



Costruire una voce per lo sviluppo dei servizi sanitari e sociosanitari territoriali

Spunti per una riflessione al documento modelli e standard per
lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Sistema Sanitario
Nazionale

Sommario

Introduzione	2
Differenze regionali, differenze nelle aziende e politiche sanitarie?	0
Parte I: I bisogni sanitari e socio sanitari: il punto di partenza	1
La stratificazione dei bisogni: come e chi la fa a livello regionale (accentramento e decentramento)?	1
A. Francesconi	1
Come poter fare un'analisi dei bisogni a livello locale.	2
C. Marchetti	2
La medicina di iniziativa (proattiva): quali condizioni.....	6
R. Zanini	6
I servizi sociosanitari, quale integrazione.....	8
A. Zangrandi	8
Parte II: I distretti	10
Ma il modello sta in piedi?	10
V. Scardigli	10
Quale management per il distretto?	11
M. Faini	11
Parte III: La compatibilità economica	13
Ma quante risorse? Esempi sul funzionamento	13
L. Lodetti	13
Parte IV: Integrazione non un desiderio ma strumenti	15
Cosa sono e perché conviene investire sulle reti.	15
C. Donelli	15
Parte V: Le misure	18
Come misurare i servizi distrettuali.....	18
A. Francesconi	18
Parte VI: La telemedicina	20
La telemedicina come strumento di integrazione.....	20
G. Lanza	20
Parte VII: La qualità	23
Come mettere al centro la qualità nei servizi territoriali.	23
F. Azzali	23
Parte VIII: Rapporto tra i professionisti	25
Medici di medicina generale, specialisti, infermieri e altri professionisti sanitari: condizioni per la collaborazione.....	25

R. Zanini	25
Parte IX: Caratteri generali.....	27
Il processo di trasformazione dell'assistenza territoriale.....	27
P. Cantaro	27
Superare l'accreditamento per un approccio personalizzato sul bisogno.	30
A. Zangrandi	30
I processi di acquisto: si sta andando nella giusta direzione?	31
F. Bof	31
Spunti dalle ricerche internazionali.....	35
S. Fanelli	35

Introduzione

Questo documento nasce da un gruppo di esperti, ricercatori e docenti che partecipano al gruppo Riforma dell'Università di Parma (www.riforma.unipr.it) e a Progea, società che opera nell'ambito della qualità e del management per le organizzazioni sanitarie pubbliche e private (www.progeaservizi.it).

Il fine è quello di dare un contributo che possa generare le condizioni di realizzabilità dei progetti dell'obiettivo 6 del PNRR, in particolare quelli che saranno gestiti dalle organizzazioni sanitarie. Il pericolo è che le risorse erogate non trovino un efficace e tempestivo impiego. È quindi necessario trovare una risposta non solo in azioni di programmazione, ma soprattutto in una capacità realizzativa che vede come primi attori il management di Regioni e di organizzazioni sanitarie.

Le indicazioni di Agenas sono sicuramente uno stimolo alla riflessione, ma contemporaneamente pongono non pochi problemi sull'aspetto della sostenibilità.

Questo contributo vuole favorire una riflessione nei decision making, su *quello che non si può non fare* per ottenere dei risultati da queste risorse.

Differenze regionali, differenze nelle aziende e politiche sanitarie?

A. Zangrandi

Le aziende sanitarie nel nostro Paese sono molto differenziate, così come le Regioni. Oltre a diversità legate ai servizi erogati (si veda ad esempio il recente documento dei LEA) le politiche regionali si sono nel tempo consolidate e hanno assunto caratterizzazioni eterogenee. Focalizzare gli interventi e le politiche è indispensabile per generare efficacia dell'azione.

Forse il tema della "personalizzazione" degli interventi nelle aziende non è ancora così delineato, ma è indispensabile, all'interno di quadro generale, una forte specificazione del livello di servizio che si vuole offrire e dei cambiamenti che ci si attende.

Certo il PNRR è focalizzato sugli investimenti, ma la formazione degli operatori è sicuramente investimento sul futuro: la realizzazione di strutture non può non essere accompagnata dalla progettazione di una organizzazione che funzioni.

Anzi, i processi organizzativi devono essere al centro della progettazione e "i muri" devono venire dopo!

Ecco allora la sfida per il programmatore politico: generare le condizioni perché la progettazione organizzativa e dei servizi sia madre della progettazione di strutture e attrezzature. Certo, alcuni nodi devono essere risolti dalla politica nazionale e regionale:

- il personale sanitario non è sufficiente. Quanto personale si potrà inserire nel servizio sanitario nazionale?
- i medici di medicina generale e la loro convenzione devono trovare una riforma effettiva e rapida;
- la valutazione dei servizi non è un optional ma condizione di cambiamento: chi la realizza in tempi accettabili?
- il management è la condizione di successo delle organizzazioni sanitarie pubbliche: come generare autonomia, competenza e valutazione dei risultati?

Quindi il management progetti, sulla base degli indirizzi della politica e la capacità di realizzare servizi, deve essere alla base di tutte le valutazioni.

Parte I: I bisogni sanitari e socio sanitari: il punto di partenza

La stratificazione dei bisogni: come e chi la fa a livello regionale (accentramento e decentramento)?

A. Francesconi

Il documento AGENAS sullo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN individua come elemento prioritario, per definire l'organizzazione ed il funzionamento dell'assistenza territoriale stessa, la creazione di modelli predittivi idonei, tramite la stratificazione della popolazione, a consentire la gestione integrata di patologie croniche e di situazioni sanitarie complesse.

La realizzazione ed il mantenimento di adeguati modelli preventivi è considerata condizione fondamentale anche per l'implementazione ed il sostegno di politiche e di iniziative di medicina di popolazione e di medicina proattiva volte al perseguimento di alcuni macro-obiettivi:

- a) il mantenimento in buone condizioni di salute della popolazione cronica prevenendo o ritardando l'insorgere di complicanze;
- b) la gestione attiva e la prevenzione di cronicità nella popolazione non soggetta a patologie;
- c) il contenimento dei costi connessi all'ospedalizzazione e al peggioramento delle condizioni di salute.

Si tratta di logiche che sono già state implementate in molte regioni italiane che da anni hanno sviluppato diversificate politiche e strumenti idonei al perseguimento dei sopra citati obiettivi di ordine generale.

Elementi necessari per l'implementazione delle iniziative di medicina di popolazione sono, da un lato efficaci sistemi informativi costantemente aggiornate sotto il profilo tecnologico; dall'altro le competenze degli operatori del SSN. In questo secondo caso ci si riferisce sia alle competenze tecniche di gestione dei sistemi informativi, sia alle competenze di elaborazione ed interpretazione dei dati, ma anche e soprattutto alle competenze professionali degli operatori sanitari chiamati, sulla base delle informazioni disponibili a prendere in carico e a gestire le diverse tipologie di pazienti.

Si tratta di elementi fondamentali che non si acquisiscono, per citare Crozier, "per decreto" ma richiedono alle organizzazioni sanitarie di creare le condizioni organizzative idonee al perseguimento degli obiettivi individuati.

Queste considerazioni sono rilevanti laddove si consideri che il documento AGENAS ipotizza, in una logica di governo centralizzato del processo di riforma dell'assistenza sanitaria territoriale, l'adozione "di un modello di stratificazione comune su tutto il territorio nazionale (che) permetterà lo sviluppo di un linguaggio uniforme che vuole garantire equità di accesso ed omogeneità di presa in carico." Il documento delega alle regioni la concreta attivazione sul proprio territorio del modello comune di stratificazione.

In relazione a questo approccio non si può non prendere atto del diversificato stato dell'arte che qualifica le Regioni Italiane e che può generare impatti non trascurabili in termini di implementazione della stratificazione sanitaria della popolazione e, soprattutto, della gestione della stratificazione.

Anche sotto questo profilo si vuole sottolineare come, a tendere, la realizzazione di un sistema di assistenza territoriale omogeneo su base nazionale, se mai si riuscirà a realizzare, richiederà investimenti in competenze gestionali e professionali a partire da ruolo del direttore di distretto che dovrebbe avere la responsabilità di gestire e coordinare:

1. i flussi informativi relativi allo stato di salute della popolazione ed il loro sistematico aggiornamento (gestiti dall'ASL, dalla Regione, da AGENAS stessa?);
2. la definizione di specifiche politiche ed iniziative di medicina di popolazione;
3. le attività e le interrelazioni tra i diversi provider di assistenza sanitaria operanti nel distretto;
4. le equipe multi-professionali ed i medici di medicina generale sugli obiettivi specifici di presa in carico dei singoli pazienti;
5. le relazioni con le amministrazioni locali per l'integrazione delle politiche sociali con le politiche sanitarie;
6. la negoziazione delle risorse necessarie per il governo del distretto (nell'ambito dei processi di budget aziendali)
7. ...

Come poter fare un'analisi dei bisogni a livello locale.

C. Marchetti

Esistono in Italia diverse esperienze di stratificazione dei bisogni sanitari. Molte di queste esperienze nascono dall'utilizzo di sistemi di rilevazione di dati e di rilevazioni dati in Italia ce ne sono moltissime.

Flussi informativi relativi alla fragilità:

Erogatore	Flusso		Gestore
ADI SERVIZIO	SIAD	Per ogni paziente in assistenza domiciliare sanitaria, una scheda con valutazione multidimensionale	MINISTERO NSISS
RSA	FAR	Una scheda per i pazienti ricoverati (solo in posti convenzionati con le aziende sanitarie)	
OSPEDALE	SDO	Per ogni paziente ricoverato una scheda con diagnosi	
UOP	SISM	Una scheda per ogni paziente seguito dai servizi psichiatrici https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1393_allegato	

COMUNI SERVIZI SOCIALI	SIUSS	Per ogni utente: prestazioni, integrazioni delle rette in strutture residenziali, assistenza domiciliare, inserimenti in strutture https://www.inps.it/dati-ricerche-e-bilanci/siuss-gia-casellario-dellassistenza	INPS
		Indagine sugli interventi e servizi sociali dei Comuni singoli o associati https://www.istat.it/it/archivio/216593	ISTAT
CASELLARIO CENTRALE INFORTUNI	CCI	Schede relative a lavoratori infortunati e/o parzialmente disabili https://casellario.inail.it/cs/ccl/accessibilita.html	INAIL

Purtroppo, il modello di costruzione dei flussi e di utilizzo è tutt'altro che moderno. Vive delle vecchie logiche "centraliste" e "verticali" dove i dati confluiscono verso il centro, vengono elaborati statisticamente e pubblicati con tanto di ringraziamento a chi ha collaborato.

Il modello è tipicamente quello dell'osservatorio:

Periferia → Ente nazionale → Elaborazione → Pubblicazione

Ne abbiamo quindi a disposizione numerosi sul tema della fragilità sociale:

- l'Annuario statistico del SSN (mDs);
- l'Indagine Multiscopo sulle famiglie: condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari (Istat);
- l'Indagine europea sulla salute (EHIS);
- il Rapporto Conoscere il mondo della disabilità (Istat).

In alcuni casi i "bisogni" sono rilevati con modalità dell'intervista (che si basano in larga misura sulla percezione degli intervistati) mentre in altri ci si pone il problema di una misurazione uniforme adottando scale di valutazione.

Oltre alle statistiche qualche regione ha provato a costruire modelli di valutazione legati ai singoli soggetti che sarebbero dovuti servire nella valutazione del costo delle patologie e quindi di modelli di gestione basati sul "bundle payment".

- La Lombardia con la Base dati degli assistiti poi evoluitasi nei **CReG** (Chronic Related Group)¹
- la Liguria con il Progetto Nocchiero²;
- il Chronic Care Model del Lazio³;

¹ <https://www.epicentro.iss.it/igea/appuntamenti/pdf/VI/Zocchetti.pdf>

² https://www.alisa.liguria.it/index.php?option=com_content&view=article&id=531:progetto-nocchiero&catid=15&Itemid=109

³ https://www.aiop.it/Portals/0/documenti/pubblicazioni/Nuovi_Modelli_Cronicita%CC%80_Lazio.pdf?ver=JPEnp81lu4oXQMBI32fQnQ%3D%3D

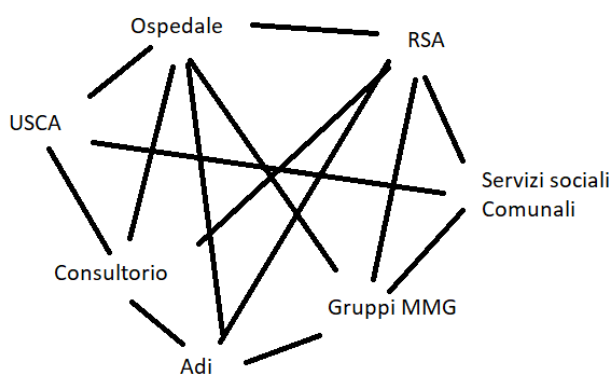
- expanded chronic care model, Eccm della Toscana;
- modello Care 3.0 della Puglia.

Alcune regioni (Lombardia, Emilia-Romagna, Lazio e Campania) hanno anche collaborato ad un progetto nazionale denominato “Stratificazione del rischio di fragilità della popolazione: valutazione di impatto e analisi dei modelli organizzativi” del CCM - Centro Controllo delle Malattie⁴

Si tratta di modelli di stratificazione dei bisogni e dei costi sostenuti molto interessanti. Non hanno mai goduto però di una sufficiente diffusione operativa e quindi non sono mai entrati in una fase di verifica della reale capacità predittiva.

Ma le strutture di offerta avrebbero invece la necessità di **migliori strumenti gestionali**.

Sarebbero necessari modelli di gestione dell’informazione “circolari” e “orizzontali” costruiti in modo da avere le informazioni in comune, evitare le duplicazioni, monitorare i ritardi.



È evidente che i modelli verticali – oggi prediletti – impediscono con la loro struttura rigida e proprietaria una condivisione delle informazioni in tempo reale e costringono i soggetti della periferia ad agire inconsapevoli dell’azione svolta da altri. La rete dovrebbe esistere e dovrebbe essere costituita da uno scambio massiccio e tempestivo di informazioni strutturate relative agli assistiti.

In assenza di una regia e di un coordinamento la gestione locale si ritrova a trasferire informazioni gestionali note ed ottiene di ritorno (dopo due o tre anni se va bene) informazioni statistiche di limitato valore operativo.

Le informazioni di ritorno finiscono per essere lette come classifiche. La lettura locale non è operativa ma piuttosto diventa “consolatoria” se le aree che ci interessano risultano in testa alle classifiche oppure “informazioni sbagliate” se le aree che ci interessano risultano ultime.

⁴ https://www.ccm-network.it/imgs/C_27_MAIN_progetto_552_listaFile_List11_itemName_0_file.pdf

Forse le strutture territoriali non hanno bisogno di indicatori ma piuttosto di più informazioni, di maggiore dettaglio individuale e di informazioni più specifiche (più “interne” ai percorsi) per meglio affrontare la gestione dei casi.

Servirebbe piuttosto un set informativo generato tempestivamente da più servizi presenti sul territorio (anche e soprattutto se di enti diversi) che sia associato agli individui (ed ai gruppi familiari).

A cosa potrebbe servire questo set? Non certo a replicare in piccolo il lavoro degli uffici statistici. Servirebbe a rendere efficiente ed efficace con l’utilizzo delle informazioni la gestione dei servizi e degli interventi.

Ed in particolare:

- diventare soggetti più attivi accelerando gli interventi più urgenti
- integrare informazioni sugli assistiti rendendole disponibili agli altri servizi
- restituire un feed back di correzione/esclusione/eccezione utile a chi elabora le statistiche.

Sarebbe una strategia fondamentale per spingere i servizi in una logica di miglioramento continuo.



Particolarmente rilevante è la necessità del “check” dei percorsi.

La presenza di flussi informativi sempre più sviluppati e sempre più completi pone i gestori dei flussi nelle condizioni di progettare sistemi di stadiazione dei bisogni basati su diversi elementi presenti nel flusso stesso (età, diagnosi, frequenza dei consumi ...) e sulla base delle esperienze di pazienti simili presenti nelle basi dati.

Questo processo di stadiazione automatizzabile prevede l’inserimento finale dei pazienti in categorie che possono essere graduate per rischio e costo.

Solo il check operato dalle strutture territoriali permette però di definire una graduazione puntuale e di monitorarla nel tempo.

Cosa manca il più delle volte nei sistemi centralizzati che rende imprecise e queste “misurazioni individuali”? Mancano molti elementi che solo il **contatto diretto** aiuta a definire con maggiore precisione:

- le caratteristiche della famiglia i cui il paziente vive (o la sua assenza)
- le condizioni dell’abitazione
- fragilità o solidità economica
- caratteristiche del territorio
- gravi condizioni non rilevabili nei modelli UVG
- la presenza e la qualità dei care-giver
- la predisposizione e la preparazione del paziente nell’affrontare il percorso
- la capacità di effettuare le richieste necessarie unita alla capacità di individuare i servizi
- la presenza di azioni legate alle dimissioni protette dagli ospedali e dei percorsi dopo la dimissione

La sottovalutazione di questi elementi, apparentemente banali, mina la capacità predittiva degli esiti che molti stanno cercando di mettere a punto.

Non si tratta però di maggior precisione del sistema informativo ma piuttosto dell’importanza di un sistema condiviso a livello territoriale cui partecipano più soggetti – anche se reciprocamente autonomi - nel coordinamento degli interventi.

La medicina di iniziativa (proattiva): quali condizioni

R. Zanini

Perché il sistema sanitario – a tutti i livelli – possa dare reale contributo alla salute della popolazione e del singolo utente è indispensabile che fisicamente gli utenti e chi eroga i servizi si incontrino. Le azioni e le pratiche che hanno peso sulla nostra salute sono concrete. Talora devono essere effettuate dagli Utenti – stili di vita, alcuni aspetti della prevenzione – altre dal Sistema sanitario le cure. Frequentemente sono necessarie azioni concrete fatte da entrambi contemporaneamente – regolare assunzione di terapia prescritta dal medico.

Queste azioni sono facilmente intraprese quando il bisogno è evidente: la febbre, il dolore, il malessere, ecc. Diventano difficilmente intraprese quando il bisogno non è immediatamente evidente e si proietta nel futuro: la prevenzione, gli stili di vita, alimentazione, ecc.

La medicina del territorio con i propri professionisti si occupa di aspetti assistenziali molto diversificati e tutti assolutamente indispensabili. Si occupa della prevenzione, di educazione sanitaria, di intercettare i problemi sanitari latenti o iniziali, di curare le malattie e le persone.

Essere proattivi consiste in un atteggiamento personale – degli Operatori sanitari - ed organizzativo che va incontro ai bisogni ed alle persone e non si limita, anche con disponibilità, ad attendere di essere interpellati.

In termini calcistici se si vuole vincere è necessario andare incontro al passaggio, non aspettare di avere la palla tra i piedi.

I variegati, molteplici ed essenziali compiti della medicina del Territorio – Distretti, Ospedali di prossimità, Consultori, MMG e PLS – necessitano, per una completa attuazione di un atteggiamento proattivo esteso e profondamente, sul piano culturale, radicato e condiviso.

Si possono fare molti (qui limitati per ridotto spazio) esempi concreti di medicina proattiva in ambito di stili di vita e prevenzione. Non è sufficiente affidare questi aspetti alla comunicazione istituzionale o alla cultura delle persone. Ogni incontro tra Operatori e Utenti deve diventare un momento di educazione e presentazione di aspetti collegati agli stili di vita. Proprio un incontro per necessità assistenziali – malattia – da credibilità al portatore di messaggi sulla salute e sulle azioni da intraprendere per la salute futura. Pensiamo alle problematiche collegate alla depressione materna perinatale (circa il 10% delle gravidanze) e alla credibilità della proposta – quando sostenuta da ostetrica o ginecologo di fiducia - di partecipazione a screening per la individuazione precoce delle situazioni a rischio.

Pensiamo all'aumento del tasso di adesione ad una proposta di vaccinazione ed alla effettuazione della vaccinazione stessa in occasione di controlli medici, esistono concreti esempi su questo aspetto anche nel nostro Paese.

Anche per aspetti della cura la medicina d'iniziativa gioca un ruolo importante. Pensiamo alla differenza enorme tra “... deve andare a fare un controllo dal chirurgo ...” a “... ha bisogno di una valutazione chirurgica. Ecco data e ora dell'appuntamento ...”.

La sacrosanta libertà di scelta degli Utenti non deve essere scambiata per la mancanza di informazioni e attivo supporto e sostegno empatico nella scelta dei passi da compiere. Questo sostegno fa del curante il CURANTE.

Per affrontare concretamente tutto questo è indispensabile un sistema informativo ed informatico che faciliti il passaggio delle informazioni tra i diversi Operatori e che consenta di valutare i bisogni di assistenza senza aspettare che sia l'Utente ad accorgersene perché insorge un problema di malattia. La medicina di iniziativa necessita senza dubbio di un salto culturale epocale ma deve essere sostenuta da un sistema che renda il salto difficile, impegnativo ma possibile. Non possiamo pensare di cambiare facendo sempre le stesse cose.

I servizi sociosanitari, quale integrazione.

A. Zangrandi

La realtà dei servizi sociosanitari abbisogna di competenze per sviluppare e promuovere servizi. Il tema delle competenze è determinante per valutare e valorizzare le strutture. Ma per focalizzare veramente l'attenzione sui bisogni delle persone, occorre innanzitutto porre al centro le stesse persone e le loro caratterizzazioni e questo può essere fatto da chi ha a che fare quotidianamente con i bisogni e le necessità.

Il focus non può essere sul singolo bisogno specifico che una struttura erogatrice può soddisfare, ma sull'insieme dei bisogni delle persone, avendo come riferimento il più complessivo progetto di vita delle stesse, così da costruire sistemi di "care" che vi possano contribuire positivamente alla qualità della vita delle persone. In questa visione sarà anche possibile, ad esempio, integrare gli obiettivi e i desideri delle persone con quelli altrettanto rilevanti delle loro famiglie.

L'integrazione deve comunque prevedere l'individuazione di priorità che si sviluppano, in primo luogo, a livello di articolazione dei servizi. La prospettiva di una disorganicità nella distribuzione dei servizi rappresenta un motivo di disuguaglianza che, a sua volta, probabilmente genera un'inappropriata capacità di risposta. Il modello integrato è chiamato a unire le diverse competenze dei vari soggetti erogatori, in un forte coordinamento di competenze.

Prendersi cura di questi bisogni richiede non solo competenze tecniche, ma anche – e soprattutto – capacità di ascolto, empatia, prossimità rispettosa. Si tratta di riconoscere e valorizzare l'identità di ogni persona favorendo la ricerca della migliore qualità di vita possibile.

È necessario, inoltre, tenere ben presente che il mondo della fragilità è sicuramente fatto di una grande popolazione di anziani ma, talvolta, si rischia di dimenticare le persone con disabilità

Dati, esperienze e anche ragioni di carattere più generale, devono convergere in un confronto per ripensare e progettare strategie per poter dare all'attuale sistema una maggiore capacità di risposta ai bisogni. *Questo deve essere realizzato ascoltando e valorizzando le esperienze presenti*, non in modo astratto e lontano dalla realtà del servizio. È radicando le decisioni sulla comprensione delle esperienze che è possibile delineare un approccio integrato, in grado di realizzare quella attenzione ai bisogni che deve essere al centro delle politiche.

Un approccio condiviso tra tutti gli attori del sistema è una prospettiva utile e sempre più indispensabile anche per favorire una concreta capacità realizzativa degli obiettivi individuati. Attraverso la condivisione di esperienze, obiettivi e metodo di lavoro è possibile costruire un fertile terreno in cui gli erogatori e i programmatori possono costruire insieme un sistema di reale sostegno ai bisogni.

La realtà di organizzazioni for profit, non profit e pubbliche esprime indubbiamente esperienze e capacità di risposta. La programmazione deve valorizzare queste esperienze e queste capacità perché possa

emergere un progetto esplicito e integrato che riguardi i bisogni e che valorizzi la specificità di ciascuno in una logica di risposta.

Certamente anche i decisori politici, che hanno la responsabilità di dettare le regole, devono intraprendere un percorso che li porti a chiedersi quali azioni strategiche identificare per costruire un sistema che abbia una dimensione sufficientemente flessibile da potersi adeguare nel tempo al raggiungimento degli obiettivi e non già regole strette e burocratiche che diventino ostacoli nell'erogare servizi di valore.

Una cosa è certa, non occorre inseguire un astratto sistema, ma serve costruire un sistema capace di adattarsi nel tempo a quelli che sono i bisogni e al loro mutare: il miglioramento continuo è il metodo di lavoro corretto che deve impegnare tutte le competenze sia del programmatore che dell'erogatore.

Conseguenza di questi ragionamenti è che le risposte devono essere progettate e realizzate in una prospettiva di rete, ossia ipotizzando una sorta di filiera o un continuum assistenziale. Spesso ci si concentra su ogni singolo segmento del percorso (competenza della struttura erogatrice), ma è sulla rete che ci si deve focalizzare. Bisogna perciò trovare risposte nel territorio, offrendo alle persone fragili ciò di cui necessitano direttamente a casa loro e nel momento in cui questo non è più possibile, bisogna esser in grado di offrire risposte anche in forme e in modi differenti. Oggi è rilevante *il percorso*, cioè la capacità di graduare la risposta in base ai bisogni, di generare le condizioni perché la soluzione si realizzi in modo personalizzato, con riferimento al reale bisogno della persona fragile.

Per sviluppare rete, per la continuità assistenziale, sono necessarie politiche lungimiranti capaci di centrare l'attenzione sul percorso, sulla capacità di risposta ai bisogni e non solo sui requisiti rigidi incapaci di dare risposte concrete.

Il mancato coordinamento, anche a livello centrale, ha accentuato quelle che sono le disparità di trattamento e di modalità di venire incontro alle necessità della popolazione fragile. Non ultimo, emerge anche il tema – anche questo programmatico – della qualità e quantità del personale necessario al buon funzionamento e allo sviluppo del sistema.

L'integrazione è frutto di politiche e di valorizzazione di competenze in reti, determinando sistemi che siano premianti nel favorire la valorizzazione della adeguatezza della capacità di risposta ai bisogni e alla collaborazione tra strutture erogatrici.

Parte II: I distretti

Ma il modello sta in piedi?

V. Scardigli

Il documento AGENAS “Modelli e standard per lo sviluppo dell’Assistenza territoriale nel Sistema Sanitario nazionale” pone il distretto sociosanitario al centro di una significativa trasformazione identificandolo come lo snodo principale di una rivoluzione nel contesto sanitario.

Negli ultimi anni sono stati numerosi i tentativi, sia a livello nazionale, che a livello regionale, di investire nella realizzazione della *Primary care*. A fronte di numerose sperimentazioni che hanno portato significativi e riconosciuti cambiamenti, tanti sono stati i proclami rimasti monchi o rimasti inapplicati e forse inapplicabili.

Questo documento sembra essere lo sforzo di riunire tutte le esperienze, siano esse maturate sul campo, o descritte in modo astratto, che in questi anni hanno fatto discutere intono all’assistenza territoriale o per utilizzare la terminologia giusta, mutuata dai Lea, l’assistenza distrettuale.

Il modello teorico descritto sembra porre in essere uno scenario in cui viene richiesto la messa a regime, di quelle che sono state esperienze teoriche o pratiche diffuse nel territorio nazionale, e la istituzionalizzazione delle stesse.

Anche dal punto di vista concettuale viene richiesto uno sforzo rilevante, anche solo nell’immaginare e successivamente nel progettare, questo cambiamento organizzativo che riguarda un po’ tutti i settori dell’assistenza territoriale. La grande sfida è proprio quella di superare i silos organizzativi verticali e fare uno sforzo di integrare, ricomporre e raggiungere gli obiettivi descritti.

Un grosso limite all’implementazione di questo modello ritengo essere nella disponibilità di competenze manageriali capaci di dare gambe a un progetto molto ambizioso molto ben descritto a livello teorico che comporta una forte progettazione territoriale che metta in discussione l’attuale ruolo del distretto. Il distretto infatti nel modello tradizionale, ma molto diffuso nel contesto nazionale, è legato ad una identità fortemente autorizzativa.

La realizzazione di questo modello comporta un “cambiamento di pelle” e una profonda revisione dell’attuale modello organizzativo e una disponibilità di risorse umane e di competenze di cui non so se i distretti hanno disponibilità.

Il modello sta in piedi? Potrebbe ma ha bisogno di imparare dai millepiedi ...tante gambe che portano verso una stessa direzione.

Quale management per il distretto?

M. Faini

Chi si occupa del governo o della gestione di territori e quindi anche di strutture sanitarie territoriali si confronta sempre di più con sfide organizzative sempre più complesse nella continua ricerca di risposte manageriali sempre più efficienti ed efficaci.

Al management delle nostre organizzazioni sanitarie è affidato un compito di fondamentale importanza:

1. assumere davvero un ruolo di coordinamento delle diverse organizzazioni che insistono in un determinato territorio;
2. gestire il cambiamento, l'innovazione ma soprattutto appropriarsi di nuovi strumenti di gestione;

Il management distrettuale non può fare questo da solo ma serve un contesto, un sistema e una "impostazione" delle nuove organizzazioni sanitarie che assegni un certo "potere" al management di distretto, potere che forse in questo momento è un po' assente. Uno dei problemi a monte del management è quello della capacità di misurare le attività, verificando la qualità e la quantità dei servizi offerti a livello territoriale: uno degli elementi di sofferenza è proprio quello della non misurazione e della non "valorizzazione" di questa tipologia di servizi i quali, non essendo misurati" sono relegati a servizi di seconda o terza categoria.

Ma di queste cose c'è poco da discutere (come della convenzione degli MMG, altro punto cruciale del nuovo sistema) ed io voglio invece parlare di cosa potrà fare il management del distretto per gestire in modo efficace ed efficiente i professionisti e di conseguenza i servizi da erogare ai cittadini.

Prima di dire un paio di cose sullo stile di management e sulle competenze - che ovviamente comunque ricoprono un suo ruolo fondamentale – il management distrettuale deve impossessarsi rapidamente e saper padroneggiare in modo efficace diverse funzioni; provo a fare un elenco magari non esaustivo ma che ritengo importante di questi temi:

1. saper fare una corretta analisi dei bisogni del proprio territorio di competenza: non è per niente banale saper leggere i bisogni attivando i canali e gli strumenti di ascolto più adeguati in modo da permettere di "conoscere per poi agire". In questo contesto è importantissimo saper coinvolgere ad esempio la prevenzione e la salute mentale. In queste competenze si colloca la capacità di rilevare le diversità e le disomogeneità dei diversi territori con servizi e bisogni diversi.
2. saper gestire sfruttando - tutte le possibilità contrattuali (poche al momento) – i professionisti della medicina generale e quelli dell'assistenza in convenzione. È importante saper cogliere nelle "pieghe contrattuali" le opportunità e le possibilità per gestire al meglio le risorse.

3. saper gestire la rete dei servizi e dei soggetti che possono contribuire a rispondere ai bisogni: in questo caso penso alla capacità del management di “uscire dalla ASL o dalla ATS/ASST” per creare quei legami e quegli accordi essenziali per l’assistenza territoriale: in particolare con i comuni, con l’associazionismo culturale e sociale e con il volontariato, con le strutture per gli anziani (RSA ad es.) con le imprese e più in generale con il terzo settore. Forse è ovvio ma lo scrivo lo stesso: il management del distretto sa cooperare in modo forte con l’ospedale con i servizi per gli acuti e via via diminuendo l’intensità con OSCO e case della comunità.
4. Infine mi preme sottolineare l’importanza che ha già oggi e che sempre di più ne avrà dell’orientamento del management a gestire i servizi attraverso il presidio dei percorsi diagnostico terapeutici e assistenziali: mi immagino una sorta di cruscotto di governo clinico / diagnostico / assistenziale in cui le informazioni permettono al territorio (IN RETE) di anticipare i bisogni degli utenti in modo da aumentare il benessere dei cittadini e ridurre l’accesso a servizi costosi e a volte sovradimensionati rispetto ai reali bisogni. Essere quindi capaci di realizzare una medicina di iniziativa e proattiva.

Ed ecco infine alcune considerazioni su stile e competenze in generale del management di distretto:

- a) Lo stile partecipativo e capace di attivare i corretti canali comunicativi all’interno che dell’organizzazione sono elementi tanto facili da dire quanto difficili da realizzare ma restano un valore imprescindibile nella scelta e nello sviluppo delle competenze manageriali per il distretto.
- b) A questa sensibilità comunicativa va affiancato un talento sempre più importante che riguarda la capacità di gestire sviluppare e coordinare progetti di innovazione, miglioramento e cambiamento.
- c) Infine, due altre competenze rare da cercare nel nuovo management del distretto (o ovunque si voglia raggiungere un risultato e perseguire degli obiettivi:
 - la capacità di assumersi le responsabilità di guida e di riferimento per i professionisti coordinati (e quindi ad esempio il saper / voler valutare) e il pensiero costante a come riuscire a motivare i collaboratori.
 - La capacità di attivare i canali comunicativi verso l’esterno dell’organizzazione comunicando ai cittadini, servizi, opportunità, cambiamenti, miglioramenti coscienti delle opportunità che media e social offrono alle organizzazioni

Parte III: La compatibilità economica

Ma quante risorse? Esempi sul funzionamento

L. Lodetti

Intervento PNNR

L'investimento in sanità conseguente ai progetti previsti nel PNRR non può non avere una ricaduta in termini economici anche sulla spesa corrente necessaria al funzionamento del SSN. La costruzione di edifici implica che negli stessi siano individuate risorse dedicate all'offerta di servizi e sicuramente tale attività non è iso-risorse... lo sviluppo del territorio rispetto all'attività ospedale-centrica implica una delocalizzazione delle risorse e per muoversi sono necessarie più risorse di quelle che servono a stare fermi...andare dal cittadino implica dei costi aggiuntivi rispetto a quelli di un'organizzazione che aspetta che il cittadino vada da lui. Non potendo al momento avere un'idea precisa di quale impatto avrà la nuova organizzazione sulla spesa corrente e quindi sulla necessità di maggior finanziamento del SSN si è provato a valutare quale impatto in termini di costi implicano due proposte previste nel documento di AGENAS sulla riorganizzazione dei servizi territoriali. I due segmenti analizzati, seppure di nicchia, evidenziano che la riorganizzazione e la revisione dell'offerta non può avvenire senza risorse. Si è presa a campione una regione che su questo segmento già dispone di offerta abbastanza strutturata, pertanto, l'impatto è più contenuto di quello che si potrebbe registrare in regioni dove questi due servizi sono ancora notevolmente sottodimensionati.

La rete degli hospice

La proposta prevede l'attivazione di 10 posti letto di hospice nell'ambito di ciascun distretto sanitario per il quale è prevista una popolazione di riferimento di circa 100.000 ab. Questo significa 1 pl di hospice ogni 10.000 abitanti.

Nella regione presa a riferimento l'offerta, seppure tra le più elevate d'Italia, si attestava nel 2019, ultimo anno di stabilità sia in termini di costi che di struttura dell'offerta, a 0,79 pl ogni 10.000 abitanti. Per raggiungere l'obiettivo sarebbe pertanto necessario incrementare la stessa in termini strutturali del 26,6%, che comunque non è cosa da poco. Attualmente la rete di offerta a 0,79 ogni 10.000 abitanti ha un costo che si compone di due determinanti:

- Le tariffe riconosciute al privato accreditato per le giornate di degenza erogate nell'ambito dell'offerta privata accreditata;
- I costi diretti di gestione (personale, beni, servizi, manutenzione, ammortamenti, oneri etc.) per le strutture pubbliche.

Pur rilevando che le tariffe non coprono i costi del pubblico, che genera mediamente perdite del 20% rispetto all'ammontare del finanziamento a tariffa, la simulazione è stata sviluppata considerando

esclusivamente il valore della tariffa, a prescindere dal livello di costi del pubblico che sicuramente è più elevato. Considerando il livello tariffario presente nella regione oggetto di analisi solo in questo segmento l'adeguamento dell'offerta porterebbe in incremento di costi per il SSR di 16,7 ml di euro.

Verificando i dati disponibili sull'annuario statistico del 2019 risulta che la rete di posti letto in Italia si attesta a 3.382 e quindi, stante una popolazione di 60.000.000 di abitanti, e la presenza di alcune zone a connotazione orografica disagiata, tale numero andrebbe quasi raddoppiato rispetto agli standard proposti da AGENAS.

Verificando, dai modelli LA dell'anno 2018, il costo medio a posto letto, dato elaborato rapportando i costi che le varie regioni hanno appostato sul livello di assistenza 21006 Assistenza residenziale per pazienti terminali (pari a 364 ml) al numero di posti letto presenti nell'annuario 2018 (pari a 3.138), emerge che lo stesso si attesti a 116.000 euro annui. Tale costo è diversamente composto da tariffe per il privato e costi per il pubblico e varia sensibilmente da regione a regione. Partendo comunque da questa media si evince come l'ampliamento dell'offerta in questo segmento implichi un incremento di costo a livello nazionale non inferiore a 300 ml di euro.

L'ADI

Se la medesima analisi viene fatta sull'ADI emerge un incremento dei costi ancora maggiore.

L'annuario statistico del 2019 evidenzia infatti che circa 14 ml di italiani hanno un'età superiore a 65, più di 7 ml sono over 75 anni.

Nell'annuario è rilevato che in Italia vengono presi in carico dal servizio ADI 1.754 utenti ogni 100.000 abitanti e che l'82% degli stessi è anziano (over 65). Questo significa che nel 2019 sono stati presi in carico da servizi ADI poco meno di 858.000 anziani. Il PNRR alla misura M6C2 si pone un'obiettivo molto ambizioso da raggiungere entro il 2026 e cioè la presa in carico del 10% della popolazione anziana (over 65), tale obiettivo attesta il numero di pazienti da prendere in carico, in base agli attuali dati sulla popolazione over 65, a circa 1,4 ml con un incremento rispetto all'attuale di oltre il 61%.

Se dai modelli LA dell'anno 2018 si prendono i dati di costo dell'assistenza domiciliare integrata (20801 assistenza programmata a domicilio - ADI) e si rapportano a pazienti assistiti nel 2018 (dati annuario 2018) emerge un costo annuo ad assistito pari a 1638 euro. dal momento che la popolazione attualmente non trattata e che dovrebbe esserlo si attesta a circa 526.000 anziani se ne deduce che l'incremento di costo correlato a questa misura dovrebbe attestarsi a circa 861 ml di euro annui.

Complessivamente pertanto le due azioni, che sono solo un di cui delle manovre previste dal PNRR, avrebbero un impatto sul finanziamento del FSN di circa 1.161 ml che al momento non trova copertura nelle attuali previsioni di incremento del FSN.

Parte IV: Integrazione non un desiderio ma strumenti

Cosa sono e perché conviene investire sulle reti.

C. Donelli

Il documento AGENAS sui Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Sistema Sanitario Nazionale identifica come chiave per il raggiungimento dei principi del SSN il ruolo delle reti dei servizi.

I processi di assistenza e la rete dei servizi è riconosciuta a livello di letteratura scientifica come elemento determinante per la qualità delle cure e in generale dell'efficacia sanitaria. L'invecchiamento della popolazione, la cronicizzazione di alcune patologie e la possibilità della diffusione di nuovi patogeni hanno evidenziato la necessità di riorganizzazione i processi al di fuori della singola organizzazione ma di pensare a processi di cura centrati su una maggiore integrazione tra ospedali e territorio.

La necessità di collaborazione tra aziende differenti si rende necessaria non solo per rispondere a bisogni di prestazioni specialistiche sempre più complesse (e la conseguente necessità di implementare equipe multidisciplinari in risposta alla complessità) ma anche per assicurare modelli di erogazione dei servizi più omogenei (in termini sia di prevenzione che di cura), che per potenziare i servizi assistenziali territoriali e per consentire l'effettiva applicazione dei Livelli Essenziali di Assistenza. La necessità di generare coordinamento tra aziende, cioè di costruire delle reti, appare evidente per diversi fattori, tra cui:

- la valorizzazione delle competenze specifiche di ciascuna azienda;
- la possibilità per i pazienti di disporre di un percorso programmato e che permetta loro di avere un reale sostegno alle specifiche necessità di ciascuno;
- la concentrazione degli investimenti in punti selezionati;
- lo sviluppo di risposte concrete non solo nel breve periodo, ma anche utili nel medio-lungo termine.

Si tratta quindi di individuare le modalità operative che siano in grado di fornire una risposta concreta sulla quale implementare la rete quali:

- *Reti basate sulla Reputazione*: rete basata sul rispetto e la fiducia, spesso basati sulla esperienza, che una azienda ha nei confronti di un'altra azienda. Rete caratterizzata da un forte livello di informalità e nelle aziende sanitarie (in cui vi è un forte componente di personale professionista) vede proprio nel professionista un ruolo determinante della realizzazione e continuazione della rete.
- *Cooptazione*: si ricercano le modalità per far proprie competenze presenti e ritenute particolarmente critiche, "assorbendole" nella propria azienda. Tale modalità aumenta il ruolo dell'azienda, ma ne assorbe ovviamente oltre ai benefici, anche i costi e i relativi rischi.

- *Alleanza strategica*: in questo caso le aziende stringono un accordo, che può essere formale o informale, in cui condividono gli obiettivi e concordano le modalità di azione comuni per il perseguimento di tali obiettivi. Le alleanze strategiche possono assumere diverse forme: contratti a lungo termine; partecipazioni di minoranza (in cui un soggetto prende parte al processo decisionale dell'altra azienda attraverso l'acquisizione di quote di partecipazione); joint venture (in cui si costituisce una azienda terza per perseguire un obiettivo comune); fusione e acquisizione, ossia quando si decide che è particolarmente strategico integrare i processi produttivi e quindi una azienda assume il pieno controllo dell'altra.

Il concetto di rete clinico assistenziale, già previsto nel Decreto Ministeriale 70/2015 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", intendeva assicurare la presa in carico globale del paziente secondo condizioni di appropriatezza, efficacia, efficienza, qualità e sicurezza delle cure, mettendo in relazione professionisti, strutture e servizi che erogano interventi sanitari e sociosanitari di tipologia e livelli diversi.

Il modello prevalentemente usato è quello degli Hub & Spoke. Il modello parte dal presupposto che per determinate situazioni e complessità siano necessarie competenze rare e costose, che non possono essere assicurate in modo diffuso ma devono invece essere concentrate in centri di eccellenza regionali (Hub) di alta specializzazione a cui vengono inviati gli utenti dagli ospedali del territorio. Al fianco di questi centri di eccellenza vi sono invece presidi del territorio che garantiscono livelli meno complessi anche attraverso la telemedicina (spoke).

In questa prospettiva è fondamentale comprendere quali siano le modalità di governo del network. Per un efficace funzionamento della rete è infatti necessario analizzare le specificità delle singole organizzazioni/professionisti e le conseguenti necessità di coordinamento e integrazione di scopi, obiettivi e talora anche di risorse attraverso obiettivi comuni e protocolli condivisi.

In questa ottica il SSN, e il documento AGENAS poi, sottolineano la necessità della pianificazione, del rafforzamento e della valorizzazione della Assistenza Territoriale e come questo passi in particolare da: partecipazione dei diversi attori locali (pubblici e privati, singoli o organizzazioni, professionisti e volontari).

In particolare, il sistema del network, i sistemi di coordinamento e i sistemi di governo, nel documento Agenas si concretizzano attraverso:

- Il coordinamento della rete attraverso **la centrale operativa territoriale**. Nel documento si specifica chiaramente il ruolo della COT di coordinamento della presa in carico della persona tra i diversi servizi, non viene però specificato come questo avvenga in pratica implementato e quali siano gli strumenti di coordinamento.

- Il **distretto** come modello di governo della rete, dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria. Il distretto attraverso le sue diverse funzioni intende garantire una continuità assistenziale sotto il profilo delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali
- La **Casa della Comunità** (CdC), che rappresentano il modello organizzativo che rende concreta l'assistenza di prossimità promuovendo un modello di intervento integrato e multidisciplinare. Le case della Salute si basano su un sistema di tipo Hube & Spoke, già sperimentato in diverse regioni italiane (eg. Lazio) sia durante l'emergenza Covid che non.
- **Rete di cure palliative** come esempio di rete multidisciplinare per la gestione integrata del malato. Il documento in questo caso specifica in dettaglio quale deve essere il sistema di governo partecipato, gli attori presenti, le modalità decisionali e le *operations*.

Il documento sottolinea in più punti la necessità di collaborare tra le diverse organizzazioni e i diversi livelli, come nel caso delle COT, non viene però chiarito attraverso quali strumenti avvenga il coordinamento tra i diversi attori, lasciando spazio a potenziali gravi disfunzioni dell'intero sistema. In particolare, rimangono in parte irrisolti problemi precedentemente riscontrati nelle reti del SSN:

- Il ruolo del privato rimane marginale (privato è citato solo una volta) lasciano questi attori fondamentali assenti nella programmazione.
- Il sistema di finanziamento che non favorisce, la creazione delle condizioni per la creazione di reti solide e durature.

Infatti, se la rete genera potenzialmente un sistema virtuoso in cui le diverse competenze di tipo specialistico vengono appunto messe a sistema e condivise nelle diverse organizzazioni, potenzialmente generando la creazione di servizi integrati di alta qualità e un sistema di cura il più possibile "tailor-made" sulle esigenze del fruitore.

Va però sottolineato come la collaborazione non possa essere costruita unicamente su prescrizione o a livello burocratico. La collaborazione di tipo burocratico non è infatti efficiente, ed il rischio è che le procedure formali, se non accompagnate da processi di valorizzazione ed incentivazione delle diversità rimangano vuote e non efficacemente implementate.

Parte V: Le misure

Come misurare i servizi distrettuali.

A. Francesconi

La misurazione dei risultati è un'attività essenziale per il funzionamento delle organizzazioni. La misurazione consente, a preventivo, di definire i livelli di performance attesi, in itinere, di valutare l'efficacia delle azioni intraprese e, a consuntivo, di analizzare le performance effettivamente ottenute e di programmare le attività future.

Quali misure devono/possono essere utilizzate nell'ambito dell'assistenza sanitaria territoriale?

In termini generali, le più riconosciute teorie evidenziano la necessità di un approccio multidimensionale alla misurazione. Un approccio che consenta di individuare alcune categorie di misure idonee ad interpretare il funzionamento delle singole organizzazioni.

Le categorie di misure generalmente impiegate sono riconducibili a:

- misure di efficacia/impatto/esito
- misure di efficienza/risorse
- misure di processo
- misure di customer satisfaction.

Con riferimento al sistema sanitario il funzionamento delle singole aziende di servizi sanitari, o di loro articolazioni interne, come il distretto, nel caso in esame, deve essere analizzato tenendo anche conto delle relazioni di sistema (nel caso specifico il sistema sanitario regionale e/o nazionale) in cui operano.

È di tutta evidenza, infatti, come il funzionamento di un'organizzazione operante in Italia sia valutato (valutabile) differentemente dal funzionamento di un'organizzazione operante negli Stati Uniti piuttosto che nel Burkina Faso.

Stato di salute, condizioni economiche, livello culturale, aspettative della popolazione, contesto istituzionale, contesto politico ecc. rappresentano elementi che differenziano in maniera molto forte i risultati attesi dalle organizzazioni sanitarie operanti in diversi contesti nazionali.

Le misure di performance devono essere in grado di cogliere queste differenze sia nei parametri e negli indicatori utilizzati, sia soprattutto nei valori ad essi associati.

Queste differenze non possono non riflettersi anche sulla scelta delle misure di performance e sulla loro importanza relativa.

Nel documento AGENAS il tema della misurazione è presente ed è legato al concetto di stratificazione della popolazione. Il documento sostiene infatti come: “lo sviluppo e l’implementazione di sistemi di misurazione e stratificazione della popolazione sulla base del rischio andranno a costituire ed alimentare una piattaforma che contiene informazioni sulle caratteristiche della popolazione assistita in un determinato territorio, sulla prevalenza di patologie croniche, sulla popolazione fragile. Tale piattaforma comprenderà altresì gli indicatori relativi alla qualità dell’assistenza sanitaria e all’aderenza alle linee guida per alcune patologie specifiche e sarà di supporto nei programmi di sorveglianza proattiva nell’ambito del piano di potenziamento dell’assistenza territoriale. (omissis) Tale strumento è di supporto nella presa in carico della persona in termini olistici e permette non solo la gestione dei bisogni socio-assistenziali ma anche di effettuare le valutazioni di processo e esito relative a ciascun individuo a prescindere dal livello di rischio. Tale approccio consente una valutazione che si articola su due livelli: quello della singola persona, con cui viene definito il Progetto di Salute e i relativi interventi; quello di popolazione, utile ai fini di programmazione e verifica dei risultati raggiunti dai servizi sanitari e sociosanitari nella comunità di riferimento.”

La piattaforma ipotizzata individua misure di bisogno e di qualità dell’assistenza sanitaria (si presume a livello di singolo distretto), misure di processo e di esito a livello individuale.

Manca, invece, ogni riferimento al tema delle risorse ed alla valutazione di efficienza e di sostenibilità degli interventi effettuati.

L’assenza di un orientamento alle risorse è probabilmente connessa all’approccio di progettazione generale dell’assistenza sanitaria territoriale, che, sul fronte organizzativo prevede standard di personale e di struttura omogenei su tutto il territorio. Bisogna però ricordare come, anche in presenza di standard omogenei, l’effettiva allocazione e l’effettivo impiego di risorse possa variare anche significativamente tra realtà e realtà (distretto e distretto) e come fattori quali commitment e competenze degli operatori in generale e dei professionisti in particolare possano avere ripercussioni significative sui risultati ottenibili ed ottenuti sia a livello distrettuale, in termini di capacità generale di soddisfare i bisogni, sia a livello operativo/professionale, in termini di capacità di soddisfare i bisogni del singolo paziente.

Un adeguato orientamento anche al tema delle risorse, non in una logica di cost containment, ma in una logica di efficacia dell’azione di governo sarà non solo auspicabile, ma necessaria.

Parte VI: La telemedicina

La telemedicina come strumento di integrazione

G. Lanza

La pandemia di Covid-19 ha stravolto le prassi lavorative in tantissimi settori, questo ha avuto un impatto di riflesso sulle modalità di erogazione dei servizi. Possiamo infatti affermare che i processi di informatizzazione e dematerializzazione, soprattutto nella Pubblica Amministrazione, hanno registrato una decisa accelerazione dopo aver per anni, se non decenni, essere stati al centro del dibattito senza che ciò generasse un effettivo cambiamento nel sistema. Le risorse stanziare per l'ammmodernamento dei sistemi e per garantire la capacità di operare anche in regime di pandemia hanno permesso di affrontare con meno resistenze anche il "bias" culturale, soprattutto di una fetta di popolazione meno orientata verso gli strumenti informatici, del passaggio da processi "in persona" a processi "a distanza". Certo esiste ancora un gap tecnologico rispetto ad altri paesi più avanti nel processo di informatizzazione ma sicuramente due "resistenze", appena descritte, si sono addolcite e questo può favorire sicuramente il mantenimento in rotta del processo.

Il settore sanitario ha sicuramente rappresentato il centro dell'uragano Covid-19 con cambiamenti e impatti difficilmente preventivabili. Deve far riflettere, ad esempio, il dato relativo agli accessi nei pronto-soccorso durante la pandemia; una riduzione di accessi legata alla paura dell'ospedale quale luogo di contagio che ha portato molti a riflettere su forme diverse di approccio ai bisogni di cura. Con l'affievolirsi dello stato di emergenza pandemico la situazione ha intrapreso un percorso verso il ritorno alla normalità pre-covid almeno con riferimento ai comportamenti relativi ai bisogni di salute. Emerge però un'occasione di miglioramento del sistema, soprattutto con riferimento alla possibilità di rendere il sistema più efficace ed efficiente ed aumentare il valore aggiunto per i pazienti, questa pandemia ha infatti reso evidente che alcuni servizi di natura sanitaria non richiedono necessariamente la presenza fisica della persona nell'ambiente ospedaliero. È stato messo quindi, di nuovo, al centro del dibattito lo strumento/processo della telemedicina.

Parlare di informatizzazione di processi sanitari, a differenza di quanti molti possano pensare, non è però una novità legata alla pandemia. Sono oltre 20 anni⁵ che si studia e si prova a capire come far coesistere informatizzazione e sanità, anche se i risultati, almeno in Italia, sono quantomeno poco brillanti. Le possibilità sono sicuramente ampie, infatti quando parliamo di telemedicina possiamo fare riferimento ad una pluralità di servizi che possono essere offerti al cittadino/paziente, solo per citarne alcuni: la tele visita, il teleconsulto medico, la tele consulenza medico sanitaria, la teleassistenza, la tele refertazione o la tele

⁵ Eysenbach, G. (2001). What is e-health? *Journal of medical Internet research*, 3(2), e20.

riabilitazione. Le possibilità, quindi, appaiono molteplici e sicuramente potrebbero semplificare le prassi lavorative e generare maggior tempo a “valore aggiunto sanitario”.

Quanto finora detto ci porta a porci una domanda ovvia, ma attorno a cui gira tutta la nostra riflessione, se i vantaggi sono indubbi, i costi sono sostenibili e anzi nel medio periodo il processo genera risparmi al sistema, se i risultati in termini di efficacia del processo di cura sono perfettamente sovrapponibili all’opzione che prevede la presenza del paziente nella struttura, perché finora questo sistema non ha preso piede? È possibile aggiungere un ulteriore elemento finora non affrontato che però in un certo senso risponde alla domanda di prima inserendo un altro elemento di vantaggio nell’utilizzo della telemedicina nei percorsi di cura: la telemedicina necessita integrazione.

La parola chiave del successo nell’implementazione e nell’adozione della telemedicina nel sistema è fortemente legata alla capacità del sistema stesso di essere integrato ed integrante. Come è possibile immaginare processi di telemedicina permetterebbero una maggiore capacità del sistema di generare risposte che siano integrazione di servizi offerti da attori diversi. Un percorso di cura che preveda il coinvolgimento di attori nel momento acuto, attori diversi nei processi di follow up e controllo o riabilitazione ma anche per second opinion o consulenze necessita un livello di integrazione a livello di sistema molto alto. Per anni si è parlato di “paziente al centro”, ripensare i percorsi di cura mettendo al centro il paziente e i suoi bisogni e non l’organizzazione, la telemedicina è forse la risposta più vicina a questa esigenza.

La sostenibilità del sistema sanitario passa attraverso la capacità di formulare una risposta efficiente ed efficace ai bisogni di salute dei cittadini/pazienti. I processi di invecchiamento della popolazione, cronicizzazione dei pazienti ed empowerment hanno di fatto messo in crisi il sistema di offerta costruito negli ultimi 40 anni su una situazione epidemiologica profondamente diversa. La telemedicina, se ben strutturata a livello sistemico, può essere uno strumento capace di fornire una risposta che garantisca una presa in carico complessiva del paziente lungo tutto il suo iter di cura e riabilitazione. È abbastanza intuitivo immaginare il superamento dei vincoli murari che la telemedicina permette generando capacità di far incontrare con maggiore facilità i bisogni con l’offerta più adatta al loro soddisfacimento. La condizione necessaria affinché ciò avvenga è però evidente: non si può pensare, a livello sistemico, di costruire un sistema che favorisca o punti su un modello a canne d’organo. La pluralità di attori che insistono nel sistema e all’interno del percorso di cura è un valore e non un limite per garantire un’offerta completa. Il rischio di creare un ambiente chiuso, selezionando all’ingresso gli attori secondo standard non legati alla qualità del servizio ma ad altri parametri politico/ideologici, potrebbe portare ad un risultato fallimentare per il sistema: una sovrastruttura replicata da ogni attore priva di qualsiasi integrazione e capacità di trasferimento di informazione da un sistema all’altro azzerando di fatto i vantaggi dello strumento⁶. Capacità di integrazione dei sistemi è quindi il fattore critico di successo per la telemedicina, veicolare le

⁶ Ricordiamo l’esperienza delle prime settimane del processo di vaccinazione con la mancanza di comunicazione tra i sistemi informativi delle regioni che ha generato non poche difficoltà al sistema.

risorse verso questo obiettivo può essere un modo vincente per garantire il non fallimento e lo spreco conseguente delle ingenti risorse stanziare. Il sistema deve garantire il maggior coinvolgimento possibile attraverso l'identificazione di strumenti facilitanti la condivisione e senza spingersi troppo oltre verso l'imposizione di questo o quello strumento specifico che porterebbe verso un monopolio de facto che non garantirebbe l'equilibrio nel medio-lungo periodo.

La tele medicina, quindi, rappresenta forse la sfida più importante degli ultimi 10 anni e dei prossimi 20 per l'equilibrio e la sostenibilità del nostro sistema. La vera criticità forse, per una volta, non è legata alle risorse che data la situazione sono sufficienti ma alla capacità organizzativa e di integrazione del sistema. Mettere insieme attori profondi diversi che sono parte del processo di cura è una sfida organizzativa senza precedenti: ospedali pubblici, ospedali privati, ASL, laboratori, MMG, RSA, professionisti, centri di riabilitazione e tutto l'universo degli altri attori che sono coinvolti, in un modo o nell'altro, nel processo di cura devono essere parte del sistema affinché il risultato ripaghi lo sforzo. Tutti loro devono poter, secondo le loro competenze e responsabilità, accedere ai dati del paziente (fascicolo sanitario, ...) garantendo sempre il rispetto dei valori della privacy, dell'integrità e della sicurezza dei dati e superando anche i confini della propria regione perché un sistema del genere di fatto azzerare le distanze.

Abbiamo l'opportunità di avere il tempo di pianificare un processo avendo le risorse a disposizione e potendo, studiando gli altri paesi più avanti di noi in questo ambito, sfruttare esperienze già fatte per non commettere errori e massimizzare le risorse a disposizione. Un sistema di telemedicina efficace potrebbe rappresentare una risposta alle paure di poca sostenibilità del sistema legato ai processi di invecchiamento della popolazione di cui abbiamo parlato in precedenza ma anche la possibilità di migliorare quantità e qualità dell'offerta di salute a parità di risorse in un momento in cui soprattutto le risorse umane e professionali risultano essere la vera risorsa scarsa del sistema. Combattere il rischio di sistemi a canne d'organo o modelli imposti dall'alto e lontani dalle realtà operative e dalle esigenze dei diversi attori è un elemento cruciale per raggiungere il risultato. Il fattore critico di successo della telemedicina è l'integrazione di tutti gli attori coinvolti nel patient journey, l'assenza anche di uno solo di essi può far azzerare tutti gli sforzi fatti.

Parte VII: La qualità

Come mettere al centro la qualità nei servizi territoriali.

F. Azzali

Enfasi sulla qualità

Il documento “Modelli e standard per lo sviluppo dell’Assistenza Territoriale nel Sistema Sanitario Nazionale” nelle diverse articolazioni organizzative previste mette l’accento sulla “valutazione della qualità delle cure erogate” come riportato nel Piano Nazionale della Cronicità.

Distretto e articolazione organizzativa

Il DISTRETTO viene indicato come elemento fulcro e ribadita la necessità di integrazione e coordinamento anche in relazione alla complessità delle rete e degli attori da coinvolgere (casa della comunità, infermiere di famiglia e comunità, unità speciale di continuità assistenziale, centrale operativa territoriale, centrale operativa 116117, assistenza domiciliare, ospedale di comunità, hospice nella rete delle cure palliative, servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile, servizi per la salute della donna e del bambino, servizi per le attività di promozione e prevenzione della salute).

Informatizzazione e qualità

Viene ribadita la necessità di informatizzazione (inclusa l’implementazione della telemedicina) e della necessità di standard di qualità.

Si invitano le “strutture territoriali ed intermedie ad adottare e documentare standard di qualità nelle seguenti aree”:

- a) Gestione del rischio clinico (esempio eventi sentinelle, sinistri e incident reporting anonimi)
 - Adozione di check list per il contesto
 - Formazione

- b) Miglioramento continuo
 - Definizione di regole sicure (esempio protocolli, istruzioni operative e azioni di miglioramento continuo)
 - Misurazione performance ed esiti
 - Audit clinici
 - Documentazione sanitaria

- c) Formazione continua

È assolutamente condivisibile dal punto di vista metodologico l'impostazione.

Proposte per l'attuazione

La nostra esperienza nell'ambito del miglioramento però ci dice che sono importanti:

- a) la definizione di un framework di riferimento
- b) figure di supporto per la tematica specifica (un referente)
- c) la valutazione (intesa sia come autovalutazione che valutazione terza)

È auspicabile che siano identificati a livello regionale o di singolo territorio/distretto

- a) gli standard quali riferimento per la valutazione della qualità
- b) quali figure sono di supporto al miglioramento a livello di singola realtà
- c) la metodologia di valutazione
- a) Gli **standard** è opportuno siano diversificati rispetto i diversi livelli organizzativi (distretto, ospedale di comunità, unità speciale di continuità assistenziale, etc.).
- b) Le **figure di supporto** da identificare (esempio uffici qualità/rischio, direzione sanitaria, professioni sanitarie) hanno un ruolo cruciale quali facilitatori e nella fase di sviluppo e implementazione della rete territoriale.
- c) La valutazione intesa sia come **autovalutazione** e **valutazione terza** è da correlare strettamente agli standard e alle figure chiave coinvolte

Necessari sono:

- lo sviluppo di un cruscotto di indicatori per identificare le possibili aree di miglioramento
- la valutazione sul campo con interviste ad operatori, pazienti e familiari
- la valutazione della documentazione sanitaria
- la costruzione di piani di miglioramento a livello di Distretto approvato dalla Direzione

Parte VIII: Rapporto tra i professionisti

Medici di medicina generale, specialisti, infermieri e altri professionisti sanitari: condizioni per la collaborazione.

R. Zanini

Alla (banale) osservazione che la medicina ha fatto grandi progressi si contrappone l'osservazione che i progressi segnalati non sempre sono facilmente accessibili a tutti gli Utenti nel nostro Paese. In questo momento non stigmatizzo il problema delle liste di attesa e dei tempi di accesso. Desidero sottolineare la mancanza di fluidità per l'accesso alle cure e la scarsa continuità tra i vari processi assistenziali. La poca continuità tra le diverse fasi di processi assistenziali complessi e multi professionali è alla base frequentemente anche di insuccessi o, almeno di grandi difficoltà. Le problematiche emerse durante alcuni momenti della pandemia da Covid19 ne sono un esempio.

Il nostro Paese ha il privilegio di un Servizio Sanitario (Nazionale e Regionale) a carattere universale ma con accesso talora complesso e fatto da tanti processi e procedure spezzate e senza continuità, con barriere, tra il prima ed il dopo.

Questa frammentazione interessa tutti livelli dalla fornitura di materiale per l'assistenza a pazienti multiproblematici a domicilio – basti pensare alla necessità di rivolgersi a sportelli differenti per pannolini o materiale per l'alimentazione – all'accesso differenziato e non coordinato alle liste per pre-ricovero e per l'intervento.

Ovviamente per quanto concerne questa osservazione – come per molte altre situazioni - il nostro Paese si presenta con ampie variazioni tra le diverse aree, dimostrando in questo modo la possibilità di modalità organizzative locali che consentono buoni risultati.

Facilità di accesso, continuità assistenziale e fluidità nella erogazione sono caratteristiche non solo strettamente connesse al modello organizzativo, alla normativa, ai diversi contratti, ecc. ..., molto dipende anche dalla capacità, dall'atteggiamento e dalla volontà dei professionisti che partecipano ai processi assistenziali. Molto è possibile fare se gli aspetti normativi sopra accennati sono percepiti come reali problemi da superare per migliorare il servizio reso agli Utenti. Poco, pochissimo se quanto ricordato è utilizzato come alibi per la costruzione di silos impenetrabili.

Frequentemente la differenza tra i risultati è data dalla capacità di Direttori generali, Direttori sanitari, Direttori di dipartimento, di reparto e di singoli professionisti di farsi carico del superamento degli ostacoli utilizzando – in modo condiviso e partecipato – gli spazi discrezionali che la normativa lascia. La leadership e la capacità di management giocano un ruolo fondamentale.

Il management e la leadership hanno il compito di fare in modo che molti professionisti – dirigenti e professioni sanitarie – condividano e partecipino un processo assistenziale articolato, complesso - attraverso diversi setting assistenziali, diversi livelli di intensità e diverse organizzazioni – che inizia sul territorio, prosegue in ospedale e torna al territorio superando le proprie specificità di appartenenza e riconoscendosi essenzialmente negli obiettivi comuni.

Solo così, solo con queste abilità, solo con questa fatica è possibile organizzare un unico sportello per la richiesta dei diversi devices che servono per l'assistenza domiciliare. Senza dubbio è possibile, in molti posti già accade. Stesso discorso, mettere insieme le diverse professionalità necessarie per organizzare un'unica via di ingresso di un unico coordinato percorso per il prericovero (da effettuarsi di norma in unica giornata) e l'accesso alla lista operatoria. Anche questo avviene in molti luoghi.

In sintesi, leadership e management per fare in modo che il senso di appartenenza al processo assistenziale sia in grado di superare – o almeno gestire – il senso di appartenenza alla specificità contrattuale, al proprio reparto, alla propria specificità professionale.

Parte IX: Caratteri generali

Il processo di trasformazione dell'assistenza territoriale.

P. Cantaro

- A. Partire dalla pandemia nell'affrontare le tematiche sanitarie del Paese è in diversi casi diventato un rituale o comunque una tendenza generalizzata per tanti commentatori; non lo è certamente nella ricerca delle nuove prospettive per un rinnovato sviluppo della Medicina Territoriale, vera cenerentola della sanità italiana che ancora da anni attende una sua trasformazione, oggi non più come opzione ma al contrario quale passaggio obbligato per rendere efficace l'intera strategia sanitaria a livello mondiale nell'era post COVID.

È proprio l'esperienza vissuta con la pandemia che ci ha fatto assumere la consapevolezza che, senza una profonda trasformazione delle Organizzazioni Sanitarie e ancora di più senza un ripensamento della Medicina Territoriale, che deve assolvere un ruolo di snodo centrale, non può delinearsi una efficace iniziativa di contrasto alla diffusione della pandemia.

- B. Nei fatti il COVID ci ha insegnato molto, ovvero che i vaccini sono strumenti efficaci e fino ad oggi pressoché esclusivi, che gli ospedali hanno necessità di ampliare in una modalità a fisarmonica il parco dei propri letti di terapia intensiva, che i comportamenti degli individui ma anche quelli degli operatori sanitari sono indispensabili per garantire l'efficacia delle misure di prevenzione, che bisogna disporre di adeguate strategie per fronteggiare la crisi sanitaria ma in buona sostanza non sembra che tutti marcano verso obiettivi comuni e soprattutto con medesime finalità. Rimane infatti ancora inalterata in Italia la segmentazione fra le Regioni, l'autarchia delle Asl la disomogeneità fra Nord e Sud della distribuzione dei servizi territoriali ed una deludente integrazione fra questi e i servizi ospedalieri e in particolar modo emerge ancora l'ambiguità e la scarsa consistenza del ruolo del medico di famiglia.

Appare così che dalle vicende del COVID discenda in maniera palese che, accanto al ruolo rilevante dell'Ospedale, la partita decisiva sia quella che si gioca in tutti quei presidi territoriali di prima linea quali i Distretti ed anche presso gli stessi studi dei medici di famiglia; è proprio qui che si è già appalesata una prima rilevante contraddizione, esplosa in particolare nel tentativo di coinvolgimento di questi ultimi nella campagna vaccinale, ovvero sia quella legata alla condizione giuridica dei medici di base che per come oggi risulta incardinata nel rapporto convenzionale non definisce con chiarezza la loro funzione. E' così naturale che il management delle Aziende Sanitarie finisca per considerarli corpi estranei rispetto alle grandi iniziative di promozione della Salute parallelamente rispetto a un diffuso convincimento degli stessi medici che svolgono in totale autonomia privi di coordinamento e di indirizzo un ruolo professionale che viene così

snaturato e svilito rispetto alle previsioni della stessa Legge di Riforma 833 del 1978 che pur riconosceva ed auspicava un dualismo di dette figure fra dipendenza e convenzione.

Alla luce del nuovo quadro epidemiologico diventa centrale rispetto al nodo della riforma delle cure primarie, quello di intervenire sulla condizione giuridica del medico di medicina generale, dei pediatri di libera scelta e dei medici della continuità assistenziale attraverso un nuovo inquadramento.

- C. Inoltre, dalla constatazione che il PNRR ci porterà importanti risorse economiche ma non interverrà direttamente sulla riforma dell'architettura organizzativa della Medicina del Territorio, deriva anche l'esigenza di utilizzare quelle risorse in maniera adeguata al nuovo contesto con interventi che vanno riprogettati nel breve periodo.

Si tratta in buona sostanza di sviluppare coerenza fra i contenuti del PNRR e l'utilizzo delle sue risorse sia con le previsioni legate alla definizione di nuovi standard organizzativi per l'Assistenza Territoriale (Decreto ministeriale in predisposizione da approvarsi entro il 2021) e un nuovo quadro organizzativo di riferimento per la Sanità Territoriale (Disegno di Legge da presentare entro il primo semestre 2022).

- D. L'ambizione di tale progettualità dovrà misurarsi nei fatti non solo con la capacità di impiego della grande quantità di risorse economiche in gioco, ma con la necessità di criteri ispiratori del nuovo assetto in grado di superare la crisi del sistema e pertanto le realizzazioni di Case della Comunità, delle Centrali Operative Territoriali e degli Ospedali di Comunità dovranno rispondere a nuove finalità.

- E. Fra queste appaiono insostituibili a garanzia dell'avvio di una nuova fase della sanità territoriale che non sia espressione solo dell'edificazione di nuove mura:

- 1) L'affermazione del principio di erogazione di assistenza territoriale 24 ore su 24 ore e per sette giorni la settimana, quale unica concreta condizione di contrasto all'ospitalicentrismo attraverso la realizzazione di una stabile rete assistenziale orientata a soddisfare bisogni primari di salute e problematiche sanitarie emergenti di bassa/media complessità; nei Centri Territoriali dovranno trovare espressione concreta il nuovo ruolo del medico di famiglia al servizio delle grandi campagne di screening, del trattamento della cronicità e una nuova dimensione professionale l'infermiere non più relegato al tradizionale ruolo di "supporto" ma

- protagonista della domiciliarità dei trattamenti e autentica interfaccia con i servizi socioassistenziali;
- 2) La rinnovata funzione del distretto attraverso rilevanti finanziamenti di cui sarà destinatario il sistema in un contesto già tecnologico, interamente informatizzato, sede di una reale assunzione dei bisogni del cittadino e finalmente in grado, attraverso la dotazione di nuovi strumenti operativi, di offrire integrazioni di tutte le capacità di intervento disponibili;
 - 3) La compiuta realizzazione di un intervento di rete nel territorio attraverso un reale filtro operativo che escluda il sistematico inappropriato ricorso al Pronto Soccorso da parte di cittadini in un contesto in cui le Case di Comunità possano sviluppare politiche sanitarie anche sotto il profilo diagnostico e si integrino nelle funzioni con il fabbisogno di una residenzialità non limitata alle sole tradizionali RSA ma siano aperte anche a forma di degenza breve e non complessa con gli Ospedali di Comunità;
 - 4) La riforma dell'attuale condizione giuridica dei medici operativi sul territorio - Medici di Famiglia, Pediatri di libera scelta, Medici di continuità assistenziale - con passaggio al ruolo della dipendenza, modifica delle modalità di reclutamento, nuova disciplina contrattuale ancorata alla definizione di obiettivi, attraverso un processo finalizzato a favorire lo svolgimento in team delle attività in un rapporto di cooperazione e paritario con le altre figure professionali quali gli infermieri, i tecnici della prevenzione della riabilitazione, psicologi, assistenti sociali eccetera; solo questa condizione di contesto e di integrazione può costituire garanzia che le Case di Comunità possano assolvere alla loro finalità di assistenza proiettata nel territorio, che le Centrali Operative Territoriali siano in grado di rappresentare il collante fra Territorio e assistenza al domicilio e infine che gli Ospedali di Comunità valorizzando il rinnovato ruolo dell'infermiere figura su cui questi dovranno fare perno non si trasformino in una brutta copia in miniatura degli Ospedali;
 - 5) L'indifferibile esigenza di dotare il territorio di una informatizzazione avanzata al passo con l'evoluzione dei tempi ed in grado di consentire di sviluppare un livello di assistenza realmente integrata con il fascicolo elettronico, dotata di un data base intelligente in grado di evitare la segmentazione delle condizioni patologiche del paziente ed anche capace di sfruttare le risorse legate al posizionamento in rete dei servizi, in un quadro in cui l'utilizzo della innovazione digitale crea valore e migliora la qualità delle prestazioni in particolare nella cura della cronicità.
- F. A ciò non può non aggiungersi conclusivamente la necessità di avviare proprio sul territorio il banco di prova per un utilizzo di sistema delle varie forme di telemedicina che rappresenta uno strumento cruciale verso nuove forme di assistenza, ma anche nel senso di spostare sempre più il baricentro della cura verso il domicilio dei pazienti. Le potenzialità del binomio digitalizzazione dei servizi sanitari e telemedicina ma hanno bisogno di scelte politiche radicali e di professionisti che si

conoscano nell'innovazione senza pregiudizi e sappiano governare un processo di cambiamento rilevante che potrà modificare solo in meglio la copertura assistenziale rammentando sempre come quando in prima ondata COVID la conversione degli Ospedali ha ingenerato un temporaneo oscuramento delle patologie no COVID prima fra tutte la fragilità e la cronicità, un maggiore sviluppo anche del solo teleconsulto avrebbe consentito di non pagare un alto prezzo in termini di salute da parte dei cittadini.

Superare l'accreditamento per un approccio personalizzato sul bisogno.

A. Zangrandi

Il tema dell'accreditamento dei servizi determina spesso un irrigidimento delle strutture e, quindi, sclerotizza la risposta ai bisogni. Il sistema, per assicurare servizi di qualità elevata e di impatto positivo, deve trovare altre forme che non irrigidiscano la risposta ai bisogni.

Analisi e valutazioni di outcome sono sicuramente strade da percorrere insieme a una forte semplificazione dell'accreditamento stesso. È necessario tornare a fare programmazione perché non farlo, soprattutto nel lungo termine, ha fatto sì che oggi noi siamo in grado di offrire a persone anziane non autosufficienti e a persone con disabilità servizi che sono stati pensati 20-25 anni fa, con una demografia e una situazione della società completamente diversa.

Il tema della remunerazione di questi servizi è comunque indispensabile per generare condizioni effettive che permettano l'evoluzione del settore e una politica centrata sui bisogni.

Il sistema delle tariffe, oltre a garantire la remunerazione adeguata di tutti i livelli della produzione del servizio stesso, tra cui sicuramente il personale, deve spingere a premiare qualità/impatto e personalizzazione del servizio e non rendere queste due variabili indifferenti. È poi indispensabile identificare sistemi di remunerazione della telemedicina coerentemente ai processi assistenziali in cui questa modalità è inserita.

Progettualità come elemento di innovazione e guida per le scelte regionali una propensione a valorizzare i progetti. Un cambiamento, quindi, che si radica sulla modificazione dei criteri rigidi di accreditamento e su nuovi criteri di finanziamento in grado di sostenere la realizzazione di servizi innovativi basati sui bisogni. Questo richiede una significativa competenza nelle direzioni regionali e anche un ripensamento della vigilanza e del controllo che devono essere orientate alla qualità dei servizi e all'impatto degli stessi sulla famiglia e sulla comunità, abbandonando le rigidità burocratiche determinate da leggi e regolamenti che hanno solo nella forma il loro punto di riferimento. Ciò comporta la necessità di sostenere le iniziative in logica innovativa e non burocratica e un robusto sistema di valutazione in grado di dare riscontro della progettualità e dei risultati raggiunti.

Permane anche la valutazione dei criteri per l'accreditamento, che deve considerare la dimensione organizzativa/strutturale dell'offerta ma anche l'impatto sulla persona e sulla comunità di cui è entrata a far parte.

Inoltre, le regioni devono tradurre il sistema programmatico in best practice sotto tutti i vari profili: dal sistema di accreditamento ai sistemi di controllo, dal sistema di remunerazione delle attività e della presa in carico ai sistemi di valutazione e di miglioramento continuo della qualità e dell'impatto.

I processi di acquisto: si sta andando nella giusta direzione?

F. Bof

Il Consiglio dei ministri, su proposta del Presidente Mario Draghi e del Ministro delle infrastrutture e della mobilità sostenibili Enrico Giovannini, ha approvato un disegno di legge di delega al Governo in materia di contratti pubblici.

Si cerca di dare maggior efficacia alle direttive europee, e alla verticalità del Diritto per cui le Direttive prevalgono sulle leggi nazionali. In particolare, l'attenzione è rivolta **alla qualificazione delle stazioni appaltanti e del personale.**

Come già sottolineato dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e dai principi di sostenibilità economica, sociale e ambientale, ed in linea con gli obiettivi di sviluppo sostenibile dell'Agenda 2030 dell'Onu, le nuove regole saranno volte a:

- garantire maggior tempestività ed efficienza: **tempi certi per le procedure di gara, per la stipula dei contratti e per la loro realizzazione**
- **semplificare le procedure per gli investimenti in tecnologie verdi e digitali e per l'innovazione e la ricerca,**
- incentivare l'applicazione di clausole sociali e ambientali come requisiti necessari o premianti delle offerte al fine di promuovere la stabilità occupazionale, l'applicazione dei contratti collettivi,
- **digitalizzare ed informatizzare i processi di gara, riducendo gli oneri amministrativi ed economici a carico dei partecipanti;**
- **incentivare l'utilizzo di strumenti per diminuire il contenzioso sull'affidamento ed esecuzione degli appalti;**
- **potenziare anche attraverso l'uso di banche dati a livello centrale, i sistemi di qualificazione delle imprese con riguardo alla loro capacità realizzativa. alle competenze tecniche e professionali, al rispetto della legalità, (tutela del lavoro e prevenzione e contrasto alle discriminazioni).**

- introdurre disposizioni per la verifica delle offerte anomale (da verificare l'ambito, se solo lavori o anche servizi).
- Infine, si semplificano e ampliano le forme di partenariato pubblico-privato, in particolare riguardo alla finanza di progetto, per attirare investitori professionali, alla luce di un "nulla di fatto", fino ad oggi.

FOCUS SUGLI APPALTI PER L'INNOVAZIONE

Obiettivi degli appalti per l'innovazione

- qualificare la ripresa economica dell'UE dopo la crisi della COVID-19,
- incentivare l'utilizzo di strumenti e procedure per concorrere all'obiettivo della "missione Salute" del Piano nazionale ripresa e resilienza, anche relativamente alla modernizzazione e digitalizzazione del sistema sanitario.

Gli strumenti negoziali

La Direttiva 2014/24/UE, recepita nel nostro ordinamento dal D.Lgs. n. 50 del 18 aprile 2016 e s.m.i., ha messo a disposizione per la prima volta alcuni strumenti atti a favorire lo sviluppo di soluzioni innovative. Il principale scopo di tali strumenti è quello di utilizzare la **domanda pubblica come leva strategica** secondo un approccio di tipo **bottom up**, guidando le imprese verso i fabbisogni della pubblica amministrazione non ancora soddisfatti dal mercato anche attraverso analisi di mercato e studi di fattibilità.

Le procedure sono:

1. l'appalto pre-commerciale (Pre-commercial procurement, PCP)
2. il partenariato per l'innovazione (Innovation Partnership, IP)
3. l'appalto di soluzioni innovative (Public Procurement of Innovation, PPI)

1. L'appalto pre-commerciale (PCP)

La sfida posta all'appalto pre-commerciale è rappresentata dalla ricerca, attraverso una gara, di soluzioni *radicalmente* nuove a fabbisogni tecnologicamente *complessi*, infatti:

- ha lo scopo di garantire servizi pubblici sostenibili e di elevata qualità e
- prevede un affidamento multiplo di servizi di ricerca e sviluppo a più operatori economici selezionati in un contesto competitivo. Infatti, essi sono chiamati a sviluppare, in parallelo e in concorrenza tra loro, nuove soluzioni alternative per risolvere un problema irrisolto, che necessita di un'innovazione **radicale** e la cui soluzione avrà impatto, **nel medio-lungo termine**, sulla qualità e sostenibilità economica dei servizi pubblici.

Gli appalti pre-commerciali prevedono:

1. la condivisione di rischi e benefici tra il committente pubblico e le imprese
2. il co-finanziamento da parte delle imprese partecipanti
3. lo sviluppo competitivo per fasi

2. *Il partenariato per l'innovazione (IP)*

È una procedura d'acquisto legata ad un bisogno della stazione appaltante che non può essere soddisfatto acquisendo un prodotto o servizio già *presente* sul mercato. Il partenariato per l'innovazione utilizzato per servizi di ricerca, sviluppo e innovazione (RSI), può comprendere:

- l'elaborazione di nuove soluzioni connesse al fabbisogno dell'amministrazione,
- la prototipazione delle predette soluzioni,
- la loro validazione e testing in ambienti pilota,
- la realizzazione di piccole serie sperimentali,
- l'acquisto delle soluzioni precedentemente implementate.

IP E PCP: differenze e caratteristiche comuni

Il partenariato per l'innovazione differisce dalla procedura dell'appalto pre-commerciale, per il fatto che porta sino alla produzione su scala commerciale di quanto implementato attraverso progetti di Ricerca e Sviluppo. La principale differenza con gli appalti pre-commerciali è che in questo caso le amministrazioni si impegnano sin dal principio ad acquistare anche le forniture, i servizi o i lavori risultanti dalla ricerca e sviluppo.

In comune, invece facilitano, disciplinandola, l'interazione fra stazioni appaltanti e operatori economici durante la fase delicata di definizione del perimetro e dell'oggetto degli acquisti pubblici innovativi, Regolano, la condivisione di rischi e benefici e l'interazione leale e trasparente fra pubblico e privato in un contesto competitivo.

3. *L'appalto di soluzioni innovative*

Gli appalti pubblici di soluzioni innovative consentono alle Pubbliche Amministrazioni di acquisire beni, servizi e lavori, caratterizzati da un elevato grado di innovazione, *tale per cui non hanno subito un processo di standardizzazione e di industrializzazione.*

Per esempio, quando sono necessarie attività di sviluppo e miglioramento incrementale dei prodotti o processi esistenti di cui si tratta. In questo caso, la pubblica amministrazione che acquista funge da "primo

cliente (early adopter)” della soluzione innovativa esistente ma non ancora commercializzata su larga scala. **La stabilizzazione degli standard di qualità della soluzione innovativa può godere di condizioni vantaggiose sul prezzo offerto.**

Gli istituti previsti dal Codice dei Contratti:

1. la procedura competitiva con negoziazione;
2. il dialogo competitivo;
3. il partenariato per l’innovazione;
4. la procedura negoziata senza pubblicazione del bando.

Conoscenze E Competenze Distintive Richieste per innovare attraverso gli appalti:

1. conoscenze:
 - coinvolgimento del mercato e delle parti interessate;
 - prodotti o servizi pertinenti;
 - analisi di mercato e dinamiche concorrenziali.
2. competenze di base:
 - quadro giuridico pertinente;
 - trattativa e negoziazione;
 - gestione dei contratti dalla progettazione all’esecuzione.
3. competenze specifiche nel settore dell’innovazione:
 - valutazione dei rischi ed analisi costi benefici (in parte dovrebbero essere competenze di base)
 - gestione dei diritti di proprietà intellettuale (DPI);
 - imprenditorialità strategica ed attitudini al cambiamento

Le Centrali Di Committenza e Gli Appalti Cooperativi per l’innovazione

Gli appalti cooperativi in generale e l’impiego di strutture permanenti (tipicamente le centrali di acquisto) in particolare, sono in grado di agevolare gli appalti per l’innovazione grazie ad alcune caratteristiche che li contraddistinguono:

- facilitano l’assunzione di personale qualificato dotato delle giuste competenze per esprimere esigenze specifiche e complesse, permettono di entrare in contatto con il mercato in modo strutturato;
- favoriscono economie di scala necessarie alla creazione di **mercati d’ingresso** per prodotti e servizi innovativi;

- permettono alle soluzioni innovative di avere un impatto maggiore, poiché ogni soluzione può essere impiegata da diversi acquirenti pubblici.

È tuttavia importante evidenziare che gli appalti cooperativi devono, in quanto tali, fare in modo che il mercato degli appalti pubblici non diventi inaccessibile ai prodotti personalizzati a causa di un'eccessiva standardizzazione.

Spunti dalle ricerche internazionali.

S. Fanelli

La letteratura internazionale sul tema “primary care” è vastissima e per lo più focalizzata su aspetti specifici, come ad esempio:

- la gestione di malattie specifiche (es. malattie croniche, malattie mentali, pazienti oncologici, etc.)
- attori del sistema (infermieri, medici, psicologi, care-givers, pazienti, etc.)
- strumenti (telemedicina, sistemi informativi, etc.)
- tipologia di pazienti (bambini, oncologici, anziani, etc.)
- problematiche (accessibilità, logistica, motivazione degli attori,
- sistemi di finanziamento, monitoraggio, motivazione, etc.
-

In questo primo stadio ho quindi cercato di focalizzare la ricerca su alcuni aspetti di carattere generale sul tema “primary care”, emersi anche dal documento dell'Agenas “Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Sistema Sanitario Nazionale”

Come sottolineato più volte da AGENAS, alcuni dei temi cruciali per assicurare la qualità e l'efficienza dei servizi di “primary care” e trasversali per tutti i servizi di territoriali sono: 1) la capacità di collaborazione e di integrazione sul territorio; 2) le competenze manageriali (oltre a quelle specialistiche); 3) la necessità di cambiamento.

I risultati delle ricerche internazionali possono dare indicazioni importanti nella definizione delle politiche e delle scelte organizzative e manageriale dei servizi di “primary care”.

ASPETTO N.1 - COLLABORAZIONE

Valaitis et al. (2018) identificato 7 fattori organizzativi necessari per una efficace collaborazione tra i servizi di “primary care”:

1. **Influencing factor 1:** clear mandates, vision, and goals
2. **Influencing factor 2:** strategic coordination and communication mechanisms between partners
3. **Influencing factor 3:** formal organizational leaders as collaborative champions
4. **Influencing factor 4:** collaborative organizational culture
5. **Influencing factor 5:** optimal use of resources
6. **Influencing factor 6:** optimal use of human resources
7. **Influencing factor 7:** collaborative approaches to programs and services delivery

La ricerca continua approfondendo le relazioni esistenti tra i 7 fattori e come progettare al meglio ciascun fattore.⁷

ASPETTO N.2 – COMPETENZE MANAGERIALI:

Mohd-Shamsudin et al. (2012) identificano le competenze per i ruoli manageriali nei servizi di primary care:⁸

Visionary leadership:

1. Facilitates staff's understanding and acceptance of overall goals
2. Leads process of defining agency's agency mission and values
3. Clarifies how own programs interact with others to contribute to the mission
4. Articulates the agency's mission and priorities
5. Sets framework of the agency's mission to put down in writing
6. Integrates agency mission and community vision into a single direction

Assessment, planning, and evaluation:

1. proactively supports the assessment, planning, and the evaluation process;
2. designs interventions to improve patient/customer satisfaction;
3. uses evaluation results to refine goals/objectives for program services;
4. designs interventions to improve the standard of health services;
5. provides support for colleagues in analyzing, planning, and evaluating programs.

⁷ FONTE: Valaitis, Ruta, Donna Meagher-Stewart, Ruth Martin-Misener, Sabrina T. Wong, Marjorie MacDonald, and Linda O'Mara. "Organizational factors influencing successful primary care and public health collaboration." BMC Health Services Research 18, no. 1 (2018): 1-17.

⁸ FONTI: Mohd-Shamsudin, Faridahwati, and Nirachon Chuttipattana. "Determinants of managerial competencies for primary care managers in Southern Thailand." Journal of Health Organization and Management (2012).

Promotion of health and prevention of disease:

1. encourages staff to upgrade information and skills regarding the latest health maintenance and disease prevention research and strategies;
2. promotes health broadly defined as quality of life in the community;
3. acts as a preventive health champion in all interactions with organizations;
4. promotes healthy lifestyles in the work setting.

Information management:

1. maintains confidentiality of individual/client data;
2. applies information to the needs of individuals/clients;
3. provides information to assist identified clients in making life-style and choices.

Partnership and collaboration:

1. cooperates with other organizations sponsoring complementary health initiatives in the community;
2. encourages the use of existing resources to improve community health status;
3. identifies partners for potential coordination of goals and services with other agencies.

Communication:

1. works with the media to increase the public's knowledge of and support for public issues;
2. defines current and emerging public health issues to inform the community and policy makers;
3. provides opportunities to discuss major health promotion issues by local community.

Secondo Dikic et al. 2020, invece, le principali competenze manageriali sono:⁹

1. **communication:** Oral presentation, Interview or writing articles to media, Planning and implementing communication programs, and Designing a long-term communication strategy;
2. **team-building:** Being a team member; Leading, building and managing teams;
3. **planning and priority setting:** Setting priorities; Establishing work plans; Applying decision analysis techniques; Designing programs, and strategic, business, and work plans;
4. **assessing performance:** Assessing and evaluating performance of employees, of the program, and budget expenditures;

⁹ Dikic, M., Nikolic, D., Todorovic, J., Terzic-Supic, Z., Kostadinovic, M., Babic, U., ... & Santric-Milicevic, M. (2020, March).

Alignment of perceived competencies and perceived job tasks among primary care managers. In Healthcare (Vol. 8, No. 1, p. 9).

Multidisciplinary Digital Publishing Institute.

5. **problem-solving:** Identifying problems; Analyzing root causes and factors; Designing corrections, and Preventing and solving problems with employees and team;
6. **leading:** Aligning in teamwork; Motivating employees; and Sharing the vision and mission.

ASPETTO N.3 - CAMBIAMENTO

Ohman-Strickland et al. 2007 identificano 3 aree da presidiare nel momento in cui si attuano dei cambiamenti nelle pratiche di primary care. Gli autori mettono a punto un questionario per valutare la capacità di organizzativa di attuare il cambiamento:¹⁰

Communication

1. when there is a conflict in this practice, the people involved usually talk it out and resolve the problem successfully
2. our staff has constructive work relationships
3. there is often tension between people in this practice
4. the staff and clinicians in this practice operate as a real team

Decision making

5. this practice encourages staff input for making changes and improvements
7. this practice encourages nursing and clinical staff input for making changes and improvements
8. all of the staff participates in important decisions about the clinical operation
9. practice leadership discourages nursing staff from taking initiative
10. this is a very hierarchical organization; decisions are made at the top with little input from those doing the work
11. the leadership in this practice is available for consultation on problems
12. the practice defines success as teamwork and concern for people
13. staff are involved in developing plans for improving quality

Stress/chaos

14. it's hard to make any changes in this practice because we are so busy seeing patients
15. the staff members of this practice very frequently feel overwhelmed by the work demands
16. the clinicians in this practice very frequently feel overwhelmed by the work demands

¹⁰ FONTE: Ohman-Strickland, Pamela A., A. John Orzano, Paul A. Nutting, W. Perry Dickinson, Jill Scott-Cawiezell, Karissa Hahn, Michelle Gibel, and Benjamin F. Crabtree. "Measuring organizational attributes of primary care practices: development of a new instrument." Health services research 42, no. 3p1 (2007): 1257-1273.

17. practice experienced as “stressful”
18. this practice is almost always in chaos
19. things have been changing so fast in our practice that it is hard to keep up with what is going on

Gli autori individuano inoltre una quarta area per valutare il successo del cambiamento e come questo viene percepito:

History of change

20. our practice has changed in how it takes initiative to improve patient care
21. our practice has changed in how it does business
22. our practice has changed in how everyone relates