



STOPandGO

Sustainable Technology for
Older People - Get Organised



ATTIVAZIONE DEI MIRROR PANEL ITALIANI

23 giugno 2014

ANCI via dei Prefetti, 46 - Roma



www.stopandgoproject.eu

progettieuropesi@federsanita.it



Il progetto è cofinanziato dalla Commissione Europea nell'ambito del Programma ICT - PCP di sostegno alle politiche in materia di Tecnologie informazione e della comunicazione (grant n. 621013)



**Questo documento informativo fornisce la visione d'insieme attuale
sugli obiettivi del progetto, sui contenuti in corso di realizzazione
e sul ruolo di affiancamento dei Mirror Panel nazionali**



STOPandGO
Sustainable Technology for
Older People - Get Organised

Programma

- 9.30 Registrazione**
- 10.00 Saluti di benvenuto: il procurement innovativo nel settore sanitario**
Moderatore: A. ROSSI MORI, *Coordinatore dei partner italiani del Progetto STOPandGO*
E. CHILELLI, *Direttore Generale Federsanità – Partner del Progetto STOPandGO*
V. PANELLA, *Direttore Generale ASL Roma D – Procurer nel Progetto STOPandGO*
G. MANCUSO, *Direttore Generale ASP Catanzaro – Procurer nel Progetto STOPandGO*
A. MONTEMARANO, *Direttore Generale ARSAN – Procurer nel Progetto STOPandGO*
- 10.30 La collaborazione pre-competitiva tra gli stakeholder nella preparazione degli standard**
P.A. SOTTILE, *Presidente Commissione Informatica Sanitaria - UNINFO*
- 10.45 Coffee Break**
- 11.00 Orizzonte2020 - Il procurement pubblico di servizi sociali e sanitari innovativi per l'anziano. Definizione di un Reference Business Case e di un European Specification Template (EST)**
A. ROSSI MORI
- 11.30 I Componenti dell'EST 1: Condividere i criteri per costruire le classi di utenti**
A. MASTROMATTEI, *ASL Roma D*
- 12.00 I Componenti dell'EST 2: Condividere le tipologie dei servizi sanitari e sociali**
V. ALBANO, *Federsanità ANCI*
- 12.30 I Componenti dell'EST 3: Definire le funzionalità delle soluzioni tecnologie a supporto dell'erogazione e del coordinamento dei servizi**
G. MERCURIO, *Federsanità ANCI*
- 13.00 I Componenti dell'EST 4: Definire i criteri per valutare le offerte e misurare le performance**
M. CONTENTI, *Federsanità ANCI*
- 13.30 Light Lunch**
- 14.15 Le problematiche di procurement connesse all'erogazione di servizi sanitari e sociali, potenziati da appropriate soluzioni tecnologiche**
Sessione A: La prospettiva dei PROCURER PUBBLICI (Sala Conferenze)
Sessione B: La prospettiva dei PROVIDER (Sala Pio La Torre)
- 16.15 Sintesi delle sessioni e proposte operative**
Moderatore: A. ROSSI MORI

Servizi sanitari e sociali innovativi per gli anziani: “Orizzonte2020”

Il progetto STOPandGO in 10 punti

1. Lo strumento “**Procurement pubblico per l'innovazione**” (PPI) prevede di avviare un vasto movimento in Europa in cui molte Pubbliche Amministrazioni vengono guidate ad usare i propri appalti, secondo principi comuni e con le normative correnti, per (a) diffondere servizi migliori ai cittadini in un settore ormai maturo, (b) rendere il sistema più sostenibile, (c) promuovere lo sviluppo del mercato e dell'occupazione.
2. Nell'ottica dello strumento PPI e in linea con il **partenariato europeo per l'innovazione sull'invecchiamento attivo e in buona salute** (EIP-AHA), il progetto STOPandGO riguarda i servizi sanitari e sociali innovativi per gli anziani. Allo scopo produce documenti di riferimento e materiali formativi, tradotti nelle lingue dei Paesi coinvolti, e promuove programmi di formazione.
3. Un prodotto è il Modello Europeo di Specifiche (European Specification Template - EST), che consiste di:
 1. criteri per **inserire i pazienti in classi** che potrebbero richiedere pacchetti omogenei di servizi sanitari e sociali innovativi, considerando anche i diversi strumenti per caratterizzare i bisogni;
 2. una descrizione dei **servizi operativi di continuità e di coordinamento “d’iniziativa”**, considerando i PDTA per singole condizioni di lungo termine, i profili professionali e il ruolo di una Centrale Operativa;
 3. le funzionalità delle **soluzioni tecnologiche** (tra cui domotica, dispositivi medici e sensori, mHealth, eHealth) che potrebbero migliorare la prestazione di servizi d’iniziativa e la continuità delle cure;
 4. i criteri per **valutare le offerte**, monitorare **l'esecuzione dei singoli contratti**, seguire **l'avanzamento dei Piani d'Azione regionali**, misurando le attività e gli *outcome*.

L'indipendenza del Modello EST da particolari soluzioni tecnologiche faciliterà l'introduzione di caratteristiche innovative nelle offerte e ad ogni rinnovo dei contratti.
4. Nel corso del progetto il Modello verrà sperimentato, in una versione adattata al contesto locale, dai 6 partner del progetto (i “*procure*”) per proprie gare; tra i *procurer* ci sono tre partner italiani (ARSAN Campania, ASL Roma D, ASP Catanzaro).
5. Il modello potrà essere utilizzato, ove applicabile, da singole Regioni europee in eventuali **Piani d'Azione 2020** sull'invecchiamento attivo e in buona salute, ispirandosi al **Reference Business Case (RBC)** che verrà prodotto dal progetto con un **modello “what-if”** per simulare costi e benefici dei servizi.
Ogni località potrà personalizzare il Business Case ed il Modello di Specifiche a seconda del contesto locale.
6. Il settore coinvolge **un complesso fenomeno della trasformazione** dei processi di cura; attraverso un Piano d'Azione 2020 e quindi, dopo un periodo transitorio appropriato, nel 2020 una Regione
 - potrebbe raggiungere, secondo le esperienze internazionali, una riduzione permanente dell'utilizzo dei servizi “tradizionali”, tale da comportare una contrazione dell'uso di risorse almeno del 20%,
 - circa il 10% di tale contrazione potrebbe coprire le spese per i nuovi servizi “d’iniziativa”,
 - offrendo così la possibilità di riallocare gradualmente circa il 10% delle risorse residue.

I calcoli precisi dipendono fortemente dal contesto locale e meritano specifici studi locali.
7. Le versioni preliminari del Business Case e del Modello di Specifiche, sviluppate in sinergia con l'iniziativa EIP-AHA, verranno sottoposte alla fine del 2014 ad una **consultazione europea formale**, annunciata nella Gazzetta Ufficiale dell'Unione Europea (OJEU). In base poi alla successiva sperimentazione, all'inizio del 2017 il progetto produrrà la versione finale del RBC e dell'EST.
8. Federsanità ANCI, partner del progetto, ha il compito di organizzare due **Mirror Panel italiani** (per la domanda e per l'offerta) per collaborare alla produzione del Business Case di riferimento e del Modello di Specifiche.
9. Prendendo spunto dai risultati del progetto e dai lavori dei Mirror Panel alcune Regioni, anche esterne al progetto europeo vero e proprio, potranno collaborare per sviluppare i propri Piani d'Azione 2020.
10. Il successo del progetto STOPandGO può essere valutato solo nel lungo periodo, in base al numero di regioni europee che produrranno un proprio Business Case in base a quello di riferimento, ed alle gare d'appalto locali espletate in tutta Europa ispirate al Modello di Specifiche proposto dal progetto.

Mirror Panel - Le regole del gioco

Si costituiscono due Mirror Panel, uno relativo alla domanda ed uno relativo all'offerta, che coinvolgeranno, ad esempio:

- dal lato domanda pubblica, nelle Regioni, nelle Aziende sanitarie Locali e Ospedaliere, nei Comuni: i dirigenti delle direzioni sanitarie, delle cure primarie, dei distretti, dei servizi sociali o socio-sanitari, i responsabili amministrativi, integrati dalla presenza di rappresentanti dei professionisti sanitari e sociali e delle organizzazioni dei cittadini;
- dal lato offerta: i rappresentanti dei fornitori di servizi di assistenza (es. cooperative di servizi sociali, medici della UCCP), i fornitori di tecnologia (sistemi informativi, dispositivi medici, apparecchiature domotiche), compresi i relativi gestori di Centrali Operative (memorizzazione ed eventuale interpretazione di dati, segnali e immagini da apparecchiature remote, gestione di allarmi con indirizzamento dei cittadini verso i professionisti appropriati, gestione di agende sui piani di cura individuali e solleciti ai cittadini).

I Panel affiancano i partner italiani, ma sono esterni al progetto vero e proprio: sono **funzionalmente collegati** ad esso e alla sua tempistica, sia per portare le esperienze e le istanze italiane a livello europeo, sia per fare propri i risultati del progetto e propagarli a livello nazionale.

Come nelle attività di standardizzazione, la partecipazione ai Panel è pre-competitiva, aperta a tutti i portatori di interesse, volontaria; l'attitudine non è quella di selezionare soluzioni o punti di vista prioritari, ma di prendere in considerazione tutte le esigenze che verranno via via manifestate. I documenti interni ai Panel saranno sottoposti a commenti ed approvazione collegiale; qualsiasi materiale prodotto, la documentazione raccolta, l'archivio dei messaggi scambiati ed i verbali delle riunioni saranno completamente pubblici (salvo una semplice registrazione nel sito). Alcune attività più propriamente di standardizzazione potranno essere svolte in collaborazione con UNINFO e HL7 Italia.

Invece la gestione dei *documenti formali del progetto* è di norma **responsabilità dei partner**, i quali a seconda dei casi potranno tuttavia richiedere contributi e commenti ai Panel o diffondere i documenti prodotti dal progetto.

Una prima proposta del Modello di Specifiche sarà pronta intorno a settembre 2014 e sarà sottoposta ad una consultazione pubblica formale a livello europeo, in seguito ad un avviso pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale dell'Unione Europea (OJEU); la versione finale sarà prodotta nel dicembre 2014. Verrà poi effettuata una sperimentazione sul campo, in modo controllato e coordinato a livello europeo, da parte di 6 partner del progetto, denominati "procurer".

I bandi di gara dei procurer partecipanti al progetto saranno pubblicati nel primo trimestre del 2015.

aprile 2014..... inizio formale del progetto STOPandGO
settembre 2014 bozza dell'European Specification Template (EST) – annuncio sull'OJEU
dicembre 2014..... versione dell'EST validata a livello europeo
entro marzo 2015 pubblicazione dei bandi di gara dei 6 partner (di cui 3 italiani)
... .. eventuali Piani d'Azione di Regioni/ASL/Comuni, anche esterni al progetto
marzo 2017..... versione finale del RBC, dell'EST e del materiale di supporto; chiusura progetto

I partner monitoreranno sistematicamente i contratti (sia all'interno del progetto che in seguito a bandi di altri enti, coerenti con il Modello), in modo da acquisire esperienza per perfezionare il Modello stesso soprattutto sugli aspetti di valutazione e quindi per poterne pubblicare una versione consolidata, insieme a materiale di supporto per promuoverne l'applicazione, all'inizio del 2017. Entro tale data, il progetto dovrà anche favorire la stesura di Piani d'Azione in ASL, Comuni o Regioni anche esterne al progetto.

Il funzionamento dei Mirror Panel italiani

Nella pratica le attività saranno svolte in rete da un numero adeguato di gruppi, ognuno mirato a una specifica tematica, che vedranno la partecipazione congiunta di entrambe le componenti. Le tematiche saranno modulari, con frequenti interazioni tra i relativi gruppi (portatori dei diversi punti di vista); ad esempio un gruppo si occuperà di caratterizzare le attività sanitarie, un altro le attività sociali, collaborando sistematicamente tra loro e con il gruppo sulle classi di pazienti.

E' ragionevole attendersi che solo alcuni partecipanti saranno più attivi e contribuiranno in modo concreto e continuativo al dibattito e alla produzione dei risultati, mentre la maggior parte dei partecipanti si limiterà a seguire i lavori ed interverrà sporadicamente, in particolare in occasione dei principali momenti decisionali, per commentare i prodotti intermedi e finali.

La maggior parte delle attività sarà svolta a distanza, tramite email (liste di discussione) e un sito web con l'archivio della documentazione di riferimento e alcune pagine con la presentazione dei principi e dei risultati conseguiti; quando verrà ritenuto necessario, potranno essere organizzati incontri di lavoro e giornate di presentazione delle attività svolte e dei prodotti realizzati, ovvero specifici corsi di formazione. Federsanità ANCI e gli altri partner italiani del progetto si occuperanno degli aspetti logistici, organizzativi e di coordinamento; in particolare gestiranno gli strumenti di collaborazione, per favorire l'andamento dei lavori e per costruire una base di conoscenze comuni.

EST 1 - Le classi tipiche di pazienti

Si assume che idealmente una Regione metterà a punto un Piano d'Azione per raggiungere in teoria la copertura completa di tutta la popolazione con tutti i servizi proattivi intorno al 2020. I bandi iniziali, utilizzati come innesco in una o più località per attivare il programma di innovazione, si concentreranno su una o più specifiche classi omogenee di pazienti secondo diversi strumenti per caratterizzare i bisogni, che utilizzeranno specifici pacchetti di servizi di continuità e d'iniziativa, assumendo che i servizi di attesa e una infrastruttura tecnica di base siano presenti in altro modo. Pertanto, in principio la maggior parte dello sforzo da parte dei fornitori sarà dedicato ad un supporto al paziente e ai coadiutori informali, con una certa attenzione anche per sostenere la continuità e il coordinamento tra i servizi di cura e di assistenza che coinvolgono anche i professionisti.

Il punto di partenza per definire le classi di pazienti è simile alla cosiddetta "Piramide di Kaiser", ma con una particolare prospettiva orientata verso gli appalti sui servizi sanitari e sociali di continuità e d'iniziativa.

Classe 5. Pazienti particolarmente complessi, forse costretti a letto, con diverse condizioni croniche (comorbidità) in una fase avanzata (ad es. scompenso cardiaco NYHA IV, cure palliative), che richiedono attività ad alta intensità da parte del sistema sanitario e di assistenza sociale ed un adeguamento continuo del piano di assistenza. Idealmente, ogni paziente dovrebbe essere assegnato ad un "Case Manager": un professionista di riferimento (es. un geriatra, un oncologo, o un infermiere specializzato) capace orientarlo nel sistema e di riconoscere con tempestività quando è necessario adattare il piano di assistenza per garantire che sia sempre adeguato. I pazienti possono stare sia in strutture adeguate (ad es. hospice) o in casa, iscritti a programmi di "ospedalizzazione a domicilio". Questo scenario richiede l'individuazione esplicita di un team stabile, molto coeso; per cui i servizi innovativi di coordinamento possono fornire aiuti modesti (se non sono già presenti), limitati ad un diario clinico elettronico, ad una infrastruttura per supportare la continuità delle cure, alla consultazione di esperti remoti.

Classe 4. Pazienti con condizioni di lungo termine multiple, interagenti tra loro; seguono un piano di assistenza esplicito e integrato. Possono richiedere in teoria sia il Case Manager che un Coordinatore della Cura ("Care Manager"), che li aiuta a muoversi attraverso il sistema sanitario e sociale, per aumentare l'aderenza al proprio piano di cura predefinito, in ADP, ADI, Dimissione Protetta. Questa classe comprende ad esempio i pazienti ad alto rischio con almeno un ricovero ospedaliero durante l'anno precedente. Gli appalti potrebbero prevedere contatti regolari di professionisti sanitari e/o sociali a domicilio. Questo scenario richiede un'integrazione efficace tra i diversi setting (ospedale e territorio, sanitario e sociale), nonché tra le specialità e le professioni. E' la classe più impegnativa, sia come risorse umane (Centrale Operativa, contatti domiciliari), che di tecnologia.

Classe 3. Pazienti in grado di gestire la propria condizione di lungo termine stabile e non complicata, eventualmente con l'aiuto di caregiver informali, per prevenire le complicanze, rallentare la progressione della malattia, prevenire ulteriori malattie, seguendo un piano di cura secondo il relativo PDTA. Il Coordinatore della Cura assiste il paziente in modo proattivo per raggiungere gli obiettivi predefiniti; il coaching (anche remoto) rafforza l'aderenza al piano di cura esplicito e allo stile di vita concordato con il medico; una Centrale Operativa è particolarmente importante anche per assicurare una buona interazione tra il paziente e il sistema, il ricorso appropriato agli specialisti, la gestione dei dispositivi domiciliari (sia diagnostici che di sorveglianza ambientale).

Classe 2. Cittadini anziani fragili e a rischio per patologie specifiche, che dovrebbero essere coinvolti in attività di prevenzione mirate, ad esempio tramite coaching di gruppo, (video-)telefonate di follow-up, richiami per i test diagnostici, consigli e riscontri sull'aderenza agli stili di vita consigliati. Richiede di tracciare i contatti, in presenza e telefonici, con appuntamenti anche brevi sullo stato del paziente e sull'eventuale opportunità riguardo all'attivazione di altri servizi o alla comunicazione tra i diversi professionisti coinvolti.

Classe 1. Cittadini sani, per cui è necessario prevedere attività collettive di promozione della salute e prevenzione. Questa classe riguarda la maggioranza della popolazione; tuttavia la percentuale della sottopopolazione anziana è molto bassa. Questa classe viene qui riportata per completezza, ma non è considerata nel Modello di Specifiche.

EST 2 - I servizi innovativi di cura e assistenza e dei profili professionali

I servizi sanitari e sociali “*di attesa*” possono essere integrati da attività ulteriori “*d’iniziativa*”, intese come una serie di interventi proattivi per raggiungere il massimo livello di salute e benessere di ogni persona, in senso olistico. Si suppone che l’infrastruttura tecnica di base e la maggior parte dei servizi di attesa siano già in atto in molte situazioni locali, e quindi l’innovazione si concentrerà sui servizi d’iniziativa e di supporto alla continuità, destinati a completare, dopo un’attenta valutazione multi-professionale, il piano individuale concordato con la persona stessa e i suoi caregiver informali. Alcuni servizi potranno essere utilizzati in relazione a diverse classi di pazienti, anche se *la loro importanza relativa nel contesto di ogni classe può essere molto diversa*. Ad esempio, il monitoraggio a distanza potrebbe essere utilizzato, con differenze sostanziali tra le varie classi per la frequenza e la qualità / quantità dei diversi parametri (testi, numeri, segnali, immagini).

Questi servizi spesso comportano la creazione di nuovi ruoli professionali, specialmente per l’integrazione tra i diversi servizi forniti: ad esempio, il coordinatore della cura (*care manager*), il *tutor* del *group coaching*, il responsabile della revisione della terapia farmacologica complessa (vedi oltre). I servizi innovativi vengono qui suddivisi in due grandi gruppi:

- servizi operativi per il miglioramento delle attività correnti;
- servizi attinenti all’efficace coordinamento tra i servizi operativi.

Esempi di servizi operativi che supportano un mantenimento proattivo della salute

Qui di seguito riportiamo una lista, da ampliare nei prossimi mesi insieme ai partner del progetto, con esempi di servizi innovativi che si affiancano ai servizi sanitari e sociali già in essere e possono comportare soluzioni tecnologiche appropriate.

- 1. Consultazione di esperti remoti**
consente un professionista di chiedere un supporto, se necessario, da parte di esperti riconosciuti per piani di trattamento altamente complessi.
- 2. Coaching mirato a specifiche condizioni di lungo periodo**
rafforza e rende più continuativa l’educazione terapeutica del paziente (e dei suoi familiari), con un mix equilibrato di attività a distanza e attività in presenza (es. follow-up remoto dopo un’attività di *group coaching*).
- 3. Servizi domiciliari di supporto**
per i pazienti che hanno bisogno di un notevole sostegno, a volte in maniera prolungata. Questi servizi possono includere un aiuto alla gestione della terapia, i servizi psico-sociali, nonché la gestione dei farmaci e sostegno nelle attività della vita quotidiana. I servizi domiciliari sono spesso fondamentali per evitare il ciclo di ammissione / riammissione in ospedale, che si verifica comunemente con i pazienti che hanno malattie croniche multiple.
- 4. Servizi di monitoraggio avanzati**
si concentrano su pazienti ad alto rischio di progressione della malattia, avanzata o grave, che hanno patologie croniche che necessitano di monitoraggio attivo per garantire la stabilità. Questi servizi sono forniti a domicilio utilizzando dispositivi che inviano dati a una Centrale Operativa presidiata da infermieri altamente qualificati che, in caso di necessità, possono allertare i professionisti più appropriati, secondo protocolli predefiniti.

Esempi di servizi di coordinamento proattivi

I servizi di coordinamento riguardano i vari modelli innovativi per ottimizzare l’erogazione di un insieme coerente di servizi operativi (sia d’attesa che d’iniziativa). Una lista di esempi da ampliare e approfondire può essere la seguente:

- 1. Transizione tra i setting assistenziali (in particolare, ospedale-territorio)**
per aiutare nei passaggi tra i diversi setting assistenziali (ospedale, cure primarie e cure intermedie). In teoria questo servizio si basa su personale appositamente formato (di solito in servizio negli ospedali) per assicurare, al momento della transizione, che vengano attivati i servizi adeguati sul territorio (presa in carico, farmaci e dispositivi) e le relative procedure amministrative per via elettronica (es. ordini e fatturazione). Durante la degenza in ospedale, il servizio valuta la necessità del paziente e il rischio di riammissione, con una particolare attenzione alle esigenze post-dimissione, considerando il livello di gravità dei bisogni e la natura della malattia, in modo che possano essere collocati nel setting di follow-up più appropriato (es. ospedale di comunità, hospice, a casa o in una struttura residenziale), prendendo accordi con gli interlocutori nelle strutture di presa in carico e contattando i fornitori. In questo modo si può anche ridurre la necessità di gestire un magazzino, facendo in modo che farmaci e dispositivi vengano consegnati dai fornitori direttamente presso il punto di utilizzo.

2. **Coordinamento clinico per condizioni croniche multiple**
prevede il coordinamento delle cure tra i professionisti appartenenti a diverse strutture sul territorio (team funzionale) e con il paziente, per situazioni complesse dovute a malattie croniche multiple. Idealmente, ogni paziente è assegnato ad un referente clinico, un “care coordinator” identificato in modo esplicito, che garantisce che tutte le fasi del piano di cura previsto siano eseguite al momento giusto e nel modo giusto.
3. **Gestione dei casi particolarmente complessi**
per assistere i pazienti con malattie in stadio avanzato. Di solito il servizio viene gestito da specialisti / super-specialisti (“case manager”), spesso come follow-up dopo un ricovero in ospedale, facendo anche in modo che il piano di cura stesso risulti sempre adeguato rispetto all’evoluzione delle condizioni del paziente. I case manager forniscono servizi di coordinamento in concerto con gli altri specialisti coinvolti; possono a volte essere infermieri con notevole esperienza nelle rispettive specialità.
4. **Ottimizzazione della terapia poli-farmaco**
viene applicata qualora vi siano forti rischi di interazione tra farmaci, sovradosaggio, effetti collaterali, ecc. La revisione viene eseguita da un farmacista esperto, che si consulta con i medici, per assicurare un regime farmacologico ottimale e per risolvere eventuali problemi. Si applica anche ad alcuni stati di malattia (come l'epatite C, l'artrite reumatoide e la sclerosi multipla) che necessitano di farmaci ad alto costo che devono essere somministrati secondo piani di trattamento rigorosi. Il servizio può ottimizzare ulteriormente i risultati del trattamento attraverso un programma complementare di assistenza al paziente mirato all’aumento dell’aderenza, che può comprendere anche la gestione delle prescrizioni ripetute e degli effetti collaterali.

Le possibili funzioni di una Centrale Operativa

Un argomento importante da approfondire e strutturare riguarda le diverse varianti di Centrale Operativa, struttura in grado di fornire un insieme di servizi basati su modelli organizzativi a volte molto complessi. Una Centrale Operativa può avere numerose configurazioni, con personale dedicato coinvolto in: primo contatto con il paziente, gestione diretta delle richieste di bassa complessità, e il re-indirizzamento delle richieste non direttamente gestibili verso le strutture e/o i professionisti di volta in volta più appropriati; in generale potrebbe offrire un sottoinsieme di funzionalità anche 24 ore al giorno.

Più specificamente, una Centrale Operativa può essere vista come un aggregatore di un certo numero di servizi operativi e di servizi di coordinamento (sia sanitari che sociali); entrambi i tipi di servizi possono essere a loro volta o parte di un *Front Office d’attesa* o parte di una risorsa di *Follow-up d’iniziativa* (vedi Tabella 1).

Tabella 1. Una classificazione delle principali funzioni di una Centrale Operativa

	<i>Front Office d’attesa</i>	<i>Follow-up d’iniziativa</i>
<i>Servizi operativi</i>	<ul style="list-style-type: none"> • triage per le chiamate non urgenti; • informazioni di carattere amministrativo e pratico (ad esempio localizzazione e orari di apertura dei servizi); • parere remoto infermieristico, secondo protocolli predefiniti. 	<ul style="list-style-type: none"> • interpretazione dei dati preliminari di dispositivi domiciliari, con individuazione di potenziali anomalie e avvisi; • controlli e richiami per l'aderenza alle terapie; • coaching e rafforzamento della formazione mirata alle condizioni del paziente.
<i>Servizi di coordinamento</i>	<ul style="list-style-type: none"> • organizzazione del ricorso allo specialista adeguato (prima o seconda opinione); • organizzazione del trasporto per persone con mobilità ridotta. 	<ul style="list-style-type: none"> • predisporre la fornitura di adeguati servizi sanitari e sociali a domicilio o in strutture intermedie, es. prescritti prima della dimissione dall'ospedale (dispositivi, farmaci, pasti, ecc).

Possono essere previste molte varianti, con conseguenze diverse in termini di efficacia e qualità complessiva sia sullo stato dei pazienti e la loro soddisfazione, sia sul livello di ottimizzazione delle risorse utilizzate dal sistema. Una o più funzioni di un Centrale Operativa potrebbero essere fornite dai professionisti interni delle strutture pubbliche coinvolte, oppure da servizi pubblici ad hoc (ad esempio centralizzati per una vasta area), o potrebbe essere oggetto dei contratti esternalizzati.

A seconda del contratto, il personale potrebbe essere dipendente sia dell'organizzazione appaltante (e quindi l'offerta riguarderà soltanto le componenti tecnologiche), sia di un fornitore esterno. In quest'ultimo caso, il contratto dovrà specificare uno o più livelli di aggregazione del servizio, cioè se alcuni dei professionisti - come i coordinatori di cura - dovranno essere assegnati esplicitamente ai singoli pazienti (vale a dire che saranno fisicamente presenti in un struttura sanitaria locale e, se necessario, andranno a casa del paziente) o se potranno essere collocati in un call center remoto, che serve più località, senza un’assegnazione esplicita a singoli pazienti.

EST 3 - Le soluzioni tecnologiche

I servizi sanitari e sociali possono essere resi più efficaci da opportune soluzioni tecnologiche innovative, oltre alle componenti di eHealth di base (es. il registro dei pazienti e i sistemi amministrativi), come ad esempio:

- le app per professionisti, pazienti e coadiutori informali, eventualmente collegate al sistema informativo clinico-gestionale, per favorire lo svolgimento del proprio ruolo e il coordinamento;
- i dispositivi medici capaci di inviare misure (anche pre-elaborate) dalla casa alla Centrale Operativa;
- i sensori per l'ambiente, es. rivelatori di fumo o di movimento in una stanza.

Molte funzionalità discendono in modo diretto dalla descrizione dei servizi sanitari e sociali più elementari; tuttavia nel caso di servizi articolati o complessi potrebbe rimanere un notevole grado di indeterminatezza, per cui sarà opportuno delineare accuratamente le funzionalità specifiche da acquisire, tenendo presente che, nel riportare tali funzionalità, il bando di gara non dovrà specificare particolari soluzioni: infatti secondo la Commissione Europea lo strumento PPI prevede che siano i fornitori a descrivere i dettagli delle proprie soluzioni, in quanto costituiscono un fattore di innovazione che contribuisce alla valutazione delle offerte.

Il bando deve descrivere le componenti tecnologiche che saranno presenti in altro modo nel sistema sanitario e sociale e con le quali le soluzioni proposte dal fornitore si dovranno integrare, secondo opportuni standard di interoperabilità (ad esempio le infrastrutture di base, come l'anagrafica dei pazienti, o un *cloud* per raccogliere una copia delle informazioni più rilevanti per la cooperazione tra gestionali di ciascun attore).

Le componenti eHealth di base

Si suppone che sia attivo un **sistema informativo locale clinico-amministrativo**, per gestire formalmente le attività svolte, le prescrizioni, i referti, garantendo la **privacy** secondo il ruolo dell'utente rispetto al particolare paziente. Inoltre numerosi servizi domiciliari richiedono ovviamente che sia disponibile una **connessione in rete**, con il relativo abbonamento. Infine secondo lo standard europeo ContSys (EN 13940-1:2007 "Informatica Sanitaria - Sistema di concetti per la continuità delle cure - Parte 1: concetti di base"), occorrono ulteriori componenti, come il registro dei **problemi di salute** dei pazienti, il registro delle **notifiche di contatto** con gli operatori sanitari e sociali (faccia a faccia e in remoto), la gestione computerizzata del flusso di lavoro per un **piano di assistenza individuale** strutturato. Questi servizi facilitano il superamento dei principali ostacoli nelle cure integrate, vale a dire la frammentazione geografica e amministrativa tra i professionisti (e verso i pazienti); tuttavia essi non provocano, di per sé, un passaggio dai servizi d'attesa ad un approccio d'iniziativa.

Il Modello di Specifiche considera che la maggior parte di queste componenti eHealth di base sia già disponibile per la totalità dei pazienti coinvolti; ovviamente questo non impedisce che l'eventuale adeguamento delle componenti di base possa essere oggetto dello stesso bando o di un altro bando di gara.

I fenomeni della mHealth, dei dispositivi medici personali e della domotica

La diffusione di internet e smartphone, di standard di comunicazione (wi-fi, bluetooth), di dispositivi diagnostici e sensori di dimensioni e costo estremamente ridotti, sta alimentando un fenomeno di massa, che verso fine anno verrà ulteriormente alimentato dai maggiori player del mercato *consumer*, con il lancio di nuovi modelli di smartphone che includono sensori e app sulla salute. Piuttosto che subire passivamente il fenomeno, i Piani d'Azione 2020 regionali e locali dovrebbero considerare come governarlo, considerandolo un'opportunità strategica sia per il settore sanitario e sociale, sia per i cittadini, l'industria e i fornitori di servizi. Si possono prevedere modelli organizzativi innovativi, abilitati da tali soluzioni tecnologiche, per fornire agli anziani servizi sanitari e sociali più coordinati e servizi d'iniziativa.

In linea con il progetto e lo strumento PPI, i sistemi sanitari pubblici potrebbero essere i *driver* di innovazione, realizzando un ambiente e sviluppando linee guida per un utilizzo più consapevole e strategico di tali tecnologie. Nel prossimo anno il progetto analizzerà sistematicamente modelli organizzativi, soluzioni tecnologiche, prospettive organizzative, economiche, legali ed etiche, per una serie di casi di studio sulla gestione dell'anziano.

EST 4 – I criteri per valutare le offerte e gli indicatori di performance

STOPandGO assume che il sistema di aggiudicazione delle gare sia basato sull'offerta economicamente più vantaggiosa e che il sistema di pagamento per le forniture sia possibilmente basato sia su performance di risultato (*output*) che di esito (*outcome*).

Il Modello di Specifiche conterrà quindi un sistema di criteri comuni per la valutazione della qualità e del grado di innovazione delle offerte tecniche (finalizzati alla selezione del contraente) e un insieme di indicatori per la misurazione di: (i) stato di avanzamento dei lavori; (ii) livelli di servizio erogati; (iii) risultati ed esiti raggiunti.

Nella gestione operativa dei contratti, le dimensioni di interesse potranno riguardare:

- la **disponibilità delle risorse** necessarie all'erogazione delle forniture (es. definizione di procedure operative, realizzazione di infrastrutture di supporto, arruolamento di personale qualificato);
- il livello di **attivazione dei servizi** (es. grado di copertura del bacino di utenza e delle tipologie di servizi);
- la **qualità dei servizi** (es. *Service Level Agreement* - SLA, soddisfazione degli utenti);
- il grado di **utilizzo significativo** dei servizi (es. % di pazienti presi in carico, numero di contatti effettuati);
- i **benefici** ottenuti, rispetto alle variazioni nel consumo delle risorse, negli esiti clinici e comportamentali degli assistiti (es. variazione nel numero di ricoveri ospedalieri).

Il progetto dovrà inoltre evidenziare un sotto-insieme degli indicatori che potrà trovare ulteriore applicazione nel contesto delle **valutazioni strategiche regionali**, per definire gli obiettivi intermedi e finali di un Piano d'Azione e per monitorare i livelli di performance secondo le diverse dimensioni della Qualità (vedi tabella 2).

Tabella 2. Esempi di alcuni Key Performance Indicator organizzati secondo le dimensioni della Qualità

Migliorare la disponibilità dei servizi

- *% di MMG attivamente coinvolti in percorsi assistenziali di gestione integrata;*
- *% assistiti cronici / fragili eleggibili fruitori di servizi di tele-monitoraggio domiciliare;*
- *Riduzione delle liste d'attesa per visite specialistiche ambulatoriali;*

Assicurare la centralità della persona (arruolamento nei piani di cura condivisi e aderenza)

- *% di assistiti anziani e / o fragili eleggibili arruolati in programmi di gestione integrata;*
- *Variazione nei livelli di aderenza degli assistiti al piano di cure, e in particolare rispetto a:*
 - *educazione terapeutica (coaching);*
 - *stile di vita consigliato;*
 - *terapie farmacologiche*
- *Livello di supporto fornito ai coadiutori informali degli assistiti;*

Migliorare la qualità di vita degli assistiti

- *Aumento della percentuale di assistiti che rientrano nei target clinici (per le sottoclassi)*
- *Aumento del numero di Anni di Vita in Buona Salute;*
- *Riduzione del numero di ri-ospedalizzazioni (per le sottoclassi più a rischio);*
- *Riduzione del numero di viaggi per visite specialistiche;*

Migliorare l'efficienza del sistema sanitario

- *Riduzione nel No. di ricoveri ospedalieri e dei giorni di degenza (per le sottoclassi più a rischio);*
- *% di tele-refertazioni diagnostiche in emergenza rispetto al totale di refertazioni diagnostiche;*
- *Risparmi economici complessivi per il sistema sanitario locale e regionale.*

RBC - Il Business Case di Riferimento per i Piani d'Azione regionali

Lo strumento PPI vuole promuovere l'avvio di un "movimento" tra le Pubbliche Amministrazioni europee in cui i materiali sviluppati vengono utilizzati ai fini dello sviluppo, tramite lo svolgimento dei propri appalti innovativi.

In questa ottica, il progetto STOPandGO ha come obiettivo finale lo stimolo di Piani d'Azione 2020 regionali sui servizi sanitari e sociali di coordinamento e d'iniziativa per l'anziano, integrati con i servizi di attesa già presenti.

Il Business Case di riferimento (RBC) prodotto dal progetto farà da guida a quelli locali: descriverà le classi tipiche di pazienti, con i relativi pacchetti di servizi innovativi e le appropriate soluzioni tecnologiche, e stimerà l'ordine di grandezza dei costi e il potenziale ritorno degli investimenti (ROI), attraverso un modello *what-if* da adattare ad ogni contesto locale.

Le ipotesi principali alla base del Business Case di riferimento sono:

- i bandi locali faranno parte di un Piano d'Azione regionale pluriennale; regolamenti e incentivi dovrebbero essere concepiti per facilitare il passaggio da una fase di innesco ad una diffusione verso una maggioranza più ricettiva;
- l'entità delle trasformazioni coinvolte dai Piani d'Azione 2020 richiede un processo graduale, con un tempo adeguato per riallocare in modo ottimale le risorse messe a disposizione grazie all'efficacia dei servizi innovativi;
- inizialmente i bandi di gara saranno perciò limitati per area, numero di pazienti, patologie, servizi offerti, soluzioni tecnologiche; si propagheranno poi su ognuna di queste dimensioni fino al 2020, con l'obiettivo finale di raggiungere uno stato stazionario, con fondi ordinari e con una copertura quasi completa di tutta la popolazione;
- per innescare il processo inizialmente potrebbero essere utilizzati fondi aggiuntivi (ad esempio i fondi strutturali europei) oppure partnership pubblico-privato; tuttavia, a lungo termine i servizi devono essere auto-sostenibili;
- i bandi locali saranno necessariamente molto diversificati, perché richiedono servizi e tecnologie aggiuntivi in un momento particolare e un particolare contesto, che dovranno integrarsi con l'insieme delle risorse esistenti. Ad esempio, una gara d'appalto potrebbe concentrarsi solo sulle tecnologie, se il numero e le competenze dei professionisti già in servizio sono adeguati per i nuovi modelli organizzativi da adottare;
- il Business Case di riferimento considera che i componenti di base eHealth siano già in atto, e quindi i bandi locali riguarderanno solo le soluzioni tecnologiche per i servizi innovativi (e quindi soluzioni a loro volta "innovative" rispetto all'uso previsto nel modello organizzativo locale, non necessariamente come "nuove per il mercato");
- ogni Piano d'Azione e la personalizzazione locale del Business Case saranno costruiti su informazioni statistiche disponibili al momento e indagini ad hoc. Progressione dei costi e remunerazione saranno misurati con opportuni indicatori di performance legati all'implementazione sul campo dei programmi e ai dati più precisi via via raccolti.

Ogni **bando locale**, compatibile con il Modello di Specifiche sviluppato dal progetto, dovrebbe prendere in considerazione:

- una definizione delle classi di pazienti, che saranno la popolazione target per il contratto, secondo criteri corrispondenti ai pacchetti omogenei di servizi innovativi;
- i servizi e i professionisti che si prevede saranno già presenti nell'area interessata, e che devono essere coordinati con i servizi acquistati attraverso il contratto; le attività specifiche di formazione previste per i professionisti impiegati dall'organizzazione appaltante e per i pazienti con i loro caregiver informali; le attività amministrative relative ai servizi forniti, sincronizzate con quelle correnti dell'organizzazione appaltante.
- le soluzioni tecnologiche già esistenti o previste nella zona interessata, che dovranno essere interoperabili e sinergiche con le soluzioni installate dal fornitore, nonché i criteri per verificare la loro interoperabilità;

Inoltre, per ogni classe di utenti finali, la gara locale deve inoltre specificare:

- il numero di utenti finali previsti per ciascuna classe;
- un sottoinsieme di KPI (come raffinamento di quelli considerati dall'EST) per misurare l'impatto sulla salute dei pazienti, ad esempio su: visite e ricoveri in emergenza, ricoveri elettivi, giorni di degenza, i livelli di mortalità. I loro valori saranno considerati come obiettivi da raggiungere e mantenere, per almeno una determinata percentuale di utenti. Questi KPI saranno eventualmente utilizzati ad intervalli regolari per valutare il successo del programma e per giustificare i relativi pagamenti pro-quota al fornitore;
- un opportuno insieme di KPI sulla performance operativa dei servizi, con i loro valori ottimali e le caratteristiche di un cruscotto da realizzare. Questi KPI verranno utilizzati per monitorare l'avanzamento del contratto;
- i criteri per testare la soddisfazione degli utenti e dei professionisti.

***"We need to shift the balance of care and to think of hospital admission as a failure of the collective health system"* (David Kerr, professor of cancer therapeutics and clinical pharmacology at Radcliffe Infirmary, Oxford. British Medical Journal, 2005)**



STOPandGO

Sustainable Technology for
Older People - Get Organised

STOPandGO è un Progetto finanziato dalla Commissione Europea attraverso lo strumento “PPI Pilot”

La dinamica demografica e la crisi economica richiedono urgenti interventi per razionalizzare l'erogazione dei servizi sanitari e sociali ai soggetti anziani, basati soprattutto su diversi aspetti dell'integrazione: tra ospedale e territorio, tra sanitario e sociale, tra le specialità mediche, tra le professioni sanitarie, etc.

I modelli organizzativi avanzati (es. Case della Salute, UCCP, patient engagement, gestione integrata) possono giovare dalle numerose soluzioni tecnologiche innovative oggi disponibili a costi accessibili, quali: *eHealth, sistemi informativi clinici, dispositivi medici presso il domicilio, telemedicina, domotica, mHealth.*

Il Progetto prepara e sperimenta i materiali di riferimento e formativi per favorire la diffusione in Europa di gare di appalto simili tra loro (secondo i criteri del “Public Procurement for Innovation”, PPI) sull'erogazione di servizi sanitari e sociali innovativi potenziati dalle tecnologie. Allo scopo i partner del progetto stanno elaborando un “**European Specification Template**” (EST), cioè un Modello di Specifiche in linea con gli obiettivi del Partenariato Europeo per l'Innovazione sull'invecchiamento attivo e in salute (EIP-AHA). Tale Modello sarà sottoposto ad una formale consultazione pubblica europea e poi applicato da 6 partner in 4 Paesi europei, con bandi locali emessi secondo le modalità offerte dalle norme vigenti; le tre stazioni appaltanti italiane sono l'ARSAN Campania, la ASL Roma D, e l'ASP di Catanzaro. Secondo lo spirito dello strumento PPI, i partner dovranno poi promuovere l'adozione del Modello nei bandi di gara di ASL e Regioni **al di fuori al Progetto** e favorire la stesura di **Piani d'Azione** di lungo periodo; pertanto il progetto organizzerà incontri divulgativi e produrrà un **Business Case di Riferimento**, che potrà essere di aiuto per produrre gli adattamenti ai contesti locali.

L'obiettivo “invecchiamento attivo e in salute” nel programma **Horizon2020** della Commissione Europea riguarda tutti gli anziani; a partire dalle specifiche descritte nel Modello, ogni località sarà libera di decidere con quale progressione di interventi intende effettivamente gestire i propri bandi e con quali priorità, partendo ad esempio dalla prevenzione per soggetti autosufficienti non particolarmente bisognosi di assistenza, oppure dall'assistenza integrata della poli-patologia, con il fine ultimo di raggiungere **tutte le classi di pazienti anziani**.

I mirror panel in Italia. Federsanità ANCI, partner del Progetto, ha tra l'altro il compito di organizzare e gestire due Mirror Panel nazionali che sosterranno i partner nella stesura del Modello, nella predisposizione di Piani d'Azione regionali e nella diffusione a livello nazionale dei risultati del progetto. Ai Mirror Panel sono invitati a partecipare su base volontaria i rappresentanti di tutti gli attori pubblici e privati interessati: Regioni, Aziende Sanitarie Locali e Ospedaliere, Comuni, fornitori di servizi di assistenza, fornitori di tecnologia, gestori di centri servizi, etc. La partecipazione è pre-competitiva, aperta a tutti i portatori di interesse, volontaria; i materiali prodotti e la documentazione raccolta, saranno pubblici.

Il consorzio. Il progetto è cofinanziato dalla Commissione Europea nell'ambito del programma ICT-PSP di sostegno alle politiche in materia di ICT; ha avuto inizio ad Aprile 2014 ed avrà una durata di 36 mesi.

I partner del progetto comprendono sia aziende sanitarie e comuni, con il ruolo di stazioni appaltanti, sia enti pubblici, università, associazioni e imprese con il ruolo di coordinamento, monitoraggio e supporto.

Il coordinamento scientifico e metodologico per la preparazione iniziale e la valutazione finale delle azioni locali è affidato ad un gruppo di istituzioni autorevoli tra cui Federsanità ANCI, la London School of Economics, il Dipartimento di Salute e l'Agenzia per l'innovazione inglesi, l'Istituto Superiore di Sanità spagnolo Carlos III, e Smart Homes in Olanda.

