



Quaderni dell'Osservatorio eH health e-Sanit@

Sanità Digitale e Marketing

Riposizionare i servizi per riprogettare
l'esperienza del paziente



Innoviamo la Sanità partendo dalle persone

Smart working in Sanità

- ▶ Comunicare
- ▶ Collaborare
- ▶ Gestire
- ▶ Dematerializzare

Applicazioni per il Cittadino

- Informare ▶
- Interagire ▶
- Scambiare ▶
- Pubblicare ▶

- ▶ Informare
- ▶ Interagire
- ▶ Scambiare

Servizi al Cittadino

- Analizzare ▶
- Conoscere ▶
- Decidere ▶

Big Data Data Mining

Introduzione

Cambiano i comportamenti di accesso ai consumi e ai servizi. Il cittadino, sia egli acquirente che fruitore di servizi, è oggi più consapevole e più attento negli acquisti e sa con maggiore chiarezza cosa, a fronte di un onere fiscale che sostiene, i servizi pubblici devono garantirgli.

È un mutamento di costume e di abitudini, a cui la P.A. non sempre risponde con l'adeguata solerzia vuoi perché impreparata vuoi perché non gradisce di essere sottoposta a "controlli di qualità" esterni e ad una valutazione critica dei servizi erogati.

Il processo è comunque inarrestabile. Le tecnologie digitali, la loro diffusione, il facile utilizzo di alcuni applicativi, che stanno alla base dei social network, e la facilità di accesso alle informazioni attraverso il web come le numerose possibilità informative offerte dai social media permettono un trasferimento continuo di informazioni e una loro condivisione da parte di tutti noi. Non più anonima opinione pubblica, ma vere e proprie identità, che affermano la propria volontà e insieme il proprio diritto a progettare la propria vita con i benefit e i servizi di cui necessita.

Un'evoluzione nei comportamenti di "acquisto dei servizi", che non può non coinvolgere profondamente la P.A., chiamata ad assumere comportamenti diversi e garantendo trasparenza, più agevole accesso ai propri servizi, insieme ad efficacia e qualità degli stessi.

Un passo obbligato nella governance delle relazioni con il cittadino, da cui dipendono variabili da non sottovalutare come la percezione diffusa del valore e dell'efficienza della P.A. e il suo gradiente di gradimento.

E se a questo si affianca il fatto che, a fronte di bassi valori percettivi, minori saranno gli investimenti e maggiore la possibilità che una struttura della P.A. toccata da un deficit di credibilità si avvii ad una sua probabile chiusura, ci rendiamo conto che rispondere adeguatamente ai bisogni coscienti espressi dal cittadino non è questione di lana caprina né cedere aloni di prestigio. Anzi, esattamente il contrario.

In un contesto, poi, di crescente privatizzazione e di progressiva allentamento delle prerogative del pubblico a vantaggio del privato, in cui maggiore si fa la competitività tra gli stessi rami della P.A., saper rispondere alla domanda di servizi del cittadino garantisce alla stessa P.A. non solo di restare sul mercato, mantenendo il proprio "vantaggio competitivo", ma di migliorare ulteriormente la propria capacità di servizio e di accedere a maggiori possibilità di finanziamento di se stessa.

La situazione ha una sua declinazione peculiare e molto delicata nell'ambito del Servizio Sanitario.

Il rapporto tra Azienda Sanitaria e bisogno di cura del cittadino come anche quello, delicato, tra medico e paziente si inscrivono in un contesto emotivo, in cui la parola e la corretta gestione della cura e delle attenzioni al dolore e alla sofferenza svolgono un ruolo di primaria importanza anche per avviare lo stesso paziente a ben gestire e governare la propria malattia, se di essa si parla.

Il tema dell'empowerment del cittadino, argomento di fondo di questo terzo Quaderno eSanit@, presenta così due livelli, che riguardano chi è responsabile del processo di cura e dell'erogazione del servizio, che deve porre il cittadino nella migliore delle condizioni possibili per ben interpretare il suo percorso di cura e la sua domanda di salute, e le informazioni offerte, che devono tenere conto anche di quelle che il cittadino stesso possiede e che sono state raccolte autonomamente dalla pluralità di fonti a sua disposizione e che rappresentano l'insieme delle presupposizioni importanti, che lo guidano alla scelta di un dato servizio e di una data, quanto precisa, richiesta.

Sottovalutare questo doppio livello nella nuova frontiera della comunicazione significa correre davvero il rischio di un vero e proprio "drop out" del cittadino/paziente, che abbandona, come spesso accade, il percorso di cura assegnato o che addirittura cambia azienda e medico per cercare qualcuno più congeniale alla sua richiesta e più vicino ai suoi bisogni di sapere e di informazione.

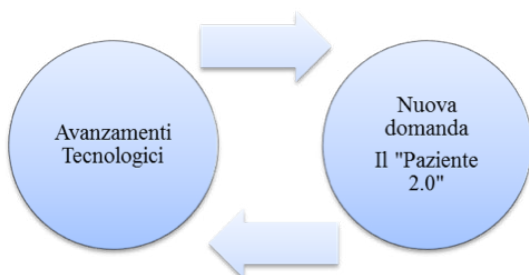
Se per l'Azienda sanitaria in quanto azienda saper intercettare questo mutamento e la sua nuova domanda vuol dire migliorare la propria qualità assistenziale, anche accettando il rischio di ricevere una risposta conflittuale e/o negativa da parte del cittadino/consumatore, e se per il medico vuol dire orientare con l'intelligenza di una più corretta relazione comunicativa il bisogno espresso dal paziente, avviandolo verso un più appropriato percorso assistenziale di cura, condiviso, e per il cittadino ricevere tale attenzione significa una crescita nella percezione della propria importanza in quanto portatore di un bisogno, peculiare e delicato come quello di salute.

In questa nuova partita, ancora in fieri, tra sapere medico e sapere del cittadino, portatore anche di nuovi interessi, le tecnologie digitali, quelle della Sanità digitale, ed in particolare tutte quelle soluzioni e applicazioni, che meglio possono favorire l'accesso ai servizi come anche un'informazione più lineare e puntuale, giocano un ruolo decisamente importante come veri e propri strumenti in mano alle Aziende Sanitarie per migliorare la propria offerta e l'accesso ai servizi, al medico, per render più continua la propria informazione e il monitoraggio assistenziale, nonché una panoramica clinica più globale, al cittadino per sentirsi gratificato e riconosciuto nella particolarissima quanto individuale domanda di salute.

Massimo Caruso

Questo capitolo fornisce un inquadramento del contesto in cui si è sviluppato il profilo attuale di paziente, definito come “paziente 2.0”, con cui oggi i sistemi sanitari di tutto il mondo sono destinati progressivamente ad interfacciarsi. Nello scenario attuale, si assiste ad un circolo virtuoso che vede le nuove tecnologie dell'informazione e della comunicazione offrire all'operatore sanitario nuove opportunità di ottimizzare l'erogazione del servizio e determinare un profilo di paziente diverso da quello tradizionalmente concepito. Il paziente 2.0, a sua volta, si mostra più esigente nei confronti del servizio sanitario che riceve ed è propenso all'utilizzo della tecnologia in sanità per ricevere un'esperienza di cura che sia complessivamente migliore rispetto a quella del passato. Si creano così nuove sfide per l'operatore che è spinto a migliorare continuamente i suoi processi e servizi e a ricercare soluzioni sanitarie innovative, anche digitali, compatibili con le esigenze e le caratteristiche di questo nuovo profilo di paziente.

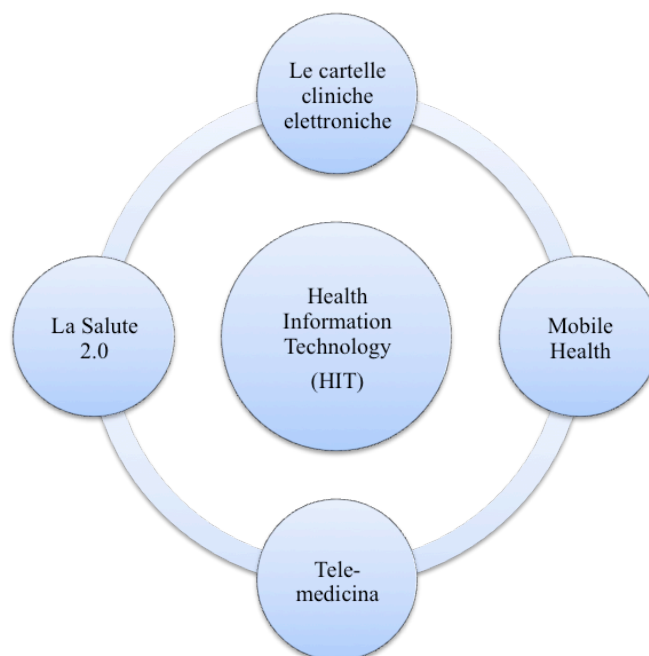
Figura 1. Il circolo virtuoso: la relazione tra lo sviluppo delle tecnologie sanitarie e il profilo di paziente 2.0.



1.1 I Trend di Innovazione Tecnologica in Sanità

Con il termine “Health Information Technology” (HIT) si fa riferimento all'applicazione delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione - le cosiddette ICT (Information and Communication Technologies) - a supporto delle organizzazioni sanitarie (American Medical Association). Il framework di riferimento è illustrato nella figura seguente che mostra i principali ambiti di applicazione della tecnologia in sanità.

Figura 2. Gli ambiti di applicazione della tecnologia in sanità.



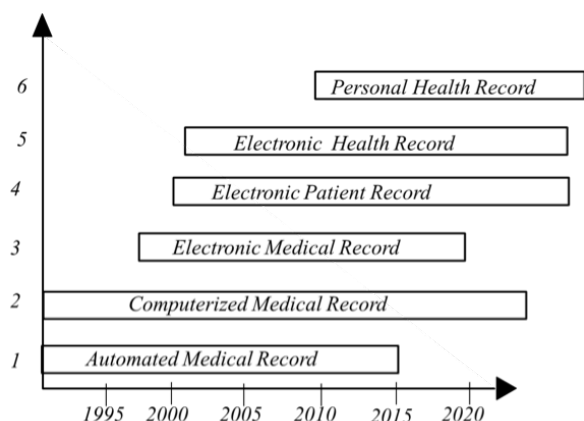
Gli avanzamenti tecnologici in sanità hanno comportato un profondo cambiamento nelle pratiche cliniche e di erogazione dei servizi e una sostanziale reingegnerizzazione dei processi sanitari (C.K. Prahalad and V. Ramaswamy 2004). Le nuove opportunità tecnologiche creano, da un lato, una nuova domanda progressivamente più esigente nei confronti dei servizi sanitari e, dall'altro, la necessità di formare nuovi professionisti con competenze trasversali (quindi non solo meramente mediche ma anche di tipo tecnologico) che siano in grado di rispondere alle nuove necessità dei cittadini-pazienti nella maniera più adeguata.

1.1.1 Le Cartelle Cliniche Elettroniche

Le cartelle cliniche elettroniche nell'ultimo decennio hanno subito una rapida evoluzione tecnologica che ha visto nel tempo nascere sistemi di gestione dei dati sempre più sicuri e sofisticati. Le cartelle “aziendali” di episodio (Electronic Medical Record), relativi ad una singola organizzazione sanitaria, hanno ceduto il passo alle più “complete” cartelle “di sistema” (locale, regionale, nazionale), gli Electronic Health Record (EHR) che consentono a diverse organizzazioni di scambiarsi informazioni e di offrire una panoramica della storia clinica dell'individuo. Recentemente, si sono poi sviluppati strumenti utilizzabili direttamente dal paziente: i Personal Health Record (PHR).

Di seguito un'illustrazione grafica dello sviluppo tecnologico delle cartelle cliniche elettroniche su scala globale.

Figura 3. Evoluzione tecnologica delle cartelle cliniche elettroniche
Fonte: Medical Record Institute.



Non è disponibile una definizione universale e condivisa di PHR. Una delle definizioni in letteratura più esplicative dello strumento afferma che: "PHR is an electronic application through which individuals can access, manage and share their health information, and that of others for whom they are authorized, in a private, secure, and confidential environment" (Foundation 2003). I cittadini-pazienti possono dunque tramite questi strumenti accedere ai dati clinici immediatamente disponibili e utilizzabili, aggiungere essi stessi le informazioni e decidere successivamente chi può accedervi, comunicare con il medico, ricevendo così tempestivamente informazioni per il trattamento, e contattare centri di supporto online.

1.1.2 Mobile Health e le Applicazioni per Smartphone

L'utilizzo crescente di dispositivi mobile, come smartphone e tablet, nella vita delle persone muta progressivamente le logiche di comunicazione. Ciò si riproduce anche in sanità "rivoluzionando" le tradizionali dinamiche relazionali tra operatore sanitario e cittadino-paziente. Oggi tali tecnologie presentano un elevato potenziale per divenire efficienti ed efficaci strumenti di erogazione dell'assistenza sanitaria (Hao Wang and Jing Liu 2009). Il Mobile Health comprende un ampio spettro di tecnologie (strumenti di monitoraggio, data collection software, applicazioni mobile, etc.) e presenta il vantaggio di ridurre la distanza tra pazienti e il mondo sanitario tramite l'offerta al cittadino-paziente di un accesso facilitato al servizio. Con riferimento alle applicazioni per smartphone, è possibile distinguerne diverse categorie: strumenti sviluppati dall'erogatore del servizio per consentire al paziente di orientarsi all'interno della struttura ospedaliera tramite sistemi di georeferenziazione, le applicazioni per il monitoraggio dei parametri clinici e comunicazione con il personale sanitario e, infine, quelle sviluppate da terzi a supporto di una buona condotta nella gestione della propria salute (i.e. applicazioni per il conteggio delle calorie) (Hao Wang and Jing Liu 2009; Roger Entner 2012).

I vantaggi sono molteplici sia per i cittadini-pazienti che per gli erogatori del servizio:

- vantaggi informativi: accesso facilitato alle informazioni, anche di tipo sanitario (i.e. PHR);
- vantaggi relazionali: una comunicazione più efficace e tempestiva attraverso l'utilizzo di posta elettronica, strumenti di messaggistica istantanea (basti pensare alle app di messaggistica mobile quali whatsapp, viber, o anche i "tradizionali" SMS etc.). I tempi di risposta del personale sanitario alle richieste dei cittadini-pazienti si riducono sensibilmente migliorando complessivamente la qualità della relazione e riducendo così gli errori;
- vantaggi di efficienza e di efficacia: studi mostrano come ad un maggior numero di controlli delle condizioni cliniche (soprattutto nella gestione di patologie croniche) corrisponda una sensibile riduzione nei casi di degenza ospedaliera e mortalità. Tramite i dispositivi mobile le rilevazioni dei parametri vitali del paziente possono essere effettuate e inviate in tempo reale all'operatore sanitario che può dunque a distanza monitorare i pazienti. Ne deriva inoltre una maggior rapidità nelle decisioni riguardanti il trattamento e le cure da sottoporre al paziente.

Ciò è un beneficio non solo per il cittadino-paziente, che ne consegue un vantaggio chiaro in merito, ma anche per l'operatore sanitario che, grazie a minori casi di ospedalizzazione, consegue una sensibile riduzione di costi. (Hao Wang and Jing Liu 2009; Roger Entner 2012).

1.1.3 La Telemedicina

La telemedicina è l'uso delle moderne tecnologie dell'informazione e della comunicazione in medicina al fine di fornire servizi sanitari a distanza. Il suo ampio scopo include: la diagnostica, la cura, la gestione e il monitoraggio della malattia, l'educazione del paziente e degli operatori sanitari, il trasferimento di dati clinici e, infine, consulenze mediche (Nihal Fatma Güler and Elif Derya Übeyli 2002; S. Stowe and S. Harding 2010). In generale, la telemedicina va intesa come uno strumento di avvicinamento al paziente, nel senso che il medico ha la possibilità di comprendere meglio i suoi problemi e, in questo modo, risolverli. Con la telemedicina non è più solo il medico a prendersi cura del paziente, ma il paziente diviene un collaboratore nella gestione della malattia (Emanuela Folco and Andrea Peracino 2014). L'uso dei servizi di telemedicina consente di dare al paziente un supporto immediato a distanza, e ciò è particolarmente importante in caso di emergenza. Inoltre, è possibile diagnosticare e gestire la malattia in maniera più efficace ed efficiente a beneficio di tutti i soggetti coinvolti (Nihal Fatma Güler and Elif Derya Übeyli 2002; Rashid L. Bashshur, Gary W. Shannon et al. 2014). Tra i principali vantaggi per l'operatore sanitario si annoverano: un miglior utilizzo delle risorse in sanità, attraverso tempi più brevi per l'erogazione del servizio, e la riduzione dei casi di ospedalizzazione. Quest'ultimo beneficio è importante soprattutto nel caso di gestione di pazienti cronici. Infatti, le patologie croniche hanno un grosso impatto dal punto di vista dei costi dei sistemi sanitari responsabili della loro gestione (Richard Wootton 2012). I principali benefici per il paziente sono: la possibilità di accedere

a uguali livelli di assistenza sanitaria, a beneficio soprattutto di soggetti ubicati in aree rurali scarsamente collegate agli organismi sanitari; riduzione della mortalità, la continuità della cura anche al di fuori dell'ambiente ospedaliero; ridotti tempi di attesa; minori ricoveri e, infine, la de-ospedalizzazione anticipata grazie a sistemi che supportano il paziente nel processo terapeutico direttamente nella sua abitazione (Rashid L. Bashshur, Gary W. Shannon et al. 2014).

1.1.4 La Salute 2.0

La salute 2.0 nasce come diretta conseguenza delle opportunità offerte dal Web 2.0. Questo descrive il modo in cui le persone interagiscono con l'informazione che trovano online. Si è assistito nell'ultimo decennio ad un vero e proprio passaggio dal consumo passivo delle informazioni online alla generazione attiva di contenuti, soprattutto su tematiche sanitarie generando il cosiddetto fenomeno della salute 2.0, o anche "partecipativa", in cui ogni cittadino-paziente è chiamato ad assumere un ruolo "attivo" nel processo di cura e, in generale, nel sistema sanitario attraverso un'intensa comunicazione, lo scambio di opinioni con il professionista e con altri pazienti.

1.2 L'Evoluzione dei Comportamenti del Paziente

Gli avanzamenti tecnologici hanno facilitato e parzialmente indotto un cambio nei comportamenti del paziente dando vita all'emergente profilo di paziente 2.0 che presenta aspettative sempre più elevate e sofisticate nei confronti del servizio sanitario che riceve. Si tratta di una domanda che si evolve, in un contesto di estremo avanzamento tecnologico, verso la necessità di costruire una rete di relazioni più intense e informali con l'operatore sanitario (D. Giustini 2006), confrontare le proprie esperienze con quelle altrui (H. J. Frost and P. M. Massagli 2008), accedere in tempi brevi a informazioni sanitarie autorevoli e alla gestione diretta dei propri dati (B. Cox and J. Thornewill 2008; Buccoliero L. and Prenestini A. 2009; Buccoliero 2010). Inoltre, un utilizzo sempre più intensivo di canali di comunicazione social conduce alla determinazione di un profilo di paziente che utilizza questi strumenti per essere in contatto con altri pazienti che hanno vissuto o stanno vivendo le stesse esperienze. Studi mostrano che il 36% degli utilizzatori di social network considera le esperienze degli altri prima di prendere decisioni riguardanti la propria salute. Si sviluppano così reti sociali online sul tema della salute, community dove le persone "aiutano" e "cercano aiuto" soprattutto in situazioni delicate o di imbarazzo legate ad un problema di salute.

1.2.1 Il "Patient Empowerment"

Il concetto di patient empowerment è da tempo oggetto di molti studi in letteratura che hanno tentato di dare diverse interpretazioni al costrutto. Nel tempo si sono infatti sviluppate diverse definizioni dello stesso, tutte però accomunate da alcuni elementi chiave che si traducono in un profilo di paziente differente che assume un maggiore controllo e partecipa attivamente nel pren-

dere decisioni "con" il professionista sanitario e non "subire" le decisioni prese dallo stesso. Ne deriva dunque una migliore capacità di discernimento del paziente tra le varie opzioni diagnostiche e terapeutiche disponibili (A. McLean 1995). È questa una condizione che non può essere imposta dal professionista, ma deriva dalla volontà del cittadino-paziente di autodeterminarsi quale "empowered". Tuttavia, il patient empowerment è uno stato che deve essere sostenuto da tutti gli attori coinvolti nel processo e, in quanto tale, richiede sostegno, in termini di relazione e disponibilità a modificare le logiche procedurali, da parte del professionista (M. M. Funnell and R. M. Anderson 2003; Bellio E., Buccoliero L. et al. 2009).

1.2.2 La "Patient Education"

I pazienti di oggi presentano un fabbisogno informativo superiore, rispetto a quelli del passato, relativo alle azioni necessarie da intraprendere per un corretto stile di vita. La patient education è un fenomeno che caratterizza il comportamento del nuovo "profilo" di paziente e si riferisce a:

- La consapevolezza che il paziente moderno ha relativamente ai benefici derivanti da "un'educazione sanitaria": vantaggi derivanti da maggiori informazioni e il conseguente sviluppo di una più profonda conoscenza delle scelte da effettuare per un corretto stile di vita e su specifiche tematiche sanitarie. Il paziente attiva così un processo di "skill building" per effetto di informazioni che reperisce attraverso diverse fonti (e.g. medico curante, internet, etc.);
- La maggiore responsabilità nella gestione della propria salute tramite una spiccata apertura alla comunicazione e allo scambio di opinioni con i professionisti sanitari.

1.2.3 Le Nuove Logiche di Relazione Medico-Paziente e tra Pazienti

Negli ultimi anni il web, con la sua evoluzione da contenitore di informazioni (web 1.0) a strumento di interazione e relazione (web 2.0) ha profondamente trasformato le dinamiche di relazione tra gli individui, rivoluzionando il paradigma della comunicazione generando anche in ambito sanitario nuove opportunità di comunicazione medico-paziente e tra pazienti. Il paziente moderno utilizza le tecnologie dell'informazione e della comunicazione per ottenere informazioni sanitarie, relazionarsi con altri individui e condividere esperienze su diversi temi (non necessariamente solo di tipo medico). Si tratta di un'evoluzione culturale, oltre che chiaramente tecnologica. Ricerche confermano la crescente rilevanza della tematica "salute" nelle motivazioni che inducono un individuo ad effettuare una ricerca sul web. Tale comportamento è considerato naturale nella generazione dei cosiddetti "nativi digitali", ma inizia ormai ad essere diffuso anche nelle generazioni più adulte per mezzo dell'influenza esercitata da familiari e parenti più giovani (figli e nipoti nel caso di cittadini "senior") (G. Eysenbach and C. Köhler 2002). La comunicazione 2.0 diventa oggi una realtà anche nel settore sanitario per effetto di tendenza globale dei cittadini, e i pazienti nello specifico, ad

Bibliografia

- A. McLean (1995). "Empowerment and the psychiatric consumer/ex-patient movement in the United States: Contradictions, crisis and change." *Social Science & Medicine* 40(8): 1053-1071.
- B. Cox and J. Thornewill (2008). "The Consumer's View of the Electronic Health Record: Engaging Patients in EHR Adoption." *Journal of Healthcare Information Management* 22(2): 43 - 47.
- Bellio E., Buccoliero L., et al. (2009). *Patient web empowerment: la web strategy delle aziende sanitarie del SSN. Rapporto Oasi 2009.*
- Bos Lodewijk, Marsh Andy, et al. (2008). "Patient 2.0 Empowerment." *Proceedings of International Conference on Semantic Web and Web Services*: 164-168.
- Buccoliero, L. (2010). "Come realizzare un os." *e-HealthCare*: 70-73.
- Buccoliero L. and Prenestini A. (2009). "Verso il Fascicolo sanitario elettronico." *Management della sanità*: 25-27.
- C.K. Prahalad and V. Ramaswamy (2004). "Co-creation experiences: the next practice in value creation." *Journal of Interactive Marketing* 18(3).
- D. Giustini (2006). "How Web 2.0 is changing medicine." *Bio Medical Journal*: 1283-1284.
- Emanuela Folco and Andrea Peracino (2014). *Il monitoraggio remoto legato alla telemedicina: conclusioni e domande*, Fondazione Giovanni Lorenzini, Medical Science Foundation Milano e Houston.
- Foundation, H. (2003). *Connecting for Health - A Public-Private Collaborative.*
- G. Eysenbach (2008). "Medicine 2.0: Social Networking, Collaboration, Participation, Apomediation, and Openness." *J Med Internet Res* 10(3).
- G. Eysenbach and C. Köhler (2002). "How do consumers search for and appraise health information on the world wide web? Qualitative study using focus groups, usability tests, and indepth interviews." *British Medical Journal* 324: 573-577.
- H. J. Frost and P. M. Massagli (2008). "Social Uses of Personal Health Information Within PatientsLikeMe, an Online Patient Community: What Can Happen When Patients Have Access to One Another's Data." *J Med Internet Res* 10(3).
- Hao Wang and Jing Liu (2009). "Mobile Phone Based Health Care Technology." *Recent Patents in Biomedical Engineering* 2: 15 - 21.
- M. M. Funnell and R. M. Anderson (2003). "Patient Empowerment: A Look Back, A Look Ahead." *Diabetes Educator* 29(3): 454-464.
- Nihal Fatma Güler and Elif Derya Übeyli (2002). "Theory and Applications of Telemedicine." *Journal of Medical Systems* 26(3).
- Rashid L. Bashshur, Gary W. Shannon, et al. (2014). "The Empirical Foundations of Telemedicine Interventions for Chronic Disease Management." *TELEMEDICINE and e-HEALTH* 20(9).
- Richard Wootton (2012). "Twenty years of telemedicine in chronic disease management: an evidence synthesis." *Journal of Telemedicine and Telecare* 18.
- Roger Entner (2012). "The Wireless Industry: The Essential Engine of U.S. Economic Growth." *Recon Analytics*: 30 - 33.
- S. Stowe and S. Harding (2010). "Telecare, telehealth and telemedicine." *European Geriatric Medicine* 1: 193-197.

WEB ED EMPOWERMENT DEL “PAZIENTE 2.0”

di: Luca Buccoliero, Elena Bellio - CERMES Bocconi e Anna Prenestini - CERGAS

I tre autori hanno condiviso la stesura del capitolo ad eccezione dei punti 2.1.3, 2.2, 2.3.3, 2.4 e 2.5 che sono da attribuire solo a Luca Buccoliero ed Elena Bellio

- 2.1 Patient Web Empowerment**
 - 2.1.1 Introduzione
 - 2.1.2 Il Patient Web Empowerment Index
 - 2.1.3 Il PWEI 2014
- 2.2 Web 2.0**
 - 2.2.1 Social Media
 - 2.2.2 Il moderno concetto di community
- 2.3 EHR e PHR**
 - 2.3.1 I personal health record: un approccio definitorio
 - 2.3.2 Benefici e limiti dei PHR
 - 2.3.3 Implementazione di PHR in Italia e all'estero
- 2.4 Telemedicina**
 - 2.4.1 Principali ostacoli allo sviluppo della telemedicina in Italia
- 2.5 Mobile Health**
 - 2.5.1 Le app per smartphone
 - 2.5.2 Alcune esperienze italiane ed internazionali



2.1 Patient Web Empowerment

2.1.1 Introduzione

Come illustrato nel capitolo 1, i cittadini-pazienti esprimono una domanda nuova nei confronti dei servizi sanitari, domanda che include:

- a) nuove opzioni di accesso diretto ad informazioni sanitarie autorevoli, personalizzate ed immediatamente utilizzabili (Hesse, Nelson et al. 2005);
- b) maggior capacità di controllo sulle proprie condizioni di salute anche attraverso una diretta gestione dei propri dati e delle varie opzioni diagnostiche e terapeutiche disponibili ;
- c) migliori opportunità di relazioni dirette ed informali con le strutture sanitarie e con i professionisti (Leong, Gingrich et al. 2005; Giustini 2006);
- d) un ruolo più attivo nei network di assistenza anche attraverso il confronto delle proprie esperienze con quelle altrui in una logica di “web 2.0” (O’Reilly 2007; Eysenbach 2008).

In particolare, milioni di cittadini utilizzano il web per gestire problematiche relative alla propria salute o a quella dei propri familiari e milioni di pagine web attinenti alla sfera della salute e del benessere sono consultate quotidianamente: circa il 20% delle ricerche complessivamente effettuate sul web negli ultimi anni nel nostro Paese hanno attinenza con problematiche afferenti alla salute. Al di là delle variazioni “stagionali” di questo dato (epidemie influenzali, allarmi specifici, ecc.), l’analisi storica dei dati disponibili conferma la crescente rilevanza della categoria “salute” nelle motivazioni che inducono un individuo ad effettuare una ricerca sul web (Bundorf, Wagner et al. 2006; Lemire, Sicotte et al. 2008).

Sebbene il comportamento che guida il cittadino in queste ricerche non sia ancora stato compiutamente analizzato in tutte le sue determinanti (Eysenbach and Köhler 2002), si può ritenere che alcune caratteristiche intrinseche dello strumento web ne facciano un “touch point” ideale per le relazioni tra sistema sanitario e cittadino-paziente. Infatti, il web garantisce, almeno in apparenza, anonimato e virtualità della relazione (entrambe caratteristiche apprezzate soprattutto per specifiche problematiche particolarmente sensibili), immediatezza dell’accesso all’informazione (nel momento e nella circostanza in cui lo stesso è necessario), carattere “ufficiale” dell’informazione recuperata (in forma “scritta” e quindi permanente nel tempo), costi ridottissimi o inesistenti per l’utilizzo del servizio.

Ma, soprattutto, il web, nelle sue più recenti declinazioni di tipo “2.0”, offre un ineguagliabile potenziale di “empowerment” al “navigatore” che sempre più spesso diviene parte attiva nella generazione di contenuti e nello scambio di esperienze (ad esempio attraverso forum e social network).

Tale attitudine, fisiologica a naturale nella generazione dei cosiddetti “nativi digitali”, inizia ormai ad essere ben presente anche nelle generazioni più adulte e, nel caso dei cittadini senior, può essere sviluppata senza troppi ostacoli di tipo culturale anche grazie alla mediazione di familiari e parenti più giovani (figli e nipoti).

Recenti studi hanno però evidenziato alcune minacce legate a queste dinamiche e riconducibili soprattutto all’assenza di certificazione delle informazioni disponibili. Ad esempio, il 20% dei siti utilizzati per ricerche di informazioni relative alla salute risultano sponsorizzati da aziende con potenziali conflitti di interesse e spesso sono privi di certificazioni di qualità rilasciate da soggetti indipendenti.

Si delinea pertanto un preoccupante trade-off tra i benefici legati ad un accresciuto empowerment del paziente ed i rischi di una gestione del canale web senza un controllo ed una strategia di sistema. Proprio tale analisi ha ispirato, nel Regno Unito, le nuove strategie di riprogettazione del portale web del NHS (<http://www.nhsdirect.nhs.uk/>), attraverso il quale il servizio pubblico ha perseguito un obiettivo di empowerment del cittadino in un ambiente certificato, moderato e coerente con gli obiettivi del sistema.

2.1.2 Il Patient Web Empowerment Index

A partire dal 2009, è stato sviluppato, applicato e progressivamente affinato un indicatore con il duplice obiettivo di:

- 1) illustrare sinteticamente gli elementi caratteristici di una strategia web di un’azienda sanitaria chiaramente finalizzata alla massimizzazione del valore dell’empowerment del cittadino-paziente;
- 2) disporre di una valorizzazione quantitativa sintetica (scoring) dell’empowerment creato da un sito web di un’azienda sanitaria anche al fine di effettuare benchmark (interaziendali, interregionali o internazionali) oltre che analizzare trend evolutivi del fenomeno.

Il Box 1 propone una sintesi degli aspetti metodologici alla base della rilevazione e delle modalità di interpretazione degli 8 sottoindicatori che lo compongono.

Si sottolinea che le rilevazioni effettuate nel 2012 e quella successiva, effettuata nel 2014, si sono basate su un modello di indicatore “revisionato” alla luce della necessità di individuare tre ulteriori elementi strategici ritenuti di particolare rilevanza ed attualità:

- 1) l’adozione di logiche di georeferenziazione delle informazioni e dei servizi forniti al cittadino anche attraverso la disponibilità on-line di strumenti di tipo GIS (Geographic Information System) che prevedono la gestione di stati informativi tematici “appoggiati” su cartografie ufficiali (Higgs, Smith et al. 2005; Buccoliero 2009); in questa categoria rientrano ad esempio piattaforme per l’individuazione di farmacie di turno oppure strumenti per facilitare l’individuazione di presidi e strutture sul territorio;
- 2) la presenza attiva delle aziende sanitarie, in diverse modalità, sui principali social network (Facebook, Twitter, You Tube ed altre)(PWC 2012);
- 3) la definizione di strategie di innovazione basate sull’uso della telefonia mobile (apps per smartphone, servizi SMS, altri servizi basati su fonia e dati in mobilità) (Kevin, G.Griswold et al. 2008)

Box 1 Sintesi degli aspetti metodologici e descrizione del PWEI (in grassetto si evidenziano gli elementi innovativi che caratterizzano le rilevazioni PWEI 2012 e 2014 rispetto alle precedenti)

L'analisi dei siti web ha previsto l'utilizzo del PWEI, un indicatore multidimensionale composto da 8 sotto-indicatori, ciascuno dei quali ha l'obiettivo di misurare un diverso aspetto del fenomeno di empowerment del paziente attraverso il web.

I sottoindicatori di cui si compone l'indice sono i seguenti:

- 1) PWEI Site (P1): è relativo ad alcune caratteristiche strutturali del sito che favoriscono una navigazione scorrevole e, soprattutto, rispondono efficacemente alle prime esigenze informative del paziente. Questo elemento non è direttamente legato ad un incremento di informazione e controllo ma rappresenta un pre-requisito per la migliore fruizione delle informazioni e dei servizi on-line. Tra queste sono state analizzate alcune caratteristiche legate all'accessibilità e alla fruibilità immediata dei contenuti e dei servizi erogati dall'ente. In particolare, si è esaminata la strutturazione del sito, assegnando un punto ai siti che consentono una navigazione secondo il modello life event oppure propongono una chiara segmentazione per cluster di pazienti. Il menu costruito secondo queste logiche può aiutare la consultazione da parte del paziente che ha problematiche specifiche e che riceve, così, una risposta mirata al proprio fabbisogno. **A partire dal 2012, questo sottoindicatore ha preso in considerazione l'esistenza di strategie di georeferenziazione delle informazioni fornite dal sito.** Tale elemento ha sostituito la valutazione di una chiara rappresentazione della struttura organizzativa aziendale, prevista invece nell'indicatore per gli anni 2009, 2010 e 2011.
- 2) PWEI Clinic (P2): è rappresentato dalle informazioni cliniche ottenibili dal paziente sul sito. Per costruire il sotto-indicatore sono stati presi in considerazione diversi elementi relativi alle informazioni di carattere sanitario presenti sul sito: a partire da semplici schede divulgative o newsletter fino ad arrivare a test di valutazione del proprio rischio clinico o per l'autodiagnosi.
- 3) PWEI Community (P3): valuta la presenza sul sito web di community on-line o di gruppi che garantiscono un supporto informativo clinico, psicologico o di accompagnamento ai pazienti che affrontano particolari problematiche di carattere sanitario, anche sotto forma di bookmark di risorse internet. **A partire dal 2012, si è approfondita, nell'ambito del PWEI Community, l'eventuale presenza di strategie basate sull'uso di social network da parte delle aziende sanitarie, con l'obiettivo di pervenire ad una prima mappatura delle esperienze esistenti.** Non è più rilevata, invece, la presenza di elenchi e riferimenti a risorse non web, ossia in modalità rubrica.
- 4) PWEI MD2P – Medical Doctor To Patient (P4): è costituito dalla comunicazione medico-paziente direttamente on-line e contribuisce a migliorare in modo rilevante la qualità e la quantità di informazioni clinica a disposizione dell'utente. Il paziente può infatti rivolgersi direttamente ai professionisti per indicazioni o consigli di carattere sanitario attraverso l'email personale, blog, forum, FAQ, ecc. In questo contesto si è anche rilevata l'eventuale multicanalità dell'approccio delle Aziende Sanitarie (oltre ad internet, anche telefono o televisione digitale terrestre).
- 5) Personal Health Record (PHR – P5): garantisce la possibilità di accedere al proprio record elettronico delle informazioni sulla salute, assimilabile ad una cartella clinica, che riporta l'intera storia sanitaria della persona oppure singoli referti di prestazioni diagnostiche e sanitarie. Il PHR è, quindi, un importante strumento sia di informazione sia di controllo sui propri dati di carattere sanitario. Il sotto-indicatore PWEI PHR analizza la possibilità di visionare e di scaricare il proprio fascicolo elettronico direttamente dal sito dell'Azienda Sanitaria oppure attraverso altre modalità come la carta elettronica o l'accesso da parte del proprio MMG o dello specialista di riferimento.
- 6) PWEI Choice (P6): prende in considerazione alcuni dei più importanti elementi che, se presenti sul sito, possono orientare il paziente verso la scelta dell'azienda sanitaria e dei professionisti più indicati presso i quali ottenere la prestazione richiesta o, quantomeno, favoriscono la trasparenza dell'Azienda Sanitaria nei confronti degli utenti (curriculum vitae dettagliati dei medici, tipologia e quantità di casi trattati di una determinata patologia, liste d'attesa per prestazioni diagnostiche e visite specialistiche).
- 7) PWEI Telemed (P7): valuta la disponibilità sul sito dell'azienda sanitaria di servizi erogati con il sistema della telemedicina, che generalmente permette di effettuare diagnosi clinica in modo virtuale senza la presenza fisica del paziente presso il medico. In particolare, è stata valutata una chiara offerta di servizi di teleconsulto specialistico a distanza, teleassistenza domiciliare e telesoccorso.
- 8) PWEI Innovation (P8): misura la presenza di innovazioni particolari, anche con un carattere di eccezionalità, andando oltre agli impatti informativi e di controllo indagati in questa ricerca. Ossia si è rilevata – in singoli casi – la presenza sul sito di alcuni servizi accessori basati sulle ICT, ad esempio la webcam o l'album fotografico dei neonati dei reparti maternità o delle terapie intensive neonatali oppure la possibilità di accedere ad un sistema di prenotazione delle prestazioni on line, ecc.

Nel 2012, nell'ambito del PWEI Innovation si è dedicata una specifica attenzione all'individuazione di eventuali strategie di utilizzo del telefono mobile per l'erogazione di informazioni o servizi (es: apps per smartphone, servizi via SMS, ottimizzazioni sito web per utilizzo da dispositivo mobile).

Ogni sotto-indicatore è stato definito sulla base delle diverse accezioni di empowerment che si riscontrano in letteratura e successivamente pesato tramite il coinvolgimento di un pool di esperti e l'adozione del metodo dell'allocatione partecipativa del budget (Moldan, Billharz et al. 1997). Il valore dell'indicatore – il cui massimo teorico è pari a 10 – è dato dalla seguente formula:

$$PWEI = 0,5 P1 + 2 P2 + 0,5 P3 + 1,5 P4 + 2 P5 + 2 P6 + 1 P7 + 0,5 P8$$

L'analisi dei siti web è stata effettuata dagli autori (ai quali i siti sono stati assegnati su base casuale) sulla base di due criteri fondamentali:

- l'immediatezza con cui le informazioni o i servizi sono rintracciabili nella navigazione nel sito, senza particolari difficoltà nel reperirle;
- la sistematicità (e non l'eccezionalità) della presenza di tali informazioni e servizi sul sito.

Nella fase di determinazione quantitativa si è attribuito valore 1 per la presenza sistematica e immediatamente fruibile del servizio o dell'informazione in esame, valore 0 nel momento in cui assente e valore 0,5 ad una presenza non completamente strutturata.

Si è calcolata l'intercoder reliability delle misurazioni fornite dai tre autori utilizzando un campione di 35 siti ed utilizzando il coefficiente Alpha di Krippendorff (Hayes and Krippendorff 2007) che ha mostrato un soddisfacente grado di affidabilità (peraltro crescente di anno in anno) delle misurazioni effettuate dai diversi valutatori.

L'analisi dei siti aziendali secondo la metodologia sopra descritta è stata effettuata annualmente a partire dal 2009 e, a partire dal 2012, è effettuata regolarmente con cadenza biennale.

2.1.3 Il PWEI 2014

L'analisi 2014 è stata condotta nei mesi di giugno e luglio su 128 siti di Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliere-Universitarie e

IRCSS pubblici e privati e su 143 siti di ASL. Sono stati indagati tutti i siti effettivamente on-line durante il periodo della rilevazione analizzando l'universo delle aziende sanitarie pubbliche. Non si registra, tuttavia, una perfetta coincidenza con il numero ufficiale di aziende sanitarie e IRCSS presenti al momento della rilevazione. In taluni casi, infatti, i siti non sono stati ancora aggiornati a seguito delle modificazioni istituzionali che hanno portato, di solito, alla fusione di Aziende.



Tabella 1 - Evoluzione del PWEI in ciascuna regione a partire dall'anno 2009 al 2014. Fonte: elaborazione degli Autori su dati primari

PWEI complessivo medio per regione	2009	2010	2011	2012	2014	
Emilia Romagna	3,42	3,6	3,61	3,49	4,55	
Veneto	0,91	1,98	2,88	3,18	4,39	
Puglia	1,33	1,52	2,01	1,70	4,16	
Basilicata	1,2	1,9	3,59	2,78	4,06	
Lombardia	2,99	3,72	4,79	4,44	3,93	
Umbria	1,54	2,11	2,5	2,23	3,91	
Liguria	0,98	2,84	4,15	3,78	3,89	
Valle d'Aosta	2,67	2,79	1,42	3,07	3,87	
Toscana	0,94	3,56	4,04	4,01	3,64	
Italia	1,33	2,19	2,87	2,86	3,32	
Trentino	2,8	2,88	2,63	2,53	3,28	
Abruzzo	1,09	1,12	2,3	2,07	3,27	
Piemonte	0,26	1,63	1,81	2,13	3,18	
Alto Adige	0,93	0,93	1,13	0,93	3,12	
Friuli Venezia Giulia	1,73	2,23	3,35	3,24	2,86	
Lazio	1,04	1,57	2,07	1,92	2,62	
Marche	1,7	1,67	2,43	2,26	2,44	
Sicilia	1,1	0,83	1,16	1,68	2,23	
Sardegna	0,98	1,55	1,6	1,79	2,10	
Calabria	0,64	1,08	1,14	1,26	2,00	
Molise	0,1	0,59	0,76	1,63	1,91	
Campania	0,71	1,02	1,56	1,41	1,27	

Tabella 2 - Trend 2009-2014 dei sottoindicatori del PWEI (scala min 0-max 10). Fonte: elaborazione degli Autori su dati primari

Media sottoindicatori	2009	2010	2011	2012	2014	
PWEI Site	3,55	4,22	5,04	3,54	4,39	
PWEI Clinic	1,1	1,48	2,28	2,30	2,22	
PWEI Community	2,13	2,43	3,6	2,58	3,75	
PWEI MD"P	0,94	1,27	1,92	2,00	2,64	
PWEI PHR	2,79	3,54	3,91	4,27	4,14	
PWEI Telemed	1,06	0,43	0,63	0,75	1,05	
PWEI Choice	0,32	2,61	3,55	3,96	4,68	
PWEI Innovation	0,46	2,29	2,99	1,99	0,89	

Una prima analisi dei dati presentati nelle tabelle 1 e 2 consente di segnalare alcune evidenze significative:

- 1) il valore medio nazionale del PWEI nei cinque anni considerati evidenzia un incremento lento ma costante, particolarmente evidente nella rilevazione 2014. In alcune regioni, tuttavia, il trend 2014 registra un'inversione di tendenza probabilmente imputabile ad una riduzione delle risorse destinate all'implementazione delle strategie web (è il caso di Toscana e Friuli Venezia Giulia). Inoltre, giova precisare che la "revisione" dell'indicatore effettuata nel 2012 può giustificare alcuni trend dei sottoindicatori PWEI Site, PWEI Community e PWEI Innovation, il cui "paniere" include tre elementi diversi rispetto al passato (rispettivamente georeferenziazione, social network e mobile).
- 2) Nella rilevazione 2014 spiccano gli incrementi registrati da Veneto, Puglia e Basilicata che determinano una variazione del benchmark tra regioni;
- 3) Il PWEI Telemed conferma una certa marginalità dei progetti di telemedicina basati sull'uso del web, pur evidenziando

nel 2014 una inversione di tendenza, probabilmente attribuibile a nuove progettualità; sostanzialmente stabile, invece, l'implementazione di PHR;

- 4) Il PWEI choice si conferma essere un'area di costante miglioramento e registra le migliori performance incrementali;
- 5) Sono oggi 65 (38 ASL e 27 tra AO, AOU e IRCCS, contro le 31 del 2012) le aziende che hanno una presenza ufficiale ed attiva sui social network. Tale presenza si realizza con pagine ufficiali che includono bacheche aperte oppure con modalità limitate alla segnalazione di "like" di risorse web ufficiali;
- 6) Sotto il profilo qualitativo, si conferma la preoccupante assenza di aggiornamento dei siti di numerose aziende, in cui spesso sono fatte confluire informazioni non utili per il paziente senza un disegno preciso. In taluni casi, i siti on-line sono ancora quelli di aziende cessate a seguito di riforme istituzionali e ciò determina un elevato grado di confusione nel paziente che accede a queste risorse.

2.2 Web 2.0

Inizialmente il Web era stato concepito per collegare tra di loro vari documenti ipertestuali statici, (fase del Web 1.0). La disponibilità dei primi sistemi di memorizzazione dati (database) e linguaggi lato server ha in seguito portato alla nascita di siti dinamici, quali bacheche on-line e forum, sino a giungere al concetto di Web 1.5. Con l'utilizzo di linguaggi lato client, che aggiungono interattività al sito, si verifica un ulteriore incremento di versione del Web non determinato da un aggiornamento delle specifiche tecniche, bensì da un diverso criterio di utilizzo della piattaforma web (Web 2.0).

Tim O'Reilly ha provato a darne una definizione chiara e sintetica: "Web2.0 is the business revolution in the computer industry caused by the move to the internet as a platform, and an attempt to understand the rules for success on that new platform. Chief among those rules is this: build applications that harness network effects to get better the more people use them" (http://radar.oreilly.com/archives/2006/12/web_20_compact.html).

Le parole chiave della definizione sono le seguenti:

- Web come piattaforma;
- Controllo dei dati da parte degli utenti;
- Architettura partecipativa.

Appare evidente che il Web 2.0 non è una nuova versione del Web. A cambiare sono stati gli utenti del Web che sono oggi dotati di una nuova sensibilità verso il mezzo, agevolati dalla sovrabbondanza di banda e di offerta di servizi.

Il concetto di Web 2.0 infatti viene generalmente associato all'uso di tecnologie che facilitano la condivisione interattiva di informazioni, l'interoperabilità e la collaborazione nel mondo Web portando allo sviluppo di reti sociali, social media e community (Musser and O'Reilly 2007; Vossen and Hagemann 2007). Tre sono i principali fattori che favoriscono la proliferazione di servizi Web 2.0 (Berge and Büsching 2007):

- 1) Maggiore disponibilità di tecnologie Web che consente l'utilizzazione semplificata dei servizi on-line da parte dei consumatori e dei fornitori;
- 2) Infrastrutture tecniche mature che consentono la distribuzione dei dati ad alta intensità di contenuti;
- 3) I cambiamenti nei comportamenti dei consumatori.

Ad oggi si osserva una rapida adozione delle tecnologie Web 2.0 nel settore sanitario (Seeman 2008) (Eysenbach 2008) dovuta ad una tendenza globale dei pazienti ad utilizzare piattaforme e portali per ottenere informazioni e per condividere esperienze. La Salute 2.0 rappresenta dunque il passaggio verso una salute personalizzata e partecipativa in cui tutti sono invitati a vedere ciò che sta accadendo nel loro processo di cura e nel sistema sanitario in generale, per consentire di contribuire con le proprie idee combinando dati ed informazioni sanitarie con le esperienze dei cittadini-pazienti.

Social media e community permettono l'accesso e la condivisione delle informazioni. Poiché i consumatori dipendono sempre più

da queste reti, gli operatori del settore sanità si trovano ad affrontare una vera e propria sfida con un impatto significativo sul futuro dei servizi sanitari. Già oggi il Web 2.0 consente ai pazienti di comunicare tra loro per gestire al meglio i processi di cura e ai medici di comunicare l'uno con l'altro per poter prendere le decisioni migliori.

2.2.1 Social media

Sono servizi web based, piattaforme o siti web dove le persone possono creare, visualizzare e interagire: gli utenti diventano "creatori di contenuti" e sono attivamente impegnati nella comunicazione piuttosto che consumatori passivi di informazioni.

Una ricerca condotta da Deloitte ha evidenziato che il cinquantacinque per cento degli americani intervistati ottiene informazioni sui social media su una terapia o una patologia online (Keckley 2010) mentre il sessanta per cento dei medici intervistati sono interessati ad utilizzare i social media per scopi professionali (Manhattan Research). Inoltre circa un terzo degli americani che cerca informazioni online sulla propria salute utilizza i social media perché consentono di essere in contatto con altri pazienti che hanno vissuto o stanno vivendo le stesse esperienze (Noah Elkin 1-2008). Infatti il 36% degli utilizzatori di social network dichiara di considerare le esperienze degli altri prima di prendere decisioni riguardanti la propria salute (Jupiter Research 2007).

I social media hanno un notevole valore potenziale per le organizzazioni sanitarie perché possono essere utilizzati per raggiungere gli stakeholders, per aggregare informazioni e favorire collaborazioni.

Per valutare la presenza di strategie basate sull'uso di social media da parte delle aziende sanitarie del SSN, sono stati presi in considerazione i loro siti web con l'obiettivo di pervenire ad una prima mappatura delle esperienze esistenti. A questo proposito possiamo affermare che solo in 20 siti web su oltre 300 presi in considerazione si ha un'indicazione sulla presenza di social network. Molte di queste esperienze inoltre non denotano un uso attivo dello strumento bensì offrono solo la possibilità di condividere notizie. Facebook, Twitter e Youtube sono i programmi più diffusi. L'ospedale Bambino Gesù di Roma utilizza anche G+ ed ha una propria presenza su MySpace.

Ben diversa la situazione nel contesto internazionale dove l'uso dei social media in sanità è ormai ritenuto naturale.

Gli ospedali Statunitensi, ad esempio, sono tutti presenti su Facebook e Twitter e, spesso, hanno uno spazio su youtube (ad esempio Mayo Clinic, Rochester, Minnesota). I seguenti ospedali USA enfatizzano particolarmente la loro presenza sui Social Network tramite un apposito spazio sulla homepage dei siti web istituzionali:

- Massachusetts General Hospital, Boston (USA)
- Johns Hopkins Hospital, Baltimore (USA)
- Cleveland clinic (USA)
- Barnes-Jewish Hospital/Washington University, St Louis (USA)
- New York-Presbyterian University Hospital of Columbia and Cornell, NY, (USA)

- Duke University Medical Center, Durham, N.C. (USA)
- Brigham and Women's Hospital, Boston (USA)
Anche in Paesi quali il Regno Unito, la Spagna e l'Australia vi è una diffusa presenza sui social network, gestita dai diversi livelli di governo (centrale o periferico). Ad esempio la SA Health (South Australia Health) nel 2011 ha lanciato sia la pagina Facebook che il proprio profilo Twitter.

2.2.2 Il moderno concetto di community

Fa riferimento non a spazio e fisicità bensì a reti sociali virtuali (Wellman and Gulia 1999) che consentono alle comunità di essere costruite e mantenute senza gli impedimenti di spazio o di tempo (Eysenbach, Powell et al. 2004) bensì con l'aiuto della tecnologia di comunicazione (Katz, Rice et al. 2011) (Palloff and Pratt 2009).

Le community on-line sul tema salute sono normalmente incentrate sull'idea di aiutare e cercare aiuto. Le persone hanno bisogno di un beneficio e vogliono anche fornirlo agli altri (Lee and Jang 2010). Oltre alla natura altruistica questo tipo di community può garantire l'anonimato nelle relazioni il che può facilitare partecipazione e condivisione risultando di grande aiuto soprattutto laddove vi siano situazioni delicate o di imbarazzo legate ad un problema di salute.

Ciò spiega l'ampio numero di comunità virtuali che esistono oggi: a marzo 2012 Google ha calcolato 228.448 gruppi di supporto nel settore salute mentre Yahoo ha elencato 8.487 gruppi di supporto su salute e fitness.

In Italia, i siti web delle aziende sanitarie del SSN evidenziano numerosi link a gruppi di volontariato on line mentre solo in limitatissimi casi sono state registrate la presenza di una o più community istituzionali. Ad esempio, la ULSS 5 Ovest Vicentino: offre la possibilità di visualizzare e contattare associazioni e comunità di vario genere sia di tipo istituzionale che esterne alla struttura ospedaliera; la ASL di Biella consente di ricevere supporto da un'associazione contro la violenza sulle donne; l'Azienda Ospedaliera San Carlo di Potenza gestisce on line una propria Associazione "Amici dell'Ospedale San Carlo".

Nel contesto internazionale, si possono citare alcuni interessanti esempi di utilizzo "avanzato" di community e gruppi di supporto:

- **Mayo Clinic, Rochester, Minnesota** – Community Online
Uno strumento che ha lo scopo di mettere in contatto persone che sono state alla Mayo Clinic con altre che si trovano a dover vivere la stessa esperienza allo scopo di creare una vera e propria comunità di persone che si supportano e scambiano informazioni ed opinioni (http://www.mayoclinic.org/connect/?wt.srch=1&wt.mc_id=brand&campaign=sitebanner).
- **Ronald Reagan UCLA Medical Center, Los Angeles (USA)**
Create a Care Page
Un sistema che consente a pazienti e caregiver di fornire facilmente un aggiornamento sullo stato di salute a parenti ed amici tramite internet. È concepito come una lavagna elettronica dove si possono postare e ricevere sia notizie che messaggi.

- **Duke University medical Center Durham, N.C.**
Share your story: sistema che consente ai pazienti di inviare la propria storia per condividerla con altri. In questo caso non si parla di vera interazione in quanto i messaggi vengono prima selezionati e poi pubblicati.
Send a card: Sistema che consente a parenti ed amici di inviare un biglietto personalizzato online ad un paziente dell'ospedale http://www.dukehealth.org/patients_and_visitors/ecard.
- **National Health Service (NHS) – Gran Bretagna**
<http://www.nhs.uk/Pages/HomePage.aspx>
Communities: spazio del sito web dedicato alle comunità di supporto modulato per consentire al cittadino-paziente di trovare ciò di cui ha bisogno sulla base di una suddivisione dei temi in ordine alfabetico o per argomento.
Users Comments: spazio dedicato ai cittadini-pazienti, in cui è possibile lasciare un proprio commento e vedere quelli degli altri.
Generalmente si fa riferimento alla propria esperienza col servizio sanitario nazionale o con il sito web nello specifico.

2.3 EHR e PHR

Il tema dell'empowerment del paziente si è legato in modo importante alla rapida evoluzione "culturale" (oltre che tecnologica) che ha caratterizzato le cartelle cliniche elettroniche nell'ultimo decennio e che ha spostato l'attenzione:

- dalla progettazione di cartelle "aziendali" di episodio (EMR, Electronic Medical Record);
- alla realizzazione di cartelle "di sistema" (locale, regionale, nazionale), in grado di offrire una vista longitudinale della salute dell'individuo lungo la sua vita (EHR, Electronic Health Record);
- alla più recente offerta di sistemi "personali", sotto il diretto controllo del paziente (PHR, Personal Health Record)

La differenza principale tra EMR e EHR è l'interoperabilità: il primo è relativo ad una sola organizzazione sanitaria, mentre il secondo può ricevere dati da diverse entità e si avvale di standard di interoperabilità che consentono di realizzare un record longitudinale centrato sul paziente in grado di integrare informazioni provenienti da diverse organizzazioni.

2.3.1 I personal health record: un approccio definitorio

Il PHR può essere definito come "un record elettronico di informazioni di salute dell'individuo, conforme a standard di interoperabilità riconosciuti a livello almeno nazionale e che può essere alimentato da varie fonti, rimanendo però sotto il controllo dell'individuo che può eventualmente condividerlo".

L'iniziativa "Connecting for Health" della Markle Foundation ha prodotto nel 2008 un documento (Markle Foundation 2008) che richiama i seguenti principi fondamentali alla base del trattamento delle informazioni sanitarie nei PHR:

- apertura e trasparenza;
- chiarezza sugli obiettivi e gli scopi;

- limitazioni alla raccolta e all'uso dei dati;
- partecipazione e controllo individuali;
- qualità ed integrità dei dati;
- salvaguardie e controlli di sicurezza;
- responsabilità e supervisione;
- rimedi per violazioni di privacy e sicurezza.

La letteratura descrive almeno tre tipologie fondamentali di PHR:

- la prima e più semplice è quella che fornisce agli individui la possibilità di accedere all'EHR di un provider attraverso un portale web (portali mantenuti da terze parti che permettono ai pazienti di inserire ed accedere alle proprie informazioni);
- il secondo approccio è quello che prevede un'applicazione, online o offline, in cui il paziente personalmente registra i propri dati sanitari;

- il terzo tipo di PHR è invece quello che consente ai pazienti di catturare informazioni da varie fonti sanitarie, di inserire dati manualmente e di controllare completamente l'uso di tali informazioni (si tratta di siti web che permettono ai pazienti di visionare informazioni da altre applicazioni, come gli EMR/EHR istituzionali o i database delle assicurazioni sanitarie).

Per quanto riguarda il contenuto dei PHR, la tabella 3 fornisce un riassunto chiaro delle fonti e delle tipologie di dati che vi possono essere raccolti. I dati possono essere di tipo soggettivo o oggettivo e provenire genericamente dall'individuo stesso, da strumenti remoti di monitoring, da strutture sanitarie e da database amministrativi.

Tabella 3 - I dati del PHR

		Tipi di dati	
		Soggettivi	Oggettivi
Fonte del dato	Paziente	Input manuale o risultati di raccolta dati online (punteggi sui sintomi, descrizioni qualitative, percezioni soggettive di benessere)	Input manuale (pressione sanguigna, peso,...)
	Dispositivi di homecare	/	Interfacce automatiche (es pressione sanguigna tramite monitor domestico interfacciato col PC, ecc.)
	Strutture sanitarie	Interfaccia del medical record	Interfaccia del medical record
	Database amministrativi	/	Interfacce automatiche

I dati soggettivi possono essere punteggi o descrizioni qualitative dei sintomi e dei problemi di salute e risposte a questionari, generalmente forniti dal paziente stesso tramite il PHR o nel contesto di una consultazione. Quelli oggettivi possono essere misurati e inseriti manualmente dall'individuo, trasmessi direttamente da dispositivi di home care domestico oppure misurati nell'ambulatorio del medico e aggiunti al medical record. Una volta che i dati sono entrati nel PHR sono sotto il controllo dell'individuo, che può decidere quanti includerne, come ordinarli e soprattutto chi vi può accedere. Devono essere presentati in maniera comprensibile per gli utenti, tenendo presente che i livelli di alfabetismo generale, informatico e sanitario variano notevolmente all'interno della popolazione.

2.3.2 Benefici e limiti dei PHR

Secondo numerosi autori, i PHR hanno il potenziale per creare valore per il cittadino-paziente, dal momento che consentono l'accesso a un'ampia gamma di informazioni e dati sanitari, in maniera personalizzabile. I pazienti afflitti da malattie croniche, in particolare, potrebbero contribuire al monitoraggio remoto della propria situazione, rendendo possibile un intervento tempestivo nel caso di problemi, ed usufruire di funzioni di supporto alle decisioni che li assistano nella gestione della malattia. I medici potrebbero avere a disposizione dati più completi grazie ai PHR, e ciò dovrebbe portare a migliori decisioni in relazione alla diagnosi e alla terapia, che potrebbe essere modificata in tempi rapidi a seconda dei cambiamenti delle condizioni del paziente. Inoltre, la comunicazione con i pazienti, parzialmente veicolata attraverso il PHR, potrebbe divenire più efficiente. L'utilizzo dei PHR, infine, potrebbe portare a significative riduzioni dei costi, specialmente nella gestione delle malattie croniche. Molti autori, tuttavia, sottolineano che praticamente tutti i benefici citati sono, sino ad ora, solo teorici.

I PHR potrebbero dunque generare patient empowerment (attraverso un migliore accesso a dati personali, informazioni sanitarie e strumenti di comunicazione), aumentare la sicurezza dei pazienti e ridurre le barriere geografiche alla cura.

Esistono però diverse problematiche nella loro implementazione. Per quanto riguarda l'accesso, deve essere utilizzato un sistema di autenticazione "forte" a garanzia della privacy degli individui attraverso la verifica accurata dell'identità del possessore del PHR. Per quanto riguarda i contenuti informativi, diviene molto probabile che vi si accumulino una mole di dati ed informazioni clinicamente irrilevanti che devono essere filtrate per garantire un uso efficace attraverso la disponibilità di indicatori di sintesi.

Infine, le implicazioni legali dei PHR non sono ancora del tutto chiare: le aree più delicate sono quelle relative alla privacy e alla responsabilità dei medici in caso di diagnosi errate basate su dati non accurati forniti dai pazienti e comunque non "certificati".

Una barriera alla diffusione dei PHR è correlata all'atteggiamento di pazienti e medici: il paziente potrebbe non comprendere appieno l'utilità dello strumento e non controllare e aggiornare adeguatamente il PHR. Il medico potrebbe, di conseguenza, dif-

fidare delle informazioni provenienti da esso. Inoltre, il medico potrebbe sentire la propria autorità minacciata dall'introduzione del PHR. Tra l'altro, viene meno il modello tradizionale secondo il quale il medico, ad intervalli di tempo regolari, visita il paziente e decide della revisione della terapia. Nel caso dei PHR le informazioni sono convogliate dalla tecnologia istantaneamente e senza la presenza fisica del paziente, per cui il professionista potrebbe essere chiamato in qualsiasi momento al riesame della diagnosi e della terapia.

2.3.3 Implementazione di PHR in Italia ed all'estero

In Italia, i recenti richiami alle linee di innovazione del sistema sanitario contengono numerosi spunti progettuali che si richiamano alle "best practice" realizzate negli ultimi anni ed esprimono la precisa volontà di fare finalmente "sistema": questo non può non essere salutato come un fatto positivo. Tuttavia, il reale contenuto di empowerment del paziente nei nuovi "fascicoli sanitari" non è ancora del tutto chiaro. Restano inoltre ancora da chiarire tutte le azioni necessarie per una piena condivisione (soprattutto culturale) del modello di innovazione da parte dei professionisti della sanità e degli stessi pazienti. Una migliore comprensione delle potenzialità dei PHR in Italia rappresenta una delle priorità per l'indirizzo delle future evoluzioni strategiche del sistema.

Ad oggi le esperienze italiane possono essere classificate in due distinte dimensioni:

a) **sistemi di PHR** definiti nell'ambito di progetti regionali:

- **Lombardia – Progetto CRS-SIS (Carta Regionale dei Servizi Sistema Informativo Socio Sanitario)**

Ha come obiettivo la progettazione, lo sviluppo e la gestione del sistema informativo che consente il collegamento telematico della Regione, di tutti gli operatori del settore socio-sanitario (ASL, AO, MMG, PLS e farmacie) e dei cittadini. L'introduzione di questo sistema, che ha previsto la distribuzione di una smart-card a tutti i cittadini ed agli operatori del settore, consente di migliorare l'offerta di servizi sanitari, garantire la continuità di cura, favorire le attività di governo del sistema socio-sanitario regionale e semplificare i processi interni alle aziende sanitarie rendendoli più efficienti.

- **Emilia Romagna – Progetto Sole (Sanità On-line)**

Una rete informatica che collega i circa 3.800 MMG e PLS con tutte le strutture e i medici specialisti delle aziende sanitarie della Regione Emilia Romagna. SOLE favorisce la presa in carico degli oltre 4 milioni di cittadini tramite la condivisione delle informazioni sanitarie tra i medici che hanno in cura il paziente. Le richieste di esami e visite, i referti, le dimissioni dall'ospedale sono disponibili sulla rete SOLE a vantaggio dell'assistito e del suo rapporto con il medico.

- **Toscana - Progetto di Carta Sanitaria Elettronica (CSE)**

Un progetto di semplificazione delle procedure sanitarie. La CSE è lo strumento attraverso il quale ciascun cittadino può accedere in qualsiasi momento e da qualsiasi postazione ai propri dati sanitari grazie ad una chiave privata che

garantisce il riconoscimento del titolare e ne tutela la privacy. La tessera CSE è gratuita e viene spedita a tutti i cittadini assistiti dal Servizio sanitario regionale della Toscana in sostituzione dell'attuale Tessera sanitaria.

- **Veneto – Estensione del progetto ESCAPE**
L'evoluzione del progetto Escape consente di scaricare referti on-line in modo semplice e sicuro, garantendo la privacy dei dati.
- **Basilicata – Referti on-line nell'ambito del progetto Cittadini in Salute**
Un servizio che consente ai cittadini di visualizzare (sulla propria casella di posta elettronica e/o sul Portale Cittadini in Salute) e di scaricare da casa e/o dal cellulare i risultati degli esami effettuati presso le strutture delle Aziende Sanitarie regionali aderenti.
<http://cittadinisalute.basilicatanet.it/cittadinisalute/section.jsp?sec=100013>
- b) sistemi di PHR (o EHR) sviluppati autonomamente da singole aziende sanitarie per consentire la consultazione ed il download, da parte dei pazienti, di dati clinici e referti.**
Alcuni esempi:
 - **Azienda Sanitaria di Chiavari – Conto Corrente Salute (CCS)**
Un archivio personale on-line che contiene dati sanitari, consultabile in qualunque momento dall'interessato o da chi è stato da lui autorizzato, da la possibilità di avere sempre a portata di mano i propri referti e documenti sanitari da leggere, consultare e stampare (a casa propria, dal proprio medico di medicina generale, durante visite specialistiche, ecc). Contiene referti, certificati, lettere di dimissione, dichiarazioni di esenzione per reddito e quanto altro assimilabile ad un "documento sanitario" disponibile in formato digitale, proveniente da strutture dell'A.S.L. 4 e dal proprio medico di famiglia o pediatra di libera scelta; contiene inoltre documenti sanitari in formato digitale, provenienti da altre strutture liguri del S.S.N.
<http://www.asl4.liguria.it/ovinternet/servlet/urld/run/portal.show?c=311>
 - **Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma**
Basta un click per prenotare visite specialistiche, pagare i ticket, consultare i referti di analisi o altre indagini diagnostiche direttamente via internet.
<http://www.ospedalebambinogesu.it/Portale2008/Default.aspx?Iditem=4699>

Numerose e diversificate sono le esperienze di accesso ai propri dati clinici a livello internazionale. Alcuni di questi progetti non si limitano a consentire al cittadino-paziente di scaricare i propri esami medici e di mantenere traccia dei propri percorsi di cura come avviene ad oggi nel nostro Paese, bensì sono spesso strutturati come veri e propri profili da personalizzare. In questo modo ogni individuo ha un proprio spazio virtuale che lo rende parte attiva nella gestione della sua salute e spesso anche in quella dei suoi cari. La concezione stessa di PHR varia da una nazione all'altra.

Nel Regno Unito, i progetti NHS suggeriscono una visione di PHR come "finestra" sui dati sanitari di una persona. I dati con cui popolare il record non sono scelti, gestiti e posseduti dall'individuo. La componente fondamentale del sistema informativo sanitario è, in prospettiva, proprio un EHR, che integrerà i dati provenienti dalle diverse fonti (per la maggior parte già all'interno del NHS).

Negli Stati Uniti, invece, il PHR è interpretato come una sorta di vera e propria alternativa all'EHR. Vista la frammentazione del sistema e la conseguente difficoltà nella creazione di un EHR su scala nazionale, la soluzione più pragmatica è quella del diretto utilizzo del PHR come luogo di aggregazione dei dati sanitari di una persona. L'individuo autorizzerà le varie entità depositarie dei suoi dati a popolare il PHR e i vari provider sanitari con cui interagisce ad accedere ad essi. I tentativi più ambiziosi di sviluppare piattaforme PHR in grado di ricevere informazioni da un'ampia gamma di provider sono stati intrapresi da organizzazioni private (Google, Microsoft e il consorzio di datori di lavoro Dossia).

Di seguito si citano alcune esperienze internazionali rilevanti:

- **Massachusetts General Hospital, Boston (USA) Patient Gateway**
Un sistema sicuro che consente di:
 - o Accedere online ai propri dati e agli esami di laboratorio;
 - o Mettersi in contatto con il proprio medico;
 - o Richiedere appuntamenti o medicine;
 - o Impostare promemoria sugli appuntamenti presi;
 - o Pagare il medico.<http://www.massgeneral.org/services/patientgateway.aspx>
- **Cleveland Clinic, USA –Medical Records & My Chart**
Un sistema che consente ai pazienti ospedalizzati di accedere al proprio PHR e di inserire note e commenti anche con l'aiuto del personale infermieristico. Una volta dimesso, il paziente può richiedere una copia personalizzata delle informazioni presenti in questo PHR.
My Chart è uno strumento online che consente di accedere ovunque ci si trovi ad una parte delle proprie informazioni sanitarie si possono quindi:
 - o Visualizzare i vecchi appuntamenti;
 - o Gestire i rinnovi delle prescrizioni mediche;
 - o Prenotare e disdire appuntamenti;
 - o Visualizzare: le informazioni riguardanti il proprio stato di salute, la lista di medicinali, i processi di somministrazione e gli esami di laboratorio;
 - o Ricevere importanti memo riguardanti la propria salute;
 - o Gestire la salute dei propri cari tramite la sezione "caregiver".
<http://my.clevelandclinic.org/patients-visitors/medical-records/default.aspx>
- **Brigham and Women's Hospital – Patient Gateway**
Un sistema online che consente di:
 - o Comunicare con il proprio medico;
 - o Fissare appuntamenti;

- o Rinnovare prescrizioni di farmaci;
- o Ricevere i risultati degli esami di laboratorio;
- o Gestire le procedure assicurative;
- o Visualizzare le proprie informazioni sul PHR;
- o Aggiornare i propri dati personali e demografici.
http://www.brighamandwomens.org/Patients_Visitors/patientresources/ptgateway.aspx
- **UPMC University of Pittsburgh Medical Center – Health Track**
Uno strumento per la gestione della propria salute tramite l'utilizzo di Internet in quanto consente di:
 - o Ricevere consigli dal proprio medico;
 - o Rivedere la propria storia clinica ed i propri esami;
 - o Rinnovare prescrizioni di farmaci;
 - o Individuare problemi di salute al loro sorgere grazie all'invio e tracciabilità di propri dati quali: la pressione sanguigna e il glucosio nel sangue;
 - o Richiedere appuntamenti;
 - o Porre domande su aspetti amministrativi legati ai pagamenti;
 - o Ricevere una visita medica online tramite il sistema eVisit.
<https://myupmc.upmc.com/>
- **National Health Service (NHS) – Gran Bretagna**
Come specificato in precedenza il Sistema Sanitario Inglese opera a livello globale presentando una serie di iniziative a livello Paese e non per singola struttura sanitaria. Inoltre ha un proprio sito web nel quale sono raccolti informazioni e servizi di tipo medico a disposizione dei cittadini-pazienti. Era in questo contesto che si inseriva l'offerta di servizi che consentivano l'accesso ai propri dati clinici e la possibilità di gestire la propria salute (Summary Care Records, Personal Electronic Health Records). Dal 14 dicembre 2012 questi sistemi sono stati sospesi (<http://www.connectingforhealth.nhs.uk/systemsandservices/healthspace>) in vista di una vera e propria strategia che prevede un sistema unico ed integrato a livello nazionale che consenta di raccogliere online tutti i GR record entro il 2015.
Il sistema non consentirà solo di accedere alle proprie informazioni mediche bensì anche di prendere e disdire appuntamenti, ricevere consigli su come mantenersi in salute, essere in contatto con il proprio medico elettronicamente, fornire feedback sulle prestazioni di cui si è usufruito.
- **Servicio Catalan de Salud (SCS) – Spagna**
Il Sistema Sanitario della Catalogna opera a livello regionale presentando una serie di iniziative che mettono a disposizione dei cittadini-pazienti informazioni e servizi di tipo sanitario. È in questo contesto che si inserisce la presenza della tessera sanitaria elettronica (Tarjeta Sanitaria Individual – TSI) alla quale viene aggiunto un servizio alle sue normali funzioni:
 - o la “Receta Electrónica” ossia la possibilità di salvare all'interno della tessera un “Plan de medicación” che consente di seguire correttamente i trattamenti prescritti dal medico in quanto

include: il nome del farmaco, dosi e frequenza di somministrazione, durata del trattamento. Questo contenuto può essere visualizzato non solo dal paziente e dal medico, ma anche dalle farmacie al momento dell'acquisto dei farmaci.

- **Australia – Personally controlled electronic health records (PCEHR)**

Il Sistema Sanitario Australiano presenta iniziative promosse o a livello regionale o a livello nazionale.

Per quanto riguarda l'uso del PCEHR si parla di un'iniziativa nazionale che rientra negli investimenti in salute promossi dal governo a partire dal 2010.

Da giugno 2012 tutti i cittadini australiani possono accedere ad un Electronic Health Record che rende disponibili online i propri dati sanitari compresi i risultati degli esami di laboratorio.

2.4 Telemedicina

Le tecnologie telematiche ormai consolidate nel campo della cosiddetta “telemedicina”, possono essere classificate come segue:

Teleanalisi: è un sistema telematico che permette l'esecuzione di determinate analisi sui prelievi biologici effettuati direttamente nella sede periferica ove è presente la strumentazione di laboratorio ma non vi è il medico specialista in grado di valutare i risultati forniti dalla apparecchiature.

Telediagnosi, teleconsulto: sono sistemi che consentono di trasmettere immagini e parametri vitali a distanza in modalità bidirezionale per supportare la definizione di un parere medico in merito a particolari casi clinici. Tali sistemi consentono dunque di avvicinare al paziente le competenze specialistiche che non sono sempre presenti in ogni ospedale.

Telemonitoraggio, teleassistenza, telesorveglianza: è l'insieme dei mezzi e delle forme di intervento volte a realizzare l'assistenza direttamente presso l'abitazione degli assistiti, o comunque in strutture decentrate rispetto a quelle ospedaliere, pur mantenendo inalterata o addirittura elevando la qualità globale del servizio.

Telesoccorso: tutti gli strumenti che consentono di richiedere aiuto, principalmente in condizioni di emergenza, utilizzando trasmettitori portatili e dispositivi di ricezione fissi collegati ad una rete di comunicazioni in contatto continuo con l'utente, fornendo supporto ad eventuali necessità.

Telegoverno delle ambulanze: sistema di tecnologie per realizzare un collegamento fra mezzi mobili e strutture fisse onde consentire l'accertamento tempestivo della disponibilità di posti letto presso le strutture ospedaliere più idonee, permettendo contestualmente un primo inquadramento diagnostico e terapeutico nella fase di trasporto delle persone soccorse.

L'applicazione “integrata” delle tecnologie informatiche e di telecomunicazione nel settore sanitario contribuisce sempre più a delineare i contorni di una struttura erogatrice di servizi che può essere definita “**ospedale virtuale**”.

È importante evidenziare che questi tipi di tecnologie, che si caratterizzano per applicazioni e scopi diversi, sono accomunate da un unico fine: quello di migliorare la performance dei sistemi

sanitari e di ottenere una significativa riduzione della spesa sanitaria. Quanto poi nella realtà questo sia possibile ed in quale misura dipende da:

- i vantaggi economico-sociali derivanti dall'utilizzo di queste nuove metodologie di intervento;
- i possibili rischi che possono prospettarsi;
- i costi legati all'adozione delle nuove tecnologie telematiche.

I benefici derivanti dall'applicazione delle moderne tecnologie informatiche e di telecomunicazione alla sanità, tuttavia, non attingono solo agli aspetti di un possibile contenimento dei costi, oppure di un incremento della qualità. Essi sono infatti molteplici ed hanno un impatto molto più vasto di quello che ci si potrebbe attendere, influenzando diversi aspetti:

- della politica sociale ed istituzionale;
- dell'amministrazione e programmazione;
- delle pratiche mediche;
- della percezione da parte del paziente del servizio;
- dell'informazione e della divulgazione scientifica;
- della ricerca medica.

2.4.1 Principali ostacoli allo sviluppo della telemedicina in Italia

Sebbene alcune applicazioni delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione risultino attualmente abbastanza diffuse in taluni sistemi sanitari, è tuttavia doveroso rilevare come permangano non poche resistenze ad un più ampio sviluppo della telemedicina, soprattutto in Italia; tali resistenze possono essere classificate in tre categorie:

- **Resistenze tecniche:** lo sviluppo delle applicazioni della telemedicina richiede conoscenze tecniche per acquisire e per sviluppare appropriate tecnologie e per adattare le stesse ai fabbisogni sanitari e clinici. A differenza di molti altri settori di applicazione della telematica, per la telemedicina il know-how tecnico non è sempre largamente disponibile sul mercato, perciò le organizzazioni che utilizzano la telemedicina devono sviluppare un certo numero di processi di "learning by doing", al loro interno.
- **Resistenze economico-giuridiche:** uno dei problemi più rilevanti è costituito dalla mancanza di una chiara definizione di modelli economici e giuridici per l'applicazione delle nuove tecnologie telematiche che diano risposte e certezze per quanto riguarda la telemedicina, soprattutto sul fronte delle responsabilità legali e delle modalità di tariffazione o rimborso delle teleprestazioni. Ciò è particolarmente rilevante in quanto le conoscenze pragmatiche devono sempre essere accompagnate da una validazione scientifica del "costo-efficacia" quando le applicazioni interessano il servizio sanitario pubblico.
- **Resistenze organizzativo-comportamentali:** l'introduzione dei nuovi sistemi telematici altera inevitabilmente procedure operative ed assetti organizzativi ormai consolidati. Gli utilizzatori hanno perciò bisogno di sviluppare nuove procedure e nuovi modelli organizzativi, coerenti con l'innovazione

offerta dalla telemedicina e della telematica: talvolta ciò implica un cambiamento nelle logiche di distribuzione delle risorse e del potere da cui possono discendere resistenze. Sotto il profilo dei comportamenti, molti attori del sistema sanitario potrebbero non comprendere positivamente, o addirittura "temere" le direttrici evolutive del cambiamento. Ad esempio, sarebbero possibili resistenze da parte di medici e del personale sanitario in genere qualora vi sia la percezione di un rischio di ridimensionamento del loro ruolo, del loro status e della loro autonomia.

2.4.2 Alcune significative esperienze italiane ed internazionali

Nel contesto italiano le esperienze sono ancora molto limitate e spesso circoscritte ad ambiti estremamente specifici inoltre la maggior parte sono progetti pilota che dopo la fase prova non vengono implementati.

- **ASL di Olbia che ha sviluppato due progetti:**
 - o un sistema rivolto ai pazienti diabetici che garantisce il monitoraggio costante da parte dei medici delle condizioni cliniche dei singoli utenti, permettendo di apportare in tempo reale le correzioni della cura oppure di suggerire variazioni degli stili di vita;
 - o una partnership tra l'ASL di Olbia e l'ASL di Sassari per consulti neurochirurgici grazie alle immagini trasmesse attraverso sistemi di teleradiologia.
<http://www.aslombia.it/index.php?xsl=7&s=9544&v=2&c=71>
- **Friuli Venezia Giulia – Teleassistenza**
Ogni persona assistita a domicilio, viene dotata di un dispositivo telefonico costituito da un piccolo radiocomando da tenere con sé per eventuali emergenze. Riceve telefonate una o più volte la settimana dagli operatori delle centrali della Teleassistenza che dedicano a ciascuno tempo e attenzione, favorendo il dialogo e la socializzazione.
In caso di emergenza (ad esempio un malore improvviso, un piccolo incidente domestico), basta premere il pulsante sul telecomando e l'allarme arriva alla centrale che entra immediatamente in comunicazione vivavoce con l'assistito ed è in grado di attivare, 24 ore su 24 ogni giorno dell'anno, l'operazione di soccorso o di aiuto più idonea (allertando ad esempio familiari, vicini, medico, 118 o altri).
http://www.ass1.sanita.fvg.it/servlet/page?_pageid=71&_dad=pass1&_schema=PASS1&act=2&id=1725
- **Sicilia – TELETAC (Teleconsulto Neurochirurgico)**
Un sistema telematico finalizzato alla realizzazione di una rete regionale per la tele diagnosi e la valutazione dell'indicazione chirurgica dei pazienti neurolesi gravi, mediante la creazione di una rete per il consulto a distanza sugli studi T.A.C.
- **Veneto – HEALTH OPTIMUM (HEALTHcare delivery OPTIMisation throUgh teleMedicine).**
I servizi attualmente offerti nelle strutture sanitarie venete sono il teleconsulto neurochirurgico e il telelaboratorio. Il servizio di teleconsulto neurochirurgico collega le strutture

di assistenza primaria degli ospedali periferici ai dipartimenti di neurochirurgia e neuroradiologia dei centri di eccellenza e risponde così all'esigenza di avere una consulenza neurochirurgica tempestiva su pazienti urgenti qualora l'ospedale periferico non fosse dotato del reparto di neurochirurgia. Il medico in servizio presso l'ospedale periferico visualizza le immagini radiologiche TAC, compila, firma digitalmente e invia la richiesta di consulto all'ospedale centrale. Il neurochirurgo consultato, in caso di necessità, può a sua volta richiedere un secondo parere, sempre utilizzando la rete telematica.

Qualora fosse necessario trasferire il paziente presso il centro di eccellenza, i medici possono accedere preventivamente alle informazioni cliniche preparandosi così ad erogare le cure necessarie in modo più tempestivo.

<http://www.ospedaleuniverona.it/ecm/home/servizi/altri-servizi/telemedicina-h>

- **Piemonte – MyDoctor@Home**

Innovativo servizio di teleassistenza domiciliare che consente di monitorare pazienti da casa propria grazie ad un kit composto da apparati elettromedicali e telefoni cellulari dotati di apposito software e sim card.

L'iniziativa è rivolta principalmente ai pazienti affetti da patologie croniche, che possono monitorare da casa, in totale autonomia o con supporto infermieristico, i propri parametri fisiologici, ma il servizio può inoltre essere utilizzato in ambito ambulatoriale dai medici di medicina generale in occasione di campagne di screening o per i pazienti per i quali i centri di eccellenza medica risultino distanti e difficili da raggiungere. In particolare, il sistema - interamente sviluppato all'interno del Telecom Italia Lab, il centro di ricerca e innovazione del Gruppo che ha sede a Torino - è composto da una piattaforma tecnologica e da un software configurati sul cellulare (in alternativa sul pc) del paziente e sul pc del personale sanitario. I pazienti, in base ai piani stabiliti dal medico, ricevono sul proprio cellulare messaggi di promemoria sulle misure da effettuare, le rilevano con i dispositivi portatili dotati di interfaccia bluetooth, e successivamente attraverso il telefonino, le comunicano in modo automatico alla piattaforma in rete. Il medico curante, previa autenticazione, accede alla piattaforma con il proprio personal computer collegato alla rete e può così controllare da remoto l'andamento della terapia e attivare in qualsiasi momento eventuali azioni correttive, inviandone la comunicazione al paziente. In modo analogo il personale infermieristico, durante le visite a domicilio dei pazienti, può inviare informazioni cliniche al medico curante del reparto ricevendo immediata refertazione e rapide istruzioni ed accelerando in tal modo i tempi diagnostici e di intervento. Il medico può inoltre attivare la funzione di "sms alerting" impostando soglie personalizzate per le misure di ogni singolo paziente.

- **INCRA, Ancona – Teledermatologia preparatoria**

I dermatologi ambulatoriali del territorio una volta diagnosticata una patologia neoplastica, devono scegliere dove inviare il proprio assistito per l'asportazione chirurgica.

Naturalmente il dermochirurgo ospedaliero ha la necessità di valutare la lesione che dovrà essere asportata, per decidere le modalità operative più appropriate.

L'idea alla base del progetto è di evitare, soprattutto ai pazienti anziani, lo spostamento presso il presidio scelto per l'intervento, tramite l'invio telematico da parte del dermatologo ambulatoriale e del medico di base dell'immagine della lesione anziché del paziente stesso.

Per usufruire del servizio i medici interessati devono compilare un modulo di richiesta per poter ricevere le relative credenziali di accesso al Sistema.

http://www.inrca.it/inrca/Mod_Home_Poruo.asp?pag=sede_uo_dermatologia_an.asp

- **IRCCS Rizzoli, Bologna - Teleconsulto per le patologie ortopediche e teleconsulto anestesilogico**

Mediante sistemi di video-conferenza si possono realizzare vere e proprie visite tra medico curante e paziente o effettuare la visita di idoneità anestesilogica, anche se entrambi non si trovano fisicamente nello stesso luogo.

<http://www.ior.it/curarsi-al-rizzoli/teleconsulto>

- **ULSS 7 Conegliano Veneto – Progetto pilota “Patient Care”**

Il progetto si rivolge ai circa 300 pazienti colpiti da infarto che, annualmente, vengono ricoverati nell'unità coronarica del reparto di Cardiologia dell'Ulss 7. Il progetto nasce dall'esigenza di migliorare e potenziare la presa in carico del paziente a conclusione della fase acuta, ovvero dopo le dimissioni.

- **AUSL di Rimini – Telesoccorso e Teleassistenza**

Un sistema di telecomunicazione che consente all'utente, con un semplice gesto, di lanciare un segnale di soccorso e agli operatori di attivare interventi tempestivi utilizzando il sistema in viva voce. Unitamente al Telesoccorso si è attivata la Teleassistenza con l'intento di soddisfare bisogni sociali e psicologici di ordine quotidiano e non limitati alle sole situazioni di emergenza.

<http://www.ausl.rn.it/doceboCms/page/99/telesoccorso.html>

- **ULSS 18 Rovigo - due servizi: Telepatologia e Teleradiologia**

Il sistema sanitario statunitense garantisce la possibilità di ricevere una consulenza o seconda opinione online. La procedura generalmente può essere gestita dal paziente stesso che, una volta registratosi nell'apposita sezione, dovrà coinvolgere il proprio specialista il quale deve fornire la documentazione medica necessaria.

Alcuni esempi li troviamo sotto la voce “Request online consultation or second opinion” nella homepage di siti web di ospedali quali:

- **Massachusetts General Hospital, Boston**

<http://www.massgeneral.org/>

- **Johns Hopkins Hospital, Baltimore**

<http://www.hopkinsmedicine.org>

Inoltre si segnalano alcune esperienze di Telemedicina:

- **UPMC University of Pittsburgh Medical Center Telemedicina**

Mette in contatto gli ospedali di piccole comunità e situati in aree rurali con gli specialisti dell'UPMC garantendo:

- o Cure in caso di emergenza;
- o Consulenza in tempo reale,
- o Assistenza pre e post operatoria;
- o Monitoraggio da casa.

<http://www.upmc.com/healthcare-professionals/physicians/telemedicine/Pages/default.aspx>

- **National Health Service (NHS) – Gran Bretagna**

Come specificato in precedenza il Sistema Sanitario Inglese ha un proprio sito web nel quale è inserita una sezione dedicata alla Telemedicina.

In essa vengono descritti e definiti i concetti di Telemedicina e teleassistenza, inoltre viene spiegato come poter usufruire di tali servizi.

<http://www.nhs.uk/planners/yourhealth/pages/telecare.aspx>

- **Servicio Catalan de Salud (SCS) – Spagna**

Come specificato in precedenza il Sistema Sanitario della Catalogna opera a livello regionale presentando una serie di iniziative che mettono a disposizione dei cittadini-pazienti informazioni e servizi di tipo sanitario. La Telemedicina è una delle priorità inserita già nel piano di investimento sanitari degli anni 2008-2011.

È stato implementato il Catalan TeleIctus Network, un sistema automatico che fornisce assistenza specialistica alle vittime di ictus soprattutto nella fase acuta.

Parallelamente sono stati sviluppati altri progetti di telemedicina:

- o In ambiti specifici quali dermatologia e oftalmologia;
- o sistemi a supporto dei pazienti diabetici.

- **Australia**

Grazie alla struttura del territorio e alla popolazione distribuita per lo più in circoscrizioni urbane molto distanti l'una dall'altra, il sistema sanitario australiano è una delle realtà che più necessita di telemedicina soprattutto in forma di teleassistenza e telesoccorso.

Numerosi sono i progetti implementati, la maggior parte dei quali grazie al supporto della tecnologia mobile.

Alcune iniziative sono predisposte per agevolare la gestione delle malattie croniche o per favorire lo scambio di opinioni tra specialisti mentre altre sono focalizzate sull'incentivazione della prevenzione.

- o Alfred Health Hospital - Telehealth

Sistemi di videoconferenza ed altre tecnologie per garantire una molteplicità di servizi in tempo reale legati alla salute e a modelli educativi per supportare persone localizzate geograficamente in modo distante.

<http://www.alfred.org.au/Department.aspx?ID=128>

- o Telepaediatric Service in Queensland

Un progetto che, tramite sistemi di videoconferenza, fornisce accesso a servizi pediatrici specializzati, la maggior parte dei quali localizzati al Royal Children's Hospital di Brisbane.

<http://www.uq.edu.au/coh/telepaediatrics>

- o Redcliffe Hospital - Teleradiology Project
- o Rockhampton Base Hospital – Telepsychiatry Project
- o Breast Screen Rural Broadband Digital Mammography Project

Un progetto innovativo che utilizzando tecnologie di screening digitali è in grado di raggiungere anche quella parte di popolazioni distante dai principali centri urbani. Queste tecnologie sono state installate in un "camion mobile di screening" e sono state collegate a tre centri di valutazione. I file di immagine vengono inviati digitalmente dai punti di screening ai centri di valutazione, attraverso connessioni wireless e banda larga. I file vengono anche memorizzati in un sistema di archiviazione di immagini ed integrati con l'attuale software per la gestione dei record.

<http://www.thinkinovation.org/en/innovation/innovation.php?c=2&id=31>

2.5 Mobile Health

La tecnologia mobile si è diffusa in modo molto rilevante in tutto il mondo. Secondo il Cisco Visual Networking Index, a livello mondiale il traffico dati mobile è raddoppiato per quattro anni di fila. E, guardando al futuro, il rapporto stima che "il traffico dati mobile globale aumenterà di 18 volte tra il 2011 e il 2016" (Cisco 14 Febbraio 2012).

L'utilizzo di smartphone e tablet ha trasformato la vita delle persone nella routine quotidiana, ha migliorato la fornitura di servizi, ha consentito l'empowerment dei cittadini ed ha cambiato il modo in cui le persone accedono ad informazioni ed effettuano transazioni.

Il mondo mobile ha avuto impatti significativi anche nel ridefinire, talvolta radicalmente, la fisionomia del settore salute, tanto nelle logiche gestionali ed organizzative, quanto negli aspetti di relazione con i cittadini-pazienti essendosi rivelato come un incredibile laboratorio di innovazione dove avvengono interessanti sperimentazioni. Il pubblico si sta abituando all'uso del cellulare per interagire non solo con amici e parenti, ma anche con le organizzazioni è quindi importante che quest'ultime riescano a capire quale o quali strumenti scegliere e come integrarli tra loro.

Nel 2003, quando si è cominciato a parlare di mHealth, si pensava esclusivamente ad iniziative di telemedicina wireless tramite l'utilizzo di telecomunicazioni mobile e tecnologie multimediali e la loro integrazione con sistemi mobile legati al settore salute (Istepanian and Lecal). Da allora la prospettiva è molto cambiata; oggi questa tecnologia è pronta a rivoluzionare il modo in cui viene erogata l'assistenza sanitaria, la qualità della esperienza del paziente, e il costo della salute (Hao Wang and Jing Liu 2009).

Le tecnologie mobile possono trasmettere informazioni in svariate forme: dati codificati, testo, immagini, audio e video. La tecnologia mobile può quindi essere applicata in diversi modi

supportando la gestione delle malattie croniche, consentendo di accrescere l'empowerment dei pazienti migliorando i risultati di salute e l'efficienza del sistema sanitario stesso.

A questo proposito parlare di mHealth significa far riferimento a diverse categorie di iniziative ognuna volta al raggiungimento di specifici vantaggi:

- **Accesso universale ad informazioni**
Non solo smartphone, ma anche iPads e tablet consentono di accedere ad informazioni e servizi (in diversi formati: dati, testo, audio e video, ecc.) normalmente accessibili solo attraverso un computer. Questo consente ai cittadini-pazienti di avere a disposizione in qualsiasi momento e ovunque essi si trovino:
- Fonti autorevoli di informazioni (ad esempio siti web ufficiali di strutture sanitarie, enciclopedie mediche, ecc.);
- Il proprio PHR.
- **Miglioramento della relazione, ad esempio attraverso l'uso di semplici SMS**
Uno studio del National Health Service (NHS) (Rifat Atun, Sittampalan et al. 21-1-2005) ha misurato costi per un ammontare di £789 milioni nel 2006 dovuti ad inefficienze di cui la principale derivante dai pazienti che non si presentano agli appuntamenti. Un sistema che invia SMS per ricordare l'impegno preso specificando data, ora, e luogo riduce significativamente questo problema. Il vantaggio risulta evidente per il paziente, ma anche per il sistema sanitario (riduzione di costi).
- **Monitoraggio remoto tramite mobile**
Numerosi studi mostrano come il monitoraggio remoto di pazienti colpiti da malattie croniche o di persone anziane, porti ad una sensibile riduzione di episodi di crisi e ricoveri. Monitorare un paziente significa far sì che tramite mobile egli possa inviare quando necessario ed in tempo reale i propri dati clinici permettere al medico di accedere ai dati in tempo reale anche quando non è in ufficio e di controllare a distanza che i pazienti stiano seguendo il protocollo terapeutico.

2.5.1 Le app per smartphone

Numerose APP vengono continuamente sviluppate per favorire la relazione del cittadino-paziente con il mondo salute tramite la possibilità di accedere ad informazioni, monitorare, valutare e comunicare le proprie condizioni mediche.

Due sono le possibili tipologie di app:

- o Sviluppate dalla struttura sanitaria - volte a migliorare la relazione con il cittadino-paziente. Generalmente forniscono informazioni di tipo medico e consentono di orientarsi all'interno della struttura tramite sistemi di georeferenziazione.
- o Sviluppate da soggetti diversi - spesso supportano il processo di cura soprattutto per quanto riguarda la somministrazione dei farmaci o la misurazione di valori sulla salute e le condotte di buona salute, fornendo suggerimenti personalizzati.

2.6.2 Alcune esperienze italiane ed internazionali

L'adozione dello strumento mobile in ambito sanità in Italia è un fenomeno estremamente giovane quasi del tutto inesplorato in riferimento all'uso di connettività ossia in quell'ambito di funzioni che consentirebbero al paziente un'esperienza ricca ed integrata. Le esperienze concrete sono attualmente limitate e per lo più legate a progetti di singoli Ospedali.

- **ULSS 9 TREVISO – Referti Mobile**
È una applicazione gratuita per l'estrazione dei referti sanitari prodotti dall'Azienda ULSS9 Treviso attraverso dispositivi smartphone e Tablet.
<http://www.ulss.tv.it/azienda/sala-stampa/notizie/notizia-813.html>
- **Centro Cardiologico Monzino, Milano – Imonzino**
È un'applicazione che nasce per consentire a pazienti e caregiver di accedere ai principali servizi online della struttura tramite iPhone. La funzione "News" offre le ultime notizie sul centro; "Prenota" consente di prenotare (o eventualmente disdire) visite specialistiche e/o esami diagnostici; "Medici" è la sezione dedicata al personale medico della struttura, consultabile per nome o per unità operativa; la funzione "Contatti" rende disponibili le informazioni di contatto, le indicazioni per raggiungere il centro, la lista degli alberghi convenzionati.
<http://www.cardiologicomonzino.it/Pages/AppiMonzino.aspx>
- **Humanitas, Rozzano (MI) – APP di Humanitas**
È un'applicazione gratuita che permette di accedere a numerose funzionalità e servizi dell'istituto:
 - Prenotate una visita direttamente dall'iPhone;
 - Consultate i referti di laboratorio direttamente online;
 - Inserite le visite e i controlli nell'agenda degli appuntamenti;
 - Navigare nella mappa dell'ospedale.
 Inoltre, consente di avere sempre a disposizione l'elenco dei servizi, delle specialità cliniche e di tutti i numeri utili per comunicare con l'Istituto.
<http://www.humanitasalute.it/tecnologia-e-salute/5711-eco-la-nuova-app-di-humanitas>
- **Azienda Ospedaliera Della Provincia di Pavia – Servizio SMS Cup**
Ha ideato e reso attivo dall'agosto 2005 un sistema efficace di promemoria che ricorda ai Signori utenti la prenotazione di un esame o di una visita specialistica, mediante l'invio di un breve SMS.
<http://www.ospedali.pavia.it/aopavia/sms.jsp?QRY=QSMS>
- **IEO – Servizio SMS Cup**
Un'applicazione che consente la conferma degli appuntamenti di esami e visite attraverso un sistema automatizzato di invio SMS ed e-mail. La procedura prevede l'invio di un messaggio personalizzato per ogni paziente. Inoltre, l'applicazione oltre alla ricezione permette anche un ritorno da parte dell'utente relativamente alla conferma o all'eventuale annullamento della prenotazione.

- **Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma – App**

Un'applicazione a disposizione di tutti, gratuitamente, per accedere tramite iPhone e iPad alle informazioni, ai servizi interattivi, alle notizie e alle guide dell'Ospedale.

Si tratta di un'app studiata e realizzata secondo i principi dell'uso intuitivo - e con una grafica immediatamente riconoscibile che consente agli utenti di poter essere sempre in contatto con l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù attraverso il proprio smartphone. Con iPhone e iPad è dunque possibile non solo prenotare e disdire le visite, ma anche conoscere tutte le informazioni utili, e continuamente aggiornate, sulle sedi e sulle prestazioni erogate. Tra i tanti contenuti a cui è possibile accedere, le news, le mappe per raggiungere le varie sedi dell'ospedale, il tour virtuale, la galleria fotografica e un'area dedicata ai bambini con favole e giochi.

<http://www.ospedalebambinogesu.it/Portale2008/Default.aspx?Iditem=4698>

- **Comuni di Valprato Soana, Ronco Canavese e Inghria - Progetto del Csi Piemonte**

Collegandosi al portale Sistema Piemonte, è possibile consultare, archiviare e stampare i referti degli esami di laboratorio online, oltre che da tablet e smartphone, senza necessità di recarsi allo sportello della struttura sanitaria.

- **Azienda USL 6 di Livorno - App**

Un'applicazione al momento disponibile solo per Android composta da una sezione pubblica, che permette di visualizzare in automatico il flusso di news, articoli o novità provenienti dal sito dell'USL 6 e quindi aggiornato in tempo reale e da una sezione privata, disponibile solo dopo aver eseguito una procedura di abilitazione e autenticazione che consente di accedere al proprio fascicolo sanitario e consultare in tempo reale i referti medici.

http://www.usl6.toscana.it/usl6/index.php?option=com_content&view=article&id=1359:smart-city-la-sanita-livornese-arriva-sui-cellulari&catid=35:comunicati&Itemid=197

Qualche altro esempio di utilizzo del mobile per la gestione della salute può essere trovato, ma si tratta di progetti per lo più circoscritti ad un ambito molto ristretto e svincolati da quella che dovrebbe essere una "visione strategica di tipo mobile" della struttura sanitaria nel suo complesso se non persino del sistema sanitario nazionale.

Numerose sono le esperienze innovative a livello internazionale che si possono trovare in termine di diffusione di servizi sulle reti mobili anche se questo risulta essere un fenomeno ancora in piena espansione. Una Survely Globale condotta dalla World Health Organization nel 2011 e che ha considerato 114 nazioni, ha mostrato come iniziative di mHealth siano nate in numerosi stati, ma come vi sia una significativa differenza nei livelli di adozione (World Health Organization 2011). Non sorprende vi sia una grande differenza tra paesi in via di sviluppo e paesi sviluppati. L'Africa presenta il livello più basso di adozione mentre il Nord America, il Sud America e l'Asia Sudorientale hanno registrato i livelli più alti.

Ci sono poi numerose iniziative pilota oppure attività informali in corso.

- **Mayo Clinic in Rochester, Minnesota (USA) - App for patients**

Un'applicazione a disposizione di tutti che consente di accedere a notizie, pubblicazioni ed informazioni sulla salute dalla Mayo Clinic. I pazienti hanno anche la possibilità di accedere al loro PHR, all'agenda con gli appuntamenti ed una serie di altri servizi utilizzando il loro "Patient Online Services account".

<https://itunes.apple.com/us/app/patient/id523220194?ls=1&mt=8>

- **UPMC University of Pittsburgh Medica Center, USA – App**

- o EMS Navigator App: un'applicazione gratuita che consente di accedere a:

- Protocolli interattivi per pagamenti;
- Informazioni precise sui farmaci più comuni con calcolatore del dosaggio;
- Directory dell'ospedale;
- Sistema GPS e mappe per poter individuare percorsi a seconda della propria localizzazione;
- Strumento di chiamate rapide;
- Calendario di iniziative formative.

<http://www.upmc.com/Services/emergency-medicine/prehospital-care/Pages/navigator-app.aspx>

- o ChildremPgh

Un'applicazione pediatrica gratuita che consente:

- un controllo dei sintomi;
- un accesso rapido agli specialisti tramite la fornitura di contatti e localizzazione di ospedali e pronto soccorsi;
- di effettuare una prenotazione online.

<http://www.upmc.com/media/NewsReleases/2011/Pages/childrens-hospital-of-pittsburgh-of-upmc-releases-iphone-app.aspx>

- o UPMC HealthTrak

Un'applicazione che consente di:

- Visualizzare i propri referti;
- Visualizzare il proprio trascorso clinico ed i medicinali assunti;
- Comunicare in modo sicuro con il proprio medico;
- Visualizzare gli appuntamenti.

<http://www.upmc.com/patients-visitors/patient-info/Pages/healthtrak-app.aspx>

- **National Health Service (NHS) – Gran Bretagna**

È in questo contesto che si inserisce l'offerta di una serie di App per smartphone che spaziano in temi assai svariati mantenendo piena attendibilità grazie al contesto ufficiale nel quale sono presentati e promossi.

- o App per smettere di fumare:

- Fornisce supporto quotidiano e suggerimenti istantanei;
- Tiene traccia di quanti soldi si risparmiano;

- Tiene traccia del numero di giorni da quando si è smesso di fumare;
- Fornisce una linea telefonica diretta per contattare l'NHS Stop Smoking Helpline;
- Fornisce link a NHS Stop Smoking Service locali.
<http://www.nhs.uk/tools/pages/iphonesmoking.aspx>
- o App per tracciare la quantità di alcol assunta:
 - Calcola le unità di alcol in un drink;
 - Tiene traccia di ciò che si è bevuto nelle settimane e nei mesi;
 - Fornisce feedback personalizzati;
 - Consente di trovare gli NHS Alcohol Services.
<http://www.nhs.uk/Tools/Pages/iphonedrinks.aspx?Tag=Alcohol>
- o App per calcolare e tracciare il proprio indice di massa corporea (IMC) ed il peso forma:
 - Calcola l'IMC ed il peso forma per persone al di sopra dei 2 anni di età;
 - Tiene traccia del peso;
 - Consente di creare un profilo per ogni membro della famiglia;
 - Stabilisce obiettivi di perdita di peso e fornisce consigli.
<http://www.nhs.uk/tools/pages/bmi-iphone-app.aspx>
- o Podcasts da scaricare. Generalmente con un contenuto che consente un percorso di allenamento ed esempio durante la corsa quotidiana.
<http://www.nhs.uk/Tools/Pages/Couch-to-5k-plus.aspx?Tag=Downloads+and+widgets>



Bibliografia

- Aujoulat, I., W. d'Hoore, et al. (2007). "Patient empowerment in theory and practice: Polysemy or cacophony?" *Patient Education and Counseling* 66(1): 13-20.
- Barak, A., M. Boniel-Nissim, et al. (2008). "Fostering empowerment in online support groups." *Computers in Human Behavior* 24(5): 1867-1883.
- Berge, S. and A. Büsching (2007). *Strategien von Communities im Web 2.0. Web 2.0: Neue Perspektiven für Marketing und Medien.* B. Haas, G. Walsh and T. Kilian. Berlin.
- Bos Lodewijk (12 maggio 2008) "Health 2.0: Definition."
- Buccoliero, L. (2009). *Il governo elettronico. Modelli, strategie di innovazione ed elementi di valore per una pubblica amministrazione digitale.* Milano, Tecniche Nuove.
- Buccoliero, L. (2010). "Come realizzare un ospedale paperless: un modello "di marketing" dal Giappone." *E-Healthcare* 2(3): 70-73.
- Buccoliero, L. and A. Prenestini (2009). "La Cartella clinica elettronica per l'empowerment del paziente: i percorsi verso la realizzazione di Personal Health Record." *Management della Sanità*(5): 24-27.
- Bundorf, M. K., T. H. Wagner, et al. (2006). "Who Searches the Internet for Health Information?" *Health Services Research* 41: 819-836.
- Cisco (14 Febbraio 2012). *Cisco Visual Networking Index, Global Mobile Data Traffic Forecast Update, 2011-2016.*
- Cox, B. and J. Thornewill (2008). "The Consumer's View of the Electronic Health Record: Engaging Patients in EHR Adoption." *Journal of Healthcare Information Management* 22(2): 43-47.
- Eysenbach, G. (2008). "Medicine 2.0: Social Networking Collaboration, Participation, Apomediation, and Openness." *Journal of Medical Internet Research* 10(3).
- Eysenbach, G. (2008). "Medicine 2.0: Social Networking, Collaboration, Participation, Apomediation, and Openness." *J Med Internet Res* 10(3): e22.
- Eysenbach, G. and C. Köhler (2002). "How do consumers search for and appraise health information on the world wide web? Qualitative study using focus groups, usability tests, and indepth interviews." *British Medical Journal* 324: 573-577.
- Eysenbach, G., J. Powell, et al. (2004). "Health related virtual communities and electronic support groups: systematic review of the effects of online peer to peer interactions." *BMJ*.
- Frost, H. J. and P. M. Massagli (2008). "Social Uses of Personal Health Information Within PatientsLikeMe, an Online Patient Community: What Can Happen When Patients Have Access to One Another's Data." *J Med Internet Res* 10(3): e15.
- Funnell, M. M. and R. M. Anderson (1991). "Empowerment: an idea whose time has come in diabetes education." *Diabetes Educator* 17: 37-41.
- Giustini, D. (2006). "How Web 2.0 is changing medicine." *BMJ* 333(7582): 1283-1284.
- Gulveen Aulakh (2-3-2012). *Mobile Health To Be Rs 3,000 Crore Market in India by 2017.* The Economic Times.
- Hao Wang and Jing Liu (2009). "Mobile Phone Based Health Care Technology." *Recent Patents in Biomedical Engineering* 2: 15-21.
- Hayes, A. F. and K. Krippendorff (2007). "Answering the call for a standard reliability measure for coding data." *Communication Methods and Measures* 1: 77-89.
- Hesse, B. W., D. E. Nelson, et al. (2005). "Trust and Sources of Health Information: The Impact of the Internet and Its Implications for Health Care Providers: Findings From the First Health Information National Trends Survey." *Arch Intern Med* 165(22): 2618-2624.
- Higgs, G., D. Smith, et al. (2005). "Findings from a survey on GIS use in the UK National Health Service: organisational challenges and opportunities." *Health Policy* 72(1): 12.
- Istepanian, R. S. H. and J. Laca. *Emerging Mobile Communication Technologies for Health: Some Imperative notes on m-health.* 25th IEEE Annual International Conference: Engineering in Medicine and Biology Society.
- Johnston Roberts, K. (1999). "Patient empowerment in the United States: a critical commentary." *Health Expectations* 2(2): 82-92.
- Jupiter Research (2007). *Online Health: Assessing the risks and opportunity of social and one-to-one media.*
- Katz, J., R. Rice, et al. (2011). *Personal Mediated Communication and the Concept of Community in Theory and Practice.* *Communication Yearbook* 28. P. J. K. (Ed.). New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates: 314-370.
- Keckley, P. H. (2010). *Social Networks in Health Care: Communication, collaboration and insights.* Issue Brief, Deloitte Center for Health Solutions.
- Kevin J. Leonard, M. C. and W. David (2008). "Who Will Demand Access to Their Personal Health Record? A focus on the users of health services and what they want." *Healthcare Quarterly* 11(1): 92-96.

- Kevin, P., W. G. Griswold, et al. (2008). "Health and the Mobile Phone." *American Journal of Preventive Medicine* 35(2): 5.
- Kreps, G. L. and L. Neuhauser (2010). "New directions in eHealth communication: Opportunities and challenges." *Patient Education and Counseling* 78(3): 329-336.
- Lee, E. and J. Jang (2010). "Profiling good Samaritans in online knowledge forums: effects of affiliative tendency, self-esteem, and public individuation on knowledge sharing." *Computers in Human Behaviour* 26(6): 1336-1344.
- Lemire, M., C. Sicotte, et al. (2008). Internet use and the logics of personal empowerment in health. *Health Policy*. 88: 10.
- Leong, S. L., D. Gingrich, et al. (2005). "Enhancing Doctor-Patient Communication Using Email: A Pilot Study." *J Am Board Fam Pract* 18(3): 180-188.
- Manhattan Research "Cybercitizen Health." 9.
- Manhattan Research "Taking the Pulse." 9.0.
- Markle Foundation (2008). *Common Framework For Networked Personal Health Information. Connecting for Health.*
- Moldan, B., S. Billharz, et al. (1997). *Sustainability Indicators: Report of the Project on Indicators of Sustainable Development. SCOPE 58.* Chichester and New York.
- Musser, J. and T. O'Reilly (2007). *Web 2.0 - Principles and Best Practices.* Sebastopol, CA, USA, O'Reilly Media.
- Noah Elkin (1-2008). "How America Searches: Health and Wellness." iCrossing.
- O'Reilly, T. (2007). "What Is Web 2.0: Design Patterns and Business Models for the Next Generation of Software." *Communications and strategies* 65.
- Palloff, R. and K. Pratt (2009). *Web 2.0 Technologies and Community Building Online.* Jossey-Bass Online Teaching and Learning Conference.
- PWC (2012). *Social media "likes" healthcare. From marketing to social business.* H. R. Institute.
- Pwh mHealth Report.
- Rifat Atun, S. Sittampalan, et al. (21-1-2005). *Uses and Benefits of SMS in Healthcare Delivery.* London, Centre for Health Management: Imperial College London.
- Roger, E. (maggio 2012). "The Wireless Industry: The Essential Engine of U.S. Economic Growth." *Recon Analytics*: 30-33.
- Salmon, P. and G. M. Hall (2003). "Patient empowerment and control: a psychological discourse in the service of medicine." *Social Science & Medicine* 57(10): 1969-1980.
- Salmon, P. and G. M. Hall (2004). "Patient empowerment or the emperor's new clothes." *J R Soc Med* 97(2): 53-56.
- Seeman, N. (2008). "Web 2.0 and Chronic Illnes: new Horizons, New Opportunities." *Electronic Healthcare* 11(1): 6.
- Starman, J. S., F. K. Gettys, et al. (2010). "Quality and Content of Internet-Based Information for Ten Common Orthopaedic Sports Medicine Diagnoses." *The Journal of Bone and Joint Surgery (American)*(92): 1612-1618.
- Steele, D. J., B. Blackwell, et al. (1987). "Beyond advocacy: A review of the active patient concept." *Patient Education and Counseling* 10(1): 3-23.
- Ted Eytan "My Definition of Health 2.0 : The Transition to Personal, Participatory Health Care."
- Van Uden-Kraan, C. F., C. H. C. Drossaert, et al. (2009). "Participation in online patient support groups endorses patients' empowerment." *Patient Education and Counseling* 74: 8.
- Vossen, G. and S. Hagemann (2007). *Unleashing Web 2.0: From Concepts to Creativity.* Burlington, MA, USA, Morgan Kaufmann.
- Wellman, B. and M. Gulia (1999). *Net Surfers Don't Ride Alone: Virtual Communities as Communities.* Communities and Cyberspace. P. Kollock and M. Smith. New York.
- World Health Organization (2011). "mHealth: New Horizons for Health Through Mobile Technologies." *Global Observatory for eHealth Series* 3.



COME PROGETTARE ESPERIENZE “INDIMENTICABILI” PER IL PAZIENTE: MARKETING ESPERIENZIALE

di: Luca Buccoliero, Elena Bellio, Maria Mazzola, Elisa Solinas - CERMES Bocconi

3.1 Identificare I Driver dell'Esperienza Del Paziente

3.1.1 Ambiente e Design

3.1.2 Attenzione e Rispetto

3.1.3 Empowerment del Paziente

3.1.4 Tecnologia

3.2 Adottare un Approccio Esperienziale in Sanità

3.2.1 Misurare l'Esperienza del Paziente

3.2.2 Creare un'Esperienza Indimenticabile



3.1 Identificare i Driver dell'Esperienza del Paziente

Le recenti innovazioni in campo sanitario portano al ripensamento dell'offerta ospedaliera in un'ottica di soddisfazione del paziente-cliente, attraverso un suo maggior coinvolgimento nelle diverse fasi del processo di cura. Il focus non può più essere la sola prestazione di cure mediche ma bensì tutto ciò che la circonda, a partire dal personale medico-infermieristico fino ad elementi più tangibili come il design della struttura ospedaliera (Sitzia J. and Wood N. 1997; Ismail Bakan, Tuba Buyukbese et al. 2014).

In situazioni delicate, come quella del ricovero, l'abilità dell'Azienda Sanitaria di fornire un'esperienza rilassante e piacevole risulta fondamentale per il paziente ed in alcuni studi viene addirittura proposta come elemento facilitatore del processo di guarigione (Bridges J.F.P., Loukanova S. et al. 2008; Reese S. 2009).

In un'ottica di marketing bisogna partire dalla riconsiderazione della figura del paziente come cliente a tutti gli effetti, che quindi in caso di insoddisfazione potrebbe scegliere in futuro di recarsi in altre strutture. Risulta quindi opportuno riorganizzare la prestazione sanitaria applicando una logica di "experiential marketing", come sta accadendo negli ultimi anni in tanti altri settori. Occorre stabilire come obiettivo principale la soddisfazione complessiva del paziente che porta alla fedeltà dello stesso, a migliori risultati economico-finanziari e ad un positivo w-o-m (word-of-mouth) (Lecroy N. 2010; Murante Maria, Seghieri Chiara et al. 2014).

Da una ricerca del CERMES (Centro di Ricerca su Marketing e Servizi) dell'Università Bocconi di Milano è stato possibile identificare i diversi elementi che devono essere tenuti in considerazione per elaborare una positiva strategia di crescita, riconducibili a 4 macro categorie:

- Ambiente e Design
- Attenzione e Rispetto
- Empowerment del Paziente
- Tecnologia

3.1.1 Ambiente e Design

La macro area "Ambiente e Design" si riferisce a svariate caratteristiche fisiche ed estetiche dell'offerta ospedaliera (Eroglu S. and Machleit K. 1993). È stato infatti studiato e come diversi elementi dell'ambiente possono avere effetti considerevoli sui consumatori, sia direttamente che indirettamente, influenzandone convinzioni e soddisfazione (Siberil P. 1994; Baraban R. S. and Durocher J. F. 2001).

Tra tutti gli aspetti che devono essere tenuti sotto attenta osservazione assumono rilievo sempre maggiore i colori (Bellizzi J. A. and Hite R. E. 1992; Lupi G. 1999; Conti A. 2006). Partendo dai principi della cromoterapia, diverse soluzioni appaiono possibili: in alcuni ospedali i colori delle stanze cambiano a seconda che si tratti di una sala parto (rosa), di una sala operatoria (verde) o di una stanza dove riposare (azzurro). "Strutture all'avanguardia hanno favorito l'introduzione di uno strumento sofisticato che permette di "trasformare" il soffitto della stanza in un cielo poco nuvoloso e riposante che irradia effettivamente la luce.

Anche il suono in tale ottica riveste un ruolo cruciale (Yalch R.

and Spangenberg E. 1990): una musica rilassante potrebbe aiutare i pazienti a superare più tranquillamente gli interventi per i quali si è costretti a restare a lungo immobili sul letto; eventi traumatici potrebbero risultare meno stressanti; l'assenza di rumori tranquillizzerebbe il paziente.

La pulizia deve essere un elemento fondamentale dell'offerta ospedaliera (Gardner M. P. and Siomkos G. J. 1986; Webb K. 2007; Finzi G., Lazzari C. et al. 2009), ed è per certi versi correlata all'elemento "odore". Camminando per i corridoi di un ospedale è comune riconoscere un forte odore di disinfettante che, se da un lato risulta fastidioso, dall'altro può essere interpretato come chiaro indicatore di igiene. Tra le proposte più innovative in questo ambito si richiama quella di diffondere nell'aria profumi per il paziente piacevoli e familiari per aiutarlo a rilassarsi e superare la terapia nel migliore dei modi.

L'accessibilità all'ospedale è un elemento strutturale ed imprescindibile (Lupi G. 1999), nonostante sia purtroppo troppo spesso sottovalutato. Gli accessi per disabili non sono sempre funzionali ed è frequente l'assenza di carrozzine o strumenti che renderebbero più agevole l'ingresso di alcune categorie di pazienti (Meyers S. 2009; Reese S. 2009; Beccari S. 2010). Anche la disposizione dei bagni o della stanza stessa va considerata un facilitatore per il paziente.

Un elemento spesso criticato e che potrebbe invece essere sfruttato dalle strutture ospedaliere come caratteristica propria e distintiva è sicuramente la qualità e la bontà del cibo servito (Calderoni D., Ferretti A. et al. 1999); i pasti rappresentano infatti uno dei pochi momenti di "svago" a cui i pazienti si possono dedicare durante la permanenza ospedaliera e rivestono quindi una rilevanza assoluta.

Infine le liste di attesa solitamente troppo lunghe, sono considerate uno degli elementi più critici all'interno degli ospedali (Burt T. 2006), causato nella maggior parte dei casi da una disorganizzazione tecnica o da una carenza di attrezzature e/o infrastrutture.

3.1.2 Attenzione e Rispetto

La seconda macro area su cui focalizzarsi è "Attenzione e Rispetto" che si riferisce all'attitudine con cui ci si relaziona con il paziente-cliente. Fondamentale attenzione deve essere posta al trattamento dei dati, a come vengono comunicate diagnosi e cure prediligendo cortesia e gentilezza nell'approccio al paziente. Andando ad analizzare i due elementi separatamente la dignità è maggiormente collegata a come le persone pensano, credono e reagiscono a ciò che le circonda; mentre il rispetto è più legato al considerare i pazienti come individui che hanno il diritto di essere informati e coinvolti.

Questa variabile viene identificata in diversi studi come relazione medico-paziente o infermiere-paziente e può essere collegata a diversi aspetti concreti quali: mostrare interesse nei confronti del paziente, utilizzare toni e modi educati, prendere sul serio le richieste paziente, essere sempre cortesi e disponibili in qualunque situazione e soprattutto guardare al paziente come ad una persona con reali problemi, dubbi e insicurezze e non considerarlo alla pari di un numero o di una cartella clinica (Darr K. 2001; Puchalski C., Ferrell B. et al. 2009).

Tutti questi elementi possono poi essere ulteriormente declinati per quanto riguarda la relazione di medici ed infermieri non con il paziente, bensì con i cosiddetti “caregivers”, ovvero coloro che si prendono cura dei loro parenti e/o amici in difficoltà.

3.1.3 Empowerment del Paziente

Il concetto di Empowerment del Paziente è strettamente collegato al marketing esperienziale e viene principalmente espresso come inclusione del paziente nel processo decisionale, essendo questa integrazione fortemente legata alla soddisfazione complessiva dello stesso.

All'interno della categoria possiamo individuare 3 sottogruppi principali: empowerment dei pazienti, empowerment dei membri della famiglia ed empowerment dello staff.

Il primo è caratterizzato da un ruolo più attivo svolto dal paziente ed in particolare dalla collaborazione medico-paziente nella scelta dei diversi percorsi curativi considerati da entrambi più appropriati. In tempi recenti i pazienti sfruttano sempre più i canali virtuali per ottenere informazioni su sintomi e patologie dimostrando il loro bisogno di essere costantemente coinvolti ed informati su ogni step delle loro infermità o di quelle delle persone a loro care.

Il secondo è per certi versi molto simile al primo, con la differenza che in questo caso si tratta dei membri della famiglia del paziente, o in generale delle persone a lui vicine, che rivestono un ruolo cruciale nel processo di guarigione e per questo devono essere costantemente aggiornate e coinvolte (Korsch B. M., Gozzi E. K. et al. 1968; Hall and Dornan 1990; Meyers S. 2009).

Il terzo riguarda infine il controllo esercitato dallo staff all'interno dell'ospedale, la loro capacità di relazionarsi con il prossimo, di offrire informazioni dettagliate e di percepire rilevanti dettagli sul paziente in cura. In questo gruppo rientra anche il mantenimento di una positiva relazione medico-paziente dopo il verificarsi della malattia ed il suo eventuale superamento.

3.1.4 Tecnologia

Se le relazioni di front-office tra dipendenti e clienti storicamente venivano considerate “high-touch low-tech”, oggi lo sviluppo e la diffusione delle nuove tecnologie sta cambiando il modo in cui le persone, e quindi anche medici e pazienti, interagiscono (Bitner M. J. 1992; Salomon L., Gasquet I. et al. 1999). Alcune innovazioni stanno ripensando le relazioni tra personale e clienti in diversi settori, in particolare nell'industria alberghiera e in quella del turismo, dove devices tecnologici di ultima generazione gestiscono la maggior parte delle interazioni (Schweitzer S. 2007).

La tecnologia deve essere considerata un facilitatore per la realizzazione di una completa e positiva esperienza per il paziente, garantendo trasparenza e correttezza delle informazioni, protezione efficace dei dati sensibili e proficua interazione tra diverse organizzazioni sanitarie. Le tradizionali dinamiche tra medici e pazienti stanno quindi subendo un drastico ripensamento, spesso legato all'ampia diffusione di informazioni sanitarie sul web che permettono a tutti i pazienti un accesso libero e gratuito.

In questo campo in anni recenti sono state introdotte innovazioni di enorme rilevanza, ad esempio: disponibilità di referti e cartelle cliniche online (Buccoliero L. and Mattavelli E. 2008); braccialetti RFID (Figarella L. and Kikirekov K.; Chowdhury B. and Khosla R. 2007); segnaletica smart all'interno della struttura ospedaliera che permetta di raggiungere i vari reparti facilmente ed in autonomia (Tiong I. C., Hafeez-Baig et al. 2006; Buccoliero L. and Prenestini A. 2009); sistemi di telemedicina e teleassistenza, ancora in fase di sviluppo ed utili specialmente in situazioni terapeutiche difficili (Fisher J. A. and Monahan T. 2008; Wen Yao, Chao-Hsien Chu et al. 2010); letti con possibilità di connessione wifi per effettuare videochiamate o tenersi aggiornati sul mondo (H&HN 2005; Arrington C. 2010); portali web ospedalieri aggiornati ed interattivi che servano come effettivi facilitatori dell'esperienza, per esempio fornendo schede informative dettagliate su esami, patologie e prevenzione o mettendo addirittura a disposizione delle community virtuali con partecipazione attiva del personale medico-ospedaliero (Spillman W. B., Mayer M. et al. 2004; Creamer M. L. 2011).

Sempre in campo di tecnologie applicate alla sanità sono poi presenti diversi progetti dal carattere medico ancora più marcato ed innovativo, soprattutto attraverso l'utilizzo di dispositivi mobili.

3.2 Adottare un Approccio Esperienziale in Sanità

3.2.1 Misurare l'Esperienza del Paziente

Nella situazione attuale risulta fondamentale trovare sistemi adeguati per misurare l'esperienza dei pazienti, ottenendo importanti feedback sulla qualità dell'offerta ospedaliera. Questa nuova rilevazione permette alle aziende sanitarie di identificare punti di forza e di debolezza, rendendo possibile la progettazione di miglioramenti specifici per le aree più critiche (Schmitt B. 1999; Castellet M. 2006).

A partire dalla metà degli anni '80 l'organizzazione mondiale della sanità ha iniziato a sottolineare l'importanza di offrire a tutti i cittadini un ruolo più attivo nel proprio processo di cure sanitarie, rendendo necessaria la creazione di nuovi indicatori di qualità per il mondo della sanità basati sull'opinione dei pazienti stessi. Troppo spesso si basano le valutazioni aziendali solo su indicatori incompleti ma di più facile misurazione, fondati per esempio sulle liste di attesa per le prestazioni sanitarie, ed in generale focalizzati sul punto di vista di manager e personale tecnico ospedaliero (Koenig-Lewis N. and Palmer A. 2008; Needham B. R. 2012). L'opinione dei pazienti invece risulta un elemento fondamentale in quanto permette di osservare e misurare effettivamente quanto si è stati abili nello soddisfare le richieste ed aspettative dei pazienti e dove invece si sono riscontrati significativi problemi (Jenkinson C., Coulter A. et al. 2002; Danielsen K., Bjertnaes OA. et al. 2010).

In generale per valutare l'esperienza ospedaliera possono essere ritenuti strumenti validi di misurazione sia gli approcci più qualitativi (come ad esempio interviste in profondità, focus group, form di reclami, osservazioni dirette e lettere) sia quelli dal carattere più quantitativo (come ad esempio questionari sia cartacei che online) (Donabedian A. 1980; Wilson E. V. and Strong D. M. 2014). In particolare per quanto riguarda i questionari si tende a far esprimere al paziente un rating diretto (su una scala esplicitata) riguardo a diversi aspetti della prestazione nel suo complesso come per esempio giudizi sui medici o sul personale ospedaliero in generale, grado di coinvolgimento percepito in fase di presa di decisioni, livello di informazioni ricevute e sua qualità, responsabilità dello staff medico, pulizia dei locali, presenza di un ambiente piacevole e rilassante, raccomandazioni e reclami particolari ed infine giudizi complessivi sulla struttura ospedaliera (Jenkinson C., Coulter A. et al. 2002; Shannon D. 2013).

È possibile identificare diversi strumenti di misurazione dell'esperienza dei pazienti: sono infatti disponibili in letteratura diversi questionari che possono essere raggruppati in due famiglie principali. La prima può essere esplicitata considerando il questionario olandese "QUOTE –Quality Of care Through the patients' Eyes". Tale questionario si distingue per due caratteristiche: innanzitutto non misura solo come l'esperienza ospedaliera è stata percepita dal paziente ma anche quali elementi dell'esperienza egli consideri più importanti. Infatti, mentre la percezione dell'esperienza cambia a seconda che si modifichino i servizi offerti dall'azienda, le valutazioni sull'importanza dei singoli items tendono ad essere più stabili e meno influenzabili da variabili situazionali. La seconda caratteristica distintiva è la presenza, oltre ad elementi di valutazione generale, di domande specifiche a seconda del gruppo di pazienti, del tipo di prestazione sanitaria ricevuta e del tipo di infermità presente. La seconda famiglia di questionari può invece essere descritta considerando il questionario "Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems – HCAHPS". A differenza del caso precedente questo questionario non considera le valutazioni di importanza e non prevede la presenza di domande specifiche per gruppi, prestazione o infermità. Per la loro semplicità di utilizzo, traduzione ed applicazione a livello internazionale questi risultano essere i questionari più diffusi a livello globale. Si basano principalmente su due scale per la strutturazione delle risposte: una a 4 punti (mai, a volte, spesso, sempre) ed una a 3 punti (non un problema, un piccolo problema, un grande problema). Questa tipologia di questionari a partire dal 2012 è stata utilizzata negli USA da Medicare e resa obbligatoria attraverso il "Hospital Value-Based Purchasing Program" reso ufficiale con "Affordable Care Act" ed è oggi mezzo universalmente riconosciuto valido per valutare gli ospedali e ricompensarli/penalizzarli attraverso bonus in denaro.

3.2.2 Creare un'Esperienza Indimenticabile

Studi tradizionali di marketing si fondano sull'idea che i consumatori siano individui razionali, principalmente preoccupati delle caratteristiche funzionali e dei benefici di un prodotto/servizio;

al contrario gli studi di "experiential marketing" considerano i consumatori come esseri non solo razionali ma anche emozionali che vogliono e richiedono esperienze indimenticabili. Elemento fondante di questo approccio è la possibilità di ripensare politiche e decisioni di marketing focalizzandosi sull'esperienza che può essere proposta ai consumatori.

Schmitt (1999) ha individuato 5 dimensioni caratterizzanti il marketing esperienziali chiamati SEMs (strategic experiential modules):

- "Sense" che si riferisce a come vengano coinvolti tutti e 5 i sensi per proporre al consumatore un'esperienza emozionante;
- "Feel" che è strettamente legato al coinvolgimento emozionale del cliente;
- "Think" riguardante elementi più cognitivi;
- "Act" che riguarda il coinvolgimento fisico ed attivo del paziente;
- "Relate" che rappresenta la dimensione sociale dell'esperienza.

Adottare un approccio di marketing esperienziale significa identificare, tra tutte queste dimensioni, quelle più rilevanti considerando sia il cliente che il prodotto/servizio offerto, per poter offrire una piacevole ed unica esperienza ai propri clienti. Grazie alle diverse ricerche in tema di consumer behavior diversi settori, tra i quali anche quello sanitario, stanno implementando modifiche atte a focalizzarsi più su aspetti "soft" dell'offerta. L'esperienza sta infatti sempre più rimpiazzando la qualità come base competitiva per fruttuose strategie di marketing.

Un recente studio svolto dal CERMES (Centro di Ricerca su Marketing e Servizi) dell'Università Bocconi di Milano tra Giugno e Settembre 2014 basato su 259 interviste in profondità, della durata di circa 120 minuti ciascuna, ha analizzato come diversi elementi dell'offerta ospedaliera impattano sulla soddisfazione complessiva del paziente. Tra le 4 macro categorie identificate sopra lo studio ha stabilito che la variabile "Atmosphere & Comfort" è quella che riveste un ruolo principale nel plasmare l'esperienza del paziente; in questo campo infatti i pazienti sono ormai abituati a standard piuttosto elevati di qualità e di conseguenza hanno alte aspettative con riguardo agli aspetti più strettamente fisici dell'offerta. La seconda variabile con maggior impatto sulla soddisfazione totale è risultata essere "Dignity & Respect" sottolineando come l'atteggiamento del personale nei confronti del paziente ha effetti positivi sull'esperienza ospedaliera. Infine anche le variabili "Patient Empowerment" e "Technology" sono risultate essere positivamente legate alla soddisfazione globale. Partendo da questi risultati è possibile identificare alcuni miglioramenti attuabili in ambito ospedaliero per fornire una migliore esperienza ai propri pazienti:

- Introdurre nuove figure manageriali dedicate al miglioramento e al monitoraggio dell'esperienza ospedaliera, come i *Chief Consumer Officer* o i *Chief Experience Officer* (Rust R. T., Moorman C. et al. 2010);
- Rinnovare diversi elementi fisici dell'ambiente ospedaliero accentuandone la familiarità per il paziente.
- Formare il personale ospedaliero in maniera adeguata perchè

presti maggior attenzione ai bisogni del paziente e si relazioni al meglio con lo stesso;

- Garantire ai pazienti informazioni più dettagliate ed aggiornate in merito sia alla situazione sanitaria sia ai futuri percorsi

di cura, per esempio fornendo accesso costante alle cartelle cliniche;

- Sfruttare le innovazioni tecnologiche in ambito sanitario, a supporto della riprogettazione dell'esperienza clinica del paziente.



Bibliografia

- Arrington C. (2010) Effective online medical care? Maybe. Casium bulding your case.
- Baraban R. S. and Durocher J. F. (2001). "Successful Restaurant Design." Wiley.
- Beccari S. (2010). "Maggior comfort in ospedale." InformaSalute-Periodico dell'Azienda USL di Ferrara.
- Bellio E., Buccoliero L., et al. (2009). Patient web empowerment: la web strategy delle aziende sanitarie del SSN. Rapporto Oasi 2009.
- Bellizzi J. A. and Hite R. E. (1992). "Environmental Color, Consumer Feelings, and Purchase Likelihood." *Psychology & Marketing* 9(5).
- Bitner M. J. (1992). "Servicescapes: The Impact of Physical Surroundings on Customers and Employees." *Journal of Marketing* 56.
- Blanchard J. and Lurie N. (2004). "R-E-S-P-E-C-T: Patient reports of disrespect in the health care setting and its impact on care." *Journal of Family Practice* 53(9): 721-730.
- Brekke M. and Hjortdahl P. (2001). "Involvement and satisfaction: a Norwegian study of health care among 1,024 patients with rheumatoid arthritis and 1,509 patients with chronic noninflammatory musculoskeletal pain." *Kvien TK Arthritis Care Res* 45: 8-15.
- Bridges J.F.P., Loukanova S., et al. (2008). "Patient Empowerment in Health Care." *International Encyclopedia of Public Health*: 17-28.
- Buccoliero L. and Mattavelli E. (2008). ECDL Health Certificazione informatica per gli operatori sanitari, Tecniche Nuove.
- Buccoliero L. and Prenestini A. (2009). "Verso il Fascicolo sanitario elettronico." *Management della sanità*: 25-27.
- Burt T. (2006). "Reinventing the patient experience." *Healthcare executive* 1(3): 8-14.
- Calderoni D., Ferretti A., et al. (1999). La ristorazione. Il comfort in ospedale. CLUEB, Agenzia Sanitaria Regionale Emilia Romagna.
- Castellet M. (2006). Marketing management. Teorie e politiche di gestione di marketing.
- Chebat J. C. and Michon R. (2003). "Impact of ambient odors on mall shoppers' emotions, cognition, and spending. A test of competitive causal theories." *Journal of Bunisess Research* 56.
- Chowdhury B. and Khosla R. (2007). "RFID-based Hospital Real-time Patient Management System." *Computer and Information Science*: 363-368.
- Clancy C. (2008). "H-CAHPS survey reflects patient experiences." *Managed Healthcare Executive* 18(7): 34.
- Clapp R. L. (1993). "Health care continuum." *Nursing Homes: Long Term Care Management* 42(9).
- Clark P.A., Drain M., et al. (2003). "Addressing patients' emotional and spiritual needs." *Joint Commission Journal of QQuality and Safety* 29(12).
- Cleary PD., Edgman-Levitan S., et al. (1992). "The relationship between reported problems and patient summary evaluations of hospital care." *QRB Qual Rev Bull.* 18(2): 53-59.
- Conti A. (2006). Il Buzzi e i Colori, Progetto di riqualificazione pittorica dell'Ospedale dei Bambini V. Buzzi di Milano.
- Conway J., Johnson B., et al. (2006). Partnering with Patients and Families To Design a Patient- and Family-Centered Health Care System, The Institute for Patient- and Family-Centered Care.
- Creamer M. L. (2011). "The "Smart" Hospital that just got "Smarter"." *Health Living*.
- Danielsen K., Bjertnaes OA., et al. (2010). "The association between demographic factors, user reported experiences and user satisfaction: results from three casualty clinics in Norway." *BMC Fam Prac* 11(73).
- Darr K. (2001). "The Manager and Pain Control for Patients." *Hospital Topics* 79(4).
- Dawood M. and Gallini A. (2010). "Using discovery interviews to understand the patient experience." *Nursing Management* 17(1): 26-31.
- Donabedian A. (1980). The definition of quality and approaches to its assessment. Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Ann Arbor, MI, Health Administration Press. 1.

- Donovan R. J. and Rossiter J. R. (1982). "Store Atmosphere: An Environmental Psychology Approach." *Journal of Retailing* 58.
- Eroglu S. and Machleit K. (1993). "Atmospheric factors in the retail environment: Sights, sounds and smells." *Advances in Consumer Research*.
- Feudtner C., Haney J., et al. (2003). "Spiritual care needs of hospitalized children and their families: a national survey of pastoral care providers' perceptions." *Pediatrics* 111(1): 67-72.
- Figarella L. and Kikirekov K. "Radio Frequency Identification (RFID) in Healthcare Benefits, Limitations, Recommendations, Health Industry Business Communications Council."
- Finzi G., Lazzari C., et al. (2009). "Ospedali: il controllo e l'accreditamento dei servizi di igiene ambientale." *Hospital & Public Health* 4.
- Fisher J. A. and Monahan T. (2008). "Tracking the social dimensions of RFID systems in hospitals." *International Journal of Medical Informatics* 77(3).
- Gardner M. P. and Siomkos G. J. (1986). "Towards a Methodology for Assessing Effects of In-Store Atmospherics." *H&HN* (2005). "IT that Improves the Patient Experience." *Hospitals & Health Networks* 79(8): 38.
- Hall and Dornan (1990). "Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a meta-analysis." *Social Science & Medicine* 6: 811-818.
- Ismail Bakan, Tuba Buyukbese, et al. (2014). "The impact of total quality service (TQS) on healthcare and patient satisfaction: An empirical study of Turkish private and public hospitals." *International Journal of Health Planning and Management* 29: 292-315.
- Jarousse L. A. (2010). "The Future of Care part II: The continuum of care." *H&HN: Hospitals & Health Networks* 84(5).
- Jenkinson C., Coulter A., et al. (2002). "Patients' experiences and satisfaction with health care: results of a questionnaire study of specific aspects of care." *Qual Saf Health Care* 11: 335-339.
- Kjeken I., Dagfinrud H., et al. (2006). "Rheumatology care: involvement in medical decisions, received information, satisfaction with care, and unmet health care needs in patients with rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis." *Arthritis Rheum* 55: 394-401.
- Koenig-Lewis N. and Palmer A. (2008). "Experiential values over time – a comparison of measures of satisfaction and emotion." *Journal of Marketing Management* 24(1): 69-85.
- Korsch B. M., Gozzi E. K., et al. (1968). "Gaps in doctor patient communication. Part 1. Doctor patient interaction and patient satisfaction." *Pediatrics* 42: 855-871.
- Lecroy N. (2010). *Anticipating the Changes in Medicare Reimbursement, the Beryl Institute's 2010 Conference Highlights Ideas on Improving Patient Experience*. Bedford, TX, The Beryl Institute.
- Lenert L. (2009). "Transforming healthcare through patient empowerment." *Information Knowledge Systems Management* 8: 159-175.
- Lupi G. (1999). *Il comfort nelle strutture sanitarie. Il comfort in ospedale*. CLUEB, Agenzia Sanitaria Regionale Emilia Romagna.
- Melotti R.M., Bergonzi A., et al. (2009). *Progetto umanizzazione delle cure e dignità della persona in terapia intensiva della Regione Emilia-Romagna*. *Anestesia Forum*: 75-82.
- Meyers S. (2009). "The Total Picture: Developing a Patient Experience." *Trustee* 62(2): 18-22.
- Mowat H. (2008). *The potential for efficacy of healthcare chaplaincy and spiritual care provision in the NHS (UK)*. C. b. N. (UK).
- Murante Maria, Seghieri Chiara, et al. (2014). "How do hospitalization experience and institutional characteristics influence inpatient satisfaction? A multilevel approach." *The International Journal of Health Planning and Management*: 247 - 260.
- Needham B. R. (2012). "The Truth About Patient Experience: What We Can Learn from Other Industries, and How Three Ps Can Improve Health Outcomes, Strengthen Brands, and Delight Customers." *Journal of Healthcare Management* 57(4).
- Nerney M. P., Chin M. H., et al. (2001). "Factors associated with older patients' satisfaction with care in an inner-city emergency department." *Annals of Emergency Medicine* 38: 140-145.
- Nielsen D. (2004). "'Patient and Family-Centered Care' toolkit." *AHA News* 40(22): 4.
- Puchalski C., Ferrell B., et al. (2009). "Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the Consensus Conference." *Journal of Palliative Medicine Special Report* 12(10).
- R.C.N (2008). *Dignity at the heart of everything we do*.

- Reese S. (2009). "Patient experience correlates with clinical quality." *Managed Healthcare Executive* 19(5): 24-25.
- Salomon L., Gasquet I., et al. (1999). "Construction of a scale measuring inpatient's opinion on quality of care." *Int J Qual Health Care* 11: 507-516.
- Schmitt B. (1999). *Experiential Marketing: how to get customers to sense, feel, think, act, and relate to your company and brands*. New York.
- Schweitzer S. (2007). "The Key to Improving the Patient Experience." *Health Management Technology* 28(8): 40-39.
- Shannon D. (2013). "Physician Well-Being: A Powerful Way to Improve the Patient Experience." *Physician Health*.
- Siberil P. (1994). "Influence de la musique sur les comportements des acheteurs en grandes surfaces de vente." *Science de Gestion, Universite de Rennes*.
- Sitzia J. and Wood N. (1997). "Patient satisfaction: a review of issues and concepts." *Soc Sci Med* 2002 45: 1829-1843.
- Smaldone G. (1999). *Relazioni/iterazioni: accoglienza, privacy, informazione, comunicazione. Il comfort in ospedale*. CLUEB, Agenzia Sanitaria Regionale Emilia Romagna: 70-73.
- Spillman W. B., Mayer M., et al. (2004). "A 'smart' bed for non-intrusive monitoring of patient physiological factors." *Measuring Science and Technology* 15(6).
- Steele D. J., Blackwell B., et al. (1987). "The activated patient: dogma, dream, or desideratum?" *Patient Education and Counseling* 10(1): 3-23.
- Sun B. C., Adams J., et al. (2000). "Determinants of patient satisfaction and willingness to return with emergency care." *Annals of Emergency Medicine* 35(5): 426-434.
- Thompson D. A., Yarnold P. R., et al. (1996). "Effects of actual waiting time, perceived waiting time, information delivery, and expressive quality on patient satisfaction in the emergency department." *Annals of Emergency Medicine* 6: 657-665.
- Tiong I. C., Hafeez-Baig, et al. (2006). Preliminary investigation to explore perceptions of security issues associated with wireless technology in healthcare in Australia.
- Webb K. (2007). "Exploring patient, visitor and staff perspectives on inpatients' experiences of care." *Journal of Management & Marketing in Healthcare* 1(1): 61-72.
- Wen Yao, Chao-Hsien Chu, et al. (2010). *The use of RFID in healthcare: Benefits and barriers*. IEEE International Conference.
- Wilson E. V. and Strong D. M. (2014). "Editors' Introduction to the Special Section on Patient-centered e-Health: Research Opportunities and Challenges." *Communications of the Association for Information System* 34(15): 323-336.
- Yalch R. and Spangenberg E. (1990). "Effects of store music on shopping behavior." *Journal of Consum Marketing* 7(2).

Pazienti - Clienti

Può un approccio basato sulla gestione della Customer Experience nella Sanità contribuire a migliorare la qualità delle cure?

di: Giovanni DeCarli - Sinkronie

Nella relazione fra azienda e cliente ciò che conta è il risultato percepito da quest'ultimo prima ancora dell'effettivo risultato oggettivo conseguito. La soddisfazione finale del cliente è il RISULTATO e passa in primo piano anche rispetto all'effettiva qualità del prodotto fornito o del servizio erogato. Paradossalmente se un cliente è soddisfatto di un prodotto, anche di scarsa qualità ma che soddisfa le sue aspettative, il fornitore ha raggiunto il proprio obiettivo: il cliente acquista, paga e probabilmente acquisterà nuovamente e parlerà bene della sua esperienza trasformandosi in un prezioso alleato.

Nella sanità non può essere così.

Non esistono clienti ma PAZIENTI, esseri umani che nella maggior parte dei casi stanno affrontando un momento difficile, di sofferenza e angoscia, un momento di massima necessità e debolezza umana, quando ci si trova costretti a riconoscere se stessi cambiati, diversi da prima in quanto "malati".

E quello della SALUTE è un diritto fondamentale dell'individuo garantito dalla Costituzione, trascendendo ogni possibile confronto tra la relazione Sanità - Paziente e Azienda - Cliente. In questo caso ciò che conta è il RISULTATO CLINICO, il buon esito delle cure, un risultato oggettivo che nella maggior parte dei casi, a torto o a ragione, costituisce l'unico obiettivo. La "soddisfazione del paziente", passa necessariamente in secondo piano. Il medico e la struttura sanitaria non possono considerare il Paziente alla stessa stregua di un Cliente e non possono valere le regole che governano mercati e transazioni economiche.

Ed è giusto che sia così.

Ma proviamo per un attimo ad andare oltre questo vincolo di principio e sostanza per cercare di capire se c'è qualcosa che, nella relazione fra Azienda e Cliente, può servire da utile stimolo per aiutarci a superare, una volta definiti riferimenti e valori corretti, alcuni limiti della nostra Sanità pubblica.

Sul mercato dei beni e dei servizi da qualche tempo ormai si sente parlare di CUSTOMER EXPERIENCE come naturale evoluzione della Customer Satisfaction e nuova frontiera della gestione della relazione fra una organizzazione e i propri utenti.

Darne una definizione univoca non è semplice, anche perché si tratta di qualcosa di relativamente recente, e su Internet se ne trovano diverse fra il barocco e il fantasioso. Rende molto bene l'idea di ciò che è quella di Forrester Research che da tempo ormai lavora sulla Customer Experience producendo numerosi documenti e ricerche che aiutano a comprendere cos'è, quanto vale e come si implementa:

LA CUSTOMER EXPERIENCE DESCRIVE COME I CLIENTI PERCEPISCONO LE LORO INTERAZIONI CON UNA AZIENDA E I SUOI PRODOTTI.

L'obiettivo che anima imprenditori e manager delle vendite è

vendere di più (aumentare i ricavi) e vendere meglio (aumentare i margini) e una gestione efficace della Customer Experience è dimostrato, come vedremo di seguito, che porta un contributo fondamentale nella generazione del valore contribuendo sia all'aumento dei ricavi sia alla riduzione dei costi operativi.

Da sempre chi si occupa di marketing per impostare le proprie strategie considera entrambe le leve, quella razionale e quella emotiva. La Customer Experience parte da questi presupposti e considera tutti i momenti dell'interazione per costruire un'esperienza positiva.

Che cosa significherebbe, una volta garantito il diritto alla cura e il risultato clinico, applicare la stessa logica nella Sanità pubblica?

Intendiamoci, non è che oggi non si faccia nulla su questo fronte. La "soddisfazione del paziente" è all'attenzione dei manager della Sanità e da diverso tempo si effettuano indagini anche accurate per individuare ciò che dal punto di vista di pazienti e familiari non va e identificare le aree di miglioramento. Tipicamente i temi affrontati sono quelli dell'accessibilità, dei tempi di attesa, del comfort, delle relazioni e della qualità dell'assistenza e sono attive su questo fronte le strutture sanitarie, le amministrazioni e le associazioni dei cittadini.

In Italia abbiamo centri d'eccellenza riconosciuti al livello internazionale sia nel pubblico sia nel privato e il livello medio di assistenza fornita da Sistema Sanitario Nazionale è superiore a quello di paesi generalmente considerati "più avanzati" del nostro. Ma nonostante questo, è un dato di fatto, la percezione comune è che la Sanità in Italia non funziona e che la qualità delle cure sia insufficiente, come testimoniato dall'indagine "La sanità in Italia: opinioni e giudizi della popolazione" effettuata nel 2013 da Doxa: il voto medio rilevato è stato di 5.7 su una scala da 1 a 10 e la maggiore responsabilità è stata data alla cattiva politica, alla corruzione e all'organizzazione del sistema.

La risonanza mediatica che hanno i casi di malasanità supera quella degli esempi di buona-sanità, rispettando la regola non scritta (ed evidentemente sbagliata) che una buona notizia non è una notizia. Evidentemente nella Sanità pubblica si comunica poco e male e questo è un primo punto.

Ma soprattutto nella maggioranza dei casi non si presta la necessaria attenzione a quelli che, oltre all'imprescindibile buon esito della cura, sono i bisogni dei cittadini.

Non ci si preoccupa di quella che è l'esperienza nel suo complesso vissuta dal paziente e dai familiari nell'interazione con le strutture e i servizi sanitari, confondendola con il comfort e l'efficienza. E dove si misura il livello di soddisfazione con indagini specifiche e puntuali e si decide di porre in atto iniziative volte al superamento dell'insoddisfazione, si opera troppo spesso solo su dettagli e forma, restando alla superficie dei problemi e non comprendendo l'esigenza di un approccio complessivo (oggi si direbbe anche olistico) che vede il percorso di cura come "viaggio del paziente" traendo ispirazione dal "viaggio del cliente", strumento fondamentale dell'analisi e della gestione della Customer Experience.

Andare oltre la “semplice” soddisfazione del paziente puntando a creare un’esperienza percepita come positiva in ogni aspetto dell’interazione con “la Sanità” non è vista oggi come una priorità.

Soddisfare i propri utenti è una buona cosa, ma fare in modo che vivano un’esperienza positiva, emotivamente confortante e in certi casi anche gratificante è tutt’altro. Questa è la fondamentale differenza fra la Customer Satisfaction e la Customer Experience che coinvolge non solo i pazienti ma tutti coloro che a qualsiasi titolo entrano in contatto con la Sanità pubblica: la sua organizzazione, le strutture e i suoi servizi.

Senza ovviamente forzare inopportuni parallelismi fra la vendita di beni e servizi e la Sanità, due mondi che hanno finalità, principi e modalità di funzionamento del tutto differenti, cerchiamo di chiarire come viene vissuta la Customer Experience dalle Aziende per stimolare qualche riflessione sull’utilità che avrebbe il ragionare negli stessi termini anche nel pianeta Sanità.

Il tema per gli addetti ai lavori non è del tutto nuovo e, soprattutto oltreoceano dove la Sanità segue logiche differenti, è stato già affrontato con effetti positivi per quanto concerne sia l’impatto sui percorsi di cura sia il miglioramento delle performance delle strutture sanitarie.

Allontaniamoci quindi per un attimo dal mondo della Sanità, con le sue peculiarità, i suoi valori e i suoi problemi e cerchiamo, seguendo il testo, di trovare qualche parallelismo con l’esperienza quotidiana dell’interazione con la nostra Sanità.

E se il confronto a qualcuno potrà sembrare fuori luogo, ce ne scusiamo fin d’ora certi che venga inteso come esercizio retorico e innocua provocazione a sostegno della tesi che qualcosa di meglio si può e si deve fare e che l’individuo-paziente comunque qualcosa a che fare ce l’ha con l’individuo-cliente.

Un caso esemplare di Customer Experience

Un caso esemplare di ciò che significa Customer Experience è quello di Nespresso. L’esperienza che si vuol far vivere ai clienti è quella esclusiva della pubblicità con George Clooney, la prima emozione che colpisce dal piccolo schermo e dalla carta patinata.

Anche acquistare una macchina per il caffè Nespresso è una esperienza, aprirne la confezione, scoprirne il contenuto, farsi il primo caffè e quindi visitare la Boutique o ordinare le capsule on-line.

Nulla è lasciato al caso, tutto è studiato: la confezione dà la sensazione di solidità e si apre con pochi, semplici gesti. All’interno della confezione un cofanetto rigido contiene le istruzioni d’uso, la descrizione delle fragranze Gran Cru, le indicazioni su come acquistarle e riceverle a domicilio, nel caso non si abbia la possibilità di visitare una Boutique Nespresso nelle vie esclusive dello shopping della vostra città. E anche la visita alla Boutique è una vera e propria esperienza nel corso della quale riceverete la vostra carta Nespresso Club, anonima (per il rispetto della vostra privacy) ed esclusiva.

Questo è il viaggio del cliente, la componente fondamentale della Customer Experience, e la mappa del viaggio del cliente ne è lo strumento principale di analisi per capire quali sono le aree di

intervento e quali le iniziative sulle quali lavorare.

Stiamo parlando di caffè, ma nonostante questo il caffè non è l’elemento centrale. Certo è di ottima qualità, ma questo lo si dà per scontato.

Ripensiamo allora per un momento al nostro mondo della Sanità, dove ciò che è dato per scontato (che deve essere dato per scontato) è l’efficacia della cura, ma dove i bisogni dei pazienti sono una comunicazione semplice e trasparente, l’attenzione alla persona nell’organizzazione delle attività, degli spazi e dei tempi, il rispetto dell’individuo e delle sue esigenze, anche le più intime.

Quello della gestione della Customer Experience è un tema complesso che impatta profondamente tutte le aree aziendali che devono e possono, ognuna per le proprie competenze, creare valore portando un contributo rilevante.

Si parla per questo di cultura aziendale, conoscenza dell’utente e dei suoi bisogni, di necessità di fare strategia e progettazione per non lasciare nulla al caso, dell’implementazione e della gestione delle iniziative necessarie a creare l’Esperienza unica.

Allontaniamoci nuovamente per un attimo dalla Sanità scusandoci nuovamente per l’uso azzardato di riferimenti a profitto e logiche economiche e di mercato.

Il ritorno dell’investimento

Lavorare sulla Customer Experience ha un costo che dipende da quale “esperienza” si vuole creare, esperienza che deve assolutamente essere in linea con la visione, i valori e la missione aziendali.

Nel caso Nespresso il prezzo pagato è alto, ma la Missione aziendale è chiara: “Passione per la qualità, l’innovazione e l’eccellenza nei servizi”. E la scelta coerentemente è stata quella dell’esclusività.

Pensiamo invece agli hard discount, l’esperienza che ci regalano non è certo costosa: i prodotti, non di marche note e prodighe di investimenti pubblicitari, sono esposti in ambienti spartani, su scaffalature essenziali, in certi casi ancora negli imballi originali e sui pallet: la Missione è aiutare le famiglie a risparmiare. Coerentemente l’esperienza che si fa vivere ai clienti è quella della sobrietà. Il risparmio è sul superfluo (scaffalature, arredi, mano d’opera, pubblicità ...), non sull’essenziale, la qualità del prodotto.

In entrambi i casi la Customer Experience è studiata, progettata, implementata e gestita e anche questo, per basso che sia, ha dei costi che evidentemente vengono ripagati dai risultati.

E queste non sono solo chiacchiere. Forrester Research, Temkin Group e Peppers&Roger Group, solo per citarne alcuni, periodicamente pubblicano analisi, reperibili facilmente su Internet, che riportano l’evidenza della correlazione fra l’impegno sul fronte della gestione della Customer Experience e l’andamento dell’impresa.

- 1 “The Business Impact of Customer Experience”
- 2 “The ROI of Customer Experience. Analysis Shows High Correlation Between Customer Experience and Loyalty”
- 3 “The ROI of Customer Experience. A new economy approach to Growth and Profitability”
- 4 “2012 CX Index Report Europe. Perché la Customer Satisfaction non basta più”

Un recente studio condotto dalla società di ricerca Loudhouse per conto della multinazionale Oracle riporta che “l’81% dei consumatori sarebbe disposto a pagare di più per una Customer Experience migliore” (il 42% riconoscerebbe un premio sul prezzo superiore al 5%) e che “il 92% dei consumatori afferma che una Customer Experience insoddisfacente riduce il proprio livello di fedeltà”.
Qualche altro numero interessante:



Il **95%** dei clienti condivide
UN'ESPERIENZA INSODDISFACENTE
(fonte Zendesk)

Il **78%** dei clienti condivide
una BUONA ESPERIENZA
(fonte HelpScout)



L' **86%** dei clienti cambiano
fornitore dopo UN'ESPERIENZA
INSODDISFACENTE
(fonte HelpScout)

Questi dati introducono un altro concetto oggi estremamente importante: una Customer Experience efficace è in grado di ridurre significativamente l'impatto economico dell'insoddisfazione degli utenti.

Un paio di altri dati che ci devono far riflettere, non sorridere:



L' **80%** delle aziende pensa di
erogare un buon servizio



Ma solo l' **8%** dei clienti la
pensa come loro

(fonte HelpScout)

Quale potrebbe essere il “ritorno dell'investimento” nella Sanità applicando i principi della gestione della Customer Experience?
Il paziente che vive un'esperienza positiva collabora ed è cortese, non crea problemi, supera i piccoli disagi, non si focalizza sulle inefficienze e sulla mancanza di comfort e contribuisce a creare un ambiente positivo.
Il paziente che vive un'esperienza negativa accentua l'insoddisfazione, evidenzia i disservizi, trasforma i piccoli disagi in frustrazione, è scostante e aggressivo, pretende attenzione e non collabora e crea malumori nel personale.
Una domanda e una provocazione: un paziente che vive un'esperienza positiva aumenta l'efficacia della cura, aumentando la probabilità di guarigione e riducendo il periodo di degenza?

Il viaggio del paziente

Abbiamo detto che la Customer Experience fa riferimento a tutte le interazioni che un utente può avere con l'organizzazione.

Continuando a utilizzare il caso Nespresso e semplificando un po' le cose, i punti di interazione comprendono:

1. le iniziative di marketing e promozione, per le quali deve essere definita una strategia che valorizzi i giusti canali di comunicazione;
2. il momento della scelta e dell'acquisto della macchina, sia che avvenga presso un punto vendita sia accedendo ai servizi on-line o al call center;
3. l'apertura della confezione, il packaging e la macchina stessa;
4. l'uso della macchina che deve considerare tutti i dettagli: è estremamente facile da usare, si accende in meno di 30 secondi e si spegne da sola dopo 9 minuti contribuendo a ridurre consumi e sprechi, i materiali sono gradevoli al tatto. Il caffè è di buona qualità;
5. l'acquisto delle capsule (il momento del riacquisto) che deve poter essere fatto tramite qualsiasi canale di comunicazione disponibile: la Boutique, on-line, tramite applicazione mobile o telefonicamente;
6. l'assistenza, sia nella scelta dei Gran Cru sia nel supporto sulle macchine, anche in questo caso valorizza i giusti canali di comunicazione per rendere facilmente accessibile ed efficace il servizio.

Per dare immediata concretezza ad una analisi della Customer Experience in genere si utilizza la tecnica della mappatura del viaggio.

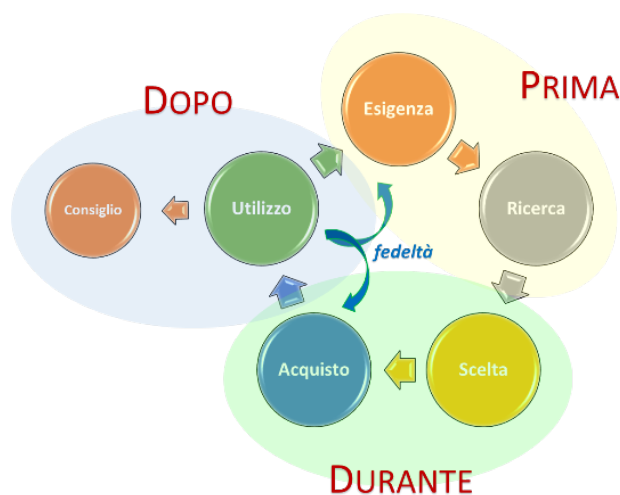
E questa è un'attività che può essere applicata con risultati estremamente interessanti anche al "viaggio del paziente": una semplice analisi medica, una visita di controllo o un percorso di cura più complesso e articolato che prevede la degenza o l'assistenza domiciliare.

I partecipanti alla mappatura devono poter rappresentare idealmente tutte le funzioni aziendali per poter contare su un punto di vista a 360° dell'organizzazione.

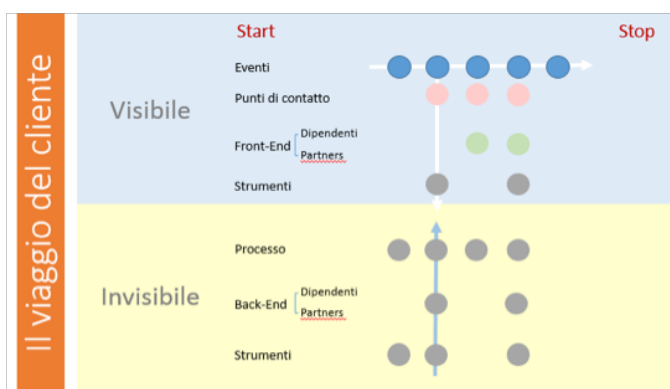
Su una lavagna bianca o su un grande foglio appeso al muro si iniziano a disegnare i punti di interazione, ad esempio quelli elencati sopra in maniera un po' semplicistica per il caso Nespresso. Si iniziano quindi ad attaccare POST IT© colorati per indicare, in corrispondenza di ogni punto di interazione (Punti di contatto), le azioni che compie il paziente, l'esperienza che vive in quel particolare momento e le emozioni che prova, le funzioni aziendali coinvolte, i canali di comunicazione attivi, i processi, i sistemi e gli strumenti utilizzati, i costi correlati.

Questa analisi deve comprendere sia il mondo visibile al paziente, le interazioni dirette, sia quello invisibile dove sono i processi interni all'organizzazione ad avere un impatto sull'interazione.

I POST IT© sono colorati in funzione del livello di criticità identificato nel singolo punto di interazione: verde o azzurro = nessuna criticità, giallo = criticità, rosso = criticità seria.



Il primo risultato di questa attività è sempre una gran confusione, un pannello multicolore pressoché incomprensibile. Affinando il lavoro con la condivisione e il confronto iniziano ad emergere macchie di colore che assumono significato maggiore via via che si affrontano i vari momenti del viaggio del paziente, mettendoli in relazione con i risultati delle indagini di Customer Satisfaction, i feedback del personale e di partner esterni.

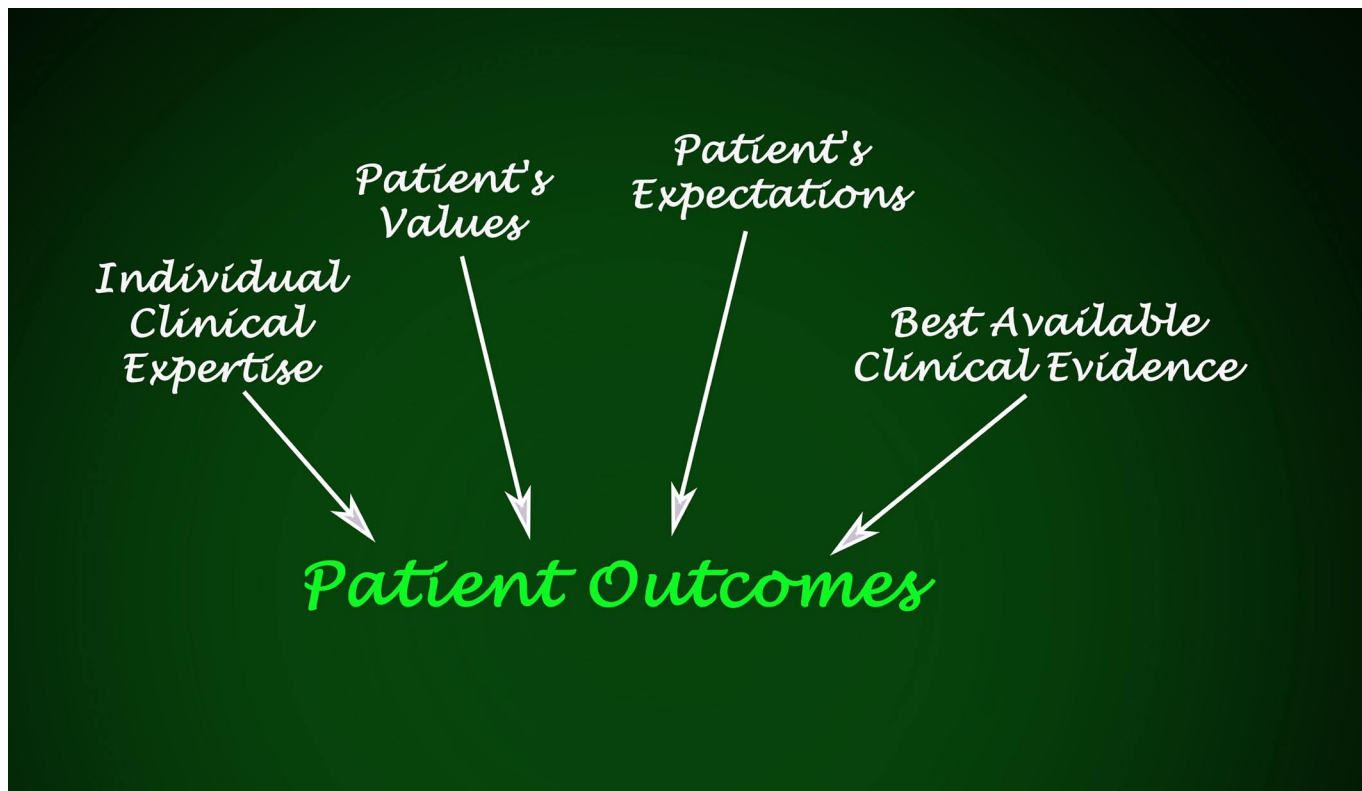


L'esito di questa attività rappresenta lo stato dell'arte della Customer Experience che l'organizzazione crea per i pazienti e il passo successivo è la definizione di una nuova strategia di Customer Experience. E' dall'analisi della mappa del viaggio del paziente che vengono tratte le indicazioni necessarie alla gestione della Customer Experience, identificando un Responsabile e mantenendo il coinvolgimento di tutte le funzioni aziendali.

Diversi sono gli spunti che possono venire dall'analisi delle buone pratiche della gestione della Customer Experience nell'impresa e non banali le implicazioni che potrebbero sicuramente esserci mutuandole, con i dovuti aggiustamenti, nel contesto della Sanità e un grande lavoro sugli aspetti culturali, la mentalità, i comportamenti, gli atteggiamenti di tutti gli operatori e le funzioni interne ed esterne al sistema

Una bella sfida che vede come principale fattore critico di successo la capacità di comunicare in maniera efficace e trasparente e di preoccuparsi dell'esperienza vissuta dal paziente non solo in un'ottica di sostenibilità, che spesso nasconde ideali di convenienza e profitto, ma soprattutto di vivibilità dell'esperienza dell'essere umano "malato".





Digital Storytelling e pazienti internauti. I social media raccontano la Sanità

di: Antonia Cava - Università di Messina

La narrazione ci appartiene, le storie sono il baricentro della nostra vita. I racconti sono dispositivi operativi attraverso cui è possibile costruire la trama dell'esperienza riannodando gli eventi in un'unica connessione. Proprio la condivisione di queste narrazioni consente un comune modo di sentire, di vivere una medesima situazione, contribuendo a suggerire ad ogni attore sociale stessi modi di vedere e intendere il mondo. Il nostro contributo mira a studiare quest'arte della vita quotidiana nel suo declinarsi all'interno dello scenario del sistema sanitario.

Oggi la comunicazione sulla salute si sviluppa in spazi mediali eterogenei per contenuti e modalità espressive.

In queste pagine rifletteremo in particolare sulle nuove configurazioni dei racconti sanitari nella cornice del web, analizzeremo il ruolo dello *storytelling* nello sviluppo dei processi comunicazionali all'interno della dimensione interattiva offerta dalla rete (Fontana 2009) non tralasciando, però, l'ancora imprescindibile contributo dei cosiddetti media tradizionali alla costruzione del sapere sanitario.

Gli attori sociali si servono sempre di più di piattaforme telematiche e di *provider* che consentono loro di superare le mediazioni. Si sta sviluppando così un'economia della disintermediazione digitale che sposta la creazione di valore da filiere produttive e occupazionali tradizionali in nuovi ambiti (Censis 2015).

Le strategie del management narrativo cambiano, proveremo a comprendere le opportunità che il web 2.0 offre agli attori del sistema sanitario.

Iniziamo a ragionare sulle trasformazioni che riguardano i fruitori di informazione sanitaria.

Gli utenti sono sempre più in contatto con notizie su malattie, diagnosi, terapie e benessere in generale. Ogni paziente connesso in rete può attivamente ricercare informazioni sanitarie mirando ad intercettare contenuti autorevoli, personalizzati ed immediatamente utilizzabili; si rapporta, poi, direttamente con le strutture sanitarie e con i professionisti ed infine – in linea con la logica del web 2.0 - confronta le proprie esperienze con quelle degli altri (Rubinelli 2012).

Se le informazioni veicolate sono corrette conducono ad un *empowerment* della persona, in caso contrario, si generano fenomeni di falso *empowerment*, definibili come la convinzione ingiustificata di sapere in riferimento alla propria salute (Covolo et al. 2012).

Dinanzi alla laicizzazione dell'informazione sanitaria – una volta di dominio medico – correlata agli atteggiamenti sempre più proattivi di pazienti e consumatori, l'importanza delle nuove tecnologie come strumento di diffusione d'interventi di comunicazione sanitaria diventa una questione centrale nelle interazioni sanitarie (Kreps e Neuhauser 2010). L'utente, infatti, è sempre più competente e partecipa alle fasi di diagnosi così come alle strategie terapeutiche, lungo l'intero processo di guarigione e verso nuovi spazi di benessere (Collicelli 2002).

Molte ricerche studiano la popolazione di coloro che utilizzano il web per ottenere informazioni sulla salute, indagando le ragioni che li spingono a cercare informazioni sanitarie in rete e le pratiche di utilizzo: lo fanno in quanto sono attenti alla loro qualità di vita, oppure a causa di un disagio o di una patologia personale, o anche in qualità di parenti o amici di una persona malata cercando medici e strutture cui rivolgersi, prenotando visite ed esami attraverso la rete, frequentando chat, forum e web community dedicate ai temi sanitari per lo scambio di informazioni ed esperienze (Spaggiari 2007).

Internet si è affermato come attore a tutti gli effetti nell'ambito della comunicazione sanitaria, sia per l'amministrazione e la gestione della salute a livello istituzionale che nella relazione tra pazienti, medici e sistema sanitario.

Secondo il Censis (2014) la pratica dell'*e-health* è sempre più diffusa in Italia: il 41,7 della popolazione cerca informazioni on-line sulla salute. In molti casi (58,1%) si cercano sul web informazioni per capire meglio le indicazioni del proprio medico, oppure si utilizza il web per verificare la sua diagnosi (55,3%), in altri casi ci si confronta con il medico sui risultati delle proprie ricerche su internet (37,1%) o ancora gli si contesta l'esattezza delle terapie in base a quanto si è imparato dal web (20,5%). S'intraprendono pure terapie grazie alle informazioni ottenute su internet senza parlarne con il medico (18,8% dei casi).

Bisogna allora comprendere come integrare al meglio i *new media* all'interno della progettazione di campagne di comunicazione per la salute di successo. In quella che lo stesso Censis (2015) ha definito "era biomediativa" la condivisione telematica delle biografie personali attraverso i *social network* riguarda sempre più anche i racconti di vita degli utenti del sistema sanitario. La "vetrinizzazione" della propria esperienza da paziente e il desiderio di parlare della propria malattia, per esempio, diventano risorsa informativa dal forte impatto emozionale per tutti coloro che condividono medesimi dolorosi percorsi. Si parla delle difficoltà quotidiane, si ricercano consigli per affrontare le difficoltà di tutti i giorni.

Una conoscenza che viene così costruita collaborativamente. Una saggezza collettiva frutto del passaparola irrompe nello scambio di dati rigido e spesso autoreferenziale cui era abituata la comunità scientifica.

Da una parte, allora, medici appartenenti ad una stessa *community* possono scambiare informazioni su casi clinici e condividere le proprie competenze, dall'altro i cittadini possono usare i *social network* per confrontare le proprie storie, valutare i medici e gestire i propri dati sanitari (Santoro 2011).

Ragioniamo anche sullo *storytelling* come strategia di comunicazione dell'immagine delle istituzioni sanitarie nella nuova dimensione interattiva e collaborativa del web sociale (Russo Spina, Colurcio e Melia 2013). Si tratta dell'arte di raccontare storie che diventa un importante strumento di condivisione dei valori sociali e questi grandi racconti sono in grado di catturare la nostra attenzione e i nostri sentimenti. Del resto noi siamo immersi nelle narrazioni.

Lo sviluppo di sistemi di comunicazione *on line* in particolare ha riconfigurato lo scenario entro il quale si diramano le nuove

strategie di comunicazione anche dei professionisti della salute. Attraverso Internet non viaggiano solo molte delle tecnologie digitali che stanno trasformando la società ma tutte le informazioni che le riguardano. E la navigazione muta in relazione alle reti sociali in cui si dipana.

La circolazione delle informazioni relative alla salute si trasforma grazie alla rapidità e alla capillarità dello strumento digitale. La rete viene interrogata con un click tramite motori di ricerca e forum specializzati. Il web – ribadiamo - è un luogo di costruzione di narrazioni attraverso cui connettere idee ed emozioni generando “conversazioni” sempre più attive e veloci (De Felice 2010). In questo spazio i percorsi tradizionali vengono ad integrarsi con formule di comunicazione composite, che alcuni autori hanno definito *unconventional marketing* proprio per valorizzarne il contributo di innovatività rispetto al passato (Cova, Giordano e Pallera 2008). Ci si riferisce proprio allo *storytelling* che identifica nell'approccio narrativo alla comunicazione un efficace strumento di costruzione e promozione del brand e, rispetto ai temi di cui ci stiamo occupando, dell'identità delle “imprese sanitarie” (Denning 2006; Herskovitz e Crystal 2010). Lo *storytelling* riguarda poi l'interpretazione stessa del quotidiano.

Lo *storytelling* valorizza gli elementi di socialità e i legami emozionali, si presenta, pertanto, particolarmente congeniale alle nuove opportunità offerte dal web. Si attivano nuovi meccanismi di coinvolgimento volti, da un lato, a modificare la struttura del messaggio verso una dimensione narrativa di maggiore impatto emotivo e valoriale e, dall'altro, a sviluppare la partecipazione e la condivisione dei contenuti comunicazionali stessi.

L'immagine delle aziende sanitarie 2.0, quindi, passa attraverso un'intensa interazione con i pazienti: un'articolata presenza sul web diventa una leva di consenso significativa.

Da un lato, la pratica di combinare la narrazione attraverso l'utilizzo di diversi contenuti digitali e, dall'altro, l'interazione e il ruolo attivo del consumatore, possono essere visti quindi come i principali elementi che caratterizzano la narrazione in un contesto virtuale.

Due sono pertanto i *focus* su cui concentrarsi nella riprogettazione degli stili comunicativi delle istituzioni sanitarie: la comunicazione interna, quella, cioè, connessa alla gestione del sistema organizzativo e la comunicazione verso i pazienti-utenti. Il presupposto della scelta di questi due *focus* è che la comunicazione interna ha un'influenza non solo sulla vita dell'organizzazione ma anche sui processi comunicativi rivolti all'esterno.

All'interno delle aziende sanitarie è necessario che la comunicazione diventi leva portante della mission organizzativa: una buona comunicazione interna, infatti, serve non solo per vivere e per lavorare meglio dentro l'organizzazione ma anche per comunicare meglio con i pazienti e con i fruitori dei servizi. Possiamo, anzi, dire che la comunicazione è uno specchio rivelatore dell'organizzazione, essendo la componente fondamentale della trasparenza e della credibilità (Noto 2007).

Emerge così la necessità che le aziende valorizzino la coerenza tra la comunicazione interna e la comunicazione esterna, imparando ad utilizzare linguaggi più semplici e diretti, in grado di compe-

tere in termini di efficacia ed usabilità con quelli confezionati dai media affinché la comunicazione sia sufficientemente seducente. Nell'era del web 2.0 essere presenti ed attivi nei siti di *social networking* si rivela per le aziende sanitarie una scelta vincente. Tra gli esempi di comunicazione sanitaria di successo vogliamo qui descrivere brevemente la metamorfosi a ritmo con i cambiamenti dello spazio della rete dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II di Napoli. Un blog informativo aziendale nato nel 2009 si trasforma progressivamente in *Area Comunicazione*, un *periodico on line* rivolto ai professionisti della salute e ai cittadini con articoli che riguardano la scienza e la medicina, la prevenzione e la promozione della salute, le iniziative di aggiornamento e formazione ma anche la cultura e la società, le innovazioni tecnologiche ed i nuovi media.

Il *restyling* del 2013 ne ha modificato la veste grafica, introducendo un'impostazione di taglio giornalistico, e ne ha arricchito le funzionalità, offrendo ai lettori la possibilità di commentare gli articoli e condividerli sui principali *social network*. Il *web magazine* rappresenta uno strumento di comunicazione interna - perché consente ai professionisti di condividere le numerose attività cliniche e di ricerca svolte dall'Azienda - e di comunicazione esterna, attraverso un dialogo aperto con la cittadinanza sui temi della salute e del benessere.

La scelta di un nuovo modello di comunicazione riflette proprio il profondo cambiamento del rapporto tra cittadini e Pubblica Amministrazione. I siti istituzionali, infatti, non costituiscono più l'unico punto di accesso alle informazioni. Per rispondere a tali tendenze, *Area Comunicazione*, è, infatti, presente anche sui principali *social network*, Facebook e Twitter, e raccoglie tra i suoi *followers* professionisti della salute, cittadini ed altre testate giornalistiche.

Questi strumenti permettono di aprire un dialogo, caratterizzato da partecipazione, creando le premesse per una collaborazione tra cittadino e struttura sanitaria. Si sa, infatti, che i *social media* sono strumenti nuovi, agili, poco costosi e *friendly* che presentano un'alta interattività e regole ben precise nelle modalità di interazione, codici linguistici ed iconici che vanno conosciuti ed adoperati. Essere *on line* non basta, bisogna sapere utilizzare i canali di comunicazione ed individuare progetti di partecipazione ed inclusione sociale trasversali. Si tratta, quindi, di operare una scelta da parte delle strutture che hanno la necessità di acquisire la consapevolezza e la competenza di una comunicazione attuale, diretta, capillare, interpretando un cambiamento necessario nella costruzione di un'interazione con la cittadinanza (Dionisio 2013).

Ampliando l'orizzonte d'analisi oltre il web e considerando ogni cornice mediale, si sa poi che la realtà di un evento è anche una realtà simbolica e comunicativa che prende forma dalla lettura di una miriade di narrazioni veicolate proprio dalle tecnologie della comunicazione, con la conseguenza che ciò che non rientra nel contenuto dei media quasi non esiste proprio perché non interagisce con l'immaginario comune.

Come è noto, i media non spingono ad assegnare giudizi di valore su determinati argomenti, ma forniscono l'agenda dei temi sui quali verranno poi espressi giudizi e valutazioni dei contenuti (Shaw 1979); così un tema non agisce nella direzione del pregiudizio e dell'influenza, ma dell'attenzione e della contestualizzazione del tema stesso. Più che dei criteri di rilevanza quantitativa, quindi, oggi l'ipotesi dell'*agenda setting*¹ deve tenere conto che i grandi fatti sono trattati come narrazioni, in cui l'abilità di chi confeziona i testi mediali consiste nel creare trame che sappiano tenere desta l'attenzione del pubblico. L'arte di trasformare i fatti in storie o narrazioni di lungo periodo che appassionino nel loro dipanarsi, oppure brevi ma a grande impatto emozionale.

Conta davvero, allora, il modo in cui i media mettono in primo piano i protagonisti delle storie che raccontano, nel nostro caso istituzioni sanitarie e pazienti. Giorno dopo giorno i media, insistendo su un certo argomento, costruiscono una storia in cui la trama si evolve a seconda degli avvenimenti. La trama si va sviluppando con l'arrivo di nuovi personaggi, nuovi fatti, nuove circostanze.

La "videosfera" fornisce, dunque, quella parte di conoscenza ed immagine della realtà sociale che travalica i limiti ristretti dell'esperienza personale diretta ed immediata.

In questo scenario è possibile rilevare come i media permeano la nostra vita quotidiana tanto che il loro modo di definire la realtà agisce sulle "sensazioni sociali" dei pubblici: sono insomma i *sense-making* di ciò che chiamiamo realtà, ci suggeriscono interpretazioni attraverso processi di newsmaking.

Stabiliscono la struttura di rilevanza degli eventi e ricontestualizzando i resoconti informativi - attraverso una certa drammatizzazione che conferisce una particolare coloritura emotiva all'atmosfera dell'evento ne assicurano la preminenza rispetto ad altri generi di notizie.

Nel caso che qui ci interessa, il *newsmaking*² sanitario, sembra sempre più complicato distinguere tra certezze e timori.

Pensiamo al senso di rischio percepito dall'opinione pubblica all'insorgere di un'emergenza sanitaria.

La percezione del rischio, in generale, non è fondata solo su dati di realtà esperienziale, ma è soprattutto filtrata dal contesto socioculturale d'appartenenza, da specifici orizzonti simbolici e da organizzazioni sociali entro cui si muovono e costruiscono le proprie credenze gli attori sociali protagonisti delle loro interpretazioni (Douglas 1990). Il riconoscimento stesso di certi rischi, il fatto di considerarli problemi sociali, costituisce un complicato processo di elaborazione culturale (Bucchi 2001).

Morcellini evidenzia come l'insieme dei modi in cui il rischio viene percepito ed elaborato cognitivamente all'interno delle società contemporanee [...] è il frutto di un processo di costruzione sociale che varia continuamente in base alla forza delle tendenze culturali in atto. Ciò implica un ruolo di particolare rilevanza per il sistema dell'informazione, che contribuisce in modo determinante a selezionare, rappresentare e tematizzare le notizie relative a specifici rischi o potenziali minacce, contribuendo così a determinare la rilevanza ad essi attribuita dall'opinione pubblica (Morcellini 2001:70).

Il rischio, quindi, non è la conseguenza di un fatto, ma l'interazione comunicativa tra quel fatto, una data struttura sociale e una data cultura.

E proprio i media diventano, in queste "situazioni pericolose", fondamentali agenti di riduzione o amplificazione di quelle dinamiche che interessano il livello ordine/disordine del sistema.

Sempre più complessa è pertanto per i cittadini l'interpretazione dell'informazione sanitaria, un labirinto di certezze e timori che si susseguono in un tam-tam mediatico spesso contraddittorio. Ci si affida al racconto delle emergenze e del rischio filtrato da organizzazioni mediali che delineano l'orizzonte simbolico entro il quale paiono addirittura costrette le stesse istituzioni sanitarie. Ed il sapere sanitario assume così la forma della credenza. Occorre, allora, intervenire nell'interazione comunicativa tra fatti che riguardano la salute, la struttura sociale entro la quale si svolgono le azioni sanitarie, il *frame* mediale e le comunità di cittadini.

I media rischiano di drammatizzare enfatizzando i racconti a tematica sanitaria, o banalizzarli sfiorandoli solo superficialmente.

Di fronte ad un'emergenza sanitaria scatta un incontrollato bisogno informativo, si sente forte la necessità di ricreare un orizzonte di senso che compensi lo smarrimento causato dalla crisi. In tali situazioni i media possono scegliere di amplificare o ridurre il disordine che ha invaso il sistema: possono tranquillizzare o allarmare, giustificare o denunciare situazioni potenzialmente rischiose, ricostruendo così l'universo simbolico di riferimento per la valutazione dei rischi.

Proprio puntando sul loro ruolo di *sense-making* di ciò che poi la collettività definisce realtà, bisognerebbe rendere operativa una sinergia tra professionisti delle istituzioni sanitarie, dei media e del sapere per offrire chiavi interpretative che guidino alla conoscenza consapevole. Media e referenti sanitari dovrebbero collaborare alla ricostruzione di un universo simbolico in grado di giustificare o denunciare fatti rischiosi cancellando il disorientamento dei pubblici-cittadini.

Bisogna convertire le strategie di drammatizzazione che conferiscono troppo spesso una risonanza emergenziale agli eventi che riguardano la sanità in azioni in grado di costruire una nuova "atmosfera narrativa", fatta di collaborazione, del confronto di competenze, di azioni congiunte insomma che abbiano un **esclusivo obiettivo**: il miglioramento della qualità della cultura sanitaria.

¹ "I media non ci dicono tanto quale opinione avere su un argomento, quanto su quale argomento avere un'opinione... Questa sarà basata poi su tutta una serie di livelli esperienziali del pubblico, dalle conoscenze pregresse alla propria visione del mondo, dalle relazioni con altre persone a tutte le interazioni che si hanno nella vita quotidiana... L'agenda setting definisce quindi proprio questa capacità dei media di «mettere all'ordine del giorno» temi ed eventi, che verranno così a costituire parte della quotidiana «costruzione della realtà» dei loro pubblici" (Boni 2006: 96-97).

² La notizia è una costruzione realizzata dall'uomo, una parte fondamentale del sistema di produzione culturale; le notizie sono codificate e classificate, assegnate in differenti spazi e suddivise in termini di presentazione e significato (Hall 1970).

Bibliografia

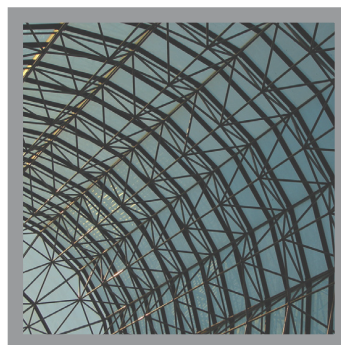
- Boni F. (2006), *Teorie dei media*, Il Mulino, Bologna.
- Bucchi M. (2001), «La salute e il rischio», in Bucchi M e Neresini F. (a cura di), *Sociologia della salute*, Carocci, Roma.
- Censis (2014), *Rapporto sulla situazione sociale del paese*, Roma
- Censis-Ucsi (2015), *L'economia della disintermediazione digitale*, Roma
- Collicelli C. (2002), «Comunicazione e informazione per la salute», in *Tendenze nuove*, 3.
- Cova B., Giordano A. e Pallera M. (2008), *Marketing non convenzionale*, Il sole 24 ore, Milano.
- Covolo L., Rubinelli S., Orizio G. e Gelatti U. (2012), «Misuse (and abuse?) of the concept of empowerment: The case of online offer of predictive direct to- consumer genetic tests», in *Journal of Public Health Research*, 1, 1, e 3.
- De Felice L. (2010), *Marketing conversazionale. Dialogare con i clienti attraverso i social media e il Real-Time Web di Twitter, FriendFeed e Facebook*, Il sole 24 ore, Milano.
- Denning S. (2006), «Effective storytelling: strategic business narrative techniques», in *Strategy & leadership*, 34, 1: 42-48.
- Dionisio A. (2013), «La comunicazione in sanità: web 2.0 e social media tra promozione della salute e partecipazione del cittadino», in *Il Management in Sanità*, Ateneapoli
- Douglas M. (1990), «Risk as a Forensic Resource», in *Daedalus*, Special Issue on Risk, 119, 4, pp.1-16.
- Fontana A. (2009), *Manuale di Storytelling. Raccontare con efficacia prodotti, marchi e identità d'impresa*, Rizzoli Etas, Milano.
- Hall S. (1970), «A world at one with itself», in *New Society*.
- Herskovitz S. e Crystal M. (2010), «The essential brand persona: storytelling and branding», in *Journal of business strategy*, 31, 3: 21-28.
- Kreps G.L. e Neuhauser L. (2010), «New directions in eHealth communication: Opportunities and challenges», in *Patient Education and Counseling*, 78, pp. 329-336.
- Morcellini M. (2001), «L'informazione e la percezione della sicurezza», in *Comunicazione pubblica*, 10.
- Noto G. (2007), «La comunicazione nelle organizzazioni sanitarie», in *Salute e società*, n.1
- Rubinelli S. (2012), «Argomentazione, tecnologie e salute: un'analisi critica del campo della comunicazione sanitaria», in *Sistemi Intelligenti*, a. XIV, n.3.
- Russo Spena T., Colurcio M. e Melia M. (2013), «Storytelling e web communication», in *Mercati e competitività*, n. 13.
- E. Santoro (2011), *Web 2.0 e Social Media in medicina. Come social network, wiki e blog trasformano la comunicazione, l'assistenza e la formazione in sanità*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma
- E. F. Shaw (1979), «Agenda-Setting and Mass Communication Theory», in *Gazette*, 25.
- Spaggiari E. (2007), «Il nuovo paziente: un navigatore riflessivo» in *Salute e Società*, a. VI, n.1

Lo Studio Legale Stefanelli & Stefanelli nasce dall'unione delle professionalità degli avvocati Andrea Stefanelli, da anni specializzato in diritto degli appalti, diritto societario e commerciale e Silvia Stefanelli, riconosciuta esperta in diritto sanitario e diritto delle imprese.

Dal 1996 hanno saputo costruire un **team** di professionisti specializzati in diverse aree giuridiche, che condividono obiettivi e procedure per la soddisfazione del cliente.

Lo Studio fornisce consulenza legale e tutela giudiziaria nelle proprie **materie specialistiche**, assistenza in merito all'opportunità di scegliere strategie alternative (ADR) secondo le più avanzate tecniche di mediazione e negoziazione.

Orientamento alla qualità ed al miglioramento continuo dei processi sono da sempre caratteristiche dello Studio Legale Stefanelli & Stefanelli tra i pochi in Italia ad aver ottenuto la **certificazione qualità ISO 9001:2008**



13 Professionisti

Aree di Specializzazione

Sanità
Sanità digitale
Pubblicità Sanitaria
Appalti
Privacy
Diritto delle Imprese
Marcatura CE
Diritto delle Nuove Tecnologie
Diritto del Lavoro
Compliance aziendale

Specializzazione

Tempestività

Chiarezza

sono le principali caratteristiche del nostro stile

Qualità Certificata



www.studiolegalestefanelli.it

BOLOGNA Via Calanco, 11 - info@studiolegalestefanelli.it - +39 051 6241209

L'era della Digital Transformation in Sanità

a cura di: Emanuele Cerroni, Barbara Ferraris di Celle - Noovle

- 1) Il digitale è diverso dall'IT senza se e senza ma
- 2) Ridisegnare la User Experience
- 3) Change Management e strategie digitali in Sanità
- 4) Gestire il cambiamento e accelerare la trasformazione

1) Il digitale è diverso dall'IT senza se e senza ma

I trasporti non sono un aereo ma un sistema, un sistema che ha cambiato la società e le persone. All'epoca di Leonardo la tecnologia del tempo consentiva unicamente di immaginare le macchine volanti, ma non di costruirne. I Fratelli Wright non avevano chiaro il potenziale di quella loro "innovazione".

In una società digitale integrata come quella attuale la tecnologia rappresenta un elemento di innovazione e sta modificando il modo di interagire delle persone e delle organizzazioni chiamate a re-interpretare i processi e a puntare sull'innovazione mantenendo lo stesso passo con cui le nuove tecnologie crescono e si impongono sul mercato.

La tecnologia ha trasformato e continua a trasformare la cultura, la società e il business.

In questa ottica è necessario mettere in atto una revisione del modello organizzativo.

La formula del "form follows function", ossia quella di costruire un modello funzionale in base alla centralità dell'utente, che non si identifica solo con il cliente - e nel caso delle strutture sanitarie con il paziente ("il paziente al centro") - ma più in generale con tutti gli individui che accedono e interagiscono digitalmente con una organizzazione, rappresenta uno strumento nuovo e valido.

In altre parole, essendo ormai assodato che il Digitale è un paradigma più ampio della sola Information Technology e che esso è parte integrante dell'evoluzione dei modelli di business e delle organizzazioni, occorre puntare su una strategia digitale che sia attenta al comportamento e ai bisogni di tutti gli utenti digitali delle informazioni (pazienti/medici/infermieri/direzione aziendale) e ne ottimizzi esperienza e relazione.

Persone, processi e tecnologia costituiscono le fondamenta degli

ecosistemi organizzativi che si evolvono secondo forme di collaborazione continua, come parte integrante del processo di sviluppo di prodotti o servizi.

La trasformazione digitale è una grande sfida e un'opportunità per ogni singola organizzazione.

Saper sfruttare lo scambio di informazioni in tempo reale, cogliere i benefici derivanti dalla mobilità e avere la possibilità di raccogliere e monitorare i dati strutturati e non strutturati, può significare la differenza in termini di redditività, competitività, tempestività e aumento di efficacia nei processi decisionali.

Una tale trasformazione implica inoltre la possibilità di agire in modo proattivo per disegnare e sviluppare applicazioni, servizi e sistemi integrando anche il digitale "by design" e non aggiungendolo in fasi successive. In questo modo è possibile integrare il valore della user experience fin dalle prime fasi di realizzazione e nell'intero ciclo di vita dei prodotti e dei servizi IT.

Capgemini nell'indagine condotta sulle imprese con un elevato livello di maturità digitale ha evidenziato che queste ottengono performance superiori del 9% in termini di generazione di revenues e del 26% in termini di profitabilità, rispetto alla media dei competitor nella propria industry.

La maturità digitale è il risultato di una scelta di investimento e di cambiamento che inserisce la tecnologia come asset dello sviluppo organizzativo e dei processi.

Naturalmente, come già sottolineato, la maturità digitale si misura non già dall'investimento in tecnologie digitali (IT), quanto piuttosto dalla capacità di definire una chiara vision della trasformazione digitale integrata con i piani e la direzione strategica dell'organizzazione.



In a 2 year study of 400 large firms - digitally mature companies outperform their competitors

e-Sanit@

Management dell'e-Healthcare

www.esanitaneews.it

Una tale visione, applicata alle strutture sanitarie, comporta significativi vantaggi economici.

Un'indagine condotta dall'Osservatorio del Politecnico di Milano (L'innovazione digitale in Sanità: dai patti ai fatti, maggio 2015) ha preso in esame i cinque macro-ambiti necessari ad avviare un percorso di trasformazione digitale:

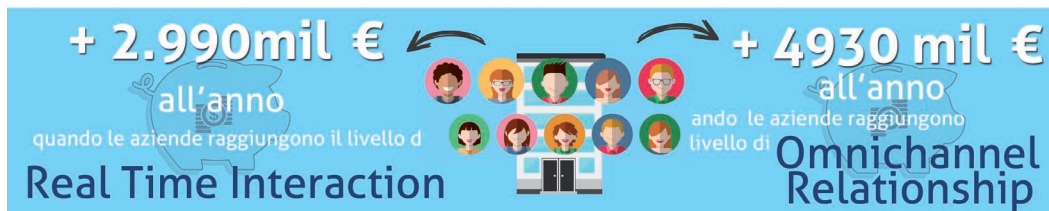
- Amministrativo
- Clinico-sanitario
- Infrastruttura di comunicazione e collaborazione
- Relazione con il cittadino
- Integrazione socio-sanitaria con il territorio

L'analisi ha evidenziato che i benefici economici legati al processo di Digital Transformation delle strutture sanitarie potrebbero essere quantificati in un risparmio che oscilla tra i 194 e i 1650 milioni di euro all'anno a seconda del livello di digitalizzazione della singola struttura sanitaria e avere un impatto significativo rispetto all'utenza dei servizi.

Si avrebbe un risparmio



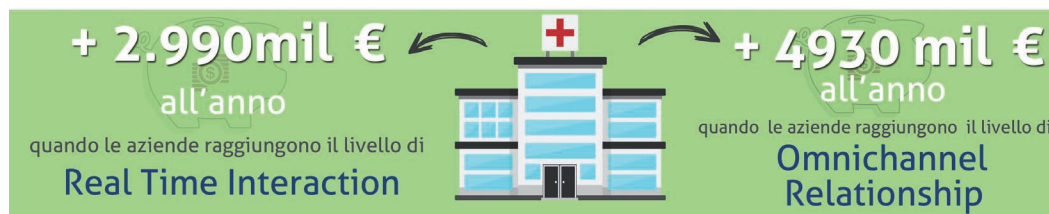
Considerando l'innovazione digitale a supporto della relazione con il Cittadino



Si avrebbe un risparmio di tempo



e monetario lato Cittadini



2) Ridisegnare la User Experience

Il processo di Digital Trasformation sta oggi toccando ogni ambito, settore e realtà organizzativa.

Tre esempi sono particolarmente rappresentativi:

Nest, fondata nel 2010 e recentemente acquisita da Google, ha creato il cosiddetto termostato intelligente, in grado di gestire non soltanto le temperature dell'edificio in cui è installato, ma soprattutto di imparare autonomamente le abitudini degli utenti programmando e ottimizzando i riscaldamenti delle stanze in modo da offrire i risultati sperati con il minimo impatto possibile sui consumi. Sfruttando gli standard di rete WI-FI Nest può essere collegato ad internet, o ad un dispositivo esterno per gestire al meglio le funzioni del prodotto attraverso app dedicate.

Uber, fondata nel 2009 e con sede a San Francisco, fornisce un servizio di trasporto automobilistico privato attraverso un'applicazione software mobile che mette in collegamento diretto passeggeri e autisti. In 6 anni Uber è riuscita a passare da semplice start-up a grande multinazionale con un fatturato presunto di 1 miliardo di dollari.

I servizi Uber sono di tre tipi:

- UberPop: Servizio Low Cost di Uber / Car Sharing.
- UberBlack: Servizio Uber effettuato da società NCC con automobili di lusso.
- UberVAN: Servizio Uber effettuato da società NCC con VAN.

Attraverso l'applicazione è possibile effettuare una ricerca sulla più vicina automobile Uber e sulla "valutazione" dei clienti (da 0 a 5 stelle) per decidere se accettare o meno la corsa.

Dopo l'ingresso di Uber anche alcuni servizi di taxi hanno dovuto "rinnovarsi" con la creazione di applicazioni come "MyTaxi". Airbnb, fondata nel 2008, è il servizio numero uno al mondo di affitti short term di stanze o interi appartamenti, ville, castelli, dimore storiche e molto altro. Il tutto offerto da chiunque possieda una stanza o un bel posto e che decida di affittarlo direttamente sulla piattaforma Airbnb.

Airbnb è il frutto di un'idea di due giovanissimi neo-laureati che, a fronte di una richiesta di aumento di affitto del 25%, hanno deciso di affittare ad estranei gli spazi non sfruttati offrendo un letto gonfiabile per dormire. Hanno poi pubblicizzato l'offerta su un sito creato da loro contenente le fotografie dei letti gonfiabili (da qui il nome AIR).

Ora Airbnb ha 11 milioni di fruitori nel mondo dal 2008, si è sviluppato in 192 paesi (l'Italia tra i primi a rispondere), con 600.000 possibili alloggi, di cui 60.000 in Italia (il primo paese dopo gli Stati Uniti).

AirBnB non possiede alcun immobile.

Fondamentali in questa iniziativa sono state le recensioni incrociate in cui si lasciano commenti, sia sulla casa che sul proprietario, che a sua volta recensisce gli ospiti.

Innovazione, condivisione e velocità di esecuzione sono il comun denominatore alla base di queste tre "startup", insieme alla costruzione di una User Experience Platform basata sull'inte-

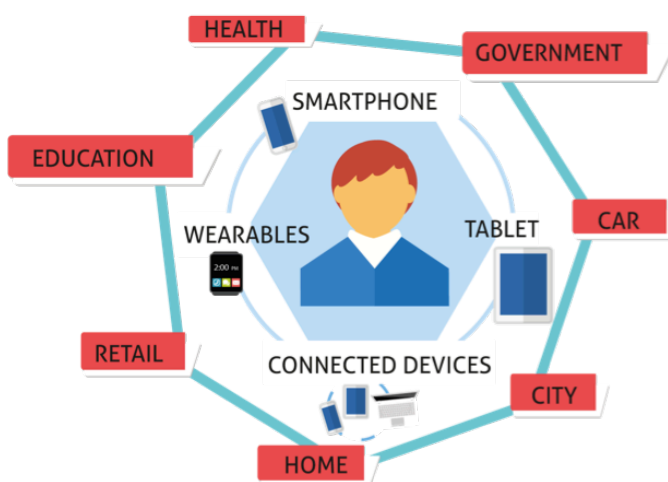
grazione di applicazioni, tecnologie, processi, contenuti e servizi costruiti intorno all'utente.

Innovare significa sviluppare nuove idee, immaginare scenari e realizzare profonde trasformazioni.

Ma quante delle nuove iniziative riescono a trovare effettiva attuazione? In Google per testare nuove idee prima che le stesse si trasformino in prodotti viene utilizzato un approccio conosciuto come "pretotipazione", ossia la verifica preventiva di un interesse iniziale e dell'effettiva utilizzazione di un potenziale nuovo prodotto simulandone l'esperienza con il minimo investimento di tempo e denaro (Alberto Savoia, Pretotype it, 2011). I pretotipi consentono di raccogliere importanti indicazioni sull'utilizzo e sul mercato, per prendere una decisione go/nogo su una nuova idea ad una frazione del costo di un prototipo: ore o giorni invece che settimane o mesi, e centesimi invece di euro. La pretotipazione è nata come un approccio all'innovazione rivolto principalmente alle startup, ma già con Google si è potuto constatare il suo valore nella creazione di innovazione all'interno di imprese esistenti, tanto che negli ultimi mesi è cresciuto l'interesse per questo approccio anche all'interno di grandi imprese non necessariamente tecnologiche.

Il processo di sviluppo digitale sostenuto da una evoluzione della tecnologia (Wearables, Smartphone, Tablet, Other Devices) e dalla interconnessione delle reti (Internet) sta di fatto indirizzando e modificando tutti gli aspetti legati alla vita degli utenti.

L'educazione, il modo di acquistare, la casa, il modo di relazionarsi e di governare, i trasporti, le città e anche quegli aspetti connessi alla salute e alla cura.



In pratica il nuovo modello prevede un intervento attivo da parte delle comunità con interventi tesi a favorire la promozione di corretti stili di vita (piste ciclabili, parchi tematici, convenzioni con palestre, ecc.). La Regione Toscana, ad esempio, ha scelto di adottare il modello "expanded", una versione ampliata del Chronic Care Model elaborata da un gruppo di ricercatori canadesi,

perché unisce l'esigenza di maggiore efficienza ed efficacia nella gestione della cronicità con quella di valorizzare la prevenzione primaria di contrastare le disuguaglianze nella salute.

Il modello è ampiamente sperimentato negli Stati Uniti, nell'ambito delle strutture sanitarie di Kaiser Permanente. Sulla base dei risultati la Regione Toscana sta apportando variazioni al modello focalizzando l'attenzione oltre che sugli assistiti con Diabete, BPCO, scompenso, pregresso ictus, cardiopatia ischemica, passando da un approccio basato sulle singole patologie ad un intervento incentrato sulla persona (person focused care). (Fonte: MOBILE HEALTH: innovazione sostenibile per una sanità 2.0: documenti Anorc).

Viene superato il concetto di sanità elettronica essendo più appropriato parlare di salute dell'era digitale, ossia per citare il Prof. Sergio Pillon - direttore del Dipartimento di Telemedicina all'Ospedale San Camillo-Forlanini di Roma - occorre parlare di medicina personalizzata, (avendo la possibilità di elaborare un'enorme quantità di dati), proattiva (i sistemi elettronici per-

mettono di programmare e prevedere, agendo prima del manifestarsi della patologia), preventiva (come quella tradizionale ma supportata da smartphone, bilance elettroniche, mille dispositivi connessi fino al web) e partecipata (il paziente informato e in grado di gestire la propria patologia).

Questo o altri modelli innovativi che oggi si stanno affermando come nuovi paradigmi di efficienza per la Sanità, sono fortemente dipendenti dalla capacità degli attori di condividere il processo e le informazioni e di interagire in ogni momento e in ogni luogo con le persone.

La tecnologia e la costruzione di piattaforme integrate accessibili e scalabili sono i requisiti minimi per l'evoluzione di questi modelli e del loro sviluppo.

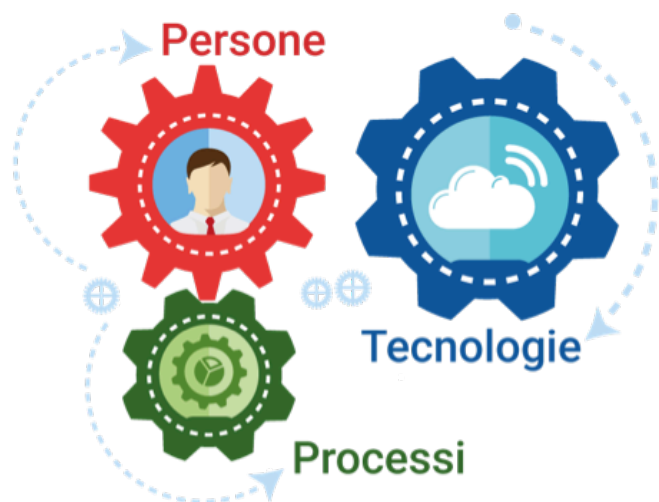
Il percorso di innovazione della Sanità consiste nella costruzione di uno Smart Health Care System centrato sugli utenti e capace di raggiungere e rappresentare un unico sistema che ha il suo asset centrale nella capacità di costruire una rete integrata di Comunicazione e Collaborazione di tutti gli utenti e un ambiente con una user experience integrata.



3) Change Management e strategie digitali in Sanità

Se il digitale è l'asset portante di questo processo di innovazione della User Experience in Sanità, gli altri elementi alla base del valore del successo dei processi di digital transformation ruotano intorno alla triade "Persona/Processo/Territorio" e alla rete, ovvero lo spazio in cui gli utenti collaborano e le informazioni sono

accessibili a tutti: rendere disponibile una piattaforma uniforme per tutti gli utenti che a diverso titolo, interagiscono con una organizzazione tramite il digitale e la tecnologia, significa sviluppare un canale di comunicazione diretto per il cittadino con cui interagire tramite strumenti di comunicazione innovativi di tipo interattivo.



Le nuove tecnologie, e in particolare i servizi integrati di Comunicazione, Collaborazione e Dematerializzazione, possono supportare la governance delle organizzazioni sanitarie costruendo un modello organizzativo valido e funzionale in tempi brevi e senza la necessità di investimenti infrastrutturali.

L'adozione di piattaforme di Unified Communication e Collaboration come nuova modalità di interazione multidisciplinare implica l'applicazione di un modello web/user centrico e la realizzazione di miglioramenti significativi in termini di costi, velocità, flessibilità e produttività. Questo in quanto l'utilizzo delle tecnologie digitali all'interno del Sistema Sanitario garantisce l'accesso ubiquo alle risorse e ai servizi dentro e fuori le strutture da parte di tutti gli attori del sistema.

A livello amministrativo, nel passaggio da un sistema tradizionale ad uno "Smart", si registra l'avvio di un processo di digitalizzazione di alcuni documenti amministrativi con la conservazione a norma intrapreso dal 36% delle strutture sanitarie.

In un ambiente integrato è infatti possibile gestire l'intero processo di dematerializzazione dei documenti: ne è un esempio trustApp, un'applicazione con servizi di firma digitale e archiviazione sostitutiva, direttamente integrati nella piattaforma Google Drive e utilizzabili all'interno delle Google Apps, caratterizzate per la loro facilità d'uso e per la rapidità della collaborazione.

Attraverso i servizi digitali vengono eliminate le barriere spaziotemporali e viene migliorata radicalmente l'accessibilità dell'assistenza sanitaria attraverso sistemi e piattaforme integrate di telediagnostica, telemonitoraggio e teleconsulto, prenotazione delle visite ed esami, gestione dell'intramoenia e rendicontazione, distribuzione on line dei referti, scambio di flussi per lo svolgimento di diagnosi, gestione e raccolta dei dati nell'ambito dell'assistenza territoriale, lo sviluppo di sistemi cloud PACS per permettere la conservazione a norma e la consultazione diffusa del documento medico-sanitario, realizzazione di motori di meta CUP e prenotazione multicanale basate su tecnologie di prossimità e geografiche, portali di comunicazione integrata pubblica, intra-aziendale o di intranet e piattaforme per la gestione dell'emergenza e del 118.

Ormai circa il 40% delle strutture sanitarie ha avviato sperimentazioni di Shared Service o soluzioni in Cloud e una rete WI-FI. Nel mondo sanitario i servizi digitali erogati online possono migliorare notevolmente la relazione con il paziente, agevolando la comunicazione, l'accesso alle informazioni e alle risorse sanitarie.

Tra i servizi maggiormente presenti vi sono, oltre ai sistemi per la prenotazione telefonica delle prestazioni, (adottati dall'83% delle aziende sanitarie italiane) e ai sistemi di prenotazione via web (23%), il ritiro e il download dei referti online (29%) e il pagamento via web delle prestazioni (25%).

Dal lato dei cittadini, sempre secondo i dati forniti dall'Osservatorio, il risparmio di tempo per recarsi presso le strutture e di attesa agli sportelli potrebbe essere quantificato fra i 2.990 e i 4.930 milioni di euro l'anno.

Come abbiamo visto dunque, il valore della user experience platform e dell'impiego delle tecnologie abilitanti (Mobile, IoT e Cloud) assume in sanità una valenza assai significativa per alcune aree quali:

- servizi ai cittadini
- governance e revisione dei processi e dei documenti
- continuità assistenziale e medicina sul territorio
- integrazione dei processi ospedalieri
- integrazione delle informazioni cliniche del paziente sul territorio
- interoperabilità dei sistemi informativi ospedalieri

In sanità si gestiscono masse e "flussi" di dati - in significativa crescita - che accompagnano il percorso assistenziale del paziente non solo nel luogo di erogazione della prestazione ma ovunque.

Anche in questo caso i dati mostrano un trend in crescita: ormai il 54% delle strutture sanitarie ha introdotto la cartella clinica informatica in uno o più reparti e il 30% utilizza funzionalità avanzate di cartella clinica elettronica e dispositivi mobili.

Senza contare la portata rivoluzionaria che l'analisi dell'abnorme quantità di dati oggi generata può comportare in un settore come quello sanitario: i dati vengono generati con un flusso crescente (abbiamo superato l'ordine dei Zettabyte!) e la capacità di elaborazione, analisi, e collegamento può fornire modelli di utilizzo e interpretazione effettivamente rivoluzionari.

In medicina per Big Data si intende l'utilizzo di una grande quantità dei dati a corredo delle informazioni cliniche standard, relative agli stili di vita e alla tracciatura di azioni che riguardano la salute, che sono alla base anche di ogni attività di ricerca.

I Big Data, nel loro insieme, offrono la base per un'analisi utile alla valutazione clinica dell'assistito e alla comprensione delle dinamiche di un evento. In questo contesto il ruolo e la governance del digitale assumono aspetti molto più complessi e sfidanti che in passato: la figura del CIO equivale a quella di un orchestratore di tutti gli ecosistemi digitali necessari per favorire l'innovazione, la produzione, e la strategia del go-to-market. Il suo ruolo

è parte della filiera strategia e di valore del sistema: in pratica si trasforma da specialista ICT in change manager e generatore di innovazione.

La chiave di volta della Digital Transformation è pertanto rappresentata, da un lato, dall'evoluzione del ruolo del CIO e dall'altro da un'infrastruttura tecnologica flessibile, agile, intelligente, in grado di supportare questo percorso di radicale cambiamento.

Secondo lo studio Tech Deficit Research di Colt, su 852 technology decision maker europei, ancora solo il 26% ritiene che la propria infrastruttura tecnologica sia pronta per supportare la complessità che la digital transformation comporterà e gestire adeguatamente i picchi e le esigenze che si determineranno nei prossimi due anni. In Italia il dato è ancora più allarmante, infatti solo il 23% dei CIO crede che l'infrastruttura attuale sia idonea a sviluppi futuri. Inoltre in Europa, il dato più allarmante è che il 20% afferma di non avere alcuna strategia per colmare questo gap.

In sostanza per ottenere vantaggi strategici è necessario cambiare approccio e combinare personalizzazione, velocità e facilità d'uso in ogni processo, rispondendo ai criteri di usabilità e accessibilità.

Un sistema di Cloud Health consente la razionalizzazione delle risorse, la progressiva deospedalizzazione, la maggior facilità di interazione tra pazienti e strutture sanitarie e la possibilità per i pazienti di accedere in autonomia alle proprie informazioni, determinando di fatto nel cittadino la percezione di una sanità di prossimità.

4) Gestire il cambiamento e accelerare la trasformazione

Da quanto descritto appare evidente che ci troviamo di fronte ad un contesto di forte innovazione e discontinuità che porta ad analizzare il cambiamento da tre punti di vista:

- Cambia la governance e il ruolo della governance rispetto al digitale.
- Cambia il modo stesso di concepire i sistemi: da un approccio tecnologico ad uno user-centered.
- Cambiano soprattutto i processi e l'organizzazione.

Dunque non ha più senso la dicotomia tecnologia/business ma anzi è ormai assodato il ruolo che la tecnologia digitale può svolgere per aumentare la redditività e il cash flow dell'impresa rivoluzionando processi e prodotti.

Ma affinché le eccezionali opportunità offerte dalla grande disponibilità di tecnologie, architetture e forze disruptive come Mobility, Social, Cloud e Information, rappresentino effettivamente una potente leva di cambiamento occorre intervenire sugli aspetti organizzativi e di processo.

Le opportunità offerte dal cloud pubblico nel mondo della Sanità possono contribuire allo sviluppo di piattaforme in grado di abilitare modelli di servizi innovativi, integrare e favorire a livelli diversi tutti gli stakeholder che fanno riferimento al Sistema Sanitario Regionale. Una piattaforma di Cloud Health integrata con i sistemi on-premise già esistenti rappresenta una opportunità per la razionalizzazione delle risorse, la progressiva deospedalizzazione, la maggior facilità di interazione tra pazienti e strutture

sanitarie e la possibilità per i pazienti di accedere in autonomia alle proprie informazioni, determinando di fatto nel cittadino la percezione di una "sanità di prossimità e territoriale". Nell'ambito di questa strategia di piattaforma la proposizione di Noovle per la Sanità si articola in tre linee di azione e proposte:

- Piattaforme per lo Smart working in Sanità (Comunicare, Collaborare, Gestire, Dematerializzare)
- Piattaforme Digitali per lo sviluppo di applicazioni e servizi (Informare, Interagire, Scambiare, Pubblicare)
- Piattaforme per l'analisi dei Big Data, il Fraud Management e il Data Mining (Analizzare, Conoscere, Decidere).

L'approccio proposto si basa sul concetto di piattaforma con l'obiettivo di rendere facile e agevole l'integrazione di tecnologie di base, insieme ad applicazioni e data source differenti. In questo modo tutti gli ambiti fruiscono di una User Experience Integrata, dall'approccio agile (Agile IT) e della possibilità di integrare e valorizzare i servizi esistenti. I Sistemi Informativi Ibridi permettono di sfruttare i vantaggi di entrambi i modelli di erogazione e di garantire un adeguato bilanciamento tra le esigenze di sicurezza e privacy con quelle legate alla scalabilità, all'efficienza, all'ottimizzazione dei costi e all'usabilità delle applicazioni riposizionando l'utente al centro della strategia. Sfruttando le piattaforme come servizio (PaaS) è possibile rispondere alle esigenze delle organizzazioni con un time to market molto più efficace rispetto alle piattaforme tradizionali.

a. Piattaforme per lo Smart Working per le Aziende Sanitarie

Il percorso dell'intero Sistema Sanitario completato dalla terza riforma sancita dal D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229 (recante Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419) ha ulteriormente rafforzato la natura aziendale delle aziende sanitarie e introdotto il concetto di autonomia imprenditoriale delle unità sanitarie locali e degli ospedali. In un contesto organizzativo sempre più strutturato anche le realtà sanitarie e ospedaliere si pongono oggi problemi rispetto ai modelli organizzativi e alle tecnologie che possono supportare il loro operato. L'evoluzione del modello organizzativo e tecnologico dell'azienda sanitaria necessita di applicazioni e di strumenti di lavoro funzionali ai propri obiettivi e scopi: come abbiamo visto, la tecnologia è infatti un elemento abilitante per la gestione dei processi, lo scambio di informazioni e la gestione delle relazioni. Le diverse forme di aggregazione territoriale, come ad esempio le aree vaste o i servizi interaziendali, la spinta verso una sanità territoriale, la continua riduzione di risorse, richiedono oggi discontinuità rispetto al modello attuale di Sistema Informativo Aziendale. Il modello organizzativo dello "Smart working" si adatta perfettamente all'organizzazione sanitaria attuale perché risponde ad un modello di organizzazione in rete, con una forte estensione territoriale. Una naturale delocalizzazione e focalizzazione sull'Utente dei servizi risponde all'esigenza di favorire un accesso controllato e sicuro a diversi soggetti che insistono sulla stessa base informativa. Oggi la rete degli utenti che in modo integrato opera per garantire i

Servizi Sanitari sul territorio lavora, almeno per una parte del tempo, fuori dalla struttura fisica aziendale, in diverse strutture territoriali o in maniera autonoma utilizzando vari dispositivi, inclusi quelli mobili e personali (MMG, PDL). Tutto questo apre la strada alla ridefinizione stessa del workplace, inteso oggi e sempre di più come un luogo - non fisico - in cui tutti i soggetti appartenenti all'organizzazione, interni ed esterni, sono connessi per lavorare in modo più efficace, integrato e produttivo. Di base stiamo assistendo ad una rapida evoluzione del contesto tecnologico che vede le risorse cloud affiancarsi e sostituirsi ai cosiddetti ambienti "tradizionali": in pratica il web è al centro della strategia di innovazione e diventa una risorsa abilitante per realizzare miglioramenti significativi in termini di costi, velocità, flessibilità, modificando, allo stesso tempo, l'approccio alla produttività individuale. I servizi di Comunicazione e Collaborazione integrati con i servizi di Workflow, Document Management e di dematerializzazione a norma di legge possono supportare la governance delle organizzazioni sanitarie costruendo un modello organizzativo valido e funzionale in tempi brevi e senza la necessità di investimenti infrastrutturali. Noovle ha integrato e armonizzato tutte le componenti necessarie per supportare l'organizzazione nel percorso di trasformazione verso lo Smart working.

b. Applicazioni digitali di comunicazione e di pubblicazione delle informazioni

La riorganizzazione della rete assistenziale del Servizio Sanitario Pubblico è oggi una priorità non soltanto per le Regioni ma per tutte le amministrazioni che devono conciliare la crescente domanda di salute con i vincoli di bilancio esistenti. Questo contesto - che vede la chiusura di presidi sanitari, la loro trasformazione, il potenziamento delle cure primarie e l'articolazione della rete ospedaliera in hub & spoke - genera una diversa interazione da parte degli utenti con l'amministrazione e con i servizi. L'innovazione digitale deve svolgere un ruolo chiave sia nell'evoluzione contemporanea dei modelli assistenziali, sia in quelli organizzativi, come fattore abilitante e in taluni casi determinante per la loro realizzazione. Le applicazioni si aprono ad economie di scala differenti, ad una base di utenti sempre più ampia e, in particolare, alla necessità di favorire l'accesso di soggetti identificati e profilati. Questo comporta un cambio di paradigma su come le applicazioni sono create. Il mondo consumer ha ridefinito la user experience e abilitato nuove categorie di utenti ad accedere ad applicazioni semplici da usare, veloci e sempre disponibili. La risposta a questa nuova sfida passa per la costruzione di piattaforme e architetture che essenzialmente separano il servizio di backend dalle applicazioni (front-end) che gli utenti utilizzano per interagire con essi. Questo approccio si dimostra molto efficace sia per la capacità di creare applicazioni con una forte attenzione all'usabilità e agli utenti sia per il lato economico. Noovle ha integrato una piattaforma che permette di sviluppare applicazioni che sfruttino contemporaneamente piattaforme cloud con sistemi on-premise e legacy e offrano la possibilità di costruire un'architettura in grado di rispondere alle diverse esigenze di compliance, sicurezza e usabilità.

c. Piattaforme per la gestione di Big Data, Data Mining, fraud detection, Patient Care and Insights

I Big Data nell'ambito della Sanità digitale permettono di utilizzare una grande quantità di dati a corredo delle informazioni cliniche standard, relative anche agli stili di vita che riguardano la salute; nel loro insieme, offrono la base per un'analisi utile alla valutazione clinica dell'assistito e alla comprensione delle dinamiche di un evento. Il settore della sanità è uno fra i più complessi se non altro per il grande numero di entità coinvolte e di informazioni complementari necessarie per una analisi articolata e integrata. Noovle ha sviluppato una piattaforma per la gestione e la pubblicazione dei big data utilizzando tecnologie e strumenti innovativi in grado di gestire quantità di dati significativi e in grado di mettere a disposizione una capacità di calcolo e analisi illimitata. L'ambito dei Big data e del data mining in sanità è oggi un ambito sperimentale su cui si sta lavorando in un'ottica progettuale con diversi soggetti tra cui il CNR (Consiglio Nazionale delle Ricerche) e l'ISS (Istituto Superiore di Sanità). In particolare uno degli ambiti su cui sta lavorando con le Direzioni Regionali è quello del fraud prevention, dell'analisi della Spesa Sanitaria e dell'analisi dei dati di un'ampia popolazione di pazienti per individuare carenze nelle cure e identificare opportunità di intervento. La grande quantità di fondi e la complessità dei sistemi coinvolti espongono il Sistema Sanitario ad un enorme rischio di frode. Innovative tecniche di analisi, condotte con metodi statistici e predittivi, possono essere efficaci nel recuperare le perdite e ridurre e prevenire i rischi. Attraverso le attività di data mining e l'applicazione di modelli predittivi, sviluppati in sinergia con l'Università, è possibile identificare e creare una prioritizzazione delle attività e assegnare uno scoring con cui evidenziare la probabilità di frode e la dimensione del rischio. Più in generale la piattaforma di Noovle permette di analizzare e comprendere i dati archiviati e le procedure sanitarie, identificare le caratteristiche distintive di ogni entità e gli attori coinvolti nelle attività da controllare, segmentare i dati e le entità in sotto insiemi congruenti, analizzare le relazioni esistenti tra i dati, creare e applicare più modelli predittivi per mezzo dei dati storici disponibili, utilizzare i modelli per selezionare ed ordinare i casi che hanno la maggiore probabilità di essere fraudolenti e che espongono al maggior rischio, verificare i risultati nel contesto complessivo della popolazione, inserire i modelli sviluppati nell'ambito dell'organizzazione operativa di fraud management, revisionare periodicamente i modelli sulla base dei nuovi dati che, a mano a mano, si rendono disponibili.



Il valore della comunicazione sanitaria e le tecnologie abilitanti di e-Health

di: Domenico Mezzapesa - I-Tel

La malattia, ma anche la prevenzione, è un viaggio che riguarda ogni persona e durante questo viaggio vari e variegati sono i modi e i momenti in cui il Cittadino incontra la Sanità. Il fattore comune che però entra in gioco in ognuna di queste occasioni di incontro è la comunicazione: ad ogni punto di contatto tra operatori e pazienti o tra operatori e struttura sanitaria o tra struttura sanitaria e altri enti, la comunicazione può fare la differenza. A maggior ragione oggi, grazie alla molteplicità di tecnologie abilitanti e alla digitalizzazione dei processi sanitari, una comunicazione ben gestita può semplificare l'accesso e la fruizione dei servizi, ne migliora la qualità, ottimizza i processi interni, accresce la soddisfazione degli utenti, con ritorni economici tangibili e tutt'altro che irrilevanti, sia per la struttura sanitaria sia per la collettività.

La multicanalità, garanzia di continuità nel rapporto cittadino-sanità.

Se questa è la prospettiva, un punto va subito chiarito: la confidenza e la dimestichezza nel processo di comunicazione da parte del Cittadino 2.0 si basa sulla stabilità degli strumenti messi a disposizione, sul loro continuo miglioramento e sul loro essere realmente bidirezionali. Scambio di informazioni e miglioramento continuo che obbligano, tale "nuova" modalità di contatto, ad essere indipendente dal panorama dei software che gestiscono lo specifico processo, ma funzionale a dare continuità al rapporto Cittadino – Sanità.

Le persone oggi comunicano via telefono, mail, chat, app, sms, social e web. Un incredibile numero di messaggi, composti da differenti media, attraversa continuamente lo spazio. La presenza di tali nuovi strumenti ha semplificato l'interazione ma ha anche portato alla possibilità di utilizzare una serie di media che precedentemente erano impensabili.

Di fatto la multicanalità è diventata una vera e propria strategia di relazione che fornisce un ventaglio di scelte così flessibile da richiedere un approccio attento e multidisciplinare. Con queste premesse, per la comunicazione sanitaria si apre uno scenario ricco di opportunità, a cominciare proprio dall'utilizzo dei device mobili e delle apps per ottimizzare processi esistenti e nuovi modelli di sostenibilità.



E il processo è già cominciato. Basti pensare che entro quest'anno le sottoscrizioni mobili nel mondo supereranno il totale della popolazione. Entro cinque, il traffico dati in mobilità sarà decuplicato. Tutto questo avrà un impatto anche sulla comunicazione sanitaria, con ricadute che non possono che essere positive.

A voler quantificare il "valore" della comunicazione in Sanità, infatti, partiamo dal rapporto operatori – struttura sanitaria.

Con una buona comunicazione del team di cura, si arriva a evitare fino a un errore sanitario su due: è quanto emerso a Montecatini il 15 e 16 giugno scorsi durante la conferenza internazionale su qualità e sicurezza delle cure organizzata dall'Associazione internazionale per le Scienze della Comunicazione e la Medicina (Iscome) e promossa dal Centro gestione rischio clinico della Toscana. Sono 43 milioni al mondo i pazienti che ogni anno subiscono un danno da cure sbagliate. Una corretta comunicazione, dunque, è un "ponte d'oro" tra la struttura e il personale sanitario da un lato e la salute e la sicurezza del paziente dall'altro. Il congresso "The golden bridge: communication and patient safety" lo

ha dimostrato illustrando, tra gli altri, i risultati di alcuni studi internazionali.

ASL FERRARA

Guardia Medica automatizzata.

A fronte di alcune criticità nel servizio di Guardia Medica, legate soprattutto alla mancanza di tracciabilità delle chiamate effettuate dal cittadino e alla necessità di garantire risposte tempestive in qualsiasi momento del giorno e della notte, la Asl di Ferrara ha deciso di implementare un sistema automatico che accoglie e gestisce 24 ore su 24 per 365 giorni l'anno qualsiasi chiamata effettuata dal paziente alla guardia medica. Il sistema prende in carico la richiesta, riconosce il comune da cui proviene e la trasmette in tempo reale al medico di turno assegnato. Tutte le conversazioni sono registrate, a garanzia sia del medico che dovrà recarsi sul posto, sia del cittadino che effettua la richiesta. Il sistema, attivo dal 2006 e divenuto VoIP a fine 2014, nel 2015 ha gestito oltre 4806 chiamate. Nei casi in cui il medico assegnato al paziente non può rispondere (ad esempio perché impegnato in una visita), il sistema contatta in automatico i colleghi più vicini.

Non appena il primo medico disponibile risponde, il sistema lo mette in comunicazione diretta con il cittadino. Tra gli ulteriori sviluppi, è previsto un modulo App in base al quale il medico ha sul proprio smartphone la lista completa delle richieste ricevute e può mettersi in contatto con i vari pazienti.

Anche il momento del passaggio di consegne tra medici e infermieri è cruciale: se gestito al meglio, ha spiegato John Ovreteit dell'Università Karolinska di Stoccolma, con uno schema di comunicazione condiviso tra gli operatori dei servizi di origine e di destinazione dei pazienti, gli errori legati al passaggio si riducono anche del 30%.

Non solo. Secondo Riccardo Tartaglia, Direttore del Centro GRC, e Brian Spitzberg dell'Università della California, è fondamentale che la comunicazione sia empatica. Medico e infermiere devono saper cogliere, nell'immediatezza, conoscenze e aspettative della persona assistita e favorire una reale condivisione della scelta di cura. Evitare imposizioni riduce possibili errori, dovuti a incomprensioni e sfiducia reciproca.

Fare una buona comunicazione sanitaria, quindi, contribuisce ad abbattere gli errori in Sanità. Anche e soprattutto sfruttando i nuovi device e le tecnologie abilitanti che, grazie alla multicanalità, permettono di mantenere un contatto qualificato e costante anche a distanza tra la struttura, il personale sanitario, il paziente e il care-giver. In qualunque momento, da qualunque luogo, con un qualsiasi canale (anche video, per valorizzare l'empatia e la comunicazione non verbale). Il tutto sempre attraverso piattaforme multicanali uniche, stabili e flessibili, in grado di governare i processi attuali e i futuri modelli comunicativi, a prescindere dai software utilizzati. Ciò a garanzia della continuità del rapporto Cittadino – Sanità, per un autentico “Filo Diretto” tra di essi.

Uscendo ora dal campo dell'errore sanitario (che pure si converte in contenziosi e costi per la collettività, oltre al danno per il singolo) ed entrando in quello “fisiologico” dell'organizzazione sanitaria, l'innovazione tecnologica permette una semplificazione dei processi di comunicazione sanitaria e una razionalizzazione della spesa pubblica.

Un caso su tutti, le liste di attesa.

Prova ne è, per citare solo uno dei mali più eclatanti e diffusi nel nostro servizio sanitario, il problema delle liste di attesa.

Secondo una ricerca Censis - Rbm Salute sulla Sanità integrativa, presentata a giugno 2015 al V “Welfare Day”, si allungano le attese nel pubblico e si espande il ricorso al privato, che ormai interessa anche i redditi bassi. Nel 2014 la spesa sanitaria «out of pocket» è arrivata a 33 miliardi di euro, ben un miliardo in più in un solo anno. E' in aumento anche la richiesta di interventi immediati sulle liste di attesa, obiettivo primario per le famiglie. Il 54% degli italiani, infatti, indica come priorità del welfare proprio la riduzione delle liste di attesa (il 62,6% dei 29-44enni, il 59,1% dei residenti al Sud). Un problema sentito quindi, su cui da più parti si è intervenuti con Piani straordinari di riduzione delle liste di attesa che non hanno tardato a mostrare i propri benefici effetti. Una delle azioni tipiche previste da questi piani è proprio l'ottimizzazione della comunicazione attraverso i sistemi automatici di Cup Recall che chiamano a casa il paziente per ricordargli la visita prenotata e chiederne conferma o disdetta. Gli appuntamenti cancellati sono recuperati in automatico e in tempo reale e messi a disposizione delle agende Cup per nuove prenotazioni. Volendo citare un caso su tutti, la Asl Torino 1 ha dichiarato di aver recuperato 16mila visite con un risparmio di 800mila euro solo nel primo anno di utilizzo del sistema. Un trend, tra l'altro, confermato negli anni successivi.

L'ADI e il Filo Diretto con la Sanità

Ma automatizzare i processi di comunicazione in Sanità significa

perdere il contatto diretto, spesso fiduciario, tra paziente e care-giver da una parte e operatori e struttura sanitaria dall'altra? Tutt'altro. Significa, per prima cosa, garantire la certezza della comunicazione, con il vantaggio di un Filo Diretto paziente-struttura sanitaria. Si pensi alle attività svolte dagli operatori domiciliari a casa del paziente. Aggiornare la cartella clinica e rendicontare le operazioni eseguite in tempo reale, via app, dal domicilio del paziente, è una garanzia della corretta erogazione di prestazioni domiciliari e fa sentire il paziente tutelato. Vedere che chi eroga l'assistenza esegue una serie di procedure e ne rende conto alla

ASL fa aumentare la qualità percepita. Non solo. Efficientare la rendicontazione significa guadagnare tempo prezioso da impiegare proprio nella relazione e nello



scambio con quel paziente e allo stesso tempo aumentare il numero di persone gestite al giorno. Con ritorni economici significativi per la struttura sanitaria.

Ecco allora che torna il punto cruciale: la relazione con il paziente. Atul Gawande, chirurgo e professore presso la Harvard Medical School, sostiene che “il come” i pazienti si sentono nelle loro interazioni con i medici, influenza l'efficacia delle cure che ricevono. Si tratta solo di agevolare tale rapporto (empatico) utilizzando (meglio) le tecnologie di comunicazione disponibili. Soprattutto oggi, visto il tempo sempre più esiguo che un medico o un operatore sanitario può dedicare al singolo paziente.

In particolare, uno studio condotto negli USA da Richard Street del National Cancer Institute ha mostrato come intervenire su più livelli, con la formazione dei medici alla comunicazione con i pazienti, il coinvolgimento attivo dei care-giver nel supporto alle scelte del percorso di cura e un buon servizio di accessibilità, anche online, al sistema sani-

ASL TARANTO

Filo diretto con il cittadino e riduzione Liste di attesa.

Nel rispondere a una domanda di salute particolarmente vasta e variegata, la ASL di Taranto aveva l'esigenza di ridurre le liste di attesa e migliorare la relazione Cittadino-Sanità. A tal fine ha implementato una soluzione che, basata su un'unica piattaforma multicanale denominata Sm@rtHealth, utilizza i sistemi automatici di recall al paziente ed altri canali, quali ad esempio le App, per ottimizzare vari processi di comunicazione e ridurre le liste di attesa.

In particolare, il sistema chiama in automatico l'assistito qualche giorno prima dell'appuntamento e chiede di confermare o disdire la visita prenotata. In caso di disdetta il posto è assegnato in automatico ad altri cittadini tramite Cup.

Avviato ad aprile 2014, nei primi 8 mesi il sistema di Cup recall ha raccolto 7.343 cancellazioni e recuperato altrettante visite che sarebbero andate a vuoto. Nel 2015, grazie alla cancellazione on-demand dei pazienti, le disdette e le visite recuperate sono raddoppiate: dal 6% del 2014 al 13% del 2015.



tario, migliori sia l'adesione che l'efficacia delle cure.

La scelta e l'adesione al programma di cura.

Nel saggio "Doctors Tell All - and It's Bad," di Meghan O'Rourke del The Atlantic si legge: "Gli studi stimano che oggi i medici e i praticanti che svolgono la maggior parte del loro lavoro negli ospedali spendono solo il 12-17% della loro giornata con pazienti. Il resto del tempo è dedicato ad attività di elaborazione e revisione dei risultati di laboratorio, aggiornamento di cartelle cliniche elettroniche, interazioni con il resto dello staff".

Un'altra area di intervento legata al progetto è quella dei pagamenti elettronici e del recupero dei crediti non pagati. Il sistema, integrato al MEF, è in grado di rilevare anomalie rispetto al regime di esenzione dichiarato. In automatico, contatta il paziente per regolarizzare la propria posizione e recuperare crediti, quali ad esempio: prestazioni non pagate, accessi al pronto soccorso in codice bianco, sanzioni.

C'è poi una terza macro area legata ai servizi digitali messi a disposizione del cittadino. In particolare, un'app, per avere il quadro completo e tutti i dettagli delle visite prenotate, anche di familiari anziani o minori, con relativo ticket. Il cittadino può prenotare in autonomia, spostare appuntamenti, pagare il ticket.

Tra gli sviluppi futuri, la Asl di Taranto prevede di attivare anche un servizio di promemoria per Screening e Vaccinazioni.

Ebbene, di quel tempo (ricordiamolo, il 17% della giornata lavorativa) una parte ancora minore è dedicata all'Ascolto del paziente. Si tratta infatti di tempo dove la parte del medico è dominante e quella del paziente relativamente passiva. Manca una reale reciprocità, dove c'è spazio per l'apporto fattivo di ognuno. Avere il tempo e la possibilità di ascoltare il paziente significa potenziare le possibilità di successo del processo di cura. Dal paziente possono arrivare spunti e indicazioni che, se ben recepite e utilizzate, contribuiscono senz'altro a migliorare l'efficacia della terapia. Il dialogo operatore sanitario/paziente permette di creare un rapporto empatico generatore di effetti positivi sia sull'identificazione e condivisione del processo di cura sia sull'adesione alla stessa. Non a caso, sempre negli USA uno studio svolto da Verilogue (2013 Physician-Patient Communications Benchmark from Verilogue and Steve Wilkins, MPH, of Mind the Gap and Smart Health Messaging) ha evidenziato che su 10 minuti di tempo medio di una visita, solo 99 secondi sono dedicati alla prescrizione. La prima falla nel processo di adesione alla cura inizia con quei 99 secondi. Sufficienti per un'adesione efficace alla prescrizione? Ebbene, gli studi dicono che su 100 prescrizioni scritte di medicinali solo il 25-30% sono assunti correttamente. Un dato che la dice lunga su un fenomeno le cui pesanti ricadute, anche economiche, potrebbero ridursi di molto attraverso una migliore comunicazione.

Ad esempio valorizzando l'utilizzo di canali quali app e voce per verificare l'assunzione di farmaci e/o la scrupolosa esecuzione del piano terapeutico ridurrebbe gli errori, ottimizzando i processi sanitari, fornendo maggiore qualità dei servizi erogati e razionalizzando la spesa pubblica.

Spesso per innovare servono nuovi modelli organizzativi ma a volte è sufficiente automatizzare i processi esistenti, senza cambiarli. Anche in un sistema complesso come la Sanità.

La sfida è aperta, la tecnologia e-Health pronta. Si tratta solo di veicolare la comunicazione in multi e cross canalità.

Ma proviamo a mapparla, questa rete dei punti di contatto Cittadino-Sanità e ad agganciare saldamente la visione che stiamo immaginando alla realtà della tecnologia disponibile. Quel cittadino che in vari momenti, in vari modi e a vario titolo incontra la Sanità durante il proprio percorso, come può vedersi cambiata (in meglio) la vita, a valle di ogni contatto? Quello stesso cittadino, più volte e in svariati modi nel corso della sua vita si interfaccia con servizi di altro tipo, da quelli bancari a quelli di una compagnia aerea. Quando i consumatori si relazionano con un marchio, come una banca o una compagnia aerea, confrontano la loro esperienza non solo con altre banche o compagnie, ma anche con altri enti erogatori di servizi, come ad esempio le strutture sanitarie. Perché il nostro cittadino dovrebbe aspettarsi qualcosa di diverso quando si interfaccia ed entra in contatto con la Sanità, piuttosto che con una banca o una compagnia aerea? La qualità dell'effettivo servizio erogato, che sia bancario, aereo o sanitario, non passa forse attraverso la modalità in cui è possibile accedervi e fruirne? Se in banca o con una compagnia aerea i servizi sono fruibili e accessibili in multicanalità, perché non anche in Sanità?

I pagamenti elettronici.

Prendiamo i sistemi di pagamento cashless e online: i cittadini/consumatori, consapevolmente o no, una volta sperimentata la comodità di tale servizio, desiderano fruirne in ogni settore. Queste aspettative, che si trasmettono da un settore all'altro, sono di tipo "liquido" e incideranno sempre di più sui modelli di erogazione dei servizi nel prossimo futuro: anche nel settore sanitario



Occorre allora ripensare le procedure di interazione tra cittadino e Sanità in ottica ICT. Non è pensabile che una persona possa pagare il parcheggio via app ma poi debba far la fila alla cassa Cup per pagare il ticket. Il cittadino si aspetta di poterlo fare in mobilità, da qualsiasi luogo e in qualsiasi momento, senza doversi preoccupare di arrivare in anticipo alla visita (e magari perdere un'ora in più di lavoro) per mettersi in fila al Cup il giorno dell'appuntamento.

Dall'altro lato, anche l'amministrazione sanitaria potrebbe aver bisogno di contattare l'assistito in caso, ad esempio, di irregolarità o mancato pagamento del ticket. In questo caso è il sistema (in modalità non presidiata e via voce, app, sms), in regime di reciprocità e multicanalità, a contattare il paziente per comunicare

la morosità e sollecitare il pagamento. A sua volta, prima di pagare, il cittadino potrà accedere a un portale web dedicato e verificare, previo inserimento di credenziali a lui appositamente fornite, la situazione debitoria. Il tutto h24, da remoto, senza impiego di carta o sprechi di tempo. Un'ottimizzazione che non cambia il processo, piuttosto lo semplifica a vantaggio sia della certezza delle comunicazioni, sia della qualità percepita, sia dei ritorni economici. Il problema del recupero crediti per i ticket o codici bianchi non pagati, infatti, è un male ampiamente diffuso presso le nostre strutture sanitarie. Le radici sono soprattutto nella scarsità di risorse amministrative disponibili. In molte Asl recuperare in tempi brevi i ticket non pagati diventa quindi un problema. E non di rado riguarda oltre la metà degli accessi in codice bianco. Se si pensa che circa un terzo dei 24 milioni di visite svolte ogni anno negli 844 Pronto Soccorso italiani avviene in regime di codice bianco, è chiaro che si tratta di cifre significative.

Ebbene, se in tutti questi casi invece di scrivere, stampare, imbustare e spedire una lettera di sollecito di pagamento si ottimizzasse il processo con una campagna massiva e automatizzata di telefonate svolte senza presidio umano? Quanto tempo, lavoro e carta si risparmierebbe? Non solo, quali sarebbero i ritorni di immagine di una Asl che dimostra solerzia, efficienza ed efficacia anche in un processo delicato come quello del recupero crediti? Non irrilevanti. Il fatto che la struttura sanitaria si mostri vigile e in grado di attivare nell'immediatezza una procedura di recupero crediti induce il cittadino, eventualmente smemorato, a onorare il pagamento.

Ma torniamo al Bisogno di Salute e all'ottimizzazione dei processi più strettamente legati alla cura. Quando si pensa al Cittadino 2.0 si dovrebbe sempre pensare alla semplificazione dei bisogni primari. Fra questi la salute è al primo posto.



Telemedicina e cronicità.

Dare voce al Bisogno di salute è, lo abbiamo visto, un fatto di Buona Comunicazione. Non a caso, uno degli ambiti in cui si prevede la grande svolta nella comunicazione con il paziente è quello della Cronicità. Il popolo dei malati cronici in Italia e nel mondo è in forte crescita ed è proporzionale all'aumento degli anziani. La tecnologia e la comunicazione multicanale, applicati alla Sanità digitale possono abbattere i costi e garantire servizi elevati. Essere assistiti a domicilio e avere una completa riabilitazione a casa propria con un'assistenza remotizzata costante della struttura ospedaliera, come se si fosse ospedalizzati, permette di adeguare la terapia in tempi brevi, ridurre complicanze e ricoveri ospedalieri.

Cos'è la "telemedicina" se non fare medicina portando salute a casa del paziente? Ma non basta curare, occorre prendersi cura. Innovare in Sanità significa oggi spostare la cura sul territorio per garantire appropriatezza e continuità assistenziale. Creare un filo diretto con il paziente sfruttando la comunicazione multicanale (app, chat, voce, video call, social, ...) e monitorare costantemente i valori clinici permette di ridurre le ri-ospedalizzazioni e migliorare l'adesione alla cura. Il paziente, spesso anziano e affetto dalla "solitudine cronica" oltre che dalla malattia cronica, grazie alla telemedicina si sente seguito e al sicuro. Sistemi di teleconsulto e comunicazione video hanno mostrato di avere, tra l'altro, ottimi ritorni anche nel caso delle malattie psichiche dove la solitudine, della famiglia oltre che del paziente, è spesso davvero cronica.

Offrire assistenza personalizzata, da ogni luogo e in ogni momento, anche grazie ai vari dispositivi wearable in grado di monitorare lo stato di salute del paziente, sarà sempre più semplice e permetterà di risparmiare molto. Una comunicazione multicanale basata sull'uso di app, chat, social e dispositivi medici indossabili, infatti, apre scenari enormi per le più svariate applicazioni: dai semplici promemoria, via app in modalità push e/o via voce e/o sms, sui farmaci da assumere e i valori da rilevare, alla creazione di gruppi per lo scambio di informazioni ed esperienze sulla propria malattia cronica. Secondo Accenture, solo negli USA e solo nel 2014, grazie alle soluzioni di Sanità digitale approvate dalla FDA (Federal and Drugs Administration) si sono già risparmiati 6 miliardi di dollari per maggiore aderenza alla terapia, modifiche nei comportamenti, diminuzione degli accessi ai Pronto Soccorso.

Conclusioni, in pillole:

Per concludere siamo di fronte ad un cambio epocale di paradigma, dove:

- il paziente diventa più attivo,
- la comunicazione un circolo virtuoso,
- il territorio pronto a recepire la domanda di salute di cittadini sempre più 2.0.

Asl di Taranto. Cronaca di un progetto virtuoso

di: Nehludoff Albano – ASL Taranto

Nel mondo della Sanità, lavoro nel settore che dovrebbe dare delle risposte certe al personale medico e infermieristico, ai colleghi amministrativi e, non ultimi, anche ai pazienti stessi. Si tratta dell'ufficio informatico della ASL di Taranto, una città problematica per quanto deve affrontare e risolvere sul risanamento ambientale e sull'impatto sanitario dovuto all'inquinamento atmosferico di questi ultimi anni.

Quindi la mia è una sfida importante perché le esigenze dei "clienti interni" sono numerose e profondamente diverse tra loro, ma anche i destinatari dei nostri servizi, e qui parliamo dei cittadini, sono uomini e donne di diversa estrazione sociale, di diversa età, di diverse capacità tecnologiche.

Una delle più grandi criticità è proprio nell'erogazione di servizi al pubblico utilizzando gli strumenti che, da tempo, sono quelli di tendenza: chat, social network, avatar, video call, APPS. È sufficiente pensare a come interagiamo con la nostra banca o con aziende commerciali, tipo Amazon, per capire come siamo "arretrati" nel nostro settore.

Information Technology, dunque, e sanità, binomio che oggi si chiama eHealth – definizione di Eng 2001 "the use of emerging information and communication interactive technology, especially the Internet, to improve or enable health and health care") o meglio, secondo la definizione della Commissione Europea (2004), l'eHealth "comprende tutte le applicazioni dell'ICT nella vasta gamma di funzioni proprie di un sistema sanitario" e che riguardano medici, manager ospedalieri, infermieri, specialisti di gestione dei dati, amministratori della previdenza sociale e, naturalmente, i pazienti attraverso la prevenzione delle malattie o una migliore gestione delle stesse.

Purtroppo, però, nonostante l'incoraggiante crescita dell'indicatore PWEI, (un indicatore volto a misurare il grado di Patient Empowerment dei siti Web) delle aziende del Servizio Sanitario Nazionale italiano, siamo molto lontani dal suo valore di massimo teorico pari a 10 e, comunque, le iniziative veramente innovative sono ancora poche: 65 strutture sanitarie presenti sui social, 1 ASL con una web TV, un'altra ASL con una chat/forum anonima, qualche APP per prenotare le visite specialistiche o per visualizzare i referti, isolati esperimenti di telemedicina (dati CERMES BOCCONI).

In ogni caso, la richiesta di servizi innovativi da parte dei cittadini è pressante e le stesse Aziende Sanitarie si sono rese conto che non è più possibile procrastinare la diffusione di soluzioni tecnologiche avanzate.

Anche a Taranto la situazione è la medesima (anche se siamo incredibilmente terzi in graduatoria tra le regioni esaminate da Cermes Bocconi), ma riuscire a fare un investimento, che sia quello giusto, tra i mille problemi economici delle nostre Aziende, considerando la resistenza al cambiamento, lo scetticismo imperante, lo status quo regnante, le difficoltà amministrative legate agli affidamenti, è certamente un'impresa ardua. Poi però viene fuori

la voglia di fare perché altrimenti è sempre la stessa minestra, magari anche un po' di ambizione perché alla fine misurarsi è divertente.... e allora si parte. Magari con piccole cose, semplici, che però possono fare la differenza.

Una conferma che il momento è quello giusto arriva anche dai miei figli che, avendo più o meno capito il mio ruolo e la mia attività, mi hanno girato un post di facebook che esprimeva una critica esasperata su talune procedure operative della Sanità.

Bene, allora si parte da qui: investiamo

su soluzioni tecnologiche che permettano di gestire il rapporto con la ASL in modo innovativo, semplice, veloce, fruibile H24. Proviamo ad aprire migliaia di "sportelli virtuali" sempre pronti a rispondere e ad interagire.

Basta con le file di persone in coda scontente e annoiate, ma rassegnate perché non c'è altro modo.

Lavoriamo sulla multicanalità, sul contact center, sulle APPS... in una parola: diamo servizi!



Antonio S.....

Un'Italia dove si fa la fila per prendere un posto su una lista scritta a penna che ti permette di accedere alla fila per prendere un numeretto che ti permette di pagare il ticket per metterti in fila per una visita prenotata da mesi... VOGLIO PAGARE IL TICKET CON PAYPAL DA CASA MIA, PRENDERE IL NUMERO ONLINE E NON TROVarmi ALLE 6.45 DEL MATTINO A FARE UNA FILA AUTOGESTITA DOVE SONO L'UNICO UNDER 70!!!!

gio alle 08:29 · Mi piace · 7



Rita.....

Purtroppo caro Antonio questa è una storia d'ordinaria normalità quotidianapura follia 😞😞😞

Il cambiamento culturale

Come riportato da Elena Santarelli nella monografia del Ministero dello Sviluppo Economico "ICT nella sanità in Italia: stato e prospettive delle informazioni statistiche" del Febbraio 2012, il concetto di e-health è un concetto multidimensionale (tridimensionale, visto che poi si enumerano 3 dimensioni??). Le prime due dimensioni sono relative all'uso e all'offerta dell'e-health per lo svolgimento dei servizi di necessità corrente: visite mediche, esami, prenotazioni, guardia medica, pronto soccorso, ecc. La terza dimensione è relativa all'infrastruttura tecnica e all'apparato informatico necessari all'erogazione di questi servizi. L'ultimo aspetto è culturale, in quanto l'uso e l'offerta dell'e-health possono aversi solo se si diffonde un'adeguata cultura tecnologica ed informatica tra il personale sanitario.

Sono necessari, pertanto, cambiamenti organizzativi e acquisizione di nuovi skills. Il processo deve diventare pervasivo a tutti i livelli: le amministrazioni, i professionisti sanitari, i cittadini.

L'Azienda Sanitaria Locale di Taranto ha competenza per l'intero territorio provinciale di circa 600.000 abitanti su una popolazione della Regione Puglia di circa 4.000.000 di cittadini. La sua organizzazione principale è costituita da: 6 Ospedali, 2 Presidi Assistenziali Territoriali (Case della Salute), 7 Distretti Socio Sa-

nitari, 4 Dipartimenti territoriali, 1 Centrale Operativa Provinciale dell'Emergenza Urgenza 118.

Come detto, il territorio è fortemente caratterizzato da una presenza industriale assai importante che ha determinato nel tempo una condizione ambientale compromessa soprattutto nel comune capoluogo e nei comuni limitrofi con ripercussioni sullo stato di salute della popolazione, sulla prevalenza di patologie oncologiche e di altre patologie connesse ai fattori di inquinamento ambientale.

Anche per questa situazione, da tempo, siamo impegnati in un processo di innovazione complessiva comprendente anche il progetto di realizzazione del Nuovo Sistema Informativo Aziendale (NSIA) che dall'inizio del 2014 è entrato nella fase operativa/ esecutiva. Tale progetto si inquadra in uno scenario più ampio di Sanità Elettronica di Puglia che ha avuto inizio con lo specifico Piano Regionale e si sta sviluppando attraverso progetti e iniziative di informatizzazione di quasi tutti gli ambiti istituzionali del Servizio Sanitario sia mediante iniziative regionali sia mediante progetti aziendali e settoriali di Sanità Elettronica.

Inoltre, il processo avviato è sostenuto da appositi interventi normativi regionali al fine di affrontare aspetti rilevanti per la realizzazione dell'innovazione digitale in Sanità, quali il trattamento dei dati personali e sensibili e la responsabilizzazione di tutti gli attori coinvolti nelle iniziative. Per questo è stato istituito il "Sistema Integrato di Sanità Elettronica di Puglia".

La piattaforma tecnologica

Sono quindi 2 anni che abbiamo iniziato un percorso di analisi delle esigenze di comunicazione in sanità e di definizione di un modello regionale integrato per lo sviluppo organizzativo e realizzativo dell'informazione e comunicazione istituzionale e dei diversi servizi digitali rivolti ai cittadini.

Il nostro obiettivo è "comunicare meglio" ad ogni punto di contatto tra operatori e pazienti perché, siamo certi, una buona comunicazione può fare la differenza.

Da un punto di vista tecnologico, d'accordo con il management, abbiamo effettuato un investimento per l'acquisizione di una specifica e dedicata piattaforma (Sm@rtHEALTH) che, da un lato, dispone di connettori in grado di collegarsi alle nostre banche dati sanitarie aziendali e, dall'altro, è in grado di raggiungere i destinatari della comunicazione con i cari canali oggi normalmente utilizzati dal mercato

I grandi temi che abbiamo deciso di affrontare e risolvere sono sempre gli stessi, oramai da tempo, sulla bocca di tutti: CUP e liste di attesa, referti, pagamenti, recupero falsi esenti, screening, domiciliare, e telemedicina, a cui aggiungerei un altro tema per noi vitale: presenze e assenze del personale dipendente.

La scelta di una piattaforma "unica" per la comunicazione ci ha permesso di costruire un "progetto virtuoso" che in maniera armonica, nel tempo, si sta arricchendo di funzionalità e di soluzioni. Il grande vantaggio è il basso impatto organizzativo (il processo resta lo stesso, cambiano le modalità) ed il sicuro risultato certificato dalle percentuali di utilizzo del sistema da parte dei cittadini.



Questa operazione ha permesso anche di diffondere una sorta di educazione all'utilizzo di risorse preziose, senza sprechi e dando priorità a chi ha veramente bisogno, nonché di raggiungere risparmi certi, aumenti di produttività e notevoli ritorni di immagine per l'azienda sanitaria sia per i rico-

noscimenti della stampa che per la partecipazione ed il conseguimento di numerosi premi sul territorio nazionale.



Lo stato dell'arte

Il primo passo è stato fatto nell'ambito delle liste di attesa dove sono stati forniti strumenti per ricordare, confermare, cancellare, spostare, in modalità self service una prestazione prenotata (telefono, SMS, email, APPs). I ritorni sono stati ottimi ed immediati: ci hanno dato la carica per continuare su questa strada e ci hanno convinti che avevamo colto nel segno: puntare sulla comunicazione.

Con l'avvento della ricetta elettronica, anche la stessa prenotazione della prestazione può essere fatta in totale autonomia dal cittadino; per risolvere questa esigenza, le APPs sono la giusta risposta. Su questo ambito, stiamo lavorando con la Regione Puglia per l'integrazione con il sistema di certificazione regionale, al fine di garantire la corretta privacy dei dati sensibili.

Salute, Asl di Taranto ti ricorda al telefono della visita prenotata | La Gazzetta del Mezzogiorno.it

LA GAZZETTA DEL MEZZOGIORNO.it

Salute, Asl di Taranto ti ricorda al telefono della visita prenotata

TARANTO - Da lunedì prossimo, dopo una prima fase di test e sperimentazione, l'Asl di Taranto attiverà il servizio di recall automatico delle prestazioni sanitarie prenotate, progetto che ha ottenuto il premio Smart City nell'ambito dell'iniziativa Smau Puglia 2014. Si tratta di una delle azioni del Piano di attività per l'abbattimento delle liste di attesa predisposto dall'Azienda sanitaria locale ed approvato dall'Assessorato alle Politiche della Salute.

Dalla prenotazione al pagamento del ticket, sempre via smartphone, il passaggio è stato automatico.

A completamento della tematica CUP, stiamo ipotizzando l'attivazione (sempre sulla stessa piattaforma) di una soluzione di contact center multicanale. Potrà essere possibile così prenotare una prestazione via chat (utilissimo anche per gli audiolesi), via social, via video chiamata.

Discorso a parte ha riguardato, invece, il recupero del credito relativamente a: prestazioni non pagate, referti non ritirati, codici bianchi di pronto soccorso, visite incorrettamente



erogate in regime di esenzione (come da flussi MEF). Invece della lettera raccomandata, la piattaforma schedula chiamate automatiche (dalle 9 della mattina alle 20:30 di sera) rafforzate da SMS. Il cittadino può verificare i dettagli della sua situazione da portale o da smartphone. Il passo successivo è, ovviamente, il pagamento on-line.

Un ulteriore interessante progetto è quello di screening, dove noi rappresentiamo la ASL pilota in ambito regionale. Anche in questo caso, al posto delle lettere di invito, la piattaforma effettua diverse tipologie di chiamate: una prima di informazione e le successive di conferma appuntamenti.

Stiamo guardando con attenzione, infine, le possibili soluzioni che possano agevolare la medicina sul territorio, in particolare: assistenza domiciliare per i deospedalizzati e monitoraggio per i malati cronici. Nello specifico, gli infermieri, dotati di uno smartphone/tablet potrebbero rendicontare in tempo reale le attività fatte a domicilio, semplicemente

“spuntando” quelle già proposte per quel paziente; mentre i cronici, sempre dotati di uno smartphone/tablet potrebbero consultare la loro compliance terapeutica, inviare i parametri vitali, richiedere un contatto con lo specialista di riferimento.

Inoltre, stiamo pensando di utilizzare la piattaforma anche per il personale dipendente: timbrature in mobilità, segnalazione assenze, pronta disponibilità, bacheca turni, richiesta di ferie e permessi, il tutto effettuato via telefono o via APPs per ottimizzare il processo di gestione delle Risorse Umane e per ottenere informazioni certe ed immediate indispensabili per il corretto svolgimento delle attività.



Altre novità che stiamo ipotizzando di realizzare, a breve, riguardano le nuove regole appena pubblicate sui pagamenti alla PA rispetto alle quali pensiamo di implementare ulteriormente le Apps per farne il dominio ove indicare il codice univoco di versamento, appena introdotto a livello nazionale per tutte le fattispecie - anche se non legate a prestazioni specialistiche tipiche”.

Abbiamo anche aggiunto l'integrazione ai flussi del Ministero dell'Economia e Finanze, cui è legata la verifica delle esenzioni per reddito. E' uno sgravio enorme per la ASL, tenuta annualmente al ricalcolo delle posizioni di chi si dichiara esente senza esserlo e a richiedere il pagamento del ticket non versato. Predispone avvisi bonari, imbustarli e spedirli è molto oneroso mentre con Sm@rtTicket è tutto automatico, la convenienza è evidente.

Per l'ASL, l'APP determina economie considerevoli nell'organizzare i servizi, ad esempio le casse. Non solo, risolve criticità quali ad es. il pagamento di prestazioni libero professionali.

Per dare concretezza all'intero progetto, con il secondo anno di utilizzo della piattaforma di comunicazione, abbiamo provato a calcolare il ritorno dell'investimento, limitandoci alla sola funzionalità di cancellazione in modalità self service delle prestazioni prenotate. Ebbene su una spesa corrente di circa 80.000 euro (ammortamento, manutenzione, infrastruttura tecnologica, traffico telefono/SMS) sono state cancellate dai cittadini circa 30.000 prestazioni; valorizzando le stesse ad una media di 50 euro ciascuna, otteniamo lo strabiliante valore di oltre 1 milione e 400 mila euro; ma oltre la parte economica, sono da considerare il miglioramento organizzativo per gli ambulatori e per i medici, il poter soddisfare più richieste di prestazioni (le 30.000 prestazioni cancellate sono state tutte riassegnate), l'incredibile ritorno di immagine.



Il paziente 2.0 Il quadro normativo italiano

di: Avv. Silvia Stefanelli - Studio Legale Stefanelli&Stefanelli

È ormai del tutto pacifico che l'e-health è un processo inarrestabile, destinato a modificare sensibilmente la sanità a livello nazionale ed internazionale nei prossimi anni.

Tale sviluppo, dovuto da una parte all'aumento dei costi per l'invecchiamento della popolazione e dall'altra all'ampia disponibilità di nuove tecnologie, trova il suo fisiologico background nell'espansione dell'innovazione digitale a tutti i livelli di vita professionale e personale, compresa quella sanitaria

Apps, social media, Health, Health IoT, wearable, sono ormai alla portata di tutti determinando un empowerment del cittadino/utilizzatore dei servizi digitali.

Si tratta del cittadino 2.0 – e paziente 2.0 – che ricerca l'eccellenza del servizio, valuta le alternative per la gestione della propria cura-benessere, predilige un modello di servizi on line e on time che già utilizza in altri settori (prenotazione, pagamento e download online, chat multicanale, disponibilità informazioni 24x7), adatta e modifica le proprie abitudini di vita in una logica di prevenzione supportata dalla tecnologia.

Quale è, dunque, il quadro normativo che supporta e fa da cornice a questo nuovo paziente 2.0?

In via preliminare occorre precisare che la legge 833/78 istitutiva del SSN si pone come attuazione del diritto alla salute sancito dall'art. 32 della Costituzione secondo il quale "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività...".

Tale diritto alla tutela della salute è poi da sempre stato inteso come diritto finanziariamente condizionato (sin da Corte Costituzionale Sent. n. 175/1982, oggi giurisprudenza pacifica). Ne deriva che la modifica e/o l'implementazione dell'erogazione di "nuovi" servizi sanitari (rectius di "nuove modalità" di erogazione di servizi sanitari - come è nell'e-health) appare collegata da una parte al quadro normativo che man mano viene implementato e dall'altra dalle capacità economiche e finanziarie delle pubbliche amministrazioni sanitarie chiamate ad attuare tale piano normativo (oggi le Regioni e le ASL/AO dopo la modifica del D.Lgs 502/92 e la piena regionalizzazione della sanità in forza della modifica dell'art. 117 della Cost nel 2001).

Chiarito il macro quadro legislativo di riferimento, il presente lavoro ha come obiettivo quello di elencare le maggiori iniziative a livello nazionale in materia di sanità digitale.

In altre parole quali sono – in via schematica – le iniziative in corso relative alla "digitalizzazione del nostro SSN" di cui il paziente 2.0 può usufruire.

CUP- Centro Unico di Prenotazione

Per Centro Unico di Prenotazione, si intende il sistema centralizzato informatizzato di prenotazione delle prestazioni sanitarie, deputato a:

- gestire l'intera offerta (SSN, regime convenzionato, libera professione intramoenia) con efficienza;
- strutturare in modo organizzato l'attività delle unità eroganti per ciò che attiene l'erogazione delle prestazioni;
- interfacciare le diverse procedure di gestione dell'erogazione, degli accessi e delle relative informazioni;
- supportare modalità di programmazione dell'offerta e comunicazione ai cittadini finalizzate al contenimento dei tempi di attesa.

Al fini di armonizzare un modello di riferimento a livello nazionale dei Centri di Prenotazione Unificata sono state predisposte dal Ministero della Salute, in collaborazione con le Regioni, apposite **Linee guida nazionali** 27 ottobre 2009.

Tali Linee, sulle quali è stata acquisita l'Intesa della Conferenza Stato-Regioni (**Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il documento recante "Sistema CUP – Linee guida nazionali"**). Rep. Atti n. 52/CSR del 29 aprile 2010), definiscono le caratteristiche minime ed uniformi relative a tali sistemi a livello nazionale.

Le Linee guida forniscono una disamina dei possibili canali di accesso attraverso i quali il cittadino può fruire dei servizi di prenotazione, tra i quali rientrano lo sportello presidiato, il telefono, l'accesso tramite internet, nonché le farmacie territoriali etc.

Nello specifico poi decreto legislativo 3 ottobre 2009, n. 153, delineando un nuovo modello di farmacia come "farmacia dei servizi", ha delineato le farmacie territoriali quale possibile canale di accesso ai servizi di prenotazione da parte dei cittadini.

Inoltre l'art 47 bis del citato decreto-legge n. 5 del 2012 stabilisce, nell'ottica della semplificazione in materia di sanità digitale, che *"nei piani di sanità nazionali e regionali si privilegia come i sistemi di prenotazione elettronica per l'accesso alle strutture da parte dei cittadini con la finalità di ottenere vantaggi in termini di accessibilità e contenimento dei costi"*.

Fascicolo Sanitario Elettronico

Il Fascicolo Sanitario Elettronico viene istituito in Italia dall'art. 12 della DECRETO LEGGE 18 ottobre 2012, n. 179 convertito in legge 17 dicembre 2012, n. 221.

Tale norma stabilisce che "Il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) è l'insieme dei dati e documenti digitali di tipo sanitario e socio-sanitario generati da eventi clinici presenti e trascorsi, riguardanti l'assistito"

Inoltre “Per favorire la qualità, il monitoraggio, l’appropriatezza nella dispensazione dei medicinali e l’aderenza alla terapia ai fini della sicurezza del paziente, è istituito il dossier farmaceutico quale parte specifica del FSE, aggiornato a cura della farmacia che effettua la dispensazione”

La generale previsione di istituzione del FSE sopra riportata ha poi trovato poi attuazione nel recente Dpcm 178 del 2015 che contiene il regolamento operativo dello stesso FSE

Tale DPCM disciplina i diversi aspetti che attengono l’istituzione e l’utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico, tra i quali: i relativi contenuti, le garanzie e le misure di sicurezza da adottare nel trattamento dei dati personali nel rispetto dei diritti dell’assistito, le modalità ed i livelli diversificati di accesso al Fascicolo, nonché i criteri per l’interoperabilità del FSE a livello regionale, nazionale ed europeo, nel rispetto delle regole tecniche del sistema pubblico di connettività.

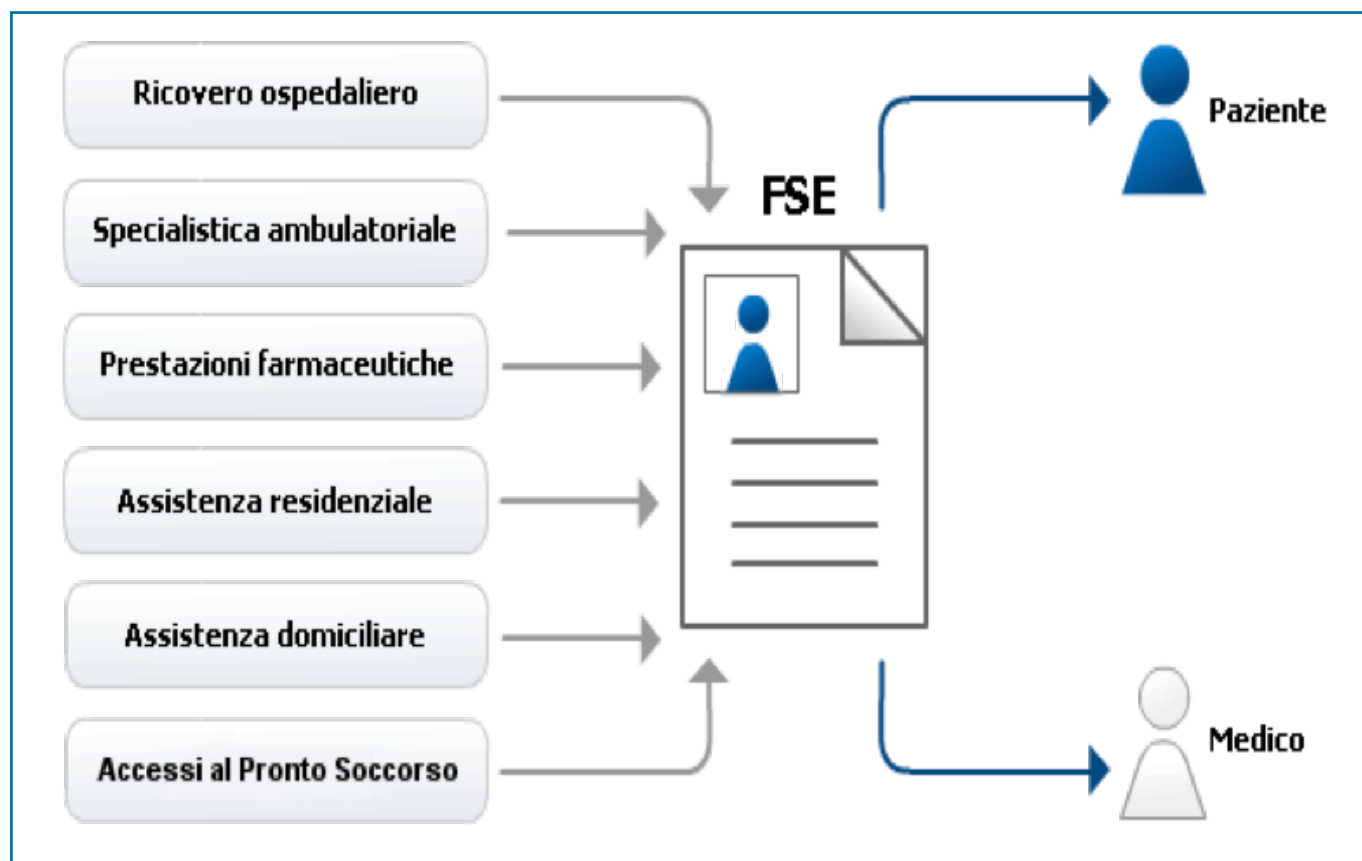
Circa la finalità perseguita si può affermare che Il fascicolo sani-

tario elettronico, che ha un orizzonte temporale che copre l’intera vita del paziente, è alimentato in maniera continuativa dai soggetti che prendono in cura l’assistito nell’ambito del Servizio sanitario nazionale e dei servizi socio-sanitari regionali e dal paziente stesso.

L’obiettivo è quello di fornire ai medici, e più in generale ai clinici, una visione globale e unificata dello stato di salute dei singoli cittadini, e rappresenta il punto di aggregazione e di condivisione delle informazioni e dei documenti clinici afferenti al cittadino, generati dai vari attori del Sistema Sanitario.

Esso contiene eventi sanitari e documenti di sintesi, organizzati secondo una struttura gerarchica paziente-centrica, che permette la navigazione fra i documenti clinici in modalità differenti a seconda del tipo di indagine.

Sotto uno schema tratta dal sito del Ministero della Salute che evidenzia la tipologia di tali che vengono inseriti nel FSE



Un aspetto di particolare importanza per il cittadino è la tutela dei suoi dati.

Sul punto ancor prima della emanazione dell’art.12 legge 221/2012 sopra richiamata era intervenuto il Garante privacy con le Linee Guida 11 agosto 2009

Certificati telematici di malattia

In attuazione del DPCM 26 marzo 2008, il Ministero della salute ha emanato il Decreto 26 febbraio 2010 pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 65 del 19 marzo 2010.

Tale Decreto definisce le modalità tecniche di predisposizione e invio telematico dei dati delle certificazioni di malattia da parte dei medici del SSN.

Il servizio di trasmissione telematica dei certificati di malattia è finalizzato a consentire l'invio, da parte dei medici del SSN, dei certificati attestanti l'assenza per malattia per i lavoratori sia del settore privato sia del settore pubblico all'INPS e, per il suo tramite, ai rispettivi datori di lavoro, secondo le modalità stabilite dalla normativa vigente.

Il servizio di trasmissione telematica dei certificati di malattia consente di automatizzare e digitalizzare completamente l'intero processo organizzativo-gestionale che si origina con la produzione dei certificati di malattia e degli attestati di malattia (intendendosi con quest'ultima espressione il certificato privato della diagnosi clinica) da parte del medico e si conclude con la trasmissione, a cura del lavoratore, dei certificati all'INPS e degli attestati ai rispettivi datori di lavoro.

La trasmissione telematica dei certificati di malattia viene effettuata sia dai medici dipendenti del SSN (quali i medici ospedalieri ed i medici di distretto), sia dai medici in regime di convenzione con il SSN (quali i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e gli specialisti ambulatoriali).

Attraverso questo nuovo servizio i lavoratori, oltre a ricevere la copia cartacea dei propri certificati e degli attestati di malattia da parte del medico, ovvero a richiedere copia elettronica degli stessi sulla propria casella di posta elettronica certificata o meno, possono richiedere al medico, in caso di indisponibilità di tali copie, l'invio di un SMS contenente i dati essenziali dell'attestato di malattia (protocollo, data di rilascio, durata della prognosi, nome e cognome del lavoratore, nome e cognome del medico).

In capo al lavoratore resta tuttavia fermo l'obbligo di segnalare tempestivamente, al datore di lavoro, la propria assenza e l'indirizzo di reperibilità, qualora diverso dalla residenza o domicilio abituale, per i previsti controlli medico-fiscali.

Ricetta medica elettronica

L'implementazione della ricetta medica elettronica ha avuto il seguente iter

Con il DPCM del 26 marzo 2008 sono state disciplinate le modalità di trasmissione telematica dei dati delle ricette da parte dei medici del SSN. In attuazione del citato DPCM, il Ministero della salute ha partecipato alle attività per la definizione dei Piani Regionali attuativi.

Con successivo decreto **2 novembre 2011** (G.U. n. 264 del 12 novembre 2011) sono state poi definite le modalità tecniche per la dematerializzazione della ricetta medica cartacea per le prescrizioni a carico del SSN e dei SASN.

Con **decreto legge 18 ottobre 2012, n.179** convertito con modificazioni dalla **legge 17 dicembre 2012, n.221** è stato definito

un percorso per la graduale sostituzione delle prescrizioni mediche in formato cartaceo con le prescrizioni in formato elettronico.

Infine, in forza del **DPCM 14 novembre 2015** dal primo gennaio 2016 i medicinali prescritti su ricetta elettronica possono essere ritirati presso qualsiasi farmacia pubblica e privata convenzionata con il Ssn del territorio nazionale, disciplinando altresì le modalità di compensazione tra Regioni del rimborso della ricetta farmaceutica dematerializzata.

Telemedicina

La telemedicina è considerato a livello internazionale uno degli strumenti cardine della sanità del futuro

La Commissione Europea attribuisce una particolare rilevanza al tema della Telemedicina. In particolare, attraverso la Comunicazione (COM-2008-689), del 4 novembre 2008, recante "Telemedicina a beneficio dei pazienti, sistemi sanitari e società", vengono individuate una serie di azioni che coinvolgono tutti i livelli di governo, sia in ambito comunitario che dei singoli Stati Membri, volte a favorire una maggiore integrazione dei servizi di Telemedicina nella pratica clinica, rimuovendo le principali barriere che ne ostacolano la piena ed efficace applicazione.

In Italia al fine di supportare un impiego sistematico della telemedicina nell'ambito del SSN e di dare attuazione a quanto previsto nella citata Comunicazione europea, presso il Consiglio Superiore di Sanità è stato istituito un apposito Tavolo tecnico sulla telemedicina che in data 10 luglio 2012 ha approvato le **Linee di indirizzo nazionali sulla Telemedicina**.

In forza delle suddette Linee Guida è stata raggiunta l'**Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Telemedicina - Linee di indirizzo nazionali"**. Repertorio Atti n. 16/CSR del 20/02/2014.

Tale Intesa rappresenta un risultato particolarmente rilevante tenuto conto della necessità di ripensare il modello organizzativo e strutturale del servizio sanitario nazionale del nostro Paese, rispetto alla quale la diffusione sul territorio dei servizi di Telemedicina può costituire un importante fattore abilitante. Il recepimento delle Linee di indirizzo nazionali sulla Telemedicina sarà valutato in sede di adempimenti LEA che dovrebbe avvenire nel corso dell'anno corrente.

I servizi di telemedicina infatti possono rappresentare, in questo senso, una parte integrante del ridisegno strutturale ed organizzativo della rete di assistenza del Paese, contribuendo a migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria e consentendo la fruibilità di cure, servizi di diagnosi e consulenza medica a distanza, oltre al costante monitoraggio di parametri vitali, al fine di ridurre il rischio d'insorgenza di complicazioni in persone a rischio o affette da patologie croniche.

La telemedicina offre infatti potenzialità di grande rilevanza soprattutto in termini di accresciuta equità nell'accesso ai servizi socio-sanitari nei territori remoti, grazie al decentramento e alla flessibilità dell'offerta di servizi resi, la cui erogazione viene resa possibile grazie a forme innovative di domiciliarità.

Referti on line

L'articolo 6, comma 2, lettera d), numeri 1) e 2) del **decreto-legge 13 maggio 2011, n. 70** convertito, con modificazioni, dalla legge 12 luglio 2011, n. 106 recante «Semestre Europeo - Prime disposizioni urgenti per l'economia», ha disposto che le aziende sanitarie del SSN adottano procedure telematiche per consentire il pagamento on line delle prestazioni erogate, nonché la consegna, tramite web, posta elettronica certificata o altre modalità digitali, dei referti medici.

Con il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 8 agosto 2013, pubblicato sulla G.U. n. 243 del 16 ottobre 2013, sono state adottate, in conformità con le regole tecniche previste dal codice dell'amministrazione digitale, le disposizioni necessarie per l'attuazione di quanto previsto del citato articolo 6.

Partecipazione dell'Italia all'eHealth Network

L'eHealth Network è stato istituito nel mese di gennaio 2012 in attuazione dell'articolo 14 – “Assistenza sanitaria on line” della **Direttiva 2011/24/UE** del Parlamento Europeo e del Consiglio del 9 marzo 2011, concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera. Tale organismo è finalizzato allo sviluppo e alla diffusione dell'eHealth a livello comunitario, attraverso una cooperazione strategico-istituzionale tra le autorità nazionali responsabili dell'assistenza sanitaria on line, designate dai diversi Stati Membri. Nell'ambito dell'eHealth Network l'Italia è rappresentata dal Ministero della Salute.

Intramoenia in rete

Il **decreto legge 13 settembre 2012, n. 158** convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n.189 recante «Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute», ha inserito nella legge 3 agosto 2007, n. 120 recante «Disposizioni in materia di attività libero-professionale intramuraria e altre norme in materia sanitaria», una specifica disposizione (articolo 1, comma 4, lettera a-bis), che prevede la predisposizione e l'attivazione, da parte delle Regioni e delle Province Autonome, di un'infrastruttura di rete per il supporto all'organizzazione dell'attività libero professionale intramuraria. A tal fine il Ministro della salute con **decreto 21 febbraio 2013** ha definito le relative modalità tecniche.

Tessera Sanitaria

La Tessera Sanitaria è stata distribuita a tutti i cittadini assistiti dal Servizio Sanitario Nazionale a partire dal 2004 e consente, tra l'altro, di conoscere e governare le risorse spese per farmaci e prestazioni specialistiche dal Servizio Sanitario Nazionale.

Al fine di rendere progressivamente fruibili, nell'ambito del SSN, nuovi ed ulteriori servizi di eHealth ai cittadini, il **decreto legge 31 maggio 2010, n. 78**, convertito, con modificazioni, nella legge 30 luglio 2010, n. 122, prevede opportune misure ai fini dell'evoluzione della Tessera Sanitaria verso la Tessera Sanitaria – Carta nazionale dei servizi (TS-CNS).

Inoltre, il documento digitale unificato, ai sensi dell'articolo 10, comma 3, del **decreto-legge n. 70/2011**, convertito dalla legge n. 106/2011, come modificato dalla legge disciplinante l'Agenda

Digitale Italiana, prevede l'unificazione, su un medesimo supporto, della carta d'identità elettronica con la tessera sanitaria.





Profili Autori

Nehludoff Albano

È Project Manager del Sistema Informativo ASL Taranto. Ha lavorato come Project Manager di diversi Sistemi Informativi a carattere regionale della Puglia tra cui: il Sistema Informativo Regionale Vaccinazioni (GIAVA), il Sistema Informativo Regionale Anatomia Patologica (SIRAP) e il Sistema Informativo Regionale Screening oncologici (SIRS).

Elena Bellio

È Docente non Accademico presso il Dipartimento di Marketing dell'Università "L. Bocconi" di Milano e Ricercatrice del CERMES (Centro di Ricerca sul Marketing e i Servizi). Svolge attività di ricerca sia in Italia che in contesti internazionali con obiettivi consulenziali e scientifici.

Luca Buccoliero

È docente del Dipartimento di Marketing dell'Università Bocconi e ricercatore del CERMES Bocconi (Centro di Ricerca sul Marketing e i Servizi) Bocconi, dove coordina il "Citizen Lab" (innovazione per creare valore a beneficio del cittadino).

Dal 2009 è titolare dell'insegnamento "Marketing e Cittadino Cliente" (Social Marketing) presso l'Università Bocconi.

È visiting professor ed Exchange Researcher presso la Waseda University di Tokyo.

Antonia Cava

È ricercatrice di Sociologia dei processi culturali e comunicativi presso il Dipartimento di Scienze cognitive, psicologiche, pedagogiche e degli studi culturali dell'Università degli Studi di Messina dove insegna Industria Culturale e Media Studies. Si occupa di analisi dell'immaginario mediale e di dinamiche di fruizione da parte dei pubblici.

Emanuele Cerroni

Appassionato di Tecnologia, si occupa da sempre di tecnologie abilitanti con l'obiettivo di creare valore per le organizzazioni che investono in innovazione. Business Executive in Noovle, lavora a diretto contatto con alcuni fra i principali player internazionali di servizi cloud (Google, Amazon e Brightcove) ed è responsabile dei progetti Cloud nella PA e nella Sanità Digitale. Dal 2015 è responsabile del progetto trustApp (www.trustapp.it) per coniugare i benefici del cloud con la compliance e la normativa italiana e facilitare i processi di dematerializzazione.

Giovanni De Carlitelediagnost

Laureato in Fisica all'Università di Pavia, oggi è un manager con esperienza di oltre 20 anni nelle vendite, nel business development e nel marketing. Si è sempre occupato di tecnologie, organizzazione, processi e servizi, operando a vari livelli di responsabilità in aziende italiane e multinazionali e ha maturato esperienze e competenze nella gestione di clienti e canali di vendita, nell'analisi e nella revisione dei modelli di business e delle strategie commerciali. Attualmente si occupa di processi e tecnologie di Customer Relationship Management, Customer Experience, Virtual Assistance.

Barbara Ferraris di Celle

Giornalista pubblicista, è esperta di immagine, comunicazione e innovazione tecnologica. Ha diretto diverse testate fra cui Ict Security, e-Learning, Safety&Security, e-Health, e-Cloud e Information Security. Ha partecipato alla realizzazione di diversi studi di carattere tecnico-scientifico e alla pubblicazione di volumi specializzati. Ha inoltre curato l'organizzazione di numerosi convegni specialistici in tema di sanità e sicurezza informatica. In Noovle è Responsabile Ufficio Stampa e Comunicazione Esterna.

Maria Mazzola

È borsista e ricercatrice presso il CERMES Bocconi (Centro di Ricerca sul Marketing e i Servizi).

Domenico Mezzapesa

Laureato in Ingegneria elettronica con indirizzo informatico nel 1976, entra in IBM, dove svolge un ruolo commerciale fino al 1982. Nello stesso anno fonda, insieme ad altri soci, la 3i-Industria Italiana Informatica, dove come DG vi rimane fino al 1996. A seguire è founder e AD di MicroFocus Italia e I-Ter. Attualmente è founder e AD di I-Tel, società che sviluppa piattaforme di comunicazione multicanale (voce, sms, chat, social network, app, video cc, ecc...), e della Giovanni Leonardis Welfare, società di servizi per centri specializzati nella cura del dolore.

Anna Prenestini

È ricercatrice presso il CERGAS dell'Università Bocconi e SDA Professor nell'area Public Management and Policy dal 2005.

Nel 2013 è stata visiting professor presso l'University of Toronto, Canada.

Nell'ambito della SDA Bocconi è coordinatrice del Network dei Direttori delle Aziende Sanitarie

Elisa Solinas

È borsista e ricercatrice presso il Dipartimento di Marketing ed il CERMES Bocconi (Centro di Ricerca sul Marketing e i Servizi).

Silvia Stefanelli

È avvocato cassazionista, fondatore e co-titolare dello Studio Legale Stefanelli&Stefanelli, specializzato in ambito di sanità ed appalti.

È esperta di diritto sanitario, con particolare competenza in materia di organizzazione di erogazione dei servizi sanitari in ambito pubblico e privato nonché di problematiche giuridiche collegate all'acquisto e circolazione dei beni in sanità. Si occupa ampiamente di Sanità digitale. Collabora con il CIRSFID – Università di Bologna sui temi della Sanità Digitale.



Indice

- Introduzione	pag. 3
- Il paziente 2.0 di: Elena Bellio, Luca Buccoliero, Maria Mazzola, Elisa Solinas - CERMES Bocconi	pag. 4
- Web ed empowerment del Paziente 2.0 di: Luca Buccoliero, Elena Bellio - CERMES Bocconi e Anna Prenestini – CERGAS Bocconi	pag. 11
- Come progettare esperienze indimenticabili per il paziente: Marketing esperienziale di: Luca Buccoliero, Elena Bellio, Maria Mazzola, Elisa Solinas - CERMES Bocconi	pag. 32
- Pazienti-Clienti. Può un approccio basato sulla gestione della Customer Experience nella Sanità contribuire a migliorare la qualità delle cure? di: Giovanni De Carli – Sinkronie	pag. 40
- Digital Storytelling e pazienti internauti. I Social media raccontano la Sanità di: Antonia Cava – Università di Messina	pag. 47
- L'era della Digital Transformation in Sanità di: Emanuele Cerroni – Barbara Ferraris di Celle – Noovle	pag. 52
- Il valore della comunicazione sanitaria e le tecnologie abilitanti di eHealth di: Domencio Mezzapesa – I-Tel	pag. 60
- Best Practice. ASL Taranto, cronaca di un progetto virtuoso di: Nehludoff Albano – ASL Taranto	pag. 65
- Il paziente 2.0 - il quadro normativo italiano di: Avv. Silvia Stefanelli - Studio Legale Stefanelli&Stefanelli	pag. 69
- Profili autori	pag. 74



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

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[®]

TIM Impresa Semplice



**Cloud Transformation.
Leggerezza e velocità per arrivare prima al futuro.**



Trasforma e riduci il tuo IT così puoi pensare solo al core business.
Le infrastrutture diventano più snelle e investi in quello che per te
conta di più: la tua azienda.

impresasemplice.it

IL FUTURO FIRMATO
TELECOM ITALIA.

