

PROPOSTE PER L'ATTUAZIONE DEL PNRR IN SANITÀ: GOVERNANCE, RIPARTO, FATTORI ABILITANTI E LINEE REALIZZATIVE DELLE MISSIONI

Eugenio Anessi Pessina e Americo Cicchetti (Università Cattolica); Federico Spandonaro, Barbara Polistena e Daniela D'Angela (Università di Tor Vergata); Cristina Masella (Politecnico di Milano); Giuseppe Costa (Università di Torino); Sabina Nuti, Federico Vola e Milena Vainieri (Scuola Superiore Sant'Anna); Amelia Compagni, Giovanni Fattore, Francesco Longo, Michela Bobini, Francesca Meda, Claudio Buongiorno Sottoriva (Università Bocconi).

28 maggio 2021

Agenda

1. Contesto e obiettivi programmatici

2. Modello di governance

3. Modello di riparto

4. Supporto alle Regioni: programmazione e implementazione

5. Indicatori di outcome

6. Fattori abilitanti per lo sviluppo del SSN

7. Aree di intervento per lo sviluppo del SSN

Dialogo con gli stakeholder



Roberto Speranza
Ministro della Salute



Stefano Lorusso
Direttore della
Segreteria tecnica del
Ministro della Salute



Domenico Mantoan
DG Agenas



Angela Adduce
DG della Ragioneria
Generale dello Stato



Nicola Magrini
DG AIFA



Franco Locatelli
Presidente del
Consiglio
Superiore di
Sanità



**Silvio
Brusaferrò**
Presidente
Istituto Superiore
di Sanità



**Giovanni
Leonardi**
DG Ricerca e
Innovazione in
Sanità – Ministero
della Salute



Andrea Urbani
DG
Programmazione
Sanitaria –
Ministero della
Salute



Tiziana Frittelli
Presidente
Federsanità ANCI



**Francesco Ripa di
Meana**
Presidente FIASO



Pier Luigi Lopalco
Assessore alla Sanità e
Benessere animale
Regione Puglia



Massimo Annicchiarico
DG Salute e Integrazione
Sociosanitaria – Regione
Lazio



Giovanni Pavesi
DG Welfare –
Regione Lombardia



**Kyriakoula
Petropulacos**
DG Cura della
Persona, Salute e
Welfare – Regione
Emilia-Romagna



Luciano Flor
DG Sanità – Regione
Veneto



Carlo Rinaldo Tomassini
DG Diritti di Cittadinanza
e Coesione Sociale -
Regione Toscana

1

CONTESTO E OBIETTIVI PROGRAMMATICI

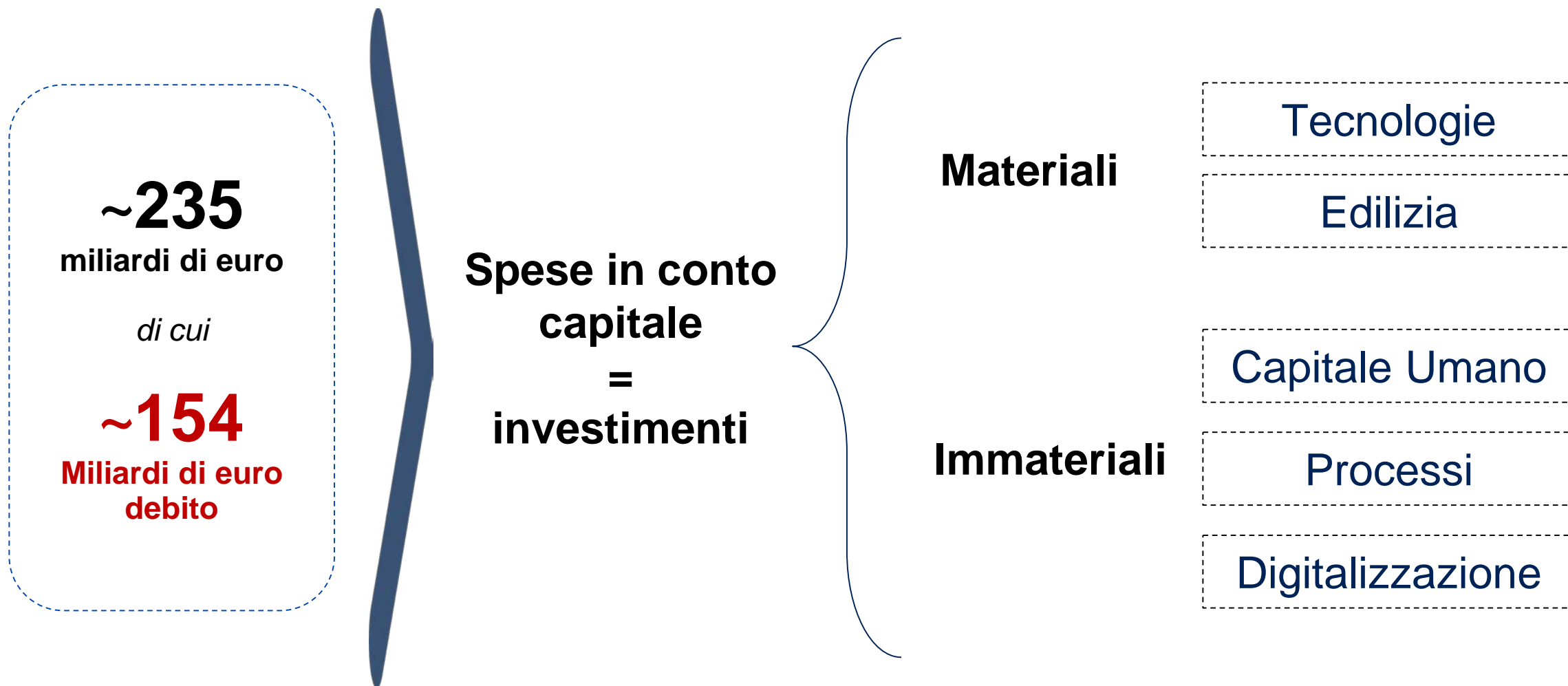
Recovery Fund: 750€ miliardi per la ripresa economica dell'Europa

Nell'ambito del Bilancio UE 2021-2027, la Commissione europea ha introdotto il **Recovery Fund (Next Generation EU)** come **strumento per la ripresa economica** post crisi da Covid-19, il quale si poggia su **3 pilastri fondamentali**:



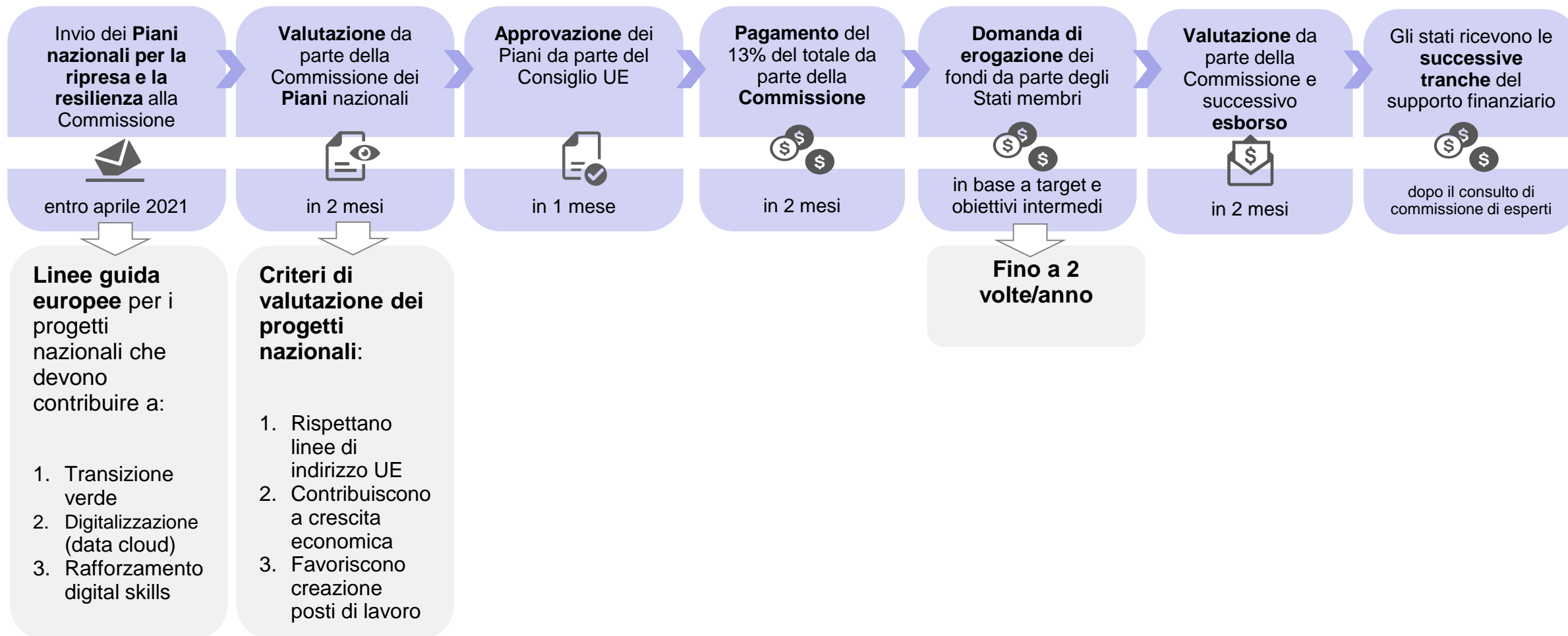
L'Italia è il beneficiario numero uno del RF con un importo fino a 191,5 miliardi di euro (dimensionamento esatto in progress) in aggiunta a 30,6 miliardi di euro del fondo complementare

Più del 65% delle risorse destinate all'Italia sono prestiti: un debito ha senso solo se si investe per creare sviluppo nel lungo periodo



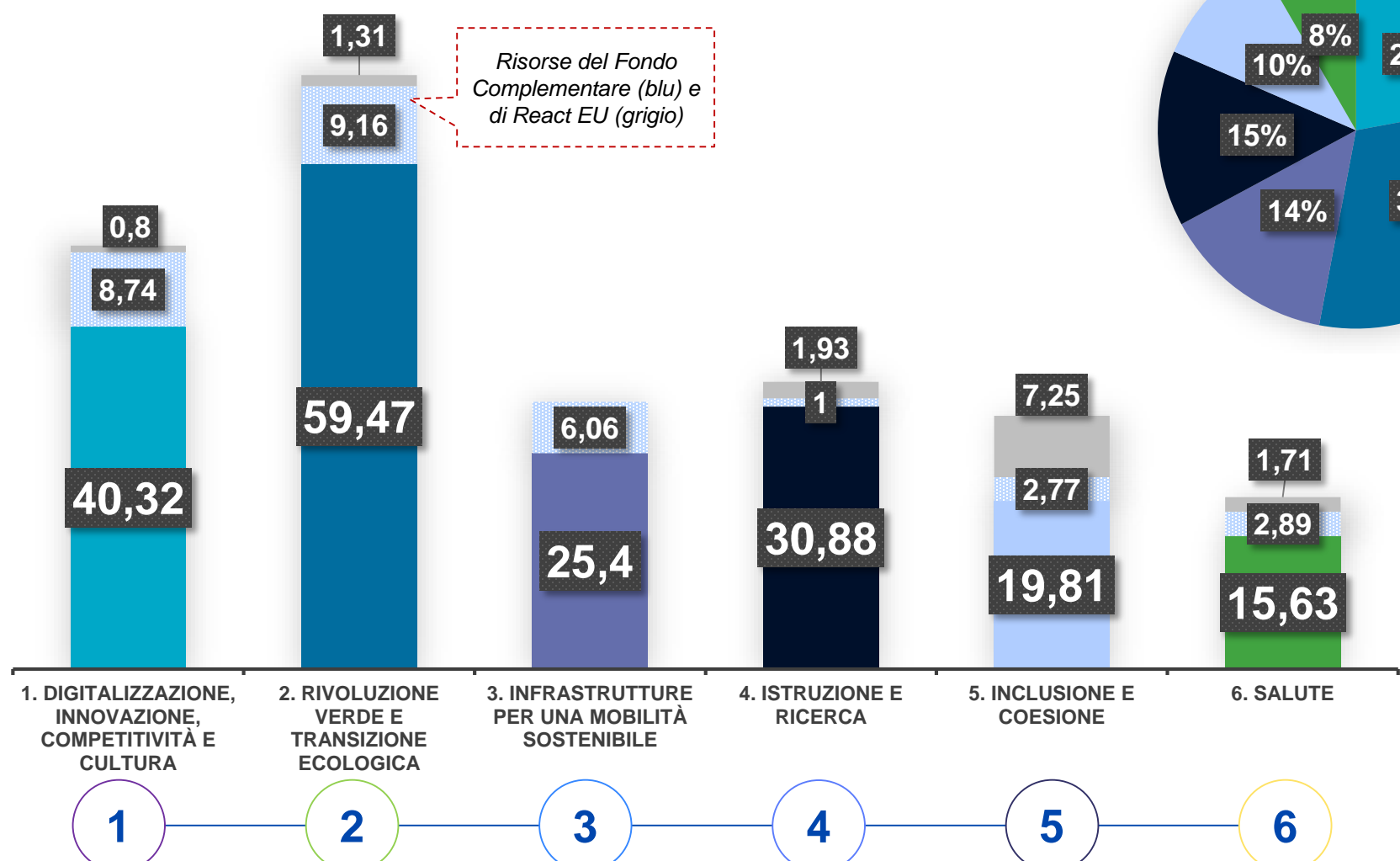
Iter di esborso delle risorse del Next Generation EU

Iter di esborso RRF



Il Piano Nazionale per la Ripresa e la Resilienza: le 6 missioni e l'allocazione delle risorse

Risorse del PNRR allocate per missione, mld € e % sul totale



Tre condizioni essenziali per investimenti che producano una ripresa effettiva del SSN

- **L'incremento degli investimenti** come condizione **necessaria ma non sufficiente** per garantire la ripresa...

- ...bisogna garantire **investimenti** in grado di incidere positivamente sui tassi di crescita e di generare **sviluppo sociale ed economico complessivo**



Investimenti per lo sviluppo sociale ed economico



Nuovi modelli di finanziamento

- Dopo un periodo di «**definanziamento**» del **SSN**, soprattutto in termini di investimenti (ca. 1,7 mrd/anno)...

- È necessario predisporre **nuovi modelli di investimento**, che non si limitino a rifinanziare «l'esistente», ma che aumentino **l'efficienza e la produttività del SSN**, trasformandolo e **innovandolo**

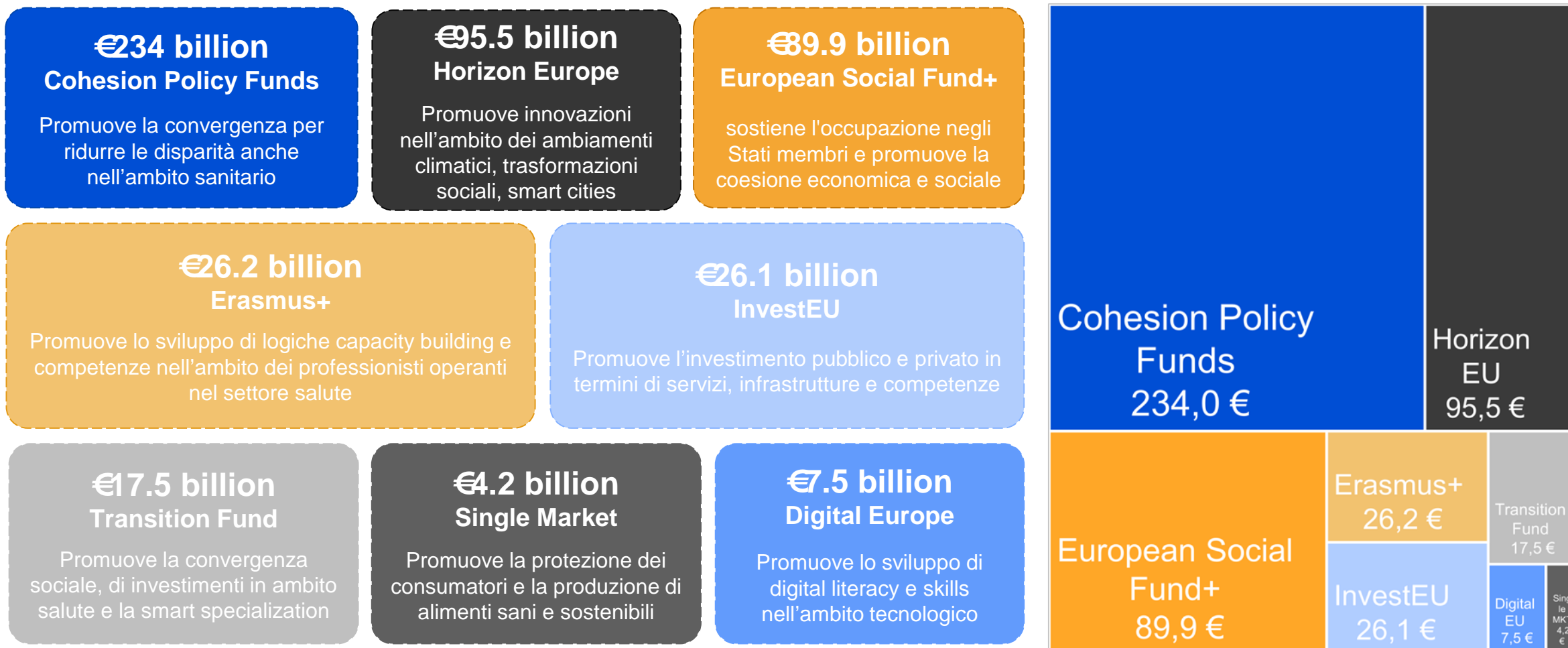
- Per **investimenti** che generino **valore aggiunto**, è necessario costruire un **sistema di monitoraggio** coerente e organico...

- **definendo** in maniera congiunta **metriche e target ex ante**
- **controllando** metriche e target **in itinere**, in coerenza con gli obiettivi di processo
- **verificando** il raggiungimento di metriche e target **ex post**



Un sistema di monitoraggio coerente e organico

Il Next Generation EU è complementare alle altre fonti di finanziamento europee a disposizione

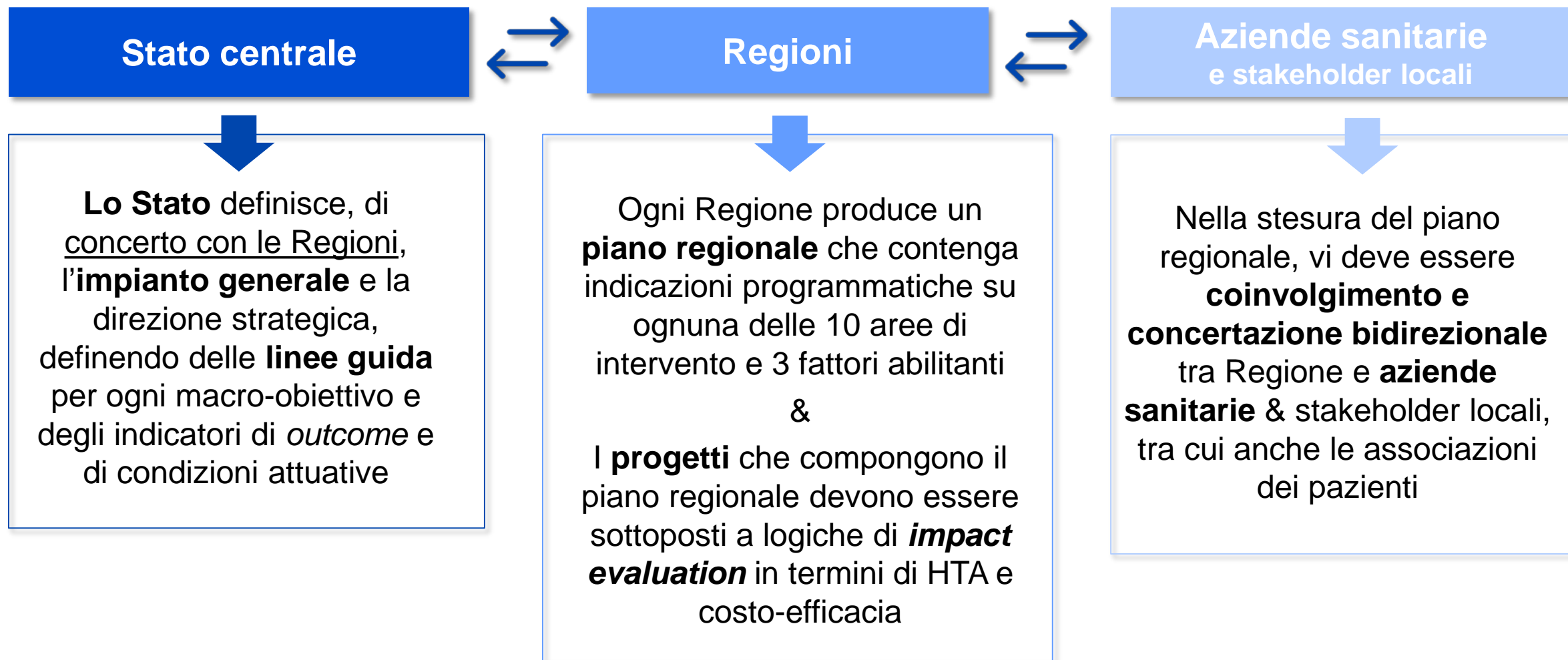


2

MODELLO DI GOVERNANCE

Il modello di governance deve fin da subito coinvolgere tutti gli attori rilevanti, secondo un processo *bottom-up* di *decision making*

Stato e Regioni concertano insieme le «regole del gioco»



Il processo di governance: la programmazione come condizione essenziale per l'erogazione delle risorse



- **Individuazione delle risorse a disposizione** per ogni linea di intervento
- Individuazione, all'interno di ogni fondo stabilito per intervento, del **riparto per ogni regione...**
- ...secondo un **meccanismo di riparto**:
 - Quota capitaria
 - Valutazione dei gap regionali rispetto alla singola linea di intervento

- Le Regioni possono **spostare i fondi da un'area all'altra** garantendo la compliance e il raggiungimento degli outcome sulle **priorità regionali**

- Individuazione di un **arbitro neutro** (es. *board* di tecnici) che valuti i piani regionali
- Possibilità di chiedere chiarimenti o **modifiche al piano** e rinviare l'erogazione della parte delle risorse per cui sono necessarie modifiche

- Nei **5 anni di implementazione** sono previste **valutazioni in itinere**
- Le **risorse** sono **erogate** soltanto al **raggiungimento** di determinati **target** e obiettivi intermedi
- Possibilità di **riparametrare gli investimenti** tra le diverse aree

L'obiettivo è che le risorse siano effettivamente spese e che tutte le regioni riescano a raggiungere gli *outcome* desiderati

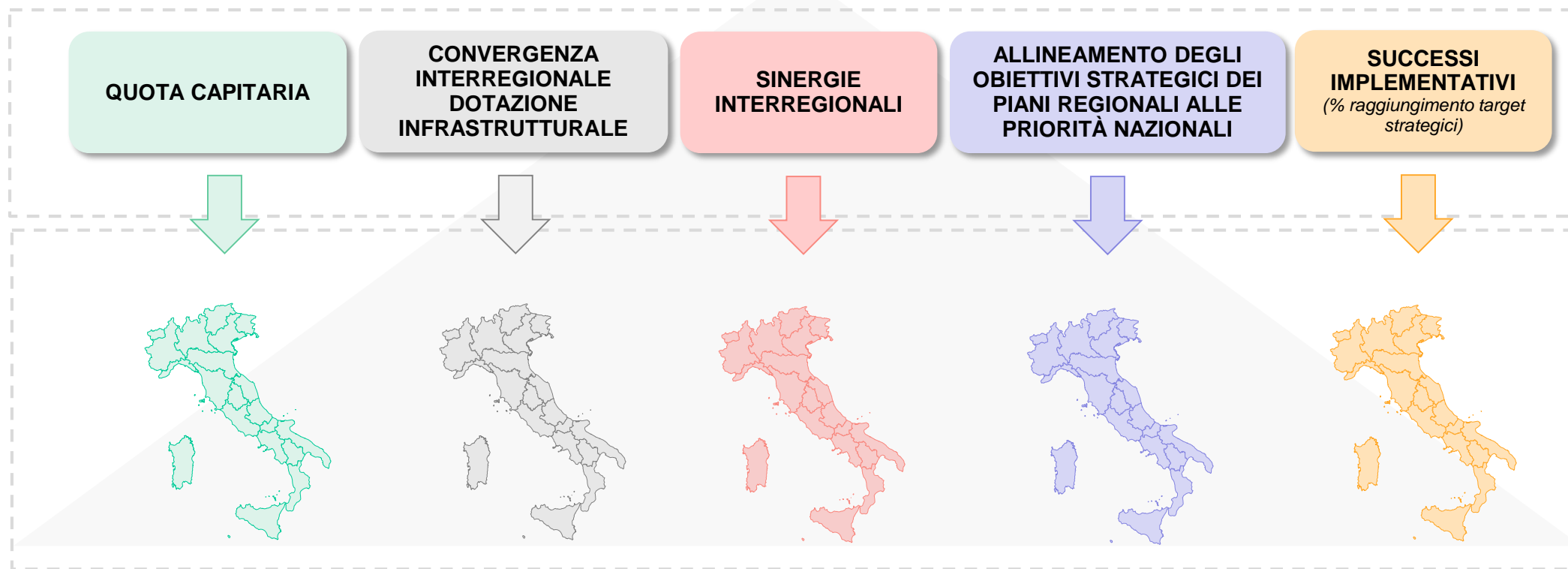
3

MODELLO DI RIPARTO

Il modello di riparto equo, meritocratico e incentivante

- Si prevedono **13 silos diversi**: uno per ognuna delle linee strategiche e fattori abilitanti di seguito approfonditi
- La distribuzione delle risorse avviene attraverso **5 criteri** che **pesano diversamente per ogni silo** (cfr. figura)
- Le Regioni possono **spostare i fondi da un'area di intervento all'altra** garantendo la compliance e il raggiungimento degli outcome sulle **priorità regionali**

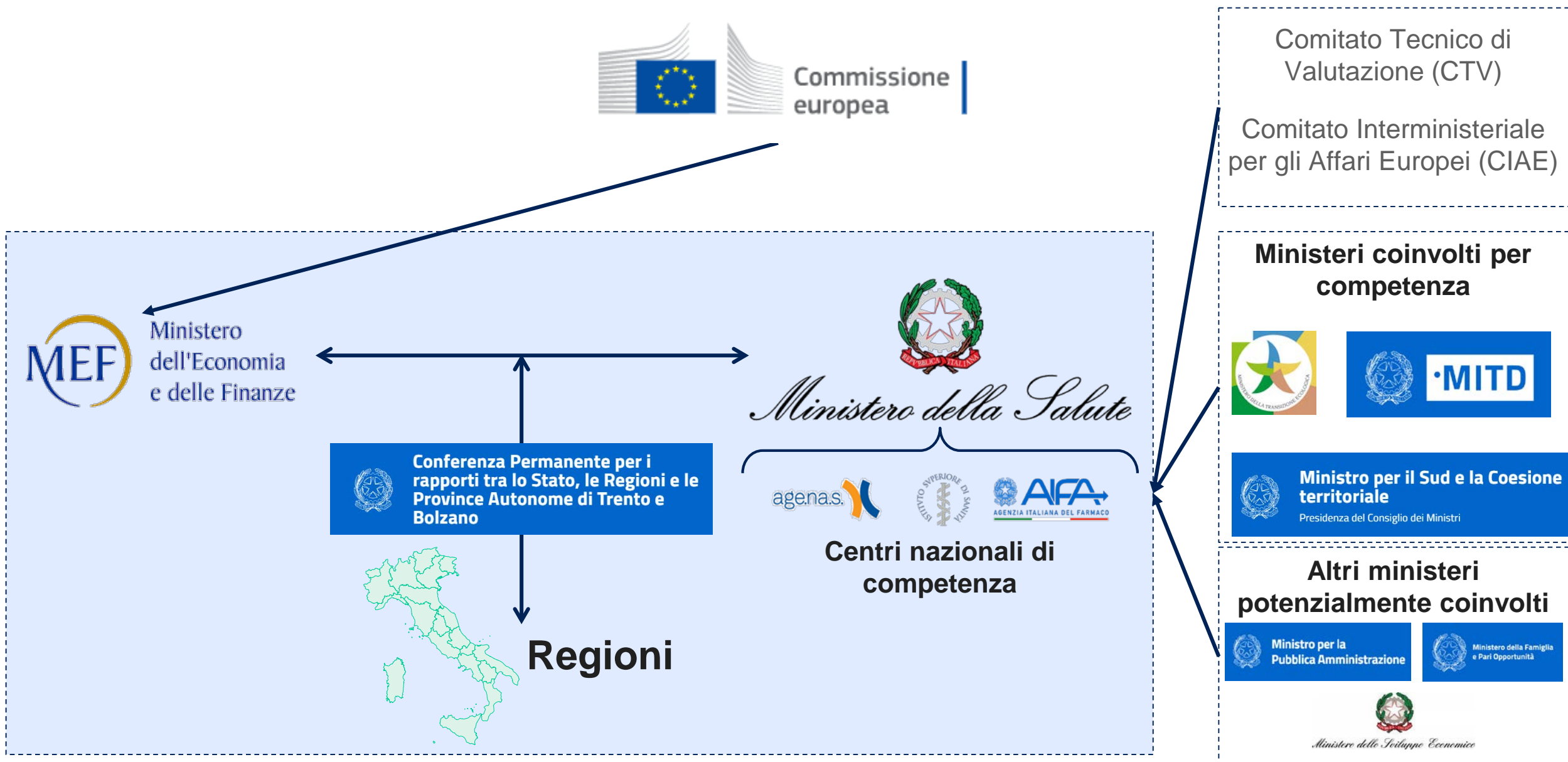
Criteri



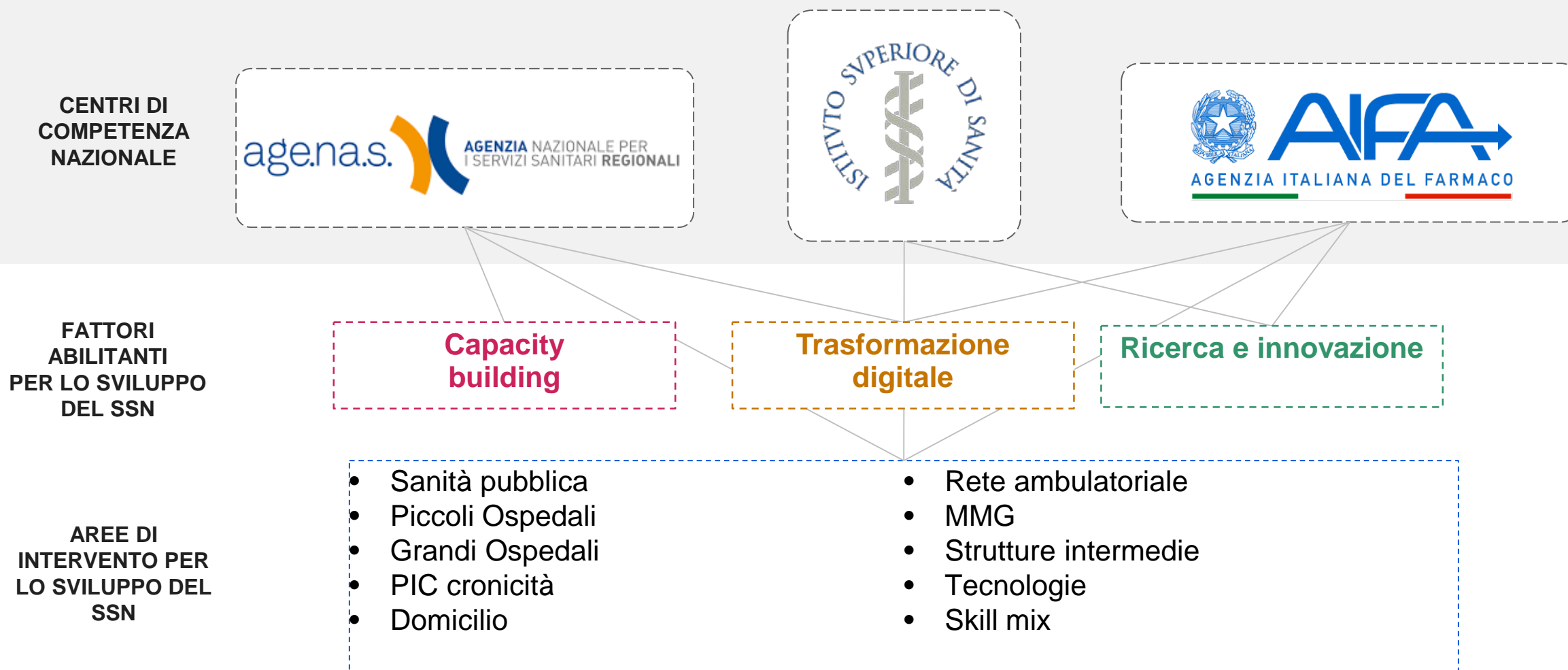
4

SUPPORTO ALLE REGIONI NELLE FASI DI
PROGRAMMAZIONE E IMPLEMENTAZIONE

Gli attori del Piano di Ripresa e Resilienza coinvolti per la missione # 6 (Salute)



Supporto della sanità alle Regioni da parte del Ministero della Salute e dei suoi centri di competenza

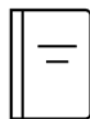


All'interno del NextGenEU, l'UE ha reso disponibile il **Technical Support Instrument** per il supporto nel disegno e nell'implementazione delle riforme negli Stati membri

Il TSI (**Technical Support Instrument**) è costituito da **864,4 M €**, gestiti dalla DG Reform



Assistenza agli Stati membri **nel disegno e implementazione delle riforme**



Supporto sotto forma di **consulenza strategica o legale, studi, formazione, incontri o visite di esperti**

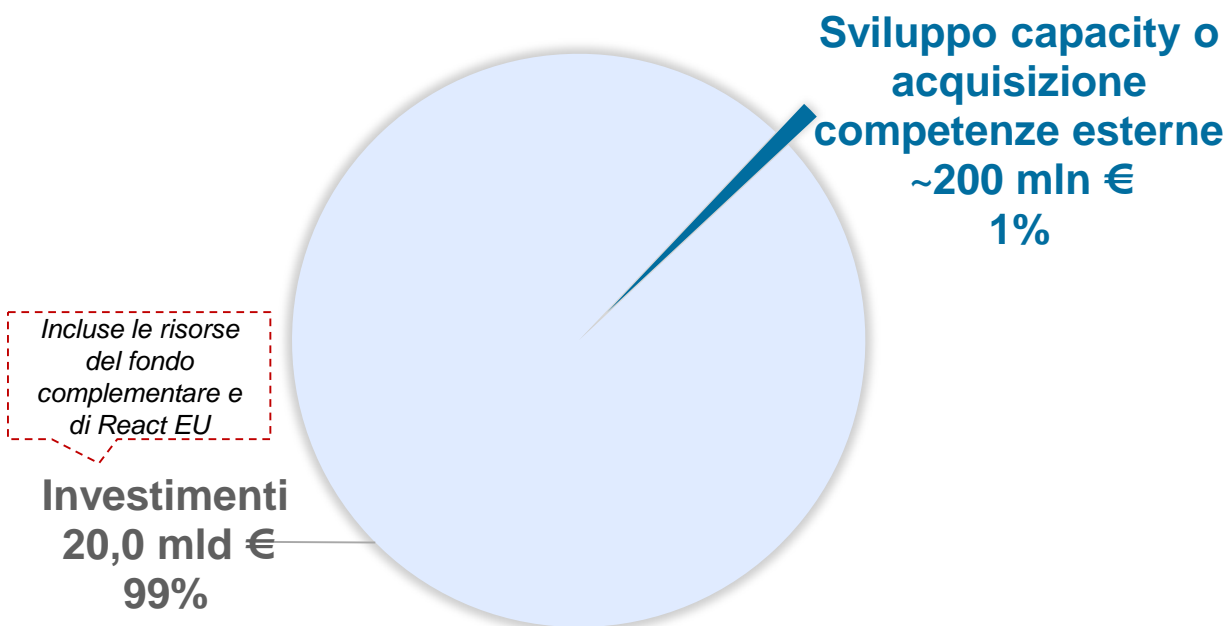


Il supporto è possibile **in ogni fase del processo di riforma**, dalla preparazione e il disegno dei piani, fino allo sviluppo e all'implementazione



Per meglio contrastare gli effetti della pandemia e rendere **i programmi pubblici più capaci di produrre crescita**, in **aree di policy** come quella **sanitaria**

Sul modello del TSI, occorre prevedere un fondo a disposizione delle Regioni per acquisire competenze per tutte le fasi di vita dei progetti



Le risorse vengono direttamente allocate alle singole regioni

...al netto di una quota riservata al supporto del livello centrale

Cosa

Le regioni possono **internalizzare capacity** e/o acquisire **supporto esterno per consulenza, studi e ricerche** per programmazione, progettazione esecutiva, project management e valutazione *in itinere* ed *ex post*

Quanto

Dei 20,2 mld € previsti per la Sanità proponiamo di **destinarne l'1% (ca. 200 mln €)** a disposizione delle regioni e del livello centrale, in aggiunta alle risorse del DG Reform (proporzionalmente **ca. 25 M€**)

Come

Procedure concorsuali accelerate (modello covid-19) **Derogando alle norme del Codice degli appalti per garantire celerità** con rendicontazione delle spese sostenute

Perché

Spendere 20,2 mld € in 5 anni per spese in conto capitale (vs. 1,7mld € / anno negli ultimi anni) richiede la **messa a disposizione di competenze specifiche**

5

INDICATORI DI OUTCOME

Indicatori di outcome per ognuno dei 3 fattori abilitati e le 10 aree di intervento per lo sviluppo del SSN

CONVERGENZA
INTERREGIONALE
DOTAZIONE
INFRASTRUTTURALE

SINERGIE
INTERREGIONALI

ALLINEAMENTO DEGLI
OBIETTIVI STRATEGICI DEI
PIANI REGIONALI ALLE
PRIORITÀ NAZIONALI

SUCCESSI
IMPLEMENTATIVI
(% raggiungimento target
strategici)

IMPATTO SULLO
SVILUPPO
SOCIOECONOMICO

A <i>Ricerca e innovazione</i>					
B <i>Trasformazione digitale</i>					
C <i>Capacity building</i>					
#1 Sanità pubblica					
#2 Piccoli ospedali					
#3 Grandi ospedali					
#4 Presa in carico della cronicità					
#5 Autosufficienza al domicilio					
#6 Rete Ambulatoriale					
#7 Medicina Generale					
#8 Strutture intermedie					
#9 Tecnologie					
#10 Skill mix					

Indicatori di outcome per ognuno dei 3 fattori abilitati

**CONVERGENZA
INTERREGIONALE
DOTAZIONE
INFRASTRUTTURALE**

**SINERGIE
INTERREGIONALI**

**ALLINEAMENTO DEGLI
OBIETTIVI STRATEGICI DEI
PIANI REGIONALI ALLE
PRIORITÀ NAZIONALI**

**SUCCESSI
IMPLEMENTATIVI**
(% raggiungimento target
strategici)

	CONVERGENZA INTERREGIONALE DOTAZIONE INFRASTRUTTURALE	SINERGIE INTERREGIONALI	ALLINEAMENTO DEGLI OBIETTIVI STRATEGICI DEI PIANI REGIONALI ALLE PRIORITÀ NAZIONALI	SUCCESSI IMPLEMENTATIVI (% raggiungimento target strategici)
A <i>Ricerca e innovazione</i>		<ul style="list-style-type: none"> N° di Reti di centri di ricerca 	<ul style="list-style-type: none"> Tasso di integrazione dei fondi per la ricerca pubblici e privati 	<ul style="list-style-type: none"> N° brevetti N° di nuove imprese N° di nuove procedure cliniche
B <i>Trasformazione digitale</i>		<ul style="list-style-type: none"> Livello di interoperabilità SI aziendali tra Regioni N° di piattaforme digitali condivise N° casi di riuso delle soluzioni digitali 	<ul style="list-style-type: none"> Rispetto di standard di interoperabilità SI Anagrafiche e codifiche comuni Integrazione di dati sociali, sanitari e sociosanitari Garanzia di qualità e tempestività dei dati 	<ul style="list-style-type: none"> % SI interoperabili % standardizzazione delle anagrafiche e codifiche N° PAI annuali erogati % pazienti gestiti secondo case management digitale
C <i>Capacity building</i>		<ul style="list-style-type: none"> N° di corsi formativi erogati in comune tra 2 o più regioni Sperimentazioni congiunte Consulenze incrociate Processi di benchlearning 	<ul style="list-style-type: none"> % assunti con skills in area digital, data analysis, statistica % di corsi formativi erogati in modo differenziato secondo età e ruolo 	<ul style="list-style-type: none"> Implementazione meccanismo strutturato di valutazione & assessment delle competenze N° corsi erogati in coerenza con i ruoli dei professionisti

Alcuni esempi di indicatori per ognuna delle 10 aree di intervento per lo sviluppo del SSN

	CONVERGENZA INTERREGIONALE DOTAZIONE INFRASTRUTTURALE	SINERGIE INTERREGIONALI	ALLINEAMENTO DEGLI OBIETTIVI STRATEGICI DEI PIANI REGIONALI ALLE PRIORITÀ NAZIONALI	SUCCESSI IMPLEMENTATIVI (% raggiungimento target strategici)
#1 Sanità pubblica	<ul style="list-style-type: none"> Numerosità e competenze delle risorse umane operanti nei Dipartimenti di sanità pubblica 	<ul style="list-style-type: none"> Numerosità e competenze delle risorse umane operanti nei Dipartimenti di sanità pubblica 	<ul style="list-style-type: none"> % copertura screening e vaccini % persone in eccesso di peso/obesità 	<ul style="list-style-type: none"> Copertura della popolazione raggiunta con percorsi di educazione e sensibilizzazione
#2 Piccoli ospedali			<ul style="list-style-type: none"> Allineamento agli standard di esito e casistica definiti dal DM/70 	<ul style="list-style-type: none"> % Allineamento agli standard di esito e casistica definiti dal DM/70
#3 Grandi ospedali			<ul style="list-style-type: none"> Aumento flessibilità Aumento produttività Riduzione dei costi 	<ul style="list-style-type: none"> Condivisione fattori produttivi e logiche di piattaforma
#4 Presa in carico della cronicità	<ul style="list-style-type: none"> Interoperabilità delle infrastrutture digitali 	<ul style="list-style-type: none"> Interoperabilità delle infrastrutture digitali 	<ul style="list-style-type: none"> Riduzione tasso variabilità consumi per pazienti omogenei Erogazione PAI annuali 	<ul style="list-style-type: none"> % di pazienti cronici presi in carico con PAI annuale concordato tra MMG e specialisti
#5 Autosufficienza al domicilio	<ul style="list-style-type: none"> Creazione di un Fondo Nazionale unico per la LTC 		<ul style="list-style-type: none"> Istituzionalizzazione dell'assistenza erogata da badanti e care-giver 	<ul style="list-style-type: none"> % di badanti registrate presso apposito albo o organizzate in società di cooperazione
#6 Rete Ambulatoriale	<ul style="list-style-type: none"> Sviluppo di piattaforme omogenee e interoperabili 	<ul style="list-style-type: none"> Infrastrutture digitale interregionali 	<ul style="list-style-type: none"> Creazione di poli territoriali integrati 	<ul style="list-style-type: none"> N° protocolli operativi tra specialistica di I e di II livello
#7 Medicina Generale		<ul style="list-style-type: none"> Fornire una tassonomia di centri di cure primarie comune e intellegibile 	<ul style="list-style-type: none"> Condivisione di strumenti, personale infermieristico, socio-sanitario e amministrativo 	<ul style="list-style-type: none"> % di MMG dotati delle tecnologie minime necessarie % MMG che utilizzano spazi condivisi
#8 Strutture intermedie	<ul style="list-style-type: none"> N° PL in residenze/semi residenze ogni 100.000 abitanti 	<ul style="list-style-type: none"> Criteri comuni di accreditamento per telemonitoraggio e teleconsulto 	<ul style="list-style-type: none"> Rispetto degli standard infrastrutturali e di organico Presenza di consulti con le equipe specialistiche ospedaliere e con la medicina di base 	<ul style="list-style-type: none"> % di strutture che hanno attivi consulti con le equipe specialistiche ospedaliere e con la medicina di base
#9 Tecnologie		<ul style="list-style-type: none"> Programmi per diffusione di competenze in HTA 	<ul style="list-style-type: none"> Riduzione del numero di apparecchiature per 100.000 abitanti Aumento dell'utilizzo medio 	<ul style="list-style-type: none"> % di macchinari con meno di 5 anni di utilizzo
#10 Skill mix	<ul style="list-style-type: none"> Allineamento skill mix 	<ul style="list-style-type: none"> Erogazione di corsi di formazione interregionali 	<ul style="list-style-type: none"> Erogazione di processi formativi per il cambio di ruoli 	<ul style="list-style-type: none"> % di strutture che hanno erogato formazione per accompagnare al cambio di ruoli

6

FATTORI ABILITANTI PER LO SVILUPPO DEL SSN

Fattori strategici abilitanti per lo sviluppo del SSN: condizioni necessarie per il cambiamento



Fattori strategici
abilitanti

A

**Ricerca e
innovazione**

Sviluppare ricerca e innovazione nel **settore delle life sciences e nelle aziende del SSN** per contribuire alla ripresa: servono più avanzate e intense forme di collaborazione pubblico-privato

- Missione 1 - Digitalizzazione, innovazione, competitività, cultura e turismo
- Missione 6 – Salute, M6C2 - Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale

PNRR

B

**Trasformazione
digitale**

Per innovare radicalmente il **modello di servizio e valorizzare i big data** sia per programmazione e gestione che per la clinica

- Missione 1 - Digitalizzazione, innovazione, competitività, cultura e turismo
- Missione 6 – Salute, M6C1 - Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale; M6C2 - Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale

C

**Capacity
building**

Per supportare il cambiamento, formare e sviluppare **competenze** lungo l'intera piramide generazionale

- Missione 6 – salute, M6C2.2 formazione, ricerca scientifica e trasferimento tecnologico

A Ricerca e innovazione. Le potenzialità del settore life sciences e della ricerca condotta nell'SSN nel generare crescita sono declinate in via teorica, senza un quadro efficace di azioni di incentivazione

10,7% contributo al PIL della Sanità

- In Italia il settore pubblico investe in ricerca lo 0,5% del suo PIL, a fronte di una media EU dell'1% (spesa pari all'1,3% del PIL a fronte del 2,7% di EU)
- Siamo il terzo produttore farmaceutico in EU, ed il 4° di dispositivi medici
- Il settore farmaceutico, è al primo posto, tra i manifatturieri in termini di crescita di investimenti ed export (+ 17% in tre anni)
- ...ma il saldo della bilancia commerciale è negativo (€ -1,9 mld) e tra i tre peggiori EU

Manca un raccordo istituzionale fra politiche assistenziali e industriali

- Nelle politiche del SSN non ci sono **metriche legate agli impatti economici della ricerca ed innovazione in ambito biomedico**
- I fondi di ricerca disponibili sono legati alle priorità del SSN, senza un riferimento esplicito alle potenzialità di generare un **indotto economico**
- La governance sottostante le regole di rimborso dei farmaci non considera l'aspetto del **ritorno industriale**: ricordiamo che il valore aggiunto per addetto del settore farmaceutico, è più del doppio di quello medio del manifatturiero e che gli occupati nella filiera della salute, e nel suo indotto, rappresentano il 10% degli occupati in Italia.

Manca una strategia nazionale sulle aree di ricerca e innovazione

- Gli **investimenti** pubblici in ricerca e innovazione sono spesso **frammentati** in molti progetti e **poco competitivi** rispetto a quelli erogati da enti sovranazionali o internazionali
- **Mancano esperienze di integrazione di fondi pubblici e privati (sia for-profit che non-profit)** per generare un effetto leva nella ricerca ed innovazione
- Le **reti per la ricerca clinica** (sia ospedaliera che in ambito territoriale) sono ancora poco consolidate e strutturate; manca competenza a sostegno dell'organizzazione e della realizzazione di studi clinici
- Non esistono flussi di finanziamento costanti e chiari nella **ricerca sanitaria sociale** in ambito sanitario (ricerca sui servizi sanitari, valutazione di impatti etc) e il personale del SSN non è formato a condurla


Le regole per l'attribuzione e l'integrazione degli investimenti pubblici sono inefficienti

- Gli IRCCS conducono ricerca con un riscontro ancora limitato in termini di **brevetti, trasferimento tecnologico** e creazione di **spin-offs**
- **Rischio di escludere dal finanziamento** organizzazioni che pur non essendo IRCCS hanno un potenziale rilevante di innovazione



A Ricerca e Innovazione. È necessario promuovere reti di centri di ricerca di eccellenza che possano generare un effetto leva

PROPOSTA

1. Collaborazione pubblico/privato	2. Impatto	3. Processi
<ul style="list-style-type: none"> È necessario identificare le aree di ricerca e le tipologia di ricerca: <ul style="list-style-type: none"> in cui il Paese può eccellere sono potenzialmente foriere di innovazione e di crescita È opportuno sfruttare l'effetto leva dell' integrazione di fondi per la ricerca pubblici e privati in particolare per promuovere la ricerca clinica e traslazionale svolte nell'SSN e il trasferimento tecnologico  <ul style="list-style-type: none"> È necessario promuovere tavoli di confronto permanente fra il settore pubblico e quello privato (for-profit e non-profit) per il finanziamento della ricerca e l'innovazione dei sistemi di procurement (es. pre-commercial procurement; public procurement innovation) 	<p>L'ottimizzazione degli investimenti in ricerca richiede che:</p> <ul style="list-style-type: none"> si eviti frazionamento e duplicazione si prioritizzino gli investimenti sulla base di metriche esplicite che tengano conto degli impatti in termini di salute, innovazione e crescita che possono generare si premino quei progetti capaci di attrarre co-finanziamento privato 	<ul style="list-style-type: none"> Assegnazione e utilizzo dei fondi, ma anche reclutamento dei ricercatori etc. devono essere svincolati dalle rigidità tipiche del settore pubblico Le regole sullo sfruttamento economico dei risultati e sulla suddivisione degli eventuali utili devono essere chiare e stabilite a priori La collaborazione tra centri di ricerca di eccellenza pubblici e privati va incentivata anche facilitando il reclutamento congiunto di ricercatori, la promozione del <i>knowledge sharing</i> e lo sviluppo di competenze di gestione e valorizzazione dei risultati della ricerca

CONDIZIONI ATTUATIVE

- Collegare gli investimenti in ricerca ai **risultati** progressivamente raggiunti, stabilendo metriche basate su brevetti, pubblicazioni, etc.
- Creare enti che possano muoversi con **logiche di ingaggio snelle** (ad es. fondazioni miste)
- Finanziamento** dimensionalmente **adeguato e pluriennale**
- Premiare le logiche di **co-finanziamento** pubblico e privato

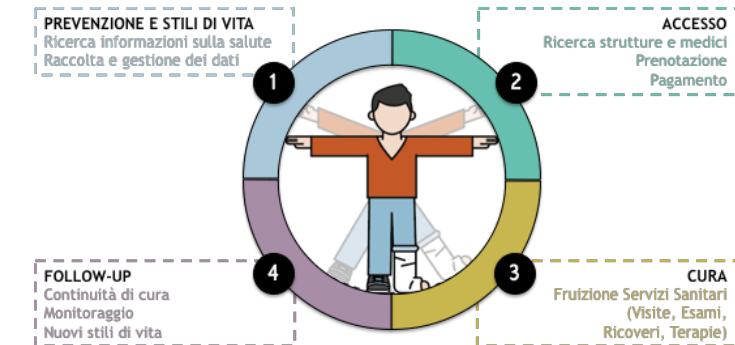
Cfr. Report **Commissione UE** Relazione **pubblico-privato** in sanità (2016) «*Best practices and potential pitfalls in public health sector commissioning from private providers*»



B Trasformazione digitale e valorizzazione dei big data.

Non è semplice ingegnerizzazione informatica, ma cambio radicale della logica di progettazione. Non sono solo banche dati integrate, ma sistemi di gestione del dato avanzati

La **digitalizzazione** dei servizi di cura **non** è semplicemente la loro **dematerializzazione informatica**. Consiste piuttosto in un **processo di riforma e ripensamento del modello di progettazione dei servizi**, secondo logiche innovative e a maggior valore aggiunto per la totalità degli stakeholders coinvolti. La mancata **valorizzazione del patrimonio informativo** oggi disponibile grazie al digitale è una grande occasione persa dal nostro SSN



⚠ Nel sistema attuale **mancono competenze specifiche di service design**, non essendo proprie né del patrimonio di *clinical competence* né del patrimonio di skills manageriali-gestionali

⚠ Nel sistema attuale **manca** ancora **una visione unitaria** di come sfruttare appieno le potenzialità dell'eHealth, anche se oggi la telemedicina è entrata nell'agenda del decisore politico e sempre più accettata dai clinici. Ma per una sua completa diffusione **mancono** le necessarie **competenze digitali**.



- La quota di clinici che si dichiara **contraria all'uso delle Telemedicina è scesa dal 30% dello scorso anno all'8% nel 2021.**
- **Solo il 4% dei medici presidia a 360° le competenze legate all'eHealth** (mentre un 60% possiede competenze digitali di base)

Fonte Osservatorio Innovazione Digitale in sanità 2021

📍 L'utilizzo della Telemedicina da parte dei medici

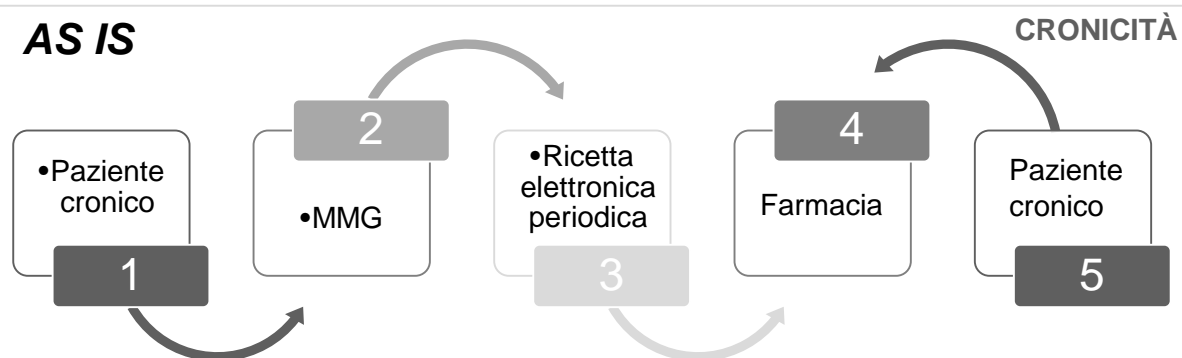


Fonte: Osservatorio Innovazione digitale in Sanità

B Trasformazione digitale. Come riprogettare i servizi per implementare modelli efficaci di *digital health*? Due casi esemplificativi: il paziente cronico e la telemedicina «di iniziativa»

L'investimento nella **digitalizzazione dei servizi** è un investimento in **riprogettazione dei modelli, dei processi produttivi** e in interventi volti a sostenere lo **skill-mix change**, dove la **tecnologia** è «solo» un **fattore abilitante**

AS IS



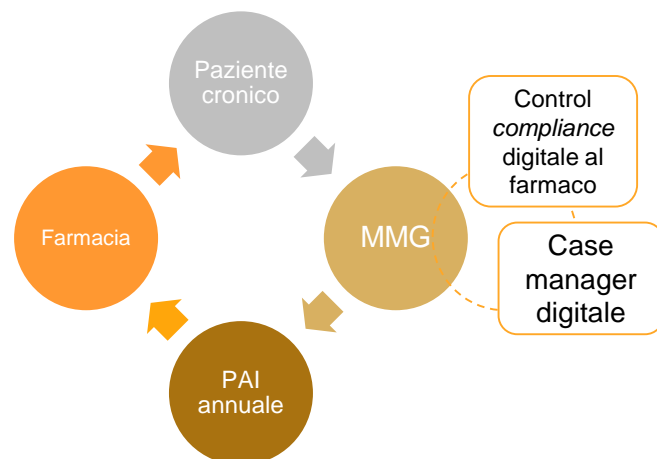
AS IS



DIGITALIZZAZIONE DELLA MEDICINA

- Il **paziente singolo** si reca alla visita **presso il centro**
- Esempio di modello di servizi sanitari «**on demand**», che seguono la **richiesta del paziente**

TO BE



- Viene **abolita la ricetta elettronica periodica** a favore della sottoscrizione di un **PAI annuale**
- Attraverso **procedure digitali di case management e control compliance**, il paziente viene seguito nel percorso di presa in carico
- La **funzione di controllo** non è più esercitata sull'acquisto del farmaco ma sul suo **reale consumo**
- Il **farmaco** viene ordinato digitalmente in farmacia e **portato a casa del paziente** attraverso home delivery

TO BE



- Il medico visita **più pazienti** tramite televisita, teleconsulto, etc.
- ...generando **economie di scala** e **minimizzando** rischio di **overconsumption** da un lato e **undertreatment** dall'altro
- Esempio di modello di servizi sanitari «**di iniziativa**» che prevengono la richiesta del paziente
- ...facendo leva su **dati e informazioni disponibili in tempo reale**

B Valorizzazione dei big data. La raccolta e la valorizzazione dei big data per la gestione socio-sanitaria del paziente e l'integrazione ai vari livelli

- La costruzione di un **ecosistema di Sanità connessa** basato sulle soluzioni digitali in grado di **generare dati, raccogliarli, integrarli e valorizzarli** rappresenta la sfida principale del nostro sistema sanitario per i prossimi anni
- Oggi è un **ambito ancora da sviluppare**: i principali dati raccolti dalle aziende sanitarie sono di tipo amministrativo, gestionale e clinico, ma non vengono analizzati attraverso **Advanced Analytics**. Inoltre, se da un lato, sono presenti **Data Warehouse** a livello aziendale o sovraaziendale, sono ancora poche le aziende che raccolgono e integrano diverse fonti di dati per la gestione socio-sanitaria del paziente



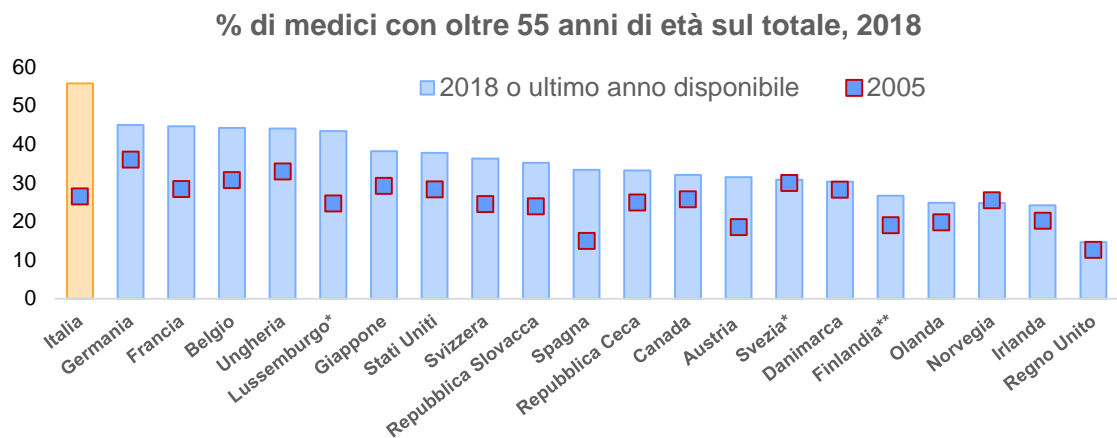
Occorre abilitare l'integrazione dei dati e favorire l'interoperabilità dei sistemi allo stesso livello e tra diversi livelli (aziendale, Regionale, nazionale, europeo), attraverso:

1. **Standard di interoperabilità o soluzioni condivise**
2. **Anagrafiche e codifiche comuni**
3. **Garanzia di qualità dei dati**
4. **Tempestività di scambio dei dati** (rispetto alle attuali logiche dei flussi ex post)

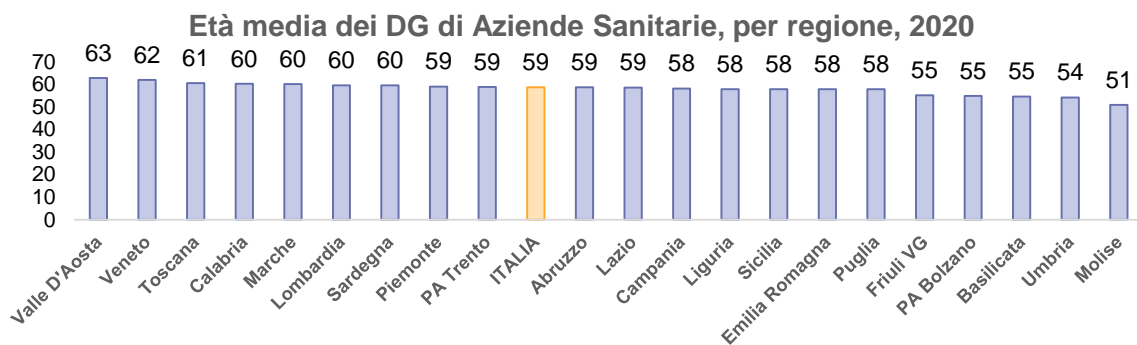
C

Competenze. Nell'area del personale continua a prevalere una concezione burocratica-amministrativa dell'HR come mera definizione di regole e applicazione dei contratti collettivi

Il **top management** delle Aziende sanitarie è caratterizzato da un **elevato livello di anzianità**, sia per le professioni **cliniche**...



...che per quelle **manageriali-gestionali**



Fonte: Rapporto OASI, 2019 e 2020

Il **middle management** delle Aziende sanitarie ha **età media +63**, con laurea in **medicina** e una sola specializzazione...







1 specializzazione nel 73% dei casi

...ha operato in **una sola azienda** e in una sola **regione** e **non ha seguito corsi di formazione manageriale** (al netto di quelli obbligatori)



C Competenze. Lo sviluppo delle competenze passa attraverso nuove logiche e nuovi modelli formativi: differenziati per specifiche esigenze, correlati ai percorsi di carriera e basati sull'*assessment* critico

1. Sviluppare le competenze che oggi mancano 	2. Delineare nuovi modelli formativi 	3. Costruire meccanismo di <i>competence assessment</i> 
<ul style="list-style-type: none"> • È necessario sviluppare conoscenze solide in campi oggi non presidiati, in modo che diventino patrimonio comune per i professionisti e il management • Le aree oggi da sviluppare sono: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Data analysis ➤ Competenze digitali & AI ➤ HTA ➤ People engagement & stakeholder management per un migliore e più efficace coinvolgimento del paziente/cittadino ➤ Logiche di co-production 	<ul style="list-style-type: none"> • Delineare modelli formativi coerenti e differenziati in base all'età e ai ruoli nel SSN: <ol style="list-style-type: none"> 1. Per il <i>top management</i>, modelli di coaching e tutorship individuale 2. Per il <i>middle management</i>, processi strutturati di benchmarking e benchlearning interaziendale 3. Per i <i>giovani nuovi entrati</i>, modello master e formazione in aula • Agire sui modelli di reclutamento, promuovendo un modello «vivaio» per possibili futuri dirigenti del SSN • Correlare i modelli formativi con i percorsi di carriera & modificare i criteri e i processi di costruzione degli albi 	<ul style="list-style-type: none"> • È necessario costruire a livello centrale un meccanismo strutturato di valutazione & assessment delle competenze presenti nel SSN e necessarie nel breve e medio-lungo termine... • ...in modo che non si creino shortage di competenze e che si abbia matching tra domanda e offerta • <i>Ad esempio, modello NHS Leadership Academy</i> <div data-bbox="1694 968 2390 1082">  </div> <p data-bbox="1694 1096 2390 1210">The NHS Leadership Academy provides leadership development for people of all backgrounds and experiences across health and care. Whether you work in primary care or an Arm's Length Body – we can help you on your leadership journey.</p>

Cfr. Report **Commissione UE** su cambiamento ruoli e funzioni nel settore sanità (2019) «*Task shifting and health system design*»



7

AREE DI INTERVENTO PER LO SVILUPPO DEL SSN

Le 10 aree di intervento per lo sviluppo del SSN

PNRR

1 Promuovere la **convergenza** degli outcome in **sanità pubblica**

Missione 6 – salute, M6C1 - reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale

2 Garantire *clinical competence* nella rete dei **piccoli ospedali**

Missione 6 – salute, M6C2.2 formazione, ricerca scientifica e trasferimento tecnologico

3 Rinnovo infrastrutturale dei **grandi ospedali**, con nuova logistica e accresciuta flessibilità

4 Sviluppare la **presa in carico delle cronicità**

Missione 6 – salute, M6C1 - reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale

5 Supportare l'autosufficienza a **domicilio**

Missione 6 – salute, M6C1 - reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale

6 Razionalizzare la **rete ambulatoriale** concentrando casistica e servizi

Missione 6 – salute, M6C1 - reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale

7 Rafforzare e infrastrutturare la **Medicina Generale**

Missione 6 – salute, M6C1 - reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale

8 Uniformare le dotazioni delle **strutture intermedie** (riabilitazione, LD, OSCO, RSA)

Missione 6 – salute, M6C1 - reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale

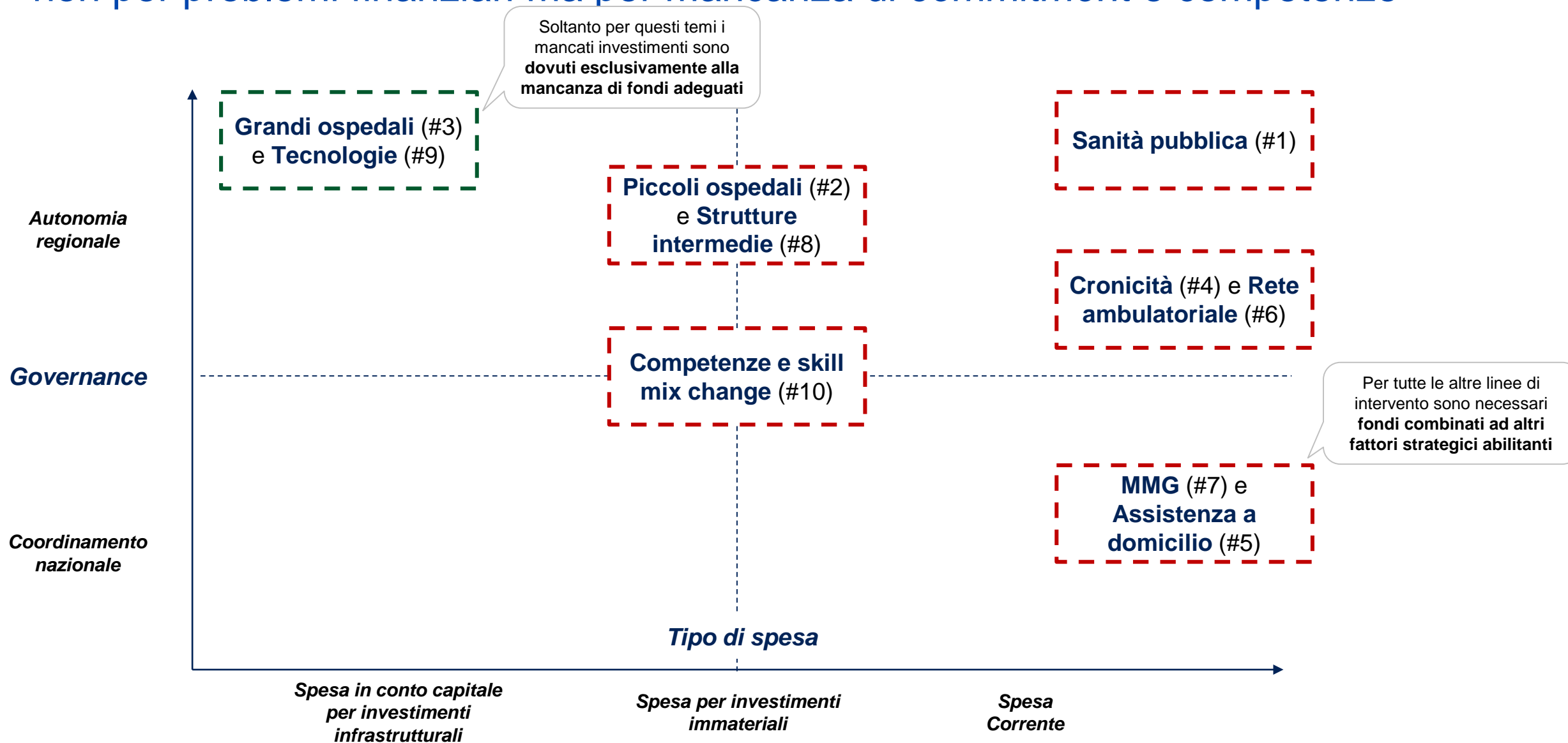
9 **Cambio** del **parco tecnologico**: meno numeroso, più efficace e più usato

Missione 6 – salute, M6C2.2 formazione, ricerca scientifica e trasferimento tecnologico

10 **Skill mix change** tra medici e professioni sanitarie

Missione 6 – salute, M6C2.2 formazione, ricerca scientifica e trasferimento tecnologico

Alcune aree di intervento sono in agenda da anni ma non sono state implementate non per problemi finanziari ma per mancanza di *commitment* e competenze



Alcune aree di intervento necessitano una maggiore contestualizzazione regionale e altre una maggiore uniformità a livello nazionale: distinguerle è fondamentale

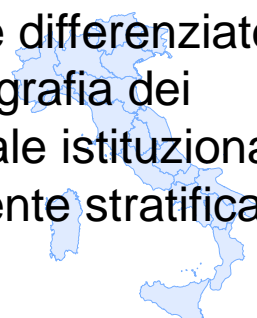
Tutte e 10 le aree...

1. Devono essere intese come ambiti di **ricerca e innovazione** per le imprese e per SSN
2. Necessitano di essere supportate da una forte **trasformazione digitale**
3. Richiedono un **consistente investimento** per lo sviluppo di **capacity & competence**



Alcune delle 10 aree...

- Per essere implementate necessitano di una **maggiore autonomia e contestualizzazione regionale**, in quanto devono assumere forme differenziate in base alla geografia dei servizi e il capitale istituzionale locale storicamente stratificato



Altre invece...

- Richiedono **maggiore uniformità a livello nazionale** per garantire la standardizzazione e l'interoperabilità delle azioni poste in campo, in modo che ci sia **dialogo tra i territori**



Questa **distinzione** tra le diverse aree risulta **fondamentale** poiché **influenza e caratterizza il modello di riparto dei fondi su ciascuna tipologia di intervento**



#1 Sanità Pubblica. Disallineamento tra carico di malattia prevenibile per ogni fattore di rischio e offerta di attività di prevenzione per gli stessi rischi. Eterogeneità interregionale diffusa in termini di architettura (dentro o fuori Dipartimento di Prevenzione), dotazioni e sistemi operativi della risposta e dei risultati

■ Mismatching tra bisogno e offerta nel modello prevalente del Dipartimento di Prevenzione con

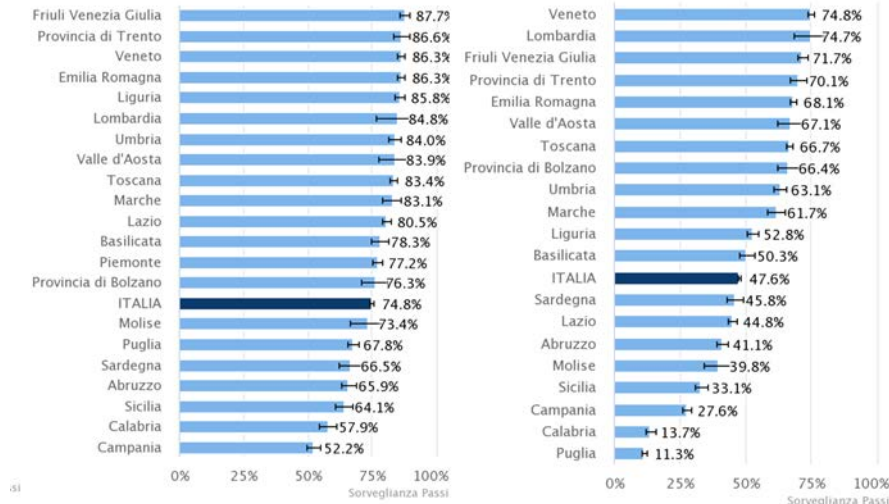
- Minimo di risorse dedicate a attività di promozione stili di vita insalubri che sono responsabili del massimo di morbosità evitabile
- Massimo di risorse dedicate a vigilanza di adempimenti in ambiente, lavoro e alimenti disciplinati per legge, con bassa discrezionalità e impatto non dimostrato
- Quota intermedia di risorse dedicata a interventi sanitari individuali di prevenzione secondaria (screening) e di immunizzazione (vaccinazioni)

■ Inadeguatezza di laboratori di misura monitoraggio (dopo delega ad ARPA) e di capacità di investigazione (vedi meccanismi di contagio) e di valutazione del rischio

■ Forte eterogeneità tra regioni e aziende in termini di dotazioni risorse umane sia dal punto di vista quantitativo, che nel mix delle competenze, in coincidenza con forte turnover generazionale di specialisti medici in assenza di offerta di lavoro

■ I tassi di copertura degli screening per tumori sono molto variabili tra regioni.

Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening per mammella (sx) e colon retto (dx) (2016-2019)



■ Variabilità di operatori dedicati al Contact Tracing nella prima ondata nei Dip di Prevenzione

PROCESSO OPERATIVO	TOTALE	TASSO PER 100.000	OPERATORI PER ASL PER PROCESSO			
			MEDIA	PERCENTILI		TASSO PER 100.000
				25°	75°	
Segnalazioni di casi sospetti	65.000	276	28	10	30	5
Effettuazione tamponi extraospedalieri	260.675	1.109	27	9	30	5
Numero di casi da intervistare	21.520	90	25	12	36	5

Tabella 4. Frequenza di segnalazioni di casi sospetti, di tamponi rinofaringei effettuati sul territorio, di interviste ai casi e numero di operatori impegnati nei diversi processi operativi sul territorio, totale, media, percentili, tasso per residenti (aprile 2020).

La missione agita (dal Dip. Di Prevenzione) è..

- .. forte sulle logiche di vigilanza e prevenzione individuale
- ...ma debole sulle determinanti di salute e interdipendenze intrasettoriali (valutazione di impatto, salute in tutte le politiche, determinanti sociali)

#1 Sanità Pubblica. Più investigazione e valutazione del rischio dal Dip. Prevenzione e più promozione della salute da tutta la struttura del SSN. Promuovere la convergenza in termini di output e outcome della prevenzione

PROPOSTA

Definizione modello di prevenzione e messa in rete dei nodi

- Esplicitazione dei nodi (Dipartimento di Prevenzione e laboratori di secondo livello)** per investigazione, misura, vigilanza e promozione di salute in setting ambiente, lavoro, alimenti, comunità e relativi **missione, ruolo e funzione**
- Programmazione del **dimensionamento**
- Investimento in **infrastrutture tecnologiche (piattaforme)** finalizzate a garantire
 - ✓ adeguata capacità e preparazione laboratoristica per il **monitoraggio** dei rischi biologici, fisici, chimici e ergonomici
 - ✓ Infrastruttura informativa e tecnologica per investigazione **epidemiologica**

Definizione modello di prevenzione e di promozione della salute individuale e di comunità

- Esplicitazione di responsabilità, di guida:** Dipartimento di Prevenzione o altra struttura
- Convergenza interregionale** output e outcome per prevenzione individuale (vaccini e screening) e per promozione della salute (stili di vita e ambienti che facilitano) secondo standard di piano
- Definizione di strutture e meccanismi di **governance con gli stakeholder** partecipanti alla promozione di salute di comunità secondo strategia di Salute in Tutte le Politiche

CONDIZIONI ATTUATIVE

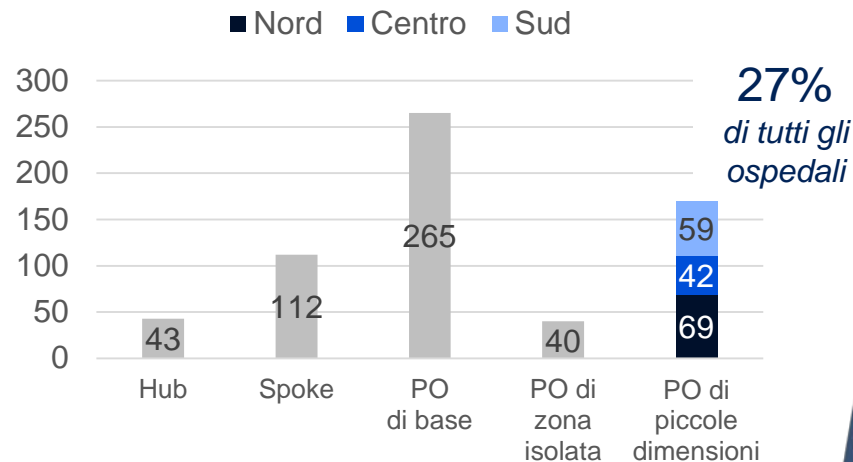
- Prevedere un **piano di investimento per il riequilibrio delle capacità laboratoristiche di monitoraggio e misura e di valutazione del rischio** ad uso della prevenzione e vigilanza sanitaria
- Investire in un **DataWarehouse epidemiologico regionale**
- Prevedere una **ridefinizione dei ruoli professionali**, con task shifting tra medici e tecnici
- **Investire in competenze** sanitarie di valutazione del rischio e di promozione della salute e di management di programmi complessi, unica condizione per il ricambio generazionale della direzione dei servizi di prevenzione

#2 Piccoli ospedali. La presenza, su tutto il territorio nazionale, di una sensibile quota di ospedali sottodimensionati – al di fuori di quelli *di zona disagiata* – presenta evidenti criticità in termini di qualità delle cure e di organizzazione

170 ospedali di piccole dimensioni

Ospedali poli-specialistici per acuti, che non siano in «aree rurali o remote» (ISTAT), e che abbiano:

- Bacino di utenza minore di 80 mila abitanti
- Meno di 20 mila accessi appropriati al PS



Manca una vocazione all'interno del SSN

- Pur in leggera **diminuzione** (-4% nel 2017 vs 2014) il trend è **ancora insufficiente**
- Nel **53%** dei casi **non hanno legami funzionali con altri stabilimenti**
- Sono per la maggior parte **pubblici (~90%)** e in **aree suburbane (~65%)**

Mancano le dimensioni minime necessarie

- **Soglie dimensionali insufficienti (79 PL per 7 reparti in media)**, che non contribuiscono a raggiungere competenze clinica, sicurezza e produttività
- **115 PO di piccole dimensioni (69%) hanno meno di 96 PL** (55 PL in media)
- Solo i reparti di medicina generale e chirurgia generale rispettano la soglia di 17,5 PL prevista dagli standard ministeriali




Mancano standard di casistica ed esiti

- Per le prestazioni monitorate dal DM 70/2015, **i presidi che rispettano lo standard di casistica sono sempre meno del 50%**, fatta eccezione per gli interventi per frattura del femore
- **Aderenza sia agli standard di esito che a quelli di casistica si verifica nel ~30%** dei PO di piccole dimensioni

#2 Piccoli ospedali. È necessario intervenire sui piccoli ospedali per aumentare la massa critica di casistica necessaria alla competenze clinica

PROPOSTA

1. Equipe itineranti	2. Messa in rete dei piccoli ospedali	3. Logiche di accorpamento e di riconversione
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mantenere i servizi nei piccoli ospedali ma istituire delle equipe professionali itineranti... ▪ ...in modo tale da assicurare la casistica minima stabilita da DM/70 e che le prestazioni siano erogate in sicurezza 	<ul style="list-style-type: none"> • Mantenere le UO nei piccoli ospedali ma adottare logiche di specializzazione su determinate vocazioni • ...in modo tale da redistribuire e concentrare la casistica all'interno della rete ospedaliera così da rispettare gli standard 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Accorpare gli ospedali per maggiore massa critica in termini di casistica e competenza clinica ▪ Riconversione degli attuali piccoli ospedali in strutture territoriali <p style="text-align: center;"></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Concentrare le tecnologie e le grandi attrezzature clinicamente più efficaci e produttive, per aumentare tasso di saturazione della capacità produttiva ➤ Riduzione dei costi di gestione, per le economie di scala & per l'effetto del rinnovo infrastrutturale

CONDIZIONI ATTUATIVE

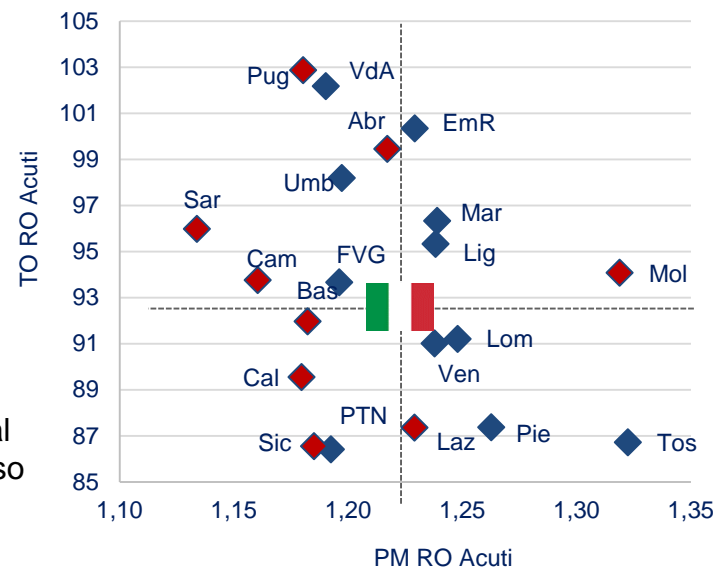
- Promuovere una **cultura organizzativa «facilitante»** e orientata alla professionalizzazione e aumento della *competence* clinica
- Predisporre ed elaborare **meccanismi di incentivazione** per il personale medico e infermieristico per formare **equipe itineranti o reti di specializzazione**
- Delineare azioni di **sensibilizzazione e informatizzazione** collettiva

#3 Grandi ospedali. L'infrastruttura ospedaliera è vetusta e spesso inefficiente, mentre il processo di concentrazione e razionalizzazione ha dato risultati positivi

Vetustità e inefficienza

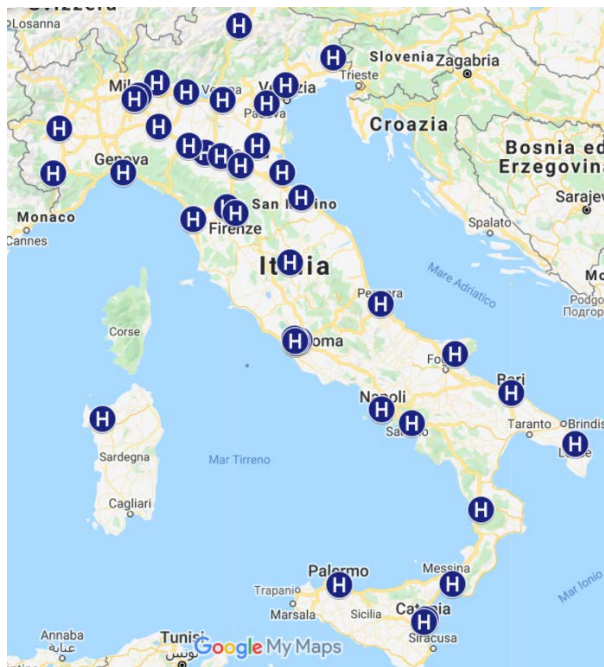


Logiche di volumi e mix produttivi



- I PL hanno perso la loro dimensione produttiva
- Il numero di PL non è correlato al peso medio del ricovero e al tasso di ospedalizzazione

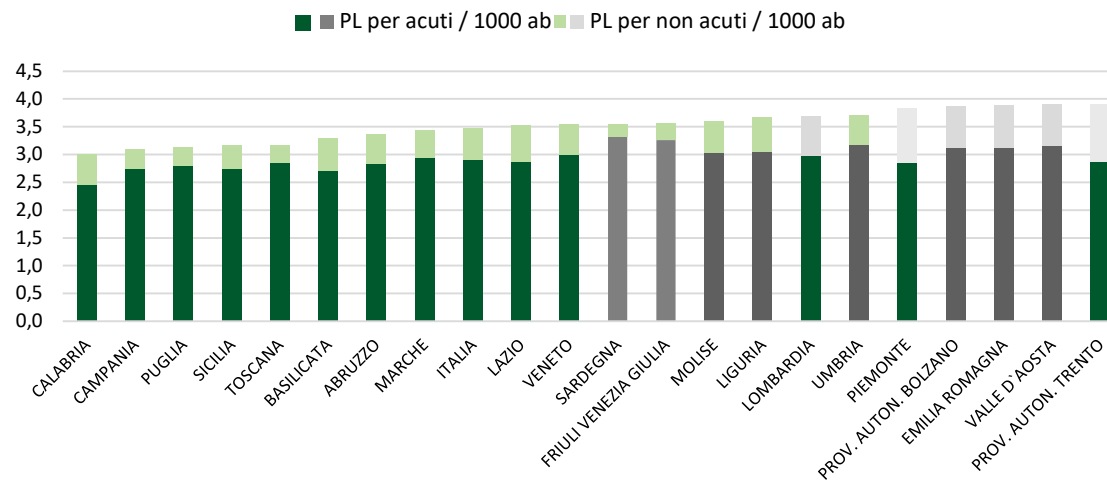
Concentrazione di hub e casistiche



Razionalizzazione di PL



- I dati regionali si sono allineati allo standard di 3 PL per acuti
- Si è mantenuta divergenza sullo standard di 0,7 PL per non acuti



- Il processo ha avuto **due velocità**:
- al Nord buona concentrazione di hub e casistiche
 - al Sud mancano grandi hub, poiché è mancata cultura organizzativa per favorire la concentrazione dei medi ospedali

#3 Grandi ospedali. Le nuove strutture dovranno seguire nuovi modelli logistici

Obiettivi di cambiamento

Aumento della **flessibilità** (vs capacità di riserva)

Concentrazione della **casistica**

Aumento della **produttività**

Riduzione dei **costi**

Direttrici di cambiamento

Condivisione dei fattori produttivi (es. diagnostica) e logiche di **piattaforma**



Aumentare la **rilevanza** dell'attività **ambulatoriale** rispetto al ricovero



Logica **patient-centred**: accorciamento dei percorsi di cura



Ospedale **orizzontale** (per il territorio) e **verticale** (di alta specialistica)



Logiche di **sostenibilità** e riduzione dell'impatto ambientale (es. modello dei trust in UK)



Nuovo paradigma

Accorciamento del ciclo di vita economica delle strutture ospedaliere a 20 anni per poter adeguare rapidamente il sistema ai nuovi modelli

Cfr. Report **Commissione UE** su Riforma Rete Ospedaliera (2016) «Reflections on hospital reforms in the EU»



#4 Presa in carico della cronicità. Lo sviluppo del "territorio" è insufficiente, per carenza di investimenti ma anche (e soprattutto) per carenza di *vision* sul modello di assistenza

- Crescita la domanda ma non l'offerta di **prestazioni di specialistica ambulatoriale e di cure primarie..**
 - 40,9% persone con una patologia cronica, e 21,1% con almeno 2
 - Il tasso di ospedalizzazione italiano è il più basso tra i Paesi EU
 - 1,36 mln. ricoveri ordinari in meno (2010-18)
- ..**aumento dei consumi ambulatoriali out of pocket** e grande **variabilità** nei **consumi** tra stesse patologie croniche

+1,4 mln. di
cronici in 5 anni

Non vi è chiarezza nei ruoli e funzioni dei 4 «mattoni» di erogazione



- Poliambulatorio ospedaliero
- Ambulatorio specialistico territoriale
- Casa della Salute
- MMG
- Il **modello erogativo** può essere sia a 4 che 3 che a 2 mattoni
- La **Regione** deve decidere **dove far convergere le funzioni** se viene scelto il modello a 2 o 3 mattoni

Manca l'infrastruttura digitale di comunicazione tra livelli



- I pazienti si rivolgono a Centri di eccellenza (es. oncologia), Centri di riferimento (es. malattie rare) che implicano **fenomeni di mobilità**, che generano frammentazione della presa in carico
- È per lo più il paziente che deve farsi carico di far **circolare le informazioni** che lo riguardano fra i vari setting
- Il **FSE è condizione necessaria ma non sufficiente** per generare comunicazione efficace fra i vari setting assistenziali

Mancano incentivi alla collaborazione fra professionisti



- La **collaborazione** fra professionisti non è incentivata
- Non è supportata dalla **infrastruttura digitale** esistente
- Ma si configura anche come un **onere non riconosciuto**, così che ognuno rimane chiuso nel suo luogo di attività

#4 Presa in carico della cronicità. Rafforzare la presa in carico delle cronicità attraverso la definizione dei modelli di servizio, messa in rete dei nodi e lo sviluppo di una funzione efficace di coordinamento e supporto per il paziente

PROPOSTA

Definizione modello di servizio e messa in rete dei nodi

- Esplicitazione dei nodi di servizio** a 2, 3 o 4 *setting* e relativa **missione, ruolo e funzione**
- Programmazione del **dimensionamento**
- Investimento in **infrastrutture tecnologiche (piattaforme)** finalizzate a garantire
 - ✓ **interoperabilità** delle cartelle cliniche da parte di specialisti e MMG/PLS
 - ✓ condivisione di piattaforme per il **teleconsulto**
 - ✓ **sistemi esperti** per la verifica dei PDTA

Scelta del modello di stratificazione nazionale tra i modelli regionali esistenti

(intensità dei consumi vs numero di patologie vs indice di fragilità)

Sviluppo di una funzione di coordinamento e supporto per il paziente

- A seconda del **livello di cronicità**, il **coordinamento** può essere svolto da:
 - MMG
 - infermiere
 - specialista
- Funzioni di coordinamento & supporto:**
 - Prenotazione i back office visite ed esami
 - Controllo *compliance* paziente
 - Controllo esiti intermedi sia da esami e co-production utente
 - Attivazione MMG o specialista in funzione degli esiti clinici raggiunti
- Attivazione dei **centri di servizi** in cui mettere in pratica le funzioni di supporto e coordinamento

CONDIZIONI ATTUATIVE

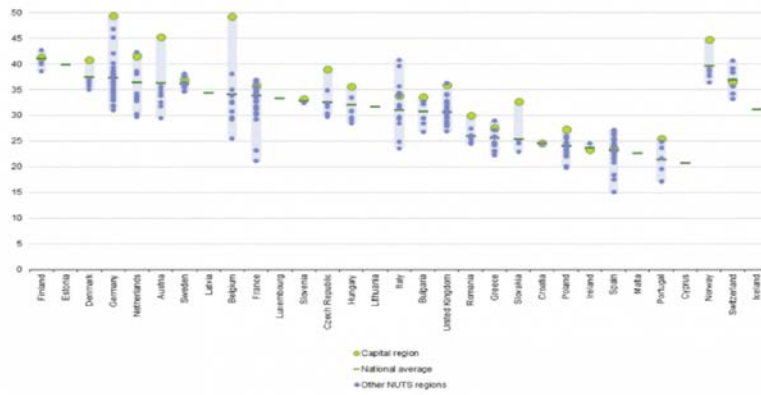
- Creare una **infrastruttura digitale** per l'integrazione delle competenze e la promozione delle reti di patologia
- Attivazione di **modelli di medicina di iniziativa** per l'**intercettazione precoce** delle **patologie croniche**
- Promuovere occasioni di **internship in ospedali** per gli operatori del territorio e VV
- **Incentivi per la collaborazione** fra professionisti
- **Formazione** sulla presa in **carico** della cronicità per personale medico ed infermieristico

#5 L'autosufficienza a domicilio. L'assistenza domiciliare è insufficiente e scollegata dalle politiche tese a garantire l'autosufficienza nella propria abitazione

33,3% Famiglie unipersonali

- +1,4 mln famiglie unipersonali in 10 anni
- +56,6% popolazione over 75 nei prossimi 50 anni
- In media nell'EU-28 nel 2011 le famiglie unipersonali erano il 31,4% della popolazione

Famiglie unipersonali in EU



(*) The light purple shaded bar shows the range of the highest to lowest region for each country. The dark green bar shows the national average. The light green circle shows the capital city region. The dark purple circles show the other regions.
Source: Censurb hub (<https://ec.europa.eu/censurbhub/>)

Manca integrazione fra ass. domiciliare e politiche abitative

- Gran parte della assistenza domiciliare è prestata dalle **badanti senza adeguata qualificazione**
- L'assistenza domiciliare a volte surroga problemi sociali ed economici che impediscono **l'adeguamento strutturale del domicilio del paziente**
- ... impedendo in alcuni casi l'esecuzione di prestazioni terapeutiche al domicilio

Manca integrazione fra sanità e sociale

- Il **confine fra assistenza sanitaria e sociale** è labile e i tentativi di definirlo risultano in larga misura arbitrari (vd. la definizione di integrazione socio-sanitaria)
- Il Welfare andrebbe riorganizzato fra prestazioni in denaro (risparmio previdenziale, indennità di disoccupazione, ...) e prestazioni destinate a erogare servizi in natura per la persona (**SSSN – Servizio Socio-Sanitario Nazionale**)

Insufficiente assistenza domiciliare

- La quota di assistenza domiciliare italiana è del tutto **insufficiente** (2,8% degli over 75 in ADI) e **distribuita in modo diseguale** sul territorio con valori regionali che vanno dal 5,1% degli over 65 allo 0,6%
- Non è supportata dall'utilizzo degli **strumenti di e-Health** (Vd. #B)
- L'ADI rimane **scollegata dall'assistenza sociale** e dalle politiche di housing

#5 L'autosufficienza a domicilio. È necessario investire per potenziare l'assistenza a domicilio e integrare le politiche sociali e sanitarie

PROPOSTA

Potenziare l'assistenza domiciliare

- L'assistenza domiciliare
 - va potenziata, mediante un **utilizzo** più diffuso degli strumenti **di digital health**
 - va ripensata nell'ottica dell'assistenza al **nucleo familiare**, più che al paziente
 - va istituzionalizzata l'assistenza erogata dalle **badanti** (e dai **caregiver**), prevedendo una adeguata e qualificata formazione e accreditamento.

Riunificare le risorse per i servizi alla persona

- **Fondo Nazionale unico per la LTC**: bisognerebbe accorpate le risorse pubbliche destinate agli anziani non autosufficienti (INPS, SSN, EELL) in unico Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze
- Va **superata la divisione di competenze** fra SSN, Comuni e INPS che erogano prestazioni sociali e sociosanitarie
- La gestione di tutti i servizi alla persona deve avere un **unico centro di responsabilità**

Co-Housing e housing sociale

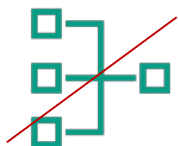
- Prima di arrivare all'assistenza domiciliare è necessario prevedere azioni per permettere ai nuclei familiari di rimanere autosufficienti con **adattamenti delle loro condizioni abitative** (domotica, condomini con servizi condivisi, etc.)

CONDIZIONI ATTUATIVE

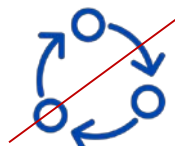
- Creare le condizioni affinché il mercato possa investire in progetti di **co-housing e housing sociale**
- Piena integrazione della gestione dei **servizi sociali con il SSN**
- **Trasformazione in voucher di servizi** delle indennità legate ai programmi di tutela alla persona (es. **indennità di accompagnamento**)
- Professionalizzazione **delle badanti** promuovendo il loro **inserimento in cooperative o società di servizi**

Cfr. Report **Commissione UE** per interventi nei servizi LTC (2019) «Options to foster health promoting health systems» 

#6 Rete ambulatoriale. Gli ambulatori pubblici sul territorio sono sottodimensionati e le attività esistenti non sono coordinate



**Con molta variabilità
interregionale**



Frammentata

tra ambulatori di MMG, specialisti territoriali, Case della Salute, ambulatori di strutture intermedie e ospedali (anche in contesti ad alta densità abitativa e soprattutto nel Sud)

& di dimensioni subottimali
per cui le attrezzature sono spesso insufficienti e obsolete

80

Prestazioni al giorno in
media

Non coordinata né integrata

tra specialistica ambulatoriale del territorio e quella di secondo livello (soprattutto ospedaliera). La conseguenza è il **ricorso diretto all'ospedale**, anche in mancanza di un'infrastruttura di integrazione digitale

15,1

Ambulatori ogni 100.000
abitanti

Poco valutata

perché **mancano indicatori** per:



- la definizione dei fabbisogni della popolazione
- valutare appropriatezza ed «esiti», anche rispetto alla massa critica necessaria alla *competence* clinica

22%

Case della Salute aperte 7
giorni su 7

#6 Rete ambulatoriale. È necessario riqualificare l'assistenza ambulatoriale con interventi tesi ad integrare gli ambulatori fra i vari settings assistenziali

PROPOSTA

1. Ampiezza portafoglio servizi	2. Prossimità	3. Integrazione filiera professionale
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Strutture più grandi e meno numerose, con portafoglio di attività e tecnologie molto più ricco ▪ Strutture con orari e giorni di apertura più estesi ▪ Strutture che concentrano e integrano diverse professionalità ▪ Strutture con molte più attività e casistica 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diffondere il modello delle case della Salute/Comunità (garantisce prossimità) ▪ Integrazione funzionale con la CdS/CdC con ambulatori e studi individuali degli MMG nelle aree a minore densità abitativa 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ È necessario ridefinire complessivamente il ruolo della specialistica ambulatoriale <p style="text-align: center;"></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Integrando quella del territorio con la specialistica ospedaliera, suddividendo i pazienti in funzione dello stadio di patologia o delle fasi del processo assistenziale ▪ Razionalizzando l'offerta sul territorio <p style="text-align: center;"></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Integrazione tra CdS, CdC e Poli territoriali specialistici

CONDIZIONI ATTUATIVE

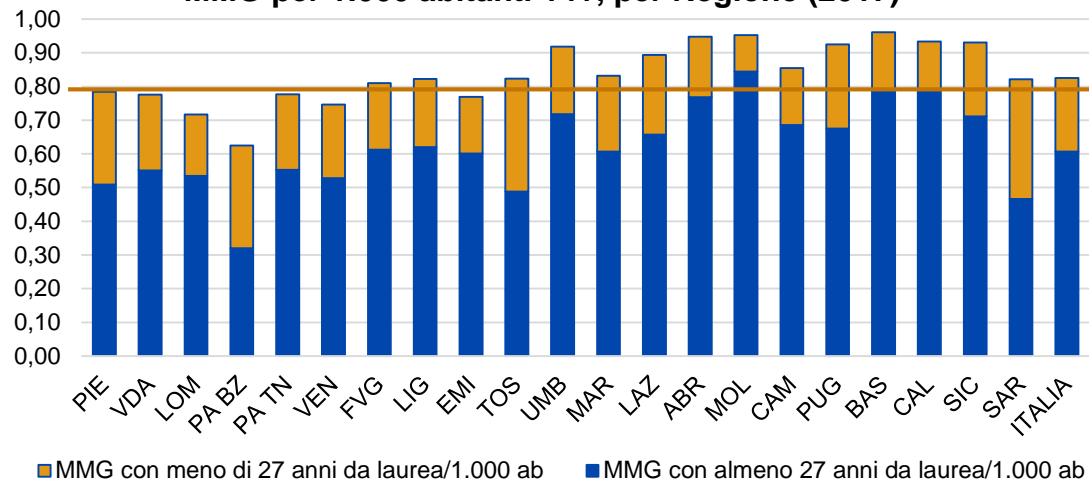
- Definire dei protocolli operativi di **integrazione tra specialistica di I e di II livello e MMG**
- **Dimensionamento del personale** delle diverse categorie professionali e specializzazioni in funzione della prevalenza delle patologie

#7 Medicina generale. MMG ancora troppo abituati ad operare singolarmente, con ridotte interdipendenze e scarse risorse di supporto, in strutture architettonicamente e tecnologicamente non adeguate

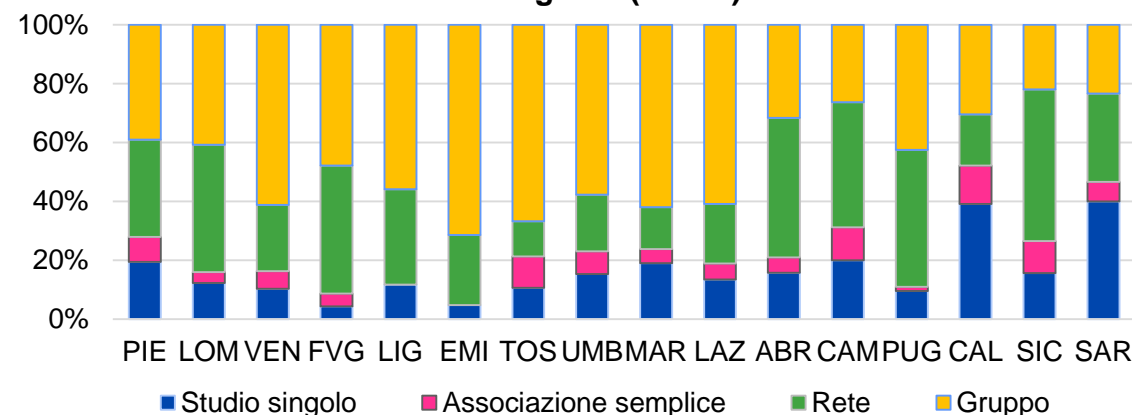
Dalla demografia professionale dei MMG emerge un importante shortage nazionale...

La diffusione di un modello organizzativo «comune» fatica ad affermarsi a livello nazionale...

MMG per 1.000 abitanti 14+, per Regione (2017)



Distribuzione della modalità di esercizio dell'attività di MMG, per Regione (n=936)



- Inoltre, le formule attuali di servizio prevedono insufficienti interdipendenze tra gli MMG e tra MMG e altri professionisti
- Generalmente MMG erogano prestazioni in studi medici senza spazi adeguati per apparecchiature tecnologiche e scomodi per i pazienti
- La ridotta disponibilità del servizio di MG (solo giorni feriali e poche ore/gg) incide negativamente sulla *patient satisfaction* e aumenta il rischio di accessi inappropriati al PS

#7 Medicina generale. È necessario promuovere un'assistenza primaria continuativa e più evoluta fornendo adeguate infrastrutture, tecnologie e supporto in termini di personale sia clinico che amministrativo

1. Promuovere la continuità della cura



- Garantire su tutto il territorio **forme associative** tra MMG, con **standard minimi** in termini di tecnologia e caratteristiche del servizio
- Assicurare **maggiore disponibilità** degli ambulatori con almeno 8 ore al giorno, 6 giorni a settimana di apertura al pubblico
- Integrazione tra MMG, PLS e MCA

Cfr. Linee guida **Commissione UE** su **Primary Care** (2014) «*Definition of a frame of reference in relation to primary care with a special emphasis on financing systems and referral systems*»



2. Investire a livello infrastrutturale



- Investire le risorse nella **ri-progettazione strategica** degli **spazi**, in modo che siano funzionali al lavoro «in gruppo» e con condivisione degli strumenti
- Rendere disponibili **spazi adeguati** per gli ambulatori di MMG, adattando gli esistenti e/o edificandone di nuovi...
- ...con la possibilità di **condivisione** di tecnologie, personale infermieristico, sociosanitario e di supporto amministrativo

3. Fornire una tassonomia dei centri di cure primarie



- Suddividere i **centri di cure primarie** in differenti **livelli**, in funzione di:
 - Gamma di servizi offerti
 - Tecnologie disponibili
 - Orari di apertura al pubblico
 - Condivisione di una lista unica di pazienti

Cfr. Strumenti e metodologie di valutazione sviluppate da **Commissione UE** per **Primary Care** (2017) «*Tools and methodologies for assessing the performance of Primary Care*»



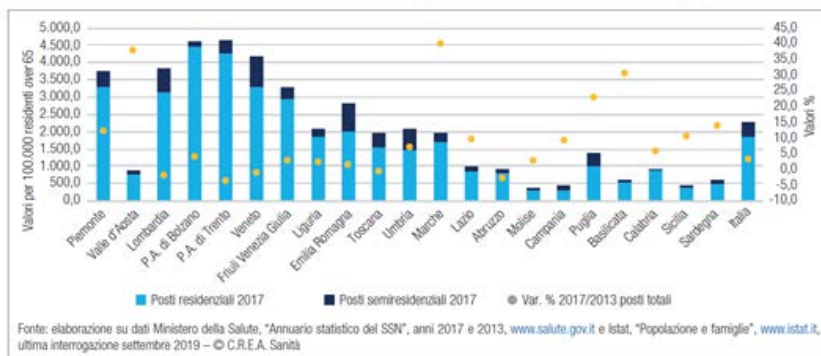
#8 Strutture intermedie. L'offerta regionale di strutture intermedie è molto difforme e le differenti vocazioni tendono a confondersi

338.872 P.L.

in residenze/semires/riabilitazione

- 2.693 PL (per 100.000 ab.>65) in residenze (e semi-res.)
- Nelle Regioni da 4.472 a 286
- 24,7 PL (per 100.000 res.) in riabilitazione
- Nelle Regioni da 127,7 a 3,3
- A livello europeo l'Italia occupa il terz'ultimo posto, con 18,6 PL ogni 1.000 over 65, seguita solo da Lettonia e Polonia

Figura 7.5. Posti letto in strutture residenziali e semiresidenziali, per 100.000 residenti anziani (65 anni e più)



L'offerta a livello regionale è estremamente variabile

- Pur se con qualche miglioramento la **differenza** tra la Regione con la maggiore offerta residenziale e semiresidenziale, in rapporto alla popolazione, e quella con la minore, è di circa 13 volte
- Anche la **composizione dei PL per tipologia** è completamente difforme
- In alcune Regioni la **funzione è praticamente "devoluta" al privato** (l'82,3% delle strutture residenziali e il 68,6% delle semi-residenziali)

Mancano gli standard di riferimento per riabilitazione intensiva ed estensiva, lungodegenza, OSCO e RSA



- Il **dimensionamento** infrastrutturale effettivo **non è regionalmente uniforme**
- Mancano gli **standard di appropriatezza e esito**
- Le **vocazioni non sono adeguatamente definite**: l'utenza e le caratteristiche del ricovero in lungodegenza, residenze e semi-residenze tendono a sovrapporsi
- Non è chiaro quale sia il **contributo delle diverse professioni sanitarie** nei setting intermedi e di chi debba essere la responsabilità gestionale

Manca l'integrazione

- Non è normalmente previsto dagli **accreditamenti** che le strutture intermedie siano digitalmente (Vd. #B) e funzionalmente connesse con gli altri setting assistenziali
- Non ci sono **incentivi** a che gli specialisti e i MMG collaborino con le strutture intermedie

#8 Strutture intermedie. È necessario un investimento mirato per far convergere l'offerta regionale e riqualificare la rete delle cure intermedie

PROPOSTA

1. Un "Decreto 70" per le strutture di cura intermedie	2. Sviluppo in rete con gli altri setting assistenziali	3. Ridefinizione delle responsabilità di gestione
<ul style="list-style-type: none"> ▪ È necessario far convergere la dotazione delle strutture di cura intermedie (ospedali di comunità, RSA, RSD, hospice, riabilitazione, etc.)  <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gli investimenti vanno orientati sulla base delle necessità di riequilibrio territoriale ▪ Vanno ridefiniti e riqualificati gli standard infrastrutturali e di organico ▪ Vanno anche introdotte misure di esito 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le strutture intermedie devono essere collegate funzionalmente con gli ospedali (onde evitare ricoveri ospedalieri evitabili) e con i servizi territoriali  <ul style="list-style-type: none"> ▪ Il collegamento deve garantire il consulto con le equipe specialistiche ospedaliere ▪ Deve essere criterio di accreditamento la disponibilità di teleconsulto e telemonitoraggio 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nelle cure intermedie va valorizzata la competenza infermieristica ▪ Deve altresì essere prevista un collegamento con la medicina di base, per garantire la continuità assistenziali

CONDIZIONI ATTUATIVE

- Prevedere un **piano di investimento per il riequilibrio territoriale**
- Rivedere le **norme di accreditamento**
- Investire in forme di **digital health** (la cui disponibilità deve essere condizione di accreditamento)
- Prevedere una **ridefinizione dei ruoli professionali**, investendo in formazione anche manageriale degli infermieri.

#9 Tecnologie. In Italia sono in quantità eccessiva, obsolete e poco utilizzate

In sovrannumero

160%

Apparecchiature per risonanze e tac, rispetto alla media europea per abitante (2017 - Corte dei Conti)

Obsolete

79%

indice di obsolescenza di impianti e macchinari nelle Aziende Ospedaliere nel 2017 (Rapporto OASI 2019)

Sottoutilizzate

0,5 vs 1,9

numero di esami orari nella RM meno utilizzata e in quella più utilizzata in Emilia-Romagna (Ministero della Salute – 2017)

Le regioni del Centro hanno una dotazione ancor più in eccesso

Le tecnologie più innovative e recenti sono meno diffuse al Sud

Differenze tra centro e periferia, tra grandi e piccoli presidi

#9 Tecnologie. Il rinnovo della dotazione tecnologica deve ripensare le allocazioni, per ottenere meno macchinari ma più nuovi e più utilizzati

Rinnovare il parco tecnologico tramite piani regionali di allocazione delle tecnologie che non si limitino alla mera sostituzione dei macchinari esistenti

Con macchinari di ultima generazione

in modo da avere il 60% di apparecchiature sotto i 5 anni di età

Riducendo il numero e la varietà di apparecchiature

allineandosi alla media europea in rapporto alla popolazione

Aumentandone l'utilizzo medio

concentrandole in base al fabbisogno

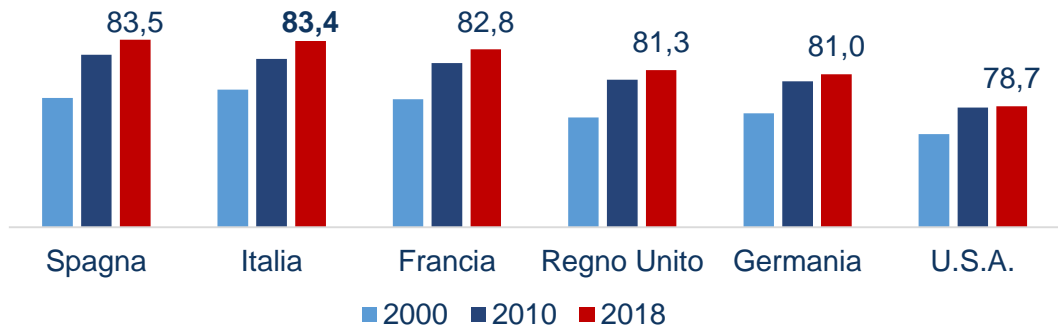
Alla base di questo processo è necessario rinforzare le **competenze di valutazione delle tecnologie e dei dispositivi medici** (ad es. HTA)

Cfr. Report **Commissione UE** su modelli innovativi di finanziamento di grandi tecnologie (2017) «*Innovative payment models for high-cost innovative medicines*»



#10 Skill mix. I trend demografici ed epidemiologici hanno portato a una variazione consistente dei bisogni della popolazione in termini di assistenza che però non ha avuto risposta sul lato dell'offerta

L'aspettativa di vita è tra le più alte al mondo...

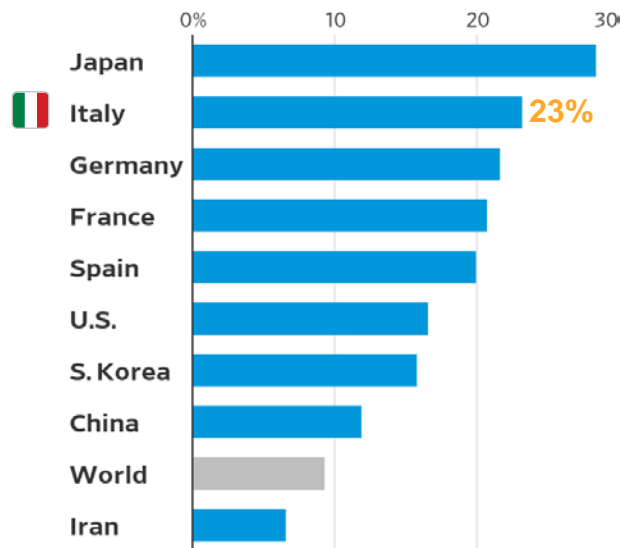


... questo si riflette nell'invecchiamento della popolazione..

Percentage of population over 65, 2020

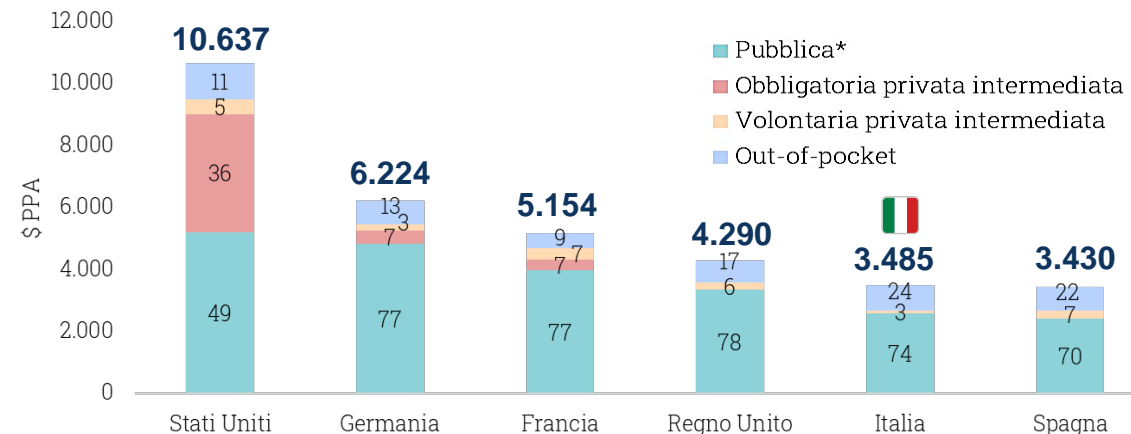
..e sullo stato di buona salute

- Il 40,9% della popolazione soffre di almeno una patologia cronica
- 32,9% della popolazione over 75 è non autosufficiente

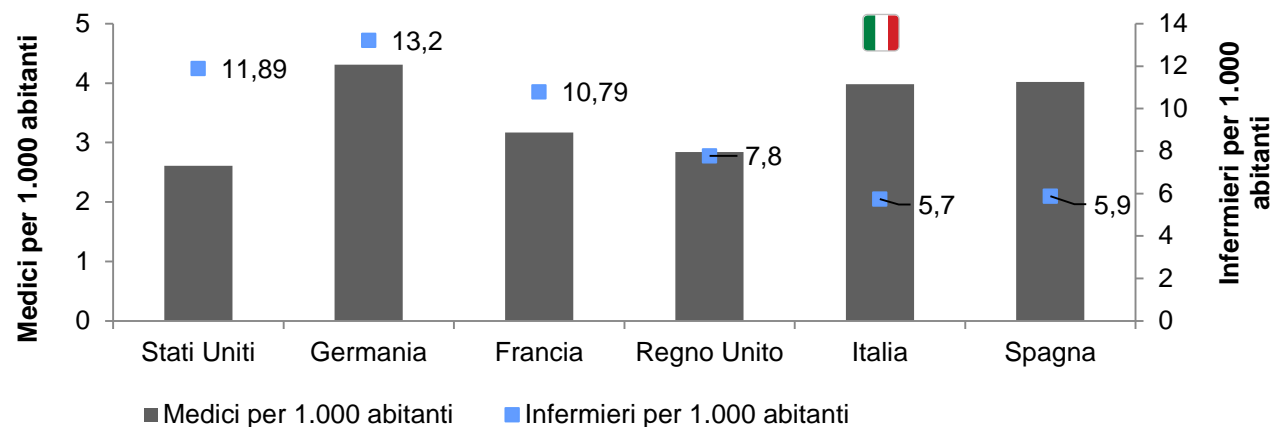


Source: UN Population Division

La spesa sanitaria pro capite è sensibilmente contenuta rispetto agli altri Paesi sviluppati



.... Conseguentemente si osserva un'offerta meno strutturata e ricca dei benchmark internazionali soprattutto sul versante infermieristico



#10 Skill mix. È necessario accompagnare lo skill mix change tra medici e professionisti sanitari attraverso almeno tre azioni

PROPOSTA

Accompagnare verso un cambio di ruoli

- I grandi trend demografici ed epidemiologici hanno evidenziato nuovi bisogni che possono essere **soddisfatti** da **professionisti sanitari e case manager**
- È necessario **ripensare** ad **un cambio di ruoli** nella presa in carico dei pazienti che **valorizzi** sia i **medici** sia gli **operatori sanitari**

Favorire il cambio di competenze

- I nuovi ruoli assegnati devono essere accompagnati da processi formativi che preparino medici e infermieri ai ruoli ad essi assegnati

Ridisegnare i processi produttivi

- I processi di erogazione dei servizi sanitari devono essere ridisegnati, tenendo conto di:
 - Progresso tecnologico e la multicanalità dei percorsi
 - Nuovi ruoli e competenze assegnate e medici e infermieri

CONDIZIONI ATTUATIVE

- È necessario fare un distinguo sulla destinazione delle risorse sulla base della natura finanziaria delle stesse. In particolare, è opportuno:
 - Utilizzare la spesa in conto corrente per le nuove assunzioni di personale e colmare il gap di personale infermieristico
 - Utilizzare i fondi EU per la accompagnare lo skill mix change attraverso il rafforzamento delle competenze, ridisegno dei processi

Riflessioni conclusive

1. Il finanziamento del EUNextGen è condizione necessaria ma non sufficiente per rilanciare il SSN: occorre un progetto di cambiamento (Riforma?)
2. I progetti (le riforme) non vanno semplicemente annunciati: vanno realizzati
3. La programmazione e il monitoraggio si devono focalizzare sui risultati (outcome), anche per salvaguardare l'autonomia regionale prevista dalla Costituzione
4. Nel rapporto Stato-Regioni occorre bilanciare (i) incentivi (ii) supporto (norme, competenze) (iii) poteri sostitutivi