Relazione evento
"Investimenti nel settore Salute e Invecchiamento, Fondi europei e Risorse Umane: la prospettiva post 2020"
18-19 gennaio 2018, Roma

18 gennaio 2018 – pomeriggio

Il 18 gennaio, presso l'Auditorium del Ministero della Salute in Roma, si è tenuta la prima parte dell'evento organizzato dal **Programma Mattone Internazionale Salute** e il **Ministero della Salute**, con il supporto di **CHAFEA** (Agenzia Esecutiva della Commissione Europea), dal titolo "Investimenti nel settore Salute e Invecchiamento, Fondi europei e Risorse Umane: la prospettiva post 2020". La prima sessione dell'evento, che ha visto la partecipazione di circa 70 persone, è stata dedicata al tema della sostenibilità a livello globale delle risorse umane in sanità con gli interventi da parte dell'OCSE e dell'OMS. Un focus è stato poi rivolto alle politiche europee di sviluppo delle competenze digitali come "risposta" all'introduzione delle nuove tecnologie nell'ambito dei sistemi sanitari con gli interventi della Commissione Europea e della Federazione Europea delle Unioni del Servizio Pubblico (EPSU).

Il Segretario Generale del Ministero della Salute, **Giuseppe Ruocco**, ha aperto la conferenza introducendo la giornata e sottolineando il ruolo di ProMIS e le importanti opportunità date da questo evento. Successivamente la parola passa ad **Antonio Maritati** (Regione Veneto, Referente Coordinamento Generale ProMIS) che introduce il ruolo ed il valore aggiunto del Programma Mattone Internazionale e spiega la necessità di promuovere il tema delle competenze digitali in sanità e dell'importanza del confronto tra esperienze nazionali ed internazionali.

La prima sessione dedicata a "*E-Health: politiche di sostenibilità e sfide per il personale sanitario nei prossimi 20 anni*" si apre con l'intervento di **Arnaud Senn** (Responsabile Politiche - DG CONNECT, Commissione Europea) il quale afferma che ProMIS rappresenta ciò che i paesi europei ancora non sono riusciti a fare, un programma estremamente interessante ed un valido esempio per tutte le nazioni. Secondo le stime della Commissione Europea, il 44% della popolazione in Europa possiede competenze digitali insufficienti e, a tal proposito, la DG CONNECT opera continuamente per colmare il divario esistente. Nel 2013, è stata lanciata una grande coalizione con l'intento di formare 2 milioni di persone entro il 2020. Gli obiettivi per il 2020 sono: concentrarsi sulle persone per garantire che abbiano adeguate competenze (con particolare attenzione per i giovani) e modernizzare l'istruzione e la formazione professionale. Attualmente la coalizione conta 320 membri provenienti da vari settori. Ad oggi esistono 18 coalizioni nazionali, ma l'Italia è ancora in fase di dibattito.

Successivamente prende la parola **Cris Scotter** (OMS Ufficio Regionale per l'Europa) per presentare il documento "*Towards a sustainable health workforce in the WHO European Region: framework for action*" ed introdurre il tema delle sfide globali (disuguaglianze, resistenza al cambiamento in vari

ambiti) e della strategia dell'occupazione 2030, già adottata dagli Stati. Il gruppo di esperti a livello regionale ha creato un quadro, approvato dagli Stati Membri, per tradurre la strategia globale per la salute all'interno del contesto regionale. Il quadro consente agli stati membri di effettuare politiche efficaci per dare un supporto vitale alla strategia europea. Gli obiettivi strategici per gli Stati Membri e gli stakeholder sono: Istruzione e performance; Pianificazione ed investimenti; Rafforzamento delle competenze e delle capacità, in particolare all'interno delle istituzioni; Analisi e monitoraggio dei dati. Tutto ciò permette di identificare i fattori abilitanti per l'azione; tali fattori si basano su un maggiore uso di dati, su politiche nazionali sostenibili e su una definizione inclusiva di forza lavoro.

Successivamente prende la parola **Valentina Stramiello** (European Patient Forum - EPF) per introdurre "*E-Health e tecnologie digitali come fattori abilitanti per l'empowerment del paziente: la prospettiva del paziente*". L'EPF si concentra su 6 obiettivi strategici, tra cui l'empowerment del paziente, oggetto di una campagna del 2015/2016 in cui il 92% dei pazienti partecipanti ha dimostrato disponibilità ed interesse ad avere un ruolo più attivo. L'empowerment dei pazienti e l'assistenza digitale sono fattori chiave che si basano su 3 obiettivi: 1) conoscere le necessità del paziente; 2) programmi che si concentrano sul paziente e 3) implementazione dei servizi sanitari digitali per garantire l'empowerment.

Matthias Wismar (Osservatorio Europeo sui sistemi e le politiche sanitarie) introduce il tema delle "*Innovazioni multidisciplinari e l'E-Health nelle cure primarie e croniche: i risultati in 17 Paesi*". Lo studio in questione è giunto ad avere dei risultati preliminari in merito alle innovazioni e alle competenze nell'ambito dell'assistenza primaria e delle malattie croniche nei 17 paesi coinvolti. Nello studio sono state raccolte 62 innovazioni, divise in alcune categorie (multi morbilità, cure palliative, aree rurali, malattie croniche); per ciascuna categoria sono stati riportati alcuni esempi.

Al termine del dibattito viene nuovamente sottolineato come ancora pochi Stati abbiano dimostrato la capacità di creare Reti all'interno del paese, perciò situazioni come ProMIS sono di importante ispirazione per tutti.

Nella II parte del convegno, dedicata alle "*Competenze future del personale sanitario: formazione, valutazione e sviluppo*", **Mathias Maucher**, Responsabile delle politiche dell'European Federation of Public Service Unions (EPSU), espone il Report su "*working together, learning together – switching to the learning mode*" – con focus su CPD e LLL del personale sanitario. Il Report fa riferimento a una conferenza, tenutasi a giugno 2017, sullo sviluppo professionale continuo sia dal punto di vista della forza lavoro sia da quello del datore di lavoro. Tale documento si rivolge a tutti gli stakeholder ed incoraggia iniziative ed investimenti nella formazione continua. Nel report si sottolineano sia i problemi di accesso alla formazione che l'inefficacia di quest'ultima.

Simone Mohrs dell'European Hospital and healthcare employers' association prende la parola per parlare delle "*Azioni congiunte degli attori sociali nel campo della CPD e LLL e il loro ruolo nella valutazione delle abilità, qualifiche e competenze alla luce di un ambiente ospedaliero in rapido mutamento*". In ambito sanitario è necessario garantire un migliore e rapido accesso alla CPD ai gruppi che tradizionalmente sono sotto-rappresentati e risulta fondamentale l'inclusione della CPD come elemento chiave negli strumenti e nei piani di sviluppo organizzativo e personale a livello di ospedali e istituzioni sanitarie.

Successivamente, **Karolina Socha-Dietrich** (OCSE) presenta lo studio: "*Feasibility Study on Health workforce skills assessment*" . Questo studio - una risposta all'incontro avvenuto lo scorso anno tra

l'OCSE e più di 50 paesi - conclude che è necessario progredire nella valutazione delle competenze in quanto, dai risultati, si evince che circa il 60/70% dei professioni consultati (medici ed infermieri) afferma di avere competenze inferiori a quelle necessarie per effettuare le proprie mansioni. Ne deriva un'asimmetria nelle competenze che può comportare bassa produttività, scarsa qualità della cura e assistenza, il tutto aggravato da una mancanza di comunicazione e da un inefficace lavoro di squadra. Nonostante i sistemi sanitari siano differenti nei vari paesi, se si guardano le competenze di base, queste possono essere valutate allo stesso modo in tutte le nazioni. Da ciò si evince che i paesi vanno nella stessa direzione ma individualmente, quindi non c'è uno scambio di esperienze ed esistono molte duplicazioni. Per capire l'esistenza di tale asimmetria nelle competenze è necessario utilizzare degli strumenti per misurare le barriere organizzative percepite. Gli strumenti di autovalutazione e le competenze dichiarate portano a risultati viziati, ma con le valutazioni dirette, attraverso strumenti innovativi, si può misurare il livello di competenza, riducendo così la percentuale di "errore" che si manifesta.

<u>19 gennaio 2018 – mattina</u>

Il giorno **19 gennaio 2018** riprendono, presso l'Auditorium del Ministero della salute, i lavori per la seconda giornata dell'evento, anche questa ha visto la partecipazione di circa 70 persone. La prima sessione *"Fondi europei a supporto della tematica "Personale Sanitario"* è stata coordinata da **Francesco Quaglia** (Vice coordinatore dell'Area Risorse e umane e Formazione della Commissione Salute) e ha visto inizialmente l'intervento di **Giovanni Nicoletti**, Focal Point italiano del Programma Europeo per la Salute. Il tema dell'intervento è stato: *"Valutazione intermedia del 3° Programma Europeo Salute 2014-2020 e visione sul Programma Europeo per la Salute post 2020".* Si è sottolineato primariamente come l'esame dei programmi europei sviluppati in questo periodo sia di particolare utilità, vista la fase cruciale di razionalizzazione e digitalizzazione che sta attraversando il personale sanitario anche dal punto di vista del rinnovo contrattuale. Si condivide l'esigenza dell'utilizzo degli strumenti di evoluzione per la sanità digitale per sfruttare i nuovi cambiamenti tecnologici a favore sia degli operatori che dei fruitori. La Commissione Europea riporta che nell'ultimo paio d'anni vi è una coincidenza tra la valutazione del secondo programma, quella di medio termine e del terzo; si specifica che quella del secondo è venuta dopo l'elaborazione del terzo. Inoltre alcune elaborazioni del secondo sono state utilizzate per la valutazione del terzo, che ha comunque richiesto una fase di rodaggio più lunga. La valutazione del secondo programma ha visto innanzitutto una variazione dell'utilizzo degli strumenti finanziari: era emerso a riguardo un trend che vedeva la sostituzione con le joint action (progetti con autorità governative). Tale tendenza è emersa anche nella valutazione del terzo programma. La metodologia di valutazione vede studi qualitativi, focus group, oltre ad approfondimenti specifici sui 4 temi fondamentali del programma. Dall'analisi emergono potenziali barriere alla partecipazione quali oneri amministrativi (44%), garanzie al cofinanziamento (44%), complessità del processo di presentazione del progetto (16%), difficoltà nel coordinamento tra stati membri es. scelta dei partner, identificazione dei ruoli, barriere linguistiche (12%), reperibilità delle informazioni nell' Health Programme (0%). I risultati del Programma Salute vengono così sintetizzati: 1) istituire 24 reti europee di riferimento sulle malattie rare; sostenere gli Stati membri per accrescere il loro sviluppo delle capacità per rispondere ai focolai (ad esempio virus Ebola e Zika); contribuire alla politica migratoria dell'UE sostenendo gli Stati membri per rispondere alle esigenze sanitarie date dall' afflusso di migranti e profughi;

formazione dei professionisti della salute e di altro personale in prima linea. 2) trasferimento di conoscenze e attuazione delle migliori prassi, soprattutto nell'ambito del 1 ° obiettivo per la promozione della salute e della prevenzione delle malattie: riduzione del danno dell'alcool, screening malattie croniche, screening del cancro, prevenzione HIV/AIDS e TB. 3) adozione dell'innovazione nell'intervento sulla sanità pubblica e nel sostegno alle strategie di prevenzione per la legislazione sanitaria dell'UE sui medicinali e sui dispositivi medici, sulle attività della rete sanitaria e sulla valutazione della tecnologia sanitaria. La Commissione ha inoltre elaborato dei criteri per orientare la revisione del bilancio finanziario, in particolare per i finanziamenti agli Stati: criteri di selezione degli interventi concordati con gli Stati membri e prima serie di Best Practices selezionate per l'attuazione a livello nazionale. Le lezioni apprese e le direzioni possibili per il post 2020, riportate dalla DG SANTE' sono le seguenti: Promuovere un'ulteriore integrazione della salute negli obiettivi e nelle priorità di investimento; Dirigere l'uso dei fondi verso il raggiungimento degli obiettivi di sviluppo sostenibile; Continuare il sostegno alla creazione di capacità alle autorità nazionali; Continuare a fornire sostegno alle riforme dei sistemi sanitari; Innescare un sostegno più forte per affrontare le disuguaglianze sanitarie; Fornire supporto alla distribuzione di nuove tecnologie redditizie; Continuare il supporto per l'aggiornamento di nuove competenze per gli operatori sanitari; Incoraggiare la definizione di indicatori sanitari migliori che consentano di misurare l'efficacia dei fondi; Incoraggiare lo sviluppo di orientamenti sulla valutazione e la pianificazione delle spese che consentano una migliore valutazione delle spese connesse alla salute. Infine, si sottolinea la rilevanza dell'ultimo programma rispetto alle esigenze nell'ambito salute, la chiarezza e la specificità degli obiettivi, l'efficienza della gestione del programma stesso e quanto le azioni finanziate siano di forte valore aggiunto per l'Unione Europea.

Successivamente interviene **Georgios Margetidis** (membro di Chafea e Coordinatore del Programma Salute) con un intervento dal titolo: *"Risultati delle azioni nel quadro del 2° e 3° Programma Europeo per la Salute 2014-2020 nell'ambito dei Fondi Strutturali in ambito sanitario".* Partendo da quanto è stato trattato nella prima giornata, il relatore ha sottolineato come investire sulla forza lavoro in ambito sanitario sia fondamentale per fornire salute pubblica. Risulta pertanto necessario migliorare la risposta a livello sanitario. Di fatto, un personale sanitario ben addestrato e sostenibile è fondamentale per la capacità degli Stati membri dell'UE di affrontare le sfide che riguardano la fornitura di servizi sanitari e di salute pubblica, il raggiungimento della copertura sanitaria universale ed il miglioramento della fornitura sanitaria. Il raggiungimento di un livello di reattività dei sistemi e-heatlh non può essere fatto senza migliorare le competenze degli operatori sanitari e dei pazienti. Per adattarsi a questo cambiamento, per nulla in discesa, servono strategie orizzontali, verticali e passive. Bisogna, inoltre, dedicare parte del budget allo sviluppo delle competenze del personale e rendere le persone in grado di lavorare fuori dalla loro confort-zone. Come può contribuire in questo senso l'Unione Europea? Migliorando la pianificazione della forza lavoro in ambito sanitario, il reclutamento dei professionisti sanitari e mitigando gli effetti del fenomeno migratorio. La politica dell'Unione dovrà essere complementare a quella nazionale, per raggiungere obiettivi e sfide condivise come: migliorare la pianificazione e la previsione del personale sanitario, anticipare le esigenze future delle competenze e migliorare lo sviluppo professionale attraverso la formazione continua. Il Programma Salute è modesto dal punto di vista finanziario: sono previste aree di azioni verticali e ci sono inoltre molte priorità che vanno finanziate con budget, supportando lo scambio di buone pratiche nell'Unione. I risultati del Programma Salute come "apriporta " per l'azione a livello nazionale sono: un manuale sulle metodologie di pianificazione del personale sanitario in cui si analizzano i sistemi di pianificazione già implementati

nei paesi dell'UE e si descrivono le buone prassi connesse (in Italia e in Portogallo è attualmente in fase di sperimentazione da pianificatori della forza lavoro sanitaria; in Germania è attualmente in corso uno studio di fattibilità sulle metodologie di pianificazione del lavoro); il Fondo Strutturale Sanitario Europeo (ESIF), i cui obiettivi sono: 1.complementare le conoscenze esistenti su ESIF 2014-2020 sulla base di specifici progetti cofinanziati ESIF; 2. Valutare in che modo ESIF 2014-2020 possa contribuire all'attuazione degli obiettivi della politica sanitaria dell'UE; 3. Sviluppare ulteriormente le capacità dei soggetti interessati negli Stati membri e nelle regioni dell'UE a sostegno dell'effettiva e coerente attuazione della ESIF per la salute. Ci si interroga su come il Programma Salute possa rimanere importante dopo il 2020; in questo senso gli Stati membri sono gli unici che possono attivarsi utilizzando i finanziamenti sanitari in ambito europeo, concentrandosi sull' implementazione del Programma. La sanità pubblica è ampia ma il programma è limitato non prevedendo azioni in tutte le aree. Serve, per questo motivo, una strategia onnicomprensiva in cui si dimostri il valore aggiunto dell'UE in ogni ambito, concentrandosi sull'impatto delle politiche e identificando gli ambiti in cui gli stati membri sono disponibili a scambiare le proprie esperienze. Si avverte la necessità di includere queste priorità nel programma e poi diffonderne i risultati e, in questo senso, gli Stati Membri devono essere pronti.

Successivamente è il turno di **Diego Conforti** (assessorato alla salute della Provincia Autonoma di Trento e referente regionale ProMIS) che introduce l'argomento: *"Governance, Change Management e Piattaforme AI per rendere sostenibile la sanità digitale".* Viene descritto, in particolare, come la PAT faccia ricorso a fondi europei partecipando a numerosi bandi e utilizzando fondi strutturali per le aree interne. Dati Istat dimostrano che per il 2032 l'incidenza della popolazione anziana sarà sempre maggiore, arrivando a raggiungere il 27,6 % (incidenza che nel 2015 era al 22%). In ragione di questo emergono nuove esigenze: per costruire un sistema sanitario incentrato sul paziente è fondamentale agire su diverse leve tra cui la formazione, nuovi modelli di governance, collaborazione tra professionisti sanitari e cittadino, empowerment del cittadino. A livello nazionale si possono vantare diverse iniziative relative alla digitalizzazione sanitaria: il fascicolo sanitario elettronico, la telemedicina e la prescrizione elettronica, volti ad armonizzare le soluzioni e-health con i sottostanti processi organizzativi e gestionali. All'interno del Patto per la Sanità digitale, di cui all'Intesa Stato Regioni del 7 luglio 2016, è stata altresì creata una cabina di regia che coordina, indirizza e controlla l'attuazione del Patto. Evidenzia altresì il ruolo della Telemedicina a supporto della continuità assistenziale. Questi percorsi funzioneranno se sono sostenuti da soluzioni di sanità digitale; con il patto si tratteggiano le leve su cui agire per governare questo tipo di cambiamento. In Italia, la Provincia Autonoma di Trento è l'unica azienda sanitaria con 7 ospedali pubblici che coprono il 97% dell'assistenza sanitaria del territorio, con un budget di 1.2 miliardi di euro. In questo contesto la sanità digitale rappresenta la leva prioritaria. All'interno della legge provinciale sulla tutela della salute, l'art. 3 evidenzia il ruolo fondamentale della salute digitale. È stato altresì creato un modello di governance sulla sanità digitale, "Trentinosalute 4.0", che rappresenta un'eccellenza italiana ed è così costituito: 1) Assessorato Salute e Conoscenza con funzioni amministrative; 2) Azienda sanitaria che gestisce l'ambito sanità e fa emergere i bisogni e i modelli; 3) Fondazione Bruno Kessler che fornisce le soluzioni innovative. L'obiettivo è quello di allineare la programmazione dei tre Enti, coprire "tutta la filiera" dalla ricerca all' innovazione di servizi, accelerare il processo dalla "sperimentazione" di nuove tecnologie innovative a "servizi sanitari innovativi". I Progetti che vengono finanziati devono essere messi a servizio del cittadino ed essere tradotti in obiettivi specifici, in modo tale che l'utente finale (cittadino) possa fornire

feedback; se la sperimentazione dà esito positivo, i progetti verranno poi tradotti in strumenti concreti per lo sviluppo della sanità digitale e dei suoi modelli organizzativi. Questa modalità di living lab consente sia di creare dei cambiamenti che la creazione, anche da parte degli utenti, di strumenti di formazione e di competenze. E' stato altresì creato un Master per la medicina generale allo scopo di formare i professionisti rispetto alle innovazioni in tema di sanità digitale. Parlando di dati, si sottolinea come nel 2016 l'ISTAT abbia rilevato che in Italia oltre 3 milioni 200 mila persone dichiarano di essere affette da diabete, ossia il 5,3**%** dell'intera popolazione (16,5% fra le persone di 65 anni e oltre). Obesità e sedentarietà sono rilevanti fattori di rischio per la salute in generale, ancora di più per la patologia diabetica. Ogni malato italiano costa mediamente 4000 euro all'anno, per una spesa di circa 13 miliardi di euro, ovvero il 12 % del fondo sanitario nazionale. La telemedicina si rivela uno strumento fondamentale per il monitoraggio di queste patologie perché consente ai cittadini di gestire le informazioni del sistema ad esempio per il cambiamento dello stile di vita; si ipotizza un modello organizzativo ideale della sanità a tre livelli in cui il primo è rappresentato da quello tecnologico (self – management del paziente) in cui è presente un assistente virtuale, il secondo livello ossia quello infermieristico in cui è presente una centrale d'ascolto, e il terzo livello medico che vede l'integrazione tra ospedale e territorio. Viene da ultimo illustrato un progetto europeo in cui la PAT è coinvolta come partner e altresì ProMIS, per mappare buone pratiche italiane e condividere esiti con tutte le Regioni/PA; il Progetto *DigitalLife4CE*, finanziato dal programma di cooperazione territoriale Central Europe 2014-2020, intende promuovere soluzioni e modelli innovativi integrati di sanità digitale per lo sviluppo dei Sistemi sanitari europei. Il Progetto riunisce decisori politici (nazionali e locali), Enti regionali, esperti nell'ambito della ricerca, dell'innovazione e dello sviluppo di Austria, Germania, Slovenia, Ungheria, Croazia, Polonia e Italia. L'obiettivo è creare alleanze transnazionali sul tema della sanità e salute digitali e di offrire un ventaglio di strumenti, metodologie, iniziative e buone pratiche.

La seconda sessione della mattina è coordinata dalla **Dott.ssa Pierri** e tratta il tema delle *"Politiche per la sostenibilità nel campo del personale sanitario e lo sviluppo di competenze digitali in Italia."* Dapprima, **Rossana Ugenti** (Direttore generale delle professioni sanitarie e delle risorse sanitarie del Servizio Sanitario Nazionale) sottolinea la rilevanza dell'evento e l'importanza di ProMIS nella creazione di reti tra le Regioni italiane e l'Europa. La riflessione sulle esigenze dei professionisti sanitari e della loro formazione è tema attuale e di grande importanza, dal momento che vede la trasformazione e il cambiamento del SSN. Per questo motivo i professionisti devono prendere in carico globalmente il paziente e le sue necessità. L'ospedale ancora oggi è centro di riferimento per le cure programmate e non per la cronicità: in tal senso la risposta si identifica nel territorio, che operi in maniera congiunta con l'ospedale. La presa in carico prima e dopo il passaggio in ospedale e un'adeguata risposta del territorio comportano una modalità di assistenza e un carico di lavoro "interdisciplinare "e "interservizi". Il lavoro in team si avvale della sanità digitale e in ragione di ciò il professionista deve saper utilizzare questi strumenti. Vi è pertanto una necessità di risposte sin dalla formazione di base. A tale riguardo il nostro ordinamento prevede un percorso universitario per tutte le professioni sanitarie, lauree triennali oltre a quelle magistrali (se ne contano 22 in totale). Vi è l'esigenza di introdurre elementi formativi in materia di sanità digitale in modo tale da poter formare i futuri professionisti nell'utilizzo degli strumenti e-health (ricetta elettronica, telemedicina, FSE). Dopo la laurea vi è la formazione continua in medicina obbligatoria, che accompagna il percorso lavorativo affinchè il professionista sia sempre informato. Nel manuale degli obiettivi formativi, tra gli obiettivi c'è anche quello specifico della sanità digitale. Si rileva altresì che per offrire strumenti anche ai decisori, concepiti pure a livello europeo, è necessaria una riflessione

sui percorsi formativi e sugli obiettivi di sanità digitale, per poter rispondere ai quesiti in maniera uniforme.

Successivamente prende la parola **Lucia Lispi** (membro della Direzione generale della Digitalizzazione, del Sistema informativo sanitario e della Statistica del Ministero della Salute) la quale esprime la necessità dell'acquisizione da parte dei professionisti dello studio delle competenze digitali nella sanità. La definizione di competenze digitali data dal D.lg n. 13/2013 le descrive come l'insieme di abilità e competenze consolidate che consentono al professionista di potersi porre obiettivi da raggiungere e realizzare attraverso strumenti ICT. AGIST ha identificato tre domini di accesso: sicurezza e competenza in rete, e- leadership (capacità di porsi obiettivi da raggiungere mettendo a frutto la digitalizzazione). L'e-leadership è la capacità del professionista sanitario di potersi orientare verso un corretto utilizzo degli strumenti digitali, sviluppando una capacità di comunicazione dell'equipe di innovazione. Il fascicolo sanitario elettronico è uno degli strumenti più importanti: ciascun assistito avrà la sua storia clinica all'interno. I professionisti sanitari saranno agevolati e i decisori potranno orientare le loro scelte politiche sanitarie attraverso i datti aggregati nel fascicolo. Ad oggi si contano 11milioni di FSE attivi ed 11 regioni hanno aderito all'interoperabilità regionale e interregionale. Si sottolinea come in Italia e in tutta l'Europa abbia subìto profondi cambiamenti negli ultimi anni: l'unificazione dell'Unione Europea ha portato a stringere i cordoni del debito pubblico, la crisi economica non permette al SSN di coprire le esigenze del cittadino che mette le risorse da sè. Inoltre i flussi migratori incidono su diverse parti ed aspetti del paese. L' invecchiamento demografico e il calo della natalità stanno portando ad un progressivo innalzamento della speranza di vita della popolazione. In questo scenario l'innovazione tecnologica porta a progressi nella diagnosi e della cura e aumenta la spesa, aspetti che incidono tutti sulla forza lavoro. Si evidenziano tre esigenze della direzione programmazione: conoscere ed innovarsi, orientandosi sul paziente e sulla struttura sanitaria; monitoraggio del sistema di garanzia della salute in tutte le zone del paese anche per i cittadini stranieri; evidenza della migliore risposta scientifica. In passato vi era stata l'introduzione degli anni di rientro dei deficit sanitari che aveva ridotto i costi, scelta giustificata dal divario tra la possibilità di sostegno del SSN rispetto ai servizi necessari. All'inizio questa manovra è stata dura poi ha portato ad un grandissimo risparmio economico. Il blocco automatico del turn over ha generato sì una riduzione della spesa, ma altresì gravissimi danni in termini di assunzioni. Dopo l'approvazione dell'ultima legge di bilancio, ad oggi gli unici limiti per le assunzioni sono dati dalla Regioni o da disposizione normative generali per il contenimento della spesa per il personale.

Giuseppe Mastronardi (Presidente di AICA) prende la parola introducendo il tema della definizione delle professioni con uno sguardo al futuro. Egli spiega come per arrivare a ciò siano necessari dei cambiamenti imposti dall'uso dei big data. L'Italia è carente di cultura e consapevolezza a livello manageriale; di fatto non sono nativi digitali i manager sui 50 anni, mentre i giovani sono più avvezzi ai sistemi informatici. La sostenibilità della forza lavoro va ottenuta con l'impegno economico, attraverso una promozione culturale interna a tutti i settori, in cui anche il cittadino è collaborativo. E' sempre più necessario lo sviluppo delle competenze digitali tra la sanità, cittadino e operatori dell'ambito. Seguendo quest'ottica, in AICA si è impostata recentemente una rivisitazione delle competenze sulla base degli outcome forniti dagli Osservatori: riconoscimento in termini di CFU in competenze digitali (anche l'Assl Torino 3 otterrà questa equivalenza nelle certificazioni). Inoltre, dal 2 gennaio 2018, esiste la certificazione Aica per la privacy in sanità. Emerge la necessità di sviluppare assestment tecnologici in modo tale da comprendere di quali competenze c'è bisogno,

quali strumenti interagiscono con le risorse tecnologiche e, in funzione di ciò, sviluppare i percorsi, individuando i livelli anche per un riconoscimento europeo delle certificazioni digitali.

La discussione del tavolo vede **Giulio Siccardi** (Direzione amministrativa Agenas) presentare il tema della *"Sostenibilità della forza lavoro e sviluppo delle competenze digitali nell'evoluzione della sanità: stato dell'arte e politiche".* Innanzitutto viene illustrato come AGENAS abbia cercato di individuare, anche attraverso un progetto di ricerca, indicatori in grado di misurare: gli interventi di valorizzazione delle risorse umane realizzati e promossi dalle strutture sanitarie attraverso la formazione; quanto l'offerta formativa dei provider nazionali sia focalizzata sullo sviluppo delle competenze digitali; quanto i professionisti sanitari orientino la formazione nello sviluppo delle competenze digitali. La formazione in ambito sanitario, mediante l'acquisizione di crediti ECM, è uno strumento indispensabile per poter valorizzare la propria attività lavorativa e professionale. Nello studio sono stati scelti come strumenti per misurare il livello di formazione erogato dalle singole Regioni due indicatori: Num. crediti ECM / ore di formazione (indicatore qualitativo); Num. crediti ECM / fabbisogno formativo (tasso di copertura). Il primo indicatore ha lo scopo di individuare la qualità della formazione accreditata ECM erogata all'interno delle singole aziende pubbliche (aziende sanitarie, aziende ASL, aziende ospedaliere e policlinici). Tale indicatore è calcolato come il rapporto tra il numero di crediti ECM complessivamente erogati dalle aziende pubbliche (indipendentemente dalla tipologia di formazione) e la somma complessiva delle ore di formazione che hanno generato il numero di crediti. Il secondo indicatore è dato dal rapporto tra il numero dei professionisti sanitari, indipendentemente dalla qualifica posseduta, soggetti all'obbligo formativo moltiplicato per 40, diviso il numero di crediti complessivamente erogati nell'anno. In tema di domanda formativa nazionale si rileva come i medici, rispetto alla partecipazione ad eventi formativi in materia informatica, siano passati da un 3,5 % del 2014 ad un 5% nel 2016; gli infermieri nello stesso arco di tempo sono rimasti fermi al 3%, mentre gli odontoiatri sono passati da un 2,5 % ad un 9,6%.

A chiudere la sessione mattutina ed il tavolo di discussione, **Francesco Ripa di Meana** (Presidente FIASO) il quale presenta il punto di vista delle aziende nell'innovazione delle competenze digitali. Si sottolinea come le aziende debbano agire con molta rapidità per stare al passo con i cambiamenti, rapidità che però non è governata e che si traduce in un problema da affrontare. La FIASO propone un miglior uso degli strumenti d'innovazione e più modelli organizzativi del sistema. Le Aziende in quest'ottica agiscono in una forma riorganizzativa, cambiando il bisogno di digitalizzazione. Nascono così nuove funzioni e nuovi ruoli; in questo senso la finanziaria ha dato una risposta appropriata, creando gli operatori del reparto sanità. Le soluzioni innovative devono diventare elementi della programmazione futura; il digitale permette la formazione e la flessibilità di creare figure da utilizzare al bisogno e per diverse funzioni. Questo si tradurrebbe in maggior flessibilità nel contratti e nei meccanismi di assunzione. Nel nostro sistema quando si parla di formazione si pensa alle competenze universitarie, ECM, etc.. In realtà le competenze sono bottom up, formal e non formal skills. L'idea nata dal confronto tra i presenti ed i relatori è quella di costruire una piattaforma europea in cui sono declinate le competenze che servono per creare una comunità di apprendimento. Inoltre, l'aggiornamento delle professioni deve essere fatta a livello europeo; i progetti dovrebbero non solo disseminare, ma prevedere altresì la parte di formazione obbligatoria. Si rende necessario in questo senso agire a livello culturale, per portare gli utenti, gli operatori, gli attori ed i servizi a vedere la digitalizzazione anche in ambito sanitario, non come un peso, ma

piuttosto come un valore aggiunto. Queste riflessioni rappresentano lo spunto finale del dibattito della mattinata.

19 gennaio – Pomeriggio

La seconda tavola rotonda della giornata, coordinata da **Rossana Ugenti** (Direttore Generale delle professioni sanitarie e delle risorse umane del Servizio Sanitario Nazionale - Ministero della Salute) riguarda la presentazione delle buone pratiche a livello EU per quanto concerne progetti e reti.

Il primo intervento, a cura di **Michel Van Hoegaerden** (KU Leuven - Belgio), è relativo alla presentazione dei risultati dell'Azione congiunta sulla previsione e pianificazione del personale sanitario e la loro applicazione in Italia. Tale azione ha dimostrato che la pianificazione, diversamente dai presupposti iniziali, ha portato a superare le resistenze, creando un dialogo con tutti gli stakeholder coinvolti. La mancanza di dati percepita inizialmente è stata superata dal fatto che, in realtà, i dati esistevano ma era necessario metterli insieme e compararli. Nell secondo step sono stati creati degli esempi dimostrabili attraverso progetti pilota. Inoltre, è stato prodotto un manuale di pratiche efficaci per dimostrare come pianificare e perché creare uno strumento di pianificazione. Infine sono state fatte interviste ed è stata creata una strategia qualitativa. Tale azione ha permesso di vedere i maggiori fattori di stimolo, permettendo di sollevare la consapevolezza anche nei paesi in via di sviluppo. L'esempio italiano in merito all'applicazione della Joint Action viene spiegato da **Paolo Michelutti** (Ministero della Salute). Il progetto, iniziato nel 2012 e durato 3 anni, ha attivato un circolo virtuoso. In Italia, le Regioni definiscono il loro fabbisogno con modalità diverse ed il fabbisogno nazionale diventa la somma dei vari fabbisogni regionali. I risultati ottenuti sono i seguenti: nel 2014 si realizza un set minimo di dati per conoscere la forza lavoro; nel 2015 si produce un manuale sulla pianificazione della forza lavoro in ambito sanitario che comprende alcune esperienze; nel 2016, anno di conclusione del progetto, si avviano progetti pilota per 5 professioni (infermiere, ostetrica, farmacista, odontoiatra e medico) e si determina il fabbisogno formativo del personale sanitario; nel 2017, si ampliano le professioni coinvolte da 5 a 30 e vengono interessate tutte le Regioni italiane le quali vengono fornite di uno strumento previsionale per determinare il fabbisogno formativo dei professionisti sanitari.

Successivamente, **Kovács Eszter** (Semmelweis University, Budapest) presenta il progetto europeo "Support for the Health Workforce Planning and Forecasting Expert Network", una continuazione del lavoro dell'azione congiunta. Gli obiettivi seguiti nelle attività sono stati: l'attivazione di una rete dinamica, un dialogo continuo con gli stakeholder, sostegno e rafforzamento della collaborazione con stati membri e stakeholder, condivisione delle esperienze, raccoglimento di dati e aggiornamento di quelli esistenti. Il progetto si basa su 5 pacchetti di lavoro: con il primo si intende stabilire e attivare una rete di esperti coinvolti nella pianificazione; con il secondo si porta avanti una raccolta di dati e la mappatura delle politiche nella forza lavoro in ambito sanitario; nel terzo pacchetto si organizzano vari eventi e workshop; con il pacchetto di lavoro numero 4 si offrono consigli mirati agli stati membri per sostenere e sviluppare la pianificazione della forza lavoro in ambito; infine, con il quinto pacchetto di lavoro si intende diffondere ogni singola attività tramite sito web e newsletter al fine di condividere le buone pratiche a livello nazionale ed internazionale.

Rachelle Blake (Coordinatore del progetto "Omni Micro Systems/OmniMed Solutions GmbH", Hamburg, Germania) presenta il progetto europeo EUUSEHEALTHWORK "Mapping Skills and

Competencies; Providing Access to Knowledge, Tools and Platforms; and Strengthening, Disseminating and Exploiting Success Outcomes for a Skilled Transatlantic eHealth Workforce". Il progetto, quasi al termine, ha cercato di coprire tutte le aree in cui sviluppare le competenze di base, fino ad arrivare a quelle più avanzate per un totale di 1200 competenze mappate in oltre 250 ruoli specifici in 33 aree di competenza. La prima fase del progetto è terminata nel 2015, la seconda deve ancora iniziare e, nel frattempo, il consorzio si è riunito per includere altri sistemi all'interno. Il progetto è nato con 4 obiettivi principali: 1) Misurare (analisi, sondaggi, casi di studio), 2) Informare (portale web, newsletter, conferenze); 3) educare (cv di base per le competenze digitali); 4) Utilizzare reti per renderle attive nel processo. Nel 2017 è stato fatto un sondaggio con più di 1 milione di persone coinvolte, solo il 10% di queste era europeo. Dai risultati sono emersi 10 gap su conoscenze in ambito digitale nei professionisti della sanità, insegnanti e formatori non aggiornati, qualità e quantità di materiale di studio scarso, sviluppo degli strumenti problematici. Per colmare questi divari sono state realizzate delle linee guida per le migliori pratiche.

Infine, **David Smith** (Direttore di International Network for Health Workforce Education, Amsterdam, Olanda) introduce "obiettivi e accertamento delle implicazioni politiche nei progetti di ricerca in corso focalizzati sulla formazione del personale sanitario", in particolare il progetto "Interhealth" che coinvolge le competenze culturali per la riduzioni delle disparità in ambito sanitario. Il progetto fornisce metodi di formazione non formali per cambiare le competenze culturali dei professioni sanitari sulla base di credenze e comportamenti differenti. Il progetto coinvolge Austria, Grecia, Francia e Spagna e le necessità sanitarie dei diversi gruppi demografici presenti nelle comunità. I risultati attualmente emersi: in Austria non esiste in ambito sanitario un'educazione interculturale, in Spagna non si va oltre l'ambito della questione linguistica, in Grecia esistono corsi di formazioni interculturali per vari gruppi di professionisti sanitari. Si dovrebbe agire utilizzando approcci interdisciplinari e multi livello e creando metodi in cui personalizzare la formazione prevedendo varie tipologie di insegnamento.