

Il cambiamento organizzativo e il governo dell'incertezza durante la pandemia da COVID-19: il caso delle Breast Unit

Roberta Laurita

ALTEMS, Università Cattolica del Sacro Cuore

Alessandra Mariano

Università di Trento

Riassunto

Nel corso della crisi pandemica da COVID-19, le organizzazioni sanitarie hanno dovuto affrontare diverse sfide assumendo decisioni importanti per garantire la continuità di cura. Prendere decisioni operando all'interno di un ambiente complesso richiede la presenza di competenze e skill fondamentali per i professionisti sanitari, i quali operano all'interno di un ambiente VUCA (Volatility, Uncertainty, Complexity, Ambiguity). In tale contesto, i centri multidisciplinari di senologia (Breast Unit) rappresentano un modello di assistenza specializzato nella diagnosi, cura e riabilitazione psicofisica delle donne affette da neoplasia mammaria. Con il supporto della letteratura scientifica disponibile e dei dati raccolti attraverso un'indagine nazionale, l'elaborato intende offrire una panoramica rispetto ai comportamenti e alle azioni intraprese dai coordinatori delle Breast Unit nel corso della pandemia da COVID-19, con particolare riguardo all'evoluzione della telemedicina.

Parole chiave: breast units, COVID-19, telemedicina, antifragilità, resilienza

Abstract. *Organizational Change and the Governance of Uncertainty During the COVID-19 Pandemic*

During the COVID-19 pandemic, healthcare organizations had to face various challenges and make significant decisions to ensure the continuity of care. Making decisions in a complex environment requires the presence of fundamental skills for healthcare professionals who operate in a VUCA (Volatility, Uncertainty, Complexity, Ambiguity) environment. In this context, multidisciplinary breast centers (Breast Units) represent a specialized model of care for the diagnosis, treatment, and physical and psychological rehabilitation of women affected by breast cancer. With the support of available scientific literature and data collected through a national survey, this paper aims to provide an overview of the behaviors and actions taken by Breast Unit coordinators during the COVID-19 pandemic, with particular focus on the evolution of telemedicine.

Keywords: breast units, COVID-19, telemedicine, antifragility, resilience

DOI: 10.32049/RTSA.2024.2.04

1. Introduzione

La diffusione della COVID-19 è stata una condizione fondamentale per ripensare all'organizzazione dei sistemi sanitari che, durante la pandemia, si sono dovuti adattare tempestivamente per garantire la continuità di cura dei pazienti (Bjurling-Sjöberg, Göras e Lohela-Karlsson, 2021, p. 1). In tale contesto, abbiamo sentito spesso parlare di resilienza quale capacità dell'individuo o delle organizzazioni di affrontare un evento traumatico o improvviso modificando temporaneamente i propri comportamenti con il fine di ritornare alla situazione di partenza una volta cessata la situazione di emergenza.

Il concetto di resilienza è mutato nel corso della pandemia rispetto al suo significato

originario. Con l'avvento della pandemia, infatti, il termine resilienza ha iniziato ad assumere un significato diverso: l'OMS la definisce come la capacità dei sistemi sanitari di prevenire, rispondere e riprendersi da crisi acute e croniche riducendo al minimo il loro impatto sulla salute e sul benessere sociale ed economico.

Durante la crisi emergenziale, soprattutto nel corso della prima ondata pandemica, le organizzazioni sanitarie e il personale coinvolto sono rimasti per lungo tempo in uno stato di allerta e hanno dovuto adattarsi alle frequenti mutevoli condizioni (Bjurling-Sjöberg, Göras e Lohela-Karlsson, 2021, p. 2).

L'esperienza della COVID-19 ha messo a dura prova il sistema sanitario che ha dovuto fare un grande sforzo individuale e collettivo per gestire l'emergenza ospedaliera e territoriale (Del Favero, 2022). In tale momento storico si è generata, soprattutto nell'area oncologica, una riduzione nello svolgimento di programmi di screening andando a determinare conseguenze sulle diagnosi precoci, nel futuro si prevede pertanto un impatto negativo sia sull'aspettativa di vita che sul tasso di mortalità (Hanna *et al.*, 2020). In particolare, il paziente oncologico consapevole del maggior rischio di complicanze in caso di contagio ha subito una maggiore pressione sul piano psicologico. Al fine di supportare tali pazienti e favorire il loro benessere è stata suggerita l'attivazione di servizi di telemedicina (Pediconi *et al.*, 2020, p. 928).

Pertanto, si è percepita l'esigenza durante la crisi sanitaria legata alla diffusione della COVID-19 di costruire dei sistemi di cura assistenziale che permettessero di seguire il paziente oncologico anche a distanza (Gabbrielli *et al.*, 2020).

Il clinico ha dovuto individuare le attività diagnostiche, terapeutiche e assistenziali da svolgere in telemedicina stante le tecnologie disponibili e usufruibili dal paziente. La tecnologia è stata dunque utilizzata quale strumento a supporto del quadro clinico con l'obiettivo di garantire ai pazienti in isolamento il proseguimento delle cure e l'assistenza a domicilio, evitare la riacutizzazione della patologia e/o prevedere possibili complicazioni (Gabbrielli *et al.*, 2020). L'utilizzo di tale strumento ha dunque richiesto flessibilità e nuove competenze in professionisti che prima di allora avevano utilizzato i tradizionali sistemi di

gestione e cura. Il tema delle competenze e della propensione dei professionisti sanitari nell'utilizzo della telemedicina è stato oggetto di diversi studi scientifici e sono molte le evidenze che mostrano la necessità di favorire percorsi di *training* adeguati a garantire lo sviluppo dei sistemi sanitari e l'erogazione delle cure.

1.1 L'introduzione della telemedicina nel Servizio Sanitario Nazionale

L'entrata effettiva della telemedicina nel Sistema Sanitario Nazionale si è registrata con la pandemia da COVID-19 per cui il distanziamento sociale, indotto dalle misure di contenimento del virus, ha reso necessaria l'identificazione di strumenti finalizzati a garantire l'accesso ai servizi sanitari, accelerando il processo di trasformazione già in atto.

Il 17 dicembre 2020 a seguito dell'Accordo in Conferenza Stato-Regioni le prestazioni di telemedicina divengono sul piano formale prestazioni del Servizio Sanitario Nazionale permettendo così di avere indicazioni uniformi per l'erogazione delle prestazioni a distanza e per le loro tariffazioni.

La COVID-19 come fenomeno *disruptive* ha permesso di implementare ed utilizzare in modo crescente soluzioni di telemedicina anche senza inizialmente un modello di governance condiviso a supporto. L'evoluzione della dinamica demografica, caratterizzata da tassi di natalità molto bassi ed una quota crescente della popolazione anziana con multi-patologie, già aveva sollevato la questione di dover ridisegnare la rete dei servizi sia sotto un profilo organizzativo che strutturale e l'introduzione della telemedicina all'interno del setting sanitario doveva contribuire a spostare il baricentro dell'assistenza sanitaria verso il territorio. Infatti, le linee di indirizzo nazionale sulla telemedicina avevano già formalizzato tale esigenza.

In aggiunta, il *Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza* ha previsto per la telemedicina due linee di intervento: reti di prossimità e innovazione e ricerca. In tale direzione, grazie ai finanziamenti destinati alla Missione 6 - Salute del PNRR, l'AGENAS ha avviato

un'indagine finalizzata ad acquisire le proposte da parte degli operatori economici al fine di costruire un'unica piattaforma nazionale di telemedicina. L'obiettivo ultimo è quello di sopperire alle attuali mancanze legate all'assenza dell'interoperabilità tra i diversi attori del sistema (Laurita, Ferrara e Bernabei, 2022).

Durante la pandemia si è compreso che la digitalizzazione è indispensabile per ripensare il Sistema Sanitario Nazionale sotto un profilo organizzativo, sia per favorire la deospedalizzazione sia per agevolare la presa in carico del paziente da parte del sistema territoriale. In particolare, pertanto, sarebbe opportuno sfruttare quanto appreso e interiorizzato da parte dei pazienti e dagli operatori sanitari sull'utilizzo dei servizi digitali, il cittadino infatti ha appreso ed interiorizzato l'utilizzo di dispositivi digitali (Anessi Pessina *et al.*, 2021, p. 13). È cruciale, dunque, formare i pazienti, i caregiver e gli operatori sanitari in quanto avere dei livelli di alfabetizzazione della telemedicina elevati significa avere un maggior grado di responsabilizzazione sia dei pazienti che degli operatori sanitari ed un maggior livello di compliance rispetto al percorso di cura della patologia (Paterson, *et al.*, 2020).

1.2 L'area dell'oncologia senologica e introduzione di scenari legati alla telemedicina

Secondo l'ultimo report dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM, 2021) ad oggi in Italia si stima che vi siano più di 3,6 milioni di persone malate di tumore, e che circa 2/3 siano ancora in vita a 5 anni dalla diagnosi.

In particolare, focalizzandoci sul tumore della mammella, secondo il report nel 2020 le nuove diagnosi sono state circa 55.000 e al momento risultano 834.200 le donne in Italia con una diagnosi di tumore della mammella di cui l'88% ha una probabilità di sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi.

La percentuale elevata di sopravvivenza a 5 anni è dettata dal fatto che molto spesso questa tipologia di tumore viene diagnosticata nella fase iniziale e per tale ragione in Italia,

rivestono un ruolo centrale i programmi di screening mammografico.

Il decimo Istant Report di ALTEMS del 4 giugno 2020 analizza come attraverso una survey i pazienti oncologici (774 intervistati) durante la pandemia abbiano manifestato preoccupazione a dover rinunciare ai controlli di follow-up (34%), agli esami di controllo ed 1 paziente su 5 ha segnalato la sospensione degli esami diagnostici; al contempo, sempre nel report, si rileva come la telemedicina stia giocando un ruolo chiave per garantire la continuità di cura (Brandes, 2020) e che l'oncologia e la neurologia siano le patologie più seguite dai protocolli di telemedicina (ALTEMS, 2020).

In particolare, i pazienti con patologia oncologica rientrano nelle aree cliniche e nei bisogni di salute a cui afferiscono prioritariamente servizi di telemonitoraggio/telecontrollo (Decreto interministeriale 30 settembre 2022, n. 298, *Procedure di selezione delle soluzioni di telemedicina e diffusione sul territorio nazionale, nonché i meccanismi di valutazione delle proposte di fabbisogno regionale per i servizi minimi di telemedicina e l'adozione delle Linee di indirizzo per i servizi di telemedicina*).

Il Collegio Italiano Radiologi Senologici della Società Italiana di Radiologia Medica (SIRM) tra le raccomandazioni elargite durante la pandemia ha consigliato di svolgere le riunioni multidisciplinari con un professionista per disciplina e, nei casi più complessi, svolgerle con tutti i componenti attraverso la modalità da remoto (Pediconi *et al.*, 2020, p. 927).

AGENAS (2022) afferma che per promuovere la telemedicina l'oncologia diffusa è considerata un volano, infatti attraverso il teleconsulto i professionisti possono interagire e scambiare dati clinici del paziente, il controllo domiciliare può essere attuato attraverso il telemonitoraggio o il telecontrollo e per i pazienti stabili o distanti è possibile organizzare delle sedute di televisita per verificare lo stato di salute del paziente.

Uno studio che ha coinvolto 18 centri di senologia tra Italia e Francia, 1244 casi, ha valutato il livello di soddisfazione dei pazienti con tumore al seno a ricevere visite in telemedicina durante la pandemia legata alla COVID-19 e ha riscontrato che i pazienti hanno accettato di buon grado (90,5%) l'erogazione della prestazione con modalità da

remoto (Bizot *et al.*, 2020).

Non mancano, dunque, gli studi a supporto dell'idea che parte dell'assistenza sanitaria possa essere organizzata in modo appropriato attraverso setting che non siano necessariamente specialistici-ospedalieri. All'interno del quaderno, L'oncologia di prossimità esperienze a confronto, si analizza come le tecnologie digitali siano in grado di permettere un trasferimento sicuro delle informazioni, di organizzare il teleconsulto e la presa in carico permettendo alla persona di non effettuare spostamenti dalla propria dimensione territoriale.

2. Metodologia: analisi e risultati

2.1 Analisi

I centri di senologia sono stati istituiti attraverso l'intesa Stato-Regioni del 18 dicembre 2014 e formalizzati all'interno del documento *Linee di indirizzo sulle modalità organizzative ed assistenziali della rete dei centri di senologia, i requisiti essenziali per realizzare i percorsi diagnostici-terapeutici*. L'intesa prevede che ciascuna regione debba predisporre un centro di senologia multidisciplinare ogni 250.000 abitanti.

Le Breast Unit sono centri di senologia multidisciplinari caratterizzati dalla presenza di equipe di 6 persone con diversi profili professionali, inoltre, sono individuate in maniera autonoma dalle regioni e ogni anno ciascun centro deve poter trattare almeno 150 nuovi casi.

Lo studio qui riportato ha ad oggetto un'analisi condotta grazie al supporto di Europa Donna Italia. L'indagine ha coinvolto le Breast Unit al fine di cogliere i comportamenti e le azioni che nel corso della pandemia sono state intraprese dai coordinatori, includendo anche la propensione e l'utilizzo della telemedicina.

Lo strumento della telemedicina si è sviluppato nel corso della pandemia e le Breast Unit

hanno assunto una centralità rilevante nella gestione del sistema digitale avendo già delle caratteristiche che favorivano l'instaurazione di strumenti di telemedicina, come un pool di professionisti variegato e dei percorsi diagnostico terapeutico assistenziali affermati che consentivano un maggior risultato in termini di efficienza.

I dati oggetto dell'indagine sono stati raccolti attraverso la somministrazione di una survey indirizzata ai coordinatori delle Breast Unit. In particolare, il questionario è stato articolato in cinque sezioni: i) informazioni generali; ii) e iii) modalità di gestione delle pazienti all'interno delle Breast Unit iv) analisi della prima ondata pandemica; v) impatto della COVID-19 sull'erogazione delle cure e sull'introduzione di nuovi modus operandi. Il campione finale è composto da 122 Breast Unit diffuse su tutto il territorio nazionale, la popolazione è formata da 140 Breast Unit in Italia, il campione pertanto è da considerarsi significativo.

2.1 Risultati

Complessivamente si ritiene che le Breast Unit abbiano manifestato una buona propensione rispetto all'utilizzo di forme di telemedicina all'interno dei propri percorsi, circa l'80% ha detto di aver organizzato durante la prima fase della pandemia le riunioni multidisciplinari tra professionisti utilizzando forme da remoto (videoconferenze) mantenendo per il 78% la stessa frequenza di incontri tra la prima fase della pandemia e la seconda fase.

Al fine di mantenere costante la continuità di cura ai pazienti circa il 57% delle Breast Unit ha utilizzato dei servizi di telemedicina (nello specifico servizi di televisita e teleconsulto). In particolare, il 41,42% dei servizi di telemedicina sono serviti per gestire le visite di follow-up dei pazienti oncologici.

Tra le 70 Breast Unit che hanno utilizzato la telemedicina come strumento di assistenza circa il 90% lo ritiene uno strumento efficace ed il 42,86% ritiene che possa essere una

valida alternativa all'erogazione di prestazioni in presenza. Solamente uno dei coordinatori (1,43%) ha considerato la telemedicina uno strumento poco efficace nel gestire l'assistenza del paziente nel corso della pandemia anche se ritiene che, in futuro, potrebbe rappresentare una valida alternativa alle prestazioni in presenza. Tale considerazione è dovuta al fatto che, secondo il coordinatore, durante la pandemia sarebbe stato necessario avere un numero maggiore di figure professionali formate e dedicate a gestire le attività di telemedicina mentre, invece, si sono verificate situazioni di aumento del carico di attività e gli operatori spesso sono stati coinvolti in attività che normalmente non espletavano, evidenziando quindi la necessità di avere un'adeguata formazione di figure specializzate.

Breast Unit che hanno utilizzato la telemedicina durante il Covid-19 (70 BU)

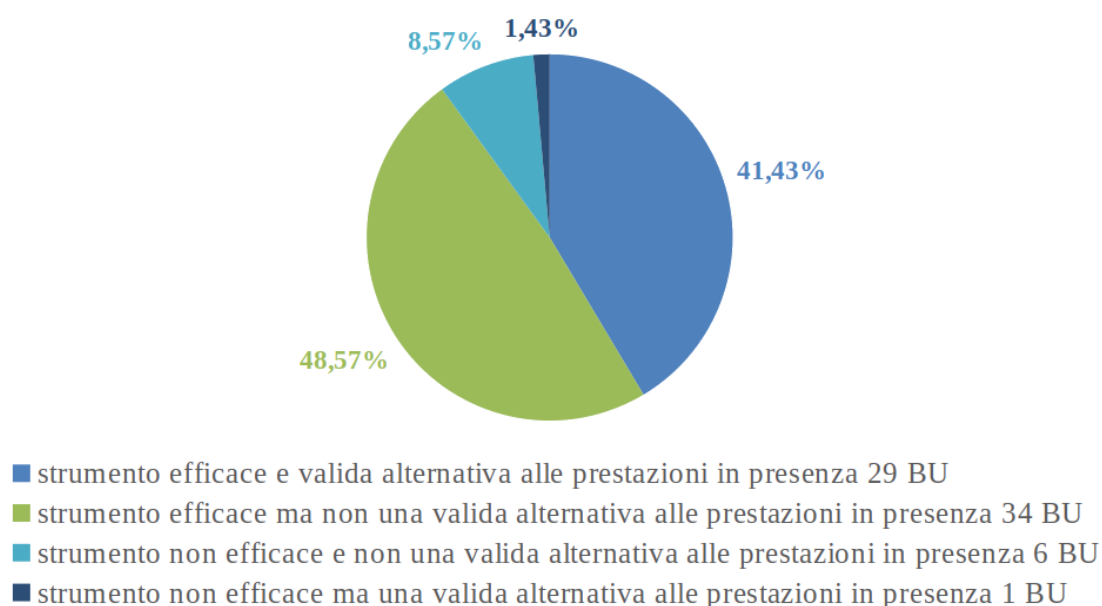


Fig. 1 – Breast Unit che hanno utilizzato la Telemedicina durante la pandemia. Dati: elaborazione personale

Sul totale delle Breast Unit intervistate 52 non hanno sperimentato la telemedicina come servizio alternativo ed il 62% di esse ritiene che le prestazioni in presenza non possano essere sostituite, evidenziando un certo grado di diffidenza rispetto alle prestazioni erogate in modalità a distanza.

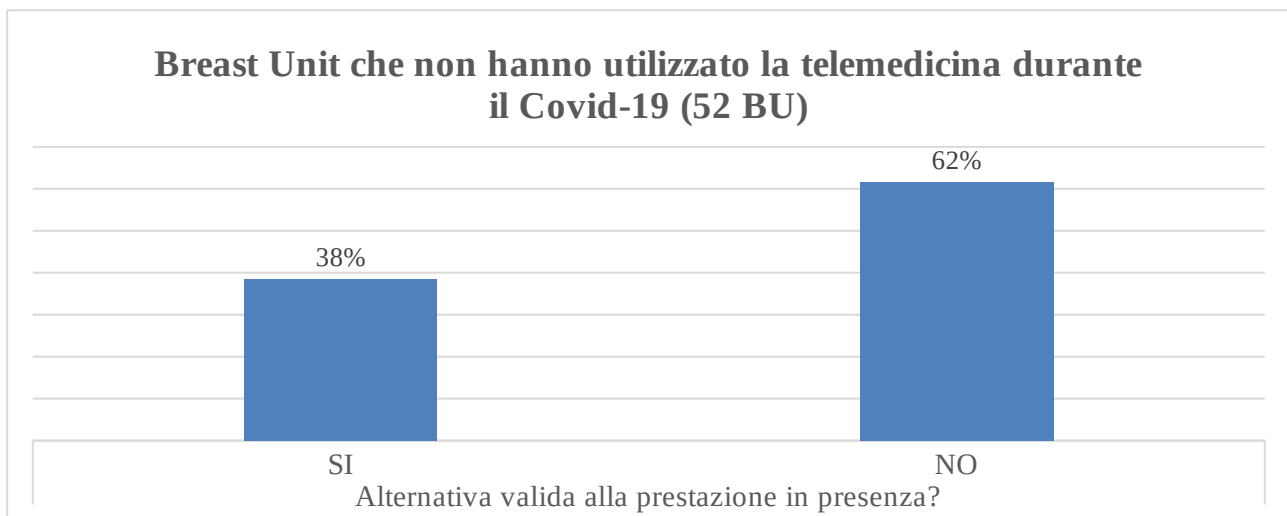


Fig. 2 – Brest Unit che non hanno utilizzato la telemedicina. Dati: elaborazione personale

Per identificare i bisogni futuri e le linee di intervento da implementare è stato domandato ai coordinatori, stante le criticità emerse durante la pandemia, quali potessero essere le soluzioni per migliorare il sistema di cure erogate ai pazienti oncologici.

Le Breast Unit (122 BU) hanno individuato 7 differenti dimensioni sulle quali indirizzare le azioni di miglioramento da intraprendere:

1. Organizzazione: miglioramento dell'organizzazione interna al fine di ridurre le liste di attesa e regolare gli accessi ambulatoriali attraverso anche la predisposizione di programmi omogenei per classi di pazienti e procedure di sicurezza formalizzate.
2. Rete con il territorio: più collaborazione tra il territorio e le Breast Unit anche tramite il supporto di medici di medicina generale e infermieri di prossimità o di famiglia attraverso l'uso di strutture periferiche per l'erogazione di terapie.
3. Telemedicina: implementazione delle attività svolte con il supporto della telemedicina sviluppando dei protocolli per la televisita e il teleconsulto.
4. Capitale umano: poter disporre di un numero maggiore di figure professionali dedicate.
5. Ambienti/spazi: incremento o ottimizzazione degli ambienti dove poter effettuare le diagnosi e fare terapia.
6. Formazione: un maggiore supporto formativo.

7. Comunicazione: una maggiore comunicazione nei confronti della popolazione per sensibilizzare sulla prevenzione e nei confronti dei pazienti e dei loro parenti al fine di dare maggiori elementi sul percorso di cura da intraprendere.

Il 6,56% delle Breast Unit ritiene che non sia necessario effettuare dei cambiamenti per migliorare il sistema di cure erogate mentre, un altro 6,56% non individua soluzioni in merito al quesito proposto. In linea generale ciò che è emerso è la necessità di organizzare le cure (32,79%) all'interno delle strutture preposte.

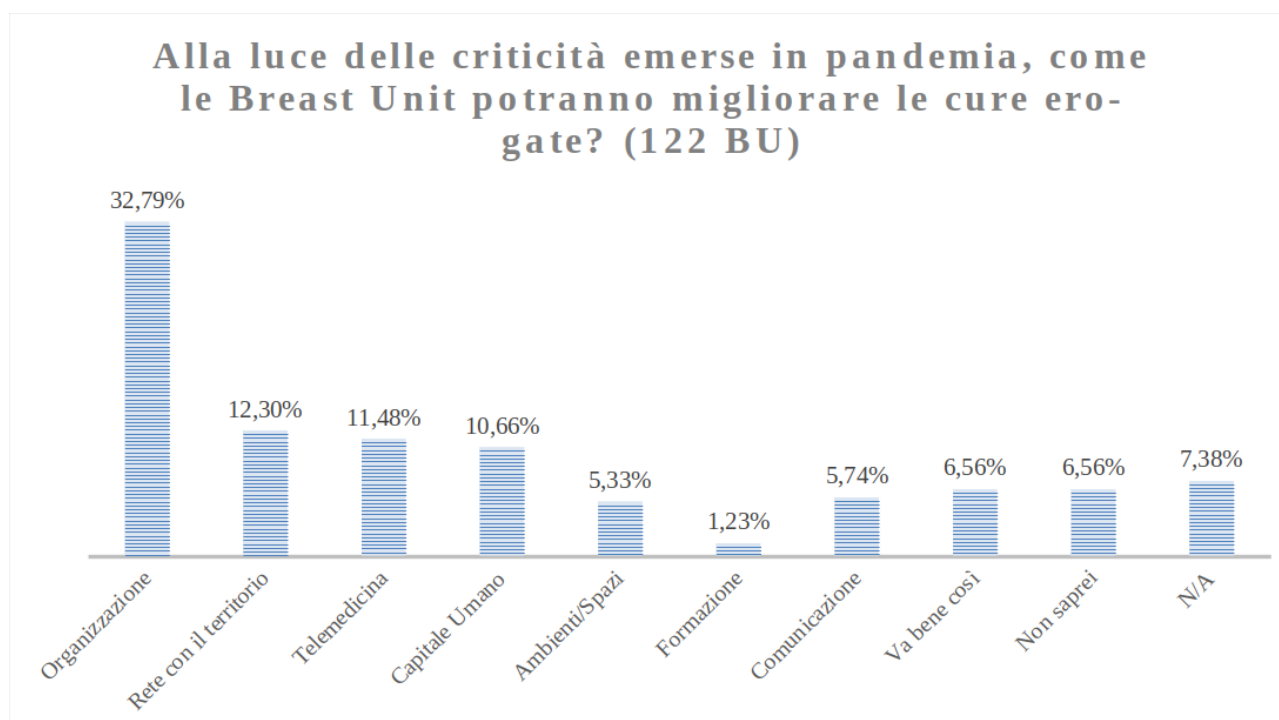


Fig. 3 – Breast Unit come migliorare le cure assistenziali. Dati: elaborazione personale

Una volta effettuata una prima analisi generale si è deciso di osservare se le soluzioni per migliorare l'erogazione di cure assistenziali da parte dei coordinatori si modificavano a seconda che le Breast Unit avessero o meno sperimentato strumenti di telemedicina nel corso della pandemia.

In particolare, sono stati individuati rispetto alle 122 Breast Unit 4 campionamenti:

	Telemedicina durante la pandemia	Strumento efficace	Valida alternativa alle prestazioni in presenza	Campione Breast Unit
1	Sì	Sì	Sì	29 Breast Unit
2	Sì	Sì	No	34 Breast Unit
3	Sì	No	No	6 Breast Unit
4	No			52 Breast Unit

Fig. 4 – Breast Unit come migliorare le cure assistenziali, 4 campioni. Fonte: elaborazione propria

- 1) La Telemedicina è stata sperimentata e considerata uno strumento efficace ed una valida alternativa alle prestazioni in presenza – campione: 29 BU

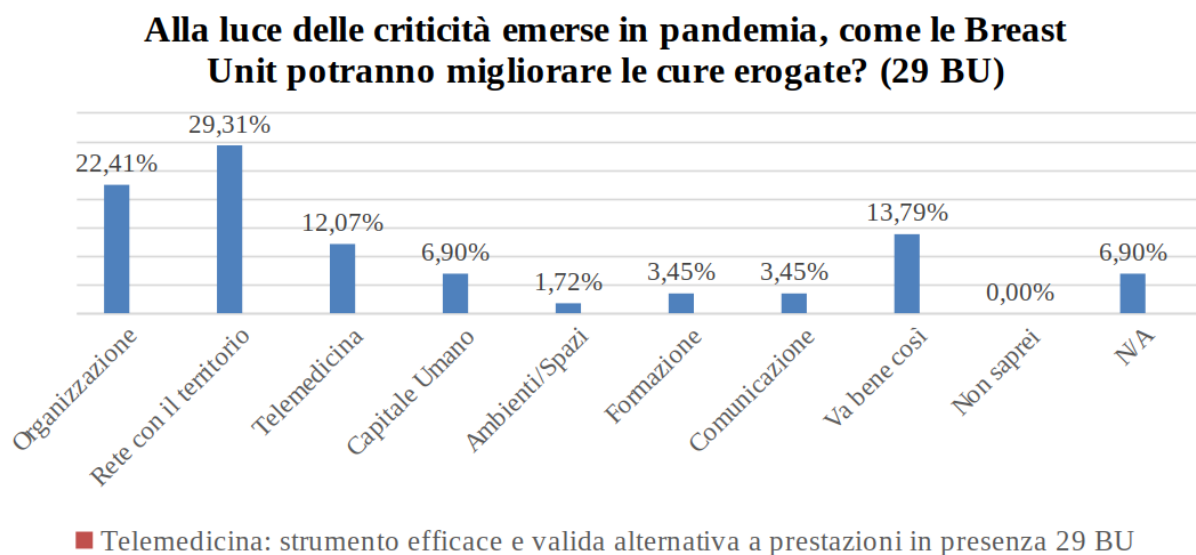


Fig. 5 – Breast Unit che hanno utilizzato la telemedicina, la considerano uno strumento efficace ed una valida alternativa alle prestazioni in presenza bisogni futuri: campione 29 Breast Unit. Dati: elaborazione personale

Il grafico riporta le risposte delle BU che hanno utilizzato la telemedicina ritenendola uno strumento efficace ed una valida alternativa alle prestazioni in presenza. A tal proposito, le risposte evidenziano come in queste BU il miglioramento nel lungo periodo delle unità stesse sia associato alla creazione di una rete con il territorio che assicuri quindi la continuità nella presa in carico.

La dimensione dell'organizzazione diminuisce percentualmente tra le risposte fornite dai coordinatori delle 29 Breast Unit, che hanno mostrato nel corso della pandemia di essere resilienti e flessibili rispetto all'adozione di strumenti innovativi. Tuttavia, come accennato

si pone maggior rilievo alla dimensione delle reti con il territorio (29,31%) e alla necessità di costruire un sistema di collaborazione

2) La Telemedicina è stata sperimentata e considerata uno strumento efficace ma non una valida alternativa alle prestazioni in presenza – campione: 34 BU

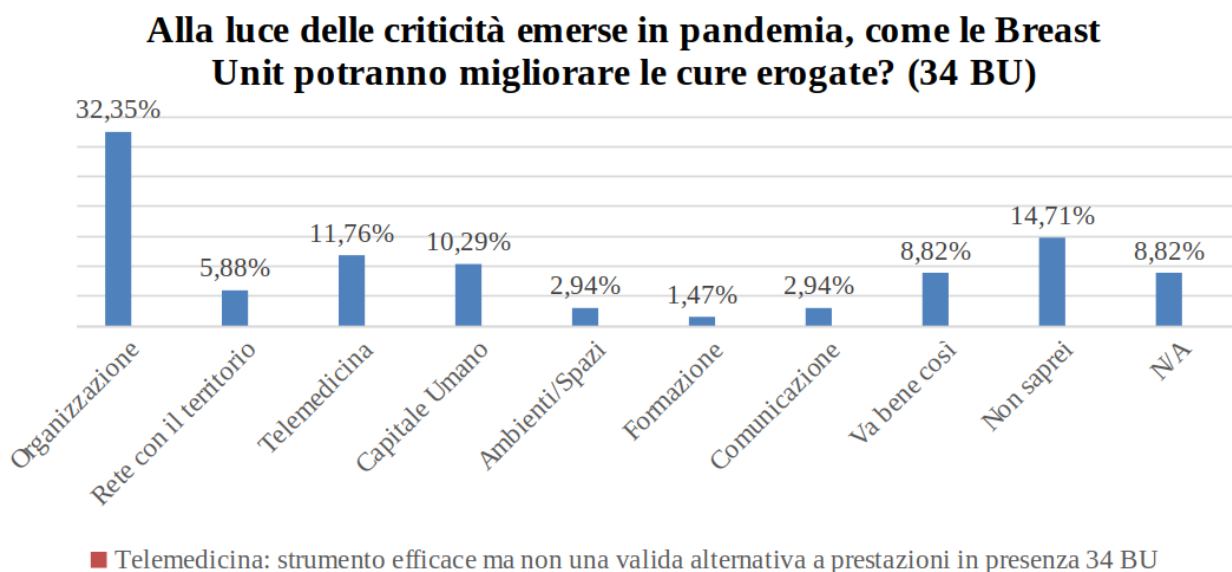


Fig. 6 – Breast Unit che hanno utilizzato la Telemedicina, la considerano uno strumento efficace ma non una valida alternativa alle prestazioni in presenza bisogni futuri: campione 34 Breast Unit. Dati: elaborazione personale

Il grafico sopra riportato mostra le risposte relative alle BU che hanno utilizzato lo strumento della pandemia considerandolo efficace, tuttavia, preferendo l'erogazione dei servizi in presenza. Dalle risposte emerge come l'enfasi rispetto ad un miglioramento delle cure erogate debba esser posta sull'organizzazione. Infatti, il focus sull'organizzazione da garantire attraverso gli strumenti definiti dalle linee guida nazionali (e.g. team multidisciplinari) permetterebbe non solo una presa in carico più efficace ed efficiente ma anche l'erogazione delle visite e dei follow up in presenza presso la struttura. Partendo dal miglioramento di tale condizione sarebbe quindi possibile garantire una miglior rapporto medico paziente.

3) La Telemedicina è stata sperimentata ma considerata uno strumento non efficace e non

una valida alternativa alle prestazioni in presenza – campione: 6 BU

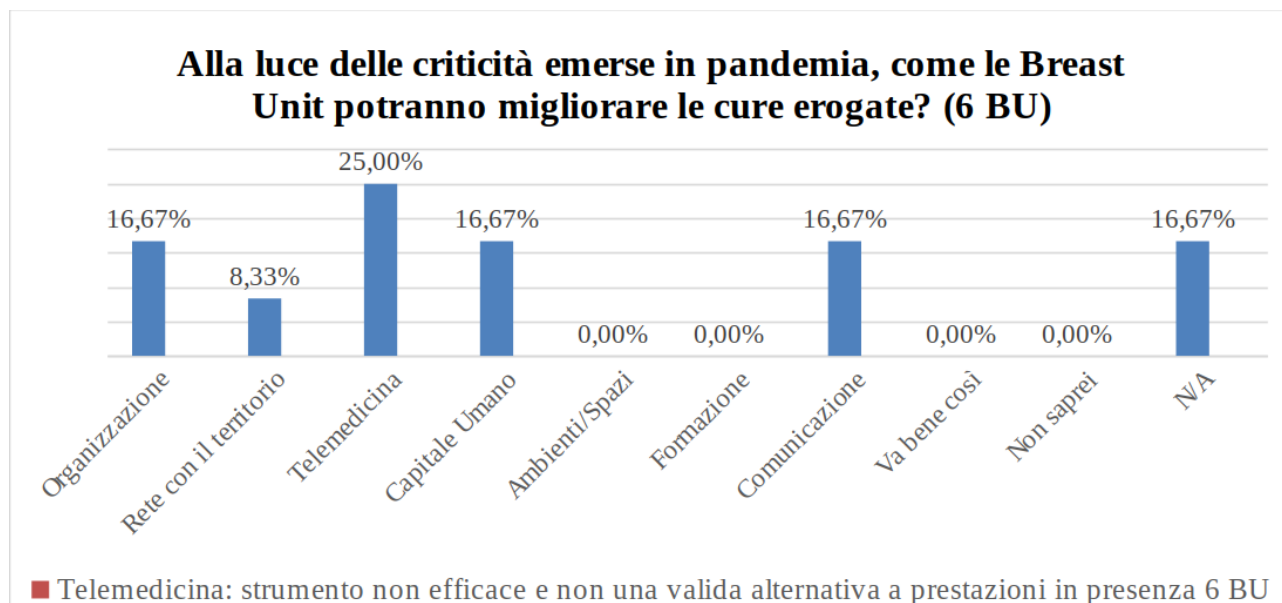


Fig. 7 – Breast Unit che hanno utilizzato la Telemedicina, non la considerano uno strumento efficace e non una valida alternativa alle prestazioni in presenza bisogni futuri: campione 6 Breast Unit. Dati: elaborazione personale

Il cluster ad oggetto è caratterizzato da opinioni negative rispetto all'esperienza avuta utilizzando la telemedicina. In queste BU, infatti, l'utilizzo della telemedicina sembra non aver funzionato durante la pandemia e l'inefficacia potrebbe essere rintracciata nell'assenza di competenze da parte dei professionisti sanitari. Si ricorda infatti che l'utilizzo di strumenti digitali è strettamente legato alla presenza di competenze tecniche specifiche che permettano di usufruire al meglio dei vantaggi derivanti da tali innovazioni. L'avvento improvviso della pandemia ha sicuramente messo a dura prova i professionisti che hanno dovuto modificare le proprie modalità di lavoro per continuare a garantire la continuità delle cure e fronteggiare la carenza di personale e la riallocazione dei colleghi in altre unità. Nonostante l'esperienza negativa, le risposte mostrano come un miglioramento delle cure possa essere garantito da strumenti come la telemedicina, insieme alla giusta combinazione di risorse umane, organizzazione e comunicazione.

4) La Telemedicina non è stata sperimentata – campione: 52 BU

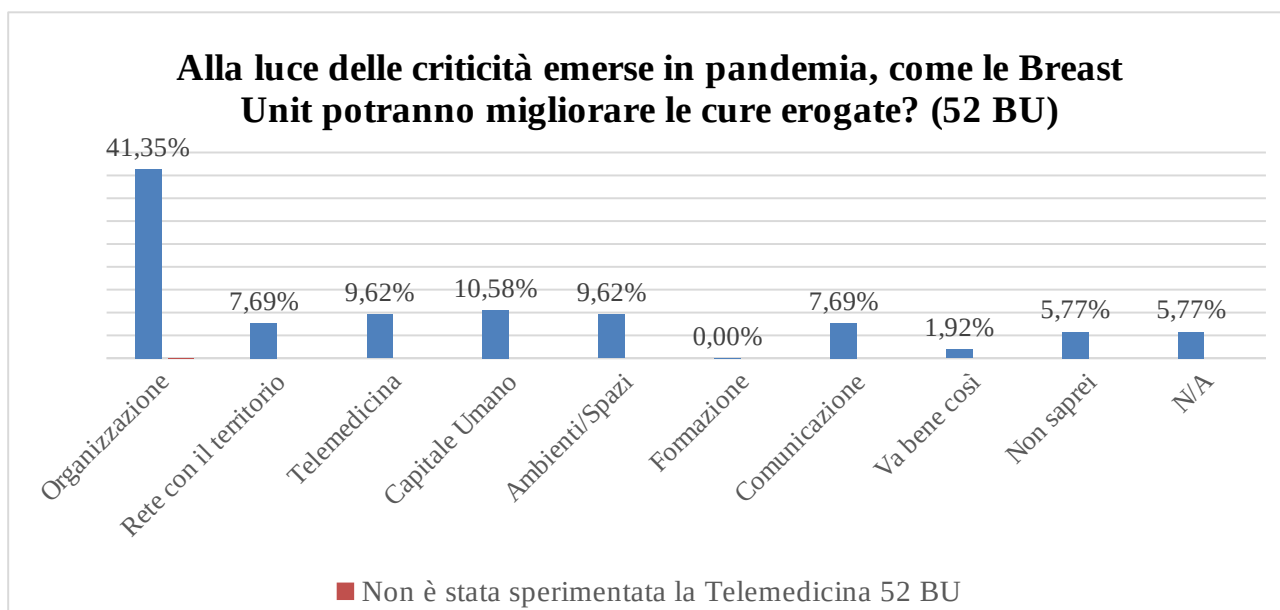


Fig. 8 – Breast Unit che non hanno utilizzato la Telemedicina bisogni futuri: campione 52 Breast Unit. Dati: elaborazione personale

L'ultimo cluster è rappresentato, invece, dalle BU che non hanno sperimentato la telemedicina e che nelle prospettive future manifestano in maniera preponderante l'esigenza di migliorare l'organizzazione interna (41,35%). L'inutilizzo di tale strumento è da rintracciarsi nelle inefficienze organizzative che caratterizzano tali realtà. Per quest'ultime risulta dapprima importante far fronte a tali inefficienze attraverso l'implementazione di pratiche e strumenti che garantiscano una "buona organizzazione".



Fig. 9 – Breast Unit utilizzo della telemedicina, ripartizione regionale. Fonte: elaborazione propria

I centri di senologia multidisciplinari che hanno partecipato all'intervista sono dislocati

su tutto il territorio nazionale, le esperienze di telemedicina durante la pandemia sono state sperimentate per lo più nelle regioni centro settentrionali. Lombardia (regione epicentro della pandemia: 18% dei casi COVID registrati in Italia, v. Gatto *et al.*, 2020, p. 117) e Veneto sono le regioni con il più alto numero di Breast Unit che considerano la telemedicina uno strumento efficace e una valida alternativa all'erogazione delle cure in presenza. In Lombardia il 76% dei centri di senologia della regione (19 BU) ha sperimentato la telemedicina ed il 100% di essi la considera uno strumento efficace, il 42,10% degli sperimentatori ritiene che la telemedicina sia una valida alternativa all'erogazione delle cure in presenza. In Veneto il 60% delle Breast Unit ha sperimentato i servizi di telemedicina (6 BU) e l'83,3% di esse valuta la telemedicina uno strumento efficace e alternativo all'erogazione di cure tradizionali.

Prima della pandemia la telemedicina era poco diffusa nel sistema sanitario, aveva preso avvio un decennio prima ma con pochi riscontri e in maniera disomogenea tra le diverse regioni.

Le analisi svolte non possono essere proiettate in modo lineare per il futuro in quanto bisogna considerare il contesto, essendo opinioni raccolte durante una fase emergenziale, ma consentono di ripensare in modo interessante al possibile sviluppo di questo strumento stante il fatto che le istituzioni stanno investendo molto per poter creare degli ecosistemi che siano permeati anche dalla telemedicina.

3. Discussione: organizzazione “antifragile” oppure organizzazione resiliente?

Durante la prima fase della pandemia, quando le conoscenze sulla malattia e sui trattamenti da utilizzare erano limitate, le organizzazioni sanitarie hanno dovuto affrontare l'emergenza flessibilizzandosi e intensificando la propria capacità di assistenza ricercando soluzioni ad hoc in risposta ad una situazione ad alta incertezza (Bjurling-Sjoberg, 2021, p. 2). Si è infatti parlato di organizzazioni resilienti e di continuità nell'erogazione di

prestazioni ai pazienti. Più nel particolare, ha iniziato ad emergere il concetto di antifragilità già introdotto da Taleb (2013). Secondo questa prospettiva, dunque, il concetto di resilienza viene superato nel momento in cui, dall'evento dirompente, l'organizzazione non ritorna alla situazione di partenza, come la resilienza, bensì trae insegnamento e si migliora dinanzi la sfida. I sistemi sanitari fin ora sono stati pensati e predisposti per essere resilienti in quanto nella loro progettazione i fattori di stress dovevano essere anticipati e al contempo bisognava prevederne la risposta, al contrario dei sistemi antifragili che invece non prevedono fattori di stress (Tokalić *et al.*, 2021 p. 2). Durante il decorso della pandemia nel sistema sanitario italiano si è assistito ad una mancanza di previsione.

Il manifestarsi di crisi ed eventi rari ed imprevedibili è la prova per determinare se un sistema è stato progettato per essere antifragile o resiliente (Tokalić *et al.*, 2021 p. 2). Assumere dei comportamenti antifragili da parte degli operatori sanitari in situazioni di incertezza significa reagire nei confronti delle sfide con un atteggiamento volto al miglioramento e alla crescita.

Durante la pandemia, il personale sanitario italiano ha lavorato con instancabile operosità e davanti a condizioni estremamente stressanti ha dato prova della propria forza e preparazione.

Capitale umano, capitale finanziario, collaborazione, gestione delle informazioni e dei social network e presenza di una cultura organizzativa che riconosce un'opportunità nell'apprendimento sono ciò di cui un sistema sanitario necessita per determinare il cambiamento.

La pandemia da COVID-19 è stata sicuramente il trampolino di lancio per molte delle pratiche che oggi continuano ad essere attuate all'interno delle organizzazioni sanitarie. In particolare, il caso delle Breast Unit evidenzia come l'evento pandemico abbia accentuato l'utilizzo della telemedicina.

L'analisi sopra riportata ha evidenziato che il 42,86% delle Breast Unit oggetto di analisi ritiene la telemedicina una valida alternativa alle prestazioni in presenza, sono emerse però differenze geografiche nell'attuazione di tale strumento con prevalenza verso il Nord Italia.

In alcune realtà, lo strumento della telemedicina sembra non aver funzionato in un momento in cui, soprattutto in ambito oncologico, grande attenzione è stata data a garantire la continuità delle cure, in particolare per le pazienti già in cura presso le strutture. A tal fine è fondamentale evidenziare l'esistenza di disparità tra le BU attive in Italia. Come ampiamente dimostrato, la disomogeneità che caratterizza il contesto italiano e in particolare la gestione delle pazienti con cancro al seno rappresenta tutt'oggi un problema che non permette l'erogazione di prestazione di uguale qualità: esistono infatti differenze significative nella gestione multidisciplinare di tali pazienti. Queste differenze sono da rintracciarsi principalmente nella carenza di personale.

I risultati, dunque, permettono di tracciare alcune importanti implicazioni.

Dapprima, il non utilizzo o l'utilizzo non efficace della telemedicina potrebbe esser stato causato dall'assenza di competenze e skill adeguate. Infatti, come emerso dall'analisi dei grafici, la maggior parte delle BU ha usufruito a pieno dei vantaggi derivanti dalla telemedicina mostrando di possedere competenze e skill rilevanti nell'attuazione della telemedicina e in grado di ridurre la distanza sociale imposta dalla riallocazione del personale e dai contagi. Tuttavia, in alcune realtà ciò non è stato possibile. Diversi studi hanno evidenziato che la maggiore resistenza è stata dovuta all'assenza di competenze professionali, spesso insufficienti a cogliere il potenziale di tali strumenti. Pertanto, risulta estremamente importante che le istituzioni ed i manager sanitari prevedano e forniscano un'adeguata formazione ai professionisti facilitando il processo di innovazione al pari di altri Paesi europei. Studi futuri potrebbero analizzare le caratteristiche di queste BU oltre alla loro localizzazione.

Inoltre, dall'analisi emergono sicuramente momenti di criticità legati all'assenza di strumenti di supporto adeguati da parte dell'organizzazione. Molte realtà evidenziano infatti la necessità di focalizzarsi sugli aspetti organizzativi per poter garantire un miglioramento delle cure. I manager dovrebbero infatti incentivare il lavoro dei professionisti sanitari garantendo loro l'accesso a infrastrutture e strumenti adeguati in grado di facilitare il lavoro in team.

In conclusione, visti i risultati ed i trend che caratterizzando le BU in Italia, la domanda che viene da porsi alla luce delle considerazioni proposte è la seguente: il personale sanitario ha operato durante la crisi pandemica con resilienza o con anti-fragilità?

Pertanto, studi futuri potrebbero continuare a porre enfasi su tali aspetti attraverso analisi più dettagliate rispetto alle attuali modalità organizzative e di gestione per far sì che quanto avvenuto durante la pandemia da COVID-19 venga utilizzato come punto di partenza per un miglioramento continuo del nostro SSN.

4. Conclusioni

Fino al 2020 la diffusione della telemedicina è stata relegata a pochi settori specifici. Durante la crisi pandemica l'incremento delle prestazioni erogate da remoto a causa del distanziamento sociale ha determinato uno slancio ed un aumento delle prestazioni erogate in telemedicina (accompagnato anche dalla normativa che ha identificato e tariffato i servizi erogati a distanza).

I risultati dell'analisi effettuata sul territorio nazionale evidenziano un largo utilizzo della telemedicina all'interno delle Breast Unit (circa nel 57% del campione). In aggiunta a ciò, circa il 90% dei coordinatori ha ritenuto tale strumento efficace e ottimale per la gestione delle pazienti durante la pandemia da COVID-19.

Tali evidenze rendono auspicabile l'adozione e l'implementazione della telemedicina all'interno del Servizio Sanitario Nazionale e nel disegno delle reti territoriali del prossimo futuro.

Tuttavia, la sfida più rilevante si giocherà sul piano della progettazione e del design del sistema di telemedicina, ed in particolare sull'uso dei servizi di telemedicina, i quali dovranno essere sostenuti da parte del personale sanitario e pensati per i pazienti.

L'utilizzo di strumenti digitali è cresciuto in maniera rilevante nel periodo emergenziale in cui circa l'80% del campione ha dichiarato di aver riorganizzato il lavoro implementando

strumenti da remoto, come accaduto per lo svolgimento delle riunioni multidisciplinari. L'adozione di tali pratiche ha permesso, infatti, per la maggior parte dei casi di mantenere invariata la frequenza degli incontri e dunque la discussione dei casi clinici.

Sembra evidente, dunque, che la digitalizzazione cambierà le modalità di relazione all'interno del sistema sanitario sia tra i professionisti che tra i professionisti e le persone che necessitano di assistenza.

Le analisi condotte sino ad oggi mostrano una continuità nell'utilizzo di tale strumento anche se è chiaro lo sviluppo di competenze specifiche per i professionisti al fine di favorire un corretto utilizzo della tecnologia e soprattutto l'erogazione di servizi di qualità al paziente. A tal proposito si rendono necessarie precise attività di formazione per gli utilizzatori di tali tecnologie: professionisti e pazienti.

Inoltre, in ottica di sviluppo futura, bisogna domandarsi se i professionisti abbiano recepito come un'opportunità l'implementazione di servizi di Telemedicina, e modificato i propri comportamenti coscientemente aprendosi a nuove possibilità continuando a adottare le nuove soluzioni anche in un momento successivo alla crisi. Studi futuri potrebbero verificare lo stato dell'arte rispetto alla digitalizzazione ampliando il contesto oggetto di analisi.

Bibliografia

AGENAS - Agenzia Nazionale per i servizi sanitari Regionali (2022). *L'oncologia di prossimità: esperienze a confronto*. Roma: Monitor. Testo disponibile all'indirizzo web: https://www.agenas.gov.it/images/agenas/monitor/quaderno/pdf/Quaderno_oncologia_prossimit%C3%A0_digital.pdf (26/09/2023).

AIOM - Associazione Italiana di Oncologia Medica (2021). *I numeri del cancro in Italia 2021*. Brescia: Intermedia Editore. Testo disponibile all'indirizzo web: https://www.aiom.it/wp-content/uploads/2021/10/2021_NumeriCancro_web.pdf

(26/09/2023).

ALTEMS - Alta Scuola di Economia e Management dei Sistemi Sanitari (2020). *Analisi dei modelli organizzativi di risposta al Covid-19*. Instant Report COVID-19. Testo disponibile all'indirizzo web: <https://altems.unicatt.it/altems-report%2010%20altems.pdf> (26/09/2023).

Anessi Pessina E., Cicchetti A., Spandonaro F., Polistena B., D'Angela D., Masella C., Costa G., Nuti S., Vola F., Vainieri M., Compagni A., Fattore G., Longo F., Bobini M., Meda F., Sottoriva C. (2021). Proposte per l'attuazione del PNRR in sanità: governance, riparto, fattori abilitanti e linee realizzative delle missioni. *MECOSAN*, 119: 89. DOI: 10.3280/MESA2021-119005.

Bizot A., Heudel P-E., Karimi M., Levy C., Vanlemmens L., Uzan C., Deluche E., Genet D., Saghatchian M., Giacchetti S., Grenier J., Patsouris A., Dieras V.C., Pierga J-Y., Petit T., Ladoire S., Jacot W., Delalogue S., B.B. Lambertini M., Pistilli B. (2020). International multicentric evaluation of breast cancer patients' satisfaction and experience with oncology telemedicine visits (TV) during the COVID-19 outbreak. *Annals of Oncology*, 31, 4: S1006. DOI: 10.1016/j.annonc.2020.08.1774.

Bjurling-Sjöberg P., Göras C., Lohela-Karlsson M. (2021). Resilient performance in healthcare during the COVID-19 pandemic (ResCOV): study protocol for a multilevel grounded theory study on adaptations, working conditions, ethics and patient safety. *BMJ Open*, 11, 1: 8. DOI: 10.1136/bmjopen-2021-051928.

Gabrielli F., Bertinato L., De Filippis G., Bonomini M., Cipolla M. (2020). *Indicazioni ad interim per servizi assistenziali di telemedicina durante l'emergenza sanitaria COVID-19*. Rapporto ISS COVID-19 n. 12, versione del 13 aprile. Testo disponibile all'indirizzo web: https://www.iss.it/documents/20126/0/Rapporto+ISS+COVID-19+n.+12_2020+telemedicina.pdf (26/09/2023).

Gatto M., Bertuzzo E., Mari L., Miccoli S., Carraro L., Casagrandi R., Rinaldo A. (2020). Spread and dynamics of the COVID-19 epidemic in Italy: Effects of emergency containment measures. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 117, 19: 10484.

DOI: 10.1073/pnas.2004978117.

- Laurita R., Ferrara F.M., Bernabei R. (2022). PNRR e Telemedicina. In Cicchetti A., Morandi F., a cura di, *PNRR Missione salute: una missione possibile?* Torino: Giappichelli.
- Paterson C., Bacon R., Dwyer R., S. Morrison K., Toohey K., Slade J., Mortazavi R., Roberts C., Pranavan G., Cooney C., Nahon I., Hayes S. (2020), The Role of Telehealth During the COVID-19 Pandemic Across the Interdisciplinary Cancer Team: Implications for Practice. *Seminars in Oncology Nursing*, 36, 1: 7. DOI: 10.1016/j.soncn.2020.151090.
- Pediconi F., Galati F., Bernardi D., Belli P., Brancato B., Calabrese M., Camera L., Carbonaro L. A., Caumo F., Clauser O., Girardi V., Iacconi C., Martincich L., Panizza P., Petrillo A., Schiaffino S., Tagliafico A., Trimboli R. M., Zuiani C., Sardanelli F., Montemezzi S. (2020). Breast imaging and cancer diagnosis during the COVID 19 pandemic: recommendations from the Italian College of Breast Radiologists by SIRM. *Springer*, 125, 926:930. DOI: 10.1007/s11547-020-01254-3.
- Taleb N. N., (2013). *Antifragile. Prosperare nel disordine*. Milano: Il Saggiatore.
- Tokalić R., Viđak M., Kaknjo M.M., Marušić A. (2021). Antifragility of healthcare systems in Croatia and Bosnia and Herzegovina: Learning from man-made and natural crises. *The Lancet Regional Health–Europe*, 9: 100216. DOI: 10.1016/j.lanepe.2021.100216.