Bocconi

LE SFIDE DEL SSN ALLA LUCE DI NEXT GEN EU

FRANCESCO LONGO

Bologna, 5 Novembre 2021

Università Bocconi
CERGAS
Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

SDA Bocconi
School of Management

Indice

1. **Fonti di finanziamento e governance PNRR**
   - Risorse
   - Timeline
   - Governance
   - Una interpretazione economico aziendale

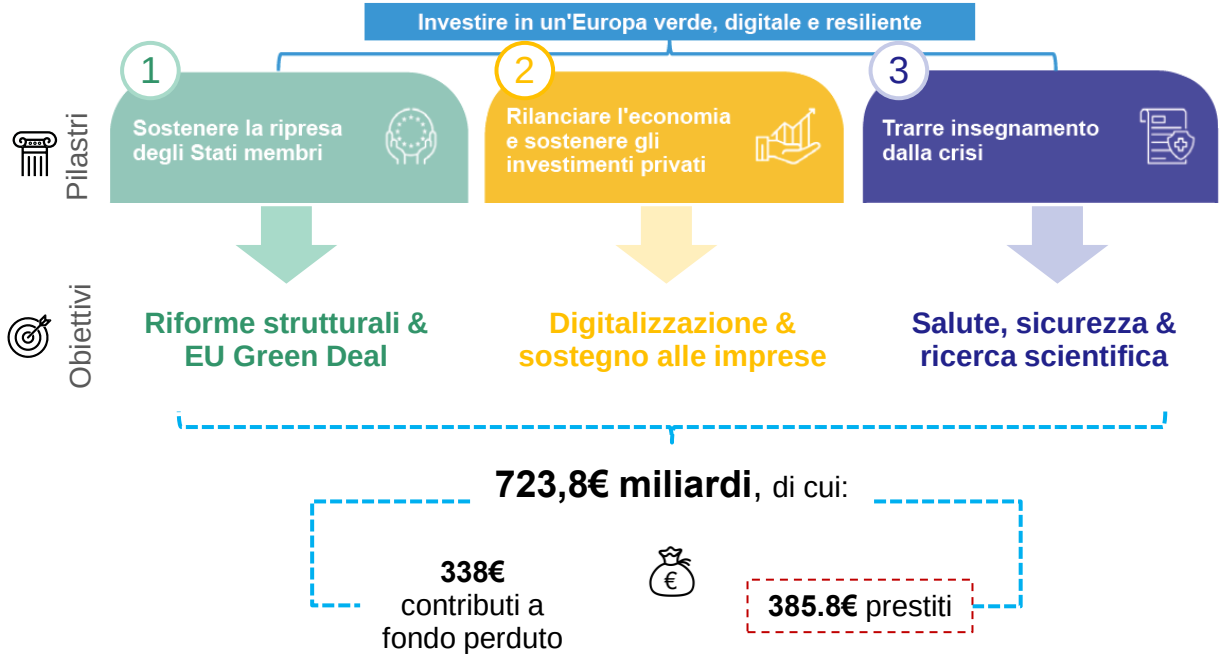
2. **Il Piano Nazionale di Ripresa e di Resilienza**
   - Disposizioni nazionali
   - Lo stato dell’arte e punti di criticità
   - Proposte operative per l’implementazione

3. **Change management**
   - Regionale
   - Aziendale
   - Sviluppo di competenze

1 FINANZIAMENTO, TIME-LINE, GOVERNANCE

Il Recovery Fund mette a disposizione 723.8 miliardi € per la ripresa economica dell'Europa

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

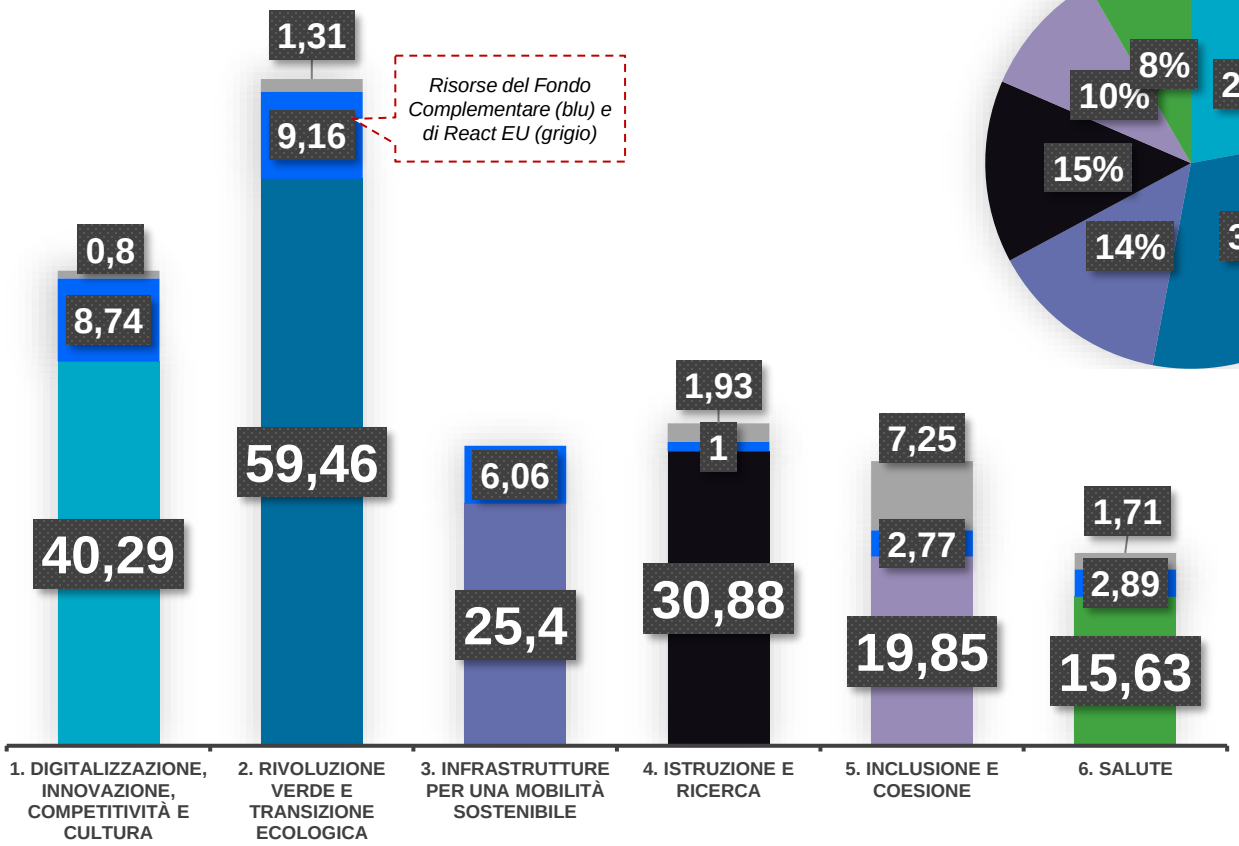


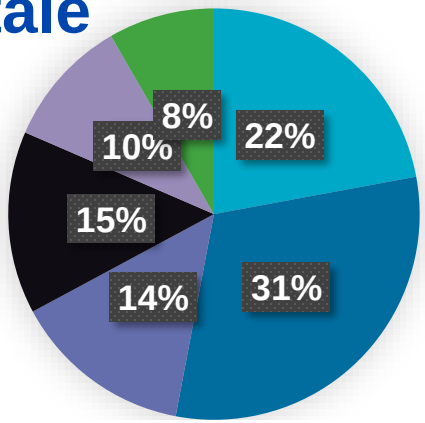
L'Italia è la prima beneficiaria con un importo fino a **191,5 miliardi di euro** in aggiunta a 30,6 miliardi di euro del fondo complementare

Il PNRR destina più di 20,3 miliardi € alla Missione Salute (6)

Primo draft

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





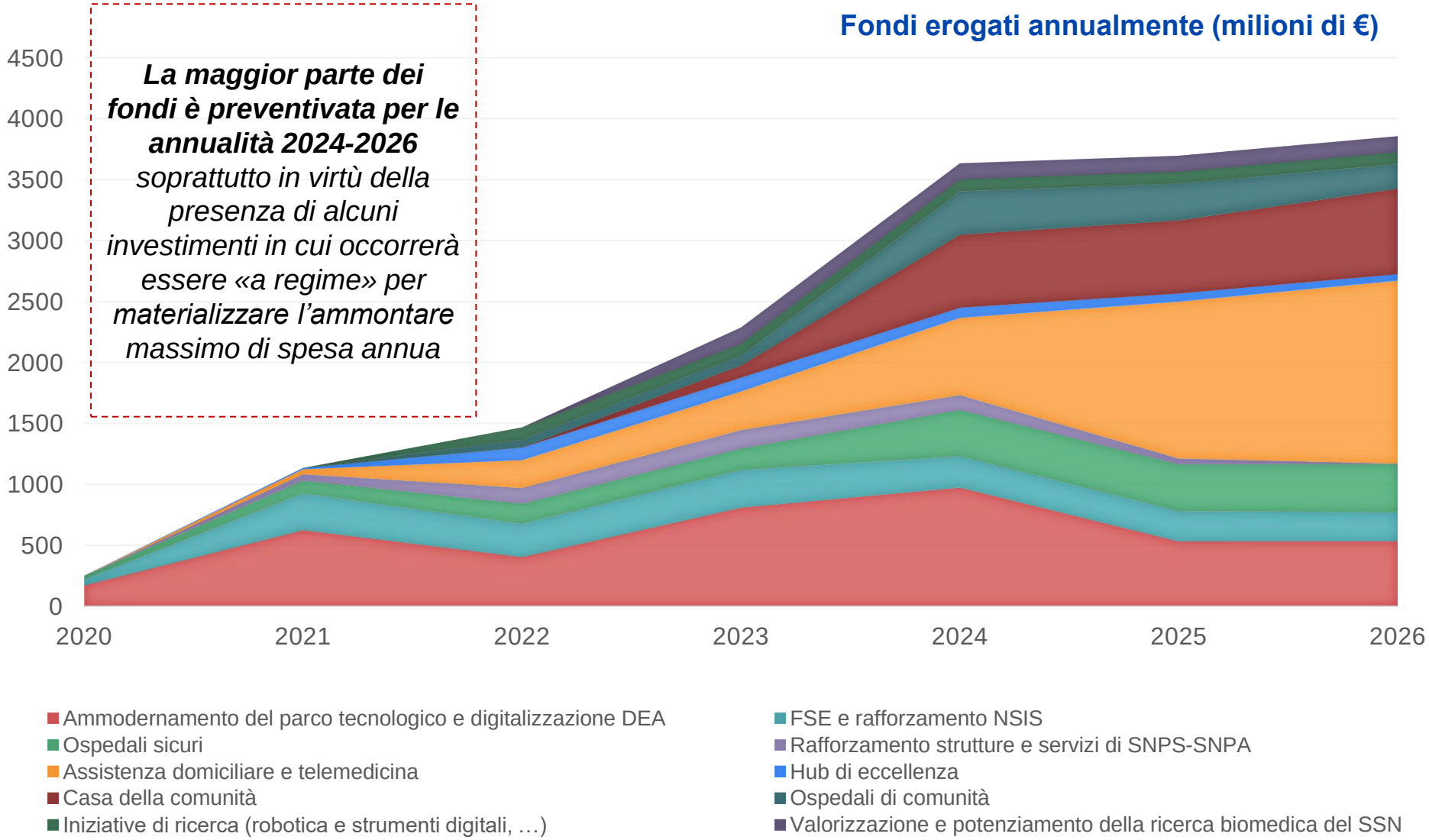
Università Bocconi
CERGAS
Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

L'allocazione dei fondi a livello regionale- M6C2

PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA

	PNRR Mission 6 Component 2 e PNC							
	1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (digitalizzazione DEA I e II livello e grandi apparecchiature) euro 2.639.265.000,00 euro		PNRR 1.2. Verso un ospedale sicuro e sostenibile (nuovi progetti) - 638.851.083,58 euro; PNC 1.450.000.000		1.3.2 Infrastruttura tecnologica del MdS e analisi dei dati, modello predittivo per la vigilanza LEA - Reingegnerizzazione NSIS a livello locale (Adozione da parte delle Regioni di 4 nuovi flussi informativi nazionali -Consultori di Famiglia, Ospedali di Comunità, Servizi di Riabilitazione Territoriale e Servizi di Cure Primarie - 30.300.000 euro		*2.2 Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario - Sub-misura: corso di formazione in infezioni ospedaliere - 80.026.994 euro	
Regioni e PP.AA	**Riparto Risorse (Digitalizzazione DEA I e II liv)**	**Riparto Risorse (grandi apparecchiature)**	**Riparto Risorse PNRR**	**Riparto Risorse PNC**	**Riparto Risorse - Adozione da parte delle Regioni di 4 nuovi flussi informativi nazionali**	**Target regionale obiettivo (La Regione trasmette i dati di tutte le strutture sanitarie coinvolte per ciascun flusso con la tempistica prevista)**	**Riparto Risorse - Sub-misura: corso di formazione in infezioni ospedaliere**	**Target regionale obiettivo (dipendenti formati in inf. Osp.)**
Piemonte	96.335.809,56	78.999.668,72	42.441.081,24	96.328.501,88	2.012.933,52	si	5.742.722,11	21.053
Valle d'Aosta	2.763.313,03	2.266.040,17	1.217.387,32	2.763.103,42	57.739,33	si	228.098,78	836
Lombardia	219.259.037,84	179.802.208,90	96.595.343,74	219.242.405,66	4.581.410,27	si	10.450.210,70	38.311
PA Bolzano	11.371.453,96	9.325.100,39	5.009.734,22	11.370.591,36	237.606,15	si	937.878,09	3.438
PA Trento	11.861.874,55	9.727.267,20	5.225.790,74	11.860.974,76	247.853,47	si	851.131,91	3.120
Veneto	107.098.677,96	87.825.701,77	47.182.700,94	107.090.553,85	2.237.823,30	si	6.131.415,74	22.478
Friuli Venezia-Giulia	27.095.510,91	22.219.529,75	11.937.023,06	27.093.455,55	566.159,80	si	2.055.801,32	7.537
Liguria	34.827.102,04	28.559.779,96	15.343.202,84	34.824.460,18	727.711,13	si	2.447.719,33	8.974
Emilia-Romagna	98.611.659,50	80.865.967,38	43.443.714,98	98.604.179,18	2.060.487,33	si	6.165.531,74	22.603
Toscana	82.430.571,57	67.596.752,20	36.315.079,52	82.424.318,69	1.722.384,04	si	5.315.647,98	19.488
Umbria	19.434.761,98	15.937.373,29	8.562.053,05	19.433.287,73	406.088,70	si	1.196.036,40	4.385
Marche	33.612.075,55	27.563.403,95	14.807.918,63	33.609.525,86	702.323,20	si	1.991.729,80	7.302
Lazio	125.364.151,55	102.804.206,33	55.229.619,86	125.354.641,89	2.619.479,76	si	4.502.272,50	16.506
Abruzzo	37.961.619,64	31.130.224,47	16.724.125,65	37.958.740,01	793.206,77	si	2.435.609,74	8.929
Molise	8.878.222,89	7.280.539,50	3.911.332,46	8.877.549,42	185.510,17	si	482.745,78	1.770
Campania	160.943.647,35	131.980.982,80	70.904.292,44	160.931.438,76	3.362.912,13	si	7.171.270,65	26.291
Puglia	114.219.989,70	93.665.495,62	50.320.019,99	114.211.325,39	2.386.622,87	si	6.378.945,33	23.386
Basilicata	16.142.171,75	13.237.302,17	7.111.490,79	16.140.947,27	337.290,14	si	1.214.556,93	4.453
Calabria	54.573.930,99	44.753.062,11	24.042.738,10	54.569.791,21	1.140.320,46	si	3.193.404,38	11.707
Sicilia	139.854.005,62	114.686.534,16	61.613.176,26	139.843.396,81	2.922.244,77	si	7.509.739,72	27.531
Sardegna	47.470.412,06	38.927.859,16	20.913.257,74	47.466.811,13	991.892,67	si	3.624.525,08	13.288
Totale	**1.450.110.000,00**	**1.189.155.000,00**	**638.851.083,58**	**1.450.000.000,00**	**30.300.000,00**	**si**	**80.026.994,00**	**293.386**

La maggior parte dei fondi è prevista dopo il 2023



Una interpretazione economico – aziendale del PNRR

1. **E' debito => solo investimenti in conto capitale**

   Non sono previste risorse di parte corrente aggiuntive (es. personale)

   Grazie agli investimenti dobbiamo aumentare la produttività della spesa corrente data => ricollocare personale, riqualificare spesa privata

2. **La spesa per investimenti può essere anche immateriale (ricomposizione frammentazione erogativa, crescita competenze, re-ingegnerizzazione di processi, trasformazione format servizi)**

3. **Le fonti di finanziamento sono molteplici: PNRR, altri fondi EU, fondi propri regione, ecc. => ricomporre in un budget unitario (a quale livello istituzionale?)**

Secondo il PNRR, il SSN dovrà investire molte risorse, in poco tempo, e con un'alta efficienza

PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA

MISSIONE 6: SALUTE

COMPONENTI E RISORSE (MILIARDI DI EURO):

M6C1 - RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE	7,00
M6C2 - INNOVAZIONE, RICERCA E DIGITALIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE	8,63

15,63
Totale

In termini assoluti, si tratta di **finanziamenti molto significativi**, pari a oltre il 30% delle risorse in conto capitale investite nel SSN tra 2000 e 2017. Un'opportunità che per non essere persa dovrà considerare alcuni aspetti.

1. In una situazione di elevato indebitamento, invecchiamento demografico e scarsa crescita economica, è prioritario che gli investimenti promuovano **l'efficienza e la costo-efficacia interna al SSN**, ma anche lo sviluppo delle filiere produttive in grado di crescere e competere sui mercati internazionali.

2. **Le previsioni di finanziamento della spesa corrente nel 2021-24 contenute nel DEF di aprile 2021 sono decrescenti.**

TABELLA III.3-2 PREVISIONE DELLA SPESA SANITARIA 2021 – 2024

	2021	2022	2023	2024
Spesa sanitaria	**127.138**	**123.622**	**126.231**	**124.410**
In % di PIL	7,3%	6,7%	6,6%	6,3%
Tasso di variazione in %	3,0%	-2,8%	2,1%	-1,4%

2 IL PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E DI RESILIENZA

PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA

…all'assistenza di prossimità e telemedicina sono dedicati 7 miliardi €, per obiettivi:

QUADRO DELLE MISURE E RISORSE (MILIARDI DI EURO):

7,00 Mld

Totale

Ambiti di intervento/Misure	Totale
Riforma 1: Servizi sanitari di prossimità, strutture e standard per l'assistenza sul territorio	-
Investimento 1: Case della Comunità e presa in carico della persona	2,00
Investimento 2: Casa come primo luogo di cura, assistenza domiciliare e telemedicina	4,00
Investimento 3: Sviluppo delle cure intermedie	1,00

Riforma 1

- La definizione di standard strutturali, organizzativi e tecnologici omogenei per l'assistenza territoriale e l'identificazione delle strutture a essa deputate da adottarsi entro il 2021 con l'approvazione di uno specifico decreto ministeriale
- La definizione entro la metà del 2022, a seguito della presentazione di un disegno di legge alle Camere, di un nuovo assetto istituzionale per la prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico, in linea con l'approccio "*One-Health*"

PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA

In particolare, i fondi sono stanziati sui seguenti obiettivi:

Riforma per la definizione di un nuovo modello organizzativo della rete di assistenza sanitaria territoriale («DM 71»):

- Identificazione di standard strutturali, tecnologici e organizzativi in tutte le regioni
- Nuovo assetto istituzionale per la prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico

- **Lo stanziamento maggiore è per l'ADI** (4 miliardi di €), in cui l'investimento maggiore (2,7) è per l'aumento dei pazienti serviti da ADI con telemedicina (1) e istituzione delle 600 COT (0,3) a integrare questo investimento. In questo caso sarà necessario individuare con previsione la popolazione target del servizio, ad oggi limitato in estensione ed intensità.
- Per le 1.350 Casa della Comunità è previsto lo stanziamento di 2 miliardi € e la loro **attivazione** deve avvenire **entro metà 2026**.
- Sono previsti anche fondi (1 miliardi di €) per la creazione di 400 Ospedali di Comunità

Occorre che i **contratti istituzionali di sviluppo** siano non solo **coordinati con le altre misure** (sia della Missione Salute che delle altre Missioni – si veda ad es. la M5 relativamente ai servizi sociali) **ma anche contestualizzati nell'ottica della riforma complessivo dei servizi sociali, socio-sanitari e sanitari**. Al di là delle strutture fisiche è **fondamentale dettagliarne responsabilità e obiettivi**

L'obiettivo è l'allineamento degli standard strutturali dell'assistenza territoriale

PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA

- Favorire l'allineamento degli standard strutturali, organizzativi e tecnologici del territorio.
- Diffondere un modello a tre perni già diffuso soprattutto in Veneto, Emilia Romagna, Toscana, valorizzando le realtà già presenti.
- Stanziare le risorse per diminuire il gap Nord-Sud in termini di capacità di offerta
- Favorire interoperabilità (es. con FSE) e progettualità interregionali

Strumento	Strutture finanziate dal PNRR	Strutture previste dalla Bozza «DM71»	Strutture già esistenti	Bacino di utenza (ab.)	Target principale	Target secondario
Casa della comunità	1.350*	2400	553	25.000	Cronici (40% popolazione)	Anziani e fragili, donne, famiglie, minori
Centrale operativa territoriale	600	602	60	1 per distretto	Fragili e LTC	/
Ospedale di comunità	400*	1200	177	50.000	Ricoverati per prestazioni a medio-bassa intensità	/

**i numeri si riferiscono alle strutture la cui costruzione è finanziata con i fondi del PNRR, mentre per raggiungere lo standard previsto sono necessarie ulteriori strutture (es. OsCo 1200 strutture per lo standard, di cui 400 finanziate con fondi PNRR)*

PROPOSTE

La rete territoriale, entro il 2026, dovrà quindi modificarsi radicalmente accompagnando rafforzamento e razionalizzazione

REGIONE	Nr ambulatori e lab., 2019 (*)	Case della Salute e simili, 2020 (**)	Case della Comunità prev. 2026 (***)
PIEMONTE	390	71 CdS	90
LOMBARDIA	652	25 Presst	203
VENETO	442	77 MGI	99
EMILIA ROM.	516	126 CdS	91
TOSCANA	550	76 CdS	77
LAZIO	781	22 CdS	118
CAMPANIA	1.418	/	150
PUGLIA	683	33 PTA	106
SICILIA	1.442	55 PTA	131
ITALIA	**8.798**	**553**	1.350

Per rafforzare il territorio sarà necessaria una **grande opera di razionalizzazione dell'offerta esistente**, che dovrà considerare:

- frammentazione di ambulatori e laboratori;
- Quota di privato accreditato e relativo livello di concentrazione;
- presenza di strutture intermedie: saturare, potenziare o creare nuovi setting?

Fonte: (*) Annuario Statistico SSN Ministero della Salute, 2019 (**) Censimento OASI 2021 (***), Allegati tecnici PNRR

PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA

A fronte di questi obiettivi, le stime del personale necessario all'implementazione confliggono con le reali disponibilità

Bozza AGENAS «DM 71*»	Offerta già attiva	Offerta mancante	Personale infermieristico necessario
2.400 Case della Comunità – CdC (1/25.000 ab.)	553 *(cfr. OASI 2021)*	1.847	Nessuno – le CdC inglobano servizi già esistenti o avviati grazie al PNRR
1.200 Ospedali di Comunità – OSCO (1/50.000 ab).	177 *(cfr. OASI 2021)*	1.023	9 infermieri per OSCO: **9.207**
602 Centrali Operative Territoriali - COT	60 *(stima prudenziale)*	542	5 infermieri per COT: **2.710**
23.000 Infermieri di Comunità (1/2.000-3000 ab.)	3.000 (1/20.000 ab., cfr. Rapporto Corte dei Conti 2021)	20.000	**20.000**
Copertura ADI progressiva del 10% degli over65 *(Hp 2h/settimana, continuativamente: 104 ore annuali)*	Copertura 6% over65 con 12h/anno *(Annuario stat. 2019 Minsal)*, corrispondente al 7,2% delle ore necessarie per coprire il target e a 4.500 infermieri impiegati (38hr settimana)	Il 93% delle ore annuali	70.026
			101.943

(*) Documento «Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel SSN», http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato3566666.pdf

La presa in carico della cronicità

A fronte dell'aumento dei pazienti cronici il sistema mostra criticità intrinseche

LO STATO DELL'ARTE

+1,4 mln. di cronici in 5 anni

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

Non vi è chiarezza di ruoli e funzioni dei 4 setting di erogazione

- Poliambulatorio ospedaliero
- Ambulatorio specialistico territoriale
- Casa della Salute
- MMG

- Il **modello erogativo** può essere sia a **4 che 3 che a 2 mattoni**
- La **Regione** deve decidere **dove far convergere le funzioni** se viene scelto il modello a 2 o 3 mattoni

Manca l'infrastruttura digitale di comunicazione tra livelli

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

Mancano incentivi alla **collaborazione** fra professionisti

- **La collaborazione fra professionisti**
  - **non è incentivata**
  - **Non è supportata dall'infrastruttura digitale** esistente
- Ma si configura anche come un **onere non riconosciuto**

PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA

Alla digitalizzazione e alla formazione e ricerca sono dedicati 8,63 miliardi €

QUADRO DELLE MISURE E RISORSE (MILIARDI DI EURO):

8,63

Mld

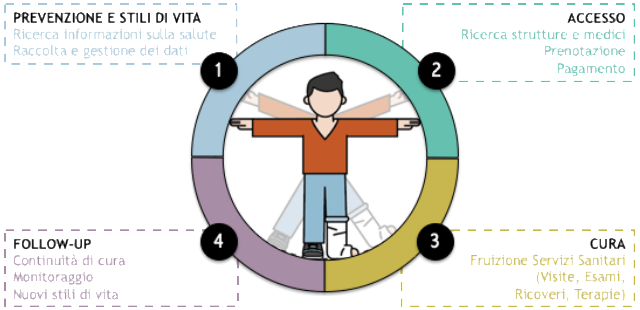
Totale

Ambiti di intervento/Misure	Totale
1. Aggiornamento tecnologico e digitale	7,36
Riforma 1: Riorganizzare la rete degli IRCCS	-
Investimento 1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero	4,05
Investimento 1.2: Verso un ospedale sicuro e sostenibile	1,64
Investimento 1.3: Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione	1,67
2. Formazione, ricerca scientifica e trasferimento tecnologico	1,26
Investimento 2.1: Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN	0,52
Investimento 2.2: Sviluppo delle competenze tecnico-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario	0,74

La trasformazione digitale e la valorizzazione dei big data non sono semplice ingegnerizzazione informatica, ma cambio radicale della logica di progettazione

LO STATO DELL'ARTE

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



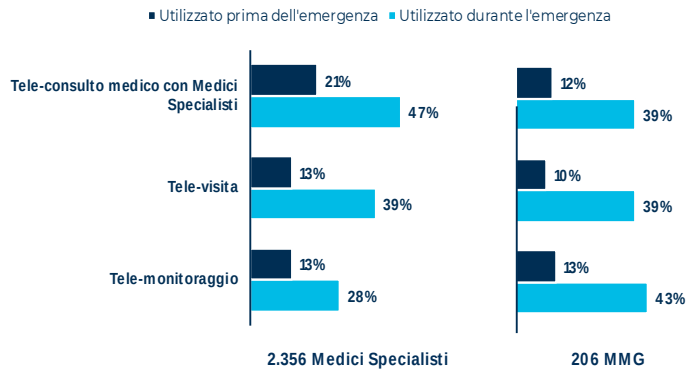
Nel sistema attuale **mancano competenze specifiche di *service design***, non essendo proprie né del patrimonio di *clinical competence* né del patrimonio di skills manageriali-gestionali

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

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

Fonte Osservatorio Innovazione Digitale in sanità 2021

L'utilizzo della Telemedicina da parte dei medici



Fonte: Osservatorio Innovazione digitale in Sanità

PROPOSTE

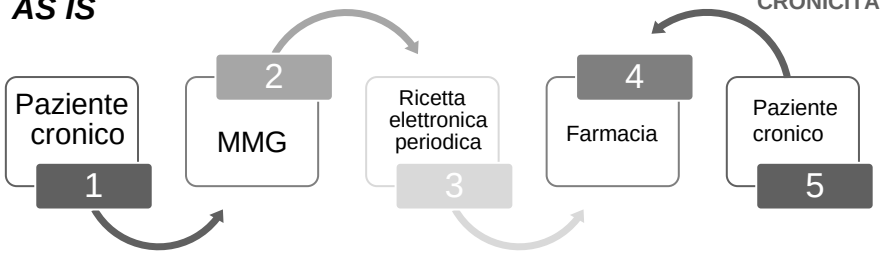
Trasformazione digitale

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

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

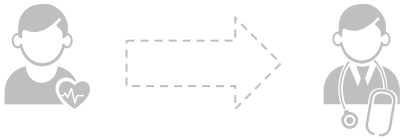
AS IS

CRONICITÀ



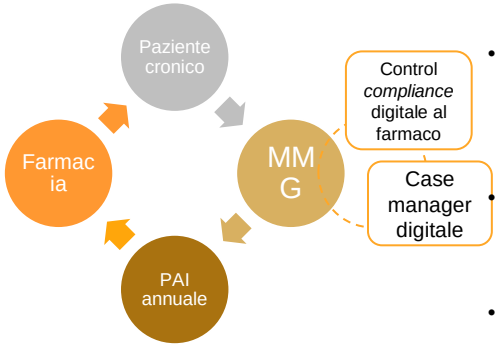
AS IS

DIGITALIZZAZIONE DELLA MEDICINA



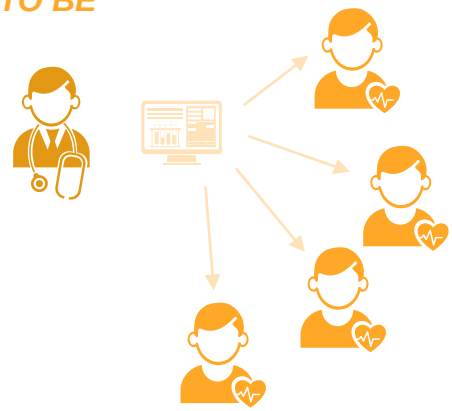
- Il **paziente singolo** si reca alla visita **presso il centro**
- Esempio di modello di servizi sanitari **«on demand»,** che seguono la **richiesta del paziente**

TO BE



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

TO BE



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

Una interpretazione strategica delle linee di innovazione dei servizi

1. **Si delinea una matrice muri/innovazione dei processi: i primi sono facili i processi sono complessi e difficili da cambiare**

2. **I processi riguardano il front office (format dei servizi) e il back office (relazioni tra professionisti e tra setting)**

3. **I muri hanno una metrica chiara e definita, per i processi dobbiamo inventarne una: tasso di presa in carico dei cronici, % pazienti complianti, % di pazienti con esito atteso rispettato**

3 CHANGE MANAGEMENT A LIVELLO DI REGIONE E DI AZIENDA

Il processo di benchlearning tra AUSL e Regione

- Costruire riti di bench-learning tra aziende AUSL e tra AUSL e Regione
- Definire obiettivi e discutere risultati tra aziende e di gruppo regionale
- Apprendere le migliori pratiche e i driver dei successi
- Far crescere le competenze aziendali e di sistema
- Promuovere la rotazione del middle management
- **Chi è il responsabile regionale e chi è il responsabile aziendale del rito?**

Il ciclo di audit tra professionisti e azienda

- Attivare processi di audit di filiera professionale: specialisti H/T – MMG
- Regolarità e ritualità per singolo distretto (mensile/trimestrale/semestrale?)
- Poliziotto buono e poliziotto cattivo: chi sono in azienda USL?
- Unico processo di audit su cronicità o distinti per materie e discipline (cardio/onco/nefro?)

DIVERSI OGGETTI DI DISCUSSIONE A ROTAZIONE:

- Suddivisione ruoli nelle filiera professionale (per stadi di patologia)
- Programmazione PDTA/PAI attesi
- Analisi scostamenti consumi/programmato
- Service design

Quali competenze mancano?

GESTIONALI

1. Change management
2. Re-ingegnerizzazione processi erogativi e di fruizione
3. Operation management servizi territoriali (programmazione volumi/dimensionamenti capacity)
4. Service design

GOVERNO CLINICO

1. Allocazione ruoli professionali: micro-organizzazione professionale
2. Gestione di processi di audit inter-professionali
3. Analisi dati clinici e costruzione reportistica
4. Case management/centri servizi

MANCANO ALCUNE CASELLE ORGANIZZATIVE PER COLLOCARE QUESTE COMPETENZE
MANCANO TIPOLOGIE CONTRATTUALI SUFFICIENTEMENTE REMUNERATIVE

Conclusioni

- **Abbiamo bisogno di una lunga, estesa, persistente stagione di innovazione dei servizi e di sviluppo di nuove competenze**

- **Il COVID ha reso il SSN «Mission driven»: la missione post COVID è la presa in carico pro-attiva della cronicità (>70% spesa, 40% italiani) e la prevenzione di iniziativa sui sani (screening, vaccini, stili di vita)**

- **Decisivo sarà il costante committment regionale, la chiarezza degli obiettivi e delle tappe intermedie per le AUSL, lo sviluppo e lo scambio di competenze ed esperienze tra territori, tra regioni**

- **Le regioni devono attivare e celebrare riti istituzionali di assessment, di valorizzazione dei risultati, di innovazione e sviluppo creando e mantenendo entusiasmo per il cambiamento, tra i professionisti e tra gli stakeholder**

- **Se riuscissimo a farlo evidence based su outcome, costruiremmo un meccanismo di change management e apprendimento sistemico**