



AZIENDE SANITARIE E COMUNI
PER L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

“Progetto Telesalute”, a cura di Federsanità ANCI e SICS

**Servizi innovativi di cure integrate
supportati dalle tecnologie digitali**

Vademecum operativo

con il contributo non condizionato di Vree Health



Sommario

1 Sintesi dei temi del Vademecum Operativo.....	5
1.1 Scopo del Vademecum	6
1.2 Cure Integrate e Telesalute.....	6
1.3 Le opportunità: organizzare l'assistenza in modo innovativo	7
1.4 I fattori critici per il successo di una innovazione.....	7
1.5 L'analisi di scenari esemplari	8
1.6 Una check-list sulla pianificazione del cambiamento	8
1.7 Considerazioni sulle Linee di Indirizzo ministeriali	8
2 Cure integrate e tecnologie digitali.....	10
2.1 La progettazione congiunta di modelli di cura e soluzioni tecnologiche	11
2.2 L'evidenza di efficacia e le iniziative su larga scala.....	12
2.3 Il coordinamento delle cure e il coinvolgimento del paziente.....	14
2.4 I sotto-processi più rilevanti nei modelli assistenziali innovativi	18
2.5 Esempi di attività ad alta rilevanza informativa	19
3 I fattori critici di successo nella progettazione congiunta di modelli di cura e di soluzioni tecnologiche.....	21
3.1 Fattori di tipo strategico-gestionale.....	23
3.2 Fattori di tipo organizzativo – a) progettare il cambiamento	25
3.3 Fattori di tipo organizzativo – b) attuare il cambiamento	26
3.4 Fattori di tipo legale, normativo e di sicurezza	28
3.5 Fattori di tipo tecnologico e infrastrutturale.....	29
4 L'analisi sistematica di scenari.....	31
4.1 Scenario C - Carlo, paziente Complesso ad alto rischio di ri-ospedalizzazione	31
4.2 Scenario S - Silvestro, paziente con un piano di cura Stabile.....	32
4.3 Scenario F - Fernanda, una paziente anziana Fragile ma autosufficiente	32
4.4 Caratterizzazione dei bisogni	32

4.5 Opportunità offerte dalle soluzioni tecnologiche.....	36
5 Mettere in pratica un intervento di riorganizzazione.....	40
6 Le linee di indirizzo nazionali sulla Telemedicina	42
6.1 I principi cardine	42
6.2 Le implicazioni pratiche	42
7 Conclusioni.....	44
8 Riferimenti.....	46

1 Sintesi dei temi del Vademecum Operativo

La salute è il settore della vita sociale rimasto più indietro rispetto all'adozione delle tecnologie. Eppure i **processi di riorganizzazione** che oggi coinvolgono la Sanità sono forse il settore in cui esse potrebbero **dare il contributo più tangibile per il benessere dei cittadini.**

Nello specifico le Tecnologie Digitali offrono molte soluzioni di dimostrata efficacia (che qui indicheremo come **Telesalute**), da selezionare e adattare al contesto del sistema sanitario locale per assecondare i cambiamenti in atto.

E' possibile far fronte ai cambiamenti demografici e alla riduzione delle risorse con modelli di cura che offrano maggiore qualità e nello stesso tempo siano più sostenibili, utilizzando al meglio anche le tecnologie oggi disponibili?

Stiamo usando le tecnologie digitali nel modo migliore possibile?

In pratica l'innovazione (**organizzativa e tecnologica**) può riguardare **molteplici processi sanitari**, con effetti molto diversificati a seconda della problematica coinvolta e delle situazioni concrete in cui viene applicata. Non può rimanere un fenomeno spontaneo, ma deve essere governato. Il riferimento ideale è a quei servizi sanitari e sociali di cui l'assistito, spesso cronico o fragile, possa fruire da casa o in mobilità e che siano in grado di generare un miglioramento di lunga durata nella qualità di vita, oltre che nella qualità dell'assistenza, a costi sostenibili.

Dopo i numerosi progetti pilota e le esperienze pionieristiche spontanee che non sono riuscite a trasformarsi in innovazioni consolidate nella pratica quotidiana, è opportuno che **i centri decisionali**, ai diversi livelli, si attivino per **avviare iniziative concrete e diffuse.**

Un'innovazione sostenibile dovrebbe in teoria inquadarsi in un **programma pluriennale articolato a livello regionale**, con una forte collaborazione tra le Regioni.

Tuttavia molti interventi efficaci sono possibili già nell'immediato anche a livello di una singola **unità operativa**, di un **distretto**, di un'**azienda sanitaria.**

In questo processo di sviluppo **l'industria potrebbe rappresentare un partner strategico per la realizzazione** di progetti che, grazie anche all'innovazione tecnologica, possano contribuire alla **sostenibilità del sistema** e alla **qualità della vita** dei cittadini.

"In questo contesto che vede la chiusura di presidi sanitari, la loro trasformazione, il potenziamento delle cure primarie e l'articolazione della rete ospedaliera in hub & spoke, l'innovazione digitale può svolgere un ruolo chiave sia nell'evoluzione contemporanea dei modelli assistenziali, sia in quelli organizzativi, come fattore abilitante e in taluni casi determinante per la loro realizzazione."

dal Patto per la Sanità Digitale, Conferenza Stato-Regioni [CSR 2014b]

1.1 Scopo del Vademecum

Questo documento riporta una serie di schemi pratici sui modelli di cura innovativi e un insieme di fattori critici di successo per uno sviluppo su larga scala di attività assistenziali che potrebbero essere potenziate con maggiore efficacia dalle tecnologie digitali.

Il documento è stato concepito per un utilizzo nell'ambito di un gruppo di lavoro, per **stimolare e facilitare una discussione sistematica** volta ad impostare la problematica e ad **individuare le tematiche più promettenti** per attuare il cambiamento:

quali potrebbero essere i processi sanitari e sociali che *in un dato contesto locale* si prestano maggiormente ad un ripensamento, da sottoporre ad opportuni approfondimenti, considerando anche un uso consapevole delle tecnologie?

quali condizioni possono rendere il cambiamento individuato un'iniziativa di successo a livello di sistema?

Il documento si inserisce in un piano più ampio che in seguito potrà portare alla produzione di una **manualistica di supporto alle policy delle Regioni e delle aziende sanitarie italiane**.

1.2 Cure Integrate e Telesalute

In questo periodo si nota nel mondo una forte tendenza all'introduzione di nuovi modelli organizzativi per migliorare i servizi in materia di accesso, qualità, soddisfazione degli utenti, efficienza e sostenibilità economica. Questa tendenza si basa su due principi:

- un approccio olistico e multidisciplinare alla salute e al benessere del cittadino, anche attraverso il coinvolgimento attivo suo e dei suoi eventuali caregiver informali (*patient empowerment, patient engagement, paziente "attivato"*). Gli interventi sono realizzati attraverso setting assistenziali diversificati e modulati in base all'intensità del bisogno e alle garanzie di efficacia;
- il perseguimento di un livello elevato di integrazione nella gestione e nell'organizzazione dei servizi sanitari e sociali di diagnosi, trattamento, assistenza, riabilitazione e promozione della salute, che va sotto il nome di "**Integrated Care**", Cure Integrate [GRO 2001, KOD 2002].

Secondo gli obiettivi europei (es. **Horizon 2020**) nel medio-lungo periodo l'integrazione dovrebbe interessare tutte le principali aree di cura, a tutti i livelli (cure primarie, cure secondarie, salute mentale, assistenza sociale, ...), con collegamenti sia **in senso verticale** (tra i diversi setting del mondo sanitario, es. ospedale-territorio), sia **in senso orizzontale** (es. in ambito multi-professionale, tra operatori sanitari e sociali).

Pertanto il bisogno di integrazione riguarda anche l'interno di ciascuna di queste aree, quando il coordinamento è difficile perché le persone devono ancora fare affidamento alla carta e al passaparola (spesso a carico del paziente stesso) per comunicare.

Integrare l'assistenza significa anche integrare l'informazione, e la Telesalute può giocare un ruolo importante in questo settore.

1.3 Le opportunità: organizzare l'assistenza in modo innovativo

Negli ultimi anni le organizzazioni più reattive (es. Kaiser Permanente, Veterans Health Administration, Maccabi Healthcare Services) hanno messo a punto gradualmente modelli innovativi, e li hanno portati a sistema dimostrandone sia l'efficacia sullo stato degli assistiti, sia la sostenibilità economica.

Nel § 2 vengono descritti alcuni esempi di servizi assistenziali che in questo periodo risultano maggiormente interessati dai processi di innovazione, ad esempio nella realizzazione delle Case della Salute o nell'attivazione delle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP).

In particolare vengono descritti i tipi di servizio e le attività che possono essere implementati (o ri-organizzati) con un contributo significativo da parte delle tecnologie digitali. Tale contributo spazia dal supportare le decisioni, al rilevare dati clinici in remoto, oppure al facilitare l'attivazione del paziente sul proprio piano di cura.

1.4 I fattori critici per il successo di una innovazione

Nel § 3 vengono descritti fattori critici per il successo di azioni di progettazione congiunta del cambiamento organizzativo e delle soluzioni tecnologiche. Essi sono stati qui raggruppati in cinque categorie.

1. Fattori in materia di strategia e gestione

l'esito di un intervento dipende in primo luogo dalla presenza di un forte commitment da parte dei vertici aziendali chiamati a promuovere e a guidare il processo di innovazione. A ciò si aggiunge la capacità di: identificare propriamente il bisogno e quindi il servizio innovativo coinvolto; costruire un business case che giustifichi l'intervento; reperire le risorse necessarie.

2. Fattori in materia di organizzazione: a) progettare il cambiamento

il successo dipende dalla diffusione di una cultura orientata all'innovazione e dalla sinergia tra le competenze cliniche, gestionali e tecnologiche in ogni fase dell'iniziativa di innovazione, a cominciare dalle fasi preparatorie per impostare il processo di cambiamento.

3. Fattori in materia di organizzazione: b) gestire il cambiamento

la realizzazione del cambiamento e la gestione della routine quotidiana sono fasi cruciali delle iniziative di riorganizzazione dei processi e di riallocazione delle risorse.

4. Fattori relativi a questioni etiche, legali e normative, incluse privacy e sicurezza

questi aspetti sono determinanti per l'attivazione e l'andamento di una iniziativa, soprattutto negli aspetti per cui esistono normative esplicite e linee guida autorevoli.

5. Fattori in materia di questioni tecniche e infrastrutturali

i dettagli sugli aspetti tecnici non devono ostacolare l'avvio dell'iniziativa; anzi, al momento opportuno possono costituire, se ben progettati, un cruciale fattore abilitante.

1.5 L'analisi di scenari esemplari

Per aiutare a caratterizzare alcuni contesti concreti in cui possono essere utilizzate le tecnologie digitali, nel § 4 vengono proposti tre scenari realistici, da utilizzare nel corso di apposite sessioni di lavoro per innescare una discussione sistematica tra i presenti. Allo scopo sono state predisposte due serie di tabelle:

- una per la descrizione dei bisogni connessi in principio ad ogni scenario, senza fare particolare riferimento al modo in cui tali bisogni possano essere soddisfatti e a prescindere dalle modalità di organizzazione di servizi di cura, innovativi o meno;
- un'altra per analizzare le opportunità di supporto che potrebbero essere offerte dalle soluzioni tecnologiche.

Il presente Vademecum è un documento "in progress"; grazie al feedback fornito dai partecipanti ai gruppi di lavoro, sarà possibile influenzarne le versioni successive.

1.6 Una check-list sulla pianificazione del cambiamento

Nel § 5 viene proposta una check-list riassuntiva sulle problematiche realizzative, rivolta più alla reingegnerizzazione dei processi e agli interventi di change management, che agli aspetti tecnologici in senso stretto.

Infatti oggi sono disponibili molte soluzioni tecnologiche di dimostrata efficacia. Il problema principale, vista la complessità e la variabilità dei processi di assistenza, riguarda la capacità di innestare le tecnologie in modo appropriato rispetto ai bisogni locali e le condizioni di contesto, identificando insieme ai fornitori la soluzione di volta in volta più adatta per garantire sia un miglioramento della qualità che la sostenibilità economica delle iniziative di cambiamento.

1.7 Considerazioni sulle Linee di Indirizzo ministeriali

Alla fine del documento, nel § 6, vengono riportate alcune considerazioni relative alle Linee di Indirizzo ministeriali sulla telemedicina; dopo una sintesi dei principi cardine delle Linee di Indirizzo, vengono sintetizzati alcuni aspetti di livello strategico, gestionale ed operativo.

Il livello strategico si applica principalmente nell'ambito del governo regionale, in quanto riguarda la costruzione di un catalogo regionale delle iniziative di telemedicina e l'analisi della programmazione regionale per evidenziare le situazioni in cui prospettare un utilizzo appropriato della telemedicina.

Il livello gestionale si applica tipicamente in ambito locale (possibilmente con il supporto di un coordinamento regionale), individuando i percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali che possano fruire dell'innovazione tecnologica con la massima efficacia, rispetto alle caratteristiche specifiche dei diversi contesti locali.

Il livello operativo riguarda l'eventuale esternalizzazione di alcuni servizi, ad esempio quelli offerti dai Centri Servizi.

2 Cure integrate e tecnologie digitali

Un programma di Cure Integrate in cui sia valorizzata la **centralità del paziente** richiede un'attenta gestione di due aspetti particolarmente complessi:

- il **coordinamento tra i diversi professionisti** ed operatori attivati nei diversi setting della continuità delle cure,
- **l'attivazione del paziente** sul proprio piano di cura, assistito da eventuali caregiver informali.

Le tecnologie dell'informazione e delle comunicazioni (ICT) costituiscono un importante fattore abilitante per la gestione di ambedue gli aspetti citati e più in generale per un profondo ridisegno dei modelli organizzativi di erogazione delle cure.

Le Cure Integrate sono particolarmente importanti per i servizi agli anziani, in quanto si tratta spesso di soggetti fragili e cronici con multi-morbilità, e quindi con un particolare bisogno di cure e assistenza continuative.

A tale settore sono dedicate le attività dell'Action Group B3 "Integrated Care" del Partenariato Europeo per l'Innovazione sull'Invecchiamento Sano e Attivo (European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing, EIP-AHA), un'iniziativa attivata e coordinata dalla Commissione Europea di collaborazione volontaria tra le Regioni, assistite da numerosi stakeholder.

L'introduzione delle Cure Integrate comporta il passaggio da una erogazione di servizi reattivi ad una assistenza proattiva, orientata alla prevenzione e alla centralità del paziente. Essa richiede una profonda trasformazione del sistema, che dovrà essere sempre più basato sull'assistenza primaria e sulle cure domiciliari. In questo modo possono essere realizzati benefici significativi attraverso la riduzione di ricoveri ospedalieri prevenibili o inappropriati, la responsabilizzazione ed il coinvolgimento attivo del paziente/utente, un uso più sostenibile ed ottimale delle risorse e cure più efficaci per l'intero sistema assistenziale socio-sanitario. In definitiva, le Cure Integrate possono generare molteplici benefici e consentono ai pazienti/utenti di giocare un ruolo attivo diventando, come co-produttori di assistenza, parte integrante dell'intero sistema socio-sanitario.

Dall'Action Plan dell'Action Group B3 sulle Cure Integrate del Partenariato Europeo per l'Innovazione sull'Invecchiamento Sano e Attivo (EIP-AHA) [EIP 2012]

Alla fine del 2013 l'Action Group B3 vedeva coinvolte più di 120 organizzazioni impegnate nel raggiungimento congiunto degli obiettivi di medio lungo termine:

- favorire la disponibilità **entro il 2015** di programmi di Cure Integrate per gli anziani, supportati da strumenti e servizi innovativi e con particolare riferimento alle condizioni

di fragilità e alle condizioni croniche a maggior prevalenza, per almeno il **10% della popolazione target in almeno 50 regioni europee**;

- **entro il 2020 raggiungere uno “scale-up” pervasivo** e la replicazione dei programmi di Cure Integrate per gli anziani **in almeno 20 regioni in 15 Stati membri**.

2.1 La progettazione congiunta di modelli di cura e soluzioni tecnologiche

Le iniziative di Cure Integrate si trovano ad affrontare un insieme interconnesso di barriere sugli aspetti organizzativi, sociali e tecnologici attraverso le seguenti linee d'azione (adattate da [CIP 2013]):

- lo sviluppo di modelli sostenibili, robusti, accurati, per migliorare il **coordinamento dei servizi** e per facilitare il **follow-up del paziente** (stato di salute, attività svolte e compliance alla terapia);
- lo sviluppo di servizi orientati al paziente per sostenere l'**empowerment**, l'**auto-cura**, l'**aderenza** al patto di cura concordato, la gestione del trattamento nei luoghi **dove il bisogno si manifesta**;
- la **personalizzazione dei piani di cura e assistenza** a partire dai PDTA di riferimento, secondo le caratteristiche specifiche dei profili dei pazienti, attraverso analisi di dati multimodali, algoritmi di stratificazione del rischio per le malattie croniche e le condizioni multi-morbilità, algoritmi predittivi dello stato del paziente;
- l'allineamento, l'analisi e l'interpretazione dei dati generati dai professionisti e dai pazienti/caregiver, per migliorare i rispettivi processi decisionali;
- la facilitazione delle interazioni multi-canale e multi-attore, con uno scambio di informazioni in contesti di cura integrati, tramite le rispettive piattaforme digitali di collaborazione, compatibilmente con le norme sulla protezione dei dati personali e la tutela della privacy;
- la messa a punto dei programmi di formazione e aggiornamento sulle competenze richieste ai professionisti sanitari e sociali, nonché di coaching per i cittadini e i loro caregiver;
- la sistematizzazione delle conoscenze a partire dai dati di routine, per migliorare la gestione delle multi-morbilità e per affrontare l'ottimizzazione dei poli-farmaci.

Nell'ottica di una riorganizzazione del sistema, ad esempio con l'attivazione delle Case della Salute e delle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP), è quanto mai opportuno concepire le singole iniziative di innovazione all'interno di un quadro organico pluriennale e prevedere un uso significativo delle tecnologie digitali.

In questo modo sarà possibile garantirne la sinergia e l'interoperabilità che altrimenti risulterebbero estremamente complesse e dispendiose da rincorrere a posteriori.

In altre parole, fin dalle fasi di progettazione le singole aziende sanitarie devono prevedere di poter unire tra loro in modo organico le iniziative di volta in volta attivate, come tasselli di un quadro unitario.

“L’innovazione tecnologica può contribuire a una riorganizzazione dell’assistenza sanitaria, in particolare sostenendo lo spostamento del fulcro dell’assistenza sanitaria dall’ospedale al territorio, attraverso modelli assistenziali innovativi incentrati sul cittadino e facilitando l’accesso alle prestazioni sul territorio nazionale.

Le modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie abilitate dalla telemedicina sono fondamentali in tal senso, contribuendo ad assicurare equità nell’accesso alle cure nei territori remoti, un supporto alla gestione delle cronicità, un canale di accesso all’alta specializzazione, una migliore continuità della cura attraverso il confronto multidisciplinare e un fondamentale ausilio per i servizi di emergenza-urgenza. [...]

La gestione della cronicità e la continuità dell’assistenza si avvalgono fortemente del contributo delle tecnologie innovative, e più in generale dell’ICT, per garantire la realizzazione di una modalità operativa a rete, che integri i vari attori istituzionali e non istituzionali deputati alla presa in carico delle cronicità.

In particolare, nelle nuove forme d’aggregazione dei medici di medicina generale, la Telemedicina e la Teleassistenza rappresentano esempi di come la tecnologia possa supportare un’efficace operatività di tali forme organizzative, anche ai fini della gestione della cronicità. Analogamente per patologie croniche a stadi avanzati e gravi, il supporto della Telemedicina specialistica consente di mantenere il paziente a casa.

Dalle “Linee di indirizzo sulla Telemedicina ” del Ministero della Salute [CSR 2014a]

2.2 L’evidenza di efficacia e le iniziative su larga scala

L’introduzione della tecnologia come fattore di innovazione all’interno di modelli organizzativi tradizionali nella maggior parte dei casi non ha innescato un processo duraturo di cambiamento ed ha portato a un numero elevato di fallimenti. Gli studi clinici controllati basati su questo approccio non hanno fatto altro che constatare la debolezza di questo approccio.

L’efficacia è stata invece dimostrata e validata in numerosi studi clinici controllati nel caso di soluzioni che sono state accompagnate dal ripensamento dei processi operativi e dei ruoli reciproci dei professionisti sanitari e sociali e del ruolo dei cittadini/assistiti e dei loro caregiver [si veda ad esempio in COC 2010].

E’ stato dimostrato che un uso appropriato della tecnologia può migliorare sensibilmente i relativi processi di cura: nel caso dello scompenso cardiaco, le meta-analisi mostrano riduzioni della mortalità tra il 15% e il 55%; dei ricoveri per problemi cardiovascolari del 50%, dei giorni di degenza tra il 26% e il 48%; nel caso della BPCO, sono state riscontrate, oltre ad un miglioramento della qualità della vita, riduzioni delle esacerbazioni del 35%, dei ricoveri tra il

15% e il 43%; dei costi fino al 52%; nel caso del diabete, c'è ampia evidenza sulla riduzione della HbA1c e delle complicanze, sulla soddisfazione degli utenti e sul loro coinvolgimento attivo.

Un esempio particolarmente significativo è dato dall'Amministrazione dei Veterani negli USA, con il programma "Care Coordination/Home Telehealth", per i pazienti affetti da una o più delle principali malattie croniche. Il percorso è iniziato nel 2004 ed è giunto nel 2013 ad essere applicato su più di 600.000 assistiti (il 7% del totale) ed è in corso di ulteriore estensione.

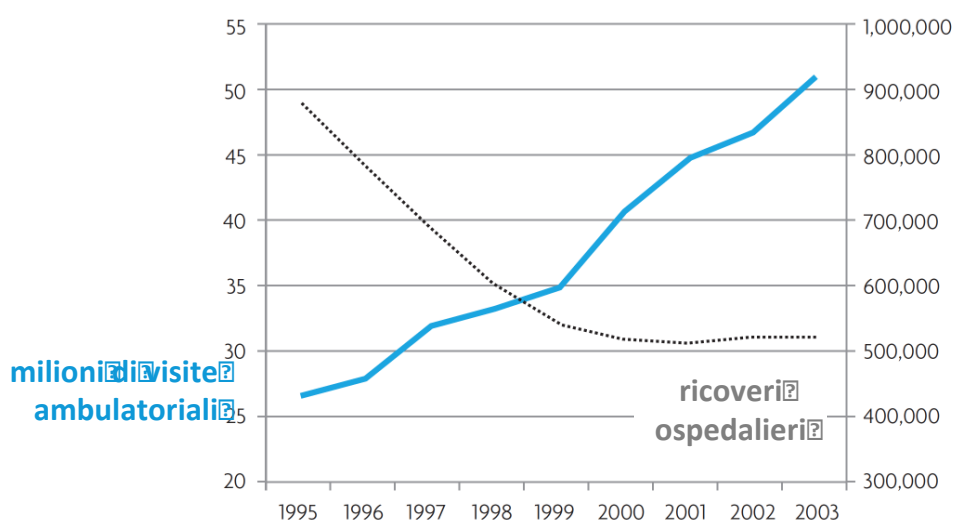
Negli anni 2004-2007 il programma ha registrato per gli assistiti coinvolti una riduzione complessiva del 35% dei ricoveri e del 59% nelle giornate di degenza [DAR 2008].

Figura 1. Riduzione nell'uso delle risorse ottenuto dall'Amministrazione dei Veterani negli anni 2004-2007 con il programma Care Coordination/Home Telehealth [DAR 2008]

Condizione	riduzione nell'uso di risorse
Diabete	20.4 %
Ipertensione	30.3 %
Scopenso cardiaco	25.9 %
BPCO	20.7 %
Disordine da stress post-traumatico	45.1 %
Depressione	56.4 %
Altri problemi di salute mentale	40.9 %
Condizione singola	24.8 %
Condizioni multiple	26.0 %

Si noti che questi risultati sono stati ottenuti a valle di una profonda riorganizzazione del sistema, che in precedenza aveva già portato negli anni 1995-2003 al dimezzamento dei ricoveri ospedalieri ed al raddoppio delle visite ambulatoriali sul complesso degli assistiti.

Figura 2. Andamento dei ricoveri e delle visite ambulatoriali nell'Amministrazione dei Veterani, 1995-2003



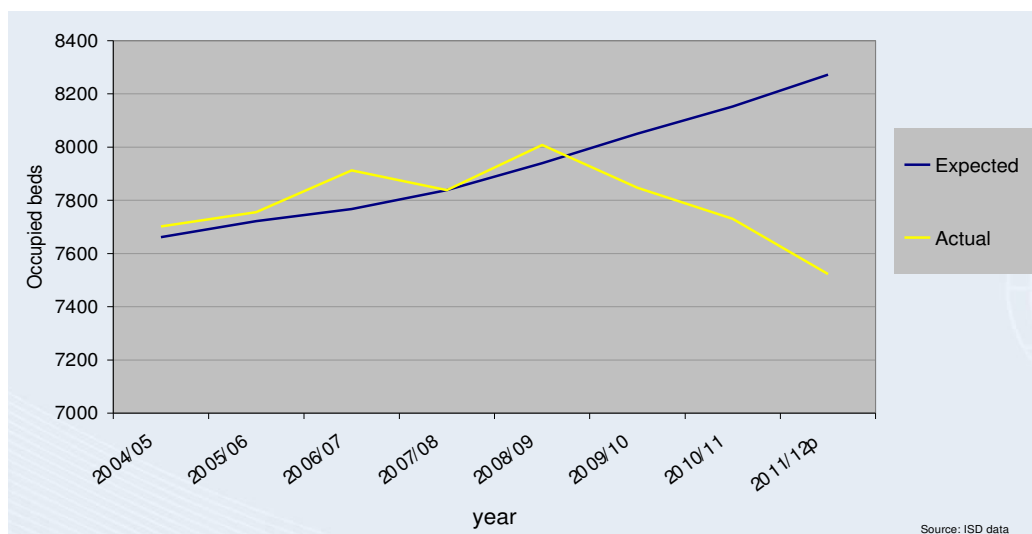
source: BUILDING A HEALTH SERVICE FIT FOR THE FUTURE, NHS Scotland, 2005

Chiaramente in questo caso la natura pervasiva del cambiamento, sostenuto da un forte impegno del management, che coinvolgeva un numero elevato di fattori e richiedeva un sostanziale cambio di mentalità nei professionisti e negli assistiti, non ha permesso di effettuare un classico studio caso-controllo. Tuttavia il successo evidente ottenuto da questa iniziativa di sistema ha portato l'Amministrazione dei Veterani ad estendere progressivamente il programma fino a raggiungere oggi circa il 10% degli assistiti.

Ovviamente la riduzione nell'uso delle risorse non comporta automaticamente una riduzione della spesa complessiva. Tuttavia l'attuazione graduale di un simile programma, iniziato più di 10 anni fa, ha permesso di mettere a punto il modello, di perfezionarlo nel tempo e di gestire una riallocazione delle risorse altrettanto graduale.

Un altro esempio di azione di sistema è dato da un intervento di supporto domiciliare agli anziani in Scozia, iniziato nel 2008. Mentre il numero teorico dei ricoveri in emergenza attesi era in continua crescita a causa dei cambiamenti demografici, l'intervento ha ottenuto in tre anni un vistoso calo, visibile in Figura 3. Anche qui il cambiamento "di sistema" non ha permesso di effettuare uno studio caso-controllo randomizzato.

Figura 3. Confronto sul numero di ricoveri in emergenza prevedibili (expected) ed effettivi (actual) per anziani 65+ in Scozia, anni 2004-2011



2.3 Il coordinamento delle cure e il coinvolgimento del paziente

Alla luce di questo esposto, una **trasformazione graduale a livello aziendale** dei servizi di cura più rilevanti rispetto ai piani sanitari regionali e locali può costituire la chiave per lo sviluppo di **modelli di cura innovativi** e per una introduzione corretta di soluzioni tecnologiche avanzate.

L'affermazione precedente è vera soprattutto se in una Azienda Sanitaria si decide di procedere inizialmente con una modifica mirata e non dirompente di alcuni processi di erogazione dell'assistenza e con una riorganizzazione parziale dei ruoli professionali.

E' ragionevole prevedere che l'adozione delle soluzioni tecnologiche corrispondenti potrà essere ben motivata e non particolarmente onerosa.

Le attività innovative **potenzialmente più adatte ad un approccio iniziale** per attivare un processo pluri-annuale di cambiamento verso le Cure Integrate possono essere raggruppate in diverse categorie, come illustrato negli esempi, certamente non esaustivi, della Tabella 1.

Si noti che queste attività si riferiscono ai bisogni di assistenza, indipendentemente dal fatto che possano essere o meno potenziate da soluzioni tecnologiche, o dal tipo di soluzione che eventualmente si potrà decidere di adottare.

Tabella 1. Esempi di attività e servizi di supporto per il coordinamento delle cure e il coinvolgimento del paziente

<p>a Attività non-cliniche</p> <ul style="list-style-type: none">• fornire informazioni generiche sull'offerta dei servizi e le modalità d'accesso (help desk operativo)• facilitare l'aderenza al piano di assistenza• assistere a distanza (ritrovare persone con demenza, organizzare aiuto per gli allarmi)• verificare i criteri preliminari di ammissibilità per programmi di assistenza domiciliare• calcolare indicatori, gestire cruscotti e predisporre relazioni per il management• realizzare campagne informative alla popolazione per la prevenzione primaria
<p>b Attività procedurali che richiedono competenze cliniche (con un basso livello di discrezionalità)</p> <ul style="list-style-type: none">• vigilare sull'auto-cura, follow-up remoto con raccolta dei dati, monitoraggio attivo dei parametri clinici/ambientali, individuazione di anomalie per attivare il professionista appropriato• contribuire al coaching mirato ai problemi del paziente• supportare le decisioni tramite algoritmi e check-list (per avvisi, consigli)• fornire informazioni su farmaci, triage (codici bianchi/verdi), struttura più appropriata (help desk clinico)• aiutare il paziente a navigare nel sistema di cura e assistenza (es. da parte del Care Manager come tutor di un paziente con un piano di cura e assistenza relativamente stabile)

(continua alla pagina seguente)

(segue dalla pagina precedente)

<p>c Attività di supporto all'auto-cura e alla responsabilizzazione del paziente sulla propria salute</p> <ul style="list-style-type: none">• raccogliere dati (dati clinici e dei segni vitali, questionari sull'evoluzione di stili di vita e problemi di salute, come gravidanza, crescita del neonato, dieta)• comunicare con parenti, amici e (gruppi di) altri pazienti• svolgere attività effettive di auto-cura e educazione terapeutica (esercitazioni, istruzioni)
<p>d Attività di supporto al coordinamento tra professionisti</p> <ul style="list-style-type: none">• elaborare il piano di assistenza multidisciplinare• interagire saltuariamente con un altro professionista (consultazione non urgente, consultazioni urgenti per trauma / stroke, da luoghi isolati attrezzati)• coordinare la transizione dall'ospedale al domicilio• controllare e ottimizzare una terapia multi-farmaco• assicurare un forte coordinamento clinico e un'opportuna reattività alle variazioni significative dei bisogni del paziente (da parte del Case Manager, cioè del medico di riferimento che ha la responsabilità di adattare il piano di cura secondo necessità)

Tutte queste attività possono giovare in modo significativo delle tecnologie digitali, sempre più performanti, con applicazioni e apparecchiature "smart" con interfacce personalizzate e capaci di pre-elaborazioni evolute, anche remote.

Un insieme opportuno di queste attività può assumere un ruolo importante nelle trasformazioni prevedibili per i prossimi anni, specialmente se inserite in un percorso che prelude alla successiva attuazione dei nuovi modelli organizzativi sulle malattie croniche, sull'anziano e sulla fragilità, secondo **strategie regionali ad alta integrazione**.

Si tratta dei servizi rivolti al coordinamento delle cure ed al coinvolgimento del paziente e dei suoi caregiver, con un supporto alle attività domiciliari fornito da strutture delle cure primarie e intermedie, quali le Case della Salute, le UCCP, le AFT, etc.

In pratica, il supporto delle tecnologie digitali fa sì che ogni attore contribuisca alla sostenibilità economica complessiva, in quanto:

- può affidare con sicurezza al paziente, ai caregiver ed a personale con qualifiche inferiori una parte del carico di lavoro che svolgeva in precedenza;
- può essere messo in grado di gestire con più appropriatezza e con maggiore qualità alcuni compiti più consoni alle proprie competenze;
- può assorbire parte del carico di lavoro che oggi grava su livelli di qualifica superiori, con effetti positivi anche sulla soddisfazione personale.

Ad esempio un infermiere con il ruolo di care manager può aiutare il cittadino “attivato” a seguire il proprio “contratto di cura” in modo più efficace e continuativo del MMG, che può così concentrarsi meglio sul proprio ruolo di medico.

A seconda del contesto le attività finora descritte **possono essere realizzate con molteplici varianti**, che comportano differenze anche significative nei costi e nell’impatto sugli utenti:

- realizzando le funzioni di una **Centrale Operativa** con personale interno o esternalizzato in ambito locale, aziendale, inter-aziendale, regionale. Ad esempio, a seconda dei casi le singole attività possono essere gestite a distanza nel modo più adeguato da un reparto ospedaliero, da uno “sportello cronicità” dell’UCCP, oppure dal centralino di una Casa della Salute, o da una Centrale Operativa regionale;
- semplificando la **comunicazione tra cittadino e professionisti**, utilizzando uno o più canali (web, email, totem, telefono, video chiamata, chat o sms) che permettano all’assistito e all’operatore preposto di comunicare, ogni volta che è necessario e con continuità, attraverso il canale che in quel momento risulti più efficace;
- usando **apparecchiature domiciliari** di vario livello di sofisticazione, che possano essere collegate in rete (per esempio attraverso una “app” di semplice utilizzo, in modo da ridurre l’eventualità dell’errore umano) per intensificare il *follow-up*. Occorre tuttavia che il sistema sia il più possibile indipendente dalle peculiarità tecnologiche delle apparecchiature usate, per offrire agli operatori un cruscotto in grado di monitorare gli andamenti dei valori clinici prescindendo dal singolo apparecchio elettromedicale;
- prevedendo una **disponibilità 24/7** per i servizi rivolti al cittadino per la gestione di urgenze e allarmi, mentre altri servizi possono essere disponibili solo durante il normale orario di apertura; considerando anche che i servizi fuori orario svolti in Telesalute si prestano – ove non ne risenta la qualità della prestazione – all’offerta di consulenza da remoto, con una Centrale Operativa in grado di rintracciare il personale appropriato, in reperibilità.

2.4 I sotto-processi più rilevanti nei modelli assistenziali innovativi

La realizzazione di un programma di Cure Integrate, con l'introduzione di modelli di cura innovativi basati sul territorio, centrati sul paziente, e supportati dalla Telesalute, comporta la gestione di un insieme di sotto-processi assistenziali, alcuni dei quali sono illustrati a titolo di esempio nella Tabella 2 con cenni al tipo di supporto che può essere offerto dalle tecnologie.

Tabella 2. Esempi di sotto-processi potenzialmente coinvolti nelle Cure Integrate

<p>Continuità dell'assistenza tra strutture/professionisti</p> <p>il territorio è caratterizzato da una estrema frammentazione delle strutture e degli attori, e quindi mostra un elevato fabbisogno di integrazione che può essere ottenuto con un gestione opportuna della continuità informativa, tramite notifiche delle attività svolte e condivisione di documenti.</p>
<p>Costruzione e adeguamento locale di percorsi assistenziali di riferimento</p> <p>i PDTA (Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali), basati su evidenza, garantiscono che tutti gli attori siano consapevoli dei ruoli reciproci, secondo criteri di qualità, equità e appropriatezza. I percorsi di riferimento vanno calati nel contesto locale, prevedendo di estrarre di routine opportuni indicatori dai processi di assistenza.</p>
<p>Adattamento di un PDTA ed esecuzione del piano di cura</p> <p>il piano di cura e assistenza dovrebbe essere concordato con il paziente, adattando il PDTA locale ai suoi bisogni e alle sue esigenze soprattutto nei casi di assistenza di lungo periodo (Long Term Care, LTC), Se gli obiettivi, le attività, i ruoli di ogni attore ed i dati da condividere sono adeguatamente formalizzati e codificati il sistema informativo può essere più efficace nella gestione dei dati e dei processi.</p>
<p>Ospedalizzazione domiciliare</p> <p>l'ospedale può mantenere un ruolo sul paziente tornato al domicilio e garantire (grazie anche al supporto tecnologico) prestazioni che normalmente vengono erogate in ospedale.</p>
<p>Educazione terapeutica</p> <p>per l'auto-cura e per l'adeguamento degli stili di vita è cruciale che il paziente ed i caregiver siano "esperti" dei problemi di salute e delle procedure terapeutiche sotto il proprio controllo, sfruttando una sinergia tra coaching di gruppo, coaching individuale con rinforzo remoto, <i>serious gaming</i> (moduli educativi che utilizzano le tecniche dei giochi digitali).</p>

Le soluzioni tecnologiche di Telesalute oggi disponibili sono in grado di potenziare con efficacia questi sotto-processi, in particolare permettono di inserire pienamente le Case della Salute e le UCCP nel contesto territoriale, collegandole con l'ospedale e il domicilio del paziente oltre le mura fisiche delle strutture coinvolte.

2.5 Esempi di attività ad alta rilevanza informativa

La Sanità Elettronica e la Telemedicina si avviano ormai a costituire un unico settore applicativo (le “tecnologie digitali”), a cui si stanno aggiungendo dispositivi medici e domotici di dimensioni e costi ridotti, oltre alla “*m-Health*” (cioè l’uso nel settore della salute di “*mobile devices*” come *smartphone* e *tablet*).

In diversi Paesi le attività svolte attraverso tali tecnologie digitali cominciano ad essere omologate come atti professionali autonomi, complementari alle attività in presenza, e come tali riconosciute e tariffate da parte del sistema sanitario.

All’interno dei processi illustrati nei paragrafi precedenti è possibile individuare alcune attività caratterizzate da un’alta intensità informativa; la loro corretta esecuzione richiede cioè una appropriata gestione e condivisione di dati ed informazioni.

Alcune sono basate sulla diffusione dei nuovi canali di comunicazione, che si affiancano ai canali tradizionali (contatti in presenza e telefono):

- l’invio di testi, misure, segnali o immagini tramite posta elettronica, SMS, whatsapp;
- la conversazione tramite video (es. skype, oppure i servizi che usano lo standard aperto webRTC per utilizzare un normale navigatore senza necessità di installare software particolare).

Esempi di tali attività, che più di tutte possono giovare della tecnologia per raggiungere una maggiore efficacia, sono brevemente descritti nella Tabella 3.

Tabella 3. Esempi di attività ad alta rilevanza informativa

<p>Condivisione di informazioni strutturate e comunicazione tra professionisti</p> <p>nel territorio la dispersione degli operatori rende difficile mantenere una condivisione efficace delle informazioni, che oggi viene spesso affidata alla capacità del paziente stesso. Le soluzioni tecnologiche utili comprendono: videoconferenza, forum, l’infrastruttura del fascicolo sanitario elettronico (FSE).</p>
<p>Attivazione del cittadino/paziente, patient engagement</p> <p>i pazienti cronici e fragili a domicilio gestiscono direttamente la maggior parte del piano di cura e assistenza con i propri caregiver. Essi possono essere “attivati” grazie anche ad attività di coaching e con l’aiuto di operatori appositamente formati (care manager), eventualmente con il supporto di una Centrale Operativa atta ad agevolare l’interazione con gli utenti secondo un approccio proattivo (vedi Tabella 1). E’ fondamentale la disponibilità di un “gestionale del cittadino”, cioè di applicativi che li supportino nello svolgimento dei propri compiti.</p>

(continua alla pagina seguente)

(segue dalla pagina precedente)

<p>Supporto decisionale</p> <p>le conoscenze cliniche e sanitarie sono ormai così vaste e in continuo aggiornamento che è impossibile tenerle completamente sotto controllo. Un sistema autorevole di supporto alla decisione, basato su evidenza, può aiutare i professionisti nelle decisioni a rischio di non- appropriatezza.</p>
<p>Rilevazione a distanza di dati clinici (immagini, parametri...)</p> <p>la miniaturizzazione dei dispositivi medici e dei sensori per la domotica, il loro costo in diminuzione, la disponibilità di smartphone e tablet (dispositivi mobili) rende ormai agevole la trasmissione sicura di dati e immagini anche dalla casa del paziente e in mobilità.</p>
<p>Coordinamento delle prestazioni domiciliari</p> <p>la dispersione tipica del territorio non permette di gestire agevolmente il coordinamento nell'esecuzione delle prestazioni di tutti gli attori, come avviene ad esempio in ospedale; un sistema informativo adeguato ed una Centrale Operativa a complemento del buon funzionamento della piattaforma tecnologica possono aiutare in questo senso, rendendo reciprocamente consapevoli i diversi attori dei rispettivi obiettivi, ruoli e compiti.</p>
<p>Gestione di un <i>workflow</i></p> <p>se le attività previste nel piano di cura sono opportunamente codificate e il loro svolgimento viene notificato al sistema informativo insieme ai dati più rilevanti, questo può aiutare a gestire le procedure e i passaggi tra gli attori all'interno dei processi coinvolti.</p>
<p>Semplificazione dell'accesso al sistema</p> <p>il paziente deve poter disporre di un unico punto di accesso (fisico o virtuale) al sistema, per attivare la presa in carico, seguire l'iter delle pratiche, effettuare pagamenti, ritirare ricevute e certificati; i sistemi informativi permettono di semplificare tali procedure.</p>
<p>Portali informativi e indirizzamento verso la sede ottimale rispetto al problema del paziente</p> <p>tramite il portale e/o una centrale operativa il cittadino può essere indirizzato verso la struttura per lui ottimale per erogare i servizi richiesti. Inoltre l'Azienda Sanitaria (o la Regione) può mettere a disposizione in rete conoscenze autorevoli sulle condizioni di salute e sulle procedure diagnostiche terapeutiche.</p>

3 I fattori critici di successo nella progettazione congiunta di modelli di cura e di soluzioni tecnologiche

Nel § 2.1 è stato rimarcato che è opportuno considerare l'introduzione delle tecnologie nel sistema sanitario all'interno di un percorso graduale di medio-lungo periodo, che anticipi e non perda mai di vista l'obiettivo finale delle Cure Integrate.

Innovare i processi assistenziali significa portare a sistema modelli di cura più efficaci e sostenibili; le tecnologie sono un elemento complementare (anche se spesso abilitante) in questo percorso.

Per la maggior parte, non si tratta di sviluppare nuovissime soluzioni, ma di utilizzare al meglio un insieme adeguato di buone pratiche e di componenti tecnologiche esistenti, di cui è stata provata l'efficacia in ambiti ristretti, adattandole al contesto locale per ottenere il massimo beneficio dalla loro sinergia.

Diverse iniziative di innovazione e riorganizzazione dei processi di cura sono già attuabili localmente nel breve periodo utilizzando *anche* opportune componenti tecnologiche.

Esse dovrebbero essere concepite come precursori di un quadro organico complessivo, iniziando nei contesti locali più favorevoli con le soluzioni che rispondono ai bisogni più urgenti e che hanno le massime probabilità di successo, di replicabilità e di sostenibilità (approccio "easiest-win").

Successivamente si potranno attivare ulteriori iniziative su temi complementari, oppure si potranno riproporre le singole iniziative in altre zone, fino a raggiungere una massa critica di copertura per un numero significativo di processi sanitari in un ampio territorio (vedi l'Obiettivo 2020 della Commissione Europea).

Nel passato la maggior parte delle "iniziative pilota" di telemedicina sono partite dal basso, con un impatto limitato sull'organizzazione dei servizi, e spesso sono state promosse ed attuate da un'unica persona particolarmente motivata, con un notevole impegno personale, rivelandosi non sostenibili nel medio-lungo periodo.

Oggi sia i *policy makers* che gli studiosi discutono le sfide e i fattori critici che possono impattare sul successo degli interventi di adozione dei modelli innovativi, supportati dalle tecnologie digitali.

A fronte di numerosi modelli teorici, linee guida e libri bianchi, tutti convergono nell'affermare che il successo della diffusione di servizi sanitari avanzati supportati dalle tecnologie dipende sia dall'individuazione corretta del problema da risolvere e delle giuste soluzioni (organizzative e tecnologiche), sia dall'abilità di fronteggiare una serie articolata di sfide attraverso un appropriato insieme di scelte strategiche nella messa in opera di un intervento.

Si tratta di un processo che va dall'individuazione del bisogno alla gestione della routine, passando in teoria attraverso una serie di fasi:

- la decisione di intervenire su uno specifico processo,
- l'elaborazione della soluzione più adatta,
- la progettazione e l'attuazione del cambiamento,

con l'individuazione dei professionisti che dovranno svolgere le attività manageriali ed operative di routine e con il reperimento delle risorse strumentali da utilizzare.

Nei casi più semplici queste fasi possono non essere esplicite e distinte tra loro, ma comportano comunque diversi tipi di competenze e di modalità decisionali.

Nel caso di interventi strutturali complessi, con prestazioni che richiedono l'interazione di una pluralità di soggetti anche in strutture diverse, i ruoli vengono necessariamente separati:

1. il ruolo strategico di focalizzare i bisogni, stabilire le priorità d'azione tra bisogni eterogenei e decidere su quali intervenire, con quali tempi e con quali risorse, può coinvolgere anche in modo significativo i *policy-maker*, ad esempio il livello apicale di una Azienda Sanitaria, o un Assessorato regionale;
2. la progettazione del cambiamento potrebbe avvalersi della collaborazione di diversi *stakeholder*, anche esterni al sistema sanitario in senso stretto (es. associazioni di cittadini, volontariato, partner industriali);
3. l'adozione del cambiamento potrebbe essere guidata da un dirigente del livello opportuno, ad esempio dal responsabile di un distretto;
4. la conduzione dell'intervento può essere delegata ad una unità operativa o può venire esternalizzata, in tutto o in parte, ad esempio attraverso una Centrale Operativa;
5. nei momenti opportuni, occorre inoltre coinvolgere i servizi legali e tecnologici.

Per ognuna delle attività mirate ad introdurre e portare a sistema i servizi territoriali innovativi supportati dalle tecnologie digitali è possibile individuare alcuni fattori critici di successo.

L'argomento è stato affrontato in modo ampiamente approfondito dal progetto europeo "**Momentum**", che ha prodotto una serie di *deliverable* [MOM 2014], con attività sistematiche di analisi di buone pratiche e di seminari di verifica.

Il seguito di questo capitolo prende spunto dai fattori proposti dal progetto Momentum e ne presenta una sintesi, raggruppandoli in categorie omogenee secondo l'analisi appena descritta:

1. fattori di tipo strategico-gestionale
2. fattori di tipo organizzativo – a) progettare il cambiamento
3. fattori di tipo organizzativo – b) attuare il cambiamento
4. fattori di tipo gestionale, con aspetti legali, normativi e di sicurezza
5. fattori di tipo tecnologico e infrastrutturale

La formulazione del presente capitolo è stata focalizzata sul livello dell'assistenza territoriale nelle Aziende Sanitarie; tuttavia i principi possono essere adattati sia per un programma regionale di coordinamento, sia per attività in ambito di distretto, o di una Casa della salute, o di singole unità operative (es. sulle cure primarie), in coordinamento con i presidi ospedalieri e con i Comuni.

Ad esempio, si considera che gli interventi di livello aziendale debbano essere compatibili con la normativa e la regolamentazione vigenti. Invece, nel caso di un intervento regionale, occorrerà prevedere anche la possibilità di adeguamento delle normative regionali per facilitare gli interventi programmati, con eventuali modifiche –se necessario– dei nomenclatori tariffari regionali.

3.1 Fattori di tipo strategico-gestionale

3.1.1 *Identificare uno o più problemi prioritari*

Un bisogno impellente si manifesta in presenza di un problema con un livello di rilevanza e gravità sufficientemente elevato (ad es. la carenza di operatori sanitari, uno spreco eccessivo di risorse) per il quale si intravede la possibilità di una riorganizzazione efficace dei servizi e una soluzione tecnologica in grado di fornire una soluzione.

In un dato momento si potrebbero individuare uno o anche più problemi prioritari, da affrontare in sequenza o combinati tra loro in modo bilanciato, secondo l'esito del passo successivo.

3.1.2 *Predisporre un business case per ogni potenziale intervento*

Un *business case* fornisce le evidenze e la giustificazione di un investimento nell'introduzione di un modello innovativo supportato dalla tecnologia digitale. In presenza di risorse limitate e di progetti in competizione la selezione degli interventi da prediligere di volta in volta deve basarsi sulla valutazione della loro capacità di migliorare gli *outcome* degli assistiti, o di assicurare processi di erogazione dell'assistenza più efficienti, e di essere economicamente sostenibili (easy-win). Pertanto occorre:

- **Identificare i servizi innovativi** – Il primo passo per predisporre un business case è l'identificazione dei processi sanitari e sociali da ottimizzare o da progettare ex-novo,

per riorganizzare i servizi sul territorio tenendo presenti sia i legami con l'ospedale che con il sociale;

- **Identificare i target di popolazione** – Occorre identificare chiaramente i target di popolazione per i vari servizi che potrebbero essere sviluppati e dettagliare i bisogni da soddisfare, al fine di elaborare per ognuno la soluzione di organizzazione del servizio, inclusiva delle soluzioni tecnologiche, più appropriata sia da un punto di vista qualitativo che di sostenibilità economica;
- **Mettere il paziente al centro del servizio** – Ogni servizio deve essere sviluppato adottando la prospettiva del paziente stesso, i suoi valori culturali, i suoi bisogni personali e sociali ed il suo livello di comfort con diversi strumenti di interazione (faccia-a-faccia e virtuali). L'obiettivo da perseguire è il rafforzamento del rapporto umano e non la sua spersonalizzazione;
- **Stabilire le priorità tra i servizi più promettenti** – Individuare la migliore sequenza di attivazione degli interventi e il loro bilanciamento, per garantire un ritorno di risorse più tempestivo e significativo possibile.

3.1.3 Mettere insieme le risorse necessarie all'implementazione e alla sostenibilità dell'intervento

Al fine di rendere concreto il *business case* per ogni modello assistenziale da attivare e di assicurarne l'adozione efficace nonché la sostenibilità sono necessari quattro tipi di risorse:

- umane, che posseggano caratteristiche e competenze specifiche (idee, concetti e know-how) per essere coinvolte nel progetto o possano conseguirle attraverso una formazione adeguata;
- infrastrutturali, ovvero la presenza di un adeguato sviluppo del supporto tecnologico di base;
- di tempo, nel senso che occorre avere il tempo per lanciare l'innovazione al momento giusto e occorre gestire le tempistiche del processo di introduzione dell'innovazione in modo appropriato, definendo priorità, scadenze e la sequenza delle fasi progettuali;
- finanziarie, ad un livello sufficiente per sviluppare e sostenere i servizi coinvolti; se necessario anche attraverso gare d'appalto sull'insieme dei servizi o solo sulla parte tecnologica. I motivi economici sono spesso citati come la ragione primaria del ritardo maturato dal settore sanitario nel processo di diffusione delle tecnologie digitali, rispetto alle altre industrie information-intensive, pertanto lo sviluppo di schemi finanziari innovativi che includano **forme di partenariato pubblico-privato** può essere considerato un fattore critico di successo per la diffusione dei modelli assistenziali innovativi.

3.2 Fattori di tipo organizzativo – a) progettare il cambiamento

3.2.1 Promuovere una cultura orientata all'innovazione

Il successo dell'introduzione di servizi assistenziali abilitati dalle tecnologie digitali può essere significativamente influenzato dall'attitudine manifestata dal personale coinvolto rispetto alla condivisione delle informazioni cliniche, all'utilizzo di nuovi strumenti tecnologici nell'ambito dei propri processi di lavoro e, più in generale, rispetto all'innovazione ed ai cambiamenti.

I processi di cambiamento della cultura di una data organizzazione, al fine di favorire l'affermazione di un clima favorevole all'innovazione, sono molto complessi da realizzare. Tuttavia possono essere agevolati attraverso l'attivazione di un accurato processo di comunicazione della nuova *vision* e dei nuovi valori dell'organizzazione sanitaria, di adeguati percorsi formativi, di interventi di incentivazione dei comportamenti coerenti con gli obiettivi del progetto di innovazione. A ciò si aggiunge una forte *sponsorship* del progetto da parte dei vertici aziendali e il buon esempio fornito dagli attori che esercitano maggiore influenza sui dipendenti (es. i responsabili di area).

3.2.2 Promuovere la sinergia tra le competenze cliniche, gestionali e tecnologiche

Il successo nell'introduzione di un servizio assistenziale innovativo basato sullo sfruttamento delle tecnologie digitali dipende fortemente dalla capacità di dotare il progetto del giusto mix di competenze ed esperienze sui processi di cura e assistenza, sugli aspetti manageriali e strategici e sugli aspetti tipicamente tecnologici, in particolare per la stesura di Percorsi Diagnostico-Terapeutici e Assistenziali (PDTA) calati sul contesto locale.

3.2.3 Promuovere la co-progettazione delle soluzioni organizzative e tecnologiche

L'introduzione di servizi innovativi richiede di interpretare l'introduzione della tecnologia digitale non come un intervento autonomo e fine a se stesso ma piuttosto come inserito in un più ampio intervento di riprogettazione del modo in cui è organizzata l'erogazione di un servizio di cura e assistenza (in termini di personale coinvolto, di processi di lavoro e procedure operative, di ruoli e competenze etc.).

Come già accennato, occorre partire da una chiara individuazione dei bisogni da soddisfare per poi definire i servizi più appropriati da assicurare e quindi, a seguire, le modalità di organizzazione dell'erogazione del servizio più appropriate da implementare (direttamente o tramite appalti), tenendo conto dell'opportunità di poter sfruttare le potenzialità offerte dalle tecnologie digitali.

3.2.4 Predisporre opportuni regolamenti dei servizi e accordi tra le organizzazioni coinvolte

Il cambiamento dei modelli organizzativi, l'introduzione di PDTA espliciti e l'eventuale ricorso a servizi esternalizzati possono comportare sia la modifica dei ruoli, delle competenze, degli orari di lavoro di singoli attori, sia di strutture e presidi sanitari.

Sono quindi spesso necessari accordi sindacali e tra organizzazioni, modifiche ai capitolati d'appalto ricorrenti per servizi di routine e alle modalità di gestione degli incentivi, etc.

Nel caso di un Programma Regionale, si tratta anche di verificare ed eventualmente adeguare la normativa sul tema.

3.3 Fattori di tipo organizzativo – b) attuare il cambiamento

L'adozione di servizi innovativi supportati da tecnologie digitali richiede lo sviluppo di interventi di gestione del cambiamento che influenzano i comportamenti dei destinatari degli interventi di cambiamento e quindi il grado di consenso e di coinvolgimento rispetto all'introduzione dell'innovazione.

L'efficacia di un'innovazione organizzativa è di fatto data dal prodotto della bontà della soluzione ideata e del livello di accettazione e di consenso su tale soluzione da parte dell'organizzazione [BART, 2010].

Gli interventi di gestione del cambiamento sono peraltro particolarmente critici nel dominio sanitario caratterizzato da una forte autonomia professionale.

3.3.1 Assicurarsi la leadership del cambiamento

L'introduzione di servizi innovativi supportati dalle tecnologie è significativamente influenzato dalla presenza di una leadership forte che promuova e guidi il cambiamento.

I leader sono responsabili della creazione di tutte le condizioni necessarie a favorire l'introduzione di un'innovazione organizzativa: delineare una vision credibile e condivisa sullo stato futuro, suscitare il consenso delle persone rispetto al cambiamento e motivarle a fare proprio il nuovo modo di lavorare promosso dall'innovazione.

Figure chiave per innescare il cambiamento sono:

- i vertici aziendali (*sponsor del cambiamento*) chiamati ad individuare la necessità di introdurre un'innovazione di servizio, a sviluppare la *vision* del cambiamento ed a rappresentare il principale punto di riferimento per valutare la correttezza delle azioni intraprese ed i risultati conseguiti e per mantenere elevata l'energia positiva intorno al progetto;
- gli *agenti di cambiamento*, direttamente coinvolti nel progetto e che vi prendono parte in modo attivo (es. il direttore delle cure primarie, i medici di famiglia...). Possono assumere un ruolo di gestione del processo di cambiamento e/o di sostegno e promozione rispetto agli altri attori coinvolti nel progetto. Ricoprono poi l'importante ruolo di collegamento tra gli sponsor, il team di lavoro e i destinatari del cambiamento favorendo la comunicazione in tutte le direzioni.

3.3.2 Stabilire un senso di urgenza

Stabilire un senso di urgenza presso la maggior parte delle figure dirigenziali diffondendo la convinzione che l'adozione dell'innovazione nei processi assistenziali è un intervento non più procrastinabile.

3.3.3 Formare il team di guida del cambiamento

Costituire un team che riunisce tutte le competenze chiave per l'adozione di servizi assistenziali supportati dalle tecnologie (mediche e delle altre professioni sanitarie, gestionali e tecnologiche) caratterizzato da un forte *commitment* rispetto al progetto ed animato da un profondo senso di collaborazione.

3.3.4 Definire obiettivi chiari e realistici

Definire obiettivi chiari di cambiamento e realisticamente raggiungibili visti i vincoli e le opportunità che caratterizzano ogni singola realtà organizzativa, specialmente se si ricorre a servizi esternalizzati con remunerazione basata sulla performance (chiarendo nel dettaglio i ruoli e le complementarietà con i servizi gestiti internamente dall'Azienda Sanitaria).

3.3.5 Coinvolgere tutti gli stakeholder nei processi decisionali ed operativi

Identificare gli stakeholder rilevanti e coinvolgerli nel processo di sviluppo del progetto di adozione di servizi innovativi supportati dalla tecnologia. In funzione del tipo di progetto promosso gli attori da coinvolgere possono spaziare dagli specialisti ai MMG, agli infermieri e ad altri gruppi professionali sino ad arrivare ai rappresentanti dei pazienti e del volontariato.

Il coinvolgimento degli *stakeholder* nel processo decisionale presenta un duplice vantaggio: favorire un rafforzamento della *ownership* sul processo di cambiamento attraverso la condivisione degli obiettivi e delle responsabilità nel raggiungimento dei risultati, ed al contempo assicurare un'elevata qualità delle soluzioni progettate, la loro effettiva rispondenza ai bisogni degli utenti e l'efficace implementazione operativa.

3.3.6 Comunicare il cambiamento

La comunicazione è uno dei passi fondamentali per predisporre un'organizzazione al cambiamento, superare le resistenze, coinvolgere le persone e creare *commitment* rispetto alla nuova soluzione progettata. In particolare, la comunicazione dovrebbe veicolare le seguenti informazioni:

- quali cambiamenti sono in atto,
- gli obiettivi e gli impatti personali,
- gli eventuali nuovi strumenti/nuove procedure cui bisogna conformarsi,
- le risposte alle proprie domande, perplessità e preoccupazioni,
- i risultati ottenuti e i miglioramenti ancora possibili a valle del processo di adozione della nuova soluzione.

La comunicazione è inoltre uno strumento strategico per affermare la consapevolezza delle potenzialità offerte dalle tecnologie per migliorare i propri processi di lavoro.

3.3.7 Formare il personale e i destinatari del servizio (assistiti e caregiver informali)

La formazione deve essere in primo luogo orientata a colmare i gap di competenze che si creano con l'introduzione dei processi innovativi e quindi allo sviluppo di specifiche capacità richieste dall'implementazione di nuove procedure e dall'uso dei nuovi strumenti.

Al contempo la formazione è strumentale a sensibilizzare le persone rispetto al valore delle nuove logiche organizzative e gestionali e quindi a creare consenso rispetto al cambiamento e a diffondere i risultati del progetto.

3.3.8 Promuovere nuovi sistemi di valutazione e incentivazione

I sistemi di valutazione e incentivazione possono assumere un ruolo fondamentale nell'indirizzare i comportamenti verso un atteggiamento più positivo rispetto al cambiamento proposto. I criteri di valutazione basati sulla performance possono essere utilizzati come parametri di remunerazione nel caso di contratti per servizi esternalizzati.

3.4 Fattori di tipo legale, normativo e di sicurezza

3.4.1 Confermare che l'utilizzo prospettato per la telesalute sia normativamente corretto

Occorre determinare se il servizio innovativo progettato sia ammesso dalle normative vigenti e con quali modalità sia previsto dal nomenclatore tariffario. E' anche opportuno verificare che nessuna delle componenti della soluzione di servizio prospettata sia contraria alla normativa o possa essere considerata in contrasto con i requisiti per le migliori pratiche in medicina.

Nel caso di una Regione, si tratta di verificare la compatibilità con la normativa e i tariffari ed eventualmente adeguarli.

3.4.2 Chiedere un supporto ad esperti in materia legale, di etica, di privacy e di sicurezza.

Gli esperti in materia legale, di privacy, di sicurezza e di etica dovrebbero essere a conoscenza delle normative che si applicano a tutti i livelli, sia internazionale, che nazionale e locale, in caso di sviluppo di modelli di cura innovativi e di servizi basati su tecnologie.

3.4.3 Applicare le linee guida esistenti in ambito legale e di sicurezza

Occorre verificare quali possano essere i livelli di compatibilità con le linee guida o di indirizzo che potrebbero essere applicate (anche rivolte a specifici gruppi professionali, come i medici), sia riguardo alle misure legislative e di sicurezza, sia alle considerazioni etiche e politiche.

3.4.4 Assicurarsi che gli erogatori di servizi supportati dalla tecnologia e gli utenti di tali servizi abbiano consapevolezza sul tema della “privacy”.

Occorre favorire lo sviluppo di una adeguata conoscenza riguardo le pratiche più appropriate da adottare in presenza di comportamenti che intervengono sul tema della privacy e della sicurezza.

3.5 Fattori di tipo tecnologico e infrastrutturale

3.5.1 Assicurarsi che le infrastrutture di base ICT e eHealth necessarie sono presenti

Si possono individuare due tipi di infrastrutture, che riguardano rispettivamente:

- l'infrastruttura ICT generica: deve essere presente un'infrastruttura ICT (reti, hardware, sicurezza) che assicuri la corretta distribuzione e il buon funzionamento del sistema di comunicazione.
- le infrastrutture specifiche di eHealth: devono essere presenti i sotto-sistemi informativi sanitari, quali anagrafiche, PACS, CUP, gestionali dei MMG, che possano consentire la raccolta, archiviazione e distribuzione dei dati clinici tra i diversi presidi, e tra gli operatori sanitari e pazienti.

3.5.2 Assicurarsi che le soluzioni tecnologiche siano user-friendly e obbediscano agli standard

Occorre promuovere soluzioni di facile utilizzo e dall'elevata utilità percepita.

Lo scambio di dati sanitari richiede l'interoperabilità dei sistemi. La questione dell'interoperabilità include sia aspetti tecnici, quali gli standard abilitanti la connettività e gli standard semantici (terminologie e codifiche), che aspetti politico-organizzativi. Occorre pertanto utilizzare gli opportuni standard tecnologici (ove esistano, di ambito internazionale) ed evitare forme di dipendenza da specifiche tecnologie.

3.5.3 Monitorare il servizio offerto dalle componenti tecnologiche

In aggiunta agli SLA (Service Level Agreement, Accordi sui livelli di servizio) sui servizi sanitari e sociali, occorre monitorare costantemente e specificatamente il servizio offerto dalle componenti tecnologiche per assicurare che funzioni senza problemi.

Occorre identificare eventuali raffinamenti del servizio in funzione delle esigenze degli utenti finali, secondo specifiche per ciascuno degli aspetti di funzionamento del servizio.

3.5.4 Attuare e mantenere un forte coinvolgimento dei fornitori

Occorre favorire lo sviluppo di una relazione forte e continua tra i professionisti coinvolti nell'erogazione del servizio e i fornitori, in tutte le fasi del processo di adozione.

Il mantenimento di buone relazioni con i fornitori si basa su SLA trasparenti e concordati dalle parti contraenti. Gli SLA devono essere sottoscritti in modo da definire chiaramente cosa ci si aspetta da entrambe le parti, e quali sono i diritti e le responsabilità reciproche.

3.5.5 Garantire che la tecnologia abbia il potenziale per lo scale-up ("pensare in grande")

Una sempre maggiore mobilità delle persone e le potenzialità offerte dalla tecnologia comportano livelli crescenti di globalizzazione. Occorre pertanto considerare che potrebbe essere importante estendere l'applicazione del servizio supportato da tecnologie digitali per poterlo applicare su larga scala, sia a livello aziendale, che in un futuro non lontano anche a livello regionale, nazionale ed internazionale.

Occorre quindi, scegliere il fornitore e le soluzioni tecnologiche più appropriate, e soprattutto imporre l'utilizzo di standard internazionali, ove possibile, per garantire una maggiore compatibilità tra fornitori diversi, nonché prodotti più robusti e meno costosi.

4 L'analisi sistematica di scenari

La riprogettazione dei modelli di assistenza in ambito locale, che tenga conto anche delle opportunità offerte dalle soluzioni tecnologiche esistenti, implica un percorso molto complesso e articolato, possibilmente con la formazione di un apposito gruppo di lavoro.

Occorre confrontare tra loro le potenzialità di ottimizzare un certo numero di processi, che riguardano diversi tipi di popolazione-target e diversi tipi di strutture e presidi, per definire le probabilità di successo, le difficoltà prevedibili, gli aspetti economici coinvolti e quindi una scala di priorità relativa.

Per focalizzare una discussione strutturata nel gruppo di lavoro, sono stati predisposti come esempio tre scenari che descrivono sommariamente dei casi realistici, abbastanza differenziati tra loro: un paziente Complesso, uno Stabile, ed uno Fragile. Altri scenari possono essere individuati dal gruppo di lavoro locale, a seconda del proprio contesto.

Nelle pagine successive vengono presentate alcune tabelle per un lavoro di gruppo su tali scenari. Un primo insieme di tabelle riguarda la **caratterizzazione dei bisogni** e quindi l'utilizzo di servizi di cura innovativi, un altro insieme di tabelle riguarda le **soluzioni tecnologiche**.

Le tabelle sono state impostate per valutare la specificità di ogni scenario e l'importanza di ogni voce delle tabelle **in un ideale modello di cura innovativo**, e possono servire da spunto per essere adattate ai reali contesti locali.

In tre colonne vengono proposti i valori per i tre scenari; ulteriori colonne sono disponibili per appunti. In ogni colonna è stato già espresso, come indicazione, un valore tra 0 = "per nulla" e 10 = "moltissimo". Il gruppo di lavoro è invitato ad assegnare i propri valori, anche in disaccordo con l'indicazione qui predisposta.

La discussione nel gruppo di lavoro verterà sulle principali differenze riscontrate sia rispetto ai valori predisposti nel presente documento, sia tra i diversi scenari esaminati.

4.1 Scenario C - Carlo, paziente Complesso ad alto rischio di ri-ospedalizzazione

Il signor Carlo, anni 75 nell'ultimo anno è stato ricoverato con diagnosi principale di Bronchite cronica ostruttiva, con esacerbazione (acuta), ed ha avuto un episodio di riacutizzazione, con prescrizione di antibiotici; attualmente è de-ospedalizzato, ma versa in condizioni pneumologiche gravi (FEV<50%), con complicanze anche di carattere ipertensivo, ed è sottoposto a ventilazione per 8 ore al giorno.

Il signor Carlo vive con la moglie di 10 anni più giovane di lui in condizioni di moderato benessere e, sebbene gravemente malato, continua ad essere un accanito fumatore.

4.2 Scenario S - Silvestro, paziente con un piano di cura Stabile

Il signor Silvestro è un pensionato di 68 anni affetto da cardiopatia ischemica e pregresso infarto del miocardio, che richiedono un controllo periodico dell'ECG e di alcuni valori ematochimici.

Antonio risiede in una piccola località montana ed i viaggi per raggiungere l'U.O. di Cardiologia in cui è in cura lo affaticano considerevolmente, oltre a generare disagi ai familiari che sono chiamati ad accompagnarlo.

Altri casi del medesimo livello di complessità potrebbero riguardare diabete e BPCO non complicati.

4.3 Scenario F - Fernanda, una paziente anziana Fragile ma autosufficiente

La signora Fernanda è una signora di 72 anni che vive da sola in un piccolo appartamento in periferia. Fernanda è autonoma: è in grado di farsi la spesa da sola, a condizione che le buste della spesa non siano troppo pesanti; si occupa personalmente delle piccole faccende domestiche e della preparazione dei pasti che consuma generalmente da sola.

La maggior parte delle persone che abitano nel suo condominio vanno a lavorare e l'edificio è pressoché disabitato per gran parte della giornata. La sua unica figlia, Angela, che abita dall'altra parte della città, è una professionista molto impegnata, ma va a trovare sua madre regolarmente ogni domenica pomeriggio.

Fernanda gode di buona salute considerata la sua età, ma ha un ritmo cardiaco irregolare che le richiede di prendere una compressa ogni mattina e ogni sera.

Negli ultimi tempi però inizia a mostrare i primi segni della demenza senile: Fernanda infatti a volte dimentica le azioni e gli eventi a breve termine.

La situazione non è abbastanza grave da giustificare qualsiasi intervento specifico dei servizi di salute mentale, ma vi è la preoccupazione che lei possa talvolta dimenticare di prendere i farmaci per il cuore.

Se Fernanda dimenticasse una dose non sarebbe grave ma se ne dimenticasse due potrebbe avere un ritorno dell'aritmia ed essere soggetta al rischio di un improvviso calo della pressione sanguigna, e quindi di collasso.

4.4 Caratterizzazione dei bisogni

Le tabelle di questo paragrafo sono state predisposte per caratterizzare **i bisogni** connessi al target di popolazione specificato. I valori si riferiscono ad un modello ideale, indipendente dalla realtà locale vissuta dai partecipanti al gruppo di lavoro, e **senza fare riferimento al "modo" in cui tali bisogni possano essere soddisfatti e alle modalità di organizzazione del servizio**. In particolare, senza riferimento alla presenza o meno di soluzioni tecnologiche.

Tabella 4. Confronto tra i potenziali obiettivi nel modello di cura ideale

In un modello di cura ideale, quanto potrebbero essere importanti i seguenti obiettivi?	C	S	F
ritardare l'evoluzione dei problemi sanitari	9	8	8
ridurre le ospedalizzazioni	10	8	6
fare in modo che il paziente possa essere seguito a casa con efficacia	9	6	7
ridurre i rischi presenti nell'ambiente domestico (es. con sensori: gas, acqua, ...)	4	4	10
migliorare la capacità di svolgere le attività quotidiane: (Instrumental) Activities of Daily Living ADL/IADL	1	1	3
rendere il paziente più responsabile della propria salute (eventualmente con l'aiuto dei caregiver)	7	10	8

Dai valori qui proposti risulta il grafico seguente, in cui si nota ad esempio che l'obiettivo comune ai tre scenari potrebbe essere di ritardare l'evoluzione, mentre gli altri obiettivi hanno un peso abbastanza diverso per i singoli scenari.

Ovviamente l'obiettivo principale dello scenario di Carlo è una maggiore efficacia delle attività più specificamente sanitarie, mentre per Fernanda, fragile con i primi segni di demenza, comporta una maggiore attenzione verso le problematiche dell'autonomia in casa.

Per lo scenario di Silvestro invece è più importante ottenere una forte responsabilizzazione sulla gestione continuativa del suo stato di salute.

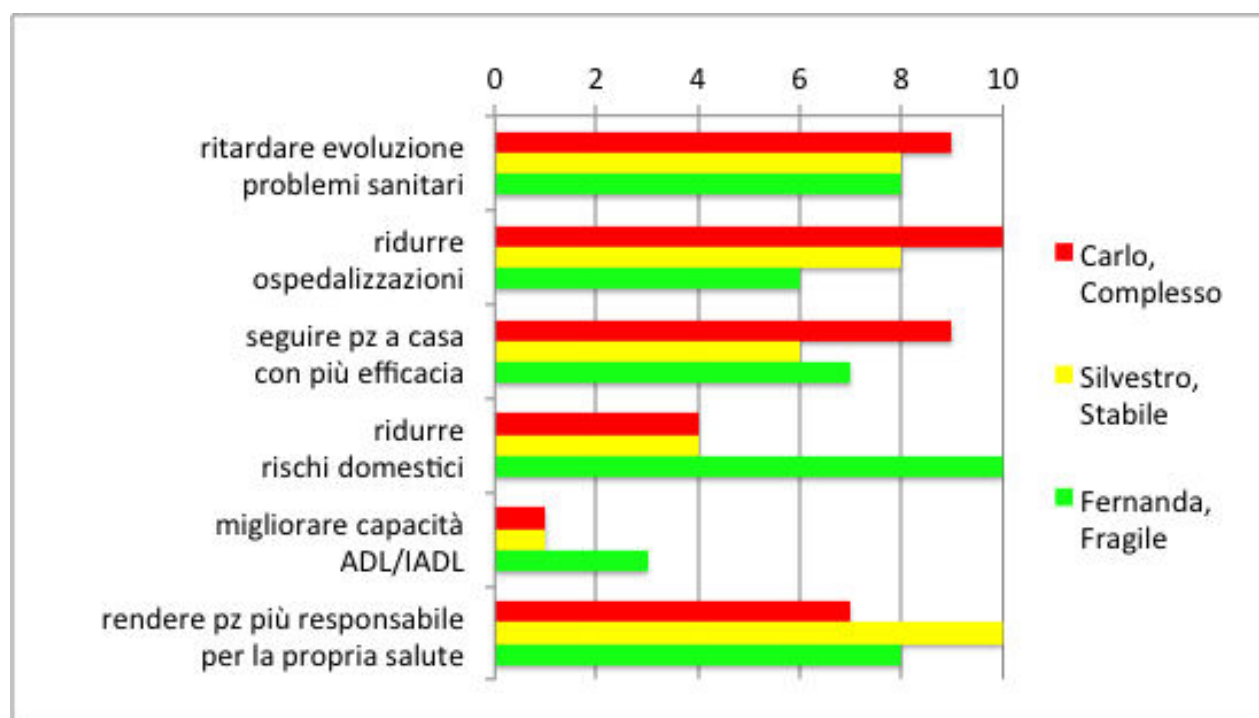


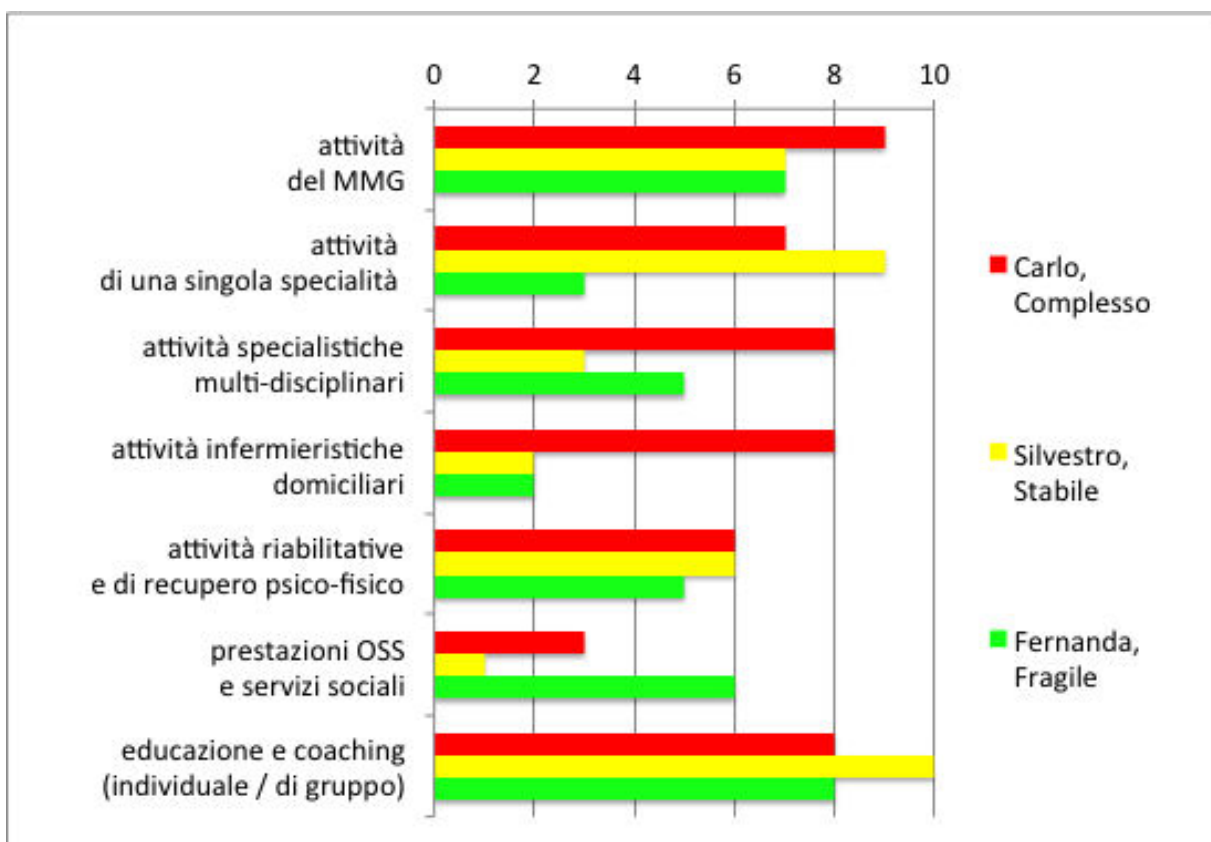
Tabella 5. L'importanza relativa dei vari attori (e del paziente attivato)

Secondo Lei, in un modello di cura ideale, quale potrebbe essere l'importanza relativa dei seguenti tipi di attività?	C	S	F
attività del MMG	9	7	7
attività di una singola specialità	7	9	3
attività specialistiche multi-disciplinari	8	3	5
attività infermieristiche domiciliari	8	2	2
attività riabilitative e di recupero psico-fisico	6	6	5
prestazioni OSS e servizi sociali	3	1	6
educazione e coaching (individuale / di gruppo)	8	10	8

Per quanto riguarda il ruolo dei diversi professionisti e le attività di coaching, si può presupporre una forte differenziazione tra i tre scenari.

La complessità di Carlo richiede attività multi-disciplinari e infermieristiche, mentre per Silvestro prevalgono le attività del singolo specialista.

Silvestro, stabile, richiede relativamente meno prestazioni sociali rispetto a Fernanda e un'attività più intensa di coaching per stimolare l'autonomia.

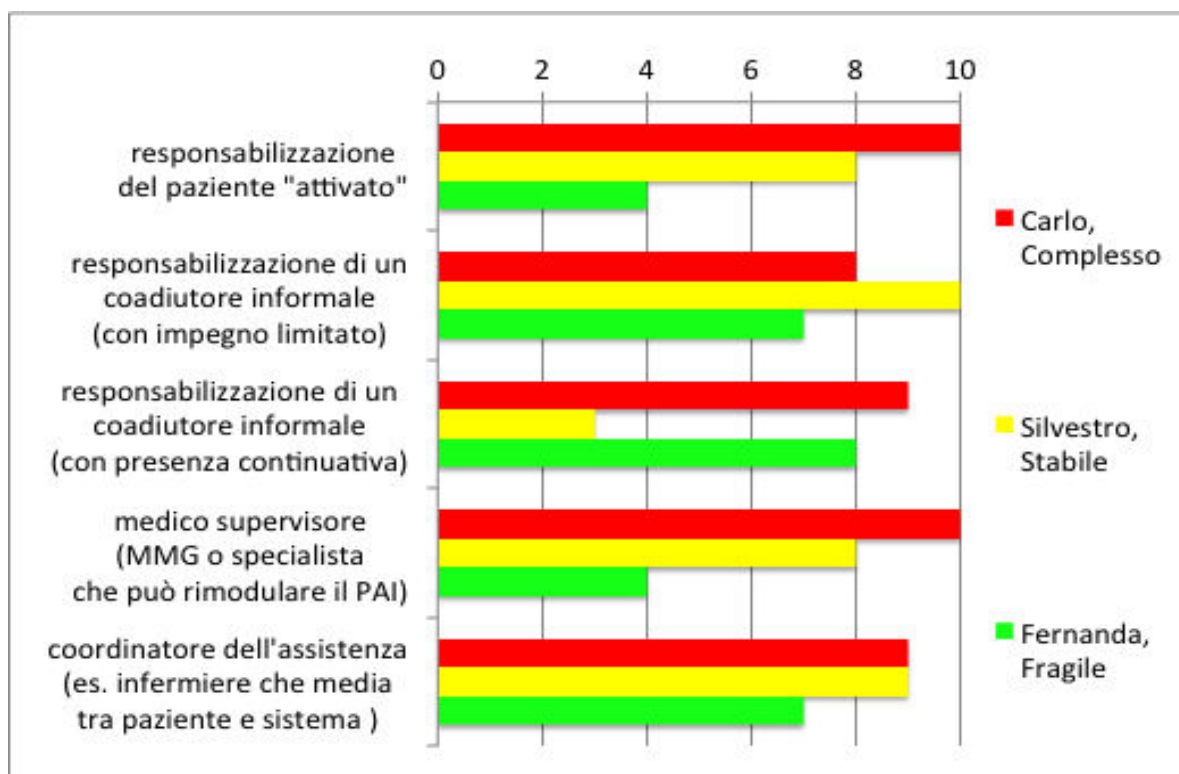


Nella seguente tabella entrano in gioco le possibili innovazioni organizzative, sempre riferite ad una situazione ideale. Si parla molto oggi del “patient empowerment”, del ruolo dei coadiutori informali (parenti, vicini, volontari e badanti), di “case manager” medico e di “care manager” infermieristico: quanto possono essere importanti nei tre scenari?

Tabella 6. L'influenza delle possibili innovazioni organizzative

Secondo Lei, quanto potrebbero influire sul paziente e sul sistema le seguenti innovazioni organizzative?	C	S	F
responsabilizzazione del paziente "attivato"	10	8	4
responsabilizzazione di un coadiutore informale (con impegno limitato)	8	10	7
responsabilizzazione di un coadiutore informale (con presenza continuativa)	9	3	8
medico supervisore (MMG o specialista che rimodula il PAI secondo le contingenze)	10	8	4
coordinatore dell'assistenza (es. infermiere che media tra paziente e sistema su un PAI pre-definito)	9	9	7

Si notano anche qui notevoli differenze nei tre scenari, che possono essere confermate o alterate dalla discussione durante la “working session”. Certamente il ruolo attivo del paziente e dei coadiutori informali sono difficili da “pesare”, tuttavia l’importante non è un giudizio formale, quanto una discussione sulle diverse tipologie di ruoli e responsabilità, in vista della sezione successiva sulle opportunità offerte dalla tecnologia.



4.5 Opportunità offerte dalle soluzioni tecnologiche

Sono disponibili numerose soluzioni tecnologiche di dimostrata efficacia (anche con studi clinici controllati); tuttavia spesso non sono stati sufficientemente considerati gli aspetti economici e dell'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse.

E' importante individuare gli obiettivi su cui la tecnologia può esprimere al meglio le proprie potenzialità, rendendo possibile o facilitando l'attuazione di modelli di cura innovativi.

Vengono qui affrontati tre gruppi di problematiche, uno sul ruolo dei professionisti sanitari e sociali verso il cittadino, uno sull'autonomia del cittadino, un altro più orientato agli aspetti clinici.

Tabella 7. L'importanza di un supporto tecnologico di tipo operativo

1. Quanto può essere importante un supporto tecnologico remoto, per:	C	S	F
fornire istruzioni su condizioni e stili di vita	6	8	8
fornire istruzioni e formazione sulle attività di cura e assistenza	8	8	4
fornire suggerimenti a richiesta	4	4	7
fare compagnia	3	3	5

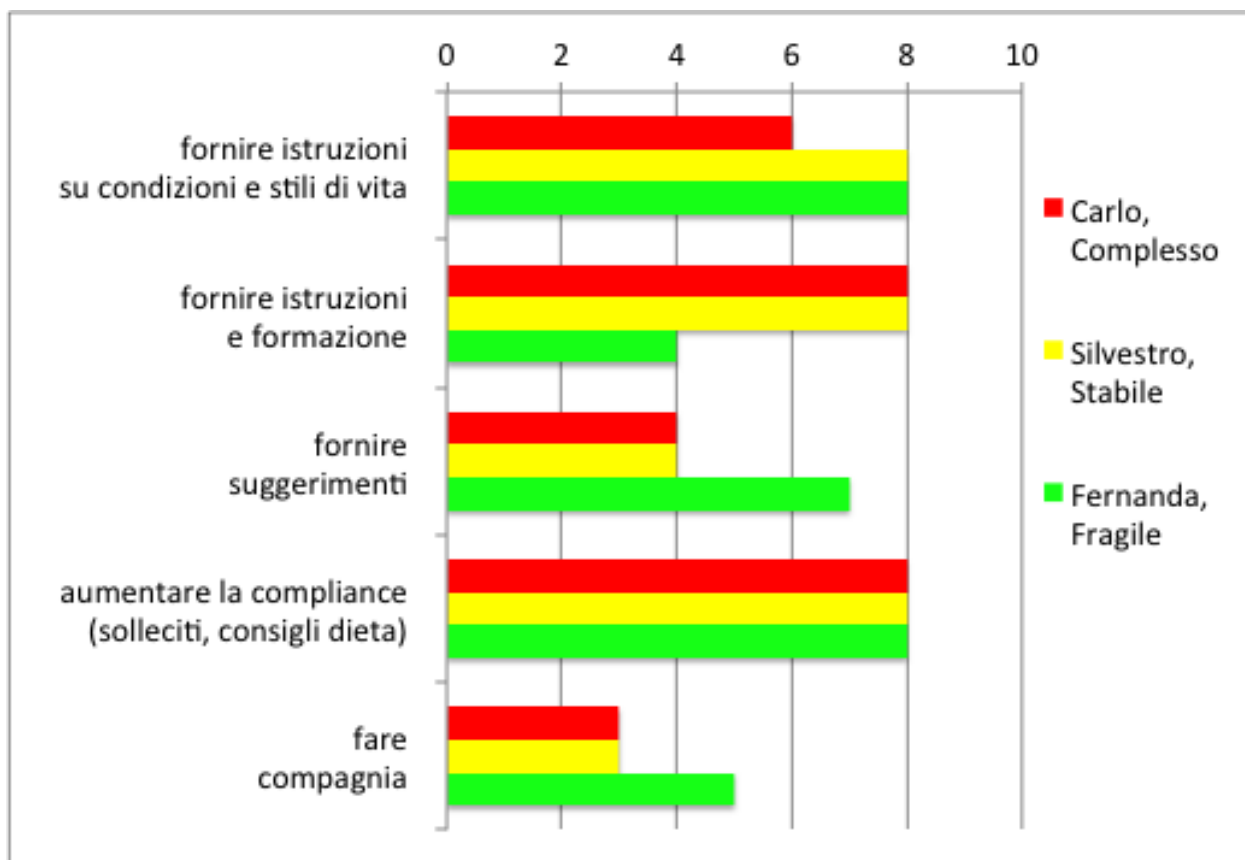


Tabella 8. L'importanza di un supporto tecnologico per il paziente autonomo

2. Quanto può essere importante un supporto tecnologico remoto, per:	C	S	F
favorire un sostegno reciproco tra pazienti (social network)	5	7	6
facilitare l'autovalutazione (paziente o caregiver informali)	7	6	2
semplificare le procedure amministrative	4	6	5

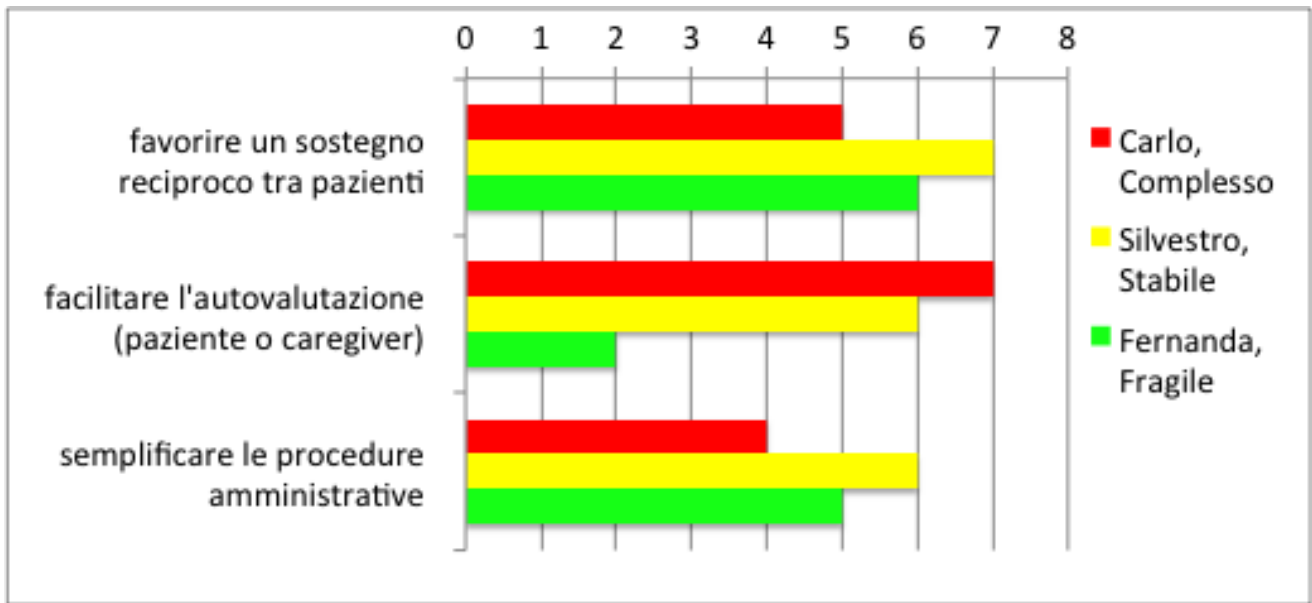
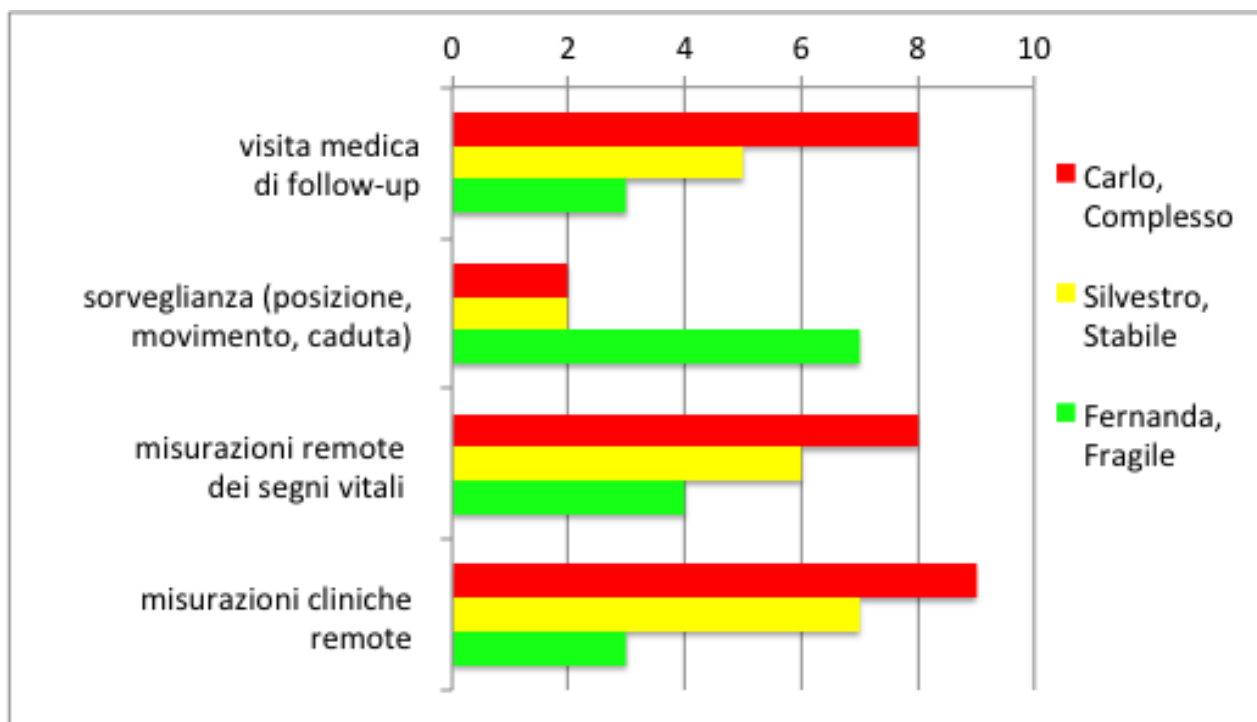


Tabella 9. L'importanza di un supporto tecnologico di tipo clinico

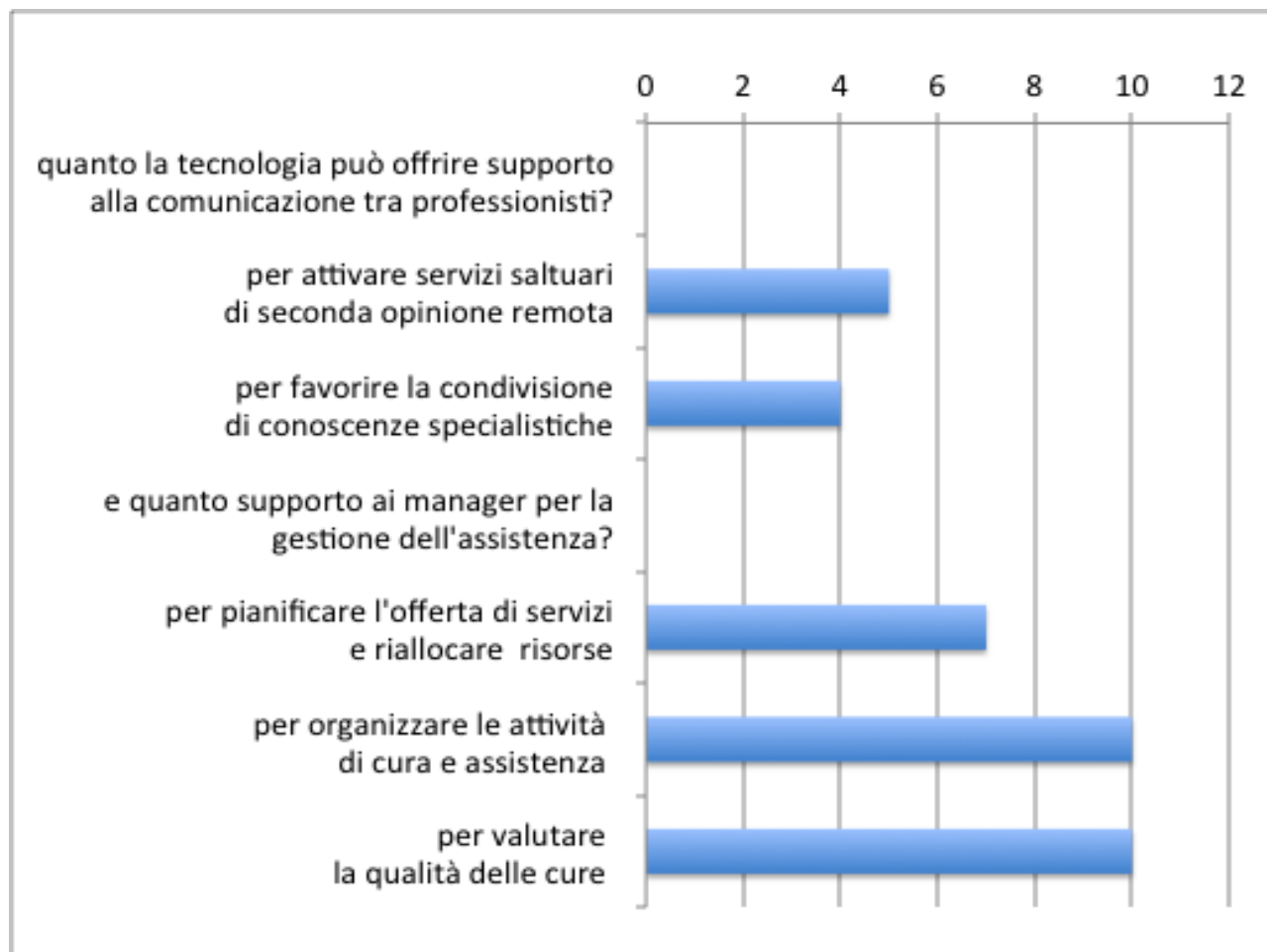
3. Quanto può essere importante un supporto tecnologico remoto, per:	C		S		F	
visita medica di follow-up	8		5		3	
sorveglianza (sensori: posizione, movimento, caduta)	2		2		7	
misurazioni remote dei segni vitali	8		6		4	
misurazioni cliniche remote	9		7		3	



Ed infine alcune riflessioni sulle modalità in cui le tecnologie digitali, **indipendentemente dagli scenari specifici**, potrebbero intervenire sui processi sanitari, sia come supporto alla collaborazione tra i professionisti, sia come supporto per i manager.

Tabella 10. Rilevanza del supporto ai professionisti e ai manager

Indipendentemente dallo scenario, quanto può essere determinante il supporto offerto dalle tecnologie digitali alla <i>comunicazione tra professionisti?</i>		
per attivare servizi saltuari di seconda opinione remota, in aggiunta al team specialistico	5	
per favorire la condivisione di conoscenze specialistiche	4	
e quanto il supporto offerto ai manager per la gestione dell'assistenza?		
per pianificare l'offerta di servizi di cura e assistenza e riallocare le risorse	7	
per organizzare le attività di cura e assistenza	10	
per valutare la qualità delle cure	10	



5 Mettere in pratica un intervento di riorganizzazione

La realizzazione di un intervento coinvolge molteplici dimensioni organizzative, che influenzano le scelte percorribili o già intraprese nella realizzazione di un intervento di riorganizzazione dei processi di cura.

Il progetto si concentra sui temi dell'**innovazione** e della **riorganizzazione** dell'assistenza. Pertanto qui non si affrontano i temi da "informatici e capo-CED" ma le **attività "core" del management sanitario**.

La maggior parte delle soluzioni tecnologiche sono disponibili ma, vista la complessità e la variabilità dei processi di assistenza, devono innestarsi in modo appropriato con **i bisogni locali e le condizioni di contesto** al fine di identificare insieme ai fornitori la soluzione di volta in volta più adatta.

Per favorire una discussione sistematica nei gruppi di lavoro, vengono qui riprese, sotto forma di domande, alcune problematiche realizzative già affrontate in altra forma nei capitoli precedenti.

Tabella 11. Check-list sulle problematiche realizzative

- **come viene individuata la necessità di innovare un particolare servizio sanitario?**
- **quali sono gli obiettivi alla base della riorganizzazione?**
- **come si ridefinisce il processo di erogazione del servizio (e quindi le procedure/PDTA)?**
- **quali attori sono coinvolti e come cambia il loro ruolo con l'introduzione del nuovo servizio?**
 - *occorre assumere/trasferire nuove risorse?*
 - *occorre identificare/creare nuovi ruoli professionali? (es. il case/care manager)*
- **è necessario ricorrere a nuove strutture organizzative?**
 - *una nuova unità organizzativa responsabile del servizio o di parte di esso?*
 - *una centrale operativa di supporto e mediazione?*
 - *un centro tecnico per installazione e manutenzione delle apparecchiature, anche domiciliari?*
 - *come sono strutturate al loro interno?*

(continua alla pagina seguente)

(segue dalla pagina precedente)

- **quali azioni occorrono per favorire l'adozione del nuovo servizio?**
 - *chi promuove l'intervento?*
 - *come è costituito il team di progetto? Servono consulenti esterni? Qual è il loro ruolo?*
 - *come si coinvolgono gli stakeholder nel nuovo progetto?*
 - *quanti degli operatori coinvolti nel nuovo servizio partecipano al progetto di sviluppo dello stesso e in che modo?*
 - *occorre prevedere forme di incentivi per favorire il coinvolgimento degli operatori nel nuovo servizio?*
 - *è previsto un collegamento dei risultati prestazionali conseguiti dal nuovo servizio con il sistema di valutazione delle performance individuali (almeno per il livello manageriale)?*
 - *qual è il ruolo delle associazioni di pazienti?*
 - *qual è il ruolo dei pazienti poi coinvolti nell'erogazione del servizio?*
 - *quanto contano il coaching e la sanità di iniziativa e i rapporti sociali, rispetto all'uso di dispositivi presso il domicilio del paziente o in mobilità?*
- **quali risultati in termini di performance sono collegabili all'introduzione del nuovo servizio?**
- **quali sono i punti di forza e di criticità (sia sul versante organizzativo che su quello tecnologico)?**
 - *l'esperienza è stata attivata/è ancora in funzione? se no, perché?*
 - *è in vista una estensione dell'esperienza? se no, perché?*

6 Le linee di indirizzo nazionali sulla Telemedicina

Il principale riferimento nazionale per l'implementazione di servizi di Telemedicina nell'ambito del SSN è il documento *Linee di indirizzo nazionali sulla Telemedicina*, approvato dall'Assemblea generale del Consiglio Superiore di Sanità nella seduta del 10 luglio 2012 e dalla Conferenza Stato Regioni nella seduta del 20 febbraio 2014 [CSR 2014a].

6.1 I principi cardine

Le Linee di indirizzo si propongono di rispondere all'esigenza di uniformare a livello nazionale le molteplici iniziative sperimentali attivate sul territorio e di delineare un quadro strategico nel quale collocare gli ambiti prioritari di applicazione della Telemedicina, individuando gli elementi di base per *"un modello di governance condiviso delle iniziative inerenti"* e proponendo *"un'armonizzazione degli indirizzi e dei modelli di applicazione della Telemedicina quale presupposto all'interoperabilità dei servizi e come requisito per il passaggio da una logica sperimentale a una logica strutturata di utilizzo diffuso dei servizi."* Il documento riconosce:

- la sostanziale equiparazione, nel quadro normativo generale, tra prestazioni erogate in telemedicina e prestazioni tradizionali: *"La Telemedicina si configura come una diversa modalità di erogazione di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie e pertanto rientra nella cornice di riferimento che norma tali processi con alcune precisazioni sulle condizioni di attuazione"*
- l'opportunità di migliorare efficacia, efficienza e appropriatezza del SSN, attraverso un'integrazione sistematica tra prestazioni tradizionali e prestazioni in telemedicina, inquadrata in modo organico all'interno di Percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA).

Nel documento i servizi di Telemedicina sono suddivisi in tre macro-categorie: la Telemedicina specialistica, la Telesalute e la Teleassistenza. Tra esse la Telesalute è definita come:

[quella parte della Telemedicina che] *"ottiene principalmente al dominio della assistenza primaria"*, [riguardando] *"i sistemi e i servizi che collegano i pazienti, in particolar modo i cronici, con i medici per assistere nella diagnosi, monitoraggio, gestione, responsabilizzazione degli stessi"*.

In senso più esteso, può arrivare a comprendere tutte le interazioni tra cittadino e operatori del sistema sanitario, ed anche le attività svolte dal cittadino stesso e dai suoi coadiutori informali.

6.2 Le implicazioni pratiche

Le linee di indirizzo inquadrano l'implementazione organica e su larga scala delle prestazioni erogate in Telemedicina attraverso tre diversi momenti, rispettivamente di livello strategico, gestionale ed operativo.

6.2.1 Livello strategico

La **governance delle iniziative di Telemedicina** è definita nelle linee di indirizzo a livello di programmazione sanitaria regionale ed è basata su due pilastri:

- da una parte sulla manutenzione di un Catalogo Regionale delle iniziative in Telemedicina, dei servizi erogati e delle competenze relative;
- dall'altra parte su l'Analisi dei fabbisogni sanitari espressi nella pianificazione regionale, per evidenziare e caratterizzare le situazioni cliniche e organizzative che possano meglio beneficiare delle prestazioni in Telemedicina.

6.2.2 Livello gestionale

La gestione sistematica delle possibili iniziative di Telemedicina è basata sulle specifiche puntuali di:

- Documenti per l'erogazione del percorso clinico assistenziale (PCA o PDTA) integrato con le attività di Telemedicina, attraverso il quale la prestazione di Telemedicina viene inserita nel complesso dei servizi erogati dal sistema sanitario, definendo quella riorganizzazione generale dei percorsi assistenziali in grado di assicurare i migliori risultati sul piano di efficacia ed appropriatezza dell'azione e una valorizzazione ed attribuzione dei costi sull'intero percorso, anche allo scopo di definire la sostenibilità economica delle attività di Telemedicina, l'efficacia clinica e sociale dell'azione ed un coerente sistema tariffario per le prestazioni in Telemedicina;
- Documenti di definizione degli standard di servizio propri delle prestazioni di Telemedicina nel quale sono specificate le garanzie tecnologiche, professionali, organizzative, cliniche e di accesso al servizio.
- Un sistema tariffario che includa la Telemedicina, da costruire in base alle caratteristiche specifiche delle singole prestazioni ed al loro grado di similitudine/differenziazione rispetto alle prestazioni già previste dai tariffari nazionali e regionali, anche in termini di contenuto diagnostico-terapeutico e di qualità.

6.2.3 Livello operativo

L'attivazione di servizi di Telemedicina a carico del SSN da parte di strutture esterne è basata su:

- specifici accordi contrattuali con le Regioni/ASL, stipulati previa autorizzazione e accreditamento per la disciplina specialistica di riferimento per i servizi da erogare, e nei quali siano definite le condizioni in cui la prestazione di Telemedicina viene erogata e le modalità di rimborso;
- valutazioni sulla possibile esternalizzazione della componente tecnologica dei Servizi in Telemedicina e sulla stipula di appositi accordi, contratti, convenzioni, nei quali siano disciplinati tutti gli aspetti del rapporto ed in particolare quelli relativi alla gestione e integrazione delle tecnologie utilizzate per il servizio di Telemedicina, rispettando gli elementi di garanzia per la autorizzazione e l'accreditamento delle strutture assistenziali.

A tal riguardo il documento distingue infatti tra Centro Erogatore e Centro Servizi come segue :

- *Il Centro Erogatore è il centro che eroga le prestazioni sanitarie attraverso una rete di telecomunicazioni, ricevendo le informazioni sanitarie dall'utente e trasmettendo all'utente gli esiti della prestazione. Esso può essere costituito da: (i) strutture del Servizio Sanitario Nazionale, autorizzate o accreditate, pubbliche o private; (ii) operatori del SSN quali medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, medici specialisti, etc.*
- *Il Centro Servizi è una struttura che ha le funzione di gestione e manutenzione di un sistema informativo, attraverso il quale il Centro Erogatore svolge la prestazione in Telemedicina, la installazione e manutenzione degli strumenti nei siti remoti (casa del paziente o siti appositamente predisposti), la fornitura, gestione e manutenzione dei mezzi di comunicazione (compresa la gestione dei messaggi di allerta) tra pazienti e medici o altri operatori sanitari, l'addestramento di pazienti e familiari all'uso degli strumenti.*

Di minima, esemplificando, il Centro Servizi gestisce le informazioni sanitarie generate dall'Utente che devono pervenire al Centro Erogatore della prestazione sanitaria, e gli esiti della prestazione che devono essere trasmessi dal Centro Erogatore all'Utente. [...] Il Centro Servizi non interviene a livello di responsabilità clinica, risponde al Centro Erogatore per quanto riguarda lo svolgimento efficace di tutti i suoi compiti, in particolare per gli aspetti di integrità e sicurezza delle informazioni sanitarie trasmesse durante le attività di Telemedicina. Come ogni sistema informatico che tratta dati sensibili deve rispondere alle previsioni normative in materia di trattamento dei dati personali.

7 Conclusioni

Questo documento in realtà non può avere conclusioni. Si tratta infatti dell'inizio di un percorso.

Dopo anni di sperimentazione spontanea, ormai le tecnologie digitali (reti, dispositivi mobili, domotica, robot, applicativi gestionali dei professionisti) sono pronte per un rapido sviluppo del settore della Telesalute.

Occorre tuttavia un cambio di paradigma: non più iniziative che partono dalle opportunità offerte dalla tecnologia, ma un supporto consapevole ai cambiamenti epocali in atto nel sistema, con il passaggio al territorio e l'attivazione dei pazienti (patient engagement), per una maggiore sostenibilità economica e una migliore qualità del sistema-salute.

Chiaramente questi cambiamenti avvengono in genere sotto una regia regionale sulla base di spinte e modelli nazionali ed internazionali, e quindi la prospettiva tecnologica in teoria dovrebbe essere inserita adeguatamente nell'ambito dei relativi piani d'azione pluriennali.

Tuttavia, le singole Aziende Sanitarie possono in qualche modo anticipare alcune specifiche iniziative, suscettibili di un ritorno certo ed immediato grazie a delle circostanze locali

favorevoli, svolgendo un ruolo di apripista verso le altre Aziende e mettendo a punto gli interventi in un'ottica di scalabilità successiva.

In particolare l'attivazione delle Case della Salute e delle UCCP può giovare delle soluzioni di Telesalute oggi disponibili per collegarle con l'ospedale e il domicilio del paziente e garantirne così un inserimento efficace nel contesto territoriale.

E' altrettanto chiaro che questo cambio di paradigma rende molto complessa la predisposizione e la valutazione degli interventi, in quanto questi comportano una forte interazione tra numerosi aspetti clinici, sociali, organizzativi, tecnologici e culturali, su diversi tipi di sottopopolazioni-target.

Ad esempio, nel caso di appalti basati su una remunerazione per performance, diventa particolarmente delicato separare gli effetti dovuti ai ruoli e le responsabilità dei fornitori relativi al sotto-insieme dei servizi da loro erogati rispetto a quelli dell'Azienda Sanitaria e dei professionisti ad essa collegati, come i MMG.

Questo documento, con le sue future versioni, vuole fornire un contributo pratico in questa direzione, attraverso la condivisione di alcuni principi-base.

Comunque l'obiettivo delle Cure Integrate è ormai improcrastinabile: occorre uno sforzo congiunto di tutti gli stakeholder per individuare, progettare e mettere a sistema i servizi sanitari e sociali di volta in volta più appropriati, con le soluzioni tecnologiche più mature per ogni contesto locale, più semplici da attuare e con il massimo ritorno economico (easiest-win).

Questo sforzo collaborativo deve tuttavia potersi innestare in un percorso progressivo pluri-annuale (*Roadmap*) verso le Cure Integrate, magari diverso da località a località, ma con modalità uniformi che consentano di raggiungere la medesima meta finale: **il massimo benessere dei cittadini.**

8 Riferimenti

- [BART, 2010] Bartezzaghi E., (2010). “Cambiamento Organizzativo”, in “L’organizzazione dell’impresa”, ETAS Libri, Milano, pp.529-564
- [CIP 2013] CIP ICT PSP WORK PROGRAMME 2013, Competitiveness and Innovation Framework Programme (CIP) - ICT Policy Support Programme, European Commission 2013
http://ec.europa.eu/digital-agenda/sites/digital-agenda/files/cip_ict_psp_wp2013_publication.pdf
- [COC 2010] COCIR, “Telemedicine Toolkit”, maggio 2011
www.cocir.org/.../telemedicine_toolkit_link2.pdf
- [CSR 2014a] Consiglio Superiore di Sanità, “Linee di indirizzo sulla Telemedicina ”, Conferenza Stato-Regioni, febbraio 2014
www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2129_allegato.pdf
- [CSR 2014b] Conferenza Stato-Regioni, “Patto per la Sanità Digitale”, luglio 2014
www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1787122.pdf
- [DAR 2008] A. Darkins, P. Ryan, R. Kobb et al., “Care Coordination/Home Telehealth: The Systematic Implementation of Health Informatics, Home Telehealth, and Disease Management to Support the Care of Veteran Patients with Chronic Conditions,” Telemedicine and e-Health, Dec. 2008 14(10):1118–26
- [EIP 2012] European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing, Action Plan on ‘Replicating and tutoring integrated care for chronic diseases, including remote monitoring at regional levels’, Action Group B3 on Integrated Care, Brussels, November 2012, http://ec.europa.eu/research/innovation-union/index_en.cfm?section=active-healthy-ageing&pg=action_group_b3
- [GRO 2001] Gröne O. & Garcia-Barbero, M. (2002). Trends in integrated care—Reflections on conceptual issues. EUR/02/5037864. Copenhagen: World Health Organisation (WHO).
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1525335/pdf/ijic2001-200121.pdf>

[KOD 2002] Kodner, D. & Spreewenberg, C. (2002). "Integrated care: Meaning, logic, applications, and implications—A discussion paper," International Journal of Integrated Care. Available at: www.ijic.org

[MOM 2014] Deliverable sui "Critical Success Factors" prodotti dal progetto europeo "Momentum":

- D4.2 Momentum SIG1 Strategy and management (September 2014)
 - D5.2 Momentum SIG2 Organisational implementation and change management (September 2014)
 - D6.2 Momentum SIG3 Legal, regulatory and security issues (September 2014)
 - D7.2 Momentum SIG4 Technical infrastructure and market relations (September 2014)
 - D3.4 **Momentum Validated Blueprint** (February 2015)
- <http://telemedicine-momentum.eu/resources-documents/>