

20 YEARS 2004
2024
INNOGEA

14 HOUSE
ORGAN

EDIZIONE XIV
LUGLIO/DICEMBRE 2023

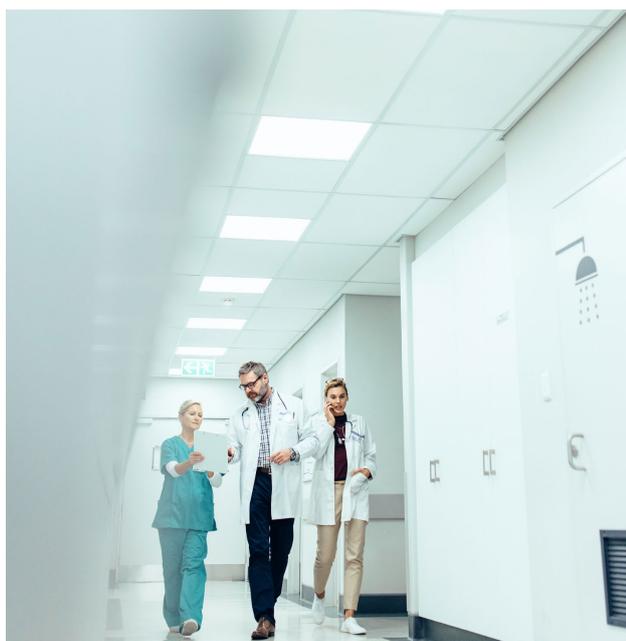


INNOGEA
INFORMA

INDEX

HOUSE
ORGAN

EDIZIONE XIV
LUGLIO/DICEMBRE
2023



L'editoriale

Marco Lampasona

3

LA CERTIFICAZIONE DEL PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA)

Caterina Ledda

5

DECRETO CONCORRENZA: TUTTE LE NOVITÀ INTRODOTTE NEL SETTORE SANITARIO

Filippo Castelli

8

LA COMUNICAZIONE DI TEAM COME FATTORE STRATEGICO DI CLINICAL RISK MANAGEMENT

Antonio Capodicasa, Elisabetta Alcamo

13

Pubbliredazionale 5 DOMANDE PER PASSARE DAI DATI ALLE INFORMAZIONI

Alessandro Fontana

18

Pubbliredazionale CAREMED PATIENT PORTAL: IL NUOVO MODULO DI CAREMED PER LA GESTIONE DELLE PRENOTAZIONI DA PARTE DEL PAZIENTE

Filippo Mannino

23

News

26

EDITORIALE

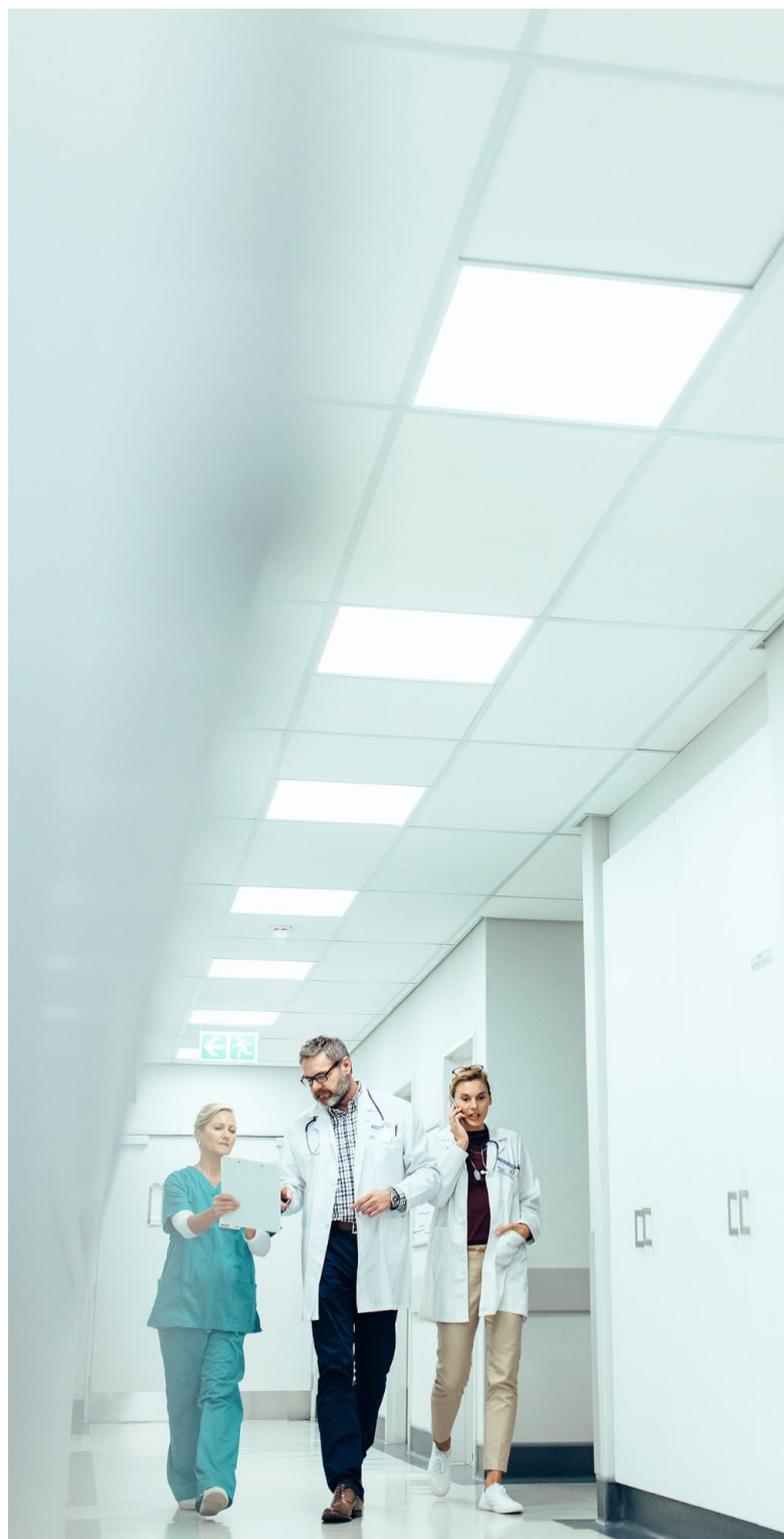
di Marco Lampasona

Viviamo in un contesto sociale, economico ed ambientale in repentino cambiamento. Tutte le sfere si intrecciano rendendo la nostra società fluida oramai in maniera strutturale. Nessun settore è escluso. Ma parliamo di salute.

Il nostro sistema sanitario ha erogato in un anno quasi 1,3 miliardi di prestazioni tra strutture pubbliche e private accreditate e occupa 476 mila sanitari, di cui 113 mila medici e 280 mila infermieri. Un'istituzione di dimensioni giganti da cui dipenda la "salute" del paese, sia in senso stretto quella dei nostri concittadini, sia in senso un po' più largo, quella della nostra economia.

Dal 2012 al 2019, la spesa sanitaria ha registrato una variazione reale negativa dello 0,4%, mentre nel periodo emergenziale e post emergenziale è cresciuta del 9,2%. La spesa rispetto al PIL dal 2020 presenta un profilo decrescente: 7,4% nel 2020, 7,1% nel 2021, 6,9% nel 2022.

I fatti sono argomenti testardi, diceva Adams, secondo Presidente degli Stati Uniti d'America. E tutti i fatti/dati, che per brevità non riporto, ci restituiscono una fotografia di un sistema Salute-Paese non più sostenibile. Non lo è per le casse dello Stato: si stima che, a prezzi attuali, l'evoluzione demografica con la senilizzazione della popolazione porterebbe la spesa sanitaria nel 2050 a 177 miliardi di euro contro gli attuali 131; non lo è per i nostri cittadini che continuano a rimandare cure, a spendere di tasca propria per avere un servizio tempestivo, soprattutto nel campo delle visite specialistiche e degli ac-



EDITORIALE

di Marco Lampasona

certamenti diagnostici, a muoversi in lungo ed in largo per la nostra penisola alla ricerca della migliore qualità clinica; non lo è nemmeno per tutti gli operatori, siano essi strutture pubbliche private o personale sanitario che vivono in continuo affanno tra carenze di risorse e un malessere ed una sfiducia collettiva.

Secondo un'indagine Censis del 2023, il 79,1% degli italiani si dichiara molto preoccupato per il funzionamento del servizio sanitario nel prossimo futuro.

Il razionamento dell'offerta come meccanismo ordinario di funzionamento del Servizio sanitario nazionale e l'obbligo, per coloro che possono permetterselo, di acquisto di prestazioni sanitarie private, determina nella coscienza collettiva l'idea di diseguaglianza sociale e la preoccupazione per il mancato soddisfacimento di un bisogno primario sancito dalla nostra Costituzione. L'ultimo rapporto del Censis sulla situazione sociale del Paese parla letteralmente di una società di "sonnambuli" ovvero di "ciechi dinanzi ai presagi". I trend a cui assistiamo sono purtroppo esponenziali (liste di attesa, rinuncia alle cure, mobilità, turn over) e come tali, in breve tempo, presenteranno crescite a doppia cifra. I sistemi economici e sociali del Paese sembrano muoversi in balia delle emergenze che si susseguono, senza che ci sia un disegno preventivo di medio termine.

In questo quadro abbastanza minaccioso le strutture sanitarie, nonostante una politica sanitaria ancora non ben definita, cercano comunque di muoversi, alle volte in maniera purtroppo non sistemica, verso un progressivo miglioramento della qualità clinica e della medicina di precisione. Ed è quello che vi racconteremo in questo numero. Vi parleremo di PDTA e della loro certi-



ficazione, di comunicazione per il miglioramento della gestione del rischio, delle novità introdotte nel settore sanitario dal Decreto Concorrenza e di tanto altro.

Non mi rimane che augurarvi buona lettura e buon 2024.

Marco Lampasona
Presidente - Innogea



Marco Lampasona
Presidente Innogea

LA CERTIFICAZIONE DEL PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA)

di Caterina Ledda

Il tema dei PDTA è diventato elemento sempre più presente nella programmazione sanitaria anche ed in virtù dei requisiti riportati nella legge n. 24/2017, relativamente alla richiesta di presa in carico, per gli esercenti le professioni sanitarie, delle raccomandazioni previste dalle Linee Guida (iscritte in apposito elenco istituito e disciplinato con decreto del Ministro della Salute) o, in mancanza di queste, dalle buone pratiche-clinico-assistenziali.

I PDTA rappresentano infatti - in una visione sistemica - la **contestualizzazione di Linee Guida**, relative ad una patologia o problematica clinica, nella specifica realtà organizzativa di un'organizzazione sanitaria, tenute presenti le risorse ivi disponibili - ovvero gli elementi di **contesto locale** (strutturale, tecnologico, professionale, normativo, organizzativo, ma anche geografico-ambientale, socio-culturale) in grado di condizionarne l'applicazione in un'ottica di **approccio globale al rischio**.

Considerando le aspettative di efficienza e qualità che vengono, in diversi contesti, riposte nella corretta costruzione e puntuale utilizzo dei PDTA, è emersa, da più parti, la generale necessità di avere un modello unico di implementazione e governo di questi strumenti. Un modello che, oltre a funzionare, abbia due fondamentali caratteristiche: essere valutabile in maniera oggettiva e riconosciuta ed essere verificato anche da un organismo di terza parte indipendente.

Un tema rilevante sul quale **Bureau Veritas** ha



CERTIFICAZIONE DEI PDTA

(SCHEMA DI CERTIFICAZIONE DEI PERCORSI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO ASSISTENZIALI)

deciso di impegnarsi, sviluppando uno Schema di Certificazione specifico dei PDTA per il quale è riuscito ad ottenere l'**Accreditamento Accredia** nel giugno del 2022 e, come ente di certificazione, ad Aprile 2023 (rif. Operative Pathway).

Si tratta di un progetto rilevante anche per gli obiettivi sfidanti che si è posto, fra i quali si riconoscono, innanzitutto, quello di fornire uno strumento unico di implementazione ed uno standard di certificazione verificabile sia per Regioni e Società Scientifiche, che per le **single organizzazioni sanitarie**.

Rispetto alla certificazione ai sensi della UNI EN ISO 9001:2015 che è una norma gestionale con la quale - da qualche anno - alcune strutture sanitarie stanno certificando i loro PDTA, lo schema di certificazione Bureau Veritas rappresenta una certificazione di servizio/processo e pone l'accento su tutti gli elementi che lo compongono ai quali si aggiungono aspetti di controllo del rischio sanitario:

- attenta analisi della **presa in carico delle fonti di letteratura** e della/e Linea/e Guida e/o buone pratiche clinico-assistenziali utilizzate per l'elaborazione del PDTA;

- successiva verifica puntuale del **rispetto delle fasi** di presa in carico del paziente all'interno del percorso: potenziale sorveglianza, accesso, inquadramento diagnostico, terapia, follow up, uscita;
- **monitoraggio nel tempo** del mantenimento dei requisiti ivi esposti;
- focus sul **controllo dei rischi eventuali** correlati alle diverse fasi di presa in carico del paziente e valutazione continua degli indicatori di esito, appropriatezza, processo, equilibrio economico;
- utilizzo dello strumento dell'**audit clinico** quale elemento atto a verificare (internamente all'organizzazione) che il sistema di controllo del PDTA sia conforme ai requisiti espressi ed agli altri requisiti di legge applicabili e sia attuato, mantenuto ed efficace in base ai requisiti definiti nel PDTA di riferimento.

Vi sono importanti vantaggi per tutti gli stakeholder di un'azienda sanitaria (medici, direzione, istituzioni, pazienti) derivanti dallo scegliere questa soluzione. Innanzitutto, consente di pianificare il sistema dei controlli analizzando attentamente i processi e le loro interazioni, identificando opportunamente le risorse necessarie alla loro efficace attuazione, oltre a rilevare le opportunità di miglioramento.

Per le Istituzioni, le Direzioni Aziendali e gli Enti Regolatori rappresenta uno strumento utile per dimostrare l'impegno per l'erogazione di servizi allineati alle normative cogenti e volontarie, attraverso l'applicazione rispettivamente di modelli collaudati e volti al miglioramento continuo.

Approcciarsi alla certificazione dà inoltre il vantaggio di ricevere una verifica diretta ed indipendente atta a garantire il controllo qualitativo e quantitativo dei servizi erogati e contribuisce allo sviluppo di una cultura del miglioramento delle performance. Ciò può servire a negoziare, in prospettiva, tariffe migliori con i decisori e offrire uno strumento di confronto interno e di benchmarking con altre strutture certificate che consenta di monitorare gli inter-

venti effettuati, la loro coerenza e continuità, nonché la sicurezza e gli effetti.

Certificare un PDTA rappresenta quindi non un punto di arrivo, bensì l'inizio di un "viaggio" di costante monitoraggio e controllo che possa garantire, nel tempo ed in modo sempre più strutturato, la "gestione" del percorso del paziente (che diventa parte attiva del processo) dalla presa in carico fino al trattamento, passando per la fase diagnostica, in un'ottica globale nella quale ogni specialista può apportare il proprio contributo e la propria competenza.

Concludendo, è utile riportare la testimonianza di chi ha già certificato il proprio PDTA. Secondo la dottoressa Marianna Silletta - Referente Oncologo del gruppo Multidisciplinare per la cura dell'epatocarcinoma presso la Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-Medico di Roma *"Definire e certificare un PDTA fornisce la possibilità, all'interno di un percorso standardizzato e quindi "time sparing", di avere maggior concentrazione sulla fase di definizione della strategia terapeutica. Infatti, PDTA non vuol dire omologazione delle cure, bensì personalizzazione della stessa, in grado di orientare la strategia terapeutica sempre più verso una medicina di precisione. All'interno del PDTA ogni paziente ha un percorso di presa in carico ben codificato ed una proposta terapeutica modellata sul paziente stesso. Questa è la medicina del futuro"*.



Caterina Ledda

Healthcare Innovation Leader
e Center-South Area Health & Social
Care Leader di Bureau Veritas Italia

CAMPAGNA ADV SANTABARBARA HOSPITAL

adv.innocea.com

santabarbarahospital.it

LA NOSTRA RISONANZA MAGNETICA È APERTA.

PRENOTA SUBITO IL TUO ESAME AL SANTA BARBARA HOSPITAL.



Telefono: **0933 817 111**

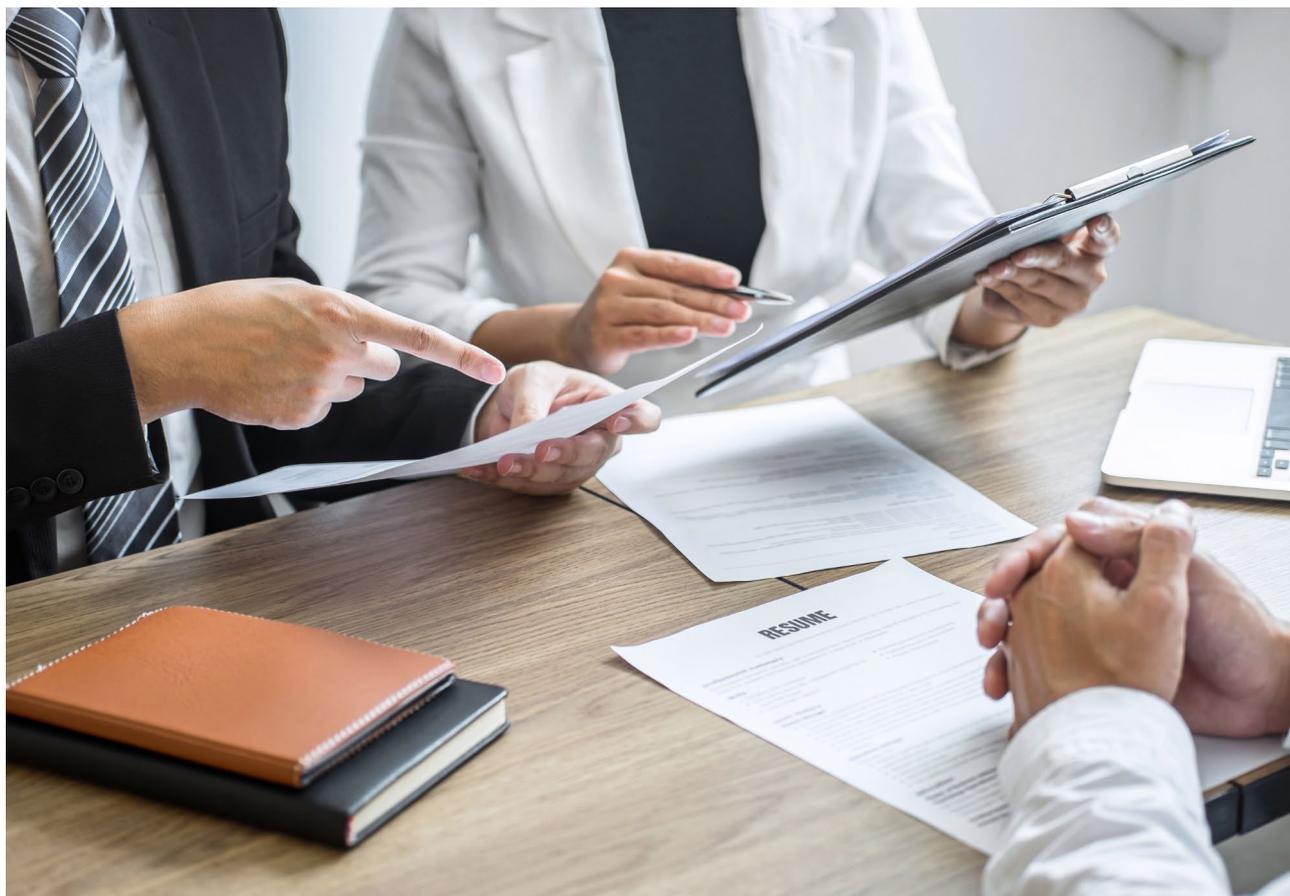
A Gela dal 1966, puntiamo ad offrire la migliore assistenza sanitaria.



SANTABARBARA
HOSPITAL

DECRETO CONCORRENZA: TUTTE LE NOVITÀ INTRODOTTE NEL SETTORE SANITARIO

di Filippo Castelli



La legge 5 agosto 2022, n. 118 (legge per il mercato e la Concorrenza) ha introdotto importanti modifiche al D. Lgs. 502/1992 recante: “Riordino della disciplina in materia sanitaria”. In particolare, all’articolo 8-quater, il comma 7 è stato così modificato: «Nel caso di richiesta di accreditamento da parte di nuove strutture o per l’avvio di nuove attività in strutture preesistenti, l’accreditamento può essere concesso in base alla qualità e ai volumi dei servizi da erogare, nonché sulla base dei risultati dell’attività even-

tualmente già svolta, tenuto altresì conto degli obiettivi di sicurezza delle prestazioni sanitarie e degli **esiti delle attività di controllo, vigilanza e monitoraggio per la valutazione delle attività erogate in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza, le cui modalità sono definite con decreto del Ministro della salute, da adottare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente disposizione**». Analogamente, all’art. 8-quinquies dello stesso decreto è stato aggiunto il comma 1bis prevedendo che “I soggetti privati di cui al comma 1 (ndr: ovvero soggetti

privati interessati alla sottoscrizione degli accordi contrattuali, per l'erogazione di prestazioni assistenziali per conto e a carico del Servizio Sanitario Nazionale) sono individuati, ai fini della stipula degli accordi contrattuali, mediante procedure trasparenti, eque e non discriminatorie, previa pubblicazione da parte delle regioni di un avviso contenente **criteri oggettivi di selezione**, che valorizzino prioritariamente la qualità delle specifiche prestazioni sanitarie da erogare. La selezione di tali soggetti deve essere effettuata periodicamente, tenuto conto della programmazione sanitaria regionale e sulla base di verifiche delle eventuali esigenze di razionalizzazione della rete in convenzionamento e, per i soggetti già titolari di accordi contrattuali, dell'attività svolta; a tali fini si tiene conto altresì dell'effettiva alimentazione in maniera continuativa e tempestiva del fascicolo sanitario elettronico (FSE) [...], nonché degli **esiti delle attività di controllo, vigilanza e monitoraggio per la valutazione delle attività erogate, le cui modalità sono definite con il decreto di cui all'articolo 8-quater, comma 7**".

Il decreto richiamato in questi due articoli è proprio il **Decreto 19 dicembre 2022 (c.d. decreto concorrenza)** pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 31/12/2022 il quale reca ad oggetto **"Valutazione in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza delle attività erogate per l'accreditamento e per gli accordi contrattuali con le strutture sanitarie"**. Il decreto definisce le modalità di valutazione in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza delle attività erogate, da applicarsi tanto in caso di richiesta di accreditamento da parte di nuove strutture pubbliche e private o per l'avvio di nuove attività in strutture preesistenti, quanto per la selezione dei soggetti privati ai fini della stipula degli accordi contrattuali.

Vediamo nel dettaglio i contenuti del Decreto.

Innanzitutto, è interessante rilevare, tra le considerazioni iniziali del decreto:

- "l'esigenza di definire un **quadro metodologico omogeneo a livello nazionale**, nel rispetto

delle prerogative programmatiche regionali, in merito alla definizione delle attività di monitoraggio, controllo e vigilanza sull'erogazione delle prestazioni sanitarie quali condizioni di accesso da parte degli erogatori privati al sistema di assistenza sanitaria erogata da parte del Servizio Sanitario Nazionale, attraverso una specifica implementazione delle attività di raccordo tra le discipline regionali in materia di accreditamento istituzionale";

- l'intenzione di individuare "relativi **indicatori di analisi e di monitoraggio delle prestazioni**, omogenei al livello nazionale ed idonei a rappresentare efficacemente le effettive condizioni di funzionamento dei diversi sistemi sanitari regionali, nel rispetto delle prerogative di programmazione sanitaria che l'ordinamento riconosce e garantisce a ciascuna regione e provincia autonoma"; con una chiara indicazione della volontà del legislatore, non solo di definire **regole comuni**, ma anche di **applicarle uniformemente** su tutto il territorio nazionale.

L'**articolo 1** del decreto rimanda proprio ai due **allegati A e B** che contengono i **criteri di valutazione**. In particolare:

a) in caso di richiesta di accreditamento da parte di **nuove strutture pubbliche e private** o per l'avvio di **nuove attività in strutture preesistenti**, la valutazione in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza delle attività erogate sarà effettuata sulla base degli elementi di cui all'**Allegato A** (ove applicabili in relazione alla tipologia di struttura considerata);

b) per la **selezione dei soggetti privati** ai fini della stipula degli accordi contrattuali, la valutazione sarà effettuata sulla base degli elementi di cui all'**Allegato B** applicabili.

Particolare rilevanza strategica assume, evidentemente, per le strutture sanitarie e sociosanitarie che ambiscono a consolidare ed accrescere la propria base contrattuale con i Servizi Sanitari Regionali, tale seconda fattispecie che

vede indicati nell'allegato B del decreto i criteri di valutazione, **dando comunque per assunta**, la conformità ai requisiti di cui all'allegato A, i quali verrebbero comunque invocati in caso di avvio di nuove attività.

L'**articolo 2** entra nel merito delle procedure di rilascio di nuovi accreditamenti ovvero di avvio di nuove attività in strutture già accreditate. Ferma restando la necessità di rispondenza ai requisiti specifici per l'accredimento, che non richiederemo, è interessante notare le seguenti due previsioni normative:

- Le Regioni e le Province autonome effettuano, entro un termine comunque non superiore a **sei mesi dalla data di rilascio dell'accredimento**, la verifica di quanto stabilito ai punti c) ed e) del comma 2 (ndr: ovvero le verifiche dei risultati dell'attività eventualmente già svolta da parte della struttura richiedente e degli esiti delle attività di controllo, vigilanza e monitoraggio secondo quanto riportato nell'Allegato A) per le strutture che non abbiano svolto attività sanitaria o sociosanitaria precedentemente al rilascio dell'accredimento.
- Le strutture in possesso dell'autorizzazione all'esercizio, che presentano l'istanza di nuovo accreditamento, la corredano di una **autovalutazione, in merito al possesso dei requisiti ulteriori di accreditamento e alla conformità agli elementi riportati nell'Allegato A** del presente decreto, nonché di una relazione sull'attività eventualmente già svolta in regime di autorizzazione.

Occorre pertanto attestare la conformità ai requisiti dell'allegato A in fase di istanza e gli stessi saranno comunque oggetto di verifica.

L'**articolo 3** riguarda tutti i soggetti privati accreditati interessati alla stipula di accordi contrattuali e prevede:

- la pubblicazione da parte di ogni Regione di un avviso contenente criteri oggettivi di selezione, **che valorizzino prioritariamente la qualità ed i**

volumi minimi delle specifiche prestazioni da erogare.

- la selezione periodica dei soggetti, tenuto conto, tra l'altro:
 - dell'attività svolta per i soggetti già titolari di accordi contrattuali;
 - dell'effettiva alimentazione in maniera continuativa e tempestiva del FSE;
 - degli esiti delle attività di controllo, vigilanza e monitoraggio per la valutazione delle attività erogate, effettuata sulla base degli elementi riportati nell'**Allegato B**.

Appare assai interessante, nell'art. 4 recante "Attività di monitoraggio di livello nazionale" il secondo comma il quale stabilisce che "**Nella selezione dei soggetti erogatori, le regioni (...) possono tener conto** dei risultati dell'attività di monitoraggio condotta dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS), relativamente agli aspetti di competenza indicati agli Allegati A e B del presente decreto, avvalendosi, in particolare, dell'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità, nonché **delle rilevazioni del Programma nazionale esiti (PNE)**."

Si tratta di una possibilità e non di un obbligo, ma è appena necessario rilevare l'importanza strategica (più volte sottolineata tra le pagine del nostro House Organ) di perseguire il miglioramento continuo degli outcomes clinici attraverso una sistematica attività di analisi e miglioramento dei PDTA.

Non richiamiamo i contenuti degli allegati A e B a cui rimandiamo per una lettura integrale, proponiamo piuttosto un elenco di 30 attività e verifiche necessarie ai fini del perseguimento della piena compliance al combinato disposto di entrambi gli allegati per ciascuno degli ambiti di valutazione, ovvero **Sicurezza, Appropriatezza e Qualità**.

Sicurezza:

1. Verifica della funzione di risk management e del possesso dei requisiti previsti per il ruolo.
2. Verifica dell'esistenza e del funzionamento

(attestabile attraverso opportuni verbali) di un comitato aziendale per la gestione del rischio sanitario.

3. Verifica dell'esistenza e del funzionamento di un sistema di *incident reporting* (segnalazione eventi sentinella, eventi avversi, near misses). A tale riguardo, si raccomanda di promuovere, con ogni mezzo possibile, la cultura "no blame" e l'attitudine alla segnalazione proattiva da parte del personale ad ogni livello.

4. Verifica della conduzione di *root cause analysis* e/o *significant event audit* degli eventi occorsi e segnalati e la corretta definizione dei piani d'azione (il tutto attestabile attraverso apposite evidenze documentate).

5. Verifica della corretta alimentazione del flusso SIMES. Al riguardo è appena necessario rilevare come le strutture private, in generale, non hanno la possibilità di alimentare questo flusso autonomamente. L'evidenza è rappresentata dal carteggio con l'UO Risk Management dell'ASP competente per territorio.

6. Verifica della documentazione (procedure, istruzioni operative, ecc.) predisposta ai fini del recepimento e dell'implementazione delle raccomandazioni del Ministero della salute in materia di rischio clinico applicabili all'organizzazione. Può essere utile, al riguardo, lasciare evidenza dell'autovalutazione anche secondo quanto presente nel portale Agenas

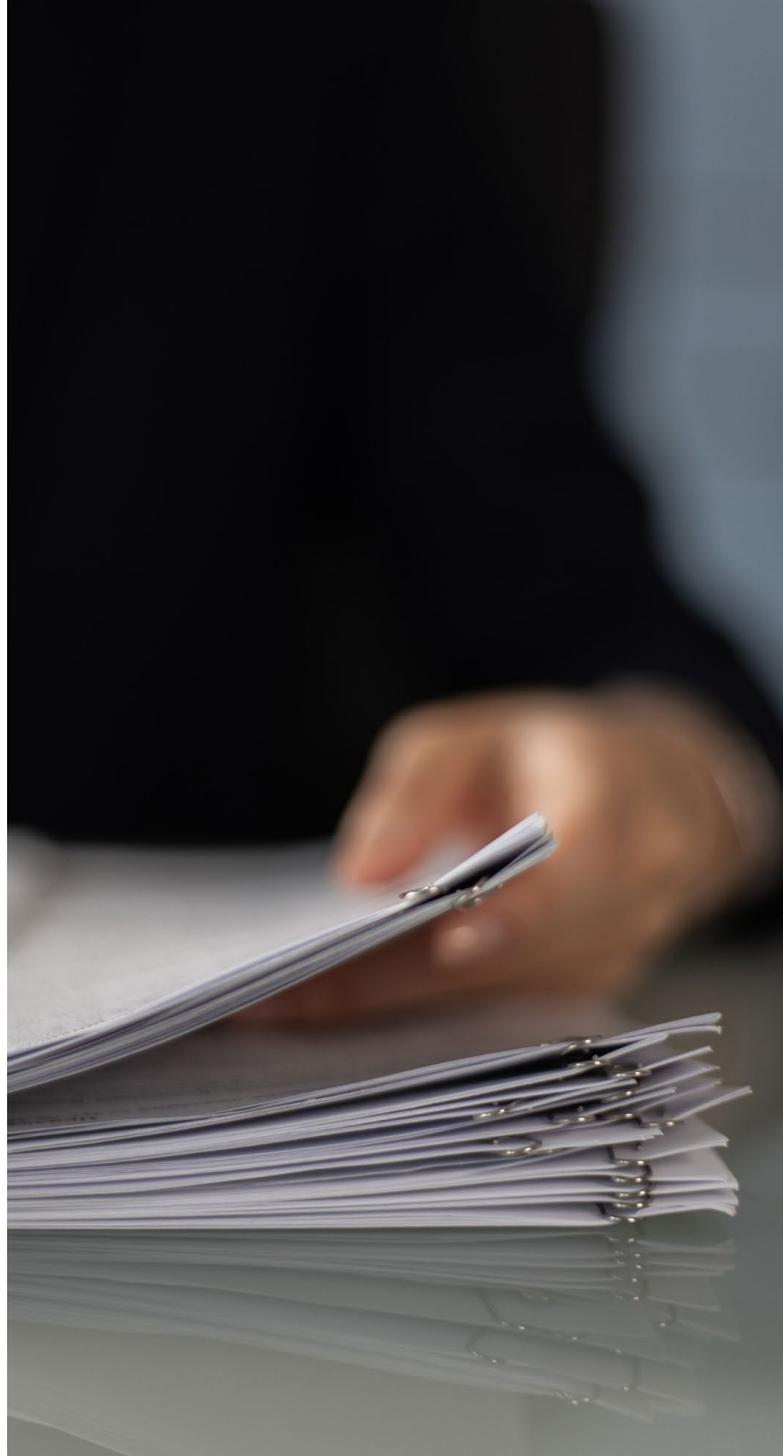
<https://raccomandazioni.agenas.it/>.

7. Verifica dell'esistenza di una mappatura e valutazione proattiva dei rischi, prioritizzazione e definizione di opportuni piani di miglioramento. Si raccomanda al riguardo l'adozione di metodologie robuste, come HVA e HFMEA.

8. Verifica dell'esistenza di un Piano Aziendale Annuale per la gestione del Rischio in ambito sanitario, coerente con le valutazioni di cui ai punti precedenti.

9. Verifica dell'esistenza di un Piano annuale delle emergenze sanitarie.

10. Verifica dell'esistenza di un Piano annuale per



la riduzione delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria che recepisca le pertinenti linee guida e framework dell'OMS in tema di prevenzione e controllo delle infezioni e lavaggio delle mani (framework IPCAF e HHSAF).

11. Verifica dell'esistenza di un comitato per la valutazione dei sinistri, del relativo regolamento e dell'evidenza del suo funzionamento attestabile attraverso opportuni verbali di riunione.

12. Verifica della presenza di idonea copertura assicurativa o di altre misure analoghe e dell'assolvimento degli obblighi di cui all'articolo 10 comma 4 della Legge 08/03/2017 n. 24.

Appropriatezza:

13. Verifica dell'implementazione di una procedura di compilazione e gestione della cartella clinica che disciplini i requisiti di contenuto della cartella con apposite check list di verifica.

14. Verifica dell'effettiva conduzione dei controlli interni sulla qualità della documentazione clinica attestabili attraverso check list ovvero verbali di audit specifici.

15. Verifica dell'utilizzo effettivo dei dati ai fini del miglioramento. L'evidenza di ciò può essere rappresentata dalla disponibilità di un report di indicatori aggiornato e da attività di riesame della Direzione con analisi dei dati e relative decisioni al riguardo e conseguenti piani (es. piano strategico, piano annuale delle attività, piano di miglioramento, piano di formazione etc.).

16. Analisi dei dati su DRG ad alto rischio di inappropriata e ricoveri ripetuti (Attività dei NOC).

17. Analisi dei dati sulla percentuale di rispetto delle classi di priorità delle prestazioni ambulatoriali e dei ricoveri programmati (a tale riguardo l'obiettivo minimo dovrebbe essere posto al 90%).

Qualità:

18. Verifica dei dati di volume e di esito con specifico riferimento al DM 70/2015. Si raccomanda al riguardo di fare riferimento anche alle soglie di volume desumibili dalla letteratura scientifica e, in particolare, in uso per la valutazione *treemap* del PNE.

19. Conduzione di analisi documentata degli outcomes clinici (con riferimento agli ultimi dati PNE disponibili) e di azioni consequenziali per il miglioramento degli esiti critici.

20. Verifica dell'esistenza di una procedura per l'emissione dei PDTA, verifica dei PDTA esistenti e dell'evidenza delle attività di auditing clinico per il controllo della loro attuazione.

21. Verifica dell'attività della struttura con riferimento alle reti regionali (ove applicabile).

22. Verifica dell'implementazione di una o più

procedure per la data protection riferibile alla documentazione sanitaria (riservatezza delle informazioni, sicurezza di accesso, integrità etc.).

23. Verifica della definizione (ad esempio, in apposita istruzione operativa e dichiarazione in Carta dei Servizi) dei tempi di consegna della copia della documentazione clinica in coerenza a quanto previsto dalla Legge 08/03/2017 n. 24 e disponibilità di relativi dati di performance.

24. Verifica della corretta e tempestiva alimentazione del FSE per quanto pertinente.

25. Verifica della situazione relativa alla dotazione e stato di vetustà delle apparecchiature elettromedicali.

26. Verifica dei dati di produzione a fronte dei budget assegnati.

27. Verifica dell'adesione (ove applicabile) della struttura al CUP regionale o infra-regionale.

28. Verifica dell'esistenza e dell'applicazione di protocolli di continuità assistenziale e di integrazione con la centrale operativa territoriale (se attiva).

29. Verifica dello stato di compliance alle previsioni della legge 190/12 in materia di prevenzione della corruzione (se applicabile in funzione di specifiche eventuali indicazioni regionali).

30. Verifica dello stato di compliance alle previsioni del D. Lgs. 33/13 in materia di assolvimento degli obblighi di trasparenza.

Per maggiori informazioni potete inviarci una mail a info@innogea.com oppure chiamarci allo **091.7434774**.



Filippo Castelli
Responsabile Clinical Governance
e Operation Innogea

LA COMUNICAZIONE DI TEAM COME FATTORE STRATEGICO DI CLINICAL RISK MANAGEMENT

di Antonio Capodicasa, Elisabetta Alcamo



Non possiamo cambiare la condizione umana, ma possiamo modificare le condizioni in cui gli esseri umani lavorano.

Partendo da una riflessione di Riccardo Tartaglia che, a sua volta, riprende una *lecture* tenuta a Firenze dal professionista John Ovretveit, risulta davvero interessante comprendere **quanto possano incidere a livello organizzativo gli errori connessi al buon esito delle cure sanitarie.**

Riportando qualche percentuale, “il successo della sicurezza delle cure dipende solo per il 10%

dal clinical risk manager, una percentuale un po' superiore (20%) l'hanno le “safety practices” proposte, che devono essere basate su evidenze scientifiche forti, il 40% del successo deriva dal terreno culturale in cui vengono disseminate ma soprattutto per il 60% è il clima creato dall'establishment aziendale a favorire il raggiungimento di una maggiore sicurezza delle cure premiando e celebrando la qualità”¹.

Guardando questi dati, si evince che buona parte del successo delle cure in ambito sanitario non risulta essere strettamente legata ad evidenti errori individuali, ma piuttosto condizionata da

1. Cit. Riccardo Tartaglia, *Breve storia di un clinical risk manager* in *Manuale di sicurezza del paziente e gestione del rischio clinico*, 2022, Cultura e Salute Editore Perugia

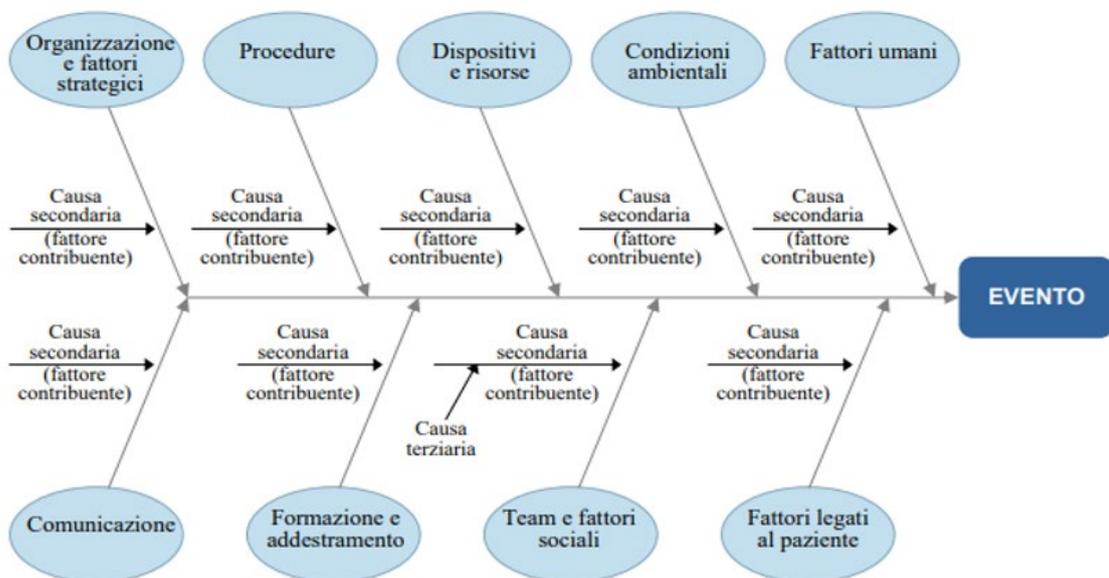
intricati fattori organizzativi. L'efficacia di qualsiasi struttura sanitaria risulta pertanto profondamente influenzata dal **modo in cui sono organizzati i processi, da come viene gestita la comunicazione interna ed esterna, tra operatori sanitari e pazienti e tra gli stessi professionisti**, da come vengono affrontate le sfide e le criticità sul piano quotidiano per cercare di garantire ai pazienti una ricerca costante del miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure erogate. Proprio in un contesto sanitario del genere, in cui gli errori, purtroppo, sono presenti e spesso inevitabili, emerge quindi la **necessità di un approccio che non li demonizzi, bensì li affronti in modo costruttivo**. Sebbene molto spesso sentiamo dire, soprattutto dai media, di medici incompetenti o accusati di negligenza, a cui vengono assegnate

adeguate punizioni per gli errori commessi, è necessario ammettere che anche nel campo della medicina, come in altri settori, risulta davvero difficile riuscire a trovare un professionista con anni di esperienza alle spalle che non abbia mai commesso alcun errore nel corso della propria vita professionale.

Ed è un fatto che tra i **fattori contribuenti ad un errore**, nel Protocollo di Londra², C. Vincent individui con estrema precisione il **Team di Lavoro** (compatibilità, coerenza, leadership) come un **fattore cruciale** capace non solo di fare da barriera, ma di **intercettare errori prima che gli stessi diventino evento avverso**, relegandoli al ruolo secondario, ma non meno importante, di *near miss*, a patto che la comunicazione interna, non solo quella tecnica, funzioni adeguatamente.

FATTORI LEGATI AL TEAM DI LAVORO	Comunicazione verbale Comunicazione scritta Supervisione e opportunità di aiuto <i>Struttura del team</i> (compatibilità, coerenza, leadership, ecc.)
---	--

Questo schema, ripreso anche dal Ministero della Salute (Manuale del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali), raffigura il **diagramma di Ishikawa**, ovvero il campo entro cui le **radici organizzative profonde degli errori** sono sempre rappresentate e dove, come possiamo ben vedere, i fattori contribuenti legati al Team sono al pari rappresentati.



2. Sally Taylor-Adams & Charles Vincent, *Analisi sistemica degli incidenti clinici - Il Protocollo di Londra*, Clinical Safety Research Unit Imperial College London

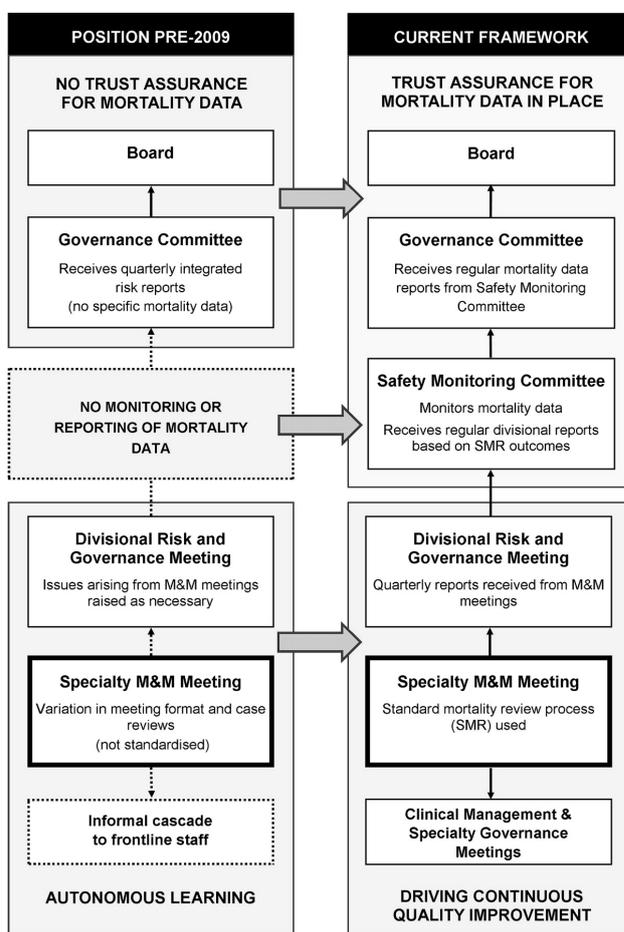
Se a sbagliare e a commettere errori, infatti, fossero soltanto alcuni medici meno competenti o meno preparati degli altri, tutti i casi di negligenza rilevati sul territorio interesserebbero esclusivamente un gruppo ristretto di professionisti. Le indagini statistiche, invece, confermano che la registrazione di errori all'interno delle strutture risulta piuttosto uniforme e ben distribuita. Diventa, pertanto, inevitabile giungere alla conclusione che **la maggior parte di medici e operatori sanitari è soggetta a commettere errori**, anche di grave entità, spesso per una serie di fattori tra i quali la comunicazione all'interno del team, sia professionale che umana, fattore che incide puntualmente sulla commissione o meno di errori accanto alla "competence" dei professionisti. Prendendo consapevolezza di questa realtà, ciò che è importante sottolineare non è tanto il fatto di impedire ai medici "meno competenti" di arrecare danno ai pazienti, piuttosto cercare di prevenire che i professionisti coinvolti possano ritrovarsi nelle condizioni di commettere errori, già commessi da altri colleghi, in futuro³.

Il periodico confronto tra pari su situazioni organizzative che avrebbero avuto la potenzialità di causare un errore o che, peggio, ne hanno creato le precondizioni di accadere, agisce costruttivamente nel ridurre situazioni comunicative di team critiche nelle vesti di veri e propri "latent failure".

Da tempo, la tecnica della **Morbidity and Mortality (M&M) Review** si presenta come uno **strumento fondamentale per le attività di Clinical risk management**, in quanto permette di analizzare retrospettivamente situazioni cliniche ed organizzative con le quali i gruppi di lavoro si sono confrontati con l'obiettivo di migliorare la pratica clinica e cercare di prevenire il ripetersi di eventuali errori e *near miss*. **Introdotte nel 1900 a Boston** e ora diffuse in molte istituzioni ospedaliere negli Stati Uniti, le M&M Review offrono un **ambiente sicuro e non punitivo in cui i medici possono discutere apertamente dei**

propri errori, esaminare casi complessi e imparare da essi, ripercorrendo insieme ai colleghi "il cammino dell'errore" fino alle sue origini e radici più profonde.

Queste riunioni periodiche mirano, infatti, a fornire una corretta visione degli errori commessi, favorendo una **cultura che scoraggi la negazione dei limiti individuali** di ciascun professionista. In un'ottica di apprendimento costante e costruttivo, la rielaborazione retrospettiva di complicanze, procedure inusuali e decessi inaspettati, si pone dunque come fine ultimo quello di **evitare che tali errori possano essere ripetuti dai professionisti in futuro**.



Anche la **Joint Commission**, inoltre, ha promosso il metodo rendendolo uno strumento cogente per l'accreditamento, in quanto ritenuto essenziale per il miglioramento complessivo dell'organizzazione.

3. Le conferenze denominate "Morbidity and Mortality", nov. 2017, Ryder Italia Onlus

IL METODO M&M REVIEW

Le **M&M Review** seguono un metodo strutturato che coinvolge cinque ruoli chiave⁴:

- Il **conduttore**, di solito un dirigente medico di alto livello, che stabilisce gli obiettivi, mette a disposizione di tutti le proprie competenze, garantendo il rispetto dei tempi e favorendo un ambiente orientato all'apprendimento dei partecipanti.
- Il **presentatore**, un operatore coinvolto nel caso, che fornisce dettagli e circostanze dell'evento.
- Il **mentore**, ovvero colui che si occupa dell'analisi preliminare del caso, partendo dalla risposta alla domanda cruciale: "Che cosa ha influenzato quanto è accaduto?".
- Il **moderatore**, figura sociale neutrale che facilita la discussione.
- Il **membro del team di selezione dei casi**, che contribuisce alla scelta di casi da esaminare; fa parte di un team principalmente composto da medici ed infermieri.

La componente progettuale delle M&M Review parte dalla selezione dei casi secondo criteri ben definiti. Si analizzano i risultati indesiderati, la loro presunta evitabilità e il potenziale di apprendimento registrato dagli errori commessi. Una volta esaurita questa fase preliminare, si procede con la presentazione del caso, limitando le informazioni a quelle essenziali per la comprensione dell'evento. L'utilizzo di strumenti come la lista di controllo, secondo il protocollo di Londra e l'analisi delle distorsioni cognitive, permette inoltre di identificare le cause profonde e valutare l'impatto dei fattori contribuenti di tipo gestionale e organizzativo.

Il dibattito che prende vita durante questi confronti costituisce dunque il cuore dell'analisi degli errori. Domande guida mirate, come le seguenti, possono contribuire a stimolare la riflessione: *"Ci sono domande sulla comprensione del caso?"*

Che cosa trovate convincente? Serve una misura? Che cosa si potrebbe fare? Che cosa abbiamo imparato?". **Questo processo porta all'individuazione proprio di quelle misure concrete e correttive che si pongono come fine ultimo il miglioramento costante della qualità delle cure e della sicurezza dei pazienti.**

Al termine del confronto tra i professionisti è fondamentale redigere un verbale che includa le azioni da intraprendere e le scadenze fissate per il monitoraggio delle misure individuate. Somministrare un questionario di valutazione ai partecipanti può fornire, inoltre, preziosi feedback per aiutare i Risk manager e le Direzioni sanitarie a migliorare ulteriormente il processo di analisi degli errori.

CONCLUSIONI

Riconoscere l'inevitabilità degli errori diventa quindi il presupposto essenziale per indagare sulle loro origini e cause più profonde, al fine di migliorare la sicurezza e la qualità delle cure erogate. In altri settori, ad esempio quello dell'aviazione, dell'industria nucleare e dell'elettronica, la ricerca e accettazione degli errori ha portato, infatti, a miglioramenti complessivi davvero significativi.

In medicina, l'adozione delle M&M Review rappresenta una straordinaria opportunità a supporto delle attività di Clinical risk management che va oltre il tradizionale modello di analisi degli errori individuali, in quanto sottolinea l'**interconnessione costante tra i rischi in ambito sanitario e i fattori organizzativi connessi**, imponendo contemporaneamente il **confronto e la comunicazione tra i vari soggetti coinvolti nei processi di cura**. Questo strumento stimola, inoltre, a non "coprire" gli errori commessi dai singoli, al fine di generare un confronto costruttivo tra gli operatori a tutto vantaggio del miglioramento della comunicazione all'interno del team e a favore

4. M&M Conference: conferenza dedicata a mortalità e morbilità, 2020, nurse24.it



della crescita di una cultura *no-blame*, frutto di una visione condivisa dei fatti piuttosto che della paura di esporsi ed essere accusati dai colleghi. L'adozione di un **metodo integrato, partecipativo e non punitivo** come quello condiviso dall'M&M Review offre un terreno fertile per la trasformazione della cultura della sicurezza sanitaria: **fare luce sull'errore come opportunità di apprendimento continuo** e riconoscere che una parte significativa dei rischi è legata ai processi organizzativi e gestionali di ciascuna struttura, apre ad un **cambiamento profondo nella prospettiva di gestione dei rischi in sanità**.

La vera conquista culturale è rappresentata dall'accettare che in medicina, come in tutte le attività umane, si può anche sbagliare e commettere errori. Tuttavia, sebbene non si possa pretendere la perfezione dalla pratica clinica, si può comunque lavorare costantemente per cercare di raggiungerla.

In conclusione, possiamo affermare che investire in un'analisi profonda degli errori di tipo organizzativo attraverso gli strumenti di Clinical risk ma-

nagement a nostra disposizione, come quello appena approfondito dell'M&M Review, può aprire le porte a una nuova era della sicurezza in ambito sanitario, **un'era in cui gli errori diventano pietre miliari nell'analisi preventiva degli errori, punti di partenza per fare luce su problematiche organizzative latenti**, piuttosto che ostacoli rincorrenti, insormontabili e radicati nel terreno culturale e organizzativo delle strutture sanitarie.



Antonio Capodicasa

Clinical Risk Manager, Componente Board Scientifico Innogea



Elisabetta Alcamo

Marketing Specialist Innogea

CINQUE DOMANDE PER PASSARE DAI DATI ALLE INFORMAZIONI

di Alessandro Fontana

Quasi tutte le azioni svolte dal personale generano dati, si pensi alla somministrazione di una terapia, all'erogazione di una prestazione di fisioterapia, ad un intervento in sala operatoria o alla rendicontazione periodica.

L'enorme mole di dati genera molto **rumore informativo**: un eccesso di oggetti potenzialmente monitorabili. Diventa quindi indispensabile fare ordine, **trasformare i dati in informazioni e monitorare solo ciò che è veramente utile al miglioramento dell'azienda**.

Fare ordine è spesso molto complesso, esistono però **5 domande fondamentali** a cui rispondere per **selezionare le informazioni da monitorare**:

A COSA MI SERVE QUESTO DATO?

Tutti i dati sono utili, ma solo pochi sono indispensabili.

Avere a disposizione una grande quantità di dati porta inevitabilmente alla ricerca del monitoraggio completo per paura di perdere qualche informazione. Di fronte ad ogni dato o potenziale informazione, bisogna chiedersi instancabilmente **a cosa ci serve, come possiamo utilizzarlo, qual è il beneficio che possiamo trarre dal monitoraggio**. Se veramente importante, la risposta dovrebbe essere immediata.



QUALI AZIONI POSSO COMPIERE A SEGUITO DEL MONITORAGGIO DI QUESTO INDICATORE?

Se la prima domanda ci permette di fare una prima scrematura, questa seconda domanda si incentra, invece, su un concetto fondamentale: **cosa faccio con queste informazioni?** Il monitoraggio di ogni indicatore deve avere una finalità, deve portare ad un'azione che possa modificare un comportamento all'interno dell'organizzazione per migliorarne i risultati. Anche in questo caso, se la risposta non è immediata è necessario un ulteriore livello di approfondimento.

QUESTA INFORMAZIONE INCREMENTA IL MIO LIVELLO DI CONSAPEVOLEZZA DELL'EFFICACIA E DELL'EFFICIENZA DELLE DINAMICHE AZIENDALI?

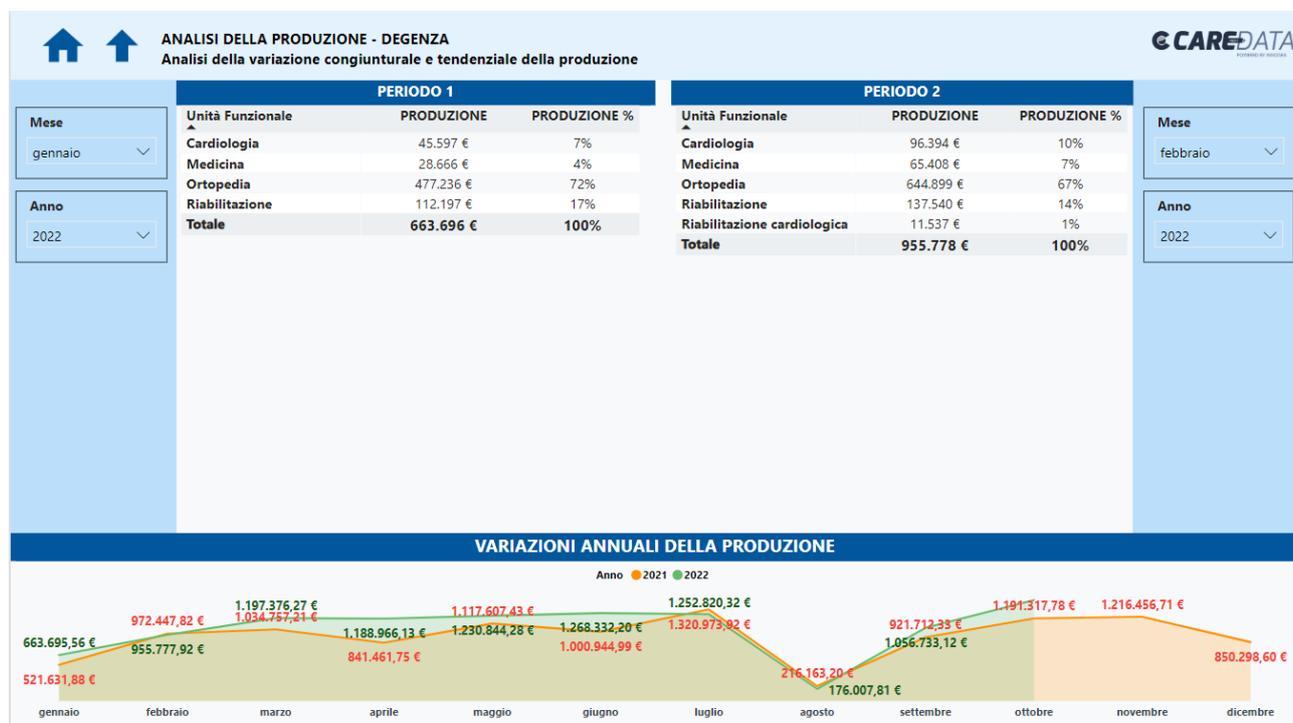
Esistono delle informazioni che, prima di spingere il management all'implementazione di determinate azioni ne incrementano il livello di consapevolezza dell'efficacia e dell'efficienza delle dinamiche aziendali. Esempio principe sono tutti gli indicatori di Benchmark. **Incrementare questo livello di consapevolezza dei processi è un passo fondamentale per l'implementazione di un modello di governo consapevole dell'azienda.**

QUANTO COSTA RECUPERARE QUESTA INFORMAZIONE?

Il costo per l'ottenimento di un'informazione deve sempre essere paragonato al beneficio che si può trarre dal suo monitoraggio. Se il recupero di un'informazione è eccessivamente oneroso, il relativo beneficio può non essere abbastanza redditizio da giustificarlo. Questo diventa, quindi, un criterio fondamentale per la selezione degli indicatori da monitorare.

CON CHE FREQUENZA POSSO MONITORARLO?

La vita quotidiana ci ha abituati, grazie all'uso della tecnologia, a monitorare in *real time* quasi ogni cosa. All'interno di un'azienda il *real time* può avere poco senso, ma **la frequenza di monitoraggio di un indicatore è invece un aspetto cruciale**. Se posso monitorare un determinato indicatore solo una volta l'anno, perde di significato il suo inserimento all'interno di un più ampio cruscotto di monitoraggio aziendale. Non potrò compiere alcuna azione immediata e non mi aiuterà in alcun modo ad incrementare il livello di consapevolezza dell'efficienza ed efficacia delle dinamiche aziendali.



Tutte queste domande portano ad avere un quadro chiaro, completo ed esaustivo di tutti gli indicatori che possono essere monitorati all'interno di una struttura sanitaria. **Una dashboard esaustiva consente all'imprenditore di prendere decisioni guidate dall'analisi dei dati.**

Di seguito, alcuni **esempi di indicatori e relativi monitoraggi**:

- **Efficienza ed Efficacia del reparto di riabilitazione:** in una struttura con un reparto di riabilitazione, monitorare le performance del comparto fisioterapico è indubbiamente un elemento di fondamentale importanza. All'interno delle dashboard create dal nostro Team è possibile **monitorare le performance del reparto di riabilitazione tramite appositi indicatori di efficienza ed efficacia**, monitorando il numero di trattamenti effettuati dal reparto ed i minuti di trattamento erogati ai pazienti, dato che viene automaticamente importato dalla cartella clinica informatizzata. In questo modo, sarà possibile verificare se il reparto ha una performance media costante ed identificare velocemente i dati che si discostano dalla media. L'analisi di questi dati permette al management di approfondire i risultati al fine di comprendere quali motivazioni hanno generato una performance che si è discostata dalle medie di periodo.
- **Costo per DRG e per SDO:** si tratta di uno dei dati più ambiti dal management delle strutture sanitarie. Dove l'informatizzazione, tramite la cartella clinica elettronica, risulta profonda, è possibile **identificare il costo per singolo paziente e, per sommatoria, per singolo DRG**. L'importante valorizzazione degli *Esami Interni*, ovvero gli esami per i pazienti ricoverati che vengono chiesti dai reparti ai servizi di Diagnostica e Laboratorio, rappresentano un ulteriore importante valore da monitorare per identificare eventuali comportamenti non corretti da parte delle équipes di reparto. Si pensi, ad esempio, ad un'équipe che prescrive costantemente una routine di esami completi ai pazienti quando, in realtà, potrebbero bastare molti meno esami per il controllo puntuale dei valori. Questo comporterebbe un inutile dispendio di reagenti e di lavoro del laboratorio d'analisi, assolutamente non necessario ai fini clinici.

🏠
⬆️
⬅️

ANALISI DEI COSTI
 Degenza - Dettaglio su DRG

DETTAGLIO COSTI - DRG								
DRG	PRODUZIONE	FARMACI	MATERIALI	PROTESI	ESAMI	PASTI	COMPENSO VAR. MEDICI	MLC
546	19.447 €	17 €	80 €	4.735 €	136 €	21 €	0 €	74%
545	22.192 €	86 €	573 €	4.302 €	379 €	89 €	0 €	76%
544	272.577 €	513 €	9.153 €	70.314 €	5.007 €	1.333 €	0 €	68%
538	17.386 €	20 €	613 €	910 €	623 €	66 €	0 €	87%
503	15.592 €	23 €	1.164 €	2.142 €	536 €	59 €	0 €	75%
500	8.952 €	25 €	83 €	2.000 €	161 €	87 €	0 €	74%
498	36.942 €	45 €	258 €	9.171 €	566 €	75 €	0 €	73%
467	3.838 €	256 €			60 €	284 €	0 €	84%
462	2.828 €	0 €			39 €	189 €	0 €	92%
316	587 €	56 €			105 €	24 €	0 €	69%
271	12.806 €	538 €			782 €	229 €	0 €	88%
Totale	663.696 €	4.155 €	13.959 €	106.300 €	16.171 €	9.155 €	0 €	77%
DETTAGLIO COSTI - NUMERO SDO								
NUMERO SDO	PRODUZIONE	FARMACI	MATERIALI	PROTESI	ESAMI	PASTI	COMPENSO VAR. MEDICI	MLC
☐ Ordinario	586.629 €	4.057 €	11.319 €	100.432 €	12.910 €	9.027 €	0 €	77%
☐ DH	63.130 €	71 €	1.911 €	5.868 €	2.264 €	105 €	0 €	84%
☐ DSO	13.937 €	28 €	730 €		998 €	23 €	0 €	87%
2022000001	552 €		16 €		40 €	0 €	0 €	90%
2022000002	589 €		10 €		40 €	0 €	0 €	92%
2022000003	1.313 €	4 €	146 €		63 €	4 €	0 €	83%
2022000004	1.349 €		86 €		103 €	2 €	0 €	86%
2022000005	589 €		29 €		40 €	0 €	0 €	88%
2022000006	1.349 €	3 €	88 €		103 €	3 €	0 €	85%
2022000007	1.313 €	3 €	88 €		103 €	3 €	0 €	85%
2022000008	589 €	3 €	34 €		40 €	0 €	0 €	87%
Totale	663.696 €	4.155 €	13.959 €	106.300 €	16.171 €	9.155 €	0 €	77%

- **Performance del Comparto amministrativo:** così come già evidenziato per le équipes di fisioterapisti, anche le performance del comparto amministrativo possono essere tracciate, in quanto è possibile riportare le loro ore di presenza alle ore di sviluppo in termini di accettazioni fatte, prenotazioni effet-

tuate, fatturazioni, ecc. Ciò permette al management di identificare, in maniera rapida, non solo **COME viene speso il tempo da parte delle risorse del comparto amministrativo, ma anche PER CHI viene speso questo tempo**, consentendo di identificare i reparti, i servizi di diagnostica o gli ambulatori più *time consuming* per il comparto amministrativo e prendendo, di conseguenza, decisioni volte a migliorare sia le performance del CUP che la qualità del servizio erogato alla struttura. Per fare un esempio, si pensi alla decisione di inserire di una nuova risorsa nelle giornate di maggior affluenza di pazienti, al fine di rendere più fluido e qualitativamente elevato il servizio ambulatoriale.

Questi rappresentano soltanto tre esempi di una decisamente più ampia e personalizzabile analisi che può essere implementata all'interno di ciascuna struttura sanitaria. Per il team di Innogea non esiste una dashboard di intelligence preimpostata, esiste una base sulla quale lavorare insieme al management per costruire lo strumento più adatto alle esigenze della struttura. Nell'implementazione dei nostri strumenti, associati ai servizi consulenziali da noi offerti, perseguiamo un unico obiettivo: **consentire al management della struttura di implementare un modello di governo consapevole dell'azienda.**



Alessandro Fontana

Responsabile Management Innogea

IL POLIAMBULATORIO PER ECCELLENZA.



 **Igea**
Medical Center

Viale Regione Siciliana, 2250 - 091 555 7492 - parcheggio gratuito

CAREMED PATIENT PORTAL: IL NUOVO MODULO DI CAREMED PER LA GESTIONE DELLE PRENOTAZIONI DA PARTE DEL PAZIENTE

di Filippo Mannino



CareMed Patient Portal è la nuova **piattaforma cloud** realizzata da Inno-gea. Si integra con la cartella clinica informatizzata e consente al paziente di gestire in autonomia la prenotazione di esami e visite specialistiche, nonché l'accesso al proprio dossier sanitario.

La piattaforma è progettata per essere inserita all'interno del sito web della struttura sanitaria e presenta un'interfaccia di facile utilizzo e di tipo *responsive*, garantendo la massima usabilità anche su dispositivi con schermi di dimensioni ridotte.

PRENOTAZIONI ONLINE

Il **modulo prenotazioni**, come già anticipato, permette al paziente di **prenotare esami e visite specialistiche in completa autonomia**. È possibile effettuare prenotazioni in regime di solvenza, a carico del Servizio Sanitario Nazionale o nell'ambito di convenzioni assicurative. Per le prestazioni a carico del SSN, la prenotazione viene effettuata tramite acquisizione automatizzata del contenuto della ricetta dematerializzata.

Per le prenotazioni di prestazioni in regime di solvenza o rientranti all'interno di convenzioni assi-

curative, il paziente seleziona la prestazione da prenotare indicando, opzionalmente, il medico. La piattaforma propone agende e disponibilità corrispondenti alla selezione, indicando l'importo della prestazione associato a ciascuna agenda. Dopo aver selezionato la data e l'ora, per completare la prenotazione il paziente dovrà registrarsi fornendo i propri dati anagrafici o autenticarsi tramite le credenziali registrate in precedenza.

PER QUANDO VUOI PRENOTARE?

	Lun 7 dic	Mar 8 dic	Mer 9 dic	Gio 10 dic	Ven 11 dic	Sab 12 dic	Dom 13 dic
Dott. Mario Rossi 80,00 €	13:00 13:20 13:40 14:00 14:20	08:00 08:20 08:40 09:00 09:20	08:00 08:20 08:40 09:00 09:20	08:00 08:20 08:40 09:00 09:20	08:00 08:20 08:40 09:00 09:20	08:00 08:20 08:40 09:00 09:20	08:00 08:20 08:40 09:00 09:20
Dott. Luigi Bianchi 80,00 €		15:30 15:50 16:10 16:30 16:50		15:30 15:50 16:10 16:30 16:50	15:30 15:50 16:10 16:30 16:50		

Per le prenotazioni di prestazioni a carico del Servizio Sanitario Nazionale, il paziente inserisce il proprio codice fiscale e il numero della ricetta elettronica. La piattaforma, quindi, acquisisce automaticamente il contenuto della ricetta e propone agende e disponibilità corrispondenti alle prestazioni contenute nella ricetta. Se le prestazioni non sono associate a un codice di esenzione, la piattaforma mostra l'importo del ticket associato alla ricetta.

In entrambi gli scenari, il paziente può consultare in qualunque momento la lista delle proprie prenotazioni ed eventualmente disdire gli appuntamenti inseriti in agenda.

CONTENUTO DELLA RICETTA

Paziente: [REDACTED]
 Codice fiscale: [REDACTED]
 Data compilazione: 28 mag 2019
 Classe priorità: D
 Codice esenzione: 048
 Importo ticket: 0,00 €
 Diagnosi: 202.0 LINFOMA NODULARE
 Prestazioni: 87038 TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL COLLO, SENZA E CON CONTRASTO
 87411 TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO
 88012 TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO

SELEZIONE DELL'AGENDA

Seleziona, se vuoi, un'agenda
 (tutte le agende)

PAGAMENTO ONLINE

CareMed Patient Portal permette di effettuare il **pagamento online delle prestazioni prenotate**. Il pagamento può avvenire subito dopo aver effettuato la prenotazione o in un secondo momento, tramite la consultazione della lista delle prenotazioni attive. Un ulteriore vantaggio del pagamento online è legato alla possibilità di snellire la procedura di accettazione del paziente quando quest'ultimo si reca in struttura.

PROMEMORIA E NOTIFICHE

CareMed Patient Portal è dotato di un **sistema automatizzato per l'invio di notifiche al paziente**. Tali notifiche vengono inviate via mail e/o SMS ai soli pazienti che hanno fornito il consenso alla ricezione di tale tipologia di comunicazioni e secondo le modalità indicate dal paziente stesso.

• Conferma prenotazione

Al completamento di una prenotazione, il paziente riceve immediatamente un messaggio di notifica con il riepilogo della prenotazione (identificativo, data e ora, nome della struttura).

• Promemoria prenotazione

Ventiquattro ore prima dell'appuntamento, il paziente riceve un promemoria. All'interno del messaggio è presente un link per offrire la possibilità di comunicare l'eventuale cancellazione dell'appuntamento, al fine di recuperare la disponibilità in agenda.

• Notifica disponibilità documento

Non appena si rende disponibile un documento (es. un referto), il paziente riceve una notifica contenente un link temporaneo per scaricare direttamente il documento. Quest'ultimo, trascorse le ventiquattro ore, potrà tuttavia essere scaricato effettuando l'accesso al proprio dossier.

• Preparazione all'esame

Se le prestazioni prenotate prevedono una procedura di preparazione all'esame, il paziente riceve una notifica immediata con un link per scaricare le preparazioni associate alla tipologia di prenotazione.

PREPARAZIONI

Per le prestazioni che prevedono una procedura di preparazione, come anticipato prima, CareMed Patient Portal permette al paziente di **scaricare il documento che descrive la preparazione all'esame**. Il download avviene cliccando su un pulsante associato a ciascuna prenotazione.

DOSSIER SANITARIO

Il paziente, dopo essersi autenticato, può accedere in ogni momento al proprio dossier, contenente la lista degli accessi alla struttura. Per ognuno di questi è possibile scaricare i corrispondenti documenti firmati digitalmente, contenenti i referti associati alle prestazioni specialistiche ambulatoriali o le relazioni di dimissione, in caso di ricoveri.

Laddove è attiva l'integrazione con il PACS, è possibile scaricare anche le immagini associate (radiografie, TAC etc.).

Il dossier sanitario, conformemente a quanto previsto dal GDPR, viene attivato solo in presenza di un consenso esplicito da parte del paziente, sottoscritto in occasione del primo accesso presso la struttura. I referti e le relazioni di dimissione restano accessibili all'interno del dossier sanitario per un tempo non superiore ai 45 giorni, trascorsi i quali il paziente dovrà recarsi presso la struttura per ottenerne una copia.

QUESTIONARI SODDISFAZIONE

Accedendo al dossier, il paziente può compilare, per ogni accesso presente in lista, un questionario di soddisfazione predisposto dalla struttura stessa. I questionari sono distinti per accessi ambulatoriali e ospedalieri.

SICUREZZA

CareMed Patient Portal è una piattaforma cloud sicura. Tutte le comunicazioni tra il browser dell'utente, la piattaforma cloud e i

web service di integrazione avvengono tramite protocollo HTTPS con cifratura a 256 bit. L'autenticazione dell'utente richiede l'utilizzo di password complesse, mentre i recapiti specificati dal paziente sono soggetti a processi di validazione. Infine, l'infrastruttura cloud risiede interamente all'interno del territorio europeo ed è conforme al GDPR.

INTEGRAZIONE CON L'HIS

L'integrazione tra CareMed Patient Portal e il sistema informativo ospedaliero (HIS) in uso presso la struttura avviene tramite un web service di integrazione che permette di scambiare le informazioni necessarie per l'implementazione del portale. L'API è di facile implementazione e, per le strutture che utilizzano CareMed, è già disponibile nativamente.

Per ulteriori informazioni su **CareMed Patient Portal** invia una mail a info@innogea.com oppure chiama il numero **091.7434774**.



Filippo Mannino
Responsabile Ricerca e Sviluppo
Digital Innogea

NEWS

Quarto Riaccreditamento JCI - Humanitas Istituto Clinico Catanese



Superata con successo, lo scorso settembre, anche l'ultima verifica per l'accREDITAMENTO Joint Commission International di Humanitas Istituto Clinico Catanese. A seguito del primo,

ottenuto nell'aprile 2014, l'accREDITAMENTO JCI è stato rinnovato sempre con successo negli anni successivi con frequenza triennale, grazie anche al supporto della nostra area clinica governance diretta dall'Ing. Filippo Castelli.

Ad oggi, sono 29 le organizzazioni sanitarie accREDITATE JCI in tutta Italia, tra cui 15 con l'*Hospital Program*, 6 con l'*Academic Medical Center Hospital Program*, 4 con l'*Ambulatory Care Program*, 3 secondo il *Long Term Care Program* e una con il *Laboratory Program*.

L'Istituto Ortopedico Villa Salus e la CDC Igea, tra le eccellenze nazionali per l'area osteomuscolare secondo l'analisi PNE di Agenas



Alla luce dei risultati dell'ultima Edizione 2023 del Programma Nazionale Esiti (PNE), su 338 strutture italiane solo 28 hanno raggiunto, per tutti e tre gli indicatori per l'area osteomuscolare, un livello di qualità molto alto,

rappresentato da una proporzione di interventi chirurgici per frattura del collo del femore entro 48 ore superiore al 70% e da un tasso di riammissioni a 30 giorni a seguito di intervento di protesi d'anca e di ginocchio inferiore al 3%.

Tra queste strutture, rientrano ben tre case di cura private siciliane, di cui due seguite da Innogea per la valutazione ed il miglioramento degli esiti clinici: l'Istituto Ortopedico Villa Salus I. Galatioto di Melilli e la Casa di Cura Igea di Partinico. Tra le strutture vi è anche la Casa di Cura Noto Pasqualino di Palermo. Fattore decisivo, nel conseguimento di tale obiettivo, è stato certamente il lavoro di predisposizione ed implementazione di opportuni Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA). Nel caso della Casa di Cura Igea, grazie al supporto consulenziale offerto da Innogea, il PDTA frattura di femore è stato implementato e certificato da un Ente terzo di certificazione da ben tre anni ed è stato avviato, inoltre, l'iter per la certificazione del PDTA Protesi di ginocchio.

Al via l'iter per la certificazione ISO 50001 per Humanitas Istituto Clinico Catanese e IRCCS ISMETT di Palermo



Crescono in profondità ed integrazione i sistemi di gestione aziendali di due eccellenze della sanità

NEWS

siciliana: l'IRCCS ISMETT - Istituto Mediterraneo per i Trapianti e Terapie ad Alta Specializzazione e Humanitas Istituto Clinico Catanese. Sono stati avviati, infatti, grazie alla consulenza del team di Innogea i lavori di implementazione dello standard UNI CEI EN ISO 50001:2018, norma che regola i sistemi di gestione per l'Energia dei cui indubbi vantaggi abbiamo diffusamente parlato nella scorsa edizione del nostro House Organ. Non è un caso che siano proprio due strutture accreditate Joint Commission International e dotate di certificazioni ISO 9001, ISO 14001 e ISO 45001 ad aver intrapreso questo ulteriore passo per il miglioramento continuo. Ad oggi nessun ospedale siciliano può vantare questa certificazione.

La Rete Regionale Pugliese MICI sceglie la piattaforma di Innogea



Diciannove centri pugliesi, specializzati nella gestione delle malattie infiammatorie croniche dell'intestino (MICI), hanno aderito al PROSE-IBD, studio osservazionale prospettico, per garantire una scelta terapeutica appropriata che possa essere strumento di indagini epidemiologiche. Per la gestione dei casi, la rete ha scelto la piattaforma che Innogea ha realizzato con il contributo dell'Associazione Nazionale AMICI ETS, piattaforma già in uso presso la Rete Regionale Siciliana per la gestione delle MICI (SN-IBD).

Master Manager diventa master universitario



Master Manager diventa un master universitario realizzato di concerto con il Consorzio Universitario per l'Ateneo della Sicilia Occidentale e del Bacino del Mediterraneo - UNISOM.

Entro gennaio è prevista la pubblicazione del primo bando per la selezione dei partecipanti, che potrà essere consultato sul sito di UNISOM: <https://unisom.it/>

Presentazione Cataloghi Formativi 2024/2025



“Formare le risorse delle organizzazioni sanitarie per allineare le loro competenze all'evoluzione scientifica, tecnologica e normativa di settore” è una delle mission principali di INNOGEE da vent'anni.

Online la nuova proposta formativa per il 2024/2025 in modalità residenziale e FAD.

Le aziende potranno scegliere i propri corsi all'interno di un vasto catalogo di oltre 200 titoli incentrati su diversi ambiti e aree tematiche: RISK MANAGEMENT, LOTTA ALLE INFEZIONI,

NEWS

ASSISTENZA CLINICA, MANAGEMENT, COMUNICAZIONE e COMPLIANCE.

Per informazioni, scrivi a info@innogea.com o chiama il numero **091.7434774**.

Programma Live Webinar Adempimenti Formativi - 2024



Al via il programma Live Webinar “Adempimenti Formativi – 2024” che prevede la realizzazione di corsi di formazione obbligatoria (privacy, resp. amministrativa, sicurezza, etc.) per i dipendenti delle aziende in modalità flessibile, smart e low cost.

Accreditamento ADI - Consorzio SISIFO



Lo scorso luglio, grazie al supporto di un team di esperti di Innogea in materia di accreditamento, compliance e qualità delle cure domiciliari, la Centrale operativa di Messina del Consorzio di Cooperative sociali SISIFO ha superato con successo la verifica di accreditamento per l'erogazione di servizi di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI).

La Domenica Favorita 2023



Nel corso di quest'ultima edizione 2023, svoltasi dal 1° ottobre al 5 di novembre con la presenza di oltre 50 mila visitatori, Innogea ha supportato la manifestazione ludica, sportiva, culturale *La Domenica Favorita* promuovendo l'intera iniziativa attraverso l'offerta dei propri servizi di marketing e comunicazione.

Rinnovo accreditamento JACIE - Dipartimento Oncologico La Maddalena

Lo scorso settembre, il Dipartimento Oncologico dell'Ospedale La Maddalena di Palermo ha superato con successo l'audit per l'accREDITAMENTO del Programma Trapianti - JACIE. Il team di ispezione ha verificato la conformità, oltre che ai FACT-JACIE International Standards for hematopoietic cellular therapy product collection, processing, and administration dell'ottava edizione, anche ai requisiti minimi, organizzativi, strutturali e tecnologici dei Programmi Trapianto CSE previsti dalla nostra normativa nazionale (ASR n. 49 del 5 maggio



NEWS

2021, DLgs191/2007, DLgs 16/2010 e normativa trasfusionale di riferimento) ai fini della certificazione CNT/CNS e del rilascio dell'autorizzazione regionale.

Per la struttura palermitana, certamente una tra le eccellenze nel panorama della sanità siciliana, questo importante risultato rappresenta un'ulteriore conferma del traguardo di accreditamento JACIE già conseguito in precedenza, nel 2009, per il Programma di TMO (Trapianto Midollo Osseo) e da allora mantenuto nel tempo grazie al prezioso supporto offerto dal team di esperti di Innogea, guidati dall'Ing. Filippo Castelli, Responsabile Clinical governance e Operation.

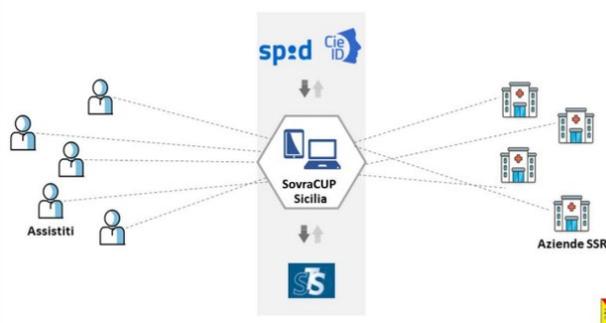
Webinar 05/12/2023: "La certificazione dei PDTA come strumento di risk management e miglioramento degli outcomes clinici"



Il 5 dicembre 2023, oltre 150 manager di strutture sanitarie, pubbliche e private, hanno partecipato al webinar organizzato da Innogea e patrocinato da AIOP e ANMDO, dal titolo: "La certificazione dei PDTA come strumento di risk management e miglioramento degli outcomes clinici".

All'intervento di apertura dei lavori, effettuato dall'Ing. Marco Lampasona, Presidente di Innogea, hanno fatto seguito le relazioni del dr. Vittorio Scaffidi Abbate, Presidente Onorario e Direttore del Board Scientifico di Innogea, il quale ha introdotto il tema dei PDTA dal punto di vista scientifico e metodologico; dell'Ing. Filippo Castelli, Responsabile Clinical Governance e Operation di Innogea, che ha esteso, fase per fase, il lungo capitolo metodologico della predisposizione dei PDTA; e, infine, la relazione della dr.ssa Caterina Ledda, Healthcare Innovation Leader e Center-South Area Health & Social Care Leader di Bureau Veritas Italia, la quale ha illustrato il disciplinare (l'unico accreditato Accredia) previsto da Bureau Veritas e il percorso da seguire per ottenere la certificazione dei PDTA.

CareMed: nuovo Modulo Agende per la gestione delle prenotazioni tramite CUP regionali della Sicilia e della Campania



Il nuovo Modulo Agende di CareMed, la cartella clinica informatizzata di Innogea, consente di interagire con il sistema Sanitario Nazionale grazie alla sua integrazione con il Sovra Cup nella gestione delle prenotazioni online delle visite specialistiche e degli esami diagnostici nelle strutture sanitarie regionali. Attualmente, il Modulo Agende di CareMed è stato esteso alla gestione delle prenotazioni provenienti dai sistemi CUP della Regione Campania e della Sicilia.

NEWS

Per ulteriori informazioni sul Modulo Agende di CareMed invia una mail a info@innogea.com oppure chiama il numero **091.7434774**.

Innogea prende parte alla presentazione del Progetto “Curarsi In Sicilia”



Il 28 dicembre scorso, Innogea ha preso parte alla presentazione del progetto “Curarsi in Sicilia”, presso il DASOE di Palermo, esponendo il proprio metodo di lavoro per l’analisi dei dati sui drg di fuga, alla luce degli ultimi dati pubblicati da Agenas (aggiornati al 2022) sulla *Mobilità Sanitaria Interregionale*.

L’iniziativa, ideata e organizzata dall’Associazione Culturale *In Sanitas*, con il sostegno dell’Assessorato Regionale della Salute, Dipartimento per le Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico, si pone l’obiettivo di far sì che la cittadinanza siciliana possa ritrovare nella propria regione un’adeguata e soddisfacente risposta ai propri bisogni di salute.



Innokea Srl

Sede Legale e operativa:

Via Ppe di Belmonte, 102 • 90139 Palermo

Tel. 091.7434774 • Fax 091.336853

Via Giosuè Carducci, 34 • 20123 Milano

Tel. 02.83623040

www.innokea.com • info@innokea.com