



Sanità Futura: quali prospettive per lo sviluppo del Sistema Lombardo?

*I risultati della 1° edizione del
"Forum Sanità Lombarda Futura"*

© 2022 Edizioni Angelo Guerini e Associati srl
via Comelico, 3 – 20135 Milano
<http://www.guerini.it>
e-mail: info@guerini.it

Prima edizione: novembre 2022

Ristampa: V IV III II I 2022 2023 2024 2025 2026

Publisher Antonello De Simone

Copertina di Donatella D'Angelo

Printed in Italy

ISBN 978-88-6250-880-3

Le fotocopie per uso personale del lettore possono essere effettuate nei limiti del 15% di ciascun volume/fascicolo di periodico dietro pagamento alla SIAE del compenso previsto dall'art. 68, commi 4 e 5, della legge 22 aprile 1941 n. 633.

Le fotocopie effettuate per finalità di carattere professionale, economico o commerciale o comunque per uso diverso da quello personale possono essere effettuate a seguito di specifica autorizzazione rilasciata da CLEARedi, Centro Licenze e Autorizzazioni per le Riproduzioni Editoriali, Corso di Porta Romana 108, 20122 Milano, e-mail autorizzazioni@clearedi.org e sito web www.clearedi.org.

SANITÀ FUTURA: QUALI PROSPETTIVE PER LO SVILUPPO DEL SISTEMA LOMBARDO?

I risultati della 1° edizione del
Forum Sanità Lombarda Futura

GUERINI
E ASSOCIATI

INDICE

7 PREFERAZIONE
a cura di Lorenzo Minetti

9 CAPITOLO 1
Proposte per un sistema di Procurement «Value Based»
al servizio del Sistema Sanitario Regionale
a cura di Federico Lega

1.1 Premesse, p. 9 – 1.2 I punti di partenza per la discussione
con la Direzione Generale Welfare Lombardia, p. 11 – 1.3 La
modellizzazione dei Consorzi, p. 13 – 1.4 Il Comitato Tecnico
Scientifico, p. 16 – 1.5 Il Value Based Procurement, p. 17

21 CAPITOLO 2
Azioni per il consolidamento e completamento dello svilup-
po dei servizi sociosanitari e della rete integrata territorio-o-
spedale
a cura di Federico Lega

2.1 Premesse, p. 21 – 2.2 Riflessioni per l'agenda strategica
del Sistema Sanitario Regionale Lombardo, p. 23 – 2.3 Stimoli
per l'attuazione della DGR XI/6760, p. 27 – Tabella sinottica
DGR XI/9790 e contributi del Tavolo di lavoro

37 CAPITOLO 3

Il ruolo dei dati in Sanità: sfide e opportunità

a cura di Paolo Locatelli, Chiara Sgarbossa, Deborah De Cesare, Rossella Onofrio, Margherita Mazzeo

3.1 Premessa, p. 37 – 3.2 Il modello della Connected Care e i dati per la gestione sociosanitaria, p. 38 – 3.2.1 Le tipologie di dati rilevanti alla gestione sociosanitaria, p. 39 – 3.2.2 Le principali sfide alla valorizzazione dei dati, p. 41 – 3.3 La valorizzazione del dato per scopo di governo: i flussi informativi dell'NSIS, p. 42 – 3.4 Le iniziative regionali in corso, p. 45 – 3.4.1 Territorio senza carta – il Sistema di Gestione Digitale del Territorio, p. 45 – 3.4.2 Digitalizzazione delle strutture ospedaliere e Cartella Clinica Elettronica Regionale, p. 47 – 3.4.3 Fascicolo Sanitario Elettronico, p. 49 – 3.4.4 Piattaforma Regionale di Telemedicina, p. 49

51 CAPITOLO 4

Road-map e stimoli per una nuova stagione di Politica del Personale delle Aziende sanitarie

a cura di Federico Lega

4.1 Premesse, p. 51 – 4.2 I punti di partenza per la discussione con la Direzione Generale Welfare Lombardia, p. 54 – 4.3 Dal portafoglio di opportunità (o necessità) all'agenda di lavoro, p. 58 – 4.4 Le azioni di oggi per domani. Partire dal Welfare aziendale per generare benessere organizzativo, p. 60

65 CONCLUSIONI

73 GLI AUTORI

PREFAZIONE

LA FORZA DEL SISTEMA

a cura di Lorenzo Minetti

Il 2022 è stato un anno caratterizzato da numerose sfide per il Sistema Sociosanitario Lombardo, che hanno costretto tutti gli operatori del settore a fare i conti con importanti cambiamenti sia endogeni che esogeni.

Da una parte i primi passi per l'implementazione della legge regionale 22/2021, in modo da recepire nel proprio sistema dei servizi sia le indicazioni arrivate da AGENAS sulla legge regionale 23/2015 sia quelle contenute nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, soprattutto inserendo le nuove unità di offerta in esso previste come le Case di Comunità, gli Ospedali di Comunità e le Centrali Operative Territoriali. Va in particolare segnalata l'approvazione con la DGR 6760 del modello organizzativo e dei criteri di accreditamento lombardo per l'applicazione del Decreto Ministeriale 77/2022, riguardante il regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel servizio sanitario nazionale.

Dall'altra parte la graduale normalizzazione della situazione Covid-19, la gestione della carenza di personale nelle strutture, la conseguenza dei rincari energetici sui costi delle pre-

stazioni e la necessità di trasformazione digitale e di innovazione tecnologica sono solo alcune delle questioni più urgenti che hanno e stanno tutt'ora contraddistinguendo le dinamiche del sistema lombardo.

E proprio in questa complessità di scenario si è inserita la 1° edizione del *Forum Sanità Lombardia Futura*, promosso da ECOLE in collaborazione con Confindustria Lombardia, Farindustria, Università degli Studi di Milano, Politecnico di Milano, AIOP Lombardia, Cluster lombardo scienze della vita e Fondazione Sanità Futura; in continuità con quanto emerso dal progetto pilota del 2021 «*Il Manager della Sanità Futura*»

Il risultato principale del *Forum* è stato creare una rete di dialogo e confronto dell'intera filiera sociosanitaria lombarda coinvolgendo tutti gli *stakeholder* che, a diverso titolo, operano quotidianamente nel Sistema Sanitario Regionale. Un vero e proprio modello di «sistema» che lavora con e per il sistema. Una rete che ha supportato concretamente – attraverso proposte strategiche ed operative – l'azione programmatica regionale, grazie al dialogo costante con i dirigenti della Direzione Generale Welfare e al loro coinvolgimento attivo in tutte le fasi dell'iniziativa.

L'obiettivo di questo volume è proprio quello di riassumere tali proposte, sintesi dei Tavoli di lavoro svolti durante tutto l'anno.

CAPITOLO 1

PROPOSTE PER UN SISTEMA DI PROCUREMENT «VALUE BASED» AL SERVIZIO DEL SISTEMA SANITARIO REGIONALE LOMBARDO

a cura di Federico Lega

1.1 Premesse

Un Sistema Sanitario Regionale quale quello lombardo che gestisce 20 miliardi di euro di spesa sanitaria deve necessariamente avere un sistema di acquisti di primo livello. Basta questa premessa per spiegare l'importanza del lavoro svolto dal Tavolo di lavoro sul «*Procurement*» per contribuire e sostenere l'attività dell'Assessorato Welfare sulla specifica materia, in continuità con quanto già operato nella prima progettualità del «*Il Manager della Sanità Futura*» e che aveva affrontato il tema degli acquisti alla luce delle criticità poste dall'emergenza sanitaria dovuta alla pandemia da Covid-19. Un'ulteriore premessa (nonché riconoscimento) è la presenza in Regione Lombardia di un sistema di acquisti evoluto, solido e capace di lavorare per grandi volumi e altissime specializzazioni, con professionalità di primissimo livello. In questa prospettiva è un ulteriore titolo di merito la volontà della dirigenza regionale di valutare e approfondire le possibili modifiche migliorative all'assetto istituzionale e organizzativo della propria funzione acquisti per il settore sanitario, consapevole che solo l'aggiornamento continuo, stimolato dal confronto con gli operatori economici e i professionisti del proprio sistema,

possa garantire al Sistema Sanitario Regionale stesso le performance adeguate a sostenerne funzionamento a regime ed innovazione costante.

Il Tavolo di lavoro, sempre in continuità con quanto già messo a fuoco l'anno scorso, ha quindi elaborato riflessioni e specifiche azioni concrete su temi qualificanti la funzione *Procurement* di sistema. Inoltre, convenendo con la dirigenza regionale e nello specifico con la Dott.ssa Roberta Pavesi sull'importanza di alcune azioni da presidiare nel breve termine, è giunto a delineare tre auspicabili traiettorie di intervento immediato.

Rispetto alle azioni concrete si segnalano:

- L'elaborazione, su base triennale e con aggiornamenti annuali, di un documento guida sulle priorità che il settore sta perseguendo rispetto al *Procurement* e l'acquisto di determinati prodotti o servizi materiali per definire uno scenario, ed orizzonte, che possa orientare il settore industriale ed i singoli operatori economici nella loro attività programmatoria e di sviluppo strategico.
- La costituzione di reti tra ingegneri clinici, tra provveditori, tra farmacisti ed eventuali altri ruoli professionali al fine di creare comunità di pratiche stabili che consentano la crescita professionale e la condivisione delle buone prassi. All'interno delle reti stesse, inoltre, si ravvisa l'individuazione di *leader* di competenza per specifiche materie o tipologie di prodotto che, oltre a essere riferimenti a supporto della «regia» regionale degli acquisti/innovazione, diventino gli interlocutori con cui il mondo della fornitura potrebbe dialogare per approfondire necessità e bisogni e per creare un quadro sistemico per quanto riguarda la programmazione.

Le tre traiettorie di intervento auspiccate sono invece:

- I. L'evoluzione di ruolo ed assetto dei Consorzi interaziendali.
- II. La costituzione di un Comitato Tecnico Scientifico in grado di orientare e sostenere la crescente «sostanziazione» dei processi di acquisto.
- III. Le possibili modalità di introduzione del concetto di Value Based Procurement (VBP).

Nel resto del capitolo si approfondisce il percorso che ha portato all'individuazione di questi tre oggetti di attenzione e i contenuti specifici a essi correlati.

1.2 I punti di partenza per la discussione con la Direzione Generale Welfare Lombardia

Stante la centralità della funzione del *Procurement* per un efficiente ed efficace funzionamento del Sistema Sanitario Regionale, il tema era già stato affrontato in una prima serie di incontri che avevano evidenziato le seguenti necessità, a oggi temi centrali nell'agenda evolutiva del Sistema Sanitario Regionale Lombardo:

- La trasformazione della «missione» della Centrale d'Acquisto ARIA maggiormente orientata verso il governo clinico ancor prima dell'«economizzazione» degli acquisti, nonché promotrice di confronto tra le diverse aziende ed imprese del Sistema Sanitario Regionale per determinare quali prodotti e servizi vengano realmente utilizzati, al fine di aiutare il sistema delle aziende a identificare cosa è meglio comprare.

- Una migliore definizione della «regia» del fabbisogno e l'importo di base d'asta: a oggi non esiste un momento di programmazione regionale che permetta di avere contezza di quelli che potrebbero essere gli sviluppi del mercato.
- La misurazione dell'impatto degli acquisti dalla «prospettiva sanitaria», oltre che economica, al fine di introdurre logiche di acquisto per performance, risultato ed *outcome* (*Value Based Procurement*), che includano anche una metrica di valutazione dell'impatto.
- Un maggior equilibrio nelle logiche di acquisto: se grazie alla metrica collegata alla «prospettiva sanitaria» diventa possibile e funzionale misurare come un determinato prodotto/servizio/tecnologia impatti sulla salute, è a sua volta possibile (e doveroso) costruire dei criteri di aggiudicazione che siano meno focalizzati sulla parte economica (che a oggi rimane in ogni caso quella preponderante).
- Superare la retorica dei servizi migliorativi: sempre più spesso il bene/servizio non viene acquistato singolarmente ma all'interno di «pacchetti» che contengono anche altri servizi migliorativi, sebbene spesso all'atto pratico le aziende sanitarie non beneficino realmente di questi servizi.
- Favorire il dialogo costruttivo, tramite l'attivazione di un Comitato Tecnico Scientifico di livello regionale o tavoli specifici aziendali che consentano una programmazione di incontri, in cui si possano confrontare acquirente e fornitore in maniera trasparente ed efficace.

Fermo restando quindi il contributo dato dal Tavolo sul *Procurement* nella prima fase del progetto, in questa seconda si sono progressivamente messi a fuoco, con la guida della dirigenza regionale, i tre seguenti ulteriori oggetti di lavoro anticipati

nelle premesse e su cui si sono concentrate le attenzioni e gli sforzi attuativi:

- La modellizzazione dei Consorzi (ed eventuale loro specializzazione).
- La costituzione di un Comitato Tecnico Scientifico (CTS) specifico per il sistema di acquisto e un modello di «dialogo» di settore.
- Il *Value Based Procurement*, con annesse riflessioni e nuove proposte.

Di seguito i risultati del lavoro del Tavolo, per ogni punto di cui sopra, sono illustrati e approfonditi.

1.3 La modellizzazione dei Consorzi

I Consorzi rappresentano un livello operativo di sistema che completa e supporta la funzione di ARIA secondo una duplice prospettiva: da un lato guidano e gestiscono la raccolta dei fabbisogni, dall'altro eseguono acquisti specifici necessari ai singoli territori/attori (o a una classe di questi ultimi) del Sistema Sanitario Regionale tramite delega alle singole aziende.

Le proposte emerse dal Tavolo di lavoro per migliorare la funzionalità dei Consorzi attengono all'assetto organizzativo e operativo, e sono le seguenti:

- Revisione dei perimetri geografici. L'attuale configurazione territoriale dei Consorzi appare migliorabile. Si è così convenuto sulla proposta di avere tre consorzi «geografici»

(Consorzio Area Milano, Consorzio Est Lombardia e Consorzio Ovest Lombardia) ai quali affiancare un ulteriore Consorzio «trasversale» che si dedichi alle materie/prodotti/servizi collegati all'attività di ricerca e innovazione tecnologica, caratterizzati da basso volume (quantità) ed alto costo e complessità tecnica. Si suggerisce quindi di istituire un Consorzio «specializzato», costituito da IRCCS ed aziende dove insiste significativamente l'attività di ricerca universitaria. Tale differenziazione/specializzazione dovrebbe permettere una migliore identificazione dei fabbisogni e successiva eventuale assegnazione alle aziende dei diversi Consorzi di specifiche procedure di gara in funzione delle competenze presenti, così come illustrato al prossimo punto.

- Sviluppo di logiche *Hub&Spoke* tra Consorzi. I Consorzi territoriali svolgono principalmente la funzione di raccolta dei fabbisogni secondo le indicazioni metodologiche definite da Regione ed ARIA, ma ognuno di essi può anche assumere il ruolo di riferimento per uno o più settori merceologici in funzione delle competenze presenti/acquisibili dalle aziende loro costituenti. Questa funzione li trasformerebbe in *Hub* per tutto il sistema, su indicazione di ARIA/Regione per acquisti di un determinato tipo al servizio di tutto il Sistema Sanitario Regionale/aziende con quel determinato fabbisogno. In questa prospettiva risulta che ARIA, d'intesa con la Dirigenza Regionale Welfare, stia già operando in tale direzione mediante l'attivazione di Convenzioni ARIA-Ente per le procedure non DPCM. Qualsiasi modifica nell'assetto dei Consorzi, però, non dovrà in ogni caso alterare il ruolo di «servizio» degli stessi nei confronti di ARIA, mantenendo una modalità di lavoro sinergica ed «in filiera» con l'agenzia stessa. Difatti,

ARIA manterrà il proprio ruolo di braccio operativo di Regione derivando i propri indirizzi di gestione e priorità strategiche dal mandato che riceve da Assessorato Welfare. Operativamente, dunque, ARIA rimarrà la Centrale acquisti deputata a grandi volumi e contenuti tecnici di media-bassa complessità, mentre i Consorzi e le singole aziende che li compongono potranno (e dovranno) focalizzare le proprie attività su quegli acquisti con un elevato contenuto tecnico e in caso di specifiche esigenze di tempi/flessibilità operativa.

- Infine, per migliorare il funzionamento dei Consorzi, si conviene sull'importanza della costruzione di un *team* multidisciplinare di lavoro, dotato delle professionalità necessarie per intercettare efficacemente i bisogni dei professionisti sanitari e contribuire alla definizione della migliore gara possibile. La multidisciplinarietà potrebbe includere professionalità quali farmacisti, fisici, ingegneri clinici, altri professionisti sanitari e tecnici. Inoltre, in affiancamento al provveditore di riferimento per il Consorzio e che partecipa al Comitato di Coordinamento Regionale, è possibile ipotizzare la partecipazione di un ingegnere clinico ed un farmacista di riferimento per ciascun Consorzio, in relazione alle materie da trattare, allo stesso Comitato. Tali professionalità dovranno essere selezionate di regola all'interno di aziende sanitarie differenti da quella da cui proviene il provveditore coordinatore del Consorzio, così da garantire un'ampia rappresentatività degli attori e bisogni dell'area territoriale/linea specialistica. L'individuazione di questi profili potrebbe permettere altresì di creare tra loro comunità di pratiche stabili che consentano la crescita professionale e la condivisione delle buone consuetudini, con anche l'individuazione di knowledge leader quali

riferimenti di sistema per l'analisi dei fabbisogni e la programmazione di sistema ed il dialogo con il settore industriale.

1.4 Il Comitato Tecnico Scientifico

Il Tavolo di lavoro individua l'opportunità di costituire un Comitato Tecnico Scientifico (CTS) quale complemento e completamento del lavoro svolto dal Tavolo Tecnico Appalti (TTA) già esistente, il cui compito è quello di supporto, costruzione e validazione della programmazione acquisti del Sistema Sanitario Regionale. Il Comitato Tecnico Scientifico può svolgere un'utile attività di supporto ad ARIA per mettere a fattor comune la domanda e per farsi promotore dell'emanazione di linee guida tecniche. L'organizzazione del Comitato, con annessa composizione e modalità di funzionamento (selezione dei membri, responsabilità e autorità, funzionamento, tempi di lavoro, collegamenti istituzionali e rete di aziende ecc.), potrà essere caratterizzata dalla presenza di un gruppo di lavoro o commissioni interne per tema/prodotto/materia/servizio specifico.

Il Comitato Tecnico Scientifico potrebbe anche divenire soggetto attivo del dialogo di settore, definibile attorno a tre possibili livelli di ingaggio:

- I. Incontro annuale di programmazione nel gennaio di ogni anno (stile *open day*) tra Regione, aziende ed operatori economici in cui discutere argomenti di programmazione ed approfondire fabbisogni e traiettorie di innovazione (auspicata, in corso, prodotti già in arrivo sul mercato ecc.) che possano indirizzare l'attività di investimento e produzione dell'industria *life science*.

- II. Comitato Tecnico Scientifico, o sua articolazione interna per materia, quale interfaccia degli operatori economici nelle casistiche nelle quali vi sia la necessità di approfondire un tema specifico.
- III. Dialogo costruttivo a livello di ARIA/Consorzio e singola azienda delegata in relazione alle specifiche gare (con la professionalità più indicata oltre il provveditore – ingegnere, farmacista ecc.).

1.5 Il Value Based Procurement

Le logiche *Value Based* stanno fortemente orientando le modalità erogative delle prestazioni sanitarie e socioassistenziali: le dinamiche e politiche di acquisto del settore sanitario sono chiamate anch'esse ad abbracciare tali logiche per accompagnare la «rivoluzione» del valore in sanità. Per far sì che ciò accada è necessario produrre linee guida operative per determinare i criteri tecnici di aggiudicazione delle gare secondo le logiche di *Value Based* e premiare le *performance* (esiti, qualità, produttività, efficientamento ecc.) rese possibili dai prodotti/servizi acquistati.

Il Tavolo di lavoro ha quindi identificato due piani distinti di *Value Based Procurement (VBP)* da inserire nell'agenda del SSR Lombardo:

- Lo sviluppo di criteri per l'aggiudicazione delle gare che includano elementi di apprezzamento del prodotto/servizio basati su esiti o altre misure di performance collegate alla prestazione sanitaria/stato di salute.
- Lo sviluppo di logiche di *Procurement «patient-centred»* ove

siano necessarie ricomposizioni di servizi per una migliore gestione del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI).

In questa prospettiva il primo piano di lavoro focalizza il tema del *Value Based Procurement* dal punto di vista tecnico, suggerendo l'introduzione di misure di impatto quali le scale di funzionalità, qualità della vita, i PREMs (*Patient Reported Experience Measures*), PROMs (*Patient Reported Outcome Measures*) ecc. nonché il loro collegamento a un qualche tipo di premialità rispetto al prezzo base dell'acquisto. Ambiti di sperimentazione con cui cominciare a fare esperienze pilota potrebbero essere quelli dei *medical device* e della robotica.

In relazione a questo sviluppo strategico delle modalità di acquisto verso logiche di *Value Based Procurement*, i partecipanti al Tavolo e la Dirigenza Regionale convengono sull'utilità di una formazione specialistica diffusa nel sistema per consolidare/migliorare il livello di performance del personale e delle funzioni dedicate agli acquisti a livello di singola azienda nonché di ARIA.

Il secondo piano, invece, si focalizza sul contributo del *Value Based Procurement* alla produzione di valore individuale-sociale, ovvero sia all'impatto sulla vita «ordinaria» del paziente, sia sull'esperienza personale che esso vive. È questo il caso, per esempio, delle forniture di beni e servizi ai pazienti domiciliati. Una ricomposizione «a monte» dei fornitori cui deve far riferimento il paziente in assistenza domiciliare (o il suo *caregiver*) potrebbe significativamente migliorare l'esperienza di «fruizione del servizio» (e non di sommatoria di prestazioni) generando la sensazione di una migliore presa in carico organizzativa da parte del Sistema Sanitario Regionale. Forni-

re quindi un «*global service*» attraverso un coordinamento «logistico-organizzativo» tra i fornitori mediante un'unica interfaccia (e responsabilità) nel garantire continuità e correttezza nella fornitura di farmaci, ausili, materiali ecc. potrebbe rappresentare un «salto di valore» offerto al paziente. Questo obiettivo risulta conseguibile attraverso gare «*global*» che richiedano, dunque, l'associazione di imprese per una fornitura integrata.

CAPITOLO 2

AZIONI PER IL CONSOLIDAMENTO E COMPLETAMENTO DELLO SVILUPPO DEI SERVIZI SOCIOSANITARI E DELLA RETE INTEGRATA TERRITORIO-OSPEDALE

a cura di Federico Lega

2.1 Premesse

In Regione Lombardia le tematiche legate all'integrazione tra ospedale e territorio e quelle specifiche di sviluppo dei servizi territoriali sono da molto tempo argomento di dibattito e intervento regolatorio. In questo quadro si inserisce l'ultimo atto regionale, l'approvazione della DGR XI/6760 del 25 luglio 2022 quale diretta conseguenza sia del percorso di sviluppo del settore sociosanitario, avviato qualche anno addietro con il progetto della «presa in cura», sia del DM77 di cui rappresenta il primo intervento attuativo in Regione Lombardia.

Partendo dai contenuti della DGR, e sulla scia delle riflessioni emerse nel primo ciclo delle attività del progetto *Forum Sanità Lombarda Futura*, l'obiettivo del Tavolo di lavoro sulla Medicina Territoriale è stato quello di fornire alla Direzione Generale Welfare, presente nelle figure della Dott.ssa Rosetta Gagliardo e del Dott. Matteo Corradin, stimoli e proposte di azione concrete e attuabili nel breve periodo per il potenziamento della programmazione e gestione dei percorsi/progetti volti al consolidamento e completamento dello sviluppo della rete dei servizi sanitari integrata ospedale-territorio.

Il Tavolo ha quindi lavorato su due percorsi paralleli. Il primo approfondendo le «grandi sfide» del Sistema Sanitario Regionale, ovvero sia quelle rivolte a una maggiore adeguatezza e appropriatezza nella gestione della cronicità mediante la stratificazione dei fattori di rischio della popolazione, la riorganizzazione dei percorsi di presa in carico e cura, ed il potenziamento della medicina territoriale, come richiamato anche dalle diverse progettualità sostenute dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.

In questa prospettiva, i «punti di partenza» e gli oggetti di attenzione per i lavori del Tavolo sono stati:

- L'implementazione della medicina di iniziativa attraverso percorsi mirati ai programmi di prevenzione e agli esami di diagnostica preventiva.
- Lo sviluppo delle Case della Comunità (CdC), Ospedali di Comunità (OdC), Centrali Operative Territoriali (COT) e dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) attraverso il rafforzamento della partnership con il settore privato.
- Il potenziamento del ruolo di figure professionali presenti sul territorio quali gli infermieri di famiglia e quelli di comunità.
- L'ingaggio della Medicina Generale in qualità di figure di *first contact* con la popolazione e di *gatekeeping* delle specialità ospedaliere e ambulatoriali.
- Il possibile ruolo degli altri attori sul territorio che possano fare «filiera e rete» con il Sistema Sanitario Regionale, quali il privato accreditato e le farmacie territoriali.

Il secondo percorso di lavoro ha invece avuto un *focus* più specifico su mandato preciso della Dirigenza Regionale, ovvero sia quello di approfondire i contenuti della DGR XI/6760

sia di elaborare proposte su alcuni particolari aspetti che potrebbero rappresentare stimoli e ulteriori interventi utili al completamento e attuazione del processo di sviluppo, come designato dalla stessa DGR.

Nel prosieguo di questo capitolo le tematiche sopra richiamate saranno esplose e approfondite, riportando le sintesi dei risultati del Tavolo di lavoro con l'obiettivo ultimo di consegnare alla Direzione Generale per il Welfare di Regione Lombardia elementi utili ai processi di indirizzo e normazione ancora in sviluppo.

2.2 Riflessioni per l'agenda strategica del Sistema Sanitario Regionale Lombardo

Nella prospettiva richiamata in premessa, con particolare riferimento al primo percorso di lavoro, gli incontri del Tavolo hanno permesso progressivamente di affinare la diagnosi su quelli che sono i temi «caldi» per lo sviluppo della Medicina Territoriale in Regione Lombardia.

Il Tavolo di lavoro ha declinato concretamente le traiettorie e i «punti di partenza» precedentemente presentati per poter trovare riposte comuni alle domande sorte di conseguenza. In particolare, i quesiti di partenza per la discussione con la Direzione Generale Welfare sono stati:

- Come gestire la complessità assistenziale mediante gruppi multidisciplinari di presa in carico dei pazienti cronici? Come inserire i medici di Medicina Generale all'interno di unità di lavoro integrate e organizzate per la presa in carico e cura degli assistiti?
- Come potenziare e consolidare l'utilizzo sul territorio di

strumenti di monitoraggio dell'aderenza e dell'appropriatezza terapeutica?

- Come è previsto l'inserimento delle nuove tecnologie nel Sistema Sanitario Regionale? Come sarà possibile sfruttarne al meglio le potenzialità per potenziare l'erogazione delle prestazioni e il complessivo funzionamento del Sistema?
- Come le nuove tecnologie favoriranno l'implementazione di un sistema di cooperazione tra professionisti e tra enti, agevolando così la costruzione e il corretto funzionamento della rete ospedale-territorio?

Le domande configurano un'agenda di lavoro di non indifferente portata per la Direzione Generale Welfare e gli ambiti di lavoro e le attività che da essi derivano sono numerosi e a loro volta comportano un'attenzione particolare nella programmazione di ciascuno.

Dall'insieme delle riflessioni scaturite dal dibattito del Tavolo rispetto a tali quesiti, e tenuto conto dell'attuale assetto organizzativo regionale e della riorganizzazione (e le novità) contenuta nella DGR 6760 ispirata ai nuovi paradigmi della sanità territoriale, sono emersi differenti punti di riflessione da porre all'attenzione della Dirigenza Generale Welfare e quale «*check list*» per l'agenda di lavoro *in progress*:

- Definire gli assetti operativi delle Case della Comunità (CdC), ossia definire attività da svolgere, prestazioni da erogare, ruoli e responsabilità delle singole professionalità coinvolte. Tali aspetti operativi e funzionali delle CdC non potranno prescindere da un forte legame con la telemedicina in tutte le sue declinazioni (televisita, teleconsulto, telemonitoraggio ecc.).

- Definire il ruolo e il mandato del Direttore di Distretto Sociosanitario con particolare riguardo alle funzioni che esso potrà svolgere negli ambiti di programmazione, committenza e sviluppo dei servizi territoriali in coerenza con gli standard espressi dal DM 77 e gli obiettivi del Piano Nazionale Cronicità.
- Sostenere lo sviluppo dell'Assistenza Domiciliare Integrata a supporto dei pazienti cronici, sia tramite erogazione diretta, sia tramite committenza verso soggetti privati già ampiamente presenti e qualificati sul territorio lombardo.
- Sviluppare modelli e piattaforme di comunicazione che permettano la raccolta e la diffusione di dati e informazioni tra l'ospedale e gli enti territoriali. Anche in questo caso le nuove tecnologie e la telemedicina potranno svolgere un ruolo significativo nel semplificare le attuali procedure sebbene, al contempo, si riscontri la necessità di un intervento normativo-istituzionale sul fronte della *privacy*.
- Definire linee guida comuni tra le aziende sanitarie del Sistema Sanitario Regionale per lo sviluppo di modelli di committenza dei servizi territoriali e di funzionamento dei processi di presa in carico e cura del paziente anche attraverso forme di collaborazione tra pubblico e privato accreditato. In particolare, emerge una opportunità importante nel coinvolgere attivamente il privato accreditato sia in fase di programmazione che di gestione diretta (o contributo al funzionamento operativo) di parte delle nuove strutture, CdC e OdC in particolare.

A partire dalla ricognizione di questioni aperte sopra richiamata, il Tavolo di lavoro ha poi progressivamente focalizzato la propria attenzione e i propri sforzi verso precisi aspetti di possibile intervento da «consegnare» alla Dirigenza Generale

Welfare per le sue opportune considerazioni. Tra i vari aspetti, questi che seguono assumono particolare rilevanza:

- Dare impulso deciso alla declinazione dei principi del «*population health management*» attraverso l'attività di stratificazione della popolazione e i compiti e mandati da conferire ai nuovi setting di cura territoriali e figure professionali operanti in essi (Direttore di Distretto, Coordinamento CdC, infermiere di famiglia e di comunità ecc.).
- Definire subito un mandato «quadro» per le direzioni dei Distretti Sociosanitari sull'intero territorio lombardo, di modo da uniformare le attese di lavoro e responsabilità connesse. Come conseguenza diretta, Regione potrebbe anche stimolare la creazione di una comunità di pratiche stabile tra i Direttori di Distretto, di modo da generare un contesto di continuo confronto e stimolo.
- Definire linee guida comuni per lo sviluppo nelle ASST di modalità di committenza dei servizi territoriali e di funzionamento dei processi per la presa in carico, e in particolare per la gestione dell'ADI, che si avvalgano di logiche di «*global/full service*», anche attraverso una partnership con il privato.
- Dare impulso a possibili forme di committenza o co-gestione dei nuovi setting (CdC e OdC) in partnership con il privato accreditato.
- Definire subito una politica comune a livello di intero Sistema Sanitario Regionale per l'introduzione, l'applicazione e lo sviluppo dei servizi di telemedicina nelle aziende ospedaliere e nei setting di assistenza territoriali, che favorisca l'ingaggio e la comunicazione tra MMG e altri specialisti dentro e fuori le strutture ospedaliere.

- Definire nel modo più puntuale possibile le attese di ruolo e del perimetro di competenza delle COT nella duplice ottica di favorire (a) la continuità assistenziale e (b) il monitoraggio e l'aderenza ai PAI.
- Dare impulso per la definizione di un cruscotto di indicatori a supporto dell'attività del Direttore di Distretto, che consentano un adeguato e tempestivo monitoraggio dell'attuazione dei PAI (sia da parte della Medicina Generale che dei professionisti ospedalieri e territoriali), dell'attività di ADI nonché del rispetto dei criteri di accesso alle prestazioni delle Cdc e OdC e i volumi erogati. Inoltre, particolare attenzione dovrà essere posta a raccogliere elementi di valutazione di *customer satisfaction* rispetto a tutti i setting assistenziali, e messa in atto di opportuni processi di «presa in carico» delle criticità che potrebbero emergere.

2.3 Stimoli per l'attuazione della DGR XI/6760

Il secondo percorso di lavoro svolto dal Tavolo ha invece riguardato proposte pratiche per interventi e attività rispetto alle tematiche e indirizzi introdotti dalla DGR XI/6760.

Nella Tabella 2.1 sono presentate in modo sinottico le specifiche raccomandazioni del Tavolo in relazione alle singole componenti della DGR 6760 di Regione Lombardia.

Tali raccomandazioni vanno lette sempre come «stimoli», ovvero come il tentativo di proporre una *check list* che la Direzione Generale Welfare possa fare sua nel valutare contenuti e completezza degli interventi in corso per dare seguito a tutto il processo di riorganizzazione dei servizi territoriali avviato con la stessa DGR.

Il Tavolo ha altresì convenuto che la definizione di mo-

menti di confronto e dibattito «aperti», come quello svolto nel corso dell'evento residenziale nei due giorni condotti a Desenzano del Garda, sono fondamentali per creare quell'*humus* di fondo in tutte le componenti del Sistema Sanitario Regionale funzionale al successo dei processi di riforma.

Avere la possibilità di dialogare tra componente Dirigenza Generale Welfare, operatori pubblici, privato accreditato, operatori economici, farmacie territoriali, Medici di Medicina Generale e mondo accademico/formazione è un valore aggiunto di significativa rilevanza per generare allineamento e convogliare attenzioni ed energie verso priorità comuni.

Sempre in questa prospettiva, si ribadisce l'importanza che nello sviluppo delle politiche sanitarie di Regione Lombardia sia il mondo delle farmacie territoriali, sia quello del privato accreditato vengano coinvolti attraverso momenti di confronto a livello programmatico e costruzione di ruoli specifici nel dare seguito ai progetti di CdC, OdC e di medicina di iniziativa connessa alla grande ambizione del *population health management*.

Tabella 2.1. Tabella sinottica DGR XI/6760 e contributi del Tavolo di lavoro

DGR XI/6760	Indicazioni del Tavolo di lavoro
<p>Distretto</p> <p>Secondo quanto definito dal D.lgs 30 dicembre 1992, n. 502 e come previsto dalla Legge Regionale n. 33/2009 così come modificata dalla LR n. 22/2021, il Distretto è una articolazione organizzativa che afferisce alla Direzione Sociosanitaria delle ASST e assume un ruolo strategico di gestione e coordinamento organizzativo e funzionale della rete dei servizi territoriali. Tale rete si comporrà di nuove strutture: in ogni Distretto saranno infatti presenti due o più CdC, almeno un OdC e una COT. [...]</p>	<p>A livello distrettuale è necessaria una chiara definizione di modello di stratificazione della popolazione per una corretta programmazione delle attività da erogare nei differenti setting di presa in carico e cura nonché delle attività di prevenzione.</p> <p>Deve essere compito primario del Direttore di Distretto procedere alla stratificazione della sua popolazione, con riferimento sia ai fattori di rischio su cui intervenire precocemente, sia a quella parte della popolazione con cronicità severa e fragilità sociale che richiede particolare attenzione e presa in cura e carico.</p> <p>Tale stratificazione va condotta assieme agli specialisti ospedalieri degli ospedali di riferimento per il distretto (parte dai processi di dimissione) ai MMG e agli infermieri di famiglia, e deve consentire progressivamente una mappatura esaustiva dei bisogni presenti nel territorio del Distretto.</p>
<p>Casa di Comunità</p> <p>La Casa di Comunità (CdC) rappresenta il modello organizzativo e di servizio che rende concreta l'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento e l'atti-</p>	<p>All'interno delle CdC si ravvisa la necessità di figure di coordinamento quali un Coordinatore Organizzativo e un Coordinatore Clinico, il cui operato parta da un'ana-</p>

vazione di logiche e processi di sanità di iniziativa, con attenzione specifica alla prevenzione e all'offerta di servizi sanitari e sociosanitari con condizioni cliniche che non richiedono gestione esclusivamente ospedaliera, ma sono gestibili a livello territoriale. La CdC dipende gerarchicamente dal distretto e costituisce una piattaforma erogativa per tutti i dipartimenti e le UO della ASST. [...] Le funzioni della CdC sono riconducibili a 4 macroaree, che seppur distinte devono interagire tra loro:

- Area di accesso e dei servizi amministrativi, che comprende gli sportelli informativi polifunzionali, il PUA, il CUP, il servizio di scelta e revoca MMG/PLS e i servizi di accettazione ecc.
- Area dell'assistenza primaria, che comprende le attività di MMG/PLS, Medici di Continuità Assistenziale, ADI e IFeC. La realizzazione delle CdC deve costituire stimolo a uno sviluppo dei modelli associativi ed erogativi della medicina di famiglia e dell'interazione e integrazione dei diversi professionisti coinvolti nell'Assistenza Primaria.
- Area della specialistica ambulatoriale e della diagnostica di base, rivolta a tutti i cittadini, prevalentemente residenti nel territorio servito dalla CdC che necessitano di prestazioni sanitarie di primo livello.
- Area della prevenzione e promozione della salute, anche attraverso interventi realizzati dall'equipe sanitaria con il coordinamento del Dipartimento di Pre-

lisi congiunta dei bisogni. Il primo potrà essere assicurato da un professionista proveniente dalla ASST, mentre il secondo ruolo potrebbe essere affidato ad un MMG che opera all'interno dell'AFT con la funzione di coordinamento delle attività cliniche, anche per favorire l'engagement della Medicina Generale nei processi di sviluppo della CdC. Tra le funzioni del Coordinatore Clinico vi dovrà essere il mantenimento (e consolidamento) dei rapporti con i Dirigenti di altre strutture per la gestione delle problematiche cliniche per i pazienti arruolati in Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), mentre al Coordinatore Organizzativo sarà richiesta la gestione amministrativa della presa in carico e cura dei pazienti (appuntamenti, follow-up) in collaborazione con le COT.

L'organizzazione della CdC deve prevedere gli operatori presenti e gli orari di servizio di apertura minimi obbligatori, sia come orario complessivo del servizio, che come orario di presenza per ciascuna tipologia di professionisti in base alla popolazione di riferimento della CdC. I Medici di Medicina Generale operanti all'interno delle CdC dovranno avere a disposizione personale amministrativo di supporto e personale infermieristico dedicato per la gestione dei programmi e delle attività di medicina di iniziativa (screening, prevenzione). Inoltre, lo spazio loro dedicato deve divenire l'ambulatorio principale del Medico.

venzione, con particolare riferimento ai programmi di screening, all'attività di proflassi vaccinale e di sorveglianza delle malattie infettive.

- Area dell'integrazione con i servizi sociali e con la comunità, che si esplicita attraverso il Punto Unico di Accesso (PUA), l'integrazione di servizi sanitari e socio-sanitari con quelli socioassistenziali dei comuni e degli ambiti sociali, attraverso la valorizzazione delle reti sociali (reti informali, reti di volontariato, terzo settore, associazioni di pazienti ecc.).
-

L'Infermiere di Famiglia e Comunità, collocato sul territorio nel rispetto del principio di prossimità (dimensioni geografiche, morfologia del territorio, densità popolazione, corrispondenza con AFT), dovrà svolgere attività per la gestione dei pazienti arruolati nelle attività di medicina di iniziativa (programmi di prevenzione) e dei pazienti in regime di assistenza domiciliare. Nel suo ruolo dovrebbe essere prioritaria la supervisione della gestione di pazienti in follow-up o dimessi per prestazioni di medio/bassa complessità (medicazioni, verifica farmaci, piani riabilitativi semplici ecc.). Esso dovrà dunque relazionarsi non solo con il paziente ma anche con gli altri professionisti e con gli enti erogatori. Occorre (come per tutte le prestazioni delle CdC) predisporre un sistema di monitoraggio (e ove necessario anche tariffario) specifico per queste attività che vanno comunque concordate con i medici che hanno in cura o che hanno sviluppato il PAI del paziente.

Per garantire la prossimità assistenziale, inoltre, nelle CdC è fondamentale la presenza di personale dei Servizi Sociali, dei Dipartimenti di Prevenzione (vaccinazioni, screening), servizi per la salute mentale e le dipendenze, attività consultoriali e associazioni di volontariato.

Per garantire la continuità assistenziale nelle CdC dovranno svolgere un ruolo chiave anche medici specialisti delle branche attinenti alle patologie croniche a maggior impatto epidemiologico (scompenso cardiaco,

diabete, BPCO ...) o di altre specialità in base all'analisi del bisogno calcolato attraverso la stratificazione della popolazione per lo specifico territorio di attività. Inoltre, gli specialisti dovrebbero poter operare sia in sede che attraverso gli strumenti di telemedicina (formando un riferimento continuo e sistematico ai MMG della CdC attraverso consulti a richiesta e second opinion/revisioni). Inoltre, si ritiene necessario predisporre un formato *ad hoc* migliore di quello attuale che permetta che il Piano Assistenziale Individuale del paziente sia visibile ed editabile da tutti gli operatori in tempo reale.

In capo alla Casa della Comunità vi sarà anche la gestione dell'ADI. È necessario permettere al personale dedicato di utilizzare strumenti agili di telemedicina (o anche solo di contatto telefonico/video) sia verso i Medici di Medicina Generale che gli specialisti (sia operanti nella CdC che nei reparti ospedalieri) così da limitare gli accessi impropri in Pronto Soccorso. Inoltre, il personale sanitario ADI dovrebbe potersi interfacciare direttamente con le Farmacie territoriali afferenti al domicilio del paziente, per eventuali necessità emerse durante la visita domiciliare, di modo da semplificare la vita del paziente/caregiver dove vi siano necessità che per il loro soddisfacimento richiedano una organizzazione particolare con la farmacia di riferimento sul territorio.

L'ADI deve essere ulteriore oggetto di specifica attenzione, sia come contenuto che come tariffazione: occorre

riflettere se ai gestori ADI possa essere affidata anche la fornitura ed erogazione dei presidi e dispositivi medici (ossigeno, alimentazione dispositivi diabetici ecc.). Infine, va perfezionata la funzione di controllo che non può essere solo amministrativa ma deve verificare la qualità del servizio.

All'interno della CdC, infine, dovrà essere presente un PUA che operi in maniera integrata con la Centrale 116117. Il PUA dovrà avere il solo compito di orientare il cittadino e indirizzare la risposta al servizio adeguato sulla base della complessità socioassistenziale, senza proccessarlo. Il PUA, dunque, potrebbe essere organizzato su diversi livelli di intensità in base al bisogno, adottando moduli organizzativi integrati con i servizi sociali diretti all'orientamento della presa in carico della domanda sociale in rete con l'offerta dei servizi presenti sul territorio. In via operativa si potrebbe studiare/approfondire il modello 112 EE.UU.

Centrale Operativa Territoriale

Ogni ASST si dota di una piattaforma di servizio unitaria le cui funzionalità si articolano a livello aziendale e distrettuale, attraverso il sistema delle Centrali Operative Territoriali. Le principali funzioni sono le seguenti:

- *Transitional Care* dei pazienti dell'area della fragilità e dei non autosufficienti tra i nodi delle cure intermedie, ADI e strutture socioassistenziali e le reti ospedaliere;
- Servizi per il reclutamento attivo e la gestione dei pa-

Per quanto concerne i rapporti tra la Medicina Generale e la COT è necessario instaurare un rapporto continuativo di collaborazione tra le due realtà. I MMG dovranno essere tenuti a rispondere prontamente alla COT secondo tempi e protocolli condivisi per permettere al cittadino una reale continuità assistenziale. La COT al tempo stesso dovrà assicurare una interfaccia continua e sistematica per evadere tempestivamente le richieste pro-

<p>zienti affetti da patologie croniche;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organizzazione, governo e messa a disposizione delle centrali di telemedicina. [...] <p>Secondo il DM 77/2022, la Centrale Operativa Territoriale (COT) svolge una funzione di supporto in back office e di raccordo tra i professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La gestione delle segnalazioni che arrivano dai diversi servizi/professionisti; [...] • Il supporto nell'identificazione del setting più adatto per ciascun caso, attivando il percorso di transizione e monitorando l'offerta disponibile (ospedale, cure intermedie, ADI) prenotando o attivando direttamente il servizio; • La garanzia del rispetto dei tempi massimi di permanenza nel setting a tempo definito (es. cure intermedie e riabilitazione) facilitando agli erogatori la dimissione per tempo, grazie alla transizione programmata verso altri servizi (es. ADI o RSA). 	<p>venienti dai MMG. Definire queste routine organizzative è azione fondamentale, e deve vedere coinvolto anche il Direttore di Distretto quale ultimo responsabile di tutta la rete dei servizi.</p>
<p><i>Governance</i> e programmazione</p> <p>La programmazione e l'organizzazione delle attività delle strutture territoriali (CdC/OdC/COT) è in capo alla Direzione strategica della ASST, con responsabilità attuale del Direttore di Distretto, sotto l'indirizzo e coordinamento del direttore sociosanitario.</p> <p>La Direzione Sociosanitaria supervisiona e presiede i percorsi territoriali di cui alla programmazione garan-</p>	<p>È necessario dotare tutte le strutture territoriali (Case di Comunità e Ospedali di Comunità, COT) e i loro professionisti (medici e personale sanitario) di tutti gli strumenti digitali comuni (collegamento a piattaforma di telemedicina, uso di cartelle cliniche e fascicolo sanitario elettronico) per fornire servizi ai pazienti in modo coordinato, e di uno strumento informatico comune per</p>

tendo, in sinergia con le altre componenti della Direzione Strategica:

- La continuità assistenziale;
- Il raccordo tra il polo ospedaliero e quello territoriale;
- L'integrazione sanitaria, sociosanitaria e sociale.

La Gestione Operativa – *Next Generation EU*, in attuazione delle indicazioni regionali, è la struttura deputata ad aumentare efficienza, tassi di saturazione e livelli di produttività anche del polo territoriale delle ASST fungendo da collettore del monitoraggio dell'attività distrettuale di tutta la ASST. [...]

Il Direttore del Distretto, in attuazione delle indicazioni regionali e aziendali, svolge le seguenti funzioni:

- Organizzazione dell'erogazione delle attività, garantendo gli standard previsti;
- Integrazione tra le diverse strutture sanitarie, in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione;
- L'uniformità dei livelli di assistenza e la pluralità dell'offerta, sviluppo dell'assistenza primaria, ivi compresa la continuità assistenziale, attraverso il necessario coordinamento e l'approccio multidisciplinare, in ambulatorio e a domicilio, tra MMG, PLS servizi di continuità assistenziale, IFeC e attività specialistica ambulatoriali;
- L'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, connotate da specifica ed elevata integrazione,

garantire l'efficace presa in carico e la gestione dei percorsi clinico assistenziali nei percorsi di sanità territoriale e di continuità ospedale territorio. Il sistema informatico dovrà garantire funzioni di cartella clinica, di tele visita, di telemonitoraggio e di teleassistenza a remoto. Inoltre, dovranno essere implementati servizi telematici che permettano non solo alla COT ma anche a tutti gli specialisti dentro e fuori le strutture ospedaliere di prendere visione delle disponibilità di visita di altri colleghi così da poter programmare correttamente e realisticamente le attività previste dal PDTA/PAI del paziente in cura.

È necessario strutturare a priori l'orario di permanenza degli specialisti ospedalieri nelle CdC per non lasciare tale decisione alla buona volontà dei medici. Per quanto concerne, invece, i MMG è necessario certamente un accordo a livello sindacale di attuazione decentrata della convenzione, ma altresì è fondamentale lo sviluppo di una strategia «calda» di ingaggio e di costruzione di appartenenza all'azienda e alla CdC, al di fuori e molto oltre la solita relazione contrattuale. Occorre segnare un cambio di passo e «sentimento» nel dialogare con la medicina generale.

I Medici UCA (Unità di Continuità Assistenziale), che potranno contribuire alla copertura oraria del MMG all'interno delle CdC, dovranno essere attivati dalla Centrale unica di coordinamento (centrale 116117 a valenza Aziendale o COT Zonale a seconda del modello organizzativo

nonché delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria in raccordo con i servizi sociali territoriali dei comuni;

- Diffusione delle informazioni sui target di popolazione, sui tassi di reclutamento del bisogno, sulla saturazione della capacity, sugli esiti di salute dei servizi alle varie componenti di servizio e correlata attivazione di processi di *peer audit* e di discussione professionale.

individuato e del bacino di utenza) che riceve la richiesta del MMG e trasferisce il bisogno, favorendo un collegamento diretto tra i vari professionisti, coordinando le attività tra i vari setting di cura e supportando le UCA in tutte le attività correlate alle proprie funzioni (trasferimento di dati, informazioni di tipo anagrafico quando carenti, monitoraggio dei pazienti arruolati, contatti con i medici ospedalieri, programmazione di follow-up e controlli). Vengono garantite in questo modo modalità operative omogenee e ottimizzazione delle risorse tra i Distretti, che mantengono comunque autonomia gestionale e controllo diretto sulle singole UCA.

Infine, la programmazione dovrà essere condivisa tra i professionisti sia all'interno delle strutture territoriali sia tra coloro che operano nei setting ospedalieri. Le agende dovranno essere organizzate secondo i PAI prodotti in ambito ospedaliero specialistico o tramite una funzione di sintesi operata dal MMG e le prestazioni specialistiche dovranno poter essere prenotabili direttamente dai MMG secondo i criteri temporali e specialistici previsti nei rispettivi PDTA (preferibilmente a valenza regionale).

CAPITOLO 3

IL RUOLO DEI DATI IN SANITÀ: SFIDE E OPPORTUNITÀ

*a cura di Paolo Locatelli, Chiara Sgarbossa, Deborah De Cesare,
Rossella Onofrio, Margherita Mazzeo*

3.1 Premessa

Il tema della raccolta, della gestione e della valorizzazione dei dati in Sanità sta sempre di più assumendo maggiore rilevanza per i diversi attori che fanno parte dell'ecosistema salute e l'attenzione su questo fronte a livello di sistema Paese è molto forte. Infatti, anche il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, in quest'ottica, consentirà di investire per rafforzare i sistemi per la raccolta, l'elaborazione e l'analisi dei dati in ambito sanitario.

A oggi viene già raccolta una grande quantità di dati sanitari, da cui potenzialmente sarebbe possibile trarre molte informazioni a supporto della presa di decisioni a livello aziendale, regionale e nazionale. Tuttavia, per sfruttare al meglio questo potenziale, è necessario superare alcune criticità che a oggi impediscono una piena valorizzazione dei dati raccolti, oltre a lavorare su un allargamento a nuove fonti di dati raccogliibili e utilizzabili.

Questo Tavolo di lavoro si è posto alcuni obiettivi relativamente al tema del ruolo dei dati in Sanità, dialogando col Dott. Giovanni Delgrossi, tra cui: comprendere quali siano le tipologie di dati maggiormente utili ai fini di ricerca, cura e

governo del sistema sanitario; definire le principali criticità attuali e le sfide per la valorizzazione di questi dati; definire le linee di azione per il futuro, anche in funzione delle progettualità a oggi in corso di Regione Lombardia.

3.2 Il modello della Connected Care e i dati per la gestione sociosanitaria

Il modello della *Connected Care*, secondo quanto definito dall'Osservatorio Sanità Digitale del Politecnico di Milano, rappresenta l'ecosistema che permette al paziente di accedere alle informazioni sanitarie attraverso piattaforme digitali integrate o interoperabili e di condividere tali informazioni con tutti gli attori coinvolti nel processo di cura (medici e infermieri, operatori sanitari sul territorio e a domicilio, farmacie, assicurazioni ecc.). Allo stesso modo anche i diversi attori che entrano in contatto con il paziente sono connessi tra di loro e hanno a disposizione la storia clinica del paziente, così da supportarli nella presa di decisioni.

Tra i principali attori che producono dati nell'ecosistema della *Connected Care* ci sono il cittadino/paziente, i professionisti sanitari, le aziende sanitarie ospedaliere/ASL/IRCSS ma anche strutture territoriali, pubbliche amministrazioni (es.: Comuni) ecc.

In questo contesto, le Regioni fanno da collettore di dati rilevanti, prodotti da altri attori, per la gestione sanitaria del cittadino. Quello della raccolta, analisi e valorizzazione dei dati sanitari è certamente un ambito ancora da sviluppare e su cui investire, sia in termini economici sia in termini di integrazione/interoperabilità tra sistemi sia in termini di sviluppo di competenze specifiche.

A tal proposito, il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza considera tra i suoi obiettivi il rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica per la raccolta, l'elaborazione e l'analisi di dati con tre principali scopi: cura (es. dati utili alla prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione), ricerca (es.: dati per lo studio e la ricerca in campo medico, biomedico ed epidemiologico) e governo (es.: dati utili alla programmazione sanitaria, verifica della qualità dei servizi erogati ecc.).

È possibile quindi ragionare su quali specifiche tipologie di dati, nella più ampia sfera dei dati per la gestione sociosanitaria del cittadino/paziente, possano essere più utili a tali scopi e quali siano i principali ostacoli da superare per una loro raccolta e valorizzazione.

3.2.1 Le tipologie di dati rilevanti alla gestione sociosanitaria

Prendendo in considerazione alcune tra le principali macro-categorie di dati per la gestione sociosanitaria del cittadino, quali i dati amministrativi, i dati clinici, i dati gestionali/di processo e i dati raccolti dall'esterno e generati dal cittadino tramite interazione *online* (*social media*) o dispositivi indossabili (es.: *wearable device*, *app*) è stato possibile definire con il Tavolo di lavoro alcune tra le principali tipologie di dati afferenti alla categoria corrispondente (Tabella 3.1).

È possibile effettuare alcune considerazioni sulle categorie di dati approfondite, mettendo in luce alcune criticità connesse a un attuale utilizzo e valorizzazione di tali informazioni.

I dati amministrativi, come quelli contenuti nella Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO), possono risultare utili per diversi scopi, per esempio per effettuare misurazioni sull'efficacia dei processi. La principale criticità nell'utilizzo di tali dati

Tabella 3.1. Le tipologie di dati rilevanti alla gestione sociosanitaria per macrocategoria.

Categoria	Dati
Amministrativi	<ul style="list-style-type: none"> · Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) · Prestazione sociosanitaria
Clinici	<ul style="list-style-type: none"> · Dati strutturati di Laboratorio Analisi · Piano Terapeutico (e aderenza rispetto al piano) · Lettera di dimissione strutturata (comprensivo di dati relativi al ricovero ospedaliero) · Dati relativi alle vaccinazioni · <i>Patient Summary</i> · Dati della Cartella Clinica Elettronica · Valutazione del bisogno e piano sociosanitario
Gestionali/di processo	<ul style="list-style-type: none"> · PDTA (per la misurazione degli esiti di processo)
Da <i>App/wearable</i>	<ul style="list-style-type: none"> · PROMs · PREM_s

è legata alle politiche di accesso e alla relazione/comunicazione tra i registri clinici e i flussi amministrativi. Nel 2014, in Regione Lombardia, era emersa l'intenzione di definire politiche di accesso che permettessero l'accesso a soggetti interessati ai dati nella SDO, ma mancavano le strategie per farlo. Per questo, risulta necessario definire una struttura intermedia che sia l'interfaccia tra domanda e offerta, ovvero tra chi ha bisogno delle informazioni e chi le mette a disposizione.

Sarebbe opportuno avere un'integrazione dei dati clinici, specialmente quelli contenuti nella Cartella Clinica Elettronica, ma anche quelli relativi a sale operatorie, dispositivi, farmaci ecc. a livello regionale. Inoltre, essendo spesso le valutazioni multidisciplinari poco sintetiche, potrebbe essere utile

produrre un *Patient Summary* di sintesi che offra un quadro completo della condizione del paziente.

Tra i dati gestionali/di processo possiamo citare quelli contenuti nei PDTA che potrebbero essere utilizzati come strumenti utili alla misurazione degli esiti dei processi assistenziali a livello regionale e nazionale. La raccolta di tali dati, infatti, risulta fondamentale al fine di definire il miglior contesto che possa valorizzare l'innovazione tecnologica.

Per quanto riguarda i dati raccolti dall'esterno (es. tramite *App/wearable*), i PREMs e i PROMs possono essere utili al fine di ottenere informazioni puntuali sul paziente, sulla singola prestazione o sulla tecnologia introdotta, tramite misurazione del valore e dell'impatto. A oggi, molto spesso, questi dati non vengono raccolti e utilizzati per questi scopi.

3.2.2 *Le principali sfide alla valorizzazione dei dati*

Le sfide per avere una migliore valorizzazione dei dati per la gestione sociosanitaria del paziente sono, pertanto, molteplici. In primo luogo, occorre lavorare sui sistemi di raccolta dati/alimentanti, specialmente per tipologie di dati come quelli contenuti nella Cartella Clinica Elettronica e nel Fascicolo Sanitario Elettronico, provenienti dal territorio o raccolti dall'esterno della struttura sanitaria (es.: PREMs e PROMs). Per questi ultimi, c'è un elevato interesse da parte dell'industria nel raccogliere e valorizzare i dati generati lungo tutto il percorso del paziente e per farlo, bisogna abbandonare i sistemi frammentati e definire regole di ingaggio per rendere disponibili i dati raccolti tramite *App/device* anche a livello regionale. Tali dati, pur rappresentando un ottimo strumento di monitoraggio, creano un *overload* di informazioni, che rende complessa la loro valorizzazione.

È inoltre necessario sfruttare al meglio dati che a oggi sono già a disposizione, che se correttamente raccolti e integrati a livello nazionale possono essere utili al monitoraggio della salute dei pazienti, soprattutto quelli affetti da patologie croniche. Allo stesso modo, anche i dati relativi allo stile di vita e alle abitudini del paziente possono essere usati sia per fini epidemiologici sia in ottica di prevenzione. Spesso tali dati sono a disposizione dei Medici di Medicina Generale (MMG) e rappresentano indicatori anche di tipo diagnostico, rilevanti per meglio strutturare un percorso terapeutico e valutarne l'efficacia.

Un ulteriore aspetto significativo da considerare è la modalità con cui i dati sono resi fruibili, ovvero come vengono raccolti, visualizzati e da quale attore del sistema. Attualmente, il modo in cui i dati vengono visualizzati è dispendioso in termini di tempo e risorse, pertanto è necessario stabilire una strategia di visualizzazione di dati efficace, anche tramite l'utilizzo di tecniche di *data visualization*.

3.3 La valorizzazione del dato per scopo di governo: i flussi informativi dell'NSIS

Come anticipato nel paragrafo precedente, il punto di partenza per una migliore valorizzazione del dato in Sanità può essere rappresentato da un corretto utilizzo dei dati che già a oggi sono già raccolti e disponibili, ma che non vengono opportunamente valorizzati. Considerando, in particolare, l'utilizzo del dato per il governo del sistema sociosanitario, sarebbe necessario mettere in condivisione i dati raccolti tra diversi enti del sistema e avere la possibilità di visualizzarli in modo appropriato, per esempio co-creando delle *dashboard* di interesse comune. Questo processo supporterebbe maggiormen-

te, rispetto alla situazione attuale, l'attività strategica di Regione Lombardia e orienterebbe maggiormente gli enti sanitari verso una corretta «cultura del dato».

Per questo motivo, si è deciso di discutere con i partecipanti al Tavolo di lavoro su quali tipologie di dati possano essere utili per i diversi attori del sistema salute (es.: aziende sanitarie, pazienti, professionisti ecc.) a partire dai flussi informativi già attivi verso il Ministero della salute e che alimentano il patrimonio informativo nazionale dell'NSIS. I dati considerati sono riportati in Tabella 3.2.

Con l'obiettivo di indentificare le aree prioritarie su cui lavorare in ottica di analisi e valorizzazione dei dati disponibili, sono stati indicati dai partecipanti i flussi informativi considerati di maggior interesse per ciascun attore del sistema (Regione, azienda sanitaria, imprese, professionisti sanitari, cittadini e pazienti).

Tabella 3.2. Tipologie di flussi informativi dell'NSIS

Flussi Informativi Risorse	Flussi Informativi Individuali	Flussi Informativi Individuali (in via di sviluppo)
Tracciabilità del farmaco	Ricovero ospedaliero	<i>Screening</i>
Consumo dei medicinali in ambito ospedaliero	Pronto Soccorso	Riabilitazione territoriale
Consumo dei dispositivi medici	Certificato assistenza al parto	Cure primarie
Apparecchiature sanitarie	Sistema 118	Ospedali di Comunità

Segue

Personale SSN	Assistenza farmaceutica convenzionata	Consultori familiari
Posti letto	Distribuzione diretta e per conto di farmaci	
	Specialistica ambulatoriale	
	Assistenza domiciliare	
	Assistenza residenziale – semiresidenziale	
	Dipendenze	
	Salute mentale	

In particolare, è emerso che i flussi informativi legati alle risorse, specialmente i dati sulla tracciabilità del farmaco e i consumi di medicinali e dispositivi medici, risultino essere di grande interesse per tutti gli attori e in particolare per la Regione, le aziende sanitarie e le imprese del mercato.

Tra i flussi informativi individuali, ad ottenere maggiore attenzione da parte degli attori al Tavolo ci sono i dati relativi al ricovero ospedaliero e al pronto soccorso (di particolare interesse per aziende sanitarie e professionisti del settore), seguiti dai dati di specialistica ambulatoriale, che possono essere di maggiore utilità per cittadini, pazienti e professionisti sanitari.

Infine, i flussi informativi individuali attualmente ancora in cantiere sono considerati meno prioritari rispetto a quelli già disponibili.

Dall'analisi condotta emerge quanto sia importante, oltre a ragionare sulla realizzazione di nuovi sistemi di raccolta dei dati, comprendere come valorizzare al meglio i flussi informativi già a disposizione, soprattutto quelli prioritari per gli attori del sistema salute.

3.4 Le iniziative regionali in corso

Alcune delle linee d'azione definite nei paragrafi precedenti sono in linea con le progettualità a oggi in corso in Regione Lombardia, portate avanti anche grazie alle linee di indirizzo e di investimento attivate dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. Infatti, sono a oggi in corso le seguenti iniziative: il sistema di gestione digitale del territorio (Territorio senza carta), la digitalizzazione delle strutture ospedaliere e la Cartella Clinica Elettronica regionale, il Fascicolo Sanitario Elettronico e la Piattaforma Regionale di Telemedicina.

3.4.1 Territorio senza carta – il Sistema di Gestione Digitale del Territorio

L'iniziativa dedicata alla realizzazione di un sistema per la gestione digitale del territorio è stata avviata il 24 gennaio 2022 con l'approvazione della DGR 5872. Il progetto prevede la progressiva dematerializzazione dei processi territoriali fino ad arrivare a una gestione «senza carta» del territorio. La Direzione Generale regionale ha previsto la messa a disposizione, in pochi mesi e per tutte le CdC, di un sistema a copertura delle prime funzionalità necessarie all'avvio dei processi territoriali e che verrà successivamente perfezionato con l'aiuto dei professionisti stessi.

Il progetto «Territorio senza carta» vuole quindi garantire un maggiore governo e controllo dell'offerta territoriale in tempo reale (es.: attraverso questo sistema sarà possibile avere evidenza chiara e in tempo reale di tutte le richieste di gestione di dimissione protetta e assistenza domiciliare attive sul territorio lombardo), omogeneità delle modalità operative per cittadini e operatori sociosanitari, una più forte collaborazione professionale e la semplificazione e l'accelerazione dell'attuazione della Telemedicina sul territorio lombardo.

La realizzazione del sistema è nata a partire da una logica di cassetta degli attrezzi con l'obiettivo di mettere a disposizione degli attori sul territorio diversi strumenti (es.: per l'accoglienza e la valutazione multidisciplinare del cittadino, per la gestione del Diario Clinico del paziente e delle risorse) adattabili a seconda del proprio modello organizzativo.

Dalla discussione con i partecipanti al Tavolo di lavoro sono emerse alcune sfide da affrontare e le azioni da intraprendere rispetto a questa progettualità, ragionando su tre ambiti di possibile criticità e corrispettiva azione:

- **Tecnologie e infrastrutture:** emerge come rilevante la necessità di digitalizzare CdC e OdC partendo dal definire tecnologie e sistemi interoperabili tra loro, attraverso progettualità sviluppate a livello regionale, ma declinate sulle necessità dei singoli distretti. Va sottolineata la difficoltà semantica che a oggi sussiste tra i diversi sistemi, per il quale risulta necessario investire in risorse umane e favorire gruppi di lavoro focalizzati sulla condivisione delle codifiche. Sarà inoltre necessario identificare le modalità di interazione tra i servizi regionali e quelli privati, attraverso la definizione di regole di accreditamento di servizi privati in ambiente pubblico. Da valutare è anche la sostenibilità de-

gli investimenti post Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (es.: *Health Technology Assessment* applicato alle singole soluzioni) o lo sviluppo di esperienze pilota di introduzione di tecnologie, al fine di valutarne la scalabilità e le modalità di ottimizzazione.

- Ruoli, competenze e persone: serve una maggiore conoscenza da parte dei professionisti sociosanitari sul territorio di una visione completa ed esaustiva dell'offerta ospedaliera, facilitata dallo sviluppo di *checklist*, anche informatizzate, per favorire un migliore indirizzamento del paziente. È inoltre necessario lo sviluppo di centri di assistenza rivolti al paziente, che lo supportino nell'utilizzo di tecnologie e nell'accesso ai servizi offerti. Infine, è necessario lo sviluppo di competenze digitali per i professionisti delle CdC e OdC.
- Norme e regole, *governance*: emerge la necessità di sviluppare soluzioni certificate come dispositivo medico (es.: sistemi a supporto delle decisioni cliniche) e linee guida per l'accesso a tali soluzioni. Risulta rilevante anche lavorare sulla definizione dei requisiti per i dispositivi e per i servizi di Telemedicina, di procedure chiare e univoche per la gestione dei dati, la loro condivisione e lo *storage* in sicurezza e di norme per le partnership pubblico-privato.

3.4.2 Digitalizzazione delle strutture ospedaliere e Cartella Clinica Elettronica Regionale

Per il potenziamento del livello di digitalizzazione delle strutture ospedaliere DEA I e II livello, Regione Lombardia ha ottenuto una quota di riparto pari a 219 milioni di euro. Tra le principali aree di investimento sono presenti l'infrastruttura tecnologica (48 milioni) e l'implementazione della Cartel-

la Clinica Elettronica (64 milioni). In Regione Lombardia sono presenti 14 ASST che ancora non dispongono della Cartella Clinica Elettronica e 5 ASST che, pur disponendo di una Cartella Clinica Elettronica, necessitano di un importante adeguamento tecnologico e della diffusione dello strumento su tutti i reparti. È stata quindi approvata in Regione con DGR 6609 del 30 giugno 2022 una progettualità per la realizzazione di una Cartella Clinica Elettronica regionale in *Cloud*, nell'ambito dell'Accordo Quadro Consip Sanità Digitale, da mettere a disposizione delle ASST lombarde. Entro la fine dell'anno la Cartella Clinica Elettronica regionale sarà contrattualizzata e nei primi mesi del 2023 inizierà ad essere diffusa negli ospedali. I dati raccolti attraverso il sistema, pur essendo di proprietà dell'ente a cui il cittadino si è rivolto, saranno condivisibili tra le strutture ospedaliere e gli operatori sanitari. Tuttavia, dovranno essere definiti i percorsi e le regole che permettono l'accesso ai dati del paziente nel totale rispetto dei requisiti normativi legati alla *privacy*.

In questo contesto, sarà inoltre facilitata l'introduzione di tecnologie a supporto del processo decisionale (es.: sistemi di Intelligenza Artificiale).

Tra le altre iniziative per la digitalizzazione delle strutture ospedaliere sono presenti:

- L'automazione della logistica del farmaco, progetto che vede il coinvolgimento di 20 ASST della regione e prevede l'inserimento di sistemi robotizzati per la gestione dei carichi, degli scarichi e delle consegne di farmaci nei reparti di degenza e ambulatoriali, in cui saranno presenti carrelli e armadi semi-automatici.
- Il Sistema di gestione del Laboratorio Analisi, iniziativa che coinvolge 10 ASST e prevede l'adozione di un sistema

comune di Laboratorio Analisi (es. utilizzando le stesse codifiche).

- *Digital Pathology in Cloud*, progetto a cui hanno aderito 12 ASST per l'introduzione di un sistema digitale di gestione digitale e refertazione dei vetrini, al fine di facilitare i consulti a distanza o richieste di *second opinion* garantendo la massima tracciabilità.

3.4.3 Fascicolo Sanitario Elettronico

Il progetto prevede il passaggio del Fascicolo Sanitario Elettronico da strumento per la gestione documentale a «contenitore» anche di dati strutturati. Per esempio, i professionisti sanitari e il cittadino stesso avranno la possibilità di visualizzare non solo il referto, ma l'andamento dei parametri rilevati nel tempo. Questa evoluzione implicherà una trasformazione non solo delle soluzioni tecnologiche utilizzate, ma anche dei processi di raccolta dati che poi alimenteranno il Fascicolo Sanitario Elettronico. Per il futuro è prevista la disponibilità nel Fascicolo anche delle immagini digitali (es.: le immagini relative ad esami diagnostici come TC, radiografie, ECG ecc.) che, in questo modo, non dovranno essere più masterizzate e consegnate al cittadino.

3.4.4 Piattaforma Regionale di Telemedicina

La realizzazione della Piattaforma Regionale di Telemedicina vede come obiettivo quello di gestire i servizi di Televisita, Teleassistenza, Teleconsulto e Telemonitoraggio nell'ambito di un unico sistema di collaborazione professionale che la Regione metterà a disposizione dei professionisti. In particolare,

la soluzione di Telemonitoraggio si concretizza su tre livelli, distinti sulla base della modalità di raccolta dei dati:

- Livello 0: rilevazione dei dati in modalità autonoma da parte del cittadino che, attraverso *device* non gestiti da ASST (es. *wearable, App*), avrà in carico l'inserimento manuale dei dati nel sistema.
- Livello 1: pianificazione del percorso di Telemonitoraggio (indicazioni su parametri da misurare) definita dal MMG o dallo specialista tramite l'assegnazione di un dispositivo medico al paziente gestito da ASST in ottica di ciclo chiuso (ovvero che garantisca l'associazione dato-paziente in maniera univoca), in grado di rilevare i dati e trasmetterli automaticamente (senza l'intervento manuale da parte del paziente).
- Livello 2: utilizzo di piattaforme di Telemonitoraggio già esistenti (es. piattaforme per il controllo di *pacemaker*), integrate con la piattaforma Regionale di Telemedicina per permettere la trasmissione dei dati.

Per l'attuazione di tali iniziative risulta fondamentale la collaborazione con il settore privato. Verranno organizzati momenti di confronto pubblico-privato mirati alla condivisione delle progettualità in corso, in modo che il vantaggio per i cittadini provenga da entrambi i rami dell'offerta sanitaria.

CAPITOLO 4

ROAD-MAP E STIMOLI PER UNA NUOVA STAGIONE DI POLITICA DEL PERSONALE DELLE AZIENDE SANITARIE

a cura di Federico Lega

4.1 Premesse

Se è vero che le aziende sanitarie sono qualcosa di più dei propri professionisti, è altrettanto vero che non saranno mai meglio di quanto i loro professionisti vogliono che siano (almeno fino a quando non saranno sostituiti da intelligenze artificiali e *robot*...)

Pertanto, il futuro della sanità e del sociosanitario è ancora (e forse come mai prima) sulle spalle dei professionisti. Le sfide dell'innovazione, della produzione di «valore» utile per il paziente, l'azienda, il sistema, le sfide della qualità e della sostenibilità sono affrontabili solo attraverso un patto organizzativo forte di ingaggio e corresponsabilità diffusa del mondo professionale, che tenga in considerazione il contesto di «difficoltà» dettate sia dalle questioni operative che da transizioni culturali in corso.

Una prima, indubbia, difficoltà è generata dalla carenza oggettiva di personale, il carico di lavoro e gli strascichi della pandemia, una popolazione di pazienti sempre più complessa (dal punto di vista sanitario) e complicata (dal punto di vista umano-relazionale), orari di lavoro e sedi in continua evoluzione, e molto di più...

A questa appena citata, inoltre, vi sono però aspetti cogenti che stanno assumendo crescente rilevanza:

- Le attese da parte delle professioni sanitarie di acquisire un crescente ruolo nelle dinamiche organizzative delle aziende sanitarie, con un maggiore bilanciamento rispetto alla dominanza della classe medica nei processi gestionali e direzionali. A questo si affianca, all'interno delle stesse professioni sanitarie, qualche ulteriore tensione generata dal disequilibrio tra potere organizzativo della famiglia degli infermieri rispetto alle restanti figure professionali.
- La gestione delle transizioni e ricambi generazionali, con l'avvento di una coorte di nuovi professionisti portatrice di logiche e valori assai differenti dalle vecchie generazioni e caratterizzate da nuove e diverse sfide nella costruzione di appartenenza, identità, impegno.

In questa luce, il Tavolo di lavoro sul «*people management*» e sulle politiche del personale è stato una grande opportunità per avviare e approfondire una riflessione sulla *leadership*, sull'identità e sulla costruzione di un'agenda strategica (ovviamente... ambiziosa) delle Direzioni del Personale delle aziende sanitarie pubbliche, avvalendosi di contributi e stimoli provenienti sia dalla sanità privata che da altri settori industriali.

L'incontro tra professionisti ha permesso di interrogarsi su due temi fondamentali per il *people management* attuale e futuro nelle aziende sanitarie:

- In cosa e come una Direzione del Personale produce «valore» per la propria azienda sanitaria? Come possiamo apprezzare il valore della Direzione del Personale osservan-

dola dalle prospettive dei tre principali «clienti interni»: (a) direzione generale; (b) direttori di struttura complessa/dipartimenti/direzioni tecniche (DMPO, professioni sanitarie ecc.); (c) tutti i professionisti/dipendenti dell'azienda.

- Quale può quindi essere una «agenda strategica» di lavoro per le Direzioni del Personale delle aziende sanitarie interessate a generare valore? Ossia per quelle aziende che stanno faticosamente transitando dalle pur sempre importanti questioni di amministrazione dei dipendenti alle sempre più indispensabili azioni di gestione del capitale umano, in un periodo storico in cui la produzione di «benessere organizzativo» assume un'importanza senza eguale nella storia del Servizio Sanitario Nazionale.

Da tali considerazioni il Tavolo si è mosso nel disegnare una possibile agenda e *road-map* per le Direzioni del Personale impegnate a contribuire alla trasformazione/innovazione organizzativa attraverso specifiche politiche (carriere, incentivi, selezioni, inserimenti ecc.) nonché una più complessiva attenzione a definire una strategia per generare benessere organizzativo (e quindi «definendolo» e soprattutto individuando come può – e deve – essere gestito).

Nel prosieguo di questo capitolo i temi sopra richiamati saranno esplosi e approfonditi, riportando le sintesi dei risultati dei lavori del Tavolo con lo scopo di consegnare alla Direzione Generale per il Welfare di Regione Lombardia stimoli e interventi immediatamente azionabili che favoriscano, anche mediante interventi normativo-istituzionali, lo sviluppo di una nuova stagione di *people management* nell'intero Sistema Sanitario Regionale Lombardo.

4.2 I punti di partenza per la discussione con la Direzione Generale Welfare Lombardia

Nella prospettiva richiamata in premessa, gli incontri del Tavolo hanno permesso progressivamente di affinare la diagnosi su quelli che sono i temi «caldi» di una possibile agenda di lavoro delle Direzioni del Personale del Sistema Sanitario Regionale Lombardo.

Sono così emerse quattro macroaree di intervento che potrebbero caratterizzare il «salto di valore» delle Direzioni del Personale nelle politiche per i professionisti delle aziende sanitarie:

- Piani e politiche per migliorare la gestione del personale.
- Programmazione e gestione dei fabbisogni e delle dotazioni.
- (possibili) Interventi sui contratti e loro applicazione.
- Maggiore e più efficace dispiegamento delle potenzialità della formazione.

Di seguito ognuno dei temi è articolato in possibili linee specifiche di intervento poste sotto forma di domande che potrebbero orientare la costruzione dell'agenda del Sistema Sanitario Regionale Lombardo in materia di gestione strategica del personale.

Rispetto al tema dei piani e politiche per migliorare la gestione del personale, questi i potenziali oggetti di attenzione:

- Come introdurre logiche di welfare aziendale nelle aziende sanitarie? Come costruire un impianto di lavoro meno amministrativo (*best place to work*), migliorare le condizioni lavorative e generare un ambiente motivante, sviluppando il tema del benessere organizzativo?

- Come fare *skill mix* e *task shifting*, quali possibilità e quali opportunità?
- Come generare le condizioni per poter attrarre e trattene-
re i talenti nel mondo pubblico, in particolare nelle zone
geografiche più remote, nelle aziende meno blasonate,
nei contesti più stressanti ecc.?
- Come produrre un'efficace «messa in contesto» delle per-
sone rispetto ai ruoli in evoluzione nelle trasformazioni
organizzative in corso nelle ASST/ATS (es.: Distretto)?
Tale considerazione è necessaria in quanto, in seguito alla
riorganizzazione della sanità territoriale, sono emersi nuo-
vi setting assistenziali, figure professionali, e modalità ero-
gative delle prestazioni. Queste novità comportano la co-
struzione (o ricostruzione) di relazioni organizzative tra
pari (e non) mediante specifiche attività formative e mo-
menti di riflessione da sviluppare con la nuova coorte di
dirigenti e figure apicali. Tra i principali, i Direttori di Di-
stretto e le Direzioni sociosanitarie. Nell'attuale scenario
risulta, inoltre, di forte rilevanza la messa in contesto degli
Infermieri di Famiglia e della Medicina Generale nel più
ampio quadro di definizione di un nuovo modello di sani-
tà basato sull'integrazione del mondo sanitario con quello
socioassistenziale. Se non vengono chiarite le attese di con-
tributo e comportamento sarà molto difficile e complesso
il loro inserimento negli «schemi di gioco» delle aziende
sanitarie alle prese con le attivazioni di CdC, OdC e COT.

Rispetto al tema della programmazione e gestione dei fabbisog-
ni e delle dotazioni, questi i potenziali oggetti di attenzione:

- Come produrre analisi del fabbisogno che tengano conto
anche delle trasformazioni in corso o di quelle possibili

nel prossimo futuro (*task shift* e *skill mix* professionali, trasformazioni organizzative quali per esempio le piattaforme produttive, i nuovi ambiti di coordinamento e incarichi di funzione, l'evoluzione delle professionalità nel comparto infermieristico/professioni sanitarie, il superamento della logica del primariato come «*silos*» mono-specialità e la necessità di nuove professionalità negli staff aziendali)? Le Aziende sanitarie, a oggi, hanno la necessità di sviluppare (il più rapidamente possibile) un modello di programmazione del fabbisogno di personale «dinamico» che tenga conto di tali trasformazioni organizzative in corso dei modelli di servizio, dei ruoli e degli impatti della tecnologia e dell'innovazione resa possibile dal digitale ecc. Il modello, dunque, oltre che «dinamico» dovrà essere «flessibile» così da potersi rapidamente adattare alle contingenze e continue evoluzioni del settore.

- Come e quando lasciare maggiore autonomia alle aziende rispetto ai vincoli per il controllo della spesa pubblica fino a oggi (ragionevolmente) utilizzati dal sistema?
- Come consentire una gestione dinamica delle dotazioni che tenga conto delle situazioni contingenti (malattie, invalidità, progettualità ecc.)?

Rispetto al tema dei contratti e loro applicazione, questi i potenziali oggetti di attenzione:

- Come allineare i compensi rispetto al «costo della vita» e come differenziarli rispetto ai contributi all'organizzazione?
- Come e se innovare i meccanismi di selezione, in particolare quelli sui ruoli apicali con funzione manageriale importante, sia nella dirigenza che nel comparto?
- Come generare percorsi di carriera attraverso le leve con-

trattuali a disposizione, con particolare riferimento al mondo clinico ma anche in quello amministrativo-professionale (es.: ingegneri clinici)?

- Come e se migliorare le regole oggi previste per le progressioni di carriera (molto oggettive, legate a titoli e anzianità più che a meriti, talento, contributi organizzativi)?
- È possibile, nel mondo pubblico, introdurre le analisi psico-attitudinali dei profili, per aiutare le Direzioni del Personale a delineare le persone e trovare il migliore «*match*» tra singolo professionista e ruolo?
- Quali strategie possono essere attuate per un maggior coinvolgimento della Medicina Generale secondo il *people management* differenti da quelle «sindacali» tradizionali?
- Quale ulteriore riflessione potrebbe essere fatta su ruoli, sulle professionalità e sulle *skills* di chi ha un ruolo di riferimento nel mondo delle aziende sanitarie con il mondo delle imprese (*market access* ecc.)?

Rispetto al tema della formazione, questi i potenziali oggetti di attenzione:

- La formazione professionale e/o manageriale che viene fatta oggi a livello universitario e post-universitario è sufficiente?
- La formazione fatta in azienda in questi anni ha saputo disegnare percorsi realmente funzionali ai bisogni e alle necessità della propria azienda (messa in contesto dei ruoli, sviluppo cultura ecc.) e/o del sistema?
- I responsabili della formazione sono adeguatamente formati per svolgere il proprio ruolo? Sono capaci di progettare i percorsi necessari e di costruire criteri e strumenti adeguati alla valutazione e al sostegno dell'apprendimento? Quali professionalità potrebbero servire?

- Le aziende sanitarie dovrebbero avere delle proprie «accademie di formazione» interne per generare identità, appartenenza e per veicolare nell'azienda le politiche, i progetti, nonché creare *engagement* e coinvolgimento all'azienda?

Le domande non sono poche e configurano un'agenda di lavoro estremamente ricca e interessante. Le risposte possono però essere facilmente trovate mediante una costante interlocuzione tra le Direzioni del Personale delle differenti aziende sanitarie pubbliche e tra queste e il mondo privato, così da identificare assieme le *best practice* e condividere modalità attuative. Tuttavia, proprio per l'ampia ricchezza di opportunità in materia di politiche del personale, all'interno del Tavolo di lavoro e in accordo con la Dirigenza Regionale, in particolare con la Dott.ssa Paola Palmieri, si è deciso di circoscrivere il lavoro ad alcune delle tematiche emerse per consegnare a Regione e alle aziende sanitarie una specifica *road-map*, o agenda di lavoro, immediatamente azionabile e che indichi le priorità a cui tendere nel breve termine sia per l'attività regolamentativa e di indirizzo dell'assessorato sia per le direzioni aziendali. Nei prossimi paragrafi si approfondiscono tali temi.

4.3 *Dal portafoglio di opportunità (o necessità) all'agenda di lavoro*

Per definire un'agenda di lavoro azionabile che il Sistema Sanitario Regionale Lombardo potrà perseguire per migliorare la gestione delle persone basandosi sulle macroaree di intervento introdotte in precedenza, il lavoro del Tavolo ha concentrato l'attenzione su alcune specifiche traiettorie di intervento e relative azioni collegate che Regione Lombardia potrebbe (e dovrebbe) intraprendere.

A livello di politiche del personale, si potrebbero studiare e strutturare (per rendere replicabili e scalabili) alcune azioni/sperimentazioni sui temi di benessere organizzativo (o *wellbeing*) quali *smart working*, *task shift* e *skill mix*, sempre più importanti nel futuro della Sanità (e già nel presente...). Regione potrebbe anche proporre progetti pilota in alcune aziende sanitarie pubbliche sfruttando, quando conveniente, la collaborazione con soggetti privati disponibili con le proprie competenze e risorse a sostenere tali progettualità. L'obiettivo ultimo è aumentare l'attrattività e la capacità di «*retention*» del personale all'interno delle aziende sanitarie pubbliche.

Altro tema importante è la valutazione dell'impatto della tecnologia (telemedicina, intelligenza artificiale, software, e anche molto più) sul lavoro.

A livello di processi di formazione, potrebbe essere funzionale la creazione di una comunità tra i servizi aziendali per ragionare su come sviluppare la funzione di formazione stessa con particolare riferimento alla necessità di dare risposta non solo in termini di *capacity* (estensività della formazione/coinvolgimento di quante più persone possibili) ma anche, e soprattutto, di *capability* (competenze professionali e manageriali nei ruoli chiave, messa in contesto). Difatti, una specifica criticità che deve trovare risposta nei programmi formativi delle aziende sanitarie affinché esse possano far fronte alle sfide della modernità è il tema del «*digital divide*». Tale fenomeno, intensificato dall'*aging* dei dipendenti del Sistema Sanitario Nazionale e dall'importante divario (e scontro) generazionale tra i professionisti, rallenta la possibile adozione o sfruttamento delle possibilità tecnologiche. Occorre quindi una formazione mirata da un lato alle «vecchie generazioni», non culturalmente e operativamente preparate (o spesso predisposte) a lavorare con mezzi differenti da quelli tradiziona-

li, dall'altro alle nuove generazioni per farle fin da subito sentire parte integrante (e importante) della trasformazione epocale in corso.

Infine, per aumentare l'attrattività interna ed esterna di personale (e «talenti») occorre sviluppare una politica *ad hoc*, lavorando in logiche di settore allargato (pubblico-privato) e sulla rivalutazione di alcuni ruoli (istituzionalmente, per renderli più attrattivi, quali quelli delle professioni sanitarie), nonché su aspetti pragmatici quale il tema di stipendi da correlare al costo della vita. L'obiettivo potrebbe essere generare intenzionalmente «aziende magnete» e «*great place to work*» capaci di attrarre, valorizzare e motivare il personale meglio e di più rispetto a quanto sia avvenuto nel passato. In quest'ottica, le aziende dovranno sviluppare, per esempio, adeguate strategie e sistemi operativi che assicurino ai professionisti la possibilità di avere un bilanciamento tra vita lavorativa e vita privata nonché chiari percorsi di carriera e sviluppo professionale (ovviamente accompagnati da una componente retributiva adeguata).

Infine, qualsiasi agenda di lavoro andrà (ovviamente) collegata alle opportunità che sul piano dello sviluppo professionale – in termini di attenzione e risorse – sono permesse dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dalla sua attuazione in Regione Lombardia.

4.4 Le azioni di oggi per domani. Partire dal Welfare aziendale per generare benessere organizzativo

La conclusione dei lavori del Tavolo si è dunque concentrata su uno solo dei molti temi inseribili all'interno dell'agenda, ossia su quello ritenuto a oggi fondamentale per rilanciare l'azione di politiche del personale del Sistema Sanitario Re-

gionale e segnare il distacco dalla tradizionale amministrazione. Si tratta del tema del Welfare aziendale.

Questa tematica può essere, da un punto di vista concettuale e seppur senza pretese «scientifiche», articolata in due macro ambiti. Tale classificazione risponde bene alle esigenze delle Direzioni Aziendali nell'identificare i possibili e specifici sentieri di sviluppo del tema nel quadro delle più ampie politiche del personale. I due ambiti sono:

- Il Welfare «istituzionale», che fa riferimento all'insieme di prodotti e servizi che possono «agevolare» la vita del dipendente, attraverso erogazione diretta o aumento del potere di acquisto collegato alla sua retribuzione.
- Il Welfare per «*l'engagement* e il *wellbeing* organizzativo», che fa riferimento all'insieme di interventi che possono impattare sul senso di appartenenza, sull'identità organizzativa, sul benessere organizzativo nella sua accezione di «clima organizzativo» motivante e gratificante ecc. Si tratta dunque di un insieme di interventi che agisce sulla cultura organizzativa specifica dell'azienda sanitaria e che, di conseguenza, devono necessariamente essere disegnati «su misura» a partire dalle caratteristiche delle singole aziende.

Il lavoro del Tavolo ha messo in evidenza l'importanza e l'opportunità di lavorare in parallelo su questi due temi, con un'azione di coordinamento regionale forte sul primo e una specifica di ciascuna azienda sul secondo ambito di intervento.

Approfondendo il tema del Welfare «istituzionale», esso può essere considerato come un processo di sviluppo di interventi che, attraverso l'offerta di servizi diretti o la defiscalizzazione/scontistica, contribuiscono ad aumentare il potere di acquisto dei dipendenti e a «facilitarne» la vita fuori-dentro

l'organizzazione. Si tratta di un'attività ormai relativamente *standard* e consolidata, riconducibile all'attivazione di una delle piattaforme (*flexible benefits*) disponibili nel mercato.

Esempi di «prodotti/attività» che possono essere ricondotti alla piattaforma in questione sono:

- consulenze legali, pensionistiche e fiscali;
- convenzioni;
- strutture per attività fisica e svago, per sé e per i familiari;
- parcheggio e trasporti;
- sgravi fiscali;
- altro.

Il Tavolo di lavoro ha poi ipotizzato un possibile percorso di sviluppo del tema secondo il seguente schema:

- Regione potrebbe attivare un gruppo di lavoro con alcuni Direttori del Personale di aziende sanitarie, eventualmente allargato ad esperti del tema presenti nel Tavolo stesso, per mettere a fuoco quali caratteristiche debbano esserci all'interno della piattaforma *flexible benefits* a servizio delle aziende del Sistema Sanitario Regionale lombardo, nonché definire le modalità di attivazione/acquisto della stessa. Ove opportuno il gruppo di lavoro potrà dare indicazione a Regione, alla quale poi spetta il compito di validare l'opportunità, rispetto all'offerta: offrire «qualcosa di diverso» per quelle aziende che per loro configurazione o perché insistono su aree geografiche territoriali sperimentino maggiori difficoltà nell'attrarre e trattenere i professionisti.
- Il Tavolo di lavoro dovrà anche individuare l'auspicabile/possibile segmentazione dei *target* di dipendenti che, raggruppati in *cluster*, possano avere accesso o meno a determi-

nati benefici, tenendo anche in considerazione che alcuni strumenti flessibili sono in grado di soddisfare contemporaneamente diverse fasce della popolazione (es.: buoni benzina, *voucher* vari più o meno «verticali» e su bisogni specifici – reddito maggiore, servizi per la persona ecc.).

L'importante è la presenza e l'attuazione di una strategia e di una politica comune a livello regionale per evitare che ogni singola azienda si muova in autonomia moltiplicando e duplicando gli sforzi, aprendo negoziazioni/dialoghi sindacali che potrebbero meglio essere orientati e finalizzati in presenza di un indirizzo chiaro di sistema, generando una non desiderabile competizione intra-Sistema Sanitario Regionale basata sui «benefici accessori» collegati alla retribuzione.

Per quanto concerne, d'altro canto, il Welfare per «*l'engagement* e il *wellbeing* organizzativo», è possibile includere in questo ambito l'insieme degli interventi che sono «molto di più» che un'offerta di potere di acquisto o la soluzione di problemi pratici: sono azioni per creare appartenenza, orgoglio, identità e soprattutto per promuovere la sensazione concreta di lavorare per un'organizzazione che ha «a cuore» i propri dipendenti generando le migliori condizioni per il dispiegamento del loro talento e impegno.

Rientrano quindi in questa categoria le politiche del personale che possono aiutare:

- la migliore gestione della *work-life balance* attraverso, per esempio, asili interni o spazi dove lasciare in sicurezza i figli durante l'orario di lavoro, oppure la «funzione *concierge*»;
- lo sviluppo professionale e personale individuale (formazione tecnica, corsi di lingua, corsi di *public speaking/leadership* ecc.);

- il supporto psicologico;
- la gestione dello *stress* (es.: mediante corsi di *yoga*, attività fisica, palestra);
- le azioni per gestire l'*aging* del personale presente in azienda;
- le azioni per favorire la diversità e l'inclusione;
- altro.

Se concettualmente l'obiettivo finale potrebbe essere la generazione di un contesto che produca «felicità» nei dipendenti, in chiave operativa (e pragmatica) il punto di partenza potrebbe essere, anche in questo caso, la definizione di un gruppo di lavoro regionale che metta a fuoco le idee sulle possibili azioni da mettere in campo per migliorare:

- *work-life balance*;
- *aging management*;
- vita organizzativa nelle aree a maggiore rischio *burn-out*;
- generazione di identità di sistema e organizzativa.

Le indicazioni del Tavolo di lavoro dovranno essere poi (ovviamente) sposate e «customizzate» in ciascuna azienda in relazione alla storia, specificità, contesto contingente e priorità strategiche.

In questa direzione Regione Lombardia potrebbe (e dovrebbe) stimolare la produzione in ciascuna azienda di un documento di riferimento che indichi in linea di massima la *road-map* che l'azienda intende perseguire nel produrre questo tipo di «Welfare» aziendale mirato allo sviluppo organizzativo di benessere, appartenenza, motivazione e tutto ciò che lega meglio le persone all'organizzazione.

CONCLUSIONI

Due aspetti vanno sottolineati del lavoro svolto dai Tavoli del progetto *Forum Sanità Lombardia Futura*. Il primo, quello più immediato, riguarda i risultati stessi del lavoro. Lo scopo dei Tavoli era quello di produrre riflessioni e possibili interventi azionabili da Regione Lombardia per migliorare o guidare lo sviluppo di alcuni aspetti chiave della propria politica sanitaria. Scopo raggiunto, come di seguito illustrato nella sintesi dei risultati dei Tavoli presentata qui nelle conclusioni. Prima, però, una parola sull'altro aspetto da mettere in luce. Il secondo, quello meno diretto, ma forse ancora più importante, riguarda infatti il «processo» attraverso cui si sono svolti i lavori dei diversi Tavoli. Dove la «novità» assoluta per il Sistema Sanitario Regionale è stata la co-presenza di protagonisti delle Aziende sanitarie, delle Associazioni di categoria e dei pazienti, dell'industria e della Dirigenza Regionale. Proprio l'ingaggio della Dirigenza Regionale nel fornire indicazioni ai Tavoli sui «fabbisogni» di Regione è stata la chiave per orientare i lavori su temi di utilità per il sistema. Il sistematico e continuo dialogo tra i Tavoli e i referenti regionali dell'Assessorato Welfare ha quindi consentito di mettere a fuoco gli argomenti specifici di interesse per l'agenda del Sistema Sanitario Regionale Lombardo, fornendo l'evidenza

che un confronto aperto tra le diverse componenti del sistema non solo sia possibile, ma anche auspicabile se non addirittura necessario.

Quale Sistema Sanitario Regionale non potrebbe giovare del ricorso al lavoro di esperti chiamati ad esprimersi su temi dell'agenda regionale? Non solo attraverso la classica comunicazione «unidirezionale» (suggerisco, propongo, attenzione a ecc.), ma tramite un ripetuto confronto e discussione su quanto elaborato dal Tavolo, con un progressivo affinamento dei temi sempre più centrati sui fabbisogni della Dirigenza Regionale.

Questo modello di lavoro è una «prima volta» che può e deve consolidarsi e diventare un metodo di lavoro inclusivo e collegiale nel Sistema. Fermo restando la responsabilità ultima di Regione nel prendere le proprie decisioni in virtù della legittimità e doveri che le competono, quale modo migliore di «ascoltare» il sistema e avvantaggiarsi delle competenze in esso diffuse?

Fatta questa doverosa premessa, possiamo ritornare alla sintesi dei risultati.

Il contributo del Tavolo del *Procurement* al lavoro della Dirigenza Generale Welfare può essere riassunto in tre proposte di intervento immediatamente perseguibili e azionabili:

- Modifiche all'assetto organizzativo del sistema acquisti lombardo con il consolidamento dei ruoli di ARIA, Consorzi e singole Aziende. In particolare, l'attenzione è stata posta sul possibile percorso di sviluppo operativo dei Consorzi in relazione alla funzione centrale di ARIA e alle competenze diffuse nelle singole aziende. Ne è uscita una proposta di «architettura» del sistema acquisti molto interessante e funzionale alle esigenze di gestione di processi

di acquisto tra loro diversificati per complessità e complicazioni procedurali.

- Costruzione di un possibile Comitato Tecnico Scientifico a supporto del Sistema acquisti e conseguentemente ridefinizione e potenziamento delle logiche di dialogo «costruttivo» tra sistema e settore industriale e singoli operatori economici (es.: *open day*). Senza dialogo e senza il coinvolgimento del giusto *expertise* è impensabile fare l'atteso salto di qualità dei processi di acquisto. Nel capitolo il tema è espanso e approfondito.
- Introduzione di sperimentazioni per l'applicazione del *Value Based Procurement* in situazioni «pilota» che permettano di apprezzare e definire criteri e metodi correlati per premiare gli impatti degli acquisti sulle performance di sistema (con particolare riferimento agli esiti e alla esperienza del paziente/cittadino).

Inoltre, è stata sottolineata e discussa nel Tavolo l'utilità di una formazione specialistica diffusa nel Sistema per consolidare/migliorare il livello di *performance* del personale e delle funzioni dedicate agli acquisti a livello di singola azienda e di ARIA.

Il secondo Tavolo, quello sulla «Medicina Territoriale», ha lavorato a 360° sull'agenda di trasformazione dei servizi territoriali in atto in Regione Lombardia. Numerosi sono stati gli spunti e le azioni suggerite, quali da ricordare l'attenzione posta sui temi del «*population health management*», della medicina di iniziativa, dello sviluppo di modelli di stratificazione della popolazione cronica o con fattori di rischio facilmente attivabili dal Sistema Sanitario Regionale, il *focus* sul Distretto sociosanitario come punto di partenza dell'intero processo di innovazione organizzativa, le opportunità generate dalle nuo-

ve tecnologie, l'opportunità di favorire (e decisamente far accadere) l'integrazione tra sociosanitario e sociale. Le CdC sono lo strumento per riorientare e «cambiare velocità» a processi trasformativi da troppi anni attesi. Tra le altre, vale la pena in particolare ricordare tre azioni elaborate dal Tavolo su input della Dirigenza Regionale:

- Per sostenere la Direzione di Distretto è necessario sviluppare un cruscotto direzionale di indicatori di *performance* di salute e organizzativi e di processo relativi al territorio gestito. Ciò che non si misura «sfuma» nella rilevanza gestionale. In questo senso, un sistema di misure peraltro aiuterà anche a definire le attese di mandato del Direttore di Distretto, a oggi ancora da consolidare.
- Per migliorare l'esperienza del paziente in ADI e produrre più «valore» diventa importante procedere a sviluppare logiche di committenza di natura «*global*» che vedano un solo soggetto responsabile di coordinare l'insieme di erogatori di cui si avvale il paziente per le sue necessità di assistenza domiciliare. In modo da dare al paziente (e al *care-giver*) un unico interlocutore e semplificare la gestione quotidiana della sua assistenza.
- Le farmacie territoriali possono e devono diventare uno snodo e presidio di offerta del sistema. Di questo e delle collegate opportunità si discute nel capitolo relativo.

Inoltre, sempre nel Tavolo sulla Medicina Territoriale si è discusso e convenuto con la Dirigenza Regionale che tutto lo sviluppo dei servizi territoriali potrà avvalersi di logiche di partnership pubblico-privato, e che il privato accreditato è risorsa fondamentale in questa complessa sfida del dare gambe alle attese di un sistema di cure primarie e gestione della cronicità in forte espansione e trasformazione.

Nel Tavolo sulla Digitalizzazione del Sistema è stato possibile delineare alcune tra le principali esigenze, criticità e linee d'azione sul tema dei dati in Sanità e su come questi possano essere maggiormente «sfruttati» per crearne valore per il nostro sistema. Le varie prospettive con cui è stato affrontato il tema, visto il diverso ruolo professionale degli attori coinvolti in quest'iniziativa, hanno permesso di mettere in luce bisogni diversi e conseguenti direzioni da intraprendere per rispondervi.

Le principali azioni da mettere a terra per concretizzare il valore che si può trarre da un appropriato utilizzo dei dati in ambito sanitario possono essere riassunte in tre aree di lavoro:

- **Tecnologie e infrastrutture.** È fondamentale garantire l'interoperabilità dei sistemi esistenti e lo sviluppo di nuove progettualità a livello regionale, che successivamente possano essere declinate sulle necessità degli enti del territorio, per evitare frammentazione ma allo stesso tempo rispettare le peculiarità e le esigenze specifiche dei singoli. Inoltre, è necessario lavorare su un migliore utilizzo e valorizzazione delle informazioni e dei dati raccolti in digitale, rendendo questi maggiormente fruibili ai diversi attori del sistema (es.: cittadini e pazienti, professionisti ecc.) e ponendo particolare attenzione alle modalità in cui questi dati vengono inseriti e visualizzati sulle piattaforme dagli utenti stessi (es. attraverso una migliore usabilità delle soluzioni, lo sviluppo di strumenti di *data visualization* dedicati ecc.). Allo stesso tempo, occorre lavorare sulla raccolta di dati, anche di *Real World*, attraverso lo sviluppo di sistemi alimentanti (es.: CCE) e successivamente implementando tecnologie più avanzate a supporto della presa di decisioni (es.: Intelligenza Artificiale), che possano con-

sentire di migliorare e personalizzare i percorsi di cura del paziente.

- Ruoli, competenze e persone. In parallelo con il potenziamento dell'infrastruttura tecnologica, dev'essere certamente considerato il corretto coinvolgimento e sensibilizzazione degli attori interessati (es.: anche nuovi attori e ruoli previsti dalla riforma dell'assistenza territoriale), attraverso formazione su questi temi per creare una più ampia «cultura del dato». Sarà prioritario, da un lato, sviluppare le competenze digitali dei professionisti (es.: in termini di *privacy* e sicurezza dei dati gestiti, comprensione del funzionamento alla base e delle limitazioni legate agli algoritmi implementati ecc.) e, dall'altro, prevedere percorsi dedicati al *change management* per una più ampia partecipazione degli stessi al processo di trasformazione digitale che la Sanità sta affrontando, affinché sia chiaro che questa non comporti la trasposizione in digitale dei percorsi tradizionali, ma un ripensamento, anche organizzativo, dei percorsi e dei processi attraverso la leva del digitale (con conseguenti riflessioni anche dal punto di vista deontologico).
- Norme, regole e *governance*. Emerge come sia importante definire a livello centrale procedure chiare e univoche su come raccogliere i dati in digitale, archivarli, dividerli e utilizzarli in sicurezza. In questo contesto, il tema della *privacy* e del consenso al trattamento dei dati del cittadino/paziente rappresenta uno degli snodi più critici da affrontare per una piena valorizzazione dei dati stessi. In conclusione, risulta essenziale definire una *Data strategy* complessiva, che comprenda le diverse aree di lavoro (es. tecnologica, organizzativa ecc.) nell'ottica di portare avanti le molteplici azioni in modo coerente.

Infine, nel Tavolo dedicato alla gestione del personale ci si è interrogati su due temi fondamentali per il *people management* attuale e futuro nelle aziende sanitarie:

- In cosa e come produce «valore» una Direzione del Personale per la propria azienda sanitaria?
- Quale può quindi essere una «agenda strategica» di lavoro delle Direzioni del Personale delle aziende sanitarie interessate a generare valore?

Le Direzioni del personale delle Aziende sanitarie pubbliche stanno faticosamente transitando dalle pur sempre importanti questioni di amministrazione dei dipendenti alle sempre più indispensabili azioni di gestione del capitale umano. Dove la produzione di «benessere organizzativo» assume una importanza senza eguale nella storia del Sistema Sanitario Nazionale.

È proprio a partire da questa riflessione e dalle indicazioni ricevute dal Dirigente Regionale, il Tavolo si è concentrato sul tema del Welfare aziendale quale strumento per migliorare il benessere organizzativo. Arrivando a sviluppare proposte operative per lavorare su due ambiti di intervento aziendale:

- Il welfare «istituzionale», che fa riferimento all'insieme di prodotti e servizi che possono «agevolare» la vita del dipendente, attraverso erogazione diretta o aumento del potere di acquisto collegato alla sua retribuzione.
- Il welfare per «l'*engagement* e il *wellbeing* organizzativo», che fa riferimento all'insieme di interventi che possono impattare sul senso di appartenenza, sull'identità organizzativa, sul benessere organizzativo nella sua accezione di «clima organizzativo» motivante e gratificante ecc. Si tratta, quin-

di, di un insieme di interventi che agisce sulla cultura organizzativa specifica dell'azienda sanitaria e che devono necessariamente essere disegnati «su misura» dei punti di partenza e caratteristiche delle singole aziende.

Ci auguriamo che questa sintesi conclusiva possa essere di aiuto nel fissare i temi approfonditi nel corso dei Tavoli di lavoro, stimolare la curiosità a rileggere i contenuti di dettaglio, e che restituisca l'idea della estensività e profondità di quanto discusso, nonché funga da stimolo per delineare ulteriori futuri approfondimenti che potranno trovare «casa» nel prosieguo di questa progettualità – il *Forum Sanità Lombarda Futura* – che ha ancora prospettive molto interessanti su cui proseguire l'esperienza.

GLI AUTORI

Lorenzo Minetti è fondatore del *Forum Sanità Lombarda Futura* e responsabile dell'Area Sanità di ECOLE – Enti Confindustriali Lombardi per l'Education. Esperto di organizzazione ed evoluzione di sistemi sanitari, si occupa di coordinare progetti di consulenza, ricerca e formazione per il mondo associativo confindustriale, per aziende sanitarie pubbliche e private e per imprese del settore *life science*.

Federico Lega, PhD, è professore ordinario di Economia, Politica e Management Sanitario presso l'Università degli Studi di Milano, dove coordina il Centro di Ricerca e Alta Formazione in *Health Administration* (HEAD). Svolge attività di formazione manageriale, ricerca e consulenza per le istituzioni, le aziende sanitarie e le imprese farmaceutiche, biomedicali e di tutto il settore salute, su temi di strategia, *governance*, sviluppo organizzativo, *change management*, *people e performance management* e gestione operativa.

Paolo Locatelli, è esperto di innovazione di processo e digitale in sanità, ambito in cui opera dal 2000 in progetti di ricerca e innovazione a livello aziendale, regionale, nazionale ed europeo. Dal 2005 segue progetti di innovazione in Fondazione Politecnico di Milano, dove attualmente coordina il gruppo che si occupa di innovazione digitale. Partecipa dal 2008 all'Osservatorio Sanità Digitale della *School of Management* del Politecnico di Milano, di cui dal 2010 è uno dei responsabili scientifici. È co-direttore dell'*Executive Master in Ge-*

stione dell'Innovazione in Sanità del POLIMI *Graduate School of Management*.

Chiara Sgarbossa, è laureata in Ingegneria Gestionale, ha ottenuto nel 2014 un *Master in Gestione d'Impresa e Sviluppo Organizzativo*. Attualmente è Direttrice degli Osservatori Sanità Digitale e *Life Science Innovation* del Politecnico di Milano, nell'ambito dei quali coordina le attività di ricerca e gestisce la relazione con la *Community*. Durante l'esperienza presso gli Osservatori si è occupata anche di ricerche sull'innovazione digitale nel settore *Pharma, Fashion-Retail* e *Utilities* e di progetti legati all'organizzazione e *governance* dell'innovazione digitale in aziende pubbliche e private.

Rossella Onofrio, è dottore di ricerca in Ingegneria Gestionale dopo aver conseguito la Laurea Magistrale in Ingegneria Biomedica. Attualmente *Project Manager* ed esperta di processi di innovazione tecnologica in Sanità presso la Fondazione Politecnico di Milano all'interno del gruppo che si occupa di innovazione digitale. Già Ricercatrice e docente presso la *School of Management* del Politecnico di Milano dove dal 2012 svolge attività di ricerca, didattica e gestione di progetti nell'ambito del *management* sanitario.

Deborah De Cesare, è assegnista presso il Dipartimento di Ingegneria Gestionale del Politecnico di Milano. Ha conseguito la laurea in *Management Engineering* con una specializzazione in *Energy and Environmental Management* nel settembre 2016. Da allora lavora presso gli Osservatori *Digital Innovation* svolgendo attività di ricerca e progettualità sui temi della Sanità Digitale e dell'innovazione nel settore del *Life Science*. Nel 2020 ha completato un percorso *Executive in Gestione Strategica dell'Innovazione Digitale*.

Margherita Mazzeo, è laureata al Politecnico di Milano in Ingegneria Gestionale e specializzata in *Sustainable Operations Management and Social Innovation*, attualmente lavora come assegnista di ricerca presso il Dipartimento di Ingegneria Gestionale del Politecnico di Milano. All'interno dell'Osservatorio Sanità Digitale, svolge attività di ricerca e progettualità con le aziende per lo sviluppo di iniziative in ambito Sanità Digitale.

Inoltre, hanno contribuito al lavoro di coordinamento dei Tavoli: **Elena Maggioni**, *Assistant Researcher* del centro di ricerca in *Health Administration*, **Alice Albertini**, **Marianna Manieri Elia**, **Morena Bisogno**, del MSc in *Management* delle Aziende Sanitarie e del Settore Salute dell'Università degli Studi Milano, **Jessica Romondia** e **Sara Costantini** dell'Area Sanità di ECOLE.

Finito di stampare nel mese di novembre 2022
da Geca Industrie Grafiche - San Giuliano Milanese (MI)

ECOLE ha promosso la 1° edizione dell'iniziativa *Forum Sanità Lombarda Futura*, in collaborazione con Confindustria Lombardia, Farmindustria, Università degli Studi di Milano, Politecnico di Milano, AIOF Lombardia, Cluster lombardo scienze della vita e Fondazione Sanità Futura. L'obiettivo che abbiamo raggiunto è stato confrontarsi direttamente e costantemente con i funzionari apicali di Regione Lombardia su temi di attualità, potendo portare una voce comune e coordinata per proseguire l'azione di sostegno alla DG Welfare nello sviluppo strategico ed operativo del SSR e del settore *lifescience*. ECOLE, con la costituzione di questo nuovo Forum, si pone come punto di riferimento associativo e regionale a favore di tutta la filiera dei servizi sanitari al fine di garantire uno spazio di dialogo e confronto costruttivo, di analisi dettagliata e di sensibilizzazione sui nuovi scenari. Un modello di «sistema» che lavora con e per il sistema, oltre i singoli interessi in gioco per raggiungere un bene comune.

ECOLE – Enti Confindustriali Lombardi per l'Education è una società consortile nata nel 2009 che unisce sette associazioni del sistema confindustriale – AIOF Lombardia, Associazione Industriali di Cremona, Assolombarda, Confindustria Alto Milanese, Confindustria Como, Confindustria Lecco e Sondrio e Ucima-Sistemi per Produrre – attraverso le rispettive società di servizi. ECOLE offre una gamma di servizi specifici per il settore sanitario e *lifescience*, con l'obiettivo di supportare con soluzioni personalizzate tutti i processi legati alla consulenza, alla formazione e alla ricerca.

Si ringraziano per la sponsorizzazione non condizionante



ISBN 978-88-6250-880-3



9 788862 508803

www.guerini.it