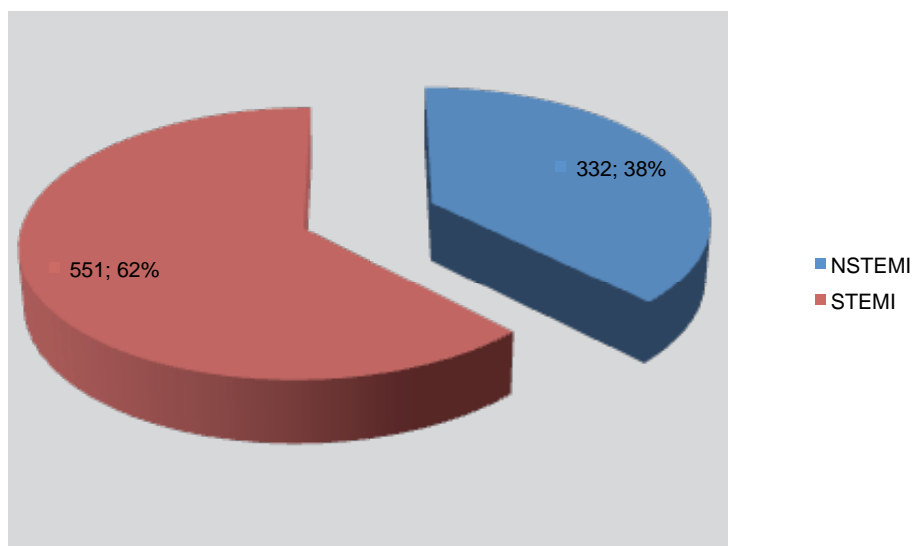
Totale



TELECONSULTO

	Acute Coronary Syndrome	
	ACS/ NSTEMI: Non-ST elevation myocardial infarction	1.564
	ACS / STEMI: ST elevation myocardial infarction	2.346
	Total ECG in September 2016	3.910

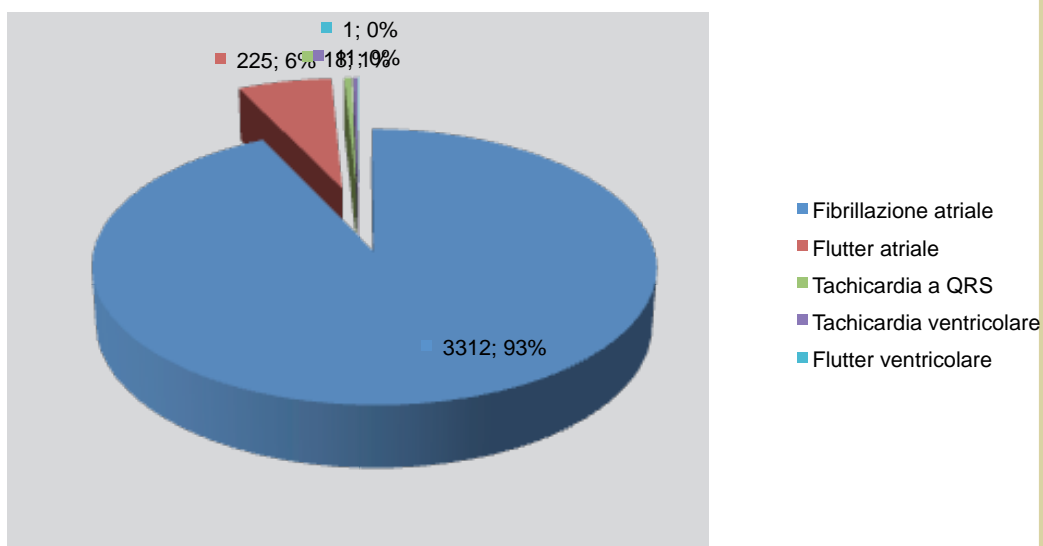
Totale



TELECONSULTO

		Acute Coronary Syndrome	
	ACS/ NSTEMI: Non-ST elevation myocardial infarction	1.564	
	ACS / STEMI: ST elevation myocardial infarction	2.346	
	Total ECG in September 2016	3.910	

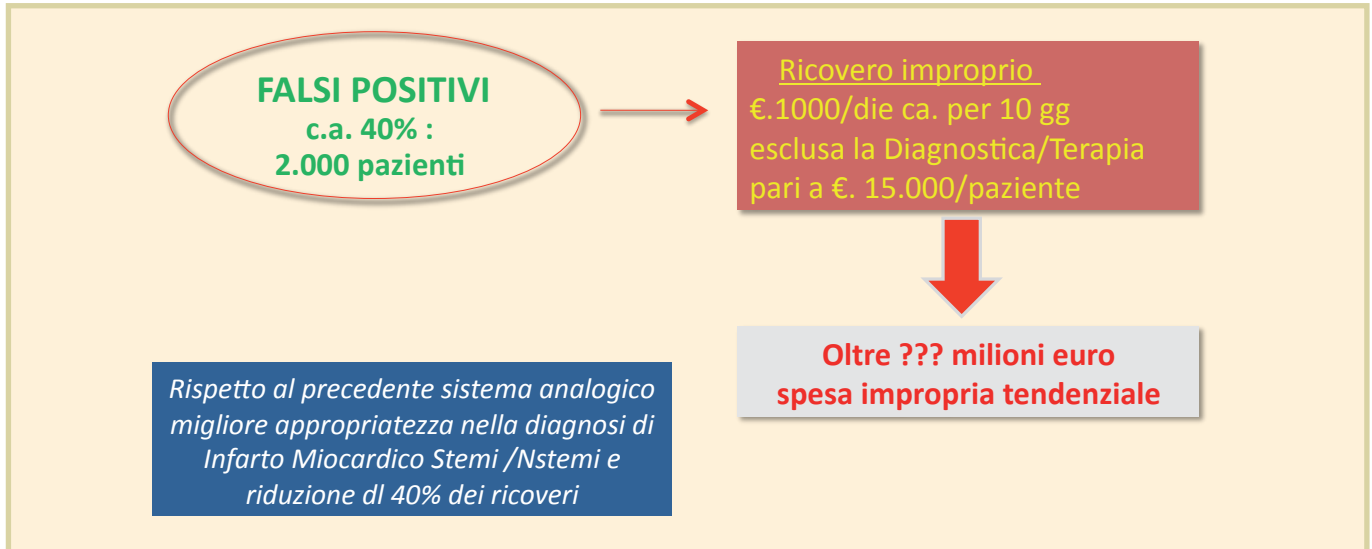
Totale



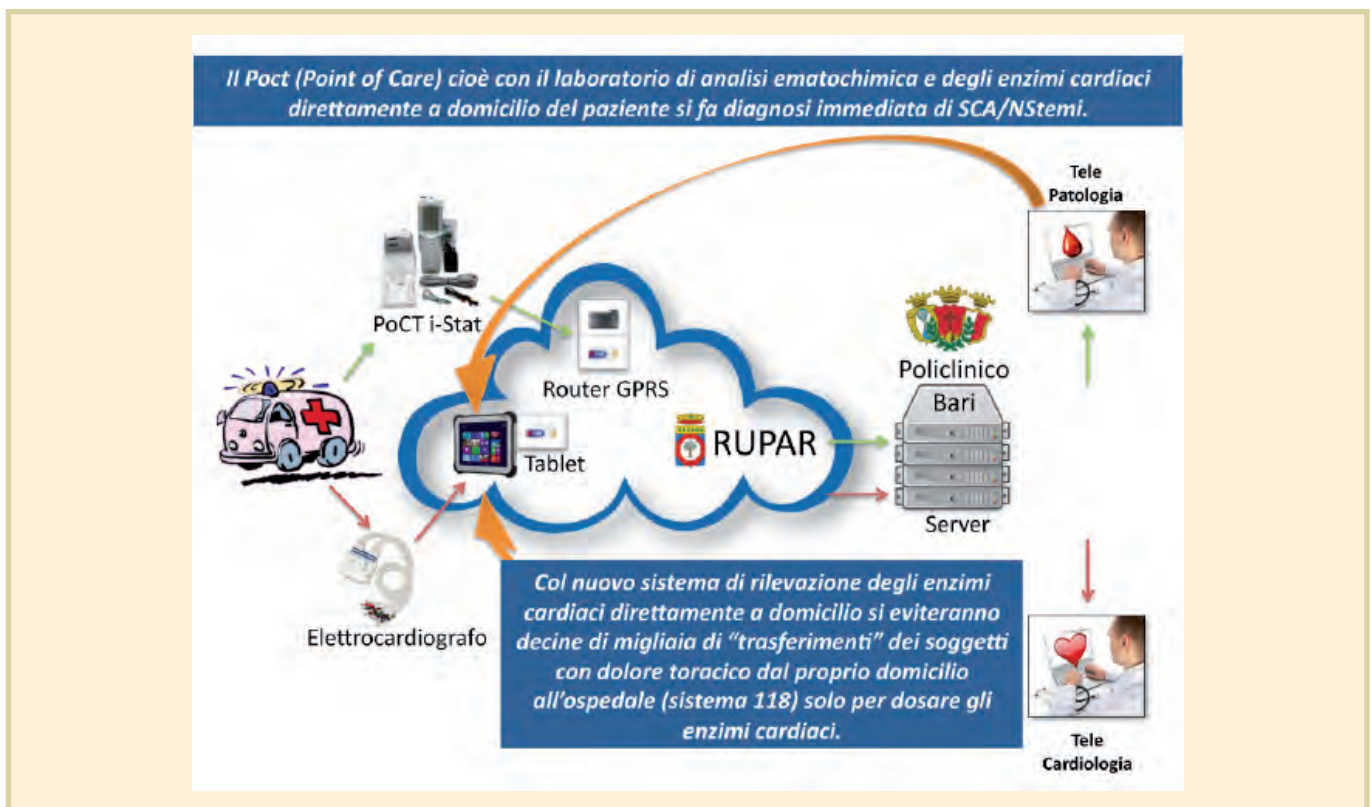
TELECONSULTO

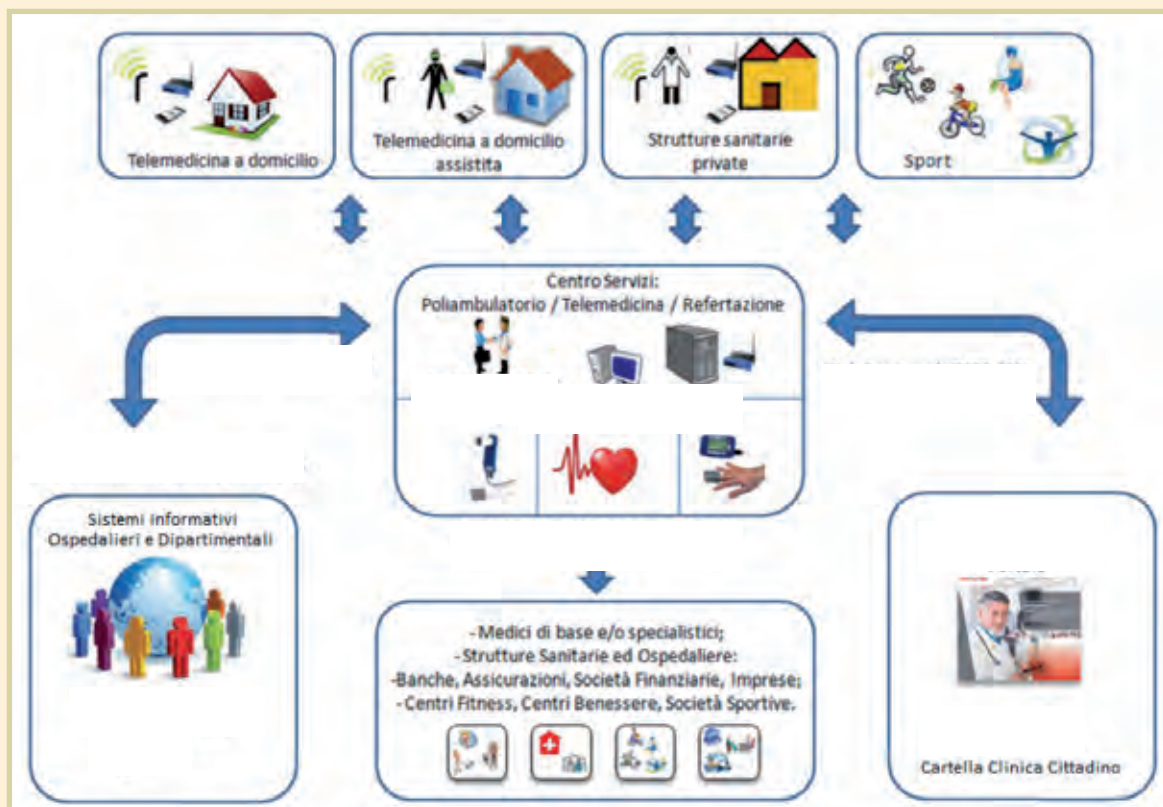
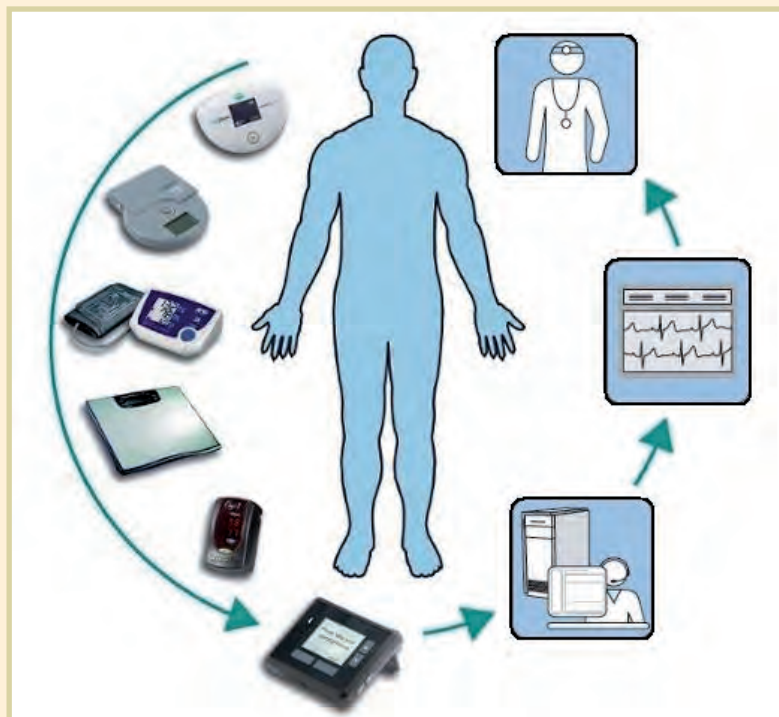
	Arrhythmias	
Atrial fibrillation		24.423
Atrial flutter		2.212
QRS complex tachycardia		126
Ventricular tachycardia VT		87
Ventricular Flutter		13
Total ECG in September 2016		26.861

Precedente sistema analogico senza CDSS
29.812 diagnosi SCA Stemi /Nstemi su 859.245 referti ecgrafici (4,5%)



Il Poct (Point of Care) cioè con il laboratorio di analisi ematochimica e degli enzimi cardiaci direttamente a domicilio del paziente si fa diagnosi immediata di SCA/NStemi.







Nuovo Codice Appalti e Procurement Pubblico: come portare innovazione nel paese

Prof. Renzo Turatto - Università di Perugia

Regolazione appalti: vecchio e nuovo a confronto

Il codice degli appalti affronta una materia viva e sempre in evoluzione perché legata alle cose e alla realtà. E questo è tanto più vero quanto più si tratta di tecnologia e appalti innovativi. Ma quali sono le strade (e le procedure) oggi percorribili affinché l'amministrazione pubblica spenda "bene" in tecnologia?

A un anno dall'entrata in vigore del nuovo codice degli appalti (D.Lgs. 50/2016), ne parliamo con il Prof. Renzo Turatto dell'Università di Perugia, esperto di Public Procurement.

La precedente regolazione appalti, storicamente legata alla realizzazione di opere pubbliche, non era oggettivamente pensata per esigenze e problematiche legate all'innovazione, emerse negli ultimi anni. Il nuovo "codice dei contratti pubblici di lavori, forniture, servizi e progettazioni" ha colmato degli spazi normativi che, su indicazione stessa dell'Unione Europea, dovevano essere regolati e disciplinati. "C'erano oggettivamente delle aree, come ad esempio le concessioni, dove l'intervento regolatorio precedente era piuttosto vago e antico", spiega il Prof. Turatto. La grande novità è che mentre in passato i modelli di collaborazione pubblico-privato erano pensati soprattutto in termini di apporto finanziario (e proprio il project sull'opera pubblica è un modo per finanziare l'opera attraverso il capitale privato), con l'innovazione l'esigenza è, non solo trovare risorse altrimenti non disponibili, ma anche forme di ingaggio del fornitore, o del partner privato, che lo spingano a portare innovazione all'interno della PA. La vera sfida, chiarisce il Prof. Turatto, è mettere nei servizi e nelle forniture offerti una dose di innovazione ulteriore che, altrimenti, rischia di rimanere fuori.

L'interscambio pubblico-privato, motore di Innovazione

"Questa dose di innovazione – continua il Prof. Turatto - non può venire se non c'è compartecipazione. Se come PA vado sul mercato e acquisto del lavoro, dei servizi, della consulenza, come faccio a essere sicuro che il fornitore mi dia la consulenza con quel grado di innovazione in più che davvero mi serve?". In effetti, finché l'acquisto riguarda cose già pronte all'uso il problema di portare innovazione all'interno della Pubblica Amministrazione è relativo. Ma il punto è un altro. Non si può pensare che il mondo pubblico da solo sia in grado di innovarsi: è il confronto col privato o meglio l'ingaggio del privato a portare forze nuove dentro il mondo pubblico, offrendo la possibilità vera di rinnovarsi. Naturalmente, sottolinea Turatto, c'è un discorso di regole e procedure. Si tratta di soldi pubblici ed è giusto che siano trattati con tutto il garbo che serve. I codici devono fare chiarezza sulle regole e le procedure da rispettare ma, è bene ribadire, restano pur sempre lo sfondo entro cui far correre l'innovazione.

In questi ultimi anni si parla molto di innovazione e procurement innovativo proprio perché le due cose sono collegate. Non solo dal punto di vista della finanza, quanto piuttosto dell'incentivare il produttore a essere innovativo sul serio ed apportare quel *quid pluris* che rende davvero innovativo un servizio o una soluzione. Il procurement innovativo deve poter essere un modo per ingaggiare anche il fornitore nell'operazione, farlo partecipare all'utile e ai benefici. Come un vero e proprio partner.

Pre commercial e proprietà intellettuale: come innovare quando l'appalto riguarda la ricerca e lo sviluppo

Secondo il Prof. Turatto, in tema di procurement innovativo e pre commercial, è esemplificativa la questione della proprietà intellettuale.

Tradizionalmente la proprietà intellettuale rimane in capo all'acquirente: con l'appalto, la Pubblica Amministrazione acquisisce la proprietà intellettuale del prodotto. Ma in questo modo, che interesse ha il fornitore a spingere sull'innovatività? Una volta raggiunto il livello di soglia previsto dal contratto e chiusa la transazione, infatti, tutti i benefici dell'operazione restano in capo alla PA.

Al contrario, le nuove forme di procurement innovativo prevedono la possibilità che la proprietà intellettuale rimanga in capo al fornitore.

Naturalmente, si tratterà di consolidare le opportune procedure ma gli strumenti ci sono e il cambio di prospettiva è evidente.

Linee guida operative per portare Innovazione nella PA

Pensiamo al mercato della Sanità, dove spesso la soluzione va costruita ad hoc, per specifiche problematiche. Quando il fornitore è consapevole che potrà replicare n volte una data soluzione innovativa, avrà tutto l'interesse a realizzarla al meglio. Eventualmente, anche ad applicare una scontistica in considerazione del fatto che il primo acquirente gli offre, di fatto, la possibilità di realizzare la soluzione, testarla e renderla per ciò stesso più credibile sul mercato. E questo è proprio il tipico caso del pre commercial procurement: un appalto relativo alla fase di ricerca e sviluppo, prima della commercializzazione. Oggi, per far fronte alle grandi sfide sociali sono necessarie soluzioni di tale complessità tecnologica che non esistono ancora sul mercato soluzioni stabili dal punto di vista commerciale. Gli appalti pubblici diventano quindi uno strumento importante per accrescere la capacità di innovazione del Paese.

Le modalità per farlo, è importante ribadirlo, ci sono. Certamente siamo in una fase di passaggio e, come tutte le fasi di passaggio, comporta qualche difficoltà. Intraprendere strade nuove è una

responsabilità: inizialmente il cambiamento può generare incertezza, persino confusione. Ma il passaggio è dovuto ed è a portata di mano.

Ma cosa si può fare per semplificare questo passaggio?

“Occorre attrezzare una serie di linee guida e politiche di accompagnamento di tipo operativo. Certamente il ruolo dell'ANAC in tal senso è importante ma, essendo principalmente volto a finalità di anticorruzione - spiega il Prof. Turatto - non è sufficiente. Come accompagnamento a questa fase di passaggio, si potrebbero lanciare delle sperimentazioni, delle operazioni pilota”. La stessa Consip, come primo buyer della Pubblica Amministrazione italiana, ad esempio, potrebbe avere un ruolo trascinante e diventare leader in operazioni di questo tipo. Anche le amministrazioni centrali, le organizzazioni di categoria e la stessa Confindustria potrebbero attivarsi in tal senso.

Secondo il Prof. Turatto, bisogna riconoscere sul fronte della Sanità c'è una certa vivacità. La stessa Federsanità si è mostrata sensibile e attiva in tal senso.

Si può fare: il caso NASA - Space X

Ad ogni modo, si tratta di un passaggio obbligato. L'alternativa sarebbe rimanere fuori dal mondo. Se anche i tempi saranno lunghi, sarebbe impensabile non seguire questa strada. Volendo fare un paragone tra la tecnologia presente nelle nostre case e quella presente negli uffici pubblici, rispetto agli anni '50 la si-

tuazione oggi è rovesciata: mentre all'epoca la “tecnologia” (macchine da scrivere, calcolatrici, ...) si trovava in ufficio e non nelle case, “oggi c'è molta più tecnologia nelle case che non negli uffici pubblici. È mai possibile questo? Evidentemente - incalza il prof. Turatto - serve un'inversione di rotta. Io penso che il nostro sia un sistema fatto di persone intelligenti, che pensano e hanno capacità di fare. E la sfida è questa: serve un ingaggio del privato che porti forze nuove dentro il mondo pubblico. Non si può pensare che il mondo pubblico sia in grado di innovarsi da solo”.

Del resto, altri Paesi hanno dimostrato che la politica del procurement lancia l'innovazione, è il caso di dire, finanche nello spazio. È quanto avviene negli USA, dove la NASA utilizza la compagnia privata Space X per inviare razzi sulla Stazione Spaziale Internazionale. In ottica “I win, you win”, qui i soggetti vincitori sono almeno due: da un lato Space X che ha messo a punto la tecnologia all'interno di un contratto di concessione pubblico-privato; dall'altro la NASA che fa procurement e, nello stesso tempo, porta ricerca e innovazione nel paese (terzo, grande, soggetto che dall'operazione trae benefici). “Su questo fronte - conclude il Prof. Turatto - noi siamo parecchio indietro ma non c'è dubbio che è questa la grande sfida dei prossimi anni.”

Intervista a cura di Simona Ansuini





Sud Italia: opportunità chimerica o laboratorio per la ripresa? Innovazione e Smart Spending: due leve per uno sviluppo possibile

Ivo Allegro - CEO Iniziativa CC - Presidente Sezione Terziario Avanzato Unione Industriali di Napoli

Ad un problema complesso c'è sempre una soluzione
semplice: quella sbagliata!

J.B. Shaw

L'equilibrio della spesa pubblica



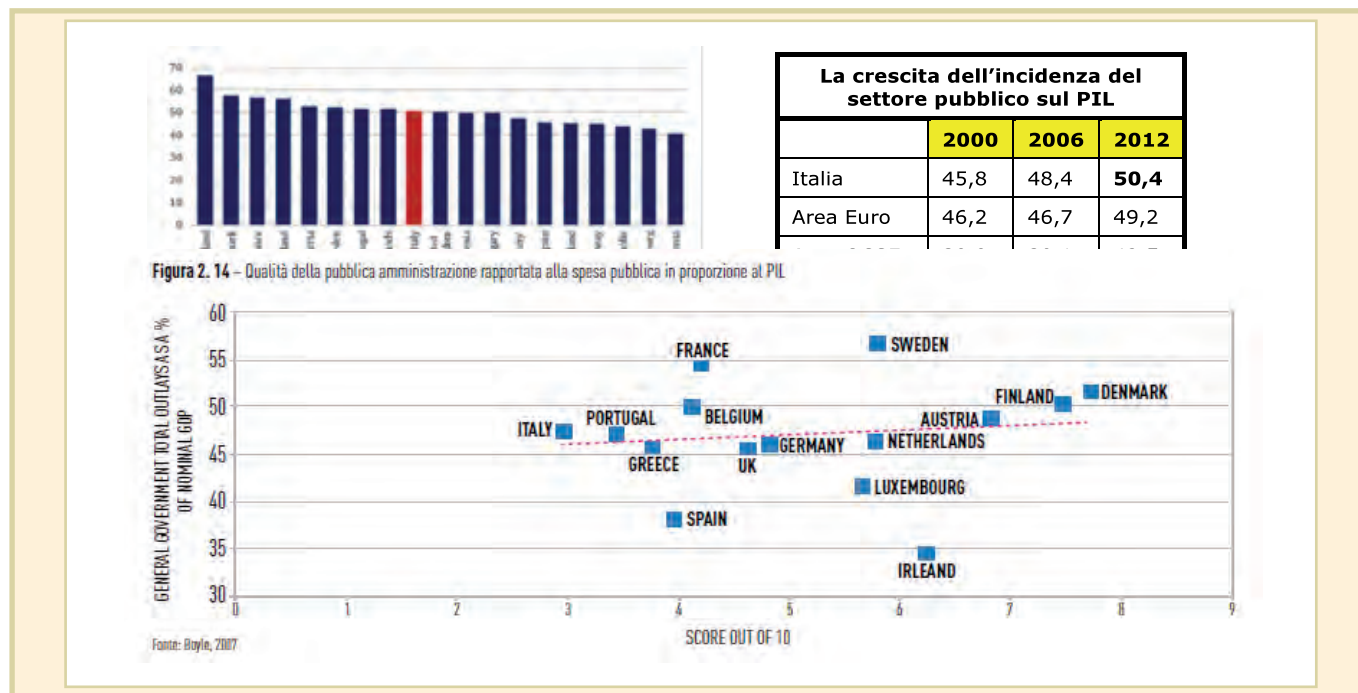
La spesa pubblica in rapporto al PIL cresce ovunque

	1970	1982	1990	2000	2012
Australia	26,8	37,0	36,4	33,9	36,1
Canada	34,8	46,6	46,4	40,5	41,2
Francia	38,5	50,4	50,4	51,6	56,9
Germania	38,6	49,7	46,0	45,1	45,0
Giappone	19,4	33,6	30,7	38,5	43,2
Gran Bretagna	38,8	46,9	42,9	36,5	48,5
Grecia	22,4	37,0	50,4	46,7	54,8
Irlanda	39,6	55,8	44,5	31,2	42,1
Italia	34,2	47,4	53,2	45,8	50,6
Portogallo	21,6	43,0	n.d.	41,6	47,4
Spagna	22,3	37,6	41,9	39,2	47,0
Stati Uniti	31,7	36,5	37,0	33,9	40,3
Svezia	43,3	66,3	61,5	55,1	52,0
Paesi area Euro	36,9	49,3	48,6	46,2	50,0
Media Paesi OCSE	32,3	41,5	40,7	38,7	42,7

Fonte: Elaborazione autori da OCSE (2013) e O'Leary e Martin (1991)

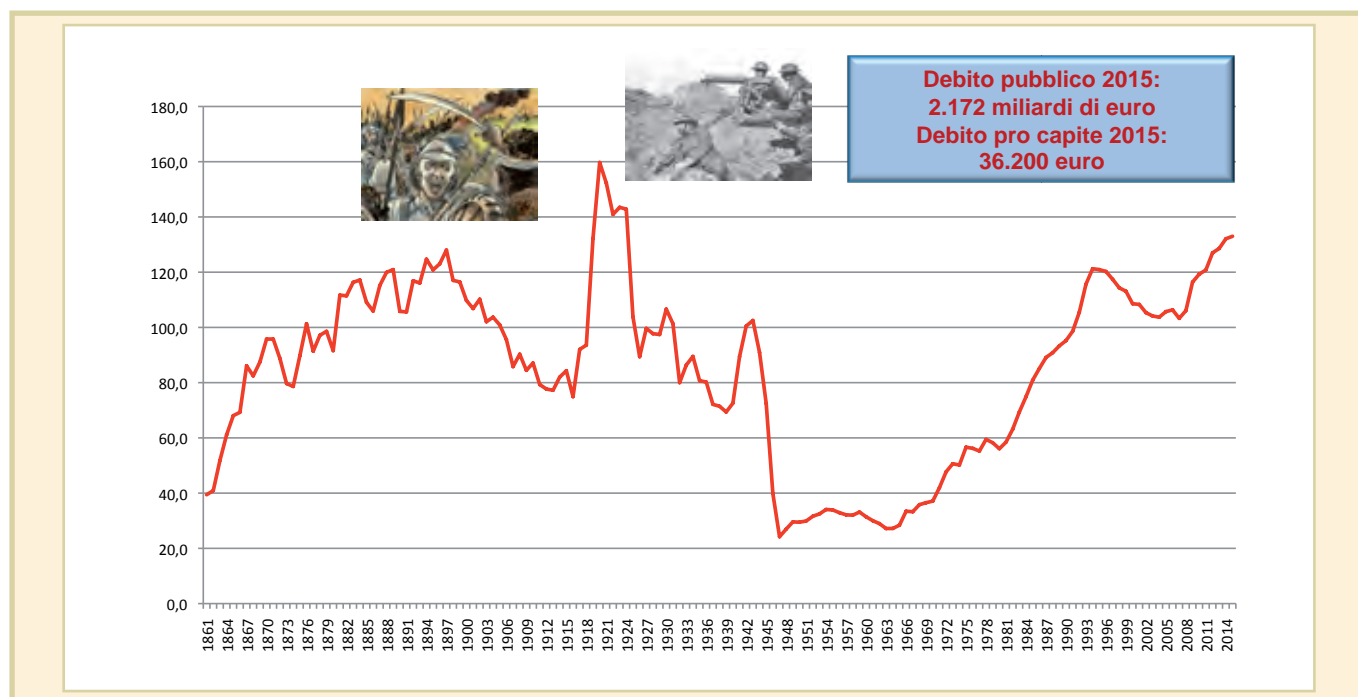
Un difficile rebus

In Italia il settore pubblico incide per circa il 50% sul PIL

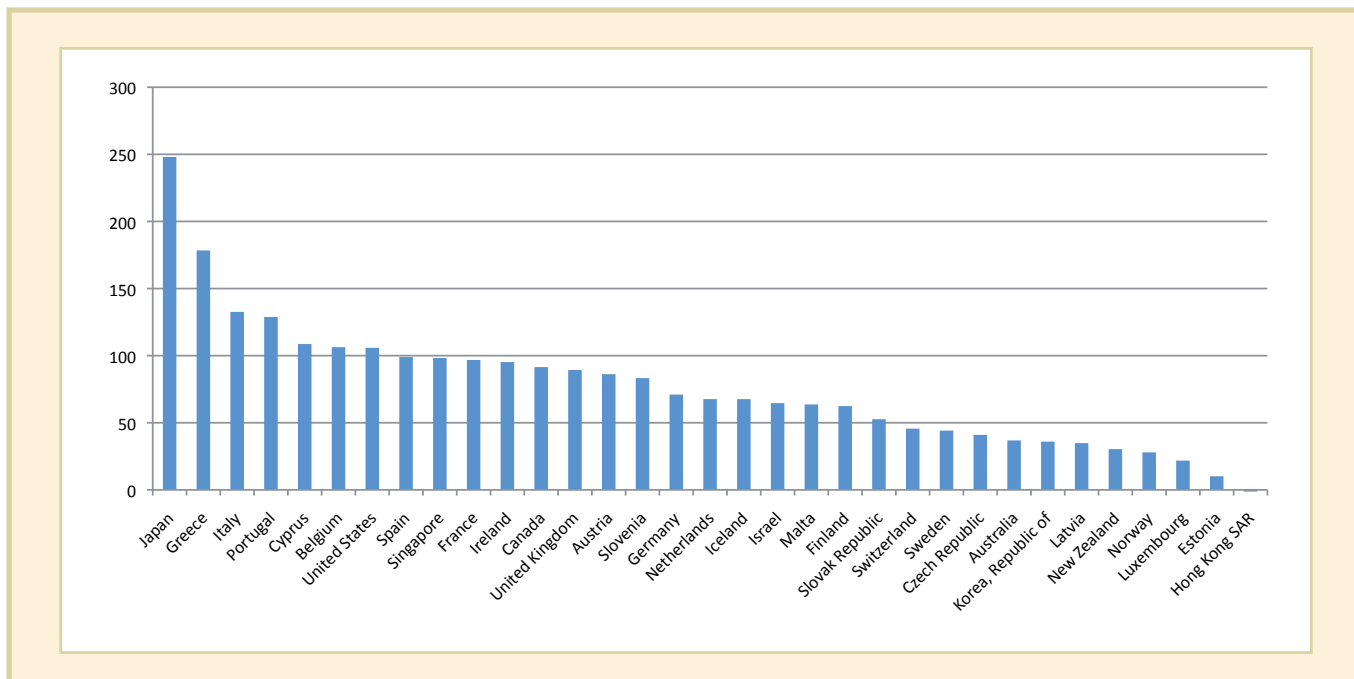


È sostenibile il debito pubblico?

Il debito pubblico è alto rispetto alla nostra storia (rapporto tra debito e PIL, 1861-2015)

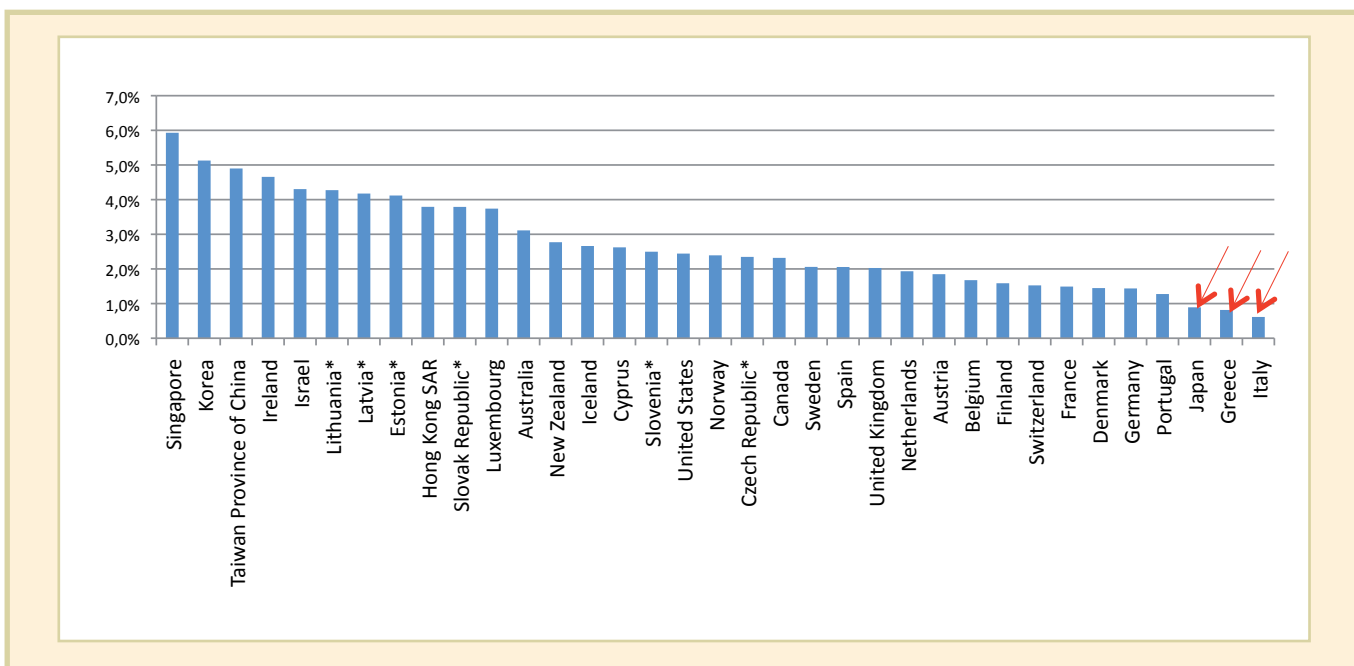


Il debito pubblico é alto rispetto agli altri paesi (rapporto rispetto al PIL, 2015)

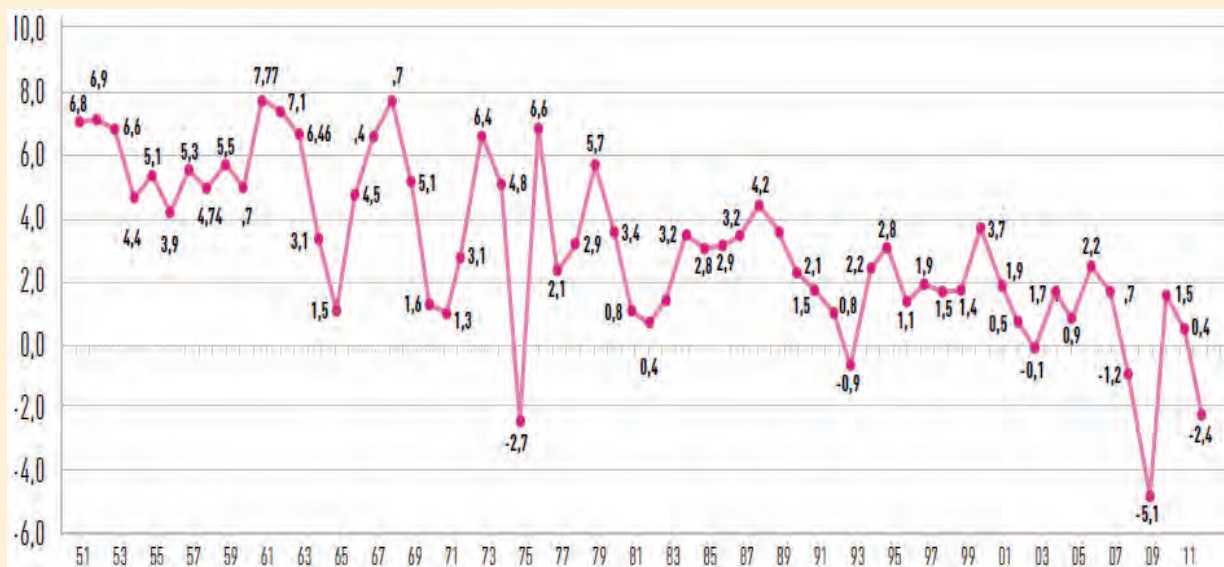


Il Debito e la crescita del PIL

Tasso di crescita medio annuale del PIL reale dal 1990 al 2015



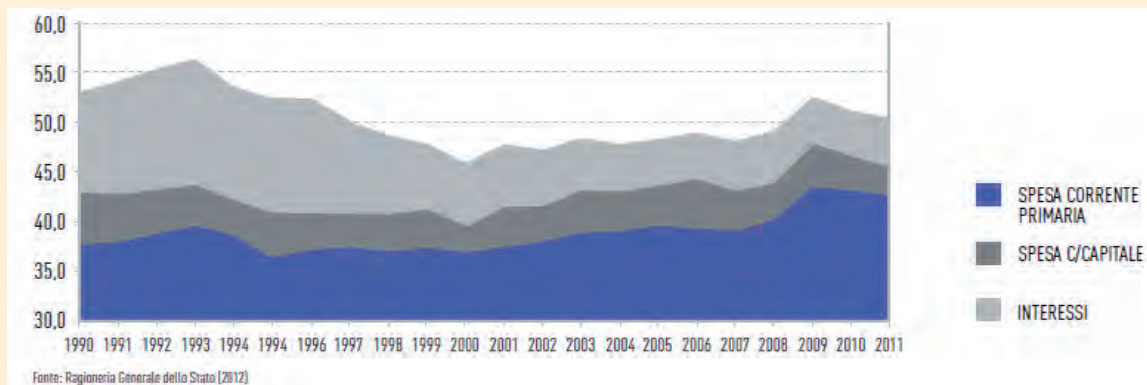
Quando sono state pensate le politiche per il settore pubblico?



Fonte: Elaborazione su dati Ameco (2013)

La prima repubblica non si scorda mai?

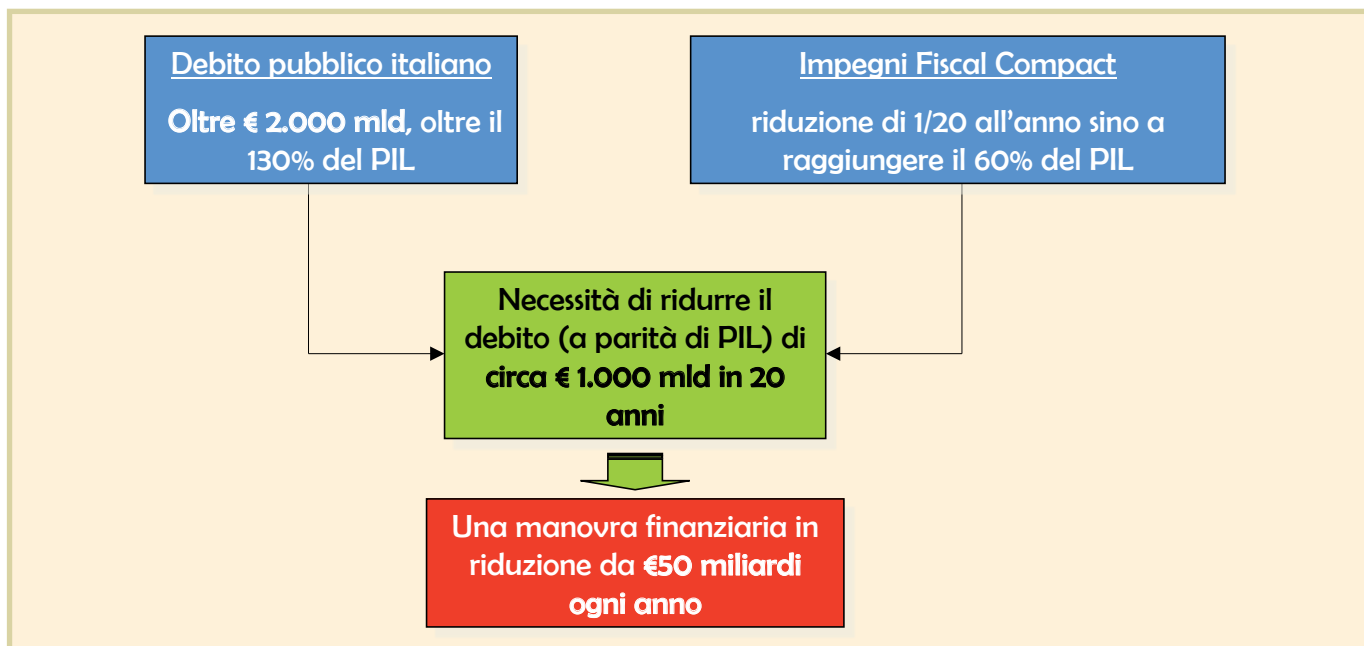
- Le politiche pubbliche “redistributive” e di “ispirazione sociale” sono state pensate in un’epoca NO GLOBAL
- Oggi il “buco kenesiano” rischia di essere insostenibilmente dispersivo perché il moltiplicatore della spesa pubblica è influenzato:
 - Dalle performance del settore pubblico e del settore privato nazionale ...
 - ... in presenza di gap competitivi la capacità di produzione di PIL della spesa pubblica è limitata e spesso alimenta la ricchezza di paesi esteri;
 - Dalla circostanza che sempre più paesi investono in modo “smart” per essere produttivi.



Fonte: Ragioneria Generale dello Stato (2012)

Senza sviluppo sono sostenibili gli impegni di riequilibrio dell'Italia?

In assenza di crescita del PIL gli impegni assunti dall'Italia con il Fiscal Compact sono i seguenti

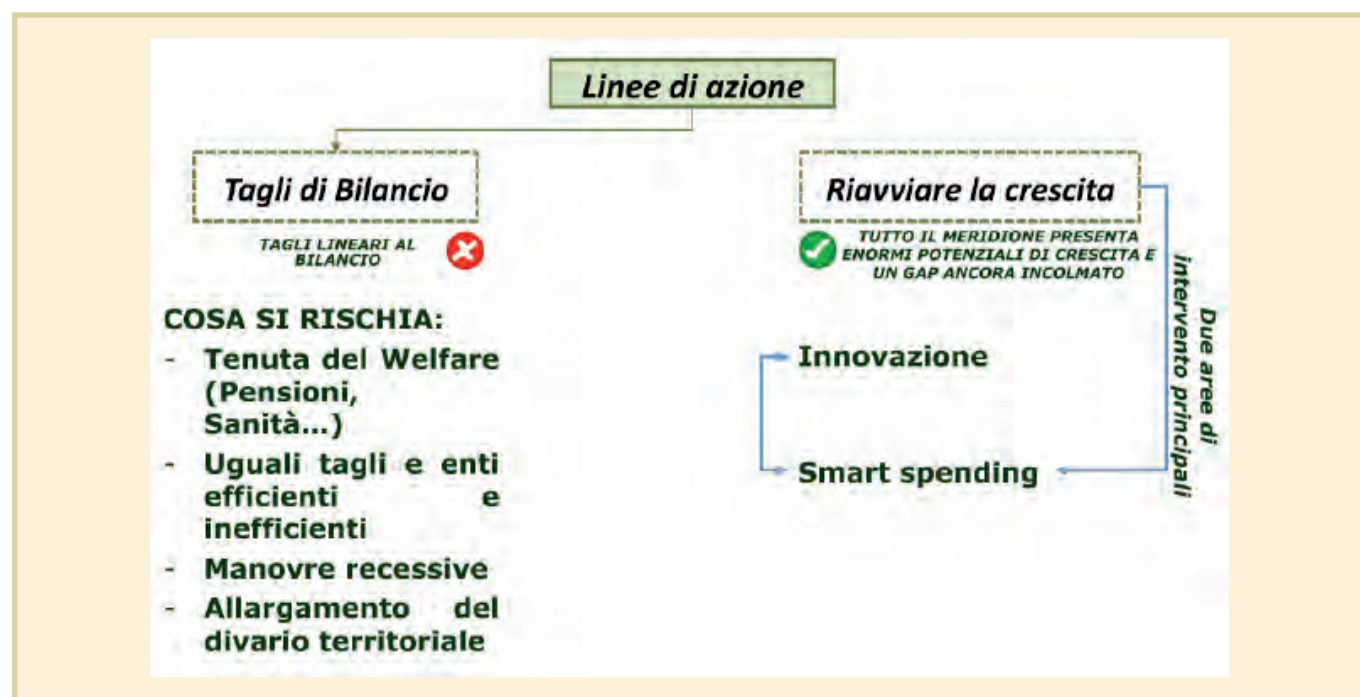


Maggiori risorse o utilizzo razionale?

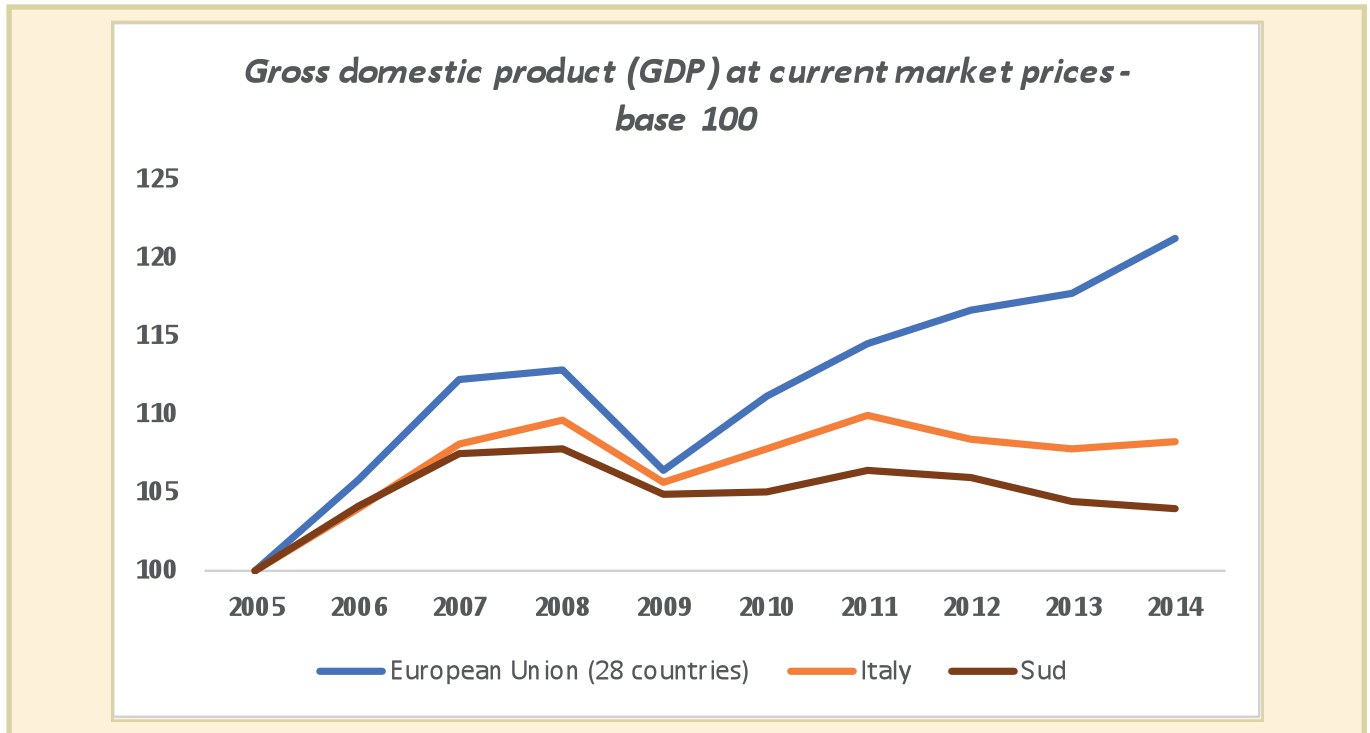


Risorse impiegate meglio, più Salute

Uno schema logico

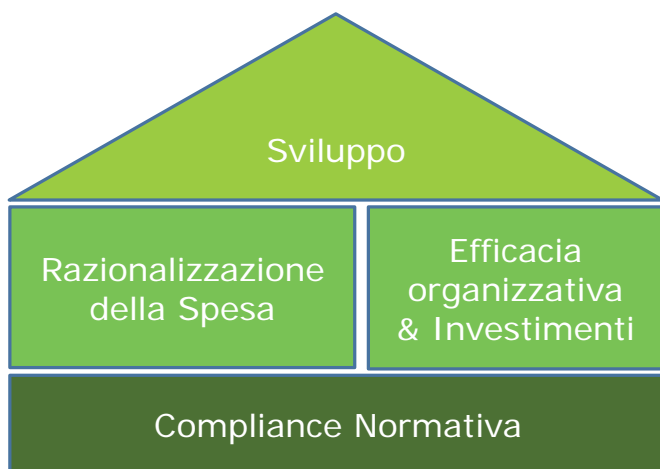


Perché il Sud è una risorsa?



Il Mezzogiorno può finanziare fino al 2023 spesa aggiuntiva connessa all'Accordo di Partenariato 2014/2020 per 22,4 miliardi e utilizzando bene alcuni strumenti (PPP e Ingegneria Finanziaria) l'effetto leva può essere più rilevante;

Su OT 11 (Capacità Istituzionale) e Assistenza Tecnica le Regioni del Sud possono impiegare oltre 1,5 miliardi di spesa ... un'enorme occasione per cambiare il profilo delle performance del settore pubblico!



Dalla stupid review alla smart spending

«La spending review è un lavoro da orologiai e non da taglia boschi: occorre smontare e rimontare gli ingranaggi di politiche pubbliche cruciali, ricomporre i fattori e le risorse, e occorre farlo mentre la macchina è in movimento e non deve essere fermata» [De Ioanna]

• C'è risparmio e risparmio

1 Analizzare nel tempo non il mero costo ma il value for money degli investimenti e servizi pubblici (rapporto costo/performance) e la sua coerenza rispetto ai fabbisogni e alle PRIORITÀ

- FOCUS STRATEGICO: PERFORMANCE

- RISCHI:

- non controllare e non scoraggiare gli overpromise in fase di offerta
- le scorciatoie possono portare ai tagli lineari
- il ridimensionamento del servizio o della sua qualità genera sempre risparmi monetari ma anche costi indiretti ... il risparmio è sempre guadagno sociale?



C'è risparmio e risparmio

ASST CREMA		
Ore fornite NON suddivise per livelli		
Ore annue comunicate dall'Ente	112.476,00	
Suddivisione ore per livello:		
ore 1° liv.	€ 14	
ore 2° liv.	€ 15	
ore 3° liv.	€ 16	
ore 4° liv.	€ 17	
ore 5° liv.	€ 18	
ore 7° liv.	€	
Tariffa oraria (media tra 2° e 3° livello) da tabella ministeriale NAZIONALE		
	€ 16,09	
Costo del personale annuo	€ 1.809.176,46	
%		
Sicurezza e formazione		
Prodotti di pulizia		
Materiale igienico	16,00%	€ 289.468
Macchinari e attrezzature		
Migliorie e software		
Utile aziendale	1,00%	€ 18.091
Offerta annua	2.116.736,46	
Base d'asta annua	€ 1.578.314,73	NON CONGRUA
Ribasso MAX offribile	0,00%	

APPALTO SANITARIO: ESTAR TOSCANA		
LOTTO 1		
Ore annue di organico comunicate dall'Ente	1.323.016,94	
Suddivisione ore per livello:		
ore 1° liv.	€ 31.384,50	
ore 2° liv.	€ 1.014.114,41	
ore 3° liv.	€ 237.629,09	
ore 4° liv.	€ 35.717,54	
ore 5° liv.	€ 4.171,40	
ore 7° liv.	€	
Tariffa oraria (media tra 2° e 3° livello) da tabella ministeriale TOSCANA		
	€ 16,76	
Costo del personale annuo	€ 22.056.293,86	
%		
Sicurezza e formazione		
Prodotti di pulizia		
Materiale igienico	16,00%	€ 3.529.007,02
Macchinari e attrezzature		
Migliorie e software		
Utile aziendale	1,00%	€ 220.562,94
Offerta annua	25.805.863,82	
Base d'asta annua	€ 22.000.000,00	NON CONGRUA
Ribasso MAX offribile	0,00%	



- **Primi studi sulla correlazione**
 - tra crescita delle malattie ospedaliere e prezzi di aggiudicazione dei servizi di facility management delle strutture sanitarie
 - tra blocco del turnover negli ospedali e crescita della medicina difensiva (n° di TAC di pronto soccorso negative)
- tra blocco del turnover negli ospedali e crescita di autoconvenzionamento, consulenze esterne e "turismo sanitario"
- **Tra il dire e il fare c'è di mezzo il mare ...**
... **attenzione ai messaggi misleading**

Regioni	Euro/000	spesa LEA - 2009			risorse liberabili
		effettiva	standardizzata	delta %	
Campania	10.476.600	7.008.845	-33,10%	3.467.755	
Sicilia	8.718.556	6.617.384	-24,10%	2.101.172	
Puglia	7.362.098	5.602.557	-23,90%	1.759.541	
Molise	647.486	548.421	-15,30%	99.065	
Calabria	3.728.862	3.165.804	-15,10%	563.058	
Basilicata	1.078.244	933.759	-13,40%	144.485	
Valle d'Aosta	284.311	247.919	-12,80%	36.392	
Lazio	11.235.677	9.797.510	-12,80%	1.438.167	
Abruzzo	2.437.813	2.137.962	-12,30%	299.851	
Sardegna	3.112.487	2.735.876	-12,10%	376.611	
Trentino Aldo Adige	2.188.445	1.960.847	-10,40%	227.604	
Liguria	3.329.996	3.096.896	-7,00%	233.100	
Veneto	8.817.601	8.359.086	-5,20%	458.515	
Piemonte	8.522.707	8.258.503	-3,10%	264.204	
Toscana	6.938.500	6.771.976	-2,40%	166.524	
Lombardia	16.960.356	16.688.990	-1,60%	271.366	
Emilia Romagna	8.101.115	8.020.104	-1,00%	81.011	
Marche	2.837.457	2.820.432	-0,60%	17.025	
Friuli Venezia Giulia	2.431.381	2.431.381	0,00%	-	
Umbria	1.610.768	1.610.768	0,00%	-	
ITALIA	110.820.460	98.815.021	-10,83%	12.005.439	

Dalla stupid review alla smart spending: le leve operative

2 Investire per risparmiare

- Tra il Careggi di Firenze e il Niguarda di Milano, dati 2013, vi è una differenza di dieci volte sul costo dell'elettricità (6.737 euro contro 604 a posto letto) ...

- ... ma il Niguarda ha investito 22 milioni per un cogeneratore innovativo

• Il rilancio degli investimenti infrastrutturali materiali ed immateriali pubblici è una leva fondamentale:

Gli investimenti infrastrutturali hanno un ruolo cruciale per incidere sulla produttività nazionali

- Alla fine degli anni '80 (Aschauer -1989 - e Munnell - 1990) è stata dimostrata la correlazione tra produttività nazionale e investimenti infrastrutturali in USA;

- In Italia, gli studi della Banca d'Italia (Di Giacinto, Micucci e Montanaro, 2011) hanno messo in risalto risultati analoghi;

La crescita dell'efficienza e dell'efficacia nei processi di erogazione dei «servizi pubblici» è un passaggio obbligato per la ripresa del paese che passa anche attraverso investimenti ad hoc anche di natura immateriale e la riconfigurazione dei processi di erogazione dei servizi

Investire per risparmiare

- In entrambi i casi il ricorso ai capitali privati attraverso il PPP può essere una risposta anche per i vantaggi sul patto di stabilità ma ...
- ... non l'one best way
- È chiaro che ottimo economico e ottimo sociale possono divergere;
- Al netto di considerazioni sulla sostenibilità di lungo termine, è chiaro come la creazione di valore per il pubblico o per il privato possono essere ottenute a scapito l'uno dell'altro;

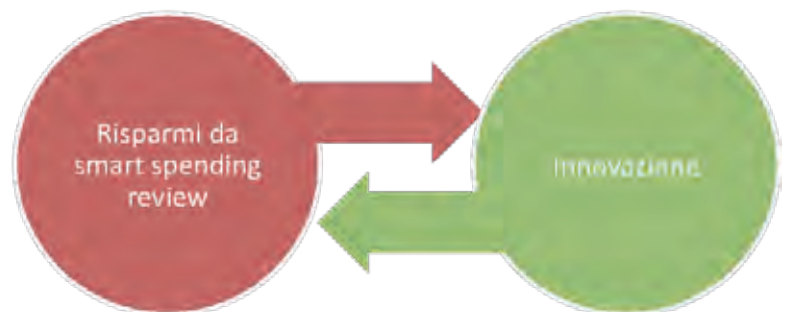
- Il nodo cruciale per rendere equa un'operazione di PPP è quindi la conciliazione dei due concetti di valore
- Ritorna il problema della valutazione delle PERFORMANCE (Monitoraggio delle concessioni)



Dalla stupid review alla smart spending: le leve operative

3 Innovare per risparmiare senza sacrificare il livello di servizi

- **L'innovazione cambia i paradigmi di costo**
- **Stimolare l'utilizzo innovativo della spesa in chiave «stato imprenditore»**
- Ad esempio, cosa succederebbe in Italia se ogni anno si usasse l'1% della spesa per forniture sanitarie (300 milioni annui) per finanziare «acquisti innovativi» in sanità?
- Attivare una filiera basata su:
 - Sperimentazione
 - Commesse di ricerca
 - Appalti pre commerciali
 - Replicazione
 - Partenariato pubblico privato
- **Responsabilizzare pubblico e privato su**
 - Performance
 - Ripartizione dei rischi
- **Attivare un circuito virtuoso per le risorse razionalizzate**



Dalla stupid review alla smart spending: le leve operative

- **Il mondo è sistemico**
- 4 **Le politiche per la spending review sono complesse**

- Per risparmiare si può investire in altri settori ...

... ad esempio esiste una correlazione sempre più analizzata tra infrastrutture sportive > pratica sportiva > riduzione dell'incidenza di malattie cardio respiratorie

Se si vuole ridurre in modo sostenibile la spesa sanitaria forse bisogna pensare prospetticamente di investire di più nelle infrastrutture sportive/turistiche e meno negli ospedali?





Tutti i diritti riservati
e-Sanit@, Rivista del Management dell'e-Healthcare
www.esitanews.it

Direttore Responsabile: Mario Dell'Angelo

Per richiedere il Quaderno dell'Osservatorio e-Health
e-Sanit@,
scrivere a: comunicazione@esitanews.it

e-Sanit@ e un'edizione SudSanita s.a.s.
Via Alberto Mario 44 – 95127 Catania

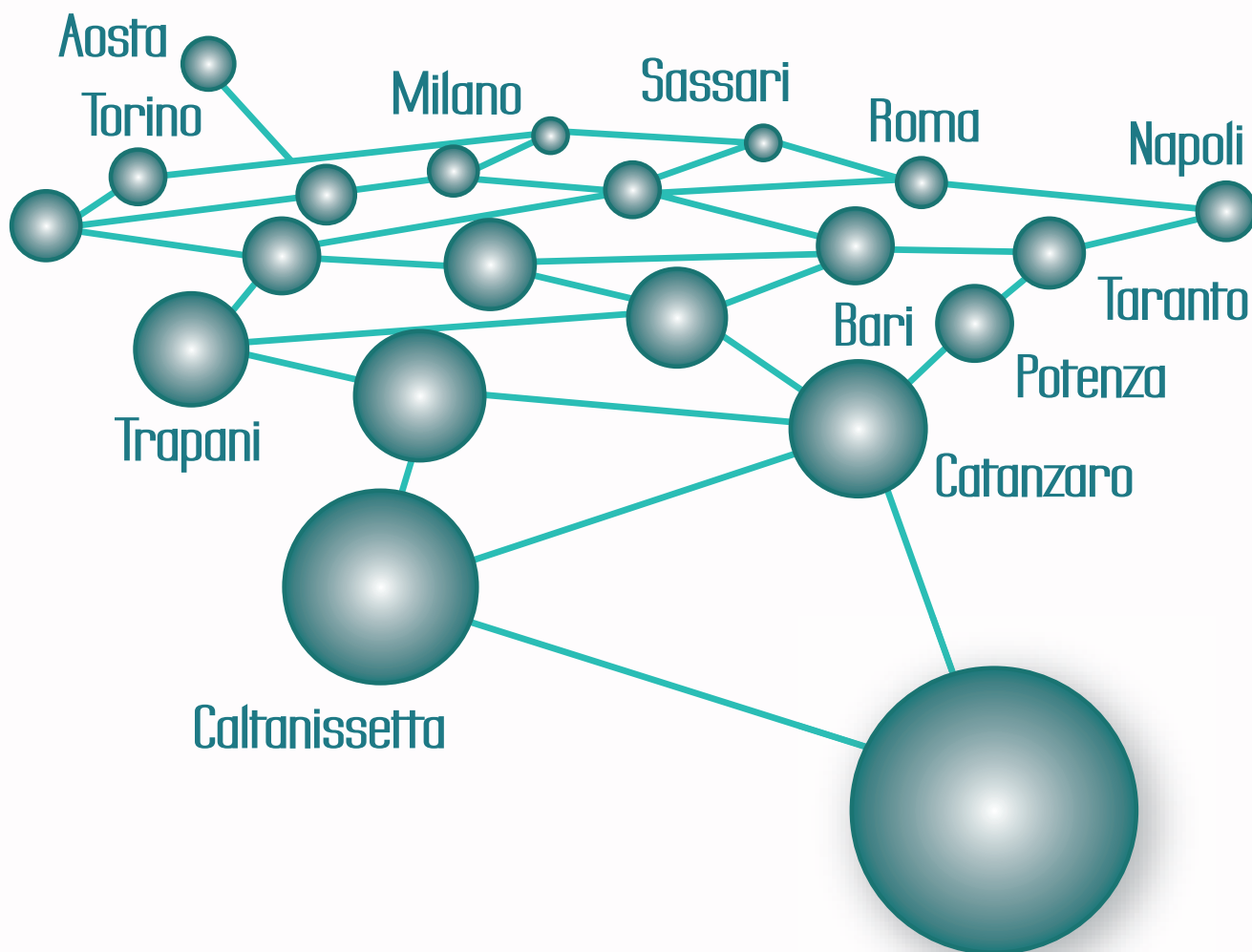
La Rete della [©] Sanità Digitale

[www. retesanitadigitale.it](http://www.retesanitadigitale.it)

e-Sanit@

Management dell'e-Healthcare

www.esitanews.it



ISBN 978-88-942032-5-7



9 788894 203257

€20,00