



In collaborazione con



Associazione Italiana per la
Qualità dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

OSPEDALE DEL FUTURO: FLESSIBILE, TECNOLOGICO, SOSTENIBILE. I MODELLI ORGANIZZATIVI

Giovedì 11 gennaio 2024 ore 9.30/13.00
Sala Convegni Ospedale "G. Mazzini" Teramo

UN e-BOOK A CURA DI ASIQUAS

L'ospedale che cambia E DIVENTA RESILIENTE E FLESSIBILE



Associazione Italiana
per la Qualità della
Assistenza Sanitaria
e Sociale

I QUADERNI DI **quotidianosanita.it**

Perché una riflessione sull'ospedale che deve cambiare ...



Prof. Giorgio Banchieri,
Segretario Nazionale ASIQUAS,
Docente DiSSE, Università "Sapienza", Roma;
Docente della Business School, Università LUISS, Roma

Chi siamo?

Nel 1984 nasce
SIQUAS VRQ Italia
ad Udine

Nel 1985 nasce
ISQUA International
Society for Quality
Assurance,
sempre a Udine

Nel 2015 30° di ISQUA
Sempre a Udine

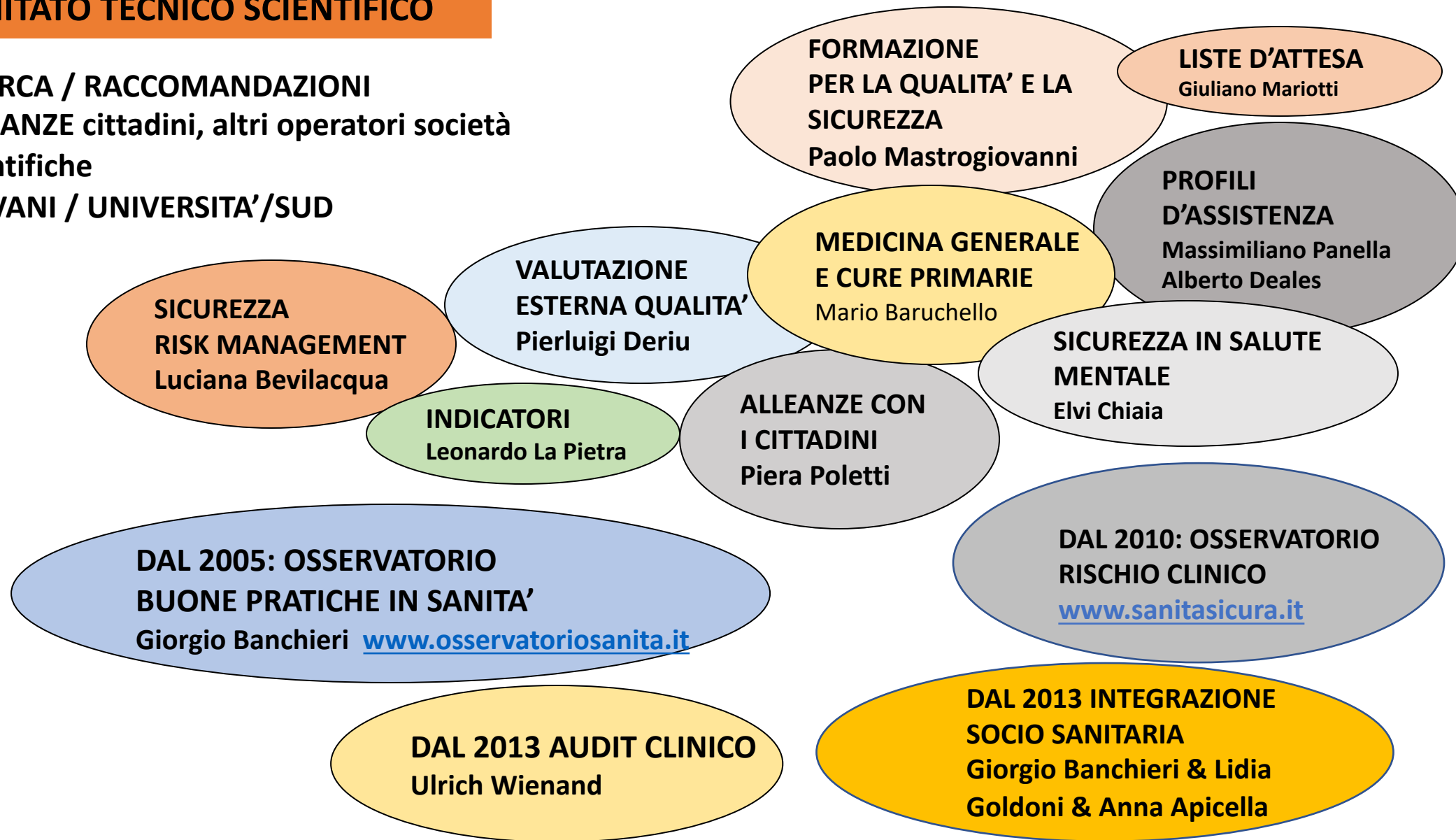
Nel 2016 a Roma
nasce ASIQUAS



Ospedale «Gervasutta», Udine, 9 giugno 1985
WHO steering committee on Training for Quality Assurance
FONDAZIONE INTERNATIONAL SOCIETY FOR QUALITY IN HEALTH CARE



RICERCA / RACCOMANDAZIONI
ALLEANZE cittadini, altri operatori società
scientifiche
GIOVANI / UNIVERSITA'/SUD





LAURA DALLA RAGIONE
GIORGIO BANCHIERI

Percorsi Diagnostico Terapeutici
Assistenziali del Disturbo
del Comportamento Alimentare
e del Peso

IN COLLABORAZIONE CON
SIRIDAP E ASIQUAS



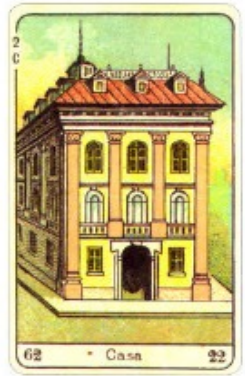
Percorso demenza

Le raccomandazioni SIQuAS
sull'integrazione tra sanità e sociale
come chiave di lettura

Giorgio Banchieri, Sergio Cavasino,
Rita Lucchetti, Raffaella Pisano,
Antonella Proietti



G. Banchieri, M. D. Bellentani, F. Colavita, M. D'Innocenzo, F. Di Stanislao,
L. Gallo, A. Lucchetti, R. Malatesta, I. Mastrobuono, G. Massaro, F. Pesaresi,
S. Ricci, G. Ruzzi, P. Sabatini, V. Sabatini, G. Sosto



OSPEDALI DI COMUNITÀ, CASE DELLA SALUTE E CURE PRIMARIE: ESPERIENZE REGIONALI I



ASSESSMENT ORGANIZZATIVO, ANALISI DI POSIZIONAMENTO E
PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPUTICI ASSISTENZIALI



Assessment organizzativo, analisi di posizionamento e percorsi diagnostico terapeutici assistenziali

Cagliari 2012-2018



Il «nostro» contributo di riflessione ... da febbraio 2020 ... ad oggi ...

COVID19 Review 2020

Serie settimanale 2°
n. 46 del 08.10.2021

Notizie, articoli, trials, ricerche e dati sulla pandemia Covid 19



A cura di Giorgio Banchieri, Antonio De Belvis, Maurizio Dal Maso, Nicoletta Dasso, Lidia Goldoni, Stefania Marantoni, Mario Ronchetti, Andrea Vannucci.

Review realizzata in collaborazione con:



DIPARTIMENTO
DI SCIENZE SOCIALI
ED ECONOMICHE

SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA



“ASIQUAS-COVID19- Review”

Notizie, articoli, trials, ricerche e dati sulla pandemia Covid-19 e
su resilienza e resistenza della sanità pubblica in Italia
n. 7 del 28.02.2022, nuova serie quindicinale.



A cura di Giorgio Banchieri, Antonio De Belvis, Maurizio Dal Maso, Nicoletta Dasso, Lidia Goldoni, Stefania Marantoni, Mario Ronchetti, Andrea Vannucci.

Review realizzata in collaborazione con:



DIPARTIMENTO
DI SCIENZE SOCIALI
ED ECONOMICHE

SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA



ASIQUAS Review

Newsletter della Associazione Italiana per la Qualità
dell'Assistenza Sanitaria e Sociale.
Per una sanità pubblica ... anche dopo la pandemia
n. 4 luglio 2023



A cura di Giorgio Banchieri, Antonio Giulio de Belvis, Maurizio Dal Maso, Nicoletta Dasso, Emanuele De Simone, Lidia Goldoni, Francesco Medici, Maria Piane, Mario Ronchetti, Andrea Vannucci

Review realizzata in collaborazione con:



DIPARTIMENTO
DI SCIENZE SOCIALI
ED ECONOMICHE

SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

1921
—2021



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

Le trovate su www.asiquas.net

2021: Il nuovo framework ASIQUAS

La Qualità nell'Assistenza Sanitaria e Sociosanitaria

Evidenze, norme, modelli, Interventi, monitoraggio

Francesco Di Stanislao
Presidente AsiQuAS



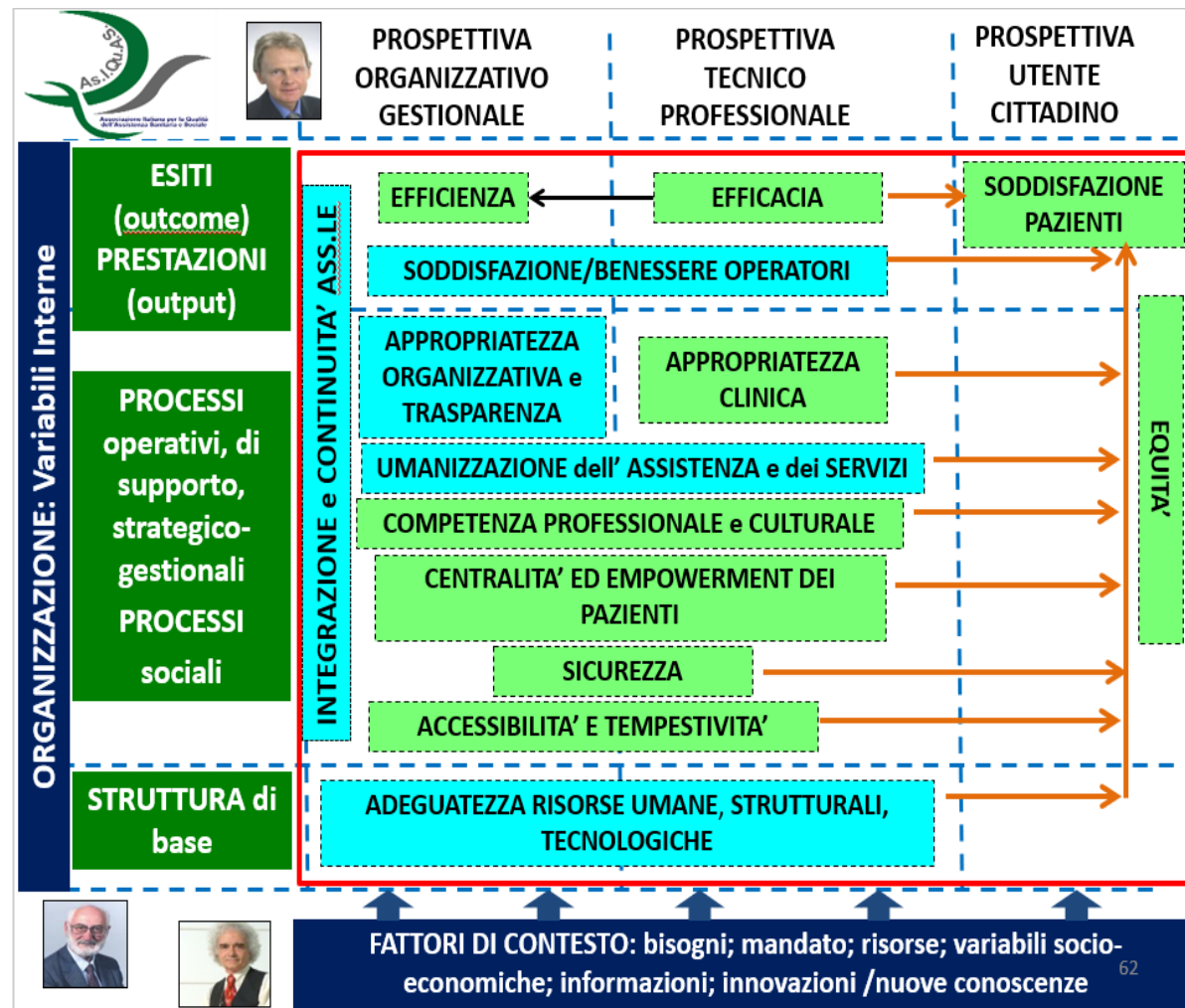
Collaboratori:

G. E. Amodeo, G. Bianchini, R. Caldesi, M. Cazzema,
S. Greghini, S. Priore, S. Scelisi, S. Sodo
(Direzione Nazionale AsiQuAS)

M. Dal Maso, De A. G. De Belvis, L. Goldoni,
S. Mariani, M. Roncheri, A. Vannucci, U. Wienand
(Soci AsiQuAS)

S. Carzaniga, G. Caracci
(AGENAS)

G. Acquaviva, A. Caralini, A. D'Alleva, F. Diodati,
A. Mastri, V. Montagna
(Dottorandi e Specializzandi - Igiene e Medicina Preventiva
- Università Politecnica delle Marche)



La trovate su www.asiquas.net

2021-2022: lo «spiegone» ASIQUAS ...

QUOTIDIANOSANITA.IT

Nulla sarà come prima ... A proposito del Pnrr in sanità - Quotidiano Sanità

C'è molto da ripensare e da fare. Dobbiamo dare alle policy in gestazione le "riforme" del SSN e dei



QUOTIDIANOSANITA.IT

ASIQUAS e la qualità dell'assistenza nel SSN post-Covid - Quotidiano Sanità

20 OTT - Gentile Direttore, in un suo recente intervento qui su QS Ivan Cavicchi nel commentare una serie di sei interventi di...

QUOTIDIANOSANITA.IT

Per una Sanità Pubblica dopo Covid 19: Integrazione e Continuità Assistenziale...

Si può ritenere che il concetto di sanità pubblica come suo epifenomeno, quale abbiamo rappresentato gli



QUOTIDIANOSANITA.IT

Per una Sanità Pubblica dopo Covid 19 (prima puntata) - Quotidiano Sanità

La pandemia/sindemia Covid19 ha evidenziato i "nodi" strutturali e organizzativi dei SSR e del SSN. È necessario dare una risposta di sistema...



UTUBE.COM

ambio Climático

#SemanarioOrbe21 conversamos con el Profesor Giorgio Banchi...

Le trovate su www.asiquas.net

QUOTIDIANOSANITA.IT

Per una sanità pubblica dopo Covid 19. Dal benessere degli operatori alla...

È dimostrato come un coinvolgimento maggiore e sempre più proattivo del cittadino all'interno del SSN consente di assicurare un uso...



QUOTIDIANOSANITA.IT

Per una sanità pubblica dopo Covid 19. La Qualità manageriale (quarta puntata) -...

Le funzioni manageriali, le competenze manageriali vengono richieste a quanti hanno assunto una responsabilità organizzativa in...



QUOTIDIANOSANITA.IT

Per una sanità pubblica dopo Covid 19. La qualità dell'assistenza professionale...

Questo nota cerca anche di evidenziare come la tematica della qualità professionale ricorra continuamente in forme diverse nel dibattito...



QUOTIDIANOSANITA.IT

Per una sanità pubblica dopo Covid 19. L'Equità (sesta puntata) - Quotidiano...

Per ridurre le conseguenze delle disuguaglianze sociali sulla salute occorre intervenire con azioni e politiche, sanitarie e non, capaci di...





WEBINAR

COVID 19 working in progress:
esperienze a confronto
per riflettere insieme

12 febbraio 2021
Ore 17,00 - 19,00

19 Mar

Workshop ASIQUAS
"L'Impatto di Covid19
sull'organizzazione
delle aziende sanitarie:
confronto tra survey"

Webinar
23 Aprile 2021
ore 17.00-19.00

3° Workshop ASIQUAS
"Integrazione e strutture
intermedie in permanenza
di pandemia Covid19.
Il quadro di riferimento"

2 Luglio 2021
ore 17.00 -19.1

5° Webinar ASIQUAS
"Integrazione e strutture
intermedie in permanenza
di pandemia Covid19.
Esperienze dai territori"

25 Giugno 2021
ore 17.00 -19.00

4° Webinar ASIQUAS
"Reti di cure primarie
e medicina generale:
esperienze regionali"

Le trovate su www.asiquas.net

**2012: Webinar e «buone pratiche organizzative» come risposta
all'emergenza pandemica nelle aziende sanitarie ...**



Nostri studi e ricerca sull'impatto del Covid 19 Sulle aziende sanitarie «indicizzati» nella library OMS - WHO

Le trovate su www.asiquas.net

- ☐ 1. [COVID-19: yesterday, today and tomorrow. The quality of COVID-19 management and the evaluation of the "Health" chapter of the Recovery Plan.](#)
[DE Belvis, Antonio Giulio; Lonoce, Nicole; Banchieri, Giorgio; Scelsi, Silvia; Amoddeo, Caterina Elisabetta; Raco, Manuela; DE Mattia, Egidio; DI Stanislao, Francesco.](#)
J Prev Med Hyg ; 63(3): E391-E398, 2022.
Artigo em Inglês | MEDLINE | ID: covidwho-2145535
- ☐ 2. [From Survey Results to a Decision-Making Matrix for Strategic Planning in Healthcare: The Case of Clinical Pathways.](#)
[Bianco, Lavinia; Raffa, Salvatore; Fornelli, Paolo; Mancini, Rita; Gabriele, Angela; Medici, Francesco; Battista, Claudia; Greco, Stefania; Croce, Giuseppe; Germani, Aldo; Petrucci, Simona; Anibaldi, Paolo; Bianco, Valerio; Ronchetti, Mario; Banchieri, Giorgio; Napoli, Christian; Piane, Maria.](#)
Int J Environ Res Public Health ; 19(13)2022 06 25.
Artigo em Inglês | MEDLINE | ID: covidwho-1911362
- ☐ 3. [Impact of the COVID-19 Pandemic on Clinical Pathways for Non-SARS-CoV-2 Related Diseases in the Lazio Region, Italy.](#)
[Piane, Maria; Bianco, Lavinia; Mancini, Rita; Fornelli, Paolo; Gabriele, Angela; Medici, Francesco; Battista, Claudia; Greco, Stefania; Croce, Giuseppe; Franceschetti, Laura; Napoli, Christian; Ronchetti, Mario; Anibaldi, Paolo; Banchieri, Giorgio.](#)
Int J Environ Res Public Health ; 19(2)2022 01 06.
Artigo em Inglês | MEDLINE | ID: covidwho-1613780

“Resilienza”, “rinascita” e “sostenibilità” in sanità.

Si parla molto di “*resilienza*” e di “*rinascita*” in sanità anche a fronte del PNRR e della sua implementazione.

“*Resilienza*” e “*rinascita*” richiamano il tema della “*sostenibilità*”, che è la caratteristica di un processo o di uno stato che si autosostiene senza pesare sulle generazioni future e che può essere mantenuto ad un certo livello di performance indefinitamente.

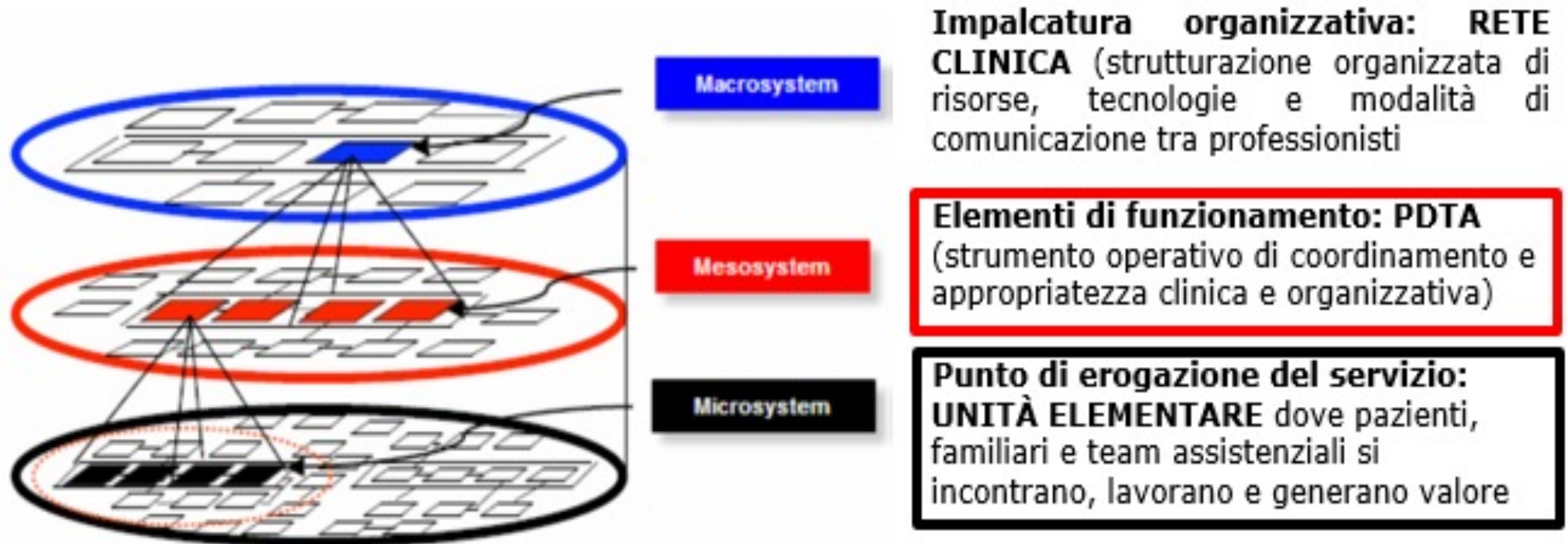
In anni recenti questo concetto è stato applicato anche agli organismi viventi ed ai loro ecosistemi.

Relativamente alla capacità di mantenere “stabilità”, quindi, ad esempio, continuare ad erogare ricoveri programmati come se niente d’imprevisto fosse accaduto, il sistema non è stato per niente resiliente. Ma come ogni resistenza ha avuto i suoi affanni e le sue vittime.



Strumenti di «governance clinica» esistenti da utilizzare ...

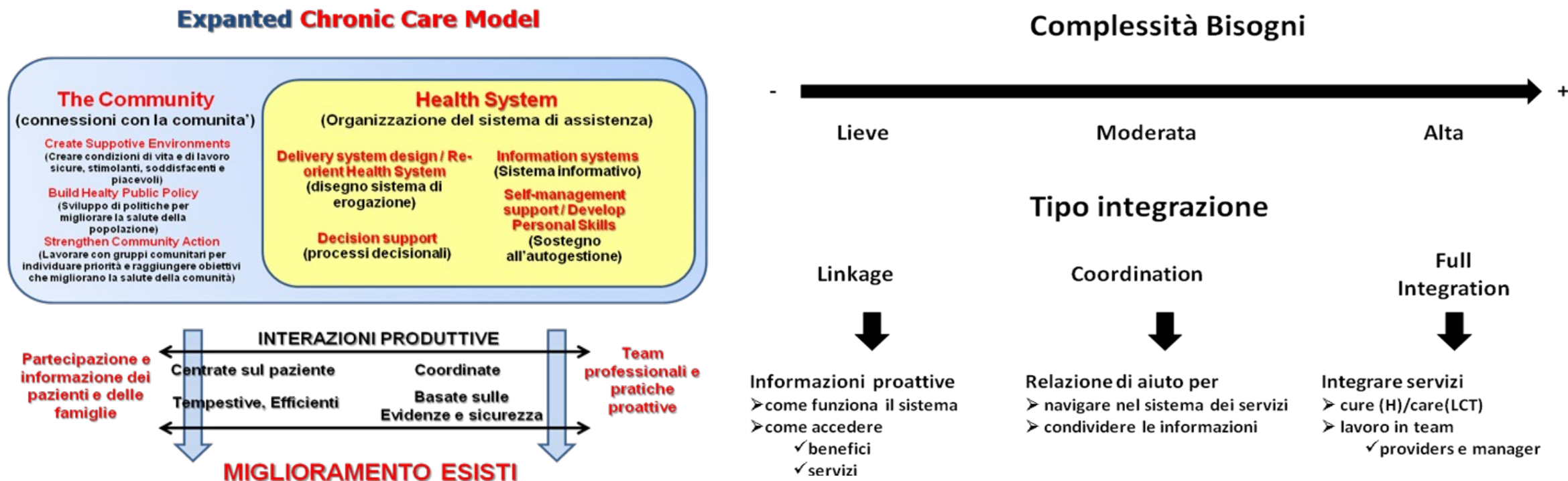
- Presa in carico, continuità assistenziale, condivisione informativa.
- PDTA integrati ospedale/territorio, strumenti di integrazione.
- Reti cliniche, reti tempo dipendenti = ospedale/territorio.
- Garanzie di qualità e sicurezza = autovalutazione = desk direzionali.
- Accreditamento istituzionale e di eccellenza (CAF - EFQM)



Torna il tema dell'“integrazione” ospedale – territorio.

Il tutto inserito in un approccio di “integrazione” tra ospedale e territorio, che ormai da decenni lavora per livelli di “complessità assistenziale” vedi il Modello “*Expanded Chronic Care Model*” Canadese.

Fondamentale è la capacità di erogare assistenza attraverso il potenziamento del coordinamento e della continuità delle cure all'interno e tra le diverse istituzioni e i diversi operatori variamente coinvolti nell'assistenza dei pazienti nelle filiere assistenziali;



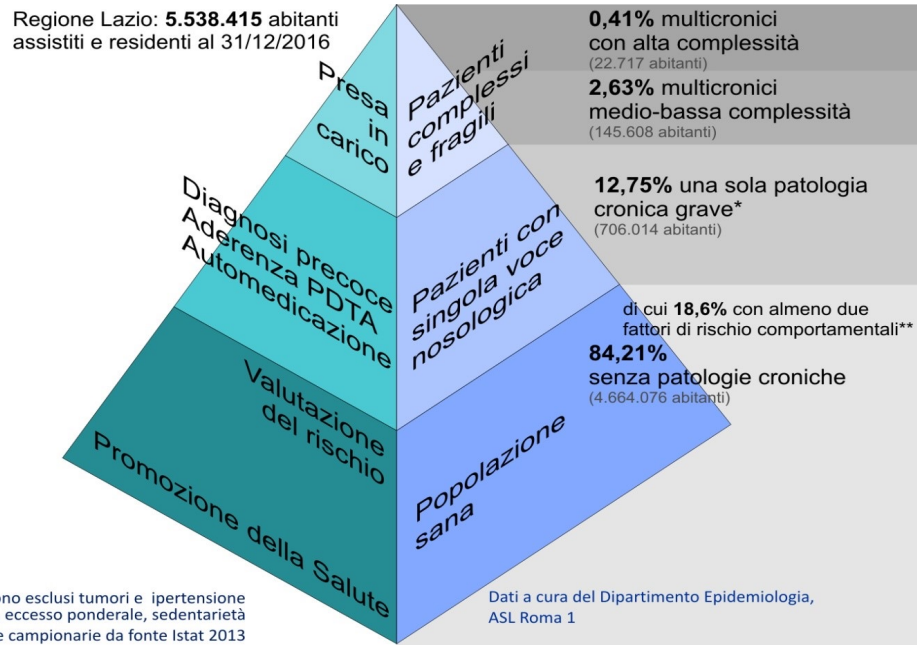
Il PNRR e i suoi obiettivi.

- *Il PNRR prevede interventi in tecnologie e digitalizzazione sia negli ospedali che nella medicina territoriale. Questi fondi, che per i (2/3) devono essere restituiti, finanziano opere murarie e acquisizioni di “device”, piattaforme informatiche e singoli applicativi, inducendo cambiamenti organizzativi e gestionali che dovrebbero liberare risorse umane da riconvertire/ricollocare nei nuovi modelli di servizi sia ospedalieri che territoriali.*
- *Il management sanitario dovrebbe gestire la riconversione dei servizi portandoli a regime e usando prevalentemente la leva della formazione di 300.000 operatori e di 5.000 manager, previsti nel PNRR, senza quasi avere nuove risorse professionali da mettere in campo. Inoltre, una delle criticità maggiori del PNRR è il “turn over”: a breve andranno in quiescenza di decine di migliaia di medici e infermieri.*



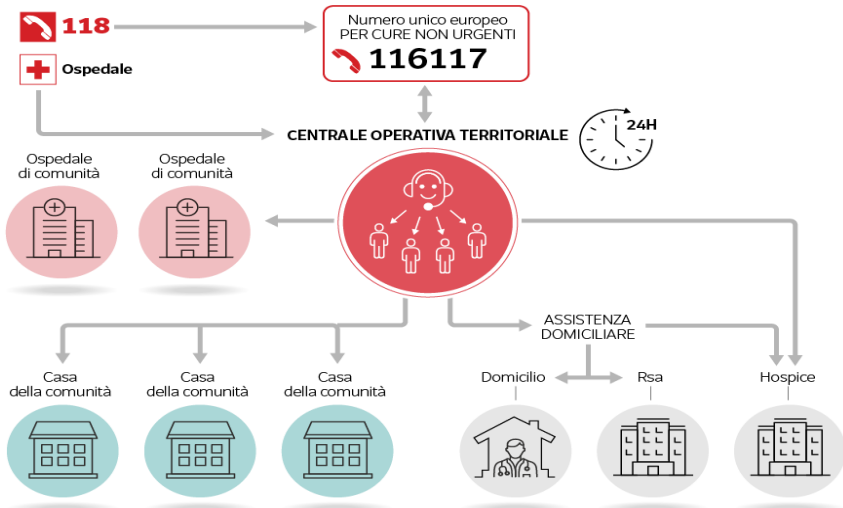
La stratificazione dei bisogni come “*incipit*” nella programmazione sanitaria ...

- *Nel PNRR viene data centralità alla stratificazione dei bisogni delle popolazioni per target omogeni di profili di patologie.*
- *Da questo discende il ruolo centrale e di agente di policy dei Distretti in un approccio di “integrazione” tra ospedale e territorio, anche nel senso di crescita del territorio per “livelli di complessità assistenziale”.*
- *Gli stessi “nuovi LEA” hanno subito un viraggio dalla “medio/bassa” alla “medio/alta” ADI per gestire il paziente complesso a domicilio.*
- *In questo contesto si colloca l’ospedale sempre più specializzato e sempre più proiettato e integrato con il territorio, vedi la presenza e/o il coinvolgimento di personale ospedaliero nella gestione delle UDI/Ospedali di Comunità, vedi la diagnostica nelle Case di Comunità, vedi il secondo e terzo livello dell’ADI a medio/alta complessità assistenziale tramite la realizzazione delle “reti cliniche”.*

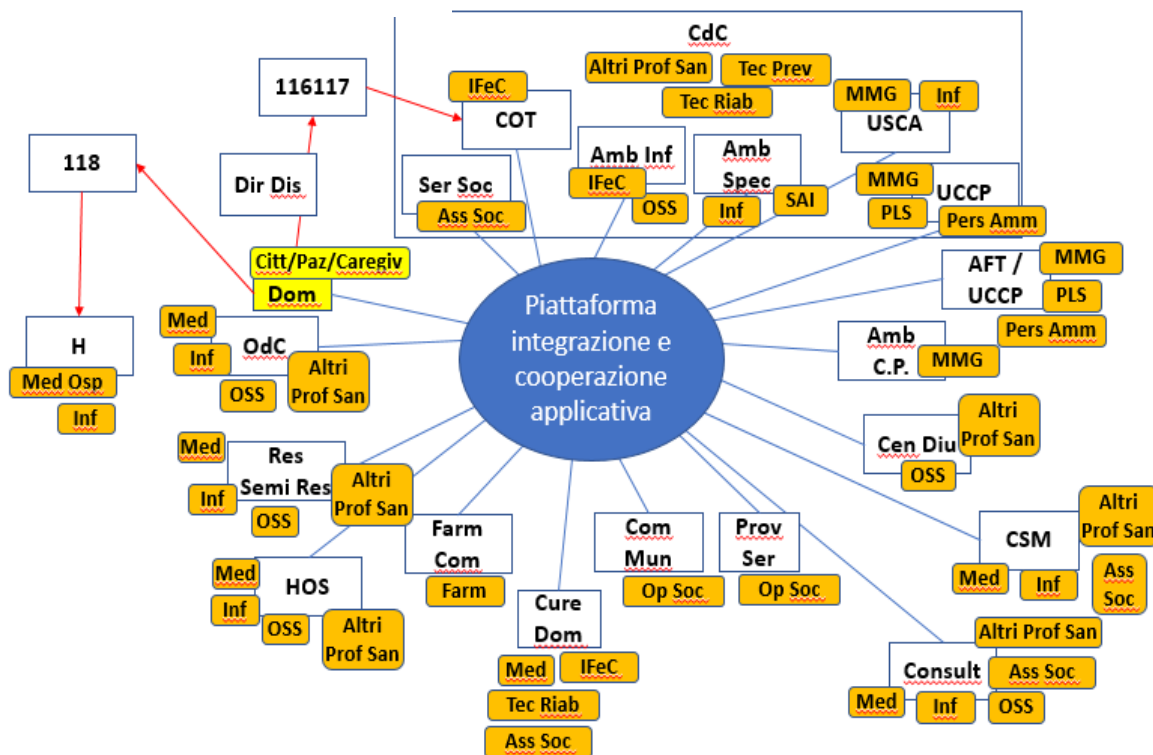
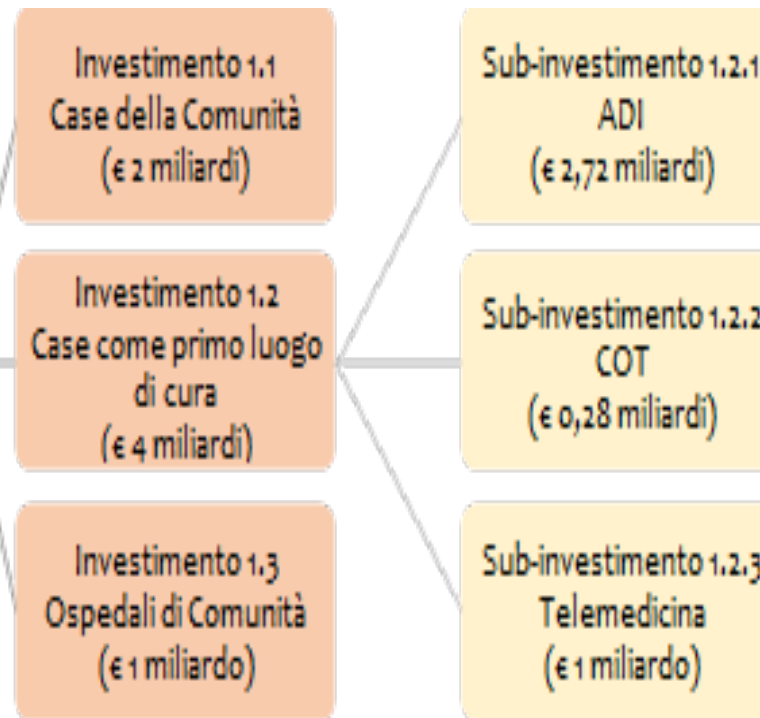


PNRR e reti di prossimità ...

La nuova Sanità territoriale



COMPONENTE 1
Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale (€ 7 miliardi)



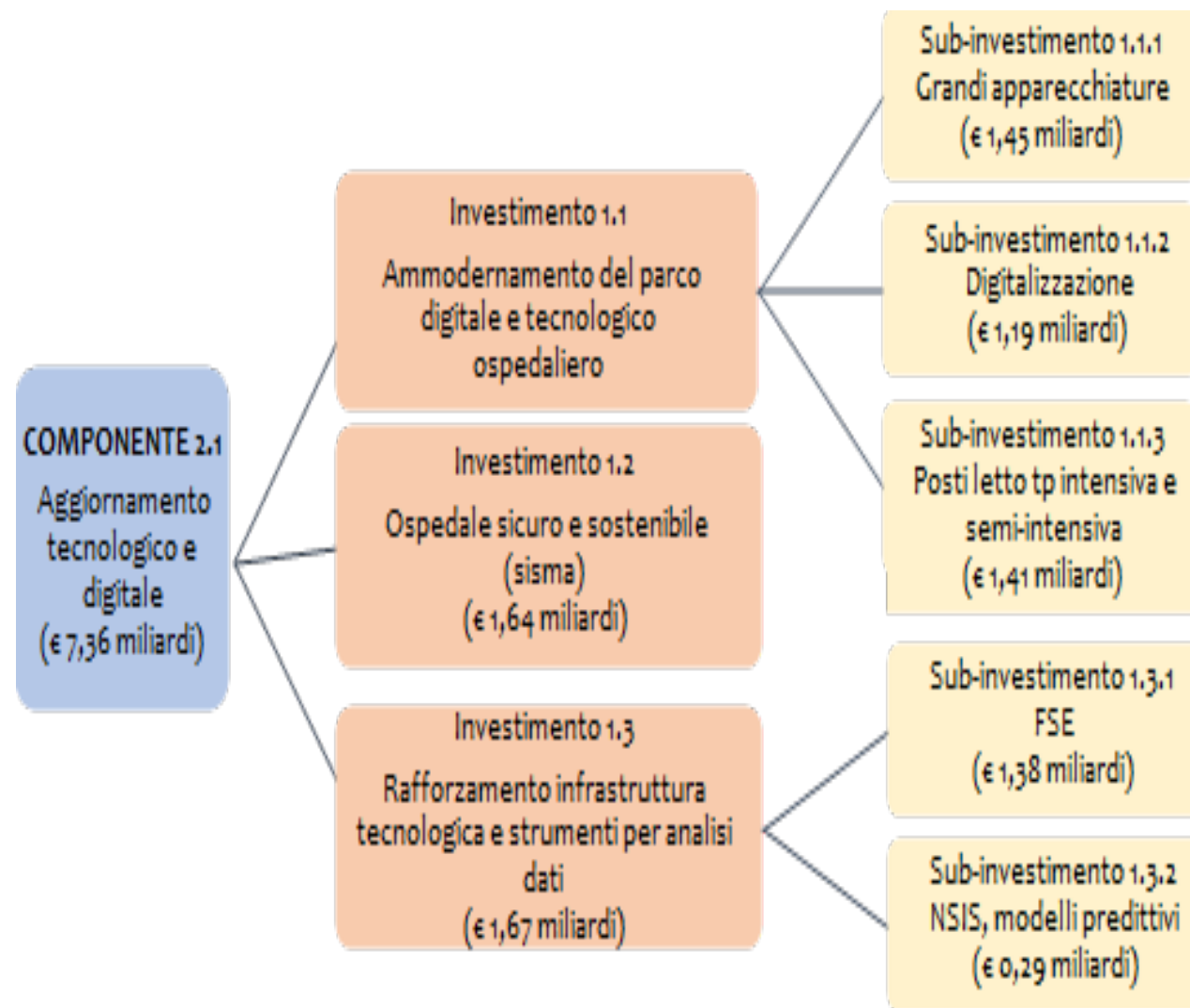
Innovazione organizzativa e nuovi ospedali.

Anche per gli ospedali si impone il tema dell'implementazione dei nuovi modelli organizzativi, del rifacimento del loro *"lay out"* e di come sostituire con nuovi modelli organizzativi quelli obsoleti e ormai inappropriati.

Nelle riconversioni produttive e di servizi, in letteratura e nella pratica, nella fase di transizione dai vecchi modelli operativi ai nuovi, è necessario il mantenimento temporaneo del vecchio modello in parallelo con la prototipazione e il collaudo del nuovo per poi, consolidato il cambiamento, dismettere definitivamente quello vecchio.

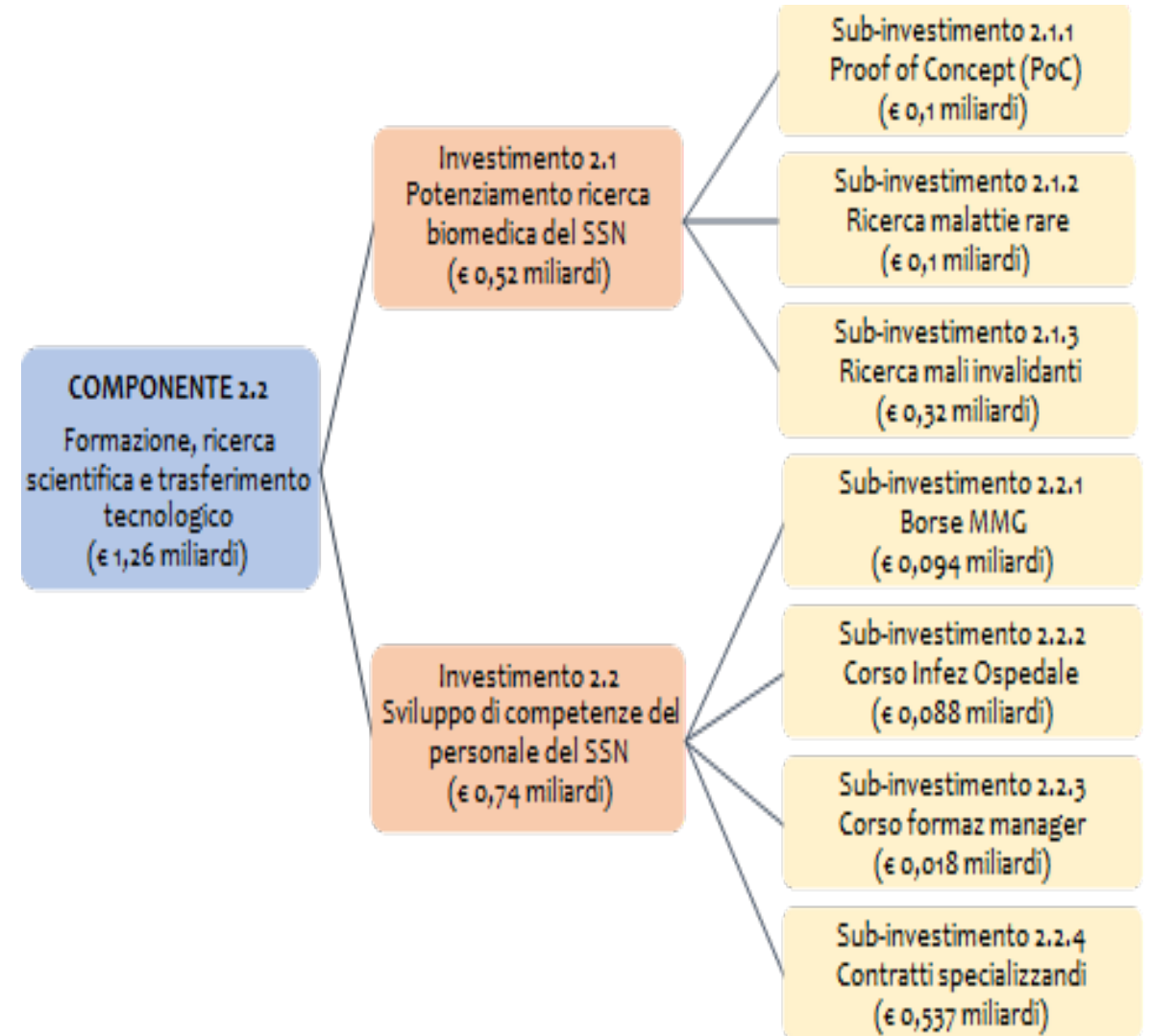
Però l'esigenza della sovrapposizione di *"vecchio"* e *"nuovo"* nella fase di sperimentazione e di cambiamento c'è ed è ineludibile.

Come allora supplire a questo bisogno di risorse aggiuntive e a termine?



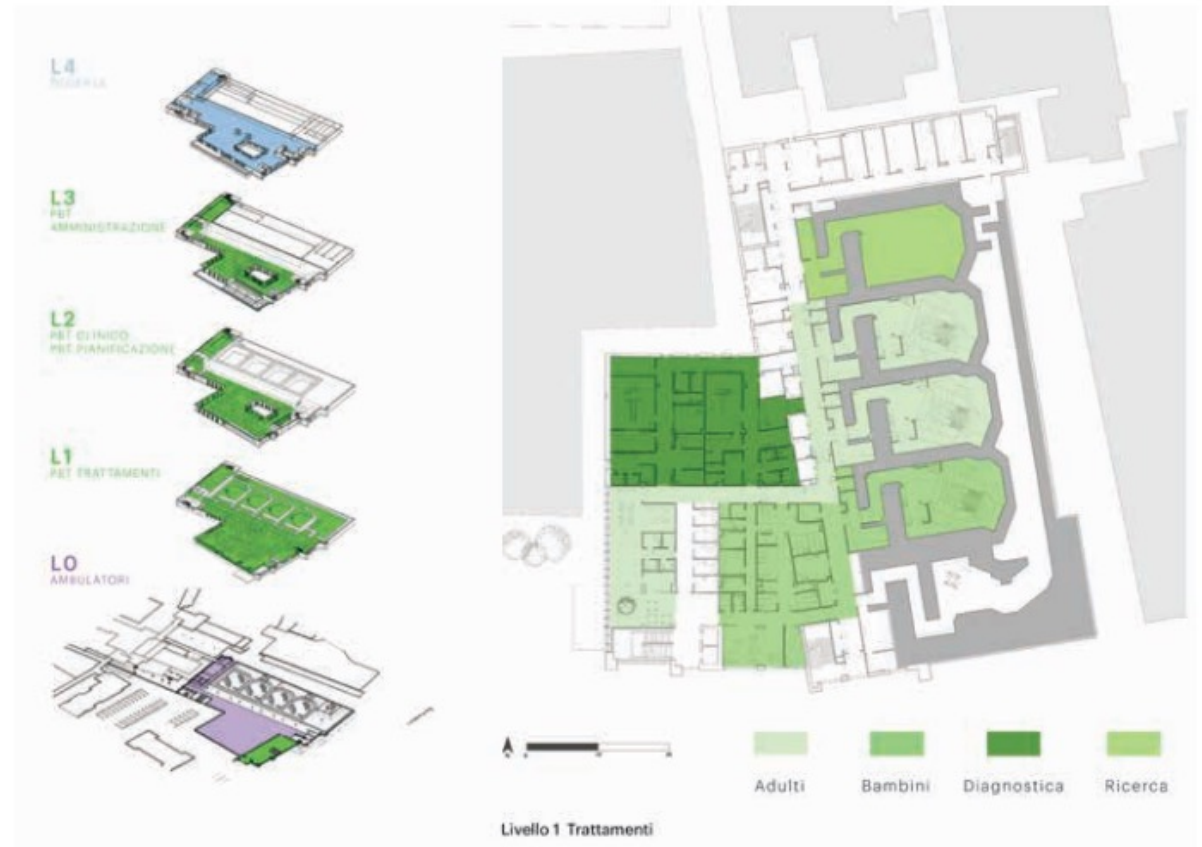
Le nuove tecnologie in sanità sono “*labour saving*”?

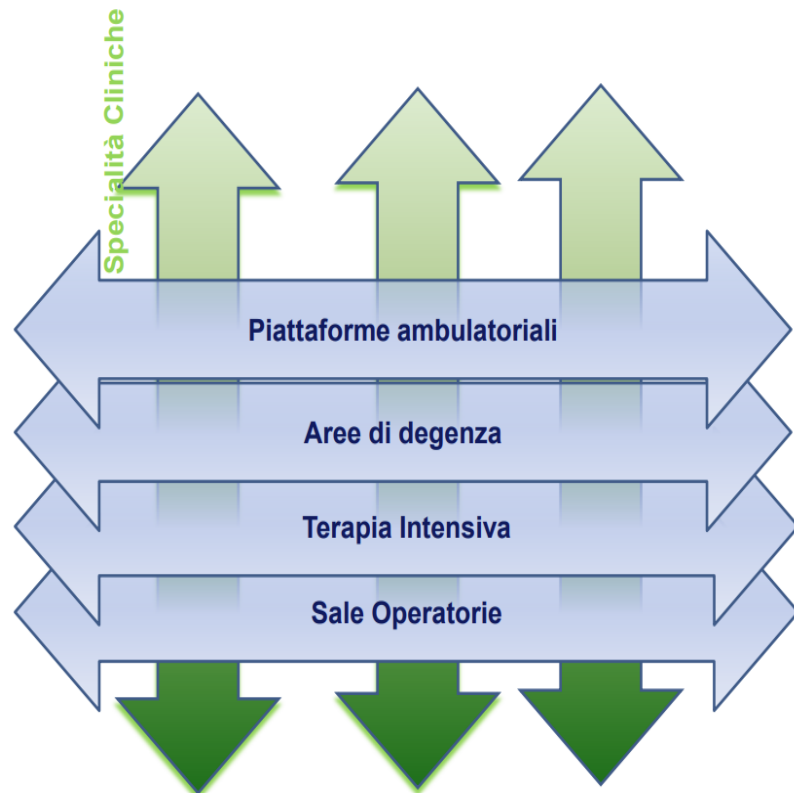
- Le nuove tecnologie di cura e la digitalizzazione sono “*labour saving*” tendenzialmente, ma non sempre sono di facile introduzione
- Se inserite in organizzazioni performanti consentono agli operatori di lavorare meglio, liberando “*tempo di lavoro*” da dedicare di più alle attività cliniche.
- *In tutti i manuali di cambiamento organizzativo le leve del cambiamento indicate come strategiche sono, non a caso, il piano di formazione e quello di comunicazione.*
- Ovvero è necessario intervenire sugli “*skill professionali*” per adeguarli alle competenze tecniche e relazionali necessarie per supportare il cambiamento e comunicare il cambiamento agli stakeholder interni ed esterni, alle comunità e ai pazienti.



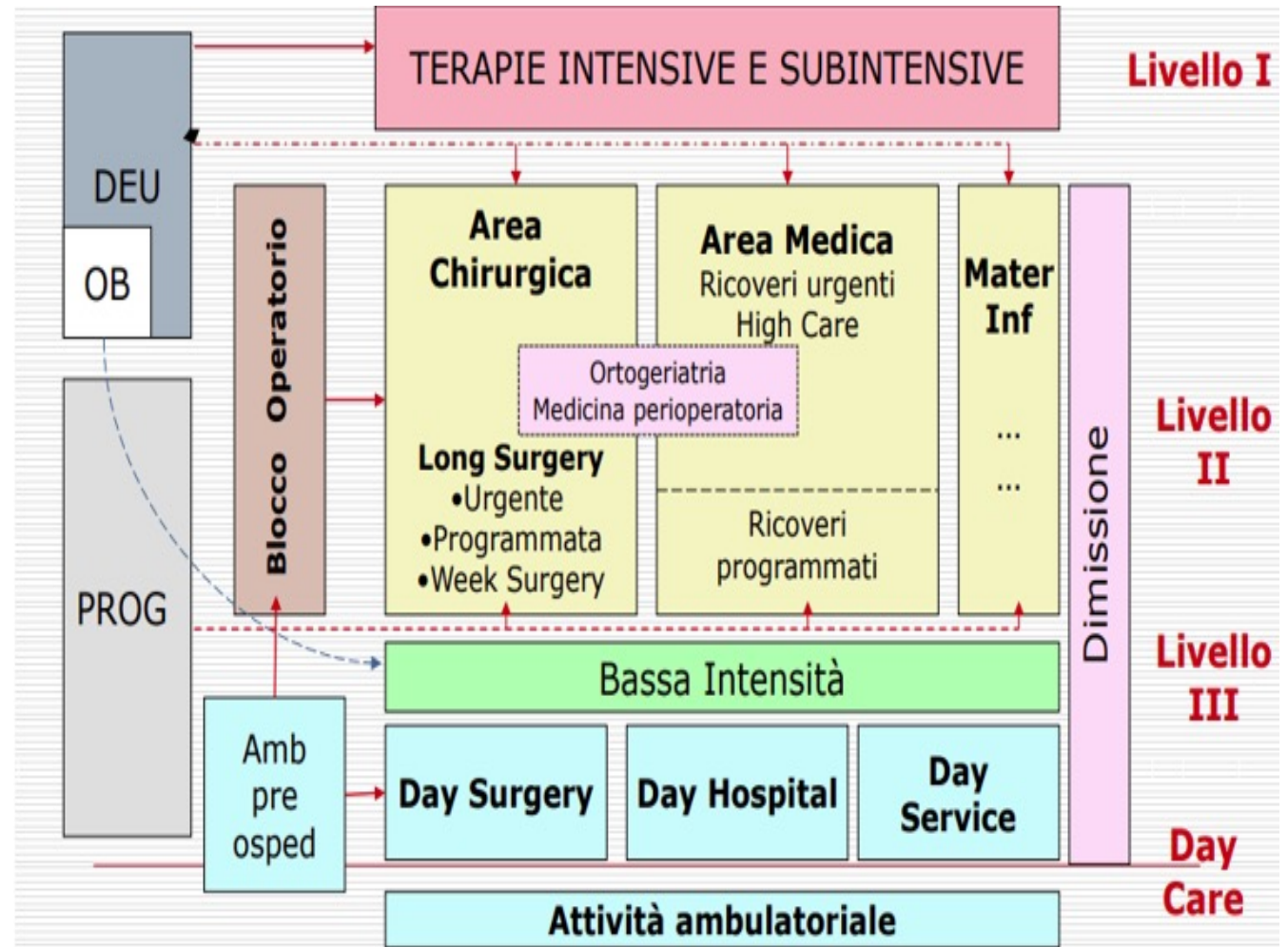
Ospedalità oggi e sue dinamiche di cambiamento

- L'ospedale per acuti oggi: punti di forza e criticità.
- La rete di assistenza ospedaliera, il DM 70/2015, è da rivedere?
- La classificazione dei presidi ospedalieri in DEA di 1° e 2° livello è sufficiente e ancora attuale?
- L'ospedale per specialità come è inserito nella rete assistenziale?
- Mettere i modelli organizzativi (ospedale per *“specialità”*, per *“dipartimenti clinici”*, per *“intensità di cure”*) a confronto per un'assistenza ospedaliera flessibile.
- AO e ASL differenziare maggiormente le competenze? (assistenza ospedaliera AO – assistenza territoriale e strutture intermedie ASL).





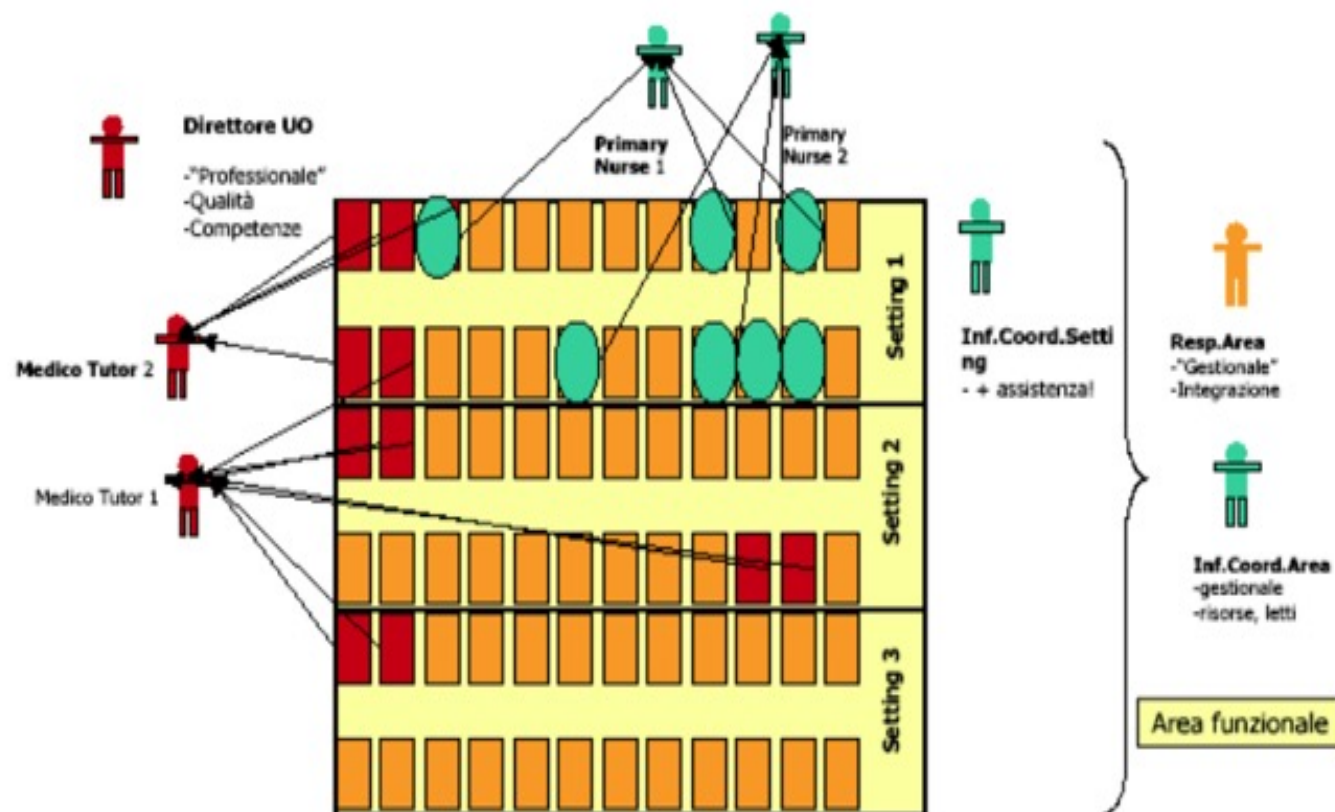
**Dall'ospedale per «specialità»
all'ospedale per «processi» e
«intensità di cure» e oltre ...**



Risorse professionali, loro dinamiche e loro gestione

- *Nuovi profili e nuovi ruoli professionali.*
- *Ruoli emergenti e multi professionalità (avviare una riflessione sui professionisti, sui ruoli, sui livelli di autonomia e responsabilità)*
- *Quiescenza e dimissioni degli operatori sanitari, crisi da gestire.*

A livello dell'**interfaccia diretta con il paziente** emerge la necessita' di una evoluzione della tradizionale modalità di presa in carico sia da parte del Medico che da parte dell'Infermiere

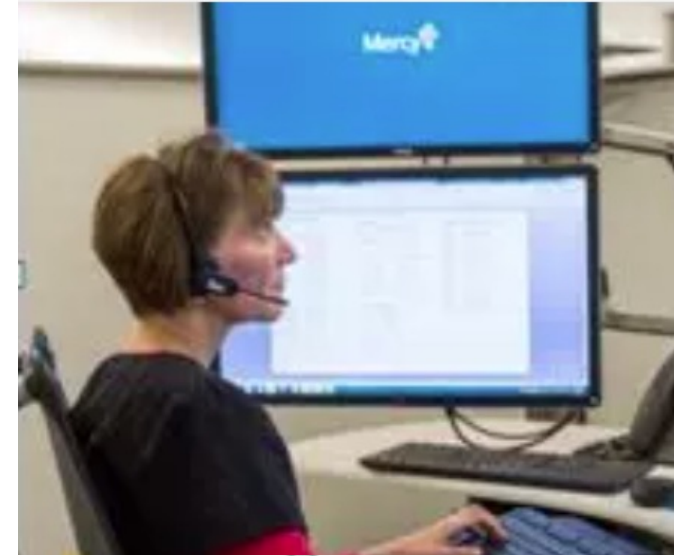


Integrazione dentro/fuori: l'*hospitalist* ... nuovo soft skill ...

- Passando attraverso un rinnovamento nella presa in carico dei pazienti che potrebbe avvenire attraverso una nuova figura professionale, ossia un medico che deve avere competenze sui vari campi della medicina, anche se non necessariamente ultra specialistiche, capacità di leadership e di coordinamento degli interventi multidisciplinari e multiprofessionali, collegamento con il medico di *primary care* all'inizio e alla fine della degenza.
- Quel medico *hospitalist* (presente negli USA da oltre 40 anni) il cui focus primario professionale è la "*care*" complessiva del paziente ospedalizzato, che prende direttamente in carico il paziente, programma il piano di cura, attiva le consulenze ritenute necessarie, è il responsabile della terapia, del percorso di degenza e della dimissione.
- Ruolo strategico in questa organizzazione lo riveste il DEA che ha un importante ruolo di filtro e di stratificazione del paziente che deve essere ricoverato, ma il DEA deve anche poter contare su un "*Distretto forte*" per i pazienti che non necessitano di ricovero, per quei pazienti "*fragili*" ai quali va comunque garantita la continuità assistenziale.

L'ospedale come “*hub*” sanitario territoriale e come grande COT verso l'assistenza domiciliare dei pazienti cronici e policronici ... è possibile prevederlo in un futuro prossimo?

- In realtà abbiamo già un esempio significativo nel “[Mercy Virtual Care Center](#)” di St. Louis, in Missouri (USA) che è operativo dal 2015, non ha né letti né pazienti al proprio interno, bensì una squadra di professionisti sanitari (330 fra medici e infermieri specializzati) che offrono servizi di assistenza virtuale a 600.000 pazienti in sette stati USA.
- Il Centro ha ottenuto risultati altamente soddisfacenti con una riduzione del 52% delle riammissioni evitabili, oltre il 30% di riduzione delle spese mediche, un aumento del 20% dell'utilizzo del servizio ambulatoriale e un aumento dell'11% delle visite ambulatoriali.
- Altresì, il 98% dei partecipanti ha dichiarato di essere estremamente soddisfatto del programma che gli consente di restare a domicilio (“*la casa come primo luogo di cura*”).



DRG e livelli di copertura dei costi: l'introduzione o meno dei “costi standard”

- Il costo unitario degli interventi sanitari e la loro integrazione con il sociale pongono in un approccio di razionalizzazione, ottimizzazione e “lean management” il tema di ripensare gli strumenti di remunerazione.
- *I DRG di origine USA, poi adattati per l'area welfare dal NHS inglese e importati in Italia non tengono conto dei livelli di costo delle nostre strutture ospedaliere e territoriali.*
- *Ormai innumerevoli studi dimostrano che le nostre strutture ospedaliere ad alta complessità assistenziale più lavorano e più perdono. Urgente è quindi arrivare alla introduzione dei “costi standard” italiani superando il veto in Conferenza Stato/Regioni/PPAA di alcune Regioni con SSR bassamente performanti.*
- Questo anche concordando un periodo di transizione come già fatto con i Piani di Rientro per le Regioni meno performanti.

quotidianosanità.it

Gli ospedali pubblici italiani a rischio crack. Nel 2022 risultati negativi per il 40% delle strutture con un rosso complessivo da oltre 1 miliardo

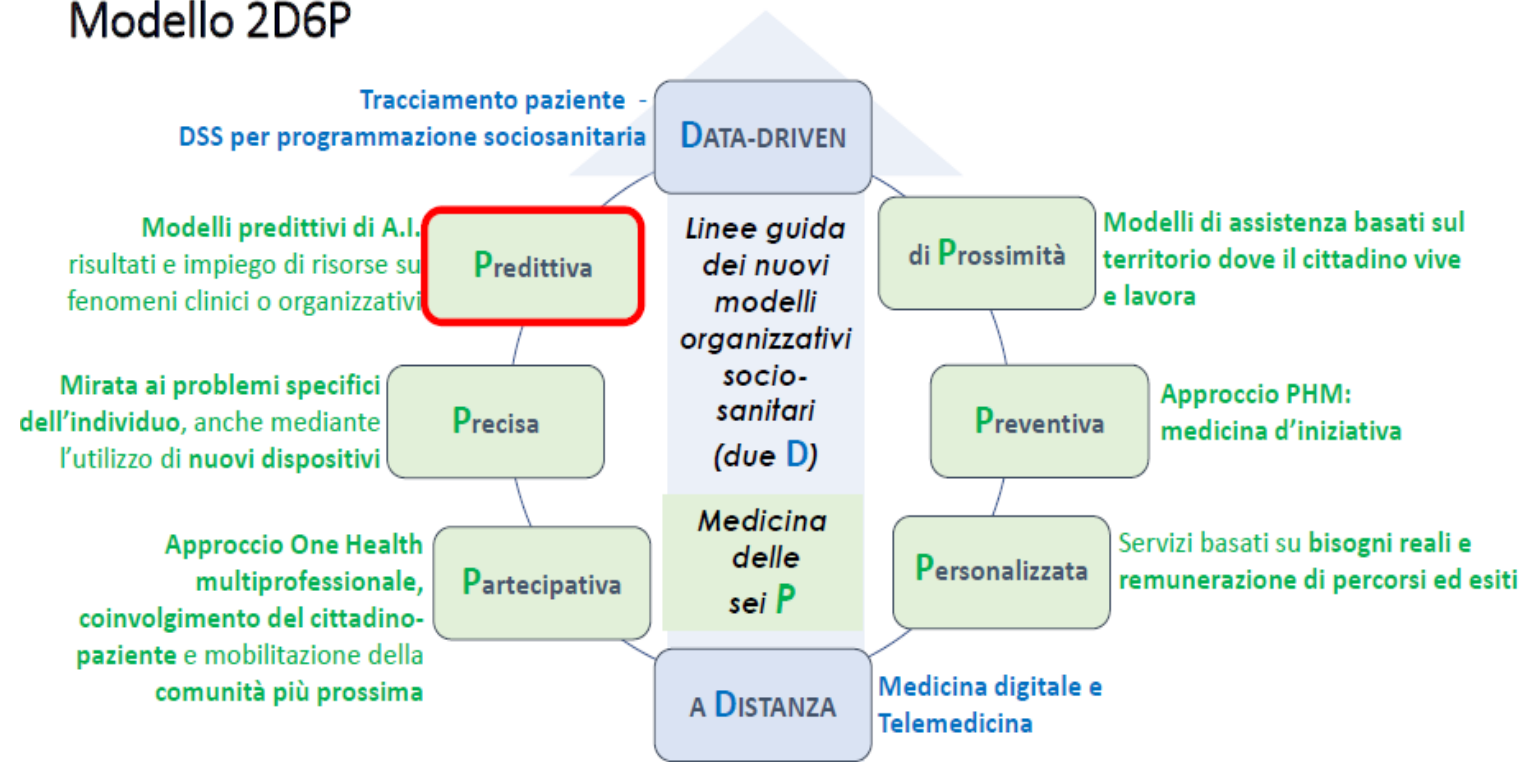
di Luciano Fassari

È quanto emerge da un'analisi effettuata da Quotidiano Sanità su dati della Ragioneria dello Stato. Su 77 aziende ospedaliere pubbliche ben 33 hanno chiuso il bilancio consuntivo 2022 col segno meno. Drammatica la situazione del Lazio con tutte le 8 aziende ospedaliere in forte perdita (in totale oltre 620 mln).

La digitalizzazione 4.0 della sanità

- La digitalizzazione 4.0 basata su Intelligenza Artificiale e Data Analytics consente di integrare tutti i dati purché prodotti in un'azienda sanitaria sia nei servizi di prevenzione, che ospedalieri, che territoriali, che di reti di cure primarie tramite piattaforme di secondo livello che *“integrano”* il variegato mondo di applicativi esistenti nelle aziende sanitarie, anche quelli obsoleti e meno performanti o quelli usati dai MMG e PLS, o dai specialisti territoriali o dalla guardia medica e dalla continuità assistenziale.

Modello 2D6P



Ospedale «flessibile» o «sanità flessibile» ...

Ecco perché più che all' «*ospedale flessibile*» occorre pensare a una «*sanità flessibile*», che **parta dal riassetto delle Cure Primarie** con lo sviluppo della **Sanità d'iniziativa**, ossia ***una nuova organizzazione delle cure primarie basata su team multiprofessionali, con una forte vocazione al self management, che veda una forte integrazione tra Cure primarie e cure intermedie*** (Ospedale di Comunità, Hospice, ADI, RSA, Riabilitazione) al fine di ***consolidare la capacità di filtro verso l'accesso all'ospedale***, ma anche di ***supportare la fase della dimissione, l'assistenza domiciliare, in un approccio di disease management, supportato dalla Telemedicina e dal FSE*** (Fascicolo Sanitario Elettronico) cui tutti, cittadini e operatori sanitari debbono poter accedere per avere informazioni condivise, evitare esami inutili e ripetuti, avere un quadro clinico completo di ciascun cittadino.



Per contatti successivi:

Dr. Giorgio Banchieri

Mobile 335 7710674

giorgio.banchieri@gmail.com



GRAZIE per l'attenzione!!