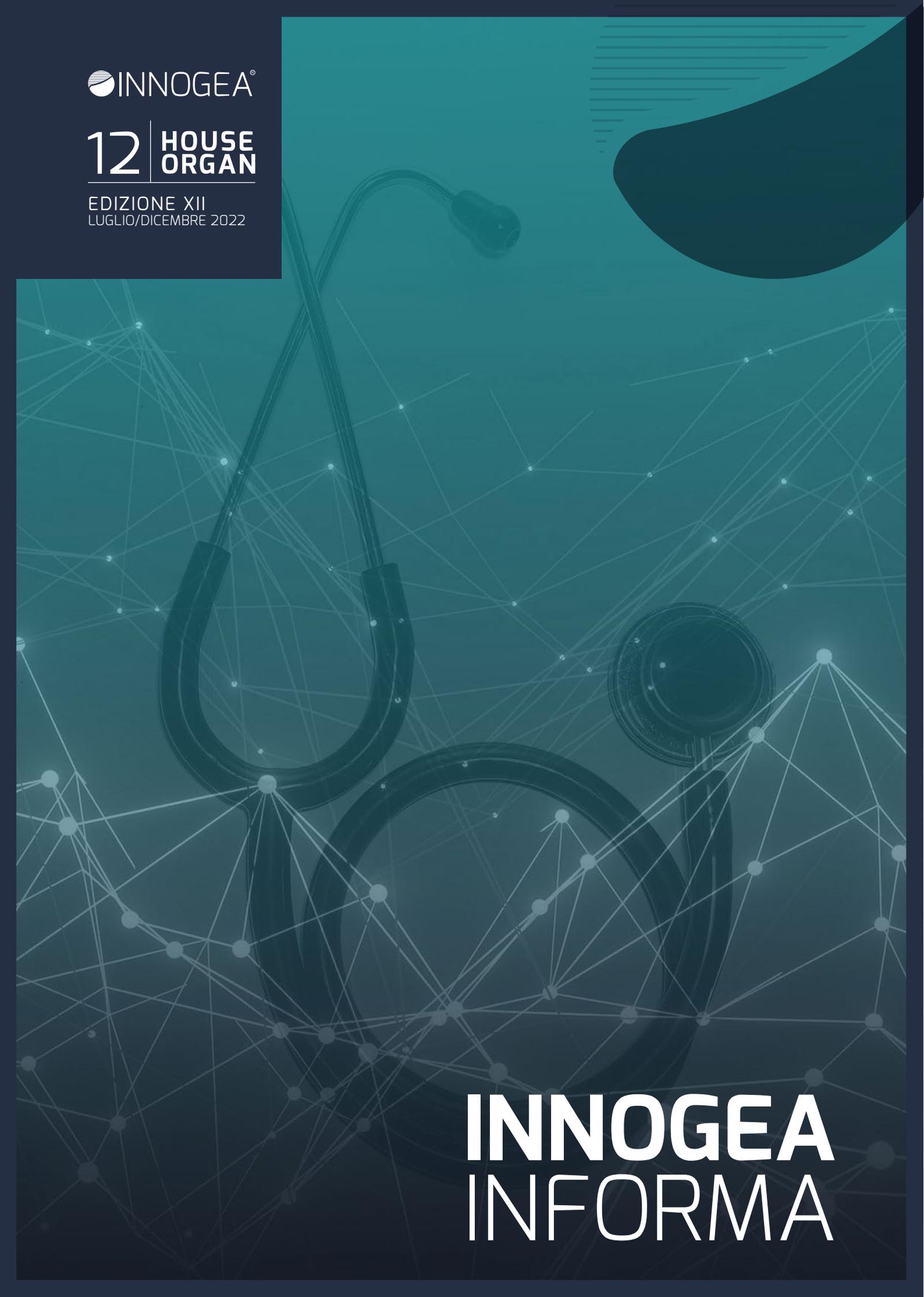


 INNOGEO®

**12** | **HOUSE  
ORGAN**

EDIZIONE XII  
LUGLIO/DICEMBRE 2022



**INNOGEO  
INFORMA**



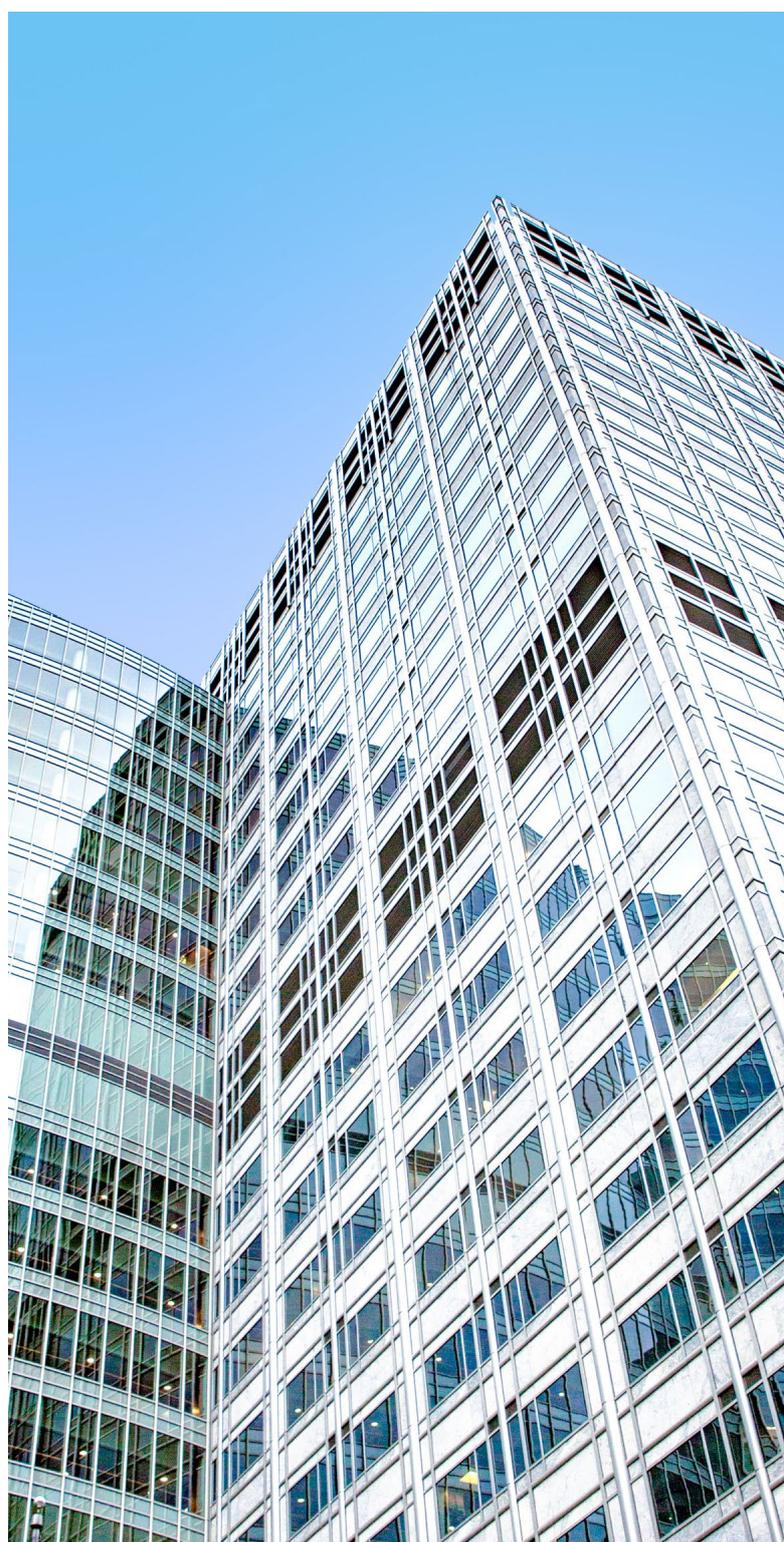
# EDITORIALE

di Marco Lampasona

**I**n questo numero vi parleremo di tante sfide su cui siamo impegnati. Partiamo dai “non luoghi”. L’ospedale ne è un classico esempio. Cosa sono e come trasformarli in luoghi “care”, ce lo spiegherà il direttore creativo dell’area Healthcare Marketing di Innogea. E poi, entrando nell’ambito prettamente clinico vi parleremo di certificazione dei PDTA; abbiamo assistito il primo ospedale nel Mezzogiorno d’Italia che ha ottenuto tale riconoscimento relativamente alla frattura del femore di pazienti anziani. Affronteremo l’evoluzione della normativa in materia di accreditamento delle cure domiciliari. L’associazione di pazienti AMICI (Associazione per le malattie infiammatorie croniche dell’intestino) analizzerà il tema dei BIG DATA e di come questi possano contribuire al miglioramento delle cure, riportandovi un esempio concreto che abbiamo realizzato (il primo registro clinico dei pazienti regionale in Italia).

Completiamo gli articoli con due analisi interessanti che riguardano le novità introdotte dalla nuova edizione del Programma Nazionale Esiti 2022, pubblicato da Agenas lo scorso 6 dicembre, e la composizione della spesa sanitaria che evidenzia, in maniera sempre più grave, la disuguaglianza sociale/economica tra le varie aree del Paese. Una disomogeneità che, partendo dal reddito delle famiglie e dalla povertà (il 42% delle famiglie povere vive al Sud) determina, come conseguenza, il rischio di una minore capacità della popolazione del Mezzogiorno di far fronte, con le proprie risorse, alla possibilità di curarsi là dove il sistema pubblico non fornisce risposte nei tempi richiesti.

Vi parleremo, infine, di parità di genere e dell’op-



# EDITORIALE

di Marco Lampasona

portunità di ottenere, da parte delle strutture sanitarie, la relativa certificazione ma anche, elementi spesso sottovalutati, delle condizioni imprescindibili che devono essere assicurate dall'organizzazione nei due anni precedenti alla richiesta.

E per concludere, troverete la presentazione della nostra nuova soluzione CARERISK per la gestione del rischio clinico e tante altre iniziative, tra cui la presentazione del nuovo Catalogo formativo con oltre 200 corsi incentrati su numerose tematiche di interesse, dagli esiti clinici ai PDTA ai Privileges.

Non mi rimane che augurare a tutti i lettori un Felice 2023 e ringraziare tutte le centosettantasette strutture sanitarie e i quasi duemila e duecento professionisti in ambito sanitario che si sono avvalsi dei nostri servizi nel 2022.

*Buona Lettura*

*Marco Lampasona*

*Presidente - Innogea*



**Ing. Marco Lampasona**  
Presidente Innogea



# DA “NON LUOGO” A “LUOGO”

di Marco Riccobono



L'espressione “**non luogo**” non significa, come si potrebbe immaginare, luogo che non esiste, bensì **ambiente privo di identità** ovvero un posto anonimo, staccato da qualsiasi rapporto con il contorno sociale.

In generale, quando si parla di non luogo, ci si riferisce a: aeroporti, stazioni, strutture ospedaliere, centri commerciali, autogrill, stazioni, ecc.

Tutti posti che hanno come caratteristica una sorta di anonimato e una riproduzione in serie degli ambienti architettonici.

La peculiarità del non luogo è che **l'individuo che lo abita perde tutte le sue caratteristiche e i ruoli personali per esistere esclusivamente come paziente, cliente o fruitore.**

Il suo unico ruolo, infatti, diventa quello dell'utente, una funzione definita da un contratto più o meno tacito che si firma con l'ingresso nel non luogo stesso.

Inoltre, una caratteristica peculiare dei non luoghi sono le **parole** o i **testi** che essi ci propongono, e che si esprimono, a seconda dei casi, in modo:

- **prescrittivo** “mettersi in fila sulla destra”;
- **proibitivo** “vietato fumare”;
- **informativo** “Reparto di Radiologia”.

E che, spesso, ricorrono ad **ideogrammi** - più o meno espliciti e codificati - oltre a specifici **metalinguaggi** che si incontrano unicamente in queste aree particolari.

Per questo motivo, è fondamentale padroneggiare la semantica di tali spazi, esplicitamente rappresentati con icone, keywords, messaggi trasmessi da innumerevoli supporti (schermi, cartelli, opuscoli, manifesti) che fanno parte integrante di questi particolari non luoghi.

## LA STRUTTURA SANITARIA COME NON LUOGO

Il grande limite dei non luogo (tra cui annoveriamo anche gli ospedali) è il fatto che **difficilmente vengono attribuiti ad una proprietà**, come accade, ad esempio, con il luogo per eccellenza: la casa. Nessuno si sognerebbe di entrare nell'appartamento di un amico e scrivere con un pennarello qualcosa su un muro. Il motivo è, tra le altre cose, da ricondurre al fatto che certamente all'interno di un'abitazione sono presenti elementi d'arredo che abbelliscono e caratterizzano in modo armonioso le pareti: quadri, mobili, librerie.

Cosa che scoraggia pesantemente il visitatore ad alterarne l'estetica.

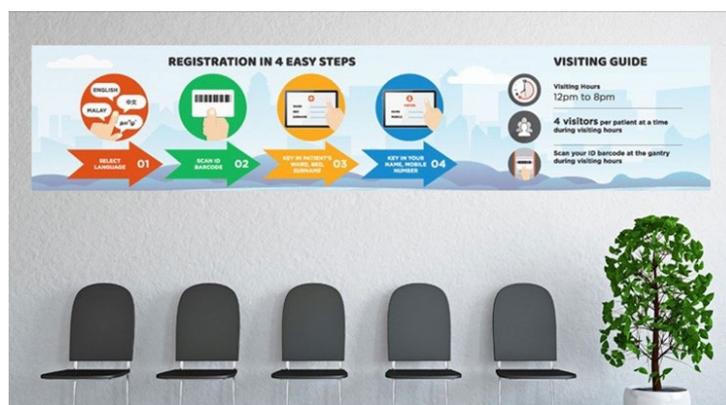
Mentre, altrettanto probabilmente, all'interno di un ascensore o di una rampa di scale presente in una struttura sanitaria non esiste alcun tipo di arredamento o – peggio ancora – è possibile trovare spesso delle scritte precarie su fogli di carta A4 incollati in modo provvisorio (per esempio con del nastro adesivo).

Questa incuria, secondo la semiotica contemporanea, diventa contagiosa e ispira gli utenti a non essere rispettosi di quel perimetro.

Quante volte, purtroppo, all'interno di una struttura ospedaliera abbiamo visto le pareti di un reparto imbrattate o sporche? Se ci troviamo in ostetricia, per esempio, non è del tutto improbabile trovare scritto su muro: è nato tizio, la data, il peso e magari qualche disegno a decorare il tutto.

Per questo motivo, negli ultimi anni, **il trend della cura degli spazi all'interno delle strutture sanitarie è argomento di primaria importanza** ed è molto differenziato tra strutture sanitarie pubbliche e strutture sanitarie private. Le seconde, infatti, attraverso accurate strategie di marketing e di valorizzazione degli ambienti hanno risolto tutta una serie di problemi legati all'asetticità di una struttu-

ra come quella sanitaria oltre, ovviamente, a garantire agli utenti una maggiore gradevolezza dei luoghi che vivono. Un processo che tecnicamente è definito: **CARE**, e che si focalizza nel coccolare – attraverso percorsi di piacevolezza – i visitatori. Anche in termini di efficienza, un percorso semantico strutturato (chiamato **FLOW**) aiuta i pazienti a muoversi con maggiore disinvoltura all'interno delle strutture e, quindi, ad ottimizzare i tempi di stazionamento.



Queste riflessioni corroborano il convincimento che l'unico modo che le strutture sanitarie hanno di crescere sia quello di **attrarre le persone con servizi e prestazioni sanitarie di alta qualità**, ma anche con un'**efficace comunicazione istituzionale**, un processo continuo di **generazione di lead** ed una **gestione puntuale del cliente**.



**Marco Riccobono**  
Direttore Creativo  
Healthcare Marketing\*  
Innokea

\*La nuova area **Healthcare Marketing di Innokea**, che completa la gamma dei servizi ad alto valore aggiunto per il comparto della sanità, nasce per evolvere la comunicazione istituzionale delle strutture sanitarie. Un team di esperti di marketing/web marketing, creativi che si uniscono ad ingegneri gestionali e clinici per offrire un servizio pensato per le strutture sanitarie, tra cui anche la razionalizzazione e personalizzazione degli spazi al loro interno.

# BIG DATA: IL REGISTRO DELLE MALATTIE INFIAMMATORIE CRONICHE DELL'INTESTINO

di Salvo Leone

“Verum scire est scire per causas”, il vero sapere è sapere attraverso le cause. Lo diceva Tommaso d'Aquino riprendendo uno dei capisaldi della filosofia aristotelica. Ed è in questa direzione, sulla scoperta del meccanismo che è causa di un fenomeno, che si è orientato il metodo scientifico fino a oggi. Sia chiaro, lo fa ancora, ma **l'analisi dei big data** sta mettendo in discussione questo metodo di lavoro.

La scienza dei big data sta causando un cambiamento decisivo rispetto al passato, basato su uno stile di ragionamento scientifico totalmente diverso dai precedenti. Partendo da questo dato, è possibile tracciare il percorso della storia della scienza: da un approccio quasi esclusivamente empirico, consistente nella semplice osservazione dei fenomeni naturali e nella loro descrizione, è seguito quello teorico, basato sulla costruzione di modelli e sulla spiegazione complessiva dei fenomeni.

L'ultima fase, nata qualche decennio fa, è quella computazionale, che ha come fondamento la simulazione di fenomeni complessi tramite modelli informatici. Lungo questo percorso, la **data driven science** si pone come una **nuova fase**, una nuova pietra miliare dove **esperimento, teoria ed elaborazione dei dati sono sintetizzati nella statistica**.

**L'uso dei big data per fare screening di massa e prevenzione** si basa sull'individuazione di schemi, di regolarità, di ripetizioni cicliche, di correlazioni su larga scala che permettano di elaborare una previsione di cosa si potrà riscontrare con grande probabilità nel reale in contesti simili.

Nella scienza medica, in particolare, questa tecnica predittiva è resa possibile sia dagli enormi progressi in campo tecnologico e biomedico degli ultimi anni, sia dalla **possibilità di accesso a un enorme volume di dati**, una cosa fino a poco tempo fa inimmaginabile. Basti pensare che ora siamo in grado di “manipolare” una quantità impressionante d'informazioni provenienti da varie fonti, dell'ordine di grandezza di svariati petabyte (1 petabyte corrisponde a 1.000.000 di gigabyte). Per dare la percezione di quello che è possibile fare, basti pensare che il computer che ha permesso l'allunaggio del modulo lunare Apollo aveva una memoria nell'ordine di 10<sup>4</sup> byte.

Esiste attorno a noi una grandissima quantità di piattaforme che memorizzano i nostri dati che hanno un valore e un'applicabilità in ambito salute. È come se ognuno di noi avesse una serie di proiezioni delle proprie abitudini e dei propri comportamenti che visti nel loro complesso vadano a costituire una

sfera informativa del nostro stato di salute o, addirittura, della nostra condizione clinica.

Nel momento in cui possiamo disporre di tutte queste informazioni, possiamo anche decidere d'integrarle, di autorizzare altri sistemi informativi perché le elaborino, e di ottenere in cambio informazioni utili per tutta una serie di processi. Al momento i dati sono molto spesso destrutturati, ibridi, provenienti da piattaforme diverse, non facilmente incrociabili tra loro: il grande sviluppo delle applicazioni d'intelligenza artificiale su questo tipo di dati è molto importante perché permette di estrapolare informazioni che altrimenti non si potrebbero elaborare con algoritmiche più convenzionali.

Per creare un **futuro dove tutti nel mondo possano avere accesso alle cure** che meritano e di cui hanno bisogno, è nostro dovere **sfruttare al massimo questo momento d'innovazioni**:

- È necessario costruire una base di evidenze per dimostrare l'impatto delle nuove tecnologie sulla salute e sul benessere dei pazienti.
- I pazienti devono essere coinvolti in tutte le fasi di sviluppo della tecnologia digitale, volta a conferire loro maggiori poteri e responsabilità.
- A prescindere dalle loro competenze informatiche e possibilità economiche, e dal livello di istruzione e disabilità, i pazienti devono avere accesso a tecnologie che migliorino la loro salute e il loro benessere.
- Per incoraggiare l'uso delle tecnologie digitali, devono prima essere affrontati e risolti timori che i pazienti nutrono nei loro confronti (come quelli relativi alla sicurezza e alla protezione dei dati).
- Gli operatori sanitari devono essere consapevoli delle tecnologie digitali, comprendere il valore che queste hanno per i pazienti e incoraggiati ad usarle.
- Si devono stabilire alleanze multistakeholder e di settore per evitare duplicati e fare in modo di sviluppare in modo efficiente ed efficace tecnologie digitali pertinenti alle esigenze del paziente.
- Esistono poi fattori di successo chiave atti a garantire l'adozione di queste tecnologie, quali

accertarsi che le tecnologie forniscano ai pazienti benefici tangibili, il coinvolgimento dei pazienti nel processo di co-creazione e, soprattutto, la disponibilità di tecnologie user friendly, poiché non bisogna dimenticare che l'esperienza di utilizzo dev'essere semplificata per dare accesso al maggior numero di persone.

È necessario creare un patrimonio, integrato e interoperabile, basato su di un **sistema di registrazioni di dati sanitari** che permettano lo sviluppo di App centrate sui pazienti ed i possibili fornitori di assistenza, in modo che le **informazioni sanitarie siano integrate**, almeno quanto sono quelle affidate ad AMAZON per gli acquisti e a NETFLIX per le preferenze sugli spettacoli.

È indispensabile, pertanto, la creazione di un **REGISTRO NAZIONALE sulle Malattie Infiammatorie Croniche dell'Intestino** per raccogliere ed ordinare informazioni sicure, al fine di ottenere dati significativi e utili, in particolare, sulle problematiche ancora aperte, per contribuire a migliorare la cura di queste patologie, per motivazioni amministrative (il controllo delle procedure di esenzione specifiche per questi malati), per esigenze di informazione per la programmazione sanitaria regionale e locale (definizione delle stime di occorrenza e la valutazione dei flussi dei pazienti) e per supporto alla ricerca clinica (creazione di liste di pazienti, descrizione delle storie naturali, valutazione dei bisogni soggettivamente espressi e delle storie assistenziali). La conoscenza e la comprensione dell'epidemiologia sono le basi di partenza per **pianificare azioni coordinate utili a migliorare la diagnosi, la cura e l'assistenza dei pazienti affetti da una malattia infiammatoria cronica intestinale**.

Con queste premesse, l'associazione si è mossa assieme alla comunità scientifica per creare un **modello regionale esportabile in altre Regioni**. Con D.A. 1439/12 "rete assistenziale per la ge-



stione delle malattie infiammatorie croniche dell'intestino" e relativi allegati, è stata costituita in Sicilia la **rete regionale per la gestione diagnostica terapeutica delle malattie infiammatorie croniche dell'intestino con farmaci biologici**.

**Obiettivi** principali della rete sono:

- La **creazione di una rete regionale di centri** per il trattamento con farmaci biologici dei pazienti con malattia di Crohn e Colite ulcerosa, al fine di garantire una appropriatezza prescrittiva ed un impiego ottimale delle risorse. In accordo con le linee guida.
- La **creazione di un registro con una cartella informatizzata** di pazienti trattati con questi farmaci al fine di valutare l'efficacia, la sicurezza ed i costi.

La cartella contiene informazioni demografiche, le indicazioni al trattamento, i criteri di inclusione al trattamento, le indagini di screening e diagnostiche, le modalità di trattamento e di follow-up. È una cartella presente sul web in cui alcuni campi saranno obbligatori ed altri facoltativi. Obiettivi secondari sono studi clinici di valutazione dei fattori prognostici di risposta e remissione, studi sulla qualità della vita.

La creazione di un registro regionale nasce dalla **necessità di raccogliere prospettivamente informazioni epidemiologiche e cliniche sui pazienti siciliani con MICI** che sono sottoposti a trattamenti biotecnologici. Il trattamento con farmaci biotecnologici, che sono farmaci ad alto costo, richiede competenza, appropriatezza prescrittiva ed un attento follow-up del paziente per cui il trattamento di questi pazienti deve essere eseguito in centri di provata competenza in cui vengono applicate linee guida nazionali. Da tali esigenze scaturisce la creazione di una rete regionale che condivida linee guida ed un registro informatizzato.

**L'obiettivo principale** del registro è **fornire dati e informazioni controllate** a supporto degli organi decisionali per **l'ottimizzazione della gestione sanitaria di queste malattie**. I dati che si stanno raccogliendo contribuiscono alla conoscenza della prevalenza ed incidenza delle MICI sul territorio nazionale, dei tempi di latenza tra esordio della sintomatologia e diagnosi, al monitoraggio degli esiti di maggior impatto socio/economico e delle loro modificazioni in rapporto agli approcci terapeutici, dalla conoscenza della prevalenza dei vari tipi di decorso della malattia, all'identificazione dei costi (diretti, indiretti) e delle strategie terapeutiche più cost-effective, fino al monitoraggio e aggiornamento del Percorso Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale.

La partnership con Innocea ha permesso all'associazione AMICI di acquisire la proprietà del

software, la quale non costituisce assolutamente un vincolo per la ricerca condotta da parte dei medici. Questo modello di lavoro, oltre al software, attualmente viene proposto a tutte le Regioni italiane che desiderano applicarlo con l'obiettivo di creare sistemi di raccolta dati regionali che possano essere messi a confronto.

Cosa ci potrebbe riservare il futuro?

Diverse tendenze intercetteranno quanto appena esposto e porteranno la **salute digitale** a un nuovo livello di efficienza. Emergeranno sempre più spesso prove che le **soluzioni in grado di combinare tecnologia digitale e dati personali** (siano essi servizi, dati provenienti da dispositivi o terapie personalizzate) possano fornire ai consumatori risultati migliori. Un primo importantissimo passo verso questa nuova concezione di assistenza sanitaria è quello di rendere direttamente disponibili ai pazienti le informazioni sanitarie delle cartelle cliniche, creando così una nuova dinamica nel modo in cui le informazioni sono consegnate, rese accessibili e usate. Rendendo le cartelle accessibili ai pazienti, per esempio con il sistema Open Notes, potrebbero essere questi ultimi a chiedere ai loro medici di correggere eventuali errori nel registro, migliorando di molto la percentuale di successo delle future terapie e diagnosi.

Esistono, infine, molti aspetti ancora in gran parte trascurati che devono essere risolti prima **che la digitalizzazione possa raggiungere il suo pieno potenziale come fattore abilitante di nuovi e migliori modi di gestire la salute**. Innanzitutto, molti imprenditori della sanità digitale pensano ancora che la tecnologia di per sé sia un toccasana e che solo questa porterà a risultati sostanziali e sostenibili in campo sanitario. Le ragioni di questo pensiero sono svariate: dal background degli imprenditori, che spesso è solo tecnologico, alla mancanza di una più profonda comprensione delle malattie e dei com-

portamenti, fino al concentrarsi esclusivamente su investimenti tecnologici. Esiste poi chi osserva singoli pezzi di un puzzle rispetto al quadro generale: a causa dell'estrema frammentazione del panorama della salute digitale, molte aziende forniscono solo una piccola parte di una soluzione più grande, e questo costituisce un grosso ostacolo all'adozione di soluzioni integrate su larga scala.

Infine, **manca l'idea della centralità del paziente**: molte delle parti in causa, a partire dalle varie aziende che operano nell'ambito della salute digitale, non hanno ancora le idee ben chiare su "chi dovrebbe essere al centro di tutto ciò che producono.

La risposta dovrebbe essere "il paziente, e non coloro che pagano", le organizzazioni ospedaliere o altri componenti del sistema sanitario nazionale. La salute è una cosa seria, ed è una questione di grande importanza in tutto il mondo: pensiamo sia giunta l'ora di semplificarne alcuni aspetti e proporre nuovi punti di vista.



**Dott. Salvo Leone**  
Direttore Generale  
AMICI ETS

# LAST CALL

Sostituisci la tua vecchia **cartella clinica ospedaliera**  
con la nostra tecnologia entro il **31/12/2022**



CareMed rientra tra i beni ammissibili a **Industria 4.0**

**CAREMED**  
POWERED BY INNOGEA

# LA CERTIFICAZIONE DEI PDTA: IL BUSINESS CASE DELLA CDC IGEA

di Filippo Castelli

**L**o scorso 29/11/2022, si è concluso con successo l'audit per il mantenimento della certificazione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per i pazienti anziani con frattura di femore presso la Casa di Cura Igea di Partinico.

La Casa di cura è stata la **prima nella nostra Regione a recepire con entusiasmo la nostra proposta di portare a Certificazione di parte terza** quello che, per una clinica mono-specialistica ortopedica, rappresenta **uno dei PDTA più importanti e rappresentativi**.

È stato così studiato uno schema con l'ente di certificazione che da sempre verifica il sistema di gestione aziendale per la qualità e la sicurezza del paziente della struttura, ovvero il RINA.

La Casa di cura, quindi, con la consulenza di Innogea, si è dotata di un vero e proprio minisistema di gestione basato sui medesimi principi, metodi e strumenti che regolano tutti i sistemi, primo tra tutti l'**applicazione del ciclo PDCA (Plan-Do-Check-Act) alla base del miglioramento continuo**.

La primissima fase dell'attività è consistita in un'attenta **analisi del contesto** comprensiva della valutazione del panorama normativo, dell'offerta sanitaria, delle performance e delle linee guida della Medicina Basata sull'Evidenza (EBM) reperibili. È stato individuato, come requisito particolarmente importante il **Decreto Assessoriale 2025/2015** re-



Certificazione PDTA per frattura del femore - Casa di cura Igea

cante appunto *“Standard Regionali per la gestione integrata del percorso di cura delle persone anziane con frattura di femore”*. Sono stati inoltre considerati gli **indicatori di volume, di processo, di esito** maggiormente utilizzati in letteratura, a partire da quelli proposti dal **Programma Nazionale Esiti**, con cui da sempre, comunque, la struttura si misura.

In tale ottica, la struttura si è dotata di una propria procedura per la **progettazione ed implementazione dei PDTA** e, nel solco di tale procedura, ha strutturato il **PDTA frattura di femore**.

È stato costituito, sotto il coordinamento della Direzione Sanitaria, un comitato interdisciplinare composto da una nutrita équipe di professionisti, tra cui chirurghi, anestesisti, fisiatristi, cardiologi, internisti, infermieri, fisioterapisti, psicologi, assistenti sociali. La struttura, al fine di garantire la continuità delle cure il più possibile, anche oltre quella che è la pro-

pria offerta di servizi sanitari, ha stipulato specifici accordi con altre strutture sanitarie di riabilitazione e lungodegenza.

Sono stati individuati **gli indicatori da tenere sotto monitoraggio** e sono stati organizzati i **flussi di dati utili per il loro calcolo**.

È stato individuato e colmato il **fabbisogno formativo per il personale**.

È stato strutturato un **sistema di controllo puntuale** in grado di guidare i clinici all'autovalutazione del raggiungimento degli obiettivi caso per caso, ovvero alla **valutazione delle ragioni cliniche** per un eventuale scostamento dagli stessi.

È stato strutturato un **sistema di auditing clinico organizzativo** per la frequente verifica dell'adesione della pratica al PDTA e, quindi, alle raccomandazioni EBM.

È stato adottato uno specifico strumento per la valutazione dell'esperienza utente dei pazienti con frattura di femore.

Con frequenza trimestrale sono stati monitorati gli indicatori valutandone l'andamento ed eventuali derive.

Sono state intraprese, gestite e verificate, specifiche **azioni correttive** per affrontare anomalie, non conformità riscontrate o semplici opportunità di miglioramento.

È stato riesaminato, infine, l'intero processo da parte della direzione, definendo **obiettivi, piani e programmi per il miglioramento**.

Al termine di questo processo ricorsivo, il **19/05/2021 il RINA ha effettuato il primo audit**, emettendo la **certificazione del PDTA**. Lo scorso **29/11/2022** è stato condotto il primo **audit di sorveglianza** concluso con la **conferma del certificato e con una sola osservazione**.

Da sempre **Innogea** ritiene che **l'applicazione puntuale di metodologie e strumenti dalla comprovata efficacia porti necessariamente a risultati tangibili**, e ciò è tanto più vero quanto più elevato è il commitment dell'Alta Direzione. Su questo aspetto, la Casa di Cura Igea è stata un terreno fertilissimo

ove applicare le metodologie e gli strumenti per il miglioramento degli esiti clinici, già oggetto di tanti studi e webinar condotti da Innogea nei mesi scorsi.

L'**indicatore maggiormente importante**, tra quelli sottoposti a monitoraggio, è la **proporzione di interventi eseguiti entro 48 ore dall'accesso in struttura**. Un'altissima percentuale di interventi effettuati precocemente consente, infatti, di **prevenire complicanze** e, quindi, **tenere contenuta la mortalità**.

Tale indicatore, fino all'anno scorso (a causa della mancanza di dati utili nelle SDO a livello nazionale), veniva calcolato grossolanamente come interventi eseguiti entro 2 giorni. Ciò ha comportato una sovrastima dell'esito per molte strutture sanitarie.

La Casa di cura Igea, proprio grazie al processo sopra descritto, si è da sempre autovalutata, strutturando un proprio **indicatore basato su orari esatti di accesso e di intervento chirurgico**.

Questo approccio ci ha premiato. Infatti, nell'edizione 2021 del PNE, per la prima volta l'indicatore è stato calcolato sulla base dei dati esatti degli orari di ingresso e di intervento, e ciò ha fatto sì che la Casa di Cura Igea, per questo specifico indicatore, sia risultata la **prima in Italia con una percentuale del 94.47**, facendo registrare ottime performance anche su altri esiti, come ad esempio la mortalità a 30 giorni (appena superiore al 5%, contro una media nazionale del 6.37%).

La struttura esegue oltre 75 interventi/anno (soglia definita dal DM70/15) e, ad oggi, non solo **raggiunge tutti e 10 gli obiettivi posti dal DA 2025/15**, ma **valuta l'applicazione di ogni singolo passaggio critico del proprio PDTA con misure specifiche e ne persegue il miglioramento**.



**Ing. Filippo Castelli**  
Responsabile  
Ricerca e Sviluppo Consulting  
Innogea

# LE CURE DOMICILIARI ED IL LORO ACCREDITAMENTO

di Lidia Di Lorenzo



**C**on l'accordo dell'INTESA Stato Regioni, raggiunto in data 4 agosto 2021, sono stati sanciti, per la prima volta in Italia, i **"Requisiti di autorizzazione e di accreditamento per lo svolgimento delle CURE DOMICILIARI"**.

La programmazione sanitaria nazionale ha individuato nelle CURE DOMICILIARI il setting privilegiato per l'assistenza territoriale ed ha esteso l'applicazione del **sistema di AUTORIZZAZIONE all'esercizio di ACCREDITAMENTO istituzionale delle strutture sanitarie e sociosanitarie** anche alle **organizzazioni pubbliche e private che erogano cure domiciliari**.

È un passaggio importante, in quanto si riconosce che le cure domiciliari richiedono una peculiare e complessa organizzazione, un "lavoro di rete" che coordina ed integra le varie figure professionali (medici, infermieri, professionisti della riabi-

litazione, operatori sociali e altre), organizzando anche le attività di supporto e di accesso alla specialistica ambulatoriale, acquisendo farmaci e dispositivi.

## **CHE COSA SONO E QUALI OBIETTIVI SI PONGONO**

Le **cure domiciliari** consistono in **trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi**, prestati da personale qualificato **per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità**, con patologie in atto o esiti delle stesse, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana.

Il Servizio Sanitario Nazionale garantisce alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, percorsi assistenziali a domicilio costituiti

dall'insieme organizzato di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici e di aiuto infermieristico necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita.

L'azienda sanitaria locale assicura la continuità tra le fasi di assistenza ospedaliera e l'assistenza territoriale a domicilio.

Nell'ambito delle cure domiciliari integrate risulta fondamentale l'integrazione con i servizi sociali dei comuni.

Il livello di bisogno clinico, funzionale e sociale deve essere valutato attraverso idonei strumenti che consentano la definizione del programma assistenziale ed il conseguente impegno di risorse.

Gli **obiettivi principali di tale setting assistenziale** sono:

- a)** l'assistenza a persone con patologie trattabili a domicilio, al fine di evitare il ricorso inappropriato al ricovero in ospedale o ad altra struttura residenziale;
- b)** la continuità assistenziale per i dimessi dalle strutture sanitarie con necessità di prosecuzione delle cure;
- c)** il supporto alla famiglia;
- d)** il recupero delle capacità residue di autonomia e di relazione;
- e)** il miglioramento della qualità di vita anche nella fase terminale.

Le Regioni si sono impegnate nel corso del biennio 2021/2022 a rivedere il sistema delle cure territoriali e tra esse in particolare le cure domiciliari, a seguito di significativi interventi normativi; questo contributo si è soffermato sull'Atto d'Intesa, sottoscritto il 4 agosto 2021 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, ai sensi dell'articolo 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131.

Esso prevede che, entro 12 mesi dalla data di sottoscrizione, le Regioni e le Province autonome di

Trento e Bolzano attivino il sistema di autorizzazione e accreditamento delle organizzazioni pubbliche e private per l'erogazione di cure domiciliari. Il nostro Servizio Sanitario Nazionale sta procedendo quindi a ritmo spedito verso la razionalizzazione dei percorsi ospedalieri, puntando sull'**Assistenza domiciliare integrata (ADI)**. Parallelamente, le regioni tengono il passo riordinando gradualmente la rete territoriale di prevenzione, cura e assistenza. Tale rete vede nell'Assistenza domiciliare integrata uno degli strumenti principali per affrontare l'ondata delle cronicità che ha già messo, a causa del Covid-19, sotto pressione il sistema e continuerà a farlo nei prossimi anni.

### **L'ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE: UNA GRANDE OPPORTUNITÀ PER IL SETTORE E PER I CITTADINI**

In gran parte d'Italia, l'ADI viveva ancora largamente sospesa tra gare d'appalto o affidamenti con delibere. E questo, nonostante i vari nodi della rete territoriale andavano consolidandosi e trovando una loro collocazione normativa e tariffaria nella programmazione regionale. Solo in Lombardia, infatti, gli erogatori operavano in regime di accreditamento istituzionale; mentre nel Lazio, per esempio, l'iter normativo era già giunto al termine, ma l'attività era ancora svolta grazie alle gare d'appalto bandite negli anni passati dalle Asl. Ovviamente, acquistare prestazioni sanitarie in regime di gara non va necessariamente a inficiare la qualità dell'assistenza, che dipende prima di tutto dalle competenze dell'operatore che le eroga e dalla preparazione del professionista; certamente, però, lasciava scoperto un ambito fondamentale della programmazione socio-sanitaria rappresentata proprio dalle cure domiciliari. L'accREDITAMENTO è il processo mediante il quale le Regioni **riconoscono alle strutture sanitarie e socio-sanitarie, pubbliche e private, la possibilità di erogare prestazioni per conto del SSN**. Questo riconoscimento garantisce ai cittadini che le strutture accreditate siano in **possesso di una serie di requisiti**. Oltre a quelli previsti per l'autorizzazione

all'esercizio dalle normative nazionali, sono previsti anche ulteriori **requisiti organizzativi e gestionali aderenti agli standard di qualità** richiesti dalla programmazione regionale in materia di sanità. Quindi, mentre la gara d'appalto individua un unico aggiudicatario che per un tempo prestabilito si occuperà delle prestazioni acquistate, l'accreditamento consente a vari operatori di adeguarsi agli standard qualitativi imposti dalle Regioni. In tal modo, è possibile stipulare accordi per assistere i pazienti per conto del Servizio Sanitario Nazionale. La continuità operativa, che un modello di accreditamento garantisce a tutti gli attori coinvolti, permette di programmare cura e assistenza sulla base di criteri standard, introdotti per agevolare il processo virtuoso che, partendo dall'analisi delle evidenze, passa attraverso la definizione del fabbisogno e prosegue fino alla sua soddisfazione.

**L'accreditamento istituzionale degli operatori che erogano prestazioni di ADI rappresenta quindi lo strumento più adeguato a garantire a tutti i cittadini pari accesso all'Assistenza domiciliare prevista dai Lea**, che in molte realtà territoriali risulta gravemente insufficiente per rispondere a un bisogno sempre più emergente.

### **L'APPLICAZIONE IN REGIONE SICILIA**

Sulla Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana del 24 settembre 2021 sono stati pubblicati i Decreti Assessoriali che hanno stabilito i criteri e i requisiti per l'accreditamento delle cure domiciliari, superando di fatto il sistema "imperfetto" delle gare al massimo ribasso, che non erano in grado di assicurare una elevata qualità del servizio perché mancavano di un benchmarking efficace e di una libera scelta del cittadino. Anche se il Lazio è stata la prima Regione ad adottare un provvedimento sull'accreditamento dell'ADI, **la Sicilia è stata la prima regione ad avere emanato un provvedimento completo in tutte le sue parti, ricalcando le linee guida nazionali approvate in conferenza stato-regioni.**



Il sistema di requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento delle Cure Domiciliari è definito da:

- D.A. 3 settembre 2021, n. 874, pubblicato nella GURS n. 41 del 24 settembre 2021;
- D.A. 3 settembre 2021, n. 875, pubblicato nella GURS n. 41 del 24 settembre 2021;
- D.A. 17 dicembre 2021, n. 1383, pubblicato nella GURS n. 61 del 31 dicembre 2021.

Il D.A. 3 settembre 2021, n. 874 individua i requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento dei Soggetti deputati al governo dell'accesso alle CD e, cioè, del Distretto sanitario dell'Azienda sanitaria provinciale.

Il D.A. 3 settembre 2021, n. 875 individua i requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento dei Sog-

getti erogatori di cure domiciliari di Base e dei Soggetti erogatori di cure domiciliari di I, II e III livello. Completa il quadro normativo di riferimento del sistema di autorizzazione e accreditamento delle Cure Domiciliari il D.A. 3 settembre 2021, n. 876 “Definizione dei criteri per l’accesso all’accreditamento dei Soggetti privati Erogatori di Cure Domiciliari” con il quale sono stati definiti i criteri di accesso all’accreditamento.

Con il D.A. 17 dicembre 2021, n. 1383 sono state apportate delle modifiche ai decreti 3 settembre 2021, n. 875 e n. 876.

Il ruolo strategico dell’assistenza territoriale, e in particolare dell’assistenza domiciliare, è stato sottolineato sin dal DPCM 29 novembre 2001 che ha incluso tali forme di assistenza tra quelle che devono essere garantite dal Servizio Sanitario Nazionale.

**L’inclusione dell’assistenza domiciliare nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)** ha determinato nuove esigenze di monitoraggio, sia a livello regionale che a livello nazionale.

Le informazioni sino ad ora ritenute salienti e strategiche per una corretta gestione del servizio riguardavano solo i seguenti ambiti:

1. caratteristiche anagrafiche dell’assistito (dati privi di elementi identificativi diretti);
2. valutazione ovvero rivalutazione socio-sanitaria dell’assistito e dei relativi bisogni assistenziali;
3. erogazione dell’assistenza;
4. sospensione della presa in carico;
5. dimissione dell’assistito.

Con il nuovo sistema di accreditamento gli enti erogatori saranno messi nelle condizioni di raggiungere scopi ben più ambiziosi:

- fornire continuità assistenziale nel percorso ospedale-territorio;
- fornire assistenza infermieristica, medica, specialistica, riabilitativa, educativa, sociale e preventiva ai pazienti ed alle famiglie con pa-

tologie cronico degenerative o acute, in fase di stabilizzazione e/o con disabilità;

- favorire la deospedalizzazione precoce dei pazienti;
- contrastare la re-ospedalizzazione di questi pazienti;
- considerare la famiglia ed il tessuto sociale che ruota intorno al paziente come parte del piano di cura ed assistenza.

Ogni organizzazione alla luce delle prescrizioni normative dovrà definire un sistema strutturato e monitorato di Assistenza Domiciliare Integrata in cui vengono descritte tutte le attività, svolte presso le sedi operative e presso il domicilio dei pazienti in assistenza ADI, che dovranno essere erogate, da parte delle risorse interne sulla base dell’organizzazione che si è data, dal momento dell’apertura del rapporto con i familiari dei pazienti fino alla conclusione del Processo Assistenziale ed alla sua valutazione.

Un sistema in cui si dia piena evidenza a:

1. presa in carico dell’assistito;
2. valutazione multidimensionale dell’assistito;
3. definizione di un piano/programma/progetto di assistenza individuale;
4. responsabilità clinica in capo al Medico di Medicina Generale (MMG), al Pediatra di libera Scelta (PLS) o al medico competente per la terapia del dolore, purché afferenti al distretto/ASL;
5. includendo tra queste, qualora siano soddisfatti i criteri sopra menzionati, anche le cure palliative domiciliari e le dimissioni protette.

Al di là degli aspetti propriamente tecnici legati all’assistenza nella sua complessità, quattro sono gli aspetti che guidano le nuove policies delle organizzazioni erogatrici di servizi:

1. il lavoro in rete con tutti gli attori coinvolti ed in particolare con i servizi sociali, con i servizi distrettuali,

con il territorio e con il volontariato che opera sul territorio, ma anche ove necessario con il vicinato;

**2.** il coinvolgimento e, quindi, il lavoro sulla e con la famiglia che deve avere lo scopo di individuare un care giver e di mobilitare con esso tutte le forze positive della famiglia e dell'assistito in modo da creare un ambiente favorevole al progetto di cura;

**3.** una progettazione complessiva e personalizzata del processo di assistenza, la valutazione della sua efficacia ed eventuali modifiche necessarie a raggiungere gli scopi proposti;

**4.** una unità diciamo così "di coordinamento" che sia nello stesso tempo in grado di guidare e progettare il lavoro sul campo ed abbia una funzione di ascolto e di punto di riferimento per le famiglie, per gli utenti e per tutti gli operatori.

Gli **obiettivi strategici specifici** che tali organizzazioni si dovranno dare oggi, alla luce della recente normativa, sono:

- Ampliare il bacino territoriale di riferimento.
- Integrare quanto più possibile i livelli di assistenza domiciliare (I-II-III e cure palliative) tramite un approccio orientato all'efficienza e all'ottimizzazione di costi e risorse.
- Dotare gli organici di tutti gli strumenti necessari e la formazione idonea per interpretare e soddisfare al meglio la domanda assistenziale proveniente dal territorio.
- Definire percorsi assistenziali specifici per gestire anche pazienti con problematiche particolari.
- Pianificare e progettare dei percorsi assistenziali che tengano conto delle differenze di genere istituendo gruppi di studio e di lavoro per elaborare protocolli assistenziali e comunicativi specifici per la medicina di genere.
- Assistere il paziente con un approccio orientato alla sua sicurezza, con misure di prevenzione da attuare anche nel setting assistenziale domiciliare, responsabilizzando anche il paziente e il caregiver.
- Incrementare i livelli di informatizzazione dei processi di comunicazione con il paziente e il familiare.
- Definire dettagliatamente i processi di hand over

tra i componenti dell'Équipe Multidisciplinare e tra loro e i caregiver.

- Pensare ed attuare delle soluzioni per la medicina a distanza con interventi di telemedicina che integrano, completano ed arricchiscono i percorsi assistenziali tradizionali.

- Promozione di reti assistenziali con altri operatori e setting assistenziali per una efficace ed esaustiva presa in carico del paziente, e per attuare un modello di fattiva continuità assistenziale.

## CONCLUSIONI

**La nuova normativa per l'accreditamento risulta coerente con le linee strategiche già tracciate nel Piano Operativo Salute** definito nell'ambito del processo unitario di programmazione strategica e operativa per il periodo 2014-2020, in coerenza con i documenti programmatici di riferimento, tra cui la Strategia Nazionale di Specializzazione Inteligente (SNSI), il Programma Nazionale per la Ricerca (PNR) ed il Piano Attuativo Salute della SNSI. La **Traiettoria 1 del Piano operativo salute 2014/2020** verte proprio su **"Active & Healthy Ageing - Tecnologie per l'invecchiamento attivo e l'assistenza domiciliare"**.

Infine, il **RECOVERY PLAN** oggi rappresenta una straordinaria occasione per cambiare il paradigma di assistenza sanitaria nel nostro Paese sul versante della soddisfazione totale dei bisogni cogenti dei cittadini, in particolare dei più fragili per fisiologiche ragioni anagrafiche, come bambini e anziani.

I **tre assi di sviluppo del nuovo Piano** sono:

- **Prossimità delle cure**, finanziando un grande piano di medicina e welfare territoriale, che riformi la medicina di base con l'obiettivo di riportare i medici nelle abitazioni dei cittadini (in particolare quelli cronici), introducendo anche infermieri di comunità a supporto della domiciliarizzazione della medicina preventiva per i soggetti fragili e non autosufficienti.
- **Prossimità del monitoraggio**, con la diffusione della telemedicina e della teleassistenza in tutto il

territorio nazionale, facendo dell'innovazione tecnologica un elemento di vicinanza e non di distanza dai cittadini, per far sì che nessuno sia mai più solo e per evitare quelle numerose fattispecie di sanitizzazione del sociale, fatte di ospedalizzazioni improprie e di prese in carico inadeguate.

• **Ospedali e ambulatori di comunità** che, rispetto all'azzeramento di tanti nosocomi di territorio chiusi nell'ambito dei piani di riordino senza compensare con strutture intermedie, di comunità appunto, facciano sentire i cittadini "sicuri", rispetto a una cura da ricevere o rispetto a un evento che può accadere, azzerando la vergognosa piaga della povertà sanitaria, specie quella minorile.

Che ripartenza possiamo progettare se il Paese non garantisce il benessere di chi ci vive, a partire da chi sta male, da chi è solo o semplicemente da chi è "piccolo", in quanto bambino che rappresenta il futuro, o per chi è reso tale dalle condizioni di senilità o di non autosufficienza?

Senza prossimità e senza comunità, non può esistere ripartenza.



**Lidia Di Lorenzo**  
Responsabile Consulting  
Innogea



# IL PROGRAMMA NAZIONALE ESITI 2022

La Redazione



Lo scorso 6 dicembre, AGENAS ha presentato la **nuova Edizione del Programma Nazionale Esiti (PNE 2022 - Report su dati SDO 2021)** che, giova ricordarlo, è il programma sviluppato su mandato del Ministero della Salute, con l'obiettivo di valutare l'efficacia nella pratica, l'appropriatezza, l'equità di accesso e la sicurezza delle cure garantite dal Servizio Sanitario Nazionale nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza. I dati fanno riferimento all'attività assistenziale effettuata nell'anno 2021 da 1.377 ospedali pubblici e privati, e a quella relativa al periodo 2015-2021 per la ricostruzione dei trend temporali.

L'evento è stato aperto da un saluto istituzionale del Ministro della Salute, Orazio Schillaci

e ha visto la partecipazione e le relazioni, tra le altre, del Prof. Enrico Coscioni, Presidente AGENAS, del Prof. Silvio Brusaferrò, Presidente dell'ISS, e del Dott. Domenico Mantoan, Direttore Generale AGENAS.

Trattandosi della seconda edizione del PNE relativa al periodo pandemico, la presente edizione ha, tra le sue principali prerogative, quella di consentire l'effettuazione di molte analisi relative all'andamento dei volumi (evidenziando in massima parte, rispetto ai trend previsti, una ripresa nel 2021 rispetto al 2020, con un parziale recupero delle prestazioni non erogate causa Covid) e alla corrispondente variazione dei principali esiti associati.

Nell'Edizione 2022 del PNE sono presenti com-

plessivamente 194 indicatori (a fronte dei 184 dell'Edizione 2021), di cui:

- 171 relativi all'assistenza ospedaliera: 73 di esito/processo, 83 di volume di attività e 15 di ospedalizzazione;
- 23 relativi all'assistenza territoriale, valutata in termini di ospedalizzazione evitabile (14 indicatori), esiti a lungo termine (5) e accessi impropri in pronto soccorso (4).

Si sono sperimentati 11 nuovi indicatori, di cui 5 relativi ai volumi dei trapianti (fegato, rene, cuore, cornea e midollo osseo), 2 specifici per IMA e ictus ischemico (volumi di ricoveri con trombolisi) e 4 relativi agli interventi per tumore maligno della mammella:

- Proporzioni pazienti sottoposte a ricerca linfonodo sentinella durante ricovero per intervento TM mammella.
- Proporzioni pazienti sottoposte a svuotamento ascellare durante ricovero per intervento TM mammella.
- Proporzioni pazienti con interessamento linfonodale riscontrato durante ricovero per intervento TM mammella.
- Proporzioni pazienti sottoposte a ricerca linfonodo sentinella durante ricovero per intervento TM mammella e nei 30 giorni successivi.

Tali indicatori, tuttavia non sono disponibili nel PNE 2022, ma è verosimile che lo possano essere nei prossimi anni.

Da quest'anno, inoltre, si rende disponibile il calcolo dei volumi per unità operativa "coerente" (e non più per unità di dimissione), grazie all'utilizzo delle informazioni sui trasferimenti interni che permettono di tracciare più in dettaglio il percorso intraospedaliero del paziente, attribuendo in maniera puntuale i casi ai reparti specifici.

Una novità della scorsa edizione, che si consolida nell'edizione 2022, riguarda la Sezione "Equità". In tale sezione non sono state create misure ad hoc per la valutazione, ma sono stati declinati gli indicatori già esistenti con l'obiettivo di rendere evidenti eventuali differenze legate al genere e alla cittadinanza (in riferimento alla popolazione straniera residente in Italia).

Un'ulteriore novità della presente Edizione è rappresentata dal supporto messo a disposizione delle strutture da parte di AGENAS, nell'ambito di percorsi integrati di audit.

Saranno censite le strutture che recano, per due edizioni consecutive, indicatori treemap con livello di qualità molto basso. Sarà proposta una prima fase di analisi della qualità dei dati volta ad appurare che i risultati "anomali" registrati dalle singole strutture sui vari indicatori siano effettivamente conseguenza di criticità reali nei processi clinico-assistenziali e/o organizzativi, e non il prodotto di errori nella codifica delle informazioni registrate.

Qualora non si siano riscontrate criticità nella qualità dei dati, potrà avere avvio il percorso di audit clinico-organizzativo. Gli auditor coinvolti saranno identificati dalle strutture e formati da AGENAS nell'ambito di un apposito corso di "Form-Azione" dalla durata orientativa di 9 mesi che includerà in maniera ricorsiva attività di aula e attività sul campo supervisionate e svolte nelle strutture previamente individuate. Il corso verrà realizzato in più edizioni e includerà audit in area cardiocirurgica, ortopedica e senologica.

Sempre in occasione della presentazione del PNE 2022, l'ISS ha presentato il **progetto QUASAR** che porterà all'estensione del PNE alle RSA. Gli obiettivi del progetto sono:

- Monitorare la qualità dell'assistenza fornita agli anziani non autosufficienti, residenti nelle RSA, anche alla luce delle differenze nelle specifiche modalità organizzative/politiche regionali.

- Mappare, attraverso un'analisi esplorativa, le strutture sanitarie residenziali nelle Regioni italiane, anche al fine di evidenziare eventuali differenze locali, alla luce di diverse modalità organizzative/politiche regionali implementate.
- Costruire e sperimentare un set di indicatori generali per la valutazione, a livello nazionale, dell'assistenza agli anziani non autosufficienti residenti nelle RSA.
- Costruire e sperimentare un set di indicatori specifici per la valutazione e il monitoraggio dell'assistenza fornita agli anziani non autosufficienti residenti nelle RSA.

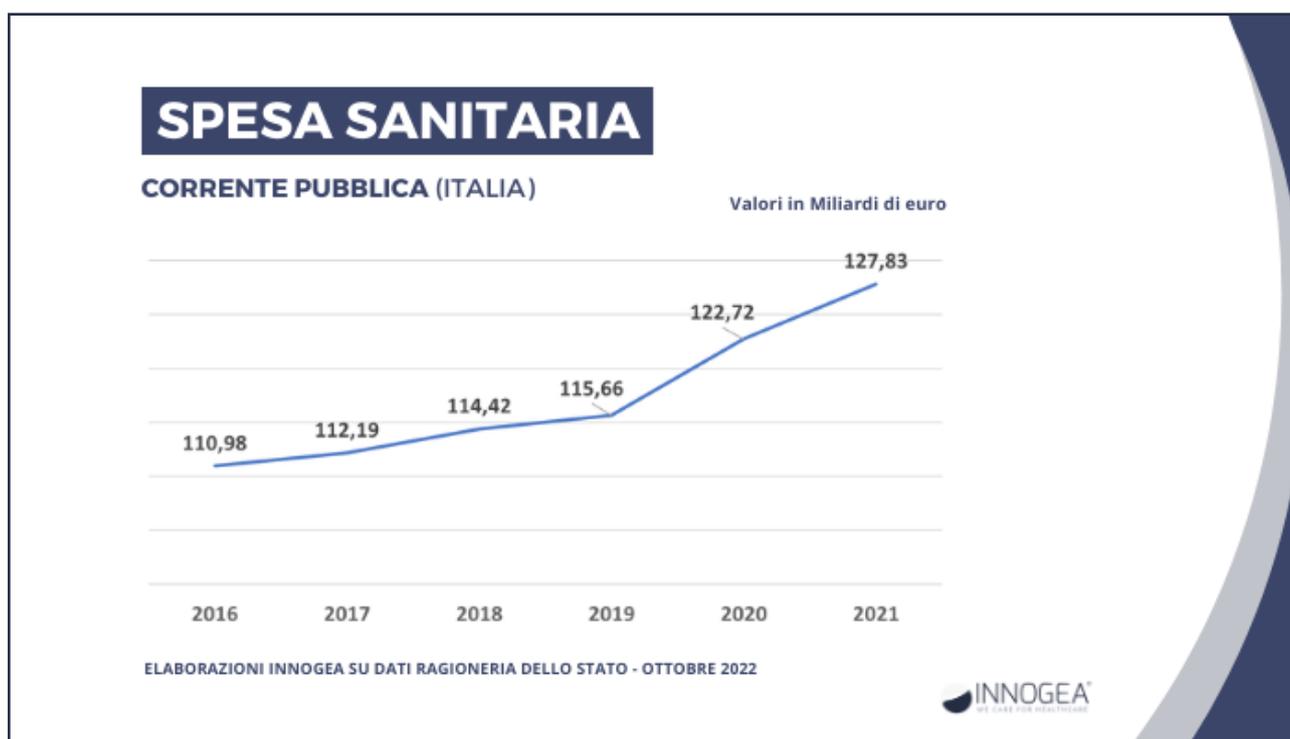
Innokea ha analizzato con estremo interesse la presentazione e si è messa subito al lavoro al fine di implementare, presso tutte le RSA seguite a partite dal 2023, nonché all'interno dei propri sistemi di cartella sanitaria, gli indicatori previsti dal progetto Quasar.

La presentazione del PNE 2022 si è chiusa con il conferimento dei Premi PNE 2021. Il criterio scelto da AGENAS per questa prima premiazione è stato quello di selezionare le strutture ospedaliere con la valutazione di qualità alta o molto alta per il maggior numero di aree cliniche treemap. Nessun ospedale censito ha riportato sette aree cliniche su sette con valutazione di qualità alta o molto alta. Ad essere premiate sono state l'Azienda Ospedaliera "Umberto I - G. M. - Lancisi" di Ancona e l'IRCCS Humanitas Research Hospital di Rozzano, che hanno riportato tale valutazione su tutte e sei le aree cliniche presenti in ospedale. Invero, non si può non osservare come tale criterio escluda a priori dalla possibilità di conseguire il premio tutte le strutture monospecialistiche o con poche aree cliniche che pur conseguono, in tali aree, esiti eccellenti.



# ANALISI DELLA SPESA SANITARIA

La Redazione



La **spesa sanitaria** si compone di **due macro-voci: spesa pubblica e spesa sostenuta direttamente dai cittadini**. Le elaborazioni di Innogea, basate sui dati provenienti dalla contabilità nazionale adottata dall'Istat e sulle informazioni rinvenienti dal **Sistema Tessera Sanitaria della Ragioneria Generale dello Stato (RGS)**, consentono di estrapolare interessanti **trend relativi alla dinamica della spesa**, della compartecipazione dei cittadini al "costo della propria salute" e, soprattutto, delle **differenze territoriali** tra le varie aree del Paese. In particolare:

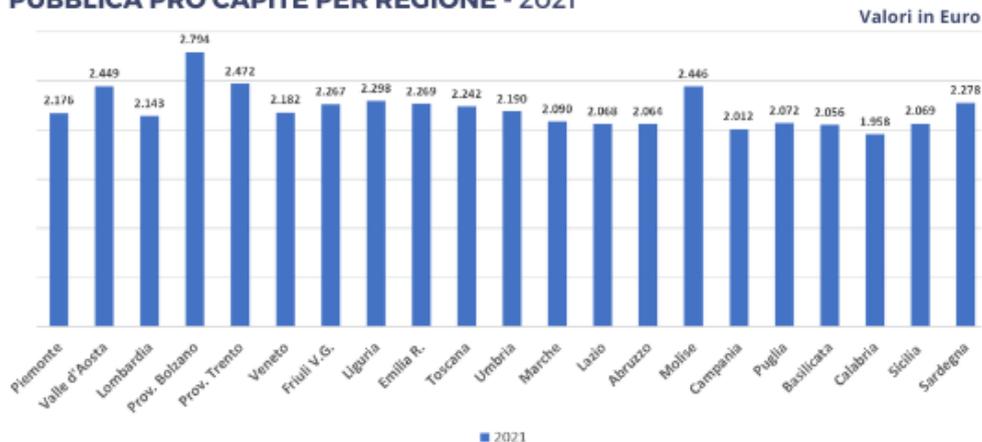
- Nell'ultimo triennio (2019-2021) la spesa sanitaria pubblica si incrementa di oltre 12

miliardi di euro; in rapporto al Pil (7,2 % del Pil dato 2021), l'Italia si colloca intorno alla media UE.

- La spesa sanitaria pubblica pro-capite si presenta omogenea nelle varie regioni. Rispetto ad una media italiana di 2.218 euro pro-capite, i due estremi sono rappresentati dalla Regione Calabria (1.958 euro pro-capite) e dalla Prov. Di Bolzano (2.794 euro pro-capite).
- La spesa sanitaria sostenuta direttamente dai cittadini nel 2021 risulta pari a 37,16 miliardi, in crescita nell'ultimo triennio di circa 2,5 miliardi. Rispetto al 2020 (anno pandemico) la crescita è pari a circa 6,5 miliardi. Il dato 2020, in questo caso, è compromesso dalle limitazioni all'accesso delle prestazioni sanitarie a causa delle misure restrittive COVID-19.

## SPESA SANITARIA

### PUBBLICA PRO CAPITE PER REGIONE - 2021



ELABORAZIONI INNOGEA SU DATI MEF RAGIONERIA DELLO STATO/ISTAT



## SPESA SANITARIA

### SOSTENUTA DAI CITTADINI (ITALIA)



ELABORAZIONI INNOGEA SU DATI MEF RAGIONERIA DELLO STATO - OTTOBRE 2022



Negli ultimi sei anni la spesa sanitaria sostenuta dai cittadini è passata dai 464 euro pro-capite (2016) ai 627 euro (2021).

- L'analisi della spesa sanitaria sostenuta direttamente dai cittadini italiani certifica, ancora una volta, la disuguaglianza sociale/economica tra le varie aree del Paese. Una disomogeneità che, partendo dal reddito delle famiglie e dalla povertà (il 42% delle famiglie povere vive al Sud) determina, come conseguenza, il rischio di una minore capacità della popolazione del Mezzogiorno di far fronte, con le proprie risorse, alla possibilità di curarsi là dove il sistema pubblico non fornisce risposte nei tempi richiesti.

## SPESA SANITARIA

SOSTENUTA DAI CITTADINI PRO CAPITE (ITALIA)

Valori in Euro



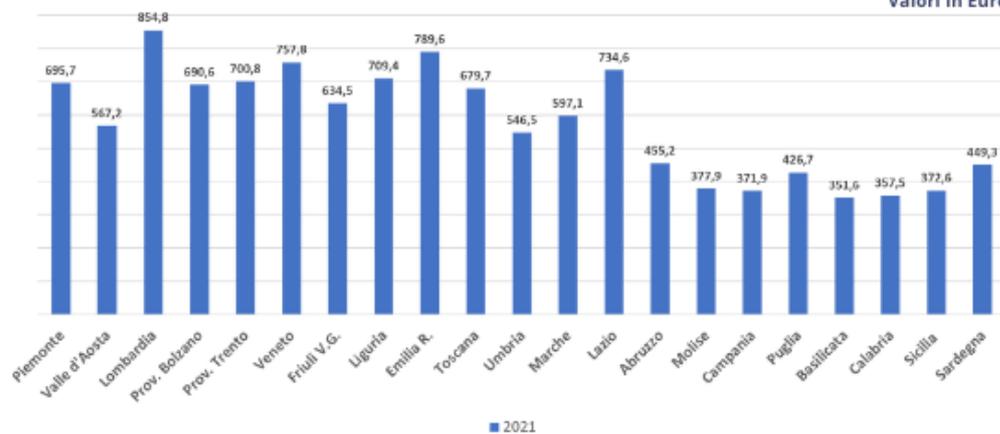
ELABORAZIONI INNOGEEA SU DATI MEF RAGIONERIA DELLO STATO/ISTAT



## SPESA SANITARIA

SOSTENUTA DAI CITTADINI PRO CAPITE PER REGIONE - 2021

Valori in Euro



ELABORAZIONI INNOGEEA SU DATI MEF RAGIONERIA DELLO STATO/ISTAT



- Nel Sud e nelle Isole la media pro-capite è di 392 euro contro i quasi 700 euro delle regioni del Nord. Complice un reddito medio delle famiglie notevolmente più basso al Sud (27.000 euro rispetto ai circa 36.500 di quelle del Nord - fonte dati Istat 2021) ed un'incidenza della povertà maggiore (il 42% delle famiglie povere si concentra nel Mezzogiorno).

# CAMPAGNA ISTITUZIONALE



Lavoriamo per  
una sanità migliore.

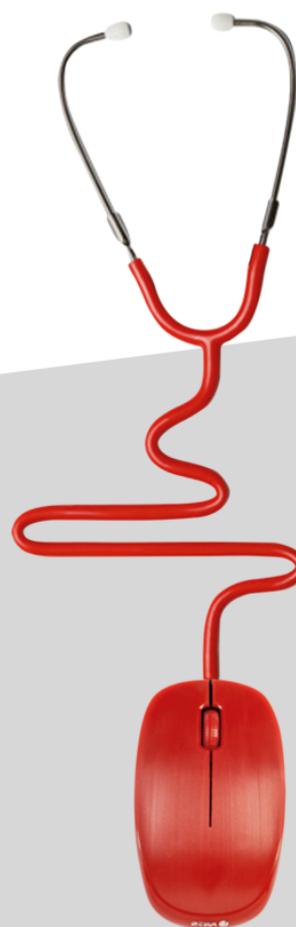
Metodi e tecnologie  
a supporto delle strutture sanitarie.



[www.innogeaa.com](http://www.innogeaa.com)  
[info@innogeaa.com](mailto:info@innogeaa.com)



PALERMO  
MILANO



# PARITÀ DI GENERE: UN'OPPORTUNITÀ PER LE AZIENDE

La Redazione

**S**in dal 2006, il “Codice delle pari opportunità tra uomo e donna” aveva introdotto il **Rapporto sulla situazione del personale maschile e femminile**. Si tratta di un documento in varie sezioni in cui riportare, tra gli altri, dati su:

- tipologia dei contratti applicati;
- numero complessivo di occupati per genere e qualifica;
- promozioni e assunzioni per genere e qualifica;
- occupati per genere e per tipo di contratto, in Cassa Integrazione (CIG) e aspettativa;
- entrate ed uscite, trasformazione dei contratti per genere e categoria;
- formazione del personale svolta per genere e per categoria professionale;
- informazioni generali sui processi e strumenti di selezione, reclutamento, accesso alla qualificazione professionale e manageriale;
- monte retributivo annuo lordo di cui componenti accessorie del salario, straordinari, superminimi, premi di produttività e altro per genere.

Un fac-simile del rapporto è facilmente reperibile in rete.

Il Decreto interministeriale del 29 marzo 2022, intervenendo sulla normativa preesistente, ha stabilito l'obbligo di presentazione del **Rapporto sulla situazione del personale maschile e femminile** per

tutte le aziende pubbliche e private che occupano più di 50 dipendenti; quest'ultimo, deve avvenire esclusivamente per via telematica sul portale del Ministero del Lavoro (<https://servizi.lavoro.gov.it/>), attraverso l'utilizzo di un apposito applicativo. Le aziende al di sotto di tale soglia possono presentarlo su base volontaria. L'art. 5 del medesimo decreto ha stabilito che, in fase di prima applicazione, relativamente al biennio 2020-2021, il termine per la presentazione del rapporto fosse fissato al 30 settembre 2022; per gli anni successivi il rapporto dovrà essere presentato, sempre in modalità telematica, entro il 30 aprile dell'anno successivo alla scadenza del biennio. L'omessa, falsa o mendace presentazione del rapporto comporta l'applicazione di una sanzione amministrativa da 1.000,00 a 5.000,00 euro.

Se il **Rapporto sulla situazione del personale maschile e femminile** è un obbligo sanzionabile, il legislatore, in materia di pari opportunità, ha dato tuttavia alle organizzazioni una grossa opportunità: ovvero la **certificazione della parità di genere** con specifici benefici associati.

Il PNRR, nell'ambito della *missione 5 - Inclusione e Coesione*, ha inserito tra gli obiettivi la **certificazione della parità di genere** che è divenuta operativa con il decreto del 29 aprile 2022, pubblicato sulla GU del 1° luglio 2022. La certificazione è rilasciata dagli Enti di certificazione accreditati, a seguito della effettuazione di audit per la verifica della esistenza in azienda di un **sistema documentato di “gestione della parità di genere”**. I contenuti di tale sistema di gestione devono essere coerenti con

i requisiti stabiliti dalla **prassi di riferimento UNI PdR 125:2022 "Linee guida sul sistema di gestione per la parità di genere che prevede l'adozione di specifici KPI (Key Performance Indicator - Indicatori chiave di prestazione) inerenti alle Politiche di parità di genere nelle organizzazioni"**.

Le linee guida riguardano **sei aree della gestione aziendale**:

1. Cultura e strategia.
2. Governance.
3. Processi di gestione delle Risorse Umane.
4. Opportunità di crescita ed inclusione delle donne in azienda.
5. Equità remunerativa per genere.
6. Tutela della genitorialità e conciliazione vita-lavoro.

Per ciascuna Area di valutazione sono definiti specifici KPI, attraverso i quali viene misurato il grado di maturità dell'organizzazione a seguito di un monitoraggio annuale e di una verifica ogni due anni, per dare evidenza del miglioramento ottenuto grazie agli interventi messi in atto o del *remediation plan* attivato. Ai fini della valutazione del grado di performance, viene assegnato alle diverse aree un peso percentuale diverso.

Nello specifico, sempre ai fini della valutazione, le aziende (pubbliche o private) sono state classificate in **4 fasce**:

Fascia	Cluster	n.ro addetti/e
1	Micro	1-9
2	Piccola	10-49
3	Media	50-249
4	Grande	250 e oltre

A fronte della classificazione in una delle quattro fasce, è definito il set di indicatori da applicare. Sono previste semplificazioni per le organizzazioni

appartenenti alla fascia 1 (micro-organizzazione) e fascia 2 (piccola organizzazione), mentre per le organizzazioni appartenenti alla fascia 3 (media organizzazione) e alla fascia 4 (grande organizzazione) è applicabile la totalità degli indicatori.

**Gli indicatori sono di natura quantitativa e qualitativa:** gli indicatori di natura qualitativa sono misurati in termini di presenza o non presenza (si/no), mentre gli indicatori di natura quantitativa sono misurati in termini di scostamento percentuale rispetto al valore medio di riferimento nazionale.

Ad ogni singolo indicatore è associato un punteggio, il cui raggiungimento viene ponderato per il peso dell'Area di appartenenza.

Per determinare l'accesso alla certificazione da parte dell'organizzazione è previsto il raggiungimento dello score minimo di sintesi complessivo del 60% e l'assenza di cause ostative, tra cui pregressi accertamenti di violazioni alle norme, come:

- il rifiuto, l'opposizione o l'ostacolo all'esercizio dei diritti di assenza dal lavoro;
- il rifiuto, l'opposizione o l'ostacolo alla fruizione del lavoro agile;
- la violazione delle disposizioni di cui al comma 5-bis dell'art. 8 del decreto legislativo 15 giugno 2015, n. 81 che prevede che la lavoratrice o il lavoratore che richiede la trasformazione del contratto, ai sensi dei commi 4 e 5 dello stesso articolo, non può essere sanzionato, demansionato, licenziato, trasferito o sottoposto ad altra misura organizzativa avente effetti negativi, diretti o indiretti, sulle condizioni di lavoro.

#### PREREQUISITI

#### Certificazione sulla parità di genere

Condizione necessaria è l'assenza, nei due anni precedenti la richiesta di certificazione, delle seguenti fattispecie:

- rifiuto, opposizione, ostacolo all'esercizio dei diritti di assenza dal lavoro;
- rifiuto, opposizione, ostacolo alla fruizione del lavoro agile;
- violazione delle disposizioni che prevedono la possibilità per il lavoratore di richiedere la trasformazione del contratto.

La certificazione viene rilasciata al momento della rilevazione degli indicatori, se esistono già i requisiti relativi al conseguimento del punteggio minimo stabilito attraverso i KPI; ogni due anni, tale certificazione viene rivalutata e rinnovata nel caso in cui sui gap rilevati siano stati messi in atto piani di mitigazione e miglioramento.

In tal modo, l'attribuzione di una verifica di conformità in base allo score finale consente agli stakeholder di riconoscere la validità e l'efficacia dei processi implementati internamente, con ricadute positive in termini reputazionali ed economici.

In presenza di certificazione il datore di lavoro ha diritto, fino alla concorrenza delle risorse previste dall'art.5 della Legge n.162/2021 (50 milioni di euro per il 2022 e con stanziamenti successivi per gli anni a seguire), un **bonus contributivo mensile pari all'1% della contribuzione complessivamente dovuta dal datore di lavoro**, entro il limite massimo di 50.000 euro annui per azienda.

Si riporta di seguito un esempio di calcolo del bonus:

*Operaio assunto al livello 4 del CCNL metalmeccanica artigiani da parte di un'azienda in possesso della certificazione di parità. Su base mensile, la retribuzione di base è pari a 1.699,07 euro. La contribuzione ordinaria INPS a carico del datore di lavoro è pari a 475 euro. Applicando lo sgravio previsto la contribuzione a carico del datore di lavoro si riduce dell'1% da 475 a 470,25 euro.*

*Ne deriva un risparmio annuo per lavoratore di circa 60 euro ovvero di circa 6.000 euro per ogni 100 lavoratori.*

La **Certificazione di Parità di Genere** è in grado di apportare all'organizzazione diversi **vantaggi** tra cui:

• il rafforzamento dell'immagine e della reputazione aziendale;

- l'accesso ad un bonus contributivo mensile pari all'1% della contribuzione complessivamente dovuta dal datore di lavoro, entro il limite massimo di 50.000 euro annui;
- la premialità nella partecipazione a bandi italiani ed europei;
- la capacità di dimostrare agli stakeholder interni ed esterni il proprio impegno sulla tematica, in armonia con gli stream a livello nazionale ed europeo;
- la presenza di un modello di gestione che permetta di identificare KPI sempre disponibili ed aggiornati, utili anche per la rendicontazione di genere prevista dalla normativa italiana (rapporti biennali) o per rendicontazioni quali i Bilanci di sostenibilità;
- l'arricchimento e l'estensione del sistema di gestione aziendale alle tematiche di parità di genere;
- il supporto alla piena conformità legislativa in materia di contratti di lavoro, tutela della genitorialità, parità di genere, assistenza, integrazione sociale e diritti delle persone portatrici di handicap;
- lo stimolo allo sviluppo e diffusione di strumenti di gestione aziendale (piani di welfare, back to work, coaching, smart working etc.).
- il miglioramento della soddisfazione del personale e del clima organizzativo.

#### VANTAGGI

##### Certificazione sulla parità di genere

- Bonus contributivo mensile pari all'1%.
- Premialità nella partecipazione a bandi italiani ed europei.
- Compliance normativa in materia di contratti di lavoro e welfare aziendale.
- Supporto alla piena conformità legislativa in materia di contratti di lavoro, tutela della genitorialità, parità di genere.
- Miglioramento della soddisfazione del personale e del clima aziendale.
- Rafforzamento dell'immagine e della reputazione aziendale.

INNOGEOA

# CARE RISK – INCIDENT REPORTING

Pubbliredazionale

**A** partire dal mese di febbraio 2023 verrà rilasciato il primo modulo di **Care Risk**, il **sistema informativo per la gestione del rischio clinico** di Innokea. Oltre dieci anni di esperienza sintetizzate in una soluzione che consentirà alle strutture sanitarie una gestione reattiva, proattiva e predittiva del rischio clinico.

CARE RISK COMPRENDE:

**1.** un'App grazie alla quale è possibile effettuare ed inviare segnalazioni di eventi (incident reporting) in forma completamente anonimizzata da parte dei dipendenti/collaboratori della struttura sanitaria.

**2.** una *web-application* grazie alla quale l'organizzazione sarà in grado di effettuare in maniera integrata:

• **ANALISI REATTIVA:**

- gestire tutti gli eventi che hanno luogo nel-

la struttura, compresi gli eventi segnalati tramite l'app;

- effettuare un'approfondita analisi delle cause;
- individuare le misure da adottare;
- monitorare gli avanzamenti;
- storicizzare i dati.

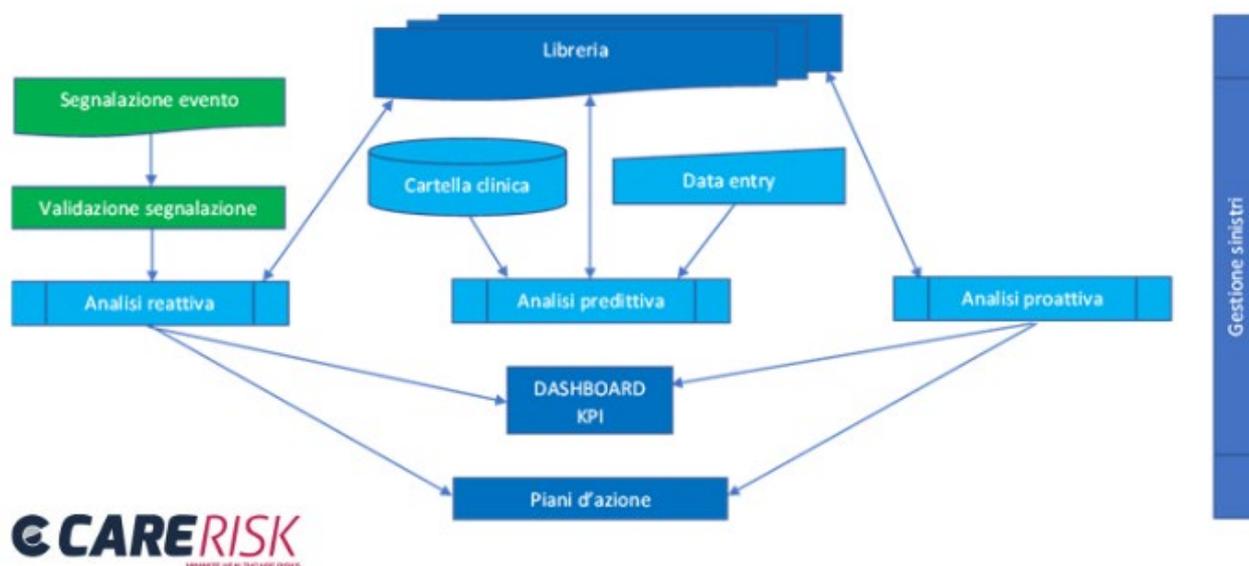
• **ANALISI PROATTIVA:**

- valutare i rischi attraverso la metodologia HVA.

• **ANALISI PREDITTIVA:**

- analizzare una serie di indicatori di struttura, di processo e di esito, clinici e manageriali che possano costituire elemento in ingresso ed alert per i processi di analisi proattiva e reattiva del rischio.

Nella figura seguente sono rappresentati i vari moduli componenti l'architettura complessiva di Care Risk.



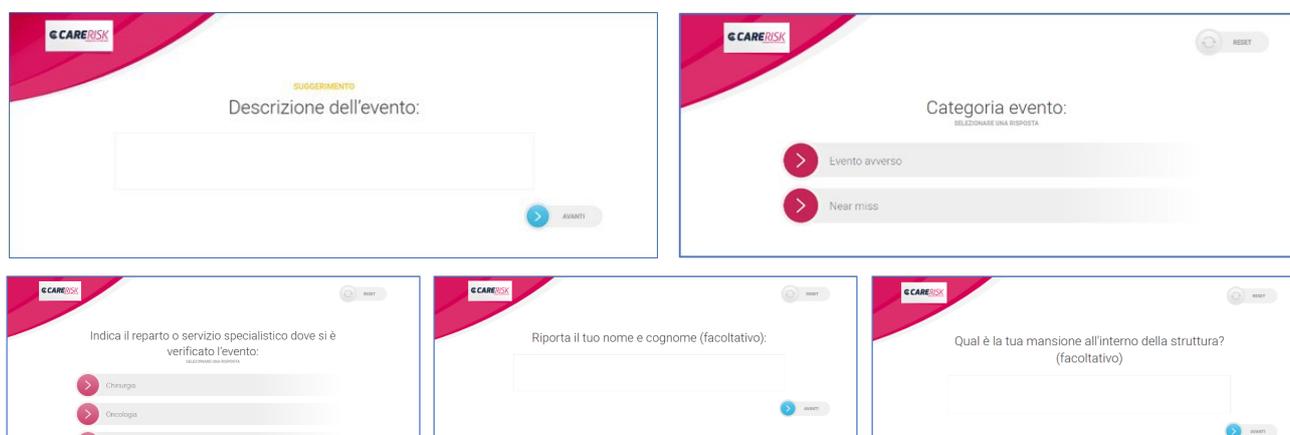
Il progetto Care Risk ha una sua timeline di sviluppo che porterà, nel corso del 2023, al rilascio di ulteriori moduli, fino al completamento dell'architettura e delle funzionalità nel 2024. Il primo modulo che sta per essere rilasciato è un sistema di Incident Reporting.

Tale soluzione ha lo scopo di facilitare ed incentivare il processo di segnalazione dei near misses e degli eventi avversi. Per gli operatori sanitari costituisce uno strumento versatile con cui effettuare in forma anonima le segnalazioni senza dover compilare e veicolare moduli cartacei. Per la funzione di risk management costituisce un importante strumento per acquisire, in modo rapido ed efficace, le segnalazioni in un ambiente unico in cui poter agganciare, a progetto ultimato, le stesse ad attività concomitanti (analisi reattiva e proattiva).

Care Risk Incident Reporting è accessibile dallo smartphone di qualunque operatore della struttura sanitaria, anche tramite l'inquadramento di un QR Code che è possibile posizionare nelle varie aree e reparti della struttura, al fine di massimizzare le opportunità di accesso. Non sono necessarie password né credenziali.

Il segnalatore troverà delle semplici maschere in cui inserire i dati utili a definire la segnalazione (data dell'evento, reparto, dati del paziente, categoria e natura dell'evento etc.) oltre, ovviamente, alla descrizione dell'evento vero e proprio. Le segnalazioni possono essere effettuate in forma anonima, per cui il segnalatore potrà evitare di inserire i suoi dati identificativi o quelli relativi alla sua mansione.

Di seguito alcuni screenshot.



Al termine del processo, la **segnalazione sarà recapitata all'indirizzo del risk manager**, il quale potrà dare seguito alla stessa secondo i processi di analisi reattiva in vigore in struttura. Periodicamente, verrà anche elaborato ed inviato automaticamente al risk manager (e agli indirizzi predefiniti) un **report con tutte le statistiche delle segnalazioni del periodo di riferimento**. Il risk manager o altri soggetti autorizzati e dotati di credenziali, potranno accedere al pannello di controllo per entrare nel merito di tutte le segnalazioni e generare report specifici, applicando all'intero database di segnalazioni tutti i filtri desiderati.

Per informazioni su **Care Risk** scrivi a [info@innogea.com](mailto:info@innogea.com) o chiama il numero **091.7434774**

# CAMPAGNA PROMO

ELIMINA I QUESTIONARI CARTACEI  
RILEVA IL GRADIMENTO IN TEMPO REALE  
AZZERA GLI SPRECHI DI CARTA E DI TEMPO

**PASSA A  
SEI SODDISFATTO?**



QUESTIONARIO 3 DI 10

gradimento?



**IERI** **DOMANI**

**INNOGEEA®**

[www.innogea.com](http://www.innogea.com)

# NEWS

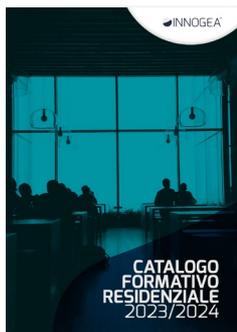
## Presentato il 4° Rapporto sulla Qualità degli outcome clinici



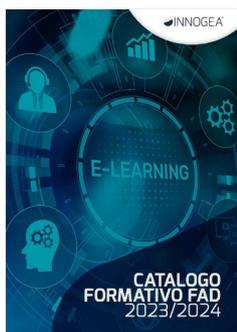
Il 1° dicembre 2022 è stato presentato il quarto “Rapporto sulla Qualità degli outcome clinici negli Ospedali italiani – Su dati Programma Nazionale Esiti 2021”. Una elaborazione ideata da AIOP/Innokea nel 2018 per facilitare

il confronto tra operatori, regione ed aggregati (pubblico/privato), ai fini del miglioramento continuo, e che quest’anno ha visto anche la partecipazione diretta di AGENAS.

## Online i nuovi Cataloghi Formativi 2023/2024



Da quasi 20 anni “*Formare le risorse delle organizzazioni sanitarie per allineare le loro competenze all’evoluzione scientifica, tecnologica e normativa di settore*” è una delle mission principali della area Training di INNOGEOA.



Addestrare il personale, accrescerne le competenze e favorirne il progresso professionale non è un adempimento tra i tanti, è il migliore investimento che un’azienda può fare per porsi concretamente obiettivi di futuribilità;

il capitale umano, si sa, è un vero e proprio patrimonio e, come tale, va amministrato con grande cura.

Ciò ha gettato le basi, nel corso degli anni, per la creazione di un’offerta formativa sempre più ampia ed aggiornata nei temi trattati e nelle modalità di erogazione.

I Cataloghi formativi 2023/2024 propongono quasi 200 corsi in [modalità Residenziale](#) e in [modalità FAD](#) suddivisi nelle seguenti aree tematiche: RISK MANAGEMENT, LOTTA ALLE INFEZIONI, ASSISTENZA CLINICA, MANAGEMENT, COMUNICAZIONE e COMPLIANCE.

Per informazioni scrivi a [info@innogea.com](mailto:info@innogea.com) o chiama il numero **091.7434774**

## Certificazione PDTA per Frattura del femore – Casa di cura IGEA



Per il secondo anno di seguito, la **Casa di cura IGEA** di Partinico ha riconfermato la **certificazione del proprio PDTA – Frattura del femore**, posizionando-

# NEWS

si ai vertici del Programma Nazionale Esiti 2022 dell'Age.na.s. L'audit, condotto dal Responsabile Ricerca e Sviluppo Consulting di Innogea, l'Ing. Filippo Castelli, si è concluso senza alcuna non conformità.

Un risultato davvero importante, tenendo conto soprattutto del fatto che la struttura, oltre ad essere prima in Italia per percentuale di Rischio Aggiustato (ADJ) relativo ad interventi chirurgici eseguiti entro le 48 ore, è stata la prima in Sicilia ad essere certificata per questa tipologia di Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA).

## Corso avanzato "Metodi e strumenti per il miglioramento degli esiti clinici"



Il 7 ottobre 2022, 106 medici e manager di strutture sanitarie hanno partecipato al webinar, dal titolo: 1° Corso avanzato "Metodi e strumenti per il miglioramento degli esiti clinici". Durante l'evento, sono inter-



venuti la Dr.ssa Barbara Cittadini, Presidente nazionale AIOP, e il Dr. Gianfranco Finzi, Presidente nazionale A.N.M.D.O.

All'intervento di apertura dei lavori, effettuato dall'Ing. Marco Lampasona, presidente di Innogea, hanno fatto seguito le relazioni presentate

dal Dr. Vittorio Scaffidi Abbate e dall'Ing. Filippo Castelli.

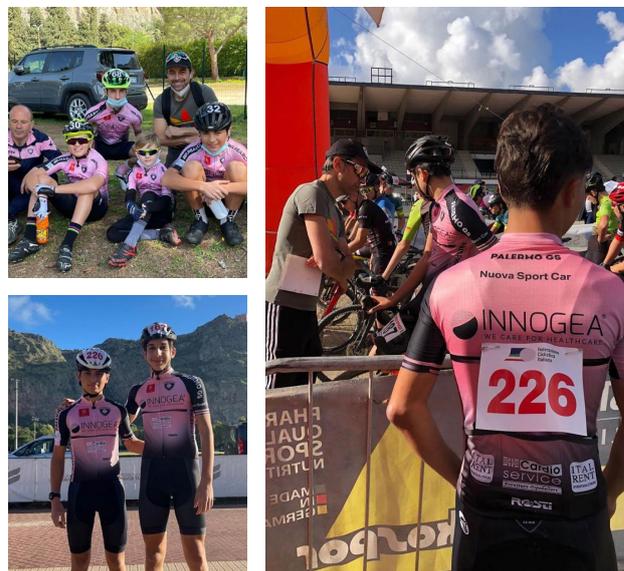
## INNOGEA si aggiudica la gara dell'ISMETT di Palermo



A fine luglio 2022, Innogea è risultata aggiudicataria della gara indetta dall'ISMETT - Istituto Mediterraneo per i Trapianti e Terapie ad Alta Specializzazione - di Palermo, relativa all'affidamento del servizio di Assistenza ai

Sistemi di gestione per la Qualità, l'Ambiente, la Salute e la Sicurezza dei lavoratori, documentati e conformi agli standard ISO 9001, ISO 14001 e ISO 45001.

## INNOGEA Sponsor del Palermo GS



Per il quarto anno consecutivo Innogea è main sponsor del Palermo GS, squadra agonistica di ciclismo giovanile. Il progetto, nato con il patrocinio del Comune di Palermo, ha consentito di far praticare, nel corso degli anni, il ciclismo ad oltre 100 adolescenti e di valorizzare il Parco Reale della Favorita di Palermo.



**Innokea Srl**

Sede Legale e operativa:

Via Ppe di Belmonte, 102 • 90139 Palermo

Tel. 091.7434774 • Fax 091.336853

Via Palmanova, 67 • 20123 Milano

Tel. 02.83623040

[www.innokea.com](http://www.innokea.com) • [info@innokea.com](mailto:info@innokea.com)