



LINEE DI INDIRIZZO PER LO SVILUPPO DI PROGETTI FORMATIVI TESI ALLA PIENA APPLICAZIONE DEL PNRR

“INNOVAZIONE ORGANIZZATIVA E TECNOLOGICA PER L'EQUITA' E LA SOSTENIBILITA' DEL SERVIZIO SANITARIO”

OBIETTIVO FORMATIVO Rafforzamento del Management per l'innovazione organizzativo gestionale nell'ambito dell'implementazione dei Progetti PNRR.

RESPONSABILI SCIENTIFICI: Enrico Desideri, Luigi Bertinato

ANIMATORI DEL PROGETTO: Dario Grisillo – Pippo Noto

DOCENTI: vedi allegato 1

PERIODO DI SVOLGIMENTO: marzo-giugno 2023; settembre dicembre 2023

TECNICHE DIDATTICHE: *presentazioni, lezioni magistrali, confronti, tavole rotonde, gruppi di lavoro. In presenza o da remoto.*

TARGET PRINCIPALE: *middle-management delle Aziende Sanitarie (Distretti, Direzioni mediche di presidio ospedaliero, Dipartimenti, Aree funzionali).*

FOCUS: *Innovazione tecnologica abilitante, Health Technology Assessment, Telemedicina e sanità digitale, tecniche di valutazione- monitoraggio (esiti, performance, costing), metodologia epidemiologica e tecniche per favorire la prevenzione e il contrasto alle cronicità – fragilità, l'integrazione multidisciplinare, la sicurezza del paziente. Temi connessi alla responsabilità professionale, aspetti relazionali e tecniche di comunicazione, approccio Lean alla progettazione e sviluppo.*

PREMESSA

La Fondazione innovazione e sicurezza in sanità ha avviato, in co-progettazione con i Direttori generali di oltre 20 Aziende sanitarie di tutta Italia, un percorso teso ad approfondire sia i principi generali e strategici che emergono dalla lettura del PNRR, sia –opportunamente - le specifiche necessità formative, affinché la giusta visione organizzativa fosse resa “cantierabile” attraverso progetti operativi.

In modo sintetico è possibile condensare – come di seguito - i temi emersi e le aree tematiche sulle quali si è ritenuto concentrare prioritariamente, ma non esclusivamente, i moduli formativi rivolti soprattutto al middle-management. Infine (all.1) vengono elencati gli esperti – di livello nazionale e consolidato riconoscimento scientifico – che in prima istanza riteniamo opportuno coinvolgere.



Particolare attenzione e spazio verrà data alla co-progettazione e alla condivisione delle *best-practice* fra la Aziende sanitarie coinvolte.

AREE TEMATICHE

1 MODELLI ORGANIZZATIVI E CHANGE MANAGEMENT – RETI CLINICO – ASSISTENZIALI

Di seguito gli aspetti specifici previsti dalla normativa e rimarcati dal PNRR:

- *Il Distretto Socio Sanitario*: ruolo e strumenti operativi, “torre di guardia” per la valutazione degli esiti di salute, delle performance, dei costi di processo: “nulla si migliora se non si misura!”
- *Le articolazioni territoriali* (AFT – PUA – UVM – UCA – COT - C.O. 116117)
- *Il rafforzamento delle cure primarie, la multidisciplinarietà* e il team multi-professionale, con particolare riferimento alla integrazione con e tra i servizi sociali (ASL + EE.LL.), con il Dipartimento di Prevenzione, con le attività consultoriali Distrettuali rivolte alla salute dei minori, donne e famiglie, con i servizi del Dipartimento per la Salute mentale e alla nuova figura dell’infermiere per il territorio/comunità (anche in relazione alla evoluzione normativa degli ultimi anni: L.251/2000 su autonomia professionale, L. 43/06 sulla figura dell’infermiere esperto – recepito dal CCNL comparto sanità, L. 3/18, DL 34/2020 e DM 77 per gli standars e sul ruolo dell’infermiere di famiglia/comunità).
- *Raccordo strutturato della “comunità di pratica”* (nominativamente individuata) in primis fra il MMG e lo specialista TUTOR di riferimento nel PDTA di ogni singolo malato, per il coordinamento fra l’offerta di prossimità, territoriale, con la specialistica ospedaliera per l’integrazione dei percorsi assistenziali.
- *Casa della comunità e Ospedali di comunità*, sede privilegiata anche per l’interazione fra i professionisti territoriali e ospedalieri e di monitoraggio del Percorso clinico assistenziale personalizzato, secondo la ripartizione (per le CdC) programmata dalla Conferenza Stato – Regioni:1/44.000 ab, senza che questa scelta divenga ostativa dell’offerta ambulatoriale - pro-attiva e di prossimità, assicurata dai medici di famiglia e dall’IFeC (infermiere di famiglia e di comunità).
- *Rete “complanare” fra gli ospedali di base e i presidi di 1° e 2° livello* (DM 70/2015) e, quindi, rete fra gli specialisti finalizzata ad assicurare la multidisciplinarietà per la sicurezza delle cure
- *Rete cure palliative, ambulatoriali, ospedaliere, domiciliari.*
- *Comunicazione “poietica”*: gestione del cambiamento, engagement dei professionisti – Cittadini – Istituzioni – 3° settore ...; ruolo dei media anche social.
- *Co-progettazione (audit - consensus)*
- *Confronto internazionale fra i modelli organizzativi*
- *Lean healthcare management*



2 EQUITA' e CONTINUITA' DELLE CURE

- *Prossimità – proattività – prevenzione. Gli approcci del Population health management*
- *Procedure e strutture per la facilitazione/promozione della continuità assistenziale (COT) personalizzata (patient centred)*
- *monitoraggio dei dati di esito, quali ad es.: Ricoveri e ri-ricoveri su popolazione pesata per complessità, N° accessi al PS per codice colore, durata degenza ospedaliera, N° es. diagnostica (appropriatezza organizzativa e clinica), Aderenza terapeutica (PDC: *propotion of days covered*), ADI*
- *Tempi attesa per classi di priorità e sede della prenotazione (“dove si prescrive si prenota”)*
- *PREMs – PROMs per valutazione della qualità percepita*
- *Epidemiologia di popolazione (ad es. aspettativa di vita per area geografica e livello di istruzione) anche in riferimento alla esposizione ad agenti nocivi nell’ambiente di vita e lavoro (one health).*

3 TELEMEDICINA E SISTEMI INFORMATIVI ABILITANTI

- *Uso dei sistemi digitali “abilitanti” per l’interazione professionale e l’equità dei servizi: potenzialità, abilità pratiche – anche dei fruitori - e competenze tecniche dei professionisti.*
- *Piattaforma aziendale/regionale, Centro Operativo Sanitario aziendale, gestione dati sanitari, interoperabilità, dispositivi medici, rispetto GDPR (protezione dati), cybersecurity, erogazione terapie digitali (DTx), verifica compatibilità APP per l’uso in sanità, requisiti tecnologici.*
- *Telemedicina: tele-monitoraggio, teleconsulto, tele-assistenza, tele-referto;*
- *Gestione dati sanitari e piattaforme cloud aziendali o regionali (clinical data center, utilizzo Qr o RFID Code)*
- *Interoperabilità e standard FHIR;*
- *Proposta per la costituzione di una struttura dedicata all’Operation management;*
- *Stratificazione/clusterizzazione popolazione per livello di rischio (adjusted clinical group/Kaiser Permanent);*
- *Virtual hospital (l’ospedale del futuro) e domotica;*
- *Ricerca osservazionale/traslazionale (integrazione dati: gestionali-amministrativi, clinici e di laboratorio, epidemiologici, omici (genomica), D.M wearable.*

4 HTA e HABC per la valutazione del cambiamento (RWE), LEA '21, esiti e performance

- *Disuguaglianze (titolo di studio, stato socio-economico, di genere, cittadinanza, area residenziale, condizione socio-economica)*
- *Rinnovo parco tecnologico (grandi apparecchiature ospedaliere)*
- *Contratti di lavoro: uso motivante quota variabile in rapporto agli esiti di salute*
- *Risk management: nuovo modello italiano di valutazione, monitoraggio, prevenzione attiva*
- *Health Activity Based Costing (HABC).*



5 LE PARTNERSHIP PUBBLICO PRIVATO

Condivisione delle responsabilità sociali e, al fine di creare valore, scambio di conoscenze necessarie (ambiti pharma, diagnostica, bio-tecnologie), applicazione DL 50/2016 per garantire neutralità e trasparenza.

CONCLUSIONI E SPECIFICHE SUL PROGETTO FORMATIVO

L'approccio prescelto, il raccordo con le Istituzioni di ricerca (universitaria e non), sarà comunque sempre ancorato al "mondo reale" con le sue enormi potenzialità, ma anche i suoi limiti e le sue criticità!

Parimenti determinante sarà cogliere il contributo tecnologico che ci potrà pervenire dal contesto delle imprese private (profit e non profit) assai opportuno specie in campi nei quali la conoscenza, la ricerca e l'expertise vede le realtà private in prima linea (es. trends e potenzialità dei nuovi medical device... , analisi costo – efficacia delle nuove terapie e della evoluzione del parco tecnologico).

Affinché l'opportunità offerta in termini di risorse, e non solo, dal PNRR non si vanifichi, obiettivo centrale per la auspicata "rinascita" dell'assistenza nel TERRITORIO deve essere l'equità dell'accesso alle cure mediante l'interazione pro-attiva fra il paziente (reso esperto da adeguati interventi di informazione-educazione) e l'equipe multi professionale composta, come detto, da MMG, infermieri e operatori socio-sanitari. Un team frutto anche della fondamentale integrazione istituzionale e professionale dei servizi socio-sanitari e dell'apporto assai importante dei servizi consultoriali, della prevenzione, salute mentale e riabilitazione, così come sottolineato nella NUOVA convenzione dei MMG.

*Centrale, inoltre, è il nuovo **ruolo**, e il suo **riconoscimento**, delle **farmacie di comunità**, capillarmente diffuse su tutti gli ambiti territoriali, incluse le aree interne.*

*La piena valorizzazione delle specificità cognitive del farmacista, già oggetto di riconoscimento dalla normativa (L 69/2009 – Patto per la salute 2019/2021 - DM 77/22), e come già dimostrato da alcuni studi internazionali, rappresenta un obiettivo strategico per un'ampia tipologia di servizi (si pensi ad es. al gravissimo problema della scarsa **ADERENZA** alle terapie o al ruolo di baluardo svolto per lo svolgimento di test diagnostici e vaccinazioni nel corso della pandemia da COVID!)*

In un contesto di condivisione delle finalità fra Enti diversi, come è stato da molti giustamente sottolineato, sarà valorizzato il ruolo delle Associazioni del territorio e degli Enti del Terzo Settore (ETS), questi ultimi – con la riforma prevista dal D. Lgs. 112/2017 sugli enti no-profit e in coerenza con la sentenza della Corte Costituzionale n.131/2020 – possono svolgere, ferma la obbligatoria trasparenza e neutralità da parte della Azienda sanitaria, un ruolo attivo e strategico per lo svolgimento dei servizi sociali indispensabili nella organizzazione, ad es., dei servizi domiciliari rivolti agli anziani soli.

Infine, ritengo sia utile sottolineare Il supporto della analisi epidemiologica della popolazione; un approccio che permette di meglio individuare le sotto-popolazioni più a rischio e in particolare permette di stratificare/clusterizzare l'intera popolazione in base a dati di co-morbilità e fragilità e in relazione al rischio di ospedalizzazione.

17/1/2023

Enrico Desideri

Presidente Fondazione innovazione e sicurezza in sanità