



Barometro della resilienza sanitaria BD

Edizione 2024





Indice

PREFAZIONE	4
EXECUTIVE SUMMARY	6
METODOLOGIA	8
Selezione degli indicatori di resilienza	8
Punteggio di resilienza	10
CAPITOLO 1: I PAZIENTI	12
Le disuguaglianze nell'accesso alle cure nell'area EMEA	14
Quando la sanità stessa è a rischio	15
Infezioni nosocomiali	15
Sepsi	16
Errori ed effetti avversi del trattamento medico	17
Prevenire errori ed effetti avversi	18
La lotta contro gli agenti patogeni resistenti ai farmaci	18
CAPITOLO 2: IL PERSONALE SANITARIO	36
Carenza di personale e dati demografici	38
Benessere e sicurezza psicofisica del personale	41
CAPITOLO 3: EFFICIENZA	52
Costruire la resilienza sanitaria: perché i processi sono importanti	52
La sfida della sostenibilità ambientale	53
Sfide finanziarie e operative	54
La sostenibilità ambientale emerge come una preoccupazione fondamentale	57
Efficienza e sostenibilità nell'assistenza sanitaria: uno sguardo al futuro	58
VERSO IL FUTURO: RACCOMANDAZIONI	76
APPENDICE	78
Fonti di dati primarie e secondarie	78
Sistema di punteggio del Barometro della resilienza sanitaria BD	82



Oggi i sistemi sanitari di tutto il mondo sono di fronte a un bivio.

Roland Goette

Vicepresidente esecutivo e Presidente EMEA, BD

Prefazione

La pandemia di COVID-19 ha messo in luce le vulnerabilità degli attuali modelli sanitari, rendendo chiaro che è necessaria una trasformazione fondamentale. Al centro di questa trasformazione stanno emergendo due temi critici: la sostenibilità e la resilienza dei nostri sistemi sanitari. Solo un cambiamento sistemico potrà sostenere solide basi per il futuro dell'assistenza sanitaria. Nel 2023, il primo Barometro della resilienza sanitariadi BD ha esplorato la varietà di fattori che influiscono sulla stabilità del nostro sistema sanitario, dai cambiamenti demografici della popolazione e i vincoli in termini di risorse, agli sviluppi del contesto macroeconomico fino all'aumento delle malattie croniche.

Quest'anno verranno esaminati più da vicino tre componenti fondamentali che influiscono sull'erogazione delle cure: i pazienti, il personale e i processi che guidano l'efficienza complessiva. Queste componenti sono strettamente interconnesse. Pertanto, le sfide che le riguardano devono essere affrontate in modo olistico per consentire la costruzione di sistemi sostenibili e resilienti, in grado di preservare l'accesso a cure sicure e di alta qualità per le generazioni attuali e future, riducendo al minimo l'impatto sull'ambiente.

Perché è essenziale evidenziare queste tre aree specifiche del Barometro della resilienza sanitaria di BD 2024?

La missione principale di ogni sistema sanitario è fornire cure sicure e di alta qualità ai pazienti. Dare priorità alla sicurezza durante l'intero percorso di cura non solo avvantaggia i pazienti stessi, ma porta anche a una maggiore efficienza operativa. Poiché la carenza di personale e il burnout continuano ad aumentare,^{1,2} degenze ospedaliere più

brevi e tassi di riammissione più bassi possono consentire l'ottimizzazione delle risorse esistenti; il miglioramento del benessere del personale può tradursi in una maggiore sicurezza del paziente.³ Tutto ciò eleverà gli standard di assistenza al paziente. Allo stesso tempo, è anche fondamentale affrontare l'impatto di sfide come l'impronta di carbonio dell'assistenza sanitaria.⁴ Questo ciclo virtuoso è ciò che dobbiamo seguire come principio guida della trasformazione che ci attende.

Le soluzioni necessarie per affrontare le sfide dei sistemi sanitari odierni richiedono la collaborazione e l'impegno collettivo di tutti gli attori collegati direttamente e indirettamente all'erogazione dell'assistenza. Comprende quindi la politica, i sistemi regolatori, i ricercatori, il mondo accademico, gli operatori sanitari, i finanziatori, il mondo assicurativo, i pazienti e l'industria.

Il Barometro della resilienza sanitaria BD di BD 2024 cattura le prospettive delle parti interessate in tutto l'ecosistema sanitario e delinea il ruolo che ognuno può svolgere nella costruzione di sistemi sanitari sostenibili resilienti, reattivi e pronti per le nuove esigenze, in evoluzione delle nostre società.

- 1 Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). *Ticking timebomb: Without immediate action, health and care workforce gaps in the European Region could spell disaster*. <https://www.who.int/europe/news/item/14-09-2022-ticking-timebomb-without-immediate-action-health-and-care-workforce-gaps-in-the-european-region-could-spell-disaster>
- 2 Intensive Care Med. 27 Marzo 2023. *High-level burnout in physicians and nurses working in adult ICU: a systematic review and meta-analysis*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36971792/>
- 3 PubMed. *Healthcare professionals' perception of their working environment and how to handle mental strain*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37132084/>
- 4 Health care Without Harm. *Healthcare climate footprint report*. https://noharm-global.org/sites/default/files/documents-files/5961/HealthCaresClimateFootprint_092319.pdf



Executive Summary



1

Pazienti

Le sfide per la sicurezza del paziente, come le infezioni nosocomiali (vedere pagina 15) e gli effetti avversi dei trattamenti medici (vedere pagina 17) sono prevalenti in tutta l'area EMEA e aggravano l'impatto della malattia, oltre a comportare costi significativi per i sistemi sanitari.



3

Personale sanitario

Il burnout tra il personale sanitario è diffuso in tutte le regioni (vedere pagina 38), e il barometro della resilienza sanitaria BD evidenzia una forte necessità di quadri legislativi nazionali in materia di salute e sicurezza sul lavoro, per garantire il benessere degli operatori sanitari e il rispetto di standard elevati da parte delle istituzioni (vedere pagina 41).



2

Pazienti

Sebbene i sistemi sanitari abbiano iniziato a introdurre misure per il controllo delle infezioni, sono necessari maggiori sforzi per sviluppare linee guida ospedaliere e sistemi di sorveglianza che riducano costantemente il rischio di infezioni e combattano la minaccia della resistenza agli antimicrobici (AMR).



4

Efficienza

Sebbene l'Europa ottenga risultati relativamente buoni nel barometro della resilienza sanitaria BD in generale, un'analisi più approfondita dell'area dell'efficienza mostra scarsi risultati per quanto riguarda la durata della degenza ospedaliera e i decessi prevenibili, rivelando la necessità di una migliore gestione delle cure e di una più efficiente allocazione delle risorse nei servizi sanitari.



5

Efficienza

La riduzione delle inefficienze nei percorsi di cura è fondamentale, in quanto può sbloccare enormi opportunità per i sistemi sanitari al fine di migliorare la sicurezza, i risultati e l'esperienza dei pazienti, migliorare il benessere del personale sanitario, ottimizzare la spesa e affrontare la sfida della riduzione dell'impronta ambientale del settore.

Metodologia

Selezione degli indicatori di resilienza

L'edizione di quest'anno del Barometro della resilienza sanitaria BD misura la resilienza dei sistemi sanitari in 100 Paesi in Europa, Medio Oriente e Africa (EMEA) attraverso le lenti di tre pilastri fondamentali di un sistema sanitario: i pazienti, il personale sanitario, i processi e i flussi di lavoro che influiscono sull'efficienza e la sostenibilità complessive dell'assistenza.

Secondo l'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) un sistema sanitario resiliente è "in grado di prevenire, prepararsi a, individuare, adattarsi a, rispondere e riprendersi efficacemente dalle minacce per la salute pubblica, garantendo nel contempo il mantenimento della qualità dei servizi sanitari essenziali e di routine in tutti i contesti."⁵

La metodologia della prima edizione del Barometro della resilienza sanitaria BD è stata adattata, utilizzando una nuova serie di indicatori di resilienza che coprono le tre aree tematiche.

Gli indicatori sono stati selezionati per riflettere le sfide che i sistemi sanitari devono affrontare dal punto di vista dei pazienti, del personale sanitario e dell'efficienza e sostenibilità dell'assistenza.

Il Barometro della resilienza sanitaria BD 2024 è composto da un totale di 22 indicatori. L'inclusione dei Paesi nel Barometro della resilienza sanitaria BD è stata subordinata alla disponibilità di dati per almeno 10 dei 22 indicatori.



Figura 1: Barometro della resilienza sanitaria BD 2024 – Temi centrali



Tabella 1: Barometro della resilienza sanitaria BD 2024 Indicatori per tema

Pazienti	Personale sanitario	Efficienza
Copertura sanitaria universale	Rapporto personale-pazienti – infermieri	Inflazione
Effetti avversi del trattamento medico	Rapporto personale-pazienti – medici	Spesa sanitaria
Complicazioni successive procedure terapeutiche	Rapporto infermieri-medici	Aspettativa di vita in buona salute
Infezioni nosocomiali (ICA)	Infermieri di età pari o superiore a 55 anni	Decessi prevenibili
Infezioni del sito chirurgico (SSI)	Burnout del personale sanitario	Durata della degenza ospedaliera
Sepsi	Salute sul lavoro e politica di sicurezza	% impronta ambientale del settore sanitario sul totale
Decessi correlati all'AMR		Emissioni di CO2 pro capite nel settore sanitario
Sorveglianza delle ICA		
Linee guida sulle ICA		

⁵ Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). *Health Systems Resilience*. <https://www.who.int/teams/primary-health-care/health-systems-resilience>

Il Barometro della resilienza sanitaria BD è stato sviluppato utilizzando una selezione di letteratura primaria e set di dati secondari provenienti da fonti riconosciute a livello internazionale, tra cui l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), l'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE), l'Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), la Banca Mondiale e il Centro Europeo per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (ECDC). È stata inoltre condotta una ricerca primaria per integrare i risultati. Ciò ha incluso un'indagine tra gli operatori sanitari e una serie di interviste

approfondite con key opinion leader del settore sanitario nell'area EMEA.

Il contenuto di ciascuna intervista riflette il punto di vista della singola parte interessata sugli argomenti trattati e non necessariamente la posizione dell'organizzazione che rappresenta o di BD.

È possibile consultare l'Appendice (Tabelle 12–15) per riferimenti più dettagliati, per ulteriori informazioni sulla ricerca e per un elenco completo delle parti interessate consultate.

Punteggio di resilienza

Gli indicatori di resilienza selezionati per il Barometro della resilienza sanitaria BD sono stati raggruppati in una delle tre aree tematiche sopra indicate. Con i dati grezzi raccolti su scale e misure diverse, tutti gli indicatori di resilienza sono stati poi standardizzati su una scala da 0 a 100 per consentire un confronto.

All'interno di ciascuno dei tre temi, i punteggi specifici degli indicatori sono stati aggregati per produrre un punteggio tematico e quindi per creare il punteggio di resilienza complessivo a livello nazionale. Un punteggio più alto del Barometro corrisponde sempre ad una performance migliore (positiva).

Ulteriori informazioni sulla standardizzazione dei dati e sul processo di punteggio possono essere trovate nell'Appendice.



Capitolo 1

Pazienti

Sebbene il concetto di resilienza sanitaria possa essere interpretato e misurato in diversi modi, alcuni degli indicatori più importanti della solidità di un sistema sanitario sono legati ai pazienti. I vari punti di forza e di debolezza dell'assistenza possono riflettersi sugli esiti del paziente, sulla sicurezza del paziente o sull'esperienza del paziente. Pertanto, la creazione di un'assistenza sanitaria resiliente deve essere guidata dall'obiettivo di creare sistemi in grado di soddisfare i bisogni di salute dei pazienti attuali e futuri in modo sicuro ed efficiente.

In questo primo capitolo del rapporto verrà esplorata la resilienza sanitaria nei Paesi dell'area EMEA attraverso la lente dei pazienti e della loro sicurezza. In BD crediamo che la sicurezza del paziente sia fondamentale per la resilienza dell'assistenza sanitaria. Le vulnerabilità inerenti all'assistenza medica fanno sì che l'implementazione dell'innovazione per ridurre al minimo il rischio di danni ai pazienti debba essere una priorità per tutte le organizzazioni sanitarie. È inoltre essenziale sensibilizzare e formare il personale per identificare e mitigare efficacemente il rischio di danni lungo tutto il percorso del paziente, al fine di consentire un'assistenza sanitaria sicura e di alta qualità per le generazioni attuali e future.⁶

I progressi nel campo della medicina negli ultimi decenni hanno migliorato significativamente

la sicurezza dei pazienti in tutto il mondo, tuttavia continuano ad esserci minacce in corso ed emergenti.⁷ Il costo delle cure non sicure è considerevole, sia in termini di onere sanitario per i pazienti colpiti, sia in termini di costi finanziari attribuibili agli incidenti relativi alla sicurezza dei pazienti.^{8,9}

Nel valutare la resilienza dei sistemi sanitari nei Paesi EMEA dal punto di vista del paziente, il Barometro della resilienza sanitaria BD si concentra su questioni chiave tra cui l'accesso alle cure, la resistenza agli antimicrobici (AMR), le infezioni correlate all'assistenza (ICA) e le complicanze legate al loro trattamento. Sebbene questi argomenti specifici non riflettano in modo esaustivo tutte le sfide legate alla sicurezza del paziente, è utile approfondire alcuni dei problemi più acuti legati alla sicurezza del paziente che hanno un impatto più ampio.¹⁰

6 Rete dell'Unione europea per la sicurezza dei pazienti (EUNetPaS). *Use of Patient Safety Culture Instruments and Recommendations*; 2010. https://webgate.ec.europa.eu/chafea_pdb/assets/files/pdb/2007109/2007109_eunetpas-report-use-of-psci-and-recommendations-april-8-2010.pdf

7 Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico. *The economics of patient safety*; 2020. <https://www.oecd.org/health/health-systems/Economics-of-Patient-Safety-October-2020.pdf>

8 Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico. *The economics of*

patient safety; 2020. <https://www.oecd.org/health/health-systems/Economics-of-Patient-Safety-October-2020.pdf>

9 Slawomirski, L, Aaraaen, A, Klazinga, N. *The economics of patient safety: Strengthening a Value-Based Approach to Reducing Patient Harm at National Level*. <https://doi.org/10.1787/18152015>

10 World Health Organisation. *Patient Safety: Global Action on Patient Safety: Report by the Director-General*. Ultimo accesso 3 agosto 2022. <https://iris.who.int/handle/10665/327526>

Figura 2: Mappa che mostra le performance complessive del Barometro relative al capitolo "Pazienti" a livello EMEA

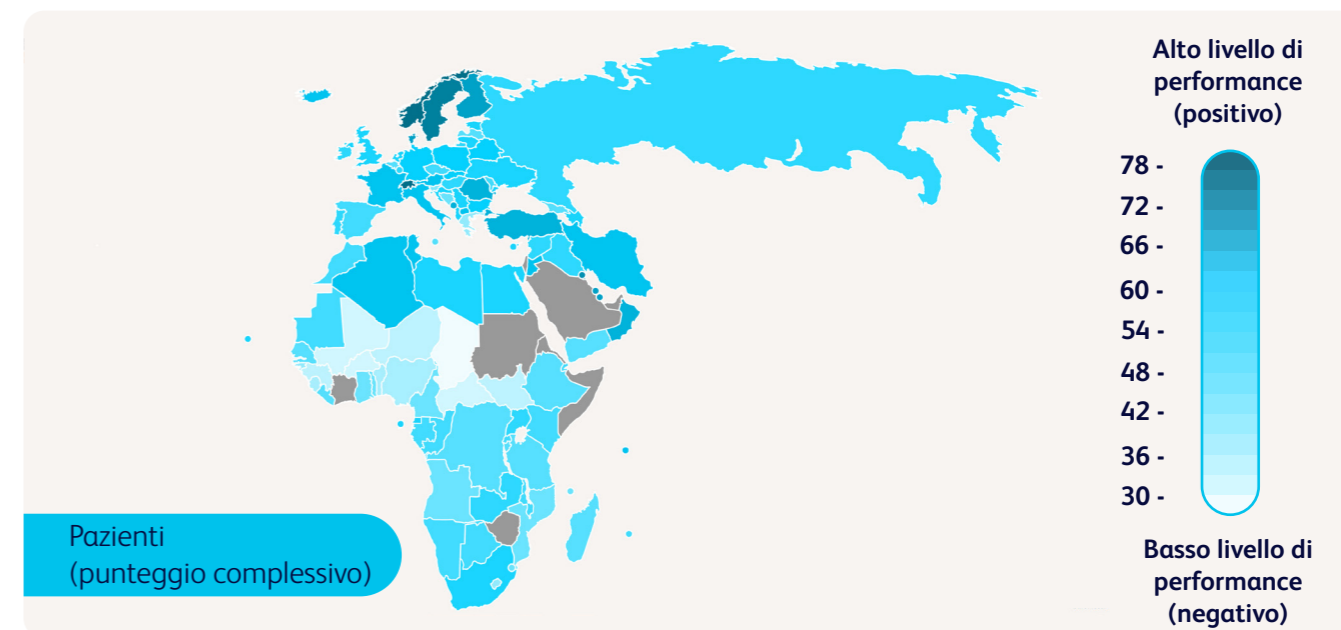


Tabella 2: Performance complessive del barometro relativo ai "pazienti" – Paesi selezionati (in ordine di classifica)

Paesi (in ordine di classifica)	Classifica EMEA (su 100 paesi)
1. Svizzera	2 nd
2. Svezia	3 rd
3. Danimarca	6 th
4. Francia	21 st
5. Italia	22 nd
6. Polonia	23 rd
7. Germania	26 th
8. Regno Unito	38 th
9. Paesi Bassi	40 th
10. Irlanda	45 th
11. Spagna	53 rd
12. Belgio	67 th

Dichiarazione di non responsabilità: Per il rapporto sul Barometro della resilienza sanitaria BD, il nostro obiettivo principale era fornire una visione completa della resilienza dei sistemi sanitari in Europa, Medio Oriente e Africa (EMEA). Per garantire la pertinenza e l'applicabilità dei risultati, sono stati consultati diversi key opinion leader in tutta la Regione. Durante le interviste, è apparso evidente che, sebbene un'ampia panoramica sia essenziale, è anche necessario approfondire le Performance regionali ed esplorare come le sfide in materia di sicurezza del paziente, forza lavoro ed efficienza continuano a incidere sulla resilienza dei sistemi sanitari più avanzati in Europa. L'inclusione di dati focalizzati su un gruppo selezionato di Paesi serve ad arricchire l'analisi e a fornire approfondimenti sulle dinamiche sanitarie regionali.

Le disuguaglianze nell'accesso alle cure nell'area EMEA

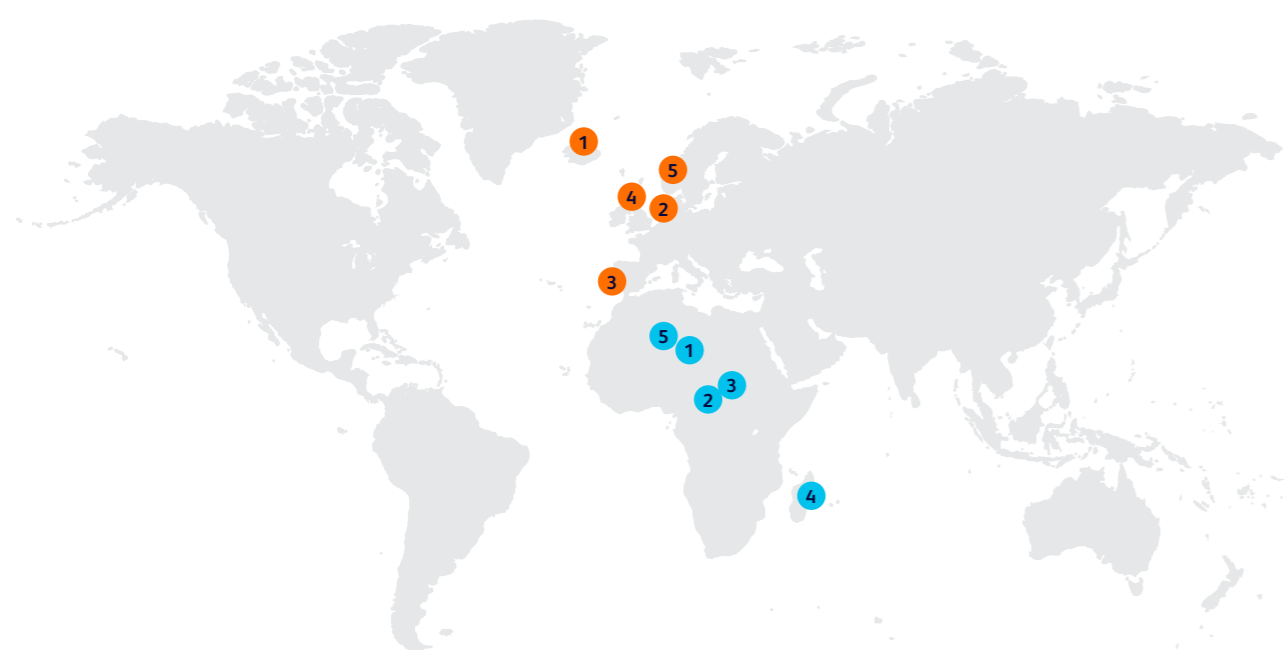
Nel considerare il punto di vista del paziente, è importante partire dall'accesso all'assistenza sanitaria. Non ha senso valutare e analizzare la resilienza dei sistemi sanitari che rimangono inaccessibili a gran parte della popolazione.

In tutta la regione EMEA, il Barometro della resilienza sanitaria BD rivela forti disparità nel livello di copertura sanitaria universale (UHC). Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), copertura sanitaria universale significa che tutte le persone hanno accesso all'intera gamma di servizi sanitari di qualità di cui hanno bisogno, quando e dove ne hanno bisogno, senza incorrere in difficoltà finanziarie.

Copre l'intero spettro dei servizi sanitari essenziali, dalla promozione della salute alla prevenzione, dal trattamento, alla riabilitazione e alle cure palliative nel corso della vita.¹¹ Come mostra la Tabella 3, i paesi dell'Europa settentrionale e occidentale hanno performance migliori, mentre molte popolazioni in Africa si trovano a dover affrontare barriere ai servizi essenziali.

Tabella 3: Copertura sanitaria universale: i primi 5 e gli ultimi 5 Paesi (EMEA)

Fonte: UHC service coverage index - SDG 3.8.1(WHO)



Primi 5

- 1 Islanda
- 2 Germania
- 3 Portogallo
- 4 Regno Unito
- 5 Norvegia

Ultimi 5

- 1 Ciad
- 2 Repubblica Centrafricana
- 3 Sudan del Sud
- 4 Madagascar
- 5 Niger

¹¹ World Health Organisation. *Universal health coverage (UHC)*; 2023. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))

Identificare e affrontare le disparità nell'accesso ai servizi sanitari essenziali è fondamentale per garantire che i pazienti in tutto il mondo abbiano pari opportunità per ottenere le cure e le cure di cui hanno bisogno. A livello globale, i sistemi sanitari

possono essere veramente resilienti solo se sono in grado di servire i pazienti indipendentemente dalla posizione geografica e dallo stato socioeconomico in cui si trovano.

Quando la sanità stessa è un rischio

Anche con l'accesso all'assistenza sanitaria e ai trattamenti, i pazienti devono affrontare rischi intrinseci associati all'assistenza medica, che vanno dagli effetti avversi dei farmaci alle complicanze dei trattamenti e alle ICA.¹² Questi rischi si presentano non

solo nei paesi a basso e medio reddito, ma anche nei sistemi sanitari meglio finanziati, il che può avere un impatto sui pazienti, sul personale sanitario e sull'efficienza generale delle prestazioni sanitarie.

Infezioni nosocomiali (ICA)

Secondo le stime, solo in Europa ogni anno si verificano 8,9 milioni di episodi distinti di ICA negli ospedali per cure acute e nelle strutture di assistenza a lungo termine,^{13,14} perché i pazienti contraggono queste infezioni durante le cure. Poiché i dati mostrano che il 42% dei pazienti affetti da ICA vengono riammessi in ospedale entro 30 giorni,¹⁵ il carico di queste infezioni sul sistema è significativo.

Le ICA, le altre lesioni associate all'assistenza sanitaria e gli errori diagnostici sono eventi che possono rappresentare oltre il 65% dei costi e dell'onere epidemiologico¹⁶, con le infezioni del sito chirurgico (SSI) particolarmente

costose, che rappresentano una spesa annua compresa tra i 3,5 e i 10 miliardi di dollari a causa delle degenze prolungate, delle visite al pronto soccorso e delle riammissioni ospedaliere.¹⁷

¹² Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico. *The economics of patient safety*; 2020. <https://www.oecd.org/health/health-systems/Economics-of-Patient-Safety-October-2020.pdf>

¹³ Suetens, C, Latour, K, Kärki, T, et al. Prevalence of healthcare-associated infections, estimated incidence and composite antimicrobial resistance index in acute care hospitals and long-term care facilities: results from two European point prevalence surveys, 2016 to 2017. *PubMed*. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2018.23.46.1800516>

¹⁴ Suetens, C, Latour, K, Kärki, T, et al. Prevalence of healthcare-associated infections, estimated incidence and composite antimicrobial resistance index in acute

care hospitals and long-term care facilities: results from two European point prevalence surveys, 2016-2017. *PubMed*. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2018.23.46.1800516>

¹⁵ PHC4. *The impact of healthcare-associated infections in Pennsylvania*, Accessed August 2022. <https://www.phc4.org/wp-content/uploads/hai2010report.pdf>

¹⁶ MarketResearch.com. *Patient Safety in Healthcare. Forecast to 2022*. Ultimo accesso 4 luglio 2022 <https://store.frost.com/patient-safety-in-healthcare-forecast-to-2022.html>

¹⁷ A Ban, Kristen, Minei, J, Laronga, C, et al. *Surgical Site Infection Guidelines*, 2016 Update. *J Am Coll Surg*. <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2016.10.029>

Sepsi

Guardando più da vicino al tema delle infezioni, uno dei problemi più pressanti per la sicurezza dei pazienti è la sepsi.¹⁸ In media, quasi il 15% dei pazienti in terapia intensiva (UTI) presenta sepsi grave, con 2 casi su 3 che comportano shock settico.¹⁹

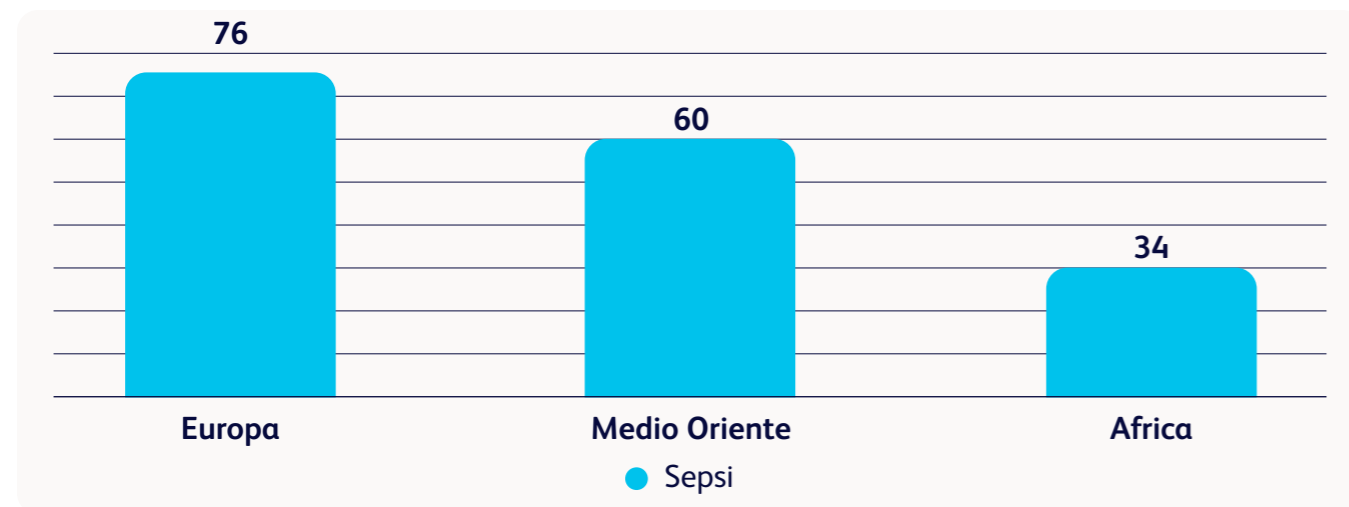
Sebbene il Barometro della resilienza sanitaria BD dimostri che nelle tre sottoregioni dell'EMEA, il peso della sepsi è più basso in Europa e rimane più alto in Africa (vedere

Figura 3), i costi associati sono molto elevati, anche nei Paesi con i migliori risultati. In Francia, ad esempio, il costo della sepsi grave per paziente è stimato in 22.800 euro.²⁰

Figura 3: Incidenza della sepsi – Performance medie del Barometro per regione

Fonte: *Sepsis ASIR per 100,000* (Pubblicazione del Lancet)

Scala del barometro: 100: performance elevata (bassa incidenza di sepsi) – 0: bassa performance (elevata incidenza di sepsi)



Errori ed effetti avversi del trattamento medico

Sebbene l'obiettivo fondamentale della medicina sia curare, la realtà è che possono verificarsi errori, tra cui cattiva gestione dei farmaci, errori nella somministrazione o imprecisioni delle prescrizioni.²¹ Anche se non vengono commessi errori, i farmaci e i trattamenti possono causare reazioni avverse inattese nei pazienti.

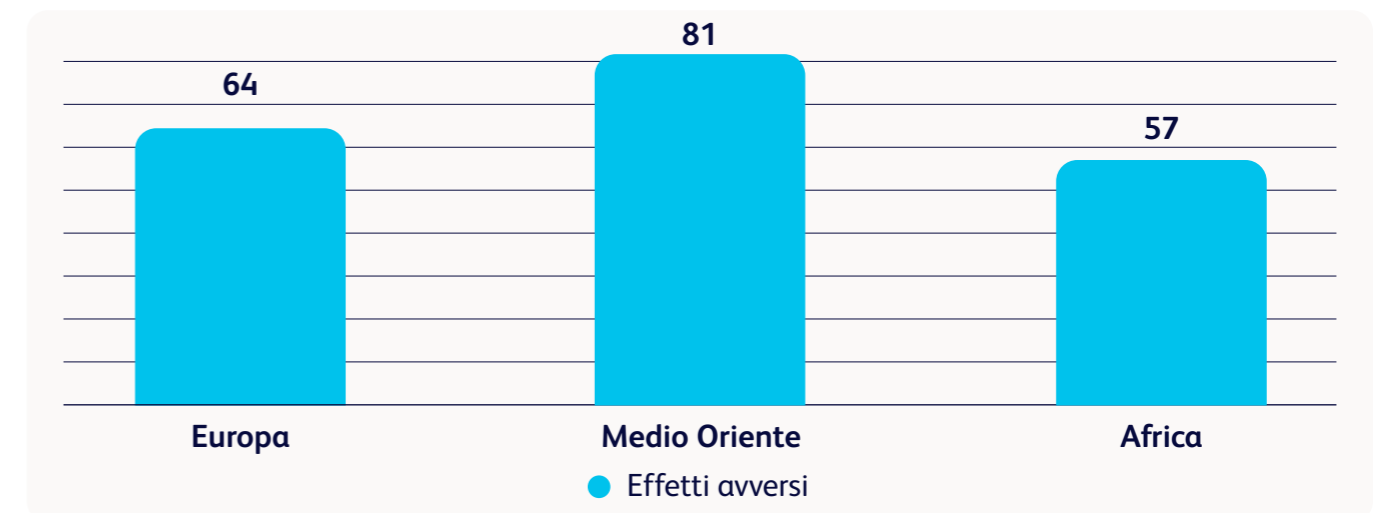
Un rischio critico per la sicurezza dei pazienti esplorato dal Barometro della resilienza sanitaria BD riguarda gli effetti avversi del trattamento medico.²² I dati del Barometro della resilienza sanitaria BD rivelano (vedere la figura seguente) che il Medio Oriente supera l'Europa, con paesi come il Qatar e il Kuwait che registrano performance particolarmente elevate. Nel frattempo,

i sistemi sanitari di Paesi europei come Grecia e Slovenia sono alle prese con un tasso più elevato di **effetti avversi**. È importante notare, tuttavia, che le potenziali discrepanze nella coerenza della segnalazione degli incidenti di sicurezza dei pazienti nei vari Paesi possono avere un impatto sui dati e devono essere tenute in considerazione nell'interpretazione dei risultati.

Figura 4: Effetti avversi delle cure mediche: performance medie del Barometro per regione

Fonte: *Adverse effects of medical treatment – deaths (per 100,000)* (IHME)

Scala del barometro: 100: Performance elevata (bassa prevalenza di effetti avversi) – 0: Performance bassa (alta prevalenza di effetti avversi)



¹⁸ Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). *Patient Safety: Global Action on Patient Safety: Report by the Director-General*. Ultimo accesso 3 agosto 2022. <https://iris.who.int/handle/10665/327526>

¹⁹ Brun-Buisson. *Epidemiology of severe sepsis*, 2006. PubMed. [https://doi.org/10.1016/s0755-4982\(06\)74627-9](https://doi.org/10.1016/s0755-4982(06)74627-9)

²⁰ Adrie, C, Alberti, C, Chaix-Couturier, C, et al. *Epidemiology and economic evaluation of severe sepsis in France: age, severity, infection site, and place of acquisition* (community, hospital, or intensive care unit) as determinants of workload and cost. *J Crit Care*, 2005. PubMed. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2004.10.005>

²¹ Kopp, B, Erstad, B, Allen, M, Theodorou, A, Priestley, G. *Medication errors and adverse drug events in an intensive care unit: direct observation approach for detection*. PubMed. <https://doi.org/10.1097/Q1.ccm.0000198106.54306.d7>

²² World Health Organisation. *Patient Safety. Global Action on Patient Safety. Report by the Director-General*. <https://iris.who.int/handle/10665/327526>

Prevenire errori ed effetti avversi

Le stime suggeriscono che tra il 2% e il 14% dei pazienti negli ospedali europei sono soggetti a errori terapeutici.²³ Nonostante i progressi della scienza medica e le iniziative di miglioramento della qualità, la realtà dei rischi associati all'assistenza sanitaria

sottolinea la necessità di solide strategie di sicurezza del paziente e di prevenzione delle infezioni per mitigare i danni e salvaguardare non solo i pazienti, ma anche il benessere di tutte le parti interessate coinvolte nell'erogazione dell'assistenza.

È importante sottolineare che, poiché i dati indicano che la metà di tutti gli incidenti relativi alla sicurezza del paziente sono prevenibili,²⁴ gli sforzi collettivi volti a elevare lo standard di cura e prevenire effetti avversi possono produrre vantaggi economici significativi per i Paesi.²⁵

Con la ripresa dei sistemi sanitari dallo shock della pandemia, l'importanza di garantire un'assistenza di qualità e la sicurezza del

paziente anche al di fuori dei contesti acuti sta diventando sempre più evidente.

La lotta contro gli agenti patogeni resistenti ai farmaci

Dopo aver esplorato il peso degli effetti avversi delle cure mediche e le potenziali opportunità di miglioramento che potrebbero derivare dall'affrontare queste sfide sia dal punto di vista clinico che di risparmio sui costi, dobbiamo ora rivolgerci a ciò che accade quando i farmaci antimicrobici semplicemente non funzionano.

Dato il suo profondo impatto sull'efficienza della fornitura sanitaria in tutto il mondo, la crescente minaccia dell'AMR rappresenta una questione fondamentale nella valutazione della resilienza sanitaria dal punto di vista della sicurezza del paziente.

Ogni anno, circa 700.000

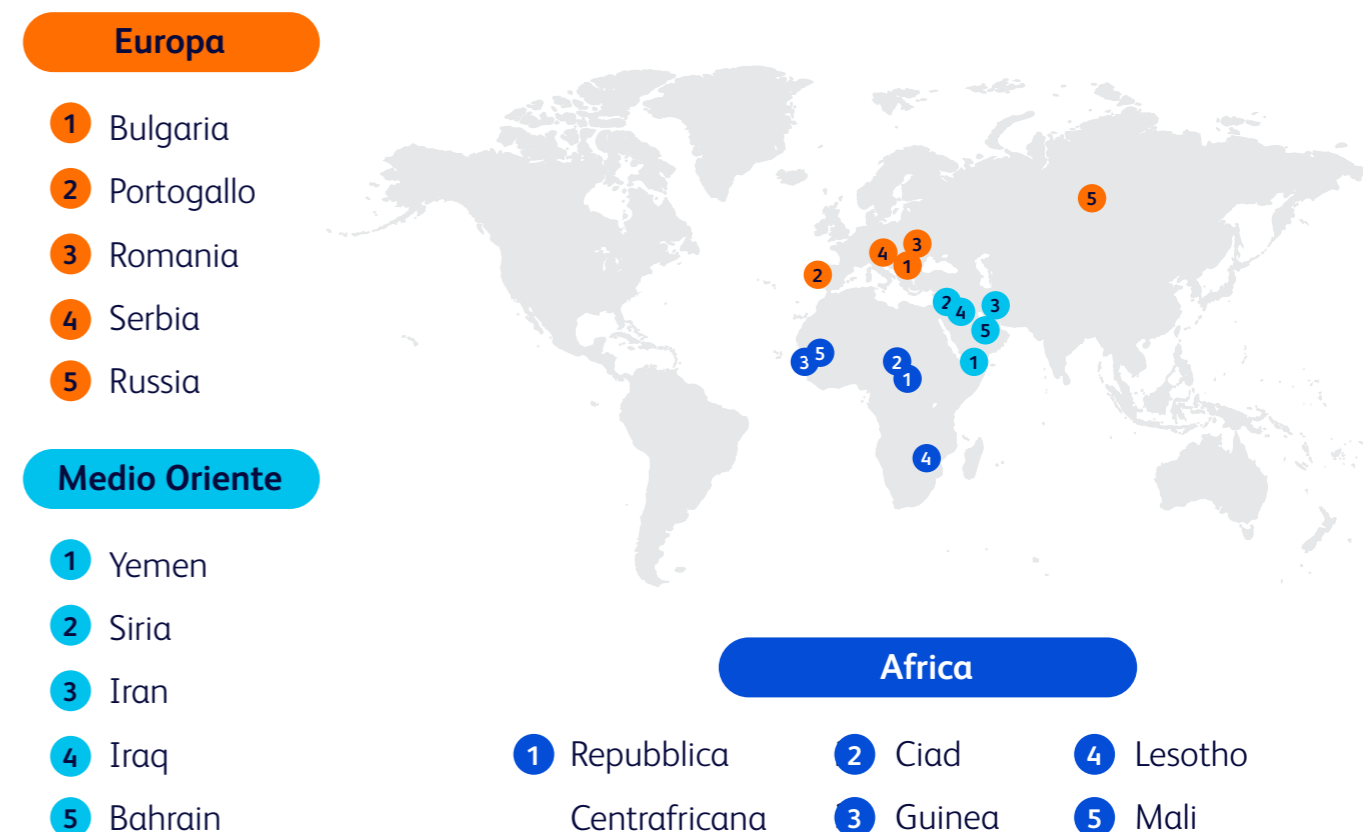


pazienti muoiono a causa di un'infezione patogena resistente ai farmaci²⁶

Ci sono diversi fattori che contribuiscono a questo problema, tra cui la prescrizione inadeguata di antibiotici.²⁷ L'AMR riguarda tutte le sottoregioni in tutta l'EMEA, con la tabella seguente che mostra i paesi con le performance più basse in termini di decessi correlati all'AMR. È importante notare che il problema dell'AMR è significativamente meno diffuso in Medio Oriente, dove i Paesi della regione hanno ottenuto punteggi costantemente elevati.

Tabella 4: Decessi correlati all'AMR – gli ultimi 5 Paesi per regione

Fonte: [AMR Deaths \(IHME\)](#)



In BD crediamo che un impegno collettivo volto a migliorare le pratiche relative all'uso degli antimicrobici sia fondamentale per migliorare la resilienza nel settore sanitario.

Gli studi hanno dimostrato che l'avvio di terapie con antibiotici appropriati rispetto a quelli inappropriati può ridurre significativamente la mortalità, ridurre il fallimento del trattamento e diminuire la durata della degenza, evidenziando l'importanza della terapia empirica ad ampio spettro e della diagnostica rapida per l'identificazione precoce dell'agente patogeno causale.²⁸

Ciò può alleviare la pressione sugli operatori sanitari e rendere la fornitura di assistenza più efficiente.

²³ Agenzia europea dei medicinali (EMA). *Streamlining EMA public communication on medication errors*. European Medicines Agency Science Medicines Health; 2015. https://www.ema.europa.eu/en/documents/other/streamlining-ema-public-communication-medication-errors_en.pdf

²⁴ Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico. *The economics of patient safety*; 2020. <https://www.oecd.org/health/health-systems/Economics-of-Patient-Safety-October-2020.pdf>

²⁵ Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico. *The economics of patient safety*; 2020. <https://www.oecd.org/health/health-systems/Economics-of-Patient-Safety-October-2020.pdf>

²⁶ Wellcome Collection. *Antimicrobial resistance: tackling a crisis for the health and wealth of nations / the Review on Antimicrobial Resistance chaired by Jim O'Neill*. Ultimo accesso 28 luglio 2022. <https://wellcomecollection.org/works/rdpck35v>

²⁷ CDC Archive. *CDC: 1 in 3 antibiotic prescriptions unnecessary*. <https://archive.cdc.gov/#/details?url=https://www.cdc.gov/media/releases/2016/p0503-unnecessary-prescriptions.html>

²⁸ Bassetti, M, Rello, J, Blasi, F, et al. Systematic review of the impact of appropriate versus inappropriate initial antibiotic therapy on outcomes of patients with severe bacterial infections, 2020. *International Journal of Antimicrobial Agents*. <https://doi.org/10.1016/j.ijantimicag.2020.106184>

Il punto di vista dei Key Opinion Leader



Mettere i pazienti al primo posto non è solo un aspetto da incoraggiare, ma deve essere al centro di tutto ciò che facciamo.



Dott.ssa Maria Cruz Martín Delgado

Ex presidente della FEPIMCTI (Federazione panamericana e iberica di medicina critica e terapia intensiva) e capo del reparto di medicina intensiva, Ospedale Universitario 12 de Octubre di Madrid, Spagna

L'esperienza della Dott.ssa Martín Delgado nel campo della medicina intensiva, che spazia dall'assistenza sanitaria, all'insegnamento e alla ricerca, le ha fornito un'esperienza diretta dei problemi legati alla sicurezza del paziente nel sistema sanitario, sia nel suo Paese d'origine, la Spagna, che a livello internazionale. In questa conversazione, la Dott.ssa Martín Delgado parla del ruolo che svolgono l'adattabilità organizzativa e la responsabilità condivisa nel garantire miglioramenti continui nella sicurezza del paziente in futuro.

Scoprire le sfide sconosciute

Grazie alla sua vasta esperienza di lavoro nelle unità di terapia intensiva, la Dott.ssa Martín Delgado è estremamente consapevole della pressione che il personale sanitario deve affrontare quando cerca di dare priorità alla sicurezza del paziente in situazioni di

emergenza altamente stressanti. Ricordando la crisi provocata dalla pandemia, afferma che il personale ospedaliero “non aveva la conoscenza né la comprensione di come rispondere al meglio a questo carico senza precedenti”. La Dott.ssa Martín Delgado

ritiene che la chiave per la sicurezza del paziente risieda nello sviluppo dell'adattabilità e della resilienza all'interno delle organizzazioni sanitarie.

Parlando dell'importanza della preparazione, spiega che “la complessità della sicurezza del paziente, soprattutto in terapia intensiva, deriva dal fatto che il personale si trova ad affrontare difficoltà sconosciute e situazioni in rapida evoluzione. Quando si esamina il problema della resistenza agli antimicrobici (AMR), ad esempio, la Dott.ssa Martín Delgado osserva che “occorre fare molto di più per quantificare adeguatamente la frequenza e le circostanze in cui si verifica e stabilire quali fattori influenzano la velocità con cui si sviluppa.”

La responsabilità al centro della sicurezza del paziente

Interrogata sul futuro della sicurezza dei pazienti, la Dott.ssa Martín Delgado sottolinea che tutti i miglioramenti devono basarsi su un senso di responsabilità condivisa. “Non si tratta solo degli ospedali: i politici, l'industria e gli individui hanno tutti un ruolo da svolgere”, afferma. “È inoltre fondamentale che i pazienti e le loro famiglie siano maggiormente coinvolti: dovrebbero essere spiegate loro le diverse opzioni terapeutiche e incoraggiati a partecipare, a porre domande e a informarsi sui trattamenti, invece di accettarli passivamente.” La Dott.ssa Martín Delgado ritiene che questo modo di responsabilizzare i pazienti abbia un impatto significativo sull'esperienza complessiva del paziente.

La Dott.ssa Martín Delgado ritiene inoltre che l'industria abbia un ruolo fondamentale nel trasformare la sicurezza del paziente e gli esiti sanitari. “L'innovazione digitale e la tecnologia stanno avendo un profondo impatto sul modo in cui lavoriamo. Le aziende del settore stanno introducendo tecnologie


“Non sentirsi preparati o non autorizzati a rispondere a queste sfide può comportare un significativo tributo emotivo per il personale sanitario”. La Dott.ssa Martín Delgado sostiene la necessità di programmi di competenza completi, specificando che i professionisti dovrebbero avere accesso a programmi di formazione che includano una serie di competenze, dal lavaggio corretto delle mani alla gestione di informazioni sensibili fino alla gestione delle crisi. “Mettere i pazienti al primo posto non è solo un aspetto da incoraggiare, ma deve essere al centro di tutto ciò che facciamo. E il personale deve essere formato di conseguenza” - aggiunge.

che possono rendere il nostro lavoro più veloce, più efficace e più sicuro sia per i pazienti che per il personale sanitario”, osserva. Inoltre, la Dott.ssa Martín Delgado spiega che la tecnologia aiuta anche gli operatori sanitari ad adattarsi alle nuove situazioni e a fornire cure più specializzate a ciascun paziente.

In conclusione, la Dott.ssa Martín Delgado riflette sui progressi compiuti nell'assistenza al paziente negli ultimi decenni. “I problemi che affrontiamo oggi non sono più così gravi come lo erano in passato. Nella maggior parte dei casi, i pazienti ricevono cure sicure ed efficaci, ma ci sono sempre opportunità per valutare cosa funziona bene e cosa può essere migliorato”, sottolinea. La Dott.ssa Martín Delgado conclude ribadendo l'importanza dello sviluppo continuo e della collaborazione sovranazionale. “La sicurezza del paziente non è una questione nazionale: è una sfida internazionale che tutti abbiamo la responsabilità condivisa di affrontare.”

Il punto di vista dei Key Opinion Leader



Fino a quando non avremo sistemi sanitari in grado di garantire l'eccellenza in tutto lo spettro, soffocheremo l'innovazione e la nostra capacità di offrire il meglio a questi pazienti. 

Dottor Ron Daniels

Fondatore e amministratore delegato dell'UK Sepsis Trust, Inghilterra e vicepresidente della Global Sepsis Alliance

Il Dottor Ron Daniels vanta anni di esperienza e competenza nel campo della cura della sepsi, sia nel Regno Unito che su scala globale. È un innovatore e leader nella creazione dello strumento di riconoscimento Red Flag Sepsis e del bundle Sepsis Six. In questa conversazione, il Dottor Daniels discute le sfide che la cura della sepsi deve affrontare nel Regno Unito, compreso il legame tra infezioni e clima, e come migliorare il controllo delle infezioni a livello globale.

Resilienza ed equità

Per il Dottor Daniels, la definizione di resilienza sanitaria deve essere costruita attorno all'equità e all'uguaglianza. È convinto che l'accesso all'assistenza sanitaria dovrebbe prescindere dallo status socioeconomico, dall'etnia e dal genere poiché "in un sistema sanitario resiliente, non dovremmo vedere la variazione geografica in termini di qualità,

accesso e risultati". Sottolinea che l'attuale situazione economica ha anche un impatto sproporzionato sulla resilienza sanitaria delle comunità con redditi prevalentemente medio-bassi.

Parlando dei problemi riguardanti la prevenzione, la diagnosi e la gestione della

sepsi in particolare, il dott. Daniels evidenzia le principali differenze demografiche come l'aumento del rischio di morte legato alla sepsi in bambini e adulti non bianchi provenienti da aree di maggiore privazione socioeconomica, che si sono dimostrate particolarmente marcate in quelle di origine pakistana nel Regno Unito. Il Dottor Daniels

Sepsi, clima e futuro

Il Dottor Daniels solleva i punti chiave riguardanti l'impatto ambientale della sepsi. Spiega che esiste un legame intrinseco tra sepsi, resistenza agli antimicrobici (AMR) e cambiamento climatico. "Ad esempio, la migrazione degli agenti patogeni oltre il loro habitat tipico è accelerata sia dal cambiamento climatico che dalla globalizzazione delle persone. Anche gli spostamenti dovuti a fattori come il sovraffollamento, le carestie e la malnutrizione stanno causando una più rapida diffusione dell'infezione nei vari Paesi", aggiunge.

Commentando ulteriormente il legame tra sepsi e AMR, il Dottor Daniels afferma che, sebbene gli operatori sanitari non vogliano prescrivere eccessivamente gli antibiotici, spesso non dispongono di informazioni sufficienti per sentirsi sicuri nel negarli. Sostiene che il messaggio rivolto sia agli operatori sanitari che al pubblico in generale deve essere riposizionato. "L'AMR non è una minaccia futura. La realtà come la conosciamo è che l'AMR colpisce milioni di persone. È qui oggi, è immediata, è personale".

denuncia la mancanza di investimenti nella gestione e nell'affrontare i reclami sulla sepsi. Aggiunge che, se da un lato alcuni incentivi finanziari hanno portato a miglioramenti negli esiti della sepsi, dall'altro abbiamo assistito a un declino delle Performance di monitoraggio della sepsi.

Concludendo la conversazione, il Dottor Daniels raccomanda di affidare all'assistenza sanitaria l'eccellenza nella gestione delle infezioni, sulla base di quattro pilastri: sorveglianza degli agenti patogeni e preparazione alla pandemia; prevenzione e controllo delle infezioni; trattamento rapido e diagnosi della sepsi; e gestione antimicrobica. "Fino a quando non avremo sistemi sanitari in grado di garantire l'eccellenza in tutto lo spettro, soffocheremo l'innovazione e la nostra capacità di offrire il meglio a questi pazienti", afferma il Dottor Daniels.



Il punto di vista dei Key Opinion Leader



L'innovazione proveniente dall'industria può garantire che gli operatori sanitari siano in grado di svolgere il proprio lavoro in modo più efficiente.



Dott.ssa Eva Marie Castro

Responsabile della qualità presso RZ Heilig Hart Tienen e PhD presso l'Institute for Healthcare Policy (LIHP) KU Leuven, Belgio

L'esperienza della Dott.ssa Eva Marie Castro nel settore sanitario è incentrata principalmente sull'assistenza al paziente ed è supportata dai suoi studi post-Dottorato incentrati sulla politica sanitaria. In questa conversazione, parla della necessità di amplificare la voce dei pazienti e discute il ruolo dell'innovazione del settore nel consentire al personale sanitario di operare in modo più efficiente.

Innovazione centrata sul paziente

Per la Dottoressa Castro, la resilienza nel settore sanitario deve essere compresa sia a livello di sistema che a livello individuale. “La resilienza non riguarda solo il modo in cui il sistema può adattarsi alle crisi, ma riguarda anche la capacità dei singoli operatori sanitari di adattarsi e se i pazienti sono

dotati delle conoscenze e del supporto per affrontare e superare le crisi che potrebbero trovarsi ad affrontare nel loro percorso sanitario”, spiega. A livello di sistema, la Dott.ssa Castro sottolinea la necessità di pianificare la sostenibilità a lungo termine di ciascuna organizzazione

sanitaria e raccomanda il Modello di Qualità delle Fiandre (FlaQuM) per farlo. A livello individuale, sostiene che i pazienti devono essere attivamente coinvolti nelle decisioni prese sui sistemi sanitari a cui fanno affidamento.

“Dovremmo concentrarci maggiormente sulla co-creazione con i pazienti”, sottolinea la Dott.ssa Castro. “La voce del paziente, dei suoi cari e delle associazioni dei pazienti ha ancora poca influenza del necessario nella costruzione e nella valutazione dei

Il ruolo dell'industria nell'aumentare l'efficienza e il benessere del personale

Riconoscendo l'onere che grava sul personale sanitario, la Dottoressa Castro afferma che la rigidità nelle funzioni legali e finanziarie all'interno del sistema sanitario spesso porta a un accesso limitato all'innovazione tecnologica. “I quadri giuridici e finanziari sono in realtà un ostacolo all'adozione di innovazioni che potrebbero promuovere un sistema più resiliente”, afferma. La Dott.ssa Castro ritiene che, alla luce dei tempi di attesa prolungati e dei ritardi nei trattamenti, la razionalizzazione dei processi interni sia più importante che mai.

“In tutti i Paesi, le pressioni sulla forza lavoro stanno incidendo in modo significativo sulla disponibilità del personale e sulla qualità complessiva dell'assistenza”, osserva, sottolineando che l'accesso all'innovazione tecnologica è fondamentale per aumentare l'efficienza operativa e quindi dovrebbe essere una priorità per la gestione sanitaria

“I pazienti dovrebbero essere trattati come partner alla pari nel processo decisionale”, osserva, affermando che questo approccio è fondamentale per ridisegnare l'erogazione dell'assistenza sanitaria e integrare l'innovazione in un modo che serva al meglio gli interessi dei pazienti.

ovunque. “L'innovazione proveniente dall'industria può garantire che gli operatori sanitari siano in grado di svolgere il proprio lavoro in modo più efficiente e può davvero giovare al loro benessere. Quando la tecnologia rende i processi più efficienti, gli operatori sanitari possono concentrarsi in primo luogo sulle ragioni per cui hanno scelto la professione”, conclude.



Il punto di vista dei Key Opinion Leader



La collaborazione, non solo negli ospedali, ma anche oltre le mura ospedaliere, sarà la nuova normalità.



Dott.ssa Ilke Montag

Presidente del consiglio di amministrazione presso THE Institute e "De Maakbare Mens" (Home - De Maakbare Mens) e consulente per le politiche mediche presso i fondi comuni di investimento socialisti, Belgio

Nella nostra conversazione, la Dott.ssa Montag discute dell'importanza della voce del paziente nella fornitura di cure di qualità, nonché della necessità di un sistema digitale centralizzato per ridurre gli sprechi e facilitare una comunicazione e una distribuzione delle informazioni più fluida.

La resilienza sanitaria richiede che tutti gli ingranaggi continuino a girare

All'inizio della nostra conversazione, la Dott.ssa Montag evidenzia diversi fattori che contribuiscono alla resilienza sanitaria: "flessibilità e adattabilità, resilienza emotiva, collaborazione, cura di sé, apprendimento e miglioramento continui sono gli ingranaggi di una resilienza sanitaria garantita".

Le attuali questioni macro che interessano il sistema includono potenziali pandemie, cambiamenti climatici e disastri ambientali. Questi problemi possono incidere sulla flessibilità dei sistemi sanitari, in cui la carenza di personale e il burnout contribuiscono a ulteriori interruzioni dell'erogazione dell'assistenza sanitaria. La Dott.ssa Montag

afferma che affrontare questi problemi richiede un approccio integrato a tutti i livelli. Deve essere "mirato a rafforzare i sistemi sanitari, migliorare l'accesso a cure e farmaci a prezzi accessibili, ridurre le disuguaglianze e garantire la qualità e la sicurezza dell'assistenza fornita".

La pandemia di COVID-19, pur comportando maggiori opportunità per la tecnologia e diversi modi di fornire assistenza, ha avuto un impatto significativo sull'assistenza in Belgio. Sono emerse sfide che hanno provocato problemi di sovraccarico ospedaliero,

rinvio di cure non essenziali, impatto sul benessere mentale e cambiamenti nei protocolli e nelle procedure sanitarie. La Dott.ssa Montag dichiara che un aspetto importante della soluzione è che "la collaborazione, non solo negli ospedali, ma anche oltre le mura ospedaliere, sarà la nuova normalità". Inoltre, chiede il passaggio da un modello finanziario a pagamento a uno che comprenda Pay for Performance (P4P)/Pay for Quality (P4Q), accogliendo favorevolmente i passi verso un modello basato sul valore.

Dare ai pazienti una scelta nella loro cura

Per quanto riguarda i pazienti, la Dott.ssa Montag sottolinea che una migliore comunicazione tra i team dovrebbe essere una priorità nel miglioramento del sistema in Belgio. "I diversi gruppi devono iniziare davvero a lavorare insieme; ora, troppo spesso, le persone lavorano fianco a fianco, ma non insieme". Durante la nostra conversazione, la Dott.ssa Montag ha sottolineato l'inclusione dei pazienti stessi nelle discussioni sulla loro cura, definendola "necessaria per l'empowerment e il coinvolgimento dei pazienti".

Per facilitare questo processo, parla dell'importanza di valorizzare la voce dei pazienti fin dalla più giovane età per mantenere la loro fiducia nella possibilità di esprimersi sulle loro opzioni e sulle cure che

desiderano ricevere. Quando ai pazienti vengono presentate le decisioni da prendere in merito alle loro cure, la Dott.ssa Montag spiega che questo è spesso per loro un momento di riflessione. I pazienti dovrebbero avere la possibilità di scegliere il percorso che vogliono intraprendere e come questo plasmerà il loro futuro.



Il punto di vista dei Key Opinion Leader



Tutti i decessi evitabili sono collegati a qualche tipo di problema di sicurezza del paziente.



Denis Herbaux

CEO presso PAQs e vice CEO presso Santhea, Belgio

Denis Herbaux vanta circa un decennio di esperienza e competenza nel promuovere l'assistenza al paziente e nel sostenere la salute pubblica nel settore sanitario belga. In questa conversazione, Herbaux parla delle questioni che riguardano la sicurezza dei pazienti e dell'importanza dell'istruzione nel miglioramento della qualità dell'assistenza.

Burocrazia e resilienza

Con un'esperienza decennale nell'ottimizzazione dell'assistenza sanitaria e della sicurezza del paziente, la visione di Denis Herbaux per migliorare la resilienza in Belgio si basa sullo snellimento e la semplificazione dei processi burocratici. Ritiene che la complessità insita nell'assistenza sanitaria belga limiti la capacità del sistema di reagire al cambiamento. “Le competenze

sono suddivise tra il livello federale e quello regionale. Gli ospedali sono finanziati per la più parte a livello federale, ma le loro norme, gli standard e la formazione sanitaria del personale sono per lo più stabiliti al cosiddetto livello regionale”.

Questo modello di governance a più livelli, sostiene Herbaux, può rappresentare

una sfida significativa per la resilienza sanitaria. Tuttavia, sottolinea che gli insegnamenti tratti dalla pandemia sono stati determinanti nell'incoraggiare il passaggio a un approccio più agile.

“Il sistema sanitario sembrava una zona di guerra, ma la gravità della situazione ci ha costretti a imparare come agire, a prendere decisioni e ad adattarci rapidamente”.

Il ruolo dell'educazione nella sicurezza del paziente

Passando alla sicurezza del paziente, Herbaux si affretta a sottolineare la gravità della questione. “Tutti i decessi evitabili sono collegati a qualche tipo di problema di sicurezza del paziente”, afferma. Herbaux ritiene che la sicurezza del paziente non sia attualmente tra le priorità in agenda. “Il Belgio non parla abbastanza della sicurezza del paziente e anche il budget stanziato per questo tema è molto limitato”.

Sebbene Herbaux ritenga che i decisori sanitari abbiano una responsabilità significativa nell'agire, pensa che la vera

resilienza richieda anche una riforma dell'educazione sanitaria. “Ciò che viene insegnato nelle scuole di medicina e infermieristica dovrebbe essere rivisto per rendere i futuri professionisti sanitari consapevoli che lavoreranno in un ambiente molto complesso e che questo tipo di ambiente può portare a problemi di sicurezza”, afferma. Coloro che vogliono lavorare nel settore dell'assistenza al paziente devono essere preparati a gestire scenari complessi in team, pur avendo la capacità di prendere decisioni individuali”.



Il punto di vista dei Key Opinion Leader



Abbiamo potuto constatare che la voce dei pazienti è stata ascoltata, ma ora viene amplificata ed è stata davvero presa in considerazione.



Dott.ssa Neda Milevska Kostova

Presidente uscente dell'International Alliance of Patients Organisations (IAPO), Regno Unito.

Con oltre 20 anni di esperienza nella ricerca sanitaria, nelle politiche e nella difesa dei pazienti, la Dott.ssa Neda Milevska Kostova è una leader chiave nel coinvolgimento dei pazienti e degli operatori sanitari. In questa conversazione, la Dott.ssa Kostova offre il punto di vista del paziente su come il ruolo del paziente sia parte integrante dell'efficienza del sistema e del futuro dell'assistenza sanitaria sostenibile.

Il valore del punto di vista del paziente

La Dott.ssa Kostova inizia con una riflessione post-pandemica positiva sul fatto che i pazienti ora hanno l'opportunità di essere molto più espliciti nelle discussioni sanitarie. "Abbiamo potuto constatare che la voce dei pazienti è stata ascoltata, ma ora viene amplificata e sono state prese in considerazione le esperienze vissute dalle persone". La Dott.ssa Kostova spera che ciò diventi un'influenza

duratura, che l'esperienza vissuta dei pazienti possa essere condivisa per fornire comprensione agli altri e sostenerli nel mantenimento della qualità della vita: "che coloro che chiamiamo pazienti esperti siano davvero utilizzati come competenze per sostenere la sostenibilità dei futuri [sistemi] sanitari".

Per quanto riguarda l'utilizzo della propria voce in futuro, la Dott.ssa Kostova afferma che le aspettative dei pazienti si concentrano sugli investimenti a monte nell'assistenza sanitaria preventiva. Spiega che la nostra salute dipende in larga misura da determinanti ambientali, sociali e di stile di vita e, pertanto, "quando si arriva al punto di bussare alla

porta del sistema sanitario, spesso significa che si sono perse già molte occasioni per prevenire malattie e problemi di salute". La Dott.ssa Kostova fa eco a questo sentimento affermando che è impossibile per i sistemi sanitari soddisfare ogni esigenza sanitaria e sottolinea l'importanza che ogni individuo si prenda la massima cura possibile di se stesso.

Importanza di informazioni affidabili quando si fornisce valore

Sul tema dell'assistenza basata sul valore, la Dott.ssa Kostova ritiene che la diffusione e la fornitura di questo tipo di assistenza dipendano dalla cultura, poiché "creare la soluzione adattata per ciascun contesto in ciascun Paese" sarebbe la cosa più appropriata perché "... quello che è considerato valore comune per un Paese, potrebbe non essere ancora realizzabile per un altro".

Proseguendo sull'argomento, la Dott.ssa Kostova osserva che il valore dipende anche dalle percezioni sociali e dall'importanza dei diversi tipi di informazioni. In caso di abbondanza o asimmetria di informazioni,

ciò può influenzare il modo in cui la società percepisce il valore. Ciò, a sua volta, può influenzare le scelte sia a livello individuale che di sistema, come i trattamenti o le cure con priorità assoluta.

Infine, la Dott.ssa Kostova ritiene che sarà la fornitura di informazioni, formazione e spiegazioni affidabili a migliorare l'accettabilità dell'innovazione tra i pazienti, promuovendo al tempo stesso la sostenibilità del sistema sanitario. Per raggiungere questo obiettivo, dobbiamo promuovere un approccio di partnership tra operatori sanitari e pazienti che lavorano insieme.



Il punto di vista dei Key Opinion Leader



La popolazione generale dovrebbe avere accesso a numeri, dati e fatti trasparenti. Essere ben informati li incoraggerà a farsi sentire quando hanno la sensazione che qualcosa non va.



Dott.ssa Ruth Hecker

Presidente della Patient Safety Action Alliance e responsabile principale della sicurezza del paziente presso l'Ospedale Universitario di Essen

Il ruolo della Dott.ssa Hecker come responsabile della sicurezza del paziente presso l'Ospedale Universitario di Essen le fornisce una preziosa prospettiva sul tema della sicurezza dei pazienti, poiché parla della necessità di una maggiore trasparenza registrata delle esperienze e dei dati dei pazienti al fine di creare resilienza sia tra i pazienti che nel sistema sanitario in generale. Sebbene posizioni simili esistano in altri ospedali in Germania, la Dott.ssa Hecker sottolinea che il ruolo dei "responsabili della sicurezza del paziente" dovrebbe essere reso più visibile in tutto il settore.

La necessità di dati trasparenti sulla sicurezza del paziente

Un passo fondamentale verso lo sviluppo della resilienza, esordisce la Dott.ssa Hecker, riguarda un utilizzo più efficiente dei dati nel settore sanitario. "Le parti coinvolte devono avere una volontà comune di rendere trasparenti cifre, dati e fatti", afferma. La Dott.ssa Hecker ritiene che l'utilizzo dei dati e la trasparenza nel settore sanitario

siano attualmente in ritardo rispetto ad altri settori come l'energia nucleare, l'aviazione e il settore bancario, nonostante il fatto che anche la salute sia un settore in cui gli errori possono avere gravi conseguenze. Raccomanda una tenuta dei registri più dettagliata, accurata e tracciabile degli errori, che possa essere utilizzata per

stabilire obiettivi di riduzione e prevenzione di incidenze ripetute. "Penso che sarebbe fantastico se visitassi un ospedale o uno studio medico e mi dicessero: Per 400 giorni, non abbiamo confuso un paziente o scambiato farmaci". L'introduzione della legge sulla trasparenza sarà un primo passo utile, afferma la Dott.ssa Hecker, ma vorrebbe vedere miglioramenti annuali apportati al registro per garantire finalmente la trasparenza in tutti i settori della fornitura di assistenza sanitaria.

Al centro della conversazione con la Dott.ssa Hecker c'è la necessità di consenso tra le

Prospettive di riforma sanitaria

Per quanto riguarda l'imminente riforma sanitaria in Germania, la Dott.ssa Hecker esprime un atteggiamento generalmente positivo, ma sottolinea una lacuna nella considerazione delle cure ambulatoriali. Riconosce che, sebbene ciò porterà a cambiamenti significativi nel processo, gli sponsor privati che sono stati pionieri in questo settore lo stanno modellando e implementando bene.

La Dott.ssa Hecker è particolarmente ottimista riguardo alla voce amplificata che la riforma sanitaria darà ai pazienti. Facendo riferimento alle Misure di esperienza riportate dai pazienti disponibili a livello internazionale presso le compagnie di assicurazione sanitaria, si chiede perché queste risposte non possano essere raccolte come standard in tutta la Germania. Per i professionisti medici, ciò consentirebbe l'osservazione delle differenze regionali nelle esperienze registrate dei pazienti, il che faciliterebbe quindi l'analisi di ciò

parti interessate per dare priorità al benessere dei pazienti sopra ogni altra cosa. Ciò, afferma, richiederà una cooperazione efficiente e un impegno collettivo a livello globale per garantire la sicurezza e la fornitura di un'assistenza di qualità ai pazienti. Commentando le sfide legate al coordinamento del sistema sanitario in Germania, la Dott.ssa Hecker afferma che "il coordinamento è ciò che manca nella politica, a livello regionale, statale e federale, ma anche nelle varie istituzioni". Invece, "si formano ripetutamente nuove società e istituzioni che non apportano alcun valore aggiunto ai cittadini".

che funziona e ciò che non funziona nelle diverse aree del settore sanitario in Germania e, in definitiva, costruirebbe la resilienza. Ribadendo il valore della raccolta dei dati, la Dott.ssa Hecker sostiene il valore che ciò può offrire ai pazienti. "La popolazione generale dovrebbe avere accesso a numeri, dati e fatti trasparenti. Essere ben informati li incoraggerà a farsi sentire quando hanno la sensazione che qualcosa non va", conclude.



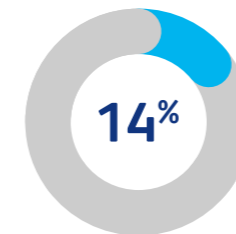


Elevare lo standard dell'assistenza attraverso la sorveglianza

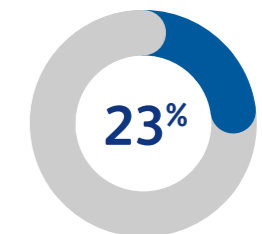
Di fronte alla varietà di rischi per la sicurezza del paziente esaminati in questo capitolo, la via da seguire sta nello sviluppo e nell'adozione di un approccio di sistema completo che includa solidi quadri di riferimento per la gestione degli antimicrobici. Il Barometro della resilienza sanitaria BD rivela che, sebbene i Paesi abbiano iniziato a riconoscere l'importanza di queste iniziative, c'è ancora molta strada da fare.

In tutta Europa, i Paesi con sistemi sanitari relativamente forti ottengono scarsi risultati negli indicatori che valutano la prevalenza dei sistemi di sorveglianza delle ICA nelle strutture sanitarie, con Irlanda, Paesi Bassi e Belgio come esempi chiave di questo problema. Sembra che siano stati compiuti ulteriori progressi nei Paesi scandinavi, dove la Norvegia ha ottenuto buoni risultati sia nella sorveglianza delle ICA che nella presenza di linee guida per le ICA dirette al personale ospedaliero.

Nonostante si riconosca che la maggior parte degli errori terapeutici potrebbe essere evitabile,²⁹ la ricerca di mercato di BD, Medication Errors survey, ha rilevato che:



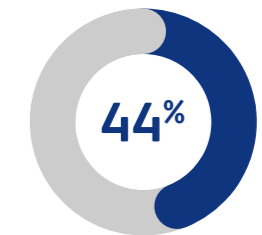
degli ospedali non tiene abitualmente traccia degli errori terapeutici,³⁰



non utilizza l'analisi delle cause alla radice di tali errori,



e un ospedale su quattro non è a conoscenza del numero di errori terapeutici registrati.



Ancor più degno di nota, quasi la metà degli ospedali non dispone di personale sanitario formato per rilevare errori terapeutici.³⁰

Con la crescente quantità di ricerche condotte sulla prevenzione degli incidenti relativi alla sicurezza del paziente, la collaborazione tra le parti interessate è fondamentale nella nostra ambizione condivisa di elevare lo standard di cura.

Mettendo in comune risorse e approfondimenti tra l'industria, il mondo accademico e i governi, possiamo sbloccare opportunità per facilitare il recupero dei pazienti e migliorare le loro esperienze, consentendo allo stesso tempo al personale sanitario di lavorare in modo più efficiente e di ottimizzare le operazioni sanitarie.

Insieme, possiamo creare lo slancio per affrontare le sfide future e costruire sistemi sicuri e resilienti per i pazienti.

²⁹ Lahue BJ, Pyenson B, Iwasaki, K, Blumen, H, Forray, S, Rothschild, J. National burden of preventable adverse drug events associated with inpatient injectable medications: healthcare and medical professional liability costs. *Am Health Drug*

Benefits. 2012;5(7):1-10. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24991335/>

³⁰ European Collaborative Action on Medication Errors and Traceability – ECAMET, 2022. <https://ecamet.eu/>

Capitolo 2: Personale sanitario

Sebbene oggi il discorso sulla resilienza sanitaria tenda a incentrarsi sulla complessità dei sistemi e delle strutture, è essenziale non trascurare il fatto fondamentale che, in ultima analisi, l'assistenza è fornita dagli individui. Dietro ogni scoperta medica, ogni trattamento di successo e ogni parola di conforto, ci sono professionisti sanitari che hanno dedicato la propria vita a prendersi cura degli altri.



Gli ultimi anni hanno puntato i riflettori sulle sfide che gli operatori sanitari devono affrontare quotidianamente, sia in relazione alle condizioni di lavoro, agli scarsi finanziamenti, alla mancanza di pianificazione o ad altri ostacoli che impediscono un'erogazione di cure efficiente e sicura.³¹ Così come la sicurezza dei pazienti è parte integrante della resilienza sanitaria, lo è anche il benessere e la sicurezza del personale sanitario. Gli sforzi volti a rafforzare la resilienza dei sistemi sanitari devono dare priorità all'alleggerimento del carico sul personale e alla garanzia che disponga del supporto e delle risorse necessarie per fornire un'assistenza sicura e di alta qualità.

In questo capitolo esaminiamo lo stato del personale sanitario nei Paesi dell'area EMEA, analizzando questioni che vanno dal rapporto personale-pazienti, all'invecchiamento e burnout del personale fino alla salute e sicurezza sul lavoro.

³¹ Michel JP, Ecarnot F. The shortage of skilled workers in Europe: its impact on geriatric medicine. *Eur Geriatr Med.* 2020;11(3):345-347. doi:10.1007/s41999-020-00323-0

Figura 5: Mappa che mostra i punteggi complessivi del Barometro del "personale sanitario" a livello EMEA

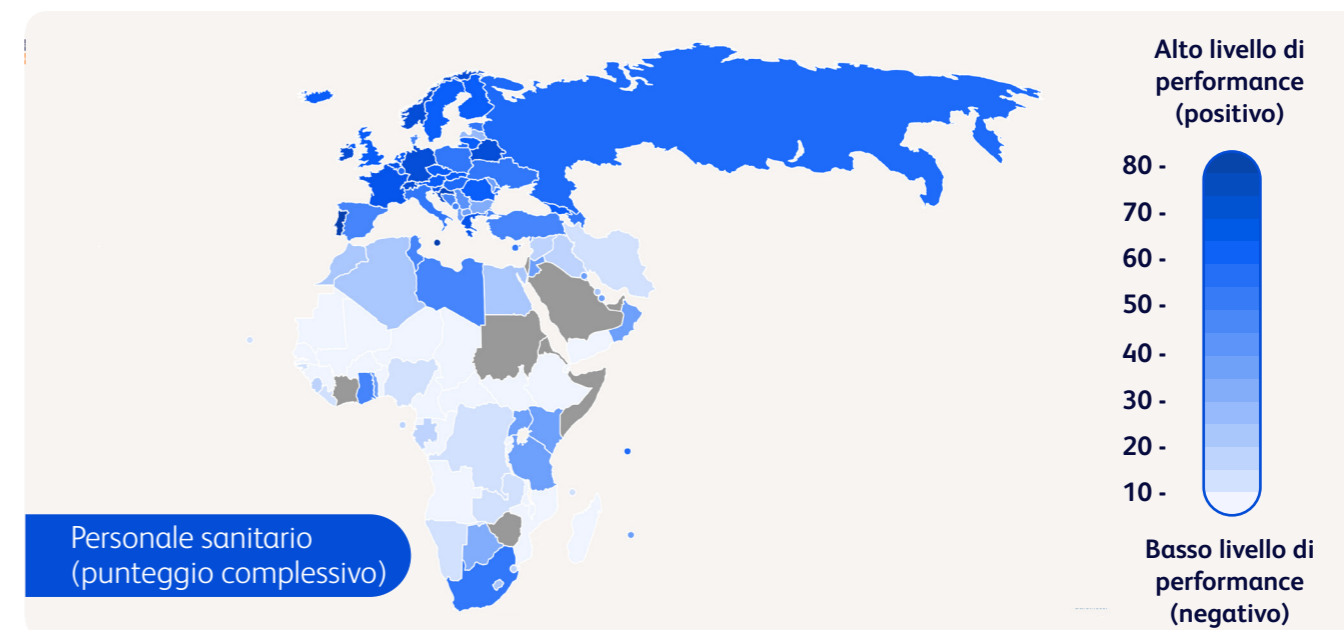


Tabella 5: Performance complessive del barometro relativo ai "Professionisti Sanitari" – Paesi selezionati (in ordine di classifica)

Paesi (in ordine di classifica)	Classifica EMEA (su 100 paesi)
1. Germania	4 th
2. Irlanda	7 th
3. Svizzera	8 th
4. Francia	9 th
5. Belgio	10 th
6. Regno Unito	13 th
7. Svezia	14 th
8. Paesi Bassi	15 th
9. Italia	28 th
10. Polonia	31 st
11. Spagna	35 th
12. Danimarca	36 th

Dichiarazione di non responsabilità: Per il rapporto sul Barometro della resilienza sanitaria BD, il nostro obiettivo principale era fornire una visione completa della resilienza dei sistemi sanitari in Europa, Medio Oriente e Africa (EMEA). Per garantire la pertinenza e l'applicabilità dei risultati, sono stati consultati diversi key opinion leader in tutta la Regione. Durante le interviste, è apparso evidente che, sebbene un'ampia panoramica sia essenziale, è anche necessario approfondire le Performance regionali ed esplorare come le sfide in materia di sicurezza del paziente, forza lavoro ed efficienza continuano a incidere sulla resilienza dei sistemi sanitari più avanzati in Europa. L'inclusione di dati focalizzati su un gruppo selezionato di Paesi serve ad arricchire l'analisi e a fornire approfondimenti sulle dinamiche sanitarie regionali.

Carenza di personale e dati demografici

La questione della carenza del personale è stata al centro delle discussioni sulla resilienza sanitaria negli ultimi anni. Le stime dell'Organizzazione mondiale della sanità mostrano che entro il 2030 potrebbe esserci una carenza globale di 18 milioni di operatori sanitari, soprattutto nei paesi a basso e medio reddito.³² Sebbene le sfide legate alla mancanza del personale esistessero da prima della pandemia, i sondaggi delle associazioni degli operatori sanitari hanno mostrato un significativo aumento degli infermieri che hanno lasciato la professione nel 2020, a causa del COVID-19.³³

La pressione sul personale sanitario e sui singoli lavoratori è esacerbata quando il rapporto personale-pazienti è basso all'interno di un contesto sanitario.³⁴

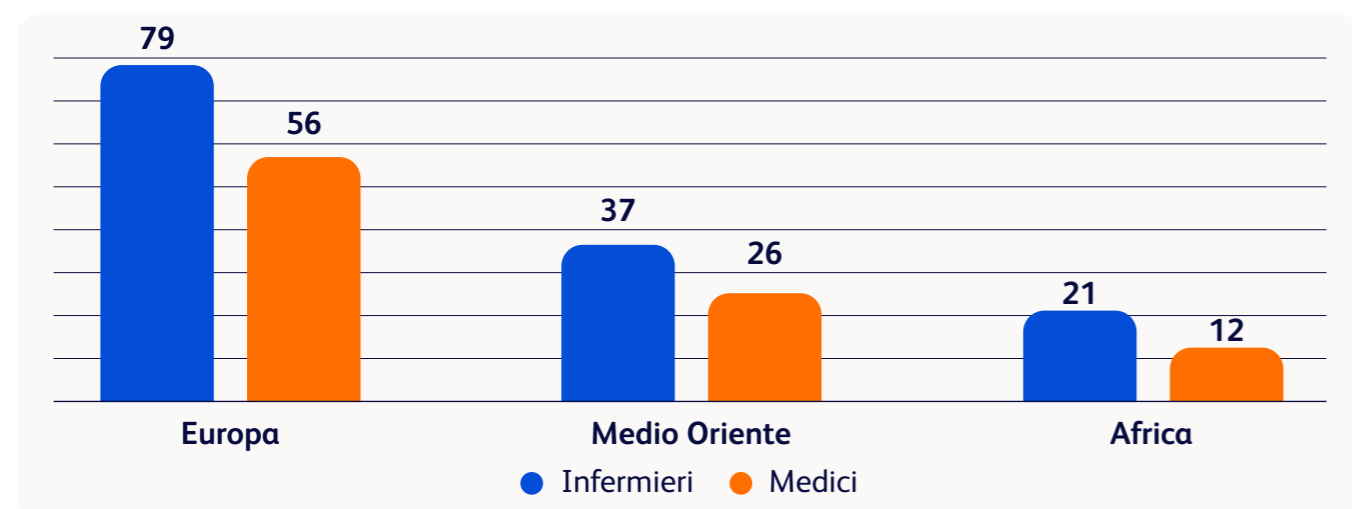
I risultati del Barometro della resilienza sanitaria BD mostrano che l'Europa supera di gran lunga il Medio Oriente e l'Africa per quanto riguarda il rapporto infermieri-pazienti e medico-pazienti nel sistema sanitario.

Figura 6: Rapporto personale-pazienti (infermieri/medici) – punteggi del Barometro per regione

Fonte: Nursing and midwifery personnel (per 10,000) (WHO)

Medical doctors (per 10,000) (WHO)

Scala del barometro: 100: Prestazioni elevate (basso rapporto tra personale e paziente (infermieri/medici)) – 0: Prestazioni basse (alto rapporto tra personale e paziente (infermieri/medici))

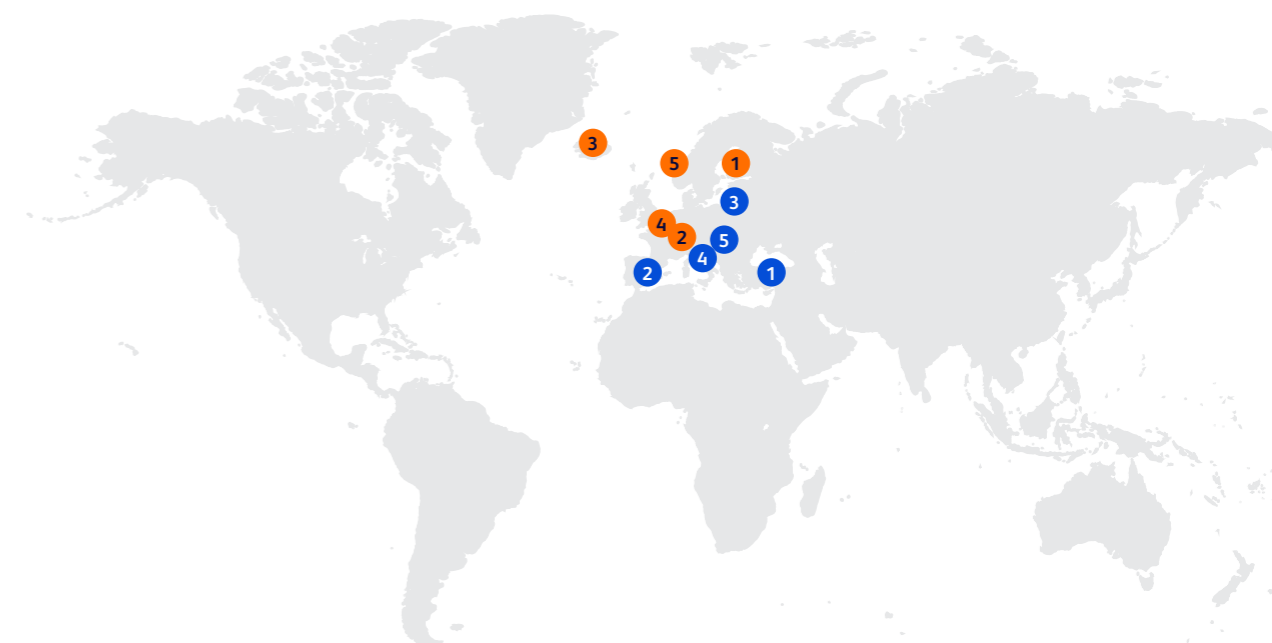


Per comprendere le sfide della resilienza sanitaria dal punto di vista del personale, è anche utile guardare oltre il numero di infermieri e medici disponibili e capire come il rapporto infermieri-medici influisce sull'erogazione delle cure. Questo rapporto è importante perché avere un numero sufficiente di personale infermieristico disponibile per supportare i medici può avere

un impatto positivo sia sull'erogazione efficiente delle procedure mediche sia sull'opportunità per i medici di allocare il proprio tempo in modo ottimale. All'interno della regione europea, il Barometro della resilienza sanitaria BD mostra disparità nei risultati dei Paesi per questo indicatore (vedere i Paesi con i risultati migliori e quelli con i risultati peggiori nella Tabella 6).

Tabella 6: Rapporto infermieri-medici – I primi 5 e gli ultimi 5 Paesi (Europa)

Fonte: Ratio of nurses to doctors (OECD)



Primi 5

- 1 Finlandia
- 2 Svizzera
- 3 Islanda
- 4 Lussemburgo
- 5 Norvegia

Ultimi 5

- 1 Turchia
- 2 Spagna
- 3 Lettonia
- 4 Italia
- 5 Slovacchia

³² World Health Organisation. *Health workforce*. Ultimo accesso 8 febbraio 2022 https://www.who.int/health-topics/health-workforce#tab=tab_1

³³ International Council of Nurses (ICN). *The Global Nursing Shortage and Nurse Retention*, 2021. <https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN%20Poli->

[cy%20Brief_Nurse%20Shortage%20and%20Retention_0.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN%20Poli-cy%20Brief_Nurse%20Shortage%20and%20Retention_0.pdf)

³⁴ Wang L, Lu H, Dong X, et al. The effect of nurse staffing on patient-safety outcomes: A cross-sectional survey. *J Nurs Manag.* 2020;28(7):1758-1766. <https://doi.org/10.1111/jonm.13138>

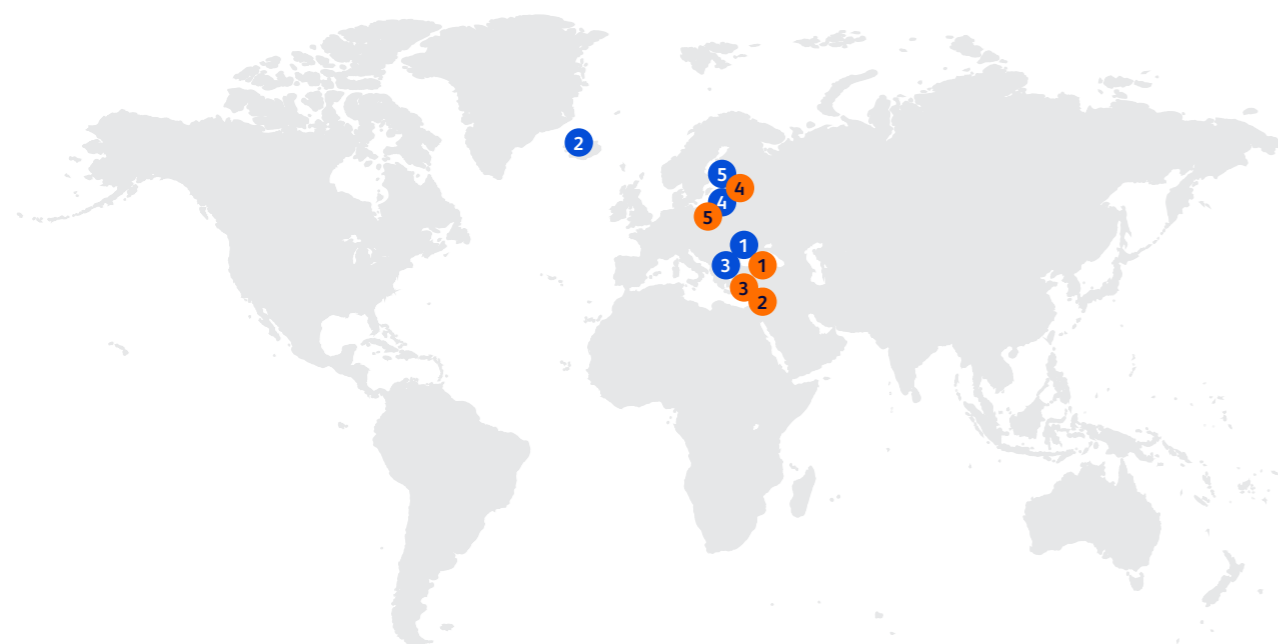
Approfondire i dati demografici del personale è fondamentale per identificare le aree in cui il rischio di carenze è più elevato e consentire così interventi proattivi per garantire una fornitura di assistenza ininterrotta nel corso del percorso di cura del paziente.

I dati mostrano che con le attuali carenze di personale infermieristico combinate con l'invecchiamento del personale infermieristico e il crescente effetto del COVID-19, potrebbero essere necessari fino a 13 milioni di infermieri per colmare le carenze globali nei prossimi anni.³⁵ In particolare, in Europa, l'aumento della percentuale di operatori sanitari di età superiore ai 55 anni significa che l'invecchiamento del personale è una preoccupazione cruciale che rappresenta una minaccia per la sostenibilità e la resilienza dell'assistenza sanitaria.³⁶

Come illustra la Tabella 7, i Paesi dell'Europa sudorientale hanno il personale infermieristico più giovane, mentre quelli più settentrionali devono affrontare maggiori rischi legati all'invecchiamento del personale.

Tabella 7: Infermieri di età superiore ai 55 anni – I primi 5 e ultimi 5 Paesi (Europa)

Fonte: [Nurses 55 and above \(WHO\)](#)



Primi 5

- 1 Turchia
- 2 Cipro
- 3 Grecia
- 4 Bielorussia
- 5 Slovacchia

Ultimi 5

- 1 Moldavia
- 2 Islanda
- 3 Bulgaria
- 4 Lituania
- 5 Lettonia

³⁵ International Council of Nurses (ICN). *The Global Nursing Shortage and Nurse Retention*, 2021. https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN%20Policy%20Brief_Nurse%20Shortage%20and%20Retention_0.pdf

³⁶ World Health Organisation. *Health and care workforce in Europe: time to act*. Ultimo accesso 18 novembre 2022 <https://www.who.int/europe/publications/item/9789289058339>

Benessere e sicurezza psicofisica del personale

Sebbene avere un numero sufficiente di operatori sanitari sia innegabilmente essenziale, la disponibilità del personale di per sé non garantisce la resilienza del personale. La vera resilienza dipende dal benessere degli operatori sanitari, sia mentalmente che fisicamente. Dal carico emotivo derivante dalla cura dei pazienti in difficoltà alle esigenze fisiche di lunghe ore e ambienti di lavoro ad alta intensità, fino al rischio di esposizione e manipolazione di farmaci pericolosi, gli operatori sanitari devono affrontare una miriade di sfide che possono compromettere il loro benessere generale³⁷ e, a loro volta, minano la loro capacità di fornire cure ottimali ai pazienti.^{38,39}

L'aumento del carico di lavoro può portare a un aumento degli incidenti relativi alla sicurezza dei pazienti,^{40,41} che causano danni non solo ai pazienti, ma anche agli operatori sanitari.⁴² Gli eventi avversi relativi alla sicurezza dei pazienti hanno spesso un impatto emotivo di lunga durata sugli operatori sanitari.⁴³ Il coinvolgimento in un incidente relativo alla sicurezza dei pazienti comporta un rischio maggiore

di burnout, un consumo eccessivo di alcol e un uso problematico di farmaci da parte del personale sanitario.⁴⁴

Il Barometro della resilienza sanitaria BD mostra che il burnout è prevalente tra il personale sanitario dell'area EMEA, e alcuni Paesi dell'Europa occidentale ottengono punteggi particolarmente bassi in questa misura (vedere la figura 7).

³⁷ Occupational Health and Safety Administration. *Healthcare*. <https://www.osha.gov/healthcare>

³⁸ Hall, L, Johnson, J, Watt, I, Tsipa, A, O'Connor, B. *Healthcare Staff Wellbeing, Burnout, and Patient Safety: A Systematic Review*. PLOS ONE. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0159015>

³⁹ Madsen MD, Cedergreen P, Nielsen J, Østergaard D. Healthcare professionals' perception of their working environment and how to handle mental strain. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2023;67(7):979-986. doi:10.1111/aas.14249

⁴⁰ Dall'Ora C, Ball J, Reinius M, Griffiths P. Burnout in nursing: a theoretical review. *Hum Resour Health*. 2020;18(1):41. Pubblicato il 5 giugno 2020. doi:10.1186/s12960-020-00469-9

⁴¹ Madsen MD, Cedergreen P, Nielsen J, Østergaard D. Healthcare professionals' perception of their working environment and how to handle mental strain. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2023;67(7):979-986. doi:10.1111/aas.14249

⁴² Madsen MD, Cedergreen P, Nielsen J, Østergaard D. Healthcare professionals' perception of their working environment and how to handle mental strain. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2023;67(7):979-986. doi:10.1111/aas.14249

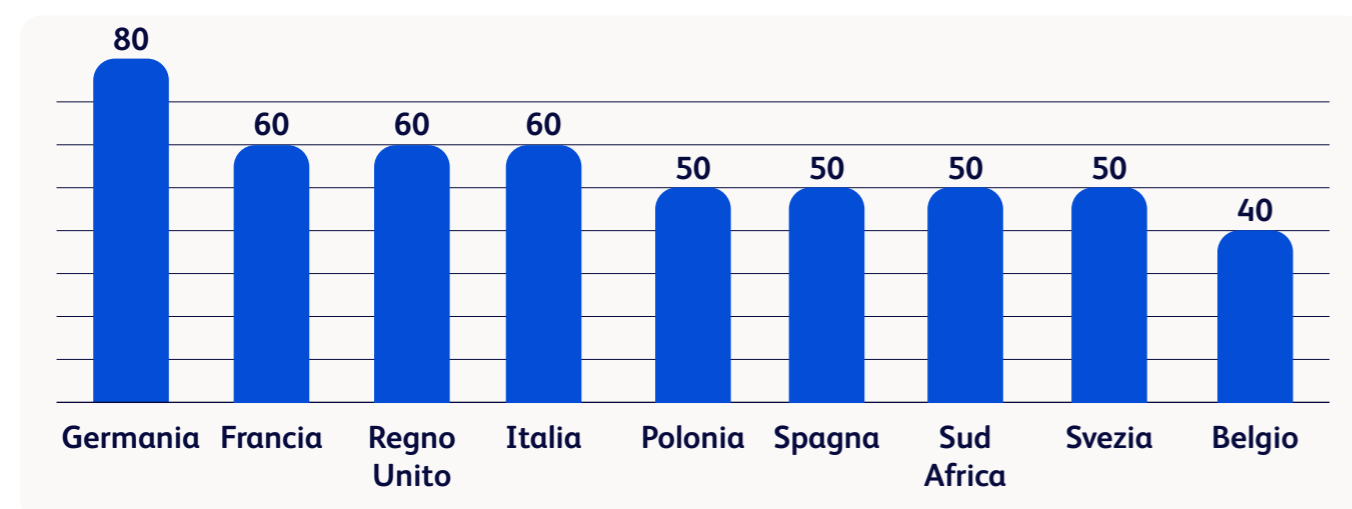
⁴³ Ullström, S, Sachs, M, Hansson, J, Øvretveit, J, Brommels, M. Suffering in Silence: a qualitative study of second victims of adverse effects, 2014. *British Medical Journal*. <https://qualitysafety.bmj.com/content/23/4/325>

⁴⁴ Van Gerven E, Vander Elst T, Vandenbroeck S, et al. Increased Risk of Burnout for Physicians and Nurses Involved in a Patient Safety Incident. *Med Care*. 2016;54(10):937-943. doi:10.1097/MLR.0000000000000582

Figura 7: Burnout del personale: punteggi del Barometro per Paese (Paesi EMEA selezionati)

Fonte: Havas Lynx - *Healing the Healers* (Point.1 data) (Havas Lynx) complemented by additional market research

Scala del barometro: 100: Performance elevata (basso tasso di burnout) – 0: bassa performance (alto tasso di burnout)



Sebbene gli ambienti ad alta intensità e frenetici siano un fattore chiave nello sviluppo del burnout da parte degli operatori sanitari, non è solo il personale delle unità di terapia intensiva a esserne colpito. La ricerca ha rilevato che oltre la metà (51 %) dei farmacisti soffre di burnout.⁴⁵

Quando si considerano questioni come gli errori terapeutici prevenibili (discussi nel Capitolo 1 del presente rapporto), diventa chiaro che per costruire la resilienza sanitaria è necessaria una comprensione approfondita della natura interconnessa del benessere del personale, della sicurezza del paziente e dell'efficiente erogazione dell'assistenza.

Per quanto riguarda i benefici economici derivanti dal miglioramento del benessere del personale sanitario, uno studio statunitense ha suggerito che si stima che 4,6 miliardi di dollari di spesa sanitaria siano legati al turnover dei medici e alla riduzione delle ore cliniche attribuibili al burnout.⁴⁶

Le politiche in materia di salute e sicurezza sul lavoro (OHS) sono progettate per fornire assistenza di alta qualità in modo efficace e sostenibile. Tuttavia, il Barometro della resilienza sanitaria BD ha rilevato che molti Paesi non dispongono di strumenti politici

nazionali completi per affrontare la salute e sicurezza sul lavoro in ambito sanitario. Danimarca, Finlandia e Lussemburgo sono alcuni esempi di Paesi europei in cui tali politiche non esistono a livello nazionale.

L'introduzione di quadri e regolamenti formalizzati può contribuire a garantire che gli operatori sanitari non siano esposti a rischi professionali evitabili e, soprattutto, a creare coerenza e una cultura della responsabilità nei sistemi sanitari.

Proteggere il benessere del personale sanitario può offrire un'enorme opportunità per promuovere la resilienza e la sostenibilità all'interno degli ospedali e dei sistemi sanitari in generale.

Lavorando in modo collaborativo per prevenire danni, attrarre nuovi talenti nella professione e mitigare il rischio di carenze, il settore sanitario può migliorare la continuità e la qualità di assistenza ai pazienti in tutto il mondo.

Queste iniziative, tuttavia, non possono esistere in modo isolato. Piuttosto, devono essere integrate con gli sforzi volti a migliorare la sicurezza del paziente e con quelli per potenziare l'efficienza operativa – un aspetto che verrà trattato nel prossimo capitolo di questo rapporto.

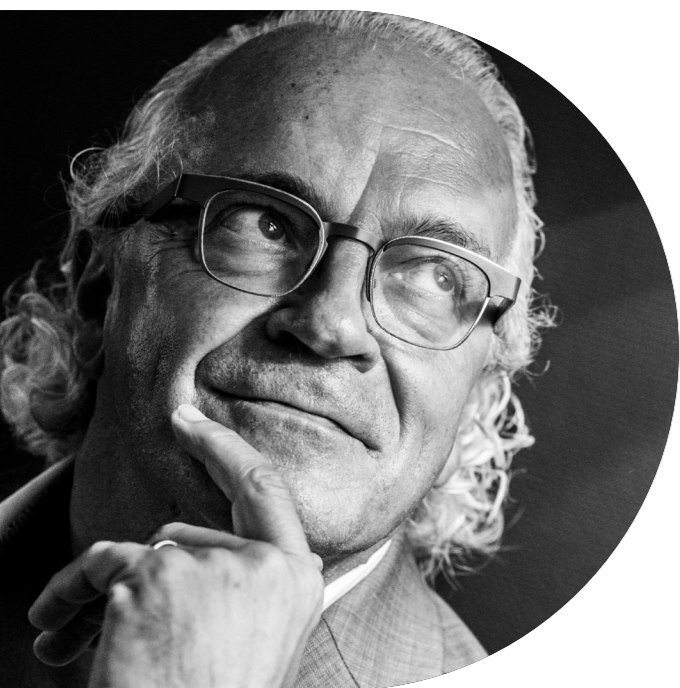
Gli approcci olistici che riconoscono gli aspetti interconnessi della resilienza sanitaria possono preparare la strada per un futuro più solido e sostenibile nell'erogazione di assistenza sanitaria.

⁴⁵ Dee, J, Dhuhaibawi, N, Hayden, J. A systematic review and pooled prevalence of burnout in pharmacists. *Int J Clin Pharm* 45, 1027–1036 (2023). <https://doi.org/10.1007/s11096-022-01520-6>

⁴⁶ Chan, S, Shanafelt, T, Sinsky, C, et al. Estimating the Attributable Cost of Physician Burnout in the United States, 2019. *Ann Intern Med*. <https://doi.org/10.7326/M18-1422>



Il punto di vista dei Key Opinion Leader



È la somma di una serie di piccole e grandi azioni che possono creare una cultura immateriale della valorizzazione in un ospedale.



Marc Noppen

Amministratore Delegato presso l'Ospedale Universitario UZ di Bruxelles, Belgio

Con circa due decenni di esperienza come amministratore delegato di un ospedale universitario e un background in pneumologia clinica e interventistica, Marc Noppen condivide la sua visione per costruire la resilienza nel sistema sanitario. Discute degli approcci in evoluzione per costruire una cultura del personale sana e di come MedTech può supportare il rapporto paziente-fornitore.

Personale: sovraccaricato e sottovalutato

Per Marc Noppen, la sfida più grande per la resilienza sanitaria risiede nello stato del personale. Discutendo i problemi di capacità post-pandemia nei sistemi sanitari a livello globale, afferma che la maggior parte degli sforzi per costruire la resilienza falliscono a causa di “uno scisma tra il bisogno acuto di una forza lavoro solida e il numero di

professionisti qualificati che sono disponibili – e disposti – a lavorare sotto le circostanze attuali”. Osserva che l'invecchiamento della popolazione, in concomitanza con l'afflusso limitato di nuovi medici e con la fuoriuscita per età e la moltiplicazione dei compiti del personale infermieristico, fa sì che una percentuale maggiore di lavoratori si senta

sopraffatta, prenda congedi per malattia o abbandoni il posto di lavoro. “La carenza di personale porta a un aumento delle liste d'attesa, alla chiusura dei reparti e a una maggiore pressione sulla forza lavoro rimanente, il che diventa un circolo vizioso”, spiega Noppen.

Costruire una forza lavoro solida, tuttavia, non significa semplicemente mantenere un numero sufficiente di dipendenti. Noppen sottolinea che la sostenibilità e la resilienza di qualsiasi organizzazione sanitaria dipendono dalla capacità della leadership di dare priorità e migliorare il benessere

La salute per la sostenibilità

Notando che il sistema sanitario belga rimane guidato dai volumi, con il servizio a pagamento come principale meccanismo di rimborso e finanziamento, Noppen sottolinea che è necessario un cambiamento di rotta e che l'obiettivo principale dell'assistenza sanitaria dovrebbe essere quello di aiutare le persone a mantenere una buona salute e a prevenire le malattie. “Allo stato attuale, il sistema belga trae vantaggio finanziario dalla capacità dei suoi ospedali. Ciò non è sostenibile a lungo termine e dobbiamo riformulare il modo in cui pensiamo allo scopo dell'assistenza sanitaria”, afferma.

Noppen è entusiasta dell'introduzione dell'intelligenza artificiale e dell'intelligenza artificiale generativa nel settore sanitario.

del personale e la cultura delle operazioni. “Dobbiamo dare l'esempio e mostrare apprezzamento nel modo in cui ci relazioniamo con le persone”, afferma. “È la somma di una serie di piccole e grandi azioni che possono creare una cultura immateriale della valorizzazione in un ospedale che può aiutare a costruire un sistema sanitario sostenibile e resiliente”, aggiunge Noppen. Noppen osserva inoltre che le persone che lavorano nel settore sanitario sono in gran parte motivate da fattori intrinseci costruiti su basi di autonomia, padronanza e scopo, e una cultura resiliente deve quindi riflettere queste qualità.

“Penso davvero che sarà un punto di svolta nell'alleggerire il carico di lavoro di medici e infermieri”. Aggiunge che esempi di tecnologia generativa, come i sistemi di sintesi vocale supportati da genAI, possono svolgere un ruolo chiave nell'automazione di vari flussi di lavoro. “Il fatto che possa registrare le visite dei pazienti elimina gran parte del processo per i medici e consente loro di avere molto più tempo per interagire con i loro pazienti”.



Il punto di vista dei Key Opinion Leader



L'industria può spesso fornire punti di vista e feedback alternativi che aiutano gli operatori sanitari a implementare miglioramenti e sviluppare strategie più resilienti per l'assistenza al paziente.



Esperto di personale sanitario, Francia

Il punto di vista di questo KOL riporta l'intervista a un esperto di personale nel settore sanitario. Con un'esperienza decennale come direttore di un ospedale in Francia, offre spunti di riflessione su come fornire un'assistenza efficace sia ai pazienti che agli operatori sanitari. Nella nostra conversazione, discute dell'importanza della cultura come elemento centrale a tutti i livelli di un'organizzazione, nonché di come l'adattabilità del sistema sanitario può supportare il benessere dei lavoratori.

Processo decisionale guidato dall'ecosistema

Secondo l'esperto di personale sanitario, la cultura è una componente essenziale di un sistema sanitario ben funzionante. "Una forza lavoro resiliente è in grado di adattarsi ai cambiamenti quotidiani: questa è la missione che deve essere posta al centro della cultura di un'organizzazione". Afferma che per questo è necessario che la

dirigenza degli operatori sanitari abbia una comprensione approfondita e accurata dell'ecosistema della propria organizzazione. "I leader possono prendere decisioni gestionali efficaci solo se sanno cosa sta succedendo nella loro organizzazione, dove sono le inefficienze e quali aree dispongono di risorse insufficienti", spiega.

Tuttavia, sostiene che la cultura è un elemento che deve essere radicato in tutti i livelli dell'organizzazione. "Dobbiamo coltivare una cultura di resilienza nel sistema sanitario e tutti i livelli del personale devono essere coinvolti". Sottolineando l'importanza di motivare la forza lavoro, osserva che il personale deve capire "non solo quali sono i problemi, ma anche come questi problemi possono essere risolti e perché". Collegare le sfide alle prospettive individuali può incoraggiare una risoluzione proattiva dei problemi, aggiunge.

L'esperto osserva che la resilienza deve essere compresa in modo olistico e può essere raggiunta solo attraverso la collaborazione con altre parti interessate come i consigli locali, i politici e l'industria. "Condividere le migliori pratiche è vitale", sostiene. Evidenziando i vantaggi dei partenariati industriali, sottolinea che: "L'industria può spesso fornire punti di vista e feedback alternativi che aiutano gli operatori sanitari a implementare miglioramenti e sviluppare strategie più resilienti per l'assistenza al paziente."

Dare priorità al benessere del personale

Discutendo della situazione odierna del personale sanitario, osserva che le politiche delle organizzazioni devono essere adattate per riflettere le esigenze mutevoli del personale. L'invecchiamento della forza lavoro, ovviamente, è una sfida fondamentale che stiamo affrontando. I leader tendono a pensare di non poter fare nulla al riguardo, ma non è così. Propone che gli ospedali possano introdurre programmi di tutoraggio, in cui ogni giovane lavoratore viene assegnato a un partner più anziano che può aiutarlo nella sua progressione e sviluppo. "Sarebbe una situazione vantaggiosa per tutti, perché il personale più anziano può formare una nuova generazione di professionisti, di cui può contare sul supporto", spiega.

Toccano brevemente l'impatto della pandemia sul personale sanitario, parla dell'aspetto della salute mentale, anche se da una prospettiva unica. Sebbene la questione del burnout degli operatori sanitari sia stata ampiamente discussa negli ultimi quattro anni, evidenzia una sfida diversa che deriva dalla riorganizzazione dei flussi di lavoro negli ospedali. "La pandemia ha reso necessario uno spostamento verso un lavoro più indipendente. Stiamo davvero iniziando a vedere l'impatto negativo di questo isolamento sul benessere del personale" - spiega. "L'efficienza deve essere, ovviamente, una considerazione primaria, ma se vogliamo prevenire il burnout, credo che dovremmo cercare di riportare in auge alcuni dei vecchi metodi di lavoro più collegiali."

Il punto di vista dei Key Opinion Leader



La tecnologia offre infinite opportunità per il futuro dell'assistenza sanitaria, ma può essere difficile tenere il passo con il ritmo con cui la tecnologia medica si evolve.



Dott. José Luis Cobos Serrano

Vicepresidente III del Consiglio infermieristico generale della Spagna e membro del consiglio di amministrazione dell'International Council of Nursing (ICN), Spagna

Il Dottor Jose Luis Cobos Serrano vanta trent'anni di esperienza come professionista sanitario in Spagna e ha anche ricoperto posizioni di alto livello in organizzazioni sanitarie in cui è stato responsabile di questioni quali la formazione e la garanzia della qualità. In questa conversazione, il Dottor Cobos Serrano sottolinea l'importanza di fornire una formazione completa al personale sanitario per consentire loro di sfruttare in modo efficace le innovazioni offerte dal settore MedTech.

Dare potere alla forza lavoro

La maggior parte delle discussioni sulla resilienza sanitaria, sostiene il Dottor Cobos Serrano, sono incentrate sulla necessità di rafforzare e ricostituire il personale sanitario. Tuttavia, ritiene che un punto importante che spesso viene trascurato è il fatto che disporre di una forza lavoro solida non

è di per sé sufficiente a garantire che le organizzazioni sanitarie operino in modo più efficiente. “La forza lavoro spesso non ha la flessibilità necessaria per abbracciare e utilizzare effettivamente l'innovazione più recente”, sottolinea il Dottor Cobos Serrano.

“La tecnologia offre infinite opportunità per il futuro dell'assistenza sanitaria, ma può essere difficile tenere il passo con il ritmo con cui si evolve la tecnologia medica”, spiega, aggiungendo che i finanziamenti nelle organizzazioni sanitarie dovrebbero essere destinati non solo all'approvvigionamento

Condividere la responsabilità

Una sfida importante che il personale sanitario deve affrontare attualmente, secondo il Dottor Cobos Serrano, è che la società chiede di più ai propri professionisti sanitari. Afferma: “In passato, ci si aspettava che gli operatori sanitari adottassero un approccio paternalistico nel fornire assistenza, ma ora devono affrontare una maggiore domanda da parte dei pazienti e delle comunità”. In quanto componente integrante della resilienza sanitaria, il Dottor Cobos Serrano si preoccupa del benessere della forza lavoro, sia fisica che mentale.

“Non è responsabilità esclusiva della forza lavoro migliorare l'assistenza sanitaria”, sostiene, affermando che per la risoluzione di questi problemi sono essenziali le varie parti interessate che influenzano il sistema

di dispositivi MedTech all'avanguardia, ma anche a garantire che il personale sia formato per utilizzare queste tecnologie con sicurezza. “Per evitare che il sistema sanitario ristagni, dobbiamo dare la possibilità a coloro che forniscono assistenza di evolversi con esso”.

sanitario. Per creare una forza lavoro competente e qualificata, il Dottor Cobos Serrano invita i manager e gli amministratori del settore sanitario privato a condurre un reclutamento efficiente con finanziamenti sufficienti per garantire che coloro che vengono assunti siano mantenuti e idonei ad attuare i miglioramenti a lungo termine necessari per il sistema. Conclude esortando i politici e i responsabili politici ad adempiere ai rispettivi ruoli e responsabilità, garantendo un budget per finanziare le campagne di sensibilizzazione pubblica.



Il punto di vista dei Key Opinion Leader



I Paesi sono ora in competizione globale per gli operatori sanitari.



Ana Nicholls

Direttrice di Operazioni industriali presso l'Economist Intelligence Unit (EIU), Regno Unito

Ana Nicholls è specializzata in sviluppo economico globale ed è un'esperta di politica industriale e commerciale del governo, lavorando a stretto contatto con clienti nei settori sanitario e automobilistico. In questa conversazione, Nicholls offre una prospettiva macroeconomica al futuro dell'assistenza sanitaria sostenibile, toccando argomenti come la continuità della forza lavoro e la spesa sanitaria.

Operatori sanitari molto richiesti

Nicholls ritiene che la domanda alle stelle di operatori sanitari qualificati costituisca una delle maggiori sfide di resilienza sanitaria a livello globale. Avverte che “I Paesi sono ora in competizione globale per gli operatori sanitari. Da un lato, l'invecchiamento della popolazione significa che molti Paesi stanno cercando disperatamente di convincere gli

operatori sanitari a prendersi cura dei loro anziani. E dall'altro lato ci sono i Paesi in via di sviluppo che hanno bisogno di forza lavoro per sviluppare i propri sistemi sanitari”. Nicholls osserva che questa competizione si traduce nel fatto che i Paesi in via di sviluppo sono costretti a introdurre misure e incentivi per cercare di trattenere in patria i propri

operatori sanitari, mentre i Paesi sviluppati tentano di accaparrarseli.

Nicholls ritiene che una cooperazione più efficiente potrebbe svolgere un ruolo chiave nell'alleviare le pressioni dimostrando uno sforzo pratico per condividere i lavoratori e, quindi, rafforzare la resilienza sanitaria tra le regioni. Indica un esempio di un programma di aiuti esteri del Regno Unito in cui il Regno Unito fornirà formazione, compresi scambi di competenze, agli operatori sanitari africani.

Stabilizzare la spesa sanitaria

Nicholls spiega che la spesa sanitaria a livello globale si è trasformata negli ultimi 4 anni. “Un'enorme quantità di finanziamenti è stata stanziata per l'assistenza COVID-19, lasciando in secondo piano l'assistenza non COVID-19”. Ciò, secondo lei, ha portato a finanziamenti instabili in varie aree dell'assistenza clinica, in particolare di fronte all'aumento dell'inflazione. Dal punto di vista dell'allocazione della spesa, Nicholls sostiene che, sebbene sia importante investire nell'innovazione per sviluppare trattamenti per problemi medici meno diffusi come le malattie orfane, ciò non risponde alla necessità più generale di una solida fornitura di assistenza sanitaria per tutta la popolazione.

Nicholls sostiene che programmi simili potrebbero aiutare a ridurre la concorrenza per gli operatori sanitari, ad esempio se i Paesi sviluppati offrissero formazione, a condizione che in futuro il personale qualificato lavori sia nel Paese ospitante che nel proprio Paese. “Sarebbe davvero utile se ci fosse molto più di questo tipo di pensiero congiunto sulle carriere sanitarie internazionali”.

Quando si considera l'assistenza sanitaria basata sul valore, Nicholls chiede maggiore consenso e chiarezza sul valore attribuito al prodotto in base ai risultati dei singoli pazienti e sul valore che il prodotto apporta alla società nel suo complesso. È convinta che stabilire priorità chiare possa contribuire a creare sistemi sanitari più sostenibili a lungo termine. Nicholls conclude la discussione facendo riferimento ai dati dell'Organizzazione mondiale della sanità che dimostrano che oltre il 90% della popolazione vive ora in aree in cui l'inquinamento atmosferico supera il limite dell'OMS.⁴⁷ In quest'ottica, chiede agli operatori sanitari di riconoscere la loro responsabilità nel diventare il più possibile consapevoli dell'ambiente e nel impegnarsi a ridurre i rifiuti sanitari.

⁴⁷ World Health Organisation. *Billions of people still breathe unhealthy air: new WHO data; 2022.* <https://www.who.int/news/item/04-04-2022-billions-of-people-still-breathe-unhealthy-air-new-who-data>

Capitolo 3

Efficienza

Costruire la resilienza sanitaria: perché i processi sono importanti

Un'assistenza sanitaria resiliente può essere raggiunta solo se tutte le parti del sistema funzionano in modo ottimale e con la stessa missione. Nei capitoli precedenti i riflettori sono stati giustamente puntati sui due attori primari del sistema sanitario: i pazienti e gli operatori sanitari. Tuttavia, c'è un aspetto importante e spesso trascurato che deve ancora essere affrontato.

Questo capitolo è dedicato all'esplorazione dei processi che determinano l'efficienza dell'erogazione dell'assistenza sanitaria nella regione EMEA. Poiché i dati dell'OCSE mostrano che "una quota significativa della spesa sanitaria (...) è, nella migliore delle ipotesi, inefficace e, nel peggiore, uno spreco",⁴⁸ quest'anno diamo uno sguardo più approfondito a questo argomento, individuando dove si verificano le inefficienze sistemiche.

L'aumento dell'inflazione si ripercuote sulla spesa sanitaria in tutta l'area EMEA,⁴⁹ e la domanda di assistenza fa lievitare i già elevati costi operativi. Le limitazioni alla spesa, di conseguenza, stanno avendo un effetto a catena sulla resilienza dei sistemi sanitari.

Queste limitazioni hanno un impatto diretto sulla retribuzione degli operatori sanitari, sui costi operativi giornalieri e sulla prospettiva finanziaria dell'introduzione di nuove tecnologie e sugli sforzi per migliorare la sostenibilità.

Una panoramica della Commissione europea spiega che i sistemi sanitari nazionali in tutta Europa stanno cercando di garantire parità di accesso a cure essenziali e di alta qualità, proteggendo al contempo la loro sostenibilità a lungo termine. Con ciò, i governi sono intenti a identificare i modi in cui possono migliorare l'efficienza del proprio sistema sanitario affrontando al tempo stesso questa duplice sfida.⁵⁰

Gli indicatori su cui si basano i punteggi in questa sezione del Barometro della resilienza sanitaria BD sono stati selezionati attentamente per fornire un quadro dettagliato dell'efficienza. Il primo è l'aspettativa di vita in buona salute (HALE), ma esaminiamo anche

parametri più specifici come la durata media della degenza ospedaliera, che riflette l'efficacia dei trattamenti e la qualità di assistenza complessiva. Anche i decessi prevenibili sono un indicatore chiave della capacità del sistema sanitario di raggiungere lo scopo previsto.

La sfida della sostenibilità ambientale

Infine, esploriamo le sfide legate alla sostenibilità ambientale nel settore sanitario. Considerando che l'impronta climatica dell'assistenza sanitaria è pari al 4,4% delle emissioni nette globali,⁵¹ esiste il chiaro imperativo di adattare i processi, ove possibile, per ridurre al minimo gli sprechi e ridurre l'impatto ambientale delle operazioni.

Se lasciati incontrollati, l'inquinamento e i rischi ambientali prodotti dall'assistenza sanitaria continueranno a contribuire ai problemi di salute delle stesse popolazioni che cerca di servire.

Il Barometro della resilienza sanitaria BD mostra che migliorare l'efficienza è fondamentale per promuovere la resilienza e preparare il sistema sanitario a funzionare bene durante i periodi di tensione.

Le nostre conversazioni con gli esperti del settore sanitario hanno rivelato che il riconoscimento delle opportunità offerte dal settore da MedTech per migliorare l'efficienza del sistema può creare resilienza e consentire al sistema di rimanere saldo nei periodi di tensione

(vedere pagina 64 per il punto di vista del Professor Pascal Verdonck).

Identificare la fonte delle inefficienze può aprire la strada al miglioramento della struttura finanziaria del sistema per ridurre gli sprechi. Ciò garantisce a sua volta che la spesa sanitaria venga utilizzata nel miglior modo possibile e nell'interesse dei lavoratori e dei pazienti.

⁴⁸ Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE). *Tackling Wasteful Spending on Health*. Pubblicato online nel 2017. <https://doi.org/10.1787/9789264266414-en>

⁴⁹ Banca Mondiale. *Inflation, consumer prices (annual %)*. <https://data.worldbank.org/indicator/FP.CPI.TOTL.ZG?view=map>

⁵⁰ Commissione Europea. *Tools and methodologies to assess the efficiency of health care services in Europe: an overview of current approaches and opportunities for improvement*; 2019. Ultimo accesso 28 luglio 2022. <https://ec.europa.eu/newsroom/sante/items/650120>

⁵¹ Health Care Without Harm. *Health care climate footprint report*; 2019. https://noharm-global.org/sites/default/files/documents-files/5961/HealthCaresClimate-Footprint_092319.pdf

Sfide finanziarie e operative

Figura 8: Mappa che mostra le performance complessive del Barometro relative al capitolo "Efficienza" a livello EMEA

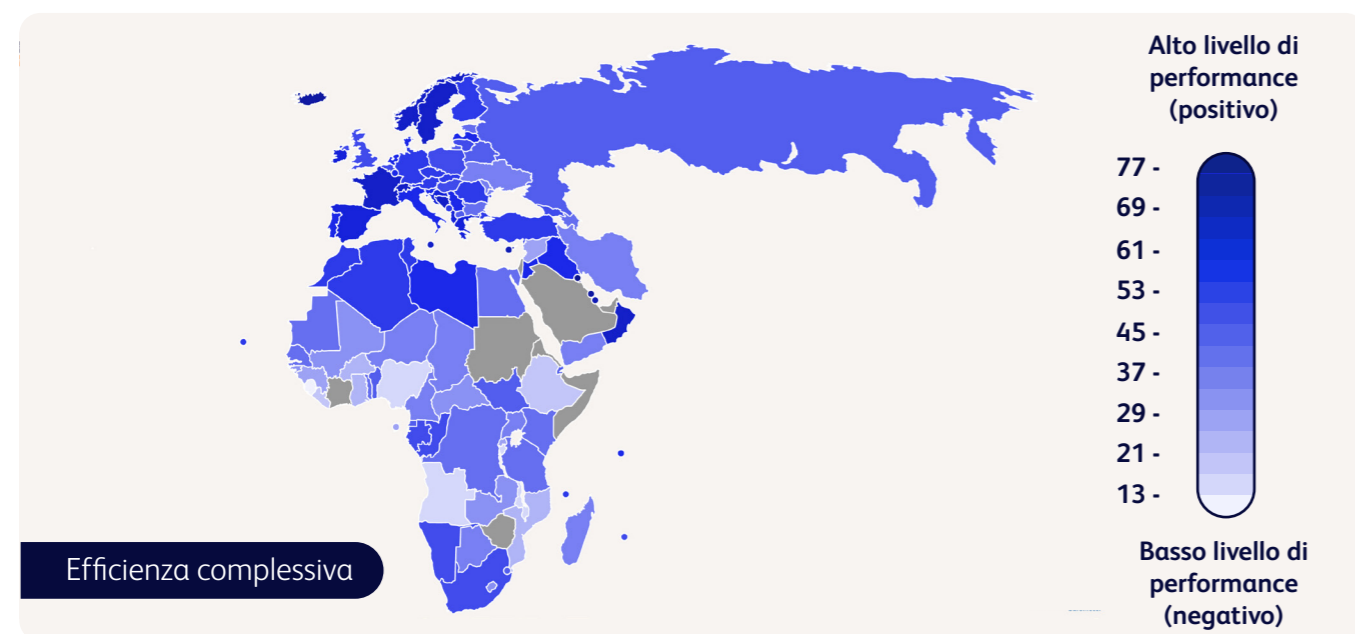


Tabella 8: Performance complessive del "Barometro dell'efficienza" – Paesi selezionati (in ordine di classifica)

Paesi (in ordine di classifica) Classifica EMEA (su 100 paesi)

1. Francia	6 th
2. Svizzera	11 th
3. Svezia	12 th
4. Spagna	14 th
5. Irlanda	15 th
6. Danimarca	18 th
7. Italia	22 nd
8. Paesi Bassi	24 th
9. Germania	42 nd
10. Regno Unito	43 rd
11. Belgio	45 th
12. Polonia	53 rd

Dichiarazione di non responsabilità: Per il rapporto sul Barometro della resilienza sanitaria BD, il nostro obiettivo principale era fornire una visione completa della resilienza dei sistemi sanitari in Europa, Medio Oriente e Africa (EMEA). Per garantire la pertinenza e l'applicabilità dei risultati, sono stati consultati diversi key opinion leader in tutta la Regione. Durante le interviste, è apparso evidente che, sebbene un'ampia panoramica sia essenziale, è anche necessario approfondire le Performance regionali ed esplorare come le sfide in materia di sicurezza del paziente, forza lavoro ed efficienza continuano a incidere sulla resilienza dei sistemi sanitari più avanzati in Europa. L'inclusione di dati focalizzati su un gruppo selezionato di Paesi serve ad arricchire l'analisi e a fornire approfondimenti sulle dinamiche sanitarie regionali.

Nei tre raggruppamenti del Barometro della resilienza sanitaria BD, la disponibilità di risorse da destinare all'assistenza sanitaria è ancora maggiore nei Paesi europei, seguiti sempre più da vicino dal Medio Oriente, mentre l'Africa è in ritardo.

Tuttavia, negli ultimi anni l'Europa in particolare è stata alle prese con una crescente inflazione, che ha posto sfide significative all'utilizzo efficace dei budget nelle istituzioni sanitarie. Se si considera la spesa sanitaria pubblica pro capite, Svizzera e Norvegia ottengono i migliori risultati tra tutti i Paesi nel Barometro della resilienza sanitaria BD. Grazie alle valute forti, questi Paesi rimangono più resilienti di fronte all'inflazione che ha colpito il resto della regione dell'euro.

I punteggi del Barometro della resilienza sanitaria BD mostrano che l'inflazione è una sfida meno immediata in Medio Oriente, dove i Paesi del Golfo sono in grado di sfruttare le risorse disponibili per investire nella sanità e aumentare la qualità dell'assistenza ai pazienti per raggiungere gradualmente, e in alcuni casi superare, gli standard europei.

Se consideriamo l'HALE, l'Europa è la migliore delle tre sottoregioni, con punteggi regionali che rispecchiano il livello di finanziamento sanitario disponibile.

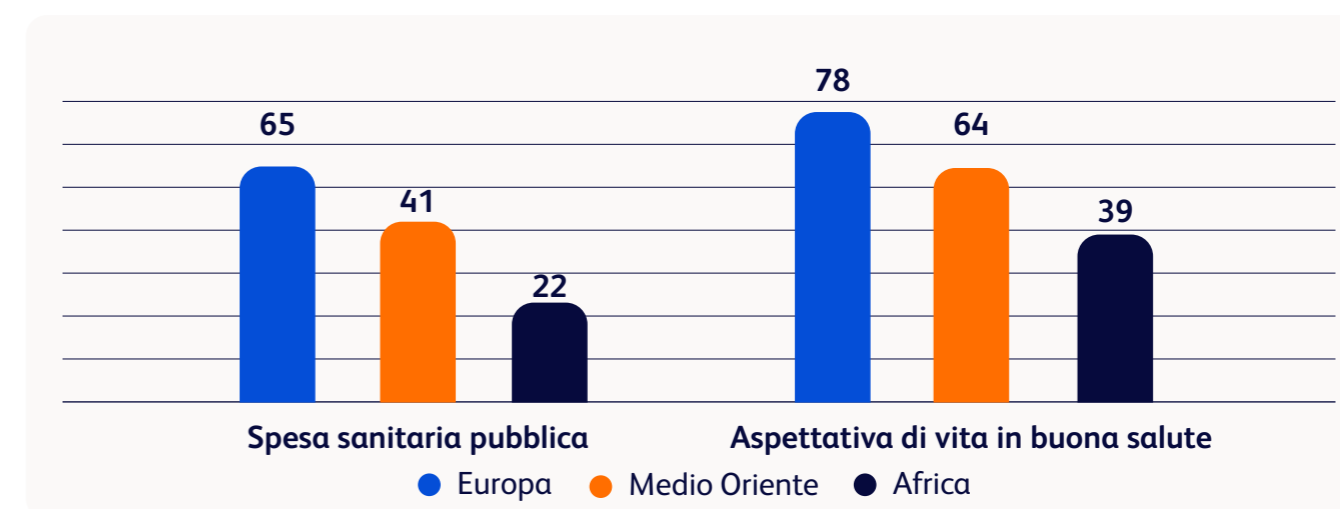
Figura 9: Spesa sanitaria e aspettativa di vita sana, punteggi medi per regione

Fonte 1: Domestic general government health expenditure by Health Care Functions (WHO)

Scala del barometro: 100: Performance elevata (Bassa spesa sanitaria) – 0: Performance bassa (Elevata spesa sanitaria)

Fonte 2: Healthy Life Expectancy (HALE) at birth (years) (WHO)

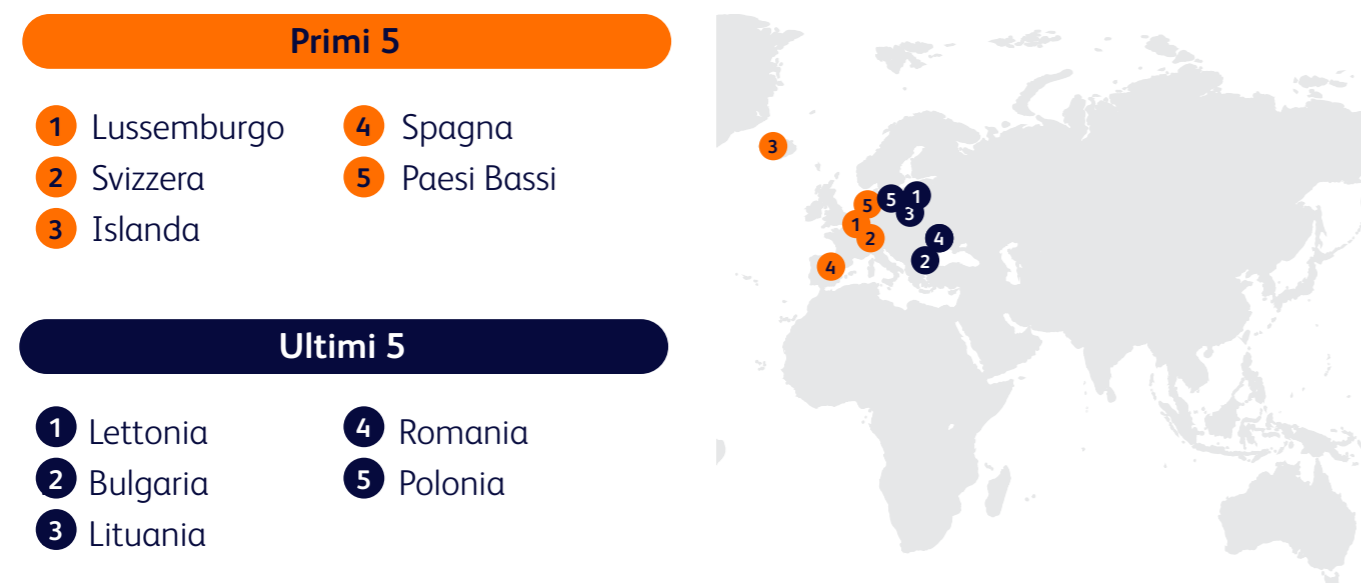
Scala del barometro: 100: Performance elevate (HALE elevata) – 0: Performance basse (HALE bassa)



Per quanto riguarda i decessi evitabili, i sistemi sanitari dei Paesi dell'Europa occidentale e settentrionale dimostrano una migliore efficienza, mentre i Paesi dell'Europa orientale faticano a ridurre il numero di decessi evitabili.

Tabella 9: Decessi prevenibili – I primi 5 e gli ultimi 5 Paesi (Europa)

Fonte: [Potential years of life lost \(OECD\)](#)



Uno sguardo più attento ai risultati in termini di efficienza rivela che i principali Paesi europei come Italia, Germania e Portogallo stanno ottenendo scarsi risultati in termini di durata media della degenza ospedaliera. Ciò evidenzia la necessità di un migliore allineamento dei vari fattori che influenzano la durata del ricovero, non limitato alla gestione del paziente e alla somministrazione del trattamento.

Tabella 10: Durata della degenza – I primi 5 e ultimi 5 Paesi con i migliori risultati (Europa)

Fonte: [Health care use - Length of hospital stay \(acute care\) \(OECD\)](#)

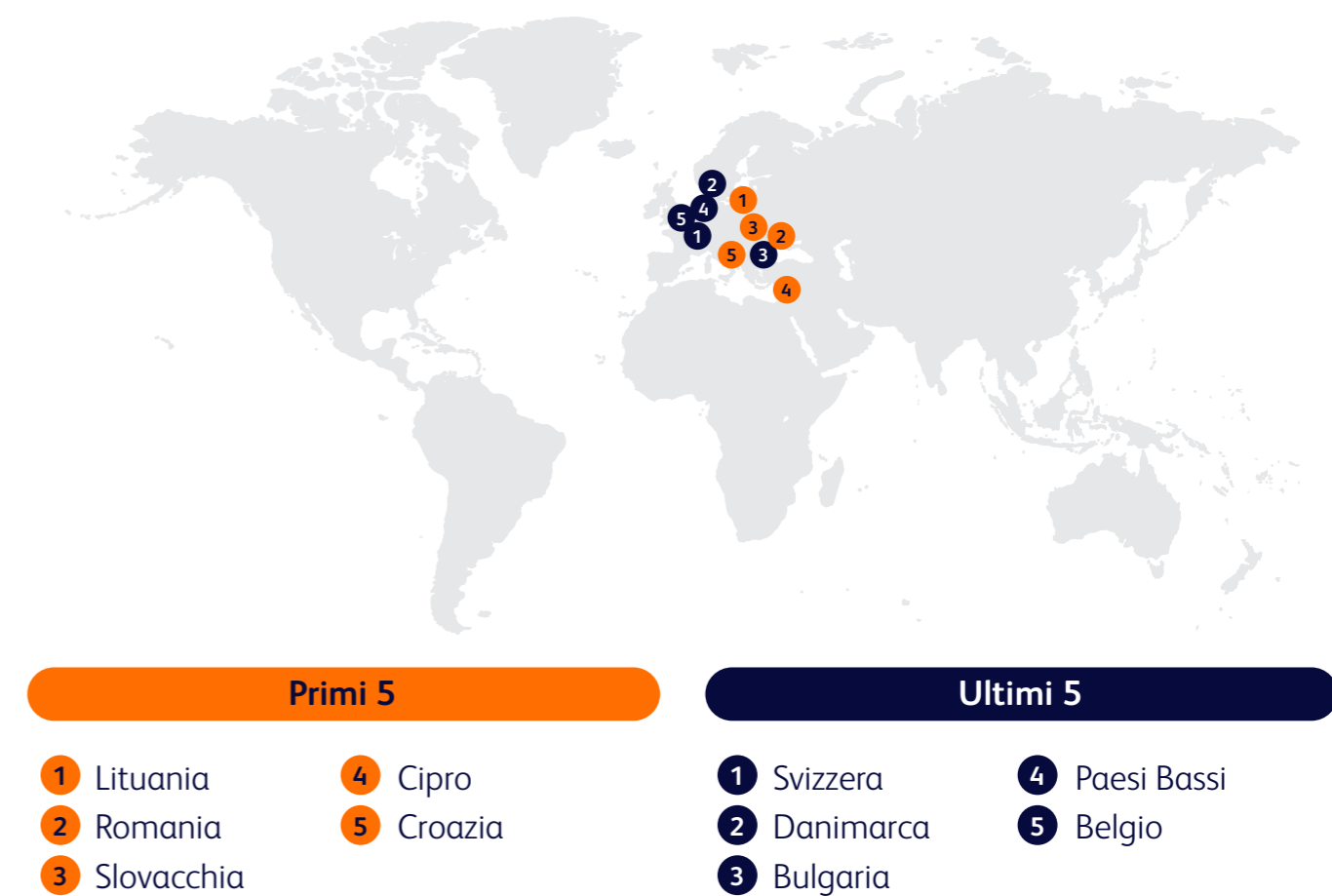


La sostenibilità ambientale emerge come una preoccupazione fondamentale

Considerate le dimensioni e la portata delle strutture sanitarie dei Paesi europei, la sostenibilità ambientale emerge come una preoccupazione fondamentale. I Paesi che generalmente ottengono buoni risultati nel Barometro della resilienza sanitaria BD, come la Danimarca o la Svizzera, ottengono risultati scarsi per quanto riguarda il contributo del loro sistema sanitario all'impronta nazionale di CO₂. Al contrario, i Paesi con i migliori risultati in questa misura sono quasi tutte le nazioni dell'Europa orientale con un livello inferiore di finanziamento sanitario.

Tabella 11: Percentuale di emissioni del settore sanitario sull'impronta nazionale – I primi 5 e ultimi 5 Paesi

Fonte: [Healthcare as % of national footprint \(WIOD\)](#)



È chiaro che per i Paesi sviluppati, la prossima grande sfida è soddisfare contemporaneamente la domanda dei pazienti e allo stesso tempo sviluppare strategie per ridurre al minimo la quantità di rifiuti generati dal sistema e ottimizzare l'uso delle risorse sanitarie per garantire la sostenibilità.

Efficienza e sostenibilità nell'assistenza sanitaria: uno sguardo al futuro

A fronte di una crescente domanda di assistenza a livello globale, unita a pressioni inflazionistiche e a finanziamenti limitati, le istituzioni sanitarie sono oggi sottoposte a una pressione eccessiva. I dati del Barometro della resilienza sanitaria BD mostrano che l'efficienza dei sistemi sanitari è influenzata da numerosi fattori finanziari, operativi, clinici e tecnologici, nonché da fattori umani.

In questo contesto, vediamo che il management sanitario spesso trova difficile allocare risorse, capacità o larghezza di banda per preoccupazioni apparentemente marginali come l'impatto ambientale delle operazioni. Tuttavia, è nella complessità di queste sfide che si nasconde il potenziale per soluzioni innovative e globali.

Considerando la sostenibilità ambientale come parte integrante dell'efficienza sanitaria, il settore può sviluppare strategie globali che sfruttano la giusta tecnologia per affrontare non solo le sfide operative ma anche alleviare la pressione sul personale sanitario, consentendo la fornitura di assistenza al paziente sicura e di alta qualità e causando meno danni all'ambiente.

Costruire sistemi sanitari resilienti richiede sforzi collettivi da parte delle parti interessate a tutti i livelli. Nella sezione finale di questo rapporto, descriviamo i passi che i politici, i ricercatori, gli operatori sanitari e l'industria possono intraprendere per rimodellare i sistemi sanitari e renderli più resilienti di fronte alle sfide di oggi e a quelle del futuro.



Il punto di vista dei Key Opinion Leader



La resilienza sanitaria riguarda lo sviluppo e la messa in atto di sistemi che consentano di resistere a un'ampia gamma di shock che potrebbero verificarsi nel lungo termine.



Lord James O'Shaughnessy

Membro della Camera dei Lord del Regno Unito, Senior Partner di Newmarket Strategy, membro del consiglio di amministrazione di Health Data Research UK (HDR UK) e autore della UK Review of Commercial Clinical Trials

In quanto figura chiave nel settore sanitario del Regno Unito, Lord James O'Shaughnessy ricopre diversi ruoli con responsabilità su questioni quali favorire l'accesso all'innovazione e sviluppare una politica sanitaria efficace. In questa conversazione, Lord O'Shaughnessy parla delle questioni che riguardano la resilienza sanitaria del Regno Unito e le strategie del governo per costruire un sistema sanitario a prova di futuro.

Comunità e resilienza

Nel corso della conversazione, Lord O'Shaughnessy attira l'attenzione sul potenziale impatto della comunità nel miglioramento della resilienza sanitaria. Citando come esempio dati recenti allarmanti sulla carie tra i bambini⁵² osserva che, nonostante la crescente attenzione alla prevenzione nel Regno Unito negli ultimi anni,

la responsabilità degli individui nel prendersi cura del proprio benessere è ancora spesso trascurata. Lord O'Shaughnessy sottolinea che l'aiuto e la guida di una persona fidata all'interno della propria comunità possono svolgere un ruolo chiave nell'incentivare le persone a prendersi cura della propria salute.

A questo proposito, Lord O'Shaughnessy fa riferimento al senso di comunità che si è sviluppato durante la pandemia, quando le persone si aiutavano a vicenda a fare la spesa e a svolgere le mansioni quotidiane, e suggerisce che lo sforzo collettivo della comunità che verificatosi allora potrebbe ora offrire supporto a chi ha problemi di salute mentale.

Piuttosto che sostituire la guida di esperti, Lord O'Shaughnessy ritiene che il sostegno della comunità sia un importante "meccanismo complementare che aiuta ad affrontare la salute mentale e altre sfide sanitarie e a costruire la resilienza".

Accelerare l'adozione di tecnologie mediche

Sottolineando l'importanza dell'innovazione tecnologica nel settore sanitario, Lord O'Shaughnessy evidenzia i programmi di screening come una delle grandi storie di successo del Regno Unito e un importante esempio di assistenza basata sulla tecnologia che contribuisce alla resilienza sotto forma di assistenza sanitaria preventiva. Da un punto di vista politico, pur esprimendo un giudizio positivo sull'introduzione della Medical Technology Strategy (Strategia per le tecnologie mediche), Lord O'Shaughnessy riconosce che il fatto che la MedTech non sia valutata regolarmente dal National Institute for Health and Care Excellence (NICE) è spesso visto come una sfida ai rimborsi per gli ospedali. "Ciò significa che nel Regno Unito l'adozione e il ricorso a MedTech è più lenta di quanto dovrebbe essere, ed è il paziente che, in ultima analisi, ne subisce l'impatto", afferma.

Lord O'Shaughnessy sottolinea l'importanza di proteggere il budget tecnologico nell'interesse della resilienza a lungo termine dell'NHS. Ritiene che così facendo si proteggerà e si investirà nella produttività del sistema, in particolare per la forza lavoro, "in modo che la persona media che lavora nell'NHS utilizzi nel corso del tempo strumenti sempre migliori, aumentando l'efficienza operativa a un livello sempre più alto. Oggi, purtroppo, non è così", aggiunge. Lord O'Shaughnessy sottolinea inoltre la necessità di garantire la capacità di gestire contemporaneamente gli approcci esistenti e quelli nuovi per un periodo che consenta la transizione. "La resilienza sanitaria riguarda lo sviluppo e la messa in atto di sistemi che consentano di resistere a un'ampia gamma di shock che potrebbero verificarsi nel lungo termine", conclude.

⁵² Confederazione del Servizio Sanitario Nazionale (NHS). NHS Confederation responds to data showing more than 100000 children have been hospitalised with tooth decay since 2018. <https://www.nhsconfed.org/news/nhs-confederation-responds-data-showing-more-100000-children-have-been-hospitalised-tooth>

Il punto di vista dei Key Opinion Leader



L'assistenza sanitaria non deve far ammalare le persone, ma i sistemi sanitari lo fanno causando danni all'ambiente.



Daniel Eriksson

Fondatore del Nordic Center for Sustainable Healthcare (NCSH), Svezia

Grazie a un'esperienza di oltre vent'anni nel settore della sanità sostenibile e fondatore di NCSH, Daniel Eriksson possiede una profonda conoscenza di come la sostenibilità sia in grado di trasformare il settore sanitario. In questa conversazione, propone la sua visione di come l'attività pionieristica nei Paesi nordici e nei Paesi Bassi si stia diffondendo in altri Paesi.

Non c'è resilienza senza sostenibilità

Iniziando la conversazione con la sua definizione di resilienza sanitaria, Eriksson afferma che la resilienza è “la capacità di adattarsi di fronte a circostanze avverse, come uno sciopero, una guerra, un cambiamento climatico o una pandemia”. Crede che la sostenibilità sia fondamentale per raggiungere la vera resilienza. “Un buon esempio è rappresentato dagli ospedali e dai centri

di cura che dispongono di fonti energetiche proprie che consentono di accedere all'energia quando la fonte primaria è compromessa”, spiega Eriksson.

Eriksson osserva che l'argomentazione più convincente a favore della sostenibilità può differire a seconda delle sfide specifiche di ciascun reparto ospedaliero e del gruppo

di stakeholder dell'assistenza sanitaria. “Il rapporto costo-efficacia o l'efficienza sono probabilmente gli argomenti più utili da utilizzare per persuadere la divisione finanziaria, mentre per gli operatori sanitari l'argomentazione è che l'assistenza sanitaria non dovrebbe far ammalare le persone, ma i sistemi sanitari lo fanno causando danni all'ambiente”, sottolinea.

Eriksson evidenzia che non esiste una soluzione unica e definitiva per migliorare la sostenibilità. L'NCSH, afferma, si assicura di sottolineare che si tratta di un processo di miglioramento continuo per un periodo significativo. “In molti Paesi, gli standard normativi ambientali e le valutazioni di impatto differiscono tra gli ospedali e cambiano ogni anno, pertanto è necessario un approccio flessibile e continuamente adattabile”.

Esportare innovazione sanitaria sostenibile

Eriksson osserva che la notevole quantità di innovazione nel campo della sostenibilità che emerge dai Paesi nordici e dai Paesi Bassi storicamente non è stata riconosciuta da altri Paesi. Negli ultimi anni, per promuovere al meglio gli sforzi dell'NCSH, l'organizzazione ha implementato varie iniziative per pubblicizzare il lavoro e incoraggiare altri sistemi sanitari a implementare meccanismi sostenibili. Ciò ha incluso una serie di rapporti disponibili in inglese chiamati Nordic Know-How. “La nostra missione è convincere le persone di altri Paesi che stanno cercando di migliorare la sostenibilità dei loro sistemi a basarsi sulle soluzioni esistenti, invece di reinventare la ruota”.

Discutendo del ruolo delle imprese, Eriksson raccomanda loro di rimanere focalizzate sulle soluzioni e di evolvere le proprie idee ogni anno, poiché gran parte dell'impatto climatico derivante dall'assistenza sanitaria proviene dalla catena di approvvigionamento. “Le aziende non sopravviveranno nei prossimi dieci anni se non prenderanno sul serio la sostenibilità”. Eriksson sottolinea che, sebbene le organizzazioni sanitarie debbano essere aperte all'implementazione dell'innovazione, il successo nella costruzione di sistemi sostenibili dipenderà da una serie di altri fattori, tra cui i fornitori di energia, le società di gestione dei rifiuti e le decisioni prese dai politici e dai legislatori.

Il punto di vista dei Key Opinion Leader



È necessario connettersi con il paziente per integrare in modo efficace l'assistenza che lo circonda e, in questo senso, la tecnologia aiuterà a realizzare un'assistenza basata sul valore.



Prof. Pascal Verdonck

Professore di Ingegneria Biomedica e Tecnologia Medica presso l'Università di Gand, Presidente del Consiglio di Amministrazione dell'Università di Scienze Applicate di Artvelde e Presidente del Comitato Nazionale di Ingegneria Biomedica, Paesi Bassi.

Grazie alla sua formazione in ingegneria biomedica e a decenni di lavoro nel sistema sanitario, in questa conversazione il Professor Pascal Verdonck offre il suo punto di vista sull'impatto attuale e sul potenziale di MedTech nel facilitare l'efficienza e la resilienza dell'assistenza sanitaria in Belgio.

Opportunità per il settore MedTech

Il Professor Verdonck attribuisce all'utilizzo della tecnologia il primo passo fondamentale verso il cambiamento del sistema sanitario. Soprattutto quando si affronta la questione dei rifiuti, afferma che la tecnologia può aiutare a garantire che i pazienti ricevano il trattamento e le cure corrette al momento

opportuno. Parlando dell'ispirazione che ha trovato nei sistemi sanitari di altri Paesi dell'UE, il Professor Verdonck cita il sistema portoghese, che lo ha colpito per i maggiori investimenti nell'IT, per la minore frammentazione del continuum sanitario e per il minor numero di silos che facilita

la riduzione dei rifiuti: "Non si tratta solo di una leadership democratica, ma anche di avere una visione comune e la volontà di cambiare il sistema".

Esempi importanti di tecnologie mediche che secondo il Professor Verdonck

Facilitare l'assistenza basata sul valore

Nel contesto dell'assistenza basata sul valore, il Professor Verdonck separa la tecnologia in questo settore in tre categorie: digitalizzazione e ottimizzazione (chirurghi supportati da assistenza robotica, ad esempio), tecnologia mobile, come i dispositivi indossabili e quelli interni, e scienza dei dati sotto forma di IA e realtà virtuale. Tuttavia, il tipo di tecnologia forse più importante, necessaria per il funzionamento efficace di tutte queste tecnologie, è la connessione. "Una connessione affidabile è essenziale per garantire la ricezione dei dati prodotti e ciò fungerà da incentivo e stimolo per l'uso della tecnologia prima di trarne valore". Il Professor Verdonck approfondisce, "È necessario connettersi con

stanno andando nella giusta direzione includono i dati generati dalla tecnologia indossabile e interna, che possono aiutare a facilitare la prevenzione, la diagnosi precoce e le informazioni di follow-up, se utilizzati al momento giusto.


il paziente per integrare in modo efficace l'assistenza che lo circonda" e, in questo senso, la tecnologia aiuterà a realizzare un'assistenza sanitaria basata sul valore.

Nel concludere la conversazione, il Professor Verdonck si sofferma sul ruolo dei pazienti per sfruttare al meglio queste opportunità tecnologiche al fine di migliorare il sistema sanitario, affermando che "cambiare gli atteggiamenti dei consumatori nei confronti del sistema sanitario, così come gli atteggiamenti degli organizzatori del sistema in modo che siano paralleli, faciliterà un maggiore rispetto da parte dei consumatori per adattarsi e cambiare i loro comportamenti".



Il punto di vista dei Key Opinion Leader



La salute sostenibile consiste nel migliorare la salute e il benessere di tutti rimanendo entro i limiti del pianeta. 

Prof. Tobias Alfvén

Professore/Pediatra – Karolinska Institutet; Presidente – Società Svedese di Medicina, Svezia

Con una carriera nel campo della salute infantile, la ricerca del Professor Tobias Alfvén esplora le sfide della salute pubblica globale e l'impatto delle disuguaglianze di accesso sui risultati sanitari. In questa intervista parla delle diverse strategie necessarie per migliorare la resilienza dei sistemi sanitari nei Paesi ad alto reddito e in quelli a basso reddito.

Determinanti sociali della salute in primo piano

Il Professor Alfvén inizia la conversazione sottolineando che il contesto socioeconomico di un dato Paese può porre limiti significativi allo sviluppo della resilienza nel settore sanitario. “Esiste una correlazione molto chiara tra i risultati economici e quelli sanitari” –, sottolinea. “La riduzione dei problemi sanitari globali come la mortalità infantile può essere

raggiunta solo se affrontiamo la povertà e la disuguaglianza”. Il Professor Alfvén sottolinea che, per creare comunità sane in cui i bambini possano crescere, le politiche devono considerare i determinanti sociali della salute, tra cui l'istruzione, l'acqua e i servizi igienico-sanitari, il clima e l'ambiente alimentare.

Il Professor Alfvén spiega che i determinanti sociali possono influenzare negativamente la salute dei bambini anche nelle zone ricche del mondo. “In molti Paesi ad alto reddito, le famiglie avrebbero i mezzi per crescere i propri figli in modo sano, ma la scarsa “salute” della città può rappresentare un ostacolo. Se i genitori ritengono che il quartiere non sia

sicuro, accompagneranno i figli a scuola e vorranno che rimangano a casa, contribuendo così al problema dell'obesità infantile che si riscontra in diverse regioni”. Il Professor Alfvén ritiene che le politiche volte a creare ambienti sicuri e puliti dovrebbero essere una parte fondamentale della costruzione della resilienza sanitaria.

Cosa significa salute sostenibile nella pratica

Citando le statistiche relative al settore sanitario che contribuisce al 4% dell'impronta di carbonio globale,⁵³ il Professor Alfvén sottolinea che è necessario un approccio multisetoriale per capire come ridurre questo impatto climatico a livello globale. “Non è sufficiente parlarne con i dirigenti della sanità: abbiamo bisogno di economisti, ambientalisti, urbanisti, del settore alimentare e di una serie di altri soggetti coinvolti nella progettazione di politiche efficaci”, afferma.

Il Professor Alfvén sostiene che l'utilizzo dell'Agenda 2030 delle Nazioni Unite e degli Obiettivi di sviluppo sostenibile costituisce un buon quadro per pensare ai determinanti

sociali della salute e costruire resilienza nella fornitura di assistenza. Sostiene che molte definizioni di salute sostenibile si concentrano su un singolo aspetto specifico invece di considerare il quadro generale. “In parole povere, la salute sostenibile consiste nel migliorare la salute e il benessere di tutti rimanendo entro i limiti del pianeta”. Il Professor Alfvén conclude affermando che la resilienza sanitaria non deriva solo dal fatto che gli operatori sanitari svolgono un lavoro migliore, ma piuttosto dalle parti interessate che lavorano insieme per creare le giuste condizioni affinché gli operatori sanitari possano svolgere il proprio lavoro.

⁵³ Karliner, J. Slotterback, S. Boyd, R. Ashby, B. Steele, K. Wang, J. Healthcare's climate footprint: the health sector contribution and opportunities for action; September 2020. Research Gate. <http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/ckaa165.843>

Il punto di vista dei Key Opinion Leader



Un settore MedTech e delle scienze della vita realmente dinamico offre un'opportunità straordinaria di adottare grandi innovazioni e diffondere le migliori pratiche.



Charlotte Pickles

Direttrice di Reform Think Tank, Regno Unito

Grazie a mezzo decennio trascorso come direttrice di Reform Think Tank, Charlotte Pickles possiede informazioni preziose sullo stato del sistema sanitario del Regno Unito. In questa conversazione, discute dell'importanza dell'autosufficienza per le organizzazioni sanitarie e delle opportunità per sfruttare l'innovazione per promuovere le cure preventive.

Rendere i sistemi sanitari meno vulnerabili

Per Pickles, il rafforzamento della resilienza nel settore sanitario deve iniziare con l'adozione di misure per ridurre le dipendenze esterne del sistema. Osserva che, nel Regno Unito, l'attuale livello di dipendenza dai produttori esterni al Regno Unito comporta rischi significativi per la stabilità dell'assistenza sanitaria. "Dobbiamo creare catene di

approvvigionamento nazionali per ridurre questa vulnerabilità", afferma Pickles. Sottolinea che, soprattutto considerando il panorama geopolitico instabile, la capacità di procurarsi e fornire prodotti chiave a livello nazionale è più importante che mai. Pickles sostiene che il governo ha un ruolo chiave da svolgere nel facilitare il passaggio alla

produzione interna. "Il governo deve essere un partner migliore per l'industria e garantire che il Regno Unito sia visto come un buon posto in cui investire nella produzione dei prodotti su cui facciamo affidamento".

Un'altra sfida chiave evidenziata da Pickles è il modello sanitario del Regno Unito eccessivamente incentrato sull'ospedale. "Se confrontiamo diversi sistemi sanitari internazionali, il Regno Unito rappresenta un'eccezione, con un modello particolarmente incentrato sull'ospedale", spiega. Pickles sostiene che si dovrebbero destinare maggiori risorse all'intervento precoce, alle pratiche

Tecnologia ed efficienza

Concludendo la conversazione con una nota di ottimismo, Pickles afferma che ci sono molte opportunità da sfruttare per rendere il sistema sanitario britannico più resiliente di quanto non sia attualmente. "Un settore MedTech e delle scienze della vita realmente dinamico offre un'opportunità straordinaria di adottare grandi innovazioni e diffondere le migliori pratiche", ha affermato, aggiungendo che "il Regno Unito è leader mondiale in questo tipo di innovazione". Pickles afferma che un obiettivo chiave dovrebbe essere quello di integrare tecnologie che aumentino la produttività, compresa l'automazione dei processi e un'analisi più intelligente dei dati per creare un flusso di pazienti più efficiente.

"Esistono tecnologie di tutti i tipi, sensori, monitor, che possono essere installate

dei medici di base e alle strutture di assistenza comunitaria. Ritiene che un cambiamento del focus si tradurrebbe contemporaneamente in maggiori opportunità di promozione della salute preventiva. "Abbiamo un sistema orientato ai fornitori e non ai pazienti", sottolinea Pickles. Sottolineando il ruolo dell'empowerment del paziente, afferma che "l'assistenza sanitaria deve essere incentrata sul dialogo per comprendere il paziente nel suo insieme, sostenerlo nel compiere scelte di vita più sane e sfruttare al meglio le nuove tecnologie per automonitorare la propria condizione".

nelle case delle persone, consentendo ai pazienti di autogestire le proprie patologie", aggiunge Pickles. Afferma che si stanno compiendo progressi significativi anche per quanto riguarda la medicina personalizzata, in cui il Regno Unito è all'avanguardia nel campo della genomica. La sfida, osserva Pickles, sarà quella di implementare efficacemente queste innovazioni su larga scala all'interno dell'NHS. Per sfruttare appieno queste opportunità, afferma Pickles, è necessario il consenso di un numero sufficiente di voci costituite da politici, trust e gruppi di interesse all'interno dell'NHS per usare la propria voce e dimostrare il proprio impegno per il cambiamento. "Saranno necessarie conversazioni davvero oneste e la volontà di provare a essere un po' più radicali nel modo in cui facciamo le cose", conclude.

Il punto di vista dei Key Opinion Leader



Dobbiamo proteggere il tempo degli operatori sanitari per consentire loro di trascorrere del tempo con i pazienti e condividere il processo decisionale.



Professor Hamish Laing

Professore di Enhanced Innovation, Engagement and Outcomes, Swansea University e Direttore della Value-Based Health and Care Academy, Regno Unito

Grazie a un'esperienza decennale nel mondo accademico e della ricerca nel settore sanitario del Galles, il Professor Hamish Laing contribuisce alla discussione sul futuro dell'assistenza sanitaria sostenibile, esprimendo il suo punto di vista sul ruolo dell'assistenza basata sul valore nel raggiungimento di un'assistenza sanitaria sostenibile.

Mantenere l'umanità nell'assistenza sanitaria

Il Professor Laing spiega che la tensione degli ultimi anni ha avuto un impatto significativo sulla soddisfazione lavorativa del personale sanitario. Dichiarò: "Il lavoro dovrebbe essere appagante, ma molti dei miei colleghi dicono che ora è solo una faticaccia andare al lavoro, e stanno cercando di fare qualcos'altro". Il riconoscimento che l'offerta di operatori

sanitari non soddisfa in misura sufficiente la crescente domanda dei pazienti ha messo in luce uno spazio per l'innovazione tecnologica, come sottolinea il Professor Laing: "il potenziale dell'automazione dei processi robotici e di altre tecnologie digitali per alleggerire il carico di lavoro della forza lavoro esistente".

Tuttavia, sottolinea l'importanza di raggiungere un equilibrio tra l'implementazione della tecnologia e il mantenimento del valore dell'elemento umano nel fornire assistenza. "Penso che l'assistenza sanitaria sia una questione umana e di relazioni, e la preoccupazione è che si pensi di poter fare tutto con la tecnologia e si perda questo aspetto umano". Il Professor Laing sottolinea

In che modo l'assistenza sanitaria basata sul valore contribuisce alla sostenibilità

Nel corso della discussione, il Professor Laing promuove il ruolo dell'assistenza sanitaria basata sul valore per garantire un sistema sanitario sostenibile, in particolare per ridurre gli sprechi. Spiega che esiste una forte correlazione tra l'assistenza sanitaria basata sul valore e i programmi di "salute verde", perché "per ogni appuntamento non necessario a cui qualcuno ha dovuto recarsi, per ogni procedura che non soddisfa le sue esigenze, per ogni farmaco che gli viene prescritto e che non prende e che deve essere distrutto, per ogni test che deve essere ripetuto perché non si riesce a trovare l'ultimo", tutte queste cose, afferma, non solo hanno un valore molto basso, ma comportano anche un significativo spreco di carbonio.

Per quanto riguarda l'impatto della tecnologia in continua evoluzione sulla sostenibilità

che l'ulteriore rischio derivante dall'implementazione della tecnologia è che la maggiore capacità della forza lavoro sarà semplicemente riempita con più volume anziché con più valore. "Dobbiamo proteggere il tempo degli operatori sanitari per consentire loro di dedicarne di più ai pazienti e alla condivisione delle decisioni".

ambientale, il Professor Laing critica le tecnologie digitali che diventano obsolete dopo tre o quattro anni a causa della mancanza di aggiornamenti software. "Non dovrebbe essere accettabile buttare via un dispositivo perfettamente funzionante perché non esiste un aggiornamento software. Penso che MedTech abbia un ruolo reale nell'aiutarci a ridurre l'impronta ambientale dei dispositivi e anche l'impronta di carbonio dei fornitori di servizi sanitari". Concludendo la discussione, il Professor Laing affronta la potenziale sfida di come saranno percepiti dai pazienti i cambiamenti implementati per ridurre l'impatto ambientale dell'assistenza sanitaria. Ipotizza che sarà necessario chiarire che questi cambiamenti sono necessari per garantire la sostenibilità del sistema, piuttosto che per interrompere la fornitura di assistenza continua.

Il punto di vista dei Key Opinion Leader



È fondamentale trovare soluzioni economiche a basso impatto, perché potrebbero esserci modi migliori per utilizzare le nostre risorse.



Dott. Fabrizio d'Alba

Presidente nazionale di Federsanità, Italia

Grazie al suo ruolo in Federsanità e alla pluriennale esperienza alla guida di importanti strutture sanitarie italiane, il Dottor d'Alba ha fornito il suo punto di vista sull'efficienza del sistema sanitario italiano. In questa conversazione, il Dottor d'Alba discute i potenziali miglioramenti del sistema e il modo in cui possiamo soddisfare meglio le esigenze dei nostri cittadini più vulnerabili.

Come dovrebbero adattarsi i nostri sistemi sanitari?

Nella sua definizione di resilienza sanitaria, il Dottor d'Alba sottolinea l'importanza dell'adattabilità in tre aree chiave: il sistema sanitario nazionale, i professionisti e i cittadini. Adottando un approccio incentrato sulla risoluzione dei problemi che incidono sul sistema sanitario a livello globale, ritiene che la soluzione risieda “nel regno

del cambiamento, dell'innovazione e dell'ingegneria dei sistemi”.

In primo luogo, ritiene che sia necessario identificare l'origine del problema, da cui sviluppare e fornire soluzioni diagnostiche e terapeutiche. Per migliorare il sistema in Italia, il Dottor d'Alba parla della

necessità di ottimizzare l'integrazione e l'erogazione dei servizi. Di conseguenza, ciò migliorerebbe i percorsi di cura dei pazienti, richiedendo domande sui processi organizzativi e sul modo in cui i servizi vengono forniti a livello locale. Parla anche della spinta per la riforma dell'assistenza primaria all'interno del sistema sanitario italiano. Per il Dottor d'Alba è necessaria una migliore organizzazione facilitata da nuove figure professionali, come gli ingegneri gestionali e gli esperti di logistica, e un processo di gestione digitale.

Per quanto riguarda la sostenibilità del sistema sanitario, il Dottor d'Alba afferma

che esiste un legame tra la salute e il luogo in cui si vive e si lavora. Riferendosi al legame tra risultati sanitari e politiche integrate, afferma che “sarebbe utile poter quantificare i ritorni economici per comprendere meglio il legame tra welfare e sistemi sanitari”. Il Dottor d'Alba aggiunge che potrebbe valere la pena prendere in considerazione nuovi luoghi di erogazione dell'assistenza sanitaria, ma è realista riguardo a questa prospettiva a causa dei problemi di accessibilità economica. “È fondamentale trovare soluzioni economiche a basso impatto, perché potrebbero esserci modi migliori per utilizzare le nostre risorse”.

Fornire assistenza ai più vulnerabili

In definitiva, il Dottor d'Alba sottolinea che un sistema sanitario deve essere valutato in base alla sua capacità di prendersi cura delle persone più vulnerabili, cioè quelle con disabilità o problemi di salute mentale. In tempi di cambiamento, dice, è responsabilità dei politici essere più pragmatici nelle loro scelte su come fornire assistenza e quali risorse sono disponibili: “È una scelta allocativa”.

Concludendo la conversazione, il Dottor d'Alba sottolinea la necessità di riconoscere e dare priorità all'obiettivo collettivo del sistema sanitario nazionale in Italia, mettendo da parte le aspirazioni individuali, per migliorare i risultati per i cittadini, soprattutto i più vulnerabili.



Il punto di vista dei Key Opinion Leader



I sistemi sanitari sostenibili dovrebbero basarsi su una serie di valori e aspettative universali.



Dott. Paolo Petralia

Vicepresidente nazionale presso FIASO, Italia

In qualità di stakeholder della Federazione Italiana delle Autorità Sanitarie e Ospedaliere (FIASO), e con una lunga esperienza di Direzione di strutture sanitarie italiane, il Dottor Petralia condivide preziose informazioni sugli ostacoli e sulle opportunità legate allo sviluppo della resilienza nel settore sanitario. In questa conversazione offre il suo punto di vista sul ruolo della responsabilità collettiva e sull'importanza di valori coerenti nell'assistenza sanitaria.

Promozione della salute e impegno collettivo

Discutendo le strategie per costruire sistemi sanitari più solidi, il Dottor Petralia inizia sottolineando che una maggiore attenzione alla promozione della salute e alle misure preventive deve essere parte integrante degli sforzi per migliorarne la sostenibilità. “Poiché le risorse diventano sempre più insufficienti

per coprire i costi sempre crescenti dei servizi sanitari, impedire alle persone di ammalarsi è la strategia di investimento più efficace a nostra disposizione”, afferma. Il Dottor Petralia fa riferimento al quadro One Health, che incoraggia un approccio olistico all'assistenza sanitaria e prevede maggiori

sforzi per coinvolgere i cittadini e promuovere un senso di empowerment sanitario. “Oltre al dovere di prenderci cura di tutti e di ciascuno, dobbiamo sforzarci di garantire che le persone vivano, per quanto possibile, in condizioni di benessere e di assenza di malattie”, ha affermato.

Il Dottor Petralia ritiene che debba essere una responsabilità diffusa quella di realizzare un cambiamento nel sistema sanitario italiano e rileva che la modifica dei metodi e degli obiettivi esistenti e la transizione verso

un modello più sostenibile richiederanno azioni individuali che si trasformeranno in responsabilità collettiva. “Per essere sostenibili, i sistemi sanitari dovrebbero basarsi su valori e aspettative di equità e universalità”, spiega il Dottor Petralia. “In tutta Italia, gli standard di cura dei pazienti e l'applicabilità dei livelli essenziali di cura dovrebbero essere allineati e i pazienti dovrebbero avere le stesse opportunità di essere curati e assistiti”, aggiunge.

Armonizzazione a livello di sistema

Il Dottor Petralia sottolinea la necessità di garantire un'adeguata governance del sistema, che comprenda la definizione e la diffusione di sistemi di regole coerenti tra loro e facilmente applicabili. L'armonizzazione è necessaria a tre livelli: tra il livello centrale e quello regionale, tra il livello regionale e quello aziendale, e all'interno delle aziende stesse con i diversi stakeholder. “L'armonizzazione degli approcci è essenziale per far funzionare insieme le diverse componenti del sistema sociale e sanitario”, afferma il Dottor Petralia.

È importante sottolineare che la resilienza sanitaria non può essere raggiunta senza “riconoscere e affrontare i fattori limitanti, comprese le lacune nelle risorse economiche,

nel capitale umano e nell'apparato normativo”. Il Dottor Petralia conclude affermando che “costruire resilienza significa soprattutto riconoscere che non siamo solo utenti, ma protagonisti attivi nella costruzione di un nuovo sistema sanitario”.





Dare priorità alla sicurezza del paziente durante l'intero percorso di cura



Garantire che la sicurezza dei pazienti rimanga in prima linea in tutte le pratiche sanitarie, portando a una maggiore efficienza operativa e a esiti migliori per i pazienti.



Rivolgersi al personale, mitigando carenze e burnout



Implementare strategie per alleviare la carenza di personale e mitigare il burnout, per ottimizzare le risorse esistenti e migliorare l'efficienza operativa.



Promuovere un approccio olistico alla comprensione della resilienza sanitaria



Riconoscere l'interconnessione tra sicurezza dei pazienti, benessere del personale ed efficienza del sistema e implementare strategie globali per affrontare le sfide in queste aree, promuovendo un ciclo virtuoso con vantaggi per tutti gli attori coinvolti.



Riconoscere il ruolo della sostenibilità ambientale nella creazione della resilienza



Comprendere l'importanza di costruire sistemi sanitari sostenibili, sia in termini di riduzione delle emissioni di carbonio che di difesa dell'accesso continuo a cure sicure e di alta qualità per le generazioni future.



Incoraggiare la collaborazione tra gli attori del settore sanitario



Promuovere la collaborazione tra parti politiche, enti regolatori, operatori sanitari, finanziatori, settore assicurativo, pazienti e industria per sviluppare soluzioni innovative che consentano ai sistemi sanitari di adattarsi alle esigenze in costante evoluzione della società.

Appendice

Tabella 12: Descrizioni e fonti complete degli indicatori

Fonti di dati primarie e secondarie			
Gruppo indicatori	Indicatore	Descrizione completa	Fonte
Pazienti	Effetti avversi del trattamento medico	Adverse effects of medical treatment – Deaths (per 100,000)	IHME, studio sul carico globale della malattia
Pazienti	Complicanze a seguito di procedure terapeutiche	Complicanze a seguito di procedure terapeutiche*	IHME, studio sul carico globale della malattia
Pazienti	Decessi correlati all'AMR	AMR Deaths	IHME, studio sul carico globale della malattia
Pazienti	Sepsi	Sepsis ASIR per 100.000	Pubblicazione su Lancet
Pazienti	Prevalenza delle ICA	Estimation of number of patients with at least one HAI on any day	OCSE
Pazienti	Prevalenza delle SSI	Surgical site infections (composite)	OCSE
Pazienti	Linee guida sulle ICA	Hospitals reporting guidelines for HAI prevention	OCSE
Pazienti	Sorveglianza delle ICA	Hospitals reporting surveillance as part of HAI prevention strategies	OCSE
Pazienti	Copertura sanitaria universale	UHC Service Coverage Index (SDG 3.8.1)	Osservatorio globale sulla salute dell'OMS
Operatori sanitari	Rapporto personale-pazienti (infermieri)	Nursing and midwifery personnel (per 10,000)	Osservatorio globale sulla salute dell'OMS
Operatori sanitari	Rapporto personale-pazienti (medici)	Medical doctors (per 10,000)	Osservatorio globale sulla salute dell'OMS
Operatori sanitari	Rapporto infermieri-medici	Ratio of nurses to doctors (OECD)	OCSE

Fonti di dati primarie e secondarie			
Gruppo indicatori	Indicatore	Descrizione completa	Fonte
Operatori sanitari	Infermieri di età pari o superiore a 55 anni	Infermieri di età pari o superiore a 55 anni Havas Lynx – Healing the Healers (Point.1 data)	OMS
Operatori sanitari	Burnout del personale	Ratio of nurses to doctors (OECD)	Havas Lynx e ulteriori ricerche di mercato
Operatori sanitari	Politica per la salute e la sicurezza sul lavoro	Esistenza di strumenti politici nazionali per la salute e la sicurezza sul lavoro degli operatori sanitari	Osservatorio globale sulla salute dell'OMS
Efficienza	Inflazione	Inflazione, prezzi al consumatore (annuale %)	Banca Mondiale
Efficienza	Durata della degenza	Utilizzo dell'assistenza sanitaria - Durata della degenza ospedaliera (cure acute)	OCSE
Efficienza	Spesa sanitaria	Spesa sanitaria delle amministrazioni pubbliche nazionali secondo le funzioni sanitarie	Database della spesa sanitaria globale dell'OMS
Efficienza	Aspettativa di vita in buona salute	Aspettativa di vita in buona salute (HALE) alla nascita (anni)	Osservatorio globale sulla salute dell'OMS
Efficienza	Decessi prevenibili	Anni potenziali di vita persi	OCSE
Efficienza	% della sanità sull'impronta nazionale	% della sanità sull'impronta nazionale	Assistenza sanitaria senza danni – Database mondiale input-output (WIOD) Agenzia europea per l'ambiente
Efficienza	Impronta sanitaria pro capite	Impronta sanitaria pro capite (tCO2e pro capite)	Assistenza sanitaria senza danni – Database mondiale input-output (WIOD) Agenzia europea per l'ambiente

Tabella 13. Elenco completo dei KOL intervistati

Nome	Paese	Titolo e organizzazione
Dott.ssa Eva Marie Castro	Belgio	Responsabile del dipartimento qualità presso RZ Tienen
Pasquale Verdonck	Belgio	Professore di ingegneria biomedica e tecnologia medica presso l'Università di Gand
Denis Herbaux	Belgio	CEO della Piattaforma per il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza e della sicurezza del paziente/Plateforme pour l'Amélioration continue de la Qualité des soins et de la Sécurité des Patients (PAQs)
Dott.ssa Ilke Montag	Belgio	Presidente del Consiglio di amministrazione presso The Institute
Marc Noppen	Belgio	CEO dell'UZ Bruxelles
Dottor Ron Daniels	Regno Unito	CEO di Sepsis Trust
Lord James O'Shaughnessy	Regno Unito	Membro della Camera dei Lord del Regno Unito
Charlotte Pickles	Regno Unito	Direttrice di Reform Think Tank
Stefan Krojer*	Germania	Fondatore di Future Hospital Purchasing / Zukunft Krankenhaus-Einkauf (ZUKE Green)
Dott.ssa Ruth Hecker	Germania	Presidente della Patient Safety Action Alliance presso l'Ospedale Universitario di Essen (AÖR)
Daniel Eriksson	Svezia	Fondatore del Nordic Center for Sustainable Healthcare (NCSH)
Tobias Alfven	Svezia	Professore clinico di Salute infantile globale presso il Karolinska Institute
Dott.ssa Maria Cruz Martín Delgado	Spagna	Direttore del Dipartimento di Medicina Intensiva dell'Ospedale Universitario 12 Octubre Madrid
Dott. José Luis Cobos Serrano	Spagna	Vicepresidente III del Consiglio infermieristico generale della Spagna
Dott. Fabrizio d'Alba	Italia	Presidente nazionale di Federsanità

Nome	Paese	Titolo e organizzazione
Dott. Paolo Petralia	Italia	Direttore Generale ASL4 Chiavarese (Liguria, Italia) e Vice Presidente Nazionale FIASO
Ana Nicholls	Regno Unito	Direttrice di Operazioni industriali presso l'Economist Intelligence Unit
Professor Hamish Laing	Regno Unito	Professore di Innovazione, coinvolgimento e risultati migliorati presso l'Università di Swansea
Dott.ssa Neda Milevska Kostova	Macedonia del Nord	Presidente dell'International Alliance of Patients Organisations (IAPO)

* Il punto di vista del KOL sarà incluso nel rapporto tedesco del Barometro della resilienza sanitaria BD



Sistema di punteggio del Barometro della resilienza sanitaria BD

Classificazione

Nel Barometro della resilienza sanitaria BD, ogni Paese ha ricevuto un punteggio di resilienza aggregato compreso tra 0 e 100, una misura composita calcolata come media dei punteggi di resilienza nelle tre aree tematiche: pazienti, personale sanitario ed efficienza.

Assegnazione del punteggio a livello di indicatore

Per ciascuno dei singoli indicatori di resilienza, i dati grezzi in una scala sono stati convertiti da 1 a 10, per standardizzare e consentire la comparabilità. I punteggi tra 1 e 10 sono stati moltiplicati per 10 e presentati su una scala da 0 a 100 nel Barometro per consentire l'uso di numeri interi per le medie nazionali e regionali.

Ciò ha comportato la creazione di intervalli individuali per ciascun indicatore, con l'obiettivo di creare un intervallo che consentisse una buona distribuzione dei punti dati di ciascun paese EMEA, con l'obiettivo di una normale curva di distribuzione a campana pur mantenendo, ove possibile, una dimensione standard dell'intervallo.

Per alcuni indicatori, non è stato possibile ottenere questa distribuzione dei dati nell'intervallo 1-10, dati i livelli di prestazione dei diversi Paesi inclusi nel Barometro. Ciò è dovuto al fatto che i dati si raggruppano naturalmente in base alla regione, con i Paesi europei che ottengono i punteggi più alti e i Paesi africani che ottengono i punteggi più bassi per la maggior parte degli indicatori.

Interpretazione dei punteggi del Barometro

Poiché i dati originali su cui si basa il Barometro sono definiti su scale e misurazioni diverse, il sistema di punteggio 0-100 è stato creato per consentirci di classificare e interpretare i dati provenienti dalle varie fonti in modo standardizzato.

Secondo questo sistema unificato, 100/100 è il miglior punteggio possibile per tutti gli indicatori. Come mostra la tabella di classificazione nella sezione precedente, un punteggio più alto è sempre più positivo, poiché indica un livello più elevato di resilienza sanitaria in un Paese.

Per supportare l'interpretazione dei grafici e delle tabelle del rapporto, i due esempi seguenti illustrano il quadro utilizzato nel processo di standardizzazione.

Indicatore 1: Decessi correlati all'AMR (IHME)

Per questo indicatore, la prevalenza più elevata di decessi correlati all'AMR viene convertita in un punteggio del Barometro più basso (più debole), mentre una prevalenza più bassa viene convertita in un punteggio più alto (più forte) sulla scala 0-100 del Barometro. In altre parole, un punteggio basso sui decessi correlati all'AMR nel Barometro non significa che la prevalenza dei decessi correlati all'AMR sia bassa. Ciò significa che il Paese ha risultati deboli per quanto riguarda la misura dei decessi per AMR.

Valore originario (tasso di mortalità per 100.000)	Punteggio barometro assegnato
<18	100
>162	10

Indicatore 2: Rapporto personale-pazienti – Infermieri (OMS)

In questo caso, il set di dati originale mostra il numero di infermieri ogni 10.000 abitanti in ciascun Paese. Un numero maggiore di infermieri è migliore dal punto di vista sanitario, pertanto un numero maggiore di infermieri si traduce in un punteggio più alto sul Barometro e un numero inferiore di infermieri si traduce in un punteggio inferiore sulla scala 0-100.

Valore originario (numero di infermieri ogni 10.000)	Punteggio barometro assegnato
<10	10
>115	100

La scala da 0 (debole) a 100 (forte) è inclusa in ciascuna tabella di questo rapporto per ricordare in che modo il lettore dovrebbe interpretare i punteggi.



Tabella 14: Sistema di punteggio del barometro per indicatore

Indicatore	Fonte	Scala originaria unità di misura	Punteggio barometro assegnato
Effetti avversi del trattamento medico	IHME, studio sul carico globale della malattia	Tasso di mortalità per 100.000	<0.25 = 100 >14 = 10
Complicanze a seguito di procedure terapeutiche	IHME, studio sul carico globale della malattia	Tasso di prevalenza per 100.000	<10 = 100 >70 = 10
Decessi correlati all'AMR	IHME, studio sul carico globale della malattia	Tasso di mortalità per 100.000	<18 = 100 >162 = 10
Sepsi	Lancet	Sepsis ASIR per 100.000	<100 = 100 >2000 = 10
Prevalenza delle ICA	OCSE	%	<1 = 100 >9 = 10
Prevalenza delle ICA - SSI	OCSE	% di SSI per 100 operazioni	<1.2 = 100 >10.80 = 10
ICA - Linee guida	OCSE	Numero di ospedali	<10 = 10 >90 = 100
ICA - Sorveglianza	OCSE	Numero di ospedali	<9.5 = 10 >85.50 = 100
Copertura sanitaria universale	Osservatorio globale sulla salute dell'OMS	Copertura media dei servizi essenziali	<40 = 10 >87.50 = 100
Rapporto personale-pazienti (infermieri)	Osservatorio globale sulla salute dell'OMS	Numero di infermieri ogni 10.000	<10 = 10 >115 = 100
Rapporto personale-pazienti (medici)	Osservatorio globale sulla salute dell'OMS	Numero di infermieri ogni 10.000	<8 = 10 >72 = 100
Rapporto infermieri-medici	OCSE	Rapporto	<4.5 = 100 >40.50 = 10
Infermieri di età pari o superiore a 55 anni	OMS	%	<4.5 = 10 >40.50 = 100
Burnout del personale	Havas Lynx	Calcolo personalizzato	<6.7 = 100 >13.2 = 10

Indicatore	Fonte	Scala originaria unità di misura	Punteggio barometro assegnato
Politica per la salute e la sicurezza sul lavoro	Osservatorio globale sulla salute dell'OMS	Osservatorio globale sulla salute dell'OMS Esistenza di strumenti politici nazionali per la salute e la sicurezza sul lavoro degli operatori sanitari	<1 = 10 >9 = 100
Inflazione	Banca Mondiale	% annua misurata dall'indice dei prezzi al consumo	<2 = 100 >18 = 10
Durata della degenza	OCSE	Numero medio di giorni trascorsi in ospedale	<4 = 100 >7.20 = 10
% della sanità sulla spesa sanitaria (pro capite)	OMS	Spesa delle amministrazioni pubbliche nazionali pro capite (USD)	<50 = 10 >8800 = 100
Aspettativa di vita in buona salute	Osservatorio globale sulla salute dell'OMS	Numero medio di anni	<50 = 10 >74 = 100
Decessi prevenibili	OCSE	Misura sintetica della mortalità prematura che può essere prevenibile	<950 = 100 >8550 = 100
% impronta ambientale del settore sanitario sul totale	Assistenza sanitaria senza danni – Database mondiale input-output (WIOD) Agenzia europea per l'ambiente	%	<0.7 = 10 >6.30 = 100
Impronta sanitaria pro capite	Assistenza sanitaria senza danni – Database mondiale input-output (WIOD) Agenzia europea per l'ambiente	tCO2e pro capite	<0.09 = 100 >0.81 = 10

Tabella 15: Barometro della resilienza sanitaria BD 2024 punteggio generale per paese

Elenco di paesi (100)	Regione	Punteggio complessivo del Barometro della resilienza sanitaria BD	Elenco di paesi (100)	Regione	Punteggio complessivo del Barometro della resilienza sanitaria BD	Elenco di paesi (100)	Regione	Punteggio complessivo del Barometro della resilienza sanitaria BD	Elenco di paesi (100)	Regione	Punteggio complessivo del Barometro della resilienza sanitaria BD
Albania	Europa	54	Danimarca	Europa	62	Lettonia	Europa	49	Qatar	Medio Oriente	65
Algeria	Africa	54	Gibuti	Africa	43	Lesotho	Africa	36	Romania	Europa	63
Angola	Africa	33	Egitto	Africa	47	Liberia	Africa	36	Russia	Europa	54
Austria	Europa	63	Guinea Equatoriale	Africa	46	Libia	Africa	59	Ruanda	Africa	39
Azerbaijan	Europa	54	Estonia	Europa	54	Lituania	Europa	58	Sao Tomé e Principe	Africa	43
Bahrain	Medio Oriente	63	Eswatini (Swaziland)	Africa	42	Lussemburgo	Europa	58	Senegal	Africa	41
Bielorussia	Europa	63	Etiopia	Africa	35	Madagascar	Africa	39	Serbia	Europa	56
Belgio	Europa	57	Finlandia	Europa	66	Malawi	Africa	35	Seychelles	Africa	63
Benin	Africa	36	Francia	Europa	69	Mali	Africa	29	Sierra Leone	Africa	28
Bosnia Erzegovina	Europa	55	Gabon	Africa	47	Malta	Europa	60	Slovacchia	Europa	61
Botswana	Africa	46	Georgia	Europa	54	Mauritania	Africa	42	Slovenia	Europa	56
Bulgaria	Europa	51	Germania	Europa	64	Mauritius	Africa	51	Sud Africa	Africa	58
Burkina Faso	Africa	27	Ghana	Africa	44	Moldavia	Europa	46	Sudan del Sud	Africa	35
Burundi	Africa	33	Grecia	Europa	56	Montenegro	Europa	60	Spagna	Europa	58
Camerun	Africa	39	Guinea	Africa	29	Marocco	Africa	47	Svezia	Europa	70
Capo Verde	Africa	50	Guinea-Bissau	Africa	34	Mozambico	Africa	34	Svizzera	Europa	74
Repubblica Centrafricana	Africa	29	Ungheria	Europa	57	Namibia	Africa	46	Siria	Medio Oriente	42
Ciad	Africa	28	Islanda	Europa	69	Paesi Bassi	Europa	61	Tanzania	Africa	46
Comore	Africa	44	Iran	Medio Oriente	46	Niger	Africa	32	Togo	Africa	45
Congo, Repubblica Democratica del	Africa	42	Iraq	Medio Oriente	47	Nigeria	Africa	29	Tunisia	Africa	58
Congo, Repubblica del	Africa	45	Irlanda	Europa	63	Macedonia del Nord	Europa	55	Turchia	Europa	59
Croazia	Europa	65	Italia	Europa	62	Norvegia	Europa	76	Uganda	Africa	49
Cipro	Europa	63	Giordania	Medio Oriente	59	Oman	Medio Oriente	63	Ucraina	Europa	53
Repubblica ceca	Europa	57	Kenya	Africa	49	Polonia	Europa	57	Regno Unito	Europa	60
			Kuwait	Medio Oriente	67	Portogallo	Europa	63	Yemen	Medio Oriente	40
									Zambia	Africa	42



L'impegno per una sanità sostenibile

[Ip.bd.com/healthcare-resilience-Barometer-2024](https://ip.bd.com/healthcare-resilience-Barometer-2024)

BD, il logo BD sono marchi di Becton, Dickinson and Company o delle sue affiliate.

© 2024 BD. Tutti i diritti riservati. BD-124972 (07/24)

