

LA SANITÀ CHE VORREI

**PUBBLICA, EQUA, EFFICACE:
COSTRUITA INSIEME AI PROFESSIONISTI**

Proposte del Coordinamento Specialisti Ospedalieri

A cura di **Giorgio Ventruzzo** e **Marcello Caremani**



Edizione digitale a cura di

 **GUTENBERG**
sicurezza in sanità

OPEN  ACCESS

laboratorio
SANITÀ 20/30

21-22 GIUGNO 2021

>> **VERSO IL 16° FORUM** >>

www.sanita2030.it



Il presente volume è pubblicato in **open access**, ossia il file dell'intero lavoro è liberamente scaricabile dalla piattaforma Gutenbergonline (www.gutenbergonline.it/pubblicazioni)

LA SANITÀ CHE VORREI

**PUBBLICA, EQUA, EFFICACE:
COSTRUITA INSIEME AI PROFESSIONISTI**

Proposte del Coordinamento Specialisti Ospedalieri

A cura di **Giorgio Ventoruzzo** e **Marcello Caremani**

Indice

<i>Gli autori</i>	Pag. 6
<i>Prefazione</i>	» 7
<i>01 SSN IN CRISI: cosa è successo? Cosa c'è da cambiare</i>	» 8
<i>02 LE MACRO-ASL TOSCANE: una proposta di riorganizzazione</i>	» 28
<i>03 RIORGANIZZAZIONE RETE OSPEDALIERA: ruolo dell'Ospedale Centrale e degli Ospedali Periferici. L'importanza della cintura internistica</i>	» 34
<i>04 PARTNERSHIP SSN-PRIVATO CONVENZIONATO</i>	» 46
<i>05 RIORGANIZZAZIONE CONTINUITÀ OSPEDALE - CURE PRIMARIE E ASSISTENZA TERRITORIALE POST COVID. Proposte e Prospettive</i>	» 50
<i>06 BIG DATA: programma sociosanitario per i comuni</i>	» 60
<i>07 TELEMEDICINA E SANITÀ DIGITALE: è cominciata una nuova era</i>	» 64
<i>08 VALORIZZARE IL SISTEMA DEGLI INCARICHI PER AUMENTARE L'ATTRATTIVITÀ DELL'AZIENDA SANITARIA</i>	» 74
<i>09 PROPOSTE DI REVISIONE LIBERA PROFESSIONE INTRAMOENIA (ALPI)</i>	» 80
<i>10 IL RUOLO DELLA SIMULAZIONE NELLA FORMAZIONE IN SANITÀ</i>	» 88
<i>11 L'EVOLUZIONE NELLA COMUNICAZIONE IN SANITÀ: cosa dovrebbe cambiare?</i>	» 106
<i>12 IL CAPITALE UMANO IN SANITÀ</i>	» 120

Autori

Dr. Giorgio Ventoruzzo giorgio.ventoruzzo@libero.it	(Chirurgo Vascolare - Ospedale S. Donato - Arezzo)
Dr. Marcello Caremani m.caremani@gmail.com	(Infettivologo - Arezzo)
Dr.ssa Marta Angelini	(Chirurgo Generale - Ospedale S. Donato - Arezzo)
Dr. Paolo Sereni	(Chirurgo Vascolare - Arezzo)
Dr. Enrico Andolfi	(Chirurgo Generale - Ospedale S. Donato - Arezzo)
Dr. Francesco Corradi	(Internista - Ospedale Bibbiena)
Dr.ssa Alessandra Caremani	(Ematologa - Ospedale S. Donato - Arezzo)
Dr.ssa Gaia Pino	(Gastroenterologa - Ospedale S. Donato - Arezzo)
Dr.ssa Elena Cavargini	(Gastroenterologa - Ospedale S. Donato - Arezzo)
Dr.ssa Tiziana Attala	(Psichiatra - Valtiberina e Arezzo)
Dr.ssa Caterina Rango	(Pediatria - Ospedale S. Donato - Arezzo)
Dr. Aldo Cuccia	(Dermatologo - Ospedale S. Donato - Arezzo)
Dr.ssa Nicoletta Martini	(Anestesista - Ospedale S. Donato - Arezzo)
Dr.ssa Raffaella Pavani	(Anestesista - Ospedale S. Donato - Arezzo)
Dr. Filippo Annino	(Urologo - Ospedale S. Donato - Arezzo)
Dr.ssa Daniela Caremani	(Radiologa - Ospedale S. Donato - Arezzo)

Prefazione

“Non è la specie più forte a sopravvivere, e nemmeno quella più intelligente, ma la specie che risponde meglio al cambiamento”
Charles Darwin

“Un giardiniere con un secchio bucato porta avanti e indietro l’acqua da una fontana, perdendola per la maggior parte lungo la strada; poca acqua arriva in conclusione all’orto, che produrrà molto poco, ma l’acqua persa nel percorso farà germogliare degli ortaggi spontanei”. Questa metafora di Okun, economista nipponico-americano, ben si adatta al nostro sistema sanitario e alle sue risorse: l’orto rappresenta la nostra sanità, il giardiniere gli operatori sanitari, il secchio bucato la nostra organizzazione, l’acqua che perdiamo le risorse e gli ortaggi le prestazioni che spesso sono spontaneamente prodotte dalla poca acqua che il giardiniere-operatore sanitario continua ostinatamente a portare. Il principale filo conduttore di questa monografia è come riuscire a rendere nuovamente attrattivo l’orto per il giardiniere, motivandolo, incentivandolo e provando a mettergli in mano un secchio non più bucato perché senza quel giardiniere, teniamolo ben presente, non germoglieranno più nemmeno gli ortaggi spontanei.

Le idee sviluppate in questa monografia esprimono la volontà di contribuire fattivamente a delineare l’orto comune della sanità del prossimo futuro ad opera di un Coordinamento, in continua crescita, che oggi conta più di 150 Medici dell’Area Aretina. Questa rete spontanea di medici nasce nel Marzo 2020 a seguito di un confronto avviato prima della pandemia Covid per cercare di affrontare le criticità sanitarie del nostro territorio che si inseriscono nell’ambito di una crisi più generale del Sistema Sanitario Regionale (SSR) e Nazionale (SSN). L’esigenza di unirsi in rete è espressione del desiderio comune di salvaguardare la Sanità Pubblica ed affermare un reale Governo Clinico. La nostra categoria professionale ha progressivamente perso la capacità di partecipare in maniera attiva alle decisioni cruciali in Sanità e sentimenti di abbandono, distanza, scarsa comunicazione e bassa considerazione si sono diffusi a macchia d’olio con conseguente peggioramento globale della qualità erogata.

La pandemia COVID-19 ha sottoposto la sanità ad un terribile *stress test* mettendone a nudo tutte le fragilità e carenze strutturali. In questa catastrofe, il valore e il ruolo del Capitale Umano è stato il vero argine che ha innalzato il grado di resilienza del SSN, attraverso lo straordinario impegno e senso del dovere di tutto il personale sanitario. Questo capitale umano, che è la risorsa più importante del SSN, va difeso e valorizzato attraverso un’innovazione profonda dell’organizzazione e della *governance* di sistema.

Dobbiamo ripartire, le idee devono maturare anche dal basso e il concetto di *bottom-up* nei processi decisionali non deve rimanere solo un vuoto slogan congressuale. Le scelte condivise diventano di fatto incontestabili ed hanno legittimazione assoluta, creando aggregazione, motivazione e miglioramento della qualità nell’assistenza dei nostri pazienti. La monografia raccoglie una serie di proposte recentemente esposte al 15° Forum Risk Management tenutosi ad Arezzo (15-18 dicembre 2020) che ci auguriamo possano essere strumenti utili di confronto e discussione nei vari tavoli decisionali. Una efficace programmazione richiede di essere preceduta da una visione strategica, senza la quale non è possibile definire gli obiettivi da perseguire e i *target* con i quali misurare la propria efficacia.

Il nostro compito è quello di aiutare ad individuare criticità e proporre soluzioni. Le proposte presentate nei vari capitoli di questa monografia rappresentano ciascuna un tassello di un mosaico composito di rinnovamento in sanità. Tali proposte si rivolgono pragmaticamente all’organizzazione nella nostra azienda ma possono essere recepite anche in un contesto nazionale. Occorre però che queste idee, per poter agire da reali commutatori, trovino dei “portatori” politici in grado di concretizzarle valorizzando nel contempo le spinte propositive provenienti da un capitale umano caratterizzato da notevole spessore professionale. La risposta alle sfide sanitarie di oggi e di domani dipenderanno in larga parte da questo impegno.

Il nostro auspicio è che in un periodo di “vento forte” come questo non si erigano muri ma bensì mulini a vento.

Giorgio Ventoruzzo

- 01 -

SSN IN CRISI:

Cosa è successo? Cosa c'è da cambiare

Giorgio Ventoruzzo, Marta Angelini

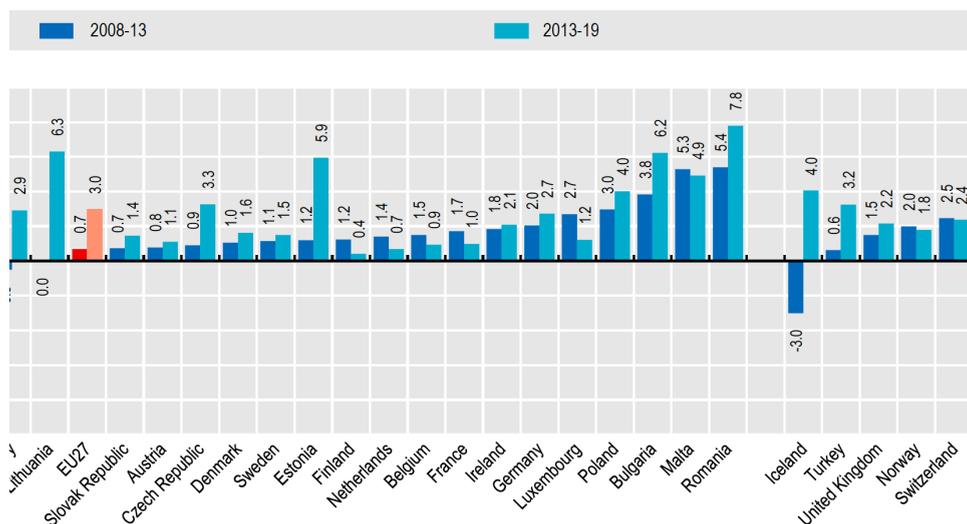
Cosa è successo?

I modelli organizzativi sanitari, in seguito alla riforma del titolo V della Costituzione che ha sancito la suddivisione del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) in 21 servizi regionali, possono essere molto diversi fra le varie regioni italiane, ma le criticità sono molto simili e includono:

- 1) **Aumento costi/definanziamento SSN**
- 2) **Invecchiamento della popolazione con crescita della cronicità e fragilità**
- 3) **Carenza di personale sanitario (riduzione complessiva e invecchiamento progressivo)**

1) Per quanto riguarda l'**AUMENTO DEI COSTI**, studi di "*Health Economics*" hanno dimostrato come l'espansione esponenziale della conoscenza medica (il tempo di raddoppio attuale è stimato essere < 1 anno) determini un equivalente impatto economico sui sistemi sanitari relativo all'introduzione di nuovi farmaci e tecnologie. Questo impulso al progresso in ambito medico si scontra con il **DEFINANZIAMENTO PROGRESSIVO del SSN** da parte dei Governi che si sono succeduti negli ultimi 15 anni. Il decennio 2010/2019, a causa della crisi finanziaria del 2008/2009 prima e dei debiti sovrani dopo, ha determinato un rigido controllo della spesa sanitaria. La spesa sanitaria pro-capite (Grafico 1) ha conosciuto, tra il 2013 ed il 2019, uno dei minori incrementi tra i Paesi appartenenti all'Organizzazione per lo Sviluppo e la Cooperazione Economica (OCSE), pari all'1,0 % con media OCSE pari ad un incremento del 3,0 %.

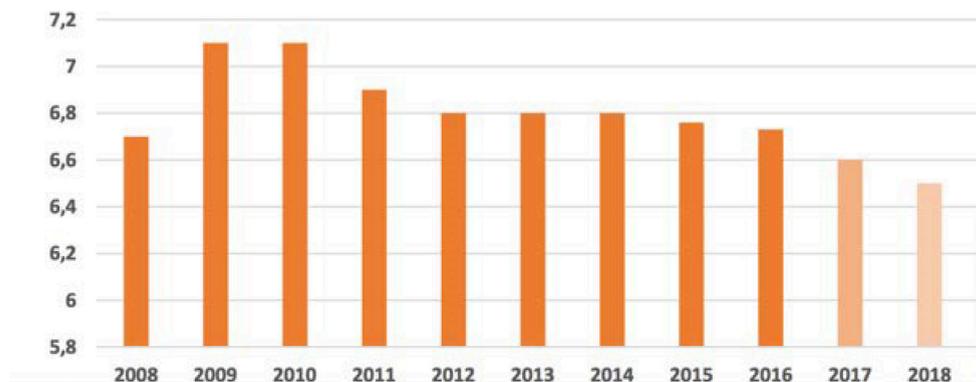
Grafico 1: Tasso di crescita media annuale pro-capite della spesa sanitaria (2008-2019)



Fonte: OECD Health Statistics 2020; Eurostat Database

Negli ultimi anni il nostro Paese ha investito sempre meno in Sanità con un valore del finanziamento ordinario dello Stato al SSN in rapporto al PIL in continuo calo dal 2010 al 2018 (Grafico 2).

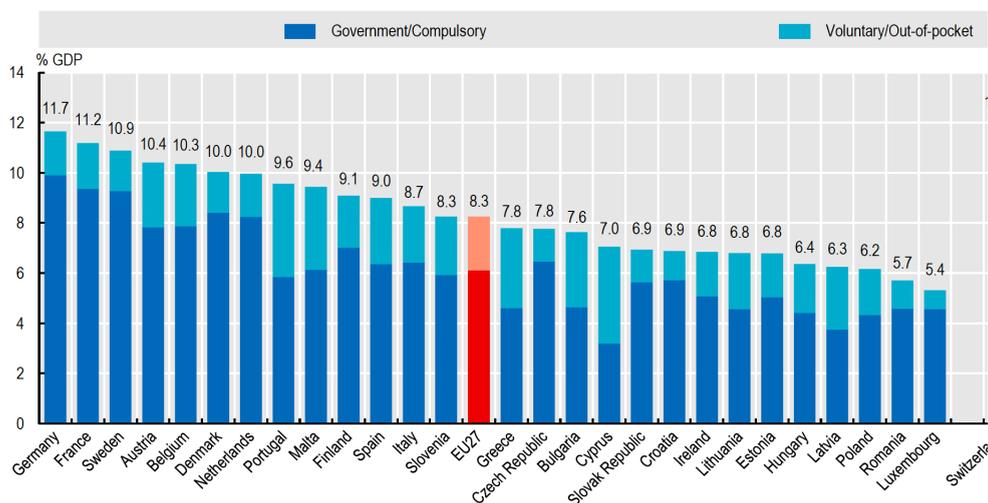
Grafico 2: Incidenza spesa SSN sul PIL



Fonte: Corte dei Conti. Elaborazione dati MEF-RGS. Relazione al Parlamento sulla situazione dei servizi sanitari regionali (Delib. n. 3/SEZAUT/2018/FRG)

Dagli ultimi dati disponibili (Grafico 3) l'Italia risulta in linea con la media europea per quanto riguarda l'incidenza della spesa sanitaria sul PIL con un valore complessivo dell'8,7% (valore medio EU 8,3%), di cui il 6,4% rappresentato dalla spesa pubblica e il restante 2,3% da quella privata (quindi circa il 25%). Il finanziamento del SSN risulta però largamente inferiore a quello dei Paesi con cui dovremmo confrontarci, il cui PIL è più simile al nostro, come la Germania (11,7% del PIL), la Francia (11,2%), l'Austria (10,4%) o la Svizzera (12,1%).

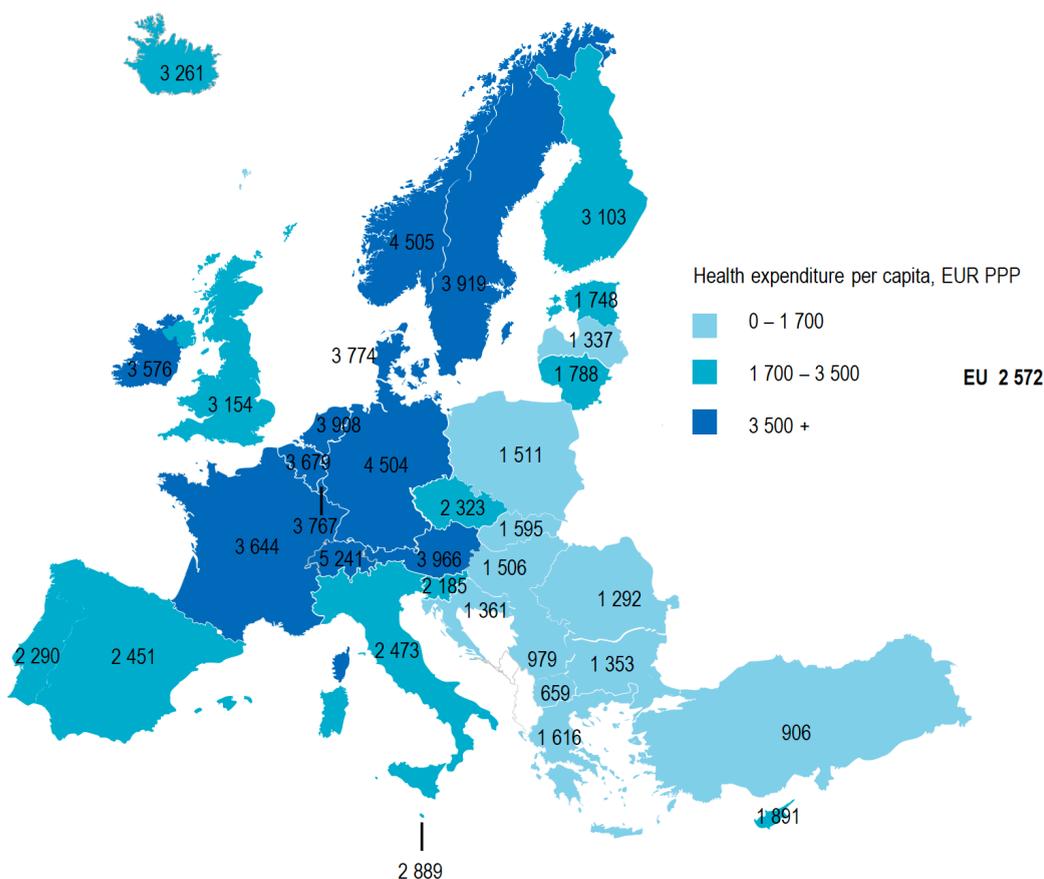
Grafico 3: Incidenza Spesa Sanitaria sul PIL - Anno 2019



Fonte: OECD Health Statistics 2020

Secondo il rapporto *Health at a Glance Europe 2020* dell'OCSE spendiamo per la Sanità leggermente di più solo rispetto a Spagna, Portogallo e Grecia, con differenze vertiginose rispetto a paesi come Francia e Germania, dove la spesa sanitaria pubblica pro capite è rispettivamente di 3.644 e 4.504 euro a fronte dei soli 2.473 euro dell'Italia, con una media OCSE di 2.572 euro (Grafico 4).

Grafico 4: Spesa sanitaria pubblica pro capite - Anno 2020



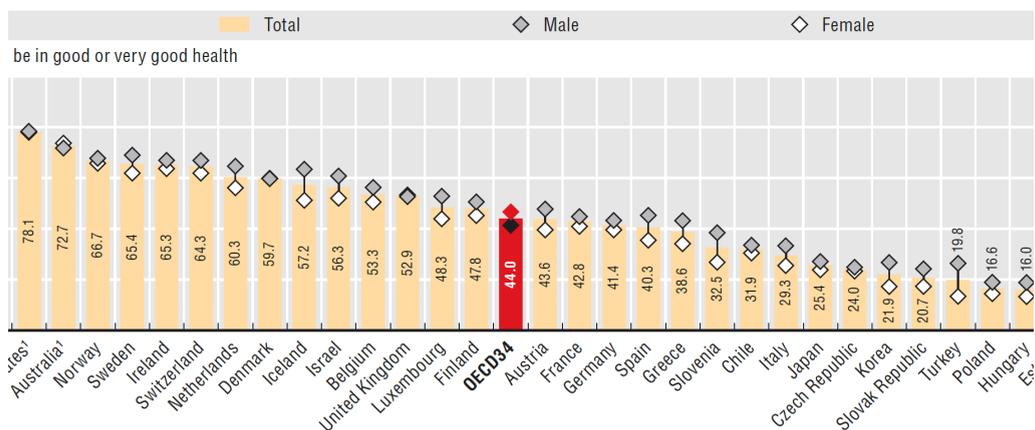
Fonte: OECD Health Statistics 2020; Eurostat Database; WHO Global Health Expenditure Database.”

Il cittadino italiano dispone quindi di una quota pro-capite per la salute nettamente inferiore a quella dei nostri vicini.

2) Il sotto-finanziamento del sistema pubblico nell'ultimo decennio si è scontrato con

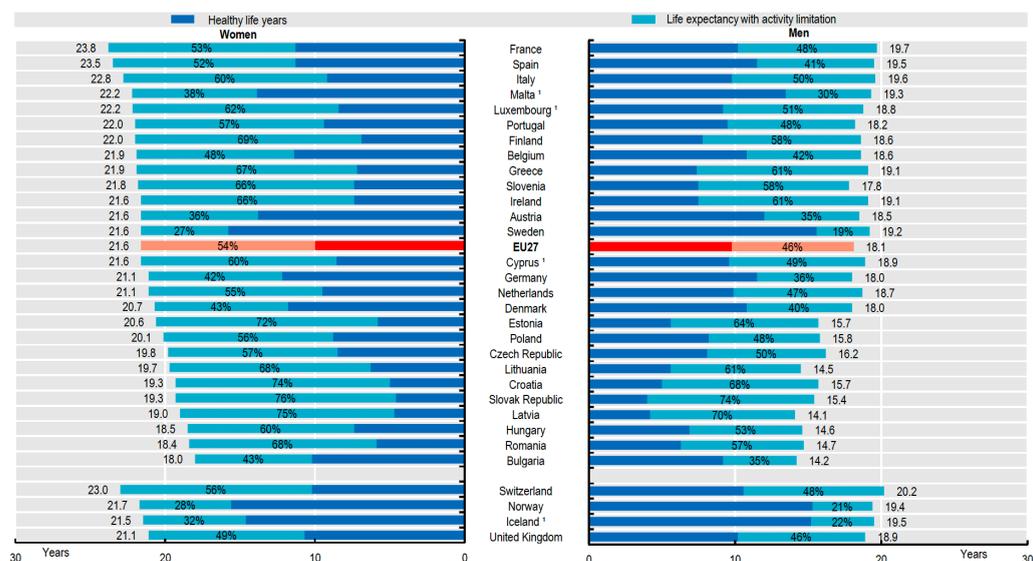
l'espansione dei bisogni sanitari collegata alla transizione demografica ed epidemiologica in atto con un progressivo **INVECCHIAMENTO DELLA POPOLAZIONE** e conseguente crescita della Cronicità e Fragilità. La "narrativa" del nostro SSN come tra i migliori al mondo è stata avvalorata con l'alta età media della popolazione e la lunga aspettativa di vita che è tra le più alte del mondo (83 anni). Questa è una equivalenza sbagliata in quanto la bontà di un valido sistema sanitario, profilato anche e soprattutto per le esigenze dei più anziani, si misura con altri indicatori. L'Italia ha un valore estremamente basso di stato di salute percepito tra gli over 65 (Grafico 5).

Grafico 5: Stato di salute percepito tra gli over 65 (2015)



Fonte: OECD Health Statistics 2017

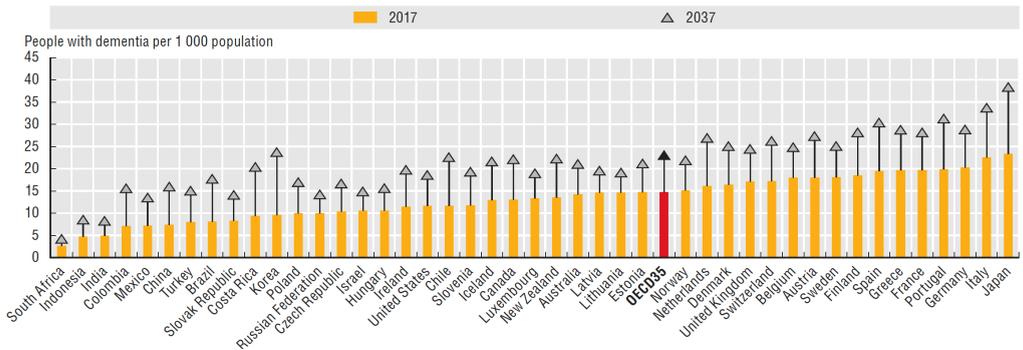
Ma il dato più drammatico sono gli anni medi in buone condizioni di salute dopo i 65 anni. Pur essendo l'aspettativa di vita dopo i 65 anni tra le più alte al mondo (circa 23 anni - dati 2018), gli anni medi di vita in buone condizioni di salute e senza disabilità sono meno di 10. Il confronto con un paese con un' aspettativa di vita oltre i 65 anni simile al nostro, ovvero la Svezia (21,6 anni), evidenzia che sono più di 16 gli anni medi in buone condizioni di salute. Pertanto nel nostro Paese abbiamo tanti anziani fragili e spesso affetti da varie patologie croniche che, oltre a percepire uno stato di salute peggiore della media, presentano oltre i 65 anni un periodo di tempo in buone condizioni di salute decisamente inferiore rispetto alla media (Grafico 6).

Grafico 6: Spettanza di vita e anni medi di vita in buone condizioni dopo i 65 anni (2018)

Fonte: OECD Health Statistics 2020; Eurostat Database

Secondo l'Istat, nel 2011 erano presenti in Italia 12 milioni e 300 mila ultra sessantacinquenni, con 6 milioni di over 75, ma nel 2030 saranno il 33% della popolazione, di cui tre milioni e mezzo non autosufficienti rispetto ai due milioni attuali. L'indice di vecchiaia della popolazione italiana (rapporto tra chi ha più di 65 anni e chi ne ha meno di 15) è passato dal 33,5% del 1951 al 180% del 2019. Il numero di anziani per bambino è passato, nello stesso periodo da meno di uno a cinque. In pochi anni, dal 2011 al 2019, la percentuale delle persone che hanno più di 45 anni è salita dal 48,2% al 53,5%. Il paese invecchia e l'indice di natalità è al livello più basso mai raggiunto. Aumenta il divario tra nascite e decessi: per 100 persone decedute arrivano soltanto 67 bambini (dieci anni fa erano 96) e l'immigrazione non salda questo divario. Nel 2020 si sono avuti circa 400 mila neonati contro più di un milione nel 1964. Secondo le stime dell'ultimo Rapporto Osservasalute 2019 tra meno di 10 anni il numero di malati cronici italiani salirà a oltre 25 milioni di cui oltre 14 milioni multi patologici e le persone ultra 65enni con gravi limitazioni motorie passeranno dai 3 milioni di oggi ad oltre 3,5 milioni nel 2028. L'ultimo dato che dà l'idea di quale potrà essere il peso dell'assistenza sanitaria, attuale e futura, rivolta agli anziani del nostro Paese è la prevalenza di persone con demenza, seconda solo al Giappone a livello mondiale ovvero pari a 25 casi/1.000 abitanti. Nel 2037 tale prevalenza sarà pari a 35 casi/1000 abitanti (Grafico 7).

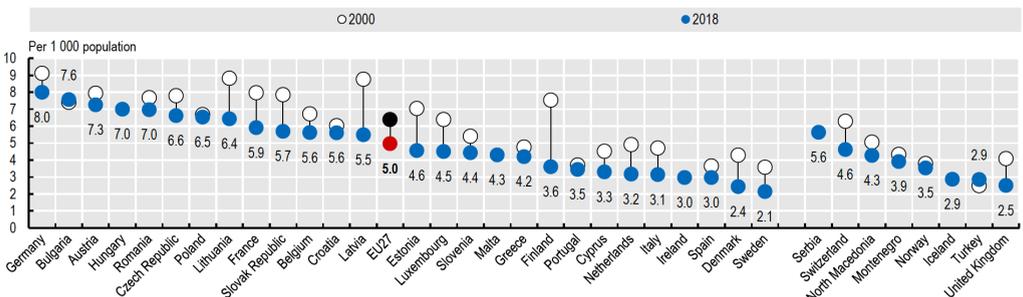
Grafico 7: Prevalenza Demenza



Fonte: OECD Health Statistics 2017

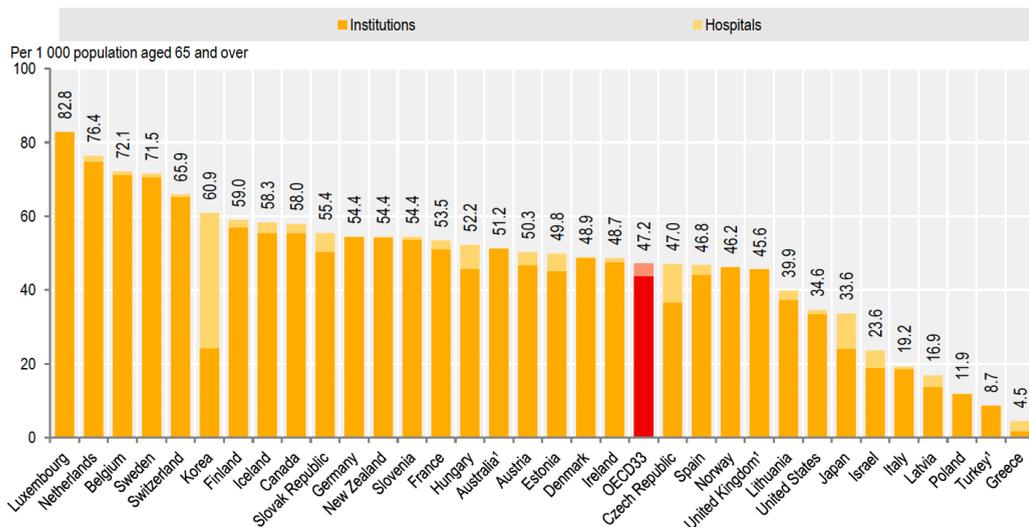
All'aumento progressivo delle problematiche correlate alla cronicità è corrisposta, nell'ambito della politica di contenimento dei costi, una progressiva RIDUZIONE DEI POSTI LETTO IN AMBITO OSPEDALIERO. Secondo un rapporto della Corte dei Conti: "Nel periodo 2007/2015, l'Italia ha ridotto sensibilmente il numero di posti letto, da 228.286 a 194.065 (-15%), portando il rapporto posti letto per 1.000 abitanti a 3,232 (era 4,7 nell'anno 2000). È uno dei valori più bassi dell'Unione europea: tutti i paesi dell'Unione hanno ridotto nel corso del tempo il numero di posti letto, ma Francia e Germania, nel 2015, hanno una dotazione di posti letto pari rispettivamente a 6,1 e 8,1 per mille abitanti." Come evidenziano anche i dati OECD riferiti al 2018 il numero di posti letto per mille abitanti (3,1) in Italia è tra i più bassi in Europa (media europea intorno a 5) e largamente insufficiente alle esigenze di ricovero (Grafico 8). Tale taglio di posti letti è andato ovviamente ad insistere in maniera ancora più critica sui letti di lunga degenza che sono in Italia fanalino di coda di quasi tutti i paesi OCSE (Grafico 9).

Grafico 8: Letti ospedalieri per 1000 abitanti (2000-2018)



Fonte: OECD Health Statistics 2020; Eurostat Database

Grafico 9: Letti di lungodegenza in ospedali e istituzioni (2017)

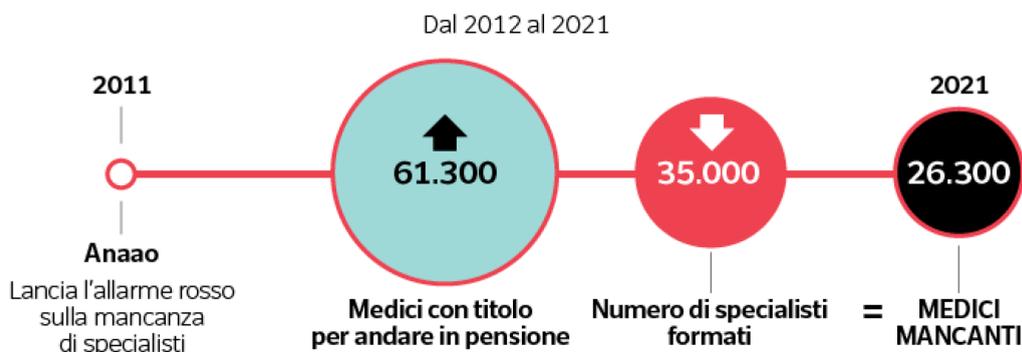


Fonte: OECD Health Statistics 2019

In questo scenario sono quindi necessari adeguati investimenti e riorganizzazione del settore “long term care” (LTC) e dell’assistenza sanitaria territoriale che mostra elevata frammentarietà e significativi elementi di criticità: in particolare l’Italia evidenzia un forte ritardo sulla diffusione dell’assistenza domiciliare rispetto agli altri paesi OCSE (4% pazienti anziani rispetto a media OCSE del 6%) e un’elevata disomogeneità fra regioni di tutti i servizi residenziali di prossimità.

3) Il fattore più rilevante per l’attuale crisi del SSN è la spaventosa **CARENZA DI PROFESSIONISTI**.

Uno studio ANAAO (associazione di categoria che rappresenta i dirigenti medici e sanitari), nel lontano 2011, lanciava l’allarme rosso prevedendo con largo anticipo la carenza di personale attuale nel SSN di cui la pandemia è stata la cartina tornasole travolgendo corsie d’ospedale già in profonda sofferenza di organico (Figura 1).

Figura 1: L'allarme Inascoltato

Fonte: Milena Gabanelli - Corriere.it - Dataroom 17 novembre 2020

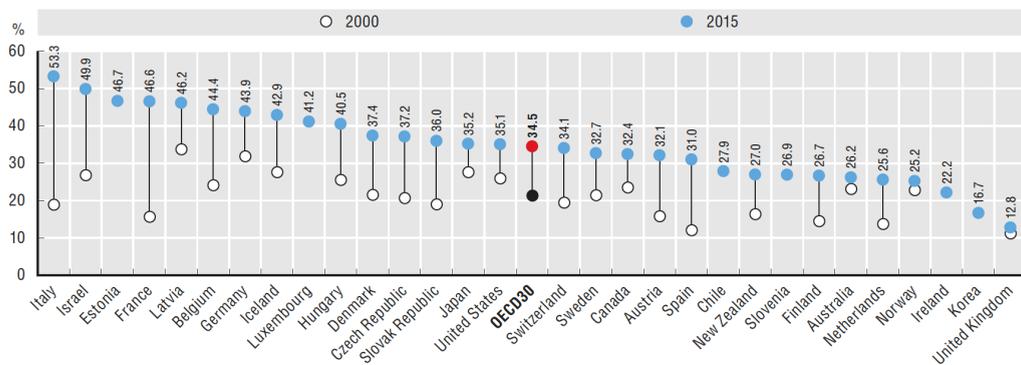
MA PERCHÉ MANCANO SPECIALISTI?

I motivi di tale carenza a livello **NAZIONALE** sono da attribuire a:

a) **MIGRAZIONE PROFESSIONALE**: in 10 anni, dal 2005 al 2015, sono stati 10.104 gli "espatriati", secondo i dati forniti dalla Commissione europea sulle migrazioni dei professionisti. Nell'ultimo decennio, su 100 medici europei che hanno lasciato il Paese d'origine, il 52% sono stati di nazionalità italiana. Una percentuale altissima considerando che al secondo posto di questa classifica vi è la Germania con il 19%. I motivi di tale migrazione sono da imputare alla **inadeguata programmazione della formazione di specialisti, scarsa attrattività ospedaliera e bassa remunerazione**. Secondo dati della Commissione Europea precedenti all'evento epidemico nei prossimi anni in Europa si prospetta una carenza di oltre 230 mila medici. La necessità di rafforzare i singoli sistemi sanitari porterà a una richiesta di professionisti ancora più forte. L'Italia parte in netto svantaggio in questa competizione: offre stipendi medi lordi inferiori di circa 40 mila € rispetto agli altri paesi dell'Europa Occidentale e le prospettive di carriera e di acquisizione di autonomia professionale sono lente.

b) **BLOCCO TURNOVER** e conseguenziale **incremento età media popolazione medica**: anche ai livelli attuali di organico la situazione non sarebbe assolutamente critica se l'età media dei medici fosse di circa 40 anni. L'Italia detiene il poco invidiabile record dei medici ultracinquantacinquenni. Il grafico evidenzia come più della metà dei medici è over 55 (esattamente il 53,3%). Deteniamo anche il record del balzo in avanti di tale percentuale. Nel 2000 i medici over-55 erano meno del 20%. A livello OCSE la percentuale di medici ultra-55enni si attesta a circa il 34% (Grafico 10).

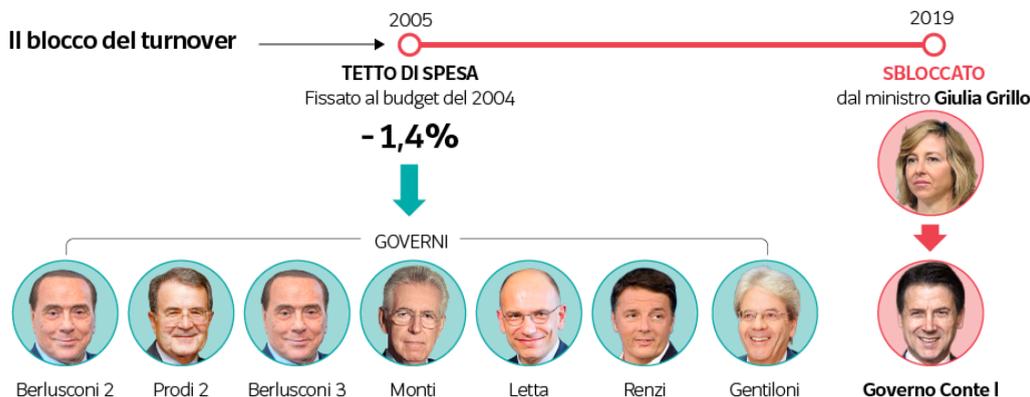
Grafico 10: quota di medici over 55 (2000 e 2015)



Fonte: OECD Health Statistics 2017

Nell'arco di 15 anni abbiamo più che raddoppiato questo dato. L'Italia è pertanto passata dalla parte destra del grafico alla parte sinistra, fino ad occupare il primo posto, grazie soprattutto alla assenza di programmazione. In Inghilterra solo il 13% dei medici ha più di 55 anni. Ciò è dovuto all'alto numero di neolaureati che sono entrati come forza lavoro nel decennio passato. La lunga linea che connette il pallino bianco (anno 2000) a quello azzurro (anno 2015) documenta un netto aumento della età media spiegabile solo con una completa stagnazione del *turn-over* in Sanità che viene bloccato dal 2005 (art. 1 comma 198 del Dlg n. 266/2005), con il governo Berlusconi 2, Prodi 2, Berlusconi 3, Monti, Letta, Renzi. Solo nel 2019, con il provvedimento voluto dal ministro Giulia Grillo, è stato possibile sbloccare il vincolo di spesa, ancora legato a un tetto fisso, pari al budget del 2004 meno l'1,4% (Figura 2).

Figura 2: Il Blocco del Turnover



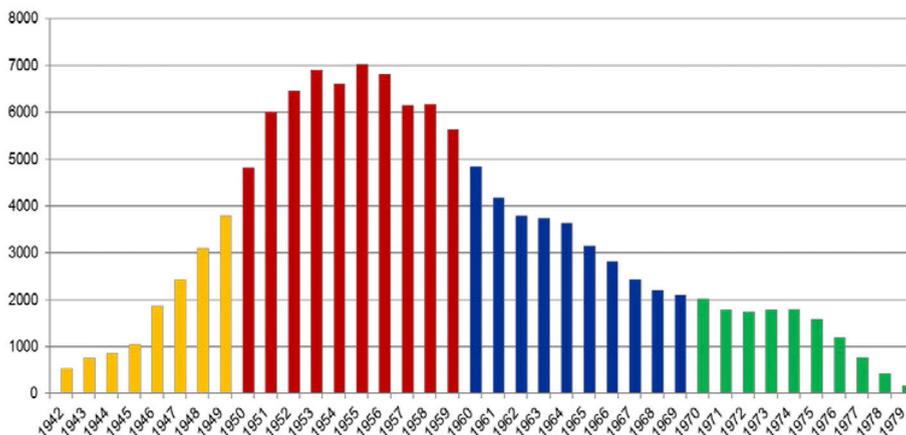
Fonte: Milena Gabanelli - Corriere.it - Dataroom 17 novembre 2020

Inoltre è proprio nella fascia di età degli over 55 che si riscontra il maggior **tasso di abbandono del posto di lavoro** anche prima dell'acquisizione dell'anzianità contributiva utile ai fini della quiescenza, a causa del drammatico peggioramento delle condizioni di lavoro (elevato rischio medico-legale, bassa retribuzione, carichi di lavoro troppo pesanti, scarso coinvolgimento nei processi decisionali) e grazie a mutate disposizioni legislative o alle sirene del mercato privato. Questo oltretutto mettendo a disposizione del settore sanitario privato le elevate capacità culturali e tecniche maturate in anni di lavoro e esperienza nel SSN. In alcune regioni, in particolare del Nord Italia, come il Veneto, si sta arrivando fino ad un 30-40% di uscite per la decisione dei medici di licenziarsi. Inoltre con il blocco delle visite specialistiche per la pandemia i malati non Covid si rivolgono al privato che, espandendosi, attrarrà sempre di più gli specialisti che scappano dal pubblico. Secondo una recente survey, promossa a ottobre 2020 tra gli iscritti dell'Anaa Assomed, il 46% dei medici ospedalieri pensa di abbandonare l'ospedale pubblico nei prossimi due anni.

c) Sopraggiunta "gobba pensionistica" + riforme pensionistiche + "imbuto formativo".

La cosiddetta "gobba pensionistica" (Grafico 11) si riferisce alla curva demografica che mostra un picco con riferimento ai medici nati negli anni cinquanta e entrati massivamente nel sistema prima dell'introduzione del numero chiuso. Tutti questi medici stanno andando in pensione in questi anni, aggravando così la riduzione assoluta dei medici in attività. Considerando che, per formare un nuovo medico con specializzazione servono almeno 10 anni, si può ben capire come il tempo sia ormai pochissimo per invertire il trend. L'istogramma mostra i 118.000 medici dipendenti del SSN nel 2008 distribuiti per anno di nascita. Le frequenze maggiori si hanno per i nati tra il 1950 e il 1961. Considerando che nel 2018 sono usciti dal sistema prevalentemente i nati nel 1952/1953, è ipotizzabile che il trend in uscita rimanga molto alto fino al 2027/2028 ad invarianza di criteri pensionistici. Dal 2029 la gobba tenderà a diminuire progressivamente, ritornando a tassi annuali di quiescenza più fisiologici e gestibili dal 2033/2034.

Grafico 11: istogramma gobba pensionistica

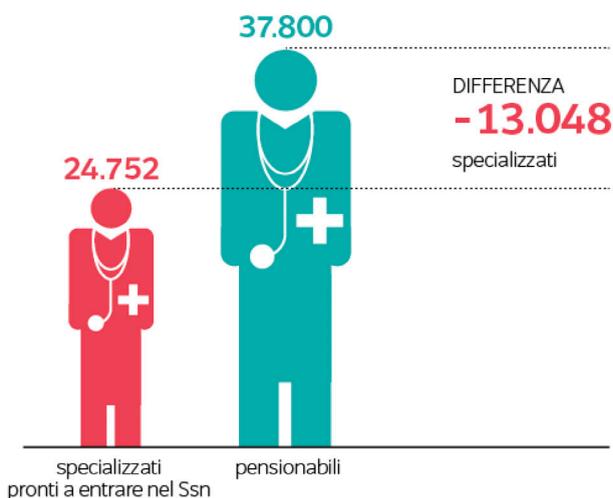


Fonte: Anaa

Ad accelerare l'effetto demografico della gobba pensionistica in termini di quiescenze massive degli operatori in atto nel SSN, contribuisce il fenomeno delle uscite legato a "Quota 100" e al tremendo stress psico-fisico patito dagli operatori sanitari pubblici durante la pandemia Covid-19. Con la riforma Fornero del 2012 si va in pensione con 42 anni e 10 mesi di contributi per i maschi, e 41 e 10 mesi per le donne. Tra pensione di anzianità (anticipata) e di «vecchiaia» escono mediamente dal sistema coloro che compiono i 65 anni. Vuol dire che nel 2015 sono usciti i nati nel 1950, nel 2018 quelli del 1953 e così via. L'articolo 14 del DL 4/2019 ("quota 100") ha introdotto la possibilità di andare in pensione con il mix di 62 anni di età e 38 anni di contributi in aggiunta ai canali di pensionamento tradizionali previsti dalla Legge Fornero. Secondo le stime del Governo nei prossimi anni con questa combinazione potrebbero lasciare il posto di lavoro 300 mila lavoratori del settore statale.

Questo quadro è stato aggravato e reso ancor più complesso dalla totale assenza di una qualificata e realistica programmazione della formazione *post-lauream* il cosiddetto "imbuto formativo" ovvero il gap tra numero di accessi al Corso di laurea in Medicina e Chirurgia e l'insufficiente numero di borse *post lauream* per la Medicina Generale (Mmg) e contratti specialistici. Negli ultimi anni le borse di specializzazione sono risultate inferiori al numero di laureati chiamati ad accedervi e agli stessi fabbisogni indicati dalle Regioni. Gli ingressi degli specialisti da formare non sono stati programmati in base alle possibili uscite con conseguente SALDO NEGATIVO tra nuovi pensionati e nuovi specialisti. L'imbuto formativo nel solo 2018 coinvolgeva 8.090 medici. Negli ultimi sei anni, ricordando sempre che un medico neolaureato che entra nella scuola di specializzazione sarà formato dopo 4-5 anni, incrociando i dati dei prevedibili pensionati dal 2015 ad oggi, con il numero di specializzandi pronti nello stesso anno a prendere il loro posto, il risultato è questo: pensionabili 37.800 a fronte di 24.752 specialisti pronti per entrare nel SSN. La stima di quanti medici in meno sono stati formati rispetto a chi è andato in pensione è di 13.048 (Figura 3).

Figura 3: Confronto tra nuovi specializzati e pensionati (dal 2015 al 2020)



Secondo un aggiornamento del 2020 dello studio ANAAO sulla carenza di professionisti nel quinquennio 2019-2023 sono previsti 32.501 pensionamenti, a fronte di soli 22.328 nuovi specialisti che opereranno per il SSN, con un ammanco di 10.173 specialisti. In uno scenario ancora più sfavorevole l'ammanco potrebbe salire alla vertiginosa cifra di circa 24 mila specialisti nel 2023. L'ipotesi intermedia è che tra il 2018 e il 2025, dei circa 105.000 medici specialisti attualmente impiegati nella sanità pubblica, ne potrebbero andare in pensione la metà (52.500), prefigurando per il 2025 una carenza di circa 16.500 specialisti. Numeri in ogni caso allarmanti.

Quindi se oggi non si trovano i medici di cui ci sarebbe bisogno, altro non è che la conseguenza di una programmazione errata negli anni passati. Anche l'ampliamento dell'accesso alle Specializzazioni, attualmente in corso, deve avere una programmazione razionale per evitare il cosiddetto **"imbuto lavorativo"**, cioè il rischio di creare tra un decennio una pletera di medici specialisti con difficoltà di impiego stabile per le mutate condizioni del mercato del lavoro a causa dell'esaurimento della "gobba pensionistica".

L'insieme di tutti i fattori descritti, determinando una grave carenza di personale sanitario, ha messo molte regioni in una profonda crisi amplificata dall'inaspettata pandemia da Sars-CoV-2 che ha colpito l'Italia dal febbraio 2020.

A livello **REGIONALE TOSCANO** inoltre la carenza di professionisti si sta acuendo perché, fermo restando i motivi generali comuni a tutte le regioni, sono presenti altri 2 fattori incidenti:

- 1) **rientro dal blocco del turnover delle regioni commissariate** che favoriva la migrazione dei professionisti verso la Toscana, regione virtuosa in tal senso;
- 2) problema **dell'attrattività degli ospedali** nei confronti dei professionisti in base a domanda/offerta: gli specialisti più richiesti, ad esempio gli anestesisti, hanno attualmente possibilità di scegliere a piacere il luogo di lavoro e tendono a privilegiare sedi in cui sia basso il livello di proiezione su ospedali periferici (che invece è ancora alto nella nostra rete ospedaliera rendendola in tal senso poco attrattiva).

Alcuni specialisti delle discipline di prima linea come gli Anestesisti-Rianimatori (che rappresentano il "collo di bottiglia" di tutte le attività chirurgiche e dell'utilizzo fattivo dell'implementazione dei posti di terapia intensiva) e i medici dell'Emergenza-Urgenza (che sono la porta di accesso all'ospedale) sono diventati rari e preziosi come l'oro. Basti pensare che solo in Toscana mancano all'appello circa 150 anestesisti rianimatori e 300 medici dell'emergenza-urgenza.

I servizi vanno avanti con turni insostenibili. Alle condizioni di lavoro non facili si associano le retribuzioni più basse d'Italia e d'Europa. La nostra regione ha perso così attrattività professionale. I residenti che si sono spostati in altre regioni o all'estero per specializzarsi non rientrano, quelli che lavorano nelle sedi più disagiate, quando possono, si spostano verso regioni o contratti di lavoro, come quelli della medicina convenzionata nel territorio o privata, che garantiscono ritmi di lavoro e retribuzioni migliori.

Il combinato disposto di tutte le criticità esaminate ha determinato una TEMPESTA PERFETTA per il SSN e soprattutto per le realtà più deboli, lasciando presagire un avvenire estremamente difficile per la sanità pubblica italiana il cui declino potrebbe essere molto più rapido del tempo che necessario per correggere la rotta. Questo significa che

la prognosi per il SSN è infausta? Non necessariamente, ma per evitare il disastro serve un cambiamento radicale rispetto alle politiche del passato. Se la POLITICA insieme alle DIREZIONI AZIENDALI non assumeranno il ruolo di Capitani Coraggiosi nell'approntare le azioni necessarie a cambiare rotta e "tenere la barra dritta", in poco tempo saremo tutti destinati al naufragio. Le emergenze vanno affrontate prima che si verifichino. Se c'è una organizzazione a priori, difficilmente si andrà in affanno.

L'obiettivo deve essere quindi quello di ridisegnare il sistema evitando di rimanere avviluppati in una discussione infinita quando, invece, il tempo rappresenta la nostra maggiore sfida.

Cosa c'è da cambiare?

1. RIORDINO DELLA FORMAZIONE della professione MEDICA attraverso:

- Un netto **aumento dei contratti di formazione specialistica** nei prossimi due anni per chiudere definitivamente l'imbuto formativo e garantire il *turnover*. Sarebbe quindi necessario un finanziamento "*una tantum*" di ulteriori 11.800 contratti di formazione specialistica, da distribuire sui concorsi 2021 e 2022, per riassorbire completamente l'imbuto formativo in un biennio. Il costo stimato sarebbe complessivamente di circa 1,2 miliardi di euro da spalmare in base alla durata in anni della formazione (300 mln/anno circa). I nuovi specialisti sarebbero pronti e operativi già a partire dall'anno 2024.
- **Programmazione almeno quinquennale** in base ai fabbisogni di nuovi medici dell'accesso a numero programmato alla formazione universitaria e delle borse di formazione post laurea in modo da superare l'imbuto formativo evitando in futuro l'imbuto lavorativo. Sarà necessario calcolare il fabbisogno di nuovi specialisti per il SSN per singola specializzazione evitando le gravi carenze in alcune discipline e *surplus* in altre.
- **Riforma della formazione post laurea** secondo tre direttrici strategiche:
 1. Per garantire la qualità del percorso formativo a fronte del notevole incremento dei contratti e delle borse, l'unica soluzione praticabile è quella dell'implementazione della rete attraverso l'individuazione e istituzionalizzazione degli **Ospedali di Apprendimento** ("*Teaching Hospital*") in modo da mettere a disposizione degli specializzandi l'immensa casistica clinica e il patrimonio culturale e tecnico dei medici ospedalieri riconoscendone un ruolo nei processi di formazione.
 2. **Riforma della Legge 368/2019** che preveda la trasformazione del contratto di specializzazione in un contratto di "formazione-lavoro" con inquadramento in una apposita sezione dell'area contrattuale della dirigenza medica in modo da poter avere, già dal primo anno di specializzazione, nuovi "dirigenti medici in formazione" negli ospedali della rete formativa. Nel frattempo sarebbe opportuno stipulare con gli specializzandi del 3°, 4°, 5° anno contratti di lavoro subordinato a tempo determinato in modo da fornire maggiori tutele rispetto ai contratti libero professionali e favorire le successive stabilizzazioni nelle stesse posizioni.

3. **Trasferimento delle competenze di programmazione** sulle specializzazioni mediche dal Ministero dell'Università e Ricerca (MUR) al Ministero della Salute che deve anche riacquistare un forte ruolo di indirizzo e controllo delle politiche regionali per consentire l'erogazione paritaria dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

2. **Mantenere e integrare le PROCEDURE STRAORDINARIE in DEROGA** messe in atto durante l'emergenza pandemica per l'acquisizione di beni e lavori, assicurare più elasticità per assunzioni del personale ottimizzandone le tempistiche eccessivamente lunghe (in Italia per fare un concorso ci vuole almeno 1 anno) e favorire le procedure di stabilizzazione dei contratti a termine in base ai Piani Triennali di Fabbisogno di Personale da parte delle aziende del SSR utilizzando la massima quota di riserva di posti messi a concorso (attualmente fissata nel 50%).

3. **Completamento della L.24/2017 sulla RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE** con il passaggio ad un sistema "no fault" sul modello europeo.

4. **REVISIONE DELLE GRANDI ASL TERRITORIALI (AREE VASTE)**, che pur avendo fornito in fase Covid possibilità di adeguare modularmente le attività in un contesto di rete, con discreta resilienza di sistema, presentano criticità di base ormai chiare soprattutto per quelle, come la Azienda USL Toscana SudEst (AUSLTSE), caratterizzate da una vasta estensione territoriale e perciò poco governabili. In questa prospettiva uno dei nodi centrali riguarderà la distribuzione e il rafforzamento delle Zone-Distretto per evitare lo sfilacciamento nelle filiere organizzative tra le dimensioni locali e i vertici delle aziende.

5. **RIORGANIZZAZIONE RETE OSPEDALIERA di AREA**. Abbiamo capito come sia vitale per l'immediato futuro aumentare la capacità attrattiva delle nostre aziende sanitarie nei confronti dei professionisti e questo determina, nelle situazioni territoriali come quella dell'AUSLTSE, la necessità di una **RIMODULAZIONE ("re-engineering") della RETE OSPEDALIERA con la DEFINIZIONE CHIARA della "MISSION" dell'OSPEDALE CENTRALE e di quelli PERIFERICI**. Il che vuole dire anche ottimizzare gli investimenti riducendo sprechi, rischio clinico e implementando efficacia e appropriatezza che sono indicatori fondamentali di qualità in sanità. Una mancata rimodulazione razionale della rete ospedaliera, basata sulla opportuna gestione delle risorse professionali, non andrà ad incidere solo sul "centro" o sulla "periferia" ma sulla tenuta del sistema nel suo insieme con pesanti ricadute sulla cittadinanza di tutti i comuni dell'area. In questo contesto sono necessari inoltre:

- Netto **incremento dei letti di lungodegenza** della rete.
- Definire le regole di ingaggio della "**Partnership pubblico-privato**".

6. **RIORGANIZZAZIONE CONTINUITÀ OSPEDALE-CURE PRIMARIE** post COVID per progettare e attuare una presa in carico globale del paziente. L'esigenza di una riforma complessiva dell'assistenza territoriale è ancor più evidente alla luce della pandemia che ha travolto il paese e rappresenta un'occasione da cogliere per insistere sulla spinta ad ottenere più risorse e giocare la partita delle riforme, perché non basterà solo avere più finanziamenti, ma occorrerà anche spenderli meglio. Sarà necessario favorire la diffusione

di modelli multidisciplinari e multi professionali ospedalieri e territoriali per la continuità delle cure e dell'assistenza delle cronicità e delle fragilità integrando cure specialistiche ospedaliere, primarie e servizi socio assistenziali del territorio attuando in pieno il modello di continuità assistenziale ospedale-territorio-medicina di base. È necessario quindi costruire una solida rete di strutture nel territorio fatta di case della salute, ospedali di comunità, consultori, centri per la salute mentale, centri di prossimità per rendere esigibili i Livelli Essenziali di Assistenza

7. DEFINIZIONE DEI PERCORSI ASSISTENZIALI che possano sfruttare appieno l'implementazione tecnologica della DIGITALIZZAZIONE. Il Covid-19 ha messo davanti agli occhi di tutti (istituzioni, operatori e anche cittadini) l'importanza della sanità digitale (*e-Health*), della raccolta dei dati, dell'interscambio di informazioni per una rapida connessione multidisciplinare tra ospedale e territorio ampliando le soluzioni possibili per la continuità assistenziale. Le criticità emerse durante la pandemia Covid-19 evidenziano la necessità improrogabile di una riorganizzazione dei percorsi del Ssn, attraverso sistemi di sanità digitale. L'obiettivo è quello di gestire a casa i malati meno gravi e ospedalizzare soltanto i pazienti affetti da patologie gravi. Quale deve essere il rapporto tra ospedale e territorio? E come può essere migliorata la continuità assistenziale?

La **Telemedicina** è una risposta e nel corso della pandemia si è notevolmente espansa e si è rivelata una risorsa formidabile per portare assistenza sanitaria a tutti. Nel nostro territorio, rurale, vasto e mal collegato può rappresentare un ampliamento dell'offerta sanitaria volta a garantire l'equità di accesso alle cure, la riduzione dei tempi e costi di intervento clinico, la riduzione degli spostamenti. La "casa come principale luogo di cura" è oggi possibile unendo la Telemedicina all'assistenza domiciliare integrata. Applicando sistemi di telemedicina e più in generale di sanità digitale si può ottenere un miglioramento dei percorsi di cura controllando i pazienti a distanza, riducendo gli accessi in ospedale, sia per gli ambulatori incrementando le televisite, sia per i ricoveri prevenendo le riacutizzazioni.

Il **Teleconsulto** può essere uno strumento efficace di relazione fra professionisti e una chiave di volta per **ridurre le liste e i tempi di attesa delle prestazioni sanitarie**, migliorando i criteri di appropriatezza delle richieste. Inoltre l'utilizzo razionale delle possibilità offerte dalla raccolta dei **BIG DATA**, per mettere assieme le informazioni necessarie alla presa in carico della domanda di assistenza delle persone e delle comunità, può permettere di compiere qualche passo in avanti nella realizzazione della tanto agognata **integrazione socio-sanitaria**, da sempre evocata e mai concretamente realizzata.

8. RIFINANZIARE SUBITO IL SSN - UTILIZZO DELLE RISORSE ECONOMICHE. Per ogni innovazione e cambiamento in Sanità servono risorse. La problematica del FINANZIAMENTO investe la politica nazionale ed è in tale ambito che è necessario un "cambio di passo". È arrivato il momento di pensare finalmente alla spesa sanitaria come un investimento, piuttosto che come un costo. L'agenda politica deve vedere nella sanità una "priorità" e investire nella sanità pubblica vuol dire innanzitutto dare certezza di finanziamenti adeguati per un tempo adeguato (almeno triennale). È importante ricordare a chi ha tagliato fino all'osso le risorse per la sanità le parole della Commissione Romanov, nel Rapporto relativo al sistema sanitario canadese nel 2002, ovvero che "non vi è uno standard su quanto un

paese dovrebbe spendere per la salute: un sistema sanitario è tanto sostenibile quanto un paese vuole che lo sia". Considerare la Sanità un costo, o solo un costo, è un errore come ha dimostrato drammaticamente l'emergenza COVID e sottovaluta il formidabile volano di crescita economica e di innovazione del settore. La pandemia ha dimostrato che la sanità costa, ma non averla costa di più e lo stesso vale per tutti i servizi fondamentali del SSN. I tagli non sono stati risparmi ma investimenti mancati con gravi danni umani e economici. La salute è l'elemento fondamentale di tutela del benessere sociale ed economico del paese. Lo stanziamento monetario del **Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)** o *Next Generation Italia* dedicato al capitolo Salute (Missione 6), prevede **15,6 miliardi** a cui sommare 1,7 miliardi di fondi React UE e 2,9 miliardi recuperati dal Fondo complementare da 30 mld collegato al PNRR (questi ultimi non indicati nel dettaglio), per un totale di **20,22 miliardi di investimenti**. Lo stanziamento del PNRR è stato suddiviso in 2 grandi capitoli di spesa con le ulteriori ripartizioni per settore di investimento.

1. **Reti di prossimità, Strutture e Telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale con 7 miliardi** per potenziare quello che è stato il fianco più scoperto di fronte allo tsunami del Covid. In questo capitolo di spesa sono previsti:

- **2 mld** per la realizzazione entro il 2026 di 1.288 **Case di Comunità** che sono un modello che ricalca quello delle Case della Salute istituite nel 2007 (strutture fisiche territoriali in cui opererà un team multidisciplinare di Mmg, pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di comunità), che dovranno diventare un punto di riferimento di prossimità. L'obiettivo è assistere in questi nuovi centri capillarmente 8 milioni di pazienti cronici mono-patologici e 5 milioni multi-patologici e quindi farne il perno delle prestazioni sul territorio in ambito socio-sanitario. Si segnala che attualmente le Case della Salute in Toscana sono 76;
- **1 mld** per lo sviluppo della rete territoriale di **cure intermedie** necessarie ad assistere quei pazienti stabilizzati dal punto di vista medico, che non richiedono quindi più ricovero ospedaliero, ma che non possono nemmeno essere gestiti a casa per la necessità di cure infermieristiche continue o mancanza di rete di sostegno familiare. Il piano prevede 381 **Ospedali di Comunità**, di norma dotati di 20 posti letto fino a massimo di 40, già previsti nel Patto per la Salute 2014-2016 ma per cui solo l'anno scorso sono stati definiti gli standard (Intesa Stato-Regioni n17 del 20 Febbraio 2020). Tali strutture rappresentano parzialmente anche una risposta al taglio negli anni passati di più di 70 mila posti letto della rete ospedaliera. Si segnala che attualmente gli Ospedali di Comunità in Toscana sono 20 per un totale di 245 posti letto;
- **4 mld** per la "**casa come primo luogo di cura**" ovvero per lo sviluppo dell'assistenza domiciliare integrata (ADI) in cui l'Italia è fanalino di coda in Europa (con il target di raggiungere la presa in carico del 10% della popolazione con più di 65 anni – circa 1,4 milioni- entro il 2026). Nell'ambito di questo finanziamento sono previsti 1 mld per la Telemedicina e 0,28 mld per istituire 602 Centrali Operative Territoriali (COT), una in ogni distretto, con la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete dell'emergenza-urgenza;

2. **Innovazione, ricerca e digitalizzazione del SSN con 8,63 miliardi.** In questo capitolo di spesa sono previsti:

- **7,36 mld** per l'**aggiornamento tecnologico e digitale degli ospedali** che comprende l'ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero, la messa in sicurezza degli ospedali (principalmente in termini di antisismica), lo sdoganamento definitivo del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) con l'obiettivo di fornire un unico punto di accesso ai servizi sanitari e un'unica fonte di informazioni strutturata per analisi approfondite che siano funzionali al miglioramento delle prestazioni;
- **1,26 mld** per **ricerca scientifica e trasferimento tecnologico** con valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica e sviluppo delle competenze tecnico-professionali, digitali e manageriali del personale del SSN;

Questi 20 miliardi però sono comunque ritenuti insufficienti per il "Rinascimento" del SSN che necessiterebbe di un investimento superiore ai 60 miliardi di cui almeno 30 da destinare all'ammodernamento della rete ospedaliera. L'insediamento del nuovo Governo Draghi ha determinato un ulteriore calo dello *spread* tra Bund tedeschi e Btp e ha reso meno conveniente l'accesso ai finanziamenti del **MES**, che è scomparso dal dibattito politico, ma rimane comunque stringente la necessità di un finanziamento adeguato finalizzato a risolvere le molteplici criticità del SSN stressate dall'emergenza Covid-19. È quindi sempre auspicabile il ricorso alle risorse del MES, 37 miliardi di euro per spese sanitarie dirette e indirette, messe a disposizione dalla UE per la ripresa economica post Covid che potrebbero essere una leva importante per l'ammodernamento della rete ospedaliera nazionale, l'adeguamento delle strutture intermedie di cura e medicina territoriale, il rafforzamento della rete di prevenzione, la diagnostica e l'assistenza domiciliare. Un prestito a tassi così convenienti (poco sopra lo 0,1%) farebbe risparmiare all'Italia interessi per 2,5 miliardi in dieci anni, rispetto all'emissione di titoli di stato. Ciò permetterebbe di arrivare vicino a quei 60 miliardi necessari secondo il Ministro della Salute per cambiare definitivamente il volto della sanità italiana e renderla adeguata alle sfide demografiche e epidemiologiche del futuro. Per far sì che queste risorse possano essere "debito buono" per il Paese l'accesso dovrebbe essere subordinato ad un progetto dettagliato di obiettivi di investimento con relativi cronoprogrammi.

In tale scenario, in ogni caso, sarebbe utile predisporre ulteriori **PROGETTI FINALIZZATI** in ambito socio-sanitario (ad esempio comunale) che possano attingere alle ingenti risorse messe in campo dal PNRR nell'ambito dell'innovazione-digitalizzazione della Pubblica Amministrazione.

9. VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE. Le organizzazioni sanitarie non si fondano sull'autorità di natura gerarchica, definita prevalentemente dalla posizione, quanto sull'autorità di natura professionale, cioè **il potere della competenza**. Il potere di realizzare reali cambiamenti strategici è un potere diffuso: tutti, e non soltanto pochi manager e/o rappresentanti dei professionisti debbono concordare ed accettare il cambiamento. Le strategie di gestione del personale devono essere concretamente mirate a motivare gli operatori, valorizzarne le risorse, misurarne e premiarne i risultati. Dopo il Covid è fuga dagli ospedali: il 46% dei medici pensa di abbandonare l'ospedale pubblico nei prossimi 2 anni e oltre il 75% ritiene che il proprio lavoro non sia stato valorizzato a dovere sia prima che durante la crisi pandemica. È quanto emerge da una *survey* promossa nel mese di ottobre 2020 dall'Anao Assomed tra 2.461 iscritti tra medici e dirigenti sanitari: "i medici ospedalieri, come anche i dirigenti sanitari, si sentono schiacciati da una macchina che esige troppo e che nemmeno ascolta la loro voce, svalutati e frustrati da un'organizzazione del lavoro che non sembra avere tra le priorità i loro bisogni e le loro necessità, sia come lavoratori che come persone. Una sofferenza che viene da lontano, amplificata dalla pandemia che ha reso insostenibili intensità assistenziale e carichi di lavoro". La sanità, oggi, è governata "all'insaputa" dei medici mentre la presenza dei professionisti nei processi decisionali sarebbe fondamentale perché portatrice della conoscenza reale sul campo dei problemi e dei possibili correttivi. E' necessario quindi investire nel capitale umano tramite tutti gli strumenti di **incentivazione professionale ed economica** (formazione specialistica, aggiornamento, centri di simulazione, maggiore sviluppo di carriera in senso orizzontale e/o verticale attraverso revisione sistema incarichi, correttivi all'attività libero-professionale, adeguamento su base regionale e nazionale alle medie stipendiali europee). In tale contesto appare non più prorogabile il riequilibrio delle retribuzioni dei medici ospedalieri toscani che ad oggi, dati del conto annuale dello stato alla mano (dati MEF reperibili all'indirizzo <https://www.contoannuale.mef.gov.it/spese-e-retribuzioni>), sono le più basse d'Italia.

Il ruolo dei dirigenti medici e sanitari all'interno delle aziende deve cambiare, ripensando l'attuale modello, ormai giunto al capolinea, per introdurre nuove forme di partecipazione dei professionisti ai modelli organizzativi-operativi e ai processi decisionali che governano la macchina ospedaliera, affermando come pilastro gestionale irrinunciabile quello del **Governo Clinico**.

Molti di questi punti saranno oggetto nei capitoli seguenti di documenti di proposta dettagliati, da condividere con i nostri Colleghi, con gli Ordini dei Medici e degli infermieri, con i Sindaci, le organizzazioni sindacali, le rappresentanze dei cittadini, e utilizzabili per discussione e confronto su tavoli di lavoro dedicati a livello aziendale e regionale, auspicabilmente liberi da preclusioni preconfezionate, superando resistenze ormai ben strutturate nel sistema. Una condivisione che non nasce solo dal doveroso rispetto ma anche dalla consapevolezza che questo progetto di rilancio del sistema sanitario pubblico, per essere realizzato nei tempi e nei modi che servono, deve essere di tutta la comunità.

Bibliografia

1. Peter D. Challenges and Opportunities facing Medical Education.. *Trans Am Clin Climatol Assoc.* 2011; 122:48-58
2. Diehm N et al. Cost-Effectiveness Analysis of Paclitaxel-Coated Balloons for Endovascular Therapy of femoropopliteal Arterial Obstructions. *J EVT* 2013;20:819-825
3. OECD/European Union (2020), *Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/82129230-en>
4. OECD (2019), *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>
5. OECD (2017), *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en.
6. OECD (2015), *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en.
7. Sostenibilità e finanziamento del SSN. 24° congresso Nazionale Anaa 2018
8. Enrico Reginato, Carlo Palermo; *Sole 24 Ore Sanità* n.36, 2011
9. Giuliano Antoniciello. Indagine sulle condizioni lavorative dei medici ospedalieri e sull'impatto dell'emergenza COVID-19 sul Sistema Sanitario. *Quotidiano Sanità*, 7 Gennaio 2021
10. La programmazione del fabbisogno di personale medico, proiezioni per il periodo 2018-2025: curve di pensionamento e fabbisogni specialistici; *Studio Anaa* 2018
11. Carlo Palermo, Perino di Silverio et al. Dall'abbattimento dell'imbutto formativo alla riforma della formazione medica. Una svolta necessaria per il SSN. *Dirigenza Medica* 2020; Numero 8
12. Milena Gabanelli, Simona Ravizza. Covid, carenza di medici specialisti: un documento l'aveva previsto 10 anni fa. *Corriere.it - Dataroom* 17 novembre 2020
13. Buetow SA, Roland M. Clinical Governance. Bridging the gap between managerial and clinical approaches to quality of care. *Qual Health Care* 1999;8:184-90
14. Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) presentato al Parlamento il 26 Aprile 2021
15. Case della salute e Ospedali di comunità: i presidi delle cure intermedie. Mappatura sul territorio e normativa nazionale e regionale. *Camera dei Deputati (Documentazione e ricerche)* n. 144, 1° marzo 2021

- 02 -

LE MACRO-ASL TOSCANE: una proposta di riorganizzazione

Paolo Sereni, Giorgio Ventoruzzo

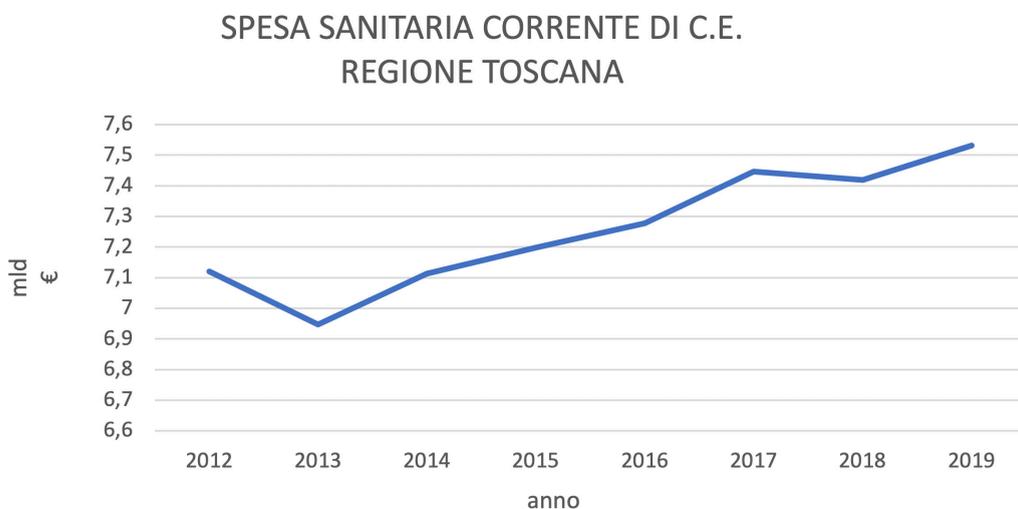
Limiti della Macro Area

Le Macro-USL in Toscana sono state create in un contesto di defianziamento progressivo del SSN con l'intento di razionalizzare le risorse e omogeneizzare l'accesso alle cure.

Il processo di accorpamento delle Aziende Sanitarie è un fenomeno adottato da tutte le regioni italiane. Le ASL sono state ridotte del 40% dal 2005 al 2017, i Distretti hanno subito una contrazione del 33% dal 2005 al 2017: erano 977 nel 1999, 835 nel 2005 e nel 2017 sono scesi al di sotto di 600.

Ovunque gli accorpamenti siano stati attuati non è stato possibile registrare una riduzione della spesa. Come emerge dai dati MEF 2020 (Grafico 1) anche in Toscana la spesa sanitaria, dopo un'apparente stabilizzazione, è tornata a crescere inesorabilmente allontanando nel tempo il risparmio economico auspicato.

Grafico 1: spesa sanitaria corrente di C.E. Regione Toscana



A quattro anni dal varo delle nuove Aziende Sanitarie Toscane siamo ancora ben lontani dall'aver ottenuto un'integrazione soddisfacente delle precedenti strutture aziendali e l'omogeneità dell'organizzazione è un puro miraggio. Anche l'auspicata pari opportunità alle cure, che nello spirito della legge di riordino doveva essere equamente distribuita nel territorio regionale, resta ben lontana dall'essere garantita.

La radicale trasformazione di un'azienda assorbe risorse, motivazioni e tempo preziosi, non è pensabile quindi proporre un ritorno al "quo ante". L'individuazione di eventuali correttivi alla nuova organizzazione presuppone l'analisi dei suoi punti di debolezza. La strutturazione in Aree Vaste, pur avendo fornito in "fase Covid" la possibilità di un adeguamento modulare delle attività, in un contesto di rete, con discreta resilienza di sistema, presenta **limiti rilevanti** ormai chiari soprattutto per le Macro Aree, come l'Azienda USL Toscana SudEst (AUSLTSE), caratterizzate da vasta estensione territoriale ed eterogeneità:

- drastico allontanamento della linea di comando dalla linea operativa (la lontananza è significativamente evidente sia per gli operatori che per l'utenza);
- utilizzo delle risorse finanziarie indistintamente su tutto il territorio senza tener conto dell'utenza che ne determina il finanziamento (finanziamento pro capite AREZZO 41% - GROSSETO 27% - SIENA 32%);
- dirigenti organizzativi non legati per esperienza al territorio in cui sono chiamati ad operare (le realtà storico-sociali delle provincie della Macro Area sono profondamente diverse e disomogenee fra loro);
- l'insediamento di figure direzionali nuove, conseguenti a fisiologico turnover, all'interno di Macro Aree così estese territorialmente ed eterogenee, richiede tempi di adattamento maggiori, determinando un periodico rallentamento in tutta la catena decisionale;
- la riduzione dei Centri di Costo è in grado di diminuire i costi relativi agli approvvigionamenti di farmaci e presidi di largo consumo (ad esempio siringhe e cefalosporine per profilassi) ma non del materiale specialistico a basso consumo a causa dell'allungamento della filiera burocratica e del suo allontanamento dal punto di utilizzo con dilatazione dei tempi di approvvigionamento;
- per gli stessi meccanismi di lontananza e disomogeneità anche la Gestione del Personale presenta rallentamenti per la valorizzazione delle risorse e tempi più lunghi per le risposte alle carenze d'organico. In questo scenario la centralizzazione dei concorsi e delle gare di appalto in un unico ente (ESTAR) ha paradossalmente reso ancora più difficili le procedure per l'acquisizione di beni/lavori e i percorsi di reclutamento del personale, specie nelle zone meno attrattive.

Correttivi

Si possono suggerire due correttivi di carattere organizzativo, sostanzialmente realizzabili a iso-risorse.

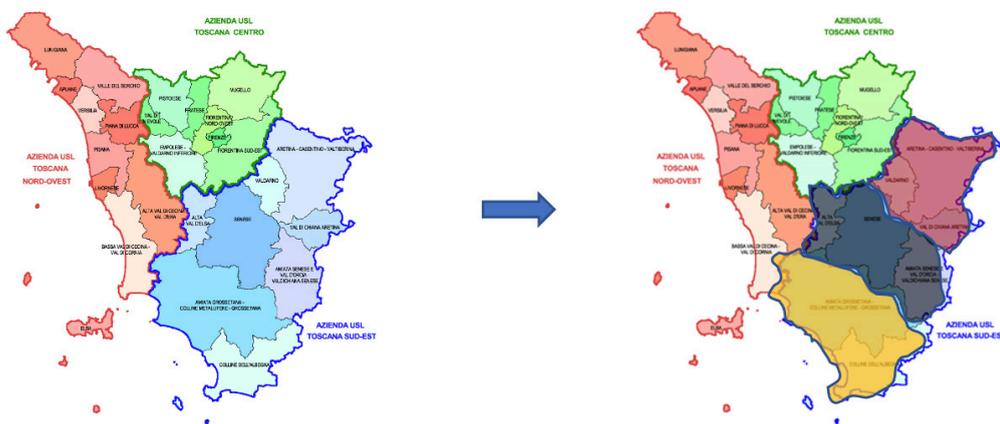
Il primo correttivo prevede la **ridefinizione della "Governance" delle Zone-Distretto**. Già la legge 833 del 1978, istitutiva del SSN, prevedeva il Distretto "quale area-sistema di integrazione operativa, struttura decentrata, articolazione territoriale e funzionale dell'azienda sanitaria locale, dotata di autonomia organizzativa, che assicura le prestazioni sanitarie di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione organizzando l'accesso dei cittadini verso presidi accreditati a gestione diretta o con i quali intrattiene apposite convenzioni, fermo restando la facoltà di libera scelta da parte dell'assistito delle suddette strutture o dei professionisti eroganti". La rilevanza di questo organismo di articolazione della USL, poi Azienda, e la sua autonomia è stata ribadita sia dalle successive Leggi Nazionali di riordino DL 502 del 1992, Lg 419 del 1998, sia dai decreti attuativi dell'anno successivo (229/1999) fino alla Lg 388 (art.86) del 2000 che si riferisce al distretto come "centro di responsabilità", dotato di un proprio budget e di una forte autonomia. Tali principi vengono ribaditi dai piani sanitari nazionali che si succedono dal 1994 al 2005 e dagli accordi Stato-Regioni. La Regione Toscana nella legge quadro del SSR n.40 del 2005 fa proprie queste linee guida nazionali e definisce il numero e le estensioni delle zone-distretto confermandole con le leggi di riforma n.28/2015 (costituzione delle Macro-Usl), n.44 e 84/2016 (definizione della

nuova organizzazione e della estensione territoriale delle ASL e dei Distretti) e 11/2017 (dove, all'allegato B, i Distretti sono ulteriormente ridefiniti nel numero di 26).

La zona-distretto è dunque prevista come organo autonomo dotato di budget a cui è demandata la programmazione, l'attuazione e la verifica dell'integrazione socio-sanitaria nel territorio di competenza.

Restando nell'ambito dell'Azienda Toscana Sud-Est gli attuali otto distretti potrebbero essere ridotti, con Delibera della Giunta Regionale, a **tre** con estensione provinciale amministrati da un Direttore di Zona a mandato non rinnovabile di almeno quattro anni (Figura 1).

Figura 1: Ridefinizione Zone-distretto



Tali zone dovrebbero gestire il 70% del budget del finanziamento *pro-capite*; il 30% resterebbe appannaggio della Direzione Generale per bilanciare eventuali carenze zonal e garantire il funzionamento dell'Azienda Ospedaliera, delle Reti e dei Percorsi Assistenziali. Il Direttore di Zona-Distretto, all'interno delle linee programmatiche stabilite dalla Direzione Generale, potrebbe così assicurare, con prerogative proprie, le risorse umane, strumentali e finanziarie necessarie per tutelare la salute del cittadino/utente nel territorio di competenza, garantendo nel contempo pari opportunità di accesso ai servizi, integrazione e continuità dell'assistenza.

In conclusione, la riduzione delle Zone-Distretto, accompagnata al loro rafforzamento, potrebbe ridurre lo sfilacciamento nelle filiere organizzative tra le dimensioni locali e i vertici delle aziende e assicurare all'area di riferimento un budget certo e vincolato che tenga conto della proporzione di utenza che ne determina il finanziamento.

Il secondo correttivo all'attuale organizzazione aziendale può essere rappresentato dal **rafforzamento del Governo Clinico** nei Presidi Ospedalieri tramite istituzione di un **Collegio dei Sanitari di Presidio Ospedaliero**.

Il concetto di **Governo Clinico** è stato introdotto per la prima volta nella medicina occidentale in Gran Bretagna nel 1997 e ampiamente sviluppato negli anni immediatamente successivi

dal Governo e dagli Organismi Sanitari di questo paese anche se poi nelle altre realtà nazionali si è affermato in modo non uniforme non solo nella definizione del significato semantico del termine ma anche e soprattutto nei contenuti operativi.

Secondo la definizione del Ministero della Salute “il governo clinico è un approccio integrato per l’ammodernamento del SSN, che pone al centro della programmazione e gestione dei servizi sanitari i bisogni dei cittadini e valorizza il ruolo e la responsabilità dei medici e degli altri operatori sanitari per la promozione della qualità”. Il governo clinico rappresenta l’evoluzione di tutto il sistema sanitario in senso *evidence-based*.

In Italia, che per altro può essere considerata un precursore come dimostra la Legge 502/1992 con l’istituzione del Consiglio dei Sanitari e del Collegio di Direzione, nonostante la sintesi operata nel 2009 dal Gruppo Italiano per la Medicina Basata sulle Evidenze (GIMBE), siamo ancorati a una interpretazione dualistica che ha portato alla contrapposizione “ideologica” delle due posizioni estreme: prevalenza del giudizio tecnico della Scienza medica vs. prevalenza della rappresentanza/programmazione politico-sociale, con a oggi manifesta prevalenza di quest’ultima.

Così il GIMBE sintetizzava: il Governo Clinico «... *richiede un diverso orientamento della struttura organizzativa delle Aziende sanitarie, chiamate ad un ruolo attivo nello sviluppo degli standard di qualità che devono essere definiti, mantenuti e verificati dalla componente professionale. Considerato che la mission principale delle Aziende sanitarie è quella di fornire assistenza di elevata qualità, sono tutti i professionisti a divenire il riferimento assoluto per la governance dell’organizzazione*».

Sebbene il ruolo paritetico con la componente Politico-programmatica dei Dirigenti Medici e delle Professioni Sanitarie fosse ben delineato, la funzione del Consiglio dei Sanitari nel nostro Paese è stato progressivamente svuotato delle prerogative che la legge 502/1992 prevedeva sia nelle idee ispiratrici che nel dettato formale. La Regione Toscana, che con la legge 40/2005 istitutiva del SSR recepisce la necessità del coinvolgimento della Dirigenza Medica nel Governo Clinico delle Aziende sanitarie confermando entrambi gli organi previsti dalla 502, con il superamento del Consiglio Regionale dei Sanitari e l’istituzione, con la legge 36/2017, dell’Organismo Toscano per il Governo Clinico (OTGC) di fatto annulla ogni possibilità alla componente professionale di incidere sullo sviluppo degli standard di qualità. Di fatto l’OTGC è sostanzialmente indirizzato al controllo della spesa attraverso la razionalizzazione delle risorse, i Collegi di Direzione sono condizionati dall’assenza di indipendenza dei suoi membri e i Consigli dei Sanitari vengono convocati sporadicamente e mancano di qualunque potere deliberativo.

Su queste basi l’istituzione di un **Collegio dei Sanitari di Presidio Ospedaliero**, elettivo con un esecutivo a mandato non rinnovabile dotato di un ruolo di consulenza gestionale vincolante nei confronti della Direzione, renderebbe operativo proprio nel luogo più sensibile, l’Ospedale, quel Governo Clinico che deve garantire la qualità, la omogeneità e l’equità delle prestazioni dell’Azienda Sanitaria.

Bibliografia

1. Legge 833 del 1978
2. D.Legge 502 del 1992
3. Legge 419 del 1998
4. D.Legge 229 del 1999
5. Legge 388 del 2000
6. Piani sanitari 1994-1996, 1998-2000 e 2003-2005
7. Legge Regione Toscana n.40 del 2005
8. Legge Regione Toscana n.28 del 2015
9. Legge Regione Toscana n.44 del 2016
10. Legge Regione Toscana n.84 del 2016
11. Legge Regione Toscana n.36 del 2017
12. Rapporto MEF n.7: Il monitoraggio della spesa sanitaria. Roma, agosto 2020 – e precedenti
13. Testo unificato alla Comm.Aff. Sociali sui “Principi fondamentali in materia di governo delle attività cliniche” (2009)
14. GIMBE- Il Governo Clinico nelle Aziende Sanitarie -Versione 1.4 del 6 febbraio 2009

- 03 -

**RIORGANIZZAZIONE
RETE OSPEDALIERA:**
ruolo dell'Ospedale Centrale e degli
Ospedali Periferici.
L'importanza della cintura internistica

Giorgio Ventoruzzo, Enrico Andolfi, Francesco Corradi

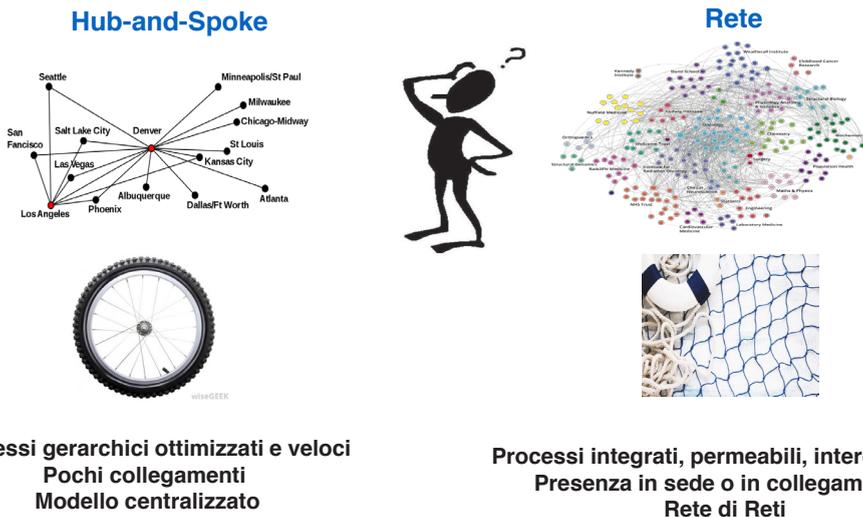
Anche il settore sanitario e i servizi che esso eroga non sfuggono alla principale legge di mercato determinata dal rapporto tra la domanda e l'offerta, dove ovviamente alla domanda corrispondono tutte le problematiche sanitarie e all'offerta le soluzioni organizzative che devono naturalmente essere ottimizzate in termini di costi ed efficacia.

In un momento di crisi economica, socio-politica e professionale del SSN, quest'ultimo aspetto appare di importanza fondamentale e l'ottimizzazione dei percorsi di rete ospedaliera assume un ruolo chiave nel funzionamento virtuoso del sistema.

Una "rete ospedaliera" può essere definita come un sistema di cooperazione e interdipendenza tra strutture e professionisti della sanità il cui scopo è quello di garantire appropriatezza organizzativa, standard qualitativi adeguati ed equità di accesso alle cure, unendo la necessità di concentrazione dei servizi (allo scopo di migliorare la qualità erogata ed il contenimento dei costi), con l'esigenza di diffusione degli stessi sul territorio per garantirne l'accesso.

Il sistema di ospedali strutturato all'interno di una sorta di "rete neurale", che ne assicura inoltre la continuità con il territorio, amplia e supera il vecchio modello di "Hub and spoke" (formalizzato per la prima volta in sanità oltre 30 anni fa nel nord-ovest della Luisiana) imprimendo una concezione flessibile e virtuosa basata su criteri attuali di necessità del paziente (Figura 1).

Figura 1. Modello Hub and Spoke e di Rete



L'obiettivo di un sistema puro "Hub and spoke" è quello di connettere strutturalmente i flussi di trasporto di spoke (raggio) locali ad un hub centrale (mozzo), ottimizzando le risorse disponibili e riducendo gli sprechi. In sanità il focus di tale sistema resta nella gran parte delle formulazioni sui processi di trasporto materiali, personale e pazienti con 3 potenziali

rischi maggiori a livello ospedaliero: limitata flessibilità a fronte di urgenze giornaliere, effetto collo-di-bottiglia a fronte di una criticità in un punto, insoddisfazione degli staff negli *spoke*. Il sistema di "reti integrate e strutturate" deve tendere a superare tali criticità e offrire al paziente la cura migliore nel posto migliore in base alle sue condizioni cliniche del momento assicurando la bi-direzionalità del percorso e non solo la centralizzazione e cercando di evitare il "folklore organizzativo". Gli ospedali non sono tutti "uguali", è il *workflow* mentale, che porta all'attivazione di certe azioni, che deve essere lo stesso ovunque in un ambito di movimento multi-professionale e multi-disciplinare.

Diventa quindi fondamentale dotare ogni struttura che compone il sistema di una <<**mission**>> specifica, che elimini inutili e svantaggiosi duplicati e renda ogni professionista che lavora nelle diverse strutture appagato professionalmente, perché protagonista di parti diverse ma ugualmente importanti del percorso sanitario del paziente. Ognuno deve avere la formazione specialistica adeguata alla tipologia del paziente da trattare nella struttura di appartenenza: questo è fondamentale per incentivare una collaborazione professionale ed evitare inutili competizioni.

Il rationale di un "**Re-Engineering**" della rete ospedaliera Area Aretina (Stabilimento Ospedaliero Provinciale S. Donato Arezzo e stabilimenti periferici di Bibbiena, S. Sepolcro, Cortona), è quello di creare percorsi assistenziali organizzati per linee di prodotto (*Clinical Services Lines*) all'interno di una RETE COMPLANARE in cui i NODI siano connessi con flussi bidirezionali in base alla specificità e complessità della patologia.

Il NODO CENTRALE (S. Donato) gestisce la parte **ad alta complessità** e i NODI PERIFERICI (Bibbiena, S. Sepolcro, Cortona) **filtrano e trattengono o ricevono le patologie a media e bassa complessità e assumono il ruolo fondamentale di gestione della "cronicità" integrata con medicina generale e territorio** (nell'ottica della continuità ospedale-cure primarie).

I modelli organizzativi attualmente vigenti nei singoli centri, tuttavia, risultano spesso assai difformi tra loro svelando, in modo inequivocabile, l'assenza di una *mission* di rete in cui siano chiare le prestazioni che ciascun presidio è in grado di poter garantire tenuto conto delle risorse umane e tecnologiche.

La realtà ospedaliera aretina è pertanto gravata da un limite intrinseco consistente nell'aver Ospedali che, a fronte di una ridotta dimensione, si propongono per lo più come duplicati in piccolo dell'Ospedale nodo centrale. E' noto, tuttavia, che i suddetti Ospedali periferici presentano difficoltà nel garantire, in autonomia, un adeguato *turnover* di specialisti dovendo, di conseguenza, attingere in molti casi al personale medico del nodo centrale.

Si rende evidente la necessità, per cercare di garantire la tenuta del sistema, di ripensare e rimodulare la *mission* degli ospedali centrali e periferici della Rete, elevandone la competenza professionale e, con l'aiuto della formazione aziendale, definendone gli ambiti "formativi" specifici in modo da renderli maggiormente attrattivi sia da un punto di vista tecnico che scientifico per giovani medici.

Questo cambiamento, necessario e improcrastinabile, è imposto proprio dalla realtà territoriale dell'Azienda USL Toscana Sud Est (AUSL TSE) la cui superficie è così ampia, così ricca di Comuni, dei quali una parte consistente, montani, da non poter prescindere dal garantire la sopravvivenza dei suddetti Presidi Ospedalieri (Figura 2).

A questi "nodi" periferici, deve essere attribuita una *mission* ben definita nella rete integrata non dimenticando quanti servizi e quali tipologie di servizi essi devono garantire nell'area di

competenza, al fine di soddisfare i bisogni di assistenza e cura della popolazione residente, garantendo, al contempo, percorsi predefiniti verso l'Ospedale Centrale di riferimento quando il tipo di Patologia e il livello di intensità di cura ne richiedano l'impiego. Il tutto senza trascurare la richiesta dei sindaci di far rivestire alle loro comunità un ruolo significativo della pianificazione del sistema sanitario.

Figura 2. Territorio USL TOSCANA SUD EST



L'Ospedale Centrale – NODO DI RETE A ELEVATA COMPLESSITÀ

L'Ospedale S. Donato di Arezzo deve essere il fulcro della gestione dell'**alta complessità**, si deve quindi poter concentrare sul **malato acuto**, coerentemente con un principio di crescita e di sviluppo armonizzato con gli ospedali periferici.

L'**esigenza di concentrare l'alta complessità e le tecnologie più costose**, sia in campo medico che chirurgico, nel NODO CENTRALE, **così da aumentarne i volumi erogati**, nasce da considerazioni di tipo **etico** (il buon senso), **culturale** (la letteratura è ricca di pubblicazioni che correlano il volume del centro con l'outcome clinico) e **legislativo** come disposto dal **DM 2 aprile 2015 n. 70** (Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera).

In effetti i **volumi erogati** correlano positivamente non solo con l'**outcome clinico** (riduzione del tasso di mortalità e complicità), ma anche con una quantità di altri parametri come:

- disponibilità e l'offerta di più opzioni terapeutiche per singola patologia (**tailored therapies**)
- migliore appropriatezza nell'applicazione di **protocolli terapeutici in regime di urgenza**
- riduzione **liste di attesa**
- razionalizzazione dell'impiego di **risorse umane**
- miglior **ammortamento dei costi** per l'utilizzo a tempo pieno delle strutture e delle tecnologie disponibili (razionalizzazione delle spese)
- promozione di **percorsi iper-specialistici** (es. gruppi oncologici multidisciplinari per apparati, chirurgie e medicine specialistiche, interventistica radiologica ed endovascolare etc.)

Nella definizione della *mission* dell'Ospedale Centrale gli aspetti fondamentali devono quindi essere:

a) La Centralizzazione dell'Attività Chirurgica che è oggi considerata imperativa. I benefici dell' "*Hospital Volume*" e del "*Surgeon Volume*" in termini di qualità globale (sicurezza, efficacia, appropriatezza, efficienza, produttività) sono stati ampiamente dimostrati in letteratura e le principali linee guida di pratica clinica internazionali raccomandano fermamente l'esecuzione di alcune tipologie di interventi di chirurgia maggiore solo in centri che superino determinate soglie di "*caseload*" (generalmente > 30 casi /anno). I principali benefici a lungo termine della centralizzazione chirurgica sono rappresentati da:

1. Stretta correlazione fra Volume Chirurgico e *outcome*. La Mortalità e il tasso di complicanze decrescono in maniera significativa all'aumentare dei Volumi Chirurgici.
2. L' *Hospital Volume* influenza le tipologie di trattamento adottate per la stessa patologia favorendo l'applicazione di quelle più efficienti (anche se eventualmente più costose per il coinvolgimento di tecnologie avanzate).
3. Impatto favorevole sulla gestione e sui risultati del trattamento in Emergenza/Urgenza con la tendenza ad applicare protocolli più appropriati ed efficienti.
4. Tendenza verso la iper-specializzazione chirurgica dedicata con conseguente ulteriore miglioramento risultati.
5. Correlazione dimostrata fra Infrastrutture Tecnologiche e *outcome* (es. presenza Sale Operatorie Ibride, Robotica). La concentrazione tecnologica di alto livello consente l'efficientamento delle risorse strumentali (minor ridondanza dei dispositivi, maggior utilizzo e miglior ammortamento).
6. Impatto positivo in termini di Formazione delle nuove generazioni chirurgiche e del personale dedicato di Sala Operatoria.
7. Recupero economico per miglior efficienza del sistema. I volumi dell'ospedale correlano con i costi per paziente trattato. In generale gli ospedali con bassi volumi presentano costi maggiori per paziente chirurgico e tasso di re-ospedalizzazione a 30 giorni maggiore con ripercussione ulteriore sui costi. Il trattamento dei pazienti in centri ad alto volume determina un risparmio per il sistema sanitario.
8. Razionalizzazione impiego risorse umane: minori spostamenti dei chirurghi con recupero di tempi, presenza del chirurgo per la gestione di eventuali complicanze postoperatorie con riduzione del rischio clinico, migliore gestione del "*pool*" degli anestesisti sulle varie attività ospedale per acuti (anche in caso di eventuali urgenze epidemiche) e disponibilità di Terapie Intensive h 24 riducendo dispersione risorse e costi su territorio.
9. Possibilità di creare *planning* di sala operatoria modulabili in relazione alla domanda (liste di attesa, spazi chirurgici) con conseguente abbattimento delle liste d'attesa chirurgiche per maggiore disponibilità di spazi operatori a parità di risorse umane e miglior efficienza globale del sistema.

b) Efficientamento gestione risorse umane anestesilogiche e di Pronto Soccorso. I professionisti più carenti attualmente in tutte le realtà ospedaliere sono gli anestesisti e i medici di Pronto Soccorso. Sulla base dei carichi di lavoro, occorrerà dedicare **più risorse umane e finanziarie** al PS centrale per ridurre lo stress lavorativo che attualmente travolge

i medici del DEU, costretti a turni spesso massacranti che peraltro possono esitare più facilmente in errori clinici con ulteriore peggioramento degli standard qualitativi e del clima lavorativo globale. Dal momento che il NODO CENTRALE gestisce l'alta complessità, i servizi erogati (DEU, terapia intensiva e subintensiva, medicina e radiologia interventistica, chirurgia d'urgenza H24 ed elettiva H12 ...) comportano un elevato assorbimento di risorse anestesiológicas che rappresentano attualmente il "collo di bottiglia" del sistema. È quindi necessario, vista l'attuale carenza di anestesisti sul mercato, non disperdere tali risorse mettendo in atto una scaletta di misure, variamente associabili fra loro, per **concentrare risorse anestesiológicas sul nodo centrale della rete**:

- Limitare al minimo indispensabile l'utilizzo del *pool* anestesiológico nei presidi periferici.
- Copertura con Prestazioni Aggiuntive delle attività di sala non assicurabili con orario di lavoro istituzionale
- Copertura attività in sedi periferiche con contratti Libero Professionali ad Anestesisti in pensione o utilizzando professionisti di cooperative.

c) Creazione di nuovi modelli organizzativi di gestione integrata medico-chirurgica e di sinergia fra Area Medica - Nodi Periferici - Territorio per consentire migliore continuità assistenziale di pazienti sempre più "fragili", anziani, con comorbidità multiple e portatori di problematiche complesse anche sociali che, gestita la fase di acuzie (o di intervento chirurgico), necessitano di un percorso strutturato per il completamento della convalescenza ed il reinserimento al domicilio, garantendo rapido *turnover* al nodo centrale.

d) Incremento del livello di complessità ambulatoriale nell'ottica di una rete organizzata per *Clinical Service Lines* in cui nell'ospedale centrale sia privilegiata la gestione dei casi complessi in attività di *Day Service* e *Day Hospital* con diagnostica di II-III livello (es. progetto TEAM ecografia interventistica per laser/radiofrequenza con strumentazione condivisa).

e) Migliore definizione del ruolo del S. Donato nell'ambito dell'emergenza epidemica (attuale e futura). La designazione come ospedale misto per la gestione delle emergenze epidemiche, con conseguente aggravio di gestione organizzativa e carichi di lavoro, deve essere necessariamente accompagnato da un equivalente sforzo aziendale che assicuri all'ospedale **priorità di risorse tecnologiche/umane e maggiore velocità di risposta alle criticità da risolvere** (semplificazione, sburocratizzazione dei percorsi). L' "endemia cronica" COVID presenta una prospettiva temporale a medio-lungo termine (1-2 anni) con fluttuazioni non prevedibili e l'ospedale centrale della rete dell'area aretina, che è un nodo ad elevata complessità, superata la fase più critica deve poter ricominciare a fornire una risposta adeguata alle esigenze di salute della cittadinanza garantendo la piena operatività specialistica e chirurgica non-Covid. Infatti lo straordinario e generoso impegno di contrasto all'epidemia ha comportato purtroppo la sottrazione di spazi e tempi da dedicare alla prevenzione e alla cura delle patologie non-Covid. Si tratta quindi di prepararci ad affrontare la seconda epidemia che si sta sviluppando sottotraccia: quella di tutti i malati non-Covid espulsi dal sistema di cure per far fronte alle conseguenze del Sars-Cov-2. Inoltre l'attuale disposizione organizzativa sta accrescendo la disaffezione dei professionisti alimentandone le "fughe" in un momento storico di cronica carenza. E' quindi necessario identificare un modello organizzativo di gestione condivisa dei pazienti Covid all'interno della rete ospedaliera AUSL TSE in grado di consentire al S. Donato la risposta con volumi idonei

alle patologie ad alta complessità (es. patologie cardiovascolari, oncologiche, chirurgia di classe A) pur assicurando un sistema elastico che si adatti alle esigenze variabili in corso di pandemia. Sarebbe auspicabile prevedere per il futuro la possibilità di attivare rapidamente una netta compartimentazione dei percorsi in caso di epidemia sfruttando la modularità dell'ospedale accompagnata all'utilizzo di strutture temporanee (ad es TAC-TIR da affiancare a scala malattie infettive). Ancora più auspicabile, per garantire anche attualmente una vera ripartenza, sarebbe la decisione politica di designare e attrezzare adeguatamente uno o più ospedali della rete come nodi di gestione condivisa epidemica (*Epidemic Network*). Per le caratteristiche strutturali e le professionalità l'Ospedale del Valdarno, pur esterno al Presidio degli Ospedali Riuniti dell'Areto potrebbe offrire la risposta più adeguata a tale scopo, mentre i nodi periferici dell'Ospedale di Cortona, S. Sepolcro e Bibbiena potrebbero essere un'efficiente supporto nell'ambito delle cure intermedie COVID, lasciando all'Ospedale di Arezzo la gestione dei casi più complessi che necessitano della competenza specialistica infettivologica, pneumologica e rianimatoria acquisita in quest'ultimo anno di impegno sul fronte pandemico.

Gli Ospedali Periferici e la «cintura internistica» - NODI DI RETE A MEDIA E BASSA COMPLESSITÀ ASSISTENZIALE

La Regione Toscana ha ribadito con forza il valore della rete degli ospedali che sono stati ribattezzati "di prossimità". Tali presidi non hanno i requisiti di accreditamento, in termini di volumi assistenziali e bacino di utenza, per essere classificati come Ospedali di Base. Si tratta quindi di una specifica categoria la cui esistenza è ampiamente giustificata dalle specifiche oro-geografiche del territorio che presenta ampie superfici a bassa densità di popolazione. Un presidio assistenziale in questi ambiti è, in molti casi, giustificato. L'Ospedale Val di Chiana (Cortona, AR), l'Ospedale del Casentino (Bibbiena, AR), e l'Ospedale della Val Tiberina (San Sepolcro, AR) dovrebbero avere una attività **a media-bassa complessità** orientata alla gestione della "cronicità". Verrebbero quindi a caratterizzarsi, nell'organigramma della rete ospedaliera aretina, come una vera e propria «**cintura internistica**», facendo valere la capacità che la Medicina Interna possiede nel suo DNA, nella sua *mission* specialistica, di adattarsi e gestire il paziente complesso, affetto da comorbilità, spesso anziano fragile, affetto da patologia/e cronica/e integrandosi con la medicina territoriale (Figura 3).

Figura 3. La cintura internistica



La *mission* di questi ospedali si fonda sulla medicina d'urgenza e di pronto soccorso con una degenza di medicina d'urgenza integrata alla degenza internistica del paziente cronico riacutizzato. Una *equipe* unica che garantisca sia i Percorsi di PS che quelli di Degenza potrebbe essere un elemento di flessibilità da considerare positivamente.

Di seguito riportiamo una definizione più dettagliata della tipologia e grado di intensità di cure che i Presidi suddetti potrebbero essere in grado di offrire nell'ambito di questa rete:

1. Gestione di pazienti con patologie croniche a bassa e media complessità assistenziale (degenza ordinaria) con possibilità di accesso di questa tipologia di pazienti direttamente dal DEA o da altri reparti del S. Donato al fine di decongestionare il "nodo centrale";
2. Gestione di pazienti con riacutizzazioni di patologie croniche che richiedano un supporto ed un monitoraggio di tipo sub-intensivo su letti di livello 2A. La creazione di una sezione dedicata a tale livello di cura permetterebbe di recuperare importanti risorse anestesologiche impiegate in orario notturno garantendo un'attività anestesologica H12 necessaria per garantire l'attività chirurgica «a ciclo breve», lasciando, altresì, la gestione dei pazienti complessi e potenzialmente instabili ad una gestione internistica di tipo sub-intensivo;
3. Il reparto di Medicina Interna, stante la tipologia di popolazione in età avanzata ed affetta da numerose comorbidità, potrebbe avvalersi di un potenziamento delle cure intermedie sia esse residenti nel medesimo presidio che esterne ad esso («*long term care beds*») al fine di garantire una continuità di cure prima del rientro al domicilio;
4. L'attività della riabilitazione, in tale contesto, diviene particolarmente importante poiché in grado di fra fronte a problemi e patologie croniche potenzialmente reversibili (*stroke*, riabilitazione ortopedica, sindromi da immobilizzazione) che insistono proprio nella popolazione anziana fragile;
5. L'attività chirurgica deve assumere una connotazione diversa tenendo conto delle risorse disponibili e, in tal senso, il supporto anestesologico H12 ed il livello di assistenza medico-infermieristica di questi presidi garantirebbe la possibilità di accentrare l'attività chirurgica a ciclo breve, ambulatoriale e la *day surgery*;

6. Il supporto della medicina interna garantirebbe una sorveglianza attiva di paziente eventualmente ricoverati per il prolungamento del monitoraggio post-operatorio configurandosi, quindi, una vera e propria Medicina Perioperatoria in grado di garantire una sorveglianza internistica e una gestione «olistica» del paziente;
7. La continuità ospedale-territorio, particolarmente importante nei territori serviti da questi presidi per una gestione virtuosa delle patologie croniche, potrebbe avvalersi del potenziamento della telemedicina, del telemonitoraggio e delle teleconsulenze;
8. Sviluppo e sostegno di *mission* particolari che nasceranno spontaneamente o favorite da eventi formativi e da specificità e competenze preesistenti.

Il presidio, quindi, oltre ad assumere le caratteristiche di cui sopra sarà dotato di un pronto soccorso, di un'attività anestesiológica 12H, di una Subintensiva Internistica di livello 2A con possibilità di centralizzazione mediante trasferimento con mezzi del 118 in caso di necessità. La guardia notturna sarà garantita dall'Internista sia per i letti di degenza ordinaria, sia per quelli di Sub-Intensiva. Tale organizzazione viene pertanto a definire una vera e propria rete dove il "nodo periferico" risulta tutt'altro che isolato ma inserito, invece, in un contesto ben preciso e ben delineato dove sono chiari i percorsi diagnostici e terapeutici nella gestione delle patologie croniche ma anche dell'emergenza-urgenza.

Diversamente, il nodo centrale, assumerà un ruolo centrale per la gestione dell'alta complessità medica e chirurgica. L'ospedale centrale, individuato nel San Donato di Arezzo, sarà fornito di una medicina interna votata all'alta complessità, di un'attività di chirurgia maggiore, in esso saranno concentrate le risorse anestesiológicas H24, saranno garantiti gli ambulatori dell'alta complessità (*Day Service* e *Day Hospital* di II e III livello) e tutte le specialistiche di area medica e chirurgica.

La cintura internistica degli ospedali periferici potrebbe, pertanto, venire a delinarsi nel modo seguente:

- U.O. di Pronto Soccorso
- Reparto di degenza ordinaria integrata d'urgenza e internistica
- Sezione di degenza subintensiva (livello 2A)
- Medicina interna perioperatoria, ovvero assistenza internistica dei pazienti della Chirurgia a ciclo breve (gestione condivisa del paziente nel percorso chirurgico con affidamento per la gestione delle eventuali comorbidità di competenza della medicina interna e per la sorveglianza notturna, se necessaria)
- Attività ambulatoriale a ciclo diurno di Medicina Interna con diagnostica dedicata (di laboratorio e strumentale ecografica)
- Centri per la gestione della terapia anticoagulante
- Attività di consulenza internistica per i letti del MODICA, ovvero dei letti di cura intermedie presenti all'interno del Presidio
- Guardia internistica 24H

La riorganizzazione della rete non può prescindere dalla definizione di percorsi, sia di tipo diagnostico che terapeutico dal nodo centrale a quello periferico, che permetta l'accesso all'alta complessità se necessaria. La rete deve garantire, quindi, percorsi diagnostici di II

e III livello con attività ambulatoriale specialistica in proiezione periferica, opportunamente incentivata, per la copertura dei fabbisogni di salute dell'area di riferimento.

A questo percorso della rete di tipo centripeto (da ospedale centrale a ospedale periferico) se ne dovranno affiancare altri, stavolta in senso centrifugo (accesso alla cardiologia interventistica, alla chirurgia maggiore, alla diagnostica endoscopica invasiva, alla diagnostica broncoscopica, alla chirurgia vascolare, alla radiologia interventistica...) dedicati a pazienti che, assumendo le caratteristiche dell'alta complessità, necessitano di un accesso al nodo centrale (Figura 4).

Figura 4. I percorsi della rete



L'ospedale periferico, in quanto tale, soffre necessariamente e inevitabilmente di un *bias* di fondo, ovvero la difficoltà nel reperire personale addestrato e competente e specialisti tali da permetterne una relativa autonomia, almeno, nelle aree di competenza precedentemente proposte. Per ovviare a questo ed essere nuovamente attrattivo, l'Ospedale periferico con una *mission* ben definita nella rete, deve prevedere l'acquisizione di competenze che lo rendano il più possibile autonomo nella gestione del livello di complessità assistenziale sopra esposto.

Riassumendo le proposte per favorire una maggiore attrazione sono le seguenti:

1. Promozione di competenze internistiche per la gestione di una complessità intermedia di tipo subintensivo per la gestione (livello 2A), in autonomia, delle riacutizzazioni delle patologie croniche (BPCO, Scopenso cardiaco);
2. Addestramento e formazione/aggiornamento continui sull'uso dell'ecografo quale strumento di assistenza e supporto alla diagnosi clinica (ecografia toracica, cardiaca di I livello, addominale e vascolare);
3. Addestramento al posizionamento di accessi vascolari arteriosi e venosi (arteria radiale, PICC-midline) anche a lunga permanenza per la prosecuzione della terapia infusiva, anche sul territorio;

4. Addestramento all'uso delle tecniche di ventilazione non invasive;
5. Acquisizione di competenze in tema di medicina perioperatoria;
6. Potenziamento dell'ambulatorio internistico con percorsi dedicati (internistico, scompenso cardiaco,);
7. Sviluppo di telemedicina e teleconsulenza (integrazione ospedale-territorio);
8. Attività di consulenza internistica a supporto delle cure intermedie (proiezione dell'ospedale sul territorio);
9. Definizione e potenziamento dei percorsi ospedale-territorio;
10. Catena formativa ("*teaching network*" – rotazione dei medici in formazione specialistica tra nodo centrale e nodo periferico).

Inoltre per mantenere eventuali competenze subspecialistiche presenti tra i professionisti che accettino come sede di lavoro il centro periferico, saranno garantite attività professionalizzanti strutturate presso l'ospedale nodo ad elevata complessità assistenziale.

Conclusioni

L'organizzazione della rete proposta presenta alcuni vantaggi potenziali, ossia la definizione di percorsi diagnostici e prime cure efficienti e rapidi che garantirebbero la decongestione del nodo centrale e del suo DEA. Verrebbe ottimizzata la qualità delle prestazioni della filiera chirurgica. I nodi periferici assumerebbero una *mission* definita tale da garantire servizi che ben si adattano alle sue caratteristiche e, quindi, in grado di soddisfare la popolazione di riferimento.

Si potrebbe prevedere l'incremento dei «*long term care beds*» a tutto vantaggio della continuità assistenziale e di cura con grande valenza anche dal punto di vista del supporto sociale.

Inoltre le risorse finanziarie (1 miliardo) previste nel capitolo Salute del "*Next Generation Italia*" (Missione 6) per il potenziamento delle cure intermedie mediante la costruzione di Ospedali di Comunità potrebbero essere convogliate nella nostra AUSL nelle strutture già esistenti (Modica) all'interno degli Ospedali periferici, potenziandole e strutturandole meglio, sfruttando inoltre il recupero di posti letto chirurgici e ovviando al problema di come reclutare ulteriore personale per strutture *ex novo* con netto vantaggio economico e organizzativo.

Definire, quindi, la «*mission*» di centro e periferia nella proposta sopra declinata permetterebbe, infine, la riqualificazione e l'attrazione per pazienti e professionisti garantendo, al contempo, una reale ottimizzazione delle risorse economiche, tecniche e professionali.

Bibliografia

1. Provider Volume and long-term outcome after elective abdominal aortic aneurysm repair. Holt PJ et al. *Br J Surg* 2012 May;99(5):666-72
2. ESVS 2019 clinical practice guidelines
3. Volume and Health Outcomes: Evidence from Systematic Reviews and From Evaluation of Italian Hospital Data. *Epidemiol Prev.* 2017 Sep-Dec 2017;41(5-6 (Suppl 2):1-128
4. The more the better?: the impact of surgeon and hospital volume on in-hospital mortality following colorectal resection. Karanicolas PJ et al. *Ann Surg* 2009 Jun;249(6):954-9
5. Colorectal Specialization and Survival in Colorectal Cancer. Hall GM et al. *Colorectal Dis.* 2016 Feb;18(2):51-60.
6. Association Between Hospital Volume and Quality of Gastric Cancer Surgery in the CRITICS Trial. Y H M Claassen et al. *Br J Surg.* 2018 May;105(6):728-735.

- 04 -

PARTNERSHIP SSN-PRIVATO CONVENZIONATO

Gaia Pino, Giorgio Ventoruzzo, Elena Cavargini

Per poter esercitare la propria attività sanitaria ogni soggetto privato deve avere un'autorizzazione obbligatoria che garantisca il possesso di "requisiti minimi". Ogni Struttura Sanitaria Privata deve inoltre dimostrare di possedere determinati "requisiti di qualità" che consentano l'accreditamento volontario, attraverso il quale la Struttura Sanitaria acquisisce lo status di soggetto idoneo ad operare per conto del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Nello specifico la Toscana disciplina sia l'autorizzazione che l'accreditamento con la [legge regionale n. 51 del 5 agosto 2009](#) "Norme in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento" e con una serie di disposizioni attuative ([regolamento n.79/R del 17 novembre 2016](#) e [Dpgr n. 90/R del 16 settembre 2020](#)). L'accreditamento ha validità di 5 anni a partire dalla data del decreto di rilascio. Le singole Strutture poi devono entrare in contrattazione con le relative Aziende Sanitarie per concordare le prestazioni da mettere a disposizione.

Da questa premessa si evince chiaramente il **ruolo sussidiario del Sistema Sanitario Privato Convenzionato** (SSPC) rispetto al SSN, da utilizzare in modo funzionale e flessibile ma non strutturale essendo la struttura pubblica preposta a garantire le risposte di salute ai cittadini residenti: sono i Direttori delle Aziende Sanitarie che decidono di quali prestazioni hanno bisogno e quanto sono disposti a stanziare per averle. Tale definizione è dinamica e può essere modificata al cambiamento delle esigenze sanitarie. La pandemia ha contribuito a riaccendere il dibattito sulla necessità di preservare un sistema sanitario pubblico forte potenziandolo e strutturandolo meglio. Alla fine della prima ondata Covid-19 il programma delle Nazioni Unite per lo sviluppo (UNDP) ha commissionato un'analisi incrociata di dati relativi a 147 paesi. Lo studio di J. Assa e C. Calderon ("*Privatization and Pandemic: A Cross-Country Analysis of COVID-19 Rates and Health-Care Financing Structures*"), mette in discussione la reale capacità dei sistemi sanitari privati di fronteggiare questa pandemia ed eventuali future. Lo studio, che tiene conto di una serie di variabili (reddito pro capite, disuguaglianze in ambito sanitario etc.) conclude che un aumento del 10 % nella spesa per la Sanità Privata è associato a un aumento del 4,3 % di casi Covid-19 e a un 4,9 % in più di mortalità. La privatizzazione dei sistemi sanitari è una variabile utile a spiegare l'eterogeneità del numero di contagi e decessi nei vari paesi: se la sanità è privata, aumentano sia l'incidenza che la letalità del virus. I sistemi privati tendono a privilegiare patologie selezionate e a basso rischio trascurando le prestazioni mediche ad alto rischio o che generano poco profitto (come ad es. le terapie intensive). Farsi trovare pronti per una pandemia implica fare un investimento nella speranza che non frutti, cosa che solo il pubblico ha interesse a fare. La pandemia Covid-19 ha quindi reso ancora più evidente il valore universale della salute e la sua natura di bene pubblico fondamentale. Appurato il ruolo centrale e insostituibile del SSN la domanda che ci poniamo è: in cosa la *partnership* con il Privato convenzionato può essere utile al SSN?

In questo senso possiamo individuare ambiti che potremmo ormai definire tradizionali, quali prestazioni ambulatoriali nel campo della **Diagnostica per Immagini** o **Visite Specialistiche**. Altri ambiti si sono affacciati più di recente nel panorama delle prestazioni offerte/ richieste, come per esempio quello dell'**Endoscopia Digestiva**. Negli ultimi anni si è assistito ad un aumento crescente di richieste di prestazioni endoscopiche anche a causa dello *screening* del tumore del colon retto: tale fenomeno si ripercuote sull'allungamento delle liste d'attesa e pone il problema di una tempistica di risposta congrua al criterio clinico di

“priorità breve” che se non rispettato può comportare un potenziale danno di salute per il paziente. Per “governare” efficacemente tali criticità bisogna tenere conto dell’eticità, del sovraccarico organizzativo, dell’aumento della spesa, ma soprattutto dell’equità di accesso alle cure e dell’appropriatezza prescrittiva. Il SSPC può supportare ed integrarsi con la sanità pubblica in questa tipologia di prestazioni che, se pur definite “diagnostiche”, sono sempre procedure “invasive”. Pertanto pur rimanendo nell’ambito delle prestazioni sancite nel *D.P.C.M 12 gennaio 2017 Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza*, la definizione di “chi può fare cosa” deve essere oggetto della contrattazione con l’Azienda Sanitaria, la quale dovrà comunque affermare come vincoli irrinunciabili la sicurezza del paziente e la qualità delle cure erogate. Le procedure operative a complessità elevata che possono essere gravate da complicanze maggiori quali colangio-pancreatografia-retrograda per via endoscopica (ERCP), *stenting* delle lesioni del tratto gastroenterico, dilatazioni di stenosi, dissezione della sottomucosa/mucosectomie (ESD/EMR) di lesioni neoplastiche non invasive, devono avere la garanzia di un *setting* Ospedaliero al fine di garantire la sicurezza pre e post-procedurale.

L’esperienza Covid sta dimostrando come il SSPC possa anche essere utile come “valvola di sfogo” di **prestazioni chirurgiche** per le quali, per evenienze intercorrenti come quella pandemica o per raggiunta spinta massima del sistema in base alle risorse umane disponibili, l’Ospedale Pubblico non riesca a soddisfare la richiesta. In tale contesto una delle possibilità in cui si potrebbe realizzare una modalità innovativa di *partnership* con il privato convenzionato è quella del **percorso di supporto in service**. Le aziende potrebbero utilizzare il settore privato accreditato come un sistema di “vaso di espansione” ove indirizzare una quota selezionata di casistica chirurgica (prevalentemente interventi a media e bassa complessità) utilizzando i propri professionisti e limitando il service alla sala operatoria, anestesisti, personale di sala oltre che alla parte alberghiera. In questo ambito, individuando spazi separati e distinti dai percorsi convenzionati, si potrebbe ricorrere all’utilizzo sussidiario in “service” del SSPC, in caso di carenza di risorse strutturali/umane ospedaliere, anche per l’ALPI (Attività Libero Professionale Intramuraria) chirurgica o sfruttando il meccanismo dell’Attività Aggiuntiva per la **riduzione delle liste di attesa** che in parte consistente è finanziata dagli stessi utili prodotti dai professionisti tramite il prelievo forzoso del 5% sugli introiti ALPI. In questo modo le *equipes* chirurgiche del SSR potrebbero smaltire efficacemente le liste di attesa, permettendo così di rispettare i tempi minimi previsti per le diverse tipologie di prestazioni, in parte utilizzando risorse economiche autoprodotte. Queste possibilità nell’immediato futuro risulteranno cruciali perché la pandemia ha reso ancora più drammatico il problema delle liste di attesa e di accessibilità alle cure producendo un netto incremento della mortalità per le patologie non-Covid.

Una visione veramente innovativa nella relazione tra Pubblico e Privato Convenzionato tuttavia deve mirare a superare la semplice definizione di “chi fa che cosa”. Bisogna favorire una sinergia tra i due sistemi che riconosca i rispettivi punti di forza permettendo una “contaminazione” mirata alla crescita reciproca. E’ anacronistico pensare che il rapporto tra queste due entità si esaurisca nel semplice “*do ut des*”. Deve esserci molto di più. L’ottimizzazione delle risorse economiche, ad esempio, è da sempre e per necessità la *mission* delle Strutture Private. Da pochi anni è entrata a far parte degli obiettivi di *budget* del personale Dirigente del SSN. Perché non immaginare di poter importare dei modelli organizzativi che

altrove si sono rivelati virtuosi? La Crescita Culturale, la Ricerca e il lavoro in equipe Multi-disciplinari (vedi ad esempio l'esperienza dei GOM) è stato per molto tempo appannaggio del SSN. Perché non immaginare un futuro in cui si possano sviluppare sinergie che riguardino anche i soggetti Privati?

L'esperienza dell'ultimo anno ha dimostrato che la centralità del SSN deve essere una realtà nelle scelte di politica sanitaria. Questo tuttavia non ci esime dall'immaginare scenari di crescita e di integrazione con il SSPC che ha dimostrato, come già aveva fatto in passato, qualità e capacità anche in occasione della pandemia.

- 05 -

**RIORGANIZZAZIONE
CONTINUITÀ
OSPEDALE - CURE PRIMARIE
E ASSISTENZA TERRITORIALE
POST COVID**
Proposte e Prospettive

Alessandra Caremani, Marcello Caremani

Premessa

Covid-19: Le lezioni (non) apprese della Fase 0 (Italia pre-Covid)

Il nostro Paese può vantare uno dei Servizi Sanitari pubblici migliori al mondo, che garantisce a tutti cure e assistenza, ma non si possono però ignorare le enormi difficoltà nelle quali versa il SSN da alcuni anni a questa parte. Se da un lato la situazione di emergenza ha confermato la VALIDITA' del nostro sistema sanitario, dall'altro il COVID-19 non ha fatto altro che evidenziarne i limiti mettendo a nudo la fragilità di un sistema incentrato ancora sull'ospedale, a discapito del "sistema sanitario territoriale". E' emersa chiaramente la debolezza strutturale delle cure primarie in gran parte del territorio nazionale con macroscopiche differenze organizzative e diseguaglianze anche fra gli stessi territori.

Il peso della cura sulle spalle degli ospedali è stato molto alto in questa fase di emergenza. Ciò è avvenuto sicuramente perché l'assistenza territoriale ha procedure meno sedimentate rispetto a quella ospedaliera e, quindi, in emergenza ci si è affidati alla macchina più "rodato", ma anche perché il territorio, in molti casi, non si è mostrato sufficientemente "attrezzato" per la gestione dei pazienti meno gravi o non ancora in fase acuta.

Quindi l'esigenza di rinnovare il nostro Servizio Sanitario Pubblico è oramai improrogabile e la prima grande traccia di lavoro è quella di un nuovo investimento su una forte rete territoriale che tuteli la salute delle persone. Questo consentirebbe di evitare che l'ospedale rimanga l'unico baluardo alle richieste di salute del cittadino non avendo le risorse per farsi carico dell'intera esigenza di cura della popolazione. In una logica di continuità, potenziare il territorio significherebbe, quindi, rafforzare anche lo stesso ospedale.

Assistenza territoriale: la grande Incompiuta

Occorre partire da un dato di fatto. L'assistenza territoriale pone maggiori problemi rispetto a quella ospedaliera, risulta più complessa nel suo governo per la molteplicità dei suoi interlocutori, per l'eterogeneità delle prestazioni (*prevenzione, iniziativa, assistenza alla cronicità, supporto alla non autosufficienza, alla terminalità e alle piccole acuzie*), per la difficoltà nella misurazione dei risultati.

Le normative a favore del territorio non sono mancate, soprattutto in Regioni come la Toscana, ma scarsa è stata l'innovazione (soprattutto tecnologica) e insufficienti le risorse disponibili (finanziamenti e personale) per cui c'è stata una attuazione delle riforme incompleta e spesso a macchia di leopardo.

Integrazione ospedale - territorio

Fra i nodi del processo di integrazione ospedale-territorio, vale la pena accennarne due che rappresentano il segno del necessario cambiamento e per i quali i modelli culturali e organizzativi della Sanità pubblica sono già in ritardo. Tali punti vogliono indicare la rotta della ripartenza e quindi cosa c'è da cambiare per andare oltre e migliorare nel processo di integrazione ospedale e territorio e della medicina territoriale post-Covid.

1) Superare il confine tra Sanità e Welfare

La salute viene definita come l'esito delle "relazioni" tra sistemi in cui è inserita la persona (famiglia, ambiente, formazione e scuola, lavoro, giustizia...); fra questi la "sanità" ed il "sociale" sono quelli per cui l'integrazione è essenziale.

Sanità e sociale devono camminare parallelamente e operare insieme e per far questo è necessario interrogarsi sui profondi cambiamenti sociali intervenuti, quali:

- *progressivo invecchiamento della popolazione*, con il relativo incremento degli anziani non autosufficienti (la nostra è tra le popolazioni più anziane e "in cattiva salute" d'Europa e uno dei problemi più seri legati all'invecchiamento nel nostro Paese è l'elevato numero dei soggetti affetti da demenza con le note ripercussioni sulle famiglie);
- aumento delle *pluripatologie e disabilità*, e quindi della multi-problematicità sanitaria e sociale;
- *incremento delle patologie croniche*, solo in parte dovuto all'invecchiamento, più spesso secondario a stili di vita;
- *profonda trasformazione del contesto sociale*, caratterizzato da un maggior numero di *persone sole* e dalla nascita di *nuove povertà* (l'Italia è stata uno dei Paesi più colpiti dalla recessione e molti studi hanno dimostrato che il livello di salute di una popolazione è fortemente correlato con la sua condizione economica).

Quindi un aumento di utenti fragili e non autosufficienti, bisognosi di più professionisti che si prendano cura di loro, che potrebbero rappresentare in un prossimo futuro un vero "tsunami" socio-sanitario. Infatti gli anziani e i disabili cronici sono destinati a raddoppiare nei prossimi venti anni e questo può rappresentare un cambiamento demografico allarmante se non sarà seguito da adeguate politiche e da interventi socio-sanitari i cui investimenti sono stati sino ad ora nettamente insufficienti. Per cui investire in sanità può servire sia al sistema economico, come alla società, che deve affrontare con urgenza il tema dell'invecchiamento della popolazione, ma anche quello del rilancio demografico, senza il quale nessun sistema sociale può sfuggire al sottosviluppo per assenza di capitale umano.

Criticità Cure Primarie da affrontare e risolvere:

- area sanitaria con professionisti (MMG, PLS) che non lavorano in team (poiché nessun professionista, pure colto, può valutare e risolvere da solo i vari aspetti della salute);
- manca di azioni di coordinamento: manca la continuità delle cure fra H e ST, percorsi di cura per patologie croniche, integrazione socio-sanitaria;
- manca di azioni di promozione della salute (aumentare il potenziale di salute mediante stili di vita corretti);
- manca di "azioni di *family medicine*": manca il *counselling* (orientamento, accompagnamento, sostegno) di pazienti e famiglie nei servizi per una Medicina di Iniziativa;
- manca di formazione specifica;
- manca di federalismo solidale fra territori regionali.

La **svolta nella Medicina Generale** costituisce un punto nevralgico dell'assistenza territoriale. Non vogliamo entrare nel merito del dibattito "di dipendenza sì o dipendenza no", in quanto riteniamo che non si tratti di cambiare stato giuridico, ma di funzioni da esercitare. E' necessario superare la visione del medico di medicina generale che lavora da *solo*, senza raccordo con le professioni sanitarie e con gli specialisti presenti sul territorio, senza tele-

medicina, senza integrazione con il distretto, il dipartimento di prevenzione, con le farmacie e con i servizi dei Comuni.

Bisogna operare in team multiprofessionali e multidisciplinari, progettare forme di équipes flessibili in base alle caratteristiche della popolazione e del territorio di riferimento. Una organizzazione capace di intercettare sul territorio le esigenze di salute dei cittadini in modo da evitare il riversarsi di una casistica non controllata sugli ospedali. Le epidemie si combattono soprattutto sul territorio. E sul territorio va affrontato anche il problema della cronicità, sviluppando una stretta continuità assistenziale con l'Ospedale, prima, durante e dopo il ricovero dei pazienti che sono in genere complessi e multi-patologici. Anche in questo caso le piattaforme digitali che possono essere di grande aiuto.

La mancanza di un *continuum* si traduce nell'incapacità di garantire un'assistenza H24, che rende necessario il ricorso al pronto soccorso in caso di emergenze soprattutto per quelle categorie di pazienti con patologie che richiedono assistenza maggiore e continuativa, come ad esempio i malati di Alzheimer, i cardiopatici e i malati terminali.

La **Medicina di Iniziativa** deve far muovere la struttura sanitaria prima che le patologie insorgano o si aggravino, senza aspettare che il cittadino si presenti ammalato o con le complicazioni di una patologia cronica. Ha lo scopo di identificare e trattare precocemente i problemi di salute della popolazione e prevenirne o ritardarne l'aggravamento. Deve quindi puntare sulla prevenzione, sulla conoscenza e sulla reale integrazione tra paziente informato e team multi-professionale. Del resto migliorare lo stato di salute delle popolazioni, come si è capito, vuol dire diminuire i costi delle famiglie e favorire il sistema economico. Occorre introdurre politiche efficaci per *prevenire le malattie* e educare i cittadini alla tutela della propria salute, rafforzare l'accesso a un'assistenza primaria di qualità e migliorare il coordinamento delle cure, soprattutto per le persone con patologie croniche. Questo vorrà dire creare oggi le migliori condizioni per operare meglio domani. I vantaggi di *investire in prevenzione* sono però elevatissimi: aspettare che i cittadini, in seguito a anni di stili di vita poco salutari, si ammalinano è una strategia perdente e costosissima. In assenza di tali condizioni, in futuro ogni situazione di difficoltà sarà sempre un'emergenza, con il rischio sempre maggiore di rendere il sistema meno sostenibile e la salute dei cittadini più precaria. Al modello ospedale-centrico andrebbe contrapposto un sistema capillare di medicina del territorio, che faccia assegnamento su reti di monitoraggio, informazione e assistenza sociosanitaria. Un sistema che funga da scudo e antenna rispetto a situazioni come quella che stiamo vivendo e che contribuisca a promuovere una cultura della salute come bene comune. Un sistema come quello descritto dovrebbe fare affidamento sulla consapevolezza e la *responsabilità di ciascuno*. La responsabilità sociale individuale è fondamentale e in questo contesto, la **corresponsabilità** è un concetto che la pandemia da COVID-19 ha rafforzato. Di qui la necessità di investire maggiormente in *informazione* per migliorare la consapevolezza sanitaria della popolazione. Sarebbe auspicabile una maggiore presa di coscienza del ruolo essenziale svolto dai punti di primo intervento per cattiva informazione o difficoltà di accesso ai servizi ambulatoriali del sistema sanitario pubblico. *L'alfabetizzazione sanitaria*, intesa come la capacità delle persone di accedere, comprendere, elaborare e applicare informazioni a tutela della propria e altrui salute, è quindi ritenuta indispensabile non soltanto in situazioni di cronicità, ma anche per la prevenzione di patologie infettive a rapida diffusione e per aumentare la consapevolezza della cittadinanza sul corretto utilizzo dei servizi a sua disposizione.

Andrebbe ridata centralità a infermieri e assistenti sanitari che sono in contatto continuo

con le persone che necessitano di assistenza. Giova sottolineare a questo riguardo alcune novità introdotte dal Decreto Legge 19 maggio 2020, n. 34 (il così detto "Decreto Rilancio") che tra le varie misure urgenti in materia di salute nonché di politiche sociali, connesse all'emergenza epidemiologica da Covid-19, ha previsto il potenziamento e la riorganizzazione della rete assistenziale, il rafforzamento dei servizi infermieristici distrettuali, con l'introduzione dell'**Infermiere di famiglia** o di comunità. Questo è l'obiettivo della medicina di prossimità, cioè portare le cure presso il paziente e non viceversa. In questo modo, si può evitare il riversarsi sugli ospedali di malati che il territorio ha avuto difficoltà a gestire per la loro complessità; rischi di ricoveri inappropriati o eccessivi accessi in pronto soccorso. Stando ai dati AGENAS, più del 70% degli accessi al pronto soccorso riguardano codici bianchi e verdi, il 22% gialli e solo l'1,7% rossi. Insomma, nella stragrande maggioranza dei casi, le cure erogate potevano essere offerte al di fuori degli ospedali, presso strutture di prossimità.

Il futuro della sanità regionale in Toscana vede nelle **Case della Salute** una chiave di volta per il sistema. La Casa della Salute ha nel panorama della sanità italiana delle profonde radici storiche. Fu proposta agli inizi degli anni settanta da Giulio Maccacaro, conosciuto come fondatore dell'Associazione Medicina Democratica. In un suo intervento del 1972 dal titolo "*L'Unità Sanitaria Locale come sistema*", individuò la Casa della Salute come una struttura elementare dell'allora USL, un'entità fisica concreta, un edificio, una sede pubblica che integrava servizi e attività ma, soprattutto, rappresentava il luogo della partecipazione dei cittadini e dei soggetti sociali. Nella nostra Regione la prima sperimentazione di una Casa della Salute è avvenuta nella Val Di Chiana aretina a seguito di un forte impegno di Bruno Benigni, ex Assessore alla Sanità della Regione Toscana. In tale esperienza, la Casa della Salute era considerata, almeno nella volontà di chi l'aveva proposta, come uno strumento per la partecipazione diretta dei cittadini oltre che di valorizzazione e integrazione tra servizi sanitari e sociali e diverse professionalità socio-sanitarie. Fondamentale in tale esperienza è stato, infatti, l'apporto dei medici di famiglia, che si sono resi disponibili a trasferire i loro studi nello spazio comune della Casa della Salute, anticipando un'idea di Unità di Cure Primarie che ha poi trovato conferma nella legislazione nazionale e nella normativa regionale. La Casa della Salute si configura oggi, nell'ambito della zona distretto, come il nodo di una rete integrata omogenea di servizi dove si stabiliscono interdipendenze, si sviluppano sinergie e si realizza la piena responsabilizzazione di tutti gli operatori. Un luogo dove i servizi sociali e sanitari si riorientano passando da una cultura dell'attesa a una cultura della promozione della salute. La Casa della Salute intende valorizzare la comunità locale, facilitando i percorsi e i rapporti tra i servizi e i cittadini, per restituire alla popolazione una visione unitaria del problema salute come diritto dell'individuo ma anche quale interesse dell'intera collettività. La Casa della Salute può permettere di garantire da una parte la presa in carico multidisciplinare e la continuità assistenziale, dall'altra di assicurare parità di accesso ai servizi sanitari in tutte le aree della Regione.

Il **Chronic Care Model** (CCM) è il modello di riferimento per l'assistenza dei pazienti affetti da malattie croniche che propone una serie di cambiamenti a livello dei sistemi sanitari utili a favorire il miglioramento della condizione dei malati cronici e suggerisce un approccio "proattivo" tra il personale sanitario e i pazienti stessi, con questi ultimi che diventano parte integrante del processo assistenziale. Le caratteristiche del CCM:

- Supporto all'autogestione: informare i pazienti e fornire loro un valido supporto all'au-

tocura è un processo di fondamentale importanza per il raggiungimento di un miglior stato di salute che, nel caso dei malati cronici, può essere mantenuto anche in assenza di una continua assistenza medica.

- Stratificare le persone con malattie croniche in base al loro rischio, offrendo un supporto commisurato a questo rischio.
- L'assistenza deve essere integrata per consentire alle équipes di assistenza sanitaria di base di accedere a consulenza e supporto specialistici quando necessario.
- Necessità di supporto delle infrastrutture digitali per migliorare le cure croniche". In primo luogo, c'è il ruolo della cartella clinica elettronica nel supportare la comunicazione tra gli operatori sanitari e ridurre la possibilità di errori. In secondo luogo, la teleassistenza e telemedicina per consentire alle persone di essere supportate a casa.
- L'organizzazione del percorso assistenziale deriva dal lavorare per "progetti e obiettivi", che significa pianificare, organizzare e coordinare tutte le risorse necessarie per lo svolgimento di attività tra loro correlate e finalizzate al raggiungimento di un obiettivo. Deve garantire un coordinamento partecipato e condiviso tra tutto il personale sanitario, compreso quello non medico, che riveste un ruolo fondamentale nel supporto ai pazienti affetti da disturbi cronici. Maggiore sarà il coordinamento della rete territoriale, la collaborazione tra gli operatori sanitari e la condivisione delle conoscenze, e maggiore sarà la crescita qualitativa dell'intero sistema. In sostanza quando si lavora insieme si fa meglio e di più.
- Il personale sanitario deve poter accedere a fonti d'aggiornamento continue di sviluppo professionale per l'assistenza ai malati cronici e ogni decisione clinica deve essere supportata da protocolli e linee guida che garantiscano la massima efficacia del trattamento assistenziale.
- Definire standard territoriali e la misurazione dei risultati è di fondamentale importanza perché nulla si cambia se non si misura.

Il domicilio. La residenza privata, gli allestimenti privati e gli ausili sanitari domestici saranno un tema di fondamentale importanza post-COVID. Il concetto è che un posto migliore come il domicilio, soprattutto per il malato, non c'è. Pertanto diventerà strategica la progettazione di spazi specializzati per il supporto sanitario, integrabili nelle proprie abitazioni, dove sarà quindi possibile trasferire le cure grazie anche alla digitalizzazione. Lo scenario attuale della sanità italiana evidenzia invece un forte ritardo sulla diffusione dell'assistenza domiciliare nel nostro Paese rispetto agli altri Paesi OCSE (4% pazienti anziani rispetto alla media OCSE del 6%).

L'allarme che più volte è stato lanciato negli ultimi anni riguarda le profonde **differenze tra territori regionali** che corrispondono a diversi contesti socioeconomici ma anche a diversi modelli di "welfare" pubblico e articolazione del settore sociosanitario. Esistono infatti aree più organizzate, in cui c'è stato un più alto investimento nel settore "Long Term Care", ed altre invece dove l'assistenza territoriale non ha avuto le necessarie attenzioni e dove il peso della cura è molto spostato sulle famiglie. Non è un caso che le regioni che hanno investito maggiormente sul territorio sono quelle che sono riuscite a "reggere meglio l'onda d'urto della pandemia da COVID-19".

Il nostro Paese ha affidato alle regioni il governo del territorio e i vantaggi di una gestione locale più vicina al paziente va preservata. Al tempo stesso se si vuole un Servizio Sanitario Nazionale equo, efficace ed efficiente occorre evitare che sia l'espressione, a volte schizo-

frenica, della volontà di 21 regioni e province autonome che, in nome della riforma federalista, interpretano il dettato costituzionale come la possibilità di operare senza vincoli, salvo poi avere un salvatore di ultima istanza nello Stato.

2) Rafforzare le strategie di comunicazione

E' necessaria una rapida ed efficace comunicazione. Una lezione imparata nel "tempo del COVID-19" in cui l'impedimento comunicativo è aggravato dai necessari dispositivi di protezione individuale che ci ricorda che **il tempo della comunicazione è tempo di cura** (Carta di Firenze del 2005, Codice di Deontologia Medica del 2014, Legge 219/2017 art.1 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento"). In questo ambito è di fondamentale importanza la **corretta gestione delle informazioni**.

Il servizio sanitario, se attaccato da emergenze epidemiche, può divenire più forte se riesce a raccogliere più informazioni possibili e a usarle, altrimenti il rischio è il suo rapido collasso. Perché ciò avvenga è necessario che sia presente e costante una "conversazione" reale e generativa fra manager e operatori sanitari, con il supporto della raccolta dei dati utili alla rimodulazione del servizio.

Il Paziente/Cittadino deve essere informato e sapere con chiarezza chi è il responsabile di ogni percorso (anche di équipe) ed a chi rivolgersi per le sue necessità medico-assistenziali. Un aspetto che la crisi sanitaria e sociale, determinata dall'emergenza Covid-19 ha fatto emergere è il **gravissimo ritardo nel processo di digitalizzazione**. La pandemia ha evidenziato l'arretratezza tecnologica del sistema sanitario a causa di sistemi informatici desueti e frammentati, che non sono stati capaci di garantire una comunicazione efficace, sia interna al territorio che fra territorio e ospedale.

Il **Fascicolo Sanitario Elettronico**, che dovrebbe essere la base di condivisione delle informazioni del paziente tra gli operatori, non è stato ancora implementato appieno. Anche sul fronte della **telemedicina** la strada è in salita, nonostante sia un tema con grandi potenzialità di sviluppo, presente sul tavolo del sistema sanitario da oltre 30 anni. Allo stesso tempo, la pandemia ci ha confermato che la digitalizzazione non è una sfida così irraggiungibile, se si considera la quantità di persone anziane sempre più digitali. La **Digitalizzazione** supporterà l'ospedale del futuro e lo collegherà alle persone nel loro luogo di lavoro o residenza, facilitando prenotazioni, accesso alle prestazioni, trasferimento delle informazioni, riducendo tempi morti, code, trasferimenti inutili.

Conclusioni

In sostanza, *"andrà tutto bene se saremo capaci di cambiare"*. La lezione è stata dura ma lo sarà ancora di più se non avessimo imparato che le epidemie si combattono sul territorio con il potenziamento delle cure primarie. Queste strutture territoriali, nevralgiche in tempi normali, diventano cruciali in momenti emergenziali perché sono in grado di monitorare le situazioni al di fuori degli ospedali, intercettare le infezioni, prevenire l'estensione dei focolai e gestire i casi a domicilio.

L'emergenza ha sicuramente dato una spinta importante alla riorganizzazione della sanità territoriale. Ma la strada per arrivare a una sanità territoriale moderna, efficiente, integrata, multidisciplinare e in rete è ancora molto lunga e va percorsa. Efficienza e flessibilità saranno

le parole d'ordine insieme ad una corretta programmazione dell'organizzazione sanitaria di riferimento, tra ospedale, reti di presidi e territori grazie al supporto della digitalizzazione. L'implementazione di nuovi modelli assistenziali necessita di un *cambiamento culturale* da parte di tutti. Non esiste un unico modello di territorio o di ospedale, ma modelli differenti per le funzioni richieste o per quelle che si dovranno assumere in condizioni di emergenza. Anche il comparto sanitario del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza presentato dal Consiglio dei Ministri il 12 gennaio 2021 per l'accesso alle risorse europee del Recovery Plan, punta allo sviluppo dell'assistenza territoriale sociosanitaria come uno degli obiettivi principali.

Gli strumenti concreti per andare verso il modello auspicato si possono così riassumere:

- *Garantire assistenza domiciliare H12 (meglio H24)*, tramite la costituzione di team multidisciplinari (medici di famiglia, infermieri di comunità, specialisti, operatori sociali) e ridurre così gli accessi in PS.
- *Mantenimento delle USCA anche dopo lo stato di emergenza epidemiologica da Covid-19.* Le USCA sono strutture operative della Medicina Generale istituite nelle Asl con il compito di effettuare l'assistenza per la gestione domiciliare a sostegno di pazienti affetti da Covid-19, che non necessitano di ricovero ospedaliero, o sospetti di questa infezione. Rappresentano uno strumento organizzativo che, rafforzando la continuità assistenziale a domicilio, consente di salvaguardare la capienza degli ospedali per la presa in carico delle sole patologie appropriate e urgenti, senza trascurare tutti gli altri assistiti, che pur non essendo gravi, necessitano di essere monitorati da personale specializzato e in maniera continuativa a domicilio. Le Usca sono attive 7 giorni su 7, dalle ore 8 alle 20 e possono essere attivate da medici di assistenza primaria, pediatri di famiglia, medici di continuità assistenziale, centrale operativa 118. Il medico Usca e di continuità assistenziale può anche contattare telefonicamente l'ospedale per coordinare le operazioni, mettendo in campo la miglior soluzione possibile per la persona presa in carico ed evitando di sovraccaricare i Pronto Soccorso.

La nostra proposta è quindi quella di strutturare questo modello organizzativo, anche dopo il superamento dell'emergenza COVID, magari all'interno delle Case della salute, con l'obiettivo di garantire la massima sorveglianza sul territorio, anche durante le festività, di offrire il miglior servizio possibile alla comunità, vicino e veloce, e di potenziare il servizio sanitario territoriale.

- Puntare ad una adesione totale dei MMG alla *Sanità di Iniziativa* basandosi sul modello del *Chronic Care Model*, per arrivare con questa progettualità a una copertura del 100% dei pazienti-utenti, in modo da non aspettare che il cittadino si presenti ammalato o con le complicazioni di una patologia cronica. Equipe di base: MMG, Infermiere, OSS. Sede: ambulatori MMG e Case della Salute. Scheda Sanitaria Informatizzata Unica. Attività di follow up ambulatoriale medico e infermieristico con dotazioni strumentali minime (spirometro, glucometro, teleECG), percorsi specialistici dedicati e riferimento per urgenze.
- Gli interventi sulla sanità del Recovery Plan per il potenziamento dell'assistenza sanitaria e rete territoriale prevedono la realizzazione di strutture fisicamente identificabili come "Case della Comunità" che in realtà altro non sono che un modello che ricalca quello delle Case della Salute già istituite nel 2007. Ebbene a 14 anni dalla Legge ci sono ben 8 Regioni (oltre il 30%) che non ne hanno istituita nemmeno una. Quindi in realtà è necessario rendere le *Case della Salute* un modello ancora più forte e maggiormente rappresentato sul territorio, attraverso la cui realizzazione i cittadini disporranno di un presidio

territoriale organizzato per la presa in carico delle domande di salute e di cura. L'obiettivo, in pratica, è costruire un modello di continuità assistenziale ospedale-territorio in cui le Case della Salute ricoprono un ruolo fondamentale quali strutture polivalenti che operano nell'ambito della zona distretto e fanno parte integrante dell'organizzazione del servizio sanitario regionale. È importante però che non rimangano "case vuote". Occorre per questo lavorare perché abbiano la dotazione necessaria, strumentazioni per la telemedicina, servizi quali Cup, continuità assistenziale, riabilitazione, una minima chirurgia ambulatoriale. Questo consentirebbe di decongestionare gli ospedali a cui oggi si ricorre per prestazioni ed esami che possono essere eseguiti anche sul territorio.

- Portare le cure presso il paziente rafforzando i servizi infermieristici distrettuali, con l'introduzione dell'*Infermiere di famiglia* o di comunità, per ridare centralità a operatori che sono in contatto continuo con le persone che abbisognano di assistenza.
- Occorre *rivalutare il ruolo di cooperazione e di scambio di esperienze tra regioni* perché così com'è strutturato in questo momento, il federalismo è scarsamente solidale, crea disuguaglianze e lascia intatti i problemi delle regioni con una scarsa capacità manageriale. Serve quindi una *riforma del Titolo V della Costituzione* che garantisca maggior potere del Ministero della Salute in termini di programmazione e indirizzo nonché di verifica degli obiettivi, con possibili interventi sostitutivi per garantire non solo l'equilibrio economico delle Regioni, ma soprattutto il diritto di accesso alle cure, la piena esigibilità dei LEA e in definitiva quel diritto alla salute, unico e indivisibile, il solo che la Costituzione definisce come fondamentale. Una autonomia differenziata ci porterebbe, al contrario, verso uno stato federale sul modello degli Stati Uniti che proprio durante l'epidemia hanno mostrato enormi difficoltà nell'assumere decisioni univoche e concordate nel contrasto della sua diffusione e ne stanno ancora pagando le conseguenze in termini di numero di contagi e mortalità. A quel punto sarebbe improprio continuare a parlare di SSN.
- È fondamentale lo sviluppo e l'adeguamento dell'*Information Technology*, nonostante la grande accelerazione che l'emergenza sanitaria COVID-19 ha portato, per migliorare lo scambio di informazioni. Da qui la stringente necessità di *sviluppare le diverse potenzialità tecnologiche di trasmissione*, le quali non potranno più essere considerate "accessori volontari", bensì i pilastri dell'appropriatezza e della sicurezza delle cure. Ma affinché la digitalizzazione non diventi un elemento di disuguaglianza e possa essere messa a disposizione di tutti va certamente accompagnata da un investimento per rendere le tecnologie accessibili e diffuse.
- Bisogna sperimentare modalità incentrate sulla comunicazione e sulla condivisione di responsabilità anziché un'azienda sanitaria a guida monocratica che sconta l'*esclusione dei professionisti dai processi decisionali* fondamentali.
- Infine la *Formazione*: bisogna costruire un percorso specialistico universitario sulle cure primarie, che metta insieme le necessarie competenze cliniche, indirizzandole però all'assistenza a domicilio e nella comunità. Percorso non facile in Italia dove le università non hanno, a parte poche eccezioni, storia e competenze per la gestione di malattie e persone al di fuori del contesto ospedaliero.

Per concludere, i politici invece di bloccare se stessi e il paese in diatribe incomprensibili, dovrebbero alzare lo sguardo e rimboccarsi le maniche per affrontare queste sfide.

Investire in sanità, ricerca, formazione a partire, perché no, proprio dalla Toscana.

Bibliografia

1. Gianfredi V, Grisci C, Nucci D et al. La comunicazione in sanità. *Recenti Prog Med* 2018;109:374-83. doi : 10.1701/2955.29706
2. Linee guida per l' Healthcare post-COVID", 30 Giugno 2020 – Binini Partners
3. "La tempesta perfetta. Il possibile naufragio del Servizio sanitario Nazionale: come evitarlo?", Walter Ricciardi, 2015, VP Vita e Pensiero Ricerche Economia
4. Chris Ham. The ten characteristics of the high-performing chronic care system. *Health Economics, Policy and Law*, 5, pp 71-90
5. "Rivoluzione in Sanità. Programmazione, Prevenzione, Investimenti e Lotta agli Sprechi", Marcello Caremani, 2015, Fuori onda
6. "Forum Risk Management. Sanità Territoriale vs Sanità Ospedaliera? Un falso dilemma", quotidianosanità.it, mercoledì 16 dicembre 2020
7. "The ten characteristics of the high-performing chronic care system", Chris Ham, *Health Economics, Policy and Law* / Volume 5 / Issue 01 / January 2010, pp 71 – 90
8. La vision di Federsanità-Confederazione delle Federsanità Anci regionali sulle cure primarie, mercoledì 16 dicembre 2020, quotidianosanità.it

- 06 -

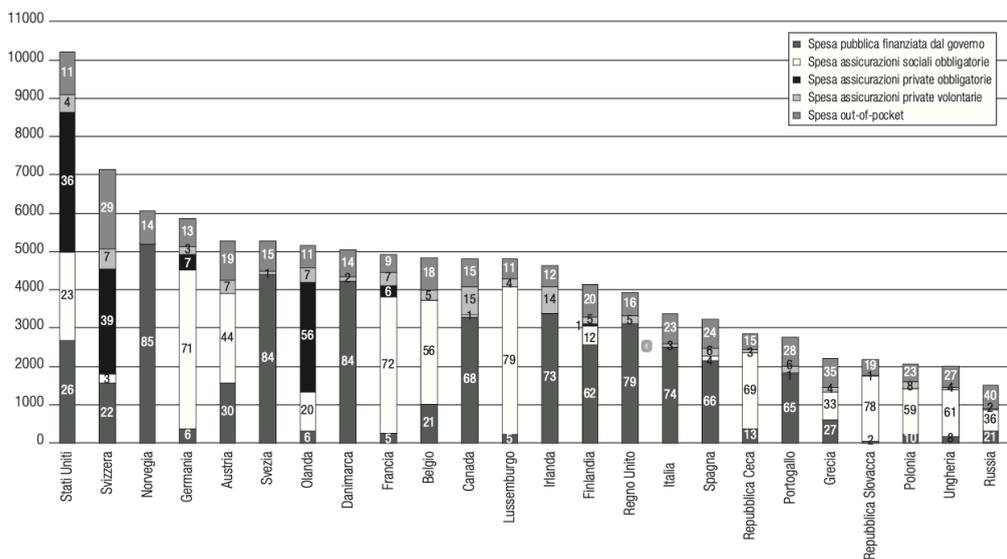
BIG DATA: programma sociosanitario per i comuni

Giorgio Ventoruzzo

Il buon governo di un Comune non può non riguardare in modo prioritario, nell'ambito della sicurezza dei suoi cittadini, il settore della salute e dell'assistenza sociosanitaria, con servizi adeguati ai bisogni soprattutto delle fasce più deboli della popolazione (bambini, anziani, disabili), senza abbandonare nessuno e facendo sentire la vicinanza e la solidarietà della comunità, su cui si fonda la coscienza sociale di una cittadinanza.

Il Sistema Sanitario Nazionale (SSN), pur ricco di eccellenze scientifiche e mediche di riferimento, è dal punto di vista organizzativo "geopardizzato" con evidenti aree di disorganizzazione ed inefficienza anche all'interno delle singole regioni. Questo spiega come la componente di spesa sanitaria privata sia tra le più elevate in Europa e centinaia di migliaia di famiglie siano costrette annualmente ad affrontare spese sanitarie superiori al 40% del loro reddito per cure che non riescono ad avere dal SSN. Come si evince dal **Grafico 1** in Italia circa un quarto della spesa sanitaria (23,5%) è direttamente coperta dai pazienti (*out-of-pocket*) al momento della fruizione dei servizi o dell'acquisto di beni (accesso cure specialistiche, farmaci), al di fuori della fiscalità e di schemi assicurativi privati volontari o obbligatori. In buona sostanza l'universalità e la gratuità dell'assistenza sanitaria, momento fondante dell'istituzione del SSN, non sono ovunque garantite.

Grafico 1. Composizione della spesa sanitaria pro-capite: finanziata dal governo, per premi assicurativi obbligatori, per assicurazioni private volontarie e out-of-pocket (2017)



Fonte: Elaborazioni OASI 2019 su dati OECD

Le **politiche sociali** affrontano generalmente i grandi temi della vita degli individui come "**settori**" specifici (minori, anziani, non autosufficienze, disabilità, tossicodipendenze, malati in fase terminale etc.). Ognuno di questi grandi temi ha in sé contenuti di tipo più generalmente sociale e più specificamente sanitario. I limiti di questa visione sono rappresentati da:

1. **Dicotomia nelle responsabilità istituzionali di programmazione e gestione dell'assistenza sociosanitaria** con l'attribuzione delle responsabilità dell'assistenza sanitaria prevalentemente alle Regioni e di quella sociale prevalentemente ai Comuni.
2. **Frammentazione e dispersione degli enti, strutture, organizzazioni ed associazioni dedicati all'assistenza sociosanitaria.** Il che, tradotto in termini banali, fa pensare ad un grande corpo, dotato di molteplici organi, a volte malformati o duplicati, che agiscono in modo erratico ed occasionale in mancanza di un "cervello", che ne coordini funzioni ed attività. Il risultato è che l'accessibilità ai servizi sociosanitari diventa a volte molto difficile. Un esempio può essere il cittadino anziano, non autosufficiente o con scarse capacità di affrontare situazioni per lui difficili da gestire, specie in assenza di supporto familiare, che si vede RIMBALZARE da un centralino all'altro, da un servizio all'altro in cerca di una soluzione al SUO bisogno di assistenza.

Appare quindi necessaria una reale Integrazione socio-sanitaria che non può prescindere da un dialogo e una programmazione coerenti fra Regione e Comuni. L'obiettivo è **ribaltare completamente l'approccio canonico all'assistenza sociosanitaria** con le seguenti, essenziali strategie:

1. **Partire non dai servizi, non dalle norme e dalla loro applicazione, ma dalle persone:**
 - **Censire** i poveri, i disabili, le persone a rischio di mancata assistenza, nei singoli Municipi;
 - **Acquisirne i dati essenziali sociosanitari**, con le esigenze prioritarie di assistenza;
 - **Assumere la responsabilità dei "casi"** seguendoli nel tempo ed assicurando loro la guida, l'accesso agli esami, ai ricoveri, se necessari, all'assistenza domiciliare, fino alla telemedicina, se possibile.
2. **Creare preliminarmente una RETE di collegamento telematico di tutte le strutture, i servizi le organizzazioni di ogni tipo** (ospedali, ASL, RSA, Hospice, Comunità, CRI, Caritas, Associazioni di volontariato etc..)

Questa "rete" sarà coordinata da un centro operativo "proattivo" costituito da una centrale telefonica, H24 (7 giorni su 7), raggiungibile anche via internet con operatori esperti, in genere infermieri ma anche medici, che in caso di primo contatto inseriranno il nuovo "caso" nel sistema informativo oltre a rispondere all'immediata esigenza, nei casi già seguiti avranno tutte le necessarie informazioni per adeguare l'intervento alle nuove esigenze e richieste. Inizia così una funzione di tutoraggio che monitorizza attivamente il supporto socioassistenziale agli assistiti.

Il CUORE del sistema sarà costituito dall' "e-Health Cloud" cioè dalla gestione informatizzata attraverso lo *storage* in sistemi di *CLOUDING* dedicati di una rilevante quantità di dati (**BIG DATA**) riguardanti sia i "casi" da seguire attivamente, sia i servizi, le strutture, le organizzazioni deputati ad assisterli. Non ci sarà in genere bisogno di creare nuovi centri, nuove organizzazioni, ma potranno essere collegate e facilitate le attività di quelli esistenti, con grande risparmio di risorse e di tempo. Per quanto concerne il sistema di *clouding* potrà essere utilizzato quello già attivo in Regione Toscana.

Tutto ciò può essere realizzato attraverso un PROGETTO FINALIZZATO che attinga alle ingenti risorse messe in campo dal "NEXT GENERATION Italia" in ambito di digitalizzazione.

Bibliografia

1. Rapporto O.A.S.I. 2019
2. XVI Rapporto Sanità C.R.E.A.

- 07 -

TELEMEDICINA E SANITÀ DIGITALE: è cominciata una nuova era

Alessandra Caremani, Daniela Caremani, Marcello Caremani

L'emergenza Covid-19 ha rivoluzionato in poco tempo il nostro sistema sanitario fornendo un rapido impulso alla sperimentazione di nuove modalità tecnologiche di assistenza che hanno permesso di controllare, monitorizzare e consigliare i pazienti da remoto. L'attuale pandemia si è rivelata utile per cogliere opportunità di crescita e cambiamento: ci siamo accorti che un sistema sanitario moderno e all'avanguardia non può prescindere dalla telemedicina e dalla sanità digitale che sono entrate a pieno titolo nel SSN affermandosi come strumenti di assistenza a distanza estremamente efficaci.

La consapevolezza nella popolazione generale che la tecnologia può essere un utile supporto alla tutela della salute è documentata da una ricerca realizzata da Nomisma per UniSalute durante il periodo di *lockdown* che ha rilevato che il 67% degli italiani era favorevole a soluzioni innovative come il teleconsulto o la televisita medica.

La **Telemedicina** è definita dal Ministero della Salute come *"l'insieme di tecniche mediche ed informatiche che permettono la cura di un paziente a distanza o più in generale di fornire servizi sanitari da remoto"*. In altre parole, la telemedicina è l'insieme di prestazioni sanitarie che avviene a distanza per via telematica: rappresenta il connubio perfetto tra nuove tecnologie di comunicazione e modalità tradizionali di assistenza medica e, grazie a nuovi strumenti audio e video di comunicazione digitale, consente da remoto al medico di:

- Fornire colloqui e servizi di assistenza medica;
- Inviare e ricevere documenti, diagnosi e referti in modo immediato;
- Monitorare costantemente i parametri vitali dei pazienti con patologie croniche.

La Telemedicina non sostituisce la medicina tradizionale bensì l'affianca con tecniche innovative, moderne e efficienti in grado di ottimizzare il contatto medico-paziente e consentendo, nel contempo, un notevole risparmio di tempo e abbattimento di costi. L'obiettivo finale della telemedicina e della sanità digitale è aiutare i pazienti a ricevere da remoto assistenza sanitaria di alto livello nella sede migliore cioè a "casa propria", anche in situazioni critiche come quella attuale della pandemia da Sars-Cov2. I servizi sanitari *online* possono garantire un accesso equo all'assistenza sanitaria per chiunque e in qualsiasi luogo, anche per quei pazienti che normalmente avrebbero difficoltà a raggiungere il luogo della visita e che invece ne possono usufruire direttamente da casa. Il paziente inoltre può condividere con il proprio medico esami, referti e diagnosi in maniera immediata e nel completo rispetto del trattamento dei dati personali e quindi della privacy.

Il termine Telemedicina si riferisce a un insieme di strumenti: Televista, Telecontrollo, Teleconsulto, Tele-monitoraggio, Tele-consigli. Il Ministero della Salute ha individuato, all'interno dell'ampia definizione della Telemedicina, tre macro-discipline:

1. **La tele-medicina specialistica** che riguarda tutte le modalità con cui si forniscono visite mediche e controlli a distanza in merito a una specifica disciplina medica. Fanno parte di questa categoria tutte le sedute mediche in *videochiamata* e *online*, come per esempio una seduta dallo psicologo o una visita dal nutrizionista.
2. **La tele-salute** che ha il compito di fornire assistenza primaria in merito alla diagnosi e al monitoraggio a distanza dei parametri vitali dei pazienti. Il medico curante in questo modo potrà seguire costantemente anche da remoto le condizioni di salute dei suoi pazienti. La tele-salute risulta utile, forse ormai indispensabile, soprattutto quando si parla di pazienti con patologie croniche che necessitano di osservazione costante; questo comporta la misurazione della pressione a distanza, del battito cardiaco o più sempli-

cemente il monitoraggio quotidiano delle condizioni cliniche del paziente.

3. **Tele-assistenza** che riguarda tutti i servizi socio-sanitari rivolti a pazienti fragili o diversamente abili, che può permettere di gestire da remoto in modo efficace ed efficiente tutti i servizi di supporto in caso di emergenza.

Tutti i medici, ma anche la maggior parte degli operatori sanitari non medici, possono oggi fare telemedicina per raggiungere a distanza i propri pazienti e fornire loro l'assistenza di cui necessitano in ogni momento. Quelli che non utilizzano questi sistemi si trincerano dietro la mancanza di strumenti e di professionalità specifiche, ma in realtà non servono grandi mezzi tecnologici per raggiungere lo scopo, basta utilizzare al meglio gli strumenti di cui già si dispone. Non tutti i professionisti possono fornire visite ugualmente approfondite attraverso la telemedicina, perché chi lavora a stretto contatto con i pazienti, come per esempio i fisioterapisti o i dentisti, avranno sicuramente maggiori difficoltà rispetto ad altre categorie professionali, come gli psicologi ed i nutrizionisti, che potranno utilizzarla proprio come se avessero il paziente all'interno del loro studio medico. La videochiamata può diventare una visita a tutti gli effetti, anche perché i pazienti vedono il medico e possono avere con lui un rapporto naturale mentre parlano delle proprie condizioni di salute. Le videochiamate possono essere di grande utilità per monitorare i parametri vitali dei pazienti con patologie croniche: la misurazione della pressione arteriosa, la frequenza ed il ritmo cardiaco possono essere effettuata comodamente dal paziente in videochiamata. Recentemente sono stati messi in commercio strumenti (Smartwatch con metodica Bluetooth a bracciale) che possono consentire l'esecuzione di un ECG dal polso associato alla misurazione della pressione arteriosa, della saturazione di O₂, a conta-passi e conta-calorie, in modo da mettere in condizione sia il Medico di Medicina Generale (MMG) che lo specialista, di avere rapide informazioni sulle condizioni generali e sulla attività svolta dal paziente. Per rendere più agevole e rapida una video chiamata all'interno di un sito web di uno studio medico può essere inserita una live chat che rappresenta l'assistente virtuale specializzata, consentendo di dare appuntamenti e tutte le informazioni di cui i malati hanno bisogno con la possibilità di interazione 24 ore al giorno. Oltre la live chat si può utilizzare un ChatBot che è un software progettato per simulare una conversazione con un essere umano, che fornisce risposte automatiche studiate sulle domande più frequenti dei pazienti riguardo alle loro problematiche. Lo scopo principale di questi software è quello di simulare un comportamento umano e questi sistemi sono a volte definiti anche agenti intelligenti e vengono usati per vari scopi. Alcuni utilizzano sofisticati sistemi di elaborazione del linguaggio naturale, ma molti si limitano a eseguire la scansione delle parole chiave nella finestra di *input* e fornire una risposta con le frasi più corrispondenti. Il termine "*chatterbot*" è stato coniato da Michael Mauldin, creatore del *ChatBot Verbot*, nel 1994 per descrivere questi programmi di conversazione. Un servizio di messaggistica istantanea o una piattaforma *cloud* di condivisione *online* può essere usato non solo per condividere con i pazienti referti, diagnosi e documenti medici, ma anche per aprire un canale di consultazione con altri specialisti, cioè fare un video consulto.

La videochiamata è la metodica utile per mettere in contatto il professionista della salute, che sia il MMG o lo specialista con il paziente, la videoconsulenza consente una consultazione *online* tra medici specialisti o tra specialisti e MMG, mentre il videocontrollo permette di controllare esami diagnostici e parametri vitali del paziente.

Alcune attività non sono attuabili tramite una videochiamata o una *chat*, come per esempio quella di un fisioterapista, in questi casi può essere però condiviso sul sito del suo studio

medico alcuni video o *tutorial* con esercizi semplici pensati appositamente da far eseguire ai suoi pazienti, che ne otterranno discreti benefici, come gli esercizi di ginnastica che vengono insegnati in televisione.

La telemedicina in Italia e le sue normative

La telemedicina in Italia ha già registrato numerose esperienze a livello nazionale, iniziate nel 2007, quando il Ministero della Salute decise di istituire un vero e proprio Ente specifico per la sanità digitale, denominato Osservatorio Nazionale di Innovazione Digitale in Sanità. L'Osservatorio nacque con il compito di analizzare la diffusione della telemedicina a livello nazionale e promuoverne l'utilizzo, le *best practice* e i benefici al fine di migliorare l'assistenza sanitaria fornita a ogni cittadino. L'Osservatorio eseguirà una ricerca dal 2020 al 2021 sull'Innovazione Digitale in Sanità al fine di:

- fornire una stima della spesa per la Sanità digitale, evidenziando i trend in atto sia a livello complessivo (Ministero, Regioni, MMG, strutture sanitarie) sia nei principali ambiti d'innovazione digitale;
- analizzare la maturità e il livello di diffusione delle tecnologie digitali riguardanti la "Connected Care" nel percorso di salute del cittadino che va dalla prevenzione alla cura e al follow-up (es. *Internet of Things*, Servizi Digitali al Cittadino, Cartella Clinica Elettronica, ecc.);
- approfondire il tema dell'Intelligenza Artificiale (AI) in Sanità, anche attraverso l'analisi delle *startup* a livello internazionale e dei progetti europei finanziati;
- approfondire il tema del digitale a supporto del "patient Empowerment ed Engagement" e della "digital readiness" degli operatori sanitari;
- analizzare il livello di diffusione e di interesse nei confronti delle soluzioni di Telemedicina e approfondire la maturità del contesto italiano dal punto di vista normativo;
- analizzare come il digitale può migliorare l'efficacia della cura e assistenza dei pazienti e quali siano le azioni che il nostro Paese deve mettere in atto per lo sviluppo delle Terapie Digitali.

Purtroppo l'Italia a tutto oggi è ancora indietro per quanto riguarda la diffusione della sanità digitale rispetto ad altri Paesi europei, infatti l'Osservatorio Nazionale ha riportato che l'investimento italiano complessivo per questo progetto ammonta a 1,3 miliardi di €, corrispondente a circa 22 € per cittadino, investimento minimo se paragonata ai 40 € pro-capite della Francia o ai 60 € pro-capite del Regno Unito. I cittadini italiani non solo non hanno raggiunto una familiarità, ma molti sono ancora analfabeti riguardo ai servizi di medicina digitale e questo spiega perché il 70% dei pazienti italiani preferiscono incontrare il medico di persona poiché non si fidano completamente dei servizi di assistenza a distanza. L'Italia è stata uno dei primi Paesi a introdurre la telemedicina in ambito militare e ad impiegare l'assistenza sanitaria a distanza. Le tecnologie a supporto della sanità sono state oggetto di numerose normative: nel 2014 sono state approvate e disciplinate dal Ministero della Salute le Linee d'indirizzo nazionali, è stata poi la volta del Piano per la cronicità, promulgato nel 2014-16 e del Patto per la sanità digitale nel 2018, mentre nel 2017 è stato istituito il Centro nazionale per la telemedicina e le nuove tecnologie assistenziali presso l'Istituto

Superiore di Sanità. Con il DR 464 06/04/2020 la Regione Toscana ha fornito alle Aziende Sanitarie indicazioni omogenee e condivise in merito alle modalità attuative e gestionali delle attività di Televisita e Teleconsulto.

I servizi di telemedicina sono di tipo diagnostico e terapeutico, e vanno a integrare le prestazioni sanitarie tradizionali; sempre secondo le linee guida, devono ottemperare a tutti i diritti e doveri propri di qualsiasi altro atto sanitario. Per quanto riguarda l'**aspetto medico-legale in Telemedicina** non appaiono necessari al momento interventi legislativi per normare la possibile "**Digital Medical Malpractice**" correlata a inadeguata formazione sull'utilizzo delle nuove tecnologie, sia del medico che del paziente, o a vuoti normativi in tale settore emergente della medicina. Infatti la **legge 24/2017** (Legge Gelli), con straordinaria completezza di previsione riporta all'**art.7** che "*le strutture sanitarie rispondano anche per le conseguenze dannose delle prestazioni erogate in regime di libera professione intramuraria, dell'ambito di sperimentazioni, di ricerca clinica nonché attraverso la telemedicina*". Pertanto, laddove per un paziente si concretizzasse un danno ingiusto correlato alla telemedicina e causalmente riconducibile a colpa medica, lo stesso sarà iscritto nel novero dei maladempianti per i quali, ai fini risarcitori, dovrà rispondere l'azienda sanitaria, che potrà rivalersi sul patrimonio del professionista solo "in caso di dolo o colpa grave" (comma 1, art.9).

Più complesso e in evoluzione appare invece lo scenario relativo ai problemi di gestione dati personali, privacy e *Cyber Security* che richiederanno sempre maggiore attenzione da parte di servizi informatici aziendali e regionali integrati.

La telemedicina e l'integrazione con i servizi territoriali

In Italia lo sviluppo della telemedicina può portare a rafforzare il sistema sanitario proprio dove ha dimostrato recentemente alcune debolezze e criticità e cioè nell'integrazione ospedale-territorio. La costruzione di una rete di telemedicina tra ospedali e territorio, con l'attivazione di servizi a distanza, permetterebbe di supportare e monitorare i pazienti che sarebbero maggiormente tutelati, senza doversi necessariamente spostare, in particolar nell'ambito della prevenzione e delle malattie croniche. I vantaggi della telemedicina, nell'integrazione tra ospedale e territorio, sono:

- degenze ospedaliere più brevi;
- riduzione del costo delle cure;
- monitoraggio continuo ed interventi in fase precoce specie per le malattie croniche;
- consulto a distanza con medici specialisti.

Tuttavia, secondo i dati del Report 2019 dell'Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità del Politecnico di Milano, la spesa in innovazione digitale delle strutture sanitarie si è concentrata soprattutto nel supporto digitale dei processi ospedalieri, con una minore attenzione all'integrazione ospedale-territorio. I progetti pilota che riguardano i servizi ai pazienti, come tele-salute e tele-assistenza, sono presenti soltanto nel 22-27% delle aziende sanitarie. L'impiego di tecnologie innovative in campo medico, potrebbe portare notevoli vantaggi anche dal punto di vista economico, come dimostra uno studio del 2012 dell'Ente di

Assistenza e Previdenza dei medici (E.N.P.A.M.): la strumentazione digitale permetterebbe un risparmio di tre miliardi di euro l'anno grazie alla deospedalizzazione di pazienti cronici. Il digitale costituisce un utile supporto per la salute di tutti, non soltanto delle persone già avanti negli anni, anche se nella terza età, che rappresenta un periodo particolarmente delicato, durante il quale sono sempre più importanti la consapevolezza e la gestione della propria salute, la prevenzione e la cura, diventano presupposti per la serenità.

La Telemedicina nella gestione delle patologie croniche: tele-monitoraggio

La telemedicina permette al medico di gestire in maniera più semplice e efficace i pazienti con patologie croniche portando la prestazione sanitaria a domicilio. La propria casa rappresenta per il paziente affetto da co-morbilità la migliore sede di cura.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, le malattie cardiovascolari e quelle respiratorie causano rispettivamente, 17,5 milioni e 4,1 milioni di decessi ogni anno, il diabete causa determina circa 1,1 milioni di morti all'anno ed è una patologia di cui soffrono molti milioni di persone e che richiede frequenti controlli; la telemedicina in questi casi si sta rivelando preziosa. I pazienti cronici, infatti, devono sottoporsi in maniera costante al monitoraggio di alcuni parametri, come la pressione sanguigna, la saturazione (cioè il controllo del livello di ossigeno nel sangue), la glicemia, misurazioni che possono essere tranquillamente effettuate anche tra le mura domestiche. Alcune apparecchiature di semplice utilizzo, come sfigmomanometri e pulsio-ossimetri, permettono al paziente di controllare le sue condizioni: i dati possono essere raccolti e condivisi con il personale sanitario attraverso software dedicati, o applicazioni simili a quelle di uno smartphone. *L'Information and Communication Technologies (ICT)* presuppone naturalmente una preparazione del paziente stesso, che dovrà conoscere gli strumenti a sua disposizione e comprendere che l'introduzione di queste tecnologie non comporta un abbandono da parte del sistema sanitario; allo stesso modo, anche i *caregiver* dovranno essere preparati a gestire una situazione di questo tipo. Affinchè l'utenza e gli operatori sanitari vengano a contatto tramite la Sanità Digitale e la Telemedicina è necessario che tutti e due questi poli aumentino, tramite opportuni programmi di formazione, le competenze digitale e relazionali informatiche. Recentemente nella città di Bergamo è stato costituito il gruppo "Volontari digitali Bergamo" che ha il compito di educare gli anziani all'utilizzo di Smartphone e di Tablet; questo perché si sono resi conto che bisogna rivolgere l'attenzione all'analfabetismo digitale per rendere sempre più la telemedicina una realtà sanitaria fruibile in tutta Italia superando la jeopardizzazione regionale e territoriale. Le soluzioni digitali dei servizi di cure domiciliari distrettuali possono offrire risposte rapide, competenti a pazienti sempre più complessi e fragili, anche e soprattutto in un momento difficile come quello che stiamo vivendo. A dimostrarlo è il **progetto "@home"** realizzato nell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento tramite una della *best practice* della Confederazione Associazioni Regionali di Distretto (Card), Società Scientifica che raccoglie gli operatori di tutte le professioni sanitarie e sociosanitarie che operano nella sanità territoriale. Questo progetto nato nel 2017 e divenuto operativo agli inizi del 2019 in tutti i Distretti della Provincia di Trento, ha coinvolto un team multidisciplinare composto da circa 300 professionisti tra medici, infermieri, direttori di UO, MMG e Pediatri di Libera Scelta (PLS) e un *pool* di esperti

di *Information Technology* interni ed esterni all'Azienda. Nel 2020 l'utilizzo di una tecnologia fondata su un'architettura *cloud* e *mobile*, ha permesso la presa in carico, nell'ambito delle cure domiciliari e palliative, di circa 18 mila cittadini, rappresentanti il 3,2% della popolazione totale, che sono stati completamente gestiti nel sistema. Durante il picco della prima fase pandemica 10 mila persone (casi o contatti) sono state monitorate a domicilio con 150 mila misurazioni e parametri tracciati da remoto. Nella seconda fase della pandemia la piattaforma tecnologica è stata ulteriormente ampliata e alla fine del 2020 sono state gestite oltre 78 mila segnalazioni con isolamento, e tracciati oltre 45mila contatti stretti. Oltre al miglioramento e all'uniformità del percorso di presa in carico territoriale del paziente/famiglia nel rispetto dei principi del "*patient and family centred care*", *@home* ha avuto come obiettivo quello di sorvegliare il raggiungimento di risultati rilevanti per le cure domiciliari, come il livello di autonomia della persona nel gestire la propria malattia, la compliance alla terapia, il mantenimento delle ADL (Attività della vita Quotidiana), il controllo di sintomi disturbanti (dolore, ansia, nausea...). Sono stati monitorati anche altri indicatori quali il numero di ricoveri ospedalieri, d'istituzionalizzazioni o di decesso a domicilio di pazienti seguiti dalle cure palliative. Il tutto fornendo in modo rapido e sistematico i dati relativi ai risultati raggiunti e ai volumi di attività in linea con le richieste ministeriali. Questo metodo ha consentito di mettere a disposizione il nuovo sistema in circa 6 mesi, con la segnalazione del caso, la valutazione della persona e l'individuazione dei suoi bisogni, l'apertura del piano di cura, la pianificazione e rendicontazione degli accessi domiciliari, la gestione dell'agenda da parte del singolo professionista.

Successivamente il sistema è stato perfezionato attraverso i *feedback* ottenuti da un numero crescente di operatori.

Le patologie trattate sono state principalmente l'insufficienza cardiaca e altre patologie cardiache, il diabete mellito, la demenza senile, le patologie oncologiche, le patologie cerebrovascolari e l'infezione da Covid 19. I piani di cura attivati hanno richiesto accessi integrati medici e infermieristici nel 20% dei casi; il 44% prevalentemente solo accessi dell'infermiere e il 36% accessi programmati dei MMG/PLS. La presa in carico della persona è avvenuta in tempi rapidi, anche nel giro di un giorno, se le necessità del paziente lo richiedevano. I professionisti al domicilio del paziente accedevano ad *@home* tramite una App, via tablet o smartphone aziendali, che permetteva di registrare e consultare le informazioni necessarie per una presa in carico domiciliare. Questo sistema consente inoltre di consultare il sistema di *repository* referti del Sistema Informativo Ospedaliero, il sistema di prescrizione dematerializzata dei farmaci gestita dai MMG e il Cup per verificare quali visite o esami sono stati prenotati e quando venivano effettuati. Nell'attuale fase pandemica la disponibilità di una piattaforma domiciliare completa in tutti gli ambiti distrettuali è risultata importante per gestire i casi ed i contatti Covid sul territorio fin dalla prima fase dell'emergenza. Le capacità della soluzione *@home*, basata su una piattaforma *Cloud*, si sono rapidamente evolute per consentire agli utilizzatori interni ed esterni ad Apps di collaborare lungo percorsi e *workflow* longitudinali, dalla segnalazione di un caso all'erogazione dell'assistenza. In particolare, le capacità tecnologiche risultate più importanti sono state quelle richieste per integrare ed utilizzare i dati provenienti da altri sistemi (es. tamponi), segnalazioni dei casi sospetti da parte del MMG attraverso *web-form*, nonché dalle App utilizzabili dal cittadino. Ma l'*atout* vincente è stata la possibilità per il paziente Covid a domicilio di azionare automaticamente, attraverso la *chatbot* di una App di automonitoraggio (TreCovid), degli *alert* verso l'operatore nei casi in cui venivano superati i

valori sopra soglia dei parametri.

Questa è la dimostrazione di come la Sanità Digitale possa gestire con grande efficienza le problematiche socio sanitarie facendo sentire tutti i partecipanti al progetto vero Capitale Umano.

Ruolo della Televisita e del Teleconsulto per ridurre le liste di attesa e migliorare l'appropriatezza prescrittiva

Lo sviluppo delle **Televisite** farà sì che molti pazienti potranno evitare di recarsi di persona presso studi medici e ospedali, abbattendo di conseguenza le code e il congestionamento degli ambienti sanitari, con una reale ricaduta positiva sulla riduzione delle liste di attesa. Recentemente è stato costituito l'"Osservatorio liste di attesa", che deve valutare proprio l'attuale livello di utilizzo dei servizi *online* dei cittadini italiani e la sua ricaduta sulle liste di attesa. Il **Teleconsulto** permette ad ogni professionista di interagire con altri medici e specialisti condividendo i documenti del paziente in modo da ottenere consigli qualificati senza il bisogno di incontrarsi al fine di fornire al paziente la miglior cura possibile. Rappresenta quindi uno strumento efficace di relazione fra professionisti e può essere una chiave di volta per ridurre liste e tempi di attesa delle prestazioni sanitarie, migliorando i criteri di appropriatezza delle richieste. Lo si può capire con chiarezza esaminando con rigore scientifico quanto è già stato sperimentato in questo settore in altre sedi, ad esempio l'**eReferral**. Questo modello organizzativo è un esempio di **Teleconsulto/Telecooperazione** sanitaria in cui viene attuato un innovativo sistema di prenotazione delle visite specialistiche e di comunicazione interprofessionale ed è stato adottato nel 2005 dall' Ospedale Generale di San Francisco [*eReferral-A New Model for Integrated Care. Alice Hm Chen. N Engl J Med 2013; 368: 2450-2453*] per i lunghi tempi di attesa delle visite specialistiche gastroenterologiche e successivamente, visti gli ottimi risultati, esteso a 40 servizi dello stesso ospedale. Consiste nell'apertura di un canale diretto di comunicazione tra il medico delle cure primarie e lo specialista e tra specialisti di branche diverse. La richiesta viene inoltrata tramite *web* allo specialista di turno incaricato del servizio, che non solo valuta l'appropriatezza della richiesta, ma fornisce anche una prima consulenza spesso risolutiva o, in caso di urgenza, attiva le procedure previste. Questo cambia la prospettiva dell' accesso alla visita specialistica con conseguenze importanti sull'organizzazione del servizio. Il tempo necessario per ogni valutazione specialistica tramite eReferral è in genere di 8 minuti e si può ben capire il vantaggio rispetto ad una visita tradizionale inappropriata schedulata 30 minuti. Il primo punto di forza di questo sistema è la cogestione virtuale della cura che riduce la richiesta di visite cliniche e si traduce in minori tempi di attesa (scesi nello studio americano da 112 +/- 74 giorni a 49 +/- 27 giorni in 1 anno). Il secondo punto di forza è il "*curbside consult*" (consulenza a bordo strada), in cui il medico riceve informazioni o consigli da un altro medico relativamente a un paziente che, se ha il limite di dati incompleti o mancanza di una documentazione, ha il vantaggio della rapidità della risposta, della costruzione di un rapporto tra medici di base e specialisti, dell'identificazione di casi che richiedono una vera consulenza, della comodità per il paziente e della riduzione dei costi associati all'aver evitato una visita inappropriata. Il terzo punto di forza è rappresentato dalla possibilità di assicurare al paziente un'assistenza tempestiva.

Efferal ha avuto la capacità di trasformare l'interfaccia di cura primaria-specialistica attraverso il superamento della dipendenza stretta della cura basata sulla visita. Si rafforza il modello della cura incentrata sul paziente (*medical home*), promuove accertamenti sanitari necessari e scoraggia il ricorso a visite specialistiche inutili. Questo favorisce equità di accesso alle cure, appropriatezza prescrittiva, ottimizzazione delle risorse e ampliamento dell'offerta sanitaria soprattutto per i territori disagiati.

Proposte relative a Telemedicina e Sanità Digitale nell'Azienda USL Toscana Sudest (AUSLTSE):

- **Sviluppo di Progetto Pilota per introdurre l'eReferral mediante Teleconsulto** come strumento di miglioramento continuo dell'appropriatezza prescrittiva e riduzione liste di attesa in Azienda;
- **Standardizzazione processi di Telemedicina aziendali.** Nell'Ospedale San Donato di Arezzo molte UOS e UOC specialistiche hanno implementato procedure e proposto progetti avanzati di Televisita e Teleconsulto evidenziando la preparazione dei professionisti e la loro capacità di risposta adattativa e propositiva rapida ai cambiamenti. Le UO mediche e chirurgiche, che seguono in particolar modo malati cronici, come cardiopatici, pazienti con insufficienza respiratoria cronica da BPCO, diabetici, cirrotici, ipertesi, dovrebbe implementare il loro corredo web con piattaforme da condividere con MMG e PLS. Dopo un periodo di rodaggio che confermi la buona utilità del sistema, ogni mattina o ogni 2-3 mattine, a seconda delle necessità, uno specialista di branca o ancor più uno specializzando, dovrebbero tenere sotto osservazione il programma, valutando l'arrivo di comunicazioni da parte dell'utenza, che invia i parametri vitali, ma ancor più le comunicazioni di Teleconsulto, spedite dal Medico di Medicina Generale o da altri specialisti.
- **Progetto formativo per implementare le competenze digitali e la relazione informatizzata tramite Corsi di Telemedicina e Sanità digitale** indirizzati sia agli operatori sanitari (in primo luogo ai Medici di Medicina Generale, ai Pediatri di libera scelta e agli specialisti ambulatoriali) che ai cittadini/utenti/pazienti. Il progetto relativo ai **medici** potrebbe vedere l'interazione dell'Ordine dei Medici (OdM) della Provincia di Arezzo con il Centro di Simulazione Aziendale. L'OdM, dovrebbe stratificare, tramite questionario (quanti usano la telemedicina, con che metodi, se sono possessori di Tablet, Smartphone, se hanno collegamenti internet, Whatsapp Youtube, Twitter etc), il grado di preparazione dei medici in materia digitale. Il centro di simulazione aziendale avrebbe il compito di organizzare, utilizzando come istruttori i professionisti ospedalieri già formati in Telemedicina, i corsi per i medici che risultassero dall'indagine non avere un'adeguata preparazione. La preparazione digitale dei sanitari potrebbe poi portare alla formazione di una rete informatica, a cui tutti, operatori sanitari territoriali ed ospedalieri possano collegarsi. Il progetto rivolto ai **cittadini/utenti/pazienti**, dopo avere svolto una indagine epidemiologica che faccia capire quanti e quali siano i pazienti e i loro *careviger* che hanno necessità di imparare a gestire la sanità digitale, iniziando da quelli affetti da malattie croniche che necessitano di assistenza e controllo, potrebbe vedere l'interazione del Centro di Simulazione con i Servizi Sociali del Comune coadiu-

vati dalla Croce Rossa e/o dalla Caritas e dalle Associazioni dei pazienti, per organizzare corsi rapidi di informatica che consentano l'apprendimento delle nozioni basilari.

- Implementare processo di Dematerializzazione richieste. Il MMG e i PLS si stanno affacciando sempre più alla sanità digitale, specie quelli che lavorano in studi associati e/o nelle Case della Salute. Il primo passo è stato quello della ricetta dematerializzata, che il paziente può richiedere, alla segreteria dello studio medico e trovare direttamente in farmacia, senza dover andare in ambulatorio. A questo dovrebbe sempre più seguire la richiesta dematerializzata di esami diagnostici e radiologici, quest'ultimi inviati dal MMG/PLS direttamente al Servizio di Radiologia scelto, che dopo aver valutato il sospetto diagnostico e la reale urgenza, si farà carico di dare l'appuntamento in relazione a queste due variabili: sospetto diagnostico ed urgenza.
- **Sviluppo sistemi di prenotazione e pagamento televisite** in ambito istituzionale e libero-professionale. Telemedicina e prestazioni mediche a distanza potranno e dovranno avere pagamenti tracciabili anche da remoto; la Legge di Bilancio 2020 ha modificato la detraibilità delle spese in ambito sanitario. La nuova normativa ha deliberato che le spese mediche detraibili ai fini IRPEF saranno solo quelle effettuate con pagamenti tracciabili, in altre parole, i pazienti che pagheranno in contanti non potranno detrarre le spese sanitarie. La telemedicina prevede un rapporto da remoto per cui per poter permettere ai pazienti di pagare con metodi tracciabili, le strutture o i liberi professionisti del settore dovranno dotarsi di terminali POS in grado di accettare pagamenti con carta o smartphone. Con ClicPay basterà inviare ai pazienti una richiesta di pagamento via SMS, e-mail o QR code per incassare direttamente: il paziente potrà scegliere il metodo di pagamento e ultimare la transazione in pochi secondi.

- 08 -

**VALORIZZARE IL SISTEMA
DEGLI INCARICHI
PER AUMENTARE
L'ATTRATTIVITÀ DELL'AZIENDA
SANITARIA**

Tiziana Attala, Giorgio Ventoruzzo, Caterina Rango

Il sistema degli incarichi è funzionale all'organizzazione aziendale e nel contempo è uno strumento di **valorizzazione del merito dei Dirigenti Medici**. La corretta definizione dei meccanismi aziendali di premialità non saltuaria costituisce inoltre un ulteriore elemento di attrattività dell'ospedale nei confronti dei professionisti, considerato che gli stipendi della nostra classe medica sono fra i più bassi dell'Europa Occidentale (*gap* di circa 40 mila euro).

L'incremento del fondo per la retribuzione degli incarichi, è uno strumento che le Regioni possono utilizzare per motivare i dirigenti, soprattutto i più giovani, a rimanere nel Servizio Sanitario Regionale (SSR), evitando di migrare all'estero o presso strutture private o di andare in quiescenza anticipatamente grazie a quota 100 o al "cumulo contributivo".

L'introduzione e la definizione dell'attuale SISTEMA INCARICHI (**Tabella 1**) dell'Azienda USL Toscana SudEst (AUSLTSE) ha rappresentato un volano nell'affermazione di tali principi ma necessita di una revisione finalizzata ad esprimerne tutte le potenzialità.

Gli obiettivi di una razionale e coerente revisione del SISTEMA INCARICHI AZIENDALI sono:

- implementare l'attrattività dell'azienda nei confronti dei professionisti che saprebbero avere, all'interno di un percorso trasparente, un *upgrade* economico e di carriera ben governato fondato sul merito professionale e sulle attitudini professionali e gestionali;
- integrare lo stipendio medio di base dei medici Toscani che è il più basso fra le regioni italiane.

Criticità

- a) L'accordo fra Azienda e Organizzazioni sindacali (OOSS) su **Graduazione degli Incarichi Dirigenziali e Retribuzione di Posizione**, sottoscritto nel 2017, ha in parte anticipato le disposizioni del nuovo CCNL 2016-2018. Una criticità eclatante è la presenza di risorse non spese (nel 2019 ben 1.202.309 euro) a fronte, a distanza di oltre tre anni dall'accordo, della mancata piena attivazione dell'Altissima Professionalità (P2) che l'accordo aveva prefigurato e che ora è stata codificata nel progetto ben espresso dal nuovo CCNL di "carriera clinica e gestionale". Inoltre il nuovo contratto ha investito sui giovani neoassunti prevedendo il diritto a un incarico anche ai Dirigenti medici con meno di cinque anni di anzianità sanando una grave ingiustizia che ne deprimeva il ruolo dirigenziale. L'applicazione di tali innovazioni introdotte dal CCNL 2016-2018 deve essere verificata e attuata in pieno tramite la contrattazione integrativa, perché i "contratti peggiori sono quelli non applicati";
- b) Disallineamento nell'AUSLTSE rispetto alla norma che prevede che la somma degli incarichi di Unità Operativa Semplice (UOS) e alta specializzazione debba corrispondere a 1/3 del totale incarichi;
- c) Temporalità di verifica possibilità *upgrade* degli incarichi non ben definita e conflittualità all'interno dei gruppi relativa ai criteri di assegnazione;
- d) Graduazione incarichi professionali troppo articolata e farraginoso;
- e) Scarsa valorizzazione degli incarichi ai Dirigenti Medici assegnati alle zone periferiche/disagiate.

Proposta correttivi

1) **Verica Incarichi Gestionali** (Unità Operativa Complessa = UOC, Unità Operativa Semplice = UOS, Unità Operativa Semplice Dipartimentale = UOSD) e **Professionali** (Base, Professionale, Alta specializzazione) e **adeguamento a quanto disposto nel CCNL 2016-2018 relativamente alla piena introduzione dell'Altissima Specializzazione**. Gli STANDARD stabiliti nella seduta del 12 marzo 2012, dal Comitato Permanente di Monitoraggio e Uso delle risorse presso il Ministero della Salute per L'INDIVIDUAZIONE del numero di STRUTTURE SEMPLICI e COMPLESSE del SSN (ex. art. 12, comma 1, lett. b), PATTO PER LA SALUTE 2010-2012 sono:

- UOC OSPEDALIERE: una struttura complessa ogni 17,5 posti letto che nella AUSLTSE risultano essere 1619 (bilancio preventivo 2020). Pertanto secondo gli standard nazionali nella AUSLTSE devono essere previste $1619/17,5 = 92$ **UOC Ospedaliere**
- UOC NON OSPEDALIERE: una struttura complessa non ospedaliera ogni 13.515 residenti (Regioni con Popolazione > 2,5 mln) . Pertanto 831.480 (popolazione AUSLTSE)/13.515 = **61 UOC territoriali**
- UOS: 1,31 strutture semplici per struttura complessa: $153/1,31 = 200,43$ **UOS**

È necessaria quindi una verifica del dato reale delle UOS e degli incarichi di alta specializzazione, che sommati devono raggiungere 1/3 del totale, e la rapida attribuzione di quelli vacanti. L'accordo aziendale sugli incarichi, in vigore del 2017, è sostanzialmente coerente con il nuovo CCNL 2016-2018, pertanto si tratta di revisionare il regolamento solo per tenere conto delle indicazioni rispetto ai **gradini dei 5-15 anni** e attualmente anche **20 anni di anzianità** di servizio previsti dal nuovo contratto, che hanno una quantizzazione predefinita della posizione, e rispetto all'**Altissima Professionalità**. L'altissima professionalità è una articolazione funzionale che assicura prestazioni di elevatissima specializzazione e deve rappresentare, secondo il nuovo contratto, il **10% degli incarichi** di natura professionale articolandosi a sua volta in:

- Altissima professionalità a valenza dipartimentale (3%) ;
- Altissima professionalità intra-UOC (7%).

Nel regolamento vigente a livello aziendale tale tipologia di incarico è contingentata ad uno per dipartimento. Solo recentemente in Azienda è stato attivato un incarico di questo tipo.

- 2) **Applicazione regolamento sulla mobilità recepito dalla delibera AUSLTSE n. 1093/2020** che prevede che gli incarichi per le aree disagiate siano di livello economico più elevato
- 3) **Stabilire criteri temporali definiti** per verifica e eventuale *upgrade* incarichi professionali intra UOC inserendolo come obiettivo di *budget*. Il criterio dovrà essere annuale.
- 4) **Revisione Procedura Interna per il Conferimento, Rinnovo e Revoca degli Incarichi Dirigenziali** del 2019 in relazione alle novità introdotte dal nuovo CCNL. Necessità di definire meglio i criteri di assegnazione che rispondano a principi di equità, trasparenza e meritocrazia = migliore *governance*:
 - a. il conferimento o il rinnovo degli incarichi deve comportare la **sottoscrizione di un contratto individuale** d'incarico che integri il contratto individuale di costituzione del rapporto di lavoro e che definisca tutti gli altri aspetti connessi

all'incarico conferito ivi inclusi la denominazione, gli oggetti, gli obiettivi generali da conseguire, la durata e la retribuzione di posizione spettante (c. 10, Art. 19 CCNL);

- b. definizione di **criteri oggettivi**, per valutare in modo equo ed adeguato gli elementi curriculari del Dirigente correlati all'incarico di tipo gestionale o professionale. Tali criteri dovranno essere specificati, uniformati per tutta l'azienda e riportati chiaramente nella delibera di manifestazione di interesse per il dato incarico da attribuire. La definizione chiara dei punteggi da attribuire alle varie componenti curriculari (ad es. sapere che un master presenta una valorizzazione nettamente superiore a un corso webinar o che ci sia una adeguata valutazione degli indici di impatto scientifico come ad es. l'H-Index) può essere uno stimolo a perseguire una formazione nella propria area di interesse il più professionalizzante possibile;
 - c. istituire una **Commissione di Vigilanza** sull'assegnazione e monitoraggio degli incarichi a livello Aziendale sulla base della disposizione contrattuale che *"I contratti integrativi devono contenere apposite clausole circa tempi, modalità e procedure di verifica della loro attuazione"* (Art. 7, co. 7 CCNL);
 - d. per l'altissima specializzazione (P2) prevedere stringenti criteri di nomina curriculari di effettiva iper-specializzazione;
 - e. stabilire un tempo massimo per il periodo necessario all'assegnazione degli incarichi ad **interim**: entro 60 giorni dalla *vacatio*;
 - f. specificare che ai dirigenti con meno di 5 anni di attività, superato il periodo di prova, **devono** (e *non possono*, come viene ora riportato) essere conferiti incarichi professionali di base. Lo stesso principio a maggior ragione deve essere applicato con trasparenza e regolarità ai dirigenti dopo 5 anni di attività a seguito di valutazione positiva. Si potrebbe proporre il limite massimo dei 15 anni di attività, previa valutazione positiva, per la rivalutazione dell'incarico professionale assegnato;
 - g. valutazione del clima interno e fuga dei medici dai reparti come criterio rilevante di valutazione per il rinnovo incarico direttore di UOC e UOSD.
- 5) **Promozione della Trasparenza**: istituire una pagina dedicata agli incarichi nel portale dell'Intranet aziendale, con accesso diretto nell'*homepage*. Tra le informazioni devono essere visibili le graduatorie di quelli assegnati così come gli incarichi vacanti e le manifestazioni d'interesse con i criteri d'assegnazione.
- 6) **Avviare processo di semplificazione della graduazione incarichi professionali**, mantenendo il criterio della premialità in base a merito e competenze. Sarebbe auspicabile una semplificazione con riduzione delle graduazioni sia per gli incarichi di base (attuali P10-P7) che per quelli di alta specializzazione (attuali P6-P3). La possibilità di attuare un tale cambiamento andrà verificata mediante simulazione dell'impatto economico e verifica possibilità copertura fondi.

Tabella 1:

ALLEGATO 3

AREA GESTIONALE				AREA PROFESSIONALE					
Fascia	Tipologia incarico dirigenziale	Specifiche Fascia	Importi RP annua lorda	Fascia	Tipologia incarico dirigenziale	Specifiche fascia	Importi RP annua lorda		
G1	Dipartimento di line		A carico Bilancio Aziendale	P1	Dipartimento di Coordinamento Tecnico-Scientifico		A carico Bilancio Aziendale		
	Area Funzionale Dipartimentale				Area Omogenea				
	Presidio Ospedaliero				Rete			1°	€ 7.000
	Stabilimento Ospedaliero							2°	€ 5.000
G2	Unità Operativa Complessa / Unità Funzionale Complessa (Art. 27 comma 1° lettera A - CCNL/2000)	Chirurgica - C	€ 23.549	P2					
		Chirurgica - B	€ 22.249						
		Chirurgica - A	€ 20.549						
		Medica - C	€ 22.028						
		Medica - B	€ 20.728						
		Medica - A	€ 19.028						
		Territoriale - C	€ 21.277						
		Territoriale - B	€ 19.977						
Territoriale - A	€ 18.277								
G3	Unità Operativa Semplice Dipartimentale/Unità Funzionale Semplice (Art. 27 comma 1° lettera B - CCNL/2000)	UOSD Ospedaliera C	€ 18.000	P3	Incarico di alta specializzazione (Art. 27 comma 1° lettera C - CCNL/2000)	Incarico di elevata specializzazione (UNIT)	€ 15.000		
		UOSD Ospedaliera e Territoriale B/ UFS Territoriale C	€ 16.495						
		UOSD Ospedaliera e Territoriale A/ UFS Territoriale B	€ 14.495						
G4	Unità Operativa Semplice Intra-UOC/ Unità Funzionale Semplice (Art. 27 comma 1° lettera B - CCNL/2000)	UOSI Ospedaliera	€ 14.028	P4		Incarico di alta specializzazione	€ 14.100		
		UOSI Territoriale/UFS Territoriale A	€ 13.528						
G5	Sezione (Art. 27 comma 1° lettera B - CCNL/2000)	Ospedaliera	€ 12.605	P5		Incarico di medio-alta specializzazione	€ 12.805		
		Territoriale	€ 12.505						
				P6		Incarico di specializzazione	€ 11.000		
				P7		Incarico professionale D	€ 9.000		
				P8	Incarico professionale (Art. 27 comma 1° lettera C - CCNL/2000)	Incarico professionale C	€ 6.600		
				P9		Incarico professionale B	€ 5.200		
				P10		Incarico professionale A	€ 4.000		
				P11	Incarico di base inferiore a cinque anni (Art. 27 comma 1° lettera D - CCNL/2000)		€ -		

N.B.: Gli incarichi classificati in G1 e P1 si configurano come incarichi aggiuntivi rispetto alla struttura/incarico professionale di cui il dirigente è titolare

Considerata la portata del riassetto organizzativo in atto e gli effetti che tale riorganizzazione comporta, l'Azienda si riserva la possibilità di attribuire ai responsabili di struttura organizzativa, per particolari funzioni strategiche e/o progetti specifici, funzioni aggiuntive con relativa valorizzazione economica, da un minimo di € 500,00 ad un massimo di € 4.000,00 annui lordi, fermo restando il vincolo del fondo

- 09 -

PROPOSTE DI REVISIONE LIBERA PROFESSIONE INTRAMOENIA (ALPI)

Aldo Cuccia, Giorgio Ventoruzzo

Introduzione

L'Attività di Libera Professione Intramoenia (ALPI) presenta caratteristiche di grande valore per i cittadini, il sistema sanitario nazionale (SSN) e in generale per tutto l'apparato statale:

- assicura al cittadino il diritto di scegliere anche nell'ambito della sanità pubblica il professionista a cui affidarsi;
- è un'importante risorsa per l'erario dello stato essendo un'attività a tassazione certa, per la quale è di fatto preclusa l'evasione fiscale;
- è strumento di valorizzazione e realizzazione professionale contribuendo a lenire il noto divario stipendiale con i sistemi sanitari europei e con la sanità privata;
- può contribuire significativamente a rendere attrattivo il SSN e regionale sia per i professionisti che per i cittadini arginando le "fughe" verso la sanità privata nazionale o extranazionale;
- rappresenta una opportunità finanziaria per le singole aziende sanitarie che, attraverso le trattenute sull'ALPI, dispongono di risorse per sostenere l'attività aggiuntiva mirata all'abbattimento delle liste d'attesa e alla copertura di turni nei reparti in carenza di organico.

Pertanto una cultura politica lungimirante ed illuminata non può prescindere dalla semplificazione e dal potenziamento dell'ALPI nel rispetto dell'attività istituzionale, comunque tutelata dalle norme contrattuali e di legge che la regolamentano. Alcune norme deliberate in Toscana negli anni passati sono percepite dai professionisti come punitive e paradossalmente frenanti il Servizio Pubblico a favore del settore privato. Ecco perché appaiono ormai improcrastinabili azioni concrete che rappresentino dei segnali forti ai vari livelli istituzionali aziendale, regionale e nazionale.

Proposte revisione ALPI

Considerato che:

- è interesse della Regione Toscana (RT) garantire ai cittadini un accesso alle cure equo e allineato con i tempi utili al rispetto dei bisogni di salute;
- lla qualità del rapporto con i professionisti del SSN è un obiettivo politico primario e che è interesse generale sanare i conflitti in essere e prevenire lo sviluppo di nuovi.

Tenuto conto che:

- la normativa generale dell'ALPI in vigore prevede che *"l'Azienda debba intraprendere tutte le iniziative previste dalle vigenti disposizioni legislative nazionali e dalle direttive regionali per consentire ai dirigenti l'esercizio della libera professione intramuraria (CCNL, Art. 14, co. 2), quelle di day hospital, day surgery, o di ricovero ... in favore e su libera scelta dell'assistito e con oneri a carico dello stesso o di assicurazioni o di fondi sanitari integrativi del SSN di cui all'art. 9 del D.Lgs n. 502/1992 e smi"* (Ibidem Art. 114, co.4);
- il governo delle liste di attesa rimane una criticità di sistema come sintetizzato nel ber-

saglio del MeS (Report 2017) che pone i tempi di attesa specialistica, nella zona arancione (“peggiora il trend e aumenta la variabilità”).

Al fine di:

- omogeneizzare le linee guida regionali all’accordo Stato-Regioni in materia ALPI;
- rilanciare uno strumento utile di contenimento liste di attesa e un “servizio” alla cittadinanza ottemperando a quella *mission* di equità dell’accesso alle cure, efficienza e appropriatezza che sono elementi essenziali della qualità in sanità a cui la Regione ha sempre aspirato;
- utilizzare uno strumento incentivante per le professionalità;
- rendere competitiva la libera professione del SST rispetto alla sanità privata.

SI PROPONE:

**RIDEFINIZIONE AZIENDALE-REGIONALE ACCORDO ECONOMICO
AZIONI DI INCENTIVAZIONE, MIGLIORAMENTO, MODERNIZZAZIONE ALPI
IMPLEMENTAZIONE E INCENTIVAZIONE ALPI CHIRURGICA**

1. Ridefinizione aziendale-regionale accordo economico

LIVELLO REGIONALE

1. **Recepimento del decreto Balduzzi** che prevede trattenuta del 5% del compenso professionista (DL 158/2012 convertito con Legge 189/2012) con la rivalutazione delle delibere di RT (ove superate dalla legge Balduzzi o in antitesi alla stessa) che prevedono, per *ratio legis* simili, una trattenuta pari al 30% sul valore della prestazione da tariffario regionale. Il vigente prelievo regionale infatti da solo porta le trattenute dalla media nazionale del 21,3% al 27,8% aziendali con uno scarto del + 6,5% rispetto alla media nazionale
2. **Aggiornamento/rielaborazione DGRT 888 del 03-11-2008** (recepimento accordo stato-regioni 2010 e legge 120 del 03-08-2007). La DGTR888, che inserisce tra i costi fissi dell’ALPI l’ammortamento degli immobili, appare in antitesi e ampiamente superata dal più recente accordo Stato-Regioni oltre che dalla legge sopra citata, entrambe norme che prevedono l’ammortamento e la manutenzione solo per le apparecchiature. Il cittadino che paga la prestazione in ALPI ha già sostenuto, tramite la tassazione generale, la spesa per la costruzione dell’immobile pertanto si troverebbe a corrispondere un ammortamento per un bene che già ha provveduto finanziare.

Ancora più innovativo per una semplificazione in materia sarebbe una **riduzione al 20% fisso della trattenuta complessiva** ALPI sulle prestazioni mediche intramoenia, rendendola

uguale o minore rispetto alle trattenute complessive in essere per le prestazioni sanitarie erogate in regime di extramoenia o per quelle erogate in ambito privato puro.

LIVELLO AZIENDALE

1. **Armonizzazione delle Tariffe** e dell'entità delle trattenute sul corrispettivo pagato dal paziente fra i tre ambiti territoriali (ex USL) dell'Azienda USL-Toscana Sudest (AUSLT-SE), molto eterogenei tra loro.
2. **Contabilità analitica dei costi ALPI** rendendo noti gli importi generati dalle varie trattenute: 30% (tariffario regionale), 8,5% (Irap), 5% (fondo perequativo), costi aziendali.
3. **Congelamento dei costi aziendali.**

2. Azioni di incentivazione, miglioramento, modernizzazione ALPI:

1. **Inserimento della Televisita** come prestazione erogabile anche in ALPI e relativa regolamentazione (esecuzione tramite piattaforma di regione toscana, tariffazione, etc.)
2. **Informazione ai professionisti.** L'Azienda comunica ai dirigenti l'impegno a rendere praticabile concretamente l'ALPI in regime di ricovero e sollecita individualmente i professionisti ad esprimere l'interesse per tale attività, con specificazione delle prestazioni.
3. **Azione attiva di promozione** verso i soggetti interessati presenti sul territorio, compresi assicurazioni e fondi integrativi del SSN, proponendo anche pacchetti di prestazioni.
4. **Attivazione PORTALE AZIENDALE** dedicato all'ALPI dove per ogni presidio ospedaliero vengano specificate:
 - le prestazioni disponibili individuali e di equipe: ambulatoriali, Indagini strumentali, ricoveri e interventi chirurgici);
 - assicurazioni convenzionate (es. Unisalute, FASI, ASSIDAI etc.);
 - medici ed equipe che effettuano libera professione. Vengono indicati per ogni professionista autorizzato: nominativo, qualifica, specializzazione, curriculum, attività specifiche con relative performance, costo della prestazione standard specificando nel caso di intervento chirurgico anche della possibilità di adeguamento alla complessità in modo da permettere flessibilità delle tariffe mediche ed infermieristiche in relazione all'impegno della procedura chirurgica;
 - informazioni sulle modalità di prenotazione e possibilità di prenotazione attraverso interfaccia WEB (per i ricoveri/interventi la presa in carico avviene di norma dopo avere eseguito la visita specialistica con il professionista prescelto);
 - attivazione pagamento delle prestazioni con il sistema PAGO PA.

3. Implementazione e incentivazione ALPI chirurgica

LIVELLO REGIONALE

Tenuto conto che:

- la normativa generale dell'ALPI chirurgica in vigore prevede che per le attività di ricovero *"sono riservati ... una quota non inferiore al 5% e non superiore al 10% dei posti letto per l'istituzione di camere a pagamento"* (D.Lgs 502/1992, Art. 4, co. 10) ;
- nella Regione Toscana l'analisi dei dati consuntivi dell'ALPI in base all'ultima relazione nazionale disponibile (pubblicata nel 2019), dimostrano volumi di attività chirurgica con degenza ben al di sotto dell'1%;
- questa tipologia di ALPI è notevolmente ridotta da una serie di ostacoli causati da burocrazia e atteggiamenti culturali anacronistici che tendono a considerare l'ALPI un privilegio di pochi invece di riconoscerla come un diritto dei sanitari, un servizio al cittadino, uno strumento senza costi per l'Azienda per ridurre le liste di attesa e di conseguenza aumentare le opportunità di usufruire, accelerandone i tempi, di un servizio di eccellenza pubblico per le categorie sociali più svantaggiate, un recupero di risorse verso il SSR di fondi assicurativi e di categoria, un indicatore di qualità del sistema e di attrattività dell'azienda nei confronti di professionisti e pazienti.

Al fine di:

- rilanciare uno strumento utile di contenimento delle liste di attesa chirurgiche entro i limiti prefissati dalle varie Classi di Priorità e un "servizio" alla cittadinanza;
- incentivare le professionalità chirurgiche toscane e aumentare l'attrattività aziendale nei confronti degli specialisti delle aree critiche attualmente più carenti (ad es. anestesisti) per contrastare la migrazione professionale dei professionisti verso il privato accreditato;
- utilizzare un motore finanziario importantissimo non solo per l'azienda sanitaria ma anche per tutto il territorio in relazione alla possibilità di attrarre pazienti da altre regioni favorendo il "turismo sanitario" collegato all'ospitalità dei parenti.

SI PROPONE DI:

1. **Rivedere la Delibera Regionale N 638 del 20-07-2009** in cui viene definita la lista unica di prenotazione per interventi chirurgici ampiamente superata dall'accordo successivo Stato-Regioni. Tale zavorra normativa regionale da anni incatena l'ALPI chirurgica nella RT alle liste di attesa istituzionali. I tempi di attesa per l'ALPI chirurgica (come di fatto già in essere in Emilia Romagna) dovrebbero dipendere solo dalla disponibilità del professionista scelto e/o del posto letto di ricovero (da effettuare nel reparto di pertinenza in stanza dedicata con possibilità di usufruire anche del comfort alberghiero, ove le condizioni strutturali lo consentano).
2. **Fissare inizialmente un tetto massimo dell'1%** di attività ALPI rispetto all'istituzionale, escludendo gli interventi erogati con copertura assicurativa da parte dell'utente

3. **Riportare le liste chirurgiche istituzionali entro i limiti prefissati dalle varie Classi di Priorità** ricorrendo a prestazioni aggiuntive d'equipe autofinanziate con le risorse trattenute dalle aziende sull'ALPI stessa (30% tariffario o 5% Balduzzi) creando di fatto un circolo virtuoso economicamente autoalimentato.
4. **Ricorrere all'utilizzo sussidiario in "service" del Privato convenzionato** (ove presente) in caso di carenza di risorse strutturali/umane ospedaliere, per dare modo alle *equipies* chirurgiche del Sistema Sanitario Regionale (SSR) di smaltire efficacemente le liste di attesa (prevalentemente degli interventi a media e bassa complessità) e permettere al SSR di rispettare i tempi di attesa previsti per le diverse tipologia di prestazione
5. **Attivare convenzioni aziendali con le principali compagnie di Assicurazioni** (es. Unisalute, FASI, ASSIDAI etc.) per gestione diretta sul modello dell'Emilia Romagna che verranno indicate su portale aziendale dedicato ALPI in cui inoltre, con criterio di trasparenza, potranno essere aggiornati in automatico i dati delle liste di attesa regionali per le varie patologie escludendo a priori quindi la possibilità di poter incentivare il pz. verso l'ALPI con dati imprecisi o vaghi riguardo ai tempi di attesa.

LIVELLO AZIENDALE

Tenuto conto che:

- nella AUSLTSE l'analisi dei dati consuntivi dell'ALPI 2019 documenta solo 71 prestazioni libero professionali in regime di ricovero (dei quali 18 anche con assistenza ospedaliera), a fronte di 74.248 ricoveri ordinari, corrispondenti allo 0,095% contro la media nazionale del 0,3 % (per altro ben lontana dal 5% minimo previsto);
- l'ALPI chirurgica aziendale è ostacolata da dinamiche gestionali delle sale operatorie.

Al fine di:

- rendere applicabile concretamente l'attività chirurgica ALPI garantendone adeguata logistica

SI PROPONE:

1. **Piano di rientro liste chirurgiche istituzionali** nei limiti temporali definiti dalle Classi di Priorità ricorrendo a prestazioni aggiuntive e all'eventuale utilizzo sussidiario in "service" del Privato convenzionato. Mantenere i LEA nei limiti è obiettivo costante e pertanto i professionisti che vogliono accedere all'ALPI chirurgica daranno la loro disponibilità ad eventuali progetti aggiuntivi aziendali.
2. **Regolamentazione di utilizzo della Sala Operatoria** per assicurarne la disponibilità alle *equipies* sanitarie che svolgono ALPI chirurgica codificandone l'utilizzo:
 - una sala chirurgica, in un giorno stabilito per ogni SO, verrà riservata al mattino all'ALPI;
 - una sala chirurgica, in due giorni stabiliti per ogni SO, verrà riservata al pomeriggio all'ALPI;

- possibilità in caso di urgenza con richiesta di prestazione di un professionista particolare di inserire l'intervento in coda alla seduta del mattino;
 - il sabato, poiché non è prevista attività chirurgica istituzionale le sale chirurgiche possono essere utilizzate, anche fuori dal 1%.
- 3. Istituzione figura del Surgery Clinical Manager** cui assegnare l'incarico dell'organizzazione e della gestione delle sale operatorie con il compito specifico di garantire, una volta effettuata l'attività chirurgica istituzionale, all'attività libero professionale almeno l'1% del totale esclusi interventi con copertura assicurativa.
- 4. Azione attiva di promozione.** La struttura aziendale Libera Professione viene incaricata, come principale obiettivo di budget, di attivare azioni di promozione verso i soggetti interessati presenti sul territorio, compresi assicurazioni e fondi integrativi del SSN, proponendo anche pacchetti di prestazioni.

- 10 -

IL RUOLO DELLA SIMULAZIONE NELLA FORMAZIONE IN SANITÀ

Nicoletta Martini, Giorgio Ventoruzzo, Raffaella Pavani, Filippo Annino, Enrico Andolfi

Introduzione

La velocità di evoluzione della conoscenza medica determina la necessità di un aggiornamento continuo degli operatori sanitari e di una metodologia pragmatica e razionale per ridurre al massimo il tempo di “*learning curve*” professionale indipendentemente dalla possibilità offerte dalle casistiche cliniche.

Non ci si mette alla guida di un aereo se non si hanno le idee ben chiare sui comandi da gestire e sul significato di tutte le spie, né lo si pilota senza aver svolto il training necessario con un istruttore. Quando il marinaio inesperto inizia ad andare per mare e deve governare la sua barca, una delle preoccupazioni che lo tormentano di più è l’ansia dell’ormeggio. Ma se chiede consiglio al marinaio del porto ottiene sempre la stessa risposta << devi provare e riprovare. Se sbagli, devi rifare la manovra>>

Come ben documentato in letteratura, la simulazione rappresenta la via “alternativa” indispensabile e necessaria per poter sperimentare nella pratica le conoscenze teoriche apprese sui libri e/o misurarsi sulle competenze richieste dalle innovazioni scientifiche e tecnologiche. Questa metodologia, infatti, mette gli operatori sanitari nelle condizioni di provare e riprovare interventi, procedure e manovre, le cosiddette “competenze tecniche” o *Technical Skills* (TS) riducendo il rischio di commettere errori. Inoltre, permette di esercitarsi nelle cosiddette “competenze non tecniche” o *Non Technical Skills* (NTS), cioè quell’insieme di competenze necessarie ad agire nei sistemi organizzativi con consapevolezza per la prevenzione e gestione dei rischi. Le NTS devono entrare a far parte del bagaglio culturale del medico al pari di quelle tecniche perché è stato dimostrato che la carenza di queste è tra le principali causa dell’errore medico, inteso come evento avverso prevenibile.

Il medico ha sempre avuto bisogno di implementare nella pratica le proprie capacità, per cui le tecniche di simulazione esistono fin dagli albori della medicina (interventi su cadaveri o su animali) ma iniziano a essere strutturate, per come le conosciamo oggi, solo a partire dagli anni Sessanta, con la nascita dei primi simulatori medici che negli anni sono diventati sempre più tecnologici ed avanzati. Accanto all’innovazione tecnologica, c’è stata una grande rivoluzione culturale che ha promosso una nuova metodologia di apprendimento (mutuata dall’aeronautica), chiamata *Crisis Resource Management*, che ha posto in evidenza il ruolo positivo dell’errore e le NTS come strategia di crescita del professionista. Agli inizi del nuovo millennio la simulazione, grazie agli studi che ne hanno evidenziato l’impatto, all’abbattimento dei costi, all’implementazione tecnologica e al crescente interesse dei professionisti, è divenuta una pratica accreditata e istituzionalizzata dalla Formazione Continua in Medicina (ECM).

Parallelamente alla crescita delle richieste e all’erogazione delle diverse attività formative sono aumentate anche alcune “perplexità” di coloro che si rivolgono alla formazione professionale in simulazione; infatti tale metodologia, basata su tecniche di apprendimento attive, è una formazione che richiede di mettersi in gioco, di accettare il confronto e la riflessione sui propri errori e per molti può risultare altamente stressante. Inoltre, per erogare una formazione efficace in simulazione non basta dotarsi di un simulatore altamente tecnologico ma esistono molte altre componenti fra le quali, in *primis*, la preparazione degli istruttori che devono avere le giuste competenze (tecniche e non tecniche) e la giusta sensibilità per guidare il partecipante nell’esperienza simulata.

Cenni storici ed esempi di strumenti di simulazione

La simulazione in Medicina affonda le sue radici storiche in un tempo lontano, ma inizia a strutturarsi in maniera moderna negli anni Sessanta con la nascita del primo simulatore umano detto "Resusci-Anne", nato dalla collaborazione fra un famoso anestesista (Peter Safar) e un costruttore di giocattoli norvegese (Asmund Laedal). Safar è considerato uno dei pionieri della rianimazione cardiopolmonare e uno dei primi sostenitori dell'efficacia della ventilazione bocca a bocca e del massaggio cardiaco per evitare l'anossia cerebrale durante l'arresto cardiaco. Le principali caratteristiche del manichino erano quelle di garantire la simulazione dell'ABC (Airway, Breathing, Circulation) della rianimazione cardiopolmonare (CPR). Contemporaneamente, grazie a Stephen Abrahamson e Judson Denson, nasce "SimOne", il primo simulatore controllato da un computer ed in grado di riprodurre due scenari clinici.

Nel 1968 viene ideato "Harvey", un simulatore capace di riprodurre ventisette condizioni cardiache oltre che simulare diversi segni fisiologici (l'auscultazione, la rivelazione della pressione, etc), sincronizzati con la respirazione e il battito cardiaco. Alla fine degli anni Ottanta il famoso anestesista David Gaba (Stanford School of Medicine, Pablo Alto) ha promosso l'uso di una tipologia di simulazione, nota come simulazione Hi-Fi (ad alta fedeltà) che prevedeva l'uso di un simulatore (CASE) volto all'addestramento non tanto delle abilità tecniche quanto di quelle non tecniche al fine di prevenire l'errore. Il manichino posto in un *setting* reale (una sala operatoria riprodotta e completamente attrezzata) era collegato ad un PC in grado di modificarne i parametri a seconda dell'azione messa in atto dal discente. La vera rivoluzione culturale di Gaba è stata quella di introdurre una nuova metodologia formativa, mutuata dall'aeronautica (leader nello studio dei processi di sicurezza legati al fattore umano), denominata "*Crisis Resource Management*" (CRM) capace di insegnare la gestione delle situazioni critiche in team. Il corso era così strutturato: un breve lezione iniziale, dove si introducevano i principi del CRM; un *briefing* iniziale per la suddivisione dei ruoli; una simulazione di scenari complessi che venivano videoregistrati; un *debriefing* finale dove la squadra analizzava il caso secondo i criteri CRM. Alle sessioni di debriefing partecipavano tutti coloro che erano stati coinvolti nello scenario, a qualsiasi livello e ruolo (medici, infermieri, paramedici etc). Nel 1992 il CASE e la metodologia del CRM approdarono all'università di Harvard con la creazione del primo *Centre for Medical Simulation* (una sala operatoria riprodotta e completamente attrezzata). Questa metodologia basandosi su una tecnologia innovativa ad alto costo e richiedendo un *setting* preciso e articolato è rimasta per diversi anni confinata ad alcuni centri universitari d'eccellenza. Solo agli inizi del nuovo millennio, con la nascita di simulatori meno dispendiosi, più pratici, adatti ad essere trasportati e a mimare varie situazioni (simulatori pediatrici, ostetrici, chirurgici) tale pratica si è disseminata in tutto il mondo.

Accanto ai manichini simulatori, che possono essere usati sia in ambienti protetti (simulazione Hi-Fi) che *in situ* (sulla situazione di lavoro reale), sta prendendo sempre più campo l'uso di sistemi di realtà virtuale 3D in grado di riprodurre, su computer o in ambienti specifici, interventi di vario tipo, utili soprattutto alle specialità chirurgiche ed endoscopiche. La possibilità di utilizzo di software di elaborazione di immagine sempre più sofisticati permette una riproduzione fedele di scenari chirurgici utilissimi per la preparazione delle nuove generazioni di chirurghi in particolare nell'ambito delle nuove tecniche mini-invasive (endo-

scopia, laparoscopia, chirurgia robot assistita e interventistica endovascolare), La Regione Toscana ha mostrato fin dagli inizi degli anni 2000 un grande interesse per le tecniche simulate sia mediche che chirurgiche. Nel 2002 ha sponsorizzato il primo Corso Harvard, dove venivano utilizzate le metodiche simulate, dedicato ai medici dell'emergenza-urgenza; successivamente è stata fondata la Società Italiana di Simulazione in Medicina (SIMMED) a Firenze e si è assistito alla creazione di diversi Centri di Simulazione disseminati in tutto il territorio toscano (Careggi, Meyer e Pisa). Anche l'Azienda Sud-Est ha promosso da molti anni la formazione su metodiche simulate con l'esperienza del Centro di Simulazione in Emergenza Urgenza di Arezzo, del Centro di Simulazione Robotica e delle simulazioni in situ pediatriche di Grosseto e del Centro di Simulazione di Siena.

Le competenze del medico: le *non-technical skills* e la simulazione

È stato ormai consolidato dalla letteratura scientifica internazionale, e ribadito dalle più recenti acquisizioni in tema di *Risk Management*, che un buon professionista della salute debba possedere, accanto a delle buone e imprescindibili competenze tecniche, anche altre abilità definite come "non tecniche" fondamentali per ridurre i problemi di sicurezza attribuibili al fattore umano. Troppo spesso infatti sono le tensioni che scaturiscono dai rapporti interpersonali tra i membri di un team, la scarsa capacità comunicativa, le dinamiche di gruppo distorte, la mancata conoscenza delle risorse e dell'organizzazione, la vera causa del fallimento dell'atto medico con le conseguenze cliniche e medico-legali che ne derivano. Le *Technical Skills* (TS) quali la conoscenza delle ultime acquisizioni scientifiche/ linee guida, le competenze proprie di ogni professione, l'esperienza e l'abilità sulle manovre, possono quindi non essere sufficienti ad evitare l'errore in ambito sanitario e garantire la sicurezza del paziente e dell'operatore stesso se non vengono accompagnate da un'adeguata conoscenza delle "*Non-Technical Skills*" (NTS). Le NTS possono essere definite come abilità cognitive e relazionali particolari quali la consapevolezza della situazione, la capacità di saper prendere rapidamente decisioni, la comunicazione efficace tra operatori e la capacità di lavorare in Team sia come *leadership* che come *membership*. La simulazione, con la sua metodologia orientata anche alle NTS, si è dimostrata efficace per prevenire eventi avversi in sanità consentendo di passare dalla "prevenzione dell'errore alla promozione della sicurezza" (Grillo, 2016).

In Italia ancora pochi programmi di formazione universitari prevedono l'insegnamento delle NTS nonostante il vantaggio che queste garantiscono all'intero team di lavoro e all'organizzazione sanitaria. In questo contesto la simulazione e la metodica del CRM proposta da Gaba potrebbe trovare una collocazione ottimale nella formazione sulle NTS ormai bagaglio culturale imprescindibile per ogni professionista della salute.

Il ruolo della simulazione nella formazione degli operatori sanitari

La simulazione può essere definita come una tecnica per affinare specifiche prestazioni umane che ha assunto un ruolo predominante in formazione medica andando ad implementare le competenze tecniche e non tecniche, sia in *setting* reali che simulati (ricostruiti). In uno scenario caratterizzato da sempre maggiore complessità, sia nella tipologia dei pazienti, sia nell'ampia disponibilità di terapie e procedure, tale metodica offre le condizioni per migliorare i tempi e le modalità di apprendimento. Essa valorizza, inoltre, la capacità di lavorare in team consentendo d'individuare gli errori e di dargli un valore positivo, facendone un'occasione di analisi e di crescita per tutte le figure professionali sanitarie. E' una tecnica di formazione interattiva, che coinvolge in prima persona il discente e lo rende protagonista e partecipe della propria formazione riflettendo sull'esperienza vissuta. È metodica versatile che offre una pluralità di forme a seconda degli obiettivi del corso, i destinatari (studenti, professionisti, formatori), il grado di tecnologia e la fedeltà utilizzata. Di seguito sono elencate le principali modalità di simulazione ma si sottolinea che non è una classificazione univoca in quanto è un campo in continua espansione:

- **simulazione con pazienti attori**, utile per sviluppare competenze comunicative/relazionali tra medico e paziente e alcune competenze tecniche non invasive (es. ecografia) con l'ausilio di attori che recitano la parte del paziente;
- **simulazione di procedure semplici o task training**, finalizzata all'acquisizione di specifiche competenze tecniche (punti di sutura, accessi vascolari, posizionamento di un catetere vescicale, intubazione delle vie aeree);
- **simulazione ibrida**, dove l'attore recita la parte del paziente e il manichino ha lo scopo di fornire il supporto per eseguire le manovre invasive;
- **simulazione ad alta fedeltà**, basata sul corso proposto da Gaba, improntato sulla tecnica del CRM;
- **simulazioni in situ**, dove i simulatori vengono posizionati negli stessi ambienti lavorativi di chi viene addestrato;
- **simulazione chirurgica**, che offre la possibilità al discente di esercitare tecniche chirurgiche sia di tipo tradizionale che endoscopiche/laparoscopiche, grazie a supporti (inanimati o animati) in grado di riprodurre l'aspetto tattile e utilizzare in maniera realistica gli strumenti chirurgici;
- **realtà virtuale e immersiva** dove, grazie all'uso di programmi che consentano la completa immersione del soggetto in un ambiente creato al computer, la simulazione è quasi indistinguibile dalla realtà; si ha la possibilità di esercitarsi su operazioni chirurgiche specialmente nel campo della chirurgia robotica e dell'interventistica endovascolare con simulatori computerizzati. Tali sistemi permetteranno inoltre, in un prossimo futuro, di simulare in anticipo l'intervento chirurgico specifico di un paziente grazie alla ricostruzione del quadro anatomico mediante l'acquisizione dei dati TAC. Già attualmente in Chirurgia Robotica un software si interpone tra il chirurgo ed il paziente: il chirurgo agisce intervenendo letteralmente su un'immagine digitale attraverso i comandi forniti al computer che tramite l'estensione robotica modifica l'anatomia "analogica" del paziente.
- **simulazione in Telemedicina** dove operatori sanitari e cittadini hanno la possibilità, attraverso l'uso di programmi specifici e di *devices* digitali di addestrarsi in questa nuova

frontiera della medicina che mira attraverso il monitoraggio a distanza a intervenire in una fase precoce della malattia, a ridurre il numero di giorni di degenza ospedaliera e a razionalizzare le decisioni attraverso il consulto a distanza con gli specialisti.

A prescindere dal tipo di simulazione, fondamentale è la *feedback* immediato dopo il termine della sessione (**Debriefing**) e cioè una discussione fra i partecipanti e i formatori dove, attraverso l'analisi dell'esperienza vissuta, si cerca di mettere in evidenza le azioni corrette, effettuate secondo le buone pratiche, e quelle errate per trovare insieme delle soluzioni migliorative; è inoltre un'occasione di confronto tra modi di agire differenti. Il *debriefing* è considerato il momento didattico più importante, a sottolineare il ruolo fondamentale della riflessione sulla propria esperienza nella piramide dell'apprendimento; se questo è di più facile attuazione nel caso di simulazioni mirate alle TS, lo è meno quando si tratta di fornire un riscontro sulle NTS; è qui che si mette maggiormente in evidenza la competenza del buon istruttore che risiede nella capacità di far sì che sia il gruppo ad esporre i propri errori e ad auto fornirsi la soluzione. In questo contesto è fondamentale la modalità comunicativa/relazionale con cui il formatore si interfaccia con tutto il gruppo; tale competenza deve essere frutto di un *background* culturale che faccia riferimento alle teorie di apprendimento dell'adulto. Ne deriva che il ruolo degli istruttori e la loro capacità di interagire e di facilitare l'apprendimento anche delle NTS è piuttosto complesso e richiede una formazione "ad hoc".

Partendo da queste riflessioni e considerando che la simulazione ha come finalità quella di riprodurre il lavoro e il sapere esperto, puntando sull'elemento esperienziale che la contraddistingue, è necessario stipulare con il partecipante al corso due patti:

1. **"patto di verosimiglianza"**, attraverso il quale si rende credibile un'esperienza simulata. Questa condivisione è importante in una simulazione, poiché anche se i soggetti che partecipano a questi corsi, sono consapevoli di non essere al lavoro e di non avere davanti un paziente reale, devono pensare e comportarsi come se lo fossero. Una simulazione, pertanto, è verosimile nel momento in cui tutte le parti coinvolte ritengono in primo luogo di partecipare attivamente all'esperienza e, in secondo luogo tutti devono giudicare credibile ciò che fanno, vedono, sentono.
2. **"patto d'aula"**, significa che quello che succede nelle sedute di simulazione deve rimanere confinato a tale ambiente, andando a proteggere il partecipante soprattutto nella fase di condivisione degli errori effettuati. Culturalmente il personale sanitario, e soprattutto il medico, vive l'errore come un fallimento anche durante la simulazione; se non c'è impegno di tutti a rispettare il patto d'aula, si corre il rischio che il partecipante, mortificato dall'esperienza negativa, invece di instaurare con l'evento avverso prevedibile una relazione costruttiva, ne instauri una negativa e non partecipi più al progetto formativo perdendo così l'opportunità di crescere professionalmente imparando dai propri errori.

Organizzazione di un centro di simulazione

Il Centro di Simulazione è un ambiente che cerca di replicare in maniera realistica le caratteristiche architettoniche e organizzative di un ambiente ospedaliero, all'interno del quale medici, infermieri e personale in formazione possono affrontare i quotidiani percorsi diagnostico/terapeutici su simulatori.

Come più volte sottolineato la caratteristica più importante di un centro di simulazione è la possibilità di apprendere in un contesto protetto, con l'ausilio di manichini, simulatori e tecniche di realtà virtuale.

Per funzionare adeguatamente sono necessari:

1. spazi adeguati a replicare fedelmente la realtà lavorativa dei partecipanti, dotati di sistema audio video per la registrazione;
2. presidi utili al lavoro simulato (es. materiale per il monitoraggio, defibrillatori, ventilatori, strumenti chirurgici, farmaci);
3. manichini o simulatori virtuali;
4. istruttori qualificati.

Gli spazi, devono prevedere almeno una o più stanze dedicate alla riproduzione dell'ambiente di lavoro (sala operatoria, stanza di degenza, sala parto, *shock room*), una stanza dedicata alla discussione collegiale, ossia al *debriefing*, e un luogo di stoccaggio del materiale formativo. All'interno di queste aule devono essere presenti tutti i presidi necessari a favorire l'immedesimazione del partecipante nell'esperienza simulata; questi sono rappresentati sia da apparecchiature medicali usate quotidianamente che da altre più innovative o "in prova" così da favorire il training ed evidenziarne pregi e difetti.

Esempi di strumenti di simulazione chirurgica

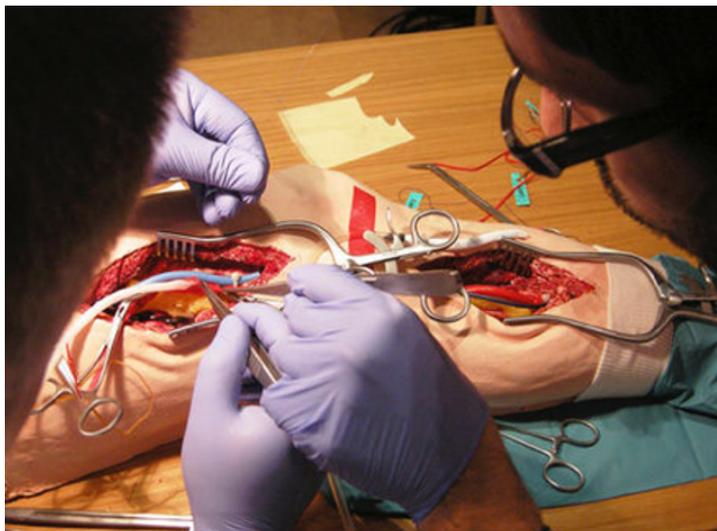
Le potenzialità di un centro di simulazione ben strutturato e attrezzato possono essere ben comprese analizzando le possibilità di simulazione che possono essere messe in campo attualmente anche per le specialità chirurgiche. Nell'ambito delle principali Società Chirurgiche sta emergendo con forza l'esigenza di strutturare un percorso formativo di simulazione nel curriculum del chirurgo. Il vecchio modello di apprendimento "*see one, do one, teach one*" non è più supportabile in uno scenario in cui la sicurezza del paziente viene prima di tutto. L'evoluzione verso la mini-invasività dell'ultimo ventennio, ha avuto modo di poter beneficiare moderni e efficaci *tools* per migliorare la formazione.

Chirurgia Vascolare e Interventistica cardio-neuro-vascolare

I principali strumenti di simulazione che possono essere utilizzati in un centro di simulazione multidisciplinare sono rappresentati da:

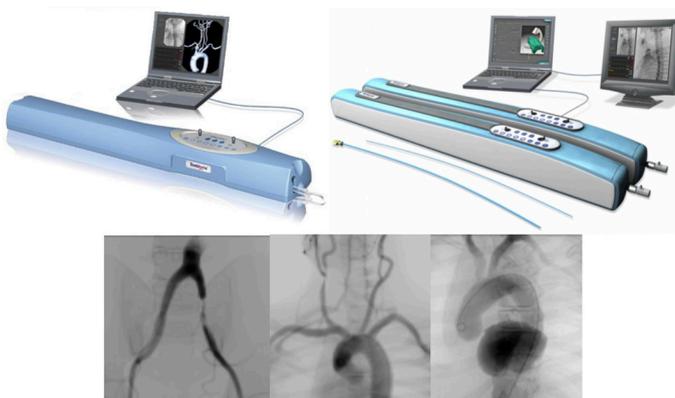
1. **Modelli Anatomici in lattice** che riproducono l'arto inferiore (Figura 1), il collo, l'addome con le principali strutture vascolari oggetto di chirurgia aperta (arterie arto inferiore, carotidi, aorta). Il tirocinante può essere addestrato alla via d'accesso al vaso e all'esecuzione di anastomosi vascolari (suture di collegamento fra protesi e vaso) con possibile combinazione di pompa d'acqua pulsatile per aggiungere flusso attraverso il simulatore offrendo uno scenario di allenamento più realistico. Questo può risultare particolarmente utile in quegli ambiti come la chirurgia aortica dove attualmente il giovane chirurgo, per il sopravvento delle metodiche mini-invasive endovascolari, ha meno possibilità di esperienza dal vivo.

Figura 1: Modello Anatomico Arto Inferiore con possibilità di eseguire bypass femoro-popliteo



- 2. Simulatori Endovascolari ad Alta Fedeltà** (Figura 2). Permettono di riprodurre fedelmente le procedure endovascolari con visualizzazione simulata dei materiali e dei vasi del tutto sovrapponibile alle immagini fluoroscopiche e angiografiche ottenibili dal vivo. I simulatori di ultima generazione (es. Angio Mentor, Symbionix o Vist-C, Mentice) sono facilmente trasportabili, costituiti da un computer portatile e da una o due piattaforme di lavoro (nel caso si debbano simulare procedure che richiedono due accessi percutanei come ad esempio le procedure endovascolari aortiche). Consentono l'utilizzo di strumenti reali e assicurano *feedback* tattile incrementando il realismo della procedura.

Figura 2: Simulatori Endovascolari ad Alta Fedeltà



Offrono una grande varietà di programmi di training in Radiologia Interventistica (embolizzazioni), Cardiologia Interventistica (interventi coronarici, TAVI), Elettrofisiologia (ablazioni), Chirurgia Vascolare (Stenting carotideo e renale, procedure periferiche arterie arti inferiori, EVAR, TEVAR), Neuroradiologia interventistica (interventi neurovascolari).

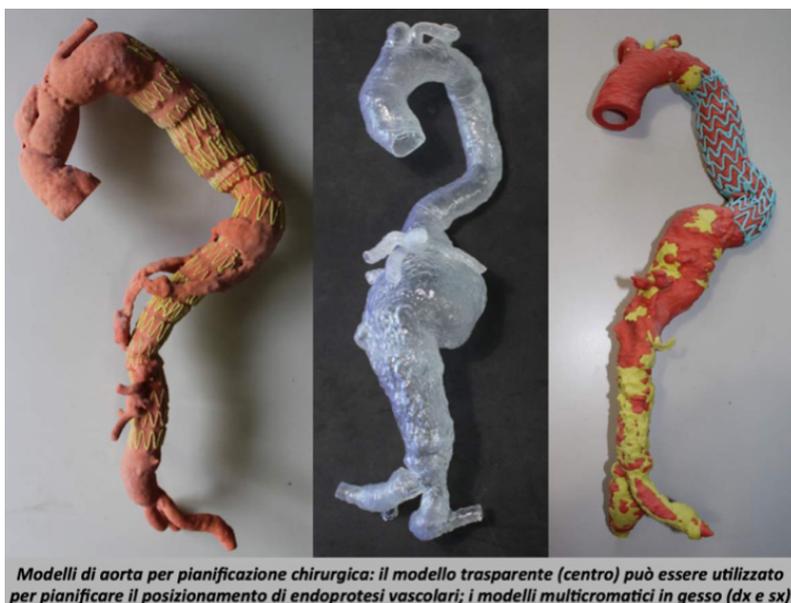
Il "training hands-on" permette di capire i principi basilari, le caratteristiche dei materiali utilizzati (cateteri, palloni, stent, guide, filtri, endoprotesi) e i problemi tecnici delle tecniche endovascolari ottimizzando l'efficacia e il tempo di esecuzione della procedura dal vivo. L'utilità della simulazione endovascolare è stata "scientificamente" dimostrata da uno studio osservazionale dell'Università di Helsinki in cui tra il 2015 e 2017 una coorte di chirurghi vascolari si è allenata alla procedura di occlusione aortica endovascolare con pallone su un modello di simulazione per aneurisma aortico rotto (Figura 3). I risultati sono stati evidenti: netto decremento del tempo che intercorre dall'accettazione al PS all'*endoclamping* (da 65 a 16 minuti) e soprattutto della mortalità a 30 giorni (dal 39% al 25%).

Figura 3: Simulazione EVAR in sala ibrida



- 3. STAMPA TRIDIMENSIONALE (3D)** che consente di realizzare un modellino fisico tridimensionale della struttura anatomica in esame utilizzando i dati di *imaging* di una TAC (Figura 4). Il modello 3D consente di migliorare la pianificazione della procedura chirurgica specie in casi anatomicamente complessi. Ad esempio nel caso di aneurisma aortico complesso permette di studiare da più angolazioni su modello tridimensionale i materiali e la tecnica da utilizzare in vivo durante l'intervento endovascolare che presenta il limite di una visualizzazione di lavoro bidimensionale in "bianco e nero". Questo consente di ridurre il tempo di anestesia e di intervento, permettendo un risultato più preciso.

Figura 4: Modelli aortici con Stampa 3D



Chirurgia Generale

Ormai la maggior parte della moderna chirurgia generale, sia per patologia benigna che maligna, viene eseguita con accesso mini invasivo, quella che si chiama comunemente video-laparoscopia. La visione del campo operatorio, oggi più chiara e magnificata dall'ingrandimento e dalla qualità delle immagini, è la stessa per il primo operatore e anche per l'assistente e per l'aiuto, che è normalmente colui che maneggia la telecamera, l'occhio dell'operatore. I gesti chirurgici sono mediati dall'uso di strumenti inseriti da mini incisioni cutanee attraverso apposite cannule.

Esiste ad oggi una infinita possibilità di formazione gratuita ed efficace on line, per mezzo di enormi videolibrerie accessibili da siti dedicati (*Websurg* è quello storicamente più noto ma ormai affiancato da decine di analoghe e valide alternative) nei quali è possibile visionare procedure eseguite da operatori esperti; negli stessi siti è possibile inoltre assistere a convegni e discussione di casi clinici che permettono, almeno in parte, di sviluppare quelle NTS così importanti per la formazione globale del medico. Per quanto riguarda invece la "formazione sul campo", sono ad oggi disponibili appositi strumenti di training, più o meno sofisticati, sia in ambito di laboratorio sperimentale (il cosiddetto *dry-lab*), che su modello animale (*wet-lab*).

Il **dry lab** si basa su esercizi per mezzo di "training boxes" (Figura 5) che altro non sono se non delle scatole con all'interno modelli plastici di organi a cui si accede tramite strumenti laparoscopici, mentre il **wet lab** (Figura 6) consiste nell'eseguire vere e proprie procedure chirurgiche tradizionali o laparoscopiche su modello animale in modo da riprodurre il gesto chirurgico su modello vivente generalmente suino (*mini-pig*) per rendere più realistica la formazione chirurgica ed apprendere le competenze di gestione dell'emostasi, manipolazione dei tessuti e suture. Il modello di training sul cadavere (*cadaver lab*), sicuramente il più effi-

cace per la formazione chirurgica, è purtroppo impossibile da reperire attualmente nel nostro territorio a causa di norme legislative che ne impediscono l'utilizzo a scopo formativo.

Figura 5: Dry Lab

Laparoscopic surgery training box



Figura 6: Wet Lab



Anche nell'ambito della modernissima chirurgia robotica, la presenza di simulatore dedicato Da Vinci (Figura 7) e la possibilità di beneficiare di due *consolle* chirurgiche, una per l'operatore esperto ed una per il principiante, permette di poter eseguire un *training multistep* sicuro ed efficace.

Figura 7: Simulatore Da Vinci



Urologia

Anche la chirurgia urologica negli ultimi anni è evoluta sempre di più verso la mini-invasività (tecniche endourologiche, laparoscopia e soprattutto in Chirurgia Robot assistita).

Un moderno centro di simulazione dovrebbe prevedere i *tools* già descritti per la chirurgia generale (*Laparoscopic Training Box* nella versione *Pelvic Trainer* e simulatore Da Vinci a due consolle), un Simulatore di Esplorazione rettale e la possibilità di stampa 3 D già descritta per la chirurgia vascolare per ottenere un modello sartoriale del caso da operare da utilizzare come guida per la migliore programmazione della tecnica da eseguire prevedendone le difficoltà. Sono in fase di sviluppo software di realtà aumentata che permettano la sovrapposizione sull'immagine chirurgica intraoperatoria di immagini digitali ricostruite grazie alla TC del paziente per meglio guidare il chirurgo nell'identificazione dell'anatomia.

Abbiamo quindi visto vari tipi di manichini/simulatori, che rappresentano l'elemento tecnologico imprescindibile per "replicare e amplificare le esperienze della realtà ai fini dell'addestramento" (Gaba 2004) del loro ruolo nella qualità della simulazione. Occorre però sottolineare che per offrire un'esperienza simulata "realistica" non basta inserire un manichino in una sala virtuale ma bisogna che questa sia guidata da istruttori preparati a realizzare progetti formativi efficaci, sui bisogni della singola realtà locale, in cui devono essere chiaramente definiti gli obiettivi educativi, le strategie di apprendimento-insegnamento e i metodi di valutazione.

Solo se corredata da una regia esperta, la simulazione può diventare il luogo ideale dove colmare la *gap* tra formazione teorica e pratica lavorativa.

Il Centro di Simulazione in Emergenza Urgenza di Arezzo

Il Centro di Simulazione Medico Avanzata di Arezzo nasce nel 2016 dalla collaborazione tra Formazione Aziendale, Rischio Clinico e Dipartimento d'Emergenza Urgenza che insieme hanno deciso d'investire su corsi di formazione in simulazione del personale sanitari: ospita

corsi sulle tecniche di rianimazione di base e avanzata e risponde ai requisiti della delibera della Regione Toscana n. 254 del 15 aprile 2013 contenente le linee di indirizzo e i requisiti dei centri di simulazione.

Il Centro ha formato in questi anni più di 600 persone fra personale dipendente dell'Azienda USL Toscana Sud Est (AUSLTSE) ed esterno (come gli operatori delle associazioni di volontariato o i giovani iscritti all'Ordine dei Medici della Provincia di Arezzo). Nel 2019 il Centro ha ricevuto l'accreditamento da parte della Società Italiana Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI).

Nel Centro sono presenti vari tipi di simulatori tra cui un "Simman Laerdal" e tutti i presidi necessari ad aumentarne la fedeltà. La struttura è articolata su tre stanze (Figura 8), una stanza di simulazione dotata di camera di regia, che rappresenta la riproduzione di una tipica sala operatoria equipaggiata di tutta la strumentazione necessaria ad effettuare le manovre, una stanza di discussione (*De-briefing*) e una terza stanza che funge da magazzino per lo stoccaggio dei presidi formatori. Accanto all'innovazione tecnologica l'AUSLTSE ha promosso lo sviluppo di appositi percorsi formativi per istruttori con la costruzione di un pool di docenti certificati ed esperti in tecniche di simulazione medica avanzata come il primo corso interprovinciale per facilitatori di simulazione medico avanzata organizzato dal Dipartimento di Emergenza Urgenza nel 2016.

Figura 8: Centro Simulazione Emergenza-Urgenza Arezzo



I corsi che vi si svolgono sono molteplici. La maggior parte sono dedicati all'emergenza urgenza ma altri sono effettuati in collaborazione con altri dipartimenti, in primis con il dipartimento materno infantile. I corsi proposti, che rilasciano una certificazione aziendale, essendo l'AUSLTSE Provider dalla Regione Toscana per i corsi ECM, sono:

- *Basic Life Support and Defibrillation (BLS)* adulto e pediatrico per istruttori ed esecutori in base alla delibera della regione Toscana (*full e retraining*);
- *Advanced Life Support (ALS)*;
- Corso Trauma Avanzato (CTA);
- Simulazione HI-FI e CRM;
- Gestione avanzata delle vie aeree;
- *Up date* di Algoritmi Pediatrico ;

- *Pediatric Advanced Life Support (PALS)*;
- Corso di emergenze ostetriche e emorragia post-partum;
- Corso di Neonatologia.

Il materiale formativo usato nei corsi viene messo a disposizione di tutti i dipendenti (via intranet e per e-mail almeno 15 giorni prima dei corsi) per promuovere la cultura della simulazione e della rianimazione.

Dall'analisi dei dati sui partecipanti e sui test di gradimento somministrati alla fine del corso è emerso un forte interesse per le tecniche simulate principalmente da parte del personale medico in formazione e di quello infermieristico; anche i medici esperti apprezzano molto tale metodica, tuttavia è da segnalare che la loro partecipazione è numericamente meno frequente.

Prospettive Future

La simulazione sta assumendo un ruolo sempre più importante nella formazione e in futuro acquisirà forme sempre più innovative, come la realtà virtuale; ciò farà sì che questa metodologia, inizialmente messa a punto nell'ambito dell'emergenza/urgenza, si estenda a tutti i settori della medicina e della chirurgia. Bisogna creare delle sinergie partendo dalle esperienze già maturate ideando insieme la progettualità futura della simulazione.

Auspichiamo quindi un **ampliamento delle offerte formative** del Centro di Simulazione e delle attività connesse (es. simulazione *in situ*) in modo tale che diventi un luogo di apprendimento multidisciplinare ideale, dedicato alla formazione di medici, chirurghi, studenti e operatori sanitari, non escludendo altre categorie come per esempio volontari delle associazioni e cittadini sensibilizzati alle manovre rianimatologiche di base. I corsi di simulazione per i giovani medici inoltre hanno un costo spesso molto rilevante e la possibilità di una formazione "residenziale" nell'ambito della propria istituzione di appartenenza è da ritenersi una risorsa preziosa.

Fondamentale in questo contesto storico potrebbe essere inoltre l'apertura a **corsi di simulazione in Telemedicina** per operatori sanitari e utenti. L'esperienza della pandemia Covid-19, ha dimostrato chiaramente che un sistema sanitario moderno non può prescindere dalla telemedicina e dalla sanità digitale, elementi cruciali di risposta della sanità territoriale. La funzione di filtro svolta dalla sanità territoriale con la selezione dei malati da inviare ai centri per acuti, la gestione delle cronicità nelle sedi adeguate e l'implementazione dell'assistenza domiciliare saranno il fulcro della sanità di domani ed è necessario riprogettare la rete dei servizi territoriali con al centro strumenti efficaci di teleconsulto, teleassistenza e telemedicina in modo da creare una rete integrata ospedale-territorio-domicilio in cui possano interagire agilmente medici di base, pediatri di libera scelta, farmacisti, specialisti, infermieri e pazienti. Proprio nella nostra provincia sono stati già sperimentati sistemi di monitoraggio domiciliare. La "casa come principale luogo di cura" è una frontiera oggi possibile combinando Telemedicina, assistenza domiciliare integrata (ADI), un moderno fascicolo sanitario elettronico (FSE), con l'ausilio di devices digitali (app collegate a sensori che consentono di rilevare dati clinici dei pazienti in modo costante e preciso), gestiti attraverso le infinite possibilità offerte da *Big Data*, *Machine Learning* e Intelligenza Artificiale. Per accedere a

questo scenario è necessario mettere in campo un ambizioso progetto di informatizzazione e formazione di operatori sanitari, amministrativi e dei cittadini/pazienti allo scopo di fornire il più rapidamente e efficacemente possibile le adeguate competenze digitali necessarie. Inoltre attualmente un tale progetto può attingere alle risorse messe in campo per la Telemedicina nel Next Generation Italia relativamente allo Sviluppo delle competenze tecnico-professionali, digitali e manageriali del personale del SSN (0,20 mld) della Missione 6 e alla voce di investimento su Servizi digitali e cittadinanza digitale (2,01 mld) della Missione 1. Quindi mai come in questo momento risulta cruciale individuare nella nostra provincia un luogo permanente di formazione in Telemedicina a valenza regionale che con il contributo pubblico e privato si ponga come modello di una nuova organizzazione sanitaria. L'investimento di oggi sarà il grande risparmio di domani.

Un investimento su un centro di simulazione moderno, multidisciplinare aperto a operatori sanitari e a cittadinanza può rappresentare inoltre un volano per aumentare l'attrattività della rete ospedaliera territoriale e per sfruttare le possibilità di acquisizione di risorse umane che potrebbero venire da una riforma ormai divenuta improrogabile della formazione specialistica. Infatti per garantire la qualità del percorso formativo degli specializzandi a fronte del notevole incremento dei contratti e delle borse previsto per risolvere il problema dell'imbuco formativo, l'unica soluzione praticabile è quella dell'implementazione della rete attraverso l'individuazione e istituzionalizzazione degli Ospedali di Apprendimento ("*Teaching Hospital*"). La presenza di un centro di simulazione innovativo e ben strutturato sicuramente potrebbe essere un parametro rilevante per accreditare la nostra rete ospedaliera in tal senso acquisendo risorse umane e fornendo loro formazione ad altissimo livello.

In un'ottica di Area Vasta SudEst, le attività provinciali di simulazioni potrebbero trovare un elemento di sintesi e coordinamento tra tutti gli attori di processo in un "contenitore" organizzativo unificato configurabile come "*Simulation Training School*" aziendale.

Proposte conclusive

In conclusione le proposte per un potenziamento del nostro Centro di Simulazione provinciale sono:

- creazione di un tavolo di lavoro permanente dove i vari *stakeholders* (direttori di dipartimento, rappresentanti degli istruttori e dei discenti, università, ordine dei medici...) possano proporre soluzioni adeguate ai bisogni formativi del momento;
- ampliamento dell'offerta formativa dell'attuale centro di simulazione attraverso l'acquisizione di strumenti di simulazione chirurgica;
- sviluppo di corsi di simulazione in Telemedicina per operatori e cittadinanza;
- progetto di ampliamento del Centro di Simulazione o identificazione nuova sede idonea ad ospitare le nuove esigenze multidisciplinari sfruttando risorse pubbliche e private;
- inserimento del progetto nel dibattito in corso a livello regionale e nazionale di strutturazione della rete formativa ospedaliera per gli specializzandi.

Bibliografia

1. Fung L et al. Impact of crisis resource management simulation-based training for interprofessional and interdisciplinary teams: A systematic review. *Interprof Care*. 2015;29(5):433-44.
2. Bigi E et al. La simulazione in medicina. Tecniche avanzate per la formazione del personale sanitario e la sicurezza del paziente. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2013 pp. 9-10.
3. Brett-Fleeger M et al. Debriefing assessment for simulation in healthcare: development and psychometric properties. *Simulation in Healthcare*, 2012 Vol. 7, pp. 288-294.
4. Castellucci A. I Saperi della formazione in sanità. Maggioli Editore (2002).
5. EBA- European Board of Anaesthesiology, Postgraduate training guidelines in Anaesthesiology, pain and intensive care medicine.
6. Endsley TMA. Towards a theory of situation awareness in dynamic systems. *Human factors*, 1995 Vol. 37, pp. 32-64.
7. Fanning RM, Gaba D, Howard SK, The role of debriefing in simulation-based learning, *Simulation in Healthcare*, 2007, Vol. 2, pp.115-125.
8. Flin R et al. Il front-line della sicurezza. Guida alle Non-Technical Skill. Hirelia Edizioni, 2011, Milano, p. 321.
9. Flint R et al. Safety at the sharp end. A guide to non-technical skills. Ashgate, Aldershot, 2008 United Kingdom.
10. Gaba D, Cooper J. Landmark report published on patient safety. *APSF Newsletter Journal Clinical Monitoring and Computing*, 2000, Cap.16, pp. 231-232.
11. Gaba D. The future vision of simulation in health care. *Quality Safety Health Care* 13, pp. 2-10.
12. Goeters KM. Evaluation of the effects of CRM training by the assessment of Non-Technical Skill under LOFT. *Human Factors and Aerospace Safety*, 2002 Vol. 2, pp. 71-86.
13. Harden RM, Crosby J (2000). The good teacher is more than a lecturer- the twelve roles of the teacher. *Amee Guide No 20, Medical Teacher*, Vol. 22, pp. 334-347
14. Knowles M. Quando l'adulto impara. Franco Angeli, 1993, Milano.
15. Landriscina F. La simulazione nell'apprendimento: quando e come avvalersene. *Centro Studi Erickson*, 2009, Trento, p. 8.
16. Learpe LL. Error in medicine. *Jama*, Vol. 272, 1994, pp.1851-1857.
17. Lingard L et al. Communication failures in the operating room: an observational classification of recurrent types and effects. *Quality Safety Health Care*, 2004 Vol. 13, pp. 330- 334.
18. Pierre M et al. Gestione delle crisi in medicina d'urgenza e terapia intensiva. Fattori umani, psicologia di gruppo e sicurezza dei pazienti negli ambienti ad alto rischio. Springer, 2013 Berlino, Cap. 12, pp. 235-267.
19. Rosen KR, The history of medical simulation. *Journal of Critical Care*, 2008 Vol. 23, pp. 157-166.
20. Sackett T. Evidence based medicine: what is it and what it isn't. *British Medical Journal*, 1996 pp. 71-72.

21. Yule S, et al, Observe one, rate one. Using the NOTSS system to discuss Non-Technical Skills with trainee surgeons. *Cognition, Technology e work*, 2008, Vol. 10, pp. 265-274.
22. Flentje M et al. Simulation as a Training Method for the Professionalization of Teams. *Anaesthesiol Intensiv med* 2018 Jan;53(1):20-33.
23. Freytag J et al. Improving patient safety through better teamwork: how effective are different methods of simulation debriefing? Protocol for a pragmatic, prospective and randomised study. *BMJ Open*. 2017 Jun 30;7(6):e015977.
24. Buléon C et al. Protecting healthcare providers from COVID-19 through a large simulation training programme. *Br J Anaesth*. 2020 Nov;125(5):e418-e420.
25. Nayahangan LJ et al. Achieving consensus to define simulation-based education in vascular surgery: a European-wide needs assessment initiative. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2019;58:284-91.
26. Bismuth J et al. Incorporating simulation in Vascular Surgery Education. *J Vasc Surg* 2010;52:1072-80.
27. Jenkins MP et al. How can we ensure vascular surgical trainees become competent in open aortic surgery in the future training environment? *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2019;57:617-8.
28. Ayush A et al. High-Fidelity Endovascular Simulation. *Vasc and interventional Rad* 2019;22(1):7-13
29. Pekka A et al. Simulation training streamlines the real-life performance in endovascular repair of ruptured abdominal aortic aneurysms *J Vasc Surg* 2019;69:1758-65
30. Marti P et al. Trends in use of 3D printing in vascular surgery: a survey. *Int Angiol*. 2019 Oct;38(5):418-424

- 11 -

L'EVOLUZIONE NELLA COMUNICAZIONE IN SANITÀ: cosa dovrebbe cambiare?

Marcello Caremani, Alessandra Caremani

- 106 -

Nei mesi della pandemia, causata dal Coronavirus COVID 19 responsabile della SARS 2, la comunicazione è stata gestita in maniera selvaggia e questo non ha riguardato solo i politici, anzi la peggiore comunicazione è avvenuta sia in campo scientifico che sanitario. Ogni personaggio intervenuto in questo dibattito si è sentito in dovere mandare messaggi contraddittori, spesso alienanti che poi senza dignità ribaltava il giorno successivo, condizione comunicativa spesso osservata in sanità, anche nel passato.

I *mass media* televisivi hanno richiesto la presenza di scienziati ad ogni programma e pochi tra i comunicatori dei dati della pandemia si sono resi conto delle ansie che trasmettevano e tutto questo ha dimostrato quanto sia lontana la vera comunicazione in sanità.

La **comunicazione**, dal latino *communico* (mettere in comune), vuol dire far partecipare ed è l'insieme dei fenomeni che consentono lo scambio e la diffusione delle informazioni; fondamentali sono i contenuti e il destinatario.

La comunicazione è un comportamento sociale e un'attività cognitiva e può essere verbale, quando viene scelto il modo con cui si associano le parole, e non verbale, quando si manifesta attraverso l'aspetto, l'abbigliamento, il comportamento, i gesti, la postura, i movimenti, l'espressione del viso, degli occhi, il tono della voce, la velocità del linguaggio. La comunicazione non verbale può avvenire anche tramite i silenzi e la relazione spaziale. Oltre queste due tipi, la comunicazione può essere scritta tramite testi formali ma anche spontanei.

Nella comunicazione esistono degli assiomi il primo dei quali è che *"Non si può non comunicare"*, poiché chiunque si trovi in una situazione sociale è comunque una sorgente di un flusso informativo, indipendentemente dalla propria intenzionalità, dall'efficacia dell'atto comunicativo o dalla comprensione reciproca.

Gli esseri umani comunicano sia in modo **"digitale"** che **"analogico"**. La comunicazione digitale è **composta essenzialmente da ogni tipo di comunicazione non verbale e si riferisce all'aspetto di relazione della comunicazione**. Si

basa su una semantica precisa che si manifesta non solo con il movimento del corpo (cinesica), ma anche con i gesti, le espressioni del viso, le inflessioni della voce, la sequenza, il ritmo e la cadenza delle stesse parole, e ogni altra espressione non verbale di cui l'organismo sia capace.

Fondamentale risulta non trascurare mai l'importanza che ha il contesto per la comunicazione non verbale come ben rappresentato da questo esempio: *"Chiunque si lavasse i denti in una strada affollata invece che nel proprio bagno rischierebbe di essere portato in gran fretta al commissariato o al manicomio"*.

Comunicati analogici sono invece quei segnali che contengono una qualche rappresentazione o immagine del significato a cui si riferiscono, rappresentati da un disegno, ma anche da manifestazioni come la carezza di un genitore al figlio.

La comunicazione analogica ha radici molto antiche e la sua validità è molto più estesa e generale perché non si basa sull'apprendimento di un codice ma su una capacità espressiva congenita.

La comunicazione digitale invece ha una sintassi logica assai complessa e di estrema efficacia ma manca di una semantica direttamente ispirata alla natura, anche se è correlata alle relazioni che propone.

La comunicazione **numerica** o **simbolica** invece è composta da quei messaggi che rimandano a un sistema codificato e formalizzato di segni, la cui relazione, con il significato di cui sono portatori, è del tutto arbitraria, infatti non c'è nulla di specificatamente simile al

tre nel numero tre, come non c'è nulla di specificatamente simile ad una tigre nella parola tigre.

Altro assioma della comunicazione è rappresentato dal fatto che essa ha un **contenuto** e una **relazione**, in modo che il secondo classifica il primo e quindi propone quella che si chiama meta-comunicazione.

Dal punto di vista pragmatico, la natura della relazione condiziona le conseguenze comportamentali di un certo contenuto comunicativo.

In sostanza ogni tipo di comunicazione fra due o più individui può avere livelli diversi di **notizia** e di **comando**, dove il primo trasmette i dati, mentre il secondo il modo in cui si deve assumere tale comunicazione, ma la natura di una relazione dipende dalla punteggiatura delle sequenze di comunicazione fra i vari partecipanti.

Tutti gli scambi di comunicazione sono **simmetrici** o **complementari**, a seconda che siano basati sull'uguaglianza o sulla differenza; in generale uno scambio simmetrico avviene fra interlocutori che si considerano sullo stesso piano, svolgendo funzioni comunicative e ruoli sociali analoghi, mentre uno scambio complementare fa incontrare persone che hanno una relazione, ma non sono sullo stesso piano di potere, di ruolo comunicativo, di autorità sociale e d'interessi.

Applicando questo concetto al campo dei mezzi di comunicazione di massa sarebbe possibile definire: una **comunicazione simmetrica** è quella che avviene attraverso Internet, cioè da una persona all'altra ("*one to one*"), mentre una **comunicazione complementare** è **quella che avviene attraverso il tradizionale mezzo televisivo, cioè da uno a molti** ("*one to many*").

In tutti i tipi di comunicazione, ma in particolar modo nella comunicazione in sanità, dobbiamo ricordare che quello che comunichiamo è ciò che l'altro ha capito e non quello che pensiamo noi di aver comunicato.

Saper comunicare vuol dire in primo luogo che dobbiamo capire il nostro interlocutore, che dobbiamo conoscere il problema di cui stiamo discutendo, che dobbiamo adattare il linguaggio al tema che trattiamo ed alla persona che abbiamo davanti. Questo significa inoltre che dobbiamo controllare il tono della voce, le pause e la velocità dell'eloquio, ma anche la postura e la mimica che sono due aspetti che vanno curati come pure la partecipazione emotiva.

Un buon comunicatore in sanità, ma anche in qualsiasi altro contesto agisca, deve essere caldo ed empatico, deve risultare facile parlargli, deve iniziare la comunicazione presentandosi, deve ascoltare il cittadino-utente-paziente e rispondere alle sue indicazioni, oltre che apparire sicuro di se, formulare domande precise che si comprendono facilmente, ma ancor più non si deve ripetere.

Una buona comunicazione in sanità è ancora più importante, rispetto ad altri contesti sociali, perché aiuta a fare una diagnosi accurata e comprensiva, aiuta a riconoscere gli stati di disagio emozionale, a rispondere in modo appropriato, consente di avere pazienti che sono soddisfatti delle cure che hanno ricevuto, che sono meno in ansia per i loro problemi e che accettano e seguono le indicazioni terapeutiche.

In una comunicazione non adeguata invece il malato si accorge che l'operatore sanitario non lo ascolta, non fornisce le informazioni richieste e non mostra alcuna preoccupazione e/o rispetto per lui.

La relazione medico-paziente è influenzata da diversi fattori che possono essere legati al paziente, al medico, ma ancor più al *setting* dove questa relazione si svolge.

I fattori legati al paziente sono rappresentati dai sintomi fisici avvertiti dal malato, dai fattori psicologici legati alla malattia e/o alle cure mediche, che vengono vissuti con ansia, depressione, rabbia e/o diniego, questo ancor più se è presente un vissuto negativo di precedenti o recenti esperienze legate alle terapie mediche o chirurgiche.

A tutto questo si deve aggiungere quello che il paziente crede a proposito di salute e malattia, i problemi che vuole discutere, le sue aspettative relative a quello che il medico farà, che sono spesso basate sull'esperienza passata, ma ancor più come lui stesso percepisce il ruolo del medico.

I fattori legati all'operatore sanitario sono rappresentati in primo luogo dalla fiducia, dalla capacità a comunicare, dalle differenze individuali, ma tutto questo è influenzato da variabili fisiche, come la stanchezza o psicologiche come l'ansia, aspetti questi che il medico dovrebbe sapere evitare.

Un *setting* adeguato è il terzo fattore necessario per sviluppare una comunicazione che possa dare ottimi risultati, per cui l'incontro dovrebbe avvenire in un ambiente confortevole corredato da un buon numero di sedie, caratterizzato inoltre dal rispetto della *privacy*.

Questo vuol dire che quando un paziente o un familiare chiede di poter parlare con il sanitario è necessario evitare di comunicare nel corridoio del reparto, specie in presenza di altri pazienti o persone sconosciute, che possono ascoltare, ma risulta indicato programmarlo nella sede adatta, che può essere lo studio del medico o una saletta predisposta per queste evenienze lontano dalla vita del reparto e dove il colloquio possa avvenire con il minimo disturbo.

La comunicazione fino ad oggi è stata considerata una grande dote che si acquisiva e migliorava con il tempo e con un'adeguata preparazione, che consentiva di rapportarsi con gli altri facendo capire i progetti e gli obiettivi che si volevano realizzare.

Ma molta acqua è passata sotto i ponti da quando la comunicazione verbale e non verbale è arrivata tramite i *mass media* e adesso attraverso i nuovi mezzi di comunicazione.

La pandemia Covid-19 ha generato un bombardamento continuo tramite virologi, epidemiologi, microbiologi, statistici, ma questo sovraccarico d'informazioni è finito sotto la lente d'ingrandimento di un'indagine dettagliata che ha analizzato le dichiarazioni dei cosiddetti esperti.

L'analisi ha mostrato che spesso le notizie sono state contraddette dagli stessi personaggi non solo sui *media* ma anche sui *social media*, per questo si è posta una prima domanda: come si dovrebbe comunicare in sanità?

La comunicazione in sanità deve prima di tutto mostrare credibilità ed autorevolezza, specie da parte delle istituzioni e delle autorità sanitarie, dove i contenuti della comunicazione devono essere accuratamente monitorati e dove bisogna conoscere il fenomeno nel contesto di riferimento.

Per migliorarla oggi bisogna sfruttare il potenziale dei nuovi mezzi di comunicazione ed è necessaria una corretta *advocacy*, che rappresenta tutto ciò che mira ad influenzare le politiche pubbliche e l'allocatione delle risorse all'interno dei sistemi politici, economici e sociali e relative istituzioni.

Con il nuovo millennio attraverso il web è iniziata una rivoluzione silenziosa ma inarrestabile che ha cambiato e stravolto la nostra vita denominata "*Social Media Revolution*", rivoluzione che ha coinvolto anche la comunicazione in sanità, specie nella diffusione delle informazioni sulle emergenze sanitarie ed ancor più su quelle riguardanti i vaccini e le campagne vaccinali.

La diagnosi e le terapie vengono oggi richieste consultando «Dr. Google», leggendo *blog* che consentono ricerche di recensioni su specialisti e ospedali. Molti pazienti interagiscono con il medico tramite *WhatsApp*, o con le ASL su *Facebook* e *Twitter*, per cui in questo momento sempre più il cittadino-utente-paziente utilizza internet e i social media come ambienti comunicativi in cui ricercare informazioni sulla salute, ma anche piattaforme per mettersi in relazione e comunicare con medici, cittadini e strutture sanitarie, dimostrando che in questi anni la comunicazione in sanità è profondamente cambiata.

Alla fine del 2019 *Digital 2020* ha valutato la diffusione dei sistemi d'informazione-comunicazione in Italia attraverso i *social media*, dandoci uno spaccato interessante. A fine 2019 gli abitanti in Italia erano 60 milioni e 501 mila ma usavano 80 milioni e 400 mila *mobile phone connection*, cioè una connettività dai telefoni cellulari pari al 133%; in quel periodo gli utilizzatori di Internet erano 49 milioni e 480 mila, cioè utilizzavano internet l'82% degli italiani, di cui il 58%, pari a 35 milioni, erano da considerare utilizzatori attivi dei *social media*. Gli Italiani nel 2020 hanno usato Internet in media per 6 ore al giorno, i social media per 1 ora e 57 minuti, hanno guardato la televisione per 3 ore circa, hanno ascoltato musica per una ora e giocato alla *console* per circa quarantanove minuti di media al giorno. Il tasso di crescita dei dispositivi e degli utilizzatori è costante, praticamente esponenziale, con dati di utilizzo considerevoli, anche perché in Italia ogni utente di *social media* possiede mediamente 8 *account*/pagine personali o comunque gestite ed il 31% degli utilizzatori li usa per motivi professionali.

I *social media* però non sono tutti uguali ed il loro utilizzo varia a seconda delle fasce di età, tipo di lavoro, sesso e grado di istruzione.

I più usati, fatta eccezione per YouTube, sono WhatsApp, Facebook e Instagram, gruppo questo di proprietà di Zuckerberg che doppiano LinkedIn e Twitter.

Si dice che i social media saranno il mezzo di comunicazione del futuro e delle generazioni future, ma questo è un grave errore di valutazione perché questi mezzi di comunicazione sono già il presente, come ha dimostrato lo studio STOP PHONE.

Questo lavoro ha valutato 20 scuole di Palermo con ragazzi di età compresa tra 12 e 13 anni, dimostrando che l'88% di questi studenti possiede una pagina personale e il 96% uno smartphone.

Nell'era della *Social Media Revolution* come medici abbiamo solo due scelte: lasciarci sopraffare dai *social media* o imparare a utilizzarli bene.

I *social media* si definiscono come un gruppo di applicazioni costruite su paradigmi, sia tecnologici che ideologici del *web 2.0*, che permettono lo scambio e la creazione di contenuti generati dall'utente. Kaplan e Henlein nel 2009 li classificarono in: Blog e Microblog, Social network, Mondi virtuali di gioco, Mondi virtuali sociali, Progetti collaborativi e *Multimedia content communities*. LinkedIn, Twitter, Researchgate sono considerati Blog e Microblog, mentre Facebook, Instagram sono dei Social network, Wikipedia è un progetto collaborativo, mentre YouTube rappresenta un *Multimedia content community*.

L'«*European Center for Disease Prevention and Control*» (ECDC) ha sviluppato un documento tecnico sulle strategie di comunicazione in Sanità Pubblica attraverso l'utilizzo dei *social media* descrivendo quelli che sono i «*Key Points*», cioè i punti chiave sul ruolo di questi sistemi di comunicazione.

Il documento afferma che i social media sono «*where action is*», cioè sono presenti dove c'è attività, aumentano la capacità di ascolto, cioè ti permettono di capire di cosa parla la tua audience, permettono di avere un coinvolgimento degli *influencer*, di ridurre i tempi

di risposta a osservazioni e commenti, quindi con risparmio di tempo, costruendo fiducia ed aumentando la trasparenza, inoltre possono portare a un aumento di interesse degli utenti e spesso anche a ridurre tempo nel lavoro e a risparmiare le risorse. I *social media* possono essere un valido supporto all'attività di agenzie e organizzazioni di sanità pubblica per migliorare la loro comunicazione su crisi e rischi, e nella prevenzione e il controllo di malattie. Per questo il Centro Europeo per il Controllo delle Malattie (ECDC) ha pubblicato sul suo sito una guida in cui spiega come gestire al meglio questo strumento.

I *social media*, come riportato sul documento, sono una piattaforma di comunicazione che consente di informare, ascoltare, educare e responsabilizzare le persone sui temi di salute, e possono essere usati anche per raccogliere dati di sorveglianza. Rendono più rapida la comunicazione durante le emergenze e le epidemie, aiutano a mobilitare le comunità, facilitano i cambiamenti di comportamento e rendono più facile la partecipazione degli utenti. Tra le altre buone ragioni per cui le organizzazioni di salute pubblica dovrebbero usare i *social media*, l'ECDC indica il fatto che ormai sono diventati una parte integrante della conversazione sulla salute pubblica con il loro alto numero di utenti.

La caratteristica che li rende unici è che consentono di ascoltare e raccogliere riscontri in tempo reale, oltre che comprendere meglio le percezioni e i comportamenti delle persone. Le agenzie di salute pubblica possono adoperarli anche per identificare lacune nei messaggi ed errori di comunicazione, che possono influenzare la conversazione *online*, ma possono essere utilizzati per capire cosa sta a cuore alle persone e come sono percepite le stesse organizzazioni. Altro vantaggio non da poco è la riduzione dei tempi di risposta a domande e commenti, dimostrando così attenzione da parte dell'organizzazione ai loro utenti. Le agenzie, infine, possono usare i *social media* anche per incoraggiare gli utenti a condividere storie, foto, video, notizie e osservazioni.

L'ECDC su questo campo ha pubblicato un decalogo per far capire agli operatori sanitari come si dovrebbero comportare utilizzando i *social media*:

1. Bisogna essere esperti, onesti, flessibili, adattandosi all'utente
2. Capire i limiti intrinseci della comunicazione
3. Prepararsi all'inatteso
4. Conoscere il proprio pubblico
5. Utilizzare al meglio il tempo a disposizione
6. Mantenere messaggi semplici sia nel testo che nelle immagini
7. Produrre e condividere informazioni che la popolazione si aspetta
8. Aspettarsi il giudizio degli utenti
9. Non esitare a chiedere consiglio a professionisti della comunicazione medico-scientifica
10. Capire come le persone processano le informazioni fornite.

Per l'ECDC è necessario sfruttare il potenziale offerto dai nuovi mezzi di comunicazione rappresentato da: penetrazione, accesso continuo, velocità di diffusione dei messaggi comunicativi, multimedialità, interconnessione, *community* e società civile. Analizzando i *social media* ci accorgiamo che in cima alla classifica di questa categoria di sistemi di comunicazione, tra gli over 30 e sempre più negli over 60-65, c'è Facebook che può avere un doppio utilizzo, sia come profilo personale, che come pagina di personaggio, di organizzazione, o altro, oltre ad offrire la soluzione mobile all'azienda sanitaria o non sanitaria con informazioni complete, fornendo assistenza al cittadino-cliente-paziente e favorendo gli eventi.

Il profilo di Facebook ha delle caratteristiche particolari come il fatto che ha un uso solo personale, che obbliga a registrarsi con il nome reale, che non può essere usato a fini commerciali e che non è uno strumento di gestione e di analisi statistica. Al contrario la pagina di Facebook può avere un numero di contatti illimitati, è uno strumento per la gestione dei post e di messaggi privati, ha possibilità di acquistare pubblicità ed è uno strumento di gestione e di analisi statistica. Valutando tramite questa piattaforma come gli utenti hanno valutato la sanità pubblica dal 2015 al 2018 si osserva che questa ha ottenuto alcuni successi in questo campo. Il prof. Roberto Burioni, per esempio, è passato da 0 a 429.100 visualizzazioni, il sito "Io Vaccino" da 0 a 69.000 visualizzazioni e progressivamente le risorse dei *Pro-vax* sono aumentate rispetto a quelle dei *No-vax*.

Il progetto Esculapio è stato quello che ha mostrato quanto si può ottenere con i *social media*: questo è una elaborazione di strategie e di interventi di comunicazione sanitarie multi-obiettivo rivolto alle malattie infettive prevenibili e alle vaccinazioni, come mezzo per aumentare le coperture vaccinali sulla popolazione.

Il progetto mira a un miglioramento della consapevolezza riguardo alle malattie infettive prevenibili da vaccino e a creare una cultura della prevenzione vaccinale in differenti fasce della popolazione. Con la partecipazione di unità operative sanitarie appartenenti a regioni del Sud, del Centro e del Nord Italia, sono stati effettuati vari interventi educativi diretti alla popolazione generale, studenti, genitori, insegnanti e operatori sanitari. In Toscana, gli studenti delle scuole superiori hanno partecipato a incontri di educazione alla salute e sono stati stimolati a sviluppare percorsi informativi per gli alunni delle scuole di grado inferiore, scuola dell'infanzia ed elementari. Questi ultimi sono stati il target degli interventi educativi in Liguria, dove è stato creato un gioco di carte, "Il Vaccino in Fiera", che ha visto come protagonisti bambini ed insegnanti. In Sardegna, gli operatori sanitari dell'Ospedale universitario di Cagliari hanno, invece, creato un video musicale per promuovere la campagna della vaccinazione anti-influenzale. In Puglia, sono stati organizzati incontri con la popolazione ed è stato avviato un call center nazionale per fornire informazioni corrette sui temi della prevenzione vaccinale. In Veneto, sono stati effettuati interventi educativi nei centri nascita e visite domiciliari per coloro che avevano rifiutato le vaccinazioni. Interventi di *counselling* vaccinale sono stati svolti da medici dell'Università di Palermo in quattro grandi centri commerciali della Sicilia occidentale che hanno portato a un aumento delle connessioni *web* e Facebook al sito "Vaccinarsi SI" del 15,3% rispetto al 4,3% di aumento che è stato ottenuto nella Sicilia orientale dove non è stato fatto nessun tipo di progetto di comunicazione tramite *social media*.

Questo è stato confermato nel 2020 da un intervento simile ma con un'analisi dei dati più approfondita che ha mostrato un aumento marcato delle visite al sito *web*, della durata della connessione e del numero di pagine visitate per singola connessione. Due aspetti importanti è necessario conoscere quando si *usa Facebook*, la valutazione dei dati di connessione e come si prepara un post perfetto in sanità. Nel primo caso bisogna utilizzare gli *INSIGHTS* che valutano il numero di *follower*, di *like*/mi piace, ottenuti nel tempo, la copertura dei post e la visualizzazione della pagina.

Un post ben fatto in sanità deve essere; **E** *easy*, **A** *attractive*, **S** *social*, **T** *timely* cioè **EAST**. **Easy** vuol dire inviare messaggi facili, ma anche che diano conforto, e nel caso dei vaccini come rispondere alla domanda sempre attuale, prima durante e dopo una pandemia influenzale o da coronavirus: "Trovare un Vaccino per un virus che muta velocemente è possibile? Il virus originale è mutato dando origine a 7 grandi gruppi, in ogni gruppo abbiamo

ulteriori mutazioni, ma per ora queste non hanno coinvolto gli antigeni contro cui si stanno preparando alcuni Vaccini. La comunicazione importante è che la possibilità di avere un vaccino efficace è sempre attuale”.

Attractive sta a significare tutto ciò che attrae l'attenzione come la recente comunicazione dell'OMS/WHO. *“La Nigeria dopo 3 anni consecutivi non registra più casi di Wild Poliovirus ed è stata dichiarata assieme a tutta l’Africa Polio-free. Il virus rimane solo in Pakistan e in Afghanistan, se si elimina anche qui eradiciamo la Polio nel mondo. Come avrete capito tutto questo è stato possibile solo e soltanto grazie alla Vaccinazione”.*

Social nel suo significato di relativo ad attività nelle quali si incontrano e si passa il tempo con altre persone e tutto quello che accade durante questo periodo fuori dal lavoro. L'esempio più classico è la comunicazione di un *“bambino di 3 mesi che è stato ricoverato per meningite meningococcica tipo B a cui segue il messaggio importante che non bisogna ritardare la vaccinazione perché potrebbe essere troppo tardi, in quanto la meningite da Menigococco B non aspetta e la 1° dose del vaccino è necessario farla entro il 3° mese di vita. Ulteriore messaggio è quello che sono false le controindicazioni alla vaccinazione quando il bambino ha il nasino che cola e/o la tosse”.*

Timely rappresenta la tempestività della comunicazione come: *“La SARS COV 2 è ancora tra noi, dove colpisce prevalentemente i giovani con forme asintomatiche e pauci sintomatiche. Gli anziani però sono a maggior rischio di forme gravi basta guardare l'età media della mortalità che è circa 80 anni.”* Questa comunicazione ci fa capire anche le scelte che il Ministero della Sanità dovrà fare nelle priorità vaccinali.

Le pagine di Facebook consentono discreti vantaggi nell'interazione dei professionisti della salute in campo vaccinale e non con la popolazione generale, in quanto promuovono le attività vaccinali svolte nella popolazione generale e incrementano la fiducia nella stessa. Oltre ciò rispondono rapidamente ai quesiti sull'organizzazione dei servizi vaccinali e sulle offerte di sanità pubblica e possono moderare o nei casi estremi *bannare* i commenti fuori luogo di associazioni antiscientifiche come i NO-VAX.

Al secondo posto nei Social Media c'è Instagram, che è il più utilizzato tra i giovani sotto i 25 anni di età, denominata infatti *“An Instagram Generation”*, ma che in sanità pubblica è anche la soluzione mobile per creare nuove relazioni con i pazienti e rafforzare quelle esistenti, mediante la condivisione di espressioni visive e tramite gli **HASHTAG**. L'**HASHTAG** è il simbolo del cancelletto (#) associato a una o più parole chiave per facilitare le ricerche tematiche in un *blog* o in un *social network*; in Instagram rintraccia ed etichetta le parole di interesse, anche perché questo *social network* ha i suoi *account business* che sono, necessari per collegarli ad una pagina Facebook (non *account* personale), consente statistiche sulla *performance* di utilizzo ed oltre ciò tutti possono usarlo perché è gratuito.

Anche Instagram ha le sue regole per fare un post ben fatto, perché questo deve avere immagini/video di ottima qualità, trasmettere messaggi di accompagnamento semplici, diretti, non arzigogolati e coerenti con le foto e i video e mostrare sempre coerenza del testo con gli *Hashtag*, che vuol dire non mettere troppi #, con effetto acchiappa *like*, ma utilizzare quelli giusti al posto giusto ed al momento giusto.

Un recente post di alto livello è quello riportato dall'OMS/WHO che così si esprime se dovessimo smettere le vaccinazioni nel mondo: *“If we stop vaccination disease will return ending polio: Humanity is on the verge of one the greatest public health achievements in history: eradication polio. Even with better hygiene, sanitation and access to safe water infection still spread. When people are not vaccinated, infectious disease that have become uncommon-*

DMP Polio-quickly reapper.”

Altro post d'importante livello è quello riguardante l'*Human Papilloma Virus*, dove viene spiegato che è la causa di tumori maligni e che la prevenzione con il vaccino enavalente è altamente protettiva.

Sul gradino più basso del podio c'è il *social media* ritenuto istituzionale per eccellenza cioè Twitter che permette di condividere un *post* personale, che non deve superare i 280 caratteri, di rispondere ai *post* di altri *follower*, che possono essere, sia il Presidente USA Ronald Trump che Mario il tuo macellaio, oltre a *retwittare* il *post* di altri, come quello di Trump o di Mario. Il simbolo @, detto anche “a commerciale o chiocciola”, è utilizzato nella lingua italiana soltanto in ambito informatico e molto da Twitter negli indirizzi di posta elettronica, dove serve a separare il nome o lo pseudonimo dell'utente dal dominio presso il quale è registrato l'indirizzo. Nei *forum*, nei *blog* e in generale nelle discussioni in rete a più voci, la chiocciola si usa per indicare il destinatario specifico a cui ci si rivolge.

Usando bene @ si può entrare tra i *trend topic*, ovvero avere o proporre gli argomenti di tendenza ed in questo caso possono essere misurati con alcune funzioni di Twitter, cioè con parametri significativi di comunicazione; uno di questi è il *Vaccine sentiment*, che percepisce quando e quante volte la parola vaccino viene utilizzata in senso positivo o negativo.

Twitter potrà diventare una rassegna stampa per il futuro, come quando ha riportato che Steve Bannon era stato arrestato per frode, che Orsato era stato designato per la finale di *Champions League*, che il Prof Ricciardi esprimeva la sua opinione sulla riapertura delle scuole e che Navalny era stato avvelenato.

Anche i *post* di Twitter devono essere preparati con accuratezza rispettando delle regole come quelle di scrivere il messaggio con un massimo di 280 caratteri con uno stile personale, ma seguendo le regole grammaticali di base, di utilizzare immagini e video di ottima qualità, non sfuocate, che non siano a bassa risoluzione, non storte e neppure pesanti. Anche qui deve esserci come nei *post* degli altri *social media* coerenza del testo con gli @ per stimolare la discussione o per chiedere all'interlocutore di rispondere ai messaggi.

L'aumento esponenziale degli utenti, che utilizzano internet, ha raggiunto 3,5 miliardi nel mondo, risultando triplicato dal 2005 al 2016, questo ha portato a dover conoscere alcune regole fondamentali come: la velocità di diffusione dei mezzi comunicativi, dove adesso è bene utilizzare *Altmetric*, che è una nuova metrica proposta come alternativa al più diffuso *Impact Factor*.

L'importanza dell'interazione è un altro parametro che va conosciuto bene, perché questa è la vera innovazione dei *new-media*, come pure è importante monitorare i contenuti della comunicazione, in modo da non far avvenire il caos mediatico e sociale, come successe con le morti sospette da vaccino anti-influenzale in un recente passato. E' necessario inoltre conoscere il fenomeno nel contesto di riferimento che in sanità pubblica vuol dire conoscere i determinanti della scelta vaccinale ed ancor più conoscere lo spettro della “*Vaccine Hesitancy*”, che rappresenta il maggior ostacolo alla diffusione di un vaccino. Questo fenomeno che si traduce in italiano come “esitazione vaccinale” è un termine che comprende i concetti d'incisione, incertezza, ritardo e riluttanza alla vaccinazione ed è un aspetto complesso e strettamente legato ai differenti contesti, con diversi determinanti, rappresentati dal periodo storico, dalle aree geografiche e dalla situazione politica.

Uno studio rappresentativo della situazione italiana ha segnalato che la percentuale di NO-Vax nel nostro paese è inferiore all'1% (0,7%), mentre la *Vaccine Hesitancy* raggiunge

il 15,5%, infatti i dubbi sulla sicurezza dei vaccini sono la causa del rifiuto nel 38,1% o della interruzione della vaccinazione nel 42,4%.

In Italia è iniziata da poco l'importante campagna vaccinale nei confronti del COVID 19, ma le statistiche parlano di scetticismo ed avversione anche verso questo vaccino e riportano che tra gli italiani sembra che un sesto non lo farà, perché il 42% vuole aspettare per capirne l'efficacia e che il 16% non lo farà se sarà già disponibile nel 2021, perché ritiene troppo rapida la sperimentazione fatta.

I medici di fronte allo scetticismo devono dare una valutazione oggettiva al problema che li riguarda, caratterizzata da una corretta comunicazione, che deve far sì che sia il paziente a prendere le decisioni in modo autonomo, dove la funzione del medico deve essere quella di dare informazioni corrette e trasparenti ed ancora più importante instaurare una relazione di fiducia. Il Ministero della Salute ha varato, in previsione della vaccinazione anti Covid-19, un Piano di Comunicazione rivolto a tutti gli *stakeholder*, finalizzato ad ottenere la massima adesione alla campagna vaccinale, dove obiettivi, messaggi e strumenti di comunicazione dovranno essere differenti a seconda del target cui sono diretti per fornire a tutti una corretta informazione e per favorire una percezione positiva negli stakeholder che influenzeranno l'opinione pubblica, in modo da portare all'adesione il maggior numero di cittadini. I *social media* però non piacciono alle ASL come dimostrato da una fotografia scattata dalla Università di Sassari che ha valutato la presenza delle ASL in Facebook, Twitter e Youtube, mostrando che solo il 9% le utilizza mentre il 64% sono ancora molto dubbiose. La promozione della salute al momento attuale passa anche attraverso i *social network*, ma se mettiamo sotto la lente d'ingrandimento le ASL italiane, possiamo notare che queste pubbliche amministrazioni, pur avendo capito quanto sia importante promuovere la salute in rete, digitalizzando il loro operato attraverso siti *web* e pagine *social*, devono ancora migliorare il modo di comunicare sui *social media*. Uno dei primi problemi è quello che le aziende sanitarie non usano i *social media* nel modo corretto, perché le ASL, come tante altre pubbliche amministrazioni, comunicano sui *social network* alla vecchia maniera, in modo unilaterale, con toni rigidi e istituzionali. Per far sì che la comunicazione delle ASL sui *social media* sia veramente *social*, occorre un importante cambiamento, perché le piattaforme *social* sono uno strumento utilissimo con cui promuovere la salute, perché consentono di dare informazioni e servizi dialogando alla pari con i cittadini-utenti-pazienti, senza quell'alone di superiorità che le amministrazioni pubbliche fanno fatica a perdere. I direttori delle ASL, che hanno una pagina Facebook, Twitter o Youtube, pensano che essere sui *social* significhi fare comunicazione digitale, questo è solo un buon punto di partenza, ma non basta. Per fare comunicazione sanitaria digitale efficace, bisogna prima capire le nuove dinamiche che il digitale ha introdotto nella comunicazione e poi rapidamente staccarsi dagli schemi tradizionali.

La comunicazione sanitaria se vuol essere *social*, deve essere bilaterale, non unilaterale e non può usare il monologo: il post condiviso da un'ASL su Twitter, per esempio, è sì un comunicato ufficiale, ma deve essere ben diverso da quello della carta stampata, perché deve essere scritto in modo appropriato, per aprire il dialogo e coinvolgere le persone. Dalle pagine *social* consultate, sembra che lo schema comunicativo che si apprezza sia quello *one-to-many*, in cui uno parla ad un pubblico vasto di persone, ma questo pubblico può solo ascoltare, senza avere un ruolo attivo.

Al tipo di post sanitario prodotto dai servizi sanitari pubblici tutti possono rispondere, ma i contenuti *social* delle ASL non invogliano a dare risposte perché sono solo comunicati formali,

che dovrebbero, invece, essere più colloquiale e meno rigide, non dimenticando che chi scrive è una persona che parla ad altre persone e non una istituzione impersonale che detta un comunicato.

La comunicazione digitale in chiave *social* è invece un dialogo, un ascolto ed ancor più una partecipazione, perché gli utenti *social* non sono passivi, ma parti attive del dialogo, vogliono essere ascoltati ed avere un ruolo centrale, perché rivendicano giustamente quella posizione di parità, che gli conferisce il *social media*.

Un sistema vincente per iniziare a cambiare deve parlare come le persone comuni, usando un linguaggio meno formale e burocratico oltre al lavoro necessario nella **scelta dei contenuti da condividere**.

Quindi iniziare condividendo post sulle attività ed iniziative della ASL locale, dando consigli utili su come seguire uno stile di vita sano, sull'alimentazione e sulla prevenzione delle patologie, ma sarebbe bene anche chiedere alle persone feedback sull'esperienza avuta come pazienti e usare i *social* come ponte di comunicazione tra utenti e medici specialisti. Quest'ultimo sarebbe un servizio utilissimo, ma al momento attuale, peggiorato dalla lontananza creata dalla pandemia, per cui l'unica possibilità per i pazienti è quella di recarsi direttamente sul posto, usare i numeri di telefono indicati nel sito *web* della Azienda Sanitaria, che spesso non è aggiornato e non è neppure di facile navigazione, o chiamare direttamente il call center rimanendo a lungo al telefono. Questo è il momento invece di usare i *social media* nella giusta direzione ed aumentare il ventaglio di servizi da offrire all'utenza.

Una ricerca fatta nel 2018 sulle ASL italiane dall'Istituto Mario Negri di Milano, dall'Università Bicocca di Milano e da quella di Cagliari, ha evidenziato come sia cresciuto in questi anni l'uso dei *social media* da parte delle Aziende Sanitarie italiane, ma ha anche criticato la comunicazione sanitaria italiana, perché troppo istituzionale, e per lo scarso utilizzo delle piattaforme *social* nella promozione della salute; Facebook, Youtube e Twitter sono i *social* più usati, ma il livello di gradimento degli utenti è basso. I dati della ricerca sui *social media* più usati riportano, che il 56% delle ASL usa Youtube, il 54% Facebook, il 39% Twitter, il 24% LinkedIn e solo il 9% Instagram.

Il basso livello di coinvolgimento delle persone verso i post pubblicati indica che qualcosa non va nella giusta direzione e che ci sono problemi di comunicazione, infatti i contenuti condivisi sui *social*, ottengono pochi *like*, pochi commenti e poche condivisioni. Il numero delle aziende inoltre che analizzano i dati *social* ed utilizzano *tool* specifici è basso, mentre è indispensabile pubblicare contenuti sui *social media*, analizzare l'andamento ed il livello di gradimento delle persone, per capire se la strategia seguita sta andando bene o se è il caso di fare modifiche o di cambiare strada. Questo lavoro deve essere fatto con strumenti specifici e da strutture esterne a pagamento, perché risultino molto efficaci, queste ricerche danno informazioni preziosissime e quindi non possono mancare in una strategia di *social media marketing*. Dal rapporto OASI 2018 dell'Università Bocconi di Milano in collaborazione con il CEDAS è emerso che su 51 ASL solo il 23% analizza i dati con strumenti appropriati, il 50% delle aziende ha dichiarato di analizzare solo alcune informazioni, ma in modo non strutturato, mentre il 25% non analizza nulla di quanto pubblicato sui *social*. Anche questo non è il modo giusto di operare e comunicare sui *social*, che perdono sicuramente la loro efficacia, dando pochi risultati.

Conclusioni

Le Aziende Sanitarie Locali sono innovative, hanno siti web e profili social, ma comunicano ancora in modo troppo formale e nella maggior parte dei casi in senso unidirezionale. La comunicazione delle ASL sui social media è poco social e questo è uno dei motivi per cui i cittadini-utenti-pazienti, pur iscritti alle varie pagine Facebook o Twitter, non partecipano attivamente, in quanto poco interessati e scarsamente coinvolti. Per diventare più social le Aziende Sanitarie devono cambiare prospettiva, tono di voce e capire le dinamiche dei *social network* e solo con l'aiuto di professionisti del settore potranno scegliere i giusti canali social, tra cui Instagram, uno dei social media più usato dai giovani.

Le amministrazioni sanitarie dovranno studiare i contenuti da pubblicare e cercare di offrire servizi utili alle persone: tra questi sarebbe perfetto usare i social per favorire il contatto tra medici e pazienti e chiedere recensioni, che sono utilissime e molto ricercate sul web. Un'altra attività imprescindibile è l'analisi dei contenuti pubblicati sui social tramite piattaforme *ad hoc*, perché non basta essere sui social per essere social ed al passo con i tempi, in quanto la comunicazione digitale ha le sue logiche, che vanno seguite e rispettate. I *social media* sono una grande occasione per le ASL italiane: basti pensare che negli USA il 35% dei cittadini usa *internet* ed i *social* come seconda fonte di informazione per i problemi della salute.

L'utilizzo dei *social media* in sanità specie in campo vaccinale appare sempre più necessario per incrementare il "*community engagement*" della popolazione generale, nelle tematiche della salute collettiva e della prevenzione tramite i vaccini. Non dobbiamo dimenticare che per ciascun social media bisogna utilizzare linguaggio, modalità comunicative e un approccio diverso perché i target anche a livello di età media sono differenti.

I *social media* non sono sempre rose e fiori talora infatti leggiamo questi comunicati: "*L'OMS è un organismo tecnico-scientifico costituito da schiavi delle Big-Pharma di Bill Gates e della Cina*" o ancor peggio quando nel sito *Miste Wind of Change* ritroviamo il falso messaggio di Robert F. Kennedy che riporta: "*Evitate il Vaccino anti COVID-19 a tutti i costi perché l'RNA-m virale altera il materiale genetico del paziente*"; ma tutte le analisi scientifiche hanno riportato che l'RNA-m arriva solo nel citoplasma e non nel nucleo dove c'è il DNA umano, e che viene rapidamente degradato. Il miglior vaccino contro le Bufale in rete deve essere composto di una buona trasparente e corretta informazione, e da una perfetta comunicazione. La comunicazione in Sanità pubblica specie in campo vaccinale necessita sempre più non solo di bravi operatori sanitari ed ottime Aziende Sanitarie, ma anche di medici, infermieri e ASL che sappiano comunicare al meglio con la popolazione sui social media.

Diventare *Opinion Leader* in Sanità Pubblica, non solo nella vita reale, ma anche in quella virtuale dei social media, è una necessità che non deve essere sottovalutata dalle Aziende sanitarie e dagli stessi operatori sanitari.

Il Prof Burioni in un'intervista ha così sollecitato gli operatori sanitari italiani: "*Colleghi medici venite sui social media perché è lì che i pazienti cercano notizie*".

Bibliografia

1. Baccetti S. La comunicazione interculturale in sanità. Centro Scientifico Editore 2000
2. Delfino V. La Comunicazione: il paziente riferisce. Centro Scientifico Editore Ottobre 2001
3. Bicocca M. La comunicazione sul rischio della Salute. Centro Scientifico Editore Gennaio 2002
4. Associazione Italiana della Comunicazione Pubblica. Documento di utilizzo sulla comunicazione pubblica in sanità. Maggio 2006
5. Santoro E. Web 2.0 e social media in medicina. Il Pensiero Scientifico Editore Gennaio 2009
6. Kaplan AM, Henlein M. Users of the world, unite! The challenges and opportunities of Social Media Business Horizons 53, 59–68.2010
7. Franceschetti L. L'amministrazione in rete: uno sguardo sociologico. La comunicazione online in sanità. Sociologia Vol 709 Franco Angeli Editore 2011
8. Sommo C, Trevisan T. Pronto Soccorso. Come si comunica la crisi in sanità. Centro di documentazione Giornalistica. Giugno 2011
9. PiCentro. Comunicare per la salute: meglio trasmettere messaggi positivi o impressionare ? Il Portale Epidemiologico per la sanità pubblica a cura dell'Istituto Superiore di Sanità. Campagna 2011
10. Armenta J. Social Media Revolution: Influencing Bloggers to Social responsibility jojo-assunta@yahoo.com January 25 2014
11. Hannawa A. F. Disclosing medical errors to patients: effects of non-verbal involvement, Patient Education and Counseling, vol. 94, issue 3, 310 - 313, March 2014
12. Camaiora A, Busulto E, et al.: Comunicazione di crisi in sanità: tra gestione dell'emergenza e litigation pr- The Skill Press Ottobre 2018
13. Lovari A. Social media e comunicazione della salute. Editore Guerrini e Associati srl. 2019
14. Studio Stop-Phone Centro ABA: Centro analisi comportamentali applicate Centro di ricerca educativa Capaci Palermo 2019
15. Doctor Manager. Comunicazione in sanità: il valore della strategia. info@doctormanager.it 2019
16. Angela Bechini A, Bonanni P, Moscadelli A., et al. Progetto ESCULAPIO:
17. Epidemiol Prev 2019; 43 (1): 71-75
18. Porfiri M. Marketing e Comunicazione in sanità al tempo del Coronavirus e delle Fake-news CLUA Edizioni Ancona Giugno 2020
19. Kobiruzzoman GM. Social Media Revolution: advantages & disadvantages of social media on individual and company .Educational website for online learning. September 19-2020
20. Storri M. Report DIGITAL 2020: In Italia cresce ancora l'utilizzo dei social.parlaconnoi@wearesocial.it Febbraio 2020
21. Rapporto OASI 2020. Osservatorio sulle Aziende del Sistema Sanitario italiano. Editore EGEA-Cergas-centro ric. gest. assist. sanit. 2020
22. Andreas M. Kaplan, Michael Franceschetti L. L'Amministrazione in rete: uno sguardo sociologico.

- 12 -

IL CAPITALE UMANO IN SANITÀ

Marcello Caremani Daniela Caremani

- 120 -

Dostoevskij racconta nelle sue memorie da recluso in un campo di prigionia in Siberia che il lavoro che doveva affrontare era durissimo e costretto a farlo con forza, come tutti i suoi compagni di sventura, ma non era la mancanza di libertà, oltre l'attività fisica forzata, a renderlo veramente infelice, ma era l'inutilità di quello che faceva. Così riporta: «Una volta mi venne un pensiero, che se si volesse schiacciare del tutto un uomo, annientarlo, punirlo con il castigo più terribile... basterebbe soltanto conferire al lavoro un carattere di autentica, totale inutilità e assurdità. Se l'attuale lavoro forzato è noioso e privo d'interesse per il forzato, di per sé, in quanto lavoro è assennato: il detenuto fa mattoni, zappa la terra, mette lo stucco, costruisce: in questo lavoro c'è un senso e uno scopo. Il lavoratore forzato a volte persino si appassiona, vuole farlo con maggiore abilità, efficacia per renderlo migliore. Ma se per esempio, lo si costringe a travasare dell'acqua da una bigoncia all'altra, e da questa riportala nella prima; a tritare la sabbia; a trascinare un mucchio di terra da un posto all'altro e viceversa, io credo che il detenuto si impiccherebbe nel giro di pochi giorni, o commetterebbe un migliaio di delitti per morire piuttosto, ma tirarsi fuori da una simile umiliazione, vergogna, tormento».

Le dimensioni nascoste del lavoro sono la felicità ed il significato, perché quando lavoriamo siamo mossi da ragioni più profonde di quello che pensiamo, una di queste è la felicità che raggiungiamo con un lavoro che abbia la sua utilità, mentre l'altro che l'attività lavorativa abbia un contenuto. Oltre la felicità e il significato sono importanti il senso e lo scopo, che sono gli aspetti che ci fanno appassionare al lavoro che facciamo, anche se siamo costretti a farlo, perché lo rende tollerabile e perfino, come dice Dostoevskij, appassionante.

La stessa cosa la descrive Primo Levi nella sua detenzione ad Auschwitz, perché i detenuti ricercavano il lavoro ben fatto, anche se imposto, anche se fatto come se fossero degli schiavi, come il muratore che gli salvò la vita, che detestava tutto dei tedeschi, ma faceva i muri dritti e solidi, non per i suoi aguzzini, ma per la sua dignità professionale. Levi affermava che il suo lavoro di chimico gli salvò la vita, non solo perché le condizioni in laboratorio non erano disumane, ma anche perché la sua attività era considerata utile dagli altri e da lui stesso.

Il valore del lavoro ha un posto importante nella vita perché se da un lato è rappresentato come fatica e sofferenza, dall'altro è significato e finalità. Il senso del lavoro è quello di sentirsi utili, perché questa attività ci dà benessere prima che darci un reddito. Queste considerazioni sul lavoro sono necessarie per capire che cosa è il capitale umano rispetto al lavoro che svolge, come l'ambiente lo migliora o lo peggiora e come le sue capacità vengono messe alla prova e considerate.

Il capitale umano è un prodotto complesso dell'uomo composto dall'insieme delle conoscenze, capacità, competenze, abilità professionali e relazionali, ma anche dalle emozioni, che vengono acquisite durante la vita e che permettono di raggiungere obiettivi sociali ed economici, sia singoli che collettivi. Inoltre il capitale umano sta alla base del sistema delle relazioni interpersonali, formali ed informali, che generano il capitale sociale di una comunità, di un territorio, di un paese. La formazione e la crescita del capitale umano avvengono tramite i processi educativi dell'individuo che interessano sia l'ambiente familiare e sociale, la scuola e in particolar modo le esperienze maturate nel posto di lavoro.

Questo comporta che una persona che ha acquisito queste caratteristiche nella vita lavorativa non è facilmente sostituibile, almeno in breve tempo, perché sono tutte prerogative e capacità elaborate dal soggetto che le ha acquisite. Nel secondo settore, cioè quello industriale e commerciale, le imprese ritengono che il capitale umano sia un patrimonio su cui

investire e questo significa curare la formazione professionale e tecnica dei propri dipendenti per non utilizzare in maniera improduttiva il loro bagaglio di conoscenze e competenze. Le spese destinate all'accrescimento delle conoscenze, delle capacità e dell'abilità, come le spese destinate all'istruzione degli individui, sono il vero investimento nel capitale umano. Nel secondo settore come anche nel primo, che è quello pubblico, l'investimento in attrezzature ed impianti, cioè nel capitale non umano correla con quello umano, indicando un importante paradigma; le macchine non sono un capitale se non vengono adeguatamente utilizzate per produrre al meglio delle loro capacità, cioè senza capitale umano non c'è il capitale non umano. La differenza fondamentale riguarda i cosiddetti titoli di proprietà di questi due tipi di capitale: quello umano appartiene solo alla persona che lo ha acquisito e maturato, e quindi è incorporato nell'individuo e non è alienabile tramite una compravendita, mentre quello non umano è di proprietà dell'azienda che lo possiede e può essere invece oggetto di scambio sul mercato. Il capitale umano è rappresentativo dell'insieme delle persone che lavorano all'interno di una azienda pubblica o privata e che hanno una propria conoscenza e competenza che non è proprietà di nessuno fatta eccezione di chi la possiede. Esso rappresenta uno dei gruppi che, insieme a quelli del capitale organizzativo e relazionale, determinano la formazione del capitale intellettuale in cui si fondono l'insieme delle conoscenze e delle relazioni che possono trasformarsi in valore creando organizzazioni e strutture relazionali competitive.

Il concetto di capitale umano è stato sviluppato negli ultimi cinquanta anni nell'ambito di **studi economici**. T.W. Schultz, G. Becker e J. Mincer negli anni 60 hanno dato un contributo di particolare rilievo allo sviluppo di questo concetto e il capitale umano è diventato un modello di riferimento ed un termine di paragone per cui è stato progressivamente inserito in un'analisi generale del comportamento basata sul principio della razionalità economica. Un interesse nuovo riguardo al capitale umano si è avuto, tra il 1980 ed il 1990, da parte dei teorici della crescita endogena che considerano questo tema uno degli argomenti della funzione di produzione e sottolineano l'interdipendenza fra la crescita economica ed il suo sviluppo. I programmi di addestramento e riqualificazione del capitale umano contribuiscono ad aumentarlo, consentendo così l'evoluzione del sistema nel suo complesso ed anche il miglioramento del reddito dei lavoratori. La letteratura economica attuale sta individuando nella conoscenza e nelle competenze individuali gli elementi principali di cui si servono le imprese di un Paese ad economia avanzata per mobilitare in maniera integrata risorse interne ed esterne, impegnando forza lavoro più qualificata e adeguata alle esigenze. I costi del capitale umano sono a carico degli stessi individui, delle società economiche pubbliche e private o delle comunità, e sono chiamati in economia "costi di allevamento", che possono essere di natura monetaria, come ad esempio la costruzione di scuole, o non monetaria, come il tempo che i genitori dedicano ai propri figli. Questo impegno economico costituisce gli investimenti che un'azienda, una famiglia, una comunità o un paese realizza per il proprio futuro ai fini di migliorare le condizioni di vita, singole o collettive, visti nella logica di un'economia che dovrebbe essere sostenibile. Gary Becker, premio Nobel nel 1992, ha studiato il rapporto tra capitale umano e crescita economica a cui hanno fatto seguito la letteratura sociologica ed economica, le indagini dell'OCSE e la programmazione comunitaria che dal 2007 al 2013. Il capitale umano da allora è sempre più considerato necessario per la crescita sociale ed economica delle comunità sia ai fini della competitività che della riduzione della povertà. Il capitale umano è in grado di incrementare il reddito pro capite del

Paese e può dar luogo a rilevanti vantaggi, definiti come esternalità produttive o positive, perché può accrescere la produttività totale e influenzare, di conseguenza, il benessere individuale e collettivo della società. La Ferrari nel 2020 ha avuto un utile di 600 milioni di euro rispetto al 2019 e i dipendenti, che hanno contribuito a quell'utile, hanno ricevuto 7526,00 € lordi a testa, che per maggior parte dei dipendenti sarà aumentato ulteriormente del 7% (500,00€). Quindi la produttività dell'industria Ferrari è aumentata nel 2020 come pure il benessere individuale dei singoli operatori dell'azienda. L'istruzione del capitale umano è un altro aspetto importante per la crescita economica di una nazione. e collettivi È stato rilevato, da numerosi studi condotti a livello internazionale, che un anno di istruzione in più, per la media dei lavoratori, consente una crescita del prodotto pro-capite del 5%. Inoltre, in gran parte dei paesi dell'OCSE, le persone con un titolo di studio che equivalga alla nostra laurea specialistica, guadagnano almeno il 50% in più di tutti quegli individui che hanno ottenuto solo un diploma.

In questa logica è necessario guidare l'apprendimento che non rappresenta più un'opzione marginale ma il compito fondamentale e centrale per chi dirige, comanda o guida nell'azienda i propri collaboratori. Tutte queste considerazioni sono diventate sempre più patrimonio delle aziende private: un noto imprenditore illuminato, che con un lungo percorso ha portato una piccola impresa familiare, specializzata in software, a diventare una realtà manageriale *multi-business* così si esprime rivolgendosi ai propri collaboratori: «<lo senza di voi sarei nessuno, Voi senza di me sareste ciò che siete oggi, l'unica differenza è che lavorereste per altre imprese. La persona è il vero capitale di un'azienda e se un imprenditore non lo capisce è meglio che cambi mestiere...>» Al centro c'è sempre il Capitale Umano, per cui comprendere il valore, riconoscere il talento e coltivarlo rappresenta un'importante leva strategica di innovazione e competitività. I giovani portano freschezza e idee; bisogna sempre cercare di capire quali sono le loro passioni per poterli aiutare al meglio a raggiungere gli obiettivi che li rendano un vero capitale umano. La pandemia Covid 19, le conseguenze di una economia volatile e, in alcuni paesi, l'instabilità politica ed economica, hanno accelerato in cambiamenti nelle modalità di investire sulla forza lavoro delle aziende a livello globale. Lo studio Global Talent Trends 2021 mostra che i responsabili delle risorse umane hanno ampliato gli orizzonti per andare oltre le metriche classiche di valutazione, come per esempio il rendimento per l'azionista, ponendo al centro il benessere sociale dell'individuo. In Italia nel 2020 il 47% delle aziende ha intensificato gli sforzi per la cura ed il benessere dei propri dipendenti durante le fasi del *lockdown*, fornendo oltre l'assistenza anche coperture socio-sanitarie, valore più elevato rispetto agli altri paesi europei (Francia 10% Germania 15%). Attualmente i responsabili delle Risorse Umane sanno che devono avere la mappa delle competenze ed avviare progetti di "*Reskilling*" ed "*Upskilling*" che saranno fondamentali al momento in cui i vincoli emergenziali saranno cessati. Il *Reskilling* è il processo che deve far sviluppare quelle capacità che possano permettere al dipendente di ricoprire un ruolo diverso; si tratta quindi di un percorso di riqualificazione della persona e delle competenze. L' *Upskilling* ha l'obiettivo invece di far sviluppare al lavoratore dipendente nuove competenze nello stesso campo di lavoro; si tratta di una sorta di *upgrade* di ciò che già è in grado di fare, per svolgere il lavoro in maniera più efficiente ed efficace. In passato le persone venivano assunte se avevano competenze specifiche riguardo a quel lavoro, presentando un *curriculum* che attestava queste capacità, perché dovevano coprire un fabbisogno dell'azienda, attraverso compiti specifici. Aver lavorato alla stessa mansione per molti anni era considerato un

requisito importante e sinonimo di spiccate abilità e capacità, ma oggi non è più così. Il mondo del lavoro è in continuo cambiamento e questo avviene con velocità molto elevata per cui i professionisti devono essere capaci di apprendere rapidamente nuove cose, adattarsi rapidamente ai cambiamenti e possedere elevati livelli di resilienza. Chi sviluppa queste competenze può essere una risorsa fondamentale nel contribuire all'evoluzione di una azienda aiutando nel contempo i colleghi più resistenti al cambiamento a comprenderne le opportunità. I piani di trasformazione in Italia per il 2021 prevedono di adeguare rapidamente i progetti di lavoro al concetto di flessibilità, promuovendo le persone talentuose, espandendo il sistema di apprendimento e quindi amplificando la mappa delle competenze. Poniamo l'attenzione adesso al **Capitale Umano in Sanità** che sta attraversando la crisi più profonda mai vista da quando è stato istituito il SSN. Il rischio maggiore in Sanità è quello dell'impovertimento del capitale umano che, come analizzato nel dettaglio nel Capitolo 1, sta procedendo oggi in maniera esponenziale per il combinato disposto di più fattori:

- **ridotta attrattività del sistema ospedaliero pubblico** dovuta a lenta acquisizione dell'autonomia professionale, scarse prospettive di carriera, carichi di lavoro sempre più pesanti, rischi medico-legali in continuo aumento e bassa remunerazione. Gli ospedali pubblici non attraggono più e i professionisti, dopo avere raggiunto una discreta preparazione, si fanno attrarre dalle sirene del settore privato. Inoltre a causa del blocco del *turnover* degli anni passati oltre la metà dei medici in Italia è *over 55* ed è proprio in tale fascia di età che si osserva il maggior tasso di abbandono del posto di lavoro prima della pensione. La fuga dagli ospedali è incentivata dal drammatico peggioramento delle condizioni di lavoro, dai rischi professionali e da una retribuzione non adeguata, con conseguente trasferimento nel settore sanitario privato di elevate competenze culturali e tecniche maturate in anni di lavoro nel SSN.
- **assenza di qualificata e realistica programmazione della formazione *post lauream*** che insieme alla lenta acquisizione dell'autonomia professionale e al gap stipendiale di circa 40 mila euro rispetto agli altri paesi della Comunità Europea ha alimentato sempre più nel tempo la "fuga di cervelli" all'estero
- **mancata valorizzazione del merito e scarso coinvolgimento nei processi decisionali aziendali.** Un professionista deve essere appagato prima di tutto dalla qualità del lavoro che svolge, cioè deve essere appagato professionalmente. Mentre è facile valutare la qualità delle prestazioni e la produttività di un impiegato o di un operaio di un'industria privata, questo può essere più difficile nell'ambiente pubblico ed ancor più in sanità. Gli obbiettivi che vengono affidati ad ogni operatore sanitario, sono spesso fatti cadere dall'alto, non concordati con i soggetti, frutto della burocrazia delle ASL o di strutture che producono studi sanitari, che non sempre sono legati alla vita quotidiana pratica dei medici e degli infermieri. La risoluzione dei problemi e dei programmi affidati, viene spesso conclusa "a tavolino", riempiendo moduli, non valutando la qualità percepita dal cittadino/utente/paziente e ancor più non rendendosi conto delle conoscenze, capacità ed abilità dell'operatore sanitario. Sempre di più si avverte uno scollamento fra operatori sanitari e Direzioni Sanitarie e Generali.

Appare come non mai improcrastinabile un cambio di passo drastico e rapido. Le scelte appropriate per coltivare il capitale umano in sanità devono essere indirizzate dalle Università e dal Ministero della Salute, ma il tutto dovrebbe nascere da una sana politica sanitaria,

che sappia programmare con anticipo di almeno due decenni le necessità del paese. La progettualità deve guardare molto lontano, perché per avere un medico formato ci vogliono almeno dieci anni, ma per avere un medico adeguato ne necessitano molti di più e le patologie emergenti modificano i bisogni dei pazienti che influiscono poi sulle scelte della politica sanitaria. Inoltre capitale umano e capitale non umano necessitano di una progettazione contestuale, perché il rischio è quello di acquisire professionalità non necessarie, per non dire inutili, o di acquistare strumenti e tecnologie che non verranno utilizzati.

La **valorizzazione del capitale umano** deve essere la stella polare della programmazione sanitaria presente e futura ma per valorizzare adeguatamente le risorse umane bisogna ricordare che le organizzazioni sanitarie non si fondano sull'autorità di natura gerarchica, definita prevalentemente dalla posizione, quanto sull'autorità di natura professionale definita come *potere della competenza*. Le strategie di gestione del personale devono essere concretamente mirate a motivare gli operatori, misurandone e premiandone i risultati, e la possibilità di realizzare reali cambiamenti strategici deve poter essere concordata con il maggior numero possibile di professionisti. Il capitale umano del SSN fa parte del capitale intellettuale, che si somma a quello organizzativo/relazionale, e ha le capacità di rendere competitive organizzazioni e strutture talvolta anticipando e precorrendo i tempi. Quindi ben vengano le iniziative tese a favorire negli ospedali reti di professionisti, come quella da cui è scaturita questa monografia propositiva, che possano semplificare il dibattito interno per portare al livello manageriale idee e proposte già discusse e condivise dalla base, fornendo così uno strumento efficace per poter realizzare concretamente processi di *"bottom-up"*. Per affermare veramente come pilastro gestionale irrinunciabile del SSN il **governo clinico** bisogna inoltre codificare nuove forme di partecipazione effettiva dei professionisti ai processi decisionali attraverso la rappresentanza in **Collegi dei Sanitari** elettivi, con un esecutivo a mandato non rinnovabile, dotati di un ruolo di consulenza gestionale forte nei confronti delle Direzioni Aziendali. E' inoltre necessario, per aumentare l'attrattività dell'azienda ospedaliera nei confronti dei professionisti, investire nel capitale umano attraverso tutti gli strumenti che permettano una adeguata **crescita professionale** e una **incentivazione lavorativa e economica** molti dei quali sono stati declinati nei capitoli della monografia:

- **definizione delle missioni specifiche del nodo centrale e dei nodi periferici della rete** in modo da poter fornire il massimo di crescita professionale e di mezzi per raggiungerla. Ognuno in campo sanitario deve avere la formazione specialistica adeguata alla tipologia del paziente da trattare nella struttura di appartenenza: questo è fondamentale anche per incentivare una collaborazione professionale ed evitare inutili competizioni. Un professionista da solo raramente è un capitale, abbiamo invece bisogno di team di specialisti che operino in team multi-professionali e multidisciplinari.
- **revisione del sistema degli incarichi gestionali e professionali** per consentire maggiore sviluppo di carriera in senso orizzontale e/o verticale.
- **correttivi all'attività libero-professionale e adeguamento su base regionale e nazionale alle medie stipendiali europee.**

- **ampliamento delle possibilità formative.** Gli attuali sistemi di formazione del capitale umano in sanità pubblica non sono più adeguati, in quanto sono lasciati alla libera iniziativa ed ai congressi organizzati dalle aziende farmaceutiche che hanno l'obiettivo di fare cultura ma associandola alla sponsorizzazione dei loro prodotti. Le Aziende Sanitarie dovrebbero prevedere programmi di addestramento, formazione e aggiornamento continuo, dove la filosofia da diffondere sia la cultura della salute come bene comune. La formazione del capitale umano in sanità vive ancora un rapporto dicotomico tra università (dove prevale la cultura teorica) e ospedale (dove prevale la cultura pratica). Programmi tesi a generare un impatto positivo, in termini di formazione nelle nuove generazioni, potrebbero essere quelli che costruiscano percorsi specialistici all'interno di una rete ospedaliera di "Teaching Hospitals" dove gli specializzandi possano essere affidati anche a "professionisti senior", cioè personale in quiescenza, trattenuto in servizio con contratti *ad hoc* nell'ambito di progetti di "bed-teacher". I programmi di addestramento e di riqualificazione del capitale umano in sanità non devono dimenticare che la scienza e la tecnologia applicata alla sanità cambia molto rapidamente per cui almeno ogni 4-5 anni dovrebbero essere rivisti tutti i progetti. Inoltre appare mandatorio in tale scenario sfruttare tutte le possibilità offerte attualmente dai programmi di simulazione che devono essere messe a disposizione dei giovani che iniziano la professione e ogni volta che vengono introdotte metodologie diagnostiche terapeutiche innovative.
- **rivalutare il sistema di selezione del capitale umano.** Il sistema concorsuale non è più adeguato ad una sanità moderna sia per la nomina del direttore di Struttura Complessa che dei suoi collaboratori. Il meccanismo concorsuale attuale serve solo ad allungare i tempi delle designazioni rivestendole di un falso manto di terzietà e correttezza e deresponsabilizzando il sistema designante. Determina paradossalmente effetti distorsivi maggiori di un sistema di nomina diretta dove chi sceglie si deve assumere la responsabilità della scelta. In altri Paesi viene pubblicato il bando per la ricerca di un Direttore con determinato profilo professionale, i candidati presentano il *curriculum* e sulla base di quello e di un colloquio una commissione dell'ospedale fa la scelta. Si sceglie il migliore perché è interesse di chi sceglie avere il migliore, ne va del prestigio dell'istituzione. E in tale contesto il meccanismo di designazione più semplice e trasparente dovrebbe rispondere a regole funzionali semplici: esiste all'interno di un gruppo un professionista valido, riconosciuto e condiviso e il gruppo è funzionale? Quello da designare è lui. Se il gruppo è disfunzionale e quindi va governato meglio o c'è la *mission* aziendale di un *upgrade* di competenza settoriale allora si profila la necessità di uno "scouting" per cercare di assumere il migliore disponibile sul mercato, su base curricolare e reputazionale, per il profilo richiesto. Parimenti un Direttore di Struttura Complessa, dopo un programma accettato dalla Direzione Aziendale, che fissi gli obiettivi e la spesa, dovrebbe avere la possibilità di scegliere direttamente i propri collaboratori assumendosi la responsabilità di Team su cui verrà giudicato come parametro di riconferma della sua carica. La selezione tramite concorsi che non finiscono mai, con criteri di valutazione discutibili per metodologia e trasparenza, gravati da ricorsi e contro ricorsi, rappresenta ormai un nodo della selezione del capitale umano che va sciolto.

Una delle domande più stringenti attualmente, quando si parla di Capitale Umano, è se questo esista veramente nella sanità pubblica e che cosa debba essere fatto per farlo crescere, motivarlo e incentivarlo. Come nella visione aziendale viene insegnato che è il paziente che deve stare al centro dell'attenzione della Sanità Pubblica, così il Capitale Umano dovrebbe stare al centro della progettazione, della programmazione e della Governance della Sanità, perché sono i professionisti in prima linea che si rendono conto delle criticità dell'organizzazione in cui lavorano e dei reali bisogni sanitari del cittadino-utente-paziente.

Bibliografia

1. Becker GS. L'approccio economico al comportamento umano. Editore Il Mulino 1998
2. Vittadini G. Il Capitale Umano: la ricchezza dell'Europa. Editore Guerrini Associati 2004
3. Becker GS. Il Capitale Umano. Editore La Terza: 2008
4. Amidon S. Il Capitale Umano. Editore Mondadori: 2008.
5. Cipollone P., Sestita P. Il capitale Umano. Editore Il Mulino: 2010.
6. Levi P. Se questo è un uomo. Casa Editrice Einaudi 2015
7. Dostoevskij F.M. Memorie dalla casa dei morti. Vremja 1860-1862. Editore Feltrinelli 2017
8. Duke A. Decidere è una scommessa. Prendere le decisioni intelligenti quando non hai tutte le informazioni. Collana di Psicologia e Management: 2019.
9. Di Martino A., Fischetti G. Il dirompente valore del Capitale Umano. SECOP Edizioni: 2019.
10. Chessa R. Il processo di ricerca e selezione del personale: come attrarre i migliori talenti in azienda. Collana Una Nave chiamata Azienda: 2020.
11. Chessa R. Una Nave chiamata Azienda: il giusto equilibrio tra capitale economico e capitale umano. Collana Una Nave chiamata azienda: 2020.

Si ringrazia per il contributo





Edizione digitale a cura di

 **GUTENBERG**
sicurezza in sanità

OPEN  ACCESS