REPORT LABORATORI

AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA
CITTÀ DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA DI TORINO

4ª EDIZIONE OPEN MEETING **GRANDI OSPEDALI** 2025

TORINO, 28-29 MAGGIO

Un evento di: **www.koncept.it**

www.grandiospedali.it

Premessa

L'edizione 2025 dell'Open Meeting di Grandi Ospedali, svoltasi a Torino nel mese di maggio, ha rappresentato un passaggio di crescita per il percorso nazionale dedicato all'evoluzione del sistema ospedaliero italiano.

Sotto la guida degli Ambassador della Sanità italiana, l'iniziativa ha confermato il suo approccio partecipativo e dialogico, ponendo al centro la connessione tra innovazione, persone e organizzazioni.

I laboratori di questa edizione hanno evidenziato la necessità di ripensare i modelli gestionali e assistenziali alla luce delle nuove tecnologie e delle sfide di sostenibilità, approfondendo temi chiave come la trasformazione digitale, l'intelligenza artificiale applicata ai processi clinici e gestionali, l'integrazione ospedale-territorio e le nuove competenze per il management sanitario.

Dal confronto tra esperienze e prospettive diverse è emersa una visione condivisa: l'innovazione non è solo tecnologica, ma anche organizzativa e culturale, e richiede un cambiamento che parta dalle persone e dalla loro capacità di collaborare all'interno di ecosistemi sempre più interconnessi.

L'obiettivo rimane quello di trasformare i risultati dei laboratori in strumenti concreti di governo e miglioramento continuo, mettendo a disposizione delle direzioni sanitarie e delle istituzioni una sintesi ragionata e proposte operative per affrontare le sfide future.

In questo senso, il dossier non è solo una raccolta di contenuti, ma un documento di lavoro aperto, pensato per alimentare il dialogo tra professionisti, istituzioni e territori.

Più che un evento, l'Open Meeting si conferma come un ecosistema generativo di connessioni, progetti e collaborazioni, un luogo di pensiero e co-progettazione dove l'intelligenza collettiva diventa leva per l'evoluzione del sistema sanitario nazionale.

Guardando avanti, l'edizione 2026 si terrà a Milano, in collaborazione con l'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda e la Regione Lombardia.

Questa nuova tappa rappresenta la naturale prosecuzione di un percorso che, di anno in anno, amplia la rete dei protagonisti e consolida l'Open Meeting come motore di innovazione partecipata e laboratorio di trasformazione del sistema sanitario italiano.

Sommario

Premessa ... 3

Community degli Ambassador della Sanità Italiana ... 7

Area 1 — Digitalizzazione e innovazione nei Grandi Ospedali

1.1. Innovazione in robotica e tecnologie avanzate ... 9

1.2. Telemedicina: nuove frontiere dell'assistenza ... 13

1.3. AI per migliorare la diagnostica e l'interventistica cardiovascolare ... 17

1.4. Simulazione training in chirurgia cardio-toraco-vascolare — Never First on a Patient ... 20

1.5. Integrazione Territoriale nella Gestione delle emergenze: Rete Ictus e Rete Infarto ... 23

1.6. Nuove Tecnologie, perfusione d'organo, trapianto d'organo e trasporti avanzati ... 26

1.7. Scompenso cardiaco avanzato, assistenza meccanica e trapianto cardiaco ... 29

1.8. Liste di attesa e sistema CUP regionale auto-adattivo basato su AI generativa ... 32

1.9. Ospedali del Futuro: Sistemi di Modellazione Dinamica per Progettazione Edile e Sistemi Ambientali ... 36

1.11 Innovazione nell'ambito dell'oculistica ... 40

1.12. Innovazione tecnologica nelle reti oncologiche ... 43

Area 2 — I Grandi Ospedali e il loro Territorio

2.1. Collaborazione territoriale per la gestione dei pazienti complessi secondo il DM 77: Ecosistema Sanitario Integrato ... 46

2.2. Nuove prospettive chirurgiche nei tumori primitivi dell'osso ... 50

2.3. Carcinoma mammario metastatico: nuovi percorsi personalizzati per un accesso equo e sostenibile ... 53

Area 3 — Sostenibilità dei Percorsi Ospedalieri

3.1. Sostenibilità nei trapianti: ottimizzazione dei sistemi di finanziamento e remunerazione ... 56

3.2. Accesso a sale operatorie ad alta tecnologia e robotizzate: focus sull'ortopedia ... 59

3.3. Farmacoeconomia per la Sostenibilità: il ruolo chiave dei dati nella ottimizzazione delle risorse Sanitarie ... 62

3.4. Automazione nei processi sanitari: verso trattamenti personalizzati e nuove frontiere nella gestione delle cure ... 65

3.5. Player, non solo buyer: un sistema AI di condivisione in tempo reale delle immagini per lo stroke ... 68

Area 4 — Grandi Ospedali, Centri per l'eccellenza

4.1. La vaccinazione dei soggetti fragili in ospedale un'opportunità di salute da non perdere 71

4.2 Quando l'evoluzione ospedaliera abbraccia l'innovazione in HIV: modelli organizzativi, risorse e percorsi preferenziali 75

4.3. Sfide e prospettive innovative per le malattie neurologiche degenerative e infiammatorie 78

4.4. Screening neonatali: dalla biochimica alla genetica 81

4.5. Medicina genetica: la nuova frontiera nella lotta alle malattie rare 84

4.6. Strategie innovative per contrastare la resistenza antimicrobica: il ruolo chiave della diagnostica 87

4.7. Fratture da fragilità: appropriatezza organizzativa e terapeutica, modelli di FLS 91

Area 5 – Grandi Ospedali, il posizionamento nel contesto sociale

5.1. Modelli di controllo di gestione nelle strutture ospedaliere 95

5.2. PNRR. La bussola dell'attuazione e le sfide della salute per la città di Torino. Un modello replicabile 98

Area 6 — Ricerca e cambiamento in Sanità

6.1. Ecosistemi di ricerca nelle AOU, nelle ASL e negli IRCCS 101

6.2. Il nuovo paradigma delle olimpiadi di Milano Cortina 2026: la legacy in Sanità 105

6.3. Ricerca Clinica e Data Management 108

Focus di lavoro

Focus 1. AI clinica: innovazione per diagnosi precoce e medicina personalizzata 112

Focus 2. CAR-T dall'eccellenza alle sfide. Strategie per un accesso equo e sostenibile in tutte le Regioni 115

Focus 1. Nuove frontiere nella cura delle patologie reumatologiche 118

Focus 4 . Governance e sostenibilità per il mantenimento dell'eccellenza nei Grandi Ospedali 121

Focus 5. Micrologistica in Sanità 125

Focus 6. Verso il Summit della Logistica in Sanità 128

Focus 7. Nuove prospettive diagnostiche e di cura per i tumori cerebrali e ipofisari: Pituitary Unit e Neuro-oncologia clinica 132

Focus 8. Le nuove frontiere degli Enti del Terzo Settore: co-programmazione e co-progettazione 135

Community degli Ambassador della Sanità Italiana

Paolo Petralia
Coordinatore Community
"Ambassador della Sanità Italiana"

Luca Baldino
Direttore Generale, AOU di Modena - DG Grande Ospedale

Paolo Bordon
Direttore Generale del Dipartimento Salute e Servizi Sociali, Regione Liguria - Già DG Ospedale Fondatore

Callisto Marco Bravi
Direttore Generale, AOUI Verona - DG Ospedale Fondatore

Riccardo Bui
Amministratore Delegato IRCCS Istituto Clinico Humanitas - DG Grande Ospedale

Monica Calamai
Commissaria Straordinaria, ASP Crotone - Già DG Ospedale Fondatore

Eva Colombo
Già Direttore Generale, ASL Vercelli - Presidenza FIASO

Antonio D'Amore
Direttore Generale, AORN A. Cardarelli, Napoli - Presidenza FIASO

Giuseppe dal Ben
Direttore Generale AOU Padova - DG Grande Ospedale

Antonio Davide Barretta
Direttore Generale, AOU Senese - DG Ospedale Fondatore

Marco Bosio
Direttore Generale, ASST Rhodense, Milano - Già DG Grande Ospedale

Silvia Briani
Già Direttore Generale, AOU Pisana - Già DG Ospedale Fondatore

Luigi Cajazzo
Direttore Generale, Presidio Ospedaliero Spedali Civili di Brescia - Già DG Ospedale Fondatore

Alessandro Caltagirone
Direttore Generale, ASP Siracusa - Presidenza FIASO

Carlo Cracco
Direttore Generale, IRCCS Sacro Cuore Don Calabria di Negrar - DG Grande Ospedale

Antonio D'Urso
Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera di Perugia - Presidenza FIASO

Marco Damonte Prioli
Direttore Generale, Ospedale San Martino, Genova - DG Ospedale Fondatore

Daniela Donetti
Direttore Generale del Dipartimento Salute e Welfare, Regione Umbria - Già DG Grande Ospedale

Davide Fornaciari
Direttore Generale, IRCCS Arcispedale Santa Maria Nuova, Reggio Emilia - DG Grande Ospedale

Giovanni La Valle
Direttore Generale, ASL TO 3 - Già DG Grande Ospedale

Massimo Lombardo
Direttore Generale, AREU - Agenzia Regionale Emergenza Urgenza - Già DG Grande Ospedale

Cristina Marchesi
Già Direttore Generale, IRCCS Arcispedale Santa Maria Nuova, Reggio Emilia - Già DG Grande Ospedale e Presidenza FIASO

Francesca Milito
Direttore Generale, AOU S. Andrea, Roma - DG Grande Ospedale

Mario Piccinini
Direttore Generale Ricerca e Università, IRCCS Sacro Cuore Don Calabria di Negrar – Già DG Grande Ospedale

Thomas Schael
Già Commissario AOU Città della Salute e della Scienza, Torino - Già DG Grande Ospedale

Alberto Zoli
Direttore Generale, ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, Milano - DG Grande Ospedale

Marco Elefanti
Già Direttore Generale, Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli IRCCS, Roma - Già DG Grande Ospedale

Chiara Gibertoni
Direttore Generale, AOU di Bologna, Policlinico S. Orsola-Malpighi, Bologna - DG Grande Ospedale

Francesco Locati
Direttore Generale Ospedale Papa Giovanni XXIII, Bergamo - DG Grande Ospedale

Giuseppe Longo
Già Direttore Generale, AOU Federico II, Napoli - Già DG Grande Ospedale

Giovanni Migliore
Direttore Generale dell'ARESS, Agenzia Regionale Strategica per i Servizi Sanitari ed il Sociale della Puglia – Presidenza FIASO

Carlo Nicora
Già Direttore Generale, Istituto Nazionale dei Tumori, Milano - Presidenza FIASO

Giuseppe Quintavalle
Direttore Generale, ASL Roma 1 - DG Ospedale Fondatore e Presidenza FIASO

Maria Beatrice Stasi
Già Direttore Ospedale Papa Giovanni XXIII, Bergamo - Già DG Grande Ospedale

1.1. Innovazione in robotica e tecnologie avanzate

Scenario di riferimento

Il laboratorio ha permesso di analizzare il contesto attuale della robotica in sanità, delineando opportunità, limiti e traiettorie di sviluppo.

È emersa una diffusione crescente delle tecnologie robotiche in alcuni ambiti specialistici, grazie alla presenza di professionisti altamente qualificati e a una maggiore sensibilità verso l'innovazione.

Tuttavia, questa espansione si accompagna a una serie di criticità ancora aperte.

Tra le principali fragilità segnalate:

- l'elevato costo delle apparecchiature e della loro manutenzione
- la mancanza di una chiara governance pubblica in grado di erogare tali tecnologie in base a dati oggettivi di volume di attività clinica, livello assistenziale del centro ed appropriatezza di utilizzo
- la limitata disponibilità di dati clinici strutturati

È emerso inoltre un punto sulla formazione, anche se in realtà in ambito urologico europeo è disponibile un percorso formativo - forse non fruito in modo omogeneo sul territorio.

Questi fattori generano disuguaglianze territoriali e organizzative, ostacolando un'adozione sistemica e sostenibile della robotica.

L'introduzione delle tecnologie comporta anche una riorganizzazione dei processi clinici e gestionali, che richiede un cambio culturale profondo e un coordinamento efficace tra le figure professionali coinvolte.

Allo stesso tempo, è chiara la spinta verso un'evoluzione tecnologica più integrata e centrata sul paziente. I partecipanti hanno immaginato un sistema in cui la robotica non sia un elemento isolato, ma parte di un ecosistema digitale capace di supportare diagnosi precoci, tracciabilità dei processi, chirurgia minimamente invasiva e miglioramento continuo degli esiti.

È stata auspicata anche una maggiore personalizzazione delle cure, grazie all'uso combinato di AI, imaging avanzato e piattaforme predittive.

In questa prospettiva, la chirurgia robotica diventa una leva strategica per l'efficienza del sistema, ma richiede investimenti mirati in formazione continua, raccolta e analisi dei dati, definizione di linee guida e modelli di governance condivisi.

È necessario superare la logica "macchina-centrica" per adottare un approccio multidisciplinare che valorizzi persone, processi e strumenti.

Infine, è stata sottolineata l'urgenza di agire in modo sistemico e coordinato per evitare di ampliare i divari esistenti e trasformare il potenziale della robotica in valore concreto per il sistema sanitario e i cittadini.

Le azioni proposte e le azioni prioritarie

Dall'elaborazione collettiva sono emerse azioni prioritarie trasversali a più livelli: formativo, clinico, gestionale e normativo. Le proposte condivise sono state valutate in base a due assi: valore generato per il sistema e complessità/costo di implementazione.

Il risultato è una mappa di interventi orientati al medio termine, pensati per favorire un'adozione più equa, sostenibile e strategica della robotica e delle tecnologie avanzate, con una particolare attenzione all'impatto sul paziente, alla tracciabilità dei processi e alla sostenibilità del sistema sanitario.

Tra le azioni ad alto valore e basso sforzo, quindi immediatamente attivabili, figurano:

- **La creazione di una task force nazionale o tavoli regionali** permanenti per il confronto tra strutture, finalizzata alla condivisione di dati, buone pratiche e linee guida operative;

- **Il confronto strutturato sul lavoro svolto da altri centri**, per favorire apprendimento peer-to-peer e ridurre la dispersione delle esperienze, valorizzando chi ha già maturato competenze e infrastrutture evolute;
- **L'attivazione di una raccolta dati sistematica**, incentrata su esiti clinici, tempi operatori, logistica, consumo di materiali e rapporto costo/efficacia delle tecnologie impiegate, creando dataset confrontabili tra strutture.

Nel quadrante delle azioni ad alto valore ma maggiore complessità, sono state posizionate:

- **L'analisi del valore generato dalla chirurgia robotica**, con approccio Value-Based Healthcare centrato sul paziente e sui risultati di salute, integrando metriche cliniche, qualitative ed economiche;
- **Il dialogo strutturato pubblico-privato con operatori e fornitori**, per condividere responsabilità, sviluppare sinergie tecnologiche e sostenere l'accesso a soluzioni avanzate anche nei contesti meno dotati;
- **La definizione condivisa di linee guida per l'impiego della robotica in ambito clinico, tecnico e gestionale**, aggiornate e validate dalle società scientifiche, in modo da armonizzare le pratiche e ridurre la variabilità operativa;
- **L'introduzione di regolamenti nazionali per l'utilizzo dell'intelligenza artificiale in chirurgia**, con attenzione a trasparenza, etica, responsabilità medico-legali e tracciabilità decisionale.

Altre azioni discusse, pur ritenute importanti, risultano più onerose in termini di risorse o tempi:

- **La revisione del sistema tariffario** per valorizzare economicamente gli interventi robotici in modo equo e sostenibile, anche per supportare il procurement innovativo;
- **L'istituzione di un percorso educativo strutturato per le scuole di specializzazione**, che includa competenze digitali e moduli base sulla robotica, simulazione avanzata e doppie console;
- **La costruzione di un framework di competenze trasversali** (chirurgiche, digitali, comunicative) a supporto di una formazione continua e adattiva, già a partire dalla formazione universitaria e coerente con l'evoluzione dei profili professionali.

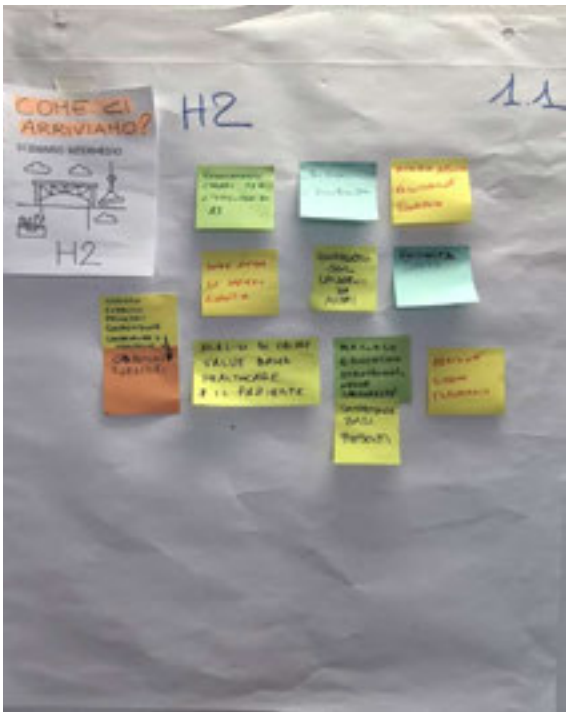
Infine, alcune azioni sono state considerate meno urgenti o con impatto ancora da validare, come:

- **Lo sviluppo di applicazioni robotiche per patologie rare o a bassa incidenza**, la cui adozione richiede un'analisi più approfondita dell'efficacia clinica e della sostenibilità;
- **L'introduzione precoce di tecnologie ancora in fase di validazione tecnica e clinica**, per le quali si suggerisce un approccio pilota e graduale.

Tutte le proposte sono state discusse alla luce di una visione comune: rendere la robotica uno strumento abilitante, non sostitutivo, capace di migliorare l'equità, la sicurezza e l'efficienza del sistema sanitario.

I partecipanti hanno sottolineato che l'innovazione deve essere accompagnata da una governance forte, multidisciplinare e fondata su dati, valutazioni d'impatto e obiettivi di salute condivisi.

Solo attraverso un approccio sistemico, guidato da evidenze, ascolto reciproco e cooperazione tra strutture, industrie e istituzioni, sarà possibile trasformare il potenziale della robotica in un valore concreto per il SSN e per i cittadini.



Conclusioni

Il tavolo di lavoro dedicato all'innovazione robotica, forte del coinvolgimento di un'ampia e diversificata rappresentanza multidisciplinare (dai professionisti utilizzatori attuali di diversi ambiti, ai potenziali utilizzatori, amministratori sanitari anche extraregionali, parti economiche fino ad arrivare alle fondazioni) ha rappresentato un'occasione unica di confronto costruttivo attraverso un'analisi propositiva di vari percorsi di implementazione delle criticità che circondano questo importante ambito della tecnologizzazione sanitaria. Le proposte pragmatiche elaborate dal gruppo rappresentano un passo concreto nell'impegno volto a razionalizzare e mitigare il forte impatto gravativo economico che l'inarrestabile diffusione della tecnologia non potrà che implementare ulteriormente a scapito di un sistema sanitario sempre più in preda ad ingenti problematiche di sostenibilità delle cure.

Hanno partecipato

Moderatori: **Mario Morino**, AOU CDSS, Torino e **Paolo Gontero**, AOU CDSS, Torino

Facilitatore: **Mirella Guastella**

Partecipanti:

Maria Grazia Baù, Direttore della Struttura Complessa di Ostetricia e Ginecologia, ASL Città di Torino

Eleonora Corno, SS Anestesia AR4 Presidio Sant'Anna, AOU CDSS, Torino

Stefano Domenico Cosma, Presidio Sant'Anna, AOU CDSS, Torino

Diego Garbossa, Direttore SC Neurochirurgia Universitaria, AOU CDSS, Torino

Paraskevas Lyberis, Chirurgia Toracica Robotica, AOU CDSS, Torino

Francesco Marzola, PhD in Bioingegneria e Scienze Medico Chirurgiche e assegnista di ricerca presso il Dipartimento di scienze Chirurgiche, Università degli Studi di Torino

Giorgio Mazzi, Direttore Presidio Ospedaliero, AUSL IRCCS, Reggio Emilia

Maria Nacci, Direttore Sanitario Aziendale, ASL Lecce

Claudio Oteri, Area Sales Manager, linea Intuitive, AB Medica

Anna Maria Poggi, Professoressa Ordinaria Diritto Costituzionale, Dipartimento di Giurisprudenza, Università degli Studi di Torino, Presidente Fondazione CRT

Alessio Attilio Rebola, Dirigente Ingegnere SC Gestione del Patrimonio, AOU CDSS, Torino

Vincenzo Vigna, LP già Dirigente Cardiochirurgia, IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia
Luigi Vittorini, Direttore Area Risorse Umane e Finanziarie, AOU Sant'Andrea, Roma

1.2. Telemedicina: nuove frontiere dell'assistenza

Razionale: Obiettivo del laboratorio è confrontarsi sulle diverse esperienze e prospettive relative alle crescenti esigenze di ipotizzare nuove frontiere dell'assistenza che superino il modello ospedale-centrico. Esigenze sempre più pressanti a causa della transizione demografica (invecchiamento e crescita delle patologie croniche) e della carenza strutturale di personale sanitario che stanno erodendo la sostenibilità del modello. Inoltre la maturità raggiunta dalle piattaforme digitali, dall'intelligenza artificiale e dai sistemi di monitoraggio remoto offre l'opportunità di spostare parte dell'assistenza "fuori dalle mura" rendendo concreta la prospettiva di un «ospedale virtuale», che garantisca continuità assistenziale, prossimità ed equità. Infine l'opportunità del PNRR che destina risorse significative a case della comunità, assistenza domiciliare e infrastrutture di telemedicina potrebbe far delineare un contesto in cui l'ospedale diventa progressivamente «hub» di seconda e terza linea, mentre la gestione di cronicità e fasi post-acute potrebbe venire delocalizzata su «spoke» territoriali e virtuali. Nel laboratorio dopo gli interventi dei moderatori si lavora sullo scenario di riferimento attuale e sulle possibili azioni per il cambiamento.

Scenario di riferimento

Durante la prima fase del laboratorio, grazie agli interventi del dott. Giovanni Gorgoni e poi del prof. Francesco Gabbrielli, che lanciano stimoli alla discussione si parla:

- dell'importanza di cambiare rotta
- dei diversi modelli per ora sperimentati di "ospedale virtuale"
- Hub tecnologico che abilita più ospedali fisici - Dipartimento digitale di un ospedale fisico che estende i reparti a casa del paziente
- Digital twin front-office che semplifica l'accesso all'ospedale tradizionale
- delle diverse funzioni per ora prevalentemente sperimentate -Triage/prevenzione remota, virtual ward/board, terapia intensiva virtuale, gestione del patient journey cronico, post-operatorio e riabilitazione
- Riduzione di giornate di degenza e accessi in PS documentata dall'RPA Virtual Hospital australiano
- Toolbox tecnologico: wearable, televisita, tele-proctoring, tele-mentoring, tele-cooperazione, conversational AI e analytics sui big-data clinici.
- ma anche di digital divide, interoperabilità, sostenibilità post-PNRR, e di ridefinizione del ruolo dell'ospedale grande e piccolo

Gli aspetti positivi che sono stati identificati nell'analisi partecipata dello scenario sono stati

- Riduzione di distanze e di liste d'attesa, maggiore immediatezza di risposta, aumento della prossimità, assistenza home-based, minor mobilità dei pazienti
- Maggiore equità e accessibilità per aree interne e fragili
- Centralità del paziente e continuità di cura, aderenza continua alla terapia, operatività asincrona (tele-homecare, chat medico/paziente)
- Possibilità di abbreviare i trattamenti (follow-up e tele-monitoraggio integrati)
- Collaborazione multidisciplinare semplificata, nei percorsi diagnostici, della riabilitazione e prevenzione, facilitata da piattaforme comuni
- Ottimizzazione delle risorse ospedaliere, decongestionamento degli ospedali
- Riduzione dei costi di trasporto per i pazienti (spazio/tempo azzerato o ridotto)
- Condivisione e contaminazione tra clinici e tecnici, beneficio per i professionisti (apertura al cambiamento e aumento formazione)
- Uso dei big-data (casistica ampia) per prevenzione e personalizzazione e ricerca clinica
- Medicina del futuro 4P (predittiva, preventiva, personalizzata, partecipativa).
- Community of care che integra ospedale, territorio, caregiver.

Le principali criticità emerse riguardano:

- Digital divide infrastrutturale e culturale e connettività insufficiente
- Sistemi informativi non interoperabili e differenti in ogni azienda e/o regione
- Resistenza culturale degli operatori, abitudini consolidate e stratificate
- Rigidità organizzativa e lunghezza dei processi di trasformazione del SSN
- Poca conoscenza potenzialità e scarsa alfabetizzazione rete/dati

- Carenza di formazione specifica dei pazienti e dei professionisti, competenze concentrate
- Preoccupazioni su privacy e responsabilità del dato, percepite come ostacolo
- Carenza di investimenti strutturali, finanziamenti frammentati e carenza di personale.
- Normativa disomogenea tra regioni, contesto normativo complesso e procedure lente
- Sovraccarico informativo e rischio inappropriatezza
- Predisposizione del cittadino limitata e non omogenea
- Scarsa integrazione tra setting assistenziali, sostenibilità economica a lungo termine dei modelli servizio.
- Difficoltà di ragionamenti di team nella dimensione multiprofessionale
- Troppa responsabilità decisionale diffusa > governance incerta.

Le azioni proposte e le azioni prioritarie

Durante la seconda fase del laboratorio i partecipanti hanno esplorato i possibili scenari di un futuro da sogno che auspicherebbe la realizzazione dei seguenti punti:

- Costruzione di una rete con ospedali per alta criticità di II livello
- Medico di famiglia virtuale "tutor" – gemello virtuale "digital twin" – percorsi di salute virtuale
- Casa connessa con devices e sensori per patologie croniche, ambulanza connessa
- Favorire la sperimentazione clinica, reale eliminazione dei silos
- Partecipazione dei cittadini con le stesse possibilità e accessibilità alle tecnologie da parte di tutti

Le azioni da mettere subito in campo potrebbero essere raggruppate in 5 macro aree, tutte ad alto impatto, solo alcune a basso costo:

- **Norme & governance** – superare i "LEA di silos", definire LEA di percorso/comunità e linee guida unificate; snellire burocrazia, in particolare in tema privacy e riconoscere formalmente programmi/competenze di televisita.
- **Infrastrutture digitali** – investire con continuità (PNRR e dopo) in reti, connettività ospedaliera + territoriale, piattaforme interoperabili e help-desk applicativi. Applicare a livello centrale e regionale modelli coordinati per ottimizzare investimenti e garantire modelli omogenei sul territorio
- **Logistica & servizi di supporto** – creare funzioni logistiche potenziate e un centro servizi/coordination hub anche per la pianificazione delle televisite e facilitare l'adozione della telemedicina.
- **Competenze & cultura** – formazione strutturata (clinici, tecnici, non sanitari), facilitatori del cambiamento e forte spinta al cambio culturale "di sistema". (gli informatici parlino più spesso con i medici e gli infermieri)
- **Equità & inclusione** – garantire accesso ai pazienti fragili, coinvolgere associazioni di cittadini/pazienti e ridurre barriere procedurali.

Conclusioni

La visione condivisa è quella di un ecosistema dove il valore non è la singola tecnologia ma l'orchestrazione di **processi, persone e dati** lungo l'intero continuum of care.

quattro takeaway: 1) telemedicina non è tecnologia ma redesign dei processi; 2) servono standard condivisi e investimento su competenze; 3) l'adozione deve essere "equity-by-design" e quindi prevedere sin dalla progettazione equità e accessibilità alle cure 4) parole chiave integrazione e multidisciplinarietà

Hanno partecipato

Moderatori: **Prof. Francesco Gabbrielli**, MediteH Network, e dott. Giovanni Gorgoni, Direttore generale ASL Asti

Facilitatore: **Alessandra Scala**, Consulente di sviluppo organizzativo, Facilitatrice, Coach Ontologico trasformazionale - Torino

Partecipanti:

Massimo Anelli, SME Digital health, Almaviva

Tiziana Chiriaco, Medico Direzione Sanitaria AOU Sant'Andrea, Roma

Paolo Colli Franzone, Presidente IMIS – istituto per il Management dell'Innovazione in Sanità

Carlo De Medio, Head of Digital Healthcare Sanità Centrale, Almaviva

Silvia Deaglio, Direttore Immunogenetica, Biologia dei trapianti U, AOU CDSS

Maria Elisena Focati, Direttore DIPSA ASL Alessandria

Chiara Guenzino, Consigliera OFI PvdA – Ordine dei Fisioterapisti del Piemonte e della Valle d'Aosta

Massimo Mangia, Esperto di sanità digitale

Federica Morandi, Direttore dei Programmi Accademici e ricerca, Altems, Università Cattolica del Sacro Cuore

Chiara Prandi, Responsabile Grant Office, Arcispedale Santa Maria Nuova, Reggio Emilia

Roberto Pedrale, SSO Rep. Detenuti, AOU CDSS, Torino

Umberto Ricardi, direttore del Dipartimento Oncologia AOU CDSS, Torino

Giancarlo Rovere, Direttore SC di RRF ASL TO 5 e Consigliere Nazionale FISM – Federazione delle Società medico-Scientifiche Italiane
Floriana Simeone, Consigliere ordine, Tecnico Sanitario di Radiologia Medica, AOU CDSS, Torino

1.3. AI per migliorare la diagnostica e l'interventistica cardiovascolare

Scenario di riferimento

L'Intelligenza Artificiale (AI) sta ridefinendo la medicina cardiovascolare, trasformando approcci diagnostici e terapeutici. Come sottolineato dal Prof. Gaetano Maria De Ferrari, l'AI è destinata a rivoluzionare il settore, "con o senza di noi". Gli strumenti di machine learning e deep learning permettono oggi di analizzare dati complessi — come ECG, imaging e parametri clinici — con accuratezza superiore a quella umana in alcuni contesti, offrendo supporto nella diagnosi precoce e nella gestione personalizzata del rischio cardiovascolare.

Le applicazioni attuali spaziano dalla valutazione del rischio di eventi come infarto miocardico e sanguinamenti maggiori, al supporto interventistico, fino al monitoraggio remoto tramite dispositivi *wearable*. Strumenti come ECG potenziati da AI mostrano valori predittivi straordinari, consentendo *alert* tempestivi e riducendo i tempi critici.

Durante la prima fase del laboratorio, sono emerse numerose criticità e potenzialità. In primo luogo, la necessità di **database condivisi e affidabili**: senza dati di qualità, l'AI non può funzionare efficacemente. È importante e promuovere l'**interoperabilità** tra sistemi clinici, PACS, dispositivi indossabili e cartelle digitali, ma anche sviluppare un approccio ***"privacy by design"***, che tuteli il diritto alla privacy del paziente, ma allo stesso modo permetta a clinici e ricercatori di accedere a dati importanti sia per il singolo paziente che per la popolazione.

La situazione attuale è caratterizzata da entusiasmo, spesso polarizzato: da un lato, l'AI è vista come una risorsa che può sollevare i clinici da compiti ripetitivi, restituendo **tempo alla relazione medico-paziente** e promuovendo l'**empowerment del paziente**, anche nella gestione terapeutica quotidiana; dall'altro, emergono ostacoli legati a **modelli organizzativi inadeguati**, alla resistenza del **personale medico non formato** ("analfabetismo digitale") e alla **mancanza di standardizzazione**.

Inoltre, l'AI richiede una **solida base teorica** e una **governance pubblica** per garantire equità e trasparenza. La generativa, in particolare, solleva preoccupazioni di affidabilità, accentuando la necessità **dell'intervento umano nella supervisione**.

In sintesi, l'AI rappresenta un'opportunità straordinaria per il futuro della cardiologia, a patto che si costruisca un ecosistema clinico, normativo e culturale pronto ad accoglierla.

Le azioni proposte e le azioni prioritarie

Il passaggio verso un futuro desiderato richiede quindi una forte azione strategica su più livelli: culturale, organizzativo, tecnologico ed etico.

- La **centralizzazione dei dati** pazienti disponibili in spazi continui;
- il ***digital twin***: la creazione di un "paziente digitale" consente simulazioni cliniche personalizzate, utili per testare terapie, prevedere complicanze, scegliere i trattamenti più adatti;
- **l'adozione di trial clinici generati con AI;**
- **l'innovazione partecipativa** (coinvolgere pazienti, operatori, sviluppatori e policy maker nella progettazione delle soluzioni AI è essenziale per garantire sostenibilità, equità e accettabilità);

sono situazioni desiderabili condivise da tutti i partecipanti.

I partecipanti hanno individuato azioni concrete per valorizzare il potenziale dell'AI nella diagnostica e nell'interventistica cardiovascolare. Sono state poi selezionate da tutti i partecipanti le azioni sentite come più urgenti e importanti che hanno popolato una **matrice impatto/sforzo**, distinguendo tra interventi di immediata attuabilità e azioni strutturali di più lungo termine.

Azioni a basso sforzo, alto impatto

- **Coinvolgimento attivo dei pazienti**

L'AI può favorire l'empowerment del paziente, permettendo un'interazione più consapevole con il proprio percorso di cura. Dispositivi digitali (es. per la somministrazione automatizzata dei farmaci) e app intelligenti possono fornire supporto continuo, ridurre errori e migliorare l'aderenza terapeutica.

- **Formazione del personale sanitario**

La scarsa familiarità con strumenti digitali rappresenta un ostacolo importante: molti medici e operatori mostrano ancora reticenza per mancanza di competenze (analfabetismo digitale).

La formazione continua può accelerare l'adozione dell'AI nelle pratiche cliniche quotidiane.

Azioni ad alto sforzo, ma con valore strategico

- **Archiviazione *raw data* in spazi comuni per la condivisione – database nazionale**

Serve creare una piattaforma pubblica, interoperabile e sicura, in cui archiviare i dati grezzi dei pazienti. La gestione dei dati fluida e continuativa tra ospedale, territorio e domicilio è cruciale per un approccio realmente personalizzato e predittivo.

Questo punto è stato ribadito più volte.

- **Aggiornamento e semplificazione del consenso informato**

Serve un modello chiaro e comprensibile, che tuteli la privacy ma permetta l'uso etico dei dati per innovazione e miglioramento delle cure. Dev'essere garantita la **specificità dei dati**, la qualità delle informazioni e la protezione della privacy applicando un sistema di "*privacy by design*", ma i modelli attuali non sono adeguati all'utilizzo secondario dei dati per fini di ricerca o all'uso dell'AI nei percorsi clinici.

Digitalizzare il consenso consente una gestione più snella, tracciabile e personalizzabile.

- **Standardizzazione delle procedure e dei dati**

Occorre definire standard comuni a livello nazionale, così da favorire l'integrazione dell'AI ovunque, anche nei piccoli ospedali. Attualmente esiste un'enorme variabilità tra strutture sanitarie: protocolli non uniformi, strumenti digitali non compatibili e differenze di risorse tra ospedali.

- **Investimenti per il potenziamento delle risorse umane e tecniche**

Dal punto di vista tecnico, serve un aumento delle risorse umane e infrastrutturali dedicate: ingegneri, data scientist, personale sanitario formato e sistemi informatici adeguati. Solo così sarà possibile integrare stabilmente l'AI nella pratica clinica, anche come strumento di alert precoce e supporto decisionale.

Hanno partecipato

Moderatore: **Gaetano Maria De Ferrari**, Direttore SC Cardiologia U, AOU CDSS, Torino
Facilitatore: **Alessandra Pietropoli**
Partecipanti:
Emanuele Barbato, Direttore UOC Cardiologia, AOU Sant'Andrea Roma
Flavia Bordino, Coordinatrice infermieristica, AO Ordine Mauriziano, Torino
Tiziana Chiriaco, Medico Direzione Sanitaria, AOU Sant'Andrea Roma
Fabrizio D'Ascenzo, Cardiologo dell'Ospedale San Giovanni Battista Molinette Torino
Marco Deriu, Professore Ordinario Politecnico di Torino
Sebastiano Marra, Già Direttore Cardiologia Molinette, AOU CDSS Torino
Umberto Morbiducci, Professore Ordinario di Bioingegneria, Politecnico di Torino
Andrea Saglietto, Cardiologo dell'AOU CDSS, Torino

1.4. Simulazione training in chirurgia cardio-toraco-vascolare — Never First on a Patient

Scenario di riferimento

Nel contesto attuale, la formazione dei chirurghi cardio-toraco-vascolari è fondamentale per garantire sicurezza e qualità delle cure. Le procedure in questo ambito sono complesse e delicate, e il modello tradizionale "see one, do one, teach one", pur avendo formato generazioni, mostra oggi limiti importanti in termini di rischio clinico e stress per pazienti e specializzandi.

Il principio "Never First on a Patient" nasce dall'esigenza di evitare che un chirurgo affronti per la prima volta una procedura complessa su un paziente reale. In Italia, in contesti di eccellenza o in altri settori ad alto rischio (es. aviazione), l'uso di simulatori fa parte integrante del training. Tuttavia, manca un approccio sistematico: la simulazione non è obbligatoria né uniforme tra le scuole.

A Verona, come in altri centri italiani, esistono realtà avanzate capaci ospitare corsi annuali in diverse discipline e conferma l'efficacia delle simulazioni mini-invasive, più realistiche rispetto alle tecniche "open", anche grazie al supporto delle aziende che finanziano dispositivi e laboratori.

Sebbene la tecnologia virtuale abbia ormai costi contenuti e, conseguentemente, potrebbe permettere esercitazioni dei discenti anche da casa, permane un certo scetticismo rispetto al fatto che gli specializzandi possano usare davvero i simulatori domestici. Inoltre, i programmi formativi restano eterogenei e fortemente vincolati alle singole scuole.

La pressione mediatica sugli operatori sanitari aumenta – gli errori fanno notizia, i successi meno – aggravando il timore dell'errore.

A quanto sopra, si sommano i costi elevati delle tecnologie di training così come dei "cadaver lab" e delle piattaforme di realtà aumentata, ancora non del tutto mature.

In questo scenario, la simulazione rappresenta non solo un'opportunità formativa, ma anche un presidio di sicurezza clinica, in grado di ridurre eventi avversi e consolidare le competenze tecnico-relazionali dei futuri chirurghi. È fondamentale che il sistema sanitario nazionale riconosca formalmente il valore di tali percorsi, inserendoli stabilmente nei piani didattici e finanziandoli in modo adeguato. La sfida, oggi, è trasformare le buone pratiche locali in uno standard condiviso, che garantisca a tutti gli specializzandi l'accesso a un training realistico, progressivo ed equo.

Le azioni proposte e le azioni prioritarie

Durante il laboratorio i partecipanti hanno delineato una serie di azioni concrete, identificando quali interventi risultino più urgenti per migliorare la simulazione nei percorsi di formazione chirurgica. L'analisi condivisa si è concentrata su due assi strategici: il primo riguarda le azioni a basso costo ma ad alto impatto, che possono essere avviate rapidamente; il secondo, le iniziative ad alto costo e impatto, che richiedono investimenti e pianificazione nel medio-lungo termine.

Per quanto riguarda le misure a **basso costo/alto impatto**, è emersa l'esigenza prioritaria di definire con chiarezza gli obiettivi formativi specifici per ogni procedura cardio-toraco-vascolare. Questi obiettivi devono essere scomposti in step di apprendimento progressivi, in modo da guidare il discente lungo un percorso chiaro e misurabile. Parallelamente, si propone l'introduzione di un sistema di crediti formativi associato alla simulazione, gestito da una cabina di regia intersocietaria, in grado di riconoscere ufficialmente le competenze acquisite.

È stato inoltre suggerito di standardizzare su scala nazionale le pratiche formative in simulazione, attraverso l'elaborazione di protocolli condivisi che specifichino contenuti minimi, durata delle sessioni, strumenti da utilizzare e criteri di valutazione delle competenze acquisite. In questo contesto, il coinvolgimento attivo degli specializzandi nel processo di apprendimento è cruciale.

Un altro punto centrale riguarda la necessità di creare una banca dati di contenuti informatici validati dal punto di vista medico utili per il progresso delle tecnologie di simulazione.

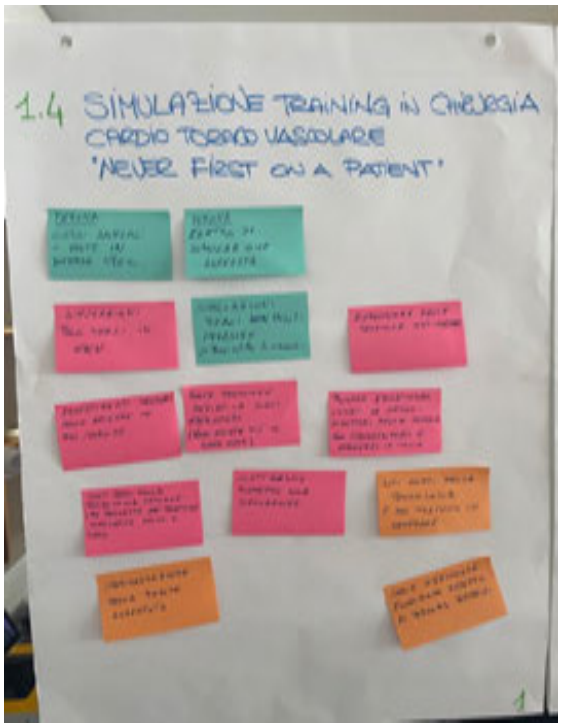
Si è discusso dell'opportunità di mettere in rete i centri di simulazione già esistenti, favorendo la condivisione di risorse e l'estensione degli orari di apertura per garantire un accesso più flessibile alla formazione.

Le iniziative ad **alto costo e ad alto impatto** si focalizzano invece sul potenziamento strutturale e sull'integrazione stabile della simulazione nel sistema sanitario e formativo.

Si propone di migliorare il dialogo tra medici e per migliorare la fedeltà e l'efficacia dei simulatori, in particolare per la realtà aumentata, ancora considerata poco realistica.

È stato evidenziato il ruolo strategico dei partner privati che dovrebbero essere coinvolte nel finanziamento di corsi, dispositivi e aggiornamenti tecnologici. A tal fine, si propone la definizione di modelli di partnership pubblico-privato che garantiscano continuità e sostenibilità economica. Un altro elemento emerso è la necessità di creare un tavolo permanente di confronto tra chi gestisce le risorse (direzioni generali, uffici formazione) e chi le utilizza (clinici, tutor), per assicurare un allineamento tra bisogni e investimenti.

Infine, i partecipanti hanno sottolineato l'importanza di strutturare percorsi di formazione continua certificata, destinati non solo agli specializzandi ma anche ai chirurghi in attività, in un'ottica di aggiornamento professionale lungo tutto l'arco della carriera. Questi percorsi dovrebbero integrare verifiche periodiche delle competenze e rilascio di attestati riconosciuti a livello nazionale. L'adozione di tale modello permetterebbe di consolidare nel tempo una cultura professionale orientata all'innovazione, alla sicurezza e al miglioramento continuo.



Hanno partecipato

Moderatore: **Paraskevas Lyberis**, AOU CDSS, Torino e **Fabio Verzini**, AOU CDSS, Torino Management
Facilitatore: **Matteo Bonin**
Partecipanti:
Pietro Bertoglio, Dirigente Medico, IRCCS AOU di Bologna
Flavia Bordino, Coordinatrice Infermieristica, AO Ordine Mauriziano di Torino
Marika Colombi, Direttrice della Direzione Assistenziale, AUSL Ferrara
Luca Garriboli, IRCCS Sacro Cuore Don Calabria di Negrar e Università di Padova

Mauro Gribaudo, Professore Associato, Dipartimento di Elettronica, Informazione e Bioingegneria, Politecnico di Milano

Francesco Guerrera, Dirigente Medico, AOU CDSS, Torino

Filippo Lococo, Professore Associato, Ospedale Policlinico Gemelli e Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma

Paola Quartesan, AO Ordine Mauriziano di Torino

Gian Franco Veraldi, Professore Associato di Chirurgia Vascolare, Università degli Studi di Verona - Scuola di Medicina e Direttore UOC di Chirurgia Vascolare, Direttore a scavalco UOC di Angiologia, Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona

1.5. Integrazione Territoriale nella Gestione delle emergenze: Rete Ictus e Rete Infarto

Razionale: L'ictus cerebrale e l'infarto miocardico acuto rappresentano le più frequenti patologie vascolari acute e rientrano a pieno titolo nell'ambito delle patologie tempo-dipendenti. Pertanto i modelli organizzativi (rete stroke e rete infarto) devono essere improntati a consentire un intervento precoce considerando campagne atte a migliorare il riconoscimento precoce dei sintomi, l'arrivo tempestivo dei mezzi di soccorso, l'invio del paziente presso il presidio ospedaliero più idoneo (fase preospedaliera), la diagnostica e la messa in atto di terapie di fase acuta (trombolisi endovenosa, trombectomia meccanica, angioplastica coronarica, intervento neurochirurgico, cardiochirurgico, etc) e la gestione delle complicanze (fase ospedaliera). Vengono discussi i punti di forza e le criticità dei diversi modelli organizzativi e la loro applicazione in ambito regionale e nazionale.

Il dottor Cerrato e il dottor Varbella avviano il laboratorio con dati quali-quantitativi attraverso slides. Viene presentata l'Azienda Zero che in Piemonte si occupa dell'aggiornamento delle Reti. Si mettono in luce gli elementi sostanziali del DM 70 del 2015. Ci si confronta sulle differenze tra trasporto primario e secondario da parte del 118. In Piemonte sono presenti 4 Centrali del 118: Novara, Alessandria, Cuneo e Torino. L'Elisoccorso è coordinato a livello regionale da una struttura dedicata. Il modello Piemonte prevede centri SPOKE e centri HUB di riferimento sovrazonale. In Piemonte ci sono presidi ospedalieri di primo e di secondo livello. Si evidenziano le reti tempo-dipendenti. C'è la rete cardiologica per assicurare l'angioplastica primaria. In Piemonte ci sono 18 UTIC con emodinamica. In provincia di Torino, dal 2015, San Luigi e Rivoli sono un unico centro con 8 figure professionali e un'unica equipe emodinamica con 4 sale nell'ambito di un modello interaziendale. L'unione crea esperienza e eccellenza... Nel territorio regionale non ci sono Presidi di Pronto Soccorso privati con cardiologia. I Centri di II livello dotati anche di cardiochirurgia, hanno competenze peculiari e trattano patologie complesse.

Circa gli interventi di angioplastica, il Piemonte ha raggiunto l'obiettivo di realizzare il 60% di angioplastiche entro 90 minuti dall'arrivo del paziente. È attiva una modalità di teletrasmissione dell'ECG dall'ambulanza alla Centrale 118 che, a sua volta; inoltra alle 18 UTIC con emodinamica. L'unica variabile per rifiutare l'accesso del paziente è che sia inagibile la sala.

Per quanto riguarda l'ictus ischemico l'ultima DGR sulla rete stroke dell'ottobre 2020 individua 21 centri dotati di DEA di I livello in grado di eseguire la trombolisi endovenosa e 5 centri di II livello dotati di neuroradiologia interventistica, neurochirurgia chirurgia vascolare, in grado di eseguire interventi di

trombectomia meccanica nell'ictus ischemico, trattamento di pazienti con emorragia subaracnoidea, aneurismi cerebrali, ematomi cerebrali e stenosi carotidea. In Piemonte, in neurologia, la più grande criticità è rappresentata dalla carenza specialisti in neurologia (circa 40 base agli organici previsti concentrati negli ospedali fuori dell'area metropolitana di Torino) e la carenza di borse di specialità in Neurologia; la carenza di professionisti si scontra con l'aumento del numero dei pazienti sottoposti a procedure di trombolisi endovenosa (circa 1200 casi/anno in Piemonte) e trombectomia meccanica (oltre 600 casi/anno).

In alcune aree (ASL CN 1 e ASO Cuneo) è presente il telestroke per eseguire a distanza la terapia trombolitica nell'ictus ischemico.

Durante la seconda fase del laboratorio i partecipanti hanno esplorato i possibili scenari di un futuro ideale che auspicherebbe la realizzazione di alcuni interventi. Il primo elemento che è stato messo in luce durante la discussione è la necessità di promuovere campagne di sensibilizzazione e di educazione alla conoscenza dei sintomi di Ictus e infarto, che permettano di intervenire tempestivamente. È importante valutare quale modello implementare nella rete Ictus in base anche alla conformazione del territorio considerando sia i trasporti primari del 118 sia i trasporti secondari da centri di I e II livello con l'obiettivo di identificare precocemente il presidio ospedaliero più idoneo a cui far afferire il paziente. Si apre il confronto relativamente alla raccolta puntuale dei dati aspetto fondamentale al fine di identificare criticità di percorso e promuovere strategie di efficientamento.

Si sottolinea l'importanza di raccogliere e aggiornare i dati a cadenza periodica. Il confronto prosegue rispetto all'implementazione di buone prassi che possano permettere di individuare precocemente elementi clinico-diagnostici di evoluzione verso lo shock cardiogeno e la conseguente centralizzazione in ospedali in grado

di gestire tale complesso e critico quadro clinico . Viene citato come In Lombardia vi sia un progetto sperimentale con un centro di coordinamento a Niguarda.

Molta attenzione va posta nei confronti della telemedicina, del teleconsulto e della teleconsulenza. Viene citato un dispositivo di Intelligenza Artificiale (WIZ-AI) di prossima introduzione nei DEA di I e II livello della regione Piemonte, utilizzabile in una prima fase per la rete ictus ma estendibile in futuro ad altre patologie tempo dipendenti; parimenti è stata rilevata la necessità di mettere in rete i DEA.

Tra le azioni prioritarie è stata individuata la necessità di coinvolgere nella rete delle patologie tempo dipendenti solo gli ospedali in grado di mantenere adeguati standard diagnostico-terapeutici: la gestione del paziente con ictus e infarto del miocardio richiede infatti sia accuratezza nell'inquadramento clinico sia tempestività negli interventi da parte dei numerosi attori del percorso a partire dalla fase preospedaliera (118) indi ai numerosi attori della fase ospedaliera: medici, infermieri e tecnici che operano in DEA e in ambito cardiologico, neurologico, radiologico, neuroradiologico e, in casi specifici, neurochirurgico, angiochirurgico e cardiochirurgico.

Nel futuro la situazione può migliorare se si promuove una cultura della cura anche attraverso lo sviluppo e l'attivazione delle Case di Comunità che permettano di connettere le esigenze dei cittadini con la rete del sistema di cura.

È necessario anche interrogarsi rispetto all'accesso alle cure da parte di persone sempre più anziane e compromesse dal punto di vista organico. Quali interventi sanitari hanno senso, nel rispetto dei diritti del malato e prevenendo il rischio dell'accanimento terapeutico. A questo proposito si ritiene fondamentale promuovere il dialogo tra medicina e territorio per condividere le scelte di intervento. Attualmente il rischio di rivolgersi al Pronto Soccorso per le tante situazioni che non trovano altre risposte rischia di compromettere l'appropriatezza degli interventi terapeutici e incidere negativamente sulla rete delle patologie tempo-dipendenti.

E' fondamentale mantenere il confronto con chi ha la responsabilità politica e amministrativa di allocare le risorse per differenziare le risposte necessarie nei confronti della cittadinanza, anche prevedendo l'aumento di posti letto per le persone con malattie croniche. Per quanto riguarda la carenza di personale in senso sia quantitativo che qualitativo è necessario migliorare il rapporto con le Università e realizzare percorsi di formazione specifica. Per evitare il fenomeno dei "concorsi deserti" e la necessità di ricorrere ai "gettonisti" occorre prevedere incentivi economici per il personale sanitario con mansioni usuranti (esempio per chi lavora in DEA) o in contesti di disagio territoriale (esempio ospedali decentrati rispetto alle aree metropolitane)

Il confronto prosegue individuando l'esigenza di mettere in rete il più possibile i dati, adeguando i criteri riferiti alla Privacy, per accelerare le procedure di presa in cura e di analisi anamnestica. Relativamente ai dati e al potenziamento della rete, si sottolinea l'importanza di continuare a implementare l'utilizzo dell'Intelligenza Artificiale anche per analizzare rapidamente elementi che possano prevedere , nel caso di pazienti con cardiopatia ischemica acuta l'evoluzione verso lo shock cardiogeno

Conclusioni

L'ictus e l'infarto del miocardio assieme al trauma rappresentano le più frequenti patologie tempo-dipendenti e rappresentano tuttora una sfida per l'organizzazione sanitaria: accuratezza e tempestività di intervento sono entrambi necessari per poter trattare in modo ottimale tali quadri clinici. L'evoluzione tecnologica, la telemedicina e un oculato impiego dell'intelligenza artificiale potranno contribuire a migliorare i percorsi clinici e coadiuvare i professionisti sanitari che intervengono in questi complessi scenari.

Hanno partecipato

Moderatore: **Paolo Cerrato**, Dirigente Responsabile SSD Stroke-Unit, AOU CDSS, Torino

Facilitatore: **Anna Lucia Carretta**, Pedagogista, Formatrice dialogica

Partecipanti

Marina Civita, Direttore SC MeCAU Pinerolo, Direttore Dipartimento Emergenza, ASL TO 3

Federico Conrotto, Cardiologo, Responsabile laboratorio di emodinamica, AOU CDSS, Torino

Marco De Mattei, Direttore SC Neurologia, ASL TO 5

Diego Garbossa, Direttore SC Neurochirurgia AOU CDSS, Torino

Roberto Gioachin, Direttore SC Emergenza Sanitaria Territoriale 118, Azienda Zero Regione Piemonte

Maria Federica Grasso, Direttore SC Neurologia, Ospedale Regina Montis Regalis Mondovì, ASL CN1

Carmelo Labate, Direttore SC Neurologia, Ospedale E. Agnelli, ASL TO 3

Enrico Lupia, Direttore SC Medicina d'Urgenza, AOU CDSS, Torino

Ermelinda Martuscelli, , Direttore Dipartimento Emergenza Urgenza, ASL Alessandria

Chiara Pesci, Direttore UOC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza, Arcispedale S.Anna, AOU Ferrara

Antonio Triarico, Responsabile SC Direzione Medica Varese, ASST Sette Laghi, Varese

Ferdinando Varbella, Past President Regionale Società Scientifica Cardiologi Ospedalieri (ANMCO), Direttore Dipartimento Medico ASL TO 3, Direttore SC Cardiologia Rivoli, Responsabile Funzionale Centro Unico Emodinamica, ASL TO 3

Marinella Zanierato, Responsabile SSD PS Rianimazione, AOU CDSS, Torino

1.6. Nuove Tecnologie, perfusione d'organo, trapianto d'organo e trasporti avanzati

Scenario di riferimento

Il contesto dei trapianti d'organi è da sempre complesso, caratterizzato da sfide significative legate alla logistica, alla conservazione e alla valutazione del donatore e degli organi. La gestione ottimale di questi processi è fondamentale per migliorare i risultati clinici e aumentare le possibilità di successo dei trapianti.

Le tecnologie di perfusione rappresentano un elemento chiave per migliorare la conservazione, la valutazione e la funzionalità degli organi. Questi sistemi consentono di monitorare e migliorare la funzione dell'organo durante la conservazione, riducendo i danni ischemici e aumentando le possibilità di successo. Le tecnologie di perfusione avanzata permettono anche di valutare in tempo reale la funzionalità dell'organo, facilitando decisioni più informate e ottimizzando i tempi di trapianto.

La gestione dei trasporti di organi e di équipe, soprattutto nelle operazioni fuori regione, rappresenta una delle principali criticità, richiedendo sistemi affidabili per la preservazione e la valutazione degli organi. In questo ambito, la collaborazione tra clinici e ingegneri è fondamentale per sviluppare tecnologie innovative, come sistemi di perfusione avanzata, capaci di migliorare la qualità degli organi e aumentare le probabilità di successo dei trapianti.

In Italia, si sta lavorando molto per aumentare la fiducia tra le parti coinvolte e affrontare le complessità della gestione pre- e post-trapianto. La ricerca si concentra anche su nuovi farmaci e sulla creazione di sistemi di supporto clinico basati sull'intelligenza artificiale, con l'intento di rendere più efficiente l'intero processo.

Guardando al futuro, a 10 anni da noi, ci si immagina un sistema più avanzato, caratterizzato da servizi logistici ottimizzati, con la possibilità di effettuare trapianti oltre le 24 ore dal prellievo e con tecnologie anche di crioconservazione e strumenti di supporto clinico guidati dall'AI. Inoltre, si punta a diffondere maggiormente il concetto di trapianto tra le famiglie e a potenziare la qualità digitale dei sistemi, rendendo il processo più accessibile, trasparente e integrato.

Le azioni proposte e le azioni prioritarie

Priorità alta e azioni a breve termine

Promuovere una cultura diffusa su donazione e trapianto

È fondamentale aumentare la consapevolezza e la conoscenza sia tra il pubblico che tra gli operatori sanitari. Questo obiettivo si può raggiungere attraverso campagne di sensibilizzazione, programmi educativi nelle scuole, incontri pubblici e formazione continua per medici, infermieri e personale sanitario. La diffusione di informazioni chiare e trasparenti aiuta a superare le paure, i pregiudizi e le false credenze, favorendo un aumento delle donazioni e una maggiore fiducia nel sistema di trapianto. È importante anche coinvolgere le associazioni di pazienti e le comunità locali per creare un ambiente favorevole e solidale.

Incentivare la collaborazione tra diversi attori

Il successo nel settore dei trapianti dipende dalla sinergia tra ospedali, centri di ricerca, istituzioni pubbliche e private, associazioni di donatori e pazienti. Promuovere reti di collaborazione, condivisione di dati e best practice permette di ottimizzare le risorse, ridurre i tempi di attesa e migliorare gli esiti clinici. La creazione di piattaforme digitali condivise e di protocolli standardizzati favorisce la comunicazione e la coordinazione tra i vari attori coinvolti, facilitando anche la gestione delle emergenze e delle criticità.

Investire in intelligenza artificiale (AI)

L'adozione di tecnologie di AI può rivoluzionare il settore, migliorando la selezione dei donatori, la valutazione degli organi e l'assegnazione ai pazienti in lista di attesa. Algoritmi predittivi e sistemi di machine learning possono analizzare grandi quantità di dati clinici, genetici e di imaging per identificare i donatori più idonei e prevedere le probabilità di successo del trapianto. Inoltre, l'AI può ottimizzare i processi logistici, monitorare in tempo reale le condizioni degli organi durante il trasporto e supportare decisioni cliniche complesse, riducendo errori e inefficienze.

Istituire strutture ospedaliere per i trapianti con team dedicati e sale operatorie dedicate

L'istituzione di unità specializzate all'interno dell'ospedale permette di concentrare competenze e risorse, garantendo interventi più rapidi e di qualità superiore.

Priorità media e azioni a medio termine

Investire sulle persone e su idee innovative

Lo sviluppo di competenze specializzate è cruciale per affrontare le sfide future nel settore dei trapianti. È necessario sostenere programmi di formazione avanzata per medici, ingegneri biomedici, tecnici e ricercatori, creando un ecosistema di professionalità altamente qualificate. Parallelamente, bisogna incentivare progetti di ricerca e innovazione, anche attraverso finanziamenti pubblici e privati, per sviluppare nuove tecniche chirurgiche, sistemi di perfusione avanzata, tecnologie di monitoraggio in tempo reale e soluzioni di intelligenza artificiale applicate alla gestione dei trapianti.

Sviluppare percorsi dedicati

È importante strutturare processi chiari, snelli e integrati che facilitino le attività di trapianto senza interferire con le altre attività operatorie. L'obiettivo è ridurre i tempi di attesa, migliorare la comunicazione tra i team e garantire una risposta tempestiva alle emergenze, ottimizzando le risorse disponibili e migliorando l'efficienza complessiva del sistema.

Il settore dei trapianti si sta muovendo verso un futuro di innovazione tecnologica e organizzativa, con un forte focus sulla logistica, la perfusione avanzata e l'intelligenza artificiale. La collaborazione tra clinici, ingegneri e ricercatori è cruciale per sviluppare sistemi affidabili e sostenibili, capaci di costruire fiducia tra le famiglie e le istituzioni. Le azioni di breve termine più efficaci promuovono la cultura e la collaborazione, mentre gli investimenti più strutturali, seppur più impegnativi, sono necessari per garantire un "sistema trapianti" più efficiente e sostenibile nel tempo.

Hanno partecipato

Moderatore: **Federico Genzano Besso**, AOU CDSS, Torino
Facilitatore: **Daniela Callegaro**
Partecipanti:
Luigi Biancone, Responsabile del programma di Trapianto renale - Presidio Molinette, AOU CDSS, Torino
Vincenzo Cantaluppi, Direttore Centro Trapianti di Rene, AOU Maggiore della Carità di Novara
Michele De Sanctis, Ufficio Stampa, AOUC Policlinico di Bari
Daniela Loconsole, Dirigente medico Direzione Sanitaria, AOUC Policlinico di Bari
Susanne Montag, Vicepresident DACH & Commercial Lead Europe, Transmedics
Renato Romagnoli, Direttore del Dipartimento dei Trapianti, AOU CDSS, Torino
Ilaria Salussolia, Dirigente Medico SSD Banche dei Tessuti e Bioconservatorio, AOU CDSS, Torino
Antonio Sanguedolce, Direttore Generale, AOUC Policlinico di Bari

1.7. Scompenso cardiaco avanzato, assistenza meccanica e trapianto cardiaco

Scenario di riferimento

Durante la prima fase, il Prof. Rinaldi ha aperto i lavori portando all'attenzione alcuni dati relativi al tema in oggetto, uno dei sistemi più complessi da analizzare, dal punto di vista eziologico, dei trattamenti: trapianto, assistenze meccaniche definitive e temporanee in un rapporto non facile con il tempo.

I partecipanti hanno raccolto nei post-it alcune parole chiave, individuando sia punti di forza che criticità, dando vita al confronto e all'integrazione reciproca

- *Risultati contraddittori studi randomizzati*
- *Numeri crescenti* grazie alle competenze di cardiologi e cardiochirurghi
- *Epidemia, clinica (vera) vs industria* c'è un'evidenza planetaria che tuttavia non genera opportuno interesse ad investire
- *Cluster pazienti* in scompenso avanzato campo in cui è stata utilizzata l'intelligenza artificiale, necessaria per analisi dati
- *Evidenze scientifiche* deboli a differenza di quanto accade in ambito farmacologico. Mancano studi prospettici
- *Oggettivazione*
- *Reale conoscenza del problema > cultura* da creare, diffondendo i dati disponibili sui risultati
- *Complessità, disomogeneità vs standardizzazione, disponibilità economiche / umane collegate ad interessi*, quali si stanno realmente facendo, quelli del paziente, delle industrie o in generale interessi economici?
- *Differenza di realtà, visione* e gestione. Esistono centri ad elevato volume che fanno di meno, causa l'educazione, la sensibilizzazione mentre altri (anche storicamente) a basso o zero volume dove pesa la risorsa economica. Vi è necessità di combinare le due esigenze
- *Eziologia – trattamenti – strategie* si sovrappongono e cambiano rapidamente nel tempo. Quando si mette una assistenza meccanica è già il momento per pensare al dopo
- *Costi, sostenibilità e scarse risorse economiche*. Il costo di tutto il sistema è elevato (vita delle persone, mancanza di strutture riabilitative e processo che attutisca il costo del singolo centro).
- *Sistema centralizzato di governo*. Know-how e affidabilità delle tecnologie correnti garantiscono risultati paragonabili al trapianto, purtroppo povertà di donazioni.
- *Golden Window* come identificazione del momento giusto in cui fare le cose
- *Pompe centrifughe* danno un buon vantaggio purché applicate in determinati contesti
- *Tempo* (barriere culturali, organizzative e cliniche), *complessità, comunicazione* da migliorare (device non utilizzati per carenza di conoscenze cardiologo territoriale non esperto di scompenso cardiaco avanzato e poca chiarezza esplicativa verso il paziente), *disomogeneità*

Le azioni proposte e le azioni prioritarie

Il contesto attuale evidenzia la garanzia di cure efficaci in standard elevato anche grazie a devices affidabili nonostante la mancanza di una ricerca di qualità, di studi randomizzati e fenotipizzazione. La patologia risulta sotto-trattata epidemiologicamente, presenta nuove esigenze e necessità di screening più accurati.

Il modello organizzativo è controverso con presenza di Hub ad elevato know-how e affidabilità tecnologica con cui potersi interfacciare vs inesperienza nell'uso degli inotropi negli Spoke e inadeguato supporto tecnologico.

Vi sono gap culturali, di comunicazione, di sensibilizzazione a tutti i livelli.

Effettuare una corretta valutazione economica contestualizzando ogni intervento nel panorama sanitario globale e non solo sulla patologia e presenza di monopoli che tendono al profitto e non alla cura del paziente sono altri fattori critici che descrivono il contesto.

Si è passati ad analizzare gli scenari auspicati nel 2045 in cui viene garantita l'umanizzazione delle terapie grazie alla personificazione terapeutica che opera sulla specificità e ruolo attivo del paziente nel percorso terapeutico, strutturato ed integrato anche con monitoraggio da remoto. Si evidenzia il miglioramento della terapia medica (anche genetica) all'interno di un quadro di medicina rigenerativa in cui sono disponibili piccole iniezioni per molti e organi artificiali (meccanici o biologici). Sono presenti nuovi device più performanti, rigenerativi, meno invasivi e nuovi modelli di cura.

La stretta collaborazione tra Hub e Spoke e la centralizzazione in grandi Hub con expertise consente di rispondere alle esigenze garantendo cultura condivisa accessibile e aggiornata attraverso un sistema unico informatico su scala nazionale. I percorsi clinici e terapeutici sono ottimizzati con l'AI.

Capillari reti sullo shock cardiogeno vengono supportate dalla presenza di registri internazionali e pazienti automaticamente riferiti da CardioMems.

Tutti i centri che si occupano di scompenso hanno supporto economico e collaboratori adeguati, corretto inquadramento del personale con tracciabilità del turnover e audit per verifica delle performance con elevata concorrenza industriale nella fornitura dei dispositivi.

Nello scenario di transizione è necessario avviare percorsi di formazione del personale anche attraverso l'utilizzo dell'AI, organizzare incontri di team building e gratificare il personale non solo a livello economico. L'ottimizzazione delle cure passa per il monitoraggio di massa, la condivisione di timing appropriato nel supporto meccanico / trapianto e la costruzione di evidenze scientifiche. Si devono definire e diffondere protocolli e percorsi di cura - anche con l'ausilio dell'AI - condivisi tra i centri, grazie a reti che generano integrazione tra territorio, Hub e Spoke, prevedendo figure atte al coordinamento dei percorsi e aprirsi a nuovi dispositivi e modelli di cura. Si deve tendere alla costruzione della cartella digitale condivisa tra i diversi attori, aumentare l'utilizzo del MES, e mirare ad una maggiore interazione tra paziente e medico.

Si devono favorire associazioni di pazienti e l'impegno dei medici, in prima persona, sull'informazione del paziente migliorando la comunicazione e sensibilizzare su terapie alternative al trapianto oltre alla costruzione di una stretta interazione tra istituzioni e industria.

Le azioni identificate da mettere in atto da subito a basso costo e alto impatto sono le seguenti:

- Costruzione di un PDTA regionale percorso scompenso non calato dall'alto ma grazie ad un percorso bottom – up
- Sensibilizzazioni pazienti, medici, istituzioni > partito dello scompenso
- Creare connessione ingegneria biomedica e medicina clinica
- Formazione e training del personale socio sanitario sul territorio (ASL, medici di medicina generale, infermieri, AD) > Spoke
- Organizzare eventi formativi per pazienti e medici del territorio
- Strutturare un percorso di crescita anche del personale infermieristico
- Più comunicazione e coordinamento tra: clinici e medici di base, direzioni generali, ingegnerie cliniche, associazioni pazienti, R&D e Aziende, Politici / Ministero
- Favorire la competizione industriale
- Migliorare la raccolta dati
- Sviluppo di Smartwatch per monitoraggio tramite A.I. ed implementazione telemedicina

Conclusioni

Lo scompenso cardiaco avanzato risulta ancora essere uno scenario clinico delicato da affrontare. È necessaria pertanto un'adeguata interazione tra istituzioni, industrie e addetti ai lavori, su una linea di approccio clinico-scientifico multidisciplinare, con evidente forza della rete regionale che vede come protagonisti i centri 'spoke' (I e II livello) ed i centri 'hub' (III livello). Fondamentali sono l'educazione e l'addestramento, del territorio, focalizzati al pieno utilizzo, in un corretto 'timing', delle tecnologie correnti, a garantire un miglior 'outcome' della nostra popolazione in trattamento sia come terapia trapiantologica che di supporto meccanico.

Hanno partecipato

Moderatore: **Mauro Rinaldi**, Professore Ordinario MED/23 di Chirurgia Cardiaca presso il Dipartimento di Scienze Chirurgiche, Università degli Studi di Torino e Direttore SDCU di Cardiochirurgia AOU CDSS, Torino

Facilitatore: **Elena Clementi**, Facilitatrice Certificata nel metodo LEGO® SERIOUS PLAY® e Facilitazione Maieutica®

Partecipanti:

Paola Abbà, AOU Città della Salute e della Scienza, Torino

Massimo Boffini, Professore Associato MED/23 Chirurgia Cardiaca, Università degli Studi di Torino, SCDU Cardiochirurgia, Programma Trapianto di Cuore e Polmone, AOU CDSS, Torino

Simone Frea, Dirigente Medico Cardiologo, Responsabile di Unità di Terapia Intensiva Cardiologica - Divisione di Cardiologia presso il Dipartimento Cardio-Toraco-Vascolare, AOU CDSS, Torino

Antonino Loforte, Professore Associato MED/23 di Chirurgia Cardiaca presso il Dipartimento di Scienze Chirurgiche, Università degli Studi di Torino e Dirigente Medico Universitario di Cardiochirurgia, AOU CDSS, Torino e SDCU di Cardiochirurgia

Giovanni Melina, Professore MED/23 di Chirurgia Cardiaca, Sapienza Università di Roma, Direttore UOC Cardiochirurgia, AOU Sant'Andrea, Roma

Claudia Raineri, Dirigente Medico Cardiologo, SC Cardiologia U, AOU CDSS, Torino

Federico Ranocchi, Dirigente Medico Cardiochirurgo, AOU Sant'Andrea, Roma

Claudio Russo, Direttore UOC Cardiochirurgia, ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, Milano

Antonio Spitaleri, Chirurgo cardiaco, PhD in Bioingegneria e Scienze Medico-Chirurgiche, Università degli Studi di Torino, Politecnico di Torino, AOU CDSS, Torino

1.8. Liste di attesa e sistema CUP regionale auto-adattivo basato su AI generativa

Razionale: Obiettivo di questo laboratorio è affrontare il tema della digitalizzazione e dell'informatizzazione delle aziende sanitarie piemontesi, in particolare dell'utilizzo dell'intelligenza artificiale a supporto del processo di prenotazione delle prestazioni da parte del cittadino.

Uno degli obiettivi regionali è portare innovazione tecnologica all'interno delle aziende sanitarie per migliorare i servizi sanitari ai cittadini. Affronteremo in particolare il tema del CUP, del Centro Unico di Prenotazione, che attraverso nuove metodologie di intelligenza artificiale generativa permetterà ai cittadini di avere un servizio ancora migliore rispetto a quello che attualmente viene fornito dall'attuale CUP.

La possibilità di simulare quella che è la risposta del sistema alle richieste e alle esigenze specifiche del cittadino permetterà appunto di incrementare la qualità dei servizi erogati. Quando parliamo di innovazione non parliamo chiaramente solo di intelligenza artificiale generativa, ma discuteremo su come mettere a disposizione la grossa mole dei dati che abbiamo come pubblica amministrazione appunto per migliorare i processi.

Scenario di riferimento

L'ing. Leli apre il confronto con i partecipanti chiedendo di descrivere il contesto e gli elementi specifici che possano consentire il dialogo attorno al tema dell'introduzione e sviluppo dell'Intelligenza Artificiale Generativa a supporto del sistema di prenotazione di esami e visite da parte dei cittadini. Il contesto dei partecipanti è eterogeneo e comprende professionisti di differenti contesti territoriali nazionali, rappresentanti di aziende che implementano l'utilizzo dell'Intelligenza Artificiale, rappresentanti dei cittadini e un professore universitario di informatica etica. Il dialogo si dipana attraverso le differenti esperienze territoriali e, in particolare, ci si sofferma sull'esperienza del Trentino-Alto Adige in cui vi è già stata un'ottimizzazione dell'offerta con riduzione delle liste d'attesa. Vi è uno standard di attesa telefonico che non supera il minuto. Questa misurazione è utile anche per valutare il fabbisogno di personale. Il confronto prosegue con l'esperienza portata dal personale amministrativo dell'Azienda Ospedaliera dell'Ordine Mauriziano.

Vi è un Centro Unitario di Accesso alle Cure che garantisce la priorità dell'aspetto umano di relazione con i cittadini che hanno bisogno di interventi sanitari. Il Direttore del Distretto di Alessandria pone l'attenzione sui 5 canali di accesso dei cittadini al Sistema di Cura. Si prosegue nel confronto con le esigenze portate dai cittadini anche attraverso la rappresentanza dell'Associazione di Cittadinanza Attiva che sottolineando la necessità della trasparenza dei dati.

Una criticità ancora presente nella gestione della domanda è l'invio di pazienti a centri di analisi e visite molto distanti dal luogo di vita e questo ha un impatto significativo rispetto alle fasce deboli. Un tema che si connette alla domanda è quello dell'appropriatezza.

Le Aziende presenti all'incontro portano già esperienze di utilizzo dell'Intelligenza Artificiale per migliorare la qualità di analisi, programmazione, monitoraggio e valutazione degli interventi. Nella Sanità piemontese la sfida attuale è

proprio centrata sul tema delle liste d'attesa. In alcune parti della regione ci sono tempi d'attesa di mesi e spostamenti anche di 100 km per raggiungere i luoghi di esami e visite. C'è anche da confrontarsi sulla scelta di chi eroga risposte e sulla qualità e concretezza delle risposte date ai cittadini. Vero è che la verifica dell'appropriatezza prescrittiva non può essere fatta dall'Intelligenza Artificiale.

Le azioni proposte e le azioni prioritarie

Si apre il confronto sulle azioni prioritarie che possono portare a migliorare il sistema di prenotazione del cittadino e la riduzione delle liste d'attesa, tenendo conto anche del necessario orientamento alle cure che va promosso territorialmente in termini di cultura della salute e dell'accesso ai servizi. Si mette in risalto un elemento significativo per distinguere le domande poste dai cittadini attraverso l'accesso telefonico: il 50% dei contatti avvengono per ottenere informazioni. In questo senso si rileva che l'Intelligenza Artificiale può fornire un utile supporto al personale addetto al contatto telefonico.

Può essere utile, a supporto dell'operatore, monitorare gli spostamenti del paziente nella sua storia clinica, accedendo alla documentazione sanitaria. Per questa ragione il dialogo si centra sulla necessità di mettere gli Ospedali in grado di comunicare e rendere i dati accessibili. In particolare, il Direttore Sanitario di Roma porta l'attenzione sulla necessità di rendere maggiormente efficace la programmazione per migliorare l'offerta. Si mette in luce la necessità di fare entrare nel Sistema anche il Privato Convenzionato.

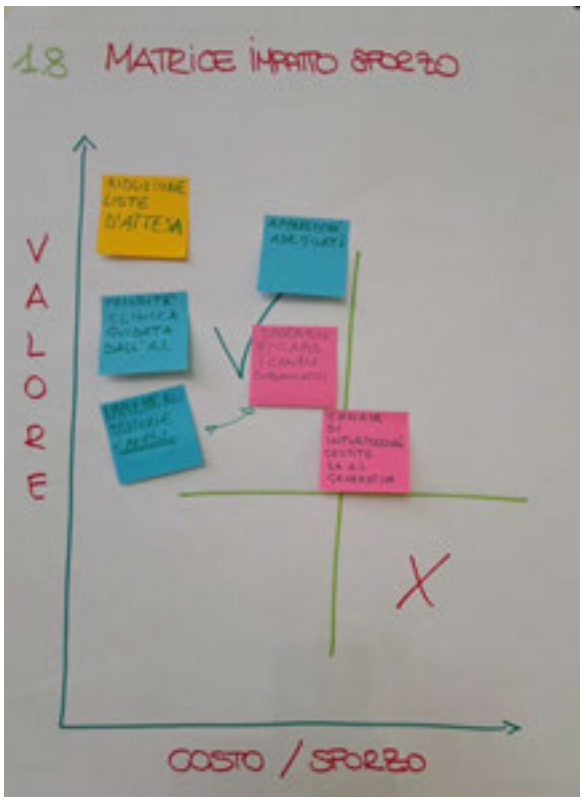
Si rileva l'importanza di implementare una necessaria funzione di orientamento ai servizi che non può essere sostituita dall'Intelligenza Artificiale, in quanto vi sono necessità specifiche del paziente che vanno individuate ed esplorate durante il contatto telefonico. In questo senso si potrebbe valorizzare l'accesso diretto ai siti di prenotazione ed evitare le doppie prenotazioni come nel caso delle prenotazioni da screening e contemporaneamente le prenotazioni prescritte dal Medico di Medicina Generale. L'Intelligenza Artificiale può aiutare nella presa in carico della richiesta. Altro tema preso in esame riguarda la capacità di esprimere dati in modo chiaro e di saperli gestire in modo qualitativo. In questo senso l'Intelligenza Artificiale può essere di supporto, così come sviluppando una più sinergica interazione tra domanda e offerta e le agende potrebbero funzionare meglio riducendo significativamente i tempi di attesa.

Viene fatta la proposta concreta di creazione di un'agenda dinamica con la presenza di sessioni straordinarie. Tuttavia, è importante sottolineare che l'Intelligenza Artificiale non può essere l'unica soluzione. È necessario un approccio integrato che includa l'assunzione di personale sanitario qualificato e un'adeguata formazione del personale esistente. in questo senso è fondamentale analizzare i tempi attuali di richiesta di salute con l'Intelligenza Artificiale e comprendere le necessità di risposta.

Bisogna seguire l'itinerario della ricetta e capire i percorsi dei pazienti per individuare gli errori che generano inappropriatezza. Se si studia il comportamento del cittadino in relazione alle strutture sanitarie si possono individuare e utilizzare strumenti e linee guida che aiutino il Medico di medicina Generale e che educhino il cittadino.

Si mette in evidenza anche il tema della gestione del personale, la qualità della strumentazione, la qualità di vita e di salute della popolazione come elementi che portano a riflettere sulle politiche sanitarie. Tutti questi dati vanno raccolti e analizzati lungo tutto il processo per misurarne l'efficienza e offrire ai cittadini servizi più agevoli. Le Aziende stanno lavorando su simulazioni per costruire applicativi che tengano conto di tutti gli aspetti della richiesta del cittadino, compresi gli aspetti emozionali. Durante tutto il confronto viene messo in luce il tema dell'etica.

È necessario che i sanitari vengano formati in tal senso per offrire risposte appropriate e di qualità e i cittadini educati al rispetto delle risorse sanitarie. La Regione Piemonte ha intrapreso il percorso innovativo dell'introduzione di un sistema CUP regionale auto-adattivo basato sull'intelligenza Artificiale generativa. Questo sistema mira a ottimizzare la gestione delle prenotazioni, riducendo i tempi di attesa e migliorando l'efficienza complessiva del servizio. In conclusione, si riflette sulla gestione del CUP attraverso un software gestito dall'Intelligenza Artificiale generativa che può supportare i professionisti e rispettare i criteri etici in collaborazione con le azioni umane che non possono venire meno e che richiedono di accogliere questa sfida in modo costruttivo ed evolutivo.



Conclusioni

Le liste d'attesa sono il tema principale della sanità pubblica in questo periodo storico, tema che deve essere affrontato da più fronti: attraverso una verifica puntuale della domanda (via via crescente) in termini di appropriatezza della cura e della diagnostica sia attraverso un'offerta sempre più specificata e tagliata alla reale esigenza del cittadino. Gli strumenti a supporto quali il CUP (che deve in modo efficiente far sì che domanda e offerta coincidano per tipologia di prestazione e tempo di richiesta) e l'Intelligenza Artificiale sono strumenti che possono sostenere la riduzione dei tempi di attesa. L'IA può ottimizzare la disponibilità dei servizi, supportare i clinici nelle valutazioni diagnostiche, simulare scenari predittivi che consentono di governare al meglio il complesso Servizio Sanitario nazionale.

Hanno partecipato

Moderatore: **Adriano Leli**, Azienda Zero Regione Piemonte
Facilitatore: **Anna Lucia Carretta**, Pedagogista, Formatrice dialogica
Partecipanti:
Vincenzo Ambriola, Professore Universitario, Università di Pisa
Rosalba Annunziata, Functional & Business Analysis Senior Manager, Engineering
Luca Armanaschi, Direttore Amministrativo, Azienda Sanitaria dell'Alto Adige, Azienda Sanitera de Sudtirol
Agnese Baldelli, Coadiutrice amministrativa senior, AO Ordine Mauriziano Torino
Donatella Rita Baravalle, Direttore Sanitario, AO Ordine Mauriziano Torino
Ermete Gallo, Direttore Sanitario, AOU Sant'Andrea Roma
Marco Mastroianni, Technical Manager di Engineering
Giuseppe Minetti, Direttore Dipartimento dei Servizi, ASL Alessandria
Rodolfo Orazietti, già Funzionario della Struttura Informatica di CDSS e Cittadinanza Attiva Piemonte APS, Associazione per la quale sono Referente per la Sanità Digitale
Marco Parente, Healthcare Presales Consultant, Maps Group

Arturo Possidente, Head of Market Innovation Unit Healthcare, Exprivia
Gitana Scozzari, RUA Aziendale, AOU CDSS, Torino
Sparviero Tortello, Co.Re.Sa Regione Piemonte già componente Consiglio Regionale Sanità ed Assistenza

1.9. Ospedali del Futuro: Sistemi di Modellazione Dinamica per Progettazione Edile e Sistemi Ambientali

Razionale: Non parliamo più di edifici statici, ma di sistemi complessi e adattivi, che possono essere simulati, analizzati e ottimizzati grazie a strumenti digitali come il Digital Twin e la modellazione predittiva.

Questi sistemi permettono di anticipare scenari futuri, verificare in tempo reale l'impatto di scelte progettuali e integrare il comportamento dell'edificio con quello dell'ambiente, sia fisico che sociale.

In altre parole, stiamo imparando a progettare ospedali come organismi viventi, capaci di rispondere al cambiamento, migliorare l'esperienza delle persone e contribuire alla sostenibilità.

Scenario di riferimento

Durante la prima fase del laboratorio, grazie alle sollecitazioni dell'Ing. Petruzzi e del Prof. Garzino si apre la discussione partecipata relativa al tema "Ospedali del Futuro".

In Italia i tempi di realizzazione degli ospedali si attestano sui 15-20 anni dalla programmazione all'effettiva messa in servizio ed è necessario immaginare come dovrà operare nei successivi 30 – 50 – 70 anni. Questa è la sfida che rende necessaria la collaborazione partecipata anche tra istituzioni (Regione Piemonte e Politecnico di Torino ad esempio) e un forte coinvolgimento di tutti gli stakeholder per co-definire le linee guida alla progettazione dei nuovi ospedali. Non si tratta di esclusiva professionalità tecnica ma è necessaria visione, innovazione, ricerca e immaginazione in tema di funzionamento, appalti, gestione e competenze. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha redatto un documento "Ospedali del futuro" dopo la pandemia, quando si è scoperto che nessun ospedale era stato pensato per poterla gestire con l'intento di definire le linee guida per la progettazione di ospedali tecnologici e resilienti al cambiamento e alle sfide demografiche che si delineano in prospettiva.

Non si tratta dunque solo di digitalizzazione finalizzata a gestire l'asset in maniera intelligente, attraverso il BIM, ma anche il collegamento tra essa e i servizi che vengono erogati in forma completamente diversa, la riduzione del contatto tra pazienti e personale ospedaliero, un luogo che guarisce.

È necessario pensare a un'organizzazione degli spazi che in precedenza non era oggetto di attenzione, guardare alla complessità, che non significa difficile ma sistema caratterizzato dalla compresenza di tante tematiche che è necessario declinare, comunicare e condividere.

Tutti i partecipanti hanno contribuito sintetizzando i punti chiave delle proprie esperienze nei post-it, così raggruppati:

- Curare con la bellezza. L'ospedale non deve essere solo un contenitore ma un "organismo" vivente con un'anima e approccio olistico, gatekeeper di benessere pervasivo e invisibile
- Progettare gli ospedali del futuro con la biofilia nel verde e usare la realtà virtuale immersiva per la progettazione partecipata nel Metaverso creando ospedale virtuale che esce dai confini fisici.
- Merge: clinica e edificio con attenzione alla manutenzione programmata.
- Modularità delle soluzioni, Poliblocco / monoblocco, ospedale sviluppato per processi
- Layout con matrici funzionali, spazi adattabili e flessibili, con layers virtuali e materiali evoluti in cui anche gli asset immateriali generano produzione di valore
- Progettare l'ospedale del futuro significa pensare alla rete sanitaria in una visione multidisciplinare dove "costruire" persone e strutture, (senza non c'è né l'uno né l'altra) grazie ad un approccio sistemico > persone, collaborazioni operanti all'interno di matrice dinamica dei legami
- Relazioni sistemiche per nodi e forze
- Integrare il Digital Twin degli ospedali con quello dei pazienti
- Implementare l'AI per cure personalizzate anche da remoto
- Introdurre i robot per fare lavori di fatica e per tele-operazioni

- Flessibilità, digitalizzazione, monitoraggio, analisi predittiva
- Sanità e dispositivi digitali, telemedicina 330
- Macro spatial intelligence > Nano

Le azioni proposte e le azioni prioritarie

Lo scenario attuale evidenzia la compresenza di ospedali vecchi in strutture ostili con ambienti tristi non personalizzabili, spesso "non umani" e respingenti, poco efficienti, rigidi con necessità di ridisegnare gli spazi e siti moderni come "living labs", umanizzati e flessibili. L'adattabilità degli edifici esistenti fa da contraltare alla vetustità del patrimonio edilizio dove la manutenzione è prevalentemente sull'urgenza e la compattazione degli spazi e l'attenzione all'aspetto economico si contrappongono all'anima di cura e ne condizionano le scelte.

La rigidità organizzativa strutturale e mentale si riflette in protocolli terapeutici e spazi di cura non sempre adeguati, servizi non ben organizzati sulle esigenze dei singoli che hanno difficoltà ad orientarsi, se non addetti ai lavori. Manca uno strumento per poter scegliere sulla base di necessità personali grazie alla quale presa in carico, assistenza personalizzata e ricerca applicata possano essere efficacemente comunicate sia all'interno che all'esterno per valorizzare, anche tramite i mass media, la qualità offerta e il valore generato.

Ci sono realtà in cui emerge resistenza al cambiamento, la certezza determina rigidità anche a causa dell'elevata burocrazia, ad ogni livello, e altre in cui vi è alta predisposizione ad acquisire nuove competenze e introdurre variabili - normalmente non simultaneamente considerate - dove

progettare il divenire simulando ipotesi non esperite, in cui il dubbio genera flessibilità.

Dal punto di vista delle competenze si creano spesso silos, con leadership debole, individualismi, gerontocrazia in cui le informazioni non circolano per pigrizia digitale invece che integrazione dei ruoli nonostante la presenza di professioniste/i preparati e orientati alla missione. Si evidenzia l'importanza dell'orientamento, coordinamento e comprensione dei diversi ruoli nel percorso di cura, con necessità di figure di sistema per redistribuire i carichi di lavoro ed attrarre forza lavoro giovane - attualmente delusa – individuando le competenze necessarie per superare "lack in systemic vision"

Le criticità di oggi sono ciò che, se analizzato correttamente, costituisce la base motivazionale verso cui tendere per promuovere la salute piuttosto che prevenire le malattie.

Gli scenari futuri mostrano un ospedale, mutaforma, nato da un programma chiaro basato sui processi in cui percorsi di cura sono definiti, segnalati e personalizzati e i pazienti più autonomi ed informati. Le cure sono più tecnologiche e meno con medico in presenza, senza sale d'attesa, così da garantire attività domiciliare anche per patologie complesse, "ospedale a casa". L'allocazione urbana è meno centrale, i siti sono dimensionalmente più piccoli, con grande attenzione all'inserimento urbanistico e ambientale.

Gli ospedali del futuro percepiscono il sentiment, integrano la robotica e producono energia propria, sono in grado di autorigenerarsi (funghi) e vengono costruiti anche su una rete immateriale in quanto completamente digitalizzati. Non ci sono uffici ma unità di sviluppo strategico che operano in smart working (nel 2045) per il 2075, i laboratori sono integrati nelle strutture ospedaliere. Le tecnologie (integrate con AI) sono al servizio delle persone, bio-ingegneria e medicina maggiormente interconnesse consentono di simulare (nel percorso tra casa e ospedale) l'operazione grazie al proprio Digital Twin e fornire trattamenti specializzati anche grazie a robot assistivi.

In questo quadro complesso la priorità viene data a:

- **Ridurre i tempi di realizzazione dei nuovi ospedali**, grazie alla semplificazione amministrativa ma nel rispetto dei principi normativi fondamentali , individuazione condivisa di progetti e figure di PM adeguatamente autonomi. Divulgare esperienze di strutture flessibili e modulari già in progettazione favorendo l'ingegneria integrata e con controllo digitale avanzato. Anche i general contractor si devono strutturare, al loro interno, come ambienti flessibili e generare un mindset collaborativo anche a livello politico al fine di aggiornare norme e cambiare di procedure, favorendo investimenti sulla qualità della progettazione anche grazie a partnership e sponsorizzazioni. Attuare deregulation (es. Nuova Zelanda) e favorire progetti sperimentali pilota non stigmatizzando il fallimento ma favorendo uso di sandbox e creando strumenti di previsione per la PA (enti locali, regioni)
- **mettere le persone al centro**, siano esse pazienti e/o operatori dei vari settori coinvolti integrati professionalmente. Gli operatori devono ricevere evidenza e feedback immediati sulla qualità erogata in un sistema umanizzato e in ambienti decorosi che garantiscono solidità delle competenze in un contesto di chiarezza degli obiettivi. Abituare già nelle scuole al cambiamento, alla previsione, alla raccolta di informazioni e presa in carico. Accrescere la formazione integrata multiprofessionale e in nuove competenze che facciano da anello di congiunzione tra formazione e conoscenza dei manager

generando un nuovo modo di interpretare le competenze (ad esempio è in fase di definizione un corso di formazione a Torino per tecnici ASL con esperti politica e professionisti), formare manager con programmi chiari e valorizzare gli operatori tecnici / amministrativi e sanitari prevedendo premialità a chi accelera per il bene comune.

Azioni da mettere subito in campo sono le seguenti:

- Legge dimezza tempi regionale (in fase di approvazione Regione Piemonte)
- Progettazione partecipata nel Metaverso
- Condividere in massa critica che l'opera è necessaria
- Ascolto Bottom Up

Conclusioni

Il laboratorio ha fatto emergere una forte richiesta di innovazione e cambiamento da parte degli stakeholders coinvolti a diverso titolo nella progettazione e costruzione dei nuovi ospedali che hanno attivamente partecipato evidenziando interessanti spunti di riflessione.

Emerge chiaramente la necessità di focalizzarsi sul processo più che sul prodotto finale e sui contenuti e le funzioni che gli ospedali dovranno svolgere che dovranno condizionare e determinare le scelte progettuali.

In tale ottica sia la governance che il management che dovranno gestire i programmi devono prefigurare gli scenari futuri focalizzando l'attenzione sui nuovi paradigmi.

Ma già oggi le soluzioni tecnologiche, progettuali e organizzative hanno raggiunto livelli molto avanzati. La sfida consiste pertanto nel mettere a sistema tutte le istanze per arrivare a uno sviluppo sostenibile e inclusivo, definendo strategie per la realizzazione di ospedali innovativi flessibili, resilienti ed evidence-based.

Nel campo della sanità digitale, ad esempio, devono essere messi a sistema tutti gli investimenti effettuati negli ultimi anni a favore delle strutture territoriali grazie ai fondi PNRR (case e ospedali di comunità, COT, telemedicina etc.) rispetto ai quali gli ospedali (esistenti e futuri) devono sicuramente integrarsi in una logica inclusiva e in ottica One Health.

Hanno partecipato

Moderatore: **Sandro Petruzzi**, Dirigente Responsabile Settore Politiche degli investimenti, Regione Piemonte e **Giorgio Garzino**, PhD presso il Dipartimento ISEG, Politecnico di Torino

Facilitatore: **Elena Clementi**, Facilitatrice Certificata nel metodo LEGO® SERIOUS PLAY® e Facilitazione Maieutica®

Partecipanti:

Stefano Carera, Direttore dei Servizi di Architettura, Tecnicaer

Luca Folco, Dirigente architetto, ASL CN1

Caterina Foglino, Psicologa e Ricercatrice Post-doc, Istituto Italiano di Tecnologia di Genova

Alessandro Michelozzi, Responsabile Servizi Tecnici, Finso

Anna Osello, Politecnico di Torino

Simone Porretto, Coordinatore Rete Ospedaliera, ASL Alessandria

Giorgia Zunino, Direttore Scientifico Hedu-X, Dirigente Regione Liguria

1.11 Innovazione nell'ambito dell'oculistica

In attesa di validazione da parte del moderatore del laboratorio

Razionale: L'ambito dell'oculistica rappresenta oggi un esempio concreto di come l'innovazione digitale possa attraversare l'intera filiera della cura, dalla prevenzione alla chirurgia. L'aumento della domanda di prestazioni, legato all'invecchiamento della popolazione e alla crescente prevalenza di patologie croniche, rende necessario un ripensamento dei modelli organizzativi e assistenziali. L'integrazione tra ospedale e territorio, la refertazione remota, l'uso di cartelle cliniche condivise e l'impiego di strumenti digitali avanzati rappresentano leve strategiche per rendere sostenibile il sistema. Parallelamente, l'area chirurgica si rinnova grazie a tecnologie come ad esempio i sistemi heads-up 3D e la simulazione digitale. L'intervento propone una riflessione su come l'innovazione tecnologica e organizzativa possa contribuire a rendere più sostenibile e moderno il sistema oftalmologico all'interno del Servizio Sanitario Nazionale.

Scenario di riferimento

Durante la prima fase del laboratorio, dopo l'intervento del prof. Reibaldi che ha aperto la discussione, i partecipanti si sono confrontati condividendo gli elementi caratterizzanti lo scenario attuale in termini di punti di forza e criticità. Sono emersi i seguenti temi chiave:

- Disponibilità di tecnologie innovative per esami e diagnosi di alta qualità
- Difficoltà di integrazione tecnologica con i sistemi esistenti; digitalizzazione dei dati incompleta
- Esigenza di razionalizzare risorse, snellimento burocratico
- Occorrenza di una visione integrata e di lungo termine
- Modello hub & spoke da rendere realmente efficace e sostenibile

La discussione ha confermato la qualità delle tecnologie oggi disponibili in ambito diagnostico, ma anche le difficoltà a trarne un beneficio sistemico, per via della scarsa integrazione tra questi strumenti e i sistemi informativi. Molti dati clinici restano solo parzialmente digitalizzati, rendendo difficile la ricostruzione del quadro complessivo del paziente.

È emersa con forza la necessità di una razionalizzazione delle risorse, considerata fondamentale per qualsiasi innovazione sostenibile. Le principali criticità riguardano la carenza di oculisti nei presìdi territoriali che limita l'erogazione delle prime visite. Questo costringe molti pazienti a rivolgersi agli ospedali, generando un sovraccarico delle strutture e rallentando i tempi di avvio dei percorsi di cura. Tale squilibrio compromette l'efficacia del modello hub & spoke.

In questo contesto è stata presentata l'esperienza dell'AUSL di Bologna, che ha introdotto cliniche oculistiche virtuali ispirate al modello del Moorfields Eye Hospital di Londra. Queste strutture, pensate per prime visite e follow-up, prevedono l'esecuzione degli esami da parte di ortottisti formati che operano negli spoke e la refertazione sincrona da parte degli oculisti negli hub. Il sistema consente allo specialista di coprire due territori, riducendo gli spostamenti e migliorando l'efficienza. I risultati includono una significativa riduzione delle liste d'attesa e del numero di pazienti inviati in Hub. L'implementazione è stata possibile grazie a un investimento economico sostenuto con risorse del PNRR.

Il confronto ha infine evidenziato l'urgenza di ripensare i percorsi in un'ottica di rete, integrando tecnologie, competenze territoriali e investimenti mirati per rendere questi modelli scalabili su base regionale.

Le azioni proposte e le azioni prioritarie

A partire dalla riflessione collettiva sullo scenario attuale e le esperienze virtuose già esistenti, i partecipanti hanno delineato una visione prospettica del sistema, immaginando un futuro auspicabile per l'innovazione in oculistica. L'orizzonte a 3 anni individuato si configura come uno scenario basato su: razionalizzazione delle risorse, centralizzazione delle attività specialistiche e valorizzazione dei presìdi territoriali, per concorrere a costruire una rete più solida, coordinata e orientata al paziente. La clinica oculistica virtuale è stata riconosciuta come un modello concreto e scalabile, in grado di rispondere a queste esigenze: il paziente diventa

beneficiario di un sistema capace di adattarsi ai suoi bisogni anche nei piccoli presìdi territoriali. Al contempo, la figura dell'oculista viene valorizzata all'interno degli hub, dove si concentra l'attività specialistica, mentre il territorio acquisisce valore grazie al contributo di ortottisti e altri professionisti sanitari.

La completa digitalizzazione dei processi e l'interoperabilità dei sistemi informativi sono condizioni ritenute essenziali per rendere possibile tale trasformazione, rendendo efficiente il rapporto costo – benefici.

Il confronto ha anche messo in luce l'urgenza di superare l'approccio emergenziale basato sul contenimento dei costi, per adottare una logica fondata sull'investimento strutturato, in grado di produrre ritorni concreti in termini di efficienza, qualità e soddisfazione dell'utenza. L'esperienza delle cliniche virtuali a Bologna mostra che un impatto positivo sulla gestione dei pazienti e sulla sostenibilità del sistema è possibile, a patto che vi sia un impegno anche politico nel riconoscere e sostenere tali iniziative.

In sintesi, il futuro desiderato prevederebbe la realizzazione dei seguenti punti:

- Creazione di cliniche oculistiche virtuali
- Passaggio da una prospettiva di costo ad una di investimento
- Valorizzazione delle strutture sul territorio e delle professioni sanitarie
- Risposta di prossimità al cittadino per screening e follow up
- Valorizzazione del ruolo dell'oculista nell'hub

Per costruire il passaggio verso lo scenario desiderato, i partecipanti hanno condiviso una serie di azioni. Queste proposte sono state successivamente posizionate su una matrice impatto/sforzo. Questo ha permesso di distinguere le azioni a maggiore priorità operativa da quelle più strategiche, che richiedono invece progettualità di medio-lungo termine.

Tra le prime azioni emerse vi è la proposta di attivare un'interlocuzione proficua tra aziende ospedaliere (AOU) e aziende sanitarie locali (ASL), in grado di facilitare la costruzione di percorsi condivisi. A questo si collega la necessità di organizzare tavoli tecnici operativi che coinvolgano medici, dirigenti e anche pazienti. La proposta di coinvolgere il paziente all'interno di questi processi è stata evidenziata come novità significativa: non più solo utente finale, ma soggetto che partecipa nella costruzione del percorso di cura.

Un'altra azione considerata necessaria è la promozione di occasioni di confronto con altre realtà, utili per conoscere modelli organizzativi già attivi, valutarne l'adattabilità e favorire la circolazione delle buone pratiche, evitando la duplicazione degli sforzi.

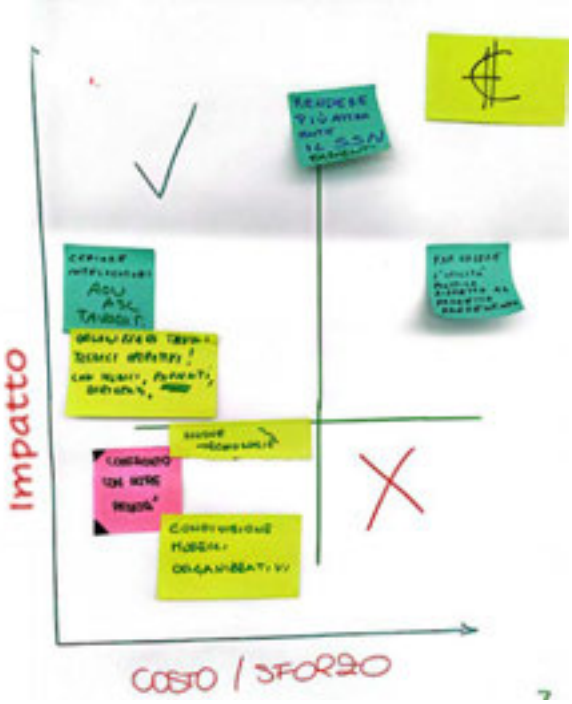
In parallelo, i partecipanti hanno evidenziato la necessità di costruire un sistema virtuoso basato su interessi comuni, in cui i diversi livelli istituzionali e professionali si riconoscano in obiettivi condivisi. La logica proposta è quella della corresponsabilità: creare convergenze reali tra i bisogni organizzativi, le aspettative dei professionisti e gli obiettivi di sostenibilità delle istituzioni.

Gli investimenti sono stati indicati come leva fondamentale per la crescita e il miglioramento del sistema: è necessario superare una visione centrata sul risparmio immediato, adottando un approccio orientato al valore generato. Al contempo, è importante fondare le richieste su dati concreti, dimostrando come tali investimenti possano produrre ritorni tangibili anche per l'amministrazione pubblica, in termini di efficienza, gestione dei pazienti, riduzione delle liste d'attesa e soddisfazione dei cittadini. In sintesi, le azioni individuate sono:

- Cercare interlocutori tra AOU e ASL
- Organizzare tavoli tecnici con medici, dirigenti e pazienti
- Favorire il confronto con altre realtà per condividere modelli organizzativi
- Costruire un sistema virtuoso basato su interessi comuni
- Migliorare l'interazione tra politica, medici e amministrazione

Tra cui quelle prioritarie (alto impatto / basso sforzo) secondo la matrice:

- Cercare interlocutori tra AOU e ASL
- Organizzare tavoli tecnici con medici, dirigenti e pazienti, includendo il paziente nel processo decisionale



Hanno partecipato

Moderatore: **Prof. Michele Reibaldi**, Professore Ordinario di Oftalmologia – Università degli Studi di Torino; Direttore SC Oculistica U – AOU Città della Salute e della Scienza di Torino

Facilitatore: **Barbara Faussone**, training designer e facilitatrice

Partecipanti:

Maura Arsiero, Head of Marketing, Surgical, Bausch + Lomb

Enrico Borrelli, Università degli Studi di Torino

Stefano De Cillà, Direttore S.C.D.U. di Oculistica AOU Maggiore della Carità di Novara. Direttore della Scuola Specializzazione di Oculistica UNIUPO

Beatrice Ghezzo, Università degli Studi di Torino

Paola Marolo, Ricercatrice di Oftalmologia, Università di Torino

Cristina Novarese, Università degli Studi di Torino

Chiara Olivieri, Università degli Studi di Torino

Guglielmo Parisi, AOU CDSS, Torino

Francesco Petrillo, Dirigente Medico Oculista, Torino AOU CDSS, Torino

Francesca Maria Quagliano, Responsabile SSD programma Rete Hub e Spoke di telemedicina Oculistica; Cliniche Virtuali, Ospedale Maggiore, AUSL di Bologna

Giuseppe Vadalà, Responsabile SSD Oculistica AC, ASL TO 4

Veronica Vallino, Medico Oculista, Università degli Studi di Torino

1.12. Innovazione tecnologica nelle reti oncologiche

Scenario di riferimento

L'innovazione tecnologica rappresenta una leva strategica per l'evoluzione delle reti oncologiche, ma allo stato attuale è frenata da ostacoli strutturali, culturali e normativi. L'esperienza della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta, raccontata da Massimo Aglietta, Mario Airoldi e Alessandro Comandone, evidenzia un paradosso sempre più evidente: da un lato, una disponibilità crescente di tecnologie, dati e intelligenza artificiale; dall'altro, una realtà operativa che fatica a integrare questi strumenti nei processi clinici quotidiani.

Uno dei nodi principali riguarda il valore dei dati e la loro gestione. Oggi si assumono decisioni strategiche senza una reale base informativa: i dati esistono, ma sono frammentati, inaccessibili o non interoperabili. La digitalizzazione procede a rilento e si scontra con una normativa sulla privacy la cui applicazione, spesso rigida e non aggiornata al contesto tecnologico attuale, impedisce la condivisione di immagini e referti tra centri, compromettendo la qualità dei consulti a distanza.

In questo contesto, strumenti cruciali come la digital pathology o lo screening assistito da IA restano sottoutilizzati. Lo screening mammografico, ad esempio, è ancora gestito con modalità analogiche (inviti cartacei, doppia lettura manuale), e il consulto remoto è spesso percepito come un'alternativa di serie B, anziché come un'opportunità per ampliare l'accesso e migliorare i tempi di risposta.

La mancanza di una piattaforma tecnologica comune tra i centri della rete aggrava la situazione, così come l'assenza di una governance chiara e condivisa. I metodi e i linguaggi utilizzati sono obsoleti, inadatti a supportare un'organizzazione che dovrebbe essere capillare ma integrata. Il concetto di "centralità decentrata" – ovvero garantire prossimità al paziente pur mantenendo standard unici e coordinamento – resta ancora poco applicato.

Infine, il rischio che il PNRR si trasformi in una trappola è reale: senza una visione strategica, senza interventi normativi e formativi, le risorse rischiano di finanziare strumenti senza che vi sia un sistema capace di utilizzarli efficacemente. Serve una svolta culturale e politica, oltre che tecnologica.

Le azioni proposte e le azioni prioritarie

Nel confronto sul futuro delle reti oncologiche è emersa la necessità di una trasformazione profonda, ma graduale. Attraverso l'utilizzo della matrice impatto/sforzo, sono state individuate azioni immediatamente attuabili con risorse contenute, ma in grado di generare benefici rilevanti, accanto a interventi più strutturali che, pur richiedendo maggiori investimenti e coordinamento, rappresentano il cuore di una strategia di lungo periodo.

Azioni a basso sforzo e alto impatto

Censire e rendere coerente ciò che già esiste: molte risorse, strumenti e pratiche digitali sono già attivi nei centri della rete, ma la loro distribuzione è disomogenea. Un censimento completo e una razionalizzazione delle dotazioni esistenti consentirebbero di valorizzare competenze e tecnologie già disponibili, evitando sprechi e duplicazioni.

Rendere accessibili registri e dati esistenti: la conoscenza già raccolta deve essere resa condivisibile e interoperabile. Mettere a disposizione i registri clinici e i dataset, nel rispetto della privacy, rappresenta una base concreta per migliorare l'efficienza dei percorsi diagnostico-terapeutici e per supportare decisioni cliniche basate su evidenze.

Promuovere la multidisciplinarietà e la multiprofessionalità: creare spazi e strumenti per il confronto tra specialisti, anche attraverso piattaforme digitali, rafforza l'efficacia delle scelte terapeutiche e valorizza ogni componente del team oncologico.

Formazione sul digitale e sull'innovazione tecnologica: aggiornare il personale sanitario su strumenti e linguaggi del digitale è essenziale per colmare il gap generazionale e culturale che oggi limita l'adozione delle tecnologie. La formazione deve diventare parte integrante delle politiche di sviluppo professionale.

Contrastare l'analfabetismo digitale: le reti oncologiche devono essere accessibili non solo per i professionisti, ma anche per i cittadini. È necessario promuovere l'alfabetizzazione digitale anche tra i pazienti, affinché possano interagire in modo consapevole con gli strumenti messi a disposizione, come il fascicolo sanitario elettronico o le piattaforme di consulto.

Favorire la collaborazione pubblico-privato: il settore privato può offrire tecnologie, piattaforme e soluzioni innovative da integrare nel sistema pubblico. Vedere questa collaborazione come un'opportunità, e non come una minaccia, è essenziale per accelerare l'adozione dell'innovazione.

Azioni ad alto sforzo ma ad alto valore strategico

Riformare l'applicazione della normativa sulla privacy: l'attuale interpretazione della legge rappresenta un freno all'innovazione. È necessario avviare un confronto con le istituzioni per aggiornare le regole, garantendo la tutela del dato ma anche la sua utilizzabilità a fini clinici, organizzativi e di ricerca.

Unificare i sistemi informativi: la frammentazione digitale è uno degli ostacoli maggiori all'efficienza della rete. Serve un'infrastruttura unica, interoperabile, che consenta lo scambio sicuro e tempestivo di dati clinici, immagini, referti e informazioni organizzative tra tutti i nodi della rete oncologica.

Costruire nuovi PDTA integrati con strumenti digitali: i percorsi diagnostico-terapeutici devono essere ripensati integrando *alert*, supporti decisionali automatici e strumenti di monitoraggio in tempo reale. Questi dispositivi aiutano a ridurre gli errori, uniformare i trattamenti e personalizzare le cure.

Fare pressione sociale e politica: per attuare cambiamenti reali serve un'azione collettiva. È necessario coinvolgere cittadini, associazioni di pazienti e stakeholder istituzionali per costruire una domanda sociale forte che spinga verso l'innovazione, rendendola un tema centrale nell'agenda pubblica.

Costruire una visione d'insieme: oggi manca un piano regolatore per l'innovazione tecnologica nella rete oncologica. Serve una regia unica, dotata di strumenti strategici, che coordini le risorse, eviti sovrapposizioni e orienti gli investimenti in una direzione condivisa, sostenibile e misurabile.

In sintesi, innovare la rete oncologica non significa solo adottare nuove tecnologie, ma ripensare radicalmente modelli organizzativi, ruoli professionali e relazioni tra centri. È necessario superare la logica dell'emergenza e attivare una progettualità stabile, trasversale e sostenuta da una governance forte. Il futuro della rete passa da qui: da azioni concrete, graduali, ma guidate da una visione comune di salute, equità e innovazione.

Conclusioni

Le Reti oncologiche mature in Italia hanno delineato da tempo percorsi strutturati di presa in carco sin dall'esordio di malattia, hanno codificato una gestione multidisciplinare delle terapie oncologiche, hanno delineato percorsi diagnostico-terapeutici condivisi e depositati nelle sedi istituzionali regionali.

La sfide del futuro sono rappresentato dalle seguenti problematiche: la monitorizzazione digitale dei percorsi oncologici, l'individuazione dei centri di riferimento della chirurgia oncologica, la diffusione della ricerca clinica nel territorio e nei centri "spoke" , la gestione territoriale di alcune terapie orali, sottocutanee e intramuscolari.

Queste tematiche richiedono un ridisegno del rapporto tra il mondo sanitario ed il Garante della privacy, la nascita di una piattaforma di telemedicina istituzionalizzata, la modifica delle regole relative al percorso delle terapie mediche e delle ricerche cliniche, la individuazione di centri di riferimento di chirurgia oncologica per le diverse patologie.

Hanno partecipato

Moderatori: **Massimo Aglietta,** Rete Oncologica Piemonte e VDA, **Mario Airoldi,** Rete Oncologica Piemonte e VDA e **Alessandro Comandone,** Rete Oncologica Piemonte e VDA

Facilitatore: **Daniela Callegaro**

Partecipanti:

Vincenzo Adamo, Re.O.S. - Rete Oncologica Siciliana

Gianni Amunni, Presidente Cracking Cancer Forum e Coordinatore scientifico ISPRO - Istituto per lo studio, la prevenzione e la rete oncologica, Firenze

Valentina Cappiello, Bayer

Giuseppe Minetti, Direttore Dipartimento dei Servizi, ASL Alessandria

Fulvia Pedani, Oncologo AOU CDSS, Torino e Coordinatore Nazionale ANDOS - Associazione Nazionale Donne Operate al Seno e Presidente ANDOS Comitato di Torino

Federica Riccio, Direttore SC Medicina Territoriale e Reti di Patologia, Azienda Zero Regione Piemonte

Cinzia Vaisitti, Consigliera OFI PVdA - Ordine dei Fisioterapisti del Piemonte e della Valle d'Aosta

Paola Varese, Direttore SC Medicina a indirizzo oncologico Presidio Ovada ASL AL e Direttore scientifico nazionale di FAVO - Federazione Nazionale delle Associazioni di volontariato in Oncologia

2.1. Collaborazione territoriale per la gestione dei pazienti complessi secondo il DM 77: Ecosistema Sanitario Integrato

Razionale: Oggi più che mai il perseguimento di questi principi richiede un rafforzamento della sua capacità di operare come un sistema vicino alla comunità, progettato per le persone e con le persone, non intorno alle malattie e alle istituzioni. Sono almeno 3 le dinamiche fondamentali che inducono a ritenere importante lavorare sull'ottimizzazione dei percorsi ospedalieri e un decentramento delle cure:

- Variabile epidemiologica, con una popolazione sempre più caratterizzata da una maggiore aspettativa di vita e alla conseguente necessità di cure protratte nel tempo. I pazienti sono sempre più anziani con comorbidità e bisogni di natura anche sociale;
- Variabile costi: è ormai chiaro che il setting ospedaliero non sempre risulti essere ottimale per tutte le tipologie di prestazione. Si rende quindi necessaria una diversa definizione delle priorità delle politiche, con interventi mirati al contenimento dei costi ospedalieri che dovrebbero essere accompagnati da quelle volte a rafforzare il coordinamento sul territorio.
- Variabile tecnologica: le opportunità di nuove tecnologie digitali e l'introduzione di nuove formulazioni farmaceutiche (come quella sottocutanea) potrebbero rappresentare un'occasione per l'ospedale di snellire i processi e per la paziente di dedicare un tempo minore alla gestione della propria patologia (mantenendo inalterata l'efficacia del trattamento).

Queste misure potenzialmente possono migliorare gli esiti in ospedale e sul territorio, l'esperienza del paziente, migliorare il rapporto qualità-prezzo delle prestazioni e ridurre le riammissioni evitabili in ospedale.

Scenario di riferimento

Il Dottor Ripa e il Professor Airoldi hanno aperto il laboratorio presentando quanto previsto dal DM 77 e dal precedente DM 70 con particolare focus su quanto è stato portato avanti oggi relativamente ai pazienti oncologici.

I partecipanti si sono confrontati sulla situazione presente condividendo esperienze innovative e modelli organizzativi che stanno contribuendo a migliorare la presa in carico dei pazienti. Sono emersi punti in comune rispetto alle azioni virtuose messe in campo nonché alle criticità con evidenza di come i successi di alcune realtà sono per altre delle sfide ancora da risolvere e viceversa. Questi sono inseriti nei post-it che troviamo nella prima lavagna clusterizzati secondo 4 macroaree: Percorsi, Capitale umano (pazienti e professionisti), Organizzazione, Tecnologie.

Molteplici le esperienze significative portate all'attenzione dei partecipanti:

le **Case della Comunità**, dove sono stati avviati progetti pilota mirati a una presa in carico attiva dei pazienti con patologie croniche, basati sulla stretta collaborazione tra medici di medicina generale, assistenti sociali e professionisti sanitari, con l'obiettivo di costruire percorsi di cura personalizzati e continui.

I **PAC oncologici**: pacchetti ambulatoriali, che consentono di selezionare con maggiore autonomia le prestazioni più appropriate per ciascun paziente, evitando così percorsi rigidi e non sempre rispondenti ai reali bisogni clinici permettendo un uso più razionale delle risorse. Le **Unità migranti**, composte da specialisti oncologi e radioterapisti che si spostano direttamente sul territorio per garantire la continuità assistenziale ai pazienti, soprattutto nelle aree periferiche o con scarsa accessibilità ai servizi ospedalieri.

Si stanno sperimentando **modelli organizzativi dedicati alla somministrazione di terapie sottocutanee** volti a ridurre l'accesso ospedaliero non necessario migliorando l'efficienza del sistema e la qualità di vita dei pazienti, con l'istituzione di DH specifici, la consegna dei farmaci direttamente al domicilio e l'uso di app per il monitoraggio da remoto degli effetti collaterali.

Un ulteriore sviluppo riguarda le **COT** Tematiche di ASL Città di Torino (9 COT, 8 funzionali ed 1 di governance, ognuna delle quali è dedicata alla gestione specifica di percorsi di presa in carico); le COT sono attivabili a livello di centri metropolitani e ASL territoriali.

Un altro efficientamento che ha permesso di alleggerire la pressione sugli ospedali e garantire una gestione tempestiva ed efficace è rappresentato dalla **gestione decentrata dei cateteri venosi centrali**, affidata a team territoriali formati e competenti.

Le azioni proposte e le azioni prioritarie

Dal confronto su buone pratiche e criticità si è partiti per proporre azioni e campi di intervento, evidenziando che alcune soluzioni possono essere applicate a determinati territori e non ad altri per la distribuzione e le specificità delle singole Regioni, aprendo tuttavia possibilità a futuri confronti su tavoli separati.

Le azioni proposte hanno coperto aree diverse quali **formazione, digitalizzazione, responsabilizzazione territoriale, cambiamento culturale strutturale** per garantire **continuità, sostenibilità e prossimità delle cure** e sono state direttamente prioritizzate inserendole nella matrice impatto-sforzo di seguito riportata.

Molte le azioni ritenute ad alto impatto e basso sforzo e pertanto prioritarie e attuabili in tempi brevi. Tra queste ampio consenso è emerso sulla necessità e possibilità di rafforzare la collaborazione tra ospedale e territorio attraverso azioni concrete e **immediatamente attuabili**, consapevoli del fatto che per altre bisognerà attivare una più impegnativa progettazione.

La formazione interdisciplinare e la coesione professionale tra medici di medicina generale e ospedalieri, rientra tra le azioni prioritarie e facilmente attuabili sia per affrontare il disagio psicologico degli operatori, che per promuovere l'allineamento sui protocolli di presa in carico per

garantire continuità e coerenza assistenziale.

Tale formazione, compresa quella per **infermieri di famiglia e comunità**, va integrata nei progetti di miglioramento globale.

Per quanto riguarda **le terapie sul territorio e la continuità assistenziale,** si evidenzia la necessità di una revisione del percorso del paziente partendo dalla riorganizzazione dei modelli organizzativi intra ospedalieri al fine di ridurre gli accessi ospedalieri e spostare le terapie sul territorio, favorendo il **trasferimento di terapie sottocutanee e orali sul territorio**, con il supporto di oncologi mediante follow-up personalizzati, telemedicina e visite programmate permettendo maggiore continuità assistenziale.

In un'ottica di decentralizzazione delle cure sul territorio sarebbe necessario che il farmaco fosse erogato in una prossimità di cura (anche al domicilio del paziente) coinvolgendo anche le **farmacie convenzionate** come punti di ritiro dei farmaci, garantendo la tracciabilità e sicurezza del flusso terapeutico attraverso sistemi informatici integrati. Il problema non è solo clinico, ma **organizzativo e logistico**.

Sempre con l'obiettivo di avvicinarsi al paziente vengono proposti l'attivazione e il potenziamento di:

- ambulatori per **pazienti ambulatoriali complessi** (es. DH per sottocutanee);
- **presa in carico domiciliare gestita da infermieri di comunità**, in coordinamento con il MMG. Esempi già perfettamente funzionanti e condivisibili sono già presenti sul territorio italiano, ad esempio nella Regione Campania dove la gestione domiciliare dei **cateteri venosi centrali** è già operativa.

La **presa in carico precoce** è riconosciuta come un elemento cruciale ad **alto impatto**, su tutto il percorso, soprattutto per pazienti oncologici e con patologie degenerative. Tuttavia, richiede un **vero cambiamento culturale** e manageriale, non solo l'attivazione di atti normativi.

Il modello della **Casa della Comunità**, basato su **chiamata attiva dei pazienti e presa in carico multidisciplinare**, è ritenuto estremamente efficace. La sua efficienza dipende dalla reale attivazione delle **cure primarie come prima linea di intervento** e dalla disponibilità di **professionisti diversi dagli infermieri**, come fisioterapisti e altri specialisti territoriali.

Questo modello, è considerato ad **alto valore e basso costo**, purché supportato da una rete ben funzionante.

Ulteriore **azione ad alto valore e basso costo** su cui è stata posta particolare enfasi è quella di incrementare e applicare una **comunicazione efficace** sia tra professionisti, sia tra medico e paziente, azione fondamentale per migliorare l'aderenza terapeutica e ridurre l'isolamento dei pazienti complessi.

Passando alle azioni evidenziate con **elevato impatto ma più onerose dal punto di vista dello sforzo e quindi strategiche e attuabili nel medio- lungo** periodo troviamo la **Telemedicina, strumento già avviato e strategico,** il cui utilizzo è limitato dalla **disomogeneità tecnologica** e dalla **scarsa disponibilità infrastrutturale** (hardware, software, privacy). Il processo è comunque già avviato, e si deve agire per far sì

che diventi pienamente funzionale su scala nazionale. È necessario definire standard condivisi e superare le disparità regionali, riconoscendo che la **telemedicina è una priorità normativa** e non solo una prospettiva.

Infine si indicano azioni di **Confronti territoriali su tavoli separati** con l'obiettivo di adattare le buone pratiche alle specificità regionali, tali azioni sono di impatto elevato a livello locale ma basso a livello nazionale, sono facilmente attuabili nell'immediato richiedendo un basso sforzo.

Conclusioni

Negli ultimi dieci anni l'oncologia medica ha avuto un profondo mutamento. Si è osservato un sensibile aumento delle terapie orali e più recentemente di quelle sottocutanee. Molte di queste terapie sono cronicamente somministrate in pazienti in buone condizioni generali, con malattia stabilizzata in remissione parziale o completa.

Il paziente sempre più frequentemente ha una età avanzata, non ha un caregiver stabile, vive una tossicità finanziaria in gran parte legata ai trasporti e alle terapie ancillari. Contemporaneamente si assiste ad un notevole carico assistenziale nei day hospital oncologici che coinvolge oncologi e personale infermieristico.

Il Piano Oncologico Nazionale e la nascita dei COT e delle Case della Salute rappresentano una opportunità di de-ospedalizzare di alcune terapie oncologiche sotto la regia della Oncologia Medica di riferimento. In Italia sono partite delle sperimentazioni soprattutto nelle zone rurali o montane (molto valida è l'esperienza dell'ASL di Teramo).

Altre specialità (diabetologia, cardiologia, neurologia, ecc) hanno efficacemente sperimentato questi modelli assistenziali con sollievo delle strutture ospedaliere e con ampia soddisfazione dei pazienti. Molte Regioni sono già partite con sperimentazioni in oncologia che hanno avuto un riscontro positivo da parte dei pazienti. Una sperimentazione verrà condotta in Piemonte nelle ASL di Alessandria e del Verbano Cusio Ossola.

Le nuove terapie richiedono anche una ri-organizzazione delle attività di day hospital; un'esperienza molto interessante è quella condotta presso l'IEO di Milano.

Hanno partecipato

Moderatori: **Franco Ripa**, Vicario Direzione Sanità Regione Piemonte e Dirigente Responsabile Programmazione dei servizi sanitari e socio-sanitari e **Mario Airoldi**, Coordinatore Area Ospedaliera Rete Oncologica Piemonte e VDA.

Facilitatore: Eleonora Sordella: **Facilitatore**, Formatore e Coach ICF

Partecipanti:

Sabrina Altavilla, Presidente OFI PVdA Ivan Bufalo, Presidente OPI Torino

Roberta Buosi, Direttore SC Oncologia ASL Alessandria

Carmen Cappitella, Direttore UOC Professioni Sanitarie AOU Sant' Andrea, Roma

Katia Cannita, Direttore UOC Oncologia medica Ospedale G. Mazzini Teramo ASL Teramo Francesco Cattel, Direttore Generale ASL VCO

Carlo D'Ugo, Direttore Dipartimento Oncologico e Dir. UPC Radioterapia ASL Teramo Franca Dall'Occo, Direttore Generale AO Ordine Mauriziano Torino

Guido Giustetto, Presidente OMCeO Torino

Mario Franchini, Direttore SOC Oncologia ASL VCO Monica Iorfida, Oncologia Medica IEO Milano

Luca Marozio, Direttore Ginecologia e Ostetricia Presidio Sant'Anna, AOU CDSS, Torino Maria Pia Mannelli, Direttore AORN A. Cardarelli, Napoli

Carlo Picco, Direttore Generale ASL Città di Torino

Davide Renosio, Consigliere ordine professioni Sanitarie AOU CDSS, Torino

Roberto Stura, Direttore Distretto Alessandria Valenza ASL e CARD Piemonte Aristide Tortora, Direttore Sanitario ASL Alessandria

Roberto Venesia, Segretario Regionale FIMMG

2.2. Nuove prospettive chirurgiche nei tumori primitivi dell'osso

Razionale: L'ortopedia oncologica è storicamente una branca innovativa nell'ambito chirurgico, per la rarità delle patologie trattate e la necessità di procedere con un approccio personalizzato sul paziente.

L'evoluzione dell'oncologia e della radioterapia hanno modificato radicalmente la prognosi ed i relativi approcci chirurgici negli ultimi 15 anni. I cardini della chirurgia rimangono la qualità dell'asportazione del tumore e quella della ricostruzione. La sfida è riuscire ad integrare le nuove tecnologie, compresa l'intelligenza artificiale, nel miglioramento di questi due cardini. Allo stato attuale le tecniche a disposizione sono molte, alcune storiche ed altre di recentissima introduzione. Il miglioramento della qualità delle cure si basa sullo sviluppo di nuove tecnologie biomediche e nuove pianificazioni operatorie, pensando nel momento del primo trattamento alla possibile evoluzione del paziente nel tempo. L'integrazione dei vari professionisti in network di collaborazione e la raccolta delle serie storiche in banche dati può omogeneizzare l'approccio decisionale al paziente chirurgico rendendolo contemporaneamente personalizzabile sulla base delle caratteristiche individuali e flessibile nel tempo.

Scenario di riferimento

Stimolati dalla relazione iniziale, i partecipanti si sono confrontati in modo aperto e costruttivo, sulla situazione presente facendo emergere i successi ad oggi ottenuti rispetto al passato e le sfide ancora da affrontare.

La condivisione delle conoscenze, l'analisi dei dati storici e **il cambiamento culturale** emergono come fondamentali per orientare le strategie future, con **l'intelligenza artificiale e la gestione di dati** sempre più puliti e accessibili, come strumenti chiave.

Dal punto di vista delle opportunità, si riconosce il **progresso nell'approccio interdisciplinare**, che ha migliorato l'utilizzo di molti materiali (come ad esempio il polietilene) grazie alla **collaborazione tra chirurghi, chimici e ingegneri.** Questa sinergia ha portato a sviluppi significativi, come l'uso della stampa 3D, la possibilità di stampare in plastica segmenti anatomici interi e in generale tecnologie di progettazione avanzata, **migliorando la precisione chirurgica e la durata degli impianti**.

Positivo anche il miglioramento della collaborazione tra ingegneri e clinici, che ha permesso di progettare impianti più performanti e personalizzati, migliorando la qualità di vita dei pazienti.

Altre sfide fondamentali riguardano la **necessità di integrare meglio le tecnologie intraoperatorie**, come i sistemi di imaging e pianificazione, e di **sviluppare strumenti** che permettano di valutare con maggiore precisione i margini di resezione.

La regolamentazione rappresenta un ostacolo, in particolare per l'approvazione di soluzioni innovative ibride e per la **gestione dei dati retrospettivi**, spesso soggetti a lunghe procedure burocratiche.

La sostenibilità economica e sociale dell'innovazione deve essere equilibrata con la personalizzazione delle cure e la riduzione delle disparità di accesso. La formazione continua e la creazione di reti collaborative sono viste come strumenti essenziali per diffondere le best practice e migliorare la qualità complessiva delle cure. Infine, si evidenzia l'importanza di una visione condivisa tra pubblico e privato, con una maggiore trasparenza e verbalizzazione delle collaborazioni, per rafforzare la rete e favorire l'innovazione sostenibile.

Le azioni proposte e le azioni prioritarie

Dallo scenario presentato e condiviso appare chiaro come alcuni successi ad oggi ottenuti sono ancora da considerarsi come sfide su cui lavorare e che dal confronto tra le differenti parti coinvolte, possono nascere nuovi stimoli, condivisione di punti di vista, nonché utilizzo di competenze sinergiche nell'ottica del miglioramento continuo e all'innovazione della chirurgia nei tumori primitivi dell'osso.

Il laboratorio ha evidenziato in primis l'importanza di un **approccio integrato e multidisciplinare** per affrontare le sfide di questa tipologia di interventi, le altre azioni proposte mirano a migliorare **l'adozione di innovazioni tecnologiche, facilitare la condivisione dei dati, coinvolgere attivamente i pazienti e ottimizzare l'accesso ai finanziamenti per la ricerca.**

Le tematiche sono state approfondite, sviluppate ed inquadrate fornendo una prima valutazione relativamente ai costi/benefici. Qui di seguito il raggruppamento nei macro temi evidenziati.

1. Innovazione tecnologica e ostacoli organizzativi

L'introduzione di tecnologie avanzate, come sistemi di visualizzazione intraoperatoria e protesi custom made, è spesso ostacolata da barriere burocratiche e mancanza di competenze specifiche nei reparti IT ospedalieri. La **collaborazione** tra clinici, ingegneri biomedici e personale amministrativo è fondamentale per superare queste difficoltà.

2. Condivisione dei dati e consenso informato

La proposta di adottare l'interesse pubblico come base giuridica per la condivisione dei dati, in alternativa al consenso informato quando non acquisibile, è stata discussa come soluzione per facilitare la ricerca e la creazione di database multicentrici. Ciò richiede un cambiamento normativo significativo ma si può prendere spunto da quanto già praticato in altri paesi.

3. Formazione e comunicazione interdisciplinare

È emersa la necessità di organizzare **corsi di formazione specifici** per il personale IT, amministrativo e clinico, al fine di migliorare la comprensione reciproca e facilitare l'adozione di innovazioni tecnologiche.

Una comunicazione efficace tra tutte queste figure professionali è essenziale per il successo dei progetti innovativi.

4. Reti collaborative e coinvolgimento dei pazienti

La creazione di **reti nazionali** per la condivisione dei dati e delle esperienze è stata identificata come ulteriore priorità da portare avanti. Per andare in questa direzione si suggerisce il coinvolgimento delle associazioni di pazienti che consentirebbe oltre ad uno scambio di vedute, una maggior leva sociale e politica per la costruzione delle reti stesse , rendendo più efficace la comunicazione e il benestare da parte delle direzioni ospedaliere.

5. Accesso ai fondi di ricerca e supporto amministrativo

Molti partecipanti hanno evidenziato la difficoltà di accedere a finanziamenti europei, come i bandi Horizon, a causa della complessità burocratica e della mancanza di personale dedicato.

La creazione di figure professionali specifiche per la gestione dei progetti di ricerca è stata proposta come soluzione.

Si è discusso infine della necessità di portare avanti le iniziative emerse nel laboratorio tramite la creazione di una task force, guidata dal dottor Piana, volta a sviluppare e implementare questi progetti. Tutte le persone presenti fanno già parte di questa task force alla quale vanno aggiunti i rappresentanti dei Grandi Ospedali oggi non presenti (in particolare quelli del Sud) e altre figure trasversali come ad esempio gli amministrativi. Il gruppo è coeso nel confermare che la collaborazione tra professionisti sanitari, tecnici, amministrativi e associazioni di pazienti, è la strada da intraprendere per superare le barriere esistenti e promuovere un sistema sanitario più efficiente e orientato al paziente.

Come si evince dalla matrice allegata tutte le azioni proposte sono state considerate ad alto impatto per il raggiungimento dell'obiettivo.

Conclusioni

La tavola rotonda dimostra capacità collaborativa da parte dei professionisti sanitari, scientifici e produttivi del settore. Gli stessi sono già pronti a lavorare con le amministrazioni e la politica per implementare le innovazioni tecnologiche e migliorare la qualità di cura dei pazienti affetti da tumori muscolo scheletrici. Il contenimento dei costi di fronte a uno scenario di sempre maggiore complessità e necessità funzionali è comunque possibile e praticabile; il raggiungimento di un obiettivo ambizioso come questo passa attraverso le capacità di investimento infrastrutturale e la comunicazioni tra i vari stakeholders che interagiscono nel sistema di cura.

Hanno partecipato

Moderatore: **Raimondo Piana,** Direttore Chirurgia Oncologica Ortopedica, AOU CDSS Torino
Facilitatore: **Eleonora Sordella***:* Facilitatore, Formatore e Coach ICF
Partecipanti:
Lorenzo Andreani, Responsabile Centro Ortopedico Oncologico, AOU Pisana
Stefano Bastoni, UOC Ortopedia oncologica ASST Pini-CTO, Milano
Michele Boffano, SC Chirurgia oncologica ortopedica AOU CDSS, Torino
Pierangiola Bracco, Professoressa Ordinaria Dipartimento di Chimica Università degli Studi di Torino
Elisa Camusso, SSD Banche dei Tessuti e Bio Conservatorio AOU CDSS, Torino
Simone De Meo, Fondazione per la ricerca sui tumori dell'apparato muscoloscheletrico e rari ETS
Carlo Dottino, Marketing & Technology Manager, Adler Ortho
Giada Iannizzi, Product Manager Orthopaedics, Medics
Pietro Pellegrino, SC Chirurgia Oncologica Ortopedica AOU CDSS, Torino
Giuseppe Perale, Professore Facoltà di Scienze Biomediche Università della Svizzera Italiana

2.3. Carcinoma mammario metastatico: nuovi percorsi personalizzati per un accesso equo e sostenibile

Razionale: Obiettivo del laboratorio è confrontarsi sulle nuove sfide poste dalla cronicizzazione del carcinoma mammario metastatico, promuovendo l'equilibrio tra personalizzazione, equità e sostenibilità nei percorsi terapeutici, anche alla luce delle recenti innovazioni diagnostiche e farmacologiche.

Scenario di riferimento

Nel corso della prima fase del laboratorio, dopo il lancio degli stimoli di discussione fatto dalla moderatrice dott.ssa Paola Crosasso, i partecipanti hanno condiviso esperienze ed evidenze sulla gestione attuale del carcinoma mammario metastatico ER+/HER2-, alla luce delle recenti innovazioni diagnostiche e terapeutiche.

Il confronto si è sviluppato attorno alla necessità di integrare nella pratica clinica l'uso della biopsia liquida per l'identificazione della mutazione ESR1, prerequisito per l'impiego di terapie ormonali orali innovative come Elacestrant, SERD di seconda generazione che affiancano all'approccio ormonale la Target Therapy. L'accesso a tali terapie, pur rappresentando una concreta opportunità di personalizzazione e miglioramento della qualità della vita per le pazienti, solleva questioni di appropriatezza, organizzative e di equità.

Gli aspetti positivi che sono stati identificati nell'analisi dello scenario sono stati infatti:

- la possibilità di personalizzazione della terapia con maggiori opportunità di cura per le pazienti
- Il fatto che l'Italia sia leader mondiale per la biopsia liquida e sia esistente e consolidata la competenza diagnostica di laboratori NGS
- la qualità dei laboratori
- un aumento dell'integrazione tra ospedale e territorio, con avvio del processo di territorializzazione
- equità di accesso alle cure almeno in termini teorici
- maggiori sinergie tra professionisti e pazienti che si possono sviluppare
- una attenzione a tutto il percorso, alle esigenze dei pazienti e alla loro presa "in cura"
- maggiori possibilità di confronto interprofessionale e di formazione

Le principali criticità emerse riguardano:

- la mancanza di criteri di valutazione delle competenze nei laboratori condivisi a livello regionale e quindi un mancato riconoscimento delle competenze necessarie per la diagnostica biopsia liquida, tema importante data la possibilità di falsi negativi in biopsia liquida, che impattano sulla qualità del test
- la disomogeneità territoriale nella accessibilità e nella rimborsabilità del test e del trattamento
- tariffario nazionale e reti tra ospedali (quando ci sono) deboli e informali, la rendicontazione dis-uniforme
- benchmark regionali assenti e monitoraggio nazionale mancante
- difficoltà di garantire tempi di test e refertazione
- territorio finora vissuto come poco presente, perché manca personale, e nebuloso, in mancanza di una chiara definizione di chi fa cosa, in presenza comunque di diversi "silos" delle professioni sanitarie
- infrastruttura tecnologica/informatica carente, interconnessione digitale mancante
- il bisogno di una maggiore formazione degli operatori, anche in relazione all'uso di strumenti digitali per il follow-up e la presa in carico domiciliare
- la centralità ancora troppo parziale della paziente nei processi decisionali e di accompagnamento terapeutico, anche di supporto psicologico in considerazione di effetti su famiglia e società
- disallineamento registrazione farmaco AIFA e inserimento nei LEA del test diagnostico
- normativa da aggiornare
- infine la tematica della privacy che rende difficile la condivisione dei dati fra i diversi attori

Le azioni proposte e le azioni prioritarie

Durante la seconda fase del laboratorio, i partecipanti sono stati invitati a co-progettare uno scenario futuro desiderabile e a definire, attraverso la matrice impatto-sforzo, le azioni prioritarie da attivare nel breve termine.

La visione emersa ruota intorno a un modello di rete integrata, capace di garantire continuità e coerenza nel percorso di cura, attraverso:

- un'impostazione globale di analisi del "patient journey" inteso come sequenza terapie + integrazione terapie con supporto (fisioterapico, psicologico, aspetti sociali...)
- l'evoluzione del ruolo dell'oncologo come ideatore di percorsi e gestore di rete
- pazienti, infermieri, ingegneri, farmacisti, biologi molecolari, inclusi nelle decisioni organizzative
- l'istituzione di un protocollo condiviso tra centri HUB e SPOKE per l'identificazione delle mutazioni ESR1 tramite biopsia liquida, con indicazioni chiare su tempistiche, responsabilità e strumenti e rimborso dei test solo a centri hub identificati e certificati
- allineamento tra innovazione tecnologica e organizzativa e adeguamento normativo
- piena interoperabilità dei sistemi informatici e minore impatto della tematica della privacy
- il tutto supportato da una cambio di mentalità da "spesa" a "investimento" per aumentare la qualità di vita

La mappa impatto-sforzo ha guidato l'emersione delle azioni strategiche da attuare secondo criteri di impatto atteso e fattibilità operativa. Di seguito la classificazione:

Azioni ad ALTO IMPATTO e BASSO SFORZO (prioritarie):

- Fornire adeguata informazione ai pazienti (per aderenza terapeutica) e formazione del personale del territorio
- Divulgare raccomandazioni tecniche sul test biopsia liquida e utilizzare indicatori di qualità per la valutazione dei laboratori
- Sviluppare strumenti di formazione agili per far potenziare la figura dell'oncologo come gestore di percorsi e di reti
- Ragionare per "patient journey" identificando per ogni step i players (es centri clinici, laboratori, territorio...)
- Attivare Case di Comunità, individuando quelle dove si possa attivare onco-prossimità
- Attivare "Task Force di Sinergia" fra i diversi players, per quantificare l'assorbimento delle risorse diagnostiche e decidere cosa smettere di fare (cosa esce dal SSN)

Azioni ad ALTO IMPATTO e ALTO SFORZO (next):

- PDTA nazionale/regionali
- Centralizzazione e delocalizzazione: creare una rete oncologica con un sistema informativo integrato e centralizzato tra i centri (hub/spoke) e la medicina territoriale, il tutto basato su volumi/esiti.
- Laboratori NGS certificati e centralizzati
- Ridefinizione dei percorsi – analisi dei profili e piani salute per definire organizzazione a livello dei territori
- Sviluppo psico-oncologia, team nutrizionale, associazioni di pazienti
- **Azioni a BASSO IMPATTO e BASSO SFORZO** (last):
- Creare una cabina di regia che risponde a CSR che da EMA coordina l'implementazione di ciascun test
- Introdurre il monitoraggio con indicatori – testing rate, positivity rate, turn-around time
- Inserire l'obbligo di dossier sul test per le aziende Farma

Conclusioni

Il laboratorio ha evidenziato come la reale innovazione non risieda unicamente nei farmaci, ma nella capacità del sistema sanitario di evolversi verso modelli organizzativi agili, inclusivi e centrati sulla persona. La paziente, infatti, non è solo destinataria di cure, ma co-protagonista nel percorso di trattamento e gestione della cronicità.

L'esperienza di questo laboratorio ha rafforzato la convinzione che le sfide del carcinoma mammario metastatico possono essere affrontate in modo efficace attraverso una visione condivisa, multidisciplinare e sistemica, dove la relazione, la tecnologia e la capacità di co-progettazione diventano i pilastri del cambiamento.

Hanno partecipato

Moderatrice: **Paola Crosasso**, Direttrice SC Farmacie Ospedaliere SSD Malattie infettive, ASL Città di Torino

Facilitatore: **Alessandra Scala**, Consulente di sviluppo organizzativo, Facilitatrice, Coach Ontologico Trasformazionale - Torino

Partecipanti:

Mario Airoldi, Coordinatore Area Ospedaliera, Rete Oncologica Piemonte e VDA

Gianni Amunni, Presidente Cracking Cancer Forum e Coordinatore scientifico ISPRO – Istituto per lo studio, la prevenzione e la rete oncologica, Firenze

Michele Avoni, Market Access Direct, Menarini Stemline

Lia Paola Fumagalli, Dirigente Ingegnere Gestione Operativa – Direzione sanitaria Fondazione IRCCS Istituto nazionale dei Tumori Milano

Cristina Marchesi, già Direttore Generale, IRCCS Arcispedale Santa Maria Nuova, Reggio Emilia

Oriana Righero, tecnico sanitario di radiologia medica, AO Ordine Mauriziano di Torino

Maria Scatolini, Direttore laboratorio oncologia molecolare, Fondazione Tempia, Biella

Paola Varese, Direttore SC Medicina a indirizzo oncologico Presidio Ovada ASL AL e Direttore scientifico nazionale di FAVO - Federazione Nazionale delle Associazioni di volontariato in Oncologia)

3.1. Sostenibilità nei trapianti: ottimizzazione dei sistemi di finanziamento e remunerazione

Razionale: La medicina dei trapianti d'organo ha compiuto in questi ultimi decenni passi da gigante, imponendosi come terapia salvavita in numerosissime gravi malattie. Per questo, i trapianti d'organo sono stati inclusi nei livelli essenziali di assistenza su tutto il territorio nazionale. Lo sviluppo di questo campo clinico-scientifico ha fatto sì che si siano potute estendere le indicazioni sia in donatori che presentano particolari rischi sia soprattutto in riceventi sempre più gravi e complessi. Mai come oggi vengono eseguiti numericamente così tanti trapianti di cuore, polmone, fegato e rene in Italia. Ne consegue che un'attenta programmazione sanitaria è di fondamentale importanza, tenuto conto degli elevati costi (sia per risorse umane sia per strumenti tecnologici) che i trapianti vieppiù comportano. Un adeguato e corretto sistema di finanziamento e remunerazione per tutte le attività collegate con i trapianti d'organo (a partire dai prelievi d'organo e dalle macchine di perfusione che permettono di trapiantare con efficacia e sicurezza organi sempre più delicati) è quindi più che mai necessario oggi, per poter garantire la sostenibilità e la prevedibile espansione di questa branca della medicina.

Scenario di riferimento

Il Prof. Romagnoli ha dato avvio al workshop facendo un'overview rispetto agli ultimi anni in cui la medicina dei trapianti ha conosciuto un'espansione significativa, favorita da innovazioni tecnologiche e da una sempre maggiore apertura all'impiego di donatori cosiddetti "marginali". In particolare, tre strategie stanno trasformando l'attività trapiantologica: l'impiego delle macchine da perfusione per mantenere gli organi vitali, l'utilizzo crescente di donatori dopo arresto cardiaco (DCD) e le politiche di split per massimizzare gli organi disponibili.

Questi sviluppi hanno contribuito a un incremento progressivo dei trapianti, garantendo maggiore accesso alla terapia e riducendo il rischio di mortalità per i pazienti in lista. Tuttavia, i benefici clinici e logistici delle nuove tecnologie devono confrontarsi con un sistema di finanziamento non aggiornato. Ad esempio, il DRG 480 (trapianto di fegato e intestino) non include né il prelievo d'organo né l'uso delle macchine di perfusione, strumenti ormai centrali nella pratica clinica. La tariffa regionale per questo DRG varia ampiamente tra le regioni italiane, segnalando una mancanza di uniformità che rischia di compromettere l'equità di accesso e la sostenibilità.

Inoltre, il costo medio della gestione di un paziente in lista d'attesa è elevatissimo (oltre 300.000 dollari), con forti incidenze su pronto soccorso, ricoveri e terapie intensive. Le tecniche come HOPE e DHOPE hanno dimostrato una riduzione significativa delle complicanze post-operatorie, dei ritrapianti e dei costi indiretti, pur avendo un costo iniziale più elevato. Anche in termini di outcome clinici, i trapianti da DCD mostrano sopravvivenze comparabili a quelli da DBD, a fronte però di una maggiore incidenza di complicanze biliari.

Infine, il sistema soffre di una mobilità extraregionale crescente, spesso obbligata, che nel 2022 ha generato un costo di oltre 5 miliardi di euro, con squilibri evidenti tra regioni attrattive e regioni con saldo negativo. Serve quindi un adeguamento del sistema di remunerazione che tenga conto dei nuovi standard clinici e tecnologici, per garantire qualità, equità e sostenibilità nel lungo termine.

Le azioni proposte e le azioni prioritarie

Viste la natura variegata delle fonti di costo in grado di influenzare la sostenibilità del settore dei trapianti, abbiamo iniziato esplorandole per essere sicuri di non dimenticarne nessuna nel momento in cui saremmo andati ad esplorare le dimensioni future. Una volta allineate le conoscenze dei partecipanti, abbiamo lavorato su tutti quei caratteri che influenzano il mondo dei trapianti oggi (H1), nei suoi punti di forza e fragilità: dalla regolamentazione e percorsi vigenti rispetto al reclutamento dei donatori agli hub per la perfusione, dalle nuove indicazioni oncologiche a una necessità di omogeneizzazione e centralizzazione dell'attività. I partecipanti si sono soffermati anche sull'importanza di rendere la professione più accattivante, migliorando

le condizioni di lavoro e scongiurando il rischio di una maggiore propensione delle nuove leve verso altre aree più redditizie.

Immaginando il futuro (H3, 15 anni) dell'area Trapianti e la sua sostenibilità economica proiettandoci nel 2040, troviamo un miglioramento della formazione alla professione, una corretta remunerazione ed un generale aumento della qualità del lavoro. Sempre sul piano regolatorio, si sono fatti passi avanti normativi per cui "se non doni, non ricevi". L'avanzamento tecnologico ha portato a una diagnostica più efficace attraverso l'utilizzo di test innovativi e l'automazione di alcune procedure, garantendo una minor degenza e, quindi, riducendo i costi. Troviamo, inoltre, anche un'ottimizzazione per quanto riguarda il numero di centri per il trapianto, che sono organizzati per bacino di popolazione.

Siamo andati, quindi, a lavorare sull'orizzonte di medio periodo (H2, 5-10 anni), quello cosiddetto di "transizione", su cui agire per mettere le basi dei futuri preferibili disegnati nell'H3. Per quanto riguarda le condizioni di lavoro, troviamo un adeguamento degli stipendi con l'obiettivo di "lavorare meno ma lavorare meglio", mentre sul lato normativo c'è stata un'estrema riduzione e semplificazione della burocrazia, oltre ad essere stato indetto un referendum per modificare il consenso alla donazione degli organi. L'uso dell'intelligenza artificiale ha portato a un livello di personalizzazione avanzata e di gestione puntuale delle informazioni, ma ha richiesto investimenti in nuove tecnologie. La ricerca, in questo scenario di medio periodo, ha assunto un ruolo importante, così come la collaborazione con aziende private.

Una volta definita la timeline, i partecipanti hanno definito le azioni per loro prioritarie e le hanno inserite in una matrice impatto/sforzo. Queste sono:

- Collaborazione tra ditte, professionisti e politica
- Impiego dell'AI
- Investimenti in nuove tecnologie
- Referendum per introdurre la legge "se non voti, doni"
- Adeguamenti degli stipendi
- Personalizzazione avanzata dei trapianti
- La ricerca

Ottimizzazione del numero di centri trapianto per bacino di popolazione

Conclusioni

Oggi il Trapianto non è più una piccola branca della Chirurgia, ma si sta affermando come una realtà in continua espansione che richiede importanti risorse dedicate. Al termine del Laboratorio è emersa la necessità di azioni trasversali per migliorare la sostenibilità nei trapianti. Risulta essenziale un intervento politico a livello nazionale e regionale al fine di aggiornare e uniformare i costi della procedura di trapianto, di investire in nuove tecnologie e ricerca e di ottimizzare la normativa sulla donazione degli organi. Nell'ottica di un miglior utilizzo delle risorse economiche ed umane è auspicabile la rivalutazione del numero dei Centri Trapianti sulla base del bacino d'utenza, come già avviene in alcuni Paesi Europei. Dal confronto si evidenziano inoltre criticità in merito alla formazione dei giovani medici e alla qualità del lavoro. Un'azione dell'Università, delle Società Scientifiche e delle singole Aziende sarà fondamentale per aumentare l'attrattività del settore trapianti.

Hanno partecipato

Moderatore: **Renato Romagnoli**, Direttore Centro Trapianto Fegato-Pancreas, AOU CDSS, Torino

Facilitatore: **Nicoletta Crisponi**, BInnovation Designer

Partecipanti:

Federico Genzano Besso, Direttore SC Centro Regionale Trapianti, AOU CDSS, Torino

Mattia Brunelli, SC Centro Regionale Trapianti, AOU CDSS, Torino

Giorgia Catalano, Medico Chirurgo, Specialista in Chirurgia Generale, SC Chirurgia Generale 2U, Centro Trapianto Fegato, AOU CDSS, Torino

Davide Cussa, Dirigente Medico SC Chirurgia Generale 2U, AOU CDSS, Torino

Riccardo Maria De Carlis, SC Chirurgia Epatica e dei Trapianti di Fegato e Rene, ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, Milano

Anna Guermani, Coordinatore Regionale donazione organi Piemonte e Valle D'Aosta, AOU CDSS, Torino

Laura Koller, Responsabile Commerciale, XVIVO

Fabiana Rubba, Direttore Organizzazione Servizi ScamPia, Responsabile Coordinamento territoriale trapianti, AOU Federico II, Napoli

Marinella Zanierato, Responsabile SSD Coordinamento e Gestione Percorso Anestesiologico - Rianimatorio in Emergenza/Urgenza AOU CDSS, Torino

3.2. Accesso a sale operatorie ad alta tecnologia e robotizzate: focus sull'ortopedia

Razionale: Obiettivo di questo laboratorio è definire il ruolo dei grandi ospedali (nelle loro componenti cliniche e amministrative) e delle organizzazioni accademiche nel supportare gli organismi regionali nella definizione dei processi di introduzione di alte tecnologie in ambito ortopedico e traumatologico.

L'intervento introduttivo del prof. Massè ha fornito una panoramica chiara e stimolante sullo stato attuale del settore ortopedico e traumatologico in relazione all'adozione di tecnologie avanzate. L'analisi ha permesso di evidenziare in modo puntuale sia le criticità strutturali che le opportunità potenzialmente attivabili.

Seguendo la struttura della facilitazione, la possibilità di intervenire è stata poi estesa ai partecipanti, invitati a collaborare attivamente. Si è costruito così il primo cartellone H1, volto a descrivere la situazione nella sua complessità: elementi di criticità e di potenzialità.

Durante il laboratorio si è discusso anche del tema dei costi delle tecnologie robotiche. Tuttavia, è stato sottolineato come il costo in sé sia un parametro relativo: l'attenzione dovrebbe essere spostata verso l'appropriatezza della spesa e, solo in un secondo momento, sull'efficienza. Se una tecnologia risponde in modo appropriato a un bisogno clinico, il passo successivo è capire come renderne l'utilizzo il più efficiente possibile.

Interessante anche il confronto sui tempi di aggiudicazione delle gare per tecnologie complesse. Se, come indicato dal prof. Massè, i tempi medi si attestano attorno ai 12 mesi, il modello del Pini di Milano – illustrato dal dott. Di Benedetto – mostra che, pur nel rispetto del Codice degli Appalti, è possibile completare le procedure in tempi ridotti. Questo approccio consente di rispondere più rapidamente alle esigenze cliniche ed evitare l'introduzione di tecnologie già superate al momento dell'aggiudicazione.

Le potenzialità sono

- La grande professionalità
- L'attrattività verso i talenti
- La velocità di apprendimento e la crescita professionale

Le criticità possono essere sintetizzate in questi punti

- La mancanza di programmazione negli investimenti
- L'accessibilità, il costo e il tempo di ritorno delle tecnologie robotiche
- La difficoltà di interazione tra i soggetti: ospedali, università e aziende
- Mancanza di strutture, personale e fondi
- Tempi di aggiudicazione delle procedure pubbliche troppo ampi

Tutti i partecipanti al laboratorio hanno mostrato un coinvolgimento attivo e costruttivo, contribuendo alla discussione con riflessioni, dati di esperienza e proposte. Ognuno ha potuto esprimere la propria visione, portando in evidenza sia le difficoltà operative sia le potenzialità future, in un clima di ascolto reciproco e collaborazione. Il risultato è stato un quadro ricco, condiviso e orientato alla trasformazione concreta del sistema.

Dopo un attento esame della situazione presente a cui è stata dedicata tutta la prima parte del laboratorio, si è passati dalla descrizione dello stato delle cose alla visione del futuro in dieci anni.

Nella costruzione del cartellone H3 per sognare, immaginare e definire un orizzonte ideale a cui tendere nel futuro è emersa il desiderio di una maggiore collaborazione tra tutti i soggetti coinvolti, di semplificare le procedure burocratiche di acquisto e di poter testare le tecnologie per valutare il reale impatto. Qui a seguire i punti emersi in dettaglio

- sinergia tra enti accademici (università, politecnico) e industria
- adeguamento tecnologico
- adeguamento del DGR all'alta tecnologia
- impegno per l'autofinanziamento
- maggiori finanziamenti al servizio sanitario nazionale

Dopo la costruzione del sogno entro l'orizzonte temporale di un decennio, i partecipanti hanno proposto e discusso su azioni concrete e attuabili nell'immediato futuro. Le principali proposte emerse sono:

- stabilizzare e semplificare il quadro normativo
- mantenere la motivazione e l'impegno per una maggiore collaborazione tra medici
- semplificare e snellire le procedure di acquisto
- decidere e centralizzare gli investimenti in alcune strutture
- mettere in connessione le diverse realtà
- creare una banca nazionale degli studi HTA
- Replicare modelli virtuosi di utilizzo efficiente della robotica

È stato indicato come esempio da replicare il modello attuato dal dott. Alberto Belluati a Ravenna, dove è stata creata una struttura robotica centralizzata. Tutti i professionisti dell'AUSL Romagna utilizzano lo stesso sistema a turno, con una programmazione condivisa, portando i pazienti a Ravenna. Questo garantisce un uso appropriato ed efficiente della tecnologia robotica, con ottimizzazione di risorse e volumi.

È stata ribadita l'importanza della collaborazione tra istituzioni pubbliche e soggetti privati. Sebbene auspicata da più parti, questa collaborazione va strutturata meglio, intensificando il dialogo con i soggetti privati per comprenderne le esigenze e creare le condizioni affinché possano tornare a investire in ambito universitario o ospedaliero pubblico.

Tra le diverse proposte lanciate durante il laboratorio di facilitazione sul tema dell'accesso a sale operatorie ad alta tecnologia e robotizzate è stata data priorità ad alcune azioni che sono elencate qui sotto:

- incentivare la redazione di *white paper*
- lanciare dei progetti pilota su una particolare tecnologia
- migliorare la comunicazione tra medici e direzione
- comunicare con report anche sugli eventi inutili e negativi
- costruire dei percorsi preferenziali per la valutazione delle tecnologie
- sfruttare le *sandbox* normative

La discussione si è svolta in un clima di massima collaborazione. Tutti i partecipanti erano interessati al tema e coinvolti in prima persona. Per tutti è indubbiamente una priorità migliorare il sistema di valutazione delle nuove tecnologie, velocizzare le procedure di acquisto e poter usufruire di attrezzature all'avanguardia almeno in alcuni centri specializzati che fanno da punto di riferimento per gli altri ospedali.

Hanno partecipato: Alessandro Massè, AOU CDSS, Torino

Facilitatrice: **Silvia Bevilacqua**

Partecipanti:

Alessandro Aprato, Professore Associato Malattie Apparato Locomotore presso il Dipartimento di Scienze chirurgiche, Università degli Studi di Torino; Responsabile SSD Ortopedia Pediatrica presso il Dipartimento di Patologia e Cura del Bambino, Ospedale Infantile Regina Margherita, Torino, AOU CDSS, Torino

Silvana Barbaro, Direttore Sanitario Presidio OIRM – Coordinatore Commissione aziendale HTA, AOU CDSS, Torino

Bruno Battiston, M.D., PhD. Direttore UOC Chirurgia della Mano, AOU CDSS, Torino

Alessandro Beux, Commissione aziendale HTA, AOU CDSS, Torino

Alberto Belluati, Direttore UOC Ortopedia e Traumatologia di Ravenna e Direttore del Dipartimento Osteoarticolare, AUSL Romagna

Alessandro Bonali, Business Unit Manager, linea Ortopedia e Microchirurgia robotica, AB Medica

Danilo Colombero, Responsabile SS Traumatologia, ASL CN2

Claudio Di Benedetto, Direttore UOC Gestione Acquisti e Logistica, ASST Gaetano Pini/CTO

Giosuè Gargiulo, Direttore SC Chirurgia Vertebrale, AOU CDSS, Torino

Giuseppe Massazza, Direttore Dipartimento Ortopedia, Traumatologia e Riabilitazione, AOU CDSS, Torino

Filippo Molinari, Professore Ordinario di Bioingegneria, Vice Rettore per il Piano Strategico del Politecnico di Torino

Franco Ripa, Vicario Direzione Sanità Regione Piemonte e Dirigente Responsabile Settore Programmazione dei servizi sanitari e socio-sanitari

Francesco Soncini, Direzione Medica PO, Arcispedale Santa Maria Nuova, Reggio Emilia

3.3. Farmacoeconomia per la Sostenibilità: il ruolo chiave dei dati nella ottimizzazione delle risorse Sanitarie

Razionale: Obiettivo di questo laboratorio è integrare i dati clinici ed economici in ambienti strutturati per consentire a tutte le componenti dell'universo sanitario -di concorrere a decisioni informate, orientate all'efficienza e alla sostenibilità nell'interesse superiore del paziente.

Scenario di riferimento

L'intervento del prof. Cattel, che ha aperto la discussione sulla situazione attuale, ha messo in evidenza le aree di interesse della farmacoeconomia.

La discussione è stata poi guidata dall'utilizzo di strutture di facilitazione per individuare criticità e potenzialità rispetto al focus della discussione.

Nel primo cartellone è stato messo in evidenza come questo sia un momento positivo per lavorare sulla sostenibilità della farmacoeconomia per la disponibilità di dati, di strumenti, di competenze, di scambio di informazioni.

Parallelamente sono state sottolineate alcuni elementi da migliorare quali:

- i limiti imposti dalle norme vigenti
- la scarsa fruibilità dei dati

- la complessità nella condivisione e trasmissione dei dati
- la lentezza e rigidità delle procedure

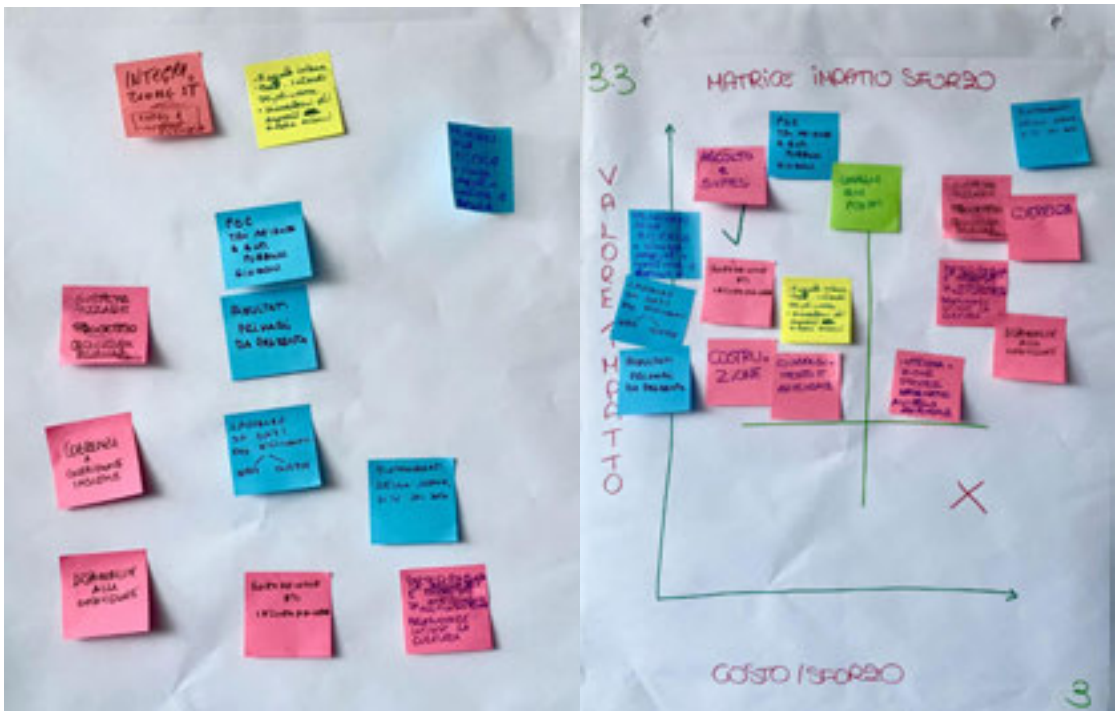
Tutti i partecipanti hanno condiviso le proprie idee ed esperienze seguendo la metodologia e tempistica proposta. La discussione è stata positiva e proficua in un clima di estrema collaborazione.

Le azioni proposte e le azioni prioritarie

I partecipanti hanno successivamente esplorato un possibile scenario futuro da sogno. È stato quindi creato un cartellone immaginando uno scenario ideale tra cinque anni. Quello che è emerso è il desiderio di

- semplificazione del sistema normativo
- collaborazione tra pubblico e privato
- possibilità di prendere decisioni consapevoli partendo da dati
- sistematizzazione e rielaborazione dei dati

Con la creazione dell'orizzonte di transizione sono state individuate diverse azioni da mettere in atto.



In seguito a una partecipata discussione, le azioni sono state tutte definite come di grande valore. Tuttavia alcune sono di difficile attuazione. Le azioni più immediate da poter mettere in atto sono:

- avere maggior coraggio nelle proprie azioni
- impegnarsi per la formazione e informazione rispetto alle tematiche del focus
- lavorare per migliorare l'input e l'output dei dati
- avere dei dati primari da presentare
- poc tra aziende ed enti pubblico
- sistematizzare i processi

Il gruppo si è dimostrato estremamente collaborativo e interessato al tema proposto. Ha inoltre manifestato la volontà di continuare a lavorare sul tema e mantenersi in contatto.

Conclusioni

In conclusione posso affermare che insieme a tutti i membri del gruppo di lavoro abbiamo messo alla luce quanto sia importante per la sostenibilità della farmacoeconomia la disponibilità dei dati e delle informazioni, che si basano su un'adeguata comunicazione e collaborazione tra Enti privati e pubblici. Attraverso la discussione del gruppo lavoro si è giunti a definire l'attuale periodo "positivo" per quanto riguarda la disponibilità di dati e di informazioni, ma si è evidenziato anche come la normativa vigente e la fruibilità dei dati debbano essere obiettivo di miglioramento che è stato prefissato nel workshop attraverso determinate azioni per il raggiungimento di risultati che possono considerarsi soddisfacenti per quanto riguarda il tema nel breve periodo attraverso anche l'istituzione di un'eventuale task force.

Hanno partecipato

Moderatore: **Francesco Cattel**, Direttore Generale, ASL VCO
Facilitatore: **Silvia Bevilacqua**
Partecipanti:
Maurizio Belfiglio, Direttore UOC Valutazione Appropriatezza Prestazioni Sanitarie, ASL 2 Abruzzo
Teresa Calamia, Farmacista ospedaliero ASL Brindisi Ospedale Perrino
Ermete Gallo, Direttore Sanitario, AOU Sant'Andrea Roma
Daniela Lazzeretti, Chief Executive Officer, Sintesia
Franco Marchitelli, Direttore Generale, ASL Alessandria
Francesca Milito, Direttore Generale, AOU Sant'Andrea, Roma
Daniela Pacioni, Direttore UOC Supporto Amministrativo Dipartimenti Territoriali ASL Roma 6
Marco Parente, Healthcare Presales Consultant, Maps Group, Maps Group
Francesco Perrone, Field Market Access Lead Alexion Pharma
Fiorenzo Santoleri, Direttore UOC Farmacia Ospedaliera, Aziendale Lanciano Vasto Chieti
Elena Caterina Zinetti, Farmacista ASL TO4

3.4. Automazione nei processi sanitari: verso trattamenti personalizzati e nuove frontiere nella gestione delle cure

Razionale: Automazione e robotica in ambito clinico sono ormai realtà consolidate, ma la loro diffusione nei processi sanitari è frenata dalla scarsità di risorse e da una limitata comprensione del significativo recupero che potrebbe derivare dall'efficientamento dei servizi di supporto, dove il sistema sanitario mostra un rilevante ritardo rispetto ad altri settori. In questo contesto, l'automazione dei processi relativi ai trattamenti personalizzati delle cure, rappresenta un'opportunità strategica per migliorare qualità, sicurezza e sostenibilità. Soluzioni integrate permettono di tracciare l'intero ciclo di fornitura, sino al paziente, riducendo errori e ottimizzando l'impiego delle risorse.

Scenario di riferimento

Durante la prima fase del laboratorio, subito dopo il quadro dati presentato dal prof. Rafele relativo alla situazione sugli investimenti in Sanità digitale, il suo impatto sulle professioni sanitarie, grazie agli investimenti su strumenti di raccolta e integrazione dati, e il focus sui trattamenti personalizzati, dove l'automazione può giocare un ruolo chiave, tutti i partecipanti hanno contribuito con le proprie esperienze a costruire lo scenario attuale fissando sui post-it parole chiave o brevi frasi inerenti sia elementi positivi, pratiche virtuose, sia punti di criticità, intavolando anche una breve discussione basata sul confronto.

Tra gli elementi positivi/esperienze virtuose sono emerse 3 macroaree:

- **Gestione del paziente**: attraverso una rete integrata ospedale/territorio, l'informatizzazione e presa in carico della persona, il monitoraggio della terapia, la gestione del processo a ciclo chiuso e la tracciabilità (quasi completa), una visione multidisciplinare
- **Efficienza e sostenibilità**: cultura crescente sui temi di efficientamento, sicurezza, standardizzazione e capillarità, supporto dell'AI
- **Cambiamento**: cambiamento organizzativo e cambiamento professionale come interconnessi, minor reticenza al cambiamento dovuto anche al cambio generazionale.

Tra le criticità, gli ostacoli:

- Il **GDPR**
- **Assenza di una guida centralizzata comune**: da l'integrazione completa dei sistemi informatici, infrastrutture inadatte e/o obsolete, alla gestione a silos, al fatto che su alcuni temi, es. i progetti di presa in carico del paziente fragile o progetti legati all'automazione, manchino linee guida regionali
- **Centri di potere**: presenza di centri di potere e carenza di cultura, con necessità di inclusione di tutti i livelli.

Le azioni proposte e le azioni prioritarie

Nella seconda fase del laboratorio i partecipanti hanno esplorato i possibili scenari di un futuro da sogno, idealmente tra 10 anni, che auspicherebbe la realizzazione dei seguenti punti:

- **Paziente** veramente **al centro** con la personalizzazione delle cure grazie da un lato alla casa come primo luogo di cura, dall'altro alla presenza dell'abbattimento assoluto di errori in terapia, un dossier farmaceutico e riconoscimento delle informazioni complete (costo/scadenza) dei medicinali e dei dispositivi medici, una dose unica in dimissione, ma anche attraverso la cura dello spazio in ospedale affinché l'ambiente sia "bello" diventando esso stesso elemento di cura. È emerso anche il concetto di "nessun ospedale" in quanto saremo in grado di prevenire e curare prima.
- **Formazione** continua degli operatori.
- **Governance** stabili e pianificazione a medio/lungo termine.

- Ingaggio dei protagonisti a tutti i livelli.
- Importanza della **tecnologia** e dell'AI attraverso ospedali digitalizzati, con tecnologie intelligenti e sistemi integrati, sicuri e che parlano tra di loro, e database condivisi dove il dato è a pieno supporto dei processi e dell'automazione. Umanoidi in magazzino e supporto dell'AI sia nell'approvvigionamento, sia nell'analisi dati real life.
- **Modelli integrati e validati evidence-based replicabili**.

Passando dunque attraverso lo scenario di transizione sono state individuate quali azioni da mettere subito in campo:

- ALTO IMPATTO/BASSO SFORZO
  - Inclusione di tutti
  - Top management incisivo, maggiormente orientato a innovazione e miglioramento
  - Sviluppo del middle management che guidi il cambiamento
- ALTO IMPATTO/MEDIO SFORZO
  - Approccio scientifico all'IT
  - Ottimizzare le risorse
  - Essere in grado di misurare l'efficienza e gli esiti dei sistemi
  - Maggior collaborazione pubblico/privato
- ALTO IMPATTO/ALTO SFORZO
  - Organizzare "task force" trasversali per disegnare modelli integrati, sostenibili, replicabili
  - Lavorare in team e coinvolgere tutti coloro che possono aiutare alla realizzazione di un progetto
  - Disegno dei processi condiviso
  - Semplificazione amministrativa
  - Risorse economiche e di know how
  - Adottare un approccio giudizioso, esplicito, coscienzioso, condiviso
  - Effettuare della formazione realmente efficace
  - Creare lighthouse hospital plant for innovation ovvero un ospedale pilota da poter poi replicare

Conclusioni

Le principali conclusioni da evidenziare sono state le seguenti:

- Nonostante il Lab avesse un tema tecnologico e la presentazione iniziale avesse rimarcato aspetti tecnici, la maggior parte delle osservazioni o degli spunti migliorativi si sono riferiti ad aspetti inerenti il contributo degli operatori sanitari e tecnici, alla necessità di dialogo e collaborazione. Questi aspetti sono stati ritenuti prioritari alle difficoltà tecniche che appaiono risolvibili. Tutto ciò associato a necessità formative da incrementare.
- La necessità di integrazione progettuale di figure con competenze diversificate, per affrontare gli aspetti della complessità presente in ambito sanitario, devono sfociare in istruzioni, linee guida il più possibile standardizzate, in modo da non lasciare gli operatori stessi sguarniti di informazioni. Elevata diversificazione in fase progettuale, necessità di semplificazione in fase gestionale.

Hanno partecipato

Moderatore: **Carlo Rafele**, Dipartimento di Ingegneria Gestionale e della Produzione, Politecnico di Torino

Facilitatore: **Cinzia Marando**, Consulente Marketing e Comunicazione Strategica, Formatore, Facilitatore, Agile Coach ICP-ACC e Business Designer

Partecipanti:

Carmen Cappitella, Direttore UOC Professioni Sanitarie, AOU Sant'Andrea, Roma

Maurizio Da Bove, Docente e Consulente Senior in Supply Chain Sanitaria e Innovazione Tecnologica

Annalisa Gasco, Direttore SC Farmacia Ospedaliera, AO Ordine Mauriziano di Torino

Simona Iaropoli, Direttore f.f. SC Sistema Informativo, Azienda Zero Piemonte

Daniela Lazzeretti, Chief Executive Officer, Sintesia

Gianfranco Lombardo, Segretario, Città della Salute, Torino

Marco Ruocco, Direttore SC Farmacia Ospedaliera e Farmacia Territoriale, ASST Brianza

Mattia Uliano, Pre-Sales, ENG

3.5. Player, non solo buyer: un sistema AI di condivisione in tempo reale delle immagini per lo stroke

Razionale: Il Piemonte ha introdotto un sistema AI-based per la condivisione in tempo reale delle immagini radiologiche nella rete stroke ischemico acuto. L'obiettivo è garantire, a prescindere dal nodo d'accesso, un percorso iniziale uniforme, rapido e condiviso. Ogni centro mantiene le proprie specificità ma agisce come parte di un sistema distribuito. Non è solo un acquisto tecnologico (buyer), ma un uso dell'innovazione per modellare la sanità regionale (player), promuovendo equità, efficienza e controllo centralizzato. L'implementazione ha posto sfide: privacy, eterogeneità organizzative e tecnologiche, formazione degli operatori, impatto sui percorsi clinici esistenti. Il confronto con chi ha seguito il progetto è essenziale per consolidare l'esperienza, affrontare le criticità e guidare gli sviluppi futuri**.**

A seguito della relazione iniziale del Prof. Bergui, intitolata per maggior chiarezza "Players non buyers un sistema di calcolo e condivisione della CTP dei pazienti con stroke acuto**"** è stato chiesto ai relatori di condividere la propria esperienza, e il proprio punto di vista, in merito all'uso della tecnologia oggetto di approfondimento per sottolineare aspetti positivi e critici e, soprattutto, per comprendere quali fossero le ricadute positive in termini gestionali/organizzativi che questa già oggi consente. Accanto alle ricadute positive è stato anche chiesto di sottolineare le "mancanze" che, tuttavia, una volta colmate, potrebbero portare a una completa adozione del sistema e, quindi, al godimento delle sue piene potenzialità.

Le posizioni espresse dalla sostanziale totalità dei partecipanti – presenti, peraltro, in rappresentanza di tutta la "filiera" attiva in relazione al sistema oggetto di laboratorio quindi ospedali hub, ospedali spoke, Asl, sviluppatori della tecnologia, formatori - hanno ricalcato sia quanto è stato indicato come positivo nella relazione iniziale, sia quanto ci sia ancora di complesso da affrontare, ma anche indicando la strada per una possibile risoluzione delle difficoltà.

Si è così assistito a una convergenza di punti di vista tra opportunità e difficoltà che può essere riassunta come segue:

- Opportunità di condivisione Vs Disomogeneità (tecnologica e "organizzativo-logistica") tra i soggetti attivi sui territori
- Condivisione regolamentata Vs Condivisione frammentata e uso del consulto telefonico/teleconsulto
- Opportunità di crescita, velocizzazione degli interventi Vs Carenza di immagini nel passaggio di informazioni ancora attualmente in uso
- Opportunità di sviluppo delle competenze tramite (anche) la formazione Vs Asimmetria formativa dei soggetti in campo
- Automazione dei processi che incrementa la qualità dell'assistenza resa Vs Lavoro "manuale" che riduce velocità e qualità.

Tutti i relatori hanno altresì condiviso come l'innovazione tecnologica (e il suo sviluppo) sia portatrice di un clima migliore nelle relazioni tra colleghi che vedono con entusiasmo le opportunità offerte già attualmente dalla tecnologia oggetto di indagine, e quelle che potranno essere sviluppate dalla sua piena adozione e inserimento nelle procedure quotidiane di lavoro.

Oltre alla convergenza rispetto a opportunità e criticità così come sopra riportato, si è assistito anche a una sostanziale convergenza rispetto a come "disegnare" la tecnologia e il modello "relazionale/gestionale" ideale del futuro. Gli aspetti sui quali è stato trovato un punto di caduta comune sono i seguenti:

- Sviluppare un'organizzazione interaziendale completa ed efficiente
- Portare a compimento l'attuale tecnologia e ampliarla ad altre patologie/immagini, integrando anche gli interventi del 118
- Unificazione completa dei formati per avere un sistema di comunicazione clinica pienamente informatizzato.

Le azioni proposte e le azioni prioritarie

Nella parte più "creativa" del laboratorio, dedicata all'emersione dei passi concreti su come "trasformare il presente nel futuro auspicato", i relatori hanno insistito molto su aspetti solo apparentemente "laterali" rispetto alla tecnologia in sé, ma assolutamente centrali per consentire un suo pieno ed efficiente utilizzo.

Da un lato, infatti, non è emerso alcun dubbio sul fatto che la tecnologia sia assolutamente in grado, tramite un debito sviluppo non solo possibile, ma anche scontato, di centrare gli obiettivi di efficienza ed efficacia che il tavolo di lavoro ritiene necessari e prioritari. Dall'altro si è trovato consenso sul ruolo di altri stakeholder da coinvolgere e su azioni da mettere in campo per il loro coinvolgimento. Coinvolgimento in grado, secondo quanto emerso, di agevolare la trasformazione tecnologica in corso e capitalizzare sui suoi benefici.

In particolare sono stati individuati due stakeholder necessari al processo: le società scientifiche e gli organismi di governo, entrambi da coinvolgere come realtà necessarie allo sviluppo della tecnologia e del suo pieno utilizzo.

L'attenzione si è particolarmente rivolta al ruolo dell'ente di Governo – Regione e uffici preposti – il quale, secondo i partecipanti, deve essere coinvolto per disegnare un nuovo framework che consenta

il funzionamento di hub e spoke in maniera ottimale e che, quindi, capitalizzi sull'uso della tecnologia in maniera appropriata. Le azioni da mettere in campo rientrano quindi nel contesto dell'advocacy e della comunicazione/relazione e, una volta svolte, dovrebbero portare al "redesign" del framework operativo e all'aggiornamento dell'OGR – Organizzazione di Gestione Regionale della Rete Ictus.

In particolare sono emersi i seguenti spunti

- Organizzazione di un tavolo multistakeholder, del tutto simile a quello riunitosi durante il laboratorio, che porti le istanze alla politica e agli enti di governo
  - Coinvolgere nei lavori Azienda Zero per facilitare il contatto con il mondo politico
  - Costruire, così, un modello organizzativo bottom-up che parta dalle esigenze concrete dei territori e dei pazienti

Accanto a questa azione, ma pur sempre in relazione al portare le proprie istanze ai decisori, si è insistito sul ruolo della comunicazione, capace – se ben utilizzata – di incrementare l'interesse dei media e dei cittadini e, così facendo, alzare l'interesse degli organi di governo sulle tematiche centrali del laboratorio. In particolare sono emerse alcune azioni concrete, ovvero:

- Diffusione di comunicati stampa tramite gli uffici preposti esistenti
- Diffusione di buone pratiche relative all'uso della tecnologia e, soprattutto, degli esiti positivi a essa collegati per orientare il decisore pubblico e fare del "marketing sanitario" corretto.

Un ulteriore punto emerso come prioritario è fare formazione a tutti i soggetti coinvolti in maniera da risolvere la disomogeneità formativa mentre si riduce quella tecnologica/procedurale attraverso gli altri passaggi.

La conclusione dei lavori ha portato i relatori a definire una priorità rispetto alle azioni individuate.

Tutti i progetti/idee sono stati ritenuti a elevato impatto/beneficio, differenziandosi per complessità realizzativa e per le tempistiche di esecuzione, essendo le azioni collegate tra loro anche in termini di esecuzione temporale.

Nel dettaglio è stata ritenuta prioritaria l'organizzazione ed esecuzione del tavolo multistakeholder che elabori delle proposte da portare nell'agenda politica, l'attivazione di un buon "marketing sanitario" tramite specifiche azioni di comunicazione/diffusione di buone pratiche.

In un secondo momento, vista anche la complessità dell'ottenimento del risultato, i partecipanti del tavolo multistakeholder potranno dare il proprio contributo all'aggiornamento dell'OGR della Rete Ictus che avrà una ricaduta positiva anche sulle normative a livello nazionale e avviare il percorso di formazione che renda omogenee conoscenze e competenze su tutto il territorio.

Hanno partecipato

Moderatore: **Mauro Bergui**, Direttore della Neuroradiologia Interventistica, Città della Salute, Torino
Facilitatore: **Alberto Marzetta**, Consulente in sostenibilità e comunicazione e facilitatore, Amapola Srl SB
Partecipanti:
Gian Battista Bellardi, CEO - Responsabile Formazione ECM, BEL.CO
Marco Busso, Direttore SC Radiodiagnostica Rivoli e Susa, ASLTO3
Roberto Cavallo, Neurologia G.Bosco, ASL Città di Torino
Delfina Ferrandi, Direttrice SC Neurologia, AOU Alessandria
Alessandro Girardi, Direttore Sanitario Azienda Zero Regione Piemonte
Marco Giraudo, Neurologo, Responsabile Stroke Unit Ospedale Michele e Pietro Ferrero di Verduno, ASL CN2
Marco Grosso, Responsabile laboratorio AI, ASL TO3 Collegno
Alessandro Stecco, Direttore SCDU Radiodiagnostica, Direttore UPO Telemed, PO S. Andrea ASL VC, Università degli studi del Piemonte Orientale "Amedeo Avogadro"
Simona Veglia, Dirigente Responsabile SS Radiologia DEA, AOU CDSS, Torino

4.1. La vaccinazione dei soggetti fragili in ospedale un'opportunità di salute da non perdere

Razionale: La vaccinazione rappresenta uno degli strumenti più efficaci nella prevenzione delle malattie infettive e nella tutela della salute pubblica. In ambito ospedaliero, il tema assume un'importanza ancora maggiore sia per proteggere i pazienti in degenza diurna o ricovero ospedaliero, spesso fragili o immunocompromessi fornendo loro un percorso dedicato e facilitato, ma anche per garantire la sicurezza degli operatori sanitari e contenere il rischio di focolai nosocomiali. Questo laboratorio nasce con l'obiettivo di approfondire le conoscenze scientifiche, normative e organizzative legate alla pratica vaccinale in ospedale. Attraverso un approccio multidisciplinare e interattivo, i partecipanti vengono guidati nell'analisi delle strategie di immunizzazione, delle criticità operative e degli strumenti per migliorare l'adesione vaccinale. Il laboratorio vuole inoltre promuovere una cultura della prevenzione, stimolando la riflessione sul ruolo attivo di ogni professionista sanitario (e delle istituzioni) nella diffusione di buone pratiche vaccinali.

Scenario di riferimento

Nella prima fase del laboratorio, dopo il quadro presentato dalla Prof. Siliquini sul PNPV 2023-2025, calendario nazionale e numeri delle patologie croniche nella popolazione adulta - da cui l'importanza delle vaccinazioni per questa fascia di popolazione - e dalla Prof. Novello che ha fatto un focus sui pazienti oncologici (per i quali l'associazione italiana di Oncologia Medica ha di recente redatto e registrato presso l'ISS Linee Guida dedicate) - dove il 50% delle morti sono legate a infezioni - con 2 casi studio relativi all'inserimento in un programma vaccinale dedicato presso l'AOU San Luigi di Orbassano; tutti i partecipanti hanno contribuito con le proprie esperienze a costruire lo scenario attuale fissando sui post-it parole chiave o brevi frasi inerenti sia elementi positivi, pratiche virtuose, sia punti di criticità, sviscerate anche con un breve confronto. La fotografia emersa racconta le diversità tra le regioni presenti, ma anche tra i presidi ospedalieri all'interno della stessa regione, con alcune realtà più virtuose, caratteristiche e processi, che potrebbero essere replicati.

Fra gli aspetti positivi che sono stati elencati:

- **Collaborazione**: fra regioni, con il territorio, tra gli specialisti, tra i sanitari e con le università (Dip. di Igiene), ma anche con U.O. (reumatologia, oncologia, nefrologia) e contatto diretto con CVT. Gli "attori" hanno fortunatamente network e canali comunicativi esistenti, che aiutano anche qualora non esistano processi istituzionali ufficiali.
- **Ambulatori:** in U.O. sia per sanitari sia per pazienti, collabor. malattie infettive, ostetricia e ginecologia, ambulatori dedicati già presenti in alcuni ospedali o in via di attivazione in altri
- **Leadership** attraverso la promozione dei vaccini in ospedale in reparti specifici (vax leader)
- **Presa in carico da territorio** con mail presidiata da personale e continuità ospedale/territorio
- Arvax e Sirva, **piattaforme vaccinali** (la prima in Lombardia, la seconda in Piemonte) per gestione e tracciabilità delle vaccinazioni
- **Comunicazione**: percorsi vaccinali già in essere con consulenza vaccinale e sensibilizzazione di pazienti e familiari sulla necessità e sicurezza delle vaccinazioni, abbattimento dei pregiudizi (es. nei pazienti reumatologici), campagne promosse dagli ETS (enti terzo settore) e creazione relazione di fiducia tra paziente e professionisti
- Impegno dei professionisti nel prescrivere le vaccinazioni
- **Vaccinazioni** del **personale sanitario e** anche dei **caregiver**, quale protezione indiretta dei pazienti fragili con cui vengono a contatto / trattano
- Presenza di **linee guida specifiche**
- **Disponibilità interistituzionale**

Tra le criticità, gli ostacoli:

- **Privacy e accesso ai dati:** tra cui l'accesso al certificato vaccinale spesso non conosciuto o parziale, ma anche l'assenza di integrazione sistemi informativi e di un'anagrafe vaccinale unica
- **Formazione del personale sanitario:** tempo e preparazione degli operatori vaccinali (e non). Continuano ad esserci operatori sanitari non propositivi nei confronti delle vaccinazioni. In generale è necessaria formazione di tutto il personale sanitario perché sia preparato a rispondere ai quesiti di

pazienti e caregiver, per eliminare pregiudizi, oltre che per meglio comprendere l'importanza delle vaccinazioni per il personale sanitario stesso.
- **Tempo:** manca il tempo per gli operatori in reparto per vaccinare, necessità di finestre per effettuare la vaccinazione, orari di accesso più flessibili.
- **Difficoltà organizzative** *esterne*, tra cui invio dei pazienti spesso non nella fase iniziale del loro percorso o indirizzati ad una sede vaccinale logisticamente comoda. E *interne*, come pool vaccinale ridotto, disponibilità dei sanitari ad accedere alla vaccinazione compatibilmente ai tempi di lavoro e cura del paziente, logistica dei PDTA.
- Corretto **follow up** delle **reazioni avverse**
- **Finanziamenti su prevenzione**: vaccini visti come costi e non come reale farmaco a tutela della salute. Comprendere che 1 vita salvata per prevenzione equivale ad 1 vita salvata per terapia
- **Diffusione delle informazioni** sia all'interno sia all'esterno, dove vi sono influenze negative da parte dei caregiver e/o no-vax sostenuti dai social con azioni talvolta *terroristiche*
- Maggior fiducia nel medico
- Mancanza di remunerazione a prestazione anziché a funzione, per il personale sanitario

Le azioni proposte e le azioni prioritarie

Nella seconda fase del laboratorio i partecipanti hanno esplorato i possibili scenari di un futuro da sogno relativo alle vaccinazioni dei soggetti fragili in ospedale, stabilito idealmente tra 2/3 anni, che vedrebbe la realizzazione dei seguenti punti:

- Un ospedale diffuso, sostenibile e della prevenzione
- Dove ci sia coerenza di comportamenti clinici, sistemi informativi, informazione per i pazienti e formazione per gli operatori, che ottimizzi quanto visto nelle opportunità e nelle criticità.
- **Piattaforma vaccinale unica** con una anagrafe nazionale con libero accesso ai dati personali del paziente anche fuori regione, garantendo così migliori cure.
- Spesa in **prevenzione** vista **come investimento.**
- I PDTA che diventano **PPDTA**, con una reale applicazione dei PDTA che devono impegnare non solo gli operatori, ma anche i decisori.
- **Consulto multidisciplinare** che includa infettivologo/igienista per corretta strategia territoriale.
- **Più vaccini per tutti,** con vaccinazioni spinte eseguite e registrate in tutti i reparti ospedalieri e ambulatori vaccinali in ospedale aperti in orario di visita/terapia e dove la vaccinazione viene inserita nel percorso di cura del paziente.
- **Ambulatorio vaccinale centralizzato** con orario giornaliero lungo (mattino/pomeriggio) in sintonia con ambulatori specialistici.
- Gestire il vaccino in reparto come un farmaco.
- Un ospedale che non vaccini perché le persone si vaccinano preventivamente sul territorio (medici di base, farmacie...) e che sia 2.0 ovvero a misura di adolescenti, ragazzi e donne.
- **Personale** che crede nelle vaccinazioni, super formato sulle vaccinazioni (conoscenza di
- tutto il processo dall'approvvigionamento alla comunicazione delle reazioni avverse).
- **Opuscoli informativi** chiari **sulle vaccinazioni**, dove, come e quando farle, disponibili sia negli ospedali che nelle sale d'attesa dei medici di base e delle farmacie.

Passando dunque attraverso lo scenario di transizione sono state individuate quali azioni da mettere subito in campo:

- ALTO IMPATTO/BASSO SFORZO
  - **Formazione del personale sanitario** su tutto il processo di gestione/effettuazione del vaccino, anche attraverso incontri obbligatori sul tema vaccini con colleghi e/o sanitari
  - **Rete farmacia-ambulatori vaccinali** sul territorio e ospedale
- ALTO IMPATTO/MEDIO SFORZO
  - **Obiettivi vaccinali** per tutti, dai DG ai MMG
  - **Sensibilizzare le Direzioni strategiche** degli ospedali alle vaccinazioni in ospedale
  - Dalle diverse linee guida presenti creare una **unica linea guida specifica per le vaccinazioni dei fragili**
  - Proseguire con la stesura dei protocolli e iniziare a lavorare su PPDTA
- ALTO IMPATTO/ALTO SFORZO
  - **Organizzazione di ambulatori vaccinali** dedicati, diffusi in ambito ospedaliero, con formazione degli operatori e allocazione di risorse dedicate
  - **Formazione dei sanitari**

- **Informazione della popolazione**, attraverso counseling mirato per sensibilizzare, open day, hub dedicati in focus mirati, ETS, il tutto utilizzando anche device di informazione
- Riorganizzare la possibilità di accesso per renderla più flessibile

• ALTISSIMO IMPATTO/ALTISSIMO SFORZO

- **Piattaforma vaccinale unica** su tutto il territorio nazionale e correttamente implementata

Conclusioni

La vaccinazione dei pazienti fragili in contesto ospedaliero ha un'importanza e una solidità scientifica indiscutibili eppure in molte realtà ospedaliere non esistono percorsi prestabiliti oppure mancano di alcune componenti fondamentali. La collaborazione tra specialisti è la base di programmi vaccinali efficaci, ma sicuramente la formazione del personale sanitario e l'informazione della popolazione sono passaggi indispensabili per raggiungere l'obiettivo. Il riconoscimento dei vaccini quali strumenti di prevenzione e di cura da parte della comunità scientifica e delle istituzioni è elemento cruciale, così come l'attuazione di manovre migliorative e di implementazione dei processi vaccinali all'interno degli ospedali.

Hanno partecipato

Moderatori: **Roberta Siliquini**, Professore Ordinario di Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Torino e , Professoressa Ordinaria presso il Dipartimento di Oncologia, Università degli Studi di Torino; Direttore SCDU oncologia medica, AOU San Luigi; Presidente WALCE onlus

Facilitatore: **Cinzia Marando**, Consulente Marketing e Comunicazione Strategica, Formatore, Facilitatore, Agile Coach ICP-ACC e Business Designer

Partecipanti:

Simone Baldovino, PA di Patologia Clinica presso il Dipartimento di Scienze Cliniche e Biologiche, Università degli Studi di Torino

Benita Delfino, Assistente Sanitaria, Ospedale Oftalmico, ASL Città di Torino

Salvatore Di Gioia, Direttore Sanitario, AOU San Luigi Gonzaga di Orbassano

Tommaso Emanuelli, Farmacista, Ordine Farmacisti della provincia di Torino

Enrico Fusaro, Direttore SC Reumatologia, AOU CDSS, Torino

Federico Grammatico, Dirigente Medico, A.Li.Sa Regione Liguria

Sonia Lambertini, ACTO - Alleanza contro il tumore ovarico, Regione Piemonte

Giuseppina Lo Moro, Ricercatrice in Igiene generale ed applicata presso il Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche, Università degli Studi di Torino

Fulvia Pedani, Oncologo AOU CDSS, Torino e Coordinatore Nazionale ANDOS - Associazione Nazionale Donne Operate al Seno e Presidente ANDOS Comitato di Torino

Roberto Santacroce, Regional Market Access Director, GlaxoSmithKline

Giorgia Saporetti, Direttore Sanitario, ASST Rhodense

Paolo Solidoro, Direttore SC Pneumologia U, AOU CDSS, Torino

4.2 Quando l'evoluzione ospedaliera abbraccia l'innovazione in HIV: modelli organizzativi, risorse e percorsi preferenziali

In attesa di validazione da parte del moderatore del laboratorio

Razionale: L'obiettivo di questo laboratorio è approfondire l'impatto dell'HIV nella società contemporanea: dalle terapie ai modelli organizzativi, dalla conoscenza della malattia allo stigma, dalla prevenzione alla cura. Un'attenzione particolare è rivolta alle terapie Long Acting, esplorandone punti di forza e criticità, anche in confronto alle attuali cure orali a due o tre farmaci.

Scenario di riferimento

Il dottor Bonora ha aperto il confronto con una panoramica sulle più recenti innovazioni nella cura dell'HIV in ambito ospedaliero.

Al centro della discussione, il concetto di "essere paziente": solo dopo una valutazione personalizzata che consideri sia aspetti clinici sia lo stile di vita del singolo, è possibile individuare la terapia più appropriata.

Sebbene la PrEP Long Acting, con una singola iniezione ogni due mesi, rappresenti una soluzione comoda e promettente per il controllo della malattia, fattori come multipatologia o discontinuità nell'accesso alle cure possono far propendere per soluzioni orali, oggi in una vera e propria "età dell'oro" grazie a una migliore tollerabilità, assorbimento e qualità della vita per il paziente.

L'innovazione rappresentata dal Long Acting resta comunque la direzione verso cui si tende ad andare, riducendo il fallimento terapeutico spesso legato a caratteristiche individuali che compromettono la corretta somministrazione del farmaco.

Un ruolo strategico è ricoperto anche dalla distribuzione e somministrazione del farmaco, che passa attraverso la delocalizzazione dei punti di accesso e il supporto delle case di comunità, configurate come hub sanitari territoriali. In tale contesto, la programmazione dell'accesso alle cure si rivela fondamentale per garantire la sostenibilità del sistema.

Il confronto è stato arricchito dalla partecipazione del dottor Vincenzo Palermo, AD di ViiV, che ha risposto a domande e condiviso risultati concreti relativi alle terapie Long Acting sviluppate dall'azienda.

Le azioni proposte e le azioni prioritarie

Dopo questa prima fase introduttiva, i partecipanti hanno condiviso riflessioni ed esperienze legate all'evoluzione delle terapie e dei modelli organizzativi per la gestione dell'HIV in ambito ospedaliero. È stata quindi avviata una raccolta di parole chiave, utili per allinearsi sulle diverse dimensioni del tema e costruire le fondamenta per il lavoro successivo.

L'esercizio ha previsto un cambio di prospettiva: mettersi nei panni di tutti gli attori coinvolti, considerando ad esempio la logistica non solo come distribuzione dei farmaci, ma anche come spostamento dei pazienti o gestione dell'assistenza domiciliare.

Si è quindi lavorato sui tre orizzonti temporali:

- **Presente**, con l'identificazione dei principali elementi attuali dei modelli organizzativi per la cura dell'HIV;
- **Futuro a lungo termine (20 anni)**, in cui è stato immaginato lo scenario preferibile da raggiungere.

- **Futuro prossimo (5-10 anni)**, con la definizione dei passaggi necessari per arrivare allo scenario ideale;

In quest'ultimo, l'eliminazione dello stigma associato all'HIV è stata indicata come obiettivo primario. La digitalizzazione è emersa come leva centrale, soprattutto per la personalizzazione della cura, la gestione amministrativa e la condivisione dei dati clinici su scala nazionale.

Tra le criticità evidenziate, il ritardo dell'apparato normativo rispetto all'innovazione terapeutica e organizzativa. Nel 2045, si auspica un sistema normativo più agile e allineato al progresso tecnologico.

Alcuni partecipanti hanno ipotizzato che, entro tale data, sarà stato sviluppato un vaccino efficace, rendendo obsolete molte delle terapie attuali. Tuttavia, resterà necessario gestire pazienti anziani affetti da HIV, ospitati in strutture in grado di somministrare terapie Very Long Acting e soluzioni non farmacologiche.

Fondamentale, in questa visione, è la collaborazione tra pubblico e privato (PPP), per esercitare pressione sulle istituzioni politiche e condividere competenze ed esperienze.

Nell'orizzonte dei 5-10 anni, è emersa la necessità di un cambio di mentalità e di una collaborazione più intensa tra gli attori del sistema, riportando l'HIV al centro del dibattito politico e dell'agenda sanitaria.

I partecipanti sono stati quindi invitati a individuare **tre azioni prioritarie** su cui investire per raggiungere lo scenario auspicato. Quelle maggiormente votate sono state:

- Terapie di prossimità
- Personalizzazione della terapia
- Partenariato pubblico-privato (PPP)
- Cambio di mindset
- Attualizzazione della normativa
- Rete di cura con modello hub & spoke

Infine, queste azioni sono state collocate in una **matrice impatto/sforzo**, per valutarne il peso sia in termini energetici sia economici.

Ora che il piano è stato tracciato, non resta che passare all'azione.

Hanno partecipato

Moderatore: **Stefano Bonora**, Università degli Studi di Torino

Facilitatore: **Nicoletta Crisponi**, BInnovation Designer

Partecipanti:

Pierpaolo Cataldi, Farmacista Ospedaliero, Direttore della Farmacia dell'Ospedale "Moriggia Pelascini" di Gravedona, Como, dell'Ospedale "Moriggia Pelascini" di Gravedona, Como

Paola Crosasso, ASL Città di Torino, Direttore SC Farmacie Ospedaliere, SSD Farmacia Malattie infettive, ASL Città di Torino

Antonio Drago, ViiV, Access Lead

Michaela Franzin, Ospedale Papa Giovanni Paolo XXIII, Bergamo, Direttore SC Farmacia Ospedale Papa Giovanni Paolo XXIII, Bergamo

Vincenzo Palermo, ViiV, Amministratore Delegato

4.3. Sfide e prospettive innovative per le malattie neurologiche degenerative e infiammatorie

Razionale: Le malattie neurologiche degenerative e la sclerosi multipla rappresentano una sfida crescente, non solo per la complessità clinica e biologica e per il progressivo aumento di incidenza in termini epidemiologici, ma anche per l'impatto sull'organizzazione socio-sanitaria. L'introduzione di diagnosi sempre più precoci e precise, insieme a terapie innovative, richiede una trasformazione

profonda dei modelli assistenziali. Questa evoluzione impone nuove riflessioni su sostenibilità, equità di accesso e capacità dei sistemi sanitari di adattarsi a tecnologie complesse e spesso ad alto costo. La sessione si propone di esplorare le prospettive future della neurologia, integrando approcci scientifici e organizzativi, per affrontare con strumenti adeguati le sfide poste dall'innovazione.

Scenario di riferimento

Il laboratorio ha affrontato il crescente impatto delle malattie neurologiche degenerative e infiammatorie, un fronte su cui si stanno concentrando importanti cambiamenti demografici, terapeutici e organizzativi. Le malattie di Alzheimer e di Parkinson, la sclerosi laterale amiotrofica (SLA) e la Sclerosi Multipla (SM) registrano un costante aumento della prevalenza, alimentato non solo a causa dell'invecchiamento della popolazione, ma anche dalla maggiore durata di vita e dalle nuove possibilità terapeutiche. In particolare, le demenze, con 44 milioni di casi globali, rappresentano una sfida già pressante, destinata ad acuirsi nei prossimi decenni.

Parallelamente, emerge una vera e propria "rivoluzione terapeutica", con trattamenti sempre più mirati e innovativi: terapie come gli oligonucleotidi antisenso (ASO) per la SLA, gli anticorpi monoclonali per la malattia di Alzheimer, i trattamenti disease-modifying per la SM e le tecnologie avanzate per il Parkinson. Tuttavia, l'introduzione di queste terapie solleva interrogativi urgenti sulla sostenibilità economica, l'equità nell'accesso, la continuità assistenziale e il supporto ai caregiver. Le nuove frontiere della diagnosi precoce e dell'identificazione di soggetti sani ma a rischio – anche attraverso biomarcatori e screening genetici – impongono una riflessione profonda su implicazioni etiche, psicologiche e sociali.

La possibilità di intervento preclinico apre scenari di prevenzione ancora inesplorati, ma richiede al sistema sanitario una capacità di adattamento e accompagnamento che oggi appare insufficiente. Sul piano organizzativo, il tema dell'integrazione tra sanità e assistenza sociale è stato fortemente sottolineato. L'attuale frammentazione, la scarsa interoperabilità dei dati, la carenza di figure dedicate alla continuità di cura e la debolezza del territorio ostacolano la presa in carico globale delle persone con malattia neurologica. Strumenti come PDTA condivisi, cartelle cliniche integrate e team multidisciplinari sono riconosciuti come necessari, ma ancora troppo disomogenei nella loro applicazione.

Il sistema sanitario si trova così di fronte a un bivio: sostenere la sfida delle nuove terapie e della cronicità neurologica implica rivedere modelli organizzativi, ridefinire priorità cliniche e allocative, valorizzare le competenze e investire in formazione e tecnologia. La prospettiva è chiara: garantire cure di qualità, personalizzate e sostenibili, senza rinunciare al principio di equità che fonda il nostro Servizio Sanitario Nazionale.

Le azioni proposte e le azioni prioritarie

Nel corso del laboratorio è emersa con chiarezza la necessità di un cambio di paradigma che vada oltre l'innovazione clinica, per abbracciare un ripensamento sistemico dell'intero ecosistema neurologico: dalla diagnosi alla cura, dall'integrazione assistenziale alla sostenibilità economica.

Tra le azioni prioritarie individuate, è centrale l'integrazione tra ospedale e territorio, non solo attraverso strumenti digitali (cartella clinica integrata, telemedicina, fascicolo socio-sanitario elettronico completo), ma anche attraverso équipe realmente multidisciplinari e modelli di presa in carico che riconoscano la comples-

sità bio-psico-sociale della persona con malattia neurodegenerativa. È stata sottolineata l'urgenza di uscire dalla logica dei "silos" organizzativi, aprendosi a percorsi condivisi con il mondo dell'assistenza sociale, della scuola, della comunità e delle associazioni di pazienti.

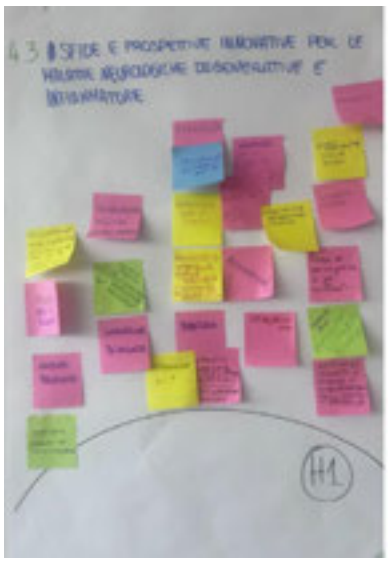
Una seconda direttrice fondamentale riguarda l'educazione diffusa: educare i professionisti alla gestione consapevole delle risorse (anche in ottica di un disinvestimento ragionato), educare i pazienti a una maggiore responsabilizzazione nella prevenzione e nella cura, educare i cittadini – fin dalle scuole – a una maggiore alfabetizzazione sanitaria. È stato riconosciuto il valore di una comunicazione trasparente, orientata a rafforzare l'alleanza terapeutica e il senso di corresponsabilità.

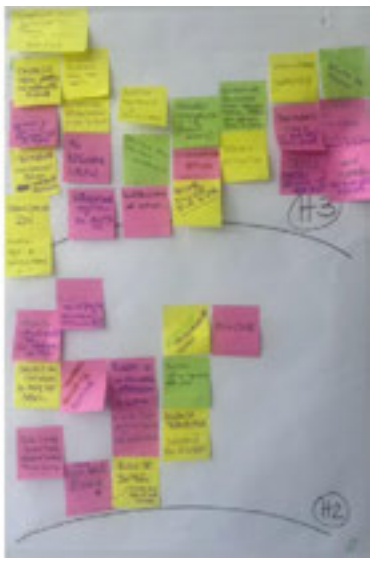
Sul piano politico e istituzionale, è stato invocato un dialogo stabile e competente tra professionisti e decisori, affinché le priorità cliniche e organizzative vengano definite con criteri di efficacia e valore, e non solo di contenimento della spesa. La presenza delle associazioni di pazienti è stata indicata come risorsa chiave per la raccolta dei bisogni, la personalizzazione dei percorsi e l'umanizzazione delle cure. Il tema del disinvestimento ha stimolato riflessioni su quali trattamenti e tecnologie non siano più giustificabili, alla luce del limitato valore clinico o della disponibilità di alternative più efficaci e sostenibili.

In questa prospettiva, si è auspicata una legge nazionale per il progetto di vita delle persone con disabilità neurologica, in grado di connettere aspetti riabilitativi, sociali, educativi e assistenziali, in una logica di personalizzazione e lungo periodo.

Nella visione a cinque anni delineata dai partecipanti, il Servizio Sanitario dovrebbe configurarsi come un sistema più flessibile, integrato, capace di "fare ponti" e non barriere, in cui le scelte siano orientate da dati, esiti e valore, e non più da inerzia o frammentazione. Le risorse devono essere allocate sulla base di una programmazione realistica, informata, condivisa, che riconosca i vincoli ma anche le potenzialità del sistema.

L'esercizio di prioritizzazione ha evidenziato azioni ad alto impatto e valore, sebbene richiedano un elevato sforzo organizzativo e culturale: educare (se stessi e gli altri), costruire alleanze tra operatori, ridefinire il ruolo dei professionisti nella governance del sistema. Lavorare su questi assi richiede tempo e determinazione, ma è l'unico modo per affrontare la complessità crescente della neurologia contemporanea, garantendo sostenibilità ed equità.





Conclusioni

Le malattie neurologiche degenerative e infiammatorie rappresentano una sfida crescente per i sistemi sanitari, a causa dell'aumento della prevalenza e dell'introduzione di terapie innovative e complesse. Questo scenario richiede un profondo ripensamento dei modelli organizzativi, orientato all'integrazione tra ospedale e territorio, alla continuità assistenziale e all'adozione di tecnologie digitali. La sostenibilità e l'equità delle cure non possono prescindere da un cambiamento culturale che coinvolga professionisti, pazienti e cittadini, promuovendo educazione, corresponsabilità e alleanze trasversali. È necessario superare la frammentazione attuale per costruire un sistema più flessibile, personalizzato e guidato dal valore, capace di affrontare le sfide della neurologia contemporanea con efficacia e umanità.

Hanno partecipato

Moderatore: **Adriano Chiò**, Professore Ordinario di Neurologia e Direttore SC Neurologia 1 U, AOU CDSS, Torino
Facilitatore: **Valentina Coradeghini**, Consulente organizzativo, facilitatrice, Agile Coach
Partecipanti:

Giorgia Brodini, Medico in formazione specialistica in Neurologia, AOU CDSS, Torino

Andrea Calvo, Professore Associato di Neurologia, Università degli studi di Torino, e Dirigente Medico SC Neurologia 1 U, AOU CDSS, Torino

Marco Alfonso Narduccio Capobianco, Direttore SC Neurologia, AO S. Croce e Carle, Cuneo, Coordinatore GTR Neurologia Cronicità, Azienda Zero Regione Piemonte e Coordinatore Sezione Regionale SIN Piemonte e Valle d'Aosta

Paola Cavalla, Assistant Professor of Neurology presso il Dipartimento di Neuroscienze "Rita Levi Montalcini", Università degli Studi di Torino e Dir. Medico SC Neurologia 1 DU Responsabile SS Centro Sclerosi Multipla, AOU CDSS, Torino

Marinella Clerico, Professore Associato di Neurologia; Vicepreside del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia – MedInTO, presso il Dipartimento di Scienze Cliniche e Biologiche, Università degli Studi di Torino

Nicola Desogus, Medico in formazione specialistica in Neurologia, AOU CDSS, Torino

Alessia Di Sapio, Direttore SCDO Neurologia, Direttore BioBanca - CRESM, AOU San Luigi Gonzaga, Orbassano, Torino

Delfina Ferrandi, Direttore SC Neurologia, AOU Alessandria

Carmelo Labate, Direttore SC Neurologia, Ospedale E. Agnelli, ASL TO 3

Piero Lamendola, Osservatorio Politiche e Servizi AISM - Associazione Italiana Sclerosi Multipla

Roberta Lo Muto, Neuraxpharm

Letizia Mazzini, Direttore SC Neurologia, AOU Maggiore della Carità di Novara e Responsabile Centro Regionale Esperto SLA presso il Dipartimento di Medicina Traslazionale, Università degli Studi del Piemonte Orientale "Amedeo Avogadro"

Francesco Pastore, Professore a contatto di scienze infermieristiche, Uniba e Presidente nazionale SISM - Società Italiana Infermieri Sclerosi Multipla

Eliana Peirone, Fisioterapista, ASL CN2

Innocenzo Rainero, Professore Ordinario di Neurologia, Università degli Studi di Torino, e Direttore SSD Demenze e Cefalee AOU CDSS, Torino

Stefano Sepegno, Specializzando di Neurologia, Università degli Studi di Torino

Nicola Ticozzi, Direttore UO Neurologia, IRCCS Istituto Auxologico Italiano, Professore Associato di Neurologia, Università degli Studi di Milano

Maria Claudia Vigliani, Dirigente Medico SC Neurologia 1 U, AOU CDSS, Torino

Maurizio Zibetti, Professore Associato di Neurologia presso il Dipartimento di Neuroscienze "Rita Levi Montalcini", e Dirigente Medico SC Neurologia 2, AOU CDSS, Torino

4.4. Screening neonatali: dalla biochimica alla genetica

Razionale: Lo screening neonatale rappresenta uno strumento fondamentale di sanità pubblica per l'identificazione precoce di patologie congenite gravi ma trattabili. L'evoluzione tecnologica, dal tradizionale approccio biochimico all'integrazione con tecniche genomiche, apre nuove prospettive diagnostiche, ampliando il numero di condizioni rilevabili e migliorando l'accuratezza. Tuttavia, questa transizione comporta sfide cliniche, etiche e organizzative: selezione delle patologie da includere, gestione dei risultati incerti, implicazioni familiari e sostenibilità del sistema. Il tavolo di lavoro intende promuovere un confronto multidisciplinare per definire criteri condivisi, modelli operativi integrati e strategie per una comunicazione efficace con le famiglie, valorizzando al contempo il potenziale della genomica senza trascurare la dimensione umana dell'intervento precoce. Obiettivo di questo laboratorio è affrontare il tema della digitalizzazione e dell'informatizzazione delle aziende sanitarie.

Scenario di riferimento

Nella sua introduzione la Prof. Franca Fagioli ha fornito un quadro sullo screening neonatale, introducendo temi sviluppati poi successivamente, in particolare i principi su cui si basa uno screening e l'evoluzione dello screening neonatale, che ha permesso di passare nei decenni da poche patologie metaboliche ricercate a 50 di diversa natura. Oggi lo Screening Neonatale Esteso è inserito nei LEA, altre 9 patologie sono in attesa di essere incluse e, grazie alla disponibilità di test genetici, si sono ampliate le possibilità di rilevazione: nel 2023 in Piemonte è partito il progetto pilota NeoGen per la rilevazione di ben 500 patologie mediante analisi genomica.

Nella discussione i partecipanti hanno individuato i seguenti punti:

- Possibilità di ampliamento dello screening a nuove patologie in considerazione delle nuove terapie disponibili
- Proposta di estensione dei LEA (modello dinamico)
- Ottimizzare l'impiego in ambito di screening delle nuove tecnologie in un'ottica di costi/benefici
- Privilegiare i progetti continui piuttosto che progetti pilota.

Largo spazio è stato dato anche allo Screening Pediatrico, volto a rilevare in particolare il Diabete Mellito di tipo 1 (DMT1) e la Malattia Celiaca nei bambini; si è fatto il punto della situazione sulle due patologie, sugli esami disponibili per la rilevazione, chi sottoporre ai test e a quali età (2, 6 e 10 anni, prima della pubertà) e nella discussione sono stati individuati i seguenti temi:

- Si tratta realmente di screening (nel senso condiviso dalla comunità scientifica) o piuttosto di ottimizzazione della pratica clinica/delle diagnosi? Rischio di involontario "esperimento sociale"
- Costi vs benefici e sostenibilità: ci si è interrogati sulla sostenibilità di test su larga scala, comunque costosi, per patologie non guaribili ma curabili (per il DMT1 in arrivo nuovi farmaci efficaci) e sul carico di pazienti da gestire per il follow-up
- Modello organizzativo: regionale o nazionale? Necessità di individuare i centri per lo screening e il monitoraggio dei positivi, con programmi di monitoraggio condivisi
- Necessità di migliorare i test per ridurre i falsi positivi ed evitare il rischio di overdiagnosi
- Formazione/educazione: necessità di programmi di educazione per pediatri di libera scelta e famiglie; formazione di comunicatori, figure di supporto e di personale coinvolto nel follow-up
- Necessità di un sistema informatico per mettere in rete le diverse realtà e i professionisti.

Le azioni proposte e le azioni prioritarie

Alla luce degli spunti emersi nella discussione precedente e dei bisogni manifestati, nella seconda fase del laboratorio ci si è confrontati sullo scenario auspicabile e unanimemente si è pervenuto ad individuare un futuro in cui esistano sistemi di screening neonatale e pediatrico che siano:

- Efficaci e robusti, in grado di fare diagnosi prima dell'insorgenza dei sintomi e/o di individuare i soggetti geneticamente predisposti a sviluppare determinate patologie, per poter mettere in atto le necessarie

terapie o predisporre appositi programmi di follow-up che possano essere di impatto sull'evoluzione della patologia
- Sostenibili nel tempo in termini di risorse sia economiche (rapporto costi / benefici favorevole) sia di personale (disponibilità di personale adatto, psicologi compresi, espressamente formato e in numero sufficiente a gestire la presa in carico dei pazienti positivi individuati)
- Equi, cioè ugualmente accessibili da tutti i neonati e bambini, indipendentemente dalla regione di residenza o nascita.

In merito all'ultimo punto, infatti, nel confronto precedente erano emerse le notevoli difformità esistenti tra le diverse regioni italiane nella disponibilità dei test per alcune patologie (ad esempio per l'atrofia muscolare spinale SMA), difformità derivanti dai diversi sistemi sanitari regionali, che si auspica possano essere colmate in tempi rapidi.

Per giungere a tale scenario, sono state individuate alcune azioni da intraprendere, tutte ad alto impatto; due di queste comporterebbero degli sforzi notevoli in termini di risorse e di impegno da parte dei decisori, sono infatti:

Un aumento degli investimenti nella spesa sanitaria pubblica, negli ultimi anni cresciuta in termini nominali ma non in rapporto al PIL

Investire nella prevenzione delle patologie, in particolare in quelle pediatriche (diminuire il numero di bambini malati oggi vuol dire avere meno adulti malati in futuro e quindi avere una ridotta spesa sanitaria).

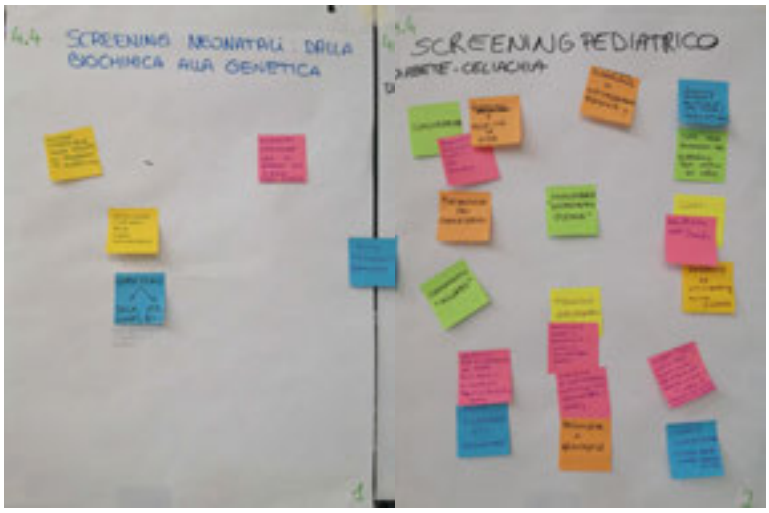
Si sono individuate altre azioni, altrettanto impattanti, che però potrebbero essere realizzate con minori sforzi e a cui dare quindi la priorità; in dettaglio:

Uniformare la disponibilità di screening a livello nazionale, così da permettere l'equità di accesso a tutti i neonati e bambini

Attivare un tavolo multidisciplinare che permetta il confronto tra clinici, associazioni di pazienti, istituzioni, economisti ed esperti di etica che, alla luce delle loro diverse competenze, possano studiare approfonditamente un tema così complesso e delicato, al fine di valutare le azioni da intraprendere e stabilire la loro priorità

Sensibilizzare i decisori affinché interpellino i clinici prima di attuare politiche in ambito sanitario

Attivare dei centri regionali di coordinamento per gli screening e i follow-up con funzioni sia tecniche sia politiche.



Conclusioni

L'incontro ha evidenziato con chiarezza l'importanza strategica dello screening neonatale e pediatrico come strumento di prevenzione precoce, diagnosi tempestiva e presa in carico efficace delle patologie, anche di fronte a scenari sempre più complessi e in evoluzione. È emerso un consenso condiviso sulla necessità di costruire sistemi di screening che siano efficaci, sostenibili ed equi, capaci di rispondere in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale.

Per raggiungere questo obiettivo è fondamentale agire su più livelli: garantire un adeguato investimento nella sanità pubblica, con particolare attenzione alla prevenzione in età pediatrica; superare le disomogeneità regionali nell'accesso ai test; valorizzare le nuove tecnologie in modo eticamente e clinicamente responsabile; promuovere formazione e sensibilizzazione tra operatori sanitari e famiglie; e creare sedi di confronto strutturato tra i diversi attori coinvolti.

Solo attraverso un impegno coordinato e multidisciplinare sarà possibile trasformare le sfide attuali in opportunità di miglioramento continuo, assicurando a ogni bambino, indipendentemente dal luogo di nascita, il diritto a uno screening tempestivo e di qualità, con ricadute significative sulla salute pubblica nel lungo periodo.

Hanno partecipato

Moderatore: **Franca Fagioli**, Direttore Dipartimento di Patologia e Cura del Bambino "Regina Margherita" - Ospedale Infantile Regina Margherita, Professore Ordinario di Pediatria, Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche, Università degli Studi di Torino

Facilitatore: **Elena Stivali**, Facilitatrice certificata nei metodi Maieutico e LEGO® SERIOUS PLAY®, Professional Counselor a Mediazione Corporea, Statistico-economista

Partecipanti:

Pier Luigi Calvo, Responsabile SSD Gastroenterologia Pediatrica - Ospedale Infantile Regina Margherita, Torino

Luisa De Sanctis, Professore Associato, Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche, Università degli Studi di Torino, Direttore SC Pediatria Specialistica U, Ospedale Infantile Regina Margherita, Torino

Francesco Martinelli, Coordinatore Corso di Laurea in Tecnici di Laboratorio analisi, AOU CDSS, Torino

Alice Monzani, Professore Associato di Pediatria, Università del Piemonte Orientale; Dirigente medico, SCDU Pediatria, AOU Maggiore della Carità di Novara

Enza Pavanello, Chimico Dirigente, Biochimica clinica, Patologia Clinica Pediatrica, Ospedale Infantile Regina Margherita, Torino

Francesco Porta, Dipartimento di Scienze Cliniche e Biologiche, Università di Torino, AOU San Luigi Gonzaga, Orbassano, Torino; SC Pediatria, Malattie Metaboliche, Ospedale Infantile Regina Margherita

Paola Quarello, Professore Associato, Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche, Università degli Studi di Torino, Dirigente Medico SC Oncoematologia Pediatrica, Ospedale Infantile Regina Margherita, Torino

Ivana Rabbone, Professore Associato di Pediatria, Delegata del Rettore per l'Alta Formazione, Direttore Scuola di Specialità in Pediatria, Dipartimento di Scienze della Salute, Università del Piemonte Orientale; Direttore SCDU Pediatria, AOU "Maggiore della Carità" di Novara.

4.5. Medicina genetica: la nuova frontiera nella lotta alle malattie rare

Scenario di riferimento

Durante la prima fase del laboratorio, grazie all'intervento dei prof. Alfredo Brusco e dottor Maurizio Belfiglio che hanno aperto la discussione sulla situazione presente relativa al focus, hanno tutti partecipato alla discussione, condividendo le proprie esperienze e trovando diversi punti in comune rispetto alle azioni virtuose messe in campo e parallelamente alle criticità.

Vengono esposti gli elementi di contesto in cui si evidenzia che le malattie rare colpiscono tra 27 e 36 milioni di persone in Europa, con circa 6.000-8.000 condizioni identificate, l'80% delle quali di origine genetica. Il 70% si manifesta in età pediatrica e spesso senza una cura approvata (95%). Il tempo medio per una diagnosi è ancora lungo: circa 4,8 anni.

Dopo aver approfondito criticità e sviluppi in corso, i partecipanti hanno sintetizzato nei post-it evidenziando una serie di elementi chiave riferibili al primo orizzonte, rappresentativo dello scenario attuale. Sono emersi significativi punti critici legati alla gestione delle malattie rare, evidenziando lacune strutturali, operative e organizzative nel sistema sanitario italiano.

Di seguito vengono riorganizzati i temi emersi nei post-it in aree tematiche per facilitare l'analisi e la progettazione di interventi futuri.

Accesso, equità e sostenibilità

Sono emersi problemi nei modelli di rimborso, spesso ritenuti inadeguati, e nella disomogeneità territoriale. Tuttavia, il confronto ha evidenziato anche una crescente attenzione all'equità e alla necessità di sviluppare modelli più sostenibili.

Governance e organizzazione

La frammentazione tra livello nazionale e regionale rappresenta una criticità. Tuttavia, è emersa una chiara volontà di migliorare l'integrazione tra attori, favorendo piattaforme genomiche centralizzate e creando gruppi di lavoro multidisciplinari.

Tecnologie e analisi genetiche

Sebbene siano disponibili numerosi strumenti tecnologici (sequenziatori, piattaforme analitiche), la loro efficacia operativa è limitata da difficoltà interpretative e mancanza di standardizzazione. Tra le opportunità: la definizione di criteri unificati, il potenziamento dello storage sicuro dei dati genomici e un migliore utilizzo delle tecnologie esistenti attraverso formazione e protocolli condivisi.

Le azioni proposte e le azioni prioritarie

Durante la seconda fase del laboratorio i partecipanti hanno esplorato i possibili scenari futuri i post-it presenti nella matrice sono stati categorizzati secondo il valore (impatto) atteso e lo sforzo richiesto per l'implementazione, al fine di supportare la definizione di priorità d'azione.

Attività ad Alta Valore – Basso Costo

Le attività considerate ad **alto valore e basso costo** rappresentano opportunità strategiche a forte impatto, facilmente attuabili con risorse contenute. Tra queste si evidenzia innanzitutto la **formazione di un maggior numero di genetisti**, ritenuta essenziale per rispondere alla crescente domanda di competenze specialistiche nella medicina personalizzata e nelle malattie rare. Un altro intervento prioritario consiste nella **creazione di centri di gestione delle malattie rare all'interno di grandi ospedali** (ad esempio le Aziende Ospedaliere Universitarie), che possano fungere da poli di riferimento, garantendo continuità assistenziale e presa in carico coordinata dei pazienti. Infine, si propone l'attivazione di un **comitato clinico di esperti a livello nazionale**, composto non solo da professionisti sanitari, ma anche da rappresentanti delle istituzioni, delle associazioni di pazienti e da attori con funzioni di accelerazione e supporto gestionale. Questa struttura sarebbe utile per definire indirizzi condivisi, garantire trasparenza e migliorare l'efficienza del sistema.

Queste azioni offrono un elevato valore sistemico con uno sforzo relativamente contenuto. Riguardano il rafforzamento delle competenze, il miglioramento della governance clinica e la creazione di nodi forti per la gestione dei pazienti.

In sintesi, si tratta di azioni ad alto rendimento sistemico, in grado di rafforzare competenze, governance e capacità di coordinamento, con un investimento organizzativo e finanziario relativamente contenuto.

Attività ad Alta Valore – Alto Costo

Le attività identificate come ad **alto impatto ma ad alto costo** rappresentano interventi strutturali e trasformativi, fondamentali per costruire un sistema più equo, interoperabile e sostenibile nel lungo periodo. Una delle proposte centrali emerse è la creazione di un **fondo dedicato alla presa in carico dei pazienti con malattie rare**, in grado di garantire risorse stabili e mirate per l'accesso ai test genetici, alle terapie e ai servizi di supporto.

Altro tema cruciale è la necessità di **superare la frammentazione regionale**, che oggi penalizza l'uniformità dell'offerta sanitaria. Per farlo, è indispensabile una **revisione delle regole del sistema sanitario**, volta a

semplificare i percorsi, armonizzare le pratiche tra territori e definire responsabilità chiare a livello nazionale e locale.

A supporto di questo processo i partecipanti considerano strategica l'implementazione di una **rete informatica unica e condivisa**, che consenta la gestione integrata dei dati genomici, clinici ed epidemiologici, a beneficio di diagnosi più rapide e decisioni più informate.

Infine, si sottolinea l'importanza della **formazione di consorzi e della creazione di registri e database nazionali**, strumenti essenziali per il monitoraggio, la ricerca e la pianificazione delle politiche sanitarie.

In conclusione queste azioni, sebbene complesse da realizzare, sono ritenute decisive per costruire un ecosistema sanitario moderno e in grado di rispondere con efficacia alle sfide poste dalla medicina genetica e dalle malattie rare. Richiedono investimenti importanti, revisione normativa e soprattutto un **forte coordinamento interistituzionale**.

Conclusioni

Il confronto ha evidenziato sia criticità strutturali che margini di miglioramento. Le tecnologie genomiche rappresentano oggi una delle più grandi opportunità per l'innovazione in campo sanitario, in particolare nella diagnosi e nella cura delle malattie rare. Tuttavia, il loro pieno potenziale può essere espresso solo all'interno di una strategia integrata e ben strutturata. Questa strategia deve innanzitutto garantire equità nell'accesso: tutti i pazienti, indipendentemente dalla regione di residenza o dalla condizione economica, devono poter usufruire degli stessi strumenti diagnostici e terapeutici. Allo stesso tempo, è fondamentale assicurare la sostenibilità economica del sistema, evitando che i costi delle nuove tecnologie diventino un ostacolo alla loro adozione diffusa.

Viene evidenziato che è indispensabile una governance coordinata e semplificata, che permetta di superare la frammentazione attuale e favorisca decisioni rapide, coerenti e condivise tra i diversi livelli istituzionali e operativi. Altro elemento chiave è la standardizzazione delle pratiche cliniche e organizzative, accompagnata da una vera valorizzazione dei dati genomici raccolti, che devono essere gestiti in modo sicuro ma anche messi a sistema per generare conoscenza e guidare politiche basate sull'evidenza.

Infine si dibatte su quanto sia necessario promuovere la creazione di ecosistemi multidisciplinari, nei quali specialisti di ambiti diversi (clinici, genetisti, informatici, bioeticisti, decisori) collaborino in modo integrato per offrire ai pazienti percorsi di cura efficaci, personalizzati e umanamente sostenibili.

Questi elementi rappresentano le fondamenta per costruire un sistema di medicina genetica più efficace, inclusivo e resiliente, in linea con le sfide e le aspettative del GO 2025.

Hanno partecipato

Moderatori: **Alfredo Brusco**, Professore in Dipartimento Medicina Genetica Dipartimento di Neuroscienze Rita Levi Montalcini Università di Torino; **Maurizio Belfiglio**, Dirigente medico Responsabile del Servizio "Appropriatezza, buone pratiche ed efficacia clinica" presso ASL 02 Lanciano-Vasto-Chieti – Regione Abruzzo

Facilitatore: **Roberto Ceschina**, Trainer Comportamentale e Professional Certified Coach (PCC) certificato ICF, specializzato in performance di TEAM, TEAM Coaching e metodologie esperienziali come LEGO® Serious Play®

Partecipanti:

Alessandra Rosina, Vice Presidente AIBWS odv

Angelo Corso Faini, Medico specialista in Genetica Medica e dottorando in Fisiopatologia Medica - Università degli Studi di Torino

Domenico Manna, Regional Access Manager Lead, CSL Behring

Federica Silvia Ricci, Dirigente Medico S.C. Neuropsichiatria Infantile U, AOU CDSS, Ospedale Regina Margherita

Federico Rondot, Università degli Studi di Torino

Giulia Margherita Brach del Prever, Medico specialista in Genetica Medica; Borsista, Università degli Studi di Torino; Consulente Federazione Malattie Rare Infantili

Mara Giordano, Professore Associato, Dirigente Biologo, Laboratorio di Genetica Medica, SCUO Biochimica Clinica, AOU Maggiore della Carità, Novara

4.6. Strategie innovative per contrastare la resistenza antimicrobica: il ruolo chiave della diagnostica

In attesa di validazione da parte del moderatore del laboratorio

Scenario di riferimento

Durante la prima fase del laboratorio, grazie all'intervento del prof. Giovanni Di Perri che ha aperto la discussione sulla situazione presente relativa al focus, tutti hanno partecipato alla discussione, condividendo le proprie esperienze e trovando diversi punti in comune rispetto alle azioni virtuose messe in campo e parallelamente alle criticità.

Il Prof. Di Perri ha evidenziato come stiamo vivendo momento critico nella gestione delle infezioni, segnato da una sfida sempre più pressante: la resistenza antimicrobica. Questo fenomeno, ormai riconosciuto come una delle principali minacce sanitarie globali, si manifesta quando i batteri diventano insensibili all'azione degli antibiotici, rendendo inefficaci cure un tempo risolutive.

La **diffusione della resistenza** non avviene solo nei pazienti trattati è un problema più ampio, che coinvolge diversi "macroambienti": dagli ospedali, all'ambiente esterno (acque reflue, suolo, alimenti), fino alla filiera zootecnica, dove l'uso massivo di antibiotici contribuisce a selezionare ceppi resistenti che possono poi raggiungere anche l'uomo.

Dopo aver approfondito criticità e sviluppi in corso, i partecipanti hanno sintetizzato nei post-it evidenziando una serie di elementi chiave riferibili al primo orizzonte, rappresentativo dello scenario attuale. Di seguito vengono riportati i temi emersi nei post-it per facilitare l'analisi e la progettazione di interventi futuri.

Si rileva anzitutto l'assenza di una rete nazionale operativa: la governance del fenomeno appare disomogenea, con carenze di risorse, competenze e coordinamento a questo si aggiunge una digitalizzazione ancora inadeguata, che limita la gestione efficiente dei dati e la tempestività delle decisioni cliniche. Emerge che i costi dei test diagnostici vengono spesso valutati solo in chiave individuale, senza considerare i benefici sistemici legati a una diagnosi tempestiva e mirata. Nei laboratori si riscontrano difficoltà nel selezionare i test più appropriati, anche per mancanza di criteri condivisi e strumenti decisionali adeguati.

Ci si confronta approfonditamente su quanto serve maggiore consapevolezza gestionale e tecnologica da parte degli operatori di laboratorio. Infine, viene sottolineata l'importanza di adottare un approccio multidisciplinare che integri competenze cliniche, microbiologiche, gestionali e digitali, per valorizzare appieno la diagnostica come leva strategica contro l'antibiotico-resistenza, una visione più integrata ed evoluta della diagnostica è dunque indispensabile per affrontare con efficacia una delle sfide sanitarie più urgenti.

Le azioni proposte e le azioni prioritarie

Durante la seconda fase del laboratorio i partecipanti hanno esplorato i possibili scenari futuri i post-it presenti nella matrice sono stati categorizzati secondo il valore (impatto) atteso e il costo (sforzo) richiesto per l'implementazione, al fine di supportare la definizione di priorità d'azione.

Attività ad Alta Valore – Basso Costo

In questo quadrante, spiccano alcune iniziative ritenute facilmente realizzabili ma di grande efficacia. Una di queste è l'adozione di **tecnologie e automazioni di livello elevato**: si tratta di soluzioni già disponibili sul mercato, che possono essere integrate nei processi diagnostici senza richiedere interventi strutturali complessi. Allo stesso modo, la creazione di una **cabina di regia** – ovvero un centro di coordinamento capace di guidare le strategie diagnostiche – viene considerata un'azione di grande impatto, realizzabile con risorse limitate ma fondamentali per garantire coerenza e visione unitaria. Anche la promozione di una **comunicazione efficace e tempestiva**, con feedback sistematici tra i diversi attori, è ritenuta un'attività ad alta efficacia che comporta uno sforzo operativo ridotto. Infine, si evidenziano la necessità di **snellire le procedure di acquisizione delle attività** e di **sviluppare una diagnostica territoriale e decentrata**, per rendere l'accesso ai test più rapido e capillare: tutte azioni dal grande potenziale trasformativo ma realizzabili con costi contenuti.

Attività ad Alta Valore – Alto Costo

In questo quadrante, troviamo interventi più ambiziosi, che pur richiedendo maggiori risorse risultano fondamentali per il miglioramento strutturale del sistema. La **digitalizzazione reale** dei processi, per esempio, è vista come un obiettivo strategico che può portare benefici duraturi in termini di efficienza, tracciabilità e integrazione dei dati, ma comporta un investimento tecnologico e organizzativo significativo. Altrettanto cruciale è la **formazione del personale**, indispensabile per garantire competenze aggiornate e accompagnare il cambiamento tecnologico e metodologico, ma che richiede tempo, programmazione e risorse economiche. Rientra in questo gruppo anche la spinta verso **ricerca e innovazione**, che pur essendo un motore essenziale per l'evoluzione della diagnostica, necessita di finanziamenti e visione a lungo termine. Infine, l'**ampliamento dei fondi dedicati alla diagnostica**, così come il rafforzamento della sua utilità terapeutica ed epidemiologica e la costruzione di reti comunicative, sono interventi strutturali che mirano a rendere la diagnostica parte

integrante della governance clinica e sanitaria, ma che richiedono una regia forte e un impegno politico e finanziario solido.

Questi interventi nel ricco dibattito, sono stati indispensabili per rafforzare il ruolo centrale della diagnostica nella gestione dell'antibiotico-resistenza.

Conclusioni

Nel corso dell'incontro emerge come In ambito clinico, la probabilità di successo della terapia antibiotica dipende da due fattori chiave: **la concentrazione dell'antibiotico nel sito dell'infezione** e **lo stato immunitario dell'ospite**. A partire da queste variabili, possiamo distinguere almeno tre scenari clinici:

- Quando l'antibiotico raggiunge concentrazioni adeguate e il paziente ha difese immunitarie funzionanti, la guarigione è possibile e duratura.
- Se invece le concentrazioni sono insufficienti, ma il sistema immunitario è ancora efficace, l'organismo può comunque riuscire a contrastare l'infezione, anche se non del tutto: è qui che spesso si sviluppano recidive con ceppi resistenti.
- Il quadro più critico si presenta quando il farmaco è poco efficace e il paziente è immunodepresso: l'infezione persiste e si selezionano batteri sempre più resistenti.

In questo scenario così complesso e dinamico, la **diagnostica microbiologica** assume un ruolo strategico. È fondamentale non solo per impostare una terapia efficace su base individuale (secondo una visione ippocratica), ma anche per guidare strategie epidemiologiche più ampie, come la sorveglianza e l'uso empirico-razionale degli antibiotici a livello di sistema sanitario.

La rapidità e l'affidabilità delle diagnosi microbiologiche possono fare la differenza tra una terapia mirata e un approccio empirico potenzialmente fallimentare. Investire nella diagnostica, in sintesi, significa dare alla medicina uno strumento in più per affrontare una delle sue battaglie più importanti: quella contro la resistenza agli antibiotici.

Hanno partecipato

Moderatore: **Giovanni Di Perri**, Professore Ordinario di Malattie Infettive presso l'Università di Torino e Direttore della Divisione Universitaria di Malattie Infettive, Ospedale Amedeo di Savoia (ASL Città di Torino)

Facilitatore: **Roberto Ceschina**, Trainer Comportamentale e Professional Certified Coach (PCC) certificato ICF, specializzato in performance di TEAM, TEAM Coaching e metodologie esperienziali come LEGO® Serious Play®

Partecipanti:

Cristina Costa, Direttrice SC Microbiologia Virologia U, AOU CDSS, Torino; Professoressa ordinaria di Microbiologia e Microbiologia Clinica – Università degli Studi di Torino / AOU CDSS, Torino

Francesco De Rosa, Professore Associato Malattie Infettive – Università degli Studi di Torino / AOU CDSS, Torino

Silvia Garazzino, Responsabile SS Infettivologia Pediatrica – Ospedale Infantile Regina Margherita, Torino

Amalia Magaldi, Tecnico di laboratorio biologico presso l'AOR San Carlo (Potenza), specializzata in diagnosi microbiologica e metodiche di laboratorio biomedico

Andrea Rocchetti, Direttore SC Microbiologia – AOU Alessandria

Luca Scaglione, Direttore Medicina Interna 5 – AOU CDSS, Torino

Valentina Venturino, Responsabile SS Unità Prevenzione Rischio Infettivo – ASL CN2

4.7. Fratture da fragilità: appropriatezza organizzativa e terapeutica, modelli di FLS

Razionale: Le fratture da fragilità rappresentano una delle principali conseguenze cliniche dell'osteoporosi e costituiscono un rilevante problema di sanità pubblica, in costante crescita a causa dell'invecchiamento della popolazione. Oltre a compromettere gravemente la qualità della vita dei pazienti, esse sono associate a un aumentato rischio di mortalità, disabilità e necessità di istituzionalizzazione, con un impatto significativo anche in termini di costi sanitari e sociali.

Numerose pubblicazioni internazionali hanno evidenziato l'esistenza di un significativo "treatment gap" tra i pazienti che, secondo le linee guida nazionali e internazionali, potrebbero beneficiare di una terapia per l'osteoporosi e quelli che effettivamente la ricevono. Questo divario risulta particolarmente critico nei soggetti che hanno già subito una frattura da fragilità, i quali presentano un rischio sostanzialmente aumentato di andare incontro a nuove fratture nei mesi o anni successivi. Inoltre, la gestione di questi pazienti è spesso frammentata tra diversi specialisti (ortopedici, internisti, endocrinologi, geriatri, reumatologi, fisiatri, radiologi, medici di emergenza) e livelli di assistenza (pronto soccorso, reparti di degenza, ambulatori specialistici), con il rischio di ritardi diagnostici e terapeutici, scarsa continuità assistenziale e mancata attivazione di percorsi strutturati di prevenzione secondaria.

Il servizio di presa in carico e gestione del paziente con frattura da fragilità, basato sull'approccio noto come FLS (Fracture Liaison Service), rappresenta invece un modello costo-efficace per la riduzione del tasso di rifrattura e delle complicanze associate. La stessa IOF (International Osteoporosis Foundation) sostiene e riconosce fortemente l'FLS come approccio sistematico di pratica clinica per la prevenzione delle rifratture.

Partendo dalle esperienze internazionali sul modello FLS e da una best practice italiana, l'obiettivo è supportare l'implementazione di percorsi di cura personalizzati e ottimizzati per i pazienti con frattura da fragilità, adattandoli alle diverse realtà assistenziali.

Scenario di riferimento

Dopo la presentazione del dott. Arcidiacono (AOU di Padova) e della dott.ssa Caielli (AOU di Padova), relativa all'epidemiologia delle fratture da fragilità e alla descrizione del modello FLS, è seguita una condivisione sullo scenario attuale.

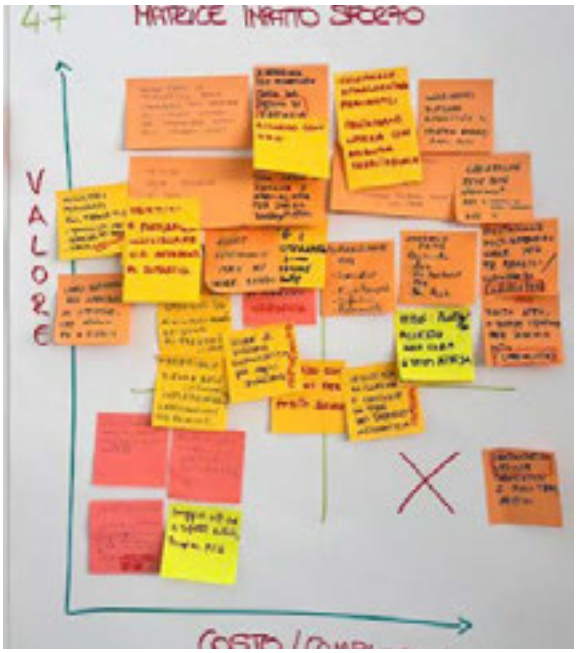
Cosa funziona:

- Approccio multidisciplinare e multiprofessionale: la sinergia tra specialisti appartenenti a diverse aree cliniche consente una presa in carico globale, favorendo una gestione più efficace e centrata sul paziente.
- Competenza dei comitati scientifici: la presenza di comitati tecnico-scientifici autorevoli garantisce un orientamento clinico basato su evidenze aggiornate e condivise.
- Efficacia delle terapie: i trattamenti attualmente disponibili sono in grado di migliorare significativamente gli esiti clinici e di ridurre il rischio di rifrattura.

Cosa non funziona:

- Mancata identificazione precoce dei pazienti a rischio e tracciabilità dei pazienti con frattura da fragilità: si segnala l'assenza di sistemi strutturati per la segnalazione e la presa in carico tempestiva dei pazienti post-frattura, nonché la mancanza di un codice identificativo specifico (es. FFX) che consenta un efficace tracciamento epidemiologico e una programmazione sanitaria mirata, in particolare per le fratture non femorali (es. vertebre, omero) spesso sottovalutate e per le quali non si attivano percorsi di prevenzione secondaria.
- Carenza di risorse e criticità organizzative: l'insufficiente disponibilità di personale dedicato, la scarsità di posti letto e la mancanza di un case manager compromettono l'accessibilità, la qualità e la continuità dell'assistenza.
- Monitoraggio inadeguato dell'evoluzione clinica e l'aderenza alla terapia: mancano strumenti efficaci per tracciare e gestire i pazienti che subiscono rifratture.

- Frammentazione del percorso assistenziale e scarsa integrazione tra i diversi livelli di cura: la mancanza di coordinamento tra ospedale, territorio, strutture riabilitative e medici di medicina generale compromette la continuità del percorso post-frattura. In particolare, il follow-up risulta debole nei pazienti trasferiti in altre strutture, con carenze nel tracciamento e nella presa in carico a lungo termine.
- Carenza di formazione e supporto consulenziale: persistono lacune formative non solo tra i medici di medicina generale, ma gli specialisti e le altre figure sanitarie coinvolte nella gestione del paziente con frattura da fragilità, con un impatto negativo sulla qualità e coerenza del percorso assistenziale.



Le azioni proposte e le azioni prioritarie

1. Medicina di base e territorio

- Sviluppo di percorsi di screening attivo da parte del medico di medicina generale (MMG) per l'identificazione precoce dei pazienti a rischio di frattura, con proposta di terapia farmacologica e interventi di promozione dell'attività fisica.
- Attivazione del teleconsulto strutturato tra MMG e specialisti per la gestione dei pazienti complessi.
- Coinvolgimento dei farmacisti in attività di educazione sanitaria rivolta alla popolazione.
- Collaborazione tra MMG e fisioterapisti nella prevenzione delle cadute.

2. Rete informatica e gestione clinica

- Alert su software gestionale per il MMG per facilitare l'identificazione automatica dei pazienti a rischio.
- Identificazione automatica delle fratture su indagini radiologiche effettuate per altri motivi.
- Verifica automatica della compliance terapeutica e degli outcome.

3. Regione – responsabilità strategiche

- Incontri periodici tra specialisti, MMG e altri attori coinvolti nel percorso di cura dei pazienti con fragilità scheletrica.
- Creazione rete "bone specialist" e loro diffusione nei distretti.
- Creazione di un hub regionale e di un PDTA per l'accesso alle cure.
- Inserimento dell'outcome rifrattura negli obiettivi di budget.
- Accordi con comuni e territorio per il supporto sociale.

4. Direzione strategica ospedaliera

- Visite specialistiche prioritarie per pazienti a rischio elevato.

- Valutazione multidisciplinare (incluso geriatra) dei pazienti fragili con frattura da fragilità anche con MMG.
- Educazione di MMG e specialisti sul riconoscimento dei segni di fragilità.
- Teleconsulenze e miglioramento della comunicazione ospedale-territorio.
- Miglioramento e diffusione della rete informatica.

5. Prevenzione e promozione della salute

- Informazione ai cittadini sui rischi delle fratture da fragilità.
- Gruppi di cammino per promuovere stili di vita sani.
- Interventi educativi su etilismo, fumo, alimentazione, attività fisica.

6. Monitoraggio e dati

- Sistema per il monitoraggio dei costi delle fratture e dei benefici economici della prevenzione.
- Strutturazione di un flusso PDTA per accessi FFX in PS.
- Screening qualitativo (FRAX, DEFRA) sui pazienti a rischio.
- Richiamo attivo dei pazienti FFX post-accesso per valutare terapia e rischio rifrattura.

Di queste:

Azioni Prioritarie (alto valore, basso costo, bassa complessità) – da attivare subito

1. Incontri periodici sul tema FLS: facilitano la condivisione delle buone pratiche e il confronto continuo tra specialisti e territori.
2. Analisi interna per implementare il modello FLS: valutare cosa manca nella struttura per attivare un percorso FLS efficace.
3. Istituzione di un PDTA di struttura per FFX: creare percorsi interni chiari e condivisi per i pazienti con fratture da fragilità.
4. Formazione degli specialisti sull'osteoporosi: aggiornamento clinico per chi intercetta i pazienti a rischio.
5. Individuazione delle UO afferenti al dipartimento: mappatura delle unità operative coinvolte nella gestione del paziente FFX.
6. Alert gestionale medico-MMG: sistema informatico per segnalare automaticamente i pazienti a rischio ai medici di medicina generale.

Azioni Strategiche (alto valore, alta complessità) – medio-lungo termine

1. Coinvolgimento degli interlocutori regionali: per assicurare governance, sostegno politico e finanziamento dei modelli.
2. Protocollo d'intesa con le aziende territoriali: formalizzare la collaborazione ospedale-territorio.
3. Inserimento dell'outcome "rifrattura" negli obiettivi di budget e piani di esito: rendere misurabile e premiato l'impatto clinico e organizzativo.
4. Creazione rete "bone specialist" e MMG in ogni distretto: garantire presidio specialistico capillare.
5. Costituzione di un PDTA regionale: definire un percorso condiviso e replicabile a livello sovrazonale.
6. Valutazione multidimensionale coordinata dal geriatra: gestione olistica del paziente fragile.
7. Visite specialistiche a breve termine per rischio alto: percorso preferenziale per i pazienti più vulnerabili.

Il laboratorio si è concluso con un momento di condivisione finale, durante il quale ciascun partecipante ha espresso ciò che intende portare con sé e proporre alla propria Direzione Sanitaria. Tra le azioni emerse: l'implementazione della telemedicina, l'estensione dei codici identificativi, l'identificazione precoce dei pazienti a rischio di rifrattura, l'adozione del progetto IMPACT e la definizione di un percorso condiviso con l'ASL e i Medici di Medicina Generale.

Conclusioni

Il workshop ha confermato l'urgenza di affrontare in modo strutturato e integrato la gestione delle fratture da fragilità, riconoscendo il modello FLS come riferimento efficace e sostenibile. È emersa la necessità di superare le attuali criticità attraverso un miglior coordinamento tra ospedale e territorio, l'uso intelligente dei dati e delle tecnologie digitali per facilitare l'azione degli operatori sanitari, il rafforzamento delle competenze delle figure professionali coinvolte.

L'identificazione di azioni prioritarie, concrete e immediatamente attuabili, rappresenta un primo passo importante, da affiancare a strategie di medio-lungo termine per costruire un percorso assistenziale davvero centrato sul paziente fragile.

Il successo di questo cambiamento richiede visione comune, responsabilità condivisa e un forte investimento nella collaborazione tra tutti gli attori del sistema.

Hanno partecipato

Moderatore: **Gaetano Paride Arcidiacono**, Ricercatore in medicina Interna, AOU di Padova e **Paola Caielli**, Dirigente Medico Direzione Medica Ospedaliera, AOU di Padova

Facilitatore: **Pamela Serena Nerattini**, Formatrice, Coach e Facilitatrice di Business Agility e LEGO SERIOUS PLAY

Partecipanti:

Maria Carmen Rita Azzolina, Direttore Sanitario, AO Ordine Mauriziano di Torino

Maria Cedrola, Direttore Sanitario, ASL Roma 2

Maurizio Di Giosia, Direttore Generale, ASL Teramo

Ivan Di Schiena, Access, Sustainability & Public Affairs Head, UCB Pharma

Enrico Fusaro, Direttore SC Reumatologia, AOU CDSS, Torino

Gianluca Isaia, Dirigente Medico SC di Geriatria U, AOU CDSS, Torino

Daniela Loconsole, AOUC Policlinico di Bari

Luisella Mainero, Segretario OFI PVdA - Ordine dei Fisioterapisti del Piemonte e della Valle d'Aosta

Antonio Sanguedolce, Direttore Generale, AOUC Policlinico di Bari

Maria Elena Secchi, Direttore Sociosanitario, Azienda Sociosanitaria Ligure, ASL 4

5.1. Modelli di controllo di gestione nelle strutture ospedaliere

Razionale: le best practices nel settore sanitario evidenziano il cambio di paradigma in corso nella progettazione dei sistemi di controllo di gestione da integrazione tra controllo per processo e rendicontazione DRG/budget verso l'introduzione di sistemi di monitoraggio della gestione operativa dei processi, in grado di rilevare con maggior completezza l'assorbimento di risorse e competenze nei percorsi assistenziali che vedono coinvolti insieme livelli di assistenza territoriale e ospedaliera.

Scenario di riferimento

Il Dott. Giampaolo Grippa ha aperto i lavori presentando la sfida che la sua azienda, la Città della Salute, dovrà affrontare: l'organizzazione in 7 anni dovrà migrare il suo layout distributivo verso un layout completamente diverso dall'attuale, mettendo in gioco un obiettivo strategico da calare sulle metriche, logiche e metodiche di gestione.

Quindi la domanda è stata: come poter sfruttare le informazioni del controllo di gestione per individuare, riprogettare, ridisegnare nuovi approcci distributivi di un'organizzazione, in spazi completamente diversi dagli attuali, migliorando sicuramente il processo ma andranno a confrontarsi anche con tutti i vantaggi tecnologici che saranno disponibili, con il fine ultimo di fornire indicazioni utili ai progettisti?

Dopo aver trattato ampiamente delle difficoltà e degli sviluppi in itinere, gli aspetti che i partecipanti hanno fatto emergere pensando al primo orizzonte dello scenario attuale, sono davvero molti e tutti interessanti, visti sia come opportunità che limitazioni. Per questo ho deciso di lasciarli nella loro granularità quale spunto per il proseguimento dei lavori.

Opportunità:

- integrazione dei sistemi
- maggiore coinvolgimento dei clinici sul c.d.g.
- abitudine più o meno consolidata alla lettura dei processi
- il c.d.g. può essere sia a livello aziendale che della Regione
- programmazione non corretta, che non ci rispecchia, forzata dal budget
- è necessario un cambio di approccio all'analisi del dato
- programmare in una logica strutturata e non sulla spesa storica
- ci sono opportunità per modificare la visione del controllo gestore
- flessibilità nell'utilizzo dei dati e delle informazioni
- il contatto con tutte le articolazioni aziendali è un'opportunità
- con il supporto della direzione si può agire su criticità rilevate con tempestività
- possibilità di conoscere tutti gli aspetti numerici di tutte le attività.

Limitazioni:

- frammentazione dei dati
- differente visione regione, ministero, aziende
- linguaggio diverso dentro l'ospedale e all'esterno
- poca attenzione ai dati clinico sanitari
- possibilità di "moderare" (le informazioni) considerando paziente e patologia
- rigidità di costo e di ricavo verso le strutture
- scarso utilizzo come strumenti di programmazione
- poca rilevanza come strumento di guida dell'azienda
- mancanza di cultura del controllo di gestione
- non è possibile l'utilizzo dei dati in maniera flessibile nei titoli
- rigidità nella rimodulazione rapidissima o rapida
- requisiti normativi rigidi rispetto alla tipologia di rilevazione richiesta
- incompleta traduzione delle attività svolte

- mancanza di uno standard nazionale.

Le azioni proposte e le azioni prioritarie

Il Dott. Grippa ricorda che il SSN opera ormai in una logica di mercato, poiché il settore è una parte importante dell'economia del paese, benché utilizzi soldi dei contribuenti per restituire salute. Per questo è necessario dare una lettura di valore che faccia capire quanto sia prezioso il lavoro svolto che può cambiare la vita alle persone.

Tutte le attività evidenziate nelle azioni proposte, sono state poi inserite nella matrice di sforzo vs. valore.

Attività a basso costo ed grande valore

- Costituzione di tavoli di lavoro permanenti a coordinare esigenze ed applicazioni .
- Creare dei gruppi di lavoro interdisciplinari, anche infraregionali, per poter condividere delle nuove metodologie di lavoro nel controllo di gestione.
- Condividere delle progettualità specifiche per benchmark, mettendo a fattor comune i dati tra le varie aziende, anche di regioni diverse, per consentire valutazioni comuni ed orientare meglio le scelte.
- Favorire dei momenti di dialogo aziendale, o meglio azienda regione infrannuali più frequenti e più incentrati sull'analisi della performance periodica, anche se potrebbero essere fonte di disaccordo, ma che perseguirebbero l'obiettivo di una completa integrazione del ciclo.
- Modificare la composizione ed il funzionamento del controllo di gestione aziendale affinché abbia una maggiormente permeabilità bidirezionale con tutte le componenti dell'ospedale, affinché non sia un pezzo a sé stante della "macchina", ma diventi il "volante" sul quale poi tutti possiamo agire.

Il Dott. Grippa sottolinea come il punto di partenza è la creazione di gruppi di lavoro nelle aziende, da svolgere insieme alle regioni, che significherebbero molto portando condivisione, confronto e crescita: un grande valore aggiunto a basso costo, creando iniziative che trainerebbero successivamente le attività più costose.

Attività ad alto costo ed alto valore.

- Programmare considerando il reale bisogno di salute della collettività, senza modificare le risorse disponibili.
- Si auspica che in tempi brevi si riesca a completare quantomeno la digitalizzazione dei dati sanitari.

- Oltre il problema della digitalizzazione serve anche un'attività di integrazione con i sistemi sanitari, fondamentale perché parliamo di N sistemi.

L'obiettivo della riprogrammazione considerando il reale bisogno della salute è sicuramente complesso ma possibile. Per ultimi i grandi temi di "sistema" come digitalizzazione ed integrazione, che hanno un costo elevato, seppur valore altissimo.

Conclusioni

Il gruppo esce dai lavori con una nuova consapevolezza, nata dalla condivisione ed il confronto: quella di essere un po' meno soli, avere una line guida, una vera e propria modalità con la quale muoversi per raggiungere obiettivi mano a amano più ambiziosi, perché lavorando sugli obiettivi più praticabili si potrà creare una grande leva guadagnando fiducia, per poter poi spingere gli obiettivi più ambiziosi.

Quindi è necessario cominciare a trovarsi per scegliere quali primi passi fare, mirando a ad obiettivi reali in ordine di priorità, mettendo così in moto iniziative sempre più virtuose affinché si riesca a migliorare la nostra sanità pubblica, con l'obiettivo e di dare un servizio vero, ricco di valore per i nostri utenti.

Hanno partecipato

Moderatore: **Giampaolo Grippa**, Direttore Amministrativo, AOU CDSS, Torino

Facilitatore: **Roberto Grifalconi**, Facilitatore, Formatore e Coach ICF.

Partecipanti:

Stefano Bonfante, Amministratore Delegato e Direttore Tecnico, Tecnicaer

Andrea Pugliese, Dirigente Amministrativo - Responsabile Servizio Controllo di Gestione delle Aziende del SSR e Governo del SI Moss, Regione Puglia - Servizio Controllo di Gestione delle Aziende del SSR e Governo del SI Moss presso il Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale

Gitana Scozzari, Dirigente medico, Ospedale delle Molinette, AOU CDSS, Torino

Luigi Vittorini, Direttore Area Risorse Umane e Finanziarie, AOU Sant'Andrea, Roma

Davide Zanchi, Direttore SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità; Direttore A.I. S.C. Controllo di Gestione, ASST Spedali Civili di Brescia

5.2. PNRR. La bussola dell'attuazione e le sfide della salute per la città di Torino. Un modello replicabile

Razionale: Quali cambiamenti attraverso l'attuazione dei progetti del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza - Missione 6 nella città di Torino? Mettiamo a fuoco le opportunità e le strategie di sviluppo e cambiamento nell'organizzazione e nel funzionamento delle strutture sanitarie. La creazione di centrali operative territoriali, centri prelievi, ospedali di comunità per velocizzare l'erogazione di alcuni servizi e realizzare una reale presa presa in carico di pazienti cronici e la programmazione del piano pandemico influenzale. Un modello organizzativo che può contribuire alla gestione dei flussi di pazienti verso il Pronto Soccorso e a migliorare l'efficienza dei Servizi di Emergenza. Ma anche a ridurre i tempi di attesa degli esami e delle prestazioni sanitarie.

Scenario di riferimento

Il laboratorio ha rappresentato un momento di riflessione condivisa sull'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) a Torino, con particolare attenzione alla Missione 6 dedicata alla salute. Il Dott. Carlo Picco, Direttore Generale dell'ASL Città di Torino, ha aperto i lavori presentando lo stato di avanzamento dei progetti in corso: sedici Case di Comunità e sei Ospedali di Comunità, in fase di cantierizzazione o progettazione, in linea con le tempistiche previste. L'intervento introduttivo ha evidenziato l'importanza strategica della collaborazione tra pubblico e privato, con progetti già avviati anche in quartieri a forte fragilità sociale e ha posto l'accento sulle criticità legate alla programmazione nazionale delle risorse umane, in particolare alla difficoltà di reperimento di personale medico e infermieristico. Su queste premesse si è innestata una facilitazione strutturata, che ha dato voce ai professionisti dell'ASL direttamente coinvolti nell'attuazione dei progetti PNRR, raccogliendo elementi utili a definire uno scenario aggiornato e ad avviare un confronto orientato alla transizione.

Nel corso della discussione, sono stati messi in luce alcuni tratti distintivi dell'approccio adottato a Torino:

- il recupero di immobili in disuso, con impatti positivi anche sul tessuto urbano;
- la creazione di poli sanitari nei quartieri periferici, in un'ottica di riequilibrio territoriale dell'offerta;
- la sperimentazione di un modello metropolitano di COT per area tematica (anzichè distrettuale), che ha già prodotto risultati concreti, come la riduzione del boarding nei pronto soccorso e la gestione efficiente di oltre 100.000 pratiche protesiche;
- l'introduzione di un nuovo Dipartimento Cure Primarie, in stretta connessione con il Dipartimento di Continuità delle Cure, per rafforzare il presidio territoriale e migliorare la presa in carico.

Molti interventi hanno confermato l'efficacia di questo impianto, evidenziando miglioramenti nella conoscenza dei flussi, nella coerenza interna e nella condivisione delle responsabilità.

Allo stesso tempo, è stata riconosciuta la persistenza di ostacoli: resistenze culturali, rigidità contrattuali, difficoltà di integrazione tra i nuovi modelli e le realtà esistenti, oltre a interrogativi ancora aperti sull'efficacia della domiciliarità.

Il modello torinese, emerso con chiarezza nel laboratorio, si configura come un'esperienza concreta e strutturata di attuazione del PNRR, capace di coniugare visione strategica, rapidità operativa e adattamento alle specificità locali. Un modello che, pur nella sua complessità, appare potenzialmente replicabile in altri contesti regionali o nazionali.

Le azioni proposte e le azioni prioritarie

Nel corso della seconda parte del laboratorio, il confronto tra i partecipanti si è concentrato sull'individuazione delle azioni necessarie per consolidare i risultati raggiunti ed accompagnare l'evoluzione del sistema sanitario territoriale. Tra le azioni ad alto impatto, è emersa con forza la necessità di potenziare i modelli di assistenza primaria, investendo sulla de-ospedalizzazione come leva strategica per ridurre la pressione sui pronto soccorso e garantire una presa in carico più vicina ai bisogni delle persone. In quest'ottica, l'integrazione tra Case di Comunità, Ospedali di Comunità e COT si configura come infrastruttura abilitante della medicina territoriale.

Un altro snodo prioritario riguarda la medicina di famiglia: è stata proposta una revisione profonda delle modalità di ingaggio e dei contratti, al fine di superare l'isolamento del medico di base e favorirne l'integrazione all'interno di team multidisciplinari. L'obiettivo condiviso è passare da una medicina individuale a una medicina collaborativa, più accessibile, flessibile e orientata alla prevenzione.

Il tema del lavoro in team è stato fortemente valorizzato: i partecipanti hanno sottolineato l'importanza di sviluppare contesti operativi che premino la cooperazione, la condivisione delle competenze e la corresponsabilità tra professionisti. Questo approccio richiede anche un investimento mirato sulle competenze trasversali (non-technical skills), sulla motivazione e sulla gratificazione del personale.

In parallelo, è stata ribadita la necessità di rafforzare la formazione continua, includendo nei programmi formativi di base e nella revalidation competenze legate all'utilizzo delle nuove

tecnologie: intelligenza artificiale, telemedicina, domotica. Questi strumenti, se adeguatamente integrati, possono semplificare i percorsi assistenziali e abilitare una presa in carico più efficace, soprattutto nei contesti domiciliari e remoti.

Tra le azioni considerate ad alto impatto ma di più semplice attuazione, sono state evidenziate le campagne informative rivolte alla cittadinanza: un'informazione chiara sui nuovi servizi, accompagnata da azioni di educazione sanitaria, può favorire un uso più appropriato delle strutture e rafforzare la partecipazione attiva delle persone nella cura della propria salute.

Infine, i partecipanti hanno sottolineato il bisogno di dotarsi di strumenti normativi che accompagnino il cambiamento. Come avvenuto per il PNRR, è necessario che l'innovazione organizzativa sia sostenuta da atti regolatori che ne garantiscano la continuità e la scalabilità, rimuovendo ostacoli burocratici e favorendo la responsabilizzazione dei diversi livelli di governance.

L'insieme delle azioni proposte è stato valutato secondo una matrice impatto/sforzo, evidenziando come molte delle iniziative più trasformative richiedano sforzi significativi, ma siano in grado di generare benefici duraturi per la sostenibilità del sistema. Le leve principali individuate convergono su tre assi: la riorganizzazione del territorio, l'investimento sulle competenze, e il coinvolgimento attivo di cittadini e operatori. Un'agenda condivisa che può guidare il consolidamento delle innovazioni già avviate e favorirne la replicabilità.

Conclusioni

Il modello "ASL CdT" rappresenta un modello riproducibile, frutto dell'applicazione della normativa nazionale ed europea (DM77 e PNRR) al contesto locale, dopo un'analisi approfondita dei bisogni di salute di un bacino di utenza molto eterogeneo distribuito sull'area metropolitana. Tutto ciò significa anche sviluppare strategie organizzative peculiari, quali le COT monotematiche, atte a garantire un maggior coordinamento tra il setting ospedaliero e quello territoriale, unica esperienza pilota a livello

nazionale. Attraverso la presenza di COT specialistiche (assistenza domiciliare, trasporti, protesica etc..) si ha la possibilità di monitorare con maggiore tempestività e capillarità l'evasione delle richieste o il coordinamento della presa in carico, anche attraverso un sistema di interoperabilità regionale unico, avviato da Azienda Zero. Basti pensare che in un anno (escluse le forniture di ausili) la COT protesica ha evaso più di 112.000 richieste. L'avvio delle Case di Comunità (CdC) strutturalmente in linea con le tempistiche del PNRR, mira a garantire maggiore tempestività e capillarità nella presa in carico del paziente, attraverso le AFT (aggregazioni funzionali territoriali) setting preferenziale di integrazione tra la medicina di base e le diverse aree specialistiche. Le CdC offriranno inoltre servizi diagnostici di primo livello. Molto prezioso il lavoro di messa a terra dei primi ospedali di Comunità con degenze di post-acuzie, orientate alla dimissione precoce o alla riduzione di ricoveri ospedalieri inappropriati.

Hanno partecipato

Moderatore: **Carlo Picco**, Direttore Generale, ASL Città di Torino

Facilitatore: **Valentina Coradeghini**, Consulente organizzativo, facilitatrice, Agile Coach

Partecipanti:

Roberto Balagna, Direttore presso il Dipartimento Emergenza Accettazione, ASL Città di Torino

Michele Morandi, Direttore Sanitario ff, ASL Città di Torino

Stefania Orecchia, Direttrice del Distretto Sud Est e Direttrice presso il Dipartimento di Cure Primarie, ASL Città di Torino

Brunella Padovan, Consigliera OFI PVdA - Ordine dei Fisioterapisti del Piemonte e della Valle d'Aosta

Ilaria Panzini, Direttrice UOC Ricerca e Innovazione, AUSL Ospedaliero Universitaria di Ferrara

Federica Riccio, Direttore SC Medicina Territoriale e Reti di Patologia, Azienda Zero Regione Piemonte

Fabiano Zanchi, Direttore Dipartimento funzionale continuità delle cure ospedale - territorio Di.P.Sa, ASL Città di Torino

6.1. Ecosistemi di ricerca nelle AOU, nelle ASL e negli IRCCS

Razionale: L'ecosistema della ricerca sanitaria è l'insieme integrato di relazioni tra strutture sanitarie, università, enti regolatori, soggetti privati, fondazioni e cittadini, volto a promuovere innovazione, equità e sostenibilità del sistema salute. Favorisce la trasformazione delle evidenze scientifiche in applicazioni cliniche concrete, in un'ottica di ricerca traslazionale. I principali attori includono IRCCS, Università, Dipartimenti di ricerca, aziende sanitarie, enti finanziatori, partner industriali, associazioni di pazienti. Le condizioni essenziali per un ecosistema efficace sono: governance multilivello, coordinamento tra istituzioni, semplificazione normativa, infrastrutture digitali, formazione continua e monitoraggio degli impatti. Per il suo sviluppo sono necessari investimenti stabili, il riconoscimento di alcune aziende sanitarie come enti di ricerca, il potenziamento delle reti territoriali e l'integrazione delle Professioni Sanitarie, valorizzando anche la partecipazione dei cittadini.

Scenario di riferimento

Nella sua introduzione il dott. Antonio Maconi ha delineato il quadro degli ecosistemi di ricerca in Italia, formati da una pluralità di soggetti: le varie strutture sanitarie (IRCCS, AOU, AO, ASL), le università e i centri di ricerca, i privati (aziende e fondazioni), le istituzioni regolatorie (Ministero della Salute, AIFA, ISS, Regioni), i cittadini e le associazioni di pazienti. Ha evidenziato l'importanza delle ricerche (al plurale: dove si fanno ricerche le cure sono migliori), del coordinamento tra i diversi stakeholder e dei fattori abilitanti, tra i quali citiamo la governance multilivello e il coordinamento interistituzionale. Ha menzionato due diversi esempi di organizzazioni regionali, Emilia Romagna e Lombardia, a cui il Piemonte può ispirarsi, sottolineando il ruolo degli IRCCS, e ha aperto una finestra sulle prospettive future per lo sviluppo degli ecosistemi di ricerca.

Da questi elementi ha preso il via il ricco confronto tra i partecipanti, che hanno condiviso punti di vista ed esperienze ed individuato come importanti dei fattori che possiamo raggruppare nelle seguenti macro aree:

- Rafforzamento delle reti: ben delineate, con stakeholder che si conoscano bene, che collaborino e che condividano conoscenze, competenze, esperienze e sperimentazioni, coordinati tra loro secondo una strategia regionale che sfrutti sinergie per rispondere ai bisogni (emersi da un'analisi condivisa)
- Ruolo cruciale di alcuni nodi delle reti, tra cui: IRCCS diffusi per specialità; Fondazioni anche Ospedaliere, radicate nei territori e pronte a rispondere ai bisogni di salute dei cittadini, coinvolti e partecipanti attivi al processo; ASL che amplino la propria mission aggiungendo la ricerca all'attività assistenziale (ricerca non solo nelle AOU) e che vengano riconosciute come enti di ricerca;
- Strumenti di vario tipo a supporto della ricerca, come ad esempio: le biblioteche, online e fisiche, e altre infrastrutture, anche informatiche, che permettano la diffusione delle conoscenze; la formazione continua non solo dei ricercatori ma di tutto il personale inclusi gli amministrativi, in modo che le professionalità siano quanto più integrate e in grado di ottenere finanziamenti; il controllo di gestione in particolare negli IRCCS per ottimizzare le risorse; iniziative che consentano l'attrazione dei talenti della ricerca.

Le azioni proposte e le azioni prioritarie

Durante la seconda fase del laboratorio i partecipanti hanno esplorato le azioni possibili per giungere allo scenario desiderato, in cui gli ecosistemi di ricerca siano costituiti da reti solide, che agiscono un modo coordinato, efficace per rispondere ai bisogni di salute del paese ed efficiente per ottimizzare l'utilizzo delle risorse, finanziarie e non.

Tutte le azioni individuate sono state considerate ad alto impatto, vediamo prima quelle che comporterebbero uno sforzo ritenuto maggiore:

- Pianificare, ritenuto complesso a causa della mutevolezza e della varietà dei contesti, e presidiare il coordinamento tra i tanti stakeholder coinvolti
- Potenziare le infrastrutture fisiche e digitali a supporto della ricerca

Le azioni ritenute a medio sforzo sono le seguenti (in ordine crescente di impatto):

- Dedicare ore mirate alla ricerca ospedaliera, senza inficiare il livello di assistenza prestato

- Creare dei ponti tra le università e gli IRCCS / aziende sanitarie che fanno ricerca, che possano funzionare in entrambi i sensi, permettendo il passaggio fluido del personale e delle conoscenze acquisite
- Assegnare degli obiettivi di ricerca ai dirigenti delle aziende sanitarie, in modo che siano stimolati a dedicare alla ricerca risorse e tempi adeguati
- Istituire dei Grant Office all'interno delle strutture, con professionisti dedicati che prestino attenzione ai numeri.

Infine, ecco le azioni ritenute a basso sforzo e quindi da attuare in via prioritaria (in ordine crescente di impatto):

- Assicurare la formazione continua di tutto il personale coinvolto a vario titolo nella ricerca
- Informare gli altri stakeholder in merito alle attività di ricerca e ai risultati conseguiti; ciò presuppone il potenziamento di istituzioni che mappino la ricerca (ad es. istituire un Registro Nazionale della Ricerca Clinica)
- Investire sui giovani, non solo formandoli ma offrendo loro l'opportunità di percorsi professionali sostenibili nella ricerca
- Creare un sistema di certificazione della ricerca in modo che questa sia guidata, coordinata, monitorata e ne siano valutati gli impatti, evitando duplicazioni o dispersioni
- Promuovere il fundraising, anche nell'ambito delle Aziende Sanitarie

Conclusioni

Il Laboratorio 6.1 ha rappresentato un'importante occasione di confronto tra professionisti provenienti da vari ambiti e collegati al mondo della ricerca sanitaria, anche di altre regioni, che hanno arricchito il dibattito portando il proprio contributo in base all'esperienza maturata in setting organizzativi e modelli regionali diversi. Dalle esperienze condivise è emersa l'esigenza di rafforzare le reti regionali esistenti, valorizzando il contributo di ciascun nodo – dalle AOU agli IRCCS, dalle ASL alle fondazioni – in un'ottica di cooperazione interistituzionale guidata da una governance capace di dare coerenza, visione e continuità agli investimenti.

In particolare, è emersa con forza la necessità di riconoscere tutte le Aziende Sanitarie Regionali come luoghi attivi e legittimati della ricerca, non solo dell'assistenza e della formazione. Solo in questo modo sarà possibile costruire un ecosistema realmente inclusivo, capace di generare e applicare conoscenze su tutto il territorio, a beneficio dell'equità e dell'innovazione.

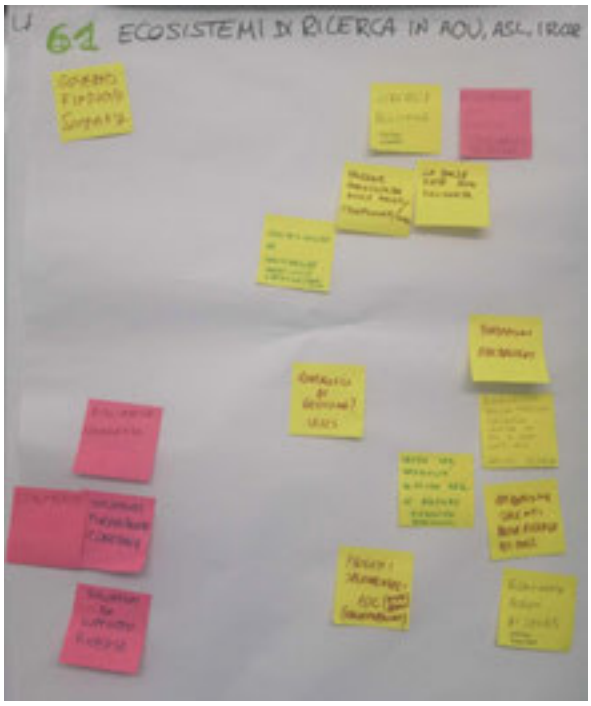
La Regione Piemonte ha intrapreso un percorso concreto in questa direzione, avviando il Dipartimento Attività Integrate Ricerca e Innovazione Regionale (DAIRI-R), con il compito di armonizzare le attività di ricerca nelle 19 ASR piemontesi. Il DAIRI-R opera proprio su tre direttrici principali: mappatura e censimento delle attività di ricerca, promozione e creazione di reti e percorsi condivisi, sviluppo di nuovi programmi di ricerca e innovazione. Inoltre, la Regione ha istituito un gruppo di lavoro dedicato al riconoscimento di nuove ASR come IRCCS, con l'obiettivo di aumentare il numero di Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico sul territorio.

Un aspetto ritenuto trasversale e fondamentale per la riuscita di questo modello è l'integrazione multiprofessionale, che riconosca il valore e il contributo di tutte le competenze coinvolte nel processo della ricerca: dai clinici alle professioni sanitarie, fino al personale tecnico, amministrativo e gestionale che opera all'interno delle infrastrutture di supporto. Solo un sistema che promuove la piena collaborazione tra queste figure può garantire una ricerca solida, strutturata, orientata ai bisogni reali e capace di intercettare finanziamenti nazionali e internazionali.

A supporto di questo processo, sono indispensabili investimenti stabili e mirati, sostenuti anche da progetti finanziati competitivi, resi possibili grazie alla presenza di personale qualificato e infrastrutture specializzate, come i Grant Office. Fondamentale, inoltre, è l'attivazione di partnership con aziende private attive nella ricerca, e con fondazioni territoriali capaci di sostenere progettualità in ambito sanitario.

Un ulteriore motore di sviluppo è rappresentato dal fundraising, che si fonda su un crescente coinvolgimento della cittadinanza: cittadini, pazienti, caregiver e comunità locali diventano così parte attiva dei percorsi di ricerca, contribuendo in modo consapevole all'innovazione.

Il laboratorio si è concluso con una consapevolezza condivisa: la ricerca non può essere un processo isolato, ma un bene comune, generato da una comunità allargata di attori. La sfida è ambiziosa, ma le energie emerse testimoniano che il Piemonte è pronto a giocare un ruolo da protagonista nel costruire un sistema di ricerca aperto, solido e generativo.



Hanno partecipato

Moderatore: **Antonio Giovanni Maconi**, Direttore Dipartimento Attività Integrate Ricerca e Innovazione (DAIRI), AOU ASL AL - Regione Piemonte

Facilitatore: **Elena Stivali**, Facilitatrice certificata nei metodi Maieutico e LEGO® SERIOUS PLAY®, Professional Counselor a Mediazione Corporea, Statistico-economista

Partecipanti:

Emanuele Barbato, Direttore UOC Cardiologia, AOU Sant'Andrea, Roma

Marta Betti, Referente Clinical Trial Center- Grant Office DAIRI, AOU Alessandria

Patrizia Brigoni, Direttrice Biblioteca Virtuale per la Salute Piemonte (BVS-P)

Katia Codeluppi, Site Manager CTC, Arcispedale Santa Maria Nuova, Reggio Emilia

Lisa Cosmi, Account & Relationship Manager, Wolters Kluwer Health

Adriano De Simone, Direttore vicario, S.C.D.O. Direzione Sanitaria di Presidio, AOU San Luigi Gonzaga di Orbassano

Salvatore Di Gioia, Direttore Sanitario, San Luigi Gonzaga di Orbassano

Franca Fagioli, Direttore Dipartimento di Patologia e Cura del Bambino "Regina Margherita" - Ospedale Infantile Regina Margherita, Torino

Luca Fasolo, Innovation, Fondazione Compagnia di San Paolo

Valter Gamba, Regional Affairs & Access Manager, Menarini

Marco Grosso, Responsabile laboratorio AI, ASL TO 3, Collegno

Giovanni Messori Ioli, Commissario AO Regina Margherita, Torino

Davide Minniti, Direttore Generale, AOU San Luigi Gonzaga di Orbassano

Paolo Mulassano, PhD- MBA; Responsabile Obiettivo PIANETA; Fondazione Compagnia di San Paolo

Guglielmo Pacileo, Direttore f.f. SC Governo Clinico Qualità e Ricerca , ASL Alessandria

Serena Penpa, Coordinatore di ricerca, AOU di Alessandria

Chiara Prandi, Responsabile Grant Office, Arcispedale Santa Maria Nuova, Reggio Emilia

Annalisa Priano, Coordinatore Fisioterapisti e Logopedisti, AOU di Alessandria e Membro del Comitato di Coordinamento del Centro Studi di Ricerca delle Professioni Sanitarie

Alessandra Quaglia, Study Coordinator, Clinical Trial Center, ASL CN1

Stefano Scarpetta, Direttore Generale AOU Maggiore della Carità di Novara

Savino Sciascia, Professore Ordinario di Nefrologia, Università degli Studi di Torino e Responsabile Centro di Coordinamento Interregionale Rete delle Malattie Rare Piemonte e Valle d'Aosta presso l'Ospedale S. Giovanni Bosco

6.2. Il nuovo paradigma delle olimpiadi di Milano Cortina 2026: la legacy in Sanità

Razionale: Obiettivo di questo laboratorio è tradurre i valori olimpici in modalità organizzative manageriali fruibili nell'ambito della programmazione sanitaria complessa tipica dei grandi ospedali.

Scenario di riferimento

Il Prof. Giuseppe Massazza, moderatore insieme alla dottoressa cristina corbetta, apre il laboratorio ricordando i valori olimpici e come nella sua esperienza manageriale è riuscito a tradurli in aspetti organizzativi attraverso una semplice modalita' operativa: "prevedere per prevenire per meglio intervenire".

Il fair play, la partecipazione, l'amicizia, la lealtà, la solidarietà,l'impegno, il rispetto, il coraggio, il miglioramento di sé ecc. sono dei valori che possono essere le pietre d'angolo delle nostre organizzazioni sanitarie.

avere una visione ed inserire questi valori nei progetti sanitari ha determinato una alta adesione del personale sanitario al progetto stesso garantendo altresì una legacy materiale ed immateriale.

La Dottoressa Corbetta, responsabile dei rapporti con i media dell'ospedale olimpico niguarda, evidenzia come questi valori sono stati riletti in ottica programmatoria in tutte le attivita' riorganizzative non solo del grande ospedale niguarda ma dell'intera regione lombardia garantendo una concreta legacy per tutti gli investimenti economici.

Lavorare in funzione della legacy attraverso dei valori universali permette di creare un consenso ampio proiettato per le generazioni future.

I relatori intervenuti nel laboratorio, Prof Davide Croce ed il Prof. Pigozzi hanno contribuito alla discussione sostenendo da un lato l'importanza di tale modello in ambito organizzativo gestionale e dall'altro anche nel modificare gli stili di vita attraverso lo sport. Il ruolo dello sport infatti, sottolinea il Prof. Pigozzi, presidente della federazione internazionale in medicina dello sport, contribuisce in maniera determinante a definire stili di vita ed attività fisica. Le olimpiadi hanno un ruolo anche nell'ambito della ricerca applicata allo sport finalizzato al monitoraggio ed alla prevenzione per la popolazione, importanti sotto il profilo epidemiologico anche attraverso il monitoraggio delle attività sportive pre agonistiche ed agonistiche. Poi entra in gioco l'aumento della consapevolezza della salute costruendo strutture per la salute. Ma in particolare, il concetto di sostenibilità deve essere costantemente applicato ai giochi olimpici con ricadute sulla consapevolezza della popolazione giovanile per il loro futuro.

Il primo orizzonte: l'oggi.

Individuare alcuni punti come la promozione dell'attività motoria è un ottimo spunto per migliorare sensibilmente lo stato di salute della popolazione.

Riguardo il futuro risulta di estremo interesse programmare attraverso il concetto di legacy.

I progetti sanitari devono esplicitare sin da subito finalità e ricadute ed il monitoraggio deve sempre prevedere la possibilità di poter misurare la legacy dichiarata all'inizio della programmazione.

- Eredità di una visione ed una programmazione finalmente tra loro in linea, con la programmazione vista in termini di equità sociale.
- Visione internazionale dell'organizzazione del SSN, più plastica e snella con una maggiore mobilità settoriale delle professioni e certificazione cross silos delle competenze.
- Modernizzazione del paese e della sanità.

Le azioni proposte e le azioni prioritarie

Tutte le azioni proposte nell'elaborazione del secondo orizzonte, sono state messe nella matrice impatto vs. sforzo. Alcune sono cose emerse sin dal primo orizzonte, ma ora sono viste in prospettiva.

In termini di rapporto impatto/sforzo, l'azione più promettente, che per entrare nella cultura va ripetuta nel tempo, è **l'esposizione** (confronto aperto e positivo) **alle performance** di realtà virtuose **estere** e ai loro standard in un'ottica di apprendimento e miglioramento, per ripensare alle logiche e motivare le persone.

Seguono tre azioni parimenti efficaci ma mediamente onerose. La prima è il **superamento reale dei silos professionali**, avente impatto elevato sulla modernizzazione dell'organizzazione ma che deve fare i conti con le resistenze al cambiamento. Segue l'azione di **favorire la percezione della prevenzione attraverso lo sport**, che avrebbe importante impatto sociale. Quindi troviamo la progettualità di **ricerca**, non solo nei modelli organizzativi ma anche applicando trasversalmente tecnologie già disponibili in diversi contesti, pensando alla sostenibilità nel tempo.

Ad un costo decisamente maggiore, troviamo i **legami tra enti soggetti,** occasioni per creare opportunità che portino il valore aggiunto della condivisione e della collaborazione, argomento sostanziale ma pari sforzo.

Il **superamento dei paradigmi strutturali** ha invece sicuramenti dei vantaggi ma uno sforzo molto elevato, ed è una questione meno prioritaria da affrontare.

Conclusioni

Dare valore ai progetti sanitari attraverso una programmazione basata su valori universali è la sfida del futuro.

Porsi come fine il benessere collettivo e la legacy per le generazioni future sono i punti concreti di impegno che emergono dalla sfida olimpica

Hanno partecipato

Moderatori: **Giuseppe Massazza**, Direttore Dipartimento Ortopedia, Traumatologia e Riabilitazione, AOU CDSS, Torino; **Cristina Corbetta**, Responsabile Comunicazione Ospedale Olimpico, ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, Milano

Facilitatore: **Roberto Grifalconi**, Facilitatore, Formatore, Coach ICF

Partecipanti:

Davide Croce, Direttore Centro di ricerca CREMS - Centro di Ricerca in Economia e Management in Sanità e nel Sociale, Università Cattaneo - LIUC - Castellanza

Angelo Giovanni Mazzali, Presidente OFI Milano, Como, Cremona, Lecco, Lodi, Monza Brianza, Sondrio e Varese

Fabio Pigozzi, Presidente FIMS

6.3. Ricerca Clinica e Data Management

Razionale: La gestione della ricerca clinica è diventata negli anni sempre più complessa, a partire dall'impegno operativo che viene richiesto ai centri clinici. L'Italia, nonostante continui a partecipare attivamente ad un numero considerevole di sperimentazioni cliniche, sta andando incontro ad una costante riduzione del proprio appealing, dovuta principalmente a due fattori: l'elevata complessità normativa e burocratica e la difficoltà ad implementare delle solide infrastrutture della ricerca. Possiamo individuare quattro principali aree di criticità su cui concentrare un lavoro congiunto di miglioramento: 1) Budget e contratti: nonostante siano stati pubblicati dei modelli nazionali di contratto, la gestione della parte economica risulta complessa e time consuming. Il principale motivo risiede nella mancanza di tariffari omogenei a livello nazionale ma soprattutto dall'inesistenza di tariffari specifici per le prestazioni ricerca-specifiche; 2) fattibilità e arruolamento: moltissimi siti di ricerca procedono con un sovraccarico documentale per gestire le procedure di fattibilità locale, il che li rende poco competitivi oltre a provocare ritardi e/o inefficienza nell'arruolamento; 3) infrastrutture: ad oggi non esiste una definizione univoca e riconosciuta di clinical trial unit e la maggior parte delle figure professionali in esse collocate non sono previste dai contratti collettivi della sanità; 4) gestione regolatoria di studi senza farmaco e dispositivo: la mancanza di una agenzia della ricerca provoca l'esistenza di normativa specifica unicamente per gli studi su farmaco e dispositivo. Tutto ciò che esula da questi due contesti è attualmente vittima di molteplici valutazioni ed interpretazioni, con una ovvia ricaduta negativa, in termini organizzativi e pratici, sia sui promotori che sui centri partecipanti.

Scenario di riferimento

La dott.ssa Cagnazzo ha illustrato lo scenario di riferimento all'interno del quale si svilupperà il workshop e su cui, assieme ai partecipanti, andremo ad agire per identificare le attività prioritarie su cui agire.

La ricerca clinica rappresenta un pilastro fondamentale per il progresso medico-scientifico e l'innovazione terapeutica. In Italia, sta vivendo una fase di transizione cruciale, caratterizzata da importanti sfide ma anche da ampie opportunità di miglioramento. Attualmente, i principali elementi critici riguardano quattro ambiti chiave: la carenza di infrastrutture adeguate, la complessità e lentezza nella definizione di budget e contratti, le difficoltà legate alla fattibilità degli studi e all'arruolamento dei pazienti, e le complessità regolatorie, in particolare per gli studi clinici che non prevedono farmaci o dispositivi.

Questa situazione limita il pieno potenziale dell'Italia in un settore che, a livello globale, è altamente competitivo e soggetto a costante innovazione. Il sistema Paese presenta, però, anche solide basi, come l'alto livello delle competenze scientifiche, una rete clinica articolata oltre ad una crescente attenzione istituzionale verso la semplificazione dei processi.

La ricerca clinica può e deve essere considerata un investimento strategico. Un'efficace azione di coordinamento tra enti regolatori, strutture sanitarie, sponsor e professionisti della ricerca è la chiave per ridurre i tempi di attivazione, aumentare la trasparenza dei contratti, valorizzare i dati raccolti e migliorare la qualità complessiva degli studi.

Il passaggio da una situazione "problematica ma promettente" ad un modello di eccellenza richiede uno sforzo sistemico e condiviso. Non si tratta solo di allinearsi agli standard internazionali (*gold standard*), ma di costruire un ecosistema che sia in grado di attrarre investimenti, generare innovazione e offrire un reale impatto sulla salute delle persone.

Le azioni proposte e le azioni prioritarie

Tenendo a mente le quattro aree d'azione messe in luce dalla dott.ssa Cagnazzo nella fase di scenario, i partecipanti hanno lavorato ai caratteri significativi dell'orizzonte presente (H1). Questi si sono divisi tra aspetti tecnologici che stanno influenzando il modo di fare ricerca (es. la trasformazione digitale, la strutturazione dei database e dei gestionali...), il riconoscimento del ruolo delle figure di supporto alla ricerca con relativi perimetri, l'accesso alle informazioni, il ruolo della formazione e tutte quelle dimensioni legate all'aspetto regolatorio (contratti, coordinamento, tariffari, consensus tra CET...).

Il secondo livello dell'esplorazione condivisa dei futuri del mondo della ricerca clinica e del data management ci ha proiettati nel 2045 (H3, 10-20 anni), dove i partecipanti hanno immaginato le caratteristiche di un sistema ideale, facendo un passo avanti rispetto alla realtà di oggi e definendo dove vorremmo arrivare. A partire dal ruolo assunto dalla Ricerca, che diventa un reale obiettivo strategico dei Direttori Generali e viene considerata all'interno del percorso di cura, tanto da istituire un albo professionale pubblico dove sono inserite anche le performance.

La dimensione digitale vedrà, da un lato, l'istituzione di un *European Health Data Space*, dove sono raccolti, condivisi e accessibili i dati della ricerca e dei pazienti; dall'altro, si poggerà sulle potenzialità dell'Intelligenza Artificiale generativa sia per i processi di gestione sia per calcoli più precisi, sia lato clinico ("medicina personalizzata") che per la gestione amministrativa di budget e contratti.

Un importante passo avanti è richiesto anche per quanto riguarda la semplificazione delle regolamentazioni legate alla privacy e ai parametri normativi degli studi non su farmaco e/o dispositivo medico.

Le dimensioni più strettamente legate alla istituzionalizzazione dei ruoli, della formazione, della retribuzione e della definizione del ruolo del coordinatore di ricerca clinica sono state definite come più urgenti e, allo stesso tempo, "facilmente" implementabili nel futuro prossimo (H2, 5-10 anni). Su questo asse temporale ricadono anche la decodifica dei dati clinici e la creazione di cartelle cliniche elettroniche regionali validate e *fully GCP complianti*, garantendo un sistema gestionale di qualità, oltre all'allineamento di opinioni tra i vari DPO di aziende diverse.

Ruolo importante in questo scenario è giocato dalle relazioni e collaborazioni con le aziende, con il territorio e con gli enti di formazione, per la preparazione delle nuove figure che si stanno definendo nella sanità e per i relativi tirocini.

Il gruppo di lavoro, finita la parte di esplorazione, è stato chiamato a definire insieme le azioni prioritarie ad alto impatto su cui lavorare. In testa a tutto, di altissimo valore e basso sforzo, è emersa come dominante la necessità di vedere riconosciuto il ruolo della ricerca da parte dei Direttori Generali, un primo passo fondamentale per veder svilupparsi le altre azioni:

- il nascere di nuove professionalità non cliniche ma parte del sistema e fondamentali per garantire performance adeguate
- l'aggiornamento dell'inquadramento e delle assunzioni
- il raggiungimento del consenso tra comitato etici per le modalità di sottomissione di studi senza farmaco e dispositivi
- l'istituzione di una cartella clinica regionale che rispetti i requisiti richiesti per la ricerca clinica, puntando a un'unica tipologia su territorio nazionale
- sistemi elettronici validati e GCP complianti
- normativa privacy alleggerita e non soggetta a molteplici interpretazioni
- uniformità di opinioni tra i vari DPO di aziende diverse

È inoltre emersa la volontà della professionista legata al gruppo Agenas di condividere la sua esperienza come caso studio di open innovation, che ha fatto leva su una dimensione economica/valutativa.

Conclusioni

Per rilanciare la ricerca clinica in Italia è necessario agire su più fronti in modo sinergico. In primo luogo, è fondamentale semplificare i processi burocratici e ridurre i tempi di approvazione degli studi clinici, favorendo una maggiore attrattività del sistema per le aziende farmaceutiche e i ricercatori. Occorre inoltre investire in modo strutturale nella formazione continua del personale sanitario e dei ricercatori, potenziando le competenze in ambito metodologico, regolatorio e digitale e garantendo un riconoscimento istituzionale e contrattuale a tutte le figure professionali che al momento lavorano nell'ombra.

Un coinvolgimento attivo dei direttori generali, che passi anche da una loro valutazione basata su indicatori di performance connessi alla ricerca, potrebbe essere fondamentale.

Parallelamente, è indispensabile rafforzare la collaborazione tra università, ospedali, IRCCS e industria, promuovendo reti di ricerca integrate e infrastrutture condivise, unitamente a sistemi elettronici validati e compliant ai requisiti FDA ed EMA e a quanto definito dalle Good Clinical Practices. In questo contesto l'Intelligenza Artificiale potrebbe garantire una automatizzazione e semplificazione dei processi.

Un adeguato finanziamento pubblico, associato a incentivi per la ricerca indipendente e ad un rapporto pubblico-privato più snello, potrebbe certamente garantire sostenibilità e qualità.

Solo valorizzando il capitale umano e creando un ecosistema normativo e tecnologico favorevole, l'Italia potrà tornare a essere un punto di riferimento nel panorama della ricerca clinica internazionale.

Hanno partecipato

Moderatore: **Celeste Cagnazzo**, Ospedale Infantile Regina Margherita, Torino
Facilitatore: **Nicoletta Crisponi**, BInnovation Designer
Partecipanti:
Manuela Alessio, Study Coordinator, ASL CN2
Marta Betti, Referente Clinical Trial Center – Grant Office DAIRI, AOU Alessandria
Claudia Cimino, Università di Pisa, AOU Pisana
Sofia Claretto, Data Manager, Ospedale Infantile Regina Margherita, Torino
Francesca Crivelli, Coordinatore Clinical Trial Center, Direzione Sanitaria di Presidio, ASL di Biella
Clara Deambrogi, Dirigente Biologo, SCDU Ematologia, AOU Maggiore della Carità di Novara

Alessandra Ferrari, Coordinatrice di ricerca clinica CTO-OH, Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia
Chiara Celestina Grasso, Study Coordinator dell'Ospedale Michele e Pietro Ferrero, ASL CN2
Alessandra Quaglia, Study Coordinator, Clinical Trial Center, ASL CN1

Focus 1. AI clinica: innovazione per diagnosi precoce e medicina personalizzata

Razionale: Obiettivo di questo focus è raccogliere le esperienze e le prospettive dei partecipanti per avere un quadro condiviso sui punti di forza e di debolezza e sulle minacce/opportunità relativamente all'impiego dell'Intelligenza Artificiale (IA) nella diagnosi precoce e nella medicina personalizzata. Usando uno strumento semplice ma potente come la SWOT analysis che offre una fotografia chiara della situazione attuale e aiuta a identificare aree di crescita. Guida infatti lo sviluppo di una piena consapevolezza dello scenario, agendo come bussola per la creazione di azioni strategiche, aiutando a dare priorità alle attività, per delineare poi un primo piano d'azione condiviso.

Scenario di riferimento

Dalla presentazione dei moderatori, prof. Leonardo Lopiano e prof.ssa Gabriella Olmo, che hanno introdotto la tematica portando la loro esperienza sul tema, è emerso come l'introduzione di sistemi di Intelligenza Artificiale nell'ambito clinico stia cambiando radicalmente il processo diagnostico: dal triage digitale alla refertazione automatizzata, con un impatto diretto sull'anticipazione dei percorsi di cura e sulla personalizzazione dei trattamenti. Il contesto è caratterizzato da una crescente disponibilità di dati sanitari eterogenei (imaging, genomica, cartelle cliniche) e da un rapido sviluppo di LLM generativi a dominio medico. L'adozione di pratiche FAIR e di framework regolatori europei (AI Act, MDR) rappresenta una condizione necessaria per trasformare la ricchezza informativa in valore clinico, garantendo al contempo sicurezza, trasparenza ed equità.

I punti chiave che emergono sono:

- **crescente ruolo** dell'Intelligenza Artificiale (IA) in neurologia e medicina, capace di analizzare grandi moli di dati, individuare pattern e guidare decisioni cliniche personalizzate.
- **sperimentazioni positive**: Integrazione multimodale (neuro imaging, sensori, wearable), riduzione dei tempi di analisi, supporto alla diagnostica complessa.
- **evoluzione recente** – 2022 definito l'anno della "rivoluzione neurologica" grazie a progressi disruptive in stroke, movement disorders, neuro oncologia, ecc.
- **benefici importanti** – Diagnosi più accurate, predizione di complicanze, scoperta di nuovi biomarcatori, accelerazione della ricerca e dello sviluppo di farmaci.
- **rischi e sfide** – Bias nei dati, validazione multicentrica carente, questioni etiche (de umanizzazione, equità nell'accesso), necessità di formazione continua per medici.
- **IA generativa** – Potenzialità e limiti dei large language model in ambito clinico; importanza dell'analisi critica
- **esempi applicativi** – Chatbot clinici a complessità variabile, decision support in stroke thrombectomy, wearable per epilessia e Parkinson.

Analisi SWOT

Strengths

- Continuità del monitoraggio dei pazienti lungo il percorso di cura.
- Diagnosi precoce e riduzione della latenza (es. mammografie potenziate da IA- smartPE).
- Possibilità diagnostiche molto più fini rispetto alle scale cliniche
- Ottimizzazione dei tempi di diagnosi e trattamento, anche per casi rari/atipici.
- Approccio sistemico, scalabile e integrabile con altre tecnologie sanitarie.
- Integrazione IA + bioinformatica → caratterizzazione fine di pattern clinici complessi

Weaknesses

- Qualità dei dati spesso non valutabile a priori dall'IA
- Completezza e corretta etichettatura dei dati clinici e di imaging.
- Difficoltà nel tracciare la qualità/provenance dei dati nel tempo. Obsolescenza dei dati & manutenzione: chi se ne occupa?

- Troppe soluzioni proprietarie; poca condivisione di algoritmi e database
- Bias algoritmici, mancanza di metadati, inaccessibilità di alcune fonti
- Diversa regolamentazione degli algoritmi IA tra Paesi;
- Collaborazioni carenti
- Compliance dell'utenza (clinici e pazienti) non garantita
- Responsabilità professionale in caso di errore decisionale affidato all'IA.

Opportunities

- Ricerca interdisciplinare e gestione olistica della complessità.
- Creare corsi e specializzazioni in MEDICINA INFORMATICA
- Migliore formazione per i professionisti sanitari con la possibilità di generare problemi/casi clinici reali
- FAIR Data management e sviluppo di LLM di dominio specifico come sistemi esperti. Specializzazione di IA generativa per ospedali sotto controllo, LLM di dominio (per ospedali o per reparti)
- Piattaforma nazionale di telemedicina integrata con servizi IA.
- Explainable AI (XAI) e programmi di formazione per aumentare la fiducia di clinici e pazienti.
- Tracciamento dei flussi per ottimizzare risorse. Spostamento della cura verso home based care. Programmazione coerenze fascicolo sanitario
- Maggiore potenza di calcolo e set di dati molto più vasti per analisi predittive.
- GENDER-BASED MEDICINE - Uso dell'IA per indagare patologie femminili e condizioni sotto diagnosticate.
- Diagnostica precocissima (voice, gait, wearables)

Threats

- Responsabilità professionale: chi risponde se l'IA sbaglia?
- Sovraffollamento ospedaliero dovuto a marker precoci che richiedono ulteriori esami.
- Sovradiagnosi e potenziale effetto nocebo sui pazienti.
- Dipendenza da IA e possibile degrado delle competenze cliniche.
- Incertezza sulla responsabilità legale e assicurativa.
- Costi energetici e ambientali legati alla high-performance computing.
- Impatti etico sociologici: bias, cambiamenti nei rapporti di potere

Le azioni proposte e le azioni prioritarie

COSA CAMBIARE

- Standardizzare i sistemi IA e i formati dei dati clinici.

COSA MANTENERE

- Mantenere il controllo decisionale nelle mani del medico responsabile.

COSA CREARE

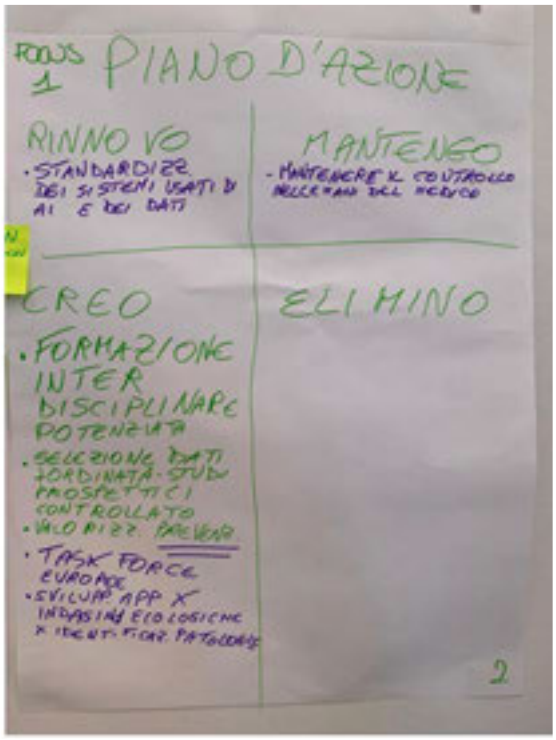
- Formazione interdisciplinare potenziata (clinici, ingegneri, data scientist).
- Selezione dati coordinata e studi prospettici controllati.
- Valorizzazione delle attività di prevenzione supportate da IA.
- Task Force europee per la governance dell'IA clinica.
- App per indagini ecologiche finalizzate all'identificazione precoce di patologie.

COSA ELIMINARE O SMETTERE DI FARE

- Nessuna voce esplicitata durante la sessione

Conclusioni

La discussione ha confermato il potenziale trasformativo dell'IA in ambito diagnostico, evidenziando al contempo la necessità di interventi coordinati in termini di standard, formazione multidisciplinare e governance. Il successo dipenderà dalla capacità di integrare soluzioni explainable, data governance robusta e coinvolgimento attivo dei professionisti sanitari e informatici.



Hanno partecipato

Moderatori: **Leonardo Lopiano**, Professore Ordinario di Neurologia presso l'Università di Torino e Direttore SC di Neurologia presso l'AOU Città della Salute e della Scienza Torino; **Gabriella Olmo**, Professore Ordinario presso il dipartimento di Ingegneria Automatica e Informatica, Politecnico di Torino

Facilitatrice: **Alessandra Scala**, Consulente di sviluppo organizzativo, Facilitatrice, Coach Ontologico Trasformazionale, Torino

Partecipanti:

Valentina Agostini, Professoressa associata in Ingegneria Biomedica, Politecnico di Torino

Roberta Bardini, Ricercatrice Biotech lab, Politecnico di Torino

Marco Bozzali, Professore Associato di neurologia – Dipartimento di Neuroscienze "Rita Levi Montalcini". AOU CDSS Torino

Rita Caldarelli, Dirigente sanitario non medico, ASST Melegnano e della Martesana, Milano

Veronica Comi, Direttore Generale, Fondazione Regionale per la Ricerca Biomedica, Milano

Federico Digiacomo, PHD in computer engineering, Politecnico di Torino

Gabriele Imbalzano, Neurologo, dottorando in neuroscienze presso il dipartimento di Neuroscienze "Rita Levi Montalcini", Università di Torino, AOU CDSS, Torino

Marco Laudadio, Dipartimento di Neuroscienze "Rita levi Montalcini", AOU CDSS, Torino

Umberto Mosca, PHD in AI, Politecnico di Torino

Fulvia Pedani, ANDOS COMITATO TORINO – Associazione Nazionale Donne Operate al Seno, Città salute, Torino

Silvia Perrone, Specializzanda di Neurologia – Dipartimento di Neuroscienze "Rita Levi Montalcini", AOU CDSS, Torino

Lorenzo Priano, Professore Associato di Neurologia – IRCCS Istituto Auxologico italiano, Piancavallo VB

Vincenzo Vigna, Cardiochirurgo, Ricercatore e Innovatore, Pavia, già Dirigente Cardiochirurgia IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia

Focus 2. CAR-T dall'eccellenza alle sfide. Strategie per un accesso equo e sostenibile in tutte le Regioni

Scenario di riferimento

Il Focus Group è stato introdotto dal Dr. Roberto Freilone che ha aperto i lavori mostrando il quadro italiano delle CAR-T: al 31 dicembre 2024 c'erano 41 centri autorizzati con una crescita quasi logaritmica degli infusi, e ha evidenziato che la maggior parte di questi centri è nel Nord Italia.

Ha poi offerto un'istantanea dell'esperienza piemontese: nel 2024 la Regione ha erogato 64 CAR-T con una sopravvivenza mediana di circa il 56 % e ha sottolineato come, nonostante gli esiti clinici incoraggianti, permangano criticità legate a costi elevati, capacità produttiva limitata in alcune aree e domanda in crescita.

A seguire, il Prof. Benedetto Bruno, ha illustrato potenzialità di nuovi modelli di partecipazione tramite collaborazione in tema di ricerca e produzione fra gruppi di lavoro italiani e internazionali; in particolare ha proposto il modello nascente presso il Molecular Biology Center (MBC) dell'Università di Torino attraverso la costruzione di una innovativa struttura con funzione di "cell factory" in grado di rispondere ad esigenze di produzione di prodotti cellulari.

Durante la prima parte del confronto, è stata rimarcata l'importanza di difendere le eccellenze esistenti, preservando i centri di punta per evitare migrazioni in altre Regioni. Sono stati citati esempi concreti di "cell factory" in allestimento a Torino, dove, grazie a piattaforme automatizzate come Cocoon®, i tempi di lavorazione si riducono a circa due settimane.

È stato poi rimesso al centro il tema della variabilità territoriale: in Emilia-Romagna il modello "list-based" con un unico centro e commissione centralizzata contrasta con il modello "spoke-hub" piemontese.

L'aspetto economico è critico: un'infusione CAR-T costa circa 260 000 €, ben più dei DRG attuali, rendendo insostenibile il modello senza adeguare i rimborsi.

Il gruppo di partecipanti durante la discussione ha da subito riconosciuto il grande valore clinico delle terapie CAR-T, apprezzandone l'efficacia e le possibili evoluzioni.

Durante questa fase iniziale, grazie ai dati forniti dai moderatori, tutti i partecipanti si sono sentiti coinvolti: hanno condiviso esperienze, individuato punti di forza e criticità e sintetizzato nei post-it le parole chiave emerse. Questo scambio ha posto le basi per costruire la matrice SWOT e redigere il piano di azione successivo.

Le azioni proposte e le azioni prioritarie

Durante la fase di lavorazione dal gruppo sono emerse le seguenti indicazioni che dai post-it dell'analisi SWOT si sono trasformati nel piano d'azione:

Mantenere e valorizzare le eccellenze esistenti.

Il primo obiettivo è evitare di "perdere" i centri di punta già operativi: occorre difendere il know-how e le competenze di quei team che oggi rappresentano un'autentica eccellenza italiana nella produzione CAR-T.

Ciò significa garantire a queste realtà:

- un adeguato supporto economico regionale e infrastrutturale, evitando che possano "migrare" in altre Regioni
- un programma di incentivi che le tenga agganciate alle politiche sanitarie regionali, preservando il personale qualificato e le tecnologie di frontiera.

Modello "spoke-hub" decentralizzato e Fare rete, dentro e fuori l'azienda.

È fondamentale per creare poli satelliti (spoke) referal distribuiti capillarmente su tutto il territorio.

L'interconnessione tra istituti ospedalieri, università, aziende biotech e dispositivi medici è la chiave per "spargere" le buone pratiche.

Creare un network formale non occasionale permette di:

- Condividere protocolli SOP comuni
- Coordinare progetti di ricerca clinica e preclinica
- Attivare collaborazioni tra centri nord-sud e tra pubblico e privato.

In questo modo si produce un effetto leva che coinvolge tutto il sistema CAR-T nazionale.

Supporto al paziente sul territorio e figura del caregiver.

È emersa la necessità di affiancare al percorso tecnico-clinico anche un sostegno concreto al paziente e alla sua famiglia.

In particolare:

- i caregiver (carenti nella fascia adulta) devono essere coinvolti in un percorso di formazione specifica
- una rete di referenti territoriali (con competenze infermieristiche e psicologiche) può garantire un punto di contatto per qualsiasi difficoltà logistica o organizzativa.

Standardizzazione e riproducibilità dei dati di produzione.

L'implementazione di sistemi automatizzati migliora la riproducibilità dei dati produttivi e riduce la variabilità umana, diminuendo i tempi di lavorazione e i rischi di tossicità.

I post-it rimandano chiaramente all'importanza di uniformare ogni step:

- Raccolta e manipolazione delle cellule
- Validazione dei batch (con procedure SOP certificate)
- Trasporto con "chain of custody" digitale
- Definizione di percorsi di cura chiari e omogenei

Le differenze attuali creano forte disomogeneità tra Regioni.

Per superarle, servono linee guida nazionali che integrino:

- Protocolli clinico-organizzativi uniformi
- Procedure di accreditamento per i pazienti e i loro caregiver
- Supporto logistico (trasporti, alloggi temporanei, voucher spese)

L'obiettivo è far sì che il percorso CAR-T sia simile in ogni Regione, evitando che il paziente venga "scosso" da troppe variabili esterne.

Board permanente di monitoraggio

È stato proposto di istituire un organismo stabile composto da referenti regionali e "rappresentanti hub CAR-T". Il suo ruolo sarà:

- Definire KPI condivisi (costi, tempi di produzione, tassi di tossicità, numero di infusi erogati)
- Raccogliere ed elaborare metriche in tempo reale attraverso una piattaforma regionale o meglio nazionale di raccolta dati
- Generare report trimestrali per valutare scostamenti e implementare correttivi rapidi
- Coordinare un ciclo di feedback continuo, in cui ogni centro aggiorna le proprie procedure in base ai risultati ottenuti

Governance unificata e rete istituzionalizzata

Infine, per "blindare" tutte le azioni e dare stabilità al sistema, serve formalizzare una governance che veda insieme:

- Centri di cura (hub e spoke),
- Aziende farmaceutiche e biotech coinvolte nel processo,
- Organismi di programmazione sanitaria (Regioni, Ministero, AIFA).

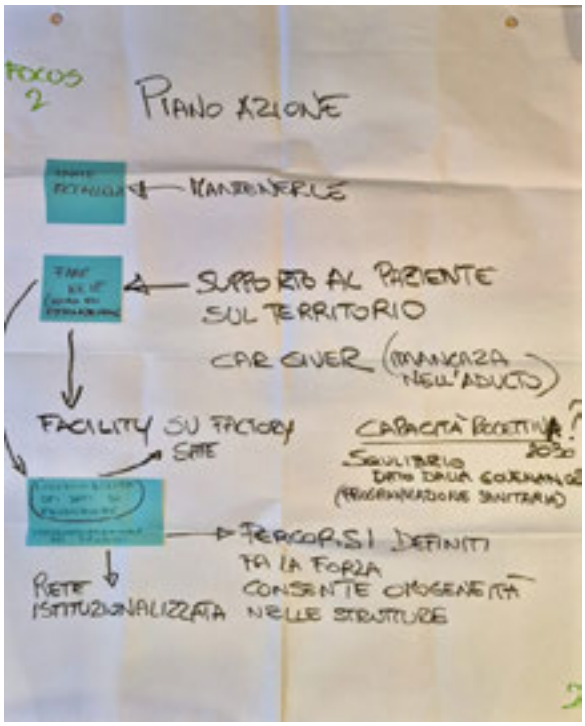
Questo modello dovrà:

- Favorire l'inclusione di nuovi poli di produzione entro il 2030.
- Garantire la trasparenza delle risorse economiche e delle modalità di finanziamento.
- Allineare il piano nazionale CAR-T con la programmazione sanitaria regionale.

- Creazione di un list-based system nazionale per garantire equità tra Regioni.

Conclusioni

Il report evidenzia l'elevato valore clinico delle terapie CAR-T, ma anche le sfide strutturali, economiche e organizzative che ne limitano l'accesso equo sul territorio nazionale. Per affrontare tali criticità, sono state proposte strategie mirate, tra cui il rafforzamento dei centri di eccellenza, l'adozione di un modello spoke-hub diffuso, la standardizzazione dei processi produttivi, il supporto concreto al paziente e la creazione di una governance unificata. Solo attraverso una rete integrata e una pianificazione condivisa tra istituzioni, centri clinici e industria sarà possibile rendere sostenibile ed equo l'accesso alle CAR-T in tutte le Regioni italiane.



Hanno partecipato

Moderatori: **Benedetto Bruno**, AOU CDSS Direttore SC Ematologia Universitaria, Torino
e **Roberto Freilone**, AOU CDSS Direttore SC Ematologia ospedaliera, Torino

Facilitatore: **Mirella Guastella**

Partecipanti:

Riccardo Bruna, Dirigente medico SCDU Ematologia Ospedale Maggiore della Carità di Novara
Corrado Benevolo Savelli, Borsista SC Ematologia, AOU CDSS, Torino
Teresa Anna Calamia, farmacista
Michele Clerico, Dirigente Medico SC Ematologia, AOU CDSS, Torino
Andrea Ciccioni, Presidente Associazione, Quelli che...con Luca Onlus
Ivana Ferrero, Dirigente Biologo, Ospedale Infantile Regina Margherita, Torino - AOU CDSS, Torino
Luisa Giaccone, Università degli Studi di Torino
Mattina Novo, Dirigente Medico SC Ematologia, AOU CDSS, Torino
Simone Ragaini, Ematologia Universitaria AOU CDSS, Torino
Francesco Saglio, Ospedale Infantile Regina Margherita, Torino
Maddalena Santangelo, Direzione Medica PO, Arcispedale Santa Maria Nuova, Reggio Emilia
Federico Zagnoli, Direzione Medica PO, Arcispedale Santa Maria Nuova, Reggio Emilia

Focus 1. Nuove frontiere nella cura delle patologie reumatologiche

Razionale: L'evoluzione delle conoscenze in ambito reumatologico ha permesso dei risultati nella cura delle patologie reumatiche impensabili fino a pochi anni fa. La ricerca in ambito immunologico ha permesso di migliorare la comprensione dei meccanismi patogenetici di molte patologie, ed ha permesso l'individuazione di farmaci con target sempre più specifici. Questo ha trasformato l'approccio, sia dal punto di vista organizzativo con una capacità di affrontare la complessità clinica in regimi extra-degenziali, ricorrendo in misura sempre minore al ricovero ordinario, e con un'integrazione funzionale tra Territorio e Ospedale, sia dal punto di vista clinico, con percorsi sempre più personalizzati e orientati a ridurre l'attività infiammatoria se non ad indurre la remissione, migliorando non solo la qualità della vita ma anche la prognosi prevenendo la disabilità e favorendo l'inserimento sociale. Ma tutto questo pone in essere nuove sfide, quali la la profilazione del paziente per una migliore appropriatezza terapeutica, l'approccio a bisogni insoddisfatti in un contesto sempre più ambizioso, nuovi paradigmi terapeutici, l'approccio interdisciplinare, l'esercizio fisico come facente parte della cura, il controllo e la prevenzione delle comorbilità, l'intelligenza artificiale.

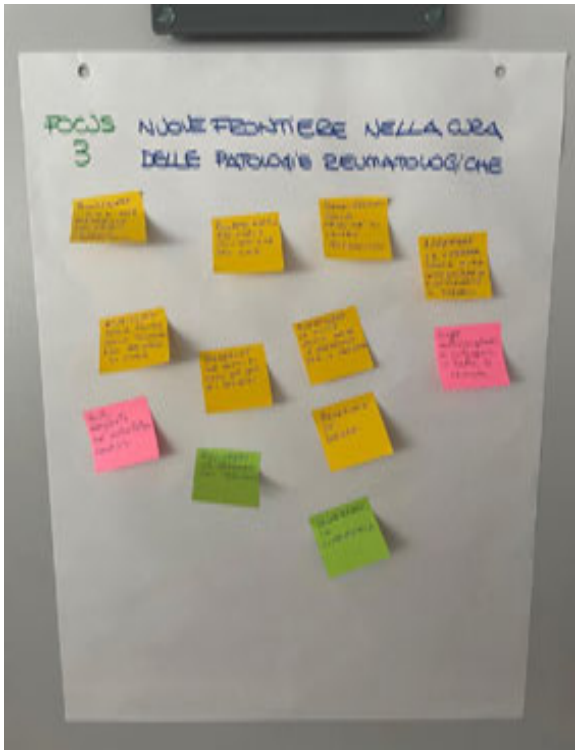
Scenario di riferimento

La cura delle patologie reumatologiche sta conoscendo progressi significativi. L'introduzione di farmaci mirati e l'esistenza di gruppi multidisciplinari permettono un buon inquadramento precoce dei pazienti, con un impatto positivo sul decorso della malattia. L'intervento tempestivo è strategico, riducendo le complicanze e migliorando la qualità della vita. Questi elementi costituiscono i principali punti di forza emersi nel confronto tra esperienze diverse, evidenziando una rete professionale già attiva in grado di rispondere in modo efficace alla complessità dei casi.

Accanto a questi aspetti consolidati, si delineano numerose opportunità che potrebbero rafforzare ulteriormente l'efficacia del sistema. È emersa una forte spinta verso l'integrazione dell'intelligenza artificiale nei processi diagnostici, l'estensione delle collaborazioni interdisciplinari e la possibilità di una gestione più efficace dei farmaci attraverso selezioni mirate dei pazienti. Lavorare in sinergia con il territorio e sviluppare l'approccio su setting di primo e secondo livello rappresentano occasioni concrete per rendere più fluido e accessibile l'intero percorso assistenziale.

Tuttavia, persistono alcune debolezze strutturali. La carenza di reumatologi e le difficoltà nella formazione specifica dei medici di famiglia rallentano la diagnosi precoce. La frammentazione delle esperienze cliniche e normative limita la condivisione delle buone pratiche. A ciò si aggiungono i costi indiretti elevati, spesso legati all'uso inefficiente delle risorse esistenti. Il mancato riconoscimento ufficiale dei gruppi multidisciplinari rischia di indebolire il loro ruolo e la loro legittimità all'interno del sistema sanitario.

Infine, si delineano minacce concrete. Se non si riconosce formalmente il valore del lavoro multidisciplinare, si rischia uno sperpero di risorse e una perdita di efficacia nei percorsi terapeutici. La sostenibilità economica delle nuove tecnologie resta fragile e necessita di visione strategica per non frenare l'innovazione.



Le azioni proposte e le azioni prioritarie

La discussione collegiale ha permesso di convergere su un insieme coerente di azioni da intraprendere, organizzate in un percorso che parte dal rafforzamento dei presupposti operativi per arrivare alla definizione delle priorità di breve periodo. In primo luogo occorre formalizzare e riconoscere il valore dei gruppi multidisciplinari esistenti e renderli un nodo stabile del sistema regionale. Il riconoscimento ufficiale facilita la condivisione di protocolli, la presa in carico congiunta dei casi complessi e la riduzione delle duplicazioni diagnostiche, il coinvolgimento di servizi quali il Laboratorio e la Diagnostica per immagini, garantendo continuità di cura tra ospedale e territorio, anche grazie a canali di comunicazione strutturati e a sessioni periodiche di audit clinico.

Così come un approccio clinico standardizzato che si avvalga degli strumenti clinimetrici specifici per ogni patologia, può migliorare l'appropriatezza, con particolare riferimento all'appropriatezza prescrittiva.

Il secondo fronte riguarda lo sviluppo delle competenze. L'insufficiente numero di reumatologi e le difficoltà formative dei medici di medicina generale richiedono un piano formativo integrato: contratti di specialità dedicati, rotazioni territoriali durante la formazione, aggiornamento continuo. Solo così sarà possibile accelerare l'identificazione precoce dei pazienti, orientare correttamente l'uso dei farmaci di ultima generazione e ridurre il ricorso improprio alla diagnostica avanzata

Terzo cardine è la digitalizzazione del percorso diagnostico-terapeutico. La creazione di un registro regionale interoperabile permetterebbe la stratificazione del rischio, la scelta del farmaco più adatto, la predizione degli eventi avversi e l'ottimizzazione dei follow-up. Bisogna intervenire anche sull'inappropriatezza della diagnostica avanzata, limitare gli accessi inutili al day-hospital e riallocare risorse su prestazioni ad alto valore clinico.

Quarto ambito di intervento è la centralità della persona. Programmi di educazione strutturata, co-progettati con le associazioni di pazienti, promuovono l'aderenza terapeutica, la sorveglianza delle comorbilità e l'utilizzo consapevole dei servizi. L'empowerment favorisce decisioni condivise e riduce i costi indiretti legati alla perdita di produttività lavorativa.

Implementare progetti di value based healthcare per guidare un'assistenza sanitaria basata su esiti di salute e livelli di costo-utilità anziché su volumi di prestazione , su logiche di integrazione organizzative anziché su silos chiusi, anche grazie a partnership con aziende private

Quinto asse è la sostenibilità economica. Occorre implementare accordi di value-based procurement con le aziende farmaceutiche, usare biosimilari quando possibile e monitorare gli outcome clinici tramite indicatori

condivisi. In parallelo, la mappatura dei costi indiretti fornisce evidenze per programmi di welfare aziendale e politiche di sostegno mirate, utili a contenere l'impatto socio-economico della malattia.

Queste azioni, se implementate in modo coordinato, consentiranno di trasformare i punti di forza in risultati tangibili, capitalizzando le opportunità identificate, mentre le debolezze e le minacce saranno mitigate da una visione strategica condivisa che pone la persona al centro e valorizza l'innovazione responsabile.

Conclusioni

Il focus ha permesso uno scambio di esperienze e di opinioni molto produttivo. Sono emersi punti di debolezza e di forza della rete reumatologica piemontese, da cui sono nate proposte operative. Tra queste la necessità di implementare la disponibilità di reumatologi in modo da aumentare l'offerta, omogeneizzarla sul territorio e favorire l'integrazione ospedale-territorio, l'importanza della formazione dei Medici di Medicina Generale, con particolare riferimento alla diagnosi precoce e alla gestione integrata, il ruolo determinante della clinimetria e dell'approccio multidisciplinare per migliorare assistenza e appropriatezza, la necessità di sviluppare modalità di profilazione del paziente, sia attraverso l'implementazione di nuove metodiche diagnostiche tra cui la biopsia sinoviale, sia attraverso l'utilizzo dell'intelligenza artificiale.

Hanno partecipato

Moderatore: **Enrico Fusaro**, AOU CDSS, Torino e **Flavia Simonetta** Pirola, AOU CDSS, Torino

Facilitatore: **Matteo Bonin**

Partecipanti:

Rita Caldarelli, ASST Melegnano e della Martesana, Milano

Dario Camellino, Direttore f.f. SC Reumatologia, Azienda Sociosanitaria Ligure 3, Genova

Maria Chiara Ditto, MD, PhD Dirigente Medico SC Reumatologia, AOU CDSS, Torino

Aurora Ianniello, Ambulatorio di Reumatologia, Day Hospital di Area Medica, ASL Novara

Silvia Daniela Morbelli, Professore Ordinario di Medicina Nucleare, Università degli Studi di Torino e Direttore della SC Medicina Nucleare U, AOU CDSS Torino

Raffaele Paone, Presidente AAPRA ODV ETS

Simone Parisi, SC Reumatologia, AOU CDSS, Torino

Rosa Pelissero, Presidente del Gruppo LES ODV

Stefania Plateroti, Vice Presidente AAPRA ODV ETS

Marta Priora, Specialista Ambulatoriale Reumatologia ASL CN 1

Pietro Quaglino, Direttore SC Dermatologia U, AOU CDSS, Torino

Paolo Solidoro, Direttore SC Pneumologia U, AOU CDSS, Torino

Maria Teresa Tuninetti, Presidente AMaR Piemonte ETS

Rosetta Vitetta, Responsabile SSD Reumatologia ASL Vercelli

Focus 4 . Governance e sostenibilità per il mantenimento dell'eccellenza nei Grandi Ospedali

Razionale: La strada tracciata dalle indicazioni nazionali e regionali per il mantenimento dell'eccellenza nei grandi ospedali è quella corretta? Le ricette per la governance e la sostenibilità sono diverse per il grande Ospedale e per il Territorio? La sostenibilità e la governance di un sistema sanitario pubblico (ma anche privato) attengono solo agli aspetti economico-finanziari? È possibile sostenere economicamente un sistema lavorando esclusivamente dal lato della riduzione dei costi di produzione senza considerare le tariffe? Ma il malato oggi è più complesso di quello di venti anni fa? Richiede trattamenti più costosi rispetto a quelli di allora? E gli aspetti etici? E il dibattito sul fine vita? Sono argomenti che influenzano le decisioni terapeutiche? Qual è la migliore alternativa al sistema sanitario pubblico?

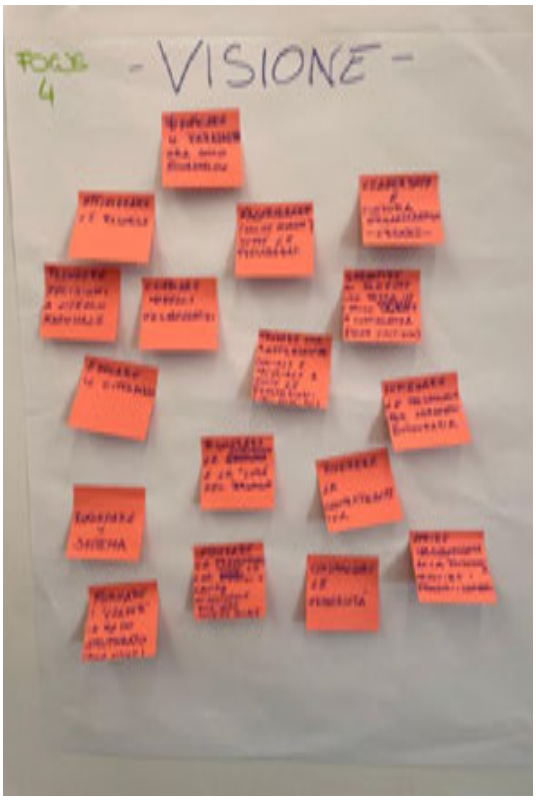
Scenario di riferimento

Il confronto restituisce un'immagine bifronte del SSN: grandi ospedali sospesi tra eccellenza clinica e fragilità gestionale. La struttura resta solida; i volumi elevati alimentano ricerca e innovazione. Le équipe esprimono un capitale professionale di alto profilo, sostenuto da personale motivato alla missione pubblica. Le dimensioni generano economie di scala, sperimentazioni su ampia casistica e capacità di integrare tecnologie che altrove non sarebbero accessibili. Questi elementi confermano la vocazione d'eccellenza.

Dietro questa superficie virtuosa emergono tuttavia debolezze strutturali. Mancano visione comune e modelli gestionali aggiornati; la carenza cronica di personale genera carichi di lavoro insostenibili, alimentando insoddisfazione e fuga di competenze. I processi restano frammentati in silos dipartimentali, con percorsi del paziente spesso guidati dalla ricerca della singola prestazione più che da una presa in carico globale. L'inappropriatezza grava su risorse già limitate, mentre l'inerzia burocratica frena la diffusione di nuove pratiche organizzative.

In questo contesto critico maturano però opportunità decisive. Una visione futura condivisa, sorretta da un cambio di paradigma verso valore e outcome, può trasformare la qualità dell'assistenza in leva di sostenibilità. L'applicazione dell'intelligenza artificiale promette supporto decisionale, riduzione degli errori e ottimizzazione dei flussi, liberando tempo clinico. Puntare su prevenzione primordiale e stili di vita sani ridurrebbe il carico di cronicità, mentre una narrazione istituzionale positiva restituirebbe fiducia ai cittadini. Collaborazioni fra pubblico e privato e una nuova dimensione etica possono attrarre investimenti, modernizzare infrastrutture e consolidare la reputazione del SSN quale motore di coesione sociale.

Lungo l'orizzonte, tuttavia, si profilano minacce concrete: l'impoverimento della coprogettazione e l'erosione dei valori fondanti del servizio pubblico potrebbero portare a immobilismo e ulteriore frammentazione. Se il collasso finanziario dovesse prevalere sulla capacità di innovare, i grandi ospedali rischierebbero di scivolare nella banalità, con un'offerta standardizzata incapace di rispondere a bisogni sempre più complessi. Affrontare queste sfide richiede leadership coraggiosa, governance data-driven e una responsabilità condivisa che rimetta al centro il valore prodotto per il paziente e per la comunità.



Le azioni proposte e le azioni prioritarie

Il confronto ha generato una roadmap di interventi che si articolano in sei assi strategici, destinati a traghettare i grandi ospedali verso un modello di governance e sostenibilità centrato sul valore.

Primo asse:

ridefinire il paradigma attuale, oggi incentrato quasi esclusivamente sul controllo della spesa. Il concetto di sostenibilità viene spostato dall'equilibrio economico-finanziario al bilanciamento fra outcome clinici, impatto sociale e uso responsabile delle risorse. In questa logica ogni prestazione deve essere valorizzata in relazione al beneficio che produce per il paziente e per la collettività. Ciò implica l'adozione di indicatori di valore condivisi a livello nazionale.

Secondo asse:

ottimizzare le risorse. La frammentazione a silos va superata. Parallelamente, la robotizzazione dei processi burocratici libera tempo clinico e migliora la qualità dei dati, condizione essenziale per un governo basato su evidenze.

Terzo asse:

investire sulle persone. Una leadership autentica e una cultura organizzativa allineata alla vision richiedono percorsi strutturati di formazione manageriale per clinici e amministrativi. La presa in carico continuativa del personale, analogamente a quella dei pazienti, restituisce motivazione e riduce la fuga verso il privato o l'estero.

Quarto asse:

decisione a livello nazionale. Le differenze regionali vanno armonizzate con linee guida prescrittive su modelli organizzativi, standard di qualità e strumenti di monitoraggio.

Quinto asse:

responsabilità verso i cittadini. L'educazione sanitaria parte dalle scuole e prosegue negli spazi digitali istituzionali. Narrare in modo corretto e positivo il valore del SSN alimenta fiducia e riduce la domanda impropria

di servizi. La prevenzione integrata – alimentazione, attività fisica, salute mentale – diventa politica pubblica, coinvolgendo comuni, associazioni e imprese.

Sesto asse:

cambiare i modelli organizzativi. Il Patient Journey sostituisce il percorso frammentato; ogni paziente viene preso in carico da un team multiprofessionale responsabile dei risultati clinici lungo l'intero continuum di cura. L'integrazione con il territorio è garantita da contratti di collaborazione formalizzati con le case di comunità e le farmacie dei servizi, assicurando transizioni fluide tra setting diversi.

Una narrazione istituzionale chiara alimenta fiducia e favorisce comportamenti responsabili, riducendo domanda impropria e sprechi.

Conclusioni

La crisi del SSN appare più indotta da una carenza di visione programmatica, dal trend di definanziamento e dal costante sottofinanziamento rispetto alla media dei Paesi dell'UE che non da una crisi dei suoi valori fondanti.

I nuovi bisogni di salute ripongono in primo piano la necessità di non perseguire nell'errore di considerare la Prevenzione come secondaria rispetto all'attività di Cura. L'invecchiamento della popolazione, l'alta prevalenza di soggetti affetti da patologie cronico-degenerative e il venir meno del sostegno delle famiglie rendono urgente l'aumento degli investimenti in prevenzione e nell'assistenza territoriale, al domicilio e nei nuovi luoghi di cura, concentrando l'assistenza ospedaliera in un numero inferiore di ospedali, resi più moderni e più efficienti al fine di rendere sostenibile la sfida delle nuove frontiere tecnologiche, compresa quella dell'intelligenza artificiale. Cronicità e fragilità richiedono l'aumento consistente e rapido del numero di operatori delle Professioni Sanitarie.

La Politica deve riscoprire il proprio ruolo di regista di un disegno organizzativo organico, superare i pregiudizi ideologici e le contrapposizioni strumentali, condurre una seria e approfondita analisi economica dei modelli organizzativi in termini di costi e benefici, abbandonare la superficiale considerazione della contrazione dei servizi a causa della voluta contrazione delle risorse, ed essere più coerente e rispettosa dei principi ispiratori del nostro SSN ancora attuali in una società in declino demografico e socioeconomico.

Hanno partecipato

Moderatore: **Antonio Scarmozzino**, Direttore medico di Presidio - Ospedale Molinette Torino, AOU CDSS, Torino

Facilitatore: **Matteo Bonin**

Partecipanti:

Paola Borelli, Dirigente Biologo SC Qualità e Risk Management Accreditamento presso il Dipartimento Qualità e Sicurezza delle Cure, AOU CDSS, Torino

Rosanna Borelli, SC Direzione Sanitaria Presidio Molinette, AOU CDSS, Torino

Chiara Benedetto, Professore Emerito di Ginecologia e Ostetricia presso il Dipartimento di Scienze Chirurgiche, Università degli Studi di Torino

Alessio Corradi, Dirigente Medico, Direzione Sanitaria Presidio Molinette presso il Dipartimento Qualità e Sicurezza delle Cure, AOU CDSS, Torino

Daniela Corsi, Responsabile SSD Integrazione ospedale territorio presso il Dipartimento Qualità e Sicurezza delle cure, AOU CDSS, Torino

Graziella Costamagna, Consigliera Nazionale SIDMI - Società Italiana dei Dirigenti delle Professioni Sanitarie e Direttore SC Dipsa, AO Ordine Mauriziano, Torino

Massimo D'Angelo, Direttore Distretto Casale, ASL Alessandria

Umberto Fiandra, Direttore Medico Ospedaliero Presidio Sant'Anna, AOU CDSS, Torino

Sebastian Giacomelli, Dirigente Medico SC Direzione Sanitaria del Presidio Molinette, AOU CDSS, Torino

Omar Kakaa, Medico specialista in Igiene e Medicina Preventiva, SC Direzione Sanitaria Presidio Molinette, AOU CDSS, Torino

Mariella Maio, Direttore f.f. SC Anestesia e Rianimazione 4, AOU CDSS, PO S. Anna, Torino

Michela Miletta, Dirigente delle Professioni Sanitarie, presso la SC Direzione delle professioni sanitarie, AOU CDSS, Torino

Augusto Modanesi, Regional Access Head, Takeda Italia

Aida Muça, Dirigente Medico presso la Direzione Sanitaria, Ospedale Infantile Regina Margherita, Torino - AOU CDSS, Torino

Elena Olivero, Dirigente Medico della Direzione Sanitaria del Presidio Molinette, AOU CDSS, Torino

Alessandro Santoro, Access & Partnership Manager, Novartis

Gitana Scozzari, Dirigente medico, Ospedale delle Molinette, AOU CDSS, Torino

Paola Serafini, Dirigente Direzione Professioni Sanitarie - Area Ostetrica Neonatale Ginecologica, AOU CDSS, Torino

Focus 5. Micrologistica in Sanità

Razionale: La micrologistica sanitaria entra in una nuova era grazie ai droni e all'idrogeno verde. Il progetto di *Advanced Air Mobility* introduce una mobilità aerea innovativa, sostenibile e integrata con il sistema sanitario, permettendo consegne rapide di farmaci e materiali anche in aree difficili da raggiungere. Il ricorso all'idrogeno verde consente di alimentare droni e mezzi a terra a zero emissioni, rendendo più efficiente e green l'intera catena logistica. Regioni come Piemonte e Veneto stanno già sperimentando queste soluzioni, puntando a operatività completa entro il 2026, per una sanità più veloce, capillare e sostenibile.

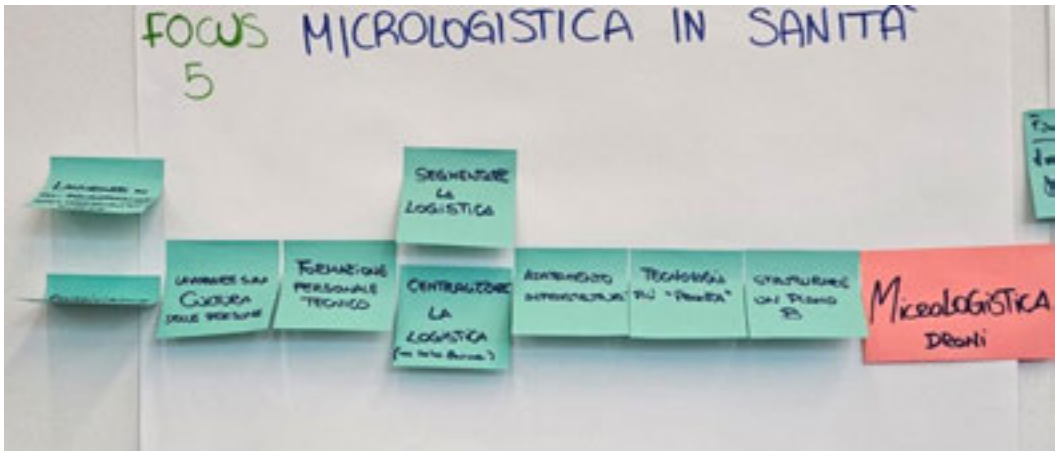
Scenario di riferimento

Il commissario Schael ha introdotto la tematica della micrologistica portando come caso studio quello del polo della Città della Salute e della Scienza di Torino, dove sono state analizzate le caratteristiche morfologiche della città e l'attuale rete logistica, che si snoda tra strade strette e spesso a senso unico. Da qui è emersa l'esigenza di affiancare alla mobilità su gomma un'alternativa aerea, tramite l'utilizzo dei droni, attualmente impiegati per coprire la rete cittadina, ma con l'obiettivo di collegare tutti i poli sanitari della regione.

Ad oggi questi dispositivi sono alimentati da batterie, che richiedono energia (con interrogativi sulla sua provenienza) e ne limitano l'autonomia. Per superare questa fragilità si sta esplorando l'impiego dell'idrogeno verde come fonte di alimentazione, riducendo le emissioni di CO_2 dell'intero sistema.

Lo sguardo ecosistemico e trasversale alla logistica porta a coinvolgere tutti gli stakeholder e a valutare opportunità e minacce, con l'obiettivo di costruire una rete di partner quanto più capillare sul territorio, prima a livello regionale e poi nazionale.

Sul tavolo è stato portato anche il caso studio della Regione Veneto, impegnata nello sviluppo e nel testing della mobilità di cose e persone tramite droni. Questo ha aperto alla comunicazione, collaborazione e co-progettazione tra enti territorialmente separati, ma accomunati da una visione condivisa.



Le azioni proposte e le azioni prioritarie

Una volta definito il contesto, per entrare più nel dettaglio delle diverse dimensioni collegate alla micro-logistica nel settore ospedaliero, abbiamo lavorato insieme alla creazione di una matrice SWOT, mettendo dunque in evidenza: punti di forza, di fragilità, opportunità e minacce.

Per i punti di forza, i partecipanti hanno messo in luce come una micro-logistica che si appoggia a un sistema di droni consenta interventi più rapidi, efficienti e puntuali, con relativi benefici per il paziente

che si trova in difficoltà. Altro fattore importante è la partecipazione attiva e proattiva degli aeroporti, come quelli di Torino, Cuneo e Padova, su cui sono già attive le prime sperimentazioni. Avere delle rotte identificate e prestabilite consente l'aumento dell'interconnessione e migliora la gestione delle tratte, programmate o in

emergenza. In questo quadrante è emersa anche la percezione positiva da parte della cittadinanza nei confronti di questa nuova tecnologia.

Passando ai punti di debolezza, grande spazio ha avuto la lentezza dell'adattamento delle norme, che ad oggi non sono ancora completamente allineate. Questa preoccupazione è stata sollevata da diversi partecipanti. Tuttavia, una voce esperta del settore ha portato l'esperienza della propria azienda attiva nel mondo dei droni, sostenendo che la normativa italiana sia tra le più moderne d'Europa. È emerso quindi il dubbio che si tratti più di un pregiudizio che di un limite reale, rendendo evidente la necessità di momenti di condivisione di esperienze e competenze. Altro punto critico è rappresentato dai limiti della tecnologia, che ancora oggi non la rendono performante al 100%: la durata dei voli, la capacità di carico, la natura delle batterie, il livello di autonomia, la necessità di formare nuove risorse e i possibili conflitti con altre attività. Ultimo punto fondamentale riguarda i costi e gli investimenti necessari per l'implementazione della tecnologia e dell'infrastruttura di supporto.

Le opportunità che si aprono in questo scenario sono variegate: su tutte, la modernizzazione del sistema sanitario, con ricadute positive sul valore reputazionale agli occhi dei cittadini, che oggi mostrano una certa disillusione nei confronti del SSN. Questo passaggio potrebbe anche portare alla creazione di nuovi posti di lavoro. La transizione verso soluzioni a idrogeno verde, in sostituzione dell'attuale micro-logistica su gomma, rappresenta un'ulteriore occasione di avvicinamento agli obiettivi di decarbonizzazione. Strutturare un sistema di connessione aerea tramite droni potrebbe aprire nuovi scenari anche per industrie diverse da quella medica, che in questo caso si pone come apripista per l'espansione delle infrastrutture e dei collegamenti su scala nazionale.

Per mettere in atto un piano tanto ambizioso, l'ambizione e il coraggio giocano un ruolo fondamentale: sono il motore da cui tutto parte e con cui si può agire sui diversi livelli manageriali. In mancanza di questi elementi, c'è il rischio che tale attitudine positiva si trasformi in una minaccia, anche perché i costi di attivazione e sviluppo sono rilevanti. Un'altra possibile minaccia si presenta nel caso in cui enti e regioni non collaborino, sviluppando soluzioni disomogenee e non compatibili, con il risultato di aumentare le distanze anziché ridurle, e di complicare ulteriormente il quadro normativo invece di semplificarlo con linee guida comuni a livello nazionale.

Alla luce di quanto emerso nella matrice SWOT, i partecipanti si sono espressi rispetto alle azioni da mettere in atto passo passo per arrivare all'integrazione dei droni nella micro-logistica:

1a. Lavorare in ottica di co-progettazione con le istituzioni

1b. Condivisione di obiettivi, conoscenze e necessità

2. Lavorare sulla cultura delle persone

3. Investire sulla formazione di personale tecnico

4a. Segmentare il mondo della logistica

4b. Centralizzare gli hub della logistica (non solo del mondo del farma)

5. Adattamento delle infrastrutture

6. Tecnologia più "pronta"

7. Strutturare un piano B

Hanno partecipato

Moderatore: **Thomas Schael**, AOU CDSS, Torino
Commissionario straordinario **Nicoletta Crisponi**, BInnovation Designer
Partecipanti:
Mattia Brunelli, SC Centro Regionale Trapianti, AOU CDSS, Torino
Guido Casellato, CEO di H2C
Roberto Colombo, Responsabile del Servizio Prevenzione Protezione e Gestione Tecnica Elisuperfici, Azienda Zero Regione Piemonte
Enrico Ferrera, Fondazione LINKS
Massimo Giannone, AOU CDSS, Torino
Adriano Leli, Direttore Generale, Azienda Zero Regione Piemonte
Giuseppe Minetti, Direttore Dipartimento dei Servizi, ASL Alessandria
Roberto Pedrale, SSD Responsabile Detenuti e mobility manager, AOU CDSS, Torino
Angelo Penna, Direttore Generale, ASL Novara
Lorenzo Pessotto, Project Manager, Città di Torino

Focus 6. Verso il Summit della Logistica in Sanità

Razionale: Un'efficiente supply chain dei materiali rappresenta uno strumento essenziale per la funzionalità della logistica sanitaria e dell'intero sistema sanitario, non solo per gli aspetti legati alla gestione dei beni, ma anche per garantire la piena operatività delle attività più strettamente sanitarie. Una riprogettazione complessiva della catena di fornitura di beni e servizi in ambito sanitario costituisce la chiave per migliorare la qualità del servizio offerto ai pazienti e ottimizzare i costi.

Il Focus Group all'interno di *Grandi Ospedali* rappresenta un momento significativo per affrontare il tema della logistica sanitaria, approfondendo criticità, prospettive e tematiche strategiche insieme ai principali esperti e stakeholder, in preparazione del **Summit della Logistica in Sanità**.

Per il 2025, il percorso del Summit prevede, oltre all'evento di giugno a Firenze, la costruzione di tavoli di lavoro con il coinvolgimento dei principali attori pubblici e privati delle diverse regioni italiane. In questi tavoli si condivideranno esperienze, progettualità e elementi di innovazione, lavorando al contempo per individuare soluzioni concrete alle criticità e problematiche ancora presenti nel settore della logistica sanitaria.

Scenario di riferimento

Durante la prima fase del laboratorio, grazie all'intervento del Dott. Pestelli che ha aperto la discussione sulle criticità logistiche, tutti i partecipanti hanno condiviso esperienze, evidenziando azioni virtuose e criticità comuni. Da questi contributi e dai report dei tre tavoli del Summit 2024 si è delineato lo scenario di riferimento.

Per anni la logistica sanitaria è rimasta "refrattaria" a logiche di supply chain manifatturiera: vista solo come riduzione delle scorte anziché come leva strategica per la qualità delle cure. Solo di recente, grazie all'effetto "Amazon" e alle difficoltà della pandemia, è emersa l'urgenza di riprogettare l'intera catena di fornitura – non solo magazzini e appalti, ma flussi a fabbisogno – per garantire tempestività, visibilità e sicurezza clinica.

Le slide di Pestelli sottolineano criticità trasversali: spazi inadeguati, scarsa visibilità in tempo reale delle scorte, carenza di competenze dedicate.

Al contempo, l'invecchiamento della popolazione e l'aumento delle cronicità impongono modelli logistici che supportino telemedicina e distribuzione farmaci a domicilio.

È stato presentato il progetto per la creazione di un Summit permanente di esperti che avrà il compito di analizzare e risolvere aspetti di criticità ed elaborare soluzioni nell'ambito di 3 tavoli di lavori specifici così definiti:

- Tavolo 1 Costruzione modelli e progetti di logistica
- Tavolo 2 Implementazione, ristrutturazione e ottimizzazione dei modelli di micro-logistica
- Tavolo 3 Definizione modelli di esternalizzazione e centralizzazione

Il Summit avrà il suo momento chiave il 12 giugno 2025 a Firenze.

Nell'ambito del Focus group è stato richiesto a un gruppo di esperti e stakeholder del settore di fornire alcune indicazioni e spunti per sviluppare i successivi lavori dei tavoli, indicando aspetti e problematiche da trattare, suddivise secondo logiche di priorità ed impatto.

Dalla discussione sono emersi quali prioritari in termini di analisi, approfondimento e ricerca di soluzioni alle criticità i seguenti punti chiave:

- Eccessiva frammentazione dei processi, e delle tecnologie utilizzate che ostacolano interoperabilità e dialogo con fornitori e stakeholder clinici
- Necessità di rivedere assetti organizzativi nei percorsi logistici con particolare riguardo alla ricerca di una maggiore integrazione di macro e micro logistica anche con l'obiettivo di armonizzare i processi creando una visione unica e strutturata
- Mancanza di figure in grado di mettere in relazione clinici, farmacisti, amministratori e fornitori logistici. Necessità di inserire nuove competenze multidisciplinari (Logistic Process Leader)
- Ricerca di partnership pubblico-privato (operatori logistici + operatori economici) attraverso lo sviluppo di progetti di PPP strutturati e analitici

- Importanza degli aspetti dell'aderenza terapeutica e della sicurezza all'interno dell'intera filiera con estensione anche alla distribuzione domiciliare del farmaco
- Rivisitazione delle strutture dei capitolati tecnici per acquisizione i servizi di logistica esternalizzata o di automazione e attrezzature

Le azioni proposte e le azioni prioritarie

Vengono discusse diverse soluzioni sulle priorità e come metterle in pratica partendo così a delineare alcune azioni prioritarie qui di seguito elencate:

- **Armonizzazione dei processi e definizione di linee guida "tipo"**
  L'analisi condotta ha mostrato come molte aziende sanitarie (in Piemonte, Toscana, Emilia-Romagna) lavorino con software e procedure diverse. Quindi è urgente creare un Tavolo Tecnico regionale per elaborare un documento unificato di procedure per gestione ordini, stoccaggio e distribuzione al fabbisogno, diventando un format per gare e capitolati. Inoltre è emerso che, oltre all'armonizzazione delle procedure, serve coinvolgere fin dalle prime fasi figure cliniche e farmacisti in workshop periodici per validare i requisiti operativi.
- **Formazione dei "Logistic Process Leader"**
  E' emersa la necessità di competenze trasversali in grado di dialogare con clinici, farmacisti e fornitori. Il gruppo propone un percorso formativo modulare con corsi su digital twin, just-in-time, misurazione aderenza terapeutica. Si è inoltre suggerito di prevedere un periodo di affiancamento nei reparti così da testare in contesti reali le simulazioni del digital twin. Sarebbe utile creare delle figure certificate e un manuale operativo disponibile per le ASL.
- **Sperimentazione di un modello hub-spoke e digital twin**
  E' stata evidenziata la necessità di utilizzare sistemi di simulazione per ottimizzare i flussi, gli spazi e le risorse necessarie nella progettazione di sistemi di logistica integrata regionale che prevedono un magazzino centrale (hub) che alimenta micro-magazzini (spoke) in ospedali di I livello e strutture territoriali. E' stato ritenuto ottimale prevedere l'avvio di un progetto pilota in una provincia selezionata per raccogliere dati su tempi di consegna e riduzione perdite.
- **Misurazione dell'aderenza terapeutica per la logistica domiciliare**
  E' stata posta l'attenzione sulla necessità di monitorare il consumo dei farmaci a domicilio con smart box IoT per pazienti cronici. Sarebbe utile attivare una piattaforma di raccolta dati per ridurre rotture di stock. Inoltre è stata proposta la creazione di dashboard condivise per monitorare in tempo reale KPI quali tempo order-to-delivery, favorendo così un continuo miglioramento delle performance.
- **Partnership pubblico-privato e creazione di un board permanente**
  E' stata sottolineata l'importanza di considerare ipotesi di PPP per sviluppare modelli di logistica innovativi e digitalmente avanzati. In tal senso è stato ritenuto utile prevedere all'interno dei tavoli di lavoro alcuni approfondimenti in tema di condivisione metriche di performance, costruzione e validazione linee guida per quanto riguarda la costruzione di progetti di PPP.
- **Capitolati tecnici "tipo" per gare e appalti**
  Nel corso del Focus è emersa la difficoltà delle ASL nell'elaborare bandi chiari. Si suggerisce pertanto che all'interno dei tavoli di lavoro si approfondiscano tutti gli aspetti e i contenuti da inserire all'interno di un capitolato unico per gare di logistica sanitaria, comprensivo di requisiti hardware, software e SLA.

Conclusioni

Le discussioni hanno evidenziato la necessità di adottare strategie operative e tecnologiche per migliorare la logistica sanitaria, garantendo efficienza, sostenibilità e orientamento al paziente.

La costruzione di un Summit permanente composto da esperti e stakeholder del settore è stato ritenuto sicuramente utile per poter dare un contributo alla costruzione di sistemi di logistica performanti ed efficienti.

Tra le priorità principali su cui lavorare all'interno del Summit emergono:

- Armonizzazione dei processi: creare linee guida unificate e coinvolgere stakeholders per validare requisiti operativi.
- Formazione: sviluppare competenze trasversali attraverso percorsi modulari e periodi di affiancamento per figure certificate.
- Sperimentazione di modelli: avviare progetti pilota con sistemi hub-spoke e digital twin per ottimizzare flussi e risorse.
- Logistica domiciliare: utilizzare smart box IoT e dashboard condivise per monitorare il consumo di farmaci e migliorare i KPI.
- Partnership pubblico-privato (PPP): sviluppare collaborazioni per modelli innovativi, accompagnati da metriche di performance e linee guida validate.
- Capitolati tecnici: definire format chiari per gare di logistica sanitaria, comprendendo dettagli hardware, software e SLA.

Hanno partecipato

Moderatore: **Nicolò Pestelli**, Telos e Carlo Rafele, Politecnico di Torino
Facilitatore: **Mirella Guastella**
Partecipanti:
Luca Calvetti, CEO Hynnova
Maurizio Da Bove, Consulente Senior in Supply Chain Sanitaria e Innovazione Tecnologica
Annalisa Gasco, Direttore SC Farmacia Ospedaliera, AO Ordine Mauriziano di Torino
Adriano Leli, Direttore Generale, Azienda Zero Regione Piemonte
Giuseppe Minetti, Direttore Dipartimento dei Servizi, ASL Alessandria

Angelo Penna, Direttore Generale, ASL Novara
Massimo Picchi, Witapp
Daniela Piccioni, Dirigente Farmacia, Azienda Zero Regione Piemonte
Alessio Attilio Rebola, Dirigente Ingegnere SC Gestione del Patrimonio, AOU CDSS, Torino
Michele Simbula, Direttore Commerciale, Plurima
Sparviero Tortello, Co.Re.Sa Regione Piemonte
Luigi Vercellino, Direttore Generale, ASL TO4

Focus 7. Nuove prospettive diagnostiche e di cura per i tumori cerebrali e ipofisari: Pituitary Unit e Neuro-oncologia clinica

Razionale: La Neuro-Oncologia è una disciplina ampia, che comprende la diagnosi e cura dei tumori cerebrali primitivi e secondari (metastasi cerebrali). I recenti avanzamenti delle conoscenze, sia in ambito diagnostico (biomolecolare e di diagnostica per immagini) che terapeutico, han reso questa disciplina estremamente complessa, che richiede un approccio super specialistico e necessariamente multidisciplinare. La SSD di Neuro-Oncologia delle Molinette, unica in Italia a direzione universitaria, nata 20 anni orsono, ha raggiunto un modello avanzato e virtuoso nel panorama non solo italiano ma europeo, con l'integrazione ed il coordinamento delle figure professionali che il paziente neuro oncologico oggi richiede. La Struttura è dotata di una equipe specialistica dedicata, di letti di ricovero e di DH dedicati al paziente neuro oncologico, ambulatori e servizio di consulenza per tutto l'Ospedale. I pazienti possono accedere per i ricoveri direttamente dal PS o dalle Divisioni di Neurologia, Neurochirurgia, Oncologia della Regione Piemonte.

L'attività ambulatoriale, con circa 20-25 passaggi al giorno, si svolge in stretta contiguità con l'attività di Day Hospital ed è incentrata su somministrazione di terapie sia per os che per via endovenosa, visite di controllo in pazienti "out of treatment", second opinion per pazienti provenienti dalla Rete Neuro-Oncologica del Piemonte e Valle D'Aosta e di fuori Regione, inserimento in trials clinici nazionali ed internazionali. Questo modello organizzativo, si inscrive in un modello "Hub and Spoke" non solo a livello Regionale ma rappresenta un Centro di eccellenza e di Riferimento nazionale per tumori rari, quali sono i tumori cerebrali, non solo assistenziale e di ricerca clinica, ma anche di formazione per i nuovi giovani che si affacciano alla Neuro-Oncologia.

Scenario di riferimento

Il confronto mette in evidenza che le esperienze della Pituitary Unit (PU) e della Neuro-Oncologia clinica dell'AOU Città della Salute e della Scienza di Torino (CDSS) rappresentano due esempi virtuosi.

La multidisciplinarietà e un approccio centrato sul paziente, l'alta specializzazione degli esperti e il loro continuo confronto, la possibilità di ambulatori condivisi, risorse umane competenti e motivate, le importanti attività di ricerca e formazione, garantiscono livelli eccellenti di diagnosi, trattamento e follow-up in un'ottica Hub & Spoke e rendono le unità un esempio avanzato di cura condivisa.

Tuttavia, resta aperto il nodo delle risorse: pochi spazi e tempi dedicati che determinano un rallentamento delle pratiche dell'attività chirurgica ma anche endocrinologica. Rileviamo soprattutto un problema di scarso investimento che forse vuol dire non solo scarso investimento in risorse tecnologiche ma anche umane, è carente il personale infermieristico specializzato, di supporto amministrativo e di personale non medico associato alla ricerca. Altri elementi che indeboliscono le potenzialità di questi centri sono: la mancanza di una *fellowship* sistematica, uno scarso dialogo con le istituzioni, e in particolare con la CDSS, il fatto che la PU non sia conosciuta negli altri ospedali della Regione e dai medici di base, rallentano il pieno riconoscimento e l'attività della PU come riferimento regionale, mentre per la neuro-oncologia, l'assenza di una codifica definita del neuro-oncologo e la complessità organizzativa dei trial richiedono un supporto istituzionale più solido. L'assenza di audit a verifica delle attività svolte e della qualità mantenuta nel tempo non facilita eventuali interventi di miglioramento dell'organizzazione.

Le opportunità per portare avanti queste realtà virtuose ed estenderle al territorio nazionale stanno nella formazione specifica, nella quantificazione corretta del numero di PU e di reparti di neuro-oncologia necessari e auspicabili in regione Piemonte e ancor più su tutto il territorio nazionale, il creare documenti condivisi tra PU e neuro-oncologia per la gestione dei tumori più aggressivi, delle loro complicanze e terapie. La definizione di un percorso ben definito per l'invio a discussione in PU e la ricerca associata potrebbero dare un'ulteriore spinta all'eccellenza.

A minaccia delle attività virtuose reali e potenziali vi è lo smantellamento dei centri di eccellenza per una mancata comprensione del loro ruolo cruciale, la creazione di centri che non soddisfino tutte le caratteristiche

richieste per essere definiti di Riferimento e di Eccellenza, le previsioni non corrette (sotto o sovrastimate) rispetto alle necessità, la dispersione delle risorse e le liste di attesa non gestibili che ritardano la terapia e quindi allontanano i pazienti.

Le azioni proposte e le azioni prioritarie

Il confronto ha generato una serie di interventi in diversi ambiti.

Potenziamento dei centri di eccellenza esistenti

È fondamentale **aumentare gli investimenti** nei centri già virtuosi (es. Pituitary Unit, Neuro-Oncologia) affinché possano soddisfare pienamente i criteri internazionali per essere riconosciuti come *Pituitary Centers of Excellence* (PTCoE) o equivalenti. L'eccellenza non può essere misurata solo rispetto allo standard attuale, ma deve puntare a superarlo, rappresentando un modello da imitare.

Questi centri devono disporre di **spazi, personale, strumentazioni e risorse dedicate**, incluse quelle necessarie alla ricerca e ai trial clinici, per garantire continuità, qualità e sostenibilità dell'attività assistenziale e scientifica.

- È necessario trovare **spazi fisici e organizzativi** per far sì che le eccellenze non generino disservizi, ma al contrario migliorino l'intero sistema. La creazione di hub di riferimento comporta il rischio di allungamento delle liste d'attesa se non sono disponibili risorse adeguate o ben amministrate.
- Bisogna rafforzare le **risorse non cliniche** (data manager, trial coordinator, figure amministrative) a supporto delle attività cliniche e di ricerca. Senza supporto organizzativo le attività amministrative e burocratiche gravano eccessivamente sul tempo clinico, con effetti negativi sulla cura.

Diffusione e replicabilità del modello

Occorre **esportare i modelli virtuosi** in altre regioni tramite linee guida, formazione, consulenze interregionali e strumenti di governance che ne facilitino l'adozione e attraverso la definizione dei criteri che qualificano un centro come Hub.

Serve **aumentare la conoscenza e la visibilità** di questi centri sul territorio, migliorando la comunicazione con i medici di base e con i pazienti. Serve un piano di educazione del territorio per informare operatori sanitari e pazienti sull'esistenza e le caratteristiche dei centri di eccellenza.

Formazione e trasmissione di competenze

La continuità nel tempo richiede una pianificazione del ricambio generazionale, con **percorsi formativi dedicati** (es. Master post-specializzazione, certificazioni, borse di studio).

È prioritario formalizzare e gestire il **passaggio di competenze**, garantendo che l'expertise acquisita non venga dispersa. Questa gestione deve essere ovviamente immaginata e attuata in anticipo in modo che non ci sia un vuoto temporale/governativo che impatta sulla continuità

Definizione di criteri, indicatori e governance

È necessaria una **programmazione sanitaria fondata sui dati**: quanti casi si verificano, quali centri li gestiscono, che risorse servono. La governance deve coinvolgere clinici e ricercatori in modo strutturato. Occorre prevedere il fabbisogno nazionale e regionale di centri in base alla distribuzione e incidenza dei casi, evitando la frammentazione.

La **concentrazione dell'esperienza in centri selezionati** garantisce qualità: per molte patologie rare o interventi complessi, un volume minimo di attività annua è cruciale (es. 100 interventi/anno preferibile, 50 accettabile).

Serve stabilire **indicatori di risultato** chiari per valutare la qualità e l'impatto dei centri (esiti clinici, attività scientifica, attrattività, formazione) e programmare **audit** per valutarne la conformità.

Reti, registri e previsione del fabbisogno

Va promossa la costruzione di **reti strutturate tra centri** (es. come accade per la Rete Oncologica), favorendo la comunicazione, la condivisione di casistica e la collaborazione scientifica.

È importante creare **registri di patologia** per monitorare in modo sistematico l'epidemiologia, gli esiti e le necessità organizzative.

Conclusioni

I Centri di Riferimento e di Eccellenza come la Pituitary Unit o la NeuroOncologia sono scarsamente presenti sul territorio nazionale Italiano e sono sempre sorti sulla base di una "expertise" spontanea radicata in un certo territorio. Eppure essi rappresentano dei modelli validi ed efficienti di gestione condivisa e multidisciplinare dove i singoli specialisti si contaminano e si arricchiscono culturalmente gli uni e gli altri aumentando la qualità e la quantità delle cure offerte ai pazienti. Una visione prospettica ma non miope della gestione della Salute dovrebbe individuare in tali strutture organizzative un metodo di management delle malattie, in particolare quelle rare o meno frequenti, che ottimizza gli *outcome*, il rapporto costo/beneficio, migliora l'utilizzo delle risorse economiche e del capitale umano senza dimenticare che fornisce una importante base documentale di dati per la ricerca scientifica e la formazione.

Hanno partecipato

Moderatore: **Silvia Grottoli**, AOU CDSS, Torino e **Francesco Zenga**, AOU CDSS, Torino
Facilitatrice: **Alessandra Pietropoli**
Partecipanti:
Emanuela Arvat, AOU CDSS, Torino
Chiara Bona, AO Santa Croce e Carle, Cuneo
Piergiorgio Car, AOU Maggiore della Carità di Novara
Daniela Cuboni, Università degli Studi di Torino
Diego Garbossa, AOU CDSS, Torino
Marco Iudicello, AO Mauriziano di Torino
Alessia Pellerino, AOU CDSS, Torino
Federica Penner, AOU CDSS, Torino
Nunzia Prencipe, AOU CDSS Torino

Focus 8. Le nuove frontiere degli Enti del Terzo Settore: co-programmazione e co-progettazione

Razionale: Il focus si baserà sulle novità introdotte dal decreto Legislativo 117/2017 - Codice del Terzo Settore nella gestione delle modalità operative per avviare e realizzare progetti con le Pubbliche Amministrazioni. Tali novità hanno portato a dei cambiamenti profondi nel modo di fare volontariato e ambiti di interventi diversi dal volontariato classico a cui eravamo abituati introducendo adempimenti giuridico-amministrativi stringenti. Verranno affrontati, infatti, i nuovi scenari che stanno emergendo nei progetti condivisi con gli Enti del Terzo Settore che vedono meno volontari attivi nei reparti ospedalieri e più attività volte a politiche di fundraising e donazioni, alle campagne di prevenzione primaria e alle iniziative di sensibilizzazione su patologie varie e progetti specifici.

Scenario di riferimento

Dopo l'intervento dei relatori, il laboratorio è proseguito con un'esplorazione collettiva dello scenario attuale, elaborando una mappa – SWOT - che ha messo in luce risorse e criticità, opportunità e rischi per le associazioni in questa fase di trasformazione. Ne è emerso un quadro ricco e articolato, che riflette sia il patrimonio delle organizzazioni, sia le tensioni che attraversano il settore.

Punti di forza: la vicinanza concreta alle persone e la capacità di operare in modo flessibile e rapido sono un elemento di valore. Le associazioni conoscono i bisogni del paziente e delle famiglie, sanno riconoscere le criticità del sistema e orientare verso soluzioni praticabili, grazie anche alla motivazione dei volontari e alla collaborazione con le aziende ospedaliere. Il volontariato in Italia ha storicamente mostrato una capacità auto-accomodativa, affiancando lo Stato e fungendo da "cuscinetto" alle tensioni sociali. L'iscrizione al RUNTS valorizza le associazioni trasparenti e capaci di impattare

Punti deboli: quello più segnalato riguarda la difficoltà crescente della gestione amministrativa data dall'impatto della burocrazia, dalla lentezza e complessità del RUNTS, a cui si aggiunge la variabilità tra Regioni. Anche la scarsa preparazione al cambiamento degli ETS è un punto critico. Si teme inoltre che le realtà più piccole, prive di strumenti adeguati, possano essere escluse dai nuovi processi. La sostenibilità economica di lungo periodo è percepita fragile, in mancanza di fundraising condiviso; infine, la frammentazione associativa e la bassa visibilità rendono difficile raggiungere obiettivi comuni.

Opportunità: le associazioni vedono la possibilità di disegnare reti e obiettivi condivisi, generare maggiore efficacia nei progetti, rispondere meglio ai bisogni, innovare e tutelare maggiormente il paziente. L'integrazione di competenze tra associazioni può stimolare la crescita interna, favorendo una visione più ampia e una maggiore attenzione all'impatto generato.

Rischi: la scomparsa delle piccole associazioni non strutturate, il sovraccarico operativo e il burn out dei volontari, la demotivazione legata alla perdita di spontaneità, le difficoltà nel riconoscere i ruoli tra ETS e PA, il rischio di marginalità nella sanità, un possibile deficit di credibilità, fino all'ipotesi estrema del collasso del sistema.

Le azioni proposte e le azioni prioritarie

Le associazioni hanno riconosciuto la necessità di ripensarsi in modo più collettivo e strategico alla luce delle trasformazioni normative in corso. Dai post-it emerge un orientamento chiaro: per affrontare la complessità della co-programmazione e co-progettazione serve un salto culturale che metta al centro le relazioni, la fiducia reciproca e la capacità di generare valore condiviso.

Di seguito le azioni proposte

- Costruire spazi di confronto ETS–PA

- Superare l'autoreferenzialità (ETS)
- Favorire la conoscenza reciproca tra enti
- Valorizzare i punti di forza di ciascuna organizzazione al servizio del gruppo
- Costruire reti territoriali tra ETS
- Avviare esperienze di coprogettazione come apprendimento reciproco
- Supportare le reti, supportare processi collaborativi (PA)

Il primo ambito d'intervento riguarda il dialogo con le istituzioni. Le associazioni chiedono un rapporto rinnovato con le Pubbliche Amministrazioni, basato non solo su procedure, ma su relazioni fondate sulla fiducia, sul riconoscimento reciproco dei ruoli e sulla volontà condivisa di migliorare il sistema salute.

Il secondo ambito riguarda il superamento dell'autoreferenzialità. Le associazioni sono consapevoli che, per incidere davvero, è indispensabile aprirsi, mettersi in discussione e agire in logica di rete. Il "noi collettivo" non è solo una dichiarazione d'intenti, ma un nuovo modo di essere volontariato: lavorare insieme, integrando approcci, competenze e risorse, permette di generare soluzioni più forti, sostenibili e innovative.

L'implementazione della rete è indicata come un'azione centrale e trasversale. È un processo lungo, ma essenziale per affrontare sfide complesse e migliorare la qualità delle proposte.

Un aspetto emerso con forza è il ruolo della Pubblica Amministrazione nel sostenere e alimentare queste reti. Il rischio maggiore, infatti, è che la responsabilità di "fare rete" ricada unicamente sulle associazioni, che spesso mancano del tempo, delle risorse e degli strumenti adeguati.

Alle istituzioni si chiede di diventare partner attivi e facilitatori di processi inclusivi, valorizzando il capitale sociale già presente.

In definitiva, il nuovo scenario richiede che le associazioni non agiscano più in modo isolato, ma si riconoscano come parte di un ecosistema più ampio. La co-progettazione è occasione non solo tecnica ma trasformativa: rafforza la capacità interna degli ETS, migliora l'efficacia dei progetti e genera cultura della collaborazione. Il punto di partenza è già presente nei tratti distintivi del volontariato: prossimità, flessibilità, visione del bene comune.

Per renderli davvero operativi servono relazioni nuove, spazi di alleanza e pratiche condivise. Le associazioni sono pronte a fare la loro parte, se sostenute da un contesto che le supporti nel cambiamento.

Hanno partecipato

Moderatori: **Lia Di Marco**, AOU CDSS, Torino; **Chiara Benedetto**, Fondazione a Misura di Donna e Sebastiano Marra, Amici del Cuore

Facilitatore: **Barbara Faussone**, Training Designer e Facilitatrice

Partecipanti:

Felice Accornero, AVO - Associazione Volontari Ospedalieri
Irene Bonansea, FORMA - Fondazione Ospedale Infantile Regina Margherita
Walter Calosso, ACAT TORINO CENTRO - Associazione Club Alcologici Territoriali Torino Centro
Teresa Collino, ACAT TORINO CENTRO - Associazione Club Alcologici Territoriali Torino Centro
Daniela Da Milano, LET'S GO DISLESSIA
Benedetta Foglio, Fondazione Koelliker
Manuela Lamberti, ACAT TORINO CENTRO - Associazione Club Alcologici Territoriali Torino Centro
Stefania Lauria, ACAT TORINO CENTRO - Associazione Club Alcologici Territoriali Torino Centro
Giuseppe Muscio, ACAT TORINO CENTRO - Associazione Club Alcologici Territoriali Torino Centro
Caterina Negri, ABIO TORINO ODV - Associazione per il Bambino in Ospedale
Monica Rampino, ANDOS COMITATO TORINO - Associazione Nazionale Donne Operate al Seno
Alessandra Rosina, AIBWS - Associazione Italiana Sindrome di Beckwith-Wiedemann
Emma Sarlo Postiglione, UGI - Associazione Unione Genitori Italiani contro il tumore dei bambini
Mara Scagni, CITTADINANZATTIVA, Regione Piemonte
Sara Sibona, Presidente Fondazione Uniti per crescere insieme
Luigi Stella, FARO - Fondazione Assistenza Relazione Oncologica
Paola Varese, Presidente del Comitato Scientifico di FAVO - Direttore SC Medicina a indirizzo Oncologico presidio Ovada ASLAL
Giorgia Ventura, Fondazione ricerca Molinette

KONCEPT
FIRENZE

Sede Legale
Via G. Tartini, 5B
50144 Firenze

Sede Operativa
Via F. Baracca, 1C
50127 Firenze
(+39) 055 357223

grandiospedali@koncept.it

Scarica la App **MyGrandiOspedali**
e rimani aggiornato

www.grandiospedali.it